

Original Paper

Evaluation of managed health care in contagious and non-contagious diseases in Golestan province, northern Iran during 2016

Ghasem Abedi (Ph.D), Associate Professor, Department of Healthcare Management, Health Sciences Research Center, Mazandaran University of Medical Sciences, Sari, Iran. ORCID ID: 0000-0001-8932-6397

***Seyed Amir Soltani Kontai (B.Sc)**, Corresponding Author, M.Sc Student in Healthcare Management, Student Research Committee, Faculty of Health, Mazandaran University of Medical Science, Sari, Iran. amir.s1368@yahoo.com ORCID ID: 0000-0002-4831-766X

Jamshid Yazdani Cheratee (Ph.D), Associate Professor, Department of Biostatistics, Faculty of Health, Mazandaran University of Medical Sciences, Sari, Iran. ORCID ID: 0000-0002-4721-225X

Abstract

Background and Objective: Managed health care is one of the main components of universal health care systems, which recently has drawn more attentions. Therefore, based on the high costs of health system, poor quality of services, reduce efficiency, it is necessary to study and design a model to distinguish managed form unmanaged systems in Iran. This study was done to evaluate the managed health care in contagious and non-contagious diseases in Golestan province, northern Iran during 2016.

Methods: This descriptive-analytic study was done based on data collected from all urban and rural health centers of Golestan province, north of Iran during 2016 using standard checklists. Data were analyzed according to rural and urban area and type of diseases.

Results: Managed health care of tuberculosis was considered in first rank following by hypothyroidism, leishmaniasis, hypertension, brucellosis and finally diabetes in a respective manner. In addition, managed cares in rural centers significantly had better condition than those of urban centers ($P < 0.05$).

Conclusion: This study showed that managed care in rural areas is better than urbans and the tuberculosis has well condition according to managed health care.

Keywords: Managed health care, Contagious diseases, Non-contagious diseases, Tuberculosis, Rural area, Iran

Received 14 Oct 2018

Revised 1 Jan 2019

Accepted 13 Jan 2019

Cite this article as: Ghasem Abedi, Seyed Amir Soltani Kontai, Jamshid Yazdani Cheratee. [Evaluation of managed health care in contagious and non-contagious diseases in Golestan province, northern Iran during 2016]. J Gorgan Univ Med Sci. 2019 Summer; 21(2): 113-119. [Article in Persian]

ارزیابی مراقبت‌های بهداشتی مدیریت شده بیماری‌های واگیر و غیر واگیر شایع در استان گلستان (۱۳۹۵)

ORCID ID: 0000-0001-8932-6397

ORCID ID: 0000-0002-4831-766X

ORCID ID: 0000-0002-4721-225X

دکتر **ی. دانشیار**، مرکز تحقیقات علوم بهداشتی، دانشگاه علوم پزشکی مازندران، ساری، ایران.

* **دکتر** **کنناز**، دانشجوی کارشناسی ارشد مدیریت خدمات بهداشتی و درمانی، دانشگاه علوم پزشکی مازندران، ساری، ایران.

دکتر **زdana چراة**، دانشیار گروه آمار زیستی، دانشگاه علوم پزشکی مازندران، ساری، ایران.

چکیده

زمینه و هدف: مراقبت‌های مدیریت شده از اجزاء اساسی نظام‌های بهداشتی و درمانی در سراسر دنیا است که توجه روزافزونی یافته است. لذا با توجه به بالا بودن هزینه های سیستم سلامتی، ضعف کیفیت خدمات و کاهش اثربخشی مطالعه و طراحی الگویی که سیستم مدیریت شده را از سیستم غیرمدیریت شده در ایران تفکیک نماید؛ لازم است. این مطالعه به منظور ارزیابی مراقبت‌های بهداشتی مدیریت شده بیماری‌های واگیر و غیر واگیر شایع در استان گلستان در سال ۱۳۹۵ انجام شد.

روش بررسی: در این مطالعه توصیفی - تحلیلی استان گلستان به تفکیک شهرستان ها و هر شهرستان کلیه مراکز بهداشتی و درمانی شهری و روستایی انتخاب شدند. با استفاده از چک لیست استاندارد، داده‌ها جمع‌آوری و مورد ارزیابی قرار گرفت.

یافته‌ها: وضعیت مراقبت مدیریت شده بیماری سل در رتبه اول و سایر بیماری‌ها به ترتیب هیپوتیروئید، سالک، پرفشاری خون، تب مالت و دیابت قرار داشتند. مراقبت مدیریت شده مراکز روستایی به‌طور معنی‌داری از مراکز شهری وضعیت بهتری داشتند ($P < 0/05$).

نتیجه‌گیری: وضعیت مراقبت مدیریت شده در مراکز روستایی نسبت به مراکز شهری استان گلستان کیفیت بالاتری داشت و بهترین مراقبت مدیریت شده بیماری‌ها، بیماری سل تعیین گردید.

کلید واژه‌ها: مراقبت‌های مدیریت شده، بیماری‌های واگیر، بیماری‌های غیرواگیر، استان گلستان

* نویسنده مسؤل: سیدامیر سلطانی کنناز، پست الکترونیکی amir.s1368@yahoo.com

نشانی: ساری، کیلومتر ۱۸ جاده خزر آباد، دانشگاه علوم پزشکی مازندران، دانشکده بهداشت، تلفن ۰۰۱۷-۳۳۵۴۲۲۲۹-۳۳۵۴۲۴۷۳

وصول مقاله: ۱۳۹۷/۰۲/۲۲، اصلاح نهایی: ۱۳۹۷/۱۰/۱۱، پذیرش مقاله: ۱۳۹۷/۱۰/۲۳

مقدمه

می‌شود؛ دارای سه بعد مهم مدیریتی، اقتصادی و بهداشتی درمانی هستند. عبارت مراقبت مدیریت شده تصویر مثبت و منفی را به یاد می‌آورد. در واقع مراقبت مدیریت شده نه خوب است و نه بد؛ بلکه یک مراقبت بهداشتی مستمر داخل یک نظام در جهت تلاش برای رسیدن به کیفیت مراقبت، هزینه و دسترسی است (۴). مراقبت‌های مدیریت شده اولین بار در آمریکا به‌وجود آمد. به‌طوری که هزینه‌های ۱۰/۹ درصد سال ۱۹۹۲ را به ۴/۸ درصد در سال ۱۹۹۴ کاهش داد و این مقدمه‌ای برای استفاده وسیع از مراقبت‌های مدیریت شده در سیستم آمریکا شد (۵). براساس اعلام سازمان بهداشت جهانی، کشور آمریکا با سرمایه‌گذاری ۱۵-۱۳ درصد از درآمد ناخالص ملی رتبه ۳۷، سنگاپور با سرمایه‌گذاری ۳/۱ درصد رتبه ۶ و ایران با ۴/۴ درصد رتبه ۹۳ را در سلامت دنیا دارد (۶).

شاخص‌های بهداشتی برای ارزیابی وضعیت جمعیت و پایش برنامه‌ها، نتایج اجرایی آنها، ارزیابی اثربخشی و نتایج نهایی اجرا این برنامه‌ها در نظام سلامت به کار می‌رود (۷). امروزه بیماری‌های غیرواگیر به علت تغییر سبک و شیوه زندگی و گرایش افراد به

سلامتی محور توسعه اجتماعی، سیاسی و فرهنگی کلیه جوامع بشری بوده و دارای اهمیت ویژه‌ای در توسعه زیر ساخت بخش‌های مختلف جامعه است. هدف نهایی نظام ارایه خدمات بهداشتی درمانی هر کشوری، ارتقا سطح سلامت همه مردم است تا بتوانند با برخورداری از سلامت کافی در فعالیت‌های اقتصادی، اجتماعی سهم شونند (۱). در بیانیه آلماتا در سال ۱۹۷۸ میلادی مراقبت‌های اولیه بهداشتی به عنوان یک اصل برای همه سیستم‌های بهداشتی جهان در نظر گرفته شد (۲). موضوعات عمومی همچون جهانی شدن و اقتصاد بازار، از یک طرف سطح انتظارات را از نظام بهداشتی درمانی جهت ارایه خدمات با کیفیت بهتر و کمیت بیشتر بالا برده است و از طرف دیگر دگرگون شدن الگو بیماری‌ها، در کنار فقر و تنگدستی و سطح درآمدی پایین اکثریت جمعیت روستائین کشور، لزوم حفظ دستاوردهای بهداشتی اولیه و اصلاح بخش بهداشت را اجتناب‌ناپذیر کرده است (۳). در دنیا سازمان‌هایی که از آنها تحت عنوان سازمان‌های مراقبت‌های مدیریت شده یاد

روش بررسی

در این مطالعه توصیفی - تحلیلی به صورت مقطعی به ارزیابی مراقبت‌های مدیریت شده بیماری‌های واگیر و غیر واگیر شایع به تفکیک شهرستان‌های تحت پوشش استان گلستان طی سال ۱۳۹۵ پرداخته شد. مطالعه در کلیه مراکز بهداشتی درمانی شهری و روستایی تحت پوشش دانشگاه علوم پزشکی گلستان (۴۳ مرکز شهری و ۹۷ مرکز روستایی) انجام شد.

این مطالعه مورد تایید کمیته اخلاق دانشگاه علوم پزشکی مازندران (IR.MAZUM.REC.1396.3142) قرار گرفت.

جمع‌آوری داده‌ها با استفاده از چک لیست استاندارد واحد بیماری‌های واگیر و غیر واگیر وزارت متبوع انجام شد. این چک لیست شامل مراقبت‌های مدیریت شده در محورهای برنامه عملیاتی، پایش، آموزش، دستورالعمل، تجهیزات، فرم‌های آماری و شاخص‌های شیوع و بروز بیماری‌های واگیر (سل، سالک و بروسوز) و غیر واگیر (دیابت، پرفشاری خون و کم‌کاری تیروئید) بود. هر بیماری به چهار قسمت درون‌داد (لوازم و تجهیزات مورد نیاز در برنامه)، فرآیند (روند اجرایی برنامه)، برآیند (استفاده از لوازم و تجهیزات در روند اجرایی برنامه برای رسیدن به اهداف مدنظر) و نتیجه (محصول نهایی برنامه سنجیده شده با ارزیابی شاخص‌های برنامه) دسته‌بندی شد. با توجه به این که چک لیست مورد استفاده در این مطالعه از قبل توسط وزارت متبوع طراحی گردید؛ از لحاظ پایایی مورد تایید وزارت متبوع است. این چک لیست از لحاظ روایی محتوا نیز توسط ده نفر از اساتید دانشگاه علوم پزشکی مازندران تایید شده است (۱۳). برای گردآوری داده‌ها به صورت میدانی و با حضور در مراکز بهداشتی درمانی شهری و روستایی و با پایش و ارزشیابی برنامه مراقبتی بیماری‌های منتخب از طریق مشاهده و بررسی بایگانی و اطلاعات ثبت شده در مراکز و خانه‌های بهداشت و پایگاه‌های بهداشتی انجام گردید.

داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار آماری SPSS-20 و روش‌های توصیفی و روش‌های تحلیلی شامل آزمون‌های آماری مدل‌های خطی تعمیم یافته، تی هتلینگ و پس آزمون بون فرونی در سطح معنی داری کمتر از ۰/۰۵ تجزیه و تحلیل شدند.

یافته‌ها

وضعیت مراقبت‌های مدیریت شده بیماری‌ها در بین شهرهای استان گلستان، تفاوت آماری معنی دار نشان داد ($P < 0/023$) (نمودار یک).

از دیگر نتایج مهم به دست آمده در این مطالعه، وضعیت مراقبت مدیریت شده بیماری‌ها بود. به طوری که بیماری سل در رتبه اول و مراقبت مدیریت شده سایر بیماری‌ها به ترتیب هیپوتیروئید، سالک، پرفشاری خون، تب‌مالت و دیابت قرار داشتند (جدول یک).

عادات نامناسب غذایی به صورت گسترده‌ای شیوع پیدا کرده‌اند. بیماری‌های قلبی عروقی، حوادث و سرطان‌ها مهم‌ترین علل مرگ و بار بیماری‌ها در جهان هستند (۶). طبق گزارش سازمان بهداشت جهانی تا سال ۲۰۰۵ یک میلیارد نفر مبتلا به فشارخون بالا در جهان وجود خواهند داشت و چهار میلیون نفر در سال در نتیجه مستقیم فشارخون بالا فوت خواهند نمود. پیش بینی می‌شود تا سال ۲۰۲۵ شیوع فشارخون بالا ۶۰ درصد افزایش یابد. در کشور ما نیز علل عمده مرگ و میر بیماری‌های قلبی عروقی، سوانح و حوادث، سرطان‌ها، بیماری‌های تنفسی و بیماری‌های حول تولد است (۸). در مورد شیوع بیماری‌های مختلف در ایران نیز آمارهای مختلفی بیان شده است. از جمله طی مطالعات انجام شده در استان گلستان در سال ۱۳۸۵ میزان شیوع بیماری پرفشاری خون در جامعه شهری ۳۱ درصد و شیوع دیابت در سال ۱۳۸۴، ۱۳/۱ درصد تعیین شد (۹). در خصوص بیماری‌های واگیردار نیز اگرچه با بهتر شدن وضعیت اقتصادی و فرهنگی کشورها، تحت کنترل درآمده و در مواردی موجب ریشه کنی بیماری عفونی از جمله آبله شده است؛ ولی هنوز در بسیاری از کشورهای توسعه نیافته قسمت اعظم بیماری‌های شایع، بیماری‌های واگیردار محسوب می‌گردد که از این جمله هیپاتیت B، ایدز و سل را می‌توان نام برد (۱۰). افزایش پاسخگویی و افزایش دسترسی مردم به خدمات سلامت و کاهش هزینه‌های غیر ضروری در بازار سلامت از جمله نقاط قوت نظام مراقبت در مراکز بهداشتی درمانی است؛ اما در خصوص مراقبت‌های مدیریت شده بیماری‌های واگیر و غیر واگیر شواهد حاکی از آن است که مطالعه دقیق در این خصوص در کشور انجام نگرفته است (۱۱).

شاخص‌های سلامت مهم‌ترین عامل برای سنجش سیمای سلامت یک جامعه محسوب شده و روند تغییرات این شاخص‌ها در طی زمان، گذار سلامت جامعه را نشان می‌دهد (۱۲). ارزیابی مراقبت‌های مدیریت شده در برنامه‌های نظام مراقبت بیماری‌ها بر اساس شاخص‌های سلامت و مقایسه و تجزیه و تحلیل شاخص‌های مدنظر با استانداردها و حدود انتظارات تعیین شده توسط وزارت بهداشت و درمان کشور می‌تواند به عنوان یکی از عوامل در ارزیابی برنامه‌های مراقبتی بیماری‌ها مورد استفاده قرار گیرد. لذا ارزیابی و دستیابی به نقاط قوت و ضعف در روند اجرایی برنامه‌های نظام مراقبت بیماری‌ها از بعد کنترل کیفیت اهمیت زیادی دارد. همچنین با توجه به بالا بودن هزینه‌های سیستم سلامتی، فشار هزینه‌ها و گوناگونی در دسترسی خدمات، ضعف کیفیت خدمات و کاهش اثربخشی، این مطالعه به منظور ارزیابی مراقبت‌های بهداشتی مدیریت شده بیماری‌های واگیر و غیر واگیر شایع در استان گلستان در سال ۱۳۹۵ انجام شد.

در باقی مراحل از لحاظ مراکز شهری و روستایی تفاوت آماری معنی داری یافت شد ($P < 0/05$). در شهر مراوه تپه در هیچ کدام از مراحل بین مراقبت‌های مدیریت شده از لحاظ مراکز شهری و روستایی تفاوت آماری معنی داری یافت نشد. در شهر مینودشت نیز تنها بین مراقبت‌های مدیریت شده مراحل درون‌داد و فرایند از لحاظ مراکز شهری و روستایی تفاوت آماری معنی داری یافت شد ($P < 0/05$) (جدول ۳).

جدول ۲: بررسی ارتباط مراقبت‌های مدیریت شده بر حسب مولفه‌های بیماری و شهر با استفاده از آزمون تی‌هتلینگ در استان گلستان طی سال ۱۳۹۵

منبع	مرحله	آماره F	p-value
تی‌هتلینگ	بیماری	۷۷/۵۶	۰/۰۰۱
	شهر	۶/۷۱	۰/۰۰۱
	بیماری و شهر	۱/۹۳	۰/۰۰۱
بیماری	درون‌داد	۲۳/۴۲	۰/۰۰۱
	فرایند	۲۰/۹۵	۰/۰۰۱
	برآیند	۵۳/۱۷	۰/۰۰۱
شهر	درون‌داد	۱۰۹/۸	۰/۰۰۱
	فرایند	۱۱/۷۹	۰/۰۰۱
	برآیند	۱۰/۶۶	۰/۰۰۱
بیماری و شهر	درون‌داد	۰/۷۷	۰/۹۰
	فرایند	۰/۹۱	۰/۶۶۱
	برآیند	۰/۶۳	۰/۹۸۹
	درون‌داد	۱/۴۰	۰/۰۲۳

بحث

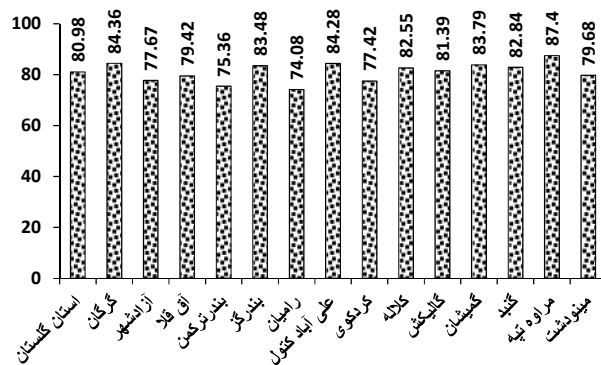
با توجه به نتایج این مطالعه رابطه بین مراقبت مدیریت شده بیماری و شهر معنی دار بود. به طوری که شهرستان‌های مراوه تپه، بندرگز و علی‌آباد نسبت به بقیه شهرستان‌ها، وضعیت مراقبت مدیریت شده بیماری‌های بهتر و شهرستان‌های رامیان و بندرگز کم وضعیت ضعیف‌تری داشتند.

در مطالعه انجام شده در اصفهان تفاوت معنی داری در وضعیت مراقبت فشارخون بالا و دیابت شیرین در مقایسه دو مرکز بهداشت شماره ۲ و اصفهان گزارش شد (۱۴) که با نتایج این مطالعه هم خوانی دارد. مطالعات دیگری نیز در خصوص وجود تفاوت در وضعیت مراقبت بیماری‌ها در نقاط مختلف بررسی شده که در نتایج مطالعه‌ای در استان مرکزی بیان شد مهم‌ترین شاخص اجرایی برنامه مراقبت هیپوتیروئید، زمان شروع درمان بر حسب سن نوزاد به روز است که این شاخص برای بیماران ۹۴/۴ درصد در زمان مطلوب و یا قابل قبول بوده است (۱۵). همچنین در کشور نیز تا پایان سال ۱۳۸۹، ۹۲/۹ درصد در زمان مطلوب بوده است (۱۶)؛ اما در مطالعه Ku dal و همکاران در ترکیه میانگین سن شروع درمان 38 ± 58

وضعیت مراقبت مدیریت شده بیماری‌ها در شهرهای مختلف استان گلستان متفاوت بود. به طوری که شهرستان‌های مراوه تپه (۸۷/۴ درصد)، بندرگز (۸۳/۸۴ درصد) و علی‌آباد کتول (۸۴/۲۸ درصد) نسبت به بقیه شهرستان‌ها وضعیت بهتری داشتند و همچنین شهرستان‌های رامیان (۷۴/۰۸ درصد) و بندرگز کم (۷۵/۳۶ درصد) وضعیت ضعیف‌تری داشتند (نمودار یک).

جدول ۱: مقایسه وضعیت مراقبت‌های مدیریت شده بیماری دیابت با سایر بیماری‌های مورد مطالعه در استان گلستان طی سال ۱۳۹۵

مقایسه بیماری دیابت با سایر بیماری‌ها	میانگین تفاوت‌ها	p-value
فشارخون	-۵/۳۷	۰/۵۱۱
هیپوتیروئید	-۱۰/۵۲	۰/۰۰۱ *
سل	-۱۲/۶۰	۰/۰۰۱ *
سالک	-۷/۲۴	۰/۰۶۸
تب مالت	-۴/۶۵	۰/۹۸۴



نمودار ۱: مقایسه وضعیت مراقبت‌های مدیریت شده بیماری‌های مورد مطالعه در شهرستان‌های استان گلستان طی سال ۱۳۹۵

بین بیماری‌ها در هر چهار مرحله درون‌داد، فرایند، برآیند و برونداد تفاوت آماری معنی داری یافت شد ($P < 0/05$). همچنین بین شهرها در هر چهار مرحله درون‌داد، فرایند، برآیند و برونداد تفاوت آماری معنی دار وجود داشت ($P < 0/05$). در مورد اثر متقابل بین بیماری و شهر تنها در مرحله برونداد تفاوت آماری معنی دار مشاهده شد ($P < 0/05$) (جدول ۲).

در همه شهرستان‌ها نمره درون‌داد، فرایند، برآیند و نتیجه مراکز روستایی بهتر از شهری ارزیابی شد. به غیر از درون‌داد در شهرستان علی‌آباد که شهر اندکی از روستا نمره بالاتری داشت.

در هر چهار مرحله بین مراقبت مدیریت شده مراکز شهری و روستایی تمامی شهرها به غیر از علی‌آباد کتول، کلان، گمیشان، مراوه تپه و مینودشت تفاوت آماری معنی دار وجود داشت ($P < 0/05$). در تمام این شهرها مراقبت مدیریت شده مراکز روستایی از شهری بیشتر بود. همچنین بین مراقبت‌های مدیریت شده در شهرهای علی‌آباد کتول، کلان و گمیشان به غیر از مرحله درون‌داد

جدول ۳: مقایسه مراقبت‌های مدیریت شده در مراکز شهری و روستایی شهرستان‌های استان گلستان طی سال ۱۳۹۵

شهرها	متغیرها	میانگین تفاوت‌ها	p-value	شهرها	متغیرها	میانگین تفاوت‌ها	p-value
گرگان	درونداد	-۷/۲۹	۰/۰۰۱*	کردکوی	درونداد	-۱۶/۸۴	۰/۰۰۱*
	فرایند	-۱۰/۰۲	۰/۰۰۱*		فرایند	-۱۸/۷۵	۰/۰۰۱*
	برآیند	-۸/۰۶	۰/۰۰۱*		برآیند	-۱۸/۰۳	۰/۰۰۱*
	برونداد	-۸/۵۰	۰/۰۰۱*		برونداد	-۱۳/۱۶	۰/۰۰۱*
آزادشهر	درونداد	-۶/۴۷	۰/۰۰۱*	کلاله	درونداد	-۴/۸۲	۰/۰۷۳*
	فرایند	-۱۹/۰۱	۰/۰۰۱*		فرایند	-۱۱/۰۰	۰/۰۰۱*
	برآیند	-۱۵/۸۸	۰/۰۰۱*		برآیند	-۱۰/۶۰	۰/۰۰۱*
	برونداد	-۱۵/۹۴	۰/۰۰۱*		برونداد	-۶/۷۰	۰/۰۰۹*
آق قلا	درونداد	-۱۴/۶۴	۰/۰۰۱*	گالیکش	درونداد	-۱۳/۱۴	۰/۰۰۱*
	فرایند	-۱۶/۹۹	۰/۰۰۱*		فرایند	-۱۳/۲۵	۰/۰۰۱*
	برآیند	-۱۸/۷۹	۰/۰۰۱*		برآیند	-۱۴/۶۹	۰/۰۰۱*
	برونداد	-۱۴/۸۰	۰/۰۰۱*		برونداد	-۱۲/۱۰	۰/۰۰۱*
بندرترکمن	درونداد	-۲۲/۸۷	۰/۰۰۱*	گمیشان	درونداد	-۴/۸۴	۰/۰۷۳*
	فرایند	-۲۵/۸۸	۰/۰۰۱*		فرایند	-۹/۶۴	۰/۰۰۱*
	برآیند	-۲۰/۶۹	۰/۰۰۱*		برآیند	-۱۰/۰۲	۰/۰۰۱*
	برونداد	-۲۵/۹۳	۰/۰۰۱*		برونداد	-۷/۴۳	۰/۰۰۱*
بندرگز	درونداد	-۴/۰۵	۰/۰۰۱*	گنبد	درونداد	-۱۲/۶۳	۰/۰۰۱*
	فرایند	-۱۲/۱۸	۰/۰۰۱*		فرایند	-۱۲/۱۹	۰/۰۰۱*
	برآیند	-۱۲/۹۶	۰/۰۰۱*		برآیند	-۸/۹۹	۰/۰۰۱*
	برونداد	-۱۰/۱۶	۰/۰۰۱*		برونداد	-۹/۶۰	۰/۰۰۱*
رامیان	درونداد	-۱۹/۱۱	۰/۰۰۱*	مراوه تپه	درونداد	-۳/۴۹	۰/۳۷۸
	فرایند	-۱۴/۴۳	۰/۰۰۱*		فرایند	-۲/۶۶	۰/۳۲۸
	برآیند	-۱۳/۴۴	۰/۰۰۱*		برآیند	-۱/۰۲	۰/۷۷۸
	برونداد	-۹/۶۹	۰/۰۰۱*		برونداد	-۰/۶۴	۰/۸۵۶
علی آباد کنول	درونداد	۱/۴۵	۰/۵۶۱	مینودشت	درونداد	-۱۷/۱۳	۰/۰۰۱*
	فرایند	-۸/۴۸	۰/۰۰۱*		فرایند	-۸/۱۳	۰/۰۰۴*
	برآیند	-۷/۱۶	۰/۰۰۴*		برآیند	-۶/۱۲	۰/۰۹۲*
	برونداد	-۷/۷۱	۰/۰۰۳*		برونداد	-۵/۶۱	۰/۱۷۹*

پژوهشی در ایران در بررسی کیفیت لوازم، تجهیزات خانه‌های بهداشت و مراکز بهداشتی، درمانی نشان داد که ۹۴ درصد از مراکز بهداشتی، درمانی از نظر لوازم و تجهیزات و از نظر دارویی نیز ۸۱ درصد آنها کامل بودند و ۹۵ درصد از خانه‌های بهداشت تحت پوشش، دارای وسایل لوازم و تجهیزات لازم برای طرح پیشگیری و کنترل فشارخون بودند. از نظر کیفیت نیز ۷۹ درصد وسایل لوازم و تجهیزات آنها مطلوب و ۶۵ درصد ترازوها و ۱۵ درصد دستگاه‌های فشارسنج از کیفیت مطلوبی برخوردار نبودند که با توجه به اهمیت کیفیت مطلوب وسایل اندازه‌گیری برای اجرا برنامه‌های مراقبتی مدنظر، لازم است هر چند وقت یک بار وسایل مورد استفاده، کنترل شوند (۱۸).

در مطالعه حاضر در مراحل درونداد، فرآیند، برآیند و برونداد بین مراقبت‌های مدیریت شده بیماری‌ها با یکدیگر تفاوت معنی‌داری یافت شد. به طوری که وضعیت مراقبت مدیریت شده در رتبه اول و مراقبت مدیریت شده سایر بیماری‌ها به ترتیب هیپوتیروئید، سالک، پرفشاری خون، تب‌مالت و در نهایت دیابت که

روزگی بوده است که آنرا مناسب ندانسته و علت را تاخیر در انجام و دریافت نتایج آزمایشات ذکر کردند (۵).

برخلاف نتایج این تحقیق، مقایسه مطالعات نشان می‌دهد که در اجرای برنامه غربالگری بیماری هیپوتیروئید در ایران، به طور کلی وضعیت در سطح استان‌ها مطلوب و یکسان است (۱۶)؛ اما مقایسه وضعیت مراقبت هیپوتیروئید در ایران نسبت به کشور ترکیه مشخص گردید که وضعیت مراقبت هیپوتیروئید در ایران نسبت به ترکیه مطلوب‌تر است (۱۶و۵).

در مطالعه حاضر بین چهار مرحله درونداد، فرآیند، برآیند و برونداد در هر بیماری رابطه معنی‌دار وجود داشت. به طوری که در صورت بهبود وضعیت درونداد در مراقبت بیماری‌ها، بر فرآیند، برآیند و در نهایت برونداد اثر مثبت خواهد گذاشت و بالعکس. همچنین بهبود در سایر مراحل فرآیند و برآیند و برونداد بر یکدیگر اثر مثبت خواهند گذاشت و بالعکس. در مطالعه انجام شده در تایوان، گزارش شد که ساختار سازمانی و منابع در دسترس نقش مهمی را در مراقبت بیماری سل بازی می‌کند (۱۷). یافته‌های

جمعیت زیر ۲۰ هزار نفر تحت پوشش است. در مطالعات متعدد انجام شده، میزان شیوع دیابت و پرفشاری خون در جمعیت روستایی کشور ما، کمتر از شیوع این دو بیماری در مناطق شهری بوده است که علت آن را می‌توان چنین بیان نمود که در روند اجرایی نظام مراقبت بیماری‌ها در روستا، با اجرای برنامه پزشک خانواده اثرات مثبتی داشته و وضعیت مراقبتی بهبود یافته است (۱۴).

از محدودیت‌های این مطالعه می‌توان به تعداد اندک مقالات در ابعاد مختلف مراقبت‌های مدیریت شده بیماری‌ها برای دستیابی به نتایج جامع اشاره نمود. لذا با وجود دستیابی به مطالعات مختلف هنوز نمی‌توان نتایج حاصله را با قاطعیت به کل برنامه مراقبت بیماری‌ها در سطح ملی تعمیم داد. لذا پیشنهاد می‌شود معاونت بهداشت وزارت متبوع با همکاری دانشگاه‌های علوم پزشکی کشور مطالعه جامعی با توجه به جنبه‌های مختلف مدیریت برنامه مراقبت بیماری‌ها خصوصاً بیماری‌های واگیر و غیرواگیر با بروز و شیوع بالا در استان‌های کشور طراحی و اجرا نمایند.

نتیجه‌گیری

نتایج این مطالعه نشان داد که نقاط قوت و ضعف مراقبت‌های مدیریت شده در برنامه مراقبتی بیماری‌ها در شهرستان‌های استان گلستان می‌تواند برای رفع نقاط ضعف و تقویت نقاط قوت برنامه‌های کشوری مفید و قابل استفاده باشد. در نهایت نتایج کسب شده از این مطالعه، شواهدی را برای بحث در مورد اهمیت مراقبت‌های مدیریت شده ساختار یافته برای کنترل کیفیت در سیاست‌های بهداشتی ارائه می‌دهد.

تشکر و قدردانی

این مطالعه مستخرج از پایان‌نامه (شماره ۱۰۹/د/ب/۹۶) آقای سیدامیر سلطانی کنتانی برای اخذ درجه کارشناسی ارشد در رشته مدیریت خدمات بهداشتی و درمانی از دانشکده بهداشت دانشگاه علوم پزشکی مازندران بود. همچنین این مطالعه در قالب طرح تحقیقاتی (شماره ۳۱۴۲) مصوب معاونت تحقیقات و فناوری دانشگاه علوم پزشکی مازندران به انجام رسید. بدین وسیله مراتب سپاس خود را از آن معاونت محترم به خاطر حمایت مالی از تحقیق اعلام می‌داریم. همچنین از تمامی مسؤولین محترم مراکز بهداشتی درمانی شهری و روستایی تحت پوشش دانشگاه علوم پزشکی گلستان که ما در انجام این مطالعه یاری نمودند؛ قدردانی می‌گردد.

References

1. Golalazade E, Musazade M, Amiresmaili M, Ahangar N. [Second level challenges in family physician program: qualitative research]. J Med Counc I.R. Iran. 2012; 29(4): 309-21. [Article in Persian]
2. Henrique F, Calvo MC. [Assessment of the family health program in municipalities in Santa Catarina State, Brazil]. Cad Saude Publica. 2008 Apr; 24(4): 809-19. [Article in Portuguese]
3. Raeissi P, Ebadi Fard Azar F, Roudbari M, Shabani kia H. [The

در رتبه آخر ارزیابی انجام شده؛ قرار دارد. ضرورت مداخله به منظور کنترل بیماری دیابت بر اساس اهداف کمیته کشوری دیابت در ایران به عنوان اولویت نتیجه‌گیری شده است (۱۹).

بهبود کیفیت مراقبت‌های ارائه شده به افراد مبتلا به دیابت نوع دو نه تنها برای بیماران بلکه برای سیاست‌گذاران، مدیران و ارائه‌دهندگان مراقبت‌های بهداشتی درمانی نیز حایز اهمیت فراوان بوده و نیازمند بهره‌مندی از خدمات استاندارد، ارائه‌کنندگان با صلاحیت، سیستم‌های سازمان‌دهی شده و تعهد بالای مشتریان توانمند است (۲۰). همچنین در خصوص وضعیت مراقبت بیماری پرفشاری خون نیز نتایج مربوط به مطالعه میری و همکاران نشان داد که ۴۵ درصد از افراد مشکوک به بیماری فشار خون بالا به پزشک ارجاع شده بودند و پوشش کل مراقبت ماهیانه به‌روز ۶۰ درصد و پوشش مراقبت سه ماهه پزشک در کشور ۳۵ درصد بود. با توجه به اهداف طرح ملی پیشگیری و کنترل فشار خون که پوشش ۱۰۰ درصد بیماران مورد انتظار است؛ می‌توان چنین استنباط کرد که اولاً درصد بیماران مراقبت شده در طرح پرفشاری خون، پایین بوده و ثانیاً ارجاع بیماران به پزشک و درصد مراقبت‌های انجام شده توسط پزشکان کم بوده است (۱۸). در خصوص مراقبت بیماری بروسولوز در مطالعه‌ای بیان شد که ضعف عمده در مراقبت برنامه بروسولوز در کشورهای در حال توسعه باعث شده است که علی‌رغم ۷-۸ دهه مبارزه، هنوز توفیق‌چندانی در کنترل بروسولوز حاصل نشده است. زیرا به جای توجه به این مطلب و آنالیز داده‌ها، بیشترین حجم کاری و مالی خود را صرف روش‌های آزمایشگاهی و حتی صرفاً واکسن مورد استفاده می‌نمایند (۲۱). به‌طور کلی مقایسه مطالعات صورت گرفته، نشان دهنده وجود تفاوت در وضعیت مراقبت بیماری‌ها نسبت به هم است که با نتایج این مطالعه هم خوانی دارد.

در مطالعه حاضر تمامی شهرها به غیر از مراوه تپه نشان داد که بین مراقبت مدیریت شده مراکز شهری و روستایی تفاوت معنی‌داری وجود دارد. در تمام این شهرها مراقبت مدیریت شده مراکز روستایی از شهری بیشتر بود. در شهر مراوه تپه در هیچ کدام از مراحل بین مراقبت‌های مدیریت شده از لحاظ مراکز شهری و روستایی تفاوت معنی‌دار آماری وجود نداشت که علت آن اجرا پزشک خانواده در مراکز شهری شهرستان مراوه تپه به علت داشتن

impact of family physician program on mother and child health indices in rural population auspices of Mashhad University of Medical Sciences and Health Care Services, Iran 2009]. J Health Adm. 2011; 14(43): 27-36. [Article in Persian]

4. Nasiripur A, Ebraze A, Delgoshai B. [Study of management guidelines for preoperative assessment in patients admitted to the auditory and throat department of Tehran Bazarganan Hospital]. Aud Vestib Res. 2006; 15(1): 47-52. [Article in Persian]

5. Kudal Y, Ye iltepe-Mutlu G, Özsü E, Çizmecio lu FM, Hatun . Congenital hypothyroidism screening program in Turkey: a local evaluation. *Turk J Pediatr.* 2012 Nov-Dec; 54(6): 590-95.
6. Asadi S. [Evaluation of the implementation of the family physician plan based on the SWOT model in Iran]. *J Med Educ Dev.* 2013; 6(2): 72-77. [Article in Persian]
7. Mansurian M, Rastgarimehr B, Kalantari Z, Mahram M, Hoseinzade Milani M, Shafieyan Z, et al. [The effect of family physician program on health indicators in rural population of Qazvin province, 2004-2010]. *Razi J Med Sci.* 2014; 21(126): 28-31. [Article in Persian]
8. National Center for Health Statistics. *Health, United States, 2010: With Special Feature on Death and Dying.* Hyattsville, MD. 2011.
9. Khademi N, Gooya MM, Izade B, Mansory F, Laghai Z. [Decreasing risk factors of non-communicable diseases among health workers of Kermanshah University of Medical Sciences (2008-2010)]. *Hakim Health Systems Research Journal.* 2013; 15(4): 330-38. [Article in Persian]
10. Abdollahy AA, Bazrafshan HR, Salehi A, Behnampour N, Hosayni SA, Rahmany H, et al. [Epidemiology of hypertension among urban population in Golestan province in north of Iran]. *J Gorgan Univ Med Sci.* 2007; 8(4): 37-41. [Article in Persian]
11. Shayesteh M, Sharifzadeh GhR, Jamavar MR, Etesam Kh, Bahlgerdi F. [Review Surveillance system in infectious diseases in the years 2007 and 2008 in South Khorasan province]. *Scientific Quarterly of Birjand Nursing and Midwifery Faculty.* 2009; 6(1): 25-29. [Article in Persian]
12. Barati O, Maleki MR, Gohari MR, Kabir MJ, Amiresmaili MR, Abdi Zh. [The impact of family physician program on health indicators in Iran (2003-2007)]. *Payesh.* 2012; 11(3): 361-63. [Article in Persian]
13. Ministry of Health and Medical Education. [A performance monitoring checklist in communicable Disease Management Center]. Tehran, Iran: Deputy of Health, Ministry of Health & Medical Education. Shahid Beheshti University of Medical Sciences. 2017. [Persian]
14. Khadivi R, Hashemi T, Farrokh Siar E, Rohani M. [The assessment of family physicians' performance in screening of hypertension and diabetes mellitus in rural areas of Isfahan county: A 5-year survey]. *J Isfahan Med Sch.* 2012; 30(209): 1650-61. [Article in Persian]
15. Dorreh F, Yousefi Chaijan P, Javaheri J, Eshrati B, Amiri Z. [Evaluation of 6 years performance of screening program of congenital hypothyroidism in Markazi province (2006-2012)]. *Arak Med Univ J.* 2013; 16(8): 40-47. [Article in Persian]
16. Mohammadian M, Sojodi L, Etemadinejad S. [Survey of concentrations of PM2.5 inside and outside of shops in Sari's city centre]. *J Mazandaran Univ Med Sci.* 2011; 21(84): 72-79. [Article in Persian]
17. Chiou SJ, Huang YT, Lee JJ, Wang SI, Yaung CL. Historical research into tuberculosis control strategies and the implications of mortality trends in Taiwan. *Int J Tuberc Lung Dis.* 2011 Aug; 15(8): 1033-37. doi: 10.5588/ijtld.10.0502
18. Miri M, Ramazani A, Hanafi H, Gholinejad B. [Analysis of quality assessment of the prevention & control of hypertension plan in Birjand University of Medical Sciences]. *Horizon Med Sci.* 2006; 12(2): 39-45. [Article in Persian]
19. Ahmadi A, Hasanzadeh J, Rajaeifard A. [Metabolic control and care assessment in patients with type 2 diabetes in Chaharmahal & Bakhtiyari Province 2008]. *Endocrin Metabol.* 2009; 11(1): 33-39. [Article in Persian]
20. Ensign J. Quality of health care: The views of homeless youth. *Health Serv Res.* 2004 Aug; 39(4 Pt 1): 695-708. 10.1111/j.1475-6773.2004.00253.x
21. FAO. *Brucella melitensis in Eurasia and the Middle East.* FAO Animal Production and Health Proceedings. Rome. 2010; No 10.