مجله علمی
سازمان نظام پزشکی جمهوری اسلامی ایران

فصلنامه: دوره ۳۳، شماره ۲، تابستان ۱۳۹۴

صاحب امتیاز: سازمان نظام پزشکی جمهوری اسلامی ایران

مدیر مسئول: دکتر علیرضا زالی (MD)

سردبیر: دکتر علی اصغر پیوندی (MD)

مدیر اجرایی: دکتر محمد دائمی (MD)

هیأت تحریریه (به ترتیب حروف الفبا): دکتر ناصر ابراهیمی‌دریانی (MD)، دکتر مسلم بهادری (MD)، دکتر عباس پوستی (MD, PhD)، دکتر علی‌اصغر پیوندی (MD)، دکتر احمدرضا جمشیدی (MD)، دکتر عبدالحمید حسابی (MD)، دکتر علیرضا زالی (MD)، دکتر محمدرضا زالی (MD)، دکتر محمدرضا زاهدپورانارکی (MD)، دکتر سیدشهاب‌الدین صدر (MD, PhD)، دکتر زهره طبیب‌زاده (DDS)، دکتر پرویز طوسی (MD)، دکتر یحیی عقیقی (MD)، دکتر محمدحسن قدیانی (MD)، دکتر کاظم محمد (PhD)، دکتر سیدعلیرضا مرندی (MD)، دکتر اعظم‌السادات موسوی (MD)، دکتر محمد رضا نوروزی (MD)، دکتر علیرضا یلدا (MD)

هیأت مشاوران علمی این شماره (به ترتیب حروف الفبا): دکتر مسلم بهادری (MD)، دکتر مسعود پزشکیان (MD)، دکتر عبدالحمید حسابی (MD)، دکتر سجاد رضوی (MD)، دکتر علیرضا زالی (MD)، دکتر شیرین سیاح‌فر (MD)، دکتر احمدرضا فرسار (MD)، دکتر محمدحسن قدیانی (MD)، دکتر عبداله کریمی (MD)، دکتر مهران کوچک (MD)، دکتر محمدمهدی گویا (MD)، دکتر فرهاد مختاری‌نژاد (MD)، دکتر حسین ملک‌افضلی، دکتر ناصر ملک‌پور، دکتر داود یادگاری (MD)

همکاران:

ویراستارفارسی: روشنک احمدی مرندی (BSc)، R_Ahmadimarandi@yahoo.com

مشاور آماری: دکتر عباس رحیمی فروشانی (PhD)، Rahimifo@tums.ac.ir

ویراستار خلاصه انگلیسی مقالات: دکتر سیامک شکرالهی (MD)، Shokrollahi49@yahoo.com

گرافیست وصفحه آرا: سهیلا ایمانی

مسؤول امور اداری: نسرین دهقانی‌پور

رایانه: یاشار مروتی

مسؤول سایت مجله: دکتر محمد دائمی (MD)، dr.daemi@irimc.org

لیتوگرافی، چاپ و صحافی: شرکت ایرانچاپ (۲۹۹۹۳۴۴۵)

قیمت تک شماره: ۳۰۰۰۰ ریال

- این مجله در داده بانک‌های پزشکی Global Health، CAB Abstracts، IMEMR، CINAHL، بانک اطلاعات علمی جهاد دانشگاهی (www.SID.ir) و پایگاه استنادی علوم جهان اسلام (www.ISC.gov.ir) و بانک اطلاعات نشریات کشور (www.magiran.com) نمایه می‌گردد.
- تأمین منابع مالی برای چاپ و انتشار این نشریه برعهده سازمان نظام پزشکی جمهوری اسلامی ایران است.

- هرگونه استفاده از مطالب نشریه بدون ذکر منبع ممنوع است.

- براساس مصوبه وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی به نگارندگان مقالات مجله علمی سازمان نظام پزشکی جمهوری اسلامی ایران، امتیاز ارتقای علمی پژوهشی تعلق می گیرد.

آدرس دفتر مجله: تهران، خیابان کارگر شمالی، خیابان فرشی مقدم (شانزدهم)، پلاک ۱۱۹

کدپستی: ۱۴۳۹۸۳۷۹۵۳ صندوق پستی: ۱۵۹۹-۱۱۳۶۵، تلفن: ۸۴۱۳۸۳۱۵

فاکس: ۸۸۳۳۱۰۸۳ پست الکترونیک: jmciri@irimc.org، صفحات الکترونیکی: www.jmciri.ir

[Downloaded from jmciri.ir on 2025-07-12]

فهرست مطالب

مقالات تحقیقی

۹۱ • **بررسی فراونی و الگوی مقاومت ناشی از استافیلوکوکوس اورئوس و پسودوموناس آئروژینوزا در عفونت‌های حاد گوش میانی**

دکتر شریفی‌یزدی محمدکاظم، حیدرزاده سیامک، دکتر واحدی سعید، دکتر رحیمی‌فروشانی عباس، دکتر جباری حسین، دکتر سلطان‌دلال محمدمهدی

۱۰۱ • **بررسی کیفیت زندگی شغلی پزشکان خانواده در استان کرمان-۱۳۸۹**

دکتر نکویی مقدم محمود، قربانی نیا راحیل، دکتر کامیابی عباس، بهزادی فرانک، دکتر مهرابیان میترا

۱۱۰ • **تأثیر مدیریت کیفیت بر کاهش عفونت محل جراحی در اعمال جراحی قلب: یک مطالعه اقدام پژوهی مشارکتی**

دکتر مصدق‌راد علی‌محمد، خلج فاطمه

۱۱۹ • **بررسی میزان مشارکت پزشکان بخش خصوصی استان همدان در نظام گزارش‌دهی بیماری‌ها**

مرادی علیرضا، دکتر عرفانی حسین، زنگنه محرم، نشانی علی، علیپور علی محمدرضا، دکتر مصطفوی احسان

۱۲۵ • **بررسی تأثیر ترمیم فاشیا در بروز هرنی انسیزیونال در محل تروکار ۱۰ میلی‌متری ناف در اعمال جراحی لاپاراسکوپی**

دکتر سوری محسن، دکتر میرهاشمی سیدهادی، دکتر معین‌آرا راهله، دکتر پیوندی حسن، دکتر نادری کاوه، دکتر حاجی‌نصراله اسماعیل، دکتر پیوندی مریم

۱۳۱ • **بررسی میزان رعایت استانداردها در بخش مراقبت‌های ویژه بیمارستان‌های منتخب تهران**

دکتر یاوری مسعود، دکتر اردهالی سیدحسین، معینی مهشید

مقاله مروری

۱۳۸ • **الزامات حقوقی اسناد بین‌المللی در قبال بهداشت و سلامت عمومی و چالش‌های فراروی آن**

دکتر عباسی محمود، دهقانی غزاله، رضایی راحله

مقاله گزارش موردی

۱۴۷ • **درک، آگاهی و انتظارات مردم و پزشکان از اجرای طرح پزشک خانواده: مطالعه موردی شهر شیراز**

ترابی‌اردکانی عاطفه، حسینی سعید، ارومیه‌ای نادیا، میرزایی سعید

نامه به سردبیر

۱۵۶ • **کلینیک چک آپ**

دکتر حسابی عبدالحمید

۱۵۷ **از چکیده مقالات جدید**

دکتر دائمی محمد

۱۵۹ **اخلاق و حقوق پزشکی**

دکتر عباسی محمود

۱۶۱ **چکیده انگلیسی مقالات**

۱۷۳ **فرم نظر سنجی**

[Downloaded from jmciri.ir on 2025-07-12]

بسمه تعالی

سخن سردبیر

تغییر و تحول اساسی در تولید علم و رویکرد آن در بحث سلامت از طریق ایجاد زمینه‌های مناسب توسعه و ایجاد بستر مناسب از اهم مواردی است که هم به لحاظ ارتقای سلامت و کاهش هزینه‌های سربار مربوط به سلامت و هم به لحاظ توسعه اقتصادی جامعه، قابل توجیه به نظر می‌رسد.

تولید علم به عنوان یکی از ابزارهای توسعه اقتصادی در کشور مطرح بوده و سبب برقراری رابطه تنگاتنگ میان سلامت و توسعه اقتصادی کشور مطرح می‌باشد.

در پی آن به لحاظ تعداد مشاغل درگیر متعاقب روش‌های جدید علمی، صرفه‌جویی در هزینه‌های مربوط به ارتقای سلامت جامعه، افزایش طول عمر و امید به زندگی و کاهش بار بیماری‌ها و منافع داروها و راهکارهای نوین درمانی ابداع شده از اهمیت به سزایی برخوردار است. چنین پیش‌بینی می‌شود که در آینده بازگشت سرمایه مربوط به تولید علم در سلامت آنقدر چشم‌گیر خواهد بود که هر میزان سرمایه‌گذاری را در این بخش بیش از پیش توجیه‌پذیر می‌سازد.

افزایش چشمگیر مقالات ارائه شده در طی سال‌های اخیر نوید بخش دستیابی به جایگاهی شایسته برای کشور در عرصه جهانی تولید علم است. به موازات این توسعه کمی، تلاش برای افزایش کیفیت مقالات امری ضروری به نظر می‌رسد و علاوه بر آن با در نظر گرفتن منابع محدود کشور بایستی بر اساس اولویت‌های نظام سلامت، برنامه‌ریزی هدفمند انجام داد.

امید است آحاد پژوهشگران در عرصه سلامت با به کارگیری اصول حاکم بر اولویت‌های علمی و بومی کشور و به کار بردن عملی آن، باعث شکوفائی و رشد بیشتر در تمام زمینه‌ها و ارتقای علمی کشور گردند.

انشاءالله

دکتر علی‌اصغر پیوندی

سردبیر

[Downloaded from jmciri.ir on 2025-07-12]

رهنمودها

قرآن کریم

کســـانی که تنها و تک مانده‌اند
نداریـــد زوجـــی و درمانده‌اند

غلامـــان صالـــح کنیـــزان پاک
کـــه دارند از کار ناراســـت باک

ببندیـــد در بیـــن ایشـــان نکاح
که این کار باشـــد شما را صلاح

نترســـند از فقر چـــون کردگار
ز فضلش کند بی‌نیاز آن دو یار

که لطف خـــدا هســـت بی‌انتها
بـــود آگـــه از بندگانـــش خـــدا

سوره نور- آیه ۳۲

رسول اکرم (ص)

سه صفت است که در هر که باشد به خودش باز می‌گردد: ۱) مکر و حیله کردن با مردم ۲) ظلم و ستم کردن به مردم ۳) پیمان شکنی

قال امام علی (ع)

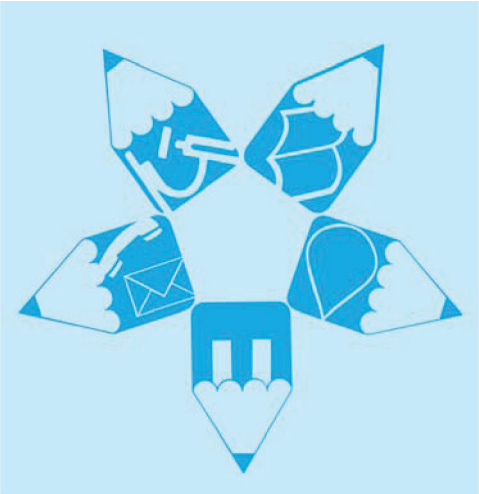
بزرگ‌ترین مبارزه این است که آدمی با نفس سرکش خود پیکار نماید.

سقراط حکیم

جامعه‌ای که کار روزانه‌اش مطالعه باشد، فرزانگی و سعادت می‌یابد.

[Downloaded from jmciri.ir on 2025-07-12]

راهنمای نویسندگان



مجله علمی نظام پزشکی جمهوری اسلامی ایران نشریه رسمی این سازمان و متعلق به جامعه پزشکی ایران است که هدف از انتشار آن بالا بردن سطح دانش پزشکان سراسر کشور و پژوهشگران وابسته به رشته پزشکی همچنین آشنا ساختن آنها با حاصل پژوهش و تحقیق و سایر تحولات نوین علم پزشکی می‌باشد.

از اساتید، دانش‌پژوهان و نویسندگان محترم تقاضا دارد، مقالات ارسالی خویش را جهت ارایه به مجله با توجه به نکات زیر تنظیم و تدوین نمایند:

۱- زبان مقاله فارسی است و باید آیین نگارش زبان فارسی به طور کامل رعایت شود و از آوردن اصطلاحات خارجی که معادل دقیق و پذیرفته شده در زبان فارسی دارند خودداری شود.

۲- مقاله باید روی یک طرف کاغذ سفید (A۴) به صورت یک در میان (فاصله سطر ۱/۲ سانتی‌متر) و حاشیه هر سمت ۲/۵ سانتی‌متر تایپ گردد.

۳- در صفحه عنوان (اول) مقاله باید: عنوان گویا، نام و نام خانوادگی نویسندگان، رتبه علمی و عنوان دانشگاهی (استاد، استادیار، دانشیار، محقق و مربی)، نام مرکز یا سازمانی که تحقیق در آن انجام شده، تاریخ ارسال و نشانی دقیق به همراه شماره تلفن تماس به فارسی و انگلیسی و هم چنین آدرس پست‌الکترونیک (E-mail) ذکر گردد. ذکر محل خدمت نویسندگان ضروری نیست.

۴- لازم است مقاله ارسالی در سه نسخه تهیه و به همراه CD (نرم‌افزار رایانه‌ای Word) آن به نشانی زیر ارسال گردد:

تهران، کارگر شمالی، بالاتر از جلال آل احمد، خیابان فرشی مقدم (شانزدهم)، پلاک ۱۱۹ کدپستی: ۱۴۳۹۸۳۷۹۵۳

صندوق پستی: ۱۵۹۹-۱۱۳۶۵ تلفن: ۸۴۱۳۸۳۱۵، فکس: ۸۸۳۳۱۰۸۳ پست‌الکترونیک: jmciri@irmc.org, dr.daemi@irimc.org

و سایت مجله: www.jmciri.ir

۵- مقاله **پژوهشی** (Original Article) باید قسمت‌های زیر را به ترتیب دارا باشد:

الف- خلاصه مقاله فارسی و انگلیسی **حداکثر در ۲۵۰ کلمه (کاملاً منطبق با هم و به طور سازمان یافته)**، شامل: بخش‌های زمینه (Background)، روش‌کار (Methods)، یافته‌ها (Findings)، نتیجه‌گیری (Conclusion)، ب- واژگان کلیدی بین ۳ تا ۵ عدد (فارسی و انگلیسی) ج- مقدمه د- روش کار هـ- نتایج و- بحث ز- مراجع ح- تقدیر و تشکر ط- ضمایم (شامل شکل‌ها، جداول و نمودارها).

۶- مقالات گزارش **موردی** (Case Report) باید تا سر حد امکان از نوادر پزشکی و یا عوارض بسیار کمیاب بیماری‌های شایع بوده و شامل قسمت‌های عنوان، چکیده، مقدمه، گزارش مورد، بحث، منابع و ضمائم مربوطه باشد.

۷- مقاله **مروری** (Review Article) باید با بصیرت کامل و مراجعه به تعداد قابل قبول منابع، تهیه و نویسنده در زمینه مربوطه صاحب‌نظر باشد.

۸- مقالات پس از داوری حداقل ۲ نفر از متخصصین مورد تأیید هیأت تحریریه مجله و ویرایش نهایی آن، قابل چاپ خواهد بود.

۹- هیأت تحریریه مجله در رد، قبول، اصلاح یا ویرایش مقاله آزاد است.

۱۰- مسؤولیت علمی و صحت مطالب مندرج در مقالات به عهده نویسندگان آنان بوده و مجله هیچگونه مسؤولیتی در قبال آنها نخواهد داشت.

[Downloaded from jmciri.ir on 2025-07-12]

۱۱- مجله از درج ترجمه و نیز مقالاتی که قبلاً در مجلات یا نشریات دیگر چاپ شده‌اند معذور است.

۱۲- مقالات ارسالی عودت داده نمی‌شوند.

۱۳- جهت رعایت اخلاق پزشکی، گمنام ماندن بیمار و حفظ اسرار باید به عنوان یک اصل طبق کد حفاظت از آزمودنی‌های انسانی بر مبنای بیانیه هلسینکی مورد توجه قرار گیرد.

۱۴- پس از تأیید نهایی و چاپ مقاله، به همراه ۳ جلد مجله، ۳ نسخه مقاله هم به صورت Reprint برای نویسنده اول (رابط) ارسال می‌گردد.

۱۵- عکس‌ها و شکل‌های ارسالی باید به صورت اسکن شده و با کیفیتی مطلوب و واضح باشند (جهت آنها نیز مشخص شود).

۱۶- مراجع باید حتماً به ترتیب ارجاع در متن شماره‌گذاری و در انتهای مقاله تحت عنوان «مراجع» و به ترتیب زیر نوشته شوند: (تعداد مراجع ذکر شده با مراجع استفاده شده در متن باید یکسان باشد):

راهنمای نوشتن مراجع:

مقالات:

* **نکته ۱: توجه خاص به نقطه‌گذاری در نوشتن مراجع ضروری است.**
* **نکته ۲:** دقت شود عنوان مجلات همانند آنچه در Index Medicos نمایه‌سازی می‌شود، ذکر گردد به طور مثال مجله New England Journal of Medicine به صورت N Eng J Med نوشته شود.
* **نکته ۳:** در صورتی که تعداد نویسندگان یک مقاله از ۷ نفر بیشتر باشد، نام سه نفر را نوشته و بعد از آن از عبارت et al برای مقالات خارجی و عبارت «و همکاران» برای مقالات فارسی استفاده شود.
* **نکته ۴:** در صورتی که منبع فارسی است به انگلیسی برگردانده شده و نام نویسنده یا نویسندگان به طور کامل آورده شود و در انتها عبارت Persian اضافه شود.
* **نکته ۵:** در قسمت شماره مجله، شماره اول جلد (Vol.) مجله است و شماره داخل پرانتز، شماره (No.) مجله است.
* **نکته ۶:** در صورتی که شماره صفحات کلیه شماره‌های یک جلد (Volume) ممتد (به دنبال هم) باشد، می‌توان از ذکر ماه و شماره (No.) صرف‌نظر کرد.

• **مقاله فارسی:** نام خانوادگی نویسنده یا نویسندگان نام. عنوان کامل مقاله. نام مجله. سال انتشار؛ شماره مجله: صفحه شروع و ختم مقاله.

مثال: اعلمی هرندی زهرا. آنژیوگرافی رتین با ایندوسیانین سبز، مقایسه با فلوئورسئین آنژیوگرافی. مجله علمی نظام پزشکی جمهوری اسلامی ایران. ۱۳۷۶؛ دوره پانزدهم شماره ۱ : ۱۲-۸.

• **مقاله خارجی:** نام خانوادگی نویسنده یا نویسند گان حرف اول نام نویسنده یا نویسندگان. عنوان کامل مقاله. نام کوتاه شده مجله سال انتشار؛ شماره مجله: شماره صفحه شروع و ختم مقاله.

مثال:

Vega KJ, Pina I, Kevesky B. Heart transplantation . Ann lntern Med ۱۹۹۶; ۱۱۲۴(۱۱): ۹۸۰- ۹۸۳.

کتاب‌ها:

* **نکته ۱:** نوشتن شماره فصل ضرورتی ندارد.
* **نکته ۲:** هنگام نوشتن منابع لزومی به ذکر عنوان نویسندگان مثلاً MD یا PhD نیست.

• **کتاب فارسی:** نام خانوادگی نویسنده نام نویسنده. عنوان کامل کتاب. شماره چاپ. شهر یا محل انتشار: نام ناشر. سال انتشار: صفحه شروع و ختم مطلب.

مثال: احمدی ناصر. نشانه شناسی بیماری‌های اطفال. چاپ دوم. تهران: انتشارات امید. ۱۳۷۱: ۳۳۰-۳۳۹.

[Downloaded from jmciri.ir on 2025-07-12]

• **کتاب خارجی**: نام خانوادگی نویسنده حرف اول نام نویسنده. عنوان کامل کتاب. شماره چاپ. شهر یا محل انتشار: نام ناشر. سال انتشار؛ صفحه شروع و ختم مطلب. مثال:

Avoili LV , Krane SM. Metabolic Bone Disease. ۴ th ed. New York: Academic Press . ۱۹۷۷; ۳۰۷-۳۱۰.

• **فصلی از کتاب**: نام خانوادگی نام نویسندگان. عنوان فصل مربوطه. (در کتاب‌های انگلیسی به کار بردن عبارت «in:» و در کتاب‌های فارسی به کار بردن عبارت «در کتاب»). نام خانوادگی و حرف یا حروف اول نام مؤلف یا مؤلفین کتاب. عنوان کامل کتاب. شماره چاپ. شهر محل چاپ: نام ناشر؛ سال انتشار: صفحه شروع و ختم مطلب. مثال:

Philips SJ, Whisnant JP. Hypertension and Stroke . In : Laregh JH, Brenner BM. Hypertension: Pathophysioloy.

۲ nd ed . New York: Raven Press; ۱۹۹۵: ۴۶۵- ۴۷۸.

• **کتاب‌های ترجمه شده**: نام خانوادگی مترجم یا مترجمین نام. (در ترجمه:) نام کامل کتاب. نام خانوادگی مؤلف کتاب حرف اول نام مؤلف. شماره چاپ. محل چاپ: نام ناشر، سال انتشار؛ شماره صفحات.

اعرابی ماندانا، رییس زاده فربد. در ترجمه: جنین شناسی لانگمن. سادلزتی دبیلو (مؤلف). چاپ اول. تهران: مؤسسه فرهنگی انتشاراتی تیمورزاده، ۱۳۷۶؛ ۸۰-۷۵.

• **فرهنگ لغات (Dictionary)**: مثال:

Ectasia. Dorland's illustrated medical dictionary. ۲۷ th ed. Philadelphia: Saunders, ۱۹۸۸: ۵۲۷.

سایر منابع:

• **سازمان به عنوان مؤلف و ناشر**

Institute of Medicine (US). Looking at the future of the Medicaid program. Washington: The Institute; ۱۹۹۲.

• **مطالب کنفرانس**

Kimura J, Sibasaki H, editors. Recent advances in clinical neurophysiology. Proceedings of the International Congress of EMG and Clinical Neurophysiology. ۱۹۹۵ Oct. ۱۵-۱۹, Kyoto, Japan.

• **بیانیه کنفرانس**

Bengtsson S, Solheim BG. Enforcement of data protection privacy and security in medical informatics. In: Lum KC, Degoulet P, piemme TE, Rienhoff O, editors. MEDINFO ۹۲. Proceedings of the ۷th world congress on Medical Informations: ۱۹۹۲ Sep ۶-۱۰, Geneva, Switzerland. Amsterdam: North-Holland ۱۹۹۲: ۱۵۶۱-۵.

• **پایان نامه**: نام خانوادگی نویسنده نام. عنوان کامل پایان نامه. شهر: نام دانشگاه، سال: صفحه.

مثال:

Kaplan SJ. Post-hospital home health care: the elderly access and utilization [dissertation]. St. Louis (Mo): Washington Unive; ۱۹۹۵.

احمدی جواد. تأثیر نمک یددار در کاهش اندازه گواتر در شهریار. پایان نامه کارشناسی ارشد. تهران، انستیتو تحقیقات تغذیه:

[Downloaded from jmciri.ir on 2025-07-12]

دانشگاه علوم پزشکی شهیدبهشتی، ۱۳۷۷: ۲۵-۲۰.

• **مطالب الکترونیک**: نام خانوادگی نویسنده نام. نام مقاله. نام ژورنال. سال انتشار، ماه: شماره مقاله. نام سایت اینترنتی.

الف) مقاله ژورنال که در نسخه الکترونیک باشد.

Morse SS. Factors in emergence of infectious diseases. Emerg Infect Dis [serial online] ۱۹۹۵ Jan-Mar; ۱ (۱): ۹۵-۷۱. Available from: URL: http:/www.cdc.Gov/ncidod/EID/eid.Htm.

ب) منوگراف که در نسخه الکترونیک باشد.

CDI, clilnical dermatology illustrated [monograph on CD-ROM]. Reeves JRT, Maibach H. CMEA Multimedia Group, producers, ۲ nd ed. Version ۲.۰ San Diego: CMEA; ۱۹۹۵.

• **مقاله منتشر نشده:**

Leshner J. Molecular mechanisms of cocaine addiction. N Engl J Med. In press ۱۹۹۶.

محمدی حسن، احمدی جواد. عوارض ناشی از مصرف کینیدین در ۳۰۰ بیمار قلبی، مجله علمی سازمان نظام پزشکی جمهوری اسلامی ایران، زیر چاپ ۱۳۷۸.

راهنمای تنظیم جدول و نمودار

* نکته ۱: ردیف‌ها و ستون‌های جداول بایستی تعریف دقیق داشته باشند.
* نکته ۲: همه جداول و اشکال بایستی در صفحات جداگانه آورده شوند.

الف) جدول

- زمانی که با آوردن چند جمله در متن می‌توان داده‌ها را خلاصه کرد یا هنگامی که روابط میان داده‌ها و توالی زمانی می‌تواند به روشنی در متن بیان شود، حتی‌الامکان از جداول استفاده نکنید.
- دادها باید به نحوی مرتب شوند که عناصر شبیه به هم (به خصوص اعداد) به صورت عمودی خوانده شوند نه به صورت افقی.
- عنوان جدول باید کوتاه باشد و به دو عبارت یا جمله تقسیم نشود.
- عنوان جدول باید راست چین باشد (وسط چین یا چپ چین نباشد).
- عنوان جدول نباید از عرض جدول بیشتر باشد در غیر این صورت باید در دو سطر یا بیشتر تنظیم شود.
- هر گاه جدول، نمودار یا عکس فقط یک عدد باشد، شماره‌گذاری نشود.
- اعداد و توضیحات جدول حتی‌الامکان باید فارسی نوشته شوند.

ب) نمودارها و اشکال

- باید زمانی از تصویر یا نمودار استفاده کرد که برای خوانندگان استفاده واقعی داشته باشد.
- در انتخاب جدول یا نمودار، اگر داده‌ها جهت و گرایش مشخصی را نشان می‌دهند، از نمودار استفاده کنید. در صورت غیرجهت دار بودن ارقام، از جدول استفاده کنید.
- اعداد و نوشته‌های محورها تا حد امکان به فارسی نوشته شوند.
- نمودارها سیاه و سفید باشند و از ارسال نمودارهای رنگی و سه بعدی خودداری شود.
- عکس‌ها و شکل‌های ارسالی باید سیاه و سفید و اصل (فتوگرافی) بوده و به صورت فتوکپی و سه بعدی نباشند (جهت آنها نیز مشخص شود).

[Downloaded from jmciri.ir on 2025-07-12]

مجله علمی سازمان نظام پزشکی جمهوری اسلامی ایران، دوره ۳۳، شماره ۲، تابستان ۱۳۹۴: ۹۱-۱۰۰

● مقاله تحقیقی کد مقاله: ۱۰

بررسی فراوانی و الگوی مقاومت ناشی از استافیلوکوکوس اورئوس و پسودوموناس آئروژینوزا در عفونت‌های حاد گوش میانی

دکتر شریفی‌یزدی محمدکاظم ۱
حیدرزاده سیامک ۲
دکتر واحدی سعید ۳
دکتر رحیمی‌فروشانی عباس ۴
دکتر جباری حسین ۵
دکتر سلطان‌دلال محمدمهدی ۶*

۱- استاد گروه علوم آزمایشگاهی، دانشگاه علوم پزشکی تهران
۲- دانشجوی دکتری باکتری شناسی، دانشگاه علوم پزشکی تهران
۳- مربی گروه هوشبری، دانشگاه علوم پزشکی تهران
۴- دانشیار گروه اپیدمیولوژی و آمار زیستی، دانشگاه علوم پزشکی تهران
۵- استادیار گروه کلینیکال ایمونولوژی، دانشگاه علوم پزشکی تهران
۶- استاد میکروب‌شناسی، دانشگاه علوم پزشکی تهران

* **نشانی نویسنده مسؤول:** مرکز تحقیقات میکروبیولوژی مواد غذایی و بخش میکروب‌شناسی مواد غذایی، گروه پاتوبیولوژی، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی تهران، ایران

تلفن: ۰۲۱۸۸۹۹۲۹۷۱

نشانی الکترونیکی:
soltanda@sina.tums.ac.ir

چکیده

زمینه: عفونت گوش میانی یکی از شایع‌ترین بیماری‌ها در کودکان است. این مطالعه به منظور ارزیابی فراوانی استافیلوکوکوس اورئوس و پسودوموناس آئروژینوزا در افراد مبتلا به عفونت حاد گوش میانی و تعیین حساسیت داروئی آنها در بیمارستان مرجع امیراعلم تهران انجام گردید.

روش کار: در یک مطالعه توصیفی طی ۶ ماه، ۱۰۲ بیمار مبتلا به عفونت گوش میانی در سنین ۴۰ روز تا ۷۵ سال مراجعه‌کننده به بیمارستان امیراعلم شهر تهران مورد بررسی قرار گرفتند. پس از انجام آزمون‌های تشخیصی و تعیین هویت باکتری‌ها، میزان حساسیت آنها به آنتی‌بیوتیک‌های مختلف مورد ارزیابی قرار گرفت.

یافته‌ها: از ۱۰۲ نمونه بررسی شده، در مجموع ۹۰ نمونه (۲/۸۸٪) از کشت‌های آلوده به یکی از عوامل میکروبی زیر بودند: استافیلوکوکوس ۲۷ مورد (۵/۲۶٪)، استرپتوکوکوس ۷ مورد (۹/۶٪)، موراکسلا کاتارالیس ۲ مورد (۲٪)، پروتئوس ۱۱ مورد (۸/۱۰٪)، پنوموکوکوس ۱۵ مورد (۷/۱۴٪)، پسودوموناس ۱۵ مورد (۷/۱۴٪)، کورینه باکتریه ۶ مورد (۹/۵٪)، هموفیلوس انفلوانزا ۷ مورد (۹/۶٪) و در ۱۲ مورد (۸/۱۱٪) از کشت‌ها هیچگونه میکروبی جدا نگردید. تجویز باکتری‌های ایزوله شده نسبت به آنتی‌بیوتیک‌هائی که به طور متداول و روزمره برای بیماران تجویز می‌کنند از جمله پنی‌سیلین، آمپی‌سیلین و آموکسی‌سیلین مقاومت نشان می‌دادند.

نتیجه‌گیری: با توجه به ظهور سویه‌های مقاوم باکتری‌ها نسبت به درمان‌های آنتی‌بیوتیکی رایج، توصیه می‌شود پس از انجام مطالعات تکمیلی وسریع‌تر و تأیید الگوی مقاومت، نسبت به تهیه دستورالعمل‌های درمانی کشوری اقدام و شروع درمان آنتی‌بیوتیکی برای باکتری‌های جداسازی شده، بر اساس دستورالعمل‌های کشوری انجام گیرد.

واژگان کلیدی: عفونت گوش میانی، آنتی‌بیوگرام، استافیلوکوکوس اورئوس، پسودوموناس آئروژینوزا

تاریخ دریافت مقاله: ۹۳/۱۰/۶ تاریخ اصلاح نهایی: ۹۴/۷/۴ تاریخ پذیرش مقاله: ۹۴/۶/۴

[Downloaded from jmciri.ir on 2025-07-12]

مقدمه

عفونت گوش میانی دومین بیماری شـایع در کودکان و شایع‌ترین اندیکاسـیون استفاده از درمان ضد میکروبی و جراحی در این گروه سنی اسـت و از علل شایع مراجعه کودکان به پزشک می‌باشد که نه تنها بر کودک بلکه به دلیل مشـکلات اقتصادی و اجتماعی بر خانواده نیز تأثیرگذار است [۱, ۲].

تقریباً دوسـوم کودکان تا سن ۲ سالگی، حداقل یک حمله عفونت گـوش میانی حاد تجربه می‌کنند و حداقل نیمی از آنها تا سـن ۳ سالگی، ۲ یا بیشتر حمله عفونت گوش میانی حاد دارند [۳] و بیش از یک‌سـوم از کودکان به عفونت‌های برگشت‌پذیر (سه بار یا بیش از سـه بار) مبتلا می‌گردند [۴]. این بیماری شایع‌ترین علت تجویز آنتی‌بیوتیک در کودکان می‌باشد [۳]. شایع‌ترین باکتری‌های پاتوژن عامل عفونت گوش میانی حاد استرپتوکوک پنومونیه، هموفیلوس آنفلوانزای غیرقابل تیپ‌بندی و موراکسلا کاتارالیس هستند [۵,۶].

عـدم درمان صحیح و به موقع عفونـت گوش میانی حاد منجر به عوارض وخیمی می‌گردد. اسـاس درمان عفونت گوش میانی حاد تجویز آنتی‌بیوتیک اسـت. طعم داروها، عوارض جانبی آنها، دوره درمان و راحتی مصرف دارو از عواملی هسـتند که ممکن اسـت منجر به عدم مصرف آن، شکسـت درمـان و افزایش هزینه‌های درمانی شـود؛ لذا در ارزیابی اثر بخشی یک دارو باید مد نظر باشند [۷]. توصیه‌های اخیر برای درمان عفونت گوش میانی حاد از جمله توصیه آکادمی اطفال آمریکا تجویز آموکسی‌سیلین به عنوان داروی خط اول درمان در عفونت‌های بدون عارضه است و داروی خط دوم در این زمینه آموکسی‌سیلین- کلاوولانات با دوز بالا می‌باشد [۷]. این دارو مؤثرترین داروی خوراکی بر علیه سـوش‌های پنوموکوک حسـاس به پنی‌سیلین اسـت. محدودیت مصرف آموکسی‌سیلین به دلیل اینسـت که ممکن اسـت توسـط بتالاکتاماز هموفیلوس آنفلوانزا و موراکسلا کاتارالیس غیر فعال شود. به همین خاطر در جوامع مختلف پروتوکل‌های درمانی متفاوتی استفاده می‌شود [۳].

از آنجا که شیوع مقاومت میکروبی در جوامع مختلف متفاوت است در سـال‌های اخیر تصمیم‌گیری پزشـکان در امر درمان بر اساس نتایج حاصل از تحقیقات انجام شده رو به افزایش است [۸].

در موفقیـت یک درمان آنتی‌بیوتیکی علاوه بر فعالیت ضدمیکروبی دارو فاکتورهای دیگـری نیز دخالت دارند. والدیـن اغلب در دادن داروهـای خوراکی به کودک خود با مشـکل روبرو می‌شـوند. این اشـکالات در زمینه عوارض گوارشی داروها، طعم آنها، دوز مصرفی، فواصل مصرف، راحتی تجویز دارو و دوره درمان اسـت [۹,۱۰]. این فاکتورها منجر به عدم مصرف دارو، شکست برنامه درمانی و افزایش هزینه‌های درمانی شـود. بنابراین در ارزیابی اثر بخشی یک دارو و تصمیم‌گیری برای تجویز نوع آنتی‌بیوتیک در بیمار باید مد نظر باشند.

در کشـور ما به علت عدم رعایت دسـتورات بهداشتی و وضعیت اقتصـادی و اجتماعـی افراد جامعـه عفونت گـوش میانی جزء بیماری‌های شـایع محسوب می‌شود. هدف از این تحقیق شناخت سه باکتری شـایع اسـترپتوکوک پنومونیه، هموفیلوس آنفلوانزا و موراکسلا کاتارالیس و تعیین میزان شیوع عفونت‌های گوش میانی و تغیراتی که در زمینه مقاومت دارویی ایجاد می‌شـود، نسـبت به تعیین حساسیت داروئی آنها به منظور انتخاب داروی مناسب جهت درمان اقدام نمود.

روش کار

در یک مطالعه توصیفی، طی شـش ماه در سال ۱۳۹۰، ۱۰۲نمونه ترشـحات گـوش میانی بیمار در سـنین ۴۰ روز تا ۷۵ سـال، از مبتلایان به عفونت حاد گوش میانی پرفوره شـده مراجعه‌کننده به بیمارستان امیراعلم تهران، که حداقل دو هفته آنتی‌بیوتیک دریافت نکرده بودند جمع‌آوری شد. پس از ضدعفونی نمودن گوش خارجی با الکل ۷۰ درجه، از ترشحات گوش میانی به وسیله یک اپلیکاتور اسـتریل توسـط متخصص گوش و حلق و بینی با کمک سوآپ پنبه‌ای دو نمونـه تهیه و پس از قراردادن در محیط ترانسـپورت (Carry Blair) سریعاً به آزمایشـگاه میکروب‌شناسی دانشکده بهداشـت جهت بررسی مستقیم میکروسکپی و کشت، جداسازی و شناسایی باکتری‌ها منتقل و مورد بررسی قرار گرفتند [۱۱].

آنتی‌بیوگرام

از آنجا که سـویه‌های مقاوم آنتی‌بیوتیک در حال افزایش اسـت، لذا انتخاب آنتی‌بیوتیک مناسـب در درمان عفونت‌های ناشـی از باکتری‌ها می‌بایسـت پس از انجام تسـت‌های سنجش حساسیت نسـبت به آنتی‌بیوتیک‌هـا صورت بگیرد. به همیـن دلیل در این بررسی پس از جداسـازی باکتری و تشخیص نوع آن بر روی آن آنتی‌بیوگرام انجام گرفت.

روش آنتی‌بیوگرام

بـرای انجام این آزمایـش از روش اسـتاندارد Kirby-Bauer

[Downloaded from jmciri.ir on 2025-07-12]

استفاده شد [۱۲]. دیسک‌های آنتی‌بیوگرام زیر که برای آنتی‌بیوگرام باکتری‌های گرم مثبت و منفی بکار رفت از کارخانه‌های مست (Mast) خریداری گردید: پنی‌سیلین (P۱۰)، آمپی‌سیلین (PN۱۰)، آموکسی‌سیلین (AMX۲۵)، کاربنی‌سیلین (CB۱۰۰)، سفالوتین (CF۳۰)، سفالوکسین (CF۳۰)، استرپتومایسین (S۱۰)، جنتامایسین (GM۱۰)، توبرامایسین (TOB۱۰)، آمیکاسین (AN۳۰)، کاناماسین (K۳۰)، کلرامفنیکل (CC۳۰)، تتراسیکلین (TE۳۰)، اریترومایسین (E۱۵)، کلیندامایسین (CC۲)، کلیستین (CL۱۰)، نیتروفورانتوئین (FM۳۰۰)، تری‌متوپیریم (Sxt)، نالیدیکسیک اسید (NA۳۰)، ریفامپسین (RA۳۰)، ونکومایسین (V۳۰)، سفتیزوکسیم (CT۳۰)، داکسی‌سیکلین (D۳۰)، سولفامتاکسازول (RL۲۵).

برای انجام آنتی‌بیوگرام از سوسپانسیون میکروبی معادل نیم مک فارلند و محیط مولرهینتون آگار استفاده شد. بعد از انکوباسیون به مدت ۱۸ ساعت قطر هاله عدم رشد به وسیله خط‌کش اندازه گرفته شد و با استفاده از استاندارد جهانی (CLSI) به صورت حساس (S)، نیمه حساس (I) و مقاوم (R) تفسیر و ثبت گردید [۱۲].

نتایج حاصل از مطالعه با کمک آمار توصیفی و نرم افزار SPSS (USA, II, Chicago, SPSS, Inc) ویرایش ۱۹ مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

یافته‌ها

در این مطالعات به منظور بررسی عوامل باکتریائی مولد عفونت گوش میانی و تعیین حساسیت داروئی از ۱۰۲ بیمار مبتلا به عفونت گوش میانی در سنین ۴۰ روز تا ۷۵ سال در شهر تهران مورد بررسی قرار گرفت. پس از تشخیص عفونت و نمونه‌گیری توسط پزشک گوش، حلق و بینی، نمونه‌ها به آزمایشگاه منتقل شده و در آنجا خالص‌سازی انجام گرفت و توسط رنگ‌آمیزی گرم و محیط‌های افتراقی باکتری مولد عفونت تشخیص داده شد. از ۹۰ سوش باکتری جدا شده (۷/۶٪) ۶ باسیل گرم مثبت، (۷/۳۶٪) ۳۳ باسیل گرم منفی، (۴/۵۴٪) ۴۹ کوکسی گرم مثبت و (۲/۲٪) ۲ کوکسی گرم منفی شناسایی شدند. ۱۲ نمونه نیز فاقد رشد میکروبی بود. بر اساس آزمون‌های بیوشیمیایی و محیط‌های افتراقی ۹۰ میکروارگانیسم مختلف به دست آمد که در جدول ۱ به طور کامل نشان داده شده است. نتایج به دست آمده نشان می‌دهد که مهم‌ترین میکروارگانیسم جدا شده استافیلوکوکوس اورئوس با ۵/۲۲٪ و متعاقب آن پسودوموناس ائروژینوزا و استرپتوکوکوس پنومونیه هر یک با ۷/۱۴٪ در مرتبه بعدی قرار دارند. نتایج به دست آمده بر اساس سن، نشان می‌دهد احتمال وجود عفونت گوش میانی در تمام سنین زندگانی وجود دارد (جدول۲).

تقریباً تمام باکتری‌های سنجیده شده نسبت به آنتی‌بیوتیک‌هائی که به طور متداول و روزمرّه پزشکان به بیماران تجویز می‌کنند از جمله پنی‌سیلین، آمپی‌سیلین و آموکسی‌سیلین مقاومت نشان می‌دادند. تنها کورینه باکتریوم هنوز تا حدودی به این آنتی‌بیوتیک‌ها حساس باقی مانده بود. از نظر سن ۱۵/۳٪ بیماران کمتر از ۳ ماه داشتند که به وسیله باکتری‌های استافیلوکوکوس، پروتئوس و سودوموناس آلوده بودند و ۵/۱۱٪ بیماران بین ۳ ماه تا ۲ سال داشتند (جدول ۳). از نظر

جدول ۱-توزیع فراوانی درصد آلودگی میکروارگانیسم‌های جدا شده از عفونت گوش میانی در سنین مختلف بیماران

میکروارگانیسم	کمتر از ۲ سال (٪)	۲ تا ۱۵ سال (٪)	۱۵ تا ۳۰ سال (٪)	۳۰ تا ۵۰ سال (٪)	۵۰ تا ۷۵ سال (٪)
استافیلوکوکوس	۴ (۴/۴)	۲ (۲/۱)	۵ (۵/۵)	۱۱ (۱۱/۹)	۵ (۵/۵)
استرپتوکوکوس	۱ (۱/۱)	۲ (۲/۱)	–	۳ (۳/۳)	۱ (۱/۱)
موراکسلا	–	–	۲ (۲/۱)	–	–
پروتئوس	۳ (۳/۳)	۴ (۴/۴)	–	–	۴ (۴/۴)
پسودوموناس	۲ (۲/۱)	۳ (۳/۳)	۱ (۱/۱)	۶ (۶/۷)	۳ (۳/۳)
پنوموکوکوس	۲ (۲/۱)	–	–	۱۳ (۱۴/۴)	–
کورینه باکتریوم	–	–	۲ (۲/۱)	۳ (۳/۳)	۱ (۱/۱)
هموفیلوس	۲ (۲/۱)	۲ (۲/۱)	۱ (۱/۱)	۲ (۲/۱)	–
جمع	۱۴ (۱۵/۶)	۱۳ (۱۴/۴)	۱۱ (۱۲/۲)	۳۸ (۴۲/۲)	۱۴ (۱۵/۶)

[Downloaded from jmciri.ir on 2025-07-12]

جدول ۲- بررسی توزیع فراوانی میکروارگانیسم‌های جدا شده از عفونت گوش میانی ۱۰۲ بیمار

میکروارگانیسم‌های جدا شده	(درصد) تعداد	مذکر (درصد) تعداد	مونث (درصد) تعداد
استافیلوکوکوس اپیدرمیدیس	۴ (۳/۹)	۲ (٪۱/۹۶)	۲ (٪۱/۹۶)
استافیلوکوکوس اورئوس	۲۳ (۲۲/۵)	۱۴ (٪۱۳/۷)	۹ (٪۸/۸۲)
استرپتوکوکوس پیوژنز	۴ (۳/۹)	۱ (٪۹۸)	۳ (٪۲/۹۴)
استرپتوکوکوس آگالاکتیا	۳ (۲/۹)	–	۳ (٪۲/۹۴)
موراکسلا کاتالاریس	۲ (۲)	۱ (٪۹۸)	۱ (٪۹۸)
پروتئوس میرابلیس	۴(۳/۹)	۳ (٪۲/۹۴)	۱ (٪۹۸)
پروتئوس ولگاریس	۷ (۶/۹)	۳ (٪۲/۹۴)	۴ (٪۳/۹)
پسودوموناس ائروژینوزا	۱۵ (۱۴/۷)	۳ (٪۲/۹۴)	۱۲ (٪۱۱/۷۶)
استرپتوکوکوس پنومونیه	۱۵ (۱۴/۷)	۱۰ (٪۹/۸۰)	۵ (٪۴/۹۰)
کورینه باکتریوم	۶ (۵/۹)	۳ (٪۲/۹۴)	۳ (٪۲/۹۴)
هموفیلوس انفلوانزه	۷ (۶/۹)	۱ (٪۹۸)	۶ (٪۵/۸۸)
فاقد رشد	۱۲ (۱۱/۸)	۲ (٪۱/۹۶)	۱۰ (٪۹/۸۰)
جمع	۱۰۲ (۱۰۰)	۴۳ (٪۴۲/۱۶)	۵۹ (٪۵۷/۸۴)

جنس نیز ٪۱۶/۴۲ را مؤنث و ٪۸۴/۵۷ را مذکر تشکیل دادند.

در مرحله بعدی حساسیت آنتی‌بیوتیکی باکتری‌های به دست آمده توسط تست مناسب سنجیده شد و میزان حساسیت آنها نسبت به آنتی‌بیوتیک‌های مختلف بر حسب هاله تولید شده، به سه صورت حساس، نیمه حساس و مقاوم تعیین شد. دو نمودار ۱و۲ الگوی مقاومت آنتی‌بیوتیکی نسبت به دو باکتری استافیلوکوکوس اورئوس و پسودوموناس آئروژینوزا را نشان می‌دهد. مقایسه این دو نمودار بیانگر افزایش مقاومت آنتی‌بیوتیکی در میان جدایه‌های سودوموناس آئروژینوزا نسبت به استافیلوکوکوس اورئوس می‌باشد.

از ۱۰۲ نمونه بررسی شده، در مجموع ۹۰ نمونه (٪۲/۸۸) از کشت‌های آلوده به یکی از عوامل میکروبی بودند. استافیلوکوکوس ۲۷ مورد (٪۳۰) مهم‌ترین عامل میکروبی بود که از نمونه‌های عفونت گوش میانی جدا شد و در ۱۲ مورد (٪۷۶/۱۱) از کشت‌ها هیچگونه میکروبی جدا نگردید (جدول۲). تقریباً تمام باکتری‌های سنجیده شده نسبت به آنتی‌بیوتیک‌هائی که به طور متداول و روزمرّه پزشکان به بیماران تجویز می‌کنند از جمله پنی‌سیلین، آمپی‌سیلین و آموکسی‌سیلین مقاومت نشان می‌دادند. تنها کورینه باکتریوم هنوز تا حدودی به این آنتی‌بیوتیکها حساس باقی‌مانده بود. از نظر سن ٪۱۵/۳ بیماران

جدول ۳-توزیع فراوانی درصد آلودگی میکروارگانیسم‌های جدا شده از عفونت گوش میانی در سنین مختلف بیماران

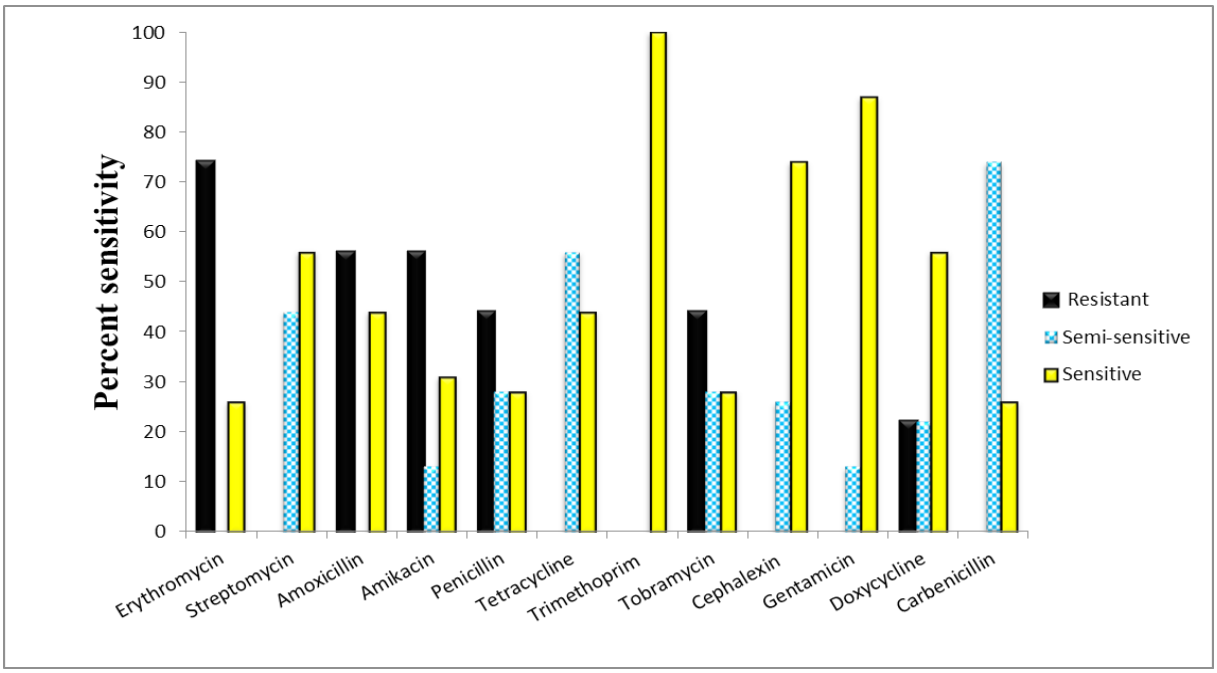
میکروارگانیسم	کمتر از ۲ سال (٪)	۲ تا ۱۵ سال (٪)	۱۵ تا ۳۰ سال (٪)	۳۰ تا ۵۰ سال (٪)	۵۰ تا ۷۵ سال (٪)
استافیلوکوکوس	۴ (۴/۴)	۲ (۲/۱)	۵ (۵/۵)	۱۱ (۱۱/۹)	۵ (۵/۵)
استرپتوکوکوس	۱ (۱/۱)	۲ (۲/۱)	–	۳ (۳/۳)	۱ (۱/۱)
موراکسلا	–	–	۲ (۲/۱)	–	–
پروتئوس	۳ (۳/۳)	۴ (۴/۴)	–	–	۴ (۴/۴)
پسودوموناس	۲ (۲/۱)	۳ (۳/۳)	۱ (۱/۱)	۶ (۶/۷)	۳ (۳/۳)
پنوموکوکوس	۲ (۲/۱)	–	–	۱۳ (۱۴/۴)	–
کورینه باکتریوم	–	–	۲ (۲/۱)	۳ (۳/۳)	۱ (۱/۱)
هموفیلوس	۲ (۲/۱)	۲ (۲/۱)	۱ (۱/۱)	۲ (۲/۱)	–
جمع	۱۴ (۱۵/۶)	۱۳ (۱۴/۴)	۱۱ (۱۲/۲)	۳۸ (۴۲/۲)	۱۴ (۱۵/۶)

[Downloaded from jmciri.ir on 2025-07-12]

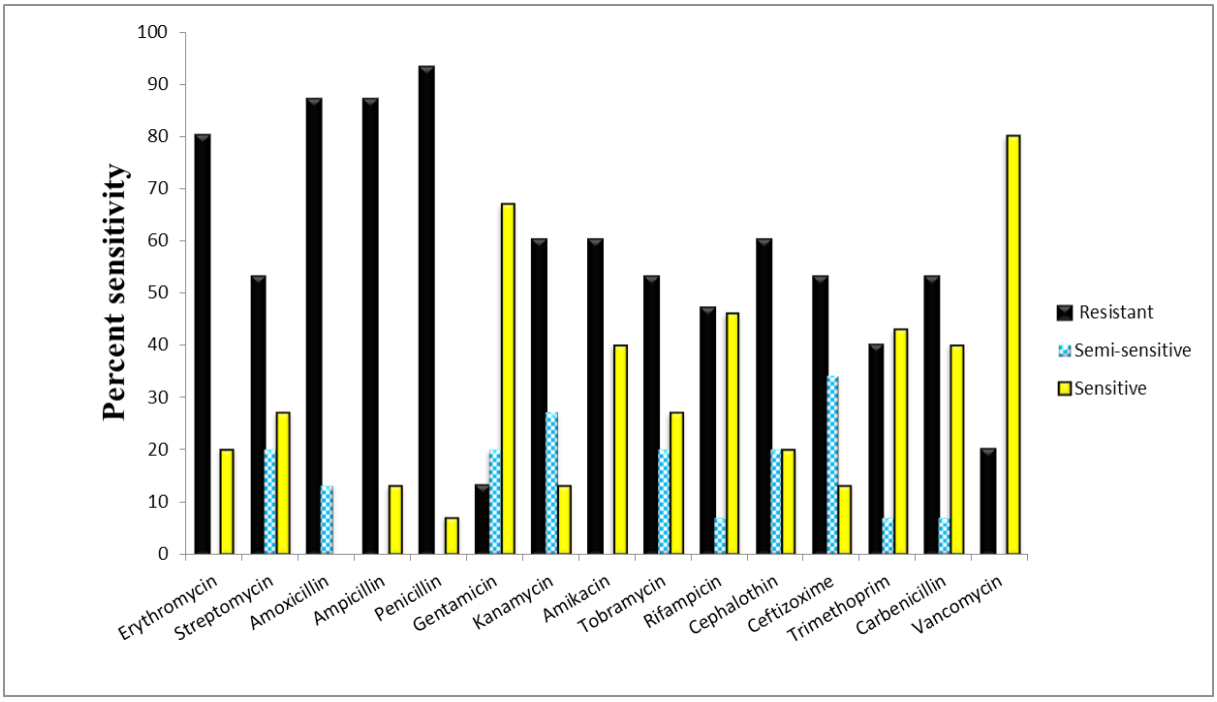
کمتر از ۳ ماه داشـــتند که به وسیله باکتری‌های استافیلوکوکوس، پروتئوس و سودوموناس آلوده بودند و ٪۵/۱۱ بیماران بین ۳ ماه تا ۲ ســـال داشتند (جدول ۳). از نظر جنس نیز ٪۱۶/۴۲ را مونث و ٪۸۴/۵۷ را مذکر تشکیل دادند.

بحث

عفونـــت حاد گوش میانی شـــایع‌ترین عفونـــت باکتریال اطفال اســـت. تقریباً ۱۰ درصد از اطفال، ٪۴۰ موارد عفونت را به خود



نمودار ۱- بررسی حساسیت آنتی‌بیوتیکی ۲۳ نمونه استافیلوکوکوس اورئوس جدا شده از عفونت گوش میانی



نمودار ۲- بررسی حساسیت آنتی‌بیوتیکی ۱۵ نمونه سودوموناس جدا شده از عفونت گوش میانی

[Downloaded from jmciri.ir on 2025-07-12]

اختصاص می‌دهند. دوسوم کودکان حداقل یکبار قبل از ۳ سالگی به آن مبتلا می‌شوند [۱۳]. مطالعات میکروبیولوژی نشان می‌دهد که عوامل باکتریال، ویرال و قارچی پاتوژن از علل مهم این عفونت می‌باشند [۱۴]. شایع‌ترین باکتری‌های پاتوژن استرپتوکوکوس پنومونیه، هموفیلوس آنفلوانزا، موراکسلا کاتارالیس و استافیلوکوکوس اورئوس هستند [۵،۶،۱۵]. استرپتوکوکوس گروه A و باسیل‌های رودهای گرم منفی از عوامل نادرتر می‌باشند. دیفتروئیدها و استافیلوکوکوس اپیدرمیدیس که اغلب در اوتیت میانی غیر پاتوژن شناخته می‌شوند [۱۶،۱۷]. اوتیت میانی در منطقه شمالی استرالیا یک بیماری بومی محسوب می‌شود و در روستاهای این منطقه همه بچه‌ها پس از چند روز بعد از تولد به این عفونت دچار می‌شوند و در آنها پاتوژن‌های استرپتوکوکوس پنومونیه، هموفیلوس آنفلوانزا و موراکسلا کاتارالیس دیده می‌شود [۱۸]. این بیماری در کودکان خصوصاً اطفال کم سن و سال شایع‌تر از بزرگسالان می‌باشد. ٪۸۵ از بچه‌ها حداقل یک‌بار قبل از ورود به مدرسه و تقریباً ٪۵۰ سه بار یا بیشتر به آن مبتلا می‌شوند. عفونت حاد گوش میانی به دو صورت حاد و مزمن دیده می‌شود که صورت حاد این بیماری درصورت عفونت‌های مکرر و معالجه نشدن یا معالجه غلط می‌تواند به حالت مزمن درآید [۱۱].

شناسائی ارگانیسم‌های مقاوم در اتخاذ تدابیر درمانی مناسب نقش تعیین‌کننده‌ای در عفونت‌های گوش دارد. مداخله به موقع و مناسب پزشکی و جراحی می‌تواند از پیشرفت بیماری جلوگیری نماید و منجر به بهبودی گردد. در غیر این صورت پیشرفت بیماری می‌تواند منجر به مرگ بیمار گردد [۱۹].

مطالعات قبلی آموکسی‌سیلین را به عنوان داروی خط اول برای درمان اوتیت مدیا پیشنهاد می‌کردند. درمان مداوم با آموکسی‌سیلین یا تغییر به یک آنتی‌بیوتیک جایگزین بر اساس پاسخ‌های کلینیکی بعد از ۴۸ ساعت درمان می‌باشد [۲۰،۲۱]. اما امروزه هموفیلوس انفلوانزا و موراکسلا به این دارو مقاوم می‌باشند و تنها ۴۰ درصد از ایزوله‌های پنوموکوک به آموکسی‌سیلین حساس می‌باشند [۲۲].

در این بررسی، ما باکتری‌های مولد عفونت گوش میانی را در ۱۰۲ بیمار مبتلا به عفونت گوش میانی بررسی و از نظر سن و جنس مقایسه کردیم، باکتری‌های تشخیص داده شده به قرار زیر بودند: استافیلوکوکوس اورئوس ٪۴/۲۶ استرپتوکوکوس ٪۸۰/۶، موراکسلا کاتارالیس ٪۹۰/۱، پروتئوس ٪۷۰/۱۰، پنوموکوک ٪۷۰/۱۴، سودوموناس ٪۷۰/۱۴، کورینه باکتر ٪۸۰/۵، هموفیلوس آنفلوانزا ٪۸۰/۶ و از میان کشت‌های حاصل از ۱۲ کشت (٪۷۰/۱۱) هیچ باکتری جدا نشد.

در سال‌های اخیر افزایش شیوع روزافزون پاتوژن‌های گوش میانی مقاوم به دارو سبب نگرانی در مورد کارائی عوامل ضدمیکروبی سنتی گردیده است. زمانی که پزشکان از آنتی‌بیوتیک برای درمان اوتیت مدیای حاد (AOM) استفاده می‌کنند، بسیار مهم است که آنها درک روشنی از الگوهای مقاومت آنتی‌بیوتیکی در منطقه جغرافیایی خود و مزایا و یا عوارض جانبی آنتی‌بیوتیک‌های مورد انتخاب داشته باشند [۲۴،۲۳].

در طول سال‌های اخیر، استرپتوکوک پنومونیه، هموفیلوس آنفولانزا و موراکسلا کاتارالیس عامل اکثر موارد عفونت گوش میانی می‌باشند. درمان موراکسلا کاتارالیس مشکل چندانی ندارد در نتیجه تمرکز اصلی بر روی انتخاب آنتی‌بیوتیک‌های مورد استفاده برای درمان هموفیلوس آنفولانزا و پنوموکوک و همچنین الگوهای مقاومت در بین آنها است [۲۵،۲۴،۲۳].

به نظر می‌رسد از دهه ۱۹۷۰، با شروع درمان اوتیت مدیای حاد، مقاومت به آنتی‌بیوتیک‌های مورد استفاده آغاز گردید. به نظر می‌رسد بخش عمده‌ای از مقاومت ناشی از استفاده آنتی‌بیوتیک‌ها باشد، اما همچنین واضح است که افزایش استفاده از مهد کودک، به سویه‌های مقاوم اجازه داده می‌دهد تا به راحتی انتقال یابند، و علاوه بر این اخیراً واکسن کونژوگه -۷ ظرفیتی پنوموکوک الگوی مقاومت آنتی‌بیوتیکی را تغییر داده است [۲۳].

اگر چه در ابتدا حتما باید آموکسی‌سیلین با دوز بالا مورد استفاده قرار گیرد، اما طبق توصیه AAP/AAFP[۱]، پزشکان باید به ظهور ارگانیسم‌های مقاوم (به ویژه استرپتوکوک پنومونیه و هموفیلوس آنفلوانزا) در بیمارانی که نسبت به درمان آنتی‌بیوتیکی نقص نشان می‌دهند توجه ویژه‌ای داشته باشند [۲۵،۲۴،۲۳]. اطلاعات میکروبیولوژی نشان می‌دهد که سفیکسیم مزیت‌های متمایزی در شرایط خاص داشته باشد، مثلاً درمان اوتیت میانی حاد در زمانی که تصور شود درمان خط اول با توجه به β-لاکتاماز تولیدی توسط هموفیلوس آنفلوآنزا با شکست مواجه می‌شود [۲۳].

در درمان آنتی‌بیوتیکی اوتیت میانی مشکل عمده‌ای که وجود دارد افزایش مقاومت آنتی‌بیوتیکی است که رو به افزایش

۱- American Academy of Pediatrics (AAP)/American Academy of Family Physicians (AAFP)

[Downloaded from jmciri.ir on 2025-07-12]

می‌باشد، مثلاً مقاومت پنی‌سیلین پنوموکوک در ۲۰ سال گذشته در حال افزایش است و مقاومت به سایر آنتی‌بیوتیک‌ها به ویژه کلرامفنیکل و تتراسیکلین و ماکرولیدها در حال ظهور است [۱۱،۲۵].

همچنین درصد تولید بتالاکتاماز توسط برانهاملا کاتارالیس از ۳۰٪ در سال ۱۹۸۱ به ۷۱٪ در سال ۱۹۸۵ رسید [۲۶]. البته هنوز برانهاملا کاتارالیس به اکثر آنتی‌بیوتیک‌ها به جز آمپی‌سیلین و تری‌متوپریم حساس باقی‌مانده است [۱۱]، لذا لازم است تا پزشک قبل از اقدامات درمانی از نوع باکتری و میزان حساسیت آنتی‌بیوتیکی آنها توسط آزمایشات میکروبیولوژی اطلاع حاصل کند، سپس اقدام به تجویز آنتی‌بیوتیک مناسب کند. ما نیز در این بررسی حساسیت باکتری‌های حاصل از عفونت گوش میانی بیماران به دست آمده را توسط آنتی‌بیوتیک‌های مختلف آنتی‌بیوگرام کرده و میزان حساسیت آنها را سنجیده و به صورت نمودار نمایش داده شد.

در بررسی که توسط Rodrigues و همکارانش در سال ۱۹۹۵ بر روی ۱۵۹ گوش کودکان یک الی شش ساله انجام گرفت پاتوژن‌های حاصل به قرار زیر بودند: پنوموکوک در ۶۱ بیمار (۳۷٪)، هموفیلوس آنفلوانزا ۴۵ بیمار (۲۷٪) ، برانهاملا کاتارالیس ۴۱ بیمار (۲۵٪)، استرپتوکوکوس A ۶ مورد (۴٪)، استافیلوکوکوس اورئوس ۴ بیمار (۲٪) و درمورد ۸ مورد (۵٪) هیچ باکتری رشد نکرده بود. پس از انجام آنتی‌بیوگرام مشاهده شد که ۲۱ ٪ از پنوموکوکوس‌ها مقاوم پنی‌سیلین، ۶۲٪ از هموفیلوس آنفلوانزا و ۹۳٪ از برانهاملا کاتارالیس به علت تولید بتالاکتاماز مقاوم آمپی‌سیلین بودند و در ۵۴٪ بیمارانی که ماه قبل یک آنتی‌بیوتیک بتالاکتام دریافت نکرده بودند، این مقاومت ۵۷ ٪ بود. طبق این نتایج ۵۰٪ بچه‌های زیر ۱ سال و ۶۳٪ یک تا سه سال و ۳۶٪ ۴ تا ۶ سال و ۵۲ ٪ بالای ۶ سال با میکروارگانیسم‌های مقاوم پنی‌سیلین یا آمپی‌سیلین آلوده بودند [۲۷]. در بررسی که انجام شد مقاومت پنی‌سیلینی در باکتری‌های مختلف به شرح ذیل به دست آمد: استافیلوکوکوس اورئوس ۹۳٪، استافیلوکوکوس اپیدرمیدیس ۷۵٪، پنوموکوکوس ۸۰٪، پروتئوس ۷/۷۲٪، سودوموناس ۳/۹۳٪، کورینه باکتر ۳/۳۳٪، هموفیلوس آنفلوانزا ۴۲٪ [۲۷].

در بررسی که توسط Behre و همکارانش در سال ۱۹۹۷ بر روی کودکان ۱۲-۲ ساله به عفونت میانی حاد انجام گرفت یک گروه را به مدت ۱۰ روز به وسیله amoxycillin/clavalanate با دوز ۷۰ میلی‌گرم به ازای هر ۱۰ کیلوگرم وزن بدن و در گروهی دیگر با دوز ۶۰ میلی‌گرم به ازای هر ۱۰ کیلوگرم وزن بدن تحت درمان قرار دادند. مشاهده کردند در گروه اول ۸/۹۱٪ درمان مؤثر و در گروه دوم ۵/۹۰٪ درمان مؤثر واقع شده است و نتیجه گرفتند که مصرف amoxycillin/clavalante در درمان اوتیت میانی به خصوص بر روی باکتری‌های مقاوم به آنتی‌بیوتیک‌های بتالاکتام مؤثر است [۲۸].

تحقیق ما نشان داد پسودوموناس آئروژینوزا نسبت به ونکومایسین ۱۰۰ درصد حساس و جنتامایسین از حساسیت بسیار بالایی برخوردار بود، اما به پنی‌سیلین ۱۰۰ درصد مقاوم و آمپی‌سیلین، آموکسی‌سیلین و اریترومایسین از مقاومت بسیار بالایی برخوردار بودند. نتایج خورشیدی و یگانه مقدم ۱۰۰ درصد مقاومت را نسبت به جنتامایسین نشان دادند [۲۹].

این تحقیق نشان داد که استافیلوکوک اورئوس به عنوان اولین ارگانیسم جدا شده از بیماران، نسبت به تری‌متوپریم ۱۰۰ درصد حساس بود ولی به سایر آنتی‌بیوتیک‌ها (پنی‌سیلین، داکسی‌سیکلین، اریترومایسین، آمپی‌سیلین، آمیکایسین و توبرامایسین) مقاومت نشان می‌داد. این موضوع در مقایسه با تحقیق Campus که مقاومت به پنی‌سیلین‌ها را صددرصد خواند [۳۰] و با مطالعه خورشیدی و یگانه مقدم که حساسیت را نسبت به پنی‌سیلین و داکسی‌سایکلین صددرصد معرفی نموده‌اند [۲۹] همخوانی ندارد، ولی با تری‌متوپریم که صددرصد حساسیت نشان داد، همخوانی داشت.

مطالعات نشان می‌دهد که فاکتورهائی مانند حساسیت آنتی‌بیوتیکی از بیماری به بیمار دیگر، نفوذ به داخل گوش میانی و فعالیت در چرک گوش میانی، آناتومی و فیزیولوژی گوش میانی و لوله اوستاش و پاسخ ایمنی میزبان در حساست بیمار به آنتی‌بیوتیک مؤثر است. از آنجائی که بیماران در ۵۰٪ موارد پاتوژنی نشان نمی‌دهند، ناتوانی کلینیکی وقتی هیچ پاتوژنی نشان داده نشود باعث ناتوانی آنتی‌بیوتیکی می‌شود، اما ناتوانی بیمار احتمالاً به وسیله آنتی‌ژن‌های التهاب‌زای موجود در گوش میانی ایجاد می‌شود. بنابراین علیرغم اینکه حساسیت نسبت به یک آنتی‌ژن ممکن است در in vitro نشان داده می‌شود بیماران به درمان آنتی‌بیوتیکی پاسخ ندهند [۳۲،۳۱].

با توجه به اینکه تمام ایزوله‌های هموفیلوس در این مطالعه نسبت به آنتی‌بیوتیک متداول و رایجی که پزشکان به بیماران تجویز می‌کنند از جمله پنی‌سیلین، آمپی‌سیلین و آموکسی‌سیلین مقاومت نشان می‌دادند، و همچنین حساسیت آنها به آنتی‌بیوتیکی‌های نظیر

[Downloaded from jmciri.ir on 2025-07-12]

تری‌متوپریم و ونکومایسین، لذا توصیه می‌شود که پزشکان بر اساس الگوی مقاومت داروئی به دست آمده در آنتی‌بیوگرام اقدام به تجویز دارو نمایند.

درمان عفونت پنوموکوک باید بر حسب محل عفونت و بیماری زمینه‌ای باشد و پنی‌سیلین، کوتریموکسازول و سفیکسیم به عنوان درمان تجربی برای این عفونت‌ها سودمند نیستند. یکی از دلایل مقاومت بالای پنوموکوک به این آنتی‌بیوتیک‌ها مصرف بی‌رویه آنها در عفونت حاد گوش میانی، سینوزیت و عفونت‌های تنفسی است. اکثر سویه‌های باکتریایی ایزوله شده نسبت به آنتی‌بیوتیک‌های رایج مورد استفاده در درمان عفونت حاد گوش میانی مقاوم هستند.

نتیجه‌گیری

نتیجه‌ای که از این مطالعه می‌توان گرفت این است که عفونت گوش میانی از اهمیت ویژه‌ای برخوردار است و با توجه به عوارض بعدی آن اقدام سریع برای درمان و جدی شمردن آن حائز اهمیت است و باید توجه زیادی به آن شود و با توجه به ظهور سویه‌های مقاوم باکتری‌ها نسبت به درمان‌های آنتی‌بیوتیکی رایج توصیه می‌شود پس از انجام مطالعات تکمیلی وسیع‌تر و تأیید الگوی مقاومت، نسبت به تهیه دستورالعمل‌های درمانی کشوری اقدام و شروع درمان آنتی‌بیوتیکی برای باکتری‌های جداسازی شده، براساس دستورالعمل‌های کشوری انجام گیرد.

سپاسگزاری

این مقاله نتیجه بخشی از طرح تحقیقاتی مصوب دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی تهران به شماره قرارداد ۱۱۷۵۹ مورخ ۱۳۹۰ می‌باشد، که بدین‌وسیله از معاونت محترم پژوهشی دانشگاه تشکر و قدردانی می‌شود.

مراجع

1- Teele DW, Klein JO, Rosner B, Bratton L, Fisch GR, Mathieu OR, et al. Middle ear disease and the practice of pediatrics. JAMA: the journal of the American Medical Association. 1983;249(8):1026-9.

2- Bondy J, Berman S, Glazner J, Lezotte D. Direct expenditures related to otitis media diagnoses: extrapolations from a pediatric Medicaid cohort. Pediatrics. 2000;105(6):e72-e.

3- Behrman RI, Kliegman RO, Arvin AN. Nelson textbook of pediatrics. 2007;18th edi:1950.

4- Klein JO. Otitis media. Clinical infectious diseases. 1994;19(5):823-32.

5- Couloigner V, Levy C, Francois M, Bidet P, Hausdorff WP, Pascal T, et al. Pathogens Implicated in Acute Otitis Media Failures After 7-valent Pneumococcal Conjugate Vaccine Implementation in France: Distribution, Serotypes, and Resistance Levels. Pediatr Infect Dis J. 2012 Feb;31(2):154-8.

6- Wen R, Deng Q, Sun C, Gao S, Tao J, Luo R. Pathogenic bacteria distribution and drug susceptibility in children with acute otitis media in Pearl River Delta. Lin Chung Er Bi Yan Hou Tou Jing Wai Ke Za Zhi. 2011 Oct;25(19):884-7.

7- Block SL, Schmier JK, Notario GF, Akinlade BK, Busman TA, MacKinnon III GE, et al. Efficacy, tolerability, and parent reported outcomes for cefdinir vs. high-dose amoxicillin/clavulanate oral suspension for acute otitis media in young children*. Current Medical Research and Opinion®. 2006; 22(9): 1839-47.

8- Mcconaghy JR, Smith SR. Controversy in otitis media management: should we follow the CDC recommendations? American family physician. 2000;61(2):317.

9- Ramgoolam A, Steele R. Formulation of antibiotics for children in primary care:effects on compliance and efficacy. pediatr drugs. 2002; 4: 323-33.

10- Steele RW, Thomas MP, Begue RE. Compliance issues related to the selection of

[Downloaded from jmciri.ir on 2025-07-12]

antibiotic suspensions for children. The Pediatric infectious disease journal. 2001; 20(1): 1-5.

11- Kilpi T, Herva E, Kaijalainen T, Syrjanen R, Takala AK. Bacteriology of acute otitis media in a cohort of Finnish children followed for the first two years of life. Pediatr Infect Dis J. 2001 Jul; 20(7): 654-62.

12- Wikler MA, Cockerill FR, Craig WA, Dudley MN, Eliopoulos GM, Hecht DW, et al. Performance standards for antimicrobial susceptibility testing; Seventeenth Informational Supplement. Clinical and Laboratory Standards Institute (CLSI). 2007; 27(1).

13- Woo JI, Pan H, Oh S, Lim DJ, Moon SK. Spiral ligament fibrocyte-derived MCP-1/CCL2 contributes to inner ear inflammation secondary to nontypeable H. influenzae-induced otitis media. BMC Infect Dis. 2010;10:314.

14- Klein JO, Pelton S. Patient information: Ear infections (otitis media) in children. http://wwwuptodatecom. 2012.

15- Zgherea D, Pagala S, Mendiratta M, Marcus MG, Shelov SP, Kazachkov M. Bronchoscopic findings in children with chronic wet cough. Pediatrics. 2012 Feb; 129(2): e364-9.

16- Yamanaka N, Hotomi M, Billal DS. Clinical bacteriology and immunology in acute otitis media in children. J Infect Chemother. 2008 Jun; 14(3):180-7.

17- Khoo A. Otitis Media. Perspectives. 2009:120-7.

18- Gibney KB, Morris PS, Carapetis JR, Skull SA, Smith-Vaughan HC, Stubbs E, et al. The clinical course of acute otitis media in high-risk Australian Aboriginal children: a longitudinal study. BMC Pediatr. 2005; 5(1):1-8.

19- Brook I. Otitis media: microbiology and management. J Otolaryngol. 1994 Aug;23(4):269-75.

20- Corbeel L. What is new in otitis media? Eur J Pediat. 2007;166:511-9.

21- Segal N, Leibovitz E, Dagan R, Leiberman A. Acute otitis media-diagnosis and treatment in the era of antibiotic resistant organisms: updated clinical practice guidelines. Int J Pediatric Otorhinolaryngol. 2005; 69: 1311-9.

22- Shishegar M, Faramarzi A, Kazemi T, Bayat A, Motamedifar M. Polymerase chain reaction, bacteriologic detection and antibiogram of bacteria isolated from otitis media with effusion in children, shiraz, Iran. IJMS. 2011 36(4):273-80.

23- Collier AM, Hagmann M, Harrison C, Jacobs MR, Murillo J. Acute otitis media: translating science into clinical practice. Royal Society of Medicine Press Ltd. 2007:1-62.

24- Soltan Dallal MM, Rahimi Forushani A, Heidarzadeh S, Jabbari H, Rajabi Z, Sedigh Maroufi S, Sharifi Yazdi MK. Identification and determination antimicrobial resistance pattern of Haemophilus influenza isolated from patients with otitis media. Accepted by Razi Journal of Medical Sciences (Persian).

25- Soltan Dallal MM, Jabbari H, Rahimi Forushani A,Heidarzadeh S, Afrogh p, Sharifi Yazdi MK.Frequency and Resistance Patterns of Streptococcus Pneumoniae in Acute Otitis Media.J Mazand Univ Med Sci 2013; 23(98): 28-35 (Persian).

26- Broides A, Dagan R, Greenberg D, Givon-Lavi N, Leibovitz E. Acute otitis media caused by Moraxella catarrhalis: epidemiologic and clinical characteristics. Clin Infect Dis. 2009 Dec 1; 49(11): 1641-7.

27- Rodriguez WJ, Schwartz RH, Thorne MM. Increasing incidence of penicillin- and ampicillin-resistant middle ear pathogens. Pediatr Infect Dis J. 1995 Dec;14(12):1075-8.

28- Behre U, Burow HM, Quinn P, Cree F, Harrison HE. Efficacy of twice-daily dosing of amoxycillin/clavulanate in acute otitis media in children.

[Downloaded from jmciri.ir on 2025-07-12]

Infection. 1997; 25(3): 163-6.

29- Khorshidi A, Yeganemogaddam A. A Survey on Bacterial Agents in Patients with Suppurative Otitis Media Referred to Matini Hospital of Kashan in 2002-2003. KAUMS Journal (FEYZ). 2005; 9 (2): 28-32.

30- Compos MA. Etiology and therapy of chronic suppuratic otitis. J Chemother 1995;7(5): 427-31.

31- Bezáková N, Damoiseaux RA, Hoes AW, Schilder AG, Rovers MM. Recurrence up to 3.5 years after antibiotic treatment of acute otitis media in very young Dutch children: survey of trial participants. BMJ (Clinical research ed). 2009; 338: b2525.

32- Pichichero ME, Pichichero CL. Persistent acute otitis media: I. Causative pathogens. Pediatr Infect Dis J. 1995 Mar; 14(3): 178-83.

[Downloaded from jmciri.ir on 2025-07-12]

مجله علمی سازمان نظام پزشکی جمهوری اسلامی ایران، دوره ۳۳، شماره ۲، تابستان ۱۳۹۴: ۱۰۱-۱۰۹

● مقاله تحقیقی کد مقاله: ۱۱

بررسی کیفیت زندگی شغلی پزشکان خانواده در استان کرمان-۱۳۸۹

دکتر نکویی مقدم محمود ۱
قربانی نیا راحیل ۲*
دکتر کامیابی عباس ۳
بهزادی فرانک ۴
دکتر مهرابیان میترا ۵

۱- استاد گروه مدیریت خدمات بهداشت درمانی، دانشگاه علوم پزشکی کرمان
۲- مربی گروه مدیریت خدمات بهداشتی، دانشگاه علوم پزشکی بم
۳- پزشک عمومی، پژوهشگر
۴- دانشجوی دکترای سیاست گذاری سلامت، دانشگاه علوم پزشکی تهران
۵- کارشناس بهداشتی حوزه معاونت بهداشتی کرمان

* نشانی نویسنده مسؤول: بم، بزرگراه خلیج فارس، پردیس دانشگاه علوم پزشکی بم،دانشکده بهداشت

تلفن: ۰۹۳۹۶۵۵۸۵۷۱

نشانی الکترونیکی:
r.Ghorbani6790@gmail.com

چکیده

زمینه: کیفیت زندگی کاری یکی از متغیرهایی است که اخیراً به لحاظ اهمیت، مورد توجه بسیاری از مدیران که درصدد ارتقا کیفیت منابع انسانی خود هستند قرار گرفته است. کیفیت زندگی کاری به ارتقاء رضایتمندی کارکنان، تقویت یادگیری در محل کار اختصاص یافته است و در جهت کمک به کار کارکنان است که بهتر بتوانند با تغییرات و جابجایی کنار آیند. این مطالعه با هدف بررسی کیفیت زندگی شغلی پزشکان خانواده در استان کرمان در سال ۱۳۸۹ انجام شد.

روش کار: نمونه پژوهش ۱۱۴ نفر پزشک خانواده به روش سرشماری تشکیل می‌داد. جهت جمع‌آوری اطلاعات از پرسشنامه کیفیت زندگی کاری ون لار استفاده شد. داده های پرسشنامه با نرم افزار SPSS ۱۹ از طریق آزمون های آماری توصیفی(میانگین و انحراف معیار) و استنباطی T-test و Anova تجزیه و تحلیل شد.

یافته‌ها: میانگین کیفیت زندگی کاری کل پزشکان خانواده استان کرمان ۲۸/۹۸٪ بود. کیفیت زندگی در پزشکان مرد بالاتر (میانگین = ۷۳/۹، انحراف معیار = ۲/۰۵) از پزشکان زن (میانگین = ۶۶/۳۶، انحراف معیار = ۱/۴۴) بود. بر حسب انگیزه همکاری در طرح مشخص شد همه‌ی حیطه‌های کیفیت زندگی شغلی (رضایت از شغل و حرفه، شرایط کاری، سلامت عمومی، ارتباط کار- منزل، استرس در کار) به جز کنترل در کار رابطه معناداری داشتند.

نتیجه‌گیری: کیفیت زندگی کاری پزشکان خانواده در وضعیت رضایت‌بخشی نیست و باید در جهت ارتقا کیفیت زندگی کاری ایشان برنامه‌ها و راهکارهایی مد نظر قرار گیرد.

واژگان کلیدی: کیفیت زندگی کاری، رضایت از شغل و حرفه، شرایط کاری، سلامت عمومی، ارتباط کار- منزل، استرس در کار، کنترل در کار، پزشکان خانواده

تاریخ دریافت مقاله: ۹۴/۲/۲ تاریخ اصلاح نهایی: ۹۴/۷/۲۹ تاریخ پذیرش مقاله: ۹۴/۶/۲۹

[Downloaded from jmciri.ir on 2025-07-12]

مقدمه

منابع انسانی از مهم‌ترین منابع استراتژیک هر سازمانی می‌باشند. بی‌گمان، اساس موفقیت سازمان‌ها، محیط کاری و مشاغل مختلف به استفاده مؤثر از این منبع، شناختی وسیع و جامع از مفاهیم و سازه‌های مربوط به منابع انسانی و ابزارهای خاص آن لازم است [۱]. به دلیل چنین ایده‌هایی نسبت به منابع انسانی، تحقیقات، پیش‌بینی‌کننده‌های مهم کیفیت زندگی کاری منابع انسانی را کشف کرده است.کیفیت زندگی کاری یکی از متغیرهایی است که اخیراً به لحاظ اهمیت، مورد توجه بسیاری از مدیران که درصدد ارتقا کیفیت منابع انسانی خود هستند قرار گرفته است؛ گرچه مطالعه شاخص‌هایی که برای کیفیت زندگی کاری سودمند و یا مضر هستند تاریخچه‌ای دیرینه دارد [۲].کیفیت زندگی کاری (QWL[۱]) یک برنامه جامع و فراگیر است که به ارتقاء رضایتمندی کارکنان، تقویت یادگیری در محل کار اختصاص یافته است و در جهت کمک به کارکنان است که بهتر بتوانند با تغییرات و جابجایی کنار آیند [۳]. نارضایتی از کیفیت زندگی شغلی مشکلی است که بر اکثر کارکنان بدون توجه به موقعیت و وضعیتشان تأثیر می‌گذارد، بسیاری از مدیران روش‌هایی را برای کاهش نارضایتی در تمام سطوح سازمانی، حتی سطح مدیران، جستجو می‌کنند. این یک مسئله پیچیده است چرا که جدا کردن و مشخص نمودن همه شاخص‌هایی که بر کیفیت زندگی شغلی تأثیر می‌گذارند، دشوار است. [۴]

در سال‌های اخیر، اصلاح نظام سلامت به طور گسترده در جهان و به طور شاخص در کشورهای توسعه یافته، مطرح شده است. گرچه برنامه‌های پیشنهادی برای اصلاح نظام سلامت در هر کشوری بر اساس مبنای فرهنگی، تاریخی، اجتماعی و موقعیت‌های سیاسی متفاوت می‌باشد؛ اما با این حال، این کشورها اهداف مشترکی مانند بهبود کیفیت خدمات سلامت، اثربخشی، رضایتمندی مشتریان و ارائه‌کنندگان محدود کردن هزینه‌ها و دستیابی به عدالت در سلامت را دنبال می‌کرده‌اند [۵]. در برنامه پزشک خانواده و نظام ارجاع به عنوان یکی از برنامه‌های اصلاحات در نظام سلامت، پزشک عمومی و تیم وی مسئولیت کامل سلامت افراد و خانواده‌های تحت پوشش خود را به عهده دارند و پس از ارجاع فرد به سطوح تخصصی، مسئولیت پیگیری سرنوشت وی را نیز بر عهده دارند [۶]. پزشکان خانواده معمولاً میان بیمارانشان زندگی می‌کنند و از ۹۰٪ مشکلات سلامت آنها، به خصوص ابعاد فیزیکی، روانی و اجتماعی مطلع هستند و در صورت نیاز آنها را به سطوح بالاتر ارجاع می‌دهند [۷]. رضایتمندی شغلی پزشکان خانواده یک فاکتور مهم برای نظام‌های سلامت است چرا که سطح اول ارائه خدمات، مسئولیت ارائه خدمات پزشکی برای نسبت بیشتری از جمعیت نسبت به سایر سطوح را دارد [۸].

بر اساس مطالعه‌ای که توسط ون لار و همکاران در جهت تعیین مقیاس برای اندازه‌گیری کیفیت زندگی کاری کارکنان سلامت در سال ۲۰۰۷ انجام شد، شش شاخص زیر به عنوان مهم‌ترین عوامل تأثیر گذار بر کیفیت زندگی کاری تعیین گردید: ۱- رضایت از شغل و حرفه CJS[۲] ۲- شرایط کاری WCS[۳] ۳- وضع عمومی سلامتی GWB[۴]

۴- ارتباط کار-منزل WLB[۵] ۵ - استرس در کار SAW[۶] ۶- کنترل در کار CAW[۷] [۹].

ماینوس[۸] و همکاران گزارش کردند که پزشکان خانواده‌ای که از کارشان ناراضی هستند بیشتر تمایل به ترک خدمت دارند [۱۰]. در مطالعه‌ای مشخص شد اجرای سیستم ارجاع پزشک خانواده در کشور ایران اجتناب‌ناپذیر است. با توجه به پهناوری کشور می‌توان با الگوبرداری صحیح از کشورهای پیشرو در این امر و رفع برخی از نارسایی‌های آن، از هزینه‌های غیر ضروری جلوگیری کرده و دولت هم بتواند صرفه‌جویی‌های قابل ملاحظه‌ای را انجام دهد و منابع و ثروت ملی کشور را به خوبی مدیریت نماید. البته باید توجه داشت که برای اجرای طرح بزرگ پزشک خانواده نیاز به عزم ملی و استفاده از نظریات انجمن‌های علمی به خصوص پزشکان عمومی که مجری و سنگر اول طرح هستند، می‌باشد [۱۱].

بیسلی[۹] و همکاران در پژوهشی با عنوان «کیفیت زندگی کاری پزشکان خانواده‌ی سازمان‌های مراقبت سلامت در ویسکانسین» همبستگی منفی قوی معنی‌داری بین رضایت از یک سازمان و تمایل به جابه‌جایی و همبستگی مثبت قوی بین رضایت از یک سازمان و توانایی دستیابی به اهداف حرفه‌ای را گزارش کردند. همچنین همبستگی معنی‌دار نسبتاً قوی بین رضایت از یک سازمان

۱- Quality of working life
۲- career and job satisfaction
۳- work conditions
۴- General well being
۵- work- life balance
۶- stress at work
۷- control at work
۸- Mainous
۹- Beasley

[Downloaded from jmciri.ir on 2025-07-12]

و رضایت از پزشک بودن (رضایت از حرفه‌ی پزشکی) و کیفیت خدمات ارائه شده وجود داشت [۱۲]. نیلنا[۱۰] و همکاران در مطالعه‌ای اینگونه بیان کردند که برخلاف بحث‌های بین‌المللی بر سر مغموم بودن و عدم رضایت پزشکان، پزشکان خانواده‌ی نروژی سطح ثابت و بالایی از رضایت شغلی را گزارش کردند. پزشکان خانواده از سطح بالاتری از رضایت شغلی نسبت به پزشکان بیمارستان برخوردار بودند. همچنین این پژوهش نشان داد که علی‌رغم رفرم بزرگ سلامت در نروژ سطح رضایت شغلی پزشکان خانواده در سال‌های ۱۹۹۴، ۲۰۰۰ و ۲۰۰۴ ثابت باقی ماند [۱۳]. همچنین در پژوهشی که توسط اولمر و هریس[۱۱] در استرالیا انجام شد، پزشکان خانواده استرالیا سطح بالایی از رضایت شغلی را گزارش کردند. پزشکان خانواده روستایی به طور معنی‌داری میزان رضایت شغلی بالاتری از پزشکان خانواده شهری داشتند [۱۴].

از آنجا که پس از پیاده‌سازی طرح پزشک خانواده در کشور ایران بررسی مناسبی به جهت پرسش از فراهمی امکانات لازم و ضروری مورد نیاز پزشکان خانواده به لحاظ برخورداری از یک زندگی ایمن انسانی و شغلی صورت نگرفته است و با نظر به این که نقش‌آفرین دیگر فرایند مهم ارائه خدمت، برای محقق ساختن آرمان‌ها و اهداف طرح مذکور پزشکان شاغل در کسوت پزشک خانواده می‌باشند و بدون فراهم بودن کلیه امکانات لازم برای ایشان دسترسی بهینه به اهداف طرح میسر نخواهد شد، بررسی ابعاد کیفیت زندگی و شغلی پزشکان خانواده در کشور ایران ضروری و غیر قابل اغماض به نظر می‌رسد. لذا به منظور تداوم طرح پزشک خانواده در کشورمان و بهبود کیفیت خدمات ارائه شده به پزشکان لازم است کیفیت زندگی کاری پزشکان خانواده و افزایش رضایت شغلی آن‌ها توجه لازم صورت گیرد.

روش کار

این پژوهش از نوع توصیفی- تحلیلی به روش مقطعی در استان کرمان در سال ۱۳۸۹ انجام شد. جامعه پژوهش را تمامی پزشکان خانواده استان کرمان، که تحت پوشش کلیه دانشگاه‌های علوم پزشکی استان کرمان شامل دانشگاه‌های علوم پزشکی کرمان، رفسنجان و جیرفت بودند، تشکیل می‌دادند. حجم نمونه از روش سرشماری با حداقل ۷۰ درصد پوشش جامعه ۱۱۴ نفر بود.

جهت جمع‌آوری داده‌ها از پرسش نامه کیفیت زندگی کاری که توسط ون لار و همکاران با عنوان «مقیاس کیفیت زندگی کارکنان سلامت» انجام شده است، استفاده گردید [۹] و به تأیید اساتید و صاحب‌نظران گروه مدیریت و اقتصاد سلامت رسیده است. همچنین پایایی پرسشنامه فوق نیز به روش آزمون باز آزمون[۱۲] انجام شده است. ضریب همبستگی ۹۵٪ بین سؤالات وجود داشت، آلفای کرونباخ برای سنجش ارتباط درونی پرسش‌ها ۷۸٪ بود و به تفکیک پرسش‌ها، ضریب همبستگی قبل و بعد، بین ۵۴٪ تا ۱ بود. سؤالات دارای همبستگی پایین با نظر صاحب‌نظران اصلاح شدند. پرسشنامه مذکور در دو بخش تنظیم شده است: بخش اول در بر گیرنده اطلاعاتی پیرامون وضعیت دموگرافیک پزشکان خانواده است و بخش دوم شامل سؤالاتی است که از طریق فاکتورهای: رضایت از شغل و حرفه (CJS) که شامل سؤالات از زندگی‌ام راضی‌ام، در اغلب موارد زندگی‌ام به ایده‌آل‌هایم نزدیک است، به طور کلی برای من اوضاع بر وفق مراد است، از فرصت‌های شغلی که در محیط کار برایم ایجاد می‌شود رضایت دارم، اخیراً با در نظر گرفتن جمیع شرایط احساس خوشحالی می‌کنم، به طور کلی از کیفیت زندگی کاری‌ام رضایت دارم؛ شرایط کاری (WCS) که شامل سؤالات در محیط کارم فرصت استفاده از همه توانایی‌هایم را دارم، وقتی من کار خوبی انجام می‌دهم برای انجام آن کار از طرف مدیر مافوق خود مورد تأیید و قدردانی قرار می‌گیرم، من تشویق می‌شوم تا مهارت‌های جدیدی را یاد بگیرم، کارفرمای من آنچه را که نیاز دارم تا کارم را به طور مؤثر انجام دهم را برای من فراهم می‌کند، مدیر مافوق من زمان کاری انعطاف‌پذیری را ارائه می‌دهد، من در یک محیط کاری ایمن کار می‌کنم، من از آموزش‌هایی که به منظور انجام بهتر شغل کنونی‌ام دریافت می‌کنم راضی‌ام، شرایط کاری‌ام رضایت‌بخش است؛ وضع عمومی سلامتی (GWB) شامل سؤالات هم اکنون احساس سلامتی می‌کنم، اخیراً احساس ناراحتی و افسردگی داشته‌ام؛ ارتباط کار- منزل (WLB) شامل سؤالات کارفرمای من انعطاف‌پذیری و تسهیلات کافی را برای من فراهم می‌آورد تا کارم با زندگی خانوادگی‌ام تناسب داشته باشد، ساعت‌های کاری فعلی من با زندگی شخصی‌ام متناسب است؛ استرس در کار (SAW) شامل سؤالات اغلب در محل کار احساس می‌کنم که تحت فشار هستم، در اغلب مواقع در کارم احساس استرس شدید دارم؛ و کنترل در کار (CAW) شامل سؤالات من اهداف کاری مشخص دارم که در من توانایی انجام کار را ایجاد می‌کند، احساس می‌کنم می‌توانم نظراتم را

۱۰- Nylenna

۱۱- Ulmer B, Harris

۱۲- Test retest

[Downloaded from jmciri.ir on 2025-07-12]

بیان کنم و بر تغییـــرات محیط کارم تأثیرگذارم، من در تصمیماتی که در محیط کارم بر من تأثیر می‌گذارد مشـــارکت داده می‌شـــوم، مـــن در تصمیماتی که روی افرادی که در محیط کاری‌ام هســـتند تأثیر می‌گذارد مشارکت داده می‌شوم؛ کیفیت زندگی کاری پزشکان خانواده را می‌سنجد.

مقیاس مورد استفاده در این پرسش‌نامه مقیاس لیکرت بود. هر یک از پرسش‌ها در طیف (۵-۱) مورد ارزیابی و تجمیع قرار گرفتند. به منظور مقایســـه و ارزیابی بهتر نتایج این مطالعه با سایر مطالعات، در هر یک از حیطه‌های کیفیت زندگی کاری و کل پس از تجمیع نمرات به ماخذ ۱۰۰-۰ تراز گردید. پرسشـــنامه مذکور بعد از تعیین روایی و پایایی آن در بین پزشکان خانواده استان کرمان پخش شد و بعد از تکمیل، توســـط پژوهشگر جمع‌آوری و مورد تجزیه تحلیل قرار گرفت. تجزیه و تحلیل داده‌های گردآوری شـــده با استفاده از آمار توصیفی شـــامل میانگین و انحراف معیار و به منظور مقایسه میانگین کیفیت زندگی در گروه‌های مختلف از آزمون t مســـتقل، رگرسیون خطی و Anova و نرم افزار SPSS ۱۹ صورت گرفت. جهت رعایت مســـائل اخلاقی در این پژوهـــش و محرمانه بودن اطلاعات حاصله از پرسش‌نامه، عدم ثبت‌نام در پرسشنامه مد نظر قرار گرفت. این نکته نیز باید مد نظر باشد که کیفیت زندگی کاری با توجه به عوامل تشـــکیل‌دهنده آن ممکن است از یک استان تا اســـتان دیگر با هم تفاوت داشته باشد، چون امکانات استان کرمان با امکانات ســـایر استان‌ها قابل مقایســـه نیست، با توجه به عوامل مختلـــف تأثیرگذار بر کیفیت زندگی کاری ممکن اســـت نتایج به دست آمده از این پژوهش قابل تعمیم به سایر استان‌ها نباشد.

یافته‌ها

پژوهش حاضر به منظور بررســـی کیفیت زندگی شـــغلی پزشکان

جدول شماره ۱- توزیع فراوانی ویژگی‌های جمعیت شناختی پزشکان خانواده استان کرمان

متغیر		تعداد	درصد	متغیر		تعداد	درصد
جنسیت	مرد	۴۸	۴۲/۱	وضعیت تاهل	مجرد	۴۲	۳۶/۸
	زن	۶۶	۵۷/۹		متاهل	۷۲	۶۳/۲
گروه سنی	۲۵-۴۵	۱۱۱	۹۷/۴	مدرک تحصیلی	دیپلم	۳	۴/۳
	۴۵-۶۰	۳	۲/۶		کاردانی	۳	۴/۳
نوع استخدامی	رسمی	۴	۴/۶		لیسانس	۲۱	۳۰/۴
	پیمانی	۲۴	۲۷/۶		کارشناسی ارشد	۱۰	۱۴/۵
	طرح	۲۸	۳۲/۲		دکتری	۲۸	۴۰/۶
	پزشک آزاد	۲۶	۲۹/۹		دانشجو	۴	۴/۷
	سایر	۵	۵/۷	ساعت کار هفتگی	۲۰تا۴۰	۱	۰/۹
نوع ساعت کاری	تمام‌وقت	۹۱	۸۸/۳		۴۱تا ۵۰	۴۷	۴۲
	پاره‌وقت	۱۱	۱۰/۷		۵۱تا۶۱	۳۰	۲۶/۸
	ساعتی	۱	۱		بیش از ۶۰	۳۴	۳۰/۴
تعداد روز غیبت	هیچ	۴۳	۴۵/۳	انگیزه همکاری با طرح پزشک خانواده	حقوق بیشتر	۲۰	۲۵/۶
	۱ تا ۵	۲۹	۳۰/۵		رفع بیکاری	۸	۱۰/۳
	۶ تا ۱۰	۱۰	۱۰/۵		تعهد خدمت	۲۰	۲۵/۶
	۱۱ تا ۱۵	۱۱	۱۱/۶		آشنایی با نظام	۲	۲/۶
	بیش از ۱۵	۲	۲/۱		خدمت به مردم	۱۵	۱۹/۲
بومی بودن	بله	۴۱	۳۶/۶		ادامه تحصیل	۲	۲/۶
	خیر	۷۱	۶۳/۴		اعتقاد به برنامه	۵	۶/۴
قصد ادامه همکاری	بلی	۲۰	۲۵/۶		سایر	۶	۷/۷
	خیر	۱۵	۱۹/۲	رضایتمندی از امکانات	بلی	۳۷	۳۳
	نمی‌دانم	۴۳	۵۵/۱		خیر	۷۹	۶۷

[Downloaded from jmciri.ir on 2025-07-12]

خانواده در استان کرمان در سال ۱۳۸۹ انجام گردید. تعداد ۱۱۴ پزشک خانواده در این مطالعه مورد بررسی قرار گرفتند که ۴۲/۱٪ مرد، ۵۷/۹٪ زن بودند. همچنین ۳۶/۸٪ مجرد و ۶۳/۲٪ متأهل بودند. کادر پزشک خانواده استان اکثریت نیروهای جوان با مدرک دکتری بودند که به عنوان نیروی طرح و تمام وقت فعال بودند. بیشتر پزشکان مورد مطالعه ۴۱ تا ۵۰ ساعت در هفته و بدون غیبت کار می‌کردند. اکثریت افراد غیر بومی بوده و با انگیزه دریافت حقوق بیشتر و انجام تعهد شغلی خود عضویت در برنامه طرح پزشک خانواده را پذیرفتند. همچنین رضایت‌مندی از امکانات در این افراد وجود نداشت و اکثریت اعلام کردند که ادامه همکاری با این طرح مورد تردید است. اطلاعات دموگرافیک مطالعه در جدول شماره ۱ نشان داده شده است.

با توجه به نتایج مطالعه از بین حیطه‌های مختلف کیفیت زندگی کاری وضع عمومی سلامت (GWB) دارای بالاترین میانگین (۶۴/۲۱ درصد) و کنترل در کار (CAW) دارای کمترین میانگین (۳۲/۸۱ درصد) بودند و میانگین تصحیح شده کیفیت زندگی کاری ابراز شده کل (WRQOL) نیز ۲۸/۹۸درصد بود (جدول شماره۲).

جدول شماره ۲- مقایسه متوسط کیفیت زندگی کاری پزشکان خانواده استان کرمان در حیطه های مختلف

حیطه‌های کیفیت زندگی کاری (QWL)	وضع عمومی سلامت (GWB)	ارتباط کار- منزل (HWI)	رضایت از شغل و حرفه (CJS)	کنترل در کار (CAW)	شرایط کاری (WCS)	استرس در کار (SAW)	کیفیت زندگی کاری کل (WRQOL)
میانگین (مقیاس ۱۰۰-۰)	۶۴/۲۱	۵۰/۳۵	۵۶/۱۴	۳۲/۸۱	۵۵/۵۲	۵۹/۳۹	۲۸/۹۸
انحراف معیار	۱۲/۸۹	۱۶/۲۳	۱۵/۶۹	۷/۸۲	۱۸/۴۴	۱۸/۹۲	۵/۵۵

نتایج نشان داد که میانگین کیفیت زندگی شغلی پزشکان خانواده در مردان بیشتر از زنان بود. این میانگین در گروه سنی ۶۰-۴۵ سال بالاتر بود. کیفیت زندگی شغلی در افراد مجرد میانگین کیفیت زندگی بالاتری نسبت به متأهلین را نشان داد. در شرایط وجود امکانات مناسب میانگین کیفیت زندگی بالاتر بود (جدول شماره ۳).

جدول شماره ۳- مقایسه میانگین کیفیت زندگی شغلی پزشکان خانواده استان کرمان به تفکیک جنسیت، سن، وضعیت تأهل، امکانات مناسب

کیفیت زندگی شغلی در گروه‌های مختلف	جنسیت		گروه سنی		وضعیت تاهل		امکانات مناسب	
	مرد	زن	۲۵-۴۵	۴۵-۶۰	مجرد	متاهل	دارد	ندارد
میانگین	۳۰/۸۲	۲۷/۶۵	۲۸/۹۶	۳۰	۲۹/۱۶	۲۸/۸۹	۲۷/۳۳	۲۹/۸۸
انحراف معیار	۵/۹۵	۴/۸۸	۵/۶	۴/۳۵	۶/۷	۴/۸۲	۴/۸۹	۵/۷۹

با توجه به آزمون رگرسیون، ضریب رگرسیون جنسیت ۷/۳۸ و خطای معیار آن ۳/۰۹، ضریب رگرسیون تاهل ۱/۱۷و خطای معیار آن ۳/۲۷، ضریب رگرسیون بومی بودن ۷/۵۳ و خطای انحراف ۳/۰۰۱، ضریب رگرسیون امکانات مناسب ۸/۳۳ و خطای انحراف ۳/۱۱ و ضریب رگرسیونی انگیزه شغلی ۰/۹۸۹ و خطای انحراف ۰/۵۹۴ بود. روش تحلیل رگرسیون مشخص کرد بین کیفیت زندگی شغلی پزشکان خانواده با جنسیت (P = ۰/۰۲۰)، تأهل (P<۰/۰۰۱)، بومی بودن(P = ۰/۰۱۴)، امکانات مناسب (P = ۰/۰۰۹) و انگیزه‌ی شغلی (P < ۰/۰۰۱) ارتباط معنی‌داری وجود دارد. بدین معنا که با ۹۵٪ اطمینان اعلام می‌گردد که کیفیت زندگی شغلی پزشکان خانواده به جنسیت، تأهل، بومی بودن، امکانات و انگیزه شغلی آنها بستگی دارد. بنابراین، این خصوصیات به عنوان یک متغیر پیش‌بینی‌کننده کیفیت زندگی شغلی محسوب می‌شوند. بر اساس بررسی‌های انجام شده میانگین کیفیت زندگی کاری پزشکان خانواده مرد در حیطه‌های رضایت از شغل و حرفه (CJS)، شرایط کاری (WCS) و کنترل در کار (CAW) بیشتر از زنان بود. میانگین کیفیت زندگی در حیطه‌های رضایت از شغل و حرفه (CJS)، شرایط کاری (WCS) و ارتباط کار- منزل (HWI) در افراد مجرد بیشتر از متأهلین بود.

آزمون تی مستقل نشان داد که بین میزان حیطه‌های مختلف کیفیت زندگی شغلی (رضایت از شغل و حرفه، شرایط کاری، سلامت عمومی، ارتباط کار- منزل، استرس در کار و کنترل در کار) در دو جنس، وضعیت خدمتی، امکانات مناسب رابطه معناداری دارد (P<۰/۰۰۱). وضعیت تاهل فقط با حیطه شرایط کاری ارتباط

[Downloaded from jmciri.ir on 2025-07-12]

معناداری نداشت (P=۰/۰۶).

نتایج آزمون Anova بر حسب انگیزه همکاری در طرح نشان داد همه‌ی حیطه‌های کیفیت زندگی شغلی (رضایت از شغل و حرفه، شرایط کاری، سلامت عمومی، ارتباط کار- منزل، استرس در کار) (P<۰/۰۰۱) به جز کنترل در کار (P=۰/۰۷) دارای رابطه معناداری داشتند.

بحث و نتیجه‌گیری

نظام ارجاع و برنامه پزشک خانواده یکی از مهم‌ترین اهداف برنامه چهارم توسعه اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی در حوزه سلامت کشور ما محسوب می‌شود و اشتغال‌زایی فارغ‌التحصیلان گروه پزشکی را نیز فراهم نموده است. اصلی‌ترین وظیفه از لحاظ ارائه خدمت، مربوط به پزشک می‌باشد. این پژوهش به منظور بررسی کیفیت زندگی شغلی پزشکان خانواده در استان کرمان در سال ۱۳۸۹ انجام گرفته است. بیشتر افراد مورد مطالعه زن و متأهل بوده‌اند. اکثریت پزشکان خانواده جوان و غیر بومی بودند.

بر اساس پژوهش حاضر کیفیت زندگی پزشکان خانواده استان کرمان در وضعیت رضایت‌بخشی نیست. نتایج حاضر با مطالعه شعبانی‌نژاد و همکاران [۱۵]، اکر[۱۳] و همکاران [۱۶] و عرب و همکاران [۱۷] هم‌خوانی دارد. این امر می‌تواند ناشی از طی مراحل اولیه طرح پزشک خانواده در کشور باشد که در آن توجه کافی به کیفیت زندگی شغلی پزشکان خانواده نشده است [۱۸]. بر اساس مرور متون مرتبط مشخص شد که رضایت شغلی پزشکان خانواده رو به کاهش است [۱۹]. افزایش جمعیت و انتظارات بیماران، افزایش فشار زمانی و محدودیت‌های هزینه عواملی هستند که بر نارضایتی پزشکان تأثیر گذارند [۲۰]. اینگونه به نظر می‌رسد که کیفیت زندگی پایین پزشکان خانواده باعث کاهش بهره‌وری و تأثیر منفی بر ارائه خدمات و شاید شکست اجرای طرح پزشکان خانواده گردد. توجه به کیفیت زندگی شغلی پزشکان خانواده می‌تواند منجر به بهبود ارائه خدمت در نظام سلامت و رضایت‌مندی بیمار که هدف هر نظام سلامت است گردد.

نتایج پژوهش حاضر نشان داد کیفیت زندگی شغلی در افراد مجرد نسبت به متأهلین بالاتر بود. با توجه به اینکه اکثریت افراد مورد مطالعه متأهل بودند به نظر می‌رسد باید برای ارتقا وضعیت کیفیت زندگی شغلی ایشان در استان کرمان اهتمام ورزید و نسبت به آن توجه ویژه‌ای داشت تا امکانات رفاهی ایشان فراهم گردد. نتایج حاضر با مطالعه شعبانی نژاد [۱۵] و عرب [۱۷] مشابهت داشت.

با توجه به نتایج مطالعه از بین حیطه‌های مختلف کیفیت زندگی کاری وضع عمومی سلامت (GWB) دارای بالاترین میانگین (۶۴/۲۱ درصد) و کنترل در کار (CAW) دارای کمترین میانگین (۳۲/۸۱ درصد) بودند. همچنین در مطالعه عرب و همکاران [۱۷] وضع عمومی سلامتی (GWB) دارای بالاترین میانگین (۵۳/۲۵٪) و ارتباط کار- منزل (HWI) دارای کمترین میانگین(۳۷/۵٪) بود. اما در مطالعه شعبانی نژاد و همکاران [۱۵] بین حیطه‌های مختلف کیفیت زندگی کاری، کنترل در کار (CAW) دارای بالاترین میانگین (۵۲٪) و ارتباط کار- منزل (HWI) دارای کمترین میانگین (۴۱٪) بود. احتمالاً تفاوت در میانگین‌ها و حیطه‌های ذکر شده به دلیل تفاوت در استان‌ها و امکانات، انگیزش، استرس و شرایط حاکم بر محیط مورد مطالعه باشد.

بر اساس نتایج مطالعه حاضر با توجه به پایین بودن کیفیت زندگی، ادامه همکاری در طرح پزشک خانواده مورد تردید بود. اگر این برنامه‌ریزی به صورت دقیق و صحیح باشد می‌تواند باعث ایجاد حس وابستگی، مسئولیت‌پذیری و در نتیجه افزایش بهره‌وری، کارایی و اثربخشی عملکرد پزشکان خانواده شود. در تحقیقی اسمیت[۱۴] که در مورد کیفیت زندگی کاری پرستاران ایالت متحده صورت گرفته بود نتایجی مشابه یافت شد [۲۱]. نتایج تحقیق دهقان نیری [۲۲] نیز نشان داد که تنها یک‌دهم نمونه مورد مطالعه‌ی وی کیفیت زندگی کاری خود را مطلوب گزارش کردند. نتیجه این تحقیق با نتیجه تحقیق واسعی [۲۳]، نیز همسان است که نشان داد سطح کیفیت زندگی کاری در ستاد مرکزی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی به طور معناداری از حد مورد انتظار پایین‌تر بود. به نظر می‌رسد اهمیت دادن به دیدگاه‌های آنان در خصوص طراحی و برنامه‌ریزی‌های مربوط به ترتیب انجام کارها می‌تواند به ادامه همکاری افراد در طرح منجر شود.

از زمان اجرای برنامه شبکه‌های بهداشتی درمانی در مناطق شهری و روستایی، برنامه پزشک خانواده مورد اقبال مردم قرار گرفته و برنامه‌های بعدی نیز در این راستا از این مناطق آغاز شده‌اند. بر اساس مطالعات انجام شده [۲۴] که به بررسی کیفیت خدمات و انتظارات افراد پرداخته شده است لزوم بهبود کیفیت از جنبه‌های مختلف و به ویژه بعد پاسخگویی ضروری به نظر می‌رسد. بررسی اجرای برنامه پزشکان خانواده از دیدگاه ارائه‌کنندگان خدمات و نیز گیرندگان [۲۵]، اینگونه مشخص گردید که از نظر دریافت‌کنندگان

۱۳- Eker

۱۴- Smith

[Downloaded from jmciri.ir on 2025-07-12]

خدمت، مهم‌ترین نقاط قوت طرح دسترسی آسان به پزشک و مهم‌ترین نقاط ضعف آن برخورد نامناسب بیمارستان‌ها و عدم ارائه خدمت در طول شبانه روز اعلام گردید.

در مناطق شهری، انتظار می‌رود پزشک خانواده در اولین سطح تماس مردم با نظام ارائه خدمات سلامت انجام وظیفه نماید. خدمات ارتقای سلامت، پیشگیری و درمان اولیه، تجویز دارو، درخواست انجام خدمات پاراکلنیک، درخواست مشاوره، ثبت اطلاعات در پرونده سلامت، ارجاع و پیگیری بیماران و اجرای برنامه‌های آموزشی جهت ارتقا سلامت عمومی از عمده‌ترین وظایف پزشک خانواده است. این خدمات باید توسط پزشکان خانواده و تیم وی در محدود بسته خدمتی تعریف شده و با حفظ جامعیت و یکپارچگی به فرد، خانواده، جمعیت و جامعه تحت پوشش ارائه شود. در واقع پزشک خانواده مسئولیت تیم سلامت را بر عهده دارد.

کیفیت زندگی کاری به عنوان یکی از رویکردهای بهبود عملکرد و از جمله عناصر مهم و کلیدی فرهنگ تعالی به شمار می‌رود، رویکردی است که موجب هم‌سویی کارکنان و سازمان می‌شود. امروزه توجهی که به کیفیت زندگی کاری می‌شود بازتابی است از اهمیتی که همگان برای آن قائلند. کیفیت زندگی کاری انعکاسی از روابط موجود بین کارکنان و محیط کاری آنان است. این رابطه نشانه‌ای از میزان سازگاری فرد با شغلش می‌باشد.

کیفیت زندگی کاری نمایان‌کننده نوعی فرهنگ سازمانی و شیوه مدیریت است که کارکنان بر اساس آن احساس مالکیت، خودکفایی عزت نفس می‌کنند. برنامه کیفیت زندگی کاری شامل هر گونه بهبود در فرهنگ سازمانی است که حامی رشد و تعالی کارکنان در سازمان است. از این رو نظام ارزشی کیفیت زندگی کاری، سرمایه‌گذاری بر روی افراد به منزله مهم‌ترین متغیر در معادله مدیریت راهبردی مورد توجه قرار می‌دهد، به این معنی که برآورده ساختن نیازها به بهسازی و کارایی بلند مدت سازمان منجر خواهد شد. کیفیت بالای زندگی کاری به عنوان شرط و پیش زمینه اساسی توانمندسازی منابع انسانی مورد نیاز سیستم مراقبت بهداشتی شناخته شده است. در هر سازمانی کیفیت زندگی کاری بالا برای جذب و حفظ کارکنان اساسی است و تحت تأثیر عوامل اجتماعی، اجرایی، مدیریتی و شرایط خاص فرهنگی است. از آنجا که کیفیت زندگی کاری پایین ممکن است بر کیفیت خدمات و تعهدات تأثیر بگذارد و به عنوان یک عامل تأثیرگذار مرتبط با کمبود ارائه خدمات سلامتی باشد، لذا مسئولان طرح پزشکان خانواده در وزارت بهداشت و درمان توجه بیشتری به کیفیت زندگی پزشکان خانواده معطوف نمایند و برنامه‌ها و راهکارهایی جهت ارتقای زندگی کاری ایشان مدنظر قرار دهند. با توجه به اینکه کنترل در کار دارای کمترین میانگین بود، لذا جهت کنترل بر کار دیدگاه‌های ایشان را در تصمیم‌گیری‌ها و در خصوص طراحی و برنامه‌ریزی‌های مربوط به ترتیب انجام کارها مد نظر قرار گیرد.

بعضی از پزشکان و کادر درمانی به دلایل متعددی ازجمله مشغله فراوان، عدم‌رضایت شغلی و تعداد کثیر بیماران در بسیاری از مراکز درمانی دولتی و دغدغه‌های مالی در بخش‌های خصوصی، زمان و حوصله کافی برای معاینه دقیق، تشخیص و درمان هر بیمار را نداشته باشند. همچنین بیان توضیحات لازم به بیمار و همراهان وی در مواردی جزو ملزومات به‌حساب نیامده، متأسفانه بعضی از پزشکان به این موضوع بدیهی که دانستن شرایط بیماری شخص برای وی و همراهان نزدیک وی (در صورت موافقت بیمار) جزو حقوق اولیه آنهاست، عمل نمی‌کنند. البته باید به این مسئله تأکید کرد که تمامی این مشکلات بیشتر جنبه سیستماتیک داشته، شرایط واقعی بسیاری از بیمارستان‌های دولتی و حتی خصوصی و حجم زیاد مراجعه‌کنندگان آنها، در عمل اجازه انجام چنین ملزوماتی را برای کادر پزشکی نمی‌دهد. به نظر می‌رسد که مدتی نسبتاً طولانی است که در نظام آموزشی درمانی کشور روی این مسائل تأکید کافی نشده و در بعضی موارد به بیمار مطابق استانداردهای درجه یک درمانی جهان توجه کافی نمی‌شود. بدون شک اکثریت قریب به اتفاق پزشکان و کادر پزشکی نهایت تلاش خود را در برطرف‌کردن این نقایص می‌کنند اما مشکلات فراوان کنونی نظام درمانی کشور در حال حاضر از جمله عدم تأمین حقوق کادر درمانی از طرف بیمه‌ها، تعرفه‌های غیر واقعی و بسیاری مشکلات دیگر مانع از رسیدن به وضعیت آرمانی در موارد فوق می‌شود.

مهم‌ترین دلایل ناموفق بودن طرح پزشک خانواده، عدم آمادگی و همکاری پزشکان و زیرساخت‌ها، نبود بودجه لازم، کمبود نیرو و نبود فرهنگ‌سازی مطلوب بین مردم می‌توان دانست. اگر قرار باشد مجدد طرح پزشک خانواده در کنار برنامه تحول نظام سلامت اجرایی شود باید با نگاه سیستماتیک و رویکرد سلامت محوری اجرا شود. با توجه به اجرای طرح تحول نظام سلامت در حوزه درمان می‌توان خاطرنشان کرد که بیشتر هزینه‌ها در بخش درمان متمرکز شده و باید منتظر بود تا افراد بیمار شده و در بیمارستان بستری شوند، در حالی که اگر رویکرد پیشگیرانه داشته باشیم نیازی به این میزان هزینه نیست. اجرای طرح پزشک خانواده دسترسی عمومی به خدمات سلامت را افزایش داده و موجب کاهش هزینه‌های بیمارستانی و

[Downloaded from jmciri.ir on 2025-07-12]

درمانی برای بیماران شده است. یکی از مهم‌ترین اهداف اجرای این طرح، کاهش هزینه‌های درمانی مردم در بخش بستری بوده است. با اجرای طرح پزشک خانواده، مراجعه مردم به بیمارستان‌ها کاهش می‌یابد و تنها در صورت نیاز به پزشکان متخصص ارجاع می‌شوند و این امر با مشورت و ارجاع پزشک خانواده صورت می‌گیرد. ارتقای سطح سلامت خانواده از دیگر اهداف در اجرای این طرح است و تلاش می‌شود پیشگیری از دو جنبه خدمات عمومی و فردی سلامت دنبال شود. اهمیت اجرای طرح پزشک خانواده در تداوم آن است و هم اکنون رضایت مردم از اجرای این طرح مشاهده می‌شود. کیفیت زندگی کاری یکی از متغیرهایی است که اخیرا به لحاظ اهمیت، مورد توجه بسیاری از مدیران که درصدد ارتقا کیفیت منابع انسانی خود هستند قرار گرفته است. نارضایتی از کیفیت زندگی شغلی می‌تواند مشکلی باشد که بر اکثر کارکنان بدون توجه به موقعیت و وضعیتشان تأثیر گذارد. بنابراین با توجه به ابعاد مختلف کیفیت زندگی پزشکان خانواده شامل رضایت از شغل و حرفه، شرایط کاری، وضع عمومی سلامتی، ارتباط کار– منزل، استرس در کار، کنترل در کار از جمله و سعی در ارتقا آن می‌توان به هدفمندسازی مراجعات مردم و تحول در نظام سلامت کشور دست یافت.

تشکر و قدردانی:

نویسندگان مقاله بر خود لازم می‌دانند سپاس و تشکر خود را تقدیم استاد محترم سرکار خانم دکتر سمیه نوری حکمت، جناب آقای حسین شعبانی‌نژاد، سرکار خانم مرجان رضوی و همه افرادی کنند که در پژوهش حاضر شرکت داشته‌اند.

مراجع

1- Hatami H, Mir Jafari SA, Mojahedi Jahromi S. Relation-ship between quality of work life and organizational commitment and productivity in the staff of Jahrom University of Medical Sciences. Journal of scientific and research new approach at educational administration. 2011;2:25-40.

2- Ma CC, Samuels ME, Alexander JW. Factors that influence nurses' job satisfaction. Journal of Nursing Administration. 2003;33:293-299.

3- Nasl Saraji G, Dargahi H. Study of quality of work life (QWL). Iranian J Public Health 2006; 35(4): 8-14. [in Persian]

4- Walton RE. Quality of Work Life (QWL) Measurement. Available from: http://syn.com/qwl.htm: 2005.

5- Roberts MJ, Hsiao W, Berman P, Reich MR. Getting Health Reform Right: A Guide to Improving Performance and Equity. Oxford, UK: Oxford University Press; 2004.

6- Ministry of Health. Family physicians and rural health program performance report in 2005. Tehran; 2006. (in Persian)

7- Mc whinney I. Family physicians are generalist. Canadian Family Physician Journal 2006; 52: 434-439.

8- Carman G, Sandra R, Isable R. Family physician job satisfaction in different medical care organization models. Family practice 2000; 17(4): 309-313.

9- Darren van laar, Julian A, Easton Edwards & Simon. The work related quality of life scale for health care workers . journal of advanced nursing 2007; 60(3): 325-333.

10- Mainous AG. Ramsbottom-Lucier M. Rich EC. The role of clinical workload and satisfaction with workload in rural primary care physician retention. Archives of Family Medicine 1994;3(9):787-92.

11- Javanbakht Massoud .Canadian Family Physician referral systems and applications, Meeting the family doctor and referral system: Prospects and Challenges, Medical Council of Islamic Republic of Iran, 1389.

12- Beasley J, Karsh B, Saintford F, Hagenouer M, Marchand L. Quality of work life of family physicians in wisconsin's health care organizations. Wisconsin medical society, 2004; 103(7): 51-55.

[Downloaded from jmciri.ir on 2025-07-12]

13- Nylenna M, Gulbrandsen P, Førde R, Aasland O. Job satisfaction among norwegian general practitioners. Scandinavian journal of primary health care, 2005; 23: 198-202

14- Ulmer B, Harris M. australian GPs are satisfied with their job: even more so in rural areas. Family practice, 2002; 19: 300-303.

15- Shabaninejad H, Arab M, Rashidian A, Zeraati H, Bahrami S. Quality of working life of Family Physicians in Mazandaran. Hakim Research Journal 2012; 15(2): 178- 184.

16- Eker L, Tuzun EH, Daskapan A, Surenkok O. Predictors of job satisfaction among physiotherapists in Turkey. J Occup Health 2004; 46(6): 500-5.

17- Arab M, Shabaninejad H, Rashidian A, Rahimi A, Purketabi K. A survey on working life quality of specialists working in affiliated hospitals of TUMS. Hospital journal 2012;11(4): 19-24.

18- Takian A, Rashidian A, Kabir MJ. Expediency and coincidence in re-engineering a health system: an interpretive approach to formation of family medicine in Iran. Health Policy and Planning 2010; 26 (2): 1-11.

19- Zuger A. Dissatisfaction with medical practice. N Engl J Med 2004; 350: 69-75

20- Mechanic D. Physician discontent. JAMA 2003; 291: 941-6.

21- Smith T. Monograph on the internet: Nursing Work Life Satisfaction Survey. Calgary Health Region. Available from: http://www.nurses.ab.ca. Accessed at: 2004.

22- Dehghan Nayeri N, Salehi T, Asadi Noughabi AA. Assessing the quality of work life, productivity of nurses and their relationship. Nursing Research 2008;3(8):27-37.

23- Vaseei N.1386, The Quality of Working Life in the headquarters of the Ministry of Health and Medical Education based on Walton, MS Thesis public administration , education and research available on the website of the Governor of Tehran.

24- Nabilo B, Rasoli J. 1392 , the quality of family health services in health facilities in selected cities in Western Azerbaijan province of fact to consumers' expectations , Medical Journal .4 (24) : 277-285 .

25- Afkar A, Poor Reza A, Khodabakgshi Nejad V, Mehrabian F.1392 , reflecting the family doctor in the mirror Gilani Customers .Journal of Hospital, 1 (12): 47-39.

[Downloaded from jmciri.ir on 2025-07-12]

مجله علمی سازمان نظام پزشکی جمهوری اسلامی ایران، دوره ۳۳، شماره ۲، تابستان ۱۳۹۴: ۱۱۰-۱۱۸

● مقاله تحقیقی کد مقاله: ۱۲

تأثیر مدیریت کیفیت بر کاهش عفونت محل جراحی در اعمال جراحی قلب: یک مطالعه اقدام پژوهی مشارکتی

دکتر مصدق‌راد علی‌محمد ۱
خلج فاطمه ۲*

۱- استادیار گروه علوم مدیریت و اقتصاد سلامت دانشگاه علوم پزشکی تهران
۲- کارشناس ارشد مدیریت خدمات بهداشتی و درمانی

* نشانی نویسنده مسؤول: تهران، خیابان قدس، دانشکده بهداشت، گروه علوم مدیریت و اقتصاد سلامت

تلفن: ۰۲۱-۴۲۹۳۳۰۰۶

نشانی الکترونیکی:
giti.khalaj@yahoo.com

چکیده

زمینه: عفونت محل جراحی یکی از عوارض شایع پس از عمل جراحی می‌باشد که باعث افزایش موربیدیته و مورتالیته، افزایش زمان بستری و افزایش هزینه‌های بستری می‌شود. رعایت موازین کنترل عفونت و رعایت بهداشت دست نقش عمده‌ای در پیشگیری و کنترل عفونت دارد. بررسی علل عفونت محل جراحی و تلاش برای حذف و کاهش آن‌ها باعث استفاده بهینه از منابع در خدمات جراحی می‌گردد. مدیریت کیفیت یک استراتژی مناسب سازمانی است که با به کارگیری آن می‌توان استراتژی‌های لازم پیشگیری و کنترل عفونت را شناسایی و اجرا کرده و میزان تأثیر آنها را بررسی نمود.

روش کار: این پژوهش با هدف بررسی میزان تأثیر مدیریت کیفیت بر کاهش عفونت محل جراحی در یکی از بیمارستان‌های شهر تهران در سال ۱۳۹۲ انجام پذیرفت. برای انجام پژوهش از اقدام پژوهی مشارکتی استفاده شد. علل ایجاد عفونت محل جراحی با استفاده از یک چک لیست شناسایی گردید. سپس، با استفاده از مدل ده مرحله‌ای مدیریت کیفیت برنامه کاهش عفونت محل جراحی تدوین و با مشارکت کارکنان بخش اعمال جراحی اجرا شد.

یافته‌ها: از علل مؤثر در ایجاد عفونت محل جراحی می‌توان به عدم رعایت اصول درست آماده‌سازی و اسکراب دست‌ها جهت عمل جراحی و عدم رعایت بهداشت دست‌ها اشاره نمود. با اجرای مدیریت کیفیت میزان عفونت محل جراحی به میزان ۲۸ درصد در سال ۱۳۹۲ در مقایسه با سال ۱۳۹۱ کاهش یافت. استانداردسازی فرایندهای کاری، شناسایی مشکلات فرایندهای کاری، برنامه‌ریزی صحیح، کار تیمی و برگزاری دوره‌های آموزشی از جمله اقدامات به کار گرفته شده برای کاهش میزان عفونت محل جراحی بوده است. اجرای صحیح اصول مدیریت کیفیت نظیر بیمار محوری، فرایندگرایی و ارتقای مستمر نقش بسزایی در بهبود فرایندهای کاری و دستیابی به نتایج مناسب در سازمان‌های بهداشتی و درمانی دارد.

نتیجه‌گیری: بدون تردید مؤثرترین، کم هزینه‌ترین و مطلوب‌ترین روش مبارزه با عفونت‌های بیمارستانی پیشگیری است، که رعایت بهداشت دست مؤثرترین، ساده‌ترین و کم هزینه‌ترین این اقدامات است. همچنین آموزش و افزایش آگاهی مؤثرترین روش مبارزه با عفونت‌های بیمارستانی می‌باشد.

واژگان کلیدی: عفونت محل جراحی، مدیریت کیفیت، ارتقای مستمر فرایندهای کاری، بیمارستان

تاریخ دریافت مقاله: ۹۳/۱۱/۱۸ تاریخ اصلاح نهایی: ۹۴/۸/۵ تاریخ پذیرش مقاله: ۹۴/۶/۴

[Downloaded from jmciri.ir on 2025-07-12]

مقدمه

عفونت محل جراحی[۱] یکی از عوارض شایع پس از عمل جراحی است و باعث افزایش میزان ابتلا به بیماری و مرگ‌ومیر، افزایش زمان بستری و افزایش هزینه‌های بستری بین ۲۰ - ۱۰٪ می‌شود [۱]. عفونت محل جراحی به عفونت محل جراحی اطلاق می‌شود که در مدت ۳۰ روز پس از عمل جراحی ایجاد می‌گردد [۲]. عفونت محل جراحی در اعمال جراحی قلب شامل عفونت سطحی و عمقی در ناحیه برش استرنوم و محل برداشت ورید صافن در اندام تحتانی می‌باشد [۳]. به طور متوسط ۲۰-۲ درصد از بیماران پس از جراحی قلب دچار عفونت محل جراحی می‌شوند [۴]. از شایع‌ترین علل بروز عفونت بیمارستانی به خصوص در بخش‌های جراحی، باکتری‌ها می‌باشند [۵]. عفونت محل جراحی به ویژه عفونت‌های استرنال و مدیاستینال سبب افزایش قابل ملاحظه موربیدیتی و مورتالیتی و در نتیجه افزایش هزینه می‌شوند [۸-۶]. ناحیه‌های استرنوم و پا معمول‌ترین محل بروز عفونت در بیماران تحت عمل جراحی بای پس عروق کرونر می‌باشند [۴].

با وجود پیشرفت تکنیک‌های جراحی و شناسایی عوامل مؤثر در عفونت زخم جراحی و استفاده گسترده از آنتی‌بیوتیک‌های پروفیلاکتیک[۲]، عفونت محل جراحی با بروز ۵-۲ درصد [۲۰] و سهم ۲۴ درصد در بین عفونت‌های بیمارستانی، دومین مقام را پس از عفونت مجاری ادراری[۳] دارا می‌باشد [۲۱]. تاکنون با وجود سعی زیاد در جلوگیری از عفونت جراحی سالانه حدود ۹۲۰۰۰۰-۵۰۰۰۰۰ مورد جدید عفونت محل زخم در ۲۳ میلیون عمل جراحی، در ایالات متحده گزارش شده است [۱۱].

میزان وقوع عفونت‌های بیمارستانی در ایران از ۱/۹ درصد تا ۲۵ درصد گزارش شده است [۱۲]. در ایالت متحده ۲/۸ درصد اعمال جراحی به عفونت منتهی می‌شود [۱۳] و هر مورد عفونت زخم جراحی به طور متوسط ۷/۵ روز مدت بستری را افزایش داده است [۱۴]. افزایش مدت زمان بستری بیماران منجر به اشغال تخت، افزایش هزینه‌ها و نگرانی بیشتر بیماران می‌گردد.

همانطور که ذکر گردید امروزه اعتقاد بر این است که منشاء اکثر عفونت‌های محل جراحی، باکتری‌هایی هستند که در زمان جراحی وارد زخم می‌شوند [۱۵]. همچنین این باور وجود دارد که آلودگی زخم جراحی در اتاق عمل صورت می‌گیرد [۱۶]. بنابراین می‌توان گفت هر فردی که وارد اتاق عمل می‌شود، در پیشگیری از انتشار عفونت مسئول می‌باشد، زیرا بسیاری از عفونت‌ها در اتاق عمل به وسیله افرادی که از بیرون می‌آیند در داخل اتاق عمل منتشر می‌شوند. رعایت بهداشت فردی به وسیله کارکنان اتاق عمل به پیشگیری از این عفونت‌ها کمک فراوانی می‌کند [۱۷].

در بخش بهداشت و درمان به لحاظ ویژگی و اهمیت نوع خدمات که ارتباط مستقیم با سلامت و جان انسان‌ها دارد، اعتلای کیفیت و تضمین آن برای نظام بهداشت و درمان، افراد جامعه و بیماران به طور فزاینده و مداوم مورد توجه قرار گرفته است [۱۸]. سازمان‌های بهداشتی- درمانی با ارزشیابی کیفیت و به دنبال آن با بهبود کیفیت، موجب ارتقاء ارائه خدمات، کاهش مرگ‌ومیر و ناخوشی و افزایش کیفیت زندگی می‌شوند. با استفاده از ارزشیابی کیفیت خدمات در مراکز بهداشتی- درمانی می‌توان مشکلات و نواقص را در مواردی چون مراقبت از بیمار، میزان عفونت و مرگ‌ومیر بررسی کرد و با تجزیه و تحلیل اطلاعات در جهت کاهش آنها کوشید [۱۹].

بنابراین، با توجه به اهمیت موضوع عفونت محل جراحی به عنوان یکی از عوارض و علل مرگ‌ومیر بعد از عمل جراحی قلب، بررسی علل و عوامل مؤثر در ایجاد عفونت محل جراحی، باعث کاهش و به تبع آن کاهش مرگ‌ومیر پس از عمل جراحی می‌گردد. این مطالعه می‌تواند ابزار مفیدی جهت بررسی میزان شیوع عفونت محل جراحی و ارائه راهکارهای مؤثر در کاهش بروز عفونت محل جراحی باشد.

روش کار

پژوهش حاضر از نوع اقدام پژوهی مشارکتی[۴] می‌باشد. اقدام پژوهی مشارکتی یک روش پژوهش در عمل است، که توسط خود افراد درگیر در یک مسأله خاص برای کاهش یا حل آن مسأله انجام می‌گیرد. در این نوع پژوهش شخص یا افراد، عمل خود را در حین کار و فعالیت، مورد پژوهش قرار می‌دهند. اقدام پژوهی مشارکتی، تحقیق و نتایج تحقیق را هم زمان مورد توجه قرار می‌دهد. علاوه بر این، این پژوهش باعث افزایش آگاهی و مهارت شرکت‌کنندگان در پژوهش و توانمند نمودن آنها در جستجو و حل مشکلات کاری خود از طریق مشارکت جمعی می‌شوند. اقدام پژوهی مشارکتی، متمرکز بر تحقیق و بررسی منظم و مشارکت در جهت بهبود کیفیت عملکرد سازمان است [۲۰].

۱- SSI: Surgical Site Infection
۲- Prophylaxi Antibiotic
۳- UTI: Urinary Tract Infection
۴- Participatory Action Research

[Downloaded from jmciri.ir on 2025-07-12]

از ویژگی‌های این روش پژوهش می‌توان به حل مشکلات همراه با یادگیری و افزایش اطلاعات علمی شرکت‌کنندگان، مشارکت جمعی و توانمندسازی افراد و ارزیابی مرتب نتایج پژوهش و استفاده مداوم از بازخورد داده‌ها، تمایل به استفاده از نتایج پژوهش بر خلاف تحقیقات معمول که در پایان تنها منجر به پیشنهاداتی می‌شود، کمک به درک موقعیت‌های پیچیده اجتماعی، تقویت نگرش همه جانبه به مسائل و مجزا نکردن متغیرها، ایجاد تغییر پایدار و مؤثر، و توسعه تئوری اشاره کرد [۲۱]. اگر چه در جریان اقدام پژوهی مشارکتی، از روش‌های کمی و کیفی به صورت تلفیقی استفاده می‌شود، ولی اقدام پژوهی مشارکتی به خاطر توجه موضعی و ارتباط نزدیک آن با شرکت‌کنندگان در پژوهش و جمع‌آوری حجم وسیعی از داده‌های کیفی از پژوهش‌های کیفی محسوب می‌شود [۲۲]. امروزه اقدام پژوهی مشارکتی به عنوان ابزار مؤثر و مفیدی برای بهبود عملکرد و سلامت سازمان مورد استفاده قرار می‌گیرد.

این پژوهش با هدف بررسی تأثیر مدیریت کیفیت بر کاهش عفونت محل جراحی و انجام مداخلات در راستای کاهش میزان عفونت محل جراحی در بخش اتاق عمل قلب یکی از بیمارستان‌های تخصصی شهر تهران در بازده زمانی یکساله از فروردین ۱۳۹۲ تا اسفند ۱۳۹۲ انجام پذیرفت. اتاق عمل یکی از پیچیده‌ترین محیط‌های کار در مراقبت‌های بهداشتی است. بیشتر مداخلات جراحی ایمن در اتاق عمل متمرکز شده است. بخش اتاق عمل این بیمارستان شامل دوازده اتاق عمل فعال و یک اتاق برای اعمال جراحی اورژانس می‌باشد. در این بخش اعمال جراحی قلب از قبیل پیوند عروق کرونر قلب و تعویض دریچه‌های قلب و همچنین اعمال جراحی اطفال شامل بیماری‌های مادرزادی قلب، توسط متخصصین مجرب انجام می‌گیرد.

در این پژوهش با استفاده از مدل ده مرحله‌ای مدیریت کیفیت مصدق‌راد [۲۲] به بررسی علل بروز عفونت محل جراحی، برنامه‌ریزی برای مداخله و اجرا و ارزشیابی برنامه مداخله اقدام گردید. پس از انجام مداخلات، اطلاعات جمع‌آوری شد. داده‌ها مورد آنالیز و تجزیه و تحلیل قرار گرفتند. در نهایت اثر بخشی وکارآیی با ارزیابی و مقایسه نتایج قبل و بعد از مداخله در بخش اتاق عمل مورد بررسی قرار گرفت. فرایندهایی که بهبود اثربخشی و نتایج مثبت را به دنبال دارند، تثبیت شدند. جمع‌آوری اطلاعات به وسیله مصاحبه و مشاهده مستقیم، طبق چک لیست توسط پژوهشگر صورت گرفته است. پژوهشگر با حضور در بخش اتاق عمل از طریق مشاهده و مصاحبه با رییس بخش جراحی، سرپرستار بخش اتاق عمل، سوپروایزر کنترل عفونت اطلاعات را گردآوری نمود. در این پژوهش تحلیل داده‌ها با استفاده از نرم افزار SPSS ویرایش ۱۸ صورت گرفت.

موفقیت مدیریت کیفیت به اجرای درست یک مدل مناسب مدیریت کیفیت در یک محیط سازمانی مساعد بستگی دارد. ایجاد یک محیط مساعد سازمانی با فرهنگ بهبود مستمر، تعهد مدیران و کارکنان، کار تیمی و مشارکت داوطلبانه از پیش شرط‌های لازم برای اجرای موفقیت‌آمیز مدیریت کیفیت است. در این پژوهش جلسه‌ای با حضور مدیریت و مترون بیمارستان، ریاست و سرپرستار بخش اتاق عمل برگزار شد و اهداف پژوهش و اهمیت آن بیان شد. در این جلسه اصول و مزایای مدل مدیریت کیفیت توضیح داده شد. هدف از برگزاری این جلسه توجیه مدیران ارشد بیمارستان در زمینه به‌کارگیری مدیریت کیفیت در بخش اتاق عمل بیمارستان و اطمینان از تعهد و مشارکت فعال آنها در اجرای مدیریت کیفیت بود. مدیران با اجرای مدل مدیریت کیفیت در بخش اتاق عمل موافقت کردند. آنها متعهد به حمایت کافی از این پژوهش شدند.

از آنجایی‌که سیستم مدیریت کیفیت رویکردی مبتنی بر کارکنان است و بر طراحی و استانداردسازی فرایندهای کاری و بهبود مستمر فرایندها تمرکز دارد، تیم بهبود کیفیت اتاق عمل تشکیل شد. این تیم شامل مدیریت و مترون بیمارستان، مسئول دفتر حاکمیت بالینی، مسئول دفتر بهبود کیفیت، مسئول ایمنی بیمار، سوپروایزر کنترل عفونت، ریاست بخش اتاق عمل، ریاست بخش بیهوشی و سرپرستار بخش اتاق عمل بود. آموزش‌های لازم در زمینه معرفی مدل مدیریت کیفیت، فلسفه آن، منافع و مراحل اجرایی آن برای اعضاء تیم بهبود کیفیت ارائه گردید. هدف از این آموزش‌ها افزایش آگاهی اعضاء تیم و ایجاد تعهد در آنها برای اجرای مدیریت کیفیت بود.

با بررسی امکان‌سنجی اجرای مدل مدیریت کیفیت مشاهده شد که آمادگی کارکنان برای اجرای مدیریت کیفیت پایین است. تأکید کمتری بر کارگروهی و مشارکت است. کمبود نیروی انسانی، ساعات زیاد کاری و برنامه فشرده کاری منجر به افزایش نارضایتی کارکنان شده است. از آن جایی که مدل مدیریت کیفیت شامل اعمال تغییر در ساختارها، سیستم‌ها، ارزش‌ها و فرایندهای سازمان است، برای اجرای این مدل نیاز به یک رویکرد تغییر تدریجی همراه با آموزش و یادگیری مستمر می‌باشد. اجرای مدیریت کیفیت با تغییرات ساختاری و فرهنگی شروع شد تا نتایج قابل ملموسی برای کارکنان داشته باشد. بعد از آن، به تدریج تغییرات فرایندی به کار گرفته شد. فرایند مدیریت تغییر به صورت تدریجی منجر به افزایش انگیزه کارکنان به مشارکت در تغییر می‌شود و مقاومت آنها

[Downloaded from jmciri.ir on 2025-07-12]

را نیز نسبت به تغییر به حداقل می‌رساند.

کلیه کارکنان بخش اتاق عمل در زمینه بهبود مستمر فرایندهای کاری خود آموزش‌های لازم را دریافت کردند تا مهارت‌های لازم را برای انجام درست کارهای درست، بهبود مستمر کیفیت، برقراری ارتباط اثربخش با همکاران و بیماران و حل تضادها کسب کنند. آموزش موجب سازگاری و کاهش مقاومت کارکنان در مقابل تغییر و تحول می‌شود. با آموزش کلیه کارکنان سازمان، یک فرهنگ کار گروهی، خلاقیت و نوآوری توسعه می‌یابد که منجر به توسعه و بهبود کیفیت می‌شود. بنابراین، نیازسنجی آموزشی کارکنان بخش انجام شد و برنامه‌های آموزشی مناسب طراحی و اجرا گردید. تشویق کار گروهی، توسعه فرهنگ مشارکتی و ایجاد فرهنگ ارتقاء مستمر کیفیت از دستاوردهای این مرحله بوده است. در این مرحله مقدمات اجرای مدل مدیریت کیفیت در بخش اتاق عمل بیمارستان مورد مطالعه فراهم شد.

مدل مدیریت کیفیت استراتژیک بر طراحی فرایندهای کاری ساده و اثربخش، تعیین اهداف منطقی و قابل حصول برای فرایندهای کاری و بهبود مستمر فرایندهای کاری تمرکز دارد. فرایندهای کاری بخش اتاق عمل به صورت مکتوب و مستند موجود نبوده و به صورت فعالیت‌های روتین روزانه انجام می‌شد. بنابراین، فرایندهای کاری مرتبط با عفونت محل جراحی تعیین گردید. این فرایندها با هدف کاهش عفونت بیمارستانی، کاهش میزان عفونت محل جراحی تا ۲۰ درصد، افزایش آگاهی پرسنل در زمینه بهداشت دست، افزایش آگاهی پرسنل در زمینه به کارگیری اصول درست اسکراب دست و به روز رسانی محتوای آموزشی اصول اسکراب براساس استاندارد موجود، مشخص شدند. در تعیین این اهداف بهبود مستمر کیفیت خدمات جراحی، تأمین رضایت کارکنان و بیماران و حذف یا کاهش خطاها در تعیین اهداف فرایندهای کاری در نظر گرفته شد. شاخص‌های درصد عفونت بیمارستانی، درصد عفونت محل جراحی، میزان استفاده از محلول‌های ضدعفونی‌کننده در بخش اتاق عمل، میانگین زمان صرف شده جهت اسکراب دست و برگزاری آزمون برای ارزیابی عملکرد فرایندهای کاری مرتبط با عفونت محل جراحی تعیین شدند. پس از تجزیه و تحلیل فرایندها، علل عفونت محل جراحی در سال ۱۳۹۱ با استفاده از چک لیست کنترل و جلوگیری از عفونت و چک لیست نظارت بر بهداشت دست‌ها که شامل رعایت بهداشت دست در پنج موقعیت (قبل از تماس با بیمار، قبل از اقدامات آسپتیک، بعد از تماس با مایعات بدن، بعد از تماس با بیمار، بعد از تماس با محیط) با استفاده از محلول الکلی، صابون و عدم استفاده از محلول الکلی، صابون در تمام گروه‌های درمانی (جراحان، متخصصین بیهوشی، پرسنل اتاق عمل) می‌باشد، شناسایی گردید.

از علل مؤثر در ایجاد عفونت محل جراحی می‌توان به عدم رعایت اصول درست آماده‌سازی و اسکراب دست‌ها جهت عمل جراحی، عدم رعایت بهداشت دست‌ها در پنج موقعیت، عدم رعایت اصول استریلیزاسیون ست‌های جراحی، عدم رعایت اصول استریلیته در زمان آماده کردن ست‌های جراحی، قبل و حین عمل جراحی، عدم رعایت اصول بهداشتی توسط کادر درمانی اتاق عمل، عدم وجود تهویه مناسب هوا، عدم رعایت اصول ورود و خروج در بخش اتاق عمل و تخریب، بازسازی و تعمیرات در بخش اتاق عمل اشاره نمود.

پس از شناسایی علل بروز عفونت محل جراحی، راهکارهای عملی به منظور ارتقاء فرایندهای کاری ارائه می‌گردد. از اقدامات انجام شده در راستای رفع علل مرتبط با کاهش بروز عفونت محل جراحی می‌توان به برنامه‌ریزی جهت کنترل و پیشگیری از عفونت، ایجاد یک مکانیسم مشارکت و همکاری برای فعالیت‌های کنترل عفونت (شامل پزشکان، پرستاران و پرسنل)، نظارت تیم کنترل عفونت در قالب یک مکانیسم مشارکت و همکاری بر فعالیت‌های کنترل عفونت، تدوین برنامه‌ای جامع برای کاهش عفونت محل جراحی، اجرای برنامه کنترل عفونت با حمایت مدیران ارشد و تأمین منابع کافی و مبتنی بر آموزش‌های علمی جدید، استفاده از آموزش‌های ضمن خدمت و برگزاری کلاس‌های آموزشی بهداشت دست و کنترل عفونت با هدف افزایش آگاهی پرسنل، استفاده از روش‌های مؤثر و مناسب ضدعفونی و استریل‌سازی، فعال نمودن کمیته کنترل عفونت در اتاق عمل، استفاده از مواد ضدعفونی جدید جهت اسکراب جراحی، جایگزین کردن روش‌های جدید اسکراب به جای روش‌های رایج و سنتی، رعایت اصول استریلیزاسیون و روش‌های ضد عفونی، اعمال مکانیسم‌های نظارتی و ارزیابی دوره‌ای عملکرد پرسنل و وضعیت فیزیکی و تجهیزات اتاق عمل و برطرف نمودن نقصان آنها اشاره نمود.

برنامه بهبود کیفیت خدمات جراحی، برنامه ارتقاء فرایند پیشگیری از عفونت محل جراحی، برنامه ارتقاء فرایند بهداشت دست با هدف اختصاصی کاهش میزان عفونت محل جراحی توسط تیم بهبود کیفیت اتاق عمل تدوین گردید. این برنامه در راستای کاهش میزان بروز عفونت محل جراحی و بهبود کیفیت در خدمات جراحی اجرا گردید. در اجرای برنامه برای کاهش مقاومت کارکنان در برابر تغییر و تحول، تمام کارکنان بخش اتاق عمل در تحول مربوط به واحدهای خودشان شرکت داشتند. مشارکت کارکنان در فرایندها و

[Downloaded from jmciri.ir on 2025-07-12]

تصمیمات مربوطه از راه‌های کاهش مقاومت در برابر تغییر می‌باشد. مشارکت کارکنان، منجر به افزایش تعهد کارکنان می‌شود. به طوری که آنان نسبت به فرایند احساس مالکیت می‌کنند. به علاوه مشارکت کارکنان منجر به افزایش دانش و مهارت کارکنان می‌شود، که این امر منجر به اتخاذ تصمیمات بهتری می‌گردد. اجرای درست و موفقیت‌آمیز مدل مدیریت کیفیت از مرحله ایجاد آمادگی و بسترسازی برای تغییر تا نهادینه شدن آن، باید به تدریجی و همزمان با یادگیری فردی، گروهی و سازمانی انجام پذیرد.

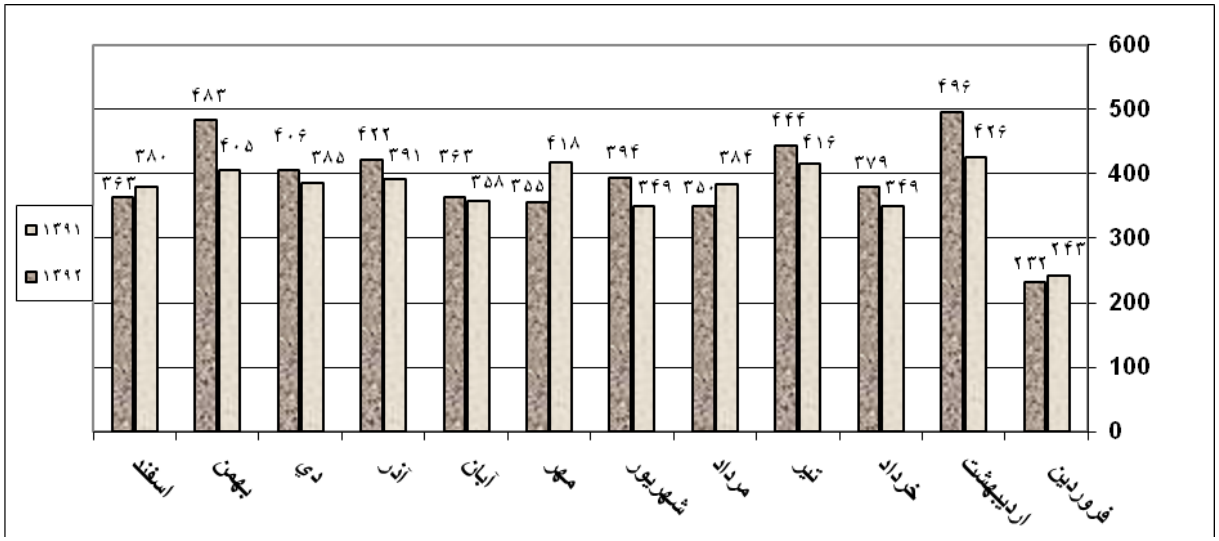
یافته‌ها

جدول شماره ۱ توزیع فراوانی عفونت محل جراحی در سال ۱۳۹۱ را نشان می‌دهد. همانطور که مشاهده می‌گردد، ۲۵ مورد عفونت محل جراحی (۵۵/۰ درصد) از ۴۵۰۴ مورد عمل جراحی انجام شده در سال ۱۳۹۱ گزارش شده است. بیشترین فراوانی عفونت محل جراحی در ماه‌های مرداد و آبان و دی و کمترین فراوانی مربوط به ماه‌های آذر و بهمن می‌باشد.

جدول ۱- توزیع فراوانی عفونت محل جراحی در سال ۱۳۹۱

سال \ ماه	فروردین	اردیبهشت	خرداد	تیر	مرداد	شهریور	مهر	آبان	آذر	دی	بهمن	اسفند	جمع کل
۱۳۹۱	۲	۱	۱	۱	۴	۳	۳	۴	۰	۴	۰	۲	۲۵

همانطور که نمودار شماره ۱ نشان می‌دهد، در این پژوهش در اتاق عمل بیمارستان مورد مطالعه مجموع تعداد ۴۶۸۷ و ۴۵۰۴ مورد عمل جراحی قلب در سال‌های ۱۳۹۱-۹۲ انجام شده است.



نمودار ۱- مقایسه توزیع فراوانی اعمال جراحی انجام شده (۹۲-۱۳۹۱)

جدول شماره ۲ فراوانی و درصد بروز عفونت محل جراحی را به تفکیک ماه‌ها در سال‌های ۱۳۹۱ و ۱۳۹۲ نشان می‌دهد. نتایج پژوهش بیانگر ۵۵/۰ درصد و ۳۸/۰ درصد عفونت محل جراحی به ترتیب در سال‌های ۱۳۹۱ و ۱۳۹۲ می‌باشد. پس از اجرای مدل مدیریت کیفیت، یافته‌های پژوهش کاهش ۲۸ درصدی عفونت محل جراحی در سال ۱۳۹۲ را نشان می‌دهد. در سال ۱۳۹۲در ماه‌های فروردین و اردیبهشت به علت بازسازی در برخی از قسمت‌های بخش اتاق عمل، افزایش میزان عفونت محل جراحی گزارش شد.

بحث و نتیجه‌گیری

یافته‌های این پژوهش نشان می‌دهد که در سال ۱۳۹۱ میزان بروز عفونت جراحی ۵۵/۰ درصد و در سال ۱۳۹۲ پس از انجام مداخلات میزان بروز عفونت جراحی به ۳۸/۰ درصد کاهش یافت. طبق نتایج، کاهش ۲۸ درصدی در تعداد لغو اعمال جراحی حاصل گردید. بنابراین با اجرای درست مدیریت کیفیت، میزان لغو اعمال جراحی تا میزان ۲۰ درصد قابل پیشگیری است. همانطور که ذکر گردید میزان وقوع عفونت‌های بیمارستانی در ایران از ۹/۱ درصد

[Downloaded from jmciri.ir on 2025-07-12]

جدول ۲- تأثیر مدیریت کیفیت بر میزان عفونت محل جراحی (۹۲-۱۳۹۱)

ماه / سال	فروردین	اردیبهشت	خرداد	تیر	مرداد	شهریور	مهر	آبان	آذر	دی	بهمن	اسفند	جمع کل	درصد کل
۱۳۹۱	۲	۱	۱	۱	۴	۳	۳	۴	۰	۴	۰	۲	۲۵	۰/۵۵
۱۳۹۲	۲	۳	۱	۰	۱	۲	۲	۳	۰	۳	۰	۱	۱۸	۰/۳۸
نسبت رشد (٪)	۰	+۲۰۰	۰	−۱۰۰	−۷۵	−۳۳/۳۳	−۳۳/۳۳	−۲۵	۰	−۲۵	۰	−۵۰	−۲۸	–

تا ۲۵ درصد گزارش شـــده است [۱۲]. در ایالت متحده ۸/۲ درصد اعمال جراحی به عفونت منتهی می‌شـــود [۱۳] و هر مورد عفونت زخم جراحی به طور متوســـط ۵/۷ روز مدت بستری را افزایش داده اســـت [۱۴]. افزایش مدت زمان بســـتری بیماران منجر به اشغال تخت، افزایش هزینه‌ها و نگرانی بیشتر بیماران می‌شود.

مطلوب‌ترین، مؤثرترین و کم‌هزینه‌ترین روش مبارزه با عفونت‌های بیمارســـتانی، پیشگیری می‌باشـــد [۲۳]. راهکارهای متنوعی برای پیشـــگیری از عفونت‌های بیمارستانی عنوان شده است، که رعایت بهداشـــت دست مؤثرترین، ساده‌ترین و کم‌هزینه‌ترین این اقدامات اســـت. از طرفی رعایت بهداشـــت دســـت به عنوان یک اولویت بین‌المللی برای کاهش عفونت‌های بیمارستانی شناخته شده است [۲۴]. بهداشت دست نقش مؤثری در قطع زنجیره عفونت از طریق کاهـــش انتقال عوامل میکروبی از دســـت کارکنان به بیماران ایفا می‌کند [۲۵].

از آن جائی که میزان آگاهی از رعایت بهداشت دست برای مشخص نمودن مشـــکلات موجود در اجرای آن، اولین قدم در جهت بهبود کیفیت و نهایتاً کنترل عفونت‌های بیمارســـتانی اســـت، در بررسی حاضر با هدف کاهش میزان بروز عفونت محل جراحی، کلاس‌های آموزشـــی به طور هفتگی در راســـتای نحوه رعایت بهداشت برای پرسنل اتاق عمل برگزار گردید. با مشخص شدن نقائص در مراحل فرایند بهداشت دســـت اقدامات لازم برای بهبود و رفع نارسائی‌ها انجام گرفت. محلول‌های شستشـــوی دست به همراه دستورالعمل در تمام قسمت‌های بخش اتاق عمل نصب‌گردید. هدف از بهداشت دست، در دسترس بودن تجهیزات مانند دستکش، ماسک، صابون و ضدعفونی‌کننده‌ها و استفاده صحیح از آنها است.

میزان آگاهی و دانش کارکنان تأثیر مهمی در کنترل یا انتشـــار عفونـــت محل جراحی دارد. نتایج پژوهشـــی به منظور بررســـی نیازهای آموزشـــی کارکنان، بیانگر دانـــش عمومی و تخصصی در حد متوســـط افراد مـــورد پژوهش بوده اســـت [۲۶]. در این پژوهش برنامه‌های آموزشـــی ضمن خدمت برای بهبود آگاهی و در نتیجه بهبود عملکرد اتاق عمل در راســـتای کنترل عفونت انجام پذیرفت.

با توجه به اهمیت بهداشت دســـت، سازمان‌های معتبر بین‌المللی ماننـــد مرکز کنتـــرل و پیشـــگیری از بیماری‌هـــا[۵]، پروتکل‌ها و دســـتورالعمل‌های جامع و کاملی را برای رعایت کامل و دقیق آن منتشـــر کرده‌اند [۲۷]. سازمان ملی سلامت بیماران[۶] اعلام نموده است که رعایت بهداشـــت دست عامل اصلی در سلامت بیماران اســـت [۲۸]. دست‌های کارکنان درمانی به علت تماس نزدیک و مکرر آنان با بیماران مختلف عامل انتقال‌دهنده میکروارگانیسم‌ها اســـت [۲۹]. نتایج پژوهش‌ها بیانگر این مهم اســـت که شستن دســـت‌ها موجب کاهش ۳۰ درصدی آلودگی و عفونت می‌باشـــد [۳۰].

اگر چه در طی سال‌های اولیه با پی‌بردن به اهمیت رعایت بهداشت دست، این رفتار بهبود یافته است، اما با وجود پیشرفت‌هائی که در امکانات و روش‌های بهداشـــت دســـت به وجود آمده است، میزان رعایت بهداشت دســـت به کمتر از ٪۵۰ کاهش یافته است. با این حال تحقیق لام[۷] و همکاران با عنوان رعایت بهداشـــت دســـت در بخش مراقبت‌های ویژه کودکان نشان داده است که در اکثر مراکز درمانی رعایت بهداشت دســـت پائین است. از این رو بررسی‌های متعددی در بخش‌های مختلف بیمارســـتانی به منظور پی بردن به نقاط ضعف در رعایت و اجرای بهداشـــت دســـت و عوامل مرتبط ضروری می‌باشد [۳۱].

شستشـــوی دســـت قبل و بعد از مراقبت از بیمار در پنج موقعیت بهداشـــت دست ضروری می‌باشد. تفاوت فاحش شستشوی دست قبل و پس از تماس، این تصور را ایجاد می‌کند که پرســـنل برای محافظت خود بعد از مراقبت دســـت می‌شویند. به طور کلی این تفاوت می‌تواند مربوط به اهمیت دادن پرســـنل به ســـلامت خود بیش از ســـلامت بیماران، کمبود وقـــت، تعداد زیاد بیماران تحت مراقبت پرستاری، وقت‌گیر بودن دست شستن، خشکی و تحریک

۵- Center for Disease Control and Prevention
۶- National Patient Safety of Agency
۷- Lam

[Downloaded from jmciri.ir on 2025-07-12]

پوســت ناشی از شستن مکرر، عدم وجود دستشوئی‌های کافی در قســمت‌های مختلف محیط‌های بهداشتی و یا در دسترس نبودن دستشــوئی، باور نادرست در مورد اینکه پوشیدن دستکش نیاز به دســت شســتن را برطرف می‌کند و آگاهی کم در مورد اهمیت دســت شستن باشد [۳۲]. سازمان بهداشت جهانی و مرکز کنترل عفونت، محلول‌هایی با پایه الکل و با کاربرد راحت و ســریع را به عنوان راهکار عملی برای ارتقای بهداشــت دست معرفی کرده‌اند [۳۳].

در مطالعــه کیفی که در مورد تصور و برداشــت دانشــجویان پرستاری از بهداشت دست توسط بارت[۸] انجام شده است، نشان می‌دهد که، مشــارکت‌کنندگان در این بررسی تصور می‌کنند که پوشیدن دستکش روش مؤثری برای جلوگیری از انتقال آلودگی به بیمار اســت و به عنوان جایگزین مناســب، بهتر و ســریع‌تر شستن دســت می‌باشد [۳۴]. پوشیدن دســتکش حین مراقبت از بیمار بیشــتر به منظور پیشــگیری از انتقال میکروارگانیسم‌ها از بیمار به ارائه‌دهنده مراقبت می‌باشــد. این امر اگر چه مانع از انتقــال فلور میکروبی موجود بر روی پوســت می‌گردد، ولی به هیچ عنوان نمی‌تواند جایگزین شستشو و ضدعفونی دست گردد [۳۲]. در بررســی لانکفورد[۹] و همکاران بین پوشیدن دستکش با شستن دســت ارتباط معنی‌دار و معکوسی وجود داشت [۳۵]. بــا توجه به نتایج تحقیقات و اهمیت موضوع باید اطلاع‌رســانی و آموزش‌هــای لازم برای از بین بردن این تصور نادرســت که پوشیدن دســتکش می‌تواند به عنوان جایگزین شستشوی دست باشد، انجام گیرد.

انتقــال آلودگــی از طریق وســایل و ابزار جراحــی، یکی دیگر از علــل عمده ایجاد عفونــت در زخم جراحی اســت. رعایت اصول روش‌هــای ضدعفونی در کاهش ایجاد عفونت محل جراحی، یکی از اقدامات ممکن محســوب می‌شود. انجام روش‌های دقیق فرایند استریلیزاسیون و ضد عفونی، نقش به سزایی در کنترل عفونت ایفا می‌کنند [۳۶].

در این بررســی واحد استریلیزاسیون اتاق عمل با انجام روش‌های دقیق فرایند استریلیزاسیون و ضدعفونی، نقش به سزایی در کنترل عفونت دارد. در این واحد روش‌های ضدعفونی و استریلیته بر پایه اصول علمی صورت می‌گیــرد. فرایند استریلیزاســیون به منظور پیشــگیری از انتقال میکروارگانســیم‌هایی که باعث ایجاد عفونت می‌شوند، به طور دقیق اجرا گردید.

از آن جایی که عدم رعایت این اصول کاربردی موجب بروز اثرات ناخوشــایند ناشــی از بروز عفونت و به دنبــال آن زیان‌های جانی و مالی فراوان بر بیماران می‌شــود، بنابراین افراد تیم جراحی باید همیشه مراقب باشند تا از ایجاد عفونت در محل جراحی جلوگیری نماینــد. این اصل تحقــق نخواهد یافت مگر اینکه کلیه پرســنل اتاق عمل ســعی و تلاش خود را در جهت رعایت نکات استریل و ضدعفونی و حفظ یک محیط استریل در طول فعالیت خود در اتاق عمل بکار گیرند.

همچنیــن یکی از عوامل افزایش عفونــت محل جراحی تخریب، بازســازی و تعمیرات در بخش اتاق عمل می‌باشد. بنابراین کاهش خطــر عفونت در پی بازســازی و تعمیرات اتــاق عمل مورد توجه گرفت. بازســازی و تعمیرات در اواخر سال و به دلیل کاهش تعداد اعمال جراحی و کاهش فشار کاری بخش اتاق عمل در این مقطع زمانی انجام پذیرفت.

در این پژوهش در راســتای پیشــگیری و کنترل عفونت و متعاقباً کاهش عفونت محل جراحی، برنامه‌ریزی و نظارت بر فعالیت‌های کنترل و پیشــگیری از عفونت، ایجاد یک مکانیســم مشــارکت و همــکاری برای فعالیت‌های کنترل عفونت، شــامل پزشــکان، پرستاران و سایر پرسنل انجام پذیرفت. تیم کنترل عفونت متشکل از پزشکان و پرستاران در قالب یک مکانیسم مشارکت و همکاری بر فعالیت‌های کنترل عفونت نظارت داشــتند. برنامه‌ای جامع برای کاهش عفونت محل جراحی تدوین شــد. برنامه کنترل عفونت با حمایت مدیران ارشــد و تأمین منابع کافی و مبتنی بر آموزش‌های علمی جدید اجرا گردید.

آمــوزش و افزایش آگاهی مؤثرترین روش مبارزه با عفونت‌های بیمارســتانی اســت. همچنیــن همراه بــا آموزش اســتفاده از روش‌هــای مؤثر و مناســب ضدعفونی و استریل‌ســازی منجر بــه کاهش عفونت محــل جراحی می‌گــردد. در نهایت در این پژوهــش با اســتفاده از آموزش‌های ضمــن خدمت و برگزاری دوره‌های آموزشــی بهداشــت دســت و کنترل عفونت با هدف افزایش آگاهی پرســنل و فعال‌نمــودن کمیته کنترل عفونت در اتاق عمل و همچنین با استفاده از مواد آنتی‌سپتیک جدید جهت اســکراب جراحی، جایگزین کردن روش‌های جدید اسکراب به جای روش‌های رایج و ســنتی، رعایت اصول استریلیزاسیون و روش‌هــای ضدعفونی، اعمال مکانیســم‌های نظارتی و ارزیابی دوره‌ای عملکرد پرســنل و وضعیت فیزیکــی و تجهیزات اتاق عمــل و برطرف نمودن نقصــان، کاهش ۲۸ درصدی در میزان عفونت محل جراحی حاصل گردید.

۸- Barrett
۹- Lankford

[Downloaded from jmciri.ir on 2025-07-12]

مراجع

1- Kilgore ML, Ghosh K, Beavers CM, Wong DY, Hymel PA & Brossette SE. The Costs of Nosocomial Infections. Medical Care Journal. 2008; 46: 101-4.

2- Struelens MJ. Hospital Infection Control. Armstrong D, Cohen Journal. 1999; 7(11): 103-110.

3- Finkelstein R, Rabino G, Mashiah T, Bar-El Y, Adler Z, Kertzman V, et al. vancomycin versus cefazolin porphylaxis for cardiac surgery in the setting of a high prevalence of methicillin-resistant staphylococcal infections. J Thorac Cardiovasc Surg 2002; 123(2): 326-332.

4- Bhatia JY, Pandey K, Rodrigues C, Mehta A, Joshi VR. Postoperative wound infection in patients undergoing coronary artery bypass graft surgery: a prospective study with evaluation of risk factors. Ind J Medic Microbiol 2003; 21(4): 246-251.

5- Yaghoubi A, Ghotaslou R, Safaei N, Jahanroshan J, Mahmoudian R. Study on Bacteria and Factors Involved in Wound Infections after Cardiac Surgery in Shahid Madani Hospital. Med J Tabriz Univ Med.

6- Austin TW, Coles JC, Burnett R, Goldbach M. Aortiocoronary bypass procedures and sternotomy infections: a study of antistaphylococcal prophylaxis. Can J Surg 1980; 23(5): 483-485.

7- Fekety FR Jr, Cluff LE, Sabiston DC Jr, Seidl LG, Smith JW, Thoburn R. A study of antibiotic prophylaxis in cardiac surgery. J Thorac Cardiovasc Surg 1969; 57(6): 757-763.

8- Fong IW, Baker CB, MCkee DC. The value of prophylactic antibiotics in aorta-coranay by pass operatieans. J Thorac Cardiovasc Sury 1979; 78(6): 908-918.

9- Kernodle DS, Kise AB. Surgical and trauma-Related infections. Mandell GL Journal.1995; 5(12): 24-29.

10- Wong ES. Surgical site infections. Mayhall CG Journal. 2000; 5(11): 156-166.

11- Kernodle DS, Kiser AB. Surgical and trauma-Related infections. In: Mandell GL, editor. Mandell, Douglass and Bennett's Principles and Practice of Infectious Diseases. 5th ed. Baltimore: Williams & Wilkins: 1995; p. 2442.

12- Amerioun A, Karimi zarchi A, & Tavakoli R. Awareness of hospital supervisors' about hospital infection control in hospitals affiliated to medical universities. Military Medicine Journal .2009; 11(2): 97-101.

13- Steed JC.Common infection acquired in the hospital. Nurs Clim North Am Journal .1999; 34(2): 443.

14- Wenzel RP, Osterman CA, Hunting KJ & Gwaltney JM. Hospital Acquired infections: surveillance in a university hospital.Epidemiol Am Journal.1976;103:251-60.

15- Bennet JV, Brachman PH. Hospital infection. 4th ed. Lippincot: Ravan pub; 1998;421-9.

16- Dudly S. Footwear practice and operating Room contamination . Nursing Research 1997;36: 366-9.

17- Majidi SA, Mehrabian F, Tabari R. Applying the principles of infection control in the operating room staff and medical teaching hospitals in rasht. Guilan University of Medical Sciences Journal 2006; 16(64): 89-96.

18- Ahangar A, Safarani S & Fayazbakhsh A. A Survey of knowledge and attitudes of hospital senior managers about the possibility of implementing TQM at Tehran University of Medical Sciences. Journal of Health Payavard. 2009; 3:76.

19- Tabibi J, Ebadiazar F ,Tourani S & Khalesi N.TQM in health system. Jahanrayane Journal. 2010;13(5): 122-126.

20- Cohen, L ; Manion, L ; Morrison, K (1994)

[Downloaded from jmciri.ir on 2025-07-12]

Research methods in education: London and New York Routledge.

21- Haj bagheri, A ; Parvizi, S ; Salsani, M (2013) Qualitative Reaserch Methods.Tehran, Iran:Boshra Press .

22- Mosadeghrad A.M.Implementing Strategic Collaborative Quality Management in Health Care Sector. International Journal of Strategic Change Management.2012;4 (3/4): 203-228.

23- Berry A, kohn S. Operation Room Technique. Medical Care Journal .2004; 76: 455-457.

24- Barrett R Randel J. Hand hygiene practice: nursing student perceptions. Journal of clinical nursing. 2008; 1851-1857.

25- Cheng SM, Garcia M, Espin S & Conly J. Literature review and comparing surgical scrub techniques. Association of Preoperative Registered Nurses Jouranal. 2001; 74: 218-224.

26- Nasiriyani KH ,Farniya F. A Survey of training needs of staff in operations room at Hospitals affiliated to Yazd shahid Sadoghi University. Nursing Faculty of Kermanshah Journal. 2003; 9(12) 59-64.

27- WHO.2005. Guidelines on hand hygiene in health care(advanced draft): A summary; clean hands are safter hands, World Health Organization.

28- Larson EL, Albrecnt S& Okeefe M. Hand hygiene behavior in a pediatric emergency department a pediatric intensive care unit: comparision of use of 2 dispenser system. American Journal Crit Care. 2005;14: 304 – 311.

29- Barrett R Randel J. Hand hygiene practice: nursing student perceptions. Journal of clinical nursing. 2008; 9(4):1851-1857.

30- Samadi-pour E, Daneshmandi M, Mehdisalari M. Hand hygiene behavior among staff at Hospital Sabzavar. Scientific Journal of Sabzevar medical university. 2008;15(1): 59-64.

31- Lam BCC, Lee J, Lau YL. Hand hygiene practices in a neonatal intensive care unit: A multimodal intervention and impact on nosocomial infection. Official journal of the American academy of pediatrics. 2004; 114(5):565-571.

32- Zandiyeh M, Borzo R. The level of hand hygiene compliance by operating room personnel of Educational Hospitals in Hamadan University of Medical Science. Journal Nursing & Midwifery. 2012; 22(67): 23-29.

33- WHO. WHO Guidelines on hand hygiene in health care (advanced draft): A summary; clean hands are safter hands. 2005. pp: 5-31.

34- Barrett R Randel J. Hand hygiene practice: nursing student perceptions. Journal of clinical nursing. 2008;pp: 1851-1857.

35- Lankford MG, Zembower TR, Trick WE, Hacek DM, Nskin GA, Petersop LR. Influence of role models and hospital design on the handhygiene of health care workers. Emerg Infect Dis. 2003; 9(2). Pp”217-223.

36- Phippen ML, Wells MP. Patient Care During Operation and Invasive Procedures. Journal surgery. 2000; 10(7): 262-270.

[Downloaded from jmciri.ir on 2025-07-12]

مجله علمی سازمان نظام پزشکی جمهوری اسلامی ایران، دوره ۳۳، شماره ۲، تابستان ۱۳۹۴: ۱۱۹-۱۲۴

● مقاله تحقیقی کد مقاله: ۱۳

بررسی میزان مشارکت پزشکان بخش خصوصی استان همدان در نظام گزارش‌دهی بیماری‌ها

مرادی علیرضا ۱
دکتر عرفانی حسین ۲
زنگنه محرم ۳
نشانی علی ۴
علیپور علی محمدرضا ۴
دکتر مصطفوی احسان ۵*

۱- کارشناس ارشد مدیریت بیماری‌ها، دانشگاه علوم پزشکی همدان
۲- پزشک عمومی، پژوهشگر
۳- کارشناس ارشد مدیریت خدمات بهداشتی درمانی
۴- کارشناس بهداشت عمومی، دانشگاه علوم پزشکی همدان
۵- دانشیار گروه اپیدمیولوژی، انستیتوپاستور ایران

* نشانی نویسنده مسؤول: تهران، خیابان پاستور، انستیتو پاستور ایران، بخش اپیدمیولوژی، کد پستی ۱۳۱۶۹۴۳۵۵۱

تلفکس: ۶۶۴۹۶۴۴۸

نشانی الکترونیکی:
Mostafavi@pasteur.ac.ir

چکیده

زمینه: پایه و اساس کنترل بیماری‌ها در نظام بهداشتی کشور، نظام مراقبت بیماری‌ها می‌باشد و بیماریابی و گزارش‌دهی به موقع بیماری‌ها و اقدام مناسب در برابر موارد گزارش شده یکی از ضروریات این نظام می‌باشد. هدف از این مطالعه بررسی میزان مشارکت پزشکان و مسؤولین فنی آزمایشگاه‌های بخش خصوصی استان همدان در نظام گزارش‌دهی بیماری‌ها بوده است.

روش کار: این مطالعه مقطعی، با مشارکت پزشکان و مسؤولین فنی آزمایشگاه‌های شاغل در بخش خصوصی استان همدان در سال ۱۳۹۰ انجام گرفت. ابزار گردآوری داده‌ها پرسشنامه بود و اطلاعات با استفاده از آزمون کای مربع مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت و مقدار P کمتر از ۰/۰۵ معنی‌دار تلقی گردید.

یافته‌ها: از مجموع ۳۵۴ نفر پزشک مورد مطالعه ۱۷۸ نفر (۵۰/۳٪) پزشک عمومی، ۱۳۸ نفر (۳۹٪) پزشک متخصص، ۱۵ نفر (۴/۲٪) پزشک فوق‌تخصص و ۲۳ نفر (۶/۵٪) مسؤول فنی آزمایشگاه بودند. ۵۱/۱٪ شرکت‌کنندگان در مطالعه ابراز نمودند که بیماری‌های مشمول گزارش را گزارش می‌نمایند. اظهار مشارکت با نظام گزارش‌دهی بیماری‌ها در مسؤولین فنی آزمایشگاه (۶۹/۵٪) و پزشکان عمومی (۶۱/۲٪) به طور معنی‌داری بیشتر از پزشکان متخصص (۳۹/۸٪) و فوق‌تخصص (۶/۳٪) بود (p = ۰/۰۰۱). ارتباط معنی‌داری بین سابقه طبابت، سابقه خدمت در سیستم بهداشتی و اشتغال در بخش دولتی با وضعیت مشارکت آنها با نظام گزارش‌دهی بیماری‌ها دیده نشد.

نتیجه‌گیری: در این مطالعه میزان مشارکت پزشکان و مسؤولین فنی آزمایشگاه بخش خصوصی با نظام گزارش‌دهی بیماری‌ها در حد متوسط بود. بنابراین ضروری است ضمن اطلاع‌رسانی و برگزاری دوره‌های بازآموزی برای پزشکان و مسؤولین فنی آزمایشگاه، با اتخاذ تدابیر لازم و بازنگری روش‌های موجود جهت ارتقاء گزارش‌دهی و تقویت روند گزارش‌گیری اقدام شود.

واژگان کلیدی: نظام مراقبت، گزارش بیماری‌ها، پرسشنامه

تاریخ دریافت مقاله: ۹۳/۶/۲۶ تاریخ اصلاح نهایی: ۹۴/۹/۲ تاریخ پذیرش مقاله: ۹۴/۸/۱۸

[Downloaded from jmciri.ir on 2025-07-12]

مقدمه

امروزه علی‌رغم پیشرفت‌های زیاد علم پزشکی در زمینه پیشگیری و درمان بیماری‌های واگیر و ارتقاء سطح بهداشت عمومی، هنوز هم بیماری‌های عفونی با قابلیت ایجاد اپیدمی به عنوان یکی از مهم‌ترین مشکلات بهداشتی در سراسر جهان می‌باشند. برای مدیریت صحیح کنترل این بیماری‌ها، اطلاعات جامع و به روزی در مورد وضعیت آن‌ها نیاز است و ابزار تأمین این اطلاعات، نظام مراقبت بیماری‌ها است. هر چه داده‌های اولیه‌ای که از منابع گزارش‌دهی بیماری‌ها در بخش دولتی و خصوصی فراهم می‌شود کامل‌تر باشد، تجزیه و تحلیل آنها و اطلاعات حاصله از وضعیت روند بروز بیماری‌ها نیز کامل‌تر و کاربردی‌تر خواهد بود [۱و۲].

طبق تعریف سازمان جهانی بهداشت؛ مراقبت (Surveillance) عبارت است از جمع‌آوری، تجزیه و تحلیل، تفسیر و انتشار اطلاعات در مورد یک رخداد سلامتی که مدیران بخش‌های سلامت این اطلاعات را به منظور طراحی، اجرا و ارزشیابی برنامه‌های سلامت و فعالیت‌های مرتبط با آن به کار می‌برند [۳].

نظام گزارش‌دهی بیماری‌ها در اواخر قرن نوزدهم در اکثر کشورهای توسعه یافته پایه‌گذاری شد و امروزه هر کشوری برای نظام مراقبت خود بر اساس نیازهای ملی و بین‌المللی فهرستی از بیماری‌ها را مدیریت می‌نماید. تاریخچه نظام مراقبت بیماری‌ها در ایران به سال ۱۳۲۰ برمی‌گردد. مرکز مدیریت بیماری‌های واگیر کشور در آخرین بازنگری، لیستی از بیماری‌ها را به عنوان بیماری‌های قابل گزارش تهیه کرده است که پزشکان موظف به گزارش آنها می‌باشند [۴و۵].

مشارکت و همکاری همه گروه‌ها اعم از بخش دولتی و خصوصی برای تحقق بخشیدن به اهداف و اجرای یک برنامه نظام مراقبت کارآمد، زمانی قرین توفیق خواهد بود که همه در گزارش بیماری‌ها فعالانه مشارکت نمایند. بدین منظور مرکز مدیریت بیماری‌های واگیر تعاریفی را برای بیماری‌های مشمول گزارش تعیین و اعلام کرده است و در کل کشور از تعاریف مربوطه برای گزارش بیماری‌ها استفاده می‌شود. در صورتی که یک بیماری با تعاریف اپیدمیولوژیک هم‌خوانی داشته باشد، باید توسط منابع گزارش (مراکز بهداشتی درمانی، بیمارستان‌ها، کلینیک‌ها، مطب‌های خصوصی، آزمایشگاه‌ها و ...) به مراکز بهداشت گزارش شود تا تیم بررسی مرکز بهداشت نسبت به پیگیری بیمار و اطرافیان اقدام نمایند [۲].

در یک مطالعه انجام شده بر روی یک‌صد پزشک بخش خصوصی شهر تهران، میانگین امتیاز آگاهی آنان از سیستم مراقبت بیماری‌ها ۱۹ از ۵۰ بوده است [۷]. در مطالعه دیگری که بر روی ۶۷۲ پزشک دارای مطب شاغل در محدوده شهری دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی در شهر تهران انجام شد، فقط ۵۵٪ پزشکان از زمان صحیح گزارش بیماری‌ها آگاه بودند [۸]. درصد بیماری‌های قابل گزارش که معمولاً توسط پزشکان به سرویس بهداشت عمومی گزارش می‌شود در کشورهای مختلف متفاوت است. در کشور عربستان میزان گزارش‌دهی بیماری‌ها ۷۴٪ [۹]، در امریکا از ۳۰٪ تا ۶۲٪ [۱۰] و در بوسنی و هرزگوین ۱/۴٪ از بیماری ها می‌باشد [۱۱]٪. در گزارشات وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی همواره بر عدم مشارکت پزشکان بخش خصوصی در امر گزارش دهی بیماری‌ها به عنوان یک نقص جدی در تجزیه و تحلیل داده‌ها به دلیل کم شماری قابل توجه بیماری‌ها اشاره شده است [۲].

از آنجا که پایه و اساس کنترل بیماری‌ها در نظام بهداشتی یک کشور را سیستم مراقبت بیماری‌ها تشکیل می‌دهد و به عبارت دیگر بیماریابی و گزارش‌دهی به موقع بیماری‌ها و اقدام مناسب در برابر موارد گزارش شده یکی از ضروریات نظام بهداشتی درمانی کشور محسوب می‌گردد، این مطالعه با هدف بررسی نظام گزارش‌دهی بیماری‌ها در بخش خصوصی استان همدان انجام گرفت.

روش کار

در این مطالعه مقطعی جامعه مورد پژوهش، پزشکان شاغل در بخش خصوصی استان همدان در سال ۱۳۹۰ اعم از پزشک عمومی، متخصص، فوق‌تخصص و مسئول فنی آزمایشگاه بودند که در زمان پژوهش دارای مطب بودند. برای تعیین حجم نمونه از روش سرشماری کامل استفاده گردید. بدین منظور تعداد ۵۰۰ نفر پزشک شاغل در بخش خصوصی در استان همدان به عنوان نمونه انتخاب شدند.

ابزار جمع‌آوری اطلاعات پرسشنامه محقق ساخته بود که با توجه به اهداف مطالعه تدوین گردید. روایی یا اعتبار پرسشنامه با استفاده از روش بررسی دقیق کتاب‌ها و دریافت نظر شانزده نفر از متخصصان و کارشناسان علوم بهداشتی مورد سنجش قرار گرفت. برای تعیین اعتماد و پایایی پرسشنامه از روش آزمون، آزمون مجدد استفاده گردید. بدین منظور مطالعه پیش آزمایی بر روی ۳۰ نفر از پزشکان بخش خصوصی به فاصله دو هفته انجام گردید که ضریب همبستگی بین آنها ۰/۷۷ بود. محاسبه ضریب آلفای کرونباخ با

[Downloaded from jmciri.ir on 2025-07-12]

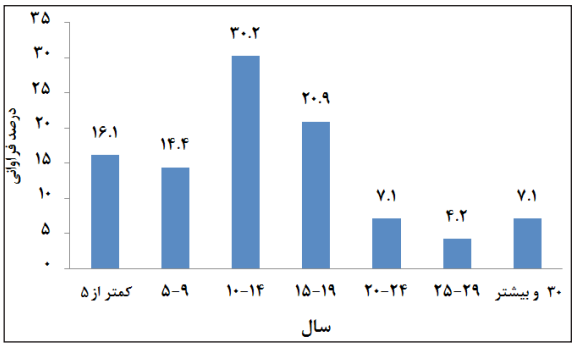
کمک نرم افزار SPSS پایایی پرسشنامه را ۰/۸۶ نشان داد.

پرسشنامه در دو بخش تدوین شده بود؛ بخش اول پرسشنامه شامل اطلاعات عمومی پزشکان و مسئولین فنی آزمایشگاه نظیر نوع فعالیت (پزشک عمومی، تخصص، فوق‌تخصص، مسئول فنی آزمایشگاه)، سابقه طبابت، سابقه اشتغال در بخش دولتی و سابقه خدمت در سیستم بهداشتی بود. بخش دوم پرسشنامه شامل گزاره‌هایی در خصوص وضعیت گزارش بیماری‌ها، علل عدم گزارش بیماری‌ها، انتظارات از سیستم بهداشتی در صورت گزارش بیماری‌ها و وضعیت دسترسی به اینترنت در مطب بود.

برای جمع آوری داده‌ها به مطب پزشکان و مسئولین فنی آزمایشگاه مراجعه گردید و ضمن کسب رضایت آنها و توضیح مختصر در خصوص اهداف و اهمیت طرح سعی گردید پرسشنامه به صورت مصاحبه تکمیل گردد و در صورت عدم تمایل پزشکان به مصاحبه به دلیل مشغله کاری و نداشتن وقت از پزشکان و مسئولین فنی آزمایشگاه خواسته شد که پرسشنامه را شخصاً در زمان مناسب و با دقت تکمیل نمایند. اطلاعات پرسشنامه‌ها پس از جمع‌آوری به رایانه منتقل گردید و نتایج با استفاده از آزمون کای مربع مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. تجزیه و تحلیل داده‌ها به کمک نرم افزار SPSS نسخه ۱۶ بود و مقدار P کمتر از ۰/۰۵ معنی‌دار تلقی گردید.

یافته‌ها

از مجموع ۵۰۰ پزشک و مسئول فنی آزمایشگاه بخش خصوصی فعال در استان همدان در سال ۱۳۹۰ ، ۸۰/۴٪ (۴۰۲ نفر) در مطالعه شرکت نمودند. از این تعداد نیز ۴۸ پرسشنامه بدلیل نقص در پاسخ‌دهی به متغیرها و سؤالات از مطالعه حذف گردیدند و نهایتاً تجزیه و تحلیل آماری در مورد ۳۵۴ پرسشنامه انجام شد. از مجموع ۳۵۴ نفر افراد مشارکت‌کننده در مطالعه؛ ۱۷۸ نفر (۵۰/۳ ٪) پزشک عمومی، ۱۳۸ نفر (۳۹ ٪) پزشک متخصص، ۱۵ نفر (۴/۲ ٪) پزشک فوق تخصص و ۲۳ نفر (۶/۵ ٪) مسئول فنی آزمایشگاه بودند. از نظر سابقه طبابت و پزشکی؛ ۶۰ درصد از جامعه مورد پژوهش سابقه کمتر از ۱۵ سال داشتند. میانگین سابقه طبابت پزشکان و مسئولین فنی آزمایشگاه بخش خصوصی ۱۳/۵ با انحراف معیار ۷/۹ سال بود (نمودار شماره ۱). ۱۹۹ نفر (۵۶/۲ ٪) از پزشکان و مسئولین فنی آزمایشگاه مورد مطالعه علاوه بر فعالیت در بخش خصوصی در بخش دولتی نیز شاغل بودند. ۲۱۱ نفر (۵۹/۶ ٪) از پزشکان و مسئولین فنی آزمایشگاه مورد مطالعه سابقه خدمت و فعالیت در بخش بهداشتی را داشتند. فقط ۱۱۲ نفر (۳۱/۶ ٪) از پزشکان و مسئولین فنی آزمایشگاه ابراز نمودند که در مطب به اینترنت دسترسی دارند.



نمودار شماره ۱- توزیع فراوانی پزشکان و مسئولین فنی آزمایشگاه‌های بخش خصوصی خصوصی استان همدان بر حسب سابقه کار

۵۱/۱٪ (۱۸۱ نفر) از شرکت‌کنندگان بیان نمودند با نظام مراقبت بیماری‌ها مشارکت داشته و بیماری‌های مشمول گزارش را گزارش می‌دهند. بین نوع فعالیت پزشکان و مسئولین فنی آزمایشگاه با وضعیت مشارکت آنها در گزارش‌دهی بیماری‌های مشمول گزارش رابطه معنی‌دار به دست آمد بطوری که ابراز مشارکت و گزارش‌دهی بیماری‌ها در مسئولین فنی آزمایشگاه و پزشکان عمومی بیشتر از بقیه گروه ها بود($P<۰/۰۵$) (جدول شماره ۱).

جدول شماره ۱- توزیع فراوانی وضعیت مشارکت پزشکان و مسئولین فنی آزمایشگاه‌های بخش خصوصی استان همدان با نظام مراقبت بیماری‌ها بر حسب نوع فعالیت در سال ۱۳۹۰

نوع فعالیت	مشارکت در گزارش‌دهی	عدم مشارکت در گزارش‌دهی	سطح معنی‌داری
مسئول فنی آزمایشگاه	(٪۶۹,۵)۱۶	(٪۳۰,۵)۷	۰/۰۰۱
پزشک عمومی	(٪۶۱,۲)۱۰۹	(٪۳۸,۸)۶۹	
پزشک متخصص	(٪۳۹,۸)۵۵	(٪ ۶۰,۲)۸۳	
پزشک فوق‌تخصص	(٪۶,۳)۱	(٪۹۳,۳)۱۴	

[Downloaded from jmciri.ir on 2025-07-12]

ارتبـاط معنی‌دار بین سـابقه طبابت، سـابقه خدمت در سیسـتم بهداشتی و اشتغال در بخش دولتی با وضعیت مشارکت آنها با نظام گزارش‌دهی بیماری‌ها به دست نیامد.

فقط تعداد ۷۷ نفر (۲۱/۷٪) از پزشکان و مسئولین فنی آزمایشگاه بیان نمودند که بیماری‌های مشـمول گزارش‌دهی فوری (تلفنی) را از طریـق تلفـن در حداقل زمـان ممکن به واحـد مبارزه با بیماری‌های مرکز بهداشـت گزارش می‌دهنـد. همچنین ۹۴ نفر (۲۶/۵٪) از پزشکان و مسـئولین فنی آزمایشگاه اظهار داشته‌اند که گزارش‌گیران مرکز بهداشـت جهـت گزارش‌گیری به مطب مراجعه نمی‌کنند.

در ایـن مطالعه برای تعیین علل عدم گزارش بیماری‌ها توسـط پزشکان و مسئولین فنی آزمایشگاه، ۱۰۴ نفر (۲۹/۴٪) عدم ارائه بازخورد به پزشـک گزارش‌دهنده، ۶۸ نفـر (۱۹/۲٪) بی‌فایده و بی‌تأثیر بودن مراقبت‌ها و مداخلات بهداشتی مرکز بهداشت، ۳۳ نفر (۹/۳٪) بی‌اعتماد شـدن بیماران به پزشکان، ۳۱ نفر (۸/۸٪) داشـتن مشـغله زیاد و ۱۹۸ نفر (۵۵/۹٪) نیز بـه یکی از موارد عدم اطلاع از شـماره تلفن یا محـل گزارش‌دهی، عدم مراجعه گزارش‌گیران به مطب، در اختیار نداشـتن فرم‌های گزارش‌دهی به عنـوان مهم‌ترین علل عـدم گزارش بیماری‌های مشـمول گزارش‌دهی توسـط پزشکان و مسـئولین فنی آزمایشگاه اشاره نمودند.

از پزشکان و مسئولین فنی آزمایشگاه خواسته شد تا انتظارات خود را از سیستم بهداشتی در مورد گزارش‌دهی بیماری‌ها بیان کنند که ۲۶۷ نفر (۷۵/۴٪) به ارسـال آخرین دستورالعمل و نکات آموزشی برای پزشـکان و مسئولین فنی آزمایشگاه، ۲۶۲ نفر (۷۴٪) به ارائه بازخورد به پزشـک و مسئول فنی آزمایشگاه گزارش‌دهنده و ۱۹۲ نفر (۵۵/۱٪) به برگزاری بازآموزی‌های غیر حضوری جهت آشنایی بیشتر پزشکان و مسئولین فنی آزمایشگاه با نظام مراقبت بیماری‌ها اشاره نمودند.

بحث

در این مطالعه ۵۱/۱٪ از پزشکان و مسئولین فنی آزمایشگاه‌های بخـش خصوصی اسـتان همـدان بیـان نموده‌اند کـه با نظام گزارش‌دهـی بیماری‌ها همکاری دارند و بیماری‌های مشـمول گزارش‌دهی را به مرکز بهداشت گزارش می‌نمایند. نظر به اینکه آشنایی و مشارکت واقعی پزشکان با نظام مراقبت بیماری‌ها باید منتج به بهبود گزارش‌دهی بیماری‌ها گردد ولی این مطالعه نشان داد میزان گزارش‌دهـی در بخش خصوصی مورد مطالعه مطلوب نیسـت و حدود ۵۰ درصد افراد مورد مطالعه بیماری‌های مشمول گزارش‌دهی را گزارش نمی‌نماینـد. تحقیقات مختلف از متفاوت بودن میزان مشـارکت پزشـکان و مسـئولین فنی آزمایشگاه‌ها در نظـام گزارش‌دهـی بیماری‌ها حکایت دارد بـه طوری‌که در مطالعه‌ای که در سـال‌های ۱۳۸۷ و ۱۳۸۸ در شـمال و شـرق تهران انجام شد، فقط ۱۸/۵٪ از پزشکان عمومی شاغل در بخش خصوصی حداقل یکبار یک بیماری قابل گزارش را، در یک سال قبل از مطالعه، گزارش نموده بودند [۸] و این در حالی اسـت که در مطالعه‌ای در عربسـتان، میزان گزارش‌دهی بیماری‌ها توسط بیمارسـتان‌های خصوصی ۸۷ درصد گزارش شـده است [۹]. در مطالعه دیگری در امریکا میزان گزارش‌دهی در سیستم مراقبت را از ۳۰ تا ۶۲ درصد تخمین زده‌اند [۱۰]. در مطالعه‌ای در بوسنی و هرزگوین، فقط ۱/۴ درصد از بیماری‌های شناسـایی شده گزارش می‌شـد [۱۱]. نتایج این مطالعه نشان‌دهنده میزان گزارش کمتر از کشـورهایی نظیر آمریکا و عربستان می‌باشد ولی این مقدار از نتایج مطالعات مشـابه در تهران و بوسـنی و هرزگوین بهتر بوده است.

در ایـن مطالعـه فقـط ۲۱/۷٪ از پزشـکان و مسـئولین فنی آزمایشگاه‌های بخش خصوصی بیان نموده بودند که بیماری‌های مشـمول گزارش‌دهی فوری (تلفنی) را از طریق تلفن در حداقل زمان ممکن به واحد مبارزه با بیماری‌های مرکز بهداشت گزارش می‌دهند، این یافته این مسئله را که مشارکت پزشکان و مسئولین فنی آزمایشـگاه بخش خصوصی در امـر گزارش‌دهی بیماری‌ها ضعیف می‌باشـد تأیید می‌کند. در گزارشـات وزارت بهداشـت و درمان کشـور همواره بر عدم مشـارکت پزشـکان و مسئولین فنی آزمایشـگاه بخش خصوصی در امـر گزارش‌دهی بیماری‌ها به عنوان یـک نقص جدی در تجزیه و تحلیـل داده‌ها به دلیل کم شـماری قابل توجه بیماری‌ها اشاره شده است [۲]. در کشور آمریکا میزان تأخیـر در گزارش‌دهی از ۱۲ تا ۶۰ روز متغیر بوده اسـت [۱۰] در حالی که مدت تأخیر در سـوئد بین ۷ تا ۱۱ روز گزارش شده است [۱۲].

در این مطالعه اظهار مشـارکت پزشـکان عمومی و مسئولین فنـی آزمایشـگاه با نظـام گزارش‌دهـی بیماری‌هـا به طور معنی‌داری از پزشـکان متخصص و فوق‌تخصص بیشتر بود. به نظر می‌رسـد که پزشکان عمومی و مسـئولین فنی آزمایشگاه

[Downloaded from jmciri.ir on 2025-07-12]

به دلیل بیشتر بودن انگیزه در آنها، شرکت در بازآموزی‌ها، جوان‌تر بودن نسبت به پزشکان متخصص و فوق‌تخصص و همچنین مشغله کمتر در گزارش‌دهی بیماری‌ها مشارکت بیشتری دارند.

نظرخواهی از پزشکان نشان داد که عدم ارائه بازخورد به پزشک گزارش‌دهنده، نداشتن شماره تلفن محل گزارش‌دهی و عدم مراجعه گزارش گیران به مطب از مهم‌ترین علل عدم گزارش بیماری‌ها توسط پزشکان و مسئولین فنی آزمایشگاه می‌باشد. در مطالعه‌ای که در سال‌های ۱۳۸۰و ۱۳۸۱ در شهر تهران انجام شد نیز اغلب پزشکان مهم‌ترین دلایل نقص در گزارش‌دهی را بازخورد نامناسب و عدم آموزش کافی اعلام نموده بودند [۷]. نظر به اینکه حدود ۶۶٪ مراجعات مردم به بخش خصوصی است، نظام سلامت بایستی از تمام پتانسیل‌ها در جهت تقویت نظام مراقبت در این گروه از جامعه پزشکی استفاده کند [۸]. در صورتی که مراکز بهداشت بتوانند در جهت آموزش، مراجعه به مطب‌ها، تحویل مستندات و بازخورد به پزشکان حرکت کنند، انتظار است که قسمتی از مشکلات و نواقص فعلی گزارش‌دهی بیماری‌ها کاهش یابد.

بر اساس یافته‌های این پژوهش، ارسال آخرین دستورالعمل و نکات آموزشی برای پزشکان، ارائه بازخورد به پزشک و مسئول فنی آزمایشگاه گزارش‌دهنده و برگزاری بازآموزی‌های غیر حضوری جهت آشنایی بیشتر پزشکان با نظام مراقبت بیماری‌ها به عنوان مهم‌ترین انتظار پزشکان و مسئولین فنی آزمایشگاه از سیستم بهداشتی برای گزارش بهتر بیماری‌ها بیان شده است. ارسال دستورالعمل‌ها و بازخورد به مطب‌ها و برگزاری بازآموزی‌ها می‌تواند نقش مؤثری را در گزارش‌دهی بیماری‌ها در بخش خصوصی ایفا کند، چرا که اطلاع‌رسانی درست موجب افزایش آگاهی و نگرش پزشکان در خصوص اهمیت و اهداف گزارش‌دهی خواهد شد.

مطالعه حاضر نشان داد ۳۱/۶٪ از پزشکان در مطب به اینترنت دسترسی دارند. بنابراین طراحی سایت و هدایت پزشکان دارای اینترنت به صورت آنلاین می‌تواند در جهت تقویت گزارش‌دهی بیماری‌ها مناسب باشد.

نتیجه‌گیری

در این مطالعه اظهار مشارکت پزشکان و مسئولین فنی آزمایشگاه‌های بخش خصوصی با نظام گزارش‌دهی بیماری‌ها در حد متوسط بود و صرفاً حدود ۵۰ درصد آن‌ها بیماری‌های مشمول گزارش‌دهی را گزارش می‌کردند. با در نظر گرفتن این حقیقت که گزارش‌دهی بیماری‌ها در بخش خصوصی همواره درصد پایین‌تری از بخش دولتی را به خود اختصاص داده است، تلاش جهت بهبود هر چه بیشتر نظام مراقبت بیماری‌ها در این گروه از سیستم بهداشتی می‌تواند نتایج مثبت زیادی را به همراه داشته باشد. لذا شایسته است ضمن اهمیت دادن به انتظارات و پیشنهادات خود پزشکان و برگزاری بازآموزی‌های دوره‌ای برای آنها، با اتخاذ تدابیر لازم جهت تقویت روند گزارش‌گیری توسط کارشناسان مبارزه با بیماری‌ها اقدام نمود و راهکارهای پیشنهادی ذیل را جهت بهبود و تقویت گزارش‌دهی بیماری‌ها اجرا نمود:

- بازنگری شیوه مدیریت، آموزش و اطلاع‌رسانی، گزارش‌گیری، نظارت و به روز رسانی مستمر برنامه‌های ملی و محلی مراقبت از بیماری‌ها
- اختصاص شماره تلفن خاص جهت گزارش‌گیری از مطب‌ها و تعیین کارشناس و فرد مسئول و پاسخگو برای گزارش‌گیری
- ترغیب و تشویق، توانمندسازی و تأمین مهارت مناسب گزارش‌گیران جهت گزارش‌گیری از مطب‌ها
- طراحی پوستر مخصوص لیست بیماری‌های قابل گزارش، زمان گزارش‌دهی و شماره تلفن مرکز بهداشت و همچنین طراحی تابلو یا پوستر تعاریف تشخیصی بیماری‌های قابل گزارش
- طراحی سایت اینترنتی و اطلاع‌رسانی صحیح جهت گزارش‌دهی بیماری‌ها به صورت آنلاین

در این مطالعه حدود نیمی از پزشکان و مسئولین فنی آزمایشگاه‌های بخش خصوصی با نظام گزارش‌دهی بیماری‌ها مشارکت داشتند؛ بنابراین ضروری است ضمن اطلاع‌رسانی و برگزاری دوره‌های بازآموزی برای پزشکان و مسئولین فنی آزمایشگاه، با اتخاذ تدابیر لازم و بازنگری روش‌های موجود جهت ارتقاء گزارش‌دهی و تقویت روند گزارش‌گیری اقدام شود.

تشکر و قدردانی

بدینوسیله از مساعدت معاونت محترم تحقیقات و فناوری دانشگاه علوم پزشکی همدان و همکاران محترم در تأمین هزینه‌های این طرح تشکر و قدردانی می‌شود. هم چنین از پزشکان و سایر همکارانی که ما را در اجرای این پژوهش یاری نمودند صمیمانه تشکر و قدردانی می‌نماییم.

[Downloaded from jmciri.ir on 2025-07-12]

مراجع

1- Gooya MM. Tehran: Iran's Ministry of health & medical Education. Center for disease control. New system of care for communicable diseases in the world. 2007.(Persian)

2- Tabatabaii M, Zahraii M, Ahmadnia H, Ghotbi M, Rahimi F. Principals of disease prevention and surveillance. 3th ed. Tehran: Iran's Ministry of health & medical Education. Center for disease control, 2007. (Persian)

3- Global Outbreak Alert & Response Network, http://www.who.int/csr/outbreaknetwork/en/.

4-GuidingPrinciplesforInternationalOutbreakAlertand Response, http://www.who.int/csr/outbreaknetwork/guidingprinciples/en/

5- Jajosky RA, Groseclose SL. Evaluation of reporting timeliness of public health surveillance systems for infectious diseases. BMC Public Health. 2004, 26; 4:29

6- Masoori N, Ebadi Fardazar F. A comparative study on surveillance system of notifiable infectious diseases in the selected countries: Proposed model for Iran. The Scientific Journal of Qazvin university of Medical Sciences. 2006; 39(1):10-16. .(Persian)

7- Nojoomi M, Vaseghi S. The comparative study of general physicians' knowledge in private and governmental sectors about reportable diseases. The Scientific Journal of Qazvin University of Medical Sciences. 2003; 10(34):317-323.(Persian)

8- Kolahi Aa, Sohrabi MA, Abdi P. Knowledge and practice of general physicians with the diseases surveillance system in urban areas in Tehran. Iranian Journal of Infectious Diseases and Tropical Medicine. 2010,15(49):23-29.(Persian)

9- Bakarman M, Al-Raddadi R. Assessment of reporting and recording system of communocable disease in Jaddah Region. Saudi med Journal, 2000, 21(8): 751-4.

10- Jekel J., Katz D., Elmore J., "Epidemiology, Biostatistics and preventive medicine". Second Ed., Philadelphia, W.B. Saunders Company, 2001.

11- Tandir S, Sivic S, Tandir L, Zunic L. Quality of reporting on infectious diseases in Zenica-Doboj Canton. Med Arh. 2011;65(1):42-5.

12- Jansson A, Arneborn M, Skarlund K, Ekdahl K. Timeliness of case reporting in the Swedish statutory surveillance of communicable diseases 1998-2002. Scand J Infect Dis. 2004;36(11-12):865-72.

[Downloaded from jmciri.ir on 2025-07-12]

مجله علمی سازمان نظام پزشکی جمهوری اسلامی ایران، دوره ۳۳، شماره ۲، تابستان ۱۳۹۴: ۱۲۵-۱۳۰

● **مقاله تحقیقی** کد مقاله: ۱۴

بررسی تأثیر ترمیم فاشیا در بروز هرنی انسیزیونال در محل تروکار ۱۰ میلی‌متری ناف در اعمال جراحی لاپاراسکوپی

دکتر سوری محسن ۱
دکتر میرهاشمی سیدهادی ۱*
دکتر معین‌آرا راهله ۲
دکتر پیوندی حسن ۳
دکتر نادری کاوه ۴
دکتر حاجی‌نصراله اسماعیل ۵
دکتر پیوندی مریم ۶

۱- استادیار گروه جراحی عمومی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی
۲- جراح عمومی، پژوهشگر
۳- دانشیار گروه جراحی عمومی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی
۴- دانشیار طب اورژانس، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی
۵- استاد گروه جراحی عمومی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی
۶- پزشک عمومی، پژوهشگر

* **نشانی نویسنده مسؤول:** تهران، خیابان کارگر جنوبی، خیابان کمالی، بیمارستان لقمان حکیم، مرکز تحقیقات

تلفن: ۰۲۱-۵۵۴۱۹۳۹۰

نشانی الکترونیکی:
sh.mirhashemi@gmail.com

چکیده

زمینه: لاپاراسکوپی یکی از شیوه‌های نوین جراحی است که در برخی بیماری‌ها روش Gold Standard می‌باشد. یکی از عوارض مهم آن ایجاد هرنی در محل پورت لاپاراسکوپی می‌باشد. به علت کوچک بودن محل پورت‌ها دوختن فاشیا همواره با نگرانی در مورد آسیب روده، امنتوم و ارگان‌های داخل شکمی همراه بوده است. هدف از این مطالعه بررسی اثر ترمیم فاشیا در بروز هرنی انسیزیونال در محل تروکار ۱۰ mm ناف بود.

روش کار: ۱۷۰ بیمار کاندید لاپاراسکوپی در بیمارستان لقمان حکیم طبق جدول اعداد تصادفی به دو گروه تقسیم شدند. در گروه اول فاشیای محل تروکار ۱۰ mm ناف ترمیم نشده و در گروه دوم ترمیم فاشیا صورت گرفت. پس از ترخیص، بیماران در ماه‌های ۳، ۶ و ۱۲ ویزیت شدند و در صورت بروز درد در ناف و یا هر گونه شک به هرنی، وجود یا عدم وجود هرنی با سونوگرافی بررسی شد. به دلیل عدم پیگیری ۱۰ بیمار از مطالعه خارج شد. اطلاعات به دست آمده توسط نرم افزار spss۱۷ وآزمون‌های t-test، chi۲، آزمون دقیق فیشر تحلیل گردید.

یافته‌ها: دو گروه از نظر سن، جنس، BMI، دیابت وآنمی یکسان‌سازی شدند. میزان بروز هرنی انسیزیونال در بین بیمارانی که فاشیا آنها ترمیم شده بود، ۲.۵٪ گزارش شد و در گروه مقابل ۱.۲۵٪ بود. بنابراین دو گروه در بروز هرنی اختلاف معنی‌داری با هم نداشتند.

نتیجه‌گیری: با احتمال زیاد ترمیم یا عدم ترمیم فاشیا تأثیری در ایجاد هرنی انسزیونال در محل تروکار ۱۰ میلی‌متری ناف ندارد.

واژگان کلیدی: تروکار ۱۰ میلی‌متری، فتق محل تروکار، ترمیم فاشیا، ناف

تاریخ دریافت مقاله: ۹۳/۱۲/۱۲ تاریخ اصلاح نهایی: ۹۴/۷/۲۹ تاریخ پذیرش مقاله: ۹۴/۲/۲۴

[Downloaded from jmciri.ir on 2025-07-12]

مقدمه

از زمانی که تکنیک‌های جدید جراحی به وجود آمده است عوارض مربوط به آن نیز مورد توجه بسیار قرار گرفته است لاپاراسکوپی یکی از شیوه‌های نوینی است که از سال ۱۹۸۷ مورد توجه قرار گرفته و در بعضی از بیماری‌ها به عنوان روش gold standard تعریف شده است. یکی از عوارض مهم این شیوه جراحی ایجاد هرنی در محل پورت‌های لاپاراسکوپی trocar site incisional hernia (TSIH) می‌باشد و در تمامی انواع لاپاراسکوپی‌ها احتمال رخ دادن آن وجود دارد. فاکتورهایی که در ایجاد هرنی انسیزیونال دخالت دارند به دو دسته تقسیم می‌شوند:

گروه اول: فاکتورهای مرتبط با تکنیک جراحی و material استفاده شده، شامل: نوع تروکار، محل تروکار، سایز تروکار، سوچور کردن محل ورود تروکار، اپروچ اولیه (استفاده از سوزن veress یا روش hasson)، بزرگ کردن محل ورود تروکار نافی می‌باشند [۲و۴].

گروه دوم: فاکتورهای مرتبط با خصوصیات فردی بیمار شامل: هرنی نافی قبلی، obesity، سن >۶۰ سال، عفونت زخم و دیابت می‌باشند.

با توجه به کوچک بودن محل پورت‌ها دوختن فاشیا همواره با نگرانی در مورد آسیب روده، امنتوم و ارگان‌های داخل شکمی همراه بوده است. به همین دلیل بعضی جراحان هنوز تمایل به عدم ترمیم فاشیا دارند تا زمان بیهوشی و احتمال آسیب به احشاء کاهش یابد. بنابراین این مطالعه جهت بررسی میزان هرنی انسیزیونال در محل تروکار ۱۰ mm ناف در صورت عدم ترمیم فاشیا و عوامل مؤثر بر آن در بیماران تحت جراحی‌های لاپاراسکوپی صورت گرفته است.

روش کار

مطالعه به صورت یک کارآزمایی بالینی تصادفی (RCT) بر روی ۱۷۰ بیمار بر اساس گایدلاین اخلاق پزشکی و پس از تأیید در کمیته اخلاق و کمیته بورد دانشگاه، در بیمارستان لقمان حکیم شروع شد. ۱۰ بیمار به دلیل عدم مراجعه منظم جهت پیگیری از مطالعه خارج شدند و مطالعه روی ۱۶۰ بیمار در طی ۱۲ ماه انجام شد.

معیارهای ورود به مطالعه: سن ۶۵-۱۸ سال، کلاس ۱و ۲ ASA، کاندید بودن برای جراحی لاپاراسکوپی، رضایت بیمار جهت ورود به مطالعه.

معیارهای خروج از مطالعه: نیاز به دیلاته کردن محل انسیزیون، سابقه جراحی قبلی اطراف ناف که باعث شود ناف به صورت open باز شود، داشتن هرنی نافی از قبل، انصراف بیمار از حضور در مطالعه در هر زمان

بیماران بر اساس جدول اعداد تصادفی به ۲ گروه FNC (عدم ترمیم فاشیا در محل پورت ۱۰mm) و FC (ترمیم فاشیا در محل پورت ۱۰mm) تقسیم شدند. در این مطالعه پورت ناف از نوع non-bladed ۱۰mm بود. پس از وارد کردن سوزن veress و ورود گاز co۲ به داخل شکم و رسیدن فشارشکم به ۱۴ mmHg تروکارنافی تعبیه می‌شد. پس از اتمام جراحی محل پورت نافی در گروه FC با نخ نایلون صفر به روش کلاسیک بسته شده و در گروه FNC تنها پوست محل پورت نافی با نخ نایلون سه صفر کات ترمیم می‌شد.

سپس بیماران پس از ترخیص در ماه‌های ۳، ۶ و ۱۲بعد از جراحی در کلینیک تحت معاینه قرار گرفته و در تمامی کسانی که درد و تندرنس و bulging در محل دیده می‌شد یا هرگونه شکی به وجود هرنی وجود داشت، سونوگرافی جدار شکم با پروب ۷.۵MHz انجام و وجود یا عدم وجود هرنی در آنها بررسی شد. سپس اطلاعات به دست آمده توسط نرم افزار spss۱۷ و آزمون‌های t-test، chi۲، آزمون دقیق فیشر تحلیل شد. ارتباط BMI، دیابت و سیگار و نوع عمل جراحی با توجه به داده‌ها بررسی شد.

یافته‌ها

از ۱۶۰ بیمار مراجعه‌کننده ۸۰ نفر در گروه ترمیم شده و ۸۰ نفر در گروه ترمیم نشده قرار گرفتند. از کل جمعیت ۱۲۰ نفر آنها زن و ۴۰ نفر آن‌ها مرد بوده‌اند.

از بین افراد گروه ترمیم شده (۸/۲۸٪) ۲۳ نفر مرد و (۲/۷۱٪) ۵۷ نفر زن بوده‌اند. از بین افراد گروه ترمیم نشده (۲/۲۱٪) ۱۷ نفر مرد و (۸/۷۸٪) ۶۳ نفر زن بوده‌اند. این دو گروه از نظر جنسیت match بودند. (p=۰/۲۷)

از کل افراد مراجعه‌کننده (۳/۹۴٪) ۱۴۹ نفر تحت کله سیستکتومی، (۳/۱٪) ۲ نفر تحت سیستکتومی تخمدان و (۴/۴٪) ۷ نفر تحت سایر اعمال جراحی قرار گرفتند. از میان افراد تحت کله سیستکتومی، (۲/۴۴٪) ۵۷ نفر کله لیتیازیس، (۷/۵۱٪) ۷۷ نفر کله سیستیت حاد و (۹/۳٪) ۵ نفر در مرحله مزمن بودند.

[Downloaded from jmciri.ir on 2025-07-12]

جدول شماره ۱- مشخصات بیماران دوگروه			
	گروه ترمیم شده	گروه ترمیم نشده	p-value (t-test)
تعداد بیماران (نفر)	۸۰	۸۰	---
مرد/ زن	۵۷/۲۳	۶۳/۱۷	۰,۲۷
میانگین سن (سال)	۴۱,۹±۱۳	۴۱,۵±۱۴	۰,۹۴
میانگین شاخص توده بدنی (کیلوگرم بر مترمربع)	۲۵,۷±۲	۲۵,۰±۳	۰,۸۹
میانگین قند ناشتا (میلی گرم در دسی لیتر)	۹۸,۹±۲۰	۹۴,۷±۲۴	۰,۲۳
میانگین هموگلوبین (گرم در دسی لیتر)	۱۲,۳±۱	۱۲,۷±۱	۰,۱۱
مصرف سیگار	۴ (۵٪)	۲ (۲,۶٪)	۰,۶۸

جدول ۲- جدول مقایسه نتایج بدست آمده در مطالعات:				
	Case no.	Suturing fascia status	Trocar size	Hernia rate,%
Azurinet al. (1995)	1300	closure	≥10mm	0.8
Nezhatet al.(1997)	5300	closure	≥5mm	0.2
Coda et al (2000)	1287	closure	11-12mm	1
Hussain etal.(2009)	5541	closure	5-10-12	0.1
Our study	80	closure	10 mm	2.5
Liu et al.(2000)	110	Non closure	10-12mm	0
Shlhav et al.(2002)	90	Non closure vs. closure	12mm	0
Sequeira et al.(2004)	70	Non closure	12mm	0
Soroush et al.(1389)	220	Non closure	10mm	2.3
Our study	80	Non closure	10mm	1.25

در میان افراد گروه ترمیم شده (۹۵٪) ۷۶ نفر غیر سیگاری و (۵٪) ۴ نفر سیگاری بودند. در میان افراد گروه ترمیم نشده (۴/۹۷٪) ۷۵ نفر غیر سیگاری و (۶/۲٪) ۲ نفر سیگاری بودند. این دو گروه از نظر استعمال سیگار match بودند. (p=۰.۶۸)

در میان افراد گروه ترمیم شده (۸/۹۳٪) ۷۵ نفر ASA score=۱ و (۲/۶٪) ۵ نفر ASA score=۲ داشتند. در میان افراد گروه ترمیم نشده (۶/۸۸٪) ۷۰ نفر ASA score=۱ و (۴/۱۱٪) ۹ نفر ASA score =۲ داشتند. این دو گروه از نظر match، ASA بودند. (p=۰.۲۵) در جدول شماره ۱ مشخصات بیماران به تفکیک هر یک از گروه‌ها همراه با p-value تست t بین دو گروه آورده شده است.

در بررسی‌های ماه سوم ۵ نفر از درد در محل ناف شاکی بودند. معاینه و سونوگرافی آنان طبیعی بود و در ماه‌های بعدی نیز هرنی در آنها دیده نشد.

در ماه ششم بعد عمل ۴ بیمار درد در محل ناف را ذکر می‌کردند. یک مورد از گروه ترمیم نشده (۱.۲۵٪) در معاینه هرنی واضح داشت و سه بیمار دیگر در معاینه و سونوگرافی نرمال بودند.

در ماه دوازدهم ۳ بیمار درد ناف را ذکر می‌کردند. یک مورد آنها که از ماه ۶ پس از جراحی همچنان دچار درد بود در معاینه و سونوگرافی دیفکت در محل ناف دیده شد. در سایرین معاینات و سونوگرافی نشان‌دهنده یک مورد هرنی نافی واضح بود؛ هر دو بیمار از گروه ترمیم شده بودند (۲.۵٪). نفر سوم هم در بررسی‌ها

[Downloaded from jmciri.ir on 2025-07-12]

مشکل خاصی نداشـــت. در پیگیری بعدی درد برطرف شده بود و شواهدی از هرنی وجود نداشت.

در کل ۳ مورد هرنی انسیزیونال در طی مدت مطالعه رخ داد که دو مورد از آنها در گروه ترمیم شده بود وهر دو خانم بودند و یک مورد هرنی در بیمار آقا در گروه ترمیم نشده مشاهده شد.

هیچ کدام از مبتلایان به هرنی دیابت یا آنمی نداشـــتند و سیگاری نبودند و ایجاد هرنی با هیچ کدام از این متغیرها ارتباط معنی‌داری نداشت.

از ۳ مورد هرنی رخ داده ۲ مورد در ماه ۶ درد داشـــتند که بعد از بررســـی‌های لازم یک مورد هرنی واضح داشـــت و در بیمار دوم هرنی واضح در ماه ۱۲ کشـــف شد و مورد سوم در ماه ۱۲ با درد محل تـــروکار نافی مراجعه کرده بود که وجـــود هرنی در معاینه و ســـونوگرافی تأیید شـــد. هر ۳ بیمار به واسطه علامت‌دار بودن تحت جراحی ترمیم هرنی انسیزیونال در همین مرکز قرار گرفتند. در نهایـــت از کل بیماران ۳ نفر مبتلا به هرنی شـــدند که ۲ نفر در گروه ترمیم شـــده و یک نفر در گروه ترمیم نشـــده بود. جهت بررســـی تأثیر ترمیم فاشـــیا در ایجاد هرنی از آزمون دقیق فیشر استفاده شـــد و در هیچ کدام از ماه‌ها اختلاف معنی‌داری مشاهده نشد (p=۱).

بحث و نتیجه‌گیری

در مطالعه‌ای که توســـط Azurin و همکاران در سال ۱۹۹۵ بر روی ۱۳۰۰ بیمار تحت کله سیســـتکتومی لاپاراسکوپی انجام شد میزان هرنی انســـیزیونال علی رغم ترمیم فاشیا در محل تروکارها ≤ ۱۰ میلی‌متر حدود ۰.۸ ٪ بود. در مطالعه‌ای که در ســـال ۱۹۹۷ توسط Nezhat و همکاران بر روی ۵۳۰۰ بیمار انجام شد میزان هرنی انســـیزیونال در موارد ترمیم فاشیای محل پورت حدود ۰.۲٪ بود.

در مطالعه‌ای که در سال ۲۰۰۰ توســـط Voicules و همکاران به چاپ رســـید علیرغم ترمیم فاشیا در محل پورت میزان TSIH ۰.۰۸٪ بوده است. در مطالعه‌ای که در سال ۲۰۰۰ تا ۲۰۰۷ توسط حســـین و همکاران بر روی ۵۵۴۱ جراحی لاپاراسکوپی انجام شد (فاشـــیا توسط سوزن‌های j shape بســـته شده بود) در طی ۴۳ ماه follow up میزان هرنی انســـیزیونال ۰.۱۴٪ بوده است. در مطالعه‌ای که در ســـال ۲۰۰۰ توســـط coda و همکاران بر روی ۱۲۸۷ بیمار لاپاراسکوپی کله سیستکتومی منتشر شد میزان هرنی انسیزیونال بعد از سوچور کردن فاشیا در حدود ۱٪ گزارش شده بود.

در مطالعه‌ای که در سال ۲۰۱۱ توسط Helgstrand و همکاران منتشر شد هرنی انســـیزیونال بعد از لاپاراسکوپی ۵.۲ – ۰ ٪ بوده اســـت. در مطالعه‌ای که در ســـال ۲۰۰۰ توسط liu و همکاران بر روی ۱۱۰ بیمار تحت لاپاراسکوپی انجام شد. علی رغم عدم ترمیم فاشیا میزان هرنی در محل تروکار ۱۰ و ۱۲ mm، صفر بوده است. در مطالعه‌ای که در ســـال ۲۰۰۲ توسط shalhav و همکاران بر روی ۹۰ بیمار تحت لاپاراســـکوپی رنال انجام شد در محل تروکار non bladed، ۱۲mm میزان هرنی انسیزیونال در موارد ترمیم یا عدم ترمیم فاشـــیا در هر دو مورد صفر بود. در مطالعه‌ای که در سال ۲۰۰۴ توسط sequeira و همکاران بر روی ۷۰ بیمار تحت نفرکتومی لاپاراســـکوپی انجام شـــد، در موارد عدم ترمیم فاشیا در محل پورت non bladed، ۱۲mm میزان هرنی انســـیزیونال صفر بود.

در مطالعه‌ای که توســـط دکتر ســـروش و همکاران در سال ۱۳۸۹ در بیمارستان شـــریعتی بر روی ۲۱۵ بیمار تحت لاپاراسکوپی کله سیســـتکتومی انجام شد علی رغم عدم ترمیم فاشیای محل تروکار ۱۰mm میزان هرنی انسیزیونال در حدود ۲.۳٪ بود.

در مطالعه‌ای که در این مرکز صورت گرفت ۲ گروه بیمار انتخاب و از نظر جنسیت، سن، BMI، وجود یا عدم وجود دیابت و آنمی هر دو گروه match شـــدند. میزان هرنی انسیزیونال در محل تروکار ۱۰ میلی‌متری ناف مشخص شد و تأثیر ترمیم فاشیا در بروز هرنی مورد بررســـی قرار گرفت. علیرغم بستن فاشـــیا در بین ۸۰ بیمار مورد مطالعه میزان هرنی انســـیزیونال ۲ نفر بوده اســـت (۲.۵ ٪). یک نفر از ۸۰ بیمار مورد مطالعه در گروه عدم ترمیم فاشـــیا دچار هرنی انســـیزیونال شـــد (۱.۲۵ ٪). در هر دو گروه افرادی که دچار هرنی شـــدند سیگاری نبودند، دیابت نداشتند و BMI در محدوده نرمال داشـــتند. از نظربروز هرنی انسیزیونال بین دو گروه اختلاف معنی‌داری مشاهده نشد (p=۱).

نتیجه مطالعه این مطلب رانشان داد که ترمیم یا عدم ترمیم فاشیا تأثیری در ایجاد هرنی انســـیزیونال در محل تروکار ۱۰ میلی‌متری non-bladed ناف ندارد. هر چند مطالعه در ســـطح وسیع‌تر و با تعداد نمونه بیشتر می‌تواند دقت این ادعا را تقویت نماید.

تقدیر و تشکر

نویســـندگان مقاله تشکر خود را از مرکز توســـعه تحقیقات بالینی بیمارستان لقمان حکیم، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی اعلام می‌نمایند.

[Downloaded from jmciri.ir on 2025-07-12]

مراجع

1- Hussain A, Mahmood H, Singhal T, Balakrishnan S, Nicholls J, El-Hasani S. Long-term study of port-site incisional hernia after laparoscopic procedures. JSLS. 2009; 13(3): 346-9

2- Yamamoto M, Minikel L, Zaritsky E. Laparoscopic 5-mm trocar site herniation and literature review. JSLS. 2011; 15(1): 122-6.

3- Mansour A., Tsimoyiannis E.C. Trocar site hernia after laparoscopic colectomy. ISRN Surgery 2011, 3:1-6.

4- Jodi Comajuncosas, Helena vallverdu, Rolando Orbeal, David pares. Trocar site incisional hernia in laparoscopic surgeryCIR ESP. 2011; 89(2): 72-76.

5- Siqueira TM, Jr., Paterson RF, Kuo RL, Stevens LH, Lingeman JE, Shalhav AL. The use of blunt-tipped 12-mm trocars without fascial closure in laparoscopic live donor nephrectomy. JSLS. 2004;8(1):47-50.

6- Soroush A, Khorgami Z, JahangiriY, MofidR, NasiriS, Aminian A, Alibakhshi A. Assessing effect of fascial non closure in 10 mm trocar site on incidence of incisional hernia JMISS.2012:1(3):99-102.

7- Helgstrand F, Rosenberg J, Bisgaard T. Trocar site hernia after laparoscopic surgery: a qualitative systematic review. Hernia. 2011; 15(2):113-21.

8- Hodgson NC, Malthaner RA, Ostbye T. The search for an ideal method of abdominal fascial closure: a meta-analysis. Ann Surg. 2000; 231(3):436-42.

9- Tonouchi H, Ohmori Y, Kobayashi M, Kusunoki M. Trocar site hernia. Arch Surg. 2004; 139(11):1248-56.

10- Nezhat C, Nezhat F, Seidman DS. Incisional hernias after operative laparoscopy. J Laparoendosc AdvSurg Tech A. 1997; 7(2):111-5.

11- Voiculescu S, Jitea N, Burcos T, Cristian D, Angelescu N. [Incidents, accidents and complications in laparoscopic surgery]. Chirurgia (Bucur). 2000; 95(5):397-9.

12- Azurin DJ, Go LS, Arroyo LR, Kirkland ML. Trocar site herniation following laparoscopic cholecystectomy and the significance of an incidental preexisting umbilical hernia. Am Surg. 1995;61(8):718-20

13- Coda A, Bossotti M, Ferri F, Mattio R, Ramellini G, Poma A, et al. Incisional hernia and fascial defect following laparoscopic surgery. SurgLaparosc EndoscPercutan Tech. 2000; 10(1):34-8.

14- Liu CD, McFadden DW. Laparoscopic port sites do not require fascial closure when nonbladed trocars are used. Am Surg. 2000; 66(9):853-4.

15- Shalhav AL, Barret E, Lifshitz DA, Stevens LH, Gardner TA, Lingeman JE. Transperitoneal laparoscopic renal surgery using blunt 12-mm trocar without fascial closure. J Endourol. 2002; 16(1):43-6.

16- Kadar N, Reich H, Liu CY, Manko GF, Gimpelson R. Incisional hernias after major laparoscopic gynecologic procedures. Am J Obstet Gynecol. 1993; 168(5):1493-5.

17- Plaus WJ. Laparoscopic trocar site hernias. J Laparoendosc Surg. 1993;3:567-70

18- Ahmad SA, Schuricht AL, Azurin DJ, Arroyo LR, PaskinDL,Bar AH, et al. Complications of laparoscopic cholecystectomy: the experience of a university-affiliated teaching hospital . J Laparoendosc Adv. Surg Tech A. 1997; 7:29-35.

19- Birdi I, Hunt TM, Veltch PS, Armon M, Jervis P, Barr Laparoscopic cholecystectomy in Leicester: an audit of 555 patients. Ann R CollSurg Engl. 1994; 76:390-5.

20- Bender E, Sell H. Small bowel obstruction after laparoscopic cholecystectomy as a result of a Maydl's herniation of the small bowel through a trocar site. Surgery.1996;119:48

21- Freedman AN, Sigman HH. Incarcerated

[Downloaded from jmciri.ir on 2025-07-12]

paraumbilical incisional hernia and abscess: complications of a spilled gallstone. J Laparoendosc Surg. 1995;5:189-91

22- Boughey JC, Nottingham JM, Walls AC. Richter's hernia in the laparoscopic era: four case reports and review of the literature. SurgLaparoscEndosc Percutan Tech. 2003; 13:55-8.

23- Fitzgibbons RJ, Annibali R, Litke BS. Gallsbladder and gallstone removal, open versus closed laparoscopy, and pneumoperitoneum. Am J Surg. 1993;165:497-504

24- Wagner M, Farley GE. Incarcerated hernia with intestinal obstruction after laparoscopic Cholecistectomy.WMJ.1994;93:169-71

[Downloaded from jmciri.ir on 2025-07-12]

مجله علمی سازمان نظام پزشکی جمهوری اسلامی ایران، دوره ۳۳، شماره ۲، تابستان ۱۳۹۴: ۱۳۱-۱۳۷

● مقاله تحقیقی کد مقاله: ۱۵

بررسی میزان رعایت استانداردها در بخش مراقبت‌های ویژه بیمارستان‌های منتخب تهران

دکتر یاوری مسعود ۱
دکتر اردهالی سیدحسین ۲
معینی مهشید ۳*

۱- دانشیار گروه ارتوپدی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی
۲- استادیار گروه بیهوشی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، فلوشیپ مراقبت ویژه
۳- کارشناس ارشد مدیریت خدمات بهداشتی درمانی

* **نشانی نویسنده مسؤول:** یوسف آباد، خیابان بیست و سوم، خیابان شهید فراهانی پور، بیمارستان محب حضرت فاطمه (س)، تهران، ایران

تلفن: ۰۹۱۰۳۰۲۰۴۳۱

نشانی الکترونیکی:
moeini.mahshid@yahoo.com

چکیده

زمینه: تدوین و به کارگیری استانداردها در بخش‌های ICU منجر به بقای بیشتر بیماران و صرفه‌جویی در هزینه‌ها گردیده است، زیرا از اشتباهات در مدیریت بخش مراقبت ویژه جلوگیری کرده و مرگ‌های قابل پیشگیری را کاهش می‌دهد.

روش کار: این پژوهش با هدف بررسی میزان رعایت استانداردها در بخش مراقبت‌های ویژه بیمارستان‌های دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی انجام شد. داده‌های مورد نیاز این مطالعه از پرسشنامه‌های متعددی در حوزه‌های مدیریت بخش، مدیریت نیروی انسانی، تجهیزات و فضای فیزیکی، بهبود کیفیت و ایمنی بیمار و فرایندهای مراقبت از بیمار در بخش مراقبت ویژه گردآوری گردید. برای تهیه سؤالات هر یک از پرسشنامه‌ها از چک لیست‌های داخلی و خارجی متعددی استفاده شد و جهت تأیید روایی پرسشنامه‌های طراحی شده از نظرات کارشناسان حوزه معاونت درمان استفاده گردید. جهت تحلیل کمی داده‌های آماری به دست آمده از نرم‌افزار SPSS نسخه ۱۸ و جهت تحلیل کیفی داده‌ها و به دست آوردن اطلاعات تحلیلی مورد نیاز از دانش متخصصان مراقبت‌های ویژه بهره گرفته شد.

یافته‌ها: به طور کلی از مجموع ۱۰۵۲ امتیاز در ۶ بعد ارزیابی، بهترین بخش مراقبت مراقبت ویژه در کلیه بیمارستان‌های دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی ، ۶۱۸ امتیاز و ضعیف‌ترین بخش مراقبت ویژه ۴۷۰ امتیاز به دست آوردند. در بین ابعاد ارزیابی، بالاترین امتیاز با میانگین ۱۴۹ و انحراف معیار ۲۳ به بعد مدیریت و پائین‌ترین امتیاز به بعد مراقبت از بیمار با میانگین ۵۴ و انحراف معیار ۱۱ تعلق گرفت. همچنین با مقایسه امتیازات این نتیجه به دست آمد که بخش مراقبت ویژه جنرال در مقایسه با بخش‌های مراقبت ویژه اورژانس و مسمومین امتیاز بیشتری به دست آورده است.

نتیجه‌گیری: مجموع امتیازات کسب شده در بخش مراقبت ویژه بیمارستان‌های دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی که از امتیاز کلی در نظر گرفته شده بسیار پائین‌تر است؛ این در حالی است که همگی در ارزشیابی سال قبل درجه ۱ شناخته شدند. این مسأله نشان‌دهنده فاصله بین نتیجه ارزیابی‌های وزارتی و استانداردهای ملی و بین‌المللی در بخش مراقبت ویژه است که باید برای رفع آن راه چاره‌ای اندیشیده شود.

واژگان کلیدی: استاندارد، بخش مراقبت ویژه بیمارستان، مدیریت، تجهیزات پزشکی، طراحی فضای فیزیکی، ایمنی، بهبود کیفیت، فرایندهای بالینی

تاریخ دریافت مقاله: ۹۳/۱۱/۲۵ تاریخ اصلاح نهایی: ۹۴/۷/۴ تاریخ پذیرش مقاله: ۹۴/۶/۴

[Downloaded from jmciri.ir on 2025-07-12]

مقدمه

تدوین و به کارگیری استانداردها در بخش‌های ICU منجر به بقای بیشتر بیماران و صرفه‌جویی در هزینه‌ها گردیده است، زیرا از اشتباهات در مدیریت بخش مراقبت ویژه جلوگیری کرده و مرگ‌های قابل پیشگیری را کاهش می‌دهد. در ایران با تأمین منابع مالی و تخصیص اعتبارات، نظارت کافی و برطرف نمودن ساختار فیزیکی غیر استاندارد یا قدیمی، تجهیز نمودن بخش مراقبت ویژه، استخدام کادر پزشکی و پرستاری مجرب و همچنین برنامه‌ریزی در استفاده صحیح از نیروهای انسانی می‌توان به هدف اصلی این بخش یعنی ارائه مراقبت‌های ویژه به بیماران نیازمند- با توجه به اینکه مهم‌ترین شاخص در ارزیابی توانایی‌های درمانی بخش مراقبت ویژه بیمارستان، بررسی میزان مرگ‌ومیر بیمارستان است- دست یافت. [۱]

با توجه به این که بخش مراقبت‌های ویژه در بیمارستان به عنوان گلوگاه کنترل عملکرد شناخته می‌شود؛ بنابراین رعایت استانداردها در آن بسیار حائز اهمیت می‌باشد. برای دستیابی به اهداف مدیریت کیفیت باید خدمت ارائه شده با الزامات از پیش تعیین شده (استانداردها) تطابق داشته باشد. اعم استانداردهای بخش مراقبت ویژه را می‌توان در شش حوزه مدیریت و ساماندهی، مدیریت و توانمندسازی منابع انسانی، طراحی و فضای فیزیکی، تجهیزات پزشکی، امکانات و فن‌آوری و رعایت اصول ایمنی و بهبود کیفیت تعریف کرد.

از جمله شاخص‌های عملکردی مهم در بخش مراقبت ویژه که باید با نگاه علمی به آنها پرداخته شود عبارتند از درصد اشغال تخت، متوسط اقامت بیمار، دفعات راندهای تیم پزشکی شامل پزشک متخصص، پرستار، و داروساز بالینی برای کلیه بیماران بستری، گردش سالانه نیروهای پرستاری، میزان مرگ‌ومیر در بخش، درصد پذیرش مجدد بیمار در بخش، میزان استفاده از اطلاعات مرتبط با میزان مرگ‌ومیر و مدت اقامت بیماران جهت ارزیابی عملکرد بخش، میزان موارد شناسایی و گزارش بیماران با خطر کم (بیمارانی با خطر کمتر از ۱۰٪ جهت دریافت درمان‌های فعال در طول مدت اقامت در بخش مراقبت‌های ویژه). [۲]

ایوبیان در مطالعه خود به این نتیجه رسید که بیمارستان‌های نظامی بیش از بیمارستان‌های دولتی و خصوصی استانداردهای بخش مراقبت ویژه را رعایت می‌کنند که شاید دلیل آن مربوط به سیستم نظامی حاکم بر بخش مراقبت ویژه آنها باشد. [۳]

با توجه به اهمیت بخش مراقبت‌های ویژه در بیمارستان‌ها و ضرورت رعایت استانداردها در این بخش که به عنوان گلوگاه عملکردی بیمارستان شناخته می‌شود، این مطالعه با هدف بررسی میزان رعایت استانداردها در بخش مراقبت‌های ویژه بیمارستان‌های دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی در سال ۹۲ انجام شد.

روش کار

این پژوهش به روش توصیفی است که جهت مطالعه وضعیت موجود بخش‌های مراقبت ویژه بیمارستان‌های دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی با استانداردهای موجود در فاصله زمانی سه ماه اول سال ۹۲ انجام شد. پس از شناسائی وضعیت موجود بخش مراقبت‌های ویژه در ۸ بیمارستان تحت پوشش دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی که دارای بخش مراقبت ویژه فعال هستند، استانداردهای بین‌المللی و ملی تدوین شده برای بخش مراقبت ویژه گردآوری شد.

برای گردآوری داده‌های مورد نیاز در مطالعه، از چندین پرسشنامه طراحی شده توسط تیم ارزیابی استفاده گردید؛ با استفاده از این پرسشنامه‌ها داده‌های لازم جهت بررسی میزان رعایت استانداردها در شش حوزه مدیریت بخش، مدیریت نیروی انسانی، تجهیزات و فضای فیزیکی، بهبود کیفیت و ایمنی بیمار و فرایندهای مراقبت از بیمار در بخش مراقبت ویژه جمع‌آوری شد. در طراحی هر یک از پرسشنامه‌ها از چک لیست‌های داخلی (با اقتباس از کتاب استانداردهای اعتبار بخشی ملی ایران) و خارجی (اقتباس از چک لیست‌های « NATIONAL PROGRAM TO IMPROVE THE QUALITY OF ICU SERVICE-SICU SITE VISITSINTERNALINTERVIEW QUESTIONNAIRE») استفاده گردید. روایی پرسشنامه‌های طراحی شده توسط کارشناسان حوزه معاونت درمان مورد تأیید واقع شد و تیمی متشکل از متخصصین بخش مراقبت‌های ویژه و کارشناسان مختلف در حوزه‌های پرستاری، تجهیزات پزشکی و بهبود کیفیت در جمع‌آوری داده‌ها شرکت داشتند.

جهت تحلیل کمی داده‌های آماری به دست آمده از نرم‌افزار SPSS نسخه ۱۸ و جهت تحلیل کیفی داده‌ها و به دست آوردن اطلاعات تحلیلی مورد نیاز از دانش متخصصان مراقبت‌های ویژه بهره گرفته شد.

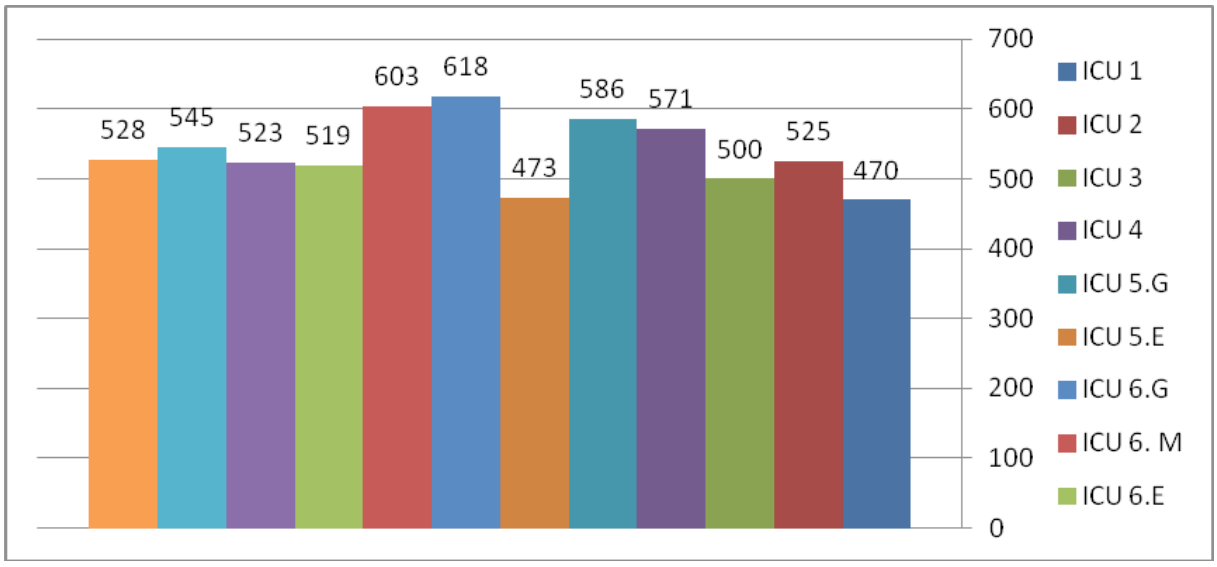
[Downloaded from jmciri.ir on 2025-07-12]

یافته‌ها

ضریب اشـغال تخت در تمامی بخش‌هـای مراقبت ویژه بالاتر از ۷۰٪ و متوسـط طول اقامت بیمار نیز در بخـش مراقبت ویژه به طور میانگین ۱۱ روز (با انحراف معیار ۹) برآورد شـد. در بسیاری از بخش‌ها راند تیم پزشـکی وجود نداشت و در بخش‌های با تعداد تخـت فعال بالا، راند تیم پزشـکی در تمام روزهـای هفته انجام می‌شد. گردش سالانه برای نیروهای پرستاری بخش مراقبت‌های ویژه اعمال نشده بود. میزان مرگ‌ومیر در بخش مراقبت‌های ویژه بیـش از ۲۰٪ و میزان بـا پذیرش بیمار در بخش نیز در بیشـتر بخش‌هـای مطالعه کمتـر از ۶٪ و تنها در یک بخش بالای ۲۰٪ محاسبه گردید. میزان اسـتفاده از اطلاعات مرتبط با شاخص‌های عملکردی صفـر بود. در تمامی بخش‌ها بیمـاران کم‌خطر جهت دریافت درمان‌های فعال شناسـائی می‌شدند. همه بخش‌ها نیز در طول ۱۲ ماه گذشـته مورد ارزیابی رسمی قرار گرفته بودند اما در ارتبـاط با نحوه نگرش، اصول کار تیمـی، برقرای ارتباط و محیط کاری کارکنان شـاغل در بخـش، هیچ ارزیابـی در هیچ یک از بخش‌ها صورت نگرفته بود.

از مجمـوع ۲۸۲ امتیاز در بعد مدیریت، بهترین بخش مراقبت ویژه ۱۹۵ و ضعیف‌ترین بخش امتیاز ۱۳۶ را کسـب کردند. از مجموع ۱۱۸ امتیاز در بعد مدیریت نیروی انسـانی، بهترین بخش مراقبت ویژه ۸۲ و ضعیف‌ترین بخش امتیاز ۷۱ را به دسـت آوردند. در بعد تجهیزات پزشـکی، از مجموع ۱۶۶ امتیاز، بهترین بخش مراقبت ویژه امتیاز ۹۸ و ضعیف‌ترین بخش امتیاز ۷۶ را به دست آوردند. در بعد فضـای فیزیکی، از مجموع ۱۴۲ امتیاز، بهترین بخش مراقبت ویژه ۸۶ امتیـاز و ضعیف‌ترین بخش ۳۸ امتیاز کسـب کردند. از مجمـوع ۱۴۰ امتیاز در بعد ایمنی و بهبود کیفیت، ۱۰۲ امتیاز برای بهترین بخش و ۸۲ امتیاز برای ضعیف‌ترین بخش محاسـبه شـد و در نهایـت از مجموع ۲۰۴ در بعد فرایندهـای مراقبت از بیمار، بهترین بخـش مراقبت ویژه ۶۸ امتیـاز و ضعیف‌ترین بخش ۳۶ امتیاز کسب کردند. منظور از فرایندهای مراقبت از بیمار، فرایندهای بالینی و همچنین آموزش به بیمار است.

میانگین امتیازات بیمارسـتان‌ها در بعد مدیریت ۱۴۹، بعد مدیریت نیروی انسـانی ۷۸، بعد تجهیزات پزشکی ۸۹، بعد فضای فیزیکی ۶۶، بعد ایمنی بیمار و کیفیت ۹۵ و بعد فرایندها ۵۴ برآورد گردید. بـه طور کلی از مجمـوع ۱۰۵۲ امتیاز در ۶ بعـد ارزیابی، بهترین بخش مراقبت، مراقبت ویژه در کلیه بیمارستان‌های دانشگاه علوم پزشـکی شهید بهشـتی، ۶۱۸ امتیاز و ضعیف‌ترین بخش مراقبت ویژه ۴۷۰ امتیاز به دسـت آوردند. میانگین نمرات کسب شده نیز ۵۳۸ امتیاز محاسـبه شـد. در نمودار ۱ مجموع امتیاز کسب شده در کلیه بخش‌های مراقبت ویژه بیمارسـتان‌های مطالعه را نشان می‌دهد.



نمودار ۱- مجموع امتیاز کسب شده در تمام بخش‌های مراقبت ویژه بیمارستان‌های دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی

با مقایسه امتیازات نشـان داده شده در نمودار ۱ به خوبی می‌توان به این نتیجه رسـید که بخش مراقبت ویژه جنرال در مقایسـه با بخش‌های مراقبت ویژه اورژانس و مسـمومین امتیاز بیشـتری به دست آورده است.

[Downloaded from jmciri.ir on 2025-07-12]

بحث و نتیجه‌گیری

همانطور که پیش از این اشـــاره شـــد، درصد اشغال تخت، متوسط اقامـــت بیمار، میزان مرگ‌ومیر، و میـــزان باز پذیرش بیمار یکی از مهم‌ترین شاخص‌های عملکردی در کلیه بخش‌های بیمارستان و به ویژه بخش مراقبت ویژه هستند. در بخش مراقبت ویژه به دلیل حجم بالای خدمات، نوع خاص بیماران پذیرش شـــده و همچنین خدمـــات منحصر به فردی که به این افراد ارائه می‌شـــود، معمولاً ضریب اشغال تخت بالا خواهد بود، که البته یافته‌های این مطالعه نیز این مســـأله را تأیید می‌کند. از یک‌سو بالا بودن ضریب اشغال تخـــت را می‌توان یک نقطه مثبت دانســـت، چرا که نشـــان‌دهنده استفاده کامل از ظرفیت بخش‌های ویژه می‌باشد، اما از سوی دیگر این مسأله می‌تواند نشانگر نقض در نظام ارائه خدمت باشد؛ چرا که کمبود تخت مراقبت ویژه در منطقه موجب وارد آمدن فشـــار کاری بیشـــتر بر یک مرکز خواهد بود و همین مســـأله بار کاری نیروی انسانی ارائه‌دهنده خدمت را نیز تحت شعاع قرار می‌دهد و از کارائی و اثربخشی ارائه خدمت می‌کاهد.

با توجه به شـــرایط خاص بیماران بســـتری در این بخش، متوسط اقامت بیمار بیش از یک هفته اســـت. البتـــه در این میان می‌توان بـــا تدوین معیارهای پذیرش و ترخیص و ایجاد کانال‌های ارتباطی مناســـب بین بخش‌های مختلف بیمارســـتان و همچنین با ســـایر بیمارســـتان‌ها، متوسط اقامت بیمار را کاهش داد. میزان مرگ‌ومیر در این بخش نیز به دلیل ویژگی‌های خاص بیماران بســـتری کمی بالاتر از سایر بخش‌های بیمارستان است البته در این مطالعه تعداد اندکی از بخش‌های مطالعه آمار بالایی داشـــته است. یکی از نکات مهم در ترخیص بیمار اطمینان از شرایط مساعد بیمار برای ترخیص است چرا که در غیر این صورت میزان باز پذیرش بیمار در بخش را افزایش می‌دهد که این مسأله نشانه عملکرد منفی بخش می‌باشد. علاوه بر شـــاخص‌های فوق، شاخص‌های مهم دیگری وجود دارند که می‌توانند نشـــانگر افزایش کارائی و اثربخشـــی بخش مراقبت ویژه تأثیر باشـــند. یکی از شاخص‌های جدید که عملکرد بخش را از نظر بالینی مد نظر قرار می‌دهد دفعات راند تیم پزشکی (پزشک متخصص، پرســـتار، داروساز بالینی) است. همچنین گردش سالانه نیروی پرســـتاری در بخش مراقبت ویژه نکته مهمی اســـت که در بحث مدیریت نیروی انسانی این بخش باید مورد توجه قرار گیرد، البته این مســـأله تابع مســـائل مالی و بودجه اختصاص داده شده به بیمارستان‌ها می‌باشـــد. [۴] میزان استفاده از اطلاعات مرتبط با شاخص‌های عملکردی در اداره بخش مراقبت ویژه نیز نکته بسیار مهمی اســـت که در بیشـــتر موارد نادیده گرفته می‌شود. شناسائی بیماران کم خطر جهت دریافت درمان‌های فعال نیز شاخصی است که در افزایش کیفیـــت خدمات بالینی و اداری بخش مراقبت ویژه تأثیر بســـزایی خواهد داشت؛ چرا که بر افزایش گردش تخت و در نتیجه کارائی بخش تأثیرگذار است. [۵]

با توجه به اینکه ارزشیابی سالانه وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی که توســـط معانت درمان دانشگاه‌های علوم پزشکی انجام می‌شـــود، در افزایـــش کارائی و اثربخشـــی بخـــش مراقبت ویژه بسیار مؤثر اســـت، اما به تنهایی نمی‌تواند به افزایش شاخص‌های عملکـــردی بخش مراقبت ویـــژه موثر باشـــد. [۶] در این ارتباط استانداردهای اعتباربخشی به رعایت استانداردها در بخش مراقبت ویژه خواهد انجامید.

بهتر است علاوه بر این ارزیابی رسمی و سالانه، ارزیابی اختصاصی در ارتبـــاط با نحوه نگـــرش، اصول کار تیمی، برقـــراری ارتباط و محیط کاری کارکنان شـــاغل در بخش ویژه انجام شـــود. با توجه به یافته‌های این مطالعه، به این شـــاخص‌های عملکردی در هیچ یک از بخش‌های مراقبت ویژه توجه نشـــده اســـت، این مســـأله ضرورت نهادینه ساختن این شاخص‌ها را نشان می‌دهد که استقرار استانداردهای اعتباربخشی ملی تا حدود زیادی به این مسأله کمک خواهد کرد.

در ارتباط با معیارهای ۵ گانه ارزیابی در این مطالعه، مجموع امتیاز بخش‌های مراقبـــت ویژه در حیطه مدیریت از امتیاز کلی بســـیار فاصله دارد.

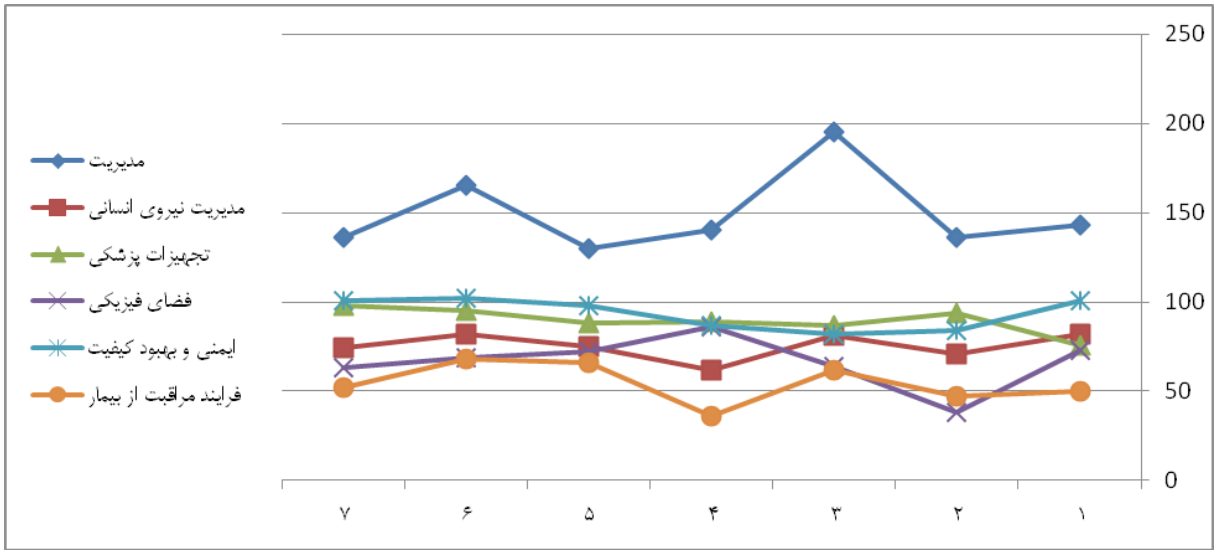
در بعد مدیریت، مدیریت نیروی انسانی و آموزش کارکنان اقدامات مثبتی انجام شده است. روسای بخش ویژه از فارغ‌التحصیلان رشته فلوشیپ آی‌سی‌یو یا بیهوشی بودند. رئیس و سرپرستار بخش نیز ســـابقه کاری کافی برای اداره بخش را دارا هســـتند. ابعاد مختلف ارزیابی در نمودار شـــماره ۲ در بیمارســـتان‌های مطالعه نشان داده شده است.

بسیاری از بخش‌ها به دلیل کمبود نیروی انسانی و تجهیزات کافی قادر به فعال کردن کلیه تخت‌های مصوب خود نبودند.

در محور اســـتانداردهای فضای فیزیکـــی، تعیین محل بخش‌های مختلف در بیمارســـتان، طراحی بخش‌ها و ارتباط‌های ایستگاه‌های پرســـتاری با تخت بیماران چنان باشد که جریان مراقبت از بیمار را تسهیل نماید، فضای کافی، طراحی خوب، چیدمان تجهیزات و محیط تمیز و مطبوع همگی در بهبود ارائه خدمات سهم بسزایی دارند.

[Downloaded from jmciri.ir on 2025-07-12]

اکثر بیمارســتان‌های دانشگاه علوم پزشــکی شهید بهشتی بسیار قدیمی هســتند و با وجود بازسازی‌های اخیر باز هم به دلیل بافت قدیمی فضای فیزیکی نامناســبی دارند. مهم‌ترین نتیجه ساختار قدیمی بخش‌ها این اســت که نمی‌توان استانداردهای روز دنیا را از آنها انتظار داشــت و همین امر امکان ارتقاء ســاختار فیزیکی بخش‌ها را دشــوار می‌ســازد. بهترین موقعیــت مکانی متعلق به بخش‌هایــی بود که در نزدیکی بخش اورژانس یا اتاق عمل واقع بــود؛ در این ارتباط اســتقرار بخش مراقبت ویــژه در طبقه اول بیمارســتان بسیار مطلوب اســت. از نظر مساحت بخش می‌توان گفــت تقریباً تمامی بخش‌ها از زیرســاخت کافی برخوردار بودند. نکته مهم دیگر در ارتبــاط با فضای فیزیکی بخش مراقبت ویژه سنجش ســالانه نور و صدا در ســاعات مختلف شبانه‌روز است. بســیاری از مراکز بــه دلیل بافت قدیمی از نــور کافی برخوردار نبودند و عامل آموزشی بودن مراکز هم در ایجاد سر و صدای زیاد در بخش دخیل است. اندازه‌گیری نور و صدا در تمام بیمارستان‌ها توسط شــرکت‌های طرف قرارداد انجام می‌شــود اما نکته قابل توجه این اســت که مدیران مراکز اجازه دسترســی به اطلاعات این اندازه‌گیری را به محققان ندادند.



نمودار ۲- مقایسه ابعاد مختلف ارزیابی در ۷ بیمارستان مطالعه شده در دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی

بخش‌های مراقبت ویژه از بعد تجهیزات پزشکی تقریباً مجهز بودند اما نکته مهم این است که بین واحد تجهیزات پزشکی و بخش‌های ویژه ارتباط مســتمر و نزدیکی وجود ندارد این در حالی است که به دلیل تجهیزات گران‌قیمت و پیشــرفته مورد استفاده در این بخش حضور دائمی یک مهندس پزشکی الزامی است. مسأله مهم دیگر، بحث خرید فــن‌آوری و تجهیزات مورد نیــاز بخش مراقبت ویژه است که باید توســط یک تیم کارشناسی و با همکاری متخصص مراقبت ویژه انجام شود و برای این کار تنها یک فرد نباید تصمیم گیرنده باشد.

کلیه بخش‌هــا در ارتباط با ایمنی و بهبود کیفیــت اقدامات قابل توجهی انجــام دادند و این بــه خاطر اقدامات مرتبــط با مباحث حاکمیت بالینی و اعتباربخشــی بوده اســت، اما باید به این نکته توجه داشت که رعایت مسائل ظاهری و در حد نام حاکمیت بالینی و اعتباربخشــی نباید پیاده‌سازی استانداردهای روز دنیا در ایمنی و بهبود کیفیت را در حاشیه قرار دهد.

نکته مهم دیگر این اســت که در بیمارستان‌هایی که بیش از یک بخش مراقبت ویژه دارند، امتیاز بخش مراقبت ویژه داخلی به عنوان اصلی‌ترین بخش ارائه خدمات ویژه بالاتر از بخش‌های دیگر درون بیمارستان بوده است. بنابراین شاید اختصاص منابع مالی بیشتر به یک بخش بتواند راهگشای افزایش عملکرد بخش مراقبت ویژه و جلوگیری از افزایش هزینه‌ها باشد.

میانگین مجموع امتیازات بخش مراقبت ویژه در کلیه بیمارستان‌های دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، ۵۲۹ محاسبه شد که با توجه به امتیاز کلی در نظر گرفته شــده بســیار پائین است؛ این در حالی اســت که همگی در ارزشیابی ســال قبل درجه ۱ شناخته شدند. این مســأله نشــان‌دهنده فاصله بین نتیجه ارزیابی‌های وزارتی و

[Downloaded from jmciri.ir on 2025-07-12]

استانداردهای ملی و بین‌المللی در بخش مراقبت ویژه است که باید برای رفع آن راه چاره‌ای اندیشیده شود.

در مطالعه ابوییان و همکاران در بررسی میزان رعایت استانداردهای بخش مراقبت ویژه در استان اصفهان، میانگین امتیاز کل ارزشیابی ۳۴۵۶ محاسبه شد. بیمارستان‌های نظامی، دانشگاهی و تأمین اجتماعی به ترتیب رتبه اول تا سوم در ارزیابی بخش مراقبت‌های ویژه را به خود اختصاص دادند. [۷] معینی در پژوهش خود به این نتیجه رسید که استانداردهای ارائه خدمات درمانی در بخش‌های مراقبت ویژه بیمارستان‌های اراک فاصله زیادی با استانداردهای معتبر ارائه خدمات درمانی در این بخش دارد که نتایج این پژوهش را تأیید می‌کند. [۸]

ماهوری و همکاران حضور یک عامل انسانی مانند حضور متخصص مقیم بیهوشی به صورت شبانه‌روزی را در کاهش مرگ‌ومیر بخش مراقبت‌های ویژه مطرح می‌کند. همچنین براون وسولیوان بر لزوم استفاده تمام وقت از پزشکان تمام وقت و متخصص تأکید دارد. [۹] سارا برات پور و حانیه السادات سجادی در پژوهش خود در خصوص رعایت استانداردها در بخش‌های مراقبت ویژه شهر اصفهان به این نتیجه دست یافتند که از نظر ارزشیابی موقعیت مکانی، فضاها و ضمائم درونی و قسمت تأسیسات و ایمنی بخش مراقبت‌های ویژه، بیشترین امتیاز به ICU اعصاب بیمارستان الزهراء و ICU اعصاب کاشانی و کمترین آن به بیمارستان عیسی بن مریم و مرکزی بیمارستان الزهراء اختصاص یافته است. [۱۰] در پژوهش دیگری تحت عنوان تحول در ساماندهی و طراحی بخش‌های مراقبت ویژه در بیمارستان‌های مدرن امروز که توسط آرزو احمدی دانیالی صورت پذیرفت، عنوان شد که برای کمک به درمان بیماران بستری در بخش‌های مراقبت ویژه توجه به نوع رنگ، نور و نیز نظارت بر اعمال تغییرات وضعیتی بیمار از راه دور، طراحی ویژه‌ای را می‌طلبد که باید برای پیاده‌سازی آن برنامه‌ریزی شود. [۱۱]

اگر تخت مراقبت ویژه کافی بر اساس میزان بیماردهی جامعه و خدمات بیمارستانی به مراکز درمانی اختصاص داده شود بار کاری این بخش کاسته خواهد شد و مسلما کارائی و اثربخشی خدمات ارائه شده نیز افزایش خواهد یافت. [۱۲]

به منظور ارتقاء هر چه بیشتر بخش‌های مراقبت ویژه، می‌توان با برگزاری کنفرانس‌های مشترک و بازدیدهای گروهی بیمارستان‌های موفق تجربیات خود را در اختیار سایر بیمارستان‌ها قرار دهند. همچنین آموزش و برنامه‌ریزی جهت استفاده بهینه از امکانات موجود و ثبت اقدامات انجام شده یکی از راه‌های افزایش ارتقاء کیفیت است. [۱۳] در واقع می‌توان گفت در بسیاری موارد کسب نمره پائین در برخی محورهای ارزیابی به دلیل عدم ثبت صحیح اقدامات در بخش می‌باشد؛ لذا بیمارستان‌ها با ثبت اطلاعات خود با استفاده از سیستم‌های نرم‌افزاری می‌توانند کیفیت خدمات ارائه شده خود را بالا ببرند.

اهمیت و ارزش تحصیلی و علمی کارکنان این بخش بسیار حائز اهمیت است. در مراقبت بیمارستانی چهار گروه نیروی انسانی دخالت دارند. الف- نیروی انسانی پزشکی ب- نیروی انسانی پرستاری ج- نیروی انسانی پیراپزشکی د- نیروی انسانی عادی و غیر ماهر. بدیهی است که کافی بودن تعداد هر یک از این رده‌های نیروی انسانی طبق استانداردهای معین ضروری است. ضمن آنکه بهره‌گیری از این کارکنان هم باید به نحوی کارساز باشد تا اطمینان حاصل شود که وظایف به طور منطقی تخصیص داده شده و مسئولیت پاسخگویی هم منطقی می‌باشد. [۱۴]

محور توانایی تکنولوژیک، توانایی ارائه خدمات عملی به بیماران بخش مراقبت ویژه را بررسی می‌نماید؛ در واقع مقدار کار یک بیمارستان (یا بخشی از یک بیمارستان) که بر کیفیت مراقبت اثرگذار است را نشان می‌دهد. میزان فعالیت بیمارستان یا بخش را می‌توان از آمارهای روزانه و به عنوان شاخصی برای بالا بردن مصرف منابع و ستاده‌ها برآورد. این محور ارزیابی را با برنامه‌ریزی بهتر و دقیق‌تر نسبت به سایر محورها بیشتر می‌توان ارتقاء داد؛ چرا که استفاده بهینه از امکانات موجود همیشه راحت‌تر از گردآوری منابع می‌باشد و اختیار کامل آن در دست مسئولین بیمارستان و مسئولین بخش مورد نظر می‌باشد. لذا نکته اساسی در این محور این است که آیا بعد از فراهم نمودن امکانات و منابع لازم در ICU، آیا مدیریت بخش توانسته از امکانات موجود به نحو احسن در راستای ارائه خدمات به بیماران استفاده نماید. [۱۵]

در مورد استانداردهای تأسیسات بخش مراقبت ویژه، ذکر این نکته ضروری است که بهره‌گیری از تجهیزات نوین به تنهایی مؤثر نیست، بلکه زمانی اثرات خود را نشان می‌دهد که نیروی انسانی بخش بتوانند از تأسیسات موجود به طور صحیح استفاده کنند. گاهی مواقع مشاهده می‌شود، که علیرغم وجود تأسیسات کامل در بخش متأسفانه به دلیل آموزش ناکافی، پرسنل از این امکانات نمی‌توانند بهره‌برداری لازم را داشته باشند.

برای ارتقاء سطح ایمنی و بهبود کیفیت بخش مراقبت ویژه، طراحی نظام مدیریت ایمنی عامل تعیین‌کننده‌ای است که ضرورت آن به شدت احساس می‌شود اما تا به این لحظه اقدامی برای آن صورت نگرفته

[Downloaded from jmciri.ir on 2025-07-12]

اســـت. با طراحی این سیستم، مدیران بخش مراقبت ویژه می‌توانند با همکاری نزدیک نیروی انسانی خود و بکارگیری ابزارهای فعال مانند تکنیک FMEA، شکست‌های موجود در نظام ارائه خدمت را پیش از وقوع خطا شناسائی کنند و به علل آشکار و پنهان خطاهای سیستمی و پزشکی در سیستم تحت مدیریت خود پی ببرند. [۱۶]

تقدیر و قدردانی:

از همکاری بی‌دریغ ســـرکار خانم دکتر ســـیما مرزبان در تکوین و تائید نتایج مطالعه و کلیه مدیران بیمارســـتان‌های دانشـــگاه علوم پزشـــکی و مدیران و کارکنان بخش مراقبت ویژه بیمارستان‌های مطالعه نهایت تشکر و قدردانی می‌شود.

مراجع

1- Duke GJ, Morley PT, Cooper DJ, Mcdemott FT, Cordner SM, Tremayne AB. 1999, "Management of severe trauma in intensive care units and surgical wards". Med Journal; 19: 416-19.

2- J.R LeGall 2007 "Evaluation of performance of ICUs" Anaesthesia, Pain, Intensive Care and Emergency A.P.I.C.E., p 455-464

3- Bourn, John, 2005, " A safer place for patients: Learning to improve patient safety". National Audit Office, Department of Health (NHS), P 65-66

4- Solberg CJ 2009." Changes in hospital costs after introducing an intermediate care unit, a comparative observational study". Maastricht, the Netherlands. Available online http://ccforum.com/content/12/3/R68

5- Valentin A, Ferdinande P. 2007 "Recommendations on basic requirements for intensive care units: structural and organizational aspects". Intensive Care Med DOI 10.1007/s00134-011-2300-7

6- ememi razavi, seyyed Hassan etal. 2010. "Hospital accreditation standards in Iran" health deputy. Ministry of health and education. P 39. [persian]

7- Ayyobian A etal. 2012 "Intensive Care Unit Standards in Isfahan Hospitals". Journal of military medicine. 14(4): 295-301. [persian]

8- Moini L, Fani A, Peyroshabani B, Baghinia M.2010 "Evaluation of the standards of health care services and comparison of predicted mortality and real mortality in patients dmitted to Valiasr and Amiralmomenin Hospitals of Arak by APACHE IV scoring system" Arak Medical university Journal (AMUJ) 2011; 14(57): 79-85.[Persian].

9- Mahory A, Heshmati F, Norozinia H, Abasi V, Norozinia Sh, Solaimani M. Role of resident anesthesia specialists in decreasing mortality rate in ICU. Iran Society of Anesthesiology &Care Journal. 2003; 41(23):17-22.[Persian].

10- Barat Pour S, Sajadi HS.2005. "Observance standard in Intensive Care Unit in Isfahan city". Research project approved: Isfahan University of Medical Sciences. [Persian].

11- Ahmadi Danieli A. 2001. "Changes in the organization and design of special care in modern hospitals". Hospital Journal.;3(7):22-28.[Persian].

12- Management and Planning Organization. 2004. "Guide the design and architecture of the Intensive Care Unit". Tehran:.[Persian].

13- Vali L. 2002. "Survey of equipment, facilities, drug and medical devices in PICU and relation with pediatric mortality rate in Tehran Pediatric Special". Proceeding of the First Congress of Resources Management in Hospital. Tehran: Iran ImamHosain University Publisher;.p. 363- 65.[Persian].

14- Mossadeg Rad AM. 2004 "Textbook of Organization and Hospital Management 2. Tehran: Art Institute of Dibagaran.[Persian].

15- Valentin A, Ferdinande P.2011. "Recommendations on basic requirements for intensive care units: structural and organizational aspects". Intensive Care Med DOI 10.1007/s00134-011-2300-7

16- "Standards for Intensive Care Unit" prepared by Intensive Care Society of England 1998

[Downloaded from jmciri.ir on 2025-07-12]

مجله علمی سازمان نظام پزشکی جمهوری اسلامی ایران، دوره ۳۳، شماره ۲، تابستان ۱۳۹۴: ۱۳۸-۱۴۶

● مقاله مروری کد مقاله: ۱۶

بعد از مطالعه این مقاله خوانندگان محترم قادر خواهند بود:
- **به مفهوم شناسی بهداشت و سلامت عمومی آگاهی یابند.**
- **اسناد بین‌المللی حمایت از بهداشت و سلامت عمومی را درک کنند.**

الزامات حقوقی اسناد بین‌المللی در قبال بهداشت و سلامت عمومی و چالش‌های فراروی آن

دکتر عباسی محمود ۱
دهقانی غزاله ۲*
رضایی راحله ۲

۱- دانشیار گروه حقوق پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی
۲- کارشناس ارشد حقوق بین‌الملل، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی

* **نشانی نویسنده مسؤول:** خیابان ولیعصر، نرسیده به خیابان توانیر، بن‌بست شمس، مرکز تحقیقات اخلاق و حقوق پزشکی

تلفن: ۰۲۱-۸۸۷۷۷۵۳۹

نشانی الکترونیکی:
Ghazale.84@gmail.com

چکیده

مقدمه: بهداشت عمومی عبارتست از مجموعه دانش و هنر پیشگیری از بیماری، تأمین، حفظ و ارتقای تندرستی و توانمندی بشر با استفاده از تلاش دسته جمعی که منجر به توسعه جامعه شود. این مفهوم در حوزه زندگی انسان گسترش یافته و به طریقی ضامن سلامت فرد و جامعه به شمار می‌رود. از این رو از دیدگاه جهانی، میدان رسالت‌ها، سیاست‌ها، وظایف و فعالیت‌های بهداشت عمومی، جهان شمول گردیده و از فرد به سمت جامعه جهانی پیشروی می‌کند.

روش کار: تحقیق پیش رو سعی دارد با انجام یک مطالعه مروری و بررسی اسناد و منابع موجود و یافتن الزامات حقوقی اسناد بین‌المللی در زمینه بهداشت و سلامت عمومی و همچنین بررسی چالش‌های فرآروی آن تا حدودی مسیر سیاست‌گذاری را در این زمینه تبیین نماید، زیرا رعایت اسناد بین‌المللی در زمینه بهداشت و سلامت از سوی دولت‌ها می‌تواند تا حدود زیادی ضامن سلامت افراد جامعه بین‌الملل باشد.

یافته‌ها: برخورداری از خدمات بهداشتی و درمانی با هدف ارتقاء، حفظ و تأمین سلامت افراد یکی از ارکان مهم پیشرفت هر جامعه‌ای را تشکیل می‌دهد و حق تمام افراد بشر است که از آن برخوردار باشند. در منشور ملل متحد، اساسنامه سازمان بهداشت جهانی، اعلامیه جهانی حقوق بشر و سایر اسناد بین‌المللی و منطقه‌ای الزام دولت‌ها در رعایت بهداشت و سلامت عمومی مشاهده می‌شود. به همین دلیل لزوم وجود اسناد و معاهدات بین‌المللی که دولت‌ها را ملزم کند تا برای حفظ و تأمین بهداشت و سلامت عمومی به سیاست‌گذاری‌های لازم بپردازند، احساس می‌شود.

واژگان کلیدی: بهداشت عمومی، سلامت عمومی، حقوق بشر، اسناد بین‌المللی، سازمان بهداشت جهانی

تاریخ دریافت مقاله: ۹۳/۱۱/۱۸ تاریخ اصلاح نهایی: ۹۴/۹/۲۳ تاریخ پذیرش مقاله: ۹۴/۶/۴

[Downloaded from jmciri.ir on 2025-07-12]

مقدمه

مفهوم شناسی بهداشت و سلامت عمومی

بهداشت و سلامت یکی از ارکان اساسی در نظام حقوق بشر است و برخورداری از سلامت فیزیکی، روانی، اجتماعی و معنوی که باید برای همه در دسترس باشد حق تمام افراد بشر است. برخورداری از خدمات بهداشتی درمانی با هدف ارتقاء، حفظ و تأمین سلامت افراد یکی از ارکان مهم پیشرفت هر جامعه‌ای را تشکیل می‌دهد. واژه بهداشت در فرهنگ لغات فارسی به معنای نیکو نگاهداشتن، نگاهداری تندرستی که سابقاً در لغت عربی حفظ الصحه می‌گفتند، آورده شده است [۱]. از لحاظ تاریخی، بذر بهداشت حدود ۳۹۰۰ سال قبل از میلاد مسیح کاشته شد و در سال ۱۹۴۶ میلادی به عالی‌ترین ثمره خود که تصویب اساسنامه سازمان جهانی بهداشت بود دست یافت و بدینوسیله هدف نهایی بهداشت، تأمین، حفظ و ارتقای سلامت بشری اعلام شد. لذا رسالت و وظیفه اصلی بهداشت عمومی، استقرار تندرستی جامع و فراگیر و با کیفیت تک‌تک افراد جامعه است. یکی از عوامل مؤثر بر بهداشت عمومی، شرایط و مقتضیات گوناگونی است که سلامت فرد و جامعه را تحت تأثیر قرار می‌دهد.

سلامت در فرهنگ لغات به معنی بی‌گزند شدن، از عیب و آفت رهایی یافتن، بی‌عیبی و تندرستی آمده است [۱]. سلامت در اسناد مختلف حقوق بشری به عنوان یک حق به رسمیت شناخته شده است. سلامتی در معنای لغوی محدود به کارکرد عادی و بهینه یک ارگانیسم در حالتی بدون مریضی یا ناهنجاری اطلاق می‌شود. اما در معنای گسترده‌تر، سلامتی عبارت است از وضعیت رفاه کامل جسمی، روانی، اجتماعی و معنوی و نه صرفاً فقدان بیماری یا ناتوانی. زیرا اگر سلامت به فقدان بیماری تعریف شود، مشکل تعریف بیماری باقی می‌ماند.

براساس موازین بین‌المللی حقوق بشر، همه موجودات انسانی از ارزش یکسانی برخوردارند و بنابراین باید از حمایت‌های یکسانی بهره‌مند گردند و به شأن و کرامت انسانی و تمامیت جسمانی آن‌ها احترام گذاشته شود. حق‌های بشری به یک قاعده بنیادین به نام حیات انسان می‌رسند و برخورداری از حداقل‌های بهداشتی، لازمه حیات و حیثیت ذاتی انسان به شمار می‌روند و عدم برخورداری از این حداقل‌ها به منزله انکار والاترین ارزش‌های انسانی است. پس حق بر داشتن بهداشت و سلامتی را می‌توان حقی بنیادین قلمداد کرد. حق بنیادین در نظام بین‌المللی حقوق بشر به حقی اطلاق می‌شود که برای تحقق و بهره‌مندی از سایر حق‌ها و آزادی‌ها ضرورت دارد. چگونه می‌توان از حداقل بهداشت محروم بود و از کرامت انسانی و حیثیت انسانی صحبت کرد. بنابراین لازم است اسناد موجود در این زمینه و الزامات حقوقی مطرح شده در آنها در قبال بهداشت و سلامت عمومی بررسی شده و مکانیزم‌های پیش‌بینی‌شده برای نظارت بر عملکرد دولت‌ها نیز بیان گردد.

در منشور ملل متحد به موضوع بهداشت و سلامت عمومی پرداخته شده و الزاماتی را برای دولت‌ها در جهت فراهم ساختن بهداشت و سلامت در جامعه ایجاد کرده است. اساسنامه سازمان بهداشت جهانی نیز به این موضوع پرداخته و تعریفی را از سلامت ارائه می‌دهد. پس از آن در اسناد بین‌المللی و منطقه‌ای متعددی اعم از خاص و عام و همچنین چند اعلامیه این حق به رسمیت شناخته شده است. از جمله اسناد بین‌المللی که تأکید زیادی بر مسأله بهداشت و سلامت داشته است اعلامیه هزاره سوم توسعه می‌باشد، که رهبران جهان در بزرگ‌ترین گردهمایی خود در سال ۲۰۰۰ میلادی طی اعلامیه‌ای متعهد شدند که تمام تلاش خود را برای مهیا نمودن یک زندگی سالم برای تمام ابنای بشر در سده آینده به کارگیرند. این مسأله نشان‌دهنده اهمیت موضوع بهداشت و سلامت عمومی و لزوم توجه بیش از پیش به آن می‌باشد و برای فراهم نمودن بهداشت و سلامت در عرصه بین‌المللی ناچار به شناخت چالش‌ها و مشکلات فرا روی آن در جهت حل این مشکلات می‌باشیم.

امروزه سلامتی یکی از مؤلفه‌های اساسی و از نگرانی‌های روزمره انسان‌ها به شمار می‌رود و قطع نظر از سن، جنس و پیشینه‌های اجتماعی یا نژادی، سلامتی از مهم‌ترین و حیاتی‌ترین سرمایه‌های اجتماعی جوامع محسوب می‌شود. در مقدمه اساسنامه سازمان بهداشت جهانی، سلامتی «رفاه کامل فیزیکی، روحی و اجتماعی و نه صرفاً عدم وجود هرگونه بیماری و ناتوانی» تعریف شده است و «لذت بردن از بالاترین استانداردهای سلامتی قابل دسترس، یکی از بنیادی‌ترین حقوق هر انسان بدون در نظر گرفتن تفاوت‌های نژادی، مذهبی، باورهای سیاسی یا شرایط اقتصادی و اجتماعی می‌باشد.» قوانین مربوط به بهداشت و سلامت عمومی از یک‌سو مشتمل بر نظم دادن به مجموعه اقداماتی است که بنا بر اهداف سلامتی و با راهکارهایی چون ممنوعیت، تحریک و یا ایجاد انگیزه تدوین یافته و از سوی دیگر به سازماندهی خدمات عمومی و مشاغلی که به نحوی از آنجا با سلامتی انسان در ارتباط هستند، می‌پردازد. با وجود تمام تلاش‌های انجام شده در حوزه مربوط به

[Downloaded from jmciri.ir on 2025-07-12]

بهداشت و سلامت عمومی شاهد مشکلات فراوانی در این زمینه می‌باشیم. با توجه به مطالب بیان شده سعی بر این است که با بهره‌گیری از اسناد بین‌المللی، در حفظ و ارتقاء سطح بهداشت و سلامت عمومی در عرصه داخلی و بین‌المللی مؤثر بوده و چالش‌های فرآروی آن را بررسی کنیم.

۱- اسناد بین‌المللی حمایت از بهداشت و سلامت عمومی

حق برخورداری از بهداشت و سلامت عمومی یکی از حق‌های بنیادین بشری شناخته شده در نظام بین‌المللی حقوق بشر است که در اسناد گوناگون بین‌المللی و منطقه‌ای جایگاه استواری یافته است.

الف- منشور ملل متحد

اولین اشاره به مسئله بهداشت و سلامت عمومی در ماده‌ی ۵۵ منشور ملل متحد آمده است که طبق بند ب این ماده، دولت‌ها متعهد به ترویج راه حل‌هایی برای مشکلات مربوط به سلامت هستند. انعکاس بعدی بهداشت و سلامت عمومی در اساسنامه‌ی سازمان بهداشت جهانی مندرج است که سلامتی را نه صرفاً به معنای فقدان بیماری بلکه در مفهوم سلامت کامل جسمی و روانی قلمداد کرده و هدف سازمان را ارتقای سطح سلامتی تمام افراد تا بالاترین حد ممکن تلقی نموده است. [۱]

ب- اعلامیه جهانی حقوق بشر

ماده ۲۵ اعلامیه جهانی حقوق بشر نیز به حق برخورداری از سلامتی پرداخته است. طبق بند ۱ این ماده هر کس حق بر تأمین زندگی شایسته از حیث خوراک، مسکن، مراقبت‌های پزشکی و خدمات اجتماعی را دارد؛ این ماده حق بر زندگی آبرومند را بیان می‌کند که یکی از لوازم زندگی شایسته و آبرومند تأمین نیازهای اولیه‌ای مثل سلامت است.

ج- میثاق بین‌المللی حقوق اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی

حق برخورداری از بهداشت و سلامت عمومی در ماده‌ی ۱۲ میثاق بین‌المللی حقوق اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی نیز ذکر شده است؛ بر اساس این ماده، کشورهای طرف میثاق حق هرکس را به تمتع از بهترین حالت جسمی و روانی ممکن الحصول به رسمیت می‌شناسد و تدابیری که دولت‌ها باید برای استیفای کامل بهداشت و سلامت اتخاذ کنند عبارت است از: انجام اقداماتی در جهت توسعه‌ی سلامت کودکان و کاهش مرگ‌ومیر آنها، بهبود بهداشت محیط و بهداشت صنعتی، پیشگیری و معالجه و کنترل بیماری‌های همه‌گیر بومی، حرفه‌ای و سایر امراض و تأمین خدمات و مراقبت‌های پزشکی در مواقع بیماری [۲].

د- میثاق حقوق مدنی و سیاسی

میثاق حقوق مدنی و سیاسی نیز شامل مقرراتی است که بر بهداشت و سلامت عمومی تأثیر می‌گذارند. برای مثال، می‌توان حق بر حیات، حق بر آزادی از شکنجه، حق بر آزادی و امنیت شخصی، حق بر رفتار انسانی با زندانیان، آزادی فکر، وجدان و مذهب و حق بر مطالبه، دریافت و انتقال اطلاعات را نام برد. این حقوق به افراد برای دستیابی به سلامت و برخورداری از این حق کمک می‌کند.

هـ- کنوانسیون بین‌المللی رفع همه اشکال تبعیض نژادی

سند دیگری که باید در این رابطه بررسی شود، کنوانسیون بین‌المللی رفع همه اشکال تبعیض نژادی است که بر اصول عدم تبعیض و برابری موجود در میثاقین تأکید می‌کند. طبق ماده‌ی ۵ این کنوانسیون، دول عضو متعهدند تبعیضات نژادی را در هر شکل و صورتی ممنوع و ریشه‌کن سازند و حق هر فرد را به مساوات در برابر قانون و به ویژه در تمتع از حقوق برشمرده شده بدون تمایز از لحاظ نژاد یا رنگ یا ملیت یا قومیت تضمین کند. بند ۴ این ماده به حق استفاده از بهداشت عمومی و مراقبت‌های پزشکی، بیمه‌های اجتماعی و خدمات اجتماعی اختصاص دارد [۳].

و- کنوانسیون رفع تبعیض علیه زنان

از اسناد بین‌المللی خاص می‌توان «کنوانسیون رفع تبعیض علیه زنان»۲ را نام برد که در ماده‌ی ۱۱ خود، حق بر حفظ سلامتی و رعایت ایمنی در محیط کار از جمله حمایت از وظیفه‌ی تولید مثل را به رسمیت می‌شناسد. کنوانسیون رفع تبعیض علیه زنان، بارداری و تولید مثل را به عنوان یکی از ابعاد سلامت تلقی می‌کند و بر مراقبت زنان به هنگام بارداری و زایمان و توانمندسازی آنان برای اشتغال تأکید می‌کند و محتوای خاصی برای حق بر سلامت، بر اساس جلوگیری از تبعیض علیه زنان در زمینهی مراقبت بهداشتی با تأکید بر خدمات مراقبت بهداشتی تنظیم خانواده، علاوه بر دسترسی

[Downloaded from jmciri.ir on 2025-07-12]

برابر زنان به خدمات بهداشتی ارائه می‌دهد. طبق پاراگراف دوم ماده‌ی ۱۲ این کنوانسیون، دولت‌ها متعهد به تضمین ارائه خدمات مناسب در ارتباط با بارداری، بستری شدن برای زایمان و دوران پس از زایمان و در موارد لزوم، در اختیار قراردادن خدمات رایگان و تغذیه‌ی کافی در دوران بارداری و شیردهی مادران هستند.
علاوه بر این کنوانسیون محو تبعیض علیه زنان در سال ۱۹۹۹، توصیه نامه‌ای تحت عنوان زنان و سلامت را تصویب کرد [۴].
از نکات مهم این توصیه نامه می‌توان به ممنوعیت تبعیض علیه زنان در دسترسی به خدمات بهداشتی، توجه خاص به نیازها و حقوق زنان، گروه‌های آسیب‌پذیر و محروم و زنان روستایی و تضمین دسترسی زنان به اطلاعات و آموزش مربوط به سلامت جنسی و تولید مثل از سوی دولت اشاره کرد.

ز- کنوانسیون حقوق کودک

کنوانسیون حقوق کودک، در ماده ۲۴ خود، حق کودک را در برخورداری از بالاترین سطح استاندارد سلامت و تسهیلات لازم برای درمان بیماری و توانبخشی به رسمیت می‌شناسد. طبق این ماده، دولت‌ها باید روش‌های مناسب را در زمینه‌ی کاهش مرگ‌ومیر نوزادان و کودکان و ارائه‌ی مشاوره پزشکی و مراقبت‌های بهداشتی اولیه، مبارزه با بیماری‌ها و سوء تغذیه و تضمین مراقبت‌های قبل و پس از زایمان مادران اتخاذ کنند.

ح- کنوانسیون حقوق معلولان

ماده ۲۵ کنوانسیون حقوق معلولان۳، مصوب ۲۰۰۶ نیز به سلامت اختصاص دارد. به موجب این ماده، دولت‌های عضو کنوانسیون حقوق معلولان برخورداری از عالی‌ترین استاندارد سلامتی را بدون تبعیض بر اساس معلولیت، به رسمیت می‌شناسد و باید برای معلولان خدماتی مانند خدماتی که برای افراد دیگر فراهم کرده‌اند، تدارک ببینند و با توجه به معلولیتشان، خدمات لازم را برای تشخیص اولیه و درمان و برای پیشگیری و به حداقل رساندن ناتوانی (معلولیت) بیشتر در میان کودکان و اشخاص مسن فراهم کنند و در تدارک خدمات به نواحی روستایی توجه خاص شود.

ط- کنوانسیون حمایت از حقوق کارگران مهاجر

کنوانسیون بین‌المللی حمایت از حقوق کارگران مهاجر و اعضای خانواده‌هایشان۴ مصوب قطعنامه‌ی شماره‌ی ۴۵/۱۵۸ مجمع عمومی در ۱۸ دسامبر ۱۹۹۰ می‌باشد. مواد ۲۸، ۴۳ و ۴۵ این کنوانسیون به بیان مطالبی در رابطه با بهداشت و سلامت عمومی می‌پردازد. طبق ماده ی ۲۸، کارگران مهاجر و اعضای خانواده‌هایشان حق بر دریافت مراقبت پزشکی که برای حفظ حیات یا جلوگیری از آسیب غیر قابل جبران به سلامتشان ضروری است را به گونه‌ای برابر با اتباع دولت مربوطه دارند و از ارائه‌ی این خدمات به دلیل بی‌نظمی کارگران در رابطه با اقامت یا استخدام نباید خودداری شود. مواد ۴۳ و ۴۵ به ترتیب دسترسی کارگران مهاجر و دسترسی اعضای خانواده‌ی کارگران مهاجر به خدمات اجتماعی و بهداشتی به گونه‌ای برابر با اتباع دولت را مقرر می‌دارند.

ی- معاهدات حقوق بشر دوستانه بین‌المللی

معاهدات چهارگانه ژنو نیز از جمله معاهداتی هستند که به مسئله بهداشت و سلامت پرداخته اند. معاهده اول ژنو در مورد بهبودی شرایط مجروحان و بیماران نیروهای مسلح در میدان جنگ۵ است. طبق ماده ۲۲ معاهده سوم ژنو که به مداوای اسیران جنگی ۶ اختصاص دارد، اسرای جنگی فقط باید در مکان‌های مشخصی که ضامن بهداشت و سلامت آنها باشد نگهداری شوند. همچنین بر اساس ماده ۲۹، دولت بازداشت‌کننده متعهد به رعایت تمام مقررات بهداشتی لازم برای تضمین پاکیزگی و بهداشت اردوها و پیشگیری از بیماری‌های همه‌گیر می‌باشد. به علاوه اسرای جنگی باید در تمام اوقات از تسهیلاتی که مطابق قوانین بهداشتی است برخوردار شده و در شرایط بهداشتی از آنها نگهداری شود. همچنین باید برای اسیران جنگی، به غیر از تجهیز اردوگاه، حمام و دوش، آب و صابون کافی برای نظافت شخصی فراهم شود. طبق ماده۳۰ هر اردوگاه باید مجهز به درمانگاهی مناسب باشد که در آن به اندازه کافی به سلامت اسرای جنگی توجه شود و همچنین به آنها رژیم غذایی مناسب داده شود. اسرای جنگی که از بیماری خطرناک رنج می‌برند یا شرایطشان به گونه‌ای است که نیازمند درمانی خاص مانند عمل جراحی یا مراقبت بیمارستانی هستند، حتی اگر بخواهند آنها را در آینده‌ای نزدیک به میهن خود بازگردانند باید در واحد پزشکی شهری یا نظامی که می تواند چنین درمانی را ارائه کند بستری شود. همچنین نباید از اینکه آنها برای معاینه، خود را به مراجع پزشکی نشان دهند ممانعت به عمل آید. هزینه‌های درمان، از جمله هزینه‌های وسایلی که برای حفظ سلامت اسیران جنگی می‌شود، را باید دولت بازداشت‌کننده متقبل شود. بر اساس ماده ۳۱ باید حداقل یک بار در ماه از اسرای جنگی بازدید پزشکی به عمل آید. هدف از این بازدید نظارت بر وضعیت عمومی سلامتی، تغذیه

[Downloaded from jmciri.ir on 2025-07-12]

و بهداشـــت اسیران و تشـــخیص بیماری‌های مسری به خصوص ســـل، مالاریا و بیماری مقاربتی است. معاهده چهارم ژنو در رابطه بـــا حمایت از افـــراد غیرنظامی در زمان جنـــگ ۷، طبق ماده ۳۶، عزیمت‌هایی که مجاز دانسته می‌شود، باید در شرایط قابل قبولی از لحاظ امنیتی و بهداشتی، صورت گیرند. ماده ۷۶ تصریح می‌کند که افراد محافظت‌شـــده که متهم به ارتکاب جرم هستند باید در کشور اشغال شـــده بازداشت شده و اگر محکوم شـــدند باید دوره حبس خود را در آن کشور سپری کنند. در صورت امکان این نوع افراد از دیگر بازداشت‌شـــدگان جدا بوده و باید از شرایط غذایی و بهداشتی که برای ســـالم نگهداشتن آنها کافی باشد و حداقل برابر با شرایط افرادی که در زندان‌های کشـــور اشغال شـــده به سر می‌برند باشد بهره‌مند شوند. همچنین این افراد تا اندازه‌ای که وضعیت سلامتی آنها نیاز داشته باشد از امکانات پزشکی برخوردار می‌شوند.

ک- منشور اجتماعی اروپا

علاوه بر اســـنادی کـــه در بالا ذکر گردید برخی اســـناد منطقه‌ای نیز در زمینه بهداشـــت و سلامت عمومی وجود دارند، از جمله این اسناد «منشـــور اجتماعی اروپا»۸ است. این منشور، عبارت حق بر سلامت را به کار می‌برد و مقرر می‌دارد که دولت‌های عضو متعهد به اتخاذ اقداماتی مناســـب برای ارتقاء سلامت از طریق آموزش و مشـــاوره برای جلوگیری از بیماری‌های مسری و سایر بیماری‌ها و رفع اســـباب بیماری تا حد ممکن هســـتند. منشور بر خلاف میثاق بین‌المللی حقـــوق اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی و اساســـنامه‌ی ســـازمان بهداشت جهانی، تعریفی از سلامت ارائه نمی‌دهد. منشور حق برخورداری از بهداشـــت و ســـلامت را فراتر از حق بر مراقبت پزشـــکی می‌داند و بر اقدامات پیشـــگیرانه و آموزش برای پاســـخ به مشـــکلات پزشکی و دیگر مشـــکلات مربوط به سلامت تأکید می‌کند.

بـــر خلاف رویکرد مضیق و محتاطانه منشـــور اروپایی، «منشـــور افریقایی حقوق بشـــر و مردم»۹، مقرر مـــی‌دارد که هر فردی حق برخـــورداری از بهترین وضعیت قابل حصول ســـلامت فیزیکی و روانی را دارد. منشـــور افریقایی یـــک تعهد کلی و یک تعهد خاص برای دولت‌های عضو در نظـــر می‌گیرد. تعهد کلی دولت‌ها، اتخاذ اقدامات ضروری برای حمایت از ســـلامت مردم و تعهد خاصشان، تضمین ارائه‌ی مراقبت پزشـــکی به هنگام بیماری افراد اســـت و منشور بر اساســـی بودن مراقبت پزشکی بدون محدود کردن تعهد کلی دولت‌ها، تأکید می‌کند.

ل- منشور آفریقایی حقوق و رفاه کودک

از دیگر اسناد منطقه‌ای می‌توان به «منشور افریقایی حقوق و رفاه کودک»۱۰ اشـــاره کرد. این منشور که مصوب سال ۱۹۹۹ سازمان اتحاد افریقایی است، در ماده‌ی ۱۴ خود به بیان سلامت و خدمات بهداشـــتی می‌پردازد. طبق این ماده، هر کودک حق بر برخورداری از عالی‌ترین حالت قابل حصول ســـلامت جســـمی و روانی را دارد و دولت‌های عضو بـــرای اجرای کامل این حق باید تدابیری اتخاذ نمایند. از جمله ایـــن تدابیر عبارتند از: کاهش مرگ‌ومیر نوزادان و کودکان، تدارک خدمات بهداشـــتی برای کودکان، تهیه‌ی تغذیه‌ی کافی و آب آشامیدنی ســـالم و تلاش در جهت مبارزه با بیماری و ســـوء تغذیه از طریق کاربرد تکنولوژی مناســـب، توجه به مادران باردار و شیرده، گســـترش خدمات بهداشتی پیشگیرانه و آموزشی، گنجاندن برنامه‌های خدمات بهداشـــتی در برنامه‌های توســـعه‌ی ملی، اطلاع‌رســـانی به همه‌ی بخش‌های جامعه در مورد ســـلامت و تغذیه‌ی کودک و مزایای تغذیه‌ی کودک با شـــیر مادر و بهداشت محیط، تضمین مشارکت فعال سازمان‌های غیر دولتی، افراد ذینفع و گروه‌های محلی در برنامه‌ریزی‌های مربوط به سلامت.

م- کنوانسیون آمریکایی حقوق بشر

«کنوانسیون امریکایی حقوق بشر»۱۱ مستقیماً به حقوق اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی نمی‌پردازد. این سند مقرر می‌دارد که دولت‌ها تعهـــد به اتخاذ اقداماتی برای دســـتیابی تدریجی به حقوق مندرج در اســـتانداردهای اقتصادی، اجتماعی، آموزشی، علمی و فرهنگی منشـــور ســـازمان دولت‌های امریکایی۱۲ دارند. منشـــور سازمان دولت‌هـــای امریکایی به طور خاص برخورداری از ســـلامت را به عنوان یک حق بشری بیان نمی‌کند بلکه حق رفاه مادی و شرایط سالم کاری را به کار می‌برد. پروتکل الحاقی به کنوانسیون امریکایی حقوق بشـــر در زمینه‌ی حقوق اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی سان ســـالوادر۱۳، به طور خاص در مـــاده‌ی ۱۰ خود، حق برخورداری از بهداشـــت و ســـلامت را مقرر می‌دارد. این پروتکل عبارتی شبیه دیباچه‌ی سازمان بهداشت جهانی به کار می‌برد. طبق این پروتکل، هر کس حق برخورداری از سلامت به معنی برخورداری از بالاترین ســـطح سلامت فیزیکی، روانی و اجتماعی را دارد. به نحو مشابه‌ی «اعلامیـــه‌ی امریکایی حقوق و تکالیف بشـــر» بر وجود و اهمیت بهداشت و سلامت عمومی تأکید می‌کند. اعلامیه مقرر می‌دارد که هر کس حق بر حمایت از ســـلامتی‌اش از طریق اقدامات بهداشتی اجتماعی مرتبط با غذا، پوشـــاک، مسکن و مراقبت پزشکی در حد

[Downloaded from jmciri.ir on 2025-07-12]

منابع جامعه را دارد. این اعلامیه بخشی از کنوانسیون امریکایی تلقی می‌شود.

ن- کنوانسیون حقوق بشر و زیست پزشکی شورای اروپا

کنوانسیون حقوق بشر و زیست پزشکی شورای اروپا، گام مهمی در جهت هماهنگی معیارهای اروپایی و بین‌المللی در حوزه زیست پزشکی برداشته است. به موجب ماده ۳ این کنوانسیون مساوات در دستیابی به مقررات بهداشتی ضروری و منحصر به فرد است و بدین ترتیب تعریف می‌شود که: «همه افراد باید برای نیازهای بهداشتی خود به منابع کافی دسترسی داشته باشند و این منابع باید با کیفیت مناسب و به طور یکسان در اختیار همگان باشد» ماده ۴ کنوانسیون مقرر می‌دارد که هر مداخله‌ای در حوزه سلامت باید مطابق با استانداردهای شغلی مربوط باشد. مفاد این کنوانسیون به وسیله چهار پروتکل پیگیری می‌شود و هر ۵ سال یکبار مورد بازنگری قرار می‌گیرد. پروتکل تحقیقات زیست پزشکی به وسیله کمیته‌ای از وزرای پارلمان اروپا در ژوئن ۲۰۰۴ در استراسبورگ تأیید شد و با رضایت ۴ عضو به اجرا گذاشته شد. بر خلاف دستورالعمل‌های اخلاقی منطقه‌ای و بین‌المللی مثل بیانیه هلسینکی، سازمان‌های بین‌المللی علوم پزشکی و برنامه سازمان ملل در زمینه ایدز۱۴، کنوانسیون حقوق بشر و زیست پزشکی نوعی ابزار حقوقی است. مدعیانی که معتقدند حقوق آنها پایمال شده ممکن است به این کنوانسیون متوسل شوند. کنوانسیون این صلاحیت را دارد که تعیین کند آیا کشورهای عضو الزامات کنوانسیون را نقض کرده‌اند یا خیر؟ بنابراین کنوانسیون حقوق بشر و زیست پزشکی بار حقوقی قابل توجهی دارد [۵].

۲- چالش‌های فرا روی بهداشت و سلامت عمومی

برای تحقق اهداف اسناد بین‌المللی در زمینه بهداشت و سلامت عمومی، با چالش‌های فراوانی روبه‌رو هستیم که لازم است این چالش‌ها و مشکلات به منظور دستیابی به راه حل مقابله با آن‌ها مورد بررسی قرار گیرند.

الف) بیماری‌های فراگیر

از جمله مسائلی که در عرصه بین‌المللی بهداشت و سلامت عمومی را تهدید می‌کند، بیماری‌های فراگیر است، انسان از زمان پیدایش، همواره بیماری را تجربه کرده و تلاش نموده تا همه‌گیری‌ها آن درک و پیشگیری کند.

همه‌گیری عبارتست از رویداد یک بیماری، یک رفتار خاص بهداشتی یا رویدادهای دیگر بهداشتی در یک منطقه یا جامعه به نحوی که به طور واضح از حد انتظار عادی بیشتر باشد. همه‌گیری حالتی است نسبی در رابطه با فراوانی عادی بیماری در همان منطقه، در جمعیت مورد نظر و در فصل معین سال تنها یک مورد از یک بیماری قابل انتقال که برای مدتی طولانی در یک جامعه دیده نشده باشد یا یک مورد از یک بیماری که قبلاً در آن منطقه وجود داشته باشد، گزارش فوری و بررسی کامل محلی را ایجاب می‌کند و دو مورد از چنین بیماری که رابطه زمانی و مکانی نیز داشته باشند برای اطلاق همه‌گیری کافی است. یک بیماری که سال‌ها همه‌گیر می‌ماند عاقبت به عنوان بومی در نظر گرفته می‌شود و عبارت است از حضور دائمی یک بیماری یا عامل عفونی در یک محدوده جغرافیایی یا گروه جمعیتی [۶].

امروزه علیرغم گذار اپیدمیولوژیک بیماری‌ها به علّت تغییر شرایط زندگی از جمله شهرنشینی و صنعتی شدن و اهمیت یافتن بیماری‌های قلبی عروقی و سایر بیماری‌های ناشی از تجدد (مدرنیسم) هنوز بیماری‌های واگیر و عفونی، یکی از مهم‌ترین بیماری‌های تهدیدکننده سلامت جوامع بشری به ویژه جهان سوم است و حتی در کشورهای پیشرفته هم اگر برنامه‌های دقیق و مدونی برای مبارزه با این بیماری‌ها وجود نداشته باشد امکان بازپدیدی آنها بسیار زیاد خواهد بود. ازجمله بیماری‌های فراگیر که سلامت عمومی را تهدید می‌کند می‌توان ایدز، مالاریا، هپاتیت ... را نام برد.

ب) بیوتروریسم

دیگر چالش فراروی بهداشت و سلامت عمومی مسئله بیوتروریسم است. بیوتروریسم عبارتست از ایجاد ترس و وحشت، با بهره‌گیری از عوامل زیست‌شناختی مختلف، جنگ افزار بیولوژیک که عبارتست از وسیله‌ای که به منظور انتشار عمدی ارگانیسم‌های مولد بیماری یا فرآورده‌های آن‌ها توسط غذا، آب، حشرات ناقل یا به صورت افشانه (آئروسل) به کار برده می‌شود [۷].

جنگ بیولوژیک عبارتست از استفاده از عوامل بیولوژیک، اعم از باکتری‌ها، ویروس‌ها، گیاهان، حیوانات ... و فرآورده‌های آن‌ها به منظور اهداف خصمانه [۸].

بر اساس تعریف پلیس بین‌الملل در سال ۲۰۰۷ بیوتروریسم عبارت

[Downloaded from jmciri.ir on 2025-07-12]

اســت از منتشر کردن عوامل بیولوژیکی یا سمی با هدف کشتن یا آسیب‌رساندن به انســان‌ها، حیوانات و گیاهان با قصد و نیت قبلی و به منظور وحشــت‌آفرینی، تهدید و وادار ســاختن یک دولت یا گروهی از مردم به انجام عملی یا برآورده کردن خواسته‌ای سیاسی یا اجتماعی [۹].

پیش‌بینی زمان و نحوه حملات تروریســتی شیمیایی و بیولوژیک ممکن نیست، بنابراین نباید امکان چنین حملاتی را نادیده گرفت، به ویژه با توجه به حوادث ده سال اخیر (حمله گاز سارین (sarin) در متروی توکیو و کشــف برنامه های سلاح‌های زیستی در عراق و شوروی سابق) آماده ســاختن عموم در مقابل این تهدیدها یک چالش دشــوار است، اما نتایج عدم آمادگی می‌تواند به فاجعه منجر شود. زیرساختار سلامت عمومی باید به منظور جلوگیری از بیماری و آسیب شناسی از تروریسم بیولوژیک و شیمیایی (به ویژه حملات تروریستی پنهان) آمادگی کسب نماید. به محض پدیدار شدن یک بیماری عفونی، کنترل و تشــخیص زودرس حملات شــیمیایی و بیولوژیک به وجود یک نظام سلامت انعطاف‌پذیر و قوی در سطح ملی بستگی دارد [۱۰].

بــا این حال عده کثیری از مردم، ممکن اســت هنــوز بر این باور باشــند که جنگ بیولوژیک، زاییده تخیلات نظامی است و حال آن که امروزه جریانات سیاســی و پیشرفت‌های بیوتکنولوژی، این باور را تغییر داده است و در سال‌های آغازین هزاره سوم میلادی، لازم اســت خود را برای دفاع بیولوژیک، آمــاده کنیم و دیگر وقت آن رسیده اســت که طغیان ناشی از یک بیماری منتقله از طریق مواد غذایی و یا القاء یک بیماری مسری، به طرق مختلف، ظن احتمال وقوع بیوتروریسم را در پرســنل پزشکی و بهداشت، برانگیزد و به اقدامات پیش‌گیرانه‌ی درمانی و اطلاع‌رسانی به موقع توسط آنان و کنترل سریع فاجعه، بپردازیم [۱۱].

دربــاره ســلاح‌های بیولوژیــک، بایــد گفت کنوانســیون‌ها و پروتکل‌های مربوط به ممنوعیت کاربرد ســلاح‌های بیولوژیک، به گونه‌ای عبارت‌پردازی شــده اســت که خود دلالت بر عرفی بــودن چنیــن ممنوعیتــی دارد. عــرف را می‌توان بــه عنوان مجموعه‌ای از عادات و عملکردهای شــناخته شــده کشــورها تعریف کرد که در زمان معین پایه‌گذار قاعده‌ای حقوقی می‌شود. گزاف نیســت اگر بگوییم در شکل‌گیری حقوق بین‌الملل، عرف نقش اصلی داشــته اســت و تا مدت زمان بسیار طولانی، اساساً حقــوق بین‌الملــل دارای ماهیــت عرفی بوده اســت. در مورد کنوانســیون‌ها و پروتکل‌هــای ســلاح‌های بیولوژیــک چنین مضامینــی فراوان به چشــم می‌خورد. به عنــوان مثال پروتکل ژنو ۱۹۲۵ از کاربرد ســلاح‌های بیولوژیک که محکوم و ممنوع اعلام شــده است ســخن می‌گوید. از دیگر معاهدات بین‌المللی که در آن به ممنوعیت ســلاح‌های بیولوژیک اشــاره شده است می‌توان کنوانســیون منع تکمیل، توســعه، تولید و ذخیره‌سازی ســلاح‌های باکتریولوژیک (بیولوژیک) و ســمّی و لزوم انهدام آن‌ها مصوب ســال ۱۹۷۲ اشاره کرد. قطعنامه دسامبر ۱۹۶۶ در مجمع عمومی ســازمان ملل (ب ۲۱۶۲) که با اتفاق آراء و بدون رأی مخالف به تصویب رســید تأیید کرد که پروتکل ژنو ۱۹۲۵ مشــتمل بر ممنوعیت عامی است که کلیه کشورها را صرف نظر از عضویت یا الحاقشان به آن معاهده ملزم می‌کند [۱۲].

ج) بیماری‌های نوپدید

از دیگــر مخاطراتی که بهداشــت و ســلامت عمومی در ســطح بین‌المللی با آن روبروست، بیماری‌های نوپدید است.

در حالی که ما از آغاز قرن بیســت و یکم خوشحالیم به نقطه‌ای از زندگی رســیده‌ایم که انتظار داریم تا در این دنیای صنعتی بی‌هیچ مزاحمتی از طرف بیماری‌های جــدی عفونی در زندگی اجتماعی براســاس پیشــرفت‌های چشــم‌گیر در بالا بردن میزان بهداشت عمومی زندگی کنیم. نه تنها موفقیت در برنامه ایمن‌سازی بدن در مقابل بیماری‌ها در قرن گذشــته، بلکه به دنبال آن بهبود وضعیت اقتصادی جامعه افزایش یافته است. تا این اواخر، ظهور بیماری‌های جدید عفونی در همه کشورهای جهان اعم از پیشرفته و جهان سوم با بی‌اهمیتی روبرو می‌شــد. اما پیدایش و شناخت ناگهانی بیماری ایدز از حدود بیست ســال پیش به عنوان یک اپیدمی جهانی این مسأله را مطرح کرد که همیشه امکان بروز و ظهور بیماری جدیدی با علائم و عوارض ناشــناخته و غریب در شبکه جهانی بهداشت ما وجود دارد [۱۳].

بیماری‌های نوپدید، آن دســته از بیماری‌های عفونی هستند که بر بروز آنها طی سه دهه گذشته افزوده شده و یا در آینده‌ای نزدیک، رو به افزایش خواهد گذاشــت و خود شامل بیماری‌هایی است که اخیراً در تمام یا گوشــه‌ای از جهان، پدیدار شده و یا در مناطقی که قبلاً وجود نداشــته، حادث گردیده‌اند. ایــن اصطلاح، همچنین به بیماری‌هایی که قبلا به آســانی درمان می‌شــده ولی اخیرا نسبت به داروهــای آنتی‌میکروبیال، مقاوم گردیده‌اند نیز اطلاق می‌گردد. ارگانیســم‌های مقاوم، فاقد هرگونه حد و مرز طبیعی هستند و طی مســافرت‌های هوایی، به آســانی از دورترین نقاط جهان به سایر

[Downloaded from jmciri.ir on 2025-07-12]

مناطق منتشـــر می‌گردند. رشد جمعیت و مسافرت‌های بین‌المللی، مهاجرت‌های مداوم و افت و خیز پناهندگان به این مفهوم اســـت که سرنوشـــت مردم جهان در حال حاضر بیش از هر زمان دیگری در طول تاریخ به هم گره خورده و ملت‌های مختلف به هم نزدیک شده‌اند و لذا جابه‌جایی انســـان‌ها، راه غالبی است که باعث انتشار ســـریع بیماری‌ها نه فقط از فردی به فـــرد دیگر بلکه از قاره‌ای به قاره دیگر، از طریق هوا، ذرات قطره‌ای، تماس جنســـی و یا تماس مستقیم می‌گردد [۶].

با وجود پیشرفت‌های عظیم پزشکی صورت گرفته هنوز هم جامعه بشـــری با بیماری‌هایی جدید و ناشناخته روبه‌رو می‌شود که نیاز به اقداماتی فوری در جهت جلوگیری از گســـترش آن‌ها لازم به نظر می‌رســـد. از جمله این بیماری‌های نوپدید کـــه صدمات زیادی به افراد بشر وارد کرده اســـت می‌توان به بیماری‌هایی چون سارس، آنفلوآنزای پرندگان اشاره کرد.

بحث و نتیجه‌گیری

بهداشت و ســـلامت جزئی اساسی از حقوق بشر بوده و حق تمام ابنای بشـــر است که از سلامت جســـمی و روانی برخوردار باشند. در اســـناد بین‌المللی بهداشت و سلامت اغلب به صورت مترادف به کار رفته‌اند، برای مثال تعابیری چون برخورداری از بهداشـــت و ســـلامت عمومی، برخورداری از مراقبت بهداشتی و برخورداری از ســـلامت به یک معنا مورد استفاده قرار گرفته است. البته لازم به ذکر اســـت که بسیاری اسناد و اعلامیه‌های بین‌المللی و حقوق بشـــری از عبارت «حق بر ســـلامت» (Right to Health) اســـتفاده کرده‌اند که به نظر می‌رســـد دلیل به کار بردن عبارت «حق بر ســـلامت» تأکید بر این نکته است که رعایت بهداشت و سلامت عمومی از ارزش‌های اخلاقی محسوب می‌شود ولی حق بر ســـلامت زمانی تحقق می‌یابد که این ارزش‌های اخلاقی وارد قلمرو حقوق موضوعه شوند و از جنبه اخلاقی صرف فراتر رفته و قابلیت ادعا و مطالبه پیدا می‌کند.

در اســـناد بین‌المللی منظور از ســـلامتی هم سلامت جسم و هم ســـلامت روان اســـت و بعضاً در کنار این دو، سلامت اجتماعی و معنوی هم به کار رفته اســـت و این اســـناد تمتـــع هر کس را از بهترین حالت جسمی و روانی ممکن الحصول بدون در نظر گرفتن تفاوت‌های نژادی، مذهبی، باورهای سیاســـی، شرایط اقتصادی و اجتماعی به رسمیت می‌شناســـند و تدابیری که دولت‌ها باید برای اســـتیفای کامل بهداشت و ســـلامت و تأمین امکان یک زندگی ســـالم اتخاذ کنند بیان می‌دارد. در این راســـتا دولت‌ها را ملزم به اتخاذ اقداماتی در حوزه وســـیعی کرده که برخـــی از این تعهدات مستلزم اقدام فوری دولت‌هاست و برخی دیگر در طول زمان تحقق می‌یابند. در این بین لزوم توجه خاص دولت‌ها به اقشار و گروه‌های آســـیب‌پذیر بیش از ســـایر افراد مورد تأکید قرار گرفته است. برای مثال دولت‌ها باید سیاست‌ها و قوانین مربوط به سلامتی این گروه افراد را از بقیه جدا کنند.

طبق عـــرف بین‌المللی دولت‌ها ملزم به رعایـــت مفاد معاهده‌ای می‌باشـــند که آن را امضاء و تصویب کرده‌اند. در مورد بهداشـــت و ســـلامت عمومی اعلامیه‌ها و معاهدات بسیاری اعم از دو جانبه و چند جانبه هـــم در عرصه منطقه‌ای و هم بین‌المللی وجود دارد که اکثر کشـــورها عضو این معاهدات می‌باشـــند ودر واقع خود را ملزم بـــه رعایت مفاد آن نموده‌اند. علاوه بر این برخی از این اســـناد یا برخی از مفاد این اســـناد ویژگی عرفی داشـــته‌اند، جزء قواعد آمره بین‌المللی محســـوب می‌شود و حتی برای کشـــورهایی که طرف معاهده نمی‌باشند نیز لازم‌الاجرا است.

از این میان به رســـمیت شـــناختن این حق در برخی از مهم‌ترین اســـناد و اعلامیه‌های بین‌المللی از جمله اسناد سه گانه حقوق بشر، اساسنامه سازمان ملل متحد، اساســـنامه سازمان بهداشت جهانی و اعلامیه توســـعه هزاره ســـوم حاکی از اهمیت این حق و متعهد نمودن دولت‌ها در حمایت از آن در سیاست‌ها و قانون‌گذاری داخلی می‌باشد. حتی مکانیزم‌هایی برای نظارت بر عملکرد دولت‌ها و لزوم پاسخگویی از جانب آنها در معاهدات حقوق بشری پیش‌بینی شده است.

بـــا توجه به مطالب بـــالا ذکر این نکته ضروری به نظر می‌رســـد که رعایت بهداشـــت و ســـلامت عمومی در جامعه، حتی از سوی دولت‌هایی که همراه با حسن نیت مفاد عهد نامه‌های بین‌المللی را رعایت می‌کنند با چالش‌هایی روبه‌روست که نیاز به توجهی خاص به آن‌ها در عرصه بین‌المللی احســـاس می‌شـــود. به طور مثال در بیماری‌های فراگیر که شـــیوع بیمـــاری در یک منطقه یا جامعه به طور واضح از حد انتظار عادی فراتر می‌رود و به شدت سلامت افراد را تهدید می‌کند، بیماری‌های نوپدید که بر بروز آنها طی ســـه دهه گذشـــته افزوده شده است، بیوتروریسم که با ایجاد ترس و وحشت و با بهره‌گیری از عوامل زیســـت شناختی مختلف، نیاز به اقدامات خـــاص دولت‌ها وجود دارد و لازم اســـت در اســـنادی که در آینده تنظیم خواهد شد مد نظر قرار گیرد.

[Downloaded from jmciri.ir on 2025-07-12]

مراجع

1- Amid, H. Amid Dictionary, Amirkabir Pub, 1985 (Persian)

International Covenant on Economic, Social and Cultural, Article 12

Abbasi, M. Mohagheghi, M.A. Pourzand Moghadam, P. The International Codes of Documents & Declarations cultures & Bioethics, Sina legal cultural Institute, 2010 (Persian)

CEDAW General Recommendation No.24: Article 12 of the Convention (Women and Health), the Committee on Elimination of Discrimination against Women, 1999

Plomer, A. Abbasi, M. Zali, A. The Law and Ethics of Medical Research, Sina legal cultural Institute, 2008 (Persian)

Hatami, H. Textbook of Public Health, Medicine and Health Electronic-books Committee, 2008 (Persian)

Inglesby, T. D'Toole, T. Donald, H. Preventing the Use of Biological Weapons, Clinical Infectious Disease, 2000, Vol.30, No.6

Lederberg, J. Biological Warfare and Bioterrorism in: Mandell, Douglas and Benntt's Principles and Practice of Infectious Diseases, Philadelphia; Churchill Livingstone, 2000

http://isna.ir/fa/news/92041307806

Bartlett, J. Bioterrorism and Public Health. Jahan Jam Jam Pub, 2004 (Persian)

Zajtchuk, F. Biological Terrorism: Understanding the Threat, Preparation and Medical Response, 2000

Shah Hosseini, M.H. Defense against Biological Warfare and Bioterrorism, Basij Independent Research Organization, 2002 (Persian)

Besharat, M. Emerging Infectious Diseases of the 21st Centry, Farnaz Pub, 2001 (Persian)

[Downloaded from jmciri.ir on 2025-07-12]

مجله علمی سازمان نظام پزشکی جمهوری اسلامی ایران، دوره ۳۳، شماره ۲، تابستان ۱۳۹۴: ۱۴۷-۱۵۵

● مقاله موردی کد مقاله: ۱۷

درک، آگاهی و انتظارات مردم و پزشکان از اجرای طرح پزشک خانواده: مطالعه موردی شهر شیراز

ترابی‌اردکانی عاطفه ۱*
حسینی سعید ۱
ارومیه‌ای نادیا ۲
میرزایی سعید ۲

۱- دانشجوی کارشناسی ارشد اپیدمیولوژی، دانشگاه علوم پزشکی کرمان
۲- دانشجوی دکتری سیاست گذاری سلامت، دانشگاه علوم پزشکی کرمان

* نشانی نویسنده مسؤول: کرمان، خیابان شریعتی، چهار راه سمیه (طهماسب آباد)، روبروی کلینیک بعثت، مرکز تحقیقات علوم اعصاب، طبقه دوم، دفتر کمیته تحقیقات دانشجویی

تلفن: ۰۳۴۱-۲۲۶۳۷۸۷

نشانی الکترونیکی:
atefeh.torabi2012@gmail.com

چکیده

زمینه: سلامت و امنیت جز حقوق اولیه هر یک از افراد جامعه است و دولت موظف به تأمین آن به طور برابر برای آحاد جامعه می‌باشد. از دیدگاه سازمان جهانی بهداشت، پزشک خانواده مرکز تلاش‌های جهانی برای بهبود کیفیت خدمات، کاهش هزینه، ارتقا اثربخشی و برقراری برابری در سیستم‌های مراقبت‌های سلامتی به شمار می‌رود. اما بدون جلب مشارکت ذی‌نفعان و تغییر در رفتارها ی اجتماعی امکان‌پذیر نمی‌باشد. هدف از انجام این پژوهش بررسی درک، آگاهی و انتظارات پزشکان و مردم شهر شیراز به دلیل اجرای این طرح در استان فارس می‌باشد.

روش کار: تحقیق حاضر به عنوان یک مطالعه از نوع مطالعات کیفی و مقطعی در سال ۹۲ می‌باشد. نمونه‌گیری به صورت نمونه‌ی در دسترس و روش جمع‌آوری داده‌ها از طریق مصاحبه نیمه ساختارمند با ۳۰ نفر انجام گرفت و تحلیل آن‌ها به روش تحلیل چهار چوبی انجام شده است.

یافته‌ها: از توصیف عمیق مشارکت‌کنندگان در خصوص دیدگاه پزشکان ۵ کد اصلی با عناوین: عدم وجود زیر ساخت کافی، مشکلات نظام پرداخت، همکاری درون/ بین بخشی ضعیف، دیدگاه‌های اشتباه در خصوص پزشک خانواده و ۱۷ محور فرعی و در خصوص دیدگاه مردم ۲ کد اصلی با عناوین: درک و آگاهی، انتظارات و ۶ کد فرعی استخراج شد.

نتیجه‌گیری: نتایج نشان داد که مردم از آگاهی مناسبی نسبت به برنامه پزشک خانواده برخوردار نیستند که دستیابی به این آگاهی نیازمند آموزش متناسب با فرهنگ بومی مردم و همچنین ایجاد نظام انگیزشی جهت ارتقا عملکرد سیستم ارجاع و همچنین ایجاد بستری جهت حل مشکلات معیشتی پزشکان جهت کاهش ریزش نیروهای پزشک خانواده و افزایش انگیزه آنان از الزامات طرح به نظر می‌رسد.

واژگان کلیدی: درک و نگرش، انتظارات، پزشک خانواده

تاریخ دریافت مقاله: ۹۳/۶/۱۰ تاریخ اصلاح نهایی: ۹۴/۷/۳۰ تاریخ پذیرش مقاله: ۹۴/۶/۳۱

[Downloaded from jmciri.ir on 2025-07-12]

مقدمه

سلامت و امنیت جز حقوق اولیه هر یک از افراد جامعه است و دولت مؤظف به تأمین آن به طور برابر برای آحاد جامعه می‌باشد [۱]. طبق تعریف سازمان جهانی بهداشت تعریف سلامتی عبارتست از: رفاه کامل جسمی، روانی، اجتماعی، فرهنگی و اقتصادی [۲]. سلامتی محور توسعه اجتماعی، اقصادی، سیاسی و فرهنگی کلیه جوامع بشری بوده و دارای اهمیت ویژه‌ای در توسعه زیرساخت بخش‌های مختلف جامعه می‌باشد [۳]. در ایران استقرار شبکه‌های بهداشتی و درمانی در شهرستان‌های کشور، در سال ۱۳۶۳ و به دنبال انتشار نتیجه تحقیقات مشترک وزارت بهداشت وسازمان جهانی بهداشت (در فاصله‌ی سال‌های ۱۳۵۴ تا ۱۳۵۷) و تصویب مجلس شورای اسلامی آغاز شد که این اقدام، مهم‌ترین گام در راه ایجاد و ارتقای نظام سلامت در کشور بود. اصول اساسی که در شبکه بهداشتی درمانی مد نظر قرار گرفت، شامل عدالت اجتماعی، مشارکت مردمی، هماهنگی بین بخشی و فناوری مناسب می‌باشد. هدف از طراحی شبکه‌های بهداشتی درمانی، ایجاد شبکه‌ها در روستاها و شهرها با وظایف مشخص در کلیه سطوح بود. اما در زمان اجرا، به سبب تأثیر برخی عوامل، شبکه‌های بهداشتی درمانی به طور عمده در روستاها و کمتر از آن، در شهرها توسعه یافت و در عمل، بیمارستان‌ها از روند گسترش شبکه‌های بهداشتی و درمانی پیروی نکردند [۴]. به منظور افزایش دسترسی مردم به خدمات بهداشتی و درمانی، وزارت بهداشت، مراقبت‌های اولیه بهداشتی را به عنوان درون مایه شبکه‌های بهداشت و درمان ایجاد نمود. سیاست‌های دولت در نظام شبکه درمانی به طور عمده بر سه اصل اولویت خدمات پیشگیری بر درمانی، اولویت مناطق محروم روستایی بر مناطق شهری و برخورداری از امکانات و اولویت خدمات سرپایی بر خدمات بستری پایه‌ریزی شد که بر اساس این اصول در طول دهه ۶۰ نظام مراقبت‌های اولیه بهداشتی درمانی شکل گرفت. بعد از آن خدمات سطح‌بندی شده و برای مدیریت آن‌ها نظام ارجاع شکل گرفت. عدم تحقق مناسب نظام ارجاع در طرح نظام شبکه بهداشت و درمان و سطح‌بندی خدمات را می‌توان یک نقطه ضعف بارز نظام سلامت دانست [۵]. به علت عدم موفقیت نظام ارجاع و طرح شبکه بهداشتی درمانی در شهرها کارشناسان مناسب‌ترین استراتژی اجرایی در قالب نظام ارجاع برای شهرها را برنامه پزشک خانواده عنوان کرده‌اند [۳]. از دیدگاه سازمان جهانی بهداشت، پزشک خانواده مرکز تلاش‌های جهانی برای بهبود کیفیت خدمات، کاهش هزینه، ارتقا اثربخشی و برقراری برابری در سیستم‌های مراقبت‌های سلامتی به شمار می‌رود [۴]. اجرای طرح پزشک خانواده بر عهده تیم سلامت می‌باشد. تیم سلامت گروهی از صاحبان دانش و مهارت در حوزه خدمات بهداشتی درمانی یا توانبخشی که بسته خدمات سطح اول را در اختیار فرد، خانواده و جامعه تعریف شده قرار می‌دهند و مسئولیت آنان با پزشک خانواده است [۶]. تا سال ۱۹۹۷ پنجاه و شش کشور جهان برنامه پزشک خانواده را برقرار کرده بودند [۴]. در کشورهایی مانند انگلیس، دانمارک، نروژ، اسپانیا و هلند نظام ارجاع اساس کار نظام مراقبت می‌باشد و بیماران از سطوح پایین‌تر به پزشکان متخصص در سطوح بالاتر ارجاع داده می‌شوند [۷،۸]. در آمریکای شمالی نیز می‌توان نقش پزشکان مراقبت اولیه را تحت اصطلاح «دروازه بانی» در نظام سلامت و محدودیت دسترسی به پزشکان متخصص مشاهده کرد [۹،۱۰]. در ایران طرح پزشک خانواده در مناطق روستایی و شهرهای کمتر از ۲۰۰۰۰ نفر شروع شد [۱۱]. این طرح از نیمه خرداد ۱۳۸۹ به صورت آزمایشی در ۱۷ شهر با جمعیت زیر ۵۰ هزار نفر در استان‌های خوزستان، سیستان و بلوچستان و چهارمحال بختیاری اجرا شد [۱۲] و هم اکنون نیز در مناطق شهری در چند استان از جمله فارس کار خود را پیگیری می‌کند. ضرورت توجه به مشارکت مردم و پزشکان در انجام برنامه‌های سلامت به عنوان یکی از مهم‌ترین اصول تأمین و توسعه خدمات بهداشتی غیرقابل چشم‌پوشی است. برای اجرای صحیح و موفق برنامه پزشک خانواده نیز مشارکت فعال کلیه‌ی افراد درگیر در برنامه لازم است و این برنامه به منظور دستیابی به مدل یکپارچه و کارآمد، نیازمند ارتباط مؤثر با بیماران، خانواده‌ها و جامعه است [۱۳]. در رابطه با درک و آگاهی پزشکان مردم نسبت به برنامه‌ی پزشک خانواده مطالعات اندکی انجام شده است. علیدوستی در مطالعه‌ای توصیفی تحلیلی با عنوان آگاهی و نگرش روستاییان شهرستان شهرکرد نسبت به برنامه‌ی پزشک خانواده به این نتیجه دست یافته است که آگاهی روستاییان این شهرستان نسبت به برنامه‌ی پزشک خانواده ضعیف است [۱]. همچنین نجیمی در مطالعه‌ی خود آگاهی، نگرش، و رضایتمندی روستاییان شهر اصفهان را نسبت به برنامه‌ی پزشک خانواده مورد سنجش قرار داده که بر اساس نتایج حاصل درصد پایینی از افراد، از کلیات و روند اجرایی برنامه آگاهی کامل داشته‌اند [۱۴]. در طرحی که در شیراز به منظور بررسی نقاط ضعف و قوت طرح پزشک خانواده صورت گرفت؛ عدم کفایت درآمد، متوسط بودن سطح

[Downloaded from jmciri.ir on 2025-07-12]

کارگاه‌های آموزشی، ازدحام مراجعین و توقعات نابه‌جای مراجعین، مشخص نبودن وضعیت مرخصی و حجم زیاد کار مهم‌ترین نتایج مربوط به ارائه‌دهندگان خدمت بود [۱۵]. در مطالعه دیگری که طرح پزشک خانوده روستایی را مورد بررسی قرار داد، مشخص شد که ارائه‌دهندگان خدمات مخصوصاً در سطح دو آگاهی مناسبی ندارند [۱۶]. به دلیل اینکه مدت زیادی از اجرای طرح نمی‌گذرد و مطالعات زیادی در این زمینه صورت نگرفته است، هدف از انجام این پژوهش بررسی درک، آگاهی و انتظارات پزشکان و مردم به عنوان دو عنصر ذینفع این برنامه می‌باشد. علت انجام این مطالعه در شهر شیراز اجرای طرح پزشک خانواده شهری در استان فارس می‌باشد. انتظار می‌رود نتایج حاصل از پژوهش حاضر به مدیران و سیاستگذاران عرصه بهداشت و درمان کمک نماید تا با آگاهی از دیدگاه‌ها و انتظارات پزشکان در جهت بالا بردن مقبولیت و پذیرش هر چه بیشتر طرح و به تبع آن اجرای بهتر طرح گام بردارند.

روش کار

تحقیق حاضر یک مطالعه از نوع مطالعات کیفی در سال ۹۲ در شهر شیراز انجام شد. جامعه‌ی پژوهش پزشکان و مردم شهر شیراز بودند و نمونه‌گیری به صورت نمونه‌ی در دسترس انجام گرفت. روش جمع‌آوری داده‌ها از طریق مصاحبه نیمه ساختارمند بود. در این مطالعه با ۳۰ نفر مصاحبه انجام شد. به طور میانگین زمان هر مصاحبه به طور متوسط ۲۰ دقیقه بود. تمام مصاحبه‌های ضبط شده، کلمه به کلمه پیاده‌سازی شدند و سپس بر اساس روش تحلیل چارچوبی کدهای اصلی و فرعی از آنها استخراج شد. این روش دارای پنج مرحله آشنایی[۱]، شناسایی یک چارچوب موضوعی[۲]، نمایه کردن[۳]، ترسیم جداول[۴]، کشیدن نقشه و تفسیر[۵] می‌باشد. در طی مرحله آشنایی فرمی حاوی اطلاعات مربوط به افراد و خلاصه‌ای از محتوای هر مصاحبه تدوین گردید. برای تدوین فرم راهنمای مفهومی اولیه، جلسات مکرری بین پژوهشگران برگزار شد و در این مورد بحث و تبادل نظر انجام شد. سپس این چارچوب مفهومی با بررسی مکرر هر کدام از مصاحبه‌ها- مرحله آشنایی- مورد بررسی قرار گرفت. هر یک از اعضای تیم تحقیق هر کدام از مصاحبه‌ها را به صورت جداگانه کدگذاری کرده و فهرستی از این کدها به همراه ارتباط آن‌ها با چارچوب مفهومی از این مصاحبه‌ها استخراج گردید. در این مرحله به هر کدام از بخش‌های دارای اطلاعات مرتبط در مصاحبه‌ها، یک یا چند کد اختصاص داده شد. سپس این کدها با برگزاری جلسه با سایر پژوهشگران مورد بررسی قرار گرفته و در صورت لزوم تغییرات اعمال شد. این فرایند برای هر کدام از مصاحبه‌ها چندین بار تکرار گردید. سپس مرحله ترسیم جداول انجام گرفت تا نظر مصاحبه شوندگان در مورد هر کدام از اجزای مدل مفهومی با یکدیگر مقایسه گردد و ارتباط بین هر کدام از اجزای مدل با زیر مجموعه آن مشخص گردد. تفسیر هر کدام از اجزای مدل مفهومی نیز در فرایندی مشابه مرحله کدگذاری صورت گرفت. چارچوب مفهومی در فرایند انجام تحلیل، بارها مورد تجدید نظر قرار گرفت. همچنین برای هر یک از کدها، تعریفی کوتاه تدوین شد و نمونه‌هایی از نقل قول‌های مصاحبه‌شوندگان آورده شد. جهت قابلیت انتقال یافته‌ها[۶] که معادل تعمیم‌پذیری کمی است، نمونه غیر متجانسی از مصاحبه‌شوندگان استفاده شد جهت اطمینان‌پذیری[۷] و تأییدپذیری[۸] متن نسخه‌برداری شد و تجزیه و تحلیل حاصل از آن به استادان مشارکت‌کننده در این پژوهش ارایه گردید و پیشنهادهای اصلاحی و نظرات ایشان اعمال شد.

یافته‌ها

یافته‌های حاصل از دیدگاه پزشکان که شامل ۵ کد اصلی و ۱۷ کد فرعی می‌باشند و در خصوص دیدگاه مردم حول ۲ کد اصلی و ۶ کد فرعی قرار دارند، در جدول‌های جداگانه مشخص شده‌اند. در ادامه هر یک از این موضوع‌ها و زیر موضوع‌ها ارائه و در مورد هر یک نقل قول‌هایی از مصاحبه‌شوندگان به شکل مستقیم داخل گیومه آورده شده است.

دیدگاه‌های مردم در رابطه با طرح پزشک خانواده:

۱- درک و آگاهی

منظور شناسایی نگرش و سطح آگاهی مردم از طرح پزشک خانواده می‌باشد.

۱- Familiarization
۲- Identifying a Thematic Framework
۳- Indexing
۴- Charting
۵- Mapping and Interpretation

۶- Transferability
۷- Credibility
۸- Conformability

[Downloaded from jmciri.ir on 2025-07-12]

جدول ۱- دیدگاه‌های مردم در خصوص طرح پزشک خانواده	
کد اصلی:	کد فرعی:
درک و آگاهی	درک فرد به عنوان یک فرد پزشک درک طرح به عنوان یک تیم سلامت درک طرح به عنوان یک سیاست بهداشتی درمانی
انتظارات	اطلاع رسانی و فرهنگ سازی ارائه خدمات کیفیت ارائه خدمات

جدول ۲- دیدگاه‌های پزشکان در خصوص طرح پزشک خانواده	
کد اصلی:	کد فرعی:
عدم وجود زیر ساخت کافی	عدم آموزش پزشکان طرح پزشک خانواده در خصوص طرح عدم آگاهی مردم در خصوص طرح پزشک خانواده ضعف فرهنگ‌سازی در خصوص پزشک خانواده
مشکلات نظام پرداخت	عدم تناسب سرانه پرداختی به پزشکان و جمعیت تحت پوشش پرداخت‌های نامنظم به پزشکان عدم شفافیت پرداخت‌ها به پزشک خانواده افزایش تقاضای غیر ضروری
همکاری درون/ بین بخشی ضعیف	همکاری ضعیف بیمه‌ها در طرح پزشک خانواده همکاری ضعیف سطوح ارجاع در خصوص پسخوراند
دیدگاه‌های اشتباه در خصوص پزشک خانواده	عدم اعتماد مردم به طرح پزشک خانواده کاهش ارزش طرح به علت رایگان بودن طرح
نقاط قوت/ ضعف مدل	شناسایی بیماران مزمن در مراحل ابتدایی دسترسی بهتر مالی و زمانی اقشار بسیار ضعیف جامعه به پزشک شفافیت بیشتر فرایند درمان کاهش خود درمانی‌ها عدم وجود پرونده الکترونیک بیمار ضعف توجه به بیماران خاص

۱,۱- درک طرح به عنوان یک فرد پزشک

مصاحبه‌شوندگان بیشتر بر نقش پزشکان در خصوص اجرای وظایف مربوط به حفظ سلامت، درمان، پیشگیری و غربالگری در طرح مذکور تأکید داشتند و به ندرت به نقش سایر عوامل مؤثر در اجرای طرح پزشک خانواده اشاره‌ای شده است.

«پزشک خانواده باید سلامت جامعه را تأمین کند و خدمات جامعی شامل درمان، پیشگیری و غربالگری ارائه بدهد».

۲,۱- درک طرح به عنوان تیم سلامت

مصاحبه‌شوندگان معتقدند پزشک خانواده تیمی شامل پزشک، بهورز، پرستار و ماما است که خدمات سلامتی را برای مردم ارائه می‌کند. شرکت‌کننده‌ای اظهار کرد:

«یک گروه هست که شامل یک پزشک، پرستار و ... که به مردم خدماتی ارائه می‌دهند».

۳,۱- درک طرح به عنوان یک سیاست بهداشتی درمانی

مصاحبه‌شوندگان طرح پزشک خانواده را سیاستی جهت افزایش دسترسی جامعه به خدمات بهداشتی و درمانی برای دسترسی سریع و همه جانبه مردم به خدمات سلامتی به شمار آوردند.

«سیاستی از سوی دولت برای رسیدن خدمات جامع به مردم به صورت سریع».

۲- انتظارات

منظور از انتظارات دراین بخش خدماتی است که مردم از اجرای

[Downloaded from jmciri.ir on 2025-07-12]

طرح پزشک خانواده انتظار دارند.

۱,۲- اطلاع‌رسانی و فرهنگ‌سازی

افراد مورد پژوهش انتظار اطلاع‌رسانی جامع و گسترده به وسیله کلیه رسانه‌ها و واحدهای بهداشتی درمانی را داشتند.
«فرهنگ‌سازی و اطلاع‌رسانی باید بیشتر شود و از تلویزیون، رادیو، روزنامه و مجلات استفاده شود».

۲,۲. ارائه خدمات

شرکت‌کنندگان در پژوهش، از اجرای طرح پزشک خانواده انتظار دریافت خدمات پیشگیری، درمان، آموزشی و جامعه‌نگر با کیفیت را داشتند. مصاحبه‌شونده‌ای بیان کرد «مردم به یه جایی مراجعه کنند و اونا رو چکاپ کنند». «همه خدمات ارائه شود و طوری باشه که افراد ضعیف جامعه هم بتونند از خدمات استفاده کنن». «کیفیت خدمات هم باید مد نظر قرار بگیره و از قبل بهتر بشه».

دیدگاه‌های پزشکان در رابطه با طرح پزشک خانواده:

۱- عدم وجود زیر ساخت کافی

منظور از زیر ساخت کلیه شرایط و امکاناتی است که جهت اجرای موفق طرح پزشک خانواده نیاز است.

عدم آموزش پزشکان طرح پزشک خانواده در خصوص طرح

عدم آموزش پزشکان خانواده در خصوص طرح، از مشکلات زیر ساخت می‌باشد به گونه‌ای که گروهی از مصاحبه‌شوندگان بیان کردند «افزایش سطح علمی پزشکان خانواده با یه بازآموزی فرمالیته الکی حل نمیشه وزارتخانه باید هر دو سه سال یه امتحان گیره از پزشکای خانواده تا سطح علمی افت نکنه» دیگری بیان کرد «باید به پزشک خانواده بازآموزی صورت بگیره.»

عدم آگاهی مردم در خصوص طرح پزشک خانواده

آگاهی اندک مردم از اهداف و دلایل ایجاد شدن طرح پزشک خانواده یکی از ضعف‌های زیر ساخت می‌باشد. گروهی از مصاحبه‌شوندگان این گونه بیان کردند «به مردم آگاهی ندادن پزشک خانواده رو از طریق رسانه‌ها به مردم بشناسونن» گروهی دیگر اظهار کردند:
«اصلاً نمیدونه پزشک خانواده چیه مردم هم فکر می‌کنن پزشک خانواده منشی ارجاع که مردم دستور بدن پزشک ارجاع بده» مصاحبه‌شونده دیگر مطرح کرد: «طرح پزشک خانواده عین قیف وارونه بود اول ساختن بعد اومدن ساختن پزشک خانواده یک سال اجرا می‌شد تازه اسم پزشک خانواده توی تلویزیون اومد».

۳,۱- ضعف فرهنگ‌سازی در خصوص پزشک خانواده

یکی از مشکلات زیر ساختی طرح، فرهنگ‌سازی ضعیف در مورد پزشک خانواده توسط مسؤولین می‌باشد. گروهی از شرکت‌کنندگان بیان کردند:
«عدم وجود فرهنگ لازم واسه پزشک خانواده یعنی مردم هنوز این فرهنگ جا نیوفتاده واسشون که پزشک خانواده چیه و اصل طرح که باید مانع ارجاع غیر ضروری به سطوح بالا درمان باشه اما در عمل مردم دارن پزشک خانواده رو دور می‌زنن مثلاً مردم وقت از پزشک متخصص می‌گیرن بعد میان پیش من میگن نامه ارجاع بده واسه متخصص در حالی که من پزشک اصلاً ندیدم بیمارو این باعث میشه پزشکا دیگه انگیزه ندارن پزشک دیگه دست نمی‌زنن به بیمار میگن بیا نامه‌ات بگیر برو. پزشک خانواده یه ماشین اتومات ارجاع».

مشکلات نظام پرداخت

منظور از نظام پرداخت، ارتباط مالی میان پرداخت‌کننده و پزشکان است که از طریق آن حق‌الزحمه پزشکان پرداخت می‌گردد.

۱,۲- عدم تناسب سرانه پرداختی به پزشکان و جمعیت تحت پوشش

مهم‌ترین مشکل نظام پرداخت طرح، متناسب نبودن پرداخت‌ها به ازای هر فرد تحت پوشش می‌باشد که سبب نارضایتی پزشکان از طرح می‌گردد. مصاحبه‌شونده‌ای بیان کرد:
«سرانه کافی نیس از طرف دیگه جمعیت تحت پوشش با وظایف ما متناسب نیس. اصلاً وقت ارتباط با بیمار نیس اصن فرصت نمیشه اینقدر تعداد زیاده».

۲,۲- پرداخت‌های نامنظم به پزشکان

یکی از مشکلات نظام پرداخت، پرداخت‌های نامنظم به پزشکان می‌باشد که سبب کاهش انگیزه پزشکان خانواده می‌گردد. مصاحبه شونده‌ای اظهار کرد: «پرداخت به ما دیر به دیر و نامشخصه و ما باید منتظر باشیم ببینیم کی بیمه خدمات درمانی یا تأمین اجتماعی

[Downloaded from jmciri.ir on 2025-07-12]

پول میدن همیشـــه نا منظمه دیر به دیر پرداخت می‌کنن ۸۰٪ شو بیشتر نپرداختن ۲۰٪ از هر ماه هنوز مونده».

۳,۲- عدم شفافیت پرداخت‌ها به پزشکان خانواده

یکی از مشکلات نظام پرداخت عدم شفافیت پرداخت‌ها به پزشکان می‌باشـــد که خود ســـبب القا حس عدم عدالت، می‌گردد. یکی از مصاحبه‌شونده‌ها مطرح می‌کند: «شفاف نیس فرایند پرداخت‌ها به پزشـــکان ما اصن نمی‌دونیم این پول به چه تعداد از بیماران است چه طور پرداخت صورت می‌گیره».

۴,۲- افزایش تقاضای غیرضروری[۹]

منظور از افزایش تقاضای غیر ضروری اســـتفاده از کالا یا خدمات بیشتر از حد نیاز می‌باشد به گونه‌ای که سبب افزایش مصرف مردم حتی در حالتی که مطلوبیت مصـــرف از هزینه‌های تدارک کالا یا خدمت کمتر است می‌گردد. گروهی از شرکت‌کنندگان بیان کردند: «پزشک خانواده رایگان باعث میشه چون مفتیه ۸ تا دفترچه میاره ببین بچه‌های من می‌خوان مریض شـــن یـــا نه در حالی که اصلاً نیازی نداره اما الکی مراجعه می‌کنه».

همکاری درون/ بین بخشی ضعیف

یکی از کدهای اصلی شناســـایی شده همکاری ضعیف درون / بین بخشی که شرط لازم و ضروری جهت اجرای طرح می‌باشد.

۱,۳- همکاری ضعیف بیمه‌ها در طرح پزشک خانواده

یکی از ابعاد همکاری بین بخشی، همکاری بیمه‌ها با طرح می‌باشد و همـــکاری ضعیف بیمه‌ها عامل ضعف مهمـــی در اجرا و انگیزه پزشکان خانواده است. مصاحبه شونده‌ای در این خصوص بیان کرد: «قســـمتی از بودجه اولیه طرح پزشک خانواده از بودجه بیمه بود و بیمه تمایلی به همکاری نداشت و نداره».

۲,۳- همکاری ضعیف ســـطوح ارجـــاع در خصوص پسخوراند

این کد فرعی همکاری و ارتباط ضعیف ســـطوح ارجاع و پسخوراند را به علت همکاری ضعیف پزشـــکان متخصص و ارائه بازخورد به پزشـــکان عمومی مطرح می‌کند. یکی از مصاحبه‌شوندگان اظهار می‌کند: «همکاری پزشـــکای متخصص کمه یعنـــی الان به نفع پزشک متخصص شده ما فقط ارجاع میدینم چون مردم این طوری می‌خوان». «ارتباط بخش یک با دو ارجاع خوب نیســـت بخش دو به بخش یک پسخوراند خوب و خوانایی ندارد».

دیدگاه‌های اشتباه در خصوص طرح پزشک خانواده

کد اصلی دیگری که شناســـایی شـــد دیدگاه‌های اشتباه مردم در خصوص طرح پزشـــک خانواده می‌باشد این کد اصلی شامل دوکد فرعی به شرح زیر می‌باشد:

۱,۴- عدم اعتماد مردم به طرح پزشک خانواده

این کد فرعی عدم اعتماد مردم به طرح پزشـــک خانواده را مطرح می‌کند. دیدگاه مردم نســـبت به این طرح غالباً همراه با بدبینی و عدم اعتماد اســـت. به گونه‌ای که یک گروه از مصاحبه‌شوندگان بیـــان کردند: «مردم بی‌اعتمادن به ایـــن طرح باور ندارن که من هفت ســـال درس خوندم منم می‌تونم تشخیص بدم چون پزشک عمومی‌ام».

۲,۴- کاهش ارزش طرح به علت رایگان بودن طرح

یکی دیگر از دیدگاه‌های اشـــتباه در خصوص طرح مذکور دیدگاه مـــردم در خصوص کم ارزش بودن طرح و تشـــخیص پزشـــکان خانواده به علت ارزانی طرح می‌باشـــد به گونـــه‌ای که گروهی از مصاحبه شونده‌ها اظهار کردند:

«بـــه مردم میگن پزشـــک خانواده رایگان خـــب مردم میگن پس ایـــن چه دکتریه که ویزیت‌اش رایگانه پس نمی‌فهمه اما پزشـــک متخصص ۴۵ هزار تومن می‌گیره پس بهتره».

نقاط قوت/ ضعف مدل

یکی دیگـــر از کدهای اصلی شناسایی‌شـــده نقاط ضعف و قوت مدل می‌باشـــد که به ترتیب ابتدا نقاط قوت و ســـپس ضعف بیان می‌گردد:

۱,۵- شناسایی بیماران مزمن در مراحل ابتدایی

یکی از مزایای طرح، شناســـایی بیمارانی است که در مراحل پیش بالینی هستند و به علت عدم وجود علائم بالینی، بیماران از بیماری خود بی‌اطلاع هستند. یکی از مصاحبه‌شونده‌ها اینگونه اظهار کرد: «کشـــف موردهای ابتدایی بیماری‌های مزمن از نقاط قوت است. دیابتی و فشارخونی بوده طرف اصن خودش نمی‌دونسته».

۹- Induced supply

[Downloaded from jmciri.ir on 2025-07-12]

۲,۵. دسترسی بهتر مالی و زمانی اقشار بسیار ضعیف جامعه به پزشک

یکی دیگر از نقاط قوت مدل افزایش بهتر دسترسی مالی و زمانی اقشار ضعیف جامعه به پزشک می‌باشد که در گذشته به علت هزینه مالی و زمان انتظار طولانی به پزشک مراجعه نمی‌کردند. گروهی از مصاحبه‌شوندگان بیان نمودند: «برای اقشار خیلی ضعیف خوب بود الان خیلی راحت با پول کم به پزشک مراجعه می‌کنن حتی صبح».

۳,۵- شفافیت بیشتر فرایند درمان

یکی دیگر از مزایای مدل مذکور شفافیت بیشتر فرایند درمان است که با شرط بازخوراند مناسب به پزشک خانواده صورت می‌گیرد مصاحبه‌شونده‌ای بیان کرد: «از این نظر خوبه که مشخصه روند درمان و پزشک خانواده خیلی بهتر درمان و فرایندشو شرح میده».

۴,۵- کاهش خود درمانی‌ها

مزیت دیگر طرح کاهش خود درمانی‌ها توسط مردم به علت بهبود دسترسی مالی و زمانی به پزشک می‌باشد. گروهی از مصاحبه‌شونده‌ها اعتقاد داشتند: «با طرح پزشک خانواده مشکل خود درمانی خیلی کمتر شده قبلاً حتی آنتی‌بیوتیک و مردم بدون دستور پزشک استفاده می‌کردن اما الان به پزشک خانواده مراجعه می‌کنن با یه پول کم و بدون سختی و دردسرهای نوبت‌گیری».

۴,۵- عدم وجود پرونده الکترونیک بیمار

یکی از نقاط ضعف طرح عدم وجود پرونده الکترونیک برای بیماران می‌باشد. با توجه به اهمیت پرونده الکترونیک و ذکر این مهم در سند چهارم توسعه کشور هنوز این امر تحقق نیافته و باعث ایجاد مشکلاتی برای طرح پزشک خانواده گردیده است به گونه‌ای که یکی از مصاحبه‌شوندگان این گونه مطرح کرد: «سیستم الکترونیک نیازه واسه بیماران مزمن که نیاز به پیگیری داره هی بیمار ببره هی بیاره جواب و نتایج و ارجاع رو خیلی سخته اما با پرونده الکترونیک کار راحت میشه هم واسه ما هم واسه بیماران. اگر بود من پیشینه بیمارام و به راحتی داشتم من چندتا از اینا یادم می‌مونه».

۵,۵- ضعف توجه به بیماران خاص

یکی از معایب این طرح ضعف توجه به بیماران خاص می‌باشد. منظور از این کد فرعی توجه کمتر این طرح در خصوص بیمارانی است که سال‌ها تحت نظارت یک پزشک متخصص در خصوص بیماری خود بوده‌اند. این طرح نظام ارجاع برای این بیماران بسیار دشوار است. به گونه‌ای که یکی از مصاحبه‌شونده‌ها بیان کرد: «این طرح به ضرر بعضی از بیماران خاص (مثل: ام.اس) که زیر نظر پزشک متخصص خودشون بودن، شده. این افراد سال‌ها تحت نظر پزشک معالج خود بودن و حالا باید به اجبار پزشک خودشونو عوض کنن و در غیر این صورت باید کل هزینه‌ها را شخصاً متقبل شن».

بحث

از یافته‌های این پژوهش که از سوی مردم و پزشکان مطرح شده، مسئله فرهنگ‌سازی می‌باشد. فرهنگ‌سازی یکی از ارکان مهم جهت اجرای صحیح طرح مذکور می‌باشد که تنها با آموزش صحیح و اطلاع‌رسانی کافی امکان‌پذیر است. در پژوهش گلعلی‌زاده و همکاران نیز به این نکته اشاره شده است که فرهنگ‌سازی و اطلاع‌رسانی در جامعه ضعیف است و مردم در خصوص ضوابط مربوط به پزشک خانواده، آگاهی پایینی دارند [۱۷].

یافته‌های این مطالعه نشان می‌داد که مردم از کلیات روند پزشک خانواده از آگاهی مناسبی برخوردار نیستند، که نتایج مطالعات علیدوستی و نجیمی که در رابطه با درک و نگرش مردم درباره این طرح انجام شده بود، ناکافی بودن آگاهی مردم را تأیید می‌کند [۱, ۱۴]. همچنین مطالعه برونستاین که در رابطه با نوع دیگری از سیاست‌های بهداشتی یعنی برنامه پزشک خانواده انجام شد، نیز در مورد آگاهی نامناسب مردم مصداق دارد [۱۸].

نتایج این مطالعه نشان‌دهنده ادراک متفاوت افراد از طرح پزشک خانواده بود. تعدادی از مصاحبه‌شوندگان پزشک را به عنوان فرد درمانگر- شخصی که کارش فقط تشخیص و درمان می‌باشد- تلقی می‌کردند که این امر می‌تواند به دلیل دریافت خدمت از مراکز بهداشتی باشد چرا که در این مراکز معمولاً پزشک حضور نداشته و پزشکان در بیمارستان‌ها و مطب‌ها خدمات درمانی را ارائه می‌نمایند و این موضوع نقص در عملکرد آموزش عالی را نمایان می‌نماید زیرا نظام آموزش پزشکی بیشتر مبتنی بر درمان است.

از انتظارات و مطالبات مردم در این تحقیق می‌توان به ارائه خدمات با کیفیت اشاره کرد. بی‌شک خدمات با کیفیت منتج از چند عامل جمعیت مناسب تحت پوشش، حجم مناسب کاری، ارائه خدمات همه جانبه، آموزش مناسب به ارائه‌دهندگان خدمت است.

در این مطالعه پزشکان حجم زیاد کاری را مطرح کردند که این خود به دلیل جمعیت زیاد تحت پوشش و مراجعات زیاد مردم به دلیل رایگان یا ارزان بودن خدمات می‌باشد که کیفیت خدمات را کاهش می‌دهد.

[Downloaded from jmciri.ir on 2025-07-12]

نتایج طرحی که در سال ۸۶ به منظور بررسی نقاط ضعف و قوت برنامه پزشـــک خانواده انجام شد با نتایج این تحقیق توافق دارد [۱۵]. یکی دیگر از مسائل مؤثر بر کیفیت بحث آموزش می‌باشد. ابراهیمی‌پور در مطالعه خود به این موضوع اشـــاره کرده و به این نتیجه رسیده است کـــه بین وضعیت موجود و وضعیت مطلوب خدمات پزشـــک خانواده فاصله وجود دارد [۱۹] که این شـــکاف به عنوان یک مسئله از دیدگاه مدیران بخش سلامت شناخته می‌شود. از دیگر یافته‌های این پژوهش همکاری ضعیف بین سطوح ارجاع در خصوص پسخوراند می‌باشد. به نظر می‌رسد که سطح دو، همکاری نامناسبی در این خصوص دارد که با توجه به نتایج سایر مطالعات عواملی مانند آگاهی نامناسب، عدم آموزش کافی و میزان پایین استقبال پزشکان نامناسب متخصص می‌تواند بر آن تأثیرگذار باشد. در مطالعه پورشیروانی و همکاران نشان داده شده است که کمیت ارایه پســـخوراند از پزشکان متخصص به پزشکان خانواده کمتر از یک‌سوم است و عدم ارایه پسخوراند یا ارایه پسخوراند با کیفیت نامناسب یکی از مشکلات شایع نظام ارجاع می‌باشد [۲۰]. در مقاله‌ای دیگر تحت عنوان تأثیر آموزش پزشـــکی خانواده در تایلند، ذکر شده است که برنامه‌های آموزشی پزشکان خانواده می‌تواند کیفیت ارجاع را از پزشکان عمومی به متخصصان افزایش دهد [۲۱].

از عوامل مؤثر بر انگیزش و رضایت افراد می‌توان به نظام پرداخت اشاره کرد. از یافته‌های مطرح شـــده از سوی پزشکان، مشکلات پرداخت از جمله عدم تناسب ســـرانه پرداختی و پرداخت‌های نامنظم اشاره شده اســـت که موجبات نارضایتی آن‌ها را فراهم آورده است. نارضایتی از سیستم حقوق و دســـتمزد یکی از مهم‌ترین مشکلات نظام پرداخت پزشـــکان خانواده می‌باشد. که این مسأله عمدتاً به علت نامنظم بودن پرداخت‌ها و همچنین سیستم پرداخت می‌باشد. این در حالی است که یک سیســـتم حقوق و دستمزد مناسب باید منصفانه و عادلانه باشد و بتواند در فرد ایجاد انگیزه نماید و باعث تشـــویق کارکنان به عملکرد بهتر شـــود [۲۲]. شوایزر در مطالعه خود چنین نتیجه‌گیری می‌کند که اگر ســـازمان کارکنانی را که شایســـته هستند به کار بگیرد و به آن‌ها انگیزه کافی ببخشـــد، و کاری فرای طاقت، به آن‌ها تحمیل ننماید و نظام پرداخت مناسبی در مقایسه با رقبا برای آنها طراحی کند؛ رضایت پرسنل افزایش خواهد یافت [۲۳]. همچنین قاضی‌زاده در پژوهش خود عوامل محیط داخلی، که امنیت شغلی، حقوق و مزایا، میزان ساعات کار و استراحت جزء آن می‌باشند را به عنوان اصلی‌ترین عوامل تأثیرگذار بر ماندگاری و رضایت پرســـنل در سازمان شناسایی کرده است [۲۴]. عسکری نیز در مطالعه خود به این نتیجه رسیده است که میزان رضایت پزشکان حاضر در طرح پایین می‌باشد و لازم است برنامه‌ریزی‌های در مورد نظام پرداخت و ایجاد نظام انگیزش انجام شود [۲۵].

نتیجه‌گیری

نتایج این پژوهش نشان داد که مردم از آگاهی مناسبی نسبت به برنامه‌ی پزشک خانواده برخوردار نیستند. دستیابی به آگاهی مناسب و تغییر نگرش صحیح در افراد نیازمند آموزش و اطلاع‌رسانی است.همچنین اطلاع‌رسانی باید متناســـب با فرهنگ بومی مردم باشد. مردم انتظار دارند که پزشک خانواده آنها را با مسائل مربوط به سلامت آشنا سازد. پزشکان تنها در قبال خدمات درمانی پول و مزایا دریافت می‌کنند. بنابراین به مسایل پیشگیری و جامعه شناختی کمتر توجه می‌شود. به نظر می‌رسد که سیستم ارجاع به خصوص در ســـطح دو عملکرد مناسبی ندارد. که می‌توان با آموزش مناســـب و ایجاد نظام انگیزشی آن را بهبود بخشید. نتایج مطالعه نشان می‌داد که پزشکان از نظام پرداخت رضایت ندارند. با توجه به اینکه نظام سلامت می‌بایست پاسخگوی مشکلات و کمبودها و معضلات اجتماعی، اقتصادی، ساختاری، بهداشتی و تغذیه‌ای بوده و کشف و حل این مسایل توسط پزشکان خانواده و تیم سلامت صورت می‌گیرد، لذا پیشنهاد می‌گردد که مسؤولین و دست‌اندرکاران ترتیبی اتخاذ نمایند تا بستری جهت حل مشکلات معیشتی پزشکان و پرداخت به موقع حقوق و مزایای آنان در کانون توجه مسئولین قرار گرفته که موجب کاهش ریزش نیروهای پزشک خانواده و افزایش انگیزه آنها برای ارایه خدمات با کیفیت گردد.

مراجع

1- Alidosti M, Tavassoli E, Khadivi R, Sharifirad GR. A survey on Knowledge and attitudes of Rural Population towards the Family Physician Program in Shahrekord city. Health Information Management. 2011;7(Special Issue):629-36. (Persian)

2- Ehrampoush M, Moghadam MB. Definitions and concepts of public health. Principles and general health services. Tehran: Sobhan; 2012. p. 11. (Persian)

3- Jannati A, Maleki M, Gholizade M, Narimani M, Vakeli S. Assessing the Strengths & Weaknesses of

[Downloaded from jmciri.ir on 2025-07-12]

Family Physician Program. Knowledge & Health. 2010;4(4):38-43. (Persian)

4- Farahani MM, Hajiha F. The implementation of Family Physicians. Program. 2010:9-14. (Persian)

5- Pileroudi S. Township network health and treatment. Iran: UNISEF. 1999:12-3. (Persian)

6- Sadr SS. Family physician:Prospects and Challenges. Tehran: Max; 2012. (Persian)

7- Klein R. The new politics of the NHS: from creation to reinvention: Radcliffe Publishing; 2010.

8- Starfield B. Primary care: concept, evaluation, and policy: Oxford University Press; 1992.

9- Franks P, Clancy CM, Nutting PA. Gatekeeping revisited--protecting patients from overtreatment. The New England journal of medicine. 1992;327(6):424.

10- Gérvas J, FERNA MP, STARFIELD BH. Primary care, financing and gatekeeping in western Europe. Family practice. 1994;11(3):307-17.

11- Mehrolhasani MH, Jafari SM, Poorhoseini SS, Yazdi FV. The Challenges of Implementing Family Physician and Rural Insurance Policies in Kerman Province, Iran: A Qualitative Study. Journal of Health & Development. 2012;1(3):193-206. (Persian)

12- Aghsaei A. A wagon for physician: family physician. Nedaye Mahya. 2011:22. (Persian)

13- Bladyan S. Familiar with Family Physician. In Comprehensive textbook of public health. Tehran2012. p. 6. (Persian)

14- Najimi A, Alidoosti M. Sharifirad Gh. Study of knowledge, attitude, and satisfaction toward the family physician program in rural regions of Isfahan. Iran J Health Syst Res. 2011;7(6):883-90. (Persian)

15- Afsar Kazerouni P, Fooladband F, Sayyadi M, Dadvar M. Assess the strengths and weaknesses of the family physician program and Assess the knowledge and consent of the people, doctors and health care workers in Fars Province. 2008. (Persian)

16- Jabari A, Sharifirad G, Shokri A, Bahmanziari N, Kordi A. Overview of the Performance of Rural Family Physician in Iran. Health Information Management. 2013;9(7):1132-45. (Persian)

17- Golali zadeh EA, Mousa Zadeh M, Amir Esmaeili MR, Ahangar N. the challenges of second level referral of family physician program. Journal of Medical Council of Islamic Republic. 2013;29(4):309-21. (Persian)

18- Bronstein JM, Felix HC, Bursac Z, Stewart MK, Foushee HR, Klapow J. Providing general and preconception health care to low income women in family planning settings: perception of providers and clients. Maternal and child health journal. 2012;16(2):346-54.

19- Ibrahimipour H, Maleki M-R, Brown R, Gohari M, Karimi I, Dehnavieh R. A qualitative study of the difficulties in reaching sustainable universal health insurance coverage in Iran. Health policy and planning. 2011;26(6):485-95. (Persian)

20- Nasrollah Pour Shiravani S, Ashrafian Amiri H, Motlagh ME, Kabir MJ, Maleki M, Shabestani Monfared A, et al. Performance evaluation of the family physician's referral system in northern province Iran Universities of Medical Sciences. Journal of Babol University of Medical Sciences. 2010;11(6):46-52. (Persian)

21- Jaturapatporn D, Dellow A. Does Family Medicine training in Thailand affect patient satisfaction with primary care doctors? BMC family practice. 2007;8(1):14.

22- Saadat E. Human Resource Management. Tehran. SAMT press; 2001. (Persian)

23- schweizer K. 24th Annual salary & JobSatisfaction Survey Food Engineering. 2004;76(12):32-6.

24- Ghazi Zadeh M, Amani J, Karimi KH. Examination influential factors on retention staffing. Daneshvar Raftar. 2009;15(29):29-40. (Persian)

25- Hafezi Z, Askari R, Momayezi M. Performance Evaluation of Family Physicians of Yazd. Tolou Behdasht. 2010;8(1-2):16-25. (Persian)

[Downloaded from jmciri.ir on 2025-07-12]

مجله علمی سازمان نظام پزشکی جمهوری اسلامی ایران، دوره ۳۳، شماره ۲، تابستان ۱۳۹۴: ۱۵۶

● نامه به سردبیر کد مقاله: ۱۸

کلینیک چک آپ

در همایش‌هـــای بزرگ معمولاً مکانی را جهت اقدامـــات درمانی اولیه در نظر می‌گیرند که اگر برای شرکت‌کنندگان مشکلی پیش آید به موقع اقدام لازم را انجام دهند.

در جریان کنگره اخیر کالج جراحان آمریکا که در شهر سانفرانسیسکو تشکیل گردید در گوشه‌ای از محل ساختمان کنگره تابلوئی نظرم را جلب کرد که نوشته بود:

«کلینیک چک آپ»

از آنجا که ما پزشـــکان خیلی بیماری‌های نهفته داریم و خودمان آگاه بدان‌ها نیســـتیم وسوسه شدم که یک چک آپ کلی انجام دهم و چنین کردم:

داخل کلینیک غرفه‌های متعددی وجود داشـــت که در آن‌ها از اندازه‌گیری نبض و فشارخون تا آخرین وســـایل معاینات تصویری انجام می‌شـــد تصمیم گرفتم که از تمامی این امکانات بهره بگیرم و چنین کردم که آگاهی از نتایج آن شاید برایتان خالی از لطف نباشد.

نبض و فشارخون: سقوط شدید آستانه مهربانی و وفاداری و جوانمردی

دمای بدن: صعود آســـتانه خشم و غضب تا مرز ۴۰۰ فارنهایت و سوخته شدن عشق و مهر و محبت در این درجه حرارت

ECG: انسداد هر سه رگ اصلی قلب ناشی از خود شیفتگی و نارسیستی و فقدان کانون‌های عدالت و رشادت در عضله قلب

EEG: محو شدن مراکز بخشش و گذشت و فداکاری و رسوب کینه و نفرت و خودخواهی در سلول‌های مغز و فقدان اراده و بصیرت و فضیلت در مخچه و ساقه مغز

رادیوگرافی قفســـه صدری: وجود کانون‌های پراکنده غیبت و افترا در سراسر هر دو ریه همراه یک کیست پاره شده‌ی بدگوئی و دشنام و ناسزا گوئی در قاعده ریه چپ

ســـونوگرافی شکم و لگن: آسیت فراوان همراه با متاستازهای ریز و درشت حقد و غرور و تکبر در سرتاسر کبد و صفاق به اضافه توده‌های زودرنجی و سرسختی در طحال

آزمایـــش خون CBC: وجود تعداد بی‌شـــماری لنفوســـیت‌های کاذب و پولی نوکلئرهای حریص و طماع و ائوزینوفیل‌های بی‌خرد

کالرداپلر عروق: مشاهده لخته‌های فراوان حسادت در مسیر تمامی شریان‌ها و وریدها

سنجش استخوان: پوسیدگی شدید استخوان‌ها ناشی از کانون‌های اهمال و بی‌مبالاتی

معاینه دندان‌پزشکی: فقدان کلیه دندان‌ها به جز دندان طمع

معاینه چشـــم: نشان داد که مدت‌هاست که آنقدر تنگ نظر شـــده که غیر از عیب دیگران چیزی مشاهده نمی‌کند.

معاینه گوش: حکایت از آن داشت که مدت‌هاست صدای منطق و حقیقت و عدالت را نمی‌شوند.

اظهارنظر کارشناسی: لزوم قرنطینه کردن به صورت اورژانس

دکتر حسابی عبدالحمید
استاد جراحی
دانشگاه علوم پزشکی تهران

[Downloaded from jmciri.ir on 2025-07-12]

حرکات فیزیکی درمانی زودهنگام در کمردردهای تازه به وجود آمده مفید نیست

زمینه: اســتفاده از روش‌هــای مختلف تصویربرداری همچــون MRI و همچنین روش‌های مختلف غیر تهاجمی و تهاجمی گران قیمت بوده و نتایج مناسبی را جهت بیمار به دنبال ندارد. از طرفی روش‌های فیزیوتراپی زودهنگام توسط پزشکان به طور معمول توصیه می‌گردد. محققان به صورت اتفاقی ۲۲۰ بزرگسال مبتلا به کمر درد (متوسط سن ۳۷ سال) که کمتر از ۱۶ روز از بیماریشان می‌گذرد و نشانه‌ی رادیکولار نداشتند را مورد مطالعه قرار دادند و به دو گروه (درمان فیزیکی زودهنگام و مراقبت معمولی) تحت نظر قرار دارند. درمان فیزیکی بعد از سه روز شروع بیمــاری و به صورت چهار جلســه در طول ۳ هفته با حرکت‌های اکتیو ســتون فقرات، تقویت عضلات عمقی ســتون فقرات و تمرینات ورزشی کششی در منزل شامل می‌شد. هر دو گروه به ورزش کردن تشــویق شدند. همچنین تمامی افراد مطالعه را پیگیری کردند. ارزیابی بیماران در ماه ۱ و ۳ و ۱۲ با چند تفاوت آماری معنی‌دار کوچکی گزارش شد.

نتیجه‌گیری: تفاوتی بین دو گروه در اســتفاده از مراقبت‌های بهداشتی درمانی مشاهده نشد و عوارض جانبی در گروه درمان فیزیکی زودهنگام حداقل بود.

Jama sep 2015.

دکتر دائمی محمد
مدیر اجرائی مجله

[Downloaded from jmciri.ir on 2025-07-12]

مقایسه آزیترومایسین و داکسی‌سایکلین در عفونت‌های ادراری ناشی از کلامیدیا تراکومایتیس

زمینه: عفونت‌های ادراری ناشی از کلامیدیا تراکومایتیس یکی از شایع‌ترین علل عفونت‌های دستگاه تناسلی در بالغین جوان محسوب می‌شود. مطالعات اخیر اثربخشی آزیترومایسین در درمان عفونت‌های ناشی از این میکروارگانیسم را به چالش کشیده است.

روش کار: در یک مطالعه کارآزمائی تصادفی اثربخشی آزیترومایسین خوراکی با داکسی‌سایکلین خوراکی در مبتلایان به کلامیدیا تراکومایتیس که همگی از بالغین جوان انتخاب شده بودند مقایسه گردید. در این مطالعه به بیماران که به طور اتفاقی انتخاب شده بودند یک گرم آزیترومایسین در یک نوبت تجویز گردید و در مقابل به بیمارانی که به طور اتفاقی انتخاب شده بودند داکسی سایکلین به میزان ۱۰۰ میلی‌گرم دو بار در روز به مدت ۷ روز تجویز گردیده بود که مورد مطالعه و مقایسه قرار گرفتند. شکست درمان اولیه به صورت وجود اسید نوکلئیک در نمونه‌های مشکوک که سابقه فعالیت جنسی قبلی داشتند و وجود پروتئین A در غشاء خارجی سلولی در ژنوتیپ C و در فاصله ۲۸ روز پس از درمان با دارو، تعریف گردید.

یافته‌ها: در این مطالعه ۵۶۷ نفر داوطلب شرکت داشتند که ۲۸۴ نفر به طور اتفاقی با آزیترومایسین تحت درمان قرار گرفتند و ۲۸۳ نفر به طور اتفاقی با داکسی سایکلین تحت درمان قرار گرفتند و ۱۵۵ نفر این مطالعه را پیگیری نکردند. که ۶۵ درصد آنان مردان بودند. شکست درمان در گروه داکسی سایکلین دیده نشد در حالی که در گروه آزیترومایسین شکست درمان در ۵ نفر (۷/۴-۰/۴ و حدود اطمینان ۹۵٪ و ۳٫۲٪) گزارش گردید.

نتیجه‌گیری: در این مطالعه که در یک جمعیت محدود با وجود عفونت ادراری با منشاء کلامیدیا تراکوماتیس انجام شد ارزش آزیترومایسین ۹۷٪ و کفایت داکسی سایکلین ۱۰۰٪ گزارش گردید.

www.NEJM.com 24 Dec 2015

[Downloaded from jmciri.ir on 2025-07-12]

● گزارش یک مورد بیماری

خوانندگان محترم می‌توانند با مطالعه گزارش ذیل و ارســـال پاسخ صحیح به دفتر مجله از شش ماه اشتراک مجله به صورت رایگان بهره‌مند گردند.

شرح حال:

مرد ۴۰ ساله‌ای با دردهای راجعه شکمی و سابقه دیابت و هیپرتانسیون مراجعه نموده اســـت. تحت درمان با گلی‌بن کلامید و بتابلوکر از ۸ ســـال پیش است. پدرش در ۵۵ سالگی به علت انفارکتوس میوکارد فوت کرده و برادرش در ۴۵ سالگی کرونری بای‌پس شده و برای هیپرکلســـترولمی خویش دارو دریافت می‌کند. در معاینه فیزیکی ۲۲ کیلوگرم اضافه وزن داشـــته و فشـــار خونش ۱۵۰/۹۰ mmHg است. حساســـیت جزیی در LUQ داشته و کبد وی اندکی بزرگ است. در بررسی‌های آزمایشگاهی قند خون ناشتای وی ۱۸۰ میلی‌گرم درصد و هموگلوبین گلیکوزیله وی ۸٪، کلسترول توتال پلاسما ۵۵۰ میلی‌گرم درصد و تری‌گلیســـیرید وی ۴۵۰۰ میلی‌گرم درصد میلی‌لیتر است. تست‌های فونکسیون کلیه، کبد و تیروئید طبیعی‌اند. محتمل‌ترین تشخیص در این بیمار کدامیک از موارد زیر است؟

الف) هیپرلیپیدمی مرکب (combined) فامیلی تشدید شده

ب) کمبود فامیلی لیپوپروتئین لیپاز

ج) هیپرلیپیدمی فامیلی مرکب

د) هیپرتری‌گلیسیریدمی فامیلی

نام و نام‌خانوادگی:	محل امضاء و مهر
شماره نظام پزشکی:	
نشانی:	
شماره تماس:	جواب: الف ☐ ب ☐ ج ☐ د ☐

[Downloaded from jmciri.ir on 2025-07-12]

نظر به اهمیت موضوع اخلاق حرفه‌ای پزشکی و چالش‌های آن، به جهت اطلاع‌رسانی و استفاده خوانندگان محترم مجله علمی و به امید کاهش آسیب‌های پیش‌روی جامعه پزشکی، نکاتی از مباحث و کدهای اخلاق حرفه‌ای پزشکی و مکتوبات اساتید محترم، در این فصلنامه درج می‌گردد.

حقوق متقابل پزشک و بیمار

دکتر عباسی محمود
دانشیار گروه اخلاق و حقوق پزشکی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی

حقوق پزشکی شاخه نوینی از رشته‌های حقوقی است که قواعد و مقررات حاکم بر رابطه پزشک و بیمار را مورد مطالعه قرار می‌دهد.

امروزه پیشرفت علوم و فناوری‌های نوین زیست پزشکی بر گستره موضوعی حقوق پزشکی افزوده و مسائل و مباحث نوینی را در برمی‌گیرد که از آن به عنوان مسائل مستحدثه یاد می‌کنند. گرچه گسترش دامنه مباحث حقوق پزشکی امروزه به حوزه‌هایی فراتر از رابطه پزشک و بیمار کشیده شده که گسترش روز افزون دامنه حقوق عمومی و نقش و مداخله دولت‌ها در مباحث مربوط به حوزه سلامت و اندیشه‌های فلسفی حاکم بر این حوزه، از آن جمله است و این امر موجب شده که رشته‌ای فراتر از حقوق پزشکی یعنی حقوق سلامت را فراروی ما قرار دهد اما نکته حائز اهمیت در این حوزه، توجه به زیرساخت‌ها و مبانی رابطه پزشک و بیمار است که همچنان در جامعه ما مغفول مانده است.

بدون تردید تا زمانی که به مبانی نظری این رابطه پرداخته نشود کشمکش بین حقوقدانان و اطبا به قوت خود باقی است. طبیبی که از مبانی حقوق بیماران بی‌اطلاع است در چنبره نگاه پدر سالارانه خود در قبال نظریه بیمار محور اینگونه می‌اندیشد که پس حقوق پزشک چه می‌شود و طرفداران حقوق بیمار که این حوزه را مقهور نگاه قیم مآبانه پزشک می‌پندارند هیچ وجه تسمیه و نقطه تقابلی بین این دو تفکر نمی‌یابند و حقوق پزشک و حقوق بیمار را نه در عرض یکدیگر بلکه آن دو را در طول یکدیگر می‌پندارند. به همین دلیل است که اعتقاد داریم وظیفه و رسالت سازمانی چون سازمان نظام پزشکی که یک سازمان صنفی و حرفه‌ای است تأمین

[Downloaded from jmciri.ir on 2025-07-12]

حقوق پزشکان اســت نه حقوق بیماران، چه اگر حقوق پزشکان تأمین شود حقوق بیماران خود به خود تأمین خواهد شد.

در رابطه بین پزشــک و بیمار در پرتو آموزه‌های اخلاق پزشــکی و حقوق پزشکی دو نظریه مطرح شــده است که در ابتدا به لحاظ عدم آشــنایی بیماران به حقوق خود نظریه پترنالیسم در رابطه بین پزشــک و بیمار حاکم بود و این پزشــک بود که خوب و بد بیمار را تشخیص می‌داد و بر اســاس آن تصمیم می‌گرفت. رفته رفته با بسط دایره اخلاق پزشکی و گسترش دامنه حقوق پزشــکی و آشــنایی بیماران بــه حقوق خود، نظریه بیمار محــور که مبتنی بر اتونومی بیمار بود شــکل گرفت و برای چند دهه در اکثر کشــورهای پیشــرفته جایگاهی ماندگار یافت. در چند دهه گذشــته به تناســب وضعیت خاص حاکــم بر جوامع یکی از دو نظریه «پترنالیســم» یا «بیمار محور» بر رابطه پزشــک و بیمار حاکمیت داشــته و حتی در برخی کشــورها اختلاط و امتزاجی از این نظریه‌ها را در قالب نظریه مشــارکت و همبستگی به نمایش گذاشــته است، اما با نضج اخلاق پزشکی و اوج حقوق پزشکی که محور توجه آن را حقوق بیماران تشــکیل می‌داد نظریه بیمار محور جایگاه و پایگاهی ماندگار یافت. اکنون سئوالی فراروی ماست که نمی‌توان در پرتو کدهای اخلاقی و موازین قانونی پاسخی روشن برای آن یافت چه این موضوع به مبانی و برنامه‌های راهبردی و سیاست‌های کلی حاکم بر رابطه پزشک و بیمار باز می‌گردد که باید آن را در لایه‌های زیرین راهبردها در مبانی رابطه پزشــک و بیمار جســتجو کرد و آن را در چارچوب قوانین و مقررات نشان داد و آن اینکه: رابطه بین پزشــک و بیمار در نظام حقوقی و نظام سلامت ما بر پایه کدامیک از نظریه‌های مطرح شــده استوار اســت؟ به نظر می‌رسد که هیچ یک. گر چه ضوابط حاکم ما را به سوی نظریه بیمار محور ســوق می‌دهد و در عمل حاکمیت نظریه پترنالیســم را می‌توان به عیان مشــاهده کرد اما حقیقت آنســت که باید طرحی نو در انداخت و در جستجوی نظریه‌ای بود که حقوق متقابل پزشک و بیمار را تأمین کند.

در پرتــو آموزه‌های دینی و بهره‌گیری از اصول حاکم بر موازین فقه و حقوق اســلامی، اصول متعدد قانون اساســی جمهوری اسلامی و بویژه قوانین و مقررات حاکم بر رابطه پزشک و بیمار می‌توان اینگونه اســتنباط کرد که رابطه پزشک و بیمار در نظام حقوقی اسلام و ایران مبتنی بر حقوق متقابل پزشک و بیمار است.

چــه از حیــث مبانــی نظام فقهــی و حقوقی مــا نه اصالــت فــرد را برمی‌تابــد آنگونه که مکتب‌هــای لیبرال بر آن پایبندنــد و نه اصالت جامعه را آنگونه که مکتب‌های سوسیالیســتی از آن طرفــداری می‌کننــد. نظــام فقهی- حقوقــی ما اصالت فــرد و جامعه را به رســمیت می‌شناســد که بــر پایه آن نه می‌توان حقوق فردی را نادیده انگاشــت و نــه حقوق جامعه را. اصل چهلم قانون اساســی جمهوری اسلامی ایران مقرر می‌دارد: هیچ‌کس نمی‌تواند اعمال حق خویش را وسیله اضرار به غیر یا تجاوز به منافع عمومی قرار دهد.

بنابرایــن باید نظریه خود را بر مبنایی اســتوار کــرد که در پرتو آن هم حقــوق ارائه‌کنندگان خدمــات پزشــکی تأمین گردد و هم حقوق حقــوق دریافت‌کنندگان خدمت. به نظر می‌رســد در برابــر نظریه‌هــای رایــج حاکم بــر رابطه پزشــک و بیمار کــه از آن به عنــوان «نظریه پترنالیســم» و «نظریــه بیمار محور» یاد می‌شــود «نظریــه حقوق متقابل پزشــک و بیمار» می‌تواند مبنای مناسبی برای تحقق حقوق پزشک و بیمار باشد.

[Downloaded from jmciri.ir on 2025-07-12]

Journal of Medical Council of Islamic Republic of Iran, VOL. 33, NO. 2, Spring 2015: 162-169

● **CASE REPORT** CODE:17

Study perception, knowledge and expectations from population and physicians points of view about implementation of family physician program: a case study in Shiraz

Torabi Ardakani Atefeh 1*
Hosseini Saeed 1
Oroomiei Nadia 2
Mirzaee Saeed 2

1- MSc student in Epidemiology (Kerman U.M.S)
2- PhD student in Health policy (Kerman U.M.S)

*** Corresponding author:**
No: 2, 6th Alley, Mahtab St. Beheshti Shahrak Shiraz, Iran

Tel: 07136200801

E-mail:
atefeh.torabi2012@gmail.com

Abstract

Introduction: Health and security are two basic components of human rights in society. From the perspective of the World Health Organization, Family Medicine is the heart of global efforts to improve service quality, reduce costs, enhance effectiveness and equality of health care system. But without the participation of stakeholders and cultural changes in society it is not possible. The aim of this study was to investigate perceptions, knowledge and expectations of physicians and Shiraz people in Fars province about this project.

Methods: This study is a cross-sectional study in 2013. sample and data collection Was through semi-structured interviews that were conducted with 30 patients and their analysis was done using analysis framework.

Results: From participants' physician point of view five original codes with titles: The lack of adequate infrastructure, payment system problems, weak cooperation, misunderstood viewpoint on family physicians and 17 sub-codes and From people's point of view two original codes with titles: Understanding and Awareness, and Expectations and 6 sub-codes were extracted.

Conclusion: The results showed that many people do not have the appropriate knowledge about the family physician program, so Training tailored to the local culture is needed, and also motivation system is needed to improve referral system. In order to keep family physicians in this system, solving economic problems and increasing motivation of family Physicians is necessary.

Keywords: Understanding and attitude, Expectations, Family physician

[Downloaded from jmciri.ir on 2025-07-12]

Journal of Medical Council of Islamic Republic of Iran, VOL. 33, NO. 2, Spring 2015: 162-169

● **REVIEW ARTICLE** CODE:16

Legal requirements of international documents in public health and the challenges facing it

Abbasi Mahmoud 1
Dehghani Ghazaleh 2*
Rezaee Raheleh 2

1- Associate Prof. of Medical Law (S.B.U.M.S)
2- MSc in International Law, (S.B.U.M.S)

*** Corresponding author:**
Medical Law and Ethics Research Center of Shahid Behesti Unireusity of Medical Sciences, Shams dead end, Tavanir Cross, Valiasr St, Tehran Iran.

Tel: 02188777539

E-mail:
Ghazale.84@gmail.com

Abstract

Introduction: Public health is the Science and art of preventing disease And providing, maintaining and promoting health and human capabilities . This concept is expanded in human life area. Therefore, from the international point of view, prophetic missions, policies, duties and public health activities are globalized and expanded from nation to the worldwide society.

Method: This article tries to carry out a study to review the documents and resources and find the legal obligations of the international documents in the field of public health policy as well as the challenges facing it .in fact respecting international obligations in hygiene and health by governments can guarantee the health of humans in international society.

Access to health services with the purpose of promoting, protecting and providing every single person in society is a basic necessaries in development of any society and it is the right of all human beings to have it. States obligation is seen in the UN constitution, the world health organization constitution, the universal declaration of human rights and other international and regional documents in order to respond to this public health needs . Therefore, paying attention to the importance of international documents and treaties that Encourage governments to put policies in order to maintaining and providing public health seems necessary.

Keywords: Public health, Public hygiene, Human rights, Millennium Declaration of development

[Downloaded from jmciri.ir on 2025-07-12]

Journal of Medical Council of Islamic Republic of Iran, VOL. 33, NO. 2, Spring 2015: 162-169

● **ORIGINAL ARTICLE** CODE:15

Evaluation of Intensive Care Unit in terms of standards of care in selected hospitals in Tehran

Yavari Masoud 1
Ardehali Seyyed Hossein 2
Moeini Mahshid 3*

1- Associate Prof. of Hand Surgery group (S.B.U.M.S)
2- Assistant Prof. of Critical Care group, (S.B.U.M.S)
3- MSc in Health Services Management

*** Corresponding author:**
Nect to Shafagh Park, 23th. St. Yovsef Abad Ave. Tehran, Iran.

Tel: 02142193142

E-mail:
moeini.mahshid@yahoo.com

Abstract

Introduction: putting high standard of care in ICU units will decrease overall cost by reducing preventable deaths etiologies.
The ultimate goal of the ICUs can be achieved by proper financial resource allocation, monitoring standards, fixing old or non standard physical structure of units, providing high quality equipments, and recruiting skilled nursing and medical staff.
To study standard of care observance in Intensive Care Units of Shahid Beheshti Medical University hospitals.

Methods: The data were collected by questionnaire in 6 criteria including management, human resources management, physical environment, improving quality and patient safety and patient care processes in ICUs. These Questionnaires were validated by health experts. Data were analyzed by spss software version 18.

Results: The total score was 1052 in all ICUs. The total score of the best ICU among all hospitals was 618 and the total score of the weakest ICU among all hospitals was 470. Among the 6 evaluating aspects, highest score was belonged to the management aspect and lowest one was related to patient care process.

Conclusion: Total scores of intensive care units were lower than overall score; meanwhile, all hospitals were assessed as grade 1 in national accreditation system. It represents the gap between national and international standards in all aspects that should be fixed.

Keywords: Standard, Management, medical equipment, designing, safety, quality improvement, clinical processes, Hospital, intensive care unit (ICU)

[Downloaded from jmciri.ir on 2025-07-12]

Journal of Medical Council of Islamic Republic of Iran, VOL. 33, NO. 2, Spring 2015: 162-169

● **ORIGINAL ARTICLE** CODE:14

Effect of fascial closure on development of incisional hernia in 10 mm umbilical trocar sites after laparoscopic surgeries

Suri Mohsen 1
Mirhashemi Seyyed Hadi 1*
Moeenara Raheleh 2
Peyvandi Hassan 3
Naderi Kaveh 4
Hajinasrollah Esmaeil 5

1- Assistant Prof. of General Syrgery group, (S.B.U.M.S)
2- General Surgeon, Research
3- Associate Prof. of General Surgery group, (S.B.U.M.S)
4- Associate Prof. of Emergency Medicine group (S.B.U.M.S)
5- Professor of General Surgery group, (S.B.U.M.S)

*** Corresponding author:**
Clinical research development center of Loghman hospitan, kamali St. South Kargar Ave. Tehran. Iran

Tel: 02155419390

E-mail:
Sh.mirhashemi@gmail.com

Abstract

Introduction: laparoscopy is a novel surgical method and has became the gold standard of treatment in some diseases. Development of hernia in laparoscopic port sites is a major complication. repairing port sites has always been of concern because of their small sizes which may lead to intestinal, omentum and intra-abdominal organs damage. This study aims to investigate the effects of fascial closure on development of incisional hernia in 10 mm trochars sites.

Methods: 170 candidates of laparoscopy surgery that were referred to Loghman Hakim hospital were randomly allocated in two groups: 1) fascial closure performed in 10 mm trochars sites 2) fascial closure not performed in 10 mm trocar sites. Patients followed at 3, 6 and 12 months after surgery. signs and symptoms of incisional hernia Were closely controlled and sonographic evaluation performed in suspected cases. Data were analyzed using SPSS version 16; t-test and chi2 for quantitative and qualitative variables, respectively.

Results: 10 patients where lost to follow-up. patients were matched for age,sex,BMI, existence of Diabetes mellitus and anemia. incidence of incisional hernia in group one and two were 2.5% VS 1.25%. this difference was not statistically significant.

Conclusion: it is highly probable that closure and non-closure of facia does not affect the incidence of incisional hernia in 10mm trocar sites.

Keywords: lomm trocar, trocar site hernia, fascia repair, umblicus

[Downloaded from jmciri.ir on 2025-07-12]

Journal of Medical Council of Islamic Republic of Iran, VOL. 33, NO. 2, Spring 2015: 162-169

● **ORIGINAL ARTICLE** CODE:13

Evaluation of the cooperation of private physicians in the notifiable disease reporting in Hamadan province

Moradi AliReza 1
Erfani Hossein 2
Zanganeh Moharram 3
Neshani Ali 4
Alipour AliMohammadReza 4
Mostafavi Ehsan 5*

1- MSc in Disease Managment, (Hamedan U.M.S)
2- General Practitioner, Researcher
3- MSc in Health Care Management (Hamedan U.M.S)
4- BSc in Public Health (Hamedan U.M.S)
5- Associate Prof. of Epidemiology group, (Pasteur Institute of Iran)

*** Corresponding author:**
Department of Epidemiology, Pasteur Institute of Iran.
Postal Code: 1316943551, Tehran, Iran.

Tel: 021-66496448

E-mail:
Mostafavi@pasteur.ac.ir

Abstract

Introduction: disease control in Iran is mainly based on routine reporting of notifiable diseases in the national health system. On time reporting of diseases and appropriate action for reported cases are essential in this system. The aim of this study was to determine the status of routine reporting system of notifiable diseases in private sector physicians of Hamadan province.

Methods: This cross-sectional study was performed with participation of private sector employed physicians of Hamadan province using a standard questionnaire. The data were analyzed using chi-square test. p-value less than 0.05 was considered statistically significant.

Results: A total of 354 physicians including 178 (5%0.3) general practitioners, 138 (39%) expert physicians, 15 (%4.2) specialist and 23 (6.5%) laboratory associates were interviewed. 5%1.1 of the participants expressed that they report notifiable diseases. Cooperation of the laboratory associates (69.5%) and general practitioners (6%1.2) in reporting the notifiable diseases were significantly higher than the expert physicians (%39.8) and specialists (6%.3) (P = 0.001). There was no significant difference between job experience, work experience in the public health system and employment in the public sector of the health care system and the cooperation in reporting notifiable diseases.

Conclusion: Conclusion: Cooperation of private sector physicians in reporting the notifiable diseases was in an intermediate level. So, it seems necessary to hold the periodic retraining courses for physicians. Existing methods should be revised for promotion of this level of reporting.

Keywords: Surveillance System, Notifiable Diseases, Questionnaire.

[Downloaded from jmciri.ir on 2025-07-12]

Journal of Medical Council of Islamic Republic of Iran, VOL. 33, NO. 2, Spring 2015: 162-169

● **ORIGINAL ARTICLE** CODE:12

The impact of quality management in reducing surgical site infection: an action research

Mosadeghrad AliMohammad 1
Khalaj Fatemeh 2*

1- Assistant Prof. of Health Policy and Management, (T.U.M.S)
2- MSc Student in Health Services Management (T.U.M.S)

*** Corresponding author:**
Health Policy and Managment Center, Health Faculty, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran.

Tel: 02142933006

E-mail:
giti.khalaj@yahoo.com

Abstract

Introduction: Surgical Site Infection is a common side effect of surgeries that causes an increase in morbidity, mortality, patient length of stay in the hospital and hospital expenses. Quality management as an organizational strategy helps improve working processes and enhance hospital productivity.

Methods: This study aimed to examine the impact of applying a quality management technique on reducing Surgical Site Infection in a cardiology hospital in Tehran, Iran. A participatory action research was used for the intervention. Using a checklist ,the reasons for Surgical Site Infections were identified, investigated and an action plan was developed and implemented for its reduction.

Results: Using the quality management strategy ,Surgical Site Infection was reduced by 28 percent. Standardization of processes, proper planning and using anesthetics clinic helped reduce the Surgical Site Infection.

Conclusion: Implementing an appropriate quality management model appropriately helps reduce Surgical Site Infection in hospital operation theatres.

Keywords: Surgical Site Infection- Quality management- Continuous quality improvement- Hospital

[Downloaded from jmciri.ir on 2025-07-12]

Journal of Medical Council of Islamic Republic of Iran, VOL. 33, NO. 2, Spring 2015: 162-169

● **ORIGINAL ARTICLE** CODE:11

Assessment of the family physicians quality of working life in Kerman province 2010

Nekoei Moghadam Mahmoud 1
GhorbaniNia Rahil 2*
Kamyabi Abbas 3
Behzadi Franak 4
Mehrabian Mitra 5

1- Professor of Health Management, (Kerman U.M.S)
2- MSc in Health Management (Bam U.M.S)
3- General Practitioner, Researcher
4- PhD Student in Health Policy, (T.U.M.S)
5- BSc in Health Policy (Kerman U.M.S)

*** Corresponding author:**
Bam University of Medical Sciences, Bam, Iran.

Tel: 09396558571

E-mail:
r.Ghorbani6790@gmail.com

Abstract

Introduction: Quality of working life is a variable that has recently attracted attention of many managers who are seeking to improve quality of human resources. Improving Quality of working life enhances employee satisfaction, and help strengthening workplace learning and coping with changing w environment. The aim of this study is to assess the family physicians' quality of work life, in the Kerman province in 1389.

Methods: The sample was composed of 114 family physicians. Van Lar quality of work life questionnaire was used to collect information. data were analysis with SPSS 19 using descriptive statistics (mean and SD) and statistical T-test and Anova.

Results: The average overall family doctors' quality of work life in Kerman province was 28.98%. Quality of life was higher in male physicians (mean=73.9, SD=2.05) than females (mean=66.36, SD=1.44). According to cooperation motivation, all fields (career and job satisfaction, work conditions, General well being, work- life balance, and stress at work) were significantly related except quality control of work.

Conclusion: The family physicians' quality of work life is not in a satisfactory level, we need to consider programs and strategies to improve that.

Keywords: Quality of working life, career and job satisfaction, working conditions, General well being, work- life balance, stress at work, work control, family physicians, praimery

[Downloaded from jmciri.ir on 2025-07-12]

Journal of Medical Council of Islamic Republic of Iran, VOL. 33, NO. 2, Spring 2015: 162-169

● **ORIGINAL ARTICLE** CODE:10

Identification and determination antimicrobial resistance pattern of Staphylococcus aureus and Pseudomonas aeruginosa isolated from patients with otitis media in Amir alam Hospital

SharifiYazdi MohammadKazem 1
Heidarzadeh Siamak 2
Vahedi Saeid 3
Rahimi Forushani Abbas 4
Jabbari Hossain 5
SoltanDallal MohammadMehdi 6*

1- Professor of Medical Laboratory Sciences group, (T.U.M.S)
2- PhD Student in Bacteriology group, (T.U.M.S)
3- MSc in Anesthesiology group, (T.U.M.S)
4- Associate Prof. of Epidemiology group (T.U.M.S)
5- Assistant Prof. of Clinical Immunology group (T.U.M.S)
6- Professor of Microbiology group (T.U.M.S)

*** Corresponding author:**
Food Microbiology Research Center and Department of pathobiology, School of Public Health, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran

Tel: 02188992971

E-mail:
soltanda@sina.tums.ac.ir

Abstract

Introduction: Acute otitis media (AOM) remains a frequent global infection of childhood. This study was conducted to determine the frequency of Staphylococcus aureus and Pseudomonas aeruginosa and determine the antibiotic susceptibility patterns in patients with acute middle ear infections referred to Amir Alam hospital.

Methods: In total 102 middle ear discharge specimens were collected during 6 months period from patients with acute otitis media. Specimens were assessed for isolation and identification by microscopic examination and culture. The antibiotic susceptibility test was done by disk diffusion method of Kirby-Bauer and sensitivity frequency of tested antibiotics was assessed by appraisal diameter of the growth inhibitory zone.

Results: Of 102 tested specimens, 90 (88.2%) were recognized as Staphylococcus 27(26.5%), Streptococcus 7(6.9%), Moraxella catarrhalis 2(2%), Proteus 11(10.8%), Streptococcus pneumonia 15(14.7%), Pseudomonas15 (14.7%), Corynebacterium 6(5.9%), Haemophilus influenza 7(6.9%) and 12(11.8%) specimens were non cultureable. Almost all the isolated bacteria to antibiotics that are commonly prescribed to patients by Physician routinely including penicillin, ampicillin, and amoxicillin showed resistance.

Conclusion: According to the emergence of resistant strains to conventional antibiotic therapy, especially beta-lactam antibiotics and erythromycin, it is recommended to perform further studies to determine full picture of antibiotic susceptibility in circulating in patients with AOM to revise existing guidelines of empirical therapy of AOM in Iran.

Keywords: Acute Otitis media, Antibiogram, Staphylococcus aureus, Pseudomonas aeruginosa

[Downloaded from jmciri.ir on 2025-07-12]

مشتاقی و صبوری از حد گذشت یارا

گر تو شکیب داری طاقت نماند مارا

باری به چشم احسان در حال ما نظر کن

کز خوان پادشاهان راحت بود گدا را

سلطان که خشم گیرد بر بندگان حضرت

حکمش رسد و لیکن حدی بود جفا را

(سعدی)

[Downloaded from jmcir.ir on 2025-07-12]

فرم اشتراک

مــجله علمی

سازمان نظام پزشکی جمهوری اسلامی ایران

علاقمندان می‌توانند جهت اشتراک فصلنامه مجله علمی سازمان نظام پزشکی جمهوری اسلامی ایران هزینه اشتراک (چهار شماره ۱۲۰/۰۰۰) ریال را به حساب ۱۴۰۱۴۰۱۴/۸۵ بانک ملت شعبه دانشگاه در وجه سازمان نظام پزشکی واریز نموده به همراه مشخصات فردی و نشانی دقیق پستی خود به آدرس دفتر مجله ارسال نمایند و یا از طریق ثبت‌نام در سایت www.magiran.com پس از پرداخت هزینه اشتراک سال ۱۳۹۳ نسبت به دریافت این فصلنامه اقدام نمایند.

آدرس دفتر مجله علمی: تهران، کارگر شمالی، بالاتر از جلال آل احمد، خیابان فرشی مقدم (شانزدهم)، پلاک ۱۱۹ کدپستی: ۱۴۳۹۸۳۷۹۵۳
صندوق پستی: ۱۵۹۹-۱۴۱۹۵ تلفن: ۸۴۱۳۸۳۱۵، فکس: ۸۸۳۳۷۹۸۱ پست الکترونیک: jmciri@irimc.org, dr.daemi@irimc.org

لازم به ذکر است قیمت تک شماره این مجله در سال ۱۳۹۳، ۳۰/۰۰۰ ریال می‌باشد.

نام و نام خانوادگی / نام مؤسسه: .....

مدرک تحصیلی:..... شماره نظام پزشکی: .....

شغل: .....

شماره فیش بانکی: .....

نشانی: .....

.....

کدپستی: .....

تلفن: .....

نمابر: .....

پست الکترونیک: .....

تاریخ شروع اشتراک: .....

.....تاریخ و امضا: ...../...../..... ۱۳

[Downloaded from jmciri.ir on 2025-07-12]

معرفی سایت مجله علمی سازمان نظام پزشکی

سایت ویژه مجله علمی سازمان نظام پزشکی جمهوری اسلامی ایران به دو زبان فارسی و انگلیسی با قابلیت ارسال الکترونیک مقالات (Online Submission) و فراهم بودن امکان ارسال Online و ارسال اتوماتیک Email یا SMS طراحی گردیده است. امکان جستجوی مطالب، تهیه خروجی اتوماتیک مورد نیاز جهت استفاده بانک‌های اطلاعاتی نظیر Medline، ISI و ...، امکان دسترسی به متن کامل مقالات در قالب PDF، ارسال SMS و Email جهت آگاه‌سازی نویسندگان محترم از وضعیت داوری مقاله خود، از امکانات سایت مذکور می‌باشد. همچنین امکان ارسال اتوماتیک و Online جدیدترین نسخه چاپی مجله برای مشترکین سایت، درج خبرهای ویژه سازمان نظام پزشکی و مجله علمی و ... به آدرس اینترنتی jmciri@irimc.ir میسر می‌باشد.

با تکمیل این سایت سرانجام آرشیو ۴۰ ساله این مجله، در دسترس کلیه علاقمندان به پژوهش و اساتید محترم قرار خواهد گرفت.

لازم به ذکر است اکنون بخش ارسال الکترونیکی مقالات به بهره‌برداری رسیده است. سایر بخش‌های سایت که هنوز به طور کامل راه‌اندازی نشده‌اند نیز به زودی و با تلاش و پیگیری‌های مستمر در حال تکوین و تکمیل می‌باشد.

بدینوسیله مشتاقانه از کلیه اساتید، صاحب‌نظران و پژوهشگران دعوت می‌نماییم که نظرات خود را از طریق بخش نظرسنجی سایت مجله یا از طریق ایمیل (jmciri@irimc.org) و یا (dr.daemi@irimc.org) و یا با شماره مستقیم دفتر مجله (۰۲۱-۸۴۱۳۸۳۱۵) و هماهنگی با مدیریت سایت، جهت ارتقاء هر چه بیشتر سیستم فوق، به ما ارائه دهند تا با یاری و پشتوانه شما اساتید گرامی، بتوانیم گامی بزرگ در راستای اعتلای علم و پژوهش در سطح جهانی برداریم. منتظر رهنمودها و انتقادهای سازنده شما هستیم.

موفق و مؤید باشید

مدیر اجرایی و مدیر سایت مجله

[Downloaded from jmciri.ir on 2025-07-12]

بسمه تعالی

از آنجائی که ارزشیابی هر مجله از دیدگاه خوانندگان ، در شناخت مسائل و کم و کاستی های آن اهمیت بسزائی دارد و شناخت انتقادات و پیشنهادات اولین گام در ارتقاء سطح علمی آن محسوب می گردد، لذا خواهشمند است با دقت نظر و بذل توجه به سوالات ذیل ، پاسخ داده و ما را از نظرات و پیشنهادات خود مطلع فرمائید. مدیریت مجله علمی به بهترین پیشنهاد سازنده، هدیه ای شایسته تقدیم می نماید.

مدیر اجرائی مجله

مشخصات پاسخگو: محل فارغ التحصیلی:

جنس: زن ☐ مرد ☐ سن: سال ☐ سابقه کار: سال رشته تخصصی:

خواهشمند است نظرات خود را با گذاشتن علامت (*) در محل مربوطه بیان فرمائید.	بسیار زیاد	زیاد	متوسط	کم	بسیار کم
۱-موفقیت مجله از نظر تحکیم اطلاعات صحیح قبلی شما					
۲-موفقیت مجله از نظر ارائه مطالب جدید علمی					
۳-متناسب بودن محتوای مجله با نیازهای شغلی شما					
۴-توانائی مجله در ایجاد علاقه به مطالعه تخصصی در شما					
۵--مفید بودن تبلیغات در مجله					
۶-میزان امتیاز تعلق یافته در مقالات دارای امتیاز بازآموزی					

۷- مهمترین انگیزه های شما در استفاده از مجله کدامند؟(لطفاً با عدد مشخص کنید(۱= ضعیفترین،۴=مهمترین)

الف)-تجدید کردن اطلاعات ☐ ب)- مبادله اطلاعات و تجربیات با دیگر همکاران ☐

ج)-چاره جوئی در حل مشکلات حرفه ای ☐ د)- کسب امتیاز ☐

_ سایر موارد

۸- مهمترین نکات مثبت و منفی مجله را ذکر فرمائید.

نکات مثبت:

نکات منفی:

۹- چه موضوعاتی را برای مجلات آینده پیشنهاد می کنید؟ (با ذکر عناوین و اولویت مطالب)

[Downloaded from jmciri.ir on 2025-07-12]

[Downloaded from jmciri.ir on 2025-07-12]

۱۰- لطفاً مقالات را از نظر موارد ذکر شده ارزیابی نمائید (لطفا به تفکیک ذکر نمائید)

کد مقاله	موضوع مقاله	تسلط علمی			متون شیوا و روان			تناسب محتوای مقاله با موضوع مجله			ارائه خلاصه و نتیجه گیری			کاربرد مطالب با امکانات موجود در کشور		
		خوب	متوسط	ضعیف	خوب	متوسط	ضعیف	خوب	متوسط	ضعیف	خوب	متوسط	ضعیف	خوب	متوسط	ضعیف

فرم تحویل مقالات به مجلهٔ علمی سازمان نظام پزشکی جمهوری اسلامی ایران

۱- عنوان مقاله	عنوان فارسی مقاله : عنوان انگلیسی مقاله:

*** لطفاً نام نویسندهٔ پاسخ گو با علامت ستاره مشخص گردد.**

۲-مشخصات نویسندگان مقاله (به ترتیب درج در مقاله)	۱		نام	نام خانوادگی	تخصص	رتبهٔ علمی	محل فعالیت
		فارسی					
		انگلیسی					
	۲	فارسی					
		انگلیسی					
	۳	فارسی					
		انگلیسی					
	٤	فارسی					
		انگلیسی					
	۵	فارسی					
		انگلیسی					
	٦	فارسی					
		انگلیسی					
۳- مشخصات نویسنده پاسخ گو		تلفن		E-mail			
		فکس		آدرس فارسی:			
		موبایل		آدرس انگلیسی:			

*** لطفاً مدارک تحویلی منطبق بر الگوی راهنمای نویسندگان مربوط به مقاله را با علامت √ مشخص نمایید.**

٤- مشخصات مقاله	عنوان فارسی	عنوان انگلیسی	چکیده و واژگان کلیدی فارسی	چکیده و واژگان کلیدی انگلیسی
	مقدمه	روش ها	نتایج	بحث
	مراجع	تعداد جداول	تعداد تصاویر	تعداد نمودارها

اینجانب..... به عنوان نویسنده مسئول مقاله فوق الذکر تعهد می نمایم که از طرف سایر نویسندگان مقاله،صحت مندرجات فوق را تأیید اعلام می کنم که تمام نویسندگان مقاله،نمونه نهایی آن را مطالعه وتأیید نموده اند. همچنین تعهد می نمایم که قبل از تعیین نتیجه بررسی توسط هیات تحریریه مجله علمی سازمان نظام پزشکی،این مقاله برای چاپ در نشریه دیگری در داخل ارسال نخواهد شد.

امضا و مهر نویسندهٔ پاسخ گو

[Downloaded from jmciri.ir on 2025-07-12]

نویسندگان محترم در صورت تمایل به ارسال مقاله می‌توانند این فرم جدا، تکمیل، مهر و امضاءِ نموده و سپس به انضمام سه نسخه از مقاله و یک CD محتوی فایل Office ۲۰۰۳ و یا Office ۲۰۰۷ مقاله خود، آن را برای دفتر مجله و یا از طریق آدرس وب www.jmciri.ir و یا به daemim@yahoo.com, jmciri@irimc.org ارسال نمایند.

[Downloaded from jmciri.ir on 2025-07-12]

CONTENTS

ORIGINAL ARTICLES

91 **Identification and determination antimicrobial resistance pattern of Staphylococcus aureus and Pseudomonas aeruginosa isolated from patients with otitis media in Amir alam Hospital**

SharifiYazdi MohammadKazem (MD), Heidarzadeh Siamak (PhD Student), Vahedi Saeid (MSc), Rahimi Forushani Abbas (PhD), Jabbari Hossain (MD), SoltanDallal MohammadMehdi (MD)

101 **Assessment of the family physicians quality of working life in Kerman province 2010**

Nekoei Moghadam Mahmoud (PhD), GhorbaniNia Rahil (MSc), Kamyabi Abbas (MD), Behzadi Franak (PhD Student), Mehrabian Mitra (BSc)

110 **The impact of quality management in reducing surgical site infection: an action research**

Mosadeghrad AliMohammad (MD), Khalaj Fatemeh (MSc)

119 **Evaluation of the cooperation of private physicians in the notifiable disease reporting in Hamadan province**

Moradi AliReza (MSc), Erfani Hossein (MD), Zanganeh Moharram (MSc), Neshani Ali (BSc), Alipour AliMohammadReza (BSc), Mostafavi Ehsan (PhD)

125 **Effect of fascial closure on development of incisional hernia in 10 mm umbilical trocar sites after laparoscopic surgeries**

Suri Mohsen (MD), Mirhashemi Seyyed Hadi (MD), Moeenara Raheleh (MD), Peyvandi Hassan (MD), Naderi Kaveh (MD), Hajinasrollah Esmaeil (MD)

131 **Evaluation of Intensive Care Unit in terms of standards of care in selected hospitals in Tehran**

Yavari Masoud (MD), Ardehali Seyyed Hossein (MD), Moeini Mahshid (MSc)

REVIEW ARTICLE

138 **Legal requirements of international documents in public health and the challenges facing it**

Abbasi Mahmoud (MD), Dehghani Ghazaleh (MSc), Rezaee Raheleh (MSc)

CASE REPORT

147 **Study perception, knowledge and expectations from population and physicians points of view about implementation of family physician program: a case study in Shiraz**

Torabi Ardakani Atefeh (MSc Student), Hosseini Saeed (MSc Student), Oroomiei Nadia (PhD Student), Mirzaee Saeed (PhD Student)

TO THE EDITOR

156 **Checkup Clinic**

Hesabi Abdolhamid (MD)

157 **NEW ABSTRACTS**

Daemi Mohammad (MD)

159 **MEDICAL ETICS**

Abbasi Mahmood (MD)

161 **ABSTRACTS (IN ENGLISH)**

[Downloaded from jmciri.ir on 2025-07-12]

JOURNAL OF

MEDICAL COUNCIL OF ISLAMIC REPUBLIC OF IRAN

Quarterly, VOL. 33: NO. 1, 1394 (2015); Spring

OWNER: MEDICAL COUNCIL OF I.R.I.

CHAIRMAN: Alireza Zali (MD)

EDITOR IN CHIEF: Ali Asghar Peyvandi (MD)

EXECUTIVE MANAGER: Mohammad Daemi (MD)

EDITORIAL BOARD (Alphabetically):

Y. Aghighi (MD), M. Bahadori (MD), A.H. Hesabi (MD), A.R. Jamshidi (MD), TS.A. Marandi (MD), K. Mohammad (PhD), A.S. Mousavi (MD), M.R. Nouroozi (MD), A.A. Peyvandi (MD), A. Pousti (MD, PhD), S.Sh. Sadr (MD,PhD), Z.Tabibzadeh (DDS), P. Tousi (MD), A.R. Yalda (MD), M.R. Zahedpour Anaraki (MD), A.R. Zali (MD), M.R. Zali (MD)

CONSULTANTS For This Issue (Alphabetically):

M. Bahadori (MD), A.R. Farsar (MD), M.H. Ghadiani (MD), M.M. Goya (MD), A.H. Hesabi (MD), A. Karimi (MD), M. Koochak (MD), H. Malek Afzali (?), N. Malek Pour (?), F. Mokhtari Nejad (MD), M. Pezeshkiyan (MD), S. Razavi (MD), Sh. Sayyah Far (MD), D. Yadegari (MD), A.R. Zali (MD)

CO-WORKERS:

EDITOR: R.A.Marandi (BSc), R_ahmadimarandi@yahoo.com

STATISTIC CONSULTANT: A. Rahaimi (PhD), Rahimifo@tums.ac.ir

ABSTRACTS EDITOR: S.Shokrollahi (MD), Shokrollahi49@yahoo.com

Graphist&page setup: S.Imani

Computer manager: Yashar Morovvati

Secretary Supervisor: Nasrin Dehghanipour

Web Site Manager: M.Daemi (MD), dr.daemi@irimc.org

Print by: Iranchap

Price = 30000 R

- **JMC is indexed in: CINAHL, IMEMR, CAB Abstracts, Global Health, Magiran, SID, ISC, Magiran**
- **Medical Council of I.R.I will financially Supported the publication of this journal.**
- **No part of this publication may be printed without being referenced properly.**

Address: # 119, Farsh Moghaddam st.
(16th.st.) North Kargar Ave.
Tehran, Iran
Code Post: 1439837953 **P.O. Box:** 11365 – 1599 / Tel: (+9821) 84138315
E.mail: jmciri@irimc.org, **Web Site:** www.jmciri.ir

[Downloaded from jmciri.ir on 2025-07-12]