

عملکرد پزشکان خانواده‌ی شاغل در مناطق روستایی شهرستان اصفهان در بیماریابی دیابت شیرین و فشار خون طی ۵ سال گذشته

دکتر رضا خدیوی^۱، سیده طیبه هاشمی^۲، الهام فرخ سیر^۳، محسن روحانی^۳

چکیده

مقدمه: در برنامه‌ی پزشک خانواده و نظام ارجاع که از سال ۱۳۸۴ در مناطق روستایی به اجرا گذاشته شد، پزشک خانواده موظف به غربالگری بیماری‌های در اولویت، از جمله دیابت نوع ۲ و فشار خون ظرف سه سال اول شروع کار و سپس هر سه سال یک بار می‌باشد. در این تحقیق با بررسی میزان بیماریابی این دو بیماری، عملکرد پزشکان خانواده را ارزیابی کردیم.

روش‌ها: این تحقیق یک مطالعه‌ی مقطعی توصیفی-تحلیلی بود که در ۱۳۹۰ به صورت سرشماری از تمام مراکز بهداشتی-درمانی روستایی شهرستان اصفهان انجام شد. با رجوع به پرونده‌ی بیماران مبتلا به فشار خون و دیابت نوع ۲، چک لیستی شامل مشخصات دموگرافیک بیماران و مقدار گلوکز یا فشار خون در زمان تشخیص بیماری تکمیل شد. با مقایسه‌ی آمار فوق و درصد فراوانی این بیماری‌ها در استان اصفهان، پیشرفت تیم پزشک خانواده در امر بیماریابی بیماری‌های دیابت نوع ۲ و فشارخون بالا، بررسی شد. داده‌ها به وسیله‌ی نرم‌افزار SPSS نسخه‌ی ۱۸ و آزمون‌های آماری χ^2 و Student-t مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

یافته‌ها: طی این بررسی تعداد ۳۲۰۹ نفر مبتلا به فشار خون و تعداد ۱۶۸۴ نفر مبتلا به دیابت شیرین مشخص گردیدند. تیم‌های پزشک خانواده تاکنون توانسته‌اند به ترتیب ۳۱/۵ و ۵۵ درصد از بیماران مبتلا به فشار خون و دیابت نوع ۲ موجود در مناطق روستایی شهرستان اصفهان را شناسایی نمایند و تحت مراقبت قرار دهند. میزان بیماریابی در دو بیماری مورد مطالعه بعد از اجرای برنامه‌ی پزشک خانواده نسبت به مدت قبل از آن، تفاوت آماری معنی‌دار داشت.

نتیجه‌گیری: به دنبال اجرای طرح بیمه‌ی همگانی سلامت برای روستاییان و آموزش‌های پیشگیرانه‌ی پزشک خانواده و تیم سلامت، عملکرد پزشک خانواده در بیماریابی بیماری‌های مزمن بهبود یافته است.

واژگان کلیدی: پزشک خانواده، فشار خون، دیابت، عملکرد، ایران

مقدمه

تحمیل حجم زیادی از ناتوانی‌ها به بیماران خواهد شد. بیماری فشار خون و دیابت قندی، از مهم‌ترین عوامل خطر دخیل در بروز CVD هستند. در جمهوری اسلامی ایران، CVD از عوامل شایع مرگ و میر است و از نظر بار بیماری‌ها، در رتبه‌ی دوم مهم‌ترین عوامل تحمیل‌کننده‌ی سال‌های از دست

بیماری‌های قلبی-عروقی (Cardiovascular diseases) یا CVD)، به عنوان اولین عامل مرگ در سرتاسر جهان، یک سوم کل مرگ‌ها را به خود اختصاص می‌دهد. این دسته‌ی بیماری‌ها، علاوه بر مرگ و میر بالا، عوارض زیادی را نیز به جا می‌گذارد که باعث

* این مقاله حاصل پایان‌نامه‌ی دوره‌ی دکترای مرفه‌ای در دانشگاه علوم پزشکی اصفهان است.

^۱ دانشیار، مرکز تحقیقات عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت، دانشکده‌ی پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران

^۲ دانشجوی پزشکی، دانشکده‌ی پزشکی و کمیته‌ی تحقیقات دانشجویی، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران

^۳ گروه گسترش، مرکز بهداشت استان اصفهان، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران

Email: tb.hashemi@yahoo.com

نویسنده‌ی مسؤول: سیده طیبه هاشمی

رفته‌ی عمر ناشی از مرگ زودهنگام می‌باشد (۱).

در کشورهای صنعتی ۲۵ درصد بزرگسالان و ۶۰ درصد افراد بالای ۶۰ سال مبتلا به بیماری فشار خون هستند. مطالعات انجام شده در ایران نیز حکایت از شیوع بالای فشار خون دارد؛ به طوری که آخرین مطالعات صورت‌گرفته از شیوع ۲۳/۳ درصدی این بیماری در جمعیت بالای ۲۵ سال، حکایت دارد. با توجه به این که بیماری فشار خون، سال‌ها بدون علامت وجود دارد، با بیماریابی به موقع و درمان مناسب آن، می‌توان از بروز زودرس عوارض آن (بیماری عروق کرونر، نارسایی قلبی، سکته مغزی و نارسایی کلیه) جلوگیری کرد (۲).

طرح کشوری پیشگیری و کنترل بیماری فشارخون در سال ۱۳۷۱ با هدف پیشگیری و کنترل این بیماری و عوارض ناشی از آن در کشور طراحی و ابلاغ شد. برنامه‌ی کشوری کنترل بیماری دیابت از سال ۱۳۷۵ در نظام شبکه‌های بهداشت و درمان کشور به اجرا گذاشته شد. این برنامه به طور عمده بر آموزش خانواده‌ها و غربالگری بیماری دیابت در افراد در معرض خطر، تمرکز داشت. بعد از ۱۰ سال اجرا در نواحی پایلوت، از سال ۱۳۸۰ غربالگری فعال بیماری فشار خون در مناطق روستایی کشور با هدف کاهش مرگ و میر و ناتوانی ناشی از CVD، شروع شد. این برنامه به صورت ادغام‌یافته با غربالگری دیابت از سال ۱۳۸۳ در نظام شبکه در کل کشور به مرحله اجرا گذاشته شد (۳).

روند ابتلا به دیابت قندی، به عنوان شایع‌ترین بیماری ناشی از اختلال متابولیسم، در سال‌های اخیر رو به افزایش است. از سال ۱۹۹۵ تا ۲۰۲۵ جمعیت مبتلایان به این بیماری ۱۲۲ درصد افزایش خواهد

یافت. در ابتدای قرن بیست و یکم ۱۵۰ میلیون نفر در جهان و ۲ میلیون نفر در ایران به دیابت دچار هستند. این بیماری با ۴ میلیون مرگ در جهان ۹ درصد کل مرگ‌های جهان را تشکیل می‌دهد. دیابت قندی، شانزدهمین علت مرگ در مردان و نهمین علت مرگ در زنان است و در بسیاری از کشورها مهم‌ترین علت نابینایی و سردسته‌ی علل قطع عضو و نارسایی مزمن کلیه در سنین ۲۰ تا ۷۰ سالگی محسوب می‌شود.

بر اساس مطالعات انجام شده، ۲۰ درصد جمعیت بالای ۳۰ سال در معرض خطر ابتلا به دیابت قرار دارند. شیوع دیابت در کل جامعه، حدود ۲ تا ۳ درصد و در جمعیت بالای ۳۰ سال، ۷/۳ درصد برآورد می‌گردد (۱). طرح کشوری پیشگیری و کنترل بیماری دیابت در سال ۱۳۷۵، تدوین و جهت ادغام به نظام شبکه‌های بهداشتی و درمانی کشور ابلاغ گردید. از سال ۱۳۷۷، بعد از آموزش‌های لازم به تیم‌های اجرایی، برنامه‌ی پیشگیری و کنترل بیماری دیابت و از جمله غربالگری افراد در معرض خطر، به اجرا گذاشته شد (۳).

در طی سال‌های بعد از انقلاب اسلامی و متعاقب پیاده شدن نظام گسترده‌ی شبکه‌های بهداشت و درمان در کشور و ادغام مراقبت از بیماری‌های شایع و اولویت‌دار، در نظام ارائه‌ی خدمات سلامت اولیه، تلاش‌های زیادی جهت گسترش سیستم مراقبت سلامت برای آحاد شهروندان مملکت به خصوص در نواحی محروم و غیربرخوردار انجام شد تا فاصله‌ی طبقاتی بین جامعه‌ی شهری و روستایی کمتر شود (۴). با عنایت به تغییر الگوی بیماری‌ها در کشور و افزایش روند فراوانی بیماری‌های غیر واگیر و از طرف دیگر نیاز به مراقبت مستمر این گونه بیماری‌های مزمن،

یکی از اولویت‌های برنامه‌های چهارم و پنجم توسعه‌ی اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی کشور (از ۱۳۸۴ تا ۱۳۹۰)، اصلاح نظام سلامت کشور، جهت ارتقای بهره‌وری، پاسخ‌گویی، عدالت و کیفیت در نظام سلامت با رویکرد برنامه‌ی پزشک خانواده و نظام ارجاع بود. قانون اجرای برنامه‌ی پزشک خانواده و نظام ارجاع از سال ۱۳۸۴ در مناطق روستایی و شهرهای زیر ۲۰ هزار نفر در کشور به اجرا گذاشته شد. در این راستا، علاوه بر پوشش همگانی بیمه‌ی سلامت شهروندان ساکن در مناطق فوق تغییر نظام پرداخت به پزشکان خانواده به صورت سرانه‌ای (به جای نظام کارانه‌ای) انجام شد. پزشک خانواده موظف است بعد از شناخت جمعیت تحت پوشش خود و ثبت نام از آن‌ها، نسبت به تشکیل پرونده‌ی سلامت خانوار برای اعضای خانواده و انجام اولین ویزیت افراد، اقدام نماید. وی مسئولیت دارد خدمات سلامت را در محدوده‌ی بسته‌ی خدمات تعریف شده بدون تبعیض جنسی، سنی، ویژگی‌های اقتصادی و اجتماعی و خطر بیماری در اختیار فرد، جامعه و جمعیت تحت پوشش خود قرار دهد (۵). در شرح خدمات تیم سلامت و پزشک خانواده، غربالگری دیابت نوع ۲ و فشار خون باید ظرف سه سال اول کار پزشک خانواده و سپس هر سه سال یک بار انجام شود (۶). در طی این معاینات و یا سایر معاینات دوره‌ای که هزینه‌ی زیادی برای مراجعین ندارد، پزشک خانواده ملزم به امر غربالگری بیماری‌های در اولویت وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی از جمله دیابت نوع دو و فشار خون می‌باشد. بنابراین تشخیص و درمان دیابت نوع ۲ و فشار خون از جمله وظایف پزشکان خانواده و تیم سلامت منظور شده است.

هر گاه پزشک خانواده یکی از افراد تحت پوشش خود را به پزشک متخصص ارجاع دهد، این فرد تنها ۳۰ درصد حق‌الزحمه‌ی درمان پزشک متخصص را در بخش دولتی می‌پردازد. در صورتی که فرد خارج از سیستم ارجاع به پزشک متخصص مراجعه کند باید ۱۰۰ درصد ویزیت وی را پرداخت کند (۷). علاوه بر این، پزشک موظف است هر اقدام درمانی که برای افراد تحت پوشش انجام می‌دهد، در پرونده‌ی سلامت افراد ثبت کند (۶).

اهداف اصلی دولت‌ها برای اصلاح نظام سلامت شهروندان خود، ارتقای کارایی، افزایش دسترسی و عدالت در سلامت، بهبود کیفیت خدمات سلامت، پایداری در ارائه‌ی خدمات و مشارکت اجتماعی می‌باشد. طبیعی است که بر اساس مقتضیات کشورها و یا سیاست‌های ابلاغی از طرف مراجع قانون‌گذار و یا شیوه‌های اجرای برنامه‌های اصلاحی، دستاوردهای کشورها بعد از اصلاح نظام سلامت آن‌ها متفاوت می‌باشد. بنابراین بسیار ضروری است که میزان تحقق اهداف از قبل تعیین شده، به طور مستمر مورد پایش و ارزیابی قرار گیرند (۸).

این تحقیق با بررسی میزان بیماریابی دو بیماری مزمن غیرواگیر دیابت و فشارخون، به عنوان دو عامل خطر شایع مرگ و میر انسان‌های بالغ جامعه، ضمن ارزیابی عملکرد پزشکان خانواده، در دو برنامه‌ی ادغام‌یافته در سیستم سلامت کشور، تأثیر اجرای برنامه‌ی پزشک خانواده و نظام ارجاع را بر بعضی از اهداف اصلی اصلاح نظام سلامت ارزیابی کرد.

روش‌ها

این تحقیق یک مطالعه‌ی مقطعی توصیفی - تحلیلی بود

استان اصفهان نیز بر اساس منابع ۲۲/۲ درصد در نظر گرفته شد (۹، ۲). به این ترتیب فراوانی افراد مبتلا به فشار خون در جمعیت روستایی تحت بررسی، ۱۰۱۷۴ نفر برآورد گردید.

از سوی دیگر، میزان شیوع دیابت در جمعیت بالای ۲۵ سال استان، ۶/۶ درصد در نظر گرفته شد (۲) و تعداد تقریبی بیماران مبتلا به دیابت در این جمعیت، حدود ۳۰۲۵ نفر، برآورد گردید.

با مقایسه‌ی آمار فوق و فراوانی بیمارانی که در مراکز بهداشتی-درمانی روستایی شهرستان اصفهان، دارای پرونده‌ی مراقبتی بودند، مقدار پیشرفت تیم پزشکی خانواده در امر بیماریابی بیماری‌های دیابت نوع ۲ و فشارخون ارزیابی شد.

داده‌ها در نرم‌افزار SPSS نسخه‌ی ۱۸ (version 18, SPSS Inc., Chicago, IL) وارد رایانه شد و با استفاده از آزمون‌های آماری Student-t و χ^2 تجزیه و تحلیل شد.

یافته‌ها

در شهرستان اصفهان ۱۶ مرکز بهداشتی-درمانی روستایی و ۷۳ خانه‌ی بهداشت وجود دارد که به جمعیت حدود ۹۸۹۸۱ نفر، ارائه‌ی خدمات سلامت می‌دهند. در تمام این مراکز روستایی، پزشک خانواده مستقر می‌باشد. تمام خانوارها در این مناطق پرونده‌ی سلامت (ویزیت اولیه) داشتند. تعداد نمونه‌های بیماران مبتلا به دیابت و فشار خون که در مراکز بهداشتی-درمانی و خانه‌های بهداشت تابعه‌ی آن‌ها ثبت شده بود، ۴۸۹۳ مورد بود که توسط تیم پزشکی خانواده تحت مراقبت و پیگیری بودند. این افراد بیمارانی بودند که یا قبل از استقرار پزشک خانواده

که در سال ۱۳۹۰ به صورت سرشماری از تمام مراکز بهداشتی-درمانی روستایی تابعه‌ی شهرستان اصفهان انجام شد. با مراجعه به مراکز بهداشت شماره‌ی ۱ و ۲ شهرستان اصفهان و بعد از هماهنگی با مسؤولین و راهنمایی مدیران و کارشناسان واحدهای گسترش شبکه‌ها و مبارزه با بیماری‌ها، مراکز بهداشتی-درمانی روستایی که در آن‌ها پزشک خانواده مستقر بود، ۱۶ مرکز بهداشتی-درمانی روستایی و ۷۳ خانه‌ی بهداشت مشخص شد. با مراجعه به مراکز مذکور و خانه‌های بهداشت تابعه‌ی آن‌ها، جمعیت و تعداد خانوار تحت پوشش هر مرکز، تعداد خانوار دارای پرونده‌ی سلامت و بیمارانی که بر اساس دستورالعمل‌های کشوری مراقبت از بیماری‌های فشار خون و دیابت قندی، به عنوان موارد ابتلا به این بیماری‌ها ثبت شده بودند، تعیین شدند. مشخصات دموگرافیک بیماران (مانند سن، جنس، سطح سواد، شغل)، مقدار گلوکز خون یا سطح فشار خون در زمان تشخیص بیماری و همچنین زمان تشخیص بیماری آنان و پیگیری آنان توسط پزشک خانواده در یک پرسشنامه وارد شد.

با بررسی مقالات و کتب موجود در این زمینه، آخرین آمار شیوع بیماری‌های دیابت قندی و فشار خون در مناطق روستایی استان اصفهان مشخص شد. جمعیت مناطق روستایی شهرستان اصفهان در سال ۱۳۹۰، حدود ۹۸۹۸۱ نفر بود. با توجه به این که فراوانی نسبی جمعیت بالای ۲۵ سال، حدود ۴۶/۳ درصد می‌باشد (۹)، جمعیت بالای ۲۵ سال مناطق روستایی شهرستان اصفهان، حدود ۴۵۸۲۸ نفر تخمین زده شد (۹).

میزان شیوع فشار خون در جمعیت بالای ۲۵ سال

تشخیص داده شده بودند و یا در سال‌های اخیر توسط پزشک خانواده تشخیص داده شده بودند. طی این بررسی، تعداد ۳۲۰۹ نفر مبتلا به فشارخون و ۱۶۸۴ نفر مبتلا به دیابت ثبت شده بودند. بیشترین فراوانی بیماران کشف شده و تحت مراقبت تیم پزشکی خانواده (اعم از مبتلایان به فشار خون و دیابت) در زنان بود (در هر دو مورد $P < 0/001$) (جدول ۱). از نظر تحصیلات، ۲۶۵۳ نفر (۷۶ درصد) بیماران مبتلا به فشار خون، بی‌سواد بودند؛ ولی فراوانی بی‌سوادی در بین بیماران مبتلا به دیابت کشف شده، ۶۲/۲ درصد بود. توزیع فراوانی سواد در بین بیماران مبتلا به فشار خون و دیابت کشف شده در مراکز در

جدول ۲ نشان داده شده است. در بررسی شغل بیماران، بیشتر بیماران (بیش از ۶۲ درصد)، خانه‌دار بودند (جدول ۳). بیماران مبتلا به فشار خون، در طیف سنی ۲۶-۹۰ سال و با میانگین سنی $1/3 \pm 64/2$ سال بودند. از نظر توزیع سنی، بیشترین تعداد مبتلایان به بیماری فشار خون (۲۶/۶ درصد) در محدوده‌ی سنی ۶۰-۶۹ سال قرار داشتند. میانگین فشار خون سیستولی ثبت شده $156 \pm 6/85$ میلی‌متر جیوه و با دامنه‌ی تغییرات ۱۴۰-۱۸۰ میلی‌متر جیوه بود. بیشترین فراوانی فشار خون سیستولی (۲۸/۶ درصد) مربوط به فشار ۱۶۰ میلی‌متر جیوه بود.

جدول ۱. فراوانی بیماران مبتلا به فشار خون و دیابت قندی تحت مراقبت تیم پزشکی خانواده بر حسب جنس

جنس	زن	مرد	کل
بیماری	تعداد (درصد)	تعداد (درصد)	
فشار خون	۲۳۳۳ (۷۲/۷۱)	۸۷۶ (۲۷/۲۹)	۳۲۰۹
دیابت نوع ۲	۱۱۳۲ (۶۷/۲)	۵۵۲ (۳۲/۸)	۱۶۸۴
کل	۳۴۶۵ (۷۱)	۱۴۲۸ (۲۹)	۴۸۹۳

جدول ۲. فراوانی بیماران مبتلا به فشاری خون و دیابت نوع ۲ بر حسب سطح تحصیلات

بیماری	سواد	بی‌سواد	ابتدایی	راه‌نمایی	دیپستان	دانشگاهی	کل
	تعداد (درصد)	تعداد (درصد)	تعداد (درصد)	تعداد (درصد)	تعداد (درصد)	تعداد (درصد)	
فشار خون	۲۴۳۹ (۷۶)	۷۳۵ (۲۲/۹)	۲۸ (۰/۹)	۶ (۰/۲)	۱ (۰/۰۰۴)	۳۲۰۹	
دیابت نوع ۲	۱۰۴۷ (۶۲/۲)	۵۶۶ (۳۳/۶)	۴۵ (۲/۷)	۱۶ (۱)	۱۰ (۰/۶)	۱۶۸۴	
کل	۹۴۸۶	۱۳۰۱	۷۳	۲۲	۱۱	۴۸۹۳	

جدول ۳. فراوانی بیماران مبتلا به فشار خون و دیابت نوع ۲ بر حسب شغل آنان

بیماری	شغل	خانه‌دار	کشاورز	کارگر	دام‌دار	بیکار	سایر مشاغل [†]	کل
	تعداد (درصد)	تعداد (درصد)	تعداد (درصد)	تعداد (درصد)	تعداد (درصد)	تعداد (درصد)	تعداد (درصد)	
فشار خون	۲۱۳۲ (۶۶/۴)	۲۵۱ (۷/۸)	۱۸۶ (۵/۸)	۲۳ (۰/۷)	۴۷۳ (۱۴/۷)	۱۴۴ (۴/۵)	۳۲۰۹	
دیابت نوع ۲	۱۰۵۴ (۶۲/۲)	۱۷۲ (۱۰/۲)	۱۴۳ (۸/۵)	۱۲ (۰/۷)	۱۴۸ (۸/۸)	۱۵۵ (۹/۲)	۱۶۸۴	
کل	۳۱۸۶	۴۲۳	۳۲۹	۳۵	۶۲۱	۲۹۹	۴۸۹۳	

[†] سایر مشاغل، شامل شغل‌هایی همچون کارمند، دانش‌آموز، دانشجو، مغازه دار و دیگر مشاغل است.

۱۳۸۳ (۴۱ درصد بیماران) کشف و ثبت شده بود. در حالی که ۱۸۹۳ نفر بیمار مبتلا به فشارخون (۵۹ درصد بیماران) از سال ۱۳۸۴ به بعد (پس از اجرای برنامه‌ی پزشک خانواده) تشخیص داده شدند ($P < 0/001$). فراوانی بیماران در هر مرکز بهداشت شهرستان با توجه به زمان تشخیص در جدول ۴ نشان داده شده است.

تعداد بیماران مبتلا به فشار خون کشف و ثبت شده در مناطق روستایی شهرستان اصفهان معادل ۳۲۰۹ نفر بود که در مجموع تیم‌های پزشک خانواده توانسته بودند، معادل ۳۱/۵ درصد بیماران مبتلا به این بیماری را (طبق برآورد شیوع تقریبی فشار خون در جامعه) پیدا کنند و تحت مراقبت قرار دهند.

نتایج نشان داد که در مجموع ۱۶۸۴ نفر مبتلا به دیابت نوع ۲، شناسایی شده بودند که از این تعداد، ۴۷۵ نفر (۲۸/۲ درصد کل بیماران تحت مراقبت تیم پزشک خانواده) بین سال‌های ۱۳۷۵ تا ۱۳۸۳ و ۱۲۰۹ نفر (۷۱/۸ درصد بیماران) از سال ۱۳۸۴ به بعد (پس از اجرای برنامه‌ی پزشک خانواده) تشخیص داده شده بودند.

مردان مبتلا به فشار خون، بیشتر (۵۰/۳ درصد) فشار سیستولی بین ۱۶۰-۱۷۹ میلی‌متر جیوه داشتند؛ در حالی که زنان مبتلا به این بیماری بیشتر (۵۱/۶ درصد) فشار سیستولی بین ۱۴۰-۱۵۹ میلی‌متر جیوه داشتند. میانگین فشار خون دیاستولی ثبت شده از بیماران $99/6 \pm 6/37$ میلی‌متر جیوه، با دامنه‌ی تغییرات ۸۰-۱۲۰ میلی‌متر جیوه بود. بیشترین فراوانی فشار خون دیاستولی (۳۶/۵ درصد) مربوط به فشار دیاستولی ۱۰۰ میلی‌متر جیوه بود.

در بین بیماران مبتلا به دیابت، میانگین قند خون $208 \pm 3/99$ میلی‌گرم در دسی‌لیتر، با میانه‌ی ۲۰۱ میلی‌گرم در دسی‌لیتر و دامنه‌ی ۱۰۰-۴۰۲ میلی‌گرم در دسی‌لیتر بود. قند خون بیشتر بیماران مبتلا به دیابت (۳۸/۱ درصد) در زمان تشخیص در محدوده‌ی ۱۵۰-۱۹۹ میلی‌گرم در دسی‌لیتر قرار داشت. میانگین سنی این بیماران $1/31 \pm 57/9$ سال و با میانه‌ی ۵۸ سال و با دامنه‌ی ۱۳-۹۳ سال بود. سن بیشتر بیماران مبتلا به دیابت (۳۰ درصد) در زمان تشخیص در محدوده‌ی ۵۰-۵۹ سال قرار داشت.

۱۳۱۶ نفر از بیماران مبتلا به فشار خون تا سال

جدول ۴. فراوانی بیماران مبتلا به فشار خون و دیابت نوع ۲ ثبت شده در مراکز روستایی شهرستان اصفهان در دو دوره‌ی زمانی (سال ۱۳۸۳ و سال ۱۳۹۰) بر حسب مراکز بهداشت شهرستان

کل	۱۳۸۴-۹۰ تعداد (درصد)	۱۳۷۵-۸۳ تعداد (درصد)	مرکز بهداشت شهرستان
۱۶۴۴	۹۲۹ (۵۶/۵)	۷۱۵ (۴۳/۵)	اصفهان ۱
۱۵۶۵	۹۶۴ (۶۱/۶)	۶۰۱ (۳۸/۴)	اصفهان ۲
۳۲۰۹	۱۸۹۳ (۵۹)	۱۳۱۶ (۴۱)	کل
۸۶۰	۶۰۴ (۷۰/۴)	۲۵۵ (۲۹/۶)	اصفهان ۱
۸۲۴	۶۰۴ (۷۳/۴)	۲۲۰ (۲۶/۶)	اصفهان ۲
۱۶۸۴	۱۲۰۹ (۷۱/۸)	۴۷۵ (۲۸/۲)	کل

عوارض این گونه بیماری‌ها است. سنجش میزان بیماریابی تیم پزشک خانواده در کشف زودهنگام این دو بیماری مزمن و شایع می‌تواند یکی از معیارهای سنجش عملکرد تیم پزشک خانواده در راستای وظایف محوله‌ی به آن‌ها باشد.

در مطالعه‌ای که توسط مرآئی و همکاران روی جمعیت عمومی بالای ۲۵ سال اصفهان انجام شد، شیوع کلی فشار خون ۲۲/۲ درصد و دیابت نوع ۲ ۶/۶ درصد گزارش شد (۲). بر اساس شاخص‌های فوق به عنوان آخرین و جدیدترین یافته‌ها در مورد شیوع دو بیماری فشار خون و دیابت در استان، درصد بیماریابی بیماری فشار خون و دیابت توسط تیم پزشک خانواده به ترتیب ۳۱/۵ و ۵۵ درصد بود. با عنایت به مخفی بودن علایم این دو بیماری در عین سیر پیشرونده‌ی عوارض مزمن و غیر قابل برگشت آن‌ها، به نظر می‌رسد که این نتایج از نظر تحلیل هزینه-اثربخشی، دستاوردهای مثبت و مهمی متعاقب اجرای برنامه‌ی پزشک خانواده تلقی گردند؛ چرا که با تشخیص زودرس و استمرار مراقبت از بیماران (آموزش اصلاح سبک زندگی، درمان بیماری و کنترل عوارض)، باعث ارتقای سلامت بیماران (هم بعد کمی و هم بعد کیفی زندگی) خواهد شد.

در مطالعات متعدد انجام شده، میزان شیوع دیابت و فشار خون در جمعیت روستایی کشور ما، کمتر از شیوع این دو بیماری در مناطق شهری بوده است. بنابراین کمتر بودن درصد‌های بیماریابی دو بیماری فشار خون و دیابت در مناطق روستایی می‌تواند نشانگر تأثیر شرایط و روش زندگی در مناطق روستایی نسبت به مناطق شهری بر ابتلای کمتر روستاییان به این گونه بیماری‌های مزمن باشد. این

فراوانی بیماران در هر مرکز بهداشت شهرستان باتوجه به زمان تشخیص در جدول ۴ نشان داده شده است. تعداد بیماران مبتلا به دیابت بالای ۲۵ سال که تحت مراقبت و پیگیری تیم‌های پزشک خانواده در مناطق روستایی شهرستان اصفهان بودند، حدود ۱۶۶۰ نفر بود. بدین شکل، پزشکان خانواده تاکنون توانسته بودند، ۵۵ درصد کل بیماران مبتلا به دیابت قندی (بر اساس برآورد شیوع تقریبی دیابت نوع ۲ در جامعه) را پیدا کنند.

علاوه بر این، تفاوت معنی‌داری نیز بین بیماریابی فشار خون و دیابت نوع ۲ در بین دو مرکز بهداشت شهرستان اصفهان دیده شد. مرکز بهداشتی-درمانی روستایی زیار در هر دو بیماری مذکور بیشترین بیماریابی را نسبت به قبل داشت.

بحث

اجرای برنامه‌ی پزشک خانواده و نظام ارجاع، بخشی از فرایند اصلاح نظام سلامت در ایران می‌باشد. در این برنامه، انواع مداخلات اعم از تغییرات در نظام تأمین مالی و یا نظام پرداخت و سایر مؤلفه‌های تأثیرگذار در بهبود عملکرد نظام سلامت، به اجرا گذاشته شده است. این تحقیق بنا نداشت که تأثیر هر یک از مداخلات را اندازه بگیرد، بلکه سعی داشت که تأثیر کلی برنامه‌ی پزشک خانواده را بر روی بخشی از عملکرد نظام سلامت بسنجد.

تشکیل پرونده‌ی سلامت برای خانواده‌های تحت پوشش و غربالگری افراد در معرض خطر از نظر بیماری‌های در اولویت (به خصوص عوامل خطر CVD مانند فشار خون و دیابت)، یکی از وظایف تیم پزشک خانواده، در فرایند مراقبت و پیشگیری از

نکته از این نظر حایز اهمیت می باشد که در سال های نخست شروع برنامه ی پزشک خانواده، ویزیت پزشک رایگان بود و بیماران حداکثر تا ۳۰ درصد فرانشیز هزینه ی آزمایشات را پرداخت می کردند و در عمل بسیاری از موانع اقتصادی که پیش از این در برابر مراجعه ی بیماران بود، برطرف شد (۷). بنابراین شاید کمتر بودن فراوانی این بیماری ها در این مناطق در کمتر بودن بیماریابی انجام شده در مناطق روستایی (نسبت به هدف قبلی برنامه)، نقش داشته باشد.

از سوی دیگر، فاصله ی موجود بین درصد بیماریابی فشار خون و دیابت تا هدف برنامه ی پزشک خانواده در غربالگری این دو بیماری در همه ی افراد تحت پوشش، می تواند نشان دهنده ی مراجعه ی کمتر روستاییان در معرض خطر به مراکز بهداشتی- درمانی جهت غربالگری، به دلیل آموزش ناکافی و بی اعتمادی نسبت به پزشک خانواده، باشد.

در مطالعه ای که توسط Schultz و Lebaron روی برنامه ی پزشک خانواده در ایران صورت گرفت، عنوان شد که به دلیل بی اعتمادی به پزشکان عمومی، بیماران زیادی برای دریافت خدمات مربوط به شکایات رایج و معمول پزشکی، به پزشکان متخصص مراجعه می کنند. مردم بیشتر از این که به صورت مداوم تحت مراقبت باشند، نگران بیماری های حاد بوده اند (۴).

در این مطالعه، از بین بیماران مبتلا به فشار خون در مناطق روستایی شهرستان اصفهان که تحت پوشش برنامه ی پزشک خانواده قرار داشتند، بیشتر بیماران مبتلا به فشار خون بالا در این مناطق (۷۲/۷۱ درصد) زن بودند. در مطالعه ی مرآئی و همکاران نیز، شیوع فشار خون و دیابت نوع ۲ در زنان بالاتر از مردان بود (۲).

در این مطالعه، آمار بیماران مبتلا به فشار خون و دیابت از روی پرونده ی سلامت آن ها در خانه های بهداشت و یا مراکز بهداشتی- درمانی روستایی جمع آوری شده است. این بیماران بعد از آموزش های تیم پزشک خانواده، به صورت غیر فعال (Passive) مراجعه نموده اند و بیماری آن ها شناسایی شده است. بنابراین شیوع بیشتر بیماری های فوق الذکر در بین زنان، علاوه بر مواردی که پیش از این گفته شد، می تواند نشان دهنده ی اهمیت دادن زنان به سلامت خود و بالطبع مراجعه ی بیشتر آن ها به خانه های بهداشت و مراکز بهداشتی- درمانی و در نهایت ویزیت شدن توسط پزشک خانواده باشد.

تعداد زیادی از بیماران مبتلا به فشار خون و دیابت ثبت شده در پرونده های سلامت بی سواد بودند (۶۲/۲ درصد در مبتلایان به دیابت و ۷۶ درصد در مبتلایان به فشار خون). در نگاه نخست، این می تواند پیامی در بازنگری آمار بی سواد در مناطق روستایی یک شهرستان برخوردار باشد. اما توجه به فراوانی شغل خانه داری و بیکاری (در حداقل ۷۰ درصد بیماران)، به نظر می رسد که به دنبال آموزش های فراگیر تیم پزشک خانواده به آحاد روستاییان، اجرای بیمه ی همگانی مردم مناطق روستایی و عشایری، کاهش سهم بیمار از هزینه های تشخیصی و درمانی و فراهم شدن دسترسی راحت تر به پزشک خانواده (اعم از دسترسی فیزیکی و اقتصادی)، افراد بی سواد و یا افراد فقیر بیشتر به پزشک خانواده مراجعه می کنند. به نظر می رسد که این افراد تا پیش از اجرای این طرح توان مالی مراجعه به پزشک و پیگیری مراقبت سلامت را نداشتند. در مقابل، افراد باسواد و یا ثروتمندتر به علت فاصله ی نزدیک مناطق روستایی شهرستان

غیرشهری، ۷ درصد بوده است. هر چند در آن کشور، عملکرد نظام سلامت از سال ۱۹۹۳ تا ۲۰۰۳ بهبود یافته است، ولی مشکلات در برخورداری از خدمات سلامت در مناطق روستایی بدتر شده است. این بی‌عدالتی در دریافت خدمات سلامتی اولیه برای فقرا، یکی از محرک‌های اصلاح نظام سلامت در کشور چین بوده است (۱۱).

در نیجریه نیز وزارت بهداشت یک بررسی پیلوت روی نحوه پرداخت هزینه‌ی سلامت انجام داد. در این آزمایش در منطقه‌ای که به ازای خدمت پول پرداخت می‌شد، تعداد ویزیت‌ها کمی کاهش یافت، اما تعداد کل مراقبت‌ها افزایش یافته بود. اما در منطقه‌ای که افراد خاصی مالیات پرداخت می‌کردند و بیماران به ازای هر ویزیت پول کمتری پرداخت می‌کردند، میزان ویزیت‌های اولیه نزدیک به ۴۰ درصد افزایش یافت و بهبود معنی‌داری در به کارگیری از خدمات سلامت در بین کودکان و زنان دیده شد (۱۲). شباهت این مطالعه با مطالعه‌ی ما در افزایش تعداد ویزیت‌ها و تشخیص‌های بالینی به دنبال کاهش هزینه‌ی خدمات سلامت برای بیماران بوده است.

همچنین در مطالعه‌ای در مصر نشان داده شد که تعدیل قیمت خدمات پیشگیری از دیابت باعث افزایش رضایت بیماران و افزایش کیفیت مراقبت دیابت تحت برنامه‌های نظام سلامت مصر شده است (۱۳).

نتایج مطالعه‌ی حاضر تفاوت معنی‌داری را در بیماریابی فشار خون بالا و دیابت نوع ۲، در هر دو مرکز بهداشت شماره‌ی ۱ و ۲ اصفهان بعد از سال ۱۳۸۴ (شروع اجرای برنامه‌ی پزشکی خانواده) نسبت به قبل از آن نشان داد. تفاوت معنی‌دار بین بیماریابی فشار خون و دیابت نوع ۲ در بین دو مرکز بهداشت

اصفهان به دیگر مناطق شهری این شهرستان و همچنین شرایط اجتماعی و اقتصادی بهتر، به طور عمده جهت تأیید تشخیص و پیگیری به پزشک متخصص مراجعه می‌کنند و ترجیح می‌دهند تحت نظر متخصصان باشند. تحت پوشش قرار دادن روستاییان کشور در برنامه‌ی بیمه‌ی سلامت و صدور دفترچه‌ی بیمه‌ی سلامت برای همه‌ی آنان، یکی از برنامه‌های اجرای عدالت در سلامت در مناطق روستایی کشور بوده است. افزایش سهم افراد بیمار غربال شده‌ی بی‌سواد و یا کم‌سواد و خانه‌دار و یا بیکار، حاکی از تأثیر بهبود عدالت و دسترسی فقرا به خدمات سلامتی اولیه، می‌باشد.

در مطالعه‌ی Ekman و همکاران که به بررسی بیمه‌ی سلامت در ویتنام پرداخته است، بیان شد که نیمی از جمعیت ویتنام تحت پوشش بیمه‌ی سلامت قرار دارند. ساختار بیمه‌ی سلامت در ویتنام سطوح با درآمد پایین، شرایط محیطی گذرا و تمام عملکردهای نظام سلامت شامل هماهنگی منابع، سرمایه‌گذاری در بخش سلامت و ارایه‌ی خدمات را شامل می‌شود. این مطالعه نشان داد که دولت ویتنام به وسیله‌ی بیمه‌ی سلامت در زمینه‌ی پایدار بودن و مؤثر بودن مراقبت سلامت و تساوی در برخورداری از مراقبت سلامتی به موفقیت بزرگی دست یافته است (۱۰).

در مطالعه‌ی Liu و همکاران در کشور چین، برخی از مردم به دلیل عدم توانایی در پرداخت هزینه‌ها، پیگیر مراقبت‌های سلامتی مورد نیاز خود نیستند. به همین دلیل با توجه به تفاوت در درآمد و همچنین پوشش بیمه‌ای در دو جمعیت مناطق شهری و روستایی، پوشش مؤثر در کنترل و درمان بیماران مبتلا به فشار خون در مناطق شهری ۱۲ درصد و در مناطق

برخورداری فقرا از خدمات سلامت شده است. در این راستا، میزان بیماریابی بیماری‌های در اولویت وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، افزایش یافته است. به نظر می‌رسد تأکید همه جانبه از طرف کلیه افراد ذی‌نفع در برنامه‌ی پزشک خانواده بر ارتقای کیفیت اجرای بسته‌های خدماتی پزشک خانواده، آموزش بیشتر قشرهای مختلف مردم جهت پیگیری و افزایش اعتماد بیماران به پزشک خانواده می‌تواند خلأ موجود در پیگیری و کنترل بیماری‌های غیر واگیر و CVD را زودتر برطرف کند.

تشکر و قدردانی

بدین وسیله از معاونت محترم پژوهشی گروه پزشکی اجتماعی، معاونت پژوهشی دانشکده‌ی پزشکی دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، ریاست محترم مراکز بهداشت شماره‌ی ۱ و ۲ شهرستان اصفهان، مسؤول محترم امور دانشجویی مرکز بهداشت شماره‌ی ۱ اصفهان، واحد گسترش مرکز بهداشت شماره‌ی ۲ اصفهان، رؤسای محترم مراکز بهداشتی-درمانی روستایی شهرستان اصفهان و بهورزان محترم شاغل در خانه‌های بهداشت روستایی شهرستان اصفهان کمال تشکر را داریم.

شهرستان اصفهان و نیز بیشتر هر دو بیماریابی در مرکز بهداشتی-درمانی روستایی زیار نسبت به قبل نشان داد که تفاوت در میزان افزایش بیماریابی در مراکز مختلف می‌تواند حکایت از فعال‌تر بودن پزشکان خانواده‌ی آن مراکز و یا اطلاع‌رسانی و آموزش بهتر مردم آن منطقه داشته باشد.

نتایج این تحقیق را از جنبه‌های دیگر نیز لازم بود با نتایج تحقیقات دیگر داخل کشور و یا در سطح بین‌المللی مقایسه نمود، ولی متأسفانه به دلایل مختلف، تحقیقات مشابه داخلی تاکنون منتشر نشده است و تحقیقات خارجی پیرامون اندازه‌گیری عملکرد پزشک خانواده در بیماریابی بیماری‌های دیابت و فشار خون نیز بسیار کم و غیر مرتبط بودند.

نتیجه‌گیری

به دنبال افزایش پوشش بیمه‌های سلامت در همه‌ی مناطق روستایی و عشایری کشور و کاهش سهم بیماران از هزینه‌های سلامت و از طرف دیگر افزایش پاسخ‌گویی اعضای تیم سلامت در ارتقای سلامت افراد تحت پوشش، افزایش مراجعه‌ی بیماران به خصوص افراد فقیر، کم‌توان و بی‌سواد مناطق روستایی دیده شده است. بنابراین این اقدام، زمینه‌ساز افزایش

References

1. Ghotbi M, Rafati M, Ahmadnia H, Guya MM, Hagh Azali M. The principles of prevention and vigilance of disease; system of non contagious disease. Tehran, Iran: Sepid Barge Baghe Ketab; 2008. [In Persian].
2. Meraci M, Feizi A, Bagher Nejad M. Investigating the prevalence of high blood pressure, type 2 diabetes mellitus and related risk factors according to a large general study in Isfahan-using multivariate logistic regression model. J Health Syst Res 2012; 8(2): 193-203. [In Persian].
3. Azizi F, Janghorbani M, Hatami H. Epidemiologi and control of common disease in Iran. 3rd ed. Tehran, Iran: Reasearch Institute for Endocrine Science and Metabolism, Shahid Beheshti University of Medical Sciences; 2009. [In Persian].
4. Lebaron SW, Schultz SH. Family medicine in Iran: the birth of a new specialty. Fam Med 2005; 37(7): 502-5.
5. Family medicine and rural insurance performance recipe, health facilities package. Tehran, Iran: Department of Health, Ministry of Health and Medical Education; 2009. [In Persian].

6. Description of health team and family physician services. Tehran, Iran: Ministry of Health and Medical Education; 2009. [In Persian].
7. Family medicine and assign assessment in urban's area (No 1). Tehran, Iran: Ministry of Health and Medical Education and Ministry of Labour and Social Affair: 2010. [In Persian].
8. Health Sector Reform Initiative. Methodology for monitoring and evaluation of health sector reform in Latin America and the Caribbean. [cited 1983 Dec]; Available from: URL: http://www2.paho.org/hq/dmdocuments/2010/01-Methodology_Monitoring_Evaluation_HSR_LA_C.pdf
9. Gressani D, Saba J, Fetini H, Rutkowski M, Maeda A, Langenbrunner J. Islamic Republic of Iran health sector review, volume I: main report. The World Bank Group, Human Development Sector, Middle East and North Africa; [cited 2007 Jun]; Available from: URL: <http://www.mums.ac.ir/shares/education/assadir1/modiriyat3.pdf>
10. Ekman B, Liem NT, Duc HA, Axelson H. Health insurance reform in Vietnam: a review of recent developments and future challenges. Health Policy Plan 2008; 23(4): 252-63.
11. Liu Y, Rao K, Wu J, Gakidou E. Health system reform in China: China's health system performance. [cited 2008 Oct 20]; Available from: URL: <http://www.who.int/management/district/7.Benchmarking.pdf>.
12. Diop F, Yazbeck A, Bitran R. The impact of alternative cost recovery schemes on access and equity in Niger. Health Policy Plan 1995; 10(3): 223-40.
13. Fatouh NF, Nour El-Din MM. Quality of diabetes care in family health facilities in one health district in alexandria. J Egypt Public Health Assoc 2009; 84(5-6): 457-78.

The Assessment of Family Physicians' Performance in Screening of Hypertension and Diabetes Mellitus in Rural Areas of Isfahan County: A 5-year Survey

Reza Khadivi PhD¹, Tayebeh Hashemi², Elham Farrokh Siar², Mohsen Rohani³

Abstract

Background: Family physician program and referral system is being performed from 2005 in rural areas of Iran. Family physicians are mandated to screen high risk population for high-priority diseases. The aim of the present study is to evaluate the family physicians' performance in screening of hypertension (HTN) and diabetes mellitus (DM) 5 years after the introduction of family physician program.

Methods: In a cross-sectional study in 2011 in rural health centers of Isfahan County, we collected the data from health dossier of all hypertensive and diabetic mellitus patients who were cared in these centers. Demographic data, the date of definite diagnosis, the last fasting blood sugar test and blood pressure were registered in a checklist.

Findings: Family physician teams diagnosed 3209 hypertensive and 1684 diabetic mellitus patients. Based on the prevalence of hypertension and diabetes mellitus in the studied areas, family physicians diagnosed 31.5% of hypertensive patients and 55% of diabetic mellitus patients.

Conclusion: In rural areas which family physician program has been introduced, HTN and DM screening were improved.

Keywords: Family physician, Hypertension, Diabetes mellitus, Task performance and analysis, Isfahan

* This paper is derived from a medical doctorate thesis in Isfahan University of Medical Sciences.

¹ Associate Professor, Social Determinants of Health Research Center, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran

² Student of Medicine, School of Medicine AND Student Research Committee, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran

³ Provincial Health Center, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran

Corresponding Author: Tayebeh Hashemi, Email: tb.hashemi@yahoo.com