

بررسی میزان شیوع و ارسال گزارش‌های موارد سرطان از بیمارستان‌های شهر شیراز به مرکز ثبت سرطان استان فارس

دکتر فروز نادر*، مهین فرهنگ**

* استادیار گروه پزشکی اجتماعی، دانشکده‌ی پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی شیراز
** کارشناس ارشد واحد مبارزه با بیماری‌های غیر واگیر، دانشگاه علوم پزشکی شیراز

تاریخ دریافت: ۸۶/۱/۱۵

تاریخ پذیرش: ۸۶/۱۰/۳۰

چکیده

لزوم پژوهش در مورد اپیدمیولوژی و الگوی شیوع انواع سرطان، به عنوان سومین عامل مرگ و میر در ایران، اهمیت بسیاری دارد. جمع‌آوری اطلاعات در مورد اپیدمیولوژی سرطان، اولین گام کنترل این بیماری می‌باشد. در این پژوهش میزان و نحوه‌ی گزارش‌های سرطان به مرکز ثبت سرطان فارس در سال ۱۳۸۴ مورد بررسی قرار گرفت.

۱۰٪ بیماران سرطانی بستری شده در بیمارستان‌های شیراز در طی سال ۱۳۸۴ مورد بررسی قرار گرفتند. بر این اساس، ۳۰۰ بیمار با نمونه‌گیری تصادفی چند مرحله‌ای انتخاب شدند. بدین ترتیب با نمونه‌گیری سهمیه‌بندی تصادفی تعداد افراد مورد بررسی در بیمارستان‌های دولتی و خصوصی مشخص گردید. سپس ۳ واحد از میان بیمارستان‌های دولتی و ۳ واحد از میان بیمارستان‌های خصوصی به طور نمونه‌گیری خوشه‌ای انتخاب شدند. از میان پرونده‌های موجود با تشخیص سرطان در بیمارستان‌های یاد شده، نمونه‌ی مورد پژوهش با روش نمونه‌گیری سیستماتیک انتخاب و سپس اطلاعات موجود در هر پرونده بررسی و با اطلاعات ثبت شده در مرکز ثبت سرطان فارس مقایسه گردید. ارزیابی میزان و چگونگی ثبت و درستی گزارش بدخیمی‌ها در مرکز ثبت سرطان بر اساس پرونده‌های موجود در بیمارستان‌ها مورد بررسی قرار گرفت.

به طور کلی در سال ۱۳۸۴، درصد ارائه‌ی گزارش‌های سرطان به مرکز ثبت سرطان ۶۰٪ محاسبه گردید، بررسی موارد گزارش شده و ثبت آن، به میزان ۷۵/۸٪، به طور صحیح انجام شده بود. بیشترین درصد گزارش‌های ارائه شده، مربوط به سرطان‌های لب، حفره‌ی دهانی و حلق بود. میزان گزارش‌ها از بیمارستان‌های غیردانشگاهی به طور معنی‌داری بیشتر از بیمارستان‌های دانشگاهی بود ($p < 0.001$) ولی از نظر صحت گزارش، در موارد گزارش شده از دو گروه بیمارستان تفاوتی دیده نشد. در نحوه‌ی گزارش موارد سرطان در میان بیماران در گروه‌های مختلف سنی و جنسی اختلافی دیده نشد.

بر اساس اطلاعات و بررسی انجام شده تخمین زده می‌شود که مراکز ثبت سرطان، میزان قابل توجهی از موارد سرطان را ثبت نمی‌کنند. از این رو فراوانی‌های گزارش شده در کشور ما در مقایسه با سایر پژوهش‌ها در سطح پایینی قرار دارد.

سرطان، گزارش نویسی پزشکی، استان فارس، ایران.

مقدمه:

روش‌ها:

یافته‌ها:

نتیجه‌گیری:

واژگان کلیدی:

تعداد صفحات: ۸

تعداد جدول‌ها: ۲

تعداد نمودارها: ۰

تعداد منابع: ۲۱

آدرس نویسنده مسئول:

دکتر فروز نادر، استادیار گروه پزشکی اجتماعی، دانشکده‌ی پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی شیراز، شیراز، ایران
E-mail: naderf@sums.ac.ir

مقدمه

بر اساس آخرین بررسی‌های آماری و اپیدمیولوژیک در ایران، امروزه بعد از بیماری‌های قلبی-عروقی و حوادث، بیماری سرطان سومین عامل مرگ و میر به حساب می‌آید. رشد رو به افزایش تعداد مبتلایان به سرطان در سطح جهانی و نیز در کشور ما، آن را به عنوان یک معضل بهداشتی در سطح جهانی مطرح نموده و مبارزه با آن را جزء اولویت‌های بهداشتی درمانی قرار داده است. از این رو، نظام دقیق جمع‌آوری، ثبت، بررسی و تحلیل اطلاعات موارد جدید سرطان، زیربنای برنامه‌ریزی برای کنترل انواع این بیماری از طریق پیش‌گیری اولیه، غربال‌گری، درمان و خدمات تسکینی می‌باشد؛ در این راستا گسترش مراکز ثبت موارد سرطان در بیمارستان اهمیت ویژه‌ای دارد (۱).

هدف اصلی از ایجاد یک مرکز ثبت بیماری سرطان در بیمارستان، بررسی وضعیت اپیدمیولوژیک موارد سرطان سرطان معرفی شده به مرکز پژوهش می‌باشد. اطلاعات حاصل از این بررسی در برنامه‌ریزی برای تدارک امکانات، پرسنل، آموزش، تحقیق و درمان و پیش‌گیری و مبارزه با سرطان بر اساس نیازهای منطقه‌ای مؤثر خواهد بود. از سوی دیگر، نتایج بررسی به عنوان پایه‌ای مناسب برای مقایسه‌ی اطلاعات بین‌المللی کاربرد خواهد داشت (۲). به منظور طبقه‌بندی بین‌المللی بیماری‌ها برای داشتن گروه‌های بیماری همسان که در کشورهای مختلف قابل مقایسه باشد، سازمان جهانی بهداشت از سال ۱۹۷۹، کتاب مرجع International Classification of Disease-9 (ICD-9) را پیشنهاد نمود که آخرین ویرایش آن (ICD-10) نیز در دسترس می‌باشد. بر اساس این طبقه‌بندی، موارد سرطان با سرشناسه‌ی ICD-ONCOLOGY و

جزئیات طبقه‌بندی شامل مرفولوژی رفتار و مکان آناتومیک آن بیان شده است. بنا به توصیه‌ی سازمان جهانی بهداشت پزشکان شاغل در بیمارستان‌ها از جمله در ایران موظفند که برای ثبت اطلاعات در پرونده‌ی بیماران بر اساس دستورالعمل یاد شده عمل نمایند (۳). تدوین برنامه‌های مورد نیاز غربال‌گری و پیش‌گیری و نیز ارزیابی کارایی برنامه‌های موجود تحقیقاتی با استفاده از داده‌های بانک اطلاعاتی ثبت سرطان مقدور خواهد بود. بنابراین گزارش اطلاعات کامل و دقیق به این مراکز اهمیت ویژه‌ای دارد. در مطالعات مختلف ثابت شده است که ممکن است کوتاهی در گزارش‌نویسی و یا گزارش ناقص موارد سرطان به مراکز ثبت سرطان، دستیابی به اطلاعات مناسب را مشکل می‌نماید. میزان گزارش‌دهی سرطان‌ها در مطالعات انجام شده در کشور نروژ ۹۹/۶٪ (۴)، در انگلستان و ولز ۹۴٪ (۵) و در دانمارک ۸۷٪ (۶) به دست آمده است. در ایران نیز در سال ۱۳۷۱ طرح کشوری ثبت موارد سرطانی تدوین و در سال ۱۳۷۴ با توزیع فرم‌های مربوط، به مورد اجرا گذاشته شد؛ در سال ۱۳۷۸ نیز بازبینی در دستورالعمل اجرایی صورت پذیرفت. اگر چه در خصوص میزان گزارش‌های سرطان در مناطق مختلف ایران اطلاعات مستندی وجود ندارد ولی در بررسی‌های متعدد، ارائه‌ی گزارش‌های کم یا ناقص سرطان تأیید شده (۷-۱۰)، هدف اصلی از ایجاد یک مرکز ثبت سرطان در یک بیمارستان، فرام آوردن امکان بررسی وضعیت اپیدمیولوژیک انواع سرطان معرفی شده به آن مرکز است. اطلاعات حاصل از این بررسی‌ها کارشناسان را برای برنامه‌ریزی، به کارگیری پرسنل و آموزش آنان، تحقیق و درمان بر اساس نیازهای کشور یاری خواهد کرد؛ از این رو دقت و صحت این اطلاعات دارای

اهمیت ویژه‌ای است. اهمیت مسأله‌ی ثبت سرطان و استقرار و فعالیت مرکز ثبت سرطان در استان فارس، پژوهشگران را بر آن داشت که به بررسی میزان گزارش‌های سرطان به مرکز ثبت سرطان در سال ۱۳۸۴ بپردازند تا با ارائه‌ی نتایج به دست آمده به مسئولین مرتبط، در زمینه‌ی افزایش کمی و کیفی فرآیند گزارش‌دهی برنامه‌ریزی مناسب صورت گیرد.

روش‌ها

این پژوهش مقطعی-توصیفی، به بررسی میزان و صحت فرآیند گزارش‌دهی و ثبت بیماری‌های بدخیم در مرکز ثبت سرطان شیراز پرداخت.

به منظور انتخاب نمونه‌هایی برای پژوهش، پس از مشورت با کارشناس آمار، با توجه به توصیفی بودن پژوهش، ۱۰٪ از کل بیماران سرطانی که در بیمارستان‌های شیراز در طول یک سال بستری شده بودند، به عنوان حجم نمونه انتخاب شدند؛ در طی سال ۱۳۸۴، تعداد ۲۶۰۷ نفر با تشخیص سرطان در بیمارستان‌های شیراز بستری شده بودند و ۳۰۰ نفر به عنوان حجم نمونه انتخاب شدند. یادآوری می‌شود که در سال ۱۳۸۴، ۶۲٪ از موارد سرطان در بیمارستان‌های دانشگاهی شیراز و بقیه در سایر بیمارستان‌ها بستری شده بودند. پژوهشگر با یاری معاونت محترم درمان فهرست کلیه‌ی بیمارستان‌های دانشگاهی و غیر دانشگاهی (دولتی و خصوصی) را تهیه نمود. نمونه‌گیری از نوع نمونه‌گیری تصادفی چند مرحله‌ای بود، بدین ترتیب که با نمونه‌گیری سهمیه‌بندی تصادفی، تعداد افراد مورد پژوهش در بیمارستان‌های دولتی ۱۸۶ نفر و در بیمارستان‌های خصوصی ۱۱۴ نفر تعیین گردید. سپس از میان بیمارستان‌های دولتی ۳ واحد و از میان بیمارستان‌های خصوصی نیز ۳ واحد به روش

نمونه‌گیری خوشه‌ای انتخاب شدند. از میان پرونده‌های مربوط به سال ۱۳۸۴ در این بیمارستان‌ها، با تشخیص سرطان، نمونه‌ی مورد پژوهش، با روش نمونه‌گیری سیستماتیک انتخاب گردید. فرم مخصوص برای ثبت اطلاعات از مراکز پاتولوژی و پرونده‌های بیماران تهیه و اطلاعات دموگرافیک، تشخیص پاتولوژی، Grading و Stage بیماری و شماره‌ی لام پاتولوژی برای هر بیمار تکمیل گردید. سپس با مراجعه به مرکز ثبت سرطان استان فارس و مرکز ثبت بیماری‌های غیر واگیر، موارد گزارش شده و گزارش نشده و صحت موارد گزارش شده در فرم‌های مخصوص ثبت شد. پس از جمع‌آوری اطلاعات و طبقه‌بندی انواع سرطان بر اساس ICD-10، در ۷ زیرگروه تجزیه و تحلیل آماری با استفاده از برنامه‌ی نرم‌افزاری (SPSS, Inc. Chicago, IL) و شاخص‌های آمار توصیفی انجام شد؛ سپس میزان گزارش موارد سرطان محاسبه گردید. به منظور مقایسه‌ی میزان گزارش‌های یاد شده در میان بیمارستان‌های مختلف و نیز در گروه‌های سنی و جنسی متفاوت، از آزمون مجذور کای استفاده شد و $p < 0/05$ به عنوان سطح دارای معنای آماری، تعریف گردید.

یافته‌ها

از ۳۰۰ بیمار سرطانی مورد پژوهش، فقط ۱۸۰ مورد (۶۰٪) به مرکز ثبت سرطان گزارش شده بود و در ۱۲۰ مورد (۴۰٪) گزارشی فرستاده نشده بود. برای ۱۲۶ نفر بیمار زن (۶۳/۵٪) و ۱۷۴ نفر بیمار مرد (۵۷/۵٪) گزارش‌دهی انجام گرفته بود که تفاوت معنی‌داری در این زمینه بین دو جنس دیده نشد. در گزارش موارد سرطان مربوط به گروه‌های سنی مختلف بیماران نیز تفاوتی دیده نشد. از میان موارد گزارش شده، در ۸۷/۵٪ نحوه‌ی ثبت به درستی انجام گرفته بود و میزان

گزارش‌دهی از بیمارستان‌های غیر دانشگاهی، با ۷۲/۶٪ به طور معنی‌داری بیشتر از بیمارستان‌های دانشگاهی با ۴۷/۳٪ بود ($\chi^2=6/48, p<0/001$)

تفاوت فاحشی در نحوه‌ی گزارش‌نویسی میان بیمارستان‌های مختلف وجود داشت که از ۲۸-۷۸ درصد در بیمارستان‌های دانشگاهی تا ۳۸-۹۸ درصد در بیمارستان‌های غیر دانشگاهی متغیر بود.

درصد درستی گزارش‌ها، در موارد گزارش شده (درصد هم‌خوانی تشخیص برگه‌ی پاتولوژی موجود در پرونده‌ی بیمار با تشخیص ثبت شده در مرکز ثبت سرطان) برای بیمارستان‌های دانشگاهی ۸۴٪ و برای بیمارستان‌های غیر دانشگاهی ۹۱٪ بود که از نظر آماری بین دو گروه تفاوتی دیده نشد.

نتایج مربوط به تعداد گزارش‌ها به تفکیک گروه‌های مختلف سرطان در جدول ۱ نشان داده شده است.

جدول ۱: میزان گزارش‌های سرطان ارسال شده از بیمارستان‌های

شهر شیراز به مرکز ثبت سرطان استان فارس در سال ۱۳۸۴ به

تفکیک گروه‌های مختلف سرطان

گروه	وضعیت		
	تعداد موارد گزارش شده (درصد)	تعداد موارد گزارش نشده (درصد)	تعداد موارد گزارش شده (درصد)
۱	۷ (۸۷/۵)	۱ (۱۲/۵)	۸
۲	۳۰ (۶۵/۲)	۱۶ (۳۴/۸)	۴۶
۳	۱۸ (۶۴/۳)	۱۰ (۳۵/۷)	۲۸
۴	۴۱ (۶۲/۱)	۲۵ (۳۷/۹)	۶۶
۵	۳۵ (۴۸/۶)	۳۷ (۵۱/۴)	۷۲
۶	۳۳ (۵۶/۹)	۲۵ (۴۳/۱)	۵۸
۷	۱۶ (۷۲/۷)	۶ (۲۷/۳)	۲۲
جمع	۱۸۰ (۶۰٪)	۱۲۰ (۴۰٪)	۳۰۰

* گروه‌های تشخیص

- گروه ۱. نئوپلاسم بدخیم لب، حفره‌ی دهانی و حلق
- گروه ۲. نئوپلاسم‌های بدخیم دستگاه گوارشی و پریتونوم
- گروه ۳. نئوپلاسم‌های بدخیم دستگاه تنفسی و اندام‌های درون قفسه سینه
- گروه ۴. نئوپلاسم‌های بدخیم استخوان، بافت پیوندی، پوست و پستان
- گروه ۵. نئوپلاسم‌های بدخیم دستگاه ادراری-تناسلی
- گروه ۶. نئوپلاسم‌های بدخیم سایر قسمت‌های نامشخص
- گروه ۷. نئوپلاسم‌های بدخیم بافت‌های لنفاوی و هماتوپوئیتیک

نتایج مربوط به فراوانی و میزان ثبت درست و کامل تشخیص در مرکز ثبت سرطان در مقایسه با برگه‌های پاتولوژی آزمایشگاه‌ها و پرونده‌های بیماران به شرح جدول ۲ می‌باشد.

جدول ۲: فراوانی (درصد) گزارش صحیح و کامل تشخیص به مرکز ثبت سرطان در مقایسه با برگه‌های پاتولوژی آزمایشگاه‌ها و

پرونده‌های بیماران

گروه	وضعیت	
	گزارش شده به مرکز ثبت سرطان	صحیح و کامل ثبت شده است (درصد)
۱	۷	۶ (۸۵)
۲	۳۰	۲۸ (۸۳)
۳	۱۸	۱۵ (۸۳)
۴	۴۱	۳۵ (۸۵)
۵	۳۵	۳۱ (۸۸)
۶	۳۳	۲۹ (۸۷/۹)
۷	۱۶	۱۴ (۸۷/۵)
جمع	۱۸۰	۱۵۸ (۸۷/۷)

* گروه‌های تشخیص

- گروه ۱. نئوپلاسم بدخیم لب، حفره‌ی دهانی و حلق
- گروه ۲. نئوپلاسم‌های بدخیم دستگاه گوارشی و پریتونوم
- گروه ۳. نئوپلاسم‌های بدخیم دستگاه تنفسی و اندام‌های درون قفسه سینه
- گروه ۴. نئوپلاسم‌های بدخیم استخوان، بافت پیوندی، پوست و پستان
- گروه ۵. نئوپلاسم‌های بدخیم دستگاه ادراری-تناسلی
- گروه ۶. نئوپلاسم‌های بدخیم سایر قسمت‌های نامشخص
- گروه ۷. نئوپلاسم‌های بدخیم بافت‌های لنفاوی و هماتوپوئیتیک

بحث

تدوین یک سیستم بین‌المللی ثبت سرطان برای ثبت اطلاعات و عوامل بروز و شیوع سرطان، مانند اطلاعات جغرافیایی منطقه، اجتماعی، شغلی بیمار لازم به نظر می‌رسد. این اطلاعات در غربالگری و جلوگیری از بروز سرطان می‌تواند کمک‌کننده باشد (۶، ۱۱).

مرکز ثبت سرطان، داده‌ها را جمع‌آوری کرده، برای تعیین درجه‌ی مستعد بودن جمعیت نواحی مختلف، همچنین مطالعات اپیدمیولوژیک و کنترل سرطان و

حمایت از مراقبت‌های بهداشتی، ضمن برنامه‌ریزی صحیح مورد بهره‌برداری قرار می‌دهد (۱۶-۱۲).

در بررسی حاضر، میزان گزارش‌های انواع سرطان از بیمارستان‌های شیراز به مرکز ثبت سرطان، ۶۰ درصد تعیین شد که در مقایسه با کشورهای دیگر از جمله فنلاند، انگلیس و ولز، نروژ و آمریکا (نیویورک)، دارای درصد بسیار پایین‌تری بود؛ البته درستی گزارش‌ها در کشورهای یاد شده با این پژوهش هم‌خوانی داشت (۱۷، ۶-۴، ۲-۱). در پژوهش انجام شده (سال ۲۰۰۷) در ایالت کالیفرنیا آمریکا، نشان داده شد که اطلاعات مراکز ثبت سرطان برای شناسایی موارد سرطان در جامعه و نیز در بیماران مبتلا به عفونت ایدز، ابزار معتبری شناخته می‌شود (۱۸). این در حالیست که استفاده از اطلاعات مرکز ثبت سرطان فارس برای مقاصد پژوهشی، درمانی و یا مدیریتی در شرایط کنونی به هیچ عنوان معتبر نیست. در پژوهشی دیگر در ایالت اوهایوی آمریکا، در ۹۷٪ موارد گزارش انواع سرطان به مراکز ثبت سرطان اعلام شد، ضمن آن که stage سرطان‌ها نیز در ۶۵٪ موارد گزارش شده بود (۱۹).

در این پژوهش که به منظور تعیین درصد گزارش‌های سرطان توسط بیمارستان‌های خصوصی و دولتی شیراز و مقایسه‌ی نتایج حاصله انجام گردید، چنین برآورد شد که جمع گزارش‌های بیماری سرطان ۶۰ درصد می‌باشد که از سوی بیمارستان‌های غیر دانشگاهی ۷۲/۷ درصد و دانشگاهی ۴۷/۳ درصد موارد گزارش شده است؛ مشاهده شد که به نحوی سؤال برانگیز، تفاوت فاحشی بین بیمارستان‌های دو گروه وجود داشت که شاید دلیل آن تراکم کار و مراجعین به واحد آزمایشگاه و پاتولوژی بیمارستان‌های یاد شده باشد. حل این مشکل، بررسی و مداخله‌ی مسئولان بیمارستان‌های دانشگاهی را می‌طلبد. اگرچه در بررسی

متون انتشار یافته در خصوص مراکز ثبت سرطان در سایر شهرهای ایران اطلاعاتی موجود نیست، ولی در اکثر پژوهش‌ها، کوتاهی‌کردن در تنظیم و ارسال گزارش سرطان به مراکز ثبت سرطان تأکید شده است (۱۰-۷).

در پاره‌ای از پژوهش‌ها نشان داده شده که میزان گزارش‌های موارد سرطان توسط پزشکان به مراکز ثبت سرطان درباره‌ی بیماران مسن، و به ویژه زنان مسن، کم‌تر از سایر گروه‌ها صورت گرفته است (۱۹-۱۸)؛ ولی در پژوهش حاضر در میزان گزارش‌های سرطان از سوی بیمارستان‌ها به مرکز ثبت، در میان بیماران دو جنس و گروه‌های سنی مختلف تفاوتی دیده نشد. شاید این یافته به این سبب باشد که در بیمارستان‌های شیراز نوشتن گزارش موارد سرطان توسط پزشکان مسؤول واحد پاتولوژی انجام می‌شود و طبیعی است پزشکی که در تماس مستقیم با بیماران نباشد بدون اعتنا به گروه سنی و جنسی آنان گزارش خود را تنظیم و ارسال می‌کند.

درستی ثبت تشخیص بیماری در مرکز ثبت سرطان، در مقایسه با برگه‌های پاتولوژی آزمایشگاه‌ها و پرونده‌های بیماران در موارد گزارش شده، ۸۷/۵٪ برآورد شد. ارسال سریع گزارش در فاصله‌ی زمانی مناسب به مراکز ثبت سرطان، برای در اختیار داشتن اطلاعات به روز و کارآمد در این مراکز، امری ضروری است ولی متأسفانه در پژوهش حاضر جمع‌آوری اطلاعات درباره‌ی فاصله‌ی زمانی ارسال گزارش موارد سرطان به مرکز و تأخیر احتمالی میسر نگردید که علت آن جای بررسی دارد.

اگر چه در پژوهش حاضر درباره‌ی علت نفرستادن گزارش موارد سرطان بررسی انجام نشد ولی در بازدیدهایی که پژوهشگر از آزمایشگاه بیمارستان‌های مختلف و مرکز ثبت سرطان به عمل آورد، دیده شد که یکی از مشکلات مهم کامل نبودن برگه‌های پاتولوژی و

محدودیت دیگر پژوهش حاضر، نبود امکان بررسی نحوه‌ی ثبت و ارسال گزارش‌ها از سوی بیمارستان‌های سایر شهرستان‌های استان فارس و آزمایشگاه‌های خصوصی بود. بنابراین، اطلاعات مربوط به موارد سرطان که در بیمارستان‌های شیراز بستری نشده، به طور سرپایی تشخیص داده و درمان می‌شوند، در پژوهش حاضر لحاظ نگردیده است. از سوی دیگر، در مواردی از سرطان که تشخیص بر اساس عکس‌برداری صورت می‌گیرد و هرگز نمونه‌های بافتی برای تشخیص پاتولوژی فرستاده نمی‌شود، هیچ اطلاعاتی در خصوص میزان گزارش‌های ارسالی وجود ندارد، لذا پیشنهاد می‌شود که بررسی‌هایی درباره‌ی نحوه‌ی تنظیم و ارسال گزارش موارد بیمارستان بستری نشده انجام پذیرد.

نتیجه‌گیری: در کل وضعیت ثبت سرطان و نحوه‌ی گزارش آن در شیراز، به ویژه در بیمارستان‌های دولتی در سطح پایینی انجام می‌شود و اطلاعات بیمارستان‌ها در درصد واقعی موارد سرطانی بستری شده در بیمارستان‌ها، با اطلاعاتی که از مرکز ثبت سرطان به دست می‌آید تفاوت فاحشی دارد. از این رو، برای بهبود وضعیت یاد شده و علت‌یابی و نظارت در تمام سطوح، با ارائه‌ی پس‌خوراند به بیمارستان‌ها باید راهکارهای مناسب اعمال گردد.

تقدیر و تشکر

بدین‌وسیله از زحمات پرسنل مرکز ثبت سرطان استان فارس و واحد مبارزه با بیماری‌های غیر واگیر دانشگاه علوم پزشکی شیراز تشکر و قدردانی می‌گردد.

لحاظ نکردن اطلاعات دموگرافیک در این برهه‌هاست و به این سبب موارد کمبود و نادرستی برهه‌های تشخیص پاتولوژی و اطلاعات مربوط در آمار مرکز ثبت سرطان لحاظ نگردیده، حتی در مواردی بایگانی هم نمی‌شود. این در حالیست که پرونده‌ی بستری بیماران در دسترس بوده، با مراجعه به آن، تکمیل اطلاعات ناقص به آسانی میسر می‌باشد. برای بهبود وضع ثبت و ارسال گزارش موارد سرطان، عوامل زیادی در سطوح مختلف از جمله پزشکان معالج و پاتولوژیست‌ها، مسئولین آزمایشگاه‌ها، پرسنل مخصوص جمع‌آوری نتایج پاتولوژی، مسئولین کدگذاری بیماری‌ها، کاربران وارد کننده‌ی اطلاعات به رایانه، کارشناسان آمار تحلیل کننده‌ی داده‌ها، مسئولین مراکز ثبت سرطان و سرانجام مدیران و برنامه‌ریزان بهداشتی درمانی مؤثر می‌باشند. بنابراین آموزش مستمر تمامی گروه‌های شغلی درگیر، وضع قوانینی دارای ضمانت اجرا، ارزشیابی مستمر میزان و درستی و ارسال گزارش‌های سرطان به مراکز ثبت و ارائه‌ی پس‌خوراند به پزشکان و مراکز تشخیصی- درمانی برای بهبود این فرآیند امری ضروری است.

در ایران بر خلاف کشورهای دیگر، از اوراق و اسناد مربوط به پیشینه‌ی بیمار، داروهای مصرفی و مقدار آن و موارد فوت سرطانی استفاده نمی‌شود؛ در حالی که در بیشتر کشورها، مراکز ثبت سرطان اطلاعات مربوط به مراقبت از بیماران سرطانی از قبیل نحوه‌ی درمان، موارد عود، سرانجام بیماران و ... را جمع‌آوری نموده، برای برنامه‌ریزی در مدیریت و مراقبت از بیماران استفاده می‌کنند که جا دارد در کشور ما نیز در این زمینه اقداماتی آغاز گردد (۹-۱۰).

منابع

۱. اداری سرطان معاونت غیر واگیر مرکز مدیریت بیماریهای وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی. گزارش کشوری ثبت موارد سرطانی ۱۳۸۲. تهران: کلک دیرین؛ ۱۳۸۴. ص. ۴-۱.
۲. مرتضوی ح، علیدوستی ا، شهزاد ب، شهیدی م، رئوفی م، نوروزی ا، شهیدی ج. مطالعه‌ی اپیدمیولوژی ۱۷۶۰۶ مورد سرطان ثبت شده در مرکز رادیوتراپی انکولوژی بیمارستان جرجانی. مجله علمی سازمان نظام پزشکی جمهوری اسلامی ایران ۱۳۸۱؛ ۲۰(۴): ۲۰۷-۲۷۱.
3. World Health Organization. International Statistical Classification of Diseases and Health Related Problems. ICD-10, Volume 2: Instruction Manual. 2nd ed. Geneva: World Health Organization; 2004.
4. Tingulstad SE, Halvorsen T, Norstein J, Hagen B, Skjeldestad F. Completeness and accuracy of registration of ovarian cancer in the cancer registry of Norway. *Int J Cancer* 2002; 98(6):907-11.
5. Dickinson HO, Salotti JA, Birch PJ, Reid MM, Malcolm A, Parker L. How complete and accurate are cancer registrations notified by the National Health Service Central Register for England and Wales? *J Epidemiol Community Health* 2001; 55(6):414-22.
6. Dickinson HO. Cancer trends in England and Wales. Good data and analysis are vital to improving survival. *BMJ* 2000; 320(7239):884-5.
7. Mousavi SM, Mohagheghi MA, Mousavi-Jerrahi A, Nahvijou A, Seddighi Z. Burden of breast cancer in Iran: a study of the Tehran population based cancer registry. *Asian Pac J Cancer Prev* 2006; 7(4):571-4.
8. Haghpanah V, Soliemanpour B, Heshmat R, Mosavi-Jarrahi AR, Tavangar SM, Malekzadeh R, et al. Endocrine cancer in Iran: based on cancer registry system. *Indian J Cancer* 2006; 43(2):80-5.
9. Ansari R, Mahdavinia M, Sadjadi A, Nourae M, Kamangar F, Bishehsari F et al. Incidence and age distribution of colorectal cancer in Iran: results of a population-based cancer registry. *Cancer Lett* 2006; 240(1):143-7.
10. Sadjadi A, Nourae M, Mohagheghi MA, Mousavi-Jarrahi A, Malekezadeh R, Parkin DM. Cancer occurrence in Iran in 2002, an international perspective. *Asian Pac J Cancer Prev* 2005; 6(3):359-63.
11. Coleman MP, Esteve J, Damiecki P, Arslan A, Renard H. Trends in cancer incidence and mortality. *IARC Sci Publ* 1993;(121):1-806.
12. Wingo PA, Jamison PM, Hiatt RA, Weir HK, Gargiullo PM, Hutton M et al. Building the infrastructure for nationwide cancer surveillance and control--a comparison between the National Program of Cancer Registries (NPCR) and the Surveillance, Epidemiology, and End Results (SEER) Program (United States). *Cancer Causes Control* 2003; 14(2):175-93.
13. NAACCR 2006 Implementation Guidelines. [cited 26 March 2008]. Available from URL: http://www.naacr.org/filesystem/pdf/2006%20Implementation%20Guidelines_revised%20022406.pdf
14. McDavid K, Schymura MJ, Armstrong L, Santilli L, Schmidt B, Byers T et al. Rationale and design of the National Program of Cancer Registries' Breast, Colon, and Prostate Cancer Patterns of Care Study. *Cancer Causes Control* 2004; 15(10):1057-66.
15. Izquierdo JN, Schoenbach VJ. The potential and limitations of data from population-based state cancer registries. *Am J Public Health* 2000; 90(5):695-8.
16. National Program of Cancer Registries, Data Collection and Surveillance. [cited 20 June 2006]. Available from URL: <http://www.cdc.gov/cancer/npcr/uscs/index.htm>.
17. Desai MM, Bruce ML, Desai RA, Druss BG. Validity of self-reported cancer history: a comparison of health interview data and cancer registry records. *Am J Epidemiol* 2001; 153(3):299-306.
18. Brenner H, Stegmaier C, Ziegler H. Estimating completeness of cancer registration: an empirical evaluation of the two source capture-recapture approach in Germany. *J Epidemiol Community Health* 1995; 49(4):426-30.
19. Weir HK, Berg GD, Mansley EC, Belloni KA. The National Program of Cancer Registries: explaining state variations in average cost per case reported. *Prev Chronic Dis* 2005; 2(3):A10.
20. Diamond C, Taylor TH, Im T, Wallace M, Saven A, nton-Culver H. How valid is using cancer registries' data to identify acquired immunodeficiency syndrome-related non-Hodgkin's lymphoma? *Cancer Causes Control* 2007; 18(2):135-42.
21. Cooper GS, Yuan Z, Stange KC, Amini SB, Dennis LK, Rimm AA. The utility of Medicare claims data for measuring cancer stage. *Med Care* 1999; 37(7):706-11.

Original Article

Journal of Isfahan Medical School
Vol 26, No 88, Spring 2007Received: 4.4.2007
Accepted: 20.1.2007**The Reporting Rate of The Cancers From Shiraz Hospitals to Fars Province Cancer Registry**

Forouz Nader MD*, Mahin Farahmand MSc**

* Assistant Professor of Community Medicine, School of Medicine, Shiraz University of Medical Sciences
** Head Expert, Non Communicable Disease Unit, Health Center. Shiraz University Medical Science**Background:****Abstract**

Malignancy as a common cause of mortality needs to be investigated for its epidemiology and pattern of distribution in population. Data collection about cancer epidemiology is the first step in preventing and controlling this health problem. Cancer registries provide basic information for many epidemiological studies. In this study, reporting and notifying the rate of cancers to Fars province cancer registry center (FPCRC) were examined during 2004-5.

Methods:

10% of all admitted patients in Shiraz hospitals during 2004-5 were selected as studied group. So, 300 medical files were selected by multi-stage random sampling; then, then, 3 Shiraz University of Medical Sciences affiliated hospitals and 3 private hospitals were selected by cluster random sampling. Through medical records of patients diagnosed with cancer in 2005 in these hospitals, the study group was selected by systematic random sampling. These data were compared with data kept by FPCRC. Reporting and notification rates of different cancers to FPCRC were calculated.

Findings:

The reporting rate of cancer cases to FPCRC was 60%. The accuracy rate of those reported cases was 87.5%. The reporting rate of the cancers from SUMS affiliated hospitals was significantly lower comparing to other hospitals ($p < 0.001$).

Conclusion:

The reporting rates of cancers to FPCRC are obviously low and appropriate interventions are necessary.

Key words:

Cancer, medical report rate, Fars province, Iran.

Page count:

8

Tables:

2

Figures:

0

References:

21

Address of Correspondence:

Forouz Nader MD, Assistant Professor of Community Medicine, School of Medicine, Shiraz University of Medical Sciences, Shiraz, Iran
E-mail: naderf@sums.ac.ir