

روش ارزیابی یک برنامه مراقبت با مثالی از بیماری فلج اطفال در ایران

دکتر سید مهدی نورائی* - دکتر پرویز وزیریان** - دکتر ابوالحسن ندیم***

* استادیار اپیدمیولوژی، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی تهران

** استاد اپیدمیولوژی، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی تهران

*** مرکز مدیریت بیماریها - وزارت درمان و آموزش پزشکی

چکیده:

مراقبت بیماریها به معنای عملیات مستمر جمع آوری، تجزیه و تحلیل، تفسیر و پس خوراند داده‌های مربوط به بیماری است که در مورد بیماریهای مهم صورت می‌گیرد. همچون سایر برنامه‌های بهداشتی این برنامه نیز نیاز به ارزیابی مستمر دارد. مطالعه حاضر با اهداف ارزیابی مراقبت بیماری فلج شل حاد (که یکی از ارکان برنامه ریشه‌کنی فلج اطفال می‌باشد) و ارائه الگوی مناسب از ارزیابی نظام مراقبت در پنج استان کرمان، سیستان و بلوچستان، هرمزگان، آذربایجان غربی و گیلان به روش کیفی و کمی صورت گرفته است.

در این استانها در فاصله سالهای ۱۳۷۷ - ۱۳۷۵، ۲۷۵ مورد فلج شل حاد گزارش شده است. حساسیت مراقبت در این سالها ۰/۵۷ تا ۳/۳۳ و درصد موارد با دو نمونه مدفوعی ۷۷٪ بوده است. در این مدت ۹۲٪ موارد پیگیری روز ۶۰ داشته‌اند و بررسی ۱۵ مورد آخر هر استان نشان می‌دهد میانه زمانی بررسی موارد فلج شل حاد در استانهای مختلف از ۵ تا ۱۷ روز بوده است. به نظر می‌رسد با وجود سطح نسبتاً خوب عملکرد مراقبت فلج شل حاد ایران نسبت به کشورهای منطقه لازم است ارزیابیهای مستمر با هدف ارتقای این برنامه و کمک به ریشه‌کنی فلج شل حاد صورت گیرد.

کلید واژه‌ها: برنامه ریزی بهداشتی / فلج کودکان

مقدمه

ریشه‌کنی بیماری فلج اطفال گرفت با هدف مراقبت این بیماری و ارزیابی برنامه‌های ریشه‌کنی و تأیید نهایی آن، بتدریج مراقبت از بیماری فلج شل حاد که بعنوان تظاهر اصلی فلج اطفال بالینی مطرح است وارد برنامه‌های بهداشتی اکثر کشورهای جهان شد (۳). این استراتژی همراه با ارتقاء پوشش واکسیناسیون فلج اطفال، انجام روزهای ملی واکسیناسیون انجام لکه‌گیری (Mopping-up) واکسیناسیون در مناطق پرخطر و فعالیتهای تکمیلی برای ریشه‌کنی بیماری فلج اطفال طرح‌ریزی شده است (۴). برنامه مراقبت از بیماری فلج شل حاد همچون سایر برنامه‌های بهداشتی بعد از شروع اجراء نیاز به ارزیابی (Assessment) مستمر دارد. این ارزیابی چه بصورت

مراقبت (Surveillance) از بیماریها به معنای عملیات منظم و مستمر جمع‌آوری، تجزیه و تحلیل، تفسیر و پس‌خوراند داده‌های صحیح مربوط به یک بیماری و یا واقعه بهداشتی می‌باشد (۱). برنامه مراقبت در مورد هر بیماری با اهداف مشخص طراحی و اجراء می‌شود. کشف اپیدمیها، شناسائی تغییرات زمانی و مکانی بیماری، شناسائی گروههای در خطر ابتلاء به بیماری، ارزیابی برنامه کنترل بیماری و ارتقاء کیفیت خدمات بهداشتی از اهداف مهم مراقبت از بیماریها می‌باشند (۲). انتخاب بیماریهای مشمول مراقبت در هر کشوری تابع برنامه‌های جهانی، اولویتهای منطقه‌ای، ملی و امکانات موجود در کشور است. از سال ۱۹۸۸ که سازمان جهانی بهداشت تصمیم به

اپیدمیولوژی، اطفال، اعصاب، عفونی می‌باشد با معاینه فرد مبتلا به فلج شل حاد مبادرت به تعیین تشخیص نهایی فرد می‌نماید.

اصول ارزیابی برنامه مراقبت فلج شل حاد

ارزیابی یک برنامه مراقبت با بررسی تعریف بیماری در نظام مراقبت، ساختار نظام (نوع و تعداد منابع داده‌ها، شیوه گزارش دهی انتقال، تحلیل و تفسیر داده‌ها، انتشار گزارشات)، منابع مورد نیاز (مالی و انسانی) و میزان تحقق اهداف برنامه میسر می‌شود. برای هر برنامه مراقبت تعدادی از خصوصیات وجود دارند که ارزیابی برنامه را امکان پذیر می‌سازند. این خصوصیات عبارتند از حساسیت (Sensitivity)، ارزش اخباری مثبت (Positive Predictive Value)، سادگی (Simplicity)، انعطاف پذیری (Flexibility)، قابلیت پذیرش (Acceptability)، قابلیت تعمیم (Representativeness)، بهنگام بودن (Timeliness) (بهنگام نبودن در این مورد به معنای سرعت و یا تأخیر در مراحل مختلف مراقبت از زمان گزارش مورد تا طبقه‌بندی نهایی آن است)

شاخصهای اصلی ارزیابی برنامه مراقبت فلج شل حاد انتخاب می‌شود متناسب با شاخصهای منطقه‌ای انتخاب می‌شود کشور ایران نیز به پیروی از بخش مدیترانه شرقی (EMRO) چند شاخص را برای بررسی عملکرد برنامه مراقبت فلج شل حاد بکار گرفته است (۶). اصلی ترین این شاخصها عبارتند از:

- ۱ - میزان بروز فلج شل حاد غیر پولیوئی بازا ۱۰۰۰۰۰ کودک زیر ۱۵ سال که حداقل باید ۱ باشد. (این شاخص معرف حساسیت برنامه مراقبت در کشف موارد فلج شل حاد است.
- ۲ - درصد مواردی که در فاصله ۴۸ ساعت بعد از گزارش بررسی شده‌اند (این شاخص در ایران به شاخص زیر تبدیل شده است: درصد موارد فلج شل حاد که ظرف ۷ روز از زمان بروز فلج بررسی شده‌اند که حداقل باید ۸۰٪ باشد)
- ۳ - درصد موارد گزارش شده که به فاصله ۱۴ روز از زمان بروز فلج دو نمونه مدفوع به فاصله ۴۸-۲۴ ساعت از آنها گرفته می‌شود که حداقل باید ۸۰٪ باشد.
- ۴ - درصد موارد گزارش شده که به فاصله حداقل ۶۰ روز بعد از زمان بروز فلج مورد پیگیری و معاینه قرار می‌گیرند که حداقل باید ۸۰٪ باشد.

ارزشیابی اثر برنامه در کاهش بروز فلج اطفال و چه بصورت پایش مجموعه فعالیت‌های موجود در برنامه باید صورت گیرد. ارزیابی این برنامه با هدف بهبود کیفیت و انجام اصلاحات لازم منجر به اجراء یک نظام مراقبت با اعتماد بالا می‌شود که خود شرط لازم برای تأیید ریشه‌کنی بیماری در هر کشوری می‌باشد (۵)

مطالعه زیر با هدف ارائه یک الگوی مناسب از ارزیابی برنامه مراقبت یک بیماری با تشریح نتایج ارزیابی مراقبت فلج شل حاد در ۵ استان گیلان، آذربایجان غربی، سیستان و بلوچستان، گیلان و هرمزگان در سال ۱۳۷۸ صورت گرفته است.

راهبرد مراقبت از فلج شل حاد در ایران

منابع گزارش دهی فلج شل حاد (Acute Flaccid Paralysis «AFP» در ایران عبارتند از مطب پزشکان، مراکز بهداشتی درمانی شهری و روستائی، خانه‌های بهداشت، تیم‌های سیار، بیمارستانها و مراکز فیزیوتراپی و زایشگاهها برحسب نوع منبع، شیوه گزارش دهی فعال و پاسیو است.

بدنبال گزارش هر مورد فلج شل حاد یک تیم بررسی از مرکز بهداشتی شهرستان مربوطه جهت تأیید تشخیص و بررسی مورد مربوطه مراجعه می‌کنند.

بعد از تأیید تشخیص، جمع‌آوری اطلاعات فردی (در قالب فرم معین) و نمونه‌گیری مدفوعی نوبت اول انجام می‌شود سپس بررسیها و عملیات اختصاصی در اطرافیان وی (شامل جستجو برای پیدا کردن مورد دیگر، واکسیناسیون کودکان زیر ۵ سال در اطراف محل زندگی بیمار، و در مواردی خاص نمونه‌گیری از اطرافیان وی) صورت می‌گیرد. در فاصله ۴۸-۲۴ ساعت بعد نمونه‌گیری مدفوعی دوم از فرد صورت می‌گیرد و دو نمونه مدفوع در شرایط مناسب به آزمایشگاه دانشکده بهداشت دانشگاه علوم پزشکی تهران ارسال می‌گردد. بلافاصله بعد از تأیید تشخیص و بررسی بیمار گزارش تلفنی کشف مورد فلج شل حاد به اداره پیشگیری و مبارزه با بیماریها ارسال می‌گردد. تیم بررسی موظف است حداقل ۶۰ روز بعد از رخداد فلج شل حاد، فلج باقیمانده در فرد را با معاینه وی بررسی و گزارش نماید.

بعد از معاینه روز ۶۰ و دریافت پاسخ آزمایشگاه یک کمیته طبقه‌بندی استانی که مرکب از متخصصین

ضمناً با استفاده از مدارک موجود می‌توان ارزش اخباری مثبت مراقبت را بررسی نمود.

مواد و روشها

ارزیابی فعالیتهای جاری در برنامه مراقبت فلج شل حاد در سطح معاونت بهداشتی هر کدام از استان‌ها و با استفاده از فرمهای استاندارد ارزیابی بخش مدیرانه شرقی سازمان جهانی بهداشت صورت گرفته است که در پاره‌ای از موارد اطلاعات مورد نیاز در سطح اداره کل پیشگیری و مبارزه با بیماریهای وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی با مراجعه شخصی جمع‌آوری شد. ارزیابی به دو روش کیفی و کمی صورت گرفت.

در بخش کیفی از راه مصاحبه حضوری با کارشناسان ستادی معاونتهای بهداشتی میزان تطبیق فعالیتهای استان با دستورالعملهای موجود بررسی شد. در بخش کمی شاخصهای مورد نظر برنامه (شامل میزان بروز فلج غیرپولیویی درصد مواردی که در فاصله یک هفته بعد از گزارش بررسی شده‌اند، درصد موارد گزارش شده که به فاصله ۱۴ روز از زمان بروز فلج دو نمونه مدفوعی داشته‌اند و درصد موارد گزارش شده که پیگیری روز ۶۰ داشته‌اند) در هر استان با استفاده از مدارک موجود شامل لیست خطی موارد فلج شل حاد هر استان، پرونده‌های بیماران، نتایج آزمایش مدفوع و صورتجلسه‌های کمیته‌های طبقه‌بندی محاسبه شد. همچنین جهت بررسی آخرین وضعیت استان از نظر دو شاخص زمان بررسی بعد از گزارش مورد و زمان نمونه‌گیری مدفوعی، آخرین ۱۵ مورد مبتلا به فلج شل حاد در هر استان که زمان پیگیری روز ۶۰ آنها فرارسیده بود مورد بررسی جداگانه قرار گرفتند. داده‌ها جهت تحلیل داده‌ها نرم‌افزارهای Excell 97 و SPSS 9 مورد استفاده قرار گرفتند.

نتایج

بیش از ۷۱۰۰ منبع گزارش‌دهی مبتلایان به فلج شل حاد در این ۵ استان عهده‌دار گزارش دهی بیماران فلج شل حاد می‌باشند. بررسی کیفی نشان داد که تقریباً در همه استانها شیوه گزارش‌گیری در بیمارستانها و زایشگاهها فعال و هفتگی و در سایر منابع ماهیانه و پاسیو است. ضمناً گردش کار مراقبت مورد فلج شل حاد از زمان گزارش دهی مورد تا پیگیری روز ۶۰ تقریباً یکسان و منطبق با

دستورالعملها است. تنها در مورد شیوه تأیید تشخیص فلج شل حاد تفاوت عملکرد در استانها وجود داشت به نحوی که در بعضی از استانها برای گزارش یک مورد فلج شل حاد تنها به تشخیص اولیه در منبع اکتفا می‌باشد.

نظام مراقبت فلج شل حاد سه تعریف را برای مورد مبتلا به فلج اطفال استفاده می‌کند.

- ۱ - مظنون: هر فرد مبتلا به فلج ناگهانی در هر سنی
- ۲ - قطعی: هر فرد مبتلا به فلج شل حاد که در آزمایش مدفوع وی ویروس فلج اطفال وحشی جدا شده باشد.
- ۳ - سازگار (compatible): هر فرد مبتلا به فلج شل حاد که دو نمونه آزمایش مدفوع در فاصله ۱۴ روز بعد از بروز علائم نداشته باشد و در پیگیری روز ۶۰ فلج باقیمانده داشته باشد و یا بیمار در پیگیری روز ۶۰ به هر علتی پیدا نشود.

جالب توجه این است که در یکی از استانها اصلاً تعریف سوم مورد استفاده قرار نمی‌گرفت.

در فاصله سالهای ۷۷-۱۳۷۵، ۲۷۵ مورد فلج شل حاد از این ۵ استان گزارش شده است. از این تعداد ۲۶ مورد تشخیص فلج اطفال ناشی از ویروس وحشی داشته‌اند و ۲۱ مورد سازگار طبقه‌بندی شده‌اند. (جدول ۱) بدین ترتیب اگر تمام موارد فلج شل حاد را به عنوان موارد مظنون به فلج اطفال تلقی کنیم. ارزش اخباری مثبت نظام مراقبت برای بیماری فلج اطفال ۰/۰۹ می‌باشد.

در این سالها میزان بروز فلج شل حاد غیرپولیویی بین ۰/۵۷ تا ۳/۳۳ به ازاء صد هزار کودک زیر ۱۵ سال متغیر بوده است. (جمعیت زیر ۱۵ سال هر استان براساس نتایج سرشماری سال ۱۳۷۵ محاسبه شده است) (جدول ۲) درصد موارد بررسی شده در ۷ روز بعد از تاریخ بروز فلج بین ۲۵٪ تا ۸۱٪ بوده است (جدول ۲) طی این سالها ۷۷٪ موارد دو نمونه مدفوعی و ۹۲٪ موارد پیگیری روز ۶۰ داشته‌اند (جدول ۲) و ۶۴٪ موارد تا زمان انجام مطالعه در کمیته‌های طبقه‌بندی استانی مورد بررسی قرار گرفته‌اند (جدول ۳) بررسی ۱۵ مورد آخر فلج شل حاد هر استان نشاندهنده این است که میانه زمانی بررسی موارد فلج شل از ۵ تا ۱۲ روز بعد از بروز علائم، میانه زمان نمونه‌گیری اول مدفوع از ۵ تا ۱۰ روز بعد از بروز فلج و میانه زمان نمونه‌گیری دوم مدفوع از ۶ تا ۱۱ روز بعد از بروز علائم متغیر بوده است (جدول ۴).

جدول شماره ۱: تعداد کل موارد فلج شل حاد، فلج اطفال و سازگر در طی سالیهای ۷۷-۱۳۷۵ در استانیهای مورد مطالعه

سازگر	۱۳۷۷		۱۳۷۶		۱۳۷۵		سال
	کل موارد فلج شل حاد	فلج اطفال	کل موارد فلج شل حاد	فلج اطفال	کل موارد فلج شل حاد	فلج اطفال	
۲	۵۳	۰	۱۴	۰	۱۸	۰	گیلان
۰	۳۴	۰	۱۰	۳	۱۰	۰	هرمزگان
۵	۵۸	۰	۲۱	۰	۱۸	۰	آذربایجان غربی
۰	۲۹	۰	۴	۰	۱۱	۰	کرمان
۱۴	۹۱	۴	۱۹	۹	۳۸	۴	سیستان و بلوچستان
کل	۱۷	۱	۱۷	۱	۹۱	۴	

جمع: ۲۶ ۷۵ ۲۱

جدول ۲ - شاخصهای عملکرد نظام مراقبت در طی سالهای ۷۷-۱۳۷۵ در استانهای مورد مطالعه

سال	۱۳۷۵										۱۳۷۶										۱۳۷۷										مجموع			
	میان بروز فلج شال حاد	درصد گیری کامل	درصد پیگیری ۶۰ روزه	درصد طرف ۷ روز	میان بروز فلج شال حاد	درصد گیری کامل	درصد پیگیری ۶۰ روزه	درصد طرف ۷ روز	میان بروز فلج شال حاد	درصد گیری کامل	درصد پیگیری ۶۰ روزه	درصد طرف ۷ روز	میان بروز فلج شال حاد	درصد گیری کامل	درصد پیگیری ۶۰ روزه	درصد طرف ۷ روز	میان بروز فلج شال حاد	درصد گیری کامل	درصد پیگیری ۶۰ روزه	درصد طرف ۷ روز	میان بروز فلج شال حاد	درصد گیری کامل	درصد پیگیری ۶۰ روزه	درصد طرف ۷ روز	میان بروز فلج شال حاد	درصد گیری کامل	درصد پیگیری ۶۰ روزه	درصد طرف ۷ روز	میان بروز فلج شال حاد	درصد گیری کامل	درصد پیگیری ۶۰ روزه	درصد طرف ۷ روز		
گیلان	۲/۳۵	۷/۸۱	۷/۹۰	۷/۸۱	۱/۸۷	۷/۸۳	۷/۹۱	۲	۱/۸۷	۷/۸۳	۷/۹۰	۷/۸۱	۱/۸۷	۷/۸۳	۷/۹۱	۲	۱/۸۷	۷/۸۳	۷/۹۰	۷/۸۱	۱/۸۷	۷/۸۳	۷/۹۱	۲	۱/۸۷	۷/۸۳	۷/۹۰	۷/۸۱	۱/۸۷	۷/۸۳	۷/۹۱	۲		
هرمزگان	۴/۶	۷/۷۱	۷/۱۰۰	۷/۵۰	۱/۴	۷/۸۰	۷/۵۰	۲	۱/۸۵	۷/۸۰	۷/۹۰	۷/۵۰	۲	۱/۸۵	۷/۸۰	۷/۹۰	۷/۵۰	۲	۱/۸۵	۷/۸۰	۷/۹۰	۷/۵۰	۲	۱/۸۵	۷/۸۰	۷/۹۰	۷/۵۰	۲	۱/۸۵	۷/۸۰	۷/۹۰	۷/۵۰		
آذربایجان غربی	۱/۸	۷/۵۸	۷/۹۶	۷/۵۳	۱/۸	۷/۷۳	۷/۶۱	۲/۱	۱/۸۵	۷/۷۳	۷/۸۹	۷/۶۱	۲/۱	۱/۸۵	۷/۷۳	۷/۸۹	۷/۶۱	۲/۱	۱/۸۵	۷/۷۳	۷/۸۹	۷/۶۱	۲/۱	۱/۸۵	۷/۷۳	۷/۸۹	۷/۶۱	۲/۱	۱/۸۵	۷/۷۳	۷/۸۹	۷/۶۱		
سمنان و یلوچستان	۳/۳۳	۷/۷۳	۷/۸۵	۷/۴۴	۳/۲۲	۷/۷۹	۷/۹۲	۷/۵۳	۱/۷۸	۷/۹۲	۷/۹۰	۷/۵۳	۱/۷۸	۷/۹۲	۷/۹۰	۷/۵۳	۱/۷۸	۷/۹۲	۷/۹۰	۷/۵۳	۱/۷۸	۷/۹۲	۷/۹۰	۷/۵۳	۱/۷۸	۷/۹۲	۷/۹۰	۷/۵۳	۱/۷۸	۷/۹۲	۷/۹۰	۷/۵۳		
جمع	۲/۱۰۸	۷/۷۷	۷/۹۲	۷/۵۹	۲/۱۰۸	۷/۷۷	۷/۹۲	۷/۵۹	۲/۱۰۸	۷/۷۷	۷/۹۲	۷/۵۹	۲/۱۰۸	۷/۷۷	۷/۹۲	۷/۵۹	۲/۱۰۸	۷/۷۷	۷/۹۲	۷/۵۹	۲/۱۰۸	۷/۷۷	۷/۹۲	۷/۵۹	۲/۱۰۸	۷/۷۷	۷/۹۲	۷/۵۹	۲/۱۰۸	۷/۷۷	۷/۹۲	۷/۵۹		

جدول شماره ۳- درصد موارد طبقه‌بندی شده توسط کمیته‌های طبقه‌بندی استانهای مورد مطالعه

سال	۱۳۷۵	۱۳۷۶	۱۳۷۷	کل
گیلان	۰	٪۱۰۰	٪۵۰	٪۴۷
هرمزگان	۰	٪۱۰۰	٪۱۰۰	٪۵۶
آذربایجان غربی	٪۶۸	٪۹۴	٪۹۰	٪۸۴
کرمان	۰	۰	۰	۰
سیستان و بلوچستان	٪۱۰۰	٪۱۰۰	٪۴۷	٪۸۹

جمع: ٪۶۴

جدول شماره ۴- میانه (و دامنه) زمان بررسی موارد و نمونه‌گیری اول و دوم مدفوع از تاریخ بروز فلج در ۱۵ مورد آخر فلج شل حاد هر استان (به روز)

زمان بررسی مورد	زمان نمونه‌گیری اول	زمان نمونه‌گیری دوم	
۸(۱-۲۰)	۶(۲-۱۵)	۸(۳-۱۶)	گیلان
۵(۱-۲۱)	۵(۰-۲۱)	۶(۱-۲۲)	هرمزگان
۵(۱-۳۱)	۶(۲-۳۱)	۸(۳-۳۳)	آذربایجان غربی
۶(۵-۱۷)	۷(۲-۱۳)	۸(۳-۱۴)	کرمان
۱۲(۳۰-۷۵)	۱۰(۳-۷۰)	۱۱(۴-۷۱)	سیستان و بلوچستان

بحث:

مرور ساختار برنامه مراقبت از فلج اطفال نشان می‌دهد که سعی شده است با ایجاد تعدد و تنوع در مراکز گزارش دهی بیماران و استفاده از گزارش‌گیری فعال بخصوص در سطح بیمارستانها حساسیت این برنامه برای کشف بیماری فلج شل حاد ارتقاء یابد. میزان بروز فلج شل حاد غیر پولیوئی که تقریباً در همه موارد بالای ۱ می‌باشد نشان‌دهنده موفقیت این نظام در کشف بیماری است. این در حالیست که حتی در منطقه‌ای مثل اروپا در سال ۱۹۹۸ این میزان ۰/۹۴ بوده است (۷). با این حال بدلیل تعدد منابع و تفاوت نوع گزارش دهی منابع مختلف ساختار این سیستم نسبتاً پیچیده شده است. که گهگاه باعث تفاوت عملکرد در سطح استانها می‌شود. در ضمن این حساسیت بالا بهمراه شیوع بسیار پایین بیماری فلج اطفال باعث شده است که حدود ۹۰٪ موارد که ابتداءً بعنوان مورد مظنون شناخته شده‌اند و تحت عملیات تکمیلی زمان و هزینه برقرار گرفته‌اند در

مراحل بعدی غیر بیمار تشخیص داده شوند (ارزش اخباری مثبت پایین) در این شرایط توصیه شده است براساس مشخصات بالینی، فردی و اپیدمیولوژیک، وسعت و شدت فعالیت‌های تکمیلی سطح‌بندی شود تا از هدر رفتن امکانات جلوگیری شود (۸).

شاخصهای اصلی مراقبت نشان می‌دهد که مهمترین موفقیت نظام مراقبت در انجام پیگیری روز ۶۰ در بیماران می‌باشد. از طرفی تقریباً در تمامی سالها نظام مراقبت در سطح قابل قبولی توان نمونه‌گیری مدفوعی کامل از افراد مبتلا را داشته است. (۷۷٪ موارد)

این در حالیست که همین شاخص برای کل کشورهای حوزه مدیترانه شرقی (EMRO) در سال ۱۹۹۸، ۶۴٪ بوده است (۷).

از نقاط ضعف نظام مراقبت بررسی موارد در ۷ روز اول بعد از شروع علائم بخصوص در استانهای سیستان و بلوچستان و کرمان است. ممکن است مسئله مهاجرت (بخصوص مهاجرین افغانی)، گستردگی استان، وجود درصد بالای جمعیت روستائی و فرهنگ بهداشتی مردم باعث تأخیر در مراجعه افراد مبتلا به مراکز بهداشتی درمانی شود و یا گزارش موارد با تأخیر صورت گیرد. یکی دیگر از نقاط ضعف سیستم موجود عدم طبقه بندی موارد توسط کمیته‌های استانی است. بطوریکه تنها ۶۴٪ موارد توسط این کمیته‌ها طبقه بندی شده‌اند. این عدد در استان کرمان معادل صفر است. عدم طبقه بندی بخش عمده‌ای از موارد مربوط به سالهای ۱۳۷۷ در استانهای گیلان و سیستان و بلوچستان تا زمان انجام مطالعه (اواسط سال ۱۳۷۸) نشان‌دهنده تأخیر در طبقه‌بندی موارد توسط کمیته‌ها می‌باشد که خود احتمالاً ناشی از بافت تخصصی کمیته و تشکیل دیرموقع آن است. از نقاط ضعف دیگر سیستم موجود تعداد بالای موارد سازگار می‌باشد (۸٪ کل موارد فلج شل حاد) که در واقع ناشی از ضعف سیستم در مراقبت فرد است.

جالب توجه این است که در سالهای ۱۹۹۰ و ۱۹۸۹ این درصد در کشور مکزیک برابر ۲٪ بوده است (۸) بررسی ۱۵ مورد آخر فلج شل حاد نشان می‌دهد که بجز استان سیستان و بلوچستان که در آن تأخیر زیادی در بررسی موارد و جمع‌آوری نمونه‌های مدفوع وجود دارد بقیه استانها از نظر زمان انجام این سه فعالیت در یک حد بوده‌اند و در همه استانها فاصله زمانی نمونه‌گیری مدفوع ۲ با ۱ نیز حدود ۱

نظام مراقبت در شرایطی که امید به ریشه‌کنی فلج اطفال در ایران بسیار زیاد شده است امری است لازم و ضروری.

تشکرات:

انجام این مطالعه میسر نبود مگر با کمکهای اداره کل پیشگیری و مبارزه با بیماریهای وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و بخصوص آقای جاوید (کارشناس پولیومیلیت) در ضمن همکاری انستیتو تحقیقات بهداشتی دانشکده بهداشت دانشگاه علوم پزشکی تهران و معاونتهای بهداشتی ۱۵ استان مورد مطالعه انجام مطالعه را ممکن ساخت.

روز بوده است. که با توجه به دفع گهگاه ویروس فلج اطفال در مدفوع فرد این شیوه نمونه‌گیری احتمال کشف ویروس را بالاتر می‌برد.

در نهایت به نظر می‌رسد نظام مراقبت بیماری فلج اطفال در سطح فعالیتهای محیطی مربوط به موارد از توان خوبی برخوردار است. تهدیدات عمده فعالیتهای این سیستم بزرگی استان، مهاجرت افراد، مناطق صعب‌العبور، فرهنگ بهداشتی غلط عدم تعهد بخش‌های مختلف به گزارش دهی و کمبود پرسنل و منابع می‌باشد و در حال حاضر استمرار فعالیتهای ارزیابی برای اصلاح عملکرد و ارتقاء کیفیت این

منابع

1. Stephen BT, Donn FS. Public Health Surveillance. In: Brownson RC, Petitt DB. Applied Epidemiology. New York: Oxford University Press, 1998.
2. Douglas NK, et al. Guidelines for Evaluating Surveillance systems. MMWR 1988: 37(S-5):1-17.
3. WHO. Progress Towards Global Poliomyelitis Eradication, 1996. Weekly Epidemiological Report:27JUNE 1997: 26:189-194.
4. WHO. Polio The Beginning of the End. Geneva: WHO, 1997.
5. Harry FH, Maureen EB, Bjorn M, Jon WL. Progress Toward Global poliomyelitis Eradication. J of Infec Dise 1997: 175(suppl 1): 54-9.
6. WHO. Field Guide for Supplementary Activities Aimed at Achieving polio Eradication. Geneva: WHO, 1995: 85.
7. WHO. Progress Towards Global Poliomyelitis Eradication 1999. Weekly Epidemiological Report:28 April 2000: 17:133-144.
8. Vance D, Miguel L, Cecilia GS, Raul M. Predictors of Poliomyelitis Case Confirmation at Initial Clinical Evaluation: Implications for Poliomyelitis Eradication in the Americas. Intr J of Epid 1992: 21(4):800-806.

Evaluation of a Care Programme with Example of Poliomyelitis in Iran

Noorae M, Vazirian P, Nadim A

ABSTRACT

Surveillance is the ongoing process of collection, analyzing, interpreting and feedback of the health outcomes data.

This health programme like every other programs should be assessed for improving. This study is performed in five provinces of Iran to assess the acute flaccid paralysis (AFP) surveillance by the quantitative and qualitative methods.

During the 3 years (1996- 1998) 275 of AFP was reported in these 5 provinces with a sensitivity of 0.57 to 3.33 and 77% of reported cases had two stool samples and 92% had 60 days follow up. Studying the last 15 cases in each province showed that the median time of case investigation after reporting was 5 to 17 days.

Though there is a fairly good level of performance in this program in Iran it is recommended to assess regularly the program to improve it and help to poliomyelitis eradication in Iran.

Key words: Health Planning / Poliomyelitis