

نظام مراقبت از بیماریها در ایران

دکتر علی اصغر کلاهی، دانشیار پزشکی اجتماعی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی

• تعریف مراقبت (Surveillance) :

مراقبت عبارت است از گردآوری، تجزیه و تحلیل، تفسیر و انتشار به هنگام، مستمر و منظم داده های مربوط به سلامتی و استفاده از اطلاعات حاصل از آن برای مداخله های لازم در نظام سلامت یک جامعه. این مداخلات می تواند به منظور نیازسنجی، برنامه ریزی، اجرا و یا ارزشیابی برنامه های سلامتی باشد. در فارسی، واژه مراقبت، معادل دو لغت انگلیسی Care و Surveillance می باشد. تعریف Care مراقبت از بیمار است و با نظام مراقبت از بیماری یا Surveillance متفاوت است.

برای درک نظام مراقبت می توان کنترل وضعیت ترافیک تهران را مثال زد. در این نظام سازما نهایی دست اندرکار کنترل ترافیک با ابزارهای گوناگون مانند دوربین های مستقر در سطح شهر، گزارش عوامل راهنمایی و رانندگی مستقر در سطح شهر به طور مستمر و منظم اطلاعاتی را ارائه می کنند که حاکی از وضعیت ترافیک می باشد. که با استفاده از این اطلاعات مداخله های لازم برای کنترل وضعیت ترافیک انجام می گیرد. به عنوان مثال با اعلام مسیرهای شلوغ از طریق رادیو، افراد در انتخاب مسیرهای مناسب راهنمایی شوند. و یا در دراز مدت با شناسایی نقاط مشکل دار ترافیکی اقدام به پیشنهاد ایجاد زیرگذر، پل هوائی و دوربرگردان می کنند.

• استفاده هایی که از نظام مراقبت می شود عبارتند از:

- ۱ ارزیابی وضعیت
 - ۲ شناسایی مشکلات
 - ۳ تعیین اولویتهای
 - ۴ پایش و ارزشیابی برنامه ها
 - ۵ ایجاد زمینه برای انجام تحقیق
- مراقبت می تواند معطوف به یک بیماری واگیر و غیر واگیر مثل سل، مالاریا، سرطان مری، عوامل خطر مهم همچون مصرف سیگار، رفتارهای پرخطر جنسی و عوامل مربوط به ناقلین مانند وفور حشرات و جوندگان ناقل بیماری ها باشد. تغییرات جوی مانند افزایش بارندگی، خشکسالی، بلایای طبیعی، جنگ

• اهداف نظام مراقبت

اهدافی که به طور معمول یک نظام مراقبت دنبال می کند شامل موارد زیر می باشد:

- ۱ پایش روند هرگونه رویداد مرتبط با سلامت
 - ۲ شناسایی اپیدمی ها
 - ۳ شناسایی گروههای در معرض خطر
 - ۴ تعیین اهداف برنامه مداخله ای
 - ۵ ارزیابی پیشرفت برنامه های مداخله ای
- بطور معمول بسیاری از نظام های مراقبت، تعداد موارد بیماری را کمتر از حد واقع گزارش می شود. علل این موضوع می تواند:

- ۱- مراجعه نکردن کلیه بیماران به واحدهای ارائه خدمات بخصوص بیماری با تظاهرات خفیف
- ۲- تشخیص داده نشدن همه آنها یا مرگ در فرم های شدید و پیش از مراجعه

۳- عدم گزارش همه موارد بیماری تشخیص داده شده

۴- عدم آگاهی کارکنان نظام سلامت به گزارش دهی

۵- عدم گزارش به موقع

۶- عدم آگاهی کارکنان به گزارش موارد مشکوک و انتظار برای گزارش بعد از تشخیص قطعی

البته مواردی نیز وجود دارد که تعداد بیماری بیش از حد واقع گزارش می شود. به عنوان مثال در برخی از نظام های مراقبت مرده زایی بیش از حد واقع گزارش می شود. به نظر می رسد در این شرایط تمایلی در افراد به گزارش موارد مرگ نوزادان، پس از تولد زنده به عنوان مرده زایی وجود دارد و به همین دلیل مرده زایی بیش از حد انتظار گزارش می گردد. در واقع در صورت گزارش مرگ نوزادی بایستی به دنبال علل آن باشند ولی در صورت گزارش مرده زایی، چنین پیگردی را به دنبال ندارد به همین دلیل در برخی اوقات، کم شماری موارد مرگ نوزادی وجود دارد و در عوض، گزارش موارد مرده زایی، بیش از حد واقع می باشد. یا اینکه در جریان اپیدمی ها به علت توصیه و پیگیری های مقامات مسئول بهداشتی و حساسیت به موضوع موارد مشکوک به بیماری بیش از حد واقعی گزارش می شود.

• منابع گردآوری داده ها برای مراقبت چه مکانهایی هستند ؟

منابع گردآوری داده های مراقبت، متنوع هستند ولی عمده آنها از مراکز ارائه خدمات درمانی دولتی و خصوصی همچون مراکز بهداشتی درمانی، بیمارستان ها، مطب ها، آزمایشگاه ها و ... می باشد. توجه به این نکته الزامی است که بیشتر این داده ها هنگام ارائه خدمات و توسط همان کسانی که خدمات را ارائه می دهند تولید می شوند. در این جایگاه ها طیف وسیعی از کارکنان با تحصیلات متفاوت از بهورز تا پزشکان دارای تخصص و فوق تخصص ارائه خدمت می نمایند. همچنین تعداد این واحدها در سطح کشور بسیار زیاد (۳۷۰۰۰) هستند، بنابراین نظام مراقبت باید دارای ویژگی های زیر باشد تا بتواند به اهداف مورد نظر برسد.

- نظام مراقبت باید ساده بود باشد و نیازی به آموزش اضافی برای گزارش دهی نداشته باشد.
- تعاریف ساده ای برای گزارش بیماری ها وجود داشته باشد تا همه کارکنان نظام سلامتی توانائی تشخیص را داشته باشند.
- داده ها به ساده ترین روش ممکن و در حد لازم گردآوری و گزارش شود.
- کارکنان آموزش دیده و برنامه اجرایی مناسب برای سطوح بالاتر به منظور تجزیه و تحلیل، تفسیر و انتشار به هنگام و منظم داده ها وجود داشته باشد.
- نظام سلامت پاسخگو و متعهد به حمایت از نظام مراقبت از بیماری ها باشد.
- برنامه ها قابل اجرا و کم هزینه باشد.

• چه بیماری هایی گزارش می شود؟

فهرست و نحوه گزارش بیماریهایی که وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی گزارش آنها را اجباری اعلام نموده است.

۱- بیماریهایی که بایستی فوراً به صورت تلفنی گزارش شوند:

۱- وبا	۲- فلج شل حاد	۳- طاعون	۴- تب راجعه
۵- تب زرد	۶- سرخک	۷- کزاز نوزادان	۸- مننژیت
۹- تیفوس	۱۰- دیفتری	۱۱- مالاریا	۱۲- ایدز
۱۳- حیوان گزیدگی	۱۴- تب های خونریزی دهنده		

۲- بیماریهایی که باید همراه با ذکر مشخصات و نشانی کامل در پایان هر ماه گزارش شوند:

الف- بیماریهای واگیردار:

۱- سیاه سرفه	۲- سل	۳- گال	۴- سیاه زخم
۵- کالآزار	۶- تیفوئید	۷- کزاز بالغین	۸- جذام
۹- بروسلوز	۱۰- سالک	۱۱- STI	۱۲- اوریون
۱۳- توکسوپلاسموز	۱۴- هیپاتیت ویرال	۱۵- پدیکولوز	۱۶- کچلی
۱۷- کیست هیداتید			

ب- بیماریهای غیرواگیردار:

۱- دیابت	۲- سرطانها	۳- تالاسمی	۴- گواتر
۵- بیماریهای قلب و عروق	۶- بیماریهای روانی (سایکوز ، نوروز ، صرع)	۷- سوانح و تصادفات	

۳- بیماریهایی که فقط تعداد موارد آنها در پایان هر ماه گزارش می شود:

اسهال ها ، ورم ملتحمه عفونی ، انگلهای روده ای

• بیماری ها چگونه تشخیص داده می شوند؟

بیماری های مشمول نظام مراقبت بر حسب تعاریف با تشخیص مشکوک، محتمل و قطعی گزارش می شود.

تعریف مورد

تعریف مورد، یک قدم اساسی در هر سیستم مراقبت می باشد و لازم است ساده و در عین حال از حساسیت و ویژگی مناسب برخوردار باشد. در هر بیماری انجام آزمون های تشخیص دقیق از اهمیت زیادی برخوردار است و در اغلب موارد جهت شناسائی موارد از نشانه های بالینی و معیارهای آزمایشگاهی همزمان استفاده می گردد. ضمناً بیان تعاریف روشن به عنوان موارد در بیماری های با دوره های ابتلاء طولانی، یا سیر مزمن بسیار سخت می باشد.

تعریف مورد در سیستم مراقبت

به منظور برآورد اهداف اپیدمیولوژیک به اشکال زیر صورت می گیرد (case)

تعاریف مورد

۱- تعریف عامیانه یا فرضی (Lay case)

یک تعریف غیر بالینی عمدتاً برای تعیین علایم استفاده می‌گردد.

۲- تعریف مورد مشکوک یا بالینی (suspected case)

براساس تشخیص بالینی توسط کارشناسان و بدون انجام آزمایش‌های بالینی صورت می‌گیرد.

۳- تعریف مورد محتمل (probable case)

براساس تشخیص بالینی و آزمون‌های آزمایشگاهی غیر اختصاصی، انجام ولی تأیید نمی‌شود.

۴- تعریف قطعی (confirmed case)

بر اساس تشخیص بالینی و تأیید آزمایشگاهی صورت می‌گیرد.

طبقه بندی مراقبت بیماری براساس اهداف مراقبت متفاوت است.

انواع طبقه بندی و مثال‌های آن به شرح زیر است:

به منظور ریشه کنی بیماری‌ها مانند فلج اطفال، دراکونکولیاژیس)

به منظور حذف بیماری‌ها مانند سرخک، کزاز نوزادان، جذام، شاگاس، فیلاریازیس

به منظور کاهش بروز و شیوع بیماری‌ها مانند مالاریا، سل، هیپاتیت

با هدف کاهش انتقال مانند HIV/AIDS

بیماری‌های تابع مقررات گزارش اجباری: وبا، طاعون، تب زرد

بیماری‌های منظور شده در لیست مراقبت‌های بین‌المللی

آنفلوآنزا، C هیپاتیت، B سیاه زخم، تب دانگ، بروسلوز، دیسانتری بومی، هموفیلوس آنفلوآنزای ت ایپ
لیشمانیوز، لپتوسپیروز، مننژیت مننگوکوکی، اونکوسرکیاز، سیاه سرفه، هاری، سالمونلوز حیوانی و شیستوزومیاز.

سطوح نظام مراقبت بیماری‌ها در ایران

۱- شهرستان ۲- استان ۳- ملی

طبقه بندی زمانی مراقبت بیماری‌ها در ایران

۱ گزارش تلفنی: شامل: فلج اطفال، هاری، وبا، کزاز نوزادان، سرخک، مننژیت، تب‌های خونریزی دهنده،

دیفتری، تیفوس، تب زرد، تب راجعه و طاعون.

۲ گزارش کتبی: شامل: مالاریا، سالک، کالآزار، سل، سیفیلیس، تب مالت، هیپاتیت، سیاه زخم، کزاز بالغین،

ایدز، توکسوپلاسموز، هیداتیدوز، آمیبیاز، سوزاک، جذام، اسهال خونی باکتریائی و سیاه سرفه.

وضعیت موجود نظام مراقبت بیماری های واگیر کشور

مقدمه

بیماری های عفونی از دشمنان قدیمی سلامت بشر هستند و بروز اپیدمی ها و پاندمی های وحشتناک که باعث مرگ میلیون ها نفر در جهان شده اند موجب ترس آور بودن این بیماری ها شده است. گرچه پیدایش واکسن های موثر و ساخت آنتی بیوتیک های متعدد این امید را در جامعه پزشکی ایجاد نموده بود که بیماری های عفونی و واگیردار بزودی از بین رفته و این دشمنان قدیمی بشر دیگر مشکلی برای سلامت جوامع انسانی ایجاد نخواهند کرد، اما با مقاوم شدن میکروارگانیسم ها به آنتی بیوتیک ها و ظهور بیماری های عفونی جدید که تا به حال وجود نداشتند مانند هیپاتیت C، ایدز، SARS و آنفلوآنزای پرنندگان نشان داد که امید به نابودی بیماری های عفونی گرچه ممکن است دست یافتنی باشد اما به هر حال هدفی بسیار سخت و راهی بسیار دشوار خواهد بود.

در کنار همه اینها پیشرفت علم و تکنولوژی متأسفانه زمینه سوء استفاده را نیز فراهم کرده و احتمال استفاده عمدی از میکروارگانیسم های بیماریزا و دست کاری شده به منظور تشدید بیماریزایی نیز یکی دیگر از مشکلات امروزی تهدید کننده سلامتی جوامع محسوب می شود. برخی بیماری های عفونی، قابلیت زیادی برای انتقال از فرد بیمار به افراد سالم دارند و به همین علت قابلیت ایجاد همه گیری داشته و همین مسئله باعث وحشت و نگرانی مردم از این بیماری ها می شود.

از مهمترین وظایف دولت ها تامین امنیت و سلامت مردم می باشد و در هر کشوری سازوکار مناسب طراحی و حمایت می شود. مراقبت (Surveillance) به معنای گردآوری منظم و مستمر داده ها، تجزیه و تحلیل آنها و انتشار اطلاعات حاصله به آنهایی است که نیاز به آنها (یعنی مدیران، پرسنل بهداشتی و عموم مردم) دارند. مهمترین ابزار مدیریت بیماری ها، نظام مراقبت بیماری ها است که اطلاعات مربوط به بیماری ها را تولید می کند و استفاده های متعددی به شرح ذیل دارد:

تعیین پراکندگی جغرافیایی

تعیین گروههای سنی و جنسی مبتلا

تعیین روند بیماری

پیش بینی و تشخیص زودرس همه گیری ها

ایجاد فرضیات و هدایت تحقیقات

کمک به طراحی مداخلات بهداشتی

ارزیابی مداخلات بهداشتی انجام شده

در کنار تمام فوایدی که عملکرد صحیح نظام مراقبت بیماری ها برای سلامت مردم هر کشور دارد بایستی به این نکته نیز توجه کرد که بیماری های واگیر، تابع مرزهای جغرافیایی نبوده و به آسانی و حتی در عرض چند ساعت می توانند از کشوری به کشور دیگر منتقل شوند. به همین علت سازمان جهانی بهداشت در آخرین بازنگری مجموعه مقررات بهداشتی بین المللی (سال ۲۰۰۵) تقویت نظام مراقبت بیماری ها را در سطح ملی کشورهای عضو خواستار شده است. کشورهای عضو این سازمان بایستی ظرفیت نظام مراقبت بیماری های خود را در سطح

ملّی به نحوی ارتقاء دهند که قادر باشد براساس ضوابط و استانداردهای یکسان بروز بیماری های واگیر با اهمیت بین‌المللی را در اسرع وقت شناسایی و گزارش نماید.

وجود قانون طرز جلوگیری از بیماری های آمیزشی و بیماری های واگیر مصوب سال ۱۳۲۰ و اصلاحات سال ۱۳۴۷ نشانه درک اهمیت موضوع از سال های دور است. فصل دوّم این قانون به بیماری های واگیردار پرداخته و ماده ۱۹ آن به موضوع ضرورت و الزام گزارش‌دهی و مواد ۲۲ و ۲۳ آن در خصوص مجازات مربوط به عدم رعایت این قانون به شرح ذیل می پردازد:

ماده ۱۹: هر پزشک معالج مکلف است در موقع مشاهده یکی از بیماری های واگیردار نامبرده در زیر، فوراً به بهداری اطلاع هد :

۱) وبا و اسهال وبایی شکل (۲ - طاعون - ۳) تب زرد (۴ - مطبقه (تیفوئید) - ۵) محرّقه (تیفوس اگزانتوماتیک) - ۶) آبله (۷ - مخملک - ۸) سرخجه (۹) خناق (دیفتری) - ۱۰) خناق (دیفتری) - ۱۱) اسهال خونی (۱۲) سرسام واگیر (مننژیت سربرواسپینال) - ۱۳) تب عرق گز (وئت می لویر) - ۱۴) (الحاقی به موجب قانون ۱۳۴۷) بیماری های مالاریا، فلج اطفال، تب مالت.

همین وظیفه برای ماماها در مورد تب نفاسی و ورم ملتحمه نوزادان باید رعایت شود. رئیس خانواده نسبت به اهل خانه و صاحب مهمانخانه هم در باره مسافرین، همین وظیفه را برعهده دارند. به علاوه کدخداها موظفند چنانچه در دهی در عرض یک هفته تلفات متعدد غیرعادی مشاهده نمودند، فوراً بهداری را مطلع نمایند که اقدام مقتضی بنمایند.

تبصره ۱: علاوه بر بیماری های نامبرده، بیماری های زیر هم در صورتی که در اماکن پرجمعیت مانند مدارس، کارخانجات و پرورشگاه کودکان و زندان و غیره دیده شود باید متصدیان آن مراکز و پزشک مسئول آنجا، بهداری محل را مطلع نماید : سیاه سرفه، جذام، بادسرخ، ورم غده بناگوش، سل سینه، گریپ، ذات الریه (پنومونی)، تراخم، سیاه زخم، تب راجعه (تیفوس و رکورانت) آبله مرغان، هپاتیت های ویروسی، مسمومیت غذایی.

ماده ۲۲: اشخاصی که مانع اجرای مقررات بهداشتی می‌شوند یا در اثر غفلت باعث انتشار یکی از بیماری های واگیردار می‌شوند، به هشت روز تا دو ماه حبس تادیبی و ۵۱ تا ۵۰۰ ریال و یا به یکی از این دو کیفر محکوم می‌شوند.

ماده ۲۳: کلیه پزشکان و ماماها و داروسازان مکلفند که دستورات بهداری کل را برای مبارزه با بیماری های واگیر به موقع اجرا گذارند. متخلفین به کیفرهای خلافی طبق آیین نامه بهداری محکوم می‌شوند.

در آخرین اصلاحیه قانونی در فصل چهارم آیین نامه نحوه تاسیس و بهره برداری بیمارستان ها مصوب ۱۳۸۳/۱۲/۲۴ در ماده شرح وظایف مسئول فنی بیمارستان، نظارت بر گزارش دهی صحیح و به موقع مشخصات بیماران مبتلا به بیماری های واگیر مشمول گزارش الزامی به مرکز بهداشت شهرستان مربوطه، مورد تاکید قرار گرفته است.

نظام مراقبت موجود بیماری های واگیر با استفاده از توانمندی بسیار بالای شبکه خدمات بهداشتی درمانی اولیه کشور، موفقیت بسیار خوبی در شناسایی اپیدمی ها و طغیان های بیماری های کشور داشته است و با استفاده از آزمایشگاه های موجود (مانند مرکز تحقیقات و آزمایشگاه های رفرانس، انستیتو پاستور ایران، دانشکده بهداشت دانشگاه تهران، ...) برای شناسایی عوامل ایجاد کننده آنها تلاش کرده است. فهرست بیماری های مشمول گزارش دهی الزامی و چگونگی گزارش دهی آنها در سال ۱۳۸۳ مجدداً مورد بازنگری قرار گرفته و به شرح ذیل است:

بیماری های مشمول گزارش دهی براساس بازنگری سال ۱۳۸۳

الف - بیماری های مشمول گزارش فوری (تلفنی)

وبا، فلج شل حاد، سرخک، سندروم سرخجه مادرزادی، دیفتی، کزاز نوزادی، مننژیت، طاعون، تیفوس، تب زرد، مالاریا، بوتولیسم، سیاه زخم تنفسی، حیوان گزیدگی، تب های خونریزی دهنده ویروسی (CHF)، عوارض متعاقب ایمنسازی (مرگ، بستری در بیمارستان، آبسه، لنفادنیت و هر عارضه ای که منجر به نگرانی عمومی شود) و افزایش ناگهانی هر بیماری (طغیان یا همه گیری).

ب - بیماری های مشمول گزارش غیر فوری (کتبی)

سل، جذام، سیاه سرفه، کزاز بالغین، ایدز و عفونت HIV، بیماری های مقاربتی، هپاتیت های ویروسی، تب تیفوئید، شیگلوزیس، لپتوسپیروزیس، سیاه زخم جلدی، کالآزار، سالک، تب مالت، فاسیولیاژیس، شیسستوزومیازیس، تب راجعه کهنه ای.

در هر حال باتوجه به ضرورت ارتقاء مستمر کیفیت و همچنین وجود فناوری پیشرفته اطلاعات که می تواند تحوّل قابل توجهی در امر جمع آوری داده ها و آنالیز و انتشار اطلاعات ایجاد نماید، ذیلاً به اهمّ مشکلات و راه های ارتقاء نظام مراقبت بیماری های واگیر اشاره می گردد :

نقاط ضعف

الف: جمع آوری داده ها

- عدم آشنایی کافی پزشکان با نظام مراقبت بیماری های واگیر کشور و اهمیّت و کاربرد آن در سلامت جامعه
- عدم آشنایی پزشکان در خصوص الزامی بودن و چگونگی گزارش دهی
- بی توجهی پزشکان در زمینه تکمیل فرم های گزارشدهی و یا بی دقتی در تکمیل فرم ها
- عدم جمع آوری فرم های گزارشدهی در موقع مقرر
- کمبود نیروی انسانی و یا منابع مالی
- مکانیکی بودن اجرای فعالیت فوق

ب- تجزیه و تحلیل داده ها

- تفاوت در فرم های گزارشدهی در سطح کشور
- عدم آشنایی کافی پرسنل بهداشتی (کاردان و کارشناس) با نرم افزارهای مربوطه

- عدم دریافت فرم های تکمیل شده از تمام منابع گزارشدهی در زمان مقرر
- کم توجهی به ضرورت آنالیز و انتشار به موقع نتایج
- عدم استفاده متناسب از اطلاعات حاصله از آنالیز
- عدم استفاده مناسب از تکنولوژی اطلاعات
- ضعف ارتباط با بخش درمان و پیگیری نتایج حاصله در این بخش
- ضعف توانمندی آزمایشگاه های مراکز بهداشت استان
- ج- انتشار نتایج
- انتشار نامنظم اطلاعات
- انتشار دیرهنگام اطلاعات
- عدم دسترسی تمام بخش های مورد نظر به اطلاعات منتشر شده (از جمله منابع گزارشدهی)
- عدم استفاده مناسب از تکنولوژی اطلاعات
- استفاده ناکامل از اطلاعات حاصله برای مدیریت برنامه ها و مداخلات
- عدم استفاده از اطلاعات حاصله برای پژوهش کاربردی توسط بخش دانشگاهی کشور

راهکارهای ارتقاء

- تقویت آموزش مراقبت بیماری های واگیر کشور و اهمیت و چگونگی اجرای آن در دانشگاه های علوم پزشکی کشور
- برگزاری دوره های آموزشی پس از فراغت از تحصیل (بازآموزی و غیره)
- بازنگری در قوانین مربوط به نظام مراقبت بیماری های واگیر
- تأکید بر ضروری بودن گزارشدهی بیماری های مورد نظر نظام مراقبت توسط بخش درمان به بخش خصوصی
- جلب مشارکت سازمان نظام پزشکی کشور با توجه به توانمندی بالای آن
- فراهم نمودن تسهیلات لازم برای اینکه گزارشدهی توسط منابع گزارشدهی آسان تر انجام شود
- پیگیری حقوقی تخلفات منابع گزارشدهی بنا به قوانین و مقررات موجود نظام مراقبت بیماری های واگیر
- ارائه پس خوراند به موقع و منظم نتایج حاصله از نظام مراقبت
- استفاده از سیاست های تشویق برای مشارکت بیشتر پزشکان و سایر منابع گزارشدهی
- برگزاری دوره های آموزشی برای ارتقاء توانمندیهای پرسنل مبارزه با بیماری ها (کاردان و کارشناس) در خصوص نرم افزارهای مربوطه و همچنین دوره های آموزشی مراقبت بیماری ها و روش های تحقیقات اپیدمیولوژیک
- استفاده از تکنولوژی اطلاعات و نرم افزارهای مبتنی بر فضای وب (اینترنت) برای آنالیز داده ها از سطح شهرستان به بالا
- ارسال نتایج و پس خوراند حاصل از طریق فضای وب (اینترنت) و دسترسی تعریف شده کاربران
- ایجاد واحد مستقل برای مراقبت بیماری های واگیر در سطح ستاد مرکز مدیریت بیماری ها و به تناسب در

سطح استانها (نظام مراقبت ادغام یافته)

- تقویت همکاری و هماهنگی بین بخشی با بخش های نظامی و انتظامی در گزارش دهی بیماری ها و همچنین برای ارسال نتایج و پس خوراندنها
- تقویت ارتباط نظام مراقبت بیماری های انسان، دام و گیاه در بحث بهداشت عمومی وزارت بهداشت و وزارت جهاد کشاورزی
- توانمند نمودن آزمایشگاه ها در سطح مراکز بهداشت استان برای تائید تشخیص بیماری های مورد نظر نظام مراقبت
- تقویت پایگاه های بهداشت مرزی هوایی، دریایی و زمینی (قرنطینه ها) برای مشارکت موثر آن ها در امر مراقبت بیماری ها با توجه به مقررات بهداشتی بین المللی
- تامین منابع مالی، انسانی و تجهیزاتی لازم

سئوالات و پاسخ های مربوط به نظام مراقبت

- چه اطلاعاتی گزارش می شود؟
مشخصات دموگرافیک، فرایند تشخیص، یافته های بالینی و آزمایشگاهی، تماس ها، مسافرت ها، عوامل خطر مرتبط
- چه کسی گزارش می کند؟
اولین کسی که در نظام سلامت کشور با یک مورد قابل گزارش مواجه می شود وظیفه دارد که بیماری را گزارش دهد. ولی پزشکان کلیدی ترین فرد گزارش دهنده محسوب می شوند.
- محل کار گزارش کننده کجا است؟
هر جایی که مواجه می شود، مطب، درمانگاه، بیمارستان، خیابان، محله، همسایه و ...
- به کجا گزارش می شود؟
به مرکز تعیین شده یا هر یک از سطوح مراکز بهداشتی درمانی قابل دسترس
- به چه وسیله گزارش می شود؟
بر حسب مورد بصورت تلفنی، پیک، کتبی
- چه زمانی گزارش می شود؟
بر حسب مورد بصورت فوری، روزانه، هفتگی، ماهانه، سالانه
- تجزیه و تحلیل کجا صورت می گیرد؟
در واحد های مبارزه با بیماریهای سطح شهرستان، استان (دانشگاه) و کشور (مرکز مدیریت بیماریها)
- چه زمانی؟
بر حسب مورد ساعتی روزانه، هفتگی، ماهانه، سالانه
- آیا یافته ها منتشر می شود؟
بلی
- چه زمانی؟
بر حسب مورد ساعتی روزانه، هفتگی، ماهانه، سالانه
- به چه میزانی از یافته ها استفاده می شود؟
کم
- آیا فیدبک وجود دارد؟
خیلی کم

چالش ها و موانع کدام هستند؟

در اینجا متنی را که در قالب تمرین آموزشی منتشر شده است و به نظر می آید در فقدان مستندات معتبر تا حد زیادی به واقعیت نزدیک است می آوریم. از یک دانشجوی پزشکی خواسته شده تا نظام مراقبت شهرستان الف را مورد ارزیابی قرار دهید. هدف اصلی این ارزیابی، پیدا کردن موانع موجود و ارایه راه حل هایی است تا بتوان از نظام مراقبت برای تصمیم گیری های مرتبط با سلامتی، استفاده بهتری نمود.

در گام نخست قرار بر این است که توصیفی از جریان اطلاعات از سطح ارایه خدمات تا شبکه شهرستان و ارسال آنها به دانشگاه علوم پزشکی مستقر در مرکز استان داشته باشید.

در نخستین روز، ملاقاتی با مدیر شبکه شهرستان و کارشناس مسؤل مبارزه با بیماری ها داشته اید. در این نشست برای شما مشخص شد که بسیاری از برنامه های مراقبت فعلی، قبل از زمان آغاز به کار ایشان در حدود ۱۰ سال قبل به همین شکل حاضر وجود داشته و تغییری در آن ها به وجود نیامده است. تنها از حدود پنج سال قبل یک گروه پژوهشی طبق توافق با حوزه معاونت بهداشتی وقت وزارت شش بیماری دیگر را به صورت آزمایشی به برنامه مراقبت استان اضافه کرده اند. هم اکنون ۳۵ بیماری، تحت مراقبت قرار دارند که اطلاعات آن ها بر حسب جنس و سه گروه سنی، گردآوری می شوند. وقتی از ایشان سؤال می شود که چه مشکلی در نظام مراقبت فعلی جلب توجه می کند، مدیر شبکه شهرستان پاسخ می دهد که بعید می دانم کسی به این موضوع توجه خاصی کرده باشد. حدود ۵ ماه طول می کشد تا ما اطلاعات را از مراکز ارایه خدمت گردآوری کنیم. پس از این مدت بایستی به سرعت هر آنچه که رسیده را به فرم ها انتقال داد و به سطح بالاتر گزارش نماییم. به نظر من بعید است کسی از این اطلاعات استفاده ای کرده باشد. آنها آمادگی خود را برای همکاری با شما اعلام نموده و یک نسخه از آخرین گزارش سالیانه مراقبت بیماریهای شهرستان را در اختیارتان قرار می دهند. این داده ها مربوط به سال ۱۳۷۹ می باشند، در حالیکه تاریخ ملاقات شما ۲۲ اردیبهشت ۱۳۸۲ است. این گزارش ۲۵۰ صفحه بوده و در آن برای هر بیماری تحت مراقبت جدول هایی بر حسب سن، جنس، مراکز بهداشتی درمانی شهری و روستایی به تفکیک نام مرکز بدون وجود متن و یا نمودار وجود دارد. روز بعد از بیمارستان شهرستان، یک مرکز بهداشتی درمانی شهری، یک مرکز بهداشتی درمانی روستایی و دو خانه بهداشت مربوط به آن بازدید بعمل می آورید. تمامی کارکنانی که با آن ها مصاحبه می کنید مدعی هستند که شیوه تکمیل فرم ها را در بدو استخدام آموزش دیده اند و از وجود دستورالعمل مکتوب در این زمینه مطلع نیستند. وقتی در خصوص فواصل نظارت توسط کارشناسان ستاد شهرستان پرسش می کنید درمی یابید که به علت کمبود نیروی انسانی و وسیله نقلیه، به طور عملی نظارت مستمری بر کار کارکنان وجود ندارد. در یکی از خانه های بهداشت از بهورز می خواهید تا علاوه بر فرم گزارش موارد در معرض خطر دیابت، پرونده خانوار مادران باردار را به شما ارایه نماید. با مقایسه این دو مشخص می شود که انطباق کمی با هم دارند و مادران بارداری وجود دارند که برای غربالگری دیابت بارداری معرفی نشده اند، در عوض برخی افراد را بدون وجود هیچیک از عوامل خطر به سطح دیگر ارجاع داده اند. وقتی از کارکنان سؤال می کنید که بر سر این فرم ها پس از اینکه شما آنها را به مرکز شهرستان فرستادید چه اتفاقی می افتد، می گویند ما نمی دانیم، این آخرین دفعه ای است که ما اطلاعات را می بینیم. فرم های گزارش دهی فقط وقت ما را تلف و کاغذها را حرام می کنند. بهتر است بجای تکمیل این فرم ها، بگذارند ما به ارایه خدمات بپردازیم.

سپس به مرکز بهداشت شهرستان می روید، در آنجا کارشناسان به شما می گویند که بازبینی فرم ها و تهیه گزارش به استان، بخش عمده ای از فعالیت های آنها را تشکیل می دهد. آنها عهده دار اطلاعات متنوعی از جمله آمار بیمارستانی، واکسن های توزیع و مصرف شده، داروهای خانه های بهداشت، پایگاه ها و مراکز، بیماران مسلول و ... هستند. یکی از

کارشناسان، ابراز می دارد که هر ماه فکر می کنم زمان کمتری به گزارش گیری و تکمیل فرم ها اختصاص دهم ولی این کار امکان پذیر نیست. کارشناسان از اینکه بسیاری از مطب ها داده های جاری را ارایه نمی دهند اطلاع دارند. به علاوه می گویند بسیاری از داده ها به نظر غیرعادی است، برای مثال پوشش واکسیناسیون ۱۳۰ درصد، ولی به علت حجم کار زیاد مراقبت نمی تو اند به این مشکلات بپردازند و تنها گزارش جاری را برای استان تهیه می کنند.

از کارشناس مسؤل بیماری ها می پرسید که چگونه از داده های مراقبت استفاده می کنند، می گوید موارد استفاده بسیار محدود است. او گزارش کشوری سال ۱۳۷۸ را نشان می دهد و عنوان می کند چگونه می توان از این همه عدد نتیجه کاربردی بدست آورد؟ از او می پرسید آیا تاکنون با داده های مراقبت به وجود اپیدمی در شهرستان پی برده است. ایشان پاسخ می دهد اگر اپیدمی بزرگی باشد معمولا خبر آن توسط کارکنان، مردم و یا فرمانداری و ... به گوشمان می رسد. البته گاهی هم این اخبار صرفا شایعه هستند، زمانی اپیدمی از روی فرم های مراقبت کشف می شود که دیگر فروکش کرده و نیازی به مداخله نیست. در آبان سال گذشته متوجه وجود ۲۰ مورد مالاریا در منطقه جنوبی شهرستان شدم. وقتی به مرکز بهداشتی درمانی مربوطه مراجعه کردم دریافتم که تعداد موارد در شهرپور و مهر هر یک بیش از ۳ برابر آبان بوده است.

رییس مرکز بهداشت شهرستان به کلیه نکات قبلی واقف است. او می گوید وقتی آمارها را نگاه می کنم علاوه بر کم شماری که در بعضی بیماری ها وجود دارد، متوجه مواردی از افزایش بیش از حد انتظار بیماریهایی می شوم که برنامه های کنترلی موفق در آنها داشته ایم. به عنوان نمونه علیرغم برگزاری چند دوره برنامه بازآموزی و کارگاه مبارزه با سل، موارد بیماری بیشتر شده است. البته در نهایت اگر هم بتوان از این همه عدد و رقم سر درآورد، آنقدر از واقعه گذشته که دیگر چندان مفید نیست.

در آخرین روز به ملاقات معاون بهداشتی دانشگاه می روید. او می گوید از دوره های آموزشی قبلی می دانم که اصول مراقبت چیست و چه استفاده هایی دارد، ولی به نظام مراقبت موجود نمی توان اطمینان کرد، بعلاوه این اطلاعات به روز نمی باشند. ما برای برنامه ریزی در سطح استان ترجیح می دهیم از نتایج بررسی های مقطعی استفاده کنیم.

برای تأیید ادعای واقعیت بودن سناریو فوق به ارائه یک مستند به عنوان شاهد اکتفا می کنیم. در کتاب اطلاعات و آمار بیماری های واگیر در ایران جلد چهارم مربوط به اطلاعات سال های ۱۳۸۴-۱۳۸۲ آمده است که کل آمار مربوط به اسهال خونی در سال ۱۳۸۴ برابر ۷۷۰۰ مورد بوده است. تعداد موارد گزارش شده برای یک دانشگاه واقع در تهران ۲۳ مورد بوده است. اگر جمعیت تحت پوشش آن دانشگاه ۲/۸ میلیون فرض شود، حداقل موارد مورد انتظار برابر ۳۰۸ مورد در سال است. تفاوت بین ۲۳ و ۳۰۸ چقدر است؟ در حالیکه در یک مطالعه مبتنی بر جمعیت انجام شده در منطقه شهری آن دانشگاه در همان سال نشان داد در بین حدود ۲۲۰۰ کودک زیر پنج سال که ۷۳ مورد اسهال خونی دیده شده بود. این تصویر کم و بیش در همه دانشگاه ها وجود دارد. حال بماند که اطلاعات خام ۱۳۸۲ بدون هیچگونه تحلیلی پنج سال بعد در سال ۱۳۸۷ چاپ می شود.

• نقش پزشکان در نظام مراقبت چیست؟

پزشکان عضو کلیدی در جمع آوری داده های نظام مراقبت و استفاده کنندگان از یافته های آنها هستند. هر ایرانی در طول سال ۸/۷ بار مراجعه برای دریافت خدمات سرپائی دارد که ۵/۵ بار آن به بخش خصوصی و ۳/۲ بار آن به بخش دولتی می باشد. همینطور هر ایرانی در سال ۲/۲۵ بار به پزشک مراجعه می کند که ۱/۳۹

(۶۵٪) بار آن به بخش خصوصی و ۸۶/۰(۳۵٪) آن به بخش غیر خصوصی است. در جداول زیر تعداد مراکز ارائه کننده خدمات بهداشتی درمانی کشور ارائه می شود.

تعداد بیمارستان، زایشگاه و توزیع آن بر حسب مالکیت در سال ۱۳۸۳- ایران

جمع	بخش خصوصی	بخش خیریه و سایر	سازمان تامین اجتماعی	دانشگاه علوم پزشکی	
تعداد (درصد)	تعداد (درصد)	تعداد (درصد)	تعداد (درصد)	تعداد (درصد)	
۵۸۸ (۸۰)	۱۱۳ (۱۹)	۵۰ (۸)	۵۷ (۱۰)	۳۶۸ (۶۳)	بیمارستان عمومی و زایشگاه
۱۵۰ (۲۰)	۱۰ (۷)	۱۰ (۷)	۵ (۳)	۱۲۵ (۸۳)	بیمارستان تخصصی
۷۳۸ (۱۰۰)	۱۲۳ (۱۷)	۶۰ (۸)	۶۲ (۸)	۴۹۳ (۶۷)	جمع

تعداد کلینیک ها و درمانگاه های سرپائی

۳۰۳	سازمان تامین اجتماعی
۴۱۶	سایر نهاد های عمومی
۵۵۰	بخش خصوصی
۲۵۰	خیریه
۱۵۱۹	جمع

تعداد سایر مراکز ارائه خدمات بهداشتی، تشخیصی درمانی سال ۱۳۸۳- ایران

۱۶۰۲۲	خانه بهداشت
۸۲۹	پایگاه بهداشتی
۲۳۸۸	مرکز بهداشتی درمانی روستائی
۲۲۶۲	مرکز بهداشتی درمانی شهری
۳۸۳۴	خدمات آزمایشگاهی
۱۸۷۹	خدمات پرتونگاری
۱۸۲۶	خدمات توانبخشی
۵۹۵۴	داروخانه
۳۷۲۵	جمع
؟	مطب خصوصی

از تعداد مطب خصوصی در ایران اطلاع دقیقی یافت نشد.

از ص ۱۳ به بعد سؤال داده نمی شود. ولی هر پزشکی باید آن را داشته باشد تا در موقع نیاز به گزارش بتواند به آن مراجعه کند.

تعریف مورد و روش مراقبت بر اساس زمان گزارش دهی

۱- بیماری های مشمول گزارش تلفنی

• **مراقبت بیماری سرخک**

مورد مشکوک : وجود تب همراه با بثورات پوستی.

مورد محتمل : فرد مشکوک به سرخک بر اساس نظر پزشک به همراه موارد سه گانه زیر

۱ تب ۳۸ درجه سانتی گراد که سه روز یا بیشتر ادامه داشته باشد

۲ دانه های پوستی ماکولوپاپولر

۳ سرفه، آبریزش بینی و قرمزی و تورم ملتحمه چشم.

مورد قطعی : موردی با مشخصات مورد محتمل به همراه تایید آزمایشگاهی یا مورد تایید شده آزمایشگاهی که ارتباط او با مورد قطعی بیماری سرخک با بررسی های اپیدمیولوژیک نشان داده شود.

روش های مراقبت گزارش موارد مشکوک به صورت فوری

بررسی اپیدمیولوژیک موارد مشکوک و تهیه و ارسال نمونه سرم جهت آزمایش

واکسیناسیون همه کودکان کمتر از پنج سال که با مورد بیماری، تماس داشته اند

گزارش صفر به صورت هفتگی.

• **مراقبت بیماری کزاز نوزادان**

مورد مشکوک:

۱. مرگ هر نوزاد در فاصله ۳ تا ۲۸ روز بعد از تولد به علت نامشخص

۲. مرگ هر نوزاد به علت کزاز نوزادان که مورد بررسی قرار نگرفته است.

مورد قطعی

۱. موردی که از نظر بالینی کاملاً تایید شده ولی تایید آزمایشگاهی نشده است

۲. نوزادی که در دو روز اول بعد از تولد قادر به مکیدن و گریه کردن بوده ولی در فاصله ۳ تا ۲۸

نتواند به طور طبیعی عمل مکیدن را انجام دهد. و دچار سفتی عضلات، تشنج یا هر دو باشد.

۱. کزاز نوزادان که توسط بیمارستان گزارش گردد مورد قطعی محسوب می گردد.

• **مراقبت بیماری فلج اطفال**

تعریف مورد محتمل

۱ - هر کودک کمتر از پانزده سال که مبتلا به فلج شل حاد باشد از جمله سندرم گیلن باره و...

۲ - هر فرد در هر گروه سنی با بیماری فلجی که مشکوک به فلج اطفال باشد.

مورد قطعی

تعریف مورد فلج اطفال از هر کشوری به کشور دیگر متفاوت بوده و بستگی به معرفی معیارهای زیر دارد:

میزان فلج شل حاد غیر پولیومیولیت حداقل یک مورد به ازای یکصد هزار کودک زیر پانزده سال جمع آوری دو نمونه مناسب در فاصله ۲۴ تا ۴۸ ساعت در طی مدت چهارده روز از شروع حمله فلج انجام آزمایش بر روی کلیه نمونه های تهیه شده در یک آزمایشگاه معتبر مورد تایید سازمان جهانی بهداشت (W.P.V) ویروس وحشی فلج اطفال از نمونه جدا شود تا روز شصتم بعد از شروع حمله فلجی هنوز عارضه فلجی باقیمانده باشد مورد بیماری فوت کرده و با امکان پیگیری وجود نداشته باشد در کشورهایی که معیارهای فوق را رعایت می نمایند یک مورد فلج اطفال قطعی عبارت است از: که از آن ویروس وحشی فلج اطفال جدا شده باشد (AFP) مورد فلج شل حاد عبارت از بیماری است که بعد از روز (Compatible Case): م ورد سازگار با فلج اطفال شصتم، یکی از شرایط زیر را داشته باشد:

- ۱- دارای فلج باقیمانده باشد.
- ۲- امکان پیگیری وجود نداشته باشد.

روش های مراقبت

هر مورد فلج شل حاد لازم است بلافاصله گزارش شود و طی ۴۸ ساعت اول بررسی گردد. دو نمونه مدفوع در فاصله چهارده روز بعد از شروع حمله به شکل مناسب اخذ و به آزمایشگاه ارسال گردد.

مراقبت های دیده ور از کلیه بیمارستان ها، مراکز توانبخشی و مراکز ارائه خدمات بهداشتی و درمانی منتخب اجرا گردد.

گزارش صفر مورد در تمام سطوح مراقبت انجام گیرد.

لازم است به سرعت بررسی شوند (outbreaks). موارد طغیان های بیماری کلیه داده های موارد فلج شل حاد می بایست در گزار شهای مراقبت های جاری وارد شود.

• مراقبت بیماری دیفتری

مورد مشکوک : تعریف نشده

مورد محتمل : مورد که علائم بالینی در معاینه پزشک u1605 مشاهده گردد . (یا بیماری با وجود غشای چسبیده به لوزه ها، حلق و یا بینی که با لارنژیت، فارنژیت یا تونسیلیت توأم باشد)

مورد قطعی : مورد محتمل بیماری که از نظر آزمایشگاهی تایید شده باشد . یا یک مورد محتمل که با مورد قطعی ارتباط داشته باشد.

روش های مراقبت:

گزارش فوری موارد محتمل یا قطعی در تمام سطوح مراقبت
گزارش جاری هفتگی و ماهیانه
بررسی فوری و جمع آوری داده ها در کلیه طغیان های بیماری.

• مراقبت بیماری مننژیت

مورد مشکوک : حمله تب ناگهانی (دمای بیش از ۳۸ درجه سانتیگراد از راه مقعد یا ۳۷/۵ زیر بغل) به همراه
سفتی گردن) در کودکان کمتر از یکسال برجستگی ملاج.

مورد محتمل

- ۱- مشاهده دیپلوکوک های گرم منفی داخل یا خارج سلولی در مایع مغزی نخاعی.
- ۲- مورد مشکوک در منطقه ای که اپیدمی بیماری وجود دارد.
- ۳- وجود علائم بالینی به همراه بثورات پتشی و پورپورا در فرد مشکوک.

مورد قطعی

- ۱- یک مورد مشکوک یا محتمل که نمونه کشت مایع مغزی نخاعی او مثبت باشد
- ۲- یک مورد مشکوک یا محتمل که **نایسریا مننژیتیدیس** از نمونه خون جدا شود.

روش های مراقبت

بررسی تمام موارد مشکوک
گزارش فوری کلیه موارد در سطوح مراقبت
گزارش هفتگی موارد جدید و مرگ در سیستم گزارش دهی جاری
انجام مراقبت موازی با استفاده از آزمایشگاه مرجع.

• مراقبت بیماری طاعون

مورد مشکوک : بیماری با حمله سریع تب، لرز، سردرد، ناراحتی شدید، ضعف و بی حالی شدید به همراه یکی از
نشانه های زیر برحسب مورد طاعون) خیارکی یا ریوی)

فرم خیارکی : تورم شدید و دردناک غدد لنفاوی

فرم ریوی : سرفه همراه خلط خونی، درد سینه و تنفس مشکل

مورد محتمل : عبارت است از مورد مشکوک به همراه یکی از موارد زیر

یرسینیا پستیس با آزمایش (AFT) نتیجه مثبت آزمایش فلوتورسانس آنتی بادی PHA
وجود ارتباط اپیدمیولوژیک با مورد قطعی بیماری.

مورد قطعی : عبارتست از مورد مشکوک یا محتمل با یکی از موارد زیر:

۱ تایید یرسینیا پستیس در نمونه های حاصل از غدد لنفاوی، مایع مغزی نخاعی یا خلط.

یرسینیا پستیس به مقدار چهار برابر با روش آزمایش F ۲ افزایش عیار آنتی بادی بر علیه آنتی ژن ۱
(PHA)

روش های مراقبت

گزارش فوری موارد و افراد در تماس

گزارش هفتگی u1576 براساس سیستم جاری گزارش دهی در تمام سطوح مراقبت
بیماریابی فعال و بررسی و پیگیری کامل تمام موارد و موارد تماس و افراد تحت درمان
گزارش اجباری طی ۲۴ ساعت از کلیه موارد بیماری به سازمان جهانی بهداشت.

- **مراقبت بیماری اسهال حاد آبکی (وبا)**

مورد مشکوک

فرد مبتلا به کم آبی شدید یا مرگ ناشی از اسهال آبکی در سنین ۵ سالگی و بالاتر در مناطقی که وبا در آنجا
بومی نمی باشد یا دو فرد مبتلا به اسهال آبکی حاد همراه یا بدون استفراغ در سنین ۵ ساله و بالاتر در مناطق
بومی وبا تایید گردد. و یا ۱۳۹

مورد قطعی : عبارتست از مورد مشکوکی که در نمونه آزمایشگاهی ویبریو کلرا ۱ دیده شده است

روش های مراقبت

گزارش فوری موارد به سطوح کامل مراقبت
بررسی کامل کلیه موارد ابتلاء و موارد تماس
گزارش هفتگی موارد بیماری با مشخصات کامل
اعلام موارد به سازمان جهانی بهداشت (اجباری).

- **مراقبت HIV/AIDS**

تعریف مورد : تعاریف متعددی در کشورهای مختلف استفاده می شود که در ارتباط با عوامل جمعیتی از قبیل
کودکان، بزرگسالان و وقوع نسبی عفونت های فرصت طلب و نیز ساختار و آمادگی آزمایشگاهی تغییر می کند.

روش های مراقبت

گزارش فوری موارد به سطوح کامل مراقبتی ضروری است
بررسی کامل موارد و اطرافیان توصیه می گردد
گزارش کامل مشخصات موارد در سیستم جاری گزارش دهی.

مراقبت بیماری هاری

مورد مشکوک : فردی با علائم بالینی مرتبط با هاری

مورد محتمل : فرد مشکوک با سابقه تماس با حیوان حساس به هاری

مورد قطعی : فرد مشکوک یا محتمل با تایید آزمایشگاهی مواجهه هاری.

روش مراقبت

گزارش ماهیانه کلیه موارد گزش حیوانی و اقدامات انجام شده به تمام سطوح مراقبت

گزارش فوری موارد مشکوک، محتمل و قطعی هاری به تمام سطوح مراقبت.

• مراقبت بیماری تب خونریزی دهنده کریمه کنگو (CCHF)

تعریف مورد مشکوک: شروع ناگهانی بیماری، تب، درد عضلات، تظاهرات خونریزی دهنده شامل: راش پتشی، خونریزی از بینی و مخاط دهان، استفراغ خونی یا ملنا و هماتوری (بعلاوه یکی از موارد اپیدمیولوژیک سابقه گزش با کنه یا له کردن کنه با دس ت، تماس مستقیم با خون تازه یا سایر بافت های دامها و حیوانات اقامت یا مسافرت در یک محیط، CCHF آلوده، تماس مستقیم با ترشحات دفعی مورد قطعی یا مشکوک به روستائی که احتمال تماس با دامها وجود داشته اما یک تماس خاص تصادفی 1585u را نمی توان مشخص نمود

تعریف مورد محتمل: مورد مشکوک بعلاوه ترومبوسیتوپنی (کاهش پلاکت کمتر از 150000 در میلی متر مکعب (که می تواند با لکوپنی) گلبول سفید کمتر از 3000 در میلیمتر مکعب (یا لکوسیتوز) گلبول سفید بیش از 9000 در میلی متر مکعب (همراه باشد

تعریف مورد قطعی: مورد محتمل بعلاوه نتیجه مثبت آزمون سرولوژیک یا جدا کردن ویروس از نمونه.

روش مراقبت

گزارش تلفنی مورد به سطوح مراقبت بیماری در کشور
تکمیل و ارسال فرم خلاصه اطلاعات اپیدمیولوژیک بیماری
گزارش مورد مشکوک به اداره دامپزشکی شهرستان
تهیه و ارسال نمونه سرم خون:

- ۱ نمونه اول: پس از تشخیص بیماری بر اساس علائم
- ۲ نمونه دوم: پنج روز پس از تهیه نمونه اول
- ۳ نمونه سوم: ده روز پس از تهیه نمونه اول

لازم است تهیه و ارسال نمونه با نظارت آزمایشگاه مرکزی و معاونت بهداشتی استان انجام گیرد.

۲- بیماری های مشمول گزارش کتبی

• مراقبت بیماری تیفوئید

مورد مشکوک: کلیه افرادی که علائم بالینی منطبق با تیفوئید داشته باشند (تب بیشتر از یک هفته، سردرد، دل درد، ضعف، سرگیجه، بثورات قرمز سطح بدن) رُزاسپات(، یبوست، اسهال، بزرگی طحال، خشکی پوست.

تیفوئید محتمل: علاوه بر علائم بالینی تیفوئید مشکوک، یک یا دو مورد زیر وجود داشته باشد.

ظرف دو هفته

الف: آزمایش ویدال با افزایش ۴ برابر 1578u تیترا آنتی بادی یا مساوی یا بیش از ۱۶۰

ب: تیترا ویدال آنتی بادی

ج : وجود موارد بیماری در اطرافیان یا منطقه.

تیفوئید قطعی : تیفوئید محتمل بعلاوه یک یا هر دو مورد زیر

الف : کشت خون مثبت، مغز استخوان ، ادرار، مدفوع ، ترشحات اثنی عشر.

ب : یافتن آنتی ژن اختصاصی در ادرار یا سرم.

• مراقبت بیماری جذام

مورد مشکوک : قرار گرفتن در یکی از گروه های زیر:

۱- یک یا چند لکه کم رنگ یا پررنگ پوستی با حس طبیعی

۲- بی حسی موضعی مخصوصا در انگشت کوچک دست یا بی حسی وسیع در دست ها و پاها

۳- بزرگ شدن قابل توجه یک یا چند تنه عصب محیطی با ضایعه پوستی

۴- وجود عصب یا اعصاب دردناک

۵- زخم های مزمن بدون درد در دس تنها یا پاها

۶- ندو لهائی در پوست بدون نشانه های دیگر

۷- وجود جوشگاه (اسکار (سفید نقره ای بدون حس

۸- ریزش ابروها خصوصا در ناحیه خارجی.

مورد محتمل

۱- ضایعه یا ضایعات پوستی کمرنگ یا قرمز رنگ همراه با بی حسی

۲- آسیب به اعصاب محیطی همراه با فقدان حس و ضعف ماهیچه های دست ها و پاها و صورت

۳- علائم بالینی) مورد مشکوک (باضافه گرانولوم در بیوپسی.

مورد قطعی

۱- علائم بالینی به همراه نتیجه مثبت گسترش پوستی

۲- علائم بالینی به همراه نتیجه مثبت بیوپسی از نظر مشاهده باسیل جذام

۳- علائم بالینی به همراه نتیجه مثبت بیوپسی و تخریب عصبی.

• مراقبت سیاه سرفه

مورد مشکوک : هر فرد دارای سرفه در طی دو هفته گذشته به همراه یکی از موارد زیر:

۱- حملات سرفه ناگهانی (whoop) ۲- دم صدادار

۳- استفراغ بعد از سرفه بدون وجود یک علت مشخص دیگر.

مورد قطعی : مورد مشکوکی که از نظر آزمایشگاهی تایید گردد . یا مورد تایید شده آزمایشگاهی که با مورد

قطعی ارتباط داشته باشد.

روش های مراقبت:

کلید موارد بیماری لازم است گزارش گردد و انجام گزارش حداکثر در عرض یک هفته انجام گیرد

تمامی طغیان های بیماری لازم است بررسی و از نظر آزمایشگاهی تایید گردند داده های موارد مشکوک و قطعی در سیستم گزارش دهی جاری اعلام شوند.

• مراقبت بیماری سل

مورد مشکوک

- ۱- فردی با علامت سرفه معمولا همراه با خلط (به مدت سه هفته یا بیشتر)
- ۲- سایر نشانه ها همراه تب، کاهش وزن، احساس خستگی، تعریق شبانه، درد سینه، تنفس کوتاه و سرفه همراه با دفع خون.

در صورتیکه فرد دارای نشانه های فوق دارای سابقه تماس با بیمار مبتلا به سل ریوی اسمیر مثبت باشد شک به ابتلاء به سل تقویت می شود.

مورد سل ریوی اسمیر مثبت

- ۱ (AFB) بیمار با دو نمونه خلط مثبت از نظر باسیل اسید فست
- ۲ بیمار با یک نمونه خلط مثبت از نظر باسیل اسید فست و ضایعات رادیوگرافی دال بر سل فعال ریوی
- ۳ بیمار با یک نمونه خلط مثبت از نظر باسیل اسید فست و یک نمونه کشت خلط مثبت از نظر مایکوباکتریوم توبرکولوزیس.

مورد سل ریوی اسمیر منفی

- ۱ بیمار با دو نمونه خلط منفی از نظر باسیل اسید فست
- ۲ بیمار با ضایعات رادیوگرافی منطبق با سل ریوی و عدم پاسخ بالینی به درمان های آنتی بیوتیک یک هفته ای
- ۳ بیمار شدیداً بدحال با دو نمونه خلط منفی از نظر باسیل اسید فست و وجود ضایعات رادیوگرافی منطبق با سل ریوی و تصمیم پزشک برای درمان ضد سل.

مورد سل خارج ریوی

- ۱ تورم و بعضی مواقع ترشح چرکی در صورت ابتلاء غدد لنفاوی
- ۲ وجود درد و تورم، در صورت ابتلاء مفاصل
- ۳ وجود سردرد، تب، سفتی گردن و اغتشاش فکری (کنفوزیون) در صورت وجود مننژیت سلی
- ۴ نازایی در صورت ابتلاء دستگاه تناسلی.

روش های مراقبت

گزارش ماهیانه موارد در سطوح مراقبت توأم با بررسی اپیدمیولوژیک.

• مراقبت بیماری بروسلاز

مورد مشکوک: فردی که با حملات حاد تب، تعریق شبانه، خستگی بیش از حد، بی اشتها، کاهش وزن، سردرد، درد مفاصل، کمردرد و . . . مواجه بوده و از نظر اپیدمیولوژیک، تماس با موارد مشکوک یا قطعی حیوانی و فراورده های آلوده دامی داشته باشد.

مورد محتمل: مورد مشکوک با نتیجه مثبت آزمایش رایت + رزبنگال یا 2ME

مورد قطعی: مورد مشکوک یا محتمل که یکی از موارد زیر را شامل شود:

۱ جدا کردن بروسلاز نمونه بالینی

۲ مشاهده بروسلا در نمونه بالینی با استفاده از روش ایمونوفلوئورسانس

۳ افزایش چهار برابر عیار آگلوتیناسیون بروسلا در نمونه های سرمی (بین مراحل حاد و نقاهت با دو هفته

۱ در نمونه سرمی بعد از حمله اولیه / ۱۰) در ایران (تا بیش ۱۶۰ / فاصله (یا عیار مساوی ۸۰

روش های مراقبت

انجام مراقبت های دیده ور در گروه های در معرض خطر مانند) کشاورزان و دامداران، چوپانان، کارگران کشتارگا هها، قصابان و کارکنان آزمایشگاه ها. (. . .
گزارش موارد بیماری به صورت ماهیانه به سطوح کامل مراقبت.
بررسی اپیدمیولوژیک کلیه موارد.

• مراقبت بیماری سیاه زخم

مورد مشکوک: موردی که سازگار با مجموعه ای از علائم نوع پوستی، گوارشی یا ریوی بوده و ارتباط

اپیدمیولوژیک آن با حیوانات آلوده و یا فراورده های دامی آلوده تایید گردد

مورد محتمل: یک مورد مشکوک که همراه با پاسخ مثبت در آزمون آلرژیک پوستی باشد.

مورد قطعی: یک مورد مشکوک یا محتمل که به تایید آزمایشگاه برسد.

روش های مراقبت

گزارش ماهیانه مشخصات موارد به همراه اطلاعات حاصل از بررسی های محیطی به تمام سطوح مراقبت.

• مراقبت بیماری لیشمانیوز جلدی

تعریف کاربردی مورد: فردی با نشانه های بالینی لیشمانیوز) در پوست و مخاط (با تایید آزمایشگاهی

پارازیتولوژی) در گسترش یا کشت (و در ابتلاء مخاطی، نتیجه مثبت سرولوژی

روشهای مراقبت: گزارش ماهیانه مشخصات موارد به همراه اطلاعات حاصل از بررسی های محیطی به تمام

سطوح مراقبت

• مراقبت بیماری مالاریا

مورد محتمل: فردی با نشانه ها و علامت های مالاریای خفیف یا شدید که داروهای ضد مالاریا دریافت می کند

مورد قطعی : مورد محتمل با تایید آزمایشگاهی نمونه خون محیطی

روش های مراقبت : گزارش ماهیانه مشخصات موارد به همراه اطلاعات حاصل از بررسی های محیطی به تمام سطوح مراقبت.