



Hepatitis A



در این شماره میخوانید:

- استفاده از طب مکمل و جایگزین در بیماران ایرانی مبتلا به دیابت
- بررسی سطح ایمنی به ویروس هپاتیت آ در ایران در سال ۱۳۹۷
- توصیه ها برای درمان کلینیکی هپاتیت C در ایران، بر اساس راهنمای بالینی ملی
- تحلیل قیمتی خدمات تصویربرداری مغناطیسی در ایران: کاربرد تکنیک قیمت گذاری فعالیت محور
- محاسبه معادلات پیش بینی ریسک بروز بیماری مزمن کلیوی

صفحه	عنوان
۳	استفاده از طب مکمل و جایگزین در بیماران ایرانی مبتلا به دیابت
۴	بررسی سطح ایمنی به ویروس هپاتیت آ در ایران در سال ۱۳۹۷
۶	توصیه ها برای درمان کلینیکی هپاتیت C در ایران، بر اساس راهنمای بالینی ملی
۸	تحلیل قیمتی خدمات تصویربرداری مغناطیسی در ایران: کاربرد تکنیک قیمت‌گذاری فعالیت‌محور
	محاسبه معادلات پیش بینی ریسک بروز بیماری مزمن کلیوی



کلید سلامت

شماره شایا: ۶۰۱۸-۲۲۵۱

سال دهم - شماره ۱۰۱
آبان ماه ۱۳۹۸

صاحب امتیاز و مدیر مسئول:
دکتر کامران باقری لنگرانی، رئیس مرکز تحقیقات سیاستگذاری سلامت

سرمدبیر:
دکتر مریم کاظمی، دکتر احمد کلاته ساداتی

اعضای هیأت تحریریه:
دکتر محمود نجابت، دکتر حسن جولایی، دکتر سولماز قهرمانی،
دکتر مجید فروردین، دکتر نجمه مهارلوئی

طراحی و صفحه آرایی:
فرحناز ایزدی



در این شماره میخوانید:

استفاده از طب مکمل و جایگزین در بیماران ایرانی مبتلا به دیابت
 - بررسی سطح ایمنی به ویروس هپاتیت آ در ایران در سال ۱۳۹۷
 توصیه ها برای درمان کلینیکی هپاتیت C در ایران، بر اساس راهنمای بالینی ملی
 تحلیل قیمتی خدمات تصویربرداری مغناطیسی در ایران: کاربرد تکنیک قیمت‌گذاری فعالیت‌محور
 - محاسبه معادلات پیش بینی ریسک بروز بیماری مزمن کلیوی

استفاده از طب مکمل و جایگزین در بیماران ایرانی مبتلا به دیابت

آدرس مجله‌ای که گزارش در آن ارائه شده است:

Hashempur MH, Heydari M, Mosavat SH, Heydari ST, Shams M. Complementary and alternative medicine use in Iranian patients with diabetes mellitus. *Journal of integrative medicine*. 25-319:(5)13;2015. *J Integr Med*. 2015 Sep;25-319:(5)13. doi: 10.1016/S0-60196(15)4964-2095.

URL:
<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2095496415601960>

محل دقیق اجرای طرح: شیراز
 سال(های) اجرای طرح: خرداد تا شهریور ۱۳۹۰
 تاریخ ارائه‌ی گزارش: ۹۶/۱/۱۲
 نام و نام‌خانوادگی تهیه‌کننده‌ی گزارش: مرضیه بخشایش‌کرم

قبل از انجام این تحقیق درباره‌ی موضوع مدنظر چه می‌دانستیم؟
 • منظور از پزشکی جایگزین یا طب جایگزین یا طب مکمل، تمامی روش‌های درمانی مانند پزشکی سنتی تا هومیوپاتی، گیاه‌درمانی، سنگ‌درمانی، آب‌درمانی، فرادرمانی است که در حیطه‌ی پزشکی رسمی یا مدرن قرار نگرفته یا اثربخشی آن‌ها اثبات نشده است؛
 • امروزه، به‌خصوص در کسانی که

بیماری‌های مزمن مانند دیابت دارند، علاقه‌ی بیشتری به انجام طب مکمل و جایگزین وجود دارد؛

• از نظر پزشکی بر پایه‌ی شواهد، روش‌های درمانی و داروهای که در سطح وسیع استفاده می‌شوند، باید ابتدا از سد مطالعه‌های آزمایشگاهی و بالینی باکیفیت بگذرند و پس از بررسی همه‌ی خطرهای احتمالی و طی مراحل مختلف، اجازه‌ی استفاده بگیرند.

روش مطالعه:
 • از پرسش‌نامه‌ی نیمه‌ساختاریافته با جواب‌های باز و بسته استفاده شده است؛

• ۲۳۹ بیمار مبتلا به دیابت در این مطالعه مقطعی شرکت کردند؛

• مطالعه در دو کلینیک دیابت سرپایی وابسته به دانشگاه علوم پزشکی شیراز انجام شده است.

مطالعه‌ی حاضر چه اطلاعاتی را به دانش موجود اضافه می‌کند؟

• استفاده از طب مکمل و جایگزین، به‌ویژه داروهای گیاهی، در میان بیماران مبتلا به دیابت در شیراز پذیرفته شده بوده است. ۱۸۰ نفر (۷۵.۳ درصد) حداقل از یک نوع طب جایگزین در سال قبل از مصاحبه استفاده می‌کردند؛

• میزان این استفاده با میزان جمعیت خانوادگی بیماران، نوع داروهای معمولی استفاده‌شده در دیابت و نظر

بیماران درباره‌ی مصرف هم‌زمان طب مکمل و مرسوم مرتبط بوده است؛

• بسیاری از کاربران (۹۷.۷ درصد) استفاده از داروهای گیاهی را گزارش دادند و ۸۹.۴ درصد از کاربران در برنامه‌ی دارویی دیابت و دوز آن تغییری ندادند.

محدودیت مطالعه:
 • محدودیت مهم این مطالعه، اندازه‌ی کم نمونه است و نتایج، به کل جمعیت تعمیم‌پذیر نیست؛

• بیماران در این مطالعه که از دو کلینیک دیابت دانشگاهی انتخاب شدند، نمی‌توانند نماینده‌ی تمام بیماران مبتلا به دیابت باشند؛

• بسیاری از بیماران هیچ مراقبت معمول دیابت در ادامه‌ی مطالعه ندارند.

پیشنهادهایی در زمینه‌ی انجام مداخله‌های بعدی لازم:

• اندازه‌ی نمونه کم است و به کل جمعیت تعمیم‌دانی نیست. این مسئله تنها با نمونه‌برداری از جامعه‌ی مطالعه براساس سیستم ثبت دیابت محلی یا ملی بیماران امکان‌پذیر است که در ایران و بسیاری از کشورهای دیگر در دسترس نیست.

مخاطبان این گزارش و روش اطلاع‌رسانی مناسب به هر کدام:
 • مراکز تحقیقات طب مکمل.



بررسی سطح ایمنی به ویروس هپاتیت آ در ایران در سال ۱۳۹۷

چکیده طرح کشوری هپاتیت آ:

در دست چاپ

مرکز تحقیقات سیاستگذاری

سلامت، دانشگاه علوم پزشکی شیراز

قبل از انجام این تحقیق درباره‌ی موضوع مدنظر چه می‌دانستیم، مطالعاتی پراکنده در مورد ایمنی و شیوع هپاتیت آ در نواحی مختلف ایران انجام شده که نتایج متفاوت و گاه‌ها ضد و نقیضی در مورد ایمنی به هپاتیت آ و شیوع آن در آن نواحی ارائه داده اند ولی تا زمان انجام این مطالعه، مطالعه یکپارچه کشوری بدین منظور صورت نگرفته بود. لذا با توجه به توصیه های سازمان بهداشت جهانی مبنی بر اهمیت تعیین سطح بومی هپاتیت آ در کشورها در تعیین استراتژی های مراقبتی همچون عدم ضرورت به واکسیناسیون هپاتیت آ و یا ضرورت انجام آن برای همه جامعه و یا فقط برای گروههای خاص، این مطالعه جمعیت - محور کشوری انجام شد. لازم به ذکر است که با توجه به عدم اجرای واکسیناسیون هپاتیت آ در کشور و همچنین انجام این مطالعه در افراد بالای یکسال، ایمنی به هپاتیت آ را می توان معادل با ابتلاء به این عفونت و یا مواجهه قبلی با آن دانست.

روش مطالعه:

در این مطالعه که از دی ماه ۱۳۹۶ تا اسفند ۱۳۹۷ طول کشید، بر اساس نمونه گیری چند مرحله ای، در نهایت ۵۴۱۹ نفر بزرگتر از یکسال، از ۱۲ استان (خراسان رضوی، تهران، خوزستان، سیستان و بلوچستان، فارس، لرستان، کردستان، هرمزگان، اردبیل، کرمان، مازندران و اصفهان) بعنوان نشانگر کل کشور در قالب ۵۷ شهر و ۱۲۰ روستا مورد بررسی از نظر ایمنی به هپاتیت آ قرار گرفتند. واحد نمونه گیری در این مطالعه شهرستان و ملاک انتخاب شهرستان ها، شاخص های مرگ و میر کودکان زیر ۵ سال، جمعیت کودکان زیر ۵ سال، نسبت جنسی، بعد خانوار و جمعیت روستایی بود.

مطالعه‌ی حاضر چه اطلاعاتی را به دانش موجود اضافه می‌کند؟

- در مجموع، ۳۴۰۹ (حدود ۶۳٪) ایمنی به هپاتیت آ داشتند و ۱۷۵۶ نفر (حدود ۳۲٪) ایمنی نداشتند و نتیجه آزمایش ۲۵۴ نفر (حدود ۵٪) نیز نامشخص بوده است.

- ایمنی به هپاتیت آ در افراد مذکر حدود ۶۰٪ و در افراد مونث حدود ۶۶٪ بود.

- ایمنی نسبت به هپاتیت آ تا سن ۳۰ سالگی حدود ۴۴٪ بود که بر اساس تقسیم بندی سازمان بهداشت جهانی با این نتیجه، ایران جزء مناطق با اندمیسیته خلی پایین هپاتیت آ قرار می گیرد.

- ایمنی (مواجهه قبلی به) هپاتیت آ در مناطق مرزی (به ویژه سیستان و بلوچستان و خوزستان) حدود ۱۷ برابر است.

- ایمنی (مواجهه قبلی به) هپاتیت آ در صورت عدم دسترسی به آب آشامیدنی سالم حدود ۴ برابر است.

- ایمنی (مواجهه قبلی به) هپاتیت آ در روستا نشینان بویژه در مناطق مرزی حدود ۳ برابر است.

- ایمنی (مواجهه قبلی به) هپاتیت آ بزاء افزایش هر ۱۰ سال عمر حدود ۲/۵ برابر می شود.

- ایمنی (مواجهه قبلی به) هپاتیت آ در متاهلین حدود ۲ برابر مجردین است.

- ایمنی (مواجهه قبلی به) هپاتیت آ در خانواده های شلوغ (بیش از ۶ نفر) حدود ۲ برابر خانواده های کم جمعیت تر است.

- ایمنی (مواجهه قبلی به) هپاتیت آ در افراد با سطح اقتصادی پایین حدود ۲ برابر افراد با سطح اقتصادی بالا است.

- ایمنی (مواجهه قبلی به) هپاتیت آ در افراد با سطح پایین تر سواد حدود ۲ برابر افراد با سطح سواد بالا است.

- ایمنی (مواجهه قبلی به) هپاتیت آ در صورت عدم دسترسی به توالت بهداشتی حدود ۱/۵ برابر است.

- ایمنی (مواجهه قبلی به) هپاتیت آ در افراد به خارج از کشور سفر نکرده حدود ۱/۵ برابر افراد با سابقه سفر خارجی است.

- ایمنی (مواجهه قبلی به) هپاتیت آ در افراد ساکن در منازل ویلایی حدود ۱/۵ برابر افراد ساکن در آپارتمان است.

نتایج این مطالعه و بررسی مقالات مروری قبلی نشان دهنده آن هست که ایران طی دهه های اخیر در مسیرگذار اپیدمیولوژیکی به سمت اندمیسیته پایین تر هپاتیت آ قرار گرفته، سن ابتلاء به این عفونت نسبت به قبل بالاتر رفته و در حال حاضر کشورمان جزء گروه کشورهای با اندمیسیته خلی پایین است. ما در این مطالعه به این نتیجه رسیدیم که ۳۷٪ جامعه همچنان فاقد ایمنی به این ویروس هستند و فقط کمتر از ۵۰ درصد افراد زیر ۱۹ سال ایمنی مربوطه دارند و این در حالی است که شواهد علمی نشانگر شدت بیماری و احتمال بالاتر مرگ و میر در صورت ابتلاء به این عفونت در بالغین در مقایسه با کودکان است. از طرف دیگر بعلت فقدان وجود نظام مراقبت هپاتیت آ در کشور، آمار دقیقی از شیوع بیماری هپاتیت آ در سنین مختلف، بار بیماری و عوارض جانی و اقتصادی آن در دست نیست. این شواهد در کنار توصیه سازمان بهداشت جهانی مبنی بر واکسیناسیون هپاتیت آ در گروههای پر خطر (شامل بیماران دارای بیماری کبدی مزمن، بیماران دارای مشکلات انعقادی خون، معتادان تزریقی، افراد هم جنس باز و مسافران به نواحی با اندمیسیته بالا) در نواحی با اندمیسیته پایین یا خلی پایین هپاتیت آ و یافته های دیگر این مطالعه مبنی بر احتمال مواجهه بیشتر به هپاتیت آ در ساکنین مناطق مرزی، بویژه آنها که دسترسی به آب آشامیدنی سالم و بهداشتی ندارند و یا در روستاهای این مناطق سکونت دارند و این که افزایش سن، متاهل بودن، خانواده های شلوغ، افراد با سطح اقتصادی پایین و سطح سواد کم، زندگی غیر آپارتمانی و عدم دسترسی به توالت بهداشتی بعنوان دیگر فاکتورهای مرتبط با مواجهه بیشتر به هپاتیت آ مطرحند و یافته

دیگر در این تحقیق مبنی بر آن که آگاهی صحیح به هپاتیت آ فقط در ۷٪ جامعه وجود دارد، ما را به ارائه توصیه های زیر رهنمون ساخت:

- ۱- توجه ویژه به مناطق مرزی و بخصوص روستاهای این مناطق از نظر تامین دسترسی به آب آشامیدنی سالم و توالت بهداشتی
- ۲- آموزش در خصوص هپاتیت آ و به ویژه راههای انتقال آن در سطح جامعه
- ۳- برقراری نظام مراقبت هپاتیت آ در کشور
- ۴- با توجه به نتایج این مطالعه (اندمیسیته بسیار پایین هپاتیت آ در کشور) واکسیناسیون در گروههای زیر پس از انجام آزمایش Anti HAV

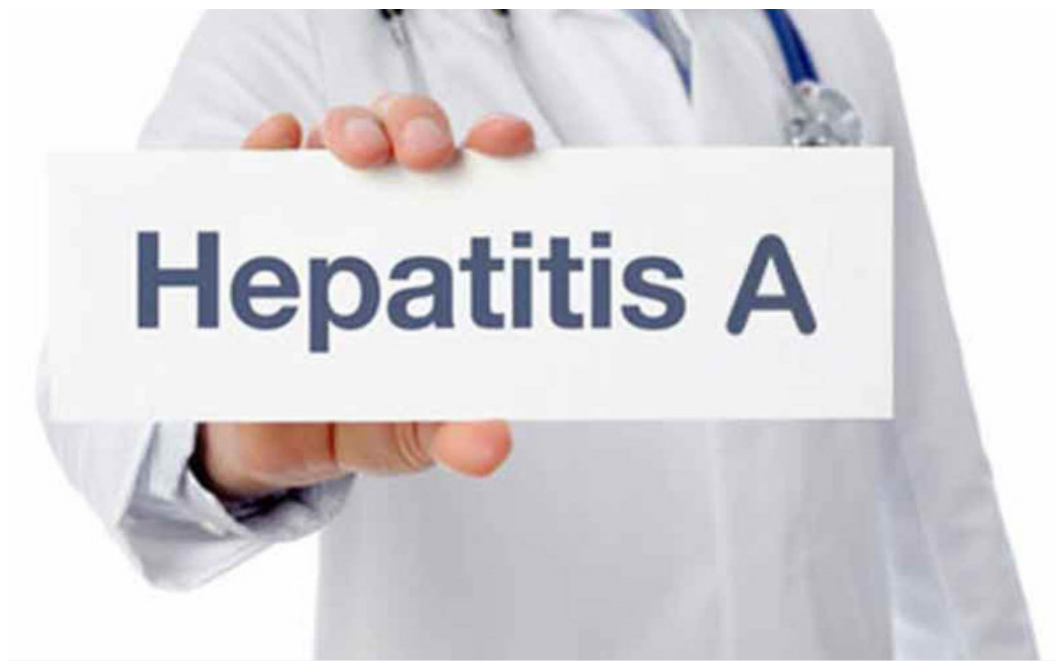
IgG توصیه می شود:

- ۱-۴. مبتلایان به بیماری های مزمن کبدی شامل هپاتیت مزمن؛ سیروز
- ۲-۴. مبتلایان به HIV ۳-۴. کسانی که در فهرست انتظار پیوند عضو هستند ۴-۴ دریافت کنندگان طولانی مدت خون و فرآورده های خونی ۵-۴. افراد غیر بومی که به مناطق مرزی کشور مامور می شوند ۶-۴. کادر درمانی به ویژه شاغلین در بخش های عفونی و بخش های بیماران کبدی و پیوندی ۷-۴. مسافران از کشور ما به کشورهای با اندمیسیته بالا (همچون عراق؛ افغانستان، پاکستان و هند که از کشورهای پرمسافر ما هستند).
- ۵- با توجه به هتروژن بودن اندمیسیته هپاتیت آ در مناطق مختلف

کشور، احتمال واکسیناسیون منطقه ای هپاتیت آ در آینده را می توان مد نظر قرار داد.

۶- نتایج این مطالعه، می تواند بعنوان پایه اطلاعاتی مطالعات تطبیقی داخلی و خارجی بعدی در خصوص ایمنی به هپاتیت آ باشد.

مخاطبان این گزارش و روش اطلاع رسانی مناسب به هر کدام: سیاستگذاران سلامت (ارایه گزارش) وزارت نیرو (ارایه گزارش) صدا و سیما (ارایه گزارش) وزارت آموزش و پرورش (ارایه گزارش) استانداری ها (ارایه گزارش)



توصیه ها برای درمان کلینیکی هپاتیت C در ایران، بر اساس راهنمای بالینی ملی

آدرس مجله‌ای که گزارش در آن ارائه شده است:

Alavian SM, Hajarizadeh B, Lankarani KB, Sharafi H, Daryani NE, Merat S, et al. Recommendations for the clinical management of hepatitis C in Iran: a consensus-based national guideline. *Hepatitis monthly*. 8(16);2016).

Hepatitis monthly. 8(16);2016).

URL:

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27799966>

محل دقیق اجرای طرح: مرکز تحقیقات گوارش و کبد دانشگاه بقیه‌الله تهران

سال اجرای طرح: ۱۳۹۵

تاریخ ارائه گزارش: ۹۶/۱/۱۲

نام و نام خانوادگی تهیه‌کننده گزارش: مرضیه بخشایش‌کرم

قبل از انجام این تحقیق درباره‌ی موضوع مدنظر چه می‌دانستیم؟

• عفونت ویروس هپاتیت C، از موضوع‌های مهم سلامت عمومی در سراسر جهان، از جمله ایران است. • عملکرد مستقیم درمان‌های ضدویروسی با کارایی مناسب، چشم‌انداز درمان ویروس هپاتیت C را تغییر داده است.

• این راهنما توصیه‌های به‌روز برای درمان بالینی عفونت ویروس هپاتیت

C در ایران را فراهم کرده است. روش مطالعه:

• توصیه‌های این دستورالعمل براساس شواهد علمی ملی و بین‌المللی و مبتنی بر اجماع نظر کارشناسان است؛ • شواهد علمی به‌دست‌آمده، از بررسی سیستماتیک از مطالعه‌هایی است که اثربخشی و ایمنی درمان ضدویروس را ارزیابی کرده است؛ • اطلاعات با استفاده از مطالعه، پایگاه‌های Scopus pub med و web of science جمع‌آوری شده است؛

• جلسه‌ی نظر کارشناسان برد علمی هپاتیت ایران در سومین گردهمایی ملی در زمینه‌ی مدیریت هپاتیت C در ایران، در بهمن ۱۳۹۴ برگزار شد.

مطالعه‌ی حاضر چه اطلاعاتی را به دانش موجود اضافه می‌کند؟

• پگ اینترفرون الف، ریباویرین، سوفوسبو ویرین، لسی پاسویر و داکلاتاسویر در ایران در دسترس هستند؛

• ارزیابی قبل از درمان شامل بررسی سطح خونی RNA ویروس هپاتیت C، نوع ژنوتیپ ویروس هپاتیت C، تست مقاومت، بررسی فیروز کبدی و بیماری‌های زمینه‌ای است؛

• در ژنوتیپ ۱و، داکلاتاسویر/ سوفوسبو ویرین توصیه می‌شود؛

• در ژنوتیپ ۲، سوفوسبو ویرین به‌علاوه‌ی ریباویرین و در ژنوتیپ ۳، داکلاتاسویر/ سوفوسبو ویرین مراقبت

اضافی برای بیماری‌های زمینه‌ای باید در نظر گرفته شود؛

• رژیم‌های درمانی هپاتیت C جدید و مقرون‌بصرفه در ایران در دسترس هستند که فرصتهایی را برای حذف عفونت ویروس هپاتیت C فراهم می‌آورد؛

• توصیه‌های ارائه‌شده در این راهنمای ملی در حال حاضر می‌تواند درمان‌های مبتنی بر شواهد عفونت ویروس هپاتیت C را تسهیل میکند. محدودیت مطالعه:

• ذکر نشده بود.

پیشنهادهایی در زمینه‌ی انجام مداخله‌های بعدی لازم:

• بهتر است براساس اطلاعات پویا و به‌روز بیماران هپاتیت C، راهنماهای استفاده از داروها به‌روز گردند.

مخاطبان این گزارش و روش اطلاع‌رسانی مناسب به هر کدام:

• وزارت بهداشت و درمان دانشگاه‌های علوم پزشکی (ارائه‌ی گزارش)؛

• سیاستگذاران سیستم سلامت (ارائه‌ی گزارش)؛

• جامعه‌شناسان (ارائه‌ی گزارش)؛

• اشتغال و امور اجتماعی (ارائه‌ی گزارش)؛

• متخصصان بیماری‌های عفونی (ارائه‌ی گزارش)؛

• معاونت‌های بهداشت و درمان دانشگاه‌های علوم پزشکی (ارائه‌ی گزارش).

تحلیل قیمتی خدمات تصویربرداری مغناطیسی در ایران: کاربرد تکنیک قیمت‌گذاری فعالیت‌محور

۱۲(۴): e۱۸۲۷۲

URL مقاله:

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/26710979/pubmed>

محسن بیاتی، علی‌رضا محبوب احری، عباس بداخشان، مهین گلی‌پور*، حسن جولایی

Mohsen Bayati; Alireza Mahboub Ahari; Abbas Badakhshan; Mahin Gholipour*; Hassan Joulaei

آدرس مجله‌ای که گزارش در آن ارائه شده است:

Iran J Radiol. ۲۰۱۵. October;

تاریخ ارائه‌ی گزارش: ۱۳۹۶/۱/۱۴
نام و نام خانوادگی تهیه‌کننده‌ی گزارش: مریم قریشی

قبل از انجام این تحقیق درباره‌ی موضوع مدنظر چه می‌دانستیم؟

• اکثر کشورهای در اثر خارج بهداشتی سرسام‌آور تحت‌تفشار زیاد قرار دارند؛

• در بازاری رقابتی و با

محل دقیق اجرای طرح: بیمارستان شهید فقیهی شیراز

سال(های) اجرای طرح: ۲۰۱۱

افزایش کسری بودجه، دولت‌ها، سازمان خدمات درمانی را در معرض به‌چالش‌گذاشتن استراتژی‌های کاهش مهار هزینه به‌طور کلی و اندازه‌گیری هزینه‌های خود به‌طور خاص می‌گذارند؛

• بازار سلامت ایران از فشار واردات رنج می‌برد، به‌خصوص در تجهیزات پزشکی و فن‌آوری‌های تشخیصی؛

• با توجه به ماهیت پیش‌بینی‌نشده‌ی تقاضا برای خدمات بهداشتی و نقد اخلاقی مربوط به سیاست حداکثر سود، به‌نظر می‌رسد مهار هزینه، جزئی اجتناب‌ناپذیر از استراتژی‌های مدیریت مراقبت‌های بهداشتی باشد؛

• با وجود جدال میان شرکت‌های بیمه و ارائه‌دهندگان خدمات بهداشتی و سیاست‌گذاران، کارایی تعرفه‌ی فعلی هنوز پرسش‌برانگیز است که علت آن، نبود مکانیسم علمی قابل‌اعتمادی برای تنظیم تعرفه است؛

• واحد هزینه خدمات بهداشتی و درمانی سنگ بنای سیاست‌های خصوصی‌سازی، تنظیم تعرفه، مدیریت مالی و مطالعه‌های اقتصادی سلامت است؛

• تعیین هزینه براساس فعالیت (ABC)، سیستمی درزمینه‌ی حسابداری است که برای تحلیل هزینه‌ی سازمان‌های ارائه‌دهنده‌ی کالاها و خدمات به‌کار می‌رود. این روش مدلی در زمینه‌ی مدیریت است که در آن نه‌تنها می‌توان هزینه‌های واحد را محاسبه کرد، بلکه رویه‌های موجود را می‌توان با جزئیات کامل بررسی کرد. در این روش مدیریت منابع بهبود و بهره‌وری سازمان‌های ارائه‌دهنده‌ی خدمات بهداشتی از طریق تمرکز بر مداخله‌های ارزش‌آفرین افزایش می‌یابد؛

• اکثر مطالعه‌ها به میانگین هزینه‌ی روش‌ها اشاره کرده‌اند و این حقیقت را نادیده گرفتند که روش‌های عکس‌برداری متفاوت، شرایط خاص خود را دارد و منابع متفاوتی را مصرف می‌کند. هزینه‌ی واحد ارائه‌شده که مطالعه‌های مختلف ارائه می‌کنند، شاید نشان‌دهنده‌ی تفاوت‌های موجود بین هزینه‌های واقعی و تعرفه‌های رسمی باشد. محاسبه‌ی هزینه‌ی واحد خدمات تصویربرداری مغناطیسی با استفاده از دیدگاه «هزینه‌بندی براساس فعالیت»

به‌مثابه سیستم مدرن حسابداری هزینه‌ها و مقایسه‌ی هزینه‌های واحد محاسبه‌شده به کمک تعرفه‌های رسمی می‌تواند کمک‌کننده باشد.

روش مطالعه:

• هزینه‌های مستقیم و غیرمستقیم خدمات تصویربرداری مغناطیسی ارائه‌شده در سال مالی ۲۰۱۱ در بیمارستان شهید فقیهی شیراز مدنظر قرار گرفته‌اند؛

• همه‌ی داده‌های بالینی و مالی از دیدگاه بیمارستان به‌مثابه ارائه‌دهنده‌ی بهداشت عمومی بررسی شده‌اند؛

• جمع‌آوری داده‌ها از طریق بررسی‌های اسناد موجود و مصاحبه و بحث‌های گروهی متمرکز با پزشکان و مقامات بیمارستان با استفاده از بررسی هزینه‌های واقعی به‌دست آمده است؛

• مراحل هزینه‌یابی به شرح زیر انجام شده:

شناسایی مرکز فعالیت (AC): مرکز فعالیت محلی است که در آن مجموعه‌ای از فعالیت‌های اصلی مرتبط انجام می‌گیرد. تعریف این مراکز، اهمیت زیادی در ABC دارد. به‌طور معمول، اداره‌های بیمارستان را می‌توان به سه مرکز فعالیت مختلف طبقه‌بندی کرد:

مرکز فعالیت فوقانی با مخارج کلی و مرکز فعالیت‌های میانی و نهایی.

مرکز فعالیت فوقانی، ارائه‌ی خدمات حمایتی برای مرکز فعالیت متوسط و بخش خدمات نهایی است. بخش مدیریت و بخش اداری، قسمت مدارک پزشکی و آمار و بخش تسهیلات نمونه‌هایی از مرکز فعالیت قسمت فوقانی هستند. مرکز فعالیت میانی، ارائه‌ی خدمات حمایتی برای مرکز فعالیت نهایی است. آزمایشگاه، داروخانه، لاندردی و بخش‌های تصویربرداری تشخیصی جزوی از بخش میانی درنظر گرفته می‌شوند. مرکز فعالیت نهایی در نقطه تماس مستقیم با بیماران است. بخش بستری نمونه‌هایی از مرکز فعالیت نهایی هستند.

• اگرچه در هزینه‌یابی معمول مطالعه‌های انجام‌شده، مراکز تشخیصی به‌مثابه مرکز فعالیت میانی درنظر گرفته می‌شود؛ در این مطالعه،

MRI مرکز فعالیت نهایی درنظر گرفته شده است که در آن خدمات به بیماران تحویل داده می‌شود.

• براساس مصرف منابع، دو نوع مختلف از هزینه‌ها شناسایی شدند؛ هزینه‌های مستقیم، داخل مرکز MRI، که به‌طور مستقیم مربوط به خدمات MRI است و هزینه‌های غیرمستقیم که خارج از مرکز MRI تولید شده است.

• برای رفع فقدان اطمینان و افزایش مستدل‌بودن نتایج مطالعه، هزینه‌های ۲۴ واحد سرویس تصویربرداری مغناطیسی در قالب دو سناریو محاسبه شدند.

مطالعه‌ی حاضر چه اطلاعاتی را به دانش موجود اضافه می‌کند؟

نتایج مربوط به مرکز فعالیت حمایتی و هزینه‌ی واحد ۳۳ سرویس خدمات به‌طور خلاصه گزارش شده است.

از میان این مراکز فعالیت، مراکز فعالیت برای پاکیزگی و خدمات عمومی و هزینه‌های انرژی، بیشترین هزینه‌ها را داشته است. درایمنیان هزینه‌های حسابداری و فناوری اطلاعات کمترین هزینه را به‌همراه داشته‌اند.

تحلیل هزینه‌ها از مراکز اداری و حمایتی نشان داده که بسیاری از هزینه‌های سالانه به‌علت هزینه‌های کار است. در این مطالعه، هزینه‌ی نیروی کار (بیش از ۸۰ درصد) مهم‌ترین هزینه‌ی سالانه‌ی مرکز فعالیت حمایتی را دارد.

در بیمارستان شهید فقیهی بخش‌های اداری و حمایتی نه‌تنها هزینه‌ی زیادی بر هزینه‌های سالانه تحمیل می‌کند، بلکه بر بخش‌های تشخیصی و درمانی دیگر نیز در هزینه‌های کلی تأثیر دارد.

به‌نظر می‌رسد استانداردهای فعالیت و استفاده‌ی بهینه از منابع انسانی کارآمد، استراتژی مؤثری برای مهار هزینه‌های بیمارستانی عمومی است. یکی از دلایل اصلی برای هزینه‌ی سرمایه‌ی بیش‌ازحد در بیمارستان شهید فقیهی، هزینه‌ی استهلاک تجهیزات پزشکی، مثل MRI است که لزوم توجه به حفاظت از دستگاه‌ها را می‌طلبد.

در مطالعه‌ی حاضر، هزینه‌های مستقیم بیش از ۹۰ درصد هزینه‌های

- حفاظت حداکثری از تجهیزات برای کاهش هزینه‌های سرمایه؛
- استفاده از روش تعیین هزینه‌ی ABC در مراکز دیگر برای ارزیابی و تحلیل هزینه‌ها.
- مخاطبان این گزارش و روش اطلاع‌رسانی مناسب به هرکدام:
- سیاست‌گذاران سلامت؛
- ریاست دانشگاه‌ها؛
- مدیران بیمارستان‌ها؛

درزمینه‌ی بهداشت ممکن است برای همه‌ی خدمات ارائه‌شده در مرکز تصویربرداری مغناطیسی جوابگو نباشد. با انجام برخی تغییرها، ABC می‌تواند شواهد مناسبی درزمینه‌ی مدیریت مالی مراکز فعالیت‌های سربار، میانی و نهایی به‌دست دهند. • بیشترین محدودیت در این مطالعه، محدودیت در دست داشتن اطلاعات دقیق است که در برخی مواقع نویسنده مجبور به ارزیابی متغیرها شده است.

پیشنهادهایی درزمینه‌ی انجام مداخله‌های بعدی لازم:

- استفاده‌ی بهینه از منابع نیروی کارآمد برای کاهش هزینه‌ی نیروی کار؛

کل بوده است. نسبت زیادی از هزینه‌های مستقیم، درمقایسه‌با هزینه‌ی غیرمستقیم نشان از بهره‌وری زیاد از مرکز MRI و استفاده‌ی بهینه از ظرفیت تولید در ارائه‌ی خدمت دارد. هزینه‌ی سالیانه‌ی مرکز تصویربرداری مغناطیسی براساس دو سناریو ۴۰۰هزار و ۷۴۶ دلار آمریکا و ۵۳۲هزار و ۱۰۴ دلار آمریکا بوده که این مقدار ۱۰ درصد هزینه‌ی کل از سازمان‌های حمایتی اختصاص داده‌شده بوده است. تعرفه‌های موجود در بیشتر از نصف خدمات تصویربرداری مغناطیسی از هزینه‌های محاسبه‌شده بیشتر بوده است.

فاصله‌ی بین هزینه‌های واحد و تعرفه‌ها به این موضوع اشاره دارند که بودجه‌های بیشتر

محاسبه معادلات پیش بینی ریسک بروز بیماری مزمن کلیوی

داروهای دیابت، HBAIC و تعامل بین این دو است. این معادله برای تعیین ریسک ۵ ساله احتمال ابتلا به بیماری مزمن کلیوی در غیر مبتلایان به دیابت میانه اماری ۰.۸۴۵ و برای مبتلایان به دیابت میانه ۰.۸۰۱ دارد. این مطالعه معادله ای برای پیش بینی ریسک بروز بیماری مزمن کلیوی را در بیش از ۵ میلیون نفر جمعیت از ۳۴ کوهورت ملی با تفاوت بالا و کالیبراسیون متغیر در جمعیت متنوع ایجاد کرد

مطالعات بیشتر لازم است تا بررسی کند تعیین ریسک ابتلا به بیماری مزمن کلیوی در افراد مختلف باعث ایجاد بهبود مراقبت‌های بالینی و پیامدهای بیماری خواهد شد یا نه

وزن دهی شده انالیز شدند. به علت اینکه متغیرهای بالینی تحت تأثیر وضعیت دیابت قرار میگیرند مدل‌های جداگانه برای مبتلایان و غیر مبتلایان به دیابت طراحی شد. مواجهه: دموگرافیک و فاکتورهای بالینی

پیامد اصلی: میزان فیلتراسیون گلومرولی کمتر از ۶۰ میلی لیتر/دقیقه نتایج: از میان ۴۴۴۱۰۸۴ نفر از شرکت کنندگان بدون بیماری دیابت (میانگین سنی ۵۴ سال، ۳۸٪ زن)، که در ۶۶۰۸۵۶ (۱۴٫۹٪) مورد کاهش میزان GFR در طول ۴٫۲ سال پیگیری در مطالعه مشاهده شد. از ۷۸۱۶۲۷ شرکت کننده با دیابت (میانگین سنی ۶۲ سال، ۱۳٪ زن) در ۳۱۳۶۴۶ مورد (۴۰٪) کاهش میزان GFR در طول ۳٫۹ سال پیگیری مشاهده شد. در برآورد ریسک ۵ ساله برای کاهش GFR متغیرهای سن، جنسیت، نژاد و قومیت، سابقه بیماری قلبی عروقی، مصرف سیگار (مصرف کننده قبلی یا فعلی)، فشار خون، شاخص توده بدنی و غلظت دفع البومین در ادرار موثر هستند. برای بیماران دیابتی مدل علاوه بر متغیرهای قبل شامل

Development of Risk Prediction Equations for Incident Chronic Kidney Disease
Robert G. Nelson, MD, PhD1; Morgan E. Grams, MD, PhD2; Shoshana H. Ballew, PhD2; et al
<https://jamanetwork.com/journals/jama/fullarticle/2755299>

اهمیت: آگاهی زودرس از احتمال افزایش خطر ابتلا به بیماری مزمن کلیوی میتواند باعث بهبودمراقبت‌های بالینی در جهت افزایش بقا و مدیریت بهتروضعیت سلامتی گردد هدف: ایجاد ابزاری جهت ارزیابی و تشخیص افراد پرخطر برای بیماری مزمن کلیوی بر اساس کاهش میزان فیلتراسیون گلومرولی (GFR) طراحی مطالعه و شرکت کنندگان: انالیز داده های ۳۴ مطالعه کوهورت در سطوح ملی در خصوص بیماری مزمن کلیوی با ۵۲۲۲۷۱۱ نفر جمعیت از ۲۸ کشور جهان انجام شد داده ها از اپریل سال ۱۹۷۰ تا ژانویه ۲۰۱۷ جمع اوری شدند انالیز در دو مرحله انجام شد در ابتدا هر مطالعه بطور جداگانه انالیز شد و سپس مطالعات در مجموع با استفاده از میانگین های



WOMEN'S HEALTH
Bulletin

WOMEN'S HEALTH Bulletin

Number 1, Volume 1, Issue 1, April 2014



p-ISSN: 2345-5136
e-ISSN: 2382-9648

womenshealthbulletin.com

p-ISSN: 2345-5152



INTERNATIONAL JOURNAL OF
SCHOOL HEALTH

INTERNATIONAL JOURNAL OF SCHOOL HEALTH

Number 1, Volume 1, Issue 1, June 2014



وب سایتهای مجلات مرکز تحقیقات سیاستگذاری سلامت



<http://emedicalj.com>



<http://hkj.sums.ac.ir>



<http://womenshealthbulletin.com>



<http://intjsh.com>



<http://socialpharmacyjournal.com>

بهداشت بهداشت

دانش و تجارب مدیران ارشد و خبرگان در روزند

توسعه شبکه‌های بهداشتی ایران



مؤلفان:

کلیان باقری اسکری

رحمت لاد حادانی

سید بهزاد علیزاد

سید علیرضا منیلائی

حسام رهنمای پور خانی

محمدعلی فیاض بخش

محمدحسین شایبی



دانش کلینیک باقری اسکری | دانش توسعه سلامت خانواده
دانش توسعه سلامت خانواده | دانش توسعه سلامت خانواده
دانش توسعه سلامت خانواده | دانش توسعه سلامت خانواده
دانش توسعه سلامت خانواده | دانش توسعه سلامت خانواده



دکتر سید تقی حسینی | دانش توسعه سلامت خانواده
دکتر سید تقی حسینی | دانش توسعه سلامت خانواده
دکتر سید تقی حسینی | دانش توسعه سلامت خانواده

مقتضیان جهت خرید کتاب فوق به آدرس: شیراز، میدان امام حسین، دانشکده پزشکی، ساختمان شماره ۲، طبقه ۸، مرکز تحقیقات سیاستگذاری سلامت مراجعه نمایید.
شماره تماس: ۰۷۱۳۳۳۰۹۲۱۵



th
**The 8 International Conference on
Women's Health**

Dec 4 & 5, 2019- Tehran, Iran

۱۳ و ۱۴ آذر ۱۳۹۸، تهران، ایران

مهلت ارسال خلاصه مقالات: ۱۳۹۸/۷/۱۹

**Abstracts on all aspects
of women's health are
accepted.**



مرکز تحقیقات سیاست‌گذاری سلامت
Health Policy Research Center



www.whc2019.sums.ac.ir

Tel/Fax: +98-7132309615



Together we can
save millions
of lives.

دهمین سال دهه اقدام

The Last Year of Decade of Action

22-23 January 2020, Shiraz, Iran

شهر ۲۳ و ۲۲ بهمن ۱۳۹۸



www.health-policy.org

