

آگاهی و عملکرد پزشکان عمومی شاغل در محدوده شهری دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی در تهران در مورد نظام مراقبت از بیماریها

علی اصغر کلاهی^{۱*}، محمد رضا سهرابی^۲، پریسا عبدی^۳

۱. دانشیار پزشکی اجتماعی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی

۲. استادیار پزشکی اجتماعی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی

۳. دانشجوی پزشکی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی

* نشانی برای مکاتبه: تهران، ولنجک، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، دانشکده پزشکی، گروه پزشکی اجتماعی، تلفن ۲۳۸۷۲۵۶۷، نمابر ۲۲۴۳۹۹۳۶

a.kolahi@sbmu.ac.ir

پذیرش برای چاپ: اردیبهشت هشتاد و نه

دریافت مقاله: اسفند هشتاد و هشت

چکیده

سابقه و هدف: مراقبت از بیماریها عبارت از جمع آوری، تجزیه و تحلیل و تفسیر و انتشار اطلاعات در مورد یک واقعه بهداشتی است. به طوریکه مقامات مربوطه از این اطلاعات برای برنامه ریزی، اجرا و ارزیابی برنامه ها و فعالیت های بهداشتی استفاده کنند. هدف این مطالعه تعیین آگاهی و عملکرد پزشکان عمومی شاغل در محدوده شهری دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی در تهران نسبت به نظام مراقبت از بیماریها و عوامل موثر بر آن بود.

روش کار: این مطالعه *Health System Research (HSR)* بصورت *Cross Sectional* با مشارکت پزشکان عمومی شاغل در مطب شخصی که در محدوده جغرافیائی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی در شهر تهران (شمال و شرق تهران) به طبابت اشتغال داشتند در سال ۸۸-۱۳۸۷ انجام گرفت. تعداد نمونه ۶۷۲ نفر و روش نمونه گیری تصادفی ساده بوده و بطور تصادفی از چهارچوب نمونه گیری پزشکان شاغل در بخش خصوصی موجود در معاونت درمان، واحد مبارزه با بیماریها و مراکز بهداشت شمال، شرق و شمیرانات انتخاب شد. داده ها با استفاده از پرسشنامه، مصاحبه و مشاهده جمع آوری شد.

یافته ها: از مجموع ۶۷۲ نفر پزشک عمومی مشارکت کننده در مطالعه، تعداد ۳۲۰ (۴۷/۶٪) در طول عمر طبابت و ۱۲۴ (۱۸/۵٪) در یک سال اخیر نفر بطور متوسط ۳/۶ بار و در مجموع ۴۵۰ مورد بیماری را گزارش کرده اند. ۵۵٪ پزشکان از زمان صحیح گزارش بیماریها آگاه بودند. پزشکانی که در مطب آنها پوستره های لیست بیماریها و تعاریف تشخیصی نظام مراقبت وجود داشت، آشنائی که آگاهی بیشتری داشته و در واحد های نظام سلامت سابقه کار داشتند، بطور معنی داری موارد بیماری بیشتری را گزارش کرده بودند. نتیجه گیری: مشارکت پزشکان عمومی بخش خصوصی مورد مطالعه در گزارش بیماریهای قابل گزارش مربوط به نظام مراقبت از بیماریها در حد کم می باشد. کم آگاهی پزشکان و فقدان مناسب اطلاع رسانی، پیگیری، پس خوراند، انتشار اطلاعات جمع آوری شده از عوامل موثر شناخته شد.

واژگان کلیدی: آگاهی، عملکرد، پزشکان عمومی، نظام مراقبت، گزارش بیماری، گزارش دهی

مقدمه

عمومی شاغل در محدوده شهری دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی در تهران نسبت به نظام مراقبت از بیماریها و عوامل موثر بر آن بود.

روش کار

این مطالعه Health System Research (HSR) بصورت Cross Sectional با مشارکت پزشکان عمومی شاغل در مطب شخصی که در محدوده جغرافیائی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی در شهر تهران (شمال و شرق تهران) به طبابت اشتغال داشتند در سال ۸۸-۱۳۸۷ انجام گرفت. تعداد نمونه ۶۷۲ نفر بود که بر اساس فرض عملکرد ۳۲٪ (۵)، سطح اطمینان ۹۵٪ و فاصله اطمینان ۳/۵٪ برآورد شده بود.

روش نمونه گیری تصادفی ساده بوده و بطور تصادفی از چهارچوب نمونه گیری پزشکان شاغل در بخش خصوصی موجود در معاونت درمان دانشگاه و لیست واحد مبارزه با بیماری های معاونت امور بهداشتی دانشگاه و مراکز بهداشت شمال، شرق و شمیرانات با حذف موارد تکراری انتخاب شد. داده ها با استفاده از پرسشنامه از قبل تنظیم شده، و با مراجعه به مطب پزشکان، مصاحبه و مشاهده پوستر لیست بیمارهای قابل گزارش و تابلوی تعاریف تشخیصی بیمارهای واگیردار شایع و نحوه مراقبت در آنها جمع آوری شد. محتویات پرسشنامه شامل، خصوصیات دموگرافیک، دانشگاه محل تحصیل، شرکت در بازآموزی های مرتبط و سابقه اشتغال، سئوالات مربوط به آگاهی از بیماری های قابل گزارش، تعاریف آنها، نحوه گزارش دهی، محل گزارش دهی، منابع آگاهی، تعداد گزارش های یکسال اخیر، مراجعه کارشناسان مرکز بهداشت، بازخواند و تاثیرات آن، مشکلات و موانع گزارش دهی و زمان مناسب آموزش بود.

پوسترهای ذکر شده شامل دو پوستر ۱- لیست بیمارهای قابل گزارش که در داخل آرم دانشگاه بصورت زیبایی طراحی شده و حاوی اطلاعات مربوط به نوع بیماریها و زمان گزارش بصورت فوری تلفنی یا ماهیانه، و شماره تلفن های مراکز بهداشت و ۲- تابلوی تعاریف تشخیصی بیمارهای واگیردار شایع و نحوه مراقبت در آنها بود. این دو پوستر توسط واحد پیشگیری و مبارزه با بیمارهای معاونت امور بهداشتی چاپ و در مطب پزشکان توزیع یا در هنگام مراجعه پزشکان برای اخذ پروانه مطب تحویل پزشکان شده است.

جمع آوری داده ها با مراجعه به آدرس مطب های انتخاب شده بود. بعد از مراجعه و تعیین وقت ابتدا توضیح مختصری در مورد اهداف و اهمیت طرح به پزشکان ارائه شده و در صورت تمایل به مشارکت، مصاحبه انجام و در فرم اطلاعاتی بی نام ثبت شد. قسمتی از فرم به صورت پرسشنامه خود ایفا طراحی شده بود که در صورت تمایل توسط خود پزشکان تکمیل می شد. همچنین در مورد وجود دو پوستر و فرم های مربوط به نظام مراقبت مشاهده و در صورت عدم مشاهده در دیوار و زیر شیشه میز سؤال شد. در این مطالعه مشارکت داوطلبانه بوده و پزشکان می توانستند در هر زمانی که بخواهند مصاحبه را ادامه ندهند، اسامی، شماره نظام پزشکی و آدرس مطب آنها در هیچ جایی ثبت نشده است. مطالعه توسط کمیته اخلاق دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی تأیید شده است.

داده ها پس از جمع آوری وارد بانک اطلاعاتی صفحه گسترده شده و بوسیله نرم افزار آماری SPSS-11.5 و با استفاده از آزمون های Chi- و Square مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

مراقبت از بیماریها Surveillance عبارت از جمع آوری، تجزیه و تحلیل و تفسیر و انتشار اطلاعات در مورد یک واقعه بهداشتی است. به طوریکه مقامات مربوطه از این اطلاعات برای برنامه ریزی، اجرا و ارزیابی برنامه ها و فعالیت های بهداشتی استفاده کنند(۱). امروزه بیماریابی، گزارش دهی به هنگام بیماری ها و اقدام مناسب و به موقع در مقابل موارد گزارش شده یکی از ضروریات نظام بهداشتی هر کشور محسوب می شود برای برآورد وضعیت تندرستی جامعه و برنامه ریزی مناسب جهت ارائه خدمات بهداشتی لازم و ارزشیابی کیفیت آنها نیاز به گردآوری داده های کافی در زمینه بیماریهای موجود در جامعه می باشد. پایه و اساس کنترل بیماریها را در سیستم بهداشتی مراقبت بیماریها تشکیل می دهد. سیستم مراقبت به عنوان یک نقطه کلیدی در تمام سیاست گذارهای بهداشتی در کشورها در نظر گرفته می شود. تعیین اولویتها، برنامه ریزی، تقسیم منابع، پیش بینی و تشخیص سریع اپیدمی، پایش و ارزشیابی برنامه های پیشگیری و کنترل بیماریها، همه احتیاج به سیستم مراقبت ملی دارند(۲). فعالیتهای مراقبت بایستی در تمام سطوح بهداشتی، شامل سطح محلی، منطقه ای و کشوری به کار گرفته شوند تا اقدامات لازم برای پیشگیری و کنترل بیماریها مؤثر واقع گردند. بدین منظور پرسنل شاغل در سیستم مراقبت باید به خوبی به ارزش سیستم مراقبت آگاه باشند و آموزش و نظارت کافی بر انجام وظایف محوله آنان انجام گیرد. در این زمینه آشنایی پزشکان با تعاریف استاندارد بیماریها و ساختار گزارش دهی آنها و آمار بیماری های منطقه و همچنین آگاهی از بیماریهای بارز گزارش دهی ملی و بین المللی یک اولویت بهداشتی قلمداد می گردد(۱). نظر به این واقعیت که پزشکان سطح تماس بیمار با سیستم مراقبت ملی کشور را تشکیل می دهند، به عنوان یک عضو کلیدی در جمع آوری داده های سیستم مراقبت نقش دارند. بنابراین تلاش در جهت بهبود هر چه بیشتر این مرحله از سیستم مراقبت نتایج مثبت عمده ای به همراه دارد. آموزش و آگاه سازی کارکنان بهداشتی و پزشکان از اهمیت برقراری سیستم مراقبت جزء اصلی این اقدامات را تشکیل می دهد. بدین منظور مرکز مدیریت بیماری های وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی لیستی از بیماریها در سیستم مراقبت به عنوان بیمارهای قابل گزارش تعیین گردیده است که پزشکان بخش دولتی و خصوصی موظف به گزارش آنها می باشند. فقدان آموزش و آگاه سازی مناسب پزشکان سبب محرومیت سیستم خدمات بهداشتی از بخش عمده این اطلاعات گردیده است. این نقص در بخش خصوصی چشم گیرتر است. در یک مطالعه انجام شده در استان فارس مشخص شد که بیماریابی فعال در مقایسه با گزارش غیر فعال بیماریها تا ۳۰ برابر افزایش یافته بود(۳). درصدی از بیماری های قابل گزارش که معمولاً به سرویس بهداشت عمومی گزارش می شود در کشورهای مختلف متفاوت است. در کشور عربستان میزان گزارش دهی بیماریها را ۷۴٪ اعلام شده است(۴). در حالیکه در مطالعه دیگری در کشور آمریکا گزارش دهی در سیستم مراقبت غیر فعال را از ۳۰٪ تا ۶۲٪ موارد بیمارهای قابل گزارش تخمین زده است(۵). همچنین در همان کشور تاخیر در گزارش دهی از ۱۲ روز برای مننژیت تا ۶۰ روز برای سیاه سرفه متغیر بوده است(۶) در حالیکه مدت تاخیر در سوئد بین ۷ تا ۱۱ روز گزارش شده است(۷). در یک مطالعه انجام شده بر روی یکصد پزشک بخش خصوصی تهران مشخص شد که امتیاز آگاهی آنان از سیستم مراقبت از بیماریها بطور متوسط ۱۹ از ۵۰ (۳۸٪) بوده است(۸). هدف این مطالعه تعیین آگاهی و عملکرد پزشکان

یافته ها

این مطالعه با مشارکت ۶۷۲ نفر از پزشکان عمومی که در زمان انجام مطالعه در محدوده شهری دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی در تهران دارای مطب شخصی بودند انجام گرفت. جنس ۲۶۲ (۳۹٪) نفر از آنها زن و ۴۱۰ (۶۱٪) مرد بود. میانگین سن آنها $۸/۱ \pm ۳۹/۵$ سال بود. کمترین و بیشترین سن به ترتیب برابر ۲۶ و ۷۴ سال بود. ۴۳٪ پزشکان عمومی مشارکت کننده از سه دانشگاه دولتی واقع در تهران و ۵۷٪ آنها از ۲۹ دانشگاه دیگر فارغ التحصیل شده بودند.

میانگین سال های سپری شده از فارغ التحصیلی و سالهای دارای مطب شخصی به ترتیب برابر $۱۲/۶ \pm ۷/۹$ و $۸/۲ \pm ۷/۵$ (یک تا ۴۶ سال) بود. ۳۹۰ (۲۶۳٪) از پزشکان سابقه کار در یکی از واحد های نظام سلامت شامل، ستاد شبکه، مرکز بهداشت در همه سطوح و مراکز بهداشتی درمانی روستائی و شهری را داشتند. حدود ۳۳٪ پزشکان عمومی مشارکت کننده در زمان مطالعه علاوه بر اشتغال در مطب در مراکز بهداشتی یا درمانی دیگر نیز مشغول بکار بودند. که حدود ۸٪ در واحد های نظام سلامت بود.

از مجموع ۶۷۲ نفر پزشک عمومی مشارکت کننده در مطالعه تعداد ۳۲۰ (۴۷٪) در طول عمر طبابت در مطب حداقل یکبار یک بیماری قابل گزارش را به مسئولین مربوطه گزارش کرده اند، که سهم آن در یک سال اخیر تنها ۱۲۴ (۱۸٪) بوده است، که این ۱۲۴ نفر بطور متوسط ۳/۶ بار و در مجموع ۴۵۰ مورد بیماری را گزارش کرده اند. نظر به اینکه برای برخی از بیماریها در بعضی شرایط مانند فلج اطفال به علت قرار داشتن در مرحله ریشه کنی جهت اطمینان از نبود بیماری درخواست می شود که حتی اگر بیماری وجود نداشته باشد عدم وجود بصورت « گزارش صفر » گزارش شود. در مورد گزارش صفر ۵۱٪ پزشکان (۱۸٪) همیشه، ۱۰/۵٪ اکثر اوقات، ۲۱/۷٪ گاهی) اظهار نموده اند که گزارش صفر می دهند. در مورد نحوه گزارش ۵۴٪ موارد بوسیله خود پزشکان، ۱۹٪ توسط بهیار یا منشی، ۱۶٪ بصورت توصیه به بیمار یا همراهان جهت مراجعه به مرکز بهداشت و ۱۱٪ از طریق تماس از مرکز بهداشت انجام شده بود. هیچ موردی بصورت تکمیل فرم ذکر نشده بود.

تنها در ۲۱٪ موارد همیشه و اکثر موارد، ۳۶٪ گاهی و در ۴۳٪ موارد هیچ گونه پس خوردی از مرکز بهداشت وجود نداشته است.

بیشترین منبع آگاهی پزشکان عمومی مورد مطالعه از بیماری های قابل گزارش مرتبط به نظام سلامت، و پس از آن آموزش دوران تحصیل می باشد جزئیات در جدول شماره ۱ دیده می شود. جدول ۲ توزیع فراوانی پزشکان عمومی مورد مطالعه از زمان گزارش بیماریهای قابل گزارش نشان می دهد که ۵۵٪ پزشکان بدرستی زمان گزارش را تشخیص مشکوک ذکر کرده اند.

جدول ۱. توزیع فراوانی پزشکان عمومی مورد مطالعه از منابع آگاهی از

منابع آگاهی	تعداد (n=۶۷۲)	درصد
دوران تحصیل	۲۳۴	۳۴/۸
مراجعه حضوری کارشناسان مرکز بهداشت	۵۶	۸/۳
ارسال پوستر و مستندات از مرکز بهداشت	۱۴۴	۲۱/۴
آموزش در دوران طرح	۱۹۴	۲۸/۹
بازآموزی	۱۱۶	۱۷/۳
مطالعه شخصی	۱۲۲	۱۸/۲
سایر	۱۰	۱/۵
هیچ آگاهی ندارد	۴۲	۶/۳

جدول ۲. توزیع فراوانی پزشکان عمومی مورد مطالعه از زمان گزارش

زمان گزارش	تعداد	درصد
تشخیص مشکوک	۳۷۲	۵۵/۴
تشخیص محتمل	۱۰۲	۱۵/۲
تائید آزمایشگاهی	۶۲	۹/۲
تشخیص قطعی	۱۰۴	۱۵/۵
نمی دانم	۳۲	۴/۸
جمع	۶۷۲	۱۰۰

پوستر لیست بیماریهای قابل گزارش و پوستر تعاریف تشخیصی به ترتیب در ۲۵٪ و ۲۰٪ مطب ها وجود داشت که به ترتیب در ۷۸٪ و ۷۵٪ موارد در دیوار نصب شده و یا در زیر شیشه میز قرار داشت. نحوه تهیه پوسترها به ترتیب در ۶۴٪ و ۴۷٪ موارد ارسال شده و در ۱۷٪ و ۲۵٪ موارد در زمان مراجعه پزشکان به معاونت های درمان و امور بهداشتی تحویل شده است، و در ۱۹٪ و ۲۸٪ موارد سایر روش ها بوده است. در مورد نیاز به این پوسترها به ترتیب ۷۷٪ و ۷۵٪ پزشکان اظهار نموده اند که به این پوسترها نیاز داشته و به ترتیب ۹۱٪ و ۸۷٪ آنها از اطلاعات آنها استفاده کرده اند.

همانند پوستر لیست بیماریهای قابل گزارش و پوستر تعاریف تشخیصی فرم هایی که مشخصات بیماران در آن قابل ثبت می باشد در بعضی مقاطع به مطب پزشکان عمومی ارسال یا با مراجعه حضوری کارشناسان واحد پیشگیری و مبارزه با بیماریها به آنها تحویل داده می شد. که ۳۳٪ پزشکان اظهار نموده اند که این فرم ها در طول عمر مطب خود دریافت کرده اند. نظر به اینکه اطلاع رسانی در مورد بیماری واگیر دار و احتمال اپیدمی به پزشکان عمومی یکی از وظایف نظام مراقبت می باشد، این موضوع مورد پرسش قرار گرفت که حدود ۳۳٪ پزشکان اظهار نموده اند که این اطلاع رسانی حداقل یکبار انجام شده است.

از پزشکان خواسته شد تا نظرات خود را در مورد کفایت اطلاعات پوسترها و فرم های مورد استفاده جهت گزارش بیماریها بیان کنند که در حدود ۳۹٪ موارد آنها را کافی و ضروری دانستند و در ۴۴٪ موارد اطلاعی از آن نداشتند (جدول ۳). چون این درصد با عدم گزارش هیچ گونه بیماری تا کنون قرابت نشان می دهد. ما اظهار نظر بصورت بلی، واجد اطلاعات ضروری هستند و نیاز به اصلاح دارند را نشانه ای از آگاهی و معادل آن و نمی دانم را معادل ناآگاهی فرض کردیم، و دادن یا ندادن گزارش را با اظهار نظر در مورد کفایت اطلاعات پوسترها و فرم ها مورد استفاده جهت گزارش بیماریها مقایسه کردیم، مشخص شد که پزشکانی که پاسخ نمی دانم را داده اند بطور معنی داری گزارش کمتری هم داده بودند ($0/001 <$ P ، جدول ۴).

جدول ۳. توزیع نظرات پزشکان عمومی مورد مطالعه در مورد کفایت

کفایت اطلاعات	تعداد	درصد
بلی کاملاً	۵۸	۸/۶
واجد اطلاعات ضروری هستند	۲۰۲	۳۰/۱
نیاز به اصلاح دارند	۱۱۴	۱۷
نمی دانم	۲۹۸	۴۴/۳
جمع	۶۷۲	۱۰۰

بیشتری داشته و در واحد های نظام سلامت سابقه کار داشتند، بطور معنی داری موارد بیماری بیشتری را گزارش کرده بودند. در این مطالعه ۵۵٪ پزشکان از زمان صحیح گزارش بیماریها آگاهی داشتند. در مطالعه نجومی میانگین آگاهی پزشکان بخش خصوصی ۱۸/۵ (۳۷٪) از ۵۰ بوده است ولی اینکه در آن مطالعه چه چیزی آگاهی فرض شده است، نامشخص است (۸). به نظر ما چون گزارش دهی در نظام مراقبت ایران مبتنی بر راهنما، لیست و تعاریف است، چنانچه پزشک بداند که باید بیماریها را گزارش کند، آگاهی محسوب می شود. حال چه بیماریهایی، با چه تشخیصی، چه زمانی و به کجا باید گزارش شود با مراجعه به مستندات بدست می آید. با این دیدگاه به نظر می رسد که عملکرد پزشکان، برآورد نسبتاً مناسبی برای سنجش آگاهی باشد که در مطالعه حاضر ۴۸٪ برای تمام عمر و ۱۸/۵٪ برای یکسال اخیر بدست آمده است. در کشور هیچ مطالعه ای نظیر مطالعه حاضر یافت نشد که بتوان یافته های آن را با یافته های مطالعه حاضر مقایسه کرد، ولی باور عمومی خبرگان بر این است که وضعیت گزارش بیماری ها در کشور ما مطلوب نیست و همین مختصر گزارشدهی هم که وجود دارد بیشتر از بخش دولتی بوده و مبتنی بر پیگیری یا مراقبت برخی از بیماریهای هدف مانند فلج اطفال، سرخک و یا برنامه های بیماریابی ادغام شده در فعالیت های جاری نظام سلامت مانند سل و مالاریا می باشد. نظر به اینکه حدود ۶۶٪ مراجعات مردم به بخش خصوصی است (۱۲ و ۱۳) و به نظر می رسد که حتی سهم آن در تهران و سایر کلان شهرها بیشتر باشد، عاقلانه نخواهد بود که از حجم بالای داده های بالقوه موجود در آن صرفنظر شود. ولی آیا همه کم کاری ها در بخش خصوصی مربوط به بازیگران آن یعنی پزشکان هست؟ به نظر می رسد که سهم نظام سلامت در مدیریت موضوع بسیار اساسی تر بوده و مادامیکه نگاه نظاممند، بستر و تسهیلات فراهم ساز تامین نشود، انتظار از بخش خصوصی بجا نخواهد بود. دیدگاه پزشکان مورد مطالعه در مورد مشکلات و محدودیت های گزارش دهی نیز موید این نکته است که نظام سلامت از تمام پتانسیل هایش در این مورد استفاده نمی کند. در صورتی که مراکز بهداشت بتوانند در جهت آموزش، ترویج، مراجعه به مطب ها، تحویل مستندات، پیگیری، پس خوراند حرکت کنند، شاید سهم بیشتری از مشکلات و موانع تخفیف یابد. دو یافته زیر رابطه این عوامل را با میزان گزارشدهی تأیید می کند. (۱) یافته های مطالعه حاضر، زیرا مشاهده کردیم به هر مطبی که کارشناس و پوستر رفته یا پزشک در نظام سلامت کار کرده (کسب آگاهی) میزان گزارشدهی توسط پزشک عمومی شاغل در مطب هم بالا رفته است. (۲) مداخله ای که در استان فارس انجام شده است که در آن با بیماریابی فعال در ۱۶ بیماری از ۲۴ بیماری انتخاب شده به میزان ۳۰ برابر افزایش یافته است (۳).

در اینجا متنی را که در قالب تمرین آموزشی منتشر شده است (۲) 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.

جدول ۴. مقایسه گزارش بیماریهای قابل گزارش توسط پزشکان عمومی

	P-value	گزارش بیماری	
		جمع	آگاهی دارد
در طول	<0.001	۳۲۰	۱۰۲
عمر طبابت		(۴۷/۶)	(۳۴/۲)
در یکسال	<0.001	۱۲۴	۲۶
قبل		(۱۸/۵)	(۸/۷)

همچنین بین وجود پوسترها در مطب پزشکان و موارد گزارش رابطه وجود داشت. بطوریکه در مطب پزشکانی که پوسترهای لیست بیماریها و تعاریف تشخیصی وجود داشت، بطور معنی داری موارد بیشتری از بیماریها را گزارش کرده بودند ($P < 0.001$ ، جدول ۵). همچنین پزشکانی که سابقه کار در واحد های نظام سلامت داشتند بطور معنی داری موارد بیشتری از بیماریها را گزارش کرده بودند (جدول ۶). گزارش دهی با جنس، سن، دانشگاه محل تحصیل، سالهای فراغت از تحصیل و سالهای فعالیت در مطب شخصی تفاوت معنی داری نشان نداد.

جدول ۵. مقایسه گزارش بیماریهای قابل گزارش توسط پزشکان عمومی

	P Value	گزارش بیماری	
		جمع	خیر
وجود پوستر لیست	<0.001	۱۲۴	۵۶
بیماریهای قابل		(۱۸/۵)	(۱۱/۱)
گزارش در مطب			(۴۰/۵)
وجود پوستر تعاریف	<0.001	۱۲۴	۶۴
تشخیصی بیماریهای		(۱۸/۵)	(۱۱/۹)
قابل گزارش در مطب			(۴۴/۱)

جدول ۶. مقایسه گزارش بیماریهای قابل گزارش توسط پزشکان عمومی

	P-value	گزارش بیماری	
		جمع	سابقه کار دارد
در طول	<0.025	۳۲۰	۱۲۰
عمر طبابت		(۴۷/۶)	(۴۲/۶)
در یکسال	<0.015	۱۲۴	۴۰
قبل		(۱۸/۵)	(۱۴/۲)

بحث

مطالعه نشان داد که از مجموع ۶۷۲ نفر پزشک عمومی مشارکت کننده در مطالعه، تعداد ۳۲۰ (۴۷/۶٪) در طول عمر طبابت و ۱۲۴ (۱۸/۵٪) در یک سال اخیر نفر بطور متوسط ۳/۶ بار و در مجموع ۴۵۰ مورد بیماری را گزارش کرده اند. پزشکانی که در مطب آنها پوسترهای لیست بیماریها و تعاریف تشخیصی نظام مراقبت وجود داشت، همچنین آنهایی که آگاهی

کارشناسان، ابراز می دارد که هر ماه فکر می کنیم 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 توانند به این مشکلات بپردازند و تنها گزارش جاری را برای استان تهیه می کنند.

از کارشناس مسئول 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 شهریور 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 کنیم 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 موفقی 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(۲).

برای تائید 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 (۱۴) 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 (۱۵) 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(۱۳). 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.

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 ۶ 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

نتیجه گیری

همه بیماریهای مشمول نظام مراقبت توجه شده و با تخصیص منابع و امکانات تا موجب ارتقاء وضعیت موجود شود. همچنین برنامه های مداخله ای طراحی و اجرا گردد.

مشارکت پزشکان عمومی بخش خصوصی مورد مطالعه در گزارش بیماریهای قابل گزارش مربوط به نظام مراقبت از بیماریها در حد کم می باشد. کم آگاهی پزشکان و فقدان مناسب اطلاع رسانی، پیگیری، پس خوراند، انتشار اطلاعات جمع آوری شده از عوامل موثر در موضوع گزارش شد.

تشکر و قدردانی

وظیفه خود می دانیم از کلیه همکاران معاونت محترم درمان و معاونت امور بهداشتی و همه پزشکانی که با مشارکت و صرف وقت خود امکان اجرای این مطالعه را فراهم ساختند، صمیمانه سپاسگزاری نمائیم. همچنین از حمایت مالی معاونت پژوهشی دانشکده پزشکی و مساعدت های دکتر علی احمدرضا فرسار، دکتر محمود نبوی، دکتر امیر علی فریدونفر، دکتر علی رستگار پور، مریم غفاری، مجید ملک پور، امیر ایزدی، فاطمه کریمان، زینب حبیب نژاد و دانشجویان پزشکی مشارکت کننده در جمع آوری داده ها تشکر و قدردانی می نمائیم.

توصیه و پیشنهادات

هر چه بر اساس یافته های این مطالعه و شواهدی که در بخش بررسی متون و بحث مطرح شد، نشاندهنده وضعیت نامطلوب نظام مراقبت در ایران است. ولی به نظر می رسد توان و تعهد مسئولان بلند پایه در مرکز مدیریت بیماری ها و هم وجود ظرفیت کافی شبکه دانشگاه ها، پتانسیل فراوانی برای ارتقاء وضعیت موجود دارد. شواهد توان و تعهد را می توان در برخورد با H1N1 و آنفلونزای مرغی و پیشتر در برنامه های حذف فلج اطفال، سرخک و HIV/AIDS شاهد بودیم. پیشنهاد می شود که به

REFERENCES

1. Technical clusters of WHO, "Who Recommended surveillance standards", Second Ed. Geneva, World Health organization, 8-14, 1999. Available: www.who.int
2. مجدزاده سید رضا. نظام مراقبت و گزارش دهی. کتاب جامع بهداشت عمومی، چاپ دوم، جلد دوم، ۱۳۸۵ فصل ۸ گفتار ۴، صفحات ۸۷۲ تا ۸۸۷. قابل دسترسی از: <http://sites.google.com/site/kolahipage/home/books/health-books-by-moh>
3. Karimi A, Kadivar MR, Fararoe M, Alborzi A. Active case-finding of communicable diseases in the south of the Islamic Republic of Iran. *East Mediterr Health J.* 2000 Mar-May;6(2-3):487-93.
4. Bakarman MA, Al-Raddadi RM. Assessment of reporting and recording system of communicable diseases in Jeddah Region. *Saudi Med J.* 2000 Aug;21(8):751-4
5. Jekel, J. katz. D. Elmore, J: "Epidemiology. Biostatistics and preventive medicine", second Ed. WB. Saunders company, 44, 2001.
6. Jajosky RA, Groseclose SL. Evaluation of reporting timeliness of public health surveillance systems for infectious diseases. *BMC Public Health.* 2004 Jul 26;4:29
7. Jansson A, Arneborn M, Skarlund K, Ekdahl K. Timeliness of case reporting in the Swedish statutory surveillance of communicable diseases 1998--2002. *Scand J Infect Dis.* 2004;36(11-12):865-72
8. نجومی مرضیه ، وائقی ساناز. بررسی مقایسه ای آگاهی پزشکان عمومی شاغل در مراکز بهداشتی درمانی و بخش خصوصی شهر تهران از بیماری های قابل گزارش در سال ۱۳۸۰. مجله دانشگاه علوم پزشکی ایران، ۱۳۸۲؛ دوره ۱۰، تابستان، شماره ۳۴: صفحات ۳۲۴-۳۱۷

۹. سالاری لک شاکر. مراقبت بیماری ها. کتاب جامع بهداشت عمومی، چاپ دوم، جلد دوم، ۱۳۸۵ فصل ۸ گفتار ۵، صفحات ۸۸۸ تا ۹۰۷. قابل دسترسی از: <http://sites.google.com/site/kolahipage/home/books/health-books-by-moh>

۱۰. گویا محمدمهدی. نظام نوین مراقبت از بیماری های واگیر در جهان. نوپدیدی و بازپدیدی بیماری ها و سلامت حرفه های پزشکی. صص ۳۲۳ تا ۳۲۹

۱۱. زهرائی سید محسن. وضعیت موجود نظام گزارش دهی. کتاب جامع بهداشت عمومی، چاپ دوم، جلد دوم، ۱۳۸۵ فصل ۸ گفتار ۶، صفحات ۹۰۸ تا ۹۱۳. قابل دسترسی از: <http://sites.google.com/site/kolahipage/home/books/health-books-by-moh>

۱۲. معاونت سلامت وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی. بهره مندی از خدمات سلامت سال ۱۳۸۱ در جمهوری اسلامی ایران. تهران تندیس، اردیبهشت ۱۳۸۴.

۱۳. کلاهی علی اصغر، شکریز فومنی رضا. آگاهی و عملکرد مادران جنوب تهران نسبت به مایع درمانی خوراکی در اسهال حاد کودکان کمتر از پنج سال. مجله بیماریهای عفونی و گرمسیری ایران ۱۳۸۸، سال ۱۴ شماره ۴۴. صص ۴۵ تا ۵۰

۱۴. وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، معاونت سلامت، مرکز مدیریت بیماریها. اطلاعات و آمار بیماری های واگیر در ایران. جلد چهارم مربوط به اطلاعات سال های ۱۳۸۴-۱۳۸۲. تهران مرکز نشر صدا، ۱۳

