

## نظرات پزشکان عمومی دارای مطب خصوصی در شمال و شرق تهران در مورد مشکلات و موانع گزارش دهی بیماریهای واگیر

علی اصغر کلاهی<sup>1</sup>، پویا بخشائی<sup>2</sup>، هاله احمدنیا<sup>3</sup>، جواد معظمی سهزایی<sup>3</sup>، نعمت اله محمدی نیا<sup>3</sup>، بهزاد کلانتری<sup>3</sup>، شهنام عرشی<sup>4</sup>، احمد رضا فرسار<sup>5\*</sup>

1. دانشیار پزشکی اجتماعی، مرکز تحقیقات عوامل اجتماعی موثر بر سلامت و گروه پزشکی اجتماعی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران
2. دانشجوی پزشکی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران
3. پزشک عمومی و MPH، مرکز تحقیقات عوامل اجتماعی موثر بر سلامت، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران
4. دانشیار بیماری های عفونی گرمسیری، مرکز تحقیقات عوامل اجتماعی موثر بر سلامت، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران
5. دانشیار کودکان، مرکز تحقیقات عوامل اجتماعی موثر بر سلامت، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران

\* نشانی برای مکاتبه: تهران، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، مرکز تحقیقات عوامل اجتماعی موثر بر سلامت  
farsar@sbm.ac.ir پذیرش برای چاپ: تیر نود و دو دریافت مقاله: اردیبهشت نود و دو

### چکیده

**سابقه و هدف:** پیش گیری و کنترل موثر بیماری های عفونی نیازمند نظام مراقبت از بیماری ها است تا بتوان اقدامات موثر را در مورد بیماری های اولویت دار عفونی انجام داد. نظر به میزان کم تر از حد انتظار گزارش و فقدان مطالعه ای در موانع و مشکلات گزارش دهی، این مطالعه با هدف تعیین موانع و مشکلات نظام مراقبت از بیماری ها، نحوه و زمان مناسب آموزش، باورها، الزامات و انتظارات جهت بهبود وضعیت کمی و کیفی نظام مراقبت از دیدگاه پزشکان عمومی شاغل در محدوده شهری شمال و شرق تهران انجام شد.

**روش کار:** این مطالعه بصورت توصیفی-مقطعی با مشارکت پزشکان عمومی شاغل در مطب شخصی که در محدوده جغرافیائی شمال و شرق تحت پوشش دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی در شهر تهران به طبابت اشتغال داشتند، انجام گرفت. تعداد نمونه 336 نفر و روش نمونه گیری بصورت تصادفی ساده بود. داده ها با استفاده از پرسش نامه و مصاحبه با حضور در مطب جمع آوری شد. یافته ها: جنس 131 (39%) نفر از افراد مورد مطالعه زن و 205 (61%) مرد بود. میانگین سن زنان برابر  $36/6 \pm 6$  سال و مردان برابر  $41/4 \pm 8/6$  سال بود. موانع گزارش دهی از نظر پزشکان عمومی مورد مطالعه به ترتیب شامل: عدم رضایت بیماران در مورد دادن گزارش 26/5%، عدم اطلاع رسانی کافی 23/8%، عدم اطمینان از تشخیص درست 22%، فقدان پس خوراند مرکز بهداشت 21/7% و فقدان وقت 21%، مغایرت با حفظ حریم شخصی بیمار 18/5%، عدم اطلاع از گزارش دهی، واضح نبودن ضرورت گزارش دهی، احساس عدم استفاده از گزارش ها 12/5%، مشخص نبودن هویت گزارش گیرنده 11/5%، ساعت کار نامناسب مراکز بهداشت 9/8%، برخورد نامناسب با بیماران ارجاع شده 8/6%، قطع یا اشغال بودن تلفن 8/6%، نگرانی از دست دادن بیمار 7/4%، اجتناب از عواقب سوء گزارش دهی 7/1% و دور بودن مرکز بهداشت از مطب 3/3 گزارش شد. بجز عدم اطمینان از تشخیص بین دو جنس که پزشکان زن بیشتر از مردان ذکر کرده بودند ( $P < 0/014$ ) در سایر گزینه ها تفاوت معنی دار آماری مشاهده نشد. نتیجه گیری: مطالعه نشان داد که مشکلات و موانع اظهار شده توسط پزشکان عمومی بخش خصوصی مورد مطالعه نشان دهنده آگاهی و درک ناکافی از اهداف نظام مراقبت و گزارش دهی می باشد. به نظر می رسد که علت اصلی این وضعیت فقدان آموزش نظاممند و عدم کفایت فعالیت های مراکز بهداشت در این مورد می باشد.

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

## مقدمه

حال توسعه که بیشترین نیاز را به نظام مراقبت دارند نقایص فراوانی وجود دارد(9). البته هیچ کشوری در دنیا نظام مراقبت مطلوب را ندارد(1). مطالعات انجام شده در مورد آگاهی پزشکان از نظام مراقبت در کشور متفاوت و از 14/3% (10)، تا 38% متغیر است(11). در این دو مطالعه به علت طیف وسیع اجزای تشکیل دهنده نظام مراقبت، سنجش آگاهی نمی تواند دقیق باشد. به نظر می رسد، چون گزارش دهی در نظام مراقبت ایران مبتنی بر راهنما، لیست و تعاریف است، چنانچه پزشک بداند که باید بیماری را با تشخیص مشکوک گزارش کند، آگاهی محسوب می شود. حال چه بیماری هایی، چه زمانی و به کجا باید گزارش شود با مراجعه به مستندات بدست می آید. با این دیدگاه آگاهی پزشکان 55/4% می باشد(12). در مورد گزارش بیماری ها یک مطالعه خود اظهاری در شیراز نشان داد که تنها 7/4% پزشکان عمومی در شش ماه یک بیماری را گزارش کرده اند(13). مطالعه دیگری نشان داد که در یک سال تنها 124 (18/5%) نفر از پزشکان یک بیماری را گزارش نموده اند(12)، ولی آمار ثبت شده دریافتی تحت پوشش سه مرکز بهداشت مورد مطالعه در تهران در طول یک سال حتی به یک صد گزارش نیز نمی رسد(14). در یک مطالعه انجام شده در استان فارس مشخص شد که بیماریابی فعال در مقایسه با گزارش غیر فعال بیماری ها تا 30 برابر افزایش یافته بود(15). در مجموع نظر به میزان کم تر از حد انتظار گزارش و فقدان مطالعه ای در موانع و مشکلات گزارش دهی، این مطالعه با هدف تعیین موانع و مشکلات نظام مراقبت از بیماری ها، نحوه و زمان مناسب آموزش، باورها، الزامات و انتظارات جهت بهبود وضعیت کمی و کیفی نظام مراقبت از دیدگاه پزشکان عمومی شاغل در محدوده شهری شمال و شرق تهران انجام شد.

## روش کار

این مطالعه (HSR) Health System Research به صورت توصیفی - مقطعی با مشارکت پزشکان عمومی شاغل در مطب شخصی که در محدوده جغرافیایی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی در شهر تهران ( شمال و شرق تهران) به طبابت اشتغال داشتند در سال 1390 انجام گرفت. تعداد نمونه 336 نفر بود که بر اساس فرض احساس وجود مشکلات 50%، سطح اطمینان 95% و دقت 5/5% برآورد شد.

پزشکانی که در محدود ذکر شده دارای مطب بوده و حداقل سابقه یک سال اشتغال در مطب را داشتند، وارد مطالعه شدند. 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 پرسش نامه از قبل تنظیم شده، و با مراجعه به مطب پزشکان، مصاحبه جمع آوری شد. محتویات پرسش نامه شامل، خصوصیات دموگرافیک، دانشگاه محل تحصیل، سابقه اشتغال، اشتغال غیر از مطب، مشکلات و موانع گزارش دهی و زمان مناسب آموزش بود.

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 نشد. 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 t و Chi-Square تجزیه و تحلیل شد.

پیش گیری و کنترل موثر بیماری های عفونی نیازمند نظام مراقبت از بیماری ها است تا بتوان اقدامات موثر را در مورد بیماری های اولویت دار عفونی انجام داد(1). مراقبت از بیماری ها یا سورویلاس عبارت از جمع آوری، تجزیه و تحلیل و تفسیر و انتشار اطلاعات بصورت مداوم در مورد یک واقعه بهداشتی است. به طوری که مقامات مربوطه از این اطلاعات برای برنامه ریزی، اجرا و ارزیابی برنامه ها و فعالیت های بهداشتی استفاده کنند(2). 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 ارزش یابی کیفیت آنها نیاز به گردآوری داده های کافی در زمینه بیماری های موجود در جامعه می باشد و پایه و اساس کنترل بیماری ها را در سیستم بهداشتی مراقبت بیماری ها تشکیل می دهد. سیستم مراقبت به عنوان یک نقطه کلیدی در تمام سیاست گذاری های بهداشتی در کشورها در نظر گرفته می شود. تعیین اولویت ها، برنامه ریزی، تقسیم منابع، پیش بینی و تشخیص سریع اپیدمی، پایش و ارزش یابی برنامه های پیش گیری و کنترل بیماری ها، همه احتیاج به سیستم مراقبت ملی دارند(3). فعالیت های مراقبت بایستی در تمام سطوح بهداشتی، شامل سطح محلی، منطقه ای و کشوری به کار گرفته شوند تا اقدامات لازم برای پیش گیری و کنترل بیماری ها 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 بیماری ها و ساختار گزارش دهی آنها و آمار بیماری های منطقه و هم چنین آگاهی از بیماری های بالارزش گزارش دهی ملی و بین المللی یک اولویت بهداشتی قلم داد می گردد(2).

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 بیماری ها را در سیستم مراقبت به عنوان بیماری های قابل گزارش تعیین کرده 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.

درصدی از بیماری های قابل گزارش که معمولاً به سرویس بهداشت عمومی گزارش می شود در کشورهای مختلف متفاوت است. یک مطالعه نشان داد که در کشور عربستان میزان گزارش دهی بیماری ها 74% می باشد(4). در تایوان گزارش شده است که 83/5% پزشکان تجربه گزارش دهی داشته اند(5). مطالعه دیگری در کشور آمریکا گزارش دهی در سیستم مراقبت غیر فعال را از 30% تا 62% موارد بیماری های قابل گزارش تخمین زده است(6). در مطالعه دیگری در همان کشور تاخیر در گزارش دهی از 12 روز برای مننژیت تا 60 روز برای سیاه سرفه متغیر بود(7) در حالی که مدت تاخیر در سوئد بین 7 تا 11 روز بود(8). در کشورهای دیگر

### یافته ها

36/6 سال و مردان برابر  $8/6 \pm 41/4$  سال بود ( $P < 0/001$ ). کم ترین و بیش ترین سن به ترتیب برابر 26 و 74 سال بود. 43% پزشکان عمومی مشارکت کننده از سه دانشگاه دولتی واقع در تهران و 57% آنها از 29 دانشگاه دیگر فارغ التحصیل شده بودند (جدول 1).

این مطالعه با مشارکت 336 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 131 (39%) نفر از افراد مورد مطالعه زن و 205 (61%) مرد بود. میانگین سن زنان برابر  $6 \pm$

جدول 1. توزیع فراوانی پزشکان بر حسب دانشگاه فارغ التحصیل شده

نام دانشگاه علوم	تعداد	درصد
پزشکی		
تهران	76	22/6
شهید بهشتی	47	14
ایران	22	6/5
اصفهان	25	7/4
شیراز	25	7/4
آزاد	19	5/7
تبریز	17	5/1
اهواز	16	4/8
مشهد	11	3/3
سایر (دانشگاه)	23) 78	23/2
جمع	336	100

بهداشت در همه سطوح و مراکز بهداشتی درمانی روستائی و شهری می باشد تعداد 110 (33%) نفر از پزشکان عمومی مشارکت کننده در زمان مطالعه علاوه بر اشتغال در مطب در مراکز بهداشتی یا درمانی دیگر مشغول بکار بودند (جدول 3).

میانگین سال های دارای مطب شخصی برابر  $7/5 \pm 8/2$  ، کم ترین و بیش ترین به ترتیب یک سال و 46 سال بود. جدول شماره 2 جزئیات مربوط به سالهای سپری شده از فارغ التحصیلی، سوابق کار و در واحد های مختلف شبکه را نشان می دهد. واحد های نظام سلامت شامل، ستاد شبکه، مرکز

جدول 2. تعداد و شاخص های آماری سابقه کار پزشکان عمومی مورد مطالعه (بر حسب زمان و محل اشتغال)

تعداد	(انحراف معیار) میانگین	کمترین	بیشترین
336	12/6 (7/9)	1	46
336	8/2 (7/5)	1	46
336	5/6 (6)	1	42
195	26/3 (22/6)	2	156

جدول 3. توزیع فراوانی پزشکان بر حسب محل اشتغال فعلی غیر از مطب شخصی

محل اشتغال فعلی	تعداد	درصد
مراکز بهداشتی درمانی	13	3/9
درمانگاه دولتی	18	5/4
درمانگاه خصوصی یا خیریه	24	7/1
بیمارستان دانشگاهی یا دولتی	14	4/2
بیمارستان تامین اجتماعی	6	1/8
بیمارستان خصوصی یا خیریه	14	4/2
بیمارستان ارتش یا سپاه	6	1/8
سایر	15	4/5
عدم اشتغال در غیر از مطب	226	67/3
جمع	336	100

در دوران طرح می باشد. چنان چه مجموع فعالیت های مراکز بهداشت را در نظر بگیریم، ملاحظه می شود که در 61% موارد آموزش در مورد نظام مراقبت در دوران طرح و یا مراجعه و ارسال مستندات از مرکز بهداشت بوده است.

از مجموع 336 نفر پزشک عمومی مشارکت کننده در مطالعه تعداد 160 (47/6%) ذکر کردند که در طول عمر طبابت حداقل یک بار یک بیماری قابل گزارش را به مسئولین مربوطه گزارش کرده اند. در جدول 4 منابع آگاهی پزشکان عمومی مورد مطالعه از بیماری های قابل گزارش نشان داده می شود. بیش ترین منبع آگاهی دوران تحصیل و پس از آن آموزش

جدول 4. توزیع فراوانی پزشکان عمومی مورد مطالعه از منابع آگاهی از بیماری های قابل گزارش

منابع آگاهی	تعداد	درصد (336 نفر)
دوران تحصیل	117	34/8
مراجعه حضوری کارشناسان مرکز بهداشت	28	8/3
ارسال پوستر و مستندات از مرکز بهداشت	77	21/4
آموزش در دوران طرح	97	28/9
بازآموزی	58	17/3
مطالعه شخصی	61	18/2
سایر	5	1/5
هیچ آگاهی ندارد	22	6/3

جنس نشان می دهد. بین دو جنس بجز گزینه عدم اطمینان از تشخیص درست ( $P < 0/014$ ) تفاوت معنی دار آماری وجود نداشت.

جدول 5 نظرات پزشکان عمومی مورد مطالعه را در مورد مشکلات و موانع گزارش دهی بیماری ها به ترتیب بیش ترین به کم ترین عامل بر حسب

جدول 5. توزیع فراوانی نظرات پزشکان عمومی مورد مطالعه از مشکلات و موانع گزارش دهی بیماری ها به ترتیب بیش ترین به کم ترین عامل بر حسب جنس

مشکلات و موانع گزارش دهی	زن (درصد)	مرد (درصد)	جمع (درصد)
عدم رضایت بیماران به گزارش	33 (25/2)	56 (27/3)	89 (26/5)
عدم اطلاع رسانی کافی	33 (25/2)	47 (22/9)	80 (23/8)
عدم اطمینان از تشخیص درست	38 (29)	36 (17/6)	74 (22)
فقدان پس خوراند مرکز بهداشت	25 (19/1)	48 (23/4)	73 (21/7)
فقدان وقت برای ارسال گزارش	30 (22/9)	41 (20)	71 (21/1)
مغایرت با حفظ حریم شخصی بیمار	20 (15/3)	42 (20/5)	62 (18/5)
عدم اطلاع از گزارش دهی	20 (15/3)	39 (19)	59 (17/6)
واضح نبودن ضرورت گزارش دهی	19 (14/5)	30 (14/6)	49 (14/6)
احساس عدم استفاده از گزارش ها	18 (13/7)	24 (11/7)	42 (12/5)
مشخص نبودن هویت گزارش گیرنده	16 (12/2)	22 (10/7)	38 (11/3)
ساعت کار نامناسب مراکز بهداشت	14 (10/7)	19 (9/3)	33 (9/8)
برخورد نامناسب با بیماران ارجاع شده	10 (7/6)	19 (9/3)	29 (8/6)
قطع یا اشغال بودن تلفن	10 (7/6)	19 (9/3)	29 (8/6)
نگرانی از دست دادن بیمار	6 (4/6)	19 (9/3)	25 (7/4)
اجتناب از عواقب سوء گزارش دهی	7 (5/3)	17 (8/3)	24 (7/1)
دور بودن مرکز بهداشت از مطب	5 (3/8)	6 (2/9)	11 (3/3)

دومین یافته مشترک، آگاه نبودن پزشکان از لیست بیماری هایی قابل گزارش می باشد، است که در مطالعه ما 17/6%، در مطالعه شیراز 13/6% و در مطالعه قم 60% گزارش شده است. یک مانع دیگر که به نظر می رسد در بین پزشکان با سابقه بالا بیشتر وجود داشته باشد عدم اطمینان از تشخیص درست است که در مطالعه ما 22% بود، در دو مطالعه شیراز و قم به آن پرداخته نشده بود، در حالیکه در مطالعه Tan 29/5% گزارش شده است (5).

باور عمومی خبرگان بر این است که وضعیت گزارش بیماری ها در کشور ما مطلوب نیست و همین مختصر گزارش دهی هم که وجود دارد بیشتر از بخش دولتی بوده و مبتنی بر پی گیری یا مراقبت برخی از بیماری های هدف مانند فلج اطفال، سرخک و یا برنامه های بیماریابی ادغام شده در فعالیت های جاری نظام سلامت مانند سل و مالاریا می باشد (12 و 16). نظر به این که حدود 66% مراجعات مردم به بخش خصوصی است (17 و 18) و به نظر می رسد که حتی سهم آن در تهران و سایر کلان شهر ها بیش تر باشد، عاقلانه نخواهد بود که از حجم بالای داده های بالقوه موجود در آن صرف نظر شود. ولی آیا همه کم کاری ها در بخش خصوصی مربوط به بازی گران آن یعنی پزشکان هست؟ به نظر می رسد که سهم نظام سلامت در مدیریت موضوع بسیار اساسی تر بوده و مادامی که نگاه نظامند، 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. به طوری که عدم اطلاع رسانی کافی، فقدان پس خواند، عدم اطلاع از گزارش دهی، احساس عدم استفاده از یافته های حاصل از گزارش ها، مشخص نبودن هویت تماس گیرنده مرکز بهداشت هنگام مکالمه تلفنی، نامناسب بودن ساعات کار مراکز بهداشت، برخورد نامناسب با بیماران ارجاع شده، مشکلات مربوط به ارتباط، عدم اطمینان از تشخیص درست، مغایرت با حفظ حریم شخصی بیمار، واضح نبودن ضرورت گزارش دهی، از دست دادن بیمار، اجتناب از عواقب سوء گزارش دهی، با 48% عوامل بطور مستقیم و 29% عوامل بطور غیر مستقیم (به علت کم آگاهی و نگرش نامناسب پزشکان) و در مجموع 77% موارد به نوعی به مراکز بهداشت ارتباط دارد، یعنی در صورتی که مراکز بهداشت بتوانند در جهت آموزش، ترویج، مراجعه به مطب ها، تحویل مستندات، پی گیری، پس خواند حرکت کنند، شاید سهم بیش تری از مشکلات و مانع تخفیف یابد. در این مطالعه کارشناسان مرکز بهداشت تنها به 8/3% مطب ها مراجعه کرده بودند. وجود رابطه بین عمل کرد مراکز بهداشت با میزان گزارش دهی در مطالعه کلاهی و همکاران تأیید شده است، آنها نشان دادند که به هر مطبی که کارشناس مرکز بهداشت و پوستر های بیماری های مشمول گزارش دهی و تعاریف آنها رفته یا پزشک در نظام سلامت کار کرده (کسب آگاهی) میزان گزارش دهی توسط پزشک عمومی شاغل در مطب هم بالا رفته است (12).

همان گونه که ملاحظه می شود، موانع عدم اطلاع رسانی کافی، فقدان پس خواند مرکز بهداشت، عدم اطلاع از گزارش دهی، احساس عدم استفاده از یافته های حاصل از گزارش ها، مشخص نبودن هویت تماس گیرنده مرکز بهداشت هنگام مکالمه تلفنی، نامناسب بودن ساعات کار مراکز بهداشت، برخورد نامناسب با بیماران ارجاع شده، مشکلات مربوط به ارتباط تلفنی با 48% موارد بطور مستقیم و موانع عدم اطمینان از تشخیص درست، مغایرت با حفظ حریم شخصی بیمار، واضح نبودن ضرورت گزارش دهی، از دست دادن بیمار، اجتناب از عواقب سوء گزارش دهی، به علت کم آگاهی و نگرش نامناسب پزشکان با 29% بطور غیر مستقیم و در مجموع 77% موارد به نوعی به مراکز بهداشت ارتباط دارد.

## بحث

مطالعه نشان داد که پنج عاملی که بیش ترین مانع گزارش دهی ذکر شده است به ترتیب، عدم رضایت بیماران به گزارش، عدم اطلاع رسانی کافی، عدم اطمینان از تشخیص درست، فقدان پس خواند مرکز بهداشت و فقدان وقت با 21% برای ارسال گزارش می باشد. در حالی که در مطالعه شیراز (13) و قم (10) به ترتیب 74% و 41% پزشکان مورد مطالعه اظهار نموده بودند که گزارش دهی وقتی گیر است. در آن دو مطالعه آشنا نبودن پزشکان با فرم ها و سایر ملزومات گزارش دهی به ترتیب 53% (13) و 71% (10) گزارش شده است. در حالی که این گزینه ها در پرسش نامه مطالعه ما وجود نداشت. به نظر می رسد این اختلاف در نظرات پزشکان مورد مطالعه در سه شهر به علت نگرش متفاوت پژوهش گران و یا شرایط متفاوت مراکز بهداشت باشد. به نظر ما گزارش دهی توسط پزشکان خصوصی با یک تلفن و ارائه تشخیص مشکوک، مشخصات و آدرس بیمار به نزدیک ترین مرکز بهداشت کفایت می کند و بقیه پی گیری ها به عهده کارشناسان مراکز بهداشت می باشد. این گزارش می تواند توسط خود پزشک یا منشی مطب، ارسال نامه توسط بیمار یا همراهان صورت گیرد. با این دیدگاه موانع ذکر شده، وقت گیر بودن، امکان ننگه داری فرم ها در مطب و فقدان امکانات ارتباط آسان با مراکز بهداشت و درخواست ساده کردن فرایند گزارش دهی در مطالعات شیراز و قم منتفی خواهد بود. یادآور می شود با اینکه در دو مطالعه شیراز و قم از یک پرسش نامه هم سان استفاده شده است ولی بین یافته های هر دو مطالعه همسانی کم تری دیده می شود. تنها دو یافته مشترک بین مطالعه ما و آن دو مطالعه ولی با درصد های متفاوت وجود دارد، یکی از آنها اعتقاد پزشکان مورد مطالعه که جنبه های اخلاقی و حفظ اسرار بیماران مهم تر است که در مطالعه ما 18/5%، در مطالعه شیراز 36/5% و در مطالعه قم 13/6% گزارش شده است. البته باید در نظر داشت که گزارش بیماری های عفونی نه تنها جنبه های اخلاقی بیماران را مخدوش نمی کند بلکه برای پیش گیری از ابتلا اعضای خانواده، افراد تماس یافته با بیمار، پیش گیری از بدتر شدن وضعیت خود بیمار، محافظت از سلامت عمومی جامعه حیاتی است. پزشکی که تصور می کنند، با گزارش یک بیماری واگیر مخدوش کننده جنبه های اخلاقی و عدم حفظ اسرار بیماران است، متوجه اهداف نظام مراقبت و رسالت خود در حفظ و ارتقای سطح سلامت جامعه نیستند.

### مشکلات و محدودیت ها

تهیه چهار چوب نمونه گیری پزشکان کار سخت و طاقت فرسائی بود، که مشکل عمده آنها به روز نبودن لیست ها بود. مشکل بعدی عدم هم کاری تعدادی از پزشکانی بود که مطب شلوغی داشتند. این امر در بعضی موارد انتظار به مصاحبه را تا 4 ساعت افزایش می داد.

### توصیه و پیشنهادات

هر چند بر اساس یافته های این مطالعه و شواهدی که در بخش بررسی متون و بحث مطرح شد، نشان دهنده 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 بیشتر در برنامه های حذف فلج اطفال، سرخک و HIV/AIDS مشاهده کرد. پیشنهاد می شود به علت فقدان آموزش ناکافی در دوران تحصیل و اطلاع رسانی کافی بعد از فارغ التحصیلی، برای همه دانش جویان گروه پزشکی به خصوص دوره پزشکی عمومی آموزش کافی و برای پزشکان برنامه بازآموزی اجباری در نظر گرفته شود. هم چنین به همه بیماری های مشمول نظام مراقبت توجه شده و با تخصیص منابع و امکانات برنامه ریزی های لازم در مورد افزایش فعالیت های مراکز بهداشت بخصوص در موارد اطلاع رسانی، پی گیری، پس خوراند، انتشار اطلاعات جمع آوری شده انجام شود.

### تشکر و قدردانی

از مرکز تحقیقات عوامل اجتماعی موثر بر سلامت دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی به خاطر حمایت، از هم کاران محترم معاونت های درمان و امور بهداشتی دانشگاهی و همه پزشکانی که با مشارکت خود امکان اجرای این مطالعه را فراهم ساختند، صمیمانه سپاس گزاریم. هم چنین این مقاله از پایان نامه دوره پزشکی عمومی دانشگاه استخراج شده است که از معاونت پژوهشی دانشکده پزشکی تشکر می نمائیم.

واقعیت این است وضعیت فعلی نظام مراقبت و گزارش دهی در کشور فاصله خیلی زیادی از یک نظام مراقبت کارا و مطلوب دارد. ابعاد این وضعیت نامطلوب بودن به خوبی در قالب ذکر یک سناریو به عنوان تمرین آموزشی ذکر شده است. به نظر می رسد در فقدان مستندات معتبر این سناریو تا حد زیادی به واقعیت نزدیک است (3 یا 12). ما برای اثبات واقعی بودن آن تنها به ارائه یک سند به عنوان شاهد اکتفا می کنیم. در کتاب اطلاعات و آمار بیماری های واگیر در ایران جلد چهارم مربوط به اطلاعات سال های 1384-1382 (19) آمده است که کل آمار مربوط به اسهال خونی در سال 1384 برابر 7700 مورد بوده است. تعداد موارد گزارش شده برای یک دانشگاه واقع در تهران 23 مورد بوده است. اگر جمعیت تحت پوشش آن دانشگاه 2/8 میلیون فرض شود، حداقل موارد مورد انتظار برابر 308 مورد در سال است. تفاوت بین 23 و 308 چقدر است؟ در حالی که در یک مطالعه مبتنی بر جمعیت انجام شده در دو منطقه شهری آن دانشگاه در همان سال نشان داد در بین حدود 2200 کودک زیر پنج سال که 73 مورد اسهال خونی دیده شده بود (20). این تصویر کم و بیش در همه دانشگاه ها وجود دارد. حال بماند که اطلاعات خام 1382 بدون هیچ گونه تحلیلی پنج سال بعد در سال 1387 چاپ می شود.

### نتیجه گیری

مطالعه نشان داد که مشکلات و موانع اظهار شده توسط پزشکان عمومی بخش خصوصی مورد مطالعه نشان دهنده آگاهی و درک ناکافی از اهداف نظام مراقبت و گزارش دهی می باشد. به نظر می رسد که علت اصلی این وضعیت فقدان آموزش نظاممند و عدم کفایت فعالیت های مراکز بهداشت در این مورد می باشد.

## REFERENCES

1. Sahal N, Reintjes R, Aro AR. Review article: communicable diseases surveillance lessons learned from developed and developing countries: literature review. Scand J Public Health. 2009 Mar;37(2):187-200.
2. Technical clusters of WHO, "Who Recommended surveillance standards", 2en, Geneva, World Health Organization, 8-14, 1999. Available <http://www.who.int/csr/resources/publications/surveillance/whocdscsrissr992.pdf>. (Accessed Mar 19 2010).
3. Majdzadeh R. Surveillance and Reporting in: Textbook of Public Health. Authors: Hatami H et al. 2en, 4<sup>th</sup> chapter, Tehran: Arjumand press; 2006. P. 872-887. (Text in Persian)
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. Tan HF, Yeh CY, Chang HW, Chang CK, Tseng HF. Private doctors' practices, knowledge, and attitude to reporting of communicable diseases: a national survey in Taiwan. *BMC Infect Dis.* 2009 Jan 29;9:11
6. Jekel, J. Katz. D. Elmore, J: "Epidemiology. Biostatistics and preventive medicine", second Ed. WB. Saunders Company, 44, 2001.
7. Jajosky RA, Groseclose SL. Evaluation of reporting timeliness of public health surveillance systems for infectious diseases. *BMC Public Health.* 2004 Jul 26;4:29.
8. 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.
9. Masoori N, Ebadi Fardazar F. A comparative study on surveillance system of notifiable infectious diseases in the selected countries: proposed model for Iran. *The Journal of Qazvin University of medical science* 2006;10(2):82-90. (Full Text in Persian)
10. Khorramirad A, Karami M, Abedini Z. Knowledge attitudes and practice of general practitioners about disease notification (reporting) in Qom. *Iranian Journal of Epidemiology* 2012; 7(4): 49-56. (Full Text in Persian)
11. Nojoomi M, Vaseghi S. The Comparative study of general physician's knowledge in private and governmental sectors about reportable disease. *RJMS* 2003; 10(2):317-323. (Full Text in Persian)
12. Kolahi AA, Sohrabi MR, Abdi P. Knowledge and Practice of General Practitioners about Surveillance System. *Iranian Journal of Infectious Diseases and Tropical Medicine* 2010; Vol15 No 49:23-29. (Full text in Persian)
13. Nader F, Askarian M. How do Iranian physicians report notifiable diseases? The first report from Iran. *Am J Infect Control.* 2009 Aug;37(6):500-4.
14. The Documents of the Tehran Health Centers (East, North and Shemiranat). Unpublished
15. 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.
16. Zahraei M. The current status of Surveillance and reporting in: *Textbook of Public Health.* Authors: Hatami H et al. 2<sup>en</sup>, 8<sup>th</sup> chapter, Tehran: Arjumand press; 2009. P. 908-913. (Text in Persian)
17. Naghavi M, Jamshidi MR. *Utilization of Health in IRAN.* 1<sup>th</sup> ed, Tehran: Tandis press; 2006. (Text in Persian)
18. Kolahi AA, Shekarriz-Fomani R. The Knowledge and Practice of Mothers of the Southern Part of Tehran about Oral Rehydration Therapy in Acute Diarrhea among Their Under 5 Years Old Children. *Iranian Journal of Infectious Diseases and Tropical Medicine* 2009;14 No 44:45-50.
19. The Center for Diseases Control, Health Department, Ministry of Health and Medical Education. *Information and Data of Communicable Diseases in IRAN (2004-2006)* Volume 4, 1<sup>th</sup> ed, Tehran: Seda press; 2009. (Text in Persian)
20. Kolahi AA, Rastegarpour A, Sohrabi MR. The Impact of an Urban Sewerage System on Childhood Diarrhoea in Tehran: A Concurrent Control Field Trial. *Trans R Soc Trop Med Hyg.* 2009 May;103(5):500-5