



دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی شهید بهشتی

دانشکده پزشکی

و مرکز تحقیقات عوامل اجتماعی موثر بر سلامت

پایان نامه برای اخذ درجه دکتری حرفه ای پزشکی عمومی

بررسی نظرات پزشکان عمومی دارای مطب خصوصی در شمال و شرق در تهران در مورد مشکلات
و موانع گزارش دهی بیماریهای واگیر در سال ۱۳۹۰

استاد راهنما:

دکتر علی اصغر کلاهی

استاد مشاور:

دکتر احمد رضا فرسار

نگارش:

علی احمدی

گروه پزشکی اجتماعی

بررسی نظرات پزشکان عمومی دارای مطب خصوصی در شمال و شرق در تهران در مورد مشکلات و موانع گزارش دهی بیماریهای واگیر در سال ۱۳۹۰

چکیده:

سابقه و هدف: پیشگیری و کنترل موثر بیماریهای عفونی نیازمند نظام مراقبت از بیماریها است تا بتوان اقدامات موثر را در مورد بیماریهای اولویت دار عفونی انجام داد. نظر به میزان کمتر از حد انتظار گزارش و فقدان مطالعه ای در موانع و مشکلات گزارشدهی، این مطالعه با هدف تعیین موانع و مشکلات نظام مراقبت از بیماریها، 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 بررسی: این مطالعه بصورت Cross Sectional 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، در سال ۱۳۹۰ انجام گرفت. تعداد نمونه ۳۳۶ نفر و روش نمونه گیری بصورت تصادفی ساده بود. داده ها با استفاده از پرسشنامه و مصاحبه با حضور در مطب جمع آوری شد.

یافته ها: تعداد شرکت کنندگان در مطالعه ۳۳۶ بودند. جنس ۱۳۱ (۳۹٪) نفر از آنها زن و ۲۰۵ (۶۱٪) مرد بود. میانگین سن زنان برابر $۳۶/۶ \pm ۶$ سال و میانگین سن مردان برابر $۴۱/۴ \pm ۸/۶$ سال بود. موانع گزارشدهی از نظر پزشکان عمومی مورد مطالعه به ترتیب شامل: عدم رضایت بیماران به گزارش ۲۶/۵٪، عدم اطلاع رسانی کافی ۲۳/۸٪، عدم اطمینان از تشخیص درست ۲۲٪، فقدان پس خوراند مرکز بهداشت ۲۱/۷٪ و فقدان وقت ۲۱٪، مغایرت با حفظ حریم شخصی بیمار ۱۸/۵٪، عدم اطلاع از گزارش دهی، واضح نبودن ضرورت گزارش دهی، احساس عدم استفاده از گزارش ها ۱۲/۵٪، مشخص نبودن هویت گزارش گیرنده ۱۱/۵٪، ساعت کار نامناسب مراکز بهداشت ۹/۸٪، برخورد نامناسب با بیماران ارجاع شده ۸/۶٪، قطع یا اشغال بودن تلفن ۸/۶٪، نگرانی از دست دادن بیمار ۷/۴٪، اجتناب از عواقب سوء گزارش دهی ۷/۱٪ و دور بودن مرکز بهداشت از مطب ۳/۳٪ گزارش شد. بجز عدم اطمینان از تشخیص بین دو جنس که پزشکان زن بیشتر از مردان ذکر کرده بودند ($P=۰/۰۱۴$) در سایر گزینه ها تفاوت معنی دار آماری مشاهده نشد.

نتیجه گیری: مشکلات و موانع اظهار شده نشان دهنده درک ناکافی پزشکان عمومی بخش خصوصی مورد مطالعه از اهداف نظام مراقبت و ناکافی بودن فعالیت های مراکز بهداشت می باشد.

واژگان کلیدی: مشکلات، موانع، گزارشدهی، گزارش بیماری، نظام مراقبت، پزشکان عمومی

The Viewpoints of General Practitioners Owning a Private office in North and East of Tehran about Barriers and Problems of Reporting of Communicable Diseases in 2011

Abstract:

Background and Objective: Effective Prevention and control of infectious diseases requires the surveillance system for developing efficient procedures for the priority infectious diseases. According to the less than expected reports and lack of studies on problems and barriers of reporting, this study was done with the aim of identifying the barriers and problems of surveillance system, the suitable way and time of education, the believes, the requirements and the expectations in order to improve the quality and quantity of surveillance system in the viewpoint of general practitioners (GPs) who have private office in the north and east metropolitan area of Tehran.

Material and Methods: This cross sectional study was performed with the participation of GPs undertaking their private practices around the Shahid Beheshti University in the north and east of Tehran in 2011. The sample size was 336 GPs and the sampling method was simple random. Data was collected by questionnaire and interview.

Result: A total of 336 GPs participated in the study. 131(39%) of them were male, and 205 (61%) were female. The mean age of females was 36.6 ± 6 years and for males was 41.1 ± 8.6 years. The barriers to reporting included: lack of patients consent for report (26.5%), lack of adequate information by health centers (23.8%), uncertainty of diagnosis (22%), lack of feedback of health centers (21.7%) and lack of sufficient time (21%), conflict over patient privacy (18.5%), lack of knowledge to reporting, not clearly defined reporting necessity, feeling the reports as useless 12.5%, not known identity of report giver 11.5%, not proper working time of health centers (9.8%), inappropriate behavior with referred patients (8.6%), disconnected or busy phone (8.6%), concern for missing patients (7.4%), to avoid adverse consequences of reporting (7.1%) and long distance between private office and health center (3.3%). Except uncertainty of diagnosis between two sex, which the number of female were mentioned more than male ($p=0.014$), there were not seen statistically significant for other options.

Conclusion: The mentioned problems and barriers by GPs owning a private office who participated in this study indicate the inadequate understanding of the objectives of surveillance system and inadequate activities of health centers.

Keywords: Problems, Barriers, Reporting, Surveillance, General Practitioners

| صفحه | فهرست مطالب |
|------|-------------------------------|
| ۱ | بیان مساله |
| ۴ | بازنگری منابع و اطلاعات موجود |
| ۲۶ | اهداف و فرضیات |
| ۲۷ | متغیرها |
| ۲۸ | روش بررسی |
| ۲۹ | یافته‌ها |
| ۴۷ | بحث و نتیجه گیری |
| ۵۲ | مشکلات و محدودیت‌ها |
| ۵۲ | توصیه و پیشنهادات |
| ۵۳ | تقدیر و تشکر |
| ۵۴ | منابع |

| صفحه | فهرست جداول |
|------|---|
| ۲۹ | جدول شماره ۱- توزیع فراوانی پزشکان بر حسب دانشگاه فارغ التحصیل شده |
| ۳۰ | جدول شماره ۲- تعداد و شاخص های آماری سابقه کار پزشکان عمومی مورد مطالعه بر حسب زمان و محل اشتغال |
| ۳۱ | جدول شماره ۳- توزیع فراوانی پزشکان بر حسب محل اشتغال فعلی غیر از مطب شخصی |
| ۳۲ | جدول شماره ۴- توزیع فراوانی پزشکان عمومی مورد مطالعه از منابع آگاهی از بیماری های قابل گزارش |
| ۳۳ | جدول شماره ۵- توزیع فراوانی نظرات پزشکان عمومی مورد مطالعه از مشکلات و موانع گزارش دهی بیماریها: رضایت بیماران به گزارشدهی |
| ۳۳ | جدول شماره ۶- توزیع فراوانی نظرات پزشکان عمومی مورد مطالعه از مشکلات و موانع گزارش دهی بیماریها: عدم اطمینان از تشخیص درست |
| ۳۴ | جدول شماره ۷- توزیع فراوانی نظرات پزشکان عمومی مورد مطالعه از مشکلات و موانع گزارش دهی بیماریها: فقدان پس خوراند توسط مرکز بهداشت |
| ۳۴ | جدول شماره ۸- توزیع فراوانی نظرات پزشکان عمومی مورد مطالعه از مشکلات و موانع گزارش دهی بیماریها: مغایرت با حفظ حریم شخصی بیمار |
| ۳۵ | جدول شماره ۹- توزیع فراوانی نظرات پزشکان عمومی مورد مطالعه از مشکلات و موانع گزارش دهی بیماریها: قطع یا اشغال بودن تلفن |
| ۳۵ | جدول شماره ۱۰- توزیع فراوانی نظرات پزشکان عمومی مورد مطالعه از مشکلات و موانع گزارش دهی بیماریها: نگرانی از دست دادن بیمار |
| ۳۶ | جدول شماره ۱۱- توزیع فراوانی نظرات پزشکان عمومی مورد مطالعه از مشکلات و موانع گزارش دهی بیماریها: ساعت کار نامناسب مراکز بهداشت |
| ۳۶ | جدول شماره ۱۲- توزیع فراوانی نظرات پزشکان عمومی مورد مطالعه از مشکلات و موانع گزارش دهی بیماریها: مشخص نبودن گزارش گیرنده |

| صفحه | فهرست جداول |
|------|---|
| ۳۷ | جدول شماره ۱۳- توزیع فراوانی نظرات پزشکان عمومی مورد مطالعه از مشکلات و موانع گزارش دهی بیماریها: فقدان وقت برای ارسال گزارش |
| ۳۷ | جدول شماره ۱۴- توزیع فراوانی نظرات پزشکان عمومی مورد مطالعه از مشکلات و موانع گزارش دهی بیماریها: واضح نبودن ضرورت گزارش |
| ۳۸ | جدول شماره ۱۵- توزیع فراوانی نظرات پزشکان عمومی مورد مطالعه از مشکلات و موانع گزارش دهی بیماریها: احساس عدم استفاده از نتایج گزارشات |
| ۳۸ | جدول شماره ۱۶- توزیع فراوانی نظرات پزشکان عمومی مورد مطالعه از مشکلات و موانع گزارش دهی بیماریها: عدم اطلاع |
| ۳۹ | جدول شماره ۱۷- توزیع فراوانی نظرات پزشکان عمومی مورد مطالعه از مشکلات و موانع گزارش دهی بیماریها: دور بودن مطب تا مرکز بهداشت |
| ۳۹ | جدول شماره ۱۸- توزیع فراوانی نظرات پزشکان عمومی مورد مطالعه از مشکلات و موانع گزارش دهی بیماریها: اجتناب از عواقب سوء گزارش دهی |
| ۴۰ | جدول شماره ۱۹- توزیع فراوانی نظرات پزشکان عمومی مورد مطالعه از مشکلات و موانع گزارش دهی بیماریها: برخورد نامناسب با بیماران ارجاع شده به مرکز بهداشت |
| ۴۰ | جدول شماره ۲۰- توزیع فراوانی نظرات پزشکان عمومی مورد مطالعه از مشکلات و موانع گزارش دهی بیماریها: عدم اطلاع رسانی کافی |
| ۴۲ | جدول شماره ۲۱- توزیع فراوانی نظرات پزشکان عمومی مورد مطالعه از مشکلات و موانع گزارش دهی بیماریها به ترتیب بیشترین به کمترین عامل بر حسب جنس |
| ۴۳ | جدول شماره ۲۲- توزیع نظرات پزشکان عمومی در مورد ضرورت آموزش نظام مراقبت و گزارش دهی بیماری ها در دوران تحصیل بر حسب جنس |
| ۴۳ | جدول شماره ۲۳- توزیع نظرات پزشکان عمومی در مورد ضرورت آموزش نظام مراقبت و گزارش دهی بیماری ها بوسیله مراجعه حضوری کارشناسان بهداشتی به مطب بر حسب جنس |

| صفحه | فهرست جداول |
|------|--|
| ۴۴ | جدول شماره ۲۴- توزیع نظرات پزشکان عمومی در مورد ضرورت آموزش نظام مراقبت و گزارش دهی بیماری ها بوسیله ارسال منابع آموزشی به مطب شخصی بر حسب جنس |
| ۴۴ | جدول شماره ۲۵- توزیع نظرات پزشکان عمومی در مورد ضرورت آموزش نظام مراقبت و گزارش دهی بیماری ها بوسیله آموزش در دوران طرح بر حسب جنس |
| ۴۵ | جدول شماره ۲۶- توزیع نظرات پزشکان عمومی در مورد ضرورت آموزش نظام مراقبت و گزارش دهی بیماری ها بوسیله بازآموزی بر حسب جنس |
| ۴۵ | جدول شماره ۲۷- توزیع فراوانی نظرات پزشکان عمومی مورد مطالعه از زمان مناسب آموزش نظام مراقبت بر حسب جنس |
| ۴۶ | جدول شماره ۲۸- توزیع فراوانی باورهای پزشکان عمومی در مورد الزامات و انتظارات جهت بهبود وضعیت کمی و کیفی نظام مراقبت به ترتیب بیشترین به کمترین |

بیان مسئله

پیشگیری و کنترل موثر بیماریهای عفونی نیازمند نظام مراقبت از بیماریها است تا بتوان اقدامات موثر را در مورد بیماریهای اولویت دار عفونی انجام داد (۱). مراقبت از بیماریها یا سورویلانس عبارت است از جمع آوری، تجزیه و تحلیل و تفسیر و انتشار اطلاعات بصورت مداوم 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 (۲). 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 گذاریهای 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 (۳). 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 باارزش گزارش دهی ملی و بین المللی یک اولویت بهداشتی قلمداد می گردد (۲).

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 بیماریهای 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.

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 بیماریها ۷۴٪ می باشد (۴). در تایوان گزارش شده است که ۸۳/۵٪ پزشکان تجربه گزارشدهی داشته اند (۵). مطالعه دیگری در کشور امریکا گزارش دهی در سیستم مراقبت غیر فعال را از ۳۰٪ تا ۶۲٪ موارد بیماریهای قابل گزارش تخمین زده است (۶). در مطالعه دیگری در همان کشور تاخیر در گزارش دهی از ۱۲ روز برای مننژیت تا ۶۰ روز برای سیاه سرفه متغیر بود (۷) در حالیکه مدت تاخیر در سوئد بین ۷ تا ۱۱ روز بود (۸). در کشورهای در حال توسعه که بیشترین نیاز را به نظام مراقبت دارند نقایص فراوانی وجود دارد (۹). البته هیچ کشوری در دنیا نظام مراقبت مطلوب را ندارد (۱). مطالعات انجام شده در مورد آگاهی پزشکان از نظام مراقبت در کشور متفاوت و از ۱۴/۳٪ (۱۰)، تا ۳۸٪ متغیر است (۱۱). 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 بیماریها را با تشخیص مشکوک گزارش کند، آگاهی محسوب می شود. حال چه بیماریهایی، چه زمانی و به کجا باید گزارش شود با مراجعه به مستندات بدست می آید. با این دیدگاه آگاهی پزشکان ۵۵/۴٪ می باشد (۱۲). در مورد گزارش بیماریها یک مطالعه خود اظهاری در شیراز نشان داد که تنها ۷/۴٪ پزشکان عمومی در شش ماه یک بیماری را گزارش کرده اند (۱۳). مطالعه دیگری نشان داد که در یک سال تنها ۱۲۴ (۱۸/۵٪) از پزشکان یک بیماری را گزارش نموده اند (۱۲)، ولی آمار ثبت شده دریافتی تحت پوشش سه مرکز بهداشت مورد مطالعه در تهران در طول یک سال حتی به یکصد گزارش نیز نمی رسد (۱۴). 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 (۱۵).

در مجموع نظر به میزان کمتر از حد انتظار گزارش و فقدان مطالعه ای در موانع و مشکلات گزارشدهی، این

مطالعه با هدف تعیین موانع و مشکلات نظام مراقبت از بیماریها، 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.

تعریف واژه ها:

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.

بازنگری منابع و اطلاعات موجود:**الف - کلیات نظام مراقبت از بیماریها در ایران****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 ارایه 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 اولویتها
- 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 ارایه 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 در 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 بیماری‌هایی گزارش می‌شود؟

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 کزیدگی | 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 (HTN) | | | |
| ۶- بیماری‌های روانی (سایکوز ، نوروز ، صرع) | | | |
| ۷- سوانح و تصادفات | | | |

۳- بیماریهایی که فقط تعداد موارد آنها در پایان هرماه 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 می گردد.

۲- تعریف مورد مشکوک یا بالینی (suspected case)

براساس تشخیص بالینی توسط کارشناسان و بدون انجام آزمایش های بالینی صورت می گیرد.

۳- تعریف مورد محتمل (probable case)

براساس تشخیص بالینی و آزمون های آزمایشگاهی غیر اختصاصی، انجام ولی تایید نمی شود.

۴ تعریف قطعی (confirmed case)

بر اساس تشخیص بالینی و تایید آزمایشگاهی صورت می گیرد.

طبقه بندی مراقبت بیماری براساس اهداف مراقبت متفاوت است. انواع طبقه بندی و مثال های آن به شرح زیر است:

به منظور ریشه کنی بیماری ها مانند فلج اطفال، دراکونکولیاژیس)
 به منظور حذف بیماری ها مانند سرخک، کزاز نوزادان، جذام، شاگاس، فیلاریازیس
 به منظور کاهش بروز و شیوع بیماری ها مانند مالاریا، سل، هپاتیت
 با هدف کاهش انتقال مانند HIV/AIDS

بیماری های تابع مقررات گزارش اجباری

وبا، طاعون، تب زرد

بیماری های منظور شده در لیست مراقبت های بین المللی

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

سطوح نظام مراقبت بیماری ها در ایران

۱- شهرستان ۲- استان ۳- ملی

طبقه بندی زمانی مراقبت بیماری ها 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، هپاتیت، سیاه سرفه، کزاز
 بالغین،

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

در نوشتن مطالب مربوط به کلیات از منابع ۳، ۱۶ و ۱۷ استفاده شده است.

وضعیت موجود نظام مراقبت بیماری های واگیر کشور (۱۱)

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 هپاتیت C، ایدز، SARS و آنفلوآنزای پرندگان 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 دستکاری 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 آنهاست 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 گروه های 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 ملی به نحوی ارتقاء دهند که قادر باشد براساس ضوابط و استانداردهای یکسان بروز بیماری های واگیر با اهمیت بین المللی 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 دوم این قانون به بیماری های واگیردار پرداخته و ماده ۱۹ آن به موضوع ضرورت و الزام گزارش دهی 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) مطبقة (تیفوئید) - (۵) محرقة (تیفوس اگزانتوماتیک) - (۶) آبله - (۷) مخملک - (۸) سرخچه - (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 مسافری، 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، بادیسرخ، ورم غده بناگوش، سل سینه، گریپ، ذات الریه (پنومونی)، تراخم، سیاه زخم، تب راجعه (تیفوس و رکورانت) آبله مرغان، هیپاتیت های ویروسی، مسمومیت غذایی.

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

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 می شوند.

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، دیفتری، 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، شیستوزومیازیس، تب راجعه کهنه ای.

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

نقاط ضعف نظام مراقبت و گزارشدهی بیماریهای عفونی

الف: جمع آوری داده ها

- عدم آشنایی کافی پزشکان با نظام مراقبت بیماری های واگیر کشور و اهمیت 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
- مکانیکال 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 گزارشدهی بیماری ها و همچنین برای ارسال نتایج و پس خوراندها
- 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 تأیید 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
- مطالب زیر از منبع (۱۶) استخراج شده است.
- 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 ۰/۸۶ (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 | خیریه و سایر | بخش خصوصی | سازمان تامین اجتماعی | دانشگاه علوم پزشکی | |
|--------------|--------------|--------------|----------------------|--------------------|---------------------------|
| تعداد (درصد) | تعداد (درصد) | تعداد (درصد) | تعداد (درصد) | تعداد (درصد) | |
| ۵۸۸ (۸۰) | ۵۰ (۸) | ۱۱۳ (۱۹) | ۵۷ (۱۰) | ۳۶۸ (۶۳) | بیمارستان عمومی و زایشگاه |
| ۱۵۰ (۲۰) | ۱۰ (۷) | ۱۰ (۷) | ۵ (۳) | ۱۲۵ (۸۳) | بیمارستان تخصصی |
| ۷۳۸ (۱۰۰) | ۶۰ (۸) | ۱۲۳ (۱۷) | 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 مراکز ارائه خدمات بهداشتی، تشخیصی درمانی سال ۱۳۸۳-ایران

| | |
|-------|-----------------------------|
| ۷۳۸ | بیمارستان |
| ۱۵۱۹ | درمانگاه های سرپائی |
| 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 |

فرآیند گزارش دهی بیماریهای مشمول گزارش تلفنی در بیمارستانهای دولتی و خصوصی

این سند از واحد مبارزه با بیماری های معاونت امور بهداشتی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی گرفته شده است.

شرح فرآیند :

گزارش دهی بیماریهای از مکانهای مختلف مانند مراکز بهداشتی درمانی، خانه های بهداشت، بیمارستانهای تحت پوشش، امری بسیار مهم و ضروری است و بیماریهایی که تهدیدی برای بهداشت عمومی محسوب می شوند در لیست بیماریهای قابل گزارش قرار گرفته اند بیماریهای تب زرد ، فلج اطفال ، آنفلوآنزای انسانی، تب های خونریزی دهنده آبله، سارس مشمول گزارش مراقبتهای بین المللی هستند . نظام مراقبت بیماریهای واگیر در شبکه خدمات بهداشتی اولیه (PHC) کشور ادغام یافته است.

فهرست بیماریهای با گزارش دهی اجباری برحسب شرایط هرچند سال یک بار بازنگری می شود . بعضی بیماریها مشمول گزارش تلفنی فوری هستند مانند فلج شل حاد ، سرخک ، سرخجه مادرزادی، دیفتری، مننژیت ، وبا، AEFI ، سیاه زخم تنفسی ، تیفوس ، مالاریا ، کزاز نوزادان ، تب زرد و... بعضی از بیماریهای نیز مشمول گزارش تلفنی غیرفوری می باشند شامل : سل ، جذام ، سیاه سرفه ، کزاز بالغین ، تب تیفوئید ، انواع هپاتیت ویروسی ، ایدز بیماریهای آمیزشی ، شیگلوز ، بروسلوز و...

گزارش بیماریها منبع با ارزشی از داده های مربوط به ابتلا می باشد . این داده ها شامل بروز و چگونگی توزیع بیماریهای قابل گزارش هستند . اما معمولاً موارد گزارش شده کمتر از واقعیت هستند و بسیاری از موارد تشخیص داده نشده و یا گزارش نمی گردند . بدیهی است که با یک برنامه ریزی صحیح میتوان under reporting سیستم گزارش دهی بیماریهای واگیر در سطح دانشگاه را مرتفع نمود و به استاندارد کشوری دست یافت . در یک طراحی صحیح فرآیند گزارش دهی و گزارش گیری بیماریهای واگیر بطور دقیق انجام خواهد پذیرفت.

مراحل اجرای گزارشدهی بیماریهای مشمول گزارش تلفنی در بیمارستانهای دولتی و خصوصی**در حال حاضر:**

- ✓ مورد خاصی از بیماری قابل گزارش تلفنی به اورژانس بیمارستان مراجعه می کنند.
- ✓ جهت بیمار پرونده تشکیل می شود و بیمار بطور سرپایی و یا بطور بستری معاینه می شود.
- ✓ بیمار چند روز در بیمارستان بستری شده و کارهای پاراکلینیک برای بیمار انجام می شود.
- ✓ فرد گزارش گیر از مرکز بهداشت به بیمارستان مراجعه می کند و به بخش مورد نظر می رود.
- ✓ مورد مشکوک از طریق دفتر ثبت بخش و یا مسلول بخش به فرد گزارش گیر ، گزارش می شود.
- ✓ گزارش مورد خاص در دفتر گزارشات تلفنی مرکز بهداشت ثبت می شود.
- ✓ از مرکز بهداشت شهرستان به ستاد معاونت بهداشتی ، گزارش تلفنی می شود.
- ✓ سپس از ستاد معاونت به ستاد کشوری گزارش تلفنی می شود.

ب- مقالات:

Al-Raddadi RM, Bakarman MA , در سال ۱۹۹۹ مطالعه ای را به منظور تعیین میزان گزارش دهی بیماری های مسری در منطقه جده عربستان و مقایسه سیستم ثبت بین بخش خصوصی و دولتی انجام دادند.

در این مطالعه گزارشات همه بیمارستان ها و مراکز (با یا بدون موارد بیماری) از هفته اول تا هفته ۲۵ سال ۱۹۹۹ مورد بررسی قرار گرفتند و میزان گزارش دهی محاسبه شد. به منظور ارزیابی کیفیت تکمیل اطلاعات ثبت شده، نمونه ای به صورت تصادفی ساده (شامل هفته های ۵، ۱۵، ۱۸، ۱۹ و ۲۱) از این گزارشات جمع آوری شد. میزان فرم های در دسترس این ۵ هفته ۷۷۶ عدد بود، در حالی که میزان مورد انتظار ۱۰۶۰ عدد بود. از بین ۷۷۶ فرم ۳۹۵ فرم شامل هیچ مورد از بیماری نبود، و ۳۸۱ فرم دیگر حاوی یافته های مثبت بود. از بین ۳۸۱ فرم ذکر شده، ۶ گزارش مربوط به بیمارستان های دولتی کنار گذاشته شدند، زیرا فرم های آنها متفاوت از بقیه بود. در نتیجه در کل ۳۷۵ فرم در این مطالعه وارد شدند. به منظور ارزیابی کیفیت سیستم ثبت اطلاعات، داده های این فرم ها (داده های اداری، شخصی و داده های مربوط به بیماری های گزارش شده) جمع آوری و به وسیله نرم افزار SPSS و با کمک تست آماری مربع کای تجزیه و تحلیل شد.

میزان گزارشدهی ۷۴٪ بود. بیمارستان های خصوصی بیشترین میزان گزارشدهی (۸۷٪) و پلی کلینیک ها کمترین میزان گزارشدهی (۶۷٪) را داشتند. میزان گزارش دهی برای داده های اداری بیش از ۹۰٪ بود. داده های شخصی به جز موارد مربوط به نام بیماران (۷۶٪)، آدرس (۲۰٪) و شغل (۷۳٪) کامل بودند. مهم ترین نقایص داده های مربوط به بیماری ها، مربوط به روش انتقال بیماری ها (۱۳٪)، سابقه واکسیناسیون قبلی (۲۹٪)، روز شروع نشانه های بیماری (۸۹٪)، و روز تشخیص بیماری (۹۸٪) بود. یافته های این مطالعه نشان دهنده اختلاف معنی دار آماری بین بخش های مختلف سیستم خدمات بهداشتی- درمانی در زمینه ثبت داده ها بود: کمترین میزان ثبت نام پزشک و قرار دادن تمبر رسمی در فرم ها مربوط به بیمارستان های دولتی بود ($p < 0.001$)، بهترین میزان ثبت نام بیمار و شغل وی مربوط به مراکز مراقبت های اولیه بهداشتی بود ($p < 0.001$)، کمترین میزان ثبت بیماری و سابقه واکسیناسیون قبلی مربوط به پلی کلینیک ها بود ($p < 0.001$)، و بهترین میزان ثبت دوز شروع نشانه های بیماری مربوط به بیمارستان ها خصوصی بود ($p < 0.001$). یافته های این مطالعه نشان داد که میزان گزارشدهی در جده ۷۴٪ بود (۴).

نقد: اما مفید بودن این گزارشات به علت نقائصی چون داده های شخصی پرنشده، غلط یا ناکامل و عدم وجود

برخی از داده های مربوط به بیماری ها مانند روش انتقال بیماری، سابقه واکسیناسیون و روز شروع نشانه ها
زیر سوال است.

۲- A. Karimi و همکاران در سال ۱۹۹۶-۱۹۹۵ مطالعه ای را به منظور موردیابی فعال بیماری های عفونی اولویت دار در استان فارس انجام دادند.

آنها کمیته ای را با نام کمیته بیماری های مسری (CDC) شامل یک اپیدمیولوژیست و سه متخصص بیماری های عفونی تشکیل دادند و بیماری های عفونی را بر اساس میزان ناخوشی حاصل از آنها، میزان مرگ و میر آنها و قابلیت پیشگیری با واکسن اولویت بندی کردند و ۲۴ مورد اول را برای موردیابی فعال انتخاب کردند. کمیته فوق کارکنانی را با عناوین گزارش دهندگان (Reporters) و تعقیب کنندگان (Follow-up Staff) آموزش دادند و پزشکان درگیر در سیستم بهداشتی را در مورد تشخیص و درمان بیماری های منتخب، آموزش مجدد دادند. پزشکان فراگرفتند که چگونه بیماری های منتخب را اداره و همچنین گزارش کنند. اهمیت موردیابی فعال برای مسئولان آزمایشگاه های خصوص و دولتی نیز بیان شد. در صورت مشاهده فلج حاد شل، کزاز، دیفتیری، مننژیت، سرخک و وبا، این بیماری ها باید به وسیله نامبر و در عرض یک روز از ناحیه مشاهده شده به اداره مرکزی بهداشت استان گزارش می شدند. وقوع سایر بیماری ها، هر دو هفته به اداره مرکزی پست می شد.

فرایند موردیابی فعال و پایش بیماری های مسری در استان فارس (شامل ۱۶ ناحیه و ۴ میلیون جمعیت) به صورت زیر بود:

۱. بعد از وقوع یک رویداد بهداشتی، بیماران به پزشکان و سپس به آزمایشگاه ها و بیمارستان ها برای تشخیص پاراکلینیکی ارجاع می شدند.

۲. گزارش دهندگان برای جمع آوری داده های آزمایشگاهی تأیید شده ۲۴ بیماری انتخابی به بیمارستان ها و آزمایشگاه ها مراجعه می کردند و نام، سن، جنس و آدرس هر بیمار را ثبت می کردند.

۳. اطلاعات به تعقیب کنندگان در سیستم مراقبت های بهداشتی ناحیه تحویل داده می شد.

۴. تعقیب کنندگان، بیماران را در منازل آنها مورد مصاحبه رودررو قرار می دادند و داده هایی را در زمینه سابقه تماس با مورد اندکس (Index Case)، مسافرت، انتقال خون، واکسن و وضعیت بهداشتی (Sanitary Status) خانه آنها جمع آوری می کردند.

۵. سپس به منظور تأیید موارد گزارش شده، داده ها به پزشکان مرکز بهداشتی ناحیه ارائه می شد.
۶. سپس داده ها برای کنترل و تحلیل اطلاعات، به پزشکان بیماری های مسری مرکز بهداشتی استان منتقل می شد.
۷. در نهایت داده های مربوط به هر ناحیه جهت اقدامات لازم به کمیته انتقال داده می شد.
- فراوانی بیماری های مسری (بدون در نظر گرفتن مالاریا) از سال ۱۹۹۵ تا ۱۹۹۶ افزایش یافته بود: فلج حاد شل تا ۸۳۳٪، آمیبیاز تا ۳۸۵۶٪، گونوره تا ۲۹۳۳٪، کالاآزار تا ۷۰۰٪، هیپاتیت بی تا ۷۴۲۵٪، شیگلوز تا ۱۰۶۰٪، توکسوپلاسموز تا ۱۲۴۳٪، سل تا ۴۴٪ و تب تیفوئیدی تا ۳۰۱۸٪. فراوانی وقوع دیفتری، سرخک، سیاه سرفه، کزاز، وبا، جذام یا هاری تغییر معنی داری نداشت. فراوانی مالاریا کاهش یافته بود (احتمالاً به علت بازگشت پناهندگان افغانی)
- به طور کلی موردیابی فعال ۱۶ مورد از ۲۴ مورد انتخابی در مقایسه با بیماریابی انفعالی (Passive) تا ۳۰ برابر افزایش نشان داد. یادآور می شود که افزایش فراوانی این بیماری ها نتیجه مستقیم رویکرد جدید برای بیماریابی فعال بود و در این مدت هیچگونه اپیدمی یا تغییرات موثر بوقوع نپیوسته است (۱۵).

نقد:

از مزایای بیماریابی فعال فوق این موارد را می توان نام برد: تمام موارد گزارش شده با معیارهای آزمایشگاهی تأیید شدند (تشخیص آزمایشگاهی از تشخیص کلینیکی صحیح تر است)، بیشتر بیماران از طریق پزشکان آموزش دیده به آزمایشگاه ها ارجاع می شدند. از معایب این مطالعه اینکه تمام بیماران درمان شده به وسیله پزشکان ارجاع داده نشده بودند. به علت برخی محدودیت های ابزاری، یافته های آزمایشگاهی در برخی موارد (مانند تست های سرولوژیک مربوط به سالمونلوز) صحیح نبودند.

۳- Ruth Ann Jajosky و Samuel L. Groseclose در سال ۲۰۰۴ مطالعه ای را به منظور ارزیابی بهنگام بودن داده های NNDSS (سیستم مراقبت بیماری های واجب الاخطار ملی) انجام دادند تا تعیین کنند که آیا NNDSS می تواند باعث اخطار به موقع طغیان های چندایالتی و واکنش مناسب ایالتی نسبت به آنها شود. این محققان به منظور فراهم کردن زمینه ای برای ارزیابی بهنگام بودن NNDSS، مطالعات منتشر شده ای را که حاوی گزارشات کمی از بهنگام بودن سیستم مراقبت بیماری های عفونی در ایالات متحده بین ژانویه ۱۹۷۰ تا مارس ۲۰۰۳ بودند مورد بررسی قرار دادند. در عین حال به منظور ارزیابی NNDSS، میانه تأخیر گزارشات NNDSS در خلال سال های ۱۹۹۹ تا ۲۰۰۱ را برای هفت بیماری عفونی واجب الاخطار ملی (کریپتوسپوریدیوزیس، ای کولای O157:H7، هیپاتیت A، بیماری مننگوکوکی، سیاه سرفه، سالمونلوزیس و شیگلوزیس) بر اساس اختلاف مابین تعداد هفته های MMDR (گزارش هفتگی موربیدیته و مورتالیته) تعیین شده برای هر بیماری و زودترین زمان گزارش شده مرتبط با بروز بیماری (با توجه به تاریخ شروع بیماری، تاریخ تشخیص بیماری، تاریخ نتایج آزمایشات یا تاریخ اولین گزارش به سیستم بهداشتی اجتماعی) محاسبه کردند. میزان موارد بیماری گزارش شده در دوره های نهفتگی هر بیماری نیز به منظور تعیین کارایی NNDSS در مورد اخطار به موقع طغیان های چند ایالتی در سطح ملی محاسبه شد.

نتایج بررسی مطالعات منتشر شده بین ژانویه ۱۹۷۰ تا مارس ۲۰۰۳ نشان داد که مطالعات محدودی شامل گزارشات کمی از بهنگام بودن سیستم مراقبت بیماری های عفونی بودند. در عین حال این مطالعات اندک نیز به هنگام بودن گزارشات را به شیوه ای استاندارد ارزیابی نکرده بودند. بررسی بهنگام بودن داده های NNDSS نیز نشان داد که میانه تأخیر گزارشات ملی بر اساس تاریخ شروع بیماری از ۱۲ روز برای بیماری های منگوکوکی تا ۴۰ روز برای سیاه سرفه متغیر بوده است. بررسی موارد بیماری گزارش شده در دوره های نهفتگی نیز نشان داد که درصد گزارش در مورد بیماری هایی که دوره نهفتگی طولانی تری داشتند بیشتر بود. به عنوان مثال در مورد هیپاتیت A که دارای طولانی ترین دوران نهفتگی است، بیش از ۶۰٪ موارد در خلال یک دوره نهفتگی از زودترین زمان گزارش داده شده بروز بیماری (با توجه به تاریخ شروع بیماری، تاریخ تشخیص بیماری، تاریخ نتایج آزمایشات یا تاریخ اولین گزارش به سیستم بهداشتی اجتماعی) گزارش شده بودند. از طرف دیگر در مورد کریپتوسپوریدیوزیس، ای کولای O157:H7، بیماری منگوکوکی،

سالمونلوزیس و شیگلوزیس کمتر از ۴۰٪ از موارد در خلال یک دوره نهفتگی از زودترین زمان گزارش داده شده بروز بیماری گزارش شده بودند.

در نهایت تجزیه و تحلیل داده های NNDSS نشان داد که این داده ها برای اخطار به موقع طغیان های چندایالتی و واکنش مناسب ایالتی نسبت به آنها دارای محدودیت هستند (۷).

اهداف طرح:**• هدف کلی:**

تعیین نظرات پزشکان عمومی دارای مطب خصوصی در شمال و شرق در تهران در مورد مشکلات و موانع گزارش دهی بیماریهای واگیر در سال ۱۳۹۰

• اهداف اختصاصی:

۱. تعیین سن پزشکان مورد مطالعه
۲. تعیین جنس پزشکان مورد مطالعه
۳. تعیین دانشگاه محل تحصیل پزشکان مورد مطالعه
۴. تعیین سالهای سپری شده از فارغ التحصیلی پزشکان مورد مطالعه
۵. تعیین سابقه کار در مطب پزشکان مورد مطالعه
۶. تعیین سابقه کار در محل مطب فعلی پزشکان مورد مطالعه
۷. تعیین سالها سابقه کار در واحد های نظام سلامت پزشکان مورد مطالعه
۸. تعیین مشکلات و موانع گزارش دهی بیماری های قابل گزارش در مطب
۹. تعیین راه حل های پیشنهادی در جهت بهبود نظام مراقبت از بیماریها و گزارش دهی
۱۰. تعیین زمان آموزش نسبت به نظام مراقبت از بیماریها و گزارش دهی

متغیرها

| نام متغیر | مقیاس سنجش | واحد اندازه گیری / تقسیمات مقیاس |
|----------------------------------|------------|---|
| سن | کمی پیوسته | سال |
| جنس | کیفی اسمی | زن، مرد |
| دانشگاه محل تحصیل | کیفی اسمی | تهران، شهید بهشتی، ایران، .. |
| سالهای سپری شده از فارغ التحصیلی | کمی پیوسته | سال |
| سابقه کار در مطب | کمی پیوسته | سال |
| سابقه کار در محل مطب فعلی | کمی پیوسته | سال |
| سابقه کار در واحد های نظام سلامت | کمی پیوسته | ماه |
| مشکلات و موانع احساس شده | کیفی اسمی | عدم اطلاع رسانی کافی، فقدان پس خوراند، عدم اطمینان از تشخیص، عدم رضایت بیماران به گزارش، |
| ارائه راه حل ها | کیفی اسمی | پس خوراند، اعلام اپیدمی، مشوق ها، فعالیت بیشتر مراکز بهداشت، اجباری بودن گزارشدهی، آموزش، |
| زمان آموزش | کیفی اسمی | دوران تحصیل، آموزش در دوران طرح، بازآموزی، ارسال منابع آموزشی به مطب، مراجعه حضوری کارشناسان مرکز بهداشت به مطب |

روش بررسی:

این مطالعه 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 ۱۳۹۰ انجام گرفت. تعداد نمونه ۳۳۶ نفر بود که بر اساس فرض احساس وجود مشکلات ۵۰٪، سطح اطمینان ۹۵٪ و دقت ۵/۵٪ برآورد شد.

پزشکانی که در محدود ذکر شده دارای مطب بوده و حداقل سابقه یکسال 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 پرسشنامه از قبل تنظیم شده، و با مراجعه به مطب پزشکان، مصاحبه جمع آوری شد. محتویات پرسشنامه 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 مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

یافته ها:

این مطالعه با مشارکت ۳۳۶ 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 ۱۳۱ (۳۹٪) نفر از آنها زن و ۲۰۵ (۶۱٪) مرد بود. میانگین سن زنان برابر $۳۶/۶ \pm ۶$ سال و میانگین سن مردان برابر $۴۱/۴ \pm ۸/۶$ سال بود، یعنی زنان حدود پنج سال جوانتر از مردان بودند ($p < 0.001$). 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. توزیع فراوانی پزشکان بر حسب دانشگاه محل تحصیل در جدول شماره ۱ دیده می شود.

جدول شماره ۱- توزیع فراوانی پزشکان بر حسب دانشگاه فارغ التحصیل شده

| نام دانشگاه علوم پزشکی | تعداد | درصد |
|------------------------|-------|------|
| تهران | ۷۶ | ۲۲/۶ |
| شهید بهشتی | ۴۷ | ۱۴ |
| ایران | ۲۲ | ۶/۵ |
| اصفهان | ۲۵ | ۷/۴ |
| شیراز | ۲۵ | ۷/۴ |
| آزاد | ۱۹ | ۵/۷ |
| تبریز | ۱۷ | ۵/۱ |
| اهواز | ۱۶ | ۴/۸ |
| مشهد | ۱۱ | ۳/۳ |
| سایر (۲۳ دانشگاه) | ۷۸ | ۲۳/۲ |
| جمع | ۳۳۶ | ۱۰۰ |

میانگین سال های دارای مطب شخصی برابر $8/2 \pm 7/5$ کمترین و بیشترین به ترتیب یکسال و ۴۶ سال بود. جدول شماره ۲ 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 بهداشت در همه سطوح و مراکز بهداشتی درمانی روستائی و شهری می باشد.

جدول شماره ۲- تعداد و شاخص های آماری سابقه کار پزشکان عمومی مورد مطالعه

بر حسب زمان و محل اشتغال

| تعداد | میانگین | انحراف معیار | میانه | کمترین | بیشترین |
|-------|---------|--------------|-------|--------|---------|
| ۳۳۶ | ۱۲/۶ | ۷/۹ | ۱۱ | ۱ | ۴۶ |
| ۳۳۶ | ۸/۲ | ۷/۵ | ۶ | ۱ | ۴۶ |
| ۳۳۶ | ۵/۶ | ۶ | ۴ | ۱ | ۴۲ |
| ۱۹۵ | ۲۶/۳ | ۲۲/۶ | ۲۲ | ۲ | ۱۵۶ |

تعداد ۱۱۰ (۳۳٪) نفر از پزشکان عمومی مشارکت کننده در زمان مطالعه علاوه بر اشتغال در مطب در مراکز بهداشتی یا درمانی دیگر مشغول بکار بودند. توزیع محل اشتغال فعلی در جدول شماره ۳ نشان داده می شود.

جدول شماره ۳- توزیع فراوانی پزشکان بر حسب محل اشتغال فعلی غیر از مطب شخصی

| محل اشتغال فعلی | تعداد | درصد |
|-----------------------------|-------|------|
| مرکز بهداشتی درمانی روستائی | ۳ | ۰/۹ |
| مرکز بهداشتی درمانی شهری | ۸ | ۲/۴ |
| شبکه یا مرکز بهداشت شهرستان | ۲ | ۰/۶ |
| درمانگاه دولتی | ۱۸ | ۵/۴ |
| درمانگاه خصوصی یا خیریه | ۲۴ | ۷/۱ |
| بیمارستان دانشگاهی یا دولتی | ۱۴ | ۴/۲ |
| بیمارستان تامین اجتماعی | ۶ | ۱/۸ |
| بیمارستان خصوصی یا خیریه | ۱۴ | ۴/۲ |
| بیمارستان ارتش یا سپاه | ۶ | ۱/۸ |
| سایر | ۱۵ | ۴/۵ |
| عدم اشتغال در غیر از مطب | ۲۲۶ | ۶۷/۳ |
| جمع | ۳۳۶ | ۱۰۰ |

از مجموع ۳۳۶ نفر پزشک عمومی مشارکت کننده در مطالعه تعداد ۱۶۰ (۴۷/۶٪) ذکر کردند که در طول عمر طبابت حداقل یکبار یک بیماری قابل گزارش را به مسئولین مربوطه گزارش کرده اند. در جدول شماره ۴ منابع آگاهی پزشکان عمومی مورد مطالعه از بیماری های قابل گزارش نشان داده می شود. بیشترین منبع آگاهی دوران تحصیل و پس از آن آموزش در دوران طرح می باشد. چنانچه مجموع فعالیت های مراکز بهداشت را در نظر بگیریم، ملاحظه می شود که ۶۱٪ آموزش در مورد نظام مراقبت در دوران طرح و یا مراجعه و ارسال مستندات از مرکز بهداشت بوده است.

جدول شماره ۴- توزیع فراوانی پزشکان عمومی مورد مطالعه از منابع آگاهی از بیماری های قابل گزارش

| منابع آگاهی | تعداد (n=۳۳۶) | درصد |
|--------------------------------------|---------------|------|
| دوران تحصیل | ۱۱۷ | ۳۴/۸ |
| مراجعه حضوری کارشناسان مرکز بهداشت | ۲۸ | ۸/۳ |
| ارسال پوستر و مستندات از مرکز بهداشت | ۷۷ | ۲۱/۴ |
| آموزش در دوران طرح | ۹۷ | ۲۸/۹ |
| بازآموزی | ۵۸ | ۱۷/۳ |
| مطالعه شخصی | ۶۱ | ۱۸/۲ |
| سایر | ۵ | ۱/۵ |
| هیچ آگاهی ندارد | ۲۲ | ۶/۳ |

جدول شماره ۵ تا ۲۰ توزیع نظرات پزشکان عمومی مورد مطالعه از مشکلات و موانع گزارش دهی بیماریها را به تفکیک هر عامل بصورت جداگانه نشان می دهد. بین دو جنس بجز گزینه عدم اطمینان از تشخیص درست ($P=0/014$) تفاوت معنی دار آماری وجود نداشت. همچنین جدول شماره ۲۱ این نظرات را بصورت تجمعی و به ترتیب بیشترین به کمترین عامل نشان می دهد.

جدول شماره ۵- توزیع فراوانی نظرات پزشکان عمومی مورد مطالعه

از مشکلات و موانع گزارش دهی بیماریها: رضایت بیماران به گزارشدهی

| رضایت بیماران به گزارشدهی | زن (درصد) تعداد | مرد (درصد) تعداد | جمع (درصد) تعداد |
|------------------------------|--------------------|---------------------|---------------------|
| ناراضی | ۳۳ (۲۵/۲) | ۵۶ (۲۷/۳) | ۸۹ (۲۶/۵) |
| راضی | ۹۸ (۷۴/۸) | ۱۴۹ (۷۲/۷) | ۲۴۷ (۷۳/۵) |
| جمع | ۱۳۱ (۱۰۰) | ۲۰۵ (۱۰۰) | ۳۳۶ (۱۰۰) |

P= NS

جدول شماره ۶- توزیع فراوانی نظرات پزشکان عمومی مورد مطالعه

از مشکلات و موانع گزارش دهی بیماریها: عدم اطمینان از تشخیص درست

| عدم اطمینان از تشخیص درست | زن (درصد) تعداد | مرد (درصد) تعداد | جمع (درصد) تعداد |
|------------------------------|--------------------|---------------------|---------------------|
| بلی | ۳۸ (۲۹) | ۳۶ (۱۷/۶) | ۷۴ (۲۲) |
| خیر | ۹۳ (۷۱) | ۱۶۹ (۸۲/۴) | ۲۶۲ (۷۸) |
| جمع | ۱۳۱ (۱۰۰) | ۲۰۵ (۱۰۰) | ۳۳۶ (۱۰۰) |

P= 0.014

جدول شماره ۷- توزیع فراوانی نظرات پزشکان عمومی مورد مطالعه

از مشکلات و موانع گزارش دهی بیماریها: فقدان پس خوراند توسط مرکز بهداشت

| فقدان پس خوراند | زن (درصد) تعداد | مرد (درصد) تعداد | جمع (درصد) تعداد |
|-----------------|--------------------|---------------------|---------------------|
| بلی | ۲۵ (۱۹/۱) | ۴۸ (۲۳/۴) | ۷۳ (۲۱/۷) |
| خیر | ۱۰۶ (۸۰/۹) | ۱۵۷ (۷۶/۶) | ۲۶۳ (۷۸/۳) |
| جمع | ۱۳۱ (۱۰۰) | ۲۰۵ (۱۰۰) | ۳۳۶ (۱۰۰) |

P= NS

جدول شماره ۸- توزیع فراوانی نظرات پزشکان عمومی مورد مطالعه

از مشکلات و موانع گزارش دهی بیماریها: مغایرت با حفظ حریم شخصی بیمار

| مغایرت با حفظ حریم شخصی بیمار | زن (درصد) تعداد | مرد (درصد) تعداد | جمع (درصد) تعداد |
|-------------------------------|--------------------|---------------------|---------------------|
| بلی | ۲۰ (۱۵/۳) | ۴۲ (۲۰/۵) | ۶۲ (۱۸/۵) |
| خیر | ۱۱۱ (۸۴/۷) | ۱۶۳ (۷۹/۵) | ۲۷۴ (۸۱/۵) |
| جمع | ۱۳۱ (۱۰۰) | ۲۰۵ (۱۰۰) | ۳۳۶ (۱۰۰) |

P= NS

جدول شماره ۹- توزیع فراوانی نظرات پزشکان عمومی مورد مطالعه

از مشکلات و موانع گزارش دهی بیماریها: قطع یا اشغال بودن تلفن

| قطع یا اشغال بودن تلفن | زن (درصد) تعداد | مرد (درصد) تعداد | جمع (درصد) تعداد |
|------------------------|--------------------|---------------------|---------------------|
| بلی | ۱۰ (۷/۶) | ۱۹ (۹/۳) | ۲۹ (۸/۶) |
| خیر | ۱۲۱ (۹۲/۴) | ۱۸۶ (۹۰/۷) | ۳۰۷ (۹۱/۴) |
| جمع | ۱۳۱ (۱۰۰) | ۲۰۵ (۱۰۰) | ۳۳۶ (۱۰۰) |

P= NS

جدول شماره ۱۰- توزیع فراوانی نظرات پزشکان عمومی مورد مطالعه

از مشکلات و موانع گزارش دهی بیماریها: نگرانی از دست دادن بیمار

| نگرانی از دست دادن بیمار | زن (درصد) تعداد | مرد (درصد) تعداد | جمع (درصد) تعداد |
|--------------------------|--------------------|---------------------|---------------------|
| بلی | ۶ (۴/۶) | ۱۹ (۹/۳) | ۲۵ (۷/۴) |
| خیر | ۱۲۵ (۹۵/۴) | ۱۸۶ (۹۰/۷) | ۳۱۱ (۹۲/۶) |
| جمع | ۱۳۱ (۱۰۰) | ۲۰۵ (۱۰۰) | ۳۳۶ (۱۰۰) |

P= NS

جدول شماره ۱۱- توزیع فراوانی نظرات پزشکان عمومی مورد مطالعه

از مشکلات و موانع گزارش دهی بیماریها: ساعت کار نامناسب مراکز بهداشت

| ساعت کار نامناسب مراکز بهداشت | زن (درصد) تعداد | مرد (درصد) تعداد | جمع (درصد) تعداد |
|----------------------------------|--------------------|---------------------|---------------------|
| بلی | ۱۴ (۱۰/۷) | ۱۹ (۹/۳) | ۳۳ (۹/۸) |
| خیر | ۱۱۷ (۸۹/۳) | ۱۸۶ (۹۰/۷) | ۳۰۳ (۹۰/۲) |
| جمع | ۱۳۱ (۱۰۰) | ۲۰۵ (۱۰۰) | ۳۳۶ (۱۰۰) |

P= NS

جدول شماره ۱۲- توزیع فراوانی نظرات پزشکان عمومی مورد مطالعه

از مشکلات و موانع گزارش دهی بیماریها: مشخص نبودن گزارش گیرنده

| مشخص نبودن گزارش گیرنده | زن (درصد) تعداد | مرد (درصد) تعداد | جمع (درصد) تعداد |
|----------------------------|--------------------|---------------------|---------------------|
| بلی | ۱۶ (۱۲/۲) | ۲۲ (۱۰/۷) | ۳۸ (۱۱/۳) |
| خیر | ۱۱۵ (۸۷/۸) | ۱۸۳ (۸۹/۳) | ۲۹۸ (۸۸/۷) |
| جمع | ۱۳۱ (۱۰۰) | ۲۰۵ (۱۰۰) | ۳۳۶ (۱۰۰) |

P= NS

جدول شماره ۱۳- توزیع فراوانی نظرات پزشکان عمومی مورد مطالعه

از مشکلات و موانع گزارش دهی بیماریها: فقدان وقت برای ارسال گزارش

| فقدان وقت | زن (درصد) تعداد | مرد (درصد) تعداد | جمع (درصد) تعداد |
|-----------|--------------------|---------------------|---------------------|
| بلی | ۳۰ (۲۲/۹) | ۴۱ (۲۰) | ۷۱ (۲۱/۱) |
| خیر | ۱۰۱ (۷۷/۱) | ۱۶۴ (۸۰) | ۲۶۵ (۷۸/۹) |
| جمع | ۱۳۱ (۱۰۰) | ۲۰۵ (۱۰۰) | ۳۳۶ (۱۰۰) |

P= NS

جدول شماره ۱۴- توزیع فراوانی نظرات پزشکان عمومی مورد مطالعه

از مشکلات و موانع گزارش دهی بیماریها: واضح نبودن ضرورت گزارش

| واضح نبودن ضرورت گزارش | زن (درصد) تعداد | مرد (درصد) تعداد | جمع (درصد) تعداد |
|---------------------------|--------------------|---------------------|---------------------|
| بلی | ۱۹ (۱۴/۵) | ۳۰ (۱۴/۶) | ۴۹ (۱۴/۶) |
| خیر | ۱۱۲ (۸۵/۵) | ۱۷۵ (۸۵/۴) | ۲۸۷ (۸۵/۴) |
| جمع | ۱۳۱ (۱۰۰) | ۲۰۵ (۱۰۰) | ۳۳۶ (۱۰۰) |

P= NS

جدول شماره ۱۵- توزیع فراوانی نظرات پزشکان عمومی مورد مطالعه

از مشکلات و موانع گزارش دهی بیماریها: احساس عدم استفاده از نتایج گزارشات

| احساس عدم استفاده از نتایج | زن (درصد) تعداد | مرد (درصد) تعداد | جمع (درصد) تعداد |
|----------------------------|--------------------|---------------------|---------------------|
| بلی | ۱۸ (۱۳/۷) | ۲۴ (۱۱/۷) | ۴۲ (۱۲/۵) |
| خیر | ۱۱۳ (۸۶/۳) | ۱۸۱ (۸۸/۳) | ۲۹۴ (۸۷/۵) |
| جمع | ۱۳۱ (۱۰۰) | ۲۰۵ (۱۰۰) | ۳۳۶ (۱۰۰) |

P= NS

جدول شماره ۱۶- توزیع فراوانی نظرات پزشکان عمومی مورد مطالعه

از مشکلات و موانع گزارش دهی بیماریها: عدم اطلاع

| عدم اطلاع | زن (درصد) تعداد | مرد (درصد) تعداد | جمع (درصد) تعداد |
|-----------|--------------------|---------------------|---------------------|
| بلی | ۲۰ (۱۵/۳) | ۳۹ (۱۹) | ۵۹ (۱۷/۶) |
| خیر | ۱۱۱ (۸۴/۷) | ۱۶۶ (۸۱) | ۲۷۷ (۸۲/۴) |
| جمع | ۱۳۱ (۱۰۰) | ۲۰۵ (۱۰۰) | ۳۳۶ (۱۰۰) |

P= NS

جدول شماره ۱۷- توزیع فراوانی نظرات پزشکان عمومی مورد مطالعه

از مشکلات و موانع گزارش دهی بیماریها: دور بودن مطب تا مرکز بهداشت

| دور بودن مرکز بهداشت از مطب | زن (درصد) تعداد | مرد (درصد) تعداد | جمع (درصد) تعداد |
|-----------------------------|--------------------|---------------------|---------------------|
| بلی | ۵ (۳/۸) | ۶ (۲/۹) | ۱۱ (۳/۳) |
| خیر | ۱۲۶ (۹۶/۲) | ۱۹۹ (۹۷/۱) | ۳۲۵ (۹۶/۷) |
| جمع | ۱۳۱ (۱۰۰) | ۲۰۵ (۱۰۰) | ۳۳۶ (۱۰۰) |

P= NS

جدول شماره ۱۸- توزیع فراوانی نظرات پزشکان عمومی مورد مطالعه

از مشکلات و موانع گزارش دهی بیماریها: اجتناب از عواقب سوء گزارش دهی

| اجتناب از عواقب سوء گزارش دهی | زن (درصد) تعداد | مرد (درصد) تعداد | جمع (درصد) تعداد |
|-------------------------------|--------------------|---------------------|---------------------|
| بلی | ۷ (۵/۳) | ۱۷ (۸/۳) | ۲۴ (۷/۱) |
| خیر | ۱۲۴ (۹۴/۷) | ۱۸۸ (۹۱/۷) | ۳۱۲ (۹۲/۹) |
| جمع | ۱۳۱ (۱۰۰) | ۲۰۵ (۱۰۰) | ۳۳۶ (۱۰۰) |

P= NS

جدول شماره ۱۹- توزیع فراوانی نظرات پزشکان عمومی مورد مطالعه

از مشکلات و موانع گزارش دهی بیماریها: برخورد نامناسب با بیماران ارجاع شده به مرکز بهداشت

| برخورد نامناسب با بیماران | زن (درصد) تعداد | مرد (درصد) تعداد | جمع (درصد) تعداد |
|------------------------------|--------------------|---------------------|---------------------|
| بلی | ۱۰ (۷/۶) | ۱۹ (۹/۳) | ۲۹ (۸/۶) |
| خیر | ۱۲۱ (۹۲/۴) | ۱۸۶ (۹۰/۷) | ۳۰۷ (۹۱/۴) |
| جمع | ۱۳۱ (۱۰۰) | ۲۰۵ (۱۰۰) | ۳۳۶ (۱۰۰) |

P= NS

جدول شماره ۲۰- توزیع فراوانی نظرات پزشکان عمومی مورد مطالعه

از مشکلات و موانع گزارش دهی بیماریها: عدم اطلاع رسانی کافی

| عدم اطلاع رسانی کافی | زن (درصد) تعداد | مرد (درصد) تعداد | جمع (درصد) تعداد |
|-------------------------|--------------------|---------------------|---------------------|
| بلی | ۳۳ (۲۵/۲) | ۴۷ (۲۲/۹) | ۸۰ (۲۳/۸) |
| خیر | ۹۸ (۷۴/۸) | ۱۵۸ (۷۷/۱) | ۲۵۶ (۷۶/۲) |
| جمع | ۱۳۱ (۱۰۰) | ۲۰۵ (۱۰۰) | ۳۳۶ (۱۰۰) |

P= NS

جدول شماره ۲۱ - نظرات پزشکان عمومی مورد مطالعه را در مورد مشکلات و موانع گزارش دهی بیماریها به ترتیب بیشترین به کمترین عامل بر حسب جنس نشان می دهد. همانگونه که ملاحظه می شود، موانع عدم اطلاع رسانی کافی، فقدان پس خوراند 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 ۴۸٪ 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 ۲۹٪ بطور غیر مستقیم و در مجموع ۷۷٪ 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، پیگیری، پس خوراند حرکت کنند، شاید سهم بیشتری از مشکلات و موانع تخفیف یابد.

جدول شماره ۲۱- توزیع فراوانی نظرات پزشکان عمومی مورد مطالعه

از مشکلات و موانع گزارش دهی بیماریها به ترتیب بیشترین به کمترین عامل بر حسب جنس

| مشکلات و موانع گزارش دهی | زن (درصد) تعداد | مرد (درصد) تعداد | جمع (درصد) تعداد |
|-------------------------------------|--------------------|---------------------|---------------------|
| عدم رضایت بیماران به گزارش | ۳۳ (۲۵/۲) | ۵۶ (۲۷/۳) | ۸۹ (۲۶/۵) |
| عدم اطلاع رسانی کافی | ۳۳ (۲۵/۲) | ۴۷ (۲۲/۹) | ۸۰ (۲۳/۸) |
| عدم اطمینان از تشخیص درست | ۳۸ (۲۹) | ۳۶ (۱۷/۶) | ۷۴ (۲۲) |
| فقدان پس خوراند مرکز بهداشت | ۲۵ (۱۹/۱) | ۴۸ (۲۳/۴) | ۷۳ (۲۱/۷) |
| فقدان وقت برای ارسال گزارش | ۳۰ (۲۲/۹) | ۴۱ (۲۰) | ۷۱ (۲۱/۱) |
| مغایرت با حفظ حریم شخصی بیمار | ۲۰ (۱۵/۳) | ۴۲ (۲۰/۵) | ۶۲ (۱۸/۵) |
| عدم اطلاع از گزارش دهی | ۲۰ (۱۵/۳) | ۳۹ (۱۹) | ۵۹ (۱۷/۶) |
| واضح نبودن ضرورت گزارش دهی | ۱۹ (۱۴/۵) | ۳۰ (۱۴/۶) | ۴۹ (۱۴/۶) |
| احساس عدم استفاده از گزارش ها | ۱۸ (۱۳/۷) | ۲۴ (۱۱/۷) | ۴۲ (۱۲/۵) |
| مشخص نبودن هویت گزارش گیرنده | ۱۶ (۱۲/۲) | ۲۲ (۱۰/۷) | ۳۸ (۱۱/۳) |
| ساعت کار نامناسب مراکز بهداشت | ۱۴ (۱۰/۷) | ۱۹ (۹/۳) | ۳۳ (۹/۸) |
| برخورد نامناسب با بیماران ارجاع شده | ۱۰ (۷/۶) | ۱۹ (۹/۳) | ۲۹ (۸/۶) |
| قطع یا اشغال بودن تلفن | ۱۰ (۷/۶) | ۱۹ (۹/۳) | ۲۹ (۸/۶) |
| نگرانی از دست دادن بیمار | ۶ (۴/۶) | ۱۹ (۹/۳) | ۲۵ (۷/۴) |
| اجتناب از عواقب سوء گزارش دهی | ۷ (۵/۳) | ۱۷ (۸/۳) | ۲۴ (۷/۱) |
| دور بودن مرکز بهداشت از مطب | ۵ (۳/۸) | ۶ (۲/۹) | ۱۱ (۳/۳) |

جدول شماره ۲۲- توزیع نظرات پزشکان عمومی در مورد ضرورت آموزش نظام مراقبت

و گزارش دهی بیماری ها در دوران تحصیل بر حسب جنس

| آموزش در دوران تحصیل | زن (درصد) تعداد | مرد (درصد) تعداد | جمع (درصد) تعداد |
|-------------------------|--------------------|---------------------|---------------------|
| بلی | ۷۹ (۶۰/۳) | ۱۴۱ (۶۸/۸) | ۲۲۰ (۶۵/۵) |
| خیر | ۵۲ (۳۹/۷) | ۶۴ (۳۱/۲) | ۱۱۶ (۳۴/۵) |
| جمع | ۱۳۱ (۱۰۰) | ۲۰۵ (۱۰۰) | ۳۳۶ (۱۰۰) |

P= NS

جدول شماره ۲۳- توزیع نظرات پزشکان عمومی در مورد ضرورت آموزش نظام مراقبت و گزارش دهی

بیماری ها بوسیله مراجعه حضوری کارشناسان بهداشتی به مطب بر حسب جنس

| مراجعه حضوری کارشناسان بهداشتی به مطب | زن (درصد) تعداد | مرد (درصد) تعداد | جمع (درصد) تعداد |
|--|--------------------|---------------------|---------------------|
| بلی | ۳۵ (۲۶/۷) | ۵۹ (۲۸/۸) | ۹۴ (۲۸) |
| خیر | ۹۶ (۷۳/۳) | ۱۴۶ (۷۱/۲) | ۲۴۲ (۷۲) |
| جمع | ۱۳۱ (۱۰۰) | ۲۰۵ (۱۰۰) | ۳۳۶ (۱۰۰) |

P= NS

جدول شماره ۲۴- توزیع نظرات پزشکان عمومی در مورد ضرورت آموزش نظام مراقبت و گزارش دهی

بیماری ها بوسیله ارسال منابع آموزشی به مطب شخصی بر حسب جنس

| ارسال منابع آموزشی به مطب شخصی | زن (درصد) تعداد | مرد (درصد) تعداد | جمع (درصد) تعداد |
|--------------------------------|--------------------|---------------------|---------------------|
| بلی | ۵۲ (۳۹/۷) | ۷۹ (۳۸/۵) | ۱۳۱ (۳۹) |
| خیر | ۷۹ (۶۰/۳) | ۱۲۶ (۶۱/۵) | ۲۰۵ (۶۱) |
| جمع | ۱۳۱ (۱۰۰) | ۲۰۵ (۱۰۰) | ۳۳۶ (۱۰۰) |

P= NS

جدول شماره ۲۵- توزیع نظرات پزشکان عمومی در مورد ضرورت آموزش نظام مراقبت و گزارش دهی

بیماری ها بوسیله آموزش در دوران طرح بر حسب جنس

| آموزش در دوران طرح | زن (درصد) تعداد | مرد (درصد) تعداد | جمع (درصد) تعداد |
|--------------------|--------------------|---------------------|---------------------|
| بلی | ۵۸ (۴۴/۳) | ۶۰ (۲۹/۳) | ۱۱۸ (۳۵/۱) |
| خیر | ۷۳ (۵۵/۷) | ۱۴۵ (۷۰/۷) | ۲۱۸ (۶۴/۹) |
| جمع | ۱۳۱ (۱۰۰) | ۲۰۵ (۱۰۰) | ۳۳۶ (۱۰۰) |

P= 0.005

جدول شماره ۲۶- توزیع نظرات پزشکان عمومی در مورد ضرورت آموزش نظام مراقبت و گزارش دهی

بیماری ها بوسیله بازآموزی بر حسب جنس

| بازآموزی | زن (درصد) تعداد | مرد (درصد) تعداد | جمع (درصد) تعداد |
|----------|--------------------|---------------------|---------------------|
| بلی | ۵۷ (۴۳/۵) | ۸۵ (۴۱/۵) | ۱۴۲ (۴۲/۳) |
| خیر | ۷۴ (۵۶/۵) | ۱۲۰ (۵۸/۵) | ۱۹۴ (۵۷/۷) |
| جمع | ۱۳۱ (۱۰۰) | ۲۰۵ (۱۰۰) | ۳۳۶ (۱۰۰) |

P= NS

جدول شماره ۲۷ نظرات پزشکان عمومی مورد مطالعه را در مورد زمان مناسب آموزش نظام مراقبت به ترتیب از بیشترین به کمترین بر حسب جنس نشان می دهد، که در آن آموزش در دوران تحصیل و در درجه بعدی بازآموزی بیشترین درصد را دارد.

جدول شماره ۲۷- توزیع فراوانی نظرات پزشکان عمومی مورد مطالعه

از زمان مناسب آموزش نظام مراقبت بر حسب جنس

| | زن (درصد) تعداد | مرد (درصد) تعداد | جمع (درصد) تعداد |
|---------------------------------------|--------------------|---------------------|---------------------|
| آموزش در دوران تحصیل | ۷۹ (۶۰/۳) | ۱۴۱ (۶۸/۸) | ۲۲۰ (۶۵/۵) |
| بازآموزی | ۵۷ (۴۳/۵) | ۸۵ (۴۱/۵) | ۱۴۲ (۴۲/۳) |
| ارسال منابع آموزشی به مطب شخصی | ۵۲ (۳۹/۷) | ۷۹ (۳۸/۵) | ۱۳۱ (۳۹) |
| آموزش در دوران طرح | ۵۸ (۴۴/۳) | ۶۰ (۲۹/۳) | ۱۱۸ (۳۵/۱) |
| مراجعه حضوری کارشناسان بهداشتی به مطب | ۳۵ (۲۶/۷) | ۵۹ (۲۸/۸) | ۹۴ (۲۸) |

جدول شماره ۲۸ نگرش پزشکان عمومی مورد مطالعه نسبت به بهبود وضعیت کمی و کیفی نظام مراقبت نشان می دهد. همانگونه که مشخص است پزشکان بدرستی با اهداف نظام مراقبت موافق هستند و کارکرد مناسب آن را در گرو فعالیت مراکز بهداشت می دانند. بین پزشکان زن و مرد تفاوت معنی دار آماری مشاهده نشد.

جدول شماره ۲۸- توزیع فراوانی باورهای پزشکان عمومی در مورد

الزامات و انتظارات جهت بهبود وضعیت کمی و کیفی نظام مراقبت به ترتیب بیشترین به کمترین

| موافقم (درصد) تعداد | مخالقم (درصد) تعداد | جمع (درصد) تعداد | |
|------------------------|------------------------|---------------------|--|
| ۳۲۴ (۹۹/۷) | ۱ (۰/۳) | ۳۲۵ (۱۰۰) | برای موفقیت نظام مراقبت مراکز بهداشت باید فعالیت بیشتری بکنند. |
| ۳۲۹ (۹۹/۱) | ۳ (۰/۹) | ۳۳۲ (۱۰۰) | انتظار دارم که مرکز بهداشت، پزشکان را از وجود احتمال اپیدمی مطلع نماید. |
| ۳۲۰ (۹۸/۸) | ۴ (۱/۲) | ۳۲۴ (۱۰۰) | برای موفقیت نظام مراقبت آموزش لازم است. |
| ۳۱۹ (۹۷/۶) | ۸ (۲/۴) | ۳۲۷ (۱۰۰) | گزارش بموقع بیماریها موجب تولید اطلاعات مورد نیاز در تشخیص درست و سریع بیماری ها می شود. |
| ۳۱۳ (۹۶/۳) | ۱۲ (۳/۷) | ۳۲۵ (۱۰۰) | برای هر گزارش باید فیدبک مناسب و به موقع داده شود. |
| ۳۱۷ (۹۶/۱) | ۱۳ (۳/۹) | ۳۳۰ (۱۰۰) | فیدبک بموقع موجب تشخیص درست و سریع بیماری ها توسط پزشک می شود. |
| ۳۱۵ (۹۵/۵) | ۱۵ (۴/۵) | ۳۳۰ (۱۰۰) | گزارش دهی بیماریها جزء وظایف یک پزشک می باشد. |
| ۲۹۲ (۹۱/۳) | ۲۸ (۸/۸) | ۳۲۰ (۱۰۰) | سیاست گذاری های مرتبط با بروز بیماری ها بر اساس اطلاعات جمع آوری شده از نظام مراقبت اتخاذ شود. |
| ۲۷۲ (۸۴/۵) | ۵۰ (۱۵/۵) | ۳۲۲ (۱۰۰) | برای گزارش به موقع باید امتیازات و تشویق هائی در نظر گرفته شود. |
| ۱۸۵ (۵۷/۱) | ۱۳۹ (۴۲/۹) | ۳۲۴ (۱۰۰) | گزارش دهی بیماری ها باید اجباری باشد. |

بحث و نتیجه گیری:

مطالعه نشان داد که پنج عاملی که بیشترین مانع گزارشدهی ذکر شده است به ترتیب، عدم رضایت بیماران به گزارش، عدم اطلاع رسانی کافی، عدم اطمینان از تشخیص درست، فقدان پس خوراند مرکز بهداشت و فقدان وقت با ۲۱٪ برای ارسال گزارش می باشد. در حالیکه در مطالعه شیراز (۱۳) و قم (۱۰) به ترتیب ۷۴٪ و ۴۱٪ پزشکان مورد مطالعه اظهار نموده بودند که گزارشدهی وقتی گیر است. در آن دو مطالعه آشنا نبودن پزشکان با فرم ها و سایر ملزومات گزارشدهی به ترتیب ۵۳٪ (۱۳) و ۷۱٪ (۱۰) گزارش شده است. در حالیکه این گزینه ها در پرسشنامه مطالعه ما وجود نداشت. به نظر می رسد این اختلاف در نظرات پزشکان مورد مطالعه در سه شهر به علت نگرش متفاوت پژوهشگران و یا شرایط متفاوت مراکز بهداشت باشد. به نظر ما گزارشدهی توسط پزشکان خصوصی با یک تلفن و ارائه تشخیص مشکوک، مشخصات و آدرس بیمار به نزدیک ترین مرکز بهداشت کفایت می کند و بقیه پیگیری 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 نگهداری فرم ها در مطب و فقدان امکانات ارتباط آسان با مراکز بهداشت و درخواست ساده کردن فرایند گزارشدهی در مطالعات شیراز و قم منتفی خواهد بود. یادآور می شود با اینکه در دو مطالعه شیراز و قم از یک پرسشنامه همسان استفاده شده است ولی بین یافته های هر دو مطالعه همسانی کمتری 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 مهمتر است که در مطالعه ما ۱۸/۵٪، در مطالعه شیراز ۳۶/۵٪ و در مطالعه قم ۱۳/۶٪ گزارش شده است. البته باید در نظر داشت که گزارش بیماریهای عفونی نه تنها جنبه های اخلاقی بیماران را مخدوش نمی کند بلکه برای پیشگیری از ابتلا اعضای خانواده، افراد تماس یافته با بیمار، پیشگیری از بدتر شدن وضعیت خود بیمار، محافظت از سلامت عمومی جامعه حیاتی است. پزشکانی 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. دومین یافته مشترک، آگاه نبودن پزشکان از لیست بیماریهایی قابل گزارش می باشد، است که در مطالعه ما ۱۷/۶٪، در مطالعه شیراز ۱۳/۶٪ و در

مطالعه قم ۶۰٪ 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 ۲۲٪ بود، در دو مطالعه شیراز و قم به آن پرداخته نشده بود، در حالیکه در مطالعه Tan ۲۹/۵٪ گزارش شده است (۵).

باور عمومی خبرگان بر این است که وضعیت گزارش بیماری ها در کشور ما مطلوب نبوده و دارای ضعف های اساسی است، 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 (۱۲ و ۱۸). نظر به اینکه حدود ۶۶٪ مراجعات مردم به بخش خصوصی است (۱۹ و ۲۰) و به نظر می رسد که حتی سهم آن در تهران و سایر کلان شهر ها 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 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. بطوریکه عدم اطلاع رسانی کافی، فقدان پس خوراند، 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 ۴۸٪ عوامل بطور مستقیم و ۲۹٪ عوامل بطور غیر مستقیم (به علت کم آگاهی و نگرش نامناسب پزشکان) و در مجموع ۷۷٪ 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، پیگیری، پس خوراند حرکت کنند، شاید سهم بیشتری از مشکلات و موانع تخفیف یابد. در این مطالعه کارشناسان مرکز بهداشت تنها به ۸/۳٪ مطب ها مراجعه کرده بودند. وجود رابطه بین عملکرد مراکز بهداشت با میزان گزارشدهی در مطالعه کلاهی و همکاران تأیید شده است، آنها نشان دادند که

به هر مطبی که کارشناس مرکز بهداشت و پوستر های بیماریهای مشمول گزارشدهی و تعاریف آنها رفته یا پزشک در نظام سلامت کار کرده (کسب آگاهی) میزان گزارشدهی توسط پزشک عمومی شاغل در مطب هم بالا رفته است (۱۲).

در اینجا متنی را که در قالب تمرین آموزشی منتشر شده است (۳) 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 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 داده 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 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 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(۳).

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 (۲۱) 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 دو 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(۲۲). 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.

نتیجه گیری: مشکلات و موانع اظهار شده نشان دهنده درک ناکافی پزشکان عمومی بخش خصوصی مورد مطالعه از اهداف نظام مراقبت و ناکافی بودن فعالیت های مراکز بهداشت می باشد.

مشکلات و محدودیت ها:

تهیه چهار چوب نمونه گیری پزشکان کار سخت و طاقت فرسائی بود، که مشکل عمده آنها بروز نبودن لیست ها بود. مشکل بعدی عدم همکاری تعدادی از پزشکانی بود که مطب شلوغی داشتند. این امر در بعضی موارد انتظار به مصاحبه را تا ۴ ساعت افزایش می داد.

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 به علت فقدان آموزش ناکافی در دوران تحصیل و اطلاع رسانی کافی بعد از فارغ التحصیلی، برای همه دانشجویان گروه پزشکی بخصوص دوره پزشکی عمومی آموزش کافی و برای پزشکان برنامه بازآموزی اجباری در نظر گرفته شود. همچنین به همه بیماریهای 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، پیگیری، پس خوراند، انتشار اطلاعات جمع آوری شده انجام شود.

تقدیر و تشکر

از مرکز تحقیقات عوامل اجتماعی موثر بر سلامت دانشگاه به خاطر حمایت، از همکاران محترم معاونت های درمان و امور بهداشتی دانشگاهی و همه پزشکیانی که با مشارکت خود امکان اجرای این مطالعه را فراهم ساختند، صمیمانه سپاسگزاریم.

منابع: همه منابع باید به روش ونکور و انگلیسی نوشته شود

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", Second Ed. Geneva, World Health Organization, 8-14, 1999. Available <http://www.who.int/csr/resources/publications/surveillance/whocdscsr992.pdf>. (Accessed Mar 19 2010).
3. Majdzadeh R. Surveillance and Reporting in: Textbook of Public Health. Authors: Hatami H et al. 2nd ed, 4th chapter, Tehran: Arjuman 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; Vol 15 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.
۱۶. سالاری لک شاکر. مراقبت بیماری ها. در کتاب جامع بهداشت عمومی. مولفین حاتمی حسین و همکاران. چاپ دوم، جلد دوم، فصل ۸ گفتار ۵، تهران: انتشارات ارجمند، ۱۳۸۵، صفحات ۸۸۸ تا ۹۰۷.
۱۷. گویا محمدمهدی. نظام نوین مراقبت از بیماری های واگیر در جهان. نوپدید و بازپدید بیماری ها و سلامت حرفه های پزشکی. صفحات ۳۲۳ تا ۳۲۹.
18. Zahraei M. The current status of Surveillance and reporting in: *Textbook of Public Health*. Authors: Hatami H et al. 2en, 8th chapter, Tehran: Arjumand press; 2009. P. 908-913. (Text in Persian)
۱۹. معاونت سلامت وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی. بهره مندی از خدمات سلامت سال ۱۳۸۱ در جمهوری اسلامی ایران. تهران تندیس، اردیبهشت ۱۳۸۴.
20. 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.
21. 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, 1th ed*, Tehran: Seda press; 2009. (Text in Persian)
22. 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