

دانش، نگرش و عملکرد پزشکان عمومی شهر قم در خصوص سیستم گزارش دهی بیماری‌ها در سال ۱۳۸۸

اشرف خرمی راد^۱، محرم کرمی^۲، زهرا عابدینی^۳

^۱ اشرف خرمی راد، مربی، گروه پرستاری، دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی قم، ایران

^۲ محرم کرمی جوشین، کارشناس ارشد اپیدمیولوژی، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی قم، ایران

^۳ زهرا عابدینی، مربی، گروه پرستاری، دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی قم، ایران

نویسنده رابط: محرم کرمی جوشین، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی قم، تلفن: ۰۲۵۱۶۶۲۱۸۶۳، نمابر: ۰۲۵۱۶۶۰۲۰۷۹، پست الکترونیک:

parsian_ins_kh@yahoo.com

تاریخ دریافت: ۸۹/۱۱/۲۳، پذیرش: ۱۳۹۰/۵/۱

مقدمه و اهداف: مراقبت اپیدمیولوژیک بر مبنای گزارش دهی بیماری‌ها جزء ضروری برنامه‌های مراقبت بهداشتی هر کشور بوده و موفقیت در آن وابسته به مشارکت پزشکان در سیستم گزارش دهی است. در این مطالعه وضعیت سیستم گزارش دهی در میان پزشکان عمومی شاغل در بخش خصوصی شهر قم بررسی گردیده است.

روش کار: در یک مطالعه مقطعی آگاهی، نگرش، عملکرد، موانع و پیشنهادات در زمینه گزارش دهی از دیدگاه ۱۴۰ پزشک عمومی شهر قم تعیین گردید. ابزار پژوهش پرسشنامه‌ای در ۵ بخش بود. تجزیه و تحلیل داده‌ها با استفاده از نرم افزار spss و بصورت توزیع مرکزی داده‌ها، انجام آزمون‌های تی و کای اسکوار و رگرسیون لجستیک انجام گرفت.

نتایج: ۱۴/۳٪ و ۱۳/۶٪ پزشکان به ترتیب آگاهی و نگرش در حد خوب داشتند و ۴۷٪ گزارش گر و ۵۳٪ غیر گزارش گر شناخته شدند. بین نمره آگاهی و شرکت در برنامه‌های بازآموزی و عملکرد پزشکان رابطه معنی‌داری دیده شد. مهم‌ترین مانع عدم آشنایی از ملزومات و لیست بیماری‌های مشمول گزارش و بهترین راهکار نیز اطلاع رسانی پزشکان در مورد لیست بیماری‌های مشمول گزارش و ساده کردن فرایند گزارش دهی تعیین شد.

نتیجه‌گیری: آگاهی، نگرش و عملکرد پزشکان در مورد سیستم گزارش دهی بیماری‌ها مطلوب نیست و بازآموزی در کنار کاهش موانع و تقویت تسهیل‌کننده‌ها در جریان فرایند گزارش دهی می‌تواند به بهبود سیستم و کاهش موارد گزارش نشده کمک کند.

واژگان کلیدی: پزشک عمومی، بیماری مشمول گزارش، مراقبت بیماری‌ها، گزارش دهی

گذاری‌های بهداشتی در کشورها در نظر گرفته شده و اطلاعات حاصل از آن برای طرح، اجرا و ارزیابی مداخلات بهداشتی مورد استفاده قرار می‌گیرد (۳).

در کشور ایران نیز وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی لیستی از بیماری‌ها را در سیستم مراقبت به عنوان بیماری‌های قابل گزارش در سه سطح بیماری‌های مشمول گزارش فوری، بیماری‌های مشمول گزارش غیر فوری و بیماری‌های مشمول گزارش بین‌المللی تعیین نموده که پزشکان بخش خصوصی و دولتی موظف به گزارش آن‌ها هستند (۳). بیماری‌های مشمول گزارش فوری (تلفنی) در عرض ۱۲ ساعت و بیماری‌های مشمول گزارش غیر فوری هفتگی یا ماهیانه به مراکز بهداشتی درمانی و یا مراکز بهداشت استان گزارش می‌شوند (۳).

بسیاری از مشکلاتی که در نظام فعلی گزارش دهی مشهود است ناشی از عدم آگاهی افراد گزارش دهنده از نحوه گزارش دهی و یا نوع اقداماتی است که برای بیمار، اطرافیان و جامعه انجام

مقدمه

کنترل و کاهش بیماری‌ها یکی از اهداف اساسی توسعه جهانی است که هر ساله با تعیین شاخص‌های بهداشتی و مشاهده روز به روز تغییرات این شاخص‌ها، وضعیت هر کشور سنجیده و بر این مبنای برنامه‌های کوتاه و دراز مدت سیاست‌گذاران جامعه تعیین می‌گردد (۱). اصل اساسی کنترل بیماری‌ها، مراقبت است (۲) که به معنای جمع‌آوری، تجزیه و تحلیل و انتشار اطلاعات مربوط به یک رویداد بهداشتی مورد انتخاب می‌باشد. مرکز کنترل و پیشگیری از بیماری‌ها در آتلانتا در ایالت جورجیای آمریکا مراقبت اپیدمیولوژیک را چنین تعریف می‌کند: اطلاعات بهداشتی که بطور مستمر و سیستماتیک در جریان تشریح یک رویداد بهداشتی جمع‌آوری، تجزیه و تحلیل و ارزیابی شود (۲). پایه و اساس مراقبت بیماری‌ها در سیستم بهداشتی را گزارش‌دهی تشکیل می‌دهد. گزارش دهی به عنوان نقطه کلیدی در تمام سیاست

جنس، سابقه کار، سابقه گذراندن دوره آموزشی در زمینه موضوع و عملکرد گزارش دهی بیماری‌ها، بخش دوم پرسشنامه سنجش آگاهی شامل ۴۰ سوال ۴ گزینه‌ای در سه حیطة ("اهمیت و اهداف گزارش دهی"، "علائم و تشخیص بیماری‌های مشمول گزارش"، "لیست بیماری‌های مشمول گزارش بر اساس دسته بندی فوری و غیر فوری") که هر سوال یک پاسخ صحیح داشته و به پاسخ صحیح نمره یک و پاسخ های غلط نمره ۰ تعلق می‌گرفت. بخش سوم دربرگیرنده ۹ سوال سنجش نگرش با مقیاس لیکرت ۵ گزینه‌ای (کاملاً موافقم = ۵ تا کاملاً مخالفم = ۱) بخش چهارم پرسشنامه موانع گزارش دهی شامل ۱۱ سوال ارزیابی با مقیاس لیکرت ۵ گزینه‌ای (کاملاً موافقم = ۵ تا کاملاً مخالفم = ۱) و بخش پنجم پرسشنامه پیشنهادات برای بهبود فرایند گزارش دهی شامل ۸ سوال با مقیاس لیکرت ۵ گزینه‌ای (کاملاً موافقم = ۵ تا کاملاً مخالفم = ۱) بود هم چنین در انتهای پرسشنامه پیشنهادات و موانع توسط سوالی با انتهای باز از پزشکان خواسته می‌شد تا موارد دیگر را که اشاره نشده مرقوم نمایند.

در کلیه سوالات مربوط به آگاهی گزینه چهارم کلمه "نمی‌دانم" بود که در صورت انتخاب این گزینه و یا گزینه غلط نمره صفر تعلق می‌گرفت بنابراین کل نمره دریافتی از پرسشنامه آگاهی ۴۰ و حداقل نمره وکسب نمرات ۱۹-۰ مبین آگاهی ضعیف ۲۰-۳۰ متوسط و ۴۰-۳۱ خوب بود. همچنین کل نمره دریافتی از پرسشنامه نگرش ۴۵ و کمترین نمره ۹ وکسب نمرات ۲۲-۰ مبین نگرش ضعیف ۲۳-۳۵ متوسط و ۳۶-۴۵ خوب در نظر گرفته شد. با کمک سوالات مربوط به عملکرد، پزشکان به دو گروه گزارش‌گر و غیر گزارش‌گر تفکیک شدند و رابطه متغیرهای مختلف در این دو گروه به کمک آزمون‌های آماری مربوطه مقایسه شد. برای تأیید اعتبار، پرسشنامه در اختیار ۱۰ نفر از اعضای هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی قم قرار گرفت و پس از اعمال نظرات اصلاحی روایی ابزار مورد پذیرش قرار گرفت جهت تأیید پایایی نیز در یک مطالعه پایلوت پرسشنامه‌ها به ۲۰ نفر از پزشکان عمومی داده شد و آلفای کرونباخ آن (در پرسشنامه آگاهی ۰/۹۲، در پرسشنامه نگرش ۰/۷۸، عملکرد ۰/۹۵ و موانع ۰/۷۶ و پیشنهادات ۰/۸۲ تعیین گردید).

با مراجعه به مطب پزشکان و تکمیل رضایتنامه شرکت در پژوهش، پرسشنامه به پزشکان ارائه گردید، تکمیل پرسشنامه‌ها در حضور پرسش‌گر توسط پزشکان انجام می‌شد. داده‌ها پس از گردآوری با استفاده از spss ویرایش ۱۱/۵ مورد تجزیه و تحلیل آماری قرار گرفت هم چنین از تست‌های آماری frequency, mean, standard deviation, t-test, logistic regression, chi square استفاده و سطح معنی‌داری کمتر از ۰/۰۵، ۴۷در نظر گرفته شد.

می‌شود. لذا آشنایی پزشکان با تعاریف استاندارد بیماری‌ها و هم چنین آگاهی از بیماری‌ها با ارزش گزارش دهی ملی و بین‌المللی یک اولویت بهداشتی در نظر گرفته می‌شود (۴).

علیرغم اهمیت و ضرورت انکار ناپذیر گزارش دهی در کنترل و مراقبت بیماری‌ها آمار موارد گزارش نشده از سوی پزشکان بالاست (۵) (۶) و مطالعات متعدد در کشورهای آلمان (۷) استرالیا (۸) و ترکیه (۹) (۱۰) حاکی از اطلاعات ناکافی پزشکان حاضر در سیستم ارائه مراقبت های اولیه بهداشتی این کشورها در زمینه لیست بیماری‌ها و ملزومات گزارش دهی بوده است. در مطالعات دیگر در ایالات متحده نیز نتایج نشان داد تنها ۵۵٪ و ۶۳٪ پزشکان و پرستاران شاغل در بخش های اورژانس و مراکز ارائه مراقبت‌های اولیه بهداشتی در زمینه گزارش دهی بیماری‌ها آگاهی کافی داشتند (۱۱).

واقعیت مهم این است که پزشکان اولین سطح تماس بیمار با سیستم مراقبت ملی هر کشور و عضو کلیدی در جمع‌آوری داده‌های این سیستم هستند (۳) در بخش دولتی مکانیزم‌های کمکی و واگذاری مسئولیت نظارت و پیگیری امور مربوط به گزارش‌دهی به افرادی نظیر کارشناسان مربوطه در کنار پزشکان منجر به کاهش مشکلات مربوط به عدم گزارش دهی و بهبود این فرایند در مقایسه با بخش خصوصی می‌گردد و این در حالی است که در بررسی‌های انجام یافته اغلب بیماران با شروع بیماری اولین واحد درمانی برای مراجعه خود را بخش خصوصی انتخاب می‌نمایند. از اینرو و بدلیل نبود مطالعات کافی در زمینه تعیین زیر ساخت‌های سیستم گزارش دهی در بخش خصوصی پژوهشگران بر آن شدند تا به مطالعه آگاهی، نگرش و عملکرد پزشکان عمومی شاغل در بخش خصوصی شهر قم در مورد این سیستم پرداخته و هم چنین موانع موجود و پیشنهادات در جهت بهبود فرایند گزارش‌دهی را از دیدگاه آن‌ها تعیین نمایند.

روش کار

این مطالعه که از نوع مقطعی بود در ماه‌های خرداد و تیر ماه سال ۱۳۸۸ و با مشارکت ۱۴۰ نفر از پزشکان عمومی شهر قم، انجام شد. نمونه‌گیری بطور تصادفی با استفاده از لیست تهیه شده از پزشکان عمومی شهر قم انجام شد شرایط ورود به مطالعه شامل به پایان رساندن دوره پزشکی عمومی و اشتغال به حرفه پزشکی در مراکز غیر دولتی (مطب و کلینیک بخش خصوصی) و سابقه کار حداقل یک سال بود که رضایتنامه ورود به پژوهش را تکمیل نموده و هم چنین مشغول به تحصیل نیز نباشند.

ابزار گردآوری داده‌ها پرسشنامه خود ایفای ۵ بخشی بود: بخش اول شامل ۱۲ سوال در ارتباط با مشخصات دموگرافیک شامل سن،

جدول شماره ۱- مقایسه نمره کل آگاهی و نگرش پزشکان در دو گروه گزارشگر و غیر گزارشگر (n=۱۴۰)

P	گروه گزارشگر	گروه غیر گزارشگر	
۰/۰۱۶	۲۶/۴۱ ± ۴/۸۱	۲۴/۳۶ ± ۵/۰۷	میانگین کل نمره آگاهی
۰/۶۴	۱۹/۴۲ ± ۴/۱۱	۱۸/۴۰ ± ۴/۳۲	میانگین کل نمره نگرش

سطح معنی‌داری کمتر از ۰/۰۵ در نظر گرفته شده است.

جدول شماره ۲- عوامل موثر بر گزارش‌دهی یا عدم گزارش دهی با استفاده از رگرسیون لجستیک (وضعیت‌های ستاره دار رفرنس در نظر گرفته شده‌اند) (n=۱۴۰)

Ci	p	Or	متغیر مورد بررسی
		۱	ضعیف <۲۰
۶-۰/۷	Ns	۲	متوسط ۲۱-۳۰
۱.۳-۲.۰.۳	۰/۰۲	۲/۵	خوب ۳۱-۴۰
۱-۶.۱	۰/۰۴	۲/۵ ۱	لیست بیماری‌های مشمول گزارش فوری و غیر فوری بله خیر
۰/۸-۵/۸	Ns	۲/۲ ۱	وضعیت مطلوب آگاهی در ۳ حیطه مورد بررسی (پاسخ دهی به بیش از ۵۰٪ سوالات) علائم احتمالی و مشکوک بیماری‌ها بله خیر
۰/۳-۱/۳	Ns	۰/۷ ۱	اهداف و اهمیت گزارش دهی بله خیر
۰/۴-۱.۰/۴	Ns	۲/۱ ۱	خودآموزی بله خیر
۱-۲.۷	۰/۰۴۶	۵/۳ ۱	سابقه دریافت آموزش از طریق شیوه‌های مختلف بازآموزی بله خیر
۰/۱-۱/۹	Ns	۰/۴۶ ۱	دوره تحصیلی بله خیر
۰/۲۵-۱/۴	Ns	۱ ۰/۵۹	جنس مرد* زن
۰/۵-۷/۵	Ns	۲	<۱۰
۰/۳-۴/۵	Ns	۱/۲ ۱	سابقه کاری ۲۰-۱۱ >۲۰*

سطح معنی‌داری کمتر از ۰/۰۵ در نظر گرفته شده است.

یافته‌ها

این آموزش را در طول دوره تحصیل کسب نموده بودند. گزارش‌گر و ۵۳٪ غیر گزارش‌گر شناخته شدند. میانگین آگاهی و نگرش پزشکان مورد مطالعه به ترتیب ۲۶/۴۴ ± ۴/۲ و ۲۶/۴۴ ± ۴/۲ و ۳۰/۸۵ ± ۴/۴ و ۲۶/۴۴ ± ۴/۲ تعیین شد. ۵۷/۱٪ پزشکان آگاهی در حد متوسط، ۱۴/۳٪ خوب و ۵٪ ضعیف و همچنین ۷۵٪ نگرش در حد متوسط ۱۳/۶٪ خوب و ۱/۴٪ ضعیف نسبت به سیستم گزارش‌دهی بیماری‌ها داشتند.

پزشکان مورد بررسی در این مطالعه در محدوده سنی ۶۰-۲۸ سال قرار داشته و میانگین سنی آن‌ها ۸/۰۹ ± ۴۱/۴۳ سال، ۱۱۳ نفر مرد و ۲۷ نفر زن (۸۰٪ و ۲۰٪) و میانگین سابقه کاری آن‌ها نیز ۱۲/۵۹ ± ۷/۲۳ سال بوده است. ۵۰ نفر از پزشکان (۳۵٪) سابقه دریافت آموزش در مورد سیستم گزارش‌دهی را ذکر و اکثریت آنان

نتایج نشان داد ۶۱ نفر این بیماری را مشمول گزارش دانستند (۴۳/۶٪). و این در حالی است که ۹۷/۷ درصد پزشکان در مورد بیماری وبا و گزارش دهی فوری آن اطلاعات صحیحی داشتند.

در بررسی موانع و راهکارهای بهبود سیستم گزارش‌دهی مهم‌ترین مانع از دیدگاه پزشکان عدم الزام پزشکان به مشارکت در گزارش دهی به عنوان وظیفه حرفه‌ای و همین‌طور عدم آشنایی با ملزومات گزارش‌دهی و عدم آشنایی با لیست بیماری‌های مشمول گزارش (جدول شماره ۴) و بهترین راهکار برای بهبود این سیستم نیز آموزش پزشکان به شکل غیر حضوری و اطلاع‌رسانی مداوم به آن‌ها در مورد لیست بیماری‌های مشمول گزارش و ساده کردن فرایند تعیین شد (جدول شماره ۵).

در بررسی عوامل موثر بر گزارش‌دهی آزمون رگرسیون لجیستیک و آزمون تی مستقل بین نمره کل آگاهی، نمره آگاهی در حیطه لیست بیماری‌ها بر حسب گزارش فوری و غیر فوری، سابقه دریافت آموزش از طریق شرکت در برنامه‌های بازآموزی رابطه معنی‌داری با عملکرد گزارش‌دهی نشان دادند (جدول شماره ۲ و ۱). آزمون‌های فوق بین سن، جنس (کای اسکوار)، سابقه کار و نمره نگرش با عملکرد گزارش‌دهی رابطه معنی‌داری نشان ندادند. جدول شماره ۳ وضعیت آگاهی پزشکان از لیست بیماری‌های مشمول بر حسب گزارش فوری و غیر فوری را به تصویر می‌کشد. در این حیطه برای ارزیابی بهتر یک سوال در مورد بیماری توکسو پلاسموز که در دسته بندی بیماری‌های مشمول گزارش کشور قرار ندارد نیز مطرح گریده که

جدول شماره ۳- فراوانی پاسخ‌های صحیح پزشکان به نوع گزارش دهی بیماری‌ها (n=۱۴۰)

نام بیماری	پاسخ صحیح		پاسخ غلط	
	فراوانی	درصد	فراوانی	درصد
سرخک	۶۹	۶۸	۴۴	۳۱/۴
سیاه سرفه	۸۶	۶۱/۴	۵۳	۳۷/۹
سرخجه	۶۰	۴۲/۹	۸۰	۵۷/۲
وبا	۱۳۴	۹۵/۷	۶	۳/۳
حیوان گزیدگی	۱۰۴	۷۴/۳	۳۶	۲۵/۷
مننژیت	۱۰۹	۷۷/۹	۲۹	۲۰/۷
دیفتری	۱۱۶	۸۲/۹	۲۴	۱۷/۱
فلج شل حاد	۱۲۶	۹۰	۱۴	۱۰
شیگلوز	۵۶	۴۰	۸۴	۶۰
کزازنوزادان	۱۰۴	۷۴/۳	۳۶	۲۵/۷
مالاریا	۷۳	۵۲/۱	۶۷	۴۷/۹
ایدز	۴۷	۳۳/۶	۹۳	۶۶/۴
تب مالت	۹۶	۶۸/۶	۴۴	۳۱/۴
تیفوئید	۸۷	۶۲/۱	۵۳	۳۷/۸
سالک	۱۱۳	۸۰/۷	۲۷	۱۹/۲
هپاتیت آ	۵۷	۴۰/۷	۸۳	۵۹/۳
هپاتیت ب	۸۴	۶۰	۵۶	۴۰
سل	۷۹	۵۶/۴	۶۱	۴۳/۶
جدام	۷۳	۵۲/۱	۶۷	۴۷/۹
توکسو پلاسموز	۷۳	۵۲/۱	۶۷	۴۷/۹

جدول شماره ۴- نظرات پزشکان در مورد موانع موجود در نظام گزارش دهی (n=۱۴۰)

تعداد	موارد	میانگین نمره کل				
		کاملاً موافقم فراوانی (درصد فراوانی)	موافقم فراوانی (درصد فراوانی)	نظری ندارم فراوانی (درصد فراوانی)	مخالقم فراوانی (درصد فراوانی)	کاملاً مخالفم فراوانی (درصد فراوانی)
۱	وقت گیر است	۲۰ (۱۴/۳٪)	۳۷ (۲۶/۴٪)	۲۰ (۱۴/۳٪)	۶۱ (۴۳/۶٪)	۲ (۱/۴٪)
۲	پزشکان از لیست بیماری‌هایی که باید گزارش شوند آگاهی ندارند	۲۸ (۲۰٪)	۵۶ (۴۰٪)	۲۳ (۱۶/۴٪)	۳۳ (۲۳/۶٪)	۱ (۰/۷٪)
۳	پزشکان با فرم‌ها و سایر ملزومات این امر آشنا نیستند	۳۸ (۲۷/۱٪)	۶۱ (۴۳/۶٪)	۱۹ (۱۳/۶٪)	۱۹ (۱۳/۶٪)	۱۳ (۲/۱٪)
۴	پزشکان معتقدند که جنبه‌های اخلاقی و حفظ اسرار بیمار مهمتر است	۴ (۲/۹٪)	۱۵ (۱۰/۷٪)	۳۴ (۲۴/۹٪)	۸۲ (۵۸/۶٪)	۵ (۳/۶٪)
۵	امکان نگهداری فرم‌ها در مطب و دسترسی آسان در زمان مورد نیاز دشوار است	۷ (۵٪)	۴۵ (۳۲/۱٪)	۴۲ (۳۰٪)	۴۱ (۲۹/۳٪)	۵ (۳/۶٪)
۶	پزشکان معتقدند که بسیاری از بیماری‌های تعریف شده در این نظام مهم نیستند	۲ (۱/۴٪)	۱۳ (۹/۳٪)	۵۵ (۳۹/۲٪)	۶۳ (۴۵٪)	۷ (۵٪)
۷	پزشکان معتقدند که بیماری‌ها آنقدر مسری هستند که این نظام نمی‌تواند جلوی گسترش آن‌ها را بگیرد	۱۲ (۸/۶٪)	۱۶ (۱۱/۴٪)	۹۷ (۶۹/۳٪)	۱۵ (۱۰/۷٪)	۲۶ (۱۰/۲۶٪)
۸	امکانات ارتباط آسان با مراکز بهداشت موجود نیست	۱۶ (۱۱/۴٪)	۷۱ (۵۰/۷٪)	۲۴ (۱۷/۸٪)	۱۹ (۱۳/۶٪)	۱۰ (۷/۱٪)
۹	در شروع کار یک پزشک، گزارش بیماری‌ها به عنوان یک وظیفه از وی خواسته نمی‌شود	۳۰ (۲۱/۴٪)	۶۴ (۴۵/۷٪)	۳۳ (۲۳/۵٪)	۱۳ (۹/۳٪)	۷ (۵٪)
۱۰	مانعی برای گزارش دهی وجود ندارد	۲۳ (۱۶/۴٪)	۳۵ (۲۵٪)	۴۴ (۳۱/۵٪)	۳۱ (۲۲/۱٪)	۷ (۵٪)

جدول شماره ۵- پیشنهادات پزشکان برای بهتر شدن سیستم گزارش دهی (n=۱۴۰)

تعداد	موارد	میانگین نمره کل				
		کاملاً موافقم فراوانی (درصد فراوانی)	موافقم فراوانی (درصد فراوانی)	نظری ندارم فراوانی (درصد فراوانی)	مخالقم فراوانی (درصد فراوانی)	کاملاً مخالفم فراوانی (درصد فراوانی)
۱	ساده کردن فرایند گزارش دهی	۹۰ (۶۴/۳٪)	۳۶ (۲۵/۷٪)	۱۴ (۱۰٪)	۷۹ (۵۶/۴٪)	۶۸ (۴۹/۳٪)
۲	محول کردن این امر به افراد دیگر نظیر منشی	۹ (۶/۴٪)	۱۴ (۱۰٪)	۱۹ (۱۳/۶٪)	۷۹ (۵۶/۴٪)	۱۹ (۱۳/۶٪)
۳	آموزش پزشکان به شکل غیر حضوری در زمینه موضوع	۵۷ (۴۰/۷٪)	۶۱ (۴۳/۶٪)	۱۳ (۹/۲٪)	۴ (۲/۹٪)	۱۸ (۱۳/۶٪)
۴	در نظر گرفتن حقوق و مزایا برای گزارش دهی	۴۷ (۳۳/۶٪)	۴۳ (۳۰/۷٪)	۳۳ (۲۳/۶٪)	۱۴ (۱۰٪)	۳ (۲/۱٪)
۵	برگزاری دوره‌های آموزش مداوم بصورت حضوری	۳۶ (۲۵/۷٪)	۵۰ (۳۵/۷٪)	۲۸ (۲۰٪)	۲۳ (۱۶/۴٪)	۳ (۲/۱٪)
۶	انتشار لیست و سایر اطلاعات مربوط به بیماری‌های مشمول گزارش دهی	۶۳ (۴۵٪)	۶۷ (۴۷/۹٪)	۱۰ (۷/۲٪)	۳۱ (۲۲/۱٪)	۳۷ (۲۶/۱٪)
۷	در نظر گرفتن جرایم قانونی برای پزشکانی که از نظام گزارش دهی پیروی نمی‌کنند	۴ (۲/۹٪)	۱۹ (۱۳/۶٪)	۵۲ (۳۷/۲٪)	۳۴ (۲۴/۳٪)	۳۱ (۲۲/۱٪)
۸	ایجاد شبکه‌های اینترنتی خاص و امکان ارسال اطلاعات مربوطه به کمک اینترنت	۵۸ (۴۱/۴٪)	۴۹ (۳۵٪)	۲۴ (۱۷/۲٪)	۴ (۲/۹٪)	۵ (۳/۶٪)

بحث

گزارش‌دهی رابطه مستقیم و معنی‌داری با پیروی آن‌ها از این سیستم دارد. در مطالعه‌تان ۲ و همکاران در تایوان (۲۰۰۹) نیز مشخص شد یکی از دلایل عمده عدم پیروی پزشکان از نظام گزارش دهی فقدان دانش و نگرش کافی از این نظام است (۴). نکته قابل بحث دیگر در این پژوهش رابطه معنی‌دار دریافت آموزش از طریق شرکت در برنامه‌های بازآموزی بر مشارکت در گزارش‌دهی نسبت به دریافت آموزش از طریق خودآموزی، دوره تحصیل و صدا و سیما بود بطوریکه پزشکانی که از طریق برنامه بازآموزی در زمینه گزارش‌دهی آموزش دیده بودند ۵/۳ برابر بیشتر از سایرین در گزارش دهی مشارکت داشتند بر طبق این یافته‌ها به نظر می‌رسد آموزش‌های دوره تحصیل کفایت لازم را در توانمندسازی پزشکان در زمینه مراقبت از بیماری‌ها نداشته و لذا ضمن تاکید بر بازنگری کوریکولوم دوره پزشکی و نحوه اجرای برنامه‌های آموزشی جامعه نگر، بر اطلاع رسانی و آموزش پزشکان در ابتدای ورود به حرفه و سپس بطور دوره‌ای از طریق برنامه‌های آموزش مداوم جامعه پزشکی در زمینه مراقبت بیماری‌ها تاکید می‌گردد. ترنبرگ ۳ اشاره می‌کند آگاهی پزشکانی که در شروع به کار در مورد گزارش دهی به عنوان وظیفه حرفه‌ای آموزشات لازم را دریافت می‌کنند نسبت به گروه‌هایی که این آموزشات را دریافت نمی‌کنند بهتر است (۱۱) در بررسی‌های بیشتر در زمینه تعیین موانع و پیشنهادات گزارش دهی از دیدگاه پزشکان نتایج نشان داد مهم‌ترین مانع از دیدگاه پزشکان عدم الزام به مشارکت در گزارش‌دهی در ابتدای ورود به حرفه و همین‌طور عدم آشنایی با ملزومات و لیست بیماری‌های مشمول گزارش و بهترین راهکار نیز آموزش پزشکان به شکل غیر حضوری و اطلاع رسانی مداوم به آنها در مورد لیست بیماری‌ها و ساده کردن فرایند گزارش دهی است. مورگان ۴ اشاره می‌کند تکنولوژی پیشرفته اطلاع رسانی راهکاری لازم در جهت تسهیل جمع‌آوری، آنالیز و تحلیل سریع داده‌های گزارش دهی است و ایجاد سیستم شبکه اینترنتی امری لازم برای بهبود مشارکت گروه‌های دخیل از جمله پزشکان در گزارش‌دهی و ارتقای کلی نظام مراقبت از بیماری‌ها است (۲۱) در مطالعه‌تان نیز بیشترین موانع اشاره شده توسط پزشکان پیچیده بودن فرایند و عدم اطلاع دقیق از لیست بیماری‌های مشمول گزارش تعیین شد. در مطالعه حاضر پرداخت تشویقی و در نظر گرفتن جریمه به عنوان راهکارهایی جهت افزایش مشارکت پزشکان در گزارش‌دهی مورد استقبال قرار نگرفت هر چند در برخی مطالعات این مسایل به عنوان راهکارهای افزایش مشارکت پزشکان تعیین شد (۵) که این عدم همسویی بدلائل تفاوت‌های فرهنگی جوامع مورد پژوهش

در مطالعه انجام یافته به منظور تعیین وضعیت سیستم گزارش دهی در میان پزشکان عمومی شاغل در بخش‌های خصوصی شهر قم، یافته‌ها نشان داد میانگین نمره آگاهی و نگرش پزشکان به ترتیب $4/2 \pm 26/44$ و $4/4 \pm 30/85$ بود که نسبت به نمره کل قابل احتساب ۴۰ در آگاهی و ۴۵ در نگرش نمره مطلوبی نیست. مطالعه انجام یافته در شیراز نیز میانگین نمره آگاهی پزشکان از سیستم گزارش دهی را در مقایسه با نمره کل قابل احتساب نمره پایینی نشان داد. در همین پژوهش ضعف آگاهی پزشکان و نیاز به آموزش آن‌ها در زمینه موضوع تاکید گردید (۱۲).

نجمی و همکاران در مطالعه خود نتیجه‌گیری نمودند که هر دو گروه پزشکان شاغل در بخش خصوصی و دولتی اطلاعات ناکافی از بیماری‌های قابل گزارش در سیستم مراقبت از بیماری‌ها دارند (۳) نتایج مطالعه اوفیلی در نیجریه نیز نشان داد تنها ۱۱/۹٪ از پزشکان از آگاهی مطلوبی در مورد نظام گزارش‌دهی برخوردارند (۱۳) مطالعات دیگر نیز حاکی از آگاهی نامطلوب پزشکان در خصوص سیستم گزارش‌دهی است (۱۹-۱۴).

دیگر نتایج تحقیق مبین وجود رابطه معنی‌دار بین آگاهی و عملکرد پزشکان بود (آزمون تی) همچنین نتایج رگرسیون نشان داد پزشکانی که آگاهی در حد مطلوب داشتند ۵/۲ بیشتر از سایرین در گزارش دهی مشارکت نمودند. تان و همکاران نیز در مطالعه خود نیز به نتایج مشابهی دست یافتند (۵) در بررسی رابطه آگاهی در حیطه‌های مختلف یا مشارکت در گزارش دهی، آگاهی از لیست بیماری‌ها بر حسب گزارش فوری و غیر فوری، بطور معنی‌داری موثر بر عملکرد گزارش دهی شناخته شد. بطوریکه پزشکانی که به حداقل ۵۰٪ سوالات این حیطه پاسخ صحیح دادند ۲/۵ بیشتر از سایرین در گزارش دهی مشارکت نموده بودند. یافته اخیر تحقیق مبین این است که اگر چه ارتقای آگاهی کلی از نظام مراقبت بیماری‌ها امری لازم و ضروری است با این وجود اطلاع رسانی مستمر در خصوص لیست بیماری‌های مشمول گزارش فوری و غیر فوری از الویت بیشتری جهت آموزش پزشکان برخوردار است.

در مطالعه حاضر میانگین نمره نگرش گروه گزارش‌گر بیشتر از گروه غیر گزارش‌گر بود با این وجود شاخص آماری این تفاوت را معنی‌دار نشان نداد. در این زمینه فیگوراس ۱ در مطالعه خود که به بررسی تأثیر نگرش پزشکان بر عدم پیروی از نظام گزارش دهی پرداخته، نتیجه‌گیری می‌کند نگرش پزشکان نسبت به سیستم

قابل تبیین است.

کامپیوتری اطلاعات است که این پایگاه باید اطلاعات خدمات خصوصی پزشکی را نیز در برگیرد. در پایان قابل ذکر است یکی از محدودیت‌های مطالعه حاضر تعیین عملکرد پزشکان به شیوه خود گزارشی بود که در تعمیم داده‌ها و نتیجه‌گیری باید در نظر گرفته شود.

نتیجه‌گیری

یافته‌های این پژوهش نشان داد اطلاعات، نگرش و عملکرد پزشکان در مورد نظام گزارش‌دهی بیماری‌ها مطلوب نیست و لذا ارتقای آگاهی پزشکان به شکل مستمر و از طرق برنامه‌هایی نظیر بازآموزی و آموزش‌های غیر حضوری و ایجاد انگیزه در کنار کاهش موانع و تقویت تسهیل‌کننده‌هایی نظیر ایجاد شبکه ملی اینترنتی مراقبت از بیماری‌ها در جریان فرایند گزارش دهی می‌تواند در بهبود نظام و کاهش موارد گزارش نشده کمک کننده باشد.

قدردانی

نگارندگان این مقاله مراتب تشکر و قدر دانی خود را از معاونت محترم پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی قم، همکاران محترم در مرکز بهداشت استان در واحد کنترل بیماری‌ها و هم چنین پزشکان محترمی که در انجام پژوهش همکاری داشتند، اعلام می‌دارند.

در مطالعه حاضر ۶۱ نفر (۴۳/۶٪) یعنی نزدیک به نیمی از پزشکان مورد مطالعه بیماری توکسوپلاسموز را مشمول گزارش‌دهی تشخیص دادند در حالیکه این بیماری جزء موارد مشمول گزارش در سیستم مراقبت بیماری‌ها در کشور ما نبوده و بصورت انحرافی مورد سوال قرار گرفته بود. هم چنین نزدیک به ۶۰٪ پزشکان نیز نوع گزارش دهی هیاتیت آ و شیگلوز را تشخیص صحیح ندادند که بر این اساس فقدان اطلاعات کافی از لیست بیماری‌های مشمول گزارش مجددا تأکید می‌گردد. از دیگر سو ۹۵/۷٪ از پزشکان نوع گزارش‌دهی بیماری وبا را درست تشخیص دادند که از آنجا که بیماری وبا از بیماری‌های اندمیک مشمول گزارش فوری در شهر قم می‌باشد، این یافته نشانه ایجاد حساسیت مطلوب به بیماری وبا در میان پزشکان شهر مورد مطالعه می‌باشد و بنابراین به نظر می‌رسد ایجاد حساسیت و اطلاع رسانی مداوم در مورد بیماری‌های مشمول گزارش بویژه در مورد بیماری‌های بومی و منطقه‌ای در بهبود مشارکت پزشکان و کاهش موارد گزارش نشده مؤثر خواهد بود.

بر اساس یافته‌های مطالعه پیش رو، بر توجه ویژه به سیستم مراقبت و گزارش دهی بیماری‌ها در برنامه‌های بازآموزی و به ویژه آموزش‌های غیر حضوری تأکید می‌گردد. همچنین از مقامات ملی انتظار می‌رود مکانیسم‌های مراقبت از بیماری‌ها را تقویت بخشند، یکی از این راهبردهای اساسی در این زمینه برپاکردن پایگاه ملی

منابع

1. zahrayi SM. The statue of surveillance system in Iran. In: Hatami H, etal. Text book of public health. Tehran, Arjomand 2005; 909-13.
2. Noah N. Disease Surveillance. Encyclopedia of Virology, 2008, 44-51.
3. Tabatabayi SM, zahrayi SM, Ahmadnia H, Ghotbi M, Rahimi F. osole pishgiri & moraghebat az bimariha .roh ghalm, first ed. 1385: 1-25.
4. Nojoomi M, Vaseghi S. The comparative study of general physician's knowledge in private and governmental sectors about reportable diseases. Iran University of medical Sciences and Health Services, 2003; 10: 317-24.
5. Tan H-F, Yeh C-Y, Chang HW, Chang CK, Tseng HF. Private doctors' practices, knowledge, and attitude to reporting of communicable diseases: a national survey in Taiwan. BMC Infectious Diseases; 2009, 9:1.
6. Tan H-F, Chang C-K, Tseng H-F, Lin W. Evaluation of the National Notifiable Disease Surveillance System in Taiwan: An example of varicella reporting. Vaccine; 2007; 25: 2630-33.
7. Krause G, Ropers G, Stark K. Notifiable disease surveillance and practicing physicians. Emerg Infect Dis 2005, 11: 442-5.
8. Allen CJ, Ferson MJ. Notification of infectious diseases by general practitioners: a quantitative and qualitative study. Med J Aust 2000, 172: 325-8.
9. Durrheim DN, Thomas J: General practice awareness of notifiable infectious diseases. Public Health 1994; 108: 273-8.
10. Voss S. How much do doctors know about the notification of infectious diseases? BMJ 1992, 304: 755.
11. Turnberg W, Daniell W, Duchin J. Notifiable infectious disease reporting awareness among physicians and registered nurses in primary care and emergency department settings. American Journal of Infection Control 2010; 38: 410-12.
12. Nader F, Askarian M. How do Iranian physicians report notifiable diseases ? the first report from Iran. American Journal of Infection Control; 2009; 37: 500-4.
13. Ofili A. N, Ugwu E N, Ziregbe A, Richards R, Salami S .. Public Health. 2003; 117: 214-17.
14. Bakarman M, Al-Raddadi R M, Assessment of reporting and recording system of communicable diseases in the Jeddah region, Saudi Med J 21 2000; 751-4.
15. Allen CJ and Ferson MJ. Notification of infectious diseases by general practitioners: a quantitative and qualitative study, Med J Aust 172 2000; 325-8.
16. Karimi A, Kadivar MR, Fararoe M and Alborzi A, Active case-finding of communicable diseases in the south of the Islamic Republic of Iran, East Mediterr Health J 6 2000; 487-93.
17. Seneviratne SL, Gunatilake SB and de Silva HJ. Reporting notifiable diseases: methods for improvement, attitudes and community outcome, Trans R Soc Trop Med Hyg 91 1997;

- 135–137.
18. Voss S. How much do doctors know about the notification of infectious diseases?, *BMJ* 304 1992; 755.
 19. Schramm MM, Vogt RL and Mamolen M. The surveillance of communicable disease in Vermont: who reports?, *Public Health Rep* 106 1991; 95–7.
 20. Figueiras A, Lado E, Fernández S, Hervada X. Influence of physicians' attitudes on under-notifying infectious diseases: a longitudinal study. *Public Health*, 2004; 118: 521-6.
 21. Morgan OW, Pinner RW. Surveillance of Infectious Diseases *Encyclopedia of Microbiology*, 2009; 759-74.

Iranian Journal of Epidemiology 2012; 7(4): 49-56.

Original Article

Knowledge, Attitudes and Practice of General Practitioners about Disease Notification (Reporting) in Qom

Khorrarni rad A¹, Karami M ², Abedini Z³

1- Instructor, School of Nursing and Midwifery School, Qom University of Medical Sciences, Qom, Iran

2- MSc in Epidemiology, Qom University of Medical Sciences, Qom, Iran

3- Instructor, School of Nursing and Midwifery, Qom University of Medical Sciences, Qom, Iran

Corresponding author: Khorrarni rad A., parsian_ins_kh@yahoo.com

Background & Objectives: Epidemiological surveillance of infectious diseases through the mandatory-reporting system is crucial for disease prevention program and success in it related to physician, partnership. The aim of this study was to identify statuses of notification system among general practitioners (physicians) in Qom.

Methods: In this analytical cross section study a self-administered questionnaire was used to assess knowledge and attitude of notifiable diseases, self-reported practices, reasons for noncompliance with reporting requirements, and suggestions to improve compliance. A total 140 general physicians completed the questionnaire. Appropriate statistical analyses were performed.

Results: 14/3% and 13/6% had a good knowledge and attitude about notification and only 47% had good performance. There was significant association between the participants' self-reported practices and knowledge total scores and participating in continuing medical education. The major barrier of reporting notifiable diseases was poor knowledge of the list of reportable diseases and reporting requirements. The most frequent suggestions for improving physicians' compliance with disease reporting were to simplify the reporting process and giving awareness about list of notifiable diseases.

Conclusion: Our findings suggest inappropriate knowledge, attitude and practices about disease notification requirements among GPs. Modifying physicians' knowledge and motivation, eliminating barriers to disease reporting, and promoting some facilitating factors could help reduce the underreporting of notifiable diseases.

Keywords: Surveillance, Notifiable(reportable) diseases, General physician, Notification