

تبیین مشکلات سیستم مراقبت و گزارش دهی بیماری های واگیر در بیمارستان ها و راهکارهای احتمالی: یک مطالعه کیفی

مژگان حسینی¹، قباد مرادی²، علی جنتی³، محمد مهدی گویا⁴، ابراهیم قادری⁵

1. دانشجو کارشناسی ارشد مدیریت خدمات بهداشتی و درمانی، گروه مدیریت خدمات بهداشتی درمانی، دانشکده مدیریت و اطلاع رسانی، کمیته تحقیقات دانشجویی، تبریز، ایران.

2. استادیار، دکترای تخصصی اپیدمیولوژی، مرکز تحقیقات عوامل اجتماعی موثر بر سلامت، دانشگاه علوم پزشکی کردستان، سنندج، ایران

3. دانشیار دکترای تخصصی مدیریت خدمات بهداشتی درمانی، گروه آموزشی مدیریت خدمات بهداشتی درمانی، دانشکده مدیریت و اطلاع رسانی، دانشگاه علوم پزشکی تبریز، تبریز، ایران

4. استاد، متخصص بیماریهای عفونی، مرکز مدیریت بیماری واگیر، وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، تهران، ایران

5. استادیار، دکترای تخصصی اپیدمیولوژی، مرکز تحقیقات عوامل اجتماعی موثر بر سلامت، دانشگاه علوم پزشکی کردستان، سنندج، ایران، تلفن ثابت: 087-31827277
ebrahimghaderi@yahoo.com

چکیده

مقدمه: گزارش دهی بیماری های واگیر، رکن اساسی مبارزه با این بیماری ها و تشخیص سریع اپیدمی ها است. یکی از مراکز که بیماران به کرات به آنجا مراجعه کرده و حتی بستری می شوند بیمارستانها هستند که می توانند محل شروع یک اپیدمی نیز باشند. با توجه به مشکلات موجود در گزارش دهی بیمارستانها در ایران، این مطالعه با هدف تبیین مشکلات گزارش دهی بیماری های واگیر در بیمارستانها و تدوین راه حلهای احتمالی انجام شد.

روش کار: این مطالعه به صورت مطالعه کیفی از نوع فنومنولوژی انجام شد که در آن تعداد 54 نفر شامل مدیران، پرستاران و کارشناسان بیمارستانها و شبکه های بهداشت استان های کردستان و آذربایجان شرقی و همچنین مرکز مدیریت بیماری های کشور با روشهای بحث متمرکز گروهی و مصاحبه نیمه ساختار یافته ارزیابی شدند. تحلیل به روش تحلیل محتوایی¹ انجام شد.

یافته ها: نبود بازخورد و ایجاد انگیزه، نبود دستورالعملها و شرح وظایف، نبود فرآیند مشخص گزارش دهی در بیمارستان، تفاوت در نوع و روشهای گزارش دهی، عدم آشنایی مدیران با سطوح گزارش دهنده، ناهماهنگی بین معاونت بهداشتی و معاونت درمانی و لزوم تدوین دستورالعمل گزارش دهی برای بیمارستان ها از نتایج این مطالعه بود.

نتیجه گیری: به دلیل نبود فرآیند های مشخص و روشن برای گزارش دهی بیماری های واگیر در بیمارستان ها، تدوین دستور العمل گزارش دهی بیماریهای واگیر برای بیمارستان با در نظر گرفتن خصوصیات بیمارستانها و با همکاری بخش بهداشت و درمان در تمام سطوح مدیریتی و اجرایی از الزامات بهبود سیستم گزارش دهی در بیمارستان های ایران است.

کلمات کلیدی: گزارش بیماری ها، بیماری های واگیر، بیمارستان، نظام مراقبت، تحقیق کیفی

وصول مقاله: 94/3/19 اصلاحیه نهایی: 94/4/24 پذیرش: 94/4/24

مقدمه

بخش مهمی از برنامه های بهداشت عمومی در هر کشور مراقبت از بیماری های واگیر با هدف پیشگیری و کنترل، شناسایی شیوع و بار بیماری ها، انجام مداخلات، ارزیابی اثر بخشی برنامه های مراقبت، مدیریت و تخصیص منابع بهداشتی است (4-1). به دلیل اهمیت و تاثیرات بیماری های واگیر و همچنین مقدار و توزیع متفاوت آنها، مقررات بین المللی و ملی برای مراقبت و گزارش دهی بیماری های واگیر طراحی و تعریف شده است (6 و 5 و 3). که در ایران نیز مانند سایر کشور ها اهداف سیستم مراقبت و گزارش دهی بیماری ها، لیست بیماری ها و نوع گزارش دهی، منابع گزارش دهی و اجبار قانونی گزارش دهی تعیین شده است (7).

اطلاع رسانی دقیق و به موقع توسط منابع گزارش دهی برای پاسخ سریع و به موقع نسبت به افزایش بروز بیماری ها ضروری است لذا پاسخ دهی به اپیدمیها به توانایی سیستم های مراقبت و گزارش دهی بیماری ها در ارائه اطلاعات به موقع برای انجام اقدامات بستگی دارد (11-7 و 1). گزارش دهی بیماری ها توسط مراکز بهداشتی درمانی، بیمارستان ها، کلینیک ها، مطب های خصوصی و آزمایشگاه ها میتواند انجام شود ولی متأسفانه در برخی از این مراکز مشکلات گزارش دهی وجود دارد.

یکی از مهمترین منابع گزارش دهی بیماری ها بیمارستان ها هستند که گزارشات بیماری های واگیر را جمع آوری و به هماهنگ کننده بهداشتی در سطح استان ارسال می کنند (7). ولی گزارش ناقص و نادرست از بیمارستان ها یکی از مشکلات گزارش دهی بیماری ها از بیمارستان است (13 و 12). مطالعات مختلفی به صورت کمی، در مورد بررسی علت ناقص گزارش بیماری های واگیر از بیمارستان ها انجام شده است که از دلایل نقص در گزارش دهی آن پایین بودن آگاهی کادر درمانی در مورد سیستم گزارش دهی، بار کار زیاد در بیمارستان ها، عدم وجود یک سیستم

استاندارد برای گزارش دهی و تکمیل نبودن مستند بوده که در نتیجه آن تجزیه و تحلیل و تفسیر اطلاعات و استفاده از نتایج آن دچار مشکل بوده و سیستم گزارش دهی در سطح بیمارستان ها غیر کارآمد کرده و نمی توان از اطلاعات آن برای تصمیم گیری های بهداشت عمومی استفاده کرد (19-14 و 11 و 2). در مطالعات ذکر شده، به صورت کیفی ارزیابی انجام نشده است و هیچکدام به صورت اختصاصی به عدم گزارش دهی در بیمارستان نپرداخته اند. همچنین در ایران مطالعه ای یافت نشد که به بررسی این مسئله بپردازد. بر اساس جستجوهای ما، در ایران مطالعه ای در جهت بررسی مشکلات گزارش دهی بیماریها از بیمارستانها انجام نشده است، لذا این مطالعه به روش کیفی به بررسی مشکلات و راه حل های پیشنهادی برای بهبود گزارش دهی بیماری های واگیر از بیمارستان ها می پردازد.

روش کار

این مطالعه به صورت مطالعه کیفی از نوع فنومنولوژی انجام شد.

شرکت کنندگان در مطالعه:

شرکت کنندگان در این مطالعه شامل مدیران، صاحب نظران و کارشناسان سطح کشوری و استانی در حیطه مراقبت و گزارش دهی بیماری های واگیر، پرستاران کنترل عفونت بیمارستان ها و افراد در ارتباط با سیستم مراقبت و گزارش دهی بیماری های واگیر در بیمارستان ها شامل (سرپرستار، پرستار، مسئول آزمایشگاه و مسئول درمانگاه ها) بودند. نمونه گیری مبتنی بر هدف و به منظور حاصل شدن بهترین اطلاعات بود. معیار های ورود برای مدیران و صاحب نظران و کارشناسان شامل: سابقه کاری بیش از 5 سال در سیستم بهداشت و درمان کشور، داشتن سابقه کار در مرکز مدیریت بیماری های کشور یا داشتن سابقه کار در معاونت بهداشت و درمان در زمینه بیماری های واگیر، داشتن مسئولیت سازمانی در زمینه مراقبت و گزارش دهی

در طی جمع آوری اطلاعات 2 جلسه FGD با پرستاران کنترل عفونت، سرپرستار، پرستار بیمارستان ها و 2 جلسه FGD با کارشناسان برنامه مراقبت و گزارش دهی بیماری های واگیر در سطح استان و شهرستان، مسئول آزمایشگاه و درمانگاه ها در بیمارستان ها و 24 مصاحبه نیمه ساختار یافته با مدیران، صاحب نظران و کارشناسان برنامه مراقبت و گزارش دهی بیماری های واگیر در سطح کشوری و استانی و پرستاران کنترل عفونت در سال 1393 انجام گرفت (جدول 1).

تجزیه و تحلیل

برای ارزیابی داده ها از معیارهای انتقال پذیری، اعتبار، تایید اعتماد و اطمینان استفاده شد. برای انتقال پذیری و تناسب در روند انتخاب شرکت کنندگان سعی شد افرادی که بیشترین آگاهی را در مورد موضوع دارند انتخاب شوند. در مقبولیت داده ها به دست آمده در هنگام مصاحبه، مصاحبه کننده خلاصه ای از مطالب عنوان شده را مجدداً بازگو کردند و نظر شرکت کنندگان را در رابطه با درستی مطالب عنوان شده را جویا شدند. همچنین کد های تهیه شده از مصاحبه ها به تایید شرکت کنندگان رسید. دست نوشته و یادداشت ها و داده های به دست آمده به وسیله دو نفر تفسیر شد و در موارد که اختلاف نظر وجود داشت جلسه تشکیل شد تا به یک تفسیر مشترک از داده ها برسند. برای تعیین همسانی داده های به دست آمده در اختیار فرد دیگری که با مطالعه رابطه ای نداشته و در مورد موضوع مطالعه دارای تجربه بود قرار گرفت و نتایج و تفسیر داده ها تایید شد.

تجزیه و تحلیل داده ها در سه مرحله توصیف، تحلیل، تفسیر با روش آنالیز محتوایی انجام گرفت. از همان شروع جلسات مصاحبه و بحث گروهی متمرکز یادداشت برداری آغاز شد. بعد از اتمام هر جلسه نوار های صوتی ضبط شده چندین بار گوش داده و کلمه به کلمه پیاده و تایپ شدند و یادداشتها حین مصاحبه نیز مرور شدند. داده ها در مرحله توصیف کد گذاری و در مرحله تحلیل واحد های معنایی در ساختار

بیماری های واگیر در نظر گرفته شد، معیار ورود برای پرستار کنترل عفونت، سرپرستار، پرستار، مسئول آزمایشگاه و مسئول درمانگاه ها سابقه کاری بیش از 5 سال در بیمارستان ها بود. جهت برگزاری FGD بعد از تعیین افراد بر اساس معیار ورود، زمان جلسه تعیین و شرکت کنندگان برای برگزاری جلسه به معاونت بهداشت استان کردستان و استان آذربایجان شرقی دعوت شدند (انتخاب استان کردستان بر اساس تایید مدیران مرکز مدیریت بیماری ها بوده است). جمع آوری اطلاعات:

برای جمع آوری داده ها از روش های بحث گروهی متمرکز (FGD)² و مصاحبه نیمه ساختار یافته³ استفاده شد. بحث گروهی متمرکز یکی از روشهای جمع آوری اطلاعات در مطالعات کیفی است که در آن تعداد 6-12 نفر حضور داشته و یک فرد تسهیل گر با استفاده از تعدادی سوالات از پیش مشخص شده بر اساس اهداف مطالعه، بحث را شروع کرده و افراد با هم بحث خواهند کرد. با توجه به اینکه بحث گروهی میتواند باعث بهتر تشریح شدن مسئله شود، از این روش استفاده شد. افرادی که به دلیل مشغله کاری امکان شرکت در FGD ها را نداشتند از مصاحبه نیمه ساختار یافته برای جمع آوری اطلاعات در مورد آنها استفاده شد.

جهت انجام مصاحبه بعد از انجام هماهنگی های لازم به محل کار این افراد مراجعه و بعد از توضیح در مورد هدف مطالعه و جلب رضایت و تمایل به شرکت در مصاحبه در اولین فرصت که توسط افراد تعیین شد و در محل کارشان مصاحبه انجام گرفت. در روز مصاحبه موضوعات مورد بحث لیست و بعد از توضیح در مورد موضوع مصاحبه و کسب اجازه برای ضبط صدا فرم رضایت آگاهانه توسط افراد تکمیل گردید. هر جلسه مصاحبه با این افراد حداکثر بین 30 تا 45 دقیقه به طول انجامید.

² Focus Group Discussions

³ Semi-Structured interview

جلسات در مواردی که احساس شد به اشباع نرسیده و یا نیاز به انجام مصاحبه های تکمیلی بود مجدداً با افراد مصاحبه انجام گرفت. بعد از اتمام کار تمام نوارهای ضبط شده، یاداشتها و متن های مصاحبه در مکان امنی نگهداری شدند.

داده ها تم گذاری شدند و در مرحله بعد با استخراج درون مایه های اصلی تفسیر انجام گرفت. طبقه بندی این داده ها تحت طبقات (تم ها) ذکر شده برای مشخصات یک سیستم مراقبت بیماری قابل سرایت که توسط سازمان جهانی بهداشت منتشر شده است، صورت گرفت. تجزیه و تحلیل به صورت دستی بود. بعد از تجزیه و تحلیل هر کدام از

جدول 1: فراوانی شرکت کنندگان و نوع جمع آوری اطلاعات

مکان	متمد	تعداد	گروه
معاونت بهداشتی استان، مرکز مدیریت بیماری های کشور	مصاحبه ساختار یافته	12	مدیران، صاحب نظران و کارشناسان
بیمارستان	مصاحبه ساختار یافته	12	پرستاران کنترل عفونت بیمارستان ها
معاونت بهداشتی	بحث گروهی متمرکز	30	افراد در ارتباط با سیستم مراقبت و گزارش دهی بیماری های واگیر در بیمارستان ها شامل (سر پرستار، پرستار، مسئول آزمایشگاه و مسئول درمانگاه ها)

نتایج

اعتقاد نداشتن به سیستم گزارش دهی بیماری ها و عدم وجود اهرم های قانونی، نبود بازخورد و ایجاد انگیزه به گزارش دهنده ها بیمارستان ها، حجم کاری بالا در بیمارستان ها و عدم آشنایی با سیستم مراقبت و گزارش دهی و نبود آموزش مرتبط با آن، ضعف در ارتباط بین سطوح مختلف درگیر در فرایند گزارش دهی و نبود دستورالعمل ها و شرح وظایف مربوط به گزارش دهی بیماری ها در بیمارستان از مشکلات اساسی سطح گزارش دهنده بیماری های واگیر در بیمارستان ها بود. نبود فرآیند مشخص برای گزارش دهی در بخش های مختلف بیمارستان، تفاوت در نوع و روش های گزارش دهی، در دسترس نبودن دستورالعمل های گزارش دهی بیماری ها برای بیمارستان، نا آشنایی پرسنل با روش ها و نحوه گزارش دهی، پایش و ارزیابی نشدن فرآیند گزارش دهی بیماری ها در بیمارستان ها از مشکلات فرآیند گزارش دهی بیماری ها واگیر در بیمارستان ها می باشد (جدول 2).

جدول 2: بررسی مشکلات فرایند گزارش دهی بیماری های واگیر در سیستم مراقبت و گزارش دهی بیماری ها بیمارستان ها از دیدگاه شرکت کنندگان

طبقه بندی بر اساس اجزا سیستم مراقبت و گزارش دهی (who)	طبقه	زیر طبقه	نمونه نظرات
تشخیص مورد	طبقة	نبود فرایند روشن و مشخص مراقبت و گزارش دهی بیمار یهای واگیر در اورژانس، درمانگاه و بخش های پارکلینیکی بیمارستان	"نمی دونیم چطور گزارش بگیریم از پرسنل، بخش ها رو هم که خودمون سر می زیم"
		تفاوت در فرایند مراقبت و گزارش دهی در بیمارستان های مختلف	"هر بیمارستان به جور گزارش میکنه"
		تعداد زیاد فرم های مراقبت و گزارش دهی بیمار یهای واگیر	"کلی فرم داره و کلی سوال که پر کردنش وقت می بره ولی من وقتم کمه"
ثبت موارد	طبقة	مشکل استفاده از فرم های کاغذی سیستم مراقبت و گزارش دهی بیماری ها و نقص در مستندات آن	"هیچ کدوم از فرم های کامل نیست"
		تعداد زیاد علائم و نشانه های بیماری ها و نا آشنایی پرسنل درمانی بیمارستان با آنها	"کلی علامت و نشانه برای تعداد زیادی بیماری خوب یادم میره"
		حضوری ، وابسته فرد بودن و تصادفی بودن گزارش بیماری های واگیر در بیمارستان	"اگر منو تو راهرو ببین می گن به مریض داشتیم اگر هم نبین که گزارش نمی کنن"
گزارش دهی	طبقة	گزارش به سیستم مراقبت و گزارش دهی بیماری ها در بیمارستان در مرحله تشخیص قطعی بیمار یها واگیر	"در اورژانس وقتی پزشک تشخیص قطعی رو دار به من خبر می دن"
		گزارش بیمار یهای واگیر بر اساس دستور پزشک تفاوت در روش های گزارش دهی در بیمارستان ها	"تا پزشک تو ی ORDER نویسه من نمی توئم گزارش کنم" "به بیمارستان از HIS استفاده می کنه یکی دیگه تلفن می زنن"
		تفاوت در سیستم های الکترونیکی و HIS در بیمارستان ها	"HIS با اهداف گزارش دهی بیماری ها هماهنگ نیست"
پشتیبان های سیستم	طبقة	نبود تجزیه و تحلیل اطلاعات در سیستم مراقبت و گزارش دهی بیماری ها در بیمارستان	"یه چیزی برای خودم می نویسم که این ماه وضع چطور بوده"
		در دسترس نبودن دستورالعمل ها سیستم مراقبت و گزارش دهی بیماری ها	"من تو بیمارستان کتاب دستور العمل گزارش دهی ندارم"
		نبود پایش و ارزیابی فرایند مراقبت و گزارش دهی بیماری ها در بیمارستان	سیستم اصلا پایش نمیشه دو تا سوال وقت برای اعتبار بخشی میان می پرسن"

ها، عدم آموزش در مورد سیستم گزارش دهی، مشارکت ندادن بخش بهداشت در آموزش ها، ناهماهنگی بین معاونت بهداشتی و معاونت درمانی در تمام سطوح (کشوری و استانی)، کمبود بودجه و نبود هماهنگی بین اجرا کنندگان و ذینفعان برنامه مانند بیمارستان های خصوصی و نظامی از مشکلات اساسی گزارش دهی بیماری ها واگیر از بیمارستان ها در سطوح گزارش گیرنده بود (جدول 3).

عدم هماهنگی با بیمارستان های غیر آموزشی و درمانی، عدم آشنایی مدیران سطح گزارش گیرنده با سطوح گزارش دهنده، دوباره کاری در سطوح مختلف سیستم گزارش دهی، به روز نشدن دستورالعمل های گزارش دهی بیماری

جدول 3: بررسی مشکلات سطح گزارش گیرنده بیماری های واگیر در سیستم مراقبت و گزارش دهی بیماری ها بیمارستان ها از دیدگاه شرکت کنندگان

طبقه بندی بر اساس اجزا سیستم مراقبت و گزارش دهی (who)	طبقه	زیر طبقه	نمونه نظرات
ساختار سیستم	قوانین	نبود ابزار قانونی	"ابزار قانونی برای برخورد با عدم گزارش دهی نداریم"
	ذینفعان	عدم هماهنگی بیمارستان های غیر آموزشی	"ما اطلاعات بیمارستانهای خصوصی و نظامی رو نداریم"
عملکردهای اصلی	گزارش دهی	عدم اطلاع سطح گزارش دهنده از سطوح محیطی	"من الان نمی دونم تو محیط چه خبره"
		دوباره کاری در سطوح مختلف سیستم مراقبت و گزارش دهی	"در واحد های مختلف داده های یکسان جمع آوری می شود"
	مشکل لینک کردن سیستم های الکترونیکی	"سیستم های که به کار میره با هم فرق لینک کردنشون سخته"	
بازخورد	عدم وجود بازخورد به سطح پایین تر	عدم وجود بازخورد به سطح پایین تر	"به ما خبر نمی دهند که موردی را که گزارش کردیم نتیجه اش چه شده"
			دستورالعمل ها
پشتیبان های سیستم	آموزش	آموزش ندادن سطح گزارش دهنده و نا مناسب بودن روش های آموزشی	"آموزش ها به سطح گزارش دهنده منتقل نمی شود"
		عدم همکاری در آموزش	"ما در آموزش پرسنل بیمارستان نقشی نداریم"
ارتباطات	ارتباطات	نا هماهنگی بین معاونت بهداشتی و درمانی در مورد مراقبت و گزارش دهی بیماری های واگیر	"معاونت ها جدا از هم کار می کنن"
منابع	منابع	کمبود بودجه	"نمی توانیم سیستم را الکترونیکی کنیم چون بودجه نداریم"
هماهنگی	هماهنگی	نبود هماهنگی بین اجرا کنندگان و ذینفعان	"یه دستور العمل های میاد که ما نمی تونیم تو بیمارستانم (نظامی) انجام بدیم"

طراحی سیستم های الکترونیکی هماهنگ با سیستم از مهمترین راه حل های پیشنهاد شده برای بهبود سیستم مراقبت و گزارش دهی بیماری ها بود (جدول 4).

تغییر در سیاست های اجرایی، تعیین فرآیند، دستور العمل های و شرح وظایف، تغییر در نحوه گزارش دهی، تغییر در آموزش در مورد مراقبت و گزارش دهی سیستم دادن بازخورد و ایجاد انگیزه و استفاده از بولتن ها و همچنین

جدول 4: راه حل های پیشنهادی برای تغییر و بهبود سیستم مراقبت و گزارش دهی بیماری های واگیر

طبقه بندی بر اساس اجزا سیستم مراقبت و گزارش دهی (who)	طبقه	زیر طبقه	نمونه نظرات
طیقه بندی بر اساس اجزا سیستم مراقبت و گزارش دهی (who)	قوانین	سیاست گزارى و قانون گزارى در سطوح بالا	"باید از بالا (سطوح مدیریتی) سیستم رو تغییر بدیم و سیاست جدید تعیین کنیم"
		اجبار برای گزارش کردن	"اگر کسی درست گزارش نکره روی کارانه ون تاثیر بزاره"
ساختار سیستم	مجریان و ذینفعان	هماهنگ کردن بخش های بهداشت و درمان	"می تونیم به کمیته بزاریم که هر رو بخش بیا و در مورد مراقبت صحبت کنن"
		هماهنگ کردن ذینفعان برنامه ها	"هر چند وقت به بار دور هم جمع شن تا بدونن تو بیمارستان های دیگه چه خبره"
تشخیص مورد	تشخیص مورد	تعیین علائم مختصر و آسان برای گزارش دهی	"چند تا علامت مشخص تعیین کنیم که یادشون بمونه، مثل نظام مراقبت سندرمیک"
		تعریف فرایند مشخص برای گزارش دهی	"مشخص کنیم توی اورژانس، آزمایشگاه، بخش، و درمانگاه چطور گزارش کنیم"
عملکرد های اصلی	گزارش دهی	تغییر ساده کردن فرم های گزارش دهی	"تعداد فرم ها رو کم کنیم به دونه فرم بزاریم"
		استفاده از نرم افزار ها (HIS\ SMS\ WEB)	"دیگه فرم کاغذی فایده نداره باید از روش های الکترونیکی استفاده کرد"
بازخورد و انگیزه	بازخورد و انگیزه	ایجاد انگیزه های مالی	"به من بگن چطور گزارش کردم دفعه بعد بهتر گزارش می کنم"
		بولتن	"یه ورق کاغذ هم باشه خوبه بگن الان وضع چطوره"
استاندارد ها و دستورالعمل ها	استاندارد ها و دستورالعمل ها	تعیین شرح وظایف	"توی شرح وظایف کنترل عفونت بنویسن که باید بیماری ها رو هم گزارش کنن"
		تعیین فرد مسئول	"کارشناس بهداشت مسئول گزارش دهی بشه"
پشتیبان های سیستم	آموزش	تدوین دستورالعمل های روشن و کوتاه برای بیمارستان	"یه دستورالعمل کوتاه و ساده طراحی کنیم که همه ون رو بخونن"
		دادن آموزش ضمن خدمت و تعیین کیفیت آموزش ها	"باید حتما پزشک ها رو آموزش بدیم"
منابع هماهنگی	منابع هماهنگی	دادن آموزش در دانشگاه ها	"کتاب مراقبت و گزارش دهی رو تدریس کنن"
		آموزش با استفاده از پوستر	"پوستر خیلی خوبه چون همیشه جلو چشمه"
ارزشیابی	ارزشیابی	تامین نیروی انسانی	"باید نیروی های جدید به بیمارستان بدن"
		هماهنگ کردن بیمارستان ها	"باید به ساختار داخلی بیمارستان ها دقیق کنیم"
		پایش سیستم	"باید حتما به برنامه برای پایش باشه"
		پایش سیستم	"باید بخش اعتبار بخشی هماهنگ کنیک و مراقبت رو هم ارزشیابی کنن"

بحث

گزارش دهی بیماری های واگیر مورد بازنگری قرار گرفته و برای عدم گزارش دهی از طرف بیمارستان ها و کارکنان قوانین وضع شود (19-23 و 11 و 6 و 1).

پرسنل بیمارستان ها به دلیل ارائه خدمات مختلف به مراجعه کنندگان دارای بار کار زیادی بوده و به دلیل مشخص نبودن

گزارش دهی بیماری های واگیر از طریق قوانین و سیستم اجباری گزارش دهی در ایران و اکثر کشور ها اجرا می شود ولی گزارش دهی به دلیل نداشتن قوانین و جریمه برای عدم گزارش دهی، مورد بی توجهی قرار می گیرد. باید سیاست ها و قوانین در سطوح بالای سیستم مراقبت و

برای گزارش دهی بیماری های واگیر در بیمارستان ها وجود ندارد. در دستورالعمل کلی، مشخص نشده است که از بخش های مختلف بیمارستان چگونه، به چه روشی و توسط چه کسی بیماری ها باید گزارش شود. روش های مختلفی برای گزارش دهی بیماری های واگیر از بیمارستان ها مانند: کاغذی، تلفنی، حضوری و سیستم اطلاعات بیمارستان (HIS)⁴ وجود دارد (23و26و6). آشنایی نداشتن با تعریف اپیدمیولوژیکی بیماری ها، نوع گزارش دهی و تعداد زیاد علائم بیماری ها از دیگر مشکلات گزارش دهی در سطح بیمارستان ها می باشد. همچنین سیستم گزارش دهی بیماری های واگیر در بیمارستان ها مورد ارزشیابی قرار نمی گیرد و دستورالعملی هم برای پایش و ارزشیابی آن تدوین نشده است در صورتی که وجود این دستورالعمل و برنامه ای برای ارزشیابی آن توصیه گردیده است (27و21و4).

تعیین دستورالعمل های گزارش دهی بیماری ها و تقویت سیستم های مراقبت از بیماری های واگیر از طریق اولویت بندی نیازهای سیستم و استفاده از ساده ترین روش های گزارش دهی از مواردی است که طبق مطالعات دیگر می تواند باعث بهبود در سیستم مراقبت و گزارش دهی بیماری ها شود. همچنین سازمان جهانی بهداشت نیز دستورالعمل و شاخص های را برای ارزشیابی پیشنهاد کرده است (29و28و25و22و14و12). در سیستم مراقبت و گزارش دهی بیماری های واگیر در ایران نیز باید دستورالعمل های مختص و فرآیند های مشخص و ساده گزارش دهی بیماری های واگیر با توجه به خصوصیات بیمارستان ها طراحی شود. این دستورالعمل میتواند شامل (تعیین فرد گزارش دهنده، چگونگی گزارش دهی از بخش های مختلف بیمارستان و ابزار مورد استفاده برای گزارش دهی مانند HIS بیمارستان به شرط یکسان سازی این سیستم) باشد. تعاریف اپیدمیولوژیکی و علائم ساده برای گزارش دهی مانند (نظام مراقبت های سندرمیک) برای بیمارستان ها تعریف شود.

شرح وظایف، گزارش دهی بیماری های واگیر اغلب مورد بی توجهی قرار می گیرد. آگاهی کادر درمانی در مورد گزارش دهی بیماری های واگیرها و اهمیت آن در سلامت عمومی جامعه پایین بوده و برنامه های آموزش مداوم در این خصوص هم وجود ندارد و این امر باعث شده که کادر درمانی بیمارستان ها به سیستم گزارش دهی اعتقاد نداشته باشند. برای رفع این مشکلات لازم است شرح وظایف مشخص و روشن برای کادر درمانی بیمارستان ها و مسئول گزارش دهی بیماری های واگیر تدوین شود. همچنین برنامه های آموزشی در مورد سیستم گزارش دهی بیماری ها با همکاری بخش بهداشتی و درمانی طراحی و با روش های مختلف مانند (آموزش در زمان تحصیل، کارگاههای آموزش ضمن خدمت، پوستر، کتابچه های آموزشی) اجرا شود (24و15و10و8و6و3).

نبود ارتباط بین سطوح گزارش دهنده و گزارش گیرنده همچنین ندادن بازخورد مناسب، باعث کاهش انگیزه برای گزارش دهی می شود. با توجه تاکید مطالعات مختلف بر تاثیر این عوامل در گزارش دهی بیماری های واگیر توسط کادر درمانی (25و23و15و8و2) طبق نتایج این مطالعه هیچ گونه عامل تشویقی و انگیزشی برای کادر درمانی بیمارستان های ایران در مورد گزارش دهی بیماری های واگیر وجود ندارد. در نتیجه دادن بازخورد به سطوح پایین و گزارش دهنده بیماری ها می تواند استفاده از روش های مختلف مانند بولتن باید به عنوان یک فعالیت های اولویت دار در سطوح گزارش گیرنده بیماری های واگیر قرار گیرد. همچنین باید برای هر فرد گزارش دهنده، نوعی تشویقی برای ایجاد انگیزه در نظر گرفته شود.

در ایران دستورالعمل مربوط به گزارش دهی بیماری های واگیر تدوین شده است (7). اما این دستورالعمل به صورت عام بوده و برای همه منابع گزارش دهی بیماری های واگیر کاربرد دارد در صورتی که بیمارستان ها دارای خصوصیات خاص خود است و دستورالعمل مختص و فرآیند مشخص

Hospital Information System⁴

صاحب فرآیند داده شود. با توجه به اینکه آگاهی و نگرش کادر درمانی بیمارستان ها از عوامل تاثیر بر عملکرد آنها در گزارش دهی بیماری ها واگیر است. پیشنهاد می شود میزان آگاهی و نگرش کادر درمانی در مورد سیستم مراقبت و گزارش دهی بیماری های واگیر در پژوهش های آینده توسط محققان مورد بررسی قرار گیرد.

این پژوهش محدودیتهایی هم داشت. اولاً اطلاعات از تعدادی از افراد منتخب جمع آوری شد که ممکن است دغدغه های آنها را نتوان به همه افراد و پرسنل بیمارستانها تعمیم داد. دوما امکان هماهنگی با بیمارستان های خصوصی (نظامی) برای شرکت در مطالعه میسر نگردید.

نتیجه گیری

به دلیل نبود فرآیند های مشخص و روشن برای گزارش دهی بیماری های واگیر در بیمارستان ها، تدوین دستور العمل گزارش دهی بیماری های واگیر برای بیمارستان با در نظر گرفتن خصوصیات بیمارستان ها و با همکاری بخش بهداشت و درمان در تمام سطوح مدیریتی و اجرایی از الزامات بهبود سیستم گزارش دهی در بیمارستان های ایران است.

تشکر و قدر دانی

بدین وسیله از همکاری جناب آقای دکتر محمود نبوی، جناب آقای دکتر سروش، جناب آقای دکتر همتی و سرکار خانم دکتر مهشید ناصحی، گروه بیماری های واگیر استان آذربایجان شرقی (جناب آقای دکتر مهدی محمد زاده، جناب آقای دکتر سعادتخواه، سرکار خانم دکتر سیمین خیاط زاده) و گروه بیماری های واگیر استان کردستان (جناب آقای مهندس محمد کریمی و جناب آقای جمیل امجدی، جناب آقای نصر... و بیسی، جناب آقای دکتر خالد رحمانی) و همچنین تمام پرستاران کنترل عفونت و کادر درمانی بیمارستان های شرکت کننده در این پژوهش تشکر

همچنین برنامه ارزشیابی سیستم مراقبت و گزارش دهی بیماری ها واگیر از بیمارستان با همکاری بخش بهداشت و درمان طراحی و در قالب برنامه اعتبار بخشی بیمارستان ها اجرا شود.

بیمارستان های خصوصی و نظامی معمولاً با بخش های بهداشت و درمان هماهنگی نداشته در حالی که در سالهای اخیر مراجعه کنندگان به این بیمارستان ها در حال افزایش است. همچنین به دلیل ناهمانگی بین این بیمارستان ها با سطوح بالای سیستم گزارش دهی بیماری های واگیر، تفاوت در دستورالعمل های اجرایی این بیمارستان ها با بخش بهداشت و درمان وجود دارد. لازم است بین بیمارستان که تحت پوشش وزارت بهداشت و درمان نیستند با این وزارتخانه هماهنگی های بیشتری ایجاد شود. با درگیر کردن بخش های خصوصی و نظامی در تدوین دستورالعمل ها می توان باعث پایداری بیشتر این بخش ها در مراحل اجرایی دستور العمل ها شد (30 و 25 و 21).

مدیران سطوح بالا با مشکلات سطوح گزارش دهنده آشنایی نداشتند و این ناآشنایی باعث می شود که برنامه ریزی های انجام شده توسط سطوح بالا در عمل قابل اجرا نباشد. به روز نشدن دستورالعمل های گزارش دهی بیماری های واگیر و توجه نکردن به چگونگی فرایند گزارش دهی در این دستورالعمل ها باعث بی توجهی به گزارش دهی بیماری های واگیر شده است.

بیشترین مشکلات سطوح گزارش دهنده بیماری ها مربوط به عدم هماهنگی بین معاونت بهداشتی و درمان با هم و کمبود بودجه بود. عدم هماهنگی این دو معاونت باعث مشکلات در تمام سطوح گزارش دهنده بیماری ها می شود (30 و 22 و 6). برنامه ریزی بخش های بهداشت و درمان باید با مشارکت همه سطوح مدیریت انجام گیرد. همچنین دستورالعمل های بیماری ها با تاکید بر فرآیند گزارش دهی باید به روز رسانی شده و در اختیار سطوح گزارش دهنده قرار گیرد و آموزش های لازم در این خصوص به افراد

و قدردانی می شود. همچنین از همکاری جناب آقای دکتر
رضا عزیز زاده عضو گروه بیماری های واگیر استان
آذربایجان شرقی تشکر و قدردانی ویژه می شود.

Reference

1. Keramarou M, Evans MR. Completeness of infectious disease notification in the United Kingdom: A systematic review. *Journal of Infection* 2012; 64: 555-64.
2. Xiong W, Lv J, Li L. A survey of core and support activities of communicable disease surveillance systems at operating-level CDCs in China. *BMC Public Health* 2010; 10: 704.
3. H S Yoo, Park O, P Hye-Kyung, E G Lee, E K Jeong, J K Lee, et al. Timeliness of national notifiable diseases surveillance system in Korea: a cross-sectional study. *BMC public health* 2009; 9: 93.
4. Vavalle EE, An evaluation of mandatory communicable disease reporting in North Carolina, Thesis Ph.D, The University of North Carolina at Chapel Hill, 2010.
5. Reintjes R, Thelen M, Reiche R, Ágnes C. Benchmarking national surveillance systems: a new tool for the comparison of communicable disease surveillance and control in Europe. *European Journal of Public Health* 2007; 17: 375-80.
6. Hanafusa S, Muhadir A, Santoso H, Tanaka K, Anwar M, Sulisty E, et al. A surveillance model for human avian influenza with a comprehensive surveillance system for local-priority communicable diseases in South Sulawesi, Indonesia. *Tropical medicine and health* 2012; 40: 141.
7. Tabatabai M, Zohrai M, Ahmad nia H, GHotbi M, Rahimi F. The principles of care and disease prevention, Tehran 965-94963-5-1, Rohe ghalam, 2006,1-8.
8. Perry HN, McDonnell SM, Alemu W, Nsubuga P, Chungong S, Otten MW, et al. Planning an integrated disease surveillance and response system: a matrix of skills and activities. *BMC medicine* 2007; 5: 24.
9. Tandir S, Sivic S, TandirL, Zunic L. Quality of reporting on infectious diseases in Zenica-Doboj Canton. *Medical Archives* 2011; 65: 42.
10. Tan HF, Chang CK, Tseng HF, Lin W. Evaluation of the national notifiable disease surveillance system in Taiwan: an example of varicella reporting. *Vaccine* 2007; 25: 2630-3.
11. Jelastopulu E, Merekoulias G, Alexopoulos EC. Under reporting of communicable diseases in the prefecture of Achaia, western Greece, 1999-2004-missed opportunities for early intervention. *Euro surveillance : bulletin Europeen sur les maladies transmissibles. European communicable disease bulletin* 2010; 15: 19579.
12. Shinde RR, Kembhavi RS, Kuwatada JS, Khandednath TS. To develop a public private partnership model of disease notification as a part of integrated disease surveillance project (IDSP) for private medical practitioners in Mumbai City, India. *Global J Med and Publ Health* 2012;1:1-11.
13. Staes CJ, Gesteland PH, Allisoy M, Mottice S, Rubin M, Shakib J, et al. Urgent care providers' knowledge and attitude about public health reporting and pertussis control measures: implications for informatics. *Journal of Public Health Management & Practice* 2009; 15: 471-8.
14. Sickbert-Bennett EE, Weber DJ, Poole C, MacDonald PD, Maillard JM. Completeness of communicable disease reporting, North Carolina, USA, 1995-1997 and 2000-2006. *Emerging Infectious Diseases* 2011; 17: 23-9.
15. Dixon BE, Grannis SJ, Revere D. Measuring the impact of a health information exchange intervention on provider-based notifiable disease reporting using mixed methods: a study protocol. *BMC Med Inform Decis Mak* 2013; 13: 121.

16. Rumisha SF, Mboera LE, Senkoro KP, Gueye D, Mmbuji PK. Monitoring and evaluation of integrated disease surveillance and response in selected districts in Tanzania. *Tanzania Journal of Health Research* 2007; 9: 1-11.
17. Nogoudalla M, Mahgoub AS. Assessment of communicable disease surveillance system in Gazera State, Sudan, 2009, *Proceedings of the International Infectious Disease Surveillance* June 14, 2012, *International Journal of Infectious Diseases* 2012; 16,1: e141.
18. Rajeev D, Staes CJ, Evans R, Mottice S, Rolfs R, Samore MH, et al. Development of an electronic public health case report using HL7 v2.5 to meet public health needs. *Journal of the American Medical Informatics Association* 2010; 17: 34-41.
19. Afrasiabian S, Mohsenpour B, Bagheri KH, Barari M, Ghaderi E, Hashemi R, et al. Epidemiological survey on pandemic influenza A (H1N1) virus infection in Kurdistan province, Islamic Republic of Iran 2009. *EMHJ* 2014; 20:196-174.
20. Doyle TJ, Ma H, Groseclose SL, Hopkins RS. PHSkb: A knowledgebase to support notifiable disease surveillance. *BMC Medical Informatics and Decision Making* 2005; 5: 1-9.
21. Lyons S, Zidouh A, Ali Bejaoui M, Ben Abdallah M, Amine S, Garbouj M, et al. Implications of the international health regulations (2005) for communicable disease surveillance systems: Tunisia's experience. *Public Health* 2007; 121: 690-5.
22. Bino S, Cavaljuga S, Kunchev A, Lausevic D, Kaic B, Pistol A, et al. Southeastern European Health Network (SEEHN) communicable diseases surveillance: a decade of bridging trust and collaboration. *Emerging Health Threats Journal* 2013; 6:19950.
23. 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 Infectious* 2009; 9:1-11.
24. Karami M, Abedini Z. Knowledge, attitudes and practice of general practitioners about disease notification (Reporting) in Qom. *Iranian Journal of Epidemiology* 2011; 7: 49-56.
25. Sahal N, Reintjes R, Eltayeb EM, Aro AR. Feasibility of implementing recommendations to improve communicable diseases surveillance-a modified Delphi study. *African Health Sciences* 2011; 11: 93-9.
26. Nader F, Askarian M. How do Iranian physicians report notifiable diseases? The first report from Iran. *AJIC: American Journal of Infection Control* 2009; 37: 500-4.
27. Sahal N, Reintjes R, Eltayeb EM, Aro AR. Assessment of core activities and supportive functions for the communicable diseases surveillance system in Khartoum state, Sudan, 2005-2007. *Eastern Mediterranean Health Journal* 2010; 16: 1204-10.
28. Nelesone T, Durrheim DN, Speare R, Kiedrzyński T, Melrose WD. Strengthening sub-national communicable disease surveillance in a remote pacific island country by adapting a successful african outbreak surveillance model. *Tropical Medicine & International Health* 2006; 11: 17-21.
29. World Health Organization Dept of Epidemic and Pandemic Alert and Response United States Agency for International Development. *Communicable disease surveillance and response systems: guide to monitoring and evaluating*; World Health Organization; 2006.
30. Sahal N, Reintjes R, Mahgoub AE, Aro AR. Staff views about the quality of the communicable diseases surveillance system in Khartoum state, Sudan, 2005-2007: a qualitative study. *Eastern Mediterranean Health Journal* 2011; 17: 565-9.