

مطالعه تطبیقی نظام ملی ثبت اطلاعات بهداشت روان انگلستان، مالزی و ایران*

هادی لطف نژاد افشار^۱، زهرا زارع فضل الهی^۲، معصومه خوش کلام^۲،

پیمان رضایی هاچه سو^۳

چکیده

مقدمه: با وجود توسعه قابل توجهی که در طول چند دهه اخیر در این کشور در بخش مراقبت بهداشت روان صورت پذیرفته، توجه چندانی به ثبت اطلاعات بهداشت روان نشده است. در حال حاضر یک نظام کارآمد ملی ثبت بهداشت روان که بتواند نیازهای این بخش را برآورده کند وجود ندارد؛ هدف پژوهش حاضر ارائه ساختار مقدماتی نظام ثبت اطلاعات بهداشت روان در ایران بود.

روش بررسی: در این مطالعه تطبیقی نظام ملی ثبت بهداشت روان انگلستان، مالزی و ایران در سال ۱۳۸۳ مورد مطالعه قرار گرفت. منبع جمع آوری داده‌ها شامل منابع کتابخانه‌ای، شبکه‌های اطلاع‌رسانی و مشاوره با متخصصان داخل و خارج کشور بود. ابزار جمع آوری داده‌ها فرم‌های اطلاعاتی بود که روایی آن با نظر متخصصان تأیید شد. تحلیل یافته‌ها به صورت نظری و مقایسه‌ای صورت گرفت. مدل مقدماتی نظام ملی ثبت اطلاعات بهداشت روان با توجه به شرایط اقتصادی، فرهنگی و جغرافیایی ایران تدوین گردید.

یافته‌ها: برای نظام ملی ثبت بهداشت روان ایران الگویی در شش محور اصلی پیشنهاد شد. یافته‌های پژوهش نشان داد که به منظور بهینه‌سازی ثبت اطلاعات بهداشت روان در کشور، تجدید نظر کلی در اهداف، ساختار، عناصر اطلاعاتی، معیار ثبت، فرایند گردآوری داده‌ها و سیستم‌های طبقه بندی در نظام فعلی ثبت اطلاعات بهداشت روان کشور بر اساس الگوی پیشنهادی ضرورت دارد.

نتیجه‌گیری: کمبود یک نظام ملی ثبت بهداشت روان در ایران، کشور ما را با مشکلات جدی در زمینه‌های کنترل و پیشگیری بیماری‌های روانی، انجام تحقیقات اپیدمیولوژیکی، طراحی سیاست‌ها و استراتژی‌ها برای کنترل هزینه‌های ناشی از اختلالات روانی و بهبود کیفیت زندگی بیماران روبه‌رو کرده، که امید است با به کارگیری الگوی پیشنهادی بر بسیاری از مشکلات ذکر شده فائق آییم.

واژه‌های کلیدی: بهداشت روانی؛ نظام‌های اطلاع‌رسانی؛ نظام‌های مدیریت اطلاعات.

نوع مقاله: تحقیقی

پذیرش مقاله: ۸۸/۱/۱۹

اصلاح نهایی: ۱۷/۸/۳۰

دریافت مقاله: ۱۷/۶/۵

ارجاع: لطف نژاد افشار هادی، زارع فضل الهی زهرا، خوش کلام معصومه، رضایی هاچه سو پیمان. مطالعه تطبیقی نظام ملی ثبت اطلاعات بهداشت روان انگلستان، مالزی و ایران. مدیریت اطلاعات سلامت ۱۳۸۸؛ ۶(۱): ۱-۱۰.

مقدمه

غیرعادی با دیگران مشخص می‌شود (۲). هدف بهداشت روانی تأمین سلامت روان است که از طریق ایجاد محیط سالم به منظور برقراری روابط صحیح انسانی و پیشگیری از ابتلا به بیماری‌های

مشکلات ناشی از بهداشت روان علاوه بر هزینه‌های هنگفت اجتماعی - اقتصادی در جامعه، در بین ده علل منجر به ناتوانی در جهان، در رده پنجم قرار گرفته، نزدیک به یک سوم ناتوانی‌ها را در دنیا سبب می‌شود (۱).

علائم بیماری‌های روانی از اساس فرق می‌کنند، اما به طور مشترک این علائم با ترکیب افکار، احساسات، رفتارها و روابط

* این مقاله حاصل پایان‌نامه در مقطع کارشناسی ارشد می‌باشد.

۱. مربی، آموزش مدارک پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی ارومیه (نویسندهی مسؤول)

E-mail: hadi.afshar@gmail.com

۲. مربی، آموزش مدارک پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی ارومیه

۳. دانشجوی دکتری، مدارک پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی تبریز

محسوب می‌شوند. ثبت بهداشت روان در کنترل و پیشگیری از بیماری‌های روان نقش محوری دارد (۸، ۷، ۴).

در ایالات متحده از سال ۱۹۷۵ "سیستم گزارش آماری مجتمع بهداشت روان" *integrated statistical reporting system* در سطح ملی پایه گذاری شد. متعاقب آن یک گروه مشاور ویژه، متشکل از کارکنان ایالتی و فدرال تأسیس اولین زیر بنای مجموعه داده‌ها را بر عهده گرفتند (۱۰). در نیوزیلند نیز داده‌های مراقبت بهداشتی مربوط به بیماران روانی بستری شده در بیمارستان، به عنوان بخشی از حداقل مجموعه داده‌های ملی *National Minimum Dataset* جمع‌آوری شده محسوب گردیده، توسط سرویس اطلاعات بهداشتی نیوزیلند نگهداری می‌شوند (۱۱). در انگلستان حداقل مجموعه داده‌های بهداشت روان *Mental Health Minimum Dataset (MHMDS)* به عنوان یک استاندارد مورد قبول واقع شد و در سال ۱۹۹۹ انتشار یافت. *MHMDS* رکن اصلی استراتژی ثبت اطلاعات بهداشت روان ملی بوده و به عنوان چهارچوب خدمات ملی بهداشت روان به حساب می‌آید. (۱۲). در مالزی نظام ملی ثبت بهداشت روان شامل جمع‌آوری، تجزیه و تحلیل و توزیع داده‌های مرتبط با بهداشت عمومی و بالینی می‌باشد. این اطلاعات برای برآورد میزان درمان و ارزیابی نتایج بهداشت روان در کشور ضروری به نظر می‌رسد (۱۳).

بنابراین با دست‌یابی به اطلاعات صحیح، بازخورد به موقع و شناخت افراد مبتلا به بیماری‌های روانی می‌توان از پیشرفت آن جلوگیری کرده و بار گران مشکلات اجتماعی و اقتصادی ناشی از مسائل روانی و هزینه‌های سنگین تشخیصی - درمانی را بر نظام بهداشت و درمان کاهش داد (۷)، با توجه به این که در ایران نظام مدون و مشخصی برای ثبت اطلاعات بیماران دارای مشکلات بهداشت روان وجود ندارد (۱۴) بنابراین طراحی نظام ملی اطلاعات بهداشت روان در سیستم بهداشتی - درمانی کشورمان امری بسیار ضروری است. در این تحقیق با مطالعه نظام‌های ملی ثبت اطلاعات بهداشت روان انگلستان و مالزی و تطبیق سیستم‌های این دو کشور، از نقاط قوت

روانی (پیشگیری اولیه)، تشخیص زودرس و درمان به موقع و مناسب بیماری‌های روانی (پیشگیری ثانویه) و پیشگیری از عوارض ناشی از برگشت بیماری‌های روانی و توان بخشی (پیشگیری ثالث) به نتیجه مطلوب می‌رسد (۳). در رابطه با شیوع بیماری‌ها و مسائل روانی بررسی‌های زیادی انجام شده است. بررسی‌ها نشان داده‌اند که ۲۰ الی ۲۵ درصد مردم دنیا به اختلالات روان دچار هستند (۴) و به طور متوسط ۲۰ درصد جمعیت بزرگسالان ایران نیز دارای مشکلات مربوط به روان می‌باشند (۵).

در جدیدترین بیانیه شورای اتحادیه اروپا بر گردآوری و ثبت داده‌های با کیفیت بهداشت روان و سهمین کردن فعالانه آن در بین اعضای کمیسیون تأکید گشته، همچنین یادآوری شد که توسعه اطلاعات درباره مشکلات، نیازها و خدمات بهداشت روان جمعیت‌ها گسترش یابد (۶). در حال حاضر حدود یک سوم کشورهای جهان هیچ سیستم ثبتی برای گزارش سالانه داده‌های بهداشت روان ندارند و در حدود نیمی از کشورها نیز هیچ امکاناتی برای جمع‌آوری داده‌های خدمات و اپیدمیولوژیکی در سطح ملی ندارند (۴). بنابراین ایجاد مراکز ثبت اطلاعات بیماری‌ها (از جمله بیماری‌های روانی) یک ضرورت اجتناب‌ناپذیر به شمار می‌رود (۷). هدف اولیه ثبت بهداشت روان نگهداری فایل رایانه‌ای یا دفتری از تمام موارد بهداشت روان در یک جمعیت مشخص است که در آن خصوصیات فردی بیماران دارای مشکلات بهداشت روان، ویژگی‌های مراقبت‌های ارائه شده، ویژگی‌های بالینی ثبت می‌گردد (۸). این داده‌ها از منابع مختلفی به صورت مداوم و مستمر گردآوری می‌شوند. سپس این داده‌ها در مرکز ثبت بهداشت روان مورد تفسیر و تجزیه و تحلیل مفصل قرار می‌گیرند (۹) تا این که در مورد میزان بروز و پراکندگی زمانی و جغرافیایی بیماری‌های روانی اطلاعاتی ارائه گردد (۷). این گونه اطلاعات، در پژوهش‌های اپیدمیولوژیک برای ارائه فرضیه‌های علت‌شناسی، ارزیابی درمان، کنترل، پیشگیری و تعیین ریسک فاکتورهای بالقوه اختلالات روانی و تعیین بار بیماری منبع اولیه

نامه‌ها، جزوات، مصاحبه حضوری با مسؤولین اجرایی و برنامه‌ریزی مشخص شد. سپس مزایا و محدودیت‌های هر یک از نظام‌ها با مطالعه مقالات علمی و بین‌المللی متعدد و بررسی نظرات پژوهشگران داخلی و خارجی تعیین و بعد مورد مقایسه قرار گرفت. نتیجه این مطالعات و مقایسه‌ها، پیشنهاد مدل مقدماتی نظام ملی ثبت بهداشت روان برای ایران بود. نوع تحلیل توصیفی - نظری بود.

یافته‌ها

اولین محور مورد مقایسه در کشورهای منتخب، اهداف نظام ملی ثبت اطلاعات بهداشت روان بود. یافته‌ها نشان می‌دهد که مهم‌ترین اهداف کشورهای انگلستان و مالزی از نظام ملی ثبت بهداشت روان خود مطالعات و تحقیقات اپیدمیولوژیکی بود (۷، ۱۹-۱۵). در حالی که کشور ایران در حال حاضر فاقد نظام مدون ملی ثبت اطلاعات بهداشت روان و به متعاقب آن اهداف مدون می‌باشد (۱۴) (جدول ۱).

برای تعیین ساختار نظام ملی کشورهای منتخب از معیارهای زیر استفاده شد: سازمان مسؤول در سطح ملی، سازمان ناظر و تدوین کننده سیاست‌ها و رویه‌ها، سطوح و اعضا کمیته ملی، نوع سیستم ثبت اطلاعات، روش سازماندهی مراکز ثبت، محل استقرار مراکز ثبت منطقه‌ای، محل استقرار مرکز ملی ثبت و سازمان‌های نظام ملی ثبت اطلاعات بهداشت روان (۲۳، ۲۴، ۲۰، ۲۷، ۵). یافته‌ها نشان داد با توجه به معیارهای بررسی شده، ایران دارای ساختار مدونی برای نظام ملی ثبت بهداشت روان نمی‌باشد (۱۴) (جدول ۲).

برای استخراج عناصر اطلاعاتی نظام ملی ثبت اطلاعات بهداشت روان کشورهای منتخب، نوع داده‌ها و منابع داده‌ها مورد مطالعه قرار گرفت و یافته‌های بررسی‌ها نشانگر این نکته بود که از لحاظ نوع داده انگلستان آیت‌های بیشتری را تحت پوشش قرار داده بود (۲۵، ۱۶، ۱۵) و در ایران نیز داده‌های بهداشت روان به صورت مقطعی و پراکنده جمع‌آوری می‌شد (۱۴).

سیستم‌های مزبور استفاده شده، مدل مقدماتی نظام ملی ثبت اطلاعات بهداشت روان طراحی گردید.

روش بررسی

مطالعه حاضر به روش توصیفی - تطبیقی انجام شد. جامعه پژوهش شامل نظام ملی ثبت اطلاعات بهداشت روان کشورهای انگلستان، مالزی و ایران بوده است. در مقایسه صورت گرفته از ۶ محور، شامل اهداف، ساختار، عناصر داده‌ها، معیار ثبت، روش‌های جمع‌آوری داده‌ها و سیستم طبقه بندی بیماری‌ها استفاده شد. اطلاعات مورد نیاز از طریق منابع کتابخانه‌ای، شبکه‌های اطلاع‌رسانی و مشاوره با متخصصان داخل و خارج کشور جمع‌آوری گردید. گردآوری اطلاعات به روش مطالعه متون از کتابخانه‌ها و سایت‌های معتبر از جمله خدمات ملی سلامت انگلیس (National Health Services (NHS) و سایت بهداشت روان مالزی (National Mental Health Registry (NMHR) و همچنین بهره‌گیری از مشورت متخصصان انگلیسی از طریق پست الکترونیکی انجام شده است. کشورهای منتخب در این پژوهش بر اساس ویژگی‌های زیر انتخاب شدند: نظام ملی ثبت اطلاعات بهداشت روان انگلستان پیشرفته‌ترین و کامل‌ترین سیستم ثبت بهداشت روان در جهان (۱۷-۱۵) و یکی از پیشگامان استفاده از سیستم‌های پیشرفته رایانه‌ای در فرایند ثبت بهداشت روان به نام سیستم Assembler می‌باشد (۱۹، ۱۸). کشور مالزی نیز یکی از کشورهای مسلمان و در حال پیشرفت آسیای جنوب شرقی است که بافت فرهنگی مشابهی با کشور ما دارد و دارای نظام منسجم، منظم و مدون بهداشت روان (NMHR) می‌باشد (۲۰، ۷). پس از انتخاب کشورهای مورد مطالعه، محورهای اصلی نظام ملی ثبت اطلاعات بهداشت روان در کشورهای منتخب با توجه به اهداف پژوهش مشخص گردید (۲۲، ۲۱) و جداول مورد نیاز تهیه شدند. در طی انجام ادبیات پژوهش، اطلاعات مربوط به محورهای اصلی و فرعی نظام ملی ثبت اطلاعات بهداشت روان کشورهای منتخب دسته بندی گردید. محورهای نظام فعلی ثبت اطلاعات بهداشت روان ایران از طریق مطالعات قوانین، بخش

جدول ۱: اهداف نظام ملی ثبت اطلاعات بهداشت روان در کشورهای منتخب و پیشنهاد اهداف برای نظام ملی ثبت اطلاعات بهداشت روان ایران

انگلستان	مالزی	ایران
توسعه زمینه‌های مدیریتی و تحقیقاتی	تعیین بار بیماری نسبت داده شده به اختلالات	اهداف مدونی وجود ندارد
تعیین الگوهای درمان بالینی	روانی	سیستم ثبت بهداشت روان تعریف نشده است
بازخورد مناسب اطلاعات بهداشتی به جمع آوری کنندگان اطلاعات	تعیین زیرگروه‌های جامعه که در معرض خطر اختلالات روانی هستند	
برای ارائه پیشرفته و مجتمع خدمات	تعیین ریسک فاکتورهای بالقوه اختلالات روانی	
افزایش آگاهی عمومی درباره ساختار و فرایند ارائه مراقبت بهداشت روان	ارزیابی درمانی، کنترل و پیشگیری اختلالات روانی	
تسهیل مقایسه اطلاعات بهداشت روان در سطح ملی	تسهیل تحقیقات اپیدمیولوژیکی	
مطالعات ملی اپیدمیولوژی بهداشت روان		
تولید آمارهای ملی مجتمع درباره مراقبت‌های تخصصی اعمال شده، تعداد کارکنان و مؤسسات بهداشت روان		

آنالیز به وزارت بهداشت ارسال می‌شود (۱۵). در مالزی نیز از منابع داده‌ها شروع و برای آنالیز به مرکز تحقیقات بالینی (CRC: Clinical Research Center) فرستاده می‌شود (۷). در ایران فرایند جمع‌آوری داده‌ها شامل مرکز بهداشتی درمانی، مرکز بهداشت درمانی شهرستان، استان و اداره کل پیشگیری و مبارزه با بیماری‌ها می‌باشد (۱۴). رسانه ارسال داده‌ها در انگلستان در قالب فرم چکیده سازی است و دوره گزارشی برای داده‌های ملی یک‌سال و برای داده‌های محلی ۳ ماه می‌باشد (۱۵). در مالزی نیز ارسال داده‌ها به صورت ماهانه در نظر گرفته شده است (۷). روش گزارش‌دهی انگلستان و مالزی مدون و به صورت رایانه‌ای و کاغذی است (۲۴، ۱۶، ۱۵، ۷). در انگلستان قانون حفاظت از داده‌های بهداشت روان شامل ۸ اصل مهم است که از حقوق افراد برای دستیابی به اطلاعات شخصی خود حمایت می‌کند (۲۷، ۲۶). در مالزی نیز مشتمل بر ۲۰ اصل بوده است که بر طبق این توافق نامه اطلاعات شخصی یا محرمانه بیمار در اختیار وی قرار می‌گیرد (۲۸). اما در ایران دستورالعمل مدونی در زمینه افشای اطلاعات بیماران روانی وجود ندارد (۱۴).

برای استخراج عناصر اطلاعاتی نظام ملی ثبت اطلاعات بهداشت روان کشورهای منتخب، نوع داده‌ها و منابع داده‌ها مورد مطالعه قرار گرفت و یافته‌های بررسی‌ها نشانگر این نکته بود که از لحاظ نوع داده انگلستان آیت‌های بیشتری را تحت پوشش قرار داده بود (۲۵، ۱۶، ۱۵) و در ایران نیز داده‌های بهداشت روان به صورت مقطعی و پراکنده جمع‌آوری می‌شد (۱۴).

منابع داده‌ها در انگلستان سرپرستی‌های NHS و مراقبت اولیه، مطب‌ها، بیمارستان‌ها، مراکز بهداشت روان جامعه، مؤسسات بهداشت روان خصوصی و عمومی، نوانخانه‌ها و پلیس (۱۶، ۱۵) و در مالزی سیستم ثبت آمار حیاتی ملی، سیستم اطلاعات ترخیص بیمارستان‌های وزارت بهداشت و مؤسسات بهداشت روان خصوصی بود (۲۴، ۷). در حال حاضر در ایران فقط تعداد محدودی از بیمارستان‌های روانی به عنوان منابع داده تعریف شده‌اند (۱۴) (جدول ۳).

یافته‌ها نشان می‌دهد که جمع‌آوری داده‌ها در انگلستان و مالزی توسط منابع تولید داده‌ها جمع‌آوری و ثبت می‌شود (روش غیر فعال) (۲۴، ۱۶، ۱۵). در ایران، داده‌ها به شکل محدود و به صورت غیر فعال جمع‌آوری می‌شود (۱۴). فرایند جمع‌آوری داده‌ها در انگلستان از منابع داده‌ها شروع و جهت

جدول ۲: ساختار نظام ملی ثبت اطلاعات بهداشت روان در کشورهای منتخب و پیشنهاد ساختار برای نظام ملی ثبت اطلاعات بهداشت روان ایران

کشورهای منتخب	انگلستان	مالزی	ایران
سازمان مسؤل در سطح ملی	سازمان ملی بهداشت انگلستان (NHS)	وزارت بهداشت	کمیته مشاور ثبت بهداشت روان وجود ندارد
سازمان ناظر و تدوین کننده سیاست‌ها و رویه‌ها	ستاد اطلاعات سازمان ملی بهداشت (NHSIA)	کمیته مشاور ثبت بهداشت روان در سطح ملی	
سطوح و اعضای کمیته ملی	ستاد اطلاعات سازمان ملی بهداشت (NHSIA)	کمیته مشاور ثبت بهداشت روان در سطح ملی	کمیته ملی ثبت وجود ندارد
سیستم ثبت	جمعیت محوری	جمعیت محوری	با شرایط فعلی ثبت نمی‌توان نوع خاصی را عنوان کرد
روش سازماندهی مراکز ثبت	غیر متمرکز نظام ملی ثبت اطلاعات نظارت متمرکز را بر عهده دارد	مراکز ثبت فقط به صورت منابع تولید داده است نظارت بر این مراکز توسط مرکز تحقیقات بالینی (CRC) انجام می‌شود	مراکز ثبت بسیار محدود بوده، هیچ گونه ارتباطی بین عملکرد آنان وجود ندارد.
محل استقرار مراکز منطقه‌ای ثبت	تعداد محدودی مراکز ثبت منطقه‌ای در مراکز بهداشت وجود دارد	مراکز ثبت در سطح منطقه‌ای وجود ندارد	مراکز ثبت در سطح منطقه‌ای وجود ندارد
محل استقرار مراکز ملی ثبت	سازمان ملی بهداشت	مرکز تحقیقات بالینی (CRC)	مرکز ملی ثبت وجود ندارد
سازمان‌های نظام ملی ثبت اطلاعات بهداشت روان	منابع تولید داده‌ها مراکز ثبت منطقه‌ای مرکز ثبت ملی ستاد اطلاعات سازمان ملی بهداشت (NHSIA) سازمان ملی بهداشت	منابع تولید داده‌ها مرکز تحقیقات بالینی (CRC) کمیته مشاور وزارت بهداشت	نظام ملی ثبت وجود ندارد در طرح ملی ادغام بهداشت روان در مراقبت بهداشتی اولیه ساختار گزارش دهی شامل: مراکز بهداشت شهرستان، استان و مرکز مدیریت بیماری‌ها می‌باشند

اطلاعاتی، NHS لغت‌نامه داده‌ها تدوین کرده است (۱۵)، اما در نظام ثبت مالزی لغت‌نامه داده‌ها تهیه نشده است (۷). سیستم طبقه‌بندی بهداشت روان در انگلستان ICD-10 می‌باشد (۱۵) و در کشور مالزی نیز از DSM-IV استفاده می‌شود (۷). در کشور ما نیز در حال حاضر از ICD-9-CM و ICD-10 استفاده می‌شود (۱۴).

در انگلستان معیار پذیرش، کدهای مراقبت اولیه ICD-10 می‌باشد که از فصل F استخراج می‌شوند (به غیر از داغدیدگی که از فصل Z کدگذاری می‌شود) (۱۵). به علت نوپایی نظام ملی ثبت مالزی فقط موارد جدید اسکیزوفرنیا بر اساس استانداردهای DSM-IV ثبت می‌شوند (۷). در حال حاضر در مراکز ثبت اطلاعات بهداشت روان کشور ما معیار خاصی وجود ندارد (۱۴). در نظام ثبت انگلستان به منظور توصیف عناصر

جدول ۳: عناصر اطلاعاتی نظام ملی ثبت اطلاعات بهداشت روان در کشورهای منتخب و پیشنهاد عناصر اطلاعاتی برای نظام ملی ثبت اطلاعات بهداشت روان ایران

کشورهای منتخب	اجزای مقایسه		
	انگلستان	مالزی	ایران
نوع داده‌ها	داده‌های دموگرافیکی، جغرافیایی، منبع ارجاع، وضعیت قانونی و CPA، ارزیابی پیشرفت بیمار در پاسخ به درمان، وضعیت بستری بیماران، ترخیص، روند درمان، تماس‌ها و مشاوره‌های انجام شده با ارائه دهندگان سطوح مختلف مراقبت بهداشت روان، وضعیت بیماران بی‌سرپناه در جامعه	داده‌های فعلی شامل داده‌های دموگرافیکی، منبع ارجاع، ماهیت تشخیص، وضعیت درمان، فرایند مراقبت	داده‌های فعلی شامل داده‌های دموگرافیکی، منبع ارجاع، ماهیت اختلال روانی و وضعیت درمان می‌باشد.
منع داده‌ها	سرپرستی‌های NHS، سرپرستی‌های مراقبت اولیه مطب‌ها بیمارستان‌ها، مؤسسات روانی داوطلب (خصوصی) نوانخانه‌ها، مراجع قضایی (پلیس)	سیستم ثبت آمار حیاتی ملی، سیستم اطلاعات ترخیص روانی بیمارستان، مؤسسات روانی خصوصی و عمومی	تعداد محدودی از بیمارستان‌های روانی، مراکز بهداشتی درمانی

بحث

بر اساس یافته‌های پژوهش، تأکید نظام‌های ثبت اطلاعات بهداشت روان کشورهای منتخب بر تحقیقات اپیدمیولوژیکی و پیشگیری می‌باشد (۲۹، ۲۸، ۱۸، ۷). مطالعات دیگری که در زمینه نظام‌های ثبت اطلاعات سرطان، تروما و دیابت انجام گرفته است با توجه به تفاوت بیماری‌های مورد مطالعه، نتایج حاصل را تأیید می‌کنند (۳۰، ۲۲، ۲۱).

سازمان ملل متحد نیز در منشور ۱۹۹۱ خود در تدوین قوانین بهداشت روان تأکید ویژه‌ای بر ۳ اصل تحقیقات اپیدمیولوژی، درمان و پیشگیری و تحقیقات اقتصادی داشته است (۴)، اما در حال حاضر در ایران اهداف مدونی وجود ندارد (۱۴). ساختار نظام ثبت بهداشت روان کشورهای انگلیس و

مالزی طوری است که اغلب سازمان‌ها و گروه‌هایی که در زمینه ثبت، تشخیص و درمان و بیماری‌های روانی درگیر هستند، در نظام ملی مشارکت دارند. در کشور مالزی تمامی این سازمان‌ها و گروه‌ها به صورت داوطلب با نظام ملی ثبت بهداشت روان NMHR همکاری می‌نمایند و در کشور انگلستان نیز به علت داشتن سیستم اطلاعاتی قوی و Online و همچنین دارا بودن امتیازی به نام IMHER (پرونده الکترونیکی مجتمع بهداشت روان) تمامی سازمان‌ها و گروه‌ها با هم در ارتباط نزدیک بوده، با سازمان ملی بهداشت (NHS) همکاری می‌کنند (۲۹، ۲۱، ۲۰، ۱۶، ۷). در حالی که در کشور ما سازمان مسؤوّل ثبت بهداشت روان در سطح ملی وجود ندارد و تجزیه و تحلیل و تفسیر داده‌های بهداشت روان

غیرفعال استفاده می‌کنند (۳۱، ۲۴). در حال حاضر در مراکز ثبت ایران این کار توسط منابع داده‌ها و به صورت غیر فعال و محدود انجام می‌پذیرد (۱۴). جمع‌آوری داده‌ها در هر یک از نظام‌های ملی ثبت انگلیس و مالزی دارای فرایند مشخص و مدونی است که از پایین‌ترین سطح یعنی منابع داده‌ها شروع و به بالاترین سطح یعنی مرکز ملی ثبت بهداشت روان ختم می‌شود (۳۱، ۲۴). فرایندی که برای جمع‌آوری گزارش‌ها در سطح ملی ادغام بهداشت روان در مراقبت‌های بهداشتی اولیه مشخص شده است شامل سطوح مرکز بهداشت شهرستان، استان و اداره کل پیشگیری و مبارزه با بیماری‌هاست و اطلاعات به صورت مقطعی جمع‌آوری می‌شود (۱۴). ارسال داده‌ها در نظام ملی ثبت بهداشت روان انگلستان در قالب فرم چکیده سازی انجام می‌شود که حاوی مجموعه داده‌های حداقل بهداشت روان و پرونده مراقبت مجتمع و داده‌های محلی است. در حالی که در ارسال داده‌ها در نظام ملی ثبت مالزی از فرم چکیده سازی استفاده نمی‌شود بلکه نسخه‌ای از داده‌ها با فرایند جریان عادی کار بالینی در مطب روان‌پزشکی شخصی ترکیب شده، به مرکز تحقیقات بالینی ارسال می‌شود. ارسال و جمع‌آوری داده‌ها در هر دو کشور در دوره زمانی مشخص می‌باشد. همچنین گزارش‌دهی داده‌های نظام ملی ثبت انگلیس و مالزی بر اساس دستورالعمل مدون و مشخص به صورت الکترونیکی و کاغذی در دو سطح عام و خاص صورت می‌گیرد؛ در این راستا در انگلستان از سیستم واحد رایانه‌ای به نام Assembler استفاده می‌شود. در این زمینه سیاست‌های افشای اطلاعات به منظور حفظ حریم شخصی و محرمانگی اطلاعات بیماران به طور کامل اعمال می‌شود (۳۱، ۱۶، ۷). مطالعه فعالیت مراکز محدود ثبت کشور، عدم پیروی از خط مشی یکسان در این زمینه را نشان می‌دهد (۱۴).

هرچند معیارهای پذیرش نظام ملی ثبت انگلیس و مالزی با یکدیگر متفاوتند اما در هر دو نظام داده‌ها به صورت مرتب و هدفدار ثبت می‌شوند (۱۶، ۷). یکی دیگر از جنبه‌های مهم معیار ثبت، برداشت یکسان ثبت کنندگان از مفاهیم و عناصر اطلاعاتی نظام ملی ثبت است. بدین منظور در نظام ثبت

انجام نمی‌شود و به طور کلی نمی‌توان ساختاری برای نظام ملی بهداشت روان متصور شد (۱۴).

اطلام اطلاعاتی موجود در مجموعه داده‌های نظام ملی انگلستان بیشتر از عنصری است که در مراکز ثبت بهداشت روان مالزی گردآوری می‌گردد. عناصر اطلاعاتی موجود در پایگاه داده‌ای نظام ملی ثبت انگلستان جامع و کلی بوده، کلیه نیازهای اطلاعاتی را تحت پوشش قرار می‌دهد (۲۵، ۱۸، ۱۶، ۱۵، ۷). از مزایای مهم عناصر نظام ملی ثبت بهداشت روان انگلستان نسبت به مالزی دارا بودن داده‌های ترخیص، ارزیابی پیشرفت بیمار در پاسخ به درمان و وضعیت قانونی بیمار است.

در واقع نظام ملی ثبت انگلستان با ایجاد مجموعه داده‌های حداقل بهداشت روان MHMDS که به دوره مراقبتی تأکید دارد و پرونده مراقبت مجتمع Integrated Care Record Service که تمرکزش بر شخص می‌باشد و مکمل MHMDS محسوب می‌گردد، عناصر اطلاعاتی مورد نیاز بهداشت روان را به طور کامل تحت پوشش قرار داده است (۲۵، ۱۸، ۱۶). نکته حائز اهمیت در نظام‌های تحت بررسی، استفاده از شماره شناسایی ملی بود که به طور همزمان علاوه بر تأثیر بر کیفیت داده‌ها و جلوگیری از ثبت مجدد آن، امکان امنیت داده‌های بیماران را در پایگاه داده‌های مبتنی بر نرم‌افزار Access نیز فراهم می‌کرد؛ لذا استفاده از این شناسه در سطح ملی، در شمار مهمترین ارقام اطلاعاتی مورد نیاز مجموعه حداقل داده‌های نظام اطلاعاتی به حساب می‌آید (۱۶). وجود مجموعه داده‌های حداقل، از نظر بین‌المللی در کلیه نظام‌های ملی ثبت بهداشت روان ضرورتی اجتناب ناپذیر بوده، کلیه فعالیت‌ها باید در جهت تهیه و تدوین آن سوق داده شود، تا با کمک مجموعه داده‌های حداقل بتوان به قابل مقایسه بودن و سازگارپذیری داده‌های بهداشت روان با استفاده از داده‌های استاندارد، با تعاریف یک شکل نائل شد (۳۲، ۳۱، ۱۹). در حالی که نظام ثبت ایران فاقد حداقل مجموعه داده‌ها بوده، عناصر اطلاعاتی ثبت شده در سطح بین‌المللی گزارش نمی‌شوند (۱۴). هر یک از کشورهای انگلیس و مالزی برای جمع‌آوری داده‌ها با توجه به شرایط و امکانات منطقه‌ای خود از روش

زیر مد نظر مسؤولین اجرایی وزارت بهداشت قرار گیرد: برنامه‌ریزی برای راه‌اندازی نظام ملی ثبت بهداشت روان در کشور؛ همکاری نهادهای مرتبط با ثبت داده‌های بیماران دارای مشکلات روانی؛ اجرای برنامه‌های آموزشی در بهبود کیفیت ثبت بهداشت روان، به کارگیری فن‌آوری اطلاعات به منظور ایجاد ارتباط برخط (On-Line) بین مراکز ثبت؛ ایجاد مجموعه حداقل داده‌های بهداشت روان؛ بررسی راهکارهای اجرایی برای استقرار نظام ثبت، تقویت و سازمان‌دهی مراکز فعلی ثبت بهداشت روان در قالب اهداف نظام و توسعه مراکز جدید؛ تربیت نیروهای تخصصی (متخصصان مدیریت اطلاعات بهداشتی) برای ثبت بهداشت روان؛ فرهنگ سازی در جهت ایجاد و تقویت نظام در دو سطح عام و خاص؛ توسعه و تقویت سیستم‌های اطلاع‌رسانی در زمینه ثبت بهداشت روان با بهره‌گیری از فن‌آوری اطلاعات (IT یا Information Technology)؛ استفاده از نظام ثبت برای ارائه خدمات مجتمع و پیشرفته بهداشت روان در سطح کشور؛ ایجاد و انتشار دستورالعمل‌های استاندارد در زمینه نحوه گردآوری داده‌ها؛ تدوین دستورالعمل‌های افشای اطلاعات و ایجاد کمیته افشا و حفاظت از داده‌های بهداشت روان؛ فراهم نمودن زیر ساخت‌های فنی اطلاعات به منظور ایجاد پرونده‌های الکترونیکی برای تسریع در عملیات نظام ملی ثبت بهداشت روان.

انگلیس کلیه عناصر اطلاعاتی نظام ملی توصیف و به صورت لغت‌نامه برخط داده (Online data dictionary) در دسترس است (۱۵). نظام ملی ثبت مالزی فاقد لغت‌نامه داده است (۷). در نظام ملی ثبت انگلیس از سیستم طبقه‌بندی بهداشت روان ICD-10 و در کشور مالزی از DSM-IV استفاده می‌شود (۳۳، ۱۵، ۷).

نتیجه‌گیری

نظام ثبت بهداشت روان که با هدف نگهداری فایل‌های رایانه‌ای و دفتری از تمام موارد بهداشت روان در یک جمعیت مشخص و ارائه اطلاعات با ارزش در زمینه میزان بروز و پراکندگی زمانی و جغرافیایی بیماری‌های روانی است، یکی از پیش نیازهای مهم و حیاتی ایجاد و استفاده از پرونده الکترونیک سلامت در هر کشوری می‌باشد و با توجه به فقدان آن در کشورمان، لازم است که سیاست‌گذاران وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی اهتمام ویژه‌ای در خصوص راه‌اندازی نظام ملی ثبت بهداشت روان به خرج داده، از تجربیات و الگوهای کشورهای پیشرو در این زمینه بهره لازم را ببرند.

پیشنهادها

به منظور بهبود وضعیت ثبت مشکلات مربوط به بیماری‌های روانی و بهداشت روان در کشور توصیه می‌گردد پیشنهادها

References

1. Melanie far B. Mental Health. Tehran: Ghomes publication; 1997. p. 13. [In Persian].
2. Shahmohammadi D, Palahang H. Mental disorders for physicians and primary health care. [Thesis]. Shahrkord: Shahrekord University of Medical Sciences; 1990. p. 24. [In Persian].
3. Shahmohammadi D. Merging of mental health in primary health care. [Thesis]. Shahrkord: Shahrekord University of Medical Sciences; 1990. p. 1-56. [In Persian].
4. World Health Organization. Mental Health: New Understanding, New Hope. Geneva: World Health Organization; 2001. p. 5-106.
5. Murthy RS. The national plan of mental health of Islamic Republic of Iran. Andishe va raftar 2002; 7(Supl): 14-24. [In Persian].
6. Black N. Developing high quality clinical databases. BMJ 1997; 315(7105): 381-2.
7. National Mental Health Registry. The national mental health registry Instruction Manual. [cited 2004 March 3]. Available from URL: <http://www.Crc.gov.my/nmhr>.

8. Glover GR, McCulloch AW, Jenkin R. Supervision registers for mentally ill people. *BMJ* 1994; 309(6957): 809-10.
9. Tyler P, Kennedy P. Supervision registers: a necessary component of good clinical practice. *Psychiatr Bull* 1995; 19: 193-194.
10. Peden A. *Comparative Records for Health Information Management*. New York: Delmar publishers; 1998. p. 323-32.
11. New Zealand health information service. Mental health data. [cited 2004 March 22]. Available from URL: <http://www.nzhis.govt.nz/Publications/mental.htm>.
12. NHS Information authority. Data Quality Review [Serial Online]. 2001; 2. [cited 2004 Feb 1]. Available from URL: <http://www.nhs.uk/mentalhealth/dataset>.
13. National Health System. Instruction Manual, the national mental health registry. [cited 2004 March 3]. Available from URL: <http://www.crc.gov.my/nmhr>.
14. Ministry of Health and Medical Education. Instruction Manual, the merging of mental health in Primary Health Care. Tehran: Ministry of Health and Medical Education; 1990. p. 1-50. [In Persian].
15. Wendy D, Gyles G. Mental Health Minimum Dataset. [cited 2004 June 3]. p. 1-3. Available from URL: <http://www.dur.ac.uk/mental.health/>.
16. Health and Social Care Information Centre. Mental Health Minimum Dataset. Version 2.2. [cited 2004 May 29]. p. 1-43. Available from URL: <http://www.nhsia.nhs.uk/mentalhealth/dataset/pages/default>.
17. Morris-Yates A, Andrews G. Local-area information systems for mental health services: general principles and guidelines. Canberra: Commonwealth Department of Health and Family Services; 1997. p. 300-23.
18. Glover G. Directory of clinical database: MHMDS. [cited May 19, 2004]. Available from URL: <http://www.dur.ac.uk/mental.health/>.
19. Glover G. The minimum dataset: At last-information. *Psychiatric Bulletin* 2000; 24: 163-4.
20. Operational Management Steering Group. Mental Health Minimum Dataset. [cited 2004 March 14]. Available from URL: <http://www.nhsia.nhs.uk/mentalhealth>.
21. Asadi F. Comparative study of Trauma Registry System in selected countries. *Management and Medical Information Sciences* 2004; 7(17): 26-35. [In Persian].
22. Sadughi F, Zohoor A, Ebadi A. A suitable model for national cancer registry system of Iran. *Management and Medical Information Sciences* 2004; 7(15): 3-15. [In Persian].
23. Health and Social Care Information Centre. Support for Care co-ordination through the Mental Health Information Strategy. [cited 2004 May 17]. Available from URL: <http://www.nhsia.nhs.uk/mentalhealth>.
24. Salina AA, NOR HAYATI A, Sarfaraz Manzoor H. Preliminary Report of the National Mental Health Registry, January to May 2003. Available from URL: <http://www.nmhr.gov.my/documents/preliminaryReport.pdf>
25. Health and Social Care Information Centre. Mental Health Minimum Data set. Version 1.3. [Accessed 2004 May 18]. p. 1-36. Available from URL: <http://www.nhsia.nhs.uk/mentalhealth/dataset.asp>.
26. Mind. Legal briefing: confidentiality and Data Protection. [cited May 31, 2004]. p. 1-15. Available from URL: <http://www.mind.org.uk/information/legal+briefing+confidentiality+and+data+protection.htm>.
27. Department of Health. Data Protection Act 1998. [cited 2004 July 5]. p. 1-21. Available from URL: http://www.dh.gov.uk/en/Managingyourorganisation/Informationpolicy/Recordsmanagement/DH_4000489
28. The Health and Social Care Information Centre. Scope of MHMDS. [cited 2004 April 5]. Available from URL: <http://www.ic.nhs.uk/services/mental-health/mental-health-minimum-dataset-mhmds/scope>.
29. Mental Health Information Strategy. Information and IT for the NHS. 2001. [cited 2004 June 3]. Available from URL: <http://www.doh.gov.uk>.
30. Farzi J. Suggesting a National Diabetes Registry System for Iran. *Management and Medical Information Sciences* 2004; 7(17): 45-52. [In Persian].
31. NHS Health and Social Care Information Centre. The Integrated Mental Health Electronic Record. [cited April 5, 2004]. Available from URL: <http://www.icservices.nhs.uk/mentalhealth/mh-is/pages/bulletins/page4.asp>.
32. Glover GR. A Comprehensive Clinical Database for mental health care in England. *Soc Psychiatry Epidemiol* 2000; 35(11): 523-29.
33. Burns T, Creed F, Fahy T, Thompson S, Tyler P, White I. Intensive Versus Standard Case Management for severe psychotic illness: A randomized trial. *Lancet* 1999; 353(9171): 2185-9.

Comparative Study of Mental Health Registry System of United Kingdom, Malaysia and Iran *

Hadi Lotfnezhadafshar¹; Zahra Zareh fazlollahi²; Masomeh Khoshkalam²; Peyman Rezaihacheso³

Abstract

Introduction: In spite of the vast improvement in the area of mental health care delivery in this country, very little attention has been given to the mental health registry. Considering the absence of an appropriate national mental health registry system in Iran, The purpose of the present study was to formulate a preliminary model for Mental Health registry in Iran.

Methods: In this comparative research the national mental health registry system of the United Kingdom, Malaysia and Iran were analytically reviewed. The data were collected via library sources, websites, and consultation with specialists in and out of the country. The recommendations were provided for mental health registry system in Iran taking the cultural, economical and geographical status of the country under consideration.

Results: A six-axis model for a national registry was proposed. The study revealed that in order to optimize the present registry system of Iran, it is necessary to review the goals, structure, data elements, information gathering techniques, registration criteria, present classification of national registration of mental health on the proposed model.

Conclusion: The lack of a national mental health registry system in Iran has faced this country with serious problems of control and prevention of the mental health diseases, conducting epidemiological research, developing of policies and strategies for controlling the costs of mental health problems and improving the quality of life of the patients. The proposed model in this research can serve as basis for resolving most of the mental health problems stated in above.

Keywords: *Mental Health; Information Systems; Management Information Systems.*

Type of article: Original Article

Received: 27 Aug, 2008

Accepted: 8 Apr, 2009

Citation: Lotfnezhadafshar H, Zarehfazlollahi Z, Khoshkalam M, Rezaihacheso P. **Comparative Study of Mental Health Registry System of United Kingdom, Malaysia and Iran.** Health Information Management 2009; 6(1): 10. [Article in Persian].

* This paper derived from a Master of Science thesis.

1. Lecturer, Medical Records Education, Urmia University of Medical Sciences, Urmia, Iran (Corresponding Author)
E-mail: hadi.afshar@gmail.com
2. Lecturer, Medical Records Education, Urmia University of Medical Sciences, Urmia, Iran
3. PhD Student. Medical Research, Tabriz university of Medical Sciences, Tabriz, Iran