

ارزیابی صحت اطلاعات مراقبت از بیماران مبتلا به دیابت در خانه‌های بهداشت شهرستان ساری در سال ۱۳۹۶

صمد روحانی^۱، خدیجه صفی‌زاده^۲، نورالدین موسوی‌نسب^۳، آریتا بالاغفاری^۴، محمدرضا سعیدی کیاسری^۵

مقاله پژوهشی

چکیده

مقدمه: اطلاعات نادرست و فاقد کیفیت می‌تواند گمراه‌کننده باشد و منجر به تصمیمات نادرست گردد. از این‌رو، کیفیت داده‌ها ضامن و شرط مفید بودن استفاده از آن‌ها است. هدف از انجام پژوهش حاضر، ارزیابی کیفیت اطلاعات روتین مراقبت از بیماران مبتلا به دیابت در خانه‌های بهداشت شهرستان ساری بود.

روش بررسی: این مطالعه به روش توصیفی در سال ۱۳۹۶ انجام شد. جامعه آماری آن شامل گزارش‌های فصلی کلیه خانه‌های بهداشت شهرستان ساری بود. حجم نمونه را گزارش‌های فصلی دو فصل ۷۲ خانه بهداشت تشکیل داد که به روش تصادفی ساده انتخاب شدند. سپس به منظور جمع‌آوری داده‌ها، از ابزار ارزیابی عملکرد مدیریت سیستم روتین اطلاعات سلامت در سطح واحدهای ارائه خدمت استفاده گردید. داده‌های به دست آمده با استفاده از آمار توصیفی مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

یافته‌ها: صحت داده‌ها بین ۹۰/۹۶ و ۱۸/۰۵ درصد متفاوت بود. طبق بیانات بیماران مصاحبه شونده، اطلاعات مربوط به ۵۲ درصد از آنان مبتنی بر واقعیت نبود.

نتیجه‌گیری: اطلاعات روتین مراقبت از بیماران مبتلا به دیابت که اغلب یکی از ملزومات نظارت مستمر بر عملکرد واحدهای ارائه خدمت و اتخاذ تصمیمات متناسب می‌باشد، وضعیت مطلوبی ندارد و فاقد کیفیت لازم برای چنین منظوری است.

واژه‌های کلیدی: صحت داده‌ها؛ سیستم‌های اطلاعات سلامت؛ مراقبت‌های بهداشتی اولیه؛ دیابت؛ مدیریت اطلاعات سلامت

پیام کلیدی: عملکرد مدیریت اطلاعات روتین PHC، نیازمند بهبود کیفیت می‌باشد.

دریافت مقاله: ۱۳۹۸/۲/۱۷

پذیرش مقاله: ۱۳۹۸/۵/۳

تاریخ انتشار: ۱۳۹۸/۵/۱۵

ارجاع: روحانی صمد، صفی‌زاده خدیجه، موسوی‌نسب نورالدین، بالاغفاری آریتا، سعیدی کیاسری محمدرضا. **ارزیابی صحت اطلاعات مراقبت از بیماران مبتلا به دیابت در خانه‌های بهداشت شهرستان ساری در سال ۱۳۹۶.** مدیریت اطلاعات سلامت ۱۳۹۸؛ ۱۶ (۳): ۱۱۴-۱۰۹

مقدمه

امروزه آگاهی جهانی نسبت به اهمیت استفاده از اطلاعات روتین سلامت به منظور تصمیم‌گیری مبتنی بر شواهد و بهبود کیفیت ارائه خدمات، بیش از هر زمان دیگری است. اطلاعات می‌تواند جهت مقاصد مختلف مدیریتی، پژوهشی، مالی و بالینی مورد استفاده قرار گیرد (۱). سازمان بهداشت ملی انگلستان به عنوان یک سازمان موفق بهداشتی، اطلاعات را برای خود به مثابه خون برای بدن می‌داند (۲).

یکی از بخش‌های مهم سیستم ارائه خدمات بهداشتی و درمانی، بخش مراقبت‌های بهداشتی اولیه PHC (Primary Health Care) است. در این بخش، جمع‌آوری داده‌ها و استفاده از اطلاعات حاصل شده به منظور تعیین نیازهای سلامت مردم، ارزیابی کمی و کیفی ارائه خدمات و عملکرد کارکنان بخش PHC، به منظور تقویت، اصلاح و مدیریت مجدد فعالیت‌ها، ضروری می‌باشد. از همان بدو راه‌اندازی نظام PHC در کشور، به این امر مهم توجه شد و نظام ثبت اطلاعات بهداشتی به نسبت جامعی در آن پیش‌بینی گردید؛ به گونه‌ای که کلیه فعالیت‌ها و خدمات ارائه شده در این سیستم باید ثبت، نگهداری، تجزیه و تحلیل و گزارش شود (۳). در همین راستا، سازمان جهانی بهداشت، نظام PHC ایران را به دلیل برخورداری از نظام ثبت اطلاعات تحسین نموده و از آن به عنوان معدود نظام‌های PHC با این ویژگی مطلوب در منطقه نام برده است (۴).

از آن‌جایی که اطلاعات نادرست و فاقد کیفیت می‌تواند گمراه‌کننده بوده و منجر به تصمیمات نادرست گردد (۵)، کیفیت داده‌ها که صحت یکی از ابعاد آن است، ضامن و شرط مفید بودن استفاده از آن‌ها می‌باشد. درست بودن یا صحت داده‌ها یعنی داده‌ها باید وقایعی را که حقیقتاً اتفاق افتاده‌اند، انعکاس دهند (۶). در بسیاری از کشورهای در حال توسعه، اطلاعات تولید شده فاقد کیفیت است. بنابراین، استفاده از آن‌ها در تصمیم‌گیری محدود می‌شود.

مقاله حاصل پایان‌نامه کارشناسی ارشد به شماره ۱۰۲۲۶ می‌باشد که با حمایت دانشگاه علوم پزشکی مازندران انجام شده است.

۱- دانشیار، اقتصاد بهداشت، گروه بهداشت عمومی، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی مازندران، ساری، ایران

۲- دانشجوی دکتری تخصصی، مدیریت خدمات بهداشتی و درمانی، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران (نویسنده طرف مکاتبه)

Email: s5510.1371@yahoo.com

۳- دانشیار، آمار زیستی، گروه آمار زیستی، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی مازندران، ساری، ایران

۴- استادیار، فن‌آوری اطلاعات سلامت، گروه فن‌آوری اطلاعات سلامت، دانشکده پیراپزشکی، دانشگاه علوم پزشکی مازندران، ساری، ایران

۵- کارشناس ارشد، اپیدمیولوژی، معاونت بهداشتی، استان مازندران، ساری، ایران

دقت و اعتبار ارزیابی افزایش یابد. بنابراین، هر خانه بهداشت دو گزارش فصلی داشت و در مجموع، با توجه به فقدان آمار برخی از خانه‌ها، ۱۳۹ گزارش فصلی بررسی گردید. همچنین، مجموع خانه‌های بهداشت مورد مطالعه ۴۰۸۲ بیمار مبتلا به دیابت یا پرونده دیابت داشت که ۱۶۳۸ پرونده (حدود ۴۰ درصد) به منظور ارزیابی میزان همخوانی آمارهای فصلی با پرونده‌ها انتخاب شد و مورد بررسی قرار گرفت. بر این اساس، پرونده گروه خانم‌ها یا آقایان مبتلا به دیابت به صورت تصادفی انتخاب و بررسی می‌شد، اما در آن دسته از خانه‌های بهداشت که تعداد کل بیماران مبتلا به دیابت کم بود، پرونده همه آن‌ها مورد بررسی قرار می‌گرفت. بنابراین، خروجی پرونده‌های بررسی شده به ۱۶۳۸ مورد رسید. متوسط زمان برای بررسی پرونده‌های هر خانه بهداشت یک ساعت در نظر گرفته شد.

به منظور جمع‌آوری داده‌ها، از ابزار مصاحبه - مشاهده ارزیابی عملکرد مدیریت سیستم روتین اطلاعات سلامت (PRISM of Routine Performance of Information Systems Management) که در سال ۲۰۰۹ توسط گروه Measure Evaluation طراحی شده است (۱۷)، استفاده گردید. PRISM یک ابزار استاندارد بین‌المللی می‌باشد که استفاده از آن توسط سازمان جهانی بهداشت جهت ارزیابی سیستم ثبت اطلاعات نظام بهداشتی توصیه شده است (۱۸). این ابزار در بسیاری از نقاط جهان از جمله چین، پرو، اتیوپی، موزامبیک، جنوب آفریقا، پاکستان، مکزیک، پاراگوئه، زامبیا، سنگال و... به منظور ارزیابی کیفیت داده‌ها مورد استفاده قرار گرفته است (۷). لازم به ذکر است که روایی و پایایی PRISM قبل از به کارگیری تأیید گردید (۱۹). ابزار مذکور دارای دو بخش تخصصی (۲۲ سؤال) و عمومی (۲۸ سؤال) می‌باشد. بخش عمومی شامل «عوامل سازمانی، رفتاری و فنی» مؤثر بر کیفیت عملکرد است که به صورت سؤالات چند گزینه‌ای با مقیاس طیف لیکرت تحلیل می‌گردد و بخش تخصصی که به صورت اختصاصی جهت بررسی کیفیت داده‌ها به کار می‌رود، از چهار محور «وضعیت ثبت و نگهداری داده‌ها، وضعیت صحت داده‌ها، وضعیت کامل بودن داده‌ها و وضعیت پردازش و تفسیر داده‌ها» تشکیل شده است. با توجه به زیاد بودن یافته‌های مربوط به پژوهش و محدود بودن سقف واژگان هر مقاله برای انتشار و همچنین، اهمیت بعد صحت در کیفیت داده‌ها، در پژوهش حاضر تنها داده‌های مربوط به بعد صحت از بخش تخصصی ابزار ارایه شد. قسمت بیشتر این سؤالات به صورت مشاهده مدارک و مستندات و برخی هم به صورت مصاحبه با متولی ثبت داده‌ها (در اینجا بهورز مسؤل دیابت) تکمیل گردید. از آنجایی که گزارش فصلی دیابت (فرم شماره ۵)، از روی فعالیت‌های ثبت شده در پرونده مراقبت از بیماران مبتلا (فرم‌های شماره ۴) تهیه می‌گردد، به منظور بررسی وضعیت صحت داده‌ها، فرم‌های شماره ۴ و ۵ به صورت جداگانه بررسی و اختلاف یا ناهمخوانی بین آن‌ها ثبت شد. به عبارت دیگر، از روی پرونده بیماران مبتلا به دیابت، مجدد آمار فصلی تهیه گردید و با آمار تهیه شده توسط بهورز (فرم شماره ۵) مقایسه و اختلاف آن دو ثبت شد. لازم به ذکر است که این ارزیابی‌ها توسط فرد کاملاً مسلط به راهنمای به کارگیری ابزار PRISM انجام گرفت.

علاوه بر ارزیابی کمی (مقایسه سند با سند یا مقایسه پرونده‌ها با گزارش‌های مربوطه)، در یک ارزیابی جانبی که ارزیابی کیفی صحت داده‌ها می‌باشد، به منظور راستی‌آزمایی ارایه‌کننده خدمت از جهت انطباق خدمات ثبت شده و خدمات ارایه شده به بیماران، با ۱۰۰ نفر از بیماران مبتلا به دیابت که اطلاعات بهداشتی و درمانی آن‌ها در پرونده‌شان ثبت شده بود و حاکی از

همچنین، اختصاص منابع مالی و انسانی به این بخش کافی نمی‌باشد. به طور کلی، در این کشورها درک مدیران نسبت به اثربخشی استفاده از اطلاعات در تصمیم‌گیری‌ها به‌روز نمی‌باشد (۷). در ایران نیز استفاده از اطلاعات روتین در فرایند تصمیم‌گیری به طور عمده راضی‌کننده نیست. گمانه‌های مختلفی برای این نقص وجود دارد که از آن جمله می‌توان به عدم اعتماد به داده‌های روتین و در دسترس و پایین بودن کیفیت این داده‌ها اشاره کرد؛ در حالی که تأکید و تلاش‌های زیادی به منظور بهبود گردآوری اطلاعات روتین بخش بهداشت کشور در جریان می‌باشد (۸-۱۱)، اما بر خلاف آن، به دلیل فقدان استراتژی مناسب و نبود یک فرایند صحیح و به ویژه فقدان دسترسی به یک ابزار متناسب برای ارزیابی عملکرد سیستم ثبت اطلاعات روتین نظام سلامت، عملکرد این بخش استراتژیک در حوزه سلامت در حاله‌ای از ابهام قرار دارد. بر اساس مطالعات انجام شده در این زمینه، ناآرامی داده‌های جمع‌آوری شده از کشوری به کشور دیگر متفاوت است، اما یک مسأله که در اغلب کشورها مشاهده می‌شود این است که گزارش‌های روتین در سطح واحدهای ارایه خدمت و شهرستان، ناقص، دیر هنگام، نادرست و با کیفیت ضعیف می‌باشد (۱۲).

ارزیابی کیفیت داده‌ها در واقع آگاه‌سازی مدیران، سیاست‌گذاران و کاربران در مورد ماهیت داده‌هایی است که ممکن است آن‌ها برای تصمیم‌گیری، نظارت و بهبود عملکرد از آن استفاده نمایند (۱۳). در همین راستا، در تحقیقات پیشین برخی از جنبه‌های کیفیت و در نتیجه، قابلیت اتکا به این داده‌ها در نظام ثبت اطلاعات بهداشتی ایران به چالش کشیده شده است (۱۴، ۱۵، ۱۰). با توجه به این که داده‌های بیماری دیابت به عنوان یک عامل ردیابی در عملکرد سیستم‌های بهداشتی بین‌المللی می‌باشد (۱۶)، پژوهش حاضر با هدف ارزیابی صحت داده‌های مربوط به بیماری دیابت در سطح خانه‌های بهداشت شهرستان ساری به عنوان یکی از ابعاد کیفیت داده‌ها انجام شد.

روش بررسی

این مطالعه از نوع توصیفی - مقطعی بود که در سال ۱۳۹۶ انجام گردید. محیط تحقیق را کلیه خانه‌های بهداشت شهرستان ساری مشتمل بر ۱۴۵ خانه تشکیل داد. جامعه آماری شامل تمام اطلاعات روتین مربوط به مراقبت از بیماران مبتلا به دیابت (پرونده بیماران و گزارش‌های فصلی مربوط به آن‌ها) در سطح خانه‌های بهداشت این شهرستان بود. در پژوهش حاضر به منظور افزایش قابلیت تمییز، نیمی از خانه‌های بهداشت این شهرستان (۷۲ خانه بهداشت فعال) به روش تصادفی ساده انتخاب شد. در فرایند اجرای مطالعه در بسیاری از مواقع، ارزیابی با حضور کارشناسان مسؤل از مرکز بهداشت استان انجام شد. به منظور بررسی کیفیت داده‌ها و میزان همخوانی گزارش‌های فصلی دیابت با پرونده بیماران، با مشورت کارشناسان بیماری‌های غیر واگیر معاونت بهداشتی استان، مهم‌ترین آیتم‌های گزارش فصلی دیابت به عنوان نشانگرهای نماینده (Proxy Indicators) انتخاب گردید.

گزارش مربوط به مراقبت از بیماران مبتلا به دیابت به صورت فصلی در سطح خانه‌های بهداشت تهیه و به سطوح بالاتر ارسال می‌گردد. از آنجا که وضعیت عملکرد در یک فصل نمایانگر عملکرد همیشگی و معمول نمی‌باشد و به منظور افزایش دقت مطالعه، گزارش‌های دو فصل اخیر منتهی به زمان طرح (فصول پاییز و تابستان)، برای ارزیابی انتخاب شد تا با محاسبه میانگین آن‌ها،

دریافت خدمات در ۱۰ روز اخیر منتهی به زمان حضور تیم تحقیق در خانه بهداشت مربوط بود، مصاحبه تلفنی انجام گرفت. بدین ترتیب، همه بیماران ۱۰ روز اخیر هر خانه بهداشت انتخاب شدند و با آن‌ها تماس گرفته شد، اما با توجه به این که در بعضی از خانه‌های بهداشت در ۱۰ روز اخیر هیچ بیماری به خانه بهداشت مراجعه نکرده بود و یا تنها یک یا چند بیمار مراجعه کرده بودند و همچنین، به دلیل عدم پاس‌دهی برخی از بیماران، در نهایت، تعداد بیماران مصاحبه شونده به ۱۰۰ نفر رسید. سؤال اصلی و اساسی در مصاحبه با بیماران این بود که آیا طی ۱۰ روز اخیر برای دریافت مراقبت‌های روتین دیابت به خانه بهداشت خود مراجعه‌ای داشته‌اند یا خیر؟ هدف گروه تحقیق برای این بخش از کار، تشخیص ثبت احتمالی خدماتی که اساساً آرایه نشده‌اند، بود.

در نهایت، داده‌های گردآوری شده با استفاده از آمارهای توصیفی در نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۰ (version 20, IBM Corporation, Armonk, NY) مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

در این راستا، از جمله اصولی که گروه محقق خود را ملزم به رعایت آن دانستند، عدم ذکر نام واحدهای مورد بررسی و حفظ محرمانگی اطلاعات بود.

یافته‌ها

از بین کارکنان خانه‌های بهداشت، ۳۰/۶ درصد (۲۲ نفر) از بهروزان مرد و ۶۹/۴ درصد (۵۰ نفر) آنان زن بودند. میانگین سنی بهروزان، ۳۹/۶۵ سال و در بازه‌ای از ۲۴ تا ۵۴ سال متغیر بود. ۷۰/۸ درصد از بهروزان (۵۱ نفر) مدرک تحصیلی دیپلم در رشته علوم انسانی داشتند و بقیه با درصدهای محدود دارای مدرک سیکل (۴/۲ درصد، ۳ نفر)، کاردانی (۱۲/۵ درصد، ۹ نفر)، کارشناسی

بررسی در جدول ۱ آرایه شده است.

شاخص تعداد کل بیماران مبتلا به دیابت در بیش از ۹۰ درصد خانه‌های بهداشت، مطابق با واقعیت گزارش شد (جدول ۱). همچنین، ۳۸/۱۹ درصد از خانه‌های بهداشت در گزارش فشار خون هیچ خطایی نداشتند، اما در بقیه شاخص‌ها، کمتر از ۳۰ درصد از خانه‌های بهداشت واقعیت موجود در پرونده بیماران را انعکاس داده‌اند. در رابطه با شاخص تعداد بیماران مراقبت شده توسط پزشک، واقعیت دیگری در ورای این ثبت‌ها و سندها مستتر بود. به این صورت که ملاک مراقبت شده توسط پزشک در مطالعه حاضر، وجود مهر پزشک در پرونده بیماران بود، اما اغلب بهروزان اذعان کردند که در واقع بیشتر بیمارانی که به عنوان پزشک دیده تیک خورده هستند، ما مراقبت کردیم و پزشک مهر زده است. علاوه بر این، برخی از بهروزان اظهار نمودند که قبل از استخراج آمار، مهر پزشک را با خود به منزل می‌بردند و اطلاعات مراقبتی بیماران را ثبت می‌کردند و مهر می‌زدند. سپس گزارش مربوط به آن را تهیه می‌نمودند.

به طور کلی، توزیع خطاها به گونه‌ای بود که در همه خانه‌های بهداشت بین آمار و پرونده‌ها، عدم انطباق و ناهمخوانی با اندازه‌های متفاوت در همه یا برخی از شاخص‌ها وجود داشت. ضمن این که از کل ۷۲ خانه بهداشت مورد بررسی، وضعیت داده‌ها در پنج خانه بهداشت به گونه‌ای بود که امکان بررسی صحت داده‌ها وجود نداشت (پرونده یا گزارش فصلی موجود نبود).

جدول ۱: بررسی وضعیت صحت گزارش‌های فصلی دیابت (میزان همخوانی فرم‌های شماره ۴ و ۵) در ۷۲ خانه بهداشت شهرستان ساری در سال ۱۳۹۶

| آیتم‌های مورد بررسی | یافته‌ها | صحت داده‌ها در خانه‌های بهداشت* | | |
|---|----------|---------------------------------|--------------|---------------------------|
| | | خانه بهداشت تعداد (درصد) | انحراف معیار | میانگین صحت دو فصل (درصد) |
| شاخص تعداد کل بیماران مبتلا به دیابت | تابستان | ۶۵ (۹۰/۲۷) | ۲/۳۳ | ۹۰/۹۶ |
| | پاییز | ۶۶ (۹۱/۶۶) | ۱/۷۴ | |
| شاخص تعداد بیماران مراقبت شده توسط پزشک | تابستان | ۱۸ (۲۵/۰۰) | ۶/۶۴ | ۲۵/۰۰ |
| | پاییز | ۱۸ (۲۵/۰۰) | ۱۰/۶۶ | |
| شاخص تعداد بیماران مراقبت شده توسط پزشک با شاخص توده بدنی بین ۲۵ تا ۳۰ کیلوگرم بر مترمربع | تابستان | ۱۳ (۱۸/۰۷) | ۳/۹۴ | ۱۸/۰۷ |
| | پاییز | ۱۳ (۱۸/۰۷) | ۳/۸۸ | |
| شاخص تعداد بیماران مراقبت شده توسط پزشک با شاخص توده بدنی بالاتر از ۳۰ کیلوگرم بر مترمربع | تابستان | ۱۵ (۲۰/۸۳) | ۳/۴۱ | ۱۸/۷۴ |
| | پاییز | ۱۲ (۱۶/۶۶) | ۳/۳۸ | |
| شاخص تعداد بیماران مراقبت شده توسط پزشک با میزان قند خون ۱۳ تا ۷۰ میلی‌گرم بر دسی‌لیتر | تابستان | ۱۴ (۱۹/۴۴) | ۵/۶۴ | ۱۸/۰۵ |
| | پاییز | ۱۲ (۱۶/۶۶) | ۴/۰۴ | |
| شاخص تعداد بیماران مراقبت شده توسط پزشک با فشار خون بیشتر از ۱۴۰/۹۰ میلی‌متر جیوه | تابستان | ۲۷ (۳۷/۵۰) | ۲/۳۷ | ۳۸/۱۹ |
| | پاییز | ۲۸ (۳۸/۸۸) | ۲/۲۵ | |
| صحت کلی (در هر شش آیتم)** | تابستان | ۰ | ۰ | ۰ |
| | پاییز | ۰ | ۰ | ۰ |

* واحدهایی که اختلاف بین پرونده‌ها (فرم شماره ۴) و گزارش (فرم شماره ۵) در آن‌ها برابر با صفر بود؛ یعنی واحدهایی که شاخص مربوط را مطابق با حقایق موجود در پرونده بیماران گزارش کرده بودند.
** فراوانی واحدهایی که در هر فصل (پاییز و تابستان) در هیچ کدام از شش شاخص مورد بررسی، خطا یا عدم همخوانی نداشتند.

برخی از بهورزان اشاره کرد که به نظر می‌رسد به دلیل دغدغه‌های مربوط به کشف نشانه‌هایی از ضعف عملکردشان باشد که با برقراری ارتباط مناسب و دادن اطمینان مبنی بر عدم آشکارسازی ماهیت مصاحبه شوندگان تا حدود زیادی این مشکلات مرتفع گردید. محدودیت دیگر، پراکندگی واحدهای مورد مطالعه، دسترسی دشوار به این واحدها و کمبود منابع بود که بخش عمده آن با کسب حمایت مالی دانشگاه و در بخش دیگر نیز مراجعه به خانه‌های بهداشت با استفاده بهینه از منابع در اختیار مراکز بهداشت تسهیل شد

نتیجه‌گیری

اغلب تهیه‌کنندگان اطلاعات روتین در واحدهای مورد بررسی، به منظور آرایه شواهدی مبنی بر عملکرد خوب، داده‌های غیر واقعی آرایه می‌نمایند. علاوه بر این، داده‌سازی به دنبال تأکید بر کمیت اطلاعات به جای کیفیت، به وضوح قابل نتیجه‌گیری می‌باشد. در چنین شرایطی، استفاده از اطلاعات فاقد صحت در تصمیم‌گیری‌ها و تکیه بر آن‌ها در فرایند نظارت که لازمه آن اطلاعات باکیفیت است، کیفیت تصمیمات و وضعیت نظارت و پایش عملکرد را دچار چالش خواهد کرد. از طرف دیگر، عدم استفاده از اطلاعاتی که منابع هنگامی صرف تهیه آن‌ها می‌گردد، نشانه‌ای از اتلاف منابع محدود این بخش می‌باشد.

پیشنهادها

با توجه به یافته‌های تحقیق حاضر، پیشنهاد می‌گردد که مدیران و نظارت‌کنندگان، به اطلاعات روتین PHS به عنوان پیش‌نیازهای تصمیم‌گیری و نظارت بر عملکرد این واحدها توجه و اهمیت بیشتری نشان دهند و ضمن تأکید بر کمیت، عمده تأکید بر کیفیت اطلاعات باشد. همچنین، آموزش مستمر مبتنی بر نیاز کارکنان متولی ثبت داده‌ها و آرایه بازخورد مناسب و به‌موقع به آن‌ها در واحدهای مورد بررسی ضروری به نظر می‌رسد. در پایان، پیشنهاد می‌شود ابزارهای متناسب ارزیابی عملکرد سیستم ثبت اطلاعات مانند ابزار PRISM که قادر به تشخیص عملکرد سیستم روتین ثبت اطلاعات نظام بهداشتی هستند و در صورت وجود مشکل، دست یافتن به راهکارهای مداخله مقتضی را تسهیل می‌نماید، معرفی و استفاده گردد.

تشکر و قدردانی

مطالعه حاضر برگرفته از پایان‌نامه مقطع کارشناسی ارشد با کد اخلاق IR.MAZUMS.REC.1396.10226 می‌باشد که تحت حمایت مالی معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی مازندران انجام گردید. بدین وسیله از معاونت مذکور و کلیه افرادی که در اجرای این طرح و جمع‌آوری داده‌ها همکاری نمودند، تشکر و قدردانی به عمل می‌آید.

تضاد منافع

در انجام مطالعه حاضر، نویسندگان هیچ‌گونه تضاد منافی نداشته‌اند.

یافته‌های مربوط به مصاحبه با بیماران مبتلا به دیابت: نتایج مصاحبه با بیماران نشان داد که اطلاعات ثبت شده ۵۲ درصد از این بیماران، صحت نداشت و بیماران در آن محدوده زمانی به خانه بهداشت مراجعه نکرده بودند، اما بقیه بیماران مصاحبه شده (۴۸ درصد) تأیید نمودند که از خانه‌های بهداشت مربوط به خودشان در محدوده زمانی مورد نظر مراقبت‌های روتین دیابت را دریافت کرده‌اند.

بحث

نتایج پژوهش حاضر نشان داد که در همه خانه‌های بهداشت، عدم انطباق و ناهمخوانی بین آمارها و پرونده‌ها کم و بیش وجود داشت. علاوه بر این، نتایج مصاحبه با بیماران مبتلا به دیابت مؤید یافته‌ها بود. این بیماران، مبتلا به دیابت و جزء جمعیت تحت پوشش خانه‌های مربوط بودند، اما اساساً در آن تاریخی که بهورزان ثبت کرده بودند یا حوالی آن، به خانه بهداشت مراجعه نکرده بودند؛ در حالی که بهورزان اطلاعات مراقبتی آنان را تکمیل و گزارش کرده بودند. عامل اصلی این سندسازی‌ها طبق اظهارات، انتقادات و پیشنهادات بهورزان و مشاهدات محقق، مینا قرار گرفتن کمیت آمارها و گزارش‌ها بدون توجه به صحت و کیفیت آن‌ها به عنوان معیارهای کمی عملکرد خانه‌های بهداشت بود. از این‌رو، اغلب بهورزان با مشاهده این که بین بهورزانی که حقایق را ثبت می‌نمایند و بهورزانی که داده‌سازی می‌کنند، تفاوتی وجود ندارد، ترجیح می‌دهند به دلیل آمارها و فعالیت‌های اندک سرزنش نشوند و در نتیجه، به داده‌سازی روی می‌آورند. بنابراین، الگوی مقایسه‌ای و نحوه ارزیابی عملکرد کارکنان با ایجاد حس رقابت در بهورزان، باعث شده است که آنان بدون بررسی پرونده‌ها و به صورت ذهنی و گاهی با توجه به آمار فصول پیشین، گزارش فصلی تهیه نمایند. تأثیر و رابطه ارزیابی‌های سهل‌انگارانه و تأکید بر کمیت به جای کیفیت و افزایش سندسازی در مطالعه Metawie و Gilman نیز اشاره شده است (۲۰).

با توجه به استراتژی برخی از مدیران و نظارت‌کنندگان در قبال تهیه داده‌ها و اطلاعات و اثربخش نبودن نظارت‌های آنان و همچنین، با توجه به بیان بیشتر بهورزان، به نظر می‌رسد که اطلاعات نمایانگر عملکرد واقعی نیست و فقط جنبه آماری و گزارش‌دهی به سطح بالاتر را دارد و مبنای تصمیم‌گیری نمی‌باشد؛ در حالی که قسمت عمده وقت کاری بهورزان صرف ثبت فعالیت و تهیه گزارش‌های مربوط به آن می‌گردد، تا حدی که به گفته خودشان، از وظیفه اصلی خود یعنی خدمت به مردم و ارتباط فعال با آنان جهت بهبود وضعیت بهداشت و سلامت جامعه باز می‌مانند. در مقایسه با برخی از کشورهای در حال توسعه که ابزار مورد استفاده آن‌ها نیز PRISM بوده است، می‌توان گفت که نتایج تحقیق Belay و همکاران در کشور اتیوپی حاکی از فقدان صحت داده‌ها و وجود ناهمخوانی در همه واحدهای مورد بررسی می‌باشد (۲۱)، اما صحت داده‌ها در واحدهای آرایه خدمت در پژوهش‌های صورت گرفته در مکزیک (۲۲) و هندوستان (۲۳)، ۹۵ درصد، در کارولینا ۵۵ درصد و در اوگاندا ۴۲ درصد گزارش شده است (۷) که در همه آن‌ها وضعیت از مطالعه حاضر بهتر بود.

محدودیت‌ها: از محدودیت‌های پژوهش حاضر می‌توان به عدم همکاری

References

- Balaghafari A, Pangh A, Sedeghnejad H. Evaluating the software programs in hospital information system: A case study of Sari Bou-Ali Sina Hospital. J Mazandaran Univ Med Sci 2018; 28(160): 166-72. [In Persian].
- Donaldson A, Walker P. Information governance--a view from the NHS. Int J Med Inform 2004; 73(3): 281-4.

3. Shadpour K. Primary health care network in Iran. 1st ed. Tehran, Iran: Ministry of Health and Medical Education; 1993. [In Persian].
4. World Health Organization. The world health report 2000 - Health systems: Improving performance. Geneva, Switzerland: WHO; 2000.
5. Moghaddassi H, Hoseini A, Asadi F, Jahanbakhsh M. Application of data mining. *Health Inf Manage* 2012; 9(2): 297-304. [In Persian].
6. Moghaddasi H. Data quality in health care. 1st ed. Tehran, Iran: Vazhe Pardaz Publications; 2005. [In Persian].
7. Belay H, Lippeveld T. Inventory of PRISM framework and tools: Application of PRISM tools and interventions for strengthening routine health information system performance (Working Paper: WP-13-138). Chapel Hill, NC: MEASURE Evaluation; 2013.
8. Shafiei Nikabadi M, Naghipour N. A model for assessing hospital information systems. *J Health Adm* 2015; 18(60): 50-66. [In Persian].
9. Moghaddasi H. A comparative study of quality control mechanisms for in-patients the United States and England and providing a suitable model for Iran [PhD Thesis]. Tehran, Iran: Iran University of Medical Sciences; 2003. [In Persian].
10. Asadi F, Hosseini A, Moghaddasi H, Nasr Haydarabadi N. Primary health care information systems in 1-Health Centers in Tehran, Iran. *Health Inf Manage* 2012; 9(1): 1-10. [In Persian].
11. Kabirzadeh A, Delaram A, Abbasi M, Payesteh S, Taheri M. Rate of consent validity in patients from. *J Mazandaran Univ Med Sci* 2009; 19(69): 62-7. [In Persian].
12. Choudhary GB, Puranik S. A study on employee performance appraisal in health care. *Asian Journal of Management Sciences* 2014; 2 (3 Special Issue): 59-64.
13. Bergdahl M, Ehling M, Elvers E, Foldesi E, Korner T, Kron A, et al. Handbook on data quality assessment methods and tools. Brussels, Belgium: European Commission; 2007.
14. Zolala F. Health information systems in the Islamic Republic of Iran: A case study in Kerman Province. *East Mediterr Health J* 2011; 17(9): 679-83.
15. World Bank. Islamic Republic of Iran - Health sector review (Vol. 2): Background sections. Washington, DC: World Bank; 2008.
16. Nolte E, Bain C, McKee M. Diabetes as a tracer condition in international benchmarking of health systems. *Diabetes Care* 2006; 29(5): 1007-11.
17. Aqil A, Lippeveld T, Hozumi D. PRISM framework: a paradigm shift for designing, strengthening and evaluating routine health information systems. *Health Policy Plan* 2009; 24(3): 217-28.
18. World Health Organization. Framework and standards for country health information systems. 2nd ed. Geneva, Switzerland: WHO; 2008.
19. Rouhani S, Safizadeh K, Mousavinasab SN. Translation and survey of validity and reliability of routine information systems management tools in Iran. *Health Inf Manage* 2018; 15(4): 168-74. [In Persian].
20. Metawie M, Gilman M. Problems with the implementation of performance measurement systems in the public sector where performance is linked to pay: A literature review drawn from the UK. Proceedings of the 3rd Conference on Performance Measurements and Management Control; 2005 Sep 22-23; Nice, France.
21. Belay H, Azim T, Kassahun H. Assessment of health management information system (HMIS) performance in SNNPR, Ethiopia. Chapel Hill, NC: MEASURE Evaluation; 2014.
22. Aqil A, Avila JEH, Mejia LSP, Parbul AS, Plaza B, Wilson N, et al. Guanajuato SINAIIS assessment. Chapel Hill, NC: MEASURE Evaluation; 2010.
23. Harikumar S. Evaluation of health management information systems - A study of HMIS in Kerala [MSc Thesis]. Thiruvananthapuram, Kerala: Achutha Menon Centre for Health Science Studies, Sree Chitra Tirunal Institute for Medical Sciences and Technology; 2012.

Assessing the Accuracy of Diabetic Care Information in Health Houses in Sari City, Iran, 2018

Samad Rouhani¹, [Khadije Safizade](#)², Seyed Nouraddin Mousavinasab³, Azita Balaghafari⁴,
Mohammad Reza Sayeedy-Kiasari⁵

Original Article

Abstract

Introduction: Inaccurate data and unqualified data can be misleading, and cause false decisions. Therefore, the quality of data can guarantee its usefulness. The aim of this study was to assess the quality of routine data related to diabetes caretakers of Health Houses (HHs) in Sari City, Iran.

Methods: This was a descriptive study carried out in 2018. The Statistical population of this study included monthly reports of all HHs in Sari. A sample of 72 HHs was selected randomly. Performance of Routine Information System Management (PRISM) tools at health facility level were used for data collection through interview and observation. The gathered data were analyzed using descriptive statistics.

Results: Data accuracy rate was between 90.96 and 18.05 percent. Moreover, according to patients interviewed, recorded information of 52 percent of them was not based on reality.

Conclusion: The routine data related to diabetes caretakers, which is one of the main requirements of continuous monitoring of the performance of service units and making appropriate decisions, were not accurate.

Keywords: Data Accuracy; Health Information Systems; Primary Health Care; Diabetes; Health Information Management

Received: 07 May, 2019

Accepted: 25 July, 2019

Published: 06 Aug., 2019

Citation: Rouhani S, Safizade K, Mousavinasab SN, Balaghafari A, Sayeedy-Kiasari MR. **Assessing the Accuracy of Diabetic Care Information in Health Houses in Sari City, Iran, 2018.** Health Inf Manage 2019; 16(3): 109-14

Article resulted from MSc thesis No. 10226 funded by Mazandaran University of Medical Sciences.

1- Associate Professor, Health Economics, Department of Public Health, School of Health, Mazandaran University of Medical Sciences, Sari, Iran

2- PhD Student, Health Services Management, School of Health, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran (Corresponding Author)
Email: s5510.1371@yahoo.com

3- Associate Professor, Biostatistics, Department of Biostatistics, School of Health, Mazandaran University of Medical Sciences, Sari, Iran

4- Assistant Professor, Health Information Technology, Department of Health Information Technology, School of Allied Medical Sciences, Mazandaran University of Medical Sciences, Sari, Iran

5- MSc, Epidemiology, Deputy of Health, Mazandaran University of Medical Sciences, Sari, Iran