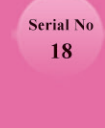




مدیریت اطلاعات سلامت
شماره دوم ۱۳۹۰



دوره هشتم، شماره دوم، خرداد و تیر ۱۳۹۰



۱. مطالعه‌ی تطبیقی الگوهای ارزیابی توسعه‌ی مدیریت در نظام سلامت کشورهای منتخب
عباس دانش‌کهن، احمد برایی مازنانی، علیرضا ظهور، فرید عبادی فردآذر..... ۱۱۳-۱۲۴

۲. رابطه استقرار شاخص‌های کیفی ارزشیابی با کیفیت خدمات درمانی در بیمارستان‌های دانشگاه علوم پزشکی گلستان
امیر اشکان نصیری پور، آئین عباسی، شهرام توفیقی، ناصر بهنام پور، محمودرضا کوهری..... ۱۲۷-۱۳۵

۳. خود-ارزیابی بر اساس مدل تعالی سازمانی در بیمارستان‌های منتخب شهر اهواز
سارا رکاب اسلامی‌زاده، امین ترابی پور..... ۱۴۶-۱۳۸

۴. الگوی مشارکت بخش خصوصی و دولتی در درمان کوتاه مدت تحت نظارت مستقیم بیماری سل (PPM TB DOTS) و سیستم اطلاعات و ارجاع بیماران در تبریز
سعید پوردولتی، کاظم اشجعی، سیمین خاخرزاده، مصطفی فرحبخش، مهران سیف فرشد، احمد کوشا..... ۱۴۴-۱۴۷

۵. بررسی میزان استناد مقالات ISI web of science در مجلات دسترسی آزاد پایگاه DOAJ در دو حوزه‌ی علوم بهداشت و پزشکی و علوم پایه
رسول سعادت، احمد شعبانی، عاصفه عاصمی..... ۱۷۵-۱۶۵

۶. ارزیابی وب سایت کتابخانه‌های دانشگاه‌های علوم پزشکی کشور و ارزیابی پیشنهادهایی در جهت بهبود وضعیت آن‌ها
افشین حمدی پور..... ۱۸۸-۱۷۶

۷. بررسی میزان دسترسی پذیری و زوال استنادهای وبی مقالات نمایه شده در مؤسسه‌ی اطلاعات علمی (ISI) در حوزه‌ی اطلاعات سلامت و کتابداری پزشکی
محمد کریم صابری، علیرضا اسفندیاری مقدم..... ۱۹۷-۱۸۹

۸. بررسی جنبه‌های مختلف پیاده‌سازی سیستم‌های اطلاعات بالینی و میزان آگاهی مدیران اطلاعات بهداشتی و درمانی از این موارد
سیمه فضاییلی، مهدی یوسفی، غلامرضا مرادی، مرجان قاضی سعیدی..... ۲۰۷-۱۹۸

۹. بررسی وضعیت سیستم اطلاعات بائولوژی آناتومیال در بیمارستان‌های آموزشی، درمانی پایه دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی
اعظم السادات حسینی، حمید مقدسی، فرخنده اسدی، مریم همتی..... ۲۱۷-۲۰۸

۱۰. مقایسه حقوق بیمار در چند کشور پیشرفته و ارزیابی الگو برای ایران
معصومه سرراز، خلیل کیسافر..... ۲۲۷-۲۱۸

۱۱. رویکردی انتقادی به مطالعات حوزه‌ی علم‌سنجی
غلامرضا حیدری..... ۲۴۳-۲۳۸

۱۲. مطالعه‌ی تطبیقی ضرورت به کارگیری گروه‌های مرتبط تشخیصی به عنوان ابزاری واحد برای تسهیل بازپرداخت درمانی در کشورهای منتخب
رضا صفدری، شهرام توفیقی، مرجان قاضی سعیدی، آزاده گودینی..... ۲۵۰-۲۴۴

۱۳. ارزیابی عملکرد موبیان کارآموزی از نظر دانشجویان مدارک پزشکی در دانشگاه علوم پزشکی کاشان
فاطمه روزبهانی، عباس شیخ طاهری، مهرداد فرزندی پور، فاطمه رنگرز جدی، زهره مبارک قصری..... ۲۵۷-۲۵۱

۱۴. عوامل مؤثر بر توسعه بافتگی از دیدگاه شاخص‌های سلامت
حمید سپهر دوست..... ۲۶۴-۲۵۸

۱۵. میزان امتیاز ساختمان و تجهیزات کتابخانه‌ها و مراکز اطلاع رسانی عمومی و دانشگاهی شهر زنجان با استانداردهای بین‌المللی برای معلولین جسمی - حرکتی از دیدگاه کارشناس معماری، مسؤولان کتابخانه‌ها و معلولین
فاطمه زندیان، ناهید بیات بدایی، فریگ فرخی..... ۲۷۱-۲۶۵

۱۶. معرفی مهاددی ضد تجارت جعلی و ارتباط آن با اینترنت
محمود سفلی..... ۲۷۸-۲۷۲

۱۷. نقدی بر کتاب سیستم‌های اطلاعاتی با تأکید بر سیستم‌های کتابخانه‌ای و اطلاع رسانی
رضوان احسانی، حسن اشرفی ربزی..... ۲۸۴-۲۷۹

1. Comparative Study of Health System Management Development Assessment Models in Selected Countries
Abbas Daneshkohan, PhD; Ahmad Baratimamani, PhD; Alireza Zohoor, PhD; Farbod Ebadif Fard Azar, PhD.....124

2. Relationship of Evaluation Quality Indexes Implementation and Quality of Services in Hospitals Affiliated with Golestan University of Medical Sciences, Iran
Amir Ashkan Nasiripour, PhD; Anis Abbasi; Shahram Tofighi, PhD; Naser Behnampour; Mahmoud Reza Gohari, PhD.....137

3. Self-Assessment Based on EFQM Excellence Model in Ahvaz Selected Hospitals, Iran
Sara Rekab Eslami Zadeh, Amin Torabi Pour.....146

4. Development of Public Private Mix (PPM) TB DOTS in Tabriz, Iran
Saeid Pour Doulati; Kazem Ashjaei; Simin Khaiatzadeh; Mostafa Farahbakhsh; Mehran Sayffarshd; Ahmad Kousha.....164

5. Study of the Citations of ISI Web of Science's Articles to DOAJ's Journals in Health & Medical Sciences and Basic Sciences
Rasul Saadat; Ahmad Shabani, PhD; Asefeh Asemi, PhD.....175

6. Assessment Study of Library Website of Iranian Universities of Medical Sciences and Suggestions for Improvement
Afshin Hamdipour.....188

7. Assessment of Web Citation Accessibility and Decay of Health Information and Medical Librarianship Articles Indexed in ISI
Mohammad Karim Saberi; Alireza Isfandyari Moghaddam, PhD.....197

8. Review of Various Aspects of Clinical Information Systems Implementation and Awareness of Health Information Administrators about It
Somayeh Fazaeli; Mahdi Yousefi; Gholamreza Moradi, PhD; Marjan Ghazisaeidi.....207

9. Situational Analysis of Anatomical Pathology Laboratory Information Systems in Educational-Therapeutic Hospitals Affiliated to Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Iran
Azamossadat Hosseini, PhD; Hamid Moghaddasi, PhD; Farkhondeh Asadi, PhD; Maryam Hemati.....217

10. Comparison of Patient's Rights in Developed Countries and Suggestion a Proper Model for Iran
Masoumeh Sarbaz; Khalil Kimifar.....227

11. A Critical Approach to Scientometrics Studies
Gholamreza Haidari, PhD.....243

12. A Comparative Study on the Necessity of Using Diagnostic Related Groups for as a Tool to Facilitate the Repayment of Health Units in Selected Countries
Reza Safdary, PhD; Shahram Tofighi, PhD; Marjan Ghazisaeedi; Azadeh Goodini.....250

13. Evaluation of Training Educators Performance from Points of Views of Medical Record Students in Kashan University of Medical Sciences, Iran
Fatemeh Rouzbahani; Abbas Sheykhtaheri; Mehrdad Farzandipour, PhD; Fatemeh Rangraz Jeddi; Zohreh Mobarak Ghamsari.....257

14. Factors Affecting the Development from the Viewpoint of Health Indicators
Hamid Sepehrdoust, PhD.....264

15. The Compliance Rate of Public and Academic Libraries and Information Centres' Building and Equipment in Zanjan, Iran According to the International Standards for the Physically Handicapped, from the Perspective of Architectural Experts, Library Officials and Disabled People
Fateme Zandian, PhD; Nahid Bayat Bodaghi; Farhang Farrokhi, PhD.....271

16. Anti-Counterfeiting Trade Agreement and its Relationship with Internet
Mahmood Saghaei.....278

هیأت تحریریه

- دکتر حسن اشرفی ریزی: استادیار کتابداری و اطلاع رسانی دانشگاه علوم پزشکی اصفهان
دکتر ابوالقاسم پوررضا: دانشیار مدیریت خدمات بهداشتی درمانی دانشگاه علوم پزشکی تهران
دکتر شهرام توفیقی: استادیار مدیریت خدمات بهداشتی درمانی دانشگاه بقیه الله الاعظم (عج) تهران
دکتر احمد رضا رئیس: استادیار مدیریت اطلاعات بهداشتی درمانی دانشگاه علوم پزشکی اصفهان
دکتر سیده محسن حسینی: استادیار آمار حیاتی دانشگاه علوم پزشکی اصفهان
پروفسور محمد سرفراز: استاد علوم کامپیوتر و اطلاعات دانشگاه ملک فهد عربستان
پروفسور ک.انس. سرینیواسا: استاد رفتار سازمانی دانشگاه تاپیه هندوستان
دکتر احمد شعبانی: دانشیار کتابداری و اطلاع رسانی دانشگاه اصفهان
دکتر فرحناز صدوقی: دانشیار مدیریت اطلاعات بهداشتی درمانی دانشگاه علوم پزشکی تهران
دکتر رضا صدقیری: دانشیار مدیریت اطلاعات بهداشتی درمانی دانشگاه علوم پزشکی تهران
دکتر سیما عجمی: دانشیار مدیریت اطلاعات بهداشتی درمانی دانشگاه علوم پزشکی اصفهان
پروفسور فریده عصاره: استاد کتابداری و اطلاع رسانی دانشگاه شهید چمران اهواز
دکتر زیبا فرج زادگان: دانشیار پزشکی اجتماعی دانشگاه علوم پزشکی اصفهان
دکتر مسعود فردوسی: استادیار مدیریت خدمات بهداشتی درمانی دانشگاه علوم پزشکی اصفهان
دکتر سعیده کتابی: استادیار تحقیق در عملیات دانشگاه اصفهان
دکتر سعید کریمی: استادیار مدیریت خدمات بهداشتی درمانی دانشگاه علوم پزشکی اصفهان
پروفسور رویا کلیشادی: استاد اطفال دانشگاه علوم پزشکی اصفهان
دکتر حمید مقدسی: دانشیار مدیریت اطلاعات بهداشتی درمانی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی
دکتر محمدرضا ملکی: دانشیار مدیریت خدمات بهداشتی درمانی دانشگاه علوم پزشکی تهران
پروفسور سیده محمد مهدی هزاوه‌ای: استاد آموزش بهداشت دانشگاه علوم پزشکی همدان
دکتر محمدحسین یارمحمدیان: دانشیار مدیریت برنامه ریزی آموزشی دانشگاه علوم پزشکی اصفهان

فهرست همکاران علمی این شماره

محمدجواد آل مختار- اصغر احتشامی- دکتر غلامرضا احمدی- دکتر اکبر اعتباریان- مینا افشار- فرزانه امین پور- صدیقه انصاری پور- سوسن بهرامی- دکتر علیرضا جباری- مریم جهاننخش- مرضیه جوادی- دکتر ناهید حاتم- دکتر سعید رجایی پور- دکتر قاسم رحیمی- دکتر محمدرضا رضایتمند- دکتر بهروز رضایی- دکتر بهرام رنجبریان- فیروزه زارع- حانیه السادات سجادی- سکینه سقانیان نژاد اصفهانی- راحله سموعی- دکتر محمدحسین سلطانی- دکتر سید علی سیادت- دکتر بدری شاه طالبی- دکتر آرش شاهین- مجید شیرزادی- دکتر منصور شیری- ماندانا صاحب زاده- شیرین عباسی- هدایت اله عسگری- دکتر رحمت اله فتاحی- دکتر محبوبه فدوی- دکتر مهرداد فرزندی پور- فریبا فرهمند- دکتر محمود کیوان آرا- دکتر احمد محمودیان- دکتر محمدعلی نادی- دکتر امیراشکان نصیری پور- دکتر ابوالقاسم نوری- مریم یعقوبی.

همکاران علمی بین المللی این شماره

دکتر عباس حق شناس (دانشگاه کرتن- استرالیا)- مهندس رضا شاپوری (دانشگاه کلگری- کانادا)- دکتر آرمیتا عدیلی (دانشگاه سیدنی- استرالیا).

تأمین کننده منابع و اعتبارات مالی: دانشکده مدیریت و اطلاع رسانی پزشکی دانشگاه علوم پزشکی اصفهان
تأمین کننده منابع و اعتبارات علمی: هیأت تحریریه، همکاران علمی مجله و انجمن های علمی همکار، اداره امور بیمارستان ها، کتابداری و اطلاع رسانی پزشکی ایران، مرکز تحقیقات مدیریت و اقتصاد سلامت، مرکز تحقیقات فن آوری اطلاعات در علوم سلامت.

وضعیت حق تألیف: هرگونه استفاده از مطالب مندرج در مجله با ذکر مآخذ مجاز می باشد.

این مجله در پایگاه های زیر پذیرفته و نمایه می شود:

- ۱- پایگاه استنادی علوم جهان اسلام (ISC) (www.isc.gov.ir)
- ۲- ایندکس مدیکوس سازمان بهداشت جهانی ناحیه شرقی مدیترانه (IMEMR)
- ۳- پایگاه ایندکس کوپرنیکوس (www.indexcopernicus.com)
- ۴- ایران ژورنال (نظام نمایه سازی مرکز منطقه ای اطلاع رسانی علوم و فن آوری) (www.ricest.ac.ir)
- ۵- گوگل اسکولار (Google scholar)
- ۶- پایگاه اطلاعات و مدارک علمی ایران (www.irandoc.ac.ir)
- ۷- پایگاه اطلاعات جهاد دانشگاهی (www.sid.ir)
- ۸- بانک اطلاعات نشریات کشور (www.magiran.com)
- ۹- پژوهشگران سلامت (www.iranmedex.com)

امور نشر: (ویراستاری، صفحه آرایی، طراحی و چاپ)

شرکت فرزنانگان راداندیش

اصفهان - صندوق پستی: ۱۷۹۸-۸۱۴۶۵

تلفن: ۰۳۱۱-۶۶۸۱۲۱۴ و ۰۳۱۱-۶۶۸۶۳۰۲

E-mail: esfahanfarzanegan@yahoo.com

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ



مدیریت اطلاعات سلامت

(پزشکی، پیراپزشکی)

دوره ی هشتم، شماره ی دوم، خرداد و تیر ۱۳۹۰

شماره ی پیاپی: ۱۸

شاپا (چاپی): ۷۸۵۳-۱۷۳۵

شاپا (الکترونیکی): ۹۸۱۳-۱۷۳۵

صاحب امتیاز:

دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی

درمانی استان اصفهان

ناشر:

انتشارات دانشگاه علوم پزشکی اصفهان

تلفن: ۷۹۲۳۰۶۶

E-mail: publications@mui.ac.ir

مدیر مسؤول:

دکتر محمدحسین یارمحمدیان

سر دبیر:

دکتر سیما عجمی

مدیر داخلی:

فریده موحدی

ترتیب انتشار:

فصلنامه

تیراژ:

۴۰۰ نسخه

شماره ی مجوز وزارت فرهنگ و ارشاد اسلامی:

۸۳/۱۱/۱۲ مورخ ۱۲۴/۱۸۲۶۸

داری رتبه علمی پژوهشی از کمیسیون نشریات

علوم پزشکی کشور به شماره ی ۱۳۵۷۷۲ مورخ

۸۶/۴/۲۰

نشانی: اصفهان، خیابان هزار جریب،

دانشگاه علوم پزشکی اصفهان،

دانشکده مدیریت و اطلاع رسانی پزشکی،

دفتر مجله

کد پستی: ۳۴۶-۸۱۷۴۵

تلفن: ۰۳۱۱-۶۶۹۳۱۰۰ و ۰۳۱۱-۷۹۲۲۰۲۶

تلفکس: ۰۳۱۱-۶۶۸۴۷۹۹

Email: jim@mng.mui.ac.ir

<http://www.jhim.ir>

<http://www.magiran.com/jim>

راهنمای نگارش و شرایط پذیرش مقاله ها در مجله‌ی «مدیریت اطلاعات سلامت»

مجله‌ی «مدیریت اطلاعات سلامت» نشریه‌ی تخصصی دانشکده‌ی مدیریت و اطلاع‌رسانی پزشکی و مرکز تحقیقات مدیریت و اقتصاد سلامت در دانشگاه علوم پزشکی اصفهان است که هدف از انتشار آن اشاعه‌ی نظریه‌ها، نتایج پژوهش‌ها و ارزیابی دستاوردهای علمی در زمینه‌های موضوعی مدیریت اطلاعات بهداشتی درمانی می‌باشد تا از این طریق به ارتقای سطح کیفی آموزش و پژوهش، تبادل و توسعه‌ی آموخته‌ها، تجربیات و دستاوردهای تازه علمی یاری رساند.

۱. مجله در ویراستاری، درج و یا عدم درج مقالات آزاد است و مقالات دریافتی مسترد نخواهد شد.

۲. رعایت موازین اخلاق پزشکی و اخلاق پژوهشی، پوشیده ماندن هویت مشارکت‌کنندگان در پژوهش، اطلاعات بهداشتی، پزشکی و درمانی و حفظ اسرار بیمار از جمله مواردی است که باید به عنوان یک اصل در نظر گرفته شود. در این ارتباط کد حفاظت از آزموذنی‌های انسانی که بر گرفته از بیانیه‌ی هلسینکی است باید مورد توجه قرار گیرد.

۳. مقالاتی قابل پذیرش برای چاپ در مجله‌ی مذکور می‌باشد که شامل مقالات تحقیقی، کوتاه، مروری، گزارش مورد و نامه به سردبیر است.

۴. نویسنده موظف است حداکثر تا ۶ هفته پس از دریافت نظرات کارشناسی داوران، مقاله اصلاح شده خود را به دفتر مجله ارسال نماید، در غیر این صورت مجله از چاپ مقاله بعد از تاریخ فوق معذور می‌باشد.

۵. مقالات باید در نرم افزار Word و روی کاغذ A4 بدون هیچ گونه صفحه آرایی (حداکثر تعداد صفحات ۱۰ صفحه) تایپ شده باشد و از طریق اینترنت، ترجیحاً از طریق سایت مجله (www.jhim.ir) مقاله ثبت و یا به آدرس الکترونیکی (Email:jim@mng.mui.ac.ir) ارسال گردد.

۶. مقالات ارسالی پس از پذیرش اولیه و ارزیابی داوران و انجام اصلاحات توسط نویسنده، مجدداً توسط هیأت تحریریه تأیید می‌گردد و سپس به ترتیب تاریخ آماده شدن در مجله چاپ می‌شود.

۷. مقاله‌های ارسالی نباید قبلاً در هیچ نشریه‌ی دیگری چاپ شده و یا در زیر چاپ باشد تنها در صورتی که چکیده آن قبلاً در کنفرانس‌ها و مجامع علمی ارائه شده باشد باید مراتب با ذکر تاریخ و مشخصات کامل کنفرانس اعلام گردد. اگر (تنها پس از ۴ ماه از تاریخ ارسال) در حین بررسی و داوری، مقاله برای چاپ در مجله‌ی دیگری پذیرفته شود نویسنده مکلف است این موارد را در اسرع وقت به این مجله انعکاس دهد.

۸. مسؤولیت درستی و نادرستی مطالب به عهده‌ی تمامی نویسندگان می‌باشد و باید آماده‌ی پاسخگویی به مکاتبات باشند. نامه‌ی ارسال مقاله باید حاوی امضای همه‌ی نویسندگان باشد. در هر صورت نویسنده مسؤول، آماده پاسخگویی موارد پیش آمده در مورد حق مؤلفان دیگر خواهد بود. مسؤولیت حقوقی عدم درج نام و نام خانوادگی سایر محققان در مقالات بر عهده‌ی نویسنده‌ی مسؤول می‌باشد.

با در نظر گرفتن این اصل که انجام تحقیق، مستلزم کار گروهی است با دقت کامل نسبت به درج نام و نام خانوادگی محققان به ترتیب سهم مشارکت اقدام گردد. لازم به ذکر است که «اولویت چاپ» با مقالات گروهی است.

۹. اولویت پذیرش با مقاله‌های تحقیقی جدید است. یعنی مقالاتی که در هنگام وصول ۲ سال از جمع‌آوری اطلاعات آن‌ها نگذشته باشد.

۱۰. مقاله‌های تحقیقی (Original Article):

-- مقاله تحقیقی یک گزارش مختصر و کامل علمی گرفته شده از یک گزارش پژوهشی است که حجم آن ۳۵۰۰ تا ۴۰۰۰ کلمه است (حداکثر ۱۰ صفحه A4).

مقاله تحقیقی شامل صفحه‌ی عنوان، چکیده‌ی فارسی، چکیده‌ی انگلیسی، مقدمه، روش بررسی، یافته‌ها، بحث، نتیجه‌گیری، پیشنهادها، تشکر و قدردانی و منابع است.

- صفحه‌ی عنوان: شامل عنوان مقاله (عنوان: باید کوتاه و روشن باشد، می‌توان کلماتی مثل بررسی، مطالعه، زمان و مکان را از آن حذف نمود)، نام و نام خانوادگی مؤلفان، آدرس پستی و آدرس الکترونیکی، شماره‌ی تلفن ثابت یا همراه، سمت علمی (مربی، استادیار، دانشیار و استاد) و سمت اجرایی فردی که مقصد مکاتبات مجله و دیگران (خوانندگان مجله) خواهد بود (نویسنده مسؤول)، مرکز یا سازمان تأمین‌کننده‌ی

بودجه‌ی طرح پژوهشی که این مقاله نتیجه‌ی آن است (لازم به ذکر است اگر از هیچ سازمانی کمک مالی صورت نگرفته، حتماً قید گردد)، عنوان مکرر؛ (عنوان کوتاهی است که برای استفاده در سر صفحه‌های مقاله چاپ شده، حداکثر ۲۰ حرف داشته باشد).

- **چکیده‌ی فارسی** باید بین ۲۰۰ تا ۲۵۰ کلمه باشد. چکیده شامل: مقدمه (حداکثر ۳ و حداقل ۲ جمله و جمله آخر به هدف کلی پژوهش اشاره کند و زمان جمله اول و دوم، حال و جمله آخر یا هدف، گذشته یا مضارع باشد)، روش بررسی (شامل نوع پژوهش، نوع مطالعه، جامعه، مکان و زمان، حجم نمونه، روش نمونه‌گیری، ابزار جمع‌آوری، روایی و پایایی ابزار جمع‌آوری داده‌ها، روش جمع‌آوری داده‌ها، نوع تحلیل یافته‌ها (مثلاً در تحلیل توصیفی اشاره به توزیع درصد فراوانی، میانگین، انحراف معیار و اگر تحلیل استنباطی است اشاره به آزمون‌های مختلف استفاده شده ضروری است) و ابزار یا نرم افزار تحلیل یافته‌ها است که زمان افعال آن گذشته مجهول سوم شخص باید باشد)، یافته‌ها (۲ تا حداکثر ۳ جمله با زمان افعال گذشته)، نتیجه‌گیری (۱-۲ جمله با زمان آینده افعال)، واژه‌های کلیدی است که با قلم شماره ۱۲ نوشته می‌شود. (نوع قلم: در فارسی قلم B zar تأیید شده است).

- تذکر ۱: برای انتخاب واژه‌های کلیدی از اصطلاح‌نامه‌ی پزشکی فارسی (MeSH)، اصطلاح‌نامه نما و دانشنامه کتابداری و اطلاع‌رسانی استفاده گردد. واژه‌های کلیدی بین ۳ الی ۸ واژه باشد.

- **چکیده‌ی انگلیسی** مقاله شامل؛

Title, Introduction, Methods, Results, Conclusion and Key words

تذکر ۱: تعداد کلمات چکیده انگلیسی ۲۰۰ تا ۲۵۰ کلمه باشد.

متن مقاله: با قلم ۱۳ نوشته می‌شود (در فارسی قلم میترا تأیید شده است) که متن مقاله شامل: **مقدمه، روش بررسی، یافته‌ها، بحث، نتیجه‌گیری، پیشنهادات، تشکر و قدردانی و منابع** است. **باید اسامی افراد خارجی** در متن به زبان اصلی آورده شود و همچنین در مقاله هر کجا از **اختصارات انگلیسی** استفاده می‌شود **باید در اولین بار، کامل آن اختصار با ذکر معنی فارسی آن ذکر شود** و از آن به بعد اختصار می‌تواند بدون ذکر کامل آن آورده شود.

مقدمه: شامل بیان مسأله، اهمیت موضوع و ضرورت تحقیق (هرگز حتی اگر پژوهش شما برای اولین بار است که انجام شده ذکر این مطلب حاکی از اهمیت کار شما نیست)، مروری بر پژوهش‌های گذشته (Literature Review: L.R.)، تعریف واژه‌های **جدید و مبهم**، هدف کلی یا سؤالات بدون جواب می‌باشد.

روش بررسی: نوع پژوهش، نوع مطالعه، جامعه، مکان و زمان، حجم نمونه، روش نمونه‌گیری، ابزار جمع‌آوری داده‌ها، روایی و پایایی ابزار جمع‌آوری داده‌ها، روش جمع‌آوری داده‌ها، نوع تحلیل یافته‌ها (مثلاً در تحلیل توصیفی اشاره به توزیع درصد فراوانی، میانگین، انحراف معیار و اگر تحلیل استنباطی است اشاره به آزمون‌های مختلف استفاده شده ضروری است) و ابزار یا نرم افزار تحلیل یافته‌ها (مثلاً SPSS) می‌باشد.

یافته‌ها: یافته‌ها می‌تواند به اشکال: متن و تصاویر (جدول، نمودار، فلوجارت، انیمیشن، عکس و ...) ارایه شود. یافته‌ها بدون تفسیر و توجیه آورده شود. اگر از جدول یا نمودار استفاده می‌گردد حتماً توضیح مختصر و اشاره‌ای در متن در ارتباط با یافته‌های مهم و برجسته آن شود. مثلاً حداقل‌ها و حداکثرها و میانگین‌ها را به صورت \pm انحراف معیار یا P value همراه با سطح اطمینان بیاید.

نکته: هرگز یافته‌هایی که به صورت جدول آمده است مجدداً در متن بصورت کامل نیابرد.

جدول:

چه موقع از جدول استفاده می‌گردد؟ وقتی تعداد داده‌ها زیاد است و اختلاف آن‌ها خیلی محسوس نیست. ضمناً با استفاده از جداول متقاطع می‌توان به راحتی به مقایسه‌ی بین دو متغیر پرداخت.

اجزا جدول:

الف. عنوان جدول: محل آن بالای جدول، باید علیرغم نشان دادن محتویات جدول از تکرار داده‌های موجود در سر ردیف‌ها و سر ستون‌ها اجتناب ورزید. ب. شماره جدول:

غلط: ~~جدول شماره ۱:.....~~

صحیح: جدول ۱:.....

ج. شکل جدول: زمینه جدول سفید باشد (بدون استفاده از ترام یا سایه).

د. پانوشته‌ها: به نوشته‌های **زیر جدول** که به توضیح علایم و یا عبارات اختصاری در جدول اشاره دارد می‌گویند.
نمودار:

چه موقع از نمودار استفاده می‌گردد؟ وقتی تعداد داده‌ها زیاد نباشد و اختلاف آن‌ها خیلی محسوس باشد. ضمناً اکثراً از بین دو متغیر یکی از آن‌ها متغیر زمان (در محور X) است.

اجزا نمودار:

الف. عنوان: محل آن زیر نمودار.

ب. شماره نمودار:

غلط: نمودار شماره ۱:.....

صحیح: نمودار ۱:.....

ج. شکل نمودار: نمودار باید تک بعدی، زمینه آن سفید و برچسب‌ها به فارسی باشد.

د. راهنمای نمودار: به توضیح علایم و رنگ‌های موجود در متن نمودار اشاره دارد. ترجیحاً در مقالات فارسی در سمت راست نمودار آورده می‌شود.

تذکره: باید به ازای هر ۱۰۰۰ کلمه، حداکثر یک تصویر (جدول، نمودار، فلوچارت و یا عکس) آورده شود.

بحث: نتایج حاصل از یافته‌های مهم تحقیق را با نتایج پژوهش‌های مشابه داخلی و خارجی مقایسه کرده و تفسیری بر علل تشابهات و افتراق‌ها نوشته می‌شود. محدودیت‌های کاربرد نتایج در سطح جامعه می‌تواند این‌جا آورده شود.

نتیجه‌گیری: آثار، اهمیت و کاربرد پژوهش در جامعه همراه با بسط راهکار در جامعه (نصف صفحه یا یک پاراگراف).

پیشنهادها: برای حل مسایل گفته شده در مقدمه با توجه به یافته‌ها، راه‌حلهایی ارائه و پیشنهاد می‌گردد.

تشکر و قدردانی: شایسته است از کلیه‌ی افرادی که در انجام پژوهش محقق را یاری داده‌اند ولی اسم آنان در فهرست نویسندگان مقاله به عنوان همکار نمی‌باشد سپاسگزاری گردد. همچنین لازم است از سازمان یا سازمانهای حمایت‌کننده‌ی پژوهش، در این قسمت سپاسگزاری شود.

- منابع:

- منابع به ترتیب استفاده در متن از شماره یک شماره گذاری شده و مطابق با **دستورالعمل Vancouver** تنظیم گردد:

استنادها باید جدید و به انگلیسی و کل منابع حداقل از ۱۰ مورد کم‌تر نباشد. در مورد ارجاع به مقالات در نشریات فارسی با توجه به مکاتباتی که با پایگاه‌های بین‌المللی اطلاعاتی شده است نوشتن تمام منابع به «زبان انگلیسی» ضروری است و اکیداً توصیه می‌شود نویسنده محترم نسبت به این امر شخصاً اقدام نماید.

استناد به کتاب (تا شش نویسنده):

نام خانوادگی نویسنده‌ی اول «یک فاصله» حرف اول نام کوچک نویسنده‌ی اول، نام خانوادگی نویسنده‌ی دوم «یک فاصله» حرف اول نام کوچک نویسنده‌ی دوم، تا نویسنده‌ی ششم. عنوان کتاب. محل نشر؛ ناشر؛ سال انتشار؛ صفحات مورد استفاده.

Example: Marrel R, McLellan J. Information Management in Healthcare. USA: Delmar; 1998:20-31.

استناد به کتاب (با بیش از شش نویسنده):

بعد از نویسنده‌ی ششم واژه‌ی «et al» اضافه می‌شود.

استناد به کتاب فارسی بدون ترجمه‌ی انگلیسی: اطلاعات منبع آوا نویسی شده و در انتهای آن در داخل کروشه نوشته شود:

[Book in Persian]

استناد به کتاب فارسی با ترجمه‌ی انگلیسی: ترجمه‌ی انگلیسی اطلاعات نوشته شده و در انتهای منبع آن در داخل کروشه نوشته شود:

[Book in Persian]

ویرایشگر (Editor) به عنوان نویسنده:

پس از نام خانوادگی و حرف اول نام کوچک علامت «،» و سپس کلمه‌ی «Editor» می‌آید. بقیه‌ی اطلاعات کتاب‌شناسی به صورت پیش‌گفته تنظیم می‌گردد.

مجلات (تا شش نویسنده):

نام خانوادگی نویسنده‌ی اول «یک فاصله» حرف اول نام کوچک نویسنده‌ی اول، نام خانوادگی نویسنده‌ی دوم «یک فاصله» حرف اول نام کوچک نویسنده‌ی دوم، تا نویسنده‌ی ششم. عنوان مقاله. عنوان مجله سال انتشار مجله؛ دوره (شماره): شماره‌ی صفحات.

Example: Levis J, Kremsdorf R, Mohaideen M. The CMIO- A New Leader for Health System. JAMIA 2006; 13(5): 573-578.

- اگر در نشریات فارسی زبان، خلاصه انگلیسی مقالات وجود دارد، نویسنده در مورد منابع فارسی که به انگلیسی برگردانده می شود باید عنوان مقاله انگلیسی را آورده و در انتهای منبع در داخل کروشه اشاره کند که اصل مقاله به فارسی بوده است [Article in Persian]. مطابق مثال زیر:

-Ajami S, Kalbasi F, Kabiri M. Application of Medical Records in Research from the Viewpoint of Isfahan, Iran Educational Hospitals' Researchers. Health Information Management 2007; 4(1): 71-79. [Article in Persian].

- در صورتی که در نشریات فارسی زبان، خلاصه انگلیسی مقالات وجود نداشت، باید عنوان فارسی، به صورت انگلیسی آوانویسی گردد (مطابق مثال زیر) و در انتهای منبع عبارت [Article in Persian] افزوده شود، که مشخص شود اصل مقاله به زبان فارسی است (به مثال‌های زیر توجه فرمایید).

- پیری زکیه، آصف‌زاده سعید. چگونه می‌توان مدیریت دانش را بکار گرفت؟ مجله علمی دانشگاه علوم پزشکی قزوین ۱۳۸۵؛ ۱۰ (۱): ۱۳۲-۱۲۴.

- Piri Z, Asefzadeh S. Chegone mitavan modiriate danesh ra bekar gereft? Journal of Gazvin University of Medical Sciences in Iran 2006; 10(1): 124-132. [Article in Persian].

تذکر ۱: در **مجلات الکترونیکی** آدرس الکترونیکی نیز در انتهای آن آورده می‌شود.

تذکر ۲: **عنوان مجلات انگلیسی** باید مطابق سبک به کار برده شده در مدلاین، مخفف باشد. ولی در صورتی که عنوان مجله‌ای مخفف ندارد می‌توان عنوان کامل آن را آورد. فهرست عناوین مخفف در سایت www.nlm.nih.gov در دسترس می‌باشد.

مجلات (با بیش از شش نویسنده):

بعد از نام نویسنده ی ششم واژه‌ی «et al.» اضافه می‌شود.

سازمان به عنوان نویسنده یا ناشر:

چنانچه در معرفی کتاب و یا مجله نام سازمان به عنوان نویسنده و یا ناشر باشد نام آن سازمان برده می‌شود. بقیه‌ی اطلاعات کتاب‌شناسی به صورت پیش گفت تنظیم می‌گردد.

پروژه، پایان‌نامه و رساله دکتری:

پایان‌نامه کارشناسی ارشد: نام خانوادگی مجری، نام مجری. عنوان پایان‌نامه [پایان‌نامه]. محل انتشار: نام دانشگاه؛ سال. (اگر پایان‌نامه یا رساله به فارسی می‌باشد این مسأله اشاره شود) طبق مثال زیر:

- Youssef NM. School adjustment of children with congenital heart disease [Thesis]. Pittsburgh (PA): Univ. of Pittsburgh; 1988.

- Bagherian H. Reduce Waiting Time for Rending Services at Emergency Processes of Ayatollah Kashani Hospital in Isfahan City by Simulation [Thesis in Persian]. Isfahan University of Medical Sciences, Faculty of Medical Informatics & Management; 2008.

رساله دکتری:

- Youssef NM. School adjustment of children with congenital heart disease [Dissertation]. Pittsburgh (PA): Univ. of Pittsburgh; 1988.

. پست الکترونیکی (نامه‌های الکترونیک شخصی):

نام خانوادگی فرستنده‌ی نامه، حرف اول نام نویسنده. سال، ماه، روز، موضوع پیغام، نام شخص دریافت کننده، E-mail، آدرس پست الکترونیکی فرستنده‌ی نامه.

. استناد به مقاله‌ی ارائه شده در سمینار:

- نام خانوادگی ارائه کننده مقاله، نام، عنوان مقاله، عنوان سمینار (تاریخ برگزاری سمینار)، محل برگزاری سمینار: نام برگزار کننده سمینار، سال برگزاری سمینار.

. صفحه وب:

نام خانوادگی نویسنده‌ی اول «یک فاصله» حرف اول نام کوچک نویسنده‌ی اول، نام خانوادگی نویسنده‌ی دوم «یک فاصله» حرف اول نام کوچک نویسنده‌ی دوم، تا نویسنده‌ی ششم (نقطه، فاصله) عنوان (نقطه، فاصله) سال نشر (در صورت قابل دسترس بودن) (نقطه ویرگول، کروشه باز) شماره قاب‌ها یا صفحات (کروشه بسته، نقطه، فاصله) Available from (دو نقطه، فاصله) نشانی دسترسی (نقطه، فاصله) تاریخ دسترسی شامل نام ماه به طور کامل (فاصله) روز (ویرگول، فاصله) سال نشر (نقطه) مطابق مثال زیر:

World Health Organization. Strategic directions for strengthening nursing and midwifery services. 2005; [12]. Available from: URL: <http://www.who.int/health-services-delivery/nursing/kral.pdf>. [Cited 2005 Apr 19]

- ضمائیم:

- شامل تصاویر و ابزار جمع آوری داده‌ها (مانند: پرسش‌نامه، چک لیست) است.

۱۱. مقاله‌ی مروری (Review Article):

- مقاله‌ی مروری شامل صفحه عنوان، چکیده‌ی فارسی، واژه‌های کلیدی، مقدمه، شرح مقاله، بحث و نتیجه‌گیری، تشکر و قدردانی، منابع و چکیده‌ی انگلیسی می‌باشد.

- مقاله‌ی مروری باید جامع بوده و در تنظیم آن حداقل از ۱۵ منبع معتبر و جدید استفاده شود که حداقل ۳ عدد از آن‌ها مربوط به نویسنده‌ی مقاله باشد (نویسنده در زمینه‌ی تحت بررسی صاحب نظر باشد).

۱۲. اسامی افراد خارجی در متن به زبان اصلی آورده شود.

۱۳. لازم به ذکر است آگهی‌های سمینارها و همایش‌ها، مراکز تحقیقاتی که مرتبط با موضوع مجله باشند نیز از نویسندگان و خوانندگان مجله جهت چاپ پذیرفته می‌شود.

۱۴. نویسندگان می‌توانند در ارسال مقالات خود، داورهای علمی پیشنهادی خود را با ذکر مشخصات کامل (شامل نام داور، شماره تلفن ثابت و همراه، آدرس پستی و آدرس الکترونیک) به دفتر مجله معرفی نمایند.

۱. مطالعه‌ی تطبیقی الگوهای ارزیابی توسعه‌ی مدیریت در نظام سلامت کشورهای منتخب
عباس دانش‌کهن، احمد براتی مارزانی، علیرضا ظهور، فرید عبادی فردآذر..... ۱۱۳-۱۲۴
۲. رابطه استقرار شاخص‌های کیفی ارزشیابی با کیفیت خدمات درمانی در بیمارستان‌های دانشگاه علوم پزشکی گلستان
امیر اشکان نصیری پور، انیس عباسی، شهرام توفیقی، ناصر بهنام پور، محمودرضا گوهری..... ۱۲۵-۱۳۷
۳. خود-ارزیابی بر اساس مدل تعالی سازمانی در بیمارستان‌های منتخب شهر اهواز
سارا رکاب اسلامی‌زاده، امین ترابی پور..... ۱۳۸-۱۴۶
۴. الگوی مشارکت بخش خصوصی و دولتی در درمان کوتاه مدت تحت نظارت مستقیم بیماری سل (PPM TB DOTS) و سیستم اطلاعات و ارجاع بیماران در تبریز
سعید پوردولتی، کاظم اشجعی، سیمین خیاط‌زاده، مصطفی فرحبخش، مهران سیف فرشد، احمد کوشا..... ۱۴۷-۱۶۴
۵. بررسی میزان استناد مقالات ISI web of science به مجلات دسترسی آزاد پایگاه DOAJ در دو حوزه‌ی علوم بهداشت و پزشکی و علوم پایه
رسول سعادت، احمد شعبانی، عاصفه عاصمی..... ۱۶۵-۱۷۵
۶. ارزیابی وب سایت کتابخانه‌های دانشگاه‌های علوم پزشکی کشور و آرایه‌ی پیشنهادهایی در جهت بهبود وضعیت آن‌ها
افشین حمادی پور..... ۱۷۶-۱۸۸
۷. بررسی میزان دسترس پذیری و زوال استنادهای وبی مقالات نمایه شده در مؤسسه‌ی اطلاعات علمی (ISI) در حوزه‌ی اطلاعات سلامت و کتابداری پزشکی
محمد کریم صابری، علیرضا اسفندیاری مقدم..... ۱۸۹-۱۹۷
۸. بررسی جنبه‌های مختلف پیاده‌سازی سیستم‌های اطلاعات بالینی و میزان آگاهی مدیران اطلاعات بهداشتی و درمانی از این موارد
سمیه فضایی، مهدی یوسفی، غلامرضا مرادی، مرجان قاضی سعیدی..... ۱۹۸-۲۰۷
۹. بررسی وضعیت سیستم اطلاعات پاتولوژی آناتومیکال در بیمارستان‌های آموزشی، درمانی تابعه دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی
اعظم السادات حسینی، حمید مقدسی، فرخنده اسدی، مریم همتی..... ۲۰۸-۲۱۷
۱۰. مقایسه‌ی حقوق بیمار در چند کشور پیشرفته و آرایه‌ی الگو برای ایران
معصومه سرباز، خلیل کیمیافر..... ۲۱۸-۲۲۷
۱۱. رویکردی انتقادی به مطالعات حوزه‌ی علم‌سنجی
غلامرضا حیدری..... ۲۲۸-۲۴۳

۱۲. مطالعه‌ی تطبیقی ضرورت به کارگیری گروه‌های مرتبط تشخیصی به عنوان ابزاری واحد برای تسهیل بازپرداخت درمانی در کشورهای منتخب

رضا صفدری، شهرام توفیقی، مرجان قاضی سعیدی، آزاده گودینی..... ۲۴۴-۲۵۰

۱۳. ارزیابی عملکرد مریبان کارآموزی از نظر دانشجویان مدارک پزشکی در دانشگاه علوم پزشکی کاشان

فاطمه روزبهانی، عباس شیخ طاهری، مهرداد فرزندی پور، فاطمه رنگرزجدی، زهره مبارک قمصری..... ۲۵۱-۲۵۷

۱۴. عوامل مؤثر بر توسعه یافتگی از دیدگاه شاخص‌های سلامت

حمید سپهر دوست..... ۲۵۸-۲۶۴

۱۵. میزان انطباق ساختمان و تجهیزات کتابخانه‌ها و مراکز اطلاع رسانی عمومی و دانشگاهی شهر زنجان با استانداردهای

بین‌المللی برای معلولین جسمی- حرکتی از دیدگاه کارشناس معماری، مسؤولان کتابخانه‌ها و معلولین

فاطمه زندیان، ناهید بیات بدایعی، فرهنگ فرخی..... ۲۶۵-۲۷۱

۱۶. معرفی معاهده‌ی ضد تجارت جعلی و ارتباط آن با اینترنت

محمود سقائی..... ۲۷۲-۲۷۸

۱۷. نقدی بر کتاب سیستم‌های اطلاعاتی با تأکید بر سیستم‌های کتابخانه‌ای و اطلاع رسانی

رضوان اجاقی، حسن اشرفی ریزی..... ۲۷۹-۲۸۴

مطالعه‌ی تطبیقی الگوهای ارزیابی توسعه‌ی مدیریت در نظام سلامت کشورهای منتخب

عباس دانش‌کهن^۱، احمد براتی مارنانی^۲، علیرضا ظهور^۳، فرید عبادی فردآذر^۴

چکیده

مقدمه: ارزیابی توسعه‌ی مدیریت به مدیران کمک می‌کند تا قابلیت‌های مدیریتی موجود سازمان خود را ارزیابی و اقدامات مهمی را برای تقویت مدیریت و پایداری سازمان خود برنامه‌ریزی نمایند. این مطالعه به منظور شناخت و مقایسه‌ی روش‌های ارزیابی توسعه‌ی مدیریت در مراکز و کشورهای منتخب انجام شد.

روش بررسی: این مطالعه‌ی مقطعی-مقایسه‌ای در سال‌های ۸۵-۱۳۸۴ به منظور مطالعه‌ی تطبیقی روش‌های ارزیابی توسعه‌ی مدیریت در مرکز علوم مدیریتی سلامت، مرکز بین‌المللی پژوهش‌های توسعه و نیز کشورهای آمریکا، انگلستان و ایران انجام گرفت. این روش‌ها با استفاده از منابع کتابخانه‌ای، شبکه‌های اطلاع‌رسانی و مکاتبه با متخصصین داخل و خارج از کشور مورد بررسی قرار گرفت. پس از مطالعه‌ی نظام‌مند این روش‌ها، هفت محور اصلی برای مطالعه استخراج و بر اساس آن‌ها جداول مقایسه‌ای طراحی شد. این جداول توسط صاحب‌نظران مدیریت از دانشگاه‌های علوم پزشکی ایران، تهران، شهید بهشتی و نیز دانشگاه‌های تربیت مدرس، علامه طباطبایی، تهران و شهید بهشتی مورد بررسی قرار گرفت و نظرات اصلاحی آن‌ها اعمال شد. داده‌ها با استفاده از این جداول مقایسه‌ای جمع‌آوری و سپس این محورها در کشورهای منتخب مورد مقایسه و تحلیل قرار گرفتند.

یافته‌ها: الگوهای مورد مطالعه از نظر اهداف اشتراک‌هایی دارند، اما از نظر سایر ابعاد مانند ساختار، زمینه‌های مدیریتی مورد ارزیابی، شاخص‌های مربوط به هر یک از زمینه‌ها، روش‌های جمع‌آوری و تحلیل داده‌ها و استفاده از نتایج تفاوت‌هایی نیز دارند. دیگر این که تمام الگوهای مورد مطالعه، دخالت کارکنان سازمان در فرایند ارزیابی توسعه‌ی مدیریت را به عنوان پیش شرط مهم موفقیت این فرایند و نیز توسعه‌ی قابلیت‌های مدیریتی سازمان ذکر کرده‌اند.

نتیجه‌گیری: در تمام این مدل‌ها ارزیابی توسعه‌ی مدیریت به عنوان اولین مرحله‌ی فرایند تغییر و بهبود سیستم‌های مدیریتی سازمان در نظر گرفته می‌شود. با توجه به این که کارایی و اثربخشی سیستم ارائه خدمات بهداشتی به طور مستقیم تحت تأثیر قابلیت‌های مدیریتی نظام سلامت است، برای توسعه‌ی مدیریت در نظام سلامت کشورمان پیشنهادهایی بر اساس تجربیات سازمان‌های بین‌المللی به ویژه سازمان جهانی بهداشت ارائه می‌شود.

واژه‌های کلیدی: سازمان و مدیریت (بهداشت و درمان)؛ ارزیابی؛ توسعه.

نوع مقاله: تحقیقی

پذیرش مقاله: ۱۹/۲/۱۲

اصلاح نهایی: ۱۱/۱۱/۱۰

دریافت مقاله: ۱۱/۶/۱۲

ارجاع: دانش‌کهن عباس، براتی مارنانی احمد، ظهور علیرضا، عبادی فردآذر فرید. مطالعه تطبیقی الگوهای ارزیابی توسعه مدیریت در نظام سلامت کشورهای منتخب. مدیریت اطلاعات سلامت ۱۳۹۰؛ ۸ (۲): ۱۱۳-۱۱۳.

مقدمه

۱. استادیار، مدیریت خدمات بهداشتی درمانی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران. (نویسنده‌ی مسؤول)

Email: daneshkohan@sbmu.ac.ir

۲. استادیار، مدیریت، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران.

۳. استاد، اپیدمیولوژی، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران.

۴. استاد، مدیریت، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران.

امروزه مدیریت و پایداری سازمانی به عنوان مهم‌ترین اولویت سازمان‌های دولتی و خصوصی در سطح جهان مطرح است. پژوهش‌های مختلف نشان داده است که بین مدیریت مناسب، خدمات با کیفیت بالا و پایداری سازمانی ارتباط ناگسستنی

منابع انسانی، مدیریت منابع مالی و...) در چه مرحله‌ای از طیف توسعه‌ی مدیریت قرار دارند، اهداف روشنی را برای بهبود قابلیت‌های مدیریتی خود تعیین کنند و در مورد سیستم‌ها و منابع مورد نیاز جهت حرکت سازمان از یک مرحله به مرحله‌ی بعد تصمیماتی اتخاذ نمایند (۴). Cook در پژوهشی بین سال‌های ۱۹۹۶ تا ۲۰۰۴ در مورد ۱۰۰۰ نفر از مدیران سازمان‌های دولتی و خصوصی در انگلستان، ثابت کرد که بین سرمایه‌گذاری برای توسعه‌ی مدیریت و عملکرد سازمانی ارتباط مستقیمی وجود دارد (۵). Filerman از دانشگاه جرج واشنگتن در پژوهشی تحت عنوان پر کردن خلأ قابلیت‌های مدیریتی، چنین اظهار می‌کند که موفقیت هر برنامه بهداشتی سازماندهی شده به اثربخشی مدیریت آن بستگی دارد، اما نظام‌های سلامت در سراسر جهان در تمام سطوح با فقدان مدیریت شایسته روبه‌رو هستند. توسعه‌ی مدیریت برای نظام‌های سلامت به ویژه در رده‌ی اول مدیریتی باید از اولویت بیشتری برخوردار باشد. مدیریت منابع انسانی باید با یک ارزیابی دقیق نیازهای مدیریتی تمام سطوح نظام سلامت را تعیین نماید. Filerman قابلیت‌های مدیریتی را به سه دسته، شامل قابلیت‌های توسعه‌ی منابع انسانی، مهارت‌های عمومی مدیریتی و قابلیت‌های پیشرفته تقسیم می‌کند. وی چنین نتیجه‌گیری می‌کند که در صورتی قابلیت‌های مدیریتی به طور مؤثر آموخته خواهد شد که آموزش در محل کار افراد اتفاق بیفتد، همراه با گروهی که با هم کار می‌کنند و با توجه به آن چه در مشاغل خود تجربه می‌کنند (۶). Cary (به نقل از Perry) در پژوهش خود با موضوع آموزش مهارت‌های مدیریتی مدیران بهداشتی سطح شهرستان در موزامبیک، به این نتیجه رسید که آموزش مدیران در زمینه‌های رهبری، تحول سازمانی، ارتباطات، انگیزش، کار گروهی و برنامه‌ریزی عملیاتی به نتایج مثبتی از قبیل ارتقای استانداردهای بهداشتی محل کار، کاهش زمان انتظار مراجعین، کاهش خطاها در ارایه‌ی مراقبت‌ها، بهبود روحیه‌ی کارکنان و افزایش رضایت‌مندی آنان منجر خواهد شد. وی یکی از عوامل موفقیت این برنامه را بهبود روحیه‌ی کارکنان از طریق ایجاد گروه‌های

وجود دارد. در نظام‌های سلامت نیز با توجه به مشکلات بهداشتی پیچیده، تغییرات سریع اجتماعی، اقتصادی، تکنولوژیک و شاخص‌های مهمی مانند اثربخشی و کارایی، اهمیت مدیریت بیش از پیش آشکار شده است. مدیریت نظام‌های سلامت و سازمان‌های بهداشتی درمانی در غلبه بر موانع دستیابی تمام مردم جهان به خدمات مورد نیاز به روشی عادلانه، اثربخش، کارآمد و با کیفیت مناسب که رضایت‌مندی آن‌ها را نیز به دنبال داشته باشد، نقش حیاتی ایفا می‌نماید (۱). سازمان جهانی بهداشت بر این باور است که با وجود این که مدیریت قوی اساس و منشأ تمام برنامه‌های اثربخش بهداشتی درمانی است، آن چنان که باید و شاید به عنوان یک موضوع جهانی و فراگیر مورد توجه قرار نگرفته است. این سازمان در گزارش جهانی سلامت در سال ۲۰۰۴ از ضعف مدیریت به عنوان یکی مهم‌ترین چالش‌های موجود در تمام سطوح نظام سلامت بیشتر کشورهای جهان نام برده است (۲). از دیدگاه این سازمان فقدان قابلیت‌های مدیریتی در نظام سلامت به عنوان یک محدودیت مهم در راه توسعه‌ی خدمات و تحقق اهداف توسعه‌ی هزاره (Millenium development goals یا MDGs) مطرح است. تشخیص این ضعف با هشدارهایی همراه است که ضرورت توسعه و تقویت مدیریت را مورد تأکید قرار می‌دهد (۳). توسعه‌ی مدیریت بر مبنای این مفهوم قرار دارد که سازمان‌ها زمانی که رشد می‌کنند، تقویت می‌شوند و به بلوغ می‌رسند، از نظر قابلیت‌های مدیریتی چند مرحله را پشت سر می‌گذارند. درک این مراحل به ما کمک می‌کند تا قابلیت‌های مدیریتی موجود در سازمان را به طور سیستماتیک ارزیابی کنیم و اقدامات مهمی را برای توسعه‌ی مدیریت سازمان طراحی و اجرا نماییم. سازمان‌های موفق به طور دایم خود را ارزیابی می‌کنند، تا متناسب با تقاضاهای جدید و تحولات محیطی اقدامات مدیریتی خود را بهبود بخشند. اکنون توانایی ارزیابی قابلیت‌های مدیریتی به عنوان یک مهارت حیاتی مدیران نظام سلامت به سرعت در حال مطرح شدن است. ارزیابی توسعه‌ی مدیریت به مدیران کمک می‌کند تا دریابند که در هر یک از زمینه‌های مدیریتی (از قبیل مدیریت

علامه طباطبایی مورد بررسی قرار گرفت و نظرات اصلاحی آن‌ها اعمال شد. داده‌ها با استفاده از این جداول مقایسه‌ای جمع‌آوری و سپس این محورها در کشورها و مراکز منتخب مورد مقایسه و تحلیل قرار گرفت.

محورهایی که اهداف اختصاصی پژوهش را تشکیل می‌دهند عبارت از رویکرد، اهداف، ساختار، زمینه‌های مدیریتی، شاخص‌های مربوط به هر یک از زمینه‌ها، فرایند جمع‌آوری و تحلیل داده‌ها، گزارش‌دهی و اطلاع‌رسانی نتایج و نیز روش‌های استفاده از نتایج ارزیابی توسعه‌ی مدیریت می‌باشد.

کشورها و مراکز مذکور به دلیل دارا بودن ویژگی‌هایی بدین شرح انتخاب شدند: آمریکا سابقه‌ی طولانی‌تری در زمینه‌ی مدیریت، توسعه‌ی مدیریت و ارزیابی آن دارد و پژوهش‌های متعددی در ایالات مختلف آن صورت گرفته است. الگوی ارزیابی مدیریت و پایداری سازمانی (Management and organizational sustainability tool) که ویرایش جدید آن در سال ۲۰۰۴ منتشر شد، در بسیاری از سازمان‌های دولتی و خصوصی آمریکا اجرا شده است (۸). انگلستان دارای الگوها و استانداردهای بسیار جامعی در زمینه‌ی مدیریت و ارزیابی عملکرد می‌باشد و مؤسسات متعددی از جمله دپارتمان سلامت (Department of health) و کمیسیون بازرسی مراقبت‌های سلامت (Commission for healthcare audit and inspection) در این زمینه فعال می‌باشند (۹). در خدمات ملی سلامت (National health service) این کشور استانداردهایی برای سلامت بهتر (Standards for better health) مبنای سیستم جدید ارزیابی و رتبه‌بندی مدیریت و عملکرد سازمان‌های مراقبت سلامت با نام کنترل سالانه سلامت (The annual health check) را تشکیل می‌دهد. این استانداردها هفت حیطه را شامل می‌شوند که عبارت از ایمنی، اثربخشی کلینیکی و هزینه‌ی اثربخشی، حاکمیت، بیمار محوری، مراقبت‌های در دسترس و پاسخ‌گو، محیط و امکانات مراکز ارائه‌ی خدمات و سلامت عمومی است. در حیطه‌ی حاکمیت الگویی برای ارزیابی رهبری و توانمندی سازمانی

مشارکتی ذکر می‌کند که موجب احساس ارزشمندی و تقویت انگیزه در آنان شد (۷).

با توجه به این که تاکنون در زمینه‌ی ارزیابی توسعه‌ی مدیریت در نظام سلامت مطالعه‌ای در این ابعاد در کشور ما انجام نشده است، پژوهش حاضر با هدف بررسی و مقایسه‌ی مهم‌ترین الگوهای مطرح در این زمینه انجام شده است. نتایج این پژوهش می‌تواند به عنوان نقطه‌ی آغازی برای طراحی یک سیستم ارزیابی توسعه‌ی مدیریت در نظام سلامت کشورمان مورد استفاده قرار گیرد. بدیهی است که این ارزیابی و شناخت نقاط قوت و ضعف سیستم‌های مدیریتی موجود یکی از پیش شرط‌های مهم فرایند توسعه‌ی مدیریت است.

روش بررسی

این پژوهش به صورت یک مطالعه‌ی مقطعی - مقایسه‌ای طی سال‌های ۸۵-۱۳۸۴ انجام پذیرفت. جامعه‌ی پژوهش را نظام‌های ارزیابی توسعه‌ی مدیریت در کشورهای آمریکا، انگلستان و ایران و نیز نظام‌های ارایه شده از سوی دو مرکز معتبر بین‌المللی یعنی مرکز علوم مدیریتی سلامت (Management sciences for health یا MSH) و مرکز بین‌المللی پژوهش‌های توسعه (IDRC یا International development research center) تشکیل می‌دادند.

داده‌ها از طریق مطالعات کتابخانه‌ای، شبکه‌های اطلاع‌رسانی جهانی، مجلات خارجی و برقراری ارتباط با متخصصین موضوع در داخل و نیز خارج از کشور (از طریق پست الکترونیک) و نیز اسناد ارسال شده از سوی مراکز و کشورهای مورد مطالعه جمع‌آوری شد. پس از مطالعه‌ی نظام‌مند (Systematic review) نظام‌های ارزیابی توسعه‌ی مدیریت در مراکز و کشورهای منتخب هفت محور اصلی برای مطالعه، استخراج و بر اساس آن‌ها جداول مقایسه‌ای طراحی شد. این جداول توسط صاحب‌نظران مدیریت از دانشگاه‌های علوم پزشکی ایران، تهران، شهید بهشتی و نیز دانشگاه‌های غیر علوم پزشکی شامل تهران، شهید بهشتی، تربیت مدرس و

طراحی شده است، که در این پژوهش مورد بررسی قرار می‌گیرد (۱۰).

مرکز علوم مدیریتی سلامت (MSH) که اداره‌ی مرکزی آن در Boston آمریکا است، از سال ۱۹۷۱ به عنوان سازمانی غیر انتفاعی برای بهبود ارابه‌ی خدمات سلامت با سازمان‌ها و مدیران بخش سلامت در بیش از ۱۴۰ کشور جهان به ویژه کشورهای در حال توسعه همکاری دارد. هدف این مرکز اثربخشی، کارایی و پایداری خدمات سلامت از طریق بهبود سیستم‌های مدیریتی، ارتقای دسترسی به خدمات و تأثیر بر سیاست‌های دولت‌ها می‌باشد (۱۱). الگوی ارزیابی توسعه‌ی مدیریت (Management development assessment) یا (MDA) طراحی شده توسط این مرکز در ترکیه، مکزیک و چند کشور آمریکای لاتین مورد استفاده قرار گرفته، با استفاده از تجارب حاصل تعدیل و اصلاح گردیده است (۱۲). مرکز بین‌المللی پژوهش‌های توسعه‌ی سازمانی (IDRC) است که در سال ۱۹۷۰ توسط پارلمان کانادا تأسیس شده است، برای کمک به کشورهای در حال توسعه در جهت استفاده از علم و فن‌آوری و یافتن راه‌حل‌های عملی و بلند مدت برای حل مشکلات اجتماعی، اقتصادی و محیطی که با آن مواجه می‌شوند. این مرکز دارای دفاتری در آفریقا، آسیا، آمریکای لاتین و دریای کارائیب، خاورمیانه و شمال آفریقا است و با ۹۵ کشور در این مناطق همکاری دارد. ارزیابی توانمندی سازمانی (Organizational capacity) به عنوان بخشی از الگوی ارزیابی سازمانی (Organizational assessment) که این سازمان در سال ۲۰۰۲ منتشر نموده است، تاکنون در سازمان‌های دولتی و غیر دولتی، غیر انتفاعی و خصوصی در آفریقای غربی، آسیای جنوبی و آمریکای لاتین اجرا و در تدوین نسخه‌ی نهایی آن آموخته‌های حاصل از این تجارب به کار گرفته شده است (۱۳).

یافته‌ها

در محور رویکرد در خصوص محور فرعی سنجش آمادگی سازمان برای انجام ارزیابی توسعه‌ی مدیریت، الگوی MDA

ارابه شده از سوی MSH بر لزوم آشنایی مدیر و کارکنان با مفهوم و طیف توسعه‌ی مدیریت و ویژگی‌های هر یک از مراحل آن و نیز جلب تعهد مدیریت ارشد متمرکز است. در الگوی ارزیابی سازمانی ارابه شده به وسیله‌ی IDRC تعهد رهبری به ارزیابی، آمادگی فرهنگی (فرهنگ سازمانی که در آن پیشنهادها برای بهبود و ارتقا پذیرفته می‌شود)، وجود منابع لازم، برخورداری سازمان از یک دورنما و استراتژی روشن، آمادگی کارکنان برای همکاری در فرایند ارزیابی و نیز آمادگی سیستمیک (وجود سیستم‌هایی برای ارابه‌ی اطلاعات مورد نیاز و پشتیبانی از فرایند ارزیابی) زمینه‌های اصلی این سنجش آمادگی را تشکیل می‌دهند که سازمان باید قبل از شروع ارزیابی توسعه‌ی مدیریت انجام دهد (۱۴). در آمریکا علاوه بر موارد ذکر شده در الگوی MSH، لزوم بررسی مناسب بودن زمان برای انجام ارزیابی توسعه‌ی مدیریت نیز مورد تأکید قرار گرفته است. در مورد محور فرعی نوع ارزیابی، الگوی MSH و نیز آمریکا بر خود ارزیابی تأکید دارند. الگوی ارزیابی سازمانی IDRC رویکرد خود ارزیابی را برای تحلیل وضعیت مدیریت و بهبود آن و ارزیابی خارجی را برای پاسخ‌گویی و ارزشیابی مدیریت مناسب می‌داند. در انگلستان تمام سازمان‌های خدمات سلامت ملزم هستند که بر اساس دستورالعملی که کمیسیون بازرسی مراقبت‌های سلامت در اختیار آن‌ها قرار می‌دهد، ابتدا خود ارزیابی انجام دهند و نتیجه را به صورت بیانیه‌ای منتشر کنند. سپس این بیانیه همراه با بازرسی‌های کمیسیون و نیز اطلاعاتی که کمیسیون از سایر سازمان‌های ملی و محلی و نیز مردم و بیماران کسب می‌کند، مبنای ارزیابی و رتبه‌بندی مدیریت سازمان را تشکیل می‌دهد (۱۵). در نظام سلامت ایران فقط ادارات حوزه‌ی معاونت پشتیبانی دانشگاه‌های علوم پزشکی به وسیله‌ی نرم‌افزاری که با برداشتی ابتدایی و ساده از مدل بنیاد مدیریت کیفیت اروپا (EFQM) یا European foundation for quality management) برای ارزیابی عملکرد آن‌ها طراحی شده است، ابتدا خود ارزیابی انجام می‌دهند و سپس نتایج خود ارزیابی همراه با مستندات مربوطه به وزارت متبوع ارسال

عملکرد واحدهای حوزه‌ی معاونت پشتیبانی دانشگاه‌ها در کشورمان ایجاد فضایی رقابتی در جهت تعالی سازمانی، بهبود کیفیت، کارآیی و اثربخشی خدمات، شناسایی و تعیین ظرفیت‌ها و توانایی‌های بالقوه و بالفعل و ایجاد انگیزه در مدیران و کارکنان محلی می‌باشد.

در محور سوم (ساختار) در آمریکا سازمانی وجود ندارد که در سطح ملی مسؤول ارزیابی توسعه‌ی مدیریت باشد و سازمان‌ها را از این نظر رتبه‌بندی نماید. اما در انگلستان، کمیسیون بازرسی مراقبت‌های سلامت که نهادی مستقل و دارای دفاتر منطقه‌ای است، مسؤلیت ارزیابی عملکرد و رتبه‌بندی سالانه‌ی سازمان‌ها (که رهبری و توانمندی سازمانی بخشی از این سیستم رتبه‌بندی است) را به عهده دارد (۱۷). در ایران مرکز توسعه‌ی مدیریت و تحول اداری در وزارت بهداشت این مسؤلیت را به عهده دارد (۱۶).

می‌گردد. رتبه و امتیاز نهایی پس از انجام بازدید از دانشگاه‌ها و بررسی مستندات تعیین می‌شود و به همراه نقاط قوت و نقاط قابل بهبود در اختیار دانشگاه‌ها قرار می‌گیرد (۱۶).

در زمینه‌ی اهداف (محور دوم) همان گونه که جدول ۱ نشان می‌دهد، الگوهای MSH و آمریکا بر شناسایی نیازهای مدیریتی سازمان و برنامه‌ریزی برای بهبود و توسعه‌ی مدیریت تأکید دارند. در حالی که در الگوی ارزیابی سازمانی IDRC استفاده از نتایج ارزیابی در برنامه‌ریزی استراتژیک و تعیین استراتژی سازمان از اهمیت بیشتری برخوردار است. کمک به سازمان‌ها در شناخت نقاط قوت و ضعف خود، برنامه‌ریزی برای بهبود عملکرد و نیز معرفی سازمان‌های برتر جهت الگوبرداری دیگران از مهم‌ترین اهداف ارزیابی در نظام سلامت ملی انگلستان محسوب می‌شوند. اهداف برنامه‌ی ارزیابی

جدول ۱: مقایسه‌ی مهم‌ترین اهداف نظام ارزیابی توسعه‌ی مدیریت در مراکز بین‌المللی و کشورهای منتخب

کشورهای منتخب		مراکز بین‌المللی		
ایران	انگلستان	آمریکا	مرکز بین‌المللی پژوهش‌های توسعه (IDRC)	مرکز علوم مدیریتی سلامت (MSH)
ایجاد فضایی رقابتی در جهت تعالی سازمانی	کمک به سازمان‌ها برای شناخت نقاط قوت و ضعفشان	شناسایی نیازهای مدیریتی سازمان	بهبود تصمیم‌گیری و آرایه‌ی مبنایی برای تعیین استراتژی	سنجش میزان قابلیت‌های مدیریتی موجود در سازمان
بهبود کیفیت، کارآیی و اثر بخشی خدمات	عملکرد	ارایه‌ی طرح‌هایی برای بهبود مدیریت	بزرگداشت عملکرد الگو و نمونه	شناسایی میزان‌های جدید قابلیت‌های مدیریتی قابل تحقق
شناسایی و تعیین ظرفیت‌ها و توانایی‌های بالقوه و بالفعل	نشان دادن نیاز سازمان‌ها به تقویت و توسعه‌ی رهبری و توانمندی خود	بهبود آرایه‌ی خدمات تحقق‌پایداری سازمان از جنبه‌های نهادی، برنامه‌ای و مالی	تمرین پاسخ‌گویی اخذ تصمیمات مهم در مورد سرمایه‌گذاری	تعیین اهداف روشن برای بهبود مدیریت
ایجاد انگیزه در مدیران و کارکنان محلی	شناخت نمونه‌هایی از رهبری و توانمندی سازمانی قوی جهت الگو شدن برای دیگران	تأمین نیازهای مشتریان و پیش‌بینی نیازهای جدید	تغذیه فرایند برنامه‌ریزی استراتژیک برای بهبود عملکرد سازمان	تعیین قابلیت برنامه‌ها برای گسترش خدمات موجود و اضافه کردن خدمات جدید
	تضمین آرایه‌ی خدمات با کیفیت مناسب			

MSH: Management sciences for health

IDRC: International development research center

در محور زمین‌های مورد ارزیابی (محور چهارم) هر یک از مراکز و کشورهای مورد مطالعه تعدادی زمینه‌ی اصلی مدیریتی را برای ارزیابی توسعه‌ی مدیریت در یک سازمان مشخص کرده‌اند. این زمینه‌ها و زیر مجموعه‌های هر یک در جدول ۲ آرایه شده است. رهبری و رسالت سازمان، ساختار سازمانی، مدیریت منابع انسانی، مدیریت منابع مالی و مدیریت اطلاعات مهم‌ترین زمینه‌های مدیریتی مشترک در این الگوها می‌باشد. در زمینه‌ی شاخص‌های ارزیابی زمینه‌های مدیریتی

(محور پنجم) هر یک از الگوهای مورد بررسی تعدادی شاخص برای ارزیابی زمینه‌های مختلف تعیین کرده، با استفاده از آن‌ها به ارزیابی این زمینه‌ها می‌پردازند. مثلاً در مورد مدیریت منابع انسانی الگوهای MSH، آمریکا و انگلستان هر یک ۸ شاخص، IDRC ۱۰ شاخص و ایران ۵ شاخص تعیین کرده‌اند، که فهرست کردن شاخص‌های مربوط به هر یک از زمینه‌های مدیریتی از حوصله‌ی این مقاله خارج است.

جدول ۲: مقایسه‌ی زمینه‌های مدیریتی مورد ارزیابی در نظام ارزیابی توسعه‌ی مدیریت در مراکز بین‌المللی و کشورهای منتخب

کشورهای منتخب		مراکز بین‌المللی		
ایران	انگلستان	آمریکا	مرکز پژوهش‌های بین‌المللی توسعه (IDRC)	مرکز علوم مدیریتی سلامت (MSH)
رهبری کارکنان	مسیر: دورنما و استراتژی فرهنگ:	رسالت (وجود بیانیه و آگاهی پرسنل از آن)	رهبری استراتژیک (رهبری، برنامه‌ریزی استراتژیک)	رسالت و طرح‌ها (بیانیه رسالت سازمان، تنظیم اهداف برنامه، برنامه‌ریزی بلند مدت و سالانه و شناسایی گروه‌های هدف)
سیاست‌ها و خط مشی‌ها منابع و مشارکت‌ها فرایندها	حاکمیت، رهبری، پرسنل و قابلیت تغییر فرایندهای اصلی مدیریت: مدیریت منابع انسانی مدیریت عملکرد مدیریت دانش و فن آوری اطلاعات روابط خارجی (بیماران، مردم و شرکا)	ارزش‌ها (تیین و کاربرد) آن‌ها استراتژی (ارتباط آن با رسالت، ارزش‌ها، مشتریان، جامعه و مشتریان بالقوه) ساختار (خطوط اختیار و مسؤولیت، ارتباطات، نقش‌ها، مسؤولیت‌ها و تصمیم‌گیری) سیستم‌ها شامل: - برنامه‌ریزی - مدیریت منابع انسانی - پایش و ارزشیابی - مدیریت اطلاعات - تضمین کیفیت - مدیریت مالی - ایجاد درآمد	مدیریت ویژگی منحصر به فرد) ساختار سازمانی (ساختار حاکمیت، ساختار عملیاتی) منابع انسانی (برنامه‌ریزی، استخدام، توسعه‌ی ارزشیابی، پاداش و حفظ روابط انسانی مؤثر) منابع مالی (برنامه‌ریزی، پاسخ‌گویی و سیستم‌های مالی) زیر ساختار (مدیریت تسهیلات و فن آوری) مدیریت برنامه‌ها و خدمات (برنامه‌ریزی، اجرا و پایش) مدیریت فرایند (حل مسأله، تصمیم‌گیری، ارتباطات، پایش و ارزشیابی) پیوندهای بین سازمانی (برنامه‌ریزی، اجرا و پایش شبکه‌ها و مشارکت‌ها)	رهبری (تصمیم‌گیری و تفویض اختیار، تسهیل فرایند تغییر، تجربه و صلاحیت رهبران، حل مسأله و روابط با خیرین) ساختار سازمانی و خطوط ارتباطات (ساختار سازمانی، روش‌های مدیریتی رسمی، گزارش‌دهی و سیستم اطلاعات مدیریت و روابط خارجی) مدیریت منابع مالی (منابع تامین، روش‌های مالی و حسابداری، توانایی تولید منابع و پایداری مالی) مدیریت منابع انسانی (شرح شغل و مسؤولیت‌ها، نظارت بر پرسنل، آموزش و توسعه‌ی توانمندی‌های پرسنل و سیاست‌های پرسنلی) مشارکت جامعه (سهام جامعه، طیف در مؤسسه و حمایت مالی جامعه از عضویت برنامه‌ها)

MSH: Management sciences for health

IDRC: International development research center

سازمانی، مقررات و خط مشی‌ها منابع جمع‌آوری داده‌ها هستند (۱۳). در آمریکا مدیران ارشد، کارکنان و نمایندگان ذی‌نفعان مؤثر سازمان در یک کارگاه و با بحث و تبادل نظر در مورد میزان توسعه‌ی مدیریت به توافق می‌رسند (۸). در انگلستان طیف وسیعی از منابع برای جمع‌آوری داده‌ها مورد استفاده قرار می‌گیرند و در ایران داده‌ها از مسؤولین سازمان و مستندات موجود جمع‌آوری می‌شوند. در جدول ۳ الگوهای مورد مطالعه از این منظر با یکدیگر مقایسه شده‌اند.

روش‌های جمع‌آوری و تحلیل داده‌ها، منابع داده‌ها و گزارش‌دهی و اطلاع‌رسانی نتایج ارزیابی توسعه‌ی مدیریت در سازمان موضوعات مورد بررسی محور ششم این پژوهش را تشکیل می‌دهند. در خصوص منابع و روش جمع‌آوری داده‌ها، در الگوی MSH، داده‌های مربوط به وضعیت زمینه‌های مختلف مدیریت از کارکنان (مدیریتی و سایر کارکنان) به روش مصاحبه و اسناد و شواهد مربوطه جمع‌آوری می‌شود (۴). در IDRC، مصاحبه با کارکنان، اسناد، بازدید از محل، گزارش‌ها

جدول ۳: مقایسه‌ی روش جمع‌آوری و تحلیل داده‌ها، گزارش‌دهی و اطلاع‌رسانی نتایج در نظام ارزیابی توسعه‌ی مدیریت مراکز بین‌المللی و کشورهای منتخب

مراکز و کشورهای	مراکز بین‌المللی	کشورهای منتخب
اجزای مقایسه	مرکز علوم مدیریتی سلامت	مراکز بین‌المللی پژوهش‌های توسعه
ایران	انگلستان	آمریکا
روش جمع‌آوری داده‌ها	به روش مصاحبه با استفاده از پرسش‌نامه (۶ زمینه و ۱۸ شاخص مدیریتی)	کمیته‌ی رهبری فرایند ارزیابی و تیم اجرایی روش را انتخاب می‌کنند (۸ زمینه مدیریتی و ۲۰۵ سؤال باز)
تحلیل داده‌ها	داده‌های پرسش‌نامه در فرم خلاصه‌ی اطلاعات ثبت می‌شوند. این خلاصه‌ها تعیین‌کننده‌ی مرحله‌ی توسعه‌ی هر زمینه‌ی مدیریتی است (ابتدایی، رشد یا بلوغ)	نوع تحلیل داده‌ها توسط سازمان مشخص می‌شود.
منابع داده‌ها	پرسنل (پرسنل مدیریتی و کارکنان فعال در عرصه) اسناد و شواهد مربوطه	بررسی اسناد، مصاحبه، بازدید از محل، گزارش‌ها، چارت سازمانی، مقررات خط مشی‌ها. تابلو اعلانات با تأکید بر مصاحبه
گزارش‌دهی و اطلاع‌رسانی نتایج	ارایه نتایج به تمام پرسنل در یک جلسه‌ی رسمی و بحث و تبادل نظر با آن‌ها در مورد نتایج و نیز برنامه‌ی اجرایی بهبود مدیریت	گزارش کارگاه به صورت مکتوب به تمام پرسنل سازمان اعلام می‌شود.
کشورهای منتخب	آمریکا	انگلستان
ایران	انگلستان	آمریکا
از طریق پرسش‌نامه نرم‌افزاری ارایه شده از سوی مرکز توسعه‌ی وزارت متبوع مدیریت	ابتدا سازمان‌ها با دستورالعمل کمیسیون خود ارزیابی انجام می‌دهند. نتایج خود ارزیابی همراه با سایر داده‌ها برای ارزیابی نهایی استفاده می‌شود.	در یک کارگاه سه روزه و از طریق جدول از قبل طراحی شده (که شامل چهار مرحله‌ی توسعه برای هر زمینه‌ی مدیریتی است همراه با ویژگی‌های هر مرحله) برای ۵ زمینه‌ی مدیریتی و ۱۸ بخش
به هر سؤال ۰، ۲۵، ۵۰، ۷۵، ۱۰۰ درصد امتیاز تعلق می‌گیرد. مجموع امتیازات سؤالات امتیاز معیار مربوطه و مجموع امتیازات معیارها امتیاز واحد مورد ارزیابی را مشخص می‌کند. مسؤولین سازمان و مستندات موجود	با استفاده از مجموع داده‌های منابع مختلف سازمان‌ها خیلی خوب، خوب، مبهم، ضعیف و بسیار ضعیف طبقه‌بندی می‌شوند.	ابتدا افراد در گروه‌های ۴ تا ۶ نفره و سپس تمام گروه‌ها در جلسه‌ی عمومی در مورد مرحله‌ی توسعه‌ی هر یک از زمینه‌ها به توافق می‌رسند.
مسئولین سازمان و مستندات موجود	بیانیه‌ی خود ارزیابی سازمان، سازمان‌های همکار، داده‌های حاصل از سایر نهادهای ملی و محلی، پرسنل سازمان، مردم بیماران، بررسی‌های دیپارتمان سلامت، بازرسی‌های تصادفی و در برخی موارد اعلام نشده کمیسیون	افراد شرکت‌کننده در کارگاه (مدیران ارشد واحدها، پرسنل ارشد، نمایندگان ذینفعان مؤثر در سازمان) شواهد ذکر شده توسط افراد
نقاط قوت و نقاط قابل بهبود به واحدهای مورد ارزیابی اعلام می‌شود.	رتبه‌بندی کلی سازمان‌ها از نظر عملکرد که بخشی از آن به رهبری و توانمندی سازمانی مربوط می‌شود در یک مجموعه به صورت منظم و سالانه منتشر شده و در اختیار مردم و دولت قرار می‌گیرد.	گزارش کارگاه به صورت مکتوب به تمام پرسنل سازمان اعلام می‌شود.

خیلی خوب ارزیابی شده هر سه سال یک بار، خوب ارزیابی شده هر دو سال یک بار، ضعیف و خیلی ضعیف نیز هر سال ارزیابی می‌شوند (۱۰).

بحث

در این بخش ابتدا مهم‌ترین مزایا و محدودیت‌های الگوهای مورد مطالعه و سپس پیشنهادات پژوهش ارائه می‌شود. به طور کلی الگوهای MSH و آمریکا فقط برای خود ارزیابی سریع توسعه‌ی مدیریت در سازمان طراحی شده‌اند، که سازمان با استفاده از آن‌ها قابلیت‌های مدیریتی خود را ارزیابی می‌کند. در این دو الگو ارزیابی خارجی (برای هدف‌هایی از قبیل رتبه‌بندی سازمان‌ها و الگوبرداری از سازمان‌های موفق) مطرح نشده است. Hoff معتقد است که خود ارزیابی سازمانی به استفاده‌ی بهینه از منابع کمک و مشخص می‌کند که برای ایجاد تغییرات مؤثر در سازمان چه اقدامات اصلاحی باید انجام شود (۱۸).

IDRC برای ارزیابی دو رویکرد تحلیلی (شناخت نقاط ضعف و قوت مدیریت) و ارزشیابی (ارزشیابی و پاسخ‌گویی)، برای رویکرد اول خود ارزیابی و برای دومی ارزیابی خارجی را پیشنهاد می‌نماید. این الگو شامل زمینه‌های متنوع مدیریتی با تعداد زیادی سؤال است که برای جمع‌آوری داده‌ها و اطمینان از روایی و پایایی ابزار طیفی از روش‌ها و اقدامات مختلف را پیشنهاد می‌نماید. در الگوی NHS انگلستان سازمان‌ها موظف هستند که خود ارزیابی انجام دهند و بیانیه‌ای در مورد آن صادر کنند. سپس کمیسیون مستقل بازرسی مراقبت‌های سلامت با توجه به بیانیه‌ی مذکور و با مکانیسم‌های متنوعی از قبیل جمع‌آوری اطلاعات از مردم، بیماران و سازمان‌های همکار اقدام به ارزیابی خارجی می‌نماید. هر دو الگوی IDRC و انگلستان دارای ارزیابی خارجی هستند، با این تفاوت که در انگلستان ارزیابی خارجی با روش‌های خاص خود مکمل خود ارزیابی است و برای رتبه‌بندی سازمان‌ها مورد استفاده قرار می‌گیرد. اما در IDRC یک الگوی واحد مطرح شده است که هم می‌تواند توسط خود سازمان و هم توسط ارزیابان خارجی مورد استفاده قرار گیرد. در ایران نیز ارزیابی خارجی توسط مرکز

در زمینه‌ی استفاده از نتایج ارزیابی توسعه‌ی مدیریت (محور هفتم پژوهش) در الگوی MSH، پس از بحث نتایج در جلسه‌ی عمومی و در صورت لزوم اعمال اصلاحات لازم در آن‌ها بر اساس نظرات پرسنل، نقاط ضعف و قوت سازمان مشخص و بر اساس آن یک برنامه‌ی اجرایی برای توسعه‌ی مدیریت تهیه می‌شود، که در آن فرد یا افراد مسؤول، نوع اقدام لازم و زمان‌بندی اجرایی مشخص می‌شود. در این برنامه‌ی اجرایی بر استراتژی‌هایی تأکید می‌شود که با منابع انسانی و مالی موجود، عملی و قابل تحقق باشد. در این الگو همچنین تأکید می‌شود که فرایند ارزیابی توسعه‌ی مدیریت باید به عنوان بخشی از فرایند برنامه‌ریزی سالانه یا دو سالانه در عملیات جاری سازمان ادغام شود. تکرار ارزیابی در فواصل منظم بررسی نحوه‌ی تقویت و توسعه‌ی مدیریت در طول زمان و تعیین نیازهای آینده را امکان‌پذیر می‌سازد (۱۲). در الگوی IDRC نیز تأکید شده است که ارزیابی سازمانی با هدف تحول و یادگیری سازمان انجام می‌شود. منظور از ارزیابی چیزی بیش از به دست آوردن یک تصویر از وضعیت موجود است، بلکه نتایج آن باید به اتخاذ تصمیم در مورد نحوه‌ی توسعه و بهبود مدیریت منجر شود (۱۳). در الگوی آمریکا ارزیابی به عنوان یک مرحله در فرایند تحول در نظر گرفته می‌شود. شرکت کنندگان در پایان کارگاه یک برنامه‌ی عملیاتی برای توسعه و بهبود قابلیت‌های مدیریتی تهیه و آن را در طرح‌های عملیاتی سالانه ادغام می‌کنند. رهبر و تیم تحول نیز بر اجرای این برنامه‌ی عملیاتی نظارت مستقیم دارند. علاوه بر برگزاری جلسات منظم برای پایش پیشرفت‌های به دست آمده، ۶ ماه یا یک سال بعد از اجرای کارگاه نیز یک بررسی کلی در سازمان انجام می‌شود (۸). در انگلستان سازمان‌هایی که مدیریت آن‌ها ضعیف ارزیابی شود، باید با کمک کمیسیون و همکاری مؤسسات استراتژیک سلامت، طرحی را برای بهبود وضعیت رهبری و توانمندی سازمان خود تهیه کنند. سازمان‌هایی که حتی وضعیت آن‌ها خیلی خوب، خوب یا مهم ارزیابی شود، اما در برخی از موارد در معرض خطر باشند، باید طرحی برای بهبود شرایط خود تهیه و اجرا کنند. سازمان‌های

روش جمع‌آوری داده‌ها و تصمیم‌گیری جمعی در مورد نقاط ضعف و قوت مدیریت نسبت به روش مصاحبه‌ی انفرادی در MSH این مزیت را دارد که امکان تغییر و تحریف پاسخ‌ها و جمع‌بندی نتایج در جهت تأمین منافع یک دسته یا گروه خاص را کاهش می‌دهد. محدودیت الگوی IDRC در این زمینه توجه کمتر به منابع خارج از سازمان مانند مشتریان و ذی‌نفعان در جمع‌آوری داده‌ها است. با توجه به هدف رتبه‌بندی سازمان‌ها و تعیین الگوهای برتر، ارزیابی خارجی در ابعاد وسیع‌تری انجام می‌شود.

در ایران نیز مسؤولین سازمان و نیز مستندات موجود منابع جمع‌آوری داده‌ها هستند. در خصوص زمینه‌های مورد ارزیابی، رهبری در تمام الگوها مورد تأکید قرار گرفته است. شورای عالی در مدیریت و رهبری انگلستان نیز بر این باور است که نیاز به مدیریت سرآمد به ویژه مهارت‌های رهبری در حال افزایش است و این نیاز تنها به مدیران محدود نمی‌شود (۲۱). پس از رهبری، ساختار سازمانی و مدیریت منابع انسانی، مالی و اطلاعات در تمام الگوها به طور مشترک مطرح شده است. نتایج پژوهش Hudak و همکاران در فلوریدا تحت عنوان شناسایی قابلیت‌های مدیران مراقبت‌های سلامت نشان داد که دو زمینه‌ی رهبری و مدیریت منابع از بالاترین اولویت برخوردار هستند (۲۲). Robbins و همکاران در ابزاری که برای ارزیابی قابلیت‌های مدیریتی در یک مرکز آکادمیک در برنامه‌ی مدیریت سلامت دانشگاه Yale پابلوت کردند، زمینه‌های تأمین مالی، منابع اطلاعاتی، منابع انسانی، برنامه‌ریزی استراتژیک، دانش صنعت (فرایندهای بالینی مؤسسات مراقبت‌های سلامت) و استدلال تحلیلی را در نظر گرفتند (۲۳).

مشارکت جامعه در الگوی MSH، مدیریت فرایند و پیوندهای بین سازمانی در IDRC و ایجاد درآمد در آمریکا از زمینه‌های ممیزه‌ی این الگوها به شمار می‌روند. ویژگی مشترک تمام الگوهای مورد مطالعه تأکید آن‌ها بر این حقیقت است که ارزیابی توسعه‌ی مدیریت تنها در صورتی به بهبود عملکرد سازمان منجر خواهد شد که کارکنان و

توسعه‌ی مدیریت وزارت بهداشت مکمل خود ارزیابی است. به طور کلی الگوی انگلستان نسبت به سایر الگوها از نظام‌مندی بیشتری برخوردار است و برای تمام مراحل آن از شروع خود ارزیابی تا ارزیابی خارجی، اعلام نتایج و تهیه‌ی برنامه‌ی توسعه‌ی مدیریت دستورالعمل‌های دقیقی تدوین شده است. رتبه‌بندی دقیق سازمان‌های مراقبت‌های سلامت و انتشار گسترده‌ی نتایج برای استفاده‌ی مردم، بیماران، پزشکان و دولت از ویژگی‌های منحصر به فرد NHS انگلستان است.

در زمینه اهداف ارزیابی، شناسایی قابلیت‌های مدیریتی و توسعه‌ی مدیریت هدف اصلی و مشترک تمام الگوهای مورد مطالعه است، اما الگوهای IDRC و انگلستان به تعیین الگوها و نمونه‌های برتر برای استفاده‌ی سایر سازمان‌ها نیز توجه دارند. ویژگی مهم الگوی آمریکا تأکید بر نیازهای مشتریان و پایداری سازمانی است. در همین راستا برای تأمین هدف پایداری مالی سازمان یکی از زمینه‌های مدیریتی مورد ارزیابی، توانایی ایجاد درآمد در سازمان است. فرهی بوزجانی در پژوهش خود به این نتیجه رسید که پایین بودن میانگین نمره‌ی اثربخشی سازمانی مدیران به معنی آن است که سازمان‌ها در تحقق اهداف و رضایت‌مندی مشتریان خود عملکرد ضعیفی داشته‌اند. بنابراین بهتر است که در اهداف نظام جامعی که برای توسعه‌ی مدیریت طراحی خواهد شد، تأمین نیازهای حال و آینده مشتریان نیز منظور گردد (۱۹).

در زمینه‌ی منابع و روش‌های جمع‌آوری داده‌ها و اعضای تیم ارزیابی کننده در الگوی MSH داده‌ها، از کارکنان و مدیران به روش مصاحبه جمع‌آوری و تحلیل می‌شوند. در این الگو نظرات مشتریان و ذی‌نفعان سازمان مورد بررسی قرار نمی‌گیرد. در آمریکا مدیران، کارکنان و نمایندگان ذی‌نفعان مؤثر در سازمان در یک کارگاه سه روزه، مدیریت سازمان را ارزیابی می‌کنند و تصمیم‌گیری جمعی مبتنی بر بحث آزاد و توافق (نه رأی‌گیری) و ثبت مستمر نتایج تصمیمات جمعی از مهم‌ترین مزایای آن است. این الگو برای طیف وسیعی از سازمان‌ها قابل اجرا است، به شرطی که هم رهبری سازمان و هم کارکنان به مشارکت در گروه اعتقاد داشته باشند (۲۰). این

بهداشتی، رعایت صداقت و درست‌کاری و کمک به ایجاد تعادل منطقی بین زندگی کاری و زندگی شخصی کارکنان می‌باشد. کار دیگری که این سازمان می‌تواند انجام دهد، تعیین استانداردهای مدیریتی لازم برای احراز سیستم‌های مدیریتی در سطوح مختلف مدیران می‌باشد. در این زمینه نیز مرکز استانداردهای مدیریت انگلستان (Management standards center) در نسخه‌ی تجدید نظر شده‌ی ۲۰۰۸ این استانداردها، دانش و مهارت‌های لازم برای مدیران ارشد، میانی و رهبران تیم‌ها را در ۷۴ بخش مشخص نموده است (۲۶). همچنین این نهاد مستقل باید به طور منظم سازمان‌های ارایه دهنده‌ی خدمات سلامت در بخش دولتی و خصوصی را از نظر مدیریتی و نیز کیفیت ارایه‌ی خدمات ارزیابی و آن‌ها را رتبه‌بندی و نتایج را به مردم اعلام نماید. بدیهی است که وجود تعهد سیاسی قوی در سطح مرکزی وزارت بهداشت برای تقویت و توسعه‌ی مدیریت در نظام سلامت ضرورتی انکار ناپذیر است. نکته‌ی دیگر این که براساس تجارب سازمان جهانی بهداشت برای بهبود مدیریت علاوه بر توسعه‌ی توانمندی‌ها و قابلیت‌های مدیران باید سیستم‌های پشتیبانی کننده مدیریت (مانند سیستم‌های اطلاعاتی، مدیریت منابع مالی و برنامه‌ریزی) تقویت شوند و با استفاده از اعمال مشوق‌ها و اصلاح قوانین و مقررات، محیط حمایتی توانمند کننده برای مدیران ایجاد شود. ذکر این نکته نیز ضروری است که تجارب موجود نشان می‌دهد آموزش مدیران در صورتی موفق خواهد بود که در کار واقعی آن‌ها و چالش‌های روزمره‌شان ترکیب شود (۲۷). رویکردهای ساده مبتنی بر حل مسأله نسبت به دوره‌های آموزشی رسمی مبتنی بر کلاس مؤثرتر خواهد بود.

مدیران سازمان در آن فعالانه مشارکت نمایند. تجربیات ۴۰ سال گذشته مرکز بین‌المللی پژوهش‌های توسعه نشان می‌دهد که برای تعیین نقاط ضعف و قوت و تدوین برنامه‌ی اجرایی توسعه‌ی مدیریت، کارکنان درگیر در فرایندهای روزمره‌ی سازمان باید به طور مستقیم در فرایند ارزیابی دخالت داشته باشند (۲۴).

نتیجه‌گیری

با توجه به اهمیت مدیریت و توسعه‌ی آن در تحقق اهداف نظام سلامت و نیز نتایج حاصل از این پژوهش، پیشنهاد می‌شود که برای رفع مشکلات مدیریتی موجود در نظام سلامت کشورمان یک نهاد مستقل و غیر دولتی که مسؤولین و کارکنان آن در هیچ یک از سازمان‌ها و مراکز دولتی و خصوصی ارایه خدمات سلامت شاغل نباشند، با هدف توسعه‌ی مدیریت در نظام سلامت تشکیل شود. یکی از مسؤولیت‌های این سازمان تدوین نظام‌نامه (کد) مدیریت مراقبت‌های سلامت است. در این زمینه می‌توان از تجربیات کشورهای مورد مطالعه مانند انگلستان استفاده نمود که دارای کد مدیران خدمات ملی سلامت (Code of conduct for NHS managers) می‌باشد (۲۵). هدف از تدوین این نظام‌نامه راهنمایی مدیران و سازمان‌های ارایه دهنده‌ی خدمات در تصمیم‌گیری‌ها و در استخدام مدیران و نیز تضمین به مردم در این مورد است که استانداردهای حرفه‌ای و نیز پاسخ‌گویی در تصمیم‌گیری‌ها نقش حیاتی دارند.

نمونه‌هایی از موارد این نظام‌نامه مطرح بودن ایمنی بیماران و مراجعین به عنوان اولین نگرانی مدیران، احترام به مردم و کارکنان، تعهد مدیران به کار کردن به عنوان یک عضو تیم

References

1. Miller J, Wolff J. Management strategies for improving family planning services: the family planning manager compendium. Ohio: Family Planning Management Development, Management Sciences for Health; 1996. p. 1-26.
2. Beagledobe R. Health systems: Finding New Strengths. In: WHO, Editor. The world Health Report 2004. Geneva: World Health Organization; 2004. p. 57-69.
3. Wagstaff A, Claeson M, World Bank. The millennium development goals for health: rising to the challenges.

- Washington (DC): World Bank Publications; 2004.
4. Helfenbeing S, Sacca S, Brooks R. Assessing the Management Capabilities of your organization. Boston: A Compendium of the Manager series; 2002. p. 567-86.
 5. Cook P. Management and leadership development: making it work. *Industrial and Commercial Training* 2006; 38(1): 49-52.
 6. Filerman G. Closing the management competence gap. *Hum Resour Health* 2003; 1(1): 7.
 7. Perry C. Empowering primary care workers to improve health services: results from Mozambique's leadership and management development program. *Hum Resour Health* 2008; 6: 14.
 8. Buxbaum A, Downey SI, Waldman K, Management Sciences for Health. Management and organizational sustainability tool: a guide for users and facilitators. 2nd ed. Boston: Management Sciences for Health; 2004. p. 1-65.
 9. Britain G, Dept.of Health. Standards for better health: health care standards for services under the NHS: a consultation. London: Dept. of Health; 2004. p. 1-25.
 10. NICE. Healthcare Commission consultation document: Developing the Annual Health Check in 2006/2007 [Online]. 2006; Available from: URL: <http://www.nice.org.uk/niceMedia/pdf/smt/300506item5a.pdf>
 11. Management Sciences for Health. What MSH Does? [Online]. 2006; Available from: URL: www.msh.org/careers/index.cfm/
 12. Miller J, Bahaman C, Lorenzo L, Atkinson K. Assessing Management Development Systematically. Boston: Management Sciences for Health; 2002. p. 538-68.
 13. Lusthaus C. Organizational assessment: a framework for improving performance. Ottawa: IDRC; 2002.
 14. Lusthaus C, Adrien MH, Anderson G. Should you Conduct a Self-Assessment? In: Lusthaus C, Anderson G. Editors. Enhancing organizational performance: A Toolbox for self-assessment. Ottawa: IDRC; 1999. p. 12-3.
 15. Britain G, Commission for Healthcare Audit and Inspection. Commission for Healthcare Audit and Inspection account. London: Stationery Office; 2005. p. 19-22.
 16. Yousefian S. Performance assessment of medical universities in supportive activities area, *Journal of Management Development*. Tehran: Iran Ministry of health and medical education; 2005. p. 9-14. [In Persian].
 17. Britain G, Commission for Healthcare Audit and Inspection. About the Healthcare Commission. London: Healthcare Commission; 2005. p. 1-10.
 18. Hoff M. Organizational Self-Assessment: Putting Your Finger on What Needs to Improve. Center for Nonprofit Management [Online]. 2009 [cited 2009 Feb 14]; Available from: URL: <http://www.cnmsocial.org/resources/articles/organizational-self-assessment.html>
 19. Farehi B. Managers development model with human resource management approach, [MSc Thesis] Tehran: University of Tehran; 2002.
 20. Management Sciences for Health, Fishstein P, Bahamon C, Management and Leadership Program. FIMAT: The Financial Management Assessment Tool. London: Management Sciences for Health; 2004. p. 1.
 21. Excellent Managers and Leaders. London: Council for Excellence in Management and Leadership; 2003.
 22. Hudak RP, Brooke PP, Finstuen K. Identifying management competencies for health care executives: review of a series of Delphi studies. *J Health Adm Educ* 2000; 18(2): 213-243.
 23. Robbins CJ, Bradley EH, Spicer M. Developing leadership in healthcare administration: a competency assessment tool. *J Healthc Manag* 2001; 46(3): 188-202.
 24. Lusthaus C, Inter-American Development Bank, International Development Research Centre. Organizational assessment: a framework for improving performance. Ottawa: IDRC; 2002. p. 1-5.
 25. Department of Health. Code of conduct for NHS managers [Online], 2002 [cited 2002 Oct 9]; Available from: URL:<http://www.dh.gov.uk/en/Publicationsandstatistics/Publications/>
 26. Management Standards Center. National Occupational Standards [Online]. 2008; Available from: URL: http://www.managment-standards.org/content_1.aspx?id=10:5406&id=10:1917
 27. Wells W, Hejna W. Developing leadership talent in healthcare organizations. *Healthc Financ Manage* 2009; 63(1): 66-9.

Comparative Study of Health System Management Development Assessment Models in Selected Countries*

Abbas Daneshkohan, PhD¹; Ahmad Baratimarnani, PhD²; Alireza Zohoor, PhD³; Farbod Ebadi Fard Azar, PhD⁴

Abstract

Introduction: Management development assessment helps managers to systematically assess the current management capabilities of their organization and take critical steps to strengthen the management skills and sustainability of their organizations. This study aimed to identify and compare the health system management development assessment models in selected international organizations and countries.

Methods: In this cross-sectional comparative study, management development assessment models developed and implemented by management sciences for health (MSH), international development research center (IDRC), United States, England and Iran were studied using library resources, websites and email communication with experts from Iran and other countries during 2005-2006. After systematic review of the models, seven major characteristics of them selected for comparative study. Data collected using comparative tables derived from systematic review. The tables were validated by management experts from Tehran universities. Then, the characteristics of the models were compared and analyzed.

Results: Studied models had common main objectives but there were differences between them in terms of structure, management areas being assessed, management indicators and use of results. All of these models emphasized employee involvement in management development assessment process in order to be effective in improving the management capabilities of the organization.

Conclusion: In all these models management development assessment is considered as the first step in change process and improvement the management systems.

Considering that the efficiency and effectiveness of health care system directly influenced by management capacity of health system, recommendations for management development of Iran health system are presented based on the experiences of international organization, particularly the world health organization.

Keywords: Organization and Administration; Assessment; Development.

Type of article: Original article

Received: 3 Sep, 2009

Accepted: 2 May, 2010

Citation: Daneshkohan A, Baratimarnani A, Zohoor A, Ebadi Fard Azar F. **Comparative Study of Health System Management Development Assessment Models in Selected Countries.** Health Information Management 2011; 8(2): 124.

1. Assistant Professor, Health Services Management, Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran. (Corresponding Author) Email: daneshkohan@sbm.ac.ir
2. Assistant Professor, Management, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran.
3. Professor, Epidemiology, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran.
4. Professor, Management, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran.

رابطه استقرار شاخص‌های کیفی ارزشیابی با کیفیت خدمات درمانی در بیمارستان‌های دانشگاه علوم پزشکی گلستان*

امیر اشکان نصیری پور^۱، انیس عباسی^۲، شهرام توفیقی^۳، ناصر بهنام پور^۴، محمودرضا گوهری^۵

چکیده

مقدمه: به منظور ارتقای فرایند ارائه خدمات درمانی، رعایت حقوق بیماران و ایجاد وحدت رویه در خط مشی‌های درمانی، در سال ۱۳۸۲ شاخص‌های کیفی ارزشیابی به کلیه بیمارستان‌های کشور ابلاغ گردید. این پژوهش با هدف بررسی وضعیت اجرای دستورالعمل مراقبت‌های مدیریت شده و رابطه‌ی استقرار آن‌ها به صورت شاخص‌های کیفی ارزشیابی با کیفیت خدمات بیمارستان‌های پایلوت دانشگاه علوم پزشکی گلستان انجام پذیرفت.

روش بررسی: این پژوهش یک مطالعه‌ی تحلیلی بود که بر اساس اطلاعات موجود در پرونده‌های بیماران، قبل از ابلاغ دستورالعمل مراقبت‌های مدیریت شده و بعد از ابلاغ آن، کیفیت خدمات اندازه‌گیری و نتایج آن با یکدیگر مقایسه شد. جامعه‌ی آماری، پرونده‌های بیمارستانی بود که طی سال‌های ۱۳۸۱ و ۱۳۸۶ در بیمارستان‌های پایلوت دانشگاه علوم پزشکی گلستان تحت عمل جراحی قرار گرفته بودند و همچنین پرونده‌ی کلیه مادران بارداری که در بیمارستان‌های مذکور زایمان نموده بودند. حجم نمونه شامل ۷۹۲ پرونده بود که به روش طبقه‌بندی متناسب، انتخاب شدند. داده‌ها با استفاده از سه نمونه چک لیست و یک فرم اطلاعاتی استاندارد که ابلاغی از سوی وزارت بهداشت بوده است، از اسناد و مدارک پزشکی بیمارستان‌های پایلوت جمع‌آوری شد. داده‌ها به کمک آزمون آماری χ^2 و به وسیله نرم‌افزار آماری SPSS_{۱۶/۵} تجزیه و تحلیل گردید.

یافته‌ها: در سال ۱۳۸۱ در ۵/۱ درصد و در سال ۱۳۸۶ در ۳۲/۱ درصد پرونده‌های مورد بررسی دستورالعمل ارزشیابی پیش از اعمال جراحی الکتیو رعایت شده بود که این تغییر از نظر آماری در سطح خطای $\alpha = ۰/۰۵$ معنی‌دار است ($P < ۰/۰۰۱$). در سال ۱۳۸۱، در ۳۱/۶ درصد و در سال ۱۳۸۶ در ۴۴/۹ درصد پرونده‌ها، دستورالعمل آنتی‌بیوتیک پروفیلاکسی به طور کامل رعایت گردیده بود ($P < ۰/۰۰۱$). در سال ۱۳۸۱ در ۷۷/۸ درصد و در سال ۱۳۸۶ در ۸۵/۱ درصد پرونده‌های مورد بررسی، راهنمای تسکین درد به طور کامل رعایت شده بود ($P = ۰/۰۰۱$). در سال ۱۳۸۱، در بیمارستان‌های مورد مطالعه ۴۹ درصد زایمان‌ها سزارین بود که در سال ۱۳۸۶ به ۴۲ درصد کاهش یافته بود ($P < ۰/۰۰۱$). بیشترین اندیکاسیون سزارین مربوط به اندیکاسیون سزارین قبلی بود. در کلیه محوره‌های مورد مطالعه، بین استقرار شاخص‌های کیفی و کیفیت خدمات، رابطه‌ی مثبت و معنی‌داری وجود داشت.

نتیجه‌گیری: اجرای دستورالعمل‌های مراقبت‌های مدیریت شده تا حدودی منجر به بهبود کیفیت خدمات درمانی گردیده است. با استقرار ضوابط اجرایی لازم و بازنگری‌های مکرر در خصوص دستورالعمل‌های ارزشیابی کیفی بیمارستان‌ها، کیفیت خدمات افزایش می‌یابد.

واژه‌های کلیدی: شاخص‌ها؛ کیفیت مراقبت‌های بهداشتی؛ ارزشیابی؛ بیمارستان‌ها.

نوع مقاله: تحقیقی

پندیرش مقاله: ۸۸/۱۱/۵

اصلاح نهایی: ۸۸/۶/۳۰

دریافت مقاله: ۸۷/۱۲/۱۲

ارجاع: نصیری پور امیر اشکان، عباسی انیس، توفیقی شهرام، بهنام پور ناصر، گوهری محمودرضا. رابطه‌ی استقرار شاخص‌های کیفی ارزشیابی با کیفیت خدمات درمانی در بیمارستان‌های دانشگاه علوم پزشکی گلستان. مدیریت اطلاعات سلامت ۱۳۹۰؛ ۸ (۲): ۱۲۵-۱۳۷.

مقدمه

* این مقاله حاصل پایان‌نامه‌ی دانشجویی در مقطع کارشناسی ارشد و بخشی از طرح تحقیقاتی شماره ۳۵/۶۸۶۶ با حمایت مالی دانشگاه علوم پزشکی گلستان می‌باشد.

۱. استادیار، مدیریت خدمات بهداشتی درمانی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد علوم و تحقیقات تهران، تهران، ایران.

۲. کارشناس ارشد، مدیریت خدمات بهداشتی درمانی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد علوم و تحقیقات تهران، تهران، ایران. (نویسنده‌ی مسؤول)

۳. استادیار، مدیریت خدمات بهداشتی درمانی، دانشگاه علوم پزشکی بقیه ا...، تهران، ایران.

۴. مربی، آمار حیاتی، دانشگاه علوم پزشکی گلستان، گرگان، ایران.

۵. استادیار، آمار حیاتی، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران.

بیمارستان‌ها به عنوان مرکز ثقل ارائه‌ی مراقبت‌های بهداشتی و درمانی، از عوامل تعیین‌کننده در توفیق بخش بهداشت و درمان و گسترش عادلانه‌ی مراقبت‌ها در کلیه سطوح شبکه به شمار می‌روند (۱). تأکید بیش از حد بر شاخص‌های کمی در نظام ارزشیابی بیمارستان‌ها، باعث افت عملکرد مراکز درمانی و

میزان‌های دیگر از قبیل میزان مرگ‌ها، عوارض ناخواسته، توان تأمین مالی بیمارستان‌ها و توانایی بیمارستان‌ها برای سازگاری با آخرین و جدیدترین شیوه‌های درمانی توجهی نداشته است. همچنین نتایج مطالعات فراوان بازرنگری و تصحیح معیارهای ارزشیابی فعلی بیمارستان‌ها را ضروری می‌داند (۹-۷).

در ایران دفتر ارزشیابی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی با تأکید بر شاخص‌های ساختاری و منابع، بیمارستان‌ها را درجه‌بندی می‌نماید. اما پاره‌ای از تحقیقات و نتایج تحقیقات بالا نشان می‌دهد که ارزشیابی و درجه‌بندی بیمارستان‌ها با تأکید بر این شاخص‌ها به تنهایی کافی نیست و دارای نارسایی‌های مهمی است (۲). بنابراین جایگاه راهکارهایی علمی جهت غلبه نمودن بر این نارسایی‌ها در نظام درمانی کشور خالی است و هنوز هم پر نشده است، اما چند سال است در حوزه سلامت وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، تلاش‌هایی از قبیل تنظیم و افزودن دستورالعمل‌های مراقبت‌های مدیریت شده در قالب شاخص‌های کیفی ارزشیابی، آغاز شده است تا این موضوع مهم را به منصفه عمل برساند.

از این‌رو، پژوهش حاضر به منظور بررسی وضعیت اجرای دستورالعمل مراقبت‌های مدیریت شده در خصوص نسبت سزارین به کل زایمان‌ها، میزان مصرف آنتی‌بیوتیک پروفیلاکسی قبل از جراحی، رعایت ضوابط ارزیابی‌های لازم قبل از اعمال جراحی الکتیو و میزان مصرف داروهای مسکن قبل و بعد از استقرار آن‌ها (به عنوان شاخص‌های کیفی ارزشیابی بیمارستان‌ها) و رابطه‌ی استقرار آن‌ها با کیفیت خدمات درمانی انجام گرفت.

روش بررسی

این پژوهش یک مطالعه‌ی تحلیلی بود که در آن بر اساس اطلاعات موجود در پرونده‌های بیماران، قبل از ابلاغ دستورالعمل مراقبت‌های مدیریت شده و بعد از ابلاغ آن، کیفیت خدمات اندازه‌گیری و نتایج آن با یکدیگر مقایسه شده است. جامعه‌ی آماری، پرونده‌های بیمارانی بود که طی

عدم انگیزه برای ارتقای فرایندهای درمانی آن‌ها شده است. از این‌رو فقدان یک ساز و کار ارزشیابی مؤثر بر عملکرد بیمارستان‌ها، باعث افزایش نارضایتی مردم از بخش درمان کشور می‌گردد (۲).

مراقبت مدیریت شده به روشی اتلاق می‌شود که مراقبت سلامتی را با یک کیفیت قابل قبول در سطح جامعه و بیشترین کارایی و اثربخشی ممکن عرضه می‌کند. هدف مراقبت مدیریت شده، برقراری روشی مناسب برای مراقبت از بیمار، تشخیص روش‌های درمانی غیر ضروری و تشخیص پزشکی است که خارج از هنجارهای جامعه‌ی بهداشتی و درمانی عمل می‌کنند تا رفتارشان را تغییر دهند (۴، ۳).

در کشور ما به منظور ارتقای فرایند ارایه‌ی خدمات درمانی، رعایت حقوق بیماران، افزایش کیفیت در ارایه‌ی خدمات درمانی و ایجاد وحدت رویه در خط مشی‌های درمانی، برخی از دستورالعمل‌های مراقبت‌های مدیریت شده، در قالب شاخص‌های کیفی ارزشیابی جهت کاربرد و به منظور کیفی کردن ارزشیابی بیمارستان‌ها به کلیه‌ی بیمارستان‌های کشور در سال ۸۲ ابلاغ گردیده است (۵). اما جهت تحقق اهداف مذکور، شناسایی بستر اجرایی مناسب با مبانی قانونی و ضمانت‌های اجرایی لازم، جهت پیاده‌سازی این دستورالعمل‌ها لازم و ضروری به نظر می‌رسد.

نتایج پژوهش نصیری‌پور و همکاران نشان می‌دهد که کاربرد دستورالعمل مراقبت‌های مدیریت شده بر ارزیابی قبل از اعمال جراحی می‌تواند نقش سازنده‌ای در کاهش عوارض ناشی از اعمال جراحی و بهبود کیفیت خدمات ایفا نماید (۶).

مطالعات بسیاری در مورد ارتباط بین درجه‌ی ارزشیابی بیمارستان‌ها با میزان عملکرد و دستیابی آن‌ها به مراقبت‌های با کیفیت در داخل و خارج کشور صورت گرفته است که نتایج پژوهش‌ها حاکی از آن است که ارتباطی بین درجه‌ی اعتبار بخشی بیمارستان‌ها و مراقبت‌های با کیفیت نیست. همچنین نتایج پژوهش‌ها در خارج کشور نشان داده است که شورای مشترک اعتبار بخشی در طول ۵۰ سال گذشته، به طور تقریبی فقط میزان‌های ساختاری و فرایندی را به کار برده است و به

منظور مقایسه‌ی یکسان، پرونده‌هایی با اعمال جراحی یکسان در سال ۱۳۸۱ و ۱۳۸۶ مورد مطالعه قرار گرفتند. در مجموع ۷۹۲ پرونده طی این ۲ سال جهت هر ۳ دستورالعمل مورد ارزیابی قرار گرفت. جهت بررسی میزان سزارین‌ها کلیه‌ی فرم‌های آماری مربوط بررسی گردید. تعداد نمونه‌ی به دست آمده مطابق جدول ۱ می‌باشد.

در این پژوهش، در واقع محقق مداخله‌ای را که در سال ۱۳۸۲ توسط وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی صورت گرفت و شامل ابلاغ دستورالعمل‌های مراقبت مدیریت شده به صورت استقرار شاخص‌های کیفی ارزشیابی بود، بدون هیچ گونه مداخله‌ای و بر اساس اطلاعات موجود در پرونده‌ی بیماران ثبت کرده است.

داده‌ها از طریق سه نمونه چک لیست استاندارد و تدوین شده توسط وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی مربوط به دستورالعمل‌های مراقبت‌های مدیریت شده و یک فرم اطلاعاتی نسبت سزارین به کل زایمان‌ها گردآوری شد (۵). گردآوری داده‌ها توسط چک لیست و فرم اطلاعاتی انجام شد. عملکرد هر بیمارستان در خصوص هر یک از آیت‌های چک لیست، نمره‌دهی و در نرم‌افزار SPSS ثبت گردید. به منظور تعیین رابطه‌ی استقرار هر یک از شاخص‌های کیفی با کیفیت خدمات بیمارستانی مربوط از آزمون آماری χ^2 استفاده شد.

سال‌های ۱۳۸۱ و ۱۳۸۶، در بیمارستان‌های پایلوت دانشگاه علوم پزشکی گلستان (بیمارستان‌های عمومی دولتی مجری طرح استقرار شاخص‌های کیفی) تحت عمل جراحی قرار گرفته بودند و یا از داروهای مسکن استفاده کرده بودند. همچنین کلیه‌ی مادران بارداری که در بیمارستان‌های مذکور در این فاصله زمانی زایمان نموده بودند.

جهت بررسی میزان سزارین‌ها کلیه‌ی فرم‌های آماری مربوط بررسی گردید و برای سایر مراقبت‌ها از آنجا که جامعه‌ی آماری مورد مطالعه از ۷ بیمارستان مختلف تشکیل شده بود، برای تقسیم حجم نمونه، به روش طبقه‌ای متناسب، عمل شد. در این پژوهش هر بیمارستان یک طبقه در نظر گرفته شد و به تناسب تعداد اعمال جراحی هر بیمارستان، تعداد ۳ تا ۶ پرونده از بیمارانی که تحت عمل جراحی قرار گرفته‌اند و یا از داروهای مسکن استفاده نموده‌اند، هر ماه به طور متناسب در بین بیمارستان‌های مورد مطالعه توزیع شد. برای انتخاب هر پرونده در سال ۱۳۸۱، به صورت تصادفی و طبقه‌ای عمل شد. در سال ۱۳۸۶ نمونه‌گیری به صورت مبتنی بر هدف انجام شد و به صورت منتخب پرونده پزشک مشخص در سال ۱۳۸۱ با نوع عمل جراحی مشخص، در سال ۱۳۸۶ پرونده‌ی همان پزشک، با همان نوع عمل جراحی انتخاب شد. در صورت عدم فعالیت آن پزشک در سال ۱۳۸۶ در بیمارستان‌های مورد مطالعه، به

جدول ۱: نمونه پژوهش

نام بیمارستان	تعداد نمونه در سال ۱۳۸۱	تعداد نمونه در سال ۱۳۸۶	کل نمونه
امام خمینی (ره) بندر ترکمن	۶۰	۶۰	۱۲۰
شهدا بندر گز	۳۶	۳۶	۷۲
امیرالمومنین (ع) کردکوی	۷۲	۷۲	۱۴۴
قائم (عج) علی آباد	۶۰	۶۰	۱۲۰
فاطمه الزهرا (س) مینودشت	۳۶	۳۶	۷۲
شهدای گنبد	۶۰	۶۰	۱۲۰
شهید مطهری گنبد	۷۲	۷۲	۱۴۴
جمع پرونده‌ها	۳۹۶	۳۹۶	۷۹۲

یافته‌ها

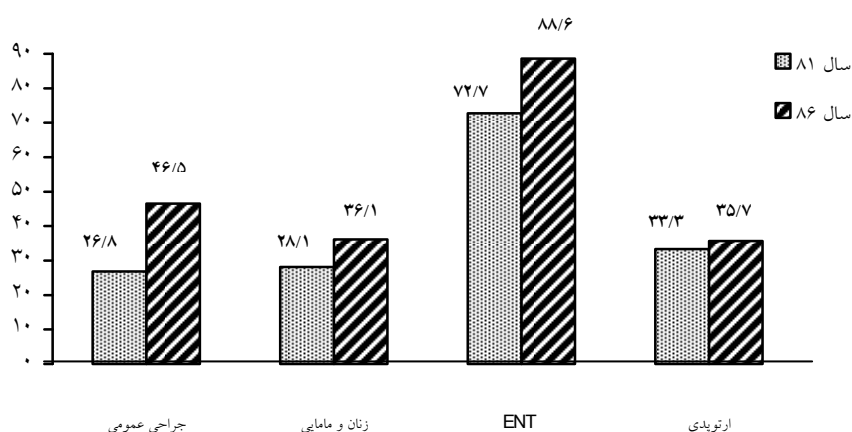
در رابطه با دستورالعمل مراقبت مدیریت شده، ارزیابی قبل از اعمال جراحی، در سال ۱۳۸۱ در ۵/۱ درصد پرونده‌های مورد بررسی، دستورالعمل ارزیابی پیش از اعمال جراحی الکتیو به طور کامل رعایت شده بود که در سال ۱۳۸۶ به ۳۲/۱ درصد رسید. به طور کلی رابطه‌ی ابلاغ این دستورالعمل با کیفیت خدمات درمانی در بیمارستان‌های دانشگاه علوم پزشکی گلستان مثبت و معنی‌دار بود ($\alpha = 0/05, P < 0/001$) (جدول ۲).

در مورد دستورالعمل ارزیابی پیش از اعمال جراحی، بهترین عملکرد را در سال ۱۳۸۶ به ترتیب بیمارستان‌های فاطمه الزهرا (س) مینودشت و شهدای بندر گز داشتند که به ترتیب در ۹۱/۷ درصد و ۸۳/۳ درصد پرونده‌ها، دستورالعمل ارزیابی پیش از اعمال جراحی الکتیو به طور کامل رعایت شده است (جدول ۲). در سال ۱۳۸۱ و ۱۳۸۶ به غیر از ثبت معیارهای انجمن بیهوشی آمریکا (۶/۲ درصد در سال ۱۳۸۱ و ۵۳/۸ درصد در سال ۱۳۸۶)، به طور متوسط ۹۱ درصد از بقیه‌ی موارد عنوان شده در دستورالعمل در سال ۱۳۸۱ و ۹۵ درصد در سال ۱۳۸۶ برای بیماران پیش از عمل جراحی الکتیو رعایت شده است که این تغییر از نظر آماری معنی‌دار است ($P < 0/002$). غیر از درخواست آزمایش‌های پاراکلینیک، در سایر موارد قید شده در دستورالعمل ارزیابی قبل از اعمال جراحی، بین ابلاغ

دستورالعمل مذکور و میزان رعایت آن‌ها رابطه‌ی معنی‌دار و مثبتی وجود داشت (جدول ۳).

در رابطه با دستورالعمل مراقبت مدیریت شده آنتی‌بیوتیک تراپی پروفیلاکتیک قبل از جراحی، در سال ۱۳۸۱، در ۳۱/۶ درصد پرونده‌ها دستورالعمل آنتی‌بیوتیک پروفیلاکسی به طور کامل رعایت شده است که در سال ۱۳۸۶ به ۴۴/۹ درصد افزایش یافته است. یافته‌ها نشان داد که رابطه‌ی استقرار این دستورالعمل با میزان مطابقت مصرف آن، در بیمارستان‌های دانشگاه علوم پزشکی گلستان مثبت و معنی‌دار بود ($\alpha = 0/05, P < 0/001$). بهترین عملکرد را در سال ۱۳۸۶ به ترتیب بیمارستان‌های شهید مطهری گنبد، با رعایت دستورالعمل فوق در ۷۲/۲ درصد پرونده‌ها و امیرالمومنین (ع) کردکوی با ۶۲/۵ درصد داشته‌اند.

در سال ۱۳۸۱، تنها در ۴۵/۷ درصد پرونده‌ها زمان تجویز آنتی‌بیوتیک (۳۰-۴۵ دقیقه قبل از عمل) با دستورالعمل استاندارد تطابق داشته است و در ۵۴/۳ درصد موارد حین و بعد از عمل تجویز شده است که در سال ۱۳۸۶ به ۶۲/۱ درصد تطابق رسید. در سال ۱۳۸۱ در ۴۶/۵ درصد موارد، آنتی‌بیوتیک بیشتر تجویز شده است که این میزان در سال ۱۳۸۶ به ۳۳/۳ درصد کاهش یافت (جدول ۲). دستورالعمل مذکور در اعمال جراحی گوش و حلق و بینی بیش از سایر انواع اعمال جراحی رعایت گردیده است (نمودار ۱).



نمودار ۱: میزان اجرای دستورالعمل آنتی‌بیوتیک پروفیلاکسی در انواع اعمال جراحی در سال‌های ۱۳۸۱ و ۱۳۸۶

جدول ۲: توزیع فراوانی پرونده‌های مورد مطالعه بر حسب میزان اجرای شاخص‌های کیفی ارزشیابی در سال‌های ۱۳۸۱ و ۱۳۸۶

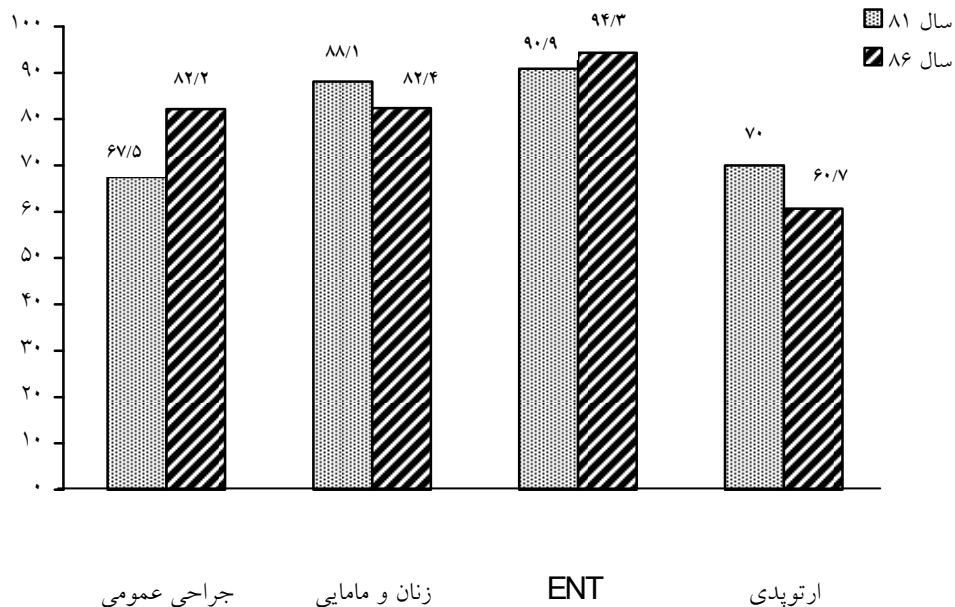
نام بیمارستان	سال	دستورالعمل ارزیابی پیش از عمل جراحی		دستورالعمل آنتی بیوتیک پروفیلاکسی		دستورالعمل تسکین درد	
		رعایت	عدم رعایت	رعایت	عدم رعایت	رعایت	عدم رعایت
شهدای گنبد	۱۳۸۱	۰	۶۰	۱	۵۹	۵۷	۳
	درصد	۰	۱۰۰	۱/۷	۹۸/۳	۹۵	۵
شهدای گنبد	۱۳۸۶	۰	۶۰	۲	۵۸	۵۴	۶
	درصد	۰	۱۰۰	۳/۳	۹۶/۷	۹۰	۱۰
شهید مطهری گنبد	۱۳۸۱	۰	۷۲	۳۲	۴۰	۵۷	۱۵
	درصد	۰	۱۰۰	۴۴/۴	۵۵/۶	۷۹/۲	۲۰/۸
شهید مطهری گنبد	۱۳۸۶	۰	۷۲	۵۲	۲۰	۶۴	۸
	درصد	۰	۱۰۰	۷۲/۲	۲۷/۸	۸۸/۹	۱۱/۱
فاطمه الزهرا (س) مینودشت	۱۳۸۱	۰	۳۶	۱۵	۲۱	۲۵	۱۱
	درصد	۰	۱۰۰	۴۱/۷	۵۸/۳	۶۹/۴	۳۰/۶
فاطمه الزهرا (س) مینودشت	۱۳۸۶	۳۳	۳	۱۵	۲۱	۲۹	۷
	درصد	۹۱/۷	۸/۳	۴۱/۷	۵۸/۳	۸۰/۶	۱۹/۴
قائم (عج) علی آباد	۱۳۸۱	۰	۶۰	۷	۵۳	۴۴	۱۶
	درصد	۰	۱۰۰	۱۱/۷	۸۸/۳	۷۳/۳	۲۶/۷
قائم (عج) علی آباد	۱۳۸۶	۹	۵۱	۱۶	۴۴	۵۵	۵
	درصد	۱۵	۸۵	۲۶/۷	۷۳/۳	۹۱/۷	۸/۳
امیرالمومنین (ع) کردکوی	۱۳۸۱	۰	۷۲	۳۸	۳۴	۶۴	۸
	درصد	۰	۱۰۰	۵۲/۸	۴۷/۲	۸۸/۹	۱۱/۱
امیرالمومنین (ع) کردکوی	۱۳۸۶	۳۳	۳۹	۴۵	۲۷	۶۶	۶
	درصد	۴۵/۸	۵۴/۲	۶۲/۵	۳۷/۵	۹۱/۷	۸/۳
امام خمینی (ره) بندر ترکمن	۱۳۸۱	۰	۶۰	۳	۵۷	۳۶	۲۴
	درصد	۰	۱۰۰	۵	۹۵	۶۰	۴۰
امام خمینی (ره) بندر ترکمن	۱۳۸۶	۲۲	۳۸	۲۷	۳۳	۴۲	۱۸
	درصد	۳۶/۷	۶۳/۳	۴۵	۵۵	۷۰	۳۰
شهدای بندر گز	۱۳۸۱	۲۰	۱۶	۲۹	۷	۲۵	۱۱
	درصد	۵۵/۶	۴۴/۴	۸۰/۶	۱۹/۴	۶۹/۴	۳۰/۶
شهدای بندر گز	۱۳۸۶	۳۰	۶	۲۱	۱۵	۲۷	۹
	درصد	۸۳/۳	۱۶/۷	۵۸/۳	۴۱/۷	۷۵	۲۵
کل بیمارستان‌ها (جمع)	۱۳۸۱	۲۰	۷۷۲	۱۲۵	۶۶۷	۳۰۸	۴۸۴
	درصد	۲/۵	۹۷/۵	۱۵/۸	۸۴/۲	۳۸/۸	۶۱/۲
کل بیمارستان‌ها (جمع)	۱۳۸۶	۱۲۷	۶۶۵	۱۷۸	۶۱۴	۳۳۷	۴۵۵
	درصد	۱۶	۸۴	۲۲/۴	۷۷/۶	۴۲/۵	۸۸/۵

جدول ۳: توزیع فراوانی پرونده‌های مورد مطالعه بر حسب ثبت دلایل انجام آزمایش‌های ضروری در سال‌های ۱۳۸۱ و ۱۳۸۶

سال	ثبت دلایل انجام آزمایش‌های ضروری			جمع پرونده‌ها
	انجام آزمایش بدون دلیل	انجام آزمایش با دلیل	عدم انجام آزمایش اضافی	
۱۳۸۱	تعداد: ۸۳	۱۰۶	۲۰۷	۳۹۶
	درصد: ۲۱	۲۶/۸	۵۲/۳	۱۰۰
۱۳۸۶	تعداد: ۱۰۴	۱۰۹	۱۸۳	۳۹۶
	درصد: ۲۶/۳	۲۷/۵	۴۶/۲	۱۰۰

بین ابلاغ دستورالعمل تسکین درد و میزان رعایت آن در کلیه‌ی بیمارستان‌ها به جز بیمارستان شهدای گنبد رابطه‌ی مثبت و معنی‌داری وجود داشت. رابطه‌ی استقرار شاخص‌های کیفی تسکین درد، با میزان رعایت ضوابط آن در اعمال جراحی عمومی قوی‌تر بود ($P = ۰/۰۰۹$, $\alpha = ۰/۰۵$) (نمودار ۲).

طی سال ۱۳۸۱ در ۷۷/۸ درصد پرونده‌ها، راهنمای تسکین درد به طور کامل رعایت شده بود که این میزان در سال ۱۳۸۶ به ۸۵/۱ درصد افزایش یافت ($P = ۰/۰۰۲$, $\alpha = ۰/۰۵$) (جدول ۲). بهترین عملکرد را در سال ۱۳۸۶ بیمارستان‌های قائم (عج) علی آباد و امیرالمومنین (ع) کردکوی با ۹۱/۷ درصد داشته‌اند.



نمودار ۲: میزان اجرای دستورالعمل تسکین درد در انواع اعمال جراحی در سال‌های ۱۳۸۱ و ۱۳۸۶

سال ۱۳۸۱ و ۱۳۸۶ به ترتیب در ۹۸ درصد و ۹۷ درصد از موارد، به ذکر علت سزارین پرداخته شده است. بعد از ابلاغ دستورالعمل، نسبت سزارین به کل زایمان‌ها در بیمارستان امام خمینی (ره) بندر ترکمن نسبت سزارین بیشتر کاهش یافت؛ به طوری که درصد سزارین در این بیمارستان از ۵۷ درصد در سال ۱۳۸۱ به ۳۳ درصد در سال ۱۳۸۶ کاهش یافت. بعد از آن بیمارستان‌های قائم (عج) علی آباد و شهدای گنبد قرار داشتند. متوسط درصد سزارین در بیمارستان شهدای بندر گز در سال ۱۳۸۶ نه تنها کاهش نداشت، بلکه از ۵۹ درصد به ۶۳ درصد افزایش نشان داده است (جدول ۴).

متوسط درصد سزارین در سال ۱۳۸۱، در بیمارستان‌های مورد مطالعه ۴۹ درصد بوده است که در سال ۱۳۸۶ به ۴۲ درصد کاهش یافته است. این تغییر از نظر آماری در سطح خطای $\alpha = 0/05$ معنی‌دار است ($P < 0/001$). بیشترین اندیکاسیون سزارین با ۲۹ درصد در سال ۱۳۸۱ و ۳۳ درصد در سال ۱۳۸۶ مربوط به اندیکاسیون سزارین قبلی می‌باشد. بعد از آن اندیکاسیون عدم تناسب سر جنین با لگن مادر ۱۸ درصد در سال ۱۳۸۱ و ۱۰ درصد در سال ۱۳۸۶ بود. در سال ۱۳۸۱ و ۱۳۸۶ به ترتیب در ۲ درصد و ۳ درصد موارد سزارین، اندیکاسیون سزارین انتخابی ثبت شده است و به عبارتی در

جدول ۴: مقایسه‌ی تعداد و درصد زایمان طبیعی و سزارین در سال‌های ۱۳۸۱ و ۱۳۸۶

نام بیمارستان	سال	سزارین		زایمان طبیعی		جمع
		تعداد	درصد	تعداد	درصد	
شهدای گنبد	۱۳۸۱	۱۸۴۵	۳۹	۲۸۸۵	۶۱	۴۷۳۰
	۱۳۸۶	۱۴۳۶	۳۰	۴۳۸۶	۷۰	۵۸۲۲
فاطمه الزهرا (س) مینودشت	۱۳۸۱	۴۶۸	۲۹	۱۱۴۷	۷۱	۱۶۱۵
	۱۳۸۶	۶۵۱	۲۹	۱۶۱۶	۷۱	۲۲۶۷
قائم (عج) علی آباد	۱۳۸۱	۱۱۱۴	۴۶	۱۳۰۷	۵۴	۲۴۲۱
	۱۳۸۶	۱۰۳۴	۳۴	۱۷۸۲	۶۶	۲۸۱۶
امیرالمومنین (ع) کردکوی	۱۳۸۱	۱۰۶۵	۶۵	۵۷۴	۳۵	۱۶۳۹
	۱۳۸۶	۹۳۶	۶۵	۵۰۹	۳۵	۱۴۴۵
امام خمینی (ره) بندر ترکمن	۱۳۸۱	۱۰۹۶	۵۷	۸۲۷	۴۳	۱۹۲۳
	۱۳۸۶	۵۶۹	۳۳	۱۱۱۷	۶۷	۱۶۸۶
شهدای بندر گز	۱۳۸۱	۱۴۹	۵۹	۱۰۳	۴۱	۲۵۲
	۱۳۸۶	۲۳۰	۶۳	۱۳۶	۳۷	۳۶۶

بحث

نتایج پژوهش حاضر در مورد مراقبت مدیریت شده ارزیابی قبل از عمل، نشان داد در بیمارستان‌هایی که در آن‌ها فرم ارزیابی قبل از اعمال جراحی الکتیو در پرونده‌ی بیماران ضمیمه گردیده بود، دستورالعمل فوق بیشتر رعایت گردیده است. همچنین برگزاری کلاس‌های آموزشی برای متخصصین و کارکنان در بیمارستان، استقبال نسبی متخصصین شاغل در بیمارستان و توجه نمودن آن‌ها طی دوره‌ی دستبازی در رعایت بیشتر این دستورالعمل بسیار مؤثر بوده است.

در سال ۱۳۸۶ درخواست‌های اضافه بدون اندیکاسیون علمی برای رادیوگرافی قفسه سینه، الکتروکاردیوگرافی و سایر آزمایش‌ها وجود داشت و دلیل انجام اضافه‌ی آن‌ها اعتقاد پزشکان به ارزیابی کامل بیمار و یافتن عوامل خطر قبل از اعمال جراحی توسط این اقدامات تشخیصی بود.

پژوهش‌های بسیاری نشان می‌دهد که اندازه و نوع آزمایش‌های قبل از عمل به طور گسترده‌ای طی ۲ دهه‌ی اخیر متحول شده‌اند؛ چرا که درخواست آزمایش‌های اضافه بدون در نظر گرفتن جنبه‌های علمی و عملی باعث بروز مشکلاتی از قبیل تحمیل هزینه‌های غیر ضروری به بیماران، به تعویق افتادن پرونده‌ها و فرآیندهای درمانی بیماران، اقدامات تهاجمی تشخیصی غیر ضروری توأم با عوارض برای بیماران، صرف انرژی و اتلاف زمان، ارزیابی و صرف هزینه از سوی منابع مالی و صندوق بیمه‌ها و فرسودگی و کاربری بیش از حد وسایل و تجهیزات پزشکی تشخیصی می‌شود (۵).

نتایج مطالعات کرباسی و همکاران (۱۰)، افهمی و همکاران (۱۱) و نیز نصیری‌پور و همکاران (۶) بیانگر تأیید اقدامات اشاره شده در دستورالعمل ارزیابی پیش از اعمال جراحی می‌باشد و با مطالعه‌ی حاضر مطابقت دارد.

نتایج مطالعات مذکور حاکی از آن است که معاینات بالینی و گرفتن تاریخچه‌ی دقیق بیمار قبل از بیهوشی، بهترین روش برای ارزیابی خطر بیهوشی و اعمال جراحی و اسکرین نمودن بیماران است و به تنهایی می‌تواند پایه‌ای منطقی برای بررسی بیماران در حین عمل باشد و با صرف کمی وقت و

بررسی دقیق‌تر بالینی می‌توان از تحمیل هزینه‌ی اضافی بر بیمار و سیستم بهداشتی درمانی و بروز عوارض احتمالی جلوگیری نمود (۱۳، ۱۲).

موارد اصلی مغایرت مصرف آنتی‌بیوتیک پروفیلاکسی در بیمارستان‌های دانشگاه علوم پزشکی گلستان به دلایل زیر بود: - در اعمال جراحی تمیز که احتیاج به تجویز آنتی‌بیوتیک وجود ندارد، در اکثر موارد تجویز آنتی‌بیوتیک انجام شده بود که دلایل آن توسط جراحان، عدم اطمینان به بسته‌های استریل و وسایل جراحی، لوازم مصرفی و بهداشت اتاق عمل عنوان گردید.

- در مورد عدم رعایت نوع آنتی‌بیوتیک تجویز شده مطابق دستورالعمل، بیشتر آنتی‌بیوتیک‌هایی نظیر جنتامایسین و کلیندامایسین تجویز شده بود که جراحان دلیل آن را عدم پاسخ آنتی‌بیوتیک سفتریاکسون یا مترونیدازول یا سفازولین و مترونیدازول دانسته‌اند.

- در مواردی که تجویز آنتی‌بیوتیک بیشتر از دوز مورد اشاره در دستورالعمل تجویز شده بود، دلایل آن را عدم کفایت دوز مورد نظر در دستورالعمل، عدم تطابق دوز مورد نظر با کتاب‌های علمی و شرایط اتاق عمل دانستند.

نتایج پژوهش‌های بسیاری نشان می‌دهد که تجویز آنتی‌بیوتیک پروفیلاکسی باید با توجه به عوارض و منافع حاصل از آن مورد سنجش قرار گیرد و همچنین توصیه می‌شود که در تجویز آنتی‌بیوتیک پروفیلاکسی از آنتی‌بیوتیک‌های مطمئن، ارزان و باکتری‌سید با طیف وسیع استفاده شود (۱۵، ۱۴).

نتایج مطالعات مختلف از جمله پژوهش هداوند و همکاران (۱۶) و سخاوت و همکاران (۱۷) به منظور تعیین تأثیر تجویز آنتی‌بیوتیک پروفیلاکسی در سزارین کم خطر جهت کاهش عوارض عفونی نشان داد که عدم استفاده از آنتی‌بیوتیک پروفیلاکسی در بیماران با سزارین الکتیو و یا کم خطر، بدون عارضه‌ی قبلی و عارضه‌ی عفونی قبلی، باعث افزایش عوارض عفونی نمی‌گردد. پژوهشگران با توجه به نتایج، پیشنهاد می‌کنند که استفاده از آنتی‌بیوتیک پروفیلاکسی تنها به سزارین‌های با

پزشکان شاغل در بیمارستان‌های استان گلستان بلکه اکثر پزشکان، از مخدرها به عنوان اولین خط درمانی برای کاهش درد بعد از اعمال جراحی استفاده می‌کنند، ولی به علت تضعیف سیستم تنفسی، خواب آلودگی و ایجاد وابستگی به این داروها، توصیه می‌شود که جایگزینی توسط ضد التهاب‌های غیر استروئیدی انجام شود. فواید این دارو در مقایسه با مخدرها شامل عدم ضعف سیستم تنفسی، عدم اعتیاد به دارو و کمتر بودن اثرات خواب آور می‌باشد و به همین دلیل استراحت کمتر در بستر و در واقع بهبودی سریع‌تر را باعث می‌شود (۲۱، ۲۰).

در کشورهای پیشرفته این تفکر حاکم است که درمان درد حق بیمار است و اداره‌ی درد جزیی از درمان بیمار می‌باشد (۲۲). از این رو باید به منظور ارتقای کیفیت خدمات بالینی بیمارستان‌های استان گلستان، به استانداردهای درد و اداره‌ی آن در بیمارستان توجه بیشتری شود.

با تحلیل دقیق نسبت سزارین به کل زایمان‌ها در کلیه‌ی بیمارستان‌های استان گلستان مشخص شد که آمار سزارین در استان در سال ۱۳۸۶ کاهش چشم‌گیری نداشته است. زیرا این میزان از بیمارستان‌های دولتی به بیمارستان‌های خصوصی شیفت یافته است. به طوری که درصد سزارین در بیمارستان‌های خصوصی استان در سال ۱۳۸۱ از ۶۹ درصد به ۷۷ درصد در سال ۱۳۸۶ افزایش یافته است. در سال ۱۳۸۱ و ۱۳۸۶ به ترتیب در ۹۸ درصد و ۹۷ درصد از موارد به ذکر علت سزارین پرداخته شده است که در مقایسه با استاندارد جهانی (۱۵-۵ درصد)، آمار به دست آمده بسیار بالا می‌باشد که نیاز به واکاوی توسط متخصصین مربوط و متولیان امر احساس می‌شود. از سوی دیگر با توجه به این که اساس مراقبت‌های مدیریت شده تعیین نظارت سازمان‌های بیمه‌گر و کنترل هزینه و بهبود کیفیت مراقبت با در نظر داشتن منفعت گیرندگان خدمت می‌باشد، به نظر می‌رسد که در این مورد اجرای دستورالعمل مراقبت مدیریت شده و سیاست‌های کنترل ثبت تشخیص‌های پزشکان مؤثر واقع نشده است.

مطالعات تابنده و کاشانی نشان داد که شایع‌ترین علت سزارین در شهر گرگان، توصیه‌ی پزشک بدون داشتن علت

احتمال خطر بالای عفونت محدود گردد (۱۷، ۱۶).

فرخیان و نحوی در پژوهش خود، استفاده زیاد از آنتی‌بیوتیک‌های پروفیلاکسی جهت پیشگیری از عفونت‌های جراحی را راه مناسبی نمی‌دانند و معتقدند با بهره‌گیری از روش‌های اسپتیک در اعمال جراحی و امکانات بهداشتی مناسب علاوه بر کاهش هزینه‌های ناشی از مصرف زیاد داروها می‌توان هزینه‌های بیمار و بیمارستان را کاهش داد (۱۸).

مصرف بی‌رویه‌ی آنتی‌بیوتیک‌ها هزینه‌ی سنگینی بر بودجه‌ی بهداشت و درمان جامعه تحمیل می‌کند و همچنین با پیدایش سوش‌های مقاوم، سلامت جامعه را تهدید می‌کند. توجه به این نکته ضروری است که هیچ چیز جایگزین تکنیک صحیح جراحی و رعایت اصول اسپتیک نمی‌باشد و آنتی‌بیوتیک پروفیلاکسی در بهترین شرایط نمی‌تواند از پیدایش عفونت، در مواردی که اصول فوق رعایت نشوند، جلوگیری نماید (۱۹). از این رو کلیه‌ی پزشکان باید به رعایت اصول اسپتیک و موارد اشاره شده در دستورالعمل توجه ویژه‌ای نمایند.

موارد اصلی مغایرت با دستورالعمل تسکین درد در بیمارستان‌های دانشگاه علوم پزشکی گلستان به دلایل زیر بود: - در اکثر موارد پزشکان، دلیل استفاده از مسکن تزریقی را عدم مقبولیت عامه در استفاده از شیاف و عدم همکاری بیمار و باور غلط نسبت به مسکن‌های تزریقی دانستند.

- در اغلب موارد تزریقی، ترتیب استفاده از مخدرهای تزریقی رعایت نمی‌شود و مخدر انتخابی در بیشتر موارد پتدین می‌باشد که دلایل استفاده از پتدین را تأثیر بیشتر و عوارض کمتر دارو و اعتیاد برخی بیماران ذکر کردند. اما مصرف پتدین به دلیل عوارض جانبی زیاد، عدم دسترسی به آن در همه‌ی مراکز درمانی، امکان تجویز تنها از طریق تزریق و محدودیت استفاده از آن در بعضی از بیماری‌ها از جمله آسم و زنان باردار با مشکلاتی مواجه است.

- در موارد عدم استفاده از ضد التهاب‌های غیر استروئیدی دلیل آن را عوارض جانبی این گونه داروها نظیر عفونت، آسه، همتوم و ... بیان نمودند.

نتایج پژوهش‌های بسیاری نشان می‌دهد که نه تنها

نمایان ساخته است. در نهایت با توجه به یافته‌های پژوهش در رابطه با وضعیت اجرای مراقبت‌های مدیریت شده در قالب شاخص‌های کیفی ارزشیابی و به منظور اجرای هر چه بهتر دستورالعمل‌های مذکور باید ضمانت‌های اجرایی لازم و بازنگری‌های مکرر در خصوص دستورالعمل‌های مراقبت‌های مدیریت شده صورت گیرد.

۱. آگاه‌سازی کادر تخصصی و پرسنل پرستاری از دستورالعمل‌های مراقبت مدیریت شده،
۲. پویاتر نمودن کمیته‌ی مدیریت کیفی در بیمارستان‌ها (به طوری که موارد عدم تطابق با دستورالعمل‌های مذکور در کمیته مطرح و اقدام مداخله‌ای لازم و بازنگری‌های دوره‌ای با نظر متخصصین مختلف صورت پذیرد)،
۳. قرار دادن آئیمی تحت عنوان رعایت دستورالعمل‌های مراقبت مدیریت شده در کارانه (نظام نوین) پزشکان متخصص،
۴. افزایش سطح آگاهی رؤسا و مدیران بیمارستان‌ها نسبت به دستورالعمل‌های ارزشیابی کیفی بیمارستان‌ها و دستورالعمل‌های مراقبت مدیریت شده به منظور افزایش کیفیت خدمات و کاهش هزینه‌های درمان،

۵. در نظر گرفتن و اختصاص امتیاز بیشتر به شاخص‌های کیفی و عملکردی در برابر شاخص‌های ساختاری T
۶. تهیه‌ی فرم استاندارد ارزیابی پیش از اعمال جراحی الکتیو و قرار دادن در پرونده‌ی بیماران به منظور ثبت موارد مورد نظر در دستورالعمل،

۷. بازنگری دستورالعمل‌های مراقبت مدیریت شده مطابق دانش روز و بررسی پیشنهادهای سایر دانشگاه‌ها در خصوص دلایل عدم اجرای دستورالعمل‌های فوق،

۸. برگزاری دوره‌های آموزشی در خصوص دستورالعمل‌های مراقبت مدیریت شده در دوره‌ی دستیاری متخصصین،

۹. فرهنگ سازی در گیرندگان خدمت در جهت سوق و تمایل بیشتر این افراد به سمت زایمان طبیعی توسط مشاوره و آموزش‌های قبل از زایمان در مراکز درمانی، آرایه‌ی پمفلت‌های آموزشی و استفاده از رسانه‌های عمومی (تأثیرگذار در جامعه)،
۱۰. آرایه‌ی استانداردهای درمانی از طریق تدوین

طبی قطعی (۵۲/۶ درصد) و شایع‌ترین علت تمایل شخصی به سزارین، احساس درد کمتر بود. نتایج این مطالعه، نشان دهنده‌ی بالاتر بودن درصد سزارین در جامعه‌ی علوم پزشکی نسبت به کل جامعه بود (۲۳).

در آمریکای لاتین بین سرانه‌ی تولید ناخالص ملی و میزان سزارین همبستگی وجود دارد و میزان سزارین در بیمارستان‌های خصوصی بالاتر از بیمارستان‌های دولتی بوده است که با پژوهش حاضر هم‌خوانی زیادی نشان می‌دهد (۲۴). برای دستورالعمل مراقبت‌های مدیریت شده سزارین ضمانت اجرایی لازم در نظر گرفته نشده است و برنامه ریزان و مسؤولین مربوط باید جهت کاهش میزان سزارین‌های غیر ضروری بر اساس واقعیت‌های فرهنگی و علمی، راهکارهای مناسبی از جمله آموزش صحیح و به موقع و مشاوره‌ی خانواده و همچنین تهیه‌ی امکانات زایمان بی‌درد و زایمان واژینال پس از سزارین را اتخاذ نمایند تا بتوان از این طریق با کاهش عوارض احتمالی این عمل جراحی، گام مؤثری در جهت ارتقای سطح سلامت مادران و نوزادان برداشت.

نتیجه‌گیری

در کلیه‌ی دستورالعمل‌های مورد بررسی، بین استقرار شاخص‌های کیفی و کیفیت خدمات (رعایت ضوابط دستورالعمل‌های مراقبت مدیریت شده) رابطه‌ی مثبت و معنی‌داری وجود دارد. با توجه به نتایج پژوهش، استقرار شاخص‌های کیفی ارزشیابی از طریق اجرای دستورالعمل‌های مراقبت مدیریت شده تا حدودی منجر به بهبود کیفیت خدمات درمانی گردیده است. از این رو با استقرار ضمانت‌های اجرایی لازم و بازنگری‌های مکرر در خصوص دستورالعمل‌های ارزشیابی کیفی، می‌توان کیفیت بیشتر خدمات درمانی را شاهد بود.

پیشنهادها

توجه مدیران خدمات بهداشتی درمانی به ۳ مقوله‌ی ارتقای کیفیت خدمات، دسترسی و تأمین منابع مالی سازمان‌های ذیربط، اهمیت مراقبت‌های مدیریت شده را بیش از پیش

زایمان طبیعی، زایمان بدون درد و فواید آن و آگاهی از علل و شرایط منجر به سزارین،
۱۹. ارایه‌ی روش‌های زایمان بی‌درد در بیمارستان‌ها با همکاری متخصص زنان و متخصص بیهوشی،
۲۰. بالا بردن سطح آگاهی و افزایش تبحر پرسنل عامل زایمان و بهبود امکانات و تجهیزات زایمان واژینال ایمن،
۲۱. ارتقای کیفی زایشگاه‌ها،
۲۲. تدوین پروتکلی به منظور انجام زایمان ایمن و دادن فرصت کافی در مرحله‌ی اول زایمان برای افزایش میزان زایمان واژینال،
۲۳. قرار دادن درصد انجام سزارین به عنوان یکی از معیارهای ارزشیابی بیمارستان‌ها و مراکز درمانی دست اندر کار زایمان؛ به طوری که میزان سزارین بالاتر از ۲۰ درصد در بیمارستان‌های عمومی (دولتی و خصوصی) و بالاتر از ۲۵ درصد در مراکز ارجاعی (دولتی و خصوصی) به عنوان معیار منفی ارزشیابی شناخته شود،
۲۴. ایجاد ضمانت‌های اجرایی لازم و بازنگری‌های مکرر در خصوص دستورالعمل‌های مراقبت‌های مدیریت شده.

تشکر و قدردانی

از همکاری صمیمانه‌ی کارکنان و پزشکان متخصص محترم شاغل در بیمارستان‌های دانشگاه علوم پزشکی گلستان و حمایت‌های معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی گلستان تشکر و قدردانی می‌گردد.

دستورالعمل‌های مراقبت‌های مدیریت شده شماره‌ی ۵ و بالا بردن سطح علمی پزشکان به ویژه پزشکان متخصص زنان و زایمان (تأثیرگذار در جامعه‌ی پزشکی)،
۱۱. به کارگیری اهرم سیستم بیمه‌گذار در کشور در جهت کاهش پرداخت به زایمان‌های سزارین بدون اندیکاسیون علمی،
۱۲. استفاده از اهرم‌های نظارتی و ارزشیابی جهت هدایت سیستم مدیریت بیمارستان‌ها در ترویج زایمان طبیعی و کاهش آمار میزان سزارین از میزان تعیین شده در دستورالعمل کشوری،
۱۳. مکاتبه با دبیرخانه‌ی شورای عالی بیمه جهت افزایش حق‌الزحمه زایمان طبیعی و کاهش حق‌الزحمه سزارین،
۱۴. قرار دادن درصد سزارین به عنوان یک شاخص در تمديد پروانه‌ی مطب پزشکان متخصص زنان و زایمان،
۱۵. تنظیم و ارایه‌ی ساز و کارهای کنترل لازم جهت تعیین دقت تشخیص‌های پزشکی و اندیکاسیون‌های سزارین،
۱۶. سپردن نقش فعال‌تر به کارشناسان مامایی در زمینه‌ی مراقبت‌های دوران بارداری (این امر می‌تواند در آموزش و آگاهی مادران باردار در خصوص جوانب انتخاب روش زایمان طبیعی و سزارین تأثیر داشته باشد)،
۱۷. تبلیغ روش‌های زایمان طبیعی از طریق رسانه‌های فراگیر،
۱۸. برگزاری کلاس‌های آمادگی زایمان به طور دوره‌ای و منظم جهت آشنایی زنان باردار با آمادگی‌های لازم جهت انجام

References

1. Asef Zadeh S. Medical learning and health care services. Tehran: Scientific and Cultural Institute; 1997. p. 29.
2. Baghbanian A. Survey of The relationship between performances of hospitals affiliated with Shiraz University of Medical Sciences and their evaluation scores, [MSc Thesis] Tehran: Tehran University of Medical Sciences; 2002. p. 2.
3. Davis SR, Meier ST. The elements of managed care: a guide for helping professionals. New York: Wadsworth Thomson Learning; 2001. p. 42.
4. Getzen TE. Health economics: fundamentals and flow of funds. New Jersey: John Wiley & Sons; 1997.
5. Evaluation and accreditation center in care hospital evaluation group. Evaluation Quality Indexes Implementation in Hospitals of health. Tehran: Publications Ministry of Health and Medical Services; 2005. p. 74.

6. Nasiri pour AA, Ebrazeh A, Delgoshaei B. Managed health care evaluation study instructions before surgery in patients in ear, nose and throat hospital in Tehran Merchants. *Journal of Rehabilitation, Tehran Medical Sciences University* 2006; 15(1): 47-52.
7. Arab M, Pour Reza AG, Zerati H, Ravangard R. Is there any relationship between evaluation scores of hospitals affiliated with TUMS and their performance? *Journal of Health Information Management* 2005; 2(1): 1-7.
8. Lovern ED. Good scores don't equal good care; Study finds quality doesn't correspond with JCAHO rating. (Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations) [Online]. *Modern Healthcare* 2002; 32(2). Available from: URL: http://goliath.ecnext.com/coms2/gi_0199-1347286/Good-scores-don-t-equal.html/
9. Griffith JR, Knutzen SR, Alexander JA. Structural versus outcomes measures in hospitals: a comparison of Joint Commission and Medicare outcomes scores in hospitals. *Qual Manag Health Care* 2002; 10(2): 29-38.
10. Karbasi SH, Hosseini SM, Tavakolei MR, Mahmoodi Rad GH. The value of routine chest X-ray examination before minor surgery in geriatrics in the anesthesia planning and anesthetic management. *Journal of Birjand University of Medical Sciences* 2004; 11(2): 40-5.
11. Afhami MR, Rahimi Panah J, Hassan Zadeh Salmasi P, Ataei Y. Value of routine pre-operative chest X-ray in elderly patients. *Armagh Danesh, Journal of Yasuj University of Medical Sciences* 2004; 9(35): 21-9.
12. Archer C, Levy AR, McGregor M. Value of routine preoperative chest x-rays: a meta-analysis. *Can J Anaesth* 1993; 40(11): 1022-7.
13. Miller RD, Cucchiara RF. *Anesthesia*. 5th ed. London: Churchill Livingstone; 2000. p. 24-5.
14. Alizadeh KH, Kazemiyan GH, Hassanzadeh Z, Vaziry K. Soft-tissue surgery without prophylactic antibiotics. *Kowsar Medical Sciences* 2003; 8(3): 235-9.
15. Safaie M, Siabani SH. Comparing single and multiple-dose prophylactic antibiotic in non complicated Appendicitis wound infection. *Feyz, Kashan University of Medical Sciences* 2003; 7(1): 8-12.
16. Hadavand SH, Turkestani F, Zafarghandi N, Zaiery F, Vaziri M. The Effect of Intravenous Cefazolin on Infectious Complications Following Low- Risk Cesarean. *Journal of Zanjan University of Medical Sciences & Health Services* 2007; 15(61): 39-8.
17. Sakhavat L, Karim Zadeh Meibodi MA, Beiki Bandar Abadi O. Study of the efficacy of the use of prophylactic antibiotics in decreasing infectious complications after elective cesarean surgery. *Journal of Shahid Sadoughi University of Medical Sciences and Health System* 2003; 11(2): 32-6.
18. Farokhian P, Nahvi G. Study of the cost of prophylaxis antibiotic in surgery operation in Alzahra hospital, [MSc Thesis] Isfahan: Isfahan University of Medical Sciences; 2005.
19. Hassanzadeh Salmasi S, Parvizi R. A study on prophylactic usage of antibiotics in patients undergoing coronary artery bypass grafts. *Medical Journal of Tabriz University of Medical Sciences* 2003; 25(3): 36-40.
20. A Report by the American Society of Anesthesiologists Task Force on Preanesthesia Evaluation. Practice Advisory for Preanesthesia Evaluation. *Anesthesiology* 2002; 96(2): 485-96.
21. Miller R, Fleisher L, Roger A. General anesthesia. In: Miller S, Editor. *Anesthesia*. London: Churchill Livingstone, 2005. p. 379-410.
22. Furdon SA, Eastman M, Benjamin K, Horgan MJ. Outcome measures after standardized pain management strategies in postoperative patients in the neonatal intensive care unit. *J Perinat Neonatal Nurs* 1998; 12(1): 58-69.
23. Tabandeh A, Kashani E. The prevalancy of cesarean among employed educated women of medical science groups in Gorgan (2005). *Journal of Gorgan University of Medical Sciences* 2007; 9(2): 67-70.
24. Tatari F, Abedi P, Afshari P, Haghhighzadeh MH. Comparative survey of cause's caesarian section in bearing women those refer to province and public hospitals in Mashhad. *Ilam University of Medical Sciences Journal* 2004; 12(1-2): 25-31.

Relationship of Evaluation Quality Indexes Implementation and Quality of Services in Hospitals Affiliated with Golestan University of Medical Sciences, Iran*

Amir Ashkan Nasiripour, PhD¹; Anis Abbasi²; Shahram Tofighi, PhD³;
Naser Behnampour⁴; Mahmoud Reza Gohari, PhD⁵

Abstract

Introduction: To promote the processes of providing medical services, patient's rights and establishing uniformity in treatment policy, the evaluation quality indexes were communicated to all general hospitals in 2002. This study evaluates the implementation of managed care guideline before their communication as evaluation quality indexes of hospitals and their relationship with communication and quality degree of conducted services.

Methods: This study was an analytical study based on information in the records of patients, before and after the communication of managed care guideline. The statistical population including the records of patients who underwent surgery or had delivered in the pilot hospitals affiliated to Golestan University of Medical Sciences in 2002 and 2007, Iran. The sample included 792 cases which were selected by stratified method. Data collected using three types of checklists and a standard information form communicated by the Ministry of Health. Obtained data analyzed by SPSS₁₆ software and χ^2 test.

Results: The preoperative assessment guideline was performed in 5.1% and 32.1% of evaluated documents in 2002 and 2007, respectively ($P < 0.001$). The prophylactic antibiotic guideline was performed in 31.6% and 44.9% of documents in 2002 and 2007, respectively ($P < 0.001$). The pain relief guideline was fully performed in 77.8% and 85.1% of documents in 2002 and 2007, respectively ($P = 0.001$). Cesarean section ratio to total deliveries in investigated hospitals were 49% in 2002 and decreased significantly to 42% in 2007 ($P < 0.001$). Most cesarean indication belongs to repeated cesarean section indication. Generally, in all investigated indexes there were positive and significant relation between establishing of Evaluation quality indexes and services quality.

Conclusion: Implementation of managed care guideline led to improvement of quality in medical services. Establishing of guarantees and continuous rechecking regarding the quality assessment communications, could improve the quality of services in the future.

Key words: Indicators; Quality of Healthcare; Evaluation; Hospitals.

Type of article: Original article

Received: 2 Mar, 2009

Accepted: 25 Jan, 2010

Citation: Nasiripour AA, Abbasi A, Tofighi Sh, Behnampour N, Gohari MR. **Relationship of Evaluation Quality Indexes Implementation and Quality of Services in Hospitals Affiliated with Golestan University of Medical Sciences, Iran.** Health Information Management 2011; 8(2): 137.

* This paper is outcome of MSc thesis and the part of research project No. 35.6866 with support of Golestan University of Medical Sciences.

1. Assistant Professor, Health Services Management, Science and Research Branch, Islamic Azad University, Tehran, Iran.

2. MSc, Health Services Management, Science and Research Branch, Islamic Azad University, Tehran, Iran. (Corresponding Author) Email: anis1299@yahoo.com

3. Assistant Professor, Health Services Management, Baghiatollah University of Medical Sciences, Tehran, Iran.

4. Lecturer, Vital Statistics, Golestan University of Medical Sciences, Gorgan, Iran.

5. Assistant Professor, Vital Statistics, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran.

خود- ارزیابی بر اساس مدل تعالی سازمانی در بیمارستان‌های منتخب شهر اهواز*

سارا رکاب اسلامی زاده^۱، امین ترابی پور^۲

چکیده

مقدمه: بنیاد اروپایی، مدیریت کیفیت مدل EFQM (European foundation for quality management) را برای تعیین میزان رشد و تعالی سازمان و ترسیم راه رسیدن به تعالی سازمانی تدوین کرده است. این مدل برای شناسایی وضعیت موجود سازمان در مقایسه با یک سازمان ایده آل به کار می‌رود. هدف از انجام این مقاله، تعیین امتیاز خود- ارزیابی عملکرد در بیمارستان‌های منتخب شهر اهواز بر اساس مدل EFQM بوده است.

روش بررسی: این مطالعه، یک مطالعه مقطعی و توصیفی- تحلیلی است. جامعه‌ی پژوهش آن را ۵۰ نفر از مدیران بیمارستانی شامل (مدیران ارشد و معاونین آن‌ها، متروین‌ها و مسئولین واحدها و بخش‌ها) تشکیل دادند. داده‌ها از طریق پرسش‌نامه‌ی استاندارد و معتبر خود- ارزیابی سازمان فدراسیون مدیریت کیفیت اروپا شامل ۵۰ سؤال در زمینه‌ی ۹ معیار گردآوری شد. پایایی پرسش‌نامه بر اساس آزمون ۸۰ درصد تعیین شد. داده‌ها بر اساس آزمون‌های آماری تحلیلی شامل χ^2 و ضریب همبستگی Pearson و نیز آزمون‌های توصیفی مانند توزیع فراوانی، میانگین، انحراف معیار و ... توسط نرم‌افزار آماری SPSS^{۱۱/۵} تجزیه و تحلیل شدند.

یافته‌ها: در این مطالعه، ۷۶ درصد افراد مورد مطالعه (ارزیابان داخلی) زن و ۲۴ درصد مرد بودند. اکثر افراد (۴۲ درصد) ۳۶-۴۰ سال سن داشتند. ۹۰ درصد افراد دارای مدرک تحصیلی لیسانس و بالاتر بودند. در زمینه‌ی سابقه‌ی کار، اکثر افراد (۴۸ درصد) دارای ۱۶-۲۰ سال سابقه‌ی کار بودند. درصد امتیاز هر کدام از عوامل ۹ گانه به قرار زیر است:

در بیمارستان امام خمینی (ره): رهبری ۶۶/۸، خط مشی و استراتژی ۶۶، کارکنان ۶۵/۵، منابع و شرکا ۷۰/۴، فرایندها ۶۳/۹، نتایج مشتری ۶۲/۳، نتایج کارکنان ۶۰/۶، نتایج جامعه ۶۳/۶، نتایج کلیدی عملکرد ۶۸/۶.

در بیمارستان نفت: رهبری ۷۲/۲۴، خط مشی و استراتژی ۶۷/۴، کارکنان ۶۶/۴، منابع و شرکا ۶۳/۴، فرایندها ۶۵/۰۷، نتایج مشتری ۶۲/۸۴، نتایج کارکنان ۵۶/۴، نتایج جامعه ۵۹/۴۵، نتایج کلیدی عملکرد ۴۵/۹۴. مجموع امتیاز خود- ارزیابی در بیمارستان امام خمینی (ره) ۶۵۱/۷۹ و بیمارستان نفت ۶۱۵/۱۴ به دست آمد.

نتیجه‌گیری: امتیازات داده شده توسط مدیران بیمارستان‌ها تا حدودی غیر واقعی به نظر می‌رسد، اما با توجه به نتایج می‌توان نقاط قوت و نواحی برای بهبود را در بیمارستان مشخص نمود. نتایج پژوهش حاضر نشان می‌دهد که از دیدگاه مدیران در بیمارستان‌های مورد مطالعه باید به معیارهای نتایج مشتریان، نتایج جامعه و نتایج کارکنان توجه بیشتری شود و زمینه‌های بهبود این معیارها را در بیمارستان‌ها فراهم آورند.

واژه‌های کلیدی: مدل‌های نظری؛ خود سنجی؛ بیمارستان‌ها.

نوع مقاله: تحقیقی

پدیرش مقاله: ۸۸/۱۰/۲۸

اصلاح نهایی: ۸۸/۳/۱۳

دریافت مقاله: ۸۷/۴/۱۷

ارجاع: رکاب اسلامی زاده سارا، ترابی پور امین. خود- ارزیابی بر اساس مدل تعالی سازمانی در بیمارستان‌های منتخب شهر اهواز. مدیریت اطلاعات سلامت ۱۳۹۰؛ ۸ (۲): ۱۳۸-۱۴۶.

مقدمه

* این مقاله حاصل طرح تحقیقاتی شماره‌ی ۸۶۵.۳۰ مصوب شورای پژوهشی ۸۶/۷/۱۷ و کمیته‌ی اخلاق در پژوهش و حمایت مالی دانشگاه علوم پزشکی جندی شاپور اهواز می‌باشد.

۱. کارشناس، مدیریت خدمات بهداشتی درمانی، دانشگاه علوم پزشکی جندی شاپور اهواز، اهواز، ایران. (نویسنده‌ی مسؤول)

Email: samedical_2005@yahoo.com

۲. مربی، مدیریت خدمات بهداشتی درمانی، دانشگاه علوم پزشکی جندی شاپور اهواز، اهواز، ایران.

کیفیت خدمات در سازمان‌های بهداشتی- درمانی از اهمیت خاصی برخوردار است (۱). از جمله سازمان‌های آرایه دهنده‌ی خدمات بهداشتی درمانی بیمارستان‌ها هستند. بیمارستان‌ها به

معرض تهدید گسترش بازارهای خاور دور به ویژه ژاپن قرار داشت، نخستین بار مدیران عامل ۱۴ شرکت چند ملیتی اروپا، که نماینده‌ی هفت میلیون کارمند بودند، گرد هم آمدند و تمام روز به کار پرداختند. بنیاد EFQM (European foundation for quality management) در سال ۱۹۸۹ تأسیس و توسط کمیسیون اروپا تأیید شد. در سال ۱۹۹۱، الگوی EFQM شکل گرفت و پس از آن نخستین جایزه‌ی کیفیت اروپا در سال ۱۹۹۲ ارایه شد (۸). مدل تعالی EFQM شامل مفاهیم و ارزش‌های زیر است: نتیجه‌گرایی، مشتری‌مداری، رهبری و ثبات در مقاصد، مدیریت مبتنی بر فرایندها و واقعیت‌ها، توسعه و مشارکت کارکنان، یادگیری و بهبود مستمر، توسعه‌ی همکاری‌های تجاری، مسؤولیت اجتماعی سازمان.

همچنین مدل تعالی EFQM شامل نه محور می‌باشد. پنج محور این مدل، مربوط به توانمندسازها و بیان‌کننده‌ی اجزای تشکیل‌دهنده‌ی یک سازمان و چگونگی تعامل آن‌ها با هم است و چهار حوزه‌ی بعدی، نتایج حاصل از عملکرد سازمان را تشکیل می‌دهد و نتایج مطلوب حاصل از اجرای توانمندسازها را معرفی می‌کنند. شاخص‌های نه‌گانه‌ی این مدل می‌توانند یک سازمان را به طور کامل و از تمام جهات ارزیابی نمایند و نقاط قوت و نیازمند بهبود را مشخص کنند. معیار رهبری، به این موضوع اشاره می‌کند که مدیران چطور تأثیر می‌گذارند؟ کیفیت جامع را به عنوان فرایند اساسی سازمان برای بهبود مستمر، هدایت و منعکس می‌کنند. معیار بعد، در مدل EFQM خط مشی و استراتژی سازمان را با در نظر گرفتن رسالت، ارزش‌ها، دورنما و هدایت استراتژیک و به ویژه این که مفهوم کیفیت جامع در آن منعکس شده است، بیان می‌دارد. معیار شراکت‌ها و منابع، در مدل EFQM بر این امر تمرکز دارد که سازمان چگونه منابع را به صورت مؤثر و کارا مدیریت می‌کند. در این معیار، خدمات بهداشتی متفاوت از دیگر سازمان‌ها است و ممکن است در ایجاد منابع مالی بیشتر و اختیار عمل برای تخصیص پول به خدمات مورد نظر، با محدودیت مواجه شود. معیار بعد،

لحاظ تعداد تخصص‌ها، نیروی انسانی و تجهیزات با دیگر سازمان‌های تولیدی و خدماتی تفاوت‌های آشکاری دارند (۲). موضوع ارتقای کیفیت عملکرد سازمان جزء رویکردهای مهم در توسعه محسوب می‌شود (۳). بیمارستان کارکردهایی دارد که در رابطه با جامعه و محیط اجتماعی می‌باشد و با آن همزیستی جدا نشدنی دارند. بیمارستان‌ها سازمان‌هایی هستند که جهت پاسخ به نیازهای بهداشتی و درمانی مردم تأسیس گردیده‌اند. توجه به انتظارات مردم در جهت تداوم ارتباط بهینه بین عرضه‌کننده خدمات و متقاضیان خدمات موجب بهبود کیفیت فعالیت‌های بیمارستانی می‌گردد (۴). خود-ارزیابی و بازنگری یکی از مهم‌ترین فعالیت‌ها در هر سازمان است و اصلاح فرایندها و رویه‌های انجام کار بدون بررسی نتایج و مطالعه امکان‌پذیر نخواهد بود. خود-ارزیابی فرایندی منظم، سیستماتیک و جامع در خصوص مقایسه‌ی فعالیت‌ها و فرایندهای سازمان (توانمندسازها) و نتایج به دست آمده بر اساس معیارهای مدل بنیاد اروپایی مدیریت کیفیت است (۵). با اجرای یک الگوی برتری سازمانی، امکان خود-ارزیابی و مقایسه‌ی فعالیت‌های مؤسسات بهداشتی درمانی با یکدیگر و ارایه‌ی بازخورد وجود خواهد داشت (۶).

روش‌هایی که برای خود-ارزیابی مورد استفاده قرار می‌گیرند، باید نگاهی جامع و سیستماتیک به کلیه‌ی ورودی‌ها، فرایندها و خروجی‌های سازمان داشته باشند. به این دلیل، ایجاد روش‌هایی برای ارزیابی عملکرد سازمان‌ها همواره مورد توجه بوده است. در میان روش‌های مختلف ارزیابی، مدل‌های سرآمدی کسب و کار از جایگاه ویژه‌ای برخوردارند. مدل‌های سرآمدی راهی برای شناسایی سازمان‌های سرآمد و معیارهای حاکم بر رفتار آن‌ها هستند. این مدل‌ها الگویی از یک سازمان را ارایه‌ی می‌کنند که در ایده و عمل سرآمد سازمان‌های دیگر بوده است و در راستای رشد و سرآمدی تغییرات لازم را ایجاد می‌کنند. امروزه اکثر کشورهای دنیا با تکیه بر این مدل‌ها، جوایزی را در سطح ملی و منطقه‌ای ایجاد کرده‌اند که از آن جمله می‌توان به جایزه‌ی دمنینگ، جایزه‌ی مالکوم بالدريج و جایزه‌ی اروپایی کیفیت اشاره نمود (۷).

در اواخر دهه‌ی ۱۹۸۰ و هنگامی که اقتصاد اروپا در

می‌شود (۱۰). دهنویه در خود-ارزیابی بر اساس مدل EFQM در بیمارستان هاشمی نژاد تهران میزان امتیاز به دست آمده را ۷۶۳ بیان کرد و درصد امتیاز هر کدام از عوامل نه گانه به قرار زیر به دست آمد: رهبری ۸۰/۶ درصد، خط مشی و استراتژی ۷۵/۸ درصد، کارکنان ۷۷/۶ درصد، شرکا و منابع ۸۲/۳ درصد، فرایندها ۷۶/۹ درصد، نتایج مشتری ۷۷/۵ درصد، نتایج کارکنان ۷۱/۳ درصد، نتایج جامعه ۶۳/۳ درصد، نتایج کلیدی عملکرد ۸۲/۱ درصد (۱۰). Moeller در تحقیق خود با خود-ارزیابی ۱۷ بیمارستان پیش‌تاز به این نتایج دست یافت: ۹ بیمارستان امتیاز بین ۳۰۰-۲۰۱، ۵ بیمارستان امتیاز بین ۴۰۰-۳۰۱ و ۲ بیمارستان امتیاز کمتر از ۲۰۰ را کسب کردند و تنها یک بیمارستان امتیاز بالای ۴۰۰ را کسب نمود (۱۱). Nabitz و همکاران در پیاده‌سازی مدل EFQM در یک مؤسسه‌ی درمان اعتیاد در آمستردام به این نتیجه رسیدند: مرکز در پایان خود-ارزیابی امتیاز ۵۰۰ را کسب نمود، که بالاترین امتیاز کسب شده توسط سازمان‌های بهداشتی درمانی اروپا می‌باشد (۱۲). هدف اصلی از انجام این تحقیق، تعیین امتیاز خود-ارزیابی عملکرد در بیمارستان‌های منتخب شهر اهواز بر اساس مدل EFQM بوده است.

روش بررسی

این نوع پژوهش از نوع مطالعات مقطعی (Cross-sectional) و به صورت توصیفی-تحلیلی (Analytical-descriptive) بود. جامعه‌ی پژوهش را ۵۰ نفر از مدیران بیمارستان‌های امام خمینی و نفت شامل رؤسا، مدیران، مترونها و مسؤولین بخش‌ها تشکیل دادند. در این مطالعه به علت محدود بودن جامعه، نمونه‌گیری انجام نشد و از روش سرشماری استفاده گردید. در این تحقیق برای گردآوری داده‌ها از پرسش‌نامه‌ی استاندارد و معتبر خود-ارزیابی EFQM شامل ۵۰ سؤال اصلی در زمینه‌ی ۹ معیار استفاده شد. پایایی پرسش‌نامه نیز با استفاده از آزمون ۸۰ درصد تعیین شد. در نهایت داده‌ها، بر اساس متغیرهای مورد نظر به وسیله‌ی آزمون‌های آماری توصیفی و تحلیلی مناسب شامل توزیع فراوانی، میانگین، انحراف معیار، ضریب همبستگی Pearson،

فرایندها می‌باشد و بیانگر این است که سازمان چگونه به تشخیص، مدیریت، بازنگری و بهبود فرایندهای خود می‌پردازد. در خدمات بهداشتی این معیار شامل فرایندهایی می‌شود که تأثیر عمده‌ای بر رضایت مشتریان، رضایت کارکنان، تأثیر بر جامعه و نتایج کلیدی عملکرد دارند. معیار کارکنان، به میزان بهره‌گیری و مهیا نمودن شرایط بهره‌گیری از کارکنان توجه دارد. معیار ششم در مدل EFQM مربوط به رضایت مشتری است. در این رابطه باید کیفیت خدمات در زمینه‌هایی مانند دسترسی به خدمات، زمان‌های انتظار و پاسخ‌گویی مورد ارزیابی قرار گیرد. رضایت کارکنان معیار دیگر مدل است و اشاره به این دارد که سازمان تا چه اندازه رضایت پرسنل را جلب نموده است. تأثیر بر روی جامعه، هشتمین معیار مدل است و مربوط به این می‌شود که سازمان در برآوری نیازها و انتظارات جامعه به طور کلی به چه نتایجی دست یافته است. معیار آخر در مدل EFQM نتایج کلیدی عملکرد است و مربوط به این می‌شود که سازمان در رابطه با اهداف و برآوردن نیازها و توقعات افراد ذی‌نفع و سهامداران به چه چیزی دست یافته است (۹). الگوهای برتر سازمانی شامل تشویق خود-ارزیابی سیستماتیک، همکاری نزدیک بین سازمان‌ها، تشویق به تبادل اطلاعات، ترویج آگاهی از الزامات، دستیابی به برتری در زمینه‌ی کیفیت و تشویق سازمان‌ها در به کارگیری فرایند بهبود مدیریت کیفیت، اهمیت استفاده از چنین الگویی را در رسیدن به اهداف فوق و تحقق رسالتش روشن می‌کند. رویکرد EFQM به سه روش در سازمان‌ها قابل استفاده است، ابتدا به عنوان مجموعه استانداردهایی برای مدیریت کیفیت در یک سازمان، دوم به عنوان ابزار خود-ارزیابی و سوم معیارهای الگو برای کسب جایزه‌ی ملی یا جوایز کیفیت.

به طور تقریبی در تمام کشورهای اروپایی رویکرد EFQM در سازمان‌های بهداشتی درمانی برای انجام خود-ارزیابی به کار می‌رود. این الگو اغلب با انجام خود-ارزیابی درباره‌ی نقاط قوت و زمینه‌های بهبود در سازمان پیاده

χ^2 و در نرم افزار آماری SPSS_{۱۱/۵} مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

یافته‌ها

از مجموع افراد مورد مطالعه در این پژوهش، ۷۶ درصد زن و ۲۴ درصد مرد بودند. بیشتر افراد مورد مطالعه (۴۲ درصد)، بین ۳۶-۴۰ سال، سن داشتند و میانگین سنی آن‌ها $4/3 \pm 40/7$ سال بود. ۸۸ درصد افراد دارای مدرک کارشناسی بودند. سابقه‌ی کار بیشتر افراد مورد مطالعه (۴۸ درصد)، بین ۱۶ تا ۲۰ سال بوده است. از مجموع افراد مورد مطالعه، ۸۴ درصد متأهل و بقیه مجرد بودند.

یافته‌های مربوط به امتیازات کسب شده توسط بیمارستان‌ها:

بیمارستان امام خمینی (ره): در بیمارستان امام خمینی، معیار رهبری ۶۶/۸ امتیاز از ۱۰۰ امتیاز و ۶۶/۸ درصد نمره، معیار خط مشی و استراتژی ۵۲/۸ امتیاز از ۸۰ امتیاز و ۶۶ درصد نمره، معیار کارکنان ۵۸/۹۶ امتیاز از ۹۰ امتیاز و ۶۵/۵ درصد نمره، معیار منابع و شرکا ۶۳/۳۶ امتیاز از ۹۰ امتیاز و ۷۰/۴ درصد نمره، معیار فرایندها ۸۹/۵۱ امتیاز از ۱۴۰ امتیاز و ۶۳/۹ درصد نمره، معیار نتایج مشتریان ۱۲۴/۷ امتیاز از ۲۰۰ امتیاز و ۶۲/۳ درصد نمره، معیار نتایج کارکنان ۵۴/۵۷ امتیاز از ۹۰ امتیاز و ۶۰/۶ درصد نمره، معیار نتایج جامعه ۳۸/۱۶ امتیاز از ۶۰ امتیاز و ۶۳/۶ درصد نمره و معیار نتایج کلیدی عملکرد ۱۰۲/۹۳ امتیاز از ۱۵۰ امتیاز و ۶۸/۶ درصد نمره را کسب نمودند. در مجموع امتیاز نهایی خود-ارزیابی بر اساس مدل تعالی برای بیمارستان امام خمینی ۶۵۱/۷۳ محاسبه شد.

بیمارستان نفت: معیار رهبری ۷۲/۲۴ امتیاز از ۱۰۰ امتیاز و ۷۲/۲۴ درصد نمره، معیار خط مشی و استراتژی ۵۳/۹۲ امتیاز از ۸۰ امتیاز و ۶۷/۴ درصد نمره، معیار کارکنان ۵۹/۷۶ امتیاز از ۹۰ امتیاز و ۶۶/۴ درصد نمره، معیار منابع و شرکا ۵۷/۰۹ امتیاز از ۹۰ امتیاز و ۶۳/۴ درصد نمره، معیار فرایندها ۹۱/۱۱ امتیاز از ۱۴۰ امتیاز و ۶۵/۰۷ درصد نمره، معیار نتایج مشتریان ۱۲۵/۶۸

امتیاز از ۲۰۰ امتیاز و ۶۲/۸۴ درصد نمره، معیار نتایج کارکنان ۵۰/۷۶ امتیاز از ۹۰ امتیاز و ۵۶/۴ درصد نمره، معیار نتایج جامعه ۳۵/۶۷ امتیاز از ۶۰ امتیاز و ۵۹/۴۵ درصد نمره و معیار نتایج کلیدی عملکرد ۶۸/۹۱ امتیاز از ۱۵۰ امتیاز و ۴۵/۹۴ درصد نمره را کسب نمودند. در مجموع امتیاز نهایی خود-ارزیابی بیمارستان نفت اهواز ۶۱۵/۱۴ به دست آمد.

بر اساس نتایج این مطالعه، با توجه به امتیازات به دست آمده در هر یک از معیارها در بیمارستان‌های مورد مطالعه آن دسته از زیر معیارهایی که بیشتر از ۶۰ درصد امتیاز را کسب کرده‌اند، به عنوان نقاط قوت و آن دسته از زیرمعیارهایی که کمتر از ۶۰ درصد امتیاز را کسب کرده‌اند، به عنوان نقاط ضعف معرفی می‌شوند. البته لازم به ذکر است که این نقاط ضعف در وضعیت رو به بهبود قرار دارند و نقاط ضعف شدیدی محسوب نمی‌شوند.

مواردی را که بیشترین امتیاز را کسب کرده‌اند، می‌توان به عنوان نقاط قوت (Strengths) تلقی نمود که به شرح زیر می‌باشند:

در بیمارستان امام خمینی (ره):

- مدیران ارشد اطمینان دارند که در بیمارستان ساختار سازمانی مناسب و سیستم مدیریت فرایند، مستقر شده است و در حصول نتایج پایدار و رو به بهبود مؤثر است (معیار رهبری، امتیاز: ۷۰/۴۰).
- دارایی‌های فیزیکی نظیر ساختمان، تجهیزات، مواد اولیه و ذخیره‌ی موجودی کالا، در راستای منافع بیمارستان و با ملاحظه‌ی اهداف استراتژیک، مقاصد و حفظ منابع، مدیریت می‌شوند و به صورت مستمر بهبود می‌یابند (معیار شرکا و منابع، امتیاز: ۷۵/۲۰).
- فعالیت‌های پشتیبانی بیمارستان (مانند حسابداری، فن‌آوری اطلاعات، ارسال و پردازش داده‌ها، امور دفتری، تدارکات و ...) مستند و کنترل شده و به طور مستمر، حداقل به اندازه‌ی سایر بخش‌ها (بالینی و ...) بهبود یافته است (معیار فرایندها، امتیاز: ۷۰/۴۰).
- عملکرد همه‌ی فعالیت‌هایی (فرایندهایی) که به طور

در اختیار داشته باشد (معیار فرایندها، امتیاز: ۵۲/۴۰).
 - بیمارستان باید در شاخص‌های مرتبط با رضایت و وفاداری بیماران، روند رو به بهبود و یا سطح پایدار و بالایی از عملکرد را نشان دهد (معیار نتایج مشتریان، امتیاز: ۵۹/۲۰).

- بیمارستان باید نشان دهد که نتایج نظر سنجی را همواره به طور مؤثر برای بهبود خدمات به کار می‌گیرد (معیار نتایج مشتریان، امتیاز: ۵۸).

- بیمارستان باید موضوعاتی از قبیل غیبت، بیماری، جذب و خروج کارکنان، ترک کنندگان زود هنگام، سطوح آموزش، ارتقاها داخلی، میزان حوادث، سطوح تشویقی و قدردانی و نیز تعداد شکایات را که روند رضایت و روحیه‌ی همکاری کارکنان و میزان تأثیر آن را نشان می‌دهد، به طور منظم مورد اندازه‌گیری و ارزیابی کرده و بر اساس نتایج، اقدام لازم را انجام دهد (معیار نتایج کارکنان، امتیاز: ۵۸).

در بیمارستان نفت:

- داده‌هایی موجود است که نشان دهد نتایج به دست آمده از بیماران، قابل مقایسه و یا بهتر از بیمارستان‌های هم‌تراز شما می‌باشد (معیار نتایج مشتریان، امتیاز: ۵۸/۴۰).

- باید تمامی افراد از نتایج حاصل از رضایت کارکنان اطلاع داشته باشند و مدیریت بر اساس آن عمل نماید (معیار نتایج کارکنان، امتیاز: ۵۴).

- باید عملکرد همه‌ی فعالیت‌هایی (فرایندهایی) که به طور مستقیم بر تولید یک خدمت دخالت دارند، اندازه‌گیری و شناخته شوند (معیار نتایج کلیدی عملکرد، امتیاز: ۳۸/۸۰).

- باید نتایج فعالیت‌های مربوط به خدمات با دیگران مقایسه گردند و بتوان قابل مقایسه بودن یا بهتر بودن آن‌ها را نشان داد (معیار نتایج کلیدی عملکرد، امتیاز: ۵۲).

با توجه به امتیازات، هر دو بیمارستان از نظر مدل تعالی جزء بیمارستان‌های با امتیاز خوب ارزیابی می‌شوند. بر اساس آزمون ضریب همبستگی Pearson نیز بین سن افراد ارزیابی کننده و امتیاز خود-ارزیابی در معیارهای نه گانه، ارتباط آماری

مستقیم بر تولید یک خدمت دخالت دارند، اندازه‌گیری و شناخته می‌شوند (معیار نتایج کلیدی عملکرد، امتیاز: ۷۰/۸۰).

در بیمارستان نفت:

- مدیران بیمارستان مشارکت شخصی و مشهود در تهیه و تدوین بیانیه‌ی استراتژیک برای اهداف کلی، مسیر حرکت و فرهنگ بیمارستان (شامل ارزش‌های کیفی و اولویت‌های آن) و نیز مطلع ساختن کارکنان از بیانیه دارند (معیار رهبری، امتیاز: ۷۲/۴۰).

- مدیران اقداماتی در جهت ملاقات با بیماران، تأمین کنندگان و دیگر طرف‌های خارج از بیمارستان خود انجام می‌دهند و به صورت فعال در برنامه‌های بهبود همکاری با این گروه‌ها مشارکت می‌نمایند (معیار رهبری، امتیاز: ۷۶/۸۰).

- مدیران در دسترس کارکنان هستند و خود در قدردانی سازنده و به موقع از تلاش افراد و گروه‌هایی که باعث بهبود می‌شوند، مشارکت می‌کنند (معیار رهبری، امتیاز: ۷۰/۴).

- بیمارستان جهت تدوین استراتژی و طرح‌های کاری خود از داده‌های گسترده و مناسب استفاده می‌کند و این درون‌دادها شامل عملکرد فرایندهای داخلی، عملکرد تأمین کنندگان، نیازمندی‌ها و رضایت بیمار و داده‌های مرتبط با بیمارستان‌های رقیب است (معیار خط مشی و استراتژی، امتیاز: ۷۲/۸۰).

مواردی که کمترین امتیاز را کسب کرده‌اند، می‌توان به عنوان نواحی برای بهبود (Areas for improvement) تلقی نمود که به شرح زیر می‌باشند:

در بیمارستان امام خمینی (ره):

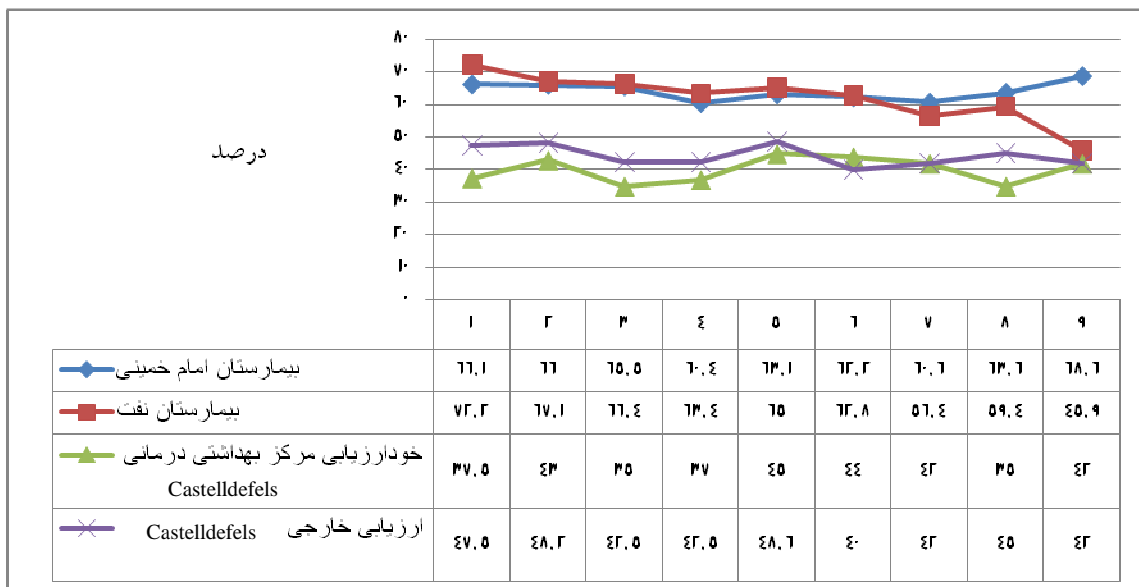
- بیمارستان باید برای کسب اطمینان از این که تمامی فعالیت‌های به کار گرفته شده جهت ارائه‌ی خدمات، تحت کنترل قرار دارند، از این رو باید سیستمی بر اساس استانداردها و یا الزامات تشریح شده (به عنوان مثال از طریق استفاده از ISO۹۰۰۰-ISO۱۴۰۰۰)

EFQM از خارج از مرکز، ارزیابی خارجی را انجام داده‌اند (۱۳). همان طور که در نمودار ۱ مشاهده می‌شود، امتیاز خود-ارزیابی بیمارستان‌های امام خمینی (۶۵۱/۷۹) و نفت (۶۱۵/۱۴) بالاتر از امتیاز خود-ارزیابی مرکز Castelldefels (۳۶۰/۵۰) است. در معیارهای رهبری، خط مشی و استراتژی، منابع و شرکا، کارکنان، فرایندها، نتایج مشتریان، نتایج کارکنان، نتایج جامعه و نتایج کلیدی عملکرد، امتیاز خود-ارزیابی بیمارستان امام خمینی و نفت بسیار بالاتر از امتیاز خود-ارزیابی مرکز بهداشتی درمانی اسپانیا می‌باشد (۱۳). مطالعه‌ی بعدی مربوط به خود-ارزیابی ۱۷ بیمارستان پیش‌تاز در زمینه‌ی استفاده از مدل EFQM در آلمان است که توسط Moeller انجام شد و نتایج زیر به دست آمد: در پایان خود-ارزیابی، ۹ بیمارستان (۵۳ درصد جامعه‌ی پژوهش) از ۱۰۰۰ امتیاز بین ۳۰۰-۲۰۱، ۵ بیمارستان (۲۸ درصد جامعه‌ی پژوهش) از ۱۰۰۰ امتیاز بین ۴۰۰-۳۰۱ و ۲ بیمارستان (۱۳ درصد) امتیاز کمتر از ۲۰۰ را کسب کردند و تنها یک بیمارستان امتیاز بالای ۴۰۰ را کسب نمود (۱۱).

معنی‌داری وجود نداشت ($P > ۰/۰۵$)؛ اما بین سابقه‌ی کار و امتیاز مربوط به معیار رهبری ارتباط آماری معنی‌دار وجود داشت ($P = ۰/۰۰۴$)، همچنین بین سابقه‌ی کار و معیار خط مشی و استراتژی ($P = ۰/۰۱۴$)، معیار کارکنان ($P = ۰/۰۰۷$) و معیار نتایج مشتریان ($P = ۰/۰۴۹$) ارتباط آماری معنی‌دار وجود داشت. اما این متغیر با امتیاز سایر معیارها، ارتباط معنی‌دار نداشت. بر اساس آزمون ضریب همبستگی Pearson، بین سابقه‌ی مدیریت و معیار کارکنان ارتباط آماری معنی‌دار وجود داشت ($P = ۰/۰۳$)، اما بین این متغیر با سایر متغیرها، ارتباط آماری معنی‌داری وجود نداشت.

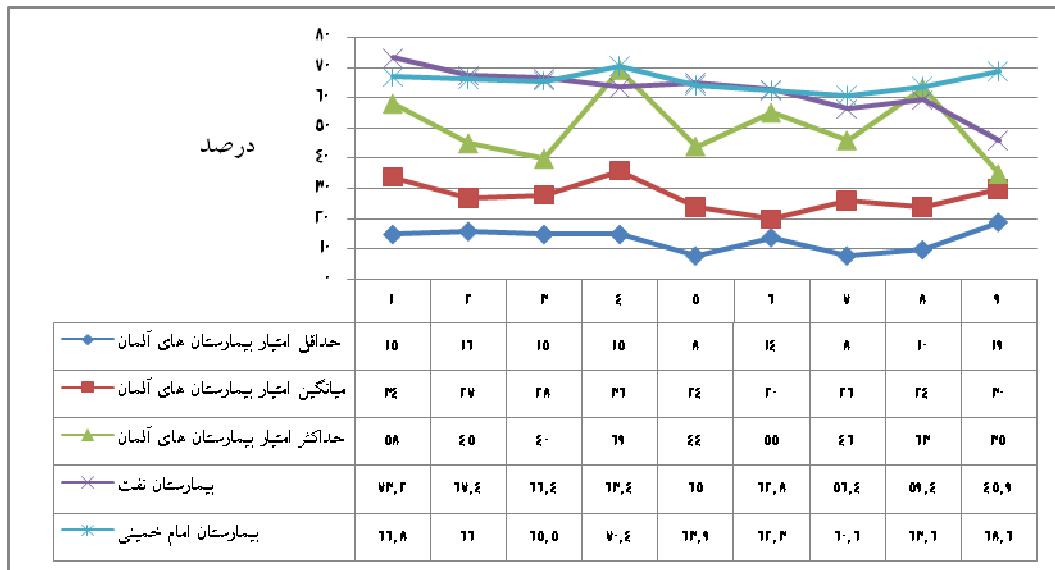
بحث

امتیاز هر دو بیمارستان بسیار بالاتر از بهترین سازمان‌های بهداشتی درمانی در دنیا بود که توجه به ۲ مطالعه‌ی زیر این موضوع را تأیید می‌کند: مطالعه‌ی اول مربوط به خود-ارزیابی یک مرکز بهداشتی درمانی در اسپانیا است که توسط Gene-Badia و همکاران انجام شد. در این مطالعه ابتدا خود-ارزیابی توسط این مرکز انجام گرفته است و بعد میزبان مدل



(معیار ۱: رهبری، ۲: خط مشی و استراتژی، ۳: کارکنان، ۴: منابع و شرکا، ۵: فرایندها، ۶: نتایج مشتری، ۷: نتایج کارکنان، ۸: نتایج جامعه، ۹: نتایج کلیدی عملکرد)

نمودار ۱: درصد امتیازات هر معیار در خود-ارزیابی مرکز مراقبت بهداشتی Castelldefels و ارزیابی خارجی این مرکز در مقایسه با بیمارستان‌های امام خمینی و نفت



(معیار ۱: رهبری، ۲: خط مشی و استراتژی، ۳: کارکنان، ۴: منابع و شرکا، ۵: فرایندها، ۶: نتایج مشتری، ۷: نتایج کارکنان، ۸: نتایج جامعه، ۹: نتایج کلیدی عملکرد)

نمودار ۲: نتیجه‌ی خود-ارزیابی ۱۷ بیمارستان آلمانی پیشنهاد در زمینه‌ی استفاده از مدل EFQM در مقایسه با میانگین امتیازات معیارهای تعالی در بیمارستان‌های امام خمینی (ره) و نفت

کسب نمود. در حالی که برنده‌ی جایزه‌ی اروپایی کیفیت (اغلب در بخش صنعت) به طور معمول نمره‌ای بین ۶۵۰-۷۵۰ را کسب می‌کند (۱۲).

نتیجه‌گیری

استفاده از روش‌های نوین خود-ارزیابی و بهره‌گیری از مدل‌های تعالی سازمانی از جمله مدل EFQM در بیمارستان‌های ایرانی به رغم برخی محدودیت‌ها نقش انکار ناپذیری در تحول و خروج بیمارستان‌ها از وضعیت رخوت و سستی سازمانی دارد. این مدل با مشارکت کارکنان و دخالت دادن آنان در امور، فرصت یادگیری و خلاقیت را برای همه به طور مساوی فراهم می‌کند؛ به طوری که موفقیت سازمان را در بلندمدت تضمین می‌کند. مدل تعالی کمک می‌کند تا سازمان در تمامی ابعاد در جهت بهبود کارایی و اثربخشی، گام‌های مؤثری بردارد و از این طریق رضایت مشتریان و ذی‌نفعان تأمین شود. این الگوی نظام‌مند قادر است بهترین مسیر فرایند تولید (کالا یا خدمات) همراه با عوامل مؤثر برای دستیابی به

همان طور که در نمودار ۲ مشاهده می‌شود، در معیارهای رهبری، خط مشی و استراتژی، منابع و شرکا، فرایندها، نتایج مشتریان، نتایج کارکنان و نتایج کلیدی عملکرد، امتیاز خود-ارزیابی بیمارستان امام خمینی و نفت بسیار بالاتر از امتیاز خود-ارزیابی بیمارستان‌های آلمان می‌باشد. اما امتیاز خود-ارزیابی معیارهای کارکنان و نتایج جامعه، نزدیک به حداکثر امتیاز خود-ارزیابی بیمارستان‌های آلمان می‌باشد (۱۱). نمره‌ی خود-ارزیابی بیمارستان‌های امام خمینی (ره) (۶۵۱/۷۹) و نفت (۶۱۵/۱۴) بسیار بالاتر از بهترین سازمان‌های بهداشتی درمانی در دنیا است که این نتیجه ممکن است ناشی از خطاهای موجود در ارزیابی اطلاعات در روش پرسش‌نامه‌ای باشد. البته برای افزایش دقت و پایایی نتایج باید از روش‌های دیگری در خود-ارزیابی استفاده کرد و همچنین جامعه‌ی پژوهش آموزش کافی ببیند.

برای مقایسه در این زمینه بد نیست بدانیم که بالاترین امتیاز کسب شده توسط سازمان‌های بهداشتی درمانی اروپا (در استفاده از مدل EFQM) تا کنون، مربوط به یک مرکز ترک اعتیاد در آمستردام هلند (مرکز جلینبیک) است که امتیاز ۵۰۰ را

در زمینه‌ی مفاهیم مدل EFQM و انطباق آن با وضعیت موجود آموزش تکمیلی ارائه گردد.

- بررسی‌هایی به منظور تعیین میزان موفقیت بیمارستان در زمینه‌ی معیارهای مرتبط با محیط اجتماعی انجام گیرد.
- نظرات گروه‌های مختلف و انواع بیماران (از جمله بیماران از دست رفته) گردآوری و تحلیل گردد، تا نتایج مربوط به معیار مشتریان با دقت بیشتری ارزیابی گردد.
- نتایج حاصل از بررسی خود- ارزیابی عملکرد با مدل EFQM در روش‌های مختلف (پرسش‌نامه‌ای، Performa و ...) در محیط بیمارستان مقایسه گردد.
- این تحقیق در بین انواع مختلف بیمارستان‌های خصوصی، دولتی، خیریه و تأمین اجتماعی نیز انجام شود و نتایج آن‌ها مقایسه شود.

عملکرد بهتر را شناسایی کند و با هدایت و سازماندهی روابط بین کارکنان، مشتریان و ذی‌نفعان، یک نوع هماهنگی و یکپارچه‌سازی را به وجود آورد تا از تمامی امکانات برای بهره‌برداری کامل و بهینه کردن مصرف، استفاده کند.

از آن جا که این مدل به رضایت مشتری توجه دارد، بنابراین در صدد رفع نیازهای مشتریان است و چون به کارکنان توجه می‌شود، کار گروهی و تیمی مورد تشویق و ترغیب قرار می‌گیرد. همچنین به دلیل توجه به مسایل عمومی، رعایت تعهدات اخلاقی و اجتماعی در اولویت قرار می‌گیرد.

پیشنهادها

- تشکیلات و سازماندهی بیمارستان‌ها بر اساس مدل EFQM صورت پذیرد.

References

1. Sedighi J, Majd Zadeh R, Unesian M, Noorae M, Jandaghi J, Kolahdooz M, et al. Model Health Monitoring System services: self-assessment practices. Payesh, Journal of Health Sciences Research Institute, University Jihad 2002; 2(1): 17-24. [In Persian].
2. Asef Zadeh S. Medical Education and Health Services. Tehran: Elmi-Farhanghi; 1997. [In Persian].
3. Sedighi J, Farzadi F, Maftoon F, Noorae M, Zafarghandi MR, Harirchi E, et al. Performance assessment Model Design for Medical Science University. Payesh, Journal of Health Sciences Research Institute, University Jihad 2005; 4(4): 297-85. [In Persian].
4. Majid Pour A, Naraghi J. Hospital financial resources mangement. Proceedings of the first National Congress in hospital management resources; 2001 Jan 18-19; Tehran, Iran; 2002. [In Persian].
5. Jelodari Mamghani B. EFQM Excellence Organization. Tehran: Industrial Research and Education Center; 2008. [In Persian].
6. Barati A, Nabi Lou B. Comparative patterns of organizational excellence in the health system selected countries (provided the model for Iran). Journal of Health Management 2004; 7(18): 14-9. [In Persian].
7. Nasrollahi M. Suitable techniques for applying multiple marker piece instrument rating companies (Using the model criteria Everlasting EFQM), [MSc Thesis] Tehran: Faculty of Management, Tehran University; 2006. [In Persian].
8. Maleki GH, Behazin F, Hosnavi R. Knowledge&Information role in Excellence Model. Journal Tadbir 2008; 19(192): 30-5. [In Persian].
9. Naylor G. Using the business excellence model to develop a strategy for a healthcare organisation. Int J Health Care Qual Assur Inc Leadersh Health Serv 1999; 12(2-3): 37-44.
10. Dehnavieh R. Self-assessment based on EFQM Excellence Model in hasheminejad hospital in Iran. Proceedings Seventh International Conference on Quality management; 2006 Jul 25-28; Tehran, Iran; 2006. p. 105-18. [In Persian].
11. Moeller J. The EFQM Excellence Model. German experiences with the EFQM approach in health care. Int J Qual Health Care 2001; 13(1): 45-9.
12. Nabitz U, Schramade M, Schippers G. Evaluating treatment process redesign by applying the EFQM Excellence Model. Int J Qual Health Care 2006; 18(5): 336-45.
13. Gene-Badia J, Jodar-Sola G, Peguero-Rodriguez E, Contel-Segura JC, Moliner-Molins C. The EFQM excellence model is useful for primary health care teams. Fam Pract 2001; 18(4): 407-9.

Self-Assessment Based on EFQM Excellence Model in Ahvaz Selected Hospitals, Iran*

Sara Rekab Eslami Zadeh¹, Amin Torabi Pour²

Abstract

Introduction: European foundation for quality management has designed the EFQM model to determine the rate of organization development and excellence and construct ways to achieve organizational excellence. This model is used to compare the current situation of each organization with an ideal organization. The aim of this study was to determine the performance self-assessment scores in selected hospitals in Ahvaz, Iran based on EFQM model

Methods: In this cross-sectional and descriptive-analytic study 50 managers of Imam Khomeini and Oil Industry hospitals in Ahwaz, Iran including vice managers, matrons and head of departments and units were enrolled. Data was collected by self-assessment standard and valid questionnaire of EFGM, including 50 questions on 9 criteria. Reliability of questionnaire was estimated 80% by appropriate test. Data analyzed using correlation and chi and descriptive statistical tests by SPSS_{11.5} software.

Results: In this study, 76% of studied population was female and 24% male. Most of them aged 36-40 years old. 90% of persons have BS and higher degree. 48% have had 16-20 years work experience. The scores Imam Khomeini hospital, Iran for the 9 studied criteria were as follows; leadership 66.8, policy and strategy 66, people 65.5, partnership & resources 70.4, processes 63.9, customer results 62.3, people results 60.6, society results 63.6, key performance results 68.6 and in oil Industry hospital were : leadership 72.24, policy and strategy 67.4, people 66.4, partnership & resources 63.4, processes 65.07, customer results 62.84, people results 56.4, society results 59.45 and key performance results 45.94. The total score of Imam Khomeini hospital, Iran from self-assessment questionnaire (651.79) was higher than Oil Industry hospital (615.14).

Conclusion: Although the EFQM scores rated by hospital managers seems unrealistic to some extent , but considering the results can improved the hospital managers' view, confirm that the costumer results, people results, society results criteria need pay more attention to improved.

Keywords: Models; Theoretical; Self-Assessment; Hospitals.

Type of article: Original article

Received: 8 Jul, 2008

Accepted: 18 Jan, 2010

Citation: Rekab Eslami Zadeh S, Torabi Pour A. Self-Assessment Based on EFQM Excellence Model in Ahvaz Selected Hospitals, Iran. Health Information Management 2011; 8(2): 146.

* This article was resulted from project No. 86S.30 funded by Ahvaz Jundishapur University of Medical Sciences.

1. BSc, Health Services Management, Ahvaz Jundishapur University of Medical Sciences, Ahvaz, Iran. (Corresponding Author) Email: samedical_2005@yahoo.com

2. Lecturer, Health Services Management, Ahvaz Jundishapur University of Medical Sciences, Ahvaz, Iran.

الگوی مشارکت بخش خصوصی و دولتی در درمان کوتاه مدت تحت نظارت مستقیم بیماری سل (PPM TB DOTS) و سیستم اطلاعات و ارجاع بیماران در تبریز*

سعید پوردولتی^۱، کاظم اشجعی^۲، سیمین خیاطزاده^۳، مصطفی فرحبخش^۴،
مهران سیف فرشد^۵، احمد کوشا^۵

چکیده

مقدمه: بخش خصوصی یکی از مهم‌ترین ارکان ارائه‌ی خدمات سلامت برای بیماران سلی به شمار می‌رود، ولی ارائه‌ی خدمات در این بخش به ویژه از نظر تأخیر در تشخیص، استفاده‌ی نادرست از داروهای ضد سل و عدم ثبت و نگهداری اطلاعات و آمار، نامطلوب می‌باشد. PPM TB DOTS (Public private mix in tuberculosis directly observed treatment short course) مؤثرترین استراتژی موجود برای کنترل سل می‌باشد. هدف از این مطالعه، ارائه‌ی یک برنامه‌ی جامع مدیریتی برای مشارکت بخش خصوصی و دولتی در TB DOTS برای مدیریت مؤثر بیماران سل و گزارش موارد از طریق یک سیستم اطلاعاتی و ارجاع در شهر تبریز بوده است.

روش بررسی: این مطالعه در ۵ مرحله و با استفاده از روش‌های مختلف پژوهش‌های کمی و کیفی انجام گرفت. مرحله‌ی اول، بررسی وضعیت موجود با استفاده از روش بررسی مقطعی از وضعیت موجود بیماری سل در استان آذربایجان شرقی و تبریز در سال ۱۳۸۴ بود. همچنین در این مرحله یک مطالعه‌ی تطبیقی برای مقایسه‌ی مدل‌های مختلف PPM TB DOTS در نقاط مختلف دنیا انجام شد. مرحله‌ی دوم آنالیز ذی‌نفعان، مرحله‌ی سوم آنالیز نقاط قوت، ضعف، فرصت‌ها و تهدیدها بود که به روش کیفی انجام شد. روش نمونه‌گیری به صورت مبتنی بر هدف بود، داده‌ها با استفاده از مصاحبه‌ی نیمه ساختار یافته جمع‌آوری و با استفاده از روش آنالیز محتوای هدایت شده، آنالیز شدند. در مرحله‌ی چهارم ابزار توصیه شده از طرف سازمان جهانی بهداشت برای PPM DOTS با در نظر گرفتن شرایط محلی بومی‌سازی گردید. در مرحله‌ی آخر با استفاده از روش «هشت گام در رهبری تغییر» الگوی ارائه شده عملیاتی گردید.

یافته‌ها: بررسی شاخص‌های سل استان آذربایجان شرقی در سال ۱۳۸۴ نشان داد که میزان بیماریابی اسمیر مثبت جدید در تبریز و استان به ترتیب ۲۵ درصد و ۲۸/۵ درصد و میزان موفقیت درمان در تبریز و استان به ترتیب ۹۴ درصد و ۸۷ درصد بود. سهم سیستم شبکه‌ی بهداشتی درمانی کشور در بیماریابی سل ریوی اسمیر مثبت در تبریز ۳/۴ درصد و سهم مراکز و مطب‌های خارج از سیستم شبکه‌ی بهداشتی درمانی ۹۶/۶ درصد بود. بررسی الگوهای مختلف PPM در نقاط مختلف دنیا نشان داد PPM ضمن این که باعث حفظ میزان موفقیت درمان گردیده، موجب افزایش بیماریابی نیز گردیده است.

نتیجه‌گیری: میزان بهبودی در بیماران سلی شناسایی شده در تبریز از وضعیت مطلوبی برخوردار است، اما در زمینه‌ی بیماریابی وضعیت موجود از میزان مورد انتظار پایین‌تر است. لازم است تا بخش خصوصی با حساسیت بیشتری در امر بیماریابی درگیر شود و هم‌سو با دستورالعمل کشوری در درمان و پی‌گیری بیماران عمل نماید. به طور کلی این طرح از نظر بهبود میزان بیماریابی، افزایش میزان رضایت و توان پرداخت بیماران، در مدیریت کنترل سل مؤثر است.

واژه‌های کلیدی: مشارکت؛ بخش خصوصی؛ بخش دولتی؛ سل.

نوع مقاله؛ اقدام پژوهی

دریافت مقاله: ۱۷/۱۲/۲۸ اصلاح نهایی: ۱۸/۱۲/۱۷

پذیرش مقاله: ۱۹/۵/۲۸

ارجاع: پوردولتی سعید، اشجعی کاظم، خیاطزاده سیمین، فرحبخش مصطفی، سیف فرشد مهران، کوشا احمد. الگوی مشارکت بخش خصوصی و دولتی در درمان کوتاه مدت تحت نظارت مستقیم بیماری سل (PPM TB DOTS) و سیستم اطلاعات و ارجاع بیماران در تبریز. مدیریت اطلاعات سلامت ۱۳۹۰؛ ۸ (۲): ۱۶۴-۱۴۷.

* این مقاله حاصل پایان‌نامه‌ی دانشجویی در مقطع کارشناسی ارشد می‌باشد که در سال ۲۰۰۶ میلادی در دانشگاه هایدلبرگ آلمان و با همکاری فنی مرکز بهداشت استان آذربایجان شرقی و مرکز کشوری مدیریت سلامت (NPMC) انجام شد و در سایت دانشگاه هایدلبرگ به آدرس اینترنتی زیر موجود می‌باشد.
http://www.klinikum.uni-heidelberg.de/fileadmin/inst_hygiene/tropenhygiene/PDF/Bibliothek/Thesis_chron.pdf

۱. کارشناس ارشد، سلامت بین‌الملل و مدیریت خدمات بهداشتی درمانی، مرکز کشوری مدیریت سلامت (NPMC) و مرکز بهداشت استان آذربایجان شرقی، تبریز، ایران. (نویسنده‌ی مسؤول)
Email: s.pourdoulati@gmail.com

۲. دکتری حرفه‌ای، پزشکی عمومی، مرکز کشوری مدیریت سلامت (NPMC)، تبریز، ایران.

۳. دکتری حرفه‌ای، پزشکی عمومی، مرکز بهداشت استان آذربایجان شرقی، تبریز، ایران.

۴. دکتری حرفه‌ای، پزشکی عمومی و MPH، مرکز بهداشت استان آذربایجان شرقی، تبریز، ایران.

۵. دانشیار، بیماری‌های عفونی و گرمسیری، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی تبریز، تبریز، ایران.

مقدمه

سازمان جهانی بهداشت، بیماری سل را یک فوریت جهانی اعلام نموده است تا اهمیت اپیدمی سل و خطر تبدیل شدن آن به یک بیماری غیر قابل درمان را گوشزد نماید (۱-۲). تخمین زده می‌شود که در سال ۲۰۰۴ حدود ۱/۷ میلیون مورد مرگ در اثر بیماری سل اتفاق افتاده باشد (۳). همچنین تخمین زده می‌شود اگر موازین پیش‌گیری به طور جدی مورد توجه قرار نگیرند، از سال ۲۰۰۰ تا ۲۰۲۰، نزدیک به یک میلیارد نفر به میکرووب سل آلوده می‌شوند، ۲۰۰ میلیون نفر به بیماری سل مبتلا و ۳۵ میلیون نفر از این بیماری جان خود را از دست خواهند داد (۲).

از سال ۱۹۹۰ تا سال ۲۰۰۰ بروز سل ۹ درصد و شیوع آن ۳۷ درصد و مرگ ناشی از آن ۲۸ درصد در منطقه‌ی مدیترانه‌ی شرقی کاهش یافته است. ولی با وجود این، اهداف هزاره‌ی سوم هنوز محقق نگشته است. در حالی که جمعیت تحت پوشش DOTS به ۹۴ درصد در سال ۲۰۰۵ افزایش یافته است، میزان بیماری‌ی موارد اسمیر مثبت جدید ۶۱ درصد (هدف ۷۰ درصد) و موفقیت درمان ۸۰ درصد (هدف ۸۵ درصد) است (۴).

بخش خصوصی یکی از مهم‌ترین ارکان ارایه‌ی خدمات سلامت برای بیماران سلی به شمار می‌رود، ولی ارایه‌ی خدمات در این بخش به ویژه از نظر تأخیر در تشخیص، استفاده‌ی نادرست از داروهای ضد سل و عدم ثبت و نگهداری اطلاعات و آمار، نامطلوب می‌باشد (۱۲-۵). این امر نیاز به یک استاندارد مراقبت جهانی توسط کلیه‌ی ارایه‌کنندگان خدمات سلامت برای بیماران سلی را طلب می‌کند. استراتژی DOTS درمان کوتاه مدت تحت نظارت مستقیم بیماری سل در سال ۱۹۹۵ به وسیله‌ی سازمان جهانی بهداشت معرفی گردید. از آن زمان ۲۲ میلیون بیمار تحت شرایط DOTS درمان شده‌اند (۱۳). نتایج حاصل از بررسی اثربخشی و پذیرش استراتژی DOTS TB (Tuberculosis) در کامبوج در سال ۲۰۰۳ نشان داد که موفقیت درمان پس از اجرای DOTS از ۵۶ درصد به ۷۴ درصد افزایش یافت و ترک درمان از ۲۳ درصد به ۱ درصد

کاهش داشت (۱۴).

بررسی میزان بیماری‌ی و موفقیت درمان ۲۰۲ کشور از ۲۱۰ کشوری که سالانه وضعیت خود را به WHO (World Health Organization) گزارش می‌کنند، بین سال‌های ۱۹۸۰-۲۰۰۰ نشان داد که روند پیشرفت گسترش DOTS قادر به دستیابی به هدف بیماری‌ی ۷۰ درصد تا سال ۲۰۱۳ نخواهد بود (۱۵). در سال ۲۰۰۶ سازمان جهانی بهداشت استراتژی جدید Stop TB را راه‌اندازی نمود. استراتژی جدید از ۶ اصل تشکیل یافته است که یکی از آن‌ها بر درگیر نمودن بخش خصوصی تأکید دارد (۱۶).

بررسی وضعیت سل در استان آذربایجان شرقی نشان می‌دهد که میزان بهبودی در بیماران سلی شناسایی شده به ویژه در بیماران سل ریوی اسمیر مثبت از وضعیت قابل قبولی برخوردار است (میزان موفقیت درمان بیش از ۸۵ درصد). اما در زمینه‌ی بیماری‌ی وضعیت موجود از میزان مورد انتظار پایین‌تر است (میزان بیماری‌ی کمتر از ۷۰ درصد) (۱۷، ۱۸). با وجود این که برنامه‌ی کنترل سل در خدمات مراقبت‌های اولیه‌ی بهداشتی کشور ادغام شده است و فعالیت‌های بیماری‌ی و مراقبت بیماران در جمعیت تحت پوشش از طریق مراکز بهداشتی درمانی و خانه‌های بهداشت ارایه می‌گردد، اما مدیریت مؤثر بیماری سل نیازمند استراتژی‌های جدید می‌باشد؛ چرا که موفقیت برنامه‌های مبارزه با سل و پیاده‌سازی استراتژی DOTS نیازمند مشارکت و همکاری کلیه‌ی ذی‌نفعان به ویژه بخش خصوصی است. بررسی ساختار اجرایی برنامه‌ی کشوری مبارزه با سل در سطح استان نشان دهنده آن است که نقش بخش خصوصی ارایه دهنده‌ی خدمات چندان شفاف و آشکار نیست و مدیریت برنامه به صورت عمودی در درون بخش دولتی متمرکز است. به عنوان مثال پزشکان بخش خصوصی نمی‌توانند بیمارانی را که شناسایی کرده‌اند، تحت مراقبت و کنترل داشته باشند؛ چرا که بعد از شناسایی موارد مشکوک بیماری، آنان را به مراکز دولتی جهت تشخیص و درمان معرفی می‌نمایند و با اینکه ممکن است پسخوراندی را در خصوص ارجاع دریافت نمایند، اما در عمل در مدیریت بیماران به طور

فعال درگیر نمی‌شوند.

روش بررسی

مطالعه‌ی حاضر شامل ۵ مرحله بود که از روش‌های مختلف بررسی‌های کمی و کیفی در مراحل مختلف مطالعه استفاده شده است.

مرحله‌ی اول - بررسی وضعیت موجود:

این مرحله یک بررسی مقطعی از وضعیت موجود بیماری سل در استان آذربایجان شرقی و تبریز در سال ۱۳۸۴ بوده است. منابع جمع‌آوری اطلاعات برای این مرحله، آمار و اطلاعات و گزارش‌های سال ۱۳۸۴ مرکز مدیریت بیماری‌های وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و واحد کنترل و مراقبت سل گروه کارشناسان پیش‌گیری و مبارزه با بیماری‌های مرکز بهداشت استان آذربایجان شرقی و مرکز تحقیقات سل و بیماری‌های ریوی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی، درمانی تبریز بود. دو منبع آخر برای بررسی عملکرد بخش دولتی و خصوصی در امر بیماریابی و درمان سل نیز مورد استفاده قرار گرفته‌اند. به منظور شناخت بیشتر، ساختار سیستم سلامت کشور، وضعیت فعلی بخش خصوصی و دولتی در بخش سلامت کشور، چارت سازمانی سل و پیشینه‌ی برنامه‌های کنترل و مراقبت سل در کشور مورد بررسی قرار گرفت. در بخش آخر مرحله‌ی اول یک مطالعه‌ی تطبیقی به منظور مقایسه‌ی انواع مدل‌های مختلف PPM TB DOTS در دنیا انجام شد. در این بخش مقالات، نشریات و دستورالعمل‌های مرتبط با PPM TB DOTS در کشورهای مختلف دنیا مورد بررسی قرار گرفت.

مرحله‌ی دوم - آنالیز ذی‌نفعان:

برای آنالیز ذی‌نفعان از روش ماتریس قدرت/ علاقمندی استفاده گردید (۲۰). در این مرحله از روش بررسی کیفی با رویکرد تحلیل محتوای هدایت شده (Directed content analysis) برای آنالیز ذی‌نفعان استفاده شد. نمونه‌گیری به روش مبتنی بر هدف (Purposive sampling/Strategic sampling) انجام شد. در این بررسی از روش مصاحبه‌ی نیمه ساختار یافته (Semi-structure interview) با افراد آگاه و مطلع در زمینه‌ی مدیریت بیماری سل، کسانی که در سمت‌های مختلف

از طرفی بیماری‌هایی همچون سل به ویژه در کشورهای کمتر توسعه یافته مثل ایران از مسایل و مشکلات حاشیه‌ای و اجتماعی خاصی از قبیل داغ اجتماعی برخوردار هستند. این امر سبب می‌شود تا بیماران به دلیل سهولت دسترسی به بخش خصوصی و امکان دریافت خدمات به شکل ناشناخته، بخش خصوصی را برای دریافت خدمات انتخاب نمایند. در چنین وضعیتی چون داروهای مورد نیاز در درمان سل در داروخانه‌های خصوصی کشور قابل دسترس نمی‌باشند، از این رو پزشکان بخش خصوصی ناگزیر از به کارگیری درمان‌های غیر استاندارد می‌گردند. بنابراین مدیریت برنامه‌ی مؤثر عمل نمی‌نماید. پس برنامه‌ی کشوری سل باید به دنبال راه‌هایی باشد که بتواند هماهنگی با بخش خصوصی عمل نماید.

با وجود اهمیت بخش خصوصی در ارائه‌ی خدمات تشخیصی و درمانی برای مبتلایان به سل و لزوم همکاری و هماهنگی بین بخش خصوصی و دولتی تاکنون مطالعاتی در زمینه‌ی بررسی زمینه‌های همکاری و مشارکت این دو بخش در ارائه‌ی خدمات سلامت به بیماران سل در ایران صورت نگرفته است.

WHO به منظور درگیر کردن بخش خصوصی در کنترل TB، ابتکار PPM TB DOTS (Public private mix) (in tb directly observed treatment short course) را پیشنهاد نموده است. PPM TB DOTS که به معنی مشارکت بخش خصوصی و دولتی در دوره‌ی درمان کوتاه مدت تحت نظارت مستقیم بیماری سل است، مؤثرترین استراتژی درمان موجود برای کنترل سل و یکی از مداخلات موفق حوزه‌ی سلامت است که به صورت سریع از سال ۱۹۹۰ توسعه یافته و به صورت بین‌المللی برای کنترل سل توصیه شده است (۱۹). هدف از این مطالعه، بررسی وضعیت برنامه‌ی کنترل بیماری سل در تبریز و ارائه‌ی یک برنامه‌ی جامع مدیریتی برای مشارکت بخش خصوصی و دولتی در TB DOTS برای مدیریت مؤثر بیماران سل و گزارش موارد از طریق یک سیستم اطلاعاتی و ارجاع در شهر تبریز بوده است.

ذی‌نفعان از روش بررسی کیفی با رویکرد تحلیل محتوای هدایت شده استفاده شد. نمونه‌گیری به روش مبتنی بر هدف انجام شد. در این بررسی از روش مصاحبه‌ی نیمه ساختار یافته با افراد آگاه و مطلع در زمینه‌ی مدیریت بیماری سل، کسانی که در سمت‌های مختلف مرتبط با مدیریت سل فعالیت داشته و یا دارند، شامل پزشک سل استان، کارشناس مسوول سل استان، مدیر گروه بیماری‌های استان، معاون بهداشتی استان، رئیس شبکه‌ی بهداشتی، درمانی شهرستان و کارشناس معاونت درمان استان مصاحبه گردید. در این مرحله نیز فرایند انجام مصاحبه و استخراج داده‌ها از متن مصاحبه‌ها مانند مرحله‌ی دوم انجام شد. در این روش با نگاهی به لایه‌های داخلی داخل سازمان، نقاط قوت و ضعف، شناسایی و عوامل مربوط به محیط و پیرامون سازمان تحت عنوان فرصت‌ها و تهدیدها مشخص گردیدند. بدین ترتیب واحدهای معنی‌دار مشخص شدند. سپس واحدهای معنی‌دار خلاصه و تلخیص شدند. از تلفیق چند واحد معنی‌دار خلاصه شده موضوعات فرعی شکل گرفت و با تلفیق موضوعات فرعی با همدیگر موضوعات اصلی به دست آمد (شکل ۱) (۲۲-۲۱).

مرحله‌ی چهارم: بومی‌سازی ابزار توصیه شده از طرف سازمان جهانی بهداشت برای اجرای PPM DOTS: سازمان جهانی بهداشت ابزاری را تحت عنوان ابزار عملی اجرای مشارکت بخش خصوصی و دولتی در درمان کوتاه مدت تحت نظارت سل (Public-private mix for DOTS,) (Practical tools to help implementation) معرفی نموده است که بیشتر بر اساس تجارب به دست آمده از اجرای این برنامه در مناطق مختلف هندوستان تهیه گردیده است (۲۳). در این مرحله با استفاده از نتایج به دست آمده از سه روش قبل یعنی بررسی وضعیت موجود بیماری سل در استان و تبریز و تعیین مسایل و مشکلات مهم برنامه‌ی کنترل و مراقبت سل، آنالیز ذی‌نفعان و دسته‌بندی آن‌ها بر اساس میزان قدرت و علاقمندی و تأثیرگذاری هر یک در قسمت‌های مختلف برنامه و نیز بررسی نقاط قوت و ضعف و فرصت‌ها و تهدیدهای برنامه‌ی کشوری پیش‌گیری و کنترل سل در استان

مرتبط با مدیریت سل فعالیت داشته و یا دارند، شامل پزشک سل استان، کارشناس مسوول سل استان، مدیر گروه بیماری‌های استان، معاون بهداشتی استان، رئیس شبکه‌ی بهداشتی، درمانی شهرستان و کارشناس معاونت درمان استان مصاحبه گردید.

قبل از انجام مصاحبه هدف از انجام مطالعه برای مصاحبه شونده‌گان توضیح داده شد و در مورد اختیاری بودن شرکت در مصاحبه به آن‌ها اطلاع داده شد. همچنین ضبط صدای مصاحبه شونده‌گان با اجازه‌ی آن‌ها و با تأکید بر محرمانگی اسامی و محتوای مصاحبه‌ها بود. مصاحبه با استفاده از سوالات باز انجام گرفت و پس از هر سؤال باز سوالات پروب برای اطمینان از صحت پاسخ و تکمیل آن‌ها مورد استفاده قرار گرفت. مصاحبه تا مرحله‌ی اشباع (Saturation) پیش رفت و سپس اطلاعات جمع‌آوری شده با استفاده از روش آنالیز محتوای هدایت شده، آنالیز شد. کل مصاحبه‌های انجام گرفته توسط مصاحبه‌گر، ضبط شد. پس از انجام هر مصاحبه، صداهای ضبط شده کلمه به کلمه بر روی کاغذ منتقل گردید. در مرحله‌ی اول و طی فرایند کاهش میزان داده‌ها (Data reduction)، متون تهیه شده توسط محقق به صورت مکرر و کلمه به کلمه خوانده شد و زیر کلمات و جملاتی که نشان دهنده‌ی معنی و مفهومی از قدرت و علاقه‌ی ذی‌نفعان بود خط کشیده شد. به این ترتیب واحدهای معنی‌دار (Meaning units) مشخص شدند. سپس واحدهای معنی‌دار خلاصه و تلخیص شدند (Condensed meaning units). از تلفیق چند واحد معنی‌دار خلاصه شده، موضوعات فرعی (Sub-theme) شکل گرفت و با تلفیق موضوعات فرعی با همدیگر، موضوعات اصلی به دست آمد (۲۲-۲۱). نمونه‌ی واحدهای معنی‌دار، واحدهای معنی‌دار خلاصه شده، موضوعات فرعی و موضوعات اصلی در شکل ۱ آمده است.

مرحله‌ی سوم: آنالیز SWOT (Strength, weakness, opportunities and threats): بررسی نقاط قوت، نقاط ضعف، فرصت‌ها و تهدیدها: در این مرحله مشابه روش مورد استفاده برای آنالیز

یک تیم اجرایی کار تهیه‌ی دستورالعمل اجرایی، ابزارهای عملی شامل ابزار تقویت جریان اطلاعات و ابزار بهبود مستندسازی درمان توسط بخش خصوصی و همچنین تهیه‌ی مواد آموزشی برای بخش خصوصی و دولتی، انتشار دورنمای تهیه شده به کلیه‌ی ذی‌نفعان از طریق آموزش و ارتباطات، رفع موانع موجود، تهیه‌ی گزارش موفقیت‌های کوتاه مدت و در کل اجرای برنامه را به عهده خواهند گرفت (۲۴).

بعد از اخذ تأییدیه و حساس‌سازی اولیه‌ی افراد کلیدی و درخواست شرکت در تیم راهبردی، از آن‌ها دعوت به عمل می‌آید تا در اولین جلسه‌ی اراهه‌ی طرح پیشنهادی شرکت نمایند. لازم است تا اهمیت و لزوم مشارکت بخش خصوصی و دولتی در این جلسه مطرح شود. انتظار می‌رود تا سوالات زیادی در این جلسه مطرح شود و این امر می‌تواند به شفاف‌سازی موارد مبهم کمک نماید. صرف وقت کافی و تلاش برای این که گفتگوهای لازم بین تمامی ذی‌نفعان انجام شود، در ایجاد اعتماد و رسیدن به توافق بسیار مهم است (۲۵).

گام سوم: تنظیم رسالت، دورنما، ارزش‌ها و استراتژی‌ها؛
تنظیم رسالت، دورنما، ارزش‌ها و استراتژی‌ها به عهده‌ی تیم راهبردی خواهد بود.

گام چهارم: انتشار دورنما و برنامه طراحی شده، بین تمامی ذی‌نفعان

گام پنجم: توانمندسازی کارکنان بخش خصوصی و دولتی

و به ویژه در شهرستان تبریز، نسبت به بومی‌سازی ابزار توصیه شده از طرف سازمان جهانی بهداشت اقدام گردید.

مرحله‌ی پنجم: در این مرحله برای عملیاتی نمودن برنامه از تکنیک هشت گام در رهبری تغییر "John Kotter" به شرح زیر استفاده شد:

گام اول: نشان دادن اهمیت و ضرورت موضوع (Establishing a sense of urgency):

برای این که بتوان همکاری مورد نیاز برای ایجاد و اجرای هر تغییر را به دست آورد، مهم است که بتوان ضرورت و اهمیت موضوع را به نحو شایسته‌ای نشان داد (۲۴). تنها به موفقیت‌ها تکیه نمودن و نادیده گرفتن کمبودها اشتباه بسیار بزرگی است که بایستی با جدیت از آن پرهیز نمود. بر همین اساس لازم است جلسه‌ی توجیهی و حساس‌سازی برای افراد و سازمان‌های دارای قدرت و علاقمندی زیاد ترتیب داده شود و اهمیت موضوع برای آن‌ها بازگو گردد.

گام دوم: تشکیل تیم راهبردی و اجرایی:

یک کمیته‌ی راهبردی متشکل از ذی‌نفعان صاحب نفوذ و وظیفه‌ی تهیه‌ی دورنما و استراتژی‌ها و حمایت‌های مالی و فنی اجرای برنامه، هماهنگی پایش و نظارت و سیستم گزارش دوره‌ای، نحوه‌ی تقسیم وظایف بین بخش خصوصی و دولتی، نحوه‌ی برقراری ارتباط با بخش خصوصی و مشوق‌های بخش خصوصی را به عهده خواهند گرفت.

واحد معنی‌دار (Meaning unit)	واحد معنی‌دار خلاصه شده (Condensed meaning unit)	موضوع فرعی (Sub-theme)	موضوع اصلی (Theme)
او به جهت شغل خود نسبت به بیماری سل بسیار حساس است و همواره مسایل مربوط به سل را دنبال می‌کند. سل به عنوان یکی از موضوعات خاص و مورد علاقه‌ی او مطرح است و تأثیر زیادی در موقعیت شغلی، اجتماعی و سیاسی وی دارد. غفلت در مورد این بیماری می‌تواند مشکلات زیادی را برایش فراهم آورد.	سل به عنوان یکی از موضوعات مورد علاقه‌ی او مطرح بوده است و تأثیر زیادی بر موقعیت شغلی و اجتماعی وی دارد.	علاقه‌مندی زیاد نسبت به کنترل بیماری سل	فرد دارای قدرت زیاد و علاقه‌مندی زیاد
او می‌تواند تصمیمات مهم و تأثیرگذاری در امر سیاست‌گذاری و اجرای برنامه‌های کنترل و مراقبت سل در جامعه بگیرد. او با توجه به مقام و منصب خود از قدرت خوبی برخوردار بود و جلب رضایت وی بسیار مهم است.	او می‌تواند در امر سیاست‌گذاری و اجرای برنامه‌ی کنترل و مراقبت سل در جامعه، تصمیمات مهم و تأثیرگذاری بگیرد.	دارای قدرت زیاد در کنترل بیماری سل	

شکل ۱: نمونه‌ی کد، طبقه، موضوع فرعی و اصلی در آنالیز ذی‌نفعان

بیماران مشکوک به سل و موارد تشخیص داده شده به سل ریوی اسمیر مثبت در سال ۱۳۸۴ در تبریز در جدول ۲ آمده است.

نتایج حاصل از اجرای مدل‌های متفاوتی از PPM-DOTS در نقاط مختلف دنیا بر میزان بیماریابی به شرح زیر است:

در هندوستان نتایج به دست آمده از ارزیابی بیماریابی، قبل و بعد از اجرای PPM-DOTS در ۶ پروژه‌ی مختلف شامل دهلی نو، کانور، کولام، بمبئی، منطقه‌ی شهری تانه و منطقه‌ی روستایی تانه به ترتیب ۹۸ درصد، ۱۹/۴ درصد، ۱۱/۹ درصد، ۸۲/۷ درصد و ۲۸ درصد افزایش در میزان بیماریابی را نشان می‌دهد که سهم بخش خصوصی در هر کدام از این مناطق به ترتیب ۲۲ درصد، ۲۵ درصد، ۱۷ درصد، ۲۶ درصد، ۶ درصد و ۲ درصد می‌باشد (۵). در نپال میزان بیماریابی در ۳۶ ماه نخست اجرای برنامه از ۵۴ به ۱۰۴ در صد هزار رسید (۲۶). در کنیا موارد سل گزارش شده از بخش خصوصی از ۴۶۹ مورد در سال ۲۰۰۲ به ۱۷۴۰ مورد در سال ۲۰۰۶ رسید (۳۷۰ درصد افزایش) (۸). در ویتنام میزان بیماریابی در شهرهای مجری PPM-DOTS ۱۸ درصد افزایش داشته است، در حالی که در شهرستان‌های کنترل، کاهش مختصری وجود داشته است (۲۷).

مدل‌های متفاوتی از PPM-DOTS در نقاط مختلف دنیا از جمله کنیا (۸، ۷)، هندوستان (۲۸)، پاکستان (۲۹)، بنگلادش (۳۰)، فیلیپین (۳۱)، ویتنام (۲۷)، نپال (۲۶) و کامبوج (۱۴) اجرا و یا مطرح گردیده است. بررسی الگوهای مختلف PPM در نقاط مختلف دنیا نشان می‌دهد در حالی که PPM باعث حفظ میزان موفقیت درمان می‌شود، موجب افزایش میزان بیماریابی نیز می‌گردد.

مرحله‌ی دوم: نتایج حاصل از آنالیز ذی‌نفعان:

پس از مطالعه‌ی مکرر متون مربوط به مصاحبه‌های انجام شده و آنالیز آن‌ها با استفاده از روش آنالیز محتوای هدایت شده، چهار گروه اصلی ذی‌نفعان شامل افراد و سازمان‌های دارای قدرت زیاد

اگر گام‌های اول تا چهارم به خوبی برداشته شوند، کمک زیادی می‌کند تا توانمند سازی کارکنان انجام پذیرد. اما وجود برخی موانع ممکن است ایجاد مشکل نمایند. چهار S می‌تواند مهم‌ترین موانع باشند: Structures (ساختارها)، Skills (مهارت‌ها)، Systems (سیستم‌ها) و Supervisors (ناظرین) (۲۴). از این‌رو برای برطرف ساختن موانع فوق راهکارهایی اتخاذ گردیده است که در قسمت یافته‌ها به آن‌ها اشاره خواهد شد.

گام ششم: انتشار موفقیت‌های به دست آمده در کوتاه مدت انتشار موفقیت‌های به دست آمده در کوتاه مدت باعث توجیه هزینه‌های پرداخت شده در کوتاه مدت و حفظ ادامه و استمرار حمایت‌های مسؤولین می‌شود. یک پسخوراند مثبت به دنبال فعالیت‌های اولیه‌ی انجام یافته می‌تواند باعث ایجاد و تقویت انگیزه گردد. از این‌رو لازم است که بهبودی وضعیت کنترل سل را به وضوح نشان داد. اگرچه ممکن است در سال اول شاهد ارتقای چشم‌گیری نباشیم، ولی روند بهبودی وضعیت خود حایز اهمیت است. بنابراین بایستی پایش و ارزشیابی انجام گیرد.

گام هفتم: تثبیت و گسترش برنامه

گام هشتم: تثبیت روش جدید در فرهنگ سازمانی

یافته‌ها

مرحله‌ی اول: در سال ۱۳۸۴ تعداد ۳۳۸۲ بیمار مشکوک به سل به مرکز تحقیقات سل و بیماری‌های ریوی تبریز مراجعه و از نظر بیماری سل بررسی گردیدند. از بین مراجعین تعداد ۱۹۱ نفر مبتلا به سل تشخیص داده شدند. از این بین، ۱۲۰ نفر اهل شهرستان تبریز و ۷۱ نفر اهل سایر شهرستان‌ها بودند. از کل بیماران تشخیص داده شده در شهرستان تبریز، ۵۴ درصد مبتلا به سل ریوی و ۴۶ درصد مبتلا به سل خارج ریوی بودند. ۴۱ درصد از بیماران سلی را بیماران ریوی اسمیر مثبت و ۱۳ درصد را بیماران ریوی اسمیر منفی تشکیل دادند (۱۷-۱۸). مهم‌ترین شاخص‌های ارزیابی سل در تبریز و استان آذربایجان شرقی در جدول ۱ آمده است.

نتایج حاصل از بررسی سهم مراکز مختلف ارجاع دهنده‌ی

جدول ۱: شاخص‌های ارزیابی برنامه‌ی سل در تبریز و استان آذربایجان شرقی در سال ۱۳۸۴

مورد انتظار	استان	تبریز	شاخص
۷۰ درصد	۲۸/۵ درصد	۲۵ درصد	نسبت بیماریابی موارد جدید سل ریوی اسمیر مثبت
۶۵ درصد	۷۴/۵ درصد	۷۷ درصد	نسبت سل ریوی اسمیر مثبت به کل سل ریوی
۱	۰/۸	۰/۷	نسبت سل ریوی اسمیر مثبت به کل سل ریوی اسمیر منفی و سل خارج ریوی
۵ درصد	۳ درصد	۵ درصد	نسبت سل ریوی اسمیر مثبت به کل موارد مشکوک به سل مورد انتظار
۹/۱	۳/۴	۳/۲	میزان بروز سل ریوی اسمیر مثبت در ۱۰۰,۰۰۰ نفر جمعیت
۲۶	۷/۷۵	۷/۸	میزان بیماریابی کل سل در ۱۰۰,۰۰۰ نفر جمعیت
۸۵ درصد	۸۷ درصد	۹۴ درصد	میزان موفقیت درمان برای سل ریوی اسمیر مثبت

جدول ۲: سهم مراکز مختلف در ارجاع بیماران مشکوک به سل و تشخیص بیمار سل ریوی اسمیر مثبت در سال ۱۳۸۴ در تبریز

موارد بیماری		موارد مشکوک		مرکز ارجاع دهنده	
درصد	تعداد	درصد	تعداد		
۱/۲	۱	۴/۶	۸۱	خانه‌ی بهداشت	سیستم شبکه‌ی بهداشتی، درمانی
۰	۰	۱/۵	۲۷	مرکز بهداشتی، درمانی شهری	
۳/۴	۰	۸/۱	۰	مرکز بهداشتی، درمانی روستایی	
۲/۳	۲	۲	۳۵	مرکز بهداشت شهرستان	
۱۸/۲	۱۶	۳۸/۲	۶۷۵	مرکز ریوی	خارج از
۳۸/۶	۳۴	۱۹/۲	۳۳۹	بخش خصوصی	سیستم شبکه‌ی بهداشتی درمانی
۹۶/۶	۲۳	۲۰/۲	۳۵۷	بیمارستان (بستری)	
۱۳/۶	۱۲	۱۴/۳	۲۵۳	بیمارستان (سرپایی)	
۱۰۰	۱۰۰	۱۰۰	۱۷۶۷	جمع	

علاقتمندی کم به دست آمد که به صورت ماتریس آنالیز ذی‌نفعان نمایش داده می‌شود (شکل ۲).

و علاقتمندی زیاد، افراد و سازمان‌های دارای قدرت زیاد و علاقتمندی کمتر، افراد و سازمان‌های دارای قدرت کم و علاقتمندی زیاد، افراد و سازمان‌های دارای قدرت کم و



شکل ۲: ماتریس آنالیز ذینفعان مشارکت بخش خصوصی و دولتی در درمان کوتاه مدت تحت نظارت مستقیم سل

انجام آزمایش رایگان خلط و تشخیص به مراکز دولتی تعیین شده ارجاع نمایند. پس از تشخیص بیمار به همراه اطلاعاتی در مورد نوع سل تشخیص داده شده، رژیم درمانی شروع شده توسط پزشک سل مرکز بهداشت شهرستان و توصیه‌هایی در مورد عوارض جانبی احتمالی داروها به پزشک خصوصی ارجاع دهنده عودت داده می‌شود. هم‌زمان از پزشک خصوصی ارجاع دهنده پرسیده می‌شود که آیا مایل است ادامه‌ی درمان بیمار را تحت شرایط DOTS به عهده بگیرد یا مایل است که بیمار را جهت ادامه‌ی درمان به نزدیک‌ترین مرکز بهداشتی، درمانی محل سکونت بیمار واگذار نماید. لازم به توضیح است که فقط بیماران جدید که گروه درمانی ۱ در مورد آن‌ها اعمال می‌شود، جهت ادامه‌ی درمان به بخش خصوصی واگذار می‌گردند و موارد عود، شکست و غیبت از درمان و تمام موارد مقاومت دارویی به جهت اهمیت درمان، کماکان تحت کنترل و مدیریت بخش دولتی خواهد بود. از آنجایی که داروهای اصلی سل فقط در بخش دولتی وجود دارد و به طور رایگان عرضه می‌گردد و از طرفی به نظر می‌رسد که اجرای DOTS، به خصوص پیگیری غایبین، توسط بخش خصوصی، که به طور معمول فرصت انجام چنین کاری را ندارند، مشکل باشد. از این‌رو، پیش‌بینی می‌شود اکثر پزشکان بخش خصوصی ترجیح دهند که ادامه‌ی مراقبت بیماران را به بخش دولتی واگذار نمایند. با این وجود در صورت تمایل پزشک به ادامه‌ی درمان، داروهای سل در اختیار پزشک قرار داده می‌شود تا درمان بیمار را تحت شرایط DOTS به عهده بگیرد و وضعیت بیمار را طبق فرم‌های ماهانه گزارش نماید.

اگر چه ارجاع بیمار از بخش خصوصی به بخش دولتی معمول است ولی برعکس آن نیز امکان پذیر است. غیبت بیماران به دلایل مختلفی ممکن است اتفاق بیفتد. یک بیمار ممکن است بعد از تشخیص و قبل از شروع درمان و یا در بین درمان غیبت نماید، پس از آن بیمار ممکن است به پزشک خصوصی مراجعه کند و یا دارو را از بیرون تهیه نماید که در این صورت به طور قطعی داروهای او کامل نخواهد بود. بنابراین اگر کانال ارتباطی صحیحی بین بخش خصوصی و

مرحله‌ی سوم: نتایج حاصل از آنالیز SWOT (نقاط قوت و ضعف، فرصت‌ها و تهدیدها):

بسته به داخل سازمانی و یا خارج سازمانی بودن عوامل تأثیرگذار در این روش با نگاهی به لایه‌های داخلی داخل سازمان نقاط قوت و ضعف شناسایی و عوامل مربوط به محیط و پیرامون سازمان تحت عنوان فرصت‌ها و تهدیدها به شرح زیر مشخص گردیدند:

نقاط قوت: وجود معاون بهداشتی، مدیر گروه بیماری‌ها و مسؤول سل استان علاقمند و جدی، داشتن شبکه‌ی آزمایشگاهی قوی و گسترده، ادغام آموزش پزشکی و ارایه‌ی خدمات سلامت، وجود کمیته‌ی سل استانی، اجرای برنامه‌ی پزشک خانواده

نقاط ضعف: عدم وجود برنامه‌ی جامع برای مشارکت بخش خصوصی در برنامه‌ی کنترل سل، عدم وجود دستورالعمل ویژه‌ی بخش خصوصی، ضعف و عدم استمرار دوره‌های آموزشی کوتاه مدت، عدم شفافیت شرح وظایف کارکنان بخش دولتی در خصوص نحوه‌ی ارتباط با بخش خصوصی و نامطلوب بودن ارتباط بین بخش دولتی و خصوصی، عدم توجه به حجم کاری کارشناسان ستادی در سطح شهرستان، استان و کشور، استنباط و درک منفی بخش دولتی نسبت به بخش خصوصی و انگیزه‌ی پایین کارکنان بخش دولتی فرصت‌ها: سیاست دولت در امر خصوصی سازی و کوچک نمودن بدنه‌ی دولت

تهدیدها: عدم اعتماد و اعتقاد بخش خصوصی به بخش دولتی، نگرانی بخش خصوصی در مورد از دست دادن بیماران خود در صورت ارجاع آن‌ها به بخش دولتی

مرحله‌ی چهارم: بر اساس نتایج به دست آمده از بومی‌سازی ابزار معرفی شده توسط سازمان جهانی بهداشت، ۱۰ عنوان مهم به شرح زیر به دست آمد:

۱. تقسیم وظایف بین بخش خصوصی و دولتی:

این برنامه یک همکاری دو جانبه بین بخش خصوصی و دولتی را ارایه می‌نماید. بدین شکل که بخش خصوصی ترغیب می‌شود تا موارد مشکوک به سل را با حساسیت بیشتری جهت

دولتی وجود نداشته باشد، بخش دولتی مطمئن نخواهد بود که چه بر سر بیمار آمده و آیا درمان او کامل شده است یا نه. در چنین شرایطی بخش دولتی باید اطلاعات مرتبط با بیمار، به ویژه چگونگی ادامه‌ی درمان را در یک فرم ارجاع رسمی به پزشک خصوصی اعلام نماید (۹).

۲. نحوه‌ی برقراری ارتباط با بخش خصوصی:

با توجه به آنالیز ذی‌نفعان و شرایط سیستم سلامت کشور، سازمان نظام پزشکی بهترین گزینه برای برقراری و تقویت ارتباط بین بخش خصوصی و دولتی مطرح است.

۳. مشوق‌های بخش خصوصی

اگر چه مشوق‌های مالی ممکن است مورد علاقه‌ی بخش خصوصی باشد و می‌توان مشوق‌هایی را در این خصوص در نظر گرفت، ولی لازم نیست که صرف مشوق‌های مالی مد نظر باشد. تأمین رایگان داروهای سل، آزمایش رایگان خلط و ارایه‌ی نتایج آزمایش خلط به غیر از آلودگی به باسیل سل از قبیل سایر آلودگی‌های میکروبی و رادیوگرافی رایگان سینه، آموزش در مورد سل و اجرای استراتژی DOTS با ارایه‌ی گواهی و امتیاز بازآموزی، تسهیل تمدید پروانه‌ی مطب، امتیاز عقد قرارداد با بیمه‌ی تأمین اجتماعی، افزایش سقف بیمار ویزیت شده بیمه‌ی تأمین اجتماعی و ارسال بازخورد و تقدیرنامه برای پزشکانی که در برنامه مشارکت نموده‌اند، به طور مستقیم و از طریق نشریه‌ی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی، درمانی تبریز (ماهنامه‌ی ندای سلامت) از جمله مشوق‌های غیر مستقیم هستند (۹).

۴. ابزارهای عملی:

بازنگری دستورالعمل کشوری برای استفاده در بخش خصوصی انجام خواهد گردید.

۵. ابزار تقویت جریان اطلاعات:

به منظور تقویت جریان اطلاعات بین بخش خصوصی و دولتی و نیز بین بیماران و ارایه‌کنندگان خدمات سلامت فرم‌های زیر در نظر گرفته شدند:

۱. فرم ارجاع برای آزمایش خلط،

۲. فرم ارجاع برای بیمارانی که بیماری سل آن‌ها تشخیص

داده شده است،

۳. فرم انتقال بیمارانی که درمان آن‌ها شروع شده است،

۴. فرم درخواست پی‌گیری غایبین،

۵. فرم پاسخوراند،

۶. ابزار بهبود مستندسازی درمان توسط بخش خصوصی،

بدین منظور از کارت درمان دستورالعمل کشوری مبارزه با

سل برای استفاده در بخش خصوصی استفاده خواهد گردید.

۷. پایش و نظارت،

به منظور اطمینان از اجرای صحیح پروژه و اطلاع از هر گونه انحراف از اهداف تعیین شده، پایش و ارزشیابی باید انجام گیرد. آزمایشگاه‌های سل به عنوان گلوگاه کنترل در نظر گرفته شده‌اند. ناظر برنامه موارد مشکوک ارجاعی و تأیید شده را از روی دفتر ثبت سل آزمایشگاه و دفتر ثبت سل شهرستان پی‌گیری خواهد نمود. علاوه بر محاسبه‌ی شاخص‌های برنامه‌ی سل از این اطلاعات، ناظر برنامه از مطب پزشکانی که در حال مدیریت بیماران خود هستند، بازدیدهای حمایتی خواهند نمود.

۸. استفاده از نرم‌افزار موجود سل،

با اعمال تغییراتی در نرم‌افزار موجود سل می‌توان از آن استفاده نمود. این تغییرات با هماهنگی مرکز مدیریت بیماری‌ها انجام خواهد یافت.

۹. جمع‌آوری و ورود اطلاعات،

جمع‌آوری اطلاعات: یک دفتر گزارش روزانه برای ثبت اطلاعات مربوط به فعالیت‌های PPM از قبیل جلسات، فعالیت‌های آموزشی، توزیع دستورالعمل‌ها و فرم‌ها توسط کمیته‌ی اجرایی برای ثبت کلیه‌ی فعالیت‌ها برای ارزیابی آینده مورد استفاده قرار می‌گیرد. دفتر ثبت آزمایشگاهی سل و نیز دفتر سل پزشک سل شهرستان دیگر منبع اطلاعاتی می‌باشد. فرم‌های ارجاع و پاسخوراند دیگر منابع اطلاعاتی محسوب می‌شوند (۹).

ورود اطلاعات: برای ورود اطلاعات توصیه می‌شود فردی که در گذشته مسؤولیت ورود اطلاعات برنامه‌ی کشوری سل را به عهده داشته است، در نظر گرفته شود.

۱۰. ارزشیابی

اعضای تیم اجرایی عبارت از کارشناس مسؤول سل استان، کارشناس NPMC، نماینده‌ی گروه کارشناسان گسترش شبکه، و مجری پروژه می‌باشند.

گام سوم: تنظیم رسالت، دورنما، ارزش‌ها و استراتژی‌ها
رسالت: دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی، درمانی تبریز متعهد است که تلاش نماید تا مدیریت مؤثر بیماران سل در شهرستان تبریز از طریق برقراری همکاری دو جانبه بین بخش خصوصی و دولتی اتفاق بیفتد.

دورنما: پیش‌نویس اولیه‌ی دورنما برای PPM TB DOTS در تبریز تهیه گردید، اما این پیش‌نویس بایستی در کمیته‌ی راهبردی به تفصیل مورد بحث قرار گیرد و تمامی پیشنهادها تجزیه و تحلیل شود و در نهایت کامل‌ترین و بهترین دورنما نوشته شود.

پیش‌نویس اولیه‌ی دورنما: مرکز بهداشت شهرستان تبریز بهترین و مؤثرترین مرکز در سراسر کشور از نظر بیماریابی سل ریوی اسمیر مثبت حداقل ۸۰ درصد و میزان موفقیت درمان حداقل ۹۵ درصد تا سال ۱۳۹۵ خواهد بود. با توجه به این‌که هدف کشوری بیماریابی سل ریوی اسمیر مثبت حداقل ۸۰ درصد و میزان موفقیت درمان حداقل ۹۰ درصد تا سال ۱۳۹۵ است (۳۳).

ارزش‌ها: احترام، کرامت انسانی، اعتماد، همکاری، رضایت مشتری و تعهد حرفه‌ای

استراتژی‌ها: تهیه‌ی دستورالعمل و ابزار عملی برای برقراری مشارکت بخش خصوصی در اجرای استراتژی DOTS و پایدار نمودن همکاری (۲۴)، حساس‌سازی و آشنا نمودن کارکنان بخش دولتی و بخش خصوصی با PPM TB DOTS، ارتقای سیستم ارجاع و اطلاعات از طریق ابزارهای ساده‌ی عملی، ارائه‌ی خدمات آزمایش خلط و رادیوگرافی سینه به صورت رایگان برای تشخیص موارد مشکوک سل و ارائه‌ی رایگان داروهای ضد سل توسط بخش دولتی برای بیمارانی که توسط بخش خصوصی درمان می‌شوند.

گام چهارم: انتشار دورنما و برنامه‌ی طراحی شده بین تمامی ذی‌نفعان

لازم است که بهبود وضعیت فرایند و نتیجه‌ی کنترل سل را به ویژه برای ذی‌نفعان تأثیرگذار که بسیار علاقمند به شاخص‌های نتیجه هستند، به طور شفاف نشان داد. بنابراین وجود یک سیستم پایش و ارزشیابی ضروری است. ارزشیابی مشخص می‌کند که آیا به اهداف تعیین شده رسیده‌ایم یا نه. ارزشیابی اثربخشی برنامه از طریق شاخص‌های زیر انجام می‌پذیرد: الف) شاخص‌های فرایندی مانند تعداد موارد ارجاعی از بخش خصوصی، تعداد پزشکان خصوصی که در برنامه‌ی آموزش مکاتبه‌ای شرکت نموده‌اند و ب) شاخص‌های نتیجه مانند میزان بیماریابی، میزان موفقیت درمان و میزان مرگ. مرحله‌ی پنجم: نتایج حاصل از عملیاتی نمودن برنامه با استفاده از تکنیک هشت گام در رهبری تغییر:

گام اول: نشان دادن اهمیت و ضرورت موضوع
اگر چه شاخص میزان موفقیت درمان در تبریز بیش از مورد انتظار تعیین شده است، ولی متأسفانه میزان بیماریابی (۲۵ درصد) بسیار کمتر از مورد انتظار (۷۰ درصد) است (۱۸، ۱۷). بسیاری از مطالعات نشان داده‌اند که مردم بنا به دلایل متعددی از قبیل دسترسی آسان، مدت انتظار کمتر، ساعات کاری طولانی‌تر و یا انعطاف‌پذیری بیشتر، مشتری مداری بیشتر و حفظ محرمانگی به ویژه در مورد بیماری‌هایی مثل سل، که امکان داغ اجتماعی برای بیماران مطرح است، به بخش خصوصی مراجعه می‌کنند (۳۱). از طرفی، بررسی‌های متعدد در نقاط مختلف دنیا از جمله ایران در مورد آگاهی و عملکرد پزشکان بخش خصوصی در مورد سل نشان می‌دهد که اکثر پزشکان خصوصی مطابق با دستورالعمل استاندارد کشوری عمل نمی‌نمایند (۱۱).

گام دوم: تشکیل تیم راهبردی و اجرایی
اعضای تیم راهبردی عبارت از معاون بهداشتی دانشگاه، مدیر گروه بیماری‌ها، کارشناس مسؤول سل استان، رئیس سازمان نظام پزشکی شهرستان تبریز، رئیس مرکز تحقیقات سل و بیماری‌های ریوی و رئیس مرکز کشوری مدیریت سلامت در تبریز (National public health management center) یا NPMC می‌باشند.

انتشار موفقیت‌های به دست آمده در کوتاه مدت با استفاده از اطلاعات به دست آمده از پایش و ارزشیابی از طریق نشریه‌ی دانشگاه و برگزاری همایش انجام می‌گیرد.

گام هفتم: تثبیت و گسترش برنامه

گام هشتم: تثبیت روش جدید در فرهنگ سازمانی

استراتژی‌های گام هفتم و هشتم: ۱. قرار دادن PPM TB DOTS در برنامه و بودجه‌ی سالانه مرکز بهداشت استان و شهرستان‌ها ۲. هم‌سو نمودن سیستم با دورنما ۳. قرار دادن PPM TB DOTS در برنامه و بودجه‌ی سالانه‌ی مرکز مدیریت بیماری‌ها ۴. پایدار کردن مشارکت و همکاری سازمان نظام پزشکی در برنامه‌ی PPM TB DOTS در استان آذربایجان شرقی ۵. مشارکت انجمن نظام پزشکی شهرستان‌ها در اجرای برنامه ۶. پایدار نمودن جریان اطلاعات بین بخش خصوصی و دولتی ۷. پایدار نمودن پایش و نظارت حمایتی بخش دولتی از بخش خصوصی و سازمان نظام پزشکی ۸. پایدار نمودن آموزش مداوم پزشکان بخش خصوصی و دولتی ۹. پایدار نمودن مشوق‌ها برای تشویق پزشکان بخش خصوصی برای مشارکت در طرح به ویژه در بهبود میزان بیماریابی ۱۰. گنجاندن PPM TB DOTS در برنامه‌ی درسی دانشجویان پزشکی، بهداشت و پیراپزشکی.

بحث

مطالعه‌ی حاضر اولین مطالعه‌ی جامع در خصوص مشارکت بخش خصوصی و دولتی در TB DOTS در ایران به شمار می‌رود. بررسی سهم مراکز مختلف در ارجاع بیماران مشکوک به سل ریوی اسمیر مثبت در سال ۱۳۸۴ در تبریز نشان می‌دهد که ۳/۴ درصد از موارد بیماری توسط سیستم شبکه‌ی بهداشتی، درمانی شامل خانه‌های بهداشت، مراکز بهداشتی، درمانی شهری، مراکز بهداشتی، درمانی روستایی و مرکز بهداشت شهرستان بیمار آبی شده‌اند و ۹۶/۶ درصد توسط سایر مراکز ارایه کننده‌ی سلامت خارج از سیستم شبکه‌ی بهداشتی، درمانی شامل مرکز ریوی، مطب‌ها و کلینیک‌های خصوصی و بیمارستان‌ها شناسایی گردیده‌اند (۱۸).

به منظور اجرای موفقیت آمیز برنامه، دورنمای ترسیم شده و برنامه‌ی طراحی شده با استفاده از کانال‌های ارتباطی مناسب از قبیل نشریه‌ی ندای سلامت دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی تبریز و برگزاری جلسات توجیهی توسط تیم اجرایی به اطلاع کلیه‌ی ذی‌نفعان به ویژه افراد و گروه‌های رده‌ی اول ذی‌نفعان رسانده خواهد شد.

گام پنجم: توانمندسازی کارکنان بخش خصوصی و دولتی

برطرف ساختن موانع ساختاری: کمیته‌ی راهبردی و به ویژه کمیته‌ی اجرایی باید بتوانند به اندازه‌ی کافی در مورد وظایف تعیین شده وقت بگذارند. بر اساس نتایج به دست آمده از مصاحبه و بحث گروهی متمرکز با پزشکان بخش خصوصی و توافق به عمل آمده بین سازمان نظام پزشکی و بخش دولتی، یک ساختار منطقی و عملی برای مشارکت بخش خصوصی و دولتی توسط تیم راهبردی طراحی خواهد گردید. منابع مالی و انسانی مورد نیاز بایستی به طور مناسبی تأمین شود تا اجرای موفقیت‌آمیز برنامه تضمین گردد.

تأمین نیازهای آموزشی: آموزش پزشکان بخش خصوصی با استفاده از روش آموزش مکاتبه‌ای در ۲ ماه اول اجرای برنامه صورت می‌گیرد و سپس هر سه ماه یکبار ادامه خواهد یافت. رئوس مطالب آموزشی شامل اطلاعات کلی در مورد اپیدمیولوژی سل، تشخیص، طبقه‌بندی، درمان، سیر درمان، عوارض جانبی داروها و اطلاعات اختصاصی در مورد اجرای PPM TB DOTS در تبریز می‌باشد. برای جلب مشارکت پزشکان بخش خصوصی برای شرکت در آموزش مکاتبه‌ای، امتیاز بازآموزی در نظر گرفته می‌شود. آموزش پزشکان و سایر کارکنان بخش دولتی در دو ماه اول و به صورت حضوری انجام خواهد گرفت و سپس هر سه ماه یکبار به صورت مکاتبه‌ای ادامه خواهد یافت.

ناظرین: هیچ چیز به اندازه‌ی یک رئیس بد نمی‌تواند باعث ناتوانمندی کارکنان شود. بسیار مهم است که چنین افرادی مورد شناسایی قرار گیرند و سعی شود تا با متقاعد نمودن آن‌ها، به وارد شدن ایشان به برنامه کمک کرد (۲۴).

گام ششم: انتشار موفقیت‌های به دست آمده در کوتاه مدت

چالش‌های اصلی برنامه‌های سلامت استان و کشور به شمار می‌رود.

بیشترین میزان بروز سل ریوی اسمیر مثبت در کشور مربوط به زابل، سیستان و بلوچستان و گلستان با ۶۱/۲ و ۲۱/۹ و ۱۹/۳ و کمترین آن مربوط به چهارمحال و بختیاری، سبزوار و کهگیلویه و بویر احمد با ۱/۳، ۱/۷ و ۲ در ۱۰۰/۰۰۰ نفر جمعیت است (۳۴). نسبت سل ریوی اسمیر مثبت به کل سل ریوی در تبریز ۷۷ درصد و در استان ۷۴/۵ درصد می‌باشد که از مورد انتظار (۶۵ درصد) بیشتر است (۱۸، ۱۷). این نسبت در زابل، سیستان و بلوچستان و گلستان به ترتیب ۷۴/۴ درصد، ۶۶/۵ درصد و ۹۶/۶ درصد و در استان‌های چهارمحال و بختیاری، سبزوار و کهگیلویه و بویر احمد به ترتیب ۶۱/۱ درصد، ۵۰ درصد و ۵۴/۵ درصد می‌باشد (۳۴).

نسبت سل ریوی اسمیر مثبت به کل سل ریوی اسمیر منفی و سل خارج ریوی در تبریز و استان به ترتیب ۰/۷ و ۰/۸ درصد می‌باشد که کمتر از مورد انتظار یعنی یک است (۱۸، ۱۷). این نسبت در سال ۱۳۸۱ در زابل ۱/۴۶ گزارش شده است (۳۴). این نسبت در سال ۱۳۸۴ در زابل، سیستان و بلوچستان و گلستان به ترتیب ۵۹ درصد، ۵۰ درصد و ۵۰ درصد و در استان‌های چهارمحال و بختیاری، سبزوار و کهگیلویه و بویر احمد به ترتیب ۳۳ درصد، ۳۰ درصد و ۳۰ درصد است (۳۴).

نسبت سل ریوی اسمیر مثبت به کل موارد مشکوک به سل مورد انتظار در تبریز و استان به ترتیب ۵ درصد و ۳ درصد می‌باشد که مورد انتظار ۵ درصد می‌باشد (۱۸، ۱۷). میزان بیماریابی کل سل در ۱۰۰/۰۰۰ نفر جمعیت در تبریز و استان به ترتیب ۷/۸ و ۷/۷۵ می‌باشد که بسیار کمتر از مورد انتظار یعنی ۲۶ در ۱۰۰/۰۰۰ است (۱۸، ۱۷). این نسبت در زابل، سیستان و بلوچستان و گلستان به ترتیب ۱۰۴، ۴۴/۱ و ۳۸/۱ و در استان‌های چهارمحال و بختیاری، سبزوار و کهگیلویه و بویر احمد به ترتیب ۳/۹، ۵/۱ و ۶/۲ می‌باشد (۳۴). این میزان در بررسی ۵ ساله‌ی ۱۳۸۱-۱۳۷۷ در زابل، ۱۳۵ در ۱۰۰/۰۰۰ بوده است (۳۴). میزان موفقیت درمان برای سل ریوی اسمیر مثبت در تبریز و استان به ترتیب ۹۴ درصد و ۸۷ درصد

اکثر مراجعین به سیستم بهداشتی را مراقبت‌های مادر و کودک، صدور کارت بهداشتی، معاینات دانش آموزی و یا ویزیت‌های ادواری تشکیل می‌دهند که به طور معمول سالم و بدون علامت هستند، حال آن که اکثر مراجعین خارج از سیستم بهداشتی را بیماران علامت‌دار تشکیل می‌دهند. از این‌رو، درصد بسیار بالایی از بیماران توسط این مراکز بیماریابی می‌شوند. در واقع این اطلاعات علاوه بر بیان عملکرد بخش خصوصی در زمینه‌ی بیماریابی بیماران سلی، گویای رفتار بیماران در زمینه‌ی استفاده از خدمات سلامت در اجتماع نیز هست. مسایل و مشکلات حاشیه‌ای در خصوص بیماری سل و گریز از داغ اجتماعی مطرح در این مورد، از ویژگی‌های خاص این بیماری است و به طور تقریب در اکثریت جوامع در حال توسعه، گرایش‌ها برای دریافت مخفی خدمات و به دور از آگاهی اجتماع، از موضوعات به نسبت شایع می‌باشد. با توجه به این که سیستم بخش خصوصی در ایران سیستم به نسبت بازی است، بنابراین امکان دریافت خدمات توسط بیماران به شکل ناشناخته، توجه بیشتر بیماران سلی را برای فرار از داغ اجتماعی این بیماری فراهم می‌آورد.

در سال ۱۳۸۴ از کل بیماران تشخیص داده شده در شهرستان تبریز ۵۴ درصد سل ریوی و ۴۶ درصد سل خارج ریوی بوده‌اند. در حالی که میزان مورد انتظار بیماریابی سل ریوی از کل بیماران سلی ۸۵ درصد و برای بیماران خارج ریوی ۱۵ درصد است (۱۸، ۱۷). ۴۱ درصد از بیماران سلی را بیماران خلط مثبت تشکیل می‌دهند که از میزان مورد انتظار (۵۰ درصد) کمتر می‌باشد و ۱۳ درصد بیماران ریوی خلط منفی هستند که از میزان مورد انتظار (۳۵ درصد) کمتر است (۱۸، ۱۷).

در بررسی ۵ ساله، موارد سل شناسایی شده بین سال‌های ۱۳۷۷-۸۱ در زابل ۴۹/۴ درصد سل ریوی اسمیر مثبت، ۲۵/۱ درصد سل ریوی اسمیر منفی و ۲۰/۹ درصد سل خارج ریوی بوده است (۳۴). میزان بروز سل ریوی اسمیر مثبت در ۱۰۰/۰۰۰ نفر جمعیت در تبریز و استان به ترتیب ۳/۲ و ۳/۴ می‌باشد که یک سوم میزان مورد انتظار (۹/۱) است (۱۸، ۱۷). از این‌رو پایین بودن میزان بیماریابی در تبریز و استان از

می‌باشد (۱۸، ۱۷).

مطالعات بسیاری در نقاط مختلف دنیا به خصوص کشورهای پرشیوع مثل هندوستان، پاکستان، بنگلادش، اندونزی، فیلیپین، ویتنام و کنیا در خصوص PPM-DOTS انجام و مدل‌های متفاوتی ارائه شده است. هر کدام از این مدل‌ها بسته به شرایط هر کشور و منطقه تفاوت‌هایی با هم دارند، ولی در همه‌ی مدل‌ها یک مرکز PPM-DOTS مسؤلیت ارائه‌ی خدمات مراقبتی را به جمعیت تحت پوشش معین بر عهده دارد. این مرکز، به ویژه مسؤلیت تضمین اصول اساسی DOTS از قبیل تضمین کیفیت آزمایش خلط، تأمین مستمر داروهای ضد سل، انجام حمایت‌های لازم، زمانی که نیاز به درمان تحت نظارت مستقیم است، پی‌گیری غایبین و ثبت و گزارش جزئیات اساسی هر بیمار را بر عهده دارد (۳۵).

در بنگلادش اجرای استراتژی DOTS با موفقیت همراه بوده است و عوامل مؤثر در این موفقیت عبارت از واگذاری آزمایش خلط و درمان بیماران به مراکز بهداشتی، درمانی محیطی و بهره‌گیری از شبکه‌ی مراقبت‌های اولیه بهداشتی می‌باشند (۳۶).

در این بررسی سعی شده است تا فرایند مشارکت بخش خصوصی و دولتی با در نظر گرفتن شرایط محلی استخراج شود. این برنامه، یک همکاری دو جانبه بین بخش خصوصی و دولتی را ارائه می‌نماید. بدین شکل که بخش خصوصی ترغیب می‌شود تا موارد مشکوک به سل را با حساسیت بیشتری جهت انجام آزمایش رایگان خلط و تشخیص به مراکز دولتی تعیین شده ارجاع نماید. پس از تشخیص بیمار به همراه اطلاعاتی در مورد نوع سل تشخیص داده شده، رژیم درمانی شروع شده توسط پزشک سل مرکز بهداشت شهرستان و توصیه‌هایی در مورد عوارض جانبی احتمالی داروها، به پزشک خصوصی ارجاع دهنده عودت داده می‌شود. هم‌زمان از پزشک خصوصی ارجاع دهنده پرسیده می‌شود که آیا مایل است ادامه‌ی درمان بیمار را تحت شرایط DOTS

به عهده بگیرد یا مایل است که بیمار را جهت ادامه‌ی درمان به نزدیک‌ترین مرکز بهداشتی، درمانی محل سکونت بیمار واگذار نماید؟

لازم به توضیح است که فقط بیماران جدید که گروه درمانی ۱ در مورد آن‌ها اعمال می‌شود، جهت ادامه‌ی درمان به بخش خصوصی واگذار می‌گردند و موارد عود، شکست و غیبت از درمان و تمام موارد مقاومت دارویی به جهت اهمیت درمان، کماکان تحت کنترل و مدیریت بخش دولتی خواهند بود.

در سیستم سلامت ایران، داروهای اصلی سل فقط در بخش دولتی وجود دارند و به طور رایگان عرضه می‌گردند و از طرفی به نظر می‌رسد که اجرای DOTS، به خصوص پی‌گیری غایبین توسط بخش خصوصی، که به طور معمول فرصت انجام چنین کاری را ندارند، مشکل باشد. از این‌رو پیش‌بینی می‌شود اکثر پزشکان بخش خصوصی ترجیح دهند که ادامه‌ی مراقبت بیماران را به بخش دولتی واگذار نمایند. با این وجود در صورت تمایل پزشک به ادامه‌ی درمان، داروهای سل در اختیار پزشک قرار داده می‌شود تا درمان بیمار را تحت شرایط DOTS به عهده بگیرد و وضعیت بیمار را طبق فرم‌های ماهانه گزارش نماید.

اگر چه ارجاع بیمار از بخش خصوصی به بخش دولتی معمول است ولی عکس آن نیز امکان پذیر است. غیبت بیماران به دلایل مختلفی ممکن است اتفاق بیفتد. یک بیمار ممکن است بعد از تشخیص و قبل از شروع درمان و یا در بین درمان غیبت نماید. پس از آن بیمار ممکن است به پزشک خصوصی مراجعه کند و یا دارو را از بیرون تهیه نماید که در این صورت به طور قطعی داروهای او کامل نخواهد بود. به همین دلیل اگر کانال ارتباطی صحیحی بین بخش خصوصی و دولتی وجود نداشته باشد، بخش دولتی مطمئن نخواهد بود که چه بر سر بیمار آمده است و آیا درمان او کامل شده است یا نه. در چنین شرایطی بخش دولتی باید اطلاعات مرتبط با بیمار به ویژه چگونگی ادامه‌ی درمان را در یک فرم ارجاع رسمی به پزشک خصوصی اعلام نماید (۹).

نتیجه‌گیری

بازگردانده خواهند شد. به طور کلی این طرح از نقطه‌نظر بهبود میزان بیماریابی، افزایش میزان رضایت، میزان دسترسی و توان پرداخت بیماران و نیز تضمین درمان و مراقبت بهتر بیماران در مدیریت کنترل سل مؤثر خواهد بود.

پیشنهادها

پیشنهاد می‌شود ابزار معرفی شده از طرف سازمان جهانی بهداشت که در این مطالعه با بهره‌گیری از بررسی وضعیت موجود و بررسی مدل‌های مختلف PPM TB DOTS در نقاط مختلف دنیا و آنالیز ذی‌نفعان و آنالیز SWOT بومی‌سازی گردیده است، با استفاد از بررسی‌های کیفی بیشتر به منظور به دست آوردن تجارب، نظرات و پیشنهادها کارشناسان، مدیران و پزشکان سل بخش دولتی و نیز بررسی تجارب، نظرات و پیشنهادها پزشکان بخش خصوصی شامل پزشکان عمومی، متخصصین عفونی، متخصصین داخلی و پزشکان فوق تخصص ریه در خصوص نحوه‌ی همکاری بخش خصوصی با بخش دولتی با استفاده از رویکرد تئوری زمینه‌ای تکمیل‌تر گردد و سپس با استفاده از روش دلفی نسبت به معتبرسازی الگوی به دست آمده اقدام صورت پذیرد.

بررسی وضعیت سل در تبریز نشان می‌دهد که میزان بهبودی در بیماران سلی شناسایی شده به ویژه در بیماران سل ریوی اسمیر مثبت از وضعیت قابل قبولی برخوردار است؛ اما در زمینه‌ی بیماریابی وضعیت موجود از میزان مورد انتظار پایین‌تر است. موفقیت برنامه‌های مبارزه با سل و پیاده‌سازی استراتژی DOTS نیازمند مشارکت و همکاری کلیه‌ی ذی‌نفعان به ویژه بخش خصوصی می‌باشد.

برای رسیدن به هدف بیماریابی لازم است تا بخش خصوصی با حساسیت بیشتری در امر بیماریابی درگیر شود و هم‌سو با دستورالعمل کشوری در درمان و پیگیری بیماران عمل نماید. اگر موضوع بروز و افزایش موارد مقاوم به درمان مورد توجه قرار نگیرد و کلیه‌ی امکانات موجود در بخش خصوصی و دولتی بسیج نگردد و بیماران مطابق با دستورالعمل استاندارد و استراتژی DOTS درمان نشوند، در آینده با یک فاجعه‌ی بزرگ روبه‌رو خواهیم بود.

تمرکز برنامه‌ی حاضر بر استقرار سیستمی است که بخش خصوصی را ترغیب نماید تا موارد مشکوک را برای آزمایش رایگان خلط به مراکز تشخیصی دولتی ارجاع دهد و تضمین نماید که بیماران ارجاعی بعد از تشخیص به بخش خصوصی

References

1. Ministry of Health and Medical Education Deputy of Health Iran CDC. National Tuberculosis control guideline. Tehran: Seda Publication; 2002. p. 11.
2. World Health Organization. IVB Topics [Online]. 2006 [cited 2006 Aug 05]; Available from: URL: <http://www.who.int/immunization/topics/tuberculosis/en/>
3. Floyd K, Arora VK, Murthy KJ, Lonnroth K, Singla N, Akbar Y, et al. Cost and cost-effectiveness of PPM-DOTS for tuberculosis control: evidence from India. Bull World Health Organ 2006; 84(6): 437-45.
4. Khaled A. Tuberculosis (TB) progress toward millennium development goals (MDGS) and DOTS in WHO Eastern Mediterranean Region (EMR), [MSc Thesis] Valdosta: Faculty of Georgia State University; 2008.
5. Dewan PK, Lal SS, Lonnroth K, Wares F, Uplekar M, Sahu S, et al. Improving tuberculosis control through public-private collaboration in India: literature review. BMJ 2006; 332(7541): 574-8.
6. Portero JL, Rubio M. Private practitioners and tuberculosis control in the Philippines: strangers when they meet? Trop Med Int Health 2003; 8(4): 329-35.
7. Ayaya SO, Sitienei J, Odero W, Rotich J. Knowledge, attitudes, and practices of private medical practitioners on tuberculosis among HIV/AIDS patients in Eldoret, Kenya. East Afr Med J 2003; 80(2): 83-90.

8. Chakaya J, Uplekar M, Mansoer J, Kutwa A, Karanja G, Ombeka V, et al. Public-private mix for control of tuberculosis and TB-HIV in Nairobi, Kenya: outcomes, opportunities and obstacles. *Int J Tuberc Lung Dis* 2008; 12(11): 1274-8.
9. Lonnroth K, Uplekar M, World Health Organization. Public-Private Mix for DOTS, Practical tools to help implementation. Philadelphia: WHO; 2003. p. 325.
10. Hussain A, Mirza Z, Qureshi FA, Hafeez A. Adherence of private practitioners with the National Tuberculosis Treatment Guidelines in Pakistan: a survey report. *J Pak Med Assoc* 2005; 55(1): 17-9.
11. Shirzadi MR, Majdzadeh R, Pourmalek F, Naraghi K. Adherence of the private sector to national tuberculosis guidelines in the Islamic Republic of Iran, 2001-02. *East Mediterr Health J* 2003; 9(4): 796-804.
12. Suleiman BA, Houssein AI, Mehta F, Hinderaker SG. Do doctors in north-western Somalia follow the national guidelines for tuberculosis management? *East Mediterr Health J* 2003; 9(4): 789-95.
13. World Health Organization. The five elements of DOTS [Online]. 2006 [cited 2006 Aug 05]; Available from: URL: <http://www.who.int/tb/dots/whatisdots/en/print.html/>
14. Norval PY, San KK, Bakhim T, Rith DN, Ahn DI, Blanc L. DOTS in Cambodia. Directly observed treatment with short-course chemotherapy. *Int J Tuberc Lung Dis* 1998; 2(1): 44-51.
15. Dye C, Watt CJ, Bleed D. Low access to a highly effective therapy: a challenge for international tuberculosis control. *Bull World Health Organ* 2002; 80(6): 437-44.
16. World Health Organization. Tuberculosis Fact Sheet [Online]. 2006 [cited 2006 Aug 05]; Available from: URL: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs104/en/index.html#strategy/>
17. Tuberculosis and lung diseases research center. Proceedings of the Annual report of Tuberculosis for year 2005; 2006 Feb 25-26; Tabriz, Iran; 2006. p. 23.
18. Tuberculosis and leper unit of east Azerbaijan province health center. Proceedings of the Annual report of Tuberculosis for year 2005; 2006 Feb 25-26; Tabriz, Iran; 2006. p. 6.
19. World Health Organization. WHO Report on the Global Tuberculosis Epidemic [Online]. 1998 [cited 2006 Aug 11]; Available from: URL: http://whqlibdoc.who.int/hq/1998/WHO_TB_98.247.pdf/
20. Olander S, Landin A. Evaluation of stakeholder influence in the implementation of construction projects. *International Journal of Project Management* 2005; 23(4): 321-8.
21. Hsieh HF, Shannon SE. Three Approaches to Qualitative Content Analysis. *Qual Health Res* 2005; 15(9): 1277-88.
22. Graneheim UH, Lundman B. Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Educ Today* 2004; 24(2): 105-12.
23. Lonnroth K, Uplekar M, World Health Organization. Public-Private Mix for DOTS, Practical tools to help implementation. Philadelphia: WHO; 2003. p. 7-8.
24. Kotter JP. *Leading Change*. Boston: Harvard Business Press; 1996. p. 42.
25. Kotter JP. *Leading Change*. Boston: Harvard Business Press; 1996. p. 57.
26. Lonnroth K, Uplekar M, Arora VK, Juvekar S, Lan NT, Mwaniki D, et al. Public-private mix for DOTS implementation: what makes it work? *Bull World Health Organ* 2004; 82(8): 580-6.
27. Kotter JP. *Leading Change*. Boston: Harvard Business Press; 1996. p. 102.
28. Newell JN, Pande SB, Baral SC, Bam DS, Malla P. Control of tuberculosis in an urban setting in Nepal: public-private partnership. *Bull World Health Organ* 2004; 82(2): 92-98.
29. Quy HT, Lan NT, Lonnroth K, Buu TN, Dieu TT, Hai LT. Public-private mix for improved TB control in Ho Chi Minh City, Vietnam: an assessment of its impact on case detection. *Int J Tuberc Lung Dis* 2003; 7(5): 464-71.
30. Sehgal S, Dewan PK, Chauhan LS, Sahu S, Wares F, Granich R. Public-private mix TB activities in Meerut, Uttar Pradesh, North India: delivering dots via collaboration with private providers and non-governmental organizations. *Indian J Tuberc* 2007; 54(2): 79-83.
31. Tuberculosis Control Programme (NTP/PTP) Pakistan. Provincial TB Control Programme Punjab. Planning workshop on PPM-DOTS implementation in a district. 1st ed. London: DFID; 2007.
32. Guidelines on Public Private Mix for Tuberculosis Control, National Tuberculosis Control Programme, Mycobacterial Disease Control, Directorate General of Health Services, Ministry of Health and Family Welfare, Dhaka, Bangladesh, First Edition [Online]. 2006; Available from: URL: <http://www.whoban.org/pdf/Guidelines%20on%20Public%20Private%20Mix-s.pdf/>
33. Brugha R, Zwi A. Improving the quality of private sector delivery of public health services: challenges and strategies. *Health Policy Plan* 1998; 13(2): 107-20.

34. Food Security Information Systems and Networks. Stakeholder Analysis, FAO [Online]. 2007 [cited 2008 Dec 12]; Available from: URL:
http://www.foodsec.org/DL/course/shortcourseFK/en/pdf/trainerresources/PG_StakeHolder.pdf/
35. Iran Summary 2006. Intercountry workshop for developing strategic plan on tuberculosis control, EMRO, CAIRO, 26-28 APRIL 2005 [Online]. 2005; Available from: URL:
<http://www.emro.who.int/stb/Media/Presentations/New/Iran.ppt/>
36. Lonnroth K, Uplekar M, World Health Organization. Public-Private Mix for DOTS, Practical tools to help implementation. Philadelphia: WHO; 2003. p. 15.
37. Lonnroth K, Uplekar M, World Health Organization. Public-Private Mix for DOTS, Practical tools to help implementation. Philadelphia: WHO; 2003. p. 22-3.
38. Lonnroth K, Uplekar M, World Health Organization. Public-Private Mix for DOTS, Practical tools to help implementation. Philadelphia: WHO; 2003. p. 25.
39. Kotter JP. Leading Change. Boston: Harvard Business Press; 1996. p. 115.
40. Khazaei HA, Rezaei N, Bagheri GR, Dankoub MA, Shahryari K, Tahai A, et al. Epidemiology of tuberculosis in the Southeastern Iran. *Eur J Epidemiol* 2005; 20(10): 879-83.
41. Ministry of Health and Medical Education DoHIC. Annual statistic of Tuberculosis cases for the year 2005. Tehran: Tuberculosis and leper office; 2006. p. 4.
42. Malmborg R, Mann G, Thomson R, Squire SB. Can public-private collaboration promote tuberculosis case detection among the poor and vulnerable? *Bull World Health Organ* 2006; 84(9): 752-8.
43. Kumaresan JA, Ahsan Ali AK, Parkkali LM. Tuberculosis control in Bangladesh: success of the DOTS strategy. *Int J Tuberc Lung Dis* 1998; 2(12): 992-8.

Development of Public Private Mix (PPM) TB DOTS in Tabriz, Iran*

*Saeid Pour Doulati¹; Kazem Ashjaei²; Simin Khaiatzadeh³; Mostafa Farahbakhsh³;
Mehran Sayffarshd⁴; Ahmad Kousha⁵*

Abstract

Introduction: Private health care providers (PPs) considered a major gateway to the health services for TB (Tuberculosis) patients. However, TB management practices by PPs is inadequate. National TB program need to collaborate with private health care providers. This paper is aimed to provide a comprehensive management program for public private mix (PPM) in TB DOTS (directly observed treatment short course) for effective case management of TB patients and reporting through a proper referral and information system in Tabriz, Iran.

Methods: Mixed quantitative and qualitative methods in 5 stages have been used including: 1) Cross sectional study of current TB situation in Tabriz, Iran and a comparative study of various PPM TB DOTS programs worldwide. 2,3) Stakeholder analysis and SWOT (Strengths, weaknesses, opportunities and threats) analysis using qualitative directed content analysis method 4) Adaptation of WHO's recommended tools for PPM TB DOTS to local situation 5) Development of action plan using eight steps in leading change method.

Results: 3.4% of new TB cases have been detected by public health network system and 96.6% by other health care providers. New smear positive case finding in Tabriz and East Azerbaijan province, Iran was 25% and 28.5% respectively. Treatment success rate in Tabriz and East Azerbaijan province, Iran was 94.8% and 87% respectively. All PPM DOTS findings showed that this program can significantly accelerate case finding while maintaining high cure rates.

Conclusion: Cure rate in TB patients whom have been found in Tabriz, Iran is favorable, but case detection rate is less than expected. It is necessary to involve PPs with more sensitivity in case detection and more alliance with national TB program in treatment and patient follow up. Regarding improving case detection rate, promoting patient satisfaction, providing more accessibility and affordability the mentioned program would be an effective approach in management of TB control program.

Key words: Partnership; Public Sector; Private Sector; Tuberculosis.

Type of article: Action Research

Received: 18 Mar, 2009

Accepted: 19 Aug, 2010

Citation: Pour Doulati S, Ashjaei K, Khaiatzadeh S, Farahbakhsh M, Sayffarshd M, Kousha A. **Development of Public Private Mix (PPM) TB DOTS in Tabriz, Iran.** Health Information Management 2011; 8(2): 164.

* This article resulted from the MSc thesis of corresponding author in the Heidelberg University of Germany in 2006, with the technical support of East Azerbaijan Province Health Center and National Public Health Management Center (NPMC), Tabriz, Iran. It is available on the following website of Heidelberg University:

http://www.klinikum.uni-heidelberg.de/fileadmin/inst_hygiene/tropenhygiene/PDF/Bibliothek/Thesis_chron.pdf.
1. MSc, International Health, Health Services Management, National Public Health Management Center (NPMC), East Azerbaijan Province Health Center, Tabriz, Iran. (Corresponding Author) Email: s.pourdoulati@gmail.com
2. MD, National Public Health Management Center (NPMC), Tabriz, Iran.
3. MD, East Azerbaijan Province Health Center, Tabriz, Iran.
4. MD, MPH, East Azerbaijan Province Health Center, Tabriz, Iran.
5. MD, Associate Professor, Infectious Disease, Tabriz University of Medical Sciences, Tabriz, Iran.

بررسی میزان استناد مقالات ISI web of science به مجلات دسترسی آزاد پایگاه DOAJ در دو حوزه‌ی علوم بهداشت و پزشکی و علوم پایه*

رسول سعادت^۱، احمد شعبانی^۲، عاصفه عاصمی^۳

چکیده

مقدمه: برای مقابله با بحران قیمت نشریات ادواری و مسایل مربوط و نیز تسهیل دسترسی پژوهشگران به مجلات علمی، اصل دسترسی آزاد به این نوع منابع به طور عمده در غالب مجلات الکترونیک دسترسی آزاد، در طول ۱۵ سال اخیر متحول شده است. هدف پژوهش حاضر، تعیین میزان استناد مقالات مجلات پایگاه ISI web of science به مجلات پایگاه DOAJ (Directory of open access journals) در دو حوزه‌ی علوم بهداشت و پزشکی و علوم پایه در طول سال‌های ۲۰۰۸-۲۰۰۳، و نیز بررسی معنی‌داری تفاوت بین میزان استنادات صورت گرفته به مجلات پایگاه DOAJ در دو حوزه‌ی مذکور بوده است.

روش بررسی: در این پژوهش که از روش کتاب‌سنجی و تحلیل استنادی بهره‌جویی شده است، ۱۳۳۷ عنوان مجله‌ی انگلیسی زبان، بدون نمونه‌گیری، از پایگاه DOAJ مورد بررسی قرار گرفت. جهت گردآوری داده‌ها نیز از ابزار Cited reference search در ISI web of science استفاده شد. در نهایت، با تجزیه و تحلیل داده‌ها در نرم‌افزار SPSS، یافته‌های پژوهش حاصل گردید.

یافته‌ها: با بررسی مجلات مشخص شد که حوزه‌ی علوم پایه با ۶۵۷ عنوان مجله، ۱۰۱۱۶ استناد، (۶۲/۹۱ درصد) دریافت کرده است. در این حوزه موضوع زیست‌شناسی و علوم زیستی بیشترین میزان استناد (۶۰۰۹ استناد، معادل ۵۹/۴ درصد) و موضوع ریاضیات و آمار کمترین میزان استناد (۹۱ استناد، معادل ۰/۹ درصد) را دریافت نموده است. از طرفی، حوزه‌ی علوم بهداشت و پزشکی با ۶۸۰ عنوان مجله، ۵۹۶۵ استناد (۳۷/۰۹ درصد)، دریافت کرده است. در این حوزه موضوع پزشکی (عمومی)، بیشترین میزان استناد (۳۲۳۶ استناد، معادل ۵۴/۲۵ درصد) و موضوع دندان‌پزشکی، کمترین میزان استناد (۱ استناد، معادل ۰/۰۱ درصد) را دریافت نموده است. آزمون χ^2 در مورد تعداد مجلات دو حوزه تفاوت معنی‌داری را نشان نداد، اما در خصوص تعداد استنادات، آزمون χ^2 نشان داد که تفاوت معنی‌داری میان دو حوزه‌ی علوم بهداشت و پزشکی و علوم پایه وجود دارد.

نتیجه‌گیری: هر چند تعداد مجلات دارای استناد نسبت به مجلات بدون استناد در دو حوزه‌ی علوم بهداشت و پزشکی و علوم پایه در پایگاه DOAJ به نسبت ناچیز است، اما با توجه به افزایش روزافزون مجلات دسترسی آزاد در این پایگاه، و نیز با توجه به لزوم شناسایی مجلات پر استناد و معتبر در حوزه‌هایی مانند علوم بهداشت و پزشکی و علوم پایه که در آن‌ها محققان به اطلاعات معتبر و روزآمد نیاز مبرم دارند، انجام چنین پژوهش‌هایی کمک شایانی به این امر نموده، محققان را در دسترسی به مجلات رایگان معتبر راهنمایی می‌کند.

واژه‌های کلیدی: نشریات ادواری؛ استناد؛ پایگاه‌های اطلاعاتی.

نوع مقاله: تحقیقی

بندیرش مقاله: ۸۸/۱۰/۲۸

اصلاح نهایی: ۸۸/۶/۳۰

دریافت مقاله: ۸۸/۲/۲۶

ارجاع: سعادت رسول، شعبانی احمد، عاصفه عاصمی. بررسی میزان استناد مقالات ISI Web of Science به مجلات دسترسی آزاد پایگاه DOAJ در دو حوزه علوم بهداشت و پزشکی و علوم پایه. مدیریت اطلاعات سلامت ۱۳۹۰؛ ۸ (۲): ۱۶۵-۱۷۵.

مقدمه

* این مقاله حاصل پایان‌نامه دانشجویی در مقطع کارشناسی ارشد می‌باشد.
۱. کارشناس ارشد، کتابداری و اطلاع‌رسانی، پژوهشگاه علوم و فرهنگ اسلامی، قم، ایران.
۲. دانشیار، کتابداری و اطلاع‌رسانی، دانشگاه اصفهان، اصفهان، ایران.
(نویسنده‌ی مسؤول) Email: shabania@edu.ui.ac.ir
۳. استادیار، کتابداری و اطلاع‌رسانی، دانشگاه اصفهان، اصفهان، ایران.

امروزه جهت رفع مسایل مربوط به کمبود بودجه در کتابخانه‌ها جهت تأمین منابع پژوهشی و نیز جهت تسهیل دسترسی محققان به مجلات علمی، اصل دسترسی آزاد به انتشارات علمی

داروسازی، بهداشت عمومی، طب داخلی، پزشکی و روان‌پزشکی، میزان استنادات به مجلات الکترونیک رایگان پزشکی بیشتر از سایر موضوعات پزشکی بوده است. از بین ۳۶۹ مجله‌ی BMC Biochemistry الکترونیک رایگان پزشکی، مجله‌ی BMC Psychiatry در حوزه‌ی روان‌پزشکی و مجله‌ی The Apps Journal و Daru در حوزه‌ی علوم دارویی، بیشترین استنادات را به خود اختصاص داده‌اند (۴).

فرج پهلوی و اصنافی با بررسی پیوندهای مجلات رایگان در موضوع‌های علوم انسانی نشان دادند که موضوع علوم تربیتی با داشتن ۵ مجله، بیشترین و موضوع‌های ادبیات فرانسه، تاریخ، مدیریت و تربیت بدنی با داشتن یک مجله، کمترین تعداد مجلات پر پیوند را در اختیار داشتند (۶).

Harnad و Brody تأثیر پژوهشی انتشارات دسترسی آزاد را در میان چندین موضوع در طول ۱۲ سال و گزینش نمونه‌ای ۱۴ میلیون مقاله‌ای از پایگاه ISI web of science استخراج نموده، بر روی نمودار ترسیم کردند. آن‌ها میزان استناد به مقالات دسترسی آزاد را با مقالات بدون دسترسی آزاد مقایسه کردند و دریافتند که میزان متوسط استنادات به مقالات دسترسی آزاد به تناسب هر موضوع، بیشتر بوده است. به مقالات در موضوع فیزیک بیشترین استناد و در موضوع زیست‌شناسی کمترین استناد صورت گرفته است (۷).

Kousha و Thelwall در پژوهشی اذعان داشتند که در حدود ۱۹ درصد استنادات از طریق وب، استنادات رسمی به مجلات پژوهشی بودند و حدود ۱۱ درصد، استنادات غیر رسمی را تشکیل می‌دادند. تعداد متوسط استناد برای هر مقاله ۳ استناد رسمی و ۲ استناد غیر رسمی بود. اگر چه نسبت استنادهای رسمی و غیر رسمی در جامعه‌شناسی، روان‌شناسی و علوم تربیتی مشابه بودند، در علوم اقتصادی، استناد رسمی ۶ برابر استناد غیر رسمی بود و این نتایج به این معنی است که انواع جدیدی از اطلاعات استنادی و شاخص‌های پژوهشی غیر رسمی را می‌توان از وب استخراج نمود، اما چنین اطلاعاتی را از پایگاه ISI نمی‌توان دریافت کرد (۸).

و به طور عمده در قالب مجلات الکترونیک دسترسی آزاد در طول ۱۵ سال اخیر متحول شده است و هدف اصلی آن دسترسی فارغ از هر گونه مانع و هزینه به متون علمی برای خوانندگان است (۱). در حال حاضر یکی از غنی‌ترین منابع مجلات الکترونیک رایگان در محیط وب، راهنمای مجلات دسترسی آزاد (Directory of open access journals) DOAJ Available at: <http://www.doaj.org> است که به ادعای خود، مجلات علمی و تحقیقی کنترل شده را به صورت رایگان و تمام متن در اختیار مخاطبان قرار می‌دهد و هدفش این است که جامع باشد و همه‌ی مجلات علمی و پژوهشی را که از سیستم کنترل کیفیت جهت تضمین محتوا استفاده می‌کنند، تحت پوشش قرار دهد (۲).

نکته‌ی قابل توجه این که مجلات دسترسی آزاد هنوز در نظر جهانیان به عنوان شیوه‌ی نشر و محل عرضه‌ی آثار پژوهشی پذیرفته نشده‌اند و دلیل آن نیز عدم اعتماد کافی به اعتبار چنین مجلاتی و نقش آن‌ها در پیش‌برد پژوهش‌ها می‌باشد (۳). از طرفی، با توجه به حجم زیاد و تولید روزافزون مجلات الکترونیک رایگان در زمینه‌های گوناگون و به منظور جلوگیری از سردرگمی محققان در شناسایی این مجلات، لازم است که نقش این منابع در تولید علم بررسی شود (۴) و انجام چنین بررسی تجربی و تعیین میزان استنادات صورت گرفته به مجلات دسترسی آزاد جهت تعیین اعتبار آن‌ها حیاتی است (۵). در زمینه‌ی بررسی استنادات صورت گرفته به مجلات دسترسی آزاد، پژوهش‌های چندی صورت گرفته است. از جمله رحیمی و همکاران طی پژوهشی با عنوان سیاهه‌ای رتبه‌بندی شده از پر استنادترین مجلات الکترونیک رایگان ارائه داده، دریافتند که میزان استناد به مجلات الکترونیک رایگان پزشکی، کمتر از یک درصد است، اما میزان استناد به آن‌ها در سال ۱۳۸۵ رشد محسوسی را نسبت به سال ۱۳۸۴ نشان می‌دهد. از این میان مجله Daru از دانشکده‌ی داروسازی دانشگاه علوم پزشکی تهران و Iranian urology journal از دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی بیشترین استناد به مجلات الکترونیک رایگان پزشکی را داشته‌اند. همچنین در موضوعات ارولوژی،

پایگاه (ISI web of science)، مجلات موجود در پایگاه DOAJ را از نظر میزان استنادات و اعتبار این مجلات مورد سنجش و ارزیابی قرار دهد، مورد نیاز جامعه علمی کشور تلقی می‌شود.

از سوی دیگر، با توجه به این که امروزه دسترسی محققان حوزه‌های بهداشت و پزشکی و نیز علوم پایه به مجلات معتبر و روزآمد یکی از نیازهای مبرم و اساسی این افراد می‌باشد، پژوهش حاضر بر آن است تا میزان استناد مقالات مجلات ISI web of science را به مجلات این دو حوزه در پایگاه DOAJ مورد بررسی قرار دهد. هدف پژوهش حاضر، تعیین میزان استناد مقالات مجلات پایگاه ISI web of science به مجلات پایگاه DOAJ در دو حوزه‌ی علوم بهداشت و پزشکی و علوم پایه در طول سال‌های ۲۰۰۸-۲۰۰۳، و نیز بررسی معنی‌داری تفاوت بین میزان استنادات صورت گرفته به مجلات پایگاه DOAJ در دو حوزه‌ی مذکور بود.

روش بررسی

در این پژوهش توصیفی-تحلیلی که از روش تحلیل استنادی بهره‌جویی شده است، استنادات صورت گرفته به مجلات پایگاه DOAJ در دو حوزه‌ی علوم بهداشتی و پزشکی و علوم پایه بین سال‌های ۲۰۰۸-۲۰۰۳ مورد بررسی قرار گرفت. (در تحقیق حاضر استنادات صورت گرفته به مجلات پایگاه DOAJ تا تاریخ ۱۵ اکتبر ۲۰۰۸ مورد بررسی قرار گرفته است). در واقع تحلیل استنادی که برای ارزیابی عملکرد پژوهشی استفاده شده، میزان استفاده از متون را مورد مطالعه قرار می‌دهد. به طور مثال با فرض این که هر استناد به منزله‌ی یک بار استفاده از مدرک استناد شده است، می‌توان گفت که در هر حوزه‌ی علمی و مدت زمان معین، بیشترین مقالات استناد شده، پر استفاده‌ترین یا مهم‌ترین مقالات هستند (۱۰). در پژوهش حاضر، پس از تعیین میزان استنادات، با در نظر گرفتن میزان کل استنادات در هر حوزه و با استفاده از درصد به رتبه‌بندی مجلات پر استناد پرداخته شده است.

Unal، Tonta و Al (به نقل از Yasar و همکاران) با گزینش ۹ موضوع، (فیزیک، ریاضی، مهندسی شیمی، اقتصاد، زیست‌شناسی، محیط زیست، جامعه‌شناسی، روان‌شناسی و مردم‌شناسی)، در حوزه‌ی مجلات انگلیسی زبان از راهنمای مجلات دسترسی آزاد (DOAJ) و گزینش ۲۷۰ مقاله از این ۹ موضوع، تأثیر پژوهشی آن‌ها را با یکدیگر مقایسه کردند. این سه محقق به این نتیجه رسیدند که به همهی ۲۷۰ مقاله در مجموع ۷۶۰ مرتبه استناد شده، تعداد متوسط استناد به هر مقاله دسترسی آزاد بین ۰/۸ در جامعه‌شناسی تا ۶/۴ در زیست‌شناسی متغیر است و به بیشتر از یک سوم مقالات هیچ گونه استنادی صورت نگرفته است. آن‌ها که در پژوهش خود موضوع‌های گزینش شده را به سه گروه: گروه اول (فیزیک، ریاضیات، مهندسی شیمی)، گروه دوم (اقتصاد، محیط زیست و زیست‌شناسی) و گروه سوم (روان‌شناسی، جامعه‌شناسی و مردم‌شناسی) تقسیم می‌کنند، اذعان می‌دارند که موضوع‌های گروه دوم به طور تقریبی نصف استنادات (۲۵-۲۰ درصد) را دریافت کرده‌اند؛ در حالی که موضوع‌های گروه سوم استنادات بسیار کمتری (۵-۳ درصد) را دریافت داشته، موضوع‌های گروه اول از نظر استناد به آن‌ها بین این دو گروه (۱۵-۱۲ درصد) قرار می‌گیرند (۹).

با توجه به این که در حوزه‌هایی مانند علوم بهداشت و پزشکی و علوم پایه تعداد مجلات دسترسی آزاد بسیار فراوان بوده، روز به روز نیز در حال افزایش است و نیز به دلیل این که شناسایی مجلات پر استناد و معتبر در این حوزه‌ها از اهمیت زیادی برخوردار است، انجام تحقیقی که به طور مجزا به بررسی استنادات صورت گرفته به مجلات این دو حوزه بپردازد، بسیار حایز اهمیت است.

نکته‌ای که از پژوهش‌های انجام شده به ذهن متبادر می‌شود، این است که در بیشتر آن‌ها معیار معتبر و جهان شمولی که مورد قبول جامعه‌ی جهانی علم باشد، جهت سنجش میزان استنادات و در نتیجه تعیین اعتبار مجلات استفاده نشده است. بنابراین، تحقیقی که با استفاده از شیوه‌ای معتبر (مانند استنادات صورت گرفته توسط مقالات مجلات

یافته‌های پژوهش با استفاده از نرم‌افزار SPSS^{۱۶} مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. ابتدا با استفاده از فراوانی، میانگین و درصد به شرح یافته‌های پژوهش پرداخته شد و سپس از طریق آزمون χ^2 ، معنی‌داری تفاوت میان حوزه‌های مذکور از نظر میزان استنادات، مورد بررسی قرار گرفت.

یافته‌ها

با بررسی ۱۳۳۷ عنوان مجله از پایگاه DOAJ و با تجزیه و تحلیل داده‌های پژوهش در نرم‌افزار SPSS^{۱۶}، یافته‌های ذیل حاصل شد:

الف. مجلات علوم بهداشت و پزشکی

طبق یافته‌های پژوهش در جدول ۱، حوزه‌ی علوم بهداشت و پزشکی با ۶۸۰ عنوان مجله که از بین آن‌ها ۶۷ عنوان (۹/۸۵ درصد) دارای استناد می‌باشند، ۵۹۶۵ استناد (۶۲/۹۱ درصد)، با میانگین ۸/۷۷ استناد برای هر مجله دریافت کرده است.

در حوزه‌ی علوم بهداشت و پزشکی، موضوع پزشکی (عمومی) با ۴۸۰ عنوان مجله (۷۰/۵۹ درصد) که از بین آن‌ها ۵۷ عنوان (۱۱/۸۷ درصد) دارای استناد می‌باشد، بیشترین میزان استناد (۳۲۳۶ استناد معادل ۵۴/۲۵ درصد)، با میانگین ۶/۷۴ استناد برای هر مجله، را دریافت نمودند، در حالی که موضوع دندان‌پزشکی با ۲۵ عنوان مجله (۳/۶۸ درصد) که از

معیار مورد استفاده برای استنادات صورت گرفته در این پژوهش، مقالات مجلات نمایه شده در پایگاه ISI web of science می‌باشد و دلیل انتخاب چنین معیاری این است که امروزه، پایگاه ISI web of science ابزار اصلی ضریب تأثیر در مطالعات تحلیل استنادی به شمار می‌رود (۵) و مدت زیادی است که به طور چشمگیر و در سطح گسترده‌ای جهت بررسی عملکرد پژوهشی در علوم به کار رفته است (۸). بنابراین، معیاری جهان شمول و همگانی است. جهت گردآوری داده‌ها نیز از ابزار Cited reference search پایگاه ISI web of science بهره‌جویی شد. به این ترتیب که عنوان مجلات از پایگاه DOAJ اخذ شده، جهت تعیین این که آیا استنادی به مجله صورت گرفته یا نه، در ابزار Cited reference search از پایگاه ISI web of science مورد جستجو قرار گرفت.

در تحقیق حاضر، ۱۳۳۷ عنوان مجله‌ی انگلیسی زبان در دو حوزه‌ی علوم بهداشت و پزشکی و علوم پایه در پایگاه DOAJ جهت بررسی، گزینش شده و مجلاتی که به سایر زبان‌ها هستند، از این مقوله مستثنی گردیده است. از طرفی، در حوزه‌ی مجلات انگلیسی زبان، نمونه‌گیری به عمل نیامده، نمونه همان جامعه و به شرح ذیل می‌باشد: علوم بهداشت و پزشکی: ۶۸۰ عنوان مجله، علوم پایه: ۶۵۷ عنوان مجله.

جدول ۱: میزان استناد مقالات ISI web of science به مجلات حوزه‌ی علوم بهداشت و پزشکی در DOAJ

موضوع	تعداد مجلات بررسی شده در DOAJ		تعداد استنادات		تعداد مجلات دارای استناد	
	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد
دندان‌پزشکی	۳/۶۸	۲۵	۰/۰۱	۱	۴	۱
پزشکی (عمومی)	۷۰/۵۹	۴۸۰	۵۴/۲۵	۳۲۳۶	۱۱/۸۷	۵۷
پزشکی داخلی	۱۴/۸	۱۰۰	۲۶/۶	۱۵۸۷	۵	۵
بهداشت عمومی	۱۱/۰۲	۷۵	۱۹/۱۳	۱۱۴۱	۵/۳۳	۴
جمع	۱۰۰	۶۸۰	۱۰۰	۵۹۶۵	۹/۸۵	۶۷

بین آن‌ها ۱ عنوان (۴ درصد) دارای استناد می‌باشد، کمترین میزان استناد (۱ استناد معادل ۰/۰۱ درصد)، با میانگین ۰/۰۴ استناد برای هر مجله، را دریافت نموده است. همچنین در این حوزه، یکی از مجلات موضوع پزشکی داخلی (Haematologica، مندرج در جدول ۲) با ۱۴۶۹ استناد (۲۴/۶۲ درصد)، به عنوان پر استنادترین مجله‌ی حوزه‌ی علوم بهداشت و پزشکی شناخته شد.

بر اساس یافته‌های پژوهش در جدول ۱، ترتیب موضوع‌های حوزه‌ی علوم بهداشت و پزشکی از لحاظ میزان استناد (بدون در نظر گرفتن تعداد کل مجلات آن‌ها) به شرح ذیل می‌باشد: پزشکی (عمومی) (۵۷ عنوان مجله دارای استناد، ۳۲۳۶ استناد معادل ۵۴/۲۵ درصد)، پزشکی داخلی (۵ عنوان مجله دارای استناد، ۱۵۸۷ استناد معادل ۲۶/۶ درصد)؛ بهداشت عمومی (۴ عنوان مجله دارای استناد، ۱۱۴۱ استناد معادل ۱۹/۱۳ درصد)، دندان‌پزشکی (۱ عنوان مجله دارای استناد، ۱

استناد معادل ۰/۰۱ درصد).

با بررسی مجلات دارای استناد در حوزه‌ی علوم بهداشت و پزشکی می‌توان دریافت که به ۱۱ عنوان مجله (۱۶/۴۲ درصد) فقط ۱ استناد، به ۲ عنوان مجله (۲/۹۸ درصد) ۲ استناد، به ۶ عنوان مجله (۸/۹۵ درصد) ۳ استناد و به ۴۸ عنوان مجله (۷۱/۶۵ درصد) ۴ استناد یا بیشتر تعلق گرفته است.

بعد از بررسی مجلات دارای استناد در حوزه‌ی علوم بهداشت و پزشکی، پر استنادترین مجلات این حوزه از رتبه‌ی اول تا دهم به صورت جدول ۲ مشخص گردید:

ب. مجلات علوم پایه

یافته‌های پژوهش در جدول ۳ نشان می‌دهد که حوزه‌ی علوم پایه با ۶۵۷ عنوان مجله که ۹۷ عنوان (۱۴/۷۶ درصد) از آن‌ها دارای استناد می‌باشد، ۱۰۱۱۶ استناد (۶۲/۹۱ درصد)، با میانگین ۱۵/۴ استناد برای هر مجله، دریافت نموده است.

جدول ۲: مجلات پر استناد حوزه‌ی علوم بهداشت و پزشکی در پایگاه DOAJ از رتبه‌ی اول تا دهم

رتبه	عنوان مجله	ناشر	موضوع	تعداد استناد	درصد
۱	Haematologica	Ferrata Storti Foundation	پزشکی داخلی	۱۴۶۹	۲۴/۶۲
۲	BMC Cancer	BioMed Central	سرطان شناسی	۹۵۲	۱۵/۹۵
۳	BMC Public Health	BioMed Central	بهداشت عمومی	۹۰۱	۱۵/۱
۴	CMAG	HighWire	پزشکی (عمومی)	۴۹۴	۸/۲۸
۵	Retrovirology	BioMed Central	پزشکی (عمومی)	۳۹۱	۶/۵۵
۶	Yakugaku Zasshi	Pharmaceutical Society of Japan	علوم دارویی	۳۵۹	۶/۰۱
۷	BMC Psychiatry	BioMed Central	روان‌پزشکی	۲۱۵	۳/۶
۸	Eurosurveillance	European Centre for Disease Prevention and Control	بهداشت عمومی	۲۰۹	۳/۵
۹	Clinics	Faculdade de Medicina / USP	پزشکی (عمومی)	۱۷۰	۲/۸۵
۱۰	Trials	BioMed Central	قلب	۷۱	۱/۱۹

بر اساس یافته‌های پژوهش در جدول ۳، ترتیب موضوع‌های حوزه‌ی علوم پایه از لحاظ میزان استناد (بدون در نظر گرفتن تعداد کل مجلات آن‌ها) به شرح ذیل می‌باشد: زیست‌شناسی و علوم زیستی (۵۳ عنوان مجله دارای استناد، ۶۰۰۹ استناد معادل ۵۹/۴ درصد)؛ علوم (کلی) (۱ عنوان مجله دارای استناد، ۱۷۴۳ استناد معادل ۱۷/۲۳ درصد)؛ شیمی (۶ عنوان مجله استناد شده، ۱۰۶۱ استناد معادل ۱۰/۴۹ درصد)؛ علوم زمین و محیط زیست (۲۵ عنوان مجله دارای استناد، ۸۰۳ استناد معادل ۷/۹۴ درصد)؛ فیزیک و ستاره‌شناسی (۶ عنوان مجله دارای استناد، ۴۰۹ استناد معادل ۴/۰۴ درصد)؛ ریاضیات و آمار (۶ عنوان مجله دارای استناد، ۹۱ استناد معادل ۰/۹ درصد).

بررسی مجلات دارای استناد در حوزه‌ی علوم پایه نشان می‌دهد که به ۱۳ عنوان مجله (۱۳/۰۴ درصد) فقط ۱ استناد، به ۳ عنوان مجله ۲ (۳/۰۹ درصد) ۲ استناد، به ۸ عنوان مجله (۸/۲۴ درصد) ۳ استناد و به ۷۳ عنوان مجله (۷۵/۲۶) ۴ استناد یا بیشتر تعلق گرفته است.

از طرفی در این حوزه، بالاترین میزان استناد (۲۴۹۱ استناد معادل ۲۴/۶۲ درصد) به یکی از مجلات موضوع زیست‌شناسی (BMC Bioinformatics، مندرج در جدول ۴) تعلق گرفته است. یافته‌های حاصل همچنین نشان می‌دهد که در حوزه‌ی علوم پایه، موضوع زیست‌شناسی و علوم زیستی با ۲۹۰ عنوان مجله (۴۴/۱۴ درصد) که به ۵۳ عنوان از آن‌ها (۱۸/۲۷ درصد) استناد شده است، دارای بالاترین میزان استناد (۶۰۰۹ استناد معادل ۵۹/۴ درصد)، با میانگین ۲۰/۷۲ استناد برای هر مجله بوده؛ در حالی که ریاضیات و آمار با ۱۱۹ عنوان مجله (۱۸/۱۱ درصد) که به ۶ عنوان از آن‌ها (۵/۰۴ درصد) استناد شده، دارای پایین‌ترین میزان استناد (۹۱ استناد معادل ۰/۹ درصد) با میانگین ۰/۷۶ استناد برای هر مجله، می‌باشد. البته قابل ذکر است که در این حوزه، موضوع علوم (کلی) با ۱ عنوان مجله (PLOS ONE) که ۰/۱۵ درصد کل مجلات حوزه‌ی علوم پایه را تشکیل می‌دهد، ۱۷۴۳ استناد (۱۷/۲۳ درصد) دریافت نموده است که از لحاظ میزان استناد در رتبه‌ی دوم حوزه‌ی علوم پایه قرار می‌گیرد.

جدول ۳: میزان استناد مقالات ISI web of science به مجلات حوزه‌ی علوم پایه در DOAJ

موضوع	تعداد مجلات بررسی شده در DOAJ		تعداد استنادات صورت گرفته به مجلات		تعداد مجلات دارای استناد		بیشترین تعداد استناد در موضوع
	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	
زیست‌شناسی و علوم زیستی	۲۹۰	۴۴/۱۴	۶۰۰۹	۱۸/۲۷	۵۳	۱۸/۲۷	۲۴۹۱
شیمی	۵۹	۸/۹۸	۱۰۶۱	۱۰/۱۷	۶	۱۰/۱۷	۵۶۹
فیزیک	۵۸	۸/۸۳	۴۰۹	۱۰/۳۴	۶	۱۰/۳۴	۲۱۲
ریاضی و آمار	۱۱۹	۱۸/۱۱	۹۱	۵/۰۴	۶	۵/۰۴	۹۱
علوم زمین و محیط زیست	۱۳۰	۱۹/۷۹	۸۰۳	۱۹/۲۳	۲۵	۱۹/۲۳	۲۱۸
علوم (کلی)	۱	۰/۱۵	۱۷۴۳	۱۰۰	۱	۱۰۰	۱۷۴۳
جمع	۶۵۷	۱۰۰	۱۰۱۱۶	۱۴/۷۶	۹۷	۱۴/۷۶	۲۴۹۱

این یافته‌ها و نیز طبق قوانین آماری تفاوت معنی‌داری میان تعداد مجلات دو حوزه‌ی علوم بهداشت و پزشکی و علوم پایه مشاهده نمی‌شود $0.05 > 0.529$ Asymp. Sig. = .05).

از طرفی با انجام آزمون χ^2 در مورد استنادات صورت گرفته به مجلات دو حوزه، مقدار χ^2 معادل $10.71/5.01$ با درجه‌ی آزادی ۱ و $0.001 < 0.05$ Asymp. Sig. = .05) به دست آمد که طبق این یافته‌ها و با توجه به قوانین آماری، بین دو حوزه‌ی علوم بهداشت و پزشکی و علوم پایه از لحاظ استنادات دریافتی توسط مجلات آن‌ها تفاوت معنی‌داری وجود دارد (Asymp. Sig. = .001 < .05).

بحث

از یافته‌های تحقیق می‌توان این نکته را استنباط نمود که میزان گرایش به مجلات دسترسی آزاد در حوزه‌ی علوم پایه نسبت به این نوع مجلات در حوزه‌ی علوم بهداشت و پزشکی در حالت کلی به میزان چشم‌گیری بیشتر است، (این در حالی است که تعداد مجلات حوزه‌ی علوم پایه (۶۵۷ عنوان) کمتر از

بعد از بررسی مجلات دارای استناد در حوزه‌ی علوم پایه، پر استنادترین مجلات این حوزه از رتبه‌ی اول تا دهم به صورت جدول ۴ مشخص گردید:

در نهایت با بررسی ۱۳۳۷ عنوان مجله از پایگاه DOAJ، مشخص شد که در کل ۱۶۴ عنوان مجله (۱۲/۲۷ درصد) دارای استناد بوده، تعداد کل استناداتی که از مقالات مجلات پایگاه ISI web Of science در طول سال‌های ۲۰۰۳-۲۰۰۸ به این مجلات صورت گرفته، ۱۶۰۸۱ استناد با میانگین ۱۲/۰۳ استناد برای هر مجله می‌باشد. همچنین با بررسی یافته‌ها ملاحظه می‌شود که به ۱۱۷۳ عنوان مجله (۸۷/۷۳ درصد) هیچ‌گونه استنادی صورت نگرفته است.

اما جهت بررسی معنی‌داری تفاوت از لحاظ استنادات صورت گرفته به مجلات، بین دو حوزه‌ی علوم بهداشت و پزشکی و علوم پایه در پایگاه DOAJ ابتدا این معنی‌داری در مورد مجلات این دو حوزه با استفاده از χ^2 صورت گرفت.

طبق یافته‌های پژوهش، مقدار χ^2 برابر 0.396 با درجه‌ی آزادی ۱ و 0.529 Asymp Sig = .05) به دست آمد، که با توجه به

جدول ۴: مجلات پر استناد حوزه‌ی علوم پایه در پایگاه DOAJ از رتبه‌ی اول تا دهم

رتبه	عنوان مجله	ناشر	موضوع	تعداد استناد	درصد
۱	BMC Bioinformatics	BioMed Central	زیست‌شناسی	۲۴۹۱	۲۴/۶۲
۲	PloS ONE	Public Library of Science (PLoS)	علوم (کلی)	۱۷۴۳	۱۷/۲۳
۳	BMC Genomics	BioMed Central	ژنتیک	۱۵۳۶	۱۵/۱۸
۴	Molecules	Molecular Diversity Preservation International (MDPI)	شیمی آلی	۵۶۹	۵/۶۲
۵	Planta Daninha	Sociedade Brasileira da Ciência das Plantas Daninhas	گیاه‌شناسی	۲۸۱	۲/۷۷
۶	Hereditas	Blackwell	سلول‌شناسی	۲۶۰	۲/۵۷
۷	E-Polymers	European Polymer Federation	مهندسی شیمی	۲۵۸	۲/۵۵
۸	Biogeosciences	Copernicus Publications	زمین‌شناسی	۲۱۸	۲/۱۵
۹	Optics Express	Optical Society of America (OSA)	نور	۲۱۲	۲/۰۹
۱۰	Fluoride	The International Society for Fluoride Research	تکنولوژی زیستی	۱۹۸	۱/۹۵

نکته‌ی دیگر این که، میزان استنادات از حوزه‌های به حوزه‌ی دیگر و در داخل هر حوزه نیز از موضوعی به موضوع دیگر متفاوت است و این نکته‌ای است که در تحقیقات دیگر مانند پژوهشی که توسط Tonta و همکاران (به نقل از Yasar و همکاران) صورت گرفته، نیز مشاهده شده است. این محققان در یافته‌های تحقیق خود اذعان می‌دارند که استنادات دریافتی توسط موضوع زیست‌شناسی بسیار بیشتر از استنادات اختصاص یافته به موضوع محیط زیست می‌باشد و این نکته‌ای است که مورد تأیید پژوهش حاضر نیز می‌باشد (۹).

نکته‌ی مهمی که در این تحقیق قابل تأمل است، این که تعداد مجلات در یک موضوع و یا یک حوزه نمی‌تواند تعیین کننده‌ی میزان استنادات به آن حوزه یا موضوع باشد؛ به گونه‌ای که به طور مثال بگوییم هر چه تعداد مجلات در موضوعی یا حوزه‌ای بیشتر باشد، میزان استنادات در آن موضوع یا حوزه بیشتر است و این نتیجه‌ای است که بارها در تحقیق حاضر مشاهده شد. به عنوان مثال، با این که تعداد مجلات موضوع ریاضیات و آمار (۱۱۹ عنوان مجله) بیشتر از تعداد مجلات موضوع بهداشت عمومی (۷۵ عنوان مجله) و یا پزشکی داخلی (۱۰۰ عنوان مجله) می‌باشد، اما تعداد استنادات دریافتی توسط مجلات موضوع ریاضیات و آمار کمتر می‌باشد. این چنین وضعیتی در مورد موضوع علوم زمین و محیط زیست نیز با دو موضوع مذکور از حوزه‌ی علوم بهداشت و پزشکی وجود دارد، که این نکته نیز می‌تواند حاکی از این باشد که آن چه تعیین کننده‌ی میزان استناد به مجلات یک حوزه یا یک موضوع است، همان اعتبار مجلات و یا میزان انجام پژوهش در آن حوزه یا موضوع می‌باشد و نه تعداد مجلات.

نکته‌ی دیگری که از یافته‌های پژوهش می‌توان استنتاج نمود، این است که توزیع مجلات بر استناد در دو حوزه‌ی علوم بهداشت و پزشکی و علوم پایه یکسان نمی‌باشد، به گونه‌ای که مجله‌ی پر استناد رتبه‌ی اول در حوزه‌ی علوم پایه متعلق به موضوعی است که از لحاظ میزان استناد در رتبه‌ی اول بوده، در حوزه‌ی علوم بهداشت و پزشکی مربوط

تعداد مجلات حوزه‌ی علوم بهداشت و پزشکی می‌باشد، که دو دلیل احتمالی می‌توان بر این نکته بیان کرد که ۱. در حوزه‌ی که به مجلات آن کمتر استناد شده است، میزان پژوهش نیز در آن حوزه در مقایسه با حوزه‌ی دیگر کمتر است، ۲. مجلات موجود در حوزه‌ی کم استناد، کمتر شناخته شده‌اند و اعتبار آن‌ها کمتر است. از طرفی، با توجه به یافته‌های حاصل از χ^2 می‌توان دریافت که تفاوت بین استنادات به مجلات در دو حوزه‌ی علوم بهداشت و پزشکی و علوم پایه معنی‌دار است، هر چند مقایسه‌ی موضوع به موضوع این حوزه‌ها با یکدیگر و به صورت موردی ممکن است خلاف این امر را نشان دهد. به طور مثال موضوع ریاضیات و آمار از حوزه‌ی علوم پایه استنادات بسیار کمتری (۹۱ استناد) نسبت به موضوع پزشکی داخلی (۱۵۷۸ استناد) دریافت نموده است. همچنین مشاهده می‌شود که موضوع فیزیک (با ۴۰۹ استناد) نیز استنادات کمتری نسبت به موضوع بهداشت عمومی (۱۱۴۱ استناد) به خود اختصاص داده است.

رحیمی و همکاران از یافته‌های تحقیق خود به این نکته دست یافتند که میزان استناد به مجلات رایگان پزشکی کمتر از یک درصد است، اما یافته‌های تحقیق حاضر نشان داد که میزان استناد به این نوع مجلات ۳۷/۰۹ درصد است. البته، رحیمی و همکاران در تحقیق خود دو عنوان مجله از مجلات منتشر شده توسط BioMed central را به عنوان پر استنادترین مجلات معرفی می‌نمایند، که در پژوهش حاضر نیز ۵ عنوان مجله از مجلات پر استناد، مجلاتی هستند که توسط همین ناشر منتشر شده‌اند (۴).

یافته‌های تحقیق حاضر همچنین این نکته را به دست داد که مجلات موضوع زیست‌شناسی بیشترین میزان استناد را در بین تمام موضوعها دریافت نموده‌اند؛ در حالی که، تحقیق صورت گرفته توسط Harnad و Brody عکس این نتیجه را در پی داشت و آن‌ها در نتایج تحقیق خود اظهار داشتند که موضوع زیست‌شناسی کمترین میزان استناد را دریافت کرده است (۷).

عنوان مجله، معادل ۸۷/۷۳ درصد) در دو حوزه‌ی علوم بهداشت و پزشکی و علوم پایه در پایگاه DOAJ به نسبت ناچیز است، اما با توجه به افزایش روزافزون مجلات دسترسی آزاد در این پایگاه، و نیز با توجه به لزوم شناسایی مجلات پر استناد و معتبر در حوزه‌هایی مانند علوم بهداشت و پزشکی و علوم پایه که در آن‌ها محققان به اطلاعات روزآمد و معتبر نیاز مبرم دارند، انجام چنین پژوهش‌هایی کمک شایانی به این امر نموده، محققان را در دسترسی به مجلات رایگان معتبر راهنمایی می‌کند. از سوی دیگر، آن دسته از حوزه‌ها و موضوعات علمی که در آن‌ها میزان گرایش به مجلات دسترسی آزاد بیشتر است، نیز مورد شناسایی قرار گرفته، کتابخانه‌ها را در برنامه‌ریزی جهت دسترس پذیر ساختن منابع معتبر برای مراجعان خود یاری می‌نماید.

از طرفی، با توجه به وجود پایگاهی مانند راهنمای مجلات دسترسی آزاد (DOAJ) که مجلات رایگان را از سراسر جهان در موضوعات و حوزه‌های گوناگون علمی از جمله علوم بهداشت و پزشکی و علوم پایه به صورت تمام متن و بدون محدودیت در اختیار محققان قرار می‌دهد، انجام چنین پژوهشی می‌تواند در شناساندن ماهیت و اعتبار مجلات آن کمک شایانی نموده، کتابخانه‌ها و افراد را برای برنامه‌ریزی جهت استفاده از مجلات این پایگاه یاری نماید.

به موضوعی است که از لحاظ میزان استناد در رتبه‌ی دوم می‌باشد. از سوی دیگر، توزیع مجلات پر استناد رتبه‌های دوم تا دهم نیز بین موضوع‌ها از حوزه‌ای به حوزه‌ی دیگر متفاوت است، به طور مثال، در حوزه‌ی بهداشت و پزشکی مجله‌ی پر استناد رتبه‌ی دوم متعلق به موضوعی است که از لحاظ تعداد استناد در رتبه‌ی اول قرار داشته، اما در حوزه‌ی علوم پایه، مجله‌ی پر استناد رتبه‌ی دوم مربوط به موضوعی است که از لحاظ تعداد استناد در رتبه‌ی دوم واقع شده است و، که این امر می‌تواند نشان دهنده‌ی این نکته باشد که در برخی موضوعات یک یا تعداد اندکی مجله‌ی پر استناد بوده، اما در موضوعات دیگر اکثر مجلات پر استناد می‌باشند.

از نتایج جالب دیگر در این پژوهش آن‌که، اغلب مجلات دارای عناوین کوتاه (یک واژه‌ای تا ۳ واژه‌ای) استناد دریافت کرده‌اند و به جرأت می‌توان گفت که مجلاتی با عناوین بیشتر از ۳ واژه هیچ گونه استنادی دریافت نکرده بودند. همان طور که در جدول‌های ۲ و ۴ نیز مشاهده گردید، مجلات پر استناد در دو حوزه بیان کننده این مطلب است که تمام این مجلات ۱ تا ۳ واژه‌ای هستند، این نکته نشان می‌دهد که بین میزان استناد به مجلات و طول عنوان آن‌ها رابطه وجود دارد.

نتیجه‌گیری

هر چند تعداد مجلات دارای استناد (۱۶۴ عنوان مجله، معادل ۱۲/۲۷ درصد) نسبت به مجلات بدون استناد (۱۱۷۳

References

1. Mann F, Von Walter B, Hess T, Wigand RT. Open Access & Science Publishing. Communications of the ACM 2009; 52(3): 135-9.
2. Directory of Open Access Journals [Online]. 2008 [2008 Apr 26]; Available from: URL: <http://www.doaj.org/>
3. Montgomery G. Open access journals: The future of publishing [Online]. 2006 [cited 2008 Apr 27]; Available fro:http://www.forrex.org/publications/link/ISS46/vol9_no2_art21.pdf/
4. Rahimi AR, Asgar R, Taghei Yar S, Akbarei A. Citing the free medical electronic journals of the DOAJ database in the peer-reviewed journals of Iranian medical sciences universities. Health Information Management 2008; 5(1): 45-53.
5. Moller A. The Rise of Open Access Journals: Their Viability and Prospects for the African Scholarly Community. Africa Media Review 2007; 15(1-2): 1-21.

6. Farajpahloo AH, Asnafi AR. The Most Linked Open Access Journals in Humanities in Shahid Chamran University. *Faslnameh-Ketab* 2007; 18(2): 123-36.
7. Harnad S, Brody T. Comparing the Impact of Open Access (OA) vs. Non-OA Articles in the Same Journals. *D-Lib Magazine* 2004; 10(6). [Online]; Available from: URL: [Http://www.dlib.org/dlib/june04/harnad/06harnad.html/](http://www.dlib.org/dlib/june04/harnad/06harnad.html/)
8. Kousha K, Thelwall M. The Web impact of open access social science research. *Library & Information Science Research* 2007; 29(4): 495-507.
9. Yasar T, Yurdagul U, Umut A. The Research Impact of Open Access Journal Articles. *Proceedings of the ELPUB 2007 International Conference on Electronic Publishing*; 2007 Jun 13-15; Vienna, Austria; 2007.
10. Alijani R, Karami N. *Quantitative Metrics Studies: Bibliometrics, Scientometrics, Informetrics, Webometrics*. Tehran: Chapar Publication; 2008.

Study of the Citations of ISI Web of Science's Articles to DOAJ's Journals in Health & Medical Sciences and Basic Sciences*

Rasul Saadat¹; Ahmad Shabani, PhD²; Asefeh Asemi, PhD³

Abstract

Introduction: In order to cope with the crisis of serials cost and problems associated with the shortage of budget in libraries and facilitating the access to scientific journals, the principle of Open Access to scientific publications and usually in the form of electronic journals has evolved during the last 15 years. This research aimed to clarifying the amount of citations of ISI Web of Science's articles to DOAJ's journals in the two fields of Health & Medical Sciences and Basic Sciences during 2003–2008 and investigating the significance of difference in the citations received by DOAJ's journals between the above-mentioned two fields.

Methods: In this study bibliometrics method and citation analysis technique was used and 1337 English-language journals from DOAJ and without sampling were investigated. Data collected by Cited Reference Search in ISI Web of Science and analyzed by SPSS₁₆ software.

Results: The findings indicated that Basic Sciences, with 657 journals, received 10116 citations (62.91%). In this field Biology & Life Sciences received the most citations (6009 citations, equal to 59.4%) and Mathematics & Statistics received the least citations (91 citations, equal to 0.9%). On the other hand, Health & Medical Sciences, with 680 journals, received 5965 citations. In this field Medicine (General) received the most citations (3236 citations, equal to 54.25%) and Dentistry received the least citations (1 citation, equal to 0.01%). The findings of Chi-Square test showed no significant difference in the number of journals between the two fields of Health and Medical Sciences and Basic Sciences, but there was significant difference in the number of citations between them.

Conclusion: Although the number of cited journals in comparison with non-cited journals in the two fields of Health & Medical Sciences and Basic Sciences in DOAJ were relatively low, but given the increasing rate of open access journals in the database, and also considering the need to identify highly cited and valid journals in areas such as Health Sciences and Medicine and Basic Science, which is the urgent need of researchers for reliable and updated information, doing such researches has great effect in this field and will help them to access free reliable journals.

Keywords: Periodicals; Citation; Databases.

Type of article: Original article

Received: 16 May, 2009 Accepted: 18 Jan, 2010

Citation: Saadat R, Shabani A, Asemi A. Study of the Citations of ISI Web of Science's Articles to DOAJ's Journals in Health & Medical Sciences and Basic Sciences. Health Information Management 2011; 8(2): 175.

* This article is resulted from MSc thesis.

1. MSc, Library & Information Science, Academy of Islamic Sciences & Culture, Qom, Iran.

2. Associate Professor, Library & Information Science, The University of Isfahan, Isfahan, Iran. (Corresponding Author) Email: shabania@edu.ui.ac.ir

3. Assistant Professor, Library & Information Science, The University of Isfahan, Isfahan, Iran.

ارزیابی وب سایت کتابخانه‌های دانشگاه‌های علوم پزشکی کشور و ارائه پیشنهادهایی در جهت بهبود وضعیت آن‌ها*

افشین حمدی پور^۱

چکیده

مقدمه: وب سایت‌های کتابخانه‌های دانشگاهی نقش مهمی در برقراری ارتباط و ارائه خدمات به کاربران دارند. هدف از پژوهش حاضر، بررسی وب سایت‌های کتابخانه‌های دانشگاهی علوم پزشکی کشور از نظر معیارهای ارزیابی عمومی و شناسایی نقاط قوت و ضعف بوده است.

روش بررسی: در این پژوهش پیمایشی-تحلیلی، ابتدا وب سایت‌های کتابخانه‌های دانشگاهی علوم پزشکی کشور از طریق اینترنت شناسایی شد. سپس معیارهای محتوای صفحه اصلی، جستجو و تحقیق و در نهایت امکانات کاربران ارزیابی و یافته‌ها با همدیگر مقایسه شد. جامعه آماری این پژوهش ۴۱ وب سایت کتابخانه‌های دانشگاهی تحت پوشش وزارت بهداشت، در طی دوره‌ی زمانی ۳ ماهه تا اسفندماه سال ۱۳۸۷ بود. برای جمع‌آوری داده‌ها از سه سیاهه‌ی واری با ۲۹ سؤال استفاده شد. روایی با نظر متخصصین و نیز پژوهش‌های انجام یافته، تأیید شد و برای تحلیل داده‌ها از نرم‌افزار Excel استفاده گردید.

یافته‌ها: از مجموع وب سایت کتابخانه‌های مورد بررسی، به طور متوسط ۳۶ درصد اقلام محتوای صفحه اصلی، ۶۷ درصد اقلام جستجو و تحقیق، و ۴۶ درصد اقلام ارزیابی امکانات کاربران را در طراحی صفحات وب رعایت کرده‌اند. از میان دانشگاه‌های مورد بررسی تعداد ۱۸ دانشگاه معادل ۴۵ درصد، بیش از ۵۰ درصد اقلام اطلاعاتی سیاهه‌ی واری را در طراحی وب سایت خود لحاظ کرده‌اند.

نتیجه گیری: وب سایت کتابخانه‌های دانشگاه‌های علوم پزشکی کشور از نظر ارزیابی معیارهای «محتوای صفحه اصلی» در سطح ضعیف، از نظر ارزیابی معیارهای «جستجو و تحقیق» در سطح خوب و از نظر ارزیابی معیارهای «امکانات کاربران» در سطح متوسط قرار دارند. به طور کلی از معیارهای سه گانه‌ی ارزیابی در حدود ۴۶ درصد در وب سایت‌های کتابخانه‌های مورد بررسی رعایت شده است. همچنین دانشگاه‌های علوم پزشکی مشهد، علوم پزشکی زنجان، علوم پزشکی ایران، علوم پزشکی اصفهان، علوم پزشکی تبریز و علوم پزشکی شاهد بیشتر از سایر دانشگاه‌های علوم پزشکی، معیارهای ارزیابی را در طراحی وب سایت کتابخانه‌ها لحاظ نموده‌اند.

واژه‌های کلیدی: اینترنت؛ کتابخانه‌ها؛ نظام‌های اطلاع‌رسانی؛ پایگاه‌های اطلاعاتی.

نوع مقاله: تحقیقی

دریافت مقاله: ۸۸/۱/۱۵

اصلاح نهایی: ۸۸/۳/۱۹

پذیرش مقاله: ۸۸/۱۰/۲۸

ارجاع: حمدی پور افشین. ارزیابی وب سایت کتابخانه‌های دانشگاه‌های علوم پزشکی کشور و ارائه پیشنهادهایی در جهت بهبود وضعیت آن‌ها. مدیریت اطلاعات سلامت ۱۳۹۰؛ ۸ (۲): ۱۷۶-۱۸۸.

مقدمه

* این مقاله حاصل تحقیقی مستقل است که بدون حمایت مالی سازمانی انجام شده است.

از زمان ظهور اینترنت نقش و جایگاه کتابخانه‌ها متحول شده است. هر کتابخانه‌ی دانشگاهی با ایجاد یک وب‌سایت تلاش

۱. مربی، کتابداری و اطلاع‌رسانی، دانشگاه تبریز، تبریز، ایران. (نویسنده‌ی مسؤول)
Email: hamdipour@gmail.com

طراحی وب سایت‌ها، مشخص شد که میزان هم‌خوانی وب سایت‌های خارجی نمونه‌ی تحقیق با سیاهه‌ی ارزیابی حدود ۷۸ درصد است، اما وب سایت‌های کتابخانه‌های دانشگاهی ایران از طراحی ضعیفی (۴۵ درصد) برخوردارند (۴).

رضایی شریف‌آبادی و فرودی در پژوهشی با عنوان «ارزیابی صفحات وب کتابخانه‌های دانشگاهی ایران»، عوامل مختلفی از جمله محتوای صفحه‌ی اصلی، عوامل جستجو و تحقیق و امکانات کاربران را مورد بررسی قرار دادند. در مجموع یافته‌ها نشان داد که ۴۰/۸ درصد عوامل اطلاعاتی مورد بررسی، توسط جامعه‌ی مورد پژوهش رعایت می‌شوند (۵).

یافته‌های تحقیق خالقی و داورپناه با عنوان «بررسی وضعیت وب سایت‌های ایرانی بر اساس معیارهای عمومی ارزیابی» نشان داد اکثر وب سایت‌ها تحت مالکیت مراکز دولتی در تهران می‌باشند و در ارزیابی موضوعاتی نظیر موضوعات علمی، فرهنگی و همچنین در ارزیابی اطلاعات توسط پایگاه‌های اطلاعاتی و منابع الکترونیکی، بسیار ضعیف عمل کرده‌اند. بیش از ۸۰ درصد آن‌ها به تاریخ روزآمدی و بیش از نیمی از آن‌ها به بیان هدف‌های خود، توجهی ندارند. به طور کلی می‌توان گفت در ارایه و اشاعه‌ی اطلاعات از طریق وب سایت‌ها برنامه‌ریزی مشخص و مدونی وجود نداشته است (۶).

یافته‌های پژوهش عصاره و پاپی در ارزیابی کیفیت تارنما (وب سایت) های کتابخانه‌های تحت پوشش وزارت علوم و فن‌آوری حاکی از آن است که ویژگی‌های مخاطبان و هدف تارنما، بارگذاری و پایداربودن ساختار در بین تارنماهای مورد مطالعه در سطح خوب و ویژگی‌های میزان سهولت جستجو، گرافیک، وجود سابقه و پیشینه‌ی علمی نویسنده یا تنالگان و هدف مشخص برای محدوده‌ی اطلاعاتی، در سطح متوسط و روزآمد بودن مطالب و پیوندهای درونی در سطح پایینی قرار گرفتند (۷).

نتایج پژوهش ورع و حیاتی در مورد صفحات خانگی کتابخانه‌های دانشگاهی تحت پوشش وزارت علوم و تحقیقات نشان داد که ۲۷ دانشگاه دارای صفحات وب کتابخانه‌ای هستند و ۵۶/۶ درصد عوامل اطلاعاتی مورد بررسی در

دارد محتوای اطلاعاتی خود را به مخاطبان خود، که اعضای هیأت علمی، کارمندان و دانشجویان هستند، عرضه دارد. سایت کتابخانه‌ها در ابتدا به عنوان محلی برای معرفی کتابخانه و مجموعه‌ی آن مورد استفاده قرار می‌گرفت ولی با گسترش قابلیت‌های اینترنت و دسترس پذیری اطلاعات بیشتر از طریق آن، وب سایت کتابخانه‌های دانشگاهی نیز از حالت معرفی صرف کتابخانه خارج شد و به عنوان دروازه‌ی اطلاعاتی برای دستیابی به اطلاعات موجود در سایت‌های مختلف، منابع اطلاعاتی الکترونیکی و مانند آن مورد استفاده قرار گرفت (۱).

با توجه به رسالت آموزشی و پژوهشی کتابخانه‌های دانشگاهی و نیز اهمیتی که امروزه وب سایت‌های این کتابخانه‌ها در برقراری ارتباط و ارایه‌ی خدمات به کاربران پیدا کرده‌اند، طراحی این گونه وب سایت‌ها و منظور کردن عناصر کارآمد و مفید در آن‌ها دارای اهمیت بسیاری است. تعداد کتابخانه‌هایی که در جهان خدمات خود را از طریق وب در اختیار می‌گذارند همواره در حال افزایش است. در کشور ما نیز با روشن شدن ضرورت و اهمیت وب سایت‌های کتابخانه‌ای، هم اکنون طراحی این گونه وب سایت‌ها در دانشگاه‌ها مورد توجه جدی قرار گرفته است و در این زمینه قدم‌های مثبتی نیز برداشته شده است. اما در این راه، کتابخانه‌ها هنوز مراحل ابتدایی را می‌گذرانند و اغلب دارای نابسامانی‌هایی هستند (۲).

فرج پهلوی در پژوهشی به تجزیه و تحلیل محتوایی ۳۴ وب سایت دانشگاهی ایران و مقایسه‌ی آن‌ها با «نمایه‌ی ارزیابی وب» مبادرت نمود. وی ۴ ویژگی «سرعت»، «قابلیت دسترسی»، «راهنبری در صفحات» و «کیفیت محتوا» را با توجه به نظرات کاربران ایرانی مورد بررسی قرار داد. یافته‌های این بررسی نشان داد که ۶۱/۸ درصد، یعنی اکثر صفحات خانگی دانشگاهی ایران در زمان تحقیق، مطابق با نمایه‌ی ارزیابی وب و انتظارات مراجعان و کاربران، طراحی و تدوین شده‌اند (۳).

اصغری پوده در تحقیقی عناصر و ویژگی‌های مهم در طراحی وب سایت کتابخانه‌های دانشگاهی را مورد بررسی قرار دادند. در این تحقیق ضمن ارایه‌ی الگوی نظری مناسب برای

نتایج این پژوهش نشان داد که تفاوت معنی‌داری بین اکثر ویژگی‌های محتوایی وب سایت‌ها در گروه‌های فرهنگی مختلف وجود دارد. جالب است که این تفاوت در مورد ویژگی‌های ساختاری مشاهده نشد (۱۳).

هدف از پژوهش حاضر بررسی وب سایت‌های کتابخانه‌های دانشگاهی علوم پزشکی کشور با استفاده از سیاهه‌ی واریسی بود و تلاش شد تا نقاط قوت و ضعف وب سایت کتابخانه‌ها را شناسایی و پیشنهادهایی برای تقویت نقاط مثبت و برطرف کردن نقاط ضعف ارائه گردد. این پژوهش علاوه بر کاربرد در کتابخانه‌های دانشگاه‌های علوم پزشکی، می‌تواند برای طراحان وب سایت نیز مفید باشد.

روش بررسی

این پژوهش به روش پیمایشی-تحلیلی انجام شده است. جامعه‌ی پژوهش، کلیه‌ی وب سایت‌های کتابخانه‌های مرکزی دانشگاه‌های علوم پزشکی کشور بود که در وب سایت معاونت آموزشی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی با پیوند «دانشگاه‌های علوم پزشکی» به نشانی

http://dme.hbi.ir/motaleat/Useful_Site/Iran-

med-university.htm استخراج شد.

در فهرست مذکور تعداد ۴۲ آدرس سایت دانشگاه، وجود داشت که از این تعداد ۴۱ آدرس سایت دانشگاه فعال بود و تنها به وب سایت دانشگاه علوم پزشکی فسا دسترسی حاصل نشد. گردآوری داده‌ها به روش مشاهده‌ی مستقیم در یک دوره‌ی زمانی ۳ ماهه تا اسفند ماه سال ۱۳۸۷ و بر اساس سیاهه‌ی واریسی با ۲۹ سؤال صورت گرفت که قسمت اعظم آن برگرفته از یک سیاهه‌ی واریسی است که توسط Stover (۱۴) طراحی و تدوین شده است و مواردی نیز مطابق با نیازهای کاربران ایرانی اضافه شده است. روایی آن با نظر متخصصین و پژوهش‌های انجام یافته‌ی گذشته، تأیید شد. در نهایت، موارد سیاهه‌ی واریسی در قالب اقلام (ویژگی‌های محتوایی صفحه اصلی گزینه‌های ۱ تا ۱۵، جستجو و تحقیق گزینه‌های ۱۶ تا ۲۲ و امکانات کاربران گزینه‌های ۲۳ تا ۲۹) و در ۳ جدول مورد

کتابخانه‌های مذکور رعایت شده است (۸).

Raward نیز در خصوص طراحی صفحات وب کتابخانه‌ها معتقد است که طراحی این صفحات هنگامی موفقیت‌آمیز خواهد بود که در آن از الگوی طراحی کاربرمدار استفاده شود. البته تحقیق وی نشان داد که در طراحی وب سایت کتابخانه‌ها، کمتر به نظر کاربران توجه شده است (۹).

Mateos و همکاران پژوهشی را با استفاده از یک نمایه، که شامل چهار مقوله‌ی عمده‌ی محتوایی سایت، سرعت، دسترس پذیری و گشت و گذار بود، انجام دادند. اعتبار این نمایه از طریق ارزیابی ۶۵ سایت وب دانشگاهی اسپانیا، مورد سنجش قرار گرفت. نتیجه‌ی این تحقیق نشانگر انعطاف پذیری این نمایه‌ی ارزیابی وب و همچنین تعیین‌کننده‌ی نقاط قوت و ضعف وب سایت‌های مورد بررسی بود (۱۰).

Still در تحقیقی به بررسی تفاوت بین ویژگی‌های وب سایت‌های کتابخانه‌های دانشگاهی در چهار کشور انگلیسی زبان یعنی استرالیا، کانادا، انگلیس و آمریکا پرداخت. نتایج نشان داد که این وب سایت‌ها از نظر محتوایی متفاوت هستند و شاید تفاوت‌ها ناشی از تفاوت‌های فرهنگی است (۱۱).

Pi پژوهشی را با استفاده از ۱۰ مقوله‌ی اعتبار، صحت، هدفمندی، جدید بودن، پوشش و مخاطبان، جنبه‌های تعاملی، تسهیلات گشت و گذار، جنبه‌های غیر متنی، کمک به پیشرفت علمی و جنبه‌های استخدام و درجه‌ی کیفیت سایت‌های وب شورای مدارس دانشکده‌ی شرق مرکزی ایندیانا مورد بررسی قرار داد. از بین این ۱۰ مقوله، مقوله‌های تسهیلات گشت و گذار (۴۲/۵۰ درصد)، صحت (۴۲/۰۶ درصد) و اعتبار (۴۱/۸ درصد) اجزایی بودند که بالاترین رتبه را به خود اختصاص دادند. محتوای این وب سایت‌ها که شامل جنبه‌های استخدام و ابقا (۶/۷۴ درصد)، جنبه‌های تعاملی (۸/۷۰ درصد)، جدید بودن (۸/۹۵ درصد) و کمک به پیشرفت علمی (۹/۳۳ درصد) بود، کمترین رتبه را دریافت نمودند (۱۲).

Robbins و Stylianou نیز با استفاده از یک مدل مفهومی، ویژگی‌های ساختاری و محتوایی، ۹۰ وب سایت تجاری را بر اساس «فرهنگ» و «نوع حرفه» بررسی کردند.

نظرسنجی در مورد سایت (۳۲ درصد)، وجود راهنمای جستجو در سایت (۲۷ درصد) و امکان پرسش از کتابدار (۱۲ درصد) کمتر در وب سایت کتابخانه‌های دانشگاه‌های علوم پزشکی مورد استفاده قرار گرفته‌اند.

یافته‌ها در جدول ۲ نشان می‌دهد از میان دانشگاه‌های مورد بررسی، در مجموع به طور متوسط (۶۷ درصد) اقلام جستجو و تحقیق را در وب سایت کتابخانه‌ها رعایت نموده‌اند که بیشترین میزان به دانشگاه علوم پزشکی اردبیل (۱۰۰ درصد)، دانشگاه علوم پزشکی ایران (۱۰۰ درصد)، دانشگاه علوم پزشکی تبریز (۱۰۰ درصد)، دانشگاه علوم پزشکی شاهد (۱۰۰ درصد)، دانشگاه علوم پزشکی شاهرود (۱۰۰ درصد)، دانشگاه علوم پزشکی شیراز (۱۰۰ درصد)، دانشگاه علوم پزشکی کرمان (۱۰۰ درصد) و دانشگاه علوم پزشکی مشهد (۱۰۰ درصد) مربوط است.

همچنین در جدول ۲ توزیع فراوانی کل اقلام «جستجو و تحقیق» در کتابخانه‌های دانشگاه‌های مورد بررسی مشخص شده است. عامل نشانی و دامنه‌ی سایت ۱۰۰ درصد، پیوند به مجلات الکترونیکی علوم پزشکی ۸۸ درصد، پیوند به سایت‌های اینترنتی مرتبط ۸۰ درصد و پیوند به بانک‌های اطلاعاتی پزشکی ۶۸ درصد در وب سایت کتابخانه‌های دانشگاه علوم پزشکی مورد استفاده بوده‌اند. از معیارهای جستجو و تحقیق که کمتر در وب سایت‌ها استفاده شده‌اند، می‌توان به نشانی و شماره‌ی تلفن کتابخانه (۴۱ درصد) و پیوند به خدمات بین کتابخانه‌ای (۲۷ درصد) اشاره کرد.

در جدول ۳ توزیع فراوانی اقلام ارزیابی «امکانات کاربران» در وب سایت کتابخانه‌های دانشگاه‌های علوم پزشکی به تفکیک هر دانشگاه مشخص شده است. دانشگاه علوم پزشکی زنجان (۱۰۰ درصد)، دانشگاه علوم پزشکی ایران (۸۶ درصد) و دانشگاه علوم پزشکی مشهد (۸۶ درصد) بیشتر از سایر دانشگاه‌ها، این عوامل را لحاظ کرده‌اند. همچنین با توجه به یافته‌های جدول ۳ از میان دانشگاه‌های مورد بررسی، در کل به طور متوسط (۴۶ درصد) اقلام ارزیابی امکانات کاربران را در وب سایت کتابخانه‌ها رعایت نموده‌اند.

تجزیه و تحلیل قرار گرفت. برای وارد کردن داده‌ها در جدول، در مقابل اقلام موجود علامت ستاره (*) یعنی وجود عامل و در اقلامی که در وب سایت موجود نبودند، از خط تیره (-) استفاده شده است. تجزیه و تحلیل داده‌ها با استفاده از آمار توصیفی و نرم‌افزار Excel صورت پذیرفت.

لازم به توضیح است که در این مقاله با استفاده از پیوند «کتابخانه» اطلاعات مورد نیاز در سایت‌های مورد بررسی جمع‌آوری شده است. اما در بعضی از سایت‌های دانشگاه‌ها به جای پیوند «کتابخانه» از عبارت «پایگاه عرضه‌ی اطلاعات پزشکی» استفاده شده است که آن‌ها نیز در این پژوهش لحاظ شده‌اند.

یافته‌ها

نتایج مربوط به معیارهای ارزیابی محتوای صفحه‌ی اصلی در جدول ۱ نشان داده شده است. از مجموع وب سایت کتابخانه‌های دانشگاه‌های علوم پزشکی به طور متوسط، ۳۶ درصد اقلام محتوای صفحه‌ی اصلی را در طراحی صفحات وب رعایت کرده‌اند. از بین دانشگاه‌های مورد بررسی، دانشگاه علوم پزشکی زنجان (۸۷ درصد)، دانشگاه علوم پزشکی مشهد (۸۷ درصد)، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان (۷۳ درصد) و دانشگاه علوم پزشکی تبریز (۷۳ درصد)، بیشتر از سایر دانشگاه‌ها، در طراحی وب سایت کتابخانه‌ای از اقلام محتوای صفحه‌ی اصلی استفاده کرده‌اند. در نهایت می‌توان گفت که ۶۴ درصد از اقلام محتوای صفحه‌ی اصلی در طراحی وب سایت کتابخانه‌ها لحاظ نشده است.

یافته‌ها در جدول ۱ نشان می‌دهد از بین ۱۵ معیار ارزیابی محتوای صفحه‌ی اصلی، مشخص بودن عنوان کتابخانه با ۸۰ درصد و پیوند به صفحه‌ی اصلی دانشگاه ۵۴ درصد در طراحی وب سایت کتابخانه‌ها استفاده شده‌اند. سایر معیارهای ارزیابی محتوای صفحه‌ی اصلی از قبیل تصاویر کتابخانه (۱۵ درصد)، پیوند به خدمات کتابخانه (۲۰ درصد)، پیوند به منابع مرجع علوم پزشکی (۱۷ درصد)، تاریخ آخرین روزآمدسازی (۲۹ درصد)، آمار بازدید کنندگان سایت (۳۴ درصد)، امکان

جدول ۱: توزیع فراوانی ارقام محتوای صفحه اصلی به تفکیک وب سایت کتابخانه‌های دانشگاه‌های علوم پزشکی کشور

نام دانشگاه	محتوای صفحه اصلی	ارقام ارزیابی	مستخص بودن عنوان کتابخانه	وجود تصاویر کتابخانه	به کتابخانه	ساعات کار و اطلاعات مربوط	تاریخچه یا اهداف کتابخانه	پیوند به خدمات کتابخانه	پیوند به منابع مرجع پزشکی	اخبار کتابخانه	معرفی تازه‌های کتابخانه	سایر کتابخانه‌های پزشکی	دسترسی به فهرست	تاریخ آخرین روزآمدسازی	آمار بازدید کنندگان سایت	پیوند به صفحه اصلی	امکان بازدید کنندگان سایت	امکان نظرسنجی در مورد سایت	وجود راهنمای جستجو در سایت	امکان پرسش از کتابدار (سوالات متداول)	مجموع	درصد
دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی	*	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	*	-	-	-	-	۲	۱۳
دانشگاه علوم پزشکی اراک	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	*	*	-	-	-	-	۳	۲۰
دانشگاه علوم پزشکی اردبیل	*	-	-	-	-	-	-	-	-	*	-	*	-	*	*	-	-	-	-	*	۹	۶۰
دانشگاه علوم پزشکی ارومیه	*	-	-	-	-	-	*	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	۳	۲۰
دانشگاه علوم پزشکی اصفهان	*	-	-	-	-	-	*	-	*	*	*	*	-	*	-	-	-	-	-	*	۱۱	۷۳
دانشگاه علوم پزشکی اهواز	*	-	-	-	-	-	*	-	-	-	*	*	-	-	-	-	-	-	-	*	۸	۵۳
دانشگاه علوم پزشکی ایران	*	-	-	-	-	-	*	*	*	*	*	*	-	-	-	-	-	-	-	-	۱۰	۶۷
دانشگاه علوم پزشکی ایلام	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	۰	۰
دانشگاه علوم پزشکی بابل	*	-	-	-	-	-	-	-	-	-	*	-	-	-	-	-	-	-	-	-	۲	۱۳
دانشگاه علوم پزشکی بقیه الله	*	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	*	-	-	-	-	-	-	-	-	۳	۲۰
دانشگاه علوم پزشکی بیرجند	*	-	-	-	-	-	*	-	-	-	*	-	*	-	-	-	-	-	-	-	۹	۶۰
دانشگاه علوم پزشکی بوشهر	*	-	-	-	-	-	*	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	۴	۲۷
دانشگاه علوم پزشکی تبریز	*	-	-	-	-	-	*	*	*	*	*	*	-	*	-	-	-	-	-	-	۱۱	۷۳
دانشگاه علوم پزشکی تهران	*	-	-	-	-	-	*	-	-	-	-	*	-	*	-	-	-	-	-	-	۶	۴۰
دانشگاه علوم پزشکی جهرم	*	-	-	-	-	-	-	-	-	-	*	*	-	-	-	-	-	-	-	-	۶	۴۰
دانشگاه علوم پزشکی رفسنجان	*	-	-	-	-	-	-	-	-	-	*	*	-	-	-	-	-	-	-	-	۴	۲۷
دانشگاه علوم پزشکی زاهدان	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	۰	۰
دانشگاه علوم پزشکی زنجان	*	-	-	-	-	-	*	-	-	-	*	*	-	-	-	-	-	-	-	*	۱۳	۸۷
دانشگاه علوم پزشکی سبزوار	*	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	۱	۷
دانشگاه علوم پزشکی سمنان	*	-	-	-	-	-	*	-	-	-	*	*	-	*	-	-	-	-	-	-	۸	۵۳
دانشگاه شاهد	*	-	-	-	-	-	*	*	*	*	*	*	-	-	-	-	-	-	-	-	۱۰	۶۷
دانشگاه علوم پزشکی شاهرود	*	-	-	-	-	-	*	-	*	*	*	*	-	*	-	-	-	-	-	-	۸	۵۳
دانشگاه علوم پزشکی شهرکرد	*	-	-	-	-	-	*	-	-	-	*	*	-	-	-	-	-	-	-	-	۷	۴۷
دانشگاه علوم پزشکی شیراز	*	-	-	-	-	-	-	-	-	-	*	*	-	-	-	-	-	-	-	-	۸	۵۳
دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی	*	-	-	-	-	-	-	-	-	-	*	*	-	-	-	-	-	-	-	-	۷	۴۷
دانشگاه علوم پزشکی قزوین	*	-	-	-	-	-	-	-	-	-	*	-	-	-	-	-	-	-	-	-	۲	۱۳
دانشگاه علوم پزشکی قم	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	۱	۷
دانشگاه علوم پزشکی کاشان	*	-	-	-	-	-	*	-	-	-	*	*	-	*	-	-	-	-	-	-	۱۰	۶۷
دانشگاه علوم پزشکی کردستان	*	-	-	-	-	-	-	-	*	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	۳	۲۰
دانشگاه علوم پزشکی کرمان	*	-	-	-	-	-	*	-	-	-	*	*	-	*	-	-	-	-	-	-	۸	۵۳
دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه	*	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	۱	۷
دانشگاه علوم پزشکی گلستان	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	*	-	-	-	-	-	-	۲	۱۳
دانشگاه علوم پزشکی گناباد	*	-	-	-	-	-	*	-	-	-	*	*	-	-	-	-	-	-	-	-	۸	۵۳
دانشگاه علوم پزشکی گیلان	*	-	-	-	-	-	*	-	-	-	*	*	-	*	-	-	-	-	-	-	۷	۴۷
دانشگاه علوم پزشکی لرستان	*	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	۱	۷

ادامه جدول ۱: توزیع فراوانی ارزیابی اقلام محتوای صفحه اصلی به تفکیک وب سایت کتابخانه‌های دانشگاه‌های علوم پزشکی کشور

نام دانشگاه	محتوای صفحه اصلی	اقدام ارزیابی	مشخص بودن عنوان کتابخانه	وجود تصاویر کتابخانه	به کتابخانه	ساعات کار و اطلاعات مربوط به کتابخانه	تاریخچه یا اهداف کتابخانه	پیوند به خدمات کتابخانه	پیوند به منابع مرجع پزشکی	اخبار کتابخانه	معرفی تازه‌های کتابخانه	سایر کتابخانه‌های پزشکی	دسترسی به فهرست	تاریخ آخرین روز آمدسازی	پیوند به صفحه اصلی دانشگاه	آمار بازدید کنندگان سایت	امکان نظرسنجی در مورد سایت	وجود راهنمای جستجو در سایت	امکان پرستی از کتابدار (سوالات متداول)	مجموع	درصد
دانشگاه علوم پزشکی مازندران	*	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	*	-	-	-	-	-	-	-	۲	۱۳
دانشگاه علوم پزشکی مشهد	*	-	-	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	۱۳	۸۷
دانشگاه علوم پزشکی هرمزگان	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	۰	۰
دانشگاه علوم پزشکی همدان	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	۸	۵۳
دانشگاه علوم پزشکی یاسوج	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	*	-	-	-	-	۱	۷
دانشگاه علوم پزشکی یزد	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	۰	۰
جمع کل	۳۳	۶	۱۹	۱۹	۸	۷	۱۶	۱۱	۱۲	۲۲	۱۴	۱۲	۳۶	۲۲۰	۵	۱۱	۱۳	۱۴	۲۲۰	۳۶	
درصد	۸۰	۱۵	۴۶	۴۶	۲۰	۱۷	۳۹	۴	۲۹	۵۴	۳۴	۲۹	۱۲	۱۲	۲۷	۳۲	۳۴	۵۴	۲۲۰	۳۶	

جدول ۲: توزیع فراوانی ارزیابی اقلام جستجو و تحقیق به تفکیک وب سایت کتابخانه‌های دانشگاه‌های علوم پزشکی کشور

نام دانشگاه	اقدام ارزیابی جستجو و تحقیق	نشانی و دامنه‌ی سایت	پیوند به نشانی و شماره‌ی تلفن کتابخانه	پیوند به کتابخانه‌ی ملی دیجیتال پزشکی	پیوند به سایر سایت‌های اینترنتی مرتبط	پیوند به مجلات الکترونیکی علوم پزشکی	پیوند به خدمات بین کتابخانه‌ای	باتک‌های اطلاعاتی پزشکی	جمع کل	درصد
دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی	*	*	-	*	*	*	-	-	۴	۵۷
دانشگاه علوم پزشکی اراک	*	*	-	-	*	*	-	*	۴	۵۷
دانشگاه علوم پزشکی اردبیل	*	*	*	*	*	*	*	*	۷	۱۰۰
دانشگاه علوم پزشکی ارومیه	*	*	*	*	*	*	-	*	۶	۸۶
دانشگاه علوم پزشکی اصفهان	*	*	*	-	*	*	*	*	۶	۸۶
دانشگاه علوم پزشکی اهواز	*	*	-	-	*	*	*	*	۵	۷۱
دانشگاه علوم پزشکی ایران	*	*	*	*	*	*	*	*	۷	۱۰۰
دانشگاه علوم پزشکی ایلام	*	*	-	*	*	*	-	-	۴	۵۷
دانشگاه علوم پزشکی بابل	*	*	-	*	*	*	-	-	۳	۴۳
دانشگاه علوم پزشکی بقیه الله	*	*	-	*	*	*	-	*	۵	۷۱
دانشگاه علوم پزشکی بیرجند	*	*	*	-	*	*	-	*	۵	۷۱
دانشگاه علوم پزشکی بوشهر	*	*	-	-	*	*	-	-	۳	۴۳
دانشگاه علوم پزشکی تبریز	*	*	*	*	*	*	*	*	۷	۱۰۰

ادامه جدول ۲: توزیع فراوانی ارزیابی اقلام جستجو و تحقیق به تفکیک وب سایت کتابخانه‌های دانشگاه‌های علوم پزشکی کشور

درصد	جمع کل	اقدام ارزیابی جستجو و تحقیق							نام دانشگاه
		پیوند به بانک‌های اطلاعاتی پزشکی	پیوند به خدمات بین کتابخانه‌ای	پیوند به مجلات الکترونیکی علوم پزشکی	پیوند به سایر سایت‌های اینترنتی مرتبط	پیوند به کتابخانه‌ی ملی دیجیتال پزشکی	پیوند به نشانی و شماره‌ی تلفن کتابخانه	نشانی و دامنه‌ی سایت	
۷۱	۵	*	-	*	*	-	*	*	دانشگاه علوم پزشکی تهران
۴۳	۳	-	-	*	*	-	-	*	دانشگاه علوم پزشکی جهرم
۵۷	۴	*	-	*	*	-	-	*	دانشگاه علوم پزشکی رفسنجان
۴۳	۳	*	-	-	-	*	-	*	دانشگاه علوم پزشکی زاهدان
۸۶	۶	*	-	*	*	*	*	*	دانشگاه علوم پزشکی زنجان
۵۷	۴	*	-	*	*	-	-	*	دانشگاه علوم پزشکی سبزوار
۸۶	۶	*	-	*	*	*	*	*	دانشگاه علوم پزشکی سمنان
۱۰۰	۷	*	*	*	*	*	*	*	دانشگاه شاهد
۱۰۰	۷	*	*	*	*	*	*	*	دانشگاه علوم پزشکی شاهرود
۸۶	۶	*	-	*	*	*	*	*	دانشگاه علوم پزشکی شهرکرد
۱۰۰	۷	*	*	*	*	*	*	*	دانشگاه علوم پزشکی شیراز
۸۶	۶	*	-	*	*	*	*	*	دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی
۱۴	۱	-	-	-	-	-	-	*	دانشگاه علوم پزشکی قزوین
۷۱	۵	*	-	*	*	*	-	*	دانشگاه علوم پزشکی قم
۴۳	۳	-	-	*	-	*	-	*	دانشگاه علوم پزشکی کاشان
۵۷	۴	*	-	*	*	-	-	*	دانشگاه علوم پزشکی کردستان
۱۰۰	۷	*	*	*	*	*	*	*	دانشگاه علوم پزشکی کرمان
۱۴	۱	-	-	-	-	-	-	*	دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه
۴۳	۳	-	-	*	*	-	-	*	دانشگاه علوم پزشکی گلستان
۵۷	۴	-	-	*	*	*	-	*	دانشگاه علوم پزشکی گناباد
۴۳	۳	-	-	*	*	-	-	*	دانشگاه علوم پزشکی گیلان
۲۹	۲	*	-	-	-	-	-	*	دانشگاه علوم پزشکی لرستان
۸۶	۶	*	*	*	*	*	-	*	دانشگاه علوم پزشکی مازندران
۱۰۰	۷	*	*	*	*	*	*	*	دانشگاه علوم پزشکی مشهد
۴۳	۳	-	-	*	-	*	-	*	دانشگاه علوم پزشکی هرمزگان
۸۶	۶	*	-	*	*	*	*	*	دانشگاه علوم پزشکی همدان
۲۹	۲	-	-	*	-	-	-	*	دانشگاه علوم پزشکی یاسوج
۵۷	۴	*	-	*	-	*	-	*	دانشگاه علوم پزشکی یزد
۶۷	۱۹۱	۲۸	۱۱	۳۶	۳۳	۲۵	۱۷	۴۱	جمع کل
		۶۸	۲۷	۸۸	۸۰	۶۱	۴۱	۱۰۰	درصد

جدول ۳: توزیع فراوانی ارزیابی اقسام امکانات کاربران به تفکیک وب سایت کتابخانه‌های دانشگاه‌های علوم پزشکی کشور

نام دانشگاه	وجود کادر جستجو در داخل سایت	پیوند به موتورهای جستجوی اینترنت	مناسب و معنی دار بودن آدرس سایت و دامنه آن	وجود پیوند بازگشت به صفحه اصلی کتابخانه در تمام صفحات	پیوند به آیین نامه و خط مشی مدون کتابخانه	دارا بودن نسخه لاتین	ارتباط با کتابداران از طریق پست الکترونیک یا تکمیل فرم	جمع کل	درصد	شماره
دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی	-	-	*	*	-	-	-	۲	۲۹	
دانشگاه علوم پزشکی اراک	-	-	*	*	-	-	-	۲	۲۹	
دانشگاه علوم پزشکی اردبیل	*	-	*	*	-	-	*	۴	۵۷	
دانشگاه علوم پزشکی ارومیه	-	-	*	-	*	-	-	۲	۲۹	
دانشگاه علوم پزشکی اصفهان	*	-	*	*	*	-	*	۵	۷۱	
دانشگاه علوم پزشکی اهواز	*	*	*	*	-	-	*	۵	۷۱	
دانشگاه علوم پزشکی ایران	*	-	*	*	*	*	*	۶	۸۶	
دانشگاه علوم پزشکی ایلام	-	-	*	*	-	-	*	۳	۴۳	
دانشگاه علوم پزشکی بابل	-	-	*	*	-	-	-	۲	۲۹	
دانشگاه علوم پزشکی بقیه الله	-	-	*	*	-	-	*	۳	۴۳	
دانشگاه علوم پزشکی بیرجند	-	-	*	*	*	-	*	۴	۵۷	
دانشگاه علوم پزشکی بوشهر	-	-	*	-	-	-	-	۱	۱۴	
دانشگاه علوم پزشکی تبریز	-	*	*	-	*	-	*	۴	۵۷	
دانشگاه علوم پزشکی تهران	-	*	*	*	-	-	*	۴	۵۷	
دانشگاه علوم پزشکی جهرم	*	-	*	-	-	-	*	۳	۴۳	
دانشگاه علوم پزشکی رفسنجان	*	-	*	*	-	-	-	۳	۴۳	
دانشگاه علوم پزشکی زاهدان	-	-	*	-	-	-	-	۱	۱۴	
دانشگاه علوم پزشکی زنجان	*	*	*	*	*	*	*	۷	۱۰۰	
دانشگاه علوم پزشکی سبزوار	-	-	*	-	-	-	-	۱	۱۴	
دانشگاه علوم پزشکی سمنان	*	*	*	*	-	-	*	۵	۷۱	
دانشگاه شاهد	-	*	*	-	*	*	*	۵	۷۱	
دانشگاه علوم پزشکی شاهرود	-	-	*	*	*	-	*	۴	۵۷	
دانشگاه علوم پزشکی شهرکرد	-	-	*	*	*	-	*	۴	۵۷	
دانشگاه علوم پزشکی شیراز	*	-	*	*	*	-	*	۵	۷۱	
دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی	-	-	*	*	*	-	*	۴	۵۷	
دانشگاه علوم پزشکی قزوین	-	-	*	-	-	-	-	۱	۱۴	
دانشگاه علوم پزشکی قم	*	-	*	*	-	-	*	۴	۵۷	

ادامه جدول ۳: توزیع فراوانی ارزیابی اقلام امکانات کاربران به تفکیک وب سایت کتابخانه‌های دانشگاه‌های علوم پزشکی کشور

نام دانشگاه	اقدام ارزیابی امکانات کاربران	وجود کادر جستجو در داخل سایت	پیوند به موتورهای جستجوی اینترنت	مناسب و معنی دار بودن آدرس سایت و دامنه آن	وجود پیوند بازگشت به صفحه اصلی کتابخانه در تمام صفحات	پیوند به آیین نامه و خط مشی مدون کتابخانه	دارا بودن نسخه لاتین	ارتباط با کتابداران از طریق پست الکترونیک یا تکمیل فرم	جمع کل	درصد	شماره
دانشگاه علوم پزشکی کاشان	-	-	*	*	*	*	-	*	۴	۵۷	۱
دانشگاه علوم پزشکی کردستان	-	-	*	*	*	-	-	-	۲	۲۹	۲
دانشگاه علوم پزشکی کرمان	*	*	*	*	-	*	-	*	۵	۷۱	۳
دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه	*	-	*	*	-	-	-	-	۲	۲۹	۴
دانشگاه علوم پزشکی گلستان	-	*	*	*	*	-	-	*	۴	۵۷	۵
دانشگاه علوم پزشکی گناباد	-	-	*	*	*	*	-	*	۴	۵۷	۶
دانشگاه علوم پزشکی گیلان	*	-	*	*	*	-	-	-	۳	۴۳	۷
دانشگاه علوم پزشکی لرستان	-	-	*	*	-	-	-	-	۱	۱۴	۸
دانشگاه علوم پزشکی مازندران	*	-	*	*	-	-	-	-	۲	۲۹	۹
دانشگاه علوم پزشکی مشهد	-	*	*	*	*	*	*	*	۶	۸۶	۱۰
دانشگاه علوم پزشکی هرمزگان	-	-	-	-	-	-	-	-	۰	۰	۱۱
دانشگاه علوم پزشکی همدان	-	*	*	*	-	-	-	-	۲	۲۹	۱۲
دانشگاه علوم پزشکی یاسوج	-	-	-	-	-	-	-	-	۰	۰	۱۳
دانشگاه علوم پزشکی یزد	-	-	*	*	*	-	-	-	۲	۲۹	۱۴
جمع کل	۱۴	۱۰	۳۸	۲۷	۱۵	۴	۲۳	۱۳۱	۴۶		
درصد	۳۴	۲۴	۹۳	۶۶	۳۷	۱۰	۵۶				

علوم پزشکی کرمانشاه، (۱۴ درصد)، دانشگاه علوم پزشکی لرستان (۱۴ درصد)، دانشگاه علوم پزشکی هرمزگان (۱۰ درصد) و دانشگاه علوم پزشکی یاسوج (۱۰ درصد) اشاره کرد.

بحث

به طور کلی از معیارهای سه گانه ارزیابی در حدود ۴۶ درصد در وب سایت‌های کتابخانه‌های مورد بررسی رعایت شده است. مقایسه یافته‌های پژوهش حاضر با تحقیق‌های انجام شده مرتبط نشان می‌دهد که وب سایت کتابخانه‌های دانشگاهی کمتر معیارهای عمومی ارزیابی را در وب سایت‌های خود لحاظ نموده‌اند. به طور کلی یافته‌های این تحقیق با نتایج پژوهش‌های اصغری پوده (۴)، رضایی شریف‌آبادی و فرودی (۵) و نیز ورع و حیاتی (۸) هم‌خوانی دارد. به نظر می‌رسد عدم

در مجموع با توجه به جدول‌هایی که در قبل مورد بحث قرار گرفت، رتبه‌بندی دانشگاه‌های علوم پزشکی را می‌توان بر اساس عوامل مورد بررسی (اقلام محتوای صفحه اصلی، جستجو و تحقیق و امکانات کاربران) چنین بیان کرد:

دانشگاه علوم پزشکی مشهد (۸۶ درصد)، دانشگاه علوم پزشکی زنجان (۸۳ درصد)، دانشگاه علوم پزشکی ایران (۷۹ درصد)، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان (۷۶ درصد)، دانشگاه علوم پزشکی تبریز (۷۶ درصد) و دانشگاه شاهد (۷۶ درصد) به ترتیب بیشتر از سایر دانشگاه‌ها، اقلام مورد بررسی را در وب سایت کتابخانه‌ها رعایت کرده‌اند.

از میان دانشگاه‌هایی که در رتبه‌بندی، رتبه پایینی را به خود اختصاص دادند، می‌توان به دانشگاه علوم پزشکی زاهدان (۱۴ درصد)، دانشگاه علوم پزشکی قزوین (۱۴ درصد)، دانشگاه

گزینه‌های نشانی و شماره‌ی تلفن کتابخانه و پیوند به خدمات بین کتابخانه‌ای که از حد متوسط کمتر بودند، سایر گزینه‌های نشانی و دامنه‌ی سایت، پیوند به کتابخانه‌ی ملی دیجیتال پزشکی ایران، پیوند به سایر سایت‌های اینترنتی مرتبط، پیوند به مجلات الکترونیکی علوم پزشکی و پیوند به بانک‌های علوم پزشکی بیشتر از حد متوسط در کتابخانه‌های مورد مطالعه، استفاده شده‌اند. با این‌که یافته‌های پژوهش عصاره و پاپی در ارزیابی ویژگی‌های میزان سهولت جستجو، گرافیک، هدف مشخص برای محدوده‌ی اطلاعاتی، نشان از قرار داشتن آن‌ها در سطح متوسط است (۷)، در تحقیق حاضر معیار جستجو بیشتر از سایر مقوله‌ها رعایت شده است. حال اگر سایر اقلامی که میانگینی کمتر از حد متوسط دارند، در طراحی وب سایت کتابخانه‌ها مد نظر قرار گیرند، کارایی و اثربخشی وب سایت کتابخانه به مراتب بیشتر از زمانی خواهد بود که اقلام مورد بررسی در وب سایت کتابخانه وجود نداشته‌اند.

ج. ارزیابی معیارهای امکانات کاربران:

در بخش معیارهای ارزیابی «امکانات کاربران»، گزینه‌های مناسب و معنی‌دار بودن آدرس سایت، پیوند برای بازگشت به صفحه‌ی اصلی کتابخانه در تمامی صفحات و ارتباط با کتابخانه، بیش از حد متوسط در وب سایت کتابخانه‌ها استفاده شده است. وجود کادر جستجو در داخل سایت، پیوند به موتورهای جستجوی اینترنت، وجود پیوندی به آیین‌نامه و خط مشی کتابخانه و دارا بودن نسخه‌ی سایت به زبان لاتین کمتر از حد متوسط در وب سایت کتابخانه‌ها رعایت شده است. برای مقایسه‌ی نتایج حاصل از این تحقیق و پژوهش‌های مرتبط گذشته درباره‌ی امکانات کاربران، توسط پژوهشگران مختلف، نتایج متفاوتی حاصل شده است.

با این‌که نتایج پژوهش فرج پهلوی و همکار نشان داد صفحات خانگی دانشگاهی ایران، مطابق با نمایه‌ی ارزیابی وب و انتظارات مراجعان و کاربران، طراحی و تدوین شده‌اند (۳)، نتایج پژوهش Raward نیز نشان داد که در طراحی وب سایت کتابخانه‌ها، کمتر به نظر کاربران توجه می‌شود (۹). نتیجه‌ی تحقیق حاضر با یافته‌های Raward هم‌خوانی دارد.

آگاهی طراحان وب سایت کتابخانه‌های دانشگاهی از معیارهای عمومی ارزیابی، دلیلی بر طراحی ضعیف باشد.

از بین معیارهای ارزیابی عامل «جستجو و تحقیق» با میانگین (۶۷ درصد) بیشتر از سایر اقلام در وب سایت کتابخانه‌های علوم پزشکی کشور مورد استفاده قرار گرفته است.

از ۴۱ وب سایت مورد بررسی تنها ۸ کتابخانه معادل (۲۰ درصد) دارای وب سایت اختصاصی نبودند و در صفحه‌ی اصلی سایت دانشگاه پیوندهایی را برای مجلات الکترونیکی یا کتابخانه‌ی ملی دیجیتال پزشکی ایران ایجاد کرده بودند.

همچنین با توجه به نتایج، ارزیابی هر یک از معیارهای محتوای صفحه‌ی اصلی، جستجو و تحقیق و امکانات کاربران در وب سایت کتابخانه‌های دانشگاه علوم پزشکی و مقایسه‌ی آن‌ها با یافته‌های پژوهش‌های داخلی و خارجی در ادامه بررسی می‌گردد. الف. ارزیابی معیارهای محتوای صفحه‌ی اصلی:

در بخش معیارهای ارزیابی «محتوای صفحه‌ی اصلی» به جز دو گزینه‌ی «مشخص بودن عنوان کتابخانه» و «پیوند به صفحه‌ی اصلی دانشگاه»، سایر گزینه‌ها کمتر از حد متوسط در وب سایت کتابخانه‌های دانشگاه‌های علوم پزشکی رعایت شده است. یافته‌های تحقیق داورپناه و همکار نیز نشان داد که اکثر وب سایت‌ها در ارایه‌ی اطلاعات توسط پایگاه‌های اطلاعاتی و منابع الکترونیکی، بسیار ضعیف عمل کرده‌اند. بیش از ۸۰ درصد آن‌ها به تاریخ روزآمدی و بیش از نیمی از آن‌ها به بیان هدف‌های خود، توجهی ندارند (۶). به نظر می‌رسد دلیل این امر عدم آشنایی طراحان وب سایت کتابخانه‌ها از نیازهای کاربران و اهداف سازمان مادر باشد.

دانشگاه‌هایی که از نیروی انسانی متخصص بهره می‌گیرند، قدمت و بودجه‌ی کافی در اختیار دارند و از همه مهم‌تر، آن دسته از مسؤولان دانشگاه که با نگرش مثبت به ایجاد وب سایت کتابخانه، در این راستا اقدام کرده‌اند، به این نکته واقف هستند که وب سایت کتابخانه می‌تواند اهداف آموزشی و پژوهشی دانشگاه را به خوبی پشتیبانی نماید.

ب. ارزیابی معیارهای جستجو و تحقیق:

در بخش ارزیابی «معیارهای جستجو و تحقیق»، به جز

دانشگاه‌های علوم پزشکی مشهد، علوم پزشکی زنجان، علوم پزشکی ایران، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، علوم پزشکی تبریز و علوم پزشکی شاهد بیشتر از سایر دانشگاه‌های علوم پزشکی معیارهای ارزیابی را در طراحی وب سایت کتابخانه‌ها لحاظ نموده‌اند.

پیشنهادها

۱. محلی در وب سایت اصلی دانشگاه با عنوان کتابخانه به کتابخانه دانشگاه اختصاص یابد.
۲. با توجه به روزآمد سازی ضعیف وب سایت‌ها، بهتر است طراحان و مدیران سایت‌ها در جهت بروز کردن اطلاعات سایت اقدام نمایند تا کارایی و اثربخشی وب سایت کتابخانه‌ها را ارتقا دهند.
۳. بهتر است دانشگاه‌های علوم پزشکی کشور با پیوند به منابع مرجع علوم پزشکی، شبکه‌های عرضه‌ی اطلاعات کتاب‌شناختی و متن کامل و نیز با پیوند به کتابخانه‌ی ملی دیجیتال پزشکی ایران، کاربران را در یافتن اطلاعات مفید یاری نمایند.
۴. پیشنهاد می‌شود برای باز کردن سریع و کم کردن زمان بارگذاری وب سایت کتابخانه، طراحی آن طوری صورت گیرد که از حداقل گرافیک، جدول و یا سایر اقلامی که حجم سایت را افزایش می‌دهند و باعث کندی آن می‌شوند، استفاده گردد.
۵. برای ایجاد هماهنگی در وب سایت کتابخانه‌های دانشگاه‌های علوم پزشکی کشور در جهت تعامل با کاربران، لازم است استاندارد واحدی از سوی وزارت متبوع تهیه و به دانشگاه‌های علوم پزشکی اعلام گردد.
۶. تحقیقات مشابه در وب سایت کتابخانه‌های سایر دانشگاه‌ها با استفاده از سیاهه‌ی واری استفاده شده در این پژوهش انجام گیرد.

به نظر می‌رسد کتابخانه‌ها هیچ گونه معیار مشخصی برای ایجاد وب سایت خود در نظر نمی‌گیرند و تنها برای این که از دیگران عقب نمانند، مبادرت به ایجاد وب سایت می‌نمایند؛ در نتیجه، صفحات ایستا با پیوندهای نامناسب ایجاد می‌کنند که این با اهداف آموزشی و پژوهشی دانشگاه سازگار نیست. بنابراین لازم است مدیران کتابخانه‌ها، از کاربران درباره‌ی وب سایت بازخورد داشته باشند تا بتوانند آن را به بهترین وجه ایجاد نمایند.

همان گونه که پیشتر اشاره شد، وب سایت‌های کتابخانه‌های دانشگاه‌های علوم پزشکی مشهد، علوم پزشکی زنجان، علوم پزشکی اصفهان و علوم پزشکی تبریز، بیشترین میزان استفاده از اقلام «محتوای صفحه‌ی اصلی» را به خود اختصاص دادند. دانشگاه‌های علوم پزشکی ایران، علوم پزشکی تبریز، علوم پزشکی شاهد، علوم پزشکی شاهرود، علوم پزشکی شیراز، علوم پزشکی کرمان و علوم پزشکی مشهد به ترتیب بیشتر از سایر کتابخانه‌ها از اقلام «جستجو و تحقیق» در وب سایت‌هایشان بهره می‌گیرند. در نهایت دانشگاه علوم پزشکی زنجان، علوم پزشکی ایران و علوم پزشکی مشهد، به ترتیب بیشتر از سایر دانشگاه‌ها از «امکانات کاربران» در طراحی وب سایت استفاده می‌کنند.

از میان دانشگاه‌های مورد بررسی، تعداد ۱۸ دانشگاه معادل (۴۵ درصد)، بیش از (۵۰ درصد) اقلام اطلاعاتی سیاهه‌ی واری را در طراحی وب سایت خود لحاظ کرده‌اند.

نتیجه‌گیری

از یافته‌های پژوهش حاضر می‌توان نتیجه گرفت که وب سایت کتابخانه‌های دانشگاه‌های علوم پزشکی کشور از نظر ارزیابی معیارهای «محتوای صفحه‌ی اصلی» در سطح ضعیف، از نظر ارزیابی معیارهای «جستجو و تحقیق» در سطح خوب و از نظر ارزیابی معیارهای «امکانات کاربران» در سطح متوسط قرار داشتند. با در نظر گرفتن مجموع معیارها،

References

1. Hassan Zadeh M, Fattahi R. Study on the approaches in organizing the content of academic library websites. Tehran: National library and Archives of IR of Iran; 2005. p. 177-204.

2. Farajpahloo AH, Saberi M. Content and Structural Features of Iranian Academic Libraries' Web Pages in Comparison with Academic Libraries Web Pages in the United States, Canada and Australia. *Journal of Information Science and Technology* 2005; 21(2): 1-24.
3. Farajpahloo A. Content analysis of Iranian academic and research websites. *Proceedings of the 1st Conference Eurasian-ICT Communication Technology*; 2002 Oct 29-31; Shiraz, Iran; 2002.
4. Asghari Poodeh A. Elements and Features Necessary for the Design and Evaluation of University Library Websites. *Library and Information sciences* 2002; 4(4): 31-52. [In Persian].
5. Rezaei Shgarif Abadei S, Foroodi N. Evaluation of academic library websites. *Fasname-Ketab* 2002; 13(4): 12-9.
6. Khaleghi N, Dawar Panah MR. Survey of Iranian websites based on general criteria. *Educational and Psychological Studies* 2005; 5(2): 121-43.
7. Osareh F, Papi Z. Quality Assessment of Library Website of Iranian State Universities: Some Suggestions for Quality Improvement. *Journal of Information Science and Technology* 2008; 23(4): 35-70.
8. Vara N, Hayati Z. Investigation of academic library homepages under the Ministry of science, Research and Technology. *Fasname-ketab* 2007; 18(4): 61-78. [In Persian].
9. Raward R. Academic library website design principles: development of checklist. *Australian Academic and Research Library* 2001; 32(2): 123-36.
10. Mateos MB, Mera AC, Gonzalez JM, Lopez OR. A new Web assessment index: Spanish universities analysis. *Internet Research* 2001; 11(3): 226-34.
11. Still JM. A content analysis of university library Web sites in English speaking countries. *Online Information Review* 2001; 25(3):160-5.
12. Pi S. A Review and Analysis of East Central Indiana School Study Council Corporations Web Sites, [PhD Thesis] Muncie: University of Ball State; 2003.
13. Robbins SS, Stylianou AC. Global corporate web sites: an empirical investigation of content and design. *Information & Management* 2003; 40(3): 205-12.
14. Stover M. The construction and validation of an evaluative instrument for academic library World Wide Web sites, [PhD Thesis] Florida: School of Computer and Information Sciences, University of Nova Southeastern; 1997.

Assessment Study of Library Website of Iranian Universities of Medical Sciences and Suggestions for Improvement*

Afshin Hamdipour¹

Abstract

Introduction: Academic library websites have an important role in relevance and offering services for users. The aim of present study was the assessment of library websites of Iranian Medical Universities and general criteria evaluation and recognition their strength and weakness.

Methods: In this survey- analytical study, first academic library websites of Iranian Medical Universities were identified through internet and then compared from a general criteria evaluation standpoint (main content criteria, search and research and evaluation of user facilities) by using three check lists with 29 questions which validity were confirmed by experts and conducted research. During a three month period, 41 academic library websites affiliated to the Ministry of Health were evaluated. Data analyzed by Excel software.

Results: Totally, in studied academic library websites an average 36% of the content item index, 67% of search and research items and 46 % of the users facilities assessment items have observed in designing web pages. Among the studied universities, 18 universities (45%) had considered more than 50% of check lists information items in terms of designing their website.

Conclusion: In general, the content of library website of Iranian Medical Science Universities was at low level, their search and investigate was at good level and user facilities were at medium level. Totally 46% of the library's website triples general evaluation criteria were considered by studied libraries. Medical Universities of Mashhad, Zanjan, Iran, Isfahan, Tabriz and Shahed in Iran had been considered the evaluation criteria in terms of libraries websites design more than other Medical Sciences Universities.

Keywords: Internet; Libraries; Information Systems; Database.

Type of article: Original article

Received: 4 Apr, 2009

Accepted: 18 Jan, 2010

Citation: Hamdipour A. **Assessment Study of Library Website of Iranian Universities of Medical Sciences and Suggestions for Improvement.** Health Information Management 2011; 8(2): 188.

* This article resulted from independent research.

1. Lecturer, Library and Information Sciences, Tabriz University, Tabriz, Iran. (Corresponding Author)
Email: hamdipour@gmail.com

بررسی میزان دسترس پذیری و زوال استنادهای وبی مقالات نمایه شده در مؤسسه‌ی اطلاعات علمی (ISI) در حوزه‌ی اطلاعات سلامت و کتابداری پزشکی*

محمد کریم صابری^۱، علیرضا اسفندیاری^۲ مقدم

چکیده

مقدمه: استنادهای وبی (URLs) به دلیل ماهیت متغیر، متزلزل و ناپایدار اینترنت در خطر زوال و نابودی قرار دارند و به راحتی می‌توانند محو شوند. به همین منظور، پژوهش حاضر با هدف بررسی میزان دسترس پذیری و زوال استنادهای وبی مقالات منتشر شده در مجله‌ی انجمن کتابداری پزشکی (JMLA یا Journal of the medical library association) انجام شد.

روش بررسی: پژوهش حاضر کاربردی و توصیفی بود؛ به طوری که ۲۳۱ مقاله‌ی JMLA در یک دوره‌ی هفت ساله (۲۰۰۲-۲۰۰۸) از آرشیو مجله دانلود (فروگذاری) و ۱۷۵ مقاله‌ی دارای استناد وبی (URLs) مشخص شد. سپس تک تک URLها آزمایش شد تا زوال یا دسترس پذیری آنها مشخص شود. هنگام بروز خطا در دستیابی مستقیم به URLها، از مرورگر اینترنتی، آرشیو اینترنتی و موتور جستجوی Google برای دستیابی به URLهای گم شده استفاده گردید. سپس نتایج جمع‌آوری و با استفاده از نرم‌افزار Excel تحلیل شد تا دلایل شکست URLها و همچنین نیمه عمر استنادهای وبی مشخص شود.

یافته‌ها: ۷۶ درصد مقالات دارای استناد وبی (URLs) بودند و میانگین استناد وبی برای هر مقاله، ۵ URL بود. از ۱۰۴۹ URL استناد شده، ۳۱ درصد غیر قابل دسترس بود که با جستجوی URLهای گم‌شده، میزان زوال URLها از ۳۱ درصد به ۱۳ درصد کاهش یافت. اکثر خطاها مربوط به پیام خطای ۴۰۴ (یافت نشد) بود و میانگین نیمه عمر استنادهای وبی حدود ۷ سال بود.

نتیجه‌گیری: زوال URLها مشکل بزرگی است که نمی‌توان آن را نادیده گرفت؛ چرا که URLها به طور فزاینده‌ای در مقالات علمی استفاده و سپس ناپدید می‌گردند. زوال URLها تا زمانی که سیاست‌های حفظ و نگهداری مؤثری مانند آرشیو اینترنتی اتخاذ نگردد، ادامه خواهد یافت.

واژه‌های کلیدی: اینترنت؛ کتابداری و اطلاع‌رسانی؛ استناد؛ پایگاه‌های اطلاعاتی.

نوع مقاله: تحقیقی

پدیرش مقاله: ۸۸/۱۰/۲۸

اصلاح نهایی: ۸۸/۳/۲۶

دریافت مقاله: ۸۷/۱۲/۵

ارجاع: صابری محمد کریم، اسفندیاری مقدم علیرضا. بررسی میزان دسترس پذیری و زوال استنادهای وبی مقالات نمایه شده در ISI در حوزه‌ی اطلاعات سلامت و کتابداری پزشکی. مدیریت اطلاعات سلامت ۱۳۹۰؛ ۸ (۲): ۱۹۷-۱۸۹.

مقدمه

* این مقاله حاصل تحقیقی مستقل بدون حمایت مالی سازمانی می‌باشد.
۱. کارشناس ارشد، علوم کتابداری و اطلاع‌رسانی، دانشگاه آزاد اسلامی - واحد همدان، همدان، ایران.
۲. استادیار، علوم کتابداری و اطلاع‌رسانی، دانشگاه آزاد اسلامی - واحد همدان، همدان، ایران. (نویسنده‌ی مسؤول)

Email: ali.isfandyari@gmail.com

مجله‌ی انجمن کتابداری پزشکی (JMLA) یا Journal of the medical library association به عنوان یک مجله‌ی پژوهشی بین‌المللی، از دیرباز وسیله‌ی تبادل یافته‌های حوزه‌ی اطلاعات سلامت و کتابداری پزشکی بوده است. این مجله، یک مجله‌ی ISI است که به صورت

Kin Ng و Goh زوال پیوندهای ۳ مجله‌ی معتبر کتابداری و اطلاع‌رسانی را طی سال‌های ۲۰۰۳-۱۹۹۷ بررسی کردند. بررسی زوال پیوندها نشان داد که ۳۱ درصد از پیوندها غیر قابل دسترس بودند و نیمه عمر استنادهای وبی ۵ سال است (۲).

Bugeja و Dimitrova URL‌های استناد شده در حوزه‌ی روزنامه نگاری و ارتباطات را تجزیه و تحلیل کردند. دسترس پذیری و زوال URL‌ها نشان داد که تنها ۶۱ درصد استنادهای وبی ثابت و قابل دسترس بود و ۳۹ درصد استنادهای وبی غیر قابل دسترس شده است. نتایج همچنین نشان داد که میانگین نیمه عمر استنادهای وبی در مجله‌های ارتباطات ۳/۱۷ است (۷).

از آن جایی که زوال URL‌ها به یک نگرانی بزرگ برای محققان تبدیل شده است و نیز با توجه به اهمیت استناد، پژوهشگران بر آن شدند تا ضمن مشخص کردن میزان زوال URL‌های استناد شده، دلیل زوال منابع اینترنتی را شناسایی نمایند و با استفاده از نیمه عمر منابع اینترنتی، که رایج‌ترین ابزار برای تخمین میزان زوال URL‌ها است، نیمه عمر منابع اینترنتی استناد شده را تعیین و پیشنهادها و راهکارهایی را برای جلوگیری از زوال URL‌ها و دسترس‌دایمی و همیشگی به استنادهای وبی ارایه نمایند.

روش بررسی

این پژوهش کاربردی-توصیفی بود و به منظور بررسی زوال استنادهای وبی مقالات منتشر شده در مجله‌ی انجمن کتابداری پزشکی (JMLA) انجام شد. دلیل انتخاب این مجله به عنوان جامعه‌ی پژوهش، اعتبار بین‌المللی مجله، نمایه شدن در مؤسسه‌ی اطلاعات علمی (ISI) و راهنمای مجله‌های دسترس‌پذیر آزاد (DOAJ) بود. علاوه بر این، نگارندگان مقاله نیز دانش‌آموختگان این رشته (علوم کتابداری و اطلاع‌رسانی) و معتقد بودند که نتایج این مطالعه را می‌توان به سایر مجلات کتابداری و اطلاع‌رسانی تعمیم داد. برای گردآوری اطلاعات، ابتدا از آرشیو مجله، تمام

دسترس‌پذیر آزاد (Open access) و از طریق راهنمای مجلات دسترس‌پذیر آزاد (Directory of open access journals یا DOAJ) قابل دسترس می‌باشد.

از سال ۱۹۹۰ به دنبال اختراع وب، رفتار استنادی پژوهشگران و محققان تحت‌الشعاع قرار گرفت و به سوی استناد به منابع وب به عنوان جدیدترین محمل اطلاعاتی کشیده شد و روز به روز بر تعداد استنادهای وبی مقالات افزوده می‌شود (۱). اما استنادهای وبی به دلیل ماهیت متغیر، متزلزل و ناپایدار اینترنت در خطر زوال و نابودی قرار دارند و به راحتی می‌توانند محو شوند.

یک ابزار رایج برای بررسی زوال URL‌ها، نیمه عمر (Half-life) می‌باشد که عبارت است از مدت زمان لازم برای اینکه نیمی از تمام استنادهای وبی در یک مجله از بین برود (۲). با استفاده از این ابزار، مطالعات بسیاری برای حل مشکل زوال URL‌ها انجام گرفته است.

Germain در پژوهشی زوال ۶۴ URL استناد شده در ۳۱ مقاله را بررسی کرد. او به این نتیجه رسید که پس از گذشت ۳ سال، حدود ۵۰ درصد URL‌ها، غیر قابل دسترس شده‌اند (۳).

Rumsey دسترس‌پذیری و زوال استنادهای وبی مقالات رشته‌ی حقوق را بررسی کرد، نتایج پژوهش او نشان داد که میانگین نیمه عمر استنادهای وبی در مقالات حقوق ۱/۴ سال است (۴).

Dellavalle و همکاران زوال و نابودی استنادهای وبی نشریات پزشکی را بررسی کردند. نتایج پژوهش آن‌ها نشان داد که در مجلات پزشکی، ۸۷ درصد استنادهای وبی دسترس‌پذیر بود و ۱۳ درصد URL‌ها نیز پیام خطا داشته و غیر قابل دسترس بوده است (۵).

McCown و همکاران دسترس‌پذیری و زوال استنادهای وبی مقالات منتشر شده در مجله‌ی D-Lib را بررسی کردند. بررسی زوال URL‌ها نشان داد که در اولین بررسی، ۲۸ درصد URL‌ها غیر قابل دسترس بودند و نیمه عمر استنادهای وبی در مجله‌ی D-Lib ۱۰ سال است (۶).

جداول و نمودارها نیز از نرم‌افزار Excel استفاده شده است.

یافته‌ها

یافته‌های پژوهش نشان می‌دهد که در JMLA در فاصله‌ی سال‌های ۲۰۰۸-۲۰۰۰، ۲۳۱ مقاله منتشر شده است، که سال ۲۰۰۵ با انتشار ۴۲ مقاله، دارای بیشترین و سال ۲۰۰۸ (آخرین سال مورد بررسی) با ۱۲ مقاله، دارای کمترین تعداد مقالات می‌باشند. پایین بودن تعداد مقالات سال ۲۰۰۸ بدین دلیل است که در زمان انجام پژوهش حاضر فقط دو شماره از شمارگان سال ۲۰۰۸ منتشر شده بود.

یافته‌ها همچنین حاکی از آن است که در مجموع، ۱۰۴۹ استناد وبی (URL) در ۲۳۱ مقاله وجود داشت که بر این اساس، میانگین ۵ استناد وبی (URL) برای هر مقاله به دست آمد.

نمودار ۱ درصد توزیع فراوانی مقالات دارای استنادهای وبی در JMLA را نشان می‌دهد. نمودار ۱ حاکی از آن است که از ۲۳۱ مقاله‌ی منتشر شده در JMLA، ۱۷۵ مقاله (۷۶ درصد) دارای استنادهای وبی (URLs) هستند و ۵۶ مقاله (۲۴ درصد) فاقد استنادهای وبی می‌باشند. به بیان دیگر ۷۶ درصد مقالات (URL) حداقل حاوی یک استناد وبی (URL) هستند.

در جدول ۱ وضعیت دسترس‌پذیری و زوال استنادهای وبی ارائه شده است. داده‌های جدول ۱ حاکی از آن است که از ۱۰۴۹ URL استخراج شده، ۶۹ درصد در طول دوره‌ی آزمایش دسترس پذیر بودند و تنها ۳۱ درصد غیر قابل دسترس بوده‌اند.

همان طور که در جدول ۱ مشاهده می‌شود، از ۱۰۴۹ URL استناد شده، ۷۱۹ URL (۶۹ درصد) به طور مستقیم به اطلاعات استناد شده منجر شد. اما دستیابی مستقیم و بی‌واسطه به ۳۳۰ URL (۳۱ درصد) با خطا مواجه شد. این رو تلاش‌هایی برای مشخص نمودن امکان یا عدم امکان دسترسی به URL یافت نشده در اینترنت صورت گرفت. وضعیت دسترس‌پذیری و زوال URLهای استناد شده بعد از جستجو در مرورگر اینترنتی، آرشیو اینترنتی، و موتور جستجوی Google در جدول ۲ نشان داده شده است.

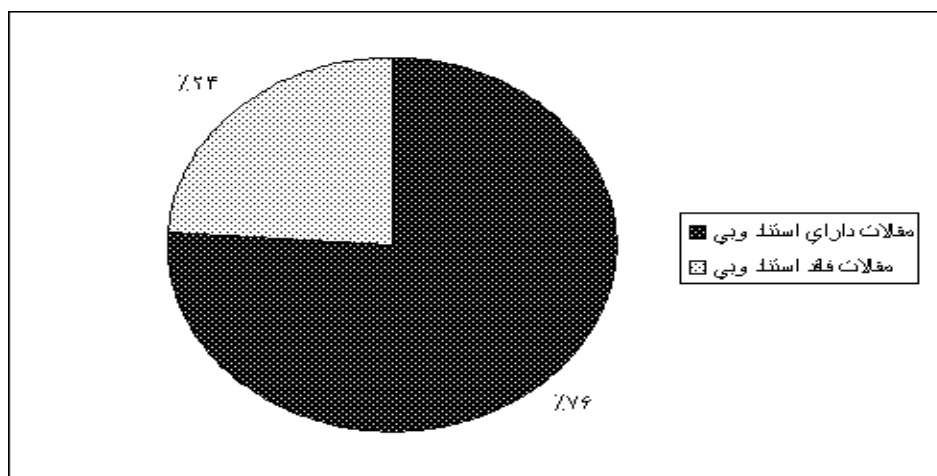
شمارگان پیشین از ژانویه‌ی ۲۰۰۲ تا آوریل ۲۰۰۸ استخراج گردید و در مجموع ۲۸ شماره‌ی منتشر شده در طول یک دوره‌ی تقریبی هفت ساله به دست آمد.

سپس، به جز مطالبی نظیر یادداشت سردبیر، گزارش‌ها، معرفی کتاب و نقدها، فقط مقالات داوری شده، دانلود و ۲۳۱ مقاله به دست آمد. در بین ۲۳۱ مقاله، ۱۷۵ مقاله که دارای استناد وبی (URLs) بودند، جدا گردید و برای بررسی زوال URLها، تک تک URLها در اینترنت مورد بررسی قرار گرفت تا مشخص شود که URL استناد شده هنوز فعال و قابل دسترس است یا خیر؟

URLهایی که به طور مستقیم به اطلاعات استناد شده منجر می‌شد، دسترس پذیر و پایدار تلقی می‌شدند. اما هنگام مواجهه با خطا در دستیابی مستقیم و بی‌واسطه به URLهای استناد شده، تلاش‌هایی برای تعیین قابلیت دسترسی به مطلب مورد نظر در اینترنت صورت می‌گرفت.

ابتدا با وارد نمودن URL در مرورگر اینترنتی و آرشیو اینترنتی به جستجوی URL استناد شده اقدام گردید. اگر مطلب استناد شده یافت نمی‌شد، در مدت زمان محدودی (۱۵ دقیقه برای هر URL یافت نشده) تلاش می‌شد تا با استفاده از Google، صفحه‌ی مورد نظر یافت شود. دلیل انتخاب Google به عنوان موتور جستجوی این فرآیند، تعداد زیاد و تنوع اسنادی بود که Google دسترسی به آن‌ها را فراهم می‌کرد و همچنین به خاطر این که بسیاری از پژوهشگران معتقدند که رتبه‌بندی بر اساس ربط در Google برای انواع جستجوها مؤثرتر است، بنابراین حداکثر تا ۵ بار از ترکیب‌های متفاوت عناوین، کلیدواژه‌ها، نام‌های مؤلفان و اطلاعات منبع استناد شده در جستجوی Google استفاده شد. اگر هیچ یک از این جستجوها، منبع مورد استناد را در ۲۰ نتیجه‌ی اول پیدا نمی‌کرد، آن منبع غیر قابل دسترس محسوب می‌شد.

در این پژوهش، بررسی‌های آماری و انجام محاسبات با استفاده از آمار توصیفی صورت گرفته است و جهت رسم



نمودار ۱: درصد توزیع فراوانی مقالات دارای اسنادهای وبی در JMLA
(Journal of the medical library association)

جدول ۱: دسترسی پذیری و زوال URLها در JMLA

سال	URLهای قابل دسترسی (درصد) تعداد	URLهای غیر قابل دسترسی (درصد) تعداد	جمع کل (درصد) تعداد
۲۰۰۲	۸۹ (۴۹)	۹۲ (۵۱)	۱۸۱ (۱۰۰)
۲۰۰۳	۴۸ (۵۳)	۴۳ (۴۷)	۹۱ (۱۰۰)
۲۰۰۴	۹۱ (۶۵)	۴۸ (۳۵)	۱۳۹ (۱۰۰)
۲۰۰۵	۹۹ (۶۶)	۵۰ (۳۴)	۱۴۹ (۱۰۰)
۲۰۰۶	۱۸۷ (۷۸)	۵۲ (۲۲)	۲۳۹ (۱۰۰)
۲۰۰۷	۱۵۵ (۸۰)	۳۹ (۲۰)	۱۹۴ (۱۰۰)
۲۰۰۸	۵۰ (۸۹)	۶ (۱۱)	۵۶ (۱۰۰)
جمع کل	۷۱۹ (۶۹)	۳۳۰ (۳۱)	۱۰۴۹ (۱۰۰)

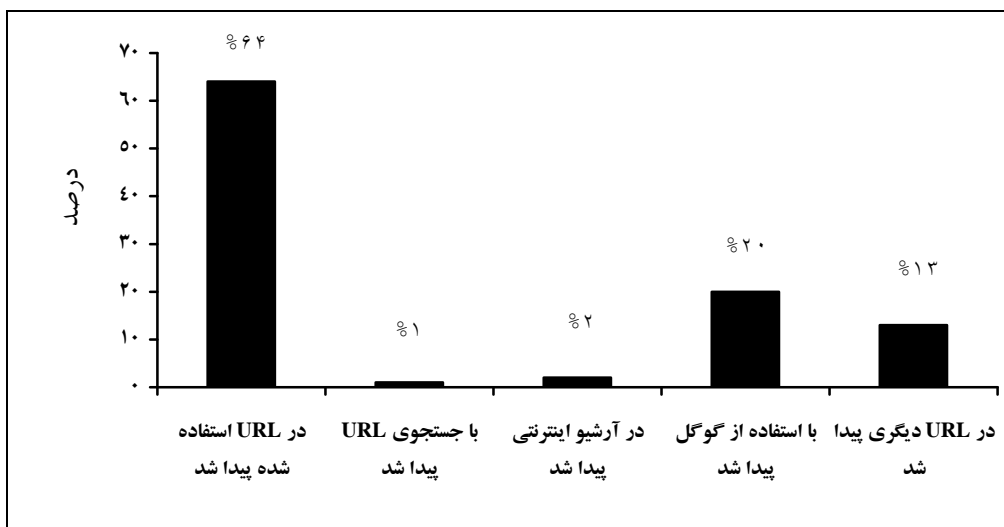
JMLA: Journal of the medical library association

جدول ۲: دسترسی پذیری و زوال URLها بعد از جستجو

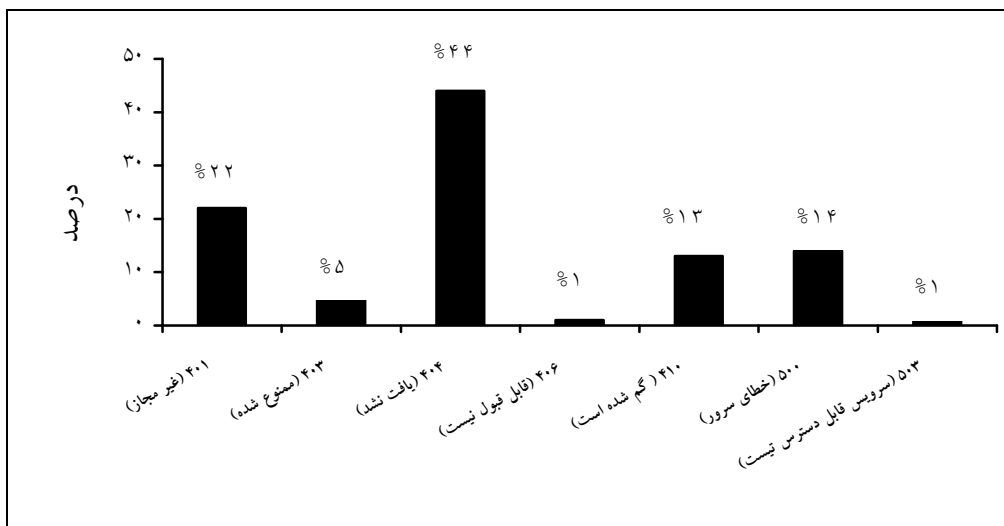
سال	URLهای قابل دسترسی (درصد) تعداد	URLهای غیر قابل دسترسی (درصد) تعداد	جمع کل (درصد) تعداد
۲۰۰۲	۱۴۴ (۸۰)	۳۷ (۲۰)	۱۸۱ (۱۰۰)
۲۰۰۳	۷۸ (۸۶)	۱۳ (۱۴)	۹۱ (۱۰۰)
۲۰۰۴	۱۲۳ (۸۸)	۱۶ (۱۲)	۱۳۹ (۱۰۰)
۲۰۰۵	۱۲۵ (۸۴)	۲۴ (۱۶)	۱۴۹ (۱۰۰)
۲۰۰۶	۲۱۹ (۹۲)	۲۰ (۸)	۲۳۹ (۱۰۰)
۲۰۰۷	۱۷۶ (۹۱)	۱۸ (۹)	۱۹۴ (۱۰۰)
۲۰۰۸	۵۲ (۹۳)	۴ (۷)	۵۶ (۱۰۰)
جمع کل	۹۱۷ (۸۷)	۱۳۲ (۱۳)	۱۰۴۹ (۱۰۰)

شده است. نمودار ۲ نشان می‌دهد که از ۹۱۷ URL قابل دسترس، ۶۴ درصد در URL استناد شده، ۲۰ درصد با استفاده از موتور جستجوی Google، ۱۳ درصد در URL دیگری غیر از URL استناد شده، ۲ درصد در آرشیو اینترنتی و ۱ درصد نیز با جستجوی URL گم شده در مرورگر اینترنتی دسترس پذیر بودند.

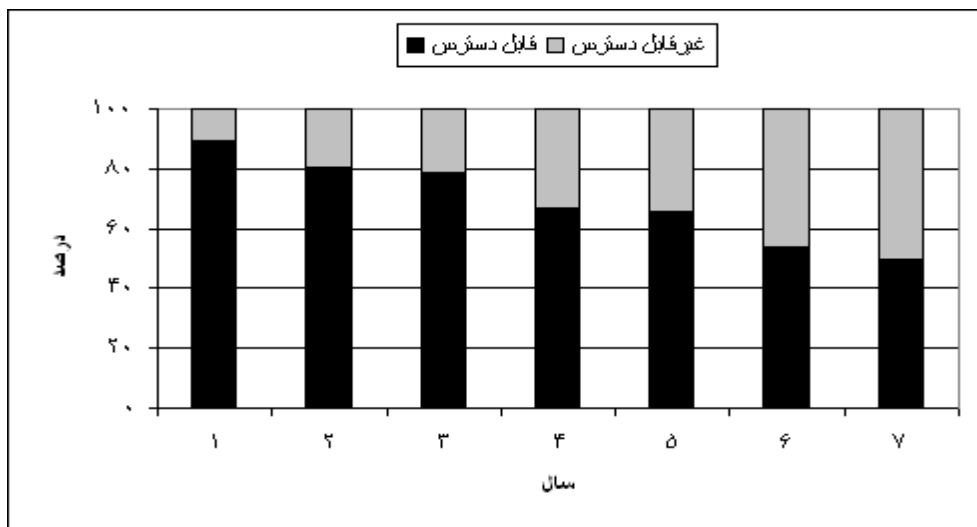
داده‌های جدول ۲ نشان می‌دهد که URL‌های قابل دسترس بعد از جستجوی URL‌های گم شده در مرورگر اینترنتی، آرشیو اینترنتی، و موتور جستجوی Google، از ۶۹ درصد به ۸۷ درصد افزایش و نیز URL‌های غیر قابل دسترس از ۳۱ درصد به ۱۳ درصد کاهش یافته است. نحوه دستیابی به URL‌های قابل دسترس در نمودار ۲ نشان داده



نمودار ۲: وضعیت URL‌های قابل دسترس



نمودار ۳: پیام‌های خطا در URL‌های غیر قابل دسترس



نمودار ۴: نیمه عمر استنادهای وبی

نهایت در URL های ۵ ساله این مقدار به ۶۵ درصد، در URL های ۶ ساله به ۵۳ درصد و در URL های ۷ ساله به ۴۹ درصد کاهش یافت. بنابراین نتایج نشان داد که میانگین نیمه عمر استنادهای وبی در JMLA حدود ۷ سال است. به عبارت دیگر حدود ۷ سال طول خواهد کشید تا نصف استنادهای وبی JMLA از بین برود.

بحث

پژوهش حاضر نشان داد که ۳۱ درصد استنادهای وبی ناپدید شده است، در صورتی که زوال استنادهای وبی در پژوهش Dellavalle و همکاران (۵) ۱۳ درصد، Goh و Kin Ng (۲) ۳۱ درصد و Dimitrova و Bugeja ۳۹ درصد گزارش شده بود (۷).

مقایسه‌ی نتایج پژوهش حاضر با پژوهش‌های پیشین، به خصوص پژوهش Dellavalle و همکاران حاکی از آن بود که زوال منابع اینترنتی در حوزه‌ی اطلاعات سلامت و کتابداری پزشکی (۳۱ درصد) بیشتر از حوزه‌ی پزشکی (۱۳ درصد) است (۵). شاید دلیل چنین تفاوتی در زوال URL های کتابداری پزشکی و پزشکی، مهم و حیاتی بودن اطلاعات پزشکی باشد.

هرگاه یک URL غیر قابل دسترس می‌شد، پیام خطایی نیز به دنبال داشت، که فراوانی انواع پیام‌های خطا در نمودار ۳ نشان داده شده است. همانطور که نمودار ۳ نشان می‌دهد، پیام خطای ۴۰۴ (یافت نشد) با ۴۴ درصد، بیشترین پیام خطا بوده است و بعد از آن پیام خطای ۴۰۱ (غیر مجاز) با ۲۲ درصد، پیام خطای ۵۰۰ (خطای سرور) با ۱۴ درصد، پیام خطای ۴۱۰ (گم شده است) با ۱۳ درصد، پیام خطای ۴۰۳ (ممنوع شده) با ۵ درصد، پیام خطای ۴۰۶ (قابل قبول نیست) و ۵۰۳ (سرویس قابل دسترس نیست)، هر کدام با ۱ درصد، خطاهایی بودند که در URL های غیر قابل دسترس با آن‌ها برخورد شد. در نمودار ۴، با استفاده از عمر مقالات و وضعیت دسترس‌پذیری URL ها، نیمه عمر استنادهای وبی محاسبه و ارایه شده است.

داده‌های نمودار ۴ نشان می‌دهد که هر چه عمر استنادهای وبی افزایش می‌یابد، تعداد استنادهای وبی غیر قابل دسترس بیشتر می‌شود. به طوری که ۸۹ درصد از URL های یکساله در طول دوره‌ی آزمایش قابل دسترس بود، اما این مقدار برای URL های دو ساله به ۸۰ درصد کاهش یافت. هنگامی که عمر مقالات سه سال شد، URL های قابل دسترس به ۷۸ درصد و در مقالات چهار ساله به ۶۶ درصد کاهش یافت. در

می‌دهد. از این رو استفاده از اینترنت به عنوان یک مخزن مجازی برای مقالات علمی، به یک امر اجتناب ناپذیر تبدیل شده است (۷).

بنابراین اگر چه نگارندگان مقالات ممکن است از خطر زوال و در دسترس نبودن آتی استادهای اینترنتی مطلع باشند، اما نمی‌توانند به راحتی از منابع اینترنتی در مقالات خود چشم‌پوشی کنند؛ چرا که ممکن است این اطلاعات در هیچ کتابخانه‌ای به صورت چاپ شده یافت نشود (۸).

پژوهش‌های Germain (۳) و Bugeja و Dimitrova (۷) پیشنهاد کردند که ناشران، ویراستاران و نگارندگان مقالات جهت کاهش زوال URLها با یکدیگر از طریق کنترل سیستماتیک URLها قبل از نشر، گرفتن یک نسخه‌ی پشتیبان (Back up) از اطلاعات استناد شده، استفاده از دامنه‌ها و فایل‌های باثبات و ماندگارتر و ... همکاری نمایند.

موارد فوق می‌تواند به افزایش دسترس پذیری URLها کمک کند، اما بهترین و شاید تنها راه، برای جلوگیری از زوال استادهای اینترنتی و کاهش زوال URLها، استفاده از آرشیو اینترنتی و مآخذ کمکی WebCite است. زیرا سیستمی مانند WebCite دسترسی دائمی و همیشگی به URLها را فراهم می‌کند.

WebCite یک سرویس رایگان، عضو کنسرسیوم بین‌المللی حفظ اینترنت و یک سیستم آرشیوی مبنی بر درخواست (On-demand) جهت مآخذهای وبی است برای اطمینان از اینکه مطالب وبی استناد شده برای خوانندگان در آینده قابل دسترسی بماند. مآخذ وبی، صفحات وبی مورد استناد و وب سایت‌ها، یا انواع دیگری از مطالب دیجیتال قابل دسترس از طریق اینترنت را شامل می‌شود که می‌تواند توسط نویسندگان، ویراستاران و ناشران مقالات و کتاب‌های تحقیقی مورد استفاده قرار گیرد.

مآخذ کمکی WebCite، مآخذی است که علاوه بر URL فعال اصلی (که ممکن است در آینده ناپدیدی شود یا محتوای آن دستخوش تغییر شود)، شامل یک لینک به نسخه‌ی آرشیو شده مطلب است؛ این نسخه به طور دقیق

استفاده از مرورگر اینترنتی، آرشیو اینترنتی و موتور جستجوی Google برای URLهای گم‌شده باعث شد که میزان زوال URLها از ۳۱ درصد به ۱۳ درصد کاهش پیدا کند. اما با وجود استفاده از روش‌های مختلف (مرورگر اینترنتی، آرشیو اینترنتی و موتور جستجوی Google) برای دسترسی به URLهای گم شده، باز هم ۱۳ درصد URLها غیر قابل دسترس بود.

بررسی پیام‌های خطا در URLهای غیر قابل دسترس نشان داد که پیام خطای ۴۰۴ با ۴۴ درصد بیشترین پیام خطا بوده است و بعد از آن خطای ۴۰۱ با ۲۲ درصد، خطای ۵۰۰ با ۱۴ درصد، خطای ۴۱۰ با ۱۳ درصد، ۴۰۳ با ۵ درصد، ۴۰۶ و ۵۰۳ هر کدام با ۱ درصد، خطاهایی بودند که در URLهای غیر قابل دسترس وجود داشتند. خطای ۴۰۱ و ۴۰۳ به دلیل نرم‌افزارهای Fire Wall، مسأله‌ی Filtering و محدودیت‌های اینترنت در ایران بروز می‌کنند، اما دیگر پیام‌های خطا مانند ۴۰۴، ۵۰۰ و ... ممکن است به دلیل حذف سایت استناد شده یا انتقال اطلاعات استناد شده به سایت‌های دیگر باشند.

نتیجه‌گیری

نتایج پژوهش نشان داد که نیمه عمر استادهای وبی در JMLA، ۷ سال است که این نتایج نشان دهنده‌ی ثبات بهتر و بیشتر URLهای JMLA در مقایسه با اکثر پژوهش‌های پیشین است. زیرا نیمه عمر URLها در پژوهش Rumsey (۴) ۱/۴ سال، Bugeja و Dimitrova (۷) ۳/۷ سال، Germain (۳) ۳ سال و Kin Ng و Goh ۵ سال گزارش شده بود (۲).

در پایان چنین می‌توان نتیجه گرفت که اینترنت یک رسانه‌ی مهمان نواز نیست، به خصوص برای پژوهشگران. زیرا استادهای اینترنتی به سرعت در حال ناپدید شدن هستند. اما باید پذیرفت که پژوهش مبتنی بر اینترنت، برای جامعه‌ی علمی حیاتی است؛ چرا که این رسانه به عنوان یک انبار الکترونیکی مناسب اطلاعات، در تمام نقاط جهان و کمیت‌های زیاد خدمت رسانی می‌کند و وسعت و دامنه‌ی دانش را افزایش

در قسمت «دستورالعمل مؤلفان» یادداشتی درباره‌ی استناد به منابع اینترنتی و استفاده از مأخذ کمکی WebCite درج نمایند و از مؤلفان بخواهند که برای تمام استنادهای وبی مقاله‌ی خود، از WebCitation.org استفاده نمایند و لینک نسخه‌ی آرشیوی یا لینک نسخه‌ی آرشیوی همراه با لینک اصلی (بسته به سیاست مجله) را مورد استناد قرار دهند. در نهایت تصویب سیاست‌های ارجاع دهی الکترونیکی استاندارد و درج سیاست حفظ و نگهداری URLها در «دستورالعمل مؤلفان» می‌تواند مجلات کتابداری و اطلاع‌رسانی را به عنوان الگوی مجلات سایر رشته‌ها تبدیل کند.

همان نسخه‌ای است که نویسنده‌ی استناد کننده آن را مشاهده کرده است (۹). WebCite به صورت رسمی در اکتبر ۲۰۰۵ تأسیس شد و در حال حاضر بیش از ۱۰۰ مجله عضو آن هستند (۱۰).

پیشنهادهای

از آن جایی که URLها به طور فزاینده‌ای در مقالات علمی استفاده و سپس ناپدید می‌گردند، و همچنین با توجه به رایگان و مفید بودن WebCite، پیشنهاد می‌شود که تمام مجلات کتابداری و اطلاع‌رسانی، ابتدا عضو WebCite شوند و سپس

References

1. Zhao D, Logan E. Citation analysis using scientific publications on the Web as data source: A case study in the XML research area. *Scientometrics* 2002; 54(3): 449-72.
2. Goh DH, Kin Ng P. Link decay in leading information science journals. *Journal of the American Society for Information Science and Technology* 2007; 58(1): 15-24.
3. Germain CA. URLs: Uniform Resource Locators or Unreliable Resource Locators. *College & Research Libraries* 2000; 61(4): 359-65.
4. Rumsey M. Runaway train: Problems of permanence, accessibility, and stability in the use of Web sources in law review citations. *Law Library Journal* 2002; 94(2): 27-39.
5. Dellavalle RP, Hester EJ, Heilig LF, Drake AL, Kuntzman JW, Graber M, et al. Information science. Going, going, gone: lost Internet references. *Science* 2003; 302(5646): 787-8.
6. McCown F, Chan S, Nelson LM, Bollen J. The Availability and Persistence of Web References in D-Lib Magazine [Online]. 2001 [cited 2008 June 22]; Available from: URL: <http://www.iwaw.net/05/papers/iwaw05-mccown1.pdf> 2001/
7. Dimitrova DV, Bugeja M. The half-life of internet references cited in communication journals. *New Media & Society* October 2007; 9(5): 811-26.
8. Falagas ME, Karveli EA, Tritsaroli VI. The risk of using the Internet as reference resource: a comparative study. *Int J Med Inform* 2008; 77(4): 280-86.
9. WebSite. Home [Online]. 2008a [cited 2008 Jun 22]; Available from: URL: <http://www.webcitation.org/index/>
10. WebSite. Website Consortium Members [Online]. 2008b [cited 2008 Jun 22]; Available from: URL: <http://www.webcitation.org/members/>

Assessment of Web Citation Accessibility and Decay of Health Information and Medical Librarianship Articles Indexed in ISI*

Mohammad Karim Saberi¹; Alireza Isfandyari Moghaddam, PhD²

Abstract

Introduction: Web citations (URLs) are at risk of decay and can be easily fade because of the variable and unstable nature of the internet. So, the purpose of this research was to assess web citation accessibility and decay of articles published in journal of the medical library association (JMLA).

Methods: In this applied– descriptive study, JMLA articles (231) in a seven year period (from 2002 to 2008) downloaded from magazines archives and the articles that have web citation (175), determined. Then, all of URLs were tested to specify their accessibility and decay. When we failed to directly access the URLs, we used Internet Explorer, Internet Archive and Google search engine to access missing URLs. Obtained data analyzed using Excel software to determine the half-life of web citations and the reasons for the URL failure. Then gathered the result of these tests and analyzed them using Microsoft Excel to distinguish cause of these failure and to count web citations half-life.

Results: 76 percent of articles had web citation and the average of web citation per article was 5 URL. From 1049 cited URL, 31 percent was inaccessible, but by searching these URLs, the decay decreased to 13 percent. The majority of errors were the 404 (not found) and the average of web citations half-life was approximately 7 years.

Conclusion: The decay of URLs is a big problem that can not be ignored because URLs are increasingly used and lost in scientific articles, the decay of URLs will continue until better preservation policies (such as internet archive) are adopted.

Keywords: Internet; Library and Information Science; Citation; Databases.

Type of article: Original article

Received: 24 Feb, 2009

Accepted: 18 Jan, 2010

Citation: Saberi MK, Isfandyari Moghaddam A. **Assessment of Web Citation Accessibility and Decay of Health Information and Medical Librarianship Articles Indexed in ISI.** Health Information Management 2011; 8(2): 197.

* This article resulted from independent research.

1. MSc, Library and Information Sciences, Hamedan Branch, Islamic Azad University, Hamedan, Iran.

2. Assistant Professor, Library and Information Sciences, Hamedan Branch, Islamic Azad University, Hamedan, Iran. (Corresponding Author) Email: ali.isfandyari@gmail.com

بررسی جنبه‌های مختلف پیاده‌سازی سیستم‌های اطلاعات بالینی و میزان آگاهی مدیران اطلاعات بهداشتی و درمانی از این موارد*

سمیه فضاییلی^۱، مهدی یوسفی^۲، غلامرضا مرادی^۳، مرجان قاضی سعیدی^۴

چکیده

مقدمه: استفاده از سیستم‌های اطلاعاتی کارآمد در ارایه‌ی خدمات سلامتی برای تحقق اهداف کارایی، اثربخشی و کیفیت خدمات ضرورتی انکار ناپذیر به شمار می‌رود. این مطالعه سعی دارد به صورت سازمان یافته به بررسی جنبه‌های مختلف سیستم‌های اطلاعات بالینی و میزان آگاهی مدیران اطلاعات بهداشتی و درمانی از این موارد در بیمارستان‌ها بپردازد.

روش بررسی: این مطالعه به صورت توصیفی و در دو مرحله طی سال‌های ۱۳۸۸ و ۱۳۸۹ صورت گرفته است. در بخش اول به صورت مطالعه‌ی مروری منظم و با استفاده از منابع اطلاعاتی قابل دسترس در فاصله‌ی سال‌های ۱۹۹۷ تا ۲۰۰۸ جنبه‌های مختلف پیاده‌سازی سیستم‌های اطلاعات بالینی مورد بررسی قرار گرفت و در بخش دوم به بررسی میزان آگاهی مدیران اطلاعات بهداشتی و درمانی بیمارستان‌های وابسته به دانشگاه علوم پزشکی تهران پرداخته شد. روایی محتوایی سؤالات پرسش‌نامه از طریق پانل نخبگان تأیید شد و پایایی پرسش‌نامه نیز با ضریب آزمون-بازآزمون ۷۸ درصد تأیید گردید. داده‌های جمع‌آوری شده با استفاده از نرم‌افزار Excel مورد بررسی و تحلیل قرار گرفت.

یافته‌ها: سیستم اطلاعات بالینی با مأموریت بهبود کیفی و کمی ارایه‌ی مراقبت‌های سلامتی شامل اجزایی همچون سیستم‌های مستندسازی بالینی، مدیریت دارو، پاتولوژی و ... می‌باشد. مطالعات نشان داد موانعی از قبیل مسایل مالی، رفتاری و فنی بر سر راه اجرای این گونه سیستم‌ها وجود دارد. نتایج حاصل از قسمت دوم مطالعه نشان داد که میانگین آگاهی مدیران اطلاعات بهداشتی و درمانی مورد مطالعه، از جنبه‌های مختلف پیاده‌سازی سیستم‌های اطلاعات بالینی، ۵۳ درصد بوده است.

نتیجه‌گیری: برای اثر بخش بودن یک سیستم اطلاعات بالینی باید قبل از هر اقدامی، به بررسی عوامل مؤثر در اجرای آن و همچنین عوامل خطر ساز به کارگیری آن پرداخت تا از تکرار اشتباه‌ها و غفلت از مواردی که اجرای موفق پروژه را تهدید می‌کنند، جلوگیری شود. توجه به عنصر آموزش می‌تواند به عنوان یک عامل کلیدی برای ارتقای میزان آگاهی کاربران اصلی سیستم‌های اطلاعات بالینی از جنبه‌های مختلف این نوع سیستم‌ها مورد تأکید قرار گیرد.

واژه‌های کلیدی: نظام‌های اطلاعات بیمارستانی؛ بیمارستان‌ها؛ مدیران مدارک پزشکی.

نوع مقاله: تحقیقی

پندیرش مقاله: ۸۸/۱۱/۱۴

اصلاح نهایی: ۸۸/۹/۲۹

دریافت مقاله: ۸۸/۷/۱

ارجاع: فضاییلی سیمیه، یوسفی مهدی، مرادی غلامرضا، قاضی سعیدی مرجان، بررسی جنبه‌های مختلف پیاده‌سازی سیستم‌های اطلاعات بالینی و میزان آگاهی مدیران اطلاعات بهداشتی و درمانی از این موارد. مدیریت اطلاعات سلامت ۱۳۹۰؛ ۸ (۲): ۱۹۸-۲۰۷.

مقدمه

* این مقاله حاصل تحقیق مستقل بدون حمایت مالی سازمانی است.

۱. دانشجوی دکتری، مدیریت اطلاعات بهداشتی درمانی، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران.
۲. دانشجوی دکتری، اقتصاد سلامت، دانشگاه تربیت مدرس، تهران، ایران. (نویسنده‌ی مسؤول) Email: mehdiyousefy@gmail.com
۳. استادیار، مدیریت اطلاعات بهداشتی درمانی، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران.
۴. مربی، مدیریت اطلاعات بهداشتی درمانی، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران.

مراکز ارایه‌ی خدمات مراقبت بهداشتی درمانی به عنوان یکی از مهم‌ترین سازمان‌های اجتماعی، نقش عمده‌ای در بهبود وضعیت سلامت کشور و ارایه‌ی خدمات سلامتی دارند و از حساس‌ترین سازمان‌ها می‌باشند که برای اداره‌ی صحیح آن‌ها باید اطلاعات به شکلی صحیح گردآوری شود و پس از پایش و

(۶) و به کارگیری این سیستم‌ها برای تحقق اهداف کارایی، اثربخشی و کیفیت خدمات و نیز رضایتمندی مراجعین ضرورتی انکار ناپذیر به شمار می‌رود (۷).

یک سیستم اطلاعات بالینی (CIS) یا Clinical information system (ابزاری کامپیوتری یا کاغذی است که داده‌های بیمار، دانش پزشکی یا سایر اطلاعاتی را که موجب توسعه اقدامات و تصمیمات بالینی می‌شود، مدیریت می‌کند (۸). نکته‌ی حایز اهمیت در این تعریف این است که سیستم‌های بالینی طیف وسیعی از سیستم‌ها را در بر می‌گیرد. این طیف سیستم‌های دستی و سایر روش‌های مدیریت اطلاعات بالینی - مبتنی بر تکنولوژی سطح پایین - تا سیستم‌های کامپیوتری پیشرفته - که با هزینه‌ی به نسبت زیاد، قابلیت انعطاف خوب و دارای قابلیت بالا جهت استفاده پزشکان هستند - را در بر می‌گیرد (۹).

با وجود این که CIS می‌تواند نقش کلیدی در بهبود هماهنگی مراقبت و مدیریت عملکردهای بالینی اعمال نماید، هزینه‌ی توسعه یا خریداری آن بسیار بالا است و شواهدی نیز در مورد دشوار بودن اجرای آن وجود دارد (۱۰). مطالعات انجام شده در زمینه‌ی سیستم‌های اطلاعات بالینی نشان داده است که حدود ۳۰ درصد موارد اجرای CIS با شکست روبه‌رو شده است (۱۱-۱۳). در مطالعه‌ای که توسط Kaplan انجام پذیرفت، نشان داده شد که بیش از ۵۰ درصد پروژه‌های اجرای CIS در ایالات متحده آمریکا با شکست مواجه شده است (۱۴). از مهم‌ترین دلایل شکست اجرای سیستم‌های اطلاعات بالینی در مطالعات مذکور، عدم شناخت درست این سیستم‌ها و نداشتن علم تعاملات بین تکنولوژی، نیروی انسانی و سایر اجزای معمول و فرهنگ سازمانی جهت اجرای پروژه‌های CIS بیان شده است (۱۵-۱۷).

با توجه به مطالب پیش گفته و همچنین نظر به اهمیت استفاده از سیستم‌های اطلاعاتی کارآمد برای تحقق اهداف کارایی، اثربخشی و کیفیت خدمات و نیز رضایتمندی مراجعین (۵)، این مطالعه سعی داشت به صورت منظم و سازمان یافته به بررسی اجزاء، وظایف و ارزش افزوده‌های یک سیستم

دسته‌بندی و استنتاج به شکل مناسب و در زمان مناسب در اختیار کلیه‌ی تصمیم‌گیران بیمارستان به خصوص مدیران و رؤسای آن قرار گیرد (۱). از طرف دیگر، ناکارآمدی روش‌های اطلاع رسانی فعلی، رشد تحقیقات پزشکی در جهان، پیشرفت صنعت بیمه و تغییر در روش‌های بازپرداخت به مراکز طرف قرارداد، روش‌های نوین آموزش پزشکی، پیشرفت عظیم تجهیزات و امکانات پزشکی، افزایش سطح تخصصی کارکنان و تحول در نحوه‌ی سرویس‌دهی و مدیریت بیمارستانی، رشد روزافزون هزینه‌های درمانی و ضرورت ارتباط مراکز پزشکی و متخصصان علوم پزشکی با یکدیگر مراکز ارایه‌ی خدمات مراقبت سلامتی را به تکیه‌ی روزافزون بر سیستم‌های اطلاعاتی کارآمدتر سوق می‌دهد (۲، ۱) و به کارگیری تکنولوژی‌های اطلاعات بهداشتی و درمانی تغییراتی را در زمینه‌ی پردازش داده‌ها به وجود آورده است (۳). به عبارت دیگر، مراکز ارایه‌ی خدمات مراقبت بهداشتی از جمله اهداف اصلی کاربرد انفورماتیک در پزشکی است (۴). در بخش سلامت، مدارک پزشکی بیماران به عنوان مهم‌ترین، غنی‌ترین و واقعی‌ترین منابع اطلاع رسانی پزشکی و بهداشتی است؛ چرا که مبتنی بر واقعیات علم پزشکی است. در این راستا مدیریت اطلاعات بهداشتی مسؤولیت توسعه، اجرا، نگهداری و مدیریت سیستم‌ها به منظور تولید، ذخیره، بازیابی و انتشار اطلاعات بهداشتی و درمانی بیماران را به صورت مؤثر و کارا بر عهده دارد. همچنین مدیریت اطلاعات بهداشتی تحت عنوان اداره‌ی مدارک پزشکی نیز شناخته شده است. ویلر (به نقل از Kuperman و همکاران) در ارتباط با بخش مدارک پزشکی و عملکرد آن معتقد است: بخش مدارک پزشکی با تشکیل، تکمیل، گردآوری و همچنین پردازش داده‌های بهداشتی و درمانی، مرکز سیستم اطلاعاتی و ارتباطی مراکز درمانی محسوب می‌گردد. انجام این مسؤولیت، نیازمند سیستم‌هایی است که در جهت ذخیره سازی، بازیابی، نگهداری و امحای مدارک بهداشتی (بر اساس قانون)، تنظیم قوانین و امور حرفه‌ای عمل نماید (۵). استفاده از سیستم‌های اطلاعات بالینی یک روش مناسب برای حل این مشکلات پیچیده در نظام سلامت، به ویژه بیمارستان‌ها می‌باشد

اطلاعات بالینی و همچنین تعیین الزامات ایجاد و موانع اجرای آن با استفاده از منابع موجود پردازد.

روش بررسی

نوع این مطالعه توصیفی می‌باشد که طی سال‌های ۱۳۸۸ و ۱۳۸۹ در دو بخش انجام شده است. بخش اول شامل یک مطالعه‌ی مروری منظم است، که با استفاده از منابع کتابخانه‌ای و اینترنتی قابل دسترس در زمینه‌ی سیستم‌های اطلاعات بیمارستانی و بالینی در فاصله‌ی سال‌های ۱۹۹۷ انجام شده است. این مطالعه در ابتدا به بررسی وظایف سیستم‌های اطلاعات بالینی پرداخته و در ادامه، جنبه‌های مختلف پیاده‌سازی سیستم‌های مذکور را بررسی نموده است. در قسمت دوم این مطالعه، با استفاده از نتایج حاصل از بخش اول پرسش‌نامه‌ای جهت بررسی میزان آگاهی مدیران اطلاعات بهداشتی و درمانی (مدیران واحدهای مدارک پزشکی) بیمارستان‌های وابسته به دانشگاه علوم پزشکی تهران که حاضر به پاسخ‌گویی به سؤالات پژوهشگر شدند، طراحی گردید.

جهت تأیید روایی محتوایی سؤالات پرسش‌نامه، از پانل نخبگان متشکل از ۸ نفر کارشناس سیستم‌های اطلاعاتی استفاده شد و در این قسمت مواردی مانند اندازه‌ی سؤالات، وضوح و درجه‌ی شفافیت سؤالات، قابل فهم بودن، کلمات ساده و آسان، سطح علمی به کار برده شده، تعداد سؤالات و سایر موارد، پیشنهادهایی بود که از جانب کارشناسان مربوطه ارائه شد.

برای ارزیابی پایایی سؤالات، با توجه به محدودیت تعداد افراد نمونه، پرسش‌نامه‌ی مربوط در فاصله‌ی دو هفته‌ای بین ده نفر از کارشناسان سیستم‌های اطلاعاتی با سابقه‌ی بیش از ۵ سال (شاغل در پست‌های مدیریتی واحد مدارک پزشکی) توزیع گردید و نتایج نشان دهنده‌ی پایایی بالا با ضریب آزمون - بازآزمون (Test-retest) ۷۸ درصد بود. سپس پرسش‌نامه‌ی مذکور توسط ۱۲ نفر از ۱۵ مدیر واحد مدارک پزشکی بیمارستان‌های دانشگاه علوم پزشکی تهران تکمیل

گردید. لازم به ذکر است محقق جهت رفع هر گونه ابهام در جمع‌آوری داده‌ها، خود برای تکمیل پرسش‌نامه به واحدهای مربوط مراجعه کرده است. داده‌های جمع‌آوری شده با استفاده از نرم‌افزار Excel مورد بررسی و تحلیل قرار گرفت.

یافته‌ها

نتایج این مطالعه در دو قسمت ارائه شده است: بخش اول به صورت مجزا به بررسی جنبه‌های مختلف پیاده‌سازی سیستم‌های اطلاعات بالینی پرداخته است و در قسمت دوم اطلاعات مربوط به میزان آگاهی برخی از مدیران اطلاعات بهداشتی و درمانی در بیمارستان‌های وابسته به دانشگاه علوم پزشکی تهران ارائه شده است.

وظایف سیستم‌های اطلاعات بالینی: مهم‌ترین وظایف سیستم‌های اطلاعات بالینی در مراکز ارایه‌ی مراقبت‌های بهداشتی و درمانی را می‌توان به صورت زیر فهرست نمود:

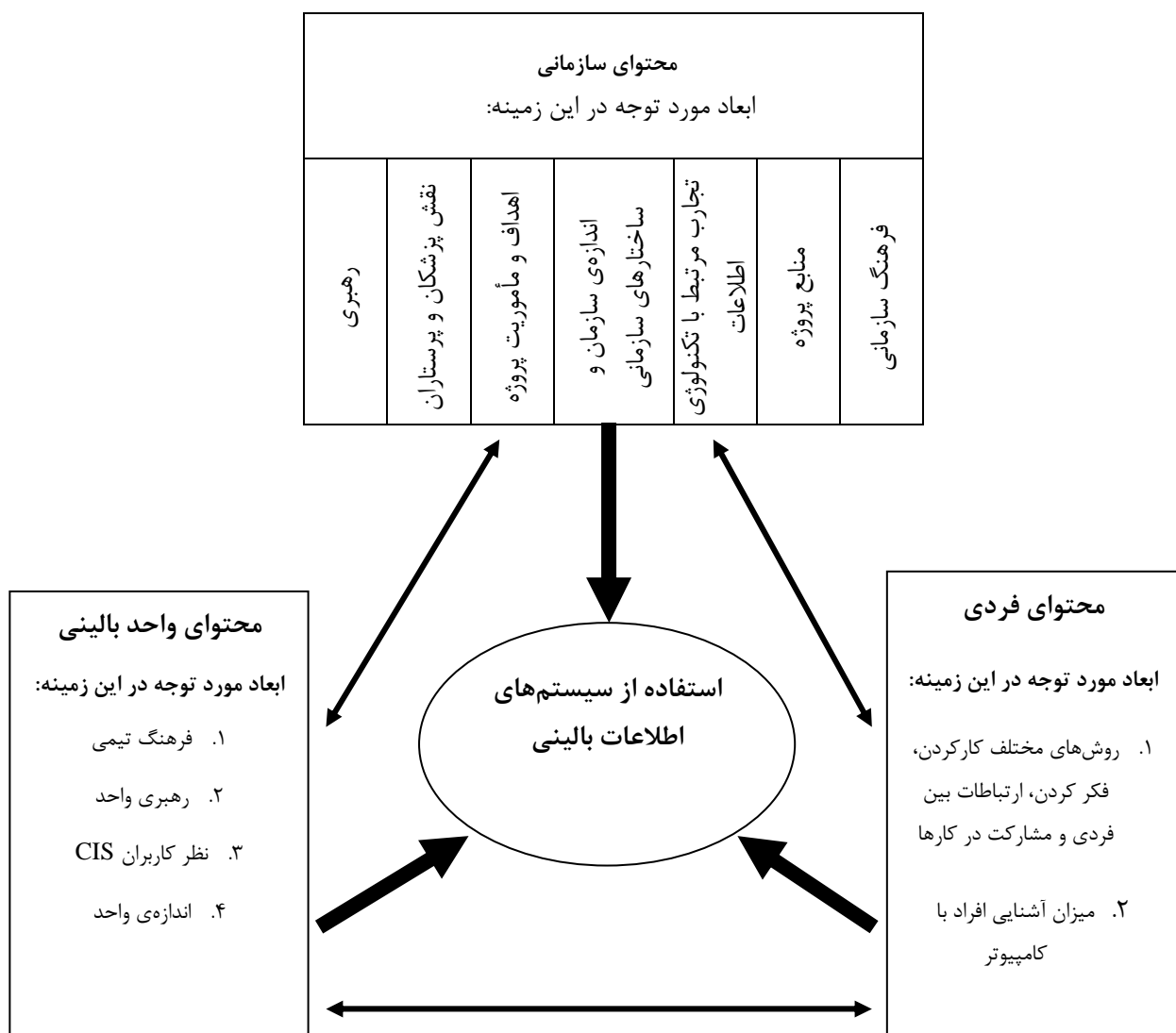
۱. نمایش خدمات، بیماری‌ها و جراحات دوره‌ی عمر یک فرد،
 ۲. حمایت از سازمان‌های ارزیابی کننده‌ی خدمات و سازمان‌های پرداخت کننده‌ی هزینه‌های خدمات،
 ۳. بهبود کیفیت در ارایه‌ی مراقبت‌های بهداشتی و درمانی،
 ۴. مدیریت سیستم داروخانه و صدور دستورات دارویی، منبعی برای آگاهی از حساسیت‌های دارویی و مشکلات جاری بیمار،
 ۵. حمایت از خلاصه نویسی، تحلیل و ارزیابی‌های پزشکی،
 ۶. مدیریت منابع مالی و صدور صورت حساب بیماران،
 ۷. حمایت از تصمیم‌گیری و تحلیل نتایج در مورد بیماران،
 ۸. ارایه‌ی پیام و هشدارهای بالینی، تعیین وقت ویزیت با استفاده از اینترنت و ... (۱۸).
- اجزا و محتوای سیستم‌های اطلاعات بالینی: یک سیستم اطلاعات بالینی باید شامل موارد زیر باشد: ۱. سیستم‌های

مستند سازی بالینی

۲. ورود دستور ۳. مدیریت دارو ۴. سایر سیستم‌ها: داروخانه، پاتولوژی، رادیولوژی، سیستم‌های کنترل علائم فیزیولوژیکی، سیستم‌های فرعی (۱۹).
Callen در مطالعه‌ی خود در زمینه‌ی مدل اجرای محتوایی

مستند سازی بالینی

۲. ورود دستور ۳. مدیریت دارو ۴. سایر سیستم‌ها: داروخانه، پاتولوژی، رادیولوژی، سیستم‌های کنترل علائم فیزیولوژیکی، سیستم‌های فرعی (۱۹).
Callen در مطالعه‌ی خود در زمینه‌ی مدل اجرای محتوایی



نمودار ۱: نمایش دیاگرامی مدل اجرایی محتوایی سیستم‌های اطلاعات بالینی

صورت زیر خلاصه نمود.

۱. موانع مالی: اجراء توسعه و پشتیبانی از این سیستم‌ها ممکن است پرهزینه باشد. میزان معینی پول در جهت این سیستم‌ها سرمایه‌گذاری می‌شود ولی فهم درستی در مورد بازگشت این سرمایه به صورت افزایش کیفیت وجود ندارد (۲۵).

۲. موانع رفتاری: پذیرش پزشکان برای ایجاد تغییر در جریان کار، همکاری در پاسخ‌دهی مناسب به سیستم‌های هشدار، یادآورنده‌ها و ... که ممکن است برای پزشکان وقت‌گیر به نظر آید. به علاوه این‌که اکثر پزشکان بازپرداختی در ازای استفاده از این سیستم یا برای ارایه‌ی خدمات با کیفیت بهتر دریافت نمی‌کنند، به ویژه در موارد مربوط به پزشکی از راه دور (Telemedicine) و سلامت از راه دور (Telehealth). همچنین فقدان ارتباط مستقیم با بیمار و نگرانی در مورد از دست رفتن اطلاعات مهم مسایلی هستند که در پذیرش سیستم از سوی پزشکان مؤثر هستند (۲۶-۲۷). از طرف دیگر تأثیر فرهنگ در اجرای سیستم‌های اطلاعات بالینی بیمارستان در مطالعاتی مانند مطالعه‌ی Kaplan و همکاران (۲۸)، Ash و همکاران (۲۹) و Massaro (۳۰) نیز مورد تأکید قرار گرفته است (۳۱-۲۹).

عوامل خطر ساز مربوط به پیاده‌سازی سیستم‌های اطلاعات بالینی و موانع دستیابی به آن‌ها: مطالعات زیادی در مورد بررسی عوامل خطر ساز اجرای CIS انجام پذیرفته است؛ چرا که شناسایی این عوامل خطر ساز یکی از مهم‌ترین دغدغه‌های مدیران مراکز، تکنسین‌ها و متخصصان تکنولوژی اطلاعات است (۲۱-۲۳). علاوه بر آن، عوامل خطر ساز نیز از نظر طبیعت، شدت و مقدار تکرار آن‌ها در هنگام اجرای CIS با یکدیگر تفاوت‌های چشم‌گیری دارند. Guy و همکاران در مطالعه‌ای که به روش دلفی انجام پذیرفت، با بررسی سایر مطالعات انجام شده در این زمینه و نظرخواهی از ۲۱ متخصص درگیر با پروژه‌های اجرای CIS در نهایت فهرستی از عوامل خطر ساز مورد تأیید این افراد را ارایه نمود که در قالب ۷ معیار (پروژه، تیم پروژه، عوامل انسانی، عوامل سازمانی، عوامل سیاسی و استراتژیکی و تکنولوژیکی و توانایی استفاده)، به ترتیب اولویت به صورت جدول ۱ ارایه شده است (۲۴).

از سوی دیگر، علاوه بر عوامل خطر ساز مذکور، تعدادی از عوامل اصلی که به عنوان مهم‌ترین موانع در سر راه دستیابی به CIS توسط محققان در این زمینه ذکر شده‌اند را می‌توان به

جدول ۱: عوامل خطر ساز پروژه‌های اجرای CIS

ردیف	عوامل خطر ساز	معیار	ردیف	عوامل خطر ساز	معیار
۱	فقدان حامی قوی برای پروژه	پروژه	۱۲	عقاید منفی بین برخی از افراد تیم پروژه	تیم پروژه
۲	عدم وجود تعهد کافی مدیران ارشد	سازمانی	۱۳	انتظارات غیر واقع بینانه از پروژه	عامل انسانی
۳	درک ضعیف از مزایای سیستم	توانایی استفاده	۱۴	درک ضعیف از کاربردهای سیستم	توانایی استفاده
۴	ابهام در مراحل اجرای پروژه	پروژه	۱۵	شرکای خارجی غیر قابل اطمینان	مسایل سیاسی
۵	ناهم‌خوانی سیستم با فرایند کاری	توانایی استفاده	۱۶	بزرگی و چند بعدی بودن پروژه	پروژه
۶	درگیری‌ها و مداخلات سیاسی	مسایل سیاسی	۱۷	تغییرات محیطی	سازمانی
۷	فقدان مهارت و دانش مورد نیاز	تیم پروژه	۱۸	نرم‌افزارهای پیچیده	تکنولوژیکی
۸	تغییرات زیاد در رهبری تیم پروژه	تیم پروژه	۱۹	عدم آگاهی کافی پرسنل از IT	سازمانی
۹	تغییرات سازمانی	سازمانی	۲۰	پیچیده و ناکافی بودن زیر ساخت تکنولوژیکی	تکنولوژیکی
۱۰	منابع ناکافی	پروژه	۲۱	معرفی یک تکنولوژی جدید	تکنولوژیکی
۱۱	ضعف نرم‌افزاری	تکنولوژیکی	۲۲	مهارت‌های کامپیوتری ضعیف افراد	عوامل انسانی

به طور کلی استفاده از سیستم‌های اطلاعات بالینی در مراکز درمانی باید از ملاک‌ها و معیارهای مشخص و بر اساس سیاست ملی اطلاع رسانی کشوری برخوردار باشد تا بتواند استانداردهای تمام تخصص‌های شاغل در مدیریت درمان بیمار و مراکز درمانی را فراهم نماید (۳۹).

یکی از تخصص‌هایی که نقش اساسی در حفظ، توسعه، ذخیره و بازیابی مناسب اطلاعات در این سیستم‌ها را دارد، مدیریت اطلاعات بهداشتی و درمانی در بیمارستان‌ها است. نقش مدیر اطلاعات بهداشتی در مراکز مراقبت بهداشتی نقشی حیاتی است؛ چرا که اطلاعات به دست آمده دارای اهمیتی منحصر به فرد است، علاوه بر این، فقدان یا کاهش اطلاعات بهداشتی ممکن است مراقبت بهداشتی بیمار را به مخاطره بیندازد.

در نظام سلامت، مدیریت اطلاعات بهداشتی و مدارک بهداشتی، تبادل داده‌های بالینی و تفکیک و تحلیل این داده‌ها به منظور ارزیابی اثربخش و کارا، مستلزم داده‌های کامل است و در این راستا رعایت استانداردهای کامل اطلاع رسانی از اهمیت خاصی برخوردار می‌باشد (۴۰). مدیر مدارک پزشکی نه تنها به عنوان مدیر واحد مدارک پزشکی انجام وظیفه می‌نماید، بلکه اطلاعات بهداشتی را برای تأمین بسیاری از نیازهای بیماران، پزشکان، نمایندگی‌های معتبر و قانونی و بیمه‌ی شخص ثالث تهیه می‌کند (۴۱). بدین جهت محقق به بررسی میزان آگاهی مدیران واحدهای مدارک پزشکی از جنبه‌های مختلف سیستم‌های اطلاعات بالینی پرداخته است. جدول ۲ نشان می‌دهد که به طور میانگین مدیران واحدهای مدارک پزشکی مورد مطالعه، نسبت به جنبه‌های مختلف سیستم‌های اطلاعات بالینی چه مقدار شناخت دارند.

۳. موانع فنی: تعریف داده‌ها و استانداردهای اطلاعات، دانستن این قضیه که چگونه تجهیزات موجود در جهت اهداف جدید به کار گرفته شوند، همین‌طور توجه به زیر ساخت‌های اساسی جهت پشتیبانی از عملکردهای بالینی و مدیریتی، از موانع فنی بر سر راه اجرای CIS به شمار می‌روند (۱۹).

معیارهای ضروری در اجرای یک سیستم اطلاعات بالینی: تحقیقات زیادی در جهت شناسایی فاکتورهای اساسی در اجرای موفق CIS انجام شده است. بیش از ۱۵۰ فاکتور شناسایی شده‌اند. اما ۲ مورد، (شامل حمایت مدیران ارشد و دخالت دادن کاربران در اجرای سیستم)، به میزان بسیار زیاد در اجرای موفق سیستم‌های اطلاعات بالینی نقش دارند (۳۲، ۳۱). در زیر فاکتورهای مهم دیگری که در اکثر مطالعات مربوط ذکر شده‌اند ارایه شده است:

۱. همه‌ی کاربران باید به طور واضح نیاز به تغییر را احساس کنند (۳۳، ۳۴).
۲. همه باید فهم واضحی از تغییراتی که در مراحل مختلف اجرای CIS رخ می‌دهد و مشکلاتی که ممکن است اجرای آن را با مشکل مواجه سازد، داشته باشند (۳۵).
۳. حامیان داخلی باید فعالانه و مشتاقانه در جهت ارتقای سیستم غلبه بر مشکلات عمل نمایند (۳۶).
۴. مدیران ارشد سازمان باید قادر به درک و برطرف ساختن چالش‌های پیش رو و سرمایه‌گذاری روی فرصت‌های بهبود کیفیت و افزایش درآمدها باشند (۳۷).
۵. در نهایت، باید مدنظر داشته باشیم که حداقل ۶ ماه باید از اجرای CIS بگذرد تا بتوان در مورد موفقیت یا ناکامی اجرای آن قضاوت نمود و یا تصمیمی اتخاذ نمود (۳۸).

جدول ۲: میزان آگاهی مدیران واحدهای مدارک پزشکی از جنبه‌های مختلف سیستم‌های اطلاعات بالینی

ردیف	متغیرها	میزان آگاهی (درصد)
۱	وظایف سیستم‌های اطلاعات بالینی	۴۵
۲	اجزا و محتوای سیستم‌های اطلاعات بالینی	۵۵
۳	عوامل خطر ساز و موانع مربوط به پیاده‌سازی سیستم‌های اطلاعات بالینی	۶۰
۴	معیارهای ضروری در یک سیستم اطلاعات بالینی مناسب	۵۰
۵	جنبه‌های حفظ محرمانگی و امنیت داده‌ها در سیستم‌های اطلاعات بالینی	۵۵
	میانگین	۵۳

این میزان آگاهی بالا نبوده است و مطالعه‌ی درگاهی و همکاران با عنوان «بررسی فرایند سیستم اطلاعات بالینی بیمارستان‌های عمومی دانشگاه علوم پزشکی تهران» نیز نشان داد که فقط حدود نیمی از فرایندهای مربوط به سیستم‌های اطلاعات بالینی در بیمارستان‌های مورد مطالعه اجرا می‌شوند (۴۴) که از این نظر با نتایج قسمت دوم این مطالعه که آگاهی به نسبت پایین مدیران واحدهای مدارک پزشکی به عنوان یکی از کاربران این سیستم‌ها را نشان می‌داد، هم‌خوانی دارد. به همین جهت توجه به عامل آموزش می‌تواند به عنوان یک عامل کلیدی برای ارتقای میزان آگاهی مدیران اطلاعات بهداشتی در بیمارستان‌ها از جنبه‌های مختلف سیستم‌های اطلاعات بالینی مورد تأکید قرار گیرد.

نتیجه‌گیری

با توجه به ابعاد مزایای مختلف پیاده‌سازی سیستم‌های اطلاعات بالینی در بیمارستان‌ها و البته ضرورت انکار ناپذیر اجرای این سیستم‌ها در مراکز بهداشتی و درمانی، استفاده‌ی مناسب و آگاهانه از این سیستم‌ها در امور درمانی بیماران در بیمارستان‌ها می‌تواند علاوه بر افزایش کیفیت خدمات درمانی باعث کاهش هزینه‌های بیمارستانی شود.

پیشنهادها

برگزاری کارگاه‌های آموزشی و آرایه‌ی الگوهای مناسب در زمینه‌ی آشنایی با سیستم‌های اطلاعات بالینی و به کارگیری آن‌ها در بیمارستان‌ها، می‌تواند در گسترش و توسعه‌ی استفاده از سیستم‌های مذکور، نقش بسزایی داشته باشد.

تشکر و قدردانی

در پایان از تمامی استادان گرامی و همکاران محترم واحدهای مدارک پزشکی بیمارستان‌های مورد مطالعه و سایر عزیزانی که پژوهشگران را در انجام این پژوهش یاری نمودند، کمال تشکر و قدردانی را دارد.

جدول ۲ نشان می‌دهد که شناخت مدیران مصاحبه شده در مورد وظایف سیستم‌های اطلاعات بالینی کمترین و در حد ۴۵ درصد می‌باشد و از طرف دیگر میزان آگاهی افراد مورد مطالعه در زمینه‌ی عوامل خطر ساز و موانع مربوط به پیاده‌سازی سیستم‌های اطلاعات بالینی بالاترین میزان می‌باشد، که اکثریت آن‌ها به نوعی موانع مالی، رفتاری و فنی را که در قسمت اول به آن‌ها اشاره شد، مورد تأکید قرار داده بودند.

بحث

در این مطالعه سعی شد ابتدا جنبه‌های مختلف سیستم‌های اطلاعات بالینی با توجه به مطالعات و تجربیات داخلی و خارجی در این زمینه مورد بررسی قرار گیرد. نکته‌ی مهم در این بخش این بود که همان‌طور که مطالعات موجود در کشورهای ولز و انگلستان نشان داده‌اند (۴۲)، برای اثربخش بودن یک سیستم اطلاعات بالینی باید قبل از تصمیم به اجرای چنین سیستمی به بررسی عوامل مؤثر در اجرای آن و همچنین عوامل خطر ساز به کارگیری این سیستم‌ها پرداخته شود تا از تکرار اشتباه‌ها و غفلت از مواردی که اجرای موفق پروژه را متوقف می‌سازند، جلوگیری نماید. فاکتورهایی از قبیل اطمینان از آمادگی برای تغییر، بالا بردن همکاری‌ها بین کارکنان و هیأت اجرایی سیستم اطلاعات بالینی، آموزش کارکنان، تعریف اهداف تغییر و دریافت و اعمال نظرات و انتقادات کارکنان در طول و در زمان اتمام اجرای سیستم در سازمان‌های مراقبت سلامت نیز از عوامل اصلی موفقیت در اجرا به شمار می‌روند.

همان‌طور که مطالعه‌ی Berg نشان داده است، موفقیت یک سیستم اطلاعات بالینی از دیدگاه‌های مختلف قابل بررسی است. این موضوع در این مطالعه به صورت بررسی جنبه‌های مختلف سیستم‌های اطلاعات بالینی دنبال شد که سعی محققین بر این بود تا ضمن نشان دادن این جنبه‌ها، چالش‌هایی که در فرایند پیاده‌سازی آن ممکن است رخ دهد، نیز مورد بررسی قرار گیرد (۴۳).

بررسی میزان آگاهی مدیران واحدهای مدارک پزشکی از جنبه‌های مختلف سیستم‌های اطلاعات بالینی، نشان داد که

References

1. Ghazisaeedi M, Davarpanah A, Safdari R. Health information management. Iran: Mahan Publication; 2005. p. 214-35.
2. Francis CM. Hospital Administration. 2nd ed. New Dehli: Jaypee Brothers Publishers; 1995. p. 211.
3. Crane RM. Fulfilling the Potential of Clinical Information Systems. The Permanent Journal 2003; 7(1): 62-7.
4. Hajavi A, Zohor A. Analysis of patient information cycle in hospital information systems of Urmia University of Medical Sciences. Proceedings of the 4th conference of electronic health; 2004 Sep 17-19; Tehran, Iran; 2004.
5. Kuperman GJ, Gardner RM, Pryor TA. Help: a dynamic hospital information system. New York: Springer-Verlag, 1991. p. 70.
6. Siamian H, Aligonbadi K, Nasiri E, Shahrabi A. The role of health information management in hospital management. Monthly Scientific Communication 2005; 4(3): 102-12.
7. Institute of Medicine (U.S.). Committee on Quality of Health Care in America. Crossing the quality chasm: a new health system for the 21st century. Washington (DC): National Academies Press; 2001.
8. Moradi GR, Ershadnia Z. literature review of computerized clinical information system in hospitals, [Project] Mashhad: Mashhad University of Medical Sciences; 2004.
9. Kaplan B, Brennan PF, Dowling AF, Friedman CP, Peel V. Toward an informatics research agenda: key people and organizational issues. J Am Med Inform Assoc 2001; 8(3): 235-41.
10. Lapointe L, Rivard S. Getting physicians to accept new information technology: insights from case studies. CMAJ 2006; 174(11): 1573-8.
11. Gartner Group. Predicts 2005: Healthcare. Providers are Automating [Online]. 2005 [cited 2006 Feb 9]; Available from: URL: www.gartner/research./122800/122843.html/
12. Pare G, Trudel MC. Knowledge barriers to PACS adoption and implementation in hospitals. Int J Med Inform 2007; 76(1): 22-33.
13. Sia SK, Tang M, Soh C, Boh WF. Enterprise resource planning (ERP) systems as a technology of power: empowerment or panoptic control? The Data Base for Advances in Information Systems 2002; 33(1): 23-37.
14. Kaplan B. Culture counts: how institutional values affect computer use. MD Comput 2000; 17(1): 23-26.
15. Ammenwerth E, Graber S, Herrmann G, Burkle T, Konig J. Evaluation of health information systems-problems and challenges. Int J Med Inform 2003; 71(2-3): 125-35.
16. Berg M, Langenberg C, vd B, I, Kwakkernaat J. Considerations for sociotechnical design: experiences with an electronic patient record in a clinical context. Int J Med Inform 1998; 52(1-3): 243-51.
17. O Grady TP. The seven basic rules for successful redesign. In: Hein EC, Editor. Contemporary leadership behavior: selected readings. 5th ed. Philadelphia: Lippincott; 1998.
18. Conrick M. Health Informatics. Melbourne: Cengage Learning Australia; 2006.
19. Biohealthmatics centers [Online]. 2009; Available from: URL: <http://www.biohealthmatics.com/technologies/his/cis.aspx/>
20. Callen JL, Braithwaite J, Westbrook JI. Contextual implementation model: a framework for assisting clinical information system implementations. J Am Med Inform Assoc 2008; 15(2): 255-62.
21. Brender J, Ammenwerth E, Nykanen P, Talmon J. Factors influencing success and failure of health informatics systems--a pilot Delphi study. Methods Inf Med 2006; 45(1): 125-36.
22. Chiang MF, Starren JB. Software engineering risk factors in the implementation of a small electronic medical record system: the problem of scalability. Proc AMIA Symp 2002; 145-9.
23. Schmidt R, Lyytinen K, Keil M, Cule P. Identifying Software Project Risks: An International Delphi Study. Journal of MIS 2001; 17(4): 5-36.
24. Guy P, Claude S, Mirou J. Prioritizing Clinical Information System Project Risk Factors: A Delphi Study. Proceedings of the 41st Hawaii International Conference on System Sciences; 2008 Mar 16-18; Hawaii, USA; 2008.
25. Sherer SA, Alter S. Information System Risks and Risk Factors: Are they Mostly about Information Systems? Communications of the AIS 2004; 14(2): 29-64.
26. Sicotte C, Pare G, Moreault MP, Paccioni A. A risk assessment of two interorganizational clinical information systems. J Am Med Inform Assoc 2006; 13(5): 557-66.
27. Markus ML. Power, Politics, and MIS Implementation. Communications of the ACM 1983; 26(6): 430-44.

28. Kaplan B, Farzanfar R, Friedman RH. Personal relationships with an intelligent interactive telephone health behavior advisor system: a multimethod study using surveys and ethnographic interviews. *Int J Med Inform* 2003; 71(1): 33-41.
29. Ash JS, Gorman PN, Lavelle M, Stavri PZ, Lyman J, Fournier L, et al. Perceptions of physician order entry: results of a cross-site qualitative study. *Methods Inf Med* 2003; 42(4): 313-23.
30. Massaro TA. Introducing physician order entry at a major academic medical center: I. Impact on organizational culture and behavior. *Acad Med* 1993; 68(1): 20-5.
31. Fish MR, Turner JA. Fish MR, Turner JA. Understanding the Process of Information Technology Implementation. Association for Information Systems Annual Conference; 2002; Available from: URL: <http://hsb.baylor.edu/ramsower/acis/papers/fish.htm/>
32. Souther E. Implementation of the electronic medical record: the team approach. *Comput Nurs* 2001; 19(2): 47-55.
33. Venkatesh V, Morris MG, Davis GB, Davis FD. User acceptance of information technology: towards a unified view. *MIS Quart* 2003; 27(3): 425-78.
34. Kotter JP. *Leading Change: Why Transformation Efforts Fail*. Boston: Harvard Business Review, 1998.
35. Ash J. Organizational factors that influence information technology diffusion in academic health sciences centers. *J Am Med Inform Assoc* 1997; 4(2): 102-11.
36. Pare G, Elam JJ. Introducing information technology in the clinical setting. Lessons learned in a trauma center. *Int J Technol Assess Health Care* 1998; 14(2): 331-43.
37. Blignaut PJ, McDonald T, Tolmie CJ. Predicting the learning and consultation time in a computerized primary healthcare clinic. *Comput Nurs* 2001; 19(3): 130-6.
38. Balas EA, Austin SM, Mitchell JA, Ewigman BG, Bopp KD, Brown GD. The clinical value of computerized information services. A review of 98 randomized clinical trials. *Arch Fam Med* 1996; 5(5): 271-8.
39. Kleinke JD. Dot-gov: market failure and the creation of a national health information technology system. *Health Aff (Millwood)* 2005; 24(5): 1246-62.
40. Rabiei R. Role of medical record and medical informatics in delivery of health care services and survey of exist standards in medical informatics. *Journal of medical records Neghahe No* 2001; 1(Suppl): 27-34.
41. Wheeler E. An HIM survival kit for the year 2000. *Journal of AHIMA* 1999; 70(2): 46-8.
42. Denley I. Implementing access control to protect the confidentiality of patient information in clinical information systems in the acute hospital. *Health Informatics Journal* 1998; 4(3-4): 174-8.
43. Berg M. Implementing information systems in health care organizations: myths and challenges. *Int J Med Inform* 2001; 64(2-3): 143-56.
44. Dargahi H, Ghazi Saeedi M, Safdari R, Hamedan M. A survey of clinical information system process in general Hospital of Tehran University of Medical Sciences. *Payavard Salamat* 2010; 4(1-2): 31-43.

Review of Various Aspects of Clinical Information Systems Implementation and Awareness of Health Information Administrators about It*

Somayeh Fazaeli¹; Mahdi Yousefi²; Gholamreza Moradi, PhD³; Marjan Ghazisaeidi⁴

Abstract

Introduction: Efficient use of information systems in provision of health services is very important for achieving efficiency, effectiveness and service quality. In this study the various aspects of clinical information systems implementation and estimate of one of main users' knowledge about these systems in hospitals was investigated.

Methods: This study was conducted in two-stages: in the first step using available information resources during 1997-2008, different aspects of clinical information systems implementation have been studied. In the second step, the knowledge of medical record department's administrators of Tehran University of Medical Sciences affiliated hospitals has been determined. Validity of questionnaire was confirmed by expert panel and a reliability of 78% with test-retest coefficient was confirmed. Obtained data was analyzed with Excel 2007 software.

Results: Clinical information system with improve quality and quantity of health care provided mission, is including components such as clinical documentation systems, medication management, pathology and etc. Studies indicated that there are some obstacles such as financial, behavioral and technical problems in implementation of these systems. The results of second part showed that the mean of knowledge of medical record department administrators from various aspects of clinical information systems was 53 percent.

Conclusion: For effective clinical information system, review of effective factors and risk factors in the clinical information system implementation are important for prevention of repeated mistakes and neglect in cases that threat successful implementation of the project. Emphasize on education can be a key factor to promote awareness of the main users of clinical information systems about various aspects of these systems.

Keywords: Hospital Information Systems; Hospitals; Medical Record Administrators.

Type of article: Original article

Received: 23 Sep, 2009

Accepted: 3 Feb, 2010

Citation: Fazaeli S, Yousefi M, Moradi Gh, Ghazisaeidi M. **Review of Various Aspects of Clinical Information Systems Implementation and Awareness of Health Information Administrators about It.** Health Information Management 2011; 8(2): 207.

* This article resulted from independent research.

1. PhD Student, Health Information Management, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran.

2. PhD Student, Health Economics, Tarbiat Modares University, Tehran, Iran. (Corresponding Author)
Email: mehdiyousefy@gmail.com

3. Assistant Professor, Health Information Management, Mashhad University of Medical Sciences, Mashhad, Iran.

4. Lecturer, Health Information Management, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran.

بررسی وضعیت سیستم اطلاعات پاتولوژی آناتومیکال در بیمارستان‌های آموزشی، درمانی

تابعه دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی*

اعظم السادات حسینی^۱، حمید مقدسی^۲، فرخنده اسدی^۱، مریم همتی^۳

چکیده

مقدمه: هدف اصلی رشته پاتولوژی آناتومیکال تولید اطلاعاتی است که جهت تحقق اهداف تشخیصی، پیش‌آگهی و درمانی در راستای مراقبت از بیمار استفاده می‌شود. مدیریت مؤثر این اطلاعات و وجود سیستم‌های اطلاعات بهینه جهت موفقیت حرفه پاتولوژی در راستای اهداف فوق امری حیاتی است. بدیهی است که طراحی و یا اصلاح سیستم‌های اطلاعات پاتولوژی آناتومیکال، بدون آگاهی از وضعیت این سیستم امکان پذیر نمی‌باشد. از این‌رو، پژوهشگر به تعیین وضعیت سیستم اطلاعات پاتولوژی آناتومیکال در بیمارستان‌های آموزشی و درمانی تابعه دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی مبادرت ورزید.

روش بررسی: این پژوهش یک مطالعه‌ی توصیفی بود که به صورت مقطعی در سال ۱۳۸۷ انجام گردید. جامعه‌ی پژوهش عبارت از "سیستم اطلاعات آزمایشگاه پاتولوژی آناتومیکال در بیمارستان‌های آموزشی و درمانی تابعه‌ی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی" (مشمول بر ۱۳ مرکز) بود. حجم نمونه مطابق حجم جامعه بود. گردآوری داده‌ها از طریق مشاهده و به وسیله‌ی ابزارهای فهرست واریسی و پرسش‌نامه انجام گردید. اعتبار ابزار پژوهش از طریق تعیین اعتبار محتوا سنجیده شد که بر اساس مطالعه‌ی متون معتبر و دریافت نظرات استادان راهنما و مشاور و دیگر صاحب‌نظران مرتبط با موضوع پژوهش انجام گردید. برای تعیین پایایی پرسش‌نامه مربوط، از روش آزمون مجدد (Test-retest) استفاده شد. تجزیه و تحلیل داده‌های جمع‌آوری شده با استفاده از آمار توصیفی انجام گردید.

یافته‌ها: اکثر سیستم‌های اطلاعات پاتولوژی آناتومیکال تحت مطالعه (۷۷/۸ درصد) از نوع نیمه مکانیزه بودند. در ۸۸/۹ درصد سیستم‌های پاتولوژی آناتومیکال تحت مطالعه، طبقه‌بندی آماری داده‌ها با استفاده از سیستم طبقه‌بندی ICD-۰ و تنها در ۱۱/۱ درصد آن‌ها با استفاده از سیستم طبقه‌بندی ICD-۱۰ انجام می‌گردید، در حالی که سایر انواع پردازش‌ها از جمله طبقه‌بندی آماری داده‌ها با استفاده از سیستم نام‌گذاری منتظم پزشکی (SNOMED یا Systemized nomenclature of medicine)، محاسبه‌ی نسبت منفی کاذب نتایج آزمایش‌ها در سیتوپاتولوژی و تجزیه و تحلیل خودکار نمونه‌های بافتی انجام نمی‌شد.

نتیجه‌گیری: استفاده از سیستم‌های اطلاعات الکترونیک باعث تسهیل، ترویج و پیشرفت حرفه‌ی پاتولوژی می‌گردد. تجزیه و تحلیل خودکار (دیجیتال) نمونه‌های بافتی می‌تواند مزایای بسیاری از جمله کاربرد داده‌های دیجیتال جهت انجام مشاوره از راه دور، تهیه اسلایدهای مجازی و تدریس داشته باشد.

واژه‌های کلیدی: نظام اطلاعات بیمارستانی؛ آسیب شناسی؛ آسیب شناسی جراحی.

نوع مقاله: تحقیقی

پذیرش مقاله: ۸۸/۱۱/۵

اصلاح نهایی: ۸۸/۵/۳۱

دریافت مقاله: ۸۷/۹/۲

ارجاع: حسینی اعظم السادات، مقدسی حمید، اسدی فرخنده، همتی مریم. بررسی وضعیت سیستم اطلاعات پاتولوژی آناتومیکال در بیمارستان‌های آموزشی، درمانی تابعه‌ی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی. مدیریت اطلاعات سلامت ۱۳۹۰؛ ۸(۲): ۲۰۸-۲۱۷.

مقدمه

* این مقاله حاصل پایان‌نامه‌ی دانشجویی در مقطع کارشناسی ارشد می‌باشد.

۱. استادیار، مدیریت اطلاعات بهداشتی درمانی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران.

۲. دانشیار، مدیریت اطلاعات بهداشتی درمانی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران.

۳. کارشناس ارشد، آموزش مدارک پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی قم، قم،

ایران. (نویسنده‌ی مسؤول) Email: maryhemati@gmail.com

پاتولوژی آناتومیکال (Anatomical pathology) علم تشخیص بیماری‌ها بر اساس آزمایش‌های میکروسکوپی، میکروسکوپی و مولکولی اندام‌ها، بافت‌ها و سلول‌ها است (۱). هدف اصلی رشته‌ی پاتولوژی آناتومیکال تولید اطلاعاتی است

سیستم اطلاعات پاتولوژی آناتومیکیال این امکان را می‌دهد که اطلاعات بالینی مفید بلافاصله گزارش شوند و بدین ترتیب مراقبت از بیماران به نحو بهتری انجام پذیرد (۶). توانایی دسترسی سریع به تشخیص بافتی یا نتیجه‌ی تست، مراقبت بیمار را بهبود می‌بخشد (۷). همچنین فرصتی برای پاتولوژیست‌ها و دانشمندان آزمایشگاه کلینیکی به وجود می‌آورد تا بر مراقبت کلینیکی و تحقیق پیشرفته تأثیر بگذارند (۵). سیستم اطلاعات به عنوان یک ابزار مدیریتی جهت جمع‌آوری داده‌های لازم برای اندازه‌گیری حجم کار و محاسبه‌ی زمان گردش کار و محاسبه‌ی هزینه استفاده می‌شود و می‌تواند اثربخشی را بهبود بخشد و همچنین در هدایت تحقیقات پزشکی مؤثر باشد (۷). سیستم اطلاعات خوب، جریان کاری را در آزمایشگاه پاتولوژی آناتومیکیال بهبود می‌بخشد (۵) و در کل سیستم‌های اطلاعات مدرن پاتولوژی، وظایف پاتولوژیست‌ها و تمام کارکنان بهداشتی را تسهیل می‌نمایند (۱۰).

سیستم اطلاعات پاتولوژی آناتومیکیال ممکن است به عنوان یک موجودیت مجزا اما مرتبط با دیگر سیستم‌های اطلاعات بیمارستان باشد یا به صورت یک جزء درونی از سیستم اطلاعات آزمایشگاه کلینیکی (LIS یا Clinical laboratory information system) یا سیستم اطلاعات گسترده‌ی بیمارستانی (HIS یا Hospital wide information system) باشد. سیستم‌های یکپارچه که متشکل از اجزای مرتبط با یکدیگر هستند، از مزایایی برخوردارند (۱۱). سیستم اطلاعات پاتولوژی آناتومیکیال بسیار متفاوت از آن چه برای آزمایشگاه کلینیکی عمومی طراحی شده است، کار می‌کند و به طور معمول شامل زیرسیستم‌ها یا ماژول‌های پاتولوژی جراحی، سیتوپاتولوژی و کالبد شکافی است (۷).

در این زمینه مطالعات مشابه دیگری انجام شده است، برای نمونه می‌توان به مطالعات Sinard و Morrow (۹) و Rojo (۱۰) اشاره نمود.

در این مقاله پژوهشگر به تعیین وضعیت سیستم اطلاعات پاتولوژی آناتومیکیال در بیمارستان‌های آموزشی، درمانی تابعه‌ی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی پرداخته است.

که جهت تحقق اهداف تشخیصی، پیش‌آگهی و درمانی در راستای مراقبت از بیمار استفاده می‌شود. مدیریت مؤثر این اطلاعات و وجود سیستم‌های اطلاعات بهینه جهت موفقیت حرفه‌ی پاتولوژی در راستای اهداف فوق امری حیاتی است (۲). از آن جا که هدف حرفه‌ی پزشکی حل مشکلات بیماران است، پزشک طرحی را برای مراقبت از بیمار در نظر می‌گیرد که از مصاحبه با بیمار و گرفتن تاریخچه‌ی کامل و انجام معاینات فیزیکی شروع شده، در صورت کامل نبودن اطلاعات مورد نیاز برای تشخیص، از خدمات آزمایشگاهی و سایر خدمات تشخیصی استفاده می‌کند (۳). در این میان پاتولوژی آناتومیکیال قطعی‌ترین اطلاعات را درباره‌ی فرایند بیماری یا مرگ به پزشک می‌دهد (۴). با توجه به این که ۷۰ تا ۸۰ درصد اطلاعات مراقبتی بیماران در آزمایشگاه‌های پاتولوژی کلینیکیال و آناتومیکیال تولید می‌شود (۵) و از آن جا که پزشکی حرفه‌ای به شدت وابسته به اطلاعات است (۶)، تبادل این اطلاعات باید به صورت روشن، کامل، در دسترس و به موقع انجام گیرد (۵). داده‌ها و در دسترس بودن آن‌ها، بر تصمیماتی که در مورد نحوه‌ی مراقبت بیمار گرفته می‌شود، تأثیر می‌گذارند (۷).

سیستم اطلاعات پاتولوژی آناتومیکیال (APLIS یا Anatomical pathology information system) سیستمی است که داده‌های بیمار و نمونه‌ی پاتولوژی را از سیستم اطلاعات بیمارستان دریافت می‌کند و یا به طور مستقیم به عنوان یک سیستم منفرد این داده‌ها را ثبت و ذخیره می‌نماید، در تهیه‌ی نتایج نمونه از روند کار پاتولوژی پشتیبانی می‌کند. سپس اطلاعات به دست آمده را با استفاده از اصطلاحات استاندارد، کدگذاری می‌کند، نتایج نمونه‌های پاتولوژی را گزارش و ذخیره می‌کند و در نهایت امکان جستجو و بازیابی تشخیص‌های قبلی و مطالعات گذشته‌نگر را به وجود می‌آورد (۸). این سیستم فرایندهای درخواست نمونه و ردیابی آن، گزارش‌دهی و وظایف حسابداری آزمایشگاه پاتولوژی آناتومیکیال را مدیریت می‌کند. همچنین از دیگر مزایای این سیستم کمک به مراقبت از بیمار، آموزش، تحقیق و تبادل خدمات پاتولوژی است (۹).

روش بررسی

پژوهش حاضر از نوع توصیفی بود که به صورت مقطعی در سال ۱۳۸۷ انجام گردید. محیط پژوهش شامل «آزمایشگاه‌های پاتولوژی آناتومیال بیمارستان‌های آموزشی و درمانی تابعه‌ی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی» بود که این بیمارستان‌ها شامل شهدای تجریش، مدرس، مفید، لقمان، مسیح دانشوری، لبافی نژاد، ۱۵ خرداد، مهدیه، طالقانی، امام حسین (ع)، اختر، طرفه و اشرفی اصفهانی بودند. از ۱۳ بیمارستان مورد نظر ۴ بیمارستان فاقد بخش پاتولوژی آناتومیال و سیستم اطلاعات پاتولوژی آناتومیال بودند. از این‌رو تعداد ۹ بیمارستان تحت مطالعه قرار گرفتند. همچنین محیط پژوهش حاضر شامل کتابخانه‌های دانشگاه‌های علوم پزشکی و بیمارستان‌ها و اینترنت نیز بود. جامعه پژوهش عبارت از «سیستم اطلاعات آزمایشگاه پاتولوژی آناتومیال در بیمارستان‌های آموزشی و درمانی وابسته به دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی» بود. در این پژوهش تمام واحدهای پژوهش مورد مطالعه قرار گرفتند و نمونه‌گیری انجام نگرفت. گردآوری داده‌ها از طریق مشاهده و پرسش و به وسیله‌ی ابزار فهرست‌وارسی و پرسش‌نامه انجام گردید.

از پرسش‌نامه جهت کنترل مجدد (Double checking) فهرست‌وارسی استفاده گردید. به عبارتی، مشاهده‌های پژوهشگر به وسیله‌ی فهرست‌وارسی با پرسش از پاتولوژیست‌ها و سایر کاربران سیستم دوباره کنترل گردید. اعتبار ابزار پژوهش از طریق تعیین اعتبار محتوا (Validity content) سنجیده شد که بر اساس مطالعه‌ی متون معتبر و دریافت نظرات استادان راهنما و مشاور و دیگر صاحب‌نظران مرتبط با موضوع پژوهش انجام گردید. برای تعیین پایایی پرسش‌نامه‌ی مربوط از روش آزمون مجدد (Test-retest) استفاده شد. تجزیه و تحلیل داده‌های جمع‌آوری شده با استفاده از آمار توصیفی و در حد تعیین فراوانی مطلق و نسبی انجام گرفت.

یافته‌ها

بررسی وضعیت سیستم پاتولوژی آناتومیال در بیمارستان‌های آموزشی و درمانی تابعه‌ی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی

نشان داد که اکثر سیستم‌های اطلاعات پاتولوژی آناتومیال تحت مطالعه، به میزان ۷۷/۸ درصد از نوع نیمه مکانیزه و ۲۲/۲ درصد آن‌ها از نوع دستی بودند، در حالی که سیستم اطلاعات مکانیزه در هیچ یک از بخش‌های پاتولوژی آناتومیال وجود نداشت.

بررسی منابع اطلاعاتی (دفاتر و فرم‌ها) در بخش پاتولوژی آناتومیال بیمارستان‌های تحت مطالعه نشان داد که در تمام بیمارستان‌های تحت مطالعه، دفتر ثبت اسامی بیماران بخش پاتولوژی آناتومیال وجود داشت، در حالی که دفتر راهنمای اسامی بیماران تنها در ۱۱/۱ درصد بخش‌های تحت مطالعه مورد استفاده قرار می‌گرفتند.

فرم‌های درخواست آزمایش آسیب شناسی (بافت شناسی)، فرم گزارش پاتولوژی جراحی و درخواست و گزارش سیتوپاتولوژی در تمام آزمایشگاه‌های پاتولوژی آناتومیال تحت مطالعه وجود داشت، اما فرم‌های درخواست و گزارش کالبد شکافی و رضایت و جواز انجام کالبد شکافی در ۳۳/۳ درصد مراکز تحت مطالعه وجود داشت.

توزیع فراوانی منابع اطلاعاتی (دفاتر و فرم‌ها) در بخش پاتولوژی آناتومیال بیمارستان‌های تحت مطالعه در جدول ۱ ارائه شده است.

عناصر اطلاعاتی دموگرافیک- پذیرشی بیمار به میزان ۱۰۰-۷۷/۸ درصد در سیستم‌های پاتولوژی آناتومیال تحت مطالعه وجود داشت، در حالی که سایر عناصر اطلاعاتی مانند وضعیت تأهل، مذهب و اعتیاد در ۲۲/۲ درصد و سن هنگام ازدواج و میزان تحصیلات فقط در ۱۱/۱ آن‌ها وجود داشت. همچنین مهم‌ترین یافته‌ی شرح حال بالینی در ۶۶/۷ درصد و علت مراجعه، مدت بیماری فعلی و شرح مختصر عمل جراحی در ۴۴/۴ درصد سیستم‌های اطلاعات تحت مطالعه وجود داشت.

همچنین از بین عناصر اطلاعاتی پیگیری شماره‌ی پرونده‌ی پزشکی، آدرس کامل بیمار، نام بیمارستان، بخش/درمانگاه، نام پزشک معالج، تاریخ پذیرش و تاریخ جواب در تمام سیستم‌های اطلاعات تحت مطالعه ثبت می‌گردید. در حالی که آدرس آزمایشگاه در ۳۳/۳ درصد و شماره تلفن/فاکس آزمایشگاه و همچنین آدرس و تلفن پزشک درخواست کننده فقط در ۲۲/۲ درصد سیستم‌های مربوط وجود داشت.

جدول ۱: توزیع فراوانی منابع اطلاعاتی (دفاتر و فرم‌ها) در بخش پاتولوژی آناتومیکیال بیمارستان‌های تحت مطالعه

درصد	تعداد	منابع اطلاعاتی	
۱۰۰	۹	دفتر راهنمای اسامی بیماران	دفاتر
۲۲/۲	۲	دفتر ثبت نمونه‌های خارج شده از بخش جهت مشاوره	
۱۱/۱	۱	دفتر ثبت اسامی بیماران بخش پاتولوژی آناتومیکیال	
۱۰۰	۹	فرم درخواست آزمایش آسیب شناسی (بافت شناسی)	فرم‌های درخواست
۱۰۰	۹	فرم درخواست سیتوپاتولوژی	
۶۶/۷	۶	فرم درخواست سیتوپاتولوژی زنان	
۳۳/۳	۳	فرم درخواست کالبد شکافی	
۳۳/۳	۳	فرم رضایت و اجازه جهت انجام کالبد شکافی	
۰	۰	فرم درخواست افشای نمونه‌های پاتولوژی	
۱۰۰	۹	فرم گزارش پاتولوژی جراحی	فرم‌های گزارش
۱۰۰	۹	فرم گزارش سیتوپاتولوژی	
۶۶/۷	۶	فرم گزارش سیتوپاتولوژی زنان	
۳۳/۳	۳	فرم گزارش کالبد شکافی	

عناصر اطلاعاتی دموگرافیک/ پذیرشی بیمار به میزان ۶۶/۷ درصد وجود داشتند. توزیع درصد فراوانی انواع عناصر اطلاعاتی موجود در سیستم‌های تحت مطالعه در نمودار ۱ آرایه شده است.

در اکثر سیستم‌های اطلاعات پاتولوژی آناتومیکیال تحت مطالعه، طبقه‌بندی آماری داده‌ها با استفاده از سیستم طبقه‌بندی ICD-۰ به میزان ۸۸/۹ درصد انجام می‌شد. در صورتی که فقط در ۱۱/۱ درصد آن‌ها طبقه‌بندی داده‌ها با استفاده از سیستم طبقه‌بندی ICD-۱۰ انجام می‌گردید و سایر انواع پردازش‌ها از جمله طبقه‌بندی آماری داده‌ها با استفاده از سیستم نام‌گذاری منتظم پزشکی (SNOMED یا Systemized nomenclature of medicine)، محاسبه‌ی نسبت منفی کاذب نتایج آزمایش‌ها در سیتوپاتولوژی و تجزیه و تحلیل خودکار نمونه‌های بافتی انجام نمی‌گردید.

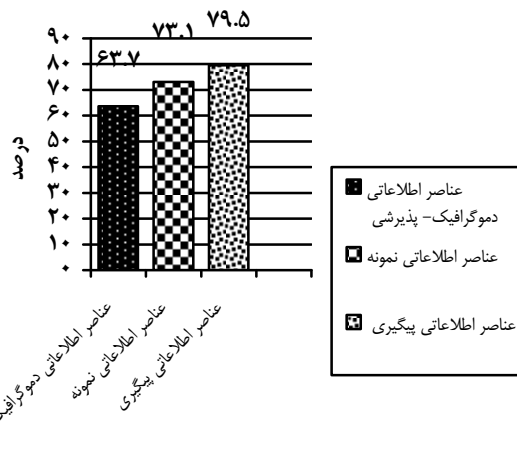
در تمام سیستم‌های اطلاعات پاتولوژی آناتومیکیال تحت مطالعه عناصر اطلاعاتی اصلی شامل نوع نمونه، منبع نمونه، تاریخ دریافت نمونه، تاریخ انتشار گزارش نهایی، نام پزشک درخواست کننده آزمایش، توصیف ماکروسکوپی و میکروسکوپی نمونه، تشخیص یا تفسیر وجود داشت. در حالی که عنصر اطلاعاتی مربوط به کفایت نمونه برای آزمایش در ۵۵/۶ درصد سیستم‌های اطلاعات تحت مطالعه و تاریخ و زمان جمع‌آوری نمونه فقط در ۲۲/۲ درصد آن‌ها موجود بود. همچنین روش جمع‌آوری نمونه و آزمایش درخواست شده در هیچ یک از سیستم‌های تحت مطالعه وجود نداشت.

بنابراین بیشترین عناصر اطلاعاتی موجود در سیستم‌های اطلاعات پاتولوژی آناتومیکیال تحت مطالعه، عناصر اطلاعاتی پیگیری به میزان ۷۹/۵ درصد بود و در مراتب بعدی عناصر اطلاعاتی نمونه به میزان ۷۳/۱ درصد و

نمونه‌های بخش پاتولوژی تهیه و ارایه می‌گردید؛ در حالی که دیگر انواع گزارش‌ها در هیچ یک از سیستم‌های تحت مطالعه تهیه و ارایه نمی‌شوند.

بیشترین امکانات به کار رفته برای مدیریت داده‌ها، انواع فرم‌های کاغذی و برچسب به میزان ۱۰۰ درصد و کمترین آن‌ها سیستم ICD-۱۰ به میزان ۱۱/۱ در مراکز تحت مطالعه مورد استفاده قرار می‌گیرند. توزیع فراوانی انواع امکانات و تجهیزات سخت‌افزاری و نرم‌افزاری به کار رفته در زمینه‌ی مدیریت داده‌ها در بخش پاتولوژی آناتومیال بیمارستان‌های تحت مطالعه در جدول ۲ ارایه شده است. در تمام سیستم‌های اطلاعات پاتولوژی آناتومیال تحت مطالعه، کاربران سیستم، تکنسین‌ها و کارمندان بخش پاتولوژی بودند، در حالی که پاتولوژیست‌ها و سایر کارکنان و مسؤولین بیمارستان در ۶۶/۷ درصد مراکز تحت مطالعه کاربران سیستم بودند.

هیچ استاندارد و دستورالعمل مکتوبی در زمینه‌ی جمع‌آوری، پردازش و توزیع اطلاعات در سیستم‌های پاتولوژی آناتومیال بیمارستان‌های تحت مطالعه وجود نداشت.



نمودار ۱: توزیع فراوانی انواع عناصر اطلاعاتی در سیستم‌های تحت مطالعه

همچنین در تمام سیستم‌های پاتولوژی آناتومیال تحت مطالعه، گزارش‌های تعداد بیماران مراجعه کننده و تعداد

جدول ۲: توزیع فراوانی انواع امکانات و تجهیزات سخت‌افزاری و نرم‌افزاری به کار رفته در زمینه‌ی مدیریت داده‌ها در بخش پاتولوژی آناتومیال بیمارستان‌های تحت مطالعه

امکانات و تجهیزات	تعداد	درصد
انواع فرم‌های کاغذی (فرم‌های درخواست و گزارش)	۹	۱۰۰
برچسب	۹	۱۰۰
کامپیوتر (شخصی، نوت بوک، دستیار شخصی دیجیتال)	۸	۸۸/۹
سیستم طبقه‌بندی بین‌المللی بیماری‌ها، جراحات و علل مرگ برای سرطان‌ها (ICD-۰)	۸	۸۸/۹
تجهیزات شبکه	۶	۶۶/۷
میکروسکوپ نوری جهت شمارش سلول‌ها در ایمونوهیستوشیمی	۴	۴۴/۴
دوربین‌های عکاسی دیجیتال	۳	۳۳/۳
سیستم طبقه‌بندی بین‌المللی بیماری‌ها، جراحات و علل مرگ (ICD-۱۰)	۱	۱۱/۱
سایز	۰	۰

بحث

اطلاعات کامپیوتری، به دلیل نوپا بودن سیستم و وجود مشکل در فعالیت‌های آن و نیز عدم طراحی سیستم بر اساس نیازسنجی دقیق بخش پاتولوژی آناتومیکیال، قابلیت مدیریت اطلاعات بخش پاتولوژی آناتومیکیال وجود ندارد. از این رو بخشی از وظایف سیستم به وسیله‌ی کامپیوتر و بخش دیگر دستی انجام می‌شود.

- در ۲۲/۲ درصد مراکز نیز روند مکانیزه کردن سیستم‌های اطلاعات مراقبت بهداشتی به صورت تدریجی و به کندی پیشرفت می‌نماید و بخش پاتولوژی آناتومیکیال نیز هنوز به سیستم اطلاعات کامپیوتری مجهز نشده است.

در مراکز تحت مطالعه، فرم درخواست افشای نمونه‌های پاتولوژی وجود نداشت. فرم درخواست برای افشای نمونه‌های پاتولوژی، جهت آگاه کردن بیمار از خطرات احتمالی نگهداری نمونه، نگهداری و دور ریختن صحیح نمونه و ثبت دفع نمونه استفاده می‌شود (۱۴).

در بعضی مراکز، کالبد شکافی در موارد محدودی بر روی نوزاد مرده انجام می‌شد که در این مراکز درخواست کالبد شکافی توسط پزشک و رضایت و جواز انجام کالبد شکافی توسط خانواده متوفی بر روی کاغذ سفید بدون فرمت خاصی نوشته می‌شد که ممکن بود اطلاعات ضروری در آن ثبت نشود. کالج پاتولوژیست‌های آمریکا (College of American pathologists یا CAP) توصیه می‌کند که در صورت فوت هر فرد، انجام کالبد شکافی باید درخواست داده شود، فرم ساختمان درخواست کالبد شکافی، علاوه بر اطلاعاتی دموگرافیک، عناصر اطلاعاتی اصلی مانند تاریخچه‌ی بالینی و آزمایش‌ها و همچنین عناصر اطلاعاتی پیگیری مانند شماره‌ی پرونده‌ی پزشکی و شماره‌ی تأمین اجتماعی ثبت می‌شود که ثبت آن‌ها در تشخیص علت مرگ مؤثر می‌باشد (۱۵)؛ از این رو استفاده از فرم ساختمان درخواست کالبد شکافی ضروری می‌باشد.

همچنین کالج پاتولوژیست‌های آمریکا، نمونه‌ی فرم رضایت و جواز انجام کالبد شکافی را ارائه داده است که به پاتولوژیست‌ها و بیمارستان‌ها در ایجاد فرم‌های خودشان جهت استفاده در رضایت مطمئن برای انجام کالبد شکافی کمک

دو نوع روش دستی و کامپیوتری برای مدیریت داده‌های آزمایشگاه پاتولوژی آناتومیکیال وجود دارد. در روش‌های دستی ممکن است از دفاتر گزارش‌دهی و کارت استفاده شود که در آن‌ها تاریخ، نام بیمار، شماره‌ی نمونه یا تفسیر ثبت می‌گردید. در این میان سیستم‌های کامپیوتری نیز قادرند مدیریت داده‌ها را انجام دهند (۱۲).

توانایی سیستم‌های کامپیوتری برای ذخیره‌سازی، سازماندهی، پردازش و بازیابی مقادیر عظیم اطلاعات می‌تواند کارایی آزمایشگاه پاتولوژی آناتومیکیال را تا حد زیادی افزایش دهد، کیفیت خدمات پاتولوژی را بهبود بخشد و همچنین زمان گردش کار و دیگر شاخص‌های تضمین کیفیت را پایش نماید. این امر ضمن کمک به تحقیق و آموزش، هزینه‌ی اقدامات را نیز کاهش می‌دهد. البته برای تحقق این اهداف لازم است که سطح اتوماسیون سیستم پاتولوژی آناتومیکیال به دقت با نیازهای پاتولوژیست، مؤسسه و بودجه متناسب باشد (۱۳). نتایج تحقیق Sinard و Morrow نیز نشان می‌دهد که استفاده از سیستم‌های اطلاعات الکترونیک باعث تسهیل، ترویج و پیشرفت حرفه‌ی پاتولوژی می‌گردد (۹).

مطالعات نشان می‌دهد موانعی در مسیر ایجاد و تکامل سیستم اطلاعات کامپیوتری پاتولوژی آناتومیکیال وجود دارد. Rosai و Ackerman در مورد روند کامپیوتری شدن آزمایشگاه‌های پاتولوژی آناتومیکیال اظهار می‌دارند که کامپیوتری شدن آزمایشگاه‌های پاتولوژی آناتومیکیال به دلایلی از آزمایشگاه‌های کلینیکال عقب مانده است. این دلایل عبارت از حجم به نسبت کم نمونه‌ها، پیچیدگی وظایف، ماهیت غیر کمی داده‌ها (داده‌های متنی) و عدم تمایل بسیاری از پاتولوژیست‌ها نسبت به تغییر عادات کاری خود مطابق با اتوماسیون وظایف آزمایشگاه پاتولوژی آناتومیکیال می‌باشند (۱۳). در کشور ما علاوه بر دلایل پیش‌گفته، عوامل دیگری نیز در راه‌اندازی سیستم اطلاعات کامپیوتری تأثیر دارند که در این زمینه باید اظهار نمود:

- در ۷۷/۸ درصد مراکز، با وجود راه‌اندازی سیستم

می‌کند (۱۶). بنابراین استفاده از فرم رضایت و جواز انجام کالبد شکافی نیز جهت ثبت اطلاعات ضروری، لازم است.

انواع پردازش‌های سیستم اطلاعات پاتولوژی آناتومیال عبارت از طبقه‌بندی آماری داده‌ها با استفاده از سیستم طبقه‌بندی ICD-۰، طبقه‌بندی آماری داده‌ها با استفاده از سیستم طبقه‌بندی ICD-۱۰، طبقه‌بندی آماری داده‌ها با استفاده از سیستم نام‌گذاری منظم پزشکی (SNOMED)، محاسبه‌ی نسبت منفی کاذب نتایج آزمایش‌ها در سیتولوژی، تجزیه و تحلیل خودکار (دیجیتال) نمونه‌های بافتی می‌باشند (۱۴). یافته‌های پژوهش نشان داد در ۸۸/۹ درصد سیستم‌های پاتولوژی آناتومیال تحت مطالعه، طبقه‌بندی آماری داده‌ها با استفاده از سیستم طبقه‌بندی ICD-۰ و تنها در ۱۱/۱ درصد آن‌ها با استفاده از سیستم طبقه‌بندی ICD-۱۰ انجام می‌گردید.

سایر انواع پردازش‌ها از جمله طبقه‌بندی آماری داده‌ها با استفاده از سیستم نام‌گذاری منظم پزشکی (SNOMED)، محاسبه‌ی نسبت منفی کاذب نتایج آزمایش‌ها در سیتوپاتولوژی و تجزیه و تحلیل خودکار نمونه‌های بافتی انجام نمی‌گردید.

در مورد طبقه‌بندی آماری داده‌ها، یافته‌های حاصل از بررسی منابع معتبر نشان می‌دهد به دلیل اینکه سیستم نام‌گذاری منظم پزشکی با دقت ایجاد شده است، ابزاری بسیار دقیق و سریع برای کدگذاری تشخیص‌های پاتولوژی می‌باشد (۱۳). بنابراین در این رابطه باید اظهار داشت با توجه به دقت سیستم طبقه‌بندی SNOMED در کدگذاری تشخیص‌های پاتولوژی، استفاده از آن جهت طبقه‌بندی آماری داده‌ها ضروری می‌باشد. یافته‌های پژوهش نشان می‌دهد که نسبت منفی کاذب در هیچ یک از مراکز تحت مطالعه محاسبه نمی‌گردد. انجمن سیتوپاتولوژی آمریکا در مورد محاسبه‌ی نسبت منفی کاذب نتایج آزمایش‌ها در سیتولوژی اظهار می‌دارد که سیتولوژی با نتایج مثبت و منفی کاذب محدود می‌شود. ارزش تعیین نسبت منفی کاذب برای آزمایشگاه به طور کامل تأیید شده است. نحوه‌ی محاسبه‌ی نسبت منفی کاذب بدین صورت می‌باشد:

نسبت منفی کاذب = گزارش‌های منفی کاذب +

گزارش‌های مثبت حقیقی / گزارش‌های منفی کاذب

بهترین تخمین میزان‌های مثبت و منفی کاذب حقیقی از مطالعات وسیع آینده‌نگر به دست می‌آید که همه‌ی اسلایدها به طور مستقل بررسی می‌شوند و اختلاف نظرات توسط یک گروه مستقل از سیتولوژیست‌ها بررسی و رفع می‌گردد. بر اساس داده‌های جمع‌آوری شده در متون پزشکی، کاهش نسبت فوق به کمتر از ۵ تا ۱۰ درصد بسیار مشکل است (۱۲). با توجه به گفته‌ی انجمن سیتوپاتولوژی آمریکا، ارزش تعیین نسبت منفی کاذب برای آزمایشگاه سیتوپاتولوژی به طور کامل تأیید شده است و از این رو محاسبه‌ی آن ضروری می‌باشد.

Koss و Melamed در مورد تجزیه و تحلیل خودکار (دیجیتال) نمونه‌های بافتی اظهار می‌دارند که میکروسکوپ دیجیتال نمایش عددی تصاویر تشخیصی را تهیه می‌کند که مزایای بیشتری نسبت به میکروسکوپ دیداری معمولی دارد. بازنمایی عددی پایه‌ای برای تجزیه و تحلیل کمی تصاویر تشخیصی است. تصاویر دیجیتال در سیتوپاتولوژی و هیستوپاتولوژی توسط کامپیوتر پردازش می‌شوند. این روش‌ها به سمت ایجاد سیستم‌های خودکار و یا نیمه خودکار پشتیبانی تشخیص خودکار یا نیمه خودکار هدایت شده‌اند (۱۷).

با توجه به مطالب فوق و اینکه داده‌های دیجیتال جهت مشاوره از راه دور، تهیه‌ی اسلایدهای مجازی و تدریس، مناسب هستند و همچنین روش کامپیوتری، کشف نشانه‌های تشخیصی را ممکن می‌سازد که به آسانی از طریق بررسی دیداری دریافت نمی‌شود (۱۷)، از این رو، به کارگیری این روش جدید می‌تواند مزایای بسیاری به دنبال داشته باشد که استفاده از آن را ضروری می‌سازد.

در تمام سیستم‌های پاتولوژی آناتومیال تحت مطالعه، گزارش‌های تعداد بیماران مراجعه کننده و تعداد نمونه‌های بخش پاتولوژی تهیه و ارائه می‌گردد، در حالی که دیگر انواع گزارش‌ها در هیچ یک از سیستم‌های تحت مطالعه تهیه و ارائه نمی‌شوند. تهیه‌ی گزارش زمان گردش کار می‌تواند زمان طی شده از ورود نمونه به بخش پاتولوژی تا تولید نتیجه را نشان دهد و در صورت وجود این گزارش، می‌توان زمان گردش کار

پاتولوژی سبب می‌شود داده‌های دیجیتال به صورت یک سند قابل تکثیر دائمی بتوانند به آسانی توزیع، بایگانی و تبادل گردند، همچنین در بزرگ‌نمایی‌های مختلف نمایش داده شوند. داده‌های دیجیتال جهت مشاوره از راه دور، اسلایدهای مجازی و تدریس مناسب هستند. همچنین روش کامپیوتری، کشف نشانه‌های تشخیصی را ممکن می‌سازد که به آسانی از طریق بررسی دیداری دریافت نمی‌شود (۱۷). مراکز تحت مطالعه فاقد این سیستم و از مزایای آن محروم بودند.

کاربران سیستم اطلاعات پاتولوژی آناتومیکال شامل پاتولوژیست‌ها، پزشکان، تکنسین‌ها و کارمندان بخش پاتولوژی، کارکنان بخش‌های بالینی، کارکنان بخش‌های مالی، منشی پزشکی، متخصصان بالینی مسؤول مراقبت بیمار، پزشکان مشاور و مدیر بیمارستان می‌باشند (۱۸). در حالی که در تمام سیستم‌های اطلاعات پاتولوژی آناتومیکال تحت مطالعه، کاربران سیستم تکنسین‌ها و کارمندان بخش پاتولوژی بودند. در حالی که پاتولوژیست‌ها و سایر کارکنان و مسؤولین بیمارستان در ۶۶/۷ درصد مراکز تحت مطالعه کاربران سیستم بودند.

هیچ استاندارد و دستورالعمل مکتوبی در زمینه جمع‌آوری، پردازش و توزیع اطلاعات در سیستم‌های پاتولوژی آناتومیکال بیمارستان‌های تحت مطالعه وجود نداشت. اما وجود استانداردهایی برای مستندسازی، گزارش‌دهی دقیق، خلاصه و به موقع و سیستم کنترل کیفیت داده‌ها سبب می‌شود گزارش‌ها با ساختار استاندارد، با داده‌های باکیفیت و به موقع ارائه شوند که به دلیل عدم وجود استانداردهای فوق، گزارش‌های پاتولوژی آناتومیکال به صورت سلیقه‌ای (به صورت گوناگون، متفاوت و گاهی نادرست و ناقص) و با تأخیر ارائه می‌شوند. بنابراین وجود این استانداردها ضروری است.

نتیجه‌گیری

استفاده از سیستم‌های اطلاعات الکترونیک باعث تسهیل، ترویج و پیشرفت حرفه‌ی پاتولوژی می‌گردد. تجزیه و تحلیل خودکار (دیجیتال) نمونه‌های بافتی می‌تواند مزایای بسیاری مانند کاربرد داده‌های دیجیتال جهت انجام مشاوره از راه دور و

را ارزیابی نمود و در صورت نامناسب بودن (طولانی یا کوتاه بودن) و وجود موانع کاری در بخش پاتولوژی، به اصلاح آن‌ها پرداخت.

ارایه‌ی گزارش بهره‌وری نیز از لحاظ مدیریت منابع انسانی و تجهیزات مفید است. در نتیجه تهیه و ارایه‌ی گزارش‌های زمان گردش کار و بهره‌وری ضروری می‌باشد.

در تعیین بیشترین کاربرد امکانات برای مدیریت داده‌ها، انواع فرم‌های کاغذی و برچسب به میزان ۱۰۰ درصد بیشترین کاربرد و سیستم طبقه‌بندی ICD-۱۰ به میزان ۱۱/۱ درصد کمترین استفاده را در مراکز تحت مطالعه داشتند. در حالی که سایر تجهیزات از جمله تجهیزات بارکد، سیستم‌های نمونه‌گیری خودکار، سیستم‌های خودکار جهت تجزیه و تحلیل سلول‌ها، تکنولوژی تشخیص صدا، اسلایدهای مجازی، سیستم‌های خودکار غربالگری سیتولوژی و سیستم نام‌گذاری منتظم پزشکی (SNOMED) در هیچ یک از مراکز تحت مطالعه مورد استفاده قرار نمی‌گرفتند.

در مورد امکانات و تجهیزات مورد نیاز جهت مدیریت داده‌ها در بخش پاتولوژی آناتومیکال باید اظهار داشت سیستم نام‌گذاری منتظم پزشکی یک ابزار بسیار دقیق برای کدگذاری تشخیص‌های پاتولوژی می‌باشد. از این‌رو، استفاده از سیستم SNOMED در سیستم اطلاعات پاتولوژی آناتومیکال ضروری است. با استفاده از ضبط کننده‌ی دیجیتال صدا، اظهارات پاتولوژیست درباره‌ی توصیفات ماکروسکوپی، میکروسکوپی و تشخیص ضبط و بعد توسط منشی تایپ می‌شود (۱۱). تکنولوژی تشخیص صدا به طور اتوماتیک گفتار را به متن و داده‌ها تبدیل می‌کند (۱۰) که این تکنولوژی‌ها سبب می‌شوند توصیفات به صورت کامل و دقیق ثبت و وقت کمتری توسط پاتولوژیست صرف شود. به دلیل فقدان سیستم‌های مذکور، بخش‌های پاتولوژی مراکز تحت مطالعه از این مزایا محرومند. مطالعه‌ی Rojo نیز نشان داد که گزارش‌های متنی پاتولوژی آناتومیکال می‌تواند از طریق ابزارهای تکنولوژی تشخیص صدا ساده‌تر گردد (۱۰). استفاده از اسلایدهای مجازی و سیستم تجزیه و تحلیل خودکار تصاویر

دقیق‌تر اطلاعات پاتولوژی شود و کار پاتولوژیست‌ها و دیگر پرسنل بهداشتی را تسهیل نماید. همچنین استفاده از استانداردهای ارسال پیام و سیستم‌های طبقه‌بندی و نام‌گذاری رایج، تبادل اطلاعات را تسهیل می‌نماید.

تهیه‌ی اسلایدهای مجازی و تدریس داشته باشد. استفاده از ابزارها و تجهیزات پیشرفته در APLIS مانند تجهیزات بارکد، سیستم‌های نمونه‌گیری خودکار، تجهیزات خاص استفاده از تکنولوژی تشخیص صدا و غیره می‌تواند سبب تولید سریع‌تر و

References

1. Wikipedia the free encyclopedia. Pathology [Online]. 2006 [cited 2007 Jul 10]; Available from: URL:<http://en.wikipedia.org/wiki/Pathology/>
2. Henricks WH, Healy JC. Informatics training in pathology residency programs. *Am J Clin Pathol* 2002; 118(2): 172-8.
3. Linne JJ, Ringsrud KM. *Clinical laboratory science: the basics and routine techniques*. Philadelphia: Mosby; 1999. p. 4.
4. Encyclopedia of Nursing & Allied Health. Medical Laboratories [Online]. 2007; Available from: URL: <http://www.enotes.com/nursing-encyclopedia/medical-laboratories/>
5. McClatchey KD. *Clinical laboratory medicine*. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2002. p. 123.
6. Henry JB. *Clinical diagnosis and management by laboratory methods*. Philadelphia: W.B. Saunders; 2001. p. 108.
7. Damjanov I, Linder J, Anderson WA. *Anderson's pathology*. Philadelphia: Mosby; 1996. p. 110.
8. Harrison JH. Pathology informatics questions and answers from the University of Pittsburgh pathology residency informatics rotation. *Arch Pathol Lab Med* 2004; 128(1): 71-83.
9. Sinard JH, Morrow JS. Informatics and anatomic pathology: meeting challenges and charting the future. *Hum Pathol* 2001; 32(2): 143-.
10. Rojo MG. Ideal computing in anatomical pathology department. *Aegean Pathology Journal* 2004; 1(1): 90-102.
11. Weidner N, Cote RJ, Suster S, Weiss LM. *Modern surgical pathology*. Philadelphia: W.B.Saunders; 2003. p. 44.
12. American society of cytopathology executive board. Non-gynecological cytology practice guideline [Online]. 2004 [cited 2004 Mar 2]; Available from: URL: <http://www.cytopathology.org/website/article/>
13. Rosai J, Ackerman LV. *Rosai and Ackerman's surgical pathology*. Philadelphia: Mosby; 2004. p. 14-8.
14. Lester SC. *Manual of surgical pathology*. London: Churchill Livingstone; 2001.
15. Hanzlick RL. The autopsy lexicon: suggested headings for the autopsy report. *Arch Pathol Lab Med* 2000; 124(4): 594-603.
16. College of American Pathologists [Online]. 2007; Available from: URL: www.cap.org/
17. Koss LG, Melamed MR. *Koss' diagnostic cytology and its histopathologic bases*. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2006. p. 1681-3.
18. Wolper LF. *Health care administration: planning, implementing, and managing organized delivery systems*. 4th ed. London: Jones & Bartlett Learning; 2004. p. 685.

Situational Analysis of Anatomical Pathology Laboratory Information Systems in Educational-Therapeutic Hospitals Affiliated to Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Iran*

Azamossadat Hosseini, PhD¹; Hamid Moghaddasi, PhD²; Farkhondeh Asadi, PhD¹; Maryam Hemati³

Abstract

Introduction: The main goal of anatomical pathology is to provide information that is used for diagnostic, prognostic, and therapeutic purposes in pursuit of patient care. Effective information management and optimize information systems are crucial to the successful practice of pathology with respect to this mission. Design or improvement of anatomic pathology laboratory information systems (APLIS) can not be done without knowing about their situations; therefore researcher carried out a study of the current situation of APLIS's in educational hospitals affiliated to Shahid Beheshti University of Medical Sciences.

Methods: In this descriptive study, 13 APLIS's of Shahid Beheshti University hospitals were studied. The sample size was according to the population size. Data collected through observation and by means of check list and questionnaire validity and reliability of checklist and questionnaire was assessed by content validity and test re-test, respectively. The analysis of data was conducted based on descriptive statistics.

Results: 77.8% of APLIS's were semi-computerized. In 88.9% of APLIS's, statistical classification of data was done by ICD-0 and in 11.1% of them by ICD-10. Other types of statistical classification of data including systemized nomenclature of medicine (SNOMED), determination of false negative proportion in cytopathology and digital analysis of tissue specimens was not performed in any of hospitals.

Conclusion: Using of electronic information systems facilitate, promote and advance the practice of pathology. Digital analysis of tissue specimens could have many advantages for teleconsultation, preparation of virtual slides and teaching.

Keywords: Hospital Information System; Pathology; Surgical Pathology.

Type of article: Original article

Received: 23 Nov, 2008

Accepted: 25 Jan, 2010

Citation: Hosseini A, Moghaddasi H, Asadi F, Hemati M. **Situational Analysis of Anatomical Pathology Laboratory Information Systems in Educational-Therapeutic Hospitals Affiliated to Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Iran.** Health Information Management 2011; 8(2): 217.

* This article resulted from MSc thesis.

1. Assistant Professor, Health Information Management, Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran.

2. Associate Professor, Health Information Management, Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran.

3. MSc, Medical Record Education, Qom University of Medical Sciences, Qom, Iran. (Corresponding Author)
Email: maryhemati@gmail.com

مقایسه‌ی حقوق بیمار در چند کشور پیشرفته و ارایه‌ی الگو برای ایران*

معصومه سرباز^۱، خلیل کیمیافار^۲

چکیده

مقدمه: تأکید بر حقوق اساسی انسان در مراقبت‌های بهداشتی به ویژه حفظ شأن بیمار به عنوان یک انسان زمانی اهمیت می‌یابد که آسیب پذیری بیمار، او را به آسانی در معرض تخلفات و نقاط ضعف نظام بهداشتی و اجتماعی قرار می‌دهد. این پژوهش به منظور مقایسه‌ی حقوق بیمار در چند کشور پیشرفته و ارایه‌ی الگو برای ایران انجام گرفت.

روش بررسی: روش پژوهش در این مطالعه از نوع توصیفی، تطبیقی و موردی بود. کشورهای آمریکا (ایالت‌های نیویورک، فلوریدا، میسوری، مینه‌سوتا و تگزاس)، انگلستان، کانادا و ایران جامعه‌ی پژوهش را تشکیل می‌دادند. ابزار گردآوری داده‌ها پست الکترونیکی و سایت‌های مربوط به حقوق بیمار بود. گردآوری بر اساس روش جستجوی کتابخانه‌ای انجام گرفت و در کشور ایران علاوه بر آن با استفاده از ابزار پرسش‌نامه - که روایی و پایایی آن بررسی گردید - اطلاعات لازم گردآوری شد. در نهایت پس از تحلیل نتایج، الگوی پیشنهادی منشور حقوق بیمار ایران با روش دلفی توسط برخی از متخصصین صاحب‌نظر در این زمینه آزمون شد.

یافته‌ها: نتایج بررسی بیانگر این موضوع بود که حق دسترسی به مراقبت‌های بهداشتی و درمانی، حق رضایت برای درمان، حق حفظ حریم شخصی و حق حفظ حقوق بیمار (حق شکایت) در باینه‌ی حقوق بیمار اکثر کشورها به جز ایران وجود داشت. حق محرمانه ماندن اطلاعات در همه‌ی کشورهای مورد بررسی وجود داشت. حق استفاده از مترجم و حق تسکین درد، فقط در حقوق بیمار بعضی از ایالت‌های آمریکا لحاظ شده بود. در نهایت با استفاده از منشور حقوق بیمار در کشورهای مورد مطالعه و مقایسه‌ی آن با یکدیگر و با بهره‌گیری از نظرات صاحب‌نظران، الگوی پیشنهادی برای منشور حقوق بیمار در ایران ارایه گردید.

نتیجه‌گیری: به طور کلی می‌توان چنین نتیجه گرفت که به علت کاستی‌های زیادی که در منشور حقوق بیمار حاضر در ایران به چشم می‌خورد، بهتر است بازنگری‌های اساسی بر طبق بررسی‌های تطبیقی صورت گیرد. بر این اساس، الگویی برای تدوین منشور مناسب حقوق بیمار در ایران پیشنهاد گردید.

واژه‌های کلیدی: حقوق؛ حقوق بیمار؛ مطالعه‌ی تطبیقی.

نوع مقاله: تحقیقی

پندیرش مقاله: ۸۸/۱۱/۵

اصلاح نهایی: ۸۸/۶/۳۰

دریافت مقاله: ۸۷/۶/۱۳

ارجاع: سرباز معصومه، کیمیافار خلیل. مقایسه‌ی حقوق بیمار در چند کشور پیشرفته و ارایه‌ی الگو برای ایران. مدیریت اطلاعات سلامت ۱۳۹۰؛ ۸ (۲): ۲۲۷-۲۱۸.

مقدمه

* این مقاله حاصل تحقیقی مستقل است که بدون حمایت مالی سازمانی انجام گرفته است.

۱. دانشجوی دکتری، انفورماتیک پزشکی، مری، مدارک پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران.
۲. دانشجوی دکتری، مدیریت اطلاعات بهداشتی درمانی، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران و مری، مدارک پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران. (نویسنده‌ی مسؤول)

Email: kimiafarkh@mums.ac.ir

در فقه و قانون، حق به معنای مستحق دانستن قانونی یا اخلاقی برای انجام یا منع انجام کاری و دریافت یا منع به دست آوردن چیزی می‌باشد. حقوق به عنوان قوانین تعامل بین افراد عمل می‌کند و همچنین محدودیت‌ها و وظایفی را بر روی عملکرد افراد یا گروه‌ها قرار می‌دهد (به عنوان مثال، اگر

بهداشتی است که این حقوق همزمان با مطرح شدن دو موضوع پر رنگ‌تر شده است: ۱. افزایش توجه به فرهنگ مشتری‌مداری ۲. دور شدن از فرهنگ اخذ تصمیمات یک جانبه در مراقبت‌های بهداشتی (۶).

تا سال‌ها قبل کارکنان سازمان‌های ارایه دهنده‌ی خدمات بهداشتی و درمانی گمان می‌کردند که بدون در نظر گرفتن حقوق بیمار می‌توانند بهترین تصمیم را در مورد او بگیرند. اما در حال حاضر شرایط تغییر کرده است و بیماران از عملکرد کارکنان بیمارستان‌ها، انتظاراتی دارند و خواهان کسب حقوق خویش هستند (۷).

مطالعه‌ای که بر روی بیماران بستری در بیمارستان‌های دانشگاه علوم پزشکی تهران انجام شد، نشان داد که اکثریت این بیماران از حقوق خود آگاهی ندارند و در نتیجه ارایه دهندگان خدمات بهداشتی - درمانی باید آن‌ها را با حقوق خود آشنا سازند (۸).

منشور حقوق بیمار در ایران همه‌ی مؤلفه‌های حقوق بیمار را در بر ندارد و فاقد جزئیات لازم می‌باشد، از این رو ضرورت تدوین منشور حقوق بیمار جهت نظم بخشیدن به روابط بیمار با پزشک و مؤسسات بهداشتی - درمانی به ویژه بیمارستان‌ها اجتناب ناپذیر است (۹).

از آن جایی که منشور حقوق بیمار، که توسط وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی تدوین و منتشر شده است، نقاط ضعف زیادی دارد، بررسی منشور حقوق بیمار در کشورهای پیشرفته، جهت تدوین منشور مناسب‌تری در مورد حقوق بیماران در کشورمان، ضروری می‌نمود. از این رو، پژوهشگران بر آن شدند تا با انجام پژوهشی به مقایسه‌ی حقوق بیمار در چند کشور پیشرفته و ارایه‌ی الگو برای ایران بپردازند تا شاید نتایج آن بتواند راه‌گشای ارتقای حمایت از حقوق اساسی بیماران باشد.

روش بررسی

روش پژوهش در این مطالعه از نوع توصیفی، تطبیقی و موردی بود که در سال ۱۳۸۷ انجام شد. با توجه به محدودیت

شخصی دارای حق زندگی کردن است، دیگران نمی‌توانند آزادانه او را بکشند (۱).

حقوق بیماران در کشورها و حوزه‌های قضایی مختلف، متفاوت می‌باشد و این حقوق بستگی به هنجارهای اجتماعی و فرهنگی رایج در این کشورها دارد. الگوهای مختلفی در مورد ارتباط پزشک و بیمار ایجاد شده است که بیماران را مستحق حقوق خاصی می‌داند (۲).

حق سلامت در منشور بین‌المللی حقوق بشر تحت عنوان «حق بالاترین استاندارد قابل حصول از سلامت جسمانی و روانی» بیان می‌شود. این حق وظیفه‌ای را برای دولت‌ها در جهت ترفیع و حمایت از سلامت افراد جامعه شامل مسؤولیت ترفیع و پشتیبانی از سلامت و تضمین کیفیت مراقبت بهداشتی وضع می‌نماید (۳).

تأکید بر حقوق اساسی انسان در مراقبت‌های بهداشتی به خصوص حفظ شأن بیمار به عنوان یک انسان زمانی اهمیت می‌یابد که آسیب‌پذیری بیمار، او را به آسانی در معرض تخلفات و نقاط ضعف سیستم بهداشتی و اجتماعی قرار می‌دهد (۴).

احترام به حقوق بیمار و تعیین چارچوب قانونی برای آن، دارای سوابق ممتد در تاریخ مراقبت‌های بهداشتی و درمانی کشورها است. از سال ۱۹۶۰ در اروپا و آمریکا تغییرات اساسی در رفتار بیماران بستری در بیمارستان‌های این کشورها مشاهده گردید. بیماران بیش از همیشه از مسؤولین درمانی، پزشکان و پرستاران خود پیرامون نحوه‌ی درمان، مراقبت و وضعیت حقوق خود انتقاد می‌کردند (۵).

یکی از مهم‌ترین پیشرفت‌ها در نیم قرن اخیر، توجه به این موضوع بوده است که بیماران در ارایه‌ی مراقبت‌های بهداشتی، دیگر به عنوان مشارکت‌کننده‌ی منفعل شرکت ندارند بلکه نقش تأثیرگذاری در درمان خود ایفا می‌کنند. حدود مشارکت بیمار در مراقبت و درمان خود در زمان‌های مختلف متفاوت است. از زمانی که بیمار تصمیم به درخواست و انتخاب مراقبت می‌کند تا زمانی که به توصیه‌های درمانی پزشکان عمل می‌کند، نقش مشارکت او در درمان همیشه وجود دارد. این اعتقاد وجود دارد که بیمار دارای حقوق مشخصی در مراقبت

بیمار را واجد حق دسترسی به مراقبت‌های بهداشتی - درمانی می‌داند (۸۷/۵ درصد). همچنین بیانیه‌ی انجمن جهانی پزشکی و بیانیه‌ی ارتقای حقوق بیماران در اروپا نیز این حق را برای بیمار قایل شده است.

حق رضایت بیمار برای درمان در منشور حقوق بیمار اکثر کشورها (۸۷/۵ درصد) و بیانیه‌ی انجمن جهانی پزشکی و بیانیه‌ی ارتقای حقوق بیماران در اروپا به چشم می‌خورد. این حق در منشور حقوق بیمار ایران برای بیمار در نظر گرفته نشده است. حق رضایت برای حضور در تحقیقات آموزشی و آزمایشی در منشور حقوق بیمار همه‌ی کشورهای مورد بررسی (۱۰۰ درصد) و بیانیه‌ی انجمن جهانی پزشکی و بیانیه‌ی ارتقای حقوق بیماران در اروپا وجود داشت. حق رضایت برای استفاده از اعضای بیمار بعد از مرگ در منشور حقوق هیچ یک از کشورهای مورد بررسی به چشم نمی‌خورد. اما بیانیه‌ی انجمن جهانی پزشکی و بیانیه‌ی ارتقای حقوق بیماران در اروپا، این حق را برای بیمار قایل شده اند.

حق استفاده از مترجم فقط در منشور حقوق بیمار کشور آمریکا (ایالت‌های فلوریدا و مینه‌سوتا) (۲۵ درصد) و بیانیه‌ی ارتقای حقوق بیماران در اروپا به چشم می‌خورد.

حق تسکین درد (The right of pain relief) فقط در منشور حقوق بیمار کشور آمریکا (ایالت‌های تگزاس و میسوری) (۲۵ درصد) و بیانیه‌ی انجمن جهانی پزشکی و بیانیه‌ی ارتقای حقوق بیماران در اروپا وجود داشت و حق داشتن همراه در منشور حقوق بیمار کشورهای آمریکا (ایالت‌های نیویورک و مینه‌سوتا)، انگلستان (۳۷/۵ درصد) و بیانیه‌ی انجمن جهانی پزشکی به چشم می‌خورد.

حق دسترسی به اطلاعات مربوط به پرونده‌ی پزشکی در منشور حقوق بیمار کشورهای آمریکا (ایالت‌های نیویورک، تگزاس و میسوری) و انگلستان (۶۲/۵ درصد) بیان شده است، همچنین در بیانیه‌ی انجمن جهانی پزشکی و بیانیه‌ی ارتقای حقوق بیماران در اروپا نیز به چشم می‌خورد.

حق محرمانگی اطلاعات در همه‌ی کشورهای مورد بررسی و بیانیه‌ی انجمن جهانی پزشکی و بیانیه‌ی ارتقای

دسترسی به مقالات و منابع معتبر علمی آزاد و محدودیت ترجمه‌ی زبانی منابع سایر زبان‌ها به زبان انگلیسی، امکان دسترسی به تمامی منابع وجود نداشت. به همین دلیل بر اساس معیارهای منتخب و قابلیت دسترسی به منابع، کشورهای آمریکا، انگلستان، کانادا و ایران به عنوان جامعه‌ی پژوهش انتخاب گردیدند. از آن جایی که کشور آمریکا دارای قوانین ایالتی بود، ایالت‌هایی که در این کشور به تقاضای پژوهشگر پاسخ دادند، به عنوان نمونه‌ی پژوهش انتخاب شدند (ایالت‌های نیویورک، فلوریدا، تگزاس، میسوری و مینه‌سوتا). گردآوری داده‌ها با استفاده از اطلاعات موجود در کشورهای مختلف از طریق اینترنت و برقراری ارتباط به وسیله‌ی پست الکترونیکی با کشورهای مورد مطالعه و سازمان جهانی بهداشت صورت گرفت. ابزار گردآوری اطلاعات در قسمت اطلاعات مربوط به منشور حقوق بیمار کشورهای منتخب، اینترنت و پست الکترونیکی و در قسمت نظرخواهی از صاحب‌نظران به روش دلفی، پرسش‌نامه بود. اعتبار علمی پرسش‌نامه توسط جمعی از صاحب‌نظران دانشگاهی و متخصصین حقوق بیمار تأیید گردید. اعتبار اطلاعات اتخاذ شده از اینترنت با عنایت به این که از سایت معتبر کشورهای منتخب دریافت شده است، به عنوان مدارک رسمی ارایه شده توسط آن‌ها تلقی گردید و به نظر نمی‌رسد مدارک معتبرتری در این زمینه وجود داشته باشد. پایایی سوالات پرسش‌نامه با استفاده از روش آزمون - باز آزمون مورد بررسی قرار گرفت ($r = 0.87$). در نهایت پس از تحلیل نتایج، الگوی پیشنهادی منشور حقوق بیمار ایران با روش دلفی توسط ۱۶ نفر از متخصصین صاحب‌نظر در این زمینه آزمون شد. در تکنیک دلفی، مواردی از الگو که ۷۵ درصد به بالای صاحب‌نظران آن‌ها را تأیید کرده بودند، مورد قبول قرار گرفت. روش تجزیه و تحلیل داده‌ها با استفاده از آمار توصیفی و جداول تطبیقی بود.

یافته‌ها

یافته‌های حاصل از بررسی‌های انجام شده در جدول ۱ نشان داد که منشور حقوق بیمار کشورهای مورد بررسی به جز ایران،

یافته‌های حاصل از جدول ۲ نشان داد که ۸۷/۵ درصد از منشور حقوق بیمار کشورهای مورد بررسی دارای حق دسترسی به مراقبت‌های بهداشتی و درمانی، ۲۹/۱۶ درصد دارای حق دسترسی به خدمات عمومی، ۶۲/۵ درصد دارای حق دسترسی به اطلاعات مربوط به پرونده‌ی پزشکی خود، ۱۰۰ درصد دارای حق محرمانگی اطلاعات، ۸۷/۵ درصد دارای حق حفظ حریم شخصی و ۸۷/۵ درصد دارای حق حفظ حقوق بیمار (حق شکایت) بودند.

حقوق بیماران در اروپا ذکر شده بود. حق حفظ حریم شخصی در اکثر کشورها به جز ایران وجود داشت و بیانیه‌ی انجمن جهانی پزشکی و بیانیه‌ی ارتقای حقوق بیماران در اروپا نیز این حق را برای بیماران در نظر گرفته بود. حق حفظ حقوق بیمار (حق شکایت) در اکثر کشورهای مورد بررسی به جز ایران وجود داشت و همچنین بیانیه‌ی ارتقای حقوق بیماران در اروپا نیز این موضوع را جزء حقوق بیمار بر می‌شمرد.

جدول ۱: بررسی تطبیقی معیارهای مورد بررسی منشور حقوق بیمار در کشورهای منتخب

معیار مورد بررسی	کشور							
	۱ نیپور	۲ فلوریدا	۳ تگزاس	۴ میسوری	۵ مینه‌سوتا	۶ انگلستان	۷ کانادا	۸ ایران
حق دسترسی به خدمات بهداشتی و درمانی	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	-
درمان	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	-
حق رضایت	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
حضور در تحقیقات آزمایشی و آموزشی	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
حق حریم شخصی	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	-
حق محرمانگی اطلاعات	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
استفاده از مترجم	-	✓	-	-	✓	-	-	-
حق دسترسی به خدمات عمومی	-	-	✓	✓	-	-	-	-
تسکین درد	-	-	-	-	-	-	-	-
داشتن همراه	✓	-	-	-	✓	✓	-	-
حق دسترسی به اطلاعات مربوط به پرونده‌ی پزشکی خود	✓	-	✓	✓	-	✓	✓	-
حق حفظ حقوق بیمار (حق شکایت)	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	-

جدول ۲: توزیع درصد فراوانی وجود معیارهای مورد بررسی در منشور حقوق بیمار در کشورهای منتخب

میانگین	درصد	فراوانی	معیارهای مورد بررسی
-	۸۷/۵	۷	حق دسترسی به مراقبت‌های بهداشتی و درمانی
۶۲/۹۶	۸۷/۵	۷	درمان
	۱۰۰	۸	حق رضایت حضور در تحقیقات آزمایشی و آموزشی
	۲۵	۲	استفاده از مترجم
۲۹/۱۶	۲۵	۲	حق دسترسی به خدمات عمومی تسکین درد
	۳۷/۵	۳	داشتن همراه
-	۶۲/۵	۵	حق دسترسی به اطلاعات مربوط به پرونده‌ی پزشکی خود
-	۱۰۰	۸	حق محرمانگی اطلاعات
-	۸۷/۵	۷	حق حریم شخصی
-	۸۷/۵	۷	حق حفظ حقوق بیمار (حق شکایت)

جدول ۳: الگوی پیشنهادی منشور حقوق بیمار از دیدگاه صاحب‌نظران (آزمون دلفی)

مخالف		موافق		بندهای پیشنهادی منشور حقوق بیمار
درصد	تعداد	درصد	تعداد	
۰	۰	۱۰۰	۱۶	دسترسی به مراقبت مطلوب
۱۲/۵	۲	۸۷/۵	۱۴	مراقبت پیوسته
۲۵	۴	۷۵	۱۲	انتخاب و تغییر پزشک
۱۸/۷۵	۳	۸۱/۲۵	۱۳	نظرخواهی از پزشک دیگر در هر مرحله از مراقبت
۶/۲۵	۱	۹۳/۷۵	۱۵	آگاهی از نام و تخصص پرسنل درگیر در مراقبت
۰	۰	۱۰۰	۱۶	دریافت اطلاعات جدید و کامل در مورد بیماری و درمان از پزشک معالج
۱۲/۵	۲	۸۷/۵	۱۴	دریافت اطلاعات کامل (شامل روش‌های دیگر درمانی عوارض و خطرات احتمالی درمان) جهت رضایت آگاهانه
۱۸/۷۵	۳	۸۱/۲۵	۱۳	رد درمان به جز در موارد منع قانونی
۰	۰	۱۰۰	۱۶	محرمانگی اطلاعات پرونده
۰	۰	۱۰۰	۱۶	حریم شخصی
۶/۲۵	۱	۹۳/۷۵	۱۵	احترام به عقاید مذهبی، ارزش‌های فرهنگی و اخلاقی
۱۲/۵	۲	۸۷/۵	۱۴	مشارکت در درمان
۱۸/۷۵	۳	۸۱/۲۵	۱۳	دریافت اطلاعات از مرکز درمانی قبل از انتقال به آن مرکز
۱۲/۵	۲	۸۷/۵	۱۴	دسترسی به پرونده‌ی پزشکی
۱۲/۵	۲	۸۷/۵	۱۴	شکایت و اعتراض به نحوه‌ی ارائه‌ی مراقبت
۶/۲۵	۱	۹۳/۷۵	۱۵	ملاقات با اعضای خانواده و خویشاوندان
۰	۰	۱۰۰	۱۶	آگاهی از قوانین و مقررات مربوط به مراقبت
۰	۰	۱۰۰	۱۶	دریافت اطلاعات کامل در مورد هزینه‌های مراقبت پزشکی
۲۵	۴	۷۵	۱۲	دریافت یک کپی از صورتحساب هزینه‌ها با جزئیات
۶/۲۵	۱	۹۳/۷۵	۱۵	تسکین درد مطابق با علم جدید
۱۲/۵	۲	۸۷/۵	۱۴	مراقبت توأم با احترام در مورد بیماران مشرف به مرگ
۱۸/۷۵	۳	۸۱/۲۵	۱۳	داشتن مترجم

یافته‌های جدول ۳ نشان داد که تمامی ۲۲ بند الگوی پیشنهادی منشور حقوق بیمار ایران، در آزمون دلفی بیش از ۷۵ درصد مورد تأیید صاحب‌نظران قرار گرفت و بنابراین هیچ کدام از موارد از الگوی نهایی منشور حقوق بیمار حذف نگردید.

بحث

در منشور حقوق بیمار کشورهای آمریکا (ایالت‌های نیویورک، تگزاس، میسوری)، انگلستان و کانادا، حق دسترسی به اطلاعات مربوط به پرونده‌ی پزشکی بیمار بیان شده است و همچنین بیانیه‌ی ارتقای حقوق بیماران در اروپا و بیانیه‌ی انجمن جهانی پزشکی این حق را برای بیمار قایل شده‌اند. در حالی که در منشور حقوق بیمار متعلق به ایران، چنین حقی وجود ندارد (۱۰). این امر نشانگر عدم توجه کافی به حق مالکیت بیمار نسبت به اطلاعات پزشکی پرونده‌ی خود توسط منبع تدوین‌گر منشور می‌باشد.

در منشور حقوق بیمار در اکثر کشورهای مورد بررسی (۸۷/۵ درصد کشورها)، حق رضایت بیمار برای درمان را برای بیمار قایل شده‌اند و فقط در منشور حقوق بیمار در ایران چنین حقی وجود ندارد. در حالی که بیانیه‌ی ارتقای حقوق بیماران در اروپا و بیانیه‌ی انجمن جهانی پزشکی، حتی برای بیماران بی‌هوش و فاقد صلاحیت از لحاظ قانونی نیز حقی قایل شده است (۱۱، ۱۲).

نتایج یک تحقیق در شهر اهواز نشان داده است که با وجود رعایت ادب و احترام در مراقبت از بیمار، اطلاعات کافی درباره‌ی بیماری و درمان به بیمار ارایه نمی‌گردد و از بیمار رضایت آگاهانه به معنای واقعی کسب نمی‌شود (۱۳).

حق استفاده از مترجم فقط در منشور حقوق بیمار کشور آمریکا (ایالت‌های فلوریدا و مینه‌سوتا) (۱۴، ۱۵) و بیانیه‌ی ارتقای حقوق بیماران در اروپا به چشم می‌خورد. در بیانیه‌ی ارتقای حقوق بیماران در اروپا نیز چنین آمده است: «اطلاعات باید برای بیمار به روش مناسب و با توجه به سطح فهم وی بیان شود و اگر بیمار به زبان رایج صحبت نمی‌کند، بایستی مترجم در اختیار وی قرار گیرد» (۱۳).

حق تسکین درد فقط در منشور حقوق بیمار کشور آمریکا (ایالت‌های تگزاس و میسوری) (۱۷، ۱۶) و بیانیه‌ی انجمن جهانی پزشکی و بیانیه‌ی ارتقای حقوق بیماران در اروپا وجود داشت. اهمیت این مسأله تا حدی است که منشور حقوق بیمار در ایالت تگزاس بیان می‌کند که بیماران و خانواده‌هایشان حق دارند در زمینه‌ی روش‌های تسکین و مهار درد آموزش ببینند (۱۶). حق داشتن همراه نیز فقط در منشور حقوق بیمار کشورهای آمریکا (ایالت‌های نیویورک و مینه‌سوتا)، انگلستان و بیانیه‌ی انجمن جهانی پزشکی به چشم می‌خورد (۱۸، ۱۹).

منشور حقوق بیمار در اکثر کشورهای مورد بررسی (۸۷/۵ درصد کشورها)، حق حفظ حریم شخصی را برای بیمار قایل شده است و فقط در منشور حقوق بیمار ایران، حفظ حریم شخصی در بند مربوط به محرمانگی اطلاعات عنوان شده است. در واقع به نظر می‌رسد اصل محرمانگی با حفظ حریم شخصی یکی در نظر گرفته شده است و این در حالی است که از این بند، فقط اصل محرمانگی برداشت می‌شود، در صورتی که بیانیه‌ی ارتقای حقوق بیماران در اروپا و بیانیه‌ی انجمن جهانی پزشکی، بین این دو اصل تفاوت قایل شده‌اند. در حفظ حریم شخصی باید دو مسأله رعایت شود: ۱. توجه افراد در اجتناب از افشای مسایل شخصی بیماران ۲. توجه به حفظ آزادی و استقلال فرد در تصمیم‌گیری‌های مهم خود (۲۰). در ارتباط با اهمیت محرمانگی اطلاعات نیز نتایج یک بررسی در کانادا حاکی از آن است که کارکنان حدود ۹۰ درصد سازمان‌ها ملزم به امضای توافقی‌نامه‌ی محرمانگی اطلاعات هستند (۲۱).

منشور حقوق بیمار در اکثر کشورهای مورد بررسی (۸۷/۵ درصد کشورها)، حق دسترسی به مراقبت‌های بهداشتی و درمانی را برای بیمار قایل شده‌اند و فقط در این میان در منشور حقوق بیمار متعلق به ایران چنین حقی به چشم نمی‌خورد و بند مربوط به دسترسی به مراقبت در منشور ایران نیز این حق را به عنوان یک «حق انتظار» از سوی بیمار بیان می‌کند و نه به عنوان یک «حق دسترسی». «حق انتظار» و «حق دسترسی» دو مفهوم حقوقی و عملی متفاوت دارند و اصلاح این اصل در منشور حقوق بیمار در ایران ضروری است.

در منشور حقوق بیمار اکثر کشورهای مورد بررسی (۸۷/۵) درصد کشورها، حق حفظ حقوق بیمار (حق شکایت) را برای بیمار قابل شده‌اند و بیانیه‌ی ارتقای حقوق بیماران در اروپا نیز، این حق را در نظر گرفته است و فقط در منشور حقوق بیمار متعلق به ایران و بیانیه‌ی انجمن جهانی پزشکی چنین حقی به چشم نمی‌خورد. هر روز میلیون‌ها فرد در جهان توسط کارکنان بهداشتی، درمان می‌شوند. در اغلب موارد افراد بدون هیچ خطری درمان می‌شوند، ولی گاهی حوادثی اتفاق می‌افتد، به عنوان مثال یک دارو باعث واکنش زیان‌آوری می‌شود یا یک روش جراحی نتیجه‌ی مطلوب را برای بیمار به همراه ندارد. اگر چنین درمانی در نتیجه‌ی سهل‌انگاری کارکنان بهداشتی رخ دهد، بهبود آسیب‌های ایجاد شده برای بیمار از حقوق وی می‌باشد. همچنین بیماران حق دارند در مورد هر خطایی، که در کیفیت مراقبت به وجود آمده است، مطلع شوند؛ حتی اگر هیچ‌کس زیانی را متحمل نشده باشند و این بخشی از حق بیمار برای مشارکت در بهبود سیستم مراقبت بهداشتی می‌باشد (۲۲).

نتیجه‌گیری

۱. بیمار حق دارد به درمان مناسب و مراقبت مطلوب بدون توجه به جنس، نژاد، مذهب، فرهنگ، ملیت، نوع بیماری، زمان مراجعه، معلولیت جسمی و نحوه‌ی پرداخت، دسترسی داشته باشد.
۲. بیمار حق دارد که ارزیابی مراقبت به او به صورت پیوسته و با همکاری بین کلیه‌ی ارایه دهندگان مراقبت بهداشتی و مؤسسات درگیر در تشخیص، درمان و مراقبت وی باشد.
۳. بیمار حق انتخاب آزادانه و تغییر پزشک و بیمارستان یا مؤسسه‌ی خدمات بهداشتی را صرف نظر از خصوصی یا عمومی بودن آن‌ها دارد.
۴. بیمار حق دارد نظر پزشک دیگری را در هر مرحله از مراقبت بپرسد.
۵. بیمار حق دارد نام و تخصص هر یک از کارکنان دخیل در طبابت و مراقبت پزشکی خود را بداند و حق دارد انجام آزمایش، معاینه و درمان - توسط افرادی که به دلایل موجه

قبول ندارد- را رد کند.

۶. بیمار حق دارد اطلاعات جدید و کاملی در مورد بیماری، درمان، پیش‌آگهی و تصمیمات مربوط به ترخیص را از پزشک خود دریافت کند. البته این توضیحات باید با بیانی، که برای بیمار قابل فهم باشد، مطرح شود. وقتی دادن چنین توضیحاتی به بیمار از نظر پزشکی صحیح نیست، اطلاعات باید در اختیار شخص مناسبی که از طرف بیمار معرفی شده است، قرار گیرد.
۷. بیمار حق دارد کلیه‌ی اطلاعات جهت رضایت آگاهانه در مورد مراقبت، شامل اطلاعاتی در مورد روش‌های دیگر درمانی، خطرات و فواید درمان‌ها، عواقب آن‌ها، عوارض جانبی احتمالی، فرد ارایه دهنده‌ی مراقبت و هزینه‌ها دریافت کند و در مواقعی که توانایی رضایت به درمان را ندارد، فردی را برای دریافت اطلاعات و امضای رضایت‌نامه تعیین کند.
۸. بیمار حق دارد به جز در موارد منع قانونی، درمان را رد کند و حق دارد از عواقب تصمیم خود آگاه شود.
۹. بیمار حق دارد کلیه‌ی اطلاعاتش اعم از اطلاعات هویتی، وضعیت سلامت، شرایط پزشکی، بیماری، پیش‌آگهی، درمان و کلیه‌ی اطلاعات خصوصی دیگر، حتی بعد از مرگ وی نیز به طور محرمانه حفظ شود و این اطلاعات محرمانه فقط با رضایت صریح بیمار یا به تصریح قانون افشا شود. اطلاعات می‌تواند برای ارایه دهندگان مراقبت بهداشتی، به جز مواردی که با رضایت صریح بیمار است، فقط با در نظر گرفتن اصل «نیاز به دانستن» افشا شود.
۱۰. بیمار حق دارد به حفظ حریم شخصی وی احترام گذاشته شود و مشاهده و معاینه توسط کارکنان پزشکی باید محتاطانه باشد.
۱۱. بیمار حق دارد به عقاید فلسفی، مذهبی، ارزش‌های فرهنگی و اخلاقی وی احترام گذاشته شود.
۱۲. بیمار حق دارد با کسب اطلاعات کامل از نوع فعالیت‌های آموزشی و پژوهشی بیمارستان، که بر روند سلامتی و درمان او مؤثرند، تمایل و رضایت شخصی خود به مشارکت

۲۲. بیمار حق دارد در صورتی که به زبان رایج صحبت نمی‌کند، مترجم داشته باشد.

پیشنهادها

علاوه بر آگاهی عموم از منشور حقوق بیمار، باید مسؤولیت‌های بیماران نیز تدوین شود و به آنان در زمان ورود به بیمارستان تفهیم شود. بهتر است حقوق و مسؤولیت‌های بیماران در مکان‌های عمومی مراکز مراقبت بهداشتی و درمانی نصب شود که فرض اصلی بر این است که رعایت حقوق بیماران در عوض باعث خواهد شد که بیماران در هنگام دریافت مراقبت بهداشتی و درمانی، توجه بیشتری به مسؤولیت‌هایشان داشته باشند و از طرفی مشارکت فعال بیمار در فرایند تشخیص و درمان، اغلب مطلوب و گاهی اوقات ضروری می‌باشد.

گام بعدی جهت رعایت حقوق بیمار این است که در هر بیمارستان سوپروایزر در مواقع لزوم ضمن پاسخ‌گویی به نیازهای بیمار، بر احقاق حقوق وی نظارت مستقیم داشته باشد و با مراجعه به بیمار از رعایت این حقوق اطمینان حاصل کند. این افراد با توجه به قدرت اجرایی لازم که دارند، قادر به تأمین حقوق یاد شده می‌باشند.

سنگینی بار رعایت حقوق بیمار بر دوش پزشک معالج، گروه درمان و مدیریت بیمارستان است و اقدام مهم در این زمینه، توجیه و آموزش این حقوق به کلیه کارکنان بیمارستانی به ویژه پزشکان و مدیریت آن است. تا زمانی که گروه درمان و مدیریت بیمارستان این حقوق را نپذیرند و رعایت نکنند، اجرای آن نیز ممکن نخواهد بود. بدیهی است که چنین امری نیازمند یک نوع تحول فرهنگی در بیمارستان و مراکز درمانی است. طرز نگرش مسؤولین بیمارستان، گروه درمان، پزشک و پرستار به بیمار و حقوق وی نیازمند یک دگرگونی است.

درمانی را اعلام و یا در مراحل مختلف پژوهش از ادامه‌ی همکاری خودداری کند.

۱۳. بیمار حق دارد قبل از انتقال به مرکز درمانی دیگر، اطلاعات کاملی در مورد فواید و عواقب انتقال و لزوم انتقال و کارهای دیگری که می‌توان به جای انتقال انجام داد، از پزشک معالج خود دریافت کند. باید ابتدا از مرکزی، که بیمار به آن جا منتقل می‌گردد، پذیرش گرفته شود.

۱۴. بیمار حق دارد به پرونده‌ی پزشکی خود دسترسی بهنگام داشته باشد.

۱۵. بیمار حق دارد بدون وحشت از تلافی‌جویی، شکایت خود را در ارتباط با مراقبت و خدمات دریافت شده، به بیمارستان ارایه دهد و در صورت تقاضا به صورت کتبی جواب دریافت کند. آدرس و شماره‌ی تلفن دفاتر شکایت باید در یک مکان قابل رؤیت نصب شود.

۱۶. بیمار حق دارد با اعضای خانواده یا خویشاوندان خود ملاقات داشته باشد که البته این ملاقات‌ها بستگی به توانایی پذیرش بیمار و شرایط بیمارستان خواهد داشت.

۱۷. بیمار حق دارد از قوانین و مقررات مربوط به مراقبت خود مطلع شود.

۱۸. بیمار حق دارد با ارایه‌ی درخواست قبل از درمان، از میزان هزینه‌های مراقبت پزشکی به طور تقریبی مطلع شود و اطلاعات کامل و توصیه‌های ضروری در مورد دسترسی به منابع مالی شناخته شده‌ی مراقبت خود را دریافت کند.

۱۹. بیمار حق دارد در صورت تقاضا، یک کپی از صورت‌حساب هزینه‌ها را به طور قابل فهم و با جزییات دریافت کند.

۲۰. بیمار حق دارد درد و رنج وی مطابق با علم جدید تسکین پیدا کند.

۲۱. بیمار مشرف به مرگ حق دارد تا آخرین لحظات حیات، مراقبت انسانی و توأم با احترام دریافت کند.

References

1. Rights. Wikipedia, the free encyclopedia [Online]. 2008 [cited 2008 Aug 20]; Available from: URL: <http://en.wikipedia.org/wiki/Rights/>
2. WHO. Patients' rights [Online]. 2008 [cited 2008 Sep 1]; Available from: URL:

- <http://www.who.int/genomics/public/patientrights/en/>
3. Mann JM. Health and human rights: a reader. London: Routledge; 1999. p. 27.
 4. Pinet Giures L. Comparative Study of Patients Rights in Europe. Trans. Larijani B, Abbasi M. Tehran: Alhura Publication; 1998. p. 27.
 5. Sadaghiani E. Organization and Hospital Management. Tehran: Jahan Rayaneh Publication; 1999. p. 476.
 6. McWay DC. Today's Health Information Management: An Integrated Approach. Boston: Cengage Learning; 2008.
 7. Salemi S. Patient's Rights and Nursing Responsibility. Tehran: Salemi Publication; 2005. p. 25.
 8. Julae S. Survey the awareness Rate of Inpatients about their rights in Hospitals of Tehran University of Medical Sciences. Proceedings of the Patient Rights Conference; 2003 May 11-12; Fasa, Iran; 2003.
 9. Bahman Ziaree F. Comparison the Laws of Patients Rights in Iran with Some developed Countries. Proceedings of the patient rights Conference; 2003 May 11-12; Fasa, Iran; 2003.
 10. Mosaddeghrad MA. Patient Bill of Rights in Hospital. Monthly Pain 2004; 5(45): 54-6.
 11. World Medical Association. World Medical Association Declaration on the Rights of the Patient [Online]. 2008 [cited 2008 Aug 10]; Available from: URL: <http://www.wma.net/s/index.htm/>
 12. World Health Organization. A declaration on the promotion of patients rights in Europe [Online]. 1994 Jun 28 [cited 2008 Aug 28]; Available from: URL: http://www.who.int/genomics/public/eu_declaration1994.pdf/
 13. Khodayar F, Mohamadzadeh K. Client's rights. Proceedings of the National Congress of client rights; 2001 Mar 14-15; Ahvaz, Iran; 2001.
 14. Florida Health Care System. Patient Bill of Rights [Online]. 2008 [cited 2008 Jul 15]; Available from: URL: <http://www.demsonline.org/>
 15. Minnesota of Office Revisor of Statutes. 144.651, Minnesota Statutes 2006 [Online]. 2008 [cited 2008 Jul 12]; Available from: URL: <https://www.revisor.mn.gov/bin/getpub.php?type=s&num=144.651&year=2006/>
 16. Northwest Texas Healthcare System. Patient Bill of Rights [Online]. 2007 [cited 2007 Jul 20]; Available from: URL: <http://www.nwtexashealthcare.com/Patient-Information/Patient-Bill-of-Rights/>
 17. University of Missouri Health Care. Patient Rights and Responsibilities [Online]. 2007 [cited 2007 Jul 15]; Available from: URL: <http://www.muhealth.org/center/pgrights.shtm/>
 18. New York State Department of Health. Patient's Rights [Online]. 2006 [cited 2006 May 15]; Available from: URL: <http://www.health.state.ny.us/nysdoh/hospital/english1.htm/>
 19. The patient's charter and you -A charter for England [Online]. 2006 [cited 2006 Des 25]; Available from: URL: <http://www.pfc.org.uk/node/63/>
 20. Roach WH, American Health Information Management Association. Medical records and the law. 4th ed. Sudbury: Jones & Bartlett Learning; 2006. p. 450.
 21. Canada Health infoway. Infoway pan-Canadian EHR survey phase I Results and Analysis [Online]. 2003 [cited 2006 Des 20]; Available from: URL: <http://www.canadahealthinfoway/>
 22. Consumers International. Patients Rights [Online]. 2006 [cited 2006 Des 30]; Available from: URL: <http://consint.eval.poptech.coop/Templates/News/>

Comparison of Patient's Rights in Developed Countries and Suggestion a Proper Model for Iran*

Masoumeh Sarbaz¹; Khalil Kimiafar²

Abstract

Introduction: In health care, emphasis on basic human rights is especially important. Patient's privacy protection becomes important when the human is exposed to shortcomings of social and health systems. This study was performed to compare the patient's rights in developed countries and suggest a proper model for Iran.

Methods: This research was a comparative and descriptive case study. Research population included the USA (New York, Florida, Missouri, Minnesota and Texas), England, Canada and Iran. Data collected by internet and e-mail based on a library search method. Furthermore, in Iran, we used a questionnaire that its validity and reliability were tested. Finally, the suggested model of patient's rights for Iran was tested by some specialist in this field with Delphi method.

Results: Findings of research showed that patients' rights of accessibility to treatment and health care, privacy, consent for treatment and protection (the right of claim) were included in "patient's rights" of all studied countries, except Iran. The right of confidentiality is considered in all studied countries. The rights of having translator and pain relief just were seen in some states of the USA.

Conclusion: Considering that patient rights have many shortcomings in Iran, generally, main reviews in this field should be performed according to comparative surveys. So, accordingly the appropriate model for developing "Patient's bill of rights" in Iran was proposed.

Keywords: Rights; Patient's Rights; Comparative Study.

Type of article: Original article

Received: 4 Sep, 2008

Accepted: 25 Jan, 2010

Citation: Sarbaz M, Kimiafar Kh. Comparison of Patient's Rights in Developed Countries and Suggestion a Proper Model for Iran. Health Information Management 2011; 8(2): 227.

* This article resulted from independent research.

1. PhD Student, Medical Informatics and Lecturer, Medical Records, Mashhad University of Medical Sciences, Mashhad, Iran.

2. PhD Student, Health Information Management, Tehran University of Medical Sciences, Tehran and Lecturer, Medical Records, Mashhad University of Medical Sciences, Mashhad, Iran. (Corresponding Author)
Email: kimiafarkh@mums.ac.ir

رویکردی انتقادی به مطالعات حوزه‌ی علم‌سنجی*

غلامرضا حیدری^۱

چکیده

یکی از مهم‌ترین روش‌های کمی و حوزه‌های پژوهشی در کتابداری و علم اطلاعات، حوزه‌ی علم‌سنجی و اطلاع‌سنجی است که در چهار دهه‌ی اخیر رشد فزاینده‌ای یافته است؛ به طوری که مطالعه در هر یک از مقوله‌های آن مستلزم بررسی نوشتارها و پژوهش‌های زیادی است. امروزه علم‌سنجی در توصیف، تبیین و پیش‌بینی وضعیت علمی پژوهشگران، گروه‌های آموزشی و پژوهشی، دانشگاه‌ها، سازمان‌ها و کشورها در عرصه‌های گوناگون ملی و بین‌المللی کاربردهای فراوانی یافته است. اگر چه موفقیت‌های بسیاری در این حوزه به دست آمده است، اما موانع و دشواری‌های چالش برانگیز زیادی نیز فراروی پژوهشگران حوزه‌ی مذکور قرار دارد. چالش‌های پیش روی حوزه‌ی علم‌سنجی با رویکردهای مختلف قابل بررسی است. در این مقاله، به روش کتابخانه‌ای و با رویکردی جامع و انتقادی، جنبه‌های مثبت و منفی مطالعات مربوط به حوزه‌ی علم‌سنجی با نگاهی موشکافانه مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفته است و در نهایت مهم‌ترین کاستی‌ها و موانع مطالعات حوزه‌ی علم‌سنجی و برخی راهکارهای مقابله با این مشکلات، به صورت طبقه‌بندی شده، در چهار مقوله‌ی زیر ارایه شده است:

۱. ضعف مبانی و فقدان پشتوانه‌ی محکم و عمیق نظری، فلسفی و معرفت‌شناختی؛

۲. مشکلات روش‌شناختی و دشواری‌های خاص حوزه‌ی مانند مسایل مربوط به استنادها و تحلیل استنادی؛

۳. آشفتگی و ابهام در واژگان و اصطلاح‌شناسی؛ و

۴. محدودیت ابزارهای سنجش علم از جمله ISI در سنجش واقعی علم و تولیدات علمی.

واژه‌های کلیدی: کتاب‌سنجی؛ استناد؛ نقد انتقادی.

نوع مقاله: مروری

دریافت مقاله: ۱۷/۴/۴

اصلاح نهایی: ۱۸/۸/۱۶

پذیرش مقاله: ۱۸/۱۰/۲۸

ارجاع: حیدری غلامرضا، رویکردی انتقادی به مطالعات حوزه‌ی علم‌سنجی. مدیریت اطلاعات سلامت ۱۳۹۰؛ ۸ (۲): ۲۴۳-۲۲۸.

مقدمه

شامل انتخاب و فراهم‌آوری، سازماندهی، ذخیره و بازیابی، اشاعه و استفاده از اطلاعات از یک طرف، و گسترش روش‌های علم‌سنجی و اطلاع‌سنجی به فراسوی مرزهای کتابداری و علم اطلاعات و کاربردهای گسترده‌ی آن در دیگر حوزه‌های دانش، سیاست‌گذاری‌های کلان علمی، سنجش فعالیت‌ها و روند توسعه‌ی علم و فن‌آوری و غیره از سوی دیگر، به نظر می‌رسد افق‌های جدیدی در انتظار پژوهشگران این

یکی از مهم‌ترین روش‌های کمی و حوزه‌های پژوهشی در کتابداری و علم اطلاعات، حوزه‌ی علم‌سنجی و اطلاع‌سنجی است که در چهار دهه‌ی اخیر رشد فزاینده‌ای یافته است؛ به طوری که مطالعه در هر یک از مقوله‌های آن مستلزم بررسی نوشتارها و پژوهش‌های زیادی است. با توجه به فواید و کاربردهای فراوان این حوزه در کمک به ارتقای نظری و عملی حوزه‌ی کتابداری و علم اطلاعات در مطالعه و تحلیل کمی تمامی فرایندهای اطلاعاتی از تولید تا استفاده از اطلاعات، ارزیابی این فعالیت‌ها با استفاده از روش‌های فوق و کاربرد این روش‌ها در تمامی فعالیت‌های کتابداری و مدیریت اطلاعات

* این مقاله در همایش علم‌سنجی مربوط به مرکز تحقیقات فن‌آوری اطلاعات در علوم سلامت دانشگاه علوم پزشکی اصفهان ارایه شده است.
۱. استادیار، کتابداری و اطلاع‌رسانی، دانشگاه شهید چمران اهواز، اهواز، ایران. (نویسنده‌ی مسؤول)
Email: ghrhaidari@gmail.com

حوزه قرار دارد (۱).

امروزه علم‌سنجی در توصیف، تبیین و پیش‌بینی وضعیت علمی پژوهشگران، گروه‌های آموزشی و پژوهشی، دانشگاه‌ها، سازمان‌ها و کشورها در عرصه‌های گوناگون ملی و بین‌المللی کاربردهای فراوانی یافته است؛ به طوری که با مطالعه‌ی تولیدات علمی کشورهای مختلف و مقایسه‌ی آن‌ها به لحاظ کمی و کیفی می‌توان وضعیت آن‌ها را در تولید علم در عرصه‌های ملی و بین‌المللی ارزیابی کرد. همین امر در خصوص سازمان‌ها، دانشگاه‌ها، گروه‌های آموزشی و پژوهشی و افراد نیز صادق است. کاربردهای علم‌سنجی به این موارد محدود نمی‌شود. ارایه‌ی تصویرری از گرایش‌های موضوعی در رشته‌های مختلف، تحلیل الگوریتم‌های بازیابی اطلاعات، ارزیابی و رتبه‌بندی انتشارات، تعیین مجلات هسته، مطالعه‌ی ارتباطات میان رشته‌ای، بررسی و ترسیم ساختار دانش، رتبه‌بندی دانشگاه‌های برتر جهان، تهیه‌ی گزارش رشد علمی یک کشور و غیره، از دیگر کاربردهای علم‌سنجی به حساب می‌آیند (۲).

اطلاع‌سنجی در شکلی عام‌تر نسبت به علم‌سنجی، با اندازه‌گیری و سنجش اطلاعات در تمام اشکال چاپی و الکترونیکی و به طور کلی، دانش مدون سر و کار دارد. بر این اساس علاوه بر موارد فوق، کشف قوانین حاکم بر فرایند انتقال اطلاعات مدون از تولید تا اشاعه و استفاده، طراحی نظام‌های ذخیره و بازیابی اطلاعات و کمک در زمینه‌ی تسهیل بازیابی اطلاعات، تسهیل جریان مدیریت کتابخانه‌ها و مراکز اطلاعاتی و غیره، از نتایج استفاده از این روش به حساب می‌آید (۱).

اگر چه موفقیت‌های عظیمی در حوزه‌ی علم‌سنجی به دست آمده است، اما موانع و دشواری‌های چالش برانگیز زیادی هم فراروی پژوهشگران حوزه‌ی مذکور قرار دارد که برخی از آن‌ها به سیر طبیعی توسعه‌ی هر حوزه‌ی علمی در ابتدای راه آن و کم تجربه بودن پژوهشگران این حوزه بر می‌گردد و تعداد قابل توجهی از این موانع نیز به ماهیت پژوهش‌های مربوط به حوزه‌ی مذکور تعلق دارد. نباید فراموش کرد که این حوزه هم علاوه بر دشواری‌های خاص خود، به طور طبیعی و مانند هر

حوزه و روش پژوهش دیگر دارای کاستی‌ها، موانع و محدودیت‌هایی است که لازم است با رویکرد انتقادی و علمی مورد ارزیابی قرار گیرد (۳).

سؤالات کلی و فلسفی زیادی را می‌توان در این باره مطرح ساخت که تا کنون کمتر مورد توجه قرار گرفته‌اند و پاسخ‌گویی به آن‌ها مستلزم مطالعات گسترده‌ای است و مجال دیگری می‌طلبد. برای نمونه می‌توان پرسید به طور اصولی حوزه‌ی علم‌سنجی چگونه باید باشد؟ آیا روش‌های کنونی علم‌سنجی جامعیت دارد؟ آیا روش‌های کنونی علم‌سنجی کارآمد است؟ تا چه زمانی باید از روش‌های موجود استفاده کرد؟ علم‌سنجی در عصر حاضر چه تفاوت‌هایی با گذشته دارد؟ آیا روش‌های بهتر و کارآمدتری برای علم‌سنجی وجود ندارد؟ آیا روش‌های کنونی علم‌سنجی از روایی و پایایی لازم برخوردارند؟ آیا در جامعه‌ی اطلاعاتی به ایجاد روش‌های جدید علم‌سنجی یا ارزیابی و تجدید نظر در روش‌های موجود، نیاز هست؟ چه نوعی از علم‌سنجی در آینده مورد نیاز خواهد بود؟ راه‌های مؤثرتر و کارآمدتر استفاده از این روش در آینده کدامند؟ دامنه‌ی این سؤالات را همچنان می‌توان ادامه داد. برای مثال آیا روش مورد استفاده در این حوزه پاسخ‌گوی مسایل مطرح شده هست؟ آیا پژوهش‌های این حوزه در راستای اهداف مطرح شده در جریان است؟ آیا ادعاهای مطرح شده در این حوزه، پیرامون استفاده‌ی اثربخش از این روش در حوزه‌ی کنابداری و علم اطلاعات و دیگر حوزه‌های دانش قابل سنجش و ارزیابی است؟ آیا با توجه به محدودیت‌های این حوزه، باید ناکارآمدی آن را اعلام کرد یا لازم است با نگاه چند بعدی و تکمیل روش‌شناسی پژوهش و با استفاده از یافته‌های علوم دیگر آن را تقویت نمود؟ بالاخره این که در طبقه‌بندی کاستی‌ها و محدودیت‌های این روش، مهم‌ترین مسایل و دشواری‌های چالش برانگیزی که فراروی مطالعات حوزه‌ی علم‌سنجی قرار دارد، کدامند، در چند مقوله دسته‌بندی می‌شوند و چه راهکارهایی برای رویارویی با این موانع قابل تصور است؟ لازم به ذکر است که تعدادی از این سؤالات در پایان‌نامه‌ی دکتری پژوهشگر با موضوع «تحلیل مبانی و جایگاه معرفت‌شناختی مفاهیم، اندیشه‌ها و نظریه‌های

حوزه‌ی علم‌سنجی در عصر حاضر» در دانشگاه شهید چمران اهواز در دست مطالعه و بررسی است (۳).

پژوهش حاضر تنها در راستای پاسخ‌گویی به آخرین سؤال صورت گرفته است. در این پژوهش مسایل مطرح شده در حوزه‌ی علم‌سنجی با رویکردی انتقادی، کلی و جامع مورد بررسی و تأمل قرار گرفته است. همچنین سعی شده است تا موانع و محدودیت‌های این حوزه به روش کتابخانه‌ای مورد تجزیه و تحلیل قرار گیرد و به صورت طبقه‌بندی شده ارائه گردد. هدف نهایی این پژوهش، حرکت در مسیر ارایه‌ی راهکارهایی است که شاید به منظور رویارویی با موانع و محدودیت‌های حوزه‌ی علم‌سنجی سودمند خواهند بود.

شرح مقاله

Irvine و Martin (به نقل از Sengupta)، روش‌های اندازه‌گیری کمی اطلاعات از جمله علم‌سنجی را با دیدی انتقادی مورد بررسی قرار داده و برخی محدودیت‌ها و موانع آن را شناسایی نموده‌اند. آنان معتقدند که روش تجزیه و تحلیل کمی، شاخص واقعی، مناسب و خوبی برای تخمین رشد حقیقی علوم نیست. آن‌ها با رد روش شمارش استنادها، معتقدند که نشریات اثر یکسانی در رشد و توسعه‌ی دانش ندارند، به علاوه، میزان انتشار به عواملی همچون تخصصی بودن موضوع نشریه و دولتی یا خصوصی بودن آن، بستگی دارد. آنان به محدودیت‌های خاص و فنی نیز که در بررسی و شمارش استنادها وجود دارد اشاره می‌کنند. در نهایت معتقدند چون این نوع از اندازه‌گیری بر مبنای اندازه‌گیری کمی استوار است و ارزشیابی کیفی در آن نادیده گرفته می‌شود، تنها برای سنجش کمی علوم می‌توان از آن استفاده کرد (۴).

Bookstein برخی از مهم‌ترین مسایل حوزه‌ی علم‌سنجی را در میزان قطعیت قوانین حوزه‌ی علم‌سنجی، تأثیر زمان در این مطالعات، ورود و خروج از جامعه‌ی مورد مطالعه در پژوهش‌های حوزه‌ی مذکور، نرخ‌های متفاوت تولیدات علمی، نویسندگی انفرادی و چندگانه، دسته‌بندی ترکیبی و گروه‌بندی، می‌داند (۵). Glanzel و Schoepflin در مقاله‌ای با عنوان

«علم‌سنجی کوچک، علم‌سنجی بزرگ»، عنوان نمودند که حوزه‌ی علم‌سنجی وضعیتی بحرانی دارد و پژوهش‌های این حوزه دچار نوعی ایستایی شده‌اند. آنان استفاده از اسامی گوناگون و عدم وجود اتفاق نظر و اجماع درباره‌ی استفاده از یک نام واحد برای این حوزه، عدم توافق درباره‌ی سؤالات بنیادی و اساسی پژوهش، درگذشت چهره‌های شاخص در این حوزه و عدم جایگزینی آن‌ها، هزینه‌های اقتصادی مورد نیاز برای پژوهش‌های این حوزه و غیره را از مهم‌ترین نگرانی‌های موجود در این حوزه بر می‌شمارند (۶).

Pouris مهم‌ترین دلیل برای نگرانی‌های موجود در حوزه‌ی علم‌سنجی را نوپا بودن آن می‌داند (۷). Bookstein نیز معتقد است که هر چند وجود بحران در این رشته غیر قابل انکار است، اما این وضعیت تنها مختص این حوزه نیست و بسیاری از حوزه‌های علمی دیگر نیز از چنین بحران‌هایی رنج می‌برند. وی اظهار می‌دارد شاید با مشخص کردن جایگاه این رشته به لحاظ آکادمیک و تخصیص یک رشته‌ی مستقل در یکی از گروه‌های آموزشی ریاضیات، آمار، جامعه‌شناسی، یا تاریخ علم، موقعیت این رشته تثبیت شود. او همچنین معتقد است که کمبود افراد متخصص در این حوزه را می‌توان با برگزاری همایش‌های حرفه‌ای و جذب افراد به این حوزه جبران کرد. از جمله راهکارهای دیگر که از نظر Bookstein قادر است به استحکام این حوزه کمک کند، شکل‌گیری یک انجمن تخصصی و حرفه‌ای در حوزه‌ی علم‌سنجی و حذف پژوهش‌های ضعیف و کم‌مایه از دایره‌ی پژوهش‌های این حوزه است. Bookstein همچنین نظر Glanzel و Schoepflin (۶) در خصوص تعدد نام‌ها در این حوزه را تأیید و اطلاع‌سنجی را به عنوان نامی مناسب برای این حوزه پیشنهاد کرده است (۸).

Mendez ضمن تأیید نظرات Glanzel و Schoepflin (۶) ایرادهای دیگری را نیز بر این حوزه وارد کرد. او معتقد بود که طی هفده سال گذشته (تا زمان انتشار آن مطلب) این حوزه پیشرفت‌های بسیار اندکی کرده است و هیچ روش جدیدی به این رشته اضافه نشده است. او علم‌سنجی را

زمینه علم‌سنجی و جامعه‌شناسی دانش علمی، سازمان منطقی علم، اولویت‌های روش‌شناسی داده‌های متنی و تحلیل متن کامل مقالات علمی مورد توجه قرار گرفته است. در این بخش، ابعاد گوناگون مطالعه‌ی تجربی علوم با تحلیل روش‌شناختی سنت‌های نظری از جمله جامعه‌شناسی دانش علمی و رویکردهای نوین در فلسفه‌ی علم تشریح شده است (۱۳).

در بخش دوم، مؤلف با مطالعه‌ی ابعاد روش‌شناختی استفاده از نظریه‌ی اطلاعات، به این مسأله می‌پردازد که چرا نظریه‌ی ریاضی ارتباطات ما را قادر می‌سازد تا مسایل اساسی و تعیین کننده در مطالعات علم و فن‌آوری را شناسایی کنیم. این نکته هم در مورد جنبه‌ی کیفی (برای مثال اهمیت مدل‌سازی) و هم جنبه‌ی کمی (برای نمونه پیش‌بینی شاخص‌ها) صدق می‌کند. مجموعه‌ی کاملی از آنتروپی احتمالی به منظور مطالعه‌ی پیچیدگی گسترش شبکه با دقت تشریح شده است. ارتباطات، آنتروپی احتمالی و خود-سازماندهی، سر فصل‌های بخش آخر این نوشته هستند. در این قسمت کاربرد علم‌سنجی در مسایل سیاست‌گذاری علم و فن‌آوری به منظور مسایل بازنمایی دانش و مطالعه‌ی علوم در پارادایم خود-سازماندهی ارتباطات علمی فراهم شده است. جهت‌گیری مباحث در آینده هم مورد توجه قرار گرفته است (۱۳).

Russell و Rousseau عقیده دارند که این گونه مطالعات کمی اغلب به سبب شهرتی که در ضعف پشتوانه‌های محکم نظری دارند، مورد انتقاد واقع می‌شوند و ضعف مشهود نظری در حوزه‌ی کتابداری و علم اطلاعات را یادآور می‌شوند (۱۴).

Archambault و Gagne نیز به شماری دیگر از انتقادات وارد بر روش‌های علم‌سنجی، مانند تغییر در عنوان نشریات ادواری در طول زمان، ثبت اسامی مؤلفان به صورت‌های مختلف، دشواری تعیین سهم نویسندگان در آثار چند نویسنده‌ای و غیره اشاره می‌کنند (۱۵).

Hjorland با انتقاد به رویکرد پوزیتیویست‌ها در استفاده از یک روش یکسان (روش تجربی) برای حل مسایل پژوهشی علوم و حوزه‌های مطالعاتی مختلف و پیروی حوزه‌ی

به نوعی سطحی‌نگری متهم کرد و معتقد بود که این رشته تنها با مصداق ظاهری علوم یعنی انتشارات و خصوصیات کتاب‌شناختی آن‌ها سر و کار دارد و علوم را به طور عمیق بررسی نمی‌کند و این مهم‌ترین ایرادی است که به شاخص‌های این علم وارد است. از نظر او خطراتی علم‌سنجی را تهدید می‌کند که عبارت از نوعی بکرزایی، فقدان خلاقیت، و استفاده از شیوه‌های مصنوعی تولید و شبیه‌سازی هستند (۹).

در مقابل این افراد، Schubert وجود هر گونه بحران را در علم‌سنجی انکار کرده است و اعتقاد دارد که شواهد زیادی دال بر رشد و بلوغ این حوزه وجود دارد. از مهم‌ترین این دلایل انتشار مجله‌ی «علم‌سنجی» در سال ۱۹۷۸ است که مطالب آن حتی از زمان خود نیز فراتر رفته است. وی همچنین با مددیابی از نتیجه‌ی یکی از پژوهش‌های خود، نوعی فرایند شکوفایی برای این حوزه قایل شده است، که به تبع آن، از یک علم «نرم» به سمت یک علم «سخت» در حرکت است (۱۰).

Van Raan در مقاله‌ای وضعیت حوزه‌ی علم‌سنجی را مورد بررسی قرار داده است. او تأکید دارد که توسعه‌ی نظام‌مند این حوزه در گرو توازن و تعادل مطالعات کاربردی و پایه و هماهنگی در نظر و عمل است. هر چند علم‌سنجی از ابتدا به عنوان یک حوزه‌ی کاربردی مطرح شده است، اما اکنون زمان آن رسیده است که با تقویت روش‌شناسی آن و مطالعه بر روی ابعاد بنیادی و نظری، کاستی‌های نظری این حوزه را جبران و میزان تعامل این حوزه را با دیگر مقوله‌های دانش تقویت کرد (۱۱).

Rip نیز معتقد بود که علم‌سنجی نه تنها وابسته به سایر علوم نیست، بلکه خود نیز به چرخه‌ی تکامل علوم کمک می‌کند و با سایر علوم در تعامل است. وی نیز قایل به رسیدن به نوعی بلوغ در حوزه‌ی علم‌سنجی است و نوآوری‌های پژوهشگران این حوزه را شاهی بر مدعای خود می‌داند (۱۲).

Leydesdorff در نوشته‌ای در زمینه‌ی چالش‌های علم‌سنجی، روند توسعه، اندازه‌گیری و خود-سازماندهی ارتباطات علمی را مورد بررسی قرار داده است. بخش اول نوشته درباره‌ی چشم اندازه‌های نظری علم‌سنجی است. در این

کتابداری و علم اطلاعات و به تبع آن حوزه‌ی علم‌سنجی از رویکردی که سعی دارد با اتکای صرف بر روش‌های آماری و کمی و نادیده گرفتن جنبه‌های نظری و کیفی به پژوهش بپردازد، بر این اعتقاد است که تولید علم در حوزه‌های گوناگون دانش نه به یک روش علمی واحد که با روش‌های متنوع، هماهنگ و نشأت گرفته از مبانی نظری وابسته به همان موضوعات، قابل بررسی و پژوهش است. وی هیچ‌گونه تناقض و منافاتی میان روش‌های کمی و کیفی، روش‌های تجربی و تحلیلی - فلسفی و روش‌های پژوهشی و حرفه‌ای را نمی‌پذیرد و پندار غیر قابل جمع بودن آن‌ها را پنداری نادرست می‌داند (۱۶).

حری اشکالات مربوط به تحلیل استنادی را در دو بخش اشکالات مربوط به فرض و مشکلات مربوط به روش تقسیم‌بندی می‌کند. فرض هر گونه تحلیل استنادی این است که میان متن و سندهای آن، نوعی رابطه‌ی مفهومی وجود دارد، در حالی که همیشه این چنین نیست. بخش دوم مشکلات، به روش‌های آماری و کمی بر می‌گردد که در آن یک سلسله مسایل کیفی مورد غفلت قرار می‌گیرد (۱۷).

دیانی به برخی از محدودیت‌ها و نقاط ضعف مطالعات استنادی اشاره می‌کند (لازم به یادآوری است که نخستین مقاله در زمینه‌ی «کتاب‌سنجی» در ایران، در سال ۱۳۶۱ توسط دکتر محمد حسین دیانی و در مجله‌ی نشر دانش منتشر شد). وی عقیده دارد که گاهی بنا به دلایل غیر اصولی مانند خوش آمد، دوستی، مخالفت، شهرت نویسنده و غیره به منبعی استناد می‌شود، یا احتمال دارد بین نویسندگان قراردادی نانوشته مبنی بر استناد به یکدیگر به وجود آمده باشد. این مسأله از اعتبار استنادها و تحلیل استنادی به عنوان معیاری عینی برای قضاوت می‌کاهد. کامل و جامع نبودن پایگاه‌هایی که برای تجزیه و تحلیل استنادها از آن‌ها استفاده می‌شود، عدم توجه به کیفیت نوشته‌ها و استنادها، عدم یکدستی در عناوین مجلات، منابع و مأخذ، دسترسی یا عدم دسترسی به مجلات، تعداد مقالات منتشر شده در یک نشریه، تفاوت شیوه‌های استناد در رشته‌های مختلف علمی، عدم وجود تحقیقات عمیق به دلیل

جوانی رشته و ضعف موضوعی دست اندر کاران آن، از دیگر نواقص و کاستی‌های این روش به حساب می‌آیند. البته دیانی در انتها یادآوری می‌کند که با وجود نکات فوق، اطلاعات با ارزشی از مطالعات مربوط به این حوزه به دست آمده است که نشان می‌دهد به جای مطالعه‌ی مستقیم علوم یا افراد، می‌توان به مطالعه‌ی استنادهای متون پرداخت و دریافت که تحولات علمی چگونه صورت می‌گیرد و مسیری که هر رشته‌ی علمی طی می‌کند، به چه صورت است و الگوی واقعی کسب اطلاعات و یا توزیع یافته‌های علمی و فنی چگونه است (۱۸).

این موارد دانش پژوهان و کتابداران را با جامعه‌شناسی مبادله‌ی اطلاعات علمی آشنا می‌کند و آن‌ها را قادر می‌سازد تا از دانش مکتوب حداکثر استفاده را به عمل آورند، یا مجموعه سازی در کتابخانه‌ها به گونه‌ای صورت گیرد که به راستی در تحولات علمی و فرهنگی جامعه اثر بخشی بالایی داشته باشد (۱۸).

عصاره ادعان دارد که حوزه‌ی علم‌سنجی و اطلاع‌سنجی هم مانند هر روش پژوهش دیگر دارای نواقص و کاستی‌هایی است. وی بر برخی از انتقادات مربوط به تحلیل استنادی تأکید بیشتری دارد و معتقد است علاوه بر مشکلات وارد بر استناد به عنوان واحد تحلیل در مطالعات استنادی (مانند استناد به خود، متون چند نویسنده‌ای، مترادفات، نوع منابع، تفاوت در نحوه‌ی استناد کردن در موضوعات مختلف رشته‌های علمی، کامل نبودن پایگاه‌های اطلاعاتی نمایه‌های استنادی مانند SCI یا Science citation index و SSCI یا Social science citation index، تأکید بیش از حد این نمایه‌ها بر زبان انگلیسی، غلط‌های املائی در متون و غیره)، علم‌سنجی و اطلاع‌سنجی خود نیز دارای ایهامات، خلأها، مشکلات و مسایلی است. در پایان هم راهکارهایی به منظور غلبه بر این کاستی‌ها ارائه می‌کند (۱۹).

عصاره در مقاله‌ای دیگر برخی از مشکلات مربوط به روایی و پایایی روش تحلیل استنادی را بر می‌شمارد. دلایل استناد را به چالش می‌کشد و یادآور می‌شود که میزان استفاده از یک منبع اطلاعات روشن نیست، استناد کننده ممکن است به

ویژگی‌های برخی رشته‌های خاص، باعث یکسو نگری و نقص قابلیت‌های آن در تحلیل توسعه‌ی علمی همه‌ی رشته‌هاست؛ به طوری که محدودیت‌های ناشی از خود این پایگاه‌ها از یک سو و تفاوت‌های ماهوی و درونی رشته‌ها و حوزه‌های مختلف علوم، کاربرد یکسان و تفسیر بی‌ملاحظه‌ی شاخص‌های علم‌سنجی را زیر سؤال می‌برد. عواملی چون تفاوت میزان تحت پوشش قرار گرفتن علوم تجربی، علوم اجتماعی و علوم انسانی در ISI، یکسان نبودن جهت‌گیری‌های ملی یا بین‌المللی مجلات نمایه شده در ISI، بر حسب قلمروها، حوزه‌ها و رشته‌های مختلف علوم، تفاوت در کم و کیف تکوین و توسعه‌ی نظریه‌ها و متعاقب آن، تنوع الگوهای نشر و استناد و رفتارهای ارجاع‌دهی پژوهشگران حوزه‌های علوم، تفاوت در محمل‌های نشر و مخاطبان هدف، مانع زبان (غالب بودن زبان انگلیسی در نمایه‌نامه‌های ISI)، گرایش بیشتر به تألیف فردی در برخی رشته‌ها نسبت به برخی دیگر، استناد به رسانه‌های مختلف ارتباطی مکتوب در علوم اجتماعی و انسانی در مقایسه با علوم تجربی و غیره، تفاوت‌هایی را در کارکردهای علم‌سنجی برای این رشته‌ها و حوزه‌ها سبب شده است. این دو در پایان یک روش‌شناسی پیشنهادی برای علم‌سنجی، به ویژه در حوزه‌های علوم انسانی و حوزه‌های کیفی علوم اجتماعی ارایه کرده‌اند که تلفیقی از اصلاح روش‌های کنونی و داوری کیفی خبرگان هر حوزه است (۲۲).

طبقه‌بندی موانع و محدودیت‌های مطالعات حوزه‌ی علم‌سنجی:

مرور نوشتارهای حوزه‌ی علم‌سنجی نشان می‌دهد که مقالات و نوشته‌های اندکی وجود دارند که با یک نگرش جامع، مسایل و مشکلات حوزه‌ی مذکور را مورد بررسی قرار داده باشند. یکی از این نوشتارها مقاله‌ی حری (۱۷) است که پیشتر به آن اشاره شد.

به طور معمول در بخش‌هایی از مقالات مربوط به این حوزه و به صورت پراکنده، به این مسایل اشاره شده است، البته در سال‌های اخیر تلاش‌های بیشتری در این زمینه در جریان است که این مسأله با بررسی دقیق‌تر نوشتارها قابل تشخیص

مواردی استناد کند که به اصل پژوهش هیچ‌گونه ارتباطی نداشته باشد، برخی استنادها ممکن است برای به نمایش گذاشتن اسامی افراد صاحب نام باشد، استناد حتی ممکن است برای افزایش طول مقاله یا محققانه‌تر جلوه دادن اثر باشد، استناد به خود و دوستان، بدیهی بودن برخی مطالب از نظر استنادکننده و عدم استناد به آن‌ها، سهولت دسترسی به آثار به عنوان یکی از دلایل استناد و غیره از دیگر مواردی است که در این پژوهش مورد توجه قرار گرفته است (۲۰).

داورپناه در مقاله‌ای چالش‌های علم‌سنجی در حوزه‌ی علوم انسانی را در مقایسه با سایر حوزه‌های علوم مورد مطالعه قرار داده است. پژوهشگران زیادی استفاده از نمایه‌های استنادی مؤسسه‌ی اطلاعات علمی (ISI یا Institute for scientific information) را در تحلیل توسعه‌ی علمی در علوم انسانی مورد انتقاد قرار داده‌اند. پوشش محدود منابع و مدارک و در نظر نگرفتن برخی منابع مانند کتاب‌ها که در علوم انسانی بیشتر مورد استناد قرار می‌گیرند و ماهیت حوزه‌ی علوم انسانی و تفاوت آن با علوم پایه، تفاوت رفتار انتشاراتی و ارجاع‌دهی نویسندگان و پژوهشگران و غیره از چالش‌های پیش روی علم‌سنجی در حوزه‌ی علوم انسانی معرفی شده است. وی یادآور می‌شود که روش‌ها و اهداف هر رشته‌ی علمی در تفاوت رفتار استنادی پژوهشگران آن حوزه متجلی می‌شود. ماهیت برخی رشته‌ها ارتباطات رسمی مکتوب است، در برخی دیگر روابط غیر رسمی برتری دارد، این موارد چیزی نیست که بتوان با استخراج شاخص‌های علم‌سنجی از داده‌های ISI به دست آورد (۲۱).

مختاری و میرزایی اظهار می‌دارند که امروزه روش‌های علم‌سنجی مبنا و معیار توسعه و مشارکت علمی در سطوح مختلف فردی، سازمانی، ملی، منطقه‌ای و جهانی هستند و محاسبات علم‌سنجی هم مبتنی بر داده‌های حاصل از نمایه‌نامه‌های مؤسسه‌ی اطلاعات علمی (ISI) است. علم‌سنجی هم مانند دیگر حوزه‌های علمی تابع نظریه‌ها و انگاره‌هایی است که بنا به ماهیت بین رشته‌ای بودن آن، مستلزم لحاظ کردن دیدگاه‌های مختلف تمامی علوم دخیل در آن است. بی‌توجهی به این انگاره‌ها و دیدگاه‌ها و مبنا قرار دادن

قابل ذکر است که پژوهشگر هیچ ادعایی نسبت به کامل و جامع بودن این مقوله‌بندی ندارد و روشن است که موارد زیادی را می‌توان به این مقوله‌ها افزود، اما به هر حال این دسته‌بندی می‌تواند به عنوان نقطه‌ی آغاز صورت‌بندی موانع و محدودیت‌ها، مورد توجه قرار گیرد. در ادامه هر یک از موارد فوق به تفصیل بررسی می‌شوند.

ضعف مبانی و فقدان پشتوانه‌ی محکم و عمیق نظری و فلسفی:

مسائل موجود در کتابداری و علم اطلاعات در واقع نمودی از مشکلات موجود در بافت اجتماعی آن است. رویکرد اثبات‌گرایانه‌ی علوم و علوم اجتماعی، سیطره‌ی خود را بر کتابداری و علم اطلاعات هم گسترانده است؛ به طوری که یکی از رویکردهای غالب در حوزه‌ی کتابداری و علم اطلاعات رویکرد کمی، ریاضی، شانونی و به طور کلی اثبات‌گرایانه است که در علم‌سنجی بیش از دیگر حوزه‌های آن کاربرد دارد. مدت‌هاست که کارآمدی و کفایت این رویکرد به تنهایی برای حل مسائل پیچیده‌ی عصر حاضر، توسط پژوهشگران مورد سؤال واقع شده است.

تصور پژوهشگر بر این است که دانش کنونی در حوزه‌ی علم‌سنجی و اطلاع‌سنجی به دلیل تأکید زیادی که بر کمی‌گرایی و تجربه‌گرایی دارد، ممکن است در سنجش مؤلفه‌های کمی موفق باشد، اما به احتمال زیاد قادر نیست که به خوبی مؤلفه‌های کیفی، اجتماعی و انسانی را مورد سنجش قرار دهد. با این وجود چاره چیست؟ برخی از پژوهش‌های عملی این حوزه با سؤالات مطرح شده در حوزه‌ی مذکور ناهماهنگ و در پاسخ‌گویی به این مسائل ناتوان است. به علاوه، این نکته که ما به رویکردهای جدید تاریخی، هرمنوتیکی و انتقادی در مطالعات حوزه‌ی علم‌سنجی و اطلاع‌سنجی کمتر توجه داریم، شاید به دلیل عدم شناخت جامع از این حوزه به طور بنیادی و بی‌توجهی به جنبه‌های تفسیری، اجتماعی و انسانی آن باشد. از این رو از نظر پژوهشگر شناخت عمیق و بنیادی این حوزه یکی از ضروری‌ترین جنبه‌های پژوهشی آن است. هر چند توجه به پژوهش کاربردی و مسایل و مشکلات مبتلا به و روزمره از

است. با بررسی این نوشتارها روشن می‌شود که تقسیم‌بندی جامعی از موانع و محدودیت‌های این حوزه صورت نگرفته است و به دلیل این که در بسیاری از موارد، مسایل و موانع اعم و اخص به خوبی از یکدیگر تفکیک نشده‌اند و اغلب در کنار هم آمده‌اند، این موانع به آسانی قابل دسته‌بندی نیستند.

به طور کلی چالش‌های پیش روی حوزه‌ی علم‌سنجی را می‌توان با رویکردهای مختلف مورد بررسی قرار داد. در یک نگاه کلی، انتقادات مربوط به این حوزه به دو دسته‌ی برون‌حوزه‌ای و درون‌حوزه‌ای قابل تقسیم است. رویکرد نخست بیشتر توسط کسانی مطرح می‌شود که در خارج از حوزه‌ی مذکور انتقاداتی را بر این حوزه وارد می‌کنند. برای مثال برخی از پژوهشگران معتقدند که علم‌سنجی تنها برون‌داده‌ی علمی را از طریق شمارش استنادها مورد تحلیل و بررسی قرار می‌دهد و ادعاهای بزرگ این حوزه در سنجش علم را قابل باور نمی‌دانند. مهم‌ترین مشکلات حوزه‌ی علم‌سنجی در رویکرد درون‌حوزه‌ای که در این پژوهش مورد توجه قرار گرفته‌اند، در پنج مقوله دسته‌بندی شده‌اند:

۱. نگرانی‌های سنتی حوزه‌ی کتابداری و علم اطلاعات و در رأس آن‌ها ضعف مبانی و فقدان پشتوانه‌ی محکم و عمیق نظری و نگرش جامع به این حوزه با رویکرد کلی، فلسفی و معرفت‌شناختی، به طور منطقی و خاص به حوزه‌ی علم‌سنجی هم قابل تعمیم است. به عبارت دیگر، بخشی از مشکلات حوزه‌ی علم‌سنجی نمودی از مسایل موجود در حوزه‌ی کتابداری و علم اطلاعات است. برای مثال، رویکرد ریاضی و کمی صرف به مسایل و عدم توجه به هماهنگی روش‌شناسی پژوهش با مسأله‌ی مورد پژوهش و ناهم‌خوانی پرسش‌های اساسی یک حوزه با اولویت‌های پژوهشی آن، از نموده‌های عینی این مشکلات است.

۲. مشکلات روش‌شناختی و دشواری‌های خاص حوزه‌ی مانند مسایل مربوط به استنادها و تحلیل استنادی؛

۳. آشفتگی و ابهام در واژگان و اصطلاح‌شناسی

۴. محدودیت ابزارهای سنجش علم از جمله ISI در

سنجش واقعی علم و تولیدات علمی.

از آن جا که موضوعات مورد توجه در «مطالعات علم» به دلیل نزدیکی و شباهت جنبه‌های مطالعاتی و پژوهشی این حوزه، بسیار به هم شبیه هستند. قبل از شروع هر گونه پژوهشی ابتدا باید مشخص شود که چارچوب کار مورد نظر در کدام یک از این حوزه‌ها قرار دارد.

Leydesdorff در یک نمودار سه شاخه (شکل ۱) سعی دارد ابعاد سه گانه‌ی مطالعات علم را که با عنوان «جهان علم» توصیف می‌کند، به نمایش بگذارد. وی عقیده دارد قبل از شروع هر گونه پژوهش در حوزه‌ی علم‌سنجی، ابتدا باید روشن شود که پژوهش مورد نظر در کدام یک از ابعاد «جهان علم» قرار دارد. چنانچه این نکته نادیده گرفته شود، ممکن است به دلیل شباهت زیادی که موضوعات موجود در جهان علم یا مطالعات علم با هم دارند، این ابعاد به خوبی از یکدیگر متمایز نگردند و بنابراین نتیجه‌گیری و برداشت درستی حاصل نشود. از این رو به منظور تشخیص دقیق چارچوب کاری در پژوهش‌هایی که در حوزه‌ی مطالعات علم انجام می‌گیرد، چند سؤال را می‌توان مطرح نمود. ابعاد نظری مطالعات علم کدامند؟ این ابعاد که سؤالاتی درباره‌ی آن‌ها بیان می‌شود، کدامند؟ چگونه می‌توان این سؤالات را از دیگر سؤالاتی که جزء سؤالات اصلی در مطالعات علم نیستند، متمایز ساخت، در حالی که ممکن است برخی از این مسایل با مطالعه‌ی علم مرتبط باشند؟ این موارد سؤالاتی معرفت‌شناختی هستند که حدود و مرزهای هر پژوهش را مشخص می‌کنند، همان طور که جهان علم را از دیگر قلمروهای مطالعاتی جامعه‌ی مدرن متمایز می‌نمایند (۱۳).

با توجه به مفاهیم مورد نظر در هر یک از ابعاد سه گانه‌ی مطالعات علم، هر کس قادر است موضوعات مورد توجه در هر یک از این ابعاد را تشخیص دهد. البته نباید این طرح‌واره را وحی منزل فرض کرد. شاید هم برخی اختلافات به خاطر فرایند پویای تک‌تک این محورها و ارتباط آن‌ها با یکدیگر قابل تبیین باشد. روش مورد نظر در علم‌سنجی، که به مطالعه‌ی ارتباط میان متون و دانشمندان می‌پردازد، با ابزارها، روش‌ها و رویکرد خاص خود از دیگر ابعاد شکل ۱ متمایز می‌شود (۱۳).

جایگاه خاصی برخوردار است، اما باید مسایل را با یک نگاه عمیق‌تر، علمی‌تر و کل‌نگرتر مورد توجه قرار داد.

در ادوار گذشته پارادایم‌های مختلفی بر روش‌های مطالعه و پژوهش در علوم مختلف حاکم بوده است که در هر دوره‌ی تاریخی یک یا چند رویکرد خاص اهمیت و جایگاه بهتری پیدا کرده‌اند. به نظر می‌رسد در عصر کنونی رویکردهای انتقادی، تاریخی، نسبی‌گرا، سیستمی، جامع‌نگری و توجه به جنبه‌های مختلف یک مسأله، ریشه‌یابی و نگاه عمیق به مسایل، حداقل نسبت به گذشته، باعث شده است که مفاهیم بنیادی و اساس مفاهیم مختلف بیشتر مورد توجه قرار گیرند، در کتابداری و علم اطلاعات و به خصوص حوزه‌ی علم‌سنجی و اطلاع‌سنجی هم این رویکرد، ضرورت بازگشت به اصل و مبدأ شکل‌گیری مفاهیم را ضروری ساخته است.

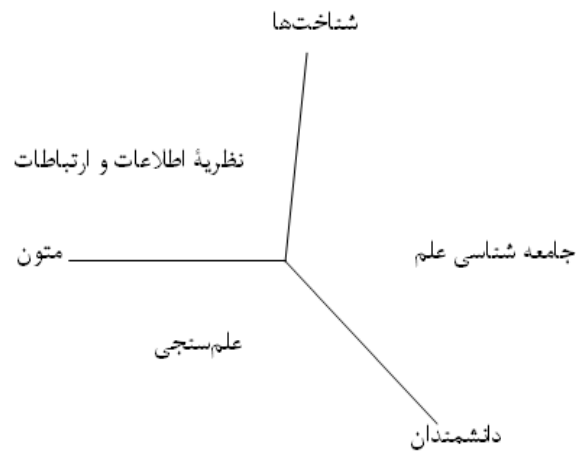
همان طور که اشاره شد، در حوزه‌ی علم‌سنجی رویکرد و معرفت‌شناسی غالب، رویکرد ریاضی و کمی گرایانه است و در پاسخ‌گویی به مسایل مطرح شده در این حوزه بیشتر از این رویکرد استفاده شده است. سؤالی که مطرح می‌شود این است که آیا این رویکرد با توجه به تحولات و پیچیدگی‌های عصر حاضر در جامعه‌ی اطلاعاتی و تغییر و تحول در پارادایم‌ها و رویکردهای سنتی، قادر است به گونه‌ای جامع و همه جانبه پاسخ‌گوی سؤالات مطرح شده در این حوزه باشد، یا جامعیت مورد نظر با مطالعه‌ی رویکردهای هماهنگ با شرایط فعلی علوم و جامعه و گزینش رویکردهای نوین، سیستمی، تاریخی، هرمنوتیکی، انتقادی و غیره میسر خواهد شد. برای مثال چنانچه بتوان مطالعات مربوط به این حوزه را با مطالعات کیفی تاریخ علم، فلسفه‌ی علم و جامعه‌شناسی علم تلفیق و ترکیب نمود، نگرش به این حوزه جامعیت بیشتری خواهد یافت. به هر حال، تنها در شرایطی می‌توان از نتایج مطالعات علم‌سنجی و اطلاع‌سنجی در ارتقای حوزه‌ی کتابداری و علم اطلاعات بهره‌مند شد یا آن را در دیگر حوزه‌های علوم به کار گرفت که این گونه مطالعات با حقایق نظری و عملی موجود در حوزه‌ی کتابداری و علم اطلاعات و حوزه‌های مرتبط پیوند بنیادین برقرار نمایند.

صورت نمی‌گیرد. روش‌های دیگر از جمله تحلیل دلایل اتفاقی که در روش‌های علم‌سنجی و اطلاع‌سنجی روی می‌دهد، نادیده گرفته شده است. این در حالی است که با تأکید صرف بر کمی‌گرایی نمی‌توان به مطالعه‌ی جنبه‌های اجتماعی و انسانی اطلاعات و اطلاعات علمی پرداخت. روش‌شناسی پژوهش باید با ماهیت مسأله‌ی مورد پژوهش هم‌خوانی داشته باشد. از این رو روش تحلیل استنادی، که مبتنی بر روش‌های کمی و آماری است، ممکن است دسته‌ای از مسایل کیفی را نادیده بگیرد. عدم مطالعه‌ی ارتباط میان متن و سند از جهت کیفی، عدم روشن بودن وجه استناد (رد، قبول و ...) و عدم روشن بودن نقل با واسطه یا بی‌واسطه، برخی وجوه کیفی هستند که با روش کمی قابل ارزیابی نیستند.

مباحث آماری صرف، کمکی به برطرف کردن این خلأها نمی‌کند؛ چرا که همواره احتمال تناسب و به کارگیری قواعد مختلف توسط توزیع‌های مشابه وجود دارد. روش‌های آماری تنها یک فن کمکی هستند که توضیحات را ممکن می‌سازند. درست است که ریاضی و آمار در علم‌سنجی و اطلاع‌سنجی اهمیت اساسی دارد و فنی‌نهایی برای کتابداران و بیشتر واسطه‌های اطلاعاتی در ارزیابی فعالیت‌هایشان به حساب می‌آید، اما این توصیف و تبیین مسایل است که تعریف متغیرها را میسر می‌سازد، پژوهشگر را به نتیجه‌گیری منطقی هدایت می‌کند و در نهایت منجر به مدل‌سازی می‌شود و خلأها و مشکلات را بر طرف می‌سازد.

Hjorland برای حل این مشکل پیشنهاد می‌کند که محققان حوزه‌ی علم اطلاعات، روش پژوهش متناسب و برگرفته از مبانی نظری وابسته به همان موضوع و سازگار با آن را به کار گیرند (۱۶). در نهایت باید گفت که سنجش علم و برون‌دادهای علمی با معیارهای کمی و ریاضی میسر نمی‌شود؛ یعنی همان قدر که به روش‌های کمی توجه داریم، به همان میزان نیز باید از فلسفه، تاریخ و جامعه‌شناسی علم غافل نشویم.

از آن جا که متغیرهای زیادی در فرایند علم‌سنجی وجود دارد که استفاده از روش‌های کمی و کیفی در پژوهش‌ها را ضروری می‌سازد، توجه به ابعاد مختلف شناخت علم به منظور



شکل ۱: مطالعات علم به عنوان یک مسأله‌ی چند بعدی (۴)

این بحث در دو مقوله قابل بررسی است: علاقه و تعلق خاطر افراطی به روش و ضعف رویکرد روش‌شناختی. یکی از مسایلی که البته ممکن است در تمامی روش‌های پژوهش وجود داشته باشد و روش علم‌سنجی و اطلاع‌سنجی هم از آن مبرا نیست، دلبستگی به روش و غفلت از اصل مسأله‌ی مورد پژوهش است. هر چند روش و روش‌شناسی در یک پژوهش اهمیت اساسی دارد، اما روش بدون محتوا و هدف بی‌معنی است. مسأله‌ی اصلی هدف و مبانی است، بعد از این موارد است که روش و روش‌شناسی به عنوان مسأله‌ای اساسی مطرح می‌شود. بدون توجه به این نکات و با هدف قرار دادن روش توسط یک پژوهشگر به هر دلیل، نتیجه‌ی درستی به دست نخواهد آمد، چرا که از ابتدا هدف برگزیدن یک روش خاص و دلبستگی به آن بوده است و نه توجه به مسأله‌ی مورد پژوهش و اصول و مبانی آن و انتخاب روش‌شناسی هماهنگ با آن. پس موضوع و هدف نباید در جریان دلبستگی به روش فراموش شود.

نکته‌ی دیگر که به طور خاص در مورد علم‌سنجی و اطلاع‌سنجی صادق است، گرایش است که در این حوزه به رویکردهای پوزیتیویستی و کمی‌گرایانه وجود دارد. به طوری که اکثر مطالعات در این حوزه به روش کمی محدود شده‌اند و تبیین یافته‌های این پژوهش‌ها به گونه‌ای عمیق و چند بعدی

ارزیابی دقیق برون‌دادهای علمی الزامی است.

علاوه بر مسایل خاص روش شناختی، مشکلاتی هم در زمینه‌ی روش خاص این حوزه یعنی تحلیل استنادی و پیش‌فرض‌های آن وجود دارد که به برخی از آن‌ها به شرح زیر می‌باشند:

- گاهی ممکن است به دلایل غیر اصولی به منبعی استناد شود؛ مانند دوستی، خویشاوندی، مخالفت، شهرت نویسنده؛
 - ممکن است برخی نویسندگان در قراردادی نانوشته به هم استناد کنند؛
 - مرتب منتشر نشدن مجله‌ها و دیر منتشر شدن آن‌ها مانع استفاده و استناد می‌شود؛
 - تغییر نام و عناوین مجلات و یکی شدن دو مجله مانع استناد می‌شود؛
 - سری بودن برخی از تحقیقات و عدم استناد به کارهای قبلی؛

- استناد به خاطر محققانه‌تر جلوه دادن پژوهش یا طولانی نمودن مقاله؛
 - استناد به خود؛

- سهولت یا عدم سهولت دسترسی در میزان استناد به منابع اطلاعاتی تأثیر اساسی دارد. کاربران اغلب به منابعی استناد می‌کنند که راحت‌تر به آن‌ها دسترسی داشته باشند. این موارد تأییدی است بر اصل کمترین کوشش که پایه‌ی بسیاری از مطالعات حوزه‌ی ما است.

- عدم دقت در ارزیابی استناد؛
 - تشخیص سهم پدیدآورندگان در متون چند نویسنده‌ای؛
 - تفاوت در نحوه‌ی استناد کردن در موضوعات مختلف رشته‌های علمی؛

- آشفته و بی‌قاعده بودن استنادها در علوم انسانی؛

- وجود غلط‌های املائی در متون؛

- وجود نمایه‌های استنادی علوم و موارد مشابه آن، که می‌تواند در تصمیم‌گیری در باب مآخذ مورد استناد، اثر بگذارد. برای مثال کامل نبودن پایگاه‌های اطلاعاتی نمایه‌های استنادی (SCI و SSCI) و تأکید بیش از حد این نمایه‌ها بر

زبان انگلیسی؛

- ممکن است مقالاتی به علت درج در نشریه‌ای خاص و یا به زبانی خاص مورد استناد قرار نگیرند؛

- ممکن است به دلایلی مدرکی مهم مورد استناد قرار نگیرد. برای مثال عدم اطلاع نویسنده از وجود یک مدرک، عدم آشنایی نویسنده با زبان مدرک منتشر شده و علائق و دلایل شخصی.

آشفته‌گی و ابهام در واژگان و اصطلاح‌شناسی:

آشفته‌گی اصطلاح شناختی قابل توجهی در مورد اصطلاحات کتابخانه‌سنجی، کتاب‌سنجی، علم‌سنجی و اطلاع‌سنجی وجود دارد. در ادامه حوزه‌های مورد تأکید هر یک از این اصطلاحات آن گونه که در متون این حوزه مطرح شده است، مورد بررسی قرار گرفته است.

برخی عقیده دارند هر گاه این روش‌های آماری و کمی سازی برای تجزیه و تحلیل عناصر و خدمات کتابخانه‌ای مانند تعیین تعداد کارمندان در بخش‌های مختلف کتابخانه، اطمینان از صحت و دقت گزینش مواد کتابخانه‌ای، ارزیابی خدمات مرجع به روش کمی، تنظیم برنامه‌های بخش امانت به منظور تسهیل گردش مواد کتابخانه‌ای، فهرست نویسی و سازماندهی مواد و به طور کلی خدمات معمول کتابخانه‌ای به کار گرفته شود، به آن کتابخانه‌سنجی می‌گویند.

کتاب‌سنجی با استفاده از تحلیل استنادی و اطلاعات کتابشناختی با اندازه‌گیری انگاره‌های انتشاراتی سر و کار دارد. کتاب‌سنجی علاوه بر بررسی کتابخانه‌ها و مراکز اطلاع‌رسانی در پژوهش‌های موضوعی بسیاری از علوم مانند فیزیک، علوم اجتماعی و رفتاری و دانشمندان رشته‌های مختلف کاربرد دارد. در مقابل از بسیاری از نتایج تحقیقات معتبر علمی در دیگر حوزه‌های دانش در توسعه‌ی نظریه‌ی کتاب‌سنجی استفاده شده است (۲۳).

اندازه‌گیری و سنجش علم مورد تأکید علم‌سنجی است و در اصل علم‌سنجی را دانش اندازه‌گیری علم تعریف کرده‌اند. در این روش تأکید بر الگوهای مطالعاتی و پژوهش در حوزه‌های گوناگون علمی، سیاست‌گذاری علمی، ارزیابی متون پژوهشی و

غیره مورد توجه است.

اطلاع‌سنجی، نظام‌ها و خدمات اطلاع‌رسانی و به طور کلی کمی‌سازی فرایند «اطلاعات» را مورد توجه قرار داده است. برخی عقیده دارند این مفهوم در واقع گسترش روش‌های کتاب‌سنجی و توسعه‌ی آن از نظر توجه به منابع الکترونیکی و فن‌آوری از یک طرف و تحول در فرایندها و تغییر اسامی از کتابداری به اطلاع‌رسانی از طرف دیگر است. تأکید این روش بر مطالعه‌ی اطلاعات است که هسته‌ی مرکزی علم اطلاعات به حساب می‌آید. یعنی هر جا موضوع مورد پژوهش، اطلاعات یا منابع و مدارک اطلاعات باشد، این نوع مطالعه اطلاع‌سنجی نامیده می‌شود.

با مطالعه دقیق‌تر متون مربوط به این حوزه روشن می‌شود که پژوهشگران هر کدام از عرصه‌های کتابخانه‌سنجی، کتاب‌سنجی، علم‌سنجی و اطلاع‌سنجی، حوزه‌ی موضوعی خود را متفاوت و در مواقعی اعم از دیگری می‌دانند و هر کس سعی دارد حوزه‌ی خود را با اهمیت‌تر جلوه دهد. این در حالی است که اکنون بیش از هر زمان دیگر، نیاز به یک توافق کلی برای معرفی این مفاهیم و روش‌ها به صورت هماهنگ‌تر وجود دارد. برای مثال Sengupta عقیده دارد دامنه‌ی کتابخانه‌سنجی از مفاهیم دیگر وسیع‌تر است؛ چرا که نه تنها با مدارک مکتوب و دانش بشر سر و کار دارد، بلکه در طیف گسترده‌تری درگیر توسعه‌ی خدمات کتابخانه‌ای است. وی می‌نویسد کتابخانه‌سنجی به دلیل معرفی نشدن در مجله‌های بین‌المللی مانند دیگر روش‌ها مقبولیت جهانی نیافته است. البته یک دلیل دیگر هم برای این موضوع را این امر می‌داند که انگیزه و هدف اصلی کتابخانه‌سنجی تنها حل مشکلات کتابخانه‌ای بوده است، به همین خاطر دانشمندان دیگر زمینه‌های علمی به صورت گسترده با آن سر و کار نداشته‌اند. وی عقیده دارد به دلایل فوق‌الذکر امروزه کتابخانه‌سنجی در عمل چیزی جز یک اصطلاح نیست (۲۳).

این که کدام یک از این روش‌ها را اعم و کدام یک را اخص در نظر بگیریم، بستگی به دیدگاه نظری و برداشت ما از هر یک از مفاهیم پایه‌ی مورد استفاده در این روش‌ها دارد.

کتابخانه‌سنجی، کتاب‌سنجی، علم‌سنجی و اطلاع‌سنجی بسیار به هم شبیه هستند و از نظر برخی صاحب‌نظران مکمل یکدیگرند. بسیاری عقیده دارند تجزیه و تحلیل دقیق‌تر هر یک از این مفاهیم، نشان می‌دهد که تفاوت آن‌ها به این مسأله بستگی دارد که در کجا به کار گرفته شوند. غیر از این مسأله به نظر می‌رسد همه‌ی آن‌ها به کمی‌سازی و کاربرد آمار و ریاضیات در جنبه‌های مختلف حوزه‌ی کتابداری و علم اطلاعات و به طور کلی اطلاعات و دانش توجه دارند.

هر چند بر اساس موقعیت‌های خاص تاریخی، کاربرد، هدف و زمینه‌ی فعالیت، اسامی گوناگونی به آن‌ها اختصاص یافته است. در نگاه اول به نظر می‌رسد اختلاف در به کارگیری این واژه‌ها بیشتر به سیر تاریخی شکل‌گیری واژه‌های مختلف درباره‌ی یک مفهوم واحد و تغییر پارادایم‌ها در سیر زمان برمیگردد. به علاوه، این نکته را می‌توان نوعی آشفتگی واژه‌شناختی دانست که اغلب گریبان‌گیر حوزه‌های نوپای علوم می‌شود.

در حوزه‌های مختلف علوم رسم بر این است که پس از مدتی مطالعه و کار، مسایل مطرح شده با رویکرد نظری و انتقادی مورد ارزیابی قرار گیرند، در حوزه‌ی ما هم این نیاز وجود دارد. با یک نگاه کلی به حوزه‌های کتاب‌سنجی، علم‌سنجی، اطلاع‌سنجی، وب‌سنجی و غیره، نکته‌ای که بیش از هر چیز آزار دهنده به نظر می‌رسد آشفتگی، پراکندگی و بی‌دقتی در کاربرد اصطلاحات است و این مسأله ریشه در تاریخ کتابداری دارد. یکی از پیامدهای عملگرایی شدیدی که کتابداری همیشه با آن دست به گریبان بوده است، ابهام در وضعیت اصطلاح‌شناسی در این حوزه است. با بررسی تاریخ پیدایش واژه‌های فوق‌مستخرج می‌شود که برخی واژه‌ها در یک محدوده‌ی تاریخی اما در محل‌های متفاوتی مطرح شده‌اند. واژه‌های دیگر تحت تأثیر فن‌آوری یا تحول در محمل‌های اطلاعاتی ظهور یافته‌اند، تعدادی از واژه‌ها مانند وب‌سنجی، سایبرسنجی، شبکه‌سنجی و غیره زیر مجموعه‌ای از مفاهیم اصلی بوده است یا در حوزه‌های خاص خود به صورت مجزا از مفاهیم قبلی کاربرد دارند.

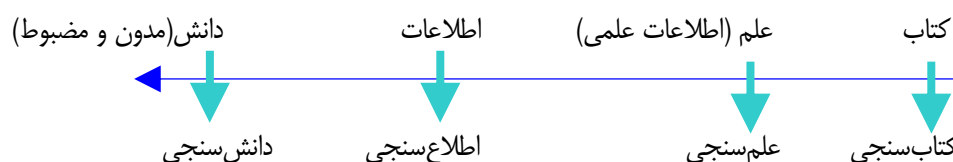
شده است، مانند کتاب‌شناسی، کتابداری، دکوماتاسیون و اطلاع‌رسانی یا علم اطلاعات، برای اصطلاحات فرعی‌تر در این حوزه مانند پارادایم‌ها عمل کرده‌اند، یعنی هر وقت اصطلاح غالب کتابداری یا کتاب‌شناسی در نظر گرفته شود، و پارادایم غالب «کتاب» است، بیشتر اصطلاح کتاب‌سنجی، را به کار می‌برند.

بر اساس رویکرد پوزیتویستی و تجربه‌گرایانه تا مدت‌ها علم‌گرایی و توجه به علم جایگاه والایی داشته است؛ به طوری که در متون انگلیسی به مفهوم علم علم «Science of science» اشاره شده است. به این ترتیب، عبارت علم‌سنجی هم در سیر این تحولات قابل تبیین است. در این جا بر «علم و اطلاعات علمی» به عنوان پارادایم غالب تأکید می‌شود و عبارت فرعی علم‌سنجی را هم می‌توان پیرو این پارادایم مورد توجه قرار داد، اما هنگامی که علم اطلاعات و پارادایم جدید «اطلاعات» در اسم‌گذاری مطرح می‌شود، عبارت اطلاع‌سنجی هم خود را به عنوان اصطلاح برتر و حتی اعم از بقیه‌ی اصطلاحات نشان می‌دهد.

چنان که می‌دانید در زبان فارسی عبارت پیشرو «دانش‌شناسی» وجود دارد و شاید بتوان در تکمیل واژه‌های فوق و با توجه به مقتضیات پارادایم جدید «دانش» و دانش‌شناسی، واژه‌ی دانش‌سنجی «Knowledge metrics» - این اصطلاح توسط پژوهشگر ابداع و پیشنهاد شده است - را هم به سلسله اصطلاحات قبلی در سیر تحول پارادایم‌ها اضافه کرد و این اصطلاح را به عنوان حلقه‌ی نهایی یا آخرین حلقه‌ی اصطلاحات قبلی در جامعه‌ی امروز معرفی نمود. شکل ۲ این فرایند را به خوبی نشان می‌دهد.

چیزی که در این جا اهمیت دارد این نکته است که بعد از ارایه‌ی این مفاهیم کمتر کسی آن‌ها را مورد بازنگری قرار می‌دهد، تفکر و اندیشه در این حوزه بسیار مظلوم واقع شده است و به قول شاعر کسی به فکر باغچه نیست. این یک مشکل اساسی برای پژوهش و آموزش در حوزه‌ی مذکور است. به عبارت دیگر، تا بر سر اصطلاحات پایه تفاهم جمعی حاصل نشود، در تفکر و پژوهش دربارهِی دیگر جنبه‌های آن ناهماهنگی‌هایی وجود خواهد داشت؛ چرا که برای مثال ممکن است دو پژوهشگر با دو اصطلاح متفاوت راجع به یک مفهوم نظر بدهند یا بالعکس، در حالی که دو پژوهشگر از یک اصطلاح استفاده می‌کنند، منظور و مقصود متفاوتی داشته باشند. این نکته‌ای است که درک مفاهیم و بازیابی اطلاعات در یک زمینه را مشکل می‌سازد.

Sengupta معتقد است روش‌های کتابخانه‌سنجی، کتاب‌سنجی، علم‌سنجی و اطلاع‌سنجی به طور تقریبی همسان و هم معنی هستند و هر کدام به ترتیب از ترکیب واژه‌ی سنجی و سنجش با واژه‌های کتابخانه، کتاب‌شناسی، علم و اطلاعات به وجود آمده‌اند (۴). در تفسیر این بیان می‌توان خاطر نشان ساخت که در بررسی اصطلاح شناختی، کتابخانه‌سنجی، کتاب‌سنجی، علم‌سنجی، اطلاع‌سنجی، وب‌سنجی و عباراتی از این دست، علاوه بر جوان بودن حوزه و عدم درک مفاهیم نظری از جمله مفهوم تغییر پارادایم در سیر تحول علوم، همان مشکل سنتی آشفتگی واژه شناختی و مفهومی در حوزه‌ی کتابداری و علم اطلاعات باعث اختلاف نظر و سوء درک در این زمینه‌ها شده است. اسامی گوناگونی که کتابداری و اطلاع‌رسانی در طول تاریخ خود با آن شناخته



شکل ۲: تأثیر تحول در پارادایم‌ها بر نام‌گذاری در حوزه‌ی علم‌سنجی و اطلاع‌سنجی

کتاب، مدرک، اطلاعات علمی (تولیدات علمی)، اطلاعات و دانش مدون و مضبوط، مفاهیم اساسی و کلیدی حوزه‌ی کتابداری و علم اطلاعات هستند و رسالت اصلی این حوزه، مطالعه‌ی ویژگی‌های این مفاهیم با دو رویکرد نظری و عملی است. چنانچه آخرین مفهوم موجود یعنی دانش را به معنای اعم و در برگرفته‌ی دیگر مفاهیم به کار ببریم، در این حوزه مطالعه‌ی روند انتقال دانش از تولید تا استفاده (شامل تولید، نشر، فراهم‌آوری، سازماندهی تا اشاعه و بهره‌گیری از کتاب‌ها، مدارک و اطلاعات) و تبیین این فرایند با دو رویکرد نظری و عملی قابل توجه است، پس اصطلاح دانش‌سنجی در واقع آخرین نمود تحول در پارادایم‌ها است.

به هر حال بدیهی است که صاحب‌نظران و پژوهشگران حوزه‌ی مذکور، اولین کسانی هستند که در این زمینه مسؤلیت دارند و آنان باید با هماهنگی بیشتری نسبت به کاربرد این واژه‌ها اقدام کنند. البته در همایش‌های بین‌المللی و در میان پژوهشگران تلاش‌هایی در این زمینه صورت گرفته است؛ به طوری که عبارت «علم‌سنجی و اطلاع‌سنجی» در عنوان همایش دو سالانه‌ی انجمن بین‌المللی علم‌سنجی و اطلاع‌سنجی تا حدی جایگاه خود را یافته است، اما باز هم به نظر می‌رسد تا کنون راهکار قانع‌کننده‌ای که مقبولیت عام پیدا کند، در این زمینه ارایه نشده است.

در نهایت به نظر می‌رسد که توجه بیشتر به مطالعه‌ی ابعاد نظری حوزه‌ی کتابداری و علم اطلاعات و به خصوص حوزه‌ی کتاب‌سنجی، علم‌سنجی و اطلاع‌سنجی، مطالعه‌ی چگونگی کاربرد واژگان در دیگر علوم و دانش‌هایی که سابقه‌ی طولانی‌تری دارند و به خصوص مطالعه‌ی مفهوم تغییر پارادایم در حوزه‌ی کتابداری و علم اطلاعات، راه‌گشای مسایل زیادی در این حوزه خواهد بود.

فقدان یا کمبود واژه‌ها و اصطلاحات و ابهام در تعاریف آن‌ها نیز در هر رشته‌ی جدید و نوپایی قابل پیش‌بینی است و با گذشت زمان بر طرف می‌شود، مانند آن چه در حوزه‌ی علوم رایانه شاهد بودیم. اکنون واژه‌های این علم حتی به لغت‌نامه‌های عمومی نیز راه یافته‌اند و ابهامات موجود در

تعاریف آن‌ها نیز از بین رفته است و مقبولیت عمومی پیدا کرده‌اند. از این‌رو چنین به نظر می‌رسد که با پیشرفت سریعی که در حوزه‌ی علم‌سنجی و اطلاع‌سنجی روی داده است، این معضل، به زودی برطرف شود. به هر حال میزان مقبولیت هر یک از این اصطلاحات، رمز ماندگاری آن‌هاست. در ادبیات معمول ما اصطلاحات مشابه زیادی وجود دارد، اما اصطلاحات رایج‌تر و فراگیرتر خود را به عنوان اصطلاحات غالب نشان می‌دهند، هر چند اصطلاحات مترادف هم همیشه کاربرد داشته‌اند و همچنان وجود خواهند داشت.

محدودیت فن‌آوری و ابزارهای سنجش علم از جمله مسایل مربوط به ISI در سنجش واقعی علم یا برون‌دادهای علمی،

یکی از موانع پیش روی مطالعات حوزه‌ی علم‌سنجی محدودیت‌هایی است که این حوزه از نظر دسترسی عملی به فن‌آوری‌ها و ابزارهای عینی سنجش علم با آن روبرو است. محدودیت‌های ISI در این مورد مثال خوبی است. مؤسسه‌ی اطلاعات علمی ISI مهم‌ترین متولی علم‌سنجی در جهان امروز است؛ به طوری که داده‌های موجود در پایگاه‌های اطلاعاتی و نمایه‌نامه‌های مؤسسه‌ی اطلاعات علمی ISI و شاخص‌های علم‌سنجی حاصل از این داده‌ها، مبنای اصلی قضاوت درباره‌ی توسعه و اثرگذاری علمی در سطوح مختلف فردی، گروهی، سازمانی، ملی و جهانی است. این در حالی است که اکنون از یک طرف موانع و محدودیت‌های این پایگاه‌ها برای همگان روشن شده است و از سوی دیگر نگرش‌های خطی و یکسان و بدون توجه به تفاوت‌های ماهوی میان حوزه‌های مختلف علوم از جمله علوم تجربی یا اجتماعی و انسانی، چالش‌هایی جدی فرا روی علم‌سنجی به روش ISI قرار داده است. این محدودیت‌ها تأثیر منفی بر میزان روایی ارزیابی علم‌سنجی پایگاه‌های ISI دارند.

برخی از چالش‌های پیش روی ISI در سنجش علم به شرح زیر می‌باشند:

۱. تفاوت میزان تحت پوشش قرار گرفتن حوزه‌های علوم تجربی، علوم اجتماعی و علوم انسانی در پایگاه اطلاعاتی ISI؛

دلیل جوان بودن و ضعف مبانی نظری آن، نمود قوی‌تری دارد و گاهی اوقات روایی و پایایی دستاوردها و نتایج مطالعات این حوزه را دچار تزلزل می‌کند. به هر حال نزدیک به چهل سال از ظهور حوزه‌ی علم‌سنجی (۱۹۶۹) می‌گذرد. این حوزه در طول این سال‌ها فراز و فرودهای زیادی را طی کرده است و منافع و مزایای زیادی برای سازمان‌ها و کشورها به همراه داشته است. در مقابل چالش‌های زیادی هم فرا روی این حوزه قرار گرفته است که برخی موانع اساسی در پژوهش حاضر ارایه شد.

به هر حال امید است که این قدم کوچک و مقدماتی در طبقه‌بندی و ارایه‌ی موانع و کاستی‌ها، باعث توجه هر چه بیشتر پژوهشگران به ارایه‌ی راهکارها و مطالعه‌ی بیشتر در زمینه‌ی مبانی نظری و فلسفی این حوزه گردد.

یادآور می‌شود که مهم‌ترین مانعی که فرا روی مطالعات حوزه‌ی علم‌سنجی قرار دارد، ضعف مبانی فلسفی و نظری آن است که بسیاری از کاستی‌های دیگر از جمله مسایل روش شناختی و آشفتگی واژه شناختی از نتایج و زیر مجموعه‌ی آن به حساب می‌آیند. این کاستی‌ها به دلیل اهمیتی که دارند در کنار کاستی‌های مربوط به ضعف مبانی فلسفی و نظری و به صورت مجزا مورد بررسی قرار گرفتند. حتی دیگر مقوله‌های پیش‌گفته نیز بی‌نیاز از توجه بنیادین و نظری نیستند. برای مثال مشکلات مربوط به تحلیل استنادی و چالش‌های پایگاه‌های مؤسسه‌ی اطلاعات علمی در سنجش علم و تولیدات علمی هم با نگاه عمیق و بنیادین نسبت به این حوزه، ارتباط تنگاتنگی دارند. به عبارت دیگر می‌توان اساس بسیاری از مشکلات این حوزه را کم توجهی به رویکردهای کیفی و مبانی فلسفی و نظری دانست. در نهایت این پژوهش نیز مانند دیگر پژوهش‌ها بر ایجاد توازن و تعادل میان پژوهش‌های بنیادی و کاربردی تأکید دارد.

۲. پوشش محدود منابع مکتوب و نادیده گرفتن برخی از مهم‌ترین انواع مدارک مانند کتاب‌ها در تحلیل استنادی؛

۳. گرایش ملی و بین‌المللی مجلات: برای مثال در علوم اجتماعی و انسانی جهت‌گیری ملی بیشتر است. در نتیجه نمود این حوزه‌ها در ISI ممکن است ضعیف‌تر جلوه کند؛

۴. روش و سنت متفاوت استناد در علوم تجربی، اجتماعی و انسانی: در علوم تجربی بیشتر به مقالات مجلات استناد می‌شود، در علوم اجتماعی و انسانی به کتاب‌ها؛

۵. تفاوت در محدوده‌های زمانی الگوی استناد و ارجاع در علوم مختلف؛

۶. ثابت فرض کردن الگوی ارتباطی میان پژوهشگران و دانشمندان: روش‌های علم‌سنجی به خصوص آن‌هایی که بر محاسبه‌ی انتشارات و استنادها تکیه دارند، الگوهای ارتباطی میان دانشمندان را ثابت فرض کرده‌اند، در حالی که این چنین نیست و روش‌ها و اهداف هر رشته‌ی علمی، به عنوان عاملی در تفاوت رفتار استنادی پژوهشگران آن متجلی می‌شود. برای مثال، ماهیت برخی رشته‌ها ارتباطات رسمی و مکتوب است و در برخی دیگر، روابط غیر رسمی برتری دارد. این موارد چیزی نیست که بتوان با استخراج شاخص‌های علم‌سنجی از داده‌های ISI به دست آورد.

۷. مانع زبان: زبان غالب مجلات ISI انگلیسی است.

۸. تک نویسندگی و چند نویسندگی و تألیف فردی در مقابل تألیف گروهی؛

۹. انتشار آثار در سطوح و قالب‌های مختلف (۲۲).

نتیجه‌گیری

علم‌سنجی نیز مانند هر روش پژوهش دیگر دارای کاستی‌ها، موانع و محدودیت‌هایی است، هر چند کاستی‌های این حوزه به

References

1. Heidari GR. Poll book. In: Heidari GR, Osaerh F, Zareh Farashbandi F, Hajizainolabdini M, Editors. Web poll to poll book. Tehran: Ketabdar Publication; 2008.
2. Heidari GR. Scientometrics. In: Heidari GR, Osaerh F, Zareh Farashbandi F, Hajizainolabdini M, Editors. Web poll to poll book. Tehran: Ketabdar Publication; 2008.

3. Haidari GR. Analysis of Epistemological Basis and Status of concepts, Ideas and Theories of Scientometrics in the current age. [PhD Thesis] Ahwaz: Faculty of Education and Psychology, Shahid Chamran University.
4. Sengupta IN. Bibliometrics, informetrics, scientometrics and librametrics: an overview. *Libri* 1992; 42(2): 75-98.
5. Bookstein A. Informetric distributions, part II: Resilience to ambiguity. *Journal of the American Society for Information Science* 1990; 41(5): 376-86.
6. Glanzel W, Schoepflin U. Little scientometrics, big scientometrics and beyond. *Scientometrics* 1994; 30(2-3): 375-84.
7. Pouris A. Is Scientometrics in a crisis? *Scientometrics* 1994; 30(2-3): 397-9.
8. Bookstein A. Scientometrics: new opportunities. *Scientometrics* 1994; 30(2-3): 455-60.
9. Mendez A. Thinking about Scientometrics. *Scientometrics* 1994; 30(2-3): 3935.
10. Schubert A. Little Scientometrics, Big Scientometrics - And Beyond. *Scientometrics* 1994; 30(2-3): 411-3.
11. Van Raan AF. Scientometrics: State of the art. *Scientometrics* 1997; 38(1): 205-18.
12. Rip A. Qualitative conditions of scientometrics: the new challenges. *Scientometrics* 1997; 38(10): 7-26.
13. Leydesdorff L. The challenge of scientometrics: the development, measurement, and self-organization of scientific communications. New York: Universal-Publishers; 2001.
14. Russell J, Rousseau R. Bibliometric and institutional evaluation. In: *Encyclopedia of Life Support Systems (EOLSS)* [Online]. 2002 [cited 2002 mar 22]; Available from: URL: http://www.vub.ac.be/BIBLIO/itp/lecturers/ronald_rousseau/
15. Archambault E, Gagne EV. The Use of Bibliometrics in the Social sciences and Humanities. Final Report. The Use of Bibliometrics in the Social. Sciences and Humanities [Online]. 2004 Aug; Available from: URL: www.science-metrix.com/
16. Hjørland B. Information science methods [Online]. 2006 [cited 2007 Mar 23]; Available from: URL: http://www.iva.dk/bh/core_concepts_in_lis
17. Hori A. Overview of Data and Information. Tehran: Secretariat Board of Trustees Public libraries countries, Ketabkhaneh Publication; 1993.
18. Daiane MH. Fundamental issues in LIS in Iran. Mashhad: Ketabkhaneh Rayanehei Publications; 2001. p. 47-60.
19. Osareh F. Survey Methods and Applications Information. *Quarterly Rahyaf* 2001; (25): 94-100.
20. Osareh F. Scientometrics, dimensions, methods and applications. In: Hajizainolabдини M, Editor. Proceedings of Conference on Library and Information Association. Iranian Library and Information Association, Organization of Documents and National Library of Iran; 2005 May 12; Tehran, Iran; 2005.
21. Dawar Panah MH. Scientometrics challenges in the field of human sciences in comparison with other areas of science. *Journal of Educational Studies and Psychology* 2007; 8(2): 125-46.
22. Mokhtari H, Mirzaee A. Scientometrics challenges in experimental sciences, social sciences and humanities with a pass on the scientific status of Iran [Online]. 2007; Available from: URL: <http://lis.um.ac.ir/index.php?>
23. Sengupta IN. Bibliometrics, informetrics, scientometrics and librametrics: an overview. *Trans. Vazirpour Keshmiri M. Quarterly Etelearesani* 1997; 10(2): 38-58.

A Critical Approach to Scientometrics Studies*

Gholamreza Haidari, PhD¹

Abstract

One of the most important quantitative methods and research domains in library and information sciences is scientometrics and informatics, which has markedly developed over the last four decades. The Study in each one of the categories of this domain, need to more research and literatures review. Scientometrics applied in description, explanation and prediction of scientific situation of researchers, education and research groups, universities, organizations and countries in various national and international fields. Against the great success which has gained in this field, a lot of challenging obstacles and difficulties has been facing for researchers in mentioned fields.

These challenges could be evaluated with different approaches. In this paper the positive and negative aspects of scientometrics studies have been analyzed using libraries method by a comprehensive and critical approach.

The major obstacles have presented in four categories as follows:

1. Limitation in Philosophical, epistemological and theoretical foundations;
2. Methodological obstacles and specific difficulties of citations and citation analysis;
3. Terminological chaos;
4. Limitation of Scientometrics tools including the ISI in careful assessment of science.

Keywords: Bibliometrics; Citation; Critical Review.

Type of article: Review Article

Received: 25 Jun, 2008

Accepted: 18 Jan, 2010

Citation: Haidari Gh. A Critical Approach to Scientometrics Studies. Health Information Management 2011; 8(2): 243.

* This article was presented in the Conference of Scientometrics in Isfahan University of Medical Sciences in 2007 with the Cooperation of Health Information Research Center.

1. Assistant Professor, Library and Information Sciences, Shahid Chamran University of Ahvaz, Ahvaz, Iran. (Corresponding Author) Email: ghrhaidari@gmail.com.

مطالعه‌ی تطبیقی ضرورت به کارگیری گروه‌های مرتبط تشخیصی به عنوان ابزاری واحد برای تسهیل بازپرداخت درمانی در کشورهای منتخب

رضا صفدری^۱، شهرام توفیقی^۲، مرجان قاضی سعیدی^۳، آزاده گودینی^۴

چکیده

با پیشرفت تکنولوژی در ارائه‌ی خدمات بهداشتی و تخصصی شدن بیشتر فعالیت‌ها، سازمان‌های سلامت برای ارائه‌ی بهتر و جبران هزینه‌ها نیاز به به کارگیری و استفاده از روش‌های هزینه‌یابی برای محاسبه‌ی درآمد و هزینه‌ها داشتند و برای این منظور در کشورهای توسعه یافته، بیشتر بیمارستان‌ها سیستم محاسبه‌ی هزینه‌ها و تعرفه‌های خود را بر اساس گروه‌های مرتبط تشخیصی وابسته گذاشتند. بر اساس این روش جدید، بیمارستان‌ها بر طبق گروه‌های مرتبط تشخیصی وابسته، هزینه‌ها و بهای تمام شده خدمات را در ازای خدمات انجام شده برای بیمار محاسبه کردند.

جمع‌آوری اطلاعات با استفاده از مستندات چاپی و الکترونیکی مرتبط با موضوع صورت گرفت و با توجه به این که گروه‌های مرتبط تشخیصی به عنوان شناخته شده‌ترین نظام طبقه‌بندی بیماری به منظور تسهیل بازپرداخت درمانی بودند، بدین منظور بیمارستان‌ها باید سیستم محاسبه‌ی هزینه‌ها و تعرفه‌های خود را بر اساس روش گروه‌های مرتبط تشخیصی وابسته بگذارند و از آن به عنوان ابزاری برای تسهیل بازپرداخت خود استفاده کنند و در این مقاله سعی بر آن است که با تطبیق فرایندهای انجام شده در این زمینه و استفاده از تجارب کشورهای سرآمد، مناسب‌ترین روش انتخاب شود و نسبت به پیاده‌سازی آن در کشور اقدامات لازم صورت پذیرد.

واژه‌های کلیدی: گروه‌های تشخیص (پرداخت هزینه)؛ هزینه و هزینه سنجی؛ بیمارستان‌ها.

نوع مقاله: کوتاه

پذیرش مقاله: ۸۸/۱۲/۲۲

اصلاح نهایی: ۸۸/۸/۲۶

دریافت مقاله: ۸۸/۳/۱۳

ارجاع: صفدری رضا، توفیقی شهرام، قاضی سعیدی مرجان، گودینی آزاده. مطالعه‌ی تطبیقی ضرورت به کارگیری گروه‌های مرتبط تشخیصی به عنوان ابزاری واحد برای تسهیل بازپرداخت درمانی در کشورهای منتخب. مدیریت اطلاعات سلامت ۱۳۹۰؛ ۸ (۲): ۲۴۴-۲۵۰.

مقدمه

۱. دانشیار، مدیریت اطلاعات بهداشتی درمانی، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران.
۲. استادیار، مدیریت خدمات بهداشتی درمانی، دانشگاه علوم پزشکی بقیه الله، تهران، ایران.
۳. مربی، دانشجوی دکتری تخصصی، مدیریت اطلاعات بهداشتی درمانی، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران.
۴. کارشناسی ارشد، آموزش مدارک پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران. (نویسنده‌ی مسؤل)

Email: azigoodini@yahoo.com

در قرن نوزدهم، اهمیت کسب اطلاعات صحیح در مورد هزینه‌های ارائه‌ی خدمات و تأکید بر اهمیت مدیریت هزینه، باعث گردید تا سیستم هزینه‌های متغیر بر اساس گروه‌های تشخیصی وابسته از بیماران اخذ گردد (۱). گروه‌های مرتبط تشخیصی (DRG یا Diagnostic related groups) یک سیستم طبقه‌بندی بیمار است که مربوط به مشخصات فردی، تشخیصی و خصوصیات درمانی بیماران نسبت به طول مدت بستری و مقدار منابع مصرف شده می‌باشد. DRG چارچوبی را برای هر بیمار بستری خاص با تشخیص چندگانه جهت

بیمار، پنج نوع نظام گروه‌های مرتبط تشخیصی در آمریکا ارایه شده است: ۱. گروه‌های مرتبط تشخیصی Medicare، ۲. گروه‌های مرتبط تشخیصی اصلاح شده، ۳. گروه‌های مرتبط تشخیصی تمام بیماران، ۴. گروه‌های مرتبط تشخیصی اصلاح شده تمام بیماران و ۵. گروه‌های مرتبط تشخیصی بر اساس شدت (۸).

نظام گروه‌های مرتبط تشخیصی Medicare با حمایت مدیریت مراقبت سلامت ایجاد شد و از نظام گروه‌های مرتبط تشخیصی زیر به عنوان نظام پایه جهت ایجاد گروه‌های مرتبط تشخیصی Medicare استفاده می‌کرد. گروه‌های مرتبط تشخیصی اصلاح شده شامل تمایز در سن، عوارض و بیماری‌هایی است که منجر به افزایش هزینه می‌شود. گروه‌های مرتبط تشخیصی شدت که در سال ۱۹۹۴ ایجاد شد و شامل ارزیابی دوباره از عوارض و بیماری‌های همراه می‌باشد. در گروه‌های مرتبط تشخیصی تمام بیماران هدف، پیش‌بینی منابع مصرفی برای جمعیتی غیر از جمعیت تحت پوشش Medicare بود و نظام پایه‌ی مورد استفاده جهت ایجاد گروه‌های مرتبط تشخیصی تمام بیماران، نظام گروه‌های مرتبط تشخیصی Medicare بوده است. در گروه‌های مرتبط تشخیصی اصلاح شده تمام بیماران هدف، پیش‌بینی منابع مصرفی برای تمام بیماران بود و نظام گروه‌های مرتبط تشخیصی پایه برای ایجاد این نظام، گروه‌های مرتبط تشخیصی تمام بیماران بوده است (۹، ۳).

استرالیا:

دو نوع نظام گروه‌های مرتبط تشخیصی در استرالیا ارایه شده است: ۱. گروه‌های مرتبط تشخیصی ملی استرالیا و ۲. نظام گروه‌های مرتبط تشخیصی اصلاح شده‌ی استرالیا. گروه‌های مرتبط تشخیصی ملی استرالیا اولین نظام طبقه‌بندی گروه‌های مرتبط تشخیصی استرالیا می‌باشد که در سال ۱۹۹۲ با کمک سیستم اطلاعات بهداشتی تری ام و بخش خدمات بهداشت و سلامت استرالیا توسعه پیدا کرد. گروه‌بندی مرتبط تشخیصی استرالیایی تحت حمایت سیستم طبقه‌بندی بیماران نیز می‌باشد

طبقه‌بندی بیماری و جراحات فراهم می‌آورد (۲). DRG به عنوان ابزاری برای مدیریت هزینه‌ها و کمک به بیمارستان‌ها و کلینیک‌ها برای کنترل مصرف و کیفیت خدمات صورت پذیرفته، توسعه پیدا کرد (۳). فرایند تشکیل گروه‌های مرتبط تشخیصی با تقسیم تمامی تشخیص‌های اصلی ممکن به طبقات تشخیصی اصلی تحت عنوان MDC (Major diagnostic categories) انجام می‌شود و در زیر مجموعه‌ی طبقات تشخیصی اصلی، گروه‌های مرتبط تشخیصی پایه وجود دارند. یک گروه تشخیصی پایه می‌تواند با مجموعه‌ای خاص از ویژگی‌های بیمار مانند تشخیص اصلی، اقدام تشخیصی درمانی، وضعیت ترخیص، وجود یا عدم وجود عوارض و یا بیماری‌های همراه، گروه سنی، جنسیت، سطح شدت عوارض و یا بیماری‌های همراه و وزن زمان تولد در پذیرش نوزادان مشخص گردد (۵-۳).

شرح مقاله

آمریکا:

عملکرد DRG در بازپرداخت هزینه‌های درمانی نظام گروه‌های مرتبط تشخیصی به عنوان اساسی برای اجرای نظام پرداخت آینده‌نگر در مراقبت‌های حاد محسوب می‌گردد. به عبارتی، بازپرداخت بر اساس گروه‌های مرتبط تشخیصی یک نظام پرداخت آینده‌نگر است؛ چرا که نرخ‌های بازپرداخت برای یک گروه مرتبط تشخیصی از قبل، یعنی پیش از این که خدمات مورد استفاده قرار گیرند، تعیین شده است (۶). اجرای نظام پرداخت آینده‌نگر برای پرداخت بیمارستانی توسط Medicare در ایالات متحده آمریکا باعث تغییرات مهمی در ارایه‌ی مراقبت بهداشتی درمانی گردیده است. از نتایج مهم آن کاهش متوسط طول مدت اقامت بیماران بستری سالمند و نیز حرکت از برخی خدمات بیمارستانی به مجموعه‌ی معالجات غیر بیمارستانی مانند خدمات ارایه شده در مطب پزشکان، کلینیک‌های سرپایی، مراکز جراحی سرپایی و مراقبت در منزل بوده است (۷).

با توجه به استفاده‌های مختلف از یک نظام طبقه‌بندی

گروه‌های مرتبط تشخیصی استرالیا AR-DRG ویرایش ۴/۱ (۱۹۹۸) طرحی بود که برای ایجاد سیستم گروه‌های مرتبط تشخیصی در آلمان در سال ۲۰۰۰ پذیرفته شد. جریان تطبیق GDRG (Germany diagnostic related groups) بر اساس AR-DRG در کنگره‌ای با حضور انجمن‌های پزشکی حرفه‌ای و غیر حرفه‌ای مورد تأیید و تشویق هیأت جلسه قرار گرفت؛ به طوری که بیمارستان‌های منتخب در سال ۲۰۰۳ سیستم‌های بازپرداخت بیمارستانی خود را بر اساس گروه‌های مرتبط تشخیصی تنظیم کردند (۱۶). در ابتدای سال ۲۰۰۴ تمام بیمارستان‌ها به طور قانونی به استفاده از گروه‌های مرتبط تشخیصی برای تسهیل بازپرداخت خدمات بستری برای حمایت از هزینه و بودجه‌ی بیمارستان از خسارت‌های مالی غیر قابل انتظار که ممکن است در زمان‌های مختلف حادث شود، ملزم شدند. از سال ۲۰۰۴ تا به حال، شماری از فاکتورهای تصدیق شده‌ی جدیدی مثل اقدامات پیچیده و تشخیص‌های ثانویه به لیست قبلی اضافه شدند تا یک سیستم متمایز مورد تأیید برای گروه‌بندی گروه‌های مرتبط تشخیصی ایجاد کنند. (شمار گروه‌ها در طبقه‌بندی گروه‌های مرتبط تشخیصی در طی سال‌های مختلف به قرار زیر بوده است: سال ۲۰۰۳ (۶۶۴) گروه، سال ۲۰۰۴ (۸۲۴) گروه، سال ۲۰۰۵ (۸۷۸) گروه و سال ۲۰۰۶ (۹۵۴) گروه) (۱۷).

کانادا:

گروه‌های Case mix در کانادا (Case mix groups) CMG معادل سیستم گروه‌های مرتبط تشخیصی می‌باشد که در سال ۱۹۸۳ در این کشور توسعه پیدا کردند. سیستم Case mix، گروه‌های مرتبط تشخیصی بر اساس ICD9.CM را پذیرفت تا آن را با سیستم طبقه‌بندی ICD9/CCP خود منطبق سازد (۷). در حقیقت MCC در سیستم CMG مشابه سیستم MCC (Major clinical category) در سیستم گروه‌های مرتبط تشخیصی می‌باشد. اگر چه شباهت‌ها در مرحله‌ای متوقف گردید و از معیارهای متفاوت دیگری برای موارد تقسیم شده بعدی استفاده کردند (۱).

که ابزاری برای خلاصه کردن و گزارش‌دهی تعداد و نوع بیماران درمان شده (Case mix) ایجاد می‌کند. آخرین ویرایش این نظام شامل ۲۳ طبقه تشخیصی اصلی می‌باشد که در دو جلد کتاب راهنما توصیف شده است. سیستم طبقه‌بندی استرالیا برگرفته از گروه‌های مرتبط تشخیصی ایالات متحده آمریکا می‌باشد (۱۱، ۱۰).

گروه‌های مرتبط تشخیصی اصلاح شده‌ی استرالیا توسط بخش سلامت و مراقبت و با مشاوره‌ی کمیته‌ی Case mix بالینی استرالیا، طبقه‌بندی، کدگذاری بالینی و مراکز ملی طبقه‌بندی در بهداشت، کارشناسان بهداشتی ایالتی و منطقه‌ای و دیگر سازمان‌ها گسترش پیدا کرد. عنصر کلیدی موفقیت استرالیا در امر توسعه و استفاده از سیستم گروه‌های مرتبط تشخیصی اصلاح شده‌ی استرالیا به عنوان دومین نظام گروه‌های مرتبط تشخیصی کشور به علت درگیری فعال پزشکان بالینی در کمیته‌های Case mix بود (۱۲).

ویرایش‌های مختلف طبقه‌بندی گروه‌های مرتبط تشخیصی استرالیا در سال ۱۹۹۲ شامل ۵۲۷ گروه DRG در سال ۱۹۹۳ شامل ۵۳۰ گروه، در سال ۱۹۹۵ شامل ۶۶۷ گروه و ویرایش چهارم آن در سال ۱۹۹۸ شامل ۶۶۱ گروه DRG بود و در سال ۲۰۰۵ تعداد آن به ۶۶۵ گروه نیز رسیده است (۹، ۱۳).

آلمان:

آلمان جزء آخرین کشورهایی بود که گروه‌های مرتبط تشخیصی را بر اساس پرداخت Per case برای مراقبت‌های بستری پذیرفت. بر خلاف روال دیگر کشورها، در آلمان برای بازپرداخت تمام خدمات بستری به جز موارد روانی و طب روانی استفاده می‌شود.

یکی از اصلی‌ترین هدف‌ها برای اجرای گروه‌های مرتبط تشخیصی کاهش هزینه‌های مراقبت بهداشتی و کنترل هزینه‌ها با اجرای سیستم پرداخت بیمارستانی برای تمام پرداخت‌کننده‌ها با نرخ‌های گروه‌های مرتبط تشخیصی در هر پذیرش می‌باشد (۱۴، ۱۵).

گلوبال، وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی است. نظام گلوبال در حال حاضر جهت پرداخت در سطح دوم و سوم خدمت، استفاده می‌شود (۱۹). طبقات تشخیص اصلی و گروه‌های مرتبط تشخیصی پایه، که در نظام‌های مرتبط تشخیصی به طور جامع و کامل در نظر گرفته شده است، در نظام گلوبال وجود ندارد. طبقاتی جهت اطلاعات غیر معتبر و متناقض و وضعیت ترخیص بیمار در نظام گلوبال در نظر گرفته نشده است. متغیرهای سن، جنس، وجود یا عدم وجود عوارض و بیماری‌های همراه، وزن زمان تولد در نوزادان و شدت بیماری و یا سطح پیچیدگی کلینیکی بیمار و نیز خطر مرگ را نمی‌توان با توجه به نظام گلوبال تعیین نمود. در نظام‌های گروه‌های مرتبط تشخیصی به هر گروه، کدی تعلق می‌گیرد که با کدهای طبقه‌بندی بین‌المللی بیماری‌ها مرتبط و هماهنگ است، اما در نظام گلوبال کدگذاری انجام نمی‌شود. عامل وزن نسبی یا وزن هزینه‌ای، که در محاسبه‌ی هزینه‌ی بیمار با توجه به نظام گروه‌های مرتبط تشخیصی جهت هر گروه، به طور جداگانه تعیین می‌شود، در ارتباط با نظام گلوبال مطرح نمی‌باشد (۲۰).

بحث

با توجه به این که صحت محاسبه‌ی هزینه‌ها در بیمارستان و مراکز بهداشتی به عنوان یک مسأله‌ی اساسی مطرح می‌باشد و سازمان‌ها برای ارایه‌ی خدمات بیشتر و جبران هزینه‌ها نیاز به استفاده از روش‌های هزینه‌یابی برای محاسبه‌ی درآمد و هزینه‌ها دارند. بدین منظور بیمارستان‌ها باید سیستم محاسبه‌ی هزینه‌ها و تعرفه‌های خود را بر اساس روش گروه‌های مرتبط تشخیصی وابسته بگذارند و از آن به عنوان ابزاری برای تسهیل بازپرداخت خود استفاده کنند. البته میان ساختار نظام گلوبال با ساختار نظام مرتبط تشخیصی که در کشورهای توسعه یافته اجرا می‌گردد، اختلاف زیادی وجود دارد. از این رو، پیشنهاد می‌گردد با مطالعه‌ی دقیق روند پیشرفت و توسعه‌ی نظام مرتبط تشخیصی در کشورهای پیشرو، ضمن بر طرف کردن نقاط ضعف در کشور، ابتدای امر سعی بر اجرای پایلوت این طرح در بیمارستان‌های کوچک داشته باشیم و بعد

Case mix تمام قلمرو کانادا را به جز Québec تحت پوشش قرار می‌دهد. Case mix برای گروه‌بندی بیماران بستری تحت مراقبت حاد در کانادا فعالیت خود را آغاز کرده بود و سپس با معرفی گروه‌های اقدامات روزانه برای طبقه‌بندی اقدامات جراحی روزانه در سال ۱۹۹۱ فعالیت خود را دنبال کرد و به طور جامع‌تری با معرفی سیستم مراقبت سرپایی (Comprehensive ambulatory classification system یا CACS) برای طبقه‌بندی ویزیت‌های سرپایی حاد ادامه پیدا کرد. مؤسسه‌ی اطلاعات سلامت کانادا مسؤؤل توسعه، اصلاحات و منتشر کردن این سه طبقه‌بندی در کانادا می‌باشد. در دهه‌های اخیر در این کشور توسعه در زمینه‌ی داده‌های مراقبت بهداشتی و استفاده از روش‌های طبقه‌بندی مناسب برای این داده‌ها و جمعیت، منجر به طبقه‌بندی‌های جدید دیگری مثل APG (Ambulatory related groups)، RUG (Resource utilization groups)، SCIPP (System for classification in-patient psychiatry) شده است. نقش مؤسسه‌ی اطلاعات سلامت کانادا در این موارد، توسعه و اصلاح سیستم‌ها نمی‌باشد بلکه تنها وظیفه‌ی درخواست و انتشار را بر عهده دارد (۱۸).

ایران:

شیوه‌های پرداخت به عرضه کنندگان خدمات درمانی در کشور ایران از چندین فرایند ترکیبی برای پرداخت هزینه‌ی مراقبت استفاده می‌کند که بخشی از آن بر اساس K هزینه‌ی شخصی و تعیین شده که با توجه به ارزش نسبی ضریب مربوط، هر ساله قابل بازنگری است و بخشی از آن هم تحت عنوان پرداخت موردی است که در این روش به طور معمول مقدار پرداختی برای هر مرحله از مراقبت، قبل از ارایه‌ی خدمت تعیین می‌شود. در این روش، بیماران بر اساس جدول بیماری‌ها طبقه‌بندی می‌شوند.

نظام طبقه‌بندی که به عنوان پایه و اساس جهت به کارگیری روش پرداخت موردی استفاده می‌شود، نظامی با عنوان نظام گلوبال است. مرکز توسعه دهنده و حمایت کننده‌ی نظام

نهادهای و سازمان‌های دست‌اندر کار شامل وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، سازمان‌های بیمه‌گر، مراکز درمانی و مجلس شورای اسلامی است تا با همکاری یکدیگر و ایجاد هماهنگی نسبت به طراحی یک برنامه‌ی استراتژیک بلندمدت اقدام نمایند.

تشکر و قدردانی

در پایان از زحمات جناب آقای دکتر صفدری و خانم قاضی سعیدی که استادان راهنمای اینجانب بودند و همچنین مشاوره‌ی آقای دکتر توفیقی تشکر و قدردانی می‌گردد.

به صورت گسترده مانند دیگر کشورها به منظور تسهیل بازپرداخت درمانی از این روش در سطح کشور استفاده کنیم. همچنین باید در نظر داشته باشیم برای افزایش کارایی این نظام، لزوم بهره‌گیری دقیق از نظام طبقه‌بندی بین‌المللی بیماری‌ها (International classification disease) یا ICD و درج کد بیماری یا جراحی توسط پزشک عمومی و متخصص (تشخیص اولیه و ثانویه) و بیمارستان (تشخیص نهایی) مانند آن چه که در کشورهای منتخب بیان شد و در جدول ۱ نیز ارائه شده است، ضروری است. بدیهی است اجرای چنین امری نیازمند همکاری تمامی

جدول ۱: بررسی مقایسه‌ی تطبیقی سیستم طبقه‌بندی بیماران در کشورهای منتخب

کشور	سیستم طبقه‌بندی	سیستم طبقه‌بندی گروه‌های مرتبط تشخیصی	سیستم کدگذاری تشخیصی	سیستم کدگذاری اقدامات
استرالیا	گروه‌های مرتبط تشخیصی اصلاح شده و گروه‌های مرتبط تشخیصی ملی استرالیا	استفاده می‌کند	ICD-10-AM	ICD-10-AM
آمریکا	گروه‌های مرتبط تشخیصی شدت، گروه‌های مرتبط تشخیصی تمام بیماران، گروه‌های مرتبط تشخیصی اصلاح شده، گروه‌های مرتبط تشخیصی Medicare	استفاده می‌کند	ICD-10-CM	ICD-10-CM
آلمان	G-DRG	استفاده می‌کند	ICD-10-SGBV	OPS-301 v.2.0
کانادا	گروه‌های Case mix (CMG)	استفاده می‌کند	ICD-10-CA	CCI
ایران	گلوبال	استفاده نمی‌کند	ICD-10	ICD-10

References

1. Bloor K, Maynard A. Provider Payment Mechanisms." Background paper to Flagship Module 7, Flagship Course on Health Sector Reform and Sustainable Financing. Washington (DC): World Bank Institute; 1998.p. 13-33.
2. Safdari R. System nomenclature and classification disease and present model for creation national classification disease. Tehran: Mirmah Publication; 2003.

3. Fetter R. Background. In: Fetter RB, Brand DA, Gamache D, editors. DRGs: their design and development. Chicago: Health Administration Press; 1991.
4. Shi L, Singh DA. Essentials of the United States health care system. London: Jones & Bartlett Learning; 2005. p. 142.
5. Fetter RB. Background. In: Fetter RB, Brand DA, editors. DRGs: their design and development. Chicago: Health Administration Press, 1991.
6. The Diagnostic Related Groups (DRGs) to Adjust Payment -Mechanisms for Health System Providers [Online]. Proceedings of the Inter -American Conference of social security; 2005 Nov; Available from: URL: [http:// www.Ciss.org.mx/pdf/en/studies/ciss-wp-o5122.pdf/](http://www.Ciss.org.mx/pdf/en/studies/ciss-wp-o5122.pdf)
7. Davis N, LaCour M. Introduction to health information technology. 1st ed. Philadelphia: W.B. Saunders; 2002.
8. Campbell C, Schmitz H, Waller L. Financial Management in a Managed Care Environment. New York: Delmar Publishers; 1998.
9. Vines D, Rollins E, Braceland A, Miller S. Comprehensive health insurance: billing, coding, and reimbursement. London: Pearson Prentice Hall; 2008.
10. Duckett S. The Development of Australian Refined Diagnosis Related Groups: The Australian Inpatient Casemix Classification. CASEMIX Quarterly 2000; 24: 115-20.
11. Stoelwinder J, Viney R. A Tale of two states: New south wales Victoria. In: Bloom AL, Editor. Health reform in Australia and New Zealand. New York: Oxford University Press, 2000. p. 211-24.
12. AIHW. Health Expenditure in Australian [Online]. 2003 Oct 4 [cited 2005 Oct 6]; Available from: URL: <http://www.aihw.gov.au/publication-detail/?id=6442468028/>
13. Australia.Dept.of Health and Aged Care. Australian refined diagnosis related groups: version 4.2: addendum to definitions manual. Canberra: Commonwealth Dept. of Health and Aged Care; 2000.
14. Berlinguet M, Vertrees J, Freedman R, D Andrea R, Tinker A. Case-mix Analysis Across Patient Populations and Boundaries: A Refined Classification System Designed Specifically for International Quality and Performance Use [Online]. 2002; Available from: URL: <http://solutions.3m.com/3MContentRetrievalAPI/>
15. Wilke MH, Hocherl E, Scherer J, Janke L. Introduction of the new DRG-based reimbursement system in German hospitals-a difficult operation? Experiences and possible solutions from the viewpoint of trauma surgery. Unfallchirurg 2001; 104(5): 372-9.
16. Ahrens U, Bocking W, Kirch W. Der optionale Start der G-DGRs im Jahr 2003: Warum entschieden sich Krankenha"user für die Einführung zum frühen Zeitpunkt? Journal of Public Health 2004; 12(1): 61-71.
17. Hatcher J. An Overview of Canadian Case Mix Initiatives. Proceedings of the 2008 Australian Casemix Conference; 2008 Nov 17; Adelaide, Canada; 2008.
18. Perry S. CIHI Grouping and indicators program consultant, case mix CIHI, Maximizing the use and understanding of case mix tools health care interactive workshop.canadian institute for health information & Ontario ministru of health and long-term care [Online]. 2009; Available from:URL: <http://www.cihi.ca/CIHI-ext-portal/internet/EN/>
19. Bloor K, Mynard A. Provider payment mechanisms: Methods of payment to service providers. University of organization social service; 2005. p. 48-61
20. Hajghasemali D, Hajmahmoodi H. Expenses global operation in hospital private organization social service; 2005. p. 48-61.
21. Sharifian R. Study comparative diagnostic related groups in selective countries, [MSc Thesis] Tehran: Iran University of Medical Sciences; 2004.

A Comparative Study on the Necessity of Using Diagnostic Related Groups for as a Tool to Facilitate the Repayment of Health Units in Selected Countries

Reza Safdary, PhD¹; Shahram Tofighi, PhD²; Marjan Ghazisaeeedi³; Azadeh Goodini⁴

Abstract

With increasing technology in providing health care services and specialization, health care organization requires application of costing methods for calculating income and expenses to improve the health care services and compensate the costs.

For this purpose, most hospitals in the developed countries, estimated system costs based on affiliated diagnostic related groups. According to this new method, hospitals were calculated costs and cost of services in return for services performed for the patient. In this review article, the data has been collected using print and electronic documents related to the topic. Considering that the diagnostic related groups known as disease classification system to facilitate medical reimbursement, so, hospitals must calculate their costs based on this method. In this article, we try to select the most appropriate method to make the necessary actions in the country with the matching process performed in this field and use the pre-eminent world experiences.

Keywords: Diagnosis- Related Groups; Costs and Cost Analysis; Hospitals.

Type of article: Short Article

Received: 3 Jun, 2009

Accepted: 12 Mar, 2010

Citation: Safdary R, Tofighi Sh, Ghazisaeeedi M, Goodini A. A Comparative Study on the Necessity of Using Diagnostic Related Groups for as a Tool to Facilitate the Repayment of Health Units in Selected Countries. Health Information Management 2011; 8(2): 250.

1. Associate Professor, Health Information Management, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran.
2. Assistant Professor, Health Services Managment, Baghiatolah University of Medical Sciences, Tehran, Iran.
3. Lecturer, PhD Student, Health Information Management, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran.
4. MSc, Education of Medical Record, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran. (Corresponding Author)
Email: azigoodini@yahoo.com

ارزیابی عملکرد مربیان کارآموزی از نظر دانشجویان مدارک پزشکی در دانشگاه علوم پزشکی کاشان*

فاطمه روزبهانی^۱، عباس شیخ طاهری^۲، مهرداد فرزندی پور^۳، فاطمه رنگرز جدی^۴،
زهره مبارک قمصری^۵

چکیده

مقدمه: هدف فعالیت‌های آموزشی رشد آگاهی و توانایی‌های بالقوه‌ی انسان است. ارزیابی خدمات آموزشی نقش مؤثری در حصول کیفیت فعالیت‌های آموزشی و افزایش مهارت‌های فراگیران دارد. لذا این پژوهش با هدف ارزیابی عملکرد مربیان کارآموزی از نظر دانشجویان مدارک پزشکی در دانشگاه علوم پزشکی کاشان در سال تحصیلی ۸۵-۱۳۸۴ انجام پذیرفت.

روش بررسی: این پژوهش مطالعه‌ای توصیفی بود که بر روی کلیه‌ی دانشجویان مقاطع کاردانی و کارشناسی رشته‌ی مدارک پزشکی دانشگاه علوم پزشکی کاشان نیم سال دوم ۸۵-۱۳۸۴ که شامل ۲۱ دانشجوی کاردانی و ۲۰ دانشجوی کارشناسی ترم آخر بودند، انجام گرفت. در این مطالعه، از پرسش‌نامه‌ای مشتمل بر ده سؤال با پاسخ‌های بسته از بسیار خوب تا ضعیف که روایی و پایایی آن تأیید شده بود، استفاده شد. در مجموع ۳۲۸ پرسش‌نامه برای ارزیابی تمام مربیان کارآموزی (۸ نفر) توزیع گردید که از این تعداد ۲۰۵ پرسش‌نامه عودت داده شد. تحلیل داده‌ها از طریق تعیین فراوانی مطلق و نسبی انجام گرفت.

یافته‌ها: از نظر اکثر دانشجویان (۷۱/۲ درصد)، کنترل حضور و غیاب دانشجو در محل کارآموزی توسط مربیان کارآموزی در حیطه‌ی بسیار خوب قرار داشت. رعایت موازین اخلاقی و اسلامی (۶۹/۷ درصد) و حضور به موقع مربی (۶۷/۸ درصد)، در مراتب بعدی قرار داشتند.

نتیجه‌گیری: دانشجویان عملکرد مربیان کارآموزی را در حد بسیار خوب (۶۱ درصد) ارزیابی نمودند. به نظر می‌رسد توجه به عواملی مانند پیگیری مشکلات کارآموزان، توضیح شرح وظایف کارآموز قبل از شروع دوره و نظارت بر یادگیری مهارت‌های عملی ایشان می‌تواند باعث ارتقای هر چه بیشتر کیفیت آموزش گردد.

واژه‌های کلیدی: مدارک پزشکی؛ کارآموزی؛ ارزیابی؛ کارآموزان.

نوع مقاله: کوتاه

پذیرش مقاله: ۱۹/۸/۲

اصلاح نهایی: ۱۹/۴/۲۸

دریافت مقاله: ۸۸/۶/۱۲

ارجاع: روزبهانی فاطمه، شیخ طاهری عباس، فرزندی پور مهرداد، رنگرز جدی فاطمه، مبارک قمصری زهره. **ارزیابی عملکرد مربیان کارآموزی از نظر دانشجویان مدارک پزشکی در دانشگاه علوم پزشکی کاشان.** مدیریت اطلاعات سلامت ۱۳۹۰؛ ۸ (۲): ۲۵۷-۲۵۱.

مقدمه

* این مقاله حاصل تحقیق مستقل بدون حمایت مالی سازمانی است.
۱. مربی، مدارک پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی کاشان، کاشان، ایران.
Email: frouzbehani@gmail.com (نویسنده‌ی مسؤل)
۲. دانشجوی دکتری، مدیریت اطلاعات بهداشتی درمانی، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران.
۳. استادیار، مدیریت اطلاعات بهداشتی درمانی، دانشگاه علوم پزشکی کاشان، کاشان، ایران.
۴. مربی، مدارک پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی کاشان، کاشان، ایران.
۵. کارشناس، مدارک پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی کاشان، کاشان، ایران.

رسالت دانشگاه تربیت نیروی انسانی متخصص مورد نیاز جامعه، ترویج و ارتقای دانش، گسترش تحقیق و فراهم کردن زمینه‌ی مساعد برای توسعه‌ی کشور است (۱). نظام آموزشی کشور باید در جهت تربیت نیروی انسانی ماهر و توانمند در زمینه‌های مختلف علوم پزشکی و بر اساس نیاز جامعه، مورد ارزشیابی قرار گیرد (۲).

(۲۱ نفر) رشته‌ی مدارک پزشکی دانشگاه علوم پزشکی کاشان بودند که از طریق سرشماری وارد مطالعه شدند. این پژوهش در نیمسال دوم سال تحصیلی ۸۵-۱۳۸۴ انجام گردید. ابزار گردآوری اطلاعات، پرسش‌نامه‌ی استاندارد مرکز EDC دانشگاه علوم پزشکی کاشان مشتمل بر ۱۰ سؤال با پاسخ‌های بسته از بسیار خوب تا ضعیف بود. روایی ابزار گردآوری اطلاعات با استفاده از روش تعیین اعتبار محتوا و پایایی آن با استفاده از روش آزمون مجدد تعیین شد؛ بدین صورت که پرسش‌نامه در دو مرحله به فاصله‌ی ۱۰ روز در اختیار نمونه‌ای کوچک، که شامل ۱۰ نفر خارج از جامعه‌ی پژوهش بودند، قرار گرفت و $r = 0/87$ به دست آمد. در مجموع تعداد ۳۲۸ پرسش‌نامه برای ارزیابی تمام مربیان کارآموزی (۸ نفر) در بین ۴۱ نفر دانشجو در روزهای انتهایی برنامه‌های کارآموزی توزیع گردید. داده‌ها با استفاده از شاخص‌های آمار توصیفی و با نرم‌افزار SPSS تحلیل شد.

یافته‌ها

تعداد ۲۰۵ پرسش‌نامه عودت داده شده (میزان پاسخ ۶۲/۵ درصد) از کل کارآموزان شرکت کننده در تحقیق، ۵ نفر (۱۲/۲ درصد) مرد و ۳۶ نفر (۸۷/۸ درصد) زن بودند. ۵۲/۵ درصد از دانشجویان در مقطع کاردانی و ۴۷/۵ درصد آن‌ها در مقطع کارشناسی مشغول به تحصیل بودند. یافته‌های مربوط به ارزیابی عملکرد مربیان از دیدگاه دانشجویان مدارک پزشکی در جدول ۱ ارایه شده است. همانگونه که جدول ۱ نشان می‌دهد، ۸۵/۳ درصد از دانشجویان عملکرد مربیان کارآموزی را در حد بسیار خوب و خوب ارزیابی نمودند. از بین معیارهای مورد نظر، کنترل حضور و غیاب دانشجو (۷۱/۲ درصد) و رعایت موازین اخلاقی (۶۹/۷ درصد) در شرایط بهتری بوده است. ۲۷/۶ درصد دانشجویان پیگیری مشکلات کارورز، ۲۲ درصد دانشجویان، توضیح شرح وظایف کارورز قبل از شروع دوره و ۲۱/۵ درصد دانشجویان نظارت مداوم بر یادگیری مهارت‌های عملی در کارآموزی و پاسخ‌گویی به سؤالات دانشجویان به نحو رضایت‌بخش را در حد متوسط و ضعیف می‌دانستند.

دانشجویان علوم پزشکی به منظور داشتن حداکثر کارایی باید دانش و مهارت لازم برای حرفه‌ی آینده‌ی خود را کسب کنند. کارآموزی در عرصه، در دستیابی دانشجویان به توانمندی‌های حرفه‌ای نقش اساسی دارد (۳). کارآموزی در عرصه یا آموزش بالینی را می‌توان فعالیت‌های تسهیل‌کننده یادگیری در محیط عمل دانست که در آن مربی و دانشجو به یک اندازه مشارکت دارند و هدف از آن، ایجاد تغییرات قابل اندازه‌گیری در دانشجو برای انجام فعالیت‌های حرفه‌ای است (۴). کارآموزی به عنوان یکی از جنبه‌های مهم آموزش باید مورد ارزشیابی قرار گیرد. عقیده بر این است که باید در مورد محتوا و روش آموزش از دانشجویان نظرخواهی شود (۳). مطالعات زیادی در مورد کیفیت کارآموزی و آموزش بالینی از نظر دانشجویان در دانشگاه‌ها و در گروه‌های مختلف انجام گرفته است که به مشکلاتی از جمله ضعف در برنامه‌ی آموزشی و نحوه‌ی کار آموزش دهندگان، امکانات و تجهیزات، نقش اعضای دیگر تیم بهداشتی و بازده کلی آموزش بالینی (۵)، ضعف در مهارت‌های کسب شده و ضعف مربیان بالینی (۶)، ضعف شیوه‌های ارزشیابی دانشجویان (۷) و عدم کاربرد برخی دروس نظری در عمل (۸، ۹) اشاره شده است.

پژوهشی در استرالیا نشان داد که دانشجویان این رشته محتوای درسی تئوری و عملی آن را کافی و مفید می‌دانند ولی معتقدند که باید فرصت‌های بیشتری برای دوره‌های عملی (کارآموزی) وجود داشته باشد (۱۰). بدیهی است این دوره‌ی آموزشی نیز باید مانند هر دوره‌ی آموزشی دیگری مورد ارزشیابی قرار گیرد تا از کمیت و کیفیت اجرای آن اطمینان حاصل گردد. از آن جا که به نظر می‌رسد تا کنون مطالعه‌ی منتشر شده‌ای در مورد ارزیابی عملکرد مربیان کارآموزی رشته‌ی مدارک پزشکی وجود نداشته است، از این رو مطالعه‌ی حاضر به منظور ارزیابی عملکرد مربیان کارآموزی از نظر دانشجویان مدارک پزشکی در دانشگاه علوم پزشکی کاشان در سال تحصیلی ۸۵-۱۳۸۴ انجام پذیرفت.

روش بررسی

مطالعه‌ی حاضر از نوع توصیفی-مقطعی است. جامعه‌ی پژوهش دانشجویان کارشناسی روزانه (۲۰ نفر) و کاردانی شبانه

جدول ۱: توزیع فراوانی نظرات دانشجویان مدارک پزشکی در خصوص مربیان کارآموزی در عرصه‌ی دانشگاه علوم پزشکی کاشان

معیارها	نظرات	بسیار خوب	خوب	متوسط	ضعیف	جمع
حضور به موقع مربی در محل کارآموزی و رعایت طول زمان آن	۱۳۹ (۶۷/۸)*	۴۳ (۲۱)	۱۸ (۸/۸)	۴ (۲)	۲۰۴ (۹۹/۵)**	
توضیحات نظری لازم برای مهارت‌های عملی کارآموزی	۱۱۷ (۵۷/۱)	۵۸ (۲۸/۳)	۲۴ (۱۱/۷)	۶ (۲/۹)	۲۰۵ (۱۰۰)	
پاسخ به سؤالات دانشجویان به نحو رضایت‌بخش	۱۲۴ (۶۰/۵)	۴۸ (۲۳/۴)	۲۰ (۹/۸)	۱۱ (۵/۴)	۲۰۳ (۹۹)	
تسلط در انجام مهارت‌های عملی	۱۲۳ (۶۰)	۶۰ (۲۹/۳)	۱۴ (۶/۹)	۵ (۲/۴)	۲۰۲ (۹۸/۵)	
نظارت مداوم بر یادگیری مهارت‌های عملی در کارآموزی دانشجویان	۱۰۵ (۵۱/۲)	۵۱ (۲۴/۸)	۳۳ (۱۶/۱)	۱۱ (۵/۴)	۲۰۰ (۹۷/۵)	
رعایت موازین اخلاقی و شاعر اسلامی	۱۴۳ (۶۹/۷)	۵۱ (۲۴/۸)	۵ (۲/۴)	۳ (۱/۵)	۲۰۲ (۹۸/۵)	
دقت در انجام وظایف کارآموز در بیمارستان	۱۱۴ (۵۵/۶)	۵۷ (۲۷/۸)	۲۳ (۱۱/۲)	۸ (۳/۹)	۲۰۳ (۹۹)	
توضیح شرح وظایف کارورز قبل از شروع دوره	۱۱۷ (۵۷/۱)	۵۱ (۲۴/۸)	۲۲ (۱۵/۷)	۱۳ (۶/۳)	۲۰۳ (۹۹)	
کنترل حضور و غیاب دانشجو در محل کارآموزی	۱۴۶ (۷۱/۲)	۳۶ (۱۷/۵)	۱۷ (۸/۳)	۴ (۲)	۲۰۲ (۹۸/۵)	
پیگیری مشکلات کارورز در بیمارستان مربوط	۱۰۸ (۵۲/۷)	۳۸ (۱۸/۵)	۳۵ (۱۷/۱)	۲۱ (۱۰/۵)	۲۰۲ (۹۸/۵)	
جمع	۱۲۳۶ (۶۱)	۴۹۳ (۲۴/۳)	۲۱۱ (۱۰/۴)	۸۶ (۴/۲)	۲۰۲۶ (۹۸/۸)	

* اعداد داخل پرانتز نشان دهنده‌ی درصد است.

** به علت موارد پاسخ داده نشده، مجموع اعداد در برخی موارد معادل ۱۰۰ درصد نیست

بحث

یافته‌های حاصل از پژوهش نشان می‌دهد که اکثر دانشجویان (۶۱ درصد) عملکرد مربیان را بسیار خوب می‌دانند. نتایج مشابه در آموزش بالینی رشته‌های پرستاری و پزشکی اجتماعی در دانشگاه‌های علوم پزشکی ایران (۱)، اراک (۴)، رفسنجان (۱۱) و سمنان (۱۲) گزارش شده است؛ ولی ۷۳ درصد دانشجویان پرستاری و مامایی دانشگاه‌های علوم پزشکی شهید صدوقی یزد و اصفهان وضعیت آموزش بالینی را از لحاظ برنامه‌ی آموزشی، نحوه‌ی کار آموزش دهندگان و بازده کلی آموزش بالینی بد و بسیار بد می‌دانستند (۸).

مطالعه‌ای در استرالیا نشان داده است که ۷۸ درصد دانشجویان، دوره‌های تجربه‌ی حرفه‌ای (کارآموزی) را تجارب یادگیری مناسب و مفیدی می‌دانستند (۱۳) که با نتایج

مطالعه‌ی حاضر هم‌سو است.

حضور مربیان واجد شرایط، یکی از محورهای مهم در اجرای مناسب دوره‌های کارآموزی است. یافته‌ها نشان می‌دهد که دانشجویان حضور مربیان را مناسب می‌دانند، ولی تحقیقی منتشر نشده در مورد نظرات دانشجویان کارشناسی مدارک پزشکی در مورد اجرای برنامه‌ی مصوب کارآموزی در عرصه‌ی ۳ مقطع کاردانی نشان داد که ۵۰ درصد دانشجویان در دوره‌ی کارآموزی خود مربی نداشته‌اند و آموزش آن‌ها تنها توسط کارکنان بخش بوده است. همچنین ۵۰ درصد این دانشجویان، عدم توجه به نیازهای آموزشی خود را اعلام نمودند (۱۴).

فصیحی هرندی و سلطانی عربشاهی ارتقای کیفیت فرایند آموزش بالینی را مستلزم مدیریت و برنامه‌ریزی صحیح و حضور فعال و مؤثر اعضای هیأت علمی در عرصه‌های خدمات آموزش

دانشجویان دانست.

در تحقیق حاضر، ۸۹ درصد دانشجویان تسلط مربی در انجام مهارت‌های عملی را خوب و بسیار خوب می‌دانستند که با سایر مطالعات هم‌سو است (۱۱، ۱). همچنین در تحقیق حاضر، ۵۷ درصد دانشجویان توضیح شرح وظایف کارآموز قبل از شروع دوره را خوب می‌دانستند.

مطالعات دیگر نشان داده‌اند که بیان اهداف کارآموزی به خوبی صورت نمی‌گیرد (۱۱، ۱). در تحقیقی، ۸۰/۴ درصد دانشجویان کارشناسی مدارک پزشکی بیان اهداف کارآموزی را متوسط و ضعیف می‌دانستند (۱۳). در این راستا، گروه مدارک پزشکی دانشگاه علوم پزشکی کاشان قبل از شروع کارآموزی طی جلسه‌ای اهداف و موازین کارآموزی را به طور کامل به اطلاع دانشجویان می‌رساند و اهداف کارآموزی را به صورت کتبی در اختیار آنان قرار می‌دهد. با این حال، با توجه به این که ۲۲ درصد دانشجویان توضیح شرح وظایف قبل از شروع دوره را متوسط و ضعیف می‌دانستند، توصیه می‌شود که مربیان هر فیلد با توجه به رویه‌ی کاری خود به شرح اهداف و وظایف کارآموزان بپردازند.

در تحقیق حاضر، نظارت مداوم بر یادگیری مهارت‌های عملی در کارآموزی دانشجویان در ۵۱/۲ درصد موارد بسیار خوب عنوان شده است. در تحقیقی مربیان کارآموزی از نظر مدیریت آموزش متوسط ارزیابی شدند (۱). همچنین مطالعه‌ای در بریتانیا نشان داد که دانشجویان پزشکی شیوه‌ی ارزیابی مهارت‌های بالینی خود در مورد پرونده‌های پزشکی را مفید نمی‌دانستند (۲۱). در تحقیقی مشخص شد که ۵۵/۵ درصد دانشجویان مدارک پزشکی نظارت بر کارآموزی را متوسط می‌دانند (۱۴). همچنین ۹۷ درصد مدیران گروه‌های مدیریت اطلاعات بهداشتی، ارزیابی مربیان کارآموزی را در ارزیابی کلی دانشجویان مفید می‌دانستند (۲۲).

Niobel (به نقل از فصیحی هرنیدی و همکاران) معتقد است اگر استادان، دانشجویان را در زمان فعالیت هدایت کنند، امکان شناخت سریع نواقص و اصلاح آن‌ها وجود خواهد داشت (۱). بنابراین با توجه به این که ۲۱ درصد دانشجویان نظارت

بالینی می‌داند (۱۵). به نظر می‌رسد وجود مربی واجد شرایط و عملکرد مناسب وی می‌تواند نقش بسیار مهمی در تأمین نیازهای آموزشی دانشجویان و اجرای مؤثر برنامه‌های کارآموزی داشته باشد. در این راستا، گروه مدارک پزشکی دانشگاه علوم پزشکی کاشان با اختصاص مربی کارآموزی از بین اعضای هیأت علمی خود و نیز عقد قرارداد حق التدریس با کارکنان شاغل در بخش‌های مدارک پزشکی هر بیمارستان (در مجموع ۸ نفر) زمینه‌ی مناسب برای کارآموزی دانشجویان خود را فراهم نموده است و همان گونه که عنوان شد اکثریت دانشجویان، عملکرد مربیان را در حد بسیار خوب ارزیابی نموده‌اند.

در این تحقیق، کنترل حضور و غیاب و رعایت موازین اخلاقی و شعائر اسلامی و برخورد با دانشجو در حیطه‌ی بسیار خوب بوده است. مطالعات دیگر نیز نتایج مشابهی نشان داده‌اند (۱۶، ۱۴، ۱). در مطالعاتی نشان داده شده است که علاوه بر عواملی نظیر مقبولیت و شهرت علمی استاد، اعتقاد به مبانی دینی و برخورد با دانشجویان در ارزشیابی دانشجویان فوق‌العاده حایز اهمیت است که باید مد نظر استادان قرار گیرد (۱۸، ۱۷).

در این پژوهش ۸۳/۹ درصد دانشجویان پاسخ به سؤالات را در حد بسیار خوب می‌دانستند. در مطالعه‌ای اکثر دانشجویان (۴۰ درصد) علاقه‌مندی مربیان به پاسخ‌دهی سؤالات را متوسط می‌دانستند و کمترین نمره، مربوط به پاسخ‌گویی با علاقه بوده است (۱).

در تحقیقات دیگری عواملی مانند در دسترس نبودن دایم مربی برای رفع نیازهای آموزشی به عنوان یکی از مشکلات آموزشی بالینی از دیدگاه دانشجویان مطرح شده است (۲۰، ۱۹). همچنین پژوهشی نشان داد که ۸۳/۲ درصد دانشجویان مدارک پزشکی زمان صرف شده برای پرسش و پاسخ در دوره‌ی کارآموزی را متوسط و ضعیف می‌دانستند (۱۴) که با یافته‌های مطالعه‌ی حاضر مغایر است. عدم حضور مربی و آموزش صرف توسط کارکنان بخش می‌تواند عامل این موضوع باشد؛ اما در مطالعه‌ی حاضر می‌توان تعداد مربیان و تمام وقت بودن آنان را عامل وجود فرصت کافی برای پاسخ کامل به

عواملی مانند پیگیری مشکلات کارآموز، دقت در انجام وظایف و نظارت بیشتر بر یادگیری وی می‌تواند باعث ارتقای هر چه بیشتر کیفیت آموزش کارآموزی شود. همچنین مطالعات بیشتری در مورد میزان دستیابی کارآموزان به اهداف آموزشی، کاربردی بودن دروس تئوری در عمل، بررسی امکانات و تجهیزات کارآموزی و شیوه‌های ارزشیابی کارآموزی توسط مربیان کارآموزی مدارک پزشکی توصیه می‌شود.

مداوم بر یادگیری را مناسب نمی‌دانستند، توصیه می‌شود که مربیان کارآموزی نظارت بیشتری بر انجام فعالیت‌های عملی دانشجویان اعمال کنند. همچنین ۲۸ درصد دانشجویان از پیگیری مشکلات خود توسط مربیان راضی نبوده‌اند (متوسط و ضعیف)، بنابراین توصیه می‌شود که مربیان کارآموزی به این موضوع توجه بیشتری داشته باشند.

نتیجه‌گیری

با توجه به یافته‌های به دست آمده به نظر می‌رسد توجه به

References

1. Fasihi Harandi T, Soltani Arabshahi SK, Tahami SA, Mohammad Alizadeh S. Viewpoints of medical students about the quality of clinical education. The Journal of Qazvin University of Medical Sciences 2004; 8(1): 4-9. [In Persian].
2. Farzian Pour F, Bazargan A. Evaluation of clinical education departments of Tehran hospitals. Tehran University Medical Journal 1999; 57(2): 72-8. [In Persian].
3. Ghour Chaei A, Hajy Abadi MR. Medical students' viewpoints of their goal achievement in ENT clerkship period in Birjand University of Medical Sciences. The journal of Gazvin Medical Sciences 2004; 8(1): 19-30. [In Persian].
4. Khoursandi M, Khosravi S. Investigation of the view of nursing and midwifery students about clinical education condition in nursing and Midwifery College of Arak University Of Medical Sciences. Journal of Arak University of Medical Sciences 2002; 5(1): 29-32. [In Persian].
5. Shahbazi L, Salimi T. Attitudes of nursing and midwifery students on clinical. Journal of Medical Sciences Shahid Sadoughi Yazd 2000; 8(2): 97-103. [In Persian].
6. Saberian M, Asgari MR, Asadi AA, Nobahar M, Atash Nafas E, Ghods AA, et al. A model for nursing college evaluation. Koomesh, Journal of Semnan University of Medical Sciences 2003; 5: 65-71. [In Persian].
7. Bahrini Tousi M, Kaveh Tabatabaie M, Modaber Azizi M, Ebrahimzade S, Bahrini Tousi V, Bahrini Tousi K. Medical students' viewpoints about the evaluation methods at internship stag, Mashad University in 2001. Medical Journal of Mashad University of Medical Sciences 2001; 45(76): 97-103. [In Persian].
8. Alipour Haydari M, Hassan Zadeh GR, Haji Seied Javadi Z. Attitude of dentistry students at clinical sections of Qazvin Medical University towards the application of basic sciences courses. The Journal of Qazvin University of Medical Sciences 2002; 6(2): 38-42. [In Persian].
9. Hassanzade GR, Alipour Haydari M. Medical students' views on application of basic sciences. The Journal of Qazvin University of Medical Sciences 1999; 3(1): 67-70. [In Persian].
10. Westbrook JI, Callen J, Tomornsak S. An evaluation of the Postgraduate Diploma of Applied Science in Health Information Management. Health Inf Manag 1997; 27(2): 74-8.
11. Rafiei GR, Khodadadiz Zadeh A, Kazemi M, Shahabi Nejad M, Raveri A, Bakhshi H. Internal evaluation of medical surgical nursing department of Rafsanjan University of Medical Sciences. Koomesh, Journal of Semnan University of Medical Sciences 2003; 5: 9-17. [In Persian].
12. Shahbazi A, Kamal SH, Karimi B, Ghorbani R, Noori Sepehr M. Internal evaluation of Social Medicine Department of Semnan University of Medical Sciences, 2002. Koomesh, Journal of Semnan University of Medical Sciences 2003; 5: 19-25. [In Persian].
13. Lewis M. Student feedback on professional experience placements. Health Inf Manag 1995; 25(1): 16-9.

14. Sheikhtaheri A. Supervision of Undergraduate Medical Records Shahid Beheshti University of Medical Sciences in the approved apprenticeship programs, [Project] Tehran: Shahid Beheshti University of Medical Sciences; 2002. [In Persian].
15. Fasihi Harandy T, Soltani Arabshahi K. A survey of input and process of clinical education in Iran University of Medical Sciences. Payesh 2003; 2(2): 131-6. [In Persian].
16. Delaram M, Fereshche A. Strengths and weaknesses of clinical education from the perspective of nursing and midwifery Students University of Medical Sciences. Proceedings of the Medical Education Congress; 2006 Nov 16-17; Tabriz, Iran; 2006. [In Persian].
17. Tavakol M. Characteristics of students with professors from the perspective of the student assessment approach. Journal of Research in Medical Sciences 2000; 3(Suppl 1). [In Persian].
18. Razavi M, Rabani A, Tavakol M. The evaluation of teaching in Tehran University of Medical Sciences and Health Services: Students' point of view. Tehran University Medical Journal 1999; 57(3): 70-8. [In Persian].
19. Hadi Zadeh F, Firoozi M, Shamaeyan Rrazavin N. Nursing and midwifery students' perspective on clinical education in Gonabad University of Medical Sciences. Iranian Journal of Medical Education 2005; 5(1): 70-8. [In Persian].
20. Baghai R, Moshiri Z, Firuzi M, Shamaian N. Evaluation of student satisfaction, students and interns of how clinical education teachers training center of Urmia University of Medical Sciences. Proceedings of the Medical Education Congress; 2006 Nov 16-17; Tabriz, Iran; 2006. [In Persian].
21. Burroughs AK. Medical students, medical records and clinical skills. Med Educ 1978; 12(6): 446-52.
22. Smith J. Assessment of student outcomes in undergraduate health information administration programs. Perspect Health Inf Manag 2006; 3: 6.

Evaluation of Training Educators Performance from Points of Views of Medical Record Students in Kashan University of Medical Sciences, Iran*

*Fatemeh Rouzbahani¹; Abbas Sheykhtaheri²; Mehrdad Farzandipour, PhD³;
Fatemeh Rangraz Jeddi⁴; Zohreh Mobarak Ghamsari⁵*

Abstract

Introduction: The goal of Training activities is to grow potential abilities and intelligence in human. Evaluation of Training Service has main role in achieving qualified educational activities and increasing students' skills. Therefore, this study evaluated the performance of training educators from points of view of medical record students in Kashan University of Medical Sciences in 2005-6.

Methods: In this descriptive study, medical record students from all levels of associate and bachelor degree including 21 associate and 20 undergraduate students of bachelor degree in the second semester of 2005-2006, were enrolled. A questionnaire consisting of ten questions with very good to weak responses, with confirmed validity and reliability, was used. Totally 328 questionnaires were distributed to evaluate all training instructors (8 cases), from which 205 questionnaires were returned.

Results: Most of the students (71.2%) considered the controlling of students' absent and present as very good score. Respecting to Islamic and moral rules (69.7%), coming on time (67.8%), answering to students' questions (60.5%), dominating to practical skills (60%), expressing theoretical explanations for practical skills (57.1%), explain trainer's tasks (57.1%), being careful in doing trainers' tasks (55.6%), following trainers' problems (52.7%), supervising on learning (51.2%), were in next stages.

Conclusion: Totally, students evaluated training educators' performance in very good level. It seems that attention to the factors like following trainers' problems, being careful in doing trainers' tasks and supervising on his/her learning can improve learning quality more and more.

Keywords: Medical Records; Training; Trainee; Evaluation.

Type of article: Short Article

Received: 3 Sep, 2009

Accepted: 24 Oct, 2010

Citation: Rouzbahani F, Sheykhtaheri A, Farzandipour M, Ranghraz Jeddi F, Mobarak Ghamsari Z. **Evaluation of Training Educator's Performance from Point of Views of Medical Record Students in Kashan University of Medical Sciences, Iran.** Health Information Management 2011; 8(2): 257.

* This article resulted from independent research.

1. Lecturer, Medical Record, Kashan University of Medical Sciences, Kashan, Iran. (Corresponding Author)

Email: frouzbahani@gmail.com

2. PhD Student, Health Information Management, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran.

3. Assistant Professor, Health Information Management, Kashan University of Medical Sciences, Kashan, Iran.

4. Lecturer, Medical Record, Kashan University of Medical Sciences, Kashan, Iran.

5. BSc, Medical Record, Kashan University of Medical Sciences, Kashan, Iran.

عوامل مؤثر بر توسعه یافتگی از دیدگاه شاخص‌های سلامت*

حمید سپهر دوست^۱

چکیده

مقدمه: هدف از این تحقیق، بررسی چگونگی توزیع شاخص‌های مهم بهداشتی-درمانی در کشور، سنجش درجه‌ی توسعه یافتگی استان‌ها از نظر برخورداری از امکانات بهداشتی-درمانی و بررسی عوامل مؤثر بر تفاوت‌های بین استانی در این رابطه بود.

روش بررسی: برای این منظور داده‌های اطلاعاتی مرتبط با ۱۸ شاخص بهداشت و درمان مربوط به سال‌های ۸۷-۱۳۸۵ جمع‌آوری شدند. از مدل‌های کمی آماری نظیر شاخص‌های نسبی، روش استاندارد، ضریب محرومیت، تاکسونومی عددی و تحلیل عاملی برای تجزیه و تحلیل شاخص‌ها و سنجش درجه‌ی توسعه یافتگی استان‌ها از نظر برخورداری از امکانات بهداشتی-درمانی استفاده شد.

یافته‌ها: نتایج حاصل از تحقیق نشان داد که با توجه به شاخص‌های در نظر گرفته شده در بخش بهداشت و درمان، استان‌های یزد، سمنان و اصفهان جزء استان‌های برتر و استان‌های سیستان و بلوچستان، کهگیلویه و بویراحمد و لرستان در زمره استان‌هایی با درجه‌ی توسعه یافتگی بسیار پایین از جنبه برخورداری از تسهیلات بهداشتی-درمانی قرار دارند. همچنین مشخص گردید که ۵ عامل مؤثر در ایجاد تفاوت‌های بین استانی عبارت از تعداد پزشک متخصص، تعداد مراکز بهداشتی-درمانی شهری، تعداد مراکز بهداشتی درمانی روستایی، تعداد انشعابات فاضلاب شهری و تعداد خانه‌های بهداشت در مناطق استانی کشور بودند.

نتیجه‌گیری: به نظر می‌رسد که برای از بین بردن تفاوت‌های بین استانی در زمینه برخورداری از امکانات بهداشتی-درمانی، وظیفه‌ی کنترلی و نظارتی دولت در توزیع مناسب‌تر خدمات بهداشتی-درمانی مهم‌تر از وظیفه‌ی اراییه‌ی مستقیم خدمات ناشی از وظیفه‌ی تصدی‌گری اوست.

واژه‌های کلیدی: بهداشت و تندرستی؛ توسعه؛ شاخص‌ها.

نوع مقاله: کوتاه

پذیرش مقاله: ۱۹/۴/۱۵

اصلاح نهایی: ۱۹/۴/۱۸

دریافت مقاله: ۱۷/۹/۲۶

ارجاع: سپهر دوست حمید. عوامل مؤثر بر توسعه یافتگی از دیدگاه شاخص‌های سلامت. مدیریت اطلاعات سلامت ۱۳۹۰؛ ۸ (۲): ۲۶۴-۲۵۸.

مقدمه

طرفداران این تئوری بر این باورند که کشورهای در حال توسعه، به دلیل فقدان منابع مالی و توان فن‌آوری لازم، امکان دارا بودن رشد اقتصادی-اجتماعی لازم و به طور هم‌زمان در تمامی بخش‌های مختلف اقتصادی و مناطق را ندارند و مجبورند با استفاده از مزیت‌های نسبی موجود، از فرایند نشر (Leakage) آثار توسعه‌ای بخش‌های پیشرو و مناطق توسعه یافته به سمت دیگر بخش‌ها و مناطق کمتر توسعه یافته بهره‌مند شوند.

سنجش و مقایسه‌ی سطح توسعه یافتگی داخل یک استان و بین شهرستان‌های مختلف، داخل یک کشور و بین استان‌های مختلف و یا داخل یک منطقه و بین کشورهای مختلف از اهمیت بسزایی برخوردار است که همواره مورد توجه مدیران و کارشناسان امور اقتصادی و اجتماعی قرار دارد. مبنای نظری این‌گونه مطالعات، اولین بار توسط اقتصاددان معروف توسعه (Hirschman A.Q)، تحت عنوان تئوری رشد نامتوازن اقتصادی (Unbalanced economic growth) بیان شد. تئوری مزبور بر اساس محدودیت امکانات و توانمندی‌های مناطق و بخش‌های مختلف اقتصادی بنا نهاده شده است.

* این مقاله حاصل طرح تحقیقاتی شماره‌ی ۲۳۵۷-۳۲ می‌باشد که توسط دانشگاه بوعلی سینا همدان حمایت شده است.

۱. استادیار، اقتصاد، دانشگاه بوعلی سینا، همدان، ایران. (نویسنده‌ی مسؤول)

Email: hamidbasu1340@gmail.com

پوررضا در مطالعه‌ی خود تحت عنوان «اقتصاد بهداشت» به بررسی موضوعی بهداشت و درمان و ارتباط آن با اقتصاد و بهره‌وری در جامعه پرداخت. در این مقاله آمده است: «بهداشت و درمان ما را ناچار از انتخاب و سرمایه‌گذاری در زمینه‌های بخصوصی می‌نماید. بهداشت اغلب با پیش‌گیری از بروز بیماری‌ها با فن‌آوری ساده و ارزان برای گروه‌های جمعی با تأثیر دراز مدت تعریف می‌شود، در حالی که درمان به متوقف کردن پیشرفت بیماری با فن‌آوری پیچیده و به طور عمده برای افراد خاص با تأثیرات اجتناب‌ناپذیر اشاره دارد». نویسنده‌ی مقاله نتیجه می‌گیرد که در بسیاری از موارد، صرف هزینه‌های کلان و سرمایه‌گذاری بیشتر در عرصه‌ی خدمات بهداشتی-درمانی، به اشتباه به تأمین برابری در دسترسی تعبیر می‌شود (۳).

در مطالعه‌ی Prashanth Reddy تحت عنوان «عدم توزان منطقه‌ای در استان آندراپرادش هند»، وی با اشاره به ضرورت از میان بردن تفاوت‌های منطقه‌ای به عنوان پایه و اساس رشد و توسعه بیان می‌دارد که کاهش نابرابری‌های منطقه‌ای در ایالت Andra Pradesh شامل سه منطقه‌ی ساحلی Andra، Rialasima و Telangana طی ۵۰ سال اخیر، موجبات رشد و توسعه‌ی بیشتری را فراهم آورده است که از آن جمله می‌توان به گسترش فن‌آوری اطلاعات بین این مناطق و کاهش سطح فقر روستایی اشاره نمود (۴).

Skhiri و همکاران در مطالعه‌ای تحت عنوان «شاخص‌ها و نماگرهای بهداشت در تونس، روند تفاوت‌های منطقه‌ای طی سی سال گذشته»، به اندازه‌گیری شاخص‌های بهداشت در سطح مناطق پرداختند. در این مطالعه، ۷ شاخص عمده جهت بررسی تفاوت‌های منطقه‌ای مورد استفاده قرار گرفت که این شاخص‌ها بر اساس طبقه‌بندی‌های انجام شده توسط سازمان بهداشت جهانی انتخاب شدند. نتایج حاصل از مطالعه، حاکی از یک روند کاهشی در اختلافات منطقه‌ای طی سال‌های اخیر در ارتباط با شاخص‌های انتخابی بود. مطالعه‌ی مزبور این امکان را ایجاد نمود که محققین بتوانند اهداف اجرایی خود را برای ترقی و توزیع عادلانه‌ی امکانات

لازم به ذکر است که به دلیل افزایش روزافزون اهمیت بهداشت و سلامت و همچنین تأثیر آن بر عملکرد فعالیت‌های اجتماعی-اقتصادی جامعه، مطالعات بسیار زیادی در دهه‌های گذشته بر روی این مقوله از امور اجتماعی جوامع صورت پذیرفته است. در این مطالعات تأمین و ارتقای سلامت افراد به صورت دو مقوله‌ی جداگانه اما به طور کامل مرتبط با هم دیده شده‌اند:

۱. بهبود شیوه‌ی زندگی (Life style)

۲. مراقبت از بیماری‌ها (Health care).

بدون شک برای دستیابی به اهداف یاد شده در بالا، همواره دو راهبرد مهم مد نظر قرار دارد که اولی شامل سیاست‌های مربوط به توانمندسازی مردم جهت تأمین و ارتقای سلامت جامعه و دیگری شامل سیاست‌های جلب همکاری‌های بین بخشی جامعه می‌باشد.

در این رابطه برای اولین بار در اجلاس سلامت (۱۹۷۷)، راهبرد مراقبت‌های اولیه‌ی سلامت توسط سازمان جهانی بهداشت تدوین گردید و به دنبال آن بیانیه‌ی Almata در سال ۱۹۷۸ با تأکید بر روی حفظ سلامت جامعه، پی‌گیری فعالیت‌های آموزش بهداشت، کنترل بیماری‌ها، تغذیه‌ی مناسب، آب سالم، فاضلاب مناسب، مراقبت از سلامت مادر و کودک، تنظیم خانواده و مراقبت‌های اولیه‌ی بهداشتی را برای دولت‌ها ضروری دانست (۱).

شادپور در مقاله‌ای تحت عنوان «اصلاح بخش بهداشت»، به بررسی چگونگی عرضه‌ی خدمات بهداشت و درمان در کشورهای در حال توسعه و ضرورت اصلاح این بخش از جامعه پرداخت. در این مقاله آمده است: «با وجود این که اصلاح بخش بهداشت در دهه‌ی گذشته، موضوع مورد علاقه‌ی جهان بوده است؛ اما در کشورهای در حال توسعه، این مقوله با چند تناقض مانند عدم کارایی و کفایت بخش دولتی در عرضه‌ی خدمات بهداشتی-درمانی، عدم شفافیت‌های فنی-مدیریتی و تدابیر راهبردی لازم در راستای اصلاح بخش بهداشت و همچنین رفع تمرکزگرایی در ساختار قدرت مدیریتی از بالا به پایین مواجه بوده است» (۲).

بهداشتی در بین مناطق، شناسایی نمایند (۵).

سپس ضریب محرومیت، از تقسیم اختلافات مقادیر واقعی از مقدار حداکثر شاخص به سوی دامنه‌ی نوسان مقادیر به دست می‌آید (۶).

$$R_j = X_{\max} - X_{\min}$$

$$DC_{ij} = \frac{Max(x_j) - Real(x_{ij})}{Max(x_j) - Min(x_j)} \quad (\text{ضریب محرومیت } x_{ij})$$

$$DV_{ij} = 1 - DC_{ij} \quad (\text{شاخص توسعه } x_{ij})$$

روش تاکسونومی عددی (Numerical taxonomy)، اولین بار در سال ۱۹۶۸ توسط پرفسور Helving جهت طبقه‌بندی و تعیین درجه‌ی توسعه یافتگی ملل مختلف در یونسکو مطرح گردید. در این روش پس از مشخص شدن ماتریس برداری حاصل از فواصل شاخص‌های استاندارد شده از بیشترین مقدار ستونی همان شاخص‌ها، ابتدا میانگین و انحراف معیار فواصل را محاسبه و سپس از طریق روابط زیر حد بالای سرمشق (CO) محاسبه می‌گردد.

$$Sto = \sqrt{\frac{\sum (Cio - Cio)^2}{n}} \quad \text{انحراف معیار فواصل}$$

$$Cio = \frac{\sum Cio}{n} \quad \text{میانگین فواصل}$$

$$co = Cio + 2Sto \quad \text{حد بالای سرمشق}$$

$$d_i = \frac{Cio}{co} \quad \text{درجه توسعه یافتگی}$$

نوع تحقیق، کاربردی- توسعه‌ای بود و جامعه‌ی آماری به صورت گسترده، مجموعه‌ی استان‌های کشور را شامل شد. در ارتباط با شاخص‌های بهداشت و درمان جهت بررسی مقایسه‌ی استان‌ها، اطلاعات بهداشتی- درمانی استان‌ها از طریق اسناد مکتوب منتشر شده، سایت‌های اینترنتی وزارت بهداشت و درمان، شبکه‌ی بهداشت استان‌ها و مرکز آمار کل کشور (۷) جمع‌آوری شد و توسط نرم‌افزارهای Minitab و SPSS مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. در مجموع ۱۸ شاخص مورد بررسی انتخاب و توسط متغیرهای X_1 ، X_2 ، X_3 و ... الی X_{18} به شرح جدول ۱ تعریف شدند.

روش بررسی

مدل‌های آماری مختلف به ما یاد می‌دهند که چگونه با به کارگیری شیوه‌های متنوع، می‌توان شاخص‌های مجرد با مقیاس‌های اندازه‌گیری متفاوت را تبدیل به شاخص‌های ترکیبی بی‌مقیاس نمود. بدیهی است که فقط این گونه شاخص‌های ترکیبی دارای ویژگی‌های مناسب جهت سنجش درجه‌ی توسعه یافتگی مناطق هستند. در روش استاندارد کردن (Standardized score) ابتدا جهت رفع اختلاف مقیاس، از تقسیم انحرافات از میانگین بر روی انحراف معیار مقادیر استفاده می‌شود. سپس شاخص ترکیبی CI از جمع جبری مقادیر استاندارد شده Z محاسبه و در نهایت رتبه‌بندی از طریق مقایسه‌ی شاخص‌های ترکیبی استان‌ها به دست می‌آید. بدیهی است که درجه‌ی توسعه یافتگی بالاتر، متعلق به بزرگ‌ترین رتبه‌ی به دست آمده در ستون CI خواهد بود.

در روش شاخص‌بندی (Indexing) ابتدا برای بی‌مقیاس کردن شاخص‌ها، بیشترین مقدار هر شاخص را عدد پایه‌ی ۱۰۰ در نظر می‌گیرند، سپس بقیه‌ی مقادیر را به نسبت عدد پایه، ارزش‌گذاری می‌کنند. مجموع مقادیر کسب شده، رتبه‌ی هر منطقه را تعیین خواهد کرد.

$$Z_{ij} = \frac{(x_{ij} - \bar{x}_j)}{\sqrt{\frac{\sum (x_{ij} - \bar{x}_j)^2}{n_i}}} \quad \text{کد استاندارد شده شاخص‌ها}$$

در معرفی روش ضریب محرومیت (Deprivation score) باید گفت که این روش توسط سازمان ملل بخش توسعه‌ی برنامه‌ها (UNDUP)، برای محاسبه‌ی شاخص توسعه‌ی انسانی پیشنهاد شده است. ابتدا دامنه‌ی نوسان مقادیر را برای هر شاخص در مناطق مختلف به دست می‌آورند و سپس اختلاف هر کدام از مقادیر واقعی مربوط به یک شاخص از هر منطقه را از مقدار حداکثر آن در مناطق محاسبه می‌کنند.

جدول ۱: متغیرهای مورد بررسی در سنجش مقایسه‌ای استان‌ها

متغیر	تعریف عملیاتی متغیرها
X _۱	تعداد پزشک عمومی به ازای هر ده هزار نفر جمعیت
X _۲	تعداد پزشک متخصص به ازای هر ده هزار نفر جمعیت
X _۳	تعداد پیراپزشکان به ازای هر هزار نفر جمعیت
X _۴	تعداد دندانپزشک به ازای هر یکصد هزار نفر جمعیت
X _۵	تعداد داروساز به ازای هر یکصد هزار نفر جمعیت
X _۶	تعداد مراکز بهداشتی-درمانی شهری به ازای هر ده هزار نفر جمعیت شهری
X _۷	تعداد مراکز بهداشتی-درمانی روستایی به ازای هر ده هزار نفر جمعیت روستایی
X _۸	تعداد موسسات بهداشتی-درمانی به ازای هر یکصد هزار نفر جمعیت
X _۹	تعداد تخت بیمارستانی به ازای هر ده هزار نفر جمعیت
X _{۱۰}	تعداد خانه‌ی بهداشت فعال به ازای هر ده هزار نفر جمعیت روستایی
X _{۱۱}	تعداد بهورزان به ازای هر ده هزار نفر جمعیت روستایی
X _{۱۲}	تعداد آزمایشگاه‌های تشخیص پزشکی به ازای هر یکصد هزار نفر جمعیت
X _{۱۳}	تعداد داروخانه به ازای هر یکصد هزار نفر جمعیت
X _{۱۴}	طول شبکه‌ی جمع‌آوری فاضلاب در نقاط شهری (کیلومتر) به ازای هر هزار نفر جمعیت شهری
X _{۱۵}	تعداد انشعاب فاضلاب در نقاط شهری به ازای هر هزار نفر جمعیت شهری
X _{۱۶}	تعداد انشعاب آب در نقاط شهری به ازای هر یکصد نفر جمعیت شهری
X _{۱۷}	تعداد انشعاب آب در نقاط روستایی به ازای هر یکصد نفر جمعیت روستایی
X _{۱۸}	معکوس تعداد معلولین به ازای هر یکصد هزار نفر جمعیت

یافته‌ها

بر اساس تعاریف عملیاتی، ابتدا وضعیت هر یک از استان‌ها را نسبت به برخورداری از شاخص‌های بهداشتی-درمانی سنجیده شد و سپس عملیات رتبه‌بندی استان‌های کشور بر اساس چهار مدل آماری یعنی شاخص‌های نسبی، روش استاندارد، ضریب محرومیت و تاکسونومی عددی صورت پذیرفت. نتایج به دست آمده به شرح زیر قابل استخراج هستند:

۱. از آن جایی که در عملیات رتبه‌بندی لازم است فقط مناطق همگن با هم مقایسه شوند، در تحلیل تاکسونومی و با توجه به ماتریس فواصل به دست آمده جهت همگن سازی مناطق، ملاحظه گردید که همه‌ی استان‌ها در فاصله‌ی اطمینان ۰/۶۶ الی ۶/۴۶ قرار داشتند و بنابراین با یکدیگر همگن بودند و نیازی به حذف استان غیر همگن دیده نشد.

۲. جهت تعیین وضعیت استان‌های کشور از نظر

برخورداری از تسهیلات بهداشتی-درمانی، از میانگین رتبه‌های به دست آمده توسط به کارگیری چهار مدل آماری ذکر شده در بالا استفاده شد. در این رابطه به ترتیب ۴۰ درصد از استان‌های برتر در وضعیت توسعه یافته، ۳۰ درصد استان‌ها در وضعیت به نسبت توسعه یافته، ۲۰ درصد آن‌ها در وضعیت کمتر توسعه یافته و ۱۰ درصد از استان‌ها در وضعیت توسعه نیافته طبقه‌بندی شدند. ملاحظه شد که با توجه به شاخص‌های در نظر گرفته شده در بخش بهداشت و درمان، استان‌های یزد، سمنان و اصفهان جزء استان‌های برتر از نظر درجه‌ی توسعه یافتگی و استان‌های سیستان و بلوچستان، کهگیلویه و بویر احمد و لرستان در زمره‌ی استان‌هایی با درجه‌ی توسعه یافتگی بسیار پایین قرار گرفتند (جدول ۲). این امر نشانگر تفاوت‌های شدید بین استانی در برخورداری از امکانات و تسهیلات بهداشتی-درمانی می‌باشد.

جدول ۲: وضعیت بهداشت و درمان استان‌های کشور

وضعیت	استان‌ها	وضعیت	استان‌ها
نسبتاً توسعه یافته	خراسان	توسعه یافته	یزد
	فارس		سمنان
	کرمان		اصفهان
	قزوین		گیلان
	آذربایجان غربی		مازندران
	گلستان		نهران
	آذربایجان شرقی		قم
	خوزستان		همدان
	اردبیل		مرکزی
	هرمزگان		ایلام
کمتر توسعه یافته	کردستان	نسبتاً توسعه یافته	چهارمحال و بختیاری
	کهکلوویه و بویراحمد		بوشهر
	لرستان		کرمانشاه
سه توسعه نیافته	سیستان و بلوچستان		

محیطی در آن از چالش‌های مهم هر نظام اقتصادی- اجتماعی محسوب می‌شود. در مطالعه‌ی حاضر سعی گردید از شاخص‌های گسترده‌تری (۱۸ متغیر) شامل اطلاعات بهداشت و درمان و همچنین بهداشت محیط استفاده شود. لازم به اشاره است که بهداشت محیط عبارت از کنترل آن سری از عواملی مربوط به محیط زندگی، نظیر سلامت جسمی، روانی و اجتماعی انسان، کنترل مواد غذایی، کنترل فاضلاب، زباله، هوا، منابع آلوده کننده، دفع بهداشتی زباله در مناطق، بهسازی و بهداشت مراکز تهیه، توزیع و فروش مواد غذایی، آب آشامیدنی و غیره می‌باشد که به گونه‌ای بر روی سلامت جامعه تأثیر می‌گذارند.

البته به دلیل رعایت تعادل بخشی بین تعداد متغیرها، فقط از ۴ شاخص بهداشت محیط یعنی طول شبکه‌ی جمع‌آوری فاضلاب در نقاط شهری (کیلومتر) به ازای هر هزار نفر جمعیت شهری، تعداد انشعاب فاضلاب در نقاط شهری به ازای هر هزار نفر جمعیت شهری، تعداد انشعاب آب در نقاط شهری به ازای هر یکصد نفر جمعیت شهری و تعداد انشعاب آب در نقاط روستایی به ازای یکصد نفر جمعیت روستایی در کنار ۱۴ شاخص کلی برای سنجش درجه‌ی توسعه یافتگی استان‌ها استفاده شده است.

همچنین به کار بستن تجزیه و تحلیل عاملی و استخراج عوامل مؤثر در ایجاد عدم توازن منطقه‌ای باعث گردید که مطالعه‌ی حاضر جنبه‌ی کاربردی پیدا کند و نشان دهد که در آینده جهت کاهش تفاوت‌های بین استانی در زمینه‌ی توزیع امکانات و تسهیلات بهداشتی- درمانی بر روی چه عواملی بیشتر تأکید گردد.

نتیجه‌گیری

در یک نظام کارآمد اقتصادی- اجتماعی، توجه داشتن به اصول اولیه، رفع نیازهای اساسی و اصلاح زیر ساخت‌های آموزشی- بهداشتی جامعه جزء وظایف اساسی دولت و مسؤولین اجرایی آن نظام محسوب می‌گردد و در این راستا ارایه‌ی برنامه‌های پیشنهادی در زمینه‌ی ریشه‌کن کردن فقر اجتماعی- اقتصادی

۳. در این مطالعه جهت کاهش عوامل ۱۸ گانه به حداقل موارد و استخراج مؤلفه‌های اصلی در ایجاد تفاوت‌های منطقه‌ای از تجزیه و تحلیل عاملی (Factor analysis) استفاده شد. این روش اغلب در مواقعی توصیه می‌شود که در درون هر یک از زیر گروه‌ها همبستگی درونی بالایی وجود داشته باشد، اما همبستگی بین گروه‌ها کمتر باشد. در این حالت می‌توان از طریق تحلیل عاملی به محاسبه‌ی اولین، دومین، سومین و ... مؤلفه‌های اصلی (Principal components) پرداخت که به طور خطی با متغیرهای اصلی ارتباط دارند و بیشترین مجموع مجذور همبستگی با متغیرها را دارا هستند.

مزیت تحلیل عاملی، کاهش تعداد عامل‌ها (در مقایسه با تعداد نماگرها) و نیز کسب اطمینان از عدم وجود همبستگی بین متغیرها است. نتایج حاصل از تجزیه و تحلیل عاملی نشان می‌دهد که ۵ مؤلفه‌ی اصلی و تأثیرگذار به صورت تجمعی در حدود ۷۶ درصد از واریانس تفاوت‌های بین استانی را تبیین می‌کنند. این عوامل عبارت از وجود پزشک متخصص، مراکز بهداشتی- درمانی شهری، مراکز بهداشتی- درمانی روستایی، تعداد انشعابات فاضلاب شهری و خانه‌های بهداشت در استان‌های کشور هستند.

بحث

بدیهی است که ارتقای سلامت و نقش مؤثر کنترل عوامل

دخالت در برخی امور خاص نظیر بازار سلامت و خدمات بهداشتی- درمانی است و لازم است برای رفع مسایل و مشکلات منطقه‌ای ناشی از توزیع نابرابر امکانات و تسهیلات بهداشتی- درمانی در استان‌های مختلف، گام‌های مؤثری در زمینه‌های پایین نگه داشتن نرخ‌های رسمی ارایه‌ی خدمات درمانی، توزیع مناسب منابع انسانی بخش سلامت به خصوص پزشکان متخصص در بین استان‌ها، توزیع متوازن منابع فیزیکی مانند بیمارستان‌ها، مراکز توانبخشی، مراکز بهداشتی- درمانی شهری و روستایی و خانه‌های بهداشت برداشته شود.

بدیهی است که با پی‌گیری و اجرای اصل ۴۴ قانون اساسی در آینده، وظیفه‌ی کنترلی و نظارتی دولت در توزیع مناسب‌تر خدمات بهداشتی- درمانی مهم‌تر از وظیفه‌ی ارایه‌ی مستقیم خدمات ناشی از وظیفه‌ی تصدی‌گری او خواهد بود.

و از میان بردن نابرابری‌ها و تفاوت‌های منطقه‌ای در داخل کشور ضروری به نظر می‌رسد. بنابراین از جمله سیاست‌های مهم در هنگام تخصیص اعتبارات، اولویت بخشیدن به طرح‌ها و پروژه‌هایی است که دارای نتایج مثبت و اثرگذار بر روی رشد و توسعه‌ی متوازن مناطق باشد. در یک برنامه‌ریزی آرمانی، لازم است ثبات اقتصادی و اجتماعی جامعه را در گرو سلامت جسم آحاد افراد جامعه بدانیم و به آن توجه کافی مبذول داریم. توزیع فراگیر امکانات و تسهیلات بهداشتی- درمانی به نقاط مختلف کشور به طوری که دسترسی همگان به آن‌ها به یکسان باشد، سلامت جامعه را تأمین و به ارتقای وضعیت اقتصادی آن‌ها کمک می‌کند.

از آن جایی که در زمینه‌های بهداشت مناطق شهری و روستایی و ارتقای سطح کیفی زندگی مردم، قیمت‌ها در توزیع منابع نقش بسزایی ایفا می‌کنند، بنابراین دولت مجبور به

References

1. World Bank. International studies on health and economic development [Online]. 2000 [cited 2000 May 30]; Available from: URL: <http://grants.nih.gov/grants/guide/rfa-files/RFA-TW-01-001.html/>
2. Shadpour K. Health sector reform. Comprehensive public health. Tehran: Arjomand Publication; 2004.
3. Pour Reza AG. Health Economics. Comprehensive public health. Tehran: Arjomand Publication; 2004.
4. Prashanth Reddy CH. Regional disparities on decline in AP: Study [Online]. 2004 [cited 2004 Jan 17]; Available from: URL: <http://www.thehindubusinessline.in/2004/01/17/>
5. Skhiri HA, Bellaaj R, Ben Alaya N, Ben Hamida AM. Health indicators in Tunisia, trends in regional disparities over the last thirty years. Tunis Med 2001; 79(2): 92-7.
6. Kalantari KH. Planning and Regional Development. Theories and techniques. Tehran: Khosh Bin Publication; 2001.
7. Statistics Center of Iran. Annual Statistics of Iran. Tehran: Public Health Section; 2006.

Factors Affecting the Development from the Viewpoint of Health Indicators*

Hamid Sepehrdoust, PhD¹

Abstract

Introduction: The aim of the present study is to show regional disparities in Iran through measurement of the level of development of different provinces with respect to their accessibility to the health and medicare facilities.

Methods: To accomplish the above mentioned purpose, data regarding 18 health and medicare indexes for the years 2006-2008, have been collected. The quantified methods such as numerical Taxonomy, coefficient of deprivation, standardized method and factor analysis have been used to analyze the data and classify the provinces according to the health care indicators and related facilities.

Results: The results show that, five main factors i.e. Specialists, Urban Health Centers, Rural Health Centers, Urban waste water Drainage Units and Sub Rural Health Centers are responsible for regional disparities among the provinces with respect to the health indexes. Ranking analysis show that according to the available data, provinces like Yazd, Semnan and Isfahan had the highest developing degree and provinces like Sistan Balochstan, Kohgiluyeh Boyer-Ahmad and Lorestan had the lowest level of development with respect to the rate of accessibility to health and medicare facilities in Iran.

Conclusion: In an efficient socio-economic system, considering the basic principles, basic needs and improve community health education infrastructure are the basic tasks that should be regarded by system administrators.

Keywords: Health; Development; Indicators.

Type of article: Short article

Received: 17 Dec, 2008

Accepted: 6 Jul, 2010

Citation: Sepehrdoust H. **Factors Affecting the Development from the Viewpoint of Health Indicators.** Health Information Management 2011; 8(2): 264.

* This article was resulted from project No. 32-2357 funded by Bu Ali Sina University, Hamedan, Iran.
1 Assistant Professor, Economics, Bu Ali Sina University, Hamedan, Iran. (Corresponding Author)
Email: hamidbasu1340@gmail.com

میزان انطباق ساختمان و تجهیزات کتابخانه‌ها و مراکز اطلاع رسانی عمومی و دانشگاهی شهر زنجان با استانداردهای بین‌المللی برای معلولین جسمی - حرکتی از دیدگاه کارشناس معماری، مسؤلان کتابخانه‌ها و معلولین*

فاطمه زندیان^۱، ناهید بدایقی^۲، فرهنگ فرخی^۳

چکیده

مقدمه: برای رشد و اعتلای فرهنگ یک جامعه، به مشارکت تمام افراد از جمله معلولین جسمی - حرکتی نیاز است. این پژوهش با هدف بررسی میزان انطباق ساختمان و تجهیزات کتابخانه‌های عمومی و دانشگاهی شهر زنجان با استانداردهای بین‌المللی انجام شده است. **روش بررسی:** پژوهش حاضر پیمایشی - توصیفی بود. جامعه‌ی پژوهش تعداد ۱۴۲ نفر از معلولین شهر زنجان، همچنین ساختمان و تجهیزات ۱۴ کتابخانه‌ی عمومی و دانشگاهی این شهر در سال ۱۳۸۵ بود. ابزار گردآوری داده‌ها پرسش‌نامه بود و روایی و پایایی آن از طریق ضریب Cronbach's alpha برابر ۰/۸۴ محاسبه گردید. تحلیل داده‌های پژوهش با استفاده از آمار توصیفی نظیر درصد و فراوانی انجام شد.

یافته‌ها: از دیدگاه معلولین، پارکینگ، سطح شیب‌دار و فضای اختصاصی کتابخانه‌ها دارای بیشترین و فضاهای درونی و فضای عمومی دارای کمترین موانع حرکتی بودند. ۴۶/۲ درصد از کتابخانه‌ها فاقد سطح شیب‌دار و ۶۳ درصد از کتابخانه‌های مورد مطالعه فاقد فضای اختصاصی برای معلولین بودند.

نتیجه‌گیری: ساختمان و تجهیزات این مراکز از نظر دسترس‌پذیری با وضعیت مطلوب انطباق صد در صد نداشت و بایستی تمامی فضاهای آن‌ها بر مبنای استانداردهای موجود، مورد بررسی و بهینه‌سازی قرار گیرد.

واژه‌های کلیدی: مراکز اطلاع رسانی؛ کتابداران؛ کتابخانه‌ها؛ از کار افتادگان.

نوع مقاله: کوتاه

پندیرش مقاله: ۱۹/۱/۲۴

اصلاح نهایی: ۱۹/۱/۱۶

دریافت مقاله: ۱۷/۱۰/۱۱

ارجاع: زندیان فاطمه، بیات بدایقی ناهید، فرخی فرهنگ. میزان انطباق ساختمان و تجهیزات کتابخانه‌ها و مراکز اطلاع رسانی عمومی و دانشگاهی شهر زنجان با استانداردهای بین‌المللی برای معلولین جسمی - حرکتی از دیدگاه کارشناس معماری، مسؤلان کتابخانه‌ها و معلولین. مدیریت اطلاعات سلامت ۱۳۹۰؛ ۸ (۲): ۲۶۵-۲۷۱.

مقدمه

در طبق آخرین آمارها ۱۰ درصد و به عبارتی ۱۳ درصد از مردم جهان به نوعی، گرفتار معلولیت جسمی می‌باشند و در ایران به دلیل جنگ تحمیلی، جانبازان را نیز بر تعداد معلولین عادی جامعه، باید افزود (۱).

امر آموزش و یادگیری به ویژه در مقاطع بالای تحصیلی و در دانشگاه‌ها و مؤسسات آموزشی بدون استفاده از کتابخانه‌ها و

* این مقاله حاصل پایان نامه دانشجویی در مقطع کارشناس ارشد می باشد.

۱. استادیار، علوم کتابداری و اطلاع رسانی، دانشگاه تربیت مدرس، تهران، ایران.

۲. کارشناس ارشد، علوم کتابداری و اطلاع رسانی، دانشگاه تربیت مدرس، تهران، ایران. (نویسنده‌ی مسؤل)

Email: nahid_bb54@yahoo.com

۳. استادیار، عمران، دانشگاه زنجان، زنجان، ایران.

ساختمان و تجهیزات کتابخانه‌های سازمان فرهنگی، هنری شهرداری تهران بر اساس استانداردها» انجام داده است. هدف وی از این تحقیق، استناد به نتایج و یافته‌های به دست آمده و مشخص نمودن نقاط قوت و ضعف کتابخانه‌های مورد مطالعه از لحاظ وضعیت ساختمان و تجهیزات، در راستای سیاست‌گذاری‌های مناسب و برنامه‌ریزی صحیح برای خط مشی‌های کتابخانه بوده است. پژوهش از نوع پیمایشی-توصیفی و نتایج حاصل مؤید این بود که همه‌ی کتابخانه‌های مورد مطالعه از نظر ساختمان، فضا، تجهیزات دیداری شنیداری و وسایل کتابخانه‌ای زیر استاندارد هستند (۶).

تحقیقی توسط Danielle Coleman تحت عنوان «اماکن مذهبی و دسترسی آن برای افراد معلول بر روی صندلی چرخدار» انجام شده است که در این تحقیق، ۶ بخش ساختمانی در ۱۰ مکان مذهبی در دیکس هیل نیویورک، از نظر میزان دسترس پذیری آن برای معلولین روی صندلی چرخدار مورد بررسی قرار گرفت که شامل فضای پارکینگ، مسیرهای دسترس پذیر، ورودی‌ها، دسترسی به خدمات، سالن اجتماعات مرکزی و اتاق استراحت بوده است. در هیچ یک از اماکن مذهبی مورد بررسی، ۶ بخش مورد نظر به طور کامل دسترس پذیر نبودند و فضاهای پارکینگ، ورودی‌ها و اتاق استراحت بدترین فضاها از نظر دسترس پذیری ذکر شده‌اند. در نهایت محقق پیشنهاد می‌کند که تحقیقات بیشتری در مورد فضاهای مذهبی و میزان دسترس پذیری آن برای معلولین صورت گیرد (۷).

مطالعه‌ای توسط Boon Leong تحت عنوان «خدمات کتابخانه‌ای عمومی برای افراد جوان بر روی صندلی چرخدار در سنگاپور» صورت گرفته است. نتایج این تحقیق حاکی از آن است که افراد معلول از کامپیوتر به میزان زیادی استفاده می‌کردند، اما در استفاده از تجهیزات کامپیوتر در کتابخانه با مشکلاتی مواجه می‌شدند. کتابخانه‌های مدارس به طور کلی غیر قابل دسترس بودند. در زمینه‌ی استفاده از تجهیزات و خدمات کتابخانه نیز مشکلاتی وجود داشت، افراد معلول از تسهیلات کتابخانه برای آن‌ها آگاه نبودند؛ چرا که اطلاع‌رسانی

مراکز اطلاع رسانی معنایی نخواهد داشت و بسیاری از معلولین از مشارکت فعالانه در جامعه‌ی کتابخانه و مراکز اطلاع رسانی محروم شده‌اند، این در حالی است که نگاه اجمالی به تاریخچه‌ی ساختمان کتابخانه در دوره‌های مختلف، بیانگر این مطلب است که مشغله‌ی ذهنی طراحان در تمام این سال‌ها، طراحی سازه‌ای بوده است که قادر به نگهداری و حفظ منابع بیشتر باشد و یا با تخصیص فضای مطالعه‌ی بیشتر به مراجعین، خدمت رسانی کتابخانه به مراجعین را به حد اعلای خود برساند. در حقیقت، هرگز نوع مراجعین بالقوه و بالفعل کتابخانه با توانایی‌های فیزیکی متفاوت، در طراحی ساختمان کتابخانه‌ها در طی سالیان گذشته مد نظر قرار نگرفته است.

مطالعه‌ای توسط هاشمی تحت عنوان «بررسی مشکلات دانشجویان معلول رشته‌ی پزشکی در زمینه‌ی استفاده از کتابخانه» صورت گرفت که به وضعیت موجود دانشجویان معلول رشته‌ی پزشکی پرداخته است (۲).

بشارتی تحقیقی تحت عنوان «بررسی وضعیت کتابخانه‌ها و مراکز اطلاع رسانی نابینایان و نیمه بینایان مستقر در شهر تهران» با هدف آشنایی با وضعیت این نوع کتابخانه‌ها و پی بردن به مشکلات و نارسایی‌های موجود انجام داده است. طراحی ساختمان کتابخانه‌ها به طور اصولی برای مراجعان نابینا مناسب نیست و هیچ‌گونه تسهیلات ویژه‌ای برای آنان در نظر گرفته نشده است (۳).

رسولی املشی در تحقیقی تحت عنوان «بررسی وضعیت کتابخانه‌های صنعت نفت شهر تهران و آرایه‌ی راهکارهای عملی» در قسمت نتیجه‌گیری، بیان می‌دارد که در خصوص آرایه‌ی خدمات به معلولان، کتابخانه‌های مورد مطالعه، خدمات خاصی را برای مراجعه کنندگان معلول در نظر نگرفته‌اند (۴).

در تحقیق یعقوب‌پور نرگسی تحت عنوان «بررسی وضعیت خدمات و منابع برای معلولان در کتابخانه‌های عمومی وزارت فرهنگ و ارشاد اسلامی شهر تهران» در سال ۱۳۸۲، محقق در نهایت به این نتیجه رسیده است که اغلب کتابخانه‌ها برای رفت و آمد معلولان جسمی مناسب نیستند (۵).

محمودی تحقیقی تحت عنوان «بررسی وضعیت

دیدگاه معلولین جسمی- حرکتی عضو و غیر عضو در کتابخانه‌های عمومی و دانشگاهی شهر زنجان در زمینه‌ی میزان دسترس پذیر بودن امکانات، ساختمان و تجهیزات کتابخانه‌ها و نیز دیدگاه کارشناسان معمار و کتابداران (مشغول به خدمت در کتابخانه‌های مورد پژوهش) از طریق دو نوع پرسش‌نامه‌ی متفاوتی، که بر اساس چک لیست دسترسی افراد معلول به کتابخانه‌ها -ایفلا ۲۰۰۵- تنظیم شده بود، گردآوری گردید.

جامعه‌ی آماری این پژوهش، تعداد ۱۴۲ معلول عضو و غیر عضو سال ۱۳۸۵ در کتابخانه‌های عمومی و دانشگاهی شهر زنجان بودند. همچنین تعداد کتابخانه‌های عمومی و دانشگاهی مورد پژوهش ۱۴ عدد بود.

به طور کلی در این پژوهش برای افزایش روایی محتوای پرسش‌نامه از شیوه‌های زیر استفاده شده است:

۱. استفاده از نظرات استاد راهنما و استاد مشاور
 ۲. مبنا قرار دادن استاندارد ایفلا ۲۰۰۵ برای طراحی سؤالات پرسش‌نامه (چک لیست ADA برای کتابخانه‌های ایالت کانزاس در راستای بهبود وضعیت آن برای معلولین) (۱۲). همچنین تبدیل استاندارد ADA به IDA در کشور ایران، را می‌توان به عنوان فصل مشترک تمام استانداردهای مطالعه شده در این پژوهش نام برد که باید در طراحی سازه‌های کتابخانه‌ای مد نظر طراح ساختمان قرار گیرد.
- پایایی پرسش‌نامه‌ها از طریق ضریب Cronbach's alpha برابر ۰/۸۴ محاسبه گردید.

به منظور پاسخ‌گویی به این سؤال که «بر اساس استانداردهای بین‌المللی در طراحی ساختمان و تجهیزات کتابخانه‌ها و مراکز اطلاع رسانی برای افزایش میزان دسترس پذیری معلولین جسمی- حرکتی رعایت چه اصولی ضروری است؟»، موارد مشترک در تمام استانداردهای مطالعه شده در پژوهش حاضر که رعایت استاندارد آن‌ها در دسترس پذیری ساختمان کتابخانه‌ها برای معلولین جسمی- حرکتی موثر می‌باشد، در جدول تنظیم گردید.

همچنین برای پاسخ‌گویی به این سؤال که «بر اساس

در این زمینه مطلوب نبوده است. بزرگ‌ترین مشکل در دسترسی به کتابخانه، سیستم حمل و نقل ذکر شده است. همچنین مشکل اصلی در فضای کتابخانه، مشکلات معماری و فیزیکی بود که مانع دسترسی این افراد به خدمات کتابخانه می‌شد (۸).

مطالعه‌ی دیگری توسط Charles تحت عنوان «اول فرد، بعد معلولیت: آموزش آگاهی رسانی به معلولین در کتابخانه‌ها» با روش توصیفی انجام شده است. محقق در یافته‌ها ذکر می‌کند که آموزش معلولین به نحو مؤثر، می‌تواند در کتابخانه‌ها و حتی در منزل تا زمانی که اهمیت این قوانین پذیرفته شود، به اجرا در آید و اگر برنامه‌ی آموزش به صورت واضح و کاربردی در اذهان جای گیرد، کتابداران می‌توانند کیفیت خدمات به معلولین را بهبود بخشند (۹).

تحقیقی تحت عنوان «بررسی کیفیت زندگی دانشجویان معلول شرکت کننده در نظام آموزشی دانشگاهی عادی» توسط Nandjui و همکاران انجام شده است که در آن با بررسی و تخمین کیفیت زندگی دانشجویان، جنبه‌های دسترس پذیری به ساختمان، آموزش، جنبه‌های اقتصادی- اجتماعی و نیز رضایتمندی آنان در نظر گرفته شده است (۱۰).

در این تحقیق سعی شده است تا با ارایه‌ی رهنمودهایی، در ضمن ایجاد معیارهایی برای ارزیابی وضعیت ساختمان و تجهیزات کتابخانه‌ها و مراکز اطلاع رسانی، به ایجاد انگیزه برای گسترش و به‌سازی وضعیت فعلی از نظر افزایش میزان دسترس پذیری برای معلولین جسمی- حرکتی پرداخته شود.

روش بررسی

روش پژوهش در این تحقیق، پیمایشی- توصیفی بود. برای ارزیابی ساختمان و تجهیزات کتابخانه‌ها و مراکز اطلاع رسانی با هدف دسترس پذیری برای معلولین، از تبدیل استاندارد ADA (American with Disabilities Act) به IDA (Iranian with Disabilities Act) (۱۱) استفاده شده است.

استانداردهای بین‌المللی وضعیت فعلی ساختمان و تجهیزات کتابخانه‌ها و مراکز اطلاع رسانی از دیدگاه کارشناس معماری، مسؤولان کتابخانه‌ها و معلولین چگونه است؟»، از تمام اطلاعات حاصل از پرسش‌نامه‌های معلولین، کارشناسان معماری و مسؤولان کتابخانه استفاده شد. برای رد و تأیید فرضیه‌ها از آزمون t و ضریب همبستگی Pearson استفاده شد.

یافته‌ها

با توجه به جدول ۱، در امتیازدهی به ارزیابی کلی کتابخانه‌ها، معلولین بیشترین امتیاز (۳/۱) و کارشناسان معماری کمترین امتیاز (۲/۷) را داده‌اند. از دیدگاه کارشناسان معماری و مسؤولان کتابخانه، سطح شیب‌دار دارای بیشترین میانگین (۴/۴) و فضای اختصاصی دارای پایین‌ترین میانگین در بین شاخص‌ها می‌باشد. در حالی که از دیدگاه معلولین سطح شیب‌دار پس از پارکینگ دارای کمترین میانگین در بین شاخص‌ها است. نکته‌ی جالب این‌که معلولین به فضای اختصاصی امتیاز خوبی تخصیص داده‌اند.

جدول ۱: مقایسه‌ی میانگین ارزیابی کلی کتابخانه‌ها از دیدگاه معلولین، کارشناسان معماری و مسؤولان کتابخانه‌ها

شاخص‌های ارزیابی	معلولان	مسؤولان	کارشناس معماری
میانگین کل	۳/۱	۲/۸	۲/۷
پارکینگ	۲/۶	۲/۴	۲/۶
سطح شیب‌دار	۲/۹	۴/۴	۴/۴
فضای اختصاصی	۳/۰	۱/۳	۱/۴
فضای درونی	۳/۲	۳/۳	۳/۵
فضای عمومی	۳/۲	۲/۸	۳/۰

میانگین کل ارزیابی کتابخانه‌های مورد پژوهش از دیدگاه کارشناسان معماری، حدود ۲/۷ بود که با توجه به حداکثر امتیاز (که عدد ۴ بود)، دریافته‌یم که کتابخانه‌ها و مراکز اطلاع رسانی شهر زنجان از نظر میزان رعایت استانداردها در سطح متوسط به بالا می‌باشند.

سطح شیب‌دار، فضای درونی کتابخانه و فضای عمومی کتابخانه به ترتیب دارای بیشترین میانگین بودند و به معنای آن است که این سه بخش نسبت به سایر بخش‌ها، از نظر تطبیق با استانداردها، وضعیت مطلوب‌تری دارند. توجه به این نکته ضروری است که میانگین امتیاز اختصاص داده شده به سطح شیب‌دار، در واقع امتیازی است که به سطح شیب‌دار ۵۳/۸ درصد از کتابخانه‌هایی که دارای سطح شیب‌دار بوده‌اند، داده شده است. به عبارت دیگر ۴۶/۲ درصد از کتابخانه‌ها فاقد سطح شیب‌دار بوده‌اند. ولی فضای اختصاصی کتابخانه و فضای پارکینگ به ترتیب دارای کمترین میانگین می‌باشند و بیانگر این است که این فضاها نسبت به سایر بخش‌ها، با استانداردها تفاوت بسیار دارد.

نکته‌ی جالب توجه این‌که حدود ۶۳ درصد از کتابخانه‌های مورد مراجعه‌ی معلولین، فاقد فضای اختصاصی برای معلولین می‌باشند. همچنین همانطور که در جدول ۱ آمده است، بین دیدگاه کارشناسان معماری و مسؤولان کتابخانه تفاوت چندانی وجود ندارد. معلولین جسمی- حرکتی عضو و غیر عضو در کتابخانه‌های شهر زنجان، فضای پارکینگ، سطح شیب‌دار و فضای اختصاصی کتابخانه‌ها را به ترتیب دارای بیشترین موانع حرکتی در زمینه‌ی دسترسی خود به ساختمان کتابخانه معرفی نموده‌اند. همچنین فضاها، درونی و فضای عمومی کتابخانه را به ترتیب، به عنوان فضاهایی که دارای کمترین موانع می‌باشند، ذکر نموده‌اند (جدول ۱).

بر اساس یافته‌ها مشاهده می‌گردد که سطح معنی‌داری آزمون t کمتر از ۰/۰۱ است. بنابراین می‌توان گفت بین میانگین امتیاز ارزیابی کلی کتابخانه‌ها (از دیدگاه معلولین، کارشناسان معماری و مسؤولان کتابخانه) با امتیاز خوب تفاوت معنی‌داری وجود دارد. همچنین بین تک تک شاخص‌های ارزیابی شده نیز با وضعیت خوب تفاوت معنی‌داری وجود دارد. بنابراین با توجه به این‌که سطح معنی‌داری کوچک‌تر از ۰/۰۱ می‌باشد، با ۹۹ درصد اطمینان می‌توان گفت بین وضعیت موجود کتابخانه‌ها با وضعیت مطلوب تفاوت معنی‌داری وجود دارد.

کتابخانه‌های بدون مانع، امکان استفاده‌ی تمام افراد را از منابع مهم فرهنگی، تفریحی و آموزشی فراهم می‌کنند. همچنین نتایج حاصل از تحقیق حاضر بیانگر این است که اگر چه ساختمان و تجهیزات کتابخانه‌ها و مراکز اطلاع رسانی شهر زنجان از نظر دسترس پذیری برای معلولین بر اساس تحقیق صورت گرفته در وضعیت متوسط به بالا می‌باشند، اما با وضعیت مطلوب انطباق صد در صد ندارند و در نتیجه تمامی فضاها و بخش‌های کتابخانه باید بر اساس استانداردهای موجود، مورد بررسی و بهینه سازی قرار گیرد.

از سوی دیگر با توجه به عدم وجود استاندارد که مختص فضای کتابخانه و نیازهای خاص آن باشد، راهکار پیشنهادی، استفاده از استاندارد ADA به IDA به عنوان مرجعی جهت بهینه سازی وضعیت فعلی در راستای رسیدن به وضعیت مطلوب می‌باشد.

پیشنهادها

۱. تحقیق بنیادی و تدوین استاندارد جامع در مورد ساختمان تجهیزات کتابخانه‌ها و مراکز اطلاع رسانی برای معلولین با مشارکت گروه‌های مختلف علمی،
۲. تشکیل کمیته‌های بررسی و بازنگری ساختمان و تجهیزات کتابخانه در سازمان مسکن و شهرسازی، نهاد کتابخانه‌های عمومی و سازمان‌ها و انجمن‌های مرتبط با جامعه‌ی کتابداری و حضور فعال معلولین در کمیته‌ها،
۳. برگزاری سمینارها و همایش‌هایی با مشارکت جامعه‌ی کتابداری و سایر گروه‌های علمی مرتبط با مسایل معلولین جهت آشنایی هر چه بیشتر با نیازهای خاص معلولین و ساختمان و تجهیزات کتابخانه‌ای مناسب برای آنان،
۴. برگزاری جلسات و آموزش‌های ضمن خدمت برای کتابداران در راستای ارتقای سطح دانش و آگاهی آنان در مورد ساختمان و تجهیزات کتابخانه و به روز نگاه داشتن اطلاعات آنان.

با توجه به سطح معنی‌داری آزمون ضریب همبستگی Pearson که کمتر از ۰/۰۱ است، چنین برداشت می‌شود که بین وضعیت فعلی ساختمان و تجهیزات کتابخانه‌ها از نظر دسترس پذیری برای معلولین جسمی- حرکتی و میزان مراجعه‌ی آنان همبستگی معنی‌داری وجود دارد. بنابراین با توجه به این که سطح معنی‌داری کوچک‌تر از ۰/۰۱ است، با ۹۹ درصد اطمینان می‌توان گفت بین وضعیت موجود کتابخانه‌ها با وضعیت مطلوب تفاوت معنی‌داری وجود دارد.

بحث

از نتایج سایر تحقیقات در داخل و خارج از ایران - هاشمی (۲)، بشارتی (۳)، رسولی املشی (۴)، یعقوب‌پور نرگسی (۵)، محمودی (۶) و Danielle Coleman (۷) و Boon Leong (۸) می‌توان استدلال کرد که به وضعیت ساختمان و تجهیزات کتابخانه‌ها و مراکز اطلاع رسانی از نظر معماری در راستای دسترس پذیر نمودن آن برای افراد معلول در مقایسه با سایر موضوعات کتابداری بسیار کم پرداخته شده است و در مواردی نیز که پژوهشی صورت گرفته است، در انتها پژوهشگر دست‌نامه یا معیاری جهت بهبود وضعیت فعلی در راستای بهینه سازی بر اساس استانداردهای موجود نپرداخته است (۲-۸).

نتیجه‌گیری

در این راستا کتابخانه‌ها و مراکز اطلاع رسانی باید در سیاست‌های دستیابی عمومی به مواد، همواره دو اصل اساسی را در نظر داشته باشند: ۱. معلول دارای ارزش و اعتباری مساوی استفاده کننده‌ی عادی از کتابخانه است و باید از خدماتی مساوی با دیگران بهره‌مند گردد. ۲. این وظیفه‌ی برنامه‌ریزان و کارکنان کتابخانه است که نارسایی‌ها را در ارزیابی خدمات مشخص نمایند و با بر طرف کردن آن‌ها، امکان دستیابی مساوی تمام افراد به منابع را میسر نمایند.

References

1. Sahraee A. Urban Pathology: Case Study of Assessing of Handicap and Invalid Persons Problem in Tehran City, [MSc Thesis] Tehran: Faculty of Human Science, Tehran University; 1999.
2. Hashemi GH. Assessing of Handicap Medicine Students Problems in Library Using, [MSc Thesis] Tehran: Faculty of Management and Medicine Informing, Iran Medicine Science University; 1994.
3. Besharati M. Assessing of Blind Persons Libraries and Information Centers Situations in Tehran City, [MSc Thesis] Tehran: Faculty of Human Science, Tehran University; 1998.
4. Rasooli Amlashi M. Assessing of Tehran Petrol Industry Library Situation and preparing practical Operation Modus, [MSc Thesis] Tehran: Faculty of Psychology and Training Science, Tehran University; 1999.
5. Yagoob Pour Nargesi T. Assessing Public Libraries of Ministry Guidance in Tehran City about their Services and Sources for Handicaps, [MSc Thesis] Tehran: Faculty of Human Science, Azad University; 2002.
6. Mahmoodi A. Assessing of Art and Cultural Department of Tehran Municipality for Library Buildings and Equipments Situations Based on Available Standards, [MSc Thesis] Tehran: Faculty of Human Science, Azad University; 2002.
7. Danielle Coleman T. Religious Institutions and Wheelchair Accessibility for Person with Disability [Online]. 1997; Available from: URL: www.TouroBio-Med.Lib.com/
8. Boon Leong IC. Public library services for wheelchair-bound young people in Singapore [Online]. 2000; Available from: URL: <http://libres.curtin.edu.au/libres12n1/ChewHiggins.htm/>
9. Charles S. Person first, disability second: disability awareness training in libraries. *Library Review* 2005; 54(8): 453-8.
10. Nandjui BM, Alloh DA, Manou BK, Bombo J, Twoolys A, Pillah A. Quality of life assessment of handicapped students integrated into the ordinary higher education system. *Ann Readapt Med Phys* 2008; 51(2): 103-13.
11. Borjian M, Joghtae B. Preparing of Public and Commercial Buildings for Handicaps. Tehran: Fonoone Moaser; 2006.
12. American Disabilities Act. ADA Compliance Checklist for Libraries [Online]. 2005; Available from: URL: www.ada.gov/

The Compliance Rate of Public and Academic Libraries and Information Centers' Building and Equipment in Zanjan, Iran According to the International Standards for the Physically Handicapped, from the Perspective of Architectural Experts, Library Officials and Disabled People*

Fatemeh Zandian, PhD¹; Nahid Bayat Bodaghi²; Farhang Farrokhi, PhD³

Abstract

Introduction: For cultural development and growth of a community, the participation of all individuals, including physically disabled people are required. In this study, the compliance rate of public and academic libraries and information centers' building and equipment in Zanjan, Iran was determined according to the international standards for the physically handicapped, from the perspective of architectural experts, library officials and disabled people.

Methods: In this descriptive survey study, 142 disabled people in Zanjan, Iran and the buildings and equipment of 14 public and academic libraries of the city was studied in 2006. Data collected using a questionnaire which validity and reliability was calculated via coefficient Cronbach's alpha (0.84). Obtained data analyzed using descriptive statistics such as percentage and frequency.

Results: From disabled's point of view, parking space, ramp and private space of libraries have the most physical obstacles and public and inner spaces has the least obstacles for them. 46.2% of libraries did not have ramp and 63% of libraries being studied did not have private study space for disabled.

Conclusion: The buildings and equipment of these places are not adjusted to suitable condition to 100 percent and all spaces should be evaluated and optimized based on existing standards.

Key words: Information Centers; Librarians; Libraries; Disabled Persons.

Type of article: Short Article

Received: 1 Jan, 2009

Accepted: 13 Apr, 2010

Citation: Zandian F, Bayat Bodaghi N, Farrokhi F. **The Compliance Rate of Public and Academic Libraries and Information Centers' Building and Equipment in Zanjan, Iran According to the International Standards for the Physically Handicapped, from the Perspective of Architectural experts, Library Officials and Disabled People.** Health Information Management 2011; 8(2): 271.

* This article resulted from MSc thesis.

1. Assistant Professor, Library and Information Sciences, Tarbiat Modares University, Tehran, Iran.

2. MSc, Library and Information Sciences, Tarbiat Modares University, Tehran, Iran. (Corresponding Author)
Email: nahid_bb54@yahoo.com

3. Assistant Professor, Civil Engineering, Zanjan University, Zanjan, Iran.

معرفی معاهده‌ی ضد تجارت جعلی و ارتباط آن با اینترنت

محمود سقائی^۱

چکیده

مقدمه: معاهده‌ی ضد تجارت جعلی (Anti-counterfeiting trade agreement یا ACTA) معاهده‌ای است که فی مابین بسیاری از کشورهای صنعتی جهان و در رأس آن‌ها آمریکا منعقد شده است. کشورهای صنعتی بزرگ و در رأس آن‌ها آمریکا، همواره تلاش داشته‌اند کنترل این سازمان تجارت جهانی را به طور کامل در دست گیرند. اگر چه این کشورها به میزان زیادی در این راه موفق بوده‌اند، ولی همواره از عملکرد آن و آرای مخالفان خود در مجمع سازمان ناراضی و درصدد راهی برای دور زدن این سازمان بوده‌اند. در این رابطه دو کشور آمریکا و ژاپن با تهیه‌ی پیش‌نویس اولیه‌ی ACTA از سال ۲۰۰۶ تلاش‌های محرمانه‌ی خود را جهت ایجاد استاندارد جهانی جدیدی که فراتر از قوانین سازمان‌های موجود و مستقل از قدرت کشورهای مختلف باشد، شروع کردند. این معاهده در زیر پوشش مبارزه با جعل کالا درصدد تحقق بخشیدن به حق مالکیت معنوی یا حق کپی رایت است و با این بهانه سعی در کنترل کامل ارتباطات اینترنتی دارد. در واقع این سازمان سعی در ایجاد حکومتی جدید در خارج از مرز تمام کشورها، ولی حاکم بر قوانین تمام کشورهای عضو دارد تا بدین وسیله بتواند کنترل کامل اینترنت را در دست گیرد. این مقاله سعی در روشن کردن اهداف پنهان این معاهده و ارتباط آن با اینترنت داشت.

واژه‌های کلیدی: معاهده‌ی ضد تجارت جعلی؛ کپی رایت؛ حق مالکیت معنوی؛ اینترنت؛ داروهای جعلی.

نوع مقاله: گزارش ویژه

دریافت مقاله: ۱۹/۱۱/۹

اصلاح نهایی: ۹۰/۲/۲۹

پذیرش مقاله: ۹۰/۲/۳۱

ارجاع: سقایی محمود. معرفی معاهده‌ی ضد تجارت جعلی و ارتباط آن با اینترنت. مدیریت اطلاعات سلامت ۱۳۹۰؛ ۸ (۲): ۲۷۲-۲۷۳.

مقدمه

حفظ ظاهر و جلوگیری از انتقاد دیگر اعضای سازمان مربوط، طرف‌های درگیر مجبور به پنهان کاری و فریب کاری می‌باشند تا مبدا نیت واقعی آن‌ها آشکار شود و در نتیجه از سوی دیگر اعضا طرد شوند. نام دیگر پلوریلاترالیسم، فوروم شیفت است که حاکی از انتقال بحث از مجمع اصلی سازمان به کلپ‌های خصوصی و محرمانه می‌باشد.

در رابطه با ACTA سازمان مورد نظر همان سازمان تجارت جهانی است. کشورهای صنعتی بزرگ و در رأس آن‌ها آمریکا همواره تلاش داشته‌اند کنترل این سازمان را به طور کامل در دست گیرند و اگر چه به میزان زیادی در این راه موفق بوده‌اند ولی همواره از عملکرد آن و آرای مخالفان خود

معاهده‌ی ضد تجارت جعلی (ACTA یا Anti-counterfeiting trade agreement)، معاهده‌ای از نوع پلوریلاترال (Pleurilateral) است که بین بسیاری از کشورهای صنعتی جهان و در رأس آن‌ها آمریکا منعقد شده است (۱). پلوریلاترالیسم در واژه شناسی سیاسی به نوعی معاهده اطلاق می‌شود که بین زیر مجموعه‌ای از اعضای یک سازمان به جای تمام اعضای سازمان مربوط منعقد می‌شود و طی آن لوابح و پیشنهادهایی را که در مجمع اصلی مورد قبول واقع نشده است به اجرا می‌گذارند. پلوریلاترالیسم بر خلاف مولتی لاترالیسم در واقع نوعی دور زدن سازمان اصلی به منظور اجرای مقاصد خصوصی جمعی از اعضا می‌باشد (۱).

از این تعریف چنین بر می‌آید که پلوریلاترالیسم پدیده‌ای نامطلوب است و با رأی اکثریت سازگار نیست. در واقع به خاطر

۱. استاد، بیهوشی و مراقبت‌های ویژه، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران. (نویسنده‌ی مسؤول)

Email: mahmood.saghaei@gmail.com

تا سال ۲۰۱۰ کشورهای آمریکا، کانادا، استرالیا، مکزیک، موراگو، نیوزلند، کره، سنگاپور و ۲۷ کشور عضو اتحادیه‌ی اروپا به ACTA پیوستند. این کشورها نیمی از حجم تجارت جهانی را در اختیار دارند. چنانچه در پیش گفته شد، مذاکرات ACTA به طور کامل محرمانه بوده است و تا قبل از سال ۲۰۱۰ هیچ گونه سند رسمی منتشر نکرده‌اند. اطلاع از وجود ACTA از طریق نشت اسناد طبقه‌بندی شده از طریق ویکی لیکس و سایت‌های اینترنتی مشابه بوده است.

در سال ۲۰۱۰ در اثر فشار روزافزون سازمان‌های مختلف و پارلمان اروپا، ACTA مجبور به انتشار پیش نویس از قوانین پیشنهادی خود نمود (۵). متأسفانه در این پیش‌نویس نام اعضا در صورت جلسه‌ی مذاکرات حذف شده است؛ به طوری که از روی آن نمی‌توان فهمید که هر موضوع یا پیشنهاد توسط کدام عضو ارائه شده است و پاسخ‌ها و بحث‌های مربوط به آن اعم از موافقت یا مخالفت از سوی کدام کشور عضو صورت گرفته است. تمام جلسات برگزار شده به صورت محرمانه و آخرین آن‌ها در آگوست ۲۰۱۰ بوده است. قرار بر این بوده است که این معاهده تا پایان ۲۰۱۰ به توافق کلی برسد و توسط اعضا امضا شود و پس از آن اجرا گردد.

محتوای ACTA

بنابر پیش‌نویس‌های منتشره چنین بر می‌آید که ACTA معاهده‌ای بین کشورهای صنعتی در خصوص محافظت از حق مالکیت معنوی است. این معاهده مشتمل بر شش فصل به شرح زیر می‌باشد:

۱. تعاریف: در این قسمت چندین واژه‌ی مرتبط با موضوع معاهده شرح داده شده است.
۲. تحقق بخشیدن به حق مالکیت معنوی: این فصل بسیار مفصل است و خود مرکب از چهار زیرفصل می‌باشد:
 - ۱/۲- کنترل شهروندان
 - ۲/۲- کنترل مرزها
 - ۳/۲- اعمال مراجع قضایی
 - ۴/۲- کنترل کلیه‌ی رسانه‌ها و محیط‌های دیجیتال

در مجمع سازمان ناراضی و درصدد راهی برای دور زدن این سازمان بوده‌اند. هدف اصلی این زیرمجموعه از سازمان تجارت جهانی، اعمال قدرت بیشتر و حذف محدودیت‌های قانونی برای محافظت از حق مالکیت معنوی می‌باشد. در این راه آنان به این نتیجه رسیده‌اند که برای محافظت کامل از حق مالکیت معنوی می‌بایست کنترل کامل اینترنت را در دست گیرند. از آن جا که کشورهای مختلف عضو سازمان تجارت جهانی در مورد محافظت از حق مالکیت معنوی همواره نظرات متفاوت و متضادی دارند، سازمان ACTA تصمیم می‌گیرد تا از پوشش جدیدی برای نیل به هدف اصلی خود، که محافظت از کپی رایت است، استفاده کند. این پوشش جدید در واقع مبارزه با جعل دارو و کالا می‌باشد که همه‌ی اعضای سازمان تجارت جهانی در مورد آن به ویژه قسمت جعل داروی آن، اتفاق نظر دارند. با این رویکرد، ACTA سعی در موجه جلوه دادن کنترل اینترنت دارد.

لازم به ذکر است که محرک اصلی پیدایش ACTA، شرکت‌های بزرگ دیجیتال می‌باشد که با فشار آوردن بر دولت‌های متبوع و خریدن دولت‌مردان، کشورها را مجبور به عضویت در ACTA نموده‌اند. یکی از این تراست‌های بزرگ تولید محتوای دیجیتال، به نام RIAA یا Recording industry association of America دیگری به نام MPAA یا Motion picture association of America می‌باشد. این دو شرکت بیش از ۹۰ درصد محتوای دیجیتال آمریکا را در اختیار دارند.

تاریخچه

در سال ۲۰۰۶ دو کشور آمریکا و ژاپن با تهیه‌ی پیش‌نویس اولیه‌ی ACTA تلاش‌های محرمانه‌ی خود را جهت ایجاد استاندارد جهانی جدیدی که فراتر از قوانین سازمان‌های موجود و مستقل از قدرت کشورهای مختلف باشد، شروع کردند (۴-۲). در واقع با این کار تلاش خود را برای ایجاد حکومتی جدید در خارج از مرز تمام کشورها ولی حاکم بر قوانین تمام کشورهای عضو آغاز نمودند.

در مورد کپی رایب و حق مالکیت معنوی و نحوه‌ی مبارزه با آن و میزان اولویت و اهمیت آن بین سازمان‌های بین‌المللی و کشورهای مختلف به شدت اختلاف نظر وجود دارد و اکثر آن‌ها استفاده از ابزارها یا قوانین پایمال کننده‌ی حریم خصوصی افراد را برای محافظت از حق کپی رایب صحیح نمی‌دانند. این در حالی است که برای مبارزه با جعل کالا به ویژه کالاهای پزشکی، اعمال قدرت از نظر همه‌ی سازمان‌ها و کشورها قابل قبول می‌باشد.

برای روشن شدن اهمیت مبارزه با جعل کالا ذکر آمارهای چندی مفید به نظر می‌رسد. سالانه بیش از ۵۰۰ میلیارد دلار از بابت کالاهای جعلی خسارت وارد می‌شود که به طور تقریبی ۱۰ درصد کل تجارت جهانی را تشکیل می‌دهد (۶). داروهای جعلی برای درمان مالاریا و سل هر سال بیش از هفتصد هزار نفر قربانی می‌گیرد. نیمی از داروهای موجود در بسیاری از کشورهای آفریقایی جعلی هستند. در بعضی از کشورهای آسیایی نظیر لائوس، کامبوج، میانمار و ویتنام میزان داروهای جعلی به بیش از دو سوم داروهای موجود می‌رسد. به نظر می‌رسد که منشأ بسیاری از این داروهای جعلی از چین و هندوستان سرچشمه می‌گیرد. همچنین ذکر شده است که نیمی از داروهای خریداری شده از راه اینترنت جعلی است (۷).

تناقضات موجود در ACTA

تناقضات آشکاری در ادعاهای ACTA و عملکرد شک برانگیز آن مؤید نیات سودجویانه‌ی آن می‌باشد. در زیر پاره‌ای از موارد شک برانگیز ACTA ذکر شده است:

- محرمانه بودن نشست‌ها: مشخص نیست تا کتون چند نشست برگزار شده است. این پنهان کاری‌ها مشکوک به نظر می‌رسد.

- ماهیت پلوریاترال: مسأله‌ی جعل کالا در حیطه‌ی وظایف سازمان تجارت جهانی است، ولی ACTA این سازمان را دور می‌زند. هر گونه معاهده در خصوص مبارزه با جعل کالا و یا محافظت از کپی رایب می‌بایست با حضور سازمان‌های مربوط و در رأس آن سازمان تجارت

۳. همکاری بین‌المللی: در این فصل نحوه‌ی همکاری کشورهای عضو و تعهدات آن‌ها و مسایل مربوط به کشورهای غیر عضو بحث شده است.

۴. روش‌های اعمال قانون: در این فصل اقدام‌ها و روش‌های مختلف جهت برخورد با متخلفین حق مالکیت معنوی مورد بحث قرار گرفته است.

۵. هماهنگی‌های سازمانی: در این فصل قوانین مختلفی که سازمان‌ها و مؤسسات مختلف دولتی و غیر دولتی در جهت تحقق حق مالکیت معنوی موظف به رعایت آن‌ها هستند، بحث شده است.

۶. اقدامات نهایی: در این قسمت اقدامات نهایی جهت تحقق قوانین مصوب در سایر فصول آمده است.

جعل کالا یا نقض کپی رایب

نکته‌ی مهم در رابطه با تشکیل ACTA، سوء استفاده‌ی واضح از کلمه‌ی جعل و مبارزه با جعل کالا می‌باشد. در هیچ یک از اسناد رسمی یا نشت یافته‌ی ACTA، تعریفی از جعل کالا ارایه نشده است. از این‌رو، زمینه برای سوء استفاده از این نام برای ACTA مهیا می‌باشد. همان‌طور که ذکر شد، نیت واقعی ACTA محافظت از حق مالکیت معنوی و کپی رایب است. سؤال این است که چرا از نام جعل کالا برای رسیدن به منظور خود استفاده کرده‌اند؟ حقیقت این است که مبارزه با جعل کالا به ویژه کالاهای پزشکی و بهداشتی اهمیت و اولویت بین‌المللی بسیار زیادی دارد. پس معلوم می‌شود که ACTA با سوء استفاده از برجسب گول زنده‌ی مبارزه با جعل کالا در نظر دارد به هر قیمتی که شده است، به اعمال قدرتمندانه‌ی حق مالکیت معنوی و کپی رایب بپردازد. در ظاهر پرچم مبارزه با جعل کالا را -که هیچ کشور یا سازمان بین‌المللی منکر آن نیست- بلند کرده است، ولی در باطن نیتی دیگر دارد که همان محافظت از حق کپی رایب است.

سؤال دیگری که مطرح می‌شود این است که چرا ACTA نیت واقعی خود را بروز نمی‌دهد و متوسل به برجسب گول زنده‌ی مبارزه با جعل کالا می‌شود؟ حقیقت این است که

جهانی برگزار شود.

- عدم شرکت کشورهای در حال توسعه: در ابتدا کشورهای مثل امارات متحده عربی، اردن و اروگوئه نیز در جمع ACTA راه یافتند که به نظر می‌رسد علت دعوت از آنان متقاعد ساختن اتحادیه‌ی اروپا به عضویت در ACTA بوده است. پس از عضویت اتحادیه‌ی اروپا در ACTA سه کشور مذکور از لیست کشورهای عضو ACTA حذف شدند.

- عدم تعریف جعل کالا: در اسناد رسمی و غیر رسمی ACTA برای مواردی بدیهی مانند کلمه‌ی day به معنای روز و کلمه‌ی person به معنای شخص، تعاریفی ارائه شده است؛ ولی با کمال تعجب در مورد واژه‌ی مهمی مانند جعل (counterfeit) هیچ تعریفی نیامده است.

- همانند دانستن جعل کالا و نقض کپی رایت: عدم تعریف جعل این فرصت را به ACTA داده است تا متوسل به مغلطه شود و جعل کالا و نقض کپی رایت را به عنوان یک مقوله‌ی واحد معرفی کند. حال این که این دو موضوع به طور کامل متفاوت هستند. جعل کالا عبارت است تقلید فریب‌کارانه‌ی یک کالا به طوری که کالای تقلید شده با اصل آن متفاوت باشد، با این نیت که آن کالای کپی شده را به جای کالای اصلی قرار دهند. اما در مقوله‌ی کپی رایت، مورد کپی شده هیچ تفاوتی با نسخه‌ی اصلی ندارد و جعلی در این خصوص روی نمی‌دهد.

- عدم استثنا در موارد اتلاق کپی رایت: در حال حاضر در قوانین تمام کشورها استثنائاتی در خصوص اعمال حق کپی رایت وجود دارد. به عنوان مثال کپی یک کالای کپی رایت برای اهدافی مانند نقد و بررسی، گزارش خبر، پژوهش، آموزش و استفاده‌ی معلولین به طور معمول جرم تلقی نمی‌شود. در حالی که در قوانین ACTA قانون کپی رایت هیچ استثنائی نمی‌پذیرد.

اهداف و برنامه‌ها

از مطالب پیش گفته چنین بر می‌آید که ACTA دو هدف را

دنبال می‌کند:

۱. اعمال مقتدرانه‌ی حق مالکیت معنوی در اینترنت

۲. مبارزه با جعل کالا

به نظر می‌رسد که هدف دوم تنها دست‌آویزی برای رسیدن به هدف اول است. در رابطه با هدف اول سؤالی که به ذهن می‌آید این است که چرا حساسیت در مورد اینترنت در ACTA وجود دارد. جمله‌ی زیر، که به طور دقیق از پیش‌نویس رسمی ACTA نقل شده است، روشن‌گر این موضوع است:

"trade in fake and pirated goods has been aided by the Internet, which makes its easier for buyers and sellers of counterfeit goods to come together and also to distribute pirated music, movies and software". (۵)

منظور از جملات فوق این است که جعل کنندگان کالا، از اینترنت به عنوان وسیله‌ای راحت برای ارتباطات خود و خرید و فروش کالاهای جعلی استفاده می‌کنند. از این‌رو، لازم است که اینترنت به طور کامل تحت کنترل قرار گیرد تا بتوان مبارزه‌ی مؤثری با جعل کالا انجام داد.

کنترل اینترنت و اطلاعات

بر طبق قوانین ACTA، تمام ISPها موظف به ثبت دقیق و ارایه‌ی اطلاعات مشتریان خود هستند (۵). این موضوع شامل اطلاعاتی از قبیل نام، نام خانوادگی، آدرس، تلفن و شماره‌ی شناسایی سخت‌افزارهای کامپیوتر مشتری مانند شماره‌ی سریال دیسک سخت و شماره‌ی شناسایی پردازنده می‌باشد. این اطلاعات چنانچه با اطلاعات حاصل از منابع دیگر مطابقت داده شوند، ممکن است مشکلاتی برای کاربران اینترنت ایجاد کند.

همچنین ACTA، ISPها را موظف به کنترل اینترنتی کلیه‌ی ارتباطات کاربران می‌کند. در واقع ISPها موظف هستند سخت‌افزار و نرم‌افزار لازم برای کنترل ارتباطات کاربران را تهیه و نصب کنند؛ به طوری که در هر لحظه بتوانند بر روی هر ارتباطی که بخواهند تمرکز کنند. همچنین قابلیت

بین خواهند رفت و فروش اینترنت در انحصار ISPهای کلان در خواهد آمد و در نتیجه رقابت کاهش می‌یابد و قیمت اینترنت برای کاربران افزایش پیدا می‌کند. همچنین ISPهای بزرگ، هزینه‌های سخت‌افزاری حاصل از خرید و نصب تجهیزات کنترل کننده را از کاربران خود درخواست خواهند کرد. این امر نیز به نوبه‌ی خود سبب گرانی بیشتر قیمت اینترنت و کاهش تعداد کاربران خواهد شد. در اصل یکی از اهداف ACTA نیز همین کاهش تعداد کاربران اینترنت است، تا بدین وسیله بهتر بتوانند کنترل خود را بر روی ارتباطات اعمال نمایند.

نرم‌افزارهایی که به نوعی با فایل‌های داده سر و کار دارند مانند پخش کننده‌ی فایل‌های صوتی یا ویدیویی، می‌بایست قابلیت اداره‌ی حق دیجیتال را داشته باشند و این قابلیت آن‌ها فعال باشد. به علاوه، خود فایل‌های داده نیز باید دارای اطلاعاتی در خصوص وضعیت کپی رایط خود و همچنین نرم‌افزاری که با آن تولید شده‌اند، باشند.

لازم به ذکر است که قوانین ACTA شامل کالاهای در حال ترانزیت از کشورهای عضو ACTA نیز می‌شود. تحت قوانین ACTA کامپیوترهای سرور نباید دارای محتوای ناقص کپی رایط باشند و حتی بر روی آن‌ها نباید لینک به دیگر سایت‌های ناقص کپی رایط وجود داشته باشد، در غیر این صورت نام دامنه‌ی آن‌ها مصادره و متصدیان آن‌ها محاکمه خواهند شد. با توجه به این موضوع، دیگر جایی برای سایت‌هایی، که محتوای آن‌ها توسط کاربران تأمین می‌شود، مانند یوتیوب و غیره نخواهد بود.

تمامی قوانین ACTA بدون نیاز به مجوز دادگاه قابل اجرا است و به عنوان مثال جهت قطع اینترنت یک کاربر نیازی به اثبات جرم وی در محاکم قضایی نیست. همچنین کاوش حریم خصوصی افراد مانند ارتباطات اینترنتی آنان بدون نیاز به مجوز دادگاه صورت می‌گیرد و جنبه‌ی قانونی خواهد داشت.

نکته‌ی بسیار مهم دیگری که در مورد ACTA وجود دارد، لزوم جستجوی کلیه‌ی لوازم مسافران در فرودگاه‌ها و گمرک کشورهای عضو ACTA است. این قانون به ویژه در

تحت نظر گرفتن هم‌زمان چندین ارتباط را نیز داشته باشند و در مورد هر ارتباط بتوانند نوع، جهت، زمان، مدت، مبدأ و مقصد آن را تعیین کنند.

برای تحقق این موضوع لازم است که ساختار اینترنت و پروتکل‌های ارتباطی تغییر کند. ISPها باید قابلیت ذخیره‌ی طولانی مدت اطلاعات کاربران و ارتباطات آن‌ها را داشته باشند تا در صورت لزوم آن‌ها را مورد استفاده قرار دهند. بر طبق قوانین ACTA نیز ISPها نباید موضوع کنترل کاربران را بروز دهند.

لازمه‌ی تحقق اهداف اینترنتی ACTA تغییرات خاصی در پروتکل‌های ارتباطات اینترنتی است. لازم است که تمام بسته‌های ارتباطات اینترنتی دارای برچسب وضعیت کپی رایط باشند تا در صورت نقض کپی رایط بلافاصله مورد شناسایی قرار گیرند. برای حصول این شرایط لازم است کاربران نرم‌افزارهای خاص و گران قیمتی را بر روی کامپیوتر خود نصب کنند تا تمامی سیستم آن‌ها را از نظر موارد نقض کپی رایط اسکن کند و در صورت وجود مورد مشکوک گزارش کند.

همچنین ISPها نیز می‌بایست به تکنولوژی گران قیمتی برای کنترل بسته‌های اینترنتی اطلاعات منتقل شده از کامپیوتر کاربران مجهز شوند. انتقال بسته‌ای اطلاعاتی فاقد برچسب کپی رایط و یا بسته‌های مشکوک، منجر به دریافت اخطار می‌شود. سیستم تولید اخطار بسیار پرهزینه خواهد بود؛ به طوری که به ازای هر اخطار، هزینه‌ای بین ۱۲ تا ۳۳ دلار برای ISP ایجاد خواهد شد. چنانچه کاربری سه بار اخطار دریافت کند، ارتباط اینترنتی وی قطع خواهد شد. به علاوه، کسانی که مورد اتهام نقض کپی رایط قرار می‌گیرند، بدون این‌که جرمشان اثبات شود، موظف به دادن اطلاعات مورد درخواست مقامات ACTA می‌باشند.

عواقب حاصل از ACTA

به خاطر گرانی سخت‌افزار لازم برای کنترل بسته‌های اطلاعاتی، هزینه‌ی ISPها بسیار افزایش خواهد یافت. ISPهای کوچک که تحمل این بار هزینه را نداشته باشند، از

مجربان حقیقی را گرفت.

سؤال مهم این است که هزینه‌ی هنگفت محافظت از حقوق معنوی محصولات و حق کپی رایت را چه کسی باید بپردازد؟ و به چه دلیل باید این هزینه بر عهده‌ی شهروندان عادی باشد. در واقع شرکت‌های بزرگ دیجیتال می‌بایست هزینه‌ی محافظت از محصولات خود را بپردازند.

سوء استفاده از نام «مبارزه با جعل کالا»، عواقب سوء دیگری نیز در بر خواهد داشت و آن لوث شدن و به فراموشی سپرده شدن مسأله‌ی مبارزه با جعل کالاها به ویژه داروهای پزشکی می‌باشد.

سؤال‌ی که همواره در ذهن مردم مطرح می‌شود این است که چرا دولت‌مردان برای مسایل مهم جهان از قبیل مشکلات محیط زیست، پدیده‌ی گرمای جهانی، ایجاد صلح و غیره، چنین معاهدات محکمی منعقد و اجرا نمی‌کنند.

نظر به تعداد بسیار زیاد کاربران اینترنت در ایران و آگاهی اندک آنان از موضوع معاهده‌ی ACTA و خطراتی که این کاربران را در مواجهه با مصادیق قوانین ACTA تهدید می‌کند، لازم است اطلاع رسانی وسیعی در جهت معرفی این معاهده و تهدیدات آن برای کاربران اینترنت انجام شود.

مورد افراد یا محموله‌هایی که از کشورهای مندرج در لیست «گزارش ویژه‌ی ۳۰۱ دفتر نمایندگی بازرگانی آمریکا» (Special 301 Report USTR) می‌آیند، اجرا می‌شود. در صورت یافت شدن موارد ناقض کپی رایت بر روی ادوات دیجیتال مسافران مانند لپ‌تاپ و غیره، ممکن است مشکلات جدی برای آنان ایجاد شود.

نتیجه‌گیری

در خاتمه به نظر می‌رسد که قسمتی از برنامه‌ی ACTA در واقع بهانه‌ای برای فروش ادوات سخت‌افزاری و نرم‌افزارهای کنترل‌کننده‌ی گران‌قیمت مربوط به کمپانی‌های تولیدکننده‌ی آن‌ها باشد. درست مانند قضیه‌ی اسکنرهای برهنه در فرودگاه‌های آمریکا که به بهانه‌ی مبارزه با تروریسم خریداری و نصب شد و تمام مسافران مجبور بودند در پشت آن قرار گیرند و بدن آن‌ها به صورت برهنه دیده شود. پس از مدتی مشخص شد که دست شرکت‌های تولیدکننده‌ی این نوع اسکنرها در کار است تا بدین وسیله بتوانند محصولات خود را به فروش برسانند. در هر حال اجرای قوانین ACTA در نهایت بار سنگینی بر دوش شهروندان عادی تحمیل خواهد کرد، در حالی که معلوم نیست با این قوانین بتوان جلوی

References

1. Plurilateral agreement. Wikipedia, the free encyclopedia [Online]. 2007; Available from: URL: http://en.wikipedia.org/wiki/Plurilateral_agreement/
2. Anti-Counterfeiting Trade Agreement. From Wikipedia, the free encyclopedia [Online]. Available from: URL: http://en.wikipedia.org/wiki/Anti-Counterfeiting_Trade_Agreement/
3. Proposed US ACTA multi-lateral intellectual property trade agreement (2007) [Online]; 2008 [cited 2008 May 21]; Available from: URL: http://mirror.wikileaks.info/wiki/Proposed_US_ACTA_multi_lateral_intellectual_property_trade_agreement_%282007%29/index.html/
4. Talk: Classified U.S. Japan EU ACTA Trade. Agreement Drafts [Online]. 2009; Available from: URL: http://www.wikileaks.ch/wiki/Talk:Classified_US/
5. Consolidated Text: Anti-Counterfeiting Trade Agreement. Informal Predecisional/Deliberative Draft [Online]. 2010 Aug 25; Available from: URL: http://trade.ec.europa.eu/doclib/docs/2010/april/tradoc_146029.pdf/
6. Naim M. Illicit: how smugglers, traffickers and copycats are hijacking the global economy. Washington (DC): Anchor Books; 2006.
7. Counterfeit drugs kill over 700,000 people every year - new report [Online]. Available from: URL: <http://www.africanliberty.org/node/719/>

Anti-Counterfeiting Trade Agreement and its Relationship with Internet

*Mahmood Saghaei*¹

Abstract

Introduction: Anti-counterfeiting trade agreement (ACTA) is a plurilateral agreement among industrialized countries including USA. Top industrialized countries and in particular USA always tried to have complete control over world trade organization (WTO). Although they had many success for their purpose, they are not convinced about the WTO functions and they can not tolerate critiques of their opponents in WTO, so they were looking for a way to bypass the WTO. In 2006 Japan and USA prepared an initial proposal and tried confidentially to attract other industrialized counties into their agreement. Under the cover of fighting good counterfeit, this agreement aimed to legally enforce the intellectual property rights and total control over Internet communications. They aimed for new standards and system of laws independent of existing international organizations and countries to establish a new governing body outside of the body of existing countries. All these efforts were to forcibly implement the intellectual property right and copyright law by implementing total control on the Internet as the main media for copyright infringement. This article has been written to shed some light on the issue and disclosing the hidden parts of this agreement.

Keywords: Anti-Counterfeiting Trade Agreement; Copyright; Intellectual Property Right; Internet; Counterfeit Drugs.

Type of article: Special Report

Received: 29 Jan, 2011 *Accepted: 21 May, 2011*

Citation: Saghaei M. **Anti-Counterfeiting Trade Agreement and its Relationship with Internet.** Health Information Management 2011; 8(2): 278.

1. Professor, Anesthesiology and Critical Care, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran. (Corresponding Author) Email: mahmood.saghaei@gmail.com

نقدی بر کتاب سیستم‌های اطلاعاتی با تأکید بر سیستم‌های کتابخانه‌ای و اطلاع رسانی

رضوان اجاقی^۱، حسن اشرفی ریزی^۲

چکیده

عاصمی عاصفه، زالزاده ابراهیم. سیستم‌های اطلاعاتی با تأکید بر سیستم‌های کتابخانه‌ای و اطلاع رسانی، تهران: کتابدار، ۱۳۸۹، ۲۶۰ ص، شابک: ۹۷۸-۶۰۰-۵۴۸۹-۶۱-۳.

واژه‌های کلیدی: نقد؛ نظام‌های اطلاع رسانی؛ کتابخانه‌ها؛ کتابداری و اطلاع رسانی.

نوع مقاله: نقد کتاب

دریافت مقاله: ۹۰/۱/۱۵ اصلاح نهایی: --- پذیرش مقاله: ۹۰/۳/۷

ارجاع: اجاقی رضوان، اشرفی ریزی حسن. نقدی بر کتاب سیستم‌های اطلاعاتی با تأکید بر سیستم‌های کتابخانه‌ای و اطلاع رسانی. مدیریت اطلاعات سلامت ۱۳۹۰؛ ۸ (۲): ۲۸۴-۲۷۹

مقدمه

امروزه به عنوان بخش مهمی از نظام اطلاع رسانی کشور مورد توجه قرار دارد. طراحی سیستم‌های اطلاعاتی کتابخانه‌ای مناسب، در افزایش سرعت ارائه خدمات و کمک به تصمیم‌گیری در زمانی محدود برای مدیران و نیز در افزایش سرعت و دقت عملیات خدمات به کاربران تأثیر به‌سزایی دارد.

در نتیجه کتابداران حرفه‌ای که ماهیتاً و از طریق آموزش به سوی تحلیل سیستم سوق داده می‌شوند، نیاز به آموزش و مهارت‌های خاص دارند و به عنوان تحلیلگر سیستم، مسئولیت طراحی سیستم و نظارت بر اجرای طرح را بر عهده خواهند داشت (۲).

درباره‌ی نویسندگان

کتاب «سیستم‌های اطلاعاتی با تأکید بر سیستم‌های کتابخانه‌ای و

اطلاعات و تکنولوژی در یک چرخه‌ی رو به رشد یکدیگر را با اثر متقابل ارتقا می‌دهند و هر یک به رشد دیگری کمک می‌کنند، ولی در این میان سیستم‌هایی که حجم عظیم اطلاعات را سامان دهند، آن را در قالب‌های تکنولوژی جای دهند و امکان استفاده‌ی مؤثر از آن را پدید آورند، نقش به‌سزایی بر عهده دارند. بنابراین بهترین راه رسیدن به این دستاورد مهم، طراحی سیستم‌های اطلاعاتی مناسب است. تعاریف بسیاری در علوم مختلف در این زمینه وجود دارد. واژه‌نامه‌ی انجمن کتابداری و اطلاع رسانی امریکا (The ALA Glossary of Library and Information Science)، سیستم‌های اطلاعاتی را چنین تعریف می‌کند: «یک سیستم کامل طراحی شده برای تولید، جمع‌آوری، سازماندهی (پردازش)، ذخیره، بازیابی و اشاعه‌ی اطلاعات در یک مؤسسه، سازمان یا هر حوزه‌ی تعریف شده‌ی دیگر از جامعه» (۱).

خدمات الکترونیکی و فن‌آوری اطلاعات و ارتباطات، ابزار و بستر مناسبی را برای ایجاد سیستم‌های اطلاعاتی کتابخانه‌ای و ارائه‌ی خدمات یکپارچه فراهم کرده است و

۱. دانشجوی کارشناسی ارشد، کمیته‌ی تحقیقات دانشجویی، کتابداری و اطلاع رسانی پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران.
۲. استادیار، کتابداری و اطلاع رسانی، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران. (نویسنده‌ی مسؤول)

Email: hassanashrafi@mng.mui.ac.ir

سؤالات آزمون بحث مربوط طراحی و ارایه شده است. در بخش پایانی کتاب، نمونه‌ی قابلیت‌های فنی و تخصصی در دو جدول به نسبت طولانی آمده است.

محتوای فصل‌های کتاب به این صورت می‌باشد:

فصل اول (جلسات ۱، ۲، ۳ و ۴): تکنولوژی کامپیوتر. ابتدا به تاریخچه‌ی استفاده از تکنولوژی می‌پردازد که با آوردن مثال‌های تاریخی جذاب، رغبت خواننده را به ادامه‌ی مطالعه بیشتر می‌کند. سپس تعاریف اجزا و مفاهیم مرتبط با علوم رایانه، سیستم‌های اطلاعاتی و کتابخانه و معرفی ابزارها و امکانات مربوط به آن ذکر شده است.

فصل دوم (جلسه ۵): نگرش سیستمی و کاربرد آن در طراحی سیستم‌های اطلاعاتی در کتابخانه. این فصل به عنوان یکی از اصول مهم طراحی سیستم، نوعی تفکر را با عنوان تفکر سیستمی پیش روی خواننده می‌گذارد. به طور کلی هر مؤسسه برای تداوم جریان کاری خود، به یک دید سیستمی نیاز دارد که همه‌ی بخش‌های درون‌داد، برون‌داد و فرایند تبدیل را از طریق مکانیسم کنترل و حلقه‌ی بازخورد، زیر نظر داشته باشد که این مراحل طی فرایند تفکر سیستمی قابل اجرا هستند.

فصل سوم (جلسه ۶): ابزارهای مورد نیاز در طراحی سیستم‌های اطلاعاتی کتابخانه. بررسی، طراحی و ایجاد سیستم اطلاعاتی در کتابخانه امری مشکل، وقت‌گیر و پرهزینه است. به همین دلیل انجام موفقیت آمیز هر مرحله از ساخت و طراحی، روش‌ها و ابزار خاص خود را می‌طلبد. نحوه‌ی ایجاد یک سیستم اطلاعاتی و شرایط ابزارها و انواع ابزارها از بحث‌هایی است که در این فصل به آن پرداخته شده است.

فصل چهارم (جلسات ۷ و ۸): مراحل مختلف طراحی سیستم‌های اطلاعاتی در کتابخانه. تنظیم اطلاعات درون سازمان، کار گروهی رایانه و انسان است که طراحان سیستم، عاملان این امر می‌باشند. در این فصل با مرور گام‌های مختلف

اطلاع رسانی» تألیف دکتر عاصفه عاصمی و دکتر ابراهیم زالزاده می‌باشد. عاصفه عاصمی دکترای تخصصی خود را از دانشگاه پونا، کشور هند، در سال ۱۳۸۵ دریافت کرده است و اکنون استادیار و از اعضای هیأت علمی گروه کتابداری و اطلاع رسانی دانشگاه اصفهان می‌باشد. وی در زمینه‌های مختلف کتابداری و اطلاع رسانی فعالیت آموزشی و تحقیقاتی داشته و مقالات متعددی در حوزه‌ی سیستم‌ها و شبکه چاپ و منتشر نموده است. ابراهیم زالزاده نیز دکترای تخصصی خود را از دانشگاه پونا، کشور هند در سال ۱۳۸۸ دریافت کرده است. وی در حال حاضر استادیار و از اعضای هیأت علمی گروه کتابداری و اطلاع رسانی دانشگاه یزد می‌باشد. فعالیت‌های تحقیقاتی وی در حوزه‌ی تکنولوژی اطلاعات و ارتباطات و علوم اطلاع رسانی می‌باشد.

محورهای اصلی کتاب

این کتاب با هدف آموزش طراحی سیستم‌های اطلاعاتی و کاربرد تکنولوژی در کتابخانه‌ها و مراکز اطلاع رسانی تألیف شده است. در نگارش این کتاب، تلاش شده است که مطالب آن مناسب با سرفصل‌های مصوب وزارت علوم، تحقیقات و فن‌آوری برای درس‌های «تکنولوژی اطلاعات و سیستم‌های اطلاعاتی» و «مدیریت سیستم‌های اطلاعاتی» دوره‌ی کارشناسی ارشد رشته‌ی کتابداری و اطلاع رسانی باشد. این کتاب شامل ۱۵ جلسه و در ۷ فصل گنجانده شده است. فصل آغازین کتاب درباره‌ی قالب و نحوه‌ی تنظیم مقاله و شیوه‌های رفرنس نویسی جهت انجام تکالیف و پروژه‌ی درس می‌باشد. از آن جا که این کتاب، آموزشی و برای دانشجویان و استادان تألیف شده است، در پایان هر جلسه، مطالعات موردی مربوط به بحث تبیین گردیده است. سپس تکالیفی برای دانشجویان در نظر گرفته شده است که با توجه به اهداف آموزشی بودن کتاب، به محک خود پردازند. در پایان هر فصل نیز نمونه‌ی

پرداخته شده است. از جمله‌ی این کتاب‌ها می‌توان به «نظام‌های اطلاعاتی و مفاهیم مرتبط» نوشته‌ی رحیم علیجانی و همکاران اشاره کرد (۳). وی در فصلی از کتاب خود اشاراتی به طراحی سیستم‌های اطلاعاتی دارد، اما بیشتر به تعریف‌ها و معرفی مفاهیم مرتبط پرداخته است و هدف وی فقط مسأله‌ی طراحی سیستم‌ها نبوده است.

همچنین در فصلی از کتاب «نظام‌های ذخیره و بازیابی اطلاعات» نوشته‌ی Ston Pollitt، ترجمه‌ی محمدحسین دیبانی و جعفر مهراد (۴)، آموزش طراحی و ساخت پایگاه اطلاعاتی ذکر شده است، اما می‌توان گفت برای طراحان و برنامه‌نویسان سطح بالا قابل استفاده است.

کتاب دیگر، با عنوان «تحلیل نظام‌ها برای کتابداران و متخصصان اطلاع‌رسانی» نوشته‌ی Osborn، ترجمه‌ی محمود مرادی و علیرضا رستمی گومه می‌باشد (۲). این کتاب بیشترین هم‌پوشانی را با کتاب مورد نقد دارد و هدف آن، آموزش طراحی سیستم‌های اطلاعاتی به متخصصان کتابداری است. این کتاب با بیانی رسا موضوع را بررسی کرده است. اما مزیت کتاب مورد نقد، سیستم‌های اطلاعاتی با تأکید بر سیستم‌های کتابخانه‌ای، در سادگی و قابل فهم بودن آن برای دوره‌ی تحصیلات تکمیلی رشته‌ی کتابداری و اطلاع‌رسانی است.

با توجه به بررسی منابع موجود می‌توان به این نتیجه رسید که برتری این کتاب در پیشگام بودن در آموزش طراحی سیستم‌های اطلاعاتی کتابخانه‌ای و پروراندن مطالب منطبق بر سرفصل‌های وزارت علوم، تحقیقات و فن‌آوری می‌باشد.

بررسی محتوایی و ساختاری کتاب

در این بخش به بررسی محتوایی و ساختاری کتاب می‌پردازیم:

ویژگی‌های مهم اثر:

- با توجه به پیشینه‌ی نویسندگان اثر؛ سابقه‌ی پژوهشی،

طراحی سیستم اطلاعاتی و بررسی هر مرحله، به فنون طراحی و خصوصیات طراحان پرداخته شده است.

فصل پنجم (جلسه‌ی ۹): عوامل مؤثر در طراحی سیستم‌های اطلاعاتی کتابخانه. در این فصل انواع نیروهای تأثیرگذار ذکر شده است. هر سازمان از اجزای مختلفی همچون محیط کار، بودجه، کاربران، نیروهای رقیب و ... تأثیر می‌پذیرد. از آن جایی که کتابخانه یا مرکز اطلاع‌رسانی جزئی از کل است، باید بتواند همه‌ی عوامل مؤثر را از نظر فیزیکی و روانی بسنجد، سپس اقدام به طراحی سیستم بنماید.

فصل ششم (جلسات ۱۰ و ۱۱): تجزیه و تحلیل سیستم‌های اطلاعاتی کتابخانه‌ای. با تجزیه و تحلیل سیستم، وظایف جاری اجزای کتابخانه مشخص می‌شود و ضمن کشف نقاط نقص و رکود، سعی بر ارائه‌ی راه حل خواهد شد. در این فصل چرخه‌ی تکاملی تحلیل و تجزیه سیستم، تحلیل‌گر سیستم و انواع بخش‌های سیستم‌های کتابخانه‌ای بیان شده است.

فصل هفتم (جلسات ۱۲، ۱۳ و ۱۴): پیاده‌سازی و توسعه‌ی سیستم اطلاعاتی. استقرار و پیاده‌سازی سیستم اطلاعاتی مرحله‌ی آخر فرایند توسعه‌ی سیستم‌های اطلاعاتی است که به تفصیل در این فصل به ذکر مراحل آن پرداخته شده است: شناخت نیاز، مطالعه‌ی امکان‌سنجی، تهیه‌ی طرح پروژه، توسعه، برنامه‌نویسی، تبدیل سیستم، آزمون سیستم، اصلاح و نگهداری.

مقایسه‌ی اثر با آثار مشابه

در علوم کتابداری و اطلاع‌رسانی متون معدودی توسط نویسندگان مختلف که به این موضوع پرداخته باشند، وجود دارد. اما در این متون معدود نیز به طور خاص به این موضوع پرداخته نشده است، بلکه فصلی از آن کتاب‌ها است که در سطحی بالا برای متخصصان فن‌آوری اطلاعات نگاشته شده است و یا به جنبه‌های دیگر طراحی سیستم در کتابخانه‌ها

برای تفهیم بیشتر موضوع به هدف خود که آموزش مطلب به خوانندگان می‌باشد، رسیده است مانند نمودار ۴-۱ صفحه‌ی ۶۷ و تصویر فصل اول صفحه‌ی ۲۱.

- در مقدمه، مخاطبان اثر جامعه‌ی تحصیلات تکمیلی رشته‌ی کتابداری و اطلاع رسانی معرفی شده‌اند که به درستی رابطه‌ی لازم بین اثر و مخاطبان اثر ایجاد شده است.

- استفاده از قلم مناسب برای کتاب و نیز فاصله‌ی مناسب بین سطرها، مرور متن را به راحتی امکان پذیر می‌سازد.

- در پایان هر فصل منابع مورد استفاده، به شیوه‌ی APA (American psychological association) تنظیم شده و یکدست است.

- کتاب، واژه‌نامه‌ی انگلیسی به فارسی و فارسی به انگلیسی دارد و در تنظیم آن دقت زیادی به عمل آمده است.

- نمایه یکی از ملزومات هر اثر برای جست و جوی ساده و سریع مطالب است. این کتاب دارای نمایه‌ی الفبایی موضوعی می‌باشد.

نارسایی‌ها و کاستی‌های اثر:

علاوه بر نکات مثبتی که بیان شد، در این کتاب ضعف‌هایی نیز به چشم می‌خورد که به آن‌ها اشاره می‌شود:

- با توجه به بدیع بودن اثر، انتظار می‌رود این کتاب دارای مقدمه‌ای مفصل و واضح به جهت شناخت بیشتر کتاب باشد، اما اثر فاقد مقدمه‌ی نویسنده است و تنها به پیشگفتاری بسیار خلاصه اکتفا شده است.

- با نگاهی اجمالی به منابع، چنین دریافت می‌شود که نسبت به ماهیت پویای موضوع مطرح شده، منابع تا حدودی قدیمی باشند. جدیدترین منبع استفاده شده در منابع فارسی متعلق به سال ۱۳۸۵ و در منابع لاتین سال ۲۰۰۵ می‌باشد و فقط در یکی دو مورد منابع جدیدتر نیز وجود دارد. بیشتر منابع بین سال‌های ۱۹۷۰ الی ۱۹۹۹ میلادی می‌باشد.

- فصل‌ها از یکدستی لازم در زمینه‌ی نوشتن مقدمه،

مقالات منتشر شده و تدریس در این حوزه، امتیازهایی است که نویسندگان مذکور را به عنوان متخصص در این زمینه برای نوشتن چنین کتابی مجاز می‌شمارد.

- نشر کتابدار، ناشری تخصصی و معتبر در زمینه‌ی چاپ کتاب‌های علوم کتابداری و اطلاع رسانی می‌باشد. چاپ هر اثر توسط ناشر تخصصی خود، درجه‌ی اعتبار اثر را تا حد زیادی بالا می‌برد.

- عنوان کتاب مناسب و گویا انتخاب شده است و عنوان با هدف اثر هماهنگی دارد.

- در صفحه‌ی عنوان و پشت صفحه‌ی عنوان، اطلاعات لازم در قالب استاندارد وجود دارد. به این ترتیب که در صفحه‌ی عنوان، عنوان کامل اثر، اطلاعات مربوط به نویسندگان، نام ناشر به همراه لوگوی آن، محل نشر و تاریخ نشر آمده است. در پشت صفحه‌ی عنوان، در قسمت اول صفحه، شناسنامه‌ی کامل اثر در قالب فهرست نویسی فیبا درج شده است و در قسمت دوم صفحه، اطلاعات مربوط به ناشر، نشانی ناشر، شمارگان، نوبت چاپ، قیمت و دیگر اطلاعات لازم آمده است.

- فهرست مطالب با رعایت ترتیب منطقی فصل‌ها در جهت تفهیم موضوع و با آوردن سرفصل‌های فرعی دقیق در زیر سرفصل‌های اصلی از نقاط قوت کتاب محسوب می‌شود و خواننده برای یافتن سرفصل اصلی یا فرعی مورد نظر خود به راحتی به صفحه‌ی مربوط ارجاع داده می‌شود.

- متن کتاب تا حدودی سلیس و روان است. به عنوان مثال، در فصل پنجم صفحه‌ی ۱۷۳ بند ۹-۴ با عنوان عوامل انسانی، چنین آمده است: «زمینه‌ی عوامل انسانی گسترده و گاهی نامشخص است، اما طراحان سیستم‌ها باید بکوشند عوامل انسانی را درک کرده و چنان به آن بپردازند که همراه با انسان‌ها کار کنند نه علیه آن‌ها».

- نویسنده در موارد لازم با کمک تصویرها و نمودارها

محتوای کتاب نیاز به مثال بیشتر وجود دارد، مانند فصل ششم، صفحه‌ی ۱۷۸، بخش ۴، تجزیه و تحلیل و طراحی سیستم کتابخانه و یا در همین فصل، صفحه‌ی ۱۸۵، در رابطه با سیستم پردازش تراکنش که در آنجا نیاز به یک تعریف روشن از پردازش تراکنش وجود دارد.

- برخی از تصاویر استفاده شده در اثر، فاقد شماره هستند مانند تصاویر صفحه‌ی ۲۱.

- بر اساس هدف کلی تألیف، اثر مورد نقد، کتاب درسی محسوب می‌شود. بنابراین در آغاز هر فصل باید به اهداف آموزشی و اهداف رفتاری اشاره می‌شد که این موضوع اتفاق نیفتاده است.

- قوانین نگارشی چندان رعایت نشده است. برای جمع بستن کلمه‌ها، به جای «ها» از «ات» استفاده شده است که «ات» در فارسی به کار نمی‌رود مانند صفحه‌ی ۱۸۲، پاراگراف اول، سطر چهارم: تصمیمات.

- غلط‌های املائی در موارد زیادی به چشم می‌خورد مانند صفحه‌ی ۲۰۴، پاراگراف اول، سطر ششم: امکان سنجی اقتصادی به جای امکان سنجی اقتصادی و صفحه‌ی ۲۵، پاراگراف سوم، سطر دوم: کارائی به جای کارایی.

- عدم یکدستی در نوشتن کلمه‌هایی که با «ها» جمع بسته می‌شوند مانند صفحه‌ی ۲۴، سطر ششم: دستگاه‌هایی یا صفحه‌ی ۱۷۱، پاراگراف اول، سطر چهارم: سیستم‌ها.

جمع‌بندی و نتیجه‌گیری

با پیشرفت روزافزون علم، علوم مختلف به سوی تخصصی‌تر شدن پیش می‌روند. در حوزه‌ی کتابداری و اطلاع‌رسانی نیز هر روز شاهد ظهور موضوع‌ها و مطالب جدید هستیم که یکی از آن‌ها، تحلیل و طراحی سیستم‌های مربوط به کتابخانه‌ها است. علم کتابداری و اطلاع‌رسانی برای پیشرفت و بالا بردن دقت و کیفیت کار خود نیاز به طراحی و تحلیل سیستم‌های اطلاعاتی توسط متخصصان دارد؛ چرا که کتابداران بیشتر از هر

خلاصه و نتیجه‌گیری برخوردار نیست. به عنوان نمونه، فصل اول مقدمه ندارد، اما در پایان خلاصه وجود دارد. فصل چهارم مقدمه دارد و در پایان نیز نتیجه‌گیری دارد، اما فاقد خلاصه است.

- در مواقع لزوم از پانویس‌ها استفاده شده است، اما شماره‌ی ارجاع تعداد قابل توجهی از پانویس‌ها با شماره‌ی ارجاع منابع، به یک صورت درج شده است. این موضوع باعث به اشتباه افتادن خواننده می‌شود. به عنوان مثال صفحه‌ی ۱۲۳، پاراگراف اول، سطر سوم: «...تجربه‌ی استفاده کنندگان از سیستم چه اندازه است؟»^(۲) این شماره‌ی رفرنس می‌باشد، اما به صورت شماره‌ی پانویس درج شده است. مثال دیگر صفحه‌ی ۶۹، پاراگراف سوم، سطر سوم: «... به عنوان نمونه در طراحی یک سیستم، سیستم پشتیبانی تصمیم گروهی» (۱۴). این شماره‌ی پانویس می‌باشد، اما به صورت شماره‌ی رفرنس درج شده است.

- در برخی موارد، تعدد سرفصل‌های فرعی در زیر سرفصل اصلی، پیوستگی مطالب را از بین برده است به طوری که رشته‌ی کلام از دست خواننده گسسته می‌شود، مانند فصل سوم.

- در برخی موارد معادل انگلیسی اصطلاحات ضروری است، اما ذکر نشده است. مانند صفحه‌ی ۱۲۴، پاراگراف آخر: انواع تکنیک‌های طراحی: برگ طراحی. مورد دیگر در صفحه‌ی ۹۶، سطر آخر: فراگرد.

- در یکی دو مورد، تکرار مطلب رخ داده است. مانند فصل پنجم، صفحه ۱۷۰، بخش ۴-۲، کاربران سیستم و صفحه‌ی ۱۷۲، بخش ۹-۴، عوامل انسانی. کاربران سیستم و عوامل انسانی دو سرفصل با عناوین متفاوت هستند که در دو بخش مجزا آمده‌اند، اما هر دو به یک مورد (نیروی انسانی) اشاره دارند و مطلب به نوعی تکرار شده است.

- در برخی موارد از نویسنده انتظار می‌رود توضیح بیشتر در مورد مطلب بنویسد و یا این که مطلب را با یک مثال عینی در بحث کتابخانه‌ای ملموس‌تر کند، هر چند که در بیشتر موارد مثال‌های بجایی آورده شده است. اما به دلیل نوع

گروهی با علم کتابداری و اطلاع‌رسانی آشنایی دارند. با توجه به دیگر آثار نوشته شده در این زمینه، می‌توان گفت که در سال‌های اخیر جای تألیف چنین کتابی توسط یک متخصص اطلاع‌رسانی و کتابداری به شدت احساس می‌شد. این کتاب به هدف خود، که طراحی سیستم‌های اطلاعاتی با تأکید بر سیستم‌های کتابخانه‌ای است، به طور تقریبی دست یافته است. از آن جایی که این اثر منطبق با سرفصل‌های مصوب وزارت علوم، تحقیقات و فن‌آوری است، به هدف تألیف، که همان استفاده‌ی دانشجویان تحصیلات تکمیلی رشته‌ی

کتابداری و اطلاع‌رسانی می‌باشد، نایل شده است. هر چند برخی مطالب نیاز به بسط و توضیح بیشتری دارد و در برخی موارد نیاز به ذکر مثال برای فهم بیشتر مطلب احساس می‌شود، اما مطالعه‌ی این کتاب برای تمام افرادی که بخواهند در زمینه‌ی طراحی سیستم‌ها کار کنند، به عنوان اولین قدم توصیه می‌شود و منبع خوب و مناسبی برای دانش‌آموختگان رشته‌ی کتابداری و اطلاع‌رسانی در مقطع کارشناسی ارشد می‌باشد. «نقد یک اثر بی‌شک نوعی ادای احترام به اثر و پدیدآورندگان است» (۵). در پایان برای پدیدآورندگان کتاب توفیقات روزافزون آرزو مندیم.

References

1. Young H, Belanger T. The ALA glossary of library and information science. Madrid: Ediciones Diaz de Santos; 1983.
2. Osborn L, Nakamora M. System analysis for librarians and information professionals. Trans. Rostami Gome AR. Kermanshah: Razi University Press; 2007.
3. Alijani R, Ahmadei AN, Ghafarei S. Information systems and related concepts. Tehran: Chapar Publication; 2008.
4. Pollitt AS. Information Storage and Retrieval Systems. Trans. Dayyani MH, Mehrad J. Shiraz: Regional Library for Science and Technology; 2001.
5. Ashrafi Rizi H, Kazem Pour Z. The principles of book criticism: a guide for librarians, authors and translators. Tehran: Chapar Publication; 2010.