



مدیریت اطلاعات سلامت

شماره ۱: ۷۸۵۳-۱۷۳۵

شماره الکترونیک: ۹۸۱۳-۱۷۳۵

دوره هشتم، شماره اول، فروردین و اردیبهشت ۱۳۹۰ (دو ماهنامه)

 ۱. ضرورت تأکید بر توسعه کتابخانه‌های بیمارستانی در برنامه‌های خدمات اطلاع رسانی پزشکی
 احمد شعبانی..... ۱۰۴

 ۲. پرونده‌ی سلامت فردی، فن آوری اطلاعات در سیستم مراقبت سلامت آینده: دیدگاه پزشکان و پرستاران
 مریم احمدی، فرحناز صادقی، محمود کورپی، فاطمه رنگار جلی..... ۵-۱۷

 ۳. امکان سنجی آموزش از راه دور از طریق اینترنت برای کتابداران شاغل در کتابخانه‌های مرکزی دانشگاه‌های وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی مستقر در شهر تهران
 زهرا فرعی، محمد رضا علی نیک، روح انگیز جیشدی..... ۱۸-۲۶

۴. کیفیت ثبت آراء شریین زردویی گلی هنر، سعید کریمی، سیکه سزایان زاده اسمعالی..... ۲۷-۳۳

 ۵. بررسی وضعیت موجود حریم‌های اطلاعات بیمارستان شهر تهران
 محمد عرب، ابوالقاسم پور رضا، محمد رضا الشرفیاده، ربه سعیدی..... ۳۷-۴۲

 ۶. بررسی عوامل استرس‌زای وظیفی کتابداران شاغل در کتابخانه‌های دانشگاه علوم پزشکی اصفهان
 حسن الشرفی ری، زهرا کاظم پور..... ۴۵-۵۳

 ۷. ارزیابی کیفی پرونده‌های پزشکی بیماران بستری شده در بیمارستان دکتر غریبی
 شریین عباسی، نادیه توکلی..... ۵۴-۶۶

 ۸. نیاز سنجی آموزش مداوم حرفه‌ای دانش آموختگان مدیریت خدمات بهداشتی درمانی
 سعید کریمی، مریمیه جواد، مریم خاوری، سوزان خضعی زاده، منصوره بلالی..... ۶۵-۷۷

 ۹. آیا روشی برای تقابلی هم زمان زمان شاخص‌های کلیدی عملکرد بیمارستان وجود دارد؟
 محمد نادری، علویه السادات سجادی، زینب السادات سجادی..... ۷۵-۸۵

 ۱۰. تحلیل محتوایی و اسنادی مقالات چاپ شده در مجله علمی پژوهشی «مدیریت اطلاعات سلامت»
 حسن فهیمی، فریده مرعزی، محمدحسن پازمحمدیان، سیمای سعیدی..... ۸۴-۹۶

 ۱۱. نقش ابزار داده‌ها در پیاده کردن مدیریت بیماری‌ها
 مهتاب کریمی، مهدی سزایان بر جلی..... ۹۷-۱۰۴

 ۱۲. جایگاه اطلاعات سلامت در فرم جدید نظام بهداشت و درمان آمریکا
 زهرا مستانه، لطف اله موصی..... ۱۰۷-۱۱۱

- The Necessity for Development of Hospital Libraries in Medical Information Services Plans
 Ahmad Shabani, PhD..... 4
- Personal Health Record, Information Technology in Future Health Care System: Physicians and Nurses View Point
 Maryam Ahmadi, PhD; Farahnaz Sadoghi, PhD; Mahmood Gohari, PhD; Fatemeh Rangraz Jeddli..... 17
- Feasibility Study of Distance Learning via Internet for Library Staffs in Central Libraries of Ministry of Health and Medical Education in Tehran
 Zahra Faraji; Mohammad Reza Alliberi; Roohanghiz Jamshidi, PhD..... 26
- The Quality of Death Certificates Record in the Educational and non-Educational Hospitals in Kermanshah
 Mahmood Keyvansha, PhD; Shirin Zardooganban; Saeid Karimi, PhD; Sakineh Saghieiannejad Ifahani..... 36
- A Survey on Current Status of Patient Information Privacy in Tehran's Hospitals
 Mohammad Arab, PhD; Abolghasem Pourreza, PhD; Mohammadreza Eshraghian, PhD; Roghayeh Khabiri..... 44
- A Survey on Job Stressors of Librarians Working in Libraries of Isfahan University of Medical Sciences
 Hasan Ashrafi Rizzi, PhD; Zahra Kazempour..... 53
- Quantitative Analysis of Medical Record of Patients Admitted in the Gharazi Hospital
 Shirin Abbasi; Nahid Tavakoli..... 64
- Need Assessment of Continuing Professional Education of Health Care Management Graduates, Working in the Medical University of Isfahan & Related Centers
 Saeid Karimi, PhD; Marziye Javadi; Maryam Yaghoobi; Sogol Fathalizade; Masoumeh Molale..... 74
- Is There any Method to Compare Key Indicators of Hospital Performance Simultaneity?
 Mohammad Hadj Hanieh Sadate Sajadi, Zeinab Sadate Sajadi..... 85
- Content and Citation Analysis of Articles Published in the Journal of "Health Information Management"
 Hassan Ghashtvashy; Farideh Movahedi; Mohammad Hosein Yarmohammadi, PhD; Sima Ajami, PhD..... 96
- The Role of Data Warehouse in Optimizing Diseases Management
 Mahtab Karami; Mehdi Setayesh Barhaghi..... 106
- Health Information Position in New Reform of American Health Care System
 Zahra Mastaneh; Lotollah Mousavi..... 111

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 صدوری: 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- سکیته 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 بیمارستانها، 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 ۰۳۱۱-۶۶۸۳۰۲

E-mail: esfahanfarzanegan@yahoo.com

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ



مدیریت اطلاعات سلامت

(پزشکی، پیراپزشکی)

دوره هشتم، شماره اول، فروردین و اردیبهشت ۱۳۹۰

شماره ی پیاپی: ۱۷

شاپا (چاپی): ۷۸۵۳-۱۷۳۵

شاپا (الکترونیک): 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

سردبیر:

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: ۸۱۷۴۵-۳۴۶

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 کلیه 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 حمایت‌کننده 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 می‌شود 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 نویسنده‌ی 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 پیش‌گفت 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]

- ضمائم:

- 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.

فهرست مطالب

۱. ضرورت تأکید بر توسعه‌ی کتابخانه‌های بیمارستانی در برنامه‌های خدمات اطلاع‌رسانی پزشکی
احمد شعبانی..... ۱-۴
۲. پرونده‌ی سلامت فردی، فن‌آوری اطلاعات در سیستم مراقبت سلامت آینده: دیدگاه پزشکان و پرستاران
مریم احمدی، فرحناز صدوقی، محمود گوهری، فاطمه رنگرز جدی..... ۵-۱۷
۳. امکان‌سنجی آموزش از راه دور از طریق اینترنت برای کتابداران شاغل در کتابخانه‌های مرکزی دانشگاه‌های وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی مستقر در شهر تهران
زهرا فرجی، محمد رضا علی بیک، روح‌انگیز جمشیدی..... ۱۸-۲۶
۴. کیفیت ثبت گواهی‌های فوت صادره در بیمارستان‌های آموزشی و غیر آموزشی شهر کرمانشاه
محمود کیوان آرا، شیرین زردوئی گل‌عنبر، سعید کریمی، سکینه سفاییان نژاد اصفهانی..... ۲۷-۳۶
۵. بررسی وضعیت موجود محرمانگی اطلاعات بیماران در بیمارستان‌های شهر تهران
محمد عرب، ابوالقاسم پور رضا، محمد رضا اشراقیان، رقیه خیبری..... ۳۷-۴۴
۶. بررسی عوامل استرس‌زای شغلی کتابداران شاغل در کتابخانه‌های دانشگاه علوم پزشکی اصفهان
حسن اشرفی ریزی، زهرا کاظم پور..... ۴۵-۵۳
۷. ارزیابی کمی پرونده‌های پزشکی بیماران بستری شده در بیمارستان دکتر غرضی
شیرین عباسی، ناهید توکلی..... ۵۴-۶۴
۸. نیازسنجی آموزش مداوم حرفه‌ای دانش‌آموختگان مدیریت خدمات بهداشتی درمانی
سعید کریمی، مرضیه جوادی، مریم یعقوبی، سوگل فتحعلی زاده، معصومه ملایی..... ۶۵-۷۴
۹. آیا روشی برای مقایسه‌ی هم‌زمان شاخص‌های کلیدی عملکرد بیمارستان وجود دارد؟
محمد هادی، حانیه السادات سجادی، زینب السادات سجادی..... ۷۵-۸۵
۱۰. تحلیل محتوایی و استنادی مقالات چاپ شده در مجله‌ی علمی پژوهشی «مدیریت اطلاعات سلامت»
حسن قهنویه، فریاده موحدی، محمدحسین یارمحمدیان، سیما عجمی..... ۸۶-۹۶
۱۱. نقش انبار داده‌ها در بهینه‌کردن مدیریت بیماری‌ها
مهتاب کریمی، مهدی ستایش برحقی..... ۹۷-۱۰۶
۱۲. جایگاه اطلاعات سلامت در رفرم جدید نظام بهداشت و درمان آمریکا
زهرا مستانه، لطف‌اله موصلی..... ۱۰۷-۱۱۱

ضرورت تأکید بر توسعه کتابخانه‌های بیمارستانی در برنامه‌های خدمات اطلاع‌رسانی پزشکی

احمد شعبانی^۱

چکیده

کتابخانه‌های بیمارستانی، کتابخانه‌ای برای استفاده‌ی بیماران و گاهی کارمندان، که به وسیله‌ی بیمارستان یا سازمانی علاقمند اداره می‌شود. این کتابخانه‌ها عهده‌دار ارائه‌ی خدمات اطلاع‌رسانی دانش‌مدار در زمینه‌ی علوم پزشکی و بهداشتی است. این یادداشت بر اساس روش کتابخانه‌ای و مبتنی بر مباحث توصیفی با نگرشی به متون پیشین درباره‌ی کتابخانه‌های بیمارستانی در زبان فارسی نوشته شده است. بر این مبنای بررسی متون موجود و مستندات علمی به ضرورت کتابخانه‌های بیمارستانی در حوزه‌ی خدمات بهداشتی کشور مورد توجه قرار می‌گیرد. کتابخانه‌های بیمارستانی در متون فارسی از طریق روش‌های توصیفی و ارائه‌ی خدمات این نوع کتابخانه‌ها به منزله‌ی ارکان اطلاع‌یابی در کشور و مراکز اطلاعاتی مورد شناسایی قرار گرفت. محور این نوع کتابخانه‌ها در چارچوب طرح تکفاب و توانمندی محور کتابخانه‌های دیجیتال تداوم یافت. فرایند و توسعه‌ی زیربنایی ساختار بیمارستان‌ها و ضرورت کتابخانه‌های بیمارستانی موضوعی حایز اهمیت در مجرای خدمات بهداشتی، درمان و علوم پزشکی است که نیازمند برنامه‌ریزی در حوزه‌ی علوم پزشکی و بهداشتی کشور می‌باشد.

واژه‌های کلیدی: خدمات اطلاع‌رسانی؛ کتابخانه‌های بیمارستانی؛ توسعه.

نوع مقاله: نامه به سردبیر

پذیرش مقاله: ۱۹/۷/۱۱

اصلاح نهایی: ۱۹/۵/۱۳

دریافت مقاله: ۱۹/۳/۱۶

ارجاع: شعبانی احمد. ضرورت تأکید بر توسعه‌ی کتابخانه‌های بیمارستانی در برنامه‌های خدمات اطلاع‌رسانی پزشکی. مدیریت اطلاعات سلامت ۱۳۹۰؛ ۸ (۱): ۴-۱.

مقدمه

در زمینه‌ی اهداف این کتابخانه‌ها جنبه‌های نظری متفاوتی بیان شده است. از این منظر که کتابخانه‌ی بیمارستانی عهده‌دار ارائه‌ی خدمات اطلاع‌رسانی دانش‌مدار (Knowledge-based information) در زمینه‌ی علوم پزشکی و بهداشتی است. در حقیقت این گونه کتابخانه‌ها وظیفه دارند تا اطلاعاتی را که متخصصان علوم پزشکی در طبابت بالینی هر روزه به آن نیاز داشته، فراهم آورد و پاسخ‌گوی سؤالات آن‌ها در زمینه‌ی اطلاعات بهداشتی باشد (۱)، تا این طیف که هدف عمده‌ی این کتابخانه‌ها بر این اصل استوار است که افرادی که جهت مراقبت‌های پزشکی دراز مدت در بیمارستان‌ها و سایر مؤسسات پزشکی بستری

کتابخانه‌ی بیمارستانی به کتابخانه‌ای گفته می‌شود که در بیمارستان‌ها و دیگر مراکز پزشکی ایجاد شده، هدف آن اشاعه‌ی اطلاعات زیست‌پزشکی و بالینی برای اهل حرفه‌ی پزشکی مانند پزشکان، پرستاران، تکنیسین‌های آزمایشگاهی، پیراپزشکان و مدیران بیمارستانی است. همچنین، محیط این کتابخانه‌ها جای مناسبی برای مطالعه، اوقات فراغت، نشست‌ها، مشاوره‌ها و بحث و گفتگوی استفاده‌کنندگان است (۱). در حاشیه‌ی این گونه تعریف‌های تخصصی، تعاریف دیگری نیز که وجوه متفاوتی از این گونه کتابخانه‌ها را عیان ساخته، مورد توجه است، چنان چه Chopra (۲) و سلطانی و راستین (۳) تعریف مشابهی را در این باب ارائه می‌کنند: «کتابخانه‌ای برای استفاده‌ی بیماران بیمارستانی و گاهی کارمندان که به وسیله‌ی بیمارستان یا سازمانی علاقمند با کتابخانه‌ی عمومی اداره می‌شود».

۱. دانشیار، کتابداری و اطلاع‌رسانی، دانشگاه اصفهان، اصفهان، ایران.

Email: shabania@edu.ui.ac.ir

(نویسنده‌ی مسؤول)

می‌شوند، باید نظیر افراد دیگر، حق استفاده از امکانات فرهنگی آن جامعه را داشته باشند (۲). تمامی جلوه‌ها و دستاوردهای فرهنگی موجود، در وسیع‌ترین بعد ممکن، توسط مؤسسات پزشکی در اختیار و در دسترس بیماران مورد نظر قرار گیرد (۴). هر چند، قدیمی‌ترین کتابخانه‌ی بیمارستانی مدرن در ایران، کتابخانه‌ی بیمارستان امام خمینی تهران است که در سال ۱۳۳۰ تأسیس شده و در آن به صورت پراکنده یکی دو مقاله‌ی موزج در باب کتابخانه‌های بیمارستانی به زبان فارسی به رشته‌ی تحریر در آمده است، ولی توجه جدی به فرایند این گونه کتابخانه‌ها مغفول مانده است. از پژوهش‌های نخستین در این حوزه و موضوع، مقاله‌ی «کتابخانه‌های بیمارستانی شهر اصفهان: وضعیت موجود و مسایل توسعه» است که در دهه‌ی هفتاد شمسی به رشته‌ی تحریر در آمد و به نحو توصیفی و با استفاده از پرسش‌نامه‌ی حضوری به بررسی وضعیت کتابخانه‌های مختلف مراکز پزشکی شهر اصفهان در طول سال‌های مزبور پرداخت؛ به نحوی که ضمن بررسی فضا و تجهیزات، منابع انسانی، جامعه‌ی کتابخانه، حجم مجموعه و خدمات کتابخانه‌ها نکات مثبت و رضایت‌بخشی از این گونه کتابخانه‌ها پدید آمده است. پژوهشگران در بخشی از مقاله‌ی مزبور آورده‌اند که «توجه به تأسیس کتابخانه‌های بیمارستانی بعد از سال‌های ۱۳۷۰ به نحو جدی، به ویژه در مراکز آموزشی-درمانی صورت یافت؛ به قسمی که کتابخانه‌های مراکز پزشکی امام موسی کاظم (ع) و الزهرا (س) از فضای مناسبی برخوردارند» (۴).

کتابخانه‌های بیمارستانی به منزله‌ی ارکان اطلاع‌یابی در کشورهای توسعه یافته و مراکز اطلاعاتی که توان آرایه‌ی خدمات را در بر داشته، ایفای نقش نموده، و به واقع شکل و صورتی از حیات قابل تأمل را در توسعه‌ی علمی ایفا می‌نمایند. سال‌های چندی پس از مقاله‌ی پیشین، در نوشته‌ای موسوم به Informationist جنبه‌های اطلاع‌رسانی و کمک‌های فنی خدمات اطلاعاتی به نحو اهم از منظری دیگر با تأکید بر کتابدار بالینی تا تحول این حرفه به Informationist مورد بررسی قرار گرفت (۵). مؤلف در توصیفی از شرایط مزبور آورده

است که متون علم اطلاع‌رسانی و پزشکی سرشار از موضوعاتی درباره‌ی رشد تصاعدی و اطلاعات پزشکی در دسترس می‌باشد، اما فعالیت‌های روزانه‌ی پزشکی، اغلب موجب می‌شود که پزشکان نتوانند وقت خود را برای پاسخ بسیاری از سؤالاتی که در طول معالجه‌ی بیماران پیش می‌آید، صرف کنند (۵)، این موضوع، زمانی اهمیت می‌یابد که تصور شود پزشکان در مفهوم مستندات خود طبق یک تعهد حرفه‌ای بر پایه‌ی بهترین اطلاعات موجود، تصمیم‌گیری خواهند کرد.

مستندات اطلاعاتی مورد نیاز پزشکان در هزاران مجله، کتاب، تک‌نگاشت، گزارش و راهنماهای گسترده پراکنده است و بسیاری از اوقات به جهت ضیق اوقات پزشکان عالی مقام، دستیاران پزشکی و دانشجویان پزشکی از دسترس آن‌ها به دور خواهند ماند. بر این قرار بیان شده است که رشد علم اطلاع‌رسانی در مراکز خدمات بهداشتی و پزشکی و تعهد سازمان‌های مزبور به تربیت کتابدار بالینی توان حرفه‌ای را در چارچوب خدمات اطلاع‌رسانی تعمیق می‌بخشد.

در برابر این گونه فراز و نشیب‌های فکری از اهمیت و جایگاه کتابخانه‌ی بیمارستانی و کتابدار بالینی در طرح به نسبت راکد تکفاب روند اطلاع‌رسانی پزشکی به صورت ملی و با توجه به توانمندی‌های حرکت طرح در اجزای مختلف مورد بازبینی قرار گرفت و در محور کتابخانه دیجیتال و خدمات اطلاعات تحقیقاتی مورد رجوع واقع شد و به واقع نگاهی کلان به قضایای اطلاع‌رسانی به کاربران صورت گرفت (۶). در مقابل فرایند کلیت یافته بر ساختار زیربنایی و توسعه زیربنایی در ساختار بیمارستان‌ها و مراکز پزشکی وابسته جایگاه در خور و شایسته‌ای حاصل کرد؛ این که جایگاه کتابخانه بیمارستانی در فرایند مجاری خدمات بهداشت، درمان و علوم پزشکی چیست؟ و چه نگرشی از وضعیت این گونه مراکز در آینده‌ای نه چندان دور در برنامه‌ای میان مدت نهفته است، پاسخی است که برای دست‌اندرکاران توسعه‌ی علوم پزشکی و بهداشتی کشور مقارن تحقیقات اطلاع‌رسانی پزشکی در آینده به استنتاج قریب و مشابهی صورت وقوع خواهد یافت.

References

1. Kazerani M. Hospital Libraries. In: Kazerani M, Editor. Encyclopedia of Library and information sciences. Tehran: National Library of the Islamic Republic of Iran; 2002. p. 1455-7.
2. Chopra RN. Dictionary of library science. New Delhi: Anmol Publications; 1990. p. 279.
3. Soltani P, Rastin F. A Cyclopedic Dictionary of Library and information sciences. Tehran: Farhang Moaser Publishers; 2001. p. 334.
4. Shaabani A, Talebi A. Qulitative Survey of Hospital Libraries in the city of Isfahan. Faslname-ketab 1999; 10(2): 43-53.
5. Pasyar P, Valinezad A. Informationist. In: Pasyar P, Valinezad A, Editors. Information Science and Information Society. Tehran: Chapar Publication; 2007.
6. Shaabani A. E - medical planning In Iranian Information Society. In: Shaabani A, editor. Library and Information Systems in Medical research. Tehran: Taravosh Ghalem Publication; 2007.

The Necessity for Development of Hospital Libraries in Medical Information Services Plans

Ahmad Shabani, PhD¹

Abstract

Hospital Libraries are libraries for the use of patients and employees that are managed by hospitals or interested organizations. These libraries provide knowledge- based information services in the field of medical sciences and health. This paper note is based on library and descriptive method and reviewing the previous literature about hospital libraries was written in Persian. So evaluation of the existing literature and scientific documents regarding the necessity of hospital libraries in the area of the country's health services is considered. Hospital libraries in Persian literature were identified by descriptive methods and presentation of services as the bases for information seeking and information centers in our country. The base of these libraries achieved its continuity within the Takfab plan and empowerment of the base of the digital libraries. The process of development of infrastructure of hospital libraries and the necessity of them is a very important issue in health services and medical sciences, and requires planning in the field of health services and medical sciences in the country.

Keywords: Information Services; Libraries, Hospital; Development.

Type of article: Letter to Editor

Received: 6 Jun, 2010

Accepted: 3 Oct, 2010

Citation: Shabani A. **The Necessity for Development of Hospital Libraries in Medical Information Services Plans.** Health Information Management 2011; 8(1): 4.

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

پرونده‌ی سلامت فردی، فن آوری اطلاعات در سیستم مراقبت سلامت آینده: دیدگاه پزشکان و پرستاران*

مریم احمدی^۱، فرحناز صدوقی^۱، محمود رضا گوهری^۲، فاطمه رنگرز جدی^۳

چکیده

مقدمه: پرونده‌ی سلامت فردی، پرونده‌ای فرد مدار است که جهت دسترسی افراد به اطلاعات سلامت خود طرح‌ریزی شده است و با ارایه‌ی اطلاعات و استفاده از سایر وسایل حمایتی مانند پایگاه‌های دانش به افراد کمک می‌کند تا نقش فعال‌تری در سلامت خود داشته باشند. به دلیل این که پزشکان و پرستاران نقش اساسی در تکمیل، ارایه، آموزش و استفاده از آن را دارند، پژوهشی به منظور بررسی پرونده‌ی سلامت فردی از دیدگاه پزشکان و پرستاران صورت پذیرفت.

روش بررسی: پژوهشی توصیفی-مقطعی بر روی ۱۲۰ نفر پزشک و ۲۵۰ نفر پرستار انجام شد، که به صورت تصادفی از بیمارستان‌های تابعه دانشگاه علوم پزشکی کاشان در سال ۱۳۸۷ انتخاب شده بودند. گردآوری داده‌ها با پرسش‌نامه‌ی محقق ساخته، دارای پایایی ($r = 0.82$ Spearman-Brown) و روایی (صوری و محتوایی) در دو قسمت اطلاعات زمینه‌ای (سطح تحصیلات، سن، جنسیت) و سؤالات اهداف در قالب جواب‌های بلی، خیر و چهار گزینه‌ای انجام شد و با آمار توصیفی و توسط نرم‌افزار SPSS تجزیه و تحلیل گردید.

یافته‌ها: ۹۳/۸ درصد وجود یک پرونده‌ی سلامت فردی و ۸۸/۶ درصد وجود قالب منسجمی برای آن را ضروری می‌دانند. ۵۸/۱ درصد مهم‌ترین استفاده‌ی آن را ارایه‌ی اطلاعات به همه‌ی ارایه دهندگان مراقبت و ۳۹/۲ درصد حافظه‌های قابل انتقال را بهترین شکل آن ذکر کردند. ۸۵/۷ درصد مزایای آن را آگاهی بیماران از زمان ویزیت، ۶۷/۶ درصد بیشترین عیب آن را درک نادرست بیمار از اطلاعات خود و ۴۹/۷ درصد علت عدم تهیه‌ی پرونده‌ی سلامت فردی را عدم آگاهی افراد نسبت به مزایای آن ذکر نمودند.

نتیجه‌گیری: پرونده‌ی سلامت فردی از نظر جامعه‌ی پژوهشی ضروری می‌باشد. مسایل و نگرانی‌های مربوط به درک نادرست بیمار از اطلاعات، مسایل محرمانگی و امیتی بایستی به نحو مقتضی بر طرف گردد. ارایه‌ی این پرونده از طرف وزارت بهداشت با همکاری بخش خصوصی و سازمان‌های بیمه توصیه می‌گردد.

واژه‌های کلیدی: دسترسی به اطلاعات؛ پرونده‌ی سلامت فردی؛ مراقبت بیمار مدار؛ تکنولوژی اطلاعات.

نوع مقاله: تحقیقی

پندیرش مقاله: ۸۸/۱۲/۲۳

اصلاح نهایی: ۸۸/۷/۱۱

دریافت مقاله: ۸۸/۲/۲۸

ارجاع: احمدی مریم، صدوقی فرحناز، گوهری محمودرضا، رنگرز جدی فاطمه. پرونده‌ی سلامت فردی، فن آوری اطلاعات در سیستم مراقبت سلامت آینده: دیدگاه پزشکان و پرستاران. مدیریت اطلاعات سلامت ۱۳۹۰؛ ۸ (۱): ۵-۱۷.

مقدمه

* این مقاله حاصل پایان نامه‌ی دانشجویی در مقطع دکتری می‌باشد.
۱. دانشیار، مدیریت اطلاعات بهداشتی درمانی، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران.
۲. استادیار، آمار، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران.
۳. استادیار، مدیریت اطلاعات بهداشتی درمانی، دانشگاه علوم پزشکی کاشان، کاشان، ایران. (نویسنده‌ی مسؤول)
Email: rangrazejeddi_f@kaums.ac.ir

الگوی بیمار محوری که از راه‌های اساسی بهبود کیفیت مراقبت است، می‌تواند با آموزش بیمار، تسهیل ارتباط بین پزشک و بیمار و حمایت از روش مراقبت از خود، فزونی یابد (۱). فن آوری اطلاعات که می‌تواند امکان دسترسی آسان و سریع بیماران به اطلاعات خود را فراهم آورد، با افزایش آگاهی

فردی خطاهای پزشکی را کاهش داده، ۴۵ درصد از بیماران بیان نمودند که استفاده از پرونده‌ی سلامت فردی موجب ارتقای کیفیت خدمات درمانی شده است (۱۳).

پرونده‌ی سلامت فردی با پرونده‌ی الکترونیک سلامت تفاوت دارد. در پرونده‌ی الکترونیک سلامت، کنترل اطلاعات توسط ارایه کننده یا مؤسسه‌ی ایجاد کننده‌ی پرونده‌ی الکترونیک سلامت است؛ در حالی که کنترل اطلاعات ذخیره شده در پرونده‌ی سلامت فردی با خود فرد است. دسترسی اطلاعات در پرونده‌ی الکترونیک سلامت برای هر فردی که مؤسسات به آن‌ها اجازه داده باشند، امکان پذیر است؛ در حالی که دسترسی به اطلاعات در پرونده‌ی سلامت فردی، فقط با رضایت بیمار ممکن است. منشأ اطلاعات در پرونده‌ی الکترونیک سلامت مؤسسات ارایه کننده‌ی بهداشت و درمان می‌باشد، در حالی که منشأ اطلاعات در پرونده‌ی سلامت فردی هر کسی می‌تواند باشد. داده‌های ثبت شده توسط بیمار در پرونده‌ی الکترونیک سلامت اغلب وجود ندارد، در حالی که در پرونده‌ی سلامت فردی ثبت داده‌ها توسط فرد عمومیت دارد. کاربران پرونده‌ی الکترونیک سلامت افراد شاغل در حرف بهداشتی درمانی هستند، در حالی که در پرونده‌ی سلامت فردی کاربر اصلی خود فرد است. پایگاه‌ها و نرم‌افزارهای حمایت از تصمیم در پرونده‌ی الکترونیک سلامت در خدمت ارایه دهنده‌ی مراقبت هستند، در حالی که در پرونده‌ی سلامت فردی در خدمت بیمار (و متمرکز بر نیاز بیمار) می‌باشد (۲). پرونده‌ی سلامت فردی بیش از یک مخزن ایستا از داده‌ها برای بیمار عمل می‌نماید، پرونده‌های سلامت فردی، داده‌ها را با پایگاه‌های دانش و نرم‌افزارهای حمایتی خود ترکیب کرده، با ارایه‌ی اطلاعات و آموزش‌های لازم به بیماران کمک می‌کنند، تا نقشی فعال در مراقبت‌های خود داشته باشند (۳). در واقع ایجاد پرونده‌ی سلامت فردی، پاسخی به نیازهای جدید اطلاعات بهداشتی افراد است (۱۴) و فرصتی برای حرف بهداشتی- درمانی است، تا نکات و دستورات لازم، در رابطه با مسایل بهداشتی و بیماری را به بیماران آموزش داده، ارتباط بین ارایه دهندگان مراقبت و بیمار را بهبود بخشد (۱۵).

بیماران، اجرای الگوی بیمار محوری را تسریع می‌سازد (۲). در این راستا پرونده‌ی سلامت فردی که یک پرونده‌ی فرد مدار می‌باشد، برای دسترسی افراد به اطلاعات سلامت خود ایجاد می‌گردد، تا بیماران با آگاهی از این اطلاعات بتوانند در اجرای طرح درمان و فعالیت‌های مرتبط با سلامتی که در تمام زندگی خود با آن روبه‌رو می‌گردند، نقش فعال‌تری ایفا نمایند (۳). دسترسی به اطلاعات پزشکی برای بیماران از آن نظر اهمیت دارد که مسؤولیت تصمیم‌گیری در مورد درمان هر فرد در نهایت با خود او می‌باشد و بنابراین بایستی به اطلاعات کامل سلامت خود دسترسی داشته باشد (۴). علاوه بر این، تحقیقات نشان داده است که بسیاری از اطلاعات حیاتی مرتبط با درمان و سلامت بیماران در پرونده‌های پزشکی‌ای که توسط ارایه دهندگان مراقبت تهیه و نگهداری می‌شود، ثبت نمی‌شود (۵) و یا اشتباه ثبت می‌شود (۶). بنابراین هر فرد باید بر ثبت اطلاعات پزشکی در پرونده‌ی خود نظارت داشته، نیز بداند چه اطلاعاتی در مورد او به دیگران واگذار می‌شود (۴). گاهی نیز ممکن است که پرونده‌های پزشکی، حتی اگر پرونده‌های الکترونیک سلامت نیز ایجاد شده باشند، در زمان احتیاج بیمار در دسترس نباشند و بیماران نتوانند از اطلاعات حیاتی خود به خصوص در وضعیت اورژانس، در حین مسافرت یا در زمان تغییر پزشک معالج و مراکز بهداشتی- درمانی، که ارایه‌ی اطلاعات اهمیت بیشتری می‌یابد، استفاده نمایند (۷). پرونده‌ی سلامت فردی، پرونده‌ی الکترونیکی یا غیر الکترونیکی است، که افراد را قادر می‌کند تا اطلاعات مرتبط با درمان و سلامت، طول دوره‌ی زندگی خود را نگهداری نموده، در صورت نیاز همه یا قسمتی از آن را به صورت کامل محرمانه و ایمن به افرادی که خود تمایل دارند، ارایه دهند (۸-۱۲). مؤسسه‌ی پزشکی آمریکا گزارش نموده است که ۷۸ درصد از بیمارانی که از پرونده‌های سلامت فردی استفاده نموده‌اند، اظهار داشتند که وجود این پرونده‌ها به آن‌ها امکان تبادل بهتر اطلاعات با پزشکان را داده است. ۶۵ درصد با داشتن پرونده‌ی سلامت فردی آنلاین احساس توانمندی بیشتری در مورد سلامت خود داشتند. ۶۵ درصد اعتقاد دارند که استفاده از پرونده‌ی سلامت

پرسش‌نامه‌ها ادامه یافت. ابزار گردآوری داده‌ها پرسش‌نامه‌ی محقق ساخته‌ای بود که بر اساس مطالعه‌ی پژوهش‌های گذشته و دریافت نظر از صاحب نظران، در دو قسمت شامل سؤالاتی پیرامون اطلاعات زمینه‌ای (سطح تحصیلات، سن، جنسیت) و سؤالات متناسب با اهداف در قالب جواب‌های بلی، خیر و چهار گزینه‌ای تدوین گردید. داده‌ها با روش مصاحبه جمع‌آوری گردید، در ابتدای مصاحبه‌ی تعریف، ویژگی‌ها و عملکرد پرونده‌ی سلامت فردی به طور کامل توضیح داده شد و در طی مدت مصاحبه نیز به سؤالات احتمالی پاسخ داده شد. برای سنجش پایایی از روش Spearman-Brown استفاده شد که همبستگی آن ۰/۸۲ به دست آمد و روایی پرسش‌نامه با روش صوری و محتوایی با نظر خواهی از استادان صورت پذیرفت. تحلیل داده‌ها توسط نرم‌افزار SPSS و آمار توصیفی انجام گردید.

یافته‌ها

۱۲۰ پزشک و ۲۵۰ پرستار در تحقیق شرکت کردند. سن پزشکان از ۲۵ تا ۵۰ سال بود. پزشکان، ۳۵ نفر (۲۹/۱۷ درصد) زن و ۸۵ نفر (۷۰/۸۳ درصد) مرد بودند، که ۸۱ نفر (۶۷/۵ درصد) پزشک عمومی، ۲۹ نفر (۲۴/۲ درصد) پزشک متخصص، ۱۰ نفر (۸/۳ درصد) پزشک فوق تخصص بودند.

توزیع سنی پرستاران از ۲۲ تا ۴۵ سال بود که ۲۳۰ نفر (۹۲ درصد) آن‌ها را زنان و ۲۰ نفر (۸ درصد) را مردان تشکیل دادند، توزیع فراوانی سطح تحصیلی آن‌ها عبارت از فوق دیپلم ۴ نفر (۱/۶ درصد)، لیسانس ۲۴۳ نفر (۹۷/۲ درصد)، فوق لیسانس ۳ نفر (۱/۲ درصد) بود.

تحقیق نشان داد که ۳۴۶ نفر (۹۳/۵ درصد) از پزشکان و پرستاران وجود یک پرونده‌ی سلامت فردی را برای بیماران ضروری می‌دانند، پزشکان ۱۱۳ نفر (۹۴/۲ درصد) و پرستاران ۲۳۳ نفر (۹۳/۲ درصد)، ۳۲۸ نفر (۸۸/۶ درصد) یک قالب منسجم برای دسترسی بیماران به اطلاعات خود را ضروری ذکر نموده‌اند، پزشکان ۱۱۲ نفر (۹۳/۳ درصد)، پرستاران ۲۱۶ نفر (۸۶/۴ درصد)، ۳۱۷ نفر (۸۵/۷ درصد) از

مطالعات نشان داده است که دسترسی بیماران به اطلاعات پزشکی خود و استفاده از پرونده‌های سلامت فردی موجب بهبود ارتباط بیمار با ارایه دهندگان مراقبت، کاهش خطاهای ناشی از عدم صحت اطلاعات شده است و می‌تواند نحوه‌ی مراقبت از خود را در آن‌ها افزایش دهد (۲۱-۱۶).

در مورد کارایی پرونده‌ی سلامت فردی، تردیدهایی نیز وجود دارد؛ چرا که در حالی که در اواسط انقلاب دیجیتال به سر برده می‌شود، هنوز بسیاری از مطب‌های پزشکی از کاغذ و خودکار برای مستندسازی استفاده می‌کنند. با این وضعیت مستندسازی و تا زمان دیجیتال شدن مطب‌ها، به نظر می‌رسد که پرونده‌ی سلامت فردی خالی باقی می‌ماند، اما قابلیت پرونده‌ی سلامت فردی در ایجاد فرصتی که بیماران پرونده‌ی خود را با پزشک مطالعه نموده، از آن به عنوان یک وسیله‌ی قدرتمند و کمک کننده برای درمان اثر بخش استفاده نماید، باور نکردنی می‌باشد (۲۲). از آن جایی که پرستاران و پزشکان نقش اساسی در تکمیل، آموزش و استفاده از این پرونده دارند، این تحقیق به بررسی پرونده‌ی سلامت فردی از دید پزشکان و پرستاران پرداخته است. امید است که نتایج تحقیق موجب ارتقای کیفیت مراقبت‌های بهداشتی درمانی از طریق ارایه‌ی راه‌کارهای لازم جهت بهبود دسترسی بیماران به اطلاعات پزشکی و بهداشتی، افزایش نقش بیماران در بهداشت و درمان خود و بهبود ارتباط ارایه دهندگان مراقبت‌ها با بیمار گردد.

روش بررسی

پژوهشی توصیفی-مقطعی بر روی پزشکان و پرستاران شاغل در بیمارستان‌های تابعه‌ی دانشگاه علوم پزشکی کاشان صورت پذیرفت. حجم نمونه بر اساس فرمول و مطالعات قبلی $P = 0/72$ ، $Q = 0/28$ ، $d = 0/03$ و $\alpha = 0/05$ محاسبه گردید که ۱۲۰ نفر پزشک و ۲۵۰ نفر پرستار به دست آمد. پرستاران به صورت تصادفی و بر اساس فهرست نام آن‌ها انتخاب گردیدند. از آن جایی که حجم نمونه به دست آمده برای پزشکان با تعداد کل جامعه پزشکان اختلاف اندکی داشت (۱۲۲ نفر)، تا رسیدن حجم نمونه به اندازه تعیین شده، تکمیل

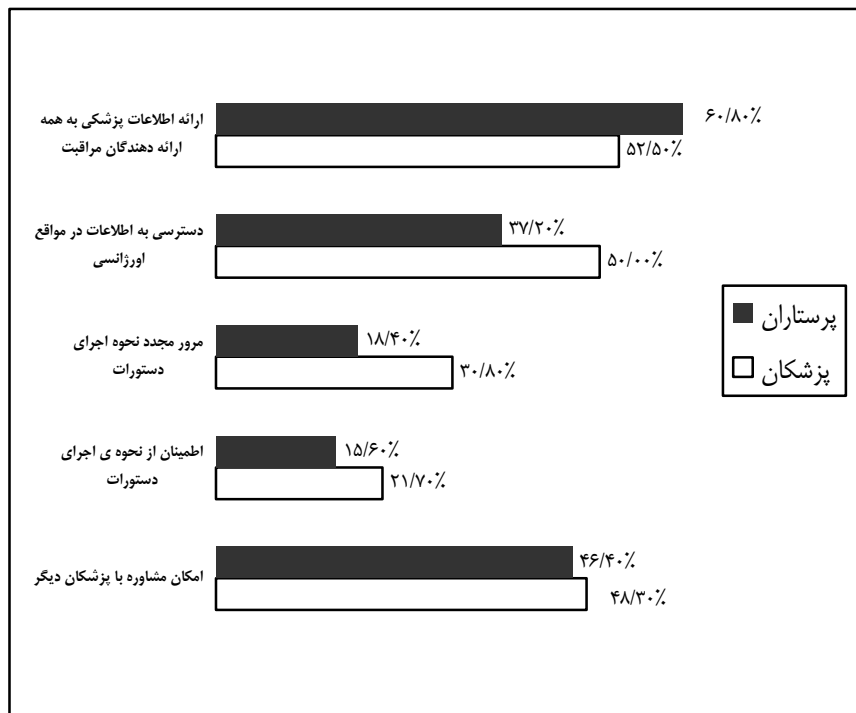
نموده‌اند. ۱۷۴ نفر (۴۷/۰۳ درصد) اظهار نمودند که بیماران با داشتن اطلاعات پزشکی خود، امکان مشاوره با پزشکان دیگر را خواهند داشت (نمودار ۱).

ارجحیت شکل پرونده‌ی سلامت فردی از نظر جامعه‌ی پژوهشی، استفاده از حافظه‌های قابل انتقال مانند دیسک‌های فشرده، کارت‌های هوشمند و فلش دیسک‌ها بود، که توسط ۱۴۵ نفر (۳۹/۲ درصد) ذکر شد، ۱۱۸ نفر (۳۱/۹ درصد) نیز با پرونده‌های کاغذی و ۱۱۷ نفر (۳۱/۶ درصد) با شکل اینترنتی پرونده‌ی سلامت فردی موافق بودند.

از دیدگاه جامعه‌ی پژوهش بیشترین مزایایی که استفاده از پرونده‌ی سلامت فردی دارد، آگاهی یافتن بیماران از زمان ملاقات خود با پزشک معالج با استفاده از پرونده‌ی سلامت فردی بود، که توسط ۳۱۷ نفر (۸۵/۷ درصد) ذکر شد و سپس آمادگی بیماران برای ملاقات با پزشک معالج، با آگاهی از اطلاعات پرونده و آموزش‌هایی که از طریق نرم‌افزارها و وسایل حمایتی به آن‌ها ارایه می‌شود، توسط ۳۰۸ نفر (۸۳/۲ درصد) ذکر گردید (جدول ۱).

پزشکان و پرستاران، استفاده از پرونده‌ی سلامت فردی را در امر درمان امری ضروری دانسته‌اند، پزشکان ۱۰۷ نفر (۸۹/۲ درصد)، پرستاران ۲۱۰ نفر (۸۴ درصد)، ۲۷۸ نفر (۷۵/۱ درصد) اجازه و اطلاع بیمار از دسترسی به اطلاعات ثبت شده در پرونده‌ی پزشکی او را ضروری می‌دانند، پزشکان ۹۶ نفر (۸۰ درصد)، پرستاران ۱۸۲ نفر (۷۲/۸ درصد)، ۳۱۷ نفر (۸۵/۷ درصد) اعتقاد به رشد پرونده‌ی سلامت فردی در آینده دارند، پزشکان ۱۰۷ نفر (۸۹/۲ درصد)، پرستاران ۲۱۰ نفر (۸۴ درصد).

در خصوص مهم‌ترین استفاده‌ی پرونده‌ی سلامت فردی، ۲۱۵ نفر (۵۸/۱ درصد) ارایه نمودن اطلاعات پزشکی در زمان مراجعه به مراکز درمانی، ۱۵۳ نفر (۴۱/۴ درصد) دسترسی بیماران به اطلاعات پزشکی خود در مواقع اورژانسی، ۸۳ نفر (۲۲/۴ درصد) امکان مرور مجدد نحوه‌ی اجرای دستورات پزشکی توسط بیماران در زمان عدم دسترسی به کادر درمانی، ۶۵ نفر (۱۷/۶ درصد) اطمینان بیمار از نحوه‌ی درست استفاده از دستورات درمانی را ذکر



نمودار ۱: توزیع فراوانی استفاده‌های پرونده‌ی سلامت فردی از دیدگاه پرستاران و پزشکان

جدول ۱: توزیع فراوانی مزایای و استفاده از پرونده‌ی سلامت فردی از دیدگاه پرستاران و پزشکان

جامعه	پزشک تعداد (درصد)	پرستار تعداد (درصد)	جمع تعداد (درصد)	مزایا و استفاده‌ها
زمان‌بندی ساعات ویزیت پزشکان	۶۰ (۵۰)	۸۶ (۳۴/۴)	۱۴۶ (۳۹/۵)	
افزایش اعتماد بیماران به پزشکان	۶۶ (۵۵)	۳۴۸/۱۰۲ (۳۴/۴)	۱۷۴ (۴۷/۰۲)	
افزایش فهم بیماران از دستورات پزشک	۵۵ (۴۵/۸)	۸۶ (۳۴/۴)	۱۴۱ (۳۸/۱)	
افزایش اطمینان بیماران به سایر پرسنل	۳۶ (۳۰)	۹۳ (۲۷/۲)	۱۲۹ (۳۴/۹)	
افزایش پذیرش دستورات پزشک	۶۰ (۵۰)	۱۴۱ (۵۶/۴)	۱۰۱ (۲۷/۳)	
رضایت بیشتر بیمار از درمان	۱۰۱ (۸۴/۲)	۲۰۰ (۸۰)	۳۰۱ (۸۱/۴)	
بهبود سریع‌تر بیماران	۸۹ (۷۴/۲)	۱۶۶ (۶۶/۴)	۲۵۵ (۶۸/۹)	
آگاهی بیماران به زمان ویزیت	۱۰۳ (۸۵/۸)	۲۰۵ (۸۲)	۳۱۷ (۸۵/۷)	
آمادگی بیماران برای ملاقات با پزشک	۱۰۵ (۸۷/۵)	۱۹۸ (۷۹/۲)	۳۰۸ (۸۳/۲)	
در اختیار گذاشتن اطلاعات مفیدتر در صورت دسترسی بیمار به پرونده	۹۷ (۸۰/۸)	۱۹۹ (۷۹/۶)	۲۹۶ (۸۰)	

بیشترین فراوانی معایب پرونده‌ی سلامت فردی، امکان درک نادرست بیماران از اطلاعات موجود در پرونده‌ی سلامت فردی که توسط ۲۵۰ نفر (۶۷/۶ درصد) و سپس امکان افزایش نگرانی و اضطراب بیماران با مطالعه‌ی اطلاعات پرونده‌ی پزشکی توسط ۱۹۸ نفر (۵۳/۵ درصد) ذکر گردید (جدول ۲). نگرانی‌های عمده‌ای که ممکن است از نظر جامعه‌ی پژوهشی در اثر استفاده از پرونده‌ی سلامت فردی به صورت اینترنتی ایجاد گردد، از بین رفتن محرمانگی اطلاعات و امنیت بود که به ترتیب توسط ۳۰۰ نفر (۸۱/۱ درصد)، ۲۸۱ نفر (۷۵/۹ درصد) ذکر شده بود. ۲۲۷ نفر (۶۱/۴ درصد) نیز هر دو مورد از دست رفتن محرمانگی و امنیت را از نگرانی‌های مهم

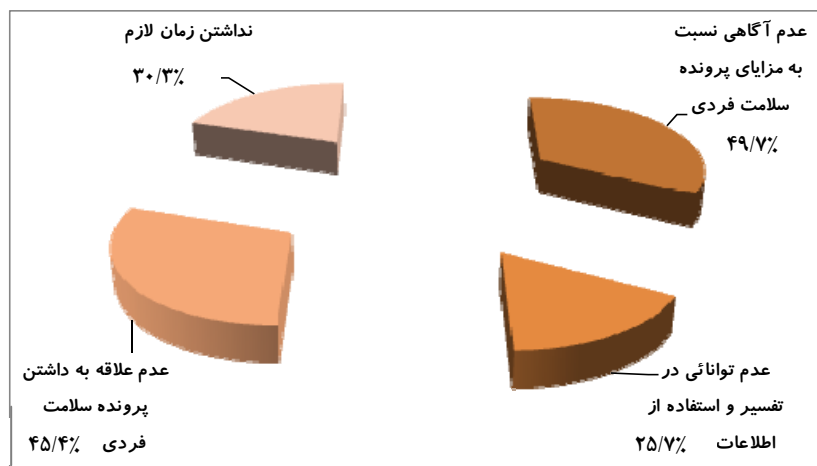
پرونده‌های سلامت فردی اینترنتی ذکر کردند. در خصوص پایگاه‌های دانش و نرم‌افزارهای حمایتی مورد نیازی که بهتر است همراه پرونده‌ی سلامت فردی ارائه شود، به ترتیب نرم‌افزارهای مربوط به آموزش بیمار در خصوص بیماری (۶۷ درصد)، دستورات و راهنمایی‌های مربوط به نحوه‌ی مصرف دارو (۴۸/۴ درصد)، ارائه‌ی اطلاعات مربوط به فعالیت بدنی مجاز و تمرینات ورزشی (۳۶/۲ درصد)، رژیم غذایی و تغذیه (۳۹/۷ درصد)، گرفتن ساعت ملاقات با پزشک (۳۴/۹ درصد)، دریافت جواب آزمایش و ارسال آن به پزشک معالج (۳۸/۱ درصد) و تجدید نسخه‌ی خود به صورت الکترونیکی (۳۰ درصد) ذکر شده بود.

پرونده‌ی سلامت فردی کامپیوتری گردد. عامل مؤثر بعدی نیز فقدان دانش و آگاهی لازم جهت سازمان‌دهی اطلاعات در این نوع پرونده‌ها است، که توسط ۱۸۳ نفر (۴۹/۵ درصد) ذکر شد. ۱۸۸ نفر (۵۰/۸ درصد) نیز اعتقاد داشتند که عدم آشنایی با کامپیوتر مانع تهیه‌ی پرونده‌ی سلامت فردی اینترنتی خواهد بود. ۲۰۰ نفر (۵۴ درصد) نیز عدم آشنایی با اینترنت را از موانع ایجاد پرونده‌های سلامت فردی اینترنتی ذکر نمودند.

۱۸۴ نفر (۴۹/۷ درصد) علت عدم تهیه‌ی پرونده‌ی سلامت فردی را، عدم آگاهی نسبت به مزایای نگهداری آن، ۱۶۸ نفر (۴۵/۴ درصد) نداشتن علاقه به استفاده از آن و ۱۱۲ نفر (۳۰/۳ درصد) نداشتن زمان لازم برای تهیه و ۹۵ نفر (۲۵/۷ درصد) عدم توانایی در تفسیر و استفاده از پرونده‌ی سلامت فردی را ذکر نمودند (نمودار ۲).
از دیدگاه ۲۱۴ نفر (۵۷/۸ درصد) از جامعه‌ی پژوهشی، عدم دسترسی به اینترنت می‌تواند موجب عدم تهیه‌ی

جدول ۲: توزیع فراوانی معایب پرونده‌ی سلامت فردی از دید پزشکان و پرستاران

معایب	جامعه		پرستار		پزشک		جمع	
	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد
ایجاد اشتباه در پرونده‌ی سلامت فردی	۵۲	۲۰/۸	۳۷	۳۰/۸	۸۹	۲۴		
عدم توانایی به روز در آوردن اطلاعات پرونده	۲۹	۱۱/۶	۲۱	۱۷/۵	۵۰	۱۳/۵		
به روز نبودن پزشکان در خصوص فن آوری اطلاعات	۴۷	۱۸/۸	۴۳	۳۵/۸	۹۰	۲۴/۳		
عدم توانایی فن آوری اطلاعات در انتقال پرونده‌های موجود نزد پزشکان	۵۱	۲۰/۴	۵۵	۲۸/۳	۵۸	۱۵/۷		
عدم توانایی بیمار در فهم و تفسیر صحیح اطلاعات پزشکی	۹۰	۳۶	۲۲	۴۵/۸	۱۴۵	۳۹/۲		
درک نادرست بیمار از اطلاعات	۱۵۶	۶۲/۴	۹۴	۷۸/۳	۲۵۰	۶۷/۶		
افزایش نگرانی و اضطراب در بیماران	۱۲۷	۵۰/۸	۷۱	۵۹/۲	۱۹۸	۵۳/۵		
افزایش احساس کوتاهی در درمان ارایه شده برای بیمار	۷۷	۳۰/۸	۴۴	۳۶/۷	۱۲۱	۳۲/۷		
نظری ندارم	۵۹	۲۳/۶	۲۲	۲۸/۳	۸۱	۲۱/۹		



نمودار ۲: توزیع درصد فراوانی علت عدم تهیه‌ی پرونده‌ی سلامت فردی از دیدگاه جامعه‌ی پژوهشی

بحث

موجب بهبود ارتباط بین پزشک و بیمار شده، درک او را از بیماری و نحوه‌ی مراقبت از خود بالا برده، بیماران کنترل بیشتری روی درمان خود داشته باشند و بتوانند در مدت کم زمان ویزیت سؤالات مناسب‌تری بپرسند (۳۰). از این رو جهت اجرای این پرونده‌ها بایستی تمهیدات لازم از طرف مسؤولین امر فراهم گردد.

۷۵/۱ درصد از جامعه‌ی پژوهشی اجازه و اطلاع بیماران از دسترسی به اطلاعات پرونده‌ی او را ضروری می‌دانند. مطالعات انجام شده گزارش نموده است که ۸۱ درصد از بیماران بیان داشته‌اند که بایستی بتوان بررسی نمود که چه کسی به اطلاعات سلامت آن‌ها دسترسی داشته است و از آن استفاده نموده است و ۷۹ درصد اجازه‌ی مخصوص بیماران را ضروری می‌دانند (۳۱)، که میزان آن از نتایج این تحقیق بیشتر است. احتمال می‌رود که تفاوت در جامعه‌ی پژوهش که در این تحقیق پزشکان و پرستاران و در تحقیق ذکر شده بیماران می‌باشد، موجب این اختلاف شده است که خیلی زیاد هم نیست. به نظر می‌رسد که پزشکان و پرستاران نیز با بیماران در زمینه‌ی اجازه و اطلاع بیمار برای دسترسی به اطلاعات پرونده‌ی او توافق دارند.

۸۵/۷ درصد اعتقاد به رشد این سیستم‌ها در آینده دارند. در یک تحقیق ۶۶ درصد از افراد امتیاز ۳/۳ (از امتیاز ۵-۱) را به رشد این سیستم‌ها در آینده داده‌اند (۳۲)، که از نتایج این تحقیق کمتر است، دلیل آن را می‌توان زمان انجام تحقیق دانست، زیرا تحقیق مقایسه شده در سال ۲۰۰۴ انجام گردیده است و نشان می‌دهد که در این چند سال، استفاده از سیستم‌های پرونده‌ی سلامت فردی افزایش داشته است و از این رو استفاده از این پرونده‌ها بایستی در برنامه‌های سلامت وزارت متبوع قرار گیرد و توصیه می‌شود که با تشویق بخش‌های خصوصی و سازمان‌های بیمه از ظرفیت‌های این سازمان‌ها نیز استفاده گردد.

۳۹/۲ درصد از جامعه‌ی پژوهشی ارجحیت شکل پرونده‌ی سلامت فردی را حافظه‌های قابل انتقال می‌دانند. نتایج سایر تحقیقات نشان می‌دهد که بیماران با امتیاز ۴/۱۸ از ۵ امتیاز

نتایج حاصل شده از تحقیق نشان داد که ۹۳/۵ درصد از پزشکان و پرستاران وجود یک پرونده‌ی سلامت فردی و ۸۸/۶ درصد وجود یک قالب منسجم برای آن را ضروری می‌دانند. سایر تحقیقات نیز نشان داده است که دیدگاه پزشکان نسبت به دسترسی و استفاده‌ی بیماران از اطلاعات پرونده‌ی پزشکی آن‌ها به طور تقریبی مثبت بوده، با گذشت زمان نیز میزان نگرش مثبت به آن افزایش یافته است (۲۳) و نگرانی آن‌ها در دستیابی بیماران به اطلاعات پرونده‌ی پزشکی آن‌ها و اطلاع از محتویات پرونده، در حال کاهش است (۲۴). ارزیابی‌های انجام شده از پرونده‌ی سلامت فردی نیز نشان از مفید بودن پرونده‌ها دارد (۱۴). ۹۰ درصد از پزشکان از استفاده‌های به عمل آمده از پرونده‌ی سلامت فردی احساس رضایت نموده‌اند (۱۳)، ۶۵ درصد از بیماران نیز علاقه‌مندی خود را برای دسترسی به اطلاعات سلامت خود از طریق پرونده‌ی سلامت فردی اعلام کرده‌اند (۲۵)، به خصوص پزشکان معالج دید مثبتی در استفاده و دسترسی بیماران با بیماری‌های مزمن از پرونده‌ی سلامت فردی دارند؛ به طوری که در یک تحقیق، پزشکان معالج از وجود پرونده‌ی سلامت فردی که در دسترس بیماران با نارسایی احتقانی قلبی بود، اظهار رضایت نمودند (۲۴). این نتایج با نتایج تحقیق حاضر همخوانی دارد. بعضی از تحقیقات نشان داده است که پزشکان به علت هزینه‌هایی که استفاده از این سیستم‌ها به آن‌ها تحمیل می‌کند، از پرونده‌ی سلامت فردی رضایت ندارند (۲۸-۲۶) و یا از افزایش بار کاری هراس دارند (۲۹)، که با نتایج تحقیق حاضر مغایرت دارد. با توجه به این که تحقیقات فوق‌الذکر از پزشکان مطب‌های خصوصی به عمل آمده، که باید هزینه‌های مطب شخصی را خود بپردازند، ولی در این تحقیق از پزشکان و پرستاران شاغل در بیمارستان‌های تابعه دانشگاه نظرخواهی شده است، توجیه کننده نتایج متفاوت می‌باشد. با توجه به نتایج این تحقیق که بر ضرورت استفاده از پرونده‌ی سلامت فردی تأکید شده است و این که استفاده از پرونده‌ی سلامت فردی می‌تواند

اطلاعات را با صحت بالایی می‌توانند به ارایه دهنده‌ی بعدی مراقبت ارایه دهند (۳۷). به نظر می‌رسد که پرونده‌های سلامت فردی می‌توانند اطلاعات درست را به موقع به پزشکان و مراکز بهداشتی، درمانی ارایه داده، در ارتقای کیفیت خدمات درمانی مؤثر باشند.

۴۷/۰۳ درصد از پزشکان و پرستاران اظهار داشته‌اند که اطلاعات پرونده‌ی سلامت فردی را می‌توان در انجام مشاوره استفاده نمود. سایر تحقیقات گزارش نموده‌اند که ۵۷ درصد از بیماران از اطلاعات پرونده‌ی سلامت فردی برای تماس با پزشک‌شان استفاده می‌کنند (۳۸) و ۷۲ درصد از پزشکان از ارتباطات الکترونیکی با بیماران‌شان تا ۹۸ درصد همیشه و اغلب اوقات احساس رضایت می‌کنند (۳۹)، که با نتایج این تحقیق همخوانی ندارد. علت آن بایستی عدم شناخت کامل و کافی از توان بالقوه پرونده‌ی سلامت فردی و همچنین عدم استفاده از پرونده‌ی سلامت فردی در کشور ما باشد؛ چرا که در جوامعی که این پرونده‌ها استفاده شده است، کاربرد و استفاده‌های آن را بیشتر ارزیابی نموده‌اند.

با توجه به این که پرونده‌ی سلامت فردی، دارای توان بالقوه تأثیرگذار بر زندگی روزمره بیماران، به خصوص دخالت دادن هر چه بیشتر آن‌ها در مدیریت سلامت خویش است و به آن‌ها این امکان را می‌دهد تا اطلاعات پزشکی خود را به صورت آنلاین دریافت کرده، وضعیت خود را از طریق پست الکترونیکی به پزشکان منتقل کنند. پزشکان نیز با استفاده از این پرونده، اطلاعات لازم برای اخذ تصمیم مناسب در هر زمان و مکان که نیاز داشته باشند، را به دست می‌آورند، استفاده از آن توصیه می‌گردد.

۶۷/۶ درصد درک نادرست بیمار از اطلاعات را از معایب پرونده‌ی سلامت فردی می‌دانند و ۸۱/۱ درصد از بین رفتن محرمانگی و ۷۵/۹ درصد عدم امنیت را از نگرانی‌های مربوط به پرونده‌ی سلامت فردی اینترنتی ذکر نمودند و این نتایج با تحقیقات انجام شده که بین ۵۲ تا ۹۸ درصد مسایل امنیتی و حفظ حریم شخصی را بیشترین نگرانی استفاده از پرونده‌ی سلامت فردی ذکر کرده‌اند (۴۱، ۴۰، ۳۴) همخوانی دارد و با

با نگهداری آن روی کامپیوترهای شخصی موافق بوده، نگهداری اطلاعات بیماران در کامپیوترهای شخصی را ایمن‌تر می‌دانستند و با شکل اینترنتی آن موافق نبودند (۳۳)، که با نتایج این تحقیق همخوانی دارد. در تحقیق کشور آمریکا ۴۲ درصد از افراد برای خود پرونده‌ی سلامت فردی دارند، که ۸۶ درصد از آن‌ها پرونده‌ی خود را به صورت کاغذی نگهداری می‌کنند (۳۴)، که با نتایج این تحقیق همخوانی ندارد، دلایل آن را می‌توان زمان انجام تحقیق و جامعه‌ی مورد پژوهش مرتبط دانست. با توجه به نتایج تحقیق استفاده از کارت‌های هوشمند سلامت و حافظه‌های قابل انتقال از دید پزشکان و پرستاران مناسب‌تر است و می‌تواند جهت استفاده از آن به عنوان رسانه‌ی پرونده‌ی سلامت فردی در اولویت قرار گیرد.

۵۸/۱ درصد از جامعه‌ی پژوهشی ارایه‌ی اطلاعات پزشکی به ارایه دهندگان مراقبت را مهم‌ترین استفاده‌ی پرونده‌ی سلامت فردی ذکر نموده‌اند. در یک تحقیق بیشترین امتیاز را سودمندی اطلاعات ذخیره شده در پرونده‌ی سلامت فردی، برای ارایه دهندگان بعدی داشته است (۶). در تحقیق دیگر ۷۸ درصد از بیماران ذکر نموده‌اند، که بیماران با استفاده از پرونده‌ی سلامت فردی می‌توانند اطلاعات مفیدی به ارایه دهندگان خود بدهند (۳۵) و ۸۴ درصد اهمیت پرونده‌ی سلامت فردی را در ارایه‌ی آن به پزشک جدید ذکر نموده‌اند (۲۵)، که با نتایج این تحقیق همخوانی ندارد. با نگاهی به نتایج پژوهش حاضر و در نظر گرفتن این نکته که پرونده‌ی سلامت فردی در ایران اجرا نشده است، شاهد هستیم که میزان سودمندی اطلاعات ذخیره شده برای ارایه دهنده‌ی بعدی مراقبت نسبت به تحقیقاتی که پرونده‌ی سلامت فردی در آن مطالعه اجرا شده، کمتر تخمین زده شده است. این امر نشان‌گر آن است که وجود و استفاده از پرونده‌ی سلامت فردی در نیل به مزایای بالقوه خود موفق عمل نموده است. بنابراین می‌توان گفت که بر اساس مطالعات گذشته که نشان می‌دهد اطلاعات موجود در پرونده‌ی بیماران در مواقع اورژانس در دسترس نیست و ۲۵ درصد از اطلاعات آن اشتباه است (۳۶)، اما بیماران این

ممکن است بیماران پس از ترخیص نیاز بیشتری به اطلاعات مربوط به رژیم غذایی داشته باشند، در حالی که به نظر پزشکان و پرستاران آموزش‌هایی که در هنگام ترخیص در زمینه رژیم غذایی به بیمار داده می‌شود، کافی است که در صورت وجود و استفاده از پرونده‌های سلامت فردی نیاز بیماران از طریق سیستم‌های حمایتی آن می‌تواند مرتفع گردد.

بیشترین علت عدم تهیه‌ی پرونده‌ی سلامت فردی کامپیوتری و اینترنتی به ترتیب، عدم دسترسی به اینترنت ۵۷/۸ درصد، عدم آشنایی با کامپیوتر ۵۰/۸ درصد، عدم آگاهی نسبت به مزایای آن ۴۹/۷ درصد ذکر شده است. ۷ درصد از جامعه‌ی پژوهشی در یک تحقیق اظهار داشته‌اند که تمایل به استفاده از هیچ نوع پرونده‌ی سلامت فردی به دلایل محرمانگی و امنیتی ندارند و ۱۹ درصد گفته‌اند که به هیچ وجه تمایلی به استفاده از پرونده‌ی سلامت فردی ندارند (۳۸)، که با نتایج این تحقیق مغایرت دارد. در کنفرانس ملی وزارت بهداشت آمریکا در سال ۲۰۰۴ اولین اصل در ایجاد زیرساخت ملی اطلاعات سلامت مطرح و اولویت اول آن معماری اطلاعات مطرح گردید، که اولین گام آن حفظ محرمانگی و امنیت اطلاعات بود (۴۳). به نظر می‌رسد که بیشترین مشکل سایر جوامع برای استفاده از پرونده‌ی سلامت فردی، مسایل امنیتی و محرمانگی و در ایران، عدم آشنایی با کامپیوتر و اینترنت می‌باشد که لزوم اجرای روش‌هایی برای افزایش سواد فن‌آوری در بیماران را نشان می‌دهد که باید مد نظر مسؤولین قرار گیرد تا با انجام برنامه‌ریزی لازم سواد اطلاعاتی مردم را افزایش بخشد.

نتیجه‌گیری

نتایج حاصل از این یافته‌ها، ضرورت ایجاد و سازمان‌دهی پرونده‌ی سلامت فردی و تهیه‌ی یک قالب منسجم برای آن، به منظور آرایه‌ی اطلاعات به آرایه دهندگان مراقبت و توانمندسازی بیماران را مشخص می‌کند. توجه به این نکته که استفاده از امکانات فن‌آوری اطلاعات در حوزه‌ی سلامت

مطالعاتی که مهم‌ترین معایب و نگرانی‌های حاصل از پرونده‌های سلامت فردی را دسترسی و استفاده‌ی سایر سازمان‌ها مانند سازمان‌های بیمه‌گر ۵۳ درصد، کارفرمایان ۵۶ درصد و استفاده شرکت‌های بازاریابی ۷۷ درصد، ذکر کرده‌اند (۳۱) همخوانی ندارد. مغایرت نتایج فوق‌الذکر و این که بیشترین نگرانی در جامعه‌ی پژوهش حاضر مسایل امنیتی و محرمانگی و درک نادرست از بیماری است؛ در حالی که در سایر جوامع مشکلات دیگری نیز ذکر شده است، نشان از وجود ابهاماتی در خصوص مزایا، استفاده‌ها و معایب به کارگیری پرونده‌ی سلامت فردی دارد، هر چند دسترسی سایر سازمان‌ها، کارفرمایان و استفاده‌ی شرکت‌های بازاریابی نیز به نوعی می‌تواند به عنوان عدم حفظ حریم شخصی و مسایل امنیتی محسوب گردد و یا می‌توان این گونه استدلال نمود که عوامل ترغیب کننده برای پذیرش پرونده‌ی سلامت فردی کافی نیست، مسایلی از قبیل هزینه‌ها (۲۹)، ترس از خطاهای رایانه‌ای (۳۱)، محدودیت‌های مربوط به نصب سیستم‌ها (۲۹) از موانع قابل ذکر است، که هر یک نیاز به تحقیق جداگانه‌ای دارد. به هر حال با توجه به این که امروزه استفاده از فن‌آوری‌های متکی به رایانه و اینترنت مسایل خاصی را به خصوص در زمینه‌ی جعل، تقلب و دسترسی‌های غیر مجاز ایجاد نموده است. تدوین قوانین مورد نیاز و یا اصلاح قوانین موجود از اولویت‌های ضروری برای استفاده از فن‌آوری‌های اطلاعاتی از جمله پرونده‌ی سلامت فردی می‌باشد.

۳۹/۷ درصد از جامعه‌ی مورد پژوهش یکی از نرم‌افزارها و پایگاه‌های مورد نیاز برای همراهی و تقویت پرونده‌ی سلامت فردی را دریافت اطلاعات مربوط به رژیم غذایی ذکر نموده‌اند. ۵۱ درصد از بیماران تمایل به اتصال به منابع اطلاعاتی برای دریافت اطلاعات مربوط به رژیم غذایی و ۵۱ درصد تمایل به دسترسی به متخصصین تغذیه داشتند، که مغایر نتایج تحقیق حاضر است (۴۲). با توجه به تفاوت جوامع پژوهشی که در تحقیق حاضر پزشکان و پرستاران بوده، در تحقیقات فوق‌الذکر بیماران، تفاوت در نتایج توجیه‌پذیر است و

فردی در طول اجرای این طرح، توجه بیشتر مسؤولین برای فراهم نمودن شرایط لازم جهت ایجاد پرونده‌ی سلامت فردی پیشنهاد می‌گردد. به منظور رفع موانع، شایسته است که نسبت به آشنایی کارکنان مراکز بهداشتی درمانی با نقش، اهمیت و کاربرد پرونده‌ی سلامت فردی و نیز افزایش سطح سواد فن‌آوری اطلاعات بیماران اقدام گردد تا این وسایل مورد پذیرش و استفاده همگان قرار گیرد.

منجر به افزایش دسترسی اقشار جامعه به اطلاعات سلامت گشته، فواصل مکانی بین شهرها و کشورها حذف می‌گردد و بهبود ارتباطات بین بیمار و متخصصین بهداشتی و تبادل بهتر اطلاعات سلامت را به دنبال دارد، که همه‌ی این موارد می‌تواند نقش بسزایی در توانمندسازی بیماران ایفا نماید، لازم است که اقداماتی به صورت هماهنگ و ملی در این زمینه صورت پذیرد.

تشکر و قدردانی

از کلیه‌ی پزشکان و پرستاران شاغل در بیمارستان‌های تابعه‌ی دانشگاه علوم پزشکی کاشان که در تحقیق شرکت و با صبر و دقت پرسش‌نامه‌ها را تکمیل نمودند، تشکر و قدردانی می‌گردد.

پیشنهادها

تشویق و حمایت از سرمایه‌گذاری و فعالیت بخش دولتی و خصوصی، تدوین و اصلاح قوانین مربوط به فن‌آوری اطلاعات، اجرای طرح پابلوت پرونده‌ی سلامت فردی و انجام تحقیق در زمینه‌ی فواید و معایب ایجاد پرونده‌ی سلامت

References

1. Institute of Medicine. Crossing the quality chasm: a new health system for the 21st century. Washington: National Academies Press; 2001.
2. Borowitz SM, Wyatt JC. The origin, content, and workload of e-mail consultations. JAMA 1998; 280(15): 1321-4.
3. Markle Foundation Connecting for Health A Public-Private Collaborative, the Personal Health Working Group [Online]. 2003 [cited 2003 Jul 1]; Available from: URL: www.markle.org/health/markle-connecting-health-collaboration/
4. AHIMA. The Value of Personal Health Records a Joint Position Statement for Consumers of Health Care by American Health Information Management Association American Medical Informatics Association February 2007 [Online]. 2007; Available from: URL: <https://www.ahmia.org/files/ahima-amiaphrstatement/>
5. Vincelet C, Tabone MD, Berthier M, Bonnefoi MC, Chevallier B, Lemaire JP, et al. How is personal child health records completed? A multicentric evaluation study. Arch Pediatr 2003; 10(5): 403-9.
6. Wuerdeman L, Volk L, Pizziferri L, Tsurikova R, Harris C, Feygin R, et al. How accurate is information that patients contribute to their Electronic Health Record? AMIA Annu Symp Proc 2005; 834-8.
7. Tobacman JK, Kissinger P, Wells M, Prokuski J, Hoyer M, McPherson P, et al. Implementation of personal health records by case managers in a VAMC general medicine clinic. Patient Educ Couns 2004; 54(1): 27-33.
8. Tang PC, Ash JS, Bates DW, Overhage JM, Sands DZ. Personal health records: definitions, benefits, and strategies for overcoming barriers to adoption. J Am Med Inform Assoc 2006; 13(2): 121-6.
9. Sun K. Development of a model and comparison of personal health record and related health sites [Online]. 2001 [cited 2001 Jan 10]; Available from: URL: <http://www.informatics-review.com/thoughts/ksun.html/>
10. Klein-Fedyshin MS. Consumer Health Informatics-integrating patients, providers, and professionals online. Med Ref Serv Q 2002; 21(3): 35-50.
11. Sittig DF. Personal health records on the internet: a snapshot of the pioneers at the end of the 20th Century. Int J Med Inform 2002; 65(1): 1-6.
12. Burrington-Brown J, Fishel J, Fox L, Friedman B, Giannangelo K, Jacobs E, et al. Defining the personal health record. AHIMA releases definition, attributes of consumer health record. J AHIMA 2005; 76(6): 24-5.
13. Tang PC, Lansky D. The missing link: bridging the patient-provider health information gap. Health Aff (Millwood) 2005; 24(5): 1290-5.

14. Lee M, Delaney C, Moorhead S. Building a personal health record from a nursing perspective. *Int J Med Inform* 2007; 76(Suppl 2): S308-S316.
15. Kupchunas WR. Personal health record: new opportunity for patient education. *Orthop Nurs* 2007; 26(3): 185-91.
16. Pyper C, Amery J, Watson M, Crook C. Patients' experiences when accessing their on-line electronic patient records in primary care. *Br J Gen Pract* 2004; 54(498): 38-43.
17. Ward L, Innes M. Electronic medical summaries in general practice--considering the patient's contribution. *Br J Gen Pract* 2003; 53(489): 293-7.
18. Winkelman WJ, Leonard KJ, Rossos PG. Patient-perceived usefulness of online electronic medical records: employing grounded theory in the development of information and communication technologies for use by patients living with chronic illness. *J Am Med Inform Assoc* 2005; 12(3): 306-14.
19. Ertmer A, Uckert F. User acceptance of and satisfaction with a personal electronic health record. *Stud Health Technol Inform* 2005; 116: 861-6.
20. Honeyman A, Cox B, Fisher B. Potential impacts of patient access to their electronic care records. *Inform Prim Care* 2005; 13(1): 55-60.
21. Masys D, Baker D, Butros A, Cowles KE. Giving patients access to their medical records via the internet: the PCASSO experience. *J Am Med Inform Assoc* 2002; 9(2): 181-91.
22. Endsley S, Kibbe DC, Linares A, Colorafi K. An introduction to personal health records. *Fam Pract Manag* 2006; 13(5): 57-62.
23. Hassol A, Walker JM, Kidder D, Rokita K, Young D, Pierdon S, et al. Patient experiences and attitudes about access to a patient electronic health care record and linked web messaging. *J Am Med Inform Assoc* 2004; 11(6): 505-13.
24. Markle Foundation. Connecting for Health a Public-Private Collaborative, the Personal Health Working Group, American viewpoint [Online]. 2006; Available from: URL: www.lakeresearch.com/
25. Earnest MA, Ross SE, Wittevrongel L, Moore LA, Lin CT. Use of a patient-accessible electronic medical record in a practice for congestive heart failure: patient and physician experiences. *J Am Med Inform Assoc* 2004; 11(5): 410-7.
26. Jones R, McConville J, Mason D, Macpherson L, Naven L, McEwen J. Attitudes towards, and utility of, an integrated medical-dental patient-held record in primary care. *Br J Gen Pract* 1999; 49(442): 368-73.
27. Ayana M, Pound P, Ebrahim S. The views of therapists on the use of a patient-held record in the care of stroke patients. *Clin Rehabil* 1998; 12(4): 328-37.
28. Kittler AF, Carlson GL, Harris C, Lippincott M, Pizziferri L, Volk LA, et al. Primary care physician attitudes towards using a secure web-based portal designed to facilitate electronic communication with patients. *Inform Prim Care* 2004; 12(3): 129-38.
29. Sands DZ, Tang P, Sittig DF, Chistonpherson GA. Sharing Electronic Medical Record Information with Patient via the Internet [Online]. 2003; Available from: URL: <http://www.informatics-review.com/talks/TEPR-2003/share.pdf/>
30. Cimino JJ, Patel VL, Kushniruk AW. The patient clinical information system (PatCIS): technical solutions for and experience with giving patients access to their electronic medical records. *Int J Med Inform* 2002; 68(1-3): 113-27.
31. Sands DZ. Building the health Informatics Chunnel [Online]. 2008; Available from: URL: <http://mit-docs.sbu.ac.ir/2-MIT/Dr.%20L.Nazarimanesh/Lecture%20Notes/03-01.pdf/>
32. Angst CM, Agarwal R. Patients Take Control: Individual Empowerment with Personal Health Records [Online]. 2004; Available from: URL: <http://papers.ssrn.com/sol3/>
33. Bower AG. The Diffusion and Value of Healthcare Information Technology [Online]. 2005; Available from: URL: <http://www.rand.org/pubs/monographs/MG272-1.html/>
34. Interactive H. Two in Five Adults Keep Personal or Family Health Records and Almost Everybody Thinks This Is a Good Idea. *Health Care News* 2004; 13(4): 1-5.
35. Cimino JJ, Patel VL, Kushniruk AW. What do patients do with access to their medical records? *Stud Health Technol Inform* 2001; 84(Pt 2): 1440-4.
36. Jones RB, McGhee SM, McGhee D. Patient on-line access to medical records in general practice. *Health Bull (Edinb)* 1992; 50(2): 143-50.
37. Ming ME, Levy RM, Hoffstad OJ, Filip J, Gimotty PA, Margolis DJ. Validity of patient self-reported history of skin cancer. *Arch Dermatol* 2004; 140(6): 730-5.

38. Markle Foundation. Attitudes of Americans Regarding Personal Health Records and National Electronic Health Information Exchange [Online]. 2005; Available from: URL: http://www.phrconference.org/assets/research_release_101105.pdf/
39. Gaster B, Knight CL, DeWitt DE, Sheffield JV, Assefi NP, Buchwald D. Physicians' use of and attitudes toward electronic mail for patient communication. *J Gen Intern Med* 2003; 18(5): 385-9.
40. Tuil WS, ten Hoopen AJ, Braat DD, Vries Robbe PF, Kremer JA. Patient-centred care: using online personal medical records in IVF practice. *Hum Reprod* 2006; 21(11): 2955-9.
41. Britto MT, Wimberg J. Pediatric personal health records: current trends and key challenges. *Pediatrics* 2009; 123(Suppl 2): S97-S99.
42. Bryce CL, Zickmund S, Hess R, McTigue KM, Olshansky E, Fitzgerald K, et al. Value versus user fees: perspectives of patients before and after using a web-based portal for management of diabetes. *Telemed J E Health* 2008; 14(10): 1035-43.
43. Larcher B, Arisi E, Berloffia F, Demichelis F, Eccher C, Galligioni E, et al. Analysis of user-satisfaction with the use of a teleconsultation system in oncology. *Med Inform Internet Med* 2003; 28(2): 73-84.

Personal Health Record, Information Technology in Future Health Care System: Physicians and Nurses View Point*

Maryam Ahmadi, PhD¹; Farahnaz Sadoughi, PhD¹; Mahmood Reza Gohari, PhD²;
Fatemeh Rangraz Jeddi, PhD³

Abstract

Introduction: Personal health record is an individual-oriented system that is planned for people to access their health information that using other means of support such as knowledge databases to help people to have more active role in their health Considering that physicians and nurses have a basic role in its completing, educating and using of this tools, this study was conducted to evaluate the view point of physicians and nurses in this regard.

Methods: In this descriptive – cross-sectional study, 120 and 250 randomly selected physicians and nurses from affiliated hospitals of Kashan University of Medical Sciences, Iran were studied in 2008. Data collected using a reliable (Spearman-Brown, $r = 0.82$) and valid (face and content) questionnaire in two section; demographic information (age, sex, education and income levels) and objective questions in the form of yes - no and choice question. Obtained data analyzed using SPSS software and descriptive statistics.

Results: 93.8% of participants believed on the necessity of personal health record and 88.6% on the existence of a coherent format. The most important use was providing information for health care providers (58.1%) and portable storage was the best form of it (39.2%). The most benefits of personal health record were knowledge of patients about their appointment (85.7%) and the most disadvantage was misunderstand of the information (67.6%). The most cause of lack of providing personal health record was unawareness about its advantages (49.7%).

Conclusion: Personal health record from viewpoint of physicians and nurses is necessary and problems and concerns about patient misunderstanding, privacy and security should be eliminated as appropriate. It is recommended that the personal health record provide by the authorities of Ministry of Health and Medical Education with cooperating with private section and insurance organizations.

Keywords: Access to Information; Health Records, Personal; Patient-Centered Care; Information System.

Type of article: Original Article

Received: 18 May, 2009

Accepted: 14 Mar, 2010

Citation: Ahmadi M, Sadoughi F, Gohari MR, Rangraz Jeddi F. **Personal Health Record, Information Technology in Future Health Care System: Physicians and Nurses View Point.** Health Information Management 2011; 8(1): 17.

* This article is resulted from PhD thesis.

1. Associate Professor, Health Information Management, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran.

2. Assistant Professor, Biostatistics, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran.

3. Assistant Professor, Health Information Management, Kashan University of Medical Sciences, Kashan, Iran. (Corresponding Author) Email: rangrazejeddi_f@kaums.ac.ir

امکان سنجی آموزش از راه دور از طریق اینترنت برای کتابداران شاغل در کتابخانه‌های مرکزی

دانشگاه‌های وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی مستقر در شهر تهران*

زهرا فرجی^۱، محمد رضا علی بیک^۲، روح انگیز جمشیدی^۳

چکیده

مقدمه: با ظهور تکنولوژی‌های نوین و ایجاد مراکز آموزش مجازی، آموزش و یادگیری الکترونیکی جای خود را در مراکز آموزشی باز کرده است. این مقاله امکان ارزیابی آموزش از طریق اینترنت را برای کتابداران شاغل در کتابخانه‌های مرکزی دانشگاهی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی مستقر در شهر تهران مورد بررسی قرار داده است.

روش بررسی: روش پژوهش پیمایشی- توصیفی بوده است. داده‌ها از طریق پخش ۴۴ پرسش‌نامه بین کتابداران شاغل در کتابخانه‌های مرکزی دانشگاه‌های وابسته به وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی مستقر در شهر تهران در مرداد و شهریور ۱۳۸۷ گردآوری شدند. برای تعیین اعتبار، محتوای این پرسش‌نامه از نظر استادان و سایر کارشناسان فن گذرانده شد و برای تعیین روایی از ضریب Cronbach's alpha ۱۵ نمونه، که به صورت تصادفی از جامعه انتخاب شده بودند، استفاده شد. داده‌ها با نرم‌افزار آماری SPSS و با استفاده از تکنیک‌های آمار توصیفی به دست آمده‌اند.

یافته‌ها: ۹۵ درصد کتابداران به شرکت در دوره‌های آموزش از طریق اینترنت علاقمند بوده‌اند. پایگاه‌های اطلاعاتی بیشترین و کتابخانه‌های مجازی کمترین موضوع‌های تجربه شده برای دسترسی به اطلاعات بودند. وب سایت‌های آموزشی بیشترین و گفتگو کمترین آمار را در زمینه‌های روش‌های مورد نظر برای ارزیابی آموزش داشتند. ۷۱ درصد کتابداران تأیید کردند که کتابخانه آن‌ها آمادگی لازم برای ایجاد دوره‌ها را دارند. ۲۱ درصد از آن‌ها تخصیص بودجه به کتابخانه‌هایشان را برای برگزاری این دوره‌ها تأیید کردند. بیشتر پاسخ‌گویان به «رده‌بندی چند برچسبی» عدم آشنایی و به «مدیریت دانش» آشنایی نسبی و به «مهارت‌های اولیه کامپیوتر» آشنایی کامل داشتند. همچنین به موضوع «حفاظت رسانه‌ی نوری» علاقه‌ی کم، به «وب ۲» علاقه‌ی متوسط و به «سیستم‌های پایگاه‌های اطلاعاتی» علاقه‌ی زیاد نشان دادند. موافق نبودن بالا در استان، عدم اطمینان به اعتبار این دوره‌ها، مشکلات فنی، سرعت پایین خطوط اینترنت از مشکلات بیان شده، توسط کتابداران بود.

نتیجه‌گیری: کتابخانه‌های مرکزی دانشگاه‌های وابسته به وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی در شهر تهران امکانات بالقوه و قابلیت‌های لازم برای برگزاری دوره‌های آموزش کتابداری و اطلاع‌رسانی از طریق اینترنت را دارند.

واژه‌های کلیدی: امکان سنجی‌ها؛ کتابداری و اطلاع‌رسانی؛ کتابداران؛ وزارت بهداشت؛ کتابخانه‌های پزشکی؛ اینترنت.

نوع مقاله: تحقیقی

پدیرش مقاله: ۸۸/۱۰/۲۸

اصلاح نهایی: ۸۸/۳/۲۶

دریافت مقاله: ۸۷/۱۰/۱۴

ارجاع: فرجی زهرا، علی بیک محمدرضا، جمشیدی روح انگیز. امکان سنجی آموزش از راه دور از طریق اینترنت برای کتابداران شاغل در کتابخانه‌های مرکزی دانشگاه‌های وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی مستقر در شهر تهران. مدیریت اطلاعات سلامت ۱۳۹۰؛ ۸ (۱): ۲۶-۱۸.

مقدمه

* این مقاله حاصل پایان‌نامه‌ی دانشجویی در مقطع کارشناسی ارشد می‌باشد.
۱. کارشناس ارشد، کتابداری و اطلاع‌رسانی پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران. (نویسنده‌ی مسؤول) Email: faraji.z@iums.ac.ir
۲. مربی، کتابداری و اطلاع‌رسانی پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران.
۳. استادیار، آمار و ریاضی، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران.

نظام‌های آموزش مبتنی بر فن‌آوری اطلاعات در فرایند آموزش بشر جایگاه مهمی پیدا کرده‌اند. پیشرفت روزافزون فن‌آوری

این نوع آموزش می‌توان به همراه محتوا، از صدا و تصویر استفاده کرد، بالا رفتن و سهولت ارتباط با دانشجویان و مدرسان سایر کشورها، تنظیم سرعت مطالعه با توجه به درک و فهم فراگیر (۶)، آسان بودن پیگیری و مراجعه به سرفصل‌های قبل، عدم محدودیت زمانی و مکانی برای خواندن یک سرفصل یا موضوع (۵)، روزآمد سازی و سرعت در دسترسی به اطلاعات، برنامه‌ریزی و تهیه منابع کمک آموزشی با هدایت یک مؤسسه آموزشی (۷).

در داخل ایران سیفی پژوهشی با عنوان «امکان سنجی آموزش از راه دور در رشته‌ی کتابداری و اطلاع رسانی دانشگاه آزاد اسلامی» انجام داده است. روش پژوهش، پیمایشی-توصیفی است و اطلاعات از طریق پرسش‌نامه فراهم شده است. واحدهای دانشگاهی دانشگاه آزاد اسلامی که دوره‌ی کتابداری و اطلاع رسانی را در مقطع کارشناسی و بالاتر را ارائه می‌دهند، اعضای هیأت علمی گروه‌های کتابداری و اطلاع رسانی و مدیران فن‌آوری اطلاعات این واحدها که شامل ۱۴ واحد دانشگاهی است، جامعه‌ی آماری پژوهش را تشکیل می‌دهند. نتایج نشان می‌دهد که ۷۰ درصد امکانات و تجهیزات، ۶۶/۲۵ درصد زیر ساخت‌های مخابراتی، ۴۵/۶ درصد بودجه، ۴۰ درصد مهارت اعضای هیأت علمی برای تحقق بخشیدن به روش‌های آموزش از راه دور از طریق اینترنت مهیا بوده است. به طور کلی امکان برگزاری دوره‌های آموزش از راه دور در رشته‌ی کتابداری و اطلاع رسانی دانشگاه آزاد تا سطح ۵۱/۱۵ درصد فراهم است (۵). در خارج از کشور نیز Virkus در مقاله‌ای با عنوان «استفاده از تکنولوژی وب ۲ در آموزش علوم کتابداری و اطلاع رسانی» به بررسی تجربه‌های کسب شده در دانشگاه تالیوم در استفاده از تکنولوژی علوم کامپیوتر شامل تکنولوژی‌های وب ۲، در آموزش علوم کتابداری و اطلاع رسانی و نقشی که آن‌ها در مدل‌های یادگیری و تعلیم این رشته دارند، می‌پردازد. (وب ۲ نسخه‌ی جدید وب می‌باشد. در وب ۲ کاربران قادرند خود به ایجاد و خلق محتوا اقدام نمایند. در واقع طراحی و معماری وب ۲ بر پایه‌ی مشارکت‌ها، همکاری‌ها و تعاملات انسان‌ها، ماشین‌ها، نرم‌افزارها و

اطلاعات باعث تغییرات بسیاری در زمینه‌ی آموزش و یادگیری در سطح مراکز آموزشی دنیا گردیده است و با ظهور تکنولوژی‌های نوین و ایجاد مراکز آموزش مجازی، آموزش و یادگیری الکترونیکی جای خود را در این مراکز باز کرده است (۱). در گذشته به علت پیچیده نبودن جوامع و محدود بودن نیازها، کتابخانه‌ها به طور معمول ساده بودند، اما امروزه به علت گسترش علوم و فنون و متنوع شدن رشته‌های علمی احراز آمادگی برای کار کردن در رشته کتابداری و اطلاع رسانی به آسانی گذشته نیست (۲). علاوه بر این، اگر فردی برای این حرفه آمادگی کافی داشته باشد پیشرفت روزافزون و مداوم علوم و فنون، گسترش مسؤولیت‌های کتابخانه و نیازهای در حال رشد جامعه استفاده کننده از کتابخانه، دانش و مهارت‌های او را ناکافی می‌سازد. پس بقای هر کتابدار وابسته به این است که به طور دایم بر کیفیت و کمیت دانش و مهارت‌های حرفه‌ای و غیر حرفه‌ای خود بیفزاید. آموزش از دیر باز جایگاه ویژه‌ای در انتقال اصول و مهارت‌ها داشته است (۳).

با توجه به این که در بیشتر کتابخانه‌های مرکزی دانشگاه‌ها امکان اتصال به اینترنت فراهم است و این کتابخانه‌ها از بخش‌های مختلف مانند نمایه‌سازی، فهرست‌نویسی، مرجع و اطلاع رسانی تشکیل شده‌اند، می‌توان آموزش از راه دور از طریق اینترنت را برای آموزش کتابداران این دانشگاه‌ها پیشنهاد کرد. از مزایای این نوع آموزش در رشته‌ی کتابداری می‌توان به موارد زیر اشاره کرد: عدم وابستگی به زمان و مکان خاص، هم‌سو کردن فراگیران با رشد سریع تکنولوژی، ورود تکنولوژی‌های جدید به کتابخانه‌ها، دسترسی به تحصیل برای افرادی که تحت فشار و مسؤولیت شغلی قرار دارند، برای افرادی که دور از محل تحصیل زندگی می‌کنند و راهی برای ادامه‌ی تحصیل ندارند، فرصت کسب و ارتقای مهارت‌ها و دانش حرفه‌ای را به محض نیاز فراهم می‌کند (۴). نامحدود بودن حضور دانشجویان در این کلاس‌ها، بالا رفتن سطح علمی و فرهنگی جامعه‌ی کتابداران، بالا رفتن کیفیت دروس ارائه شده توسط مدرس (۵)، تشویق دانشجویان برای خلاقیت و کنجکاوی از طریق گفتگو با دیگر همکاران، پویا بودن (در

عامل‌های هوشمند با یکدیگر استوار است).

روش پژوهش، پیمایشی- توصیفی و روش گردآوری داده‌ها، گزارش استفاده از تکنولوژی وب ۲ و نقش آن‌ها در مدل‌های جدید تعلیم و تربیت در دانشگاه تالیوم در سال ۲۰۰۷ بوده است. یافته‌های پژوهش نشان داد که استفاده از تکنولوژی وب ۲ روش تأثیرگذاری در یادگیری افراد، دستیابی به اطلاعات و ارتباط با دیگران بوده است. دانشگاه تالیوم سابقه‌ای طولانی در استفاده کردن از تکنولوژی علوم کامپیوتر در تعلیم و تربیت دارد. تجربه‌های آموزش باز و آموزش از راه دور و آموزش الکترونیکی باعث تغییر در نحوه‌ی تعلیم و تربیت افراد شده است. امروزه کارکنان با استفاده از وب ۲ به تجربه‌هایی در دستیابی به موفقیت در تعلیم و تربیت رسیده‌اند. Virkus استفاده کردن از تکنولوژی وب ۲ را در جامعه‌ی مدرن امروزی توصیه می‌کند و وب ۲ را بهترین عامل یادگیری با پتانسیل بالا در کسب اطلاعات می‌داند (۸).

با توجه به مزایای بسیار زیاد آموزش از راه دور نسبت به آموزش سنتی و فقدان برنامه‌ی موجود برای آموزش مستمر کتابداران شاغل، آگاهی از امکانات و نیازهای کتابداران برای تهیه‌ی یک طرح آموزشی مداوم و مستمر، مفید می‌باشد. این تحقیق بر آن است تا با مشخص ساختن موضوعات جدید در رشته‌ی کتابداری و اطلاع رسانی، تعیین میزان علاقه به آموزش در کتابداران، تعیین مهارت‌های کتابداران، تعیین امکانات و محدودیت‌ها در راه‌اندازی آموزش از راه دور، امکان‌ارایی آموزش از طریق اینترنت را در کتابخانه‌های دانشگاهی مورد بررسی قرار دهد.

روش بررسی

نوع پژوهش، کاربردی و روش پژوهش پیمایشی- توصیفی می‌باشد. زمان شروع پژوهش در ماه اسفند سال ۱۳۸۶ و زمان خاتمه‌ی آن مهر ماه سال ۱۳۸۷ بود. تمام کتابداران شاغل در کتابخانه‌های مرکزی دانشگاه‌های وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی در شهر تهران، جامعه‌ی پژوهش این تحقیق بودند. تعداد کل اعضای جامعه‌ی پژوهش ۴۴ نفر بود که ۴۰

نفر از آن‌ها، پاسخ‌گو بودند. ابزار گردآوری داده‌ها، پرسش‌نامه‌ای بود که توسط پژوهشگر تهیه شد و برای تعیین اعتبار محتوای این پرسش‌نامه، از نظر استادان و سایر کارشناسان فن و برای تعیین روایی از ضریب Cronbach's alpha ۱۵ نمونه، که به صورت تصادفی از جامعه‌ی انتخاب شده بودند، استفاده شد. پرسش‌نامه توسط پژوهشگر به اعضای جامعه‌ی پژوهش تحویل گردید و آن‌ها در حضور پژوهشگر آن را تکمیل کردند. داده‌ها با نرم‌افزار آماری SPSS و با استفاده از تکنیک‌های آمار توصیفی به دست آمد.

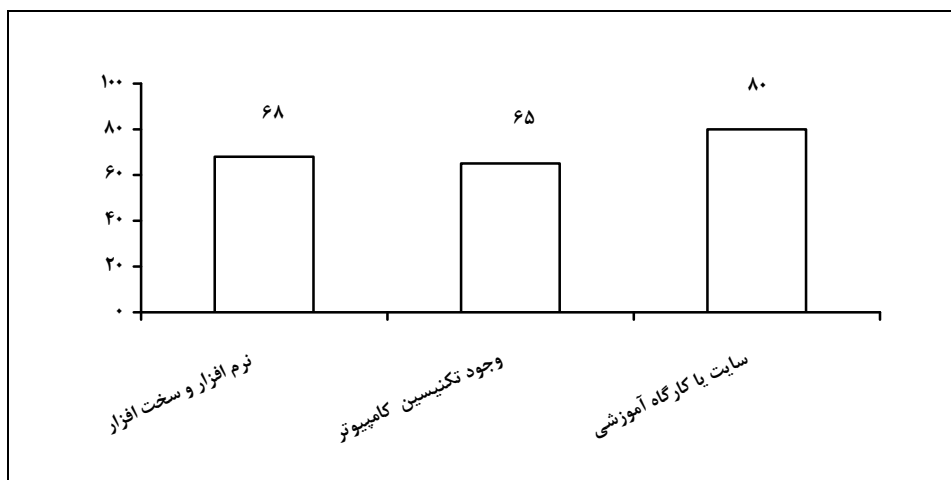
یافته‌ها

کتابداران شاغل در بخش‌های مختلف کتابخانه‌های دانشگاهی وابسته به وزارت بهداشت، ۳۴ نفر زن و ۶ نفر مرد بودند که مدرک ۶۵ درصد از آن‌ها لیسانس بود. میانگین تجربه‌ی شغلی در این کتابداران ۱۰/۵ سال بود و نیمی از این کارکنان در بخش خدمات عمومی مشغول به کار بودند. ۹۵ درصد کتابداران به شرکت در دوره‌های آموزش از طریق اینترنت علاقمند بودند. روزآمد سازی دانش شغلی و بالا بردن سطح مهارت‌های عملی و حرفه‌ای از بالاترین اهداف شرکت کتابداران در این دوره‌های آموزشی بوده است. تجهیزات و امکانات لازم برای ایجاد دوره‌های آموزش از راه دور از طریق اینترنت، در مؤلفه‌های کامپیوترهای متصل به اینترنت، دسترسی به نرم‌افزارها و سخت‌افزارهای مورد نیاز، وجود تکنیسین کامپیوتر و دسترسی به سایت اختصاصی یا کارگاه آموزشی مورد بررسی قرار گرفته است. به طور متوسط ۷ عدد کامپیوتر در بخش‌های مختلف کتابخانه‌های مرکزی دانشگاه‌های وابسته به وزارت بهداشت وجود دارد. نمودار ۱، توزیع فراوانی امکانات و تجهیزات لازم برای برگزاری دوره‌های آموزش از راه دور از طریق اینترنت در کتابخانه‌ها را نشان می‌دهد.

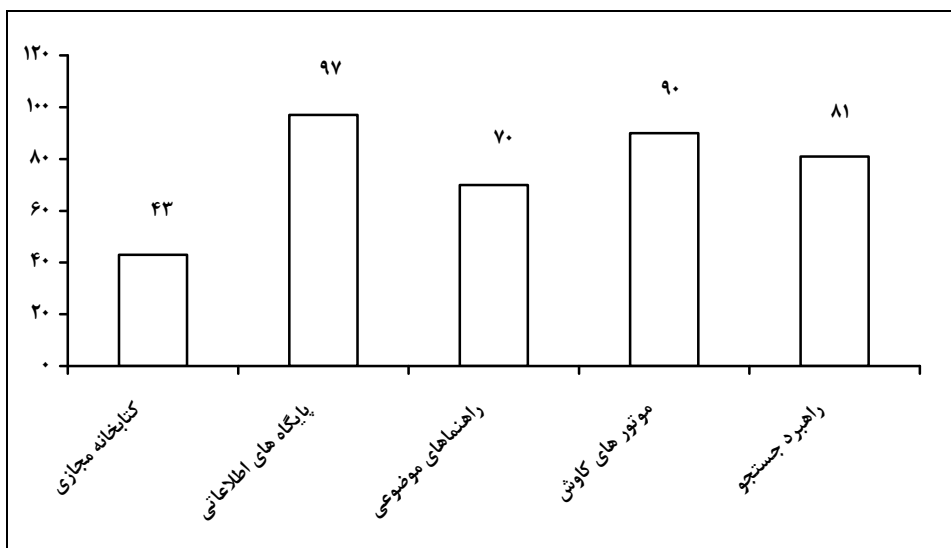
۳۶ درصد کتابداران آمادگی و ۲۱ درصد از آن‌ها بودجه‌ی لازم برای ایجاد دوره‌های آموزش از راه دور از طریق اینترنت را در کتابخانه‌هایشان تأیید کرده‌اند.

بهداشت، در سه زمینه‌ی راهنماهای موضوعی، موتورهای کاوش و راهبردهای جستجو با میانگین تقریبی ۸ سال نسبت به سایر زمینه‌های موضوعی تجربه‌ی کاری بیشتری داشته‌اند. کتابخانه‌ی مجازی با میانگین تقریبی ۲ سال، کمترین میانگین تجربه‌ی کاری را نسبت به سایر زمینه‌های موضوعی در این پاسخ دهندگان به خود اختصاص داده است (جدول ۱).

در مورد مهارت‌های کتابداران برای استفاده از دوره‌های آموزش از راه دور از طریق اینترنت، تمام کتابداران می‌توانند نیاز اطلاعاتی خود را به وسیله‌ی اینترنت بر طرف کنند و با توجه به نمودار ۲، پایگاه‌های اطلاعاتی با ۹۷ درصد بیشترین و کتابخانه‌ی مجازی با ۴۳ درصد کمترین موضوع‌های تجربه شده‌ی کتابداران نسبت به سایر زمینه‌های موضوعی بوده‌اند. در مورد زمینه‌های موضوعی مختلف پاسخ دهندگان وزارت



نمودار ۱: بررسی امکانات کامپیوتری موجود در کتابخانه‌های مورد پژوهش



نمودار ۲: توزیع فراوانی زمینه‌های موضوعی تجربه شده توسط کتابداران کتابخانه‌های مورد پژوهش

موضوع‌های اخلاق اطلاعات و مدیریت اسناد و منابع آشنایی کامل داشتند.

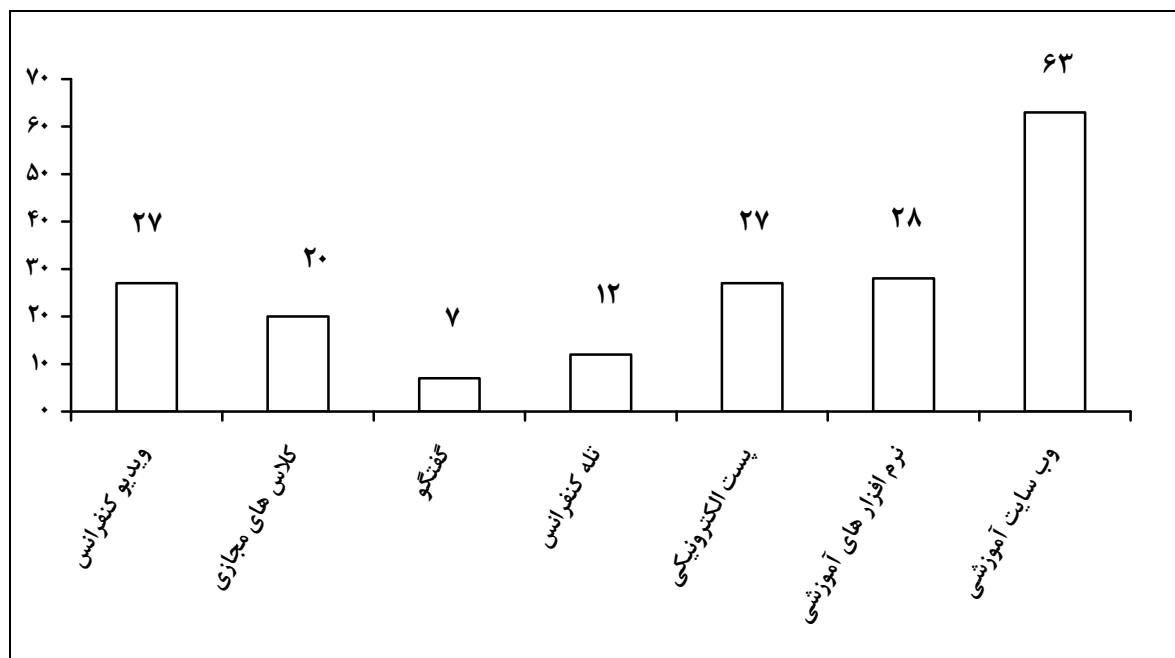
در زمینه‌ی علاقمندی به یادگیری این موضوعات، ۴۳ درصد پاسخ دهندگان به موضوع مدیریت اطلاعات فردی علاقه نداشتند. ۲۲ درصد پاسخ دهندگان به یادگیری موضوع مدیریت دانش علاقه‌ی متوسطی داشتند. ۷۲ درصد پاسخ دهندگان به یادگیری موضوع سیستم‌های پایگاه اطلاعاتی علاقه‌ی بسیار داشتند.

نمودار ۳ نشان می‌دهد که وب سایت‌های آموزشی با ۶۳ درصد و گفتگو با ۷ درصد در کتابداران مورد مطالعه به ترتیب، بیشترین و کمترین آمار را در مورد روش‌های آرایه آموزش از راه دور از طریق اینترنت داشته‌اند.

از موضوعات جدید رشته‌ی کتابداری در زمینه‌ی مدیریت، ۶۸ درصد پاسخ دهندگان با موضوع مهندسی دانش آشنایی نداشتند، ۶۵ درصد پاسخ دهندگان با موضوع مدیریت دانش آشنایی نسبی داشتند و ۶/۵ درصد پاسخ دهندگان با

جدول ۱: شاخص آماری مربوط به مدت زمان تجربه‌ی کاری (بر حسب سال) در زمینه‌های موضوعی مختلف برای کتابدارانی که در این زمینه‌ها کار کرده‌اند در کتابخانه‌های مورد پژوهش

زمینه‌ی موضوعی	محل کار			
	تعداد پاسخ دهنده	کمترین مدت	بیشترین مدت	میانگین
کتابخانه‌ی مجازی	۱۲	۱	۸	۲/۶۷
پایگاه‌های اطلاعاتی	۱۷	۱	۱۰	۶/۶۴
راهنما‌های موضوعی	۱۷	۱	۲۵	۸/۴۷
موتورهای کاوش	۱۶	۲	۲۵	۸/۳۱
راهنما‌های جستجو	۱۷	۳	۲۵	۸/۰۵



نمودار ۳: توزیع فراوانی تمایل کتابداران مورد مطالعه به روش‌های آرایه‌ی آموزش

بهداشت، عدم اطمینان به اعتبار این دوره‌های آموزشی، مشکلات فنی، نبود زیر ساخت‌های فنی در کشور، سرعت پایین خطوط اینترنت، فقدان و یا آشنا نبودن مدرسان مجرب برای آموزش این دوره‌ها در رشته‌ی کتابداری و اطلاع رسانی، فقدان مسؤول اجرایی این نوع آموزش در کشور را می‌توان برشمرد.

بحث

در این بررسی مشخص شد ۹۲/۸ درصد کتابداران به شرکت در دوره‌های آموزش از راه دور از طریق اینترنت علاقمند بودند. بزم پنج فاکتور رشد سریع فن‌آوری اطلاعات، ورود تکنولوژی‌های جدید به کتابخانه‌ها، نیاز افراد متخصص به دانش روز، برنامه‌های فراگیر برای جذب گروه‌های جدید به کتابخانه و تغییر در خدمات کتابخانه را ضرورت آموزش مستمر کتابداران، در کتابخانه‌ها می‌داند. بنابراین می‌توان دلیل اصلی علاقه‌ی کتابداران به آموزش مداوم را تغییر نظام سنتی کتابخانه‌ها به نظام مدرن دانست. بسیاری از کتابداران با شیوه‌های قدیمی و امکانات محدود به دانش در این رشته دست یافته‌اند و با تغییر در تکنولوژی، ورود اینترنت و پایگاه‌های اطلاعاتی نیاز به آموزش دوباره‌ی خود را به طور کامل احساس می‌کنند. روز آمد سازی دانش شغلی و بالا بردن سطح مهارت‌های عملی و حرفه‌ای از اهدافی است که اکثر کتابداران مورد مطالعه برای شرکت خود در دوره‌های آموزش ضمن خدمت به آن‌ها اشاره کرده‌اند. مهارت‌های اولیه‌ی کامپیوتر توسط بسیاری از کتابداران تجربه شده است و اکثریت آن‌ها با این موضوع آشنایی دارند (۹).

در تحقیق سیفی آموزش کامپیوتر به عنوان یکی از موضوعات مورد نیاز جامعه‌ی پژوهش معرفی شده بود که با گذشت زمان و ورود کامپیوتر به کتابخانه‌ها، کتابداران نسبت به آن آشنایی لازم را پیدا کرده‌اند (۵).

در این بررسی، بالاترین آمار نسبت به نداشتن علاقه به موضوع وب‌سنجی، علاقمندی متوسط به موضوع وب ۲ و علاقمندی زیاد به موضوع کتابخانه‌ی دیجیتال تعلق گرفت.

از موضوعات جدید رشته‌ی کتابداری در زمینه‌ی مجموعه سازی، ۴۵ درصد پاسخ دهندگان با موضوع ارزشیابی مجموعه، آشنایی نداشتند. ۲۳ درصد پاسخ دهندگان با موضوع ابزار انتخاب منابع آشنایی کامل داشتند و ۵۲ درصد پاسخ دهندگان با موضوع نیاز سنجی آشنایی نسبی داشتند.

در زمینه‌ی علاقمندی به یادگیری این موضوعات، ۴۳ درصد پاسخ دهندگان به یادگیری موضوع ارزشیابی مجموعه علاقه نداشتند. ۲۲ درصد پاسخ دهندگان به یادگیری موضوع ابزار انتخاب منابع علاقه‌ی متوسطی داشتند و ۵۹ درصد پاسخ دهندگان به یادگیری موضوع مجموعه سازی منابع الکترونیک علاقه‌ی بسیار داشتند.

از موضوعات جدید رشته‌ی کتابداری در زمینه‌ی خدمات فنی، ۸۱ درصد پاسخ دهندگان با موضوع رده‌بندی چند بر چسبی آشنایی نداشتند. ۲۳ درصد پاسخ دهندگان با موضوع فهرست نویسی منابع دیداری و شنیداری آشنایی کامل داشتند. ۳۶ درصد پاسخ دهندگان با موضوع فهرست نویسی منابع الکترونیکی آشنایی نسبی داشتند. ۴۷ درصد پاسخ دهندگان به یادگیری موضوع رده‌بندی چند بر چسبی علاقه نداشتند، ۲۵ درصد پاسخ دهندگان به یادگیری موضوع وب سنجی علاقه‌ی متوسطی داشتند. ۶۱ درصد پاسخ دهندگان به یادگیری موضوع وب کاوی علاقه‌ی بسیار داشتند.

از موضوعات جدید رشته‌ی کتابداری در زمینه‌ی خدمات عمومی، ۸۰ درصد پاسخ دهندگان با موضوع معماری وب سایت آشنایی نداشتند و ۵۵ درصد پاسخ دهندگان با موضوع مهارت‌های اولیه کامپیوتر آشنایی کامل داشتند. ۵۸ درصد پاسخ دهندگان با موضوع منابع پزشکی مستندگرا و آموزش‌های الکترونیکی آشنایی نسبی داشتند. ۳۸ درصد پاسخ دهندگان به یادگیری موضوعات یکپارچه‌سازی هوشمند اطلاعات و سیستم‌های خبره علاقه نداشتند. ۴۰ درصد پاسخ دهندگان در وزارت بهداشت به یادگیری موضوع وب ۲ علاقه‌ی متوسطی داشتند. ۶۹ درصد پاسخ دهندگان به یادگیری موضوع کتابخانه‌ی دیجیتال علاقه‌ی بسیار داشتند. از مشکلات مطرح شده توسط کتابداران وابسته به وزارت

را با این تحولات همگام سازند. راه‌اندازی دوره‌های مجازی در حال حاضر بهترین راه حل برای همگانی کردن هدف متعالی آموزش و بالا بردن سطح علمی جامعه می‌باشد (۱۲).

در این پژوهش امکان سنجی آموزش از راه دور از طریق اینترنت در شش زمینه‌ی موضوعات جدید در رشته‌ی کتابداری و اطلاع‌رسانی، میزان علاقه به آموزش در کتابداران شاغل، مهارت‌های کتابداران، تجهیزات و امکانات، بودجه و محدودیت‌های کتابخانه‌ها و مشکلات موجود در آموزش از راه دور از طریق اینترنت مورد ارزیابی قرار گرفت. با تفسیر یافته‌های پژوهش مشخص می‌شود که کتابخانه‌های دانشگاهی امکانات بالقوه و قابلیت‌های لازم برای برگزاری دوره‌های آموزش کتابداری و اطلاع‌رسانی از طریق اینترنت را دارند. فقط در زمینه‌ی بودجه کمبودهایی به چشم می‌خورد که یا ناشی از عدم آگاهی کتابداران شاغل و یا عدم تخصیص بودجه به کتابخانه‌ها می‌باشد. در کل اجرای آموزش از راه دور و همگام بودن با پیشرفت‌های حاصل از آن، مستلزم برنامه‌ریزی‌های دقیق و اصولی و رفع مشکلات کنونی در اجرای آن می‌باشد. توجه به تجربیات کشورهای دیگر، تعیین مسؤول اجرایی این نوع آموزش، ایجاد بانک محتوای الکترونیکی جهت ارایه، ایجاد زیرساخت فرهنگی مناسب (۱۰)، اتخاذ تدابیری برای رفع نقایص ناشی از پایین بودن سرعت خطوط اینترنت و ارایه‌ی دروس عملی و کارگاه به صورت حضوری از پیشنهاد‌های مطرح شده توسط کتابداران این پژوهش درباره‌ی اجرای آموزش از راه دور از طریق اینترنت در کتابخانه‌های دانشگاهی وزارت بهداشت می‌باشد.

پیشنهادها

- مطالعه‌ی نگرش مسؤولان آموزش عالی نسبت به پدیده‌ی آموزش از راه دور از طریق اینترنت
- ایجاد بانک محتوای الکترونیکی برای رشته‌ی کتابداری و اطلاع‌رسانی
- ایجاد و طراحی وب سایت برای آموزش در رشته‌ی کتابداری و اطلاع‌رسانی.

با توجه به این‌که رشته‌ی کتابداری و اطلاع‌رسانی ماهیتی بین رشته‌ای دارد و موضوعاتش با موضوعات علوم کامپیوتر و علوم اطلاعات بسیار هم‌پوشانی دارد، ورود مستمر کلید واژه‌ها و موضوعات جدید در این رشته مشاهده می‌شود. Ajmal Khan و Mahmood نیز در پژوهش خود، زمینه‌های مورد توجه بسیاری از پاسخ‌گویان در حرفه‌ی علوم کتابداری و اطلاع‌رسانی را آموزش تکنولوژی اطلاعات و ارتباطات بیان می‌کنند (۱۰).

در این بررسی بیش از نیمی از کتابداران، وجود سایت و تجهیزات کامپیوتری را جهت ارایه‌ی آموزش از راه دور تأیید کرده‌اند. باید این نکته را خاطر نشان کرد که تجهیزات، امکانات و فن‌آوری‌های پیشرفته، به سرعت تغییر می‌کنند. بنابراین بسیار ضروری است سازمان برای استفاده‌ی بهینه از آموزش از راه دور جهت استفاده‌کنندگان نهایی، در طولانی مدت با این تغییرات سازگار شود و بودجه‌ی کافی و برنامه‌های مدون را برای تغییر و ارتقای تجهیزات و امکانات کنونی به کار گیرد.

برای بهبود هرچه بیشتر ارایه‌ی آموزش از راه دور توجه به تجربیات کشورهای دیگر، تعیین مسؤول اجرایی این نوع آموزش در کشور، ایجاد بانک محتوای الکترونیکی و ارایه‌ی دروس عملی و کارگاه به صورت حضوری الزامی می‌باشد.

نتیجه‌گیری

آموزش از راه دور از طریق اینترنت از شیوه‌های نوین آموزش است که نیازمند تکنولوژی‌های جدید و به کارگیری دانش این تکنولوژی‌ها برای استفاده از آن است (۱۱). کتابداری و اطلاع‌رسانی نیز دارای ماهیتی پویا است. تغییرات سریع در این حرفه، آموزش آن را نیازمند بهره‌گیری از شیوه‌ای می‌کند که همواره در دسترس و به سرعت قابل تغییر در محتوا باشد. بنابراین آموزش از راه دور از طریق اینترنت در رشته‌ی کتابداری و اطلاع‌رسانی بسیار مورد توجه و حایز اهمیت است. از آن جا که پیشرفت و تحول در فن‌آوری‌های جدید امری ذاتی است و نمی‌توان مانع آن شد، کتابخانه‌های سنتی باید خود

References

1. Gerami M. Virtual world [Online]. 2008 [cited 2008 Aug 15]; Available from: URL: <http://ictworld.blogspot.com/> [In Persian].
2. Ardalan R. Study of necessary of developing education for librarian in central library in universities [MSc Thesis]. Tehran: School of Humanistic Science, Tarbiat Modares University; 1994. [In Persian].
3. Aminpour F. Electronics learning in universities and institute of higher education. *Faslname-ketab* 2007; 18(1): 217-29. [In Persian].
4. Hasanzade M. Feasibility Study of Distance Learning via Internet for Library & information science [MSc Thesis]. Tehran: School of Humanistic Science, Tarbiat Modares University; 2002. [In Persian].
5. Seifi L. Feasibility study of distance learning at library and information science [MSc Thesis]. Tehran: Science and Research Branch, Islamic Azad University; 2006. [In Persian].
6. Maleki F. Electronic learning. *Bi weekly student's news. Iran University of Medical Sciences* 2006; 14(48).
7. Khaleghi N. Library & librarian role in tele learner service. *Electronic journal of information & documents science Iran research (Nama)* 2006; 6(1). Available from: URL: http://www.irandoc.ac.ir/e_j/ [In Persian].
8. Virkus S. Use of Web 2.0 technologies in LIS education: experiences at Tallinn University, Estonia. *Program: electronic library and information systems* 2008; 42(3): 262-74.
9. Bazm S. Compare library and information science web sites in selective countries [MSc Thesis]. Tehran: School of Management and Information Science, Iran University of Medical Sciences; 2003. [In Persian].
10. Mahmood K, Ajmal Khan M. ICT training for LIS professionals in Pakistan: a needs assessment. *Program: electronic library and information systems* 2007; 41(4): 418-27.
11. Ellison JW. Distance learning for today's librarian. *Library Review* 2000; 49(5): 240-2.
12. Robinson L, Bawden D. Distance learning and LIS professional development. *Aslib Proceedings* 2002; 54(1): 48-55.

Feasibility Study of Distance Learning via Internet for Library Staffs in Central Libraries of Ministry of Health and Medical Education in Tehran, Iran*

Zahra Faraji¹; Mohammad Reza Alibeik²; Roohangiz Jamshidi, PhD³

Abstract

Introduction: With the advent of new technology and creating virtual training centers, e-learning and training have achieved a specific place in training centers. This article has been studied the feasibility of distance learning via internet for librarians working in central libraries of the Ministry of Health and Medical Education in Tehran, Iran.

Methods: In this descriptive survey data from 44 librarians, working in central libraries of universities affiliated to the Ministry of Health and Medical Education in Tehran, Iran collected using a questionnaire during August- September of 2008. For validation, the content of this questionnaire was approved by professors and other experts of the technology. To determine the validity of the questionnaire coefficient of the Cronbach's alpha measured from 15 randomly selected samples from the community was used. Obtained data analyzed using SPSS software and descriptive statistics techniques.

Results: 95% of librarians in ministry of health were interested in participate to distance education via internet. Most of the librarians experienced data base and less of them experienced digital library. Educational Web sites were the most and chat was the least methods for distance education presentation. More than 70% of librarian confirmed that their libraries spend budget for distance education. 21% of librarians in ministry of health confirmed that of facilities and equipments are provide for performance distance education in libraries. Most of the librarians did not familiar with engineering knowledge, collection evaluation, multi label classification and website architecture. Most of them were relatively familiar and fully familiar with knowledge management and basic computer skills, respectively. Boss disagreements, not authorizing, technical problems, internet problems, unfamiliar educator for training this type of education, have not performance responsible, were problems that stated by the librarians.

Conclusion: Central Libraries affiliated to the Ministry of Health and Medical Education in Tehran, Iran have the potential and capabilities required for performance distance education via internet.

Keywords: Feasibility Studies; Library and Information Science; Librarians; Ministry of Health; Libraries, Medical; Internet.

Type of article: Original Article

Received: 4 Jan, 2009

Accepted: 18 Jan, 2010

Citation: Faraji Z, Alibeik MR, Jamshidi R. **Feasibility Study of Distance Learning via Internet for Library Staffs in Central Libraries of Ministry of Health and Medical Education in Tehran, Iran.** Health Information Management 2011; 8(1): 26.

* This article resulted from MSc thesis.

1. MSc, Medical Library and Information Sciences, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran. (Corresponding Author) Email: faraji.z@iums.ac.ir

2. Lecturer, Medical Library and Information Sciences, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran.

3. Assistant Professor, Statistic & Mathematic, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran.

کیفیت ثبت گواهی‌های فوت صادره در بیمارستان‌های آموزشی و غیر آموزشی شهر کرمانشاه*

محمود کیوان آرا^۱، شیرین زردویی گل‌عنبر^۲، سعید کریمی^۳، سکینه سقائیان نژاد اصفهانی^۴

چکیده

مقدمه: اطلاعات ثبت شده بر روی گواهی فوت برای مقاصد مهمی مانند تهیه آمارهای مرگ و میر برنامه‌های ارتقای سلامت عمومی و تخصیص منابع مراقبت بهداشتی کاربرد دارد. از این رو صحت داده‌های گواهی فوت از اهمیت زیادی برخوردار است. هدف از انجام این تحقیق، تعیین کیفیت گواهی فوت‌های صادره در بیمارستان‌های آموزشی و غیر آموزشی شهر کرمانشاه و میزان صحت ثبت داده‌های گزارش شده در آن‌ها بود.

روش بررسی: این پژوهش از نوع کاربردی، توصیفی و جامعه‌ی پژوهش، بیماران بستری را که در شش ماهه‌ی اول سال ۱۳۸۶ در بیمارستان‌های آموزشی و غیر آموزشی شهر کرمانشاه فوت نموده بودند، شامل می‌شد. نمونه‌ی مورد بررسی با توجه به کل موارد مرگ مراکز آموزشی و بیمارستان‌های شهر کرمانشاه در شش ماهه‌ی اول سال ۱۳۸۶ (۱۹۹۴ مورد مرگ) و بر اساس فرمول تعیین حجم نمونه (۳۲۱ نمونه) محاسبه شد. در این پژوهش، نمونه‌گیری به روش تصادفی و جمع‌آوری داده‌ها بر اساس چک لیستی که روایی آن به تأیید متخصصان رسیده بود، انجام و تجزیه و تحلیل داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار SPSS انجام گردید.

یافته‌ها: نتایج نشان داد که ۵۱/۱ درصد از گواهی‌های فوت صادره در مراکز آموزشی درمانی و ۲۴ درصد از گواهی‌های فوت بیمارستان‌های غیر آموزشی دارای کیفیت ثبت بودند. اطلاعات دموگرافیک گواهی‌های فوت صادره‌ی مراکز آموزشی درمانی و بیمارستان‌های غیر آموزشی به ترتیب در ۷/۶ درصد و ۲۸/۸ درصد از موارد غیر صحیح بود. فقط ۳/۳ درصد از گواهی‌های صادره در مراکز آموزشی درمانی و ۱۲/۲ درصد از گواهی‌های صادره در بیمارستان‌های غیر آموزشی توسط پزشک معالج متوفی صادر شده بود. در ۳۳/۷ درصد از مراکز آموزشی درمانی و در ۴۵/۴ درصد بیمارستان‌های غیر آموزشی، مکانیسم مرگ به عنوان علت مرگ گزارش شده بود. بین علت‌های مرگ مندرج در ۶۴/۱ درصد از گواهی‌های فوت مراکز آموزشی درمانی و ۷۴/۷ درصد بیمارستان‌های غیر آموزشی، تسلسل علیتی منطقی وجود نداشت.

نتیجه‌گیری: وضعیت کنونی صدور گواهی فوت در بیمارستان‌ها به خصوص بیمارستان‌های غیر آموزشی از لحاظ کیفی نامناسب و قابل تعمق بود. اهمیت و ارزش داده‌های مندرج در گواهی فوت و استفاده‌های متعدد آن، توجه بیشتر به ارتقای سطح آگاهی پزشکان از وجود انواع خطاها در کامل کردن گواهی فوت را می‌طلبد.

واژه‌های کلیدی: کنترل کیفیت؛ علت مرگ؛ بیمارستان‌های آموزشی؛ آمار حیاتی.

نوع مقاله: تحقیقی

پندیرش مقاله: ۱۹/۱/۲۴

اصلاح نهایی: ۱۸/۱۰/۲۷

دریافت مقاله: ۱۸/۷/۱۱

ارجاع: کیوان آرا محمود، زردویی گل‌عنبر شیرین، کریمی سعید، سقائیان نژاد اصفهانی سکینه. کیفیت ثبت گواهی‌های فوت صادره در بیمارستان‌های آموزشی با غیر آموزشی شهر کرمانشاه. مدیریت اطلاعات سلامت ۱۳۹۰؛ ۸ (۱): ۳۶-۲۷.

مقدمه

* این مقاله برگرفته از پایان‌نامه‌ی کارشناسی ارشد می‌باشد.

۱. استادیار، جامعه‌شناسی پزشکی، مرکز تحقیقات علوم اجتماعی و سلامت،

دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران.

۲. کارشناس ارشد، آموزش مدارک پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی

کرمانشاه، کرمانشاه، ایران.

۳. استادیار، مدیریت خدمات بهداشتی درمانی، مرکز تحقیقات مدیریت و

اقتصاد سلامت، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران.

۴. مربی، آموزش مدارک پزشکی، مرکز تحقیقات مدیریت و اقتصاد

سلامت، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران. (نویسنده‌ی مسؤول)

Email: saghaeiannejad@mng.mui.ac.ir

امروزه آمار مرگ و میر که از بخش علت‌های مرگ و صدور گواهی فوت استخراج می‌شوند، برای ارزیابی سلامت عمومی جمعیت، رسیدگی به مشکلات پزشکی بین گروه‌های ویژه‌ای از مردم و برای نشان دادن سطوحی از تحقیقات پزشکی که بیشترین برخورد را با کاهش مرگ و میر دارند، استفاده می‌شود (۱).

بنابراین لازم است که داده‌های این گواهی‌ها کامل، صحیح و درست باشند (۱۱).

در ایران وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی به عنوان نهاد مسؤوّل برنامه‌ریزی و پایش فعالیت‌های مرتبط با سلامت جامعه، اصلی‌ترین مصرف‌کننده‌ی اطلاعات حاصل از ثبت مرگ می‌باشد. با این وجود، اگر چه سال‌های زیادی از ثبت وقایع حیاتی می‌گذرد، اطلاعات کاملی در زمینه‌ی مرگ وجود ندارد. این مطالعه درصدد بود تا کیفیت ثبت اطلاعات گواهی فوت‌های صادره در بیمارستان‌های آموزشی و غیر آموزشی شهر کرمانشاه را مقایسه نماید.

روش بررسی

این پژوهش از نوع کاربردی- توصیفی و جامعه‌ی پژوهش شامل بیماران بستری که در شش ماهه‌ی اول سال ۱۳۸۶ در بیمارستان‌های آموزشی و غیر آموزشی شهر کرمانشاه فوت نموده‌اند، بود. نمونه‌ی مورد بررسی با توجه به کل موارد مرگ مراکز آموزشی و بیمارستان‌های شهر کرمانشاه در شش ماهه‌ی اول سال ۱۳۸۶ (۱۹۹۴ مورد مرگ) و بر اساس فرمول تعیین حجم نمونه (۳۲۱ نمونه) محاسبه شد. در این پژوهش، نمونه‌گیری به روش تصادفی و نمونه‌ها بر اساس تعداد موارد مرگ در هر بیمارستان به روش انتساب متناسب انتخاب شدند.

ابزار جمع‌آوری داده‌ها چک لیست بود. این چک لیست با توجه به اهداف پژوهش و جهت بررسی و جمع‌آوری اطلاعات گواهی فوت‌های صادره و مقایسه با اطلاعات پرونده‌ی متوفی طراحی گردید. چک لیست از نظر روایی محتوایی مورد بررسی قرار گرفت و با توجه به نظر استادان صاحب‌نظر و طی اصلاحات مکرر، روایی آن تأیید گردید.

داده‌های مندرج در چک لیست توسط کارشناسان مدارک پزشکی که جهت بررسی گواهی فوت و پرونده‌ی پزشکی متوفی و تکمیل سؤالات آموزش دیده بودند، با همکاری یک پزشک عمومی تکمیل شد. سپس پاسخ سؤالات تخصصی چک لیست، توسط پزشک متخصص داخلی کنترل شد. داده‌ها پس از جمع‌آوری و کنترل، کدگذاری شدند و تجزیه و تحلیل

آمارهای مرگ و میر ارزان، فراگیر، در دسترس محدوده‌ی وسیعی از کشورها، مداوم و دارای پوشش زمانی بلند مدت هستند (۲).

اساس داده‌های مربوط به مرگ و میر گواهی فوت است (۳) و عدم صحت اطلاعات گواهی فوت منجر به تخصیص نادرست منابع در تحقیقات و برنامه‌ریزی‌های سلامت می‌شود (۴). میزان‌های مرگ و میر در اندازه‌گیری بار بیماری‌ها دارای اهمیت بسیار زیادی است. آن‌ها همچنین در ارتباط با سایر مقیاس‌های سلامت جامعه نقش بسیار مهمی در اطلاع‌رسانی تصمیم‌گیری‌های سلامت عمومی بازی می‌کنند و دارای کاربردهای زیادی هستند. این کاربردها از ارزیابی سیستم سلامت عمومی به برنامه‌ریزی و ارزیابی استراتژی‌های ویژه و مداخلات در این سیستم متغیرند (۵). با این وجود هنوز هم نگرانی‌هایی در مورد صحت آمارهای مرگ و میر و متعاقب آن، مفید بودن آن‌ها در تحقیق و پیش‌گیری، به قدمت خود آمار مرگ و میر وجود دارد (۶).

بر اساس گزارش سازمان بهداشت جهانی ۲۰۰۳ میلادی، تعداد اندکی از کشورها دارای نظام کامل ثبت مرگ و میر می‌باشند. در حالی که حدود ۹۰ درصد از کشورهای پیشرفته، دارای نظام کامل ثبت مرگ و میر هستند، حدود ۱۰ درصد کشورهای جهان سوم دارای این نظام می‌باشند (۷). حتی در بسیاری از مناطقی از جهان که مرگ‌ها ثبت می‌شوند و علل آن‌ها توسط کارکنان آموزش دیده و ماهر پزشکی و با بهره‌گیری از اطلاعات تشخیصی مناسب تعیین می‌شوند، کیفیت تعیین و انتساب علت مرگ جای نگرانی دارد. بسیاری از پزشکان نسبت به معتبر بودن تشخیص و کدگذاری علت مرگ تردید دارند (۸).

مطالعات انجام شده پیرامون ثبت گواهی‌های فوت، حکایت از پایین بودن کیفیت ثبت دارد. آن چه در این پژوهش‌ها به چشم می‌خورد، مبین آن است که بسیاری از گواهی‌های فوت فاقد ارزش داده‌ای بوده اند و حتی در مواردی کفایت ثبت نداشته‌اند (۹). در مواردی نیز این‌گونه داده‌ها را مطابق با استانداردها تلقی نمی‌نمایند (۱۰).

در تبادل آمارهای بین‌المللی، آن چه که از اهمیت ویژه‌ای برخوردار است، چگونگی جمع‌آوری و تکمیل یکسان و یکنواخت این داده‌ها در کشورهای مختلف است که تبادل را تسهیل می‌کند.

وجود نیاز به ارجاع به پزشکی قانونی یافته‌های زیر به دست آمد:

همان‌گونه که در جدول ۱ ملاحظه می‌شود، کیفیت ثبت اطلاعات در بیمارستان‌های آموزشی بهتر از بیمارستان‌های غیر آموزشی بود. بین نوع مرکز و صدور گواهی فوت توسط پزشک رابطه‌ی معکوس وجود داشت؛ یعنی، پزشکان صادر کننده‌ی گواهی فوت که پزشک معالج متوفی بوده‌اند، بیشتر در بیمارستان‌های غیر آموزشی گواهی فوت صادر کرده‌اند.

بین نوع مرکز درمانی و صحت اطلاعات ارتباط وجود داشت؛ در مراکز آموزشی درمانی صحت اطلاعات بیشتر از بیمارستان‌های غیر آموزشی است و در بیمارستان‌های غیر آموزشی مواردی که گواهی فوت در بیمارستان صادر شده اما شرایط ارجاع به پزشکی قانونی را داشته است، بیشتر از مراکز آموزشی درمانی بود.

جدول ۲ توزیع میزان صحت اطلاعات دموگرافیک گواهی‌های فوت صادره به تفکیک هر مورد در مراکز آموزشی درمانی و بیمارستان‌های غیر آموزشی را نشان می‌دهد. همان‌گونه که ملاحظه می‌گردد بین نوع بیمارستان و صحت ثبت اطلاعات مربوط به محل صدور شناسنامه‌ی متوفی در سطح $P < 0.05$ رابطه‌ی معنی‌داری وجود داشت. شدت رابطه‌ی آنها $\phi = 0.321$ و این ارتباط مستقیم بود، یعنی نوع مرکز درمانی روی صحت اطلاعات تأثیر داشته است.

داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار SPSS انجام گردید. نتایج حاصل با استفاده از آمار توصیفی و در قالب جداول و نمودارهای آماری ارائه شد. برای تعیین رابطه‌ی بین متغیرها از آزمون آماری χ^2 استفاده گردید.

یافته‌ها

در این تحقیق ۳۲۱ نمونه از کل موارد مرگ بیمارستانی شهر کرمانشاه در شش ماهه‌ی اول سال ۱۳۸۶ که شامل ۹۲ نمونه‌ی گواهی فوت و پرونده‌ی بیمارستانی مربوط به مراکز آموزشی درمانی و ۲۲۹ نمونه‌ی مربوط به بیمارستان‌های غیر آموزشی بود، بررسی گردید.

یافته‌های این مطالعه نشان داد در مجموع ۵۹/۸ درصد از متوفیان مرد و ۴۰/۲ درصد از آنان زن بودند. نسبت متوفیان مرد در هر دو گروه یعنی مراکز آموزشی درمانی و بیمارستان‌های غیر آموزشی بیشتر از متوفیان زن بود. در مجموع، بیشترین میزان وقوع مرگ در گروه سنی بالای ۷۰ سال با ۴۲/۴ درصد و کمترین میزان وقوع مرگ با ۰/۳ درصد در گروه سنی ۱۴-۵ سال بود. محل سکونت بیشتر متوفیان شهر کرمانشاه و بیشترین مدت اقامت متوفیان قبل از مرگ در بیمارستان کمتر از ۵ روز (۶۳/۹ درصد) بود.

در رابطه با کیفیت ثبت گواهی‌های فوت، میزان صدور گواهی فوت توسط پزشک معالج متوفی، میزان صحت اطلاعات دموگرافیک و صدور گواهی فوت در بیمارستان با

جدول ۱: مقایسه‌ی سطح معنی‌داری کیفیت ثبت و چگونگی صدور گواهی فوت در مراکز آموزشی درمانی و بیمارستان‌های غیر آموزشی شهر کرمانشاه سال ۱۳۸۶

ϕ	P value	نوع بیمارستان				متغیر
		غیر آموزشی		آموزشی		
		تعداد	درصد	تعداد	درصد	
۰/۲۶۳	< ۰/۰۵	۵۵	۲۴	۵۱/۱	۴۷	گواهی‌های فوت دارای کیفیت ثبت
-۰/۱۳۷	< ۰/۰۵	۲۸	۱۲/۲	۳/۳	۳	صدور گواهی فوت توسط پزشک معالج
۰/۲۲۹	< ۰/۰۵	۱۶۳	۷۱/۲	۹۲/۴	۸۵	صحت اطلاعات دموگرافیک*
۰/۰۹۵	< ۰/۰۹	۱۶	۷	۲/۲	۲	صدور گواهی در بیمارستان با نیاز به ارجاع به پزشکی قانونی

* لازم به ذکر است صحت اطلاعات دموگرافیک به عنوان بخشی از کیفیت مطرح بوده است که به دلیل بالا بودن آمار آن و تأثیر کم رنگ کننده بر انعکاس حقیقی سایر ابعاد کیفیت به صورت جداگانه در جدول آمده است.

جدول ۲: توزیع فراوانی صحت اطلاعات دموگرافیک گواهی‌های فوت صادره به تفکیک نوع مرکز- شهر کرمانشاه سال ۱۳۸۶

φ	P value	نوع مرکز				صحت اطلاعات گواهی فوت
		غیر آموزشی		آموزشی		
		درصد	تعداد	درصد	تعداد	
	۰/۲۷۰	۹۸/۷	۲۲۶	۱۰۰	۹۲	نام متوفی
	۰/۵۴۱	۹۵/۲	۲۱۸	۹۶/۷	۸۹	نام خانوادگی متوفی
	۰/۳۱۴	۸۷/۳	۲۰۰	۹۱/۳	۸۴	نام پدر متوفی
	۰/۳۴۲	۹۹/۱	۲۲۷	۹۷/۸	۹۰	جنس متوفی
۰/۰۹۳	۰/۰۹۴	۶۴/۲	۱۴۷	۷۳/۹	۶۸	تاریخ تولد متوفی
۰/۳۳۶	< ۰/۰۵	۶۴/۳	۱۰۶	۸۱/۵	۷۵	محل صدور شناسنامه

جدول ۳: توزیع فراوانی خطاهای عمده در تکمیل گواهی فوت به تفکیک نوع مرکز- شهر کرمانشاه سال ۱۳۸۶

φ	P value	نوع مرکز				خطای عمده
		غیر آموزشی		آموزشی		
		درصد	تعداد	درصد	تعداد	
-۰/۱۰۷	< ۰/۰۵	۴۵/۴	۱۰۴	۳۳/۷	۳۱	گزارش مکانیسم مرگ
	۰/۰۵۸	۷۴/۷	۱۷۱	۶۴/۱	۵۹	عدم تسلسل علیتی
	۰/۱۱۵	۱۱/۸	۲۷	۱۸/۵	۱۷	بدبختی در محل سکونت متوفی
	۰/۸۱۴	۴/۸	۱۱	۵/۴	۵	بدبختی در زمان وقوع مرگ
	۰/۶۵۷	۳۷/۶	۸۶	۴۰/۲	۳۷	ناهم‌خوانی علت مرگ با تشخیص‌های پرونده
	۰/۹۸۹	۱۳/۱	۳۰	۱۳	۱۲	ناخوانایی
	۰/۱۸۶	۱۰	۲۳	۵/۴	۵	عدم تأیید و ذکر مشخصات صادر کننده

جدول ۴: توزیع فراوانی خطاهای جزئی در تکمیل گواهی فوت به تفکیک نوع مرکز- شهر کرمانشاه سال ۱۳۸۶

φ	P value	نوع مرکز				خطای جزئی
		غیر آموزشی		آموزشی		
		درصد	تعداد	درصد	تعداد	
	۰/۱۴۳	۴۳/۷	۱۰۰	۳۴/۸	۳۲	استفاده از اختصارات
	—	۱۰۰	۲۲۹	۱۰۰	۹۲	عدم ثبت زمان شروع بیماری تا فوت
	۰/۶۱۵	۱۶/۲	۳۷	۱۸/۵	۱۷	تأخیر در صدور گواهی
-۰/۱۲۰	< ۰/۰۵	۱/۳	۳	۵/۴	۵	** بدبختی در مکان فوت
	۰/۶۴۹	۴/۴	۱۰	۳/۳	۳	• بدبختی در محل وقوع فوت

** منظور از مکان فوت آدرس و محل جغرافیایی مرگ بوده است.

* منظور از محل وقوع فوت، حادثه‌ی مرگ در منزل یا بیمارستان بوده است.

همکاران (۱۴) تا ۲۱/۵ درصد در تحقیق Jimenez-Cruz و همکاران (۱۲) متغیر بود. کیفیت ثبت اطلاعات گواهی‌های فوت در بیمارستان‌های غیر آموزشی بسیار پایین بود و با نتیجه‌ی تحقیق Verma و همکاران (۱۳) و Burger و همکاران (۱۴) مطابقت داشت، اما کیفیت ثبت مراکز آموزشی درمانی به نسبت بهتر و به نتیجه‌ی مطالعات کبیرزاده و همکاران (۹) و رضوی و همکاران (۱۰) نزدیک بود. کیفیت ثبت در بیمارستان‌های غیر آموزشی بسیار بدتر از مراکز آموزشی درمانی بود و نیاز به بررسی بیشتری داشت.

شاید بتوان وضعیت کیفی به نسبت بهتر گواهی فوت در مراکز آموزشی درمانی نسبت به بیمارستان‌های غیر آموزشی را به ساختار آموزشی مراکز آموزشی درمانی، آموزش متقابل و نظارت مستمر پزشک ارشد تیم مراقبت از فعالیت‌های درمانی و مستندسازی کارورها و دستیارهای مرکز نسبت داد.

در مقابل، در بیمارستان‌های غیر آموزشی نظارت بر مستندات پزشکان و از جمله مستندات گواهی فوت صورت نمی‌گیرد و اهرمی برای اعمال دقت بیشتر در ثبت اطلاعات گواهی فوت وجود ندارد. بنابراین احتمال عدم صحت اطلاعات و پایین بودن کیفیت آن‌ها بیش از مراکز آموزشی درمانی است.

نتیجه‌ی مطالعه‌ی حاضر نشان داد که گواهی‌های فوت در بیمارستان‌های غیر آموزشی بیش از مراکز آموزشی درمانی توسط پزشک معالج صادر می‌شود. این در حالی است که در بیمارستان‌های آموزشی، گواهی‌ها بیشتر توسط دستیارها و در بیمارستان‌های غیر آموزشی بیشتر توسط پزشک عمومی مستقر در اورژانس صادر می‌شود.

رضوی و همکاران نشان دادند ۳۷/۳۱ درصد از صادر کنندگان گواهی، بدون شناخت کافی از بیمار از روی اجبار به جای پزشک مسؤول برای بیمار گواهی صادر کرده بودند (۱۰). وزیری‌نژاد و همکاران نشان بیان داشتند که درصد بالایی از علل مرگ به دلیل عدم وضوح و عدم اطلاع فرد ثبت کننده از سابقه‌ی پزشکی فرد متوفی، مبهم بوده است و نشانه‌ی مرگ (اغلب ایست قلبی) به عنوان علت مرگ ذکر

جدول ۳ توزیع میزان خطاهای عمده در تکمیل گواهی فوت در مراکز آموزشی درمانی و بیمارستان‌های غیر آموزشی را نشان می‌دهد. رابطه‌ی بین نوع بیمارستان و گزارش مکانیسم مرگ به عنوان علت مرگ در گواهی فوت معنی‌دار ($P < 0/05$) بود. شدت رابطه‌ی آن‌ها $\phi = -0/107$ و این رابطه معکوس بود. یعنی گزارش مکانیسم مرگ به عنوان علت مرگ در بیمارستان‌های غیر آموزشی بیشتر از مراکز آموزشی درمانی بوده است.

جدول ۴ توزیع میزان خطاهای جزئی در تکمیل گواهی فوت در مراکز آموزشی درمانی و بیمارستان‌های غیر آموزشی را نشان می‌دهد. بر اساس این جدول، رابطه‌ی بین نوع بیمارستان و مکان فوت، معنی‌دار ($P < 0/05$) و شدت رابطه‌ی آن‌ها $\phi = -0/120$ و این ارتباط معکوس بود. یعنی بدثبتی در مکان فوت در مراکز آموزشی درمانی بیشتر از بیمارستان‌های غیر آموزشی است.

بحث

هدف از این مطالعه، تعیین کیفیت ثبت اطلاعات گواهی‌های فوت در بیمارستان‌های آموزشی و غیر آموزشی شهر کرمانشاه بود. داده‌های این پژوهش نشان داد که گواهی‌های فوت در بیمارستان‌های آموزشی نسبت به بیمارستان‌های غیر آموزشی دارای کیفیت ثبت بهتری بودند.

در تحقیق کبیرزاده و همکاران ۳۳/۱ درصد از کل گواهی‌های صادره، فاقد ارزش داده‌ای و ۲/۹ درصد نیز کفایت ثبت نداشتند (۹). در تحقیق رضوی و همکاران ۳۰/۸۴ درصد از گواهی‌های فوت در ذکر علت مرگ و ۱۰/۴۴ درصد در ثبت کامل مشخصات متوفی یا تاریخ و ساعت مرگ اشکال داشته است (۱۰).

Jimenez-Cruz و همکاران در مطالعه‌ی نتیجه گرفتند که ۲۱/۵ درصد از گواهی‌های فوت خطا دارند (۱۲). Verma و همکاران عدم صحت گواهی فوت را بین ۳۰-۱۰ درصد (۱۳) و Burger و همکاران ۹۱/۷ درصد نشان دادند (۱۴). عدم صحت گواهی‌های فوت از ۹۱/۷ درصد در تحقیق Burger و

شده است (۱۵).

Katsakiori و همکاران بیان داشتند که در ۱۹/۷ درصد از گواهی‌های فوتی که اشتباه تکمیل شده بودند، گواهی‌کننده، یک پزشک شاغل در مرکز مراقبت اولیه بوده است (۱۶). Bowen و Marshall نیز اشاره داشتند که تأیید گواهی فوت در صورت درگیر نبودن مستقیم پزشک در معالجه‌ی بیمار، بعید است (۱۷).

متأسفانه نتایج مطالعه‌ی حاضر نشان داد که درصد بسیار کمی از پزشکان معالج به خصوص در مراکز آموزشی درمانی به صدور گواهی فوت پرداخته‌اند یا حداقل گواهی صادر شده را تأیید کرده‌اند. این یافته نسبت به مطالعه‌ی رضوی و همکاران (۱۰) بسیار پایین‌تر بود؛ چرا که در مراکز آموزشی درمانی سیستم آموزش و درمان آمیخته با هم است و بیشتر فرایندهای مستندسازی در این مراکز توسط دستیارها انجام می‌شود، کمتر پزشک ارشد تیم مراقبت از بیمار، اقدام به صدور گواهی فوت می‌نماید. اما در بیمارستان‌های غیر آموزشی به دلیل این که کادر درمان درگیر امر آموزش نیستند و کارورز و دستیارها ندارند، نسبت به مراکز آموزشی، پزشکان معالج بیشتری اقدام به صدور گواهی فوت می‌نمایند.

در کل می‌توان ریشه‌ی بسیاری از اشتباهات و اشکالات گواهی فوت را به بی‌اطلاعی پزشک صادرکننده‌ی گواهی فوت از جریان بیماری متوفی نسبت داد.

عدم صحت اطلاعات دموگرافیک گواهی‌های فوت صادره در بیمارستان‌های غیر آموزشی بیشتر از مراکز آموزشی درمانی بود. Burger و همکاران سن و جنس متوفی را جزء فاکتورهایی که روی تکرار وقوع خطاهای عمده تأثیرگذار بودند، معرفی کردند (۱۴).

در بررسی Sibai و همکاران شغل و ماه تولد متوفی به ترتیب در ۹۵ درصد و ۷۸ درصد از گواهی‌های فوت نادیده گرفته شده بود (۱۸). بررسی Elo و همکاران تناقض معنی‌داری در سن گزارش در گواهی فوت و اسناد تأمین اجتماعی نشان داد و اسناد تأمین اجتماعی را از نظر گزارش سن متوفیان معتبرتر تشخیص داده بود (۱۹).

نتیجه‌ی این مطالعه نشان داد که صحت اطلاعات دموگرافیک گواهی فوت در مراکز آموزشی درمانی بیش از بیمارستان‌های غیر آموزشی بود. بیشترین عدم صحت در داده‌های مربوط به محل صدور شناسنامه با ۳۶/۱ درصد و تاریخ تولد متوفی با ۳۰/۹۵ درصد مشاهده شد.

نتایج مطالعه‌ی حاضر نشان داد که گزارش مکانیسم مرگ به عنوان علت مرگ و عدم تسلسل علیتی منطقی در خطوط گواهی فوت که از خطاهای عمده در گواهی فوت می‌باشند، در بیمارستان‌های غیر آموزشی بیشتر از مراکز آموزشی درمانی بود.

طی بررسی Katsakiori و همکاران ۳۴/۴۹ درصد (۱۶) و در بررسی Smith و Hutchins ۳۴ درصد (۲۰) مکانیسم مرگ به عنوان علت مرگ گزارش شده بود. Myers و Farquhar، ترجیح دادن گزارش مکانیسم مرگ بر علت زمینه‌ای مرگ را یکی از خطاهای مشترک در تکمیل گواهی فوت، معرفی می‌کنند (۲۱).

طی بررسی Katsakiori و همکاران، در ۶/۷۷ درصد از گواهی‌های فوت، یک تسلسل علیتی منفرد با ترتیب ناصحیح مشخص شده بود (۱۶). رضوی و همکاران نشان دادند که تنها در ۲۳/۲۱ درصد از گواهی‌ها، زنجیره‌ی علل گواهی استاندارد رعایت شده بود (۱۰) و Burger و همکاران نتیجه گرفتند که معمولی‌ترین خطا در گواهی‌های فوت، تسلسل غیر منطقی علت مرگ بود (۱۴).

در مقایسه با سایر مطالعات، میزان خطای گزارش مکانیسم مرگ در مطالعه‌ی حاضر بسیار بالاتر بود. همچنین میزان عدم رعایت تسلسل علیتی غیر از مطالعه‌ی رضوی و همکاران (۱۰)، از نتایج بقیه‌ی مطالعات بالاتر بود.

سپاسخواه در مقایسه‌ی تشخیص نهایی علت مرگ بر اساس پرونده‌ی متوفی و گواهی فوت نشان داد که ۳۹ درصد از علت‌ها به طور دقیق با یکدیگر هم‌خوانی نداشتند (۲۲). اکبرزاده باغبان و همکاران میزان توافق تشخیص‌های مختلف در پرونده‌ی پزشکی بیماران فوت شده را با ضریب توافق کاپا برای تشخیص نهایی و علت

متأسفانه با وجود انتظاری که از مراکز آموزشی درمانی می‌رود، میزان وقوع بعضی از خطاهای عمده به مراتب در این مراکز بیشتر از بیمارستان‌های غیر آموزشی بود. شاید بتوان بالا بودن این خطاها در مراکز آموزشی درمانی را با بی‌توجهی و ناآگاهی از ارزش و کاربرد اطلاعات مربوط به محل سکونت متوفی و زمان وقوع مرگ و بی‌توجهی به سیر تکمیل صحیح گواهی فوت مرتبط دانست.

در خصوص میزان وقوع خطاهای جزئی در گواهی‌های فوت، نتیجه‌ی مطالعه‌ی حاضر نشان داد که استفاده از اختصارات در صدور گواهی فوت در بیمارستان‌های غیر آموزشی، بیش از مراکز آموزشی بود. Villar و Perez-Mendez در مطالعه‌ی تسلسل غیر صحیح زمانی وقایع و استفاده از اختصارات به عنوان یک بیماری تشخیص داده شده‌ی اصلی را به عنوان تعدادی از خطاهای گواهی فوت اعلام کردند (۴). Smith و Hutchins در مطالعه‌ی به استفاده از اختصارات به عنوان نمونه‌هایی از اشتباهات گواهی‌های فوت اشاره نمودند (۲۰). رضوی و همکاران در تحقیقی نتیجه گرفتند که در هیچ یک از گواهی‌ها، به فاصله‌ی وقایع تا مرگ اشاره نشده است (۱۰).

در تحقیقات Villar و Perez-Mendez (۴) و نیز Smith و Hutchins (۲۰) به وجود اختصارات در گواهی فوت‌ها اشاره شده بود. بر اساس نتایج مطالعه‌ی حاضر، در هیچ یک از گواهی‌های فوت، اشاره‌ای به زمان شروع بیماری تا فوت نشده بود. این نتیجه مشابه تحقیق رضوی و همکاران بود و در تحقیق Villar و Perez-Mendez به عنوان خطای گواهی فوت به آن اشاره شده بود (۴). Burger و همکاران نوع مکانی را که در آن فرم اعلام مرگ تکمیل شده بود، جزء فاکتورهای تأثیرگذار روی تکرار وقوع خطاهای عمده معرفی کردند (۱۴). در مقایسه‌ی بین دو گروه، تأخیر در صدور گواهی و بدبختی در مکان فوت در مراکز آموزشی بیشتر بود و بدبختی در محل وقوع فوت در بیمارستان‌های غیر آموزشی بیشتر بود.

میزان وقوع خطاهای جزئی مانند تأخیر در صدور گواهی

زمینه‌ای مرگ ۰/۹۵ محاسبه کرد (۲۳). در بررسی عین‌افشار در ۳۰ درصد از پرونده‌های مورد بررسی، علل مرگ ثبت شده در گواهی فوت، با فرم پذیرش و خلاصه‌ی تریخیص مطابقت نداشت (۲۴).

Johansson و همکاران نشان دادند که در ۵۴ درصد از مرگ‌ها، بین علت زمینه‌ای گواهی فوت و وضعیت اصلی تریخیص از آخرین بستری شدن بیمار اختلاف وجود دارد (۶). Verma و همکاران میزان مطابقت بین علت مرگ تعیین‌شده در گواهی فوت و آخرین تشخیص اخذ شده‌ی پرونده‌های پزشکی را ۸۱ درصد نشان دادند (۱۳).

در کل در ۳۸/۳ درصد از گواهی‌های بررسی شده، ناهمخوانی علت مرگ با تشخیص‌های پرونده مشاهده شد. این میزان در مقایسه با نتایج بعضی از مطالعات از جمله سپاسخواه (۲۲)، اکبرزاده باغبان و همکاران (۲۳) و نیز Verma و همکاران (۱۳) بالاتر و نسبت به مطالعه‌ی Johansson و همکاران (۶) پایین‌تر بود. این میزان در مراکز آموزشی درمانی بیشتر از بیمارستان‌های غیر آموزشی بود.

وزیری‌نژاد و همکاران ناخوانا بودن اطلاعات ثبت شده را از جمله‌ی عمده مسایلی که در فرآیند ثبت و دسترسی به اطلاعات مرگ در جمعیت تحت بررسی ایجاد اشکال می‌کنند، عنوان نمودند (۱۵).

Sibai و همکاران در مطالعه‌ی نتیجه گرفتند که نزدیک به نیمی از گواهی‌های فوت بررسی شده، فاقد تأییدیه‌ی گواهی‌کننده بودند (۱۸).

نتایج مطالعه‌ی حاضر نشان داد که میزان گواهی‌های فوت فاقد تأییدیه‌ی صادرکننده‌ی گواهی فوت و مشخصات کامل وی، در بیمارستان‌های غیر آموزشی بیشتر از مراکز آموزشی بود. میزان ناخوانایی به طور تقریب در هر دو گروه برابر بود و میزان بدبختی در زمان وقوع مرگ در مراکز آموزشی درمانی بیشتر بود. در مقایسه با مطالعات دیگر میزان ناخوانایی نسبت به مطالعه‌ی Sibai و همکاران (۱۸) کمتر و بدبختی در زمان وقوع فوت نیز نسبت به مطالعه‌ی رضوی (۱۰) کمتر بود.

پذیرش و خلاصه‌ی ترخیص پرونده و خلاصه‌ی پرونده بود. میزان خطاهای مذکور در بیمارستان‌های غیر آموزشی به استثنای مورد آخر بیشتر از مراکز آموزشی درمانی بود. از جمله خطاهای جزیی در گواهی‌ها استفاده از اختصارات در گزارش علت مرگ است، در بسیاری از موارد حتی از اختصارات خودساخته و یا معمول آن مرکز استفاده شده بود.

در هیچ موردی به زمان شروع بیماری تا مرگ اشاره نشده بود و چنین قسمتی در گواهی فوت مورد استفاده‌ی آن‌ها وجود نداشت، در حالی که اشاره به این مورد برای استفاده در تحقیقات و برنامه‌ریزی‌های بخش سلامت بسیار مفید و کارگشا خواهد بود. از جمله مشکلات این تحقیق، کامل نبودن مستندات پرونده‌های پزشکی متوفیان بود که از معضلات اصلی اکثر تحقیقات پزشکی است و توجه بیشتر مسؤولان را می‌طلبد.

پیشنهادها

لحاظ نمودن آموزش چگونگی تکمیل گواهی فوت در دروس دانشگاهی دانشجویان پزشکی و مامایی، ملزم نمودن صادرکنندگان گواهی فوت به عدم استفاده از هر گونه اختصارات (به خصوص اختصارات خودساخته‌ی غیر معمول) در ذکر علت مرگ، لزوم برگزاری مستمر آموزش‌های اختصاصی روش گواهی کردن فوت، آیین‌نامه‌های پزشکی قانونی، الزامی نمودن صدور گواهی فوت توسط پزشک معالج متوفی حداقل در بیمارستان‌ها و مراکز آموزشی درمانی یا ملتزم نمودن آن‌ها به کنترل و تأیید گواهی صادر شده و نظارت مستمر بر نحوه‌ی تکمیل گواهی فوت و پی‌گیری نواقص در این خصوص ضروری است و منجر به ارتقای وضعیت کیفی گواهی‌های فوت می‌گردد.

فوت و بدثبتی در گزارش مکان فوت در مراکز آموزشی درمانی به نسبت بیش از بیمارستان‌های غیر آموزشی بود. با توجه به این‌که بیشتر گواهی‌ها توسط دستیارها در مراکز آموزشی درمانی و پزشکان عمومی مستقر در اورژانس بیمارستان‌های غیر آموزشی صادر می‌گردند و همیشه و در هر شیفت پزشک عمومی و دستیارها برای صدور گواهی در بیمارستان حضور دارند، تأخیر در صدور گواهی فوت توجهی منطقی ندارد. بدثبتی در گزارش مکان فوت نیز می‌تواند به دلیل بی‌توجهی صادرکنندگان گواهی به ارزش و کاربرد گزارش صحیح آن باشد.

نتیجه‌گیری

هر چند که در مجموع نسبت گواهی‌های فوت دارای کیفیت ثبت قابل قبول در مراکز آموزشی درمانی و بیمارستان‌های غیر آموزشی بسیار کم است، اما صحت اطلاعات گواهی‌های فوت در مراکز آموزشی درمانی به مراتب بهتر از بیمارستان‌های غیر آموزشی است. کیفیت ثبت در بیمارستان‌های غیر آموزشی بسیار پایین و قابل بحث و پی‌گیری می‌باشد.

اکثر گواهی‌های فوت مراکز آموزشی درمانی و بیمارستان‌های غیر آموزشی توسط پزشک غیر معالج متوفی و بیشتر از همه توسط پزشکان عمومی که بیمارستان در شیفت‌های مختلف برای صدور گواهی تعیین نموده است، صادر شده است و شاید بتوان یکی از دلایل مهم پایین بودن کیفیت ثبت گواهی‌های فوت را به آن نسبت داد.

از جمله خطاهای عمده در گواهی فوت، گزارش مکانیسم مرگ به عنوان علت مرگ و عدم رعایت تسلسل منطقی علتی در گزارش بیماری‌ها در خطوط گواهی فوت و نیز ناهمخوانی علت مرگ با تشخیص‌های مندرج در برگ

References

1. Izegbu MC, Agboola AO, Shittu LA, Akiode O. Medical certification of death and indications for medico-legal autopsies: The need for inclusion in continue medical education in Nigeria. Scientific Research and Essay 2006; 1(3): 061-4.
2. Hansell AL. Lies, damned lies and mortality statistics? Thorax 2006; 61(11): 923-4.

3. Ajamei S. Evaluation methods and rules related to registration, completion, issuance of death certificates collected in 2002 in Isfahan province, and provide a suitable model. *Journal of Health Information Management* 2004; 1(1): 21-7. [In Persian].
4. Villar J, Perez-Mendez L. Evaluating an educational intervention to improve the accuracy of death certification among trainees from various specialties. *BMC Health Serv Res* 2007; 7: 183.
5. Abdalla SI, Shaheen SM. Completeness of adult death registration in Sudan in 2002. *Sudanese Journal of Public Health* 2007; 2(3): 152-6.
6. Johansson LA, Westerling R, Rosenberg HM. Methodology of studies evaluating death certificate accuracy were flawed. *J Clin Epidemiol* 2006; 59(2): 125-31.
7. Lopez AD, Salomon J, Ahman O, Murray CJ, Mafat D. *World Mortality in 2000: Life Tables for 191 Countries*. Geneva: WHO; 2001.
8. Naghavei M. *Broadcasting death in ten provinces in 2000*. Tehran: Termeh Publication; 2002. [In Persian].
9. Kabirzade A, Vahedi H, Zamani Kiasari A, Mohseni Saravi B, Kabirzade A. Quality of cause of death recorded on death certificate was Yaft Abad Tehran hospital martyrs of the value of using data and information in international research. *Journal of Kordestan University of Medical Sciences* 2004; 9(2): 45-53. [In Persian].
10. Razavi SM, Reiazi M, Akbari H, Dabiran S. Study of failure of the death certificate issued by the Shariati Hospital in Tehran and its effective factors. *Journal of Medical Council of Islamic Republic of Iran* 2002; 20(2): 89-94. [In Persian].
11. Huffman EK. *Medical record management*. California: Physicians' Record Co; 1972.
12. Jimenez-Cruz A, Leyva-Pacheco R, Bacardi-Gascon M. Errors in the certification of deaths from cancer and the limitations for interpreting the site of origin. *Salud Publica Mex* 1993; 35(5): 487-93.
13. Verma D, El-Sayed AM, Shafi MZ. An Investigation of the validity of death certification in Kuwait: a record linkage study of data of death certificates and hospital records for 1986. *The Journal of the Kuwait Medical Association* 1988; 22(4): 361-7.
14. Burger EH, van der ML, Volmink J. Errors in the completion of the death notification form. *S Afr Med J* 2007; 97(11): 1077-81.
15. Vaziri Nejad R, Esmaeli A, Naderi A, Radman A. Causes of death recorded on death certificate in an Iranian population according to ICD-10 recommendations. *Journal of Health Information Management* 2006; 3(2): 25-34. [In Persian].
16. Katsakiori PF, Panagiotopoulou EC, Sakellaropoulos GC, Papazafiropoulou A, Kardara M. Errors in death certificates in a rural area of Greece. *Rural Remote Health* 2007; 7(4): 822.
17. Bowen KA, Marshall WN. Pediatric death certification. *Arch Pediatr Adolesc Med* 1998; 152(9): 852-4.
18. Sibai AM, Nuwayhid I, Beydoun M, Chaaya M. Inadequacies of death certification in Beirut: who is responsible? *Bull World Health Organ* 2002; 80(7): 555-61.
19. Elo IT, Preston SH, Rosenwaike I, Hill M, Cheney P. Consistency of Age Reporting on Death Certificates and Social Security Records among Elderly African Americans Purchase. *Social Science Research* 1996; 25(3): 292-307.
20. Smith Sehdev AE, Hutchins GM. Problems with proper completion and accuracy of the cause-of-death statement. *Arch Intern Med* 2001; 161(2): 277-84.
21. Myers KA, Farquhar DR. Improving the accuracy of death certification. *CMAJ* 1998; 158(10): 1317-23.
22. Sepaskhah MA. *Review process of death recorded in the Tehran metropolitan area 1992-1997 [Thesis]*. Tehran: School of Health, Tehran University of Medical Sciences; 1998. [In Persian].
23. Akbarzadeh Baghban AR, Maserat E, Hemmati M. Agreement in the diagnosis of hospital records and death certificates recorded in the hospital died during the year 2005 Loghman. *Journal of Epidemiology of Iran* 2007; 3(1-2): 39-46. [In Persian].
24. Einafshar B. *Review how mortality statistics presented in Tehran hospitals [Thesis]*. Tehran: School of Medical Informatics and Management, Iran University of Medical Sciences; 2000. [In Persian].

The Quality of Death Certificates Record in the Educational and non-Educational Hospitals in Kermanshah, Iran*

Mahmood Keyvanara, PhD¹; Shirin Zardoeigolanbar²; Saeid Karimi, PhD³; Sakineh Saghaeiannejad Isfahani⁴

Abstract

Introduction: Population-based mortality statistics are derived from the information recorded on death certificates. This information is used for many important purposes, such as development of public health programs and allocation of health care resources. Therefore, the accuracy of death certificate data is important. The aim of this study was to evaluate the quality of death certificates records and its recording accuracy in educational and non-educational hospitals in Kermanshah, Iran.

Methods: In this descriptive and applied study, 321 death certificates of patients admitted and expired in educational and non-educational hospitals (1994 death) of Kermanshah, Iran during first six months in 2007 selected randomly and evaluated. Data was collected by a checklist which validity was approved by professionals. Obtained data analyzed using SPSS software and descriptive statistics.

Results: 51.1% and 24% of death certification in educational and non-educational hospitals were qualified respectively. The demographic information of death certification were incomplete in 7.6% and 28.8% of cases in educational and non-educational hospitals, respectively. 3.3% and 12.2% of death certificates in educational and non-educational hospitals were filled by attending physician, respectively. In 33.7% and 45.4% of cases in educational and non-educational hospitals the mechanism of death or nonspecific condition listed as the cause of death, respectively. Regarding the cause of death in 64.1% and 74.7% of cases in educational and non-educational hospitals sequence of events dose not make sense, respectively.

Conclusion: Current status of death certificate record quality in the hospitals, especially non-educational ones is inappropriate and needed to contemplate.

Considering the importance and value of data contained in the death certificate and its many uses, it is necessary to improve the awareness of physicians about different types of errors in completing death certificates.

Keywords: Quality Control; Cause of Death; Hospital, Teaching; Vistal Statistic.

Type of article: Original Article

Received: 3 Oct, 2009

Accepted: 13 Apr, 2010

Citation: Keyvanara M, Zardoeigolanbar Sh, Karimi S, Saghaeiannejad Isfahani S. **The Quality of Death Certificates Record in the Educational and non-Educational Hospitals in Kermanshah, Iran.** Health Information Management 2011; 8(1): 36.

* This article resulted from MSc thesis.

1. Assistant Professor, Medical Sociology, Social Science and Health Research Center, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran.
2. MSc, Education of Medical Record, Kermanshah University of Medical Sciences, Kermanshah, Iran.
3. Assistant Professor, Health Service Management, Health Management Economic Research Center, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran.
4. Lecturer, Education of Medical Record, Health Management and Economic Research Center, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran. (Corresponding Author) Email: saghaeiannejad@mng.mui.ac.ir

بررسی وضعیت موجود محرمانگی اطلاعات بیماران در بیمارستان‌های شهر تهران*

محمد عرب^۱، ابوالقاسم پوررضا^۱، محمد رضا اشراقیان^۲، رقیه خبیری^۳

چکیده

مقدمه: رویکرد بیمار محور و آینده‌نگر که بهداشت را بر درمان مقدم می‌داند، برای بهبود و ارتقای سطح خدمات و مراقبت‌ها نه تنها جریان آزاد اطلاعات بیماران را به رسمیت می‌شناسد، بلکه همزمان به مسأله حفظ امنیت و محرمانگی اطلاعات به عنوان یکی از خصوصیات سیستم بهداشت و درمان اهمیت می‌دهد. هدف از این پژوهش، بررسی وضعیت موجود محرمانگی اطلاعات بیماران در بیمارستان‌های شهر تهران بوده است.

روش بررسی: این پژوهش، یک مطالعه‌ی توصیفی و از نوع مقطعی بود، که به بررسی سطوح دسترسی و میزان محرمانگی مدارک پزشکی، قوانین و مصوبات، استانداردها و رویه‌های عملکرد برای حفظ این محرمانگی در بیمارستان‌های شهر تهران در سال ۱۳۸۷ پرداخته است. این مطالعه به صورت سرشماری انجام شد و جامعه‌ی پژوهش، کلیه‌ی بیمارستان‌های واقع در شهر تهران (که از نظر جغرافیایی تحت پوشش دانشگاه‌های علوم پزشکی تهران، ایران و شهید بهشتی اعم از آموزشی، غیر آموزشی، تأمین اجتماعی و خصوصی) (۱۲۰ بیمارستان) بود. اطلاعات مورد نیاز از طریق چک لیست به صورت حضوری در واحدهای مدارک پزشکی بیمارستان‌های فوق تکمیل شد و برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از نرم‌افزار SPSS^{۱۱} استفاده شد. در نهایت محرمانگی اطلاعات بیماران یافته‌های پژوهش به صورت کمی روی مقیاسی که دامنه‌ی آن صفر تا صد می‌باشد، بیان گردید.

یافته‌ها: در مجموع در زمینه‌ی محرمانگی اطلاعات بیماران، ۵۴ درصد از بیمارستان‌های دولتی آموزشی و ۵۷ درصد از بیمارستان‌های دولتی غیر آموزشی و ۶۲ درصد از بیمارستان‌های خصوصی وضعیت مناسبی داشته‌اند.

نتیجه‌گیری: جهت حفظ محرمانگی مدارک پزشکی و محدود نمودن سطوح دسترسی به اطلاعات بیماران، اقداماتی نظیر تصویب قوانین مختلف برای تضمین محرمانه سازی مدارک پزشکی، تعیین ضوابط روشنی پیرامون نحوه‌ی دسترسی به اطلاعات پرونده‌ی پزشکی بیمار توسط یک مرجع عالی در کشور و اعلام آن به کلیه‌ی بیمارستان‌ها و مراکز بهداشتی درمانی به صورت بخش‌نامه، تعیین جرایم جنایی و مدنی برای انواع موارد افشای اطلاعات بیماران و عدم رعایت محرمانگی اطلاعات پرونده‌های پزشکی بیماران توسط یک مرجع ذیصلاح توصیه می‌شود.

واژه‌های کلیدی: راز داری؛ مدارک پزشکی؛ بیمارستان‌ها.

نوع مقاله: تحقیقی

پذیرش مقاله: ۸۸/۱۱/۱۳

اصلاح نهایی: ۸۸/۸/۲۶

دریافت مقاله: ۸۷/۱۲/۱۷

ارجاع: عرب محمد، پوررضا ابوالقاسم، اشراقیان محمدرضا، خبیری رقیه. بررسی وضعیت موجود محرمانگی اطلاعات بیماران در بیمارستان‌های شهر تهران. مدیریت اطلاعات سلامت ۱۳۹۰؛ ۸(۱): ۳۷-۴۴.

مقدمه

* این مقاله حاصل طرح تحقیقاتی شماره ۵۷۳۲-۲۷-۰۲-۸۶ می‌باشد که با

حمایت مالی معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی تهران انجام شده است.

۱. دانشیار، مدیریت خدمات بهداشتی درمانی، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران.

۲. استاد، آمار حیاتی، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران.

۳. دانشجوی دکتری، مدیریت خدمات بهداشتی درمانی، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران. (نویسنده‌ی مسؤل)

Email: rkhbiri@razi.tums.ac.ir

رعایت محرمانگی مدارک و اطلاعات پزشکی مربوط به افراد، یکی از اصلی‌ترین موضوعات حرف پزشکی است، که تأمین کننده‌ی امنیت اطلاعات منحصر به فرد اشخاص بوده، مؤید سیستم جامع ارایه‌ی خدمات پزشکی با کیفیت مطلوب و تخصصی می‌باشد (۵-۱).

محرمانگی اطلاعات بسیار اهمیت می‌دهند، در حالی که این میزان در سال ۱۹۷۸، ۶۴ درصد اعلام شده بود. علاوه بر این، در سال ۱۹۹۵، قریب به ۶۰ درصد از افراد جامعه از دادن اطلاعات صحیح به شرکت یا کسب و کار خاصی به دلیل توجه به محرمانه بودن اطلاعات خود خودداری می‌کردند، در حالی که این میزان در سال ۱۹۹۰، ۴۰ درصد ارزیابی شده بود (۹).

در ایران نیز مطالعه‌ای با عنوان «مقایسه سطوح دسترسی و محرمانگی مدارک پزشکی در کشورهای منتخب و ایران» توسط صدوقی و همکاران در دانشگاه علوم پزشکی ایران انجام شده است. نتایج این مطالعه نشان می‌دهد که در ایران سازماندهی منسجمی وجود ندارد، که متولی مدیریت بحث محرمانگی مدارک پزشکی و تدوین استانداردهای آن باشد. وضعیت مدارک پزشکی، محرمانه سازی و سطوح دسترسی به مدارک پزشکی در ایران با استانداردهای جهانی فاصله زیادی دارد. عدم تطابق عملکرد بخش مدارک پزشکی بیمارستان‌های ایران با فعالیت‌های استاندارد تعریف شده در کشورهای پیشرفته و نامطلوب بودن روش‌های انجام کار، باعث انحراف مسیر فعالیت‌های این بخش از اهداف اصلی خود شده است (۱۰).

در این پژوهش با انجام بررسی وضعیت موجود محرمانگی اطلاعات بیماران در کلیه بیمارستان‌های شهر تهران سعی شده است در حیطه دانش، اطلاعات مفیدی برای تصمیم‌گیران و مسؤولین نظام اطلاعات درمانی کشور فراهم گردد.

روش بررسی

این پژوهش، یک مطالعه‌ی توصیفی (Descriptive) از نوع مقطعی یا Cross sectional بود که به بررسی سطوح دسترسی و میزان محرمانگی مدارک پزشکی، قوانین و مصوبات، استانداردها و رویه‌های عملکرد برای حفظ این

اگر به اطلاعات موجود در پرونده‌های پزشکی توجه کنیم، در می‌یابیم که علاوه بر اطلاعات تشخیصی و آزمایشگاهی، اطلاعات مربوط به سوابق خانوادگی، تست‌های ژنتیک، سوابق بیماری‌ها و درمان‌های مربوطه، سابقه مصرف دارو و مواد مخدر، تست‌های مربوط به بیماری‌های آمیزی و اطلاعاتی در مورد شخصیت و سلامت روحی، روانی نیز در پرونده‌ی بیماران وجود دارد (۴۶).

افراد در مواجهه با مراکز بهداشتی، درمانی همواره باید از عواقب سوء استفاده از اطلاعات و مدارک پزشکی خود آگاه باشند، که مهم‌ترین آن‌ها عبارت از درمان نادرست، از دست دادن شغل، از دست دادن اعتماد و اطمینان، عدم تمایل به ادامه‌ی درمان به دلیل افشا شدن بعضی مسایل، مورد تهدید قرار گرفتن رفاه مالی فرد است. به غیر از بیمار که باید جهت محرمانه ماندن اطلاعات پرونده‌ی بهداشتی درمانی خویش دقت لازم را داشته باشد، کلیه‌ی ارایه دهندگان خدمات بهداشتی درمانی نیز در سطوح مختلف در تولید اطلاعات محرمانه بیمار نقش داشته، بسته به نوع خدماتی که ارایه می‌دهند به اطلاعات محرمانه بیمار دسترسی می‌یابند. افراد دارای وظیفه‌ی قانونی و اخلاقی جهت حفظ محرمانگی مدارک و اطلاعات پزشکی بیماران هستند؛ به گونه‌ای که این وظیفه حتی پس از مرگ بیماران نیز ساقط نمی‌شود. همچنین مؤسسات بهداشتی درمانی باید دارای ضوابط روشنی پیرامون نحوه‌ی دسترسی به اطلاعات پرونده‌ی پزشکی بیمار باشند تا بر اساس معیارهای آن کادر بهداشتی درمانی، مرکز وظیفه‌ی حفظ محرمانگی اطلاعات افراد را به خوبی دانسته، آن را مراعات نمایند (۷، ۵، ۱).

نتایج مطالعه‌ی تطبیقی که در سال ۲۰۰۳ در مورد انجمن سیستم‌های مدیریت اطلاعات بهداشتی انجام شد، حاکی از آن بود که جامعه‌ی مورد پژوهش نتوانسته بود خود را تا ژانویه سال ۲۰۰۰ با مقررات هیپا تطبیق دهد. با این حال سازمان‌ها همگی مایل بودند تا مقررات مربوط به حفظ محرمانگی را اجرا کنند (۸). در سال ۱۹۹۵ Harris و همکاران دریافتند که ۸۲ درصد از افراد شرکت کننده در مطالعه به مسأله‌ی حفظ

چک لیست نهایی لحاظ شد.

پس از جمع‌آوری چک لیست‌ها، داده‌ها مورد تجزیه و تحلیل واقع گردید و برای این کار از نرم‌افزار SPSS استفاده شد. در نهایت محرمانگی اطلاعات بیماران یافته‌های پژوهش به صورت کمی روی مقیاسی بیان گردید که دامنه آن صفر تا صد می‌باشد.

این پژوهش نیز همانند سایر پژوهش‌ها با محدودیت‌هایی روبرو بود که فقدان مطالعات مشابه قبلی، از مهم‌ترین آن‌هاست و نیز با توجه به این که این پژوهش در بیمارستان‌ها انجام شد، به دلیل ضیق وقت کارکنان یا در مواردی به دلیل عدم تعهد برخی بیمارستان‌ها در قبال تحقیقات دانشگاهی، مسؤولین این بیمارستان‌ها از همکاری با پژوهشگر امتناع می‌نمودند، ولی با یادآوری و پی‌گیری توسط پرسشگران و پژوهشگران این مسأله تا حد زیادی کاهش یافت. با این وجود بیمارستان‌های وابسته به دانشگاه علوم پزشکی ارتش به هیچ عنوان حاضر به همکاری با پژوهشگر نشدند. بنابراین به ناچار این بیمارستان‌ها از پژوهش حاضر حذف گردیدند.

یافته‌ها

از بیمارستان‌های مورد مطالعه ۸۱ مورد (۶۸ درصد) در این پژوهش شرکت نمودند و از بین آن‌ها ۴۰ درصد پرسش‌نامه‌های تکمیل شده مربوط به بیمارستان‌های دولتی آموزشی، ۳۳ درصد مربوط به بیمارستان‌های دولتی غیر آموزشی و ۲۲ درصد مربوط به بیمارستان‌های خصوصی بود. یکی از دلایل همکاری کمتر بیمارستان‌های خصوصی، عدم تعهد در قبال تحقیقات دانشگاهی و افزایش بار کاری کارکنان عنوان شده بود. همان گونه که در جدول ۱ مشاهده می‌شود، میزان دسترسی بیماران به مدارک پزشکی خود در بیمارستان‌های دولتی آموزشی ۶۸ درصد، در بیمارستان‌های دولتی غیر آموزشی ۷۸ درصد و در بیمارستان‌های خصوصی ۷۷ درصد بوده است. همچنین میزان رسیدگی به شکایات مرتبط با نقض محرمانگی در هر سه گروه بیمارستان‌ها، بیشتر از سایر آیتم‌ها (ابعاد محرمانگی) بوده است.

محرمانگی در بیمارستان‌های شهر تهران پرداخته است. جامعه‌ی پژوهشی شامل کلیه‌ی بیمارستان‌های مستقر در تهران که از نظر جغرافیایی تحت پوشش دانشگاه‌های علوم پزشکی تهران، ایران و شهید بهشتی اعم از آموزشی، غیر آموزشی، تأمین اجتماعی، خصوصی و ... (۱۲۰ بیمارستان) بود. این مطالعه به صورت سرشماری انجام شده است. اطلاعات مورد نیاز این پژوهش از طریق چک لیست مرتبط با وضعیت موجود محرمانگی اطلاعات بیماران در بیمارستان‌های تهران به صورت حضوری در واحدهای مدارک پزشکی بیمارستان‌های فوق تکمیل شد. این چک لیست شامل ۶۱ سؤال بود، که در چند بخش مختلف تدوین شده است. این بخش‌ها به ترتیب شامل دسترسی بیمار به اطلاعات خود، آرایه‌ی آموزش به کارکنان، نحوه‌ی آرایه‌ی اطلاعات به محققان، نحوه‌ی آرایه‌ی اطلاعات به سازمان‌های خارج از بیمارستان، وجود دستورالعمل‌های مرتبط با محرمانگی در بیمارستان‌ها و امنیت اطلاعات در سیستم‌های الکترونیک بوده است. این چک لیست به صورت حضوری در بخش مدارک پزشکی بیمارستان‌های فوق و از طریق مصاحبه با مسؤول مدارک پزشکی هر بیمارستان تکمیل شد. به منظور تعیین میزان پایایی (Reliability) سؤالات چک لیست تعداد ۱۰ چک لیست ۲ بار به فاصله ۱۰ روز توسط واحد مدارک پزشکی ۱۰ مورد از بیمارستان‌های مورد پژوهش پاسخ داده شد و نتایج حاصله در چک لیست نهایی لحاظ شد. البته با توجه به این که محرمانگی، یک سازه (Construct) می‌باشد، لازم بود که پایایی درونی (Internal consistency) آن نیز ارزیابی شود. بنابراین بررسی سازگاری درونی پرسش‌نامه بر اساس آزمون Cronbach انجام شد. یافته‌های تحقیق نشان داد که پس از محاسبه، ضریب Cronbach's alpha ۰/۷۹ بود، که نشانگر اعتبار خوب ابزار تحقیق است و در نتیجه می‌توان با اطمینان بیشتری به یافته‌های آن تکیه کرد. همچنین به منظور تعیین روایی علمی (Validity) چک لیست، از نظر کارشناسی ۸ نفر از استادان رشته‌ی مدیریت اطلاعات بهداشتی استفاده و پیشنهاد‌های ایشان با صلاح دید مجری اول پژوهش در

جدول ۱: توزیع فراوانی مطلق و نسبی واحدهای مورد پژوهش بر حسب وضعیت موجود محرمانگی اطلاعات بیماران

وضعیت موجود محرمانگی اطلاعات بیماران	نوع بیمارستان		دولتی آموزشی		دولتی غیر آموزشی		خصوصی	
	بله	خیر	بله	خیر	بله	خیر	بله	خیر
دسترسی بیمار به اطلاعات خود	۲۰	۶۸	۹	۳۲	۲۱	۷۸	۶	۲۲
ارایه‌ی اطلاعات به سازمان‌های خارج از بیمارستان	۱۷	۵۷	۱۲	۴۳	۱۳	۶۰	۸	۴۰
امنیت اطلاعات از طرف کارکنان	۱۶	۵۲	۱۵	۴۸	۱۴	۵۱	۱۳	۴۹
امنیت اطلاعات از لحاظ فیزیکی	۲۱	۶۷	۱۰	۳۳	۲۴	۹۱	۳	۹
دسترسی محققین به اطلاعات بیماران	۹	۴۱	۱۳	۵۹	۳	۱۲	۱۰	۸۸
دستورالعمل‌ها و فرایندها	۱۲	۴۰	۱۸	۵۹	۱۴	۵۲	۱۳	۴۸
امنیت سیستم الکترونیک	۱۶	۵۶	۱۳	۴۴	۱۶	۶۲	۱۰	۳۸
میانگین	۱۶	۵۴	۱۳	۴۵	۱۵	۵۷	۹	۴۲

دولتی غیر آموزشی ۹۱ درصد و در بیمارستان‌های خصوصی ۸۱ درصد بوده است. همچنین میزان امن بودن محل مدارک پزشکی در هر سه گروه بیمارستان، بیش از سایر موارد بوده است.

در زمینه‌ی وضعیت موجود بیمارستان‌های مورد پژوهش را از نظر دسترسی محققین به اطلاعات بیماران همان طور که جدول ۱ نشان می‌دهد، بیمارستان‌های مورد پژوهش از لحاظ وجود روال‌ها و دستورالعمل‌هایی جهت ارایه‌ی اطلاعات به محققان دارای وضعیت مطلوبی نیستند. در این مورد فقط ۴۱ درصد از بیمارستان‌های دولتی آموزشی، ۱۲ درصد از بیمارستان‌های دولتی غیر آموزشی و ۴۵ درصد از بیمارستان‌های خصوصی دارای روال خاصی جهت ارایه‌ی اطلاعات به محققین بوده‌اند.

در رابطه با دستورالعمل‌ها و فرایندهای مرتبط با محرمانگی اطلاعات بیماران در بیمارستان‌های مورد مطالعه مشخص شد که در ۴۰ درصد از بیمارستان‌های دولتی آموزشی و ۵۲ درصد از بیمارستان‌های دولتی غیر آموزشی و ۵۱ درصد از بیمارستان‌های خصوصی، دستورالعمل‌ها و فرایندهایی در ارتباط با محرمانگی اطلاعات بیماران تدوین شده است. وضعیت موجود بیمارستان‌های مورد پژوهش را از نظر

در رابطه با بررسی وضعیت موجود بیمارستان‌ها از لحاظ رعایت محرمانگی اطلاعات بیماران در هنگام ارایه‌ی اطلاعات به سازمان‌های خارج از بیمارستان، همان گونه که در جدول ۱ مشاهده می‌شود، ۵۷ درصد از بیمارستان‌های دولتی آموزشی، ۶۰ درصد از بیمارستان‌های دولتی غیر آموزشی و ۶۱ درصد از بیمارستان‌های خصوصی دارای روال خاصی جهت ارایه‌ی اطلاعات به سازمان‌های خارج از بیمارستان بوده‌اند.

بررسی وضعیت موجود بیمارستان‌ها از لحاظ امنیت اطلاعات از طرف کارکنان بیمارستان نشان می‌دهد که در ۵۲ درصد از بیمارستان‌های دولتی آموزشی و ۵۱ درصد از بیمارستان‌های دولتی غیر آموزشی و ۵۷ درصد از بیمارستان‌های خصوصی امنیت اطلاعات از جنبه‌ی کارکنان رعایت می‌شود. به طور کلی میزان رعایت امنیت اطلاعات از جنبه‌ی کارکنان در بیمارستان‌های خصوصی بیش از سایر بیمارستان‌ها و در بیمارستان‌های دولتی غیر آموزشی کمتر از بیمارستان‌های دیگر بوده است.

در رابطه با امنیت اطلاعات از لحاظ فیزیکی در بیمارستان‌های مورد مطالعه، همان طور که جدول ۱ نشان می‌دهد، میانگین میزان امنیت اطلاعات از لحاظ فیزیکی در بیمارستان‌های دولتی آموزشی ۶۷ درصد، در بیمارستان‌های

انجام دادند. نتایج مطالعه، حاکی از آن بود که برخی از شرکت کنندگان بعید دانسته بودند که مقررات وضع شده در ارتباط به حفظ محرمانگی بتواند از نقض حریم شخصی و محرمانگی افراد جلوگیری کند. حتی ۵۵ درصد از شرکت کنندگان معتقد بودند که نیازی به مقررات محرمانگی وجود ندارد (۱۱).

یارمحمدیان و همکاران در مطالعه‌ای با عنوان مطالعه تطبیقی قوانین و خط مشی‌های افشای اطلاعات مدارک پزشکی در کشورهای منتخب (ایالات متحده آمریکا، استرالیا، انگلستان و مالزی) به این نتیجه رسیدند که در همه‌ی کشورهای مورد مطالعه محدودیت‌هایی برای واگذاری اطلاعات بیماران در جهت حفاظت از اطلاعات سلامت و در راستای حفظ حقوق بیمار وجود دارد. بنابراین در کشور ما نیز قوانین و خط مشی‌های مناسبی جهت استفاده از اطلاعات به وسیله‌ی بیمارستان‌ها، دانشگاه‌های علوم پزشکی و سایر ارگان‌ها و افراد در سطوح مختلف مورد نیاز است (۱۲).

امنیت اطلاعات از جنبه‌ی کارکنان در ۵۲ درصد از بیمارستان‌های دولتی آموزشی، ۵۱ درصد از بیمارستان‌های دولتی غیر آموزشی و ۵۷ درصد از بیمارستان‌های خصوصی رعایت می‌شود. همچنین میزان رعایت امنیت اطلاعات از جنبه‌ی کارکنان در بیمارستان‌های خصوصی بیش از سایر بیمارستان‌ها و در بیمارستان‌های دولتی غیر آموزشی کمتر از بیمارستان‌های دیگر بوده است. به نظر می‌رسد که بیمارستان‌های خصوصی به دلیل انتفاعی بودن و لزوم حفظ رضایت بیماران، در زمینه‌ی آموزش کارکنان جهت حفظ حقوق بیماران جدیت بیشتری به خرج می‌دهند.

میانگین میزان امنیت اطلاعات از لحاظ فیزیکی در بیمارستان‌های دولتی آموزشی ۶۷ درصد، در بیمارستان‌های دولتی غیر آموزشی ۹۱ درصد و در بیمارستان‌های خصوصی ۸۱ درصد بوده است. به نظر می‌رسد که به علت آموزشی بودن بیمارستان‌های دولتی آموزشی و ماهیت آموزشی بودن کارکنان و دانشجویان، ضرورت دسترسی به اطلاعات توسط هر دو دسته بیش از بیمارستان‌های دولتی غیر آموزشی و خصوصی است. به همین علت هر دو گروه سعی می‌کنند که دسترسی

امنیت سیستم الکترونیک اطلاعات بیماران در جدول ۱ ارائه شده است. در زمینه‌ی امنیت سیستم الکترونیک اطلاعات بیماران، ۵۶ درصد از بیمارستان‌های دولتی آموزشی و ۶۲ درصد از بیمارستان‌های دولتی غیر آموزشی و ۶۱ درصد از بیمارستان‌های خصوصی وضعیت مناسبی داشته‌اند. همچنین میزان انجام اقدامات حفاظتی بر علیه ویروس‌ها نسبت به سایر موارد بیشتر بوده است.

در مجموع در زمینه‌ی محرمانگی اطلاعات بیماران، ۵۴ درصد از بیمارستان‌های دولتی آموزشی و ۵۷ درصد از بیمارستان‌های دولتی غیر آموزشی و ۶۲ درصد از بیمارستان‌های خصوصی وضعیت مناسبی داشته‌اند.

بحث

بر اساس یافته‌ها میزان دسترسی بیماران به مدارک پزشکی خود در بیمارستان‌های دولتی آموزشی ۶۸ درصد، در بیمارستان‌های دولتی غیر آموزشی ۷۸ درصد و در بیمارستان‌های خصوصی ۷۷ درصد بوده است. آن چه مسلم است این است که باید بین نیاز به حفظ جنبه‌ی محرمانه اسناد و مدارک پزشکی و نیاز به دسترسی سریع به این اطلاعات تعادل مناسبی برقرار شود. همچنین باید به بیمار اطمینان داد که از اطلاعات پزشکی وی در جهت درمان استفاده می‌شود و جنبه‌های محرمانه‌ی اطلاعات و مدارک پزشکی رعایت می‌شود. همچنین نتایج نشان داد که ۵۷ درصد از بیمارستان‌های دولتی آموزشی، ۶۰ درصد از بیمارستان‌های دولتی غیر آموزشی و ۶۱ درصد از بیمارستان‌های خصوصی دارای روال خاصی جهت ارائه‌ی اطلاعات به سازمان‌های خارج از بیمارستان بوده‌اند. این نتایج نشان می‌دهد که هنوز در بین مسئولین بیمارستان‌ها، اهمیت وجود روالی معین جهت ارائه‌ی اطلاعات بیماران به سایر سازمان‌ها مشخص نشده است.

Firouzan و McKinnon مطالعه‌ای با هدف بررسی نقش مدیران جهت اجرای مقررات محرمانه سازی (HIPAA Health Insurance Portability and Accountability Act) و بازنگری برخی از مقوله‌های مربوط به پیاده سازی این مقررات در مراکز بهداشتی پنیسلوانیا

و حفظ محرمانگی تعریف نشود، این اطلاعات ممکن است به میزان وسیعی در اختیار افراد فاقد صلاحیت قرار گیرد. در عین حال عدم آگاهی مدیران بیمارستان‌ها و مراکز درمانی از چارچوب‌های حقوقی و حوزه‌های زندگی خصوصی افراد، به خصوص بیماران می‌تواند بعد نگران کننده‌ای به عرصه بهداشت و درمان بدهد.

در نظام بهداشت و درمان ما فقدان سازمانی منسجم که بتوان آن را متولی مدیریت اطلاعات و مدارک پزشکی و تدوین استانداردهای لازم برای تولید اطلاعات و کاربری آن دانست، عدم انطباق و ناهمخوانی مدارک پزشکی با استانداردها و معیارهای شناخته شده را دامن زده، مطلوبیت کار و قابلیت اتکای روش‌های انجام آن را زیر سؤال برده است. از این رو تلاش در راستای حفظ راز داری اطلاعات بیمار می‌تواند به عنوان یک اصل اخلاقی موجب رضایت بیمار و توسعه اخلاق حرفه‌ای و در نهایت پیشرفت واحدهای ارائه کننده خدمات درمانی شود.

پیشنهادهای

- بررسی نقش مدیران اطلاعات بهداشتی درمانی جهت اجرای مقررات محرمانه سازی مدارک پزشکی.
- بررسی میزان آشنایی بیماران با حق دسترسی به اطلاعات و مدارک پزشکی خود.
- بررسی تطبیقی تدابیر امنیتی برای ذخیره، استفاده و افشای اطلاعات پرونده‌های پزشکی در بیمارستان‌های آموزشی.
- بررسی نحوه‌ی محرمانه سازی پرونده‌های بیماران روانی در بیمارستان.
- بررسی رعایت حقوق بیماران و سطح دسترسی آنان به اطلاعات و مدارک پزشکی.
- بررسی میزان رعایت مفاد منشور حقوق بیماران در بیمارستان‌های منتخب.

تشکر و قدردانی

از همکاری صمیمانه‌ی کارکنان بیمارستان‌های مورد پژوهش تشکر و قدردانی می‌گردد.

بیشتری به اطلاعات داشته باشند و همین امر موجب کاهش امنیت اطلاعات می‌شود.

بیمارستان‌های مورد پژوهش از لحاظ وجود روال‌ها و دستورالعمل‌هایی جهت ارایه‌ی اطلاعات به محققان دارای وضعیت مطلوبی نیستند. در این مورد فقط ۴۱ درصد از بیمارستان‌های دولتی آموزشی، ۱۲ درصد از بیمارستان‌های دولتی غیر آموزشی و ۴۵ درصد از بیمارستان‌های خصوصی دارای روال خاصی جهت ارایه‌ی اطلاعات به محققین بوده‌اند. در این میان وضعیت بیمارستان‌های دولتی غیر آموزشی نامطلوب‌تر از سایر بیمارستان‌ها می‌باشد. این نتیجه نشان می‌دهد که در این بیمارستان‌ها تصور بر این است که به دلیل غیر آموزشی بودن نباید تعهدی در قبال تحقیقات داشته، همکاری کمتری با پژوهشگران می‌نمایند.

همان گونه که نتایج نشان داد، در ۴۰ درصد از بیمارستان‌های دولتی آموزشی و ۵۲ درصد از بیمارستان‌های دولتی غیر آموزشی و ۵۱ درصد از بیمارستان‌های خصوصی، دستورالعمل‌ها و فرایندهایی در ارتباط با محرمانگی اطلاعات بیماران تدوین شده است. در این زمینه، فقط در ۱۲ مورد از کل بیمارستان‌های مورد بررسی استانداردهایی جهت تفکیک اطلاعات محرمانه از اطلاعات غیر محرمانه وجود دارد. این مسأله می‌تواند به دلیل عدم درک اهمیت محرمانه بودن اطلاعات بیماران در بین مسؤولین بیمارستان‌ها باشد. همچنین این مسأله می‌تواند به دلیل این باشد که در موارد افشای اطلاعات، برخورد قانونی با افشا کنندگان و انتشار دهندگان اطلاعات (روزنامه‌ها، مجلات، رادیو و تلویزیون و ...) صورت نمی‌گیرد.

نتیجه‌گیری

در مجموع در زمینه‌ی محرمانگی اطلاعات بیماران، ۵۴ درصد از بیمارستان‌های دولتی آموزشی و ۵۷ درصد از بیمارستان‌های دولتی غیر آموزشی و ۶۲ درصد از بیمارستان‌های خصوصی وضعیت مناسبی داشته‌اند.

با توجه به تمایل روز افزون به استفاده از سیستم‌های مکانیزه‌ی اطلاعات پزشکی، محرمانگی اطلاعات بیمار ابعاد مهم‌تری پیدا کرده؛ در صورتی که معیاری برای ارزیابی و بهبود

References

1. Davino M. Assessing Privacy Risk in Outsourcing. *British Medical journal* 2001; 287(1): 934-43.
2. Saeedi R. Information community, challenges and opportunity. *Journal of parliament and research* 2003; 10(42): 221-46. [In Persian].
3. Francis. *Hospital Administration*. New Delhi: Jaypee Brothers Publishers; 2000.
4. Warren S. The Impact of Accreditation on the Quality of Hospital Care: KwaZulu-Natal Province, Republic of South Africa [Online]. 2003; Available from: URL: www.qaproject.org/pubs/pdf/SAfrica Accred.pdf/
5. Daniali A. Study on performance of medical record in Shiraz hospitals [MSc Thesis]. Tehran: Iran University of Medical Sciences; 1993. [In Persian].
6. Sweeney L. Weaving technology and policy together to maintain confidentiality. *J Law Med Ethics* 1997; 25(2-3): 98-110, 82.
7. Kolata G. Based Patient Record and Confidentiality, New frontier in research: mining patient records [Online]. 1995; Available from: URL: <https://content.nejm.org/cgi/content/full/333/21/1419/>
8. <http://www.hipaadvisory.com/news/NewsArchives/2001/dec01.htm/>
9. Harris L, Associates, Westin AF. *Equifax-Harris Consumer Privacy Survey 1996*. New York: Louis Harris & Associates; 1996.
10. Sadooghi F, Khoshkam M, Behnam S. A survey on access levels and privacy of medical records in selected countries and Iran [MSc Thesis]. Tehran: Iran University of Medical Sciences; 2005. [In Persian].
11. Firouzan PA, McKinnon J. HIPAA privacy implementation issues in Pennsylvania healthcare facilities. *Perspect Health Inf Manag* 2004; 1: 3.
12. Yarmohammadian MH, Raeisi AR, Tavakoli N, Ghaderi Nansa L, Medical record information disclosure laws and policies among selected countries; a comparative study. *J Res Med Sci* 2010; 15(3): 140-9.

A Survey on Current Status of Patient Information Privacy in Tehran's Hospitals, Iran*

Mohammad Arab, PhD¹; Abolghasem Pourreza, PhD¹;
Mohammadreza Eshraghian, PhD²; Roghayeh Khabiri³

Abstract

Introduction: Patient- centered and perspective approach which prefers prevention to cure, to improve and promote the services and care, not only recognizes free flow of patient's information, but also concurrently is concerned about maintaining security and privacy as an important feature of health care system. The purpose of this study was to evaluate the level of accessibility and privacy of medical record, rules, regulations, standards and functional procedures in hospitals of Tehran, Iran.

Methods: In this descriptive and cross sectional study, the level of accessibility and privacy of medical record, rules, regulations, standards and functional procedures in all educational-noneducational and private hospitals of Tehran, Iran (including 120 hospitals affiliated with Tehran, Iran and Shahid Beheshti University of Medical Sciences) was investigated. Research population was selected by census method. Required information has been provided using checklist that relevance with current status of patient information privacy. Obtained data analyzed by SPSS11 software. Finally, patient data privacy was expressed as a quantitative scale on which the range was from 0-100.

Results: Regarding the patient information confidentiality, 54% of educational public hospitals, 57% of non- educational public hospitals and 62% of private hospitals had appropriate status.

Conclusion: In order to maintain the confidentiality of medical records and limit the levels of access to patient information, interventions such as making legislation to ensure confidentiality of medical records, determining clear rules about how to access patient medical records by an excellent reference in the country and announced it to all hospitals and health centers as a directive and determine the types of criminal offenses and civil cases for disclosure of patient medical records by a competent reference are recommended.

Keywords: Confidentiality; Medical Records; Hospitals.

Type of article: Original Article

Received: 8 Mar, 2009

Accepted: 2 Feb, 2010

Citation: Arab M, Pourreza A, Eshraghian M, Khabiri R. **A Survey on Current Status of Patient Information Privacy in Tehran's Hospitals, Iran.** Health Information Management 2011; 8(1): 44.

* This article resulted from research project No 86-02-27-5732 funded by deputy of research, Tehran University of Medical Sciences.

1. Associate Professor, Health Services Management, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran.
2. Professor, Statistics, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran.
3. PhD Student, Health Services Management, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran. (Corresponding Author) Email: rkhabiri@razi.tums.ac.ir

بررسی عوامل استرس‌زای شغلی کتابداران شاغل در کتابخانه‌های دانشگاه علوم پزشکی اصفهان*

حسن اشرفی ریزی^۱، زهرا کاظم‌پور^۲

چکیده

مقدمه: امروزه، استرس یکی از مشکلات انسان‌ها، به ویژه در کشورهای در حال رشد و پیشرفته است. از این رو شناخت عوامل به وجود آورنده‌ی این مشکل و ارایه‌ی نتایج راه حل‌های مناسب، ذهن افراد زیادی را به خود مشغول کرده است. پژوهش حاضر در سال ۱۳۸۸ با هدف تعیین عوامل استرس‌زای شغلی کتابداران شاغل در کتابخانه‌های دانشگاه علوم پزشکی اصفهان انجام شده است.

روش بررسی: روش پژوهش، پیمایشی و ابزار گردآوری اطلاعات، پرسش‌نامه بود. روایی پرسش‌نامه توسط متخصصان روان‌شناسی و کتابداری و اطلاع‌رسانی تأیید شد و پایایی آن با استفاده از Cronbach's alpha برابر ۰/۹۱ به دست آمد. جامعه‌ی آماری مورد مطالعه، ۷۷ نفر از کتابداران شاغل در کتابخانه‌های دانشگاه علوم پزشکی اصفهان در سال ۱۳۸۸ بودند. با توجه به این که جامعه‌ی مورد بررسی، چندان بزرگ نبود، بدون انجام نمونه‌گیری، از روش سرشماری استفاده شد. شیوه‌ی گردآوری اطلاعات، مراجعه‌ی حضوری بود. داده‌ها پس از گردآوری، در نرم‌افزار SPSS وارد گردید و سپس از طریق آمار توصیفی و آزمون استنباطی مورد تحلیل قرار گرفت.

یافته‌ها: یافته‌ها نشان می‌دهد که اثرگذارترین عامل استرس‌زا، عدم حمایت سرپرستان و کمترین تأثیر مربوط به مشخص نبودن گروه مخاطبین می‌باشد. رتبه‌بندی عوامل استرس‌زا در ابعاد چهارگانه‌ی Lothans نشانگر آن است که بعد ساخت‌های سازمانی، بیشترین میانگین و بعد شرایط فیزیکی سازمان، کمترین میانگین را به خود اختصاص داده است. بین سن، سابقه‌ی کار، میزان تحصیلات و عوامل استرس‌زای شغلی کتابداران، رابطه‌ی معنی‌داری وجود دارد.

نتیجه‌گیری: نتایج نشان داد که از نظر کتابداران شاغل در کتابخانه‌های دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، مهم‌ترین عوامل استرس‌زا به ترتیب عدم حمایت سرپرستان، عدم توجه به ارتقای شغلی، عدم امنیت شغلی، انجام کار فقط به منظور رفع تکلیف و عدم همکاری مدیر کتابخانه می‌باشند، بنابراین مدیران کتابخانه‌ها باید عوامل ایجاد استرس را شناسایی و اقدامات لازم در راستای رفع آن‌ها را انجام دهند.

واژه‌های کلیدی: فشار روانی؛ کتابداران؛ کتابخانه‌های دانشگاهی.

نوع مقاله: تحقیقی

پندیرش مقاله: ۱۹/۲/۱۲

اصلاح نهایی: ۱۸/۱۰/۲۹

دریافت مقاله: ۱۸/۸/۲۳

ارجاع: اشرفی ریزی حسن، کاظم‌پور زهرا. بررسی عوامل استرس‌زای شغلی کتابداران شاغل در کتابخانه‌های دانشگاه علوم پزشکی اصفهان. مدیریت اطلاعات سلامت ۱۳۹۰؛ ۸ (۱): ۴۵-۵۳.

مقدمه

* این مقاله حاصل طرح تحقیقاتی شماره‌ی ۰۳/۲۱۸۰۴ می‌باشد که توسط

معاونت پژوهشی دانشگاه پیام نور استان اصفهان حمایت گردیده است.
۱. استادیار، کتابداری و اطلاع‌رسانی، مرکز تحقیقات فن‌آوری اطلاعات در علوم سلامت، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران. (نویسنده‌ی مسؤول)
Email: hassanashrafi@mng.mui.ac.ir
۲. مربی، کتابداری و اطلاع‌رسانی، دانشگاه پیام نور شهرضا، اصفهان، ایران.

امروزه، استرس یکی از مشکلات انسان‌ها، به ویژه در کشورهای در حال رشد و پیشرفته است و شناخت علل و عوامل به وجود آورنده‌ی این مشکل و ارایه‌ی نتایج و راهکارهای مناسب برای پیش‌گیری و درمان آن، ذهن افراد

اصولی منابع کتابخانه، نداشتن مهارت در زمینه‌ی کاری و عدم وجود خط مشی در کتابخانه را در بالاترین رتبه نشان داد. مقایسه و رتبه بندی استرس در دو گروه زنان و مردان جامعه‌ی مورد پژوهش، هماهنگی در پاسخ‌ها را نشان داد و نیز سایر یافته‌های پژوهش بیانگر آن بود که بین استرس و سابقه‌ی کار رابطه‌ی معنی‌داری وجود دارد. همچنین بین استرس و رشته و مدرک تحصیلی ارتباط معنی‌داری وجود نداشت (۳).

خسروی در پژوهشی با عنوان «بررسی عوامل استرس‌زای شغلی کتابداران شاغل در کتابخانه‌های دانشگاهی وزارت علوم، تحقیقات و فن‌آوری شهر تهران» نشان داد که تعداد زنان کتابدار بیش از مردان است. پنج عامل عدم حمایت سرپرستان، عدم امنیت شغلی، عدم همکاری مدیر کتابخانه، نبود معیارهای صحیح تشویق و روش‌های غیر علمی ارزیابی عملکرد، از نظر کتابداران دارای بالاترین رتبه‌ی استرس می‌باشند. همچنین در رتبه‌بندی این عوامل از دیدگاه مردان و زنان، تفاوت‌هایی مشاهده گردید. بین تحصیلات و سابقه‌ی کار با عوامل استرس‌زا نیز همبستگی مثبت وجود داشت، اما وجود رابطه میان سن و وضعیت استخدامی و این عوامل، تأیید نشد (۲).

صیامیان و همکاران در پژوهشی با عنوان «استرس و فرسودگی شغلی در کتابخانه‌ها و مراکز اطلاع رسانی» ضمن بررسی عوامل استرس‌زای شغلی کتابداران شاغل در کتابخانه‌های دانشگاه علوم پزشکی مازندران، نشان دادند افرادی که دارای مدارک تحصیلی بالاتری هستند، استرس و فرسودگی شغلی بیشتری دارند. از لحاظ سن، تفاوت معنی‌داری در میزان استرس وجود نداشت و مهم‌ترین عوامل استرس و فرسودگی شغلی عبارتند از: فقدان تجهیزات و زمان کافی برای انجام وظایف، عدم مشارکت در تصمیم‌گیری‌ها، فقدان انگیزه‌ی کافی، عدم تطابق وظایف محوله با توانایی‌های فردی (۴).

Kupersmith در پژوهشی با عنوان «تکنو استرس و کتابداران مرجع» به بررسی استرس‌های ناشی از ورود تکنولوژی‌ها پرداخته است. وی تکنو استرس را یک بیماری مدرن، که ناشی از عدم توانایی سازگاری با تکنولوژی‌های

زیادی را به خود مشغول کرده است. کارکنان از جمله افرادی هستند که در سازمان‌های گوناگون با این پدیده روبه‌رو هستند و از آن رنج می‌برند.

بررسی استرس شغلی به دو دلیل ضروری است: نخست آن که بی‌توجهی به استرس شغلی می‌تواند آسیب‌های فراوانی به توان منابع انسانی یک سازمان وارد نماید و پیامدهای منفی مانند کاهش تولید را به بار آورد. دوم آن که اگر استرس شغلی به درستی باز شناخته نشود و با تدابیر و دوراندیشی هدایت و سرپرستی نگردد، می‌تواند در کاهش عملکرد کارمند و عدم رضایت او مؤثر باشد (۱).

فعالیت و حرفه‌ی کتابداری با مراجعان و اطلاعات در ارتباط است و نقش حرفه‌ای هر کتابدار در هر نوع کتابخانه و در هر سطحی، تأمین نیازهای اطلاعاتی مراجعان می‌باشد. فعالیت در کتابخانه‌ها به ویژه کتابخانه‌های دانشگاهی نیز مانند سایر مشاغل خدماتی مملو از استرس مربوط به کار می‌باشد که اغلب از کنترل مستقیم کتابدار خارج است. کتابداران با توجه به ماهیت شغلی که دارند از طرفی با مسایل اداری و مالی در سازمان و خارج از سازمان درگیر هستند و از طرف دیگر، ارتباط مستقیم با مراجعان مختلفی دارند که عدم توانایی پاسخ‌گویی به درخواست‌ها و نیازهایشان باعث ایجاد استرس شغلی می‌شود. همچنین کتابداران همواره جهت فراهم‌آوری اطلاعات و منابع با مسؤولان دانشگاه جهت تهیه و سفارش منابع و خرید وسایل و امکانات مورد نیاز کتابخانه مشکلاتی داشته‌اند و عوامل دیگری چون برخورد‌های شخصی، اختلاف در ارزش‌ها، مشکلات ارتباطی، عدم همکاری برای تهیه‌ی منابع کمیاب، وجود ابهام در مسؤولیت‌ها، تنش و مقاومت در برابر تغییرات نیز به اشکال مختلف برای آن‌ها استرس ایجاد می‌کنند (۲).

شعاری در پژوهشی با عنوان «بررسی و رتبه‌بندی عوامل استرس‌زای شغلی در کتابداران شاغل در دانشگاه‌های علوم پزشکی تهران، شهید بهشتی و ایران» به بحث پیرامون عوامل استرس‌زای این شغل از دیدگاه کتابداران پرداخته است. بررسی یافته‌های پژوهشی او پنج عامل عدم وجود حس همکاری در محیط کار، گم شدن یا از بین رفتن مواد کتابخانه، تهیه‌ی غیر

درصد کتابداران حجم زیاد کار، ۵۶ درصد انجام کارهای سخت، ۶۹ درصد تنوع وظایف و ۵۶ درصد انجام فعالیت‌های مدیریتی را مهمترین عوامل استرس‌زا می‌دانند (۹).

Doshi در مقاله‌ای تجربیات خود در زمینه‌ی مدیریت استرس در بخش مرجع کتابخانه در دانشگاه کاریلونای شمالی را ارایه کرده است. او بیان می‌دارد که سؤالات مرجع دشوار، ملاقات‌های بیش از حد در بخش مرجع و تغییرات سریع تکنولوژی از عوامل استرس‌زا در بخش مرجع هستند. پژوهش وی نشان داد که کتابدارانی که زمان کمتری را صرف مصاحبه‌ی مرجع می‌کنند، استرس کمتری دارند، در حالی که نشستن پشت میز مرجع در ساعت‌های متوالی، سطح استرس را افزایش می‌دهد (۱۰).

پژوهش‌های مذکور نشان دادند که عوامل استرس‌زا در جوامع مورد بررسی کم و بیش با هم متفاوت هستند. این پژوهش قصد دارد که عوامل استرس‌زای شغلی را در بین کتابداران شاغل در کتابخانه‌های دانشگاه علوم پزشکی اصفهان در سال ۱۳۸۸ مورد بررسی قرار دهد تا از این رهگذر بتوان عوامل استرس‌زا در محیط کار آن‌ها را شناسایی نمود و مدیران و دست‌اندرکاران کتابخانه‌ها را نسبت به شرایط و بهداشت روانی کتابداران مطلع ساخت.

روش بررسی

پژوهش حاضر، از نوع کاربردی است و به روش پیمایشی در سال ۱۳۸۸ به انجام رسیده است. ابزار گردآوری اطلاعات، پرسش‌نامه بود. این پرسش‌نامه، با استفاده از عوامل استرس‌زای سازمانی Lothans تنظیم گردید (۲)؛ که این عوامل را تحت مقوله‌های سیاست‌های سازمانی، ساخت‌های سازمانی، شرایط فیزیکی سازمان و فرایندهای سازمانی بر می‌شمارد. روایی پرسش‌نامه توسط متخصصان روان‌شناسی و کتابداری و اطلاع‌رسانی تأیید شد و پایایی آن با استفاده از Cronbach's alpha برابر ۰/۹۱ به دست آمد. پرسش‌نامه بر مبنای مقیاس لیکرت تنظیم گردید. جامعه‌ی آماری پژوهش شامل کلیه‌ی کتابداران شاغل در کتابخانه‌های دانشگاه علوم

جدید کامپیوتر می‌باشد، تعریف می‌کند. همچنین علایم خفیف تکنو استرس را چنین بیان می‌دارد: احساس جدایی و ناکامی، نگرش منفی نسبت به منابع و سیستم‌های جدید و تکنولوژی‌های کامپیوتری، سهل‌انگاری استفاده‌کنندگان در رابطه با نیازهای کامپیوتری، افکار بد در مورد توانایی شخصی در غلبه بر کامپیوتر، نگرش معذوریت از انجام کار استفاده‌کنندگان و تعریف از خود به عنوان کسی که نمی‌تواند به جستجوی اطلاعات بپردازد (۵).

Swanson در پژوهشی به ارزیابی استرس و فرسودگی شغلی در کتابداران جوان پرداخت و نشان داد که جنس و سابقه‌ی کار کتابداران، تأثیری بر سطح استرس ندارد و در کل استرس مسأله‌ی مهمی برای کتابداران جوان نبوده است. از نظر کتابداران، مهم‌ترین عامل استرس‌زا حجم زیاد کار بوده است (۶).

Kupersmith در پژوهشی به بررسی عوامل استرس‌زای ناشی از ورود تکنولوژی‌ها به کتابخانه پرداخت و نشان داد که بیش از نیمی از کتابداران معتقدند که سطح استرس ناشی از ورود کامپیوتر در پنج سال گذشته افزایش یافته است. عواملی که بیشترین سطح استرس را به خود اختصاص داده‌اند عبارتند از: اضافه بار اطلاعات، مشکلات شبکه، امنیت سخت‌افزار و مشکلات ارگونومیک (۷).

Ennis در پژوهشی به بررسی عوامل استرس‌زای ناشی از ورود تکنولوژی به بخش مرجع کتابخانه پرداخته است. او در ابتدا با بررسی متون، شش عامل استرس‌زا را شناسایی کرد که عبارتند از: سرعت تغییر، فقدان آموزش، افزایش اضافه کار، فقدان استاندارد سازی، تغییر نقش کتابداران و قابلیت اعتماد. نتایج نشان داد که در میان عوامل فوق، سرعت تغییر و فقدان استاندارد سازی بیش از سایرین استرس‌زا بوده است (۸).

McKenna در پژوهشی با بررسی همه‌جانبه‌ی منابع انسانی در کتابخانه‌های کشور کانادا بیان داشت که تنها ۲۴ درصد از کتابداران معتقدند که استرس شغلی کمی دارند. در این میان افراد نیمه حرفه‌ای نگرش مثبت کمتری دارند و ۳۹ درصد معتقدند که حجم کاری آن‌ها قابل کنترل است. ۵۵

نفر (۱۴/۲۸ درصد) دارای سابقه‌ی کار بین ۱۱ تا ۱۵ سال بودند.

یافته‌ها در رابطه با رتبه‌بندی عوامل استرس‌زای شغلی کتابداران نشان داد که بالاترین میانگین ۴/۴۶ و کمترین میانگین ۲/۵۷ می‌باشد. ضمن بررسی کلی پرسش‌ها مشاهده گردید که از تعداد ۳۶ عامل، ۳۲ مورد نمراتی بالاتر از میانگین داشتند (۳) و از عوامل ایجاد استرس در کتابخانه هستند. در مقابل، تنها ۴ مورد از پرسش‌ها نمراتی کمتر از میانگین داشتند، یا به عبارتی استرس‌زا نبودند. پنج عامل مهم استرس‌زا در کتابخانه به ترتیب عبارت از عدم حمایت سرپرستان (با میانگین ۴/۴۶)، عدم توجه به ارتقای شغلی (با میانگین ۴/۳۳)، عدم امنیت شغلی (با میانگین ۴/۲۵)، انجام کار به منظور رفع تکلیف (با میانگین ۴/۱۶) و عدم همکاری مدیر کتابخانه (با میانگین ۴/۱۴) هستند. در مقابل پنج عاملی که کمترین میزان استرس‌زایی را داشته‌اند، به ترتیب از کمتر به بیشتر عبارت از مشخص نبودن گروه مخاطبین کتابخانه (با میانگین ۲/۵۷)، ورود فن‌آوری‌های جدید به کتابخانه (با میانگین ۲/۶۸)، حضور در محل کار در ساعات غیر اداری (با میانگین ۲/۸۷)، عدم آشنایی مراجعین با رایانه (با میانگین ۲/۸۹) و قدیمی بودن منابع کتابخانه (با میانگین ۳/۱۱) هستند (جدول ۱).

یافته‌ها در رابطه با رتبه‌بندی عوامل استرس‌زا در ابعاد چهارگانه‌ی Lothans نشانگر آن است که بعد ساخت‌های سازمانی بالاترین میانگین (۳/۷۶) و بعد شرایط فیزیکی سازمان کمترین میانگین (۳/۵۱) را دارا می‌باشد (نمودار ۱).

جهت پاسخ به پرسش رابطه‌ی بین سن و عوامل استرس‌زای شغلی کتابداران از آزمون آماری Spearman's rank correlation coefficient (به علت رتبه‌ای بودن متغیرها) استفاده شد. ضریب همبستگی با اطمینان ۹۹ درصد ($\alpha = 0/01$) برابر با ۰/۴۹۰ محاسبه گردید و سطح معنی‌داری آزمون $P < 0/01$ به دست آمد و در نتیجه بین عوامل استرس‌زا و سن رابطه‌ی معنی‌داری از نوع مثبت وجود دارد، یعنی با افزایش سن، تأثیر عوامل استرس‌زا بیشتر می‌شود.

پزشکی اصفهان بود. پس از بررسی درباره‌ی تعداد کتابداران مشغول به کار در این دانشگاه، تعداد ۷۷ نفر شناسایی شدند و با توجه محدود بودن جامعه‌ی مورد بررسی، بدون نیاز به نمونه‌گیری، از روش سرشماری بهره گرفته شد. شیوه‌ی گردآوری اطلاعات، مراجعه‌ی حضوری بود. داده‌ها پس از گردآوری در نرم‌افزار SPSS ثبت گردید و جهت تجزیه و تحلیل آن‌ها از آمار توصیفی (فراوانی، درصد، میانگین و انحراف معیار) و آزمون استنباطی (Spearman's rank correlation coefficient) استفاده شد.

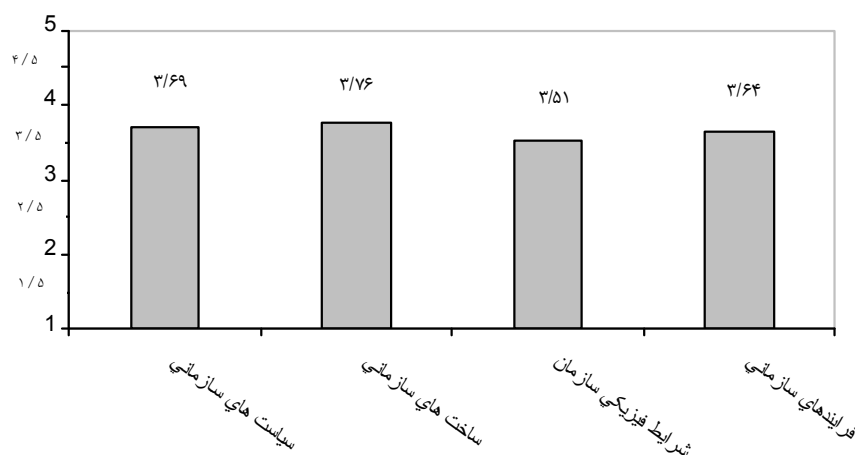
یافته‌ها

یافته‌های پژوهش در رابطه با ویژگی‌های جمعیت شناختی پاسخ‌دهندگان نشان می‌دهد که از میان ۷۷ نفر جامعه‌ی آماری ۶۳ نفر به پرسش‌نامه‌ها پاسخ دادند، بنابراین نرخ پاسخ‌گویی ۸۱/۸۱ درصد می‌باشد. از این تعداد ۴۸ نفر (۷۶ درصد) زن و ۱۵ نفر (۲۴ درصد) مرد بودند. در توزیع فراوانی طبقات سنی پاسخ‌گویان، بیشترین پاسخ‌گویان با تعداد ۳۰ نفر (۴۷/۶۱ درصد) بین ۳۱ تا ۴۰ سال سن داشتند. همچنین ۱۵ نفر (۲۳/۸۰ درصد) از پاسخ‌گویان بین ۲۰ تا ۳۰ سال و ۱۲ نفر از آن‌ها (۱۹/۰۴ درصد) بین ۴۱ تا ۵۰ سال سن داشتند. افراد بالاتر از ۵۱ سال، ۶ نفر بودند و کمترین فراوانی (۹/۵۲ درصد) را به خود اختصاص دادند.

از نظر میزان تحصیلات، بیشتر پاسخ‌گویان با تعداد ۳۹ نفر (۶۱/۹۰ درصد) دارای تحصیلاتی در سطح کارشناسی و کمترین تعداد (۷ نفر، ۱۱/۱۱ درصد) دارای تحصیلاتی در سطح دیپلم بودند. از میان کل پاسخ‌گویان ۹ نفر (۱۴/۲۸ درصد) دارای مدرک کاردانی و ۸ نفر (۱۲/۶۹ درصد) دارای مدرک کارشناسی ارشد بودند. از نظر سابقه‌ی کار در کتابخانه، بیشتر پاسخ‌گویان با تعداد ۱۹ نفر (۳۰/۱۵ درصد) بین ۶ تا ۱۰ سال و کمترین آن‌ها با تعداد ۶ نفر (۹/۵۲ درصد) بالاتر از ۲۱ سال سابقه‌ی کار داشتند. از میان کل پاسخ‌گویان، ۱۷ نفر (۲۶/۹۸ درصد) سابقه‌ی کار بین ۱۶ تا ۲۰ سال و ۱۲ نفر (۱۹/۰۴ درصد) سابقه‌ی کار کمتر از ۵ سال داشتند. همچنین ۹

جدول ۱: رتبه‌بندی عوامل استرس‌زای شغلی کتابداران شاغل در کتابخانه‌های دانشگاه علوم پزشکی اصفهان

رتبه	عوامل استرس‌زا	میانگین	انحراف معیار	رتبه	عوامل استرس‌زا	میانگین	انحراف معیار
۱	عدم حمایت سرپرستان	۴/۴۶	۰/۶۹۲	۱۹	جابه‌جایی مداوم	۳/۵۷	۱/۱۶۱
۲	عدم توجه به ارتقای شغلی	۴/۳۳	۰/۷۸۳	۲۰	دیر رسیدن درخواست منابع یا تجهیزات کتابخانه	۳/۵۶	۰/۷۵۷
۳	عدم امنیت شغلی	۴/۲۵	۱/۱۳۵	۲۱	وجود تبعیض در پرداخت‌ها	۳/۵۴	۱/۰۹۰
۴	انجام کار فقط به منظور رفع تکلیف	۴/۱۶	۰/۹۵۴	۲۲	نامناسب بودن تجهیزات کتابخانه	۳/۵۲	۰/۸۰۰
۵	عدم همکاری مدیر کتابخانه	۴/۱۴	۱/۰۴۵	۲۳	عدم آشنایی با شرح وظایف	۳/۴۸	۱/۱۷۶
۶	نداشتن تخصص لازم مدیریت کتابخانه	۴/۱۱	۰/۹۴۶	۲۴	کمبود منابع علمی	۳/۳۸	۱/۰۰۷
۷	وجود سر و صدا در کتابخانه	۴/۱۰	۱/۰۷۳	۲۵	عدم حضور به موقع کارکنان	۳/۳۵	۱/۲۴۶
۸	برخوردهای شخصی در محل کار	۴/۰۶	۰/۹۳۱	۲۶	نامناسب بودن فضای مخزن	۳/۳۳	۱/۲۹۵
۹	وجود گرد و غبار در محیط کار	۴/۰۵	۰/۹۰۶	۲۷	کمبود اطلاعات به دلیل تغییر مداوم اطلاعات	۳/۳۰	۰/۸۹۱
۱۰	گم شدن منابع کتابخانه	۴/۰۴	۰/۹۱۵	۲۸	عدم تخصیص بودجه‌ی کافی	۳/۲۷	۱/۱۸۱
۱۱	روش‌های غیر علمی ارزیابی عملکرد	۴/۰۳	۰/۸۰۳	۲۹	تراکم کاری	۳/۲۴	۱/۳۲۹
۱۲	عدم نظارت صحیح در نحوه‌ی اجرای وظایف	۳/۹۷	۰/۹۵۸	۳۰	به هم خوردن نظم مواد کتابخانه توسط مراجعین	۳/۱۷	۱/۱۹۹
۱۳	عدم همکاری کارکنان در محیط کار	۳/۹۵	۰/۹۲۳	۳۱	حضور بیش از حد مراجعین	۳/۱۳	۱/۱۰۹
۱۴	فقدان معیارهای صحیح تشویق	۳/۹۴	۰/۸۷۸	۳۲	قدیمی بودن منابع در کتابخانه	۳/۱۱	۰/۹۶۹
۱۵	کمبود امکانات رفاهی	۳/۹۰	۰/۸۹۳	۳۳	عدم آشنایی مراجعین با رایانه	۲/۸۹	۱/۲۷۱
۱۶	روشن نبودن اهداف کاری در کتابخانه	۳/۸۶	۰/۸۵۹	۳۴	حضور در محل کار در ساعات غیر اداری	۲/۸۷	۱/۰۵۵
۱۷	عدم مشارکت در تصمیم‌گیری‌ها	۳/۶۷	۰/۸۲۳	۳۵	ورود فن‌آوری‌های جدید به کتابخانه	۲/۶۸	۱/۲۰۲
۱۸	فقدان نور طبیعی کافی در محیط کتابخانه	۳/۵۹	۰/۹۹۴	۳۶	مشخص نبودن گروه مخاطبین کتابخانه	۲/۵۷	۱/۲۲۸



نمودار ۱: رتبه‌بندی عوامل استرس‌زا در ابعاد چهارگانه‌ی Lothans

پاسخ‌گویان در رده‌ی سنی بین ۳۱ تا ۴۰ سال بودند و افراد بالاتر از ۵۱ سال، کمترین تعداد را به خود اختصاص دادند. از نظر میزان تحصیلات، بیشتر پاسخ‌گویان دارای تحصیلاتی در سطح کارشناسی و کمترین تعداد دارای تحصیلاتی در سطح دیپلم بودند. از نظر سابقه‌ی کار در کتابخانه، بیشتر پاسخ‌گویان بین ۶ تا ۱۰ سال سابقه و کمترین تعداد، بالاتر از ۲۱ سال سابقه‌ی کار داشتند.

نتایج حاصل از رتبه‌بندی عوامل استرس‌زای شغلی کتابداران بیانگر آن است که بالاترین میانگین به عدم حمایت سرپرستان و کمترین میانگین به مشخص نبودن گروه مخاطبین اختصاص دارد. ضمن بررسی کلی پرسش‌ها مشاهده گردید که از تعداد ۳۶ عامل، ۳۲ مورد از عواملی بودند که در کتابخانه ایجاد استرس می‌کردند. در مقابل تنها ۴ مورد از دید کتابداران استرس‌زا نبودند. پنج عامل با بالاترین میزان استرس‌زایی از دید کتابداران، به ترتیب عبارت از عدم حمایت سرپرستان، عدم توجه به ارتقای شغلی، عدم امنیت شغلی، انجام کار فقط به منظور رفع تکلیف و عدم همکاری مدیر کتابخانه هستند. یافته‌های McKenna نشان داد که عوامل استرس‌زا به طور کامل با یافته‌های این پژوهش متفاوت است (۹). یافته‌ها در پژوهش خسروی تا حدودی با پژوهش حاضر منطبق است (۲)؛ اما یافته‌های پژوهش صیامیان و همکاران با این پژوهش متفاوت است (۴). در پژوهش حاضر، ورود فن‌آوری‌های جدید به کتابخانه جزء پایین‌ترین عوامل استرس‌زا معرفی شده است، در حالی که Kupersmith (۵) و Kupersmith (۷) بیان می‌دارند که ورود فن‌آوری‌های جدید به کتابخانه از عوامل مهم استرس‌زا در میان کتابداران شاغل در کتابخانه‌ها است که با یافته‌های این پژوهش هم‌سو نیست.

رتبه‌بندی عوامل استرس‌زا در ابعاد چهارگانه‌ی Lothans نشانگر آن است که بعد ساخت‌های سازمانی بالاترین میانگین و بعد شرایط فیزیکی سازمان کمترین میانگین را دارد و این با یافته‌های خسروی هم‌خوانی دارد (۴).

نتایج حاصل از بررسی رابطه‌ی بین سن و عوامل

جهت پاسخ به پرسش رابطه‌ی بین تحصیلات و عوامل استرس‌زای شغلی کتابداران، از آزمون آماری Spearman's rank correlation coefficient (به علت رتبه‌ای بودن پاسخ‌ها) استفاده شد. ضریب همبستگی با اطمینان ۹۵ درصد ($\alpha = 0/05$) برابر با $-0/271$ - محاسبه گردید و سطح معنی‌داری آزمون $P < 0/05$ به دست آمد و در نتیجه بین عوامل استرس‌زا و میزان تحصیلات رابطه‌ی معنی‌داری از نوع منفی وجود دارد. بدین ترتیب هر چه میزان تحصیلات افراد افزایش یابد، عوامل استرس‌زا بر آن‌ها تأثیر کمتری دارد.

جهت پاسخ به پرسش رابطه‌ی بین سابقه‌ی کار و عوامل استرس‌زای شغلی کتابداران از آزمون آماری Spearman's rank correlation coefficient (به علت رتبه‌ای بودن پاسخ‌ها) استفاده شد. ضریب همبستگی با اطمینان ۹۹ درصد ($\alpha = 0/01$) برابر با $0/463$ محاسبه گردید و سطح معنی‌داری آزمون $P < 0/01$ به دست آمد و در نتیجه بین عوامل استرس‌زا و سابقه‌ی اشتغال رابطه‌ی معنی‌داری از نوع مثبت وجود دارد (جدول ۲).

جدول ۲: ضریب همبستگی و سطح معنی‌داری بین سن، میزان تحصیلات، سابقه‌ی کار و عوامل استرس‌زا

عوامل استرس‌زا		
ضریب همبستگی	سطح معنی‌داری	
سن	$0/490^{**}$	
میزان تحصیلات	$-0/271^*$	
سابقه‌ی کار	$0/463^{**}$	
		$P < 0/01^{**}$ $P < 0/05^*$

بحث

اطلاعات حاصل از تجزیه و تحلیل آماری داده‌های پژوهش، نتایجی را به دست می‌دهد که می‌توان به شرح زیر خلاصه کرد: از میان ۷۷ نفر جامعه‌ی آماری ۶۳ نفر به پرسش‌نامه‌ها پاسخ دادند، بنابراین نرخ پاسخ‌گویی ۸۱/۸۱ درصد می‌باشد. از این تعداد حدود دو سوم زن و یک سوم مرد بودند. بیشترین

اصفهان، مهم‌ترین عوامل استرس‌زا به ترتیب عدم حمایت سرپرستان، عدم توجه به ارتقای شغلی، عدم امنیت شغلی، انجام کار فقط به منظور رفع تکلیف و عدم همکاری مدیر کتابخانه می‌باشند. با توجه به سطح بالای استرس شغلی این کتابداران، مدیران کتابخانه‌ها بایستی زمینه‌های ایجاد استرس در محیط کتابخانه‌ها را شناسایی کرده و در جهت رفع آن‌ها اقدامات لازم را انجام دهند و همچنین به کتابداران شیوه‌ی مدیریت صحیح استرس را آموزش دهند.

پیشنهادها

بر اساس یافته‌های پژوهش، پیشنهادهایی برای مدیران و مسؤولان مربوطه ارائه می‌گردد:

۱. منابع ایجاد کننده‌ی استرس شغلی شناسایی و در جهت رفع آن تلاش گردد.
۲. به دلیل آن‌که کارکنان در مسیر زندگی شغلی و شخصی خود با مشکلات متعدد برخورد می‌کنند، لازم است مدیران در این مواقع حساس به یاری کارکنان خود بشتابند.
۳. نیازهای مالی کارکنان بر اساس یک نظام حقوق و دستمزد عادلانه مورد توجه قرار گیرد.
۴. حدود وظایف هر یک از کارکنان به طور دقیق مشخص شود.
۵. انگیزه‌های بیشتر در کارکنان جهت رسیدن به اهداف سازمان ایجاد شود.
۶. عوامل ایجاد احساس عدم امنیت شغلی در کارکنان به طور خاص مورد توجه قرار گیرد.
۷. معیارهای صحیح و علمی در ارزیابی کارکنان به کار گرفته شود.
۸. در تصمیم‌گیری‌ها به نظرات کارکنان توجه شود.

استرس‌زای شغلی کتابداران، حاکی از آن است که بین عوامل استرس‌زا و سن، رابطه‌ی معنی‌داری از نوع مثبت وجود دارد؛ یعنی با افزایش سن، تأثیر عوامل استرس‌زا بیشتر می‌شود و این با یافته‌های خسروی (۲) و صیامیان و همکاران (۴) همخوانی ندارد.

نتایج حاصل از بررسی رابطه‌ی بین تحصیلات و عوامل استرس‌زای شغلی کتابداران، نشانگر آن است که بین عوامل استرس‌زا و میزان تحصیلات رابطه‌ی معنی‌داری از نوع منفی وجود دارد. بدین ترتیب هر چه میزان تحصیلات افراد افزایش یابد، عوامل استرس‌زا بر آن‌ها تأثیر کمتری دارد. یافته‌های این پژوهش با پژوهش صیامیان و همکاران - که بیان کردند بین تحصیلات و عوامل استرس‌زای شغلی رابطه‌ی معنی‌داری وجود دارد - همسو است. باید گفت که در پژوهش صیامیان و همکاران این رابطه از نوع مثبت است (۴)، اما در پژوهش حاضر رابطه از نوع منفی است؛ به عبارتی در پژوهش صیامیان و همکاران مشخص شد که با بالا رفتن مدرک، میزان استرس بیشتر می‌شود (۴) در حالی که در پژوهش حاضر، با بالا رفتن مدرک، استرس کاهش می‌یابد. یافته‌های پژوهش حاضر با یافته‌های پژوهش خسروی نیز همخوانی دارد (۲)؛ چرا که در هر دو پژوهش، رابطه‌ی معنی‌داری از نوع منفی وجود دارد؛ اما با پژوهش شعاری همسو نیست (۳).

نتایج حاصل از بررسی رابطه‌ی بین سابقه‌ی کار و عوامل استرس‌زای شغلی کتابداران، حاکی از آن است که بین عوامل استرس‌زا و سابقه‌ی کار رابطه‌ی معنی‌داری از نوع مثبت وجود دارد. این با یافته‌های شعاری همخوانی ندارد (۳)، اما با یافته‌های خسروی (۲) و Swanson (۶) همخوانی دارد.

نتیجه‌گیری

به طور کلی، نتایج این پژوهش نشان داد که از نظر کتابداران شاغل در کتابخانه‌های دانشگاه علوم پزشکی

References

1. Moorhead G, Griffin R. Organizational Behaviour. 7th ed. New York: Wiley; 2005.
2. Khosravi M. Job related stress factors for the librarians of university libraries administrated by The Ministry of

- Science and Technology in Tehran; librarians point of view [Research Project]. Tehran: Iranian Center of Information and Scientific Document; 2003 [cited 2009 Aug 2]; Available from: URL: <http://www.irandoc.ac.ir/farsi/> [in Persian].
3. Shoari L. A survey on the job distress factors among working librarians in Universities of Medical Sciences in Tehran [Thesis]. Tehran, Iran University of Medical Sciences; 1994. [In Persian].
 4. Siamian H, Shahrabi A, Vahedi M, Abbsai Rad AM, Cherati JY. Stress and burnout in libraries and information centers. In: Khoo C, Singh D, Chaudhry AS, Editors. Proceedings of the Asia-Pacific Conference on Library & Information Education & Practice 2006 (A-LIEP 2006); 2006 Apr 3-6; Singapore, Malaysia; 2006.
 5. Kupersmith J. Technostress and the Reference Librarian. Reference Services Review 1992; 20(7): 14-50.
 6. Swanson C. Assessment of Stress and Burnout in Youth Librarians [PhD Thesis]. Ohio: Kent State University; 1992.
 7. Kupersmith J. Library Technostress Survey Results [Online]. 2003, Available From: URL: <http://www.jkup.net/tstress-survey-2003.html/>
 8. Ennis LA. The Evolution of Technostress. Computers in Libraries 2005; 25(8): 10-2.
 9. McKenna J. Canadian Library Human Resources Short-Term Supply and Demand Crisis Is Averted, But a Significant Long-Term Crisis Must Be Addressed. Evidence Based Library and Information Practice 2007; 2(1): 121-7.
 10. Doshi A. Reducing library-related stress holistically [Online]. 2009; Available From: URL: http://www.liscareer.com/doshi_stress.htm/

A Survey on Job Stressors of Librarians Working in Libraries of Isfahan University of Medical Sciences, Iran*

Hasan Ashrafi Rizi, PhD¹; Zahra Kazempour²

Abstract

Introduction: Today, stress is one of the human's problems particularly in developing and developed countries. So, many people try to determine these factors and presented suitable solutions. The purpose of this research was to determine job stressors among librarians of Isfahan University of Medical Sciences, Iran in 2009.

Methods: This study was survey research in which data was collected by questionnaire. Questionnaire validity confirmed by specialists and its reliability determined by Cronbach's alpha, as ($r = 0.91$). 77 librarians were studied in this research. Considering the small sample size, the participants were selected by census method. The method of data collection was interview. Data analyzed using SPSS software and descriptive statistics and inferential tests.

Results: The most effective stressor was lack of support for caregivers and the least important factor was Lack of identified audience groups. Ranking of stressors by four dimensions of Lothans indicate that organization structures dimension has the highest average and physical conditions dimension has the lowest average. There was a significant correlation between age, job experience and degree of education and stress factors.

Conclusion: The results showed that the most important stressors are, respectively, the lack of manager's support, lack of attention to job promotion, job insecurity, work only to eliminate any obligation and lack of library manager's collaboration. Thus, managers should identify stress factors and eliminate them.

Keywords: Stress; Psychological; Librarians; Academic Libraries.

Type of article: Original Article

Received: 14 Nov, 2009

Accepted: 2 May, 2010

Citation: Ashrafi Rizi H, Kazempour Z. **A Survey on Job Stressors of Librarians Working in Libraries of Isfahan University of Medical Sciences, Iran.** Health Information Management 2011; 8(1): 53.

* This article resulted from research project No 03/ 21804 funded by deputy of research, Payamenoore University of Isfahan Province, Isfahan, Iran.

1. Assistant Professor, Library and Information Sciences, Health Information Research Center, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran. (Corresponding Author) Email: hassanashrafi@mng.mui.ac.ir

2. Lecturer, Library and Information Sciences, Payamenoore_ University of Shahreza, Isfahan, Iran.

ارزیابی کمی پرونده‌های پزشکی بیماران بستری شده در بیمارستان دکتر غرضی اصفهان*

شیرین عباسی^۱، ناهید توکلی^۲

چکیده

مقدمه: امکان بررسی کمیت پرونده‌های پزشکی یکی از عوامل تأثیرگذار در سیاست‌های بیمارستانی، ارزیابی عملکرد کادر درمان و بهبود فعالیت‌های اجرایی می‌باشد و به عنوان اولین وسیله جهت ارزیابی کیفیت مراقبت ارائه شده توسط مؤسسات مراقبتی به حساب می‌آید و با وجود اهمیت ارزیابی و صرف هزینه و وقت زیاد، به آن کمتر توجه می‌شود. در این مقاله به نتایج حاصل از ارزیابی کمی پرونده‌های مدارک پزشکی در بیمارستان دکتر غرضی اصفهان پرداخته شده است.

روش بررسی: این مطالعه‌ی توصیفی، کاربردی و مقطعی که جامعه‌ی مورد مطالعه‌ی آن کلیه‌ی پرونده‌های پزشکی بیماران بیمارستان دکتر غرضی اصفهان از اول فروردین تا پایان اسفند ماه سال ۱۳۸۷ بود. نمونه‌گیری به روش سرشماری انجام شد و تعداد ۲۶۲۸۴ پرونده مورد بررسی قرار گرفت. ابزار جمع‌آوری داده‌ها چک لیستی بود که از کتاب مدارک پزشکی ۳ و ۴ استخراج گردید و با مراجعه به بخش مدارک پزشکی بیمارستان داده‌ها از پرونده‌های بیمارستان استخراج و وارد چک لیست شد و در نهایت با استفاده از نرم‌افزار SPSS مورد تحلیل قرار گرفت.

یافته‌ها: بیشترین درصد قراوانی، نقص مربوط به پرونده بیماران مراجعه کننده به متخصصین گوش و حلق و بینی (۳۸ درصد) بوده است و گروه متخصصین جراحی فک و صورت هیچ گونه نقص اطلاعاتی در پرونده‌ی بیمارانشان نداشته‌اند.

نتیجه‌گیری: نتایج حاصل از بررسی کمی پرونده‌ها بر اساس محورهای مورد نظر مستند سازی نشان داد که بیشترین نقص مربوط به ثبت تاریخ و ساعت توسط مستند سازان (۹۱ درصد) و کمترین نقص در ارتباط با ثبت داده‌ها بوده است (۱/۱ درصد). همچنین درصد ناچیزی از پرونده‌ها (۱/۲ درصد) در بخش مدارک پزشکی ارزیابی نشدند. بیمارستان دکتر غرضی با به کار بردن ابزارهای مدیریتی سعی در کنترل مستند سازی پرونده‌ها و در نهایت ارزیابی مدارک پزشکی نموده است.

واژه‌های کلیدی: ارزیابی اطلاعات؛ بیماران بستری؛ مدارک پزشکی؛ بیمارستان‌ها.

نوع مقاله: تحقیقی

پدیرش مقاله: ۱۹/۷/۱۱

اصلاح نهایی: ۱۸/۱۲/۵

دریافت مقاله: ۱۸/۴/۱۱

ارجاع: عباسی شیرین، توکلی ناهید. ارزیابی کمی پرونده‌های پزشکی بیماران بستری شده در بیمارستان دکتر غرضی اصفهان. مدیریت اطلاعات سلامت ۱۳۹۰؛ ۸ (۱): ۶۴-۵۴.

مقدمه

عملکرد در مؤسسات مراقبت بهداشتی درمانی شکل گرفته است (۳). در مطالعه‌ای که توسط Sanders و Worthen صورت

ارزیابی جزء جدا نشدنی هر فعالیت است؛ چرا که با استفاده از اطلاعات قابل اندازه‌گیری، فعالیت‌های اجرایی بهبود می‌یابد (۱) و به شناخت نقاط قوت و ضعف خدمات ارائه شده کمک می‌نماید. به همین دلیل در هر نظامی، امکانات لازم جهت نظارت و ارزیابی صحیح باید وجود داشته باشد (۲).

در دهه‌های اخیر، تمایل زیادی برای ایجاد برنامه‌های ارزیابی

* این مقاله حاصل طرح تحقیقاتی غیرمصوب می‌باشد که توسط مدیریت بیمارستان دکتر غرضی حمایت شده است.
۱. کارشناس ارشد، مدارک پزشکی، مدیریت درمان تأمین اجتماعی، اصفهان، ایران. (نویسنده‌ی مسؤل)

Email: shirinabbassi2000@yahoo.com

۲. مربی، مدارک پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران.

خدماتی را که به بیمار ارایه شده است، مستند نماید و نشان دهد که این خدمات برای بیمار لازم و مناسب وضعیت وی بوده است. نقص در این مستندات به طور مستقیم روی باز پرداخت تأثیر می‌گذارد (۱۱). اما متأسفانه در اکثر بیمارستان‌های کشور، بخش مدارک پزشکی دستخوش اعمال سلیقه‌ی شخصی شده است که بی‌شک عدم رعایت استانداردها در این بخش، باعث افزایش هزینه‌های غیر ضروری و کاهش بهره‌وری بهینه خواهد شد (۱۲).

توکی در بررسی خود تحت عنوان علل ناقص ماندن پرونده‌های پزشکی نشان داد که هیچ دستورالعمل مشخص و مکتوبی در زمینه‌ی نحوه‌ی تکمیل اوراق پرونده در بیمارستان‌های آموزشی وجود ندارد. همچنین عدم آموزش کافی کادر پزشکی نسبت به نحوه‌ی ثبت اطلاعات پرونده‌ها و عدم نظارت استاد بر اطلاعاتی که اینترن یا رزیدنت در پرونده‌ی بیمار ثبت می‌نمایند، از علل بسیار مهم در ناقص ماندن پرونده‌های پزشکی بوده است (۱۳). بخش مدارک پزشکی با داشتن پرونده‌های بالینی می‌تواند منبع اصلی اطلاعات جهت مراقبت بیمار، بررسی‌های کیفی، آموزش، تحقیقات و برنامه‌ریزی‌های مدیریتی باشد (۱۴). همچنین تمرکز اطلاعات در پرونده‌ی پزشکی نیز موجب بالا رفتن کیفیت مراقبت می‌گردد (۱۵). با توجه به اهمیت بخش مدارک پزشکی در کارایی، ارزیابی و اعتلای کمی و کیفی فعالیت‌های بهداشتی و درمانی بیمارستان‌ها، باید در اصلاح این بخش نهایت سعی و کوشش را به عمل آورد (۱۶). این بخش با ارایه‌ی خدمات متعدد به بیمار، پزشک، مدیریت بیمارستان و پژوهشگران، نقش مهمی را در ارتقای سطح مراقبت‌های بهداشتی و درمانی ایفا می‌کند (۱۷).

سازمان بهداشت جهانی، کارکردها و کاربردهای اصلی مدارک پزشکی را به این شرح عنوان کرده است: عملیات پذیرش، شامل شناسایی بیمار و توسعه و نگهداری ایندکس اصلی بیمار، بازبایی مدارک پزشکی برای مراقبت بیمار و دیگر استفاده‌های مجاز، اقدام ترخیص و تکمیل مدارک پزشکی بعد از ترخیص یا فوت بیمار بستری، کدگذاری

گرفته است، مشخص گردید کنترل و ارزیابی می‌تواند بر روی رضایت‌مندی و کاهش کشمکش‌های بین پزشک و بیمارستان نقش داشته باشد و چنانچه مدیران بیمارستان‌ها ارزیابی مثبتی از عملکرد خود داشته باشند، می‌توانند تأثیر بسزایی در متوسط اقامت بیماران داشته باشند (۴).

در تحقیقی که شیرزاد به منظور بررسی مقایسه‌ای درجه‌ی ارزشیابی و میزان عملکرد بیمارستانی انجام داد، دریافت که ارزشیابی کمی و کیفی خدمات درمانی به منظور انجام وظایف بیمارستانی از ضروریات اجتناب ناپذیر است (۵). در سطح دیگری از ساختار بیمارستان، بخش مدارک پزشکی به عنوان مشتری فرایندهای متعدد در سراسر سازمان نقشی مهم در زمینه‌ی فرایند تشخیص، درمان و هزینه ایفا می‌کند. محصولات و خدمات این بخش به عنوان بخشی از سیستم بهداشتی درمانی از اهمیت خاصی برخوردار است و به عنوان یکی از خدمات شاخص در علوم بهداشتی و پیراپزشکی در جهت نشان دادن راندمان کاری و کیفیت‌ها و کمیت‌های درمانی، مقیاس قابل ارزیابی به شمار می‌آید (۶، ۷).

مدارک پزشکی مسؤلیت جمع آوری، پردازش، حفظ و نگهداری پرونده‌های پزشکی بیماران را نیز به عهده دارد (۸)، مراقبت بیمار را در خود مستند می‌کند و یکی از عناصر مهمی است که در کیفیت مراقبت نقش دارد. ازسوی دیگر به عنوان اولین وسیله جهت ارزیابی کیفیت مراقبت ارایه شده توسط مؤسسات مراقبتی به حساب می‌آید (۹). از این رو باید شامل اطلاعات کافی برای شناسایی بیمار و توجیهی برای تشخیص، درمان و ثبت نتایج درمان باشد.

با توجه به این که مستندسازی در مدارک پزشکی توسط ارایه‌کنندگان خدمات بهداشتی، پزشکان، پرستاران و متخصصین درمان به عنوان فعالیت ثانویه‌ی ارایه‌ی مراقبت بیماران محسوب می‌شود، بنابراین ممکن است مستندسازی همیشه صحیح، کامل، ضروری و مورد پسند نباشد (۱۰). مستندسازی پرونده‌ها نیز به تعیین مقدار باز پرداختی که بیمارستان از سازمان‌های بیمه دریافت می‌کند، کمک می‌نماید. پرونده‌ی بیمار در هنگام ترخیص باید به طور کامل

قبول یا مورد لزوم بوده است یا خیر.

ناکافی یا ناقص بودن اطلاعات پرونده‌ها، پیامدهای متعددی به دنبال خواهد داشت و بیمار اولین فردی است که این پیامدها متوجه او خواهد شد (۱۹)؛ چرا که در مراجعات بعدی به بیمارستان، تیم درمان به مستندات معتبری از درمان‌های انجام شده‌ی قبلی و نتایج آن‌ها نیاز دارند که اگر پرونده ناقص بایگانی شده باشد، منجر به آزمایش‌های تکراری، تصمیم‌گیری نامناسب درمانی و صرف هزینه‌های اضافی خواهد شد.

مهم‌ترین علت ناقص ماندن پرونده‌ها این است که پزشکان و جراحان بر این باورند که مراقبت‌های پزشکی یا جراحی مورد نیاز بیمار بسیار حیاتی است، اما بهبود مستندسازی اطلاعات مربوط به مراقبت‌ها مهم نیست و آن را به عنوان بخشی از فرایند درمان در نظر نمی‌گیرند، در حالی که مدت زمانی که جهت ثبت یا تکمیل پرونده‌ی بیمار در رابطه با مراقبت‌های ارایه شده می‌گذرد، باید به عنوان بخشی از فرایند مراقبت در نظر گرفته شود (۲۱). در این مقاله نتایج حاصل از ارزیابی پرونده‌های پزشکی بیمارستان دکتر غرضی در سال ۱۳۸۷ ارایه و تحلیل شده است.

روش بررسی

مطالعه‌ی حاضر توصیفی- کاربردی و مقطعی بود و جامعه‌ی مورد مطالعه، کلیه‌ی پرونده‌های پزشکی بیماران بستری شده از اول فروردین تا پایان اسفند ماه ۱۳۸۷ بود. نمونه‌گیری به روش سرشماری انجام شد و تعداد ۲۶۲۸۴ پرونده مورد بررسی قرار گرفت. مکان انجام پژوهش، بیمارستان دکتر غرضی اصفهان از بیمارستان‌های وابسته به سازمان تأمین اجتماعی بود. ابزار جمع‌آوری داده‌ها نیز چک لیست برگه‌ی نواقص پرونده بود که از مطالعات کتابخانه‌ای و مقررات و آیین‌نامه‌های مستندسازی پرونده‌ها در بیمارستان‌های تأمین اجتماعی کشور و کتاب مدارک پزشکی ۳ و ۴ استفاده گردید (۱۲). سپس روایی و پایایی چک لیست به تأیید صاحب‌نظران مربوط رسید. این چک

بیماری‌ها و اعمال جراحی بیماران ترخیص شده یا فوتی، بایگانی مدارک پزشکی، تکمیل ماهانه و سالانه‌ی آمار، موضوعات مرتبط با چاپ اطلاعات بیمار و مسایل قانونی و ارزیابی خدمات مدارک پزشکی (۱۸).

ارزیابی کمی، مرور مدارک پزشکی به منظور اطمینان از کامل بودن، درست بودن و برآورده کردن استانداردهای مورد نیاز در ایجاد مدارک پزشکی می‌باشد. در حقیقت بخش مدارک پزشکی مسؤل کنترل قسمت‌های پرونده‌ی پزشکی به منظور اطمینان از کامل بودن، کافی بودن و درست بودن داده‌ها می‌باشد. مدارک پزشکی باید در هر زمانی برای بیمار قابل دسترس و نیز برطرف کننده‌ی نیازهای بیمار، پزشک و بیمارستان باشد (۱۹).

William و Manna استانداردهای مورد بررسی در

ارزیابی کمی را به شرح زیر اعلام کرده‌اند:

- کامل بودن داده‌های ثبت شده در مدارک پزشکی بیمار در هنگام حضور وی در بیمارستان
- مشخص بودن نام بیمار، شماره‌ی پرونده و نام بیمارستان در تمامی صفحات پرونده
- برخورداری از ساخت و طرح استاندارد جهت محتویات پرونده

- کامل بودن موارد ثبت شده شامل تاریخ، زمان و امضای ثبت کننده، در صورت ثبت موارد پزشکی توسط دانشجو، امضای مسؤل دانشجو و ثبت داده‌ها پس از انجام کار (۲۰).

Huffman نیز ویژگی‌های اساسی را که هنگام استفاده از پرونده‌های پزشکی باید مدنظر قرار گیرد، کامل بودن، دقیق بودن و با کفایت بودن داده‌های موجود در پرونده می‌داند (۱۷).

وجود اطلاعات ناقص در پرونده منجر به تکرار آزمایش‌ها و نیز هزینه‌های اضافی خواهد شد. اگر داده‌های هویتی ناقص باشد، احتمال دارد اوراق پرونده با پرونده‌ی دیگری اشتباه شود. بدون مستندسازی مناسب مدارک پزشکی، به سختی می‌توان ثابت کرد که خدمات ارایه شده به بیمار، قابل

یافته‌ها

پس از تکمیل چک لیست مربوط نتایج توزیع فراوانی آمار نواقص به تفکیک هر پزشک استخراج گردید. بیشترین درصد تخصص مربوط به گروه جراحی عمومی با ۲۰ درصد و کمترین درصد تخصص مربوط به گروه‌های عفونی و جراحی فک و صورت بود (حدود ۲ درصد). نتایج نواقص پرونده‌ای پزشکان بر حسب تخصص‌های مربوط در جدول ۱ قرار گرفت. به منظور بررسی دقیق و مشخص شدن جایگاه هر تخصص در توزیع نواقص، درصد نقص بر حسب درصد نسبی نواقص در هر تخصص به کل تخصص‌های بیمارستانی محاسبه گردید.

لیست از دو قسمت تشکیل شده بود. قسمت اول مشخصات دموگرافی (شامل نام و نام خانوادگی بیمار، نام بخش مربوط، نام پزشک و شماره‌ی پرونده) و قسمت دوم آیتم‌های مربوط به ثبت اطلاعات پرونده‌ها از قبیل ثبت داده‌ها در اوراق اصلی و اختصاصی مدارک پزشکی، ثبت امضاهای مجاز، رعایت قوانین مستندسازی پرونده، ثبت تاریخ و ساعت و مهر «بررسی شد» در مدارک پزشکی بود. پس از مطالعه‌ی هر پرونده، داده‌های مورد نیاز وارد چک لیست شد و از طریق روش‌های آمار توصیفی تجزیه و تحلیل گردید.

جدول ۱: توزیع فراوانی آمار نواقص پزشکان بر حسب گروه‌های تخصصی در سال ۱۳۸۷

ردیف	نوع تخصص	تعداد پرونده	تعداد نواقص	درصد نسبی نواقص به کل
۱	قلب و عروق	۱۸۱۰	۲۴۷	۴/۸
۲	ارتوپدی	۲۰۸۷	۴۶۸	۹/۱
۳	داخلی	۱۹۴۷	۴۰۱	۷/۸
۴	جراحی عمومی	۴۸۴۱	۱۱۰۹	۲۱/۶
۵	اطفال	۱۶۸۱	۱۷۱	۳/۳
۶	مغز و اعصاب	۶۱۷	۹۹	۱/۹
۷	گوش و حلق و بینی	۳۷۶۹	۱۴۲۴	۲۸
۸	زنان و زایمان	۵۲۷۹	۵۸۷	۱۱/۴
۹	ارولوژی	۱۶۱۷	۳۳۶	۶/۵
۱۰	چشم	۱۸۴۱	۱۴۰	۲/۷
۱۱	عفونی	۴۴۴	۴۲	۰/۸
۱۲	اعصاب و روان	۳۳۱	۹۷	۱/۸
۱۳	جراح فک و صورت	۲۰	۰	۰
	جمع	۲۶۲۸۴	۵۱۲۱	۱۰۰

شد. یافته‌ها نشان داد درصد نسبی نواقص در گروه گوش و حلق و بینی بالاترین (۲۸ درصد) و در گروه تخصص جراحی فک و صورت بدون نقص بود.

جدول ۲ به بررسی آیتم‌های مورد توجه در ارزیابی کمی انجام شده در مدارک پزشکی می‌پردازد که شامل کامل بودن داده‌ها، ثبت داده، وجود تاریخ و امضاهای مجاز در پرونده به معنای تصدیق هویت مستندساز، رعایت قوانین مستندسازی از قبیل به هنگام بودن داده‌ها، تکمیل مشخصات حقیقی و حقوقی بیمار در اوراق، عدم استفاده از لاک غلط گیر، وجود اوراق مورد نیاز در پرونده و نیز وجود مهر «بررسی شد» در مدارک پزشکی به منظور تصدیق بررسی پرونده بود.

در ارتباط با توزیع فراوانی آمار نواقص پزشکان، یافته‌ها نشان داد که بیشترین تعداد بیمار مراجعه کننده مربوط به گروه تخصصی زنان و زایمان (۲۰ درصد) و کمترین تعداد بیمار مراجعه کننده مربوط به گروه جراحی فک و صورت (حدود ۰/۰۷ درصد) بود. در رابطه با میانگین تعداد نواقص در هر گروه تخصصی، بیشترین میانگین تعداد نواقص در همان گروه تخصصی مربوط به گروه گوش و حلق و بینی (حدود ۳۸ درصد) و کمترین میانگین تعداد نواقص در تخصص جراحی فک و صورت (بدون نقص) به دست آمد. به منظور بررسی وضعیت نواقص پرونده‌های پزشکی در کل تخصص‌های مربوط، درصد نسبی نواقص به کل نیز سنجیده

جدول ۲: توزیع فراوانی نواقص پرونده بر اساس محورهای مورد ارزیابی به تفکیک بخش در سال ۱۳۸۷

بخش	قوانین مستندسازی	ثبت داده‌ها	ثبت تاریخ و ساعت	ثبت امضاهای مجاز	درج مهر «بررسی شد»	جمع	تعداد پرونده	درصد
ICU	۱	۱	۱	۲	۲	۷	۵۷	۰/۱
اطفال	۰	۰	۲۶	۴	۲	۳۲	۱۱۲۸	۱
داخلی مردان	۳	۵	۱۲۷	۲	۲	۱۳۹	۱۷۷۹	۴/۵
جراحی زنان	۴	۳	۳۳۲	۱۵	۳	۳۵۷	۳۱۳۱	۱۲
جراحی مردان	۵۲	۷	۳۷۶	۲۴	۱۰	۴۶۹	۴۱۹۱	۱۵/۵
داخلی زنان	۴	۱	۷۱	۶	۴	۸۶	۲۰۰۸	۳
زایشگاه	۱	۰	۱	۰	۰	۲	۴۹	۰/۰۶
CCU	۴	۰	۳۷	۰	۱	۴۱	۴۲۰	۱/۴
مامایی	۰	۶	۱۷۹	۳	۶	۲۱۱	۵۲۶۳	۷
نوزادان	۰	۱	۱۸	۱۶	۱	۲۱	۵۴۷	۰/۶
سریایی	۳۵	۶	۱۱۷۳	۲۳	۴	۱۲۴۳	۶۷۲۵	۴۱/۸
اتاق عمل	۰	۰	۱	۱	۰	۳	۱۹	۰/۰۶
درمانگاه	۰	۳	۳۷۴	۱	۰	۳۷۷	۹۶۶	۱۳
جمع	۱۰۴	۳۳	۲۷۱۵	۹۷	۳۵	۲۹۸۸	۲۶۲۸۴	۱۰۰
درصد	۳/۵	۱/۱	۹۱	۳/۲	۱/۲			

نشان داد که از برگه‌ی نقص جهت ارزیابی کمی پرونده‌ها استفاده می‌شد و میانگین ارزیابی کمی پرونده‌های پزشکی در سه بیمارستان در خصوص آیتم‌های ثبت داده، خوانا بودن و تکمیل آدرس و گرام پرونده، دارای درصد نواقص به ترتیب ۱۰/۱ درصد، ۴/۸ درصد و ۰/۵ درصد بودند (۲۲). در حالی که در بیمارستان دکتر غرضی، میانگین‌های به دست آمده عبارت از ۱/۱ درصد و ۳/۴ درصد (عدم رعایت قوانین مستندسازی) بودند که در خصوص دو آیتم اخیر، نتایج پژوهش وی با پژوهش حاضر هم‌خوانی دارد.

در پژوهشی تحت عنوان «بیمه‌ی خدمات درمانی از دیدگاه رؤسا و مدیران بیمارستان‌های عمومی دولتی و خصوصی شهر تهران در مورد علل کسورات صورت‌حساب‌های بیمه‌ی درمانی در سال ۱۳۷۶» نتایج نشان داد که خط خوردگی اوراق و مخدوش بودن نسخ پزشکی ۶۶/۶۷ درصد، ناقص بودن و یا فاقد امضا بودن اسناد ارسالی از سوی بیمارستان ۵۵/۵۵ درصد و نیز اشتباه در کدگذاری بعضی از خدمات تشخیصی و درمانی از سوی بیمارستان ۵ درصد از علل مهم کسورات پرونده‌ها بوده است (۲۳). تحقیقی که توسط شاهی و خرمی در بیمارستان‌های آموزشی درمانی دانشگاه هرمزگان انجام گردید، نشان داد که ارزیابی کمی پرونده‌های پزشکی بر اساس ضوابط در بیمارستان‌های تحت بررسی حدود ۹۰ درصد انجام می‌گیرد (۲۴) که انجام ارزیابی با بیمارستان مورد نظر مطابقت دارد.

قاضی سعیدی در پژوهشی نشان داد که نحوه‌ی برخورد با پرونده‌های ناقص تنها در ۲۰ درصد مراکز عمومی و ۲۲/۲۲ درصد مراکز تخصصی فرم‌هایی جهت ارزیابی کمی پرونده پیش‌بینی شده است و آن هم به دلیل نبود دستورالعمل تأیید شده و رسمی راه به جایی نبرده است (۲۵). تحقیق دیگری نشان داده است سیستم‌های کنترل کننده برای مهار پرونده‌های ناقص و اقدام ارزشیابی لازم در بخش مدارک پزشکی وجود ندارد (۲۶)، در حالی که در بیمارستان مورد نظر اقدامات لازم برای ارزیابی پرونده در

یافته‌ها نشان داد که بیشترین بیماران ترخیص شده، مربوط به بخش سرپایی (حدود ۲۶ درصد) و کمترین بیماران ترخیص شده مربوط به اتاق عمل (حدود ۰/۰۷ درصد) بودند (اغلب بیمار به طور مستقیم از اتاق عمل ترخیص نمی‌شود و تنها در شرایطی از قبیل اعمال سرپایی کوچک و یا ترخیص قبل از انجام جراحی امکان ترخیص بیمار از این بخش امکان پذیر می‌گردد).

همچنین درصد نسبی نواقص در کل بخش‌ها نشان داد که بخش زایشگاه با ۰/۰۶ درصد کمترین نواقص و بخش سرپایی با ۴۱/۸ درصد بیشترین نواقص را داشت.

یافته‌ها نشان داد از مجموع نواقص پرونده‌ای، بیشترین نقص (حدود ۹۱ درصد)، مربوط به عدم ثبت تاریخ و ساعت توسط مستندسازان بود. در ارتباط با ثبت داده توسط مستندساز، کمترین میزان نقص به چشم می‌خورد (حدود ۱ درصد). همچنین تنها حدود ۱/۲ درصد پرونده‌ها توسط مدارک پزشکی ارزیابی نشدند (عدم وجود مهر «بررسی شد» مدارک پزشکی).

بحث

در بیمارستان دکتر غرضی به منظور حصول اطمینان از بررسی کلیه‌ی پرونده‌های ترخیص شده، منشی موظف است پس از کنترل پرونده توسط سرپرستار بخش، پرونده را جهت ارزیابی به مدارک پزشکی تحویل نماید و پس از ثبت مهر «بررسی شد» در واحد مدارک پزشکی مراحل بعدی ترخیص از قبیل ترخیص مالی پرونده انجام خواهد پذیرفت. واحد حسابداری نیز مکلف است در صورتی که پرونده مهر «بررسی شد» را نداشت، از صدور مجوز ترخیص امتناع نماید. با وجود این که کادر پزشکی و پیراپزشکی ثبت اطلاعات و مستندسازی پرونده را جزیی از فرایند درمان بیمار می‌دانند، نتایج ارزیابی کمی پرونده‌ها حاکی از وجود نواقصی در پرونده‌های پزشکی است.

در تحقیقی توسط Sheheta و همکاران که در سه بیمارستان (آموزشی، ارتش و دانشگاهی) انجام گرفت، نتایج

نظر گرفته شده است.

احمدی و همکاران در پژوهش خود نشان دادند که در بایگانی و تکمیل پرونده‌ها حدود ۴۲ درصد الزامات در هیچ سیستمی دیده نشد (مشاهده‌ی خلاصه‌ی پرونده‌ی کدگذاری شده‌ی بیماران، ایجاد لیستی از پرونده‌های ناقص بر اساس نام پزشکان و نوع خدمت، ردیابی گزارش‌ها و پرونده‌های ناقص بر اساس شماره‌ی پرونده و کلمه‌ی شناسایی کاربر، اخذ گزارش‌های ویژه و استاندارد برای تحلیل تخلف/ نقص پرونده، ثبت و ذخیره‌ی فهرست نقایص در حافظه‌ی کامپیوتری و حذف لیست ناقص پس از تکمیل، ۴ موردی هستند که فقط در یک سیستم وجود دارد) (۲۷).

در پژوهشی در بیمارستان‌های آموزشی اصفهان مشخص شد که ۴۳/۲ درصد پرونده‌های تحت مطالعه، یا برگ خلاصه‌ی پرونده نداشتند یا اطلاعات مربوط به این برگ توسط پزشک معالج تکمیل نشده است (۲۸) که یافته‌های این پژوهش با مطالعه‌ی اخیر هم‌خوانی ندارد.

طاهری در پژوهش خود عنوان می‌کند، در حال حاضر در مراکزی که کدگذاری پرونده‌ها به صورت کامپیوتری انجام می‌شود، به علت مشکلات سیستم‌های کامپیوتری، امکان گرفتن اطلاعات مورد نیاز وجود ندارد (۲۹). همچنین Schneider و همکاران در مطالعه‌ی خود نشان دادند که مدارک پزشکی الکترونیکی نه تنها به عنوان ابزاری جهت تسهیل مراقبت درمانی به کار می‌رود، بلکه به عنوان عامل مهمی در سنجش عملکرد ایفای نقش می‌کند (۳۰).

نتیجه‌گیری

پرونده‌های پزشکی به لحاظ این‌که وضعیت بیمار، طول بستری و بررسی‌های انجام شده، درمان، سیر بیماری و تعامل بین بیمار و پزشک در طول یک دوره را مستند می‌کند، به عنوان یک عنصر اساسی در کیفیت مراقبت به شمار می‌رود. حتی برخی مطالعات نشان می‌دهد که کیفیت مدارک پزشکی، کیفیت مراقبت ارائه شده توسط پزشکان را مشخص می‌کند (۳۱).

در مطالعات انجام شده در ایران، عملکرد مستندسازی پرونده‌های پزشکی توسط ارائه دهندگان ناقص گزارش شده است که این امر علاوه بر از دست دادن اطلاعات بیماران بستری شده، می‌تواند آثار سوء در فرایند درمان آن‌ها داشته باشد (۳۲).

Pizzull در تحقیق خود نشان داد که ارزیابی کمی پرونده‌های پزشکی در بیمارستان‌ها، نتایج زیر را به همراه خواهد داشت: بهبود مراقبت از بیمار، کاهش نواقص پرونده‌ای، به کارگیری خط مشی و دستورالعمل‌های مدون در خصوص ارزیابی کمی پرونده‌ها، بهبود ارتباط با سایر مراکز درمانی، فراهم کردن مستندات کامل از مراقبت بیمار، امکان تحقیق در جنبه‌های مختلف درمان (۳۳).

در پژوهش فوق مشخص گردید بیمارستان با به کار بردن ابزارهای مدیریتی سعی در کنترل مستندسازی پرونده‌ها و در نهایت ارزیابی مدارک پزشکی نموده است. در بخش‌های بستری برخی از بخش‌ها از جمله بخش‌های سرپایی و درمانگاه دارای بیشترین درصد نواقص پرونده‌ای بودند که دلیل آن عدم حضور منشی در بخش‌های یاد شده به منظور بررسی پرونده‌ها قبل از ترخیص بود.

از نکات تأثیرگذار در اهمیت نتیجه‌ی ارزیابی انجام شده، تشکیل دوره‌های آموزشی در خصوص مدارک پزشکی جهت منشی‌های بیمارستانی، وجود فرایندهای کاری در بخش مدارک پزشکی، تدوین دستورالعمل‌های مستندسازی پرونده، صدور گواهی فوت و ولادت و ابلاغ آن به پزشکان و پرستاران، تشکیل جلسات تخصصی پزشکان و ابلاغ نتایج حاصل از ارزیابی به آن‌ها و نیز وجود برنامه‌ی نرم‌افزاری در مدارک پزشکی با امکانات بررسی آمار تعداد بیماران، اعمال جراحی انجام شده، آمار بیماری‌ها و نواقص هر پزشک را به تفکیک پزشک و گروه تخصصی را می‌توان نام برد.

پیشنهادها

با این وجود به منظور کاهش نواقص موجود در پرونده، رعایت نکات زیر نیز حایز اهمیت است:

- سیستم‌های اطلاعات بیمارستانی به منظور ارتباط تنگاتنگ بخش‌های درگیر در امر درمان بیماران به کار گرفته شود.
- جلسات منظم با کادر پزشکی در ارتباط با ثبت اطلاعات، اصلاح نواقص و تمرکز روی نقاط ضعف حاصل از مطالعات کیفی تشکیل گردد.
- بخش مدارک پزشکی باید کادر پزشکان، مدیریت بیمارستان و سایر کارکنان بیمارستان را از اهمیت اثرات ثبت اطلاعات در مدارک پزشکی برای مراقبت بیمار، پرداخت هزینه‌ی بیمار توسط بیمه و مراحل قانونی آن مطلع سازد.
- دستورالعمل‌ها و خط مشی‌های اساسی در زمینه‌ی ارزیابی کمی پرونده و ابلاغ به بیمارستان‌ها جهت اجرا تدوین گردد.

پیام مقاله

یافته‌ها و دستاوردهای اصلی این مطالعه چیست؟

ثبت مستندات پزشکی در پرونده‌ها به منزله‌ی انجام اقدام برای بیماران از مهم‌ترین ویژگی‌های مستند سازی می‌باشد. از این‌رو، در این مطالعه با شاخص گذاری و ارزیابی کمی کلیه‌ی پرونده‌های پزشکی در طول یک سال در بیمارستان دکتر غرضی (وابسته به مدیریت درمان تأمین اجتماعی) به بررسی مراحل و ویژگی‌های مستند سازی در ثبت داده، ثبت تاریخ، تصدیق هویت بیماران و کامل بودن مستندات پرداخته شد. بدین ترتیب مسؤولان بیمارستان توانستند با بررسی نواقص موجود در تخصص‌های پزشکی و بخش‌های بیمارستانی اقدام اصلاحی جهت کاهش نواقص و بهبود عملکرد مستند سازان در پرونده‌های پزشکی را انجام دهند.

مخاطبان اصلی این مطالعه چه کسانی هستند و این مطالعه چه توصیه‌ی عملی برای آنان دارد؟

مخاطبان اصلی این مطالعه مدیران ارشد مراکز بهداشتی و درمانی و به طور اختصاصی مدیران گروه پزشکی و سرپرستاران بخش‌ها می‌باشند. این مطالعه روشی برای پایش ارزیابی کمی پرونده‌های پزشکی بوده و یک عامل اصلی در درستی و کامل بودن پرونده‌ها بوده است و به عنوان یک عامل کمکی در ارزیابی کیفی پرونده‌های پزشکی به پزشکان معتمد می‌باشد.

References

1. Sadaghiani A. Evaluate health care and hospital standards. Tehran: Jaafari Publication; 2005.
2. Vatankhah S. Attitude of managers to the treatment of social problems in some health care insurance. [MSc Thesis]. Tehran: School of Management and Medical Information, Tehran University of Medical Sciences; 1995. p. 25.
3. Bukonda N, Tavrow P, Abdallah H, Hoffner K, Tembo J. Implementing a national hospital accreditation program: the Zambian experience. Int J Qual Health Care 2002; 14(Suppl 1): 7-16.
4. Sanders JR, Worthen BR. Educational evaluation: theory and practice. New York: Wadsworth Pub. Co; 1973.
5. Shirzad A. Comparative study of evaluation degree and function hospitals Mazandaran University of Medical Sciences and Health Services. [MSc Thesis]. Tehran: School of Public Health, Tehran University of Medical Sciences; 1997.

6. Cassidy BS. Total quality management: an implementation strategy for excellence in the medical record department. *Top Health Rec Manage* 1991; 11(3): 44-57.
7. Rabee R. Performance assessment section of medical record Hospitals -Specialized Medical University and Health Services Iran. [MSc Thesis]. Tehran: Faculty of Medical Information Management, Tehran University of Medical Sciences; 2001.
8. Raeisi P, Pour Mohammad A. Read performance section of medical record Hospitals. *Qom Medical University of Medical Sciences* 2008; 11(31): 39-46.
9. Horn Manger BJ. Documentation requirements in non-acute care facilities & organizations. New York: Parthenon Pub. Group; 2001.
10. Langarei Zadeh M, Shahveredian N, Jaafari H. Health Information Management. Tehran: Institute of Cultural Art Dibagaran; 2001.
11. Faracis CM. Hospital administration. In: Lippincott Williams & Wilkins, Editor. Complete guide to documentation. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2003.
12. Hajavei A, Sarbaz M, Moradi N. Medical Records (3) and (4). Tehran: Electronic publishing and information world computer; 2002.
13. Tavakoli N. Causes remain incomplete case managers and medical and suggestions physician's university hospitals in Isfahan in 2004. *Journal of Information Management and Health* 2005; 2(1): 15-24.
14. Sadaghiani E. Organization and hospital management. Tehran: Electronic Publishing and Information Jahan Rayanei; 1998.
15. Hammond W. An In Depth Look At The Data Structure of A Computer-based Patient Record - TMR. Proceedings of the 20th Congress AMIA; 1993 May 9-12; Missouri, USA; 1993.
16. Ahmadi M. Deployment of quality management principles and concepts pervasive in the medical record Hospitals University of Medical Sciences -Year 2005. *Quarterly Health Management Research* 2007; 10(29): 25-30.
17. Huffman EK. Health Information Management. Berwyn: Physicians Record Co; 1994.
18. WHO. Medical Records Manual: A Guide for Developing Countries. Geneva: World Health Organization; 2006.
19. Mogli GD. Medical records: organization and management. New Delhi: Jaypee Bros; 2001.
20. Manna R, William J. Standards in M.R keeping. *Clin Med* 2003; 3(4): 329-32.
21. Danialie A, Keshtkaran A. Medical Records Management Section. Shiraz: Shiraz University of Medical Sciences Publications; 2001.
22. Sheheta A, Ajluni M, Amir N. Evaluation numbering, Filing and retrieval system used in medical records departments of Jordanian hospital (the pullet in of the H.I.P.H). Alexandria: Alex-University: The High Institute of Public Health; 1994. p. 1023.
23. Abbasi S. The health insurance perspective hospitals presidents and general managers, public and private Isfahan. [MSc Thesis]. Tehran: Tehran Science Research Branch, Islamic Azad University Tehran; 1997.
24. Shahi M, Khorami F. Performance assessment section of medical record Hospitals -Health, Hormozgan University of Medical Sciences. *Journal of Medical Statistics and Information* 2006; 1(3): 3-12.
25. Ghazi Saeedi M. Section of medical record review activities, training in hospitals of Tehran University of Medical Sciences [MSc Thesis]. Tehran: School of Management and Medical Information, Tehran University of Medical Sciences; 1997.
26. Ghazi Saeedi M, Sharifian R. Status of medical record review section Hospitals in Tehran University of Medical Sciences 2003. *Medicine and Refinement* 2005; 14(1): 30-5.
27. Ahmadi M, Hosseini F, Bar Abadei M. A survey systems tell the hospital compliance with the section of medical record users needs, staff Magazine. *Journal of Health Management* 2008; 11(32): 25-33.
28. Tavakoli N. Causes remain incomplete case managers and medical and suggestions Physicians University hospitals in Isfahan in 2004. *Journal of Information Management and Health* 2005; 2(1): 25-4.
29. Taheri A. Review mechanism producing statistical data [MSc Thesis]. Tehran: School of Management and Medical Information, Iran University of Medical Sciences; 2003.

30. Schneider EC, Riehl V, Courte-Wienecke S, Eddy DM, Sennett C. Enhancing performance measurement: NCQA's road map for a health information framework. National Committee for Quality Assurance. JAMA 1999; 282(12): 1184-90.
31. Dra G. Some related factors associated to the quality of cesarean section performance in Hara ponkita children &maternity hospital in Jakarta. Proceedings of the 13th International Health Records Congress, International Federation of Health Records Organizations and the Health Information Management Association of Australia; 2000 Jul 27-29; Melbourne, Australia; 2000.
32. Mashofei M, Amanei F, Roustami KH, Mardei A. Registered assessment information hospitals of Ardabil Medical Sciences University. Ardabil University of Medical Sciences Journal 2004; 4(11): 43-9.
33. Pizzull DR. Medical records & medical care evaluation: why, when, how. Qatar Med J 1983; 4(1): 21-4.

Quantitative Analysis of Medical Record of Admitted Patients in the Gharazi Hospital of Isfahan, Iran*

Shirin Abbassi¹, Nahid Tavakoli²

Abstract

Introduction: Quantitative analysis of medical records is effectiveness factors in hospital policies, assessment of treatment team performance, and improve executive activities in hospital and they are the principle tool for medical audit. Despite the importance of evaluation and high cost and time, it was not intentioned enough. This paper review the result of Quantitative analysis of medical records of patients admitted in the Gharazi hospital of Isfahan, Iran.

Methods: In this descriptive and cross-sectional study, the medical records of all patients admitted in the hospital from the first April 2008 until the end of March were evaluated. Sampling method was census and 26284 number of cases were studied Data collection tool was the checklist that was extracted from medical record text. Researcher referred to the medical record department and data from hospital records were extracted and compiled the checklist and analyzed by SPSS.

Results: The most frequency of failure of patients file were related to Ear, Nose and Throat (ENT) specialists (38%) and Maxillofacial Surgery department professionals had not any defect in their patients file record.

Conclusion: Quantitative analysis of medical records Based on the desired topics of documentation showed that the most failure of patient records were related to documentation of date entry by documentary makers (91%) and the lowest deficit was related to data entry (1.1%). Few percent of the cases (1.2%) were not assessed in medical record. Considering the results of this study, the Gharazi hospital of Isfahan, Iran is planning to control the case documentation and medical records evaluation by applying appropriate management tools.

Keywords: Information Evaluation; Inpatients; Medical Records; Hospitals.

Type of article: Original Article

Received: 2 Jun, 2009

Accepted: 3 Oct, 2010

Citation: Abbassi Sh, Tavakoli N. **Quantitative Analysis of Medical Record of Admitted Patients in the Gharazi Hospital of Isfahan, Iran.** Health Information Management 2011; 8(1): 64.

* This article is an independent research with support by Manager`s of Gharazi hospital.

1. MSc, Medical Record, Management, Treatment of Social Security, Isfahan, Iran. (Corresponding Author)
Email: shirinabbassi2000@yahoo.com

2. Lecturer, Medical Record, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran.

نیاز سنجی آموزش مداوم حرفه‌ای دانش‌آموختگان مدیریت خدمات بهداشتی درمانی*

سعید کریمی^۱، مرضیه جوادی^۲، مریم یعقوبی^۳، سوگل فتحعلی‌زاده^۴، معصومه ملایی^۴

چکیده

مقدمه: آموزش کارکنان فرایندی است که انطباق و سازگاری کارکنان با محیط متحول سازمانی را فراهم می‌آورد. نکته‌ی بسیار مهم در تنظیم و اجرای برنامه‌ی آموزشی، برنامه‌ریزی با توجه به نیاز مخاطبان است. شناسایی نیازهای آموزشی نخستین گام برنامه‌ریزی آموزش کارکنان و پیش‌نیاز یک برنامه‌ی آموزشی مؤثر است. این مطالعه، با هدف شناخت نیازهای آموزشی دانش‌آموختگان مدیریت خدمات بهداشتی درمانی تنظیم گردیده است.

روش بررسی: این پژوهش، یک مطالعه‌ی توصیفی-پیمایشی بود که در سال ۱۳۸۷ به صورت مقطعی بر روی تعداد ۶۷ نفر از دانش‌آموختگان رشته‌ی مدیریت خدمات بهداشتی درمانی شاغل در واحدهای مختلف زیر مجموعه‌ی دانشگاه علوم پزشکی اصفهان انجام گرفت. ابزار مطالعه پرسش‌نامه‌ی محقق ساخته‌ای بود که پایایی آن با ضریب Cronbach's alpha برابر با ۰/۷۵ تعیین شد و روایی آن به تأیید صاحب‌نظران رسید. روش نمونه‌گیری ساده بود و داده‌های مطالعه با استفاده از نرم‌افزار SPSS تحلیل شد.

یافته‌ها: نتایج نشان داد پاسخ‌گویان در بین سه حیطه‌ی مورد بررسی به حیطه‌ی مهارت‌های فنی و عملیاتی نیاز بیشتری دارند (میانگین ۳/۴۷، انحراف معیار ۰/۱۲). در بین مهارت‌های فنی و عملیاتی بالاترین نمره، نیاز مربوط به آشنایی با استفاده و کاربرد نرم‌افزارهای رایانه‌ای است و در حیطه‌ی مهارت‌های نظری و ادراکی، مبحث جهانی شدن و چند فرهنگی شدن سازمان‌ها دارای بالاترین امتیاز در بین کل نیازهای احساس شده‌ی دانش‌آموختگان مدیریت خدمات بهداشتی درمانی است.

نتیجه‌گیری: نیازهای عملیاتی و در واقع آنچه دانش‌آموختگان مدیریت به طور روزمره با آن سر و کار دارند، به خصوص نیازهای مربوط به کاربرد رایانه و فن‌آوری اطلاعات، از مهم‌ترین نیازهای حیطه‌ی مهارت‌های عملیاتی قلمداد می‌شود و لازم است برنامه‌ریزان آموزشی این موارد را در تنظیم برنامه‌های سالیانه مد نظر قرار دهند.

واژه‌های کلیدی: آموزش مداوم؛ مدیریت خدمات بهداشتی؛ آموزش حرفه‌ای؛ نیازسنجی.

نوع مقاله: تحقیقی

پذیرش مقاله: ۱۹/۲/۱۲

اصلاح نهایی: ۱۳/۱۱/۸۸

دریافت مقاله: ۳۱/۵/۸۸

ارجاع: کریمی سعید، جوادی مرضیه، یعقوبی مریم، فتحعلی‌زاده سوگل، ملایی معصومه. نیاز سنجی آموزش مداوم حرفه‌ای دانش‌آموختگان مدیریت خدمات بهداشتی درمانی. مدیریت اطلاعات سلامت ۱۳۹۰؛ ۸ (۱): ۶۵-۷۴.

مقدمه

* این مقاله برگرفته از پایان‌نامه‌ی دانشجویی در مقطع کارشناسی است و بدون حمایت مالی انجام شده است.

۱. استادیار، مدیریت خدمات بهداشتی درمانی، مرکز تحقیقات مدیریت و اقتصاد سلامت، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران.
۲. دانشجوی دکتری، کمیته‌ی تحقیقات دانشجویی، مدیریت خدمات بهداشتی درمانی، مرکز تحقیقات مدیریت و اقتصاد سلامت، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران. (نویسنده‌ی مسؤول)

Email: m_javadi@mng.mui.ac.ir

۳. دانشجوی دکتری، کمیته‌ی تحقیقات دانشجویی، مدیریت خدمات بهداشتی درمانی، مرکز تحقیقات مدیریت و اقتصاد سلامت، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران.

۴. کارشناس، مدیریت خدمات بهداشتی درمانی، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران.

با توجه به پیشرفت‌های روزافزون تکنولوژی و رشد بی‌سابقه‌ی اطلاعات مدیریتی سلامت، نیاز به آموزش و به‌سازی نیروی انسانی شاغل در رشته‌ی مدیریت خدمات بهداشتی درمانی یک ضرورت است. گرچه صاحب‌نظران به اهمیت این موضوع توجه و بر اجرای صحیح، جامع و کامل آن تأکید دارند، اما با توجه به تحولات مستمر نیازهای بهداشتی جامعه و افزایش روزافزون دانستنی‌های علم مدیریت، لازم است آموزش و به‌سازی نیروی

جوامع مورد شناسایی قرار می گیرد. اغلب هر برنامه‌ی آموزشی و درسی برای ایجاد تحول و تغییر در وضعیت موجود، طراحی و به اجرا گذاشته می‌شود. از این رو، گام آغازین در فرایند برنامه‌ریزی، شناسایی هدف‌ها یا نقاط مطلوب است (۳).

با توجه به نیازهای آموزشی شناخته شده، می‌توان به تعیین و فراهم سازی اهداف، درون‌داد آموزشی مناسب و کاربری سودمند از منابع و امکانات دیگر پرداخت (۴).

مدیریت مؤسسه برای نیل به بازده بالا، باید سخاوتمندانه ولی با برنامه در آموزش کارکنان خود سرمایه‌گذاری کند. در دنیای امروز، آموزش سنتی برای رفع نیازهای آموزشی کارکنان و اداره‌ی امور پیچیده کافی نیست؛ بنابراین باید الگوها و روش‌های جدید و مناسب و همچنین متدهای علمی و نظام‌مند را چه در تعیین نیازها و چه در اجرایی کردن آموزش‌های مورد نظر به کار گرفت تا از این رهگذر مدیران و کارکنان، از نقش منفعل و سنتی به ایفای نقش فعال و خلاق ترغیب شوند.

در بسیاری از موارد برنامه‌های آموزشی بدون در نظر گرفتن خواسته و نیاز واقعی جامعه‌ی هدف تنظیم شده است، در نتیجه برنامه‌ها موفقیت مورد انتظار را نخواهند داشت. همان‌گونه که در سطور قبل اشاره شد، نیازسنجی، روشی است که توسط آن، نیازها یا به عبارت دیگر مسایل و مشکلات گروه هدف، به طور واقعی، یا با کمک خودشان بررسی و شناسایی می‌شود. در حقیقت مبنای نیازسنجی در همه‌ی مؤلفه‌های آموزشی نیازها و بایدهای جامعه‌ی هدف است. بر همین اساس در نیازسنجی‌های مختلف در هر رده‌ی شغلی، نیازهای همان رده باید مدنظر قرار گیرد. تحقیقات مختلفی در زمینه‌ی نیازسنجی آموزشی در گروه‌های مختلف انجام شده است. نیازسنجی از اعضای هیأت علمی دانشگاه علوم پزشکی اصفهان در حیطه‌ی وظایف شش‌گانه‌ی آنان، نشان داد که ایشان در حیطه‌ی فعالیت‌های مدیریتی و اجرایی نیز اعلام نیاز داشته‌اند و موضوع مدیریت زمان را بیشترین نیاز و مدیریت استراتژیک را کمترین نیاز آموزشی خود تلقی نموده‌اند (۵).

امین الرعایا و همکاران در تحقیقی با عنوان «نیازسنجی کارشناسان آموزشی» پرسش‌نامه‌ای بر اساس سه دسته مهارت‌های فنی تخصصی، انسانی و ادراکی تنظیم و بیان نمودند

انسانی شاغل در رشته‌ی مدیریت خدمات بهداشتی درمانی، بر مبنای نیازهای این گروه صورت پذیرد.

آموزش کارکنان فرایندی است که انطباق و سازگاری کارکنان را با محیط متحول سازمانی و از آن مهم‌تر انطباق بهتر سازمان با محیط بیرونی را فراهم می‌آورد. «سازمان جهانی کار» به عنوان یکی از مهم‌ترین مراجع آموزش کارکنان با بیان این که هدف بنیادی آموزش کارکنان، آماده‌سازی آن‌ها برای ایفای نقش مؤثرتر در جامعه است، نقش این آموزش‌ها را در رابطه با آیین‌نامه‌های جهانی کار مطرح می‌کند و آموزش را وسیله‌ای سودمند برای همکاری در گردآوری آیین‌نامه‌ها و کاربرد آن‌ها در بهبود بهره‌وری نیروی کار می‌داند (۱).

واقعیت این است که کارکنان آموزش دیده نسبت به کارکنان آموزش ندیده، به تغییرات سازمانی و همچنین تغییرات جامعه آگاهانه‌تر واکنش نشان می‌دهند. از آن جا که حیات و بقای سازمان تا حدود زیادی به دانش و مهارت کارکنان آن بستگی دارد، افراد ماهرتر و آموزش دیده‌تر نقش مؤثرتری در کارآمدی و بهره‌وری سازمانی خواهند داشت. از طرف دیگر آموزش با افزایش میزان اطلاعات، دانش، مهارت‌ها و قابلیت‌های کارکنان، آنان را برای ایفای وظایف و قبول مسؤلیت‌های جدید، آماده و مجهز می‌کند. به طور کلی در سازمانی که به رشد کمی و کیفی دانش و مهارت کارکنان خود می‌اندیشد و فعالیت‌های آموزشی پیوسته در آن در جریان است، افراد به طور مستمر توانایی‌های خود را افزایش می‌دهند و چگونه آموختن و به کار بستن را می‌آموزند. در چنین سازمانی، ابتکار، ابداع، ارتقای آگاهی و دانش افزایی، به نوعی رفتار همگانی مبدل می‌شود و توفیق در تحقق اهداف سازمانی امری قطعی است و هرگز سازمان دچار جمود فکری نخواهد شد (۲).

ارائه‌ی برنامه‌های آموزشی از طریق دوره‌های رسمی بازآموزی، سمینارها، Journal clubها، سمپوزیوم‌ها، کارگاه‌ها و سایر روش‌ها و تکنیک‌های آموزشی مختلف با هزینه‌های زیادی انجام می‌شود. اما کلید اثربخشی این اقدامات برنامه‌ریزی آموزش‌ها با توجه به نیاز مخاطبان است.

نیازسنجی در واقع فرایند جمع‌آوری و تحلیل اطلاعات است که بر اساس آن نیازهای افراد، گروه‌ها، سازمان‌ها و

که سوالات اختصاصی با استفاده از تکنیک توافق سنجی و در سه حیطة مهارت‌های ادراکی و نظری، مهارت‌های ارتباطی و انسانی و مهارت‌های فنی و عملیاتی تنظیم شد. گزینه‌های پاسخ در دو ستون مجزا طبقه‌بندی شد به این صورت که ستون الف اطلاع افراد از پاسخ پرسش را می‌سنجید و در ستون ب، اهمیت هر یک از سوالات مطروحه در طیف پنج درجه‌ای گزینه‌های خیلی زیاد تا خیلی کم ارزیابی گردید. با تبدیل مقیاس کیفی گزینه‌های پاسخ در قالب اعداد یک تا پنج میزان اهمیت و همچنین میزان اطلاع افراد از هر یک از سوالات به صورت عددی محاسبه گردید و ترتیب اهمیت و نمره‌ی میانگین هر حیطة و هر سؤال محاسبه شد. پایایی پرسش‌نامه از طریق ضریب Cronbach's alpha برابر با ۰/۷۵ تعیین و روایی آن بر اساس نظر صاحب‌نظران تأیید شد. پرسش‌نامه‌ی این مطالعه در بین ۶۷ نفر نمونه‌ی انتخابی از جامعه‌ی مطالعاتی توزیع شد. از روش نمونه‌گیری تصادفی ساده استفاده گردید و داده‌های مطالعه با استفاده از نرم‌افزار SPSS تحلیل گردید.

یافته‌ها

نتایج پژوهش نشان داد که توزیع آماری جامعه، عبارت از ۶۶/۱۷ درصد مرد و ۳۳/۸۲ درصد زن است. همچنین شرکت کنندگان دارای رنج سنی بین ۲۹-۳۶ سال بودند و حداقل و حداکثر سن شرکت کنندگان ۲۳ و ۶۰ بود.

بسیاری از شرکت کنندگان در مورد دوره‌های بازآموزی گذرانده اظهار داشتند که بسیاری از کلاس‌ها غیر مرتبط با رشته‌ی تخصصی آن‌ها بوده است و تنها جهت بالا بردن اطلاعات عمومی آن‌ها برگزار شده است و تنها ۱۵ نفر از داوطلبان حدود یک یا دو دوره‌ی بازآموزی را در ارتباط با رشته‌ی تحصیلی خود عنوان نمودند. سایر شرکت کنندگان اعلام داشتند کلاس تخصصی ویژه‌ای در مورد رشته‌ی تحصیلی ایشان برگزار نشده است.

۳۵/۲۹ درصد افراد اظهار داشتند بهترین مکان اجرای دوره‌های بازآموزی مرکز مطالعات و توسعه‌ی آموزش پزشکی و دانشکده‌ی مدیریت می‌باشد.

که در بین کارشناسان آموزشی بالاترین اولویت نیاز، نیازهای فنی و عملیاتی مربوط به شغلشان بوده است (۶).

در مطالعه‌ی دیگر نیازسنجی مدیران پرستاری در دو بعد دانش و عملکرد تنظیم و مشخص گردید که بیشترین نیاز این مدیران در بعد عملکرد بوده است (۷).

میرزا محمدی در مطالعه‌ی به منظور سنجش نیازهای آموزشی کارکنان از دو مؤلفه‌ی دانش و مهارت استفاده نمود و در هر مؤلفه، به نیازسنجی عناوین آموزشی جامعه‌ی مورد بررسی پرداخت (۸).

در هر حال این یک اصل پذیرفته شده است که شناخت و بررسی نیازهای آموزشی، پیش نیاز یک سامانه‌ی آموزشی موفق است. شناسایی نیازهای آموزشی، نخستین گام برنامه‌ریزی آموزش کارکنان به شمار می‌رود. اگر این گام به درستی برداشته شود، زمینه‌ی پیشرفت برنامه‌ی درست، فراهم می‌شود و بدین‌سان بنیانی دقیق‌تر برای تضمین کیفیت و سودمندی برنامه‌ی آموزش کارکنان به دست می‌آید (۴).

برنامه‌های آموزشی کارکنان باید از حالت اتفاقی، سلیقه‌ای و تجویزی خارج و بر اساس نیازسنجی آموزشی انجام شود (۸)، تا با در نظر گرفتن نیازهای جامعه‌ی هدف بتواند در ارتقای سطح عمومی یادگیری و دانایی محوری در سازمان‌ها مؤثر باشد. بر همین اساس این مطالعه با هدف تعیین نیازهای آموزشی دانش‌آموختگان رشته‌ی مدیریت خدمات بهداشتی درمانی شاغل در بیمارستان‌ها و مراکز بهداشتی درمانی شهر اصفهان انجام شد.

روش بررسی

این پژوهش یک مطالعه‌ی توصیفی-پیمایشی در سال ۱۳۸۷ بود. جامعه‌ی مطالعاتی شامل ۶۷ نفر از دانش‌آموختگان شاغل در رشته‌ی مدیریت خدمات بهداشتی درمانی در مراکز و سازمان‌های وابسته به دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، در سطح شهر اصفهان بود.

روش نیازسنجی مورد استفاده، فن پرسش‌نامه بود که از طریق پرسش‌نامه‌ی محقق ساخته‌ای انجام گردید. پرسش‌نامه شامل اطلاعات جمعیت شناختی افراد و سوالات اختصاصی بود

(میانگین $3/22 \pm 0/30$) و حیطه‌ی مهارت‌های انسانی و ارتباطی (میانگین $3/15 \pm 0/25$) می‌باشد.

جدول ۲ نشان می‌دهد که از بین گویه‌های مربوط به مهارت‌های نظری و ادراکی موضوع جهانی شدن و چند فرهنگی شدن سازمان‌ها در رتبه‌ی اول اولویت (با نمره‌ی $3/8$) و پس از آن چالش‌های نوین مدیریت سازمان‌ها (با نمره‌ی $3/58$) و پس از آن توانایی مقابله‌ی مدیران با بحران (با نمره‌ی $3/49$) می‌باشند.

جدول ۳ نشان می‌دهد که در حیطه‌ی مهارت‌های انسانی و ارتباطی، سه اولویت اول نیازهای آموزشی دانش آموختگان مدیریت خدمات بهداشتی درمانی عبارت از ۱. مدیریت جو سازمانی (با نمره‌ی $3/65$)، ۲. مهارت مدیر در ارتباط با نیروی انسانی (با نمره‌ی $3/13$) و ۳. نحوه‌ی ارتباط مدیر با مافوق (با نمره‌ی $3/11$) می‌باشد.

از لحاظ زمان آموزش ۶۸ درصد از داوطلبان صبح‌ها را برای برگزاری کلاس‌های بازآموزی مناسب دانستند. نظرات دانش آموختگان بر حسب جنس مورد تحلیل قرار گرفت و تفاوت معنی‌داری را نشان نداد ($P = 0/2$).

در خصوص سؤالات اصلی برای سنجش نیازهای آموزشی دانش آموختگان مدیریت، همان‌طور که در روش اجرا توضیح داده شد، نیازهای آموزشی در سه دسته تقسیم‌بندی گردید:

الف. مهارت‌های نظری و ادراکی

ب. مهارت‌های انسانی و ارتباطی

ج. مهارت‌های فنی و تخصصی

جدول ۱ نشان می‌دهد که نیازهای آموزشی جامعه‌ی مورد بررسی به ترتیب شامل حیطه‌ی مهارت‌های فنی و عملیاتی (میانگین $3/47 \pm 0/12$)، حیطه‌ی مهارت‌های نظری و ادراکی

جدول ۱: میانگین و انحراف معیار نمرات بر حسب هر یک از حیطه‌های نیازها

حیطه‌های نیازها	میانگین نمره	انحراف معیار
مهارت‌های فنی و عملیاتی	۳/۴۷	۰/۱۲
مهارت‌های نظری و ادراکی	۳/۲۲	۰/۳۰
مهارت‌های ارتباطی و انسانی	۳/۱۵	۰/۲۵

جدول ۲: توزیع فراوانی میانگین نظرات افراد در خصوص میزان اطلاع و میزان اهمیت هر یک از موارد از سؤالات مربوط به مهارت‌های نظری و ادراکی

موضوع	میانگین نمره‌ی اطلاع افراد از هر یک از موارد	میانگین اهمیت هر یک از موارد از دیدگاه افراد	درجه‌ی اولویت هر یک از نیازهای آموزشی
چگونگی دسترسی به مطالب	۱/۹	۴/۹۲	۳/۰۲
روش‌های کارآمد مدیریت	۱/۸	۴/۸	۳
نوآوری در مدیریت	۱/۷	۴/۷۵	۳/۰۵
چالش‌های کنونی مدیریت سازمان‌ها	۱/۲	۴/۷۳	۳/۵۳
جهانی شدن و چند فرهنگی شدن	۱/۱	۴/۹	۳/۸
اثر روحی روانی حضور مدیر	۱/۸۵	۴/۸۲	۲/۹۷
توانایی حل مسأله	۱/۹	۴/۹۲	۳/۰۲
توانایی مقابله‌ی مدیران با بحران	۱/۲۵	۴/۷۴	۳/۴۹
توانایی حل مسایل اداری	۱/۸	۴/۹۲	۳/۱۲

جدول ۳: توزیع فراوانی میانگین نظرات افراد در خصوص میزان اطلاع و میزان اهمیت هر یک از موارد از سؤالات مربوط به مهارت‌های انسانی و ارتباطی

موضوع	میانگین نمره‌ی اطلاع افراد از هر یک از موارد	میانگین اهمیت هر یک از موارد از دیدگاه افراد	درجه‌ی اولویت هر یک از نیازهای آموزشی
نظام ارتباطی مدیر با مافوق	۱/۸۲	۴/۹۳	۳/۱۱
تقویت رابطه‌ی شغلی مدیر با پرسنل نحوه‌ی برخورد و رفتار مدیر در	۱/۹۱	۴/۹۵	۳/۰۴
زمان‌های بحرانی	۱/۷۸	۴/۸۴	۳/۰۶
مهارت مدیر در ارتباط با نیروی انسانی	۱/۸۱	۴/۹۴	۳/۱۳
مهارت مدیر در مدیریت منابع انسانی	۱/۸	۴/۷۲	۲/۹۲
مدیریت جو سازمانی	۱/۰۵	۴/۷	۳/۶۵

جدول ۴: سه اولویت اول میانگین نظرات افراد در خصوص میزان اطلاع و میزان اهمیت هر یک از موارد در حیطه‌ی مهارت‌های فنی و تخصصی

آشنایی با مبحث قیمت تمام شده	۱/۲۷	۴/۹۶	۳/۶۹
آشنایی با استفاده و کاربرد نرم‌افزارهای رایانه‌ای	۱/۲۲	۴/۸۸	۳/۶۶
آشنایی با برنامه‌ریزی استراتژیک	۱/۳۱	۴/۹۴	۳/۶۳
آشنایی با برنامه‌ریزی عملیاتی	۱/۳۱	۴/۹۴	۳/۶۳

بررسی نیازهای آموزشی پرستاران پرداخته است، نیازسنجی در دو بعد دانش و عملکرد تنظیم شده است (۷).

در مطالعه‌ی نیازسنجی آموزشی مدیران اعضای شورای شهر مشهد مؤلفه‌های آموزشی در نظر گرفته شده برای مطالعه، شامل چهار نوع آموزش می‌باشد که عبارت از آموزش‌های پایه، عمومی، تخصصی و مداوم هستند (۹).

در مطالعه‌ای که با هدف بررسی نیازهای آموزشی استادان دانشگاه علوم پزشکی اصفهان صورت گرفت، نیازسنجی اعضای هیأت علمی در حیطه‌ی وظایف شش‌گانه‌ی آنان تنظیم شده بود (۵). همان گونه که این شواهد نشان می‌دهد در همه‌ی نیازسنجی‌ها مبنای سنجش در واقع بایدهایی است که هر فرد در هر فعالیتی باید داشته باشد. نیاز وضعیتی است بین آن چه هست و آن چه باید باشد یا آن چه مطلوب‌تر است (۱۰). در این مطالعه نیازهای آموزشی دانش‌آموختگان مدیریت خدمات بهداشتی درمانی بر اساس رویکرد

در ادامه نیازهای مربوط به حیطه‌ی مهارت‌های فنی و تخصصی دانش‌آموختگان مورد بررسی قرار گرفت و در این حیطه نیز اولویت‌های اول تا سوم به شرح زیر می‌باشند.

جدول ۴ سه اولویت اول نیازهای جامعه‌ی مورد بررسی را در حیطه‌ی مهارت‌های فنی عملیاتی نشان می‌دهد، اولویت اول قیمت تمام شده‌ی خدمات (با نمره‌ی ۳/۶۹)، اولویت دوم توانایی استفاده و کاربرد نرم‌افزارهای رایانه‌ای (با نمره‌ی ۳/۶۶) و اولویت سوم به طور مشترک آشنایی با برنامه‌ریزی استراتژیک و آشنایی با برنامه‌ریزی عملیاتی (با نمره‌ی ۳/۶۳) می‌باشد.

بحث

در این مطالعه نیازهای آموزشی دانش‌آموختگان مدیریت خدمات بهداشتی درمانی در سه حیطه‌ی ادراکی، انسانی و عملیاتی تنظیم و نیازسنجی شد. در مطالعه‌ی دیگری که به

آموزشی دانش آموختگان، موضوع جهانی شدن و چند فرهنگی شدن سازمان‌ها است (با نمره‌ی ۳/۸). پس از آن چالش‌های کنونی مدیریت سازمان‌ها (با نمره‌ی ۳/۵۸) و بعد توانایی مقابله‌ی مدیران با بحران (با نمره‌ی ۳/۴۹) در اولویت می‌باشد. جهانی شدن به عنوان بخشی اجتناب ناپذیر از فرایند تغییر سازمانی محسوب می‌شود. به همین دلیل مدیران برای پیشرفت سازمان و بقای آن در عصر تغییر، باید بیاموزند که همگام با این عصر (جهانی شدن) مدیریت کنند. اگر فعالیت‌های اصلی سازمان با نگرشی محدود به دیدگاه آن سازمان، بدون نگرش جهانی و تنها با نگاه به گذشته پیش رود، نمی‌توان به فعالیت سازمان در بلند مدت و بقای آن چشم داشت. یکی از ابعاد و پیامدهای جهانی شدن، چند فرهنگ گرایی است که در آن تعاملی منظم میان افراد با عقاید فرهنگی متفاوت وجود دارد. اگر چه این امر ممکن است هنوز در سازمان‌های بهداشتی درمانی ما چندان ملموس نباشد، اما مسأله‌ای است که دیر یا زود سازمان‌ها را متأثر می‌سازد. از این‌رو برای مدیران به خصوص مدیران بخش سلامت، توجه به گرایش‌های فرهنگی متفاوت از نیروی کار چند فرهنگی در درون سازمان ضرورتی مسلم است (۱۲).

اولویت دوم در حیطه‌ی مهارت‌های نظری و ادراکی، چالش‌های کنونی مدیریت سازمان‌ها است. در دنیای نوین سازمان‌ها و کارکنان آن با مسایل جدیدی چون جهانی شدن کسب و کار، سرعت بالای تغییرات در فن‌آوری، مدیریت ریسک و ... روبه‌رو هستند که این مسایل باعث افزایش رقابت و دشواری مدیریت در سازمان‌ها گردیده است. در محیط کسب و کار امروز، مدیریت و کارکنان می‌بایست توانایی برخورد با روابط درونی و وابستگی‌های مبهم و بغرنج میان فن‌آوری، داده‌ها، وظایف، فعالیت‌ها، فرایندها و افراد را دارا باشند. در چنین محیط‌های پیچیده‌ای، سازمان‌ها نیازمند مدیرانی هستند که این پیچیدگی‌های ذاتی را در زمان تصمیم‌گیری‌های مهم لحاظ و تفکیک کنند (۱۳).

رویکرد سنتی مدیریت بحران بر این اساس قرار داشت که مشکل و معضل حادث شود و سپس آن مشکل رفع و حل

شایستگی‌های مدیریتی در آموزش مدیران در سه حیطه‌ی ادراکی، انسانی و عملیاتی تنظیم و نیازسنجی گردید (۱۱). در این مطالعه نظرات دانش آموختگان در مورد نیاز آموزشی بر حسب جنس مورد تحلیل قرار گرفت که تفاوت معنی‌داری را نشان نداد ($P = 0/2$) و این بدان معنا است که در دنیای امروز نیازهای آموزشی یک موضوع جامع و فراگیر است که تفاوت‌های جنسیتی در آن نقشی نخواهد داشت.

مطالعه‌ای در مورد بررسی نیازهای آموزشی مدیران پرستاری انجام گرفت و بیان داشت که تفاوتی از نظر جنسیت در بین دو گروه زن و مرد در نیازهای آموزشی وجود ندارد (۸).

از لحاظ زمان مناسب برای اجرای آموزش‌ها، نتایج حاکی از این بود که ۶۸ درصد از داوطلبان صبح‌ها را برای برگزاری کلاس‌های بازآموزی مناسب دانستند. این در حالی است که متولیان آموزش‌های سازمانی به طور معمول در پی اجرای آموزش‌ها در ساعات خارج از وقت اداری هستند و این موضوع باید مورد بررسی و کارشناسی بیشتر قرار گیرد.

در تحلیل کلی، سه حیطه از مهارت‌های مورد نیاز دانش آموختگان مدیریت خدمات بهداشتی درمانی مشخص شد که نیازهای آموزشی جامعه‌ی مورد بررسی به ترتیب شامل حیطه‌ی مهارت‌های فنی و عملیاتی (میانگین $3/47 \pm 0/12$)، حیطه‌ی مهارت‌های نظری و ادراکی (میانگین $3/22 \pm 0/30$) و حیطه‌ی مهارت‌های انسانی و ارتباطی (میانگین $3/15 \pm 0/25$) می‌باشد.

امین‌الرعايا و همکاران در تحقیقی که در این خصوص انجام دادند، مشخص نمودند که در بین کارشناسان آموزشی نیز بالاترین اولویت نیاز، نیازهای فنی و عملیاتی مربوط به شغلشان بوده است (۶).

در مطالعه‌ای مربوط به نیازسنجی مدیران پرستاری در دو بعد دانش و عملکرد، مشخص گردید که بیشترین نیاز این مدیران در بعد عملکرد بوده است (۷).

در بررسی جزئی هر یک از حیطه‌های نیاز مشخص شد که در حیطه‌ی مهارت‌های نظری و ادراکی، اولویت اول نیاز

همانا حفظ و بهبود سلامت است، گام بردارند. در همین رابطه امین الرعایا و همکاران در تحقیق مشابهی به این نتیجه رسیدند که نیاز مهارت‌های انسانی در بین کارشناسان آموزشی دانشگاه علوم پزشکی اصفهان در حد بالاتر از متوسط قرار دارد. در همین مطالعه اشاره شده است که نیاز به راه‌های ارتقای رضایت شغلی، شیوه‌های بهینه‌سازی جو سازمانی و روش‌های ایجاد علاقه و انگیزه در اولویت نیازها قرار دارد (۶).

در حیطه‌ی مهارت‌های فنی و تخصصی نتایج تحلیل‌ها نشان داد اولویت اول نیاز گروه مورد مطالعه، مبحث قیمت تمام شده‌ی خدمات (با نمره‌ی ۳/۶۹)، اولویت دوم مهارت مدیر در توانایی استفاده و کاربرد نرم‌افزارهای رایانه‌ای (با نمره‌ی ۳/۶۶) و اولویت سوم نیاز آموزشی آنان آشنایی با برنامه‌ریزی استراتژیک و نیز آشنایی با برنامه‌ریزی عملیاتی (با نمره‌ی ۳/۶۳) می‌باشد. مباحث مالی در واقع یکی از مسایل مهم در سیستم بهداشت و درمان است. موضوع تحلیل هزینه‌ها و محاسبه‌ی قیمت تمام شده‌ی خدمات، یک تکنیک اقتصادی در تصمیم‌گیری است و به مدیران کمک می‌کند تا در نقاطی که برنامه‌های بهداشتی مؤثر نبوده است، برنامه‌های بهتری را طرح کنند (۱۷). در مطالعه‌ای که توسط میرزا محمدی صورت گرفت، مشخص شد که کارکنان رسته‌ی اداری مالی جامعه‌ی مورد بررسی، مباحث امور مالی و پیش‌بینی درآمد و هزینه را به عنوان نیاز آموزشی مطرح کرده‌اند (۸).

اولویت دوم نیازهای فنی عملیاتی گروه مورد مطالعه، توانایی استفاده و کاربرد نرم‌افزارهای رایانه‌ای بود که اهمیت آن در دنیای امروز بر کسی پوشیده نیست؛ به خصوص در مراکز بیمارستانی که مدیریت و بازبایی اطلاعات بالینی، مالی و ... از ضرورتی انکار ناپذیر برخوردار می‌باشد. در همین راستا مطالعه‌ای انجام شد که نشان می‌دهد از بین نظرات کاربران در مورد اهمیت نیازهای بیمارستان، نظرات مربوط به ارتباط و دسترسی بهتر و سریع‌تر به اطلاعات، بیشتر مورد تأکید قرار گرفته‌اند (۱۸). همچنین مطالعه‌ی دیگری نشان

گردد. بر خلاف رویکرد سنتی، رویکرد نوین بر این اصل مبتنی است که همواره باید مجموعه‌ای از طرح‌ها و برنامه‌های عملی برای مواجهه با تحولات احتمالی آینده در داخل سازمان‌ها تنظیم شود و مدیران باید درباره‌ی اتفاقات احتمالی آینده بیندیشند و آمادگی رویارویی با وقایع پیش‌بینی نشده را کسب کنند. بنابراین، مدیریت بحران بر ضرورت پیش‌بینی منظم و کسب آمادگی برای رویارویی با مسایل داخلی و خارجی تأکید دارد. به همین دلیل گنجاندن مباحثی از این دست در برنامه‌های آموزشی مدیران خدمات بهداشتی درمانی امری ضروری است.

بخش دیگری از مطالعه، مربوط به نیازهای دانش‌آموختگان در حیطه‌ی مهارت‌های ارتباطی و انسانی بود. در زیر مجموعه‌ی این نیازها، اولویت‌های اول تا سوم شامل مدیریت جو سازمانی (با نمره‌ی ۳/۶۵)، مهارت مدیر در ارتباط با نیروی انسانی (با نمره‌ی ۳/۱۳) و نحوه‌ی ارتباط مدیر با مافوق (با نمره‌ی ۳/۱۱) می‌باشد. علاقه‌بند جو سازمانی را به کیفیت درونی سازمان، آن گونه که اعضای سازمان این کیفیت را تجربه و ادراک می‌کنند، تعبیر می‌نماید (۱۴).

Hoy و Miskel جو یا اقلیم سازمانی در سیستم آموزشی را چنین تعریف می‌کنند: جو یا اقلیم سازمانی، اصطلاح وسیعی است که به ادراک معلمان از محیط عمومی کار در مدرسه اطلاق می‌گردد و متأثر از سازمان رسمی، غیر رسمی، شخصیت افراد و رهبری سازمانی است (۱۵).

همان گونه که از این تعاریف مشخص است، جو سازمانی بر گرفته از رفتار رهبری هم هست. این واقعیت مسلم است که مدیر باید یک سری توانایی‌های انسانی برای تنظیم و مدیریت جو سازمان داشته باشد تا افراد ادراک مناسب و رضایت بخشی از جو سازمان داشته باشند.

دو اولویت بعدی نیز از نیازهای ارتباطی و انسانی مسلم برای هر عضو سازمانی است. متخصصین نیاز به مهارت‌های انسانی را از مهم‌ترین نیازهای آموزشی می‌دانند (۱۶)؛ به ویژه برای مدیران بهداشت و درمان که باید در تعامل تیمی و در سایه‌ی ارتباطات انسانی در جهت هدف اصلی سیستم، که

از طریق برنامه‌ریزی استراتژیک به امر آینده‌سازی می‌پردازند. بر همین اساس لازم است سازمان‌های بهداشتی درمانی با سرمایه‌گذاری بیشتر در زمینه‌ی برنامه‌ریزی استراتژیک، آن را به مرحله‌ی عمل در آورند.

نتیجه‌گیری

این مطالعه علاوه بر تعیین و اولویت‌بندی حیطه‌های کلی نیازهای آموزشی، به یافته‌های مهم دیگری از جمله ضرورت توجه و تأکید بیشتر بر موضوعات نوین مدیریتی و کاربرد رایانه و استفاده از نرم‌افزارهای مختلف، آشنایی با مباحث مالی و محاسبات مربوط به قیمت تمام شده‌ی خدمات، تنظیم جو سازمانی و نیز موضوعات مربوط به مدیریت بحران در سازمان‌ها دست یافت. توجه بیشتر برنامه‌ریزان و مسؤولین آموزشی به این موضوعات می‌تواند کمک مؤثری به ارتقای کیفیت امور داشته باشد. از این‌رو لازم است این مباحث در سرفصل‌های آموزشی مدیران و کارشناسان خدمات بهداشتی درمانی گنجانده و مورد تأکید واقع شود.

پیشنهادها

بر اساس نتایج حاصل از این مطالعه، پیشنهاد می‌شود واحد آموزش کارکنان سازمان‌ها، آموزش‌ها را به صورت مجزا و رده‌بندی شده برای هر رسته و رده‌ی شغلی تنظیم نمایند و ضمن تنظیم برنامه بر اساس نیازسنجی، بیشتر بر توانایی‌های تکنیکی و عملیاتی که هر فرد در طول خدمت موظف به انجام آن است، تأکید نمایند. همچنین جهت تنظیم زمان آرایه‌ی آموزش‌ها در نوبت صبح مطالعه و کارشناسی لازم صورت پذیرد تا کلاس‌ها بازدهی بیشتری داشته باشد.

داد که در گروه کتابداران مورد مطالعه، بیشتر کارکنان در مورد استفاده از فن‌آوری نوین اطلاعات و ارتباطات احساس نیاز نموده‌اند (۱۹). در مطالعه‌ی میرزا محمدی نیز کارکنان در همه‌ی رده‌ها نیاز به استفاده و کاربرد مهارت‌های مربوط به فن‌آوری اطلاعات را جزو ضروریات دانسته‌اند (۸). رایانه به طور روزافزون برای همه‌ی گروه‌های جمعیتی از مدیر و کارمند و استاد و ... کاربرد دارد و برای آموزش آن هیچ نقطه‌ی پایانی نباید در نظر گرفت. مؤید این نکته، مطالعه‌ای است که محدودیت استفاده‌ی گسترده و کامل استادان دانشگاه علوم پزشکی سمنان از اینترنت را ناشی از محدودیت توانمندی به کارگیری مفید آن می‌داند (۲۰). از این‌رو، کار با رایانه و به کارگیری کامپیوتر از اساسی‌ترین نیازهای آموزشی همه‌ی گروه‌ها به ویژه مدیران بخش سلامت است.

اولویت سوم نیازهای فنی عملیاتی، برنامه‌ریزی استراتژیک و برنامه‌ریزی عملیاتی بود. این دو مبحث نیز از مسایل بسیار مهم همه‌ی سازمان‌ها به ویژه سازمان‌های بهداشتی درمانی است که باید بتوانند قدرت انطباق خود را با متغیرهای محیطی افزایش دهند. عدم اطمینان ناشی از تغییرات محیطی و کسب مزیت رقابتی، برنامه‌ریزی را به صورت یک ضرورت انکار ناپذیر در آورده است. برنامه‌ریزی استراتژیک، مهم‌ترین عوامل محیطی خطر آفرین را تحلیل و راه‌حلی جهت رفع آن‌ها با بیشترین احتمال دستیابی اهداف، ارائه می‌نماید. با وجود اهمیت برنامه‌ریزی استراتژیک، هنوز در بسیاری از سازمان‌ها تأثیر حیاتی آن در رسیدن به اهداف سازمان به خوبی درک نشده است و حتی در مواردی مدیران آن را یک امر تجملی و پرهزینه می‌دانند. به عقیده‌ی بعضی از اندیشمندان برنامه‌ریزی استراتژیک بیانگر قدرت خلاقیت مدیران و ابزار ساختن آینده است. به عبارتی، مدیران

References

1. International labor Organization. (2004). Workers, training International Labor Organization, available from: URL: <http://ilo.org>
2. Abbas Zadegan M. Principles and concepts of curriculum planning. 1st ed. Tehran: Soureh Mehr Publication; 1999. [In Persian].
3. Esmaili B. Workers Educational needs assessment by Delphi Model. Tadbir Journal 2007; 18(185): 152-4.

4. Gordon SE. Systematic Training Program Design: Maximizing Effectiveness and Minimizing Liability. 1st ed. New York: Prentice Hall; 1994.
5. Avijgan M, Karamalian H, Ashourioun V, Changiz T. Educational Needs Assessment of Medical School's Clinical Faculty Members in Isfahan University of Medical Sciences. Iranian Journal of Medical Education 2009; 9(2): 93-103. [In Persian].
6. Aminoroaya M, Yarmohammadian MH, Yousefy R. Educational Needs of Education Experts in Isfahan University of Medical Sciences. Iranian Journal of Medical Education 2002; 2(2): 5-13. [In Persian].
7. Azimian J. Need assessment of nurse directors of Qazvin medical university about quality assurance in nursing care. The Journal of Qazvin University of Medical Sciences 2002; 6(2):75-80. [In Persian].
8. Mirza mohammadi M. Need Assessment in Vocational Education staff in Tehran. New Thoughts on Education 2010; 1(4): 67-78. [In Persian].
9. Saeedy Rezvani M, Saeedy Rezvani H. In search of educational system sample Mashhad city council members. Government Management Journal 2009; 1(2): 61-74. [In Persian].
10. Yarmohammadian MH, Bahrami S. Needs assessment in health organizations, health and education. 1st ed. Isfahan: Isfahan University of Medical Sciences; 2006. p. 63. [In Persian].
11. Nasiripour AA, Raeissi P. Elixir Corporate Development Manager. 1st ed. Tehran: Shahre Ashoob; 2005. [In Persian].
12. Babaie M, Vazir zanjani M. Risk management a new approach for effectiveness improvement in organizations. Tadbir Journal 2006; 17(170): 14-9. [In Persian].
13. Babaie B. Globalization and cultural change in organizations. Tadbir Journal 2010; 14(138):100-1. [In Persian].
14. Alaghband A. Education Management arrangements. 1st ed. Tehran: Ravan Publication; 2010. [In Persian].
15. Hoy WK, Miskel CG. Educational Administration: Theory, Research, and Practice. 6th ed. New York: McGraw-Hill Humanities; 2000.
16. Bowen BE, Thomson JS. Distance Education Needs of Agribusinesses and Professional Agriculture Associations. Journal of Agricultural Education 1995; 36(4): 18-25.
17. Ahmadi Jahanabad F, Mosharrafzadeh Kh, Davari K, Parisae Z, Dianati Kh, Abrovan J. Cost health services in Kohgiluyeh & Boyrrahmad province. Journal of Yasouj University of Medical Sciences 2005; 10(39): 83-93. [In Persian].
18. Ebadi fard Azar F, Ansari H, Zohour A, Marashi SS. Users view points about Hospital Information System in Tehran hospitals. Journal of Iranian Institute for Health Sciences Research 2005; 6(1); 11-18. [In Persian].
19. Rajab beigi M, Partovi B, Ghanbarzadeh alamdari N. Need Assessment of Public Library Staff. Journal of Library and Information Science 2008; 4(11):189-210. [In Persian].
20. Saberian M, Haji Aghajani S, Ghorbani R, Kassaei M, Fattahi Zadeh L. Internet Use by Faculty Members in Semnan University of Medical Sciences. Iranian Journal of Medical Education 2003; 3(2): 47-55. [In Persian].

Need Assessment of Continuing Professional Education of Health Care Management Graduates, Working in Isfahan University of Medical Sciences & Related Health Centers*

Saied Karimi, PhD¹; Marzieh Javadi²; Maryam Yaghoobi³; Sogol Fathalizadeh⁴; Masoumeh Molaie⁴

Abstract

Introduction: By considering daily progress of advanced technology and unimaginable advances in the management technology region, demand to educate and improve working personnel of administrative health and hygiene fields seems to be vital by considering the present situation. The main purpose of this study is to specify the educational demand of health care management graduates who are working as managers, VP or experts of hospitals and other related health centers in Isfahan, Iran.

Methods: In this descriptive survey study, 67 health care management graduates working in Isfahan University of Medical Sciences were enrolled, in 2008. The study tool was a researcher made questionnaire in three dimensions. Reliability and validity of the questionnaire was confirmed by experts and calculating the Cronbach's alpha coefficient ($\alpha = 0.75$), respectively. Study population was selected by stratified randomized method. All of these data were analyzed by SPSS statistical software.

Results: The first priority need of study population from the three studied domains was operational and technical skills with mean score of 3.49 +/- 0.12. Among the operational and technical skills familiarity with computer and software use had the highest score. Among the theoretical and conceptual skills globalization and multi-cultural organizations had the highest score in health care management graduates.

Conclusion: In fact operational needs, the needs that management graduates are dealing with it daily, and the needs related to computer use and information technology considered as the most important needs of operational skills. It is necessary that educational planners consider mentioned needs in the setting of annual program.

Keywords: Education, Continuing; Health Services Administration; Education, Professional; Needs Assessment.

Type of article: Original Article

Received: 22 Aug, 2009

Accepted: 2 May, 2010

Citation: Karimi S, Javadi M, Yaghoobi M, Fathalizade S, Molaie M. **Need Assessment of Continuing Professional Education of Health Care Management Graduates, Working in Isfahan University of Medical Sciences & Related Health Centers.** Health Information Management 2011; 8(1): 74.

* This Article resulted from a bachelor of science thesis & independent research.

1. Assistant Professor, Health Services Management, Health Management and Economic Research Center, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran

2. PhD Student, Student Research Committee, Health Services Management, Health Management and Economic Research Center, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran. (Corresponding Author) Email: m.javadi@mng.mui.ac.ir

3. PhD Student, Student Research Committee, Health Services Management, Health Management and Economic Research Center, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran.

4. BSc, Health Services Management, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran.

آیا روشی برای مقایسه‌ی هم‌زمان شاخص‌های کلیدی عملکرد بیمارستان وجود دارد؟*

محمد هادی^۱، حانیه‌السادات سجادی^۲، زینب‌السادات سجادی^۳

چکیده

مقدمه: اهمیت مقایسه‌ی عملکرد بیمارستان‌ها با استفاده از شاخص‌های بیمارستانی، لزوم بهره‌گیری از مدل‌های کاربردی را امری اجتناب‌ناپذیر نموده است. پژوهش حاضر به منظور مقایسه‌ی هم‌زمان شاخص‌های کلیدی عملکرد بیمارستانی مراکز با استفاده از نمودار Pobon Lasso انجام گرفت.

روش بررسی: مطالعه‌ی توصیفی حاضر به صورت مقطعی و گذشته‌نگر در سال ۱۳۸۶ انجام گرفت. ۳۱ بیمارستان و مرکز آموزشی درمانی دانشگاه علوم پزشکی اصفهان در مقطع پژوهش، جامعه‌ی آماری را تشکیل دادند. شاخص‌های منتخب (درصد اشغال تخت، میزان چرخش تخت و میانگین مدت بستری) با مراجعه به معاونت درمان دانشگاه علوم پزشکی اصفهان و بررسی فعالیت ماهانه‌ی مراکز در سال‌های ۱۳۸۴ و ۱۳۸۵ استخراج و مقایسه‌ی آن‌ها با استفاده از برنامه‌ی Excel و نمودار Pobon Lasso انجام شد.

یافته‌ها: از مجموع ۳۱ مرکز مورد مطالعه در سال ۱۳۸۴، ۳ مرکز (۱۰ درصد) در ناحیه‌ی اول، ۱۲ مرکز (۳۹ درصد) در ناحیه‌ی دوم، ۱۴ مرکز (۴۵ درصد) در ناحیه‌ی سوم و ۲ مرکز (۶ درصد) در ناحیه‌ی چهارم و در سال ۱۳۸۵، ۲ مرکز (۶ درصد) در ناحیه‌ی اول، ۱۴ مرکز (۴۵ درصد) در ناحیه‌ی دوم، ۱۳ مرکز (۴۳ درصد) در ناحیه‌ی سوم و ۲ مرکز (۶ درصد) در ناحیه‌ی چهارم نمودار Pobon Lasso قرار داشتند.

نتیجه‌گیری: با استفاده از نمودار Pobon Lasso می‌توان ضمن مقایسه‌ی هم‌زمان سه شاخص کلیدی عملکرد بیمارستان، به ارزیابی مراکز از بعد رعایت کارایی در اداره‌ی امور پرداخت. پیشنهاد می‌شود مدیران بیمارستان با استفاده از این روش که یکی از روش‌های فعال شناسایی مسأله می‌باشد، تحلیلی از موقعیت مرکز خود در زمینه‌ی کارایی داشته باشند. این تحلیل می‌تواند راهنمای مفیدی برای برنامه‌ریزی‌های بهبود کارایی مرکز باشد.

واژه‌های کلیدی: بیمارستان‌ها؛ مدت اقامت؛ بیماران بستری؛ اشغال تخت بیمارستان.

نوع مقاله: تحقیقی

پدیرش مقاله: ۸۸/۱۲/۲۳

اصلاح نهایی: ۸۸/۸/۲۶

دریافت مقاله: ۸۸/۵/۳۱

ارجاع: هادی محمد، سجادی حانیه‌السادات، سجادی زینب‌السادات. آیا روشی برای مقایسه‌ی هم‌زمان شاخص‌های کلیدی عملکرد بیمارستان وجود دارد؟ مدیریت اطلاعات سلامت ۱۳۹۰؛ ۸ (۱): ۷۵-۸۵.

مقدمه

شاخص‌های کارایی بیمارستان می‌باشد (۱).

ارزیابی که به عنوان فرآیندی جهت قضاوت کارآمدی برنامه‌های از پیش تعیین شده به کار می‌رود، نیازمند استفاده از ابزارها و الگوهای مخصوصی می‌باشد. مدل‌های گوناگونی برای ارزیابی عملکرد سازمان‌های ارایه دهنده‌ی خدمات بهداشتی درمانی معرفی شده‌اند، که هر یک ویژگی‌های خاص خود را دارا هستند. یکی از مدل‌هایی که امروزه با توجه به ضرورت رعایت اصل بهره‌وری در استفاده‌ی بهینه از منابع کاربرد دارد، ارزیابی عملکرد با استفاده از

* این مقاله حاصل طرح تحقیقاتی شماره‌ی ۲۸۶۰۷۶ می‌باشد که توسط مرکز تحقیقات مدیریت و اقتصاد سلامت، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان حمایت شده است.

۱. دکترای عمومی، پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران.
۲. دانشجوی دکتری، مدیریت خدمات بهداشتی درمانی، دانشگاه علوم پزشکی تهران و کارشناس، معاونت پشتیبانی، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران. (نویسنده‌ی مسؤول) Email: h_sajadi@mail.mui.ac.ir
۳. کارشناس، مدارک پزشکی، مرکز آموزشی درمانی فارابی، اصفهان، ایران.

معینی در طول یک فاصله‌ی زمانی معین استفاده می‌کنند (۸). میانگین مدت بستری یا اقامت بیمار (Average length of stay) عبارت از جمع کل تخت روز اشغالی در یک زمان معین به تعداد بیمارانی ترخیص شده و فوتی در همان دوره است. طول مدت بستری منعکس‌کننده‌ی تصمیم پزشکی در زمینه‌ی ماندن بیمار در بیمارستان است. مشکل اجتماعی بیمار، نامطلوب بودن خدمات تخصصی، فقدان تسهیلات، خراب بودن دستگاه‌های تشخیصی و ... می‌تواند باعث افزایش اقامت بیمار شود (۹، ۷). در بیشتر بیمارستان‌های عمومی، که بیمارانی حاد را می‌پذیرند، متوسط اقامت بین ۸ تا ۱۵ روز در حال تغییر است (۵).

از آن جا که ارزیابی عملکرد بیمارستان با استفاده از شاخص‌های مهم عملکردی از روش‌های فعال شناسایی مسأله می‌باشد، محاسبه و مقایسه‌ی آن‌ها در کشور، موضوع مطالعات و پژوهش‌های مختلفی بوده است. برخی از این مطالعات با محاسبه‌ی شاخص‌های مذکور به مقایسه‌ی عملکرد مراکز پرداخته‌اند (۱۴-۱۰)، تعدادی به دنبال مقایسه‌ی این شاخص‌ها با استانداردهای موجود (۱۵) و بعضی دیگر درصدد شناسایی عوامل تأثیرگذار بر افزایش و کاهش شاخص‌ها بوده‌اند (۲۰-۱۶). وجه مشترک بیشتر بررسی‌های مذکور این است که کمتر به مقایسه‌ی هم‌زمان شاخص‌ها پرداخته است. این در حالی است که بهره‌گیری از روشی که بتواند به صورت ترکیبی و به طور هم‌زمان از این شاخص‌ها استفاده نماید، این امکان را فراهم می‌آورد تا در یک مقایسه بتوان چندین نتیجه‌گیری کرد و وضعیت عملکرد بیمارستان را در شرایط مختلف ارزیابی نمود (۵، ۷). از تکنیک‌هایی که به طور هم‌زمان می‌تواند به مقایسه‌ی شاخص‌های فوق بپردازد، نمودار Pabon Lasso است.

این نمودار که برای مقایسه‌ی عملکرد بیمارستان‌ها کاربرد جهانی دارد، اول بار به وسیله‌ی Pabon Lasso در سال ۱۹۸۶ معرفی شد (۲۱). با نمودار فوق می‌توان عملکرد بیمارستان‌ها را ارزیابی و با یکدیگر مقایسه کرد. در محور افقی این نمودار مستطیل شکل، درصد اشغال تخت و در محور عمودی آن بازده تخت (نسبت چرخش تخت) قرار دارد. اگر میانگین قابل قبول نرخ اشغال تخت ۵۵ درصد و میزان گردش (بازده) تخت ۳۵ بار در

کارایی در یک تعریف خلاصه به معنای حداکثر استفاده از منابع برای تولید بازده است. برای تعیین میزان کارایی یا عدم کارایی، هر بنگاه باید از شاخص یا شاخص‌های مناسب به عنوان ملاک مقایسه، استفاده نماید (۲). کارایی بیمارستان در بهره‌گیری از منابع را نیز می‌توان با کمک شاخص‌های مشخصی سنجید و با تجزیه و تحلیل آن و برنامه‌ریزی برای بهبود شاخص‌های کارایی، انتظار ارتقای بهره‌وری در سیستم را داشت (۴، ۳). البته در گزینش شاخص‌های عملکردی، تنها زمانی می‌توان از آن‌ها برای دستیابی به اهداف مهم سیاست‌گذاری، برنامه‌ریزی و مدیریت منابع بهره برد که ابتدا شاخص‌های مهم‌تر برگزیده شوند و سپس با درک ارتباطی که بین شاخص‌های برگزیده وجود دارد، در یک نگاه کلی و در عین حال دقیق، بتوان بر عملکرد بیمارستان نظارت مداوم داشت (۵). مطالعات و بررسی‌ها نشان می‌دهد شاخص‌های متفاوتی برای سنجش کارایی بیمارستان‌ها وجود دارد که مهم‌ترین و کاربردی‌ترین آن‌ها سه شاخص درصد اشغال تخت، میزان چرخش تخت و میانگین مدت بستری بیمار در بیمارستان می‌باشد (۸-۶).

درصد اشغال تخت (Bed occupancy) عبارت از میزان تخت‌های اشغالی است که به صورت نسبی از تخت روز اشغال شده به تخت روز فعال در یک دوره‌ی زمانی معین محاسبه می‌شود. چنانچه این نسبت در عدد ۱۰۰ ضرب شود، درصد اشغال تخت به دست می‌آید. شاخص مذکور، به عنوان یک راهنمای کلی در زمینه‌ی مصرف منابع بخش‌های بستری، در مقایسه با سایر شاخص‌های عملکردی بیمارستان بیشترین کاربرد را دارد (۹). مناسب‌ترین میزان اشغال تخت در بیشتر بیمارستان‌ها بین ۸۵ تا ۹۰ درصد در نظر گرفته می‌شود، که ۱۰ تا ۱۵ درصد باقی‌مانده‌ی تخت‌ها در حال تعمیر، تغییر رختخواب و آماده سازی کلی برای بیمارانی بعدی است (۵).

نسبت (میزان) چرخش (گردش) تخت (Bed turnover rate) عبارت از تعداد دفعاتی است که بیمارانی از یک تخت بیمارستانی، در یک دوره‌ی زمانی معین استفاده می‌کنند. این میزان، تعداد اشغال و خالی شده‌ی تخت را در یک دوره‌ی معین می‌رساند (۹) و حاکی از میانگین تعداد بیمارانی است که از تخت

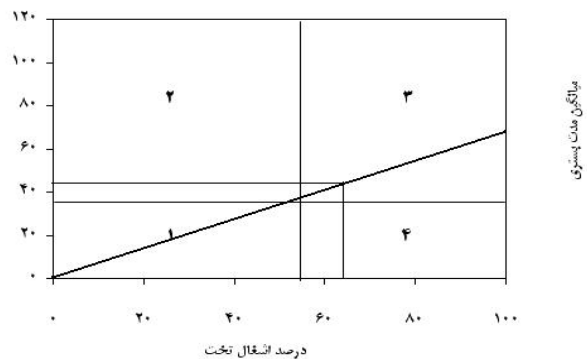
این که در این نمودار از اتصال نقطه‌ی مختصات بیمارستان به مرکز مختصات و امتداد تا اضلاع مقابل، نقطه‌ی میانگین مدت اقامت بیماران مشخص می‌شود (۲). نمودار فوق کاربرد گسترده‌ای در مقایسه‌ی عملکرد بیمارستان‌ها دارد که در آن با توجه به موقعیت هر مرکز در نمودار، می‌توان میزان بهبود یا عدم بهبود در عملکرد را سنجید و بر اساس نتایج، راهکارهایی جهت تقویت نقاط قوت و کاهش تأثیر نقاط ضعف عملکردی بیمارستان ارائه داد. با وجود کاربرد آسان و سریع این نمودار در ارزیابی عملکرد بیمارستان‌ها، مروری بر مطالعات نشان می‌دهد تا کنون مطالعات محدودی در زمینه‌ی ارزیابی عملکرد با استفاده از این شیوه در داخل (۲۳، ۲۲) و خارج کشور (۲۴) انجام شده است.

با توجه به احساس نیاز به انجام ارزیابی‌های مستمر و به روز در بخش بهداشت و درمان، به خصوص در مراکز ارائه دهنده‌ی خدمات درمانی (بیمارستان‌ها) و کاربرد نمودار Pobon Lasso در مقایسه‌ی عملکرد بیمارستان‌ها از طریق نمایش گرافیکی شاخص‌های مهم بیمارستانی، در این بررسی سعی شده است تا مهم‌ترین شاخص‌های عملکردی مراکز مورد مطالعه با استفاده از نمودار Pobon Lasso ارزیابی گردد و بر اساس نتایج، پیشنهادهایی برای انجام ارزیابی‌های بهتر و بهره‌گیری بیشتر از یافته‌های ارزیابی، ارائه شود.

روش بررسی

مطالعه‌ی توصیفی حاضر به صورت مقطعی و گذشته‌نگر در سال ۱۳۸۶ انجام گرفت. ۳۱ بیمارستان و مرکز آموزشی درمانی تحت پوشش دانشگاه علوم پزشکی استان اصفهان (مراکز آموزشی درمانی الزهرا (س)، آیت الله کاشانی، امام موسی کاظم (ع)، سیدالشهدا (ع)، شهید بهشتی، شهید چمران، فارابی، فیض و نور و حضرت علی اصغر (ع) و بیمارستان‌های امین، عیسی بن مریم (ع)، شهید مدرس، شهدای لنگان، امام خمینی فلاورجان، شهید اشرفی و ساعی خمینی‌شهر، شهید منتظری نجف آباد، گل‌دیس شاهین شهر، خاتم الانبیای نطنز، حشمتیه‌ی نایین، محمد رسول الله (ص) مبارکه، امام حسین (ع) گلپایگان، حضرت رسول (ص) فریدون‌شهر، شهید رجایی فریدن،

سال باشد، خطوط موازی محورهای عمودی و افقی از این میانگین‌ها، مستطیل مذکور را به چهار قسمت تقسیم می‌کند (شکل ۱).



شکل ۱: نمودار Pobon Lasso

ناحیه‌ی اول نشان دهنده‌ی درصد اشغال و گردش تخت پایین‌تر از میانگین قابل قبول است. یعنی بیمارستان، فاقد کارایی لازم است و قادر به ادامه‌ی فعالیت در این شرایط نیست. در ناحیه‌ی دوم بیمارستان‌هایی قرار دارند که اگرچه درصد اشغال تخت آن‌ها پایین‌تر از میانگین است، ولی گردش تخت خوب و بالاتر از میانگین دارند. به طور معمول بیمارستان‌های زنان و زایمان و مراکز بستری کوتاه مدت در این گروه قرار می‌گیرند. در ناحیه‌ی سوم بیمارستان‌هایی قرار دارند که هم درصد اشغال خوب و هم گردش تخت بالا دارند. بنابراین از کارایی خوبی برخوردارند و ناحیه‌ی چهارم بیمارستان‌هایی با درصد اشغال بالا، ولی گردش تخت پایین هستند که نشان دهنده‌ی بستری بلند مدت، بهره‌برداری پایین از امکانات موجود و هزینه‌های زیاد است. به طور معمول مراکز طب روانی و طب سالمندان در این گروه قرار دارند.

در شکل ۱ به عنوان مثال موقعیت یک بیمارستان با ضریب اشغال تخت ۶۵ درصد، گردش تخت ۴۵ بار در سال و متوسط اقامت ۶/۲ روز مشخص شده است که نشان می‌دهد کارایی بیمارستان در حد متوسط است و باید برای افزایش کارایی در آن تلاش کرد.

در ارزیابی عملکرد با مشخص کردن شاخص‌های فوق، تعیین می‌گردد که بیمارستان در کدام چهار قسمت قرار می‌گیرد. ضمن

سیدالشهدا (ع) و بیمارستان مدرس ۵۱ درصد بوده است. بیشترین چرخش تخت در سال‌های ۱۳۸۴ و ۱۳۸۵ به ترتیب ۱۱۶/۹ و ۱۲۲/۸ بار و کمترین آن ۲/۸ و ۲/۹ بار بود. میانگین چرخش تخت در دو سال ۱۳۸۴ و ۱۳۸۵ در مراکز آموزشی درمانی ۶۵، مراکز درمانی ۷۱، مراکز داخل شهر ۶۸، مراکز خارج شهر ۷۰، در مجموع ۷۰ و بدون احتساب مرکز آموزشی درمانی سیدالشهدا (ع) و بیمارستان مدرس ۷۰ بار بوده است.

بیشترین میانگین مدت بستری بیماران در سال‌های ۱۳۸۴ و ۱۳۸۵ به ترتیب ۱۱۹/۶ و ۱۱۸/۳ روز و کمترین آن ۱/۱ در هر دو سال به دست آمد. میانگین مدت بستری بیماران در دو سال ۱۳۸۴ و ۱۳۸۵ در مراکز آموزشی درمانی ۴/۹، مراکز درمانی ۷/۵، مراکز داخل شهر ۴/۴، مراکز خارج شهر ۸، در مجموع ۷ روز و بدون احتساب مرکز آموزشی درمانی سیدالشهدا (ع) و بیمارستان مدرس ۳ روز بوده است.

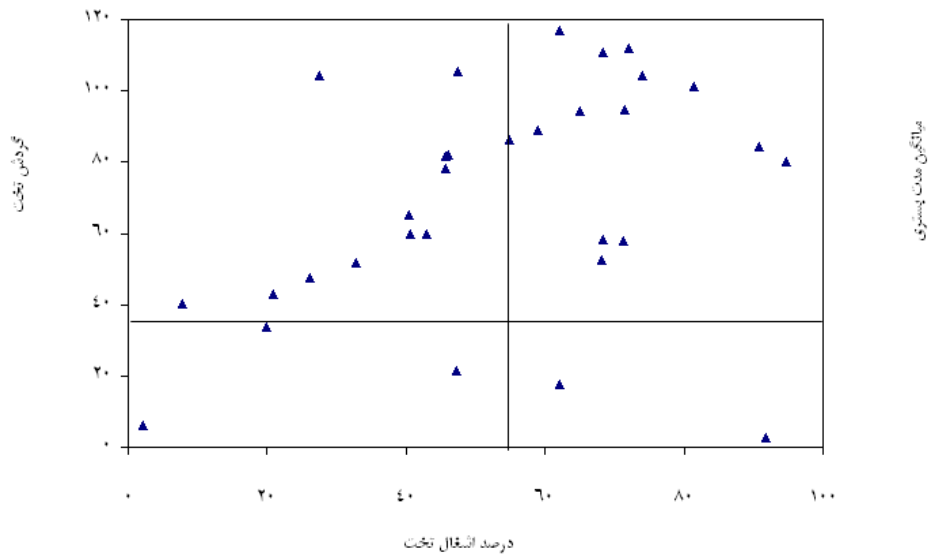
در مقایسه‌ی هم‌زمان شاخص‌های فوق با استفاده از نمودار Pobon Lasso، یافته‌ها نشان داد از مجموع ۳۱ مرکز مورد مطالعه در سال ۱۳۸۴، ۳ مرکز (۱۰ درصد) در ناحیه‌ی اول، ۱۲ مرکز (۳۹ درصد) در ناحیه‌ی دوم، ۱۴ مرکز (۴۵ درصد) در ناحیه‌ی سوم و ۲ مرکز (۶ درصد) در ناحیه‌ی چهارم و در سال ۱۳۸۵، ۲ مرکز (۶ درصد) در ناحیه‌ی اول، ۱۴ مرکز (۴۵ درصد) در ناحیه‌ی دوم، ۱۳ مرکز (۴۳ درصد) در ناحیه‌ی سوم و ۲ مرکز (۶ درصد) در ناحیه‌ی چهارم این نمودار قرار داشتند (نمودار ۱ و ۲).

با در نظر داشتن این نکته که حرکت مراکز به طرف ناحیه‌ی سوم و در جهت شمال شرقی مطلوب و نشان دهنده‌ی عملکرد بهتر است، از میان مراکز مورد مطالعه، تعداد ۱۱ مرکز (۳۶ درصد) در عملکرد خود در سال ۱۳۸۵ نسبت به سال ۱۳۸۴ بهبود داشته‌اند. این پیشرفت در برخی موارد تغییر موقعیت به ناحیه‌ی سوم، برخی حرکت به سمت شمال شرقی و بعضی هر دو با هم بوده است. در تغییر موقعیت مراکز در نواحی چهارگانه، یکی از مراکز از ناحیه‌ی سوم به دوم و یک مرکز نیز از ناحیه‌ی اول به ناحیه‌ی دوم جا به جا شده‌اند.

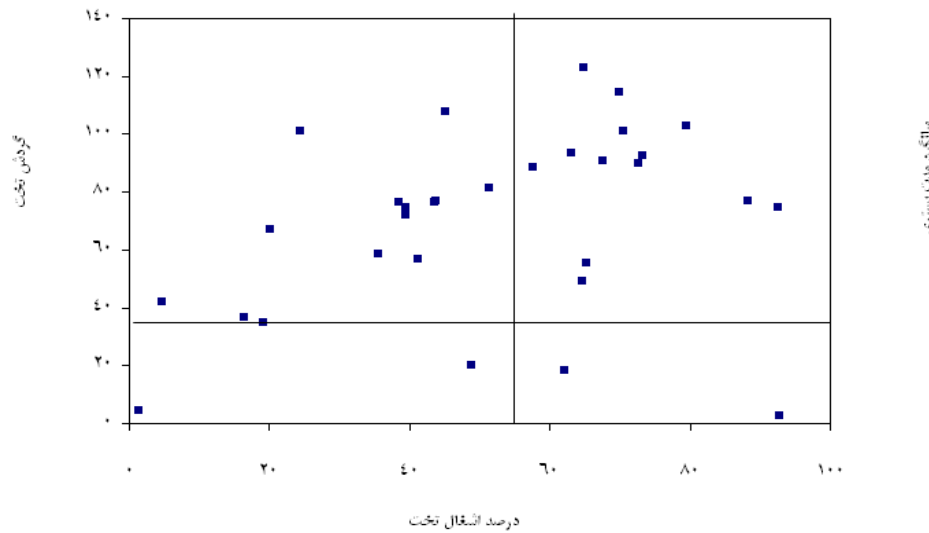
صاحب‌الزمان (عج) و حضرت سجاد (عج) شهرضا، امام خمینی سمیرم، فاطمی‌ه‌ی خوانسار، بهنای تیران و کرون، شهید بهشتی اردستان و حضرت محمد (ص) برخوردار و میمه) در مقطع پژوهش جامعه‌ی آماری را تشکیل دادند و به دلیل محدود بودن تعداد بیمارستان‌ها و مراکز آموزشی درمانی، نمونه‌گیری انجام نگرفت. در این بررسی برای دستیابی به اطلاعات هماهنگ، دقیق‌تر و به روزتر، ابتدا فرمول‌های محاسباتی تعیین سه شاخص عملکردی مورد نیاز استخراج گردید. در این بررسی درصد اشغال تخت به صورت نسبتی از تخت روز اشغال شده، به تخت روز فعال در یک دوره‌ی معین زمانی که در عدد ۱۰۰ ضرب می‌شود، محاسبه گردید. میزان چرخش اشغال تخت، از فرمول نسبت تعداد مرخص‌شدگان و فوت‌شدگان در یک دوره‌ی معین به میانگین تخت‌های آماده به کار در همان دوره محاسبه گردید و میانگین مدت بستری یا اقامت بیمار نیز از جمع کل تخت روز اشغالی در یک زمان معین به تعداد بیماران ترخیص شده و فوتی در همان دوره به دست آمد. سپس با مراجعه به معاونت درمان دانشگاه علوم پزشکی اصفهان و استفاده از فرم‌های فعالیت ماهانه‌ی مرکز، داده‌های پژوهش برای سال‌های ۱۳۸۴ و ۱۳۸۵ استخراج شد. داده‌های جمع‌آوری شده با استفاده از نرم‌افزار آماری Excel و ترسیم نمودار Pobon Lasso تحلیل گردید. لازم به ذکر است از آن‌جا که مرکز آموزشی درمانی سیدالشهدا (ع) و بیمارستان مدرس جزء مراکز بستری بلند مدت مورد مطالعه بودند، گزارش یافته‌ها به دو صورت «با» و «بدون» احتساب این مراکز آمده است.

یافته‌ها

تجزیه و تحلیل داده‌ها نشان داد که بیشترین درصد اشغال تخت در سال ۱۳۸۴ و ۱۳۸۵ به ترتیب ۹۴/۸ و ۹۲/۶ درصد و کمترین آن در هر دو سال ۲/۱ و ۱/۴ درصد بوده است. میانگین درصد اشغال تخت در دو سال ۱۳۸۴ و ۱۳۸۵ در مراکز آموزشی درمانی ۶۵ درصد، مراکز درمانی ۴۸ درصد، مراکز داخل شهر ۶۲ درصد، مراکز خارج شهر ۴۸ درصد، در مجموع ۵۲ درصد و بدون احتساب مرکز آموزشی درمانی



نمودار ۱: عملکرد مراکز مورد مطالعه در سال ۱۳۸۴



نمودار ۲: عملکرد مراکز مورد مطالعه در سال ۱۳۸۵

بحث

نسبت چرخش (گردش تخت) و میانگین مدت بستری به عنوان مهم‌ترین شاخص‌های کارایی مراکز، مقدار این شاخص‌ها بر اساس فرمول‌های یکسان و برای مدت زمان مشخص محاسبه و استخراج شد. با توجه به ارتباطی که میان این سه شاخص وجود دارد (۲۵)، بررسی هم‌زمان شاخص‌های

در این پژوهش سعی بر این بود تا با استفاده از نمودار Pobon Lasso، مهم‌ترین شاخص‌های بیمارستانی به طور هم‌زمان، به منظور ارزیابی عملکرد مراکز مقایسه گردد. به همین منظور پس از انتخاب سه شاخص درصد اشغال تخت،

توانسته‌اند با شناسایی علل پایین بودن کارایی و برنامه ریزی جهت یافتن راه حل‌های مناسب و اجرای آن‌ها، در بهبود کارایی مراکز تأثیرگذار باشند.

بررسی‌های بعدی نشان داد مراکزی که در سال ۱۳۸۴ در این ناحیه بودند، به سبب مشکلات مدیریتی به صورت نیمه تعطیل فعالیت می‌کردند و همین امر هزینه‌هایی را به دانشگاه وارد ساخته بود. خوشبختانه با بهره‌گیری از برخی راهکارهای مدیریتی و فرصت‌های قانونی ایجاد شده (به ویژه ابلاغ ماده‌ی ۸۸ قانون برنامه‌ی چهارم توسعه‌ی اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی کشور)، بهبود کارایی در نحوه‌ی اداره‌ی این مراکز ملاحظه شد. به نحوی که یکی از سه مرکز مذکور از این ناحیه به ناحیه‌ی دوم جا به جا شد و دو مرکز دیگر نیز حرکتی به سمت شمال شرقی نمودار داشتند.

مطالعات مشابه در داخل کشور نشان داد درصد مراکزی که در ناحیه‌ی اول نمودار قرار داشتند، در مطالعه‌ی مراکز شیراز، کرمان و سمنان صفر و در بررسی مراکز مازندران ۳۶ بود (۲۲-۲۳). همچنین در مقایسه با نتایج بررسی مشابهی که در خارج کشور انجام شده است، این درصد برای مراکز درمانی ناحیه‌ای و منطقه‌ای به ترتیب ۲۰ و ۲۳ درصد به دست آمده است (۲۴).

در این مطالعه، ناحیه‌ی دوم نمودار در سال ۱۳۸۴، ۳۹ درصد و در سال ۱۳۸۵، ۴۵ درصد از مراکز را در خود جای داد؛ این میزان در مطالعه‌ی مراکز شیراز ۲۵ درصد، کرمان ۲۵ درصد (۲۳)، سمنان و مازندران صفر (۲۲) و در مطالعه‌ی خارج از کشور نیز به ترتیب ۷ و ۱۵ درصد برای بیمارستان‌های ناحیه‌ای و منطقه‌ای بوده است (۲۴).

ناحیه‌ی دوم نمودار به آن دسته از مراکزی اختصاص دارد که به سبب نوع خاص فعالیتشان دارای گردش تخت بالایی هستند (مانند مراکز بستری کوتاه مدت و یا بیمارستان‌های زنان و زایمان). بنابراین چنانچه مرکزی با داشتن شرایط فوق در این ناحیه قرار گیرد، می‌توان گفت در اداره‌ی امور کارا بوده است. در این مطالعه تنها یکی از مراکزی که در ناحیه‌ی

به دست آمده، می‌تواند راهنمای تعیین وضعیت مراکز باشد. خاطر نشان می‌شود در تعیین و بررسی این وضعیت، کسب اطمینان از اعتبار شاخص‌ها و صحت محاسبه‌ی آن‌ها برای انجام هر گونه ارزیابی و قضاوت صحیح و دقیق، ضروری می‌باشد و باید از هر گونه نتیجه‌گیری سریع اجتناب کرد (۲۴).

چنانچه بر اساس اطلاعات موجود، حداقل ضریب اشغال تخت ۵۵ درصد (۶) و هدف مطلوب برای دستیابی ۷۵ درصد (۲۶) در نظر گرفته شود، مقایسه‌ی میانگین ضریب اشغال تخت مراکز مورد مطالعه، با استانداردهای قابل قبول نشان داد وضعیت مراکز در این شاخص مطلوب نمی‌باشد. مطلوبیت ناکافی شاخص ضریب اشغال تخت در گزارش‌های عملکردی مراکز تحت پوشش دانشگاه نیز آمده است (۲۷). نظر به این که تلاش در راستای ارتقای بهره‌وری و بهبود کارایی از اولویت‌های کنونی بخش سلامت و به ویژه مراکز درمانی می‌باشد، لازم است با شناسایی مهم‌ترین دلایل پایین بودن ضریب اشغال تخت، برای افزایش این شاخص برنامه‌ریزی نمود.

به روشی مشابه، چنانچه حداقل مطلوب گردش تخت ۳۵ بار باشد، میزان گردش تخت ۸۴ درصد مراکز بیش از ۳۵ بار بود. در مقایسه با استانداردهای موجود، این میزان که در هر دو حالت با و بدون در نظر گرفتن مراکز سیدالشهدا (ع) و مدرس ۷۰ به دست آمد، وضعیت مطلوب مراکز را در این بعد نشان داد. همچنین مقایسه‌ی میانگین مدت بستری نیز با استاندارد، که میزان بیش از ۳ روز را توصیه نمی‌کند، مناسب بودن این شاخص را در این مطالعه نشان داد.

مقایسه‌ی وضعیت قرارگیری مراکز مورد مطالعه در نواحی چهارگانه‌ی نمودار Pobon Lasso نشان داد در سال ۱۳۸۴، ۱۰ درصد مراکز مورد مطالعه در ناحیه‌ی اول قرار داشتند که این تعداد در سال ۱۳۸۵ به ۶ درصد کاهش یافت. از آن‌جا که قرار داشتن بیمارستان در ناحیه‌ی اول جدول نشان دهنده‌ی درصد اشغال و گردش تخت پایین‌تر از میانگین قابل قبول و در نتیجه پایین بودن کارایی بیمارستان است، به همین دلیل این کاهش درصد می‌تواند گواه آن باشد که مدیریت مراکز

درصد بیمارستان‌های مستقر در این ناحیه در سال ۱۳۸۵ گردید. کاهش به سبب تغییر مکان یک بیمارستان به ناحیه‌ی دوم بود. قدیمی بودن مرکز، غیر فعال شدن بسیاری از بخش‌ها، حضور بیمارستان‌های رقیب، عدم برنامه‌ریزی چگونگی مصرف منابع و عدم ثبات مدیریتی بیمارستان از عواملی بودند که در این تغییر مکان و به عبارتی کارایی نامطلوب دخالت داشتند. به همین دلیل توصیه می‌شود با توجه به آمادگی این مرکز جهت ارائه‌ی خدمات متنوعی چون خدمات زنان و زایمان، اطفال، نوزادان، کلیه و مجاری ادراری، گوش و حلق و بینی، جراحی مغز و اعصاب، ارتوپدی، داخلی، قلب، داخلی مغز و اعصاب، برای بهبود شاخص‌های عملکردی و در نتیجه بهبود کارایی تلاش نماید.

آخرین ناحیه‌ی نمودار Pobon Lasso در این مطالعه در هر دو سال ارزیابی ۶ درصد از مراکز را شامل شد. این درصد در مطالعات داخلی ۲۵، ۱۰۰ و ۵۵ درصد (به ترتیب مطالعه‌ی مراکز شیراز و کرمان، سمنان و مازندران) و در مطالعه‌ی مشابه خارجی ۳۳ و ۳۴ درصد (به ترتیب بیمارستان‌های ناحیه‌ای و منطقه‌ای) بود (۲۲-۲۴). ناحیه‌ی چهارم مراکز را در خود جای می‌دهد که درصد اشغال تخت بالا، گردش تخت پایین، بهره‌برداری کم از امکانات و هزینه‌های زیاد (ویژگی‌های مراکز بستری بلند مدت مانند مراکز طب روانی و سالمندان) دارند. در این مطالعه نیز دو مرکزی که در ناحیه‌ی چهارم قرار گرفتند، جزء مراکز ارائه‌دهنده‌ی مراقبت‌ها به بیماران روانی بودند. گرچه به سبب ماهیت فعالیت این مراکز، نمی‌توان انتظار تغییر ناحیه را داشت، ولی بهبود کارایی در این ناحیه و در نتیجه تغییر موقعیت (جابه‌جایی به سمت شمال شرقی نمودار) دور از انتظار نیست و باید مورد توجه مدیران و مسؤولان امر قرار گیرد.

خاطر نشان می‌شود به دلیل تفاوت در شرایط و موقعیت مراکز، نتیجه‌گیری قطعی در مورد مقایسه‌ی عملکرد بیمارستان‌های این مطالعه با مطالعات مشابه امکان‌پذیر نیست و لازم است جانب احتیاط رعایت گردد.

دوم قرار داشت، جزء مراکز بستری کوتاه مدت بود و بقیه به طور عمده از مراکز درمانی مستقر در شهرستان‌ها (خارج از شهر اصفهان) و معدودی نیز از مراکز درمانی شهر اصفهان بودند. یکی از مراکز این ناحیه نیز در فاصله‌ی دو سال از ناحیه‌ی اول به ناحیه‌ی دوم منتقل شده بود. بنابراین می‌توان گفت به جز این مرکز و مرکز بستری کوتاه مدت، بقیه‌ی مراکز، کارایی قابل قبولی در اداره‌ی امور نداشتند و توصیه می‌شود مدیریت مراکز برای بهبود شاخص‌های عملکردی و در نتیجه انتقال به ناحیه‌ی سوم تلاش نماید.

در سال ۱۳۸۴، ۴۵ درصد از مراکز مورد مطالعه در ناحیه‌ی سوم نمودار قرار داشتند که این درصد در سال ۱۳۸۵ به ۴۳ درصد کاهش یافت. درصد مراکز مستقر در این ناحیه، در مطالعه‌ی شیراز و کرمان ۵۰، سمنان صفر، مازندران ۹، بیمارستان‌های ناحیه‌ای مطالعه‌ی خارج از کشور ۴۰ و بیمارستان‌های منطقه‌ای همین مطالعه ۲۸ درصد بود (۲۲-۲۴). ناحیه‌ی سوم شامل بیمارستان‌هایی می‌شود که از کارایی خوبی برخوردارند. در این مطالعه، مراکز آموزشی درمانی و بیمارستان‌هایی در ناحیه‌ی سوم قرار داشتند که به سبب ارائه‌ی نوع یا انواع خاص خدمات بهداشتی درمانی، داشتن شهرت، برخورداری از کادر پزشکی، پیراپزشکی و اداری مجرب، استفاده از تجهیزات و فن‌آوری‌های پیشرفته‌ی پزشکی، بهره‌گیری از روش‌ها و شیوه‌های نوین مدیریتی و یا دسترسی آسان، توانسته بودند ضمن جذب مشتریان بیشتر، با استفاده از برنامه‌ریزی‌های صحیح بیشترین استفاده از منابع را داشته باشند. البته این امر به معنای کفایت تلاش در جهت بهره‌وری بیشتر نمی‌باشد؛ چرا که بهبود کارایی روندی است که نمی‌توان برای آن حد نهایی متصور شد، از این رو تداوم حرکت به سوی ارتقای کارایی بیمارستان‌ها به نحوی که منجر به افزایش درصد بیمارستان‌های مستقر در ناحیه‌ی سوم و نیز تغییر موقعیت بیمارستان‌ها به سمت شمال شرقی نمودار شود، باید در اولویت کاری مدیران مراکز قرار گیرد. همان‌گونه که نتایج مطالعه نشان داد غفلت از این امر سبب کاهش

نتیجه‌گیری

استفاده از نمودار Pobon Lasso از ابزارهایی است که با کمک آن می‌توان ضمن مقایسه‌ی هم‌زمان شاخص‌های مهم بیمارستانی، به ارزیابی مراکز از بعد رعایت کارایی در اداره‌ی امور پرداخت. این روش که یکی از روش‌های فعال شناسایی مسأله در بیمارستان می‌باشد، مدیریت را قادر می‌سازد با کمک سه شاخص کلیدی عملکرد بیمارستان، تحلیلی از موقعیت مرکز خود داشته باشد. تعیین موقعیت خود راهنمای مفیدی برای برنامه‌ریزی‌های بهبود کارایی فراهم می‌آورد؛ بدین ترتیب که قرار داشتن در ناحیه‌ی اول نمودار زنگ خطر جدی از نظر عدم کارایی محسوب می‌شود و اقدامی فوری را برای بهبود شاخص‌های عملکردی بیمارستان طلب می‌نماید. قرار داشتن در ناحیه‌ی دوم (به استثنای مراکز بستری کوتاه مدت) و ناحیه‌ی چهارم (به استثنای مراکز بستری بلند مدت) نمایانگر کارایی نسبی بوده و مدیریت را به پی‌گیری اقدامات بهبود کارایی رهنمون می‌سازد. سرانجام ناحیه‌ی سوم به بیمارستان‌هایی مربوط می‌شود که در اداره‌ی امور کارایی مطلوبی دارند و تلاش مدیریت بایستی همواره در راستای انتقال مراکز از بقیه‌ی نواحی به این ناحیه باشد. بدیهی است با توجه به هدف بهبود کارایی و جهت نمودار، در هر چهار ناحیه حرکت به سمت شمال شرقی نمودار قابل قبول بوده است و نشان دهنده‌ی موفقیت برنامه‌های بهبود کارایی و عملکرد بیمارستان می‌باشد.

پیشنهادها

یکی از تکنیک‌های کاربردی مقایسه‌ی عملکرد مراکز درمانی و سنجش کارایی آن‌ها، استفاده از نمودارهای گرافیکی مانند نمودار Pobon Lasso می‌باشد. این تکنیک می‌تواند راهنمای سیاست‌گذاران برای استفاده‌ی بهینه از منابع، برنامه‌ریزان برای تدوین استراتژی‌های مناسب اجرایی و بالاخره مدیران برای سنجش و پایش برنامه‌ها باشد. به علاوه، این نمودارها این امکان را فراهم می‌آورند که با درک ارتباط میان شاخص‌های مختلف، در صورت ایجاد هر گونه

مغایرت، سریع بتوان آن را تشخیص داد و برای رفع آن اقدام نمود. البته بهره‌گیری صحیح از این تکنیک‌ها و نیز قضاوت بر اساس آن‌ها مستلزم ایجاد زمینه‌ای مناسب است که در پرتو آن بتوان اول به سنجش شاخص‌های انتخابی مهم پرداخت و سپس مکانیزمی برای کسب اطمینان از اعتبار و صحت آن‌ها طراحی نمود.

بر اساس یافته‌های به دست آمده، برای فراهم آوردن چنین زمینه‌ای و نیز انجام ارزیابی‌های دقیق‌تر، پیشنهادهای زیر ارائه می‌شود:

- تلاش در جهت ایجاد ادبیات مشترک برای محاسبه‌ی شاخص‌ها و استفاده از دستورالعمل‌ها و شیوه‌های معتبر برای تعیین شاخص‌های عملکردی بیمارستان
- تعریف شاخص‌های مهم عملکردی بیمارستان و استخراج دوره‌ای آن‌ها
- پایش مرتب و مستمر عملکرد بیمارستان‌ها بر اساس نمودارهای مختلف گرافیکی
- استفاده از نتایج ارزیابی‌ها برای برنامه‌ریزی‌ها و سیاست‌گذاری‌ها
- تلاش در جهت افزایش میزان بهره‌برداری از منابع بیمارستانی و جلوگیری از اتلاف منابع
- تهیه‌ی نرم‌افزارهای مناسب و کاربردی به منظور مقایسه‌ی عملکرد بیمارستان در فواصل زمانی مختلف
- مقایسه‌ی دوره‌ای عملکرد بیمارستان و تعیین علل موفقیت یا عدم موفقیت مراکز.

تشکر و قدردانی

نگارندگان از همکاری جناب آقای دکتر محمدحسین حریری، مدیر بهره‌وری معاونت پشتیبانی دانشگاه علوم پزشکی اصفهان و زحمات همکاران گرامی در مرکز تحقیقات مدیریت و اقتصاد سلامت دانشکده‌ی مدیریت و اطلاع‌رسانی پزشکی، معاونت درمان و معاونت پشتیبانی دانشگاه علوم پزشکی اصفهان صمیمانه تشکر و قدردانی می‌نمایند.

References

1. Barnum H. Public Hospitals in Developing Countries: Resource Use, Cost, Financing. 1st ed. Baltimore: The Johns Hopkins University Press; 1993. p. 99-100.
2. Farrell MJ. The Measurement of Productivity Efficiency. Journal of the Royal Statistic Society, Series A 1957; 120(3): 235-90.
3. Fattahzade AA. Getting Health Reform Right. Tehran: Ibne Sinaye Bozorg Publications; 2005. p. 205-10
4. Mahapatra P, Berman P. Using hospital activity indicators to evaluate performance in Andhra Pradesh, India. Int J Health Plann Manage 1994; 9(2): 199-211.
5. Ebadiazar F. The Principles of Hospital Management and Planning. Tehran: Samat Publications; 1999. p. 464-5.
6. Asefzade S. Management and Research Hospital. Ghazvin: Hadiseemrouz Publications, 2007. p. 251-4.
7. Asefzade S, Reza Pour A. Health Economics Principles. 1st ed. Ghazvin: Hadiseemrouz Publications, 2003. p. 159.
8. Sadaghiyani E. Evaluation of Healthcare and Hospital's Standards. 1st ed. Tehran: Moein Publications; 1997. p. 62-5.
9. Sadaghiyani E. Hospital's Organization and Management 1st ed. Tehran: Jahanrayane Publications; 1998. p. 409-10.
10. Nekoimoghadam M, Chopanvafa Z. The Study of Performance Indicators in Hospitals of Kerman University of Medical Sciences and Kashan Social Security during 1997-1998. Tehran: Ministry of Health and Medical Education; 2003.
11. Sohrabizade S. The Study of Performance Indicators of Yazd Hospitals in 2003. Tehran: Ministry of Health and Medical Education & Baghiatallah University of Medical Sciences; 2005.
12. Tofighi SH, Zaboli R. The Comparative Study of Hospital's Indicator and Provision a Suitable Model To control and Analysis them together. Tehran: Ministry of Health and Medical Education; 2003.
13. Pourhasani ME. The Comparison of Mean Duration of Patients with Open Heart Surgery in Private and Educational Hospitals in Tehran [MSc Thesis]. Tehran: School of Management and Medical Informatics, Iran University of Medical Sciences; 1997.
14. Kavousi Z. The Study of Admission and Mean Duration through AEP in Hospitals of Tehran University of Medical Sciences. Tehran: Ministry of Health and Medical Education & Baghiatallah University of Medical Sciences; 2005.
15. Maleki A. The Study of Performance Indicators of Borojerd Health Network's Hospitals and Comparison them with Available Standards in 2002. Tehran: Ministry of Health and Medical Education; 2003.
16. Malakotiyani M. The Study of Performance Indicators of Mehrabi and Shafa Hospitals Before and After Integration. Tehran: Ministry of Health and Medical Education; 2003.
17. Davoudi A. The Effect of Hospital Integration on Hospital's Performance Indicators. Tehran: Ministry of Health and Medical Education; 2003.
18. Yousefi F. The Study of Factors on Mean Duration of Bed in Nour and Aliasghar Hospitals. Isfahan: Isfahan University of Medical Sciences; 2004.
19. Heidari Z. The Related Factors on Mean Duration of Bed in General and Educational Hospital's of Shiraz [MSc Thesis]. Tehran: School of Management and Medical Informatics, Iran University of Medical Sciences; 1995.
20. Fouladi P. The Effective Factors on Decreasing of Inpatient Bed Occupancy Ratio from the Viewpoint of Managers of Shahid Beheshti University of Medical Sciences [MSc Thesis]. Tehran: School of Management and Medical Informatics, Iran University of Medical Sciences; 1994
21. Pabon LH. Evaluating hospital performance through simultaneous application of several indicators. Bull Pan Am Health Organ 1986; 20(4): 341-57.
22. Nazar AK. Performance appraisal of the health network managers in Mazandaran and Semnan. JQUMS 1999; 2(4): 48-57.
23. Roholamin A, Parvin H. The Comparison of Hospitals's Performance of Kerman and Shiraz Universities of Medical Sciences through Poben Lasso Graph. Tabriz: Tabriz University of Medical Sciences; 2007.

24. Natal Department of Health. Use of the Indicators to Assess Hospital Efficiency. The Epidemiology Unit, Kwazulu-Natal Department of Health 2004 [Online]. 2009 [Cited 2009 Nov 11].; Available from: URL: <http://www.kznhealth.gov.za/epibulletin7.pdf/>
25. Ebrahimi B. Undeniable need for assessment and treatment of health system. Tehran: Ministry of Health and Medical Education & Baghiatallah University of Medical Sciences; 2005.
26. Mazhari SR, Ghoudarzi S. Structural resource allocation system in the service of our country's admission during the fourth 5-year plan. Tehran: Arvij Publications; 2005. p. 36.
27. Isfahan University of medical Sciences. Medical report. Isfahan: Secretariat of the Board of Trustees; 2007.

Is There any Method to Compare Key Indicators of Hospital Performance Simultaneity?*

Mohammad Hadi¹; Hanieh Sadate Sajadi², Zeinab Sadate Sajadi³

Abstract

Introduction: The important of comparing performance of hospitals using hospital indicators, has been made the necessary of utilizing of the application model inevitable. This study aimed to compare hospital performance key indicators simultaneity.

Methods: In this descriptive cross sectional and retrospective study, 31 hospitals of Isfahan University of Medical Sciences were evaluated in 2007. Selected indicators including bed occupancy rate, bed turnover rate and mean length of hospitalization were extracted by referring to Vice Treatment of Isfahan University of Medical Sciences and evaluating monthly activity of the centers during 2005-2006. Obtained data compared using Excel software and Pobon Lasso charts.

Results: There were 3(10 percent) hospitals in Quadrant I, 12(39 percent) hospitals in Quadrant II, 14(45 percent) hospitals in Quadrant III and 2(6%) hospitals in Quadrant IV of Pobon Lasso chart in 2005. There were 2(6 percent) hospitals in Quadrant I, 14(45 percent) hospitals in Quadrant II, 13(43 percent) hospitals in Quadrant III and 2(6%) hospitals in Quadrant IV in 2006.

Conclusion: Pobon Lasso chart help us to compare the three key indicators of hospital performance simultaneity in addition to assessment of centers performance in respect of governance. It is recommended that hospital administrators evaluate hospital efficiency through this method which considered as one of the active methods in identifying the problem. This analysis can be a useful guide in planning performance improvement for the center.

Keywords: Hospitals; Length of Stay; Inpatient; Bed Occupancy.

Type of article: Original Article

Received: 22 Aug, 2009

Accepted: 14 Mar, 2010

Citation: Hadi M, Sajadi HS, Sajadi ZS. **Is There any Method to Compare Key Indicators of Hospital Performance Simultaneity?** Health Information Management 2011; 8(1): 85.

* This article is resulted on the research project No. 286076 that finiced by Health Management & Economics Research Center of Isfahan University of Medical Sciences.

1. General Practitioner, Medicine, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran.

2. PhD Student, Health Services Management, Tehran University of Medical Sciences, Tehran and Employee of Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran. (Corresponding Author) Email: h_sajadi@mail.mui.ac.ir

3. BSc, Medical Records, Farabi Teaching Hospital, Isfahan, Iran.

تحلیل محتوایی و استنادی مقالات چاپ شده در مجله علمی پژوهشی

«مدیریت اطلاعات سلامت»*

حسن قهنویه^۱، فریده موحدی^۲، محمدحسین یارمحمدیان^۳، سیما عجمی^۴

چکیده

مقدمه: با بررسی تولیدات علمی در هر حوزه می‌توان در انجام سیاست‌های پژوهشی برنامه‌ریزی‌های راهبردی انجام داد، پیشرفت‌های حاصل را ارزیابی و کنترل نمود و کیفیت فعالیت‌های پژوهشی را ارتقا داد. این مطالعه با هدف تحلیل محتوایی و استنادی مقالات چاپ شده در مجله «مدیریت اطلاعات سلامت» انجام گرفت.

روش بررسی: این مطالعه‌ی توصیفی به تحلیل محتوایی و استنادی تعداد ۱۷۵ مقاله‌ی چاپ شده در مجله‌ی علمی پژوهشی مدیریت اطلاعات سلامت طی سال‌های ۱۳۸۳ لغایت ۱۳۸۹ پرداخته است. در این پژوهش با استفاده از چک لیست و مراجعه به تک تک عناوین و محتویات و استنادات مقاله‌ها به جمع‌آوری اطلاعات و سپس ورود آن در نرم‌افزار Excel و تحلیل آن‌ها اقدام شد. روایی چک لیست با استفاده از نظر استادان متخصص تأیید گردید. در تحلیل داده‌ها از روش‌های آمار توصیفی نظیر دسته‌بندی داده‌ها بر حسب توزیع فراوانی و درصد فراوانی، میانگین و رسم نمودارها استفاده شد.

یافته‌ها: از ۵۳۱ نویسنده در ۱۷۵ مقاله، بیشترین نویسندگان (۵۸ درصد) مرد بوده‌اند. بیشترین افراد در مقطع دکتری تخصصی (۲۶۳ نفر)، دارای رتبه‌ی دانشگاهی استادیار (۱۱۶ نفر)، با وابستگی به دانشگاه علوم پزشکی اصفهان (۱۵۶ مورد) بودند. بیشتر مقالات (۱۲۷ مقاله) از نوع توصیفی، بیشترین ابزار مورد استفاده پرسش‌نامه (۷۶ مورد) و بیشترین توصیف‌گرهای موضوعی به کار رفته، بیمارستان‌ها (۳۰ مورد) بوده است. بیشترین نوع مقالات چاپ شده، تحقیقی (۱۵۰ مورد) و بیشترین مطالعات (۶۰ عنوان) حاصل طرح تحقیقاتی مصوب بوده است. بیشترین تعداد مقاله (۵۱ عنوان) در سال ۸۹ به چاپ رسیده، بیشترین گرایش موضوعی «مدیریت» (۵۰ عنوان) بود. بیشترین استنادات به مقالات (۴۳ درصد) و از نظر زبان به منابع لاتین (۵۸ درصد) بوده است. ۴/۴۵ درصد استنادات مربوط به خود استنادی نویسنده و ۱/۰۵ درصد مربوط به خود استنادی مجله بوده است.

نتیجه‌گیری: باید الگوی رفتاری نویسندگان به نگارش مقالات تحلیلی و استفاده از روش‌های بررسی متنوع و جدید در زمینه‌ی مدیریت اطلاعات در حوزه‌ی بهداشت و درمان سوق داده شود. سردبیر مجله، حد مشخصی را برای خود استنادی در مقالات منتشر شده‌ی خود در نظر بگیرد.

واژه‌های کلیدی: تحلیل محتوا؛ استناد؛ مقاله؛ مجله؛ نشریات ادواری.

نوع مقاله: تحقیقی

پذیرش مقاله: ۱۹/۱۲/۱۴

اصلاح نهایی: ۱۹/۱۲/۱۲

دریافت مقاله: ۱۹/۱۱/۲

ارجاع: قهنویه حسن، موحدی فریده، یارمحمدیان محمدحسین، عجمی سیما. تحلیل محتوایی و استنادی مقالات چاپ شده در مجله علمی پژوهشی «مدیریت اطلاعات سلامت». مدیریت اطلاعات سلامت ۱۳۹۰؛ ۸ (۱): ۹۶-۸۶.

مقدمه

* این مقاله حاصل طرح تحقیقاتی مصوب شماره ۲۸۹۲۴۸ با حمایت مالی مرکز تحقیقات مدیریت و اقتصاد سلامت دانشگاه علوم پزشکی اصفهان می‌باشد.

۱. کارشناس ارشد، کتابداری و اطلاع‌رسانی پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران. (نویسنده‌ی مسؤل)

Email: ghahnaviyeh@dnt.mui.ac.ir

۲. کارشناس، کتابداری و اطلاع‌رسانی پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران.

۳. دانشیار، مدیریت برنامه‌ریزی آموزشی، مرکز تحقیقات مدیریت و اقتصاد سلامت، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران.

۴. دانشیار، مدیریت اطلاعات بهداشتی درمانی، مرکز تحقیقات مدیریت و اقتصاد سلامت، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران.

مجلات علمی تخصصی، نشریات تخصصی هستند که با فاصله‌ی زمانی منظم و در مدت نامعلوم منتشر شده‌اند و به ایفای دو کارکرد اجتماعی تولید علمی و ارتباط علمی می‌پردازند (۱). امروزه پژوهشگران برای این که نتایج پژوهش‌های خود را سریع و به صورت روزآمد در اختیار دیگران قرار دهند، آن‌ها را به صورت مقاله در نشریات چاپ می‌کنند و

ده سال رو به افزایش بوده است (۶). Davis و Dimitroff در بررسی ۷۷۳ مقاله در موضوع آموزش پزشکی عنوان می‌کنند که بیشترین مقالات در موضوع تدوین برنامه‌ی درسی، آموزش و ارزیابی دانشجویان بوده است (۷).

در تحقیق دیگری اشتری در مورد تحلیل استنادی ۴۴۶۰ استناد استخراج شده از ۲۹۹ مقاله‌ی فلسفی فارسی مشخص کرد که تعداد متوسط استنادها در هر مقاله ۱۵ استناد بود. کتاب‌ها بالاترین میزان استناد (۹۳/۳۸ درصد) را داشته‌اند. بیشترین منابع مورد استناد (۳۴/۴۴ درصد) به زبان عربی بوده، بعد از آن به منابع با زبان فارسی (۳۱/۰۳ درصد) استناد شده است (۸). یافته‌های پژوهش حری و نشاط، در بررسی رفتار استنادی نویسندگان مقاله‌های مندرج در مجله‌ی روان‌شناسی و علوم تربیتی دانشگاه تهران نشان داد که ۲۴۶۲ استناد در ۱۷۹ مقاله‌ی تألیفی وجود داشته، متوسط تعداد استناد برای هر مقاله ۱۳/۷ استناد بوده است. کتاب‌ها با ۵۵ درصد، بیشترین استنادها را به خود اختصاص داده‌اند و مجلات (۳۷/۸ درصد) در مرتبه‌ی دوم قرار گرفته‌اند. زبان غالب در مآخذ به طور عمده لاتین است و از میان آن بیشترین سهم متعلق به زبان انگلیسی می‌باشد (۹). مقصودی در به مقاله‌ای با بررسی استنادی مقالات در مجلات علوم اطلاع‌رسانی، فصل‌نامه‌ی پیام کتابخانه، فصل‌نامه‌ی کتاب و کتابداری به این نتیجه دست یافت که میانگین تعداد استنادها برای هر مقاله ۹/۶ استناد بوده است و منابع خارجی بیشتر مورد استناد قرار گرفته‌اند. استناد به کتاب، بیش از سایر منابع اطلاعاتی بوده، پس از آن مجله در رده دوم قرار گرفته است (۱۰). تیمورخانی با مطالعه استنادی مقالات فصل‌نامه‌ی کتاب نشان داد که در ۱۹۸ مقاله‌ی این مجله ۱۷۳۰ بار استناد شده است که تعداد متوسط استناد در هر مقاله ۱۰/۱۷ استناد و بالاترین میزان استناد (۴۸/۶۱ درصد) مربوط به کتاب‌ها بوده است. ۵۲/۴۸ درصد از استنادها به منابع انگلیسی زبان تعلق داشته است (۱۱). مختاری نبی و مختاری معمار در تحلیل استنادی مآخذ مقالات تألیفی رشته‌ی مدیریت به این نتیجه رسیدند که بالاترین میزان استناد (۸۴/۶۴ درصد) مربوط به کتاب بوده، زبان انگلیسی (۵۹/۷۱ درصد) از بیشترین

به همین دلیل نشریات در پاسخ‌گویی به نیازهای محققان از جایگاه خاصی برخوردار هستند. با توجه به نقش و اهمیت مجله‌های علمی در عرصه علم و دانش، لازم است که مورد ارزیابی دقیق علمی قرار گیرند و برای این منظور می‌توان از روش تحلیل محتوایی و استنادی استفاده کرد. از جمله امتیازات این روش، امکان عملی انجام آن و خصوصیت بارز این شیوه دور نگه داشتن بسیاری از اعمال نظرهای شخصی و تعصب‌ها از نتایج تحقیق است که احتمال می‌رود در سایر روش‌ها تا حدی دیده می‌شود. همچنین می‌توان با توجه به محدودیت‌های موجود، کارآمدترین منابع اطلاعاتی را انتخاب و تهیه نمود (۲).

زارع فراشبندی و همکاران در مقاله‌ی خود تحت عنوان «مشارکت گروهی و موضوعات اصلی مقالات مجله‌ی علمی پزشکی دانشگاه علوم پزشکی جندی شاپور اهواز» به این نتیجه دست یافتند که پراکندگی مقالات مجله از توازن و تعادل موضوعی منطبق با پوشش موضوعی مجله برخوردار نیست (۳). ارشاد سهرابی و همکاران در تحقیقی با عنوان «تحلیل محتوای مقالات منتشر شده در مجلات آموزش پزشکی در ایران» به این نتیجه دست یافتند که اولویت‌بندی تحقیقات پژوهش در آموزش باید مد نظر جدی قرار گیرد (۴). مهram و توانایی شاهرودی در تحقیقی با عنوان «تحلیل محتوای مجله‌های علمی پژوهشی روان‌شناختی ایران» به این نتیجه دست یافتند که قلمروهای روان‌شناسی سلامت، تحولی، تربیتی، بالینی و مشاوره‌ای فراوان‌ترین موضوع‌ها و استانداردهای آزمون، همبستگی، مدل‌های علمی، تجربی و شبه تجربی فراوان‌ترین روش‌های پژوهش بودند (۵). آذرانفر در تحقیقی با عنوان «تحلیل محتوای پایان‌نامه‌های رشته کتابداری و اطلاع‌رسانی سال‌های ۱۳۷۳ تا ۱۳۸۲ موجود در پژوهشگاه اطلاعات و مدارک علمی ایران» نشان داد که گرایش موضوعی غالب در پایان‌نامه‌های مورد نظر به مقوله‌ی «کتابخانه‌ها و مراکز منابع» و ضعیف‌ترین گرایش به مقوله‌ی «رسانه» است. بیشتر پایان‌نامه‌ها از روش پیمایشی استفاده کرده‌اند و متوسط استنادها و نسبت استفاده از منابع خارجی به کل منابع نیز در این

حوزه‌ی علوم پزشکی حاکم است و رایج‌ترین وسیله‌ی مبادله‌ی اطلاعات در این حوزه مشخص می‌شود. علاوه بر آن، می‌توان برنامه‌ریزی‌های راهبردی در انجام تحقیقات و سیاست‌های پژوهشی در این حوزه را فراهم نمود. در این پژوهش مقالات چاپ شده در مجله‌ی علمی-پژوهشی «مدیریت اطلاعات سلامت» دانشگاه علوم پزشکی اصفهان طی سال‌های ۱۳۸۳ لغایت ۱۳۸۹ مورد تحلیل محتوایی و استنادی قرار گرفت.

روش بررسی

این مطالعه‌ی توصیفی به بررسی و تحلیل محتوایی و استنادی تعداد ۱۷۵ مقاله‌ی چاپ شده، ۲۸۴۹ استناد در مجله‌ی مدیریت اطلاعات سلامت طی سال‌های ۱۳۸۳ لغایت ۱۳۸۹ پرداخته است. در این پژوهش از چک لیست استفاده شد و با مراجعه به تک تک عناوین و محتویات و استنادات مقالات، اطلاعات مورد نیاز (در خصوص نوع مقاله، روش بررسی، ابزار جمع‌آوری اطلاعات، جنسیت، وضعیت شغلی، مدرک تحصیلی، وابستگی سازمانی و مالی نویسندگان، توصیف‌گرهای موضوعی، گرایش موضوعی، تعداد منابع به تفکیک نوع و زبان، تعداد خود استنادی‌ها به تفکیک مجله و نویسنده، تاریخ دریافت و تاریخ پذیرش مقاله) جمع‌آوری گردید و سپس با استفاده از نرم‌افزار Excell به تجزیه و تحلیل اطلاعات اقدام شد. رویی چک لیست با استفاده از نظر استادان متخصص تأیید گردید. در تحلیل داده‌ها از روش‌های آمار توصیفی نظیر دسته‌بندی داده‌ها بر حسب توزیع فراوانی و درصد فراوانی، میانگین و رسم نمودارها استفاده شد.

یافته‌ها

- طبق نتایج به دست آمده طی سال‌های ۱۳۸۳ لغایت ۱۳۸۹ تعداد ۱۷۵ عنوان مقاله از ۵۳۱ نویسنده در مجله‌ی علمی-پژوهشی مدیریت اطلاعات سلامت چاپ شده است، که از این تعداد نویسنده ۳۰۶ نفر مرد (۵۸ درصد) و ۲۲۵ نفر زن (۴۲ درصد) بوده‌اند.

استناد برخوردار است (۱۲). در تانزانیا در تحلیل استنادی ۲۱ رساله‌ی دکتری، ۲۹۵ پایان‌نامه‌ی کارشناسی ارشد و ۳۰۹ مقاله‌ی کنفرانس منتشر شده در دانشگاه کشاورزی Sokoine مشخص شد که در ۳۳۹۲۲ استناد در ۶۲۵ مدرک مورد بررسی تعداد استناد در هر مدرک به طور متوسط ۵۴/۳ استناد بود. مجلات با ۴۴/۳ درصد مجموع استنادها، پر استفاده‌ترین منبع اطلاعاتی بودند (۱۳). Okiy در مطالعه‌ی دیگری ۴۰۱۲ استناد موجود در ۷۰ پایان‌نامه‌ی کارشناسی ارشد و رساله‌ی دکتری علوم تربیتی دانشگاه ایالت دلتا را بررسی کرده، نتیجه گرفت که کتاب‌های درسی (۶۰/۳ درصد) بیشترین استناد را به خود اختصاص داده‌اند (۱۴). شریف و محمود در تحقیقی دو مجله‌ی اصلی اقتصادی پاکستان را تحلیل استنادی کردند. نتایج نشان داد که بیش از ۵۰ درصد از استنادها از منابع اطلاعاتی دیگر به غیر از مجلات به ویژه کتاب‌ها بودند. از نظر محل نشر منابع مورد استناد، اکثر مجلات استناد شده، آمریکایی بودند (۱۵). یافته‌های Pan و Yang در مطالعه‌ی استنادی دو مجله‌ی هورمون شناسی به نام‌های «مجله‌ی ملی هورمون شناسی» و «مجله‌ی آسیایی هورمون شناسی» حاکی از آن است که متوسط تعداد استنادها در مجله‌ی آسیایی هورمون شناسی ۲۰/۴۳ استناد و در مجله‌ی ملی هورمون شناسی ۱۰/۱۸ استناد بود. از نظر نوع منابع مورد استناد، مجلات غالب بودند (۱۶). Haridasan و Kulshrestha در بررسی استنادهای مجله‌ی سازمان دانش نشان دادند که متوسط استناد برای هر مقاله ۲۱ بوده، کتاب بیش از سایر منابع مورد استناد قرار گرفته بود (۱۷).

مجله‌ی مدیریت اطلاعات سلامت به جهت نمایه شدن در پایگاه‌های مختلف، دارا بودن ضریب تأثیر در پایگاه ISC و این که تنها مجله‌ی تخصصی در زمینه‌ی مدیریت اطلاعات سلامت در کشور می‌باشد، به عنوان موضوع تحقیق پژوهشگران انتخاب گردید. از این‌رو با بررسی مقالات منتشر شده در آن می‌توان نشریه را ارزیابی و الگوی رفتار علمی نویسندگان را در تدوین مقالات تحلیل کرد و در بالا بردن کیفیت آن اقدام نمود. این مهم را نیز آشکار می‌کند که چه نظامی بر جریان مبادله‌ی اطلاعات در

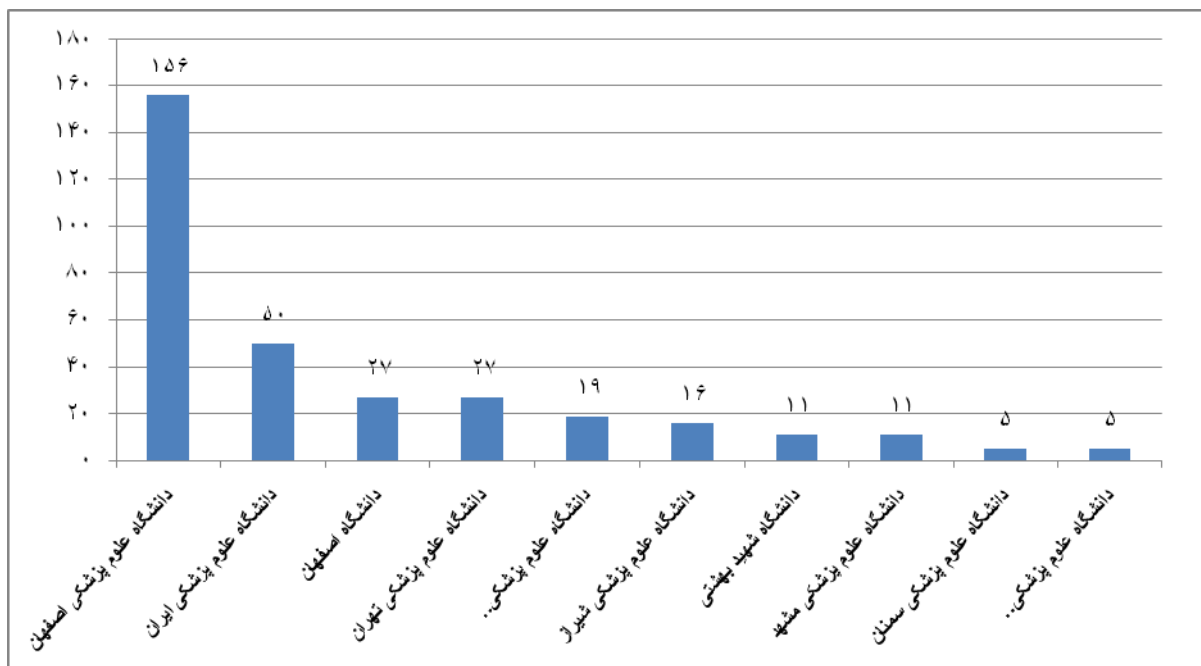
دانشگاه علوم پزشکی ایران با تعداد ۵۰ نفر نویسنده، دانشگاه اصفهان و دانشگاه علوم پزشکی تهران هر کدام با تعداد ۲۷ نفر نویسنده، دانشگاه علوم پزشکی مازندران با تعداد ۱۹ نفر نویسنده و دانشگاه علوم پزشکی شیراز با ۱۶ نفر نویسنده به ترتیب در جایگاه‌های دوم، سوم، چهارم و پنجم قرار دارند (نمودار ۱).

بر اساس نتایج به دست آمده مشخص شد که از تعداد کل ۱۷۵ عنوان مقاله منتشر شده در مجله، طی سال‌های مورد تحقیق، سال ۱۳۸۹ با چاپ ۵۱ عنوان مقاله بیشترین و سال ۱۳۸۶ با چاپ ۲۶ عنوان مقاله کمترین تعداد چاپ مقاله در سال را داشته است. تعداد مقالات چاپ شده در سال ۸۳ (۱۸ عنوان)، سال ۸۴ و ۸۷ (هر کدام ۲۰ عنوان)، سال ۸۵ (۲۳ عنوان) و سال ۸۸ (۱۷ عنوان) بوده است (نمودار ۲).

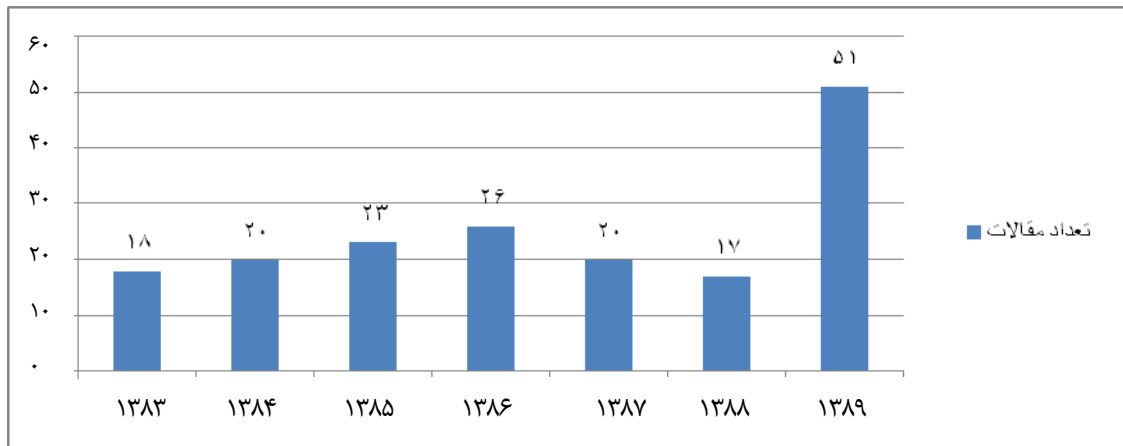
- نتایج نشان داد که تعداد ۲۶۳ نفر از ۵۳۱ نویسنده، دارای مدرک دکتری تخصصی، ۱۹۳ نفر دارای مدرک کارشناسی ارشد و دکتری حرفه‌ای، ۷۰ نفر دارای مدرک کارشناسی و ۵ نفر بدون ذکر مشخصات بودند.

- طبق نتایج تحقیق مشخص گردید که وضعیت شغلی نویسندگان مقالات بدین شرح بود: ۱۳ نفر (۲ درصد) از نویسندگان با رتبه‌ی دانشگاهی استاد، ۷۲ نفر (۱۴ درصد) با رتبه‌ی دانشیار، ۱۱۶ نفر (۲۲ درصد) با رتبه‌ی استادیار، ۱۰۳ نفر (۱۹ درصد) با رتبه‌ی مربی، ۹۰ نفر (۱۷ درصد) کارمند و ۹۲ نفر (۱۷ درصد) دانشجو و ۴۵ نفر بدون ذکر مشخصات در تولید مقالات مشارکت نموده‌اند.

- وابستگی سازمانی نویسندگان مقالات منتشر شده طی سال‌های مورد تحقیق به ترتیب شامل دانشگاه علوم پزشکی اصفهان با تعداد ۱۵۶ نفر نویسنده در جایگاه اول،



نمودار ۱: توزیع فراوانی نویسندگان مقالات چاپ شده در مجله‌ی مدیریت اطلاعات سلامت طی سال‌های ۱۳۸۳ لغایت ۱۳۸۹ بر اساس وابستگی سازمانی



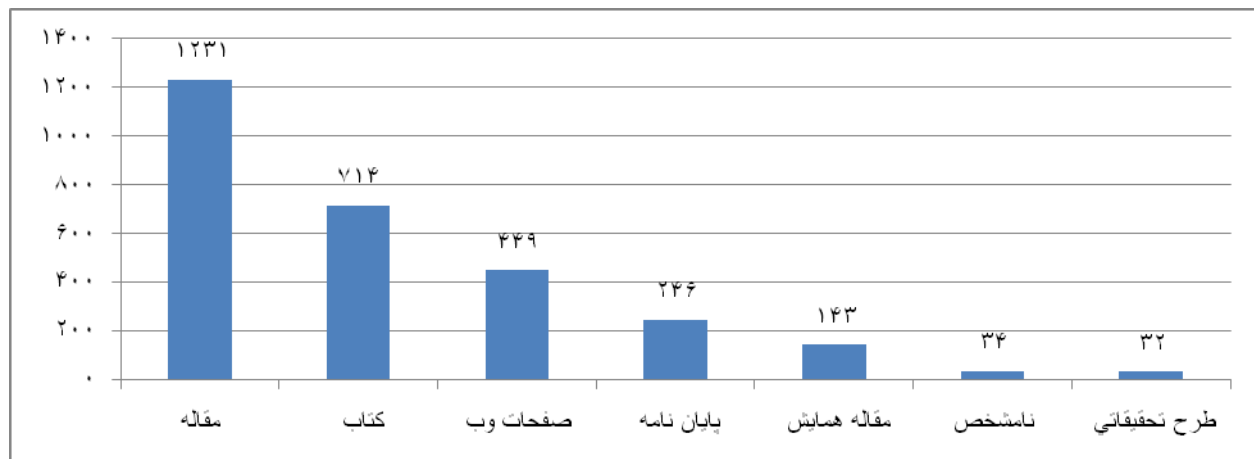
نمودار ۲: توزیع فراوانی تعداد کل مقالات چاپ شده در مجله‌ی مدیریت اطلاعات سلامت طی سال‌های ۱۳۸۳ لغایت ۱۳۸۹

موضوعی به کار رفته در مقالات، توصیف‌گر «بیمارستان‌ها» با ۳۰ مورد و توصیف‌گر «دانشگاه‌ها» با ۲۲ مورد بوده است (نمودار ۳). نتایج تحقیق نشان می‌دهد که بیشترین توصیف‌گرهای موضوعی که در جامعه‌ی مورد پژوهش مورد استفاده قرار گرفته است به ترتیب بعد از کلید واژه‌های «بیمارستان‌ها» و «دانشگاه‌ها» شامل کلید واژه‌های «مدارک پزشکی» با ۲۰ مورد، «مدیریت اطلاعات» با ۱۸ مورد، «اینترنت» با ۱۴ مورد، «پایگاه‌های اطلاعاتی» با ۱۰ مورد، «آگاهی»، «استناد»، «تکنولوژی اطلاعات» و «نظام‌های اطلاعاتی» هر کدام با ۸ مورد، «ارزشیابی»، «بیمارستان‌های آموزشی» و «نشریات ادواری» هر کدام با ۷ مورد، «استانداردهای مرجع»، «بهداشت و تندرستی»، «پژوهش»، «سازمان و مدیریت» و «طبقه‌بندی‌ها» هر کدام با ۶ مورد و در نهایت کلید واژه‌های «اطلاعات»، «بیماران»، «دانش»، «کنابداری» و «اطلاعرسانی»، «نظام‌های اطلاعرسانی» و «نظام‌های اطلاعات بیمارستانی» هر کدام با ۵ مورد بوده است. نتایج نشان داد که گرایش کلی موضوعی مقالات، شامل ۵۰ مقاله به «مدیریت»، ۴۶ مقاله به «کنابداری»، ۴۶ مقاله به «مدیریت اطلاعات»، ۳۱ مقاله به «مدارک پزشکی» و ۲ مقاله به سایر موضوعات بوده است.

- طبق نتایج به دست آمده نوع مقالات چاپ شده در مجله، به ترتیب شامل ۱۵۰ عنوان مقاله‌ی تحقیقی، ۱۳ عنوان مقاله‌ی مروری، ۵ عنوان مقاله‌ی کوتاه، ۳ عنوان مقاله‌ی ترجمه، ۲ عنوان مقاله‌ی نامه به سردبیر و ۱ عنوان مقاله‌ی گزارش مورد بوده است.
- نتایج نشان داد که ۶۰ عنوان (۳۴ درصد) مقالات حاصل از طرح تحقیقاتی مصوب، ۲۶ عنوان (۱۵ درصد) حاصل پایان نامه‌ی دانشجویی در مقطع کارشناسی ارشد، ۷ عنوان (۴ درصد) حاصل پایان‌نامه‌ی دانشجویی در مقطع دکتری، ۲۵ عنوان (۱۴ درصد) حاصل تحقیق مستقل و بدون حمایت مالی سازمانی و ۵۷ عنوان (۳۳ درصد) با وضعیت نامشخص بودند.
- در مورد توزیع فراوانی روش‌های مورد استفاده در مطالعات نتایج نشان داد که از بین ۱۵۵ عنوان مقاله از نوع تحقیقی و کوتاه، روش بررسی ۱۲۷ عنوان مقاله‌ی توصیفی و ۲۸ عنوان مقاله‌ی تحلیلی بوده است. ۲۰ عنوان مقاله به علت ویژگی نوع مقاله، بدون ذکر روش بودند. همچنین در مورد ابزار مورد استفاده در جمع‌آوری اطلاعات، ۷۶ عنوان مقاله از پرسش‌نامه و ۷۷ عنوان مقاله از چک لیست (سیاهه واری) و ۲ عنوان مقاله از مصاحبه استفاده نموده‌اند.
- طبق نتایج به دست آمده بیشترین توصیف‌گرهای

جدول ۱: توزیع فراوانی موضوعات استفاده شده در مقالات چاپ شده در مجله‌ی «مدیریت اطلاعات سلامت»

ردیف	موضوع	تعداد
۱	تولیدات علمی	۹
۲	سیستم‌های اطلاعات بیمارستانی، فن آوری اطلاعات، نظام اطلاعات	۷
۳	آموزش، اینترنت، مدیریت بحران، مدیریت کیفیت، هزینه‌ها	۵
۴	ارزشیابی، بیمه، گواهی فوت، مدیریت دانش، رضایت شغلی، مشارکت گروهی	۴
۵	سواد اطلاعاتی، استناد، پذیرش، سلامت الکترونیک، عملکرد، فرهنگ سازمانی، کدگذاری، مدیریت اطلاعات، منابع الکترونیک	۳
۶	اختلالات ارگونومیک، اطلاع‌یابی، ترخیص، سیستم‌های ثبت اطلاعات، کتابخانه، مدارک پزشکی، مدیریت نگه‌داشت، نیازسنجی، وب‌سایت	۲
۷	استاندارد، استرس شغلی، بهره‌وری کارکنان، بهینه‌سازی، تصمیم‌گیری مدیریتی، رضایت‌مندی بیماران، طبقه‌بندی سلامت، سیستم‌های مدیریت کیفیت، شاخص‌های اثر بخشی، شاخص‌های بهره‌وری، شاخص‌های علم سنجی، کاربرد مدارک پزشکی، مدیران اطلاعات، همبستگی خود استنادی ...	۱



نمودار ۳: توزیع فراوانی تمایل کتابداران مورد مطالعه به روش‌های آرایه‌ی آموزش

شاخص‌های علم‌سنجی، کاربرد مدارک پزشکی، مدیران اطلاعات، همبستگی خود استنادی...» (۱ مرتبه) اشاره داشت.

یافته‌های تحلیل استنادی نشان می‌دهد که در ۱۷۵ عنوان مقاله‌ی مورد بررسی ۲۸۴۹ بار استناد شده است و میانگین تعداد استناد به ازای هر مقاله ۱۶/۲۸ می‌باشد. به منظور تعیین میزان استفاده از انواع منابع، منابع اطلاعاتی ذکر شده در

همان گونه که از جدول ۱ استنباط می‌شود، بیشترین موضوع مورد استفاده در مقالات چاپ شده مربوط به «تولیدات علمی» (۹ مرتبه) و کمترین موضوعات به «استاندارد، استرس شغلی، بهره‌وری کارکنان، بهینه‌سازی، تصمیم‌گیری مدیریتی، رضایت‌مندی بیماران، طبقه‌بندی سلامت، سیستم‌های مدیریت کیفیت، شاخص‌های اثر بخشی، شاخص‌های بهره‌وری،

سلامت نموده است. لازم به ذکر است که مجله‌ی مذکور از سال ۸۶ موفق به دریافت رتبه‌ی علمی پژوهشی مجلات از کمیسیون نشریات علوم پزشکی کشور گردید. ترتیب انتشار مجله تا سال ۸۸ به صورت دو فصل‌نامه و از سال ۸۹ به صورت فصل‌نامه می‌باشد و بدین صورت تا زمان پژوهش حاضر تعداد ۱۶ مجله به چاپ رسیده بود.

- طبق نتایج به دست آمده طی سال‌های ۱۳۸۳ لغایت ۱۳۸۹ تعداد ۱۷۵ عنوان مقاله از ۵۳۱ نویسنده در مجله‌ی علمی- پژوهشی مدیریت اطلاعات سلامت چاپ شده است که از این تعداد نویسنده، ۵۸ درصد مرد و ۴۲ درصد زن بوده‌اند. بیشترین نویسندگان دارای مدرک دکتری تخصصی بودند. بیشترین نویسندگان از نظر وضعیت شغلی رتبه‌ی استادیار داشتند. وابستگی سازمانی نویسندگان مقالات منتشر شده طی سال‌های مورد تحقیق به ترتیب شامل دانشگاه علوم پزشکی اصفهان در جایگاه اول، دانشگاه علوم پزشکی ایران، دانشگاه اصفهان و دانشگاه علوم پزشکی تهران، دانشگاه علوم پزشکی مازندران و دانشگاه علوم پزشکی شیراز به ترتیب در جایگاه‌های دوم، سوم، چهارم و پنجم قرار دارند.

- بر اساس نتایج به دست آمده مشخص شد که از تعداد کل ۱۷۵ عنوان مقاله‌ی منتشر شده در مجله طی سال‌های مورد تحقیق، سال ۱۳۸۹ بیشترین و سال ۱۳۸۶ کمترین تعداد چاپ مقاله در سال را داشته است. این نتایج نشان می‌دهد که رشد انتشار مقالات در مجله کم و بیش دارای نوسان بوده است تا این که در سال ۱۳۸۹ از رشد بسیار خوبی برخوردار شده است، که تغییر، ترتیب انتشار مجله از دو فصل‌نامه به فصل‌نامه می‌تواند مزید بر علل دیگر از جمله رشد تولید مقالات در این حوزه باشد.

- طبق نتایج به دست آمده نوع مقالات چاپ شده در مجله به ترتیب شامل مقاله‌ی تحقیقی، مقاله‌ی مروری، مقاله‌ی کوتاه، مقاله‌ی ترجمه، مقاله‌ی نامه به سردبیر و مقاله‌ی گزارش مورد بوده است. همچنین نتایج نشان داد که بیشترین مقالات حاصل از طرح تحقیقاتی مصوب بودند

استنادها به ۷ دسته شامل کتاب، مجله، صفحات وب، همایش‌ها، پایان‌نامه، طرح و نامشخص تقسیم شدند. (لازم به ذکر است که منابعی که اطلاعات کتاب‌شناختی آن‌ها کامل نبود، در ردیف نامشخص آورده شده است). بر اساس یافته‌ها بیشترین میزان استناد با ۴۳ درصد به مقالات اختصاص دارد و پس از آن کتاب با ۲۵ درصد در مرتبه دوم و کمترین میزان استناد با ۱ درصد مربوط به طرح‌های تحقیقاتی است (نمودار ۳).

- توزیع فراوانی استنادها در منابع بر حسب زبان نشان داد که ۴۲ درصد از منابع انگلیسی و ۵۸ درصد از منابع فارسی مورد استناد قرار گرفته‌اند.
- از دیگر اهداف مقاله، تعیین میزان خود استنادی است. بر این اساس نتایج نشان داد در جامعه‌ی مورد بررسی در مجموع از نویسندگان مقاله‌های مورد بررسی ۱۲۷ بار به مقاله‌ها یا نوشته‌های خودشان استناد کرده‌اند، که این رقم ۴/۴۵ درصد کل استنادها را به خود اختصاص داده است. تعداد خود استنادی مربوط به مجله نیز ۳۰ مورد بوده است که ۱/۰۵ درصد از استنادها را به خود اختصاص داده است.
- کمترین تعداد صفحات اختصاصی مقالات چاپ شده ۳ صفحه و بیشترین آن‌ها ۱۵ صفحه را به خود اختصاص داده‌اند.
- در مورد زمان نهایی پذیرش مقالات گفتنی است که کمترین زمان پذیرش ۱۳ روز و بیشترین زمان صرف شده جهت پذیرش و چاپ مقاله ۹۰۰ روز بوده است. کل مقالات چاپ شده از چکیده لاتین برخوردار می‌باشند.

بحث

همان گونه که گفته شد، مجله‌ی مدیریت اطلاعات سلامت به جهت نمایه شدن در پایگاه‌های مختلف، دارا بودن ضریب تأثیر در پایگاه ISC و این که تنها مجله‌ی تخصصی در زمینه مدیریت اطلاعات سلامت در کشور می‌باشد، به عنوان موضوع تحقیق پژوهشگران انتخاب گردید. این مجله از سال ۱۳۸۳ اقدام به انتشار مقالات در حوزه‌ی مدیریت اطلاعات

- بر اساس نتایج به دست آمده از این تحقیق گرایش کلی موضوعی مقالات، شامل ۵۰ مقاله به «مدیریت»، ۴۶ مقاله به «کتابداری»، ۴۶ مقاله به «مدیریت اطلاعات»، ۳۱ مقاله به «مدارک پزشکی» و ۲ مقاله به سایر موضوعات بوده است و در این زمینه باید اولویت‌های پژوهشی در حوزه‌ی مدیریت اطلاعات در بخش بهداشت و درمان مشخص و نویسندگان و پژوهشگران را به سوی آن هدایت کرد. سهرابی و همکاران نیز در تحقیقی خود به این نتیجه دست یافتند که اولویت‌بندی تحقیقات پژوهش در آموزش باید مد نظر جدی قرار گیرد که با نتایج این تحقیق همخوانی دارد (۴).

- یافته‌های تحلیل استنادی نشان می‌دهد که در ۱۷۵ عنوان مقاله‌ی مورد بررسی ۲۸۴۹ بار استناد شده است و میانگین تعداد استناد به ازای هر مقاله ۱۶/۲۸ می‌باشد که این میانگین از نتایج تحقیقات داخلی دیگر بالاتر است (۸-۱۱)، اما به نسبت تحقیقات خارجی پایین می‌باشد (۱۷، ۱۶، ۱۳). بر اساس یافته‌ها بیشترین میزان استناد به مقالات اختصاص دارد و پس از آن کتاب در مرتبه دوم و کمترین میزان استناد مربوط به طرح‌های تحقیقاتی است. نتایج این تحقیق با نتایج اشتری (۸)، حری و نشاط (۹)، مقصودی دریه (۱۰)، تیمورخانی (۱۱)، مختاری نبی و مختاری معمار (۱۲)، Okey (۱۴)، شریف و محمود (۱۵)، Haridasan و Kulshrestha (۱۷) همخوانی ندارد، ولی با نتایج Dulje و همکاران (۱۳)، Yang و Pan (۱۶)، در یک راستا است. به نظر می‌رسد که استنادها با گذشت زمان از کتاب محوری به مقاله محوری تبدیل شده است. همچنین انتظار می‌رفت که با توجه به رشد روزافزون منابع الکترونیکی از این منابع بیشتر استفاده شده باشد، اما به نظر می‌رسد که عواملی نظیر عدم شناخت یا دسترسی به این منابع و یا عدم آشنایی مؤلفان با شیوه‌ی درج اطلاعات کتاب‌شناختی در این امر مؤثر بوده است.

که نشان از توجه نویسندگان به تولید علم در قالب پژوهش دارد.

- در مورد توزیع فراوانی روش‌های مورد استفاده در مطالعات، نتایج نشان داد که روش بررسی بیشترین مقالات توصیفی بوده است. همچنین در مورد ابزار مورد استفاده در جمع‌آوری اطلاعات، ۷۶ عنوان مقاله از پرسش‌نامه و ۷۷ عنوان مقاله از چک لیست (سیاهه واری) و ۲ عنوان مقاله از مصاحبه استفاده نموده‌اند. مهرا و توانایی شاهرودی نیز در تحقیقی با عنوان «تحلیل محتوای مجله‌های علمی پژوهشی روان‌شناختی ایران» به این نتیجه دست یافتند که استانداردسازی آزمون، همبستگی، مدل‌های علمی، تجربی و شبه تجربی فراوان‌ترین روش‌های پژوهش بودند (۵). به نظر می‌رسد که با توجه به تعداد بالای مقالات توصیفی، بهتر است مجله در چاپ مقالات تحلیلی در آینده همت گمارد تا از این طریق کیفیت فعالیت‌های پژوهشی از مرحله توصیف به مرحله تحلیل و حل مشکلات و معضلات حوزه‌ی مدیریت اطلاعات سلامت ارتقا یابد.

- بر اساس نتایج، بیشترین توصیف‌گرهای موضوعی به کار رفته در مقالات مجله، توصیف‌گر «بیمارستان‌ها» و «دانشگاه‌ها» بوده است و پس از آن به ترتیب کلید واژه‌های «مدارک پزشکی»، «مدیریت اطلاعات»، «اینترنت»، «پایگاه‌های اطلاعاتی»، «آگاهی»، «استناد»، «تکنولوژی اطلاعات» و «نظام‌های اطلاعاتی»، «ارزشیابی»، «بیمارستان‌های آموزشی» و «نشریات ادواری»، «استانداردهای مرجع»، «بهداشت و تندرستی»، «پژوهش»، «سازمان و مدیریت» و «طبقه‌بندی‌ها» و در نهایت کلید واژه‌های «اطلاعات»، «بیماران»، «دانش»، «کتابداری و اطلاع‌رسانی»، «نظام‌های اطلاع‌رسانی» و «نظام‌های اطلاعات بیمارستانی» مورد استفاده قرار گرفته است. با توجه به نتایج به نظر می‌رسد که موضوع تحقیقات مقالات مورد نظر، چاپ در این مجله بهتر است که بیشتر به سمت مدیریت اطلاعات سوق پیدا کند.

وضعیت شغلی استادیار با وابستگی سازمانی به دانشگاه علوم پزشکی اصفهان بوده است. بیشتر مقالات چاپ شده در مجله نیز از نوع تحقیقی با روش توصیفی، و ابزار جمع‌آوری اطلاعات به صورت پرسش‌نامه، توصیف‌گر موضوعی مورد توجه بیمارستان و دانشگاه بوده است. بیشتر مطالعات حاصل از طرح تحقیقاتی مصوب و با گرایش موضوعی مدیریت بود که با توجه به این که مجله‌ی مدیریت اطلاعات سلامت تنها مجله‌ی تخصصی در این زمینه در کشور می‌باشد، بهتر است که مقالات مورد پذیرش در این مجله به سمت روش تحلیلی و با استفاده از روش‌های جدید و متنوع بررسی با گرایش موضوعی مدیریت اطلاعات سوق نماید. همچنین بیشتر منابع استفاده شده در مقالات از نظر زبان، لاتین و از نظر نوع، مقاله بودند، خود استنادی مجله و نویسنده رو به افزایش است که بهتر است سردبیر مجله حد مشخصی را برای خود استنادی در مقالات منتشره‌ی خود در نظر بگیرد.

پیشنهادها

- بایستی اولویت‌های پژوهشی در زمینه‌ی مدیریت اطلاعات در حوزه‌ی بهداشت و درمان تعیین شود و پژوهشگران و نویسندگان به فعالیت در این حیطه ترغیب گردند.
- پژوهشگران و نویسندگان از توصیف محض موضوعات مورد پژوهش بپرهیزند و به تحلیل آن ترغیب شوند.
- سردبیر مجله حد مشخصی را برای خود استنادی در مقالات منتشره‌ی خود در نظر بگیرد.

- توزیع فراوانی استنادها در منابع بر حسب زبان نشان داد که منابع انگلیسی بیشتر از منابع فارسی مورد استناد قرار گرفته‌اند، که این نتیجه با سایر نتایج تحقیقات همسو است (۱۵، ۱۲-۸).

- از دیگر اهداف مقاله، تعیین میزان خود استنادی است. بر این اساس نتایج نشان داد در جامعه‌ی مورد بررسی در مجموع از نویسندگان مقاله‌های مورد بررسی ۴/۴۵ درصد کل استنادها به خود استنادی نویسندگان اختصاص دارد. تعداد خود استنادی مربوط به مجله نیز ۱/۰۵ درصد از استنادها را به خود اختصاص داده است. مهرداد و گل‌تاجی در مقاله‌ی خود با عنوان «میزان همبستگی خود استنادی مجله با ضریب تأثیر در نشریات علمی حوزه‌ی علوم پزشکی منتشر شده بر اساس گزارش‌های پایگاه استنادی علوم جهان اسلام» به این نتیجه رسیدند که مجلات با ضریب تأثیر بالا دارای خود استنادی بیشتری هستند. با توجه به آن که نرخ خود استنادی در حوزه‌ی علوم پزشکی در مقایسه با تحقیقات مشابه، میزان بالاتری را دارا می‌باشد و بالا بودن نرخ خود استنادی باعث می‌شود که مجله در جایگاه واقعی خود قرار نگیرد، سردبیران و ناشران باید در سیاست‌گزینش مقالات خود تجدید نظر نمایند (۱۸).

نتیجه‌گیری

به طور کلی می‌توان نتیجه گرفت که تا زمان تحقیق حاضر، بیشتر نویسندگان مقالات مجله‌ی مرد، در مقطع دکتری و

References

1. Zakei MA. Content analysis of research trends in scientific journals specialized in management [Online]. 2006 [cited 2010 Feb 15]; Available from: URL: <http://www.modir.ir/Articles/1701.aspx/> [In Persian].
2. Cook DA, Beckman TJ, Bordage G. Quality of reporting of experimental studies in medical education: a systematic review. *Med Educ* 2007; 41(8): 737-45.
3. Zare Farashbandi F, Karbalaee M, Baji F, Zahedian Vernosefaderani M. Co-authorship and main subjects in articles of medical -scientific journal of Ahwaz University of Medical Sciences. *Health Information Management* 2006; 3(2): 11-24. [In Persian].
4. Ershad Sohrabi R, Eslami Nejad T, Shafieian H. Content analysis of articles published in journals of medical education in Iran. *Strides in Development of Medical Education* 2010; 7(2): 119-26. [In Persian].
5. Mahram B, Tavanaei Shahroodi E. Content analysis of the scientific journal of psychological research: topic and research methods. *Psychology Quarterly evolution: Iranian psychologists* 2009; 6(22): 106-19. [In Persian].

6. Azaran Far J. Content analysis of degree theses books and information significant to the years 1994, 2003, in the Journal of Clinical. Journal of Information Science and Technology 2006; 21(4): 19-41. [In Persian].
7. Dimitroff A, Davis WK. Content analysis of research in undergraduate medical education. Acad Med 1996; 71(1): 60-67.
8. Ashtarei M. Citation analysis of Persian philosophical papers during 1991-1998. Fasname-Ketab 2001; 12(2): 8-23. [In Persian].
9. Horri A, Neshat N. Citation Behavior of authors contained in the journals Psychology and Educational Sciences Tehran University. Journal of Psychology and Educational Sciences Tehran University 2002; 32(2): 1-33. [In Persian].
10. Maghsoodi Darie R. Citation review and comparative psychology master's thesis by training Chamran University and Shiraz [MSc Thesis]. Ahvaz: Shahid Chamran University; 2001. [In Persian].
11. Teymoorkhani A. Citation analysis of Journal Articles fasnameh ketab. Fasnameh ketab 2002; 13(3): 32-45. [In Persian].
12. Mokhtarinabi E, Mokhtarimemar H. A citation analysis of the accredited journals of management in iran during 1996-2001. Journal of psychology & education 2006; 35(2): 137-58. [In Persian].
13. Dulle FW, Lwehabura MJ, Matovelo DS, Mulimila RT. Creating a core journal collection for agricultural research in Tanzania: citation analysis and user opinion techniques. Library Review 2004; 53(5): 270-7.
14. Okiy RB. A citation analysis of education dissertations at the Delta State University, Abraka, Nigeria". Collection Building 2003; 22(4): 158-61.
15. Sharif MA, Mahmood K. How economists cite literature: citation analysis of two core Pakistani economic journals. Collection Building 2004; 23(4): 172-6.
16. Yang H, Pan BC. Citation analysis of National Journal of Andrology and Asian Journal of Andrology. Zhonghua Nan Ke Xue 2006; 12(1): 86-8, 92.
17. Haridasan S, Kulshrestha VK. Citation analysis of scholarly communication in the journal Knowledge Organization. Library Review 2007; 56(4): 299-310.
18. Mehrad J, Goltaji M. Correlation between Journal Self-Citation and Impact Factor in Medical Scientific Journals Indexed in Published Journal Citation Reports of Islamic World Science Citation Database. Health Information Management 2010; 7(3): 251-9. [In Persian].

Content and Citation Analysis of Articles Published in the Journal of "Health Information Management"*

Hassan Ghahnaviyeh¹; Farideh Movahedi²; Mohammad Hosein Yarmohamadian, PhD³; Sima Ajami, PhD⁴

Abstract

Introduction: With reviewing of scientific production in any field, strategic planning could be conducted for policy research assessment, improve the quality of research activities and evaluate obtained promotions. This study aimed to analyze the content and citation of published articles in the journal of "Health Information Management".

Methods: In this descriptive study, the content and Citation of 175 articles published in the Journal of "Health Information Management" was analyzed from 2004 till 2010. The analyze was conducted using a checklist and obtained data was entered in Excell software. The validity of checklist was confirmed by experts. Data was analyzed by descriptive statistics such as data classification based on frequency distribution and mean and charts drawing.

Results: Most authors (58%) from 531 authors of 175 articles were male. Most of the authors (263 author) were at PhD level; the academic level of most of them was assistant professor (116 author) and most of them were affiliated to Isfahan University of Medical Sciences. Most of the studied articles were descriptive (127 titles), the most used tool was questionnaire (76 titles) and the most used subject descriptors were hospitals (30 titles). Most type of published articles were research ones (150 titles) and most of them were extracted from approved projects (60 titles). Greatest numbers of articles (51 titles) were published in 2010 with most subject trends of "Management" (Title 50). Most citations were referred to the articles (43%) with latin sources of language (58%). Self citation to authors and journals was reported in 4.45% and 1.05% of articles.

Conclusion: The behavioral pattern of authors should be pushed to writing analytical papers and using various and novel methods in the field of information management in the healthcare field. The journals editors should consider a certain level in their self citation.

Keywords: Content Analysis; Citation; Journal Article; Periodicals.

Type of article: Original Article

Received: 22 Jan, 2011

Accepted: 5 Mar, 2011

Citation: Ghahnavieh H, Movahedi F, Yarmohamadian MH, Ajami S. **Content and Citation Analysis of Articles Published in the Journal of "Health Information Management"**. Health Information Management 2011; 8(1): 96.

* This article resulted from research project No 289248 funded by Health Management and Economic Research Center, Isfahan University of Medical Science. Isfahan, Iran.

1. MSc, Medical Library and Information Sciences, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran. (Corresponding Author) Email: ghahnaviyeh@dent.mui.ac.ir

2. BSc, Medical Library and Information Sciences, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran.

3. Associate Professor, Educational Planning, Health Management and Economic Research Center, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran.

4. Associate Professor, Health Information Management, Health Management and Economic Research Center, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran.

نقش انبار داده‌ها در بهینه کردن مدیریت بیماری‌ها

مهتاب کرمی^۱، مهدی ستایش برحق^۲

چکیده

مدیریت بیماری مجموعه فعالیت‌هایی است که بر شناسایی افراد بیمار یا مستعد بیماری در جامعه و به کارگیری برنامه‌هایی برای پیش‌گیری از پیشرفت یا ظهور بیماری و در نتیجه سلامت جامعه متمرکز می‌باشد. در این راستا به کارگیری انبار داده‌ها به عنوان ابزار تصمیم‌گیری نقش مهمی را ایفا می‌نماید. انبار داده‌ها مجموعه‌ای است که با داشتن داده‌های یکپارچه شده، تاریخ‌دار، چند بعدی و قابلیت‌های تحلیلی قوی می‌تواند برای درمان‌گران و مدیران این امکان را فراهم آورد تا در هزینه‌های ناشی از طراحی مجدد فرایندها صرفه‌جویی نمایند و همچنین به اطلاعات صحیح در زمینه مراقبت بیمار، بودجه‌بندی، برنامه‌ریزی، پژوهش، بهبود فرایندها، گزارش‌گیری، ترازایی، آنالیز روند و بازاریابی دست یافته، با اتخاذ تصمیمات صحیح، گامی در راستای پیش‌گیری از پیشرفت یا ظهور بیماری و در نتیجه سلامت جامعه بردارند.

واژه‌های کلیدی: مدیریت بیماری؛ تکنولوژی اطلاعات؛ تصمیم‌گیری؛ داده‌ها.

نوع مقاله: مروری

پذیرش مقاله: ۱۹/۱/۵

اصلاح نهایی: ۱۹/۵/۲۱

دریافت مقاله: ۱۹/۲/۱۹

ارجاع: کرمی مهتاب، ستایش برحق مهدی. نقش انبار داده‌ها در بهینه کردن مدیریت بیماری‌ها مدیریت اطلاعات سلامت ۱۳۹۰؛ ۸ (۱): ۹۷-۱۰۶.

مقدمه

اساس سطح خطر و پی‌گیری پیشرفت بیماری در برنامه‌ی مدیریت بیماری می‌باشد. به کارگیری مناسب انبار داده‌ها در برنامه‌ی مدیریت بیماری می‌تواند هم برای سازمان و هم برای افراد شرکت‌کننده در این برنامه مفید باشد؛ بدین صورت که سازمان از کاهش هزینه‌ها و بیماران از افزایش کیفیت زندگی با بهره‌مندی از مراقبت‌های ارایه شده سود می‌برند (۳-۱). از آن جایی که انبار داده‌ها سیستمی است که جدای از سیستم‌های عملیاتی بالینی (Clinical operation systems) طراحی و ساخته شده است، اما از همین سیستم‌ها تغذیه می‌کند (۴، ۳). در این مقاله ابتدا به تعریف این سیستم‌ها می‌پردازیم و سپس شرحی بر انبار داده‌ها و تأثیر آن در مدیریت بیماری‌ها ارایه می‌گردد.

«مدیریت بیماری» مجموعه فعالیت‌هایی است که بر آنالیز داده‌های حاصل از ارزیابی خطرات بهداشتی، ارزیابی بهداشت عمومی و رضایت‌سنجی از بیمار و درمان‌گر متمرکز می‌باشد. با یکپارچه سازی این داده‌ها می‌توان وضعیت هشدار، درمان و سلامتی بیمار را تعیین نمود. بدین معنی که وضعیت هشدار بر شناسایی سریع و فوری بیماران در معرض خطر، وضعیت درمان بر مسابلی از قبیل میزان مطابقت با پروتکل‌های درمانی و وضعیت سلامتی بر شدت بیماری یا دوره‌های مراقبت از بیمار تمرکز یافته است (۱). بنابراین هدف از برنامه‌های مدیریت بیماری، شناسایی افراد بیمار یا مستعد بیماری در جامعه و به کارگیری برنامه‌ها برای پیش‌گیری از پیشرفت یا ظهور بیماری و در نتیجه سلامت جامعه است (۲).

موفقیت برنامه‌ی مدیریت بیماری وابسته به کاربرد صحیح «تکنولوژی اطلاعات» است. در این راستا انبار داده‌ها به عنوان ابزار تصمیم‌گیری نقش مهمی را ایفا می‌نمایند و مکانیسم کلیدی برای تعیین افراد در معرض خطر، طبقه‌بندی بیماران بر

۱. دانشجوی دکتری، مدیریت اطلاعات بهداشتی درمانی، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران. (نویسنده‌ی مسؤل)

Email:karami_m@razi.tums.ac.ir

۲. دانشجوی دکتری، کامپیوتر، دانشگاه ایالتی ارگان استیت آمریکا، ایالت ارگان، آمریکا.

شرح مقاله

سیستم‌های عملیاتی و کاربرد آن‌ها

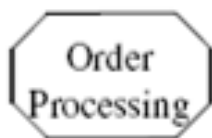
سیستم‌های عملیاتی همان سیستم‌های پردازش تراکنشی آنلاین (Online transactional processing) یا OLTP هستند که برای اجرای فعالیت‌های روزانه و اصلی سازمان به کار می‌روند و هر تراکنش (Transaction)، اطلاعات مربوط به یک موجودیت (Entity) از قبیل یک دستور، یک صورت حساب یا یک بیماری را پردازش می‌کند (۲-۵). این سیستم‌ها برای تهیه‌ی اطلاعات استراتژیک تولید نشده‌اند و برای رسیدن به این نوع اطلاعات باید فقط از سیستم‌های تصمیم‌ساز (Decision support systems یا DSS) با ابزارهایی خاص استفاده نمود که در آغاز سال ۱۹۹۰ در حوزه DSS ابزارهایی چون انبار داده‌ها (DW یا Data warehouse) و پردازش تحلیلی آنلاین (OLAP یا Online analytical processing) گسترش یافت، که این ابزارها برای تسهیل آنالیز در سیستم‌های تصمیم‌ساز طراحی شده‌اند (۸-۶).

تعریف انبار داده‌ها

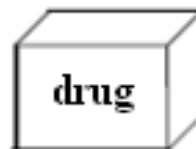
Inmon پدر DW (به نقل از Watson و همکاران)، انبار داده‌ها را چنین تعریف می‌کند: مجموعه‌ای از داده‌های موضوع‌گرا، یکپارچه، غیر فرار و با تغییرات زمانی است که تصمیمات مدیریتی را حمایت می‌کند (۹). با توجه به تعریف فوق، داده‌ها در DW دارای ویژگی‌های زیر می‌باشند:

۱. موضوعی (Subjective): یعنی بر خلاف داده‌های سیستم‌های عملیاتی که بر حسب برنامه‌های کاربردیشان ذخیره می‌شوند، داده‌های موجود در انبار داده‌ها بر حسب موضوع‌های کاربردیشان ذخیره می‌گردند، یعنی بر یک محور خاص مثل بیمار یا پزشک تأکید دارند (۹-۱۲، ۶) (شکل ۱).
۲. یکپارچه شده (Integrated): یعنی همه‌ی داده‌های مربوط به یک موضوع با هم ترکیب و آنالیز می‌شوند. بدین صورت که داده‌ها از سیستم‌های عملیاتی مختلف جمع‌آوری، تناقضات بین آن‌ها رفع و به صورت مناسب ذخیره می‌گردند (۹-۱۲، ۶). به عنوان مثال همان طور که در شکل ۲ دیده می‌شود، تمام داده‌های مربوط به بیمار اعم از بالینی، اداری، تصاویر رادیولوژی و نتایج آزمایشات به صورت یک‌جا و یکپارچه تحت عنوان یا موضوع بیمار ذخیره می‌شوند (شکل ۲).
۳. دارای متغیر یا بعد زمان (Time variant): از آن جایی که داده‌های موجود در DW به منظور تحلیل و تصمیم‌گیری می‌باشند، بنابراین به صورت تاریخ‌دار می‌باشند، یعنی در ساختار همه‌ی داده‌های موجود در آن عنصر زمان وجود دارد و با این ویژگی امکان آنالیز گذشته، مرتبط ساختن اطلاعات گذشته به حال و پیش‌بینی آینده فراهم می‌آید. به طور مثال می‌توانیم تاریخچه‌ای از سوابق بستری بیمار یا دفعات مراجعه بیمار به برنامه‌های مدیریت بیماری را داشته باشیم و وضعیت بیمار را در هر دوره با دوره‌های دیگر مقایسه کنیم (۹-۱۲، ۶).

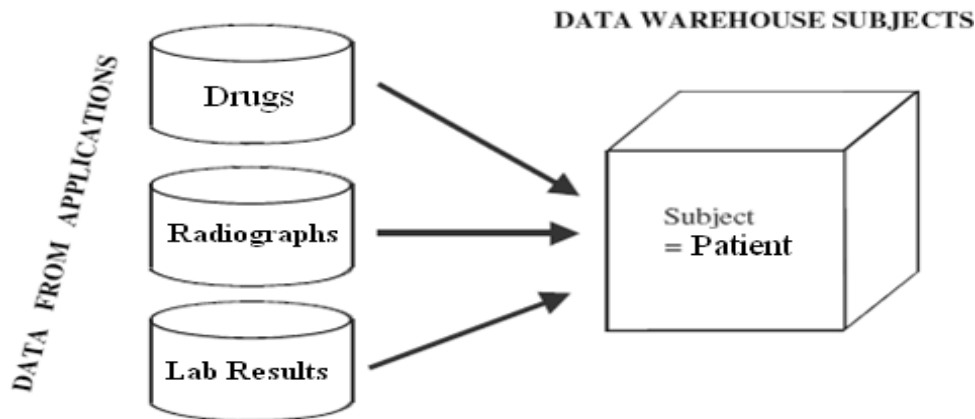
Operational Applications



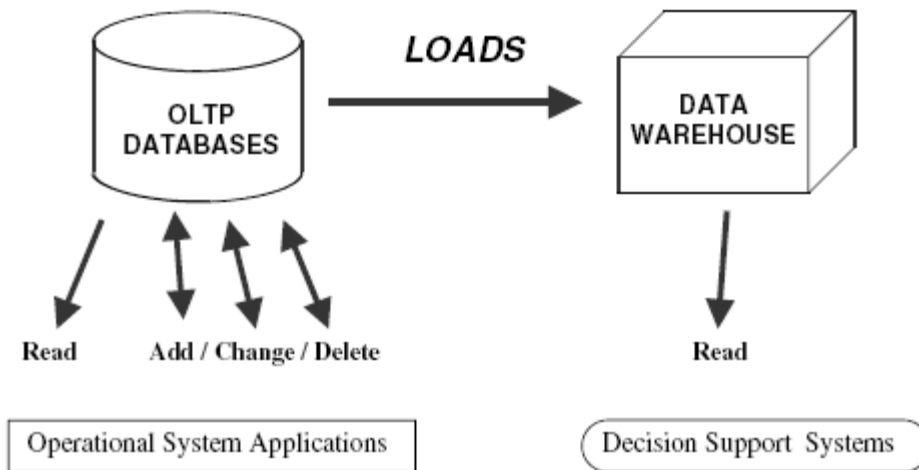
Data Warehouse Subjects



شکل ۱: موضوعی بودن داده‌ها در انبار داده‌ها



شکل ۲: یکپارچه شدن داده‌ها در DW



شکل ۳: تغییر ناپذیر بودن داده‌ها در DW

ارزش‌های آن‌ها در DW باز می‌گردد (۶). به طور مثال پاسخ‌های بیمار به درمان را حتی در ساعت‌ها، دقیق و ثانیه‌های مختلف نیز می‌توان بررسی نمود. همچنین DW از مجموعه‌ای از (DM یا Data mart تشکیل شده است. DM یک پایگاه داده‌ی موضوعی است که مربوط به یک فرایند یا گروهی از فرایندهای مرتبط به هم برای فعالیتی خاص می‌باشد، یا به عبارتی بخش‌گرا است و قابلیت تبدیل به ساختارهای آماری از قبیل ماتریس داده را دارد (۱۲، ۱۳). برای مثال یک DW مربوط به یک

تغییر ناپذیر (Nonvolatile): یعنی داده‌های DW بر خلاف داده‌های سیستم‌های عملیاتی که به صورت آنی روزآمد می‌شوند، یعنی اضافه، حذف یا تغییر داده می‌شوند، فقط قابل خواندن هستند و کاربران نمی‌توانند هیچ گونه تغییری در آنان ایجاد کنند (۳). به طور مثال نمی‌توان داده‌های مربوط به اپیزودهای مختلف درمانی را دست‌کاری نمود (۹-۱۲، ۶) (شکل ۳).
 ۵. گرانولاریته‌ی داده‌ها (Granularity): گرانولاریته‌ی داده‌ها در DW به معنای تبیین دقیق‌تر و جزئی‌تر داده‌ها و

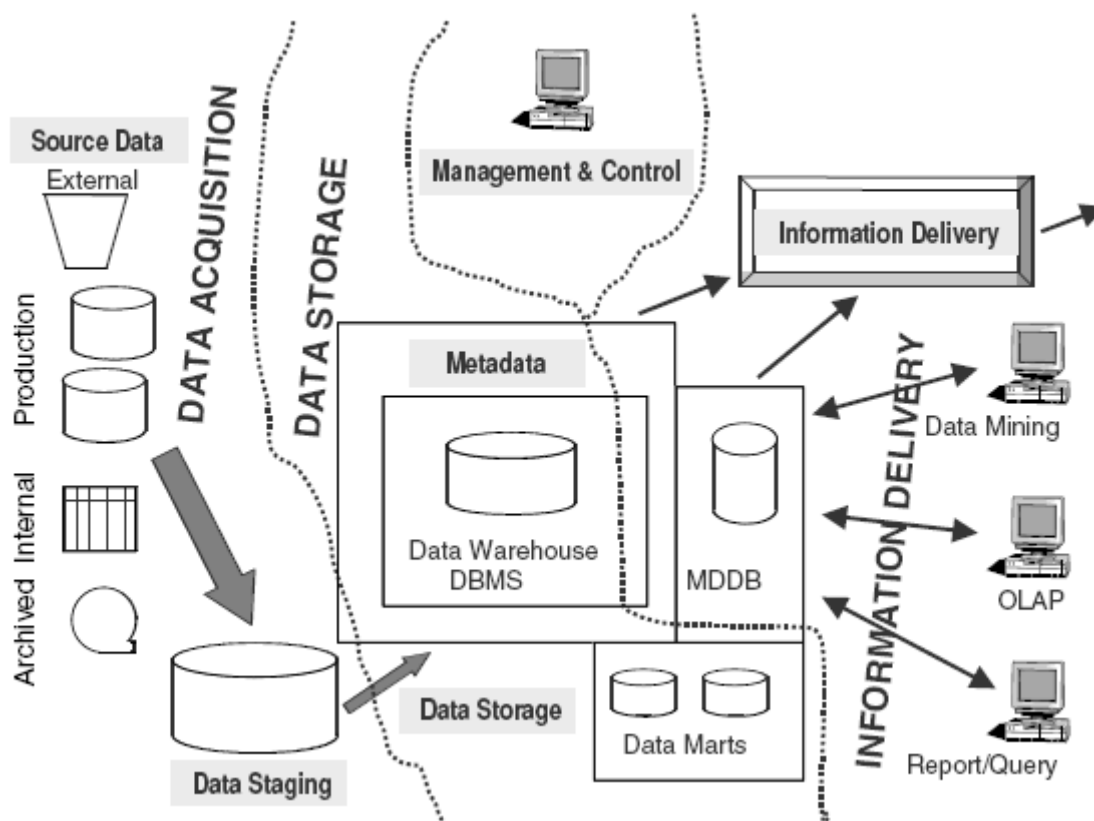
که در ذیل به توضیح درباره این اجزا پرداخته می‌شود (۶، ۷، ۱۲، ۱۴).

۱. داده‌های منبع (Resource data): داده‌هایی که به عنوان داده‌های منبع به انبار داده‌ها وارد می‌شوند، در چهار گروه اصلی داده‌های تولید شده از سیستم‌های عملیاتی مختلف سازمان، داده‌های داخلی (اعم از اسناد خصوصی و پروفایل مشتریان)، داده‌های آرشیو شده (به صورت دیسک، کارتریج‌های نواری یا میکروفیلم) و داده‌های خارجی (شامل آمارهای منتشر شده توسط آژانس‌های خارجی و داده‌های مربوط به ارزش‌های استاندارد شاخص‌های مالی و کیفی به منظور کنترل عملکرد) قرار دارند (۶، ۱۲، ۱۴، ۱۵).

مؤسسه درمانی می‌تواند از DM‌هایی از قبیل رادیولوژی، داروخانه و آزمایشگاه تشکیل شود.

معماری انبار داده‌ها

معماری ساختاری است که علاوه بر کنار هم قرار دادن اجزاء استاندارد، مقادیر، طرح کلی و تکنیک‌های حمایت کننده را نیز تعریف می‌نماید. در معماری انبار داده‌ها سه محدوده اصلی کسب داده‌ها، ذخیره داده‌ها و ارایه اطلاعات وجود دارد. همان طور که در شکل ۴ دیده می‌شود به منظور تهیه و تنظیم این محدوده‌ها، نیاز به اجزای مختلف است که این اجزا باید به بهترین روش مرتب شوند، تا هدف‌های مورد نظر سازمان را تأمین کنند



شکل ۴: اجزای انبار داده‌ها در سه محدوده اصلی

مرتب و ادغام نمودن داده‌ها در منطقه‌ی عملیاتی داده‌ها. هنگامی که عمل تغییر شکل داده‌ها به پایان رسید، در واقع مجموعه‌ای از داده‌های یکپارچه، پاک‌سازی شده، استاندارد و خلاصه‌شده حاصل شده‌اند که برای بارگذاری در انبار داده‌ها آماده می‌باشند، همان طور که در شکل ۵ دیده می‌شود (۹، ۱۲-۱۵).

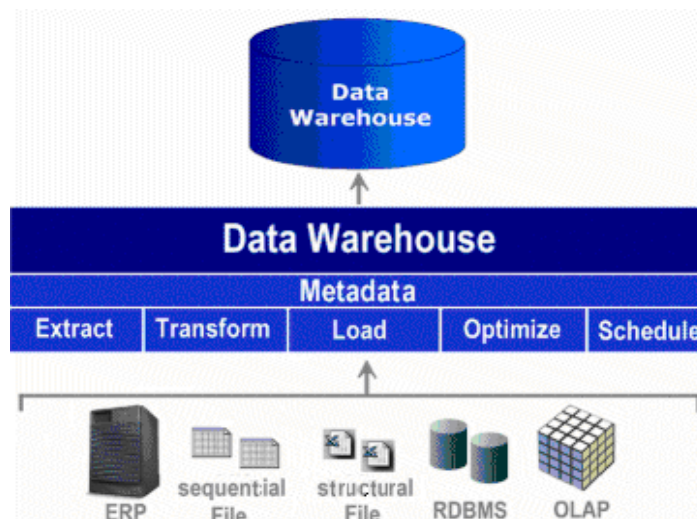
۳. ذخیره‌سازی داده‌ها: ذخیره‌سازی داده‌ها در DW جدای از ذخیره‌سازی داده‌ها در سیستم‌های عملیاتی است و دارای ساختاری مناسب برای آنالیز می‌باشد. ساختار داده‌ها در DW به چگونگی استفاده از آن‌ها بستگی دارد. به طور مثال اگر داده‌ها برای جستجو و عملیات‌های مکعبی شکل باشند، باید از ساختار OLAP و اگر برای بررسی روندها و مشاهده گزارش‌های استاندارد و غربال‌گری داده‌ها به کار روند، باید از ساختار OLTP پیروی نمایند (۱۶، ۱۱، ۶). ساختار OLTP به صورت جداول ارتباطی در پایگاه‌های داده‌های رابطه‌ای است، یعنی به صورت دو بعدی با سطر و ستون، اما در ساختار OLAP، داده‌ها به صورت چند بعدی (Multidimensional) است که به آن مکعب (Cube) هم گفته می‌شود. همان طور که در شکل ۶ مشاهده می‌گردد (۵، ۱۷، ۱۸).

۲. عملیات بر روی داده‌ها (Data staging): این مرحله که در واقع تغییر شکل داده‌هاست شامل مراحل زیر می‌باشد:

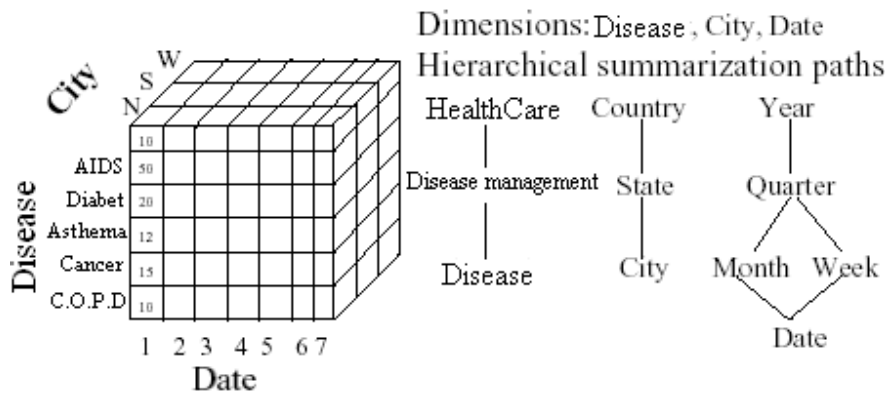
- استخراج داده‌ها (Data extraction) عملیاتی است که با منابع متعدد و متفاوتی از داده‌ها با شکل‌های گوناگون روبرو می‌باشد، بدین گونه که ممکن است بخشی از داده‌ها مربوط به پایگاه‌های سلسله‌مراتبی، وراثتی و غیره باشند، که لازم است برای هر نوع از منابع داده‌ها تکنیک‌های مناسبی را به کار گرفت و داده‌های لازم را از آنان استخراج نمود.

- پاک‌سازی داده‌ها (Data cleansing) به صورت اصلاح خطاهای املایی و تضاد بین داده‌ها، حذف داده‌های تکراری و یا تعیین ارزش‌های پیش‌زمینه‌ای برای داده‌های از دست رفته می‌باشد.

- استاندارد سازی داده‌ها بخش عظیمی از تغییر شکل داده‌ها می‌باشد. استاندارد سازی داده‌ها به دو صورت استاندارد سازی از نظر طول فیلد و استاندارد سازی معنایی (Semantic) است، بدین صورت که مشکل مربوط به مترادفات (کلماتی که هم معنی هستند) و تشابهات (واژه‌هایی که دارای معنای متفاوت هستند) را بر طرف می‌سازد. - خلاصه سازی داده‌ها یعنی حذف داده‌های غیر ضروری،



شکل ۵: فرایند استخراج، تغییر شکل و بارگذاری داده‌ها



شکل ۶: ساختار مکعبی

امکان را فراهم می‌نماید تا روندهای جدید را آنالیز نمایند و یا فاکتورهای مؤثر بر موفقیت یا شکست سازمان را بیابند. به طور مثال جدول ارتباطی می‌تواند شامل آنالیز حقایق با توجه به بیمار، پزشک و یا تشخیص بر حسب زمان باشد (۱۹، ۱۸، ۵).

۴. تحویل اطلاعات (Information delivery): انبار داده‌ها مجهز به مکانیسم‌های مختلفی برای ارایه اطلاعات با استفاده از امکانات اینترنت و اینترنت می‌باشد. کاربران این سیستم اعم از تحلیل‌گران، درمان‌گران و مدیران ارشد می‌توانند درخواست‌های خود را به صورت آنلاین وارد نموده، به صورت آنلاین هم گزارش‌گیری نمایند. همچنین می‌توانند اطلاعات را به صورت گزارش‌های زمان‌بندی شده از طریق نامه‌ی الکترونیکی دریافت نمایند. علاوه بر این، امکان استفاده از ابزار داده کاوی را برای کاربران فراهم می‌نماید (۲۰، ۱۵، ۱۰، ۶).

۵. ابر داده‌ها (Metadata): ابر داده‌ها داده‌هایی درباره داده‌ها است، یعنی اطلاعاتی درباره عناصر داده‌ها از قبیل نام، اندازه، نوع داده، طول، فیلد، مکان و همچنین سطوح امنیت در انبار داده‌ها ارایه می‌نماید، مثل اقدامات امنیتی سخت برای تضمین دسترسی کاربران مجاز به اطلاعات بیمار. ابر داده‌ها در انبار داده‌ها در سه رده اصلی قرار می‌گیرند (۲۲-۲۱، ۶) که عبارتند از:

- ابر داده‌های عملیاتی که شامل همه‌ی اطلاعات مربوط به منابع داده‌های عملیاتی است.
- ابر داده‌های استخراج و تغییر شکل که شامل داده‌هایی

ساختار OLAP دارای جدول حقیقت (Fact table) و جدول ارتباطی (Dimension table) می‌باشد. جدول حقیقت یک جدول مرکزی با نمایش ستاره‌ای (Star scheme) است. بدین معنی که یک شی (Object) یا حقیقت در مرکز آن قرار دارد و تعدادی شی به دور آن متصل است که به آن‌ها ابعاد گفته می‌شود که در شکل ۷ هم دیده می‌شود. اغلب حقیقت یا حقایق، اطلاعاتی درباره فعالیتی است که انجام می‌شود، که به نوعی این اطلاعات می‌توانند عددی و از لحاظ ریاضی جمع‌پذیر (Additive) باشند، مثل مقادیر مالی یا پولی که این اعداد با عملیات ریاضی به هم اضافه می‌شوند. اما حقایقی هم وجود دارند که عددی هستند، اما اگر این حقایق به هم اضافه شوند معنی‌دار نمی‌باشند، که به آن‌ها حقایق نافزودنی (Non-additive) گویند، مثل ارزش‌های عددی نتایج پزشکی در انبار داده‌ها که نمی‌توان بر روی آن‌ها عملیات ریاضی انجام داد. حقایق غیر حقیقی (Factless facts) نوع دیگری از حقایق در حین آنالیز است که به صورت مقداری نمی‌باشد، اما در عوض شیوع یک واقعه را ثبت می‌نماید، مثل ویژگی‌های انجام شده در اتاق اورژانس و موقع بستری به عنوان وقایع انبار داده‌های بالینی.

در جدول ارتباطی بعد (Dimension) عبارت است از آن چه که به اعداد و مقادیر معنا می‌بخشد. به عبارتی دیگر شامل مقادیری (Measures) است که برای کاربران این

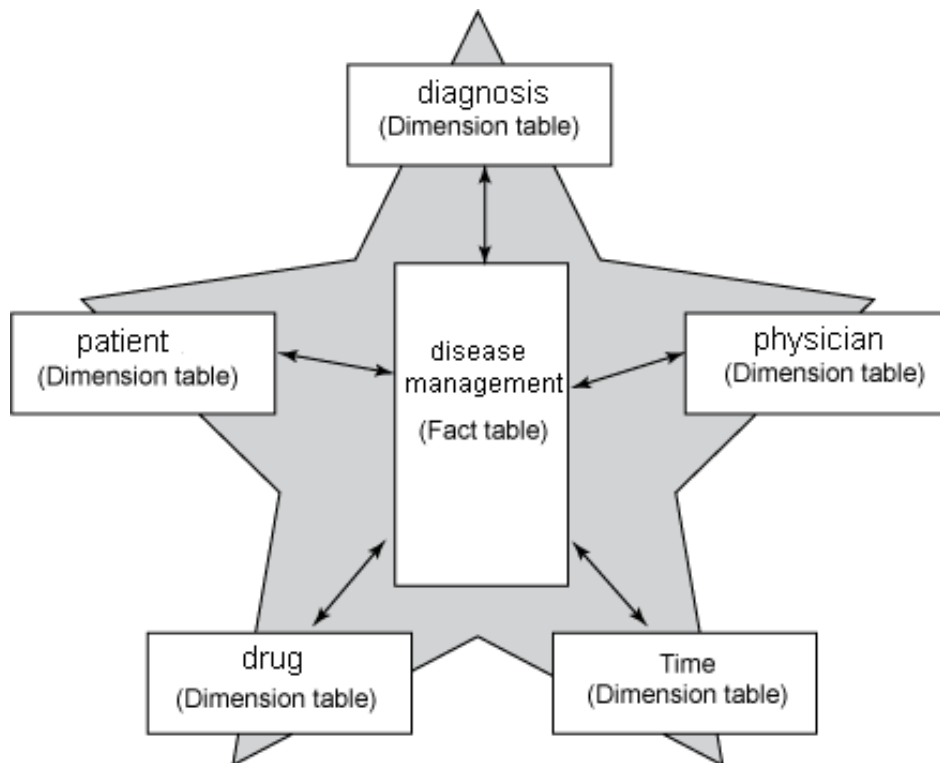
زیر ساختار انبار داده‌ها

زیر ساختارهای DW شامل همه‌ی عناصری است که باعث اجرای معماری می‌شود. عناصر زیر ساخت را به دو گروه زیر ساخت‌های عملیاتی و زیر ساخت‌های فیزیکی می‌توان تقسیم نمود، که البته تشخیص بین این دو گروه بسیار حایز اهمیت می‌باشد؛ چرا که عناصر هر گروه نسبت به گروه دیگر از لحاظ ماهیت و ویژگی به طور کامل متفاوت از دیگری است، اما به طور خلاصه زیر ساختار شامل عناصر مختلفی از قبیل سخت‌افزار سرور، سیستم عملیاتی، نرم‌افزار شبکه، نرم‌افزار پایگاه داده، شبکه محلی (LAN یا Local area network)، شبکه گسترده (WAN یا Wide area network)، ابزارهای فروشنده برای هر یک از اجزای معماری، مردم، اقدامات و آموزش است (۱۲، ۶).

در مورد استخراج داده‌ها مثل توالی‌ها، روش‌ها و قوانین لازم برای استخراج داده‌ها و اطلاعاتی در مورد همه‌ی تغییرات انجام شده در شکل داده‌ها می‌باشد.

– ابر داده‌های کاربر نهایی که هم یک نقشه‌ی راه‌بری از انبار داده‌ها است و هم به کاربر این امکان را می‌دهد تا با ترمینولوژی تخصصی خود به جستجوی اطلاعات مورد نیاز خود بپردازد (۲۱، ۶).

۶ مدیریت و کنترل داده‌ها: جز مدیریت و کنترل انبار داده‌ها در رأس اجزای دیگر قرار دارد و خدمات و فعالیت‌های انبار داده‌ها را از قبیل مدیریت و کنترل عملیات کسب داده‌ها از منابع مختلف، تضمین صحت و دقت استخراج و تغییر شکل داده‌ها، حفظ امنیت و دسترسی مجاز به داده‌ها و تضمین درستی اجرای فرایند تحویل داده‌ها هماهنگ می‌کند (۶).



شکل ۷: جدول حقیقت و ابعاد آن

بحث و نتیجه گیری

سازمان مراقبت بهداشتی در برنامه‌های مدیریت بیماری، برای تشریح اثر بخشی طرح‌های درمانی و گزارش‌گیری از نتایج مداخلات پزشکی و ارایه‌ی بهترین و با کیفیت‌ترین مراقبت همراه با حداقل هزینه‌ها نیازمند به آنالیز داده‌ها می‌باشد، که این نیاز می‌تواند با ایجاد و به کارگیری درست و موفقیت‌آمیز انبار داده‌ها برطرف گردد؛ چرا که انبار داده‌ها با داشتن داده‌های یکپارچه و قابلیت‌های تحلیلی قوی امکان شناسایی افراد در معرض خطر، طراحی برنامه‌های مدیریت بیماری، پی‌گیری پیشرفت بیماری، ارزیابی برنامه‌ها و تکمیل تحلیل‌های کلی مالی را برای کاربران فراهم می‌آورد، بدین صورت که انبار داده‌ها با ذخیره داده‌ها به صورت تاریخچه‌ای و چند بعدی سبب می‌شود که تاریخچه‌ای از دوره‌های درمان بیماران در دسترس باشد و درمان‌گران با استفاده از آن‌ها بتوانند وضعیت گذشته بیمار را آنالیز نمایند و اطلاعات حاصل از آن را با وضعیت فعلی بیمار مرتبط ساخته، آینده‌ی بیماری وی را پیش‌بینی نمایند. حتی می‌توانند سیر بیماری را بر حسب نیاز به صورت هفتگی، ماهیانه و غیره دنبال نمایند، یا به عبارتی روند بیماری را آنالیز نمایند. علاوه بر این، درمان‌گران می‌توانند هم با مقایسه‌ی دوره‌های مختلف بیماری، اثر بخشی عملکرد خود را ارتقا دهند و هم با جمع‌آوری نتایج حاصل از مداخلات بهداشتی و درمانی و مقایسه این نتایج با استانداردها و هنجارها عملکرد خود را ارزیابی نمایند.

از جمله مراکزی که از این سیستم استفاده نموده‌اند می‌توان به انستیتو بیماری‌های عفونی Bals در بخارست رومانی اشاره کرد که برای مدیریت وضعیت‌های پیچیده مدیریت ایدز از انبار داده‌ها استفاده نمود (۲۳). در هلند نیز بخش انفورماتیک پزشکی مرکز پزشکی دانشگاه رتردام برای مدیریت بیماران مبتلا به آسم یا بیماری‌های انسدادی مزمن

ریوی دست به چنین اقدامی زد، بدین صورت که با ایجاد یک انبار داده‌ها با نام «AsthmaCritic» درمان‌گران را قادر ساخت تا داده‌های الکترونیکی بیماران را انتخاب و آنالیز کرده، بر اساس نتایج به دست آمده برنامه‌های درمانی مناسب را برای این بیماران طراحی کنند. همچنین این سیستم، طرح تشخیص و درمان درمان‌گران را بررسی کرده، با ایجاد یک سیستم بازخورد برای درمان‌گران این امکان را فراهم می‌آورد تا به آسانی نحوه‌ی عملکرد خود را در کنار رایج‌ترین دستورالعمل‌های عملکردی و استانداردهای مراقبتی قرار داده، خود را محک زنند (۲۴).

با توجه به این که تمام اطلاعات مربوط به اقدامات تشخیصی و درمانی برای هر بیمار در انبار داده‌ها موجود می‌باشد، درمان‌گران می‌توانند از انجام مجدد آن‌ها خودداری و در هزینه‌ها صرفه‌جویی نمایند. مدیران نیز می‌توانند میزان استفاده از منابع و تسهیلات و عوامل مؤثر بر میزان استفاده از آن‌ها را برای برنامه‌ریزی و بودجه‌بندی تعیین نمایند. همانند سازمان مراقبت بهداشتی آتنا در ایالت متحده که با ایجاد انبار داده‌ها مدیریت بیماری دیابت را بسیار بهتر و مقرون به صرفه‌تر انجام می‌دهد و همچنین شرکت‌های شرکت Blue Cross و Blue Shield در تنسی آمریکا که با ایجاد انبار داده‌ها مدیریت بیماری‌های قلبی و دیابتی را در سطح مراقبت‌های اولیه انجام می‌دهند (۲۵، ۱۹).

در نهایت این که شیوع کمتر بیماری، مراقبت بهتر از بیمار و هزینه‌های کمتر مراقبت بهداشتی با استفاده از انبار داده‌ها در توسعه‌ی برنامه‌های مدیریت بیماری، موفقیت و حضور سازمان در بازار پر رقابت امروزی را به دنبال دارد، که البته به کارگیری موفق انبار داده‌ها نیز نیازمند برنامه‌ریزی، طراحی و نگهداری مقادیر زیادی از داده‌های سازمان مراقبت بهداشتی می‌باشد.

References

1. Perry T. Disease management. Technology-driven outcomes. Health Manag Technol 2004; 25(1): 40-3.
2. Ramick DC. Data warehousing in disease management programs. J Healthc Inf Manag 2001; 15(2): 99-105.
3. Karami M. The better management of disease with data warehousing. Proceedings on the 1st international conference on telemedicine and electronic health; 2006 Nov 1-2; Tehran, Iran; 2006. [In Persian].

4. Shams K, Farishta M. Data Warehousing: Toward Knowledge Management. Topics in Health Information Management 2001; 21(3): 24-32. [In Persian].
5. Silver M, Sakata T, Su HC, Herman C, Dolins SB, Oshea MJ. Case study: how to apply data mining techniques in a healthcare data warehouse. J Healthc Inf Manag 2001; 15(2): 155-64.
6. Ponniah P. Data warehousing fundamentals: a comprehensive guide for IT professionals. New Jersey: John Wiley and Sons; 2001.
7. Thomas G. The Decision-Driven Warehouse -Attention Warehouse Shoppers: The Output is in the Decision [Online]. 2006; Available from: URL: <http://articles.techrepublic.com/>
8. Karami M. Managers and Decision Support Systems. Homaye Salamet 2009; 6(1): 20-4. [In Persian].
9. Watson H, Ariyachandra T, Matyska RJ. Data warehousing stages of growth. Information Systems Management 2001; 18(3): 42-50.
10. Padilla R. Beginning and planning your data-warehousing project [Online]. 2004 [cited 2004 Dec 6]; Available from: URL: <http://www.techrepublic.com/article/beginning-and-planning-your-data-warehousing-project/5155894/>
11. Verma R, Harper J. Life Cycle of a Data Warehousing Project in Healthcare. Journal of Healthcare Information Management 2001; 15(2): 107-17.
12. Mattison R. Data warehousing: strategies, technologies, and techniques. New York: McGraw-Hil; 1996.
13. Karami M, Setayesh M. The role of data warehouse to Empower health care organizations. Proceedings of teh 4th congress of Hospital and Information Technology; 2005 Jan 12; Kermanshah, Iran; 2005. [In Persian].
14. Ladaga J. Let business goals drive your data warehouse effort. Health Manag Technol 1995; 16(11): 26-8.
15. Kaelin M. Resources for designing, planning, and implementing a data warehouse strategy [Online]. 2004 Dec 13 [cited 2007 Nov 12]; Available from: URL: http://techrepublic.com.com/5100-6228_11-5479908.html/
16. Vengugopal V, Fang J, Bhat S. Performance Driven Data Integration: An Optimized Approach [Online]. 2007 [cited 2007 Nov 12]; Available from: URL: <http://articles.techrepublic.com/>
17. Fuller A. Optimizing searches in an OLTP database [Online]. 2005 [cited 2005 Jun 30]; Available from: URL: <http://articles.techrepublic.com/>
18. Karami M, Piri Z. From clinical coding to knowledge management in health care organization. Health Information Management 2007; 4(2): 239-48. [In Persian].
19. Wyderka KC. Data warehouse techniques for outcomes management. Health Manag Technol 1999; 20(10): 16-7.
20. Dilorio F, Abolafia J. The Electronic project: effectively using Meta data throughout the project life cycle [Online]. 2007 [Cited 2007 Nov 12]; Available from: URL: <http://techrepublic.com/>
21. Karami M. Application of data mining in clinical decision making. Proceeding of the 1st international conference on telemedicine and electronic health; 2006 Nov 1-2; Tehran, Iran; 2006.
22. Karami M. Application of Data Mining and Text Mining in agility of healthcare organization. Health Management 2007; 10(30): 15-30. [In Persian].
23. Bejenariu M, Iancu M, Iliuta O, Nistor D. Clinical Data Mining Decision Support Tool in AIDS Management [Online]. 2003 [cited 2007 Nov 12]; Available from: URL: <http://www.mrc.ac.za/conference/helina/>
24. Krohn R. Data analytics throughout the healthcare enterprise. J Healthc Inf Manag 2004; 18(2): 15-8.
25. Prather JC, Lobach DF, Goodwin LK, Hales JW, Hage ML, Hammond WE. Medical data mining: knowledge discovery in a clinical data warehouse. Proc AMIA Annu Fall Symp 1997; 101-5.

The Role of Data Warehouse in Optimizing Diseases Management

Mahtab Karami¹, Mehdi Setayesh Barhaghi²

Abstract

Diseases management offers the benefits of lower disease occurrence, improved patient care, and lower healthcare costs. The key mechanism used to identify individuals at risk, stratify patients by risk level and track patients' progress through the disease management is the data warehouse (DW). This review article describes operational systems, DW features and component and role of it in disease management programs.

By data warehouse, healthcare organizations, clinicians and managers can reduce costs generated by process redesign, obtain right information in areas of patient care, budgeting, planning, research, process improvement, external reporting, benchmarking, trend analysis and marketing and make the right decision to prevent the progression or appearance of the illness, thus maintaining the health of the population.

Key words: Disease Management; Information Technology; Decision Making; Data.

Type of article: Review Article

Received: 9 May, 2010

Accepted: 27 Oct, 2010

Citation: Karami M, Setayesh Barhaghi M. **The Role of Data Warehouse in Optimizing Diseases Management.** Health Information Management 2011; 8(1): 106.

1. PhD Student, Health Information Management, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran. (Corresponding Author) Email:karami_m@razi.tums.ac.ir
2. PhD Student, Computer, American Organ Stit University, America.

جایگاه اطلاعات سلامت در رفرم جدید نظام بهداشت و درمان آمریکا

زهرا مستانه^۱، لطفاله موصلی^۲

چکیده

نیازهای در حال تحول جامعه که نظام سلامت می‌بایست پاسخ‌گوی آن‌ها باشد، اصلاح و تحول این نظام را در همه‌ی کشورهای جهان ناگزیر ساخته است. افزایش کارایی و اثربخشی خدمات سلامت، برقراری عدالت، تأمین مالی پایدار و بهبود مدیریت از اهداف اجرای اصلاحات در نظام سلامت می‌باشد. در آمریکا نیز پس از روی کار آمدن دولت جدید، انجام اصلاحات در نظام بهداشت و درمان به طور وسیعی در برنامه‌های کاری این دولت قرار گرفت. تمرکز اصلی این اصلاحات بر روی استفاده از فن‌آوری‌های نوین اطلاعاتی در زمینه‌ی مدیریت اطلاعات بهداشتی درمانی است؛ چرا که این دولت، اطلاعات بهداشتی با ارزش را به عنوان کلیدی برای توسعه‌ی پوشش همگانی مراقبت بهداشتی همراه با ارتقای کیفیت و کنترل هزینه‌ها قلمداد می‌کند. بنابراین در این راستا، منشور اطلاعات بهداشتی را در ۷ موضوع مطرح نموده است که در صورت رعایت و اجرای این اصول، اصلاحات جدید بهداشت و درمان با استفاده از فن‌آوری‌های اطلاعاتی می‌تواند به اهداف از پیش تعیین شده نایل گردد.

واژه‌های کلیدی: نوآوری سازمانی؛ بهداشت و تندرستی؛ تکنولوژی اطلاعات.

نوع مقاله: کوتاه

پذیرش مقاله: ۱۳۹۰/۱۲/۱۲

اصلاح نهایی: ۱۳۹۰/۱۲/۹

دریافت مقاله: ۱۳۹۰/۴/۳۰

ارجاع: مستانه زهرا، موصلی لطفاله. جایگاه اطلاعات سلامت در رفرم جدید نظام بهداشت و درمان آمریکا. مدیریت اطلاعات سلامت ۱۳۹۰؛ ۸ (۱): ۱۱۱-۱۰۷.

مقدمه

است و شیوه‌های کاری آن را دچار تغییرات اساسی نموده است که در این مقاله به جایگاه اطلاعات سلامت در رفرم جدید نظام بهداشت و درمان آمریکا پرداخته شده است.

صاحب‌نظران معتقدند پس از تغییر دولت‌ها (نظیر آن چه با روی کار آمدن مارگارت تاچر در انگلستان روی داد)، یا رویدادهای بنیانی در سیاست و اقتصاد کشورها (از قبیل فروپاشی اتحاد جماهیر شوروی سوسیالیستی) یا پایان یافتن جنگ در کشورها (شبهه آن چه در کامبوج و موزامبیک اتفاق افتاد)، ممکن است محرک‌های لازم جهت دست زدن به اقدامات اصلاحی فراهم آید (۱).

شرح مقاله

هیچ سامانه‌ی خدمت رسانی به مردم از جمله نظام سلامت از اصلاح بی‌نیاز نیست (۳). اصلاحات، فرایند ایجاد تغییرات اساسی جهت غلبه بر ضعف‌های مورد توافق می‌باشد. به تعبیر دیگر، ایجاد تغییرات مثبت، اصلاحات تلقی می‌شود، اما در نظام سلامت، اصلاحات مستلزم چیزی بیش از بهبود در نظام

در آمریکا نیز دولت جدید (دموکرات‌ها)، انجام اصلاحات در نظام بهداشت و درمان را به طور وسیعی در برنامه‌ی کاری خود قرار داده است و ایجاد اصلاحات در نظام بهداشتی را به عنوان وسیله‌ای برای بهبود وضع موجود آرایه‌ی خدمات در نظام بهداشت و درمان خود تلقی می‌کند (۲). در این میان، اصلاحات بر روی مدیریت اطلاعات بهداشتی نیز تأثیر فراوان گذاشته

۱. مربی، مدارک پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی هرمزگان، بندرعباس، ایران.

۲. کارشناس ارشد، مدیریت خدمات بهداشتی درمانی، دانشگاه علوم پزشکی

هرمزگان، بندرعباس، ایران. (نویسنده‌ی مسؤول)

Email: mouseli136025@gmail.com

سلامت یا مراقبت‌های بهداشتی و درمانی است.

در سال ۱۹۹۵ پروژه‌ی جمع‌آوری داده جهت تصمیم‌گیری (Data for decision making یا DDM)، تعریف اصلاحات در نظام سلامت را ارتقا داد و آن را تغییری «پایدار، هدفمند و بنیادین» نامید (۴، ۵).

سلسله‌ای از ضرورت‌های خاص، پرداختن به اصلاحات در نظام سلامت را ضروری می‌سازد که از آن جمله نو شدن پرستاب فن‌آوری‌ها، افزایش توقع مردم به استفاده از آخرین و بهترین فن‌آوری‌ها، افزایش هزینه‌ی خدمات و کاهش منابع، حاکم شدن اقتصاد بازار بر سازمان‌های خدمت رسان و اثر ناخوشایند آن بر بازار سلامت و نیز مسایلی چون فقر، شهرنشین شدن فقر، جهانی سازی، ضرورت حفظ دستاوردهای عمومی و مقابله با بلایای طبیعی را می‌توان نام برد (۳).

اصلاحات در مراقبت بهداشتی از اهداف اصلی دولت جدید آمریکا و کنگره‌ی صد و یازدهم می‌باشد (۶). در اصلاحات جدید، استراتژی بودجه‌ای دولت آمریکا، کاهش هزینه‌های نظام بهداشتی درمانی از طریق ایجاد فعالیت‌های هوشمند در زمینه‌ی مدرنیته کردن نظام ارایه‌ی خدمات بهداشتی درمانی از قبیل ایجاد صورت حساب‌های الکترونیکی و پرونده‌ی پزشکی الکترونیکی در بیمارستان‌ها می‌باشد. اجرایی شدن این فعالیت‌های هوشمند، نیاز به ایجاد تخصص و تعهد در کلیه‌ی ارایه دهندگان مراقبت دارد. اگر چه ایجاد زیر ساختار سیستم‌های الکترونیکی در ابتدا هزینه‌های زیادی را به سیستم بهداشتی درمانی تحمیل می‌کند، اما در طولانی مدت باعث افزایش کارایی و اثربخشی خدمات ارایه شده و کاهش هزینه‌ها خواهد شد (۷، ۲).

در این راستا، دولت جدید اقدام به تصویب قانون باز سازی و سرمایه گذاری مجدد آمریکا (ARRA یا American recovery and reinvestment act) در فوریه سال ۲۰۰۹ نموده است. از جمله مزایای اجرایی شدن این قانون، بهینه نمودن سیستم مدیریت اطلاعات بهداشتی و کارآمدسازی نیروی انسانی متخصص در این حوزه می‌باشد. به عنوان بخشی از این فعالیت، میلیون‌ها دلار بودجه به نوسازی

سوابق و بایگانی‌های بهداشتی اختصاص یافته است که با نوسازی این سوابق و بایگانی‌ها، میلیاردها دلار در هزینه‌های مراقبت‌های بهداشتی صرفه‌جویی خواهد شد. دست اندر کاران دولت آمریکا از این قانون به عنوان محرک اقتصادی در کشور یاد می‌کنند.

انجمن مدیریت اطلاعات بهداشتی آمریکا (AHIMA یا American health information management association) به عنوان متولی ایجاد اصلاحات در مدیریت اطلاعات بهداشتی به صراحت اعلام نموده است که علاوه بر فراهم نمودن هزینه‌های اساسی و اختصاص بودجه، چهار حوزه در زمینه‌ی زیر ساختارها وجود دارد که باید برای آن‌ها برنامه‌ریزی اساسی شود:

ایجاد مرکزی جهت مدیریت فن‌آوری‌های اطلاعاتی و ارتباطی حوزه‌ی سلامت (HICT یا Health information and communication technology) در سطح ملی و ایالتی، سرمایه گذاری جهت ایجاد یک شبکه‌ی ملی در زمینه‌ی اطلاعات بهداشتی، سرمایه‌گذاری جهت تأمین نیروی انسانی مورد نیاز اطلاعات مراقبت بهداشتی، سرمایه‌گذاری جهت سنجش و ارزیابی نتایج حاصل و برون‌دادها (۶).

در این راستا، ۷ محور به عنوان منشور اصلاحات جدید در زمینه‌ی اطلاعات بهداشتی منتشر گردیده است که شامل موارد زیر می‌باشد:

رعایت محرمانگی و امنیت اطلاعات بیمار، آموزش سلامت عمومی و دسترسی به اطلاعات بهداشتی شخصی، بهبود کیفیت، پذیرش پرونده‌ی الکترونیک سلامت، شبکه‌ی اطلاعات بهداشتی ملی، امکان تبادل اطلاعات بین سیستم‌های الکترونیکی از طریق استاندارد سازی محتوای داده‌ها، مدیریت اطلاعات بهداشتی و نیروی انسانی متخصص در زمینه‌ی تکنولوژی اطلاعات (۸، ۲).

در ادامه، توضیح کوتاهی در ارتباط با هر یک از این موارد ارایه می‌شود. حمایت قانونی در زمینه‌ی رعایت محرمانگی اطلاعات بهداشتی شخصی نیاز ضروری هر نوع اصلاحات در سیستم‌های بهداشتی درمانی است. با در نظر گرفتن موارد

- ارتقای برنامه‌های درسی دانشگاهی (۱۳).
ایجاد شبکه‌ی ملی نیاز به توافق در سیاست‌های اصلی و موضوعات اساسی مطرح شده از جمله محرمانگی و امنیت اطلاعات بیمار و دسترسی به داده‌ها دارد. این موارد موضوعاتی هستند که به طور جدی برای مشتری اهمیت دارند و شبکه‌ای که در کسب اعتماد مشتری ناموفق باشد، صرف‌نظر از میزان پیچیدگی تکنیکی، در نهایت با شکست رو به رو خواهد شد (۲).
استانداردها باید در راستای سیاست‌های کلی سیستم بهداشت و درمان و مرزهای صنعتی باشند. محتوای داده‌های استاندارد از ارتقای کیفیت سیستم پرداخت هزینه‌ها حمایت می‌کند. پرداخت به ازای عملکرد نیاز به اطلاعات دقیق و به موقع و نیز شفاف‌سازی کامل کیفیت و هزینه‌های مراقبت بهداشتی دارد که این به پزشکان، ارایه دهندگان مراقبت مشتریان برای ایجاد تصمیمات آگاهانه در ارتباط با مراقبت بیمار کمک می‌کند (۲).

در حدود ۱۰۰ سیستم طبقه‌بندی به همراه اصطلاحات پزشکی متفاوت در آمریکا وجود دارد. در این زمینه، ایجاد زیر ساختار استاندارد که قادر به پاسخ‌گویی به نیازهای سیستم‌های الکترونیکی جهت تبادل اطلاعات باشد، ضروری به نظر می‌رسد. اما این مهم به کلی فراموش شده است و سیستم‌های مختلف در این زمینه به صورت جزیره‌ای عمل می‌کنند و هیچ مرکز دارای صلاحیتی وجود ندارد که به نیازمندی‌های سیستم‌های الکترونیکی در این حیطه توجه کند و استانداردهای لازم را فراهم نماید (۱۴).

بدون شک یکی از مهم‌ترین موضوعات تأثیرگذار در زمینه‌ی ایجاد اصلاحات معنی‌دار در نظام اطلاع‌رسانی سلامت، توجه به مقوله‌ی نیروی انسانی است. نیروی انسانی آموزش دیده و ماهر که بتواند نیازهای استخدامی آمریکا را در عصر جدید اطلاعاتی پاسخ‌گو باشد، به اندازه‌ی کافی وجود ندارد. انجمن مدیریت اطلاعات بهداشتی آمریکا، راهکار این موضوع را هدایت مسیر قانون‌گذاری ایالات مختلف آمریکا در جهت تأسیس مقطع کارشناسی رشته‌های مدیریت اطلاعات بهداشتی و انفورماتیک سلامت می‌داند. در

استثنا، در حال حاضر حفاظت از اطلاعات به شکل قانونی، حمایت‌های محدود و پوشش اطلاعاتی ناهمسان را ایجاد کرده است (۹، ۱۰).

بهبود در وضعیت سلامت عمومی با بهبود آموزش بهداشت و دسترسی به اطلاعات شخصی حاصل می‌شود و این موضوع بیانگر آن است که چرا پرونده‌ی پزشکی شخصی (PHR یا Personal health record) و سواد بهداشتی باید پیشگام سلامت عمومی باشد. پرونده‌های پزشکی شخصی، افراد را در زمینه‌ی دسترسی، استفاده و تسهیم اطلاعات درباره‌ی سلامتی خود قادر می‌سازد و به افراد کمک می‌کند تا تصمیمات بهتری اتخاذ نمایند و کیفیت مراقبت دریافت شده را بهبود بخشند (۲).

AHIMA به منظور بهبود کیفیت، اختصاص بودجه جهت ایجاد زیر ساختارهای (Information technology) IT را ضروری می‌داند و بخش‌های دولتی و خصوصی را ملزم به ایجاد یک نقشه‌ی راه (Roadmap) و توسعه و پذیرش آن برای پوشش تکنولوژی و تطابق با استانداردها و سیاست‌ها نموده است. این نقشه‌ی راه باید روشن باشد و متناسب با پیشرفت‌های تکنولوژی و نوآوری‌های جدید و بر اساس تجربیات و نیازهای موجود به روز گردد (۱۱).

AHIMA با مشارکت انجمن انفورماتیک پزشکی آمریکا (American medical informatics association) یا (AMIA) ماتریس ویژگی‌های اصلی EHR را جهت استفاده در برنامه‌های مختلف آموزشی سازمان‌های مراقبت بهداشتی تدوین نموده است (۱۲). این ماتریس می‌تواند در موارد زیر کاربرد داشته باشد:

- حمایت از برنامه‌های آموزش مداوم و ضمن خدمت جهت نیروی انسانی درگیر EHR.
- ایفای نقش مرجع برای تعیین شرح شغل پرسنل مراقبت‌های بهداشتی،
- برنامه‌ریزی جهت بهبود فعالیت‌های تخصصی،
- ایجاد شایستگی‌های تخصصی،
- بهبود برنامه‌های آشناسازی کارکنان جدید با سازمان و

انتخاب گزینه‌های اصلاحاتی جهت راه‌اندازی آن تحت تأثیر عوامل فنی و تحلیل وضعیت صورت می‌گیرد، اما استمرار روند اصلاحات در نظام سلامت و دستیابی به پیامدهای موفقیت آمیز آن نیاز به حمایت دولت‌ها دارد.

دولت جدید آمریکا نیز ایجاد اصلاحات در نظام سلامت را در اولویت برنامه‌های خود قرار داده است. اصلاحات جدید به اهمیت تکنولوژی اطلاعات به عنوان یک اصل مهم توجه دارد و مطابق منشور اطلاعات سلامت، بر آن است تا با حمایت از اطلاعات بهداشتی به انجام اصلاحات با استفاده از تکنولوژی‌های اطلاعاتی بپردازد. در این راستا، توافق همگانی در آمریکا بر این اصل است که سرمایه‌گذاری در فن‌آوری‌های ارتباطی و اطلاعاتی در مراقبت‌های بهداشتی، منجر به ارتقای هماهنگی، ایمنی، کاهش هزینه‌ها و افزایش کیفیت خدمات مراقبت بهداشتی و سلامت عمومی خواهد گردید.

صورت دایر شدن این دوره‌های آموزشی در دانشگاه‌های ایالت‌های مختلف، این نیروهای متخصص پس از چهار سال در سال ۲۰۱۴ دانش آموخته خواهند شد و این امر فرصت مناسبی را جهت افزایش نیروی متخصص HIM (Health information management) ایجاد خواهد کرد (۱۵).

بحث و نتیجه گیری

فرایند ایجاد اصلاحات تنها محدود به تعیین اولویت‌ها و پالایش سیاست‌های موجود در نظام سلامت نیست، بلکه شامل اصلاح و ساختاردهی مجدد سیاست‌های موجود در سازمان‌های مراقبت بهداشتی نیز می‌باشد. اگر چه برخی اصول سازمانی در همه‌ی برنامه‌های اصلاحاتی عمومیت دارند، اما ارایه‌ی یک روش تجویزی در این زمینه، برای کلیه‌ی سازمان‌ها نامناسب می‌باشد.

References

1. Cassels A. Health Sector Reform: Key Issues in Less Developed Countries. Trans. Shadpour K. 1st ed. Tehran: Ministry of Health and Medical Education; 2002. p. 4.
2. AHIMA. Reformer-in-Chief? Journal of AHIMA 2009; 80(1): 22-5.
3. Shad Pour K. Health Sector Reform in Islamic Republic of Iran. Journal of Qazvin University of Medical Sciences 2006; 10(3): 7-20.
4. Berman PA, Bossert TJ. A Decade of Health Sector Reform in Developing Countries: What Have We Learned? [Project]. Washington (DC): Harvard School of Public Health; 2000.
5. Berman P. Health sector reform: making health development sustainable. Health Policy 1995; 32(1-3): 13-28.
6. AHIMA. Health Information and Communication Investment Recommendations [Online]. 2009 [cited 2009 Jan 21]; Available from: URL: www.ahima.org/
7. Marmor T, Oberlander J, White J. The Obama administration's options for health care cost control: hope versus reality. Ann Intern Med 2009; 150(7): 485-9
8. AHIMA. Health Care Reform and Health IT Stimulus: ARRA and HITECH [Online]. 2009; Available from: URL: <http://www.ahima.org/advocacy/arrahitech.aspx/>
9. Hjort B. Quality Healthcare: Can Health Information Be both Available and Private? Journal of Health Care Compliance 2008; 10(5): 41-3.
10. Cassidy SO, Sepulveda MJ. Health information privacy reform. J Occup Environ Med 1995; 37(5): 605-14.
11. AHIMA's Position. Implementation of SNOMED-CT Needed to Facilitate Interoperable Exchange of Health Information [Online]. 2009 [cited 2005 Jul 21]; Available from: URL: <http://library.ahima.org/xpedio/>
12. AHIMA and AMIA. Health Information Management and Informatics Core Competencies for Individuals Working with Electronic Health Records [Online]. 2009 [Cited 2008 Apr 7]; Available from: URL: http://www.ahima.org/infocenter/whitepapers/workforce_2008.pdf/
13. AHIMA. The HIM Role in Assisting Regional Extension Centers [Online]. 2009; Available from: URL: <http://library.ahima.org/xpedio/groups/>
14. AMIA and AHIMA. Healthcare Terminologies and Classifications: An Action Agenda for the United States [Online]. 2009 [Cited 2009 Jan 21]; Available from: URL: http://www.ahima.org/emerging_issues/ClinicalTerminologiesVocabularies.asp/
15. Rulon V. Letter to State Legislator [Online]. 2009 [cited 2009 July 22]; Available from: URL: <http://www.ahima.org/>

Health Information Position in New Reform of American Health Care System

Zahra Mastaneh¹, Lotfollah Mouseli²

Abstract

Ever changing needs of society to which the health sector has to respond, makes the health sector reform inevitable for any country worldwide. Increasing the efficiency and effectiveness of health services, equity, sustainable financing and management improvement are the main objectives of health sector reform. Healthcare reform was set high on the new administration's agenda with the start of the transition. In the United States after coming on the new government, reforms in the health system were considered largely in the government work programs. The main focus of these reforms is on the use of new information technologies in health information management. This government has described improved health information as a key to expanding healthcare coverage while improving quality and controlling costs. Therefore government was set health information pyramid on seven issues that by implementation of these will be able to achieve the meaningful healthcare reform.

Keywords: Organizational Innovation; Health; Information Technology.

Type of article: Short Article

Received: 21 Jul, 2009

Accepted: 3 Mar, 2010

Citation: Mastaneh Z, Mouseli L. **Health Information Position in New Reform of American Health Care System.** Health Information Management 2011; 8(1): 111.

1. Lecturer, Medical Records, Hormozghan University of Medical Sciences, Bandarabbas, Iran.

2. MSc, Health Services Management, Hormozgan University of Medical Sciences, Bandarabbas, Iran. (Corresponding Author) Email: mouseli136025@gmail.com