



مقاله‌های پژوهشی

۱. عوامل مؤثر بر پذیرش مدارک پزشکی الکترونیکی در بیمارستان‌های آموزشی شیراز با استفاده از مدل پذیرش فن آوری
محترم نعمت‌الهی، حسین منعم، علی گراوند ۶۵-۷۰
۲. مطابقت مطالعات ارزیابی سیستم‌های اطلاعات سلامت در ایران با دستورالعمل گزارش مطالعات ارزیابی انفورماتیک سلامت
لیلا احمدیان، صدیقه حاج اسمعیل گوهری، رضا خواجهی ۷۱-۷۷
۳. ترجیحات والدین مبتلا به تالاسمی ماژور در کسب اطلاعات سلامت
مهدی کاهویی، امید نجاریون، نسیم ابراهیمی، فاطمه احمدی تخرانی، سمیه حیدری ۷۸-۸۳
۴. ارزیابی کیفیت سیستم‌های خدمات سلامت همراه
محمد تقی زاده، مهسما کاظمی موحد، سمانه صباغیان، سهراب آقازاده ۸۴-۸۹
۵. همکاری علمی پژوهشگران ایرانی رشته تصویربرداری پزشکی در پایگاه استنادی علوم تا سال ۲۰۱۴
گلنسا گلینی مقدم، حسن جعفری ۹۰-۹۵
۶. مهارت‌های سواد اطلاعاتی و عوامل مرتبط با آن در میان کتابداران دانشگاه‌های علوم پزشکی مشهد و فردوسی مشهد
نسرین نصیری پور، محسن نوکارتیزی، معصومه تجعفری ۹۶-۱۰۱
۷. ارزیابی وبسایت‌های بیمارستانی دانشگاه‌های علوم پزشکی شهر تهران از لحاظ آرایه اطلاعات لازم برای جذب گردشگران سلامت
محمد هیوا عبدخدا، سید جواد قاضی میرسعید، محمدرضا علی‌بیگ، رقیه ارشاد سرابی ۱۰۲-۱۰۷
۸. رابط کاربری وبسایت‌های سلامت در ایران
الهام سلجوقی، ننا آقاسی، مهدیه اسدی، مریم اخوتی ۱۰۸-۱۱۳
۹. رابطه تفکر راهبردی با آمادگی تغییر در مدیران بیمارستان‌های تأمین اجتماعی اصفهان
ناهید جمالی، حبیب دانایی، محمد تقی امینی، اکبر حسن زاده، سید محمد حسن امامی ۱۱۴-۱۱۹
۱۰. بررسی وضعیت خدمات بیمه ورزشی در پرداخت خسارت به ورزشکاران آسیب دیده
مسعود نادریان، محمود بنی‌مسنی، سید مرتضی موسوی نافچی، احمدعلی آصفی، جهانگیر کریمیان ۱۲۰-۱۲۵
۱۱. شناسایی گلوگاه‌ها و موارد بروز کسورات درآمدهای اختصاصی مراکز بهداشتی- درمانی استان آذربایجان شرقی
جعفرصادق تیریزی، سعیده علی‌دوست، حسین مشهدی عبدالمی، مصطفی فرش خرسند ۱۲۶-۱۳۱
۱۲. مقایسه رشد هزینه‌های دارویی با رشد سرانه دارویی بیمه شدگان سرپایی اداره کل بیمه سلامت ایران در شهر اصفهان
حسینعلی قاسمی، مهدیه رئیس‌زاده ۱۳۲-۱۳۷
۱۳. ارزیابی عملکرد بیمارستان‌های دانشکده علوم پزشکی آبادان بر اساس مدل جایزه ملی تعالی سازمانی ایران
عبداله خوان‌زاده، محمد اسماعیل مطلق، عبدالرضا میرشکاک، ندا اکبری نساجی، مریم نیاکان، سید داود نصراله‌پور شیروانی ۱۳۸-۱۴۴
۱۴. ارزیابی نگرش گردشگران پزشکی نسبت به کیفیت خدمات بیمارستان‌های شیراز با استفاده از مدل سروکوال
مریم غلامی، علیرضا جاری، زهرا کاوسی، پریسا چمن‌پرا ۱۴۵-۱۵۲



انجمن علمی ادوآرکایو پزشکی ایران

مدیریت اطلاعات سلامت
شماره ۴۸



The Scientific Association of Hospital Management



شماره پیاپی
۴۸

دوره سیزدهم / شماره دوم / خرداد و تیر ۱۳۹۵



Serial No
48

Original Articles

1. Factors Affecting the Adoption of Electronic Medical Records in Teaching Hospitals in Shiraz, Iran, Based on the Technology Acceptance Model
Mohtaram Nematollahi, Hussein Monem, Ali Garavand 65-70
2. An evaluation of the compliance of studies evaluating health information systems in Iran with the Statement on Reporting of Evaluation Studies in Health Informatics
Leila Ahmadian, Sadrieh Hajesmaeel-Gohari, Reza Khajouei 71-77
3. A Study on the Preferences of Parents of Patients with Thalassemia Major in Obtaining Health Information
Mehdi Kahoue, Omid Najarioon, Nasim Ebrahimi, Fatemeh Ahmadi-Takhorani, Somayeh Haidari 78-83
4. Quality Evaluation of Mobile Health Systems
Mohammad Naghizadeh, Mahsima Kazemi-Movahed, Samaneh Sabaghian, Sohrab Aghazadeh 84-89
5. Mapping of Scientific Collaboration among Iranian Researchers in Radiology in the Science Citation Index until 2014
Golnessa Galyani-Moghaddam, Hassan Jafari 90-95
6. Information Literacy Skills and Related Factors among Librarians of Mashhad University of Medical Sciences and Ferdowsi University of Mashhad, Iran
Nasrin Nasiripour, Mohsen Nowkarizi, Masoumeh Tajafari 96-101
7. Assessment of Hospital Websites of Medical Universities in Tehran, Iran, Based on Information Necessary for Attracting Medical Tourism
Mohammadhiwa Abdekhoda, Sayed Javad Ghazimirsaeed, Mohammadreza Alibeyek, Roghieh Ershad-Sarabi 102-107
8. Evaluating the User Interface of Health Literacy Websites in Iran
Elham Saljoughi, Nona Aghasi, Mahdieh Asadi, Maryam Okhovati 108-113
9. The Relationship between Strategic Thinking and Readiness to Change among Managers of Social Security Hospitals in Isfahan, Iran
Nahid Jamali, Habib Danayi, Mohammad Taghi Amini, Akbar Hassanzadeh, Sayed Mohammad Hassan Emami 114-119
10. Determining the Status of Sports Insurance Compensation Payment to Injured Athletes
Masud Naderian, Mahmood Banimasani, Sayed Morteza Mousavi-Nafchi, Ahmad Ali Asefi, Jahangir Karimian 120-125
11. Identifying the Bottlenecks on the Fractions of Dedicated Revenues of Health Centers in East Azerbaijan Province, Iran
Jafar Sadegh Tabrizi, Saeideh Alidoost, Hossein Mashhadi-Abdolahi, Mostafa Farshi-Khorsand 126-131
12. Comparison of Increase in Medication Costs and Medication Funding Per Capita of the Outpatients Insured by the Iranian Salamat Insurance in Isfahan, Iran
Hosseinali Ghasemi, Mahdieh Raeesazadeh 132-137
13. Performance Assessment of Hospitals of Abadan School of Medical Sciences based On the Iranian National Excellence Award Model
Adbollah Khanzadeh, Mohammad Esmail Motlagh, Adbolreza Mirshakak, Neda Akbari-Nassaji, Maryam Niakan, Seyed Davoud Nasrollahpour-Shirvani 138-144
14. An Assessment of the Attitudes of Medical Tourists toward the Quality of the Services Delivered by Hospitals in Shiraz, Iran, Using the SERVQUAL Model
Maryam Gholami, Alireza Jabbari, Zahra Kavosi, Parisa Chamanpara 145-152

هیأت تحریریه

- دکتر حسن اشرفی ریزی: دانشیار کتابداری و اطلاع رسانی دانشگاه علوم پزشکی اصفهان
دکتر ابوالقاسم پوررضا: استاد مدیریت خدمات بهداشتی درمانی دانشگاه علوم پزشکی تهران
دکتر حبیب اله پیرنژاد: دانشیار انفروماتیک پزشکی دانشگاه علوم پزشکی ارومیه
دکتر شهرام توفیقی: استادیار مدیریت خدمات بهداشتی درمانی دانشگاه بقیه الله الاعظم (عج) تهران
دکتر احمد رضا رئیس: دانشیار مدیریت اطلاعات بهداشتی درمانی دانشگاه علوم پزشکی اصفهان
دکتر محمد رضا بنمند: استادیار اقتصاد سلامت دانشگاه علوم پزشکی اصفهان
دکتر سیده محسن حسینی: استاد آمار حیاتی دانشگاه علوم پزشکی اصفهان
دکتر محمد سرفراز: استاد علوم کامپیوتر و اطلاعات دانشگاه ملک فهد عربستان
دکتر احمد شعبانی: استاد کتابداری و اطلاع رسانی دانشگاه اصفهان
دکتر عباس شیخ طاهری: استادیار مدیریت اطلاعات سلامت دانشگاه علوم پزشکی تهران
دکتر رضا صفدری: استاد مدیریت اطلاعات بهداشتی درمانی دانشگاه علوم پزشکی تهران
دکتر سیما عجمی: استاد مدیریت اطلاعات بهداشتی درمانی دانشگاه علوم پزشکی اصفهان
دکتر فریده عصاره: استاد کتابداری و اطلاع رسانی دانشگاه شهید چمران اهواز
دکتر زیبا فرج زادگان: استاد پزشکی اجتماعی دانشگاه علوم پزشکی اصفهان
دکتر مسعود فردوسی: دانشیار مدیریت خدمات بهداشتی درمانی دانشگاه علوم پزشکی اصفهان
دکتر سعیده کتابی: دانشیار تحقیق در عملیات دانشگاه اصفهان
دکتر سعید کریمی: دانشیار مدیریت خدمات بهداشتی درمانی دانشگاه علوم پزشکی اصفهان
دکتر 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
دکتر محمد حسین یارمحمدیان: استاد مدیریت برنامه ریزی آموزشی دانشگاه علوم پزشکی اصفهان

فهرست همکاران علمی این شماره

دکتر حسن امامی، دکتر میترا پشوتنی زاده، دکتر حمیدرضا پیکری، دکتر شهرام توفیقی، ناهید توکلی، دکتر علی خمه، فریبا خورش، دکتر فیروزه زارع فراشبندی، مهندس مسعود شجری پور، مهسا شکور، لیلا شهرزادی، دکتر عباس شیخ ابومسعودی، دکتر سید مجید شیرزادی، بهجت طاهری، سید محمد طباطبائی، گلرخ عتیقه چیان، دکتر مهدی علیپور حافظی، شیرین عباسی، دکتر حامد فروگذار، آذر کبیرزاده، افسانه کریمی، دکتر علی منصوری

تأمین کننده منابع و اعتبارات مالی: معاونت پژوهشی و فن آوری دانشگاه علوم پزشکی اصفهان
تأمین کننده منابع و اعتبارات علمی: هیأت تحریریه، همکاران علمی مجله و انجمن های علمی همکار، اداره امور بیمارستان ها، کتابداری و اطلاع رسانی پزشکی ایران، مرکز تحقیقات مدیریت و اقتصاد سلامت، مرکز تحقیقات فن آوری اطلاعات در علوم سلامت.
وضعیت حق تألیف: هر گونه استفاده از مطالب مندرج در مجله با ذکر مأخذ 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)

امور نشر [ویراستاری علمی و ادبی (فارسی و انگلیسی)، صفحه آرایی، بازبینی، طراحی، چاپ و پشتیبانی آنلاین]:

انتشارات فرزنانگان راداندیش

تلفن: ۰۳۱-۳۲۲۲۴۳۳۵ دورنگار: ۰۳۱-۳۲۲۲۴۳۸۲
Email: farapublications@gmail.com
<http://farapub.com>

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ



مدیریت اطلاعات سلامت

(پزشکی، پیراپزشکی)

دوره سیزدهم، شماره دوم، خرداد و تیر ۱۳۹۵

شماره پیاپی: ۴۸

شاپا (چاپی): ۱۷۳۵-۷۸۵۳

شاپا (الکترونیک): ۱۷۳۵-۹۸۱۳

صاحب امتیاز:

دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی

درمانی استان اصفهان

ناشر:

انتشارات دانشگاه علوم پزشکی اصفهان

تلفن: ۰۳۱-۳۷۹۲۳۰۶۷

E-mail: publications@mui.ac.ir

مدیر مسؤول:

دکتر محمدحسین یارمحمدیان

سرمدبیر:

دکتر محمدرضا رضایتمند

مدیر داخلی:

راحله سموعی

ویراستاران انگلیسی:

خسرو زارع فراشبندی و فریبا خورش

ترتیب انتشار:

دو ماهنامه

تیراژ:

۱۰۰ نسخه

شماره مجوز وزارت فرهنگ و ارشاد اسلامی:

۸۳/۱۱/۱۲ مورخ ۱۲۴/۱۸۲۶۸

داری رتبه علمی پژوهشی از کمیسیون نشریات علوم پزشکی کشور به شماره 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: ۰۳۱-۳۷۹۲۵۱۲۳

Email: jim@mng.mui.ac.ir

<http://www.jhim.ir>

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

راهنمای ارسال مقاله به مجله «مدیریت اطلاعات سلامت»

مجله «مدیریت اطلاعات سلامت» مجله تخصصی دانشکده مدیریت و اطلاع رسانی پزشکی در دانشگاه علوم پزشکی اصفهان است، که هدف از انتشار آن اشاعه نتایج پژوهش‌ها، نظریه‌ها، و دستاوردهای علمی در زمینه‌های موضوعی مدیریت اطلاعات سلامت، فناوری اطلاعات سلامت، انفورماتیک پزشکی، کتابداری و اطلاع رسانی پزشکی و مدیریت خدمات بهداشتی درمانی است تا از این طریق به ارتقای سطح کیفی پژوهش، آموزش، تبادل و توسعه‌ی آموخته‌ها، تجربیات و دستاوردهای تازه علمی یاری رساند. این مجله انواع مقاله‌های زیر را منتشر می‌نماید:

سر مقاله (Editorial)

بیان دیدگاه مدیر مسوول، عضو هیات تحریریه و یا سایر صاحب نظران در ارائه راه حل یا پاسخ به یک سوال است که با ارایه سایر مستندات معتبر همراه شود. حجم کل سرمقاله، حداکثر شامل ۱۰۰۰ واژه می‌باشد

مقاله‌های پژوهشی اصیل (Original Article)

گزارش مختصر و کامل علمی بر گرفته از یک کار پژوهشی است. این نوع مقاله‌ها شامل عنوان، چکیده فارسی و انگلیسی، متن مقاله، جدول‌ها، نمودارها و منابع بوده و حداکثر تا ۴۰۰۰ واژه می‌باشد. چکیده ساختار یافته با حداکثر ۲۵۰ واژه مورد نیاز است.

چنانچه مطالعه به صورت کیفی انجام شود، می‌تواند حداکثر تا ۵۰۰۰ واژه باشد.

مقاله‌های مروری (Review Article)

مقاله‌های مروری در انواع زیر معرفی می‌شوند:

الف) مروری تشریحی، غیرسیستماتیک، مروری روایتی یا مروری نقلی (Narrative Review)؛ این نوع مقاله‌ها شامل عنوان، چکیده فارسی و انگلیسی، متن مقاله، جدول‌ها، نمودارها و منابع بوده و حداکثر تا ۴۰۰۰ واژه می‌باشد. چکیده غیر ساختار یافته با حداکثر ۱۵۰ واژه مورد نیاز است.

ب) مروری نظام مند، مروری تحلیلی یا سیستماتیک (Systematic Review)؛ این نوع مقاله‌ها شامل عنوان، چکیده فارسی و انگلیسی، متن مقاله، جدول‌ها، نمودارها و منابع بوده و حداکثر تا ۵۰۰۰ واژه می‌باشد. چکیده ساختار یافته با حداکثر ۲۵۰ واژه مورد نیاز است.

مقاله‌های کوتاه (Short Communication)

مشابه مقاله‌های پژوهشی، با یافته‌های پژوهشی اندک است. این نوع مقاله‌ها شامل عنوان، چکیده فارسی و انگلیسی، متن مقاله، جدول‌ها، نمودارها و منابع، حداکثر تا ۱۸۰۰ واژه می‌تواند باشد. چکیده ساختار یافته با حداکثر ۱۵۰ واژه مورد نیاز است.

مقاله‌های حاصل از مطالعه موردی (Case Study)

یافته‌های پژوهش در این نوع مقاله‌ها، محدود به یک موضوع یا مورد خاص است. این نوع مقاله‌ها شامل عنوان، چکیده فارسی و انگلیسی، متن مقاله، جدول‌ها، نمودارها و منابع بوده و حداکثر تا ۲۵۰۰ واژه می‌باشد. چکیده غیر ساختار یافته با حداکثر ۱۵۰ واژه مورد نیاز است.

نامه به سردبیر (Letter to Editor)

این نوع مقالات به سه دلیل نوشته می شوند: ۱- اعلام نظر در مورد موضوعی خاص و مهم؛ ۲- ارایه نظر در مورد مقاله چاپ شده در مجله (نقد مقاله)؛ ۳- پاسخ به اظهار نظر سایرین در مورد مقاله خود (پاسخ به نقد مقاله). نامه به سردبیر، می تواند تا حداکثر ۷۰۰ واژه باشد.

نکات:

۱. مقاله های نوآور در موضوع، روش و یافته ها و مقاله های کاربردی و تقاضا محور که مختصر و در عین حال با محتوا (با حجم کمتر) هستند، امتیاز بیشتری برای قرار گرفتن در فرایند بررسی دارند.
۲. با در نظر گرفتن این اصل که انجام پژوهش مستلزم کار گروهی است، باید با دقت کامل نسبت به درج نام و نام خانوادگی محققان و با توجه به سهم مشارکت اقدام گردد. لازم به ذکر است که اولویت چاپ با «مقاله های گروهی» است.
۳. اولویت پذیرش با «مقاله های پژوهشی جدید» است. یعنی مقاله هایی که در هنگام وصول، کمتر از یک سال از گردآوری اطلاعات آنها گذشته باشد.
۴. در فرایند بررسی مقاله، ممکن است مجله به نویسندگان پیشنهاد کند که مقاله خود را به صورت مقاله کوتاه ارائه نمایند.
۵. مقالاتی که محدودیت واژگان را رعایت نکرده باشند و به تشخیص مجله به همان شکل امکان قرار گرفتن در فرایند بررسی را داشته باشند مشمول پرداخت هزینه اضافی هستند (تا سقف ۵۰۰ واژه ۵۰ هزار تومان).

موازین قانونی و اخلاقی در نشر مقاله ها:

- کلیه نویسندگان موظف به رعایت موازین اخلاق پزشکی، اخلاق پژوهشی و شرایط نویسندگی شامل موارد زیر می باشند:
- ذکر اسامی نویسندگان در مقاله طبق معیارهای تعریف شده توسط کمیته سردبیران مجلات علوم پزشکی دنیا است از جمله ۱- مشارکت قابل توجه همه نویسندگان در ارایه ایده و طراحی مطالعه یا جمع آوری داده یا تجزیه و تحلیل و تفسیر داده ها؛ ۲- تهیه پیش نویس مقاله و یا بازنگری و نقد آن از نظر علمی؛ ۳- تایید نهایی مقاله ای که برای انتشار ارسال می شود؛ ۴- پاسخگویی مناسب و تضمین صحت و درستی تمام بخش های مقاله.
 - مجله فقط با نویسنده مسئول مشخص شده در فرم تعهدنامه مکاتبه می نماید، ولی مسؤلیت درستی و نادرستی مطالب با تمامی نویسندگان می باشد. فرم تعهدنامه (Copyright form) باید شامل امضای همه ی نویسندگان به ترتیب درج در مقاله باشد. در هر صورت نویسنده مسوول، آماده پاسخگویی موارد پیش آمده در مورد حق نویسندگان دیگر خواهد بود. مسؤلیت حقوقی عدم درج نام و نام خانوادگی و امضای سایر محققان در مقاله ها، ترتیب نام نویسندگان، وجود یا عدم وجود شخصی به عنوان نویسنده بر عهده ی نویسنده ی مسوول (به نمایندگی تمام نویسندگان است و مجله هیچ گونه مسؤلیتی در این خصوص ندارد.
 - اضافه یا حذف نمودن اسامی نویسندگان، حتی المقدور انجام نشود. در صورت ضرورت و تا قبل از انتشار مقاله، از طریق مکاتبه با سردبیر (ذکر دلایل تغییر) و آپلود فرم تعهد نامه جدید با امضاء همه نویسندگان در سایت، قابل بررسی و پاسخگویی است.
 - نویسندگان ملزم هستند هر گونه تضاد منافع در مورد ۱- نویسندگان مقاله و ترتیب اسامی آنها و ۲- سازمان ها و نهادهای حامی مقاله که بر نتیجه پژوهش و یا تفسیر یافته های آن تأثیرگذار بوده است را بیان نمایند. لازم به ذکر است با توجه به اینکه تضاد منافع، بخشی از اخلاق پژوهشی است مجله حق هر گونه تصمیم گیری در مورد مقاله

هایی که تضاد را مطرح نکردند خواهد داشت و پاسخگوی اختلافات و شکایات نویسندگان و حامیان در این زمینه نخواهد بود.

- نویسنده(گان) موظف است از کلیه ی افراد و سازمان هایی که در انجام پژوهش آنان را حمایت و یاری نموده اند، در قسمت تشکر و قدردانی نام برده و سپاسگزاری نماید.
- مقاله‌های ارسالی نباید قبلاً در هیچ نشریه‌ی فارسی یا انگلیسی دیگری چاپ شده و یا در زیر چاپ باشند. در ضمن مقاله نباید همزمان به چند نشریه ارسال شده 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 نویسنده مسوولی بر خلاف این قانون عمل نماید دفتر مجله علاوه بر رد و یا حذف مقاله (در صورت انتشار) از دریافت مقاله های نویسندگان تا مدت معین خودداری خواهد کرد.
- محرمانه نگه داشتن و فاش نکردن هویت مشارکت کنندگان در پژوهش، اطلاعات بهداشتی، پزشکی و درمانی و حفظ اسرار بیمار، و گاهاً اسامی سازمان های مورد بررسی، از جمله مواردی است که باید به عنوان یک اصل در نظر گرفته شود. در این ارتباط کد حفاظت از آزمودنی‌های انسانی که بر گرفته از بیانیه‌ی هلسینکی است، باید مورد توجه قرار گیرد.
- استفاده از ایده ها و عبارات دیگران، به عنوان ایده و عبارات خویش **سرقت علمی** - ادبی محسوب می شود و شامل طیف وسیعی از دستبردهای آگاهانه تا کپی کردن اتفاقی مطالب دیگران یا حتی مطالب قبلی خود بدون ذکر منبع است. از جمله کپی کردن مستقیم کار دیگران بدون اطلاع رسانی مناسب مطابق مقررات، نقل قول بدون استفاده از علامت نقل قول، استفاده از کار دیگران با تغییرات کوچکی که معنا و شکل و ایده اصلی بدون تغییر باشد، ذکر منابعی که فرد شخصا آنها را مطالعه نکرده است، قرار دادن اجزای مختلف پروژه ها در کنار هم و ارائه آن به عنوان کاری جدید و یکپارچه، اعلام نقش داشتن در یک کار گروهی بیش از آنچه که واقعاً در آن کار موثر بوده است، اعلام انجام کار پژوهشی به صورت مستقل در حالی که سایر افراد نیز در آن نقش جدی داشته اند، استفاده از ایده یا عبارات دیگران حتی به شکل شفاهی بدون ذکر منابع. در این خصوص دانشگاه و سازمان مربوطه نمی تواند برای ارتقای عضو هیئت علمی، به مقاله کپی برداری شده استناد کند یا دانشجوی متخلف را با چنین مقاله ای فارغ التحصیل نماید.
- اگر نویسنده مسوول مقاله، تا قبل از ارسال مقاله برای داوری از انتشار مقاله در مجله منصرف شد، می تواند مقاله اش را برای چاپ در مجله‌ی دیگری ارسال نماید و مکلف است انصراف خود را کتباً به این مجله انعکاس دهد. در صورتی که نویسنده مسوول در هر یک از مراحل بررسی، داوری، انجام اصلاحات و اخذ پذیرش نهایی مقاله، بدون دلیل موجه و اطلاع قبلی و کتبی به دفتر مجله انصراف دهد دفتر مجله متناسب با میزان خسارت یا تخلف، از نویسندگان برای مدتی معین مقاله نمی پذیرد.
- نویسنده (گان) حق هیچ گونه تحریف و دستکاری در یافته ها و ساختن داده و یافته جعلی را ندارد. در صورت تشخیص چنین وضعیتی بسته به شدت تخلف، در هر مرحله از انتشار مقاله جلوگیری خواهد شد و در صورت انتشار

مقاله، این موضوع در سایت مجله و به موسسه حامی پژوهش اطلاع رسانی و از پذیرش مقالات بعدی نویسنده خودداری می شود.

- استفاده از منابع غیر لازم فقط به دلیل افزایش منابع در مقاله مجاز نمی باشد.
- مجله در ویراستاری، انتشار و یا عدم انتشار مقاله ها آزاد است.

نحوه و ملزومات ارسال مقاله:

ارسال مقاله به صورت آن لاین و در وب سایت مجله انجام می شود. پس از آنکه مقاله با ساختار مجله و طبق راهنمای مجله تنظیم شد، نویسنده مسوول باید همزمان فایل های زیر را در سایت مجله بارگذاری نماید:

- ۱- مقاله تدوین شده براساس راهنمای نویسندگان و بدون نام نویسندگان.
- ۲- صفحه عنوان شامل وابستگی سازمانی نویسندگان (طبق نمونه ذکر شده در همین راهنما تدوین شود) و پست الکترونیک نویسنده مسوول به زبان فارسی و انگلیسی
- ۳- فرم تعهدنامه تکمیل شده شامل امضای تمام نویسندگان به ترتیب درج در مقاله، فرم امضاء شده تعهد واریز وجه و فرم چک لیست (در ادامه راهنما آمده است).
- ۴- ابزار جمع آوری داده در پژوهش هایی که از ابزار استفاده کرده اند در صورتی که داورهای مقاله یا گروه سردبیری درخواست کنند.

نکته: در صورت تمایل، نویسندگان مقاله می توانند دو داور دارای تخصص مرتبط با موضوع مقاله خود را همراه با وابستگی سازمانی، آدرس ایمیل و شماره تلفن همراه معرفی و در یک فایل word در بخش فایل های مکمل بارگذاری نمایند. (مجله در انتخاب یا عدم انتخاب داوران پیشنهادی مختار است.)

قالب فایل مقاله:

مقاله ها باید طبق راهنمای نویسندگان و الگوی مجله در نرم افزار Word (۲۰۰۳ یا ۲۰۰۷)، بدون هیچ گونه صفحه آرایی (با توجه به محدودیت واژه ها و حجم مطلب در هر نوع مقاله)، به صورت تک ستونی تایپ شده و از طریق سایت مجله در آدرس اینترنتی <http://him.mui.ac.ir/index.php/him> مقاله به همراه فرم تعهد نامه تکمیل شده و حاوی امضای همه نویسندگان ارسال گردد.

نوع و شماره قلم:

متن مقاله پژوهشی با قلم فارسی B Mitra شماره ۱۳ نگارش شود.

چکیده فارسی با قلم فارسی B Mitra شماره ۱۲ نگارش شود.

چکیده انگلیسی با قلم انگلیسی Time New Roman به شماره ۱۲ نگارش شود.

فاصله بین خطوط ۱/۱۵ در نظر گرفته شود.

اجزاء مقاله:

- ✓ **عنوان مقاله:** باید کوتاه و روشن باشد. می توان کلماتی مثل بررسی، مطالعه و زمان را از آن حذف نمود؛
- ✓ **عنوان مکرر:** عنوان کوتاهی است که برای استفاده در سر صفحه های مقاله چاپ می شود. (حداکثر ۲۰ حرف داشته باشد)؛

✓ **نوع مقاله:** باید نوع مقاله از جمله اصیل، کوتاه، مروری (نقلی، نظام مند)، مطالعه موردی، نامه به سردبیر مشخص شده باشد؛

✓ **مشخصات نویسندگان:** به ترتیب درج در مقاله: نام، نام خانوادگی، رتبه علمی (استاد، دانشیار، استادیار، مربی، کارشناس ارشد، کارشناس...)، نام رشته، وابستگی سازمانی شامل ذکر نام مرکز تحقیقات یا گروه و دانشکده و دانشگاه و شهر و کشور همه مؤلفان، آدرس پستی و آدرس الکترونیکی که مقصد مکاتبات مجله و دیگران (خوانندگان مجله) خواهد بود (نویسنده مسؤل)؛

مثال: استادیار، مدیریت اطلاعات سلامت، مرکز تحقیقات فناوری اطلاعات سلامت، گروه مدیریت سلامت، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران

Assistant Professor, Health Information management, Health Information Technology Research Center, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran.

✓ **سازمان یا سازمان های حمایت کننده:** مرکز یا سازمان تأمین کننده بودجهی طرح پژوهشی یا پایان نامه که این مقاله از آن منتج شده است و شماره طرح پژوهشی را شامل می شود. لازم به ذکر است اگر از هیچ سازمانی کمک مالی صورت نگرفته، حتماً قید گردد. در صورتی که سازمان مورد نظر استاندارد نگارشی خاصی پیشنهاد نداده است از نمونه های زیر استفاده شود؛

مثال ها:

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

This article resulted from an independent research without financial support.

این مقاله حاصل پایان نامه کارشناسی ارشد با شماره و طرح تحقیقاتی با شماره می باشد که با حمایت انجام شده است.

This article resulted from MSc thesis No..... and research project No funded by

این مقاله حاصل پایان نامه دکتری با شماره می باشد.

This article resulted from PhD thesis No

این مقاله حاصل طرح مصوب با کد می باشد.

This article resulted from research project No funded by

این مقاله حاصل طرح تحقیقاتی با شماره می باشد که با حمایت انجام شده است.

This article resulted from research project No funded by

✓ **چکیده فارسی (مقدمه، روش بررسی، یافته ها، نتیجه گیری، واژه های کلیدی)؛**

✓ **متن مقاله (مقدمه، روش بررسی، یافته ها، بحث، نتیجه گیری، پیشنهادها و تشکر و قدردانی)؛**

✓ **منابع (بر اساس شیوه ونکوور)**

✓ **چکیده انگلیسی (Title, Introduction, Methods, Results, Conclusion, Key words).**

نکته: برای انتخاب واژه‌های کلیدی که در آخر چکیده فارسی و انگلیسی نوشته می‌شوند از اصطلاحنامه‌ی پزشکی فارسی برای واژه‌های فارسی، و از MeSH برای واژه‌های انگلیسی استفاده می‌شود. لازم به ذکر است اسامی خاص نیاز به کنترل واژگان ندارند و می‌توان عین واژه را به کار برد. واژه‌های کلیدی بین ۳ الی ۵ واژه باشد.

نکاتی مهم در نگارش «مقاله»:

الف- نکات مربوط به نگارش متن مقاله

- ✓ در عنوان کلماتی که معنای مشخصی ندارند استفاده نشود. بیشتر عناوین، بخصوص در مقاله‌های ایرانی با کلماتی نظیر «بررسی...»، «مطالعه...» و یا «پژوهشی در...» شروع می‌شود در حالی که می‌توان بدون آنکه به معنای عنوان لطمه‌ای وارد شود، آنها را حذف نمود.
- ✓ عنوان مقاله را به شکل عبارت بنویسید و نه به شکل جمله.
- ✓ مخفف و اختصار را در عنوان به کار نبرید و در صورت استفاده به کامل آن اشاره شود.
- ✓ توصیه می‌شود عنوان مقاله از صد حرف یا هشت کلمه بیشتر نباشد.
- ✓ اگر از اعداد در عنوان مقاله استفاده می‌نمایید، این اعداد در صورتی که صد و یا کمتر از آن هستند را بصورت حرفی و بزرگتر از صد را بصورت عددی بنویسید.
- ✓ باید اسامی، اصطلاحات و نام افراد خارجی در متن مقاله به زبان انگلیسی آورده شود (از آوردن پانویس خودداری شود).
- ✓ همچنین در متن مقاله هر کجا از اختصارات انگلیسی استفاده می‌شود باید در اولین بار، کامل آن اختصار به انگلیسی با معنی فارسی آن ذکر شود و از آن به بعد اختصار انگلیسی می‌تواند بدون ذکر کامل آن آورده شود.
- ✓ تمام درصد‌ها به حرف نوشته شود. مثلاً ۲۹ درصد درست است. (به صورت ۲۹٪ نوشته نشود).
- ✓ در متن فارسی اعداد اعشار به شکل فارسی (مثلاً ۱۵/۰۶) ارائه گردد. (به صورت انگلیسی ۱۵.۰۶ یا ۱۵.۰۶ نوشته نشود).

ب- نکات مربوط به تنظیم و ترسیم جدول‌ها، نمودارها و تصاویر

- جدول: زمانی از جدول استفاده می‌شود که تعداد داده‌ها زیاد است و اختلاف آنها خیلی محسوس نیست.
 - نمودار: زمانی از نمودار استفاده می‌شود که تعداد داده‌ها زیاد نباشد و اختلاف آنها خیلی محسوس باشد.
- نکات:**

۱. در صورت استفاده از تصاویر دیجیتالی، از تصاویر با کیفیت بالا استفاده شود. ضمن اینکه تصاویر نباید از صفحات وب دانلود شده باشند.

۲. از تکرار نتایج هم به شکل جدول و هم نمودار خودداری شود.

* جزییات مربوط به این بخش به طور کامل از راهنمای تکمیلی نگارش انواع مقاله (پیوست ۲) مطالعه شود.

ج- نکات مربوط به استناد دهی منابع

- ✓ منابع مطابق با دستورالعمل Vancouver تنظیم و به ترتیب استفاده در متن از شماره یک شماره گذاری شود. (در پایان مطلب پرنانتر باز شود و شماره منبع یا منابع آورده شده و سپس پرنانتر بسته و نقطه گذاشته شود).
- ✓ استنادها باید جدید و به انگلیسی باشد. در مورد ارجاع به مقاله‌ها 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

می شود نویسنده محترم نسبت به ترجمه منابع فارسی به انگلیسی شخصاً اقدام نماید. (در پایین چکیده انگلیسی بیشتر مقالات، منبع به زبان انگلیسی ذکر شده است.)

✓ در انتهای منابع فارسی که به انگلیسی ترجمه شده عبارت [In Persian] آورده شود.

* شیوه منبع نویسی و انواع مثال ها به صورت کامل در راهنمای تکمیلی نگارش انواع مقاله (پیوست ۲) مطالعه شود. (توصیه می شود در تنظیم و سازماندهی منابع، از نرم افزار EndNote یا سایر نرم افزارهای مدیریت منابع استفاده شود.)

د- درست نویسی و ویرایش:

ویرایش ادبی مقالات از جمله معیارهای مهم ارزیابی مقاله از نظر دفتر مجله مدیریت اطلاعات سلامت است. مسئولیت درست نویسی به عهده نویسنده است و دفتر مجله خدماتی در این زمینه ارایه نمی کند. در صورتی که نویسندگان نسبت به رعایت اصول درست نویسی اطمینان ندارند لازم است از خدمات فنی ویراستاری قبل از ارسال مقاله برای مجله استفاده کنند. بدیهی است که عدم رعایت اصول درست نویسی، فرایند پذیرش یا چاپ مقاله را با مشکل مواجه می کند. هر گونه هزینه اضافی برای این گونه خدمات به عهده نویسنده خواهد بود.

فرایند بررسی مقاله ها:

۱- مقاله های ارسالی پس از دریافت، از لحاظ ارتباط با زمینه های موضوعی و چارچوب مجله و جدید و نوآور بودن موضوع بررسی می شوند. چنانچه ارتباط موضوعی مقاله تایید شد، مرحله دوم بررسی انجام می شود.

۲- در این مرحله مقاله از نظر ساختار و تطبیق با راهنمای مجله بررسی شده و در صورت عدم تطبیق، پذیرش نمی شود.

۳- در صورت تایید در مرحله اول، مقاله بدون نام برای حداقل سه داور علمی فرستاده و نظرات داوران برای نویسنده مسئول ارسال شده تا اصلاحات مورد نظر توسط نویسندگان، در مدت دو هفته اعمال شود. در صورت نیاز به زمان بیشتر، نویسنده محترم مسوول بایستی قبل از اتمام زمان، درخواست را به صورت کتبی به از طریق ایمیل یا سایت مجله، به دفتر مجله اعلام نماید. در غیر این صورت دفتر مجله مسوولیتی برای ادامه روند بررسی و وضعیت مقاله ندارد.

۴- فایل اصلاح شده ارسالی، توسط داور نهایی و دفتر مجله با نظرات داوران مطابقت داده می شود. در صورت ضرورت، مقاله اصلاح شده مجدداً برای داوران ارسال خواهد شد. تایید اصلاحات، برای ورود مقاله به مرحله بعد لازم است. در صورت عدم تایید مقاله پذیرش نمی شود.

۵- با تایید اصلاحات، نامه واریز وجه برای نویسنده مسوول ارسال و پس از بارگذاری فیش واریزی، نامه پذیرش مقاله صادر و مقاله برای انتشار در شماره مشخصی در نظر گرفته می شود.

۶- فایل pdf مقاله جهت تایید نهایی برای نویسنده مسوول ارسال می شود. کلیه نویسندگان مقاله، مسوول بررسی دقیق مقاله و تایید نهایی آن در مدت ۴۸ ساعت هستند. در صورت نیاز به زمان بیشتر، نویسنده محترم مسوول بایستی قبل از اتمام زمان، درخواست را به صورت کتبی به از طریق ایمیل یا سایت مجله، به دفتر مجله اعلام نماید. در غیر این صورت دفتر مجله مسوولیتی برای ادامه روند بررسی و وضعیت مقاله ندارد.

۷- پس از آنکه تایید نهایی نویسندگان در مهلت مقرر دریافت شد، مقاله برای انتشار در شماره مورد نظر در نوبت انتظار قرار می گیرد.

هزینه چاپ مقاله: طبق مصوبه شورای دانشگاه علوم پزشکی اصفهان و طرح و اعلام جهت اجرا در شورای سردبیران دانشگاه مورخ ۱۳۹۳/۱/۳۱ از اول اردیبهشت ماه سال ۱۳۹۳ مقاله های پذیرفته شده برای چاپ مشمول پرداخت یک میلیون ریال هزینه چاپ می باشند (کلیه ی نویسندگان در صورت وابستگی هم نویسنده اول و هم مسئول به دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، مشمول ۵۰ درصد تخفیف هستند).

مقاله‌های پژوهشی

- عوامل مؤثر بر پذیرش مدارک پزشکی الکترونیکی در بیمارستان‌های آموزشی شیراز با استفاده از مدل پذیرش فن آوری
محترم نعمت‌الهی، حسین منعم، علی گراوند..... ۶۵-۷۰
- مطابقت مطالعات ارزیابی سیستم‌های اطلاعات سلامت در ایران با دستورالعمل گزارش مطالعات ارزیابی انفورماتیک سلامت
لیلا احمدیان، صدریه حاج اسمعیل گوهری، رضا خواجهویی..... ۷۱-۷۷
- ترجیحات والدین بیماران مبتلا به به تالاسمی ماژور در کسب اطلاعات سلامت
مهدی کاهویی، امید نجاریون، نسیم ابراهیمی، فاطمه احمدی تخورانی، سمیه حیدری..... ۷۸-۸۳
- ارزیابی کیفیت سیستم‌های خدمات سلامت همراه
محمد نقی‌زاده، مه‌سینا کاظمی موحد، سمانه صباغیان، سهراب آقازاده..... ۸۴-۸۹
- همکاری علمی پژوهشگران ایرانی رشته تصویربرداری پزشکی در پایگاه استنادی علوم تا سال ۲۰۱۴
گلنسا گلینی مقدم، حسن جعفری..... ۹۰-۹۵
- مهارت‌های سواد اطلاعاتی و عوامل مرتبط با آن در میان کتابداران دانشگاه‌های علوم پزشکی مشهد و فردوسی مشهد
نسرین نصیری‌پور، محسن نوکاریزی، معصومه تجعفری..... ۹۶-۱۰۱
- ارزیابی وب‌سایت‌های بیمارستانی دانشگاه‌های علوم پزشکی شهر تهران از لحاظ آرایه اطلاعات لازم برای جذب گردشگران سلامت
محمد هیوا عبدخدا، سید جواد قاضی میرسعید، محمدرضا علی‌بیک، رقیه ارشاد سرابی..... ۱۰۲-۱۰۷
- رابط کاربری وب‌سایت‌های سلامت در ایران
الهام سلجوقی، ننا آقاسی، مهدیه اسدی، مریم اخوتی..... ۱۰۸-۱۱۳
- رابطه تفکر راهبردی با آمادگی تغییر در مدیران بیمارستان‌های تأمین اجتماعی اصفهان
ناهید جمالی، حبیب دانایی، محمد تقی امینی، اکبر حسن زاده، سید محمد حسن امامی..... ۱۱۴-۱۱۹
- بررسی وضعیت خدمات بیمه ورزشی در پرداخت خسارت به ورزشکاران آسیب دیده
مسعود نادریان، محمود بنی‌مسنی، سید مرتضی موسوی نافچی، احمدعلی آصفی، جهانگیر کریمیان..... ۱۲۰-۱۲۵
- شناسایی گلوگاه‌ها و موارد بروز کسورات درآمدهای اختصاصی مراکز بهداشتی- درمانی استان آذربایجان شرقی
جعفرصادق تبریزی، سعیده علی‌دوست، حسین مشهدی عبدالهی، مصطفی فرش‌خرسند..... ۱۲۶-۱۳۱

مقایسه رشد هزینه‌های دارویی با رشد سرانه دارویی بیمه شدگان سرپایی اداره کل بیمه سلامت ایران در شهر اصفهان
حسینعلی قاسمی، مهدیه رئیس‌زاده.....۱۳۲-۱۳۷

ارزیابی عملکرد بیمارستان‌های دانشکده علوم پزشکی آبادان بر اساس مدل جایزه ملی تعالی سازمانی ایران
عبداله خوان‌زاده، محمد اسماعیل مطلق، عبدالرضا میرشکاک، ندا اکبری نساجی، مریم نیاکان، سید داود نصراله‌پور شیروانی.....۱۳۸-۱۴۴

ارزیابی نگرش گردشگران پزشکی نسبت به کیفیت خدمات بیمارستان‌های شیراز با استفاده از مدل سروکوال
مریم غلامی، علیرضا جباری، زهرا کاوسی، پریسا چمن‌پرا.....۱۴۵-۱۵۲

عوامل مؤثر بر پذیرش مدارک پزشکی الکترونیکی در بیمارستان‌های آموزشی شیراز با استفاده از مدل پذیرش فن آوری

محترم نعمت‌الهی، حسین منعم، گراوند علی گراوند^۳

مقاله پژوهشی

چکیده

مقدمه: برای موفقیت در اجرای سیستم‌های جدید اطلاعاتی در نظام سلامت به ویژه مدارک پزشکی الکترونیکی، شناخت عوامل مؤثر بر پذیرش آن از دیدگاه کاربران و به ویژه مدیران امر مهمی محسوب می‌گردد. هدف از انجام مطالعه حاضر، تعیین عوامل مؤثر بر پذیرش مدارک پزشکی الکترونیکی با استفاده از مدل پذیرش فن آوری بود.

روش بررسی: این پژوهش کاربردی و از نوع توصیفی-تحلیلی بود که در سال ۱۳۹۳ انجام گرفت. جامعه پژوهش را ۲۳۵ نفر از مدیران ارشد و میانی بیمارستان‌های آموزشی شیراز تشکیل دادند که بدون نمونه‌گیری و به روش سرشماری انتخاب شدند. داده‌ها با استفاده از پرسش‌نامه استاندارد مدل پذیرش فن آوری (Technology acceptance model) TAM جمع‌آوری گردید. داده‌ها با استفاده از آزمون‌های آماری رگرسیون، Independent t و ANOVA در نرم‌افزار SPSS و LISREL مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

یافته‌ها: رابطه مثبت و مستقیمی بین نگرش به آسانی با نگرش به استفاده وجود داشت ($P < 0/05$, $t = 0/46$). همچنین، بین نگرش به سودمندی و نگرش به استفاده رابطه مثبت و مستقیمی مشاهده شد ($P < 0/05$, $t = 0/42$). رابطه بین نگرش به استفاده و استفاده واقعی، مثبت و مستقیم بود ($P < 0/05$, $t = 0/36$).

نتیجه‌گیری: می‌توان در ارزیابی‌ها و برنامه‌ریزی‌ها با در نظر گرفتن عوامل نگرش به سودمندی و آسانی استفاده که بر نگرش به استفاده مؤثر هستند، میزان پذیرش سیستم مدارک پزشکی الکترونیکی در میان مدیران ارشد و میانی بیمارستانی را ارتقا داد.

واژه‌های کلیدی: مدارک پزشکی الکترونیکی؛ بیمارستان‌های آموزشی؛ مدل پذیرش فن آوری؛ دانشگاه علوم پزشکی شیراز

پذیرش مقاله: ۱۳۹۴/۱۱/۱۸

اصلاح نهایی: ۱۳۹۴/۱۰/۱

دریافت مقاله: ۱۳۹۴/۱/۲۹

ارجاع: نعمت‌الهی محترم، منعم حسین، گراوند علی. عوامل مؤثر بر پذیرش مدارک پزشکی الکترونیکی در بیمارستان‌های آموزشی شیراز با استفاده از مدل پذیرش فن آوری. مدیریت اطلاعات سلامت ۱۳: ۶۵-۷۰ (۲): ۱۳۹۵.

کادر درمان به قبول یا رد سیستم اطلاعاتی جدید، به یک سازمان اجازه خواهد داد تا به صورت فعال اصلاحات را برای افزایش مقبولیت انجام دهد (۶، ۷). با رشد نیازها برای اطلاعات دیجیتالی در مراقبت‌های سلامت، مدارک پزشکی الکترونیکی به یک عنصر اساسی برای فن آوری اطلاعات تبدیل شده است. همچنین، با رشد درخواست‌ها برای ارزیابی مدارک پزشکی الکترونیکی، عوامل مؤثر بر پذیرش، گامی حیاتی به سمت تعریف موفقیت یا شکست یک سیستم مدارک پزشکی الکترونیکی در همان ابتدای کار می‌باشد (۸). متداول‌ترین تئوری جهت پذیرش فن آوری، مدل پذیرش فن آوری TAM (Technology acceptance model) است که توسط Davis در سال

مقدمه

سازمان‌ها برای توسعه و تداوم فعالیت‌های خود، به ارتقای کیفیت خدمات سلامت می‌اندیشند و این جز از طریق دسترسی به موقع به اطلاعات با کیفیت میسر نخواهد شد (۱). در این راستا، پرونده کاغذی به دلیل محدودیت‌های خود، قادر به برقراری ارتباط مناسب بین ارایه‌کنندگان خدمات سلامت نیست و داده‌های مورد نیاز ممکن است به موقع در اختیار این افراد قرار نگیرد (۲). برای رفع این مشکل، حرکت به سوی سیستم‌های اطلاعاتی سلامت از حدود ۳۰ سال پیش آغاز شده است (۳).

مدارک پزشکی الکترونیکی یکی از سیستم‌های اطلاعاتی برای بهره‌برداری از اطلاعات سلامت است که به عنوان سیستم بارزشی جهت دسترسی به اطلاعات بیمار در بیمارستان‌ها شناخته شده است (۴). این سیستم یک سیستم اطلاعات سلامت کامپیوتری شده است که جزئیات اطلاعات مراجعات مانند اطلاعات دموگرافیک، خلاصه‌های مراجعات، تاریخچه پزشکی، حساسیت‌ها، ناتوانی‌ها و تاریخچه نتایج آزمایش‌ها و در بعضی از آن‌ها ثبت دستورات، مدیریت نتایج و حمایت از تصمیم را در بر می‌گیرد و حتی بعضی دیگر از آن‌ها ممکن است با نرم‌افزارهایی ادغام شده باشند که بتوانند برنامه قرار ملاقات، انجام امور مالی و گزارش‌ها عمومی را شامل شوند (۵). همواره پیاده‌سازی سیستم بالینی، به دلایل فراوانی مانند مسایل مالی، فنی، سازمانی و از جمله عدم پذیرش توسط کاربران (نگرش)، با شکست مواجه شده است. پیش‌بینی دلایل

مقاله حاصل پایان‌نامه کارشناسی ارشد و طرح تحقیقاتی با شماره ۹۳۷۱۵۶ می‌باشد که با حمایت دانشگاه علوم پزشکی شیراز انجام شده است.

۱- دانشیار، مدیریت اطلاعات سلامت، مرکز تحقیقات بیهوشی و مراقبت‌های ویژه، دانشگاه علوم پزشکی شیراز، شیراز، ایران

۲- استادیار، فن آوری اطلاعات سلامت، دانشکده پیراپزشکی، دانشگاه علوم پزشکی شیراز، شیراز، ایران

۳- کارشناس ارشد، فن آوری اطلاعات سلامت، گروه مدیریت اطلاعات سلامت، دانشکده مدیریت و اطلاع‌رسانی پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی شیراز، شیراز، ایران (نویسنده مسؤول)
Email: virya67@yahoo.com

استفاده توسط سایر اعضای کادر درمان خواهد داشت. در حال حاضر بیشتر بیمارستان‌های آموزشی شیراز از آمادگی مناسبی جهت اجرای مدارک پزشکی الکترونیکی برخوردار هستند (۱۱) و در مرحله قبل از اجرای مدارک پزشکی الکترونیکی، یعنی سیستم مدارک پزشکی کامپیوتری (۱۵) قرار دارند. همچنین، با توجه به نیاز روزافزون به سیستم مدارک پزشکی الکترونیکی و اهمیت نظرات مدیران ارشد و میانی، هدف از انجام مطالعه حاضر، تعیین عوامل مؤثر بر پذیرش مدارک پزشکی الکترونیکی از دیدگاه مدیران ارشد و میانی بیمارستان‌های آموزشی شیراز بود.

روش بررسی

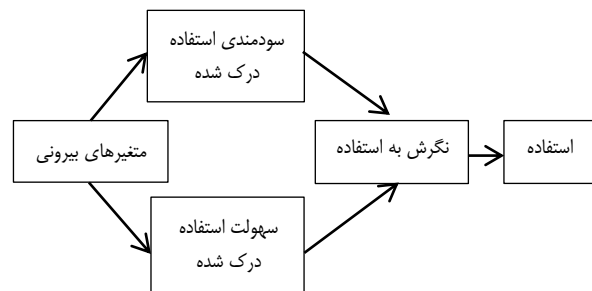
این پژوهش کاربردی و از نوع توصیفی-تحلیلی بود که در سال ۱۳۹۳ انجام شد. جامعه پژوهش شامل مدیران ارشد و میانی (رئیس، مدیر، مسؤول بهبود کیفیت، مسؤولان امور مالی، حسابداری، امور اداری، مدارک پزشکی، فن‌آوری اطلاعات، داروخانه، آزمایشگاه و مترون، سوپروایزر آموزشی، کنترل عفونت و سوپروایزرهای بالینی) همه بیمارستان‌های آموزشی شیراز بود که بر اساس اطلاعات دریافتی از معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی شیراز، شامل ۴ بیمارستان عمومی و ۱۰ بیمارستان تخصصی و فوق تخصصی شد. با توجه به محدود بودن جامعه پژوهش از روش سرشماری استفاده گردید که شامل کلیه ۲۳۵ مدیر ارشد و میانی همه بیمارستان‌های آموزشی شیراز بود. از ۲۳۵ پرسش‌نامه توزیع شده، در نهایت ۱۲۱ پرسش‌نامه جمع‌آوری گردید. نسبت پرسش‌نامه‌های بازگشت داده شده و ضریب پاسخدهی ۵۱ درصد به دست آمد. ابزار جمع‌آوری داده‌ها، پرسش‌نامه استاندارد مدل TAM بود که از آن برای سنجش عوامل مؤثر بر پذیرش مدارک پزشکی الکترونیکی استفاده شد (۹). جهت انجام روایی پرسش‌نامه از آزمون آماری t و Standard solution در نرم‌افزار LISREL نسخه ۸۸۰ (SSI Inc., Lincolnwood, IL) version 8.80 استفاده گردید.

بر اساس یافته‌های حاصل از آزمون t ، سؤالات پرسش‌نامه روایی مناسب داشت. همچنین، مقادیر P بر اساس تست Standard solution سؤالات، نشان دهنده روایی بالای پرسش‌نامه بود ($P > 0.05$).

با انتخاب یک گروه ۲۰ نفره (که از افراد مورد مطالعه نبودند) و توزیع پرسش‌نامه و جمع‌آوری مجدد آن و پس از آن با استفاده از آزمون Cronbach's alpha، پایایی پرسش‌نامه با 0.84 تأیید شد که نشان دهنده پایایی بالای پرسش‌نامه بود. همچنین، پایایی سؤالات برای هر کدام از متغیرهای پنهان بر اساس مقدار Cronbach's alpha مورد سنجش قرار گرفت. نگرش نسبت به سودمندی استفاده 0.72 ، نگرش نسبت به آسانی استفاده 0.69 ، نگرش به استفاده 0.85 و استفاده 0.94 محاسبه گردید. پرسش‌نامه در پنج بخش تهیه شد که بخش اول مربوط به اطلاعات دموگرافیک بود. بخش دوم نگرش به سودمندی استفاده بود که شامل سؤالاتی درباره تسریع در انجام وظایف، بهبود کیفیت، افزایش بهره‌وری، تسهیل در انجام وظایف و مفید بودن می‌شد. بخش سوم برداشت ذهنی از آسانی استفاده شامل میزان آسانی کار با سیستم، واضح و روشن بودن کار با سیستم، انعطاف سیستم و مهارت یافتن کار با سیستم بود. بخش چهارم نگرش به استفاده شامل سؤالاتی در مورد تأثیر سیستم بر بهبود روند درمان، تشویق نمودن کارکنان تحت امر به استفاده از سیستم، تأثیر کارایی

۱۹۸۵ میلادی ارایه شد. این مدل از سه فاکتور مستقل «نگرش به سودمندی استفاده، نگرش به آسانی استفاده و نگرش به استفاده» تشکیل شده است و در نهایت، عوامل منجر به استفاده از فن‌آوری را تعیین می‌نماید (۹).

در مجموع، چهار متغیر در مدل TAM وجود دارد که عبارت از «نگرش به سودمندی استفاده، نگرش به آسانی استفاده، نگرش به استفاده واقعی از سیستم» می‌باشد. نگرش به سودمندی استفاده میزانی است که فرد اعتقاد دارد استفاده از سیستم سبب افزایش کارایی و رسیدن به اهداف مورد نظر می‌شود. نگرش به آسانی استفاده میزانی است که فرد انتظار دارد استفاده از فن‌آوری سبب سهولت در کارها می‌گردد. نگرش به استفاده، قضاوت و ارزیابی افراد از هدف نهایی یک عمل یا رفتار در ابعاد مختلف است. استفاده میزانی است که نشان می‌دهد افراد از فن‌آوری مورد نظر تا چه حد به طور واقعی استفاده خواهند کرد (۹). شکل ۱ مدل TAM را نمایش داده است که در آن عوامل آسانی استفاده درک شده، سودمندی استفاده درک شده و نگرش به استفاده منجر به استفاده از فن‌آوری می‌شود (۱۰).



شکل ۱: مدل پذیرش فن‌آوری

گراوند در مطالعه خود اظهار داشت که بیمارستان‌های آموزشی شیراز از آمادگی مناسبی جهت پیاده‌سازی مدارک پزشکی الکترونیکی برخوردار هستند و باید اقدامات مناسب در جهت اجرای آن انجام گیرد (۱۱). بنابراین، باید برای پیاده‌سازی آن مانند سایر فن‌آوری‌های اطلاعات سلامت، مطالعات دقیق که عوامل مؤثر بر پذیرش آن را مشخص می‌نمایند، انجام شود تا منجر به پیاده‌سازی موفق آن گردد. به عنوان مثال، Chau و Hu در مطالعه خود ۴۰ مقاله مدل پذیرش فن‌آوری را بررسی کردند و به این نتیجه رسیدند که مدل پذیرش فن‌آوری یکی از مدل‌های رفتاری پرکاربرد در فن‌آوری اطلاعات می‌باشد که در نهایت اعتبار، اطمینان، قدرت و سادگی فن‌آوری اطلاعات را نشان می‌دهد (۱۲). مطالعات صورت گرفته دیگر نیز حاکی از توانایی بالای مدل پذیرش فن‌آوری در نشان دادن میزان پذیرش فن‌آوری در بین پزشکان می‌باشد (۱۳، ۱۴).

از طرف دیگر، با توجه به این که مدیران ارشد و میانی بیمارستان‌ها در واقع تصمیم‌گیرندگان اصلی در بیمارستان‌ها هستند، جامعه پژوهش مطالعه حاضر را تشکیل دادند؛ چرا که هم جزء کاربران مدارک پزشکی الکترونیکی هستند و هم در تصمیم به استفاده از آن در بیمارستان نقش بسزایی دارند. مدیران ارشد و میانی بیمارستان شامل رئیس، مدیر، مسؤول بهبود کیفیت، مسؤولان امور مالی، حسابداری، امور اداری، مدارک پزشکی، فن‌آوری اطلاعات، داروخانه، آزمایشگاه و مترون، سوپروایزر آموزشی، کنترل عفونت و سوپروایزرهای بالینی می‌باشند. تصمیم به استفاده در مدیران ارشد و میانی تأثیر بسیار مهمی بر تصمیم به

بحث

پذیرش فن‌آوری اطلاعات از سوی کاربر، حیاتی‌ترین عامل در توضیح موفقیت یا شکست فن‌آوری به شمار می‌رود (۱۶). بنابراین، در مطالعه حاضر عوامل مؤثر بر پذیرش مدارک پزشکی الکترونیکی بر اساس مدل TAM مورد بررسی قرار گرفت. در این مدل سه متغیر مستقل «نگرش به آسانی استفاده، نگرش به سودمندی استفاده و نگرش به استفاده» و متغیر وابسته «استفاده» وجود دارن و در نهایت عوامل مؤثر بر پذیرش فن‌آوری را تعیین می‌نماید.

نگرش به آسانی استفاده به عنوان متغیر مستقل در مدل TAM می‌باشد که بر نگرش به استفاده تأثیر دارد و بر پذیرش فن‌آوری توسط کاربران مؤثر است. از یافته‌های پژوهش حاضر این نتیجه حاصل شد که بین نگرش به آسانی استفاده با نگرش به استفاده رابطه مستقیم و مثبتی وجود دارد. گراوند و همکاران به این نتیجه رسیدند که نگرش به آسانی استفاده، تأثیر مثبت و مستقیمی بر نگرش به استفاده از سیستم ذخیره و انتقال تصاویر دارد (۱۷). همچنین، ملکی نجفدر و همکاران گزارش نمودند که رابطه مثبت و مستقیمی بین نگرش به آسانی استفاده از سیستم رایانه‌ای و متغیر وابسته تمایل مؤدیان مالیاتی وجود دارد (۱۸) که با نتیجه مطالعه حاضر همخوانی داشت. Chen و Park (۱۹) و McGowan و همکاران (۲۰) نیز به نتایج مشابهی دست یافتند. نتایج این بخش از مطالعه نشان داد که آسانی استفاده از مدارک پزشکی الکترونیکی و در واقع، سهولت یادگیری و استفاده از آن در بیمارستان و در نظر گرفتن این قابلیت برای طراحی و پیاده‌سازی مدارک پزشکی الکترونیکی و آشنا نمودن کاربران و به ویژه مدیران به استفاده از آن بر قضاوت نهایی آنان درباره استفاده (نگرش به استفاده) مؤثر می‌باشد.

بررسی نتایج مطالعه حاضر نشان داد که بین نگرش به سودمندی استفاده و نگرش به استفاده از مدارک پزشکی الکترونیکی رابطه مثبت و مستقیمی وجود دارد. نتایج تحقیق Huang و Pai نشان داد که رابطه مستقیم و مثبتی بین نگرش به سودمندی استفاده و نگرش به استفاده از سیستم‌های اطلاعات مراقبت سلامت وجود دارد (۲۱) که با یافته‌های مطالعه حاضر مشابهت داشت. نگرش به سودمندی استفاده در مطالعه حاضر نسبت به نگرش به آسانی استفاده تأثیر بیشتری بر نگرش به استفاده از مدارک پزشکی الکترونیکی داشت. Wu و همکاران (۲۲)، عبدخدا و همکاران (۲۳) و گراوند و همکاران (۱۷) به نتایج مشابهی دست یافتند. بر اساس نتایج به دست آمده، به نظر می‌رسد که نگرش به سودمندی استفاده در پذیرش و استفاده از مدارک پزشکی الکترونیکی نقش مهم‌تری خواهد داشت.

و سهولت استفاده از سیستم بر نگرش مثبت و نگرش کلی افراد بود و در نهایت، بخش پنجم به استفاده واقعی اختصاص یافت که شامل سؤالاتی مربوط به میزان استفاده از سیستم در کمک به تصمیم‌گیری، ثبت دانش، برقراری ارتباطات علمی با همکاران و به اشتراک گذاشتن دانش عمومی و تخصصی مدیران بود.

همه سؤالات از طیف خیلی کم تا خیلی زیاد و از ۵-۱ نمره‌گذاری شد. پس از جمع‌آوری پرسش‌نامه‌ها و وارد نمودن آن‌ها در نرم‌افزار SPSS نسخه ۱۶ (version 16, SPSS Inc., Chicago, IL) جهت تجزیه و تحلیل داده‌ها، از آزمون آماری Independent t جهت بررسی رابطه جنسیت با متغیرهای پنهان، آزمون آماری ANOVA جهت بررسی رابطه سن و سطح تحصیلات با متغیرهای پنهان و آزمون آماری رگرسیون جهت بررسی رابطه بین متغیرهای مستقل (نگرش به آسانی استفاده، نگرش به سودمندی استفاده و نگرش به استفاده) و وابسته (نگرش به استفاده، استفاده واقعی) بر حسب مقدار P استفاده گردید.

یافته‌ها

از بین ۱۲۱ نفری که پرسش‌نامه را تکمیل نمودند، بیشتر پاسخ دهندگان (۶۰/۳ درصد) زنان بودند. بیشترین پاسخ دهندگان در طیف سنی بالاتر از ۴۰ سال (۳۱/۴ درصد) و کمترین پاسخ دهندگان (۲ نفر) در گروه سنی کمتر از ۲۵ سال قرار داشتند. بیشتر شرکت کنندگان دارای مدرک کارشناسی بودند و کمترین فراوانی مربوط به متخصصان (۲ نفر) بود. بیشتر پاسخ دهندگان دارای سابقه کاری بیشتر از ۱۶ سال بودند و همچنین، ۶۶/۹ درصد بین ۰ تا ۱۶ سال سابقه کاری داشتند. بین متغیرهای دموگرافیک سن، جنس و سطح تحصیلات و متغیرهای وابسته نگرش به آسانی، نگرش به سودمندی استفاده، نگرش به استفاده و استفاده، رابطه معنی‌داری مشاهده نگردید ($P > 0/05$) (جدول ۱).

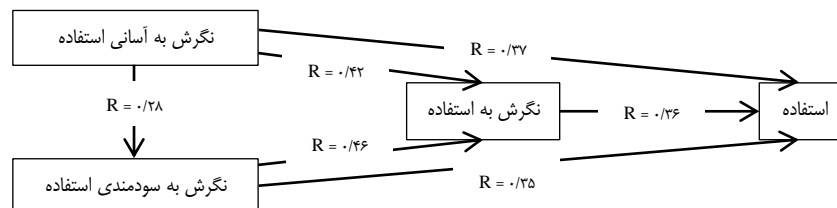
بین تمام متغیرهای مستقل و وابسته موجود در پژوهش رابطه مثبت، مستقیم و معنی‌داری وجود داشت ($P < 0/05$) (جدول ۲). همچنین، در جدول ۲، r ضریب همبستگی و R^2 ضریب تعیین همبستگی بود که همبستگی بین متغیرهای مستقل و وابسته پذیرش مدارک پزشکی الکترونیکی را نشان می‌دهد. شکل ۲ بر اساس جدول ۲ ترسیم گردید. روابط مدل TAM بین نگرش به آسانی استفاده و نگرش به سودمندی استفاده با استفاده از مدارک پزشکی الکترونیکی نیز سنجیده شد و رابطه بین آن‌ها مثبت، مستقیم و معنی‌دار بود. بنابراین، شکل ۲ مدل مورد استفاده در مطالعه را ارایه نمود.

جدول ۱: رابطه بین متغیرهای دموگرافیک با متغیرهای وابسته

متغیرهای وابسته		متغیرهای دموگرافیک	
مقدار P بر حسب نوع آزمون	جنس	سن	تحصیلات
نگرش به آسانی استفاده	۰/۲۶	۰/۴۰	آزمون ANOVA
نگرش به سودمندی استفاده	۰/۳۰	۰/۴۰	آزمون ANOVA
نگرش به استفاده	۰/۱۰	۰/۷۰	آزمون ANOVA
استفاده	۰/۲۰	۰/۲۰	آزمون ANOVA

جدول ۲: همبستگی بین متغیرهای مستقل و وابسته پذیرش مدارک پزشکی الکترونیکی

استفاده واقعی			نگرش نسبت به استفاده			متغیر وابسته
P	R ^۲	r	P	R ^۲	r	متغیر مستقل
۰/۰۰۳	۰/۱۴	۰/۳۷	< ۰/۰۰۱	۰/۱۸	۰/۴۲	نگرش به آسانی
۰/۰۰۱	۰/۱۲	۰/۳۵	< ۰/۰۰۱	۰/۲۲	۰/۴۶	نگرش به سودمندی
۰/۰۰۵	۰/۱۳	۰/۳۶	-	-	-	نگرش به استفاده



شکل ۲: همبستگی بین متغیرهای مستقل و وابسته مدل پذیرش فن آوری

ارشد و میانی بیمارستان‌ها که باعث شد تا تعدادی از پرسش‌نامه‌ها تکمیل نگردد، به دلیل این که به آنان فرصت یک هفته‌ای جهت تکمیل پرسش‌نامه داده شد. از جمله محدودیت‌های دیگری که وجود داشت می‌توان به بی‌رغبتی مدیران به تکمیل پرسش‌نامه‌ها اشاره کرد که برای برطرف نمودن این مسأله هدایایی برای آنان در نظر گرفته شد.

نتیجه‌گیری

از بین تئوری‌های زیادی که درباره پذیرش فن آوری ارایه شده، مدل پذیرش فن آوری بیشتر از سایر مدل‌ها استفاده گردیده است. این مدل یک مدل بسیار قوی می‌باشد که نقش مهمی در پیاده‌سازی فن آوری‌های اطلاعات داشته است. نتایج مطالعه حاضر نشان می‌دهد که دو متغیر نگرش به آسانی استفاده و نگرش به سودمندی استفاده بر پذیرش مدارک پزشکی الکترونیکی مؤثر هستند. همچنین، بیمارستان‌های آموزشی شیراز از لحاظ نگرش به سودمندی استفاده در سطح بالاتری نسبت به نگرش به آسانی استفاده قرار دارند. متغیر نگرش به آسانی استفاده به عنوان یک متغیر مستقل در نگرش به استفاده و استفاده از مدارک پزشکی الکترونیکی در میان مدیران ارشد و میانی بیمارستان‌های آموزشی شیراز مؤثر می‌باشند. هرچند که در برخی مطالعات انجام شده از ناپایدار بودن تأثیر آن بر متغیرهای وابسته صحبت به میان آمده است. متغیر نگرش به سودمندی استفاده نیز به عنوان یک متغیر مستقل و وابسته (غیر اصلی) در پذیرش مدارک پزشکی الکترونیکی مؤثر است.

پیشنهادها

پیشنهاد می‌شود مسؤولان و سیاست‌گذاران با اجرای کارگاه‌ها و دوره‌های آموزشی به منظور معرفی واضح و روشن مدارک پزشکی الکترونیکی و معرفی مزایای اقتصادی و سازمانی آن باعث ارتقای سطح نگرش به آسانی استفاده و نگرش به سودمندی استفاده شوند و با ایجاد یک نگرش مثبت منجر به پذیرش آن گردند و در راستای اجرای موفق مدارک پزشکی الکترونیکی گام بردارند.

با توجه به نتایج مطالعه حاضر، می‌توان گفت که مدیران ارشد و میانی بیمارستان‌ها در صورتی که کارایی سیستم بالا باشد و در نایل شدن به اهداف سازمان یاری نماید، نگرش مثبت و مناسب‌تری از استفاده از مدارک پزشکی الکترونیکی خواهند داشت. بنابراین، پیشنهاد می‌شود مسؤولان امر در هنگام پیاده‌سازی این سیستم قابلیت سودمندی استفاده را در نظر گیرند و همچنین، از روش‌های مختلف مانند برگزاری کارگاه‌های آموزشی، مدیران و سایر کاربران را متوجه سودمندی استفاده از مدارک پزشکی الکترونیکی نمایند.

نگرش به آسانی استفاده بر نگرش به سودمندی استفاده مؤثر بوده است؛ بدین معنی که مدیران ارشد و میانی بیمارستان‌ها معتقد بودند که هرچه استفاده از مدارک پزشکی الکترونیکی آسان‌تر باشد، کارایی و در واقع، سودمندی آن بیشتر خواهد گردید. یافته‌های مطالعات Huang و Pai (۲۱) و خراسانی و همکاران (۲۴) با نتیجه تحقیق حاضر همخوانی دارد. در نتیجه، هرچند که نگرش به سودمندی استفاده نقش مهم‌تری نسبت به آسانی استفاده دارد، نمی‌توان از اهمیت آن غافل شد؛ چرا که بر نگرش به سودمندی استفاده، نگرش به استفاده و استفاده مؤثر می‌باشد.

علاوه بر روابط موجود در مدل TAM، رابطه بین نگرش به آسانی استفاده و نگرش به سودمندی استفاده از مدارک پزشکی الکترونیکی با استفاده واقعی از آن نیز مورد سنجش قرار گرفت که هر دو رابطه مثبت و مستقیم بود. از این بخش از یافته‌ها می‌توان نتیجه گرفت که آسان بودن استفاده (یادگیری آسان، به کارگیری آسان و...) و سودمندی استفاده از مدارک پزشکی الکترونیکی (کارایی و کمک در رسیدن به اهداف) علاوه بر این که باعث ایجاد نگرش مثبت کاربران می‌گردد، در تصمیم به استفاده و در نهایت استفاده واقعی از آن مؤثر خواهد بود که خود گواه بر اهمیت نگرش به آسانی استفاده و نگرش به سودمندی استفاده از آن می‌باشد.

نگرش به استفاده از فن آوری در نهایت منجر به استفاده از فن آوری خواهد شد (۹). نتایج مطالعه حاضر نشان داد که بین نگرش به استفاده و استفاده از مدارک پزشکی الکترونیکی رابطه مثبت و مستقیمی وجود دارد.

محدودیت‌ها

محدودیت‌هایی نیز در حین پژوهش وجود داشت؛ از جمله مشغله زیاد مدیران

بیمارستان‌ها که در تکمیل پرسش‌نامه همکاری نمودند، تشکر و قدردانی به عمل آورند.

تشکر و قدردانی

بدین وسیله محققان بر خود لازم می‌دانند تا از کلیه مدیران ارشد و میانی

References

1. Sittig DF, Singh H. Defining health information technology-related errors: new developments since to err is human. *Arch Intern Med* 2011; 171(14): 1281-4.
2. Columbus ML. The evaluation and effectiveness of an interdisciplinary course in electronic health record (EHR) technology for health and rehabilitation professionals [MSc Thesis]. Pittsburgh, PA: University of Pittsburgh; 2006.
3. Garte R. Electronic health records: Understanding and using computerized medical records. Upper Saddle River, NJ: Pearson Prentice Hall; 2007.
4. Gozali E, Langarizadeh M, Sadoughi F. A survey of the possibility of electronic medical records implementation in teaching hospitals affiliated to Urmia University of Medical Sciences. *Urmia Med J* 2013; 11(5): 391-7. [In Persian].
5. Ludwick DA, Doucette J. Adopting electronic medical records in primary care: lessons learned from health information systems implementation experience in seven countries. *Int J Med Inform* 2009; 78(1): 22-31.
6. Wang SJ, Middleton B, Prosser LA, Bardon CG, Spurr CD, Carchidi PJ, et al. A cost-benefit analysis of electronic medical records in primary care. *Am J Med* 2003; 114(5): 397-403.
7. Follen M, Castaneda R, Mikelson M, Johnson D, Wilson A, Higuchi K. Implementing health information technology to improve the process of health care delivery: a case study. *Dis Manag* 2007; 10(4): 208-15.
8. Wills MJ, El-Gayar OF, Bennett D. Examining healthcare professionals' acceptance of electronic medical records using utaut. *Issues in Information Systems* 2008; 9(2): 396-401.
9. Davis FD. Perceived Usefulness, Perceived ease of use, and user acceptance of information technology. *MIS Quarterly* 1989; 13(3): 319-40.
10. Abdekhoda M, Ahmadi M, Gohari M, Noruzi A. The effects of organizational contextual factors on physicians' attitude toward adoption of Electronic Medical Records. *J Biomed Inform* 2015; 53: 174-9.
11. Garavand A. Survey of possibility deployment of electronic medical record in Shiraz teaching hospitals. *Journal of Health and Biomedical Informatics* 2015; 2(1): 33-41. [In Persian].
12. Chau P, Hu PJ. Information technology acceptance by individual professionals: A model comparison approach. *Decision Sciences* 2001; 32(4): 699-718.
13. Rogers EM. Diffusion of innovations. Houston, TX: Free Press; 1995.
14. Kahouei M, Babamohamadi H. Factors affecting information technology acceptance in clinical settings from nurses' perspective. *Payavard Salamat* 2013; 7(4): 262-77. [In Persian].
15. Torabi M, Safdari R. Electronic health record. Tehran, Iran: Jafari Publication; 2009. [In Persian].
16. Wilkins MA. Factors influencing acceptance of electronic health records in hospitals. *Perspect Health Inf Manag* 2009; 6: 1f.
17. Garavand A, Ghanbari Sh, Ebrahimi S, Kafashi M, Ahmadzadeh F. The effective factors in adopting picture archiving and communication system in Shiraz educational hospitals based on technology acceptance model. *Journal of Health and Biomedical Informatics* 2015; 1(2): 76-82. [In Persian].
18. Malekinajafdar A, Rasoulshemirani R, Rousta M. The impacts of factors involved in the taxpayers' acceptance and application of it on the provision of e-tax services based upon Davis model (case study of taxpayers at south of Tehran province tax directorate). *Iranian National Tax Administration* 2012; 20(14): 135-8. [In Persian].
19. Park Y, Chen JV. Acceptance and adoption of the innovative use of smartphone. *Industrial Management & Data Systems* 2007; 107(9): 1349-65.
20. McGowan BS, Wasko M, Vartabedian BS, Miller RS, Freiherr DD, Abdolrasulnia M. Understanding the factors that influence the adoption and meaningful use of social media by physicians to share medical information. *J Med Internet Res* 2012; 14(5): e117.
21. Pai FY, Huang KI. Applying the technology acceptance model to the introduction of healthcare information systems. *Technological Forecasting and Social Change* 2011; 78(4): 650-60.
22. Wu JH, Shen WS, Lin LM, Greenes RA, Bates DW. Testing the technology acceptance model for evaluating healthcare professionals' intention to use an adverse event reporting system. *Int J Qual Health Care* 2008; 20(2): 123-9.
23. Abdekhoda M, Ahmadi M, Hossini AF, Prikhani E, Farhadi A. Factors affecting information technology acceptance by health information management (HIM) staff of Tehran University of Medical Sciences' Hospitals based on the technology acceptance model (TAM) in 2011. *Payavard Salamat* 2011; 7(4): 287-98. [In Persian].
24. Khorasani A, Abdolmaleki J, Zahedi H. Factors affecting e-learning acceptance among students of Tehran University of Medical Sciences based on technology acceptance model (TAM). *Iran J Med Educ* 2012; 11(6): 664-73. [In Persian].

Factors Affecting the Adoption of Electronic Medical Records in Teaching Hospitals in Shiraz, Iran, Based on the Technology Acceptance Model

Mohtaram Nematollahi¹, Hussein Monem², Ali Garavand³

Original Article

Abstract

Introduction: To successfully implement new information systems in health care, especially electronic medical records, it is important to understand the factors that influence the adoption of these systems in the opinions of users, particularly managers. Therefore, the purpose of this study was to determine the factors affecting the adoption of electronic medical records using the technology acceptance model (TAM).

Methods: This descriptive-analytical survey was conducted in 2015. The study population consisted of 235 top and middle managers of teaching hospitals in Shiraz, Iran. The subjects were selected through census method without the use of sampling. Data were collected using the standard TAM questionnaire and analyzed in SPSS and LISREL software using regression analysis, independent t-test, and ANOVA.

Results: The findings of this study showed a positive direct relationship between perceived ease of use and attitude of the users ($r = 0.46$) ($P < 0.05$). There was also a positive, direct relationship between perceived usefulness and attitude toward use ($r = 0.42$) ($P < 0.05$). In addition, there was a positive, direct relationship between attitude toward use and actual use ($r = 0.36$) ($P < 0.03$).

Conclusion: In evaluations and plans, through the consideration of factors of perceived usefulness and perceived ease of use, which affect the attitude toward use, the adoption of the electronic medical records system among top and middle managers in hospitals can be improved.

Keywords: Electronic Medical Records; Teaching Hospitals; Technology Acceptance Model; Shiraz University of Medical Sciences

Received: 18 Apr, 2015

Accepted: 7 Feb, 2016

Citation: Nematollahi M, Monem H, Garavand A. **Factors Affecting the Adoption of Electronic Medical Records in Teaching Hospitals in Shiraz, Iran, Based on the Technology Acceptance Model.** Health Inf Manage 2016; 13(2): 65-70

Article resulted from MSc thesis and research project No. 937156 funded by Shiraz University of Medical Sciences.

1- Associate Professor, Health Information Management, Anesthesiology and Critical Care Research Center, Shiraz University of Medical Sciences, Shiraz, Iran

2- Assistant Professor, Health Information Technology, School of Allied Medical Sciences, Shiraz University of Medical Sciences, Shiraz, Iran

3- MSc, Health Information Technology, Department of Health Information Management, School of Health Management and Medical Informatics, Shiraz University of Medical Sciences, Shiraz, Iran (Corresponding Author) Email: virya67@yahoo.com

مطابقت مطالعات ارزیابی سیستم‌های اطلاعات سلامت در ایران با دستورالعمل گزارش مطالعات ارزیابی انفورماتیک سلامت

لیلا احمدیان^۱، صدریه حاج اسمعیل گوهری^۲، رضا خواجهویی^۳

مقاله پژوهشی

چکیده

مقدمه: مطالعات متعددی سیستم‌های اطلاعات سلامت را ارزیابی نمودند، اما اغلب مطالعات از قالب استاندارد برای گزارش یافته‌های خود استفاده نکردند. هدف از انجام پژوهش حاضر، تعیین میزان مطابقت مقالات ارزیابی سیستم‌های اطلاعات سلامت به چاپ رسیده در مجلات فارسی با دستورالعمل گزارش مطالعات ارزیابی انفورماتیک سلامت STARE-HI (Statement on Reporting of Evaluation studies in Health Informatics) بود.

روش بررسی: مقالات مرتبط با ارزیابی سیستم‌های اطلاعات سلامت در این مطالعه مروری به وسیله یک چک‌لیست با ۵۱ اصل دستورالعمل STARE-HI مطابقت داده شد. این مقالات با استفاده از ترکیب دو سری کلید واژه مربوط به مطالعات ارزیابی و سیستم‌های اطلاعات سلامت، از پایگاه‌های فارسی Magiran, Iranmedex و SID بدون محدودیت زمانی تا سال ۱۳۹۱ استخراج گردید. در نهایت، داده‌ها بر اساس ۱۳ بخش اصلی دستورالعمل مورد بررسی قرار گرفتند.

یافته‌ها: از مجموع ۷۲۷ مقاله بازایی شده از پایگاه‌ها، ۳۶ مقاله با اهداف پژوهش مرتبط بودند. اصول دستورالعمل در بخش مقدمه همه مقالات رعایت گردید، اما بخش سهم نویسندگان و تضاد منافع در هیچ مقاله‌ای ذکر نشد. میانگین رعایت اصول دستورالعمل در کل مقالات مورد مطالعه ۷۱/۴۰ درصد، کمترین آن ۵۲/۹۴ درصد و بیشترین آن ۸۲/۳۵ درصد به دست آمد.

نتیجه‌گیری: شیوه نگارش و ساختار مطالعات ارزیابی سیستم‌های اطلاعات سلامت نیاز به ارتقا دارد. با ذکر اطلاعات ضروری در مقالات و استفاده از دستورالعمل موجود جهت طراحی راهنمای نویسندگان مجلات، می‌توان کیفیت گزارش مطالعات این حوزه را بهبود بخشید. بهبود شیوه گزارش مقالات می‌تواند باعث به کارگیری بیشتر و بهتر نتایج پژوهش‌های انجام شده و افزایش استناد به آن‌ها گردد.

واژه‌های کلیدی: مطالعات ارزیابی؛ سیستم‌های اطلاعات سلامت؛ انفورماتیک پزشکی؛ دستورالعمل گزارش مطالعات ارزیابی انفورماتیک سلامت

پذیرش مقاله: ۱۳۹۵/۱/۲۲

اصلاح نهایی: ۱۳۹۴/۱۰/۳

دریافت مقاله: ۱۳۹۴/۳/۱۲

ارجاع: احمدیان لیلا، حاج اسمعیل گوهری صدریه، خواجهویی رضا. مطابقت مطالعات ارزیابی سیستم‌های اطلاعات سلامت در ایران با دستورالعمل گزارش مطالعات ارزیابی انفورماتیک سلامت. مدیریت اطلاعات سلامت ۱۳(۲): ۷۱-۷۷

مقدمه

دیگری، میزان پذیرش و رضایت کاربران را مورد سنجش قرار داده‌اند (۷-۵). نتایج این مطالعات نه تنها می‌تواند به آشکار کردن مشکلات سیستم کنونی و چگونگی بهبود آن کمک نماید، بلکه می‌تواند به سیاست‌گذاران برای تصمیم‌گیری جهت پیاده‌سازی سیستم‌های اطلاعاتی جدید نیز کمک کند. بسیاری از برنامه‌ریزان و سیاست‌گذاران بهداشتی به همراه طراحان و توسعه دهندگان سیستم‌های اطلاعات سلامت جهت اخذ تصمیم در مورد پیاده‌سازی و

سیستم‌های اطلاعات سلامت، سیستم‌های رایانه‌ای هستند که برای تسهیل مدیریت اطلاعات سلامت و بهبود کیفیت مراقبت‌های ارائه شده به بیمار، کمک به تصمیم‌گیری بالینی و (۱). این سیستم‌ها دارای قابلیت‌های متعددی مانند ثبت و انتقال دستورات پزشکی، مستندسازی خدمات ارائه شده به بیمار، کمک به تصمیم‌گیری بالینی و تهیه گزارش‌های دقیق آماری می‌باشند. هدف کلی این سیستم‌ها، یکپارچه سازی اطلاعات سلامت برای برآورده نمودن نیازهای مراجعه کنندگان، انجام پژوهش‌های اپیدمیولوژیک، پرهیز از موازی‌کاری، کاهش هزینه و سهولت مدیریت اطلاعات سلامت است. استفاده از این سیستم‌ها می‌تواند منجر به کاهش خطاهای بالینی، تسهیل دسترسی به اطلاعات و در نهایت، ارتقای کیفیت مراقبت شود.

مطالعات متعددی در رابطه با ارزیابی سیستم‌های اطلاعاتی حوزه بهداشت و درمان صورت گرفتند و این سیستم‌ها را از دیدگاه‌های متعددی بررسی کردند (۲). به عنوان نمونه، دسته‌ای از این مطالعات به تأثیر استفاده از این سیستم‌ها بر پیامدهای بالینی (۳) و بهبود فرایندهای کاری کارکنان (۴) پرداخته و دسته

مقاله حاصل تحقیق مستقل بدون حمایت مالی و سازمانی است.

۱- دانشیار، انفورماتیک پزشکی، مرکز تحقیقات انفورماتیک پزشکی، پژوهشکده آینده‌پژوهی در سلامت، دانشگاه علوم پزشکی کرمان، کرمان، ایران

۲- کارشناس ارشد، فن آوری اطلاعات سلامت، مرکز تحقیقات عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت، پژوهشکده آینده‌پژوهی در سلامت، دانشگاه علوم پزشکی کرمان، کرمان، ایران

۳- دانشیار، انفورماتیک پزشکی، مرکز تحقیقات مدیریت ارائه خدمات سلامت، پژوهشکده آینده‌پژوهی در سلامت، دانشگاه علوم پزشکی کرمان، کرمان، ایران (نویسنده مسؤل)

Email: r.khajouei@kmu.ac.ir

روش بررسی

این مطالعه، یک مطالعه مروری بود که به تعیین میزان رعایت معیارهای STARE-HI در مقالات ارزیابی سیستم‌های اطلاعات سلامت پرداخت. برای ارزیابی مقالات از یک مطالعه مرور ساختار یافته استفاده گردید. نتایج این مطالعه پیش‌تر به چاپ رسیده است (۱۳). این مرور ساختار یافته با جستجو در پایگاه‌های اطلاعات فارسی Magiran، SID و Iranmedex انجام شد. این پایگاه‌ها با ترکیب دو سری کلید واژه شامل کلید واژه‌های توصیف کننده مطالعات ارزیابی (ارزیابی، سنجش، بررسی، قابلیت، وضعیت، شناسایی، عملکرد، ارزشیابی، نگرش، مطالعه و تحلیل) و کلید واژه‌های بیانگر سیستم‌های اطلاعات سلامت (سیستم - نظام اطلاعات بیمارستانی، سیستم - نظام کامپیوتری مدارک پزشکی، فن‌آوری اطلاعات سلامت، پرونده الکترونیک سلامت، سیستم - نظام اطلاع‌رسانی بیمارستان، سیستم - نظام ثبت اطلاعات پزشکی، سیستم - نظام اطلاعات سلامت، سیستم - نظام اطلاعات بهداشتی، سیستم - نظام رایانه‌ای اطلاعات بیمارستانی و سیستم - نظام اطلاعات بالینی) بدون محدودیت زمانی تا سال ۱۳۹۱ مورد جستجو قرار گرفت.

پس از حذف مقالات مشترک بین پایگاه‌های ذکر شده، عناوین مقالات توسط دو نفر از پژوهشگران بررسی گردید و مقالات مرتبط تعیین شد. پژوهشگران در مواردی که عناوین مقالات دارای ابهام بود، مقالات مرتبط را بر اساس چکیده و یا بر اساس متن کامل مشخص نمودند. میزان توافق بین پژوهشگران در مورد انتخاب مقالات با استفاده از ضریب Kappa مورد سنجش قرار گرفت. پژوهشگران در موارد عدم توافق انتخاب مقالات مرتبط، از نظر نویسنده سوم استفاده کردند. مقالاتی برای انجام این مطالعه استفاده شد که به ارزیابی یکی از سیستم‌های اطلاعاتی حوزه بهداشت و درمان پرداخته بود.

پس از تعیین مقالات مرتبط، چکلیستی جهت بررسی میزان رعایت معیارهای STARE-HI این مطالعات در نرم‌افزار Excel تهیه گردید. این معیارها به ۱۴ بخش دسته‌بندی شد که به بررسی نحوه نگارش قسمت‌های مختلف مطالعات ارزیابی از قبیل عنوان، چکیده، کلید واژه‌ها، مقدمه، زمینه مطالعه، روش پژوهش، نتایج، بحث، نتیجه‌گیری، میزان مشارکت نویسندگان، تضاد منافع، قدرانی، ضامیم و منابع پرداخت. با توجه به این که برخی از مقالات نیاز به قسمت ضامیم نداشتند، این قسمت از چکلیست حذف گردید و چکلیست نهایی شامل ۱۳ بخش بود. هر کدام از این بخش‌ها، به قسمت‌هایی تقسیم شدند که در مجموع، ۵۱ دستورالعمل در نگارش مطالعات ارزیابی باید مورد توجه قرار گرفت.

کلیه مطالعات استخراج شده مرتبط، از نظر رعایت و یا رعایت نکردن این اصول بررسی گردید. اطلاعات چکلیست طراحی شده توسط دو نفر از پژوهشگران تکمیل شد و مواردی که توافق بین پژوهشگران وجود نداشت، با مداخله پژوهشگر سوم رفع گردید. در نهایت، داده‌های استخراج شده از مقالات با استفاده از آمار توصیفی (درصد، فراوانی و میانگین) مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

یافته‌ها

۷۲۷ مقاله در بررسی سه پایگاه داده به دست آمد که موارد تکراری و نامرتب بر اساس ارزیابی عنوان، چکیده و متن کامل حذف شد. در نهایت، ۳۶ مقاله مرتبط با اهداف پژوهش (۳۵ مقاله چاپ شده در مجلات و ۱ مقاله ارایه شده در

به کارگیری این سیستم‌ها، به شواهد علمی حاصل از مطالعات انجام شده در این رابطه نیاز دارند. نتایج این مطالعات برای پیاده‌سازی موفق سیستم، مورد سنجش و استفاده قرار می‌گیرد. این روش به برنامه‌ریزان کمک می‌کند تا از نقاط ضعف سیستم‌های دیگر درس بگیرند و جهت رفع این مشکلات در سیستم کنونی، سرمایه‌گذاری و برنامه‌ریزی نمایند. از طرف دیگر، برنامه‌ریزان با در نظر گرفتن نقاط قوت، محیط و شرایطی که سیستم در آن پیاده شده است، به بهینه‌سازی سیستم موجود می‌پردازند.

علاوه بر مطالب ذکر شده، بنیاد پژوهش‌های جدید بر یافته‌های به دست آمده از تحقیقات گذشته بنا می‌گردد و باعث هم‌افزایی دانش در این زمینه می‌شود. با این وجود، استفاده مطلوب از مطالعات موجود همیشه امکان‌پذیر نمی‌باشد؛ چرا که این مطالعات از قالب استاندارد برای گزارش نحوه انجام مطالعه و نتایج آن استفاده نکردند. بسیاری از اطلاعات لازم در مقالات و گزارش‌های تهیه شده از این مطالعات به روشنی بیان نشده و یا از قلم افتاده‌اند. این سؤال جهت استفاده از هر مطالعه پیش می‌آید که آیا نسخه منتشر شده از کیفیت لازم برخوردار می‌باشد و شواهد علمی به دست آمده و شیوه دستیابی به آن‌ها به روشنی بیان شده است؟

دستورالعملی در رابطه با مطالعات کارآزمایی بالینی تحت عنوان استانداردهای تلفیقی گزارش کارآزمایی‌ها CONSORT (Consolidated Standards of Reporting Trials) در سال ۱۹۹۶ به چاپ رسید که به استفاده کنندگان و ارزیابان این‌گونه مطالعات کمک می‌نماید تا با استفاده از این راهنما، به سنجش کیفیت آن‌ها بپردازند (۸). همچنین، این راهنما شیوه استاندارد را برای گزارش مطالعات توضیح می‌دهد و به پژوهشگران کمک می‌کند تا به روشنی مطالعات خود را گزارش نمایند. پس از معرفی CONSORT، دستورالعمل‌های متعددی در رابطه با نحوه نگارش سایر مطالعات طراحی گردید. از جمله این دستورالعمل‌ها می‌توان به کیفیت گزارش مطالعات متاآنالیز QUOROM (Quality of reporting of meta-analyses) (۹) که دستورالعملی در رابطه با نحوه نگارش مطالعات متاآنالیز است و همچنین، تقویت گزارش مطالعات مشاهده‌ای در اپیدمیولوژی STROBE (The Strengthening the Reporting of Observational Studies in Epidemiology) (۱۰) که راهنمایی در خصوص نحوه نگارش مطالعات مشاهده‌ای می‌باشد، اشاره کرد.

گروهی از پژوهشگران حوزه انفورماتیک پزشکی و سلامت از کشورهای هلند، اتریش، دانمارک، فنلاند و انگلستان به طراحی دستورالعملی در رابطه با نحوه نگارش مقالات مربوط به ارزیابی سیستم‌های اطلاعاتی حوزه انفورماتیک سلامت پرداختند (۱۱). این دستورالعمل، تمامی مطالعات این حوزه را بدون در نظر گرفتن نوع سیستم بررسی کرد و روش به کار گرفته شده برای ارزیابی را پوشش داد. مطالعه de Keizer و همکاران نیز به بررسی مطالعات ارزیابی چاپ شده در سمینارهای انفورماتیک پزشکی هلند با استفاده از دستورالعمل STARE-HI (Statement on Reporting of Evaluation studies in Health Informatics) پرداختند (۱۲). از آن‌جا که استاندارد گزارش‌دهی مطالعات انجام شده در حوزه ارزیابی سیستم‌های اطلاعات سلامت، به فهم و استفاده بهتر از مطالعات جهت بهبود پیاده‌سازی و به کارگیری این سیستم‌ها کمک می‌کند، مطالعه حاضر میزان مطابقت مقالات ارزیابی سیستم‌های اطلاعات سلامت به چاپ رسیده در مجلات فارسی را با دستورالعمل STARE-HI مورد بررسی قرار داد.

همه معیارهای این دستورالعمل را بر اساس اطلاعات این جدول رعایت کرده؛ در حالی که برخی از مقالات، حداقل یکی از معیارهای مربوط به سایر قسمت‌ها را رعایت نکرده بودند.

همایش) انتخاب گردید. میزان توافق نویسندگان در انتخاب مقالات، ۰/۹۴ به دست آمد. فراوانی و درصد مقالات رعایت کننده هر یک از معیارهای مورد ارزیابی STARE-HI در جدول ۱ ارایه شده است. قسمت مقدمه تمام مقالات،

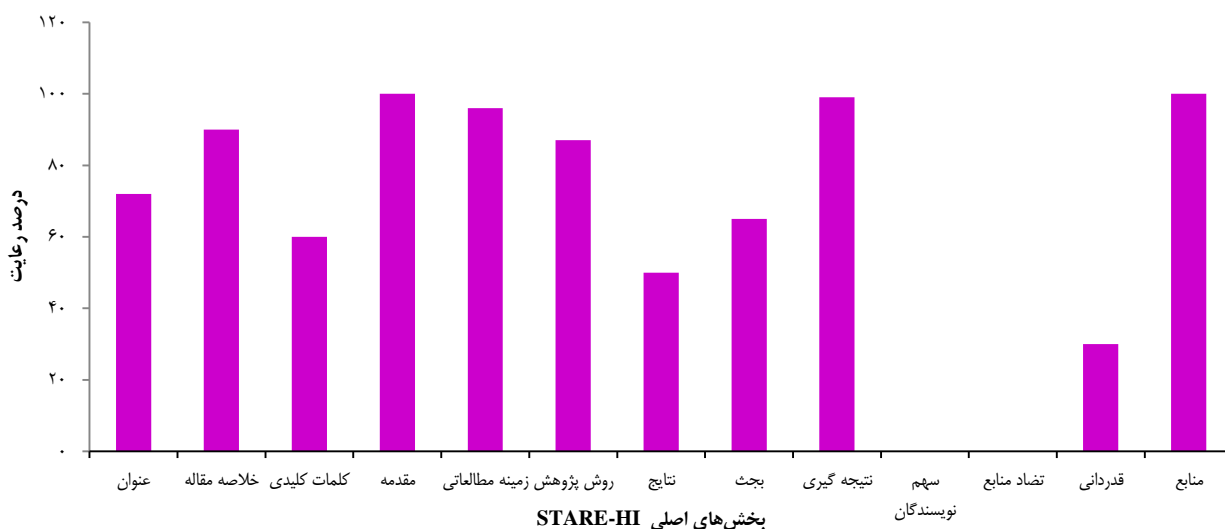
جدول ۱: معیارهای مورد ارزیابی طبق اصول STARE-HI و میزان رعایت هر معیار در ۳۶ مقاله

عنوان	عنوان	تعداد مقالاتی که اصول STARE-HI را رعایت کرده‌اند (تعداد مقالات)
عنوان	عنوان	۳۶ (۱۰۰)
چکیده	نوع سیستم ارزیابی شده	۳۶ (۱۰۰)
	سؤال مطالعه	۳۶ (۱۰۰)
	طراحی مطالعه	۲ (۵/۶)
	استفاده از واژه‌های مربوط به ارزیابی	۲۰ (۵۵/۶)
	چکیده	۳۵ (۹۷/۳)
	توصیف اهداف	۳۵ (۹۷/۳)
	محیط پژوهش	۳۵ (۹۷/۳)
	مشارکت کنندگان در مطالعه	۲۸ (۷۷/۸)
	معیارهای اندازه‌گیری	۲۳ (۶۳/۹)
	طراحی مطالعه	۳۳ (۹۱/۷)
کلید واژه‌ها	نتایج عمده	۳۵ (۹۷/۳)
	نتیجه‌گیری	۳۵ (۹۷/۳)
	محدودیت‌های عمده مطالعه	۰ (۰)
	کلید واژه‌ها	۳۵ (۹۷/۳)
	واژه ارزیابی	۱۷ (۴۷/۳)
	نوع سیستم ارزیابی شده	۳۳ (۹۱/۷)
	محیط پژوهش	۱۹ (۵۲/۸)
	پیامد مورد ارزیابی	۱۷ (۴۷/۳)
	طراحی مطالعه	۴ (۱۱/۲)
	مقدمه	۳۶ (۱۰۰)
زمینه مطالعه	پیش زمینه علمی	۳۶ (۱۰۰)
	دلیل انجام مطالعه	۳۶ (۱۰۰)
	اهداف مطالعه	۳۶ (۱۰۰)
	زمینه مطالعه	۳۶ (۱۰۰)
	محیط سازمانی	۳۶ (۱۰۰)
	جزئیات سیستم مورد استفاده	۳۲ (۸۸/۹)
	روش پژوهش	۳۶ (۱۰۰)
	طراحی مطالعه	۳۶ (۱۰۰)
	پیش زمینه نظری مطالعه	۵ (۱۳/۸)
	مشارکت کنندگان در مطالعه	۳۶ (۱۰۰)
روش پژوهش	جریان یا روند مطالعه	۲۳ (۶۳/۹)
	پیامد مورد ارزیابی	۳۴ (۹۴/۵)
	روش‌های جمع‌آوری و اندازه‌گیری داده	۳۶ (۱۰۰)
	روش‌های آنالیز داده	۳۱ (۸۶/۲)

جدول ۱: معیارهای مورد ارزیابی طبق اصول STARE-HI و میزان رعایت هر معیار در ۳۶ مقاله (ادامه)

حیطه‌های مورد ارزیابی	تعداد مقالاتی که اصول STARE-HI را رعایت کرده بودند [تعداد (درصد)]
نتایج	نتایج
	۳۶ (۱۰۰)
	۲۴ (۶۶/۷)
	۰ (۰)
	۳۵ (۹۷/۳)
	۰ (۰)
بحث	بحث
	۳۶ (۱۰۰)
	۳۵ (۹۷/۳)
	۰ (۰)
	۳۳ (۹۷/۱)
	۳۱ (۸۶/۲)
	۰ (۰)
نتیجه‌گیری	نتیجه‌گیری
	۳۴ (۹۴/۵)
سهم نویسندگان	سهم نویسندگان
	۰ (۰)
تضاد منافع	تضاد منافع
	۰ (۰)
قدردانی	قدردانی
	۱۲ (۳۳/۴)
منابع	منابع
	۳۵ (۹۷/۳)

STARE-HI: Statement on Reporting of Evaluation Studies in Health Informatics



شکل ۱: درصد رعایت بخش‌های اصلی دستورالعمل STARE-HI (Statement on Reporting of Evaluation Studies in Health Informatics) در مقالات

بخش (۰ درصد) مربوط به وقایع پیش‌بینی نشده طی مطالعه و مشاهدات غیر منتظره که هر دو از اصول بخش نتایج به شمار می‌رفتند و نیز نقاط قوت و ضعف مطالعه و سؤال‌های جدید و پاسخ داده نشده بود که هر دو از اصول مربوط به بخش بحث می‌شدند.

درصد رعایت کردن ۱۳ بخش اصلی این دستورالعمل به وسیله مقالات در شکل ۱ ارایه شده است. بخش مقدمه با ۱۰۰ درصد و بخش سهم نویسندگان و تضاد منافع با ۰ درصد به ترتیب بیشترین و کمترین درصد رعایت را به خود اختصاص دادند. کمترین درصد رعایت در رابطه با اصول بیان شده داخل هر

که نویسندگان مقالات این حوزه، از این دستورالعمل پیروی نمایند. پیروی از این دستورالعمل می‌تواند به کامل بودن گزارش مقالات ارزیابی، اشتراک‌گذاری بهتر نتایج با مخاطبان و افزایش اعتبار آن‌ها کمک کند. در نهایت، این امر منجر به ارتقای دانش حوزه فن‌آوری اطلاعات سلامت و تقویت انفورماتیک پزشکی مبتنی بر شواهد خواهد شد.

مطالعه حاضر اولین تلاش جهت بررسی کیفیت گزارش مطالعات ارزیابی سیستم‌های اطلاعات سلامت به زبان فارسی بود. انتظار می‌رود که نتایج این مطالعه و آشکارسازی کیفیت مقالات کنونی، باعث بهره‌گیری از دستورالعمل‌ها و استانداردهای موجود جهت ارتقای کیفیت مطالعات آینده در این حوزه گردد. تمرکز خاص مطالعه حاضر، بر روی مقالات ارزیابی سیستم‌های اطلاعات سلامت چاپ شده به زبان فارسی در مجلات ایرانی بود. بنابراین، این مطالعه نقاط ضعف گزارش مطالعات و کمبودهایی را روشن ساخت که در این زمینه پیش روی جامعه پژوهشگران ایرانی حوزه ارزیابی سیستم‌های اطلاعات سلامت وجود داشت. محدودیت مطالعه حاضر این بود که فقط مقالات فارسی چاپ شده در زمینه ارزیابی سیستم‌های اطلاعات سلامت ایران را مورد بررسی قرار داد. ممکن است بررسی مطالعات مشابه انجام شده در ایران که به زبان انگلیسی چاپ شدند، با توجه به شیوه نگارش مقالات خارجی و دستورالعمل متفاوت مجلات انگلیسی نتایج متفاوتی را نشان دهد.

با توجه به این که رعایت دستورالعمل‌ها در زمینه نگارش مقالات به خصوص حوزه ارزیابی سیستم‌های فن‌آوری اطلاعات سلامت می‌تواند کیفیت گزارش‌دهی این مقالات را بهبود بخشد، پیشنهاد می‌گردد که نویسندگان جهت نگارش مقالات این حوزه، از این دستورالعمل‌ها استفاده نمایند.

نتیجه‌گیری

نتایج مطالعه حاضر نشان داد که شیوه نگارش مقالات ارزیابی حوزه انفورماتیک پزشکی نیاز به ارتقا دارد و با هدایت نویسندگان برای ذکر موارد ضروری در مقالات، می‌توان کیفیت مطالعات این حوزه را بهبود بخشید.

پیشنهادها

با توجه به این که نویسندگان بیشتر ساختار مقالات خود را بر اساس راهنمای نویسندگان مجله و الگوی خواسته شده تنظیم می‌نمایند، پیشنهاد می‌شود که مجلات فارسی با توجه به دستورالعمل و استاندارد موجود، در راهنمای نویسندگان خود تجدید نظر نمایند. بهبود در شیوه گزارش مقالات، منجر به کارگیری بیشتر و بهتر نتایج پژوهش‌های انجام شده و از طرف دیگر، ارجاع بیشتر به مجلات منتشر کننده این مقالات می‌گردد.

تشکر و قدردانی

بدین وسیله نویسندگان مقاله از خانم سیمین صالحی به جهت همکاری در جستجو و بازیابی مقالات قدردانی می‌نمایند.

میانگین رعایت اصول دستورالعمل در کل مقالات مورد مطالعه، ۷۱/۴۰ درصد به دست آمد و کمترین میزان رعایت اصول، ۵۲/۹۴ درصد و بیشترین آن، ۸۲/۳۵ درصد بود.

بحث

نتایج پژوهش حاضر نشان داد که هیچ کدام از مطالعات ارزیابی سیستم‌های اطلاعات سلامت که به زبان فارسی به چاپ رسیده‌اند، اصول مطرح شده در دستورالعمل STARE-HI را به طور کامل رعایت نکردند. مقدمه، کامل‌ترین بخش مطالعات را به خود اختصاص داد؛ به گونه‌ای که اصول دستورالعمل در مقدمه همه مطالعات رعایت شده بود. بخش‌هایی مانند سهم نویسندگان و تضاد منافع در همه مطالعات نادیده گرفته شده بود. مطالعه‌ای به بررسی مطالعات ارزیابی چاپ شده در سمینارهای انفورماتیک پزشکی کشور هلند با استفاده از دستورالعمل STARE-HI پرداخت و گزارش نمود که رعایت این دستورالعمل‌ها توسط نویسندگان مقالات، درصد پایینی را به خود اختصاص می‌دهد (۱۲)، اما باید توجه داشت که به طور معمول نویسندگان مطالعات سمیناری، از نظر فضا و تعداد کلماتی که می‌توانند برای نگارش مطالعات خود استفاده نمایند، نسبت به نویسندگانی که مقالات خود را در مجلات به چاپ می‌رسانند، بسیار در محدودیت قرار دارند. چنین نویسندگانی بیشتر به دلیل این محدودیت، از بیان اطلاعات و بخش‌هایی صرف‌نظر می‌کنند که خیلی ضروری نمی‌باشد، اما یکی از دلایل ثبت نشدن مواردی همچون سهم نویسندگان و تضاد منافع در مطالعات ارزیابی انجام شده در ایران این است که بیشتر راهنمای نویسندگان مجلات ایرانی بر خلاف مجلات خارجی، این موارد را جزء دستورالعمل خود قرار نمی‌دهند. بنابراین، نویسندگان خود را ملزم به ثبت آن‌ها نمی‌دانند.

هیچ یک از مطالعات، اصولی از قبیل وقایع پیش‌بینی نشده در مدت مطالعه و مشاهدات غیر منتظره را در بخش نتایج بیان نکردند. همچنین، هیچ کدام از مطالعات به اصولی مانند نقاط قوت و ضعف مطالعه و سؤال‌های جدید و پاسخ داده نشده مربوط به بخش بحث اشاره نمودند و این در حالی است که ذکر نقاط قوت و ضعف مطالعه، حتی در مطالعات ارزیابی ارایه شده در سمینارها نیز مورد توجه قرار می‌گیرد و نویسندگان و داوران این‌گونه مطالعات، بیان آن را مهم می‌دانند (۱۲). ذکر نقاط قوت و ضعف مطالعه به خوانندگان و پژوهشگران در تفسیر دقیق نتایج و همچنین، طراحی دقیق‌تر و بهتر مطالعات آینده کمک می‌نماید. از موارد دیگری که گزارش آن در مقالات می‌تواند جهت طراحی مطالعات و پژوهش‌های آینده به پژوهشگران کمک کند، گزارش سؤالات جدید پاسخ داده نشده می‌باشد که در هیچ کدام از مطالعات ارزیابی سیستم‌های اطلاعاتی بیان نشده بود.

نتایج مطالعات مختلف نشان دادند که استفاده از دستورالعمل‌های مربوط به نحوه گزارش انواع مطالعات می‌تواند کیفیت نگارش مقالات را بهبود بخشد (۱۴، ۱۵). بنابراین، با توجه به وجود دستورالعمل خاص مربوط به مطالعات ارزیابی سیستم‌های اطلاعاتی حوزه انفورماتیک پزشکی (۱۱)، پیشنهاد می‌گردد

References

- Hovenga EJ, Grain H. Health information systems. Stud Health Technol Inform 2013; 193: 120-40.
- Khajouei R, Jaspers MW. The impact of CPOE medication systems' design aspects on usability, workflow and medication orders: a systematic review. Methods Inf Med 2010; 49(1): 3-19.

3. Weir CR, Stagers N, Laukert T. Reviewing the impact of computerized provider order entry on clinical outcomes: The quality of systematic reviews. *Int J Med Inform* 2012; 81(4): 219-31.
4. Ahmadian L, Khajouei R. Impact of computerized order sets on practitioner performance. *Stud Health Technol Inform* 2012; 180: 1129-31.
5. Saddik B, Al-Fridan MM. Physicians' satisfaction with computerised physician order entry (CPOE) at the National Guard Health Affairs: a preliminary study. *Stud Health Technol Inform* 2012; 178: 199-206.
6. Khajouei R, Wierenga PC, Hasman A, Jaspers MW. Clinicians satisfaction with CPOE ease of use and effect on clinicians' workflow, efficiency and medication safety. *Int J Med Inform* 2011; 80(5): 297-309.
7. Murray-Weir M, Magid S, Robbins L, Quinlan P, Sanchez-Villagomez P, Shaha SH. A computerized order entry system was adopted with high user satisfaction at an orthopedic teaching hospital. *HSS J* 2014; 10(1): 52-8.
8. Begg C, Cho M, Eastwood S, Horton R, Moher D, Olkin I, et al. Improving the quality of reporting of randomized controlled trials. The CONSORT statement. *JAMA* 1996; 276(8): 637-9.
9. Moher D, Cook DJ, Eastwood S, Olkin I, Rennie D, Stroup DF. Improving the quality of reports of meta-analyses of randomised controlled trials: the QUOROM statement. *Quality of Reporting of Meta-analyses. Lancet* 1999; 354(9193): 1896-900.
10. von Elm E, Altman DG, Egger M, Pocock SJ, Gøtzsche PC, Vandenbroucke JP. Strengthening the Reporting of Observational Studies in Epidemiology (STROBE) statement: guidelines for reporting observational studies. *BMJ* 2007; 335(7624): 806-8.
11. Talmon J, Ammenwerth E, Brender J, de Keizer N, Nykanen P, Rigby M. STARE-HI--Statement on reporting of evaluation studies in Health Informatics. *Int J Med Inform* 2009; 78(1): 1-9.
12. de Keizer NF, Talmon J, Ammenwerth E, Brender J, Rigby M, Nykanen P. Systematic prioritization of the STARE-HI reporting items. An application to short conference papers on health informatics evaluation. *Methods Inf Med* 2012; 51(2): 104-11.
13. Ahmadian L, Nejad SS, Khajouei R. Evaluation methods used on health information systems (HISs) in Iran and the effects of HISs on Iranian healthcare: a systematic review. *Int J Med Inform* 2015; 84(6): 444-53.
14. Altman DG. Better reporting of randomised controlled trials: the CONSORT statement. *BMJ* 1996; 313(7057): 570-1.
15. Kho ME, Eva KW, Cook DJ, Brouwers MC. The Completeness of Reporting (CORE) index identifies important deficiencies in observational study conference abstracts. *J Clin Epidemiol* 2008; 61(12): 1241-9.

An evaluation of the compliance of studies evaluating health information systems in Iran with the Statement on Reporting of Evaluation Studies in Health Informatics

Leila Ahmadian¹, Sadrieh Hajesmaeel-Gohari², Reza Khajouei³

Original Article

Abstract

Introduction: Numerous studies have evaluated health information systems in Iran, but most studies have not followed a standard format for reporting their findings. The objective of this study was to evaluate the compliance of health information systems' evaluations published in Persian journals with the Statement on Reporting of Evaluation Studies in Health Informatics (STARE-HI).

Methods: This was a review study in which papers reporting on evaluation of health information systems were assessed in terms of 51 principles of the STARE-HI using a checklist. These papers were retrieved from the Persian databases of Magiran, IranMedex, and SID using appropriate keywords. Data were classified and reported based on 13 main sections of the STARE-HI.

Results: From the 727 retrieved papers, 36 were relevant to the study objectives. All paper had an introduction section, but none of the paper had the authors' contribution and conflict of interests sections. The mean compliance of articles with the STARE-HI was 71.4%, with the lowest being 52.94% and the highest being 82.35%.

Conclusion: The writing style and structure of studies evaluating health information systems require improvements. The quality of study reports can be improved through reporting essential information in articles and using corresponding guidelines in the design of authors' instruction sections of journals. Improving the reporting format of papers can result in better and higher rate of application of study results and increased citation of articles.

Keywords: Evaluation Studies; Health Information Systems; Medical Informatics; STARE-HI

Received: 02 June, 2015

Accepted: 10 Apr, 2016

Citation: Ahmadian L, Hajesmaeel-Gohari S, Khajouei R. **An evaluation of the compliance of studies evaluating health information systems in Iran with the Statement on Reporting of Evaluation Studies in Health Informatics.** Health Inf Manage 2016; 13(2):71-7

Article resulted from an independent research without financial support.

1- Associate Professor, Medical Informatics, Medical Informatics Research Center, Institute for Futures Studies in Health, Kerman University of Medical Sciences, Kerman, Iran

2- MSc, Health Information Technology, Social Determinants of Health Research Center, Institute for Futures Studies in Health, Kerman University of Medical Sciences, Kerman, Iran

3- Associate Professor, Medical Informatics, Health Services Management Research Center, Institute for Futures Studies in Health, Kerman University of Medical Sciences, Kerman, Iran (Corresponding Author) Email: r.khajouei@kmu.ac.ir

ترجیحات والدین بیماران مبتلا به به تالاسمی ماژور در کسب اطلاعات سلامت

مهدی کاهویی^۱، امید نجاریون^۲، نسیم ابراهیمی^۳، فاطمه احمدی تخورانی^۳، سمیه حیدری^۳

مقاله پژوهشی

چکیده

مقدمه: اگرچه مطالعات زیادی در زمینه بیماران مبتلا به تالاسمی در ابعاد مختلف صورت گرفته است، اما هیچ کدام از آن‌ها ترجیحات والدین این بیماران را در کسب اطلاعات سلامت شناسایی نکرده‌اند. والدین این دسته از بیماران نیاز به کسب اطلاعات مناسب و به هنگام دارند تا مشکلات فرزندان و خانواده خود را مدیریت و حل کنند. مطالعه حاضر با هدف شناسایی ترجیحات والدین بیماران مبتلا به تالاسمی ماژور در کسب اطلاعات برای مدیریت سلامت فرزندان آن‌ها انجام شد.

روش بررسی: این مطالعه کاربردی و از نوع توصیفی - مقطعی بود که به وسیله پرسش از والدین بیماران مبتلا به تالاسمی ماژور بستری شده در بخش اطفال بیمارستانی وابسته به دانشگاه علوم پزشکی سمنان، در سال ۱۳۹۳ انجام گرفت. در این مطالعه از یک پرسش نامه محقق ساخته روا و پایا (با ضریب Cronbach's alpha برابر با ۰/۸۷) استفاده شد. داده‌ها با استفاده از آمار توصیفی و آزمون Friedman مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

یافته‌ها: ۳۹/۶ درصد از والدین کسب اطلاع از مشکلات روانی و ۵۶/۶ درصد از آن‌ها، اطلاع از عوارض دارویی دسفرال را در اولویت اول خود بیان کردند. همچنین، ۵۶/۶ درصد تمایل داشتند که اطلاعات در اختیار پدر خانواده قرار گیرد.

نتیجه‌گیری: نتایج مطالعه حاضر نشان می‌دهد که والدین ابتدا کسب چه نوع اطلاعاتی را ترجیح می‌دهند. حمایت اطلاعاتی باعث می‌شود تا والدین بتوانند بیماری فرزند خود را بهتر مدیریت نمایند. ارائه اطلاعات مفید از طریق منابع اطلاعاتی متعدد، به بهبود سلامت جامعه منجر می‌شود و والدین احساس می‌کنند که مورد حمایت اجتماعی قرار گرفته‌اند.

واژه‌های کلیدی: والدین؛ تالاسمی ماژور؛ اطلاعات سلامت

پذیرش مقاله: ۹۵/۲/۲۵

اصلاح نهایی: ۱۳۹۵/۲/۱۳

دریافت مقاله: ۱۳۹۴/۵/۲۵

ارجاع: کاهویی مهدی، نجاریون امید، ابراهیمی نسیم، احمدی تخورانی فاطمه، حیدری سمیه. **ترجیحات والدین بیماران مبتلا به به تالاسمی ماژور در کسب اطلاعات سلامت.** مدیریت اطلاعات سلامت ۱۳۹۵؛ ۱۳ (۲): ۷۸-۸۳

مطالعات زیادی در زمینه بیماران مبتلا به تالاسمی در ابعاد مختلف صورت گرفته است، اما مطالعه‌های کمی به وضوح، ترجیحات والدین بیماران مبتلا به تالاسمی ماژور را در کسب اطلاعات مورد نیاز شناسایی کرده‌اند. از این‌رو، این سؤال مطرح است که والدین این دسته از بیماران ابتدا کسب چه نوع اطلاعاتی را نیاز دارند؟ آن‌ها این نوع اطلاعات را در چه زمانی و نحوه کسب آن‌ها را چگونه ترجیح می‌دهند؟ توجه به نیازهای اطلاعاتی والدین به اندازه توجه به نیازهای کودکان مهم می‌باشد. از این‌رو، آگاهی از ترجیحات والدین در کسب اطلاعات سلامت، می‌تواند به بهبود و اصلاح شیوه‌های اطلاع‌رسانی و ارائه خدمات مناسب به آن‌ها کمک کند. نتایج مطالعه حاضر باعث می‌شود تا کارایی و اثربخشی آموزش به والدین بیماران مبتلا به تالاسمی بیشتر شود و به این وسیله بتوان با برنامه‌ریزی مناسب، کمک مؤثری به مراقبت از این بیماران کرد

مقاله حاصل پایان‌نامه کارشناسی می‌باشد که با حمایت دانشگاه علوم پزشکی سمنان انجام شده است.

- ۱- دانشیار، مدیریت اطلاعات سلامت، مرکز تحقیقات عوامل تعیین کننده اجتماعی مؤثر بر سلامت، گروه پیراپزشکی، دانشگاه علوم پزشکی سمنان، سمنان، ایران (نویسنده مسؤول)
Email: mkahouei@yahoo.com
- ۲- متخصص اطفال، بیمارستان ولایت، دانشگاه علوم پزشکی سمنان، سمنان، ایران
- ۳- دانشجوی کارشناسی، فن آوری اطلاعات سلامت، کمیته تحقیقات دانشجویی، دانشکده پرستاری و پیراپزشکی، دانشگاه علوم پزشکی سمنان، سمنان، ایران

مقدمه

بیماران مبتلا به تالاسمی از مشکلات جسمی و روانی رنج می‌برند که این مسایل باعث شده است تا کیفیت زندگی آن‌ها کاهش یابد (۱). اغلب والدین به طور موفقیت‌آمیزی با بیماری مزمن کودک سازگار می‌شوند و در مقابل، برخی از آن‌ها نیز ممکن است به دلیل عدم دسترسی به اطلاعات صحیح در مورد بیماری و منابع حمایتی مناسب در مقابله با بیماری موفق نباشند (۲). نتایج تحقیقات نشان دادند که بیماران مبتلا به تالاسمی به دلیل مشکلات زیاد دچار اختلالات و آسیب‌های شدیدی در کیفیت زندگی شده‌اند و باید به نیازهای بیماران و والدین آن‌ها برای رفع این مشکلات توجه شود (۳، ۴). Aydinok و همکاران پژوهشی را در زمینه مشکلات روانی و اجتماعی بیماران مبتلا به تالاسمی ماژور در ترکیه انجام دادند. نتایج مطالعه آنان نشان داد که بیماران و والدین آن‌ها بیش از این که نگران بیماری باشند، نگران درمان آن هستند و نیاز شدیدی به حمایت‌های روان‌درمانی دارند (۴). از این‌رو، والدین این دسته از بیماران برای مدیریت و حل معضلات و مشکلاتی که برای فرزندان و خود آن‌ها به وجود می‌آید، نیاز به کسب اطلاعات ضروری دارند که به موقع، مربوط، قابل اعتماد و به آسانی قابل درک باشد (۵، ۶). این اطلاعات بهداشتی، جزء ضروریات استراتژی هر سازمان مراقبتی به منظور ترویج مراقبت بیماران از خود، انتخاب نوع درمان، مشارکت بیمار و خانواده وی در تصمیم‌گیری بالینی، مدیریت بیماری‌های مزمن و ارتقای سواد سلامت بیماران و والدین می‌باشد (۷، ۸).

تفاوت معنی داری وجود داشت ($P < 0/05$) (جدول ۲).

جدول ۱: مشخصات دموگرافیک والدین بیماران مبتلا به تالاسمی

مشخصات	گروه‌ها	تعداد (درصد)
نسبت با بیمار	پدر	۳۰ (۵۶/۶)
	مادر	۲۳ (۴۳/۴)
سن	۲۰-۳۰ سال	۱۳ (۲۴/۵)
	۳۰-۴۰ سال	۲۹ (۵۴/۷)
	بالای ۴۰ سال	۱۱ (۲۰/۸)
شغل	آزاد	۱۸ (۳۴/۰)
	کارمند	۱۹ (۳۵/۸)
	بیکار	۱۶ (۳۰/۲)
تحصیلات	زیر دیپلم	۱۳ (۲۴/۵)
	دیپلم	۱۶ (۳۰/۲)
	کارדانی	۱۵ (۲۸/۳)
	کارشناسی	۸ (۱۵/۱)
	کارشناس ارشد	۱ (۱/۹)

بحث

نتایج نشان داد که والدین ترجیح می‌دهند ابتدا به وسیله کسب اطلاعات مربوط به ممانعت از تولد فرزندان مبتلا، از بروز بیماری جلوگیری کنند. مطالعه Ahmed و همکاران در زمینه نگرش و رفتار ناقلان مبتلا به بیماری تالاسمی در پاکستان نشان داد که ناقلان بزرگسال درباره بیماری و چگونگی انتقال آن از طریق ژن‌ها بی‌اطلاع بوده‌اند (۹). نتایج مطالعه آنان یک بار دیگر اهمیت آموزش همگانی درباره غربالگری را که در تشخیص ناهنجاری در زمان جنینی مؤثر است، نشان می‌دهد (۱۰). از سوی دیگر، یافته‌ها نشان داد که والدین ترجیح می‌دهند این نوع اطلاعات در دوران قبل از ازدواج، آرایه گردد. مطالعه خالقی‌نژاد و همکاران (۱۱) نیز در این مورد نتایج مطالعه حاضر را تأیید نمود. خالقی‌نژاد و همکاران دریافتند که والدین، آموزش در کلاس‌های مشاوره قبل از ازدواج را ترجیح می‌دهند (۱۱).

به نظر می‌رسد احساس ناامیدی، اضطراب و افسردگی در بین والدین منجر می‌شود تا برخی از آن‌ها دریافت اطلاعات در زمینه مشکلات روانی را در اولین ترجیحات خود قرار دهند. نتایج پژوهش Rao و همکاران (۱۲) با نتایج مطالعه حاضر همخوانی داشت. آن‌ها دریافتند که والدین بیماران مبتلا به تالاسمی، بیشتر از مشکلات روانی رنج می‌برند (۱۲). نتایج گویای این مطلب است که والدین بیماران مبتلا به تالاسمی تحت تأثیر مشکلات متعددی قرار می‌گیرند؛ به طوری که رنج حاصل از بیماری و اضطراب درباره مشکلات بعدی فرزندان، زندگی آن‌ها را سخت کرده است.

نتایج نشان داد، شاید به دلیل این که پدران واقعیت بیماری را راحت‌تر می‌پذیرند و در توضیح رفتار کودک پیش‌قدم هستند، منجر می‌شود تا والدین ترجیح دهند ابتدا پدر خانواده در اطلاع بیماری قرار گیرد (۶). نتایج مطالعات Astedt-Kurki و همکاران (۱۳) و Heaman (۱۴)، بر خلاف نتایج مطالعه حاضر بود. آن‌ها دریافتند که نیاز مادران در کسب اطلاعات، بیشتر از پدران بوده است (۱۴، ۱۳). علت این اختلاف می‌تواند به این دلیل باشد که مادران از لحاظ ساختار شخصیتی، عاطفی و احساسی هستند و بیشتر تمایل دارند که اطلاعات کسب کنند (۱۵).

و گام مثبتی در جهت تداوم سلامت کودکان مبتلا به تالاسمی برداشت. مطالعه حاضر با هدف شناسایی ترجیحات والدین بیماران مبتلا به تالاسمی ماژور، در کسب اطلاعات مرتبط با سلامت فرزندان آن‌ها انجام شد.

روش بررسی

این مطالعه کاربردی از نوع توصیفی-مقطعی بود که به وسیله پرسش از والدین بیماران مبتلا به تالاسمی ماژور بستری شده در بخش اطفال یک بیمارستان وابسته به دانشگاه علوم پزشکی سمنان، در سال ۱۳۹۳ صورت گرفت. در این مطالعه والدین کودکانی که به دلیل بیماری تالاسمی در بخش اطفال بستری شده بودند، به عنوان معیار ورود انتخاب گردیدند و سایر والدین بیماران از مطالعه خارج شدند. در این مطالعه از روش سرشماری استفاده شد؛ به طوری که تمام والدین (۵۳ نفر) بیماران مورد بررسی قرار گرفتند. ابزار مورد استفاده برای جمع‌آوری داده‌ها، پرسش‌نامه پژوهشگر ساخته بود که بر اساس جستجو در متون علمی و مقالات تهیه شد. پرسش‌نامه دارای دو بخش بود. بخش اول شامل اطلاعات دموگرافیک همچون نسبت با بیمار، سن، تحصیلات و شغل و بخش دوم شامل ۱۷ سؤال بود که ترجیحات والدین را در زمینه‌های متعدد از قبیل نحوه انتقال بیماری، مشکلات موجود، مراقبت، زمان اطلاع‌رسانی، اطلاع‌رسانی به والدین و نحوه اطلاع‌رسانی مورد بررسی قرار داد. در قسمت دوم پرسش‌نامه از افراد تحت مطالعه درخواست شد تا ترجیحات خود را در رابطه با سؤال مورد نظر، با استفاده از اعداد از ۱ تا ۴ اولویت‌بندی نمایند. در این مطالعه، اولویت‌ها امتیازبندی شد (اولویت اول = ۴، اولویت دوم = ۳، اولویت سوم = ۲ و اولویت چهارم = ۱).

به منظور تعیین روایی محتوا، پرسش‌نامه از لحاظ مناسبت و اعتبار توسط ۱۱ نفر از متخصصان بالینی مورد ارزیابی قرار گرفت و نظرات آن‌ها در پرسش‌نامه لحاظ گردید و در نهایت، دوباره بازنویسی شد. در پایان پرسش‌نامه شامل ۲۱ سؤال بود. به منظور تعیین پایایی، پرسش‌نامه بین ۱۵ نفر از والدین به عنوان پایلوت به صورت تصادفی توزیع گردید و ضریب Cronbach's alpha، ۰/۸۷ به دست آمد. افرادی که در پایلوت شرکت کرده بودند، از نمونه آماری خارج شدند. پس از تأیید کمیته اخلاق و با حضور پژوهشگر در محیط بالینی، آگاه‌سازی والدین در مورد هدف مطالعه، مختار بودن آن‌ها جهت شرکت در مطالعه و اطمینان از این که اطلاعات هویتی آن‌ها محرمانه خواهد ماند، پرسش‌نامه بین جامعه آماری توزیع و سپس جمع‌آوری گردید. پرسش‌نامه‌هایی که کمتر از ۵۰ درصد تکمیل شده بودند، دوباره بین والدین توزیع گردید و از آن‌ها درخواست شد تا پرسش‌نامه‌ها را به طور کامل تکمیل کنند. در صورت عدم همکاری والدین، آن پرسش‌نامه‌ها از مطالعه خارج می‌شدند. داده‌ها پس از جمع‌آوری با استفاده از آمار توصیفی و آزمون Friedman در نرم‌افزار SPSS نسخه ۱۹ (version 19, SPSS Inc., Chicago, IL) مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

یافته‌ها

در مطالعه حاضر، ۵۳ نفر از والدین مشارکت کردند که مشخصات دموگرافیک آن‌ها در جدول ۱ آرایه شده است.

بین ترجیحات والدین در کسب اطلاعات مانند مشکلات موجود در زمینه بیماری تالاسمی، در رابطه با مراقبت، زمان اطلاع‌رسانی و نحوه اطلاع‌رسانی

جدول ۲: ترجیحات والدین بیماران مبتلا به تالاسمی

P	میانگین \pm انحراف معیار	اولویت سوم				گزینه	نیازهای اطلاعاتی
		اولویت چهارم تعداد (درصد)	اولویت سوم تعداد (درصد)	اولویت دوم تعداد (درصد)	اولویت اول تعداد (درصد)		
۰/۱۳۱	۲/۵۶ \pm ۱/۰۸	۱۱ (۲۰/۸)	۱۴ (۲۶/۴)	۱۵ (۲۸/۳)	۱۳ (۲۵/۰)	به ارث رسیدن	نحوه انتقال بیماری
	۳/۰۵ \pm ۱/۰۲	۶ (۱۱/۳)	۸ (۱۵/۱)	۱۶ (۳۰/۲)	۴۰ (۷۵/۰)	اطلاع از روش پیشگیری از بیماری	مشکلات موجود در زمینه بیماری تالاسمی
۰/۰۰۱	۳/۰۹ \pm ۰/۸۳	۰ (۰)	۱۶ (۳۰/۲)	۱۶ (۳۰/۲)	۲۱ (۳۹/۶)	روانی	در رابطه با مراقبت
	۳/۳۲ \pm ۰/۷۲	۰ (۰)	۸ (۱۵/۱)	۲۰ (۳۷/۷)	۲۵ (۴۷/۲)	اقتصادی	
< ۰/۰۰۱	۲/۵۸ \pm ۰/۷۱	۰ (۰)	۲۹ (۵۴/۷)	۱۷ (۳۲/۱)	۷ (۱۳/۲)	رفاهی	عوارض دارویی دسفرال
	۲/۸۴ \pm ۰/۷۹	۰ (۰)	۲۱ (۳۹/۶)	۱۹ (۳۵/۸)	۱۳ (۲۴/۵)	رژیم غذایی مناسب	
< ۰/۰۰۱	۳/۵۲ \pm ۰/۵۷	۰ (۰)	۲ (۳/۸)	۲۱ (۳۹/۶)	۳۰ (۵۶/۶)	میزان فعالیت فرزند	قبل از ازدواج
	۲/۶۲ \pm ۰/۷۹	۰ (۰)	۳۰ (۵۶/۶)	۱۳ (۲۴/۵)	۱۰ (۱۸/۹)	قبل از بارداری	
۰/۳۳۶	۳/۷۹ \pm ۰/۴۰	۰ (۰)	۰ (۰)	۱۱ (۲۰/۸)	۴۲ (۷۹/۲)	پدر	اطلاع رسانی به والدین
	۳/۲۰ \pm ۰/۴۰	۰ (۰)	۰ (۰)	۴۲ (۷۹/۲)	۱۱ (۲۰/۸)	مادر	
۰/۰۰۱	۳/۵۶ \pm ۰/۵۰	۰ (۰)	۰ (۰)	۲۳ (۴۳/۴)	۳۰ (۵۶/۶)	رادیو و تلویزیون	نحوه اطلاع رسانی
	۳/۴۳ \pm ۰/۵۰	۰ (۰)	۰ (۰)	۳۰ (۵۶/۶)	۲۳ (۴۳/۴)	اینترنت	
	۳/۵۰ \pm ۱/۱۳	۱۳ (۲۴/۵)	۲ (۳/۸)	۱۱ (۲۰/۸)	۲۷ (۵۰/۹)	جراید	
	۳/۱۸ \pm ۱/۵۵	۲۷ (۵۱/۰)	۱۴ (۲۶/۴)	۶ (۱۱/۳)	۶ (۱۱/۳)	کادر بالینی	
	۲/۲۴ \pm ۱/۱۹	۲۱ (۳۹/۶)	۱۷ (۳۲/۱)	۱۲ (۲۲/۶)	۳ (۵/۷)	کتابچه	
۲/۸۶ \pm ۱/۲۵	۱۶ (۳۰/۲)	۱۱ (۲۰/۸)	۱۸ (۳۴/۰)	۸ (۱۵/۱)			
	۳/۱۸ \pm ۱/۵۹	۲۹ (۵۴/۷)	۹ (۱۷/۰)	۶ (۱۱/۳)		۹ (۱۷/۰)	

سلامت جامعه گردد.

بر اساس نتایج پژوهش حاضر، کسب اطلاعات از کادر بالینی، اولین ترجیحات تعداد معدودی از والدین بود. یافته‌های مطالعات متعدد بر خلاف این نتایج بود. این مطالعات نشان دادند که والدین بیماران، مهم‌ترین منابع اطلاعاتی را کادر بالینی انتخاب کرده‌اند (۲۱-۱۹). علت این تفاوت شاید عدم باور یا عدم آگاهی والدین به مسؤلیت کادر بالینی نسبت به بیماران باشد که منجر شده است اغلب والدین برای کسب دانش، منابع اطلاعات دیگری را ترجیح دهند؛ در حالی که کادر بالینی باید تلاش کنند تا والدین به این باور برسند که این کادر نسبت به نیازهای بیماران آگاهی بیشتری دارند و نسبت به واکنش‌ها و پاسخ‌های بیماران بیشتر نگران هستند (۲۲).

نتایج مطالعه حاضر برای طراحان سیستم‌های اطلاعات بالینی می‌تواند مفید باشد؛ به طوری که به هنگام طراحی سیستم اطلاعاتی برای این دسته از افراد جامعه، آن‌ها را از محتوای سیستم اطلاعاتی که بتواند اطلاعات مرتبط و مفیدی را در اختیار این والدین قرار دهد، مطلع سازد. ارایه اطلاعات مفید از طریق ارایه دهندگان مراقبت بهداشتی، رسانه‌ها و سیستم‌های اطلاعاتی بالینی منجر می‌شود تا این دسته از والدین مورد حمایت اجتماعی قرار گیرند. از سوی دیگر، یافته‌ها نشان داد که بیش از نیمی از والدین تحصیلات زیر دیپلم یا دیپلم داشتند. آگاهی از این واقعیت، اهمیت تدارک مؤثر اطلاعات از طریق توضیحات ساده که برای این سطح از افراد نیز مفید و قابل فهم باشد را نشان می‌دهد؛ به طوری که حمایت اطلاعاتی آن‌ها باعث می‌شود والدین بتوانند بیماری فرزند خود را بهتر مدیریت کنند و کیفیت زندگی آن‌ها را بهبود بخشند. همچنین، ارایه

نتایج حاکی از آن بود که کسب اطلاعات از طریق رادیو و تلویزیون از ترجیحات نیمی از جامعه آماری بود. پژوهش حاجیان (۱۶) نتایج مطالعه حاضر را تأیید می‌کند. وی دریافت که زوج‌ها در زمینه آگاهی از تالاسمی قبل از ازدواج، رادیو و تلویزیون را به عنوان منبع اصلی کسب اطلاعات بیان می‌نمایند (۱۶). اگرچه در حال حاضر در مراکز بهداشت، برنامه‌های منظم و مدونی برای زوج‌ها قبل از ازدواج وجود دارد، اما یافته‌ها بیانگر این است که والدین تمایل بسیار زیادی دارند که از یک روش راحت‌تر و از طریق رسانه‌های جمعی به عنوان رسانه‌های معتبر و به روز، اطلاعات مورد نیاز خود را کسب کنند. همچنین، برخی از والدین دریافت اطلاعات از طریق کتابچه را به عنوان اولویت بعدی خود قرار دادند. مطالعه کاهویی و همکاران نیز نشان داد، زنانی که تحت عمل جراحی قرار گرفته بودند، ترجیح می‌دادند که اطلاعات مراقبت‌های بعد از عمل را از طریق کتابچه دریافت کنند (۱۷). به نظر می‌رسد مزایای کتابچه از قبیل کم‌حجم بودن، قابل حمل بودن و امکان دسترسی در همه مکان‌ها والدین را به استفاده از این منبع اطلاعاتی سوق می‌دهد. مطالعه Nagler و همکاران نیز نشان داد که بیشتر بیماران خواستار دریافت اطلاعات به صورت کتابچه می‌باشند (۱۸).

اطلاعات از طریق اینترنت، اولین ترجیحات تعداد معدودی از والدین بود. یافته‌های مطالعه حاضر بیانگر عوامل بازدارنده در استفاده از اینترنت به عنوان یک منبع اطلاعات پزشکی رایج در بین والدین بود. از آنجایی که اطلاع‌رسانی نقش عمده و سازنده‌ای در کاهش بروز این بیماری دارد، گمان می‌رود استفاده از منابع اطلاعاتی متعدد جهت انتقال اطلاعات مفید به والدین، منجر به بهبود روند

کسب برخی اطلاعات در ارتباط با بیماری تالاسمی و نحوه انتقال آن، مشکلات موجود، زمان و نحوه اطلاع‌رسانی درباره این بیماری را در اولویت نیازها معرفی کردند. ارایه این نوع اطلاعات به والدین، از یک سو باعث می‌شود آن‌ها بتوانند بیماری فرزند خود را بهتر مدیریت کنند و کیفیت زندگی آن‌ها را بهبود بخشند و از سوی دیگر، خود بیماران احساس خواهند کرد که مورد حمایت قرار گرفته‌اند. نتایج مطالعه حاضر برای کارکنان بالینی و مراکز حمایتی نیز از آن رو قابل کاربرد است که می‌تواند به افزایش آگاهی در مورد نیازهای اطلاعاتی والدین، رفع مشکلات بیماران، اثربخشی بهتر آموزش به بیمار و ارتقای کیفیت خدمات درمانی منجر شود.

پیشنهادها

سلامت جامعه در گرو اطلاع‌رسانی صحیح به والدین در مورد ماهیت بیماری، پیشگیری، عوارض و مشکلات حاصل شده می‌باشد. از این رو، با آموزش مؤثر و کارآمد، می‌توان تعدادی از عوارض مربوط به بیماری‌ها را کاهش و توانایی مدیریت و خودنظم‌دهی رفتار بیماران را افزایش داد.

تشکر و قدردانی

بدین وسیله نویسندگان بر خود لازم می‌دانند از مشارکت و همکاری والدین محترم بیماران مبتلا به تالاسمی تشکر و قدردانی نماید.

اطلاعات به این دسته از افراد جامعه منجر می‌شود تا آن‌ها احساس کنند مورد حمایت قرار گرفته‌اند.

نتایج مطالعه حاضر باید با احتیاط تفسیر شوند؛ چرا که مطالعه حاضر با استفاده از یک پرسش‌نامه پژوهشگر ساخته انجام شد و مشکلات بالقوه‌ای مانند درک ضعیف سؤال‌ها و شاید روش پاسخ، نتایج مطالعه را تهدید می‌کند. با توجه به روایی و پایایی پرسش‌نامه، این مشکل تا حدی برطرف شد. همچنین، قابل تمهیم نبودن نتایج مطالعه به دلیل انجام آن در یک بیمارستان، از دیگر محدودیت‌های مطالعه بود. در هر حال، نتایج مطالعه حاضر با یافته‌های سایر مطالعات در این زمینه هم‌راستا بود. از سوی دیگر، طبیعت کمی این تحقیق، ظرفیت این مطالعه را محدود کرده است؛ به طوری که این مطالعه نتوانست به طور کامل تجربه‌های والدین را نسبت به نیازهای اطلاعاتی شناسایی کند. پژوهش‌های بیشتری باید انجام گیرد تا مشخص شود که آیا نیازهای اطلاعاتی ارضا نشده، می‌تواند استرس و اضطراب والدین را افزایش دهد؟ همچنین، مشخص شود که مؤثرترین روش‌ها جهت ارایه اطلاعات به والدین بیماران مبتلا به تالاسمی چیست و این که آن‌ها چگونه می‌توانند در ارتباط با نیازهای اطلاعاتی خود حمایت شوند.

نتیجه‌گیری

والدین بیماران مبتلا به تالاسمی ماژور به منظور مراقبت بهتر از فرزندان خود،

References

- Messina G, Colombo E, Cassinerio E, Ferri F, Curti R, Altamura C, et al. Psychosocial aspects and psychiatric disorders in young adult with thalassemia major. *Intern Emerg Med* 2008; 3(4): 339-43.
- Mayo-Wilson E, Imdad A, Herzer K, Yakoo MY, Bhutta ZA. Vitamin A supplementation for preventing morbidity and mortality in children from 6 months to 5 years of age. *Journal of Evidence-Based Medicine* 2011; 4(2): 141.
- Naderi M, Hormozi MR, Ashrafi M, Emamdadi A. Evaluation of mental health and related factors among patients with beta-thalassemia major in south east of Iran. *Iran J Psychiatry* 2012; 7(1): 47-51.
- Aydinok Y, Eremis S, Bukusoglu N, Yilmaz D, Solak U. Psychosocial implications of Thalassemia Major. *Pediatr Int* 2005; 47(1): 84-9.
- Simon A. Patient involvement and information preferences on hospital quality: results of an empirical analysis. *Unfallchirurg* 2011; 114(1): 73-8.
- Parsania Z, Ahmadi Z, Kazemzade F, Alaei S, Sayad Jou S, Kahouei M. Mental health and coping styles in families of epileptic patients in Iran. *The Social Sciences* 2012; 7(1): 130-3.
- Ali S, Sabih F, Jehan S, Anwar M, Javed S. Psychological distress and coping strategies among parents of beta-thalassemia major patients. *International Conference on Clean and Green Energy* 2012; 27(2012): 124-8.
- Yuan B. Outreach strategies for expanding health insurance coverage in children. *Journal of Evidence-Based Medicine* 2011; 4(1): 55.
- Ahmed S, Bekker H, Hewison J, Kinsey S. Thalassaemia carrier testing in Pakistani adults: behaviour, knowledge and attitudes. *Community Genet* 2002; 5(2): 120-7.
- Li D, Liao C, Li J, Xie X, Huang Y, Zhong H. Detection of alpha-thalassemia in beta-thalassemia carriers and prevention of Hb Bart's hydrops fetalis through prenatal screening. *Haematologica* 2006; 91(5): 649-51.
- Khaleghinejad K, Abbaspour Z, Afshari P, Attari Y, Rasekh A. Educational needs in premarital counseling: viewpoints of couples referring to health care centers in Mashhad. *Iran J Med Educ* 2009; 8(2): 247-53. [In Persian].
- Rao P, Pradhan PV, Shah H. Psychopathology and coping in parents of chronically ill children. *Indian J Pediatr* 2004; 71(8): 695-9.
- Astedt-Kurki P, Lehti K, Paunonen M, Paavilainen E. Family member as a hospital patient: sentiments and functioning of the family. *Int J Nurs Pract* 1999; 5(3): 155-63.
- Heaman DJ. Perceived stressors and coping strategies of parents who have children with developmental disabilities: a comparison of mothers with fathers. *J Pediatr Nurs* 1995; 10(5): 311-20.
- van Oers HA, Tacke CE, Haverman L, Kuipers IM, Maurice-Stam H, Kuijpers TW, et al. Health related quality of life and perceptions of child vulnerability among parents of children with a history of Kawasaki disease. *Acta Paediatr* 2014; 103(6): 671-7.

16. Hajian KO. Attitude and knowledge of couple about thalassemia at the stage of marriage in Babol. *J Guilan Univ Med Sci* 2000; 9(33-34): 103-10. [In Persian].
17. Kahouei M, Samadi F, Gazerani M, Mozafari Z. The prioritization of information needs related to health among women who had undergone surgery in obstetrics and gynecology department in hospitals of Semnan, Iran, 2012-2013. *Iran J Obstet Gynecol Infertil* 2013; 16(63): 8-15. [In Persian].
18. Nagler RH, Gray SW, Romantan A, Kelly BJ, de Michele A, Armstrong K, et al. Differences in information seeking among breast, prostate, and colorectal cancer patients: Results from a population-based survey. *Patient Education and Counseling* 2010; 81(Suppl 1): S54-S62.
19. Schuster MA, Duan N, Regalado M, Klein DJ. Anticipatory guidance: what information do parents receive? What information do they want? *Arch Pediatr Adolesc Med* 2000; 154(12): 1191-8.
20. Kilicarslan-Toruner E, Akgun-Citak E. Information-seeking behaviours and decision-making process of parents of children with cancer. *Eur J Oncol Nurs* 2013; 17(2): 176-83.
21. Knapp C, Madden V, Marcu M, Wang H, Curtis C, Sloyer P, et al. Information seeking behaviors of parents whose children have life-threatening illnesses. *Pediatr Blood Cancer* 2011; 56(5): 805-11.
22. Beaver K, Latif S, Williamson S, Procter D, Sheridan J, Heath J, et al. An exploratory study of the follow-up care needs of patients treated for colorectal cancer. *J Clin Nurs* 2010; 19(23-24): 3291-300.

A Study on the Preferences of Parents of Patients with Thalassemia Major in Obtaining Health Information

Mehdi Kahouei¹, Omid Najarioon², Nasim Ebrahimi³, Fatemeh Ahmadi-Takhorani³, Somayeh Haidari³

Original Article

Abstract

Introduction: Although many studies have been conducted on thalassemia from different aspects, none of them have yet identified the preferences of parents of patients with thalassemia major in receiving health information. Parents of these patients need appropriate and timely information to manage and resolve the problems of their children and family. This study aimed to identify the preferences of these parents in obtaining information to manage their children's health.

Methods: This was an applied, descriptive, and cross-sectional research. The study was conducted through interviews with the parents of patients with thalassemia major who were admitted to the pediatric ward of a hospital affiliated to Semnan University of Medical Sciences, Iran, in 2014. The data collection tool was a valid and reliable researcher-made questionnaire (Cronbach's alpha = 0.87). The data were analyzed using descriptive statistics and the Friedman test.

Results: According to the results, 39.6% of the parents reported obtaining information about mental health problems as their first priority, while 56.6% of the parents reported obtaining information about the side effects of Desferal as their first priority. In addition, 56.6% of the parents preferred that the information be given to the patients' father.

Conclusion: The results indicated the type of information parents prefer to obtain first. Informational support can help the parents better manage their children's illness. Transference of valuable knowledge through several information sources to the parents can lead to improvement of health in the society and parents feeling that they are socially supported.

Keywords: Parents; Thalassemia Major; Health Information

Received: 16 Aug, 2015

Accepted: 14 May, 2016

Citation: Kahouei M, Najarioon O, Ebrahimi N, Ahmadi-Takhorani F, Haidari S. **A Study on the Preferences of Parents of Patients with Thalassemia Major in Obtaining Health Information.** Health Inf Manage 2016; 13(2): 78-83

Article resulted from BSc thesis funded by Semnan University of Medical Sciences.

1- Associate Professor, Health Information Management, Social Determinants of Health Research Center, Department of Allied Medical Sciences, Semnan University of Medical Sciences, Semnan, Iran (Corresponding Author) Email: mkahouei@yahoo.com

2- Pediatrician, Velayat Hospital, Semnan University of Medical Sciences, Semnan, Iran

3- BSc Student, Health Information Technology, Student Research Committee, School of Nursing and Allied Medical Sciences, Semnan University of Medical Sciences, Semnan, Iran

ارزیابی کیفیت سیستم‌های خدمات سلامت همراه

محمد نقی‌زاده^۱، مه‌سیما کاظمی موحد^۲، سمانه صباغیان^۳، سهراب آقازاده^۳

مقاله پژوهشی

چکیده

مقدمه: با وجود اهمیت فراوان ارزیابی جامع سیستم‌های سلامت همراه به عنوان بخشی از خدمات نوین حوزه سلامت، بیشتر تحقیقات صورت گرفته بر ابعاد فنی ارزیابی این سیستم‌ها تمرکز داشته و سایر ابعاد را نادیده گرفته‌اند. هدف از انجام مطالعه حاضر، شناسایی و اولویت‌بندی ابعاد و شاخص‌های ارزیابی کیفیت خدمات سلامت همراه با در نظر گرفتن تمامی وجوه کلیدی مرتبط همچون ابعاد فنی، اطلاعاتی و تعاملی بود.

روش بررسی: این تحقیق از نظر هدف، کاربردی و از نظر روش، توصیفی بود. برای جمع‌آوری داده‌ها از پرسش‌نامه استفاده شد که روایی آن به تأیید خبرگان و استادان دانشگاه رسید. جامعه آماری تحقیق شامل متخصصان و فعالان حوزه ارزیابی کیفیت خدمات سلامت با تأکید بر سلامت همراه با بیش از سه سال سابقه فعالیت در این حوزه بود. با استفاده از روش نمونه‌گیری قضاوتی (غیر احتمالی هدفدار)، نمونه آماری به حجم ۲۸ نفر، تعیین و پرسش‌نامه‌ها میان آن‌ها توزیع شد. روایی محتوا با نظر پانل خبرگان و پایایی آن با محاسبه نرخ ناسازگاری کمتر از ۰/۱ مورد تأیید قرار گرفت. داده‌های آماری با استفاده از روش مقایسه زوجی در نرم‌افزار Expert Choice تجزیه و تحلیل گردید.

یافته‌ها: یافته‌های تحقیق نشان داد که بعد کیفیت تعامل، بیشترین اهمیت را در میان ابعاد ارزیابی کیفیت سیستم‌های سلامت همراه داشت. همچنین، شاخص‌های محرمانگی، مشتری‌محوری، پاسخگویی و خدمات پس از فروش، ثمربخشی، ایمنی و به موقع بودن به ترتیب دارای بیشترین اهمیت در میان شاخص‌ها بود.

نتیجه‌گیری: خدمات سلامت همراه را در بستری جدا از خدمات سلامت، تنها به عنوان یک نرم‌افزار و ابزار فن‌آوری اطلاعات نباید مورد توجه قرار داد. موفقیت یک خدمت مبتنی بر سلامت همراه، در ابتدا وابسته به کیفیت شاخص‌های عمومی خدمات سلامت مانند محرمانگی، مشتری‌محوری و پاسخگویی است و سپس کیفیت شاخص‌های مربوط به سیستم نرم‌افزاری، مورد نظر قرار می‌گیرد. از این‌رو، در توسعه خدمات سلامت همراه باید گروه‌های مختلف ذی‌نفع حضور فعال داشته باشند تا همه ملاحظات به صورت جامع در نظر گرفته شود.

واژه‌های کلیدی: سلامت همراه؛ تحلیل سلسله مراتبی؛ ارزیابی کیفیت

پذیرش مقاله: ۱۳۹۵/۳/۴

اصلاح نهایی: ۱۳۹۵/۱/۱۹

دریافت مقاله: ۱۳۹۴/۹/۲۸

ارجاع: نقی‌زاده محمد، کاظمی موحد مه‌سیما، صباغیان سمانه، آقازاده سهراب. **ارزیابی کیفیت سیستم‌های خدمات سلامت همراه.** مدیریت اطلاعات سلامت ۱۳۹۵؛ ۱۳ (۲): ۸۹-۸۴

با توجه به این که اطلاعات نادرست و ناکافی می‌تواند سبب بروز صدمات قابل توجهی در بیماران و مصرف‌کنندگان خدمات بهداشتی و درمانی شود (۸)، موضوع کیفیت این سیستم‌ها و لزوم وجود استانداردهای ملی و بین‌المللی در این زمینه در کانون توجه محققان و سیاست‌گذاران قرار گرفته است (۹). در کشور ما نیز با افزایش دسترسی به سیستم‌ها و نرم‌افزارهای همراه آرایه‌کننده خدمات سلامت، ضرورت توجه به ساختار و محتوای چنین خدماتی از اهمیت بیشتری برخوردار شده است (۱۰). نکته قابل ذکر این است که عمده تحقیقات مرتبط با ارزیابی سیستم‌های سلامت همراه، تمرکز خود را بر بخشی از ابعاد (اغلب ابعاد فنی) این سیستم‌ها معطوف نموده و توجه زیادی به سایر جنبه‌ها نداشته‌اند. به عنوان مثال،

مقدمه

گسترش شبکه‌های ارتباطی، رشد فزاینده کاربران تلفن همراه و نوآوری‌های مرتبط با آن، در توسعه و بهبود خدمات پزشکی تأثیر بسزایی داشته‌اند (۱). قابلیت‌های منحصر به فردی همچون امکان آرایه خدمات بهداشتی و درمانی با هزینه مناسب در هر مکان و زمان، منجر به توسعه مفهوم جدیدی با عنوان سلامت همراه شده است (۳، ۲). سلامت همراه، با افزایش سهم دسترسی به مراقبت‌های بهداشتی در کشورهای در حال توسعه، موجب بهبود کارایی و کاهش هزینه‌های مربوط می‌گردد (۴). سلامت همراه با آرایه سرویس‌های هدفمند، بدون توقف، به موقع و تعاملی (۲)، موجب ارتقای سطح خودمراقبتی و کاهش تعداد مراجعه‌کنندگان به پزشک می‌شود (۵). مهم‌ترین حوزه‌های کاربرد سلامت همراه شامل ارتقای مدیریت و تصمیم‌گیری توسط متخصصان مراقبت‌های بهداشتی، جمع‌آوری داده‌های بدون توقف و مبتنی بر مکان، تأمین مراقبت‌های بهداشتی برای مناطق دور افتاده، تبادل دانش میان متخصصان، ترویج بهداشت عمومی، بهبود پاسخگویی و خودمراقبتی بیماران می‌باشد (۶). با وجود فواید فراوان این سیستم‌ها، مقوله کیفیت و ارزیابی آن مانند سایر خدمات بهداشتی از اهمیت بسیاری برخوردار است. عدم توجه به ارزیابی کیفیت خدمات سلامت همراه، موجب نارضایتی کاربران، کاهش سودمندی این سیستم‌ها و افزایش هزینه‌های ناشی از خطاهای احتمالی خواهد شد (۷).

مقاله حاصل تحقیق مستقل بدون حمایت مالی و سازمانی است.

۱- استادیار، مدیریت تکنولوژی، گروه مدیریت صنعتی، دانشکده مدیریت و حسابداری، دانشگاه علامه طباطبائی، تهران، ایران (نویسنده مسؤل)

Email: m.naghizadeh@atu.ac.ir

۲- کارشناس ارشد، مدیریت فن‌آوری اطلاعات، دانشکده مدیریت و حسابداری، دانشگاه علامه طباطبائی، تهران، ایران

۳- کارشناس ارشد، مدیریت تکنولوژی، دانشکده مدیریت و حسابداری، دانشگاه علامه طباطبائی، تهران، ایران

نامطلوب ناشی از عدم درمان در زمان مناسب)، در نظر می‌گیرد (۱۴). O'Kane نیز ارزیابی کیفیت مراقبت‌های بهداشتی را در سه بعد فرایندهای درمان، نتایج درمان و تجربه بیمار از درمان طبقه‌بندی کرده است (۱۵). با توجه به موارد بیان شده و لزوم توجه به همه ابعاد مؤثر در ارزیابی کیفیت سیستم‌های سلامت همراه (اعم از ابعاد عمومی مرتبط با خدمات سلامت و بعد فنی)، این مطالعه به صورت جامع و نظام‌مند به شناسایی و اولویت‌بندی شاخص‌های ارزیابی کیفیت سیستم‌های سلامت همراه در ایران پرداخت.

روش بررسی

تحقیق حاضر از نظر هدف، کاربردی و از نظر روش، توصیفی بود که به صورت مقطعی و با استفاده از تکنیک تحلیل سلسله مراتبی انجام شد. مراحل انجام تحقیق به این صورت بود که در ابتدا جهت درک کامل از مفهوم کیفیت خدمات سلامت همراه، مطالعات کتابخانه‌ای، جستجوی گسترده اینترنتی و مصاحبه‌های اکتشافی با ۳ نفر از خبرگان حوزه خدمات سلامت انجام شد. این مصاحبه‌ها به صورت نیمه ساختار یافته شامل سوالات باز و بسته بود و هدف از این مصاحبه‌ها، شناخت کامل‌تر تیم تحقیق از مکانیزم‌ها، شاخص‌های ارزیابی خدمات سلامت و به طور خاص سلامت همراه و ملاحظات آن بود (۱۶). تمام مصاحبه‌ها ضبط و پیاده‌سازی شد و دوباره در اختیار مصاحبه‌شوندگان جهت تأیید قرار گرفت. تعداد سه مصاحبه انجام شد که دو مصاحبه با خبرگان فعال در حوزه سیاست‌گذاری ارزیابی خدمات سلامت و به طور خاص سلامت همراه در سازمان نظام پزشکی، وزارت بهداشت و یک مصاحبه با یکی از توسعه‌دهندگان سیستم‌های سلامت همراه صورت گرفت. در مرحله دوم، بر اساس مطالعات صورت گرفته، مجموعه‌ای از سنجه‌ها در قالب سه بعد توسعه داده شد که در پایان بر پایه آن، پرسش‌نامه مورد نظر مطابق با هدف تحقیق استخراج گردید (جدول ۱).

Brown و همکاران با تمرکز بر ابعاد فن‌آوری اطلاعات، به ارایه مدل ارزیابی قابلیت استفاده فن‌آوری اطلاعات در حوزه سلامت پرداختند که بر دو گروه مفاهیم عینی (سودمندی و کارایی) و ذهنی (میزان آسانی و سودمندی درک شده) تأکید دارد (۷). همچنین، Akter و همکاران ابعاد کیفیت سلامت همراه را در سه بعد کیفیت سیستم، کیفیت تعامل و کیفیت اطلاعات طبقه‌بندی نمودند و شاخص‌هایی نظیر اعتبار سیستم، اعتماد و سودمندی سیستم را نام بردند (۲). در رویکردی مشابه، Delone و Mclean ابعاد کیفیت خدمت سلامت همراه را در سه بعد کیفیت سیستم (شامل آسانی در استفاده و یادگیری، امنیت، زمان پاسخگویی، سودمندی، پردازش داده، پشتیبانی فنی و قابلیت ارتباط)، کیفیت اطلاعات (شامل درستی، ضرورت، مرتبط و به روز بودن) و خدمات (شامل قابلیت اطمینان، پشتیبانی سیستم، پاسخگویی سریع، پشتیبانی فنی و آموزشی، خدمات مستمر) طبقه‌بندی کردند (۱۱).

نکته قابل ملاحظه در بیشتر این تحقیقات، عدم توجه به شاخص‌های عمومی کیفیت خدمات سلامت است. بر اساس گزارش سازمان جهانی بهداشت، ابعاد اصلی کیفیت خدمات سلامت شامل ایمنی، اثربخشی، مشتری محوری، به موقع بودن، کارایی و منصفانه بودن است (۱۲). Hurst و Kelley راجح‌ترین شاخص‌های ارزیابی کیفیت مراقبت‌های بهداشتی را شامل کارایی، عدم خطا، حداکثر استفاده از منابع، پاسخگویی، بیمار محوری، رضایت بیمار از درمان و تعاملات، استفاده آسان و انصاف به منظور آرایه و توزیع خدمات به صورت عادلانه دانسته‌اند (۱۳). همچنین، Mainz شاخص‌های ارزیابی کیفیت خدمات درمانی را در سه بعد ساختار (شامل نوع و مقدار منابع استفاده شده، تعداد کارکنان، بودجه و تجهیزات مورد نیاز)، فرایند (شامل اقدامات لازم جهت دستیابی به اهداف درمانی و ارزیابی اقدامات صورت گرفته) و نتیجه (شامل پیامدهای درمان و اثر فرایند درمانی بر سلامت بیمار، رضایت بیمار و نتایج

جدول ۱: شاخص‌های به کار رفته در ابعاد پرسش‌نامه ارزیابی کیفیت خدمات سلامت همراه

بعد کیفیت نتایج	
میزان عدم آسیب و عوارض جانبی ناشی از آرایه خدمت	ایمنی (۱۲)
میزان سودمندی خدمت مورد نظر و آرایه بر اساس بهترین گواهی و مدارک علمی	اثربخشی (۱۲)
آرایه خدمت در زمان مورد نیاز و عدم تأخیر	به موقع بودن (۱۲)
میزان تعادل بین هزینه و خدمت آرایه شده، بی‌فایده و تکراری نبودن	کارایی (۱۲)
میزان حس مثبت و محرک ایجاد شده جهت استفاده از خدمت	مزایای هیجان‌انگیز و محرک (۲)
بعد کیفیت تعامل	
تمایل به کمک و آرایه خدمات پیشرفته به مشتری، توجه به نیازها، انعطاف‌پذیری و بررسی شکایات و آرایه خدمات سریع	پاسخگویی و خدمات پس از فروش (۱۷)
قابلیت اعتماد به سیستم در حفظ اطلاعات شخصی دریافت‌کننده خدمت	حفظ محرمانگی اطلاعات دریافت‌کننده خدمت - محرمانگی (۲)
آرایه خدمات درمانی با کیفیت ثابت برای گروه‌های مختلف با قومیت‌ها، جنسیت و وضعیت درآمدی متفاوت	منصفانه بودن (۱۲)
در نظر گرفتن ترجیحات شخصی و ارزش‌های فردی دریافت‌کنندگان خدمت در تصمیم‌ها و در مرکز توجه بودن نیازهای آن‌ها	مشتری محوری - بیمار محوری (۱۲)
بعد کیفیت سیستم	
حفاظت از اطلاعات و کنترل حریم خصوصی بیمار، امنیت استفاده از منابع شبکه در مورد اطلاعاتی که در اختیار سیستم قرار داده می‌شود و جلوگیری از مخدوش یا گم شدن اطلاعات	امنیت اطلاعات (۱۱)
تعهد و اعتماد به سیستم جهت آرایه خدمات به صورت مستمر و پیوسته	قابلیت اطمینان (۱۷)
آسانی استفاده از خدمت از منظر کاربران	آسانی در استفاده (۱۸)
حسن شهرت و اعتبار آرایه دهنده خدمت	اعتبار (۱۷)
کیفیت فنی و پشتیبانی سیستم نرم‌افزاری مورد استفاده	کیفیت فنی (۱۸)
هم‌راستایی خدمت مورد نظر با خط‌مشی‌ها، قوانین و مقررات حاکم بر جامعه	همگرایی با قوانین و خط‌مشی‌های حکومتی (۱۱)

جدول ۲: نتایج حاصل از مقایسات زوجی میان ابعاد

ابعاد	بعد کیفیت نتایج	بعد کیفیت تعامل	بعد کیفیت سیستم	وزن نرمال سازی شده	رتبه نهایی
کیفیت نتایج	۱	۱/۱۱۶۰۱	۲/۸۱۲۴۸	۰/۴۱۲	۲
کیفیت تعامل		۱	۲/۶۰۴۰۰	۰/۴۳۲	۱
کیفیت سیستم			۱	۰/۱۵۶	۳

نرخ ناسازگاری در پرسش‌نامه‌های مخصوص مقایسه‌های زوجی، مشابه سازگاری درونی است که اغلب با استفاده از ضریب Cronbach's alpha در پرسش‌نامه‌های با طیف لیکرت مورد ارزیابی قرار می‌گیرد (۲۰). لازم به ذکر است که برای انجام تحلیل سلسله مراتبی، از نرم‌افزار Expert Choice نسخه ۱۱/۱ استفاده شد.

یافته‌ها

در چارچوب پیشنهاد شده، سه بعد اصلی کیفیت نتایج، کیفیت تعامل و کیفیت سیستم وجود داشت که بعد کیفیت نتایج دارای ۵ شاخص، بعد کیفیت تعامل دارای ۴ شاخص و بعد کیفیت سیستم دارای ۶ شاخص بود. تحلیل سلسله مراتبی فوق در دو سطح ابعاد (سطح ۱) و شاخص‌های زیرمجموعه هر بعد (سطح ۲) صورت پذیرفت. در سطح اول نتایج به دست آمده از مقایسه‌های زوجی میان ابعاد، وزن نرمال سازی شده و رتبه هر یک از ابعاد در جدول ۲ نمایش داده شده است. نرخ ناسازگاری در این سطح ۰/۰۰۵ بود.

در میان ابعاد سه‌گانه، بعد کیفیت تعامل بالاترین اهمیت و بعدهای کیفیت نتایج و کیفیت سیستم رتبه‌های بعدی را به خود اختصاص دادند. نتایج مربوط به مقایسه شاخص‌های هر بعد در سطح دوم در جداول ۳-۵ ارائه شده است. لازم به ذکر است که نرخ ناسازگاری در بعد کیفیت خروجی، کیفیت تعامل و کیفیت سیستم به ترتیب ۰/۰۳، ۰/۰۲ و ۰/۰۳ بود.

در بعد کیفیت تعامل، مهم‌ترین شاخص محرمانگی و سپس منصفانه بودن تشخیص داده شد.

در بعد کیفیت، سه شاخص ثمربخشی، ایمنی و به موقع بودن نسبت به سایر شاخص‌ها از اهمیت بیشتری برخوردار بود. در بعد کیفیت سیستم نیز ابعاد اعتبار، آسانی در استفاده و قابلیت اطمینان اهمیت بالاتری داشت.

سپس، بر اساس وزن‌های به دست آمده برای ابعاد و همچنین، شاخص‌های زیرمجموعه هر بعد، اولویت شاخص‌ها جهت ارزیابی کیفیت سیستم‌های سلامت همراه در جدول ۶ ارائه شده است.

جامعه آماری تحقیق شامل متخصصان و فعالان حوزه ارزیابی کیفیت خدمات سلامت با تأکید بر سلامت همراه با بیش از سه سال سابقه فعال در این حوزه بود. این افراد دارای سابقه فعالیت سیاست‌گذاری، اجرایی یا تحقیقاتی در زمینه ارزیابی کیفیت خدمات سلامت در مراکز خدمات بهداشتی و درمانی بودند و از سه مجموعه وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، سازمان نظام پزشکی و تأمین کنندگان خدمات سلامت الکترونیک و همراه انتخاب شدند. روش نمونه‌گیری مطالعه از نوع قضاوتی (غیر احتمالی هدفدار) بود. در این نوع نمونه‌گیری، افرادی برای نمونه انتخاب شدند که برای ارائه اطلاعات مورد نیاز در بهترین موقعیت قرار داشتند. با توجه به تخصصی بودن حوزه ارزیابی کیفیت خدمات سلامت، نمونه انتخاب شده، جمعی از متخصصان حوزه ارزیابی کیفیت خدمات سلامت (۲۸ نفر) بودند که به صورت گلوله برفی انتخاب شدند. دلیل انتخاب این نمونه‌ها به عنوان نمونه تحقیق، سابقه و تجربه به نسبت قابل قبول این افراد در مباحث مربوط بود (۱۹).

پس از تکمیل پرسش‌نامه‌ها به صورت حضوری، ۲۶ پرسش‌نامه جهت تحلیل مورد تأیید قرار گرفت. جهت تحلیل داده‌ها از روش تحلیل سلسله مراتبی استفاده گردید. به کارگیری این روش مستلزم چهار گام مدل‌سازی، قضاوت ترجیحی (مقایسات زوجی)، محاسبات وزن‌های نسبی و ادغام وزن‌های نسبی بود (۲۰). برای ارزیابی روایی محتوا سعی شد که پس از انجام مطالعه مقدماتی پیرامون موضوع مورد بررسی با مشورت و مصاحبه با متخصصان، پرسش‌نامه‌هایی طراحی گردد که از روایی کافی برخوردار باشد و این پرسش‌نامه به تأیید پانل خبرگان تحقیق (شامل یک عضو هیأت علمی دانشگاه در حوزه مدیریت فن‌آوری، یک مدیر فعال در حوزه سیاست‌گذاری توسعه و ارزیابی خدمات سلامت، یکی از خبرگان توسعه سیستم‌های سلامت و یک خبره در زمینه روش تحقیق و طراحی پرسش‌نامه) رسید.

جهت محاسبه پایایی در مقایسه‌های زوجی از نرخ ناسازگاری استفاده می‌شود. نرخ ناسازگاری نشان می‌دهد که تا چه حد می‌توان به اولویت‌های حاصل از مقایسه‌ها اعتماد کرد. اگر نرخ ناسازگاری کمتر از ۰/۱۰ باشد، سازگاری مقایسه‌ها قابل قبول است و در غیر این صورت مقایسه‌ها باید تجدید نظر شود.

جدول ۳: نتایج حاصل از مقایسه‌های زوجی بعد کیفیت تعامل

شاخص‌های بعد کیفیت تعامل	پاسخگویی و خدمات پس از فروش	محرمانگی	منصفانه بودن	مشتري محوري	وزن نرمال سازی شده	رتبه نهایی
پاسخگویی و خدمات پس از فروش	۱	۱/۰۶۰۳۸	۰/۶۸۵۰۰	۱/۵۵۶۶۰	۰/۲۵۰	۳
محرمانگی		۱	۱/۳۳۲۲۹	۱/۸۷۹۲۲	۰/۳۰۱	۱
منصفانه بودن			۱	۱/۹۶۶۱۳	۰/۲۹۴	۲
مشتري محوري				۱	۰/۱۵۵	۴

جدول ۴: نتایج حاصل از مقایسه‌های زوجی بعد کیفیت نتایج

شاخص‌های بعد کیفیت نتایج	ایمنی	ثمربخشی	به موقع بودن	کارایی	مزایای هیجان‌انگیز	وزن نرمال سازی شده	رتبه نهایی
ایمنی	۱	۱/۰۲۶۲۲	۱/۳۹۳۹۱	۰/۹۶۱۰	۳/۰۴۱۴	۰/۲۴۶	۲
ثمربخشی		۱	۱/۲۳۱۶۰	۱/۶۲۸۶	۲/۹۴۷۹	۰/۲۵۷	۱
به موقع بودن			۱	۲/۳۷۵۱	۲/۴۷۵۳	۰/۲۴۲	۳
کارایی				۱	۲/۴۵۵۷	۰/۱۷۲	۴
مزایای هیجان‌انگیز و محرک					۱	۰/۰۸۲	۵

جدول ۵: نتایج حاصل از مقایسه‌های زوجی بعد کیفیت سیستم

شاخص‌های بعد کیفیت سیستم	امنیت اطلاعات	قابلیت اطمینان	آسانی در استفاده	اعتبار	کیفیت فنی	همگرایی با قوانین	وزن نرمال سازی شده	رتبه نهایی
امنیت اطلاعات	۱	۰/۶۳۰۱	۰/۷۹۱۰۰۰	۰/۵۹۰۳	۱/۸۰۶۸۱	۲/۱۸۲۶۰	۰/۱۶۴	۴
قابلیت اطمینان		۱	۱/۰۶۶۷۳۵	۰/۷۵۶۰	۱/۸۶۸۱۲	۱/۴۳۴۶۰	۰/۱۹۶	۳
آسانی در استفاده			۱	۰/۷۶۰۰	۲/۰۴۴۹۳	۲/۰۳۲۸۶	۰/۱۹۶	۲
اعتبار				۱	۱/۳۴۰۲۰	۱/۹۱۷۱۱	۰/۲۲۲	۱
کیفیت فنی					۱	۲/۲۳۹۸۸	۰/۱۲۹	۵
همگرایی با قوانین و خط‌مشی‌های حکومتی						۱	۰/۰۹۳	۶

جدول ۶: اولویت‌بندی شاخص‌های ارزیابی کیفیت سیستم‌های

سلامت همراه

شاخص‌ها	وزن	اولویت‌بندی
محرمانگی	۰/۱۳۰۰۳۲	۱
مشتری محوری (بیمار محوری)	۰/۱۲۷۰۰۸	۲
پاسخگویی و خدمات پس از فروش	۰/۱۰۸۰۰۰	۳
ثمربخشی	۰/۱۰۵۸۸۴	۴
ایمنی	۰/۱۰۱۳۵۲	۵
به موقع بودن	۰/۰۹۹۷۰۴	۶
کارایی	۰/۰۷۱۲۷۶	۷
منصفانه بودن	۰/۰۶۶۹۶۰	۸
اعتبار	۰/۰۳۴۶۳۲	۹
مزایای هیجان‌انگیز و محرک	۰/۰۳۳۷۸۴	۱۰
قابلیت اطمینان	۰/۰۳۰۵۷۶	۱۱
آسانی در استفاده	۰/۰۳۰۵۷۶	۱۲
امنیت اطلاعات	۰/۰۲۵۵۸۴	۱۳
کیفیت فنی	۰/۰۲۰۱۲۴	۱۴
همگرایی با قوانین و خط‌مشی‌های حکومتی	۰/۰۱۴۵۰۸	۱۵

بحث

در خصوص ارزیابی سیستم‌های سلامت همراه، تحقیقات دیگری نیز انجام شده است. اهمیت بالایی بعد کیفیت تعامل در گزارش‌های سازمان‌های بین‌المللی مانند سازمان بهداشت جهانی نیز مورد توجه است که نشان دهنده اهمیت تعامل

میان ارایه دهندگان و دریافت کنندگان خدمات بهداشتی و درمانی در ارزیابی کیفیت خدمات سلامت همراه است (۱۲). Akter و همکاران نیز در تحقیقی بر اهمیت بالای این بعد تأکید کردند (۲). در تحقیقی که بر روی ۱۵۰۰ نرم‌افزار سلامت همراه انجام گردید، بر نقش کلیدی ابعاد تعامل، کارکرد، زیبایی‌شناسی و اطلاعات تأکید شد (۲۱). Brown و همکاران نیز عواملی همچون سرعت عملکرد و نیازهای اطلاعاتی را به عنوان مهم‌ترین شاخص‌ها معرفی کردند (۷). نتایج پژوهش حاضر نشان داد که بعد کیفیت تعامل مهم‌ترین بعد و شاخص‌های محرمانگی، مشتری محوری، پاسخگویی و خدمات پس از فروش، ثمربخشی، ایمنی و به موقع بودن به ترتیب مهم‌ترین شاخص‌ها جهت ارزیابی کیفیت سیستم‌های سلامت همراه هستند. اهمیت بالایی کیفیت تعامل در همگرایی با یافته‌های تحقیقات مختلفی (۲۱، ۱۲، ۲) است، اما اهمیت بالایی شاخص محرمانگی با یافته‌های سایر تحقیقات متفاوت است که شاید منعکس کننده نگرانی‌های موجود در زمینه رعایت اخلاق حرفه‌ای و نشر اطلاعات در ایران است. چهار شاخص دیگر دارای اولویت در تحقیق حاضر شامل مشتری‌مداری، ثمربخشی، ایمنی و به موقع بودن است که همگرا با گزارش‌های سازمان‌های بین‌المللی حوزه سلامت می‌باشد (۱۲). این شاخص‌ها در تحقیقاتی که تنها با رویکرد فنی به مقوله ارزیابی سیستم‌های سلامت همراه نگریسته، مورد توجه کامل قرار نگرفته‌اند. یافته‌های مطالعه حاضر نشان می‌دهد که شاخص‌های کلیدی در ارزیابی کیفیت خدمات سلامت همراه دارای همپوشانی زیادی با شاخص‌های کلیدی ارزیابی سایر خدمات سلامت می‌باشد.

نتیجه‌گیری

اهمیت بالاتر بعد کیفیت تعامل و کیفیت نتایج در برابر بعد کیفیت سیستم نشان می‌دهد که نمی‌توان خدمات سلامت همراه را در بستری جدا از سایر خدمات

و ایمنی داشته باشند. ترغیب نهادهای معتبر ارایه دهنده خدمات سلامت جهت ورود به توسعه سیستم‌های سلامت همراه و یا مشارکت آن‌ها با ارایه دهندگان خدمات فن‌آوری اطلاعات، می‌تواند بخشی از چالش‌های مربوط به کیفیت خدمات سلامت همراه در کشور را مرتفع سازد. همچنین، توسعه بسترهای آموزشی میان رشته‌ای با تأکید بر همگرایی و تسهیم دانش میان بازیگران مختلف در حوزه خدمات سلامت، فن‌آوری اطلاعات و حوزه‌های اقتصادی، می‌تواند سبب ارتقای کیفیت سیستم‌های سلامت همراه در ایران شود.

تشکر و قدردانی

از کلیه مدیران و کارکنان محترم وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، سازمان نظام پزشکی، تأمین کنندگان خدمات سلامت همراه و متخصصان حوزه ارزیابی کیفیت خدمات سلامت که در توزیع و جمع‌آوری پرسش‌نامه‌ها، همکاری و مساعدت لازم را با محققان داشته‌اند، تشکر و قدردانی به عمل می‌آید.

سلامت و تنها به عنوان یک ابزار فن‌آوری اطلاعات مورد ارزیابی قرار داد. از این‌رو، ضروری است تا برای ارزیابی کیفیت این سیستم‌ها، مجموعه‌ای از شاخص‌ها اعم از شاخص‌های فن‌آوری اطلاعات و شاخص‌های عمومی ارایه خدمات سلامت مورد توجه قرار گیرد. لازم است تا رویکرد جامعی در ارزیابی کیفیت سیستم‌های سلامت همراه اتخاذ شود؛ به طوری که ویژگی‌هایی همچون محرمانگی، مشتری محوری، پاسخگویی و خدمات پس از فروش، ثمربخشی، ایمنی و به موقع بودن محقق ارتقا یابد تا با توجه به نتایج تحقیق حاضر، کیفیت سیستم‌های سلامت همراه در ایران بهبود یابد.

پیشنهادها

جهت ارتقای کیفیت سیستم‌های سلامت همراه پیشنهاد می‌شود تا ارایه دهندگان این سیستم‌ها، توجه بیشتری به شاخص‌های عمومی ارایه خدمات سلامت مانند ایجاد اعتماد نسبت به محرمانگی اطلاعات کاربران، بیمار محوری

References

- Lemaire J. Scaling up Mobile Health: Elements necessary for the successful scale up of mHealth in developing countries [Online]. [cited 2011 Dec]; Available from: URL: https://www.k4health.org/sites/default/files/ADA_mHealth%20White%20Paper.pdf
- Akter S, D'Ambra J, Ray P. Development and validation of an instrument to measure user perceived service quality of mHealth. *Information & Management* 2013; 50(4): 181-95.
- Liravi M, Shahbahrami A. Priority of mobile health applications and its infrastructures. *Journal of Information Technology Management* 2015; 7(23): 407-28. [In Persian].
- The Boston Consulting Group. The socio-economic impact of mobile health [Online]. [cited 2012 Apr]; Available from: URL: <https://www.telenor.com/wp-content/uploads/2012/05/BCG-Telenor-Mobile-Health-Report-May-20121.pdf>
- Kumar S, Nilsen WJ, Abernethy A, Atienza A, Patrick K, Pavel M, et al. Mobile health technology evaluation: the mHealth evidence workshop. *Am J Prev Med* 2013; 45(2): 228-36.
- Kamsu-Foguem B, Foguem C. Telemedicine and mobile health with integrative medicine in developing countries. *Health Policy and Technology* 2014; 3(4): 264-71.
- Brown W, Yen PY, Rojas M, Schnall R. Assessment of the health IT usability evaluation model (Health-ITUEM) for evaluating mobile health (mHealth) technology. *J Biomed Inform* 2013; 46(6): 1080-7.
- Herrick DM, Gorman L, Goodman JC. Health information technology: benefits and problems [Online]. [cited 2010 Apr]; Available from: URL: <http://www.ncpa.org/pdfs/st327.pdf>
- Anderson J, McKemmish S, Manaszewicz R. Quality criteria models used to evaluate health websites. *Proceedings of the 10th Asia Pacific Special Health and Law Librarians Conference*, 2003 Aug 24-27; Clayton, VIC.
- Rigby M, Forsstrom J, Roberts R, Wyatt J. Verifying quality and safety in health informatics services. *BMJ* 2001; 323(7312): 552-6.
- DeLone WH, McLean ER. The DeLone and McLean model of information systems success: a ten-year update. *Journal of Management Information Systems* 2003; 19(4): 9-30.
- World Health Organization. *Quality of care: a process for making strategic choices in health systems*. Geneva, Switzerland: World Health Organization; 2006.
- Kelley E, Hurst J. Health care quality indicators project [Online]. [cited 2006 Mar]; Available from: URL: http://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/health-care-quality-indicators-project_440134737301
- Mainz J. Defining and classifying clinical indicators for quality improvement. *Int J Qual Health Care* 2003; 15(6): 523-30.
- O'Kane ME. The essential guide to health care quality [Online]. [cited 2007]. Available from: URL: http://www.ncqa.org/portals/0/publications/resource%20library/ncqa_primer_web.pdf
- Raymond Q, van Campenhout L. *Research methods in the social sciences*. Trans. Nikgozar A. Tehran, Iran: Totia Publications; 2005. [In Persian].
- Zeithaml VA. *Delivering quality service*. New York, NY: Simon and Schuster; 2010.
- Meigounpoory M, Sajadi S, Danehzan I. Conceptualization of the factors affecting the quality of mobile health services of active SMEs in healthcare system. *International Journal of Management, Accounting & Economics* 2014; 1(4): 311.
- Sekaran U, Bougie R. *Research methods for business: a skill building approach*. Hoboken, NJ: John Wiley & Sons; 2010.
- Saaty TL. *The analytic hierarchy process: planning, priority setting, resource allocation*. New York, NY: McGraw-Hill; 1980.
- Eysenbach G. Mobile app rating scale: a new tool for assessing the quality of health mobile apps. *JMIR Mhealth Uhealth* 2015; 3(1): e27.

Quality Evaluation of Mobile Health Systems

Mohammad Naghizadeh¹, Mahsima Kazemi-Movahed², Samaneh Sabaghian², Sohrab Aghazadeh³

Original Article

Abstract

Introduction: Despite the great importance of comprehensive evaluation of mobile health services, as a part of novel health services, most researches have only focused on the evaluation of the technical aspects and have neglected other aspects of these services. The main objective of this study was the identification and prioritization of the indicators and dimensions of mobile health systems' quality by considering all critical aspects including technical, information, and interactive dimensions.

Methods: This applied and descriptive study was conducted through survey method. A questionnaire was used to collect data the validity of which was confirmed by academic experts. The statistical population of the study included experts of health services quality evaluation with emphasis on mobile health with more than 3 years of experience in this field. Using judgmental sampling (non-probability purposive sampling), 28 subjects were selected and questionnaires were distributed among them. The content validity of the scale was confirmed by experts and its reliability was approved through calculation of inconsistency rate for all pairwise comparison matrixes (less than 0.1). The collected data were analyzed using the analytic hierarchy process in Expert Choice Software.

Results: The interaction quality dimension was the most important among the dimensions of quality assessment of mobile health services. In addition, the indicators of privacy, effectiveness, safety, real-time performance, accountability, after-sales service, and patient-centered services were respectively, the most important quality indicators.

Conclusion: It is necessary to study mobile health services in the context of other health services and not just simply as software. The success of a mobile health system is based, first, on the quality of general health service indicators such as accountability, patient-centered services, and privacy, and then, on the quality of software system indicators. Therefore, it is necessary for all stakeholders to be involved in the process of designing a mobile health service in order to improve the chances of success.

Keywords: Mobile Health; Analytic Hierarchy Process; Quality Evaluation

Received: 19 Dec, 2015

Accepted: 24 May, 2016

Citation: Naghizadeh M, Kazemi-Movahed M, Sabaghian S, Aghazadeh S. **Quality Evaluation of Mobile Health Systems.** Health Inf Manage 2016; 13(2): 84-9

Article resulted from an independent research without financial support.

1- Assistant Professor, Technology Management, Department of Industrial Management, School of Management and Accounting, Allameh Tabataba'i University, Tehran, Iran (Corresponding Author) Email: m.naghizadeh@atu.ac.ir

2- MSc, Information Technology Management, School of Management and Accounting, Allameh Tabataba'i University, Tehran, Iran

3- MSc, Technology Management, Department of Industrial Management, School of Management and Accounting, Allameh Tabataba'i University, Tehran, Iran

همکاری علمی پژوهشگران ایرانی رشته تصویربرداری پزشکی در پایگاه استنادی علوم تا سال ۲۰۱۴

گلنسا گلینی مقدم^۱، حسن جعفری^۲

مقاله پژوهشی

چکیده

مقدمه: همکاری علمی، فرایندی است که طی آن دو یا چند نویسنده برای خلق اثر مشترکی با یکدیگر همکاری می‌کنند. هدف از انجام پژوهش حاضر، شناسایی وضعیت همکاری‌های علمی پژوهشگران ایرانی رشته تصویربرداری پزشکی بر اساس شاخص‌های تحلیل شبکه بود.

روش بررسی: پژوهش حاضر از نظر ماهیت کاربردی بود و در آن از روش علم‌سنجی و تحلیل شبکه استفاده گردید. جامعه پژوهش شامل تولیدات علمی در حوزه تصویربرداری پزشکی، نمایه شده در پایگاه استنادی علوم طی سال ۲۰۱۴ بود و ۱۹۳۸ مورد را در بر می‌گرفت. در نهایت، داده‌ها در نرم‌افزارهای HistCite، VOSviewer، UCINET، Pajek، Excel و Bibexcel مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

یافته‌ها: تعداد تولیدات علمی طی سال ۲۰۱۴، ۱۹۳۸ با نرخ رشد تولید علم ۱۱/۳ بود. دانشگاه علوم پزشکی تهران فعال‌ترین دانشگاه محسوب شد و شاخص چگالی شبکه ۶۳ درصد به دست آمد که نشان دهنده بالا بودن انسجام شبکه در مقایسه با دیگر تحقیقات می‌باشد.

نتیجه‌گیری: در تحلیل شبکه همکاری، «ساغری، بیگی، افتخاری، جواد، اسدی و فلاحی» هسته‌های اصلی شبکه را تشکیل دادند و بیشترین همکاری علمی بین آن‌ها صورت گرفته بود. ضریب خوشه‌بندی شبکه همکاری پژوهشگران برتر رشته رادیولوژی پزشکی در پایگاه استنادی علوم ۰/۵۲ به دست آمد.

واژه‌های کلیدی: رادیولوژی؛ تصویربرداری پزشکی؛ علم‌سنجی؛ همکاری؛ ایران

پذیرش مقاله: ۱۳۹۵/۲/۴

اصلاح نهایی: ۱۳۹۴/۱۱/۱۳

دریافت مقاله: ۱۳۹۴/۳/۳

ارجاع: گلینی مقدم گلنسا، جعفری حسن. همکاری علمی پژوهشگران ایرانی رشته تصویربرداری پزشکی در پایگاه استنادی علوم تا سال ۲۰۱۴. مدیریت اطلاعات سلامت ۱۳۹۵؛ ۱۳ (۲): ۹۵-۹۰.

مسئله اصلی تحقیق حاضر، این است که بر اساس شاخص‌های تحلیل شبکه، ساختار شبکه همکاری علمی یا به عبارت دقیق‌تر وضعیت شبکه هم‌نویسندگی در میان پژوهشگران ایرانی در رشته تصویربرداری پزشکی به لحاظ شاخص‌های کلان تحلیل شبکه، چگونه است. سؤال اصلی این است که آیا برون‌دادهای علمی (تولیدات علمی) نمایه شده در پایگاه استنادی علوم، نشان از همکاری علمی بین پژوهشگران ایرانی دارد؟ علت انتخاب این پایگاه، اهمیت، اعتبار جهانی و مقبولیت بین‌المللی آن در میان پژوهشگران ایران و جهان است.

در ارتباط با پیشینه پژوهش، فراهانی و همکاران در تحقیق خود به بررسی میزان همکاری‌های علمی مقالات قلب و عروق ایران در پایگاه استنادی علوم در بازه زمانی سال‌های ۲۰۰۲ تا ۲۰۱۱ پرداختند. پژوهش آنان از نوع پیمایشی بود و به روش توصیفی-تحلیلی انجام شد و نتایج مطالعه آن‌ها نشان داد که تولید علم در قلب و عروق روندی صعودی داشته است و مقالات سه نویسنده‌ای بیشترین و یک نویسنده‌ای کمترین تعداد مقالات را به خود اختصاص داده است.

مقاله حاصل تحقیق مستقل بدون حمایت مالی و سازمانی است.

۱- استادیار، علم اطلاعات و دانش‌شناسی، دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی، دانشگاه علامه طباطبائی، تهران، ایران (نویسنده مسؤل)

Email: g_galyani@yahoo.com

۲- کارشناس ارشد، علم اطلاعات و دانش‌شناسی، دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی، دانشگاه علامه طباطبائی، تهران، ایران

مقدمه

علم محصول کنجکاوی، تفکر، تعقل، خرد و تجربه فردی و گروهی است و تمام ملت‌های جهان در تولید آن نقش دارند. امروزه، نقش علم در ابعاد مختلف زندگی، برای همه آشکار است و غفلت از این امر، آثار جبران‌ناپذیری بر ملت‌ها تحمیل خواهد کرد. در این میان، پدیده مشارکت علمی در جهت حرکت پدیده علمی بسیار حایز اهمیت است (۱).

پژوهشگران هر اندازه از خلاقیت و نبوغ فکری برخوردار باشند، به تنهایی نمی‌توانند چنان که باید و شاید کار کنند. اوج پیشرفت‌های علم در مواقعی به دست می‌آید که گروهی از پژوهشگران از رشته‌های مختلف علمی با یکدیگر همکاری و فعالیت داشته باشند (۲). از دیدگاه سهیلی و عصاره، ارتباط‌هایی که بین نویسندگان مختلف در یک یا چند مقاله برقرار می‌گردد، منجر به ایجاد شبکه هم‌نویسندگی می‌شود. یک شبکه هم‌نویسندگی، نگاشتی از گروه‌های مشترک یا ارتباطات بین نویسنده‌های درون یک جامعه پژوهشی است. دو نویسنده همکار با هم پیوند دارند و اگر در گذشته مقاله‌ای را با هم نوشته‌اند، می‌توان گفت که آنان با هم ارتباط علمی دارند. مطالعه چنین شبکه‌هایی، نگرشی را از درون ساختار اجتماعی جوامع پژوهشی فراهم می‌کند (۳). پژوهش‌های مرتبط با همکاری‌های علمی در دو سطح کلان و خرد انجام می‌گیرد. پژوهش‌های کلان، مطالعات کتاب‌سنجی و علم‌سنجی هستند که به بررسی میزان مقاله‌های مشترک با کشورهای مختلف می‌پردازد و پژوهش‌های خرد، بررسی دقیق عوامل مؤثر بر میزان همکاری میان پژوهشگران می‌باشد.

اثرات قابل توجهی داشته است و همچنین، مؤسسات مالزی بیشتر به همکاری درون سازمانی تمایل داشتند. پنج دانشگاه جزء فعال‌ترین مؤسسات در بین مؤسسه‌های مالزی معرفی شده‌اند. بیشتر شرکای بین‌المللی در مالزی از کشورهای توسعه یافته هستند و در کمال تعجب مالزی همکاری به نسبت کمی با کشورهای آسه آن یا انجمن ملل آسیای جنوب شرقی داشته و مقالات بین‌المللی بیش از سه برابر مقالات محلی بوده است (۹).

پژوهش حاضر به شناسایی وضعیت همکاری‌های علمی پژوهشگران ایرانی در رشته تصویربرداری پزشکی بر اساس شاخص‌های تحلیل شبکه اجتماعی در پایگاه استنادی علوم (ISI) از ابتدا تا سال ۲۰۱۴ پرداخت. هدف از انجام تحقیق حاضر، ترسیم و تحلیل شبکه همکاری پژوهشگران ایرانی برتر رشته رادیولوژی تصویرسازی پزشکی هسته‌ای در پایگاه استنادی علوم با استفاده از شاخص‌های کلان (شاخص چگالی، ضریب خوشه‌بندی و میانگین فاصله) بود.

روش بررسی

این پژوهش از نظر ماهیت، کاربردی بود و در آن از روش علم‌سنجی و تحلیل شبکه استفاده شد. به منظور جمع‌آوری داده‌ها به پایگاه Web of science مراجعه شد و از قسمت جستجوی پیشرفته و با استفاده از فرمول $CU = Iran$ ، داده‌های مورد نیاز بازیابی شد. برای محدود کردن نتایج به تولیدات علمی کشور ایران (با استفاده از وابستگی سازمانی) و بازه زمانی از ابتدا تا سال ۲۰۱۴ و همچنین، برای استخراج داده‌ها در دسته‌بندی موضوعی پایگاه استنادی علوم، جستجوها به موضوع رادیولوژی محدود گردید. برای تحلیل داده‌های توصیفی پژوهش، از نرم‌افزار تحلیل‌گر سایت پایگاه استنادی علوم یعنی نرم‌افزار HistCite استفاده شد؛ چرا که امکان تحلیل دقیق داده‌ها را فراهم ساخت و قابلیت پاسخگویی به پرسش‌های اساسی پژوهش را داشت. برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از نرم‌افزارهای Excel، VOSviewer، UCInet، PAJEK و BibExcel استفاده شد. جهت شناخت آثار مهم و اثرگذار پژوهشگران نمره Local citation score (استناد محلی) و Global citation score (استناد جهانی) با استفاده از نرم‌افزار HistCite محاسبه شد. از نرم‌افزار Pajek برای ترسیم شبکه همکاری علمی پژوهشگران و از نرم‌افزار UCInet برای به دست آوردن شاخص‌های کلان استفاده گردید. همچنین، از نرم‌افزار Excel برای ترسیم جدول، شکل‌های مورد نیاز و تجزیه و تحلیل، از نرم‌افزار BibExcel برای پیش پردازش و تبدیل داده‌های خام به نت به منظور قابل استفاده بودن از نرم‌افزارهای UCInet و Pajek استفاده شد.

یافته‌ها

مجموع مدارک حوزه تصویربرداری پزشکی نمایه شده در نمایه استنادی علوم، از ابتدا تا پایان ۲۰۱۴ میلادی برابر با ۱۹۳۸ مدرک بود. برای تفکیک تولیدات یک نویسنده و چند نویسنده، داده‌های کتاب‌شناختی استخراج شده از پایگاه استنادی علوم وارد نرم‌افزار ISI.exe شد و از بین فایل‌های به وجود آمده از طریق این نرم‌افزار، فایل Au.dbf (فایل نویسندگان) برای تحلیل‌های بعدی وارد نرم‌افزار Excel گردید. از میان یافته‌ها، تنها ۸۴ تولید علمی به صورت تک نویسنده‌ای و بقیه به صورت چند نویسنده‌ای بود. این یافته‌ها در شکل ۱ مشاهده می‌شود. نتایج نشان داد که میزان تولید مدرک در سال ۲۰۱۲، شامل ۲۲۹ رکورد

همچنین، مشخص شد که محققان ایرانی به همکاری‌های داخلی تمایل بیشتری دارند و همکاری علمی نیز در میان نویسندگان حوزه قلب و عروق در سطح مطلوبی قرار داشته است (۴).

در تحقیق نیک‌کار و برهمند که درباره همکاری علمی بین‌المللی دانشگاه علوم پزشکی شیراز انجام گردید، مشخص شد که رابطه میان افزایش تولیدات علمی و افزایش همکاری‌ها مثبت می‌باشد. بیشترین همکاری به ترتیب با ایالات متحده آمریکا، استرالیا و انگلستان صورت گرفته است. تعداد کل تولیدات در پایگاه Web of science، ۳۳۸ مورد بود و ۳۱۳ عضو هیأت علمی دانشگاه شیراز، در چرخه تألیف مشترک بین‌المللی فعالیت داشته‌اند. با وجود افزایش روند تألیفات مشترک بین‌المللی، نسبت مقالات تألیف مشترک بین‌المللی با کل مقالات، پایین گزارش شد (۵).

عرفان‌منش و بصیریان جهرمی شبکه هم‌تألیفی مقالات منتشر شده در فصلنامه مطالعات ملی کتابداری و سازماندهی اطلاعات را با استفاده از شاخص‌های کلان تحلیل شبکه‌ها مانند چگالی، ضریب خوشه‌بندی، خوشه‌های تشکیل دهنده شبکه و از سوی دیگر، از شاخص‌های خرد تحلیل شبکه‌ها مانند درجه، بینیت و نزدیکی و همچنین، شاخص تولید مورد بررسی قرار دادند. مطالعه پژوهشگران دارای تألیف در فصلنامه نشان می‌دهد که رضایی شریف‌آبادی، محمد اسماعیل، علیجانی، بیرانوند، کرمی، عصاره و جوکار مهم‌ترین جایگاه را در شبکه هم‌تألیفی پژوهشگران داشته‌اند. از سوی دیگر، کلیدی‌ترین نقش در شبکه بر اساس شاخص‌های تولید و مرکزیت، به دانشگاه‌های آزاد اسلامی واحد علوم و تحقیقات تهران، شهید چمران اهواز و پیام نور تعلق دارد (۶).

Teodorescu و Andrei در پژوهش خود به بررسی سهم هم‌تألیفی بین‌المللی مقاله‌های اروپای شرقی و تأثیر آن بر میزان استناد به آن‌ها بین سال‌های ۲۰۰۹-۱۹۸۹ در پایگاه استنادی علوم پرداختند. نتایج نشان داد که بیش از نیمی از مقاله‌های کشورهای اروپای شرقی در سال ۲۰۰۴، حاصل همکاری علمی یعنی هم‌تألیفی بوده و در سال ۲۰۰۹ هر کشور با حدود صد کشور دیگر هم‌تألیفی داشته است. دریافت استناد مقالات تألیفی بین‌المللی دو بار بیش از مقاله‌های دیگر بوده است. مقاله‌های مشترک با ایالات متحده آمریکا استادهای بیشتری نسبت به کارهای مشترک با اروپا دریافت کرده‌اند (۷).

Choi در بررسی همکاری‌های علمی کشورهای عضو سازمان همکاری اقتصادی و توسعه در پایگاه استنادی علوم گزارش کرد که نزدیکی جغرافیایی، زبانی و اقتصادی تأثیر معنی‌داری در تشکیل شبکه‌های هم‌تألیفی بین‌ملتهای پیشرفته ندارد. گسترش اطلاعات و رشد فن‌آوری حمل و نقل، روند جهانی شدن را تسهیل می‌کند و سبب افزایش هم‌تألیفی بین کشورها می‌شود و حمایت‌های مالی دولت، محرک همکاری بین دانشگاه‌ها، صنایع و عامل توسعه علوم و رشته‌های مهندسی بوده است (۸).

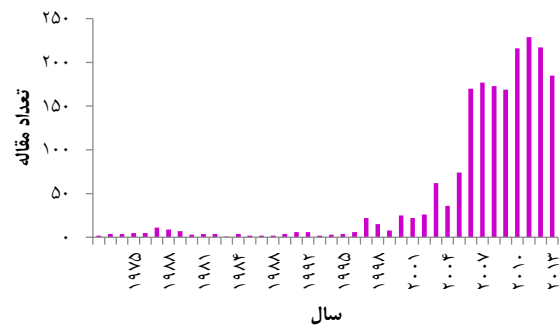
پژوهش Jan و Kumar به بررسی همکاری‌های علمی در زمینه تجارت و مدیریت در مالزی (جنوب شرقی آسیا) پرداخت. هدف از انجام پژوهش، تبدیل شدن کشور مالزی به یک کشور توسعه یافته تا سال ۲۰۲۰ بود. تحقیق و توسعه از موارد مهم این برنامه بود، اما به ندرت همکاری علمی در بین محققان مالزی حاکم بوده است. محققان برای بررسی، شبکه‌ای از ۲۸۵ تجارت و مدیریت را در سطوح فردی، ملی و بین‌المللی مورد کاوش قرار دادند و به این نتیجه رسیدند که همکاری علمی به طور تقریبی بین سال‌های ۲۰۰۱ تا ۲۰۱۰ نسبت به سال‌های ۱۹۸۰ تا ۱۹۹۰ دو برابر شده است. نزدیکی جغرافیایی در بین محققان

در این شبکه، هر گره نشان دهنده یک پژوهشگر و پیوند موجود میان گره‌ها نشان دهنده همکاری علمی پژوهشگران است. اگر دو نویسنده دارای حداقل یک تألیف مشترک باشند، توسط یک پیوند به همدیگر وصل می‌شوند و هرچه، قطر دایره بیشتر و پیوند موجود میان گره‌ها عریض‌تر باشد، بالا بودن همکاری علمی پژوهشگران را نشان می‌دهد. بر این اساس «ساغری، بیگی، افتخاری، جوادی، اسدی و فلاحی» گره‌های بزرگ مجموعه را تشکیل داده‌اند و بیشترین همکاری علمی بین آن‌ها صورت گرفته است.

در شکل ۳، نقشه چگالی شبکه هم‌تألیفی پژوهشگران ایرانی حوزه رادیولوژی پزشکی با استفاده از نرم‌افزار VOSviewer ترسیم شده است. در این نقشه، پژوهشگرانی که با یکدیگر ارتباط بیشتری دارند، در فاصله نزدیک‌تر و پژوهشگرانی که ارتباط کمتری دارند، در فاصله دورتر نمایش داده می‌شود. چگالی هر پژوهشگر بر اساس تعداد تولیدات، تعداد گره‌های همسایه و اهمیت گره‌های همسایه آن پژوهشگر تعیین گردیده است. همچنین، طیف رنگ‌های قرمز تا آبی نشان دهنده وزن چگالی بیشتر تا وزن چگالی کمتر است. بر این اساس «بیگی، الهوردی و ساغری» از بیشترین میزان چگالی در تألیف شبکه هم‌تألیفی پژوهشگران ایرانی حوزه تصویربرداری پزشکی برخوردار بود. پس از این پژوهشگران، «باقری، سلطان‌زاده، مرادی، جعفری و صادقی» (پژوهشگران زرد رنگ) دارای بالاترین میزان چگالی بودند. شاخص چگالی همواره بین عدد صفر و یک می‌باشد. از این‌رو، شاخص چگالی صفر نشان می‌دهد که پیوندی در شبکه صورت نگرفته است و انسجام شبکه بسیار پایین می‌باشد. از سوی دیگر، شاخص چگالی یک حاکی از آن است که هر یک از گره‌های موجود در شبکه به تمامی گره‌های دیگر متصل بوده است و شبکه انسجام بالایی دارد. در شبکه هم‌تألیفی پژوهشگران ایرانی حوزه رادیولوژی پزشکی، شاخص چگالی ۶۳ درصد را نشان می‌دهد که شبکه از انسجام بالایی برخوردار است و انحراف استاندارد آن ۱/۳۳۶ بود.

ضریب خوشه‌بندی شبکه همکاری پژوهشگران برتر رشته رادیولوژی پزشکی در پایگاه استنادی علوم در شکل ۴ نشان داده شده است.

(۱۱/۰۸ درصد) از کل انتشارات حوزه رادیولوژی پزشکی با استناد جهانی (۳۳۹) بود. همچنین، بیشترین میزان کل استناد جهانی (۷۴۴) مربوط به سال ۲۰۰۷ و بیشترین میزان استناد محلی (۸۱) مربوط به سال ۲۰۰۸ بود. روند تولید علم رشد صعودی داشت و نرخ رشد تولیدات علمی برابر با ۱۱/۳ به دست آمد. این یافته نشان می‌دهد که تولید علم در این حوزه، از رشد به نسبت خوبی برخوردار بوده است.



شکل ۱: رشد تولید علم

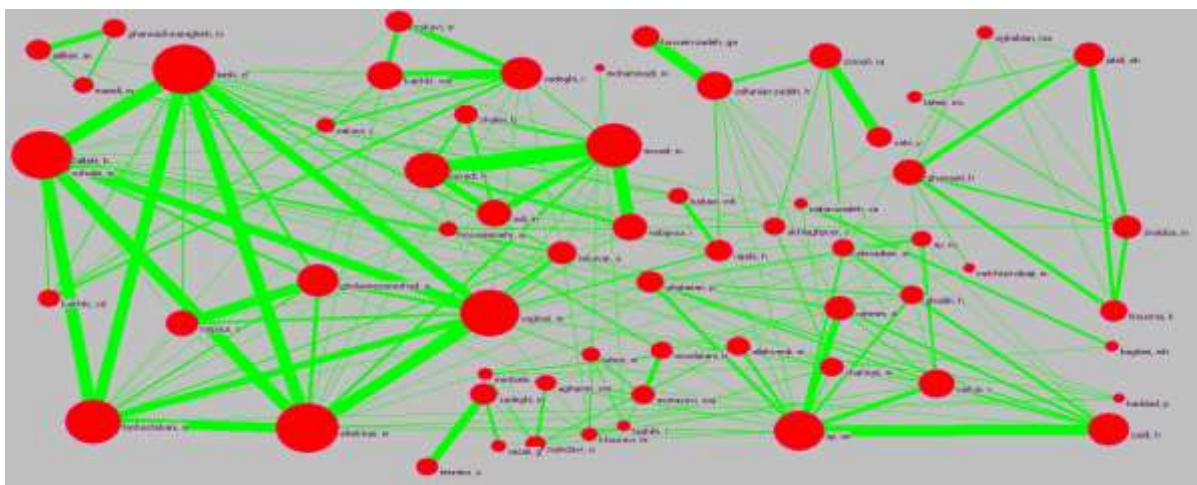
۱۰ مؤسسه پر تولید ایران در حوزه تصویربرداری پزشکی در جدول ۱ ارایه شده است.

نتایج جدول ۱ نشان داد که دانشگاه علوم پزشکی تهران با تولید ۶۶۱ (۲۸ درصد) مدرک و با امتیاز کل استناد جهانی TGCS (Total Global Citation Score) ۲۵۲۵ رتبه اول را به خود اختصاص داد. شایان ذکر است که تولیدات «دانشگاه تهران» قبل از تفکیک دانشگاه‌ها و تولیدات «دانشگاه علوم پزشکی تهران» پس از تفکیک در هم ادغام شد. شبکه همکاری علمی پژوهشگران حوزه تصویربرداری پزشکی در شکل ۲ با استفاده از نرم‌افزار Pajek ترسیم شده است.

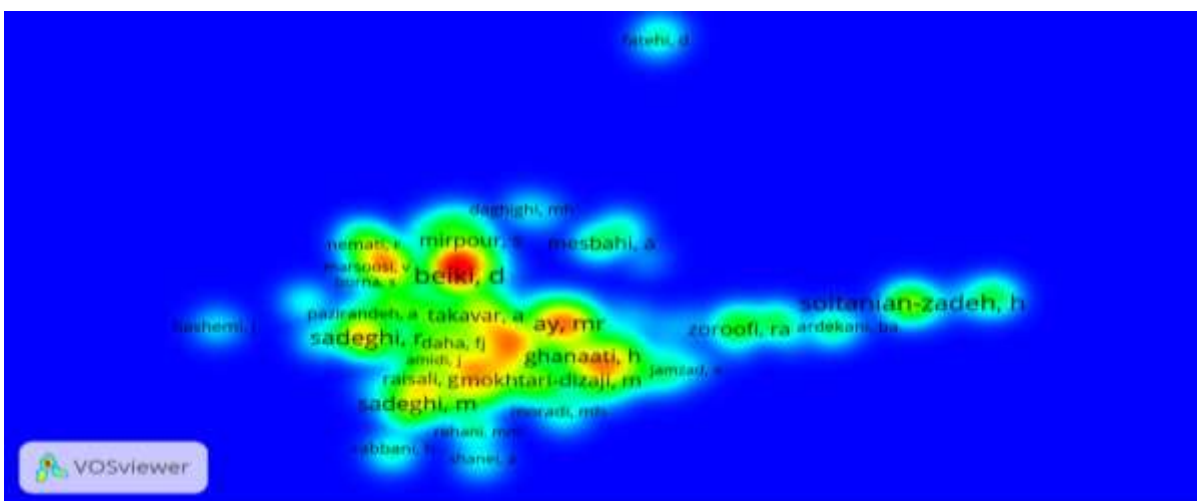
جدول ۱: دانشگاه‌ها و مؤسسات پرتولید در حوزه تصویربرداری پزشکی

مؤسسات	تعداد	TLCS	TGCS
دانشگاه علوم پزشکی تهران	۶۶۱	۲۰۲	۲۵۲۵
دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی	۲۱۷	۲۱	۲۳۷
دانشگاه علوم پزشکی مشهد	۱۲۷	۶۳	۲۶۷
دانشگاه آزاد اسلامی	۱۲۲	۶۱	۲۴۷
دانشگاه تربیت مدرس	۱۲۲	۵۱	۴۸۹
دانشگاه علوم پزشکی شیراز	۱۰۷	۴۷	۲۲۳
دانشگاه علوم پزشکی تبریز	۸۸	۴۴	۲۳۹
سازمان انرژی اتمی ایران	۸۶	۴۸	۴۵۸
مؤسسه مطالعات فنی و علوم هسته‌ای	۶۶	۳۷	۱۴۲
دانشگاه علوم پزشکی بوشهر	۶۲	۲۰	۷۱

TGCS: Total Global Citation Score; TLCS: Total Local Citation Score



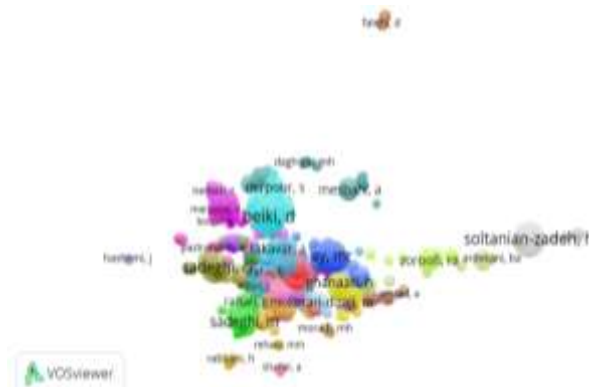
شکل ۲: شبکه همکاری علمی تصویربرداری پزشکی



شکل ۳: نقشه چگالی همکاری پژوهشگران ایرانی در حوزه تصویربرداری پزشکی

به تشکیل خوشه‌های مختلف از طریق هم‌تألیفی اشاره دارد. این شاخص نیز دارای مقداری با حداقل صفر و حداکثر یک بود. ضریب خوشه‌بندی بیشتر نشان می‌دهد که اعضای شبکه تمایل بیشتری برای هم‌تألیفی دارند. ضریب خوشه‌بندی شبکه همکاری پژوهشگران برتر رشته رادیولوژی پزشکی در پایگاه استنادی علوم ۰/۵۲ به دست آمد.

شاخص کلان دیگر، میانگین فاصله است که به میانگین کوتاه‌ترین مسیرهای موجود در شبکه میان هر دو گروه اطلاق می‌شود. میانگین فاصله کمتر، امکان انتقال سریع اطلاعات را در شبکه فراهم می‌سازد. نتایج پژوهش نشان می‌دهد که میانگین فاصله در شبکه هم‌تألیفی مورد بررسی، ۳/۱ و انحراف استاندارد آن ۱/۰ بود.



شکل ۴: نقشه ضریب خوشه‌بندی شبکه همکاری علمی

ضریب خوشه‌بندی شاخص دیگری است که به میزان تمایل افراد در شبکه

بحث

نتایج پژوهش نشان می‌دهد که تولیدات علمی تصویربرداری پزشکی با نرخ رشد

همچنین، شبکه هم‌نویسندگی پژوهشگران ایرانی حوزه تصویربرداری پزشکی در مقایسه با سایر رشته‌ها از انسجام به نسبت خوبی برخوردار بود، اما هنوز تا رسیدن به وضعیت مطلوب راه زیادی در پیش است. با این وجود، احتمال دارد که روابط ممکن همکاری علمی در آینده به فعلیت درآید؛ به این معنی که بخشی از همکاری بالقوه صورت نگرفته و به مرحله عمل در نیامده است؛ در حالی که با توجه به قابلیت‌های روزافزون فن‌آوری‌ها و امکان برقراری ارتباطات علمی گسترده، می‌توان پرسید که چرا وضعیت به این گونه بوده است؟ بی‌تردید عوامل زیادی بر پژوهشگران و انگیزه‌های درونی آن‌ها در خصوص همکاری علمی تأثیرگذار است که نمی‌توان آن‌ها را تنها با بررسی برون‌دادهای علمی و تحلیل شبکه هم‌نویسندگی مورد بررسی قرار داد و نیاز به بررسی‌های دقیق‌تری دارد.

پیشنهادها

با وجود همکاری به نسبت خوب در حوزه تصویربرداری پزشکی، تقویت و تشویق این‌گونه روابط در دانشگاه‌ها توصیه می‌شود تا همه احتمالات بالقوه موجود (۳۷ درصد) در خصوص همکاری علمی، به فعل تبدیل شوند. همچنین، با توجه به تمرکز امکانات در تهران (پرکارترین محققان و پرتولیدترین مؤسسات رادیولوژی در تهران مستقر می‌باشند)، تسهیل شرایط همکاری در داخل کشور، باعث ایجاد ارتباط علمی بیشتر، تولید بیشتر و مشارکت کلیه پژوهشگران حوزه تصویربرداری پزشکی در سطح ملی خواهد شد.

تشکر و قدردانی

از کلیه کسانی که ما را در انجام این پژوهش یاری نمودند، تشکر و قدردانی می‌گردد.

۱۱/۳ از روند سیر صعودی برخوردار بود. بر اساس شاخص‌های تولید و مرکزیت، دانشگاه علوم پزشکی تهران و دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی به عنوان مؤسسات فعال و تأثیرگذار در این حوزه شناخته می‌شوند. سایر دانشگاه‌هایی که اسامی آن‌ها در جدول قرار نگرفته است، در رتبه‌های بعدی قرار دارند. تحلیل شبکه هم‌نویسندگی حوزه تصویربرداری پزشکی نشان می‌دهد که «ساغری، بیگی و افتخاری» به عنوان نویسندگان تأثیرگذار و فعال در این شبکه بودند. شاخص چگالی شبکه در این پژوهش ۶۳ درصد بود که نشان از بالا بودن انسجام شبکه و روابط به نسبت خوب پژوهشگران داشت؛ بدین معنی که ۶۳ درصد از روابط بالقوه در این شبکه به فعلیت رسیده است و تنها ۳۷ درصد از روابط ممکن به فعلیت نرسیده‌اند. این نتایج با یافته‌های پژوهش اکبرپور (۱۰) همسو است. او در تحقیق خود شاخص چگالی ۵۴ درصد را برای پژوهشگران ایرانی رشته شیمی به دست آورد (۱۰). با توجه به ضریب خوشه‌بندی (۰/۵۲)، می‌توان نتیجه گرفت که ۵۲ درصد احتمال دارد که روابط ممکن در آینده به فعلیت درآید. بنابراین، این شبکه در آینده از روابط و انسجام بالایی برخوردار خواهد بود.

میانگین فاصله در این تحقیق، معادل ۳/۱ بود و بدین معنی است که هر دو پژوهشگر موجود در شبکه می‌توانند به طور میانگین از طریق ۳/۱ گره واسطه به یکدیگر متصل شوند که نشان از ارتباط سریع می‌باشد.

نتیجه‌گیری

به نظر می‌رسد که تأکید بر همکاری علمی و هم‌نویسندگی در میان جامعه علمی کشور از یک سو و کیفیت بالاتر تألیفات مشترک از سوی دیگر، بر پژوهشگران ایرانی حوزه تصویربرداری پزشکی تأثیرگذار بود. نتایج تحقیق حاضر نشان داد که هم میزان تولیدات علمی و هم سطح همکاری علمی در حوزه تصویربرداری پزشکی در مورد تولیدات علمی بین‌المللی رو به افزایش است.

References

1. Mohammad Esmail S, Bagheri S. A comparative study of world outputs and scientific cooperation in the field of biomedical engineering in the science citation index. *Health Inf Manage* 2014; 11(5): 580. [In Persian].
2. Norouzi A, Velayati Kh. Scientific collaboration: sociology of scientific collaboration. Tehran, Iran: Chapar Publications; 2009. [In Persian].
3. Soheili F, Osareh F. Concepts of centrality and density in scientific and social networks. *National Studies on Library and Information Organization* 2013; 24(3): 92-108. [In Persian].
4. Farahani H, Eskrootchi R, Mohaghegh N, Hosseini AF. A Study of scientific collaboration in Iranian cardiovascular articles in web of science; 2002-2011. *J Health Adm* 2014; 17(56): 46-55. [In Persian].
5. Nikkar M, Barahmand N. Study of international scientific collaboration among Shiraz University of Medical Sciences faculty members during 2005-2011 in web of science. *Health Inf Manage* 2014; 11(4): 454-63. [In Persian].
6. Erfanmanesh M, Basirian Jahromi R. The co-authorship network of the articles published in the national studies on librarianship and information organization journal using social networks analysis indexes. *National Studies on Library & Information Organization* 2013; 24(2): 76-96. [In Persian].
7. Teodorescu D, Andrei T. The growth of international collaboration in East European scholarly communities: a bibliometric analysis of journal articles published between 1989 and 2009. *Scientometrics* 2011; 89: 711-22.
8. Choi S. Core-periphery, new clusters, or rising stars? International scientific collaboration among 'advanced' countries in the era of globalization. *Scientometrics* 2011; 90(1): 25-41.
9. Kumar S, Jan JM. Mapping research collaborations in the business and management field in Malaysia, 1980-2010. *Scientometrics* 2013; 97(3): 491-517.
10. Akbarpour M. The Examination of scientific collaborations of Iranian chemical researchers based on social network analysis indexes in Web of Science in 2009-2013 [MSc Thesis]. Tehran, Iran: Allame Tabataba'i University; 2015. [In Persian].

Mapping of Scientific Collaboration among Iranian Researchers in Radiology in the Science Citation Index until 2014

Golnessa Galyani-Moghaddam¹, Hassan Jafari²

Original Article

Abstract

Introduction: Scientific collaboration is a process in which two or more scientists collaborate in a project or write an article. The purpose of this study was the mapping of scientific collaboration among Iranian researchers in the field of radiology in the Science Citation Index until the end of 2014.

Methods: This applied research was conducted using scientometric and network analysis methods. The study population consisted of all scientific publications in the field of radiology in the Science Citation Index until the end of 2014. A total of 1938 documents were retrieved. Data were analyzed using HistCite, VOSviewer, UCINET, PAJEK, and Excel software packages.

Results: The scientific production growth rate was 11.3. The Tehran University of Medical Sciences (661 documents) was the most prolific university in this field. The collaboration network showed high density (63%).

Conclusion: The collaboration network analysis showed that Saghari, Beiki, Eftekhari, Javadi, Assadi, and Fallahi were the most important authors and the majority of scientific collaboration took place among them. The clustering coefficient of the collaboration network was 0.52.

Keywords: Radiology; Medical Imaging; Scientometrics; Collaboration; Iran

Received: 24 May, 2015

Accepted: 23 Apr, 2016

Citation: Galyani-Moghaddam G, Jafari H. **Mapping of Scientific Collaboration among Iranian Researchers in Radiology in the Science Citation Index until 2014.** Health Inf Manage 2016; 13(2): 90-5

Article resulted from an independent research without financial support.

1- Assistant Professor, Knowledge and Information Science, Department of Psychology and Educational Sciences, Allameh Tabataba'i University, Tehran, Iran (Corresponding Author) Email: g_galyani@yahoo.com

2- MSc, Knowledge and Information Science, Department of Psychology and Educational Sciences, Allameh Tabataba'i University, Tehran, Iran

مهارت‌های سواد اطلاعاتی و عوامل مرتبط با آن در میان کتابداران دانشگاه‌های علوم پزشکی مشهد و فردوسی مشهد

نسرین نصیری‌پور^۱، محسن نوکریزی^۲، معصومه تجعفری^۳

مقاله پژوهشی

چکیده

مقدمه: کتابداران کتابخانه‌های دانشگاهی برای دسترسی به اطلاعات مورد نیاز خود و پاسخگویی به نیازهای اطلاعاتی مراجعان، باید از مهارت‌های سواد اطلاعاتی مطلوبی برخوردار باشند. از این رو، پژوهش حاضر به تعیین وضعیت مهارت‌های سواد اطلاعاتی و سطوح سه‌گانه آن و همچنین، عوامل مرتبط با آن در میان کتابداران دانشگاه‌های علوم پزشکی مشهد و فردوسی مشهد پرداخت.

روش بررسی: این پژوهش از نوع کاربردی بود که به روش پیمایشی انجام شد. ۸۰ نفر به عنوان نمونه نهایی از همه کتابداران شاغل در کتابخانه‌های دانشگاه‌های مذکور که با مدرک تحصیلی کارشناسی یا کارشناسی ارشد رشته‌های کتابداری یا غیر کتابداری مشغول به کار بودند (۱۰۲ نفر)، با روش نمونه‌گیری تصادفی طبقه‌ای غیرنسبتی انتخاب شدند. ابزار سنجش، پرسش‌نامه محقق ساخته بود که از نظر روایی مورد تأیید قرار گرفت و ضریب پایایی پرسش‌نامه نیز با استفاده از ضریب Cronbach's alpha برابر با ۰/۸۶ تأیید گردید. داده‌ها با استفاده از آمار توصیفی (توزیع درصد فراوانی، میانگین و انحراف معیار) و استنباطی (آزمون‌های ANOVA، Independent t و Duncan) در نرم‌افزار SPSS مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

یافته‌ها: وضعیت سواد اطلاعاتی کتابداران جامعه مورد بررسی، پایین‌تر از حد مطلوب بود؛ به گونه‌ای که هیچ‌یک از سطوح مقدماتی، پایه و پیشرفته سواد اطلاعاتی کتابداران در حد مطلوبی قرار نداشت. میانگین نمرات سواد اطلاعاتی کتابداران رشته‌های تحصیلی کتابداری و کتابداری پزشکی به طور معنی‌داری بالاتر از میانگین نمرات سواد اطلاعاتی کتابداران سایر رشته‌ها بود. همچنین، میانگین نمرات سواد اطلاعاتی کتابداران دارای مدرک تحصیلی کارشناسی ارشد از میانگین نمرات کتابداران دارای مدرک تحصیلی کارشناسی، بالاتر بود. تفاوت معنی‌داری بین میانگین نمرات سواد اطلاعاتی کتابداران بر حسب سابقه خدمت مشاهده نشد.

نتیجه‌گیری: نتایج پژوهش حاضر، وضعیت نامطلوب مهارت‌های سواد اطلاعاتی و سطوح سه‌گانه آن را در میان کتابداران مشخص نمود و عوامل مؤثر بر تقویت سواد اطلاعاتی را پیش روی برنامه‌ریزان و مدیران کتابخانه‌های این دو دانشگاه قرار داد.

واژه‌های کلیدی: سواد اطلاعاتی؛ کتابداران؛ کتابخانه‌ها؛ دانشگاه علوم پزشکی مشهد؛ دانشگاه فردوسی مشهد

پذیرش مقاله: ۱۳۹۵/۳/۵

اصلاح نهایی: ۱۳۹۵/۲/۲۹

دریافت مقاله: ۱۳۹۴/۵/۱۲

ارجاع: نصیری‌پور نسرین، نوکریزی محسن، تجعفری معصومه. **مهارت‌های سواد اطلاعاتی و عوامل مرتبط با آن در میان کتابداران دانشگاه‌های علوم پزشکی مشهد و فردوسی مشهد.** مدیریت اطلاعات سلامت ۱۳۹۵؛ ۱۳ (۲): ۹۶-۱۰۱

می‌تواند نقشی اصلی در آن ایفا کند. دلیل این امر، دانش و تجربه کتابداران در زمینه‌هایی است که در آموزش سواد اطلاعاتی روی آن‌ها تأکید می‌شود. به عنوان مثال، کتابداران تجربه‌های سودمندی در مورد منابع اطلاعاتی، ارزیابی منابع، سازماندهی و اشاعه اطلاعات و نیز درباره استفاده کنندگان، نیازها و

مقاله حاصل پایان‌نامه کارشناسی ارشد با شماره ۳۱۷۳۳ می‌باشد که با حمایت دانشگاه فردوسی مشهد انجام شده است.

۱- کارشناس ارشد، علم اطلاعات و دانش‌شناسی، گروه علم اطلاعات و دانش‌شناسی، دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی، دانشگاه فردوسی مشهد، مشهد، ایران (نویسنده مسؤل)
Email: nasirpournasrin@gmail.com

۲- دانشیار، علم اطلاعات و دانش‌شناسی، گروه علم اطلاعات و دانش‌شناسی، دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی، دانشگاه فردوسی مشهد، مشهد، ایران

۳- استادیار، علم اطلاعات و دانش‌شناسی، گروه علم اطلاعات و دانش‌شناسی، دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی، دانشگاه فردوسی مشهد، مشهد، ایران

مقدمه

گسترش روزافزون منابع اطلاعاتی از چالش‌های بزرگی به شمار می‌رود که امروزه جوامع مختلف را تحت تأثیر خود قرار داده است. اطلاعات تنها زمانی مفید خواهد بود که توانایی دستیابی به نوع مناسب آن وجود داشته باشد. بنابراین، درک صحیح نیاز اطلاعاتی، شناخت ابزارهای دستیابی به اطلاعات و ارزیابی اطلاعات یا به تعبیری داشتن سواد اطلاعاتی، ضرورتی غیر قابل اجتناب و اساسی است. Kurbanoglu و همکاران مهارت‌های سواد اطلاعاتی را بر اساس رده‌بندی Bloom (Bloom's taxonomy) به سه سطح مهارت‌های مقدماتی سواد اطلاعاتی (شامل تشخیص نیاز اطلاعاتی، تدوین پرس‌وجو و ارزیابی اطلاعات)، مهارت‌های پایه سواد اطلاعاتی (شامل مکان‌یابی اطلاعات، بازیابی و به کارگیری اطلاعات) و مهارت‌های پیشرفته سواد اطلاعاتی (شامل مستندسازی اطلاعات، تولید و اشاعه اطلاعات جدید) دسته‌بندی کردند (۱). مقوله سواد اطلاعاتی از جمله مفاهیم نوینی است که حرفه کتابداری

تصادفی طبقه‌ای غیر نسبتی استفاده گردید. طبقات در جامعه مورد بررسی، دو دانشگاه مذکور بود و نسبت حضور کتابداران در نمونه آماری در دو طبقه مورد بررسی، برابر در نظر گرفته شد.

در پژوهش حاضر، مؤلفه‌ها و ابعاد سواد اطلاعاتی بر اساس رده‌بندی Bloom و با توجه به نتایج تحلیل عاملی پژوهش Kurbanoglu و همکاران به سه سطح مهارت‌های مقدماتی، پایه و پیشرفته سواد اطلاعاتی تفکیک شد (۱). برای سنجش سواد اطلاعاتی از شیوه‌های مختلفی استفاده می‌شود. دو شیوه اصلی سنجش سواد اطلاعاتی شامل خودارزیابی (Self-assessment) و ارزیابی واقعی (Factual-assessment) می‌باشد. در روش خودارزیابی، فرد به قضاوت عملکرد خود می‌پردازد. طرفداران شیوه ارزیابی واقعی معتقد هستند که افراد همیشه به درستی قابلیت‌های خود را بررسی نمی‌کنند و می‌توان با طرح سؤالات مشخصی، میزان توانایی و مهارت‌های آن‌ها را سنجید. پرسش‌نامه‌های بسیاری برای سنجش سواد اطلاعاتی به شیوه خودارزیابی یافت شد، اما با توجه به کارآمدی و دقیق‌تر بودن سنجش به شیوه ارزیابی واقعی و همچنین، مؤلفه‌ها و سطوح در نظر گرفته شده برای مهارت‌های سواد اطلاعاتی، پرسش‌نامه توسط پژوهشگر طراحی و سؤالات پرسش‌نامه بر اساس مطالعه منابع، پیشینه موضوع و مرور متون مربوط و الگوبرداری از نمونه‌های معتبر استخراج شد (۱۲-۱۰). در مجموع، پرسش‌نامه به دو بخش تقسیم شد. در قسمت نخست، مشخصات فردی کتابداران شامل نوع دانشگاه، رشته تحصیلی، مدرک تحصیلی و سابقه خدمت پرسیده شد. قسمت دوم پرسش‌نامه برای سنجش مهارت‌های سواد اطلاعاتی طراحی گردید. در پژوهش حاضر، میزان سواد اطلاعاتی کتابداران از روش ارزیابی واقعی با ۲۲ سؤال چهار گزینه‌ای، مورد سنجش قرار گرفت. برای هر پاسخ صحیح، امتیاز یک و برای پاسخ‌های غیر صحیح، امتیاز صفر محسوب شد. بدین ترتیب، نمره سواد اطلاعاتی به صورت مجموع پاسخ‌های صحیح داده شده توسط فرد در نظر گرفته شد. دامنه نمرات حاصل از پرسش‌نامه بین ۰-۲۲ بود. همچنین، برای تعیین وضعیت سواد اطلاعاتی کتابداران دانشگاه‌های علوم پزشکی مشهد و فردوسی مشهد، نمرات بالاتر از ۸۰ درصد «مطلوب»، نمرات بین ۶۰ تا ۸۰ درصد «خوب»، نمرات بین ۴۰ تا ۶۰ درصد «متوسط»، نمرات بین ۲۰ تا ۴۰ درصد «ضعیف» و نمرات ۲۰ درصد یا کمتر «بد» در نظر گرفته شد. این روش تعیین وضعیت، از پژوهش‌های انجام شده اقتباس گردیده است (۱۵-۱۳). از این‌رو، منظور از نمره مطلوب، نقطه ۸۰ درصد نمره‌ها بود؛ بدین معنی که نمره مطلوب سواد اطلاعاتی عدد ۱۷/۶ (از نمره کل ۲۲) بود.

پرسش‌نامه آغازین به منظور بررسی روایی صوری و محتوایی در اختیار ۱۰ نفر از اعضای هیأت علمی و دانشجویان مقطع دکتری رشته علم اطلاعات و دانش‌شناسی قرار داده شد تا کم و کیف سؤال‌های پرسش‌نامه مورد ارزیابی قرار گیرد. پس از جمع‌آوری نظرات، پرسش‌نامه ابتدایی با استفاده از توصیه‌های آنان اصلاح شد و بعد در اختیار پاسخ دهندگان قرار گرفت. برای سنجش پایایی، پرسش‌نامه‌ها بین گروه ۳۰ نفره‌ای از کتابداران دو دانشگاه توزیع شد. با استفاده از ضریب Cronbach's alpha، ضریب پایایی پرسش‌نامه ۰/۸۶ به دست آمد که نشان دهنده پایایی بالای پرسش‌نامه بود. جهت جمع‌آوری اطلاعات، پرسش‌نامه‌ها در کتابخانه‌های مرکزی و کتابخانه‌های دانشکده‌های هر دو دانشگاه مذکور با حضور پرسشگر توزیع شد. تمامی پرسش‌نامه‌ها با رضایت کتابداران تکمیل و در همان مکان جمع‌آوری گردید. در نهایت، داده‌ها با استفاده از آمار توصیفی (توزیع درصد فراوانی، میانگین و انحراف معیار) و آمار استنباطی

رفتارهای آنان کسب کرده‌اند. به عبارت دیگر، هیچ یک از حرفه‌های دیگر جامعیت دانش کتابداران در این موارد را ندارد. سواد اطلاعاتی به منزله هدفی اصلی برای کتابداران، به ویژه کتابداران دانشگاهی مطرح شده است (۲). حال که کتابداران نقش مهمی در ارائه آموزش به کاربران کتابخانه خود دارند، مهم این است که خود کتابداران توانایی‌ها و سواد اطلاعاتی کافی داشته باشند تا بتوانند آن‌ها را به مخاطبان خود منتقل کنند و خدمات اطلاع‌رسانی مناسبی به کاربران کتابخانه‌ها ارائه دهند.

عبداللهی و جوکار به سنجش سواد اطلاعاتی کتابداران کتابخانه‌های عمومی فارس پرداختند. یافته‌ها نشان داد که وضعیت سواد اطلاعاتی کتابداران در سطح متوسط بود. بین سواد اطلاعاتی کتابداران دانش‌آموخته رشته کتابداری و غیر کتابداری تفاوت معنی‌داری وجود داشت. نوع مدرک تحصیلی بر سواد اطلاعاتی کتابداران تأثیرگذار بود (۳). همچنین، یافته‌های پژوهش برجیان نشان داد که میزان انطباق مهارت‌های سواد اطلاعاتی کتابداران با استانداردهای ACRL (Association of College and Research Libraries) کمتر از حد مطلوب بود. کتابدارانی که در رشته کتابداری تحصیل کرده بودند، در مقابل کتابداران رشته غیر کتابداری، موفقیت نسبی در مهارت‌های سواد اطلاعاتی داشتند (۴). Saunders نیز در پژوهش خود نظرات ۱۳ متخصص حوزه سواد اطلاعاتی را در مورد آینده سواد اطلاعاتی، مورد مطالعه قرار داد. اگرچه، این متخصصان در ارزیابی‌های خود در مورد روند سواد اطلاعاتی و نقشی که کتابداران در آینده ایفا می‌کنند، خوش‌بین بودند، اما به موانع و مشکلاتی تأکید کردند که کتابداران کتابخانه‌های دانشگاهی در رویارویی با پیشرفت‌های فن‌آوری و دگرگونی‌ها خواهند داشت (۵).

بنابراین، انتظار می‌رود که در دنیای اطلاعاتی کنونی و با توجه به ابزارها و فن‌آوری‌های نوین، کتابخانه‌های دانشگاهی در برنامه‌ریزی‌های آموزشی و آموزش‌های ضمن خدمت برای کتابداران به یادگیری مداوم توجه کنند و بر آموزش مهارت‌های سواد اطلاعاتی تأکید ورزند. از آنجایی که بسیاری از پژوهش‌های انجام گرفته در این زمینه، بیانگر آن است که هنوز مهارت‌های سواد اطلاعاتی کتابداران کتابخانه‌های دانشگاهی به حد مطلوب نرسیده است و نیاز به آموزش مهارت‌های سواد اطلاعاتی در میان آن‌ها ضروری می‌باشد، تعیین وضعیت سواد اطلاعاتی کتابداران در هر دو گرایش عام و خاص (کتابداری، اطلاع‌رسانی و شاخه پزشکی آن) و برخی عوامل تأثیرگذار در کسب این مهارت‌ها، ضرورت یافت (۹-۶، ۴، ۳). از این‌رو، پژوهش حاضر به تعیین وضعیت مهارت‌های سواد اطلاعاتی و سطوح سه‌گانه آن در میان کتابداران دانشگاه‌های علوم پزشکی مشهد و فردوسی مشهد پرداخت. در همین راستا، تعیین تفاوت بین مهارت‌های سواد اطلاعاتی کتابداران رشته‌های تحصیلی، مدارک تحصیلی و سابق خدمت مختلف نیز مورد توجه قرار گرفت.

روش بررسی

این پژوهش از نوع کاربردی بود و به روش پیمایشی در زمستان سال ۱۳۹۳ انجام شد. جامعه آماری پژوهش را کلیه کتابداران شاغل در کتابخانه‌های دانشگاه‌های علوم پزشکی مشهد و فردوسی مشهد تشکیل دادند که با مدرک تحصیلی کارشناسی یا کارشناسی ارشد رشته‌های کتابداری یا غیر کتابداری مشغول به کار بودند (۱۰۲ نفر). ۸۰ نفر با استفاده از جدول Krejcie و Morgan به عنوان نمونه نهایی انتخاب شدند. در پژوهش حاضر، از روش نمونه‌گیری

اطلاعاتی کتابداران رشته‌های تحصیلی کتابداری و کتابداری پزشکی به طور معنی‌داری از میانگین نمرات کتابداران دانش آموخته سایر رشته‌ها بالاتر بود.

جدول ۲: نمرات سواد اطلاعاتی کتابداران در رشته‌های تحصیلی مختلف

متغیر	منبع تغییرات	مجموع مجدورات	F	P
سواد	بین گروه‌ها	۱۱۹/۶۳	۴/۸۸	۰/۰۱۰
اطلاعاتی	درون گروه‌ها	۹۴۳/۹۱		
	جمع	۱۰۶۳/۵۴		

در جدول ۳، نتایج آزمون Independent t نشان داد که میانگین نمرات سواد اطلاعاتی کتابداران دارای مدرک تحصیلی کارشناسی ارشد از میانگین نمرات کتابداران دارای مدرک تحصیلی کارشناسی به طور معنی‌داری بالاتر بود ($P < ۰/۰۵۰$).

بر اساس نتایج آزمون ANOVA در جدول ۴، تفاوت معنی‌داری در سطح ۰/۰۵ بین میانگین نمرات سواد اطلاعاتی کتابداران دارای سوابق خدمت مختلف در جامعه مشاهده شد.

بحث

یافته‌های پژوهش حاضر در ابتدا نشان داد که وضعیت سواد اطلاعاتی کتابداران دو دانشگاه علوم پزشکی مشهد و فردوسی مشهد، پایین‌تر از حد مطلوب بود و با نتایج پژوهش Adeyoyin (۶)، فلاح و اصغری (۷)، پورنقی و اباذری (۸)، تفرشی و انگورج تقوی (۹) و رحیمی و همکاران (۱۶) تا حدی مطابقت داشت. نتایج این پژوهش‌ها نشان داده‌اند که اغلب مهارت‌های سواد اطلاعاتی کتابداران جامعه مورد پژوهش در حد متوسط و یا ضعیف بود و در سطح مطلوب قرار نداشت. نتیجه پژوهش عباسی حاکی از آن بود که مهارت‌های سواد اطلاعاتی کتابداران دانشگاه‌های تبریز و علوم پزشکی تبریز، در سطح مطلوبی قرار داشت (۱۷) که با نتیجه پژوهش حاضر مغایر بود. دلیل این مغایرت ممکن است در استفاده از ابزار متفاوت جمع‌آوری داده‌ها باشد. عباسی در پژوهش خود از ابزار خودارزیابی برای سنجش سطح سواد اطلاعاتی کتابداران استفاده کرده بود (۱۷)؛ در حالی که در این پژوهش میزان سواد اطلاعاتی کتابداران، با روش «ارزیابی واقعی» سنجیده شد. در شیوه خودارزیابی، افراد همیشه به درستی به بررسی قابلیت‌های خود نمی‌پردازند و ممکن است که خیلی سریع توانایی خود را بسیار بالا یا پایین برآورد کنند؛ حال آن که در شیوه ارزیابی واقعی افراد به سؤالاتی که به صورت یک آزمون توانایی و قابلیت‌های شخص را می‌سنجد، پاسخ می‌دهند. دلیل دیگر این اختلاف در نتایج می‌تواند مربوط به جامعه کاربران متفاوت در این پژوهش‌ها باشد.

جدول ۳: مقایسه میانگین نمرات سواد اطلاعاتی کتابداران دارای مدرک تحصیلی کارشناسی و کارشناسی ارشد

متغیر	مدرک تحصیلی	فراوانی	میانگین \pm انحراف معیار	t	P
سواد اطلاعاتی	کارشناسی	۴۱	$۱۰/۶۳ \pm ۳/۲۰$	-۳/۹۱	< ۰/۰۰۱
	کارشناسی ارشد	۳۹	$۱۳/۵۹ \pm ۳/۵۵$		

(آزمون Kolmogorov-Smirnov برای تعیین نرمال بودن متغیر و آزمون‌های t، ANOVA، Independent t، Duncan) در نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۰ (version 20, SPSS Inc., Chicago, IL) مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

یافته‌ها

به لحاظ نوع دانشگاه، ۵۱/۲ درصد از پاسخ دهندگان متعلق به دانشگاه فردوسی و ۴۸/۸ درصد از آن‌ها متعلق به دانشگاه علوم پزشکی مشهد بودند. از شرکت کنندگان، ۶۲/۴ درصد دانش آموخته رشته کتابداری (بیشترین سهم)، ۱۸/۸ درصد دانش آموخته رشته کتابداری پزشکی و همچنین، ۱۸/۸ درصد دانش آموخته سایر رشته‌ها بودند. ۵۱/۲ درصد از کتابداران مدرک تحصیلی کارشناسی و ۴۸/۸ درصد از آنان مدرک کارشناسی ارشد داشتند. همچنین، ۳۲/۵ درصد مشارکت کنندگان ۱ تا ۱۰ سال، ۴۲/۵ درصد ۱۱ تا ۲۰ سال و ۲۵/۰ درصد بیشتر از ۲۰ سال سابقه خدمت داشتند.

نتایج آزمون t در جدول ۱ نشان داد که میانگین نمره سواد اطلاعاتی جامعه آماری، پایین‌تر از سطح مطلوب بود ($P < ۰/۰۵۰$). سواد اطلاعاتی کتابداران دانشگاه علوم پزشکی نسبت به کتابداران دانشگاه فردوسی در وضعیت بهتری قرار داشت.

جدول ۱: مقایسه میانگین نمرات سواد اطلاعاتی کتابداران با سطح مطلوب

متغیر	نوع دانشگاه	آماره t	P	اختلاف میانگین
سواد	دانشگاه علوم پزشکی مشهد	-۸/۷۰	< ۰/۰۰۱	-۵/۰۱
اطلاعاتی	دانشگاه فردوسی	-۱۰/۳۶	< ۰/۰۰۱	-۶/۰۱
	جمع	-۱۳/۴۶	< ۰/۰۰۱	-۵/۵۲

همچنین، برای تعیین وضعیت هر یک از سطوح سواد اطلاعاتی کتابداران و مقایسه آن با سطح مطلوب، از آزمون t استفاده شد. یافته‌های به دست آمده نشان داد که میانگین نمرات در هر سه سطح سواد اطلاعاتی کتابداران، پایین‌تر از سطح مطلوب بود ($P < ۰/۰۵۰$). بر اساس یافته‌های فوق، بیشترین اختلاف میانگین مربوط به سطح مقدماتی سواد اطلاعاتی بود که اختلاف میانگین ۲/۲۳- را نشان داد. پس از آن، به ترتیب سطوح پایه و پیشرفته سواد اطلاعاتی با اختلاف میانگین‌های ۱/۷۰- و ۱/۵۸- قرار داشت.

نتایج آزمون ANOVA در جدول ۲ نشان داد که بین سواد اطلاعاتی کتابداران رشته‌های تحصیلی مختلف، تفاوت معنی‌داری وجود داشت ($P < ۰/۰۵$). برای تشخیص تفاوت میان گروه‌ها، از آزمون تعقیبی Duncan استفاده گردید. نتایج این آزمون حاکی از آن بود که میانگین نمرات سواد

جدول ۴: نمرات سواد اطلاعاتی کتابداران دارای سوابق خدمت مختلف

متغیر	منبع تغییرات	مجموع مجدورات	F	P
سواد اطلاعاتی	بین گروهها	۲۷/۸۵	۱/۰۳	۰/۳۶
	درون گروهها	۱۰۳۵/۶۹		
	جمع	۱۰۶۳/۵۴		

همچنین، یافته‌ها نشان داد که هر سه سطح مقدماتی، پایه و پیشرفته سواد اطلاعاتی کتابداران پایین‌تر از سطح مطلوب بود؛ به طوری که سطح مقدماتی سواد اطلاعاتی نسبت به سطوح پایه و پیشرفته در وضعیت نامطلوب‌تری قرار داشت. Zuokemefa و Baro در پژوهش خود به این نتیجه رسیدند که مهارت‌های مقدماتی سواد اطلاعاتی نیازمند بهبود است (۱۸). یافته‌های پژوهش برجیان نیز نشان داد که کتابداران از نظر درک درست نیاز اطلاعاتی، در وضعیت مطلوبی نبودند (۴). چشمه سهرابی در مورد سواد اطلاعاتی دانشجویان سال آخر دوره کارشناسی به نتیجه مشابهی دست یافت که گویای ضعف در تشخیص نیاز اطلاعاتی این دانشجویان بود (۱۹). به نظر می‌رسد، از آن‌جا که مهارت‌های مقدماتی (شامل تشخیص نیاز اطلاعاتی، تدوین پرس‌وجو و ارزیابی اطلاعات) در سطوح اولیه مهارت‌های سواد اطلاعاتی جا گرفته است و فرایندی ذهنی و مربوط به آگاهی و شناخت فرد می‌باشد، بیشتر نیازمند کسب دانش و تخصص می‌باشد، اما در سطوح بعدی که جنبه عملی دارد و بیشتر مربوط به عملکرد است، افراد حتی اگر دانش و آگاهی کافی را نداشته باشند، می‌توانند با تکرار و تمرین، نسبت به سطح مقدماتی سواد اطلاعاتی موفق‌تر عمل کنند.

در ادامه، یافته‌های پژوهش نشان داد که میانگین نمرات سواد اطلاعاتی کتابداران رشته‌های تحصیلی کتابداری و کتابداری پزشکی به طور معنی‌داری از میانگین نمرات کتابداران دانش‌آموخته سایر رشته‌ها بالاتر بود؛ در حالی که تفاوت معنی‌داری بین میانگین نمرات سواد اطلاعاتی کتابداران رشته کتابداری و کتابداری پزشکی مشاهده نشد. یافته‌های پژوهش Adeyoyin (۶) و فلاح و اصغری (۷) نیز نشان داد که بین میزان سواد اطلاعاتی کتابداران متخصص و غیر متخصص تفاوت وجود داشت. برجیان (۴)، عباسی (۱۷)، وزیری (۲۰) و علیزاده جدیدی و قاضی‌زاده (۲۱) در پژوهش‌های خود به این نتیجه دست یافتند که کتابداران دارای مدرک تحصیلی کتابداری در مجموع از نظر سواد اطلاعاتی در وضعیت بهتری نسبت به سایر کتابداران قرار داشتند. پژوهش‌های انتظاریان نیز نشان داد که بین رشته‌های تحصیلی کتابداران دانشگاه فردوسی مشهد و نیاز به بازآموزی فن‌آوری اطلاعات رابطه معنی‌داری بود؛ به گونه‌ای که کتابداران دارای مدرک کتابداری نسبت به کتابداران دارای مدرک غیر کتابداری نیاز کمتری به بازآموزی داشتند (۲۲).

به نظر می‌رسد که ارایه دروس تخصصی (مانند مبانی و روش‌های سواد اطلاعاتی، آشنایی با فن‌آوری‌های اطلاعات و ارتباطات، آشنایی با بانک‌های اطلاعاتی و مانند آن) در رشته‌های علم اطلاعات، دانش‌شناسی و کتابداری پزشکی در راستای تقویت سواد اطلاعاتی آنان و رسیدن به چنین نتیجه‌ای، بی‌تأثیر نبوده است. هرچند، در بخش‌های قبلی مشخص شد که سواد اطلاعاتی کتابداران در حد مطلوبی نبود، اما در همین وضعیت باز کتابداران متخصص نسبت به غیر متخصص مهارت‌های بیشتری داشتند. در این زمینه، ارایه کارگاه‌های آموزشی سواد اطلاعاتی برای هر دو گروه و در سطوح مختلف پیشنهاد می‌شود.

همچنین، نتایج حاصل از پژوهش حاضر، حاکی از آن بود که میانگین نمرات سواد اطلاعاتی کتابداران دارای مدرک تحصیلی کارشناسی ارشد از میانگین نمرات کتابداران دارای مدرک تحصیلی کارشناسی بالاتر بود. نتیجه این پژوهش، با نتایج پژوهش‌های فلاح و اصغری (۷)، عباسی (۱۷) و عابدی لنجی (۲۳) که سواد اطلاعاتی کتابداران با مقاطع تحصیلات تکمیلی را نسبت به سایر کتابداران در سطح مطلوب‌تری یافتند، مطابقت دارد. به بیان دیگر، نظام آموزش عالی توانسته است نقش چشمگیری در ارتقای سواد اطلاعاتی ایفا کند. البته، به نقش سنوات بیشتر ماندگاری در محیط‌های علمی نیز باید اشاره کرد که بی‌تأثیر نیست. یعنی به فرض این که هیچ درس یا کارگاهی برای بالا بردن سواد اطلاعاتی افراد در مقطع تحصیلات تکمیلی ارایه نشود، همان بودن در این محیط و کار عملیاتی با اطلاعات، ارزشیابی و به کارگیری اطلاعات به ویژه در مقاطع تحصیلات تکمیلی و ارتباط بیشتر با استادان و همکلاسی‌هایی با مهارت‌های سواد اطلاعاتی بیشتر، می‌تواند تأثیر بسزایی در کسب و افزایش سواد اطلاعاتی فرد داشته باشد. در واقع، می‌توان به نقش دانشگاه نامرئی در آموزش و کسب این مهارت‌ها، به خصوص به واسطه نگارش پایان‌نامه اشاره کرد.

در انتها نیز رابطه بین متغیر سابقه خدمت با سواد اطلاعاتی مورد آزمون قرار گرفت، نتایج نشان داد که تفاوت معنی‌داری بین میانگین نمرات سواد اطلاعاتی بر حسب سابقه خدمت وجود نداشت. یافته‌های پژوهش عابدی لنجی نیز حاکی از آن بود که بین مهارت‌های سواد اطلاعاتی کتابداران جامعه مورد بررسی بر حسب سابقه خدمت تفاوت معنی‌داری وجود نداشت (۲۳). همچنین، بر اساس نتایج پژوهش انتظاریان، بین سابقه کاری کتابداران و نیاز آنان به بازآموزی رابطه معنی‌داری وجود نداشت و تمام کتابداران شاغل چه افراد تازه کار و چه آنان که سابقه کار طولانی در کتابخانه دارند، نیازمند بازآموزی در حوزه فن‌آوری اطلاعات هستند (۲۲). از این‌رو، با توجه به تغییر و تحول در کتابخانه‌ها به ویژه در حوزه فن‌آوری اطلاعات که در حال شتاب روزافزون است، تمامی کتابداران شاغل باید به دانش و مهارت‌های روزآمدتر و بالاتر سواد اطلاعاتی دست یابند.

نتیجه‌گیری

نتایج حاصل از پژوهش حاضر، حاکی از وضعیت نامطلوب مهارت‌های سواد اطلاعاتی و سطوح سه‌گانه آن در میان کتابداران دو دانشگاه علوم پزشکی مشهد و فردوسی مشهد است. همچنین، یافته‌های حاصل، تأثیر عواملی مانند رشته تحصیلی، مدرک تحصیلی و سابقه خدمت را بر سواد اطلاعاتی کتابداران مشخص می‌سازد و عوامل مؤثر بر تقویت سواد اطلاعاتی را پیش روی برنامه‌ریزان و مدیران کتابخانه‌های این دو دانشگاه قرار می‌دهد. بنابراین، این نتایج می‌تواند علاوه بر آگاهی مسؤولان کتابخانه‌های مذکور از وضعیت مهارت‌های سواد اطلاعاتی کتابداران، زمینه‌ساز برنامه‌ریزی در جهت بهبود این مهارت‌ها و یادگیری مداوم شود.

پیشنهادها

با توجه به این که مهارت‌های سواد اطلاعاتی کتابداران جامعه مورد بررسی در سطح مطلوبی نبود، به رسمیت شناختن آموزش‌های ضمن خدمت برای توسعه و بهبود مهارت‌های سواد اطلاعاتی کتابداران به عنوان یکی از وظایف اصلی

موجود، توصیه می‌شود.

تشکر و قدردانی

از تمام کتابداران کتابخانه‌های دانشگاه‌های علوم پزشکی مشهد و فردوسی مشهد، به ویژه سرکار خانم پروانه مدیرامانی، آموزشگر و کارشناس ارشد کتابخانه مرکزی دانشگاه علوم پزشکی مشهد که در انجام پژوهش حاضر همکاری نمودند، تشکر و قدردانی به عمل می‌آید.

مدیریت و تخصیص بودجه معین برای کلیه هزینه‌های این فعالیت، توصیه می‌شود. ارزیابی‌های سالانه نیز برای تعیین نیازهای آموزشی کتابداران، در جهت بهبود مهارت‌های سواد اطلاعاتی و یادگیری مداوم، پیشنهاد می‌شود. همچنین، از آن‌جا که یافته‌های پژوهش نشان داد، مهارت‌های سواد اطلاعاتی کتابداران رشته‌های تحصیلی کتابداری و کتابداری پزشکی از کتابداران سایر رشته‌ها بالاتر بود، جذب متخصصان کتابداری و اطلاع‌رسانی توانمند و آگاه، به کتابخانه‌ها و سایر مراکز اطلاع‌رسانی از طریق اصلاح ساختار نظام استعدادی و رفع موانع

References

1. Kurbanoglu S, Akkoyunlu B, Umay A. Developing the information literacy self-efficacy scale. *J Doc* 2006; 62(6): 730-43.
2. Marcum JW. Rethinking information literacy. *Library Quarterly* 2002; 72(1): 1-26.
3. Abdollahi M, Jowkar A. Study of the state of public librarian's information literacy in Fars Province. *Research on Information Science & Public Libraries* 2015; 20(4): 771-87. [In Persian].
4. Borjian M. Librarians' information literacy skills and its compliance with the standard (ACRL) at the National Library of Iran [Thesis]. Tehran: Iran; Islamic Azad University, Tehran North Branch; 2011. [In Persian].
5. Saunders L. The Future of Information Literacy in Academic Libraries: A Delphi Study. *Portal: Libraries and the Academy* 2009; 9(1): 99-114.
6. Adeyoyin SO. Information and communication technology (ICT) literacy among the staff of Nigerian university libraries. *Library Review* 2005; 54(4): 257-66.
7. Fallah M, Asghari S. Libraries and academic librarians and information literacy programs. *Ketabdar* 2010; 9(4). [Online]; Available from: URL:<http://www.ketabdar.org/magazine/detailarticle.asp?number=142> [In Persian].
8. Pournaghi R, Abazari Z. The Survey study of information literacy between university librarians. *J Health Adm* 2008; 11(31): 55-62. [In Persian].
9. Tafreshi Sh, Angorj Taghva M. A survey on librarians' information literacy rate in public libraries of Tehran affiliated to the Board of Iranian Public Libraries. *Epistemology* 2008; 1(3): 29-38. [In Persian].
10. Davarpanah MR, Siamak M, Ghasemi AH. Information literacy assessment of students. Tehran, Iran: Dabizesh; 2008. [In Persian].
11. Teresa YN. Information literacy assessment: standards-based tools and assignments. Trans. Khase AA, Alijani R. Tehran, Iran: Chapar Publications; 2010. [In Persian].
12. Burkhardt JM, MacDonald MC, Rathemacher AJ. Teaching information literacy: 35 practical standards- based exercises for college students. Trans. Ghasemi AH, Mokhtari H. Tehran, Iran: Chapar Publications; 2008. [In Persian].
13. Bothma N. Evaluating the usability of an academic marketing department's website from a marketing student's perspective. *International Retail and Marketing Review* 2009; 5(1): 15-24.
14. Mustafa SH, Al-Zou'abi L. Usability of the academic websites of Jordan's universities: an evaluation study [Online]. [cited 2010 Sep 5]; Available from: URL: <http://eref.uqu.edu.sa/files/ere2/folders6/f37.pdf> [In Persian].
15. Chiew TK, Salim SS. WEBUSE: Website usability evaluation tool. *Malaysian Journal of Computer Science* 2003; 16(1): 47-57.
16. Rahimi AR, Almasi S, Al Mukhtar MJ. Information literacy status and the influencing factors on it among librarians and informationists at the Isfahan libraries of Medical Sciences University. *Health Inf Manage* 2005; 2(1): 8-14. [In Persian].
17. Abbasi R. Comparative assessment of librarians' information literacy status universities of Tabriz and Tabriz Medical Sciences and Health Services and identification of the factors affecting it. [Thesis]. Ahvaz: Iran; Ahvaz University of Shahid Chamran; 2011. [In Persian].
18. Baro EE, Zuokemefa T. Information literacy programmes in Nigeria: a survey of 36 university libraries. *New Library World* 2011; 112(11-12): 549-65.
19. Cheshmeh Sohrabi M. A survey on Information Literacy of the bachelor senior students in Arak University of science and technology in digital environment (during 2008- 2009). *Epistemology* 2011; 4(13): 65-76. [In Persian].
20. Vaziry E. Survey of information literacy status of librarians of Shiraz university libraries in the academic year (2005-2006) [Thesis]. Shiraz: Iran; Shiraz University; 2006. [In Persian].
21. Alizadeh Jadidi M, Ghazizadeh Y. A survey on librarians' Information Literacy of public librarians of Mazandaran province and its impact on their scientific outputs. *Scientific Communication* 2011; 19(1): 44-53. [In Persian].
22. Entezarian N. Survey of retraining needs of librarians working in the libraries of the Ferdowsi University of Mashhad in the field of information technology. *Scientific Communication* 2009; 13(2): 38-46. [In Persian].
23. Abedi Lenjy AR. Survey of information literacy skills of librarians in recreational and cultural organization of the municipality of Isfahan based on Eisenberg and Berkowitz [Thesis]. Isfahan: Iran; University of Isfahan; 2011. [In Persian].

Information Literacy Skills and Related Factors among Librarians of Mashhad University of Medical Sciences and Ferdowsi University of Mashhad, Iran

Nasrin Nasiripour¹, Mohsen Nowkarizi², Masoumeh Tajafari³

Original Article

Abstract

Introduction: Librarians in academic libraries should have suitable information literacy skills in order to access the information they need and meet the needs of their clients. Hence, the present study aimed to evaluate and determine the status of the three levels of information literacy skills and their related factors among librarians of Mashhad University of Medical Sciences and Ferdowsi University of Mashhad, Iran.

Methods: This applied research was conducted through survey method. The study population consisted of all librarians with a bachelor's degree or master's degree in librarianship or non-librarianship fields working in the abovementioned university libraries (n = 120). Through non-proportional stratified random sampling method, 80 individuals were selected as the final sample. The assessment tool was a researcher-made questionnaire the validity and reliability (Cronbach's alpha = 0.86) of which were confirmed. Data were analyzed through descriptive statistics (frequency distribution, mean and standard deviation) and inferential statistics (one-sample t-test, independent t-test, ANOVA, and Duncan's post hoc test) in SPSS software.

Results: The librarians' information literacy status was less than desirable; neither of the elementary, basic, and advanced levels of information literacy had desirable scores among the librarians. The mean scores of information literacy of librarians with degrees in librarianship and medical librarianship were significantly higher than that of librarians with other degrees. Moreover, the mean information literacy score of librarians with a master's degree was higher than that of librarians with a bachelor's degree. There was no significant difference between the mean information literacy scores of librarians based on their work experience.

Conclusion: The results of this study showed the undesirable status of information literacy and its three levels among librarians. Moreover, it indicated the effective factors for improving information literacy among librarians for the planners and administrators of the libraries of these two universities.

Keywords: Information Literacy; Librarians; Libraries; Mashhad University of Medical Sciences; Ferdowsi University of Mashhad

Received: 3 Aug, 2015

Accepted: 25 May, 2016

Citation: Nasiripour N, Nowkarizi M, Tajafari M. **Information Literacy Skills and Related Factors among Librarians of Mashhad University of Medical Sciences and Ferdowsi University of Mashhad, Iran.** Health Inf Manage 2016; 13(2): 96-101

Article resulted from MSc thesis No. 31733 and funded by Ferdowsi University of Mashhad.

1- MSc, Knowledge and Information Science, Department of Knowledge and Information Science, School of Education and Psychology, Ferdowsi University of Mashhad, Mashhad, Iran (Corresponding Author) Email: nasirpournasrin@gmail.com

2- Associate Professor, Knowledge and Information Science, Department of Knowledge and Information Science, School of Education and Psychology, Ferdowsi University of Mashhad, Mashhad, Iran

3- Assistant Professor, Knowledge and Information Science, Department of Knowledge and Information Science, School of Education and Psychology, Ferdowsi University of Mashhad, Mashhad, Iran

ارزیابی وبسایت‌های بیمارستانی دانشگاه‌های علوم پزشکی شهر تهران از لحاظ آرایه اطلاعات لازم برای جذب گردشگران سلامت

محمد هیوا عبدخدا^۱، سید جواد قاضی میرسعید^۲، محمدرضا علی‌بیک^۳، رقیه ارشاد سراپی^۴

مقاله پژوهشی

چکیده

مقدمه: وبسایت‌های بیمارستانی می‌توانند ابزار مناسب و کارآمدی برای جذب گردشگران سلامت باشند. تحقق این امر مهم، مستلزم پیروی از معیارهای ساختاری و محتوایی در طراحی آن‌ها است. این پژوهش با هدف، ارزیابی وبسایت‌های بیمارستانی دانشگاه‌های علوم پزشکی شهر تهران از لحاظ آرایه اطلاعات لازم برای جذب گردشگران سلامت انجام شد.

روش بررسی: پژوهش کاربردی حاضر به روش پیمایشی انجام گرفت. جامعه پژوهش را وبسایت‌های کلیه بیمارستان‌های تحت پوشش سه دانشگاه علوم پزشکی تهران، ایران و شهید بهشتی که در مجموع ۵۰ بیمارستان بودند، تشکیل داد. ابزار جمع‌آوری داده‌ها، پرسش‌نامه MDS-Hospital website بود که روایی و پایایی آن در مطالعات قبلی تأیید شده بود ($\alpha = 0/90$). در نهایت، داده‌ها با استفاده از آمار توصیفی (فراوانی و درصد) تجزیه و تحلیل گردید.

یافته‌ها: میانگین نمرات بعد ساختاری بر اساس پرسش‌نامه MDS-Hospital website برای وبسایت بیمارستان‌های مورد مطالعه، ۶۴/۵ درصد به دست آمد؛ در حالی که میانگین نمرات حاصل از ارزیابی وبسایت‌های این بیمارستان‌ها از لحاظ بعد محتوایی، کمتر از ۵۰/۰ درصد بود. از لحاظ بعد ساختاری، بیمارستان‌های دانشگاه علوم پزشکی تهران و از لحاظ بعد محتوایی، بیمارستان‌های دانشگاه علوم پزشکی ایران در وضعیت مطلوب‌تری قرار داشتند.

نتیجه‌گیری: وبسایت بیمارستان‌های مورد ارزیابی از لحاظ ساختاری در وضعیت به نسبت مطلوبی قرار دارند، اما وضعیت آن‌ها از لحاظ محتوایی نامطلوب ارزیابی می‌شود. بنابراین، با توجه به نتایج پژوهش، لازم است بیمارستان‌ها به بازطراحی وبسایت‌های خود از لحاظ محتوایی بپردازند تا بتوانند جایگاه خود را در بازاریابی صنعت توریسم درمانی تثبیت نمایند.

واژه‌های کلیدی: وبسایت‌ها؛ بیمارستان‌ها؛ گردشگری پزشکی؛ دانشگاه‌ها

پذیرش مقاله: ۱۳۹۵/۲/۱۴

اصلاح نهایی: ۱۳۹۵/۲/۴

دریافت مقاله: ۱۳۹۴/۷/۴

ارجاع: عبدخدا محمد هیوا، قاضی میرسعید سید جواد، علی‌بیک محمدرضا، ارشاد سراپی رقیه. **ارزیابی وبسایت‌های بیمارستانی دانشگاه‌های علوم پزشکی شهر تهران از لحاظ آرایه اطلاعات لازم برای جذب گردشگران سلامت.** مدیریت اطلاعات سلامت ۱۳۹۵؛ ۱۳(۲): ۱۰۷-۱۰۲

انتقال دانش نقش مهمی در دسترسی به اطلاعات دارد (۵-۳).

گردشگران سلامت به امید دستیابی به اطلاعات باکیفیت، صریح، قابل اعتماد، قابل دسترس، روزآمد و جامع به وبسایت‌های بیمارستانی مراجعه می‌کنند. عمده‌ترین فلسفه وجودی وبسایت‌های بیمارستانی نیز، آرایه اطلاعات

مقدمه

امروزه گردشگری سلامت که در آن بیماران برای دریافت خدمات پزشکی به فراتر از مرزهای ملی سفر می‌کنند، به عنوان صنعتی رو به رشد قلمداد می‌شود. تمایل جهانی برای گردشگری سلامت از تجارت ۲۰ میلیارد دلاری در سال ۲۰۰۷ به بیش از ۴۰ میلیارد دلار در سال ۲۰۱۰ افزایش یافته است (۱). ایران با توجه به شاخص‌هایی از جمله ارزان بودن قیمت خدمات پزشکی نسبت به سایر کشورهای جهان، کیفیت مناسب خدمات و برابری آن با جدیدترین شیوه‌های علم طب در جهان، استفاده از شیوه‌های جدید بازاریابی و آرایه اطلاعات با کیفیت به گردشگران سلامت دارای ظرفیت قابل توجهی برای جذب گردشگران سلامت و کسب درآمد از آن می‌باشد (۲، ۱). از سوی دیگر، مطالعات نشان داده‌اند که وبسایت‌های بیمارستانی می‌توانند نقش قابل توجهی در جذب گردشگران سلامت داشته باشند. سایر تحقیقات نشان می‌دهند که در سال‌های اخیر بازاریابی از طریق وبسایت‌های بیمارستانی با رشد چشمگیری همراه بوده است. اطلاعات سلامت یکی از سه عنوان بسیار کاربردی و مورد جستجوی کاربران در اینترنت می‌باشد و روزانه افراد زیادی برای دریافت اطلاعات سلامت به وبسایت‌های مراکز بهداشتی- درمانی مراجعه می‌کنند. در این میان، اینترنت به عنوان کانال رسمی

مقاله حاصل طرح تحقیقاتی با شماره ۹۳/۲۳۷ می‌باشد که با حمایت دانشگاه علوم پزشکی

کرمان انجام شده است.

۱- استادیار، مدیریت اطلاعات سلامت، قطب علمی و آموزشی مدیریت سلامت ایران، دانشکده مدیریت و اطلاع‌رسانی پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی تبریز، تبریز و مرکز تحقیقات انفورماتیک پزشکی، پژوهشکده آینده‌پژوهی در سلامت، دانشگاه علوم پزشکی کرمان، کرمان، ایران (نویسنده مسؤول)

Email: hiwaabdekhoda@gmail.com

۲- استادیار، کتابداری و اطلاع‌رسانی پزشکی، گروه علوم کتابداری و اطلاع‌رسانی پزشکی، مرکز تحقیقات مدیریت اطلاعات سلامت، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران

۳- مربی، کتابداری و اطلاع‌رسانی پزشکی، گروه علوم کتابداری و اطلاع‌رسانی پزشکی، دانشکده مدیریت و اطلاع‌رسانی پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی ایران، تهران، ایران

۴- استادیار، مدیریت اطلاعات سلامت، مرکز تحقیقات انفورماتیک پزشکی، پژوهشکده آینده‌پژوهی در سلامت، دانشگاه علوم پزشکی کرمان، کرمان، ایران

معیارهای محتوایی در ۱۳ بعد شامل «ارایه اطلاعات محل و نحوه دسترسی به بیمارستان»، «ارایه اطلاعات نحوه مسافرت، اخذ رواید و یا لینک به وبسایت‌های مرتبط»، «ارایه اطلاعات تکمیلی در خصوص بیمارستان، اعم از سال تأسیس، نحوه اداره، شیوه اداره، تعداد تخت»، «ارایه اطلاعات پذیرش و نحوه پذیرش»، «ارایه اطلاعات مالی اعم از هزینه فرانشیز و تعرفه‌های درمانی برای گردشگران سلامت»، «ارایه اطلاعات مالی و هزینه ارایه خدمات مطابق ارزهای رایج خارجی»، «ارایه اطلاعات مرتبط با بیمه گردشگران سلامت اعم از بیمه‌نامه مسافرت و بیمه درمانی»، «ارایه اطلاعات مرتبط با خدمات درمانی که در بیمارستان ارایه می‌شود»، «ارایه اطلاعات تکمیلی در خصوص نحوه انجام خدمات درمانی اعم از وضعیت لیست انتظار، مدت زمان خدمت، مدت بستری، دوره نقاهت بیماری»، «ارایه اطلاعات تکمیلی در خصوص بیماری، نحوه درمان و یا وجود پیوندهای مرتبط»، «ارایه اطلاعات پزشکان، کادر درمانی و نوع خدماتی که ارایه می‌دهند»، «ارایه اطلاعات هتلینگ بیمارستان برای بیمار و همراهان وی» و «ارایه اطلاعات نحوه تماس یا ارتباط با بیمارستان اعم از تلفن، ایمیل، گفتگوی زنده و...» ارایه شده بودند (۷).

جمع‌آوری داده‌ها با استفاده از پرسش‌نامه (MDS-Hospital website) و با مراجعه به وبسایت بیمارستان‌ها و همچنین، جستجوی ساده نام بیمارستان در موتور جستجوی گوگل در فاصله زمانی هفته آخر اردیبهشت ماه ۱۳۹۴ تا هفته اول خرداد ماه ۱۳۹۴ انجام شد. داده‌ها پس از جمع‌آوری توسط سیاهه کنترلی و ورود به نرم‌افزار SPSS نسخه ۱۶ (SPSS Inc., Chicago, IL, version 16) با استفاده از فراوانی و درصد توصیف شد و در راستای پاسخگویی به پرسش‌های پژوهش، مورد استفاده قرار گرفتند.

یافته‌ها

جدول ۱ نتایج ارزیابی وبسایت بیمارستان‌های مورد پژوهش را از لحاظ رعایت معیارهای ساختاری ارایه شده در پرسش‌نامه (MDS-Hospital website) نشان می‌دهد.

بیش از ۹۷ درصد بیمارستان‌های مورد پژوهش دارای وبسایت بیمارستانی با دامنه دانشگاهی بودند. بیش از ۸۰ درصد از آن‌ها وبسایت یک زبانه داشتند. کمتر از ۱۵ درصد از بیمارستان‌ها، دارای وبسایت رسمی مستقل از وبسایت دانشگاهی با آدرس URL بودند. همچنین، کمتر از ۱۵ درصد از آن‌ها اطلاعات موجود در وبسایت را به دو زبان ارایه می‌کردند (جدول ۱).

نتایج ارزیابی وبسایت بیمارستان‌های مورد پژوهش از لحاظ رعایت معیارهای محتوایی ارایه شده در پرسش‌نامه (MDS-Hospital website) در جدول ۲ ارایه شده است.

بیش از ۹۰ درصد از بیمارستان‌ها در وبسایت خود به ارایه اطلاعات محل و نحوه دسترسی به بیمارستان پرداخته بودند. حدود ۹۷ درصد از آن‌ها به ارایه اطلاعات نحوه تماس یا ارتباط با بیمارستان اعم از تلفن، پست الکترونیک و گفتگوی زنده در وبسایت خود پرداخته بودند. بیمارستان‌های مورد پژوهش از لحاظ ارایه اطلاعات مالی اعم از هزینه فرانشیز و تعرفه‌های درمانی برای گردشگران سلامت، ارایه اطلاعات مالی و هزینه، ارایه خدمات مطابق ارزهای رایج خارجی و ارایه اطلاعات هتلینگ بیمارستان برای بیمار و همراهان وی عملکرد ضعیفی داشتند (جدول ۲).

باکیفیت و اطلاع‌رسانی مناسب و به موقع به کارکنان بیمارستان و به خصوص مراجعان به بیمارستان است. وبسایت‌های بیمارستانی در ارایه خدمات مناسب به بیماران نقش واسطه‌ای دارند. به مدد ظرفیت‌های موجود در ارتباطات شبکه‌ای، بیمارستان‌ها می‌توانند به کمک وبسایت‌ها خدمات ارایه شده خود را به نحو مناسب به مراجعان و مشتریان معرفی کنند و بر اعتبار فنی و تخصصی خود بیفزایند (۶، ۱). وبسایت‌های توریسم درمانی پنج نقش عمده را بر عهده دارند که عبارت از پورتالی برای دسترسی به اطلاعات پزشکی و جراحی، ارتباط با سایر خدمات مرتبط با بهداشت، دسترسی و ارتقای سطح دسترسی به خدمات سلامت، تجاری‌سازی خدمات بهداشتی - درمانی و ایجاد ارتباط بین ارایه دهنده خدمت و مشتری آن می‌باشند (۲).

تحقق نقش وبسایت‌های بیمارستانی در جذب گردشگران سلامت برای بیمارستان و معرفی نظام‌مند و سودمند خدمات ارایه شده در آن، بدون رعایت استانداردهای لازم در طراحی وبسایت‌ها امکان‌پذیر نیست. بیمارستان‌هایی که خواهان دریافت سهم خود از گردشگری سلامت به وسیله شبکه‌های اطلاع‌رسانی مجازی هستند، لازم است مواردی را در این زمینه مد نظر داشته باشند. در نظر گرفتن معیارهای ساختاری و محتوایی در طراحی وبسایت‌ها از جمله مهم‌ترین این موارد است (۷).

با عنایت به مباحث مطرح شده، پژوهش حاضر با هدف ارزیابی وبسایت‌های بیمارستانی دانشگاه‌های علوم پزشکی شهر تهران از لحاظ ارایه اطلاعات لازم برای جذب گردشگران سلامت انجام شد.

روش بررسی

این پژوهش از نوع کاربردی بود که به صورت پیمایشی انجام شد و جامعه آن را وبسایت‌های کلیه بیمارستان‌ها و مراکز آموزشی - درمانی تحت پوشش دانشگاه‌های علوم پزشکی دولتی سطح شهر تهران تشکیل دادند. این دانشگاه‌ها شامل دانشگاه علوم پزشکی تهران، دانشگاه علوم پزشکی ایران و دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی بود. در مجموع، ۴۹ بیمارستان و مرکز آموزشی - درمانی تحت نظر این سه دانشگاه مورد ارزیابی قرار گرفتند.

ابزار جمع‌آوری داده‌ها، پرسش‌نامه تعیین حداقل اطلاعات لازم در وبسایت بیمارستان‌ها برای جذب گردشگران سلامت (MDS-Hospital website) بود که توسط عبدخدا و همکاران (۷) ارایه شده است. روایی و پایایی ($\alpha = 0/9$) پرسش‌نامه در مطالعه عبدخدا و همکاران (۷) به تأیید رسیده است و به عنوان ابزاری جامع و ارزشیابی شده جهت ارزیابی وضعیت وبسایت‌های بیمارستانی از لحاظ ارایه اطلاعات لازم برای جذب گردشگران سلامت، کارآمد می‌باشد. این پرسش‌نامه در دو بخش «معیارهای ساختاری وبسایت‌های بیمارستانی» و «معیارهای محتوایی وبسایت‌های بیمارستانی»، بر اساس مطالعه کیفی و نظرات خبرگان تهیه و ارایه شده است. معیارهای ساختاری شامل پنج معیار «وجود وبسایت رسمی مستقل از وبسایت دانشگاهی با آدرس مکان‌یاب منحصر به فرد URL (Uniform resource locator) برای بیمارستان»، «وجود وبسایت با دامنه دانشگاهی متعلق به بیمارستان»، «وجود وبسایت یک زبانه، دو زبانه (فارسی - انگلیسی) و یا چند زبانه متعلق به بیمارستان»، «استفاده از رسانه‌ها اعم از فیلم، پوستر، تصاویر بیمارستان، تور مجازی بیمارستان و خدمات ارایه شده در آن» و «وجود لینک‌های مرتبط با خدمات بیمارستانی» است (۷).

جدول ۱: نتایج ارزیابی وبسایت بیمارستان‌های مورد پژوهش از لحاظ رعایت معیارهای ساختاری

شاخص	نام دانشگاه	علوم پزشکی		
		تهران	ایران	شهریه بهشتی
تعداد (درصد)	تعداد (درصد)	تعداد (درصد)	تعداد (درصد)	جمع کل
وجود وبسایت رسمی مستقل از وبسایت دانشگاهی با URL برای بیمارستان	۱ (۶/۲۵)	۴ (۲۵/۰۰)	۱۱ (۷۶/۰)	۷ (۱۴/۲۸)
وجود وبسایت با دامنه دانشگاهی برای بیمارستان	۱۶ (۱۰۰)	۱۵ (۹۳/۷۵)	۱۷ (۱۰۰)	۴۸ (۹۷/۹۵)
بیمارستان‌های دارای وبسایت یک زبانه	۱۳ (۸۱/۲۵)	۱۲ (۷۵/۰۰)	۱۶ (۹۴/۱۱)	۴۱ (۸۳/۶۷)
بیمارستان‌های دارای وبسایت دو زبانه	۳ (۱۸/۷۵)	۳ (۱۸/۷۵)	۱ (۵/۸۸)	۷ (۱۴/۲۸)
استفاده از رسانه‌ها اعم از فیلم، پوستر، تصاویر بیمارستان، تور مجازی بیمارستان و خدمات ارایه شده در وبسایت بیمارستان	۹ (۵۶/۲۵)	۷ (۴۳/۷۵)	۱۱ (۶۴/۷۰)	۲۷ (۵۵/۱۰)
وجود لینک‌های مرتبط با خدمات بیمارستانی در وبسایت بیمارستان‌ها از جمله خدمات ارایه شده در سایر مراکز درمانی	۱۳ (۸۱/۲۵)	۸ (۵۰/۰۰)	۱۴ (۸۲/۳۵)	۳۵ (۷۱/۴۲)
جمع کل	۱۶ (۱۰۰)	۱۶ (۱۰۰)	۱۷ (۱۰۰)	۴۹ (۱۰۰)

URL: Uniform resource locator

به سمت مطلوب قرار داشتند. بنابراین، وضعیت وبسایت‌های بیمارستانی از لحاظ بعد ساختاری برای جذب گردشگران سلامت، متوسط به سمت مطلوب ارزیابی می‌شود. مرادی و همکاران در مطالعه خود به این نتیجه رسیدند که وبسایت‌های بیمارستانی از نظر ساختاری در سطح متوسط و از نظر محتوا و زیرلینک‌ها در سطح ضعیفی هستند که نیاز به اصلاح، تکمیل و گسترش دارند (۳).

بحث

پژوهش حاضر با هدف ارزیابی وضعیت وبسایت‌های بیمارستانی دانشگاه‌های علوم پزشکی شهر تهران، از لحاظ ارایه اطلاعات لازم برای جذب گردشگران سلامت انجام شد. به طور کلی، بیمارستان‌های مورد بررسی از لحاظ بعد ساختاری و بر اساس ابزار ارزیابی استفاده شده در این پژوهش در وضعیت متوسط به بالا و

جدول ۲: نتایج ارزیابی وبسایت بیمارستان‌های مورد پژوهش از لحاظ رعایت معیارهای محتوایی

شاخص	نام دانشگاه	علوم پزشکی		
		تهران	ایران	شهریه بهشتی
تعداد (درصد)	تعداد (درصد)	تعداد (درصد)	تعداد (درصد)	جمع کل
ارایه اطلاعات محل و نحوه دسترسی به بیمارستان در وبسایت بیمارستانی	۱۵ (۹۳/۷۵)	۱۴ (۸۷/۵۰)	۱۶ (۹۴/۱۱)	۴۵ (۹۱/۸۳)
ارایه اطلاعات نحوه مسافرت، اخذ روادید و یا پیوند بیرونی به سایر وبسایت‌های مرتبط	۰ (۰)	۱ (۶/۲۵)	۰ (۰)	۱ (۲/۰۴)
ارایه اطلاعات تکمیلی در خصوص بیمارستان اعم از سال تأسیس، نحوه اداره، میزان تخت اشغالی و سایر اطلاعات مرتبط	۱۵ (۹۳/۷۵)	۱۴ (۸۷/۵۰)	۱۶ (۹۴/۱۱)	۴۵ (۹۱/۸۳)
ارایه اطلاعات پذیرش بیمار و نحوه انجام آن	۸ (۵۰/۰۰)	۹ (۵۶/۲۵)	۱۳ (۷۶/۴۷)	۳۰ (۶۱/۲۲)
ارایه اطلاعات مالی اعم از هزینه فرانشیز و تعرفه‌های درمانی برای گردشگران سلامت	۱ (۶/۲۵)	۱ (۶/۲۵)	۰ (۰)	۲ (۴/۰۸)
ارایه اطلاعات مالی و هزینه ارایه خدمات مطابق ارزشهای رایج خارجی	۰ (۰)	۱ (۶/۲۵)	۰ (۰)	۱ (۲/۰۴)
ارایه اطلاعات مرتبط با بیمه، بیمه گردشگران سلامت اعم از بیمه‌نامه مسافرت و بیمه درمانی	۳ (۱۸/۷۵)	۳ (۱۸/۷۵)	۱۷/۶۴	۹ (۱۸/۳۶)
ارایه اطلاعات مرتبط با خدمات درمانی که در بیمارستان ارایه می‌شود.	۱۴ (۸۷/۵)	۱۲ (۷۵/۰۰)	۱۴ (۸۲/۳۵)	۴۰ (۸۱/۶۳)
ارایه اطلاعات تکمیلی در خصوص نحوه انجام خدمات درمانی	۱ (۶/۲۵)	۳ (۱۸/۷۵)	۲ (۱۱/۷۶)	۶ (۱۲/۲۴)
ارایه اطلاعات تکمیلی در خصوص بیماری، نحوه درمان و یا وجود پیوندهای مرتبط	۱۲ (۷۵/۰۰)	۶ (۳۷/۵۰)	۷ (۴۱/۱۷)	۲۵ (۵۱/۰۲)
ارایه اطلاعات پزشکی، کادر درمانی و نوع خدمات	۱۳ (۸۱/۲۵)	۷ (۴۳/۷۵)	۱۴ (۸۲/۳۵)	۳۴ (۶۹/۳۸)
ارایه اطلاعات هتلینگ بیمارستان برای بیمار و همراهان وی	۰ (۰)	۱ (۶/۲۵)	۰ (۰)	۱ (۲/۰۴)
ارایه اطلاعات نحوه تماس یا ارتباط با بیمارستان اعم از تلفن، پست الکترونیک و گفتگوی زنده	۱۶ (۱۰۰)	۱۵ (۹۳/۷۵)	۱۷ (۱۰۰)	۴۸ (۹۷/۹۵)
جمع کل	۱۶ (۱۰۰)	۱۶ (۱۰۰)	۱۷ (۱۰۰)	۴۹ (۱۰۰)

ملاحظه‌های دارند. بنابراین، ضروری است که ساز و کارهای لازم در طراحی این وبسایت‌ها از بعد ساختاری و محتوایی مد نظر قرار گیرد تا این وبسایت‌ها در انجام رسالت خود موفق باشند. توریست‌های درمانی در وبسایت بیمارستان‌ها به دنبال اطلاعات شفاف، باکیفیت، کامل و روزآمد هستند تا به کمک آن مقصد گردشگری سلامت خود را انتخاب کنند.

یافته‌های پژوهش حاضر نشان داد که به طور کلی وبسایت بیمارستان‌های مورد ارزیابی از لحاظ ساختاری در وضعیت به نسبت مطلوبی قرار دارند، اما از لحاظ محتوایی نامطلوب ارزیابی می‌شود. لازم است وبسایت بیمارستان‌ها بر پایه یافته‌های منتج از پژوهش حاضر که در ۱۸ مقوله و در دو بعد ساختاری و محتوایی ارزیابی گردید، به بازطراحی وبسایت‌های خود بپردازند تا بتوانند جایگاه خود را در بازاریابی صنعت توریسم درمانی تثبیت کنند.

پیشنهادها

بر اساس یافته‌های به دست آمده از پژوهش، پیشنهاد می‌شود که وبسایت‌های بیمارستانی در صورت امکان سعی کنند که دارای یک URL مستقل از دامنه دانشگاه باشند. لازم است بیمارستان‌ها اطلاعات موجود بر وبسایت خود را حداقل به دو زبان فارسی و انگلیسی و به شکل روزآمد ارائه نمایند. همچنین، پیشنهاد می‌شود بیمارستان‌ها در وبسایت خود برای معرفی خدماتی که ارائه می‌دهند، از چند رسانه‌های اعم از فیلم، پوستر، تصاویر بیمارستان و تور مجازی استفاده نمایند. علاوه بر این، بهتر است بیمارستان‌ها در وبسایت خود به ارائه اطلاعات نحوه مسافرت و اخذ روادید برای گردشگران سلامت بپردازند یا به شکل مقتضی، مراجعه کنندگان به وبسایت را به محل‌های دسترسی به این اطلاعات هدایت نمایند. همچنین، پیشنهاد می‌شود کمیته‌های ارزیابی و اعتباربخشی، بیمارستان‌ها را مکلف به ارائه اطلاعات پذیرش و نحوه پذیرش بیمار و فرایند پذیرش تا ترخیص به زبان ساده، در وبسایت‌های خود نمایند. بیمارستان‌ها جهت جذب گردشگران سلامت و جلب اعتماد و اطمینان آن‌ها، هزینه‌های ثابت و متغیر ارائه خدمات خود را به شکل مطلوب و مطابق با ارزشهای رایج خارجی در وبسایت خود ارائه نمایند.

تشکر و قدردانی

پژوهش حاضر با حمایت مالی مرکز تحقیقات انفورماتیک پزشکی دانشگاه علوم پزشکی کرمان انجام شد. بدین وسیله از حمایت‌های همه جانبه این مرکز تشکر و قدردانی می‌گردد.

بیش از ۹۷ درصد بیمارستان‌های مورد پژوهش دارای وبسایت با دامنه دانشگاهی بودند. بیش از ۸۰ درصد از وبسایت‌های بیمارستانی اطلاعات خود را به یک زبان و در حدود ۱۵ درصد از آن‌ها اطلاعات موجود بر روی وبسایت خود را به دو زبان فارسی و انگلیسی ارائه می‌کردند. یافته‌های مطالعه عبدخدا نشان داد که در عصر حاضر وجود یک وبسایت مستقل یا با دامنه سازمانی، برای مؤسسه‌های ارائه خدمت که اطلاعات آن سازمان را حداقل به یک یا دو زبان ارائه نمایند، یک ضرورت رقابتی قلمداد می‌شود (۸).

وبسایت بیمارستان‌های مورد مطالعه بر اساس معیارهای محتوایی ارزیابی شده در این پژوهش، در وضعیت مطلوبی قرار نداشتند. «ارایه اطلاعات مالی و هزینه ارائه خدمات مطابق با ارزشهای رایج خارجی»، «ارایه اطلاعات مرتبط با بیمه، بیمه گردشگران سلامت اعم از بیمه‌نامه مسافرت و بیمه درمانی» و «ارایه اطلاعات مالی اعم از هزینه فرانشیز و تعرفه‌های درمانی برای گردشگران سلامت» پایین‌ترین میزان نمره میانگین را کسب کردند. به بیان دیگر، وضعیت وبسایت بیمارستان‌های مورد بررسی از لحاظ این سه شاخص نامطلوب ارزیابی شدند. در این خصوص نصیرپور و سلمانی به این نتیجه رسیدند که شفاف نمودن هزینه درخواستی از بیماران خارجی یکی از مهم‌ترین عوامل جذب گردشگران سلامت است که موجب توسعه توریسم درمانی در بیمارستان‌های تهران می‌شود (۱).

«ارایه اطلاعات نحوه تماس یا ارتباط با بیمارستان اعم از تلفن، پست الکترونیک، گفتگوی زنده و...»، «ارایه اطلاعات محل و نحوه دسترسی به بیمارستان» و «ارایه اطلاعات تکمیلی در خصوص بیمارستان، اعم از سال تأسیس، نحوه اداره و...» بالاترین نمره میانگین را کسب کردند. به بیان دیگر، وضعیت وبسایت بیمارستان‌های مورد پژوهش از لحاظ این سه شاخص محتوایی مطلوب ارزیابی می‌شود. یافته‌های پژوهش طبیعی و همکاران نشان داد که به کارگیری روش‌های جدید ارتباطی از جمله پست الکترونیک و گفتگوی زنده، تأثیر قابل توجهی بر جذب گردشگران سلامت ندارد (۹). بر اساس یافته‌های پژوهش حاضر و پژوهش Lee و همکاران (۱۰)، اگر گردشگران سلامت به اطلاعات کافی و لازم دسترسی بهتری داشته باشند، به همان اندازه تصمیم‌گیری آن‌ها برای انتخاب محل دریافت خدمت تحت تأثیر قرار می‌گیرد. Lunt و Carrera نیز به این نتیجه رسیدند که یکی از دلایلی که وبسایت‌های گردشگری هنوز توانسته‌اند جایگاه واقعی خود را در جذب گردشگران سلامت پیدا کنند، ارائه ناقص اطلاعات مورد نیاز گردشگران پزشکی در وبسایت‌ها و پورتال‌ها و ضعف زیرساخت‌های محتوایی این وبسایت‌ها می‌باشد (۴).

نتیجه‌گیری

وبسایت‌های بیمارستانی در جذب گردشگران سلامت، پتانسیل قابل

References

1. Nasirpour AA, Salmani L. The role of Hospital rediness to attract medical torism. Hospital 2010; 9(3-4): 57-67. [In Persian].
2. Delgoshai B, Jabbari AR, Farzin MR, Sherbafchizadeh N, Tabibi SJ. Current medical tourism in Iran: a case study. Payesh Health Monit 2012; 11(2): 157-66. [In Persian].
3. Moradi Gh, Ahmadi M, Zohoor A, Ebadifardazar F, Saberi M. Evaluation of structure and content of websites of the educational Hospitals in Iran. Health Inf Manage 2007; 4(2): 175-84. [In Persian].
4. Lunt N, Carrera P. Systematic review of web sites for prospective medical tourists. Tourism Review 2011; 66(1-2): 57-67.
5. Lunt N, Hardey M, Mannion R. Nip, tuck and click: medical tourism and the emergence of web-based health information. Open Med Inform J 2010; 4: 1-11.
6. Johnston R, Crooks VA, Snyder J. "I didn't even know what I was looking for": A qualitative study of the decision-making processes of Canadian medical tourists. Global Health 2012; 8: 23.
7. Abdekhoda M, Alibeyk M, Ershad Sarabi R. Assessment of hospitals' website of Tehran' Universes based on necessary

- information for medical tourism [Research]. Kerman, Iran: Medical Informatics Research Center, Kerman University of Medical Sciences; 2015. [In Persian].
8. Abdekhoda H. Strategies to increase website traffic for libraries. *Ketabmah-Koliat* 2010; 13(6): 52-9. [In Persian].
 9. Tabibi SJ, Nasiripour AA, Ayubian A, Bagherian Mahmoodabadi H. The relation between information mechanisms and medical tourist attraction in Hospitals of Tehran, Iran. *Health Inf Manage* 2012; 9(3): 416-23. [In Persian].
 10. Lee H, Wright KB, O'Connor M, Wombacher K. Framing medical tourism: an analysis of persuasive appeals, risks and benefits, and new media features of medical tourism broker websites. *Health Commun* 2014; 29(7): 637-45.

Assessment of Hospital Websites of Medical Universities in Tehran, Iran, Based on Information Necessary for Attracting Medical Tourism

Mohammadhiwa Abdekhoda¹, Sayed Javad Ghazimirsaeed², Mohammadreza Alibyek³, Roghieh Ershad-Sarabi⁴

Original Article

Abstract

Introduction: Hospital websites can be appropriate and effective tools for attracting medical tourism. However, many structural and content criteria should be considered in designing hospital websites. The aim of this study was the evaluation of websites of hospitals affiliated to medical universities in Tehran, Iran, based on information necessary for attracting medical tourists.

Methods: This study was carried out using applied survey method. The study population consisted of all hospitals affiliated with Tehran University of Medical Sciences, Iran University of Medical Sciences, and Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Iran, (n = 50). The data collection tool was the MDS-Hospital website questionnaire, the validity and reliability of which were approved in previous literature ($\alpha = 0.90$). Data were analyzed using descriptive statistics (frequency and percentage).

Results: The average score of the structural dimension of hospital websites based on the questionnaire was 64.5%. However, the average score of the contextual dimension of hospital websites was less than 50%. The websites of hospitals affiliated with Tehran University of Medical Sciences and Iran University of Medical Sciences had a more favorable score in terms of structural dimension and contextual dimension, respectively.

Conclusion: The websites of the studied hospitals had an acceptable status in terms of the structural dimension. However, they did not obtain favorable scores on the contextual dimension. Thus, these hospitals must redesign their websites in terms of the contextual dimension in order to be more successful in attracting medical tourism.

Keywords: Websites; Hospitals; Medical Tourism; Universities

Received: 26 Sep, 2015

Accepted: 3 May, 2016

Citation: Abdekhoda M, Ghazimirsaeed SJ, Alibyek M, Ershad-Sarabi R. **Assessment of Hospital Websites of Medical Universities in Tehran, Iran, Based on Information Necessary for Attracting Medical Tourism.** Health Inf Manage 2016; 13(2): 102-7

Article resulted from research project No. 93/237 funded by Kerman University of Medical Sciences.

1- Assistant Professor, Health Information Management, Iranian Center of Excellence in Health Management AND School of Management and Medical Informatics Tabriz University of Medical Sciences, Tabriz AND Medical Informatics Research Center, Institute for Futures Studies in Health, Kerman University of Medical Sciences, Kerman, Iran (Corresponding Author) Email: hiwaabdekhoda@gmail.com

2- Assistant Professor, Medical Library and Information Sciences, Department of Medical Library and Information Sciences, Health Information Management Research Center, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran

3- Lecturer, Medical Library and Information Sciences, Department of Medical Library and Information Sciences, School of Management and Medical Informatics, Iran University of Medical Sciences, Tehran, Iran

4- Assistant Professor, Health Information Management, Medical Informatics Research Center, Institute for Futures Studies in Health, Kerman University of Medical Sciences, Kerman, Iran

رابط کاربری وبسایت‌های سلامت در ایران

الهام سلجوقی^۱، ننا آقاسی^۲، مهدیه اسدی^۳، مریم اخوتی^۴

مقاله پژوهشی

چکیده

مقدمه: از آنجایی که ارتباط بین کاربر و محیط وب از طریق رابط کاربری صورت می‌گیرد، ضروری است که وبسایت‌های سلامت، کاربر محور باشد. پژوهش حاضر، با هدف ارزیابی و شناسایی نقاط قوت و ضعف رابط کاربری وبسایت‌های سلامت در ایران انجام شد.

روش بررسی: مطالعه حاضر به روش کاربردی و از نوع توصیفی بود که در آن از روش مکاشفه‌ای بهره گرفته شد. در این پژوهش، ۱۳ وبسایت سلامت با روش نرخ صفحات مرتبط و رتبه Alexa انتخاب گردیدند و بر اساس سیاهه واری مشتمل بر ۵ معیار اصلی و ۲۷ مؤلفه توسط پنج ارزیاب متخصص (۳ نفر علوم کامپیوتر، ۲ نفر کتابداری و اطلاع‌رسانی پزشکی) مورد ارزیابی قرار گرفتند. داده‌ها با استفاده از آنالیز توصیفی در نرم‌افزار Excel تجزیه و تحلیل شدند.

یافته‌ها: وبسایت‌های سواد سلامت، ۶۳/۷ درصد از معیارهای سیاهه واری را رعایت کرده‌اند. معیارهای «انعطاف‌پذیری» با ۸۹ درصد، «نکات فنی» با ۸۱ درصد، «وضوح و زیبایی» با ۷۷ درصد بالاترین امتیازها و «رهنمونی و راهنمایی» با ۳۶/۹ درصد و «پاسخگویی و تعامل با کاربر» با ۳۵ درصد کمترین امتیازها را به خود اختصاص دادند.

نتیجه‌گیری: رابط کاربری در وبسایت‌های سلامت، تا حدودی مطلوب بود و با توجه به امتیازات به دست آمده، چنین استنباط می‌شود که دو معیار «رهنمونی و راهنمایی» و «پاسخگویی و تعامل با کاربر» نیاز به توجه بیشتری دارد. پیشنهاد می‌شود که وبسایت‌های مورد بررسی با رفع مشکلات شناسایی شده، شکاف خود را با کاربران به حداقل برساند و بدین ترتیب موجبات مراجعات مکرر و بعدی کاربران را فراهم نماید.

واژه‌های کلیدی: رابط کاربری؛ سواد سلامت؛ وبسایت‌ها

پذیرش مقاله: ۱۳۹۵/۲/۲۵

اصلاح نهایی: ۱۳۹۵/۲/۲۱

دریافت مقاله: ۱۳۹۴/۹/۲۴

ارجاع: سلجوقی الهام، آقاسی ننا، اسدی مهدیه، اخوتی مریم. **رابط کاربری وبسایت‌های سلامت در ایران.** مدیریت اطلاعات سلامت ۱۳۹۵؛ ۱۳ (۲): ۱۰۸-۱۱۳

اطلاعات، میزان استفاده و استقبال کاربران دارد. برای برقراری یک ارتباط کارآمد، رابط کاربری باید برای کاربران قابل درک باشد و به گونه‌ای طراحی شود که به نیازهای اطلاعاتی کاربران کمک کند (۱۱، ۱۰).

تاکنون پژوهش‌های بسیاری در جهت ارزیابی رابط کاربری وبسایت در سراسر جهان صورت گرفته است که از آن جمله می‌توان به ارزیابی سیستم وب مراقبتی آسم کودکان اشاره کرد که تأثیر مثبت چنین وبسایتی را بر دانش والدین در مورد آسم و استفاده از دارو نشان داده است (۱۲). پژوهش مشابهی با بررسی کاربرپذیری وبسایت مربوط به الکل و سلامت، نقاط ضعف متعددی را در ناوبری (Navigation) و نمایش اطلاعات نشان داده است (۱۳). بررسی وبسایت‌های آموزشی دیابت نوع دوم، نیز پژوهش مشابه دیگری می‌باشد که

مقدمه

استفاده از اینترنت در سال‌های اخیر رشد چشمگیری داشته است و به عنوان یکی از مهم‌ترین ابزارهای دسترسی و آموزش اطلاعات محسوب می‌گردد. مزایایی همچون افزایش سرعت یادگیری و بازدهی، افزایش دقت یادگیری، کاهش اندازه فیزیکی مخازن و کاهش هزینه‌ها منجر به استفاده گسترده از اینترنت در آموزش شده است (۱). همچنین، استفاده از این شبکه برای کسب اطلاعات مربوط به بهداشت و سلامت هم رشد روزافزونی داشته است (۵-۲)؛ به طوری که برخی مردم از اینترنت به عنوان منبع اولیه کسب اطلاعات مربوط به حوزه سلامت استفاده می‌کنند (۶) و روز به روز بر تعداد افرادی که از اینترنت برای کسب اطلاعات مربوط به سلامت استفاده می‌کنند، افزوده می‌شود (۷).

از آنجا که افراد زیادی اطلاعات پزشکی را در محیط وب جستجو می‌کنند و این اطلاعات بر تصمیم‌گیری آن‌ها تأثیرگذار است، باید اطلاعات از اعتبار برخوردار باشند و وبسایت‌ها به طور مناسب اطلاعات را منتقل و به خوبی با کاربران ارتباط برقرار کنند (۸). به عبارت دیگر، رابط کاربری، تعیین‌کننده رفتار کاربر می‌باشد؛ به نحوی که بر تصمیم کاربر به استفاده، مراجعه مجدد و یا ترک وبسایت تأثیر می‌گذارد. از این‌رو، وبسایت‌های سلامت با ایجاد یک ارتباط ساده میان مراجعه‌کنندگان و ارائه دهندگان اطلاعات سلامت، می‌توانند نقش مؤثری در ترویج سلامت و ارتقای سواد اطلاعاتی جامعه ایفا کنند (۹).

رابط کاربری وبسایت، پل ارتباطی میان کاربر و محیط وب است. نوع گرافیک، چیدمان و طراحی به کار رفته در صفحات وب نقش مهمی در فهمیدن

مقاله حاصل تحقیق مستقل بدون حمایت مالی و سازمانی است.

۱- کارشناس ارشد، فن‌آوری اطلاعات، دانشکده مدیریت و اطلاع‌رسانی پزشکی، دانشگاه علوم

پزشکی کرمان، کرمان، ایران

۲- کارشناس، کامپیوتر، دانشکده مدیریت و اطلاع‌رسانی پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی

کرمان، کرمان، ایران

۳- کارشناس ارشد، کتابداری و اطلاع‌رسانی پزشکی، دانشکده مدیریت و اطلاع‌رسانی

پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی کرمان، کرمان، ایران

۴- دانشیار، کتابداری و اطلاع‌رسانی پزشکی، مرکز تحقیقات فیزیولوژی، پژوهشکده

نوروفارما کولوزی، دانشگاه علوم پزشکی کرمان، کرمان، ایران (نویسنده مسؤول)

Email: okhovati.maryam@gmail.com

به حجم زیاد وبسایت‌ها، نمونه انتخاب شد. انتخاب نمونه پژوهش (وبسایت‌های سواد سلامت) با جستجوی کلمه کلیدی سلامت در موتورهای جستجوی گوگل و یاهو، ۳۴ وبسایت (سه صفحه نخست نتیجه جستجو) انتخاب گردید. در مرحله بعد، برای مشخص شدن این که یک وبسایت می‌تواند در گروه وبسایت‌های سواد سلامت قرار بگیرد یا خیر، از روش نرخ صفحات مرتبط (Rate of relevant pages) استفاده شد. نرخ صفحات مرتبط که یکی از ویژگی‌های الگوریتم رتبه‌بندی F-S (Field sensitive site ranking method) بود، از نسبت تعداد صفحات مرتبط با موضوع به کل تعداد صفحات در یک وبسایت طبق فرمول $R(si) = Ti/Li$ محاسبه گردید. اگر نرخ صفحات مرتبط در یک وبسایت زیاد باشد و از یک آستانه خاص بیشتر شود، آن وبسایت مرتبط با موضوع و در غیر این صورت به عنوان یک وبسایت غیر مرتبط در نظر گرفته می‌شود (۱۹). در پژوهش حاضر، وبسایت‌هایی که نرخ صفحات مرتبط بالاتر از ۷۰ درصد (بیشتر از دو سوم مطالب مرتبط) داشتند، به عنوان وبسایت‌های مرتبط در نظر گرفته شد. در این مرحله، ۳ وبسایت که آستانه پایین‌تر از ۷۰ درصد داشتند، حذف و ۳۱ وبسایت انتخاب گردیدند.

در مرحله بعد، رتبه هر وبسایت با کمک رتبه Alexa که یکی از معروف‌ترین سرویس‌های رتبه‌بندی در دنیای مجازی می‌باشد، به دست آمد. سرویس Alexa که در آدرس www.Alexa.com ارائه می‌شود، رتبه پایگاه‌های اینترنتی را از نظر تعداد بازدید کننده (تجزیه و تحلیل ترافیک وب) به دست می‌آورد. پس از اتمام روند رتبه‌بندی، وبسایت‌ها به صورت صعودی بر اساس رتبه حاصل شده مرتب و ۱۳ وبسایت برتر (رتبه بالاتر از ۲۰۰۰ در ایران) انتخاب شد. جدول ۱ لیست وبسایت‌های نمونه را نشان می‌دهد.

برای جمع‌آوری داده‌ها از سیاهه واری استفاده شد. با توجه به عدم وجود سیاهه واری استاندارد و شناخته شده جهت ارزیابی رابط کاربری وبسایت‌ها، لیستی بر اساس معیارهای اساسی و ویژگی‌های عمومی طراحی رابط کاربر (وضوح و زیبایی، انعطاف‌پذیری و کاربردپذیری، رهنمونی و راهنمایی، پاسخگویی و تعامل با کاربر) بر اساس مطالعات قبلی (۲۰، ۱۱، ۱۰) جمع‌آوری و پس از بازبینی و تصحیح، سیاهه واری شامل ۵ معیار اصلی و ۲۷ مؤلفه تأیید و تنظیم گردید.

در آن مشکلات کاربرپذیری هر یک از این وبسایت‌ها گزارش شده است (۱۴). در ایران نیز مطالعاتی جهت ارزیابی رابط کاربری وبسایت‌ها انجام شده است که کاربرپذیری وبسایت‌های کتابخانه‌های مرکزی دانشگاه‌های علوم پزشکی کشور از آن جمله می‌باشد که جنبه‌های زیباشناختی و طراحی، بیشترین ضعف و راهنمایی و مستندسازی، کمترین ضعف را داشته‌اند (۱۵). در پژوهش دیگری، ۱۶ پایگاه خبری و اطلاع‌رسانی وب را بر اساس سیاهه واری وزارت بهداشت مورد ارزیابی قرار گرفته‌اند که سهولت و بارگذاری، قالب‌بندی و استفاده آسان بیشترین امتیاز و صفحه‌آرایی، تعامل با کاربران و رعایت حقوق افراد کمترین امتیازهای به دست آمده ارزیابی شدند (۱۶).

با توجه به اهمیت وبسایت‌ها در انتقال اطلاعات حوزه سلامت و نقش رابط کاربری در مراجعه و استفاده کاربران از وبسایت‌ها، این پژوهش با هدف ارزیابی و شناسایی نقاط قوت و ضعف رابط کاربری وبسایت‌های سلامت در ایران انجام گرفت و نیز درجه شدت و مشکلات آن‌ها را نیز مشخص کرد.

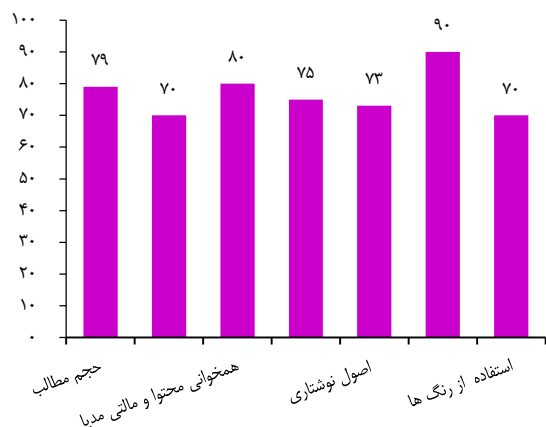
روش بررسی

مطالعه حاضر، کاربردی و از نوع توصیفی بود که از روش مکاشفه‌ای بهره گرفت. روش ارزیابی مکاشفه‌ای که برای اولین بار توسط فردی به نام Nielsen ارائه گردید، عبارت از استفاده از جامعه محدودی ارزیاب متخصص (به جای کاربران حقیقی) جهت بررسی و مطابقت رابط کاربری با اصول از پیش فراهم شده، است (۱۷). همچنین، Nielsen معتقد است که با کمک ۳ تا ۵ نفر ارزیاب متخصص قادر خواهیم بود تا به بیش از دو سوم (۷۵ درصد) از مشکلات دست یابیم و به علت وجود نظرات تکراری و هدر دادن زمان، به بیش از این تعداد نیاز نیست (۱۸). با توجه به موضوع و نوع پژوهش، از ۵ نفر متخصص حوزه کتابداری و اطلاع‌رسانی پزشکی و نرم‌افزار (دکتری کتابداری و اطلاع‌رسانی پزشکی، کارشناس ارشد کتابداری و اطلاع‌رسانی پزشکی، دکتری نرم‌افزار، کارشناس ارشد نرم‌افزار و طراح وب، کارشناس نرم‌افزار و طراح وب) استفاده شد. جامعه پژوهش، وبسایت‌های فارسی مربوط به حوزه سلامت بود. با توجه

جدول ۱: اسامی وبسایت‌های پژوهش بر اساس رتبه‌بندی Alexa و نرخ صفحات مرتبط

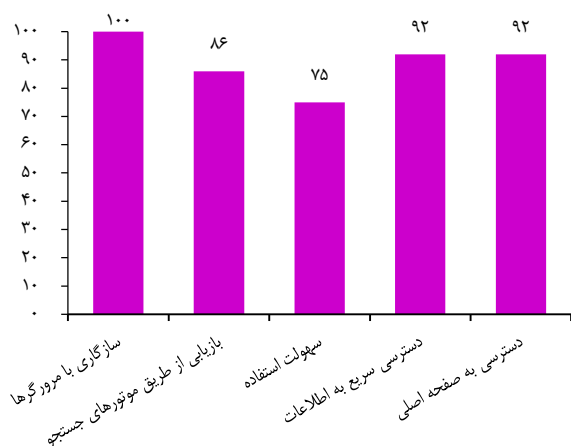
نام سایت	آدرس سایت	رتبه در ایران	نرخ صفحات مرتبط (بر حسب درصد)
ایلیا سلامت (امواج الکترومغناطیس)	http://iliahealth.com/	۳۲۸۶۰	۹۴
ایران سلامتی (تغذیه و سلامت کودکان)	http://iransalamati.ir/	۲۵۳۳۸	۹۷
بانک تخصصی ویدئوی سلامتی	http://healthtube.ir/	۲۴۸۰۷	۹۷
اطلاعات گیاهان دارویی	http://www.unknown.ir/	۲۲۱۶۰	۹۹
پایگاه جامع آموزش و فرهنگ‌سازی سلامت	http://www.salamat.gov.ir/	۱۹۵۶۵	۹۲
سلامت باش	http://salamatbash.net/	۱۸۲۶۵	۹۳
سلامتی برای همه	http://www.myhealth.ir/	۱۱۴۳۴	۹۹
سالم زی	http://salemzi.com/	۹۳۶۷	۹۹
به سایت	http://behsite.ir/	۸۳۵۴	۹۱
دکتر اکبری	http://www.drakbary.com/	۶۳۱۲	۷۲
رادیو سلامت	http://www.radiosalamat.ir/	۶۱۲۹	۸۸
سلامت ایران (هفته‌نامه سلامت)	http://www.salamatiran.com/	۲۲۴۰	۷۴
رژیم سلامتی	http://www.foodregime.com/	۲۰۲۹	۹۴

وبسایت‌های سواد سلامت مورد بررسی به طور میانگین، ۶۳/۸ درصد از معیارها را رعایت کرده بودند. از ۵ معیار سیاهه واری، معیارهای انعطاف‌پذیری، نکات فنی و وضوح و زیبایی، بالاترین امتیازها را کسب کردند و دو معیار رهنمونی و راهنمایی و پاسخگویی و تعامل با کاربر، پایین‌ترین امتیازها را به دست آورد (شکل ۱). یافته‌های پژوهش نشان داد که وبسایت‌های منتخب سواد سلامت، ۷۷ درصد از معیارهای وضوح و زیبایی را رعایت کردند (شکل ۲).



شکل ۲: درصد مطابقت مؤلفه‌ها در معیار وضوح و زیبایی

همان گونه که شکل ۳ نشان می‌دهد، وبسایت‌های سواد سلامت، ۸۹ درصد از معیار انعطاف‌پذیری و کاربردپذیری را رعایت نمودند. همچنین، وبسایت‌های منتخب، ۳۶/۹ درصد از معیار رهنمونی و راهنمایی را رعایت کردند (شکل ۴).



شکل ۳: درصد مطابقت مؤلفه‌ها در معیار انعطاف‌پذیری و کاربردپذیری

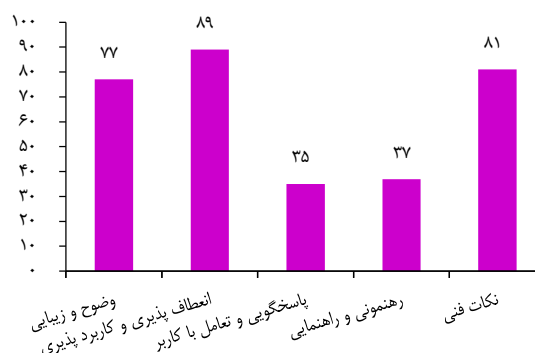
یافته‌ها نشان می‌دهد که وبسایت‌های سواد سلامت، ۳۵ درصد از معیار پاسخگویی و تعامل با کاربر را رعایت کرده‌اند (شکل ۵).

معیار وضوح و زیبایی شامل ۷ مؤلفه مناسب بودن حجم مطالب در هر صفحه، طراحی مناسب نمایش مطالب از لحاظ دیداری، همخوانی بین محتوا و ابزار چند رسانه‌ای به کار رفته، وجود لوگوی وبسایت در تمامی صفحات، رعایت اصول نوشتاری، وجود قالب یکسان برای تمامی صفحات و استفاده مناسب از رنگ‌ها بود. همچنین، معیار انعطاف‌پذیری و کاربردپذیری دارای ۵ مؤلفه سازگاری با مرورگرهای متداول (مانند Firefox یا Chrome)، بازیابی از طریق موتورهای جستجو (Yahoo و Google)، سهولت استفاده از سایت برای تمامی کاربران (مبتدی، متخصص)، دسترسی به اطلاعات مورد نیاز در کمتر از سه کلیک و دسترسی به صفحه اصلی از تمامی صفحات بود. معیار رهنمونی و راهنمایی شامل ۶ مؤلفه موتور جستجوی داخلی، قابلیت گرفتن برون‌داد (چاپ، ذخیره)، وجود نقشه سایت (Sitemap) مناسب، امکان دسترسی به سوالات متداول (FAQ) (Frequently asked questions)، لینک‌دهی به دیگر مطالب مرتبط و نمایان بودن پیوندهای بازدید شده بر اساس تغییر رنگ شد. معیار پاسخگویی و تعامل با کاربر شامل ۶ مؤلفه امکان عضویت در وبسایت، درج آدرس‌های مورد نیاز (پست الکترونیکی، شماره تماس، آدرس پستی)، تعبیه بخش نظرسنجی، ارتباط مستقیم با مدیر یا مدیران سایت، پاسخگو بودن کانال‌های ارتباطی و اطلاع‌رسانی به کاربران در مورد زمان دریافت پاسخ بود. معیار نکات فنی از ۳ مؤلفه سرعت بارگذاری، سازگاری با سیستم عامل‌های تلفن همراه و تبلت، پایین بودن زمان دانلود تشکیل شد.

ارزیابی: سیاهه واری طراحی شده در اختیار ۵ نفر ارزیاب متخصص قرار گرفت و از آن‌ها درخواست شد تا در مدت زمان معین، وبسایت‌های مذکور را ارزیابی و در طیف لیکرت (۱ = خیلی بد، ۲ = بد، ۳ = متوسط، ۴ = خوب و ۵ = خیلی خوب) امتیازدهی کنند. پس از تجزیه و تحلیل داده‌ها در نرم‌افزار Excel، میانگین امتیاز و نمره مطلوب محاسبه گردید. جهت درک بهتر موضوع، امتیاز به دست آمده تبدیل به درصد شد. به عنوان مثال، اگر میانگین امتیاز به مؤلفه‌ای برابر با ۳ (معادل متوسط در طیف لیکرت) بود، به صورت ۵۰ درصد نمایش داده شد.

یافته‌ها

یافته‌های به دست آمده از پژوهش حاضر، به تفکیک هر معیار استخراج شد. جهت درک بهتر موضوع، میانگین‌های به دست آمده به درصد محاسبه گردید.



شکل ۴: درصد مطابقت هر یک از معیارهای سیاهه واری توسط وبسایت‌های مورد بررسی

کرده بودند. این مطلب نشان می‌دهد که رابط کاربری در وبسایت‌های سلامت در حد نسبتاً مطلوبی قرار داشت. بر اساس نتایج به دست آمده از پژوهش حاضر، وبسایت‌های سواد سلامت در دو معیار «رهنمونی و راهنمایی و پاسخگویی و تعامل با کاربر» ضعیف عمل کردند. عدم پاسخگویی و تعامل با کاربران منجر می‌شود تا کاربران از این وبسایت‌ها استفاده نکنند. از طرف دیگر، کاربران از سواد رایانه‌ای و اطلاعات سلامت متفاوتی برخوردار هستند. بنابراین، لازم است تا به مقوله راهنمایی و رهنمونی توجه شود. مطالعات مشابه بر روی وبسایت‌های ایرانی، مؤید یافته‌های پژوهش حاضر است. صادقی و همکاران در بررسی ۱۶ پایگاه خبری وب در دانشگاه‌های علوم پزشکی ایران دریافتند که معیارهای سهولت و بارگذاری، قالب‌بندی و استفاده آسان بیشترین امتیازها و صفحه‌آرایی و تعامل با کاربران دارای پایین‌ترین امتیازهای کسب شده می‌باشد که به غیر از مورد صفحه‌آرایی نتایج دیگر موارد، مشابه بود (۱۶)، اما در پژوهش اخوتی و همکاران، وبسایت‌های کتابخانه‌های مرکزی دانشگاه‌های علوم پزشکی کشور در معیار «راهنما و مستندسازی» کمترین مشکل را داشتند (۱۵). عمده مخاطبان کتابخانه‌های مرکزی دانشگاه‌ها، اعضای هیأت علمی، پژوهشگران و دانشجویان هستند. در وبسایت این کتابخانه‌ها، مشکلات راهنمایی در حد پایینی قرار داشت و در وبسایت‌های مربوط به سلامت که با عامه مردم با سواد اطلاعاتی، سواد سلامت و سواد رایانه‌ای متفاوتی سر و کار دارند، به این مهم باید بیشتر توجه شود.

نتیجه‌گیری

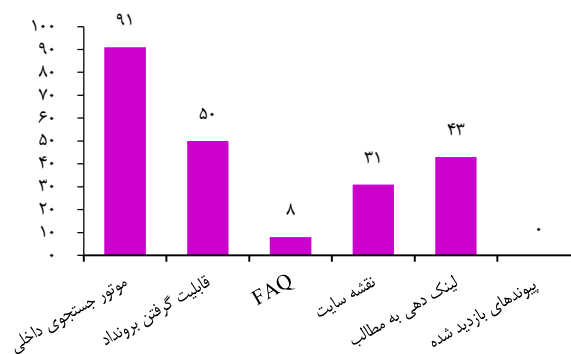
در مجموع و با توجه به نتایج به دست آمده، وبسایت‌های سلامت در دو معیار «رهنمونی و راهنمایی و پاسخگویی و تعامل با کاربر» به بازطراحی نیاز دارد تا بتواند هرچه بیشتر با معیارهای ارزیابی مطابقت داشته باشد. نتایج مطالعه حاضر می‌تواند مورد توجه مدیران و مسؤولان وبسایت‌های سلامت قرار گیرد و در بهبود طراحی این گونه وبسایت‌ها استفاده شود.

پیشنهادات

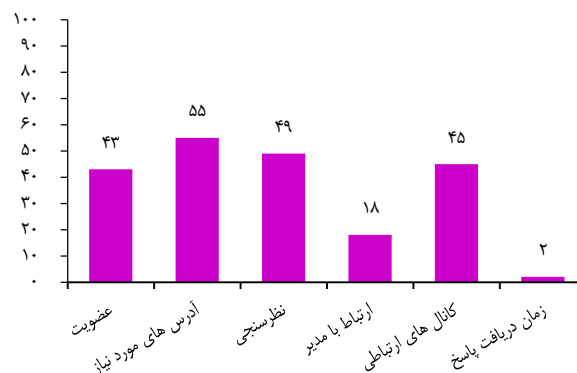
با توجه به اهمیت وبسایت‌های سواد سلامت در ترویج و ارتقای سواد سلامت جامعه، پیشنهاد می‌گردد که مدیران و مسؤولان چنین وبسایت‌هایی، توجه و اهتمام بیشتری به ارتقای کیفیت و طراحی وبسایت‌ها داشته باشند و همچنین، با در نظر گرفتن امکاناتی مانند عضویت، پرسش و پاسخ، تالارهای گفت‌وگو، پیونددهی مناسب به مطالب مرتبط و امکانات چاپ و ذخیره، هرچه بیشتر در برآورده کردن نیازهای اطلاعاتی کاربران و میزان استفاده و استقبال آن‌ها کمک کنند.

تشکر و قدردانی

بدین وسیله از استادانی که در انجام پژوهش حاضر همکاری نمودند، به ویژه جناب آقای دکتر امید پورگله‌داری (دکتری نرم‌افزار و مدرس دانشگاه) تشکر و قدردانی به عمل می‌آید.

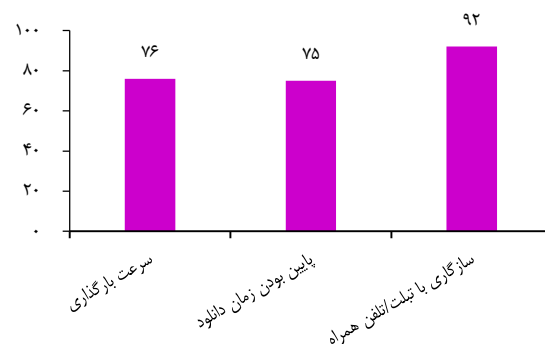


شکل ۴: درصد مطابقت مؤلفه‌ها در معیار رهنمونی و راهنمایی
FAQ: Frequently asked questions



شکل ۵: درصد مطابقت مؤلفه‌ها در معیار پاسخگویی و تعامل با کاربر

یافته‌های پژوهش نشان داد که وبسایت‌های سواد سلامت ۸۱ درصد از معیار نکات فنی را رعایت نموده‌اند (شکل ۶).



شکل ۶: درصد مطابقت مؤلفه‌ها در معیار نکات فنی

بحث

وبسایت‌های مورد بررسی به طور متوسط ۶۳/۷ درصد از معیارها را رعایت

References

1. Goudarzvand Chegini M, Asmaeli Siaghaldehi M. The impact of IT use on training effectiveness. Quarterly Journal of New Approaches in Educational Administration 2011; 2(3): 1-24. [In Persian].
2. Richter JG, Becker A, Koch T, Nixdorf M, Schacher B, Monser R, et al. Internet use in rheumatology outpatients in 2006: gender less important. Clin Exp Rheumatol 2009; 27(1): 15-21.
3. Jimison H, Gorman P, Woods S, Nygren P, Walker M, Norris S, et al. Barriers and drivers of health information technology use for the elderly, chronically ill, and underserved. Evid Rep Technol Assess (Full Rep) 2008; (175): 1-1422.
4. van Lankveld WG, Derks AM, van den Hoogen FH. Disease related use of the internet in chronically ill adults: current and expected use. Ann Rheum Dis 2006; 65(1): 121-3.
5. McMullan M. Patients using the Internet to obtain health information: how this affects the patient-health professional relationship. Patient Educ Couns 2006; 63(1-2): 24-8.
6. Hesse BW, Moser RP, Rutten LJ. Surveys of physicians and electronic health information. N Engl J Med 2010; 362(9): 859-60.
7. Mikloczak MJ. Health literacy, website usability, and user-centered design [PhD Thesis]. Duluth, MN: College of St. Scholastica; 2014.
8. Agarwal N, Chaudhari A, Hansberry DR, Tomei KL, Prestigiacomo CJ. A comparative analysis of neurosurgical online education materials to assess patient comprehension. J Clin Neurosci 2013; 20(10): 1357-61.
9. Chiarelli L. Health literacy interventions. Ottawa, Canada: Canadian Public Health Association; 2006.
10. Khaleghi N. The general criteria for good GUIs. Library and Information Science 2006; 9(3): 85-94. [In Persian].
11. Zerehsaz M, Fatahi R. Fundamental consideration in interface design of computing systems and databases. Journal of National Studies on Librarianship and Information Organization 2006; 17(2): 251-68. [In Persian].
12. Bal MI, Sattoe JN, Roelofs PD, Bal R, van Staa A, Miedema HS. Exploring effectiveness and effective components of self-management interventions for young people with chronic physical conditions: A systematic review. Patient Educ Couns 2016.
13. Tognolli G, Marcatto F, Plet S, Struzzo P, Wallace P, Ferrante D. Usability testing of a website about alcohol and health: A case Study. Proceedings of the Trieste Symposium on Perception and Cognition; 2014 Nov 27-28; Trieste, Italy.
14. Whitten P, Buis L, Love B, Mackert M. Health education online for individuals with low health literacy: evaluation of the diabetes and you website. J Technol Hum Serv 2008; 26(1): 77-88.
15. Okhovati M, Karami F, Khajouie R. Exploring the usability of central libraries' websites of medical sciences universities. Journal of Library and Information Science 2016. [In Press].
16. Sadeghi A, Khajepour N, Abolkheyrian S. Technical evaluation of WebDa information websites of medical universities in Iran. J Health Adm 2014; 17(57): 58-67. [In Persian].
17. Nielsen J. How to conduct a heuristic evaluation [Online]. [cited 1995 Jan 1]; Available from: URL: <https://www.nngroup.com/articles/how-to-conduct-a-heuristic-evaluation>
18. Nielsen J. Technology transfer of heuristic evaluation and usability inspection [Online]. [cited 1995 Jun 27]; Available from: URL: <https://www.nngroup.com/articles/technology-transfer-of-heuristic-evaluation>
19. Ye F, Zhang K, Wang W, Chen Y. Field-sensitive site ranking method based on analytic hierarchy process. Proceedings of the International Conference on Computational and Information Sciences (ICCIS), 2011 Oct 21-23; Chengdu, China.
20. Hsu CC. Factors affecting webpages visual interface design and style. Procedia Computer Science 2011; 3: 1315-20.

Evaluating the User Interface of Health Literacy Websites in Iran

Elham Saljoughi¹, Nona Aghasi², Mahdieh Asadi³, Maryam Okhovati⁴

Original Article

Abstract

Introduction: Since the relationship between the user and the web is through the user interface, it is essential that health websites be user-centric. The aim of the present study was to identify the strengths and weaknesses of the user interface of health websites in Iran.

Methods: This applied and descriptive research was conducted using heuristic method. Based on their Alexa rank and the rate of related pages, 13 health websites were selected. The websites were examined by 5 evaluators (3 graduates in computer sciences and 2 in medical library and information sciences) using a checklist containing 5 major criteria and 27 items. The data were analyzed using descriptive statistics in Excel software.

Results: The health literacy websites had observed 63.78% of the criteria of the checklist. The criteria of flexibility (89%), technical features (81%), and aesthetics and visibility (77%) gained the highest scores, respectively. However, the lowest scores belonged to the criteria of help and documentation (36.9%) and responsiveness and interaction (35%).

Conclusion: The websites' user interfaces were in relatively desirable conditions. According to the findings, the criteria of help and documentation and responsiveness and interaction require more attention. It is suggested that these websites resolve the identified problems and minimize the gap between them and the users, so that users can visit these websites more frequently.

Keywords: User Interface; Health Literacy; Websites

Received: 15 Dec, 2015

Accepted: 14 May, 2016

Citation: Saljoughi E, Aghasi N, Asadi M, Okhovati M. **Evaluating the User Interface of Health Literacy Websites in Iran.** Health Inf Manage 2016; 13(2): 108-13

Article resulted from an independent research without financial support.

1- MSc, Information Technology, School of Health Management and Medical Informatics, Kerman University of Medical Sciences, Kerman, Iran

2- BSc, Computer, School of Health Management and Medical Informatics, Kerman University of Medical Sciences, Kerman, Iran

3- MSc, Medical Library and Information Sciences, School of Health Management and Medical Informatics, Kerman University of Medical Sciences, Kerman, Iran

4- Assistant Professor, Medical Library and Information Sciences, Physiology Research Center, Institute of Neuropharmacology, Kerman University of Medical Sciences, Kerman, Iran (Corresponding Author) Email: okhovati.maryam@gmail.com

رابطه تفکر راهبردی با آمادگی تغییر در مدیران بیمارستان‌های تأمین اجتماعی اصفهان

ناهید جمالی^۱، حبیب دانایی^۲، محمد تقی امینی^۳، اکبر حسن زاده^۴، سید محمد حسن امامی^۵

مقاله پژوهشی

چکیده

مقدمه: تفکر راهبردی که معماری هنرمندانه استراتژی بر مبنای خلاقیت و فهم کسب و کار مدیران است، منجر به خلق استراتژی مناسب در محیط متلاطم کسب و کار امروزی می‌شود. عدم موفقیت برنامه‌های راهبردی و تغییر سازمانی در بیش از نیمی از سازمان‌ها می‌تواند این سؤال را در ذهن ایجاد کند که شاید عنصر مشترکی مسؤول این عدم موفقیت‌ها باشد. این مطالعه با هدف شناسایی ارتباط بین آمادگی سازمان برای تغییر و تفکر راهبردی مدیران بیمارستان‌های تأمین اجتماعی اصفهان بر اساس مؤلفه‌های مدل Liedtka شامل عناصر تفکر سیستمیک، عزم فشرده، پیشروی بر اساس فرضیه سازی، فرصت‌طلبی هوشمندانه و تفکر در زمان پرداخت.

روش بررسی: پژوهش حاضر یک تحقیق کاربردی تحلیلی و از نوع مطالعات همبستگی بود که با استفاده از پرسش‌نامه دو بخشی سنجش تفکر راهبردی (شامل ۲۹ سؤال با ضریب Cronbach's alpha برابر با ۰/۸۷/۳ درصد) و سنجش آمادگی به تغییر Dunhaim (شامل ۱۸ سؤال با ضریب Cronbach's alpha برابر با ۰/۸۴ درصد) انجام شد. روایی پرسش‌نامه توسط متخصصان از طریق اعتبار محتوا مورد تأیید قرار گرفت. پژوهش بر روی همه ۹۴ مدیر ارشد، میانی و عملیاتی بیمارستان‌های تأمین اجتماعی اصفهان (به صورت سرشماری) در زمستان سال ۱۳۹۲ صورت گرفت و با نرخ بازگشت ۸۵ درصد، ۸۰ پرسش‌نامه پاسخ داده شده با استفاده از ضریب همبستگی Pearson و تحلیل رگرسیون در نرم‌افزار SPSS تجزیه تحلیل گردید.

یافته‌ها: بین تفکر راهبردی (ضریب Pearson = ۰/۲۵، ۰/۰۲ < P) و عناصر آن طبق مدل Liedtka مشتمل بر تفکر سیستمیک (ضریب Pearson = ۰/۲۸، ۰/۰۱ < P)، عزم راهبردی (ضریب Pearson = ۰/۲۴، ۰/۰۳ < P) و فرصت‌طلبی هوشمندانه (ضریب Pearson = ۰/۲۲، ۰/۰۴ < P) مدیران و آمادگی برای تغییر رابطه معنی‌داری وجود داشت، اما بین متغیرهای پیشروی بر اساس فرضیه (ضریب Pearson = ۰/۱۸، ۰/۰۱ < P) و تفکر در زمان (ضریب Pearson = ۰/۲۰، ۰/۱۰ < P) با آمادگی برای تغییر مدیران رابطه معنی‌داری مشاهده نشد.

نتیجه‌گیری: از آنجایی که ارتباط کلی معنی‌داری بین تفکر راهبردی و اغلب عناصر آن با آمادگی برای تغییر در مدیران وجود دارد، آموزش و توسعه تفکر راهبردی می‌تواند آمادگی به تغییر در مدیران سازمان‌ها را بهبود بخشد.

واژه‌های کلیدی: تفکر راهبردی؛ مدیران؛ بیمارستان‌ها؛ تأمین اجتماعی

پذیرش مقاله: ۱۳۹۴/۵/۱۳

اصلاح نهایی: ۱۳۹۴/۵/۱

دریافت مقاله: ۱۳۹۳/۸/۲۸

ارجاع: جمالی ناهید، دانایی حبیب، امینی محمد تقی، حسن زاده اکبر، امامی سید محمد حسن. **رابطه تفکر راهبردی با آمادگی تغییر در مدیران بیمارستان‌های تأمین اجتماعی اصفهان.** مدیریت اطلاعات سلامت ۱۳۹۵؛ ۱۳ (۲): ۱۱۹-۱۱۴

رهبری، خلاقیت، نگرش سیستمی، دید بلند مدت، فرصت‌طلبی و بسیاری از قابلیت‌های ذهنی - شناختی دیگر می‌توانند سازمان را به آینده بهتری برسانند.

مقدمه

امروزه سازمان‌ها برای هماهنگی با دنیای متلاطم و متغیر، خود را با ابزار برنامه راهبردی تجهیز نموده‌اند (۱)، اما برنامه‌ریزی راهبردی نیز در معرض خطر محدود ماندن مفهوم آن در غالب واژه‌ها و الفاظی است که با عملکرد و کار مدیران بی‌ارتباط می‌باشد. عدم موفقیت برنامه‌های راهبردی و تغییر سازمانی در بیشتر سازمان‌ها، می‌تواند این سؤال را در ذهن ایجاد نماید که شاید عنصر مشترکی مسؤول این عدم موفقیت‌ها است که مطالعه حاضر به بررسی آن پرداخت (۲).

پژوهش‌های اخیر حوزه مدیریت نشان دادند که مدیران دارای تفکر استراتژیک با فهم و درک بهتر از برنامه استراتژیک، عملکرد مؤثرتری دارند (۳). با وجود این که سازمان‌های مختلفی از جمله سازمان عمومی تأمین اجتماعی برای حفظ منابع و موقعیت رقابتی خود در دهه اخیر برنامه راهبردی تدوین نموده‌اند، اما این سؤال مطرح می‌شود که چرا در اجرای آن موفق نبودند (۴). استراتژیست‌های دارای تفکر راهبردی با ویژگی‌هایی مانند تشخیص

مقاله حاصل پایان‌نامه کارشناسی ارشد می‌باشد که با حمایت دانشگاه پیام نور (تهران غرب) انجام شده است.

۱- کارشناسی ارشد، مدیریت اجرایی بازرگانی، مدیریت درمان تأمین اجتماعی اصفهان، اصفهان، ایران (نویسنده مسؤول)

Email: na_jamali@yahoo.com

۲- دانشیار، مدیریت بازرگانی، گروه مدیریت، دانشکده مدیریت، اقتصاد و حسابداری،

دانشگاه پیام نور، واحد تهران غرب، تهران، ایران

۳- مربی، آمار، گروه آمار و اطلاع‌رسانی، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی

اصفهان، اصفهان، ایران

۴- استاد، گوارش و کبد، گروه داخلی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان و

مؤسسه پژوهشی پورسینای حکیم، اصفهان، ایران

فرایندهای عملیاتی سازمان، راهی جدا از برنامه راهبردی را پیمود (۱۵) و برنامه راهبردی این سازمان نیز گرفتار مشکل اکثر سازمان‌های ایرانی شد که برنامه‌های راهبردی آن‌ها در کتابخانه‌ها ماندند. بیمارستان‌های سازمان تأمین اجتماعی اصفهان به دلیل ماهیت دو جانبه (هم عمومی و هم خصوصی بودن) این سازمان و نیز سابقه طولانی تلاش برای برخورداری از مدل مدیریت راهبردی، به عنوان محیط مطالعه انتخاب گردید.

مطالعه‌ای در زمینه ارتباط تفکر راهبردی با عملکرد سازمان و موفقیت سازمان توسط قربانی و کیانی بر روی ۴۰۵ نفر از مدیران و کارکنان شهرداری مشهد انجام شد که رابطه معنی‌داری را نشان داد (۱۳). مطالعات دیگری نیز در این زمینه انجام شده است که رابطه معنی‌داری را بین دو متغیر گزارش کرده‌اند که از آن جمله می‌توان به تحقیق پورصادق و یزدانی بر روی موفقیت شرکت‌های آذربایجان شرقی (۹) و مطالعه منوریان و همکاران در زمینه سنجش تفکر راهبردی مدیران شهرداری تهران بر اساس مدل Liedtka اشاره کرد (۳) که پرسش‌نامه استاندارد شده آن در مطالعه حاضر مورد استفاده قرار گرفت.

مطالعات دیگری نیز در زمینه آمادگی به تغییر سازمان صورت گرفتند که می‌توان به مطالعه پاک‌نژاد و همکاران بر روی سازمان تربیت بدنی تهران در زمینه بررسی ارتباط آمادگی به تغییر و سازمان یادگیرنده (۱۶) و مطالعه لگزریان و همکاران بر روی مدیران دانشگاه‌های دولتی تهران (۱۷) اشاره نمود که این مطالعات رابطه معنی‌داری را نشان دادند. بخش آمادگی به تغییر پرسش‌نامه مطالعه حاضر نیز با استفاده از پرسش‌نامه استاندارد مطالعه پاک‌نژاد و همکاران (۱۶) تهیه گردید.

رابطه تفکر راهبردی و عناصر آن در این مطالعه بر اساس مدل Liedtka با آمادگی برای تغییر مدیران ارشد، میانی و عملیاتی بیمارستان‌ها شناسایی شد. شاید عنصر مشترک مغفول مانده، عدم موفقیت برنامه‌های راهبردی و نیز برنامه‌های مدیریت تغییر سازمان، نقص تفکر راهبردی مدیران باشد. شاید با تأیید ارتباط این دو متغیر، ضرورت گزینش و استخدام مدیران با سطح بالای تفکر راهبردی و نیز برنامه‌ریزی برای توسعه این نوع تفکر در سازمان برای موفقیت هر دو عرصه مدیریت راهبردی و مدیریت تغییر، بیش از پیش مورد توجه مدیران این سازمان و سایر سازمان‌های رو به رشد ایرانی قرار گیرد.

روش بررسی

تحقیق حاضر یک پژوهش کاربردی-تحلیلی و از نوع مطالعات همبستگی بود که بر روی بیمارستان‌های تأمین اجتماعی اصفهان در زمستان سال ۱۳۹۲ اجرا گردید. برای انجام این مطالعه با توجه به محدود و قابل دسترس بودن جامعه آماری، تمام مدیران ارشد، میانی و عملیاتی بیمارستان‌های دکتر شریعتی، دکتر غرضی و فاطمه الزهرا (س) با روش سرشماری (۹۴ مدیر ارشد میانی و عملیاتی) وارد مطالعه شدند. جهت سنجش آمادگی برای تغییر، پرسش‌نامه ۱۸ سؤالی استاندارد «گرایش به سوی تغییر» Dunham مورد استفاده قرار گرفت که پایایی پرسش‌نامه در مطالعه پاک‌نژاد و همکاران با ضریب Cronbach's alpha، ۰/۸۴ (۱۶) و در مطالعه لگزریان و همکاران با ضریب Cronbach's alpha، ۰/۸۸ (۱۷) و روایی آن توسط متخصصان از طریق اعتبار محتوا تأیید گردید. این پرسش‌نامه ترکیبی از سه مؤلفه شناختی، احساسی و رفتاری بود که هر مؤلفه با ۶ سؤال و با مقیاس ۷ امتیازی طیف لیکرت مورد بررسی قرار گرفت.

پرسش‌نامه ۲۹ سؤالی استاندارد شده منوریان و همکاران با میزان ضریب

این قابلیت‌های ذهنی تحت عنوان تفکر راهبردی بیان می‌گردد (۵). تفکر استراتژیک که مبتنی بر اصول استراتژی، تفکر واگرا و خلاقانه می‌باشد، در واقع به بصیرت و فهم تشخیص عوامل مؤثر دستیابی به موفقیت گفته می‌شود (۶).

الگوهای متعددی برای تفکر راهبردی پیشنهاد گردیده است. مطالعه حاضر از الگوی عناصر تفکر راهبردی Liedtka استفاده نمود که از شناخته شده‌ترین مدل‌ها می‌باشد و از پنج رکن اصلی تفکر سیستمی، تمرکز بر هدف، تفکر در طول زمان، پیشروی بر اساس فرضیه سازی و فرصت‌طلبی هوشمندانه تشکیل شده است. سایر الگوهای تفکر راهبردی که در این مطالعه فقط نام آن‌ها ذکر می‌گردد، شامل الگوی پیش‌نیازهای تفکر راهبردی Mintzberg، الگوی عناصر تفکر راهبردی Liedtka، الگوی نوآوری استراتژی Gary Hamel، الگوهای گزینه آینده Williamson، الگوی رسوخ تفکر راهبردی در رفتار Kolb، الگوی ۵ فرمان برای تفکر راهبردی غفاریان و کیانی، الگوی مراحل تفکر راهبردی Gilbert، الگوی فرایندی تفکر راهبردی Amanor، الگوی توانایی تفکر راهبردی Kimberley، الگوی تکامل تفکر راهبردی Goldman، الگوی تفکر راهبردی Morrissey، الگوی سطوح سازمانی تفکر راهبردی Baan، الگوی تفکر راهبردی Wootton و Home و الگوی تفکر راهبردی Drucker می‌باشد (۵).

امروزه، داشتن مدیران با قدرت تفکر راهبردی از نیازهای اساسی سازمان‌هایی محسوب می‌شود که در میدان رقابت جهت متمایز ماندن و پیشرفت تلاش می‌کنند (۷). همین نیاز، سؤالی را مطرح می‌سازد که چگونه می‌توان چنین مدیران مناسبی را شناسایی نمود که دارای ذهن باز و واگرا و دارای مهارت تفکر راهبردی باشند تا بتوان آن‌ها را در رأس امور گذاشت. از این‌رو، این مدیران می‌توانند سازمان‌ها را با قرار دادن در مسیری درست و رو به رشد و همراه با موفقیت یاری رسانند (۸). بدین ترتیب «تفکر راهبردی» در محیط پرتحول و غیر قابل پیش‌بینی امروز، می‌تواند رویکرد مناسب «راهبری» سازمان شمرده شود (۹).

امروزه، تفکر استراتژیک بسیاری از سازمان‌ها جای خود را به برنامه‌ریزی استراتژیک غیر منطبق و گاه رویایی نسبت به واقعیت‌های کنونی بازار سپرده است؛ در حالی که تفکر راهبردی و برنامه‌ریزی استراتژیک باید در کنار هم نقش مکمل داشته باشند (۱۰). در این رویکرد، تفکر استراتژیک چشم‌انداز را متناسب با واقعیت‌های کنونی بازار و تحولات آینده آن ترسیم می‌کند که برای تبیین و پیاده‌سازی آن از ابزار برنامه‌ریزی استراتژیک استفاده می‌نماید (۳).

بدیهی است، اگر سازمان آمادگی لازم را در مواجهه با تغییرات نداشته باشد که تغییرات را از درون خود پذیرا گردد و مقاومت در مقابل آن نشان ندهد، به ناچار به سمت نابودی خواهد رفت. بزرگ‌ترین چالشی که مدیریت تغییر در پیش رو دارد، غلبه بر موانع (به ویژه موانع احساسی) موجود بر سر راه پذیرش تغییرات است و کلید پیاده‌سازی هنرمندانه تغییر در سازمان، آمادگی برای آن می‌باشد که به ویژه در مدیران وجود دارد (۱۱، ۱۲).

متأسفانه کمبود شدیدی از ناحیه مدیران شایسته و کلیدی در ایران احساس می‌شود که بتوانند تفکر راهبردی را برقرار نمایند؛ به عبارت دیگر، کمبود رهبران راهبردی در سازمان‌ها به طور کامل مشخص است. تربیت رهبران و مدیران راهبردی ایران در حاشیه قرار دارد و به توانمندسازی آنان بهایی داده نمی‌شود (۱۳). مطالعات اخیر نشان داده‌اند که فقدان تفکر راهبردی به عنوان کمبود اصلی در عملکرد سازمان‌ها خودنمایی می‌کند (۱۴).

سازمان تأمین اجتماعی از سال ۱۳۸۳ برنامه راهبردی تدوین نمود، اما

اساس مدل Liedtka و متغیر وابسته آمادگی برای تغییر سازمان را در مدیران بیمارستان‌های تأمین اجتماعی استان اصفهان بررسی نمود. یافته‌های تحلیل توزیع نرمال جامعه آماری با استفاده از آزمون Kolmogorov-Smirnov در جدول ۲ آورده شد که نرمال بودن توزیع داده‌های پژوهش را نشان داد.

جدول ۱: اطلاعات دموگرافیک آزمودنی‌ها (مدیران بیمارستان‌های تأمین اجتماعی اصفهان)

متغیر	تعداد (درصد)
سطح تحصیلات	دیپلم ۱ (۱/۲)
	کاردانی ۴ (۵/۰)
	کارشناسی ۵۰ (۶۲/۵)
	کارشناسی ارشد ۱۹ (۲۳/۸)
	دکتری ۵ (۶/۲)
نوع تحصیلات	پرستاری ۴۶ (۵۷/۵)
	مدیریت ۱۰ (۱۲/۵)
	پزشک و داروساز ۴ (۵/۵)
	سایر ۱۳ (۱۷/۸)
	مسئولیت در سازمان
	مسئول بخش بالینی ۳۳ (۴۸/۵)
	سوپروایزر ۱۱ (۱۶/۰)
	مسئول بخش پشتیبانی ۲۲ (۳۲/۰)

نتایج اصلی حاصل از آزمون‌های ضریب همبستگی Pearson و تحلیل رگرسیون بر اساس پرسش مطالعه مبنی بر ارتباط تفکر راهبردی و ابعاد پنج‌گانه مدل Liedtka با آمادگی برای تغییر مدیران بیمارستان در جدول ۳ آورده شد. نتایج آزمون همبستگی Pearson در جدول ۳ بیانگر ارتباط معنی‌دار بین آمادگی به تغییر با تفکر استراتژیک بود. همچنین، ارتباط معنی‌داری بین ابعاد تفکر سیستمیک، عزم راهبردی و فرصت‌طلبی هوشمندانه از ۵ بعد تفکر راهبردی مدل Liedtka با آمادگی به تغییر مدیران وجود داشت، اما ارتباط معنی‌داری بین عناصر پیشروی بر اساس فرضیه سازی و تفکر در زمان با آمادگی به تغییر مدیران مطالعه حاضر مشاهده نشد.

جدول ۲: نتایج آزمون نرمال بودن داده‌های پژوهش

متغیرها	میانگین \pm انحراف معیار	Kolmogorov-Smirnov Z	P	نتیجه آزمون
تفکر سیستمیک	۸۴/۳ \pm ۱/۲۰	۱/۰۱۳	۰/۲۵۶	نرمال
عزم راهبردی	۸۱/۴ \pm ۸/۳۵	۰/۹۱۶	۰/۳۷۱	نرمال
پیشروی بر اساس فرضیه‌سازی	۸۱/۵ \pm ۱/۵۱	۰/۷۵۳	۰/۶۲۲	نرمال
فرصت‌طلبی هوشمندانه	۷۹/۲ \pm ۱/۲۷	۰/۶۳۹	۰/۸۰۸	نرمال
تفکر در زمان	۸۰/۲ \pm ۱/۵۴	۱/۴۳۰	۰/۳۳۰	نرمال
تفکر راهبردی	۸۱/۴ \pm ۱۰/۵۱	۰/۵۳۷	۰/۹۳۵	نرمال
آمادگی به تغییر	۷۲/۲ \pm ۱/۵۰	۰/۶۸۹	۰/۷۲۹	نرمال

Cronbach's alpha برابر با ۸۷/۳ جهت سنجش مؤلفه‌های تفکر راهبردی استفاده شد (۳). سوالات این پرسش‌نامه، تفکر راهبردی مدیران را برای ۵ عنصر اصلی مدل Liedtka مورد بررسی قرار داد و از مقیاس ۵ امتیازی لیکرت استفاده کرد. پرسش‌نامه تحقیق به تمام مدیران تحویل داده شد. حجم نمونه، معادل کل جامعه آماری یعنی ۹۴ نفر بود که با نرخ بازگشت ۸۵ درصد، ۸۰ پرسش‌نامه مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

پرسش‌نامه شامل مشخصات فردی، اطلاعات دموگرافیک، بخش سنجش تفکر راهبردی و بخش آمادگی برای تغییر بود و به عنوان ابزار جمع‌آوری اطلاعات در مطالعه حاضر استفاده گردید. نرمال بودن داده‌های به دست آمده از طریق پرسش‌نامه با استفاده از آزمون Kolmogorov-Smirnov مورد تأیید قرار گرفت. ارتباط بین متغیرهای مستقل و وابسته با استفاده از ضریب همبستگی Pearson بررسی شد و معادله خط آن با استفاده از تحلیل رگرسیون به دست آمد. جهت تحلیل داده‌ها از ضریب همبستگی Pearson و تحلیل رگرسیون در نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۰ (version 20, SPSS Inc., Chicago, IL) استفاده گردید (۱۸). داده‌های توصیفی نیز به صورت فراوانی، درصد فراوانی و میانگین آنالیز گزارش شد.

یافته‌ها

۴۰ درصد کل جمعیت مطالعه از مدیران بیمارستان شریعتی، ۳۰ درصد مدیران بیمارستان دکتر غرضی و ۳۰ درصد نیز مدیران بیمارستان فاطمه الزهرا (س) بودند. نتایج اطلاعات جمعیت‌شناختی ۸۰ نفر پاسخ دهندگان نشان داد که ۶۲ درصد مشارکت کنندگان زن بودند. جوان‌ترین و مسن‌ترین آن‌ها به ترتیب ۳۰ و ۵۲ سال سن داشت و میانگین سنی آن‌ها ۴۱/۳ سال بود. فراوانی داده‌های دموگرافیک مشتمل بر سطح تحصیلات، نوع تحصیلات و مسئولیت در سازمان در جدول ۱ ارائه شده است. حداقل سابقه خدمت مدیران ۶ سال و حداکثر آن ۲۶ سال بود (با میانگین ۱۷/۴ سال). حداقل و حداکثر سابقه مدیریت شرکت کنندگان نیز ۱ و ۲۰ سال به دست آمد (با میانگین ۸/۵ سال). مطالعه حاضر وجود مدیران کم سابقه تا با سابقه بالا را در نمونه‌های پژوهش نشان داد. به طور کلی میانگین نمره تفکر راهبردی نمونه مطالعه ۷۷/۵ درصد و در حد متوسط به بالا و میانگین نمره آمادگی به تغییر نیز ۷۰ درصد و در حد متوسط به بالا گزارش شد. مطالعه حاضر دارای یک فرضیه اصلی و ۵ فرضیه فرعی بود. محقق ارتباط متغیر مستقل تفکر راهبردی و ابعاد پنج‌گانه آن را بر

جدول ۳: نتایج آزمون همبستگی Pearson بین تفکر راهبردی و آمادگی به تغییر مدیران بیمارستان‌های تأمین اجتماعی اصفهان

متغیر	آمادگی برای تغییر	
	ضریب همبستگی Pearson	P
تفکر راهبردی	۰/۲۵	*۰/۰۲۰
تفکر سیستمیک	۰/۲۸	**۰/۰۱۰
عزم راهبردی	۰/۲۴	*۰/۰۳۰
پیشروی بر اساس فرضیه سازی	۰/۱۸	***۰/۱۰۰
فرصت‌طلبی هوشمندانه	۰/۲۲	*۰/۰۴۰
تفکر در زمان	۰/۱۰	***۰/۲۰۰

*ارتباط معنی‌دار در سطح $P < ۰/۰۵۰$ ، **ارتباط معنی‌دار در سطح $P < ۰/۰۱$ ، ***عدم ارتباط معنی‌دار.

از ۵ مؤلفه تفکر راهبردی مدل Liedtka، سه عنصر تفکر سیستمیک، عزم راهبردی و فرصت‌طلبی هوشمندانه رابطه معنی‌داری داشتند و رابطه معنی‌دار بین دو عنصر تفکر در زمان و رویکرد خلاقانه و فرضیه سازی با وجود همبستگی مختصر، مشاهده نشد. سه مؤلفه تفکر راهبردی مطالعه حاضر که با آمادگی به تغییر ارتباط معنی‌داری را نشان داد، همبستگی متوسطی با آمادگی به تغییر سازمانی داشت. اگر دو عنصر دیگر ارتباط معنی‌دار و قوی‌تری با متغیر وابسته به دست می‌آورد، انتظار رابطه قوی‌تری حاصل می‌شد.

امید می‌رود که در مطالعات آینده بتوان با کنترل متغیرهای تأثیرگذار روی عناصر ناشی از تجربیات شکست و پیروزی‌های حاصل از تصمیم‌گیری‌های گذشته مدیران، این ارتباط با اجرای مطالعات دقیق‌تر مورد آزمون و بررسی قرار گیرد. به طور کلی به دلیل ماهیت رابطه‌ای این مطالعه، نمی‌توان در مورد متغیرها نتیجه‌گیری علی به عمل آورد. انجام مطالعات طولی، راه را برای بررسی علیت هموارتر می‌سازد.

با توجه به نتایج حاصل از تحلیل رگرسیون، معادله پیش‌بینی آمادگی به تغییر مدیران بر اساس متغیر مستقل تفکر راهبردی و عناصر آن به شکل رابطه ۲ به دست آمد.

$$Y = ۰/۲۷X_۱ + ۰/۲۶X_۲ + ۰/۲۴X_۳ + ۰/۲۶X_۴$$

متغیرهای پیشروی بر مبنای رویکرد فرضیه سازی و تفکر در زمان به دلیل نداشتن رابطه معنی‌دار در مدل حضور نداشتند و از بین متغیرهایی که در مدل هستند، متغیر تفکر سیستمیک بیشترین اثر را در پیش‌بینی آمادگی برای تغییر مدیران بیمارستان‌های تأمین اجتماعی استان اصفهان می‌گذارد.

نتیجه‌گیری

بر مبنای نتایج مطالعه حاضر می‌توان چنین نتیجه‌گیری نمود که تفکر راهبردی مدیران با آمادگی آنان برای تغییر سازمانی ارتباط مثبت و معنی‌داری داشت و متغیر تفکر راهبردی مدیران می‌توانست پیش‌بینی کننده آمادگی آن‌ها برای تغییر باشد. از آنجایی که ارتباط کلی معنی‌داری بین تفکر راهبردی و اغلب عناصر آن با آمادگی برای تغییر مدیران به دست آمد، آموزش و توسعه تفکر راهبردی می‌تواند آمادگی به تغییر مدیران سازمان‌ها را بهبود بخشد. با توجه به اهمیت توسعه تفکر راهبردی در موفقیت سازمان، افزایش آمادگی مدیران برای تغییر و امکان‌پذیری پایش و توسعه تفکر راهبردی مدیران، می‌توان با در نظر گرفتن این توانمندی در گزینش مدیران و برنامه‌های توانمند سازی آن‌ها به مدیریت بهتر بیمارستان‌ها و نیز تمام سازمان‌ها کمک نمود.

پیشنهادها

با توجه به یافته‌های پژوهش حاضر مبنی بر ارتباط معنی‌دار تفکر راهبردی و مؤلفه‌های دیدگاه سیستمیک، پیشنهادهایی برای عزم راهبردی و فرصت‌طلبی هوشمندانه بر اساس مدل Liedtka در جهت تغییر سازمان‌ها ارائه می‌گردد. به مدیران سازمان‌ها به ویژه مدیران بیمارستان‌های تأمین اجتماعی استان اصفهان توصیه می‌شود که با آموزش تفکر راهبردی در سازمان و برگزاری دوره‌های مدون در این زمینه، افزایش مهارت تفکر راهبردی مدیران با استفاده از تمرین تکنیک‌های مؤثر، الگوسازی رفتاری برای تفکر راهبردی از طریق حمایت‌های

مدل رگرسیون ارتباط بین تفکر راهبردی با آمادگی به تغییر مدیران بیمارستان‌های تأمین اجتماعی اصفهان را نشان داد. می‌توان معادله خط رگرسیون ارتباط تفکر راهبردی و آمادگی به تغییر را بر اساس اطلاعات جدول ۳ به صورت رابطه ۱ نوشت.

$$Y = ۰/۲۷X + ۴۹/۲۶$$

بحث

نتیجه آزمون، فرضیه اصلی مطالعه مبنی بر ارتباط تفکر راهبردی مدیران بیمارستان‌های تأمین اجتماعی اصفهان با آمادگی به تغییر را نشان داد. آزمون فرضیه با استفاده از ضریب همبستگی Pearson (۰/۲۵)، ارتباط معنی‌دار بین دو متغیر تفکر راهبردی و آمادگی برای تغییر مدیران بیمارستان‌های تأمین اجتماعی استان اصفهان را تأیید نمود ($P < ۰/۰۵۰$). ضریب تعیین ۰/۰۶۴ نشان دهنده این مطلب بود که ۶ درصد از تغییرات متغیر وابسته، آمادگی برای تغییر به وسیله متغیر مستقل تفکر راهبردی پوشش داده می‌شود.

رابطه مثبت و معنی‌دار بین تفکر راهبردی و آمادگی برای تغییر مطالعه حاضر با یافته‌های مطالعه قربانی و کیانی روی کارکنان شهرداری مشهد (۱۳) همخوانی داشت. البته مطالعه آنان ضریب همبستگی و ارتباط قوی‌تری را بین تفکر راهبردی و آمادگی برای تغییر راهبردی نشان داد (۱۳). دلیل تفاوت شدت رابطه شاید اجرای مطالعه روی کارکنان و نه فقط مدیران و نیز بررسی ارتباط متغیر مستقل تفکر راهبردی با متغیر وابسته آمادگی برای تغییر راهبردی به جای گرایش به تغییر باشد (که در مطالعه حاضر تعیین گردید). مطالعه مشابه دیگری در این زمینه یافت نشد.

بر اساس رابطه ۱، این نتیجه به دست آمد که به ازای یک واحد افزایش امتیاز تفکر راهبردی، نمره آمادگی به تغییر آن‌ها ۰/۲۷ افزایش می‌یابد. همان طور که ذکر گردید، الگوهای ذهنی مدیران بر اساس تجربیات گذشته آن‌ها شکل گرفته است و تفکر آن‌ها را تحت تأثیر قرار می‌دهد (۱۹). با توجه به نیمه دولتی بودن ساختار اداره این بیمارستان‌ها و دیدگاه برخورداری از مزیت انحصاری رایگان بودن و محیط غیر رقابتی بیمارستان‌های تأمین اجتماعی، شاید ارتباط تفکر در زمان مدیران با آمادگی به تغییر آن‌ها را تحت تأثیر عوامل دیگری قرار دهد که مطالعات بیشتری برای بررسی این ارتباط لازم است.

داشته باشند.

فردی و سازمانی مدیران از این نوع تفکر و آمادگی برای تغییر، توجه بیشتر به تفکر مدیران از مرحله گزینش آن‌ها و طی مسیر توسعه شغلی، بازنگری و تعدیل روندهای جاری سازمان‌ها از نظر فرهنگ و شرایط تقویت کننده تفکر راهبردی و انتخاب افرادی برای پست‌های مدیریتی که از سطح بالاتری از تفکر راهبردی برخوردارند، همواره سازمانی آماده برای تغییر و پذیرنده برنامه‌های تغییر و توسعه

تشکر و قدردانی

از مدیریت درمان تأمین اجتماعی استان اصفهان و دانشگاه پیام‌نور واحد تهران تقدیر و تشکر می‌گردد.

References

1. Haghghi M, Monavarian A, Ghavampoor S, Rasolian S. Investigation of factors affecting strategic planning success in national Iranian gas company. *Quarterly Journal of Business Management* 2009; 1(3): 39-54. [In Persian].
2. Liedtka JM. Strategic thinking: can it be taught? *Long range planning* 1998; 31(1): 120-9.
3. Monavarian A, Aghazadeh H, Shahamat Nejad M. Measuring the strategic thinking of the managers of Tehran's municipality. *Quarterly Journal of Business Management* 2012; 4(12): 129-46. [In Persian].
4. Social security organization. Adjusted assessment on social security organization strategic programs [Online]. [cited 2014]; Available from: URL: <http://www.tamin.ir/file/file/11954>
5. Amini MT, Salari J. Strategic thinking. Tehran, Iran: Payame Nour University Publications; 2014. p. 67-86. [In Persian].
6. Ghafarian V, Aliahmadi A. Strategic thinking. *Tadbir* 2003; (137): 33-8. [In Persian].
7. Stacey R. Strategic Thinking and the management of change. Trans. Jafari M, Kazemi-Movahed M. Tehran, Iran: Rasa Publications; 2012. [In Persian].
8. Iranzadeh S, Sadeghi A. Relationship between strategic thinking and multiple intelligence (Gardner Theory). *Journal of Productivity Management* 2008; 1(4): 85-116. [In Persian].
9. Poorsadegh N, Yazdani B. The effect of strategic thinking capability of senior managers on the success of small and medium sized enterprises. *Journal of Strategic Management Studies* 2011; 2(7): 143-63. [In Persian].
10. Ghafarian V, Kiani GH. Five order for strategic thinking. Tehran, Iran: Fara Publications; 2010. p. 4. [In Persian].
11. French WH, Bell C. Organization development: behavioral science interventions for organization improvement. Tehran, Iran: Saffar Publications; 2006. p. 86.
12. Naderi S, Monajemzadeh N, Dehnavi S. The change in learning organizations. Proceedings of 2nd International Conference on Management, Entrepreneurship and Economic Development; 2013 Sep 12-13; Qom, Iran. [In Persian].
13. Ghorbani M, Kiani B. The relationship between strategic thinking of managers and readiness for strategic transformation. *Middle-East Journal of Scientific Research* 2012; 11(8): 992-1002.
14. Ghafarian V, Kiani GH. Effective strategy. Tehran, Iran: Farda publication; 2010. p. 123. [In Persian].
15. Mirzayi D. A view to situation of the social security organization strategic planning. *Atiye* 2005; No. 542. [In Persian].
16. Paknjad A, Karegar GH, Honari H. Relationship between learning organization and readiness to change in Islamic Republic of Iran rising body organization. *Journal of Sport Management Review* 2011; 3(12): 149-68. [In Persian].
17. Lagzian M, Malekzadeh Gh, Hossieni Z. A Proposed model for examining the organizational readiness assessment of information systems development: a case study of a public university. *Journal of Information Processing and Management* 2014; 29(1): 61-93. [In Persian].
18. Azar A, Momeni M. *Statistic and Application in Management*. Tehran, Iran: Samt; 2000. p. 183-218. [In Persian].
19. Rahmanseresht H, Moghadam A. A role of mental models in the process of organizational change (case study is one of the companies producing tissue paper). *Journal of Management Knowledge* 2007; 20(78): 3-24. [In Persian].

The Relationship between Strategic Thinking and Readiness to Change among Managers of Social Security Hospitals in Isfahan, Iran

Nahid Jamali¹, Habib Danayi², Mohammad Taghi Amini², Akbar Hassanzadeh³, Sayed Mohammad Hassan Emami⁴

Original Article

Abstract

Introduction: Strategic thinking is the infrastructure of artistic maneuvers of managers based on creativity and true perception of business environments. It results in the creation of strategies suitable to the present changing business environment. Due to the failure of strategic plans and organizational changes in more than half of organizations, it can be concluded that there might be a common cause for these failures. The goal of the present study was to assess the relationship between readiness to change and strategic thinking in managers of social security hospitals of Isfahan, Iran, based on the Liedtka model including the five elements of systemic thinking, intensive focus, hypothesis approach, intelligent opportunism, and thinking in time.

Methods: This practical, analytical, and correlative research was conducted using the Strategic Thinking Assessment Questionnaire ($\alpha = 87.3$) and Readiness to Dunhaim Change Assessment Questionnaire ($\alpha = 84$) in 2013. The participants consisted of 94 head, intermediate, and operational managers of social security hospitals in Isfahan. Our response rate was 85% (80 questionnaire). Data were analyzed using the Pearson correlation and regression analysis in SPSS software.

Results: Strategic thinking (Pearson coefficient = 0.25) ($P < 0.02$) and its elements based on the Liedtka model, including systemic thinking (Pearson coefficient = 0.28) ($P < 0.01$), intensive focus (Pearson coefficient = 0.24) ($P < 0.03$), and intelligent opportunism (Pearson coefficient = 0.22) ($P < 0.04$), had a meaningful relationship with readiness to change. However, the findings revealed no significant relationship between hypothesis approach (Pearson coefficient = 0.18) ($P < 0.01$) and thinking in time (Pearson coefficient = 0.10) ($P < 0.2$), and readiness to change.

Conclusion: Since there was an overall relationship between most elements of strategic thinking and readiness to change among the managers in this study, education and development of strategic thinking may enhance readiness to change among managers of institutions.

Keywords: Strategic Thinking; Managers; Hospital; Social Security

Received: 16 Nov, 2014

Accepted: 4 Aug, 2015

Citation: Jamali N, Danayi H, Amini MT, Hassanzadeh A, Emami SMH. **The Relationship between Strategic Thinking and Readiness to Change among Managers of Social Security Hospitals in Isfahan, Iran.** Health Inf Manage 2016; 13(2): 114-9

Article resulted from MSc thesis funded by Payame Noor University, Tehran Gharb Branch.

1- MSc, Business Administration, Isfahan Social Security Organization, Isfahan, Iran (Corresponding Author) Email: na_jamali@yahoo.com

2- Associate Professor, Business Management, Department of Management, School of Management, Economics, and Accountancy, Payame Noor University, Tehran Gharb Branch, Tehran, Iran

3- Lecturer, Statistics, Department of Statistics and Informatics, School of Health, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran

4- Professor, Gastroenterology and Hepatology, Department of Internal Medicine, School of Medicine, Isfahan University of Medical Sciences AND Poursina Hakim Research Institute, Isfahan, Iran

بررسی وضعیت خدمات بیمه ورزشی در پرداخت خسارت به ورزشکاران آسیب دیده

مسعود نادریان^۱، محمود بنی‌مسنی^۲، سید مرتضی موسوی نافچی^۳، احمدعلی آصفی^۴، جهانگیر کریمیان^۵

مقاله پژوهشی

چکیده

مقدمه: با توجه به وضعیت نامطلوب سخت‌افزاری ورزش کشور که در زمینه‌هایی مانند اماکن، تجهیزات، اسباب و لوازم با کمبود و نارسایی مواجه است، ورزشکاران و مربیان همواره در معرض خطرات و آسیب‌های زیادی قرار دارند. بنابراین، یکی از ابزارهای مناسب برای حمایت ورزشکاران در مقابل حوادث، بیمه است. هدف از انجام این مطالعه، تعیین وضعیت بیمه ورزشی از دیدگاه مدیران ورزشی و ورزشکاران آسیب دیده در استان چهارمحال و بختیاری بود.

روش بررسی: پژوهش حاضر کاربردی و از نوع توصیفی-پیمایشی بود و جامعه آماری آن را مدیران ورزشی و ورزشکاران آسیب دیده استان چهارمحال و بختیاری شامل دو گروه (۶۴ نفر از مدیران، ۲۷۸ نفر ورزشکاران) در سال ۱۳۹۳ تشکیل دادند. ۱۰۳ نفر از ورزشکاران آسیب دیده و ۴۲ نفر از مسؤولان به صورت در دسترس به عنوان نمونه آماری انتخاب شدند. ابزار اندازه‌گیری، پرسش‌نامه محقق ساخته شامل دو قسمت بود. بخش اول سؤالات مربوط به میزان موفقیت بیمه و بخش دوم سؤالات مربوط به مشکلات و موانع در انجام تعهدات بیمه بود. روایی پرسش‌نامه مورد تأیید متخصصان مدیریت ورزشی، پزشکی ورزشی و مدیریت بیمه قرار گرفت. پایایی پرسش‌نامه با استفاده از روش Cronbach's alpha محاسبه و با میزان ۰/۸۴ تأیید شد. داده‌ها در دو سطح آمار توصیفی و استنباطی تجزیه و تحلیل گردید.

یافته‌ها: از دیدگاه مدیران، فدراسیون پزشکی ورزشی نتوانسته است به طور معنی‌داری عملکرد مطلوبی در زمینه بیمه ورزشی اجباری داشته باشد. همچنین، فدراسیون پزشکی ورزشی از دیدگاه ورزشکاران به طور معنی‌داری فقط در مؤلفه پیشگیری موفق عمل نموده است ($P < ۰/۰۵$).

نتیجه‌گیری: با توجه به نتایج به دست آمده، فدراسیون پزشکی ورزشی به عنوان متولی امر توسعه خدمات فنی و پزشکی، باید با برنامه‌ریزی‌های دقیق شرایط لازم را برای موفقیت در درمان، ارائه خدمات اداری و ارتباطی و پیشگیری مهیا سازد.

واژه‌های کلیدی: بیمه ورزشی؛ ورزشکاران؛ آسیب‌های ورزشی

پذیرش مقاله: ۱۳۹۵/۱/۱۹

اصلاح نهایی: ۱۳۹۴/۳/۲۵

دریافت مقاله: ۱۳۹۳/۱۲/۷

ارجاع: نادریان مسعود، بنی‌مسنی محمود، موسوی نافچی سید مرتضی، آصفی احمدعلی، کریمیان جهانگیر. بررسی وضعیت خدمات بیمه ورزشی در پرداخت خسارت به ورزشکاران آسیب دیده. مدیریت اطلاعات سلامت ۱۳۹۵؛ ۱۳ (۲): ۱۲۵-۱۲۰

پیشرفت و توسعه ورزش علاوه بر این که موجب افزایش روزافزون طرفداران این پدیده شده، رقابت‌های سازنده‌ای را خلق کرده است و در این میان، خطرات و آسیب‌هایی را برای ورزشکاران به ارمغان می‌آورد؛ به گونه‌ای که کمتر ورزشکاری را می‌توان دید که از پایین‌ترین سطح تا عالی‌ترین مرتبه دوران ورزشی خود (آماتور و حرفه‌ای)، مزه تلخ آسیب‌های ورزشی را نچشیده باشد. بنابراین، اغلب باشگاه‌ها برای جبران پیامد وقایع و وضعیت‌هایی که ممکن است باعث ایجاد خسارت، تحمیل هزینه و یا از دست دادن درآمد آن‌ها شود و روال

مقدمه

امروزه، فعالیت اجتماعی یکی از مهم‌ترین و اصلی‌ترین نیازهای رفاهی بشر قلمداد می‌شود. ایجاد امنیت روحی و جسمی در این زمینه، مبحث بیمه در ورزش را پررنگ‌تر می‌کند؛ چرا که آسیب‌هایی که زندگی افراد را در ورزش تهدید می‌کند، به دلایل مختلف رو به افزایش است (۱). حادثه در میادین ورزشی جزء جدایی‌ناپذیر آن می‌باشد. مسابقات ورزشی از لحاظ کمیت و کیفیت در حال توسعه و گسترش می‌باشد و به همان اندازه خطرناک و آسیب‌ها نیز زیادتیر می‌شود، هرچند که تمام تمهیدات لازم نیز به کار گرفته شده باشد (۲).

یکی از ابزارهای مناسب برای حمایت ورزشکاران در مقابل حوادث، بیمه است. بیمه ورزشی قراردادی است که به موجب آن، فدراسیون پزشکی ورزشی تعهد می‌کند که در ازای دریافت وجه مشخصی، در صورت بروز حادثه خسارت وارد شده به فرد را به وسیله پرداخت وجه معین جبران نماید (۳). در حال حاضر، در همه کشورهای پیشرفته صنعتی که صاحب ورزش نیز می‌باشند، پوشش‌های بیمه‌ای در ابعاد گسترده‌ای وجود دارد. در ایران نیز به‌تازگی فعالیت‌هایی در این زمینه صورت گرفته است که کافی به نظر نمی‌رسد. با توجه به وضعیت ورزش که به طور کلی از جهت اماکن، تجهیزات، اسباب و لوازم دارای نارسایی و کمبودهایی می‌باشد، ورزشکاران و مربیان ما در معرض خطرات زیادی هستند (۴).

مقاله حاصل پایان‌نامه کارشناسی ارشد با شماره ۱۳۹۳/۳۲۲ می‌باشد که با حمایت دانشگاه اصفهان انجام شده است.

- ۱- دانشیار، تربیت بدنی و علوم ورزشی، دانشکده تربیت بدنی، دانشگاه اصفهان، اصفهان، ایران
- ۲- کارشناس ارشد، مدیریت ورزشی، دانشکده تربیت بدنی، دانشگاه اصفهان، اصفهان، ایران
- ۳- کارشناس ارشد، تربیت بدنی و علوم ورزشی، دانشکده مدیریت و اطلاع‌رسانی پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران
- ۴- استادیار، تربیت بدنی و علوم ورزشی، دانشکده تربیت بدنی، دانشگاه اصفهان، اصفهان، ایران
- ۵- دانشیار، تربیت بدنی و علوم ورزشی، دانشکده مدیریت و اطلاع‌رسانی پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران (نویسنده مسؤول)

Email: karimian@mng.ac.ir

آسیب دیده وجود دارد؟، مطرح می‌شود. به همین منظور محقق در نظر داشت، ضمن تعیین وضعیت بیمه ورزشی در استان چهارمحال و بختیاری، عوامل موفقیت و موانع موجود آن را از دیدگاه مدیران و مسؤولان ورزشی و ورزشکاران آسیب دیده شناسایی کند.

روش بررسی

پژوهش حاضر از نوع کاربردی و از دسته مطالعات توصیفی-پیمایشی بود. اطلاعات به صورت میدانی (پرسش‌نامه) جمع‌آوری شد. جامعه آماری این پژوهش شامل دو گروه بود. گروه اول مدیران و مسؤولان شاغل در اداره‌های تربیت بدنی استان چهارمحال و بختیاری و شهرستان‌های آن و مسؤولان هیأت‌های ورزشی شامل ۶۴ نفر بود و گروه دوم شامل کلیه ورزشکاران آسیب دیده استان چهارمحال و بختیاری بود که در سال ۱۳۹۲ تحت بیمه ورزشی بودند و به هیأت پزشکی ورزشی مراجعه کرده بودند. این گروه ۲۷۸ نفر را شامل می‌شد که با یک مطالعه مقدماتی و با استفاده از فرمول تعیین حجم نمونه Cochran، تعداد ۱۰۳ نفر از ورزشکاران آسیب دیده و ۴۲ نفر از مسؤولان به صورت در دسترس به عنوان نمونه آماری انتخاب شدند. در این تحقیق از دو پرسش‌نامه محقق ساخته استفاده شد. پرسش‌نامه اول شامل ۷ سؤال در خصوص ویژگی‌های جمعیت شناختی آزمودنی‌ها و پرسش‌نامه دوم شامل ۴۰ سؤال بسته با مقیاس پنج درجه‌ای لیکرت بود که برای هر یک از سؤالات پنج پاسخ به صورت کاملاً موافقم (بسیار زیاد) ۵ امتیاز، موافقم (زیاد) ۴ امتیاز، نظری ندارم (تا حدودی) ۳ امتیاز، مخالفم (کم) ۲ امتیاز و کاملاً مخالفم (بسیار کم) ۱ امتیاز در نظر گرفته شد. همچنین، دامنه نمرات بین ۴۰ تا ۲۰۰ و نقطه برش (Cut of point)، ۳ بود. این پرسش‌نامه چهار مؤلفه شامل میزان رضایت، حیطه انتظارات، موانع و مشکلات و میزان موفقیت داشت. روایی صوری و محتوایی پرسش‌نامه‌ها با نظرخواهی از ۸ صاحب‌نظر متخصص در این زمینه که در ویرایش نهایی پرسش‌نامه‌ها لحاظ گردید، مورد تأیید قرار گرفت. پایایی پرسش‌نامه با استفاده از ضریب Cronbach's alpha، ۰/۸۴ محاسبه شد. در نهایت، داده‌ها با استفاده از روش‌های آمار توصیفی و استنباطی (آزمون‌های Hotelling's t و Friedman) در نرم‌افزار SPSS نسخه ۱۹ (version 19, SPSS Inc., Chicago, IL) مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

یافته‌ها

بین میزان رضایت از نظر مسؤولان ورزشی و میانگین فرضی، تفاوت معنی‌داری وجود نداشت ($P = ۰/۳۸۹$, $t = ۰/۱۸۱$ Hotelling's); در حالی که این مقدار کمتر از میانگین فرضی ($۰/۱۴۹ \pm ۲/۷۵۰$) بود. همچنین، تفاوت معنی‌داری بین میزان رضایت از نظر ورزشکاران آسیب دیده و میانگین فرضی مشاهده نشد ($P = ۰/۰۶۳$, $t = ۰/۵۱۵$ Hotelling's); در حالی که این مقدار کمتر از میانگین ($۰/۱۶۴ \pm ۲/۳۵۰$) به دست آمد.

با توجه به نتایج آزمون Friedman، تفاوت بین رتبه‌ها معنی‌دار بود ($P = ۰/۰۰۲$) (جدول ۱) و این بدین معنی است که بین اهمیت چهار مؤلفه میزان موفقیت تفاوت معنی‌داری وجود داشت. از بین مؤلفه‌های میزان موفقیت از دیدگاه مدیران، موفقیت در برنامه پیشگیری ($۲/۹۶۰$) از رتبه بهتری نسبت به سایر مؤلفه‌ها برخوردار بود.

عادی فعالیت‌های آن‌ها را مختل کند، از صنعت بیمه استفاده می‌کنند (۵). همچنین، آسیب‌های ورزشی ناشی از شرکت در فعالیت‌های ورزشی، یکی از مهم‌ترین مواردی است که زیان‌ها و خسارات جبران‌ناپذیری را از نظر مادی و غیر مادی به ورزشکار، خانواده وی، باشگاه و در نهایت سیستم ورزش کشور وارد می‌نماید (۶).

در دوران کنونی، توسعه روزافزون انواع مختلف بیمه امری ضروری است. با توجه به اهمیت بیمه در دنیای امروز، عامل اساسی و مؤثر برای بیمه شونده، نحوه خدمات‌دهی و کیفیت خدمات است (۷). دریافت کارت به منزله بیمه بودن فرد در سال مورد نظر است (یعنی از زمان شروع عضویت تا ۲۹ اسفند ماه همان سال). سرانه حق عضویت در سال ۱۳۹۳ برای ورزشکاران شهری ۱۰۰ هزار ریال و برای ورزشکاران روستایی ۷۰ هزار ریال بود. خدمات درمانی ورزشی، هزینه‌های درمانی ناشی از حوادث ورزشی را حداقل ۲ و حداکثر ۵ برابر تعرفه دولتی و تا سقف ۲ میلیارد ریال پرداخت می‌کند. این هزینه به هنگام پرداخت غرامت نقص عضو داریم و فوت ناشی از حوادث ورزشی به ترتیب تا سقف ۲/۵ و ۵ میلیارد ریال افزایش پیدا می‌کند. فدراسیون پزشکی ورزشی با طرح این مطلب عنوان می‌کند که پرداخت این هزینه‌ها برای تمام ورزشکاران رشته‌های مختلف در هر استان و شهری که باشند، یکسان است؛ فقط به شرط این که کارت خدمات درمانی ورزشی داشته باشند. ضمن این که این تعرفه‌ها مربوط به سال ۱۳۹۳ می‌باشد (۸).

قاعده‌امینی در تحقیق خود به این نتیجه رسید که پرداخت سریع خسارت به زیان‌دیده‌ها و پاسخگویی سریع کارکنان، به طور معنی‌داری باعث رضایت بیمه‌گذار و افزایش فروش شرکت بیمه می‌شود. پرداخت سریع خسارت به زیان‌دیده‌ها دارای بیشترین میزان تأثیر بر روی رضایت بیمه‌گذار و افزایش فروش شرکت بیمه می‌باشد (۹). سیفعلی به بررسی رضایتمندی مدیران تربیت بدنی دانشگاه‌های کشور از نحوه خدمات فدراسیون پزشکی ورزشی به ورزشکاران آسیب دیده پرداخت. در تحقیق او، با بررسی رابطه بین سه متغیر سن، تحصیلات و سابقه مدیریت با رضایت مدیران تربیت بدنی، مشاهده گردید که فقط بین تحصیلات و رضایت رابطه معنی‌داری وجود دارد؛ یعنی با افزایش یا کاهش تحصیلات به صورت مستقیم، در رضایت مدیران تغییر حاصل می‌شود؛ در صورتی که با افزایش سابقه مدیریت، میزان رضایت کاهش یافته است (۱۰).

دستگردی در مورد رضایتمندی ورزشکاران آسیب دیده از خدمات بیمه‌ای فدراسیون پزشکی-ورزشی استان تهران، پژوهشی انجام داد که در آن مشخص شد پوشش‌های بیمه‌ای متنوع از لحاظ قیمت، مؤثرترین عامل رضایتمندی ورزشکاران شناخته شده است (۸). Farland نشان داد که در بیمه کارآمد، باید مراقبت از سلامتی ورزشکاران مصدوم و پروژه گردهمایی سازمان‌های پزشکی-ورزشی به منظور آرایه بهترین خدمات به ورزشکاران راه‌اندازی شود (۱۱). Carlen و Garic در طی دو سال مطالعه نتیجه گرفتند که از ۳۰۴۹ شرکت‌کننده در ۱۹ مسابقه ورزشی، ۱۱۸۱ شرکت‌کننده در نواحی ران، زانو و قوزک پا آسیب دیده‌اند. با رفع نیاز جلوگیری از آسیب‌ها، تشخیص معالجه و به حالت اولیه برگرداندن، نرخ کلی آسیب دیدگی تمام ورزش‌ها بین اولین و دومین سال تا ۱۰ درصد کاهش یافت. اطلاعات به دست آمده از بررسی آنان می‌تواند سقف پوششی بیمه‌ای، پزشکی و سایر عوامل را تعیین کند (۱۲). در این راستا، با توجه به مطالب بیان شده، پرسش‌هایی چون آیا بیمه ورزشی از دیدگاه مدیران ورزشی و ورزشکاران آسیب دیده عملکرد موفقیت‌آمیزی داشته است؟ و چه موانع و مشکلاتی پیش روی بیمه ورزشی از دیدگاه مدیران ورزشی و ورزشکاران

جدول ۱: نتایج آزمون Friedman در خصوص تعیین تفاوت بین مؤلفه‌های میزان موفقیت از نظر مدیران

متغیرها	شاخص‌های آماری	میانگین رتبه‌ها \pm انحراف معیار	χ^2	درجه آزادی	P
موفقیت در توسعه خدمات فنی و پزشکی		$2/06 \pm 0/840$	۱۵/۰۷۲	۳	۰/۰۰۲
موفقیت در برنامه‌های پیشگیری		$2/96 \pm 0/676$			
موفقیت در درمان		$2/40 \pm 0/994$			
موفقیت در ارائه خدمات اداری ارتباطی		$2/58 \pm 0/826$			

صورتی که در کشورهای پیشرفته در امر بیمه ورزشی (چین و آمریکا)، حمایت سازمان بیمه کننده تا زمان بهبودی کامل ورزشکار و بازگشت او به میادین ورزشی ادامه دارد (۱۳). همچنین، با توجه به این که در تحقیق حاضر مؤلفه موفقیت در برنامه درمانی در رتبه پایین‌تری قرار گرفت، با نتایج تحقیق سیفعلی (۱۰) مبنی بر عدم حمایت از ورزشکار آسیب دیده بعد از درمان، همخوانی دارد.

بر اساس نتایج پژوهش حاضر، عملکرد نامناسب فدراسیون پزشکی ورزشی در ارائه خدمات مشخص بود. مسؤولان ورزشی و ورزشکاران آسیب دیده عملکرد بیمه ورزشی را تا حدودی ضعیف دانستند. ورزشکاران با توجه به این که به طور مستقیم با فرایندهای طولانی مدت بازپرداخت هزینه‌های درمان و خدمات نامناسب ارائه شده توسط بیمه ورزشی سر و کار دارند و آن‌ها را کافی نمی‌دانند، موفقیت بیمه ورزشی را پایین‌تر از میانگین اعلام نمودند. یکی از دلایلی که موفقیت بیمه ورزشی از نظر مسؤولان ورزشی بالاتر از میانگین فرضی است، شاید این باشد که آن‌ها نسبت به ورزشکاران آسیب دیده ارتباط کمتری با بیمه ورزشی داشته و کمتر درگیر فرایندهای طولانی مدت بازپرداخت خسارت شده‌اند. از نتایج دیگر پژوهش حاضر این بود که در بین دیدگاه‌های مدیران و ورزشکاران، فقط در بین مؤلفه‌های میزان موفقیت، مؤلفه‌های مربوط به موفقیت در خدمات فنی و پزشکی و موفقیت در پیشگیری، تفاوت معنی‌داری مشاهده شده است، اما در سایر مؤلفه‌ها تفاوت معنی‌داری وجود نداشت. نتایج این قسمت از پژوهش بی‌شبهت به وضعیت بیمه در ایالات متحده آمریکا نیست. دو شرکت مهم در ایالات متحده آمریکا برای ارائه خدمات بهتر به ورزشکاران مصدوم وجود دارد. یکی از مسؤولان این دو شرکت در این باره بیان کرده است که مؤسسه‌ای باید به وجود آید تا بتواند خدمات بازپروری را برای مصدومان خود فراهم نمایند (۷). بین مؤلفه‌های مشکلات و موانع، مؤلفه مربوط به موانع قراردادی در بین دیدگاه مدیران و ورزشکاران از اهمیت بیشتری برخوردار بود.

با توجه به نتایج آزمون Friedman، تفاوت معنی‌داری بین رتبه‌ها مشاهده شد ($P < 0/001$) (جدول ۲) و این بدین معنی است که بین چهار مؤلفه میزان موفقیت، تفاوت معنی‌داری وجود داشت. از بین مؤلفه‌های میزان موفقیت، از دیدگاه ورزشکاران، موفقیت در برنامه پیشگیری (۲/۸۶۰) از رتبه بهتری نسبت به سایر مؤلفه‌ها برخوردار بود.

بر اساس آزمون Friedman، تفاوت معنی‌داری بین رتبه‌ها وجود داشت ($P = 0/001$) (جدول ۳)؛ بدین معنی که بین اهمیت پنج مؤلفه مشکلات و موانع تفاوت معنی‌داری مشاهده شد. از بین مؤلفه‌های مشکلات و موانع از دیدگاه مدیران، مؤلفه موانع قوانین و مقررات موجود (۳/۶۸۰) از اهمیت بیشتری نسبت به سایر مؤلفه‌ها برخوردار بود.

بر اساس آزمون Friedman، تفاوت بین رتبه‌ها معنی‌دار بود ($P < 0/001$) (جدول ۴). این بدین معنی است که بین اهمیت پنج مؤلفه مشکلات و موانع تفاوت معنی‌داری وجود داشت. از بین مؤلفه‌های مشکلات و موانع از دیدگاه ورزشکاران، مؤلفه موانع قوانین و مقررات موجود (۳/۳۷۰) اهمیت بیشتری را نسبت به سایر مؤلفه‌ها به خود اختصاص داد.

بحث

یافته‌های پژوهش نشان داد که از بین مؤلفه‌های میزان موفقیت (برنامه‌های پیشگیری، برنامه‌های درمانی، توسعه خدمات فنی و پزشکی)، مؤلفه برنامه پیشگیری، از رتبه بهتری نسبت به سایر مؤلفه‌ها برخوردار بود. همچنین، تفاوت معنی‌داری بین مؤلفه‌های میزان موفقیت از سوی مسؤولان ورزشی و ورزشکاران آسیب دیده مشاهده شد. در توضیح این یافته می‌توان گفت که فدراسیون از دیدگاه مسؤولان ورزشی و ورزشکاران آسیب دیده فقط در مؤلفه برنامه‌های پیشگیری موفق عمل نموده و توانسته است میزان آسیب‌ها را در ورزشکاران کاهش دهد. از دیگر یافته‌های پژوهش حاضر، پیگیری نکردن بهبودی ورزشکاران پس از پرداخت غرامت از طرف فدراسیون پزشکی ورزشی بود. در

جدول ۲: نتایج آزمون Friedman در خصوص تعیین تفاوت بین مؤلفه‌های میزان موفقیت از نظر ورزشکاران

متغیرها	شاخص‌های آماری	میانگین رتبه‌ها \pm انحراف معیار	χ^2	درجه آزادی	P
موفقیت در توسعه خدمات فنی و پزشکی		$2/47 \pm 0/916$	۲۷/۵۳۶	۳	< 0/001
موفقیت در برنامه‌های پیشگیری		$2/86 \pm 0/739$			
موفقیت در زمان		$2/53 \pm 1/019$			
موفقیت در ارائه خدمات اداری ارتباطی		$2/14 \pm 0/867$			

جدول ۳: نتایج آزمون Friedman در خصوص تعیین تفاوت بین مشکلات و موانع از نظر مدیران

متغیرها	شاخص‌های آماری	میانگین رتبه‌ها \pm انحراف معیار	χ^2	درجه آزادی	P
موانع توسعه خدمات درمانی		$2/88 \pm 0/928$	۱۸/۷۷۸	۴	۰/۰۰۱
موانع قوانین مقررات موجود		$3/68 \pm 0/995$			
موانع مربوط به قرارداد و آیین‌نامه		$2/96 \pm 0/914$			
موانع ارتباطی		$2/47 \pm 0/866$			
موانع اداری		$3/00 \pm 0/888$			

جدول ۴: نتایج آزمون Friedman در خصوص تعیین تفاوت بین مشکلات و موانع از نظر ورزشکاران

متغیرها	شاخص‌های آماری	میانگین رتبه‌ها \pm انحراف معیار	χ^2	درجه آزادی	P
موانع توسعه خدمات درمانی		$3/07 \pm 0/778$	۳۲/۴۱۴	۴	< ۰/۰۰۱
موانع قوانین مقررات موجود		$3/37 \pm 0/733$			
موانع مربوط به قرارداد و آیین‌نامه		$3/12 \pm 0/840$			
موانع ارتباطی		$2/47 \pm 0/833$			
موانع اداری		$2/98 \pm 0/874$			

دارد. تمام مؤلفه‌های مشکلات و موانع از دیدگاه ورزشکاران آسیب دیده، از اهمیت معنی‌داری برخوردار بوده است. این یافته می‌تواند بدین معنی باشد که از نظر ورزشکاران آسیب دیده، تمام مشکلات مطرح شده در پرسش‌نامه موانع مورد اهمیت جامعه حاضر است. اگر ورزشکاران معتقد باشند که بعد از مصدومیت، بیمه ورزشی پناهگاهی برای آن‌ها می‌باشد، با خیال راحت و آسوده به ورزش مورد علاقه خود خواهند پرداخت. بیمه‌های ورزشی زمانی می‌توانند به موفقیت دست یابند که شرایطی را فراهم کنند تا ورزشکاران آماتور بیشتری را تحت پوشش خود قرار دهند و با اتخاذ تدابیر مناسب از آسیب دیدن ورزشکاران جلوگیری نمایند و نیز خدمات ارزنده‌تری به ورزشکاران آسیب دیده ارائه دهند.

پیشنهادات

فدراسیون پزشکی ورزشی که متولی بیمه ورزشی در کشور جمهوری اسلامی ایران است، می‌تواند با برگزاری کلاس‌های آموزشی برای مربیان و ورزشکاران و آگاه کردن آن‌ها از قوانین و مقررات و توجیه آن‌ها در ارائه تمرینات علمی به ورزشکاران، از سطح آسیب‌ها بکاهد. فدراسیون پزشکی ورزشی همان طور که از ورود ورزشکاران حرفه‌ای فاقد کارت بیمه ورزشی در میدانی ورزشی جلوگیری می‌کند، اگر این اقدام بازدارنده را نیز برای ورزشکاران آماتور اجرا کند، تا حد زیادی می‌تواند از آسیب‌های احتمالی بکاهد.

تشکر و قدردانی

بدین وسیله از کلیه مربیان و ورزشکاران استان چهارمحال و بختیاری که در انجام این پژوهش نهایت همکاری را با پژوهشگران نموده‌اند، صمیمانه سپاسگزاری می‌گردد.

یافته‌های این پژوهش با نتایج تحقیق سیفعلی که یکی از نتایج آن وجود ضعف در قوانین و مقررات بیمه بود (۱۰)، مطابقت داشت. همچنین، با تأیید نظر پژوهشگران که دلایل عمده عدم رضایتمندی ورزشکاران و مدیران را از مقررات وضع شده انجمن‌های ورزشی، عدم گستردگی پوشش بیمه‌ای برای همه افراد به طور یکسان یا اختصاص هزینه‌های اندک جهت بیمه شدگان به طور خاص مطرح می‌کنند (۱۴)، می‌توان به وضوح نتیجه گرفت که افراد مورد هدف رضایت کمتری را نسبت به ارائه خدمات سازمان‌های حمایت‌کننده بیمه‌ای از نظر خدمات و آسیب‌ها خواهند داشت که با نتایج پژوهش سیفعلی (۱۰) مشابهت داشت. او در تحقیق خود نشان داد که مدیران از وضعیت بیمه ورزشی راضی نیستند و عملکرد فدراسیون پزشکی ورزشی را در این زمینه ضعیف می‌دانند. بر اساس یافته‌های پژوهش حاضر، موفقیت فدراسیون پزشکی ورزشی تنها در مؤلفه برنامه‌های پیشگیری بوده و در سه مؤلفه دیگر دارای اقبال و موفقیت نبوده است. بنابراین، نمی‌توان نتیجه‌گیری نمود که از نظر ورزشکاران، فدراسیون در سه مؤلفه توسعه خدمات فنی و پزشکی، موفقیت در درمان و موفقیت در ارائه خدمات اداری و ارتباطی موفق عمل نموده است. در تبیین این یافته می‌توان گفت که موفقیت فدراسیون در مؤلفه برنامه پیشگیری به دلیل آن است که با اجباری کردن ورزشکاران به داشتن کارت بیمه ورزشی طبق ماده ۲۶ و ۲۹ آیین‌نامه فدراسیون پزشکی ورزشی که حق شرکت هیچ ورزشکاری را درون میدانی ورزشی بدون کارت بیمه ورزشی نمی‌دهد، مطابقت دارد.

نتیجه‌گیری

در حال حاضر آیین‌نامه مربوط به ارائه خدمات درمانی حوادث ورزشی فدراسیون پزشکی ورزشی با مشکلات اساسی روبه‌رو است و نیاز به یک بازنگری کلی

References

1. Krushat WM, Bhatia AJ. Estimating payment error for Medicare acute care inpatient services. *Health Care Financ Rev* 2005; 26(4): 39-49.
2. Gardiner S, Parrish R, Siekmann RCR. *EU, Sport, Law and Policy: Regulation, Re-regulation and Representation*. Hague, Netherlands: T.M.C. Asser Press; 2009.
3. Esmaili H. Health care committee books the federation of sports medicine. Tehran, Iran: Mehr Armin Publications; 2006. p. 54. [In Persian].
4. Katozian N. Sports Error and athletic responsibilities. *Journal of the Faculty of Law and Political Science* 1999; 43: 21-35. [In Persian].
5. Jamshidi R, Kargar A, Honary H, Varmaqany M. Insurers need to invest in sport and its role in the development of sports infrastructure, create jobs, improve health and reduce health care costs 2011. *Proceedings of the 6th National Student Conference Physical Education and Sport Sciences*; 2011 Dec 15-16; Tehran, Iran. [In Persian].
6. Gharakhanlo R, Danshmandi H, Alizadeh MH. Prevention and treatment of sports injuries. Tehran, Iran: Noavar Publications; 2008. p. 65-6. [In Persian].
7. Ahmadi SM, Najafi R. Check coverage of professional league football players and compared with the Japanese professional league. *Journal of Global Insurance* 2008; 6(117-118): 73-4.
8. Dastgerdi M. The factors influencing the satisfaction of athletes affected by the Insurance Federation of Sports Medicine [Thesis]. Tehran, Iran: University of Tehran; 2009. [In Persian].
9. Ghaed Amini GH. Determine the factors influencing satisfaction and increase insurance policyholders [Thesis]. Tehran, Iran: University of Tehran; 1999. [In Persian].
10. Seyfali Z. Satisfaction survey of university physical education managers how to provide health care to students affected by the Federation of Sports Medicine [Thesis]. Tehran, Iran: University of Tehran; 2000. [In Persian].
11. McFarland EG. Return to play. *Clin Sports Med* 2004; 23(3): 15-23.
12. Garrick JG, Requa RK. Sports and fitness activities: the negative consequences. *J Am Acad Orthop Surg* 2003; 11(6): 439-43.
13. Mahmood-Salehi JA. *Insurance Law*. Tehran, Iran: Insurance Institute; 2014. p. 61. [In Persian].
14. Gentiana S, Etleva B. The impact of "insurance culture" in development of the insurance market in emerging economies-case of Albania [Online]. [cited 2008]; Available from: URL: http://epoka.edu.al/new/icme/Impact_of_Insurance_dev_Albania_GSH_EB.pdf

Determining the Status of Sports Insurance Compensation Payment to Injured Athletes

Masud Naderian¹, Mahmood Banimasani², Sayed Morteza Mousavi-Nafchi³, Ahmad Ali Asefi⁴, Jahangir Karimian⁵

Original Article

Abstract

Introduction: Due to the unfavorable condition of sport infrastructure in Iran, including locations, equipment, facilities, and accessories, athletes and coaches are at an increased risk of accidents and injuries. One of the main tools for protecting athletes in case of accidents is insurance. The objective of this study was to determine the status of sports insurance from the perspective of injured athletes and sports administrators in Chaharmahal Va Bakhtiari Province, Iran.

Methods: This applied and descriptive study was conducted through field surveys in 2014. The study population consisted of injured sport administrators and athletes in Chaharmahal va Bakhtiari Province (64 managers and 278 athletes). From among them, 103 athletes and 42 officials were selected through convenience sampling. The data gathering tool was a researcher-made questionnaire consisting of two parts; one part related to the success rate of insurance plans and the other on problems and obstacles to a successful insurance coverage. The validity of the questionnaire was confirmed by sports management professionals, sports medicine experts, and insurance management experts. Its reliability was calculated using Cronbach's alpha which was equal to 0.84. Data analysis was carried out using descriptive and inferential statistics.

Results: From the managers' perspective, the Federation of Sports' Medicine has not shown a significantly favorable performance in regards to mandatory sports' insurance. Moreover, from the athletes' perspective, the Federation of Sports' Medicine has only been significantly successful in the prevention dimension ($P < 0.05$).

Conclusion: Based on the findings of this study, the Federation of Sports' Medicine, as the organization responsible for the development of technical and medical services in sports, must create favorable conditions for success in the treatment and prevention of sports related incidents and provision of administrative services.

Keywords: Sport Insurance; Athletes; Sport Injuries

Received: 26 Feb, 2015

Accepted: 7 Apr, 2016

Citation: Naderian M, Banimasani M, Mousavi-Nafchi SM, Asefi AA, Karimian J. **Determining the Status of Sports Insurance Compensation Payment to Injured Athletes.** Health Inf Manage 2016; 13(2): 120-5

Article resulted from MSc thesis No. 1393/322 funded by University of Isfahan.

1- Associate Professor, Physical Education and Sport Sciences, School of Physical Education, University of Isfahan, Isfahan, Iran

2- MSc, Sport Management, School of Physical Education, University of Isfahan, Isfahan, Iran

3- MSc, Physical Education and Sport Sciences, School of Health Management and Medical Informatics, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran

4- Assistant Professor, Physical Education and Sport Sciences, School of Physical Education, University of Isfahan, Isfahan, Iran

5- Associate Professor, Physical Education and Sport Sciences, School of Health Management and Medical Informatics, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran (Corresponding Author) Email: karimian@mng.ac.ir

شناسایی گلوگاه‌ها و موارد بروز کسورات درآمدهای اختصاصی مراکز بهداشتی - درمانی استان آذربایجان شرقی

جعفرصادق تبریزی^۱، سعیده علی‌دوست^۲، حسین مشهدی عبدالهی^۳، مصطفی فرشعی خرسند^۴

مقاله پژوهشی

چکیده

مقدمه: یکی از رویکردهای مؤثر در ارتقای سلامت عمومی، مراقبت‌های بهداشتی اولیه می‌باشد و ارایه مراقبت‌های مطلوب مستلزم تأمین منابع مختلف از جمله منابع مالی است که کسورات درآمدهای اختصاصی مراکز بهداشتی - درمانی یکی از مسائلی قابل توجه در این حوزه به شمار می‌رود. از این رو، مطالعه حاضر با هدف شناسایی موارد بروز کسورات درآمدهای اختصاصی مراکز بهداشتی - درمانی انجام گرفت.

روش بررسی: این مطالعه به روش توصیفی - کیفی و با رویکرد پدیدارشناسی در استان آذربایجان شرقی و در سال ۱۳۹۳ انجام شد. نمونه‌گیری به صورت مبتنی بر هدف بود و برای جمع‌آوری داده‌ها از روش بحث گروهی متمرکز و مصاحبه استفاده شد. بحث گروهی و مصاحبه‌ها بر اساس راهنمای تهیه شده توسط محققان تا زمان اشباع داده‌ها ادامه یافت. روایی راهنما توسط متخصصان کیفی مورد تأیید قرار گرفت و داده‌ها با استفاده از روش تحلیل محتوا تجزیه و تحلیل گردید.

یافته‌ها: بر اساس تجارب و دیدگاه شرکت کنندگان، دو درون‌مایه با عنوان «کسورات نقدی و غیر نقدی» استخراج گردید. کسورات نقدی شامل «کسورات مربوط به تخفیفات، کسورات مربوط به واریز درآمدهای نقدی از مراکز بهداشتی و کسورات ناشی از ثبت» بود و کسورات غیر نقدی نیز در قالب سه زیرطبقه «کسورات مربوط به ارسال مستندات، کسورات بیمه‌ای و کسورات سرانه‌ای» مورد بررسی قرار گرفت.

نتیجه‌گیری: کسورات مراکز بهداشتی در درآمدهای نقدی و غیر نقدی و همچنین، در همه مراحل تبدیل خدمت به درآمد صورت می‌گیرد و مستلزم توجه ویژه و انجام اقداماتی جهت کاهش آن می‌باشد.

واژه‌های کلیدی: مراکز بهداشتی؛ درآمد؛ کسورات

پذیرش مقاله: ۱۳۹۵/۲/۱

اصلاح نهایی: ۱۳۹۵/۱/۳۱

دریافت مقاله: ۱۳۹۴/۱/۲۰

ارجاع: تبریزی جعفرصادق، علی‌دوست سعیده، مشهدی عبدالهی حسین، فرشعی خرسند مصطفی. شناسایی گلوگاه‌ها و موارد بروز کسورات درآمدهای اختصاصی مراکز بهداشتی - درمانی استان آذربایجان شرقی. مدیریت اطلاعات سلامت ۱۳۹۵؛ ۱۳ (۲): ۱۳۱-۱۲۶

شبکه‌های بهداشتی - درمانی شهرستان‌ها محدود می‌گردد (۸). میزان کسورات سرانه‌ای دانشگاه علوم پزشکی تبریز از محل درآمدهای مراکز بهداشتی - درمانی در سال ۱۳۹۱، بیش از ۳۰ میلیارد ریال بود که حدود ۲ درصد درآمدهای

مقدمه

استقرار نظام مراقبت‌های بهداشتی اولیه، یکی از مهم‌ترین رویکردهای نظام سلامت ایران جهت ارتقای سلامت است که تأثیر قابل توجهی در ارایه خدمات بهداشتی - درمانی و شاخص‌های سلامت دارد (۱). ارایه این خدمات، مستلزم توزیع متعادل و متوازن بسیاری از منابع به خصوص منابع مالی می‌باشد که با وجود اهمیت قابل توجه آن‌ها در ارایه خدمات مطلوب، همچنان به عنوان یکی از مشکلات اصلی نظام مراقبت‌های بهداشتی اولیه و برنامه پزشکی خانواده به شمار می‌رود (۷-۲). بر اساس گزارش بانک جهانی در سال ۱۳۸۵، مشکلات مالی یکی از مسائلی قابل توجه در سطح اول ارایه خدمات ایران اعلام شد (۱) و وصول کلیه درآمدهای مورد انتظار نظام شبکه‌های بهداشتی - درمانی و مسأله کسورات درآمدهای اختصاصی مراکز بهداشتی - درمانی یکی از مسائلی این زمینه مطرح گردید.

کسور عبارت است از تفاوت ریالی میان آنچه که در قبال ارایه خدمت (بر اساس تعرفه‌های مصوب) باید به دست آید و آنچه که در عمل وصول می‌شود. منابع مالی مراکز به دلیل عدم وصول کلیه درآمدهای اختصاصی و کسورات اعمال شده مراکز بهداشتی - درمانی، هدر می‌رود و از این رو، توان مالی

مقاله حاصل پایان‌نامه کارشناسی ارشد و طرح تحقیقاتی با شماره ۹۲/۳۹۲۳۱۴ می‌باشد که با حمایت مرکز ملی مدیریت سلامت دانشگاه علوم پزشکی تبریز انجام شده است.

۱- دانشیار، مدیریت خدمات بهداشتی درمانی، مرکز تحقیقات مدیریت خدمات بهداشتی درمانی و گروه مدیریت خدمات بهداشتی درمانی، دانشکده مدیریت و اطلاع‌رسانی پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی تبریز، تبریز، ایران

۲- دانشجوی کارشناسی ارشد، مدیریت خدمات بهداشتی درمانی، گروه مدیریت خدمات بهداشتی درمانی، دانشکده مدیریت و اطلاع‌رسانی پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی تبریز، تبریز، ایران (نویسنده مسؤول)

Email: alidoostsd@yahoo.com

۳- پزشک عمومی، مرکز تحقیقات مدیریت خدمات بهداشتی درمانی، دانشگاه علوم پزشکی تبریز، تبریز، ایران

۴- کارشناس، حسابداری، معاونت بهداشتی، دانشگاه علوم پزشکی تبریز، تبریز، ایران

جهت تحلیل داده‌ها از روش تحلیل محتوا استفاده گردید؛ به طوری که بعد از مطابقت متن فایل‌های صوتی با یادداشت‌ها و نهایی‌سازی متن، عبارات و مفاهیم مهم شناسایی و کدگذاری شد. به دنبال آن، کدهای مشابه در دسته‌های مشخص قرار گرفت و درون‌مایه‌ها (تم‌ها) استخراج گردید. یافته‌های به دست آمده با ایمیل به شرکت کنندگان بحث گروهی متمرکز و مصاحبه‌ها ارسال شد و از آن‌ها درخواست گردید تا نظرات اصلاحی، تکمیلی و پیشنهادی خود را در مورد یافته‌های حاصل از بحث گروهی و مصاحبه‌ها بیان نمایند. اغلب شرکت کنندگان به این درخواست پاسخ دادند و نظرات آن‌ها نیز در یافته‌ها اعمال شد.

با توجه به این که مطالعه حاضر برگرفته از طرح پژوهشی مصوب مرکز تحقیقات مدیریت خدمات بهداشتی-درمانی تبریز بود، مجوز کمیته اخلاق داشت. ضبط صدا و یادداشت‌برداری از بحث گروهی و مصاحبه‌ها نیز با اجازه شرکت کنندگان صورت گرفت. به شرکت کنندگان نیز اطمینان داده شد که اطلاعات ارائه شده محرمانه خواهد ماند و از آن‌ها فقط در راستای هدف پژوهش استفاده می‌گردد. گزارش یافته‌ها نیز بدون عنوان اسامی شرکت کنندگان ذکر شد.

یافته‌ها

دو درون‌مایه بر اساس تجارب و دیدگاه شرکت کنندگان در مطالعه برای موارد بروز کسورات مراکز بهداشتی-درمانی استخراج گردید. این درون‌مایه‌ها شامل کسورات نقدی و غیر نقدی بود که کسورات مراکز بهداشتی-درمانی را در مراحل مختلف تبدیل خدمت به درآمد منعکس می‌کرد.

کسورات نقدی

این درون‌مایه به تفاوت فرانشیز کل خدمات ارائه شده و مبلغ واریزی به حساب دانشگاه مربوط می‌شد و شامل سه زیرطبقه «کسورات ناشی از تخفیفات، کسورات مربوط به ثبت و کسورات مربوط به واریز درآمدهای نقدی به حساب دانشگاه بود.

کسورات ناشی از تخفیفات: این کسورات به عدم دریافت حق ویزیت پزشک، دندان‌پزشک و سایر خدمات اشاره می‌کرد. بر اساس دیدگاه شرکت کنندگان مطالعه، کسورات ناشی از تخفیفات در زمینه‌هایی مانند تخفیف همکار و دستور رییس مرکز بود که آیین‌نامه‌ای مبنی بر اعمال تخفیف برای اغلب موارد وجود نداشت و کارکنان مراکز بهداشتی-درمانی بر اساس دیدگاه و تعریف خود از تخفیفات عمل می‌کردند. به عنوان نمونه شرکت کننده ۲ بیان نمود: «ما نمی‌دانیم کدام موارد مشمول تخفیفات هستند و در این زمینه، بخش‌نامه‌ای هم به دست ما نرسیده است». از طرف دیگر، عدم ارائه تعریف مشخصی از تخفیفات، کنترل مسأله را با مشکلاتی مواجه کرده است. شرکت کننده ۱۱ درباره این موضوع اظهار داشت: «در یکی از بازدیدها متوجه شدم که پزشک همه موارد را رایگان زده است؛ در حالی که برای هیچ کدام از آن‌ها، دستورالعمل مشخصی وجود نداشت».

کسورات مربوط به ثبت: این کسورات ناشی از عدم ثبت خدمات ارائه شده بود و در مواردی رخ می‌داد که فرد بدون پذیرش (و در نتیجه بدون پرداخت فرانشیز)، مستقیم به پزشک یا سایر ارائه دهندگان خدمات مراجعه می‌نمود و ویزیت می‌شد. یکی از موارد بروز کسورات مربوط به ثبت، عدم اطلاع‌یابی توجهی ارائه دهندگان خدمات به عدم ویزیت موارد پذیرش نشده بود. شرکت

سراهنای را به خود اختصاص داد (۹). حال اگر کسورات بیمه‌ای و کسورات درآمدهای نقدی نیز به این مبلغ اضافه شود، سهم قابل توجهی از درآمدهای اختصاصی مراکز بهداشتی-درمانی را شامل می‌گردد.

مطالعات متعددی درباره کسورات بیمارستان‌ها در مورد بروز، میزان و علل آن صورت گرفته است. بیشترین موارد و علل بروز کسورات بیمارستان‌ها بر اساس نتایج این مطالعات شامل مستندسازی ناقص پرونده‌ها، محاسبات اشتباه، اشتباه نمودن در تنظیم اسناد بیمه و نقص مدارک بیمه‌ای و نیز عدم رعایت آیین‌نامه‌ها و بخش‌نامه‌های ابلاغی از طرف سازمان‌های بیمه‌گر بود (۱۵-۱۰). همه موارد مذکور در این مطالعات به یک بعد از کسورات درآمدهای اختصاصی غیر نقدی با عنوان کسورات بیمه‌ای اشاره می‌کرد و سایر ابعاد کسورات غیر نقدی و نیز کسورات درآمدهای نقدی مورد بررسی قرار نگرفت. از طرف دیگر، تفاوت‌های قابل توجهی در کسورات درآمدهای اختصاصی مراکز بهداشتی-درمانی و بیمارستان‌ها در ضمن شباهت‌ها وجود دارد که این مراکز را مستلزم بررسی اختصاصی می‌نماید. شناسایی موارد بروز کسورات در این مراکز، زمینه را برای تعیین میزان واقعی کسورات و علل آن و همچنین، ارائه راهکارهایی جهت ارتقای وضعیت آن‌ها فراهم می‌کند. از این‌رو، مطالعه حاضر با هدف شناسایی موارد بروز کسورات درآمدهای اختصاصی مراکز بهداشتی-درمانی انجام شد.

روش بررسی

این مطالعه از نوع توصیفی-کیفی بود و با رویکرد پدیدارشناسی (Phenomenology) در سال ۱۳۹۳ با جامعه پژوهش معاونت بهداشتی دانشگاه علوم پزشکی تبریز و اداره کل بیمه سلامت استان آذربایجان شرقی انجام گردید. رویکرد پدیدارشناسی یک فلسفه، تئوری و روشی برای مطالعه تجربیات انسان‌ها می‌باشد و توضیح مستقیمی را از پدیده‌ها و تجربیات انسان‌ها فراهم می‌کند (۱۶). شرکت کنندگان به روش نمونه‌گیری مبتنی بر هدف انتخاب شدند و افراد انتخاب شده دارای زمینه علمی و تجربی در زمینه مباحث مالی و کسورات مراکز بهداشتی-درمانی بودند. برای جمع‌آوری داده‌ها از روش بحث گروهی متمرکز و مصاحبه استفاده گردید.

۱۱ نفر در بحث گروهی متمرکز و ۹ نفر در مصاحبه شرکت نمودند. با توجه به این که اغلب مطالب بیان شده توسط افراد در مصاحبه‌های انتهایی تکراری بود و مطلب جدیدی بیان نشد، از این‌رو، فرد دیگری به دلیل اشباع داده‌ها، وارد مصاحبه نگردید. بحث گروهی توسط ۳ نفر از محققان شامل یک نفر تسهیل کننده، یک نفر مشاهده‌گر و یک نفر کاتب در محل معاونت بهداشتی دانشگاه علوم پزشکی تبریز برگزار شد.

افراد شرکت کننده در بحث گروهی متمرکز شامل متخصصان مباحث مالی بودند و بیشتر از ۵۰ درصد آن‌ها، سابقه کار بیش از ۲۰ سال داشتند. بحث گروهی متمرکز بر اساس چارچوب کلی سؤال‌های از پیش طراحی شده صورت گرفت و ۱/۵ ساعت طول کشید. همچنین، ۴ مصاحبه با کارشناسان اداره کل بیمه سلامت استان آذربایجان شرقی و ۵ مصاحبه با کارشناسان مرکز بهداشت استان آذربایجان شرقی توسط یکی از محققان در محل کار آن‌ها انجام شد. هر کدام از مصاحبه‌ها به طور متوسط ۱ ساعت به طول انجامید. مصاحبه‌ها به صورت نیمه ساختار یافته بود و بر اساس راهنمای مصاحبه پیگیری شد. روایی راهنما توسط متخصصان کیفی مورد تأیید قرار گرفت.

اشکال گوناگونی مانند اعتبار نسخ، قلم خوردگی، بدون مهر بودن (نداشتن یکی از مهرهای پزشک یا مرکز)، مخدوش بودن تاریخ ویزیت، نداشتن شماره ملی و ناقص بریدن برگ دفترچه رخ می‌داد. کسورات مربوط به مستندات ارسالی (غیر از نسخ) نیز به دلیل اشکالها و نواقص فایل‌های الکترونیکی و لیست‌های ارسالی به سازمان‌های بیمه‌گر صورت می‌گرفت.

کسورات سرانه‌ای: کسورات سرانه‌ای مربوط به کسورات اعمال شده در برنامه پزشک خانواده به وسیله اداره کل بیمه سلامت ایران بود که به تفاوت سرانه پزشک خانواده و درآمد دریافتی شبکه‌های بهداشت و درمان می‌پرداخت. کسورات سرانه‌ای شامل کسورات مربوط به پایش مراکز بهداشتی-درمانی (تعدیل پایش)، عدم کارکرد ارایه دهندگان خدمات (تعدیل کمی)، نبود پزشک در مرکز (تعدیل سرانه) و فراتر از حد استاندارد بودن جمعیت تحت پوشش پزشک (تعدیل جمعیت) می‌شد. کسورات سرانه‌ای قسمت عمده‌ای از کسورات مراکز را تشکیل می‌داد. اغلب شرکت کنندگان در مصاحبه‌ها و بحث گروهی به اهمیت این کسورات تأکید نمودند و تأثیر آن را نسبت به سایر کسورات مهم دانستند. شرکت کننده ۱۱ بیان کرد: «اصلی‌ترین درآمد ما سرانه است، طبیعی است که کسورات مربوط به آن قابل توجه باشد و اگر نتوانیم راه‌حل مناسبی پیدا کنیم، در آینده با مشکلات زیادی مواجه خواهیم شد».

اغلب شرکت کنندگان به کسورات ناشی از تعدیل پایش اشاره نمودند و آن را یکی از شایع‌ترین موارد بروز کسورات دانستند. پایش و بازدید از مراکز بهداشتی-درمانی روستایی و مرکز بهداشت طرف قرارداد بیمه روستایی، بر اساس چک‌لیست سازمان بیمه سلامت صورت می‌گرفت و کسب امتیاز کمتر، منجر به تعدیل پایش و کسر سرانه مراکز می‌گردید. پایش سازمان بیمه سلامت به صورت ماهانه و در ۸ بخش شامل خدمات پزشکی، مامایی، دارویی، آزمایشگاهی، رادیولوژی، دندان‌پزشکی، عملکرد مرکز بهداشتی-درمانی و عملکرد مرکز بهداشت شهرستان انجام می‌شد.

بحث

مطالعه حاضر با هدف شناسایی گلوگاه‌ها و موارد بروز کسورات مراکز بهداشتی-درمانی صورت گرفت. بر اساس یافته‌های این مطالعه، کسورات مراکز بهداشتی-درمانی به دو درون‌مایه کسورات نقدی و کسورات غیر نقدی تقسیم شد که هر کدام سه زیرطبقه داشت. بر اساس دیدگاه شرکت کنندگان، کسورات غیر نقدی نسبت به کسورات نقدی از فراوانی و اهمیت بالایی برخوردار بود و مورد تأکید اکثریت شرکت کنندگان قرار گرفت.

درون‌مایه کسورات نقدی از سه زیرطبقه کسورات ناشی از تخفیفات، کسورات مربوط به واریز درامدهای نقدی و کسورات مربوط به ثبت خدمات ارایه شده تشکیل شد که کسورات ناشی از تخفیفات از اهمیت زیادی برخوردار بود. نبود دستورالعمل و آیین‌نامه مشخص برای تعیین موارد و میزان تخفیفات در مراکز بهداشتی-درمانی، اهمیت این کسورات را بیش از پیش نمایان ساخت؛ به طوری که اغلب شرکت کنندگان مطالعه حاضر به برخورد سلیقه‌ای با مسأله تخفیفات مراکز بهداشتی-درمانی اشاره کردند و بر ایجاد یک چارچوب و رویه مشخص برای آن تأکید نمودند. مورد دیگر در مجموعه کسورات نقدی، کسورات مربوط به عدم واریز کامل درامدهای نقدی بود که عملکرد ضعیف صندوقداران مسؤولان پذیرش مراکز، باعث بروز آن می‌شد و عدم کنترل در سطح شبکه بهداشت و درمان شهرستان، زمینه را برای افزایش این کسورات فراهم می‌کرد.

کننده ۴ در این زمینه بیان نمود: «بارها اتفاق افتاده که بیمار بدون مراجعه به پذیرش، مستقیم پیش پزشک رفته و پزشک هم به خاطر آشنایی قبلی با بیمار یا بی‌توجهی به این مسأله، فرد را ویزیت کرده است».

کسورات ناشی از واریز درامدهای نقدی: این کسورات به تفاوت مبلغ پرداخت شده به حساب دانشگاه و درامدهای نقدی مراکز اشاره داشت که در اثر عدم واریز کامل درامدهای اختصاصی نقدی از مراکز بهداشتی-درمانی بود. به عبارت دیگر، کسورات فوق زمانی رخ می‌داد که درامدهای نقدی مراکز به طور کامل به حساب دانشگاه واریز نمی‌شد. شرکت کننده ۲ به این نوع کسورات اشاره کرد و بیان نمود: «با توجه به این که برای درامدهای نقدی سقف ماهانه تعیین شده و سیستم صندوق بعد از رسیدن به این سقف، غیر فعال می‌شود، صندوقداران باید مبلغ درآمد را به حساب دانشگاه واریز کرده و با شماره فیش واریزی سیستم را فعال کنند، ولی با توجه به حساسیت پایین سیستم، شماره فیش‌های قبلی را وارد کرده و سیستم را فعال می‌کنند. این مسأله می‌تواند باعث هدر رفت مبالغ زیادی از درامدهای نقدی مراکز شود».

کسورات غیر نقدی

درون‌مایه کسورات غیر نقدی به عدم پرداخت درامدهای غیر نقدی تأکید داشت و شامل سه زیرطبقه «کسورات ناشی از ارسال مستندات، کسورات سرانه‌ای و کسورات بیمه‌ای» بود.

کسورات مرتبط با ارسال مستندات: این کسورات مربوط به عدم ارسال کامل مستندات به سازمان‌های بیمه‌گر می‌شد و به عقیده شرکت کنندگان، به دلیل عدم ارسال نسخ از مراکز بهداشتی-درمانی به مرکز بهداشت شهرستان و از مرکز بهداشت شهرستان به سازمان‌های بیمه‌گر رخ می‌داد. اغلب شرکت کنندگان به کنترل آسان این کسورات اشاره نمودند و استفاده از مکانیسم‌های کنترلی را برای کاهش آن مؤثر دانستند. شرکت کننده ۲ درباره این موضوع بیان کرد: «اگر نسخ ارسالی از مراکز به شبکه، با گزارش نرم‌افزاری مراکز تطبیق داده شود، موارد اختلاف و نسخ ارسال نشده نیز مشخص می‌شود».

کسورات بیمه‌ای: کسورات بیمه‌ای به کسورات اعمال شده به وسیله سازمان‌های بیمه‌گر مربوط می‌شود و اغلب شرکت کنندگان در بحث گروهی و مصاحبه‌ها به اهمیت آن اشاره کردند. یکی از موارد بروز کسورات بیمه‌ای بر اساس تجارب افراد شرکت کننده، در زمینه ارایه خدمات خارج از تعهد سازمان‌های بیمه‌گر بود که بین این سازمان‌ها و ارایه دهندگان خدمات در بسیاری از موارد توافق وجود نداشت و ارایه دهندگان خدمات نیز در مورد بسیاری از موارد مشمول کسورات آگاه نبودند. کسورات ناشی از ارایه خدمات خارج از تعهد سازمان‌های بیمه‌گر به دلیل کم‌توجهی یا عدم اطلاع ارایه دهندگان خدمات در مراکز بهداشتی-درمانی از داروها و خدمات تحت پوشش سازمان‌های بیمه‌گر و نیز عدم شناسایی این نسخ در مرکز بهداشت شهرستان صورت می‌گرفت. شرکت کننده ۴ درباره این مسأله بیان کرد: «بعضی از پزشکان داروهای خارج از تعهد بیمه‌ها یعنی داروهای پزشکان متخصص را تجویز می‌کنند. افرادی هم که در مرکز بهداشت شهرستان نسخ را بررسی می‌کنند، چون در زمینه داروها و خواندن نسخه تخصص ندارند، متوجه این قضیه نمی‌شوند. در نتیجه، کسور اتفاق می‌افتد».

یکی دیگر از موارد کسورات بیمه‌ای، نواقص و اشکالات موجود در نسخ و مستندات ارسالی به سازمان‌های بیمه‌گر بود و به وفور مشاهده می‌شد. بخش قابل توجهی از نواقص موجود در نسخ به عملکرد پزشکان مربوط می‌گردید و به

موارد مرتبط با کسورات گردد. از طرف دیگر، به دلیل حضور برخی از مدیران مرکز بهداشت استان در بحث‌های گروهی و مصاحبه‌ها، احتمال وجود تورش گزارش‌دهی وجود داشت.

نتیجه‌گیری

کلیه درآمدهای نقدی و غیر نقدی مراکز بهداشتی-درمانی مشمول کسورات بود و کسورات مراکز بهداشتی-درمانی در همه مراحل تبدیل خدمت به درآمد شامل پذیرش، انجام خدمت، ثبت خدمت، ارسال مستندات و وصول درآمد صورت می‌گرفت. با توجه به رقم بالای درآمدهای غیر نقدی نسبت به درآمدهای نقدی، کسورات غیر نقدی اهمیت بالایی را به خود اختصاص داد و اغلب صاحبان فرایند به آن اشاره کردند. از آنجایی که افزایش درآمدها می‌تواند کمک بزرگی به بهبود استانداردهای فیزیکی مراکز، تجهیزات و دریافتی کارکنان شاغل در مراکز نماید، توجه به همه انواع کسورات و در همه مراحل ضروری است و مشارکت و دخالت همه صاحبان فرایند و افراد ذی‌نفع را لازم دارد.

پیشنهادات

اقداماتی جهت افزایش درآمدهای مراکز بهداشتی-درمانی و کاهش کسورات آن‌ها همچون تدوین آیین‌نامه‌ها و دستورالعمل‌های مربوط به نحوه اعمال تخفیفات، کنترل دفترچه‌های بیمه، افزایش آگاهی همه ارایه دهنده‌گان خدمات مراکز در مورد الزامات و قوانین بیمه همه سازمان‌های بیمه‌گر، تأمین نیروی انسانی مراکز بهداشتی-درمانی (به ویژه پزشک)، ارزشیابی مستمر مراکز بهداشتی-درمانی و تطبیق شرایط مراکز با استانداردها و همچنین، تدوین و ارسال بسته آموزشی حاوی موارد و مستندات مورد نیاز برای کنترل کسورات به شبکه‌های بهداشت و درمان می‌تواند نقش مؤثری داشته باشد.

تشکر و قدردانی

بدین وسیله از کارشناسان اداره بیمه سلامت و مرکز بهداشت استان آذربایجان شرقی و همچنین، سایر شرکت کنندگان در مصاحبه‌ها و بحث گروهی، تشکر و قدردانی به عمل می‌آید.

درون‌مایه کسورات غیر نقدی شامل کسورات بیمه‌ای، کسورات سرانه‌ای و کسورات مربوط به ارسال مستندات بود. کسورات مربوط به ارسال مستندات به دلیل کم بودن موارد بروز و میزان آن، اهمیت کمی داشت و تنها تعداد اندکی از شرکت کنندگان به آن اشاره کردند. این در حالی بود که دو زیرطبقه دیگر (کسورات بیمه‌ای و کسورات سرانه‌ای) اهمیت بالایی را به خود اختصاص دادند و مورد تأکید اغلب شرکت کنندگان قرار گرفتند.

عوامل مختلفی در بروز کسورات بیمه‌ای مراکز بهداشتی-درمانی نقش داشتند. با توجه به ماهیت و وضعیت مشابه اعمال کسورات بیمه‌ای در مراکز بهداشتی-درمانی و بیمارستان‌ها، بسیاری از عوامل بروز کسورات بیمارستانی می‌تواند در کسور مراکز بهداشتی-درمانی نیز مؤثر باشد. نتایج مطالعات صفدری و همکاران (۱۷) و کریمی و همکاران (۱۱)، نقص مستندسازی و اشتباهات کارکنان را از عوامل مؤثر در بروز کسورات بیمه‌ای بیمارستان‌ها بیان کردند که در قالب اشکالات مربوط به اعتبار نسخ، قلم‌خوردگی نسخ و داروها و خدمات خارج از تعهد سازمان‌های بیمه‌گر صورت می‌گرفت.

شایع‌ترین و مهم‌ترین کسورات مراکز بهداشتی-درمانی از دیدگاه شرکت کنندگان مطالعه حاضر، کسورات سرانه‌ای بود که مربوط به برنامه پزشک خانواده می‌شد. با توجه به این که اجرای برنامه پزشک خانواده و تداوم آن مستلزم تأمین منابع مورد نیاز از جمله منابع مالی است، از این‌رو، شناخت عوامل هدر رفت آن می‌تواند تأثیر بسزایی در کنترل این مسأله داشته باشد. مطالعه احمدیان و همکاران در مشهد نشان داد که ارتباط معنی‌داری بین آگاهی مدیران درگیر برنامه پزشک خانواده و میزان بروز کسورات وجود دارد (۱۸). از این‌رو، مطالعه حاضر توجه به عوامل بروز کسورات برنامه پزشک خانواده را در برنامه‌های جاری مدیریت مورد تأکید قرار داد. با توجه به این که قسمت عمده کسورات سرانه‌ای مربوط به خدمات پزشکی بود، شناسایی علل مربوط و انجام اقداماتی جهت رفع آن می‌تواند تأثیر زیادی در کاهش کسورات و در نتیجه، افزایش درآمدهای اختصاصی برنامه پزشک خانواده داشته باشد.

با توجه به این که گلوگاه‌ها و موارد مشمول کسورات درآمدهای اختصاصی بر اساس دیدگاه‌های کارشناسان و متخصصان استان آذربایجان شرقی شناسایی گردید، باید برخی ملاحظات را جهت تعمیم این نتایج به سایر استان‌ها در نظر گرفته شود. برخی از کارشناسان و صاحب‌نظران به دلایلی (از قبیل عدم تمایل) در مطالعه حاضر شرکت نکردند که این امر می‌تواند منجر به غفلت از برخی

References

1. Vice-Chancellor and Secretary of the Assemblies. Policy document to promote health care. Tehran, Iran: Ministry of Health and Medical Education; 2005. p. 6-8. [In Persian].
2. The World Health Report. Primary health care (now more than ever) [Online]. [cited 2008]; Available from: URL: http://www.who.int/whr/2008/whr08_en.pdf
3. Australian Government. Improving primary health care for all Australians [Online]. [cited 2011]; Available from: URL: http://www.wentwest.com.au/images/docs/ImprovingPrimaryHealthCareforallAustralians_000.pdf
4. Akortsu MA, Abor PA. Financing public healthcare institutions in Ghana. J Health Organ Manag 2011; 25(2): 128-41.
5. Khayati F, Saberi M. Primary health care (PHC) an ever strategy for health equity extension. J Health Adm 2009; 12(35): 33-40. [In Persian].
6. Blecher MS, Day C, Dove S, Cairns R. Primary health care financing in the public sector [Online]. [cited 2007]; Available from: URL: http://www.hst.org.za/uploads/files/chap12_08.pdf
7. Department of Health (Australia). Building a 21st century primary health care system, Australia's first national primary health care strategy [Online]. [cited 2009]; Available from: URL: http://www.nationalplanningcycles.org/sites/default/files/country_docs/Australia/6552_nphc_1205.pdf
8. Farahani M. Educational booklet for causes of insurance fractions [Online]. [cited 2013 Sep]. Available from:

- URL: <http://www.portal.arakmu.ac.ir/portal/File/ShowFile.aspx?ID=dc903cb5-2db2-4733-91b5-9d303989cfb> [In Persian].
9. Iran Health Insurance Organization. Reports of adjustments, health insurance office [Online]. [cited 2012 Dec 30]; Available from: URL: <http://npr.ihio.gov.ir/VPayment.UITestPage.aspx> [In Persian].
 10. Askari R, Dehghan HR, Bahrami MA, Keshmiri F. A survey in causes and rates of under reimbursement bills imposed on admitted patient's under social security insurance in medical teaching hospitals in Yazd province in 2008. *Hospital* 2010; 9(3-4): 23-8. [In Persian].
 11. Karimi S, Vesal S, Saeedfar S, Rezayatmand M. The study deductions of insurance bills and presenting suggestions approaches in Seyed Alshohada Hospital. *Health Inf Manage* 2011; 7(4): 594-600. [In Persian].
 12. Khalesi N, Gohari MR, Vatankhah S, Abbasimani Z. The effect of employee training on the amount of insurance fractions at Firoozgar Teaching Hospital: 2008-2009. *J Health Adm* 2011; 14(43): 19-26. [In Persian].
 13. Mohammadi A, Azizi AA, Cheraghbaigi R, Mohammadi R, Zarei J, Valinejadi A. Analyzing the deductions applied by the medical services and social security organization insurance toward receivable bills by University Hospitals of Khorramabad. *Health Inf Manage* 2013; 10(2): 172-80. [In Persian].
 14. Safdari R, Sharifian R, Ghazi Saeedi M, Masoori N, Azad Manjir Z. the amount and causes deductions of bills in Tehran University of Medical Sciences Hospitals. *Payavard Salamat* 2011; 5(2): 61-70. [In Persian].
 15. Tavakoli N, Saghaeiannejad S, Rezayatmand M, Moshaveri F, Ghaderi I. Medical documentations and deductions applied to medical services insurance organization. *Health Inf Manage* 2007; 3(2): 53-61. [In Persian].
 16. Adibhajibagheri M. *Qualitative research methods*. Tehran, Iran: Boshra Publications; 2013. p. 38, 57. [In Persian].
 17. Safdari R, Karami M, Moini M. Causes of deductions made by the social security insurance in hospital affiliated to Kashan University of Medical Sciences, Iran. *Health Inf Manage* 2011; 9(1): 140-4. [In Persian].
 18. Ahmadian M, Dahrazma B, KHosravi N. Assessing the impact of knowledge and attitude of involved managers in family physician program on deductions of family physician program in health networks of Mashhad University of Medical Science. *Proceedings of the 2nd National Congress of the Family Physician's Role in Health System*; 2012 Jun 14-15; Mashhad, Iran. [In Persian].

Identifying the Bottlenecks on the Fractions of Dedicated Revenues of Health Centers in East Azerbaijan Province, Iran

Jafar Sadegh Tabrizi¹, Saeideh Alidoost², Hossein Mashhadi-Abdolahi³, Mostafa Farshi-Khorsand⁴

Original Article

Abstract

Introduction: Primary health care is an effective approach to improving public health. Providing optimal care requires supplication of various resources including financial resources. Thus, fraction of revenues of health care centers is one of the main problems in the domain of financial resources management. Therefore, the present study was carried out to identify the bottlenecks on dedicated revenues fractions in health centers.

Methods: This qualitative phenomenological study was carried out in East Azerbaijan Province of Iran in 2014. Purposeful sampling method was used for the selection of participants. Focus group discussion and semi-structured interviews were used for data collection. Data collection was carried out based on prepared guidelines and continued until data saturation. The validity of the guidelines was approved by qualitative experts. Data were analyzed using content analysis method.

Results: Based on the experiences and perspectives of participants, two main themes were extracted including cash fractions and none-cash fractions. Cash fractions consisted of three sub-themes of discounts fractions, fractions related to deposit of cash revenues by health centers, and registration fractions. None-cash fractions included fractions related to sending documents, fractions in the insurers' reimbursement, and fractions per capita.

Conclusion: Fraction of dedicated revenues of health centers occurred in all cash and none-cash revenues and also in all stages of conversion of service into revenue. Therefore, special attention and efforts are required in order to reduce these fractions.

Keywords: Health Centers; Income; Fractions

Received: 09 Apr, 2015

Accepted: 20 Apr, 2016

Citation: Tabrizi JS, Alidoost S, Mashhadi-Abdolahi H, Farshi-Khorsand M. **Identifying the Bottlenecks on the Fractions of Dedicated Revenues of Health Centers in East Azerbaijan Province, Iran.** Health Inf Manage 2016; 13(2): 126-31

Article resulted from MSc thesis and research project No. 92/392314 funded by National Public Health Management Centre of Tabriz University of Medical Sciences.

1- Associate Professor, Health Services Management, Health Services Management Research Center AND Department of Health Services Management, School of Health Management and Medical Informatics, Tabriz University of Medical Sciences, Tabriz, Iran

2- MSc Student, Health Services Management, Department of Health Services Management, School of Health Management and Medical Informatics, Tabriz University of Medical Sciences, Tabriz, Iran (Corresponding Author) Email: alidoostsd@yahoo.com

3- General Practitioner, Health Services Management Research Center, Tabriz University of Medical Sciences, Tabriz, Iran

4- BSc, Accounting, Deputy of Health, Tabriz University of Medical Sciences, Tabriz, Iran

مقایسه رشد هزینه‌های دارویی با رشد سرانه دارویی بیمه شدگان سرپایه اداره کل بیمه سلامت ایران در شهر اصفهان

حسینعلی قاسمی^۱، مهدیه رئیس‌زاده^۲

مقاله پژوهشی

چکیده

مقدمه: جایگاه دارو و هزینه‌های آن در نظام مراقبت‌های سلامت کشور بسیار مهم است. مطالعه حاضر با هدف، تعیین رشد هزینه‌های دارویی در مقایسه با رشد سرانه دارویی بیماران سرپایه در بیمه سلامت ایرانیان انجام شد.

روش بررسی: مطالعه به صورت کاربردی و از نوع توصیفی-تحلیلی بود. ابزار مورد استفاده، فرم جمع‌آوری اطلاعات در برگزیده متغیرهای هزینه دارویی، سرانه دارویی، تعداد بیمه شدگان به تفکیک شهرستان، سرانه مصوب، سرانه عملکردی، تعداد داروخانه، داروهای پرهزینه، داروهای با بیشترین فراوانی سرانه و داروهای با بالاترین فراوانی مصرف بود. اطلاعات با استفاده از آمار توصیفی و آزمون همبستگی Pearson مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

یافته‌ها: سهم هزینه‌های دارویی از کل هزینه‌های بیمه سلامت اصفهان طی سال‌های ۱۳۸۸ تا ۱۳۹۲ به ترتیب ۲۵، ۲۳، ۲۲، ۲۲ و ۳۱ درصد بود. مبلغ سرانه سال ۱۳۹۲ نسبت به سال‌های ۱۳۸۸، ۱۳۸۹، ۱۳۹۰ و ۱۳۹۱ به ترتیب ۵۸، ۴۹، ۲۸ و ۲۱ درصد افزایش نشان داد. مبلغ هزینه‌های عملکردی دارویی و نرخ رشد آن در مقایسه با هزینه‌های مصوب در پنج سال مورد بررسی افزایش داشت. هزینه ۳۵ داروی پرهزینه طی سال‌های ۱۳۸۸ تا ۱۳۹۲، بیش از نیمی از هزینه‌های دارویی را به خود اختصاص داد. نتایج نشان داد که در طول این سال‌ها، با افزایش هزینه‌های عملکردی، بار مراجعه به داروخانه‌ها نیز کاهش یافته بود.

نتیجه‌گیری: عواملی همچون بازنگری در برنامه‌های بازپرداخت هزینه‌های دارویی، جایگزین نمودن داروهای کم‌هزینه‌تر و اصلاح الگوی تجویز دارو توسط پزشکان، می‌تواند در جهت بهینه‌سازی هزینه‌های دارویی مؤثر باشد.

واژه‌های کلیدی: هزینه دارویی؛ تحلیل هزینه‌ای؛ بیمه

پذیرش مقاله: ۱۳۹۵/۲/۱۴

اصلاح نهایی: ۱۳۹۵/۲/۵

دریافت مقاله: ۱۳۹۴/۳/۶

ارجاع: قاسمی حسینعلی، رئیس‌زاده مهدیه. **مقایسه رشد هزینه‌های دارویی با رشد سرانه دارویی بیمه شدگان سرپایه اداره کل بیمه سلامت ایران در شهر اصفهان.** مدیریت اطلاعات سلامت ۱۳۹۵؛ ۱۳ (۲): ۱۳۷-۱۳۲

بر اساس گزارش‌های صورت گرفته از مطالعه‌های گذشته، مشخص شده است که سهم هزینه‌های مراقبت سرپایه در مقایسه با مراقبت‌های بستری به نحو نامطلوبی بالا می‌باشد و این آمار در کشور ایران به طور تقریبی دو برابر کشورهای توسعه یافته است. این میزان از هزینه‌های مراقبت سرپایه بهداشتی و درمانی جایگاه دارو را در نظام مراقبت‌های سلامت کشور پرنرگ‌تر می‌کند (۵).

بر اساس آمارهای موجود، رشد هزینه عملکردی دارویی (هزینه‌ای که بابت خدمات دارویی برای هر بیمه شده پرداخت گردیده است)، از رشد سرانه دارویی (مبلغ تخصیص داده شده بابت خدمات دارویی برای هر بیمه شده) که باید پرداخت گردد، بیشتر است (۶).

مقدمه

افزایش هزینه‌های بخش سلامت در اکثر کشورهای دنیا به اصلی‌ترین نگرانی‌های مدیران و سیاست‌گذاران سلامت مبدل شده است. از طرف دیگر، نظام‌های سلامت علاوه بر ارتقای سلامت افراد جامعه، باید مسؤلیت حفظ آن‌ها را در مقابل هزینه‌های مالی ناشی از دریافت خدمات سلامت نیز بر عهده داشته باشند. هزینه‌های دارویی، مشاوره و پرستاری به ترتیب بزرگ‌ترین بخش هزینه‌ای در نظام سلامت دنیا را تشکیل می‌دهند (۱). اجرای سیاست‌های مبتنی بر بازار در ایران، باعث افزایش قابل توجه هزینه‌های دارویی کشور شده است؛ به طوری که از ابتدای دهه ۸۰ تا انتهای آن، این هزینه افزایش ۱۰۷ برابری را نشان می‌دهد (۲).

نظام دارویی بخش بهداشت و درمان، نقش غیر قابل انکاری را در مورد تضمین دسترسی بیماران با پرداخت کمترین هزینه ممکن به بیشترین خدمات دارویی از طریق دخالت در چگونگی تخصیص یارانه‌ها و لحاظ کردن سهم هزینه‌های اقتصادی داروها در نظام بهداشتی کشور ایفا می‌نماید (۳). در این خصوص، مجموع هزینه داروهای مصرفی در کشور حدود ۴ میلیارد دلار در سال است که بدون لحاظ نقش سازمان‌های بیمه‌گر، پرداخت از جیب بیماران بیش از ۴۵ درصد از آن را شکل می‌دهد (۴).

مقاله حاصل پایان‌نامه کارشناسی ارشد با شماره ۱۹۷۱۰۳۰۴۹۲۱۰۰۴ می‌باشد که با حمایت دانشگاه آزاد اسلامی واحد شهرضا انجام شده است.

۱- کارشناس ارشد، نظارت بر امور دارویی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد شهرضا، اه ایران
۲- استادیار، فارماکولوژی، گروه علوم پایه، دانشکده دامپزشکی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد سنجند، سنجند، ایران (نویسنده مسؤول)

Email: vet_mr@yahoo.com

سؤالات بررسی شد و بر اساس آن، همبستگی فرم مورد استفاده ۰/۸۱ به دست آمد که نشان دهنده پایایی لازم می‌باشد.

بعد از جمع‌آوری اطلاعات، داده‌ها با استفاده از آزمون همبستگی Pearson در نرم‌افزار SPSS نسخه ۱۹ (version 19, SPSS Inc., Chicago, IL) مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

یافته‌ها

در جدول ۱ به مقایسه هر دو مورد هزینه دارویی و هزینه‌های کل، بین سال ۱۳۸۸ تا ۱۳۹۲ پرداخته شد. در مقایسه هزینه‌های دارویی و هزینه‌های کلی درمانی اداره کل بیمه سلامت، میزان هزینه‌های دارویی سال ۱۳۹۲ نسبت به سال ۱۳۸۸، ۱۹۷ درصد و هزینه کل ۷۱ درصد افزایش داشت که نشان می‌دهد مبالغ هزینه دارویی افزایش نزدیک به سه برابر هزینه کل داشت. عمده افزایش هزینه‌های کل به واسطه هزینه‌های دارویی بود.

رشد هزینه‌های دارویی در مقایسه با رشد سرانه دارویی بیشتر بود. مبلغ سرانه سال ۱۳۹۲ نسبت به سال‌های ۱۳۸۸، ۱۳۸۹، ۱۳۹۰ و ۱۳۹۱ به ترتیب ۵۸، ۴۹، ۲۸ و ۲۱ درصد افزایش نشان داد. با این حال، در همه سال‌ها، هر سال نسبت به سال قبل افزایش مبلغ سرانه مشاهده شد (جدول ۲).

فراوانی تعداد پزشکان عمومی، متخصص، فوق تخصص و دندان‌پزشک طی سال‌های ۱۳۸۸-۹۲ در شهرستان‌های مورد مطالعه استان نشان داد که تعداد پزشکان عمومی و دندان‌پزشک طی سال‌های مورد بررسی کاهش و تعداد متخصصان و فوق تخصصان افزایش داشت. همچنین، تعداد ویزیت و نسخ پزشکان عمومی، دندان‌پزشک و متخصص کاهش و تعداد ویزیت فوق تخصصان افزایش یافت.

مبلغ هزینه‌های دارویی طی سال‌های متوالی افزایش یافته بود. به جز نسبت رشد هزینه‌های دندان‌پزشکی در سال‌های ۱۳۹۰ به ۱۳۸۹، رشد هزینه‌ها در بقیه سال‌ها وجود داشت.

بر اساس مبانی تئوریک و مشاهدات تجربی و با توجه به این که تأمین و دسترسی اکثر مردم به عالی‌ترین سطح ممکن به داروهای مؤثر، سالم، باکیفیت و قیمت مناسب، از اهداف سند چشم‌انداز بیست ساله کشور ایران می‌باشد و از آنجایی که بررسی وضعیت الگوی هزینه و مصرف دارو می‌تواند نقش مهمی در سازمان‌دهی سیاست‌های سازمان بیمه سلامت در ارایه خدمات دارویی مناسب داشته باشد، در مطالعه حاضر، رشد هزینه‌های دارویی نسبت به رشد سرانه دارویی اداره کل بیمه سلامت ایران در سال‌های ۱۳۸۸-۹۲ مقایسه گردید.

روش بررسی

این مطالعه کاربردی از نوع توصیفی-تحلیلی بود که به صورت گذشته‌نگر و با مطالعه اسناد مربوط و استخراج اطلاعات آماری مورد نظر انجام گرفت. جامعه پژوهش عبارت از اسناد بیمه شدگان سرپایی اداره کل، از سال ۱۳۸۸ تا ۱۳۹۲ بود. در این مطالعه، جامعه منطبق بر نمونه بود و اطلاعات هزینه‌های همه بیمه شدگان تحت پوشش بیمه سلامت ایرانیان از سال ۱۳۸۸ تا پایان سال ۱۳۹۲ و به صورت ۵ ساله مورد بررسی قرار گرفت. بیمه شدگان روستایی به دلیل عدم دسترسی بودن اطلاعات سطح یک که به صورت سرانه پرداخت می‌گردد، از مطالعه کنار گذاشته شدند و مبالغ فقط برای بیمه شدگانی است که سرانه دریافت می‌نمایند.

جمع‌آوری اطلاعات مورد نیاز نیز با مراجعه به بیمه سلامت ایرانیان استان اصفهان و از طریق اسناد موجود در این سازمان انجام گرفت. برای بازیابی داده‌ها از منابع موجود، پژوهشگر از ابزارهایی مانند چک‌لیست یا فرم جمع‌آوری داده‌ها استفاده نمود که معتبرسازی آن به روش اعتبار محتوا، در واقع فرایند داوری افراد صلاحیت‌دار می‌باشد که بر پایه دانش، اطلاعات و تجربه‌های آن‌ها و نیز استفاده از آثار و نوشته‌های متخصصان انجام گرفت. از آنجایی که در این مطالعه ابزار مورد استفاده فرم بود، پایایی آن به وسیله همبستگی بین گروهی

جدول ۱: میزان رشد هزینه‌های دارویی و هزینه‌های کلی درمانی بیمه سلامت طی سال‌های ۱۳۸۸-۹۲

سال	۱۳۸۸	۱۳۸۹	۱۳۹۰	۱۳۹۱	۱۳۹۲
هزینه‌های دارویی (ریال)	۱۹۵۸۴۲۸۶۶۳۰۴	۲۱۷۳۰۷۵۵۵۴۶۵	۲۴۲۴۴۵۵۴۱۸۲۶	۲۹۲۹۲۵۲۹۲۹۱۸	۵۸۳۳۶۶۹۰۰۰۲۳
مبلغ (ریال)					
رشد سال ۱۳۸۸ (درصد)	۰	-	-	-	-
رشد ۱۳۸۹ (درصد)	۱	۰	-	-	-
رشد سال ۱۳۹۰ (درصد)	۲۳	۱۱	۰	-	-
رشد سال ۱۳۹۱ (درصد)	۴۹	۳۴	۲۰	۰	-
رشد سال ۱۳۹۲ (درصد)	۱۹۷	۱۶۸	۱۴۰	۹۹	۰
هزینه‌های کلی درمانی (ریال)	۷۶۵۰۰۷۳۹۹۷۵	۹۳۸۰۱۷۶۶۰۲۱۴	۱۰۹۰۰۱۸۸۸۴۹۲۷	۱۳۱۵۷۱۴۸۶۱۴۱۲	۱۸۷۷۴۰۲۸۹۸۳۰۹
مبلغ (ریال)					
رشد سال ۱۳۸۸ (درصد)	۰	-	-	-	-
رشد سال ۱۳۸۹ (درصد)	۲۲	۰	-	-	-
رشد سال ۱۳۹۰ (درصد)	۴۲	۱۶	۰	-	-
رشد سال ۱۳۹۱ (درصد)	۷۱	۴۰	۲۰	۰	-
رشد سال ۱۳۹۲ (درصد)	۷۱	۱۰۰	۷۲	۴۲	۰

جدول ۲: مبلغ سرانه دارویی

سال	۱۳۸۸	۱۳۸۹	۱۳۹۰	۱۳۹۱	۱۳۹۲
مبلغ سرانه (ریال)	۱۸۶۰۱	۱۹۶۸۱	۲۲۸۱۹	۲۴۲۶۱	۲۹۴۰۰
رشد سال ۱۳۸۸ (درصد)	۰	-	-	-	-
رشد سال ۱۳۸۹ (درصد)	۵	۰	-	-	-
رشد سال ۱۳۹۰ (درصد)	۲۲	۱۵	۰	-	-
رشد سال ۱۳۹۱ (درصد)	۳۰	۲۳	۶	۰	-
رشد سال ۱۳۹۲ (درصد)	۵۸	۴۹	۲۸	۲۱	۰

این میزان در سال ۲۰۰۰، ۹/۷ درصد گزارش شد (۷). به طور کلی، هزینه‌های دارویی پس از مخارج بستری‌های بیمارستانی و ویزیت پزشکان، دومین و یا سومین بخش هزینه‌های نظام‌های سلامت در تمامی کشورها به شمار می‌رود (۸). علاوه بر این، در دهه‌های اخیر نرخ رشد هزینه‌های دارویی بسیار بیشتر از نرخ رشد کل هزینه‌های مراقبت‌های سلامت بوده است. یک بررسی در سوئد نشان داد که بین سال‌های ۱۹۷۴ تا ۱۹۹۵، هزینه‌های دارویی بر مبنای قیمت تعدیل شده بر اساس نرخ عمومی تورم، ۱۳۳ درصد افزایش یافته است. همچنین، در کشورهای عضو سازمان همکاری و توسعه اقتصادی بین سال‌های ۱۹۹۸ تا ۲۰۰۷، نرخ رشد هزینه‌های دارویی ۵۰ درصد بود. در آمریکا نیز میزان هزینه‌های دارویی از ۵/۱ درصد کل هزینه‌های سلامت در سال ۱۹۸۰ به ۹/۷ درصد در سال ۲۰۰۰ افزایش یافته است. علاوه بر این، به نظر می‌رسد افزایش هزینه‌های دارویی در سال‌های آینده همچنان ادامه دارد و فشار شدیدی بر نظام‌های مراقبت سلامت وارد کند. بنابراین، در سال‌های اخیر هزینه‌های دارویی هم از نظر مقدار مطلق و هم از نظر سهم آن در کل مخارج سلامت، تبدیل به یک نگرانی عمده برای سیاست‌گذاران سلامت در دنیا شده است و علاقه زیادی برای طراحی برنامه‌ها و سیاست‌های کارآمد برای کنترل مصرف دارو از جمله افزایش قیمت‌ها، بازنگری در برنامه‌های بازپرداخت هزینه‌های دارویی و نیز افزایش سهم پرداخت مصرف‌کننده، ایجاد کرده است (۸).

در سال ۱۳۸۸، به طور متوسط سهم هزینه دارو از کل هزینه درمان بیمه شدگان سازمان تأمین اجتماعی ۲۰ درصد بوده است (۶). بنابراین، با توجه به سهم زیاد هزینه‌های دارویی در هزینه‌های بهداشتی-درمانی، باید به این هزینه‌ها به عنوان جزء اصلی هزینه بهداشتی توجه ویژه‌ای شود.

نتایج آزمون همبستگی Pearson نشان داد که بین هزینه‌های دارویی و تعداد پزشک، تعداد ویزیت، تعداد نسخ، تعداد داروخانه و تعداد نسخ دارویی ارتباط معنی‌دار قوی وجود داشت و با افزایش هر یک از متغیرهای فوق، هزینه‌های دارویی به طور معنی‌داری افزایش یافته بود. این در حالی است که رشد هزینه‌های دارویی (هزینه‌ای که بابت خدمات دارویی پرداخت گردیده است) بیشتر از هزینه‌های مصوب (هزینه‌ای که بابت خدمات دارویی باید پرداخت گردد) بود؛ به گونه‌ای که هزینه‌های عملکردی دارویی در سال ۱۳۹۲ نسبت به سال ۱۳۸۸، ۱۹۷ درصد و هزینه مصوب بر اساس جدول ۳، ۴۲ درصد افزایش را نشان داد.

همچنین، عمده هزینه‌ها به ۳۵ دارو با هزینه بالا اختصاص داشت؛ به نحوی که در سال‌های ۱۳۸۸ تا ۱۳۹۲ به تدریج کاهش یافته بود، اما در کل، هنوز در سال ۱۳۹۲ نیمی از هزینه‌های دارویی مربوط به ۳۵ دارو بود.

بحث

نتایج نشان داد که در مجموع هزینه‌های دارویی نسبت به کل هزینه‌ها در طی سال‌های مورد بررسی، حدود ۲۰ تا ۳۰ درصد بوده است؛ به گونه‌ای که سهم هزینه‌های دارویی از سال ۱۳۸۸ تا سال ۱۳۹۲، از کل هزینه‌های بهداشتی بیمه سلامت ایرانیان به ترتیب ۲۵، ۲۳، ۲۲ و ۳۱ درصد می‌باشد. بررسی‌ها نشان می‌دهند که هزینه داروی مصرفی در کشورهای توسعه یافته حدود ۱۰ تا ۲۰ درصد و در کشورهای در حال توسعه ۲۰ تا ۶۰ درصد کل مخارج نظام‌های سلامت را به خود اختصاص می‌دهند (۳). بر اساس گزارش‌ها در کشورهای عضو سازمان همکاری و توسعه اقتصادی در سال ۲۰۰۷، ۱۵ درصد از کل مخارج نظام‌های سلامت مربوط به هزینه‌های دارویی بوده است. در آمریکا نیز

جدول ۳: هزینه‌های دارویی مصوب

سال	۱۳۸۸	۱۳۸۹	۱۳۹۰	۱۳۹۱	۱۳۹۲
مبلغ	۱۶۶۳۴۸۷۴۳۰۰۰	۱۷۵۸۲۸۶۳۶۹۶۸	۱۹۷۵۴۹۹۲۴۶۶۴	۲۰۲۶۸۴۰۶۰۴۷۶	۲۳۷۷۰۸۱۷۲۸۰۰
رشد سال ۱۳۸۸ (درصد)	۰	-	-	-	-
رشد سال ۱۳۸۹ (درصد)	۵	۰	-	-	-
رشد سال ۱۳۹۰ (درصد)	۱۸	۱۲	۰	-	-
رشد سال ۱۳۹۱ (درصد)	۲۱	۱۵	۲	۰	-
رشد سال ۱۳۹۲ (درصد)	۴۲	۳۵	۲۰	۱۷	۰

۱۳۶۳ تا ۱۳۷۰، میزان مصرف دارو در ایران دو برابر شده است. گزارش‌های مالی نیز حاکی از آن است که در سال ۱۳۸۱، بیش از ۵۶۴۸ میلیارد ریال در کشور صرف تولیدات دارویی شده و در همان سال، بیش از ۶۳۸ میلیون دلار ارز به صورت حمایتی و غیر حمایتی به فرآورده‌های دارویی اختصاص یافته است (۱۱). بنابراین، نتایج مطالعه حاضر و سایر مطالعه‌ها بیانگر این موضوع است که تنها ۳۵ داروی پرهزینه حدود نیمی از هزینه‌های دارویی را تشکیل می‌دهند و می‌توان با جایگزین نمودن داروهای کم‌هزینه‌تر و تجویز صحیح‌تر پزشکان به سمت داروهای به‌صرفه‌تر، بسیاری از هزینه‌ها را کاهش داد.

نتایج آزمون همبستگی Pearson نشان داد که بین هزینه‌های دارویی و تعداد پزشک، تعداد ویزیت، تعداد نسخ، تعداد داروخانه و تعداد نسخ دارویی رابطه معنی‌دار قوی وجود دارد و با افزایش هر یک از متغیرهای فوق، هزینه‌های دارویی به طور معنی‌داری افزایش می‌یابد.

همراه با افزایش هزینه‌های دارویی عملکردی، بار مراجعه به داروخانه‌ها نیز کاهش یافته است. بیشترین افزایش هزینه‌های عملکردی مربوط به سال ۱۳۹۲ نسبت به ۱۳۸۸ می‌باشد؛ یعنی ۱۹۷ درصد و در مقابل نیز بیشترین کاهش بار مراجعه مربوط به همین فاصله با ۸ درصد کاهش بود. در سایر سال‌ها نیز با افزایش هزینه‌های عملکردی، بار مراجعه کاهش داشته است که نشان می‌دهد بیماران با افزایش هزینه‌های دارویی، مراجعه خود به پزشک را کاهش داده‌اند که در سیستم بهداشتی-درمانی این کاهش مناسب نیست و نشان می‌دهد بیماران به علت بار مالی از سلامت خود و بهبودی آن گذشته‌اند. بنابراین، بار مالی و افزایش هزینه‌ها از مراجعه بیماران به داروخانه و بار مراجعه کاسته است.

بر اساس نتایج مطالعه حاضر، در سال ۱۳۸۱، مراجعه به داروخانه و مراجعان سرپایی بخش درمان به ترتیب ۳۵ و ۲۲ درصد از هزینه‌های سلامت کشور را به خود اختصاص دادند (۱۲)؛ در حالی که افزایش هزینه‌ها از کاهش این مراجعه خیر می‌دهد.

با توجه به این که تأمین و دسترسی اکثر مردم به عالی‌ترین سطح مناسب، از اهداف سند چشم‌انداز بیست ساله کشور ایران می‌باشد (۱۰)، باید در این راستا برنامه‌ریزی‌های اصولی صورت گیرد.

نتیجه‌گیری

با توجه به سهم زیاد هزینه‌های دارویی در هزینه‌های بهداشتی-درمانی، باید به این هزینه‌ها به عنوان جزء اصلی هزینه بهداشتی توجه ویژه داشت. در این ارتباط، سیاست‌های کارآمد برای کنترل مصرف دارو از جمله افزایش قیمت‌ها، بازنگری در برنامه‌های بازپرداخت هزینه‌های دارویی، افزایش سهم پرداخت مصرف‌کننده، جایگزین نمودن داروهای کم‌هزینه‌تر و اصلاح الگوی تجویز دارو توسط پزشکان می‌تواند مؤثر واقع شود.

پیشنهادها

لازم است سیاست‌گذاران سازمان بیمه سلامت در جهت تدوین برنامه‌ریزی‌های اصولی جهت بهینه‌سازی هزینه‌های دارویی و آموزش به مصرف‌کنندگان دارو، اصلاح الگوی تجویز دارو توسط پزشکان، بهبود شیوه‌های مدیریتی (به طور مثال استفاده از روش‌های نسخه‌نویسی Online برای پزشکان) و اصلاح بازنگری داروهای تحت پوشش بیمه اقدام نمایند.

بر اساس نتایج جدول ۱، مبلغ سرانه سال ۱۳۹۲ نسبت به سال‌های ۱۳۸۸، ۱۳۸۹، ۱۳۹۰ و ۱۳۹۱ به ترتیب ۵۸، ۴۹، ۲۸ و ۲۱ درصد افزایش نشان داد. با این حال، در همه سال‌ها، هر سال نسبت به سال قبل با افزایش مبلغ سرانه مواجه بوده‌ایم. مبلغ هزینه‌های دارویی مورد مطالعه در سال‌های ۱۳۸۸ تا ۱۳۹۲ نیز در سال‌های متوالی با افزایش روبه‌رو بوده است؛ به گونه‌ای که رشد هزینه‌های سال ۱۳۹۲ نسبت به سال‌های ۱۳۸۸، ۱۳۸۹، ۱۳۹۰ و ۱۳۹۱ به ترتیب ۱۹۷، ۱۶۸، ۱۴۰ و ۹۹ درصد به دست آمد. در واقع، هزینه‌های دارویی به نسبت سرانه آن در سال‌های مشابه، نزدیک به بیش از سه برابر افزایش داشت و فاصله زیادی بین افزایش هزینه‌های دارویی در مقابل افزایش سرانه آن مشاهده شد. افزایش مبلغ سرانه در مقابل افزایش واقعی هزینه‌های عملکردی دارویی بسیار ناچیز می‌باشد. بنابراین، میزان رشد هزینه‌های دارویی در مقایسه با سرانه آن بیشتر بوده است.

در مقایسه بین مبلغ هزینه‌های عملکردی دارویی و مصوب، هزینه‌های عملکردی در هر سال مورد بررسی بیشتر از هزینه‌های مصوب بود. همچنین، نرخ رشد هزینه‌های عملکردی بیشتر از هزینه‌های مصوب به دست آمد؛ به گونه‌ای که هزینه‌های عملکردی سال ۱۳۹۲ نسبت به سال ۱۳۸۸، ۱۹۷ درصد و در مصوب ۴۲ درصد افزایش داشته است. بنابراین، اختلاف زیادی بین افزایش هزینه‌های دارویی و افزایش هزینه‌های مصوب طی سال‌های مورد بررسی وجود دارد و این اختلاف در هزینه‌های عملکردی بیش از هزینه‌های مصوب می‌باشد. مصرف سرانه دارو در ایران حدود ۳۷۰ واحد در سال و معادل حدود ۲۰ دلار آمریکا بوده است. این سرانه از نظر ارزش به نسبت پایین است و علت آن، کنترل ساختگی سرانه هزینه دارو توسط دولت از طریق تولید داروهای ارزان قیمت در داخل کشور می‌باشد (۹).

یارانه دارو در ایران در بین کالاهای اساسی، رتبه سوم را دارد و دولت برای کاهش هزینه خود و کنترل مصرف دارو از سال ۱۳۷۶ تاکنون، نسبت به حذف تدریجی یارانه از برخی داروها اقدام نموده است (۱۰). ایمانی و همکاران نیز در مطالعه خود نشان دادند که بین متغیرهای ناخالص داخلی، سرانه کل هزینه‌های سلامت و کل هزینه‌های دارویی با متغیر مصرف ریالی سرانه دارو رابطه معنی‌داری دارند. همچنین، متغیرهای تولید ناخالص داخلی، کل هزینه‌های سلامت و کل هزینه‌های دارویی ۹۹/۳ درصد واریانس تغییرات میزان مصرف سرانه دارو و ۹۹/۸ درصد تغییرات متغیر کل هزینه‌های دارویی را تبیین می‌نمود (۳). بنابراین، باید یا از افزایش هزینه‌های دارویی جلوگیری کرد و یا سهم سرانه دارویی را برای داروها افزایش داد تا از فشار مالی بیماران تا حدی جلوگیری نمود. نتایج پژوهش حاضر نشان داد که هزینه ۳۵ داروی با هزینه بالا در سال‌های ۱۳۸۸ تا ۱۳۹۲، حدود نیمی از هزینه‌های دارویی را به خود اختصاص می‌دهد. در سال ۱۳۸۸ و ۱۳۸۹ هزینه ۳۵ دارو از کل هزینه دارویی به ترتیب ۵۰/۷ و ۵۸/۸ درصد، در سال ۱۳۹۰ حدود ۵۰ درصد، در سال ۱۳۹۱، ۴۸/۸ درصد و در سال ۱۳۹۲، ۴۰/۸ درصد بود که نشان می‌دهد حدود نیمی از هزینه‌ها بر روی ۳۵ نوع داروی با هزینه بالا معطوف است.

بر اساس گزارش‌ها، ایران نیز در سال ۱۳۵۶ مصرف‌کننده بیش از ۱۰ درصد داروی مصرفی کل قاره آسیا بوده است. همچنین، در دهه ۷۰ با میانگین رشد سالانه مصرف فرآورده‌های دارویی به میزان حدود ۱۱/۵ درصد در مقایسه با میانگین رشد ۹ درصدی جهان، دارای یکی از بالاترین میزان‌های افزایش مصرف دارو بوده است. آمارها نشان می‌دهند که تنها در طی سال‌های

تشکر و قدردانی

بدین وسیله از حوزه معاونت پژوهشی دانشگاه آزاد اسلامی واحد شهرضا به

جهت تصویب و تأیید انجام پایان‌نامه دوره کارشناسی ارشد نظارت بر امور دارویی تشکر و قدردانی می‌گردد.

References

1. Ghanati E, Hadiyan M, Daghighi Asli A. Economic expenditures of multiple sclerosis medications and feasibility of providing health insurance policies for medications. *J Health Adm* 2011; 14(45): 37-54. [In Persian].
2. Davari M, Kohan S, Enjezab B, Javadnoori M. Promoting the efficient use of human resources in reproductive health services in Iran: A cost-service analysis. *Health Inf Manage* 2012; 8(7): 929-37. [In Persian].
3. Imani A, Rasekh H, Golestani M. The relationship between pharmaceutical expenditures, health care expenditures and gross domestic product in Iran: 1999-2008. *Pharm Sci* 2012; 18(1): 9-17.
4. SalamatNews. Fifty-six percent of public health expenditures are financed by people [Online]. [cited 2012]; Available from: URL: <http://www.salamatnews.com/news/50617/> [In Persian].
5. World Health Organization. The world health report 2000- health systems: improving performance [Online]. [cited 2000]; Available from: URL: <http://www.who.int/whr/2000/en/>
6. Sethi RC. Prescription drugs: recent trends in utilization, expenditures, and coverage. *EBRI Issue Brief* 2004; (265): 1-35.
7. World Health Organization. The world medicines situation [Online]. [cited 2004]; Available from: URL: <http://apps.who.int/medicinedocs/en/d/Js6160e/>
8. Sarma S, Basu K, Gupta A. The influence of prescription drug insurance on psychotropic and non-psychotropic drug utilization in Canada. *Soc Sci Med* 2007; 65(12): 2553-65.
9. Razzaghi EM, Movaghar AR, Green TC, Khoshnood K. Profiles of risk: a qualitative study of injecting drug users in Tehran, Iran. *Harm Reduct J* 2006; 3: 12.
10. Andayesh Y, Keshavarz K, Zahiri M, Mirian I, Beheshti A, Imani A, et al. The effects of drug subsidies exclusion on price index of sectors and household's expenditures using structural path analysis. *J Health Adm* 2011; 13(42): 45-56. [In Persian].
11. Palesh M, Fredrikson S, Jamshidi H, Jonsson PM, Tomson G. Diffusion of magnetic resonance imaging in Iran. *Int J Technol Assess Health Care* 2007; 23(2): 278-85.
12. Naghavi M, Jamshidi HR. Utilization of health services in Iran. Tehran, Iran: Tandis Publications; 2005. [In Persian].

Comparison of Increase in Medication Costs and Medication Funding Per Capita of the Outpatients Insured by the Iranian Salamat Insurance in Isfahan, Iran

Hosseinali Ghasemi¹, Mahdiah Raeeszadeh²

Original Article

Abstract

Introduction: Medication and its cost in the country's health care system are of grave importance. Thus, the aim of this study was to investigate the increase in medication costs in comparison to the increase in medication funding per capita of the outpatients insured by the Iranian Salamat Insurance in Isfahan, Iran.

Methods: This was a descriptive-analytic study. The data were collected using an information form including the variables of pharmaceutical expenditure, pharmaceutical expenditure per capita, the number of insured per city, approved cost per capita, operating cost per capita, the number of pharmacies, expensive drugs, drugs with the highest rate per capita, and drugs with the highest frequency of use. The collected data were analyzed using descriptive statistics and the Pearson correlation coefficient.

Results: From 2009 to 2013, the drug costs constituted, respectively, 25, 23, 22, 22, and 31 percent of the total health care costs of the Iranian Salamat Insurance. Amount per capita in 2013 compared to years 2009, 2010, 2011, and 2012 were 58, 49, 28, and 21 percent higher, respectively. Drug operating cost and its growth rate had increased during the studied 5 years, compared to the approved costs per capita. More than half of the total drug cost in 2009-2013 was allocated to the 35 most expensive drugs. The Pearson correlation showed that with increase in operating cost, the number of visits to pharmacies decreased.

Conclusion: Revision of drug reimbursement, substitution of lower-cost drugs, and modification of the prescription pattern used by physicians can be effective in the optimization of drug costs.

Keywords: Drug Costs; Cost Analysis; Insurance

Received: 27 May, 2015

Accepted: 3 May, 2016

Citation: Ghasemi H, Raeeszadeh M. Comparison of Increase in Medication Costs and Medication Funding Per Capita of the Outpatients Insured by the Iranian Salamat Insurance in Isfahan, Iran. Health Inf Manage 2016; 13(2): 132-7

Article resulted from MSc thesis No. 19710304921004 funded by Islamic Azad University, Shahreza Branch.

1- MSc, Drug Supervision, Islamic Azad University, Shahreza Branch, Isfahan, Iran

2- Assistant Professor, Pharmacology, Department of Basic Sciences, School of Veterinary Medicine, Islamic Azad University, Sanandaj Branch, Sanandaj, Iran (Corresponding Author) Email: vet_mr@yahoo.com

ارزیابی عملکرد بیمارستان‌های دانشکده علوم پزشکی آبادان بر اساس مدل جایزه ملی تعالی سازمانی ایران

عبداله خوانزاده^۱، محمد اسماعیل مطلق^۲، عبدالرضا میرشکاک^۳، ندا اکبری نساجی^۴، مریم نیاکان^۵،
سید داود نصراله‌پور شیروانی^۶

مقاله پژوهشی

چکیده

مقدمه: جایزه ملی تعالی سازمانی ایران یکی از جوایز کیفیت است که به عنوان یک ابزار مدیریتی برای اندازه‌گیری عملکرد سازمان‌ها مورد استفاده قرار می‌گیرد. مطالعه حاضر با هدف ارزیابی عملکرد بیمارستان‌های دانشکده علوم پزشکی آبادان بر اساس مدل جایزه ملی تعالی سازمانی ایران انجام گرفت.

روش بررسی: این مطالعه کاربردی، از نوع توصیفی-تحلیلی بود که به صورت مقطعی در تابستان سال ۱۳۹۳ انجام گرفت. نمونه مورد پژوهش، ۷ بیمارستان تحت پوشش دانشکده علوم پزشکی آبادان بود که به صورت سرشماری انتخاب شدند. مدیران و کارشناسان با شرکت در یکی از سه کارگاه دو روزه و بعد از آشنایی با ساختار مدل و منطق رادار، در قالب کار گروهی اقدام به خودارزیابی کردند. ابزار جمع‌آوری داده‌ها، چک‌لیست استاندارد مدل با ۱۳۵ سؤال در ۵۴ صفحه بود که بر اساس معیارها و زیرمعیارهای مدل طبقه‌بندی شده بود. امتیازات داده شده در نرم‌افزارهای Excel و SPSS مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

یافته‌ها: از ۷ بیمارستان مورد ارزیابی، امتیاز دو بیمارستان بالاتر از ۳۰۰، دو بیمارستان بین ۲۰۰-۳۰۰ و امتیاز سه بیمارستان کمتر از ۲۰۰ محاسبه شد. میانگین امتیاز بخش توانمندسازها (از ۵۰۰ امتیاز)، نتایج (از ۵۰۰ امتیاز) و میانگین کل امتیاز بیمارستان‌ها (از ۱۰۰۰ امتیاز) به ترتیب $۳۲/۶ \pm ۱۰۹/۸$ ، $۴۷/۹ \pm ۱۱۲/۸$ و $۷۱/۴ \pm ۲۲۲/۶$ به دست آمد. بین امتیاز توانمندسازها و اندازه بیمارستان (زیر ۶۴ تخت فعال با میانگین $۴۳/۴ \pm ۹۶/۵$ و بالای ۶۴ تخت فعال با میانگین $۲۳/۵ \pm ۱۱۹/۹$) رابطه معنی‌داری وجود داشت ($P = ۰/۰۲$).

نتیجه‌گیری: نتایج نشان داد که بیمارستان‌های مورد ارزیابی بین سازمان‌های مبتدی و سازمان‌های بهبود یافته قرار دارند و به بهبود و توسعه عملکرد سازمانی نیازمند هستند.

واژه‌های کلیدی: ارزیابی عملکرد؛ بیمارستان‌ها؛ جایزه ملی تعالی سازمانی ایران

پذیرش مقاله: ۱۳۹۴/۲/۲۵

اصلاح نهایی: ۱۳۹۴/۸/۲۹

دریافت مقاله: ۱۳۹۴/۴/۱۷

ارجاع: خوانزاده عبدالله، مطلق محمد اسماعیل، میرشکاک عبدالرضا، اکبری نساجی ندا، نیاکان مریم، نصراله‌پور شیروانی سید داود. **ارزیابی عملکرد بیمارستان‌های دانشکده علوم پزشکی آبادان بر اساس مدل جایزه ملی تعالی سازمانی ایران.** مدیریت اطلاعات سلامت ۱۳۹۵؛ ۱۳ (۲): ۱۴۴-۱۳۸

جایزه کیفیت مالکوم بالدريج آمریکا در سال ۱۹۸۷ و جایزه بنیاد مدیریت کیفیت اروپا (European Foundation for Quality Management) EFQM در سال ۱۹۹۱ از مدل‌های تعالی سازمانی به شمار می‌روند که شهرت جهانی پیدا کرده‌اند (۸). بیش از ۱۰۰ مدل تعالی تا به حال تحت عناوین مختلف جایزه

مقدمه

یکی از ویژگی‌های دنیای رقابتی امروز، تغییرات مداوم است. ضرورت دارد که همه سازمان‌ها، نیازها و انتظارات در حال تغییر مشتریان را شناسایی و نسبت به تأمین آن کوشا و حساس باشند (۱). مدیریت جامع کیفیت که جهت تأمین نیازها و انتظارات مشتریان در دهه ۸۰ قرن ۲۰ میلادی پدید آمد، کمک شایانی با پذیرش ایده‌ها و توسعه نوآوری‌ها در کوتاه کردن زمان تولید و ارائه خدمات، کاهش قیمت تمام شده و افزایش کیفیت نمود (۲). مطالعات نشان دادند، عمده سازمان‌های نظام مراقبت سلامت که در اجرای مدیریت جامع کیفیت موفق بودند، ویژگی‌هایی شامل رهبری متعهد، کارکنان با انگیزه، عملکرد مبتنی بر فرایندها و فرهنگ سازمانی منعطف داشتند (۳) و با استفاده از رویکردهای نوین مدیریتی، نقش اساسی را در بهبود و توسعه عملکرد ایفا نمودند (۴). استقرار مدیریت جامع کیفیت، ضرورتی را ایجاد می‌کند تا مدل‌ها و ابزارهای سنتی سنجش عملکرد مورد بازنگری قرار گیرد و در راستای انتظارات ارائه دهنده‌گان و گیرندگان خدمات ارتقا یابد (۵).

مقاله حاصل طرح تحقیقاتی با شماره ۹۳ U-۰۲۴ می‌باشد که با حمایت دانشکده علوم پزشکی آبادان انجام شده است.

۱- استادیار، متخصص بیماری‌های داخلی، گروه داخلی، دانشکده علوم پزشکی آبادان، آبادان، ایران

۲- استاد، متخصص اطفال، گروه اطفال، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی جندی شاپور اهواز، اهواز، ایران

۳- پزشک عمومی، معاونت توسعه مدیریت و منابع، دانشکده علوم پزشکی آبادان، آبادان، ایران

۴- مربی، پرستاری، دانشکده پرستاری، دانشکده علوم پزشکی آبادان، آبادان، ایران

۵- کارشناسی ارشد، تحقیقات آموزشی، دانشکده پرستاری، دانشکده علوم پزشکی آبادان، آبادان، ایران

۶- استادیار، مدیریت خدمات بهداشتی درمانی، مرکز تحقیقات عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت، پژوهشکده سلامت، دانشگاه علوم پزشکی بابل، بابل، ایران (نویسنده مسؤل)

Email: dnshirvani@gmail.com

مدل‌های متنوع و متعددی جهت ارزیابی عملکردهای سازمانی در راستای نیازهای جدید معرفی شده‌اند (۶). تعدادی از این مدل‌ها تحت عنوان مدل‌های سرآمدی یا تعالی سازمانی قادر هستند عملکرد سازمان‌ها را در راستای استقرار مدیریت جامع کیفیت ارزیابی نمایند (۷). طراحی جایزه دمینگ در سال ۱۹۵۱،

پوشش دانشگاه علوم پزشکی کرمان را با استفاده از مدل EFQM و با مشارکت ۶۹ مدیر و کارشناس ارزیابی نمودند. آن‌ها متوسط امتیاز به دست آمده برای معیارهای نه‌گانه مدل EFQM را از حداقل ۵۲/۱ درصد معیار نتایج کلیدی عملکرد تا حداکثر ۶۲/۲ درصد معیار فرایندها، متغیر گزارش کردند (۱۴). نظر به این که دبیرخانه جایزه ملی تعالی سازمانی ایران از سال ۱۳۸۶، سازمان‌های ایرانی را جهت ارزیابی به پنج بخش تفکیک نمود، فرصتی نیز برای ارزیابی سازمان‌های نظام مراقبت سلامت از جمله بیمارستان‌ها با مدل تعالی سازمانی به وجود آورد (۱۵). برخی از مطالعات انجام شده بر اساس الگوی تعالی در ایران و جهان نشان دادند که سازمان‌های بهداشتی - درمانی تا حدود زیادی با وضعیت مطلوب فاصله دارند (۱۶). ملکی و همکاران نیز گزارش نمودند که هیچ کدام از دانشگاه‌های علوم پزشکی از مدل تعالی سازمانی جهت ارزیابی عملکرد خود استفاده نمی‌کنند و تنها حدود ۷ درصد مدیران و کارشناسان با این مدل آشنا هستند (۱۷). بنابراین، ضرورت ایجاد می‌نماید که مدیران و کارشناسان حوزه سلامت با مدل تعالی سازمانی آشنا شوند و آن را در ارزیابی عملکرد سازمانی مورد بهره‌برداری قرار دهند. مطالعه حاضر با استفاده از مدل جایزه ملی تعالی سازمانی ایران جهت ارزیابی عملکرد بیمارستان‌های تحت پوشش دانشکده علوم پزشکی آبادان صورت گرفت.

روش بررسی

این مطالعه کاربردی، از نوع توصیفی-تحلیلی بود که به صورت مقطعی در تابستان سال ۱۳۹۳ انجام شد. نمونه پژوهش بیمارستان‌های تحت پوشش دانشکده علوم پزشکی آبادان شامل طالقانی، شهید بهشتی آبادان، ولی عصر خرمشهر، حاجیه ترگس معرفی، راه زینب ماهشهر، شهید معرفی‌زاده شادگان و شهدای هندیجان بود که به صورت سرشماری انتخاب گردیدند. ۱۴۳ نفر از مدیران و کارشناسان بنا به معرفی رسمی بیمارستان‌ها به عنوان ارزیابان داخلی در مطالعه شرکت کردند. ۳ کارگاه دو روزه جهت آشنایی مدیران و کارشناسان منتخب با جایزه ملی تعالی سازمانی ایران و شیوه خودارزیابی و امتیازدهی در سطح دانشکده برگزار شد و هر کدام از افراد در یکی از سه کارگاه برگزار شده شرکت نمودند.

افراد شرکت کننده در روز اول هر کارگاه با مدل آشنا گردیدند و چند کار گروهی با هدف کسب مهارت لازم جهت استفاده درست از چک‌لیست خودارزیابی انجام دادند. کل صبح و عصر روز دوم، مدیران و کارشناسان هر بیمارستان به گروه‌های ۵-۴ نفره تقسیم شدند و هر گروه در یک اتاق مستقل با بحث، تبادل نظر و ذکر شواهد مرتبط اقدام به خودارزیابی نمودند. با توجه به ۴ رویکرد خودارزیابی، خودارزیابی با رویکرد کارگاهی مدل و با هدایت مربی یا مدرس کارگاه انجام گرفت.

ابزار جمع‌آوری داده‌ها، چک‌لیست استاندارد مدل با ۱۳۵ سؤال در ۵۴ صفحه طبقه‌بندی شده بر اساس معیارهای اصلی، زیرمعیارها و نکات راهنما بود که روایی و پایایی آن توسط سازمان صنعتی ایران تأیید گردید. همچنین، این چک‌لیست در سطح ملی حوزه سلامت بر اساس کارکردهای دانشگاه علوم پزشکی مطابقت داده شد (۱۱). امتیازدهی سؤالات بر اساس منطق RADAR بین ۱۰۰- امتیاز (از عدم وجود شواهد و مستندات تا وجود کامل و جامع شواهد و مستندات) در ماتریس امتیازدهی صورت گرفت (۱۱).

کیفیت معرفی شده و بیش از ۸۰ کشور این مدل‌ها را جهت ارزیابی عملکرد سازمان‌های خود به کار گرفته‌اند (۹).

طراحی و بهره‌مندی از مدل‌های تعالی سازمانی در ایران از نیمه دوم دهه ۷۰ شروع گردید و اوایل دهه ۸۰، دو مدل در سطح ملی معرفی شد. جایزه ملی کیفیت ایران در سال ۱۳۸۱ ارایه گردید که مشتمل بر ۷ معیار اصلی، ده‌ها زیرمعیار و نکات راهنما با ۱۰۰۰ امتیاز بود. جایزه ملی تعالی سازمانی ایران که با اقتباس از مدل EFQM در سال ۱۳۸۲ طراحی شد، مانند مدل EFQM از ۸ مفهوم بنیادین، ۹ معیار اصلی و ۳۲ زیرمعیار در دو بخش توانمندسازها و نتایج با ۱۰۰۰ امتیاز (شکل ۱) تشکیل گردید و امتیازدهی آن با استفاده از منطق رادار (Results, Approaches, Deploy, Assess, Refine) RADAR انجام می‌گیرد (۱۰).



شکل ۱: بخش‌ها، معیارها و امتیازات جایزه ملی تعالی سازمانی ایران (۱۱)

در منطق RADAR، سؤالات مربوط به ۵ معیار بخش توانمندسازها با ۳ عنصر رویکرد، جاری سازی، ارزیابی و اصلاح و ۴ معیار بخش نتایج با ۷ عنصر شامل محدوده و تناسب، درستی، بخش‌بندی، روند، هدف، مقایسه و علت بین ۱۰۰- امتیاز در ماتریس امتیازدهی قرار می‌گیرند (۱۱).

مطالعات انجام شده با مدل تعالی سازمانی در ایران نتایج متفاوتی را نشان داد. ایمانی‌نسب و همکاران گزارش نمودند که بخش‌های اورژانس بیمارستان‌های تأمین اجتماعی، شهید مدنی، شهدای عشایر و خیریه عسلی از ۱۰۰۰ امتیاز مدل به ترتیب ۲۱۶، ۱۰۸/۱، ۱۲۹/۹ و ۷۲/۱ امتیاز به دست آوردند و در معیارهای نه‌گانه مدل EFQM از حداقل ۷/۱ درصد معیار استراتژی تا حداکثر ۲۰/۸ درصد امتیاز معیار فرایندها را کسب کردند. نتایج نشان داد که بیمارستان‌های ارزیابی شده با یک مدل تعالی، فاصله قابل ملاحظه‌ای با سازمان‌های بهبود یافته و متعالی داشت (۱۲). ولی قزوینی و همکاران که عملکرد بیمارستان شهید رجایی قزوین را با مدل EFQM ارزیابی نمودند، امتیاز بخش توانمندسازها از ۵۰۰ امتیاز مدل ۱۸۳/۹ (۳۶/۸ درصد)، امتیاز بخش نتایج از ۵۰۰ امتیاز ۱۸۳/۷ (۳۶/۸ درصد) و کل امتیاز بیمارستان مورد مطالعه را ۳۷۷/۷ (۳۷/۸ درصد) گزارش کردند. امتیاز به دست آمده برای معیارهای نه‌گانه مدل EFQM از حداقل ۲۵ درصد معیار نتایج کارکنان تا حداکثر ۴۵ درصد معیار شراکت‌ها و منابع متفاوت بود (۱۳). دهنویه و همکاران چهار بیمارستان تحت

همان‌گونه که شکل ۲ نتایج ارزیابی را بر اساس معیارهای اصلی مدل نشان داد، بیشترین امتیاز مربوط به معیار نتایج کلیدی عملکرد با کسب ۴۲/۴ درصد امتیاز و کمترین امتیاز کسب شده مربوط به معیار نتایج جامعه با کسب ۱۵/۱ درصد امتیاز بود.

بین امتیاز معیار رهبری و تعداد تخت بیمارستان‌ها (کمتر از ۶۴ تخت فعال با میانگین $11/8 \pm 21/0$ و بیشتر از ۶۴ تخت فعال با میانگین $4/0 \pm 25/1$) و بین امتیاز معیار فرایندها و تعداد تخت بیمارستان‌های دانشکده علوم پزشکی آبادان (کمتر از ۶۴ تخت فعال با میانگین $3/4 \pm 19/5$ و بیشتر از ۶۴ تخت فعال با میانگین $12/3 \pm 22/1$) رابطه معنی‌دار وجود داشت ($P = 0/04$ ، $P = 0/03$). رابطه معنی‌داری بین امتیاز سایر معیارهای اصلی و تعداد تخت بیمارستان‌های دانشکده علوم پزشکی آبادان مشاهده نگردید.

با توجه به شکل ۳، ۷ بیمارستان مورد ارزیابی برای ۵ معیار توانمندسازها به طور متوسط بیشترین امتیاز را در مدون بودن رویکردها (۲۵/۴ درصد)، بعد از آن جاری سازی (۲۲/۷ درصد) و کمترین امتیاز را در عنصر ارزیابی و اصلاح (۱۷/۴ درصد) کسب نمودند.

رابطه معنی‌داری بین کسب امتیاز عناصر رویکردها، جاری سازی و تعداد تخت بیمارستان‌های دانشکده علوم پزشکی آبادان وجود داشت (کمتر از ۶۴ تخت فعال با میانگین $7/6 \pm 22/6$ و بیشتر از ۶۴ تخت فعال با میانگین $3/4 \pm 27/3$) ($P = 0/01$)، (کمتر از ۶۴ تخت فعال با میانگین $6/4 \pm 18/5$ و بیشتر از ۶۴ تخت فعال با میانگین $6/5 \pm 26/5$) ($P = 0/03$). رابطه معنی‌داری بین کسب امتیاز عنصر ارزیابی اصلاح و تعداد تخت بیمارستان‌های دانشکده علوم پزشکی آبادان مشاهده نشد.

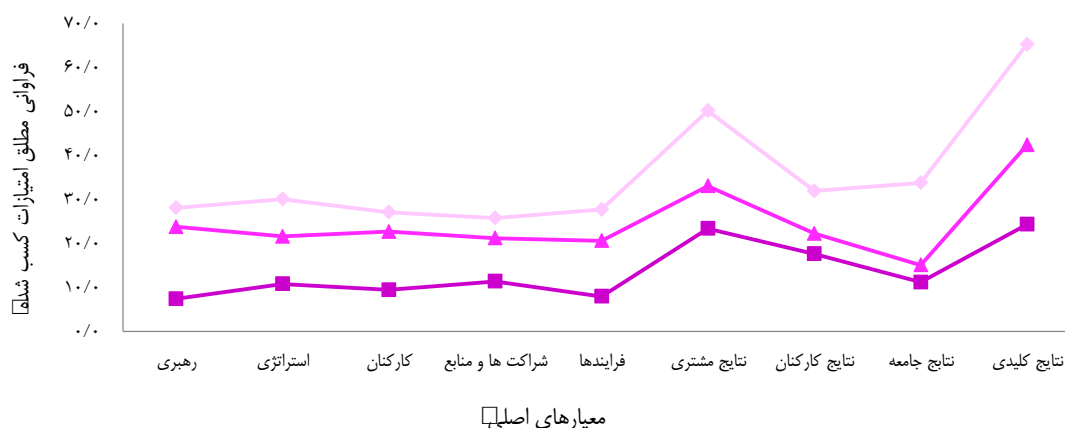
با توجه به شکل ۴، کل ۷ بیمارستان مورد ارزیابی در ۴ معیار بخش نتایج، بیشترین امتیاز را در ویژگی‌های درستی (۲۹/۳ درصد) و کمترین امتیازات را در ویژگی‌های مقایسه (۱۲/۱ درصد) و علت (۱۲/۵ درصد) کسب کردند. رابطه معنی‌داری بین کسب امتیاز هیچ کدام از ویژگی‌های هفت‌گانه عنصر نتایج منطق RADAR و تعداد تخت بیمارستان‌های دانشکده علوم پزشکی آبادان گزارش نگردید.

با توجه به این که تمام ۷ بیمارستان مورد ارزیابی از نوع عمومی، اما با تعداد تخت مختلف (از ۱۸ تا ۱۶۲ تخت فعال) بودند، جهت تحلیل نتایج به دو گروه کوچک (بیمارستان شهید بهشتی آبادان، راه زینب ماهشهر و شهیدای هندیجان با کمتر از ۶۴ تخت) و متوسط و بزرگ (بیمارستان طالقانی آبادان، ولی عصر خرمشهر، شهید معرفی‌زاده شادگان و حاجیه نرگس معرفی ماهشهر با بیشتر از ۶۴ تخت) تقسیم شدند. امتیازات یا داده‌های گروه‌های ارزیابی کننده هر بیمارستان به تفکیک بخش‌ها، معیارهای اصلی و زیرمعیارها و بر اساس عناصر و ویژگی‌های منطق RADAR، به همان صورت کمی وارد برنامه طراحی شده در نرم‌افزار Excel گردید. متوسط امتیازات هر بیمارستان جداگانه مورد محاسبه قرار گرفت و با استفاده از آزمون t و سطح معنی‌داری $P < 0/05$ در نرم‌افزار SPSS نسخه ۱۸ (version 18, SPSS Inc., Chicago, IL) تجزیه و تحلیل شد.

یافته‌ها

امتیاز دو بیمارستان از ۷ بیمارستان مورد ارزیابی دانشکده علوم پزشکی آبادان بالاتر از ۳۰۰، امتیاز دو بیمارستان بین ۲۰۰-۳۰۰ و امتیاز سه بیمارستان باقی‌مانده کمتر از ۲۰۰ بود. میانگین امتیاز بخش توانمندسازها و نتایج از ۵۰۰ امتیاز سقف و میانگین کل امتیاز بیمارستان‌های تحت پوشش دانشکده علوم پزشکی آبادان از ۱۰۰۰ امتیاز به ترتیب $32/6 \pm 109/8$ ، $47/9 \pm 112/8$ و $71/4 \pm 222/6$ به دست آمد. دامنه کل امتیازات بیمارستان‌های تحت پوشش دانشکده، از حداکثر ۳۱۹/۸ امتیاز برای یک بیمارستان ۱۵۸ تختخوابی تا حداقل ۱۲۳/۵ امتیاز برای یک بیمارستان ۳۲ تختخوابی متغیر بود.

بین امتیاز توانمندسازها و تعداد تخت بیمارستان‌های دانشکده علوم پزشکی آبادان (کمتر از ۶۴ تخت فعال با میانگین $43/4 \pm 96/5$ و بیشتر از ۶۴ تخت فعال با میانگین $23/5 \pm 119/9$) رابطه معنی‌داری وجود داشت ($P = 0/02$)، اما رابطه معنی‌داری بین امتیاز بخش نتایج، کل امتیازات و تعداد تخت بیمارستان‌های دانشکده علوم پزشکی آبادان مشاهده نشد.



شکل ۲: امتیازات بیمارستان‌های دانشکده علوم پزشکی آبادان بر حسب معیارهای اصلی مدل جایزه ملی تعالی سازمانی ایران

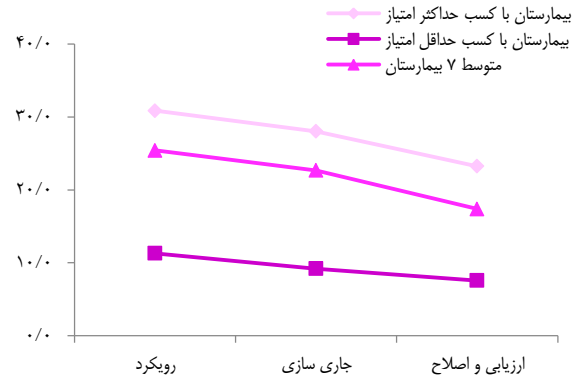
۳۰۰ امتیاز مورد نیاز برای کسب پایین‌ترین سطح جایزه ملی (۱۱) مشاهده نشد. امتیازات این مطالعه در مقایسه با بعضی از مطالعات داخل کشور فاصله زیادی را نشان داد که ارزیابی را با مدل EFQM در خارج از فرایند جایزه ملی تعالی سازمانی ایران انجام دادند. از جمله این مطالعات می‌توان به مطالعه ملکی و ایزدی در ارزیابی عملکرد بیمارستان البرز و شهدای ۱۵ خرداد تهران به ترتیب با کسب ۴۶۶/۶ و ۴۶۱/۶ امتیاز (۱۹) و مطالعه ترابی‌پور و اسلامی‌زاده در ارزیابی بیمارستان‌های منتخب شهر اهواز با کسب ۶۱۵/۵ امتیاز (۲۰) اشاره کرد. ممکن است یکی از دلایل بالاتر بودن امتیازات کسب شده در مطالعات ذکر شده (۲۰، ۱۹) به شیوه ارزیابی مربوط شود که با رویکرد پرسش‌نامه‌ای خودایفا و بدون الزام به ذکر یا ارایه شواهد صورت گرفته باشد. علاوه بر این، ممکن است پرسش‌شوندگان به دلیل عدم شرکت در دوره‌های آموزشی، با ساختار مدل تعالی سازمانی و شیوه امتیازدهی آن آشنایی لازم را نداشتند و بیشتر از واقعیت قضاوت کردند. انتخاب نوع بیمارستان می‌تواند از دیگر دلایل وجود اختلاف زیاد در امتیازات حاصل شده باشد.

نتایج ارزیابی مطالعه حاضر امتیاز بخش توانمندسازها را در حدود بخش نتایج نشان داد. در بعضی از مطالعات خارج و داخل کشور، فاصله قابل ملاحظه‌ای بین امتیاز بخش توانمندسازها و نتایج وجود نداشت (۲۱، ۱۶) که با نتایج مطالعه حاضر مشابه بود. نزدیک بودن امتیاز بخش توانمندسازها و نتایج می‌تواند نشانه هزینه-فایده سازمانی باشد. یکی از الزامات کسب جایزه تندیس‌ها (امتیاز ۴۵۰ و بالاتر) در جایزه ملی تعالی سازمانی ایران، تعادل امتیاز بین توانمندسازها و نتایج با اختلاف کمتر از ۱۰ درصد کل امتیاز است (۱۱).

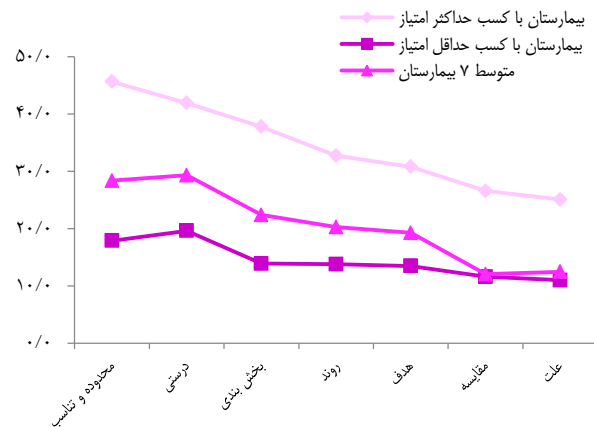
یکی از یافته‌های مطالعه حاضر، نابرابری امتیازات بیمارستان‌های مورد بررسی برای معیارهای اصلی از نتایج جامعه تا نتایج کلیدی عملکرد بود که با نتایج مطالعات جوادی و همکاران در ایران (۲۲) و Venero و همکاران در ایتالیا (۲۳) همخوانی داشت. پایین بودن امتیاز نتایج جامعه بیانگر این امر بود که بیمارستان‌های ایران برنامه مدونی برای حفظ محیط زیست از جمله دفع یا امحاء صحیح زباله و فاضلاب و ایجاد و افزایش محبوبیت‌های اجتماعی ندارند و یا در صورت تدوین، هنوز آنچنان عملیاتی نکردند که نتایج ملموس امتیازآوری را ارایه دهد.

یکی از یافته‌های این مطالعه، وجود اختلاف معنی‌دار بین امتیازات بخش توانمندسازها و تعداد تخت بیمارستان‌ها بود که می‌تواند به سطح توسعه یافتگی بیمارستان‌ها مربوط شود. بیمارستان‌های بیشتر از ۶۴ تخت فعال که متوسط امتیاز بالاتری را کسب نمودند، بیشتر به دلیل استقرار در شهرستان‌های بزرگ‌تر، از منابع بیشتر و پشتیبانی وسیع‌تری برخوردار بودند و به دنبال آن نیروی انسانی کامل‌تر و حتی با سابقه‌تری داشتند. از این‌رو، سطح عملکرد بالاتری را به دست آوردند.

یافته‌های مطالعه حاضر اختلاف چشمگیر متوسط درصد امتیاز معیارها را بر اساس عناصر RADAR هم در بخش توانمندسازها و هم در بخش نتایج نشان داد که با نتایج تحقیقات نصراله‌پور شیروانی و همکاران (۳۴) و جلالیان لنگرودی (۲۵) همخوانی داشت. نتایج مطالعه بر اساس عناصر RADAR در بخش توانمندسازها با کسب امتیاز نوزلی (شکل ۳) نشان می‌دهد که بیمارستان‌های مورد ارزیابی از کل برنامه‌های جاری و برنامه‌های بهبود که طرح‌ریزی نمودند، درصد قابل ملاحظه‌ای از آن را به طور کامل اجرا نکردند و آن موارد از برنامه‌هایی را اجرا کردند، درصد قابل ملاحظه‌ای از برنامه‌های اجرا



شکل ۳: امتیازات بیمارستان‌های دانشکده علوم پزشکی آبادان بر اساس منطق رادار مدل تعالی در ۵ معیار توانمندسازها



شکل ۴: امتیازات بیمارستان‌های دانشکده علوم پزشکی آبادان بر اساس منطق رادار مدل تعالی در ۴ معیار بخش نتایج

بحث

یافته‌های مطالعه حاضر نشان داد که بیمارستان‌های مورد ارزیابی دانشکده علوم پزشکی آبادان امتیازی کمتر از ۲۰۰ تا ۴۰۰ به دست آوردند. مطالعه Moeller به بررسی ۱۷ بیمارستان پیش‌تاز آلمان پرداخت که دو بیمارستان امتیازی کمتر از ۲۰۰، ۹ بیمارستان بین ۲۰۰-۲۰۱، ۵ بیمارستان بین ۳۰۰-۴۰۰ و ۱ بیمارستان امتیاز بالای ۴۰۰ را کسب نمودند (۱۸). این نتایج با مطالعه حاضر کمی فاصله داشت. وجود فاصله بین امتیازات بیمارستان‌های دو مطالعه ذکر شده می‌تواند به دلیل انتخاب نوع آن باشد. تعدادی از بیمارستان‌های مطالعه حاضر از شهرستان‌های کوچک و تا حدودی توسعه نیافته انتخاب شدند؛ در صورتی که در مطالعه Moeller، بیمارستان‌های پیش‌تاز و برخوردار از زیرساخت‌های لازم شرکت کردند (۱۸). تفاوت کلی بین دو کشور ایران و آلمان نیز می‌تواند از دیگر دلایل وجود فاصله امتیازی دو مطالعه باشد.

یافته‌های مطالعه حاضر نشان داد که بیمارستان‌های مورد ارزیابی به طور متوسط حدود یک چهارم امتیاز مدل تعالی را کسب نمودند که این امتیاز تا سقف ۱۰۰۰ امتیاز جایزه ملی ایران فاصله زیادی داشت، اما فاصله چندانی با حداقل

سازمان‌های مبتدی (کمتر از ۱۵۰ امتیاز) و سازمان‌های بهبود یافته (بالتر از ۳۵۰ امتیاز) قرار داشتند. بنابراین، بیمارستان‌های مورد ارزیابی در هر دو بخش توانمندسازها و نتایج و در همه معیارهای اصلی به خصوص معیار نتایج جامعه نیازمند به بازنگری و بهبود می‌باشند.

پیشنهادها

پیشنهاد می‌شود که همه عوامل تأثیرگذار بر کارکردها و نتایج آن جهت ارزیابی متداول بیمارستان‌ها مورد تحلیل و تفسیر قرار گیرد و بر اساس آن، مراتب اولویت‌ها تعیین گردد و اقدامات متناسب به عمل آید. بازدید از بیمارستان‌های متعالی ایران، الگوبرداری از تجارب موفق، برگزاری کارگاه‌های تعالی سازمانی برای همه مدیران و کارشناسان و بازنگری شیوه‌های رایج ارزیابی عملکرد می‌تواند در بهبود و ارتقای عملکرد مؤثر باشد.

تشکر و قدردانی

از معاونت پژوهشی دانشکده علوم پزشکی آبادان به جهت حمایت مالی و از مدیران و کارشناسان معاونت توسعه مدیریت و منابع به ویژه آقای ارست و خانم‌ها فقیه و دشتی به جهت همکاری در برگزاری کارگاه‌های دانشگاهی و همچنین، از تمام مدیران و کارشناسان بیمارستان‌های مورد مطالعه که به عنوان ارزیابان داخلی با صبر و حوصله در فرایند خودارزیابی و امتیازدهی شرکت نمودند، تقدیر و تشکر به عمل می‌آید.

شده را مورد ارزیابی و اصلاح قرار ندادند. رفتار سازمانی فوق می‌تواند به عنوان عوامل بازدارنده، قابلیت سازمان‌های اجرایی را در شناسایی نقاط قوت و زمینه‌های نیاز به بهبود و متعاقب آن طراحی و اجرای برنامه‌های مداخله‌ای کاهش دهد و سازمان‌ها را همواره در روزمرگی خود نگه دارد.

بر اساس نتایج مطالعه حاضر، کمترین امتیازات کسب شده معیارهای بخش نتایج بر اساس منطق RADAR برای ویژگی‌های مقایسه و علت بود (شکل ۴). طبیعی است که اگر نتایج عملکردی بیمارستان با سازمان‌های مشابه و سازمان‌های پیشرو مقایسه و با عوامل ایجاد آن تحلیل و تفسیر نشود، می‌تواند زمینه‌های یادگیری و الگوبرداری را با ضعف ساختاری مواجه نماید (۲۶). نمونه‌های متعددی در ایران از جمله بیمارستان‌های شهید هاشمی‌نژاد و امام حسین (ع) تهران (۲۷) و پورسینای رشت (۲۸) وجود دارند که با بهره‌مندی از مدل تعالی سازمانی، عملکرد خود را ارزیابی نمودند و بر اساس نتایج آن، اقدامات متناسب و مستمر انجام دادند. بنابراین، عملکرد سازمان بهبود اساسی یافته است. از محدودیت‌های پژوهش حاضر می‌توان به عدم تجربه مدیران و کارشناسان اشاره کرد که در فرایند خودارزیابی شرکت نمودند. همگی این افراد برای اولین بار در فرایند خودارزیابی با مدل تعالی سازمانی شرکت می‌کردند. اختصاص دادن زمان صبح و عصر یک روز، اگرچه با عجله به آخرین سؤال پاسخ داده شد، اما جامعیت لازم را نخواهد داشت.

نتیجه‌گیری

مطالعه حاضر نشان داد که بیمارستان‌های مورد ارزیابی در محدوده بین

References

- Nasrollahpour Shirvani SD, Maleki MR, Motlagh ME, Kavosi Z, Tofighi S, Gohari MR. Benchmarking records in the health departments of the universities of medical sciences of Iran in the years 2008-2010. *Research Journal of Medical Sciences* 2011; 5(3): 161-5.
- Karuppusami G, Gandhinathan R. Pareto analysis of critical success factors of total quality management: A literature review and analysis. *The TQM Magazine* 2006; 18(4): 372-85.
- Lin C, Madu CN, Kuei CH, Lu MH. The relative efficiency of quality management practices: A comparison study on American-, Japanese-, and Taiwanese-owned firms in Taiwan. *International Journal of Quality & Reliability Management* 2004; 21(5): 564-77.
- Blendon RJ, Leitman R, Morrison I, Donelan K. Satisfaction with health systems in ten nations. *Health Aff (Millwood)* 1990; 9(2): 185-92.
- Nabitz UW, Klazinga NS. EFQM approach and the Dutch quality award. *Int J Health Care Qual Assur Inc Leadersh Health Serv* 1999; 12(2-3): 65-70.
- Faraji HR. Quality pioneers. *Tadbir* 2003; (137): 30-3. [In Persian].
- Peters TJ, Waterman RH. In search of excellence: lessons from America's best-run companies. New York, NY: Warner Books; 1982.
- Mavroidis V, Toliopoulou S, Agoritsas C. A comparative analysis and review of national quality awards in Europe: Development of critical success factors. *The TQM Magazine* 2007; 19(5): 454-67.
- Vallejo P, Saura RM, Sunol R, Kazandjian V, Urena V, Mauri J. A proposed adaptation of the EFQM fundamental concepts of excellence to health care based on the PATH framework. *Int J Qual Health Care* 2006; 18(5): 327-35.
- Maleki MR, Tofighi S, Nasrollahpour Shirvani SD, Motlagh ME, Kabir MJ, et al. Comprehensive Performance assessment models & Organizational Excellence. Babolsar, Iran: Nima Publications; 2010. p. 37-64. [In Persian].
- Motlagh ME, Shariati M, Maleki MR, Tofighi S, Nasrollahpour Shirvani SD, Haji Seiyed Azizi P. Performance evaluation in vice-chancellery of universities/ faculties of medical sciences of Iran on base Iranian national productivity and excellence award & EFQM excellence model. Babol, Iran: Babol University of Medical Sciences; 2013. [In Persian].
- Imani-Nasab MH, Tofighi S, Almasian A, Mohaghegh B, Toosani S, Khalesi N. Quality assessment of emergency wards in Khorramabad public hospitals based on EFQM model. *Yafteh* 2012; 14(4): 17-27. [In Persian].
- Vali Ghazvini S, Shah Bahrami E, Nazari Y, Moradi F, Kalhor R. Performance evaluation of Rajaei hospital based on «EFQM» organizational excellence model. *Payavard Salamat* 2012; 6(1): 70-8. [In Persian].

14. Dehnavieh R, Ebrahimipour H, Nouri Hekmat S, Taghavi A, Jafari Sirizi M, Mehroliassani MH. EFQM-based self-assessment of quality management in hospitals affiliated to Kerman University of Medical Sciences. *International Journal of Hospital Research* 2012; 1(1): 57-64.
15. Taghizadeh Heart A, Noorossana R. The necessity of re-conceptualizing the european foundation for quality management's (EFQM) excellence model for the health care sector and its use in the Iranian national productivity and excellence award (INPE). *Hospital* 2011; 10(2): 58-67. [In Persian].
16. Sanchez E, Letona J, Gonzalez R, Garcia M, Darpon J, Garay JI. A descriptive study of the implementation of the EFQM excellence model and underlying tools in the Basque Health Service. *Int J Qual Health Care* 2006; 18(1): 58-65.
17. Maleki MR, Nasrollahpour Shirvani SD, Motlagh ME, Tofighi S, Kabir MJ, Jafari N. Necessity of reviewing common performance evaluation methods in vice-chancellery for health of universities/schools of medical sciences in Iran using excellence models. *Hakim Res J* 2011; 14(1): 50-6.
18. Moeller J. The EFQM Excellence Model. German experiences with the EFQM approach in health care. *Int J Qual Health Care* 2001; 13(1): 45-9.
19. Maleki MR, Izadi AR. Empowerment position in Tehran social security hospitals based on the organizational excellence model (The EFQM). *Payesh Health Monit* 2010; 9(2): 131-6. [In Persian].
20. Torabi Pour A, Eslamizadeh S. Self-Assessment based on EFQM excellence model in ahvaz selected Hospitals, Iran. *Health Inf Manage* 2011; 8(2): 138-46. [In Persian].
21. Sajjadi H, Hariri M, Karimi S, Baratpour S. Self-evaluation of hospitals and medical education centers performance under Isfahan University of Medical Sciences using EFQM in 2007. *Medical Research* 2008; 3(32): 227-31. [In Persian].
22. Javadi M, Ganji H, Reiesi A, Yaghoobi M, Hematian P. Prioritizing the areas require improvement in al-Zahra hospital of Isfahan based on application of the European foundation for quality management excellence model. *Health Inf Manage* 2012; 9(4): 539-47. [In Persian].
23. Venero S, Nabitz U, Bragonzi G, Rebelli A, Molinari R. A two-level EFQM self-assessment in an Italian hospital. *Int J Health Care Qual Assur* 2007; 20(2-3): 215-31.
24. Nasrollahpour Shirvani SD, Maleki MR, Motlagh ME, Kavosi Z, Tofighi S, Gohari MR. Self-assessment of Iran universities of medical sciences based on European Foundation for Quality Management (EFQM) and Iran excellence model. *World Appl Sci J* 2011; 15(10): 1391-7.
25. Jalalian Langrodi B. Evaluation of Erfan Hospital performance and ways of effectriveness improvement based on EFQM. [Thesis] Tehran, Iran: University of Tehran; 2009. [In Persian].
26. Dale BG, Zairi M, Van der Wiele A, Williams AR. Quality is dead in Europe - long live excellence? True or false? *Measuring Business Excellence* 2000; 4(3): 4-10.
27. Etemadian M, Barzegar M, Semnani F, Gholam Araghi M, Naghibi Ghane F. Hospital excellence way based on EFQM model. 1st ed. Tehran, Iran: Word Processing Publishing; 2008. p. 73-89. [In Persian].
28. Motlagh ME, Nasrollahpour Shirvani SD, Maleki MR. Performance evaluation of vice-chancellery for health of universities/schools of medical sciences in Iran based on iranian national productivity and excellence award model. *Hakim Res J* 2013; 16(2): 80-8. [In Persian].

Performance Assessment of Hospitals of Abadan School of Medical Sciences based On the Iranian National Excellence Award Model

Adbollah Khanzadeh¹, Mohammad Esmaeil Motlagh², Adbolreza Mirshakak³, Neda Akbari-Nassaji⁴,
Maryam Niakan⁵, Seyed Davoud Nasrollahpour-Shirvani⁶

Original Article

Abstract

Introduction: The Iranian national excellence award is a quality award which is used as a management instrument for assessment of performance of organizations. The aim of this study was to evaluate the performance of hospitals of Abadan School of Medical Sciences, Iran, based on the Iranian national excellence award.

Methods: This practical and cross-sectional study was conducted in the summer of 2014. The research sample included 7 hospitals affiliated to Abadan School of Medical Sciences which were investigated using census approach. Managers and experts attempted self-assessment after participation in one of three two-day workshops and familiarization with the RADAR structure and logic model through group work. The data collection tool was a 135-item standard checklist of the model containing categorized in 54 pages based on the criteria and sub-criteria of the model. Scores were analyzed using Excel and SPSS software.

Results: Among the 7 evaluated hospitals, two had a score higher than 300, two had scores of 200-300, and three hospitals had a score of less than 200. The average total score (from 1000 points) and the average score of development (total: 500 points) and results sections (total: 500 points) were 222.6 ± 71.4 , 109.8 ± 32.6 , and 112.8 ± 47.9 , respectively. There was a significant correlation between development score and size of hospitals (under 64 active beds: 96.5 ± 43.4 , and over 64 active beds: 119.9 ± 23.5) ($P = 0.02$).

Conclusion: The results indicate that the studied hospitals are among beginner and developing organizations, and thus, need to improve and develop their organizational performance.

Keywords: Performance Assessment; Hospitals; Iranian National Excellence Award Model

Received: 8 Jul, 2015

Accepted: 13 Apr, 2016

Citation: Khanzadeh A, Motlagh ME, Mirshakak A, Akbari-Nassaji N, Niakan M, Nasrollahpour-Shirvani SD. **Performance Assessment of Hospitals of Abadan School of Medical Sciences based On the Iranian National Excellence Award Model.** Health Inf Manage 2016; 13(2): 138-44

Article resulted from research project No. 93u-24 funded by Abadan School University of Medical Sciences.

1- Assistant Professor, Internist, Department of Internal Medicine, Abadan School of Medical Sciences, Abadan, Iran

2- Professor, Pediatrician, Department of Pediatrics, School of Medicine, Jundishapur University of Medical Sciences, Ahvaz, Iran

3- General Practitioner, Deputy of Development of Management and Resources, Abadan School of Medical Sciences, Abadan, Iran

4- Lecturer, Nursing, School of Nursing, Abadan School of Medical Sciences, Abadan, Iran

5- MSc, Education Research, School of Nursing, Abadan School of Medical Sciences, Abadan, Iran

6- Assistant Professor, Health Services Management, Social Determinants of Health Research Center, Health Research Institute, Babol University of Medical Sciences, Babol, Iran (Corresponding Author) Email: dnshirvani@gmail.com

ارزیابی نگرش گردشگران پزشکی نسبت به کیفیت خدمات بیمارستان‌های شیراز با استفاده از مدل سروکوال

مریم غلامی^۱، علیرضا جباری^۲، زهرا کاوسی^۳، پریسا چمن‌پرا^۴

مقاله پژوهشی

چکیده

مقدمه: گردشگری پزشکی یکی از زیرشاخه‌های صنعت گردشگری است و به دلیل درآمد بالا در مقابل هزینه پایین آن، بسیاری از کشورها در پی به حداکثر رساندن منابع رقابتی خود به منظور توسعه آن می‌باشند. همچنین، ارتقای سطح کیفیت خدمات، عاملی کلیدی در جلب رضایت گردشگران پزشکی به شمار می‌رود. بنابراین، با توجه به این که شهر شیراز یکی مقاصد اصلی گردشگران پزشکی در ایران محسوب می‌شود، مطالعه حاضر با هدف تعیین انتظارات و ادراک گردشگران پزشکی از کیفیت خدمات ارائه شده توسط بیمارستان‌های شیراز صورت گرفت.

روش بررسی: این پژوهش از نوع توصیفی-تحلیلی و کاربردی بود که به صورت مقطعی در سال ۹۲-۱۳۹۱ انجام شد. نمونه مورد بررسی شامل ۲۰۰ گردشگر پزشکی مراجعه کننده به بیمارستان‌های شیراز (اردیبهشت، دکتر خدادوست، پارس، مادر و کودک، مرکزی و دنا) بود. به منظور جمع‌آوری اطلاعات، از پرسش‌نامه‌های برگرفته از ابزار SERVQUAL استفاده شد. روایی این پرسش‌نامه توسط متخصصان مدیریت خدمات بهداشتی و درمانی و پایایی آن با استفاده از ضریب Cronbach's alpha به تفکیک انتظارات (۰/۹۰) و ادراک (۰/۸۹) مورد تأیید قرار گرفت. در نهایت، داده‌ها با استفاده از آزمون Paired t در نرم‌افزار SPSS تجربه و تحلیل گردید.

یافته‌ها: در تمام ابعاد تحت بررسی، شکاف منفی کیفیت وجود داشت. میانگین شکاف کلی مشاهده شده ۰/۲۸- برآورد گردید؛ به طوری که بیشترین شکاف مربوط به بعد قابلیت اطمینان (۰/۰۶-) و کمترین شکاف مربوط به بعد دسترسی به مراقبت (۰/۰۸-) بود.

نتیجه‌گیری: نتایج پژوهش حاضر نشان داد که سطح کیفیت خدمات دریافتی در حد انتظارات گردشگران نبوده است و نیاز به انجام اقداماتی برای بهبود آن احساس می‌شود. همچنین، بهبود جنبه اعتماد گردشگران پزشکی نسبت به خدمات ارائه شده توسط بیمارستان‌ها، عامل مؤثری در جهت افزایش سطح رضایت آنان خواهد بود.

واژه‌های کلیدی: کیفیت خدمات؛ گردشگری پزشکی؛ سروکوال؛ بیمارستان‌ها؛ شیراز

پذیرش مقاله: ۱۳۹۵/۱/۳۰

اصلاح نهایی: ۱۳۹۵/۱/۱۵

دریافت مقاله: ۱۳۹۴/۸/۲۲

ارجاع: غلامی، مریم، جباری علیرضا، کاوسی زهرا، چمن‌پرا پریسا. ارزیابی نگرش گردشگران پزشکی نسبت به کیفیت خدمات بیمارستان‌های شیراز با استفاده از مدل سروکوال. مدیریت اطلاعات سلامت ۱۳۹۵؛ ۱۳ (۲): ۱۴۵-۱۴۵

شده است که تمایل گردشگران به دریافت خدمات درمانی از کشورهای در حال توسعه افزایش یابد (۹). کشورهای عربی حوزه خلیج فارس از جمله متقاضیان جنوب ایران به عنوان یکی مقاصد اصلی خود انتخاب می‌نمایند. دلیل این امر نزدیکی و مجهز بودن به تجهیزات پزشکی، استادان و پزشکان مجرب است (۱۱، ۱۰).

مقاله حاصل پایان‌نامه کارشناسی ارشد با شماره ۳۲۱۲۱۹ می‌باشد که با حمایت دانشگاه علوم پزشکی اصفهان انجام شده است.

۱- کارشناس ارشد، مدیریت خدمات بهداشتی درمانی، گروه مدیریت خدمات بهداشتی درمانی، دانشکده مدیریت و اطلاع‌رسانی پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران

۲- استادیار، مدیریت خدمات بهداشتی درمانی، گروه مدیریت خدمات بهداشتی درمانی و مرکز تحقیقات مدیریت و اقتصاد سلامت، دانشکده مدیریت و اطلاع‌رسانی پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران (نویسنده مسؤل)

Email: drjabbaria@yahoo.com

۳- دانشیار، مدیریت خدمات بهداشتی درمانی، گروه مدیریت خدمات بهداشتی درمانی، دانشکده مدیریت و اطلاع‌رسانی پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی شیراز، شیراز، ایران

۴- کارشناس ارشد، آمار زیستی، مرکز توسعه پژوهش‌های بالینی، بیمارستان نمازی، شیراز، ایران

مقدمه

صنعت گردشگری پزشکی یکی از زیرشاخه‌های صنعت گردشگری می‌باشد که محبوبیت زیادی در دهه‌های اخیر بین کشورها کسب نموده است (۱). این صنعت، یکی از منابع اصلی تولید ناخالص داخلی جهانی (GDP) و ایجاد اشتغال محسوب می‌شود (۲)؛ به طوری که اکثر کشورها آن را به عنوان راهبردی برای توسعه کشور می‌دانند (۳). افراد در این نوع گردشگری با هدف دریافت نوعی درمان پزشکی به رفت و آمد میان مرزهای بین‌المللی می‌پردازند (۴).

با توجه به درآمد بالا در مقابل هزینه پایین این صنعت، بسیاری از کشورهای در حال توسعه و توسعه یافته به دنبال بیشتر نمودن منابع رقابتی و پیاده‌سازی استراتژی‌هایی مانند صادرات خدمات بهداشتی و نشر خصوصیات تجاری خود می‌باشند (۷-۵). در این خصوص، کشور ایران نیز به علت دارا بودن نقاط قوتی همچون پزشکان متخصص، فن‌آوری به روز پزشکی و مناطق درمان طبیعی از این قاعده مستثنی نیست و یکی از مقاصد گردشگران پزشکی به شمار می‌رود (۸).

در سال‌های اخیر، عواملی همچون دوره‌های طولانی انتظار در کشورهای توسعه یافته و کم‌هزینه‌تر بودن درمان پزشکی کشورهای در حال توسعه موجب

در سال ۹۲-۱۳۹۱ انجام شد. در ابتدای مطالعه، آمار گردشگران پزشکی مراجعه کننده به مراکز درمانی شیراز طی یک ماه بررسی گردید. مراکز که کمتر از ۱۰ نفر گردشگر به آن‌ها مراجعه می‌کردند، از مطالعه خارج شدند. در نهایت، بیمارستان‌های اردیبهشت، دکتر خدادوست، پارس، مادر و کودک، مرکزی و دنا به عنوان بیمارستان‌های فعال در زمینه گردشگری پزشکی انتخاب گردیدند. رضایت داشتن افراد برای همکاری در مطالعه معیار ورود به مطالعه بود.

گردشگران پزشکی که طی مدت زمان مطالعه به بیمارستان‌های منتخب مراجعه کرده و بستری شده بودند، به علت محدود بودن و عدم همکاری تعداد بسیاری از آن‌ها، با استفاده از روش نمونه‌گیری در دسترس مورد مطالعه قرار گرفتند. در مجموع، ۳۵۰ پرسش‌نامه توزیع گردید که از این تعداد، ۲۰۰ پرسش‌نامه تکمیل و تجزیه و تحلیل شد. جمع‌آوری اطلاعات هر بیمار با استفاده از دو پرسش‌نامه برگرفته از ابزار SERVQUAL صورت گرفت؛ به طوری که پرسش‌نامه انتظار، قبل از پذیرش بیمار و پرسش‌نامه ادراک بعد از ترخیص وی تکمیل گردید. ویژگی‌ها و اطلاعات مرتبط با گردشگران نیز شامل سن، جنس، وضعیت تأهل، نوع درمان مورد تقاضا و... جمع‌آوری شد.

هدف استفاده از ابزار SERVQUAL شامل تعیین کیفیت خدمات مطلوب از دید بیماران خارجی (بررسی انتظارات گردشگران پزشکی)، تعیین کیفیت خدمات بیمارستان‌ها (ادراک گردشگران پزشکی) و در نهایت، تعیین شکاف کیفیتی موجود در ارائه خدمات از دیدگاه این افراد بود. این ابزار ۲۲ سؤال ۵ گزینه‌ای داشت که نمره ۱ وضعیت خیلی ضعیف و نمره ۵ وضعیت عالی را نشان می‌داد و سؤال‌ها در شش بعد کیفیت خدمات (ملموس بودن، قابلیت اطمینان، پاسخگویی، تضمین، همدلی و دسترسی به مراقبت) گروه‌بندی شد. انتظارات و ادراک افراد تحت مطالعه از کیفیت خدمات ارائه شده با به کارگیری ابزار SERVQUAL در دو پرسش‌نامه مورد ارزیابی قرار گرفت که هر دو از لحاظ محتوا و تعداد سؤال‌ها یکسان بودند. سؤال‌های متن هر دو پرسش‌نامه به علت عرب زبان بودن تعداد کثیری از مراجعه کنندگان بیمارستان‌های منتخب و تفهیم بهتر، به زبان‌های انگلیسی و عربی ترجمه گردید. عبارات این پرسش‌نامه‌ها در زبان فارسی و انگلیسی متفاوت، اما در متن عربی یکسان بود. روایی پرسش‌نامه‌ها توسط متخصصان خدمات بهداشتی درمانی مورد تأیید قرار گرفت. سپس هر دو پرسش‌نامه توسط چندین مترجم با تجربه به زبان عربی برگردانده شد. در نهایت، پرسش‌نامه‌ها توسط یک پزشک عرب زبان که به فارسی و انگلیسی مسلط بود، مقایسه و تأیید گردید. پایایی نیز به تفکیک انتظارات و ادراک با استفاده از ضریب Cronbach's alpha، ۰٫۹۰ و ۰٫۸۹ درصد به دست آمد.

بعد ملموس بودن این پرسش‌نامه‌ها (۴ سؤال) دیدگاه بیماران را نسبت به ظاهر فیزیکی تجهیزات، کارکنان و محیط ارائه خدمات مد نظر قرار می‌داد. بعد قابلیت اطمینان (۵ سؤال) توانایی اجرای تعهدات وعده داده شده و قابل اعتماد بودن این خدمات را می‌سنجید. بعد پاسخگویی (۴ سؤال) بر حساسیت و هوشیاری ارائه کنندگان خدمات در قبال درخواست‌ها، سؤال‌ها و شکایات بیماران تأکید داشت. بعد تضمین (۴ سؤال) توان سیستم و اعتبار آن در فراهم آوردن خدمات ایمن و مطمئن را می‌سنجید. بعد همدلی (۳ سؤال) حساس بودن کارکنان به احتیاجات بیماران و تلاش برای درک آنان را مد نظر قرار می‌داد. بعد دسترسی به مراقبت (۲ سؤال) نیز دیدگاه بیماران نسبت به قابل

افزایش رقابت جهانی برای ارائه خدمات گردشگری باعث شده است که کیفیت بالای خدماتی که در اختیار مشتریان قرار می‌گیرد، به عنوان عامل کلیدی جلب رضایت و وفاداری آن‌ها به سازمان‌های ارائه دهنده خدمات به شمار رود (۱۴-۱۲). رضایت (یا عدم رضایت) متقاضیان از خدمات ارائه شده ناشی از تجربه آنان از کیفیت خدمات دریافتی و مقایسه آن با چیزی می‌باشد که انتظار داشته‌اند (۱۵). اهمیت این موضوع تا حدی می‌باشد که توجه به یافتن عوامل تأثیرگذار بر کیفیت خدمات از دیدگاه مشتریان و اندازه‌گیری و ارزیابی این کیفیت در سال‌های اخیر به یک مسأله بحث برانگیز تبدیل شده است (۲۱-۱۶).

مقایسه بین انتظارات و تجربه یا ادراک افراد از خدمات ارائه شده با هدف ارزیابی کیفیت آن، به مجموعه‌ای از عوامل (که در مطالعات تحت عنوان ابعاد کیفیت خدمات نامیده می‌شود) بستگی دارد. این عوامل جهت شناسایی جنبه‌هایی از خدمات مورد نیاز شامل بهبود عملکرد، تعیین میزان بهبود لازم و ارزیابی تأثیر تلاش بر بهبود کیفیت ضروری می‌باشد (۲۲).

یکی از شیوه‌های رایجی که به اندازه‌گیری کیفیت خدمات می‌پردازد و توسط Parasurama و همکاران معرفی شد، مدل سروکوال (SERVQUAL) است. این معیار در قالب اصلی خود یک فرم نظرسنجی ۲۲ سؤالی می‌باشد که به سنجش ۵ بعد قابلیت اطمینان، پاسخگویی، تضمین، همدلی و ملموس بودن می‌پردازد (۱۹).

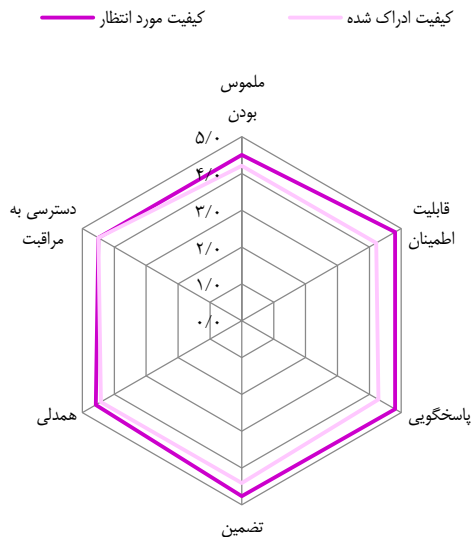
امروزه، بیماران به عنوان یک متقاضی دریافت خدمات از مراکز درمانی محسوب می‌شوند و اندازه‌گیری کیفیت خدمات از دیدگاه آن‌ها به طور فزاینده‌ای صورت می‌گیرد (۲۶-۲۳). Wan Zahari و Zubidah انتظارات و ادراک گردشگران پزشکی را از کیفیت خدمات به وسیله معیار جامع SERVQUAL در مالزی بررسی نمودند (۲۷). یک نسخه اصلاح شده از این ابزار در مطالعه دیگری برای ارزیابی رضایت بیماران از خدمات بهداشتی و درمانی بنگلادش استفاده شد (۲۸). همچنین، Lim و Tang در مطالعه‌ای با استفاده از ابزار SERVQUAL به ارزیابی انتظارات و ادراک بیماران سنگاپوری پرداختند (۲۹). Peparah و Atarah نمرات شکاف انتظارات و ادراک هر فرد و هر یک از ابعاد کیفیت خدمات را با اقتباس از این ابزار و تهیه نسخه ویرایش شده آن بررسی کردند (۳۰). انتظارات و ادراک مربوط به بیماران اهل ایالات متحده آمریکا در مطالعه Vequist و Guiry تعیین گردید که به عنوان گردشگران پزشکی از خدمات و امکانات خارج از آن استفاده نمودند (۳۱). مطالعه‌ای نیز با هدف تعیین ابزار اصلی ارائه خدمات بر روی گردشگران پزشکی و با استفاده از مدل SERVQUAL در هند انجام شد (۳۲).

Wong کیفیت خدمات ارائه شده به مشتریان سرپایی مراجعه کننده به واحد سنجش تراکم استخوان بیمارستان سلطنتی بریزبن را با استفاده از ابزار SERVQUAL بررسی کرد (۳۳). همچنین، مطالعات دیگری نیز به بررسی دیدگاه بیمار نسبت به خدمات درمانی با استفاده از این ابزار پرداختند (۳۴، ۳۱، ۲۳). مطالعه حاضر با توجه به اهمیت کیفیت خدمات در زمینه جذب گردشگران پزشکی، انتظارات و ادراک گردشگران پزشکی را نسبت به کیفیت خدمات ارائه شده بیمارستان‌های شیراز تعیین نمود.

روش بررسی

این پژوهش، یک مطالعه توصیفی-تحلیلی و کاربردی بود که به صورت مقطعی

دسترسی به مراقبت، از لحاظ آماری معنی‌دار به دست آمد. شکاف موجود بین انتظارات و ادراک افراد مورد مطالعه را می‌توان به راحتی در نمودار RADAR ارایه شده مشاهده کرد (شکل ۱).



شکل ۱: نمودار RADAR میانگین انتظار و ادراک به تفکیک ابعاد کیفیت خدمات

میانگین و انحراف معیار نمرات انتظارات، ادراک و شکاف کیفیت خدمات ارایه شده بیمارستان‌های منتخب شیراز به گردشگران با نتایج آزمون Paired t به تفکیک سؤال‌های کیفیت خدمات در جدول ۲ ارایه شده است. همان طور که در جدول ۲ مشاهده شد، تمامی شکاف‌های به دست آمده از تفاوت مقادیر میانگین انتظارات و ادراک، منفی بود و انتظارات مراجعه کنندگان نسبت به تمامی جنبه‌های کیفیت خدمات نسبت به ادراک آنان بیشتر بود. این تفاوت در شکل ۲ به سهولت قابل مشاهده می‌باشد.

پرداخت بودن هزینه‌های بیمارستان و تسهیلات فراهم شده برای همراهان را بررسی می‌کرد.

پژوهشگران مطالعه حاضر توضیحات لازم را برای ریاست بیمارستان‌ها، مدیران، مسؤولان پذیرش و ترخیص و همچنین، گردشگران و همراهان آن‌ها ارایه نمودند. همچنین، گروه تحقیق به حفظ و نگهداری محرمانه داده‌ها متعهد گردیدند و برای اطمینان از محرمانه ماندن اطلاعات در زمان تحلیل داده‌ها، به هر بیمارستان کدی اختصاص دادند. تکمیل پرسش‌نامه توسط بیماران نیز اختیاری بود. در نهایت، تجزیه و تحلیل داده‌ها جهت مقایسه ادراک و انتظار گردشگران پزشکی در هر کدام از ابعاد کیفیتی با به کارگیری آزمون Paired t در نرم‌افزار آماری SPSS نسخه ۱۶ (version 16, SPSS Inc., Chicago, IL) انجام شد. همچنین، نمودارهای RADAR (Results, Approaches, Deploy, Assess, Refine) در نرم‌افزار Excel رسم گردید.

یافته‌ها

از مجموع ۲۰۰ گردشگر پزشکی شرکت کننده در مطالعه حاضر، ۱۲۸ نفر (۶۴ درصد) مرد و ۷۲ نفر (۳۶ درصد) زن، بیشتر افراد متأهل و دارای سطح تحصیلات پایین بودند. مشارکت کنندگان میانگین سنی 49.67 ± 16.04 سال داشتند و جهت درمان جراحی چشم مراجعه کرده بودند.

میانگین و انحراف معیار نمرات انتظارات، ادراک و شکاف کیفیت خدمات ارایه شده بیمارستان‌های منتخب شیراز به گردشگران و نتایج آزمون Paired t به تفکیک ابعاد کیفیت در جدول ۱ ارایه شده است. طبق نتایج به دست آمده، انتظارات مراجعه کنندگان از کیفیت خدمات بیشتر از ادراک آنان در تمامی ابعاد بود و مقادیر شکاف منفی، این موضوع را نشان داد. بخش انتظارات مربوط به بعد قابلیت اطمینان، بیشترین میانگین نمره و بعد ملموس بودن کمترین نمره را به دست آورد. بیشترین امتیاز در بخش ادراک مربوط به بعد دسترسی به مراقبت و کمترین آن مربوط به ابعاد ملموس بودن و قابلیت اطمینان بود. پس از محاسبه اختلاف میانگین نمرات انتظارات و ادراک گردشگران پزشکی، بیشترین نمره شکاف منفی به بعد قابلیت اطمینان و کمترین آن به بعد دسترسی به مراقبت تعلق گرفت. همچنین، تمامی شکاف‌ها جز شکاف مربوط به بعد

جدول ۱: میانگین و انحراف معیار انتظار، ادراک و شکاف کیفیت خدمات

ابعاد کیفیت	میانگین \pm انحراف معیار		آزمون Paired t	
	انتظار	ادراک	شکاف	آماره آزمون
ملموس بودن	4.50 ± 0.41	4.21 ± 0.55	-0.30 ± 0.51	7.32
قابلیت اطمینان	4.81 ± 0.38	4.21 ± 0.65	-0.60 ± 0.65	10.05
پاسخگویی	4.80 ± 0.38	4.29 ± 0.64	-0.51 ± 0.62	9.49
تضمین	4.77 ± 0.37	4.41 ± 0.58	-0.36 ± 0.55	8.40
همدلی	4.61 ± 0.44	4.39 ± 0.54	-0.22 ± 0.54	6.47
دسترسی به مراقبت	4.54 ± 0.57	4.46 ± 0.65	-0.08 ± 0.69	1.66
کیفیت کلی	4.69 ± 0.30	4.30 ± 0.65	-0.38 ± 0.44	12.28

جدول ۲: میانگین و انحراف معیار انتظار، ادراک و شکاف کیفیت خدمات به تفکیک سؤال‌های کیفیت خدمات

Paired t آزمون	میانگین \pm انحراف معیار			ابعاد کیفیت خدمت
	P	آماره آزمون	شکاف	
				ملموس بودن (Tangibility)
< ۰/۰۰۱	۴/۹۸	-۰/۳۰ \pm ۰/۸۵	۴/۳۵ \pm ۰/۸۲	سؤال ۱- مناسب و به روز بودن تسهیلات و تجهیزات پزشکی
< ۰/۰۰۱	۶/۱۶	-۰/۳۳ \pm ۰/۷۶	۴/۰۴ \pm ۰/۸۰	سؤال ۲- محیط فیزیکی جذاب و علایم راهنمای خوب
< ۰/۰۰۱	۶/۲۱	-۰/۳۶ \pm ۰/۸۱	۴/۱۸ \pm ۰/۸۱	سؤال ۳- ظاهر تمیز و منظم پزشکان و کارکنان
< ۰/۰۰۱	۳/۴۷	-۰/۲۰ \pm ۰/۷۹	۴/۲۷ \pm ۰/۷۷	سؤال ۴- تطابق ظاهر امکانات با نوع خدمت بیمارستان
				قابلیت اطمینان خدمات (Reliability)
< ۰/۰۰۱	۹/۲۵	-۰/۶۳ \pm ۰/۹۶	۴/۱۳ \pm ۰/۹۷	سؤال ۵- پایبندی به ارایه خدمات تعهد شده در زمان مناسب و به موقع
< ۰/۰۰۱	۹/۱۸	-۰/۵۶ \pm ۰/۸۵	۴/۲۳ \pm ۰/۹۱	سؤال ۶- همدردی و اطمینان دادن به مراجعه کنندگان در زمان پیش آمدن مشکلات
< ۰/۰۰۱	۹/۰۶	-۰/۵۱ \pm ۰/۸۰	۴/۳۲ \pm ۰/۸۲	سؤال ۷- ایجاد اعتماد و ارایه اطلاعات دقیق درباره روند و زمان ارایه خدمات
				به بیماران توسط کارکنان
< ۰/۰۰۱	۸/۹۳	-۰/۶۳ \pm ۰/۹۹	۴/۲۰ \pm ۱/۰۲	سؤال ۸- ارایه تعهدات بیمارستان در زمان مقرر
< ۰/۰۰۱	۹/۵۱	-۰/۶۴ \pm ۰/۹۵	۴/۲۰ \pm ۰/۹۱	سؤال ۹- نگهداری سوابق به صورت دقیق و درست
				پاسخگویی ارایه کنندگان خدمات (Responsiveness)
< ۰/۰۰۱	۸/۹۰	-۰/۶۱ \pm ۰/۹۶	۴/۲۱ \pm ۰/۹۱	سؤال ۱۰- اعلام زمان دقیق ارایه خدمات به مراجعه کنندگان
< ۰/۰۰۱	۱۱/۴۲	-۰/۶۹ \pm ۰/۸۵	۴/۰۸ \pm ۰/۹۴	سؤال ۱۱- کوتاه بودن زمان انتظار برای دریافت خدمات
< ۰/۰۰۱	۷/۴۴	-۰/۴۳ \pm ۰/۸۲	۴/۴۰ \pm ۰/۸۰	سؤال ۱۲- تمایل مداوم کارکنان در کمک به بیماران
< ۰/۰۰۱	۵/۸۶	-۰/۳۳ \pm ۰/۸۰	۴/۴۸ \pm ۰/۷۶	سؤال ۱۳- ارایه خدمات مورد نیاز مراجعه کنندگان در کمترین زمان ممکن
				تضمین خدمات تعهد شده (Assurance)
< ۰/۰۰۱	۶/۹۸	-۰/۴۵ \pm ۰/۹۱	۴/۳۹ \pm ۰/۸۸	سؤال ۱۴- تأثیر رفتار و برخورد کارکنان و پزشکان در ایجاد اعتماد و اطمینان در بیماران
				بیماران
< ۰/۰۰۱	۳/۷۰	-۰/۱۸ \pm ۰/۶۷	۴/۵۷ \pm ۰/۶۸	سؤال ۱۵- احساس امنیت در پرداخت‌های مالی بیماران بیمارستان
< ۰/۰۰۱	۹/۵۰	-۰/۵۳ \pm ۰/۷۹	۴/۲۷ \pm ۰/۸۱	سؤال ۱۶- رعایت شئون انسانی و رفتار با احترام با بیمار
< ۰/۰۰۱	۴/۸۶	-۰/۲۹ \pm ۰/۸۳	۴/۴۰ \pm ۰/۷۶	سؤال ۱۷- دانش و تخصص کافی کارکنان در پاسخ به سؤال‌های مراجعه کنندگان
				همدلی (Empathy)
< ۰/۰۰۱	۴/۹۳	-۰/۲۷ \pm ۰/۷۶	۴/۳۴ \pm ۰/۷۶	سؤال ۱۸- تلاش کارکنان و پزشکان در توجه به نیازهای ویژه بیماران و درک آنان
< ۰/۰۰۱	۴/۳۳	-۰/۱۹ \pm ۰/۶۲	۴/۴۸ \pm ۰/۷۱	سؤال ۱۹- توجه کارکنان و پزشکان به عمل کردن به نیازهای واقعی بیماران و نشان دادن علاقه به بیماران
< ۰/۰۰۱	۳/۹۹	-۰/۲۰ \pm ۰/۷۱	۴/۳۷ \pm ۰/۶۷	سؤال ۲۰- گوش دادن به ایده‌ها و نظرات بیماران و مطلع نگه داشتن آنان
				دسترسی به مراقبت (Accessibility)
< ۰/۰۵۰	۲/۸۲	-۰/۱۶ \pm ۰/۷۸	۴/۴۰ \pm ۰/۷۴	سؤال ۲۱- فراهم نمودن تسهیلات مناسب برای همراه بیمار
> ۰/۰۵۰	۰/۰۹	۰/۰۱ \pm ۰/۵۴	۴/۵۲ \pm ۰/۷۱	سؤال ۲۲- در دسترس بودن بیمارستان و قابل پرداخت بودن هزینه‌های درمان

گردشگران از خدمات دریافتی را تحت تأثیر قرار دهد، مطالعه انتظارات گردشگران از کیفیت مطلوب و ادراک آن‌ها از کیفیت خدمات دریافتی می‌تواند مفید باشد. یافته‌های مطالعه حاضر نشان داد که شکاف منفی بین انتظارات و ادراک گردشگران پزشکی مراجعه کننده به بیمارستان‌های منتخب شیراز در تمامی ابعاد کیفیت وجود داشت. سطح کیفیت خدمات دریافتی از دید این افراد در حد انتظاراتشان نبود و نیاز به انجام اقداماتی برای بهبود آن احساس می‌شد.

بحث

صنعت گردشگری پزشکی در بسیاری از کشورها به عنوان راهبردی برای توسعه کشور و یکی از عوامل ایجاد کننده منابع مالی جدید برای سیستم‌های مراقبتی می‌باشد. از این‌رو، ارتقای کیفیت خدمات مراکز درمانی پذیرای این گروه از بیماران، عامل مؤثری در افزایش سطح رضایت آن‌ها است و در نتیجه، گردشگر پزشکی بیشتری جذب خواهد شد. جهت کشف نقاط قوت و ضعفی که سطح رضایت

مطالعه Karassavidou و همکاران (۳۹) مشابه با نتایج مطالعه حاضر، از مدل SERVQUAL جهت اندازه‌گیری ادراک و انتظارات بیماران استفاده نمود. طبق نتایج این مطالعه می‌توان مدل SERVQUAL را به عنوان یک ابزار انعطاف‌پذیر در نظر گرفت؛ چرا که اجازه اصلاحات و ایجاد پیوند بین حالت خاصی از یک صنعت و زمینه ملی را فراهم می‌کند. نتایج به دست آمده از ابزار SERVQUAL در مطالعه Wong نشان داد که ابعاد پاسخگویی، تضمین و همدلی نسبت به دیگر ابعاد، مهم‌ترین عوامل پیش‌بینی کننده رضایت افراد می‌باشد (۳۳). مطالعات فراوان دیگری نیز وجود داشتند که دیدگاه بیماران نسبت به کیفیت خدمات مراکز درمانی را ارزیابی کردند و نتایج آن‌ها حاکی از وجود شکاف منفی بین ادراک و انتظارات بیماران بود (۲۷، ۳۹، ۴۰) که با یافته‌های مطالعه حاضر سازگاری داشت.

طبق نتایج مربوط به ارزیابی شکاف موجود در سؤال‌های کیفیت خدمات، می‌توان نتیجه گرفت که کوتاه کردن زمان انتظار برای دریافت خدمات، پایبندی به ارایه خدمات تعهد شده در زمان مناسب و نگهداری سوابق به صورت دقیق و درست از جمله عوامل مهم و تأثیرگذار بر رضایت گردشگران می‌باشد.

از سوی دیگر، برخی مطالعات نشان دادند که مطلوبیت کیفیت خدمات از دیدگاه بیمار، مستلزم ابراز احترام، همدلی و نگرانی از سوی کارکنان مراکز درمانی در کنار برخی عوامل سنتی مانند مهارت‌های حرفه‌ای و نحوه خدمت‌رسانی است. بنابراین، رعایت این عوامل باعث ایجاد اعتماد بیشتر در بیماران و مراجعه مجدد آن‌ها و در نهایت، ادامه پیدا کردن این مراجعه در آینده برای درمان‌های پزشکی می‌شود.

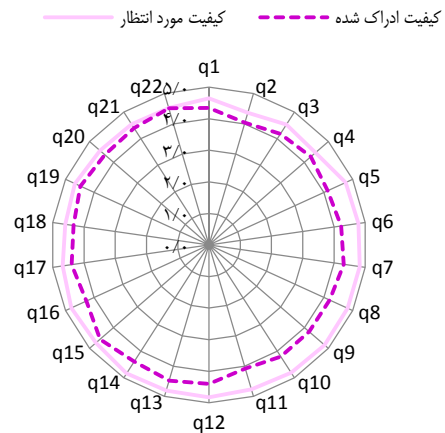
از جمله محدودیت‌هایی که محققان در انجام مطالعه حاضر با آن روبه‌رو شدند، روند تکمیل پرسش‌نامه‌ها در دو زمان مختلف پذیرش و ترخیص بیماران بود که منجر به عدم پاسخگویی بسیاری از بیماران به سؤالات شد. همچنین، آگاهی اندک برخی مسؤولان نسبت به موضوع مطالعه، مشکلاتی را در فرایند کسب مجوزهای قانونی لازم از ارگان‌های مربوط ایجاد نمود.

نتیجه‌گیری

نتایج حاصل از ارزیابی شکاف موجود در پاسخ سؤالات کیفیت خدمات در دو زمان پذیرش و ترخیص بیماران، نشان داد که کوتاه کردن زمان انتظار برای دریافت خدمات، پایبندی به ارایه خدمات تعهد شده در زمان مناسب و نگهداری سوابق به صورت دقیق و درست، از جمله عوامل مهم و تأثیرگذار بر رضایت گردشگران می‌باشد. از سوی دیگر، مطلوبیت کیفیت خدمات از دیدگاه بیمار، مستلزم ابراز احترام، همدلی و نگرانی از سوی کارکنان مراکز درمانی در کنار برخی عوامل سنتی مانند مهارت‌های حرفه‌ای و نحوه خدمت‌رسانی است. بنابراین، رعایت عوامل مذکور باعث ایجاد اعتماد بیشتر در بیماران و مراجعه مجدد آن‌ها و در نهایت، ادامه این مراجعات در آینده برای درمان‌های پزشکی خواهد شد.

پیشنهادها

مطالعه حاضر به عنوان راهنمایی جهت شناسایی نقاط ضعف و قوت سیستم خدماتی و در پی آن، ایجاد تغییرات سازنده و توسعه ایده‌های جدید استراتژیک و ماهرانه بود. از این‌رو، بر اساس نتایج به دست آمده می‌توان پیشنهاد کرد که



شکل ۲: نمودار RADAR میانگین انتظار و ادراک به تفکیک سؤال‌های کیفیت خدمات

شکاف کلی برای کیفیت خدمات، ۳۸/۰- به دست آمد و بیشترین نمره شکاف مربوط به بعد قابلیت اطمینان خدمات با میانگین ۵۹/۰- بود. این نتیجه بیانگر این مطلب است که بهبود جنبه اعتماد گردشگران پزشکی نسبت به خدمات ارایه شده بیمارستان‌ها، عامل مؤثری در افزایش سطح رضایت گردشگران پزشکی می‌باشد. دومین عامل که بر دیدگاه گردشگران تأثیر می‌گذاشت، تمایل کادر درمان به کمک بیماران و سرعت آنان در ارایه خدمات یا همان بعد پاسخگویی بود. دیگر ابعاد کیفیتی مورد مطالعه از جمله بعد تضمین، ملموس بودن، همدلی و دسترسی به مراقبت نیز به ترتیب بیشترین مقادیر شکاف منفی را به خود اختصاص دادند.

بعد قابلیت اطمینان در مطالعه Vequist و Guiry، بزرگ‌ترین شکاف منفی بین انتظارات و ادراک سطح کیفیت خدمات ارایه شده را به دست آورد. همچنین، شکاف منفی در ابعاد تضمین، ملموس بودن و همدلی نیز مشاهده شد (۳۱) که این نتایج با نتایج مطالعه حاضر همخوانی داشت. غلامی و همکاران تفاوت معنی‌داری بین انتظارات و ادراک بیماران در تمامی ابعاد گزارش نمودند (۳۵) که با نتایج مطالعه حاضر مشابه بود. بعد ملموس بودن بیشترین و بعد همدلی کمترین شکاف منفی را کسب کرد.

تجزیه و تحلیل شکاف‌های کیفیتی به دست آمده در پژوهش Yeilada و Direktör نیز نشان داد که عوامل مؤثر بر رضایت بیمار بعد قابلیت اطمینان، همدلی و ملموس بودن می‌باشد (۳۶) که مطابق با نتایج مطالعه حاضر بود. مطالعه Anbori و همکاران روی بیماران بستری بیمارستان‌های خصوصی شهر صنعا در یمن گزارش نمود که کاهش میزان وفاداری بیماران به بیمارستان‌ها به دلیل نامطلوب بودن ادراک آن‌ها از کیفیت خدمات می‌باشد و این خدمات نیازمند بهبود است (۳۷) که با نتایج مطالعه حاضر مطابقت داشت. Luke نیز در پایان‌نامه خود به بررسی انتظارات و ادراک بیماران از کیفیت خدمات بیمارستان اوپل بحرین پرداخت و شکافی عمیق بین این دو مفهوم را گزارش کرد (۳۸) که همسو با مطالعه حاضر بود.

تشکر و قدردانی

بدین وسیله از دانشگاه علوم پزشکی اصفهان به جهت حمایت مالی و همچنین، از دانشگاه علوم پزشکی شیراز و مرکز توسعه پژوهش‌های بالینی بیمارستان نمازی شیراز به جهت مشاوره آماری و همکاری در فرایند انجام پژوهش، تشکر و قدردانی به عمل می‌آید.

مدیریت بیمارستان‌ها سیاستی را جهت کاهش شکاف بعد قابلیت اطمینان اتخاذ نمایند که گردشگران پزشکی در مورد دانش، مهارت‌ها و توانایی کادر درمان آگاهی یابند. همچنین، مدیران کارکنان خود را جهت بهبود بعد پاسخگویی با برگزاری کارگاه‌های آموزشی، تشویق به احترام به بیماران، علاقه‌مندی و سرعت‌بخشی در امر خدمات‌رسانی به آن‌ها کنند.

References

1. Caballero-Danell S, Mugomba C. Medical tourism and its entrepreneurial opportunities: a conceptual framework for entry into the industry [Thesis]. Gothenburg, Sweden: School of Business, Economics and Law, Göteborg University; 2007.
2. Anand M B, Arvind M. Servqual Analysis of tourism in India with special reference to jog falls, Karnataka. International Journal of Management and Social Sciences Research (IJMSSR) 2013; 2(6): 69-77.
3. Hall CM. Introduction to tourism: development, dimensions and issues. London, UK: Longman; 1998.
4. Lunt N. Medical tourism: treatments, markets and health system implications: a scoping review. Paris, France: OECD, Directorate for Employment, Labour and Social Affairs; 2011.
5. Deloitte Consulting, Deloitte Center for Health Solutions. Medical tourism: The Asian chapter. New York, NY: Deloitte Consulting LLP; 2008.
6. Kazemi Z. Study of the effective factors for attracting medical tourism in Iran [Thesis]. Luleå, Sweden: Luleå University of Technology; 2007.
7. García-Altés A. The development of health tourism services. Annals of Tourism Research 2005; 32(1): 262-6.
8. Izadi M, Ayooobian A., Nasiri T, Joneidi N, Fazel M, Hosseinpoufard MJ. Situation of health tourism in Iran opportunity or threat. J Mil Med 2012; 14(2): 69-75. [In Persian].
9. Piazzolo M, Albayrak Zanca N. The economics of medical tourism a case study for the USA and India [Thesis]. Budapest, Hungary: Keleti Faculty of Economics, Óbuda University; 2010.
10. Jabbari AR, Kavosi Z, Gholami M. Medical tourists' profile in Shiraz. International Journal of Health System and Disaster Management 2014; 2(4): 232-6.
11. Rokni L, Pourahmad A, Moteiey MH, Rezaei Mahmoudi M, Heidarzadeh N. Appraisal the potential of central Iran, in the context of health tourism. Iran J Public Health 2013; 42(3): 272-9.
12. Manuel N. Customer perception of service quality at the business studies unit of the Durban University of Technology [Thesis]. Durban, South Africa: Business Studies Unit, Faculty of Management Sciences, Durban University of Technology; 2008.
13. Gitman L, McDaniel C. The future of business: the essentials. 3rd ed. Boston, MA: Cengage Learning Company; 2007.
14. Home RA. A new tune from an old instrument, the application of SERVQUAL to a tourism service business. Journal of Quality Assurance in Hospitality & Tourism 2006; 6(3-4): 185-202.
15. Rust RT, Oliver RL. Service quality: new directions in theory and practice. New York, NY: SAGE Publications; 1993.
16. Cronin JJ, Taylor SA. Measuring service quality: a reexamination and extension. Journal of Marketing 1992; 56(3): 55-68.
17. Parasuraman A, Berry LL, Zeithaml VA. Understanding customer expectations of service. Sloan Management Review 1991; 32: 39-48.
18. Parasuraman A, Zeithaml VA, Berry LL. A conceptual model of service quality and its implications for future research. Journal of Marketing 1985; 49(4): 41-50.
19. Parasuraman A, Zeithaml VA, Berry LL. SERVQUAL: A multi-item scale measuring consumer perceptions of service quality. Journal of Retailing, 1988; 64(1): 12-37.
20. Zeithaml V, Berry L, Parasuraman A. The nature and determinants of customer expectations of service. Journal of the Academy of Marketing Science 1993; 21: 1.
21. Seth N, Deshmukh SG, Vrat P. Service quality models: a review. International Journal of Quality & Reliability Management 2005; 22(9): 913-49.
22. Zeithaml V, Bitner M, Gremler D. Services marketing. New York, NY: McGraw-Hill Education; 2006.
23. Lin HC, Xirasagar S, Laditka JN. Patient perceptions of service quality in group versus solo practice clinics. Int J Qual Health Care 2004; 16(6): 437-45.
24. Rao KD, Peters DH, Bandeen-Roche K. Towards patient-centered health services in India--a scale to measure patient perceptions of quality. Int J Qual Health Care 2006; 18(6): 414-21.
25. van Duong D, Binns CW, Lee AH, Hipgrave DB. Measuring client-perceived quality of maternity services in rural Vietnam. International Journal for Quality in Health Care 2004; 16(6): 447-52.
26. Speight J. Assessing patient satisfaction: concepts, applications, and measurement. Value Health 2005; 8(Supple 1): S6-8.
27. Zubidah A, Wan Zahari WY. Johor's potential as a medical tourism destination: measuring medical tourism service quality using modified SERVQUAL Scale [Online]. [cited 2013]; Available from: URL: <http://eprints.uthm.edu.my/5805/>
28. Andaleeb SS, Siddiqui N, Khandakar S. Patient satisfaction with health services in Bangladesh. Health Policy Plan 2007; 22(4): 263-73.

29. Lim PC, Tang NK. A study of patients' expectations and satisfaction in Singapore hospitals. *Int J Health Care Qual Assur Inc Leadersh Health Serv* 2000; 13(6-7): 290-9.
30. Peprah AA, Atarah BA. Assessing patient's satisfaction using SERVQUAL Model: a case of sunyani regional hospital, Ghana. *International Journal of Business and Social Research* 2014; 4(2): 133-43.
31. Guiry M, Vequist DG. Traveling abroad for medical care: U.S. medical tourists' expectations and perceptions of service quality. *Health Mark Q* 2011; 28(3): 253-69.
32. Udupa AR, Kotreshwar G. Implications of service quality model for medical tourism in India. *Asian Journal of Management* 2010; 1(2): 65-8.
33. Wong JCH. Service quality measurement in a medical imaging department. *International Journal of Health Care Quality Assurance* 2002; 15(5): 206-12.
34. Cho WH, Lee H, Kim C, Lee S, Choi KS. The impact of visit frequency on the relationship between service quality and outpatient satisfaction: a South Korean study. *Health Serv Res* 2004; 39(1): 13-33.
35. Gholami A, Nori AA, Khojastehpour M, Askari M, Sajjadi H. Quality gap in primary health care in Neyshabour health care centers. *Daneshvar Med* 2011; 18(92): 5-14. [In Persian].
36. Yeilada F, Direktör E. Health care service quality: a comparison of public and private hospitals. *African Journal of Business Management* 2010; 4: 926-71.
37. Anbori A, Ghani SN, Yadav H, Daher AM, Su TT. Patient satisfaction and loyalty to the private hospitals in Sana'a, Yemen. *Int J Qual Health Care* 2010; 22(4): 310-5.
38. Luke GJ. An assessment of the service quality expectations and perceptions of the patients of Awali Hospital in the Kingdom of Bahrain [Thesis]. Grahamstown, South Africa: Rhodes University; 2008.
39. Karassavidou E, Glaveli N, Papadopoulos CT. Health care quality in Greek NHS Hospitals: No one knows better than patients [Online]. [cited 2008]; Available from: URL: <http://www.ep.liu.se/ecp/033/039/ecp0803339.pdf>
40. Ranjbar Ezzatabadi M, Bahrani MA, Zare Ahmadabadi H, Nasiri S, Arab M, Hadizadeh F, et al. Gap analysis between perceptions and expectations of service recipients through servqual approach in Yazd, Afshar Hospital. *Toloo e Behdasht* 2010; 9(2-3): 75-85. [In Persian].

An Assessment of the Attitudes of Medical Tourists toward the Quality of the Services Delivered by Hospitals in Shiraz, Iran, Using the SERVQUAL Model

Maryam Gholami¹, Alireza Jabbari², Zahra Kavosi³, Parisa Chamanpara⁴

Original Article

Abstract

Introduction: Medical tourism is one of the branches of the tourism industry and, due to its low cost vs. high income, many countries seek to maximize their competitive resources in order to develop this industry. Moreover, improving service quality is considered a key factor in gaining medical tourists' satisfaction. In Iran, Shiraz is one of the main destinations of medical tourists; therefore, the present study aimed to determine medical tourists' expectations and perceptions of the quality of services provided by hospitals in Shiraz, Iran.

Methods: The current study is an analytical, applied, and cross-sectional study which was carried out in 2013. The study population consisted of 200 medical tourists who referred to hospitals in Shiraz (Ordibehesht, Doctor Khodadoust, Pars, Madar and Koudak, and Markazi and Dena). In order to collect information, an adaptation of the SERVQUAL questionnaire was used. The validity of this questionnaire was approved by experts and its reliability was confirmed separately for expectations and perceptions using Cronbach's alpha (90% and 89%, respectively). Data were analyzed using paired t-test in SPSS software.

Results: The findings of this study showed negative gaps in all dimensions of quality. Overall quality gap was estimated to be -0.38. The largest gap pertained to the dimension of reliability (-0.6) and the smallest was related to the dimension of access to care (-0.08).

Conclusion: The present study showed that the quality of services did not correspond to medical tourists' expectations and needed improvement. Moreover, improving the reliability aspect of the services provided by hospitals can be an effective factor in increasing the satisfaction of medical tourists.

Keywords: Service Quality; Medical Tourism; SERVQUAL; Hospitals; Shiraz

Received: 13 Nov, 2015

Accepted: 18 Apr, 2016

Citation: Gholami M, Jabbari A, Kavosi Z, Chamanpara P. **An Assessment of the Attitudes of Medical Tourists toward the Quality of the Services Delivered by Hospitals in Shiraz, Iran, Using the SERVQUAL Model.** *Health Inf Manage* 2016; 13(2): 145-52

Article resulted from MSc thesis No. 321219 funded by Isfahan University of Medical Sciences.

1- MSc, Health Services Management, Department of Health Services Management, Health Management and Medical Informatics, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran

2- Assistant Professor, Health Services Management, Department of Health Services Management AND Health and Economics Research Center, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran (Corresponding Author) Email: drjabbaria@yahoo.com

3- Associate Professor, Health Services Management, Department of Health Services Management, Health Management and Medical Informatics, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran

4- MSc, Biostatistics, Clinical Research Development Center, Nemazee Hospital, Shiraz, Iran

Performance Assessment of Hospitals of Abadan School of Medical Sciences based On the Iranian National Excellence Award Model

Adbollah Khanzadeh, Mohammad Esmail Motlagh, Adbolreza Mirshakak, Neda Akbari-Nassaji, Maryam Niakan, Seyed Davoud Nasrollahpour-Shirvani138-144

An Assessment of the Attitudes of Medical Tourists toward the Quality of the Services Delivered by Hospitals in Shiraz, Iran, Using the SERVQUAL Model

Maryam Gholami, Alireza Jabbari, Zahra Kavosi, Parisa Chamanpara145-152

Contents

Original Article(s)

- Factors Affecting the Adoption of Electronic Medical Records in Teaching Hospitals in Shiraz, Iran, Based on the Technology Acceptance Model***
Mohtaram Nematollahi, Hussein Monem, Ali Garavand65-70
- An evaluation of the compliance of studies evaluating health information systems in Iran with the Statement on Reporting of Evaluation Studies in Health Informatics***
Leila Ahmadian, Sadrieh Hajesmaeel-Gohari, Reza Khajouei71-77
- A Study on the Preferences of Parents of Patients with Thalassemia Major in Obtaining Health Information***
Mehdi Kahoue, Omid Najarioon, Nasim Ebrahimi, Fatemeh Ahmadi-Takhorani, Somayeh Haidari78-83
- Quality Evaluation of Mobile Health Systems***
Mohammad Naghizadeh, Mahsima Kazemi-Movahed, Samaneh Sabaghian, Sohrab Aghazadeh84-89
- Mapping of Scientific Collaboration among Iranian Researchers in Radiology in the Science Citation Index until 2014***
Golnessa Galyani-Moghaddam, Hassan Jafari90-95
- Information Literacy Skills and Related Factors among Librarians of Mashhad University of Medical Sciences and Ferdowsi University of Mashhad, Iran***
Nasrin Nasiripour, Mohsen Nowkarizi, Masoumeh Tajafari96-101
- Assessment of Hospital Websites of Medical Universities in Tehran, Iran, Based on Information Necessary for Attracting Medical Tourism***
Mohammadhiwa Abdekhoda, Sayed Javad Ghazimirsaeed, Mohammadreza Alibeyk, Roghieh Ershad-Sarabi102-107
- Evaluating the User Interface of Health Literacy Websites in Iran***
Elham Saljoughi, Nona Aghasi, Mahdieh Asadi, Maryam Okhovati108-113
- The Relationship between Strategic Thinking and Readiness to Change among Managers of Social Security Hospitals in Isfahan, Iran***
Nahid Jamali, Habib Danayi, Mohammad Taghi Amini, Akbar Hassanzadeh, Sayed Mohammad Hassan Emami114-119
- Determining the Status of Sports Insurance Compensation Payment to Injured Athletes***
Masud Naderian, Mahmood Banimasani, Sayed Morteza Mousavi-Nafchi, Ahmad Ali Asefi, Jahangir Karimian120-125
- Identifying the Bottlenecks on the Fractions of Dedicated Revenues of Health Centers in East Azerbaijan Province, Iran***
Jafar Sadegh Tabrizi, Saeideh Alidoost, Hossein Mashhadi-Abdolahi, Mostafa Farshi-Khorsand126-131
- Comparison of Increase in Medication Costs and Medication Funding Per Capita of the Outpatients Insured by the Iranian Salamat Insurance in Isfahan, Iran***
Hosseinali Ghasemi, Mahdieh Raeeszadeh132-137