

مدیریت اطلاعات سلامت

شاپا (جایی): ۷۸۵۳-۱۷۳۵ دوره یازدهم، شماره دوم، خرداد و تیر ۱۳۹۳ (دو ماهنامه)
شاپا (الکترونیک): ۹۸۱۳-۱۷۳۵



مدیریت اطلاعات سلامت
شهریار ۲۶



The Scientific Association of Hospital Management



سرمقاله

۱. علمی یا عامه پسند بودن: لزوم بررسی سندیّت اطلاعات سلامت منتشر شده در رسانه‌ها
فیروزه زارع فراشیندی، اورفا هوسیان ۱۳۵-۱۳۷

مقاله‌های پژوهشی

۲. چگونه چالش‌های پیاده‌سازی پرونده‌ی الکترونیک سلامت را هموار کنیم؟ یک مطالعه‌ی کیفی در اصفهان
مریم جهانبخش، ناهید توکلی، حبیب اله مختاری ۱۳۸-۱۴۸

۳. انتظارات کارکنان بیمارستان از اطلاعات در ارتقای حاکمیت بالینی
مهدی کاخویی، فهیمه سالاری، سعیده ارغنده پور، راحله اخیاری، سمیرا قلی زاده ۱۴۹-۱۵۷

۴. پایان‌نامه‌های فارغ‌التحصیلان دوره‌های تکمیلی دانشگاه علوم پزشکی ارومیه
عباس دولانی، کبری تارم، نجلا حریری، حافظ محمد حسن زاده آفنجانی، حیدر اسماعیلی ۱۵۸-۱۶۸

۵. میزان حاکمیت عوامل مدیریت دانش در کتابخانه‌های دانشگاه علوم پزشکی اصفهان
بهاره غلامی، حسین عابدی مدیسه، بنفشه غلامی، شهبان مجیری، حسن اشرفی ریزی، نیلوفر هذغلی نژاد ۱۶۹-۱۷۶

۶. تحلیل شکاف و رتبه‌بندی ابعاد و مؤلفه‌های کیفیت خدمات کتابخانه‌های دانشگاه علوم پزشکی شهید صدوقی یزد با استفاده از مدل‌های لایب کوآل و تحلیل سلسله مراتبی
مریم پارسائیان ۱۷۷-۱۸۹

۷. تحلیل استادی کتاب‌های درسی پزشکی سایت آمازون از نظر استاد به مقالات دانشکده‌های داروسازی دولتی ایران
نجلا حریری، نگار فیروزی ۱۹۰-۱۹۸

۸. عوامل مؤثر بر پرداخت نقدی در بیمارستان‌های ایران: مطالعه‌ی موردی شهر تبریز
حسین بناهی، فیروز فلاحی، پرویز محمدزاده، علی جنتی، محمدرضا نریمان، لاله صباغی‌زاده ۱۹۹-۲۰۷

۹. نقش شاخص‌های کلان سلامت در کارایی مدیریت بهداشت و سلامت روستایی استان‌های کشور
مهناز جلالوندی، سارا شمس الهی، اسماعیل شاه طهماسبی، قاسم زارعی قراکند ۲۰۸-۲۲۰

۱۰. مکان‌یابی مراکز بهداشتی- درمانی شهر نورآباد با استفاده از فرایند تحلیل سلسله مراتبی در محیط سیستم اطلاعات جغرافیایی
براعتی خاکپور، حسین پورقیومی، محمد قنبری ۲۲۱-۲۳۳

۱۱. سنجش رضایت‌مندی مشتریان از کیفیت خدمات داروخانه‌ها با رویکرد ترکیبی و اصلاح شده‌ی Servqual و Kano
ابوالقاسم غریبوند، جمال‌الدین کیبوتری، مهدی هاشمی، محمد پیران ۲۳۴-۲۵۰

۱۲. رابطه‌ی سرمایه‌ی اجتماعی با نحوه‌ی گذران اوقات فراغت اعضای هیأت علمی دانشگاه علوم پزشکی اصفهان مبتنی بر فعالیت‌های بدنی
جهانگیر کریمیان، نقی آقا حسینی، شهرام عرفوززاده، سید مرتضی موسوی نالچی ۲۵۱-۲۵۹

۱۳. اثرات اجرای طرح خودگردانی در میزان رضایت بیماران بستری در بیمارستان‌های شهرضا: مطالعه‌ی موردی
علی اکبر احمدی، حسین مبارکی، مهدی ملجانی ۲۶۰-۲۶۹

مقاله‌های مروری

۱۴. مرور ساختاریافته‌ی تأثیرات سیستم‌های اطلاعات بهداشتی در ایران
سیمین صالحی نژاد، لیلا احمدیان، رضا خواجهی ۲۷۰-۲۸۴

۱۵. آیا کتابداران می‌توانند نقشی در کتاب‌درمانی ایفا کنند؟
سیده صدیقه طاهرزاده موسویان، زاهد بیگلری ۲۸۵-۲۹۶

Health Information Management

Vol 11, No 2, May - June 2014 (Bimonthly) p ISSN: 1735-7853 e ISSN: 1735-9813

Original Articles

1. How the Challenges Of Implementing Electronic Health Records will Pave?: a Qualitative Study in Isfahan
Maryam Jahanbakshi, Nahid Tavakoli, Habibollah Mokhtari 148

2. Hospital Staff's Expectations of Information in Promoting Clinical Governance
Mehdi Kahouei, Fahimeh Salari, Saideh Arghandi Pour, Raheleh Akhbari, Samira Gholi Zadeh 157

3. Assessing of Urmia University of Medical Sciences Post Graduate Dissertations
Abbas Doulani, Kobra Taram, Nadjila Hariri, Hafez Mohammad Hassanzadeh Afsanjani, Haydar Esmaeili 168

4. Study for Implementing Knowledge Management Factors in the Libraries of Isfahan University of Medical Sciences
Bahareh Gholami, Hosein Abedi Madiseh, Banafsheh Gholami, Shahin Mojiri, Hassan Ashrafi Rizi, Niloufar Hodhodinezhad 176

5. The Gap Analysis and Ranking of Service Quality Dimensions and Libraries of Shahid Sadoghi University of Medical Science by Libqual and Analytical Hierarchy Process Methods
Maryam Parsaeian 189

6. Citation Analysis of Textbooks at Amazon Web Site in Terms of Citing Articles Produced by Faculty Members of Schools of Pharmacy in Medical Sciences Universities
Nadjila Hariri, Negar Firoozi 198

7. Factors Influencing the Out -of-Pocket Payments by Patients in the Hospital in Tabriz-Iran
Panahi Hossein, Firooz Falahi, Parviz Mohammadzadeh, Ali Janati, Mohammad Reza Narimani, Laleh Sabaghizadeh 207

8. The Role of Macro Health Indicators in Efficiency of Health and Hygiene Management in Rural Sector of Country's Provinces
Mahnaz Jalalvandi, Sara Shamsollahi, Esmaeli Shahtahmasbi, Ghasem Zarei Gharkanlu 220

9. Location Health-Therapeutic Centers of Nourabad by Use Analytical Hierarchy Process in GIS
BaratAli Khakpoor, Hossein Purgahyoomi, Mohammad Ghanbari 233

10. Evaluation of Customer Satisfaction of Pharmacies Service Quality Using Integrated and Hybrid Kano-Servqual Approach
Abolghasem Arabioun, Jamalalain Kaboutari, Mehdi Hashemi, Mohammad Piran 250

11. The Relationship between Social Capital and the Way of Spending Leisure Time, Based on Physical Activities
Jahangir Karimian, Taghi Agha Hosseini, Shahram Aroufzadeh, Seyed Mortaza Mousavi Nafchi 259

12. The Effects of Executing Autonomy Plan on the Extend of Admitted Patient Satisfaction in Hospitals of Shahreza City: A Case Study
Ali Akbar Ahmadi, Hossein Mobaraki, Mehdi Maljaei 269

Review Articles

13. Effects of Health Information Systems in Iran: a Systematic Review
Simin Salehi Nejad, Leila Ahmadian, Reza Khajouei 284

14. Can Librarians Play a Role in Bibliotherapy?
Seyyede Sedigheh Taherzadeh Mousavian, Zاهد Bigdeli 296

هیأت تحریریه

- دکتر حسن اشرفی ریزی: استادیار کتابداری و اطلاع رسانی دانشگاه علوم پزشکی اصفهان
دکتر ابوالقاسم پوررضا: استاد مدیریت خدمات بهداشتی درمانی دانشگاه علوم پزشکی تهران
دکتر حبیب اله پیرنژاد: استادیار انفورماتیک پزشکی دانشگاه علوم پزشکی ارومیه
دکتر شهرام توفیقی: استادیار مدیریت خدمات بهداشتی درمانی دانشگاه بقیه الله الاعظم (عج) تهران
دکتر احمد رضا رئیسی: استادیار مدیریت اطلاعات بهداشتی درمانی دانشگاه علوم پزشکی اصفهان
دکتر سیده محسن حسینی: استادیار آمار حیاتی دانشگاه علوم پزشکی اصفهان
دکتر محمد سرفراز: استاد علوم کامپیوتر و اطلاعات دانشگاه ملک فهد عربستان
دکتر کا. اس. سرنیواسا: استاد رفتار سازمانی دانشگاه تایه هندوستان
دکتر احمد شعبانی: استاد کتابداری و اطلاع رسانی دانشگاه اصفهان
دکتر رضا صفدری: دانشیار مدیریت اطلاعات بهداشتی درمانی دانشگاه علوم پزشکی تهران
دکتر سیما عجمی: دانشیار مدیریت اطلاعات بهداشتی درمانی دانشگاه علوم پزشکی اصفهان
دکتر فریده عصاره: استادیار کتابداری و اطلاع رسانی دانشگاه شهید چمران اهواز
دکتر زیبا فوج زادگان: دانشیار پزشکی اجتماعی دانشگاه علوم پزشکی اصفهان
دکتر مسعود فردوسی: استادیار مدیریت خدمات بهداشتی درمانی دانشگاه علوم پزشکی اصفهان
دکتر سعیده کتابی: استادیار تحقیق در عملیات دانشگاه اصفهان
دکتر سعید کریمی: استادیار مدیریت خدمات بهداشتی درمانی دانشگاه علوم پزشکی اصفهان
دکتر رویا کلیشادی: استادیار 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 محمدحسین یارمحمدیان: استاد مدیریت برنامه ریزی آموزشی دانشگاه علوم پزشکی اصفهان

فهرست همکاران علمی این شماره

- دکتر لیلا احمدیان - دکتر سوسن بهرامی - دکتر کامبیز بهاءالدین بیگی - احمد پای - دکتر میترا پشوتنی زاده -
دکتر سید محمود تارا - دکتر حسن جان نزاری - دکتر علیرضا جباری - دکتر رضا دهنویه - دکتر فیروزه زارع فراشبندی -
مهندس مسعود شجری پور - دکتر عباس شیخ طاهری - دکتر مهندس هدایت اله عسگری - دکتر علی حسین قاسمی -
دکتر مهدی کاهویی - دکتر حمید کشاورز - مسعود محمدی - دکتر محسن مینائیان

تأمین کننده‌ی منابع و اعتبارات مالی: دانشکده‌ی مدیریت و اطلاع رسانی پزشکی دانشگاه علوم پزشکی اصفهان
تأمین کننده‌ی منابع و اعتبارات علمی: هیأت تحریریه، همکاران علمی مجله و انجمن‌های علمی همکار، اداره‌ی امور بیمارستان‌ها، کتابداری و اطلاع رسانی پزشکی ایران، مرکز تحقیقات مدیریت و اقتصاد سلامت، مرکز تحقیقات فن آوری اطلاعات در علوم سلامت.
وضعیت حق تألیف: هر گونه استفاده از مطالب مندرج در مجله با ذکر مأخذ مجاز می‌باشد.

این مجله در پایگاه‌های زیر پذیرفته و نمایه می‌شود:

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

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

دبیرخانه مجلات دانشگاه علوم پزشکی اصفهان

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ



مدیریت اطلاعات سلامت

(پزشکی، پیرا پزشکی)

دوره یازدهم، شماره دوم، خرداد و تیر ۱۳۹۳

شماره‌ی پیاپی: ۳۶

شاپا (چاپی): ۷۸۵۳-۱۷۳۵

شاپا (الکترونیک): ۹۸۱۳-۱۷۳۵

صاحب امتیاز:

دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی
درمانی استان اصفهان

ناشر:

انتشارات دانشگاه علوم پزشکی اصفهان
تلفن: ۷۹۲۳۰۶۶

E-mail: publications@mui.ac.ir

مدیر مسؤول:

دکتر محمدحسین یارمحمدیان

سر دبیر:

دکتر سیما عجمی

مدیر داخلی:

فریده موحدی

ترتیب انتشار:

دو ماهنامه

شماره‌ی مجوز وزارت فرهنگ و ارشاد اسلامی:

۱۲۴/۱۸۲۶۸ مورخ ۱۳/۱۱/۱۲

دارای رتبه‌ی علمی پژوهشی از کمیسیون نشریات

علوم پزشکی کشور به شماره‌ی ۱۳۵۷۷۲ مورخ

۸۶/۴/۲۰

نشانی: اصفهان، خیابان هزار جریب،

دانشگاه علوم پزشکی اصفهان،

دانشکده‌ی مدیریت و اطلاع رسانی پزشکی،

دفتر مجله

کد پستی: ۳۴۶-۸۱۷۴۵

تلفن: ۰۳۱۱-۶۶۹۳۱۰۰ و ۰۳۱۱-۷۹۲۲۰۲۶

تلفکس: ۰۳۱۱-۶۶۸۴۷۹۹

Email: jim@mng.mui.ac.ir

<http://www.jhim.ir>

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

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

مجله ی «مدیریت اطلاعات سلامت» مجله ی تخصصی دانشکده ی مدیریت و اطلاع رسانی پزشکی و مرکز تحقیقات مدیریت و اقتصاد سلامت در دانشگاه علوم پزشکی اصفهان است، که هدف از انتشار آن: اشاعه ی نتایج پژوهش ها، نظریه ها، و دستاوردهای علمی در زمینه های موضوعی مدیریت اطلاعات بهداشتی درمانی، فنآوری 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 توسعه ی آموخته ها، تجربیات و دستاوردهای تازه علمی یاری رساند.

نکات قابل توجه:

- ۱) مجله در ویراستاری، درج و یا عدم درج مقالات آزاد است.
- ۲) مقالات دریافتی مسترد نخواهد شد.
- ۳) رعایت موازین اخلاق پزشکی و اخلاق پژوهشی، پوشیده ماندن هویت مشارکت کنندگان در پژوهش، اطلاعات بهداشتی، پزشکی و درمانی و حفظ اسرار بیمار، و گاه 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 آزمودنی های انسانی که بر گرفته از بیانیه ی هلسینکی است باید مورد توجه قرار گیرد.
- ۴) مقالات قابل پذیرش برای چاپ، شامل مقالات: پژوهشی اصیل، پژوهشی کیفی، مروری نقلی، مروری نظاممند، کوتاه، گزارش مورد، سرمقاله و نامه به سردبیر (نامه) است.
- ۵) مقالات باید طبق راهنمای نویسندگان و الگوی مجله در نرم افزار Word (۲۰۰۳ یا ۲۰۰۷) بدون هیچ گونه صفحه آرای (حداکثر تعداد صفحات ۱۰ صفحه) بصورت تک ستونی تایپ شده باشد و از طریق اینترنت از طریق سایت مجله <http://him.mui.ac.ir/index.php/him> مقاله ثبت و ارسال گردد.
- ۶) مقالات ارسالی پس از دریافت از لحاظ ارتباط با زمینه های موضوعی مجله و ساختار، بررسی شده و در صورت نیاز نامه اصلاحات ساختاری برای نویسنده ارسال می شود تا طی مدت ۷۲ ساعت نسبت به اصلاح ساختاری مقاله و آپلود مجدد فایل اصلاح شده در سامینشن مقاله در موعد مقرر اقدام نماید. پس از آن مقاله در جلسه شورای تحریریه مطرح و موضوع آن از لحاظ جدید بودن، نوآوری و ... بررسی می گردد. در صورت تصویب موضوع، مقاله بدون نام برای سه داور علمی ارسال شده و در صورت تایید داوران، نقطه نظرات ایشان برای نویسنده مسئول ارسال شده تا پس از انجام اصلاحات توسط نویسنده مسئول، مجدداً اصلاحات توسط هیأت تحریریه تأیید گردد و سپس به ترتیب تاریخ آماده شدن در مجله منتشر شود.
- ۷) نویسنده موظف است حداکثر تا ۲ هفته پس از دریافت نظرات کارشناسی داوران، مقاله اصلاح شده خود را در سامینشن مربوط به خود آپلود نماید، در غیر این صورت مجله از چاپ مقاله بعد از تاریخ فوق معذور می باشد.
- ۸) مقاله های ارسالی نباید قبلاً در هیچ نشریه ی فارسی دیگری چاپ شده و یا در زیر چاپ باشند. تنها در صورتی که چکیده آن قبلاً در کنفرانس ها و مجامع علمی ارائه شده باشد باید مراتب با ذکر تاریخ و مشخصات کامل کنفرانس اعلام گردد. در صورت چاپ مقاله در مجله انگلیسی باید نامه موافقت سردبیر مجله انگلیسی برای چاپ مقاله در مجله فارسی ارائه شود تا سردبیر پس از آن در این خصوص تصمیم گیری نماید.
- ۹) پاسخگوی درستی و نادرستی مطالب مندرج در مقاله به عهده ی تمامی نویسندگان می باشد و مجله هیچ گونه مسئولیتی در این خصوص ندارد.

تبصره: اگر نویسنده مقاله پس از گذشت ۵ ماه از تاریخ ارسال مقاله اش به مجله (در حین بررسی و داوری) از انتشار مقاله اش 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.

۱۰) مجله فقط با نویسنده مسؤل مکاتبه می نماید ولی مسؤلیت درستی و نادرستی مطالب به عهده‌ی تمامی نویسندگان می‌باشد. فرم تعهدنامه (Copyright form) باید حاوی امضای همه‌ی نویسندگان در هنگام سابمیت مقاله ارسال شود. در هر صورت نویسنده مسوول، آماده پاسخگویی موارد پیش آمده در مورد حق مؤلفان دیگر خواهد بود. مسؤلیت حقوقی عدم درج نام و نام خانوادگی و امضای سایر محققان در مقالات بر عهده‌ی نویسنده‌ی مسوول می‌باشد، زیرا کلیه‌ی مکاتبات و ارتباطات دفتر مجله با نویسنده مسوول صورت خواهد گرفت. لازم به ذکر است طبق قوانین نشر بین المللی حذف و اضافه نام نویسندگان پس از ارسال فرم تعهدنامه و مقاله غیر قانونی بوده و مقدر نمی باشد.

۱۱) 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 به ترتیب سهم مشارکت اقدام گردد. لازم به ذکر است که «اولویت چاپ» با مقالات گروهی است. همچنین طبق قوانین نشر بین المللی، اضافه و حذف نام نویسندگان پس از ارسال فرم تعهدنامه و مقاله غیرقانونی بوده و مقدر نمی باشد.

۱۲) اولویت پذیرش با مقاله‌های پژوهشی جدید است. یعنی مقالاتی که در هنگام وصول یک سال از جمع آوری اطلاعات آنها نگذشته باشد.

۱۳) در عنوان هرگز از اختصار استفاده نشود و در صورت استفاده به کامل آن اشاره شود.

۱۴) باید اسامی، اصطلاحات و نام افراد خارجی در متن به زبان انگلیسی آورده شود (از آوردن پانویس خودداری شود).

۱۵) همچنین در متن مقاله هر کجا از اختصارات انگلیسی استفاده می شود باید در اولین بار، کامل آن اختصار به انگلیسی با ذکر معنی فارسی آن ذکر شود و از آن به بعد اختصار انگلیسی می تواند بدون ذکر کامل آن آورده شود.

۱۶) در متن فارسی هر کجا سالی آورده می شود، معین شود خورشیدی است یا میلادی مثلاً: سال ۲۰۱۰ میلادی، سال ۱۳۷۸ خورشیدی.

۱۷) تمام درصد ها به حرف نوشته شود. مثلاً ۲۹ درصد درست است. (به صورت ۲۹٪ ننویسید).

نکاتی در خصوص نگارش «عنوان مقاله»:

۱) از بکارگیری کلماتی که معنای مشخصی ندارند پرهیز کنید. اکثر عناوین بخصوص در مقالات ایرانی با کلماتی نظیر «بررسی...»، «مقایسه...» و یا «پژوهشی در...» شروع می شود در حالی که می توان بدون آنکه به معنای عنوان لطمه ای وارد شود، آنها را حذف نمود.

۲) عنوان مقاله را به شکل عبارت بنویسید و نه به شکل جمله.

۳) از بکاربردن مخفف ها در عنوان پرهیز نمایید.

۴) توصیه می شود عنوان مقاله از صد حرف یا هشت کلمه بیشتر نباشد.

۵) اگر از اعداد در عنوان مقاله استفاده می نمایید، این اعداد در صورتی که صد و یا کمتر از آن هستند را بصورت حرفی و بزرگتر از صد را بصورت عددی بنویسید.

شرح انواع مقالات قابل پذیرش در مجله «مدیریت اطلاعات سلامت» و نحوه نگارش آن

۱- مقاله‌های پژوهشی اصیل (Original Article)

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

مقاله پژوهشی شامل:

۱) صفحه‌ی عنوان: عنوان، نام و نام خانوادگی مؤلفان و سمت علمی و وابستگی سازمانی آنها، آدرس پستی و آدرس الکترونیکی و شماره‌ی تلفن ثابت یا همراه نویسنده مسوول، نام مرکز یا سازمان تأمین کننده‌ی بودجه‌ی طرح پژوهشی، عنوان مکرر.

۲) چکیده‌ی فارسی: شامل (مقدمه، روش بررسی، یافته‌ها، نتیجه‌گیری، واژه‌های کلیدی)

۳) چکیده‌ی انگلیسی: شامل

(Title, Introduction, Methods, Results, Conclusion, Key words)

۴) متن اصلی: مقدمه، روش بررسی، یافته‌ها، بحث، نتیجه‌گیری، پیشنهادها (B Mitra ۱۳).

۵) تشکر و قدردانی،

۶) منابع.

- صفحه‌ی عنوان:

شامل عنوان مقاله (عنوان: باید کوتاه و روشن باشد، می‌توان کلماتی مثل بررسی، مطالعه، زمان و مکان را از آن حذف نمود)، نام و نام خانوادگی و سمت علمی (مربی، استادیار، دانشیار، استاد، کارشناس ارشد، کارشناس...) و وابستگی سازمانی مؤلفان، آدرس پستی و آدرس الکترونیکی و شماره‌ی تلفن ثابت یا همراه فردی که مقصد مکاتبات مجله و دیگران (خوانندگان مجله) خواهد بود (نویسنده مسوول)، مرکز یا سازمان تأمین کننده‌ی بودجه‌ی طرح پژوهشی که این مقاله نتیجه‌ی آن است (لازم به ذکر است اگر از هیچ سازمانی کمک مالی صورت نگرفته، حتماً قید گردد)، عنوان مکرر؛ عنوان کوتاهی است که برای استفاده در سر صفحه‌های مقاله چاپ شده، حداکثر ۲۰ حرف داشته باشد).

- چکیده‌ی فارسی مقاله پژوهشی شامل:

✓ **مقدمه** (حداکثر ۳ و حداقل ۲ جمله و جمله آخر به هدف کلی پژوهش اشاره کند و زمان جمله اول و دوم، حال و جمله آخر یا هدف گذشته باشد)،

✓ **روش بررسی** (شامل: نوع پژوهش، نوع مطالعه، جامعه، مکان و زمان، حجم نمونه، روش نمونه‌گیری، ابزار جمع‌آوری داده‌ها، روایی و پایایی ابزار، روش جمع‌آوری داده‌ها، نوع تحلیل یافته‌ها (مثلاً در تحلیل توصیفی اشاره به توزیع درصد فراوانی، میانگین، انحراف معیار و اگر تحلیل استنباطی است اشاره به آزمونهای مختلف استفاده شده ضروری است) و ابزار یا نرم افزار تحلیل یافته‌ها است که زمان افعال آن باید گذشته مجهول سوم شخص باشد)،

✓ **یافته‌ها** (۲ تا حداکثر ۳ جمله با زمان افعال گذشته)،

✓ **نتیجه‌گیری** (۱-۲ جمله با زمان افعال آینده یا حال)،

✓ **واژه‌های کلیدی** است که با قلم شماره ۱۲ نوشته می‌شود.

* تذکر ۱: **نوع قلم در چکیده فارسی:** B mitra به شماره ۱۲ باشد).

**** تذکر ۲: تعداد کلمات چکیده فارسی: باید بین ۲۰۰ تا ۲۵۰ کلمه باشد.**

**** تذکر ۳: برای انتخاب واژه‌های کلیدی از اصطلاحنامه‌ی پزشکی فارسی (MeSH) ، اصطلاحنامه نما و دانشنامه کتابداری و اطلاع رسانی استفاده گردد. واژه های کلیدی بین ۳ الی ۸ واژه باشد.**
- چکیده‌ی انگلیسی مقاله پژوهشی شامل:

- ✓ Title,
- ✓ Introduction,
- ✓ Methods,
- ✓ Results,
- ✓ Conclusion,
- ✓ Key words

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

**** تذکر ۲: نوع قلم در چکیده انگلیسی: Time New Roman به شماره ۱۲ باشد.**

- متن مقاله پژوهشی: با قلم ۱۳ فارسی B Mitra نوشته شود. که متن مقاله شامل:
- ✓ مقدمه،
 - ✓ روش بررسی،
 - ✓ یافته‌ها،
 - ✓ بحث،
 - ✓ نتیجه‌گیری،
 - ✓ پیشنهادها است.

توضیح قسمت های مختلف متن کامل یک مقاله پژوهشی:

- مقدمه: که شامل موارد زیر است

- ✓ شرحی از بیان مساله،
- ✓ شرحی از اهمیت موضوع و ضرورت انجام پژوهش (هرگز حتی اگر پژوهش شما برای اولین بار است که انجام شده ذکر نفرمایید زیرا این مطلب حاکی از اهمیت کار شما نیست)،
- ✓ مختصری از نتایج پژوهش های گذشته مرتبط با پژوهش فعلی و مقاله جاری،
- ✓ اگر واژه و یا اصطلاح جدید و مبهمی برای خوانندگان مجله وجود دارد تعریف شود و
- ✓ در آخرین جمله از مقدمه، هدف کلی پژوهش آورده شود (از آوردن افعالی همچون بررسی و مطالعه در هدف بپرهیزید).

*** تذکر: لازم به ذکر است که موارد فوق بدون ذکر عنوان آورده شود (مثلا نگوید بیان مساله:..... یا اهمیت**

موضوع و ضرورت پژوهش:.....)

- روش بررسی: شامل: نوع پژوهش، نوع مطالعه، جامعه، مکان و زمان، حجم نمونه، روش نمونه گیری، ابزار جمع آوری داده ها، روایی و پایایی ابزار جمع آوری داده ها (مثلا: پایایی پرسشنامه با روش Test-retest بررسی و با Alpha Cronbach ۸۰ درصد تایید شد)، روش جمع آوری داده ها، نوع تحلیل یافته ها (مثلا در تحلیل توصیفی اشاره به توزیع درصد فراوانی، میانگین، انحراف معیار و اگر تحلیل استنباطی است اشاره به آزمون های مختلف استفاده شده ضروری است) و ابزار یا نرم افزار تحلیل یافته ها و شماره ویرایش (مثلا SPSS₁₅) می باشد.

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

* تذکر: هرگز یافته‌هایی که بصورت جدول آمده است مجدداً در متن بصورت کامل نیاورید.

جدول:

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

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

ب. شماره جدول:

غلط: جدول شماره ۱:.....

صحیح: جدول ۱:.....

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

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

نمودار:

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

اجزا نمودار:

الف. عنوان: محل آن زیر نمودار.

ب. شماره نمودار:

غلط: نمودار شماره ۱:.....

صحیح: نمودار ۱:.....

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

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

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

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

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

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

- **تشکر و قدردانی:** شایسته است از کلیه افرادی که در انجام پژوهش محقق را یاری داده اند ولی اسم آنان در فهرست نویسندگان مقاله به عنوان همکار نمی باشد باید به شکل ذکر نام و نام خانوادگی، تخصص، پست و محل کار فعلی و نوع همکاری سپاسگزاری گردد. همچنین لازم است از سازمان یا سازمان های حمایت کننده ی پژوهش، در این قسمت سپاسگزاری شود.

- منابع:

- منابع به ترتیب استفاده در متن از شماره یک درون پرانتز شماره گذاری شده و مطابق با **دستورالعمل Vancouver** تنظیم گردد. لازم به ذکر است که نقطه پایان جمله پس از پرانتز قرار داده شود.
استنادها باید جدید و به انگلیسی و کل منابع در مقالات پژوهشی حداقل از ۱۰ مورد کم تر نباشد. در مورد ارجاع به مقالات در نشریات فارسی با توجه به مکاتباتی که با پایگاه های بین المللی اطلاعاتی شده است نوشتن تمام منابع به «زبان انگلیسی» ضروری است و اکیداً توصیه می شود نویسنده محترم نسبت به این امر شخصاً اقدام نماید.

- ضمائم:

- شامل ابزار جمع آوری داده ها (مانند: پرسشنامه، چک لیست) است.
- لازم به ذکر است آگهی های سمینارها و همایش ها، مراکز تحقیقاتی که مرتبط با موضوع مجله باشند نیز از نویسندگان و خوانندگان مجله جهت انتشار پذیرفته می شود.
- نویسندگان می توانند در ارسال مقالات خود، داورهای علمی پیشنهادی خود را با ذکر مشخصات کامل (شامل: نام داور، شماره تلفن ثابت و همراه، آدرس پستی و آدرس الکترونیک) به دفتر مجله معرفی نمایند.

۲- مقالات کیفی (Qualitative Research Article)

بر حسب نوع مطالعه کیفی انجام شده، موارد لازم برای درج در مقاله در زیر توضیح داده می شود:

الف: گراند تئوری،

ب: فنومنولوژی،

الف: مقاله گراند تئوری.

عنوان: عنوان مطالعه به شکلی ارائه گردد که در برگیرنده گروه یا جامعه مورد بررسی بوده و به روشنی بیانگر فرآیند پدیده اجتماعی مورد مطالعه باشد.

(۱) **چکیده فارسی و انگلیسی:** که شامل قسمتهای زیر است:

- مقدمه و هدف یا سؤال اصلی پژوهش،

- روش بررسی،

- یافته ها،

- نتیجه گیری،

- واژه های کلیدی است.

(۲) **متن مقاله:** شامل قسمت های زیر است:

- **مقدمه:** شامل

✓ **بیان مساله:** بیان اهمیت و ضرورت پدیده مورد مطالعه، تبیین ضرورت مطالعه پدیده به روش گراند تئوری

✓ **سوال یا هدف پژوهش:** تبیین و توصیف فرآیند پدیده اجتماعی مورد مطالعه، در صورتی که مقاله بخشی از یک

مطالعه گراند تئوری می باشد بیان اهداف اختصاصی در مقاله حاضر لازم است.

✓ **مروری بر متون:** بیان مرور مرتبط با موضوع مورد بررسی، بیان شکاف و فاصله موجود در دانش و تحقیقات کنونی

- **روش بررسی:** در برگیرنده موارد زیر است:

- ✓ توضیح نوع روش گراندد تئوری بکار رفته و تناسب آن با هدف مطالعه،
- ✓ توصیف نحوه نمونه گیری و انتخاب مشارکت کنندگان،
- ✓ توصیف زمان و مکان جمع آوری داده ها،
- ✓ توصیف واضح نمونه گیری نظری و چگونگی رسیدن به اشباع نظری،
- ✓ مشخص نمودن حجم نمونه و تعداد شرکت کنندگان،
- ✓ روشهای جمع آوری داده ها (مصاحبه، مشاهده، یادداشت برداری ...)
- ✓ ملاحظات اخلاقی (ذکر کسب مصوبه کمیته اخلاق، توضیح کسب رضایت آگاهانه از مشارکت کنندگان)،
- ✓ تحلیل داده ها (توضیح واضح روش تحلیل داده ها، توصیف چگونگی دستیابی به مقوله مرکزی، بیان روشهای اطمینان از صحت و استحکام داده ها).

- **یافته ها:**

- ✓ توصیف یافته ها در رابطه با سوالات اصلی پژوهش،
- ✓ حمایت یافته ها با روایات مشارکت کنندگان،
- ✓ توصیف واضح و دقیق مفاهیم و روابط مفهومی.

- **بحث:**

- ✓ بحث در مورد شواهد موافق و مخالف براساس منابع،
- ✓ بیان کاربرد یافته ها بطور مستدل،
- ✓ توصیه جهت تحقیقات بعدی.

- **نتیجه گیری:**

- ✓ جمع بندی و ارائه پیشنهاد کاربردی.

ب: مقاله فنومنولوژی:

عنوان مقاله: لازم است عنوان بیان کننده واضح پدیده تحت مطالعه و بیانگر گروه یا جامعه مورد مطالعه باشد.

(۱) چکیده فارسی و انگلیسی شامل:

- مقدمه و هدف یا سؤال اصلی پژوهش،
- روش بررسی،
- یافته ها،
- نتیجه گیری و
- واژه های کلیدی است.

(۲) متن مقاله فنومنولوژی:

مقدمه: شامل قسمت های زیر است:

- **بیان مساله:** در این قسمت لازم است موارد زیر به طور واضح توضیح داده شود: بیان ضرورت و اهمیت پدیده مورد مطالعه، ارتباط مناسب بین مساله، پارادایم و روش مطالعه.

- سوال تحقیق: پرداختن سوال تحقیق به تبیین و تفسیر تجارب مشارکت کنندگان در رابطه با پدیده مورد مطالعه
- تناسب طرح تحقیق با هدف مطالعه،
- مرور بر متون.
- روش بررسی: این قسمت شامل موارد زیر است:
- نمونه گیری: در این قسمت لازم است روش نمونه گیری، شیوه انتخاب مشارکت کنندگان و چگونگی شیوه دستیابی به اشباع داده ها و حجم نمونه به صورت کامل و روشن توضیح داده شود.
- جمع آوری داده ها: شامل توضیح روشن روشهای جمع آوری داده ها و ساختار مصاحبه (راهنمای مصاحبه، دفعات، مدت، چگونگی ضبط صدا و مکتوب سازی) است.
- ملاحظات اخلاقی: ذکر کسب مصوبه کمیته اخلاق، توضیح کسب رضایت آگاهانه از مشارکت کنندگان.
- تجزیه و تحلیل داده ها: شامل توضیح روشن روش تحلیل داده ها، گامهای تحلیل داده ها و روشهای ارزیابی صحت و استحکام داده ها است.
- یافته ها: در این قسمت یافته ها در رابطه با سؤال اصلی پژوهش توصیف شده و حمایت یافته ها با روایت از شرکت کنندگان توضیح داده می شود.
- بحث: در این قسمت لازم است در مورد شواهد موافق و مخالف براساس منابع مرور شده بحث شود و کاربرد یافته ها به طور مستدل ارائه گردد و در انتهای بحث ارائه پیشنهاداتی جهت تحقیقات بعدی لازم است.
- نتیجه گیری: در انتهای مقاله یک نتیجه گیری بر اساس نتایج مطالعه و پیشنهادات کاربردی مرتبط با یافته ها ارائه می شود.

۳- مقاله‌ی مروری (Review Article)

انواع مقالات مروری شامل:

- الف) مروری تشریحی، غیرسیستماتیک یا روایتی یا مروری نقلی (Narrative Review)
- ب) مروری تحلیلی یا سیستماتیک Meta-Analyses/ Systematic (که دارای متاآنالیز یا فرا تحلیلی بر روی یافته های تحقیقات دیگران است).

الف. مروری تشریحی، توصیفی، غیرسیستماتیک، روایتی، نقلی: Non-systematic/ Narrative

چنانچه نویسنده یا نویسندگان برای یافتن پاسخ سؤال مورد نظر، صرفاً براساس ذهنیت قبلی خود از موضوع مورد بحث به جستجوی مقالات و مطالعات مرتبط بپردازند، آنگاه این جستجو را تا رسیدن به مقالات مورد نظر و انتخاب مطالعات مناسب ادامه دهند، سپس با جمع بندی نتایج به دست آمده و تلفیق آن با تجربیات خویش، نتیجه گیری نهایی را در قالب یک مقاله ارائه دهند، به آن مرور غیرسیستماتیک یا روایتی می گویند (برای نوشتن مقاله مروری نویسنده، باید مجموعه مقالاتی زیادی در سطح وسیع را که در مورد موضوع خاص است انتخاب و سپس اقدام به بررسی نقاط افتراق و شباهت در آنها پرداخته و با دانش تخصصی و تجربه ی خود و با آوردن استدلال از بین مجموعه ی یافته های مورد بررسی احکامی را صادر نماید).

ساختار کلی مقاله مروری نقلی یا غیرسیستماتیک: Non-systematic/ Narrative

(۱) عنوان،

(۲) چکیده ی فارسی،

(۳) متن مقاله:

✓ مقدمه: شناسایی موضوع بررسی و هدف از مطالعه است.

- ✓ **روش بررسی** (شامل؛ نوع مطالعه، نحوه استخراج داده های مورد استفاده (یعنی از چه منابع و پایگاه های اطلاعاتی استفاده شده، از چه کلید واژه هایی استفاده شده، چه تعداد منبع بررسی شده و از چه تعداد منبع در مقاله استفاده شده، داده ها در چه محدوده زمانی گردآوری شده است)،
- ✓ **شرح مقاله** (به شرح یافته های مهم مقالات بررسی شده می پردازد)،
- ✓ **نتیجه گیری** (شامل؛ موارد کاربرد عملی یافته ها، محدودیت ها و پیشنهادهایی برای حل مسایل)
- ✓ **منابع (حداقل از ۱۵ منبع معتبر و جدید استفاده شود که حداقل ۳ تا ۵ عدد از آنها مربوط به موضوع و متعلق به نویسندگان مقاله باشد) و**

(۴) چکیده ی انگلیسی می باشد.

ب. مروری تحلیلی یا سیستماتیک: Meta-Analyses/ Systematic

مرور سیستماتیک در اغلب موارد با بهره گیری از روش های آماری در ترکیب نتایج، به برآوردی واحد و مشخص در پاسخ به سؤال مربوطه دست می یابد و بنابراین از توان و اعتبار بالایی در نتیجه گیری و تصمیم سازی برخوردار است. متاآنالیز عبارت است از ترکیب داده ها و نتایج بدست آمده از یک مرور سیستماتیک با بهره گیری از روش های آماری، یعنی پس از انجام مرور سیستماتیک که لازمه متاآنالیز است و براساس نتایج، به یک تخمین واحد برای حل مشکل یا سؤال مورد نظر دست پیدا می کنیم. البته هر مرور سیستماتیکی به متاآنالیز منجر نمی شود. چنانچه داده ها و برآوردهای خام حاصل از مرور سیستماتیک بیش از اندازه غیرهمسان نباشد و بتوان آنها را با روش های خاص آماری با هم ترکیب کرد، متاآنالیز قابل انجام خواهد بود. در غیر این صورت نتایج به صورت کیفی در قالب یک مقاله مرور غیر سیستماتیک ارائه می گردد. یکی از اهداف مهم متاآنالیز، پی بردن به موارد عدم همسانی نتایج و علل آنهاست. **ساختار کلی مقاله مروری تحلیلی یا سیستماتیک** شبیه ساختار یک مقاله پژوهشی است. فقط در تنظیم آن **حداقل از ۲۰ منبع معتبر و جدید** استفاده شود.

۴- مقاله ی کوتاه (Short Communication)

شامل گزارش مستقل اما مختصر از یافته های پژوهشی می باشند. معمولاً نتایج اولیه پژوهش ها به صورت مقالات پژوهشی چاپ می شوند اما در مورد عناوین و موضوعات خاص که مرتبط با اهداف مجله می باشند و قبلاً نتایج پژوهش های مشابه آن به صورت مقاله پژوهشی منتشر شده است برای بار دوم به جهت ویژگی خاص آن تحقیق، نتایج به صورت کوتاه منتشر می شود تا دیگران آن را تکرار نکنند و تنها بنای کار خود را بر آن استوار سازند و از یافته های آن استفاده نموده، در نقد و بررسی خود به کار گیرند.

- **ساختار مقاله ی کوتاه** مشابه مقالات پژوهشی بوده با این تفاوت که یافته های پژوهش اندک است. حجم مقاله باید در حدود ۱۵۰۰-۱۰۰۰ کلمه (۵ صفحه A4 با احتساب چکیده های فارسی و انگلیسی و منابع) تنظیم شده و در آن **حداکثر ۲ جدول یا نمودار و حداقل ۱۰ منبع** استفاده گردد.

۵- مقاله ی گزارش مورد (Case Report)

وقتی یافته های پژوهش محدود به یک مکان خاص باشد مقاله حاصل در قالب گزارش مورد تهیه می گردد.
- **ساختار مقاله گزارش مورد** همانند مقاله پژوهشی می باشد.

۶- سر مقاله (Editorial)

بیان دیدگاه صاحب نظر یا عضو هیات تحریریه یک نشریه در خصوص پاسخ به یک سوال یا ارائه راه حل یک مساله بیان شده با مستندات معتبر در قالب سرمقاله ارائه می شود. به عبارتی سرمقاله حاصل تفکر و عقاید و استدلال خود نویسنده می باشد که توسط نتایج تحقیقات دیگران حمایت می شود. شاید سرمقاله از بسیاری جهات شبیه به یک مقاله مروری می باشد

با دو تفاوت. اول آنکه موضوع مورد بحث سرمقاله می تواند هر چیزی باشد از مسایل علمی گرفته تا مسائل حواشی آن (مثلاً تصمیم گیری ها و سیاستگذاری ها) و دوم آنکه سر مقاله ها معمولاً کوتاه هستند.

ساختار سر مقاله

✓ **مقدمه:** نویسنده ابتدا موضوع مورد بحث را در وضعیت فعلی توصیفی می کند (بیان مساله یا طرح سوال) و آنگاه پاسخ سوال یا راه حلی که در حال حاضر برای آن مساله وجود دارد را بیان می نماید و پاسخ خود را با چندین پژوهش حمایت می نماید.

✓ **نتیجه گیری:** در آخر با دو جمله یک نتیجه گیری می نماید.

✓ **منابع:** بین ۲ تا ۶ منبع استفاده شود.

حجم سر مقاله باید در حدود یک تا دو صفحه باشد.

۷- نامه یا نامه به سردبیر (Letter)

گاهی ممکن است موضوع مورد بحث یک مقاله چاپ شده در شماره های مجله باشد.

۱- در این موارد نخست نویسنده نامه، مشخصات کامل مقاله چاپ شده مورد نقد را بیان کرده، و سپس موارد ایراد و اشکال را با **دلیل های مستند** توضیح می دهد.

۲- گام بعدی این است که انواع راه حل ها و راهبردهایی که می تواند جهت حل مساله مطروحه وجود دارد بصورت **مستند** ارائه نماید.

راهنمای استناد دهی منابع:

- منابع به ترتیب استفاده در متن از شماره یک شماره گذاری شده و مطابق با **دستورالعمل Vancouver** تنظیم گردد:
استنادها باید جدید و به انگلیسی و کل منابع مقالات پژوهشی و کوتاه حداقل از ۱۰ مورد، مقاله مروری نقلی حداقل از ۱۵ مورد، و مقاله مروری نظاممند حداقل از ۲۰ مورد کم تر نباشند.

در مورد ارجاع به مقالات در نشریات فارسی، با توجه به مکاتباتی که با پایگاه های بین المللی 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 و در انتهای اینگونه منابع عبارت [In Persian] آورده شود.

. استناد به کتاب (تا شش نویسنده):

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

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

. استناد به کتاب (با بیش از شش نویسنده):

مانند استناد به کتاب (تا شش نویسنده) است فقط بعد از نویسنده ی ششم واژه ی «et al» اضافه می شود.

Example: Kralewski JE, Hart G, Perlmutter C, Chou SN, Carter M, Green S, et al. Information Management in Healthcare. USA: Delmar; 1998:20-31.

استناد به کتاب فارسی بدون ترجمه ی انگلیسی: اطلاعات منبع ترجمه شده و در انتهای آن در داخل کروشه نوشته شود:

[In Persian]

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

[In Persian]

. نویسنده بخشی (فصلی از یک کتاب):

Example: Ajami S. The Role of Earthquake Information Management System to Reduce Destruction in Disasters with Earthquake Approach. In Dr. John Tiefenbacher (Ed), Approaches to Disaster Management - Examining the Implications of Hazards, Emergencies and Disasters. Croatia: INTECH; 2013.131-144.

ویرایشگر (Editor) به عنوان نویسنده:

پس از نام خانوادگی و حرف اول نام کوچک علامت «،» و سپس کلمه‌ی «Editor» می‌آید. بقیه‌ی اطلاعات کتاب‌شناسی به صورت پیش گفته (استناد به کتاب) تنظیم می‌گردد.

مجلات (تا شش نویسنده):

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

دوره: Volume ، شماره: Number

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

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

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

Example: Ajami S, Fatahi M. The Role of Earthquake Information Management Systems (EIMs) in Reducing Destruction: A Comparative Study of Japan, Turkey and Iran. *Disaster Prevention and Management* 2009; 18(2): 150-161. [In Persian].

مجلات (بیش از شش نویسنده):

مانند استناد به مجلات (تا شش نویسنده) است فقط بعد از نویسنده‌ی ششم واژه‌ی «et al.» اضافه می‌شود.

Example : Kralewski JE, Hart G, Perlmutter C, Chou SN, Carter M, Green S, et al. Can Academic Medical Center Compete in a Managed Care System? *Acad Med* 1995; 70(10): 867-72 .

*تذکره ۱: در مجلات الکترونیکی اطلاعات مانند مجلات چاپی ارائه می‌گردد و آدرس الکترونیکی نیز در انتهای اطلاعات آورده می‌شود. در صورت وجود شماره DOI ، این شماره قبل از آدرس الکترونیکی ذکر می‌گردد.

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

Example : Ajami S, Bagheri-Tadi T. Barriers for Adopting Electronic Health Records (EHRs) by Physicians. *Acta Inform Med* 2013; 21(2): 129-134. doi:10.5455/aim.2013.21.129-134. Available from: <http://.....>

ترجمه کتاب:

نام خانوادگی نویسنده اصلی حرف اول نام کوچک نویسنده اصلی. نام کتاب. ترجمه‌ی (Translated by) نام کوچک نام فامیل مترجم. محل انتشار کتاب ترجمه شده: نام ناشر کتاب ترجمه شده؛ سال انتشار.

مثال: کارترم. تحقیق در عملیات در علوم بهداشتی. ترجمه‌ی سیما عجمی. اصفهان: انتشارات رشد؛ ۱۳۹۲.

Example: Carter M. Operation Research in Healthcare. Translated by Sima Ajami. Isfahan: Roshd Publisher; 2013. [In Persian].

سازمان به عنوان نویسنده یا ناشر:

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

پروژه، پایان‌نامه و رساله دکتری:

پایان‌نامه کارشناسی ارشد: نام خانوادگی مجری حرف اول نام مجری. عنوان پایان‌نامه [پایان‌نامه]. محل انتشار: نام دانشگاه؛ سال. (اگر پایان‌نامه یا رساله به فارسی می‌باشد این مساله اشاره شود).

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

Example: Akbari B. Evaluation Usage of Radio Frequency Identification in Earthquake's victims tracking Information Management System through viewpoint of Relief Experts [Thesis]. Iran: Isfahan University of Medical Sciences; 2013. [In Persian].

رساله دکتری:

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

استناد به مقاله‌ی ارائه شده در سمینار:

- نام خانوادگی ارائه‌کننده‌ی مقاله حرف اول نام. عنوان مقاله، عنوان سمینار (تاریخ برگزاری سمینار). محل برگزاری سمینار: نام برگزار کننده‌ی سمینار، سال برگزاری سمینار.

Example: Ajami S, Akbari B .RFID in Earthquake Information Management System: work in progress, Paper presented at the Second National Conference Health system, risk management And Disaster 2012. Iran: Health Management & Economics Research Center Isfahan University of Medical Sciences, 2012.

صفحه وب:

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

Web pages and websites:

Format: Author/s (full-stop after last author, 1 space) Title of article (full-stop, 1 space) Abbreviated title of electronic journal (1 space) [serial online] (1 space) Publication year (1 space) month(s) - if available (1 space) [cited year month (abbreviated) day] - in square brackets (semi colon, 1 space) Volume number (no space) Issue number if applicable in round brackets (colon) Page numbers or number of screens in square brackets (full-stop, 1 space) Available from (colon, 1 space) URL: URL address underlined

Example: Morse SS. Factors in the emergence of infectious disease. Emerg Infect Dis [serial online] 1995 Jan-Mar [cited 1999 Dec 25]; 1(1): [24 screens]. Available from: URL: <http://www.cdc.gov/ncidoc/EID/eid.htm>

Example: European Space Agency. ESA: Missions, Earth Observation: ENVISAT. [Online]. Available from: URL: <http://envisat.esa.int/> [Accessed on 3rd July 2008].

اگر نویسنده اثر ذکر نشده باشد در منبع نویسی، عنوان اولین مورد می شود. ولی اگر سازمانی صاحب اثر باشد نام سازمان به جای نویسنده قید می شود.

Format: Author (full-stop after last author, 1 space) Title (full-stop, 1 space) [Online] (full stop, 1 space) Publication Year (1 space) [cited year month (abbreviated) day] (semi colon) Number of screens in square brackets or pages (full-stop, 1 space) Available from (colon, 1 space) URL: (no space) URL address underlined

Example: Royal College of General Practitioners. The primary health care team. [Online]. 1998 [cited 1999 Aug 22]; [10 screens]. Available from: URL: <http://www.rcgp.org.uk/informat/publicat/rcf0021.htm>

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

Blogs

Example: Tyler R. The Mechanical interface of the Tardis. Weblog. <http://www.darlikcity.org/publication3.html> (Accessed 19 Apr 2006).

Online dictionary

Example: Murchison DF. Dental emergencies. In: Merck Manual of Diagnosis and Therapy [Internet]. 18th ed. Whitehouse Station (NJ): Merck; 2009 [last modified 2009 Mar; cited 2009 Jun 23]. Available from: <http://www.merck.com/mmpe/sec08/ch096/ch096a.html?qt=dental&alt>

نامه های الکترونیکی:

نام خانوادگی فرستنده نامه الکترونیکی «یک فاصله» حرف اول نام کوچک فرستنده نامه الکترونیکی. (آدرس پست الکترونیک فرستنده نامه) موضوع نامه. Email نام خانوادگی حرف اول نام کوچک گیرنده نامه الکترونیکی. (آدرس پست الکترونیک گیرنده نامه) تاریخ دریافت نامه الکترونیکی.

Example: Hornblower H. (h.hornblower@HMS.Renown.uk) Treaty of Luneville. Email to: Pellew C. (c.pellew@HMS.Justinian.uk) 16 Sep 2005.

۱. علمی یا عامه‌پسند بودن: لزوم بررسی سندیت اطلاعات سلامت منتشر شده در رسانه‌ها
فیروزه زارع فرائشندی، اورفا هوسپیان ۱۳۵-۱۳۷

مقاله‌های پژوهشی

۲. چگونه چالش‌های پیاده‌سازی پرونده‌ی الکترونیک سلامت را هموار کنیم؟: یک مطالعه‌ی کیفی در اصفهان
مریم جهانبخش، ناهید توکلی، حبیب‌اله مختاری ۱۳۸-۱۴۸

۳. انتظارات کارکنان بیمارستان از اطلاعات در ارتقای حاکمیت بالینی
مهدی کاهویی، فهیمه سالاری، سعیده ارغنده پور، راحله اخباری، سمیرا قلی زاده ۱۴۹-۱۵۷

۴. پایان‌نامه‌های فارغ‌التحصیلان دوره‌های تکمیلی دانشگاه علوم پزشکی ارومیه
عباس دولانی، کبری تارم، نجلا حریری، حافظ محمد حسن زاده افسنجانی، حیدر اسماعیلی ۱۵۸-۱۶۸

۵. میزان حاکمیت عوامل مدیریت دانش در کتابخانه‌های دانشگاه علوم پزشکی اصفهان
بهاره غلامی، حسین عابدی مدیسه، بنفشه غلامی، شهین مجیری، حسن اشرفی ریزی، نیلوفر هدیدی نژاد ۱۶۹-۱۷۶

۶. تحلیل شکاف و رتبه‌بندی ابعاد و مؤلفه‌های کیفیت خدمات کتابخانه‌های دانشگاه علوم پزشکی شهید صدوقی یزد با استفاده از مدل‌های
لایب کوآل و تحلیل سلسله مراتبی
مریم پارسائیان ۱۷۷-۱۸۹

۷. تحلیل استنادی کتاب‌های درسی پزشکی سایت آمازون از نظر استناد به مقالات دانشکده‌های داروسازی دولتی ایران
نجلا حریری، نگار فیروزی ۱۹۰-۱۹۸

۸. عوامل مؤثر بر پرداخت نقدی در بیمارستان‌های ایران: مطالعه‌ی موردی شهر تبریز
حسین پناهی، فیروز فلاحی، پرویز محمدزاده، علی جنتی، محمدرضا نریمانی، لاله صباغی‌زاده ۱۹۹-۲۰۷

۹. نقش شاخص‌های کلان سلامت در کارایی مدیریت بهداشت و سلامت روستایی استان‌های کشور
مهناز جلالوندی، سارا شمس الهی، اسماعیل شاه طهماسبی، قاسم زارعی قراکانلو ۲۰۸-۲۲۰

۱۰. مکان‌یابی مراکز بهداشتی - درمانی شهر نورآباد با استفاده از فرایند تحلیل سلسله مراتبی در محیط سیستم اطلاعات جغرافیایی
براتعلی خاکپور، حسین پورقیومی، محمد قنبری ۲۲۱-۲۳۳

۱۱. سنجش رضایت‌مندی مشتریان از کیفیت خدمات داروخانه‌ها با رویکرد ترکیبی و اصلاح شده‌ی Servqual و Kano
ابوالقاسم عربیون، جمال‌الدین کبوتری، مهدی هاشمی، محمد پیران ۲۳۴-۲۵۰

۱۲. رابطه‌ی سرمایه‌ی اجتماعی با نحوه‌ی گذران اوقات فراغت اعضای هیأت علمی دانشگاه علوم پزشکی اصفهان مبتنی بر فعالیت‌های بدنی
جهانگیر کریمیان، تقی آقا حسینی، شهرام عرف‌زاد، سید مرتضی موسوی نافچی ۲۵۱-۲۵۹

۱۳. اثرات اجرای طرح خودگردانی در میزان رضایت بیماران بستری در بیمارستان‌های شهرضا: مطالعه‌ی موردی
علی اکبر احمدی، حسین مبارکی، مهدی ملجائی ۲۶۹-۲۶۰

مقاله‌های مروری

۱۴. مرور ساختاریافته‌ی تأثیرات سیستم‌های اطلاعات بهداشتی در ایران
سیمین صالحی نژاد، لیلا احمدیان، رضا خواجهویی ۲۸۴-۲۷۰

۱۵. آیا کتابداران می‌توانند نقشی در کتاب‌درمانی ایفا کنند؟
سیده صدیقه طاهرزاده موسویان، زاهد بیگدلی ۲۹۶-۲۸۵

علمی یا عامه‌پسند بودن: لزوم بررسی سندیت اطلاعات سلامت منتشر شده در رسانه‌ها*

فیروزه زارع فراشبندی^۱، اورفا هوسپیان^۲

سر مقاله

چکیده

واژه‌های کلیدی: رسانه‌های گروهی؛ اطلاعات؛ سلامت؛ اعتبار

دریافت مقاله: ۹۲/۸/۱۵

اصلاح نهایی: -

پذیرش مقاله: ۹۲/۹/۳۰

ارجاع: زارع فراشبندی فیروزه، هوسپیان اورفا. علمی یا عامه‌پسند بودن: لزوم بررسی سندیت اطلاعات سلامت منتشر شده در رسانه‌ها. مدیریت اطلاعات سلامت ۱۳۹۳؛ ۱۱(۳): ۱۳۷-۱۳۵.

مقدمه

یکی از حوزه‌هایی که در سال‌های اخیر به‌طور قابل توجهی محتوای رسانه‌های عمومی را به خود اختصاص داده است، اطلاعات سلامت می‌باشد. یکی از حوزه‌های مورد علاقه‌ی مردم، تغذیه می‌باشد، چرا که امروزه مردم بیش از حد معمول به تغذیه و سلامت خود توجه می‌کنند. بنابراین تقاضا در مورد اطلاعات مرتبط با تغذیه در سال‌های اخیر به‌طور قابل توجهی افزایش یافته است. ولی از آن جایی که مخاطبان رسانه‌ها به‌ویژه مجلات عامه‌پسند عمدتاً آن قشری از جامعه را در بر می‌گیرند که معمولاً به دلیل سطح تحصیلات و دانش خود قادر به ارزیابی اطلاعات تغذیه‌ای یا سلامت نمی‌باشند، به هر اطلاعاتی که از مطبوعات به‌دست می‌آورند، اعتماد می‌کنند. در حالی که ممکن است این اطلاعات با آن چیزی که به‌صورت علمی اثبات شده است، مطابقت نداشته باشد. امروزه یکی از نگرانی‌های جوامع علمی این است که گزارش‌های علمی در رسانه‌ها، واقعیت‌های موجود در پژوهش‌های علمی را به تصویر نمی‌کشند، یا این که با پیشرفت‌ها و دغدغه‌های جدید در جامعه‌ی علمی هم‌خوانی ندارند (۱). برخی از مطالعات نشان داده‌اند که رسانه‌ها معمولاً در بیان فواید تغذیه‌ای اغراق می‌کنند، در حالی که از عوارض جانبی و قیمت آن‌ها چشم‌پوشی می‌نمایند. حتی ممکن است برخی از مطالب اشتباه بوده و به‌طور بالقوه برای کسانی که به آن‌ها اعتماد

می‌کنند، خطرناک باشد و هزینه‌های ثانویه‌ی هنگفتی را به آن‌ها تحمیل کند (۲). این مسأله، لزوم بررسی سندیت و صحت اطلاعات سلامت منتشر شده در رسانه‌های عمومی را آشکار می‌سازد. اگر چه ارزیابی مطالب سلامت به دلیل کمبود ابزارهای قابل اعتماد، دارای محدودیت‌هایی است، اما به نظر می‌رسد بررسی منابع مورد استفاده و بررسی شواهد موجود در منابع معتبر پزشکی می‌تواند تصویر واضح‌تری از وضعیت کنونی رسانه‌ها، در جهت بهبود کیفیت آن‌ها به دست‌اندرکاران امر تولید و توزیع مطبوعات، دولت و سازمان‌های بهداشت و سلامت ارائه دهد. همچنین این امر باعث می‌شود عموم مردم موضع خود را نسبت به این رسانه‌ها مشخص کنند و هر گونه اطلاعات مرتبط با سلامت یا تغذیه را بدون در نظر گرفتن شواهد موجود نپذیرند. در این راستا، امروزه یک روش پذیرفته شده جهت ایجاد راهنماهایی برای ارتقای سلامت و تغذیه، راهکار مبتنی بر شواهد (Evidence-Based Approach (EBA)) است.

۱- استادیار، کتابداری و اطلاع‌رسانی پزشکی، مرکز تحقیقات فناوری اطلاعات در

امور سلامت، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران

۲- دانشجوی کارشناسی ارشد، کتابداری و اطلاع‌رسانی پزشکی، دانشکده‌ی مدیریت و اطلاع‌رسانی پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران (نویسنده‌ی مسؤول)

Email: ourfa_lune@yahoo.com

بزرگسالان» انجام دادند. یافته‌ها نشان داد از ۸۸ ادعایی که ارزیابی شد، ۱۵ درصد آن دارای صحت، ۲۳ درصد آن بدون نتیجه‌ی قطعی، ۳ درصد آن نامعتبر، ۵ درصد آن حدوداً معتبر و ۵۵ درصد آن در دو پایگاه مورد بررسی وجود نداشتند. از میان ۹۴ مطلب مربوط، ۴۶ درصد آن به پژوهش استناد داده‌اند و ۳۲ درصد آن از شواهد استفاده کرده‌اند (۵). Murthy و Krishnamurthy در پژوهشی تحت عنوان «سندیت ادعاهای تبلیغاتی مربوط به دارو» دریافتند که در ۲۰ درصد این ادعاها اغراق شده است، ۳۲ درصد آن‌ها فاقد نتیجه‌ی نهایی، ۱۷ درصد آن‌ها اشتباه و ۲۱ درصد آن‌ها دارای صحت بودند. همچنین در ۱۰ درصد بروشورها منبع اصلی فاقد ادعاهای درمانی مناسب بوده است (۶).

نتیجه‌گیری

بررسی اطلاعات سلامت، از جمله اطلاعات تغذیه‌ای ارایه شده در انواع رسانه‌های عمومی چون رادیو، تلویزیون، مجلات عامه‌پسند، روزنامه‌ها، اینترنت و ... و مطابقت آنان با اطلاعات علمی مندرج در مقالات علمی و پژوهشی نمایه شده در بانک‌های اطلاعاتی معتبری مانند ISI و Pubmed می‌تواند جایگاه سندیت چنین اطلاعاتی را مشخص کرده و به دست‌اندرکاران حوزه‌ی سلامت در ارزیابی این اطلاعات کمک نماید. همچنین از این طریق مشخص خواهد شد که اطلاعات منتشر شده در رسانه‌های عمومی تا چه حد مبتنی بر واقعیت و پژوهش‌های علمی هستند. از آنجایی که رسانه‌های عمومی دارای گستره‌ی تأثیرگذاری فراوانی بر عامه‌ی مردم هستند، لزوم بررسی سندیت اطلاعات سلامت ارایه شده در آن‌ها بیش از پیش اهمیت می‌یابد. همکاری کتابداران و اطلاع‌رسانان پزشکی با متخصصان حوزه‌های مختلف علوم پزشکی و استفاده از راهکار مبتنی بر شواهد می‌تواند در ارزیابی سندیت و صحت محتوای چنین مطالبی نقش مؤثری داشته باشد.

این راهکار چارچوبی برای ادغام بهترین و جدیدترین مطالعات در برنامه‌های آموزشی و ارتباطی را ارایه می‌دهد. راهکار مبتنی بر شواهد، مرور نظام‌مند، خلاصه‌نویسی و ارزیابی کیفیت پژوهش در یک حوزه‌ی خاص است و شامل: (۱) تعریف مسأله و مشکل؛ (۲) فرمول‌بندی مسأله به صورت یک سوال؛ (۳) تعریف معیارهایی برای تشخیص شواهد مرتبط و با کیفیت؛ (۴) جستجو و ارزیابی شواهد؛ (۵) تشخیص شواهد مرتبط؛ (۶) خلاصه‌سازی یافته‌ها و ارزیابی آن‌ها؛ (۷) خلاصه‌سازی شواهد و ارایه‌ی آن به صورت مجموعه‌ای از توصیه‌ها برای تصمیم‌گیری، می‌باشد (۳). با استفاده از این روش و ترکیب آن با روش‌های پژوهشی دیگر می‌توان سندیت و حتی صحت اطلاعات سلامتی را که در رسانه‌ها منتشر می‌شوند، مورد بررسی قرار داد.

برخی محققان سعی کرده‌اند با ارزیابی کیفیت اطلاعات موجود در رسانه‌ها و همچنین با مرور شواهد موجود به نتایجی در این خصوص دست یابند. از جمله اهرنجانی و همکاران در پژوهشی تحت عنوان «تعیین جایگاه مطالب تغذیه‌ای در مطبوعات ایران: تحلیل محتوا» دریافتند که میزان و نحوه‌ی ارایه‌ی مطالب تغذیه‌ای علمی و مفید به خوانندگان در روزنامه‌های مورد بررسی به‌عنوان نماینده‌ی مناسبی از روزنامه‌های ایران، مطلوب نمی‌باشد (۴). یافته‌های Ashorkhani و همکاران نیز در پژوهشی با عنوان «کیفیت اخبار سلامت انتشار یافته در رسانه‌های چاپی کشورهای در حال توسعه: مطالعه‌ی موردی در ایران» نشان دادند که ۱۸ درصد مقالات روزنامه‌ها برای ارایه‌ی اطلاعات سلامت به عموم مردم مناسب نیستند و عوامل بسیاری مانند: دانش کم، انگیزه‌ی ناکافی و موانع زمینه‌ای دیگر در سطوح مختلف بر کیفیت چنین اخباری تأثیر می‌گذارند (۲). Shaw و همکاران پژوهشی تحت عنوان «تحلیل محتوای کمیت و صحت اطلاعات مکمل‌های غذایی موجود در مجلات پرخواننده‌ی

References

1. Van Trig AM, de Jong-van den Berg LT, Voogt LM, Willems J, Tromp TF, Haaijer-Ruskamp FM. Setting the Agenda: Does the Medical Literature Set the Agenda for Articles about Medicines in the Newspapers? Soc Sci Med 1995; 41(6): 893-9.

- Ashorkhani M, Gholami J, Maleki K, Nedjat S, Mortazavi J, Majdzadeh R. Quality of Health News Disseminated in the Print Media in Developing Countries: A Case Study in Iran. *BMC Public Health* 2012; 12(627): 2-7.
- United States Department of Agriculture, Center for Nutrition Policy and Promotion. An Evidence-Based Approach to Reviewing the Science on Nutrition and Health [Online]. 2008. Available from: URL: <http://www.cnpp.usda.gov/publications/nutritioninsights/insight38.pdf>.
- Mohammadpour Ahranjani B, Abdolahi M, Pakravan M. Nutritional Messages in Iranian Newspapers: A Content Analysis. *Payesh* 2003, 2(1): 63-71. [In Persian]
- Shaw P, Zhang V, Metallinos-Katsaras E. A content analysis of the quantity and accuracy of dietary supplement information found in magazines with high adolescent readership. *J Altern Complement Med* 2009; 15(2): 159-64.
- Murthy MB, Krishnamurthy B. Authenticity of claims made in drug promotional literature. *Indian J Pharmacol* 2010; 42(1): 59-60.

چگونه چالش‌های پیاده‌سازی پرونده‌ی الکترونیک سلامت را هموار کنیم؟:

یک مطالعه‌ی کیفی در اصفهان*

مریم جهانبخش^۱، ناهید توکلی^۲، حبیب اله مختاری^۳

مقاله پژوهشی

چکیده

مقدمه: دورنمای پرونده‌ی الکترونیک سلامت (Electronic Health Record) در جوامع مختلف ثابت نبوده و در عین به همراه داشتن مزایا و فرصت‌ها، با چالش روبرو است. در این پژوهش سعی شده چالش‌ها معرفی و اجرای EHR از دیدگاه متولیان آن در استان اصفهان بررسی شود.

روش بررسی: پژوهش حاضر مطالعه‌ای کیفی است که در سال ۱۳۸۹ خورشیدی در استان اصفهان انجام شد. با استفاده از روش پدیدارشناسی (فونومولوژی) و از طریق مصاحبه‌ی عمیق نیمه ساختاریافته به استنتاج تجارب صاحب‌نظران حوزه‌ی سلامت در رابطه با چالش‌های اجرای پرونده‌ی الکترونیک سلامت و راهکارهای حل چالش‌ها پرداخته شد. مصاحبه‌شوندگان بر اساس نمونه‌گیری به روش گلوله برفی (Snow Ball) مشتمل بر ۳ پزشک، ۴ نفر از مدیران بخش‌های مختلف سلامت و ۸ نفر از سایر متخصصانی بودند که در سطح بیمارستان‌ها و سایر مراجع مرتبط در این زمینه مانند معاونت درمان، سازمان‌های بیمه، ستاد دانشگاه و استانداری در رابطه با محتوا و ساختار پرونده‌ی الکترونیک سلامت مطلع و در این زمینه دارای فعالیت‌های پژوهشی بوده و یا در برنامه‌ریزی و معرفی پرونده‌ی الکترونیک سلامت در استان اصفهان فعالیت داشتند.

یافته‌ها: پژوهشگر چالش‌های پرونده‌ی الکترونیک سلامت در استان اصفهان و راهکارهای مربوط به حل آن‌ها را در دو بعد زیرساختاری و ساختاری استخراج و تبیین کرد.

نتیجه‌گیری: متأسفانه نتایج این مطالعه نشان داد با وجود آن‌که پزشکان از مهم‌ترین کاربران پرونده‌ی الکترونیک سلامت‌اند، اما کم‌ترین نظرات را در رابطه با چالش‌ها ارایه داده‌اند و این کاستی قابل تأمل است چرا که اگر دال بر کم‌رنگ بودن نقش آن‌ها در معرفی و اجرای پرونده‌ی الکترونیک سلامت باشد این امر نتایج زیان‌باری به دنبال خواهد داشت.

واژه‌های کلیدی: پرونده‌ی الکترونیک سلامت؛ چالش‌ها؛ راهکارها

پذیرش مقاله: ۹۲/۵/۲۳

اصلاح نهایی: ۹۲/۳/۶

دریافت مقاله: ۹۱/۹/۶

ارجاع: جهانبخش مریم، توکلی ناهید، مختاری حبیب اله. چگونه چالش‌های پیاده‌سازی پرونده‌ی الکترونیک سلامت را هموار کنیم؟: یک مطالعه‌ی کیفی در اصفهان. مدیریت اطلاعات سلامت ۱۳۹۳؛ ۱۱(۲): ۱۴۸-۱۳۸.

متفاوت است و ممکن است آن‌چه در کشوری پرونده‌ی

مقدمه

به دنبال پیشرفت‌های زیادی که طی ۲۰ سال گذشته، بالاخص در حیطه‌ی مراقبت بهداشتی، در فن‌آوری اطلاعات رخ داده، اشکال متفاوتی از پرونده‌ی الکترونیک سلامت مورد بحث، طراحی و اجرا قرار گرفته به گونه‌ای که تاکنون پروژه‌های زیادی در سطح سازمانی و ملی برای تعریف معماری، طراحی و اجرای آن انجام شده است (۱-۲). هر چند نوع و گستره‌ی این‌گونه پرونده‌ها در کشورهای مختلف

* این مقاله حاصل طرح پژوهشی (به شماره‌ی ۲۸۸۰۱۹) در مرکز تحقیقات فن‌آوری اطلاعات در علوم سلامت می‌باشد.

۱- مربی، مدارک پزشکی، دانشکده‌ی مدیریت و اطلاع‌رسانی پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران

۲- مربی، مدارک پزشکی، دانشکده‌ی مدیریت و اطلاع‌رسانی پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران (نویسنده‌ی مسؤل)

Email: tavakoli@mng.mui.ac.ir

۳- دکتری حرفه‌ای، پزشکی عمومی، کلینیک صنعت نفت اصفهان، اصفهان، ایران

الکترونیک سلامت خوانده می‌شود با نمونه‌ی آن در کشورهای دیگر مشابهتی نداشته باشد؛ اما آنچه حایز اهمیت است دلایل و منطق تمایل به تغییر از نظام دستی به نظام الکترونیک است (۲).

پرونده‌های کاغذی (نظام دستی) دارای محدودیت‌هایی است که مربوط به ماهیت فیزیکی‌شان بوده و در پرونده‌ی الکترونیک سلامت قابل اصلاح است که از جمله می‌توان به موارد زیر اشاره نمود:

- استفاده از آن‌ها تنها در یک مکان میسر است و قابلیت استفاده‌ی هم‌زمان توسط بیش از یک کاربر را ندارند.
 - پاسخ‌گوی نیازهای محیط‌های مراقبتی پیچیده‌ی امروزی نیستند.
 - شناسایی داده‌های ناکامل یا مستندسازی ناقص در آن‌ها دشوار است.
 - مکانیسمی برای گردآوری اسناد یا تصاویر تولید شده توسط منابع خارجی مانند رادیولوژیست‌ها، برنامه‌های مطالعاتی یا آموزشی وجود ندارد.
 - امکان استفاده از پتانسیل‌های مولتی مدیاها مانند صدا، ویدئو و غیره وجود ندارد.
 - نقایصی مانند غیرقابل فهم بودن، ناخوانایی و سازمان‌دهی اطلاعات در آن‌ها محتمل‌تر است (۳).
- مطالعات انجام شده بر روی استفاده‌ی پزشکان از پرونده‌های کاغذی نشان داده که محدودیت‌های پرونده‌های کاغذی اثربخشی آن‌ها را برای سازمان‌دهی و ذخیره‌سازی کاهش داده و پرونده‌های کامپیوترمدار (Computer-based patient record) (۴) به منظور غلبه بر بسیاری از این محدودیت‌ها طراحی شده است (۳). از جمله مزایای پرونده‌ی الکترونیک سلامت می‌توان به موارد زیر اشاره نمود:
- بهینه‌سازی صائب بودن و با کیفیت بودن داده‌های ثبت شده در پرونده‌ی سلامت
 - ارتقای دسترسی شاغلین بهداشتی به اطلاعات بیماران در مراقبت فعلی و آتی
 - بهینه‌سازی کیفیت مراقبت به دنبال دسترسی سریع به اطلاعات سلامت

• کاهش هزینه‌های مراقبت بهداشتی

بدین ترتیب دسترسی به محیط بدون کاغذ فرا خواهد رسید (۲). با این حال، حرکت از نظام پرونده‌ی پزشکی کاغذی به سمت پرونده‌ی الکترونیک سلامت برای بیمارستان‌ها یک چالش محسوب می‌شود (۵-۶). Nelson و Englehardt معتقدند دورنمای پرونده‌ی الکترونیک سلامت ثابت نبوده و در کنار فرصت‌ها، چالش‌هایی را نیز به همراه دارد (۴).

در طی سال‌های اخیر اجرای برخی از اشکال پرونده‌ی الکترونیک سلامت در تعدادی از کشورها میسر شده است و نمونه‌های محدودی از پرونده‌ی الکترونیک سلامت به مرحله‌ی عملیاتی رسیده‌اند به عنوان مثال در مالزی دو بیمارستان ۹۶۰ تختی و ۲۷۰ تختی دارای پرونده‌ی الکترونیک سلامت شده‌اند، در اندونزی استاندارد پرونده‌ی الکترونیک سلامت در سطح مراقبت اولیه در حال اجراست، در چین نیز تعدادی از بیمارستان‌ها موفق به معرفی اشکالی از پرونده‌ی الکترونیک سلامت شده‌اند، اما هنوز هیچ‌کدام نتوانسته‌اند نظام بدون کاغذ را پیاده سازند (۲). سازمان بهداشت جهانی چالش‌های احتمالی در اجرای پرونده‌ی الکترونیک سلامت را در موارد زیر برشمرده است:

- ۱- فقدان ترمینولوژی استاندارد و دشواری ورود داده‌ها
 - ۲- مقاومت در برابر فن‌آوری کامپیوتری و فقدان سواد کامپیوتری
 - ۳- هزینه‌ی بالای نظام‌های کامپیوتری و محدودیت‌های بودجه و سرمایه‌گذاری
 - ۴- نگرانی و عدم اطمینان ارایه‌دهندگان مراقبت از دسترسی به‌هنگام به داده‌ها
 - ۵- نگرانی ارایه‌دهندگان، بیماران و عموم مردم در رابطه با حریم شخصی، محرمانگی و کیفیت اطلاعات تولید شده
 - ۶- فقدان دانش کافی کارکنان از نظام‌های طبقه‌بندی بیماری‌ها
- با توجه به آن‌که امروز داعیه‌ی اجرای پرونده‌های الکترونیک سلامت در کشورمان مطرح شده، تبیین چالش‌ها و راهکارها در این راستا از دید صاحب‌نظران این فن الزامی به نظر رسید و مطالعه‌ی حاضر با این هدف انجام شد.

روش بررسی

از آن‌جا که پژوهشگر قصد داشته به توصیف و شناخت چالش‌های اجرای پرونده‌ی الکترونیک سلامت و راهکارهای مرتبط بپردازد، بنابراین پژوهش حاضر یک مطالعه‌ی کیفی است که در سال ۱۳۸۹ خورشیدی در استان اصفهان انجام شده است. در پژوهش حاضر از روش پدیدارشناسی (فنونولوژی) استفاده شد. بنابراین تجارب افراد از طریق مصاحبه‌ی عمیق نیمه ساختاریافته درباره‌ی پرونده‌ی الکترونیک سلامت به‌عنوان موضوعی جدید در عرصه‌ی سلامت مورد بررسی قرار گرفت.

جامعه‌ی پژوهش شامل پزشکان، مدیران و متخصصان رشته‌های مختلف با حداقل مدرک کارشناسی ارشد است که در رابطه با محتوا و ساختار پرونده‌ی الکترونیک سلامت مطلع و در این زمینه دارای فعالیت‌های پژوهشی بوده و یا در برنامه‌ریزی و معرفی پرونده‌ی الکترونیک سلامت در استان اصفهان نقش موثری داشته‌اند. اطلاعات از طریق مراجعه به بیمارستان‌ها و سایر مراجع مرتبط در این زمینه مانند معاونت درمان، سازمان‌های بیمه، ستاد دانشگاه و استانداری گردآوری شد. با استفاده از نمونه‌گیری به روش گلوله برفی (Snow Ball) ابتدا با افرادی که دارای معیارهای ورود به مطالعه بودند مصاحبه شد، سپس به‌واسطه آن‌ها اشخاص دیگری که صلاحیت ورود به مطالعه را دارا بودند، شناسایی و برای مصاحبه به آن‌ها مراجعه به عمل آمد. این تسلسل به منظور رسیدن به مرحله‌ی اشباع اطلاعات (Information Saturation) ادامه یافت و بدین ترتیب تعداد نمونه‌ی مطالعه به ۱۵ نفر مشتمل بر ۳ پزشک، ۴ نفر از مدیران بخش‌های مختلف سلامت و ۸ نفر از سایر متخصصان در زمینه‌ی پرونده‌ی الکترونیک سلامت رسید.

یافته‌ها

یافته‌ها نشان داد که ۲۶/۷ درصد (۴ نفر) از مصاحبه‌شوندگان زن و ۷۳/۳ درصد (۱۱ نفر) مرد بودند. اکثر مصاحبه‌شوندگان (۶۶/۷ درصد) بین ۴۹-۴۰ و حداقل آن‌ها (۶/۵ درصد) بین ۵۹-۵۰ سال سن داشتند، از مجموع مصاحبه‌شوندگان ۶۰

درصد افراد دارای مدرک کارشناسی ارشد و ۴۰ درصد دارای مدرک دکترا بودند. اکثر مصاحبه‌شوندگان در زمینه‌ی پرونده‌ی الکترونیک سلامت دارای سابقه‌ی کم‌تر از ۵ سال بودند که با توجه به جدید بودن نظام پرونده‌ی الکترونیک سلامت بدیهی به نظر می‌رسد.

پژوهشگر ابتدا بر اساس تجربیات صاحب‌نظران چالش‌ها را به‌عنوان مفهوم اصلی، به مفاهیم فرعی سطح اول زیرساختاری و ساختاری تفکیک نمود (جدول ۱) و سپس به استنتاج و طبقه‌بندی مفاهیم فرعی سطح دوم شامل مشکلات مرتبط با فن‌آوری اطلاعات، عدم تعاریف و مفاهیم یکسان در رابطه با پرونده‌ی الکترونیک سلامت، مشکلات فرهنگی و فقدان نیازسنجی قبل از اجرا در بعد زیرساختار؛ و عدم ثبات ضمانت اجرایی، نقض محرمانگی و موارد قانونی، خدشه‌دار شدن مدیریت اطلاعات و عدم یکپارچگی و اشتراک در سطح فرا سازمانی در بعد ساختار پرداخت. در نهایت راهکارهای مطرح شده از نظر صاحب‌نظران گردآوری و طبقه‌بندی شد که در ادامه به تشریح آن پرداخته می‌شود.

همان‌گونه که آورده شد، پژوهشگر چالش‌های زیرساختاری را به ۴ بخش تقسیم نموده است:

۱. مشکلات مرتبط با فن‌آوری اطلاعات

- هزینه‌بر بودن سخت‌افزارها
 - هزینه‌بر بودن نرم‌افزارها
 - ضعف استانداردها و الزامات ارتباطی
 - ضعف نرم‌افزارهای سیستمی و کاربردی
- راهکارهای ارایه شده برای چالش‌های مرتبط با فن‌آوری اطلاعات از دیدگاه صاحب‌نظران عبارت‌اند از:
- طراحی سوییچ‌های لازم برای انتقال داده‌هایی با حجم بالا مانند داده‌های تصویری
 - نرمالیزه کردن داده‌های پایگاه‌های اطلاعاتی
 - استفاده از SQL Server 2008
 - جایگزین کردن مدل آشنایی با مدل چرخه‌ای
 - محدود ساختن زمان استفاده از دسترسی بر خط به پرونده‌ها
 - اصلاح نقایص HIS‌های فعلی

جدول ۱: چالش‌های پرونده‌ی الکترونیک سلامت از دیدگاه صاحب‌نظران حوزه‌ی سلامت

مصاحبه شونده‌گان	چالش‌ها	زیرساختاری	ساختاری
پزشکان	اختلال در ارتباط بین پزشک و بیمار فقدان آموزش کاربران قبل از اجرای پرونده‌ی الکترونیک سلامت		فقدان امضای دیجیتال دشواری تعیین فرمت مناسب برای ورود داده‌ها ضعف خدمات پرس و جوی مناسب اطلاعات و دست‌کاری داده‌ها
مدیران	بالا بودن هزینه‌های سخت‌افزاری و نرم‌افزاری عدم زبان مشترک بین طراحان و کاربران پرونده‌ی الکترونیک سلامت عدم انگیزه کاربران مسن و با تجربه در پذیرش پرونده‌ی الکترونیک سلامت عدم احساس نیاز واقعی سازمان به پرونده‌ی الکترونیک سلامت فقدان نیروی متخصص به منظور پشتیبانی از پرونده‌ی الکترونیک سلامت		عدم مسئولیت‌پذیری برای حفظ و به‌روزرسانی پرونده‌ی الکترونیک سلامت در سازمان عدم حمایت مالی متولیان در راه‌اندازی پرونده‌ی الکترونیک سلامت عدم شفافیت تفکیک اطلاعات محرمانه از غیرمحرمانه در محیط سایر مشکلات حقوقی و حقیقی پرونده‌ی الکترونیک سلامت افزایش حجم اطلاعات الکترونیکی بدون اعمال مدیریت عدم آمادگی موسسات درمانی در زمینه تبادل اطلاعات
سایر متخصصان	بالا بودن هزینه‌های سخت‌افزاری و نرم‌افزاری در شروع کار بالا بودن هزینه‌ی استانداردهای تبادل داده مثل Health Level 7 (HL7) و (DICOM) Digital Imaging and Communication in Medicine بالا بودن حجم داده‌های تصویری و نیاز به سویچ‌های خاص انتقال اطلاعات و مخازن ذخیره‌ی مجزا از Data warehouse عدم قابلیت سامانه‌های فعلی برای استفاده از HL7 پایین بودن سرعت ارتباطات و سویچ‌های اطلاعات نامناسب بودن سیستم‌های مدیریت پایگاه‌های اطلاعاتی فقدان سیستم عامل ملی محدودیت در استفاده از Oracle عدم تمایز مدیران بیمارستان‌ها بین سیستم‌های اطلاعات بیمارستانی (Hospital Information Systems) فعلی و پرونده‌ی الکترونیک سلامت عدم آشنایی کافی طراحان با استانداردهای پرونده‌ی الکترونیک سلامت عدم شناخت درست دستگاه‌های متولی پرونده‌ی الکترونیک سلامت فقدان آموزش کاربران قبل از اجرای پرونده‌ی الکترونیک سلامت تفاوت دیدگاه مدیران با کادر درمانی نسبت به پرونده‌ی الکترونیک سلامت		افزایش حجم اطلاعات الکترونیکی بدون اعمال مدیریت عدم وجود امکانات برون‌سازمانی برای استفاده از قابلیت‌های فراسازمانی پرونده‌ی الکترونیک سلامت تک بعدی بودن طرح‌های فعلی و عدم توجه به یکپارچگی اطلاعات از بدو تولد تا مرگ

۲. عدم تعاریف و مفاهیم یکسان
- یکسان گرفتن مفهوم HIS با پرونده‌ی الکترونیک سلامت
 - عدم زبان مشترک بین طراحان، کاربران و متولیان راهکارهای ارایه شده برای چالش‌های حاصل از عدم تعاریف و مفاهیم یکسان از پرونده‌ی الکترونیک سلامت از دیدگاه صاحب‌نظران عبارت‌اند از:
 - درگیر کردن اصناف مربوط مانند بیمه‌ها، رادیولوژی و ...
 - بومی‌سازی تعریف EHR
 - استانداردسازی داده‌ها به منظور برداشت یکسان همگان
 - V&V (Verification and Validation) اطلاعات
۳. مشکلات فرهنگی
- عدم پذیرش توسط برخی از کاربران
 - خدشه‌دار شدن ارتباط عاطفی پزشک و بیمار
 - راهکارهای ارایه شده برای چالش‌های مرتبط با مشکلات فرهنگی از دیدگاه مدیران عبارت‌اند از:
 - تشریح مزایای EHR برای عموم مردم
 - تبلیغ درباره‌ی EHR از طریق رسانه‌ها
 - ایجاد انگیزه در سازمان‌ها برای پذیرش EHR
 - شناسایی تیمی ذهنیت کاربران درباره‌ی EHR
 - تقویت فرهنگ انجام فعالیت‌های بین بخشی
 - تقویت EHR از طریق آموزش
۴. فقدان نیازسنجی قبل از اجرا
- بستر نامناسب برای اجرای پرونده‌ی الکترونیک سلامت
 - شکاف بین نیازهای مدیریتی و بالینی
 - راهکارهای ارایه شده برای چالش‌های حاصل از فقدان نیازسنجی از دیدگاه صاحب‌نظران عبارت‌اند از:
 - نیازسنجی درباره‌ی EHR بالاخص از بیماران، کادر درمانی و کارکنان بخش مدارک پزشکی
 - نیازسنجی در مباحث بالینی، مالی و اجرایی توسط کمیته‌های مرتبط
 - انجام مطالعات اکتشافی در راستای پیاده‌سازی EHR
 - برگزاری جلسات توجیهی برای مدیران سازمان‌ها قبل از اجرای EHR
- چالش‌های ساختاری که پژوهشگر آن را به ۴ بخش تقسیم نموده است نیز عبارت‌اند از:
۱. عدم ثبات ضمانت اجرایی
 - عدم شفافیت مسؤولیت حفظ و ارتقای پرونده‌ی الکترونیک سلامت
 - حمایت مالی ضعیف ارگان‌های ذی‌صلاح
 - راهکارهای ارایه شده برای چالش‌های حاصل از فقدان ثبات در ضمانت اجرایی از دیدگاه صاحب‌نظران عبارت‌اند از:
 - ایجاد کمیته‌های فوق تخصصی به‌عنوان زیر شاخه‌های کمیته‌ی راهبردی EHR
 - تأمین هزینه‌ها توسط بخش‌های خصوصی مرتبط
 - ایجاد یک وزارتخانه یا سازمان به‌عنوان متولی ملی EHR و متعامل با وزارتخانه‌های مرتبط
 - یاری گرفتن از معاون اول ریاست جمهوری برای اجرای EHR به مدت ۱۰ سال
 - منصوب کردن وزارت بهداشت به‌عنوان متولی اصلی و مخابرات به‌عنوان سازمان پشتیبانی کننده
 ۲. نقض محرمانگی و موارد قانونی
 - خدشه‌دار شدن احتمالی محرمانگی
 - عدم مقبولیت در موارد قضایی و حقوقی
 - راهکارهای ارایه شده برای چالش‌های مرتبط با نقض محرمانگی اطلاعات از دیدگاه صاحب‌نظران عبارت‌اند از:
 - تضمین محرمانگی از بالاترین سطوح مانند وزارت بهداشت و نظام پزشکی
 - ایجاد Master Card برای کاربران
 - ایجاد رمز مخصوص برای بیماران
 - تعیین سطوح دسترسی کاربران مجاز
 ۳. خدشه‌دار شدن مدیریت اطلاعات
 - اشکال در ورود و دست‌کاری داده‌ها
 - افزودنی اطلاعات
 - راهکارهای ارایه شده برای چالش‌های مرتبط با خدشه‌دار شدن مدیریت اطلاعات از دیدگاه صاحب‌نظران عبارت‌اند از:
 - نیازسنجی و مطالعه‌ی کافی در زمینه‌ی اصول طراحی درونداد

هزینه بر بودن نرم افزارها

Scott و همکارانش طی انجام یک مطالعه‌ی کیفی به بررسی نگرش کاربران نسبت به اجرای پرونده‌ی الکترونیک پزشکی پرداخته‌اند. در این مطالعه که بر روی ۲۶ نفر از کاربران پرونده‌ی الکترونیک پزشکی در ۴ درمانگاه و ۴ بخش یکی از بیمارستان‌های ایالت هاوایی انجام شده است، نتایج اجرای پرونده‌ی الکترونیک پزشکی در چند فاکتور کلیدی از نظر کاربران ارایه شد که از جمله آن‌ها افزایش مشکلات طراحی نرم‌افزاری بود (۸).

ضعف استانداردها و الزامات ارتباطی

از جمله مشکلات اولیه در اجرای پرونده‌ی الکترونیک سلامت وجود داده‌های مختلف از منابع مختلف است و راه حل آن منوط به استانداردهایی است که جامعه‌ی انفورماتیک در اواسط دهه‌ی ۸۰ میلادی شروع به ایجاد آن کرده است. استانداردها پلهایی هستند که می‌توانند بسیاری از جزایر الکترونیکی اطلاعات بیمارارن را با هزینه‌ای اندک با پرونده‌ی الکترونیک ترکیب کنند. به‌عنوان مثال HL7 نوعی استاندارد انتقال اطلاعات بالینی است که بیش از ۲۰۰ بیمارستان در ایالت متحده و نیز بیش‌تر آزمایشگاه‌های مرجع بزرگ این ایالت از آن استفاده می‌کنند. از دیگر استانداردهای کاربردی در پرونده‌ی الکترونیک سلامت DICOM است که منجر به انتقال تصاویر پزشکی می‌شود (۷).

ضعف نرم افزارهای سیستمی و کاربردی

بنا نهادن پرونده‌ی الکترونیک پزشکی به دلیل وجود منابع الکترونیکی متعدد داده‌ها مثل سیستم‌های آزمایشگاهی، سیستم‌های داروخانه‌ای و سیستم‌های رونوشت‌برداری از گفته‌های پزشکان که هر کدام به شکل جزایر اطلاعاتی جدا از هم بوده و دارای ساختارهای متفاوت و درجات متفاوتی از جزییات و سیستم‌های مختلف کدبندی می‌باشد، بسیار سخت است. برای حل این مشکلات از جمله راه‌های مداخله‌ای استفاده از استانداردهای سازمانی مانند American Society for Testing and Materials (ASTM) یا استانداردهایی مانند Systematized Nomenclature of Medicine, H17 (SNOMED)، Logical Observation Identifiers

- استفاده از پایگاه‌های داده سرویس‌گرا
- ۴. عدم یکپارچگی و اشتراک در سطح فراسازمانی
- محدودیت در استفاده از اطلاعات بیمار در محیط فراسازمانی
- عدم یکپارچگی و منفک بودن طرح‌های پرونده‌ی الکترونیک سلامت در استان
- راهکار ارایه شده برای چالش‌های مرتبط با عدم یکپارچگی و اشتراک در سطح فراسازمانی از دیدگاه مدیران عبارت است از:
- توجه به اجرای EHR در سطوح مراقبتی خارج از بیمارستان

بحث

امروزه سلامت الکترونیک در سراسر دنیا در حال تکامل است و پرونده‌ی الکترونیک سلامت عنصری اساسی برای آن محسوب می‌شود پرونده‌ی الکترونیک سلامت اگر چه فرصت‌های بالقوه‌های را برای سیستم‌های بهداشتی درمانی به دنبال دارد اما اجرای آن با چالش روبرو است (۴). بنابراین هدف از مطالعه‌ی حاضر استخراج چالش‌ها در اجرای پرونده‌ی الکترونیک سلامت و راهکارهای مربوط بر اساس تجارب صاحب‌نظران این فن بود. بنابراین پژوهشگر برای دستیابی به این هدف و فهم عمیق این موضوع مهم از رویکرد کیفی استفاده کرد.

از دیدگاه مصاحبه شونده‌گان از جمله چالش‌های پرونده‌ی الکترونیک سلامت هزینه‌بر بودن سخت‌افزارها، هزینه‌بر بودن نرم‌افزارها، ضعف استانداردها و الزامات ارتباطی و ضعف نرم‌افزارهای سیستمی و کاربردی است که پژوهشگر آن‌ها را در قالب چالش‌های زیرساختاری و در بخش چالش‌های فن‌آوری اطلاعات طبقه‌بندی کرده است.

هزینه‌بر بودن سخت‌افزارها

هزینه نصب و نگهداری کامپیوترها بسیار بالا می‌باشد. به‌عنوان مثال هزینه نصب و حفاظت از یک سیستم کامپیوتری در یک بیمارستان حدود ۹۰۰۰ دلار آمریکا به ازای هر تخت بوده و ۳۰۰ دلار به ازای هر سال نگهداری به آن اضافه می‌شود (۷).

سلامت، پذیرش و استفاده از آن توسط کاربران است. تایلدن از جمله کشورهایی است که به اجرای برنامه‌ی ملی مراقبت بهداشتی پرداخته و نظام فن‌آوری اطلاعات سلامت کشور را با هدف حمایت از آن بازسازی نموده است. مطالعه‌ی انجام شده در این کشور نشان می‌دهد که فن‌آوری اطلاعات سلامت در مراکز بهداشت جامعه‌نگر مشتاقانه توسط کاربران پذیرفته شده است (۱۱). Scott و همکاران نیز در مطالعه‌ی خود دریافتند بهره‌وری پزشکان به‌ویژه طی مراحل اولیه‌ی اجرای این فن‌آوری به علت مقاومت افراد و عدم وضوح نقش‌ها و مسؤلیت‌ها کاهش می‌یابد (۸).

خداشه‌دار شدن ارتباط عاطفی پزشک و بیمار

وجود صفحه‌های کامپیوتری می‌تواند مانع تماس چشمی ارایه‌دهندگان مراقبت و بیماران شود، به‌گونه‌ای که مطالعات نشان داده است که رضایت بیماران در مواردی که پرستاران داده‌های آن‌ها را بر بالین‌شان وارد کامپیوتر می‌کردند، نسبت به زمانی که این داده‌ها در ایستگاه پرستاری وارد کامپیوتر شده کم‌تر است. پرونده‌های کامپیوتری می‌تواند ارتباط بین پزشک و بیمار را نیز به خاطر ضعف نرم‌افزاری و در نتیجه کاهش تمرکز پزشک پیچیده کند. علاوه بر این پرونده‌ی کامپیوتری می‌تواند فشار کاری را به دنبال تایپ کردن، کلیک کردن و جستجو کردن داده‌ها از طریق منوها افزایش دهد (۷). مطالعه‌ی Thomas نشان داد ۳۹ درصد پزشکان عمومی احساس می‌کنند اجرای پرونده‌ی الکترونیک سلامت کیفیت ارتباط آن‌ها با بیماران را کاهش می‌دهد (۱۲).

عدم احساس نیاز واقعی سازمان به پرونده‌ی الکترونیک سلامت، فقدان آموزش کاربران قبل از اجرای پرونده‌ی الکترونیک سلامت، تفاوت دیدگاه مدیران با کادر درمانی نسبت به پرونده‌ی الکترونیک سلامت تحت عنوان فقدان نیازسنجی قبل از اجرا به‌عنوان آخرین چالش در حیطه‌ی زیرساختاری در نظر گرفته شد.

بستر نامناسب برای اجرای پرونده‌ی الکترونیک سلامت

در تحقیقی که چالش‌های پرونده‌ی الکترونیک سلامت از دیدگاه ۱۱ نفر از رؤسا (که همگی پزشک بودند) و ۱۲ نفر از مدیران درمانگاه‌های آموزشی نیویورک بررسی شد،

DICOM, Names and Codes (LOINC) و دیگر استانداردهایی است که به وسیله‌ی جامعه‌ی انفورماتیک پزشکی توسعه داده شده است (۷).

عدم تعاریف و مفاهیم یکسان در رابطه با پرونده‌ی الکترونیک سلامت که خود به علت یکسان گرفتن مفهوم HIS با پرونده‌ی الکترونیک سلامت و عدم زبان مشترک بین طراحان، کاربران و متولیان است از دیگر چالش‌های زیرساختاری به حساب می‌آید.

تحقیقات نشان می‌دهد که ۴۰ درصد سیستم‌های کامپیوتری جدید به‌وسیله‌ی کاربران اعم از پزشکان، پرستاران، مدیران متخصصان مراقبتی بایکوت می‌شوند. از این رو منطقی است که کاربران قبل از به‌کارگیری در خصوص مزایا و نحوه‌ی به‌کارگیری این سیستم‌ها آموزش‌های لازم را دریافت کنند (۹). موانع فرهنگی به‌عنوان سومین چالش در اجرای پرونده‌ی الکترونیک سلامت در نظر گرفته شد. این چالش شامل عدم پذیرش پرونده‌ی الکترونیک سلامت توسط برخی از کاربران، و خداشه‌دار شدن ارتباط عاطفی پزشک و بیمار است.

عدم پذیرش پرونده‌ی الکترونیک سلامت توسط برخی از کاربران

به علت چالش‌ها و پیچیدگی‌های EHR، ایجاد این سیستم استراتژی هدفمندی را می‌طلبد، چرا که EHR تغییراتی را بر شیوه‌ی انجام امور تحمیل خواهد کرد که مستلزم سازگاری و انطباق با فرایندهای بالینی است. بنابراین ایجاد سیستم‌های مؤثر EHR همکاری گروه‌های مختلفی از جمله ارایه‌دهندگان، کاربران، طراحان و متخصصان مدیریت اطلاعات بهداشتی (مدارک پزشکی) را ضرورت می‌بخشد. اولین گام برای ایجاد EHR، ارتقا، بهبود و مهندسی مجدد فرایندها می‌باشد. دومین گام، حذف مقاومت‌هایی است که در برابر به‌کارگیری کامپیوتر در نظام مراقبتی وجود دارد. از آنجا که کاربران نقش اساسی در طراحی، راه‌اندازی و به‌کارگیری این سیستم‌ها خواهند داشت، بایستی از همان ابتدای امر درگیر این فعالیت‌ها باشند (۱۰).

مطالعه Tetiwat و همکارانش در تایلدن نشان داد که یکی از مهم‌ترین عوامل موفقیت در اجرای فن‌آوری اطلاعات

کنند و آن چه برای آن‌ها افشا شده برای دیگران افشا نمایند (۳).

Powsner طی نظرخواهی از کاربران پرونده‌های الکترونیک سلامت دریافت که کاهش حریم شخصی بیماران از جمله چالش‌های این نوع پرونده می‌باشد (۱۵). ایمنی اطلاعات پرونده‌ی الکترونیک سلامت یکی از ضروریات ایجاد این نوع پرونده است (۶) و کشور ما فاقد الزاماتی در این زمینه می‌باشد. با توجه به رویکرد وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی در خصوص ایجاد پرونده‌ی الکترونیک سلامت برای هر ایرانی، تهیه و تدوین این الزامات توسط متولیان امر با استفاده از تجربیات سایر کشورها توصیه می‌شود.

سومین چالش در اجرای پرونده‌ی الکترونیک سلامت خدشه دار شدن مدیریت اطلاعات در نظر گرفته شده است که در این رابطه می‌توان به دشواری تعیین فرمت مناسب برای ورود داده‌ها، ضعف خدمات پرس و جوی مناسب اطلاعات و دستکاری داده‌ها، افزایش حجم اطلاعات الکترونیکی (افزونی اطلاعات) بدون اعمال مدیریت اشاره کرد. این چالش با توجه به مشکلات موجود در زمینه‌ی فن‌آوری اطلاعات در استان که قبلاً مورد بحث واقع شد، طبیعی به نظر می‌رسد.

دیدگاه مصاحبه شونده‌گان با نظر Mc Donald مبنی بر این که کامپیوترها به‌طور هوشمند به نمایش، ورود و بازخوانی داده‌ها و جستجوی سریع و پردازش آن‌ها می‌پردازند (۷) مخالف است و با توجه به وجود مشکلات فعلی مرتبط با فن‌آوری اطلاعات امری بدیهی به نظر می‌رسد.

عدم یکپارچگی و اشتراک در سطح فرا سازمانی به‌عنوان آخرین چالش پرونده‌ی الکترونیک سلامت در این مطالعه حاصل شد. عدم وجود امکانات برون سازمانی برای استفاده از قابلیت‌های فراسازمانی پرونده‌ی الکترونیک سلامت، تک بعدی بودن طرح‌های فعلی و عدم توجه به یکپارچگی اطلاعات از بدو تولد تا مرگ، عدم آمادگی موسسات درمانی در زمینه‌ی تبادل اطلاعات می‌باشد. علاوه بر این که اطلاعات هم‌چون جزایری منفک از هم هستند، ساختار و سطح جزییات متفاوتی دارند و این تمایز در رابطه با اطلاعات برون سازمانی چشم‌گیرتر است (۷).

پاسخ‌دهندگان اعلام کردند که تأمین تجهیزاتی مانند پرینتر و آموزش پرسنل جهت کسب مهارت‌ها و توانایی‌های تایپ نسبت به سایر چالش‌ها در اولویت قرار دارد (۱۳).

شکاف بین نیازهای مدیریتی و بالینی

Amatayakul معتقد است EHR یک سیستم کامپیوتری مجزا نیست، بلکه سیستم پیچیده‌ای از هماهنگی بین سخت‌افزار، نرم‌افزار، افراد، خط‌مشی‌ها و فرایندهایی در حمایت از مراقبت بیمار است. برای اجرای موفقیت‌آمیز این پروژه در حرکت از پرونده‌ی کاغذی به سمت پرونده‌ی کامپیوتری مراحل باید اجرا شود که شامل ارزیابی، طراحی، انتخاب و اجراست و اولین گام در مرحله ارزیابی بررسی نگرش پزشکان و کارکنان و مهارت‌های آنان است (۱۴).

از جمله چالش‌های ساختاری در اجرای پرونده‌ی الکترونیک سلامت فقدان ثبات در ضمانت اجرایی این نظام است که به‌واسطه‌ی عدم مسؤلیت‌پذیری برای حفظ و به‌روزرسانی پرونده‌ی الکترونیک سلامت در سازمان، فقدان نیروی متخصص به منظور پشتیبانی از پرونده‌ی الکترونیک سلامت و عدم حمایت مالی سازمان متولی ایجاد شده است.

مطالعات Scott نشان داد که هیچ سبک رهبری منحصر به فردی در اجرای این پروژه مطلوب واقع نشده است، زیرا در عین این که سبک رهبری مشارکتی ممکن است منجر به تصمیمات اثربخش‌تر شود، تصمیم‌گیری دستوری می‌تواند برای رفع موانع و مقاومت‌ها مفید باشد و این امر ناشی از تفاوت فرهنگ همکاری در هر یک از مراحل اجرا است (۸).

نقض محرمانگی و موارد قانونی به‌عنوان دومین چالش ساختاری در اجرای پرونده‌ی الکترونیک سلامت محسوب می‌گردد که ناشی از عدم شفافیت تفکیک اطلاعات محرمانه از غیرمحرمانه در محیط سایبر، مشکلات حقوقی و حقیقی پرونده‌ی الکترونیک سلامت و فقدان امضای دیجیتال است. هنگام استفاده از پرونده‌ی الکترونیک سلامت در عین این که ایجاد دسترسی بهینه به اطلاعات لازم است، باید محرمانگی اطلاعات بیمار حفظ شود. محرمانگی مفهومی اخلاقی است و به این معناست که شاغلان بهداشتی باید توقع بیماران را جهت عدم افشای اطلاعاتی که به آن‌ها ارایه کرده‌اند ضمانت

رشد و ارتقای فرهنگ استفاده از پرونده‌ی الکترونیک سلامت، نیازسنجی و بررسی الزامات اجرای پرونده‌ی الکترونیک سلامت، تثبیت ضمانت اجرایی و حمایت مالی از کارگزاران پرونده‌ی الکترونیک سلامت، حمایت از اصل محرمانگی اطلاعات، تقویت مدیریت اطلاعات به‌واسطه‌ی پرونده‌ی الکترونیک سلامت و تسهیل یکپارچگی جزایر منفک اطلاعات بیماران در سیستم‌های بهداشتی مختلف پرداخت. بررسی پرونده‌ی الکترونیک سلامت در سایر کشورهای پیشگام در این زمینه نشان می‌دهد که اجرای این نظام مستلزم یک کمیته‌ی راهبردی و یک کمیته‌ی اجرایی است که متأسفانه بررسی پژوهشگر نشان می‌دهد توجه لازم در این رابطه صورت نگرفته است.

پیشنهادات

- تشکیل کمیته‌ی راهبردی و اجرایی قبل از اجرای پروژه‌ی پرونده‌ی الکترونیک سلامت
- نیازسنجی از مشتریان پرونده‌ی الکترونیک سلامت
- حل چالش‌های زیرساختاری قبل از اجرای پرونده‌ی الکترونیک سلامت

نتیجه‌گیری

به‌طور کلی نتایج پژوهش حاضر نشان می‌دهد: اگرچه پرونده‌ی الکترونیک سلامت فرصت‌هایی را برای سیستم‌های بهداشتی فراهم می‌آورد، اما هنوز چالش‌های زیادی بر سر راه اجرای آن وجود دارد که بر کیفیت کار اثر سوء گذاشته و باید از طریق اجرای راهکارهایی از جمله راهکارهای ارایه شده در این پژوهش مرتفع گردد. مطابق این پژوهش سایر صاحب‌نظران که اغلب دارای رشته‌های مهندسی نرم‌افزار و یا سخت‌افزاری بوده‌اند، بیش‌تر از سایرین به‌طور عملی چالش‌ها را لمس کرده و راهکار ارایه نموده‌اند و بنابراین باید در کارگروه‌های مجری پرونده‌ی الکترونیک سلامت نقش اساسی داشته باشند. با وجود آن‌که پزشکان از مهم‌ترین کاربران پرونده‌ی الکترونیک سلامت‌اند، اما کم‌ترین نظرات را در رابطه با چالش‌ها ارایه داده‌اند. این کاستی قابل تأمل است چرا که اگر دال بر کم‌رنگ بودن نقش آن‌ها در معرفی و اجرای پرونده‌ی الکترونیک سلامت باشد این امر نتایج زیانباری به دنبال خواهد داشت. بر اساس یافته‌های حاضر باید به هموار کردن چالش‌های اجرایی پرونده‌ی الکترونیک سلامت از طریق تقویت فن‌آوری اطلاعات، بومی‌سازی تعریف پرونده‌ی الکترونیک سلامت،

References

1. Blobel B, Pharow P. Analysis and evaluation of HER approaches. *Stud Health Technol Inform* 2008; 136: 359-64.
2. World Health Organization. Electronic Health record: manual for developing countries [Online]. 2006. Available from: URL: <http://www.wpro.who.int/publications/docs/EHRmanual.pdf>.
3. Abdelhak M, Hanken M, Grostick S, Jacobs E. Health information: management of a strategic resource. USA: Saunders; 2000.
4. Englehardt S, Nelson R. Health care informatics: An interdisciplinary approach. USA: Mosby; 2002.
5. Houser S, Johnson L. Perceptions Regarding Electronic Health Record Implementation among Health Information Management Professionals in Alabama: A Statewide Survey and Analysis. *Perspect Health Inf Manag* 2008; 5: 6.
6. Jenkins K, Wilson R. The challenge of electronic health records (EHRs) design and implementation: responses of health workers to drawing a big and rich picture of a future EHR programme using animated tools. *Inform Prim Care* 2007; 15(2): 93-101.
7. McDonald C. The barriers to electronic medical record systems and how to overcome them. *J Am Med Inform Assoc* 1997; 4(3): 213-21.
8. Scott J, Rundall T, Vogt T, Hsu J. Kaiser Permanente's experience of implementing an electronic medical record: a qualitative study. *BMJ* 2005; 331(7528): 1313-6.
9. Hajavi A, Meidani Z, Buraghi H. Challenges of HER. *Proceeding of the International conference on IT*; 2005; Iran, Tehran; 2005.

10. Tetiwat O, Huff S. Factors influencing the acceptance of web-based online education for Thai educators: impact of Thai culture and values. USA, PA: IGI Publishing Hershey; 2003.
11. Wager K, Lee F, Glaser J. Managing Health Care Information Systems: A Practical Approach for Health Care Executives. USA: Jossey-Bass; 2005.
12. Sequist T, Cullen T, Hays H, Taualii M, Simon S, Bates D. Implementation and use of an electronic health record within the Indian Health Service. *J Am Med Inform Assoc* 2007; 14(2): 191-7.
13. Simon S, Soran C, Kaushal R, Jenter C, Volkl L, Burdick E, et al. Physicians' Use of Key Functions in Electronic Health Records from 2005 to 2007: A Statewide Survey. *J Am Med Inform Assoc* 2009; 16(4): 465-70.
14. Amatayakul M. Electronic Health Records: A Practical Guide for Professionals and Organizations [Online]. [Cited 2009 Apr 25]; Available from: URL: http://library.ahima.org/xpedio/groups/public/documents/ahima/bok1_015872.pdf.
15. Powsner S, Wyatt J, Wright P. Opportunities for and challenges of computerisation. *Lancet* 1998; 352(9140): 1617-22.

How the Challenges Of Implementing Electronic Health Records will Pave?: a Qualitative Study in Isfahan*

Maryam Jahanbakhsh¹; Nahid Tavakoli²; Habibollah Mokhtari³

Original Article

Abstract

Introduction: Perspective of Electronic Health Records (EHR) is not constant in different societies and facing with the opportunities and challenges. In this study attempted to identify challenges of EHR implementation of point of view of custodians in Isfahan Province.

Methods: this research was a qualitative study that conducted in 2011 in Isfahan. The method of phenomenology was used so people's experiences through semi-structured depth interview about electronic health records as a new subject in the field of health has been studied. The study population included physicians (n=3), administrators (n=4) and experts in different fields (n=8) with at least a master's degree is related to the content and structure of electronic health records and inform research activities in this area have been or in the planning and introduction of electronic health records in the role of have contributed. Information obtained through hospitals and other relevant authorities in this field such as Deputy Treatment, insurance agencies, universities and General Staff were collected. Using the snowball sampling method that have first inclusion criteria were interviewed, because they then other people who possess the qualifications for entering the study were identified and referred to them for the interview was done. This continuum in order to reach saturation phase information (Information Saturation) and thus continued to study sample consisted of 15 people three doctors, four people from different parts of health managers and eight were experts in the field of electronic health records reached.

Results: The researcher divided the challenges to the two areas of infrastructure and structural.

Conclusion: Unfortunately, the results of this study showed although physicians are the most important users of electronic health records but at least the comments have presented. If the evidence is due to weakness of their role in the introduction and implementation of electronic health records, these disastrous results will follow.

Keywords: Electronic Health Record; Challenges; Solutions

Received: 26 Nov, 2012

Accepted: 14 Aug, 2013

Citation: Jahanbakhsh M, Tavakoli N, Mokhtari H. **How the Challenges Of Implementing Electronic Health Records will Pave?: a Qualitative Study in Isfahan.** Health Inf Manage 2014; 11(2): 148.

* This article is derived from a research project (No. 288019) in Information Technology in Health Research Center.

1- Lecturer, Medical Records, Faculty of Management and Information Sciences, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran

2- Lecturer, Medical Documents, Faculty of Management and Information Sciences, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran (corresponding Author) Email: tavakoli@mng.mui.ac.ir

3- MD, Head of Isfahan Oil Industry's Polyclinic, Isfahan, Iran

انتظارات کارکنان بیمارستان از اطلاعات در ارتقای حاکمیت بالینی*

مهدی کاهویی^۱، فهیمه سالاری^۲، سعیده ارغنده پور^۳، راحله اخباری^۴، سمیرا قلی زاده^۵

مقاله پژوهشی

چکیده

مقدمه: اطلاعات خوب و مناسب برای برنامه‌ریزی و اجرای حاکمیت بالینی ضروری است. بنابراین این سوال مطرح است که کارکنان بیمارستان چه انتظاراتی از اطلاعات دارند. این مطالعه به منظور شناسایی انتظارات کارکنان از اطلاعات در ارتقای حاکمیت بالینی انجام شد.

روش بررسی: این مطالعه تحلیلی بر روی ۲۵۸ نفر از کارکنان بیمارستان‌های تابعه‌ی دانشگاه علوم پزشکی و سازمان تأمین اجتماعی سمنان در سال ۱۳۹۱ خورشیدی انجام شد. روش جمع‌آوری داده‌ها یک پرسش‌نامه‌ی پژوهشگر ساخته‌ای بود که پس از تأیید صاحب‌نظران و سنجش پایایی آن از طریق ضریب Cronbach's alpha مورد استفاده قرار گرفت. برای تحلیل داده‌ها از آمارهای توصیفی با به‌کارگیری نرم‌افزار SPSS نسخه‌ی ۱۶ استفاده شد.

یافته‌ها: یافته‌ها نشان داد ۷۱/۷ درصد کارکنان دوره‌ی آموزشی حاکمیت بالینی را گذرانده بودند. ۵۸/۶ درصد اطلاعات بالینی را به‌عنوان اولویت اول و ۵۳/۳ درصد اطلاعات مدیریتی را به‌عنوان اولویت چهارم در حاکمیت بالینی انتخاب نمودند. ۳/۶ درصد مرکز اطلاع‌رسانی و فن‌آوری اطلاعات را به‌عنوان اولویت اول در اجرای حاکمیت بالینی می‌دانستند.

نتیجه‌گیری: نتایج نشان داد اگر چه اکثر جامعه‌ی آماری دوره‌ی حاکمیت بالینی را گذرانده بودند ولی به نظر می‌رسد در این دوره‌ها در ارتباط با نقش اطلاعات در حاکمیت بالینی اطلاعات لازم ارایه نگردیده است. این نتایج می‌تواند برای کارشناسان فن‌آوری اطلاعات و مدیران اطلاعات بهداشتی این فرصت را به‌وجود آورد تا با ارایه‌ی اطلاعات منسجم به اجرای حاکمیت بالینی مبتنی بر شواهد پردازند.

واژه‌های کلیدی: کارکنان؛ بیمارستان‌ها؛ اطلاعات؛ حاکمیت بالینی

پذیرش مقاله: ۹۲/۹/۱

اصلاح نهایی: ۹۲/۷/۱۴

دریافت مقاله: ۹۲/۱/۲۰

ارجاع: کاهویی مهدی، سالاری فهیمه، ارغنده پور سعیده، اخباری راحله، قلی زاده سمیرا. انتظارات کارکنان بیمارستان از اطلاعات در ارتقای حاکمیت بالینی. مدیریت اطلاعات سلامت ۱۳۹۳؛ ۱۱(۲): ۱۵۷-۱۴۹.

اطلاعات، بهبود روحیه‌ی کار تیمی و مشارکت، کاهش

مقدمه

در کشورهای مختلف روش‌ها و ابزارهای متنوعی جهت ارتقای کیفیت مراقبت سلامت تا به امروز به‌کار گرفته شده‌اند، از این میان، حاکمیت بالینی برای نخستین بار در National health services (خدمات بهداشتی ملی) انگلیس به‌عنوان یک استراتژی از سوی دولت پذیرفته شد و به منظور ارتقای کیفیت مراقبت‌های بالینی در سال ۱۹۹۸ میلادی مطرح گردید (۱). حاکمیت بالینی ادغام تمام فعالیت‌هایی است که مراقبت از بیمار را در یک استراتژی واحد تلفیق می‌کند. این استراتژی شامل ارتقای کیفیت

* این مقاله حاصل تحقیق مستقل دانشجویی و بدون حمایت مالی سازمانی می‌باشد.
۱- استادیار، مدیریت خدمات بهداشتی درمانی، مرکز تحقیقات عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت، گروه پیراپزشکی، دانشکده‌ی پرستاری و پیراپزشکی، دانشگاه علوم پزشکی سمنان، سمنان، ایران
۲- دانشجوی کارشناسی، فن‌آوری اطلاعات سلامت، کمیته‌ی تحقیقات دانشجویی، دانشکده‌ی پرستاری و پیراپزشکی، دانشگاه علوم پزشکی سمنان، سمنان، ایران
۳- دانشجوی کارشناسی، فن‌آوری اطلاعات سلامت، کمیته‌ی تحقیقات دانشجویی، دانشکده‌ی پرستاری و پیراپزشکی، دانشگاه علوم پزشکی سمنان، سمنان، ایران (نویسنده‌ی مسئول)

Email: sarghandehpoor88@yahoo.com

به جمع‌آوری اطلاعات و نقش و اهمیت آن‌ها توجه زیادی نمی‌کنند (۷). در پژوهشی که Fone و همکاران در سال ۲۰۰۰ میلادی با هدف بررسی نقش اطلاعات در ارتقای کیفیت بالینی انجام دادند، دریافتند که اطلاعات برای حمایت از حاکمیت بالینی بسیار مورد توجه قرار می‌گیرد و باید برای دستیابی به آن از توسعه‌ی اطلاعاتی NHS کمک گرفت (۸). همچنین مطالعه‌ای که Falsepark با هدف بررسی نیازهای اطلاعاتی پزشکی در خصوص بیماران روانی در گلاسکو انجام داد، دریافت که داده‌های با کیفیت بالا، برای بهبود مراقبت از بیمار و حاکمیت بالینی امری ضروری هستند (۹). با توجه به مطالعات بسیار محدود صورت گرفته در زمینه‌ی نقش اطلاعات در حاکمیت بالینی در ایران، سوال‌های متعددی مطرح است، از جمله؛ کارکنان مراکز بهداشتی درمانی چه انتظاراتی از اطلاعات در حاکمیت بالینی دارند، آن‌ها نقش کدام واحدهای بیمارستانی را در اجرای این فرایند مهم می‌دانند و منابع اطلاعاتی مورد نیاز آن‌ها چیست؟ بنابراین پاسخ به این سوالات پژوهشگران را بر آن داشت تا مطالعه‌ای را در این زمینه انجام دهند. بنابراین این پژوهش به منظور شناسایی انتظارات مدیران، پزشکان، پرستاران، کارکنان بخش‌های رادیولوژی، آزمایشگاه و مدارک پزشکی بیمارستان‌های تابعه‌ی دانشگاه علوم پزشکی و سازمان تأمین اجتماعی سمنان از اطلاعات در حاکمیت بالینی در سال ۱۳۹۱ خورشیدی صورت پذیرفت.

روش بررسی

مطالعه‌ی حاضر از نوع تحلیلی است که در سال ۱۳۹۱ خورشیدی صورت پذیرفته است. در این مطالعه از روش سرشماری استفاده شد، به‌طوری که تمام جامعه‌ی آماری (۳۶۳ نفر) مورد بررسی قرار گرفتند و از نمونه‌گیری استفاده نشد. ابزار مورد استفاده برای جمع‌آوری داده‌ها در این مطالعه پرسش‌نامه‌ای پژوهشگر ساخته بود که بر اساس متون مرتبط علمی و مطالعات کتابخانه‌ای طراحی گردید. این پرسش‌نامه به‌طور کلی شامل ۳ بخش بود. بخش اول پرسش‌نامه به اطلاعات جمعیت‌شناختی از قبیل جنس، سن، شغل، محل

ادامه‌ی تغییرات و بی‌ثباتی‌های عملکردی و پیاده‌سازی پزشکی مبتنی بر شواهد می‌باشد (۲). الگوهایی که به منظور تعریف و توضیح حاکمیت بالینی در سیستم طب ملی انگلستان به کار گرفته شده است، مدل هفت محوری می‌باشد که وزارت بهداشت و درمان و آموزش پزشکی ایران نیز آن را به‌عنوان مدل پیشنهادی پذیرفته است. هفت محور این مدل عبارت‌اند از: مشارکت بیمار و جامعه، آموزش و مهارت‌آموزی، مدیریت خطر و ایمنی بیمار، استفاده از اطلاعات، اثربخشی بالینی، ممیزی بالینی و مدیریت کارکنان (۳). از این رو برای کسب موفقیت در برنامه‌ی حاکمیت بالینی نیاز به اطلاعات وجود دارد. متخصصین بالینی از جمله پزشکان، محققین و مدیران برای انجام کارهایشان به اطلاعات با کیفیت محتاج هستند. از سوی دیگر بیمار نیز نیاز دارد که اطلاعات کافی از روند درمانی خود دریافت کند و در نهایت جامعه نیز در مورد عملکرد سازمان‌های مراقبت بهداشتی نیازمند اطلاعات درست، دقیق، کامل و به‌هنگام می‌باشد (۴). زمانی که اطلاعات این ویژگی‌ها را نداشته باشند و همچنین تلاشی برای بهبود صورت نگیرد، استفاده از آن‌ها نیز با مشکل مواجه شده و موجب نارسایی عمده‌ای در سازمان مراقبت بهداشتی می‌گردد که این نارسایی همان عدم تمایل کادر بالینی به جمع‌آوری اطلاعات خواهد بود (۵). لازم به ذکر است که نظام اطلاعاتی مطلوب، به کارکنان بیمارستان در جهت شناسایی منابع اطلاعاتی مورد نیازشان در ارائه‌ی خدمات مراقبتی، فرایندهای مؤثر در بهبود فعالیت‌ها و تعیین پیامدها و نتایج عملکردهای آن‌ها کمک نموده و همچنین به متخصصین حیطه‌ی سلامت در فراهم آمدن اطلاعات برای ارزشیابی، اثربخشی و راهنمایی‌های بالینی کمک عمده‌ای می‌نماید (۶). در ایران مطالعات متعددی در زمینه‌ی حاکمیت بالینی انجام شده که عمدتاً از نگاه بالینی و مدیریتی به این مقوله پرداخته شده است و تنها یک مطالعه توسط میرزایی و همکاران با هدف بررسی وضعیت وجود اطلاعات لازم برای اجرای حاکمیت بالینی در بیمارستان‌های منتخب شهر کرمان در سال ۱۳۹۰ خورشیدی انجام شده است. آن‌ها دریافتند که سرپرستان و مدیران بیمارستان‌ها برای اجرای حاکمیت بالینی

این مطالعه برای تحلیل داده‌ها از آمارهای توصیفی با به‌کارگیری نرم افزار SPSS نسخه‌ی ۱۶ استفاده گردید.

یافته‌ها

۲۵۸ نفر (۷۱ درصد) از جامعه‌ی آماری در این مطالعه مشارکت کردند. بیش از نیمی از جامعه‌ی مورد مطالعه (۶۹/۵ درصد) پرستار بودند. متوسط سابقه‌ی کار جامعه‌ی آماری ۹/۱ سال بود. هم‌چنین یافته‌ها نشان داد بیش‌تر کارکنان (۷۱/۷ درصد) دوره‌ی حاکمیت بالینی را گذرانده بودند (جدول ۱). بیش‌تر کارکنان (۶۷/۹ درصد) واحد بالینی را به‌عنوان دارنده‌ی بیش‌ترین نقش در اجرای حاکمیت بالینی در بیمارستان خود تلقی می‌کردند و تعداد معدودی (۳/۶ درصد) مرکز اطلاع‌رسانی و فن‌آوری اطلاعات را به‌عنوان اولویت اول در اجرای حاکمیت بالینی می‌دانستند (جدول ۲). هم‌چنین یافته‌ها نشان داد بیش‌تر کارکنان (۵۸/۶ درصد) اطلاعات بالینی را به‌عنوان اولویت اول نیاز اطلاعاتی خود در ارایه‌ی خدمات مراقبتی انتخاب کردند و (۵۳/۳ درصد) کارکنان، اطلاعات مدیریتی را به‌عنوان اولویت چهارم خود انتخاب نمودند (جدول ۳). نتایج نشان دهنده‌ی این بود که ۳۹/۶ درصد از کارکنان پرونده‌ی پزشکی بیمار را به‌عنوان منبع اطلاعاتی ارجح خود جهت جمع‌آوری اطلاعات در تصمیمات بالینی برگزیده بودند و ۲۵/۷ درصد از کتب چاپی به‌عنوان منبع اطلاعات ارجح بهره می‌بردند (جدول ۴).

کار، میزان تحصیلات و سابقه‌ی کار پرداخته است. بخش دوم مربوط به نقش افراد در جنبه‌های مختلف حاکمیت بالینی از قبیل نقش آن‌ها در پیاده‌سازی حاکمیت بالینی، برنامه‌ریزی در جهت پیاده‌سازی آن و آگاهی افراد در مورد نقش اطلاعات در ارتقای حاکمیت بالینی و نقش بخش‌های مختلف بیمارستان در این زمینه بود. بخش سوم در ارتباط با نقش اطلاعات در حاکمیت بالینی می‌باشد. این قسمت شامل سوالاتی در زمینه‌ی اطلاعات ارایه‌ی خدمات مراقبتی، منابع اطلاعاتی برای دستیابی به اطلاعات و میزان برآورده شدن نیاز اطلاعاتی با توجه به منابع مورد دسترس بود. این پرسش‌نامه به منظور روایی صوری و محتوایی به کارشناسان و مدیران اطلاعات بهداشتی درمانی و هم‌چنین متخصصین بالینی ارایه داده شد و نظرات آنان مورد بررسی قرار گرفت و مجدداً پرسش‌نامه مورد بازنویسی قرار گرفت. به‌طوری‌که پرسش‌نامه‌ی اولیه شامل ۳۸ گویه بود که ۶ گویه‌ی آن به دلیل هم‌راستا نبودن با هدف مطالعه حذف گردید و ۳ گویه‌ی دیگر هم به دلیل هم‌پوشانی با سایر سوالات حذف شد، در آخر پرسش‌نامه شامل ۲۹ سوال شد. به منظور پایایی، آزمون Cronbach's alpha انجام شد. به‌طوری‌که ضریب آلفا در قسمت دوم پرسش‌نامه ۸۲/۶ درصد در قسمت سوم پرسش‌نامه ۸۳/۵ درصد و در کل سوالات ۸۱/۷ درصد به‌دست آمد. پرسش‌نامه پس از تأیید کمیته‌ی اخلاق دانشگاه علوم پزشکی بین جامعه‌ی آماری توزیع گردید. هم‌چنین در

جدول ۱: مشخصات جمعیت‌شناختی کارکنان شاغل در بیمارستان‌های تابعه‌ی دانشگاه علوم پزشکی و تأمین اجتماعی سمنان

مشخصات جمعیت‌شناختی	تعداد	درصد	انحراف معیار ± میانگین
پزشک	۲۳	۸/۹	
پرستار	۱۷۹	۶۹/۵	
پاراکلینیک	۳۵	۱۳/۷	-
سایر مشاغل	۲۱	۸/۱	
نامشخص	۰	۰	
مرد	۵۰	۱۹/۴	
زن	۲۰۸	۸۰/۶	-
نامشخص	۰	۰	

ادامه‌ی جدول ۱: مشخصات جمعیت‌شناختی کارکنان شاغل در بیمارستان‌های تابعه‌ی دانشگاه علوم پزشکی و تأمین اجتماعی سمنان

مشخصات جمعیت‌شناختی		تعداد	درصد	انحراف معیار \pm میانگین
سن (سال)	۲۵-۲۰	۴۸	۱۸/۶	۳۳±۱/۴
	۳۰-۲۵	۷۱	۲۷/۵	
	۳۵-۳۰	۵۶	۲۱/۷	
	۴۰-۳۵	۳۳	۱۲/۸	
	۴۵-۴۰	۳۲	۱۲/۴	
	۵۰-۴۵	۱۵	۵/۸	
	۵۰<	۳	۱/۲	
تحصیلات	دیپلم	۸	۳/۱	-
	فوق دیپلم	۲۸	۱۰/۹	
	لیسانس	۱۹۲	۷۴/۴	
	فوق لیسانس	۸	۳/۱	
سابقه‌ی کار (سال)	۵-۱	۱۰۹	۴۲/۴	۶±۰/۶
	۱۰-۵	۶۸	۲۶/۵	
	۱۵-۱۰	۳۰	۱۱/۷	
	۲۰-۱۵	۲۴	۹/۳	
	۲۵-۲۰	۱۵	۵/۸	
	۲۵<	۱۱	۳/۴	
گذراندن دوره‌ی حاکمیت بالینی	بله	۱۸۵	۷۱/۷	-
	خیر	۷۳	۲۸/۳	

جدول ۲: اولویت‌بندی بیش‌ترین نقش واحدهای بیمارستانی در اجرای حاکمیت بالینی از منظر کارکنان

واحد اجرایی	اولویت اول		اولویت دوم		اولویت سوم		اولویت چهارم	
	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد
مدیریت بیمارستان	۶۷	۶۰/۴	۳۲	۲۸/۸	۷	۶/۳	۵	۴/۵
واحد بالینی	۱۰۶	۶۷/۹	۳۲	۲۰/۵	۹	۵/۸	۹	۵/۸
مرکز اطلاع‌رسانی و فن‌آوری اطلاعات	۳	۳/۶	۳	۳/۶	۲۷	۳۲/۵	۵۰	۶۰/۲
مدارک پزشکی	۴	۴/۸	۲۰	۲۳/۸	۴۱	۴۸/۸	۱۹	۲۲/۶

جدول ۳: اولویت‌بندی مهم‌ترین نیاز اطلاعاتی کارکنان در ارزیابی خدمات مراقبتی در حاکمیت بالینی

نیاز اطلاعاتی	اولویت اول		اولویت دوم		اولویت سوم		اولویت چهارم	
	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد
اطلاعات بیمار	۵۹	۴۸/۸	۲۸	۲۳/۱	۲۱	۱۷/۴	۱۳	۱۰/۷
اطلاعات دارویی	۱۱	۹/۶	۲۹	۲۵/۴	۴۸	۴۲/۱	۲۶	۲۲/۸
اطلاعات بالینی	۹۲	۵۸/۶	۳۹	۲۴/۸	۱۷	۱۰/۸	۹	۵/۷
اطلاعات مدیریتی	۱۸	۱۶/۸	۱۱	۱۰/۳	۲۱	۱۹/۶	۵۷	۵۳/۳

جدول ۴: منابع اطلاعاتی ترجیح داده شده به منظور دسترسی به اطلاعات سلامت بیماران در بین کارکنان در حاکمیت بالینی

منابع اطلاعاتی	تعداد	درصد
پرونده‌ی پزشکی بیمار	۷۴	۳۹/۶
اینترنت و منابع الکترونیکی	۴۷	۲۵/۱
کتاب چاپی	۴۸	۲۵/۷
تجربیات	۷	۳/۷
همکاران	۱۱	۵/۹

بحث

در این مطالعه‌ی تحلیلی که به منظور بررسی انتظارات کارکنان بیمارستان از اطلاعات در ارتقای حاکمیت بالینی انجام شد، یافته‌ها نشان داد که بیش از نیمی از شرکت‌کنندگان در مطالعه، دوره‌ی حاکمیت بالینی را گذرانده بودند که از این میان بیش از نیمی از آن‌ها کارکنان پرستاری بوده و جامعه‌ی آماری به طور متوسط ۹/۱ سال سابقه‌ی کار داشتند. بنابراین انتظار می‌رفت کارکنان با مفاهیم حاکمیت بالینی، نقش اطلاعات و منابع اطلاعاتی در ارتقای آن و فعالیت بیمارستان در راستای حاکمیت بالینی آشنایی داشته باشند.

یافته‌های این مطالعه نشان داد افراد اندکی، مراکز اطلاع‌رسانی و فن‌آوری اطلاعات را دارای نقش در اجرای حاکمیت بالینی در بیمارستان‌ها دانسته‌اند. این امر ممکن است به موجب شناخته نشدن نقش مهم این مراکز در حاکمیت بالینی و یا عدم توانایی این مراکز در انجام رسالت‌های مهم خود در اجرای حاکمیت بالینی و ارتقای کیفیت بوده باشد. به طوری که Nicholls طی مطالعه‌ای دریافت که ارزیابی اطلاعات علمی و به‌روز و همچنین ارزیابی عملکردها و طرح‌های درمانی مبتنی بر شواهد توسط مراکز اطلاع‌رسانی و فن‌آوری اطلاعات منجر به بهبود کیفیت تصمیمات بالینی و به دنبال آن اجرا و توسعه‌ی حاکمیت بالینی مبتنی بر شواهد می‌شود (۱۰). هم‌چنین Thomas در یک مطالعه‌ی مروری نتیجه گرفت که اطلاعات به‌روز و مبتنی بر مدارک علمی به‌عنوان یک ساز و کار برای بهبود مستمر کیفیت مراقبت

بالینی و اجرای موفقیت‌آمیز حاکمیت بالینی است (۱۱). به نظر می‌رسد به‌کارگیری افراد کارشناس که هم از رشته‌ی بهداشت و هم فن‌آوری اطلاعات شناخت کافی دارند، موجب شود نقش این مراکز پررنگ‌تر شده و کارکنان مراکز درمانی از نقش این واحدها آگاهی کافی پیدا کنند.

هم‌چنین یافته‌های مطالعه نشان داد بیش از نیمی کارکنان، واحد بالینی را به‌عنوان بیش‌ترین ایفاگر نقش در این زمینه می‌دانستند. شاید آن‌ها بر این باور بودند که کارکنان این واحد بیش‌ترین اثرگذاری را در اجرای حاکمیت بالینی دارند. چرا که اجرای حاکمیت بالینی با مهارت و شایستگی‌های کارکنان بالینی ارتباط بسیاری دارد. به طوری که Som طی یک مطالعه‌ی کیفی بر روی پرستاران دریافت که کارکنان بالینی در حاکمیت بالینی باید مورد توجه قرار گیرند. این افراد باید به‌خوبی مدیریت و سازمان‌دهی و نسبت به جنبه‌های مختلف حاکمیت بالینی آموزش داده شوند (۱۲).

هم‌چنین یافته‌ها نشان داد که کارکنان، مدیریت بیمارستان را در ارتقای حاکمیت بالینی به‌عنوان اولویت دوم خود انتخاب کردند. شاید آن‌ها به نقش حساس مدیریت در اجرای حاکمیت بالینی اهمیت زیادی می‌دادند. زیرا زمانی که برای اولین بار حاکمیت بالینی به‌عنوان یک استراتژی برای ارتقای کیفیت مراقبت ارائه می‌گردد، در اصل یک مسؤولیت مستقیمی را بر عهده‌ی مدیران اجرایی می‌گذارد، چرا که مطالعات نشان داده است عملکرد این افراد منجر به شکست یا موفقیت حاکمیت بالینی می‌گردد (۱۳-۱۴). مطالعات نشان می‌دهد که توانایی و ویژگی‌های مدیران فنی در استفاده‌ی

مناسب از منابع در اجرای حاکمیت بالینی نقش به‌سزایی دارد (۳-۴).

طبق یافته‌های این مطالعه بیش از نیمی از کارکنان مورد بررسی اطلاعات بالینی را به‌عنوان اولین نیاز اطلاعاتی خود در ارزیابی خدمات مراقبتی اعلام داشتند. این مسأله می‌تواند به این دلیل باشد که مهم‌ترین دغدغه‌ی ذهنی کارکنان به ویژه کارکنان بالینی به‌دست آوردن اطلاعات در ارتباط با درمان، تشخیص و تجویز دارو و همچنین پاسخ به سوالات بالینی است. Tennery طی مطالعه‌ای دریافت که کارکنان اشراف اطلاعاتی مناسبی نسبت به بیمار و فرایند مراقبتی درمانی وی ندارند (۱۵). همچنین Xiaomin نتیجه گرفت که بیش‌تر اطلاعات مورد نیاز پرستاران به فواید و روش‌های پرستاری مربوط بود. از سوی دیگر آن‌ها علی‌رغم اطلاعات درمانی به اطلاعات تشخیصی هم نیاز داشتند (۱۶).

یافته‌های مطالعه نشان می‌دهد که تعداد معدودی از کارکنان اطلاعات مدیریتی را به‌عنوان مهم‌ترین نیاز اطلاعاتی در حاکمیت بالینی انتخاب کرده بودند. در حالی که اطلاعات مدیریتی می‌تواند کارکنان بیمارستان را قادر سازد تا درمان و مراقبت بیماران را مؤثرتر مدیریت نمایند. چنان‌چه مطالعه‌ی Reddy در آمریکا نیز یافته‌های این پژوهش را تأیید می‌کند. وی دریافت که ۲۶ درصد نیاز اطلاعاتی کارکنان بالینی مربوط به اطلاعات مدیریتی بود (۱۷).

بنابر یافته‌های این پژوهش، کم‌تر از نیمی از کارکنان بیمارستان برای کسب اطلاعات تخصصی و روزآمد به‌منظور افزایش کیفیت ارزیابی خدمات مراقبتی در جهت ارتقای حاکمیت بالینی ترجیح می‌دادند از پرونده‌ی پزشکی بیمار استفاده کنند. شاید دلیل رجوع کارکنان، اطلاعات دقیق و سهولت دسترسی به پرونده‌ی پزشکی بیماران نسبت به منابع دیگر باشد (۱۸). مطالعه‌ی McKnight در سال ۲۰۰۶ میلادی یافته‌های مطالعه‌ی حاضر را تأیید می‌کند. وی دریافت که کارکنان بیمارستان بیش‌تر ترجیح می‌دادند از سوابق و مدارک بیمار برای کسب اطلاعات و پاسخ‌گویی به بیماران استفاده کنند (۱۹). به نظر می‌رسد راه‌اندازی

سیستم‌های الکترونیک پرونده‌ی پزشکی بیماران و ارتقای کیفیت آن سیستم‌ها، منجر شود تا اطلاعات دقیق و با کیفیت در اختیار کارکنان قرار گیرد.

هم‌چنین یافته‌ها نشان داد که کم‌تر از نیمی از کارکنان، اینترنت و منابع الکترونیکی و کتب تخصصی را جهت کسب اطلاعات در حاکمیت بالینی انتخاب نمودند. شاید عواملی از قبیل تک کامپیوتری بودن بخش‌ها، محدودیت دسترسی به اینترنت، عدم مهارت لازم جهت جستجوی اطلاعات در پایگاه‌های علمی تخصصی، فاصله‌ی بخش‌ها از کتابخانه‌ی بیمارستان، مشغله‌ی کاری و نداشتن زمان کافی از دلایل استفاده‌ی کم از این دسته از منابع اطلاعاتی باشد (۲۰). مطالعه‌ی Barnett این یافته‌ها را تأیید می‌کند. وی دریافت که کارکنان بیمارستان از منابع الکترونیکی برای به‌دست آوردن اطلاعات استقبال نمی‌کردند (۲۱). احتمالاً در دسترس قرار دادن این منابع اطلاعاتی کتابخانه‌ای و الکترونیکی به اتاق و دفتر کار کارکنان منجر شود حجم کاری زیاد و وضعیت خاص برخی از بیماران موجب ترک محل کار و مانع رفع نیاز اطلاعاتی کارکنان نشود.

یافته‌های پژوهش نشان می‌دهد که تعداد معدودی از کارکنان مشورت با همکاران را ترجیح می‌دادند. به نظر می‌رسد عدم اعتماد به تجربه و دانش همکاران دلیل عدم رجوع به آن‌ها در زمان نیاز به اطلاعات باشد. این در حالی است که Cogdill در مطالعه‌ی خود دریافت که ۶۳ درصد از کارکنان بیمارستان مشورت با همکاران را به دلیل ارزیابی اطلاعات دقیق و در دسترس بودن آن‌ها ترجیح می‌دادند (۲۲). همچنین مطالعه‌ی Kosteniuk نشان داد که بالاترین مراجعه‌ی کارکنان مراکز درمانی به همکاران بوده و کم‌ترین مراجعه را اینترنت به خود اختصاص داده بود (۲۳).

یافته‌های این مطالعه باید با احتیاط تفسیر شوند چرا که اولاً این مطالعه با استفاده از یک پرسش‌نامه‌ی پژوهشگر ساخته انجام شده است و به هر حال مشکلات بالقوه‌ای همانند درک ضعیف سوالات و احتمالاً تورش پاسخ، نتایج مطالعه را تهدید می‌کند. اما با عنایت به روایی و پایایی پرسش‌نامه، تأثیر

مراکز اطلاع‌رسانی و فن‌آوری اطلاعات و مدیریت بیمارستان هم استفاده از آن‌ها توسط کارکنان بیمارستان‌ها را افزایش داد و هم با آموزش هرچه بیشتر کارکنان این بخش‌ها و توسعه‌ی تجهیزات مورد نیازشان، آنان را در راستای بهبود فعالیت روزانه به منظور توسعه‌ی اطلاعات با کیفیت‌تر سوق داد تا بتوان انتظار درک بیشتر حاکمیت بالینی از طرف کارکنان و بازدهی روزافزون آن را برطرف نمود.

پیشنهادها

پیشنهاد می‌شود برای ارتقای حاکمیت بالینی در بیمارستان‌های منتخب، آموزش را برای کارکنان بخش‌های مختلف گسترده نموده و سرپرستان بخش‌ها نیز به نقش مهم خود عمل کرده و کارکنان را بیشتر با مفاهیم حاکمیت بالینی آشنا کنند و با مثال‌های عملی و کاربردی تمام کارکنان بیمارستان مورد توجه واقع گردند. در این راستا می‌توان با نظارت هرچه تمام‌تر بر اجرای این امر و به‌خصوص نظارت ویژه بر بخش آمار و مرکز فن‌آوری اطلاعات سلامت در راستای قرارگیری اطلاعات دقیق، به‌موقع و صحیح در دسترس تمام کارکنان بخش‌های مختلف برای بهبود اطلاعات مناسب به منظور ارتقای حاکمیت بالینی اقدام کرد.

تشکر و قدردانی

محققین بر خود لازم می‌دانند تا از مساعدت و همکاری پرسنل بیمارستان‌های تابعه‌ی دانشگاه علوم پزشکی و سازمان تأمین اجتماعی سمنان تشکر و قدردانی نمایند.

اندکی بر نتایج مطالعه داشته‌اند. ثانیاً عدم مشارکت حدود ۳۰ درصد از جامعه‌ی آماری در مطالعه و قابل تعمیم نبودن مطالعه به دلیل انجام آن در یک شهر، از دیگر محدودیت‌های این مطالعه است. به هر حال، یافته‌های این مطالعه با مطالعات دیگر هم راستا بوده است.

نتیجه‌گیری

نتایج این مطالعه نشان داد علی‌رغم این که اکثر جامعه‌ی آماری تحت مطالعه دوره‌ی حاکمیت بالینی را گذرانده بودند، به نظر می‌رسد در این دوره‌ها در ارتباط با جایگاه اطلاعات و نقش آن در حاکمیت بالینی اطلاعات لازم و کافی ارایه نگردیده است. این مطالعه می‌تواند برای کارشناسان فن‌آوری اطلاعات و مدیران اطلاعات بهداشتی در مراکز بالینی این فرصت را به‌وجود آورد تا با ارایه‌ی اطلاعات منسجم و دقیق، بیش از پیش نقش و جایگاه این مراکز را در ارتقای حاکمیت بالینی نشان دهند. نتایج حاکی از آن بود که اکثر جامعه‌ی آماری هنوز پرونده‌های پزشکی بیماراران را به‌عنوان اولین منبع خود در حاکمیت بالینی انتخاب می‌کنند. بنابراین ارتقای پرونده‌های پزشکی و سامان‌دهی آن‌ها و همچنین ارتقای کیفیت پرونده‌های الکترونیکی بیماراران و سیستم‌های اطلاعاتی به مراتب می‌تواند در کیفیت تصمیمات بالینی تأثیر به‌سزایی داشته باشد. همچنین نقش برگزاری دوره‌های آموزشی حاکمیت بالینی با مشارکت کارشناسان فن‌آوری اطلاعات سلامت و مدیران اطلاعات بهداشتی حایز اهمیت می‌باشد. بنابراین باید با شرح اقدامات به‌منظور توسعه‌ی اطلاعات در

References

1. Marshall M, Sheaff R, Rogers A, Campbell S, Halliwell S, Pickard S, et al. A qualitative study of cultural changes in primary care organizations needed to implement clinical governance. *Br J Gen Pract* 2002; 52(481): 641-5.
2. Degeling p, Maxwell Sh, Iedema R, Hunter D. Education and debate making clinical governance work. *British Medical Journal* 2004; 329(7467): 679-82.
3. Freedman DB. Clinical governance bridging management and clinical approaches to quality in the UK. *Clin chim Acta* 2002; 319(2): 133-41.
4. Currie L, Morrell C, Scrivener R. *Clinical Governance: an RCN resource guide*. London: Royal College of Nursing Publication; 2004.
5. Lioyd CA, Williams PL. Occupational Therapy in the modern adult acute mental health setting. *International Journal of Therapy and Rehabilitation* 2010; 17(9): 483-93.

6. Moghaddasi H. Information quality in health care. Tehran: Vazhe Pardaz; 2005. [In Persian]
7. Mirzaei S. Status of the information required for the implementation of clinical governance in selected hospitals of Kerman in 2011. Proceeding of the 1st student congress of clinical governance and continuous quality improvement; 2011. Tabriz, Iran: Tabriz University of Medical Sciences; 2011. [In Persian]
8. Fone D, Hollinghurst S, Bevan G, Coyle E, Palmer S. Information for clinical governance analysis of routine hospital activity data in Wales. *Public Health Medicine* 2002; 24(4): 292-8.
9. Park J, McAlaney C, Connolly M. Improving patient care and clinical governance through the utilization of a clinical information system. *Clinical Governance* 2008; 13(4): 254-60.
10. Nicholls S, Halligan A. Guidelines how they can first underpin and then accelerate the development and implementation of clinical governance. *Current Obstetrics & Gynaecology* 2000; 10(2): 109-12.
11. Thomas M. The evidence Base for clinical governance. *Journal of Evaluation in clinical practice* 2002; 8(2): 251-4.
12. Som CV. Exploring the human resource implications of clinical governance. *Health Policy* 2007; 80(2): 281-96.
13. NHS Executive Clinical Governance. *Quality in the new NHS*. London: HSC; 1999.
14. Galbraith S. *Clinical governance*. Edinburgh: Scottish Office; 1998.
15. Tannery NH, Wessel CB, Epstein BA, Gadd CS. Hospital nurses' use of knowledge-based information resources. *Nurs Outlook* 2007; 55(1): 15-9.
16. XU X, Rocha RA, Bigelow SM, Wallace CJ, Hanna T, Roemer LK. Understanding nurses information needs and searching behaviour in acute care settings. *AMIA Annu Symp Proc* 2005: 839-43.
17. Reddy M, Spence PR. Finding answers information needs of a multidisciplinary patient care team in an emergency department. *AMIA Annu Symp Proc* 2006: 649-53.
18. Dee C, Stanley E. Information seeking behavior of nursing students and clinical nurses implications for health sciences librarians. *Journal of Medical Library Association* 2005; 93(2): 213-22.
19. McKnight M. The information seeking of on-duty critical care nurses: Evidence from participant observation and in-context interviews. *Journal of the Medical Library Association* 2006; 94(2): 145-51.
20. Mangrulkar RS. Targeting and structuring information resource use: a path toward informed clinical decisions. *Continuing Education in the health profession* 2004; 24(1): 13-21.
21. Barnett-Ellis P, Restauri S. Nursing student library usage patterns in online courses findings and recommendations. *Internet Reference Services Quarterly* 2007; 11(4): 117-30.
22. Cogdill KW. Information needs and information seeking in primary care a study of nurse practitioners. *Journal of Medical Library Association* 2003; 91(2): 203-15.
23. Kosteniuk JG, D'Arcy C, Stewart N, Smith B. Central and peripheral information source use among rural and remote registered nurses. *Journal of Advanced nursing* 2006; 55(1): 100-14.

Hospital Staff's Expectations of Information in Promoting Clinical Governance*

Mehdi Kahouei¹; Fahimeh Salari²; Saideh Arghandi Pour³;
Raheleh Akhbari²; Samira Gholi Zadeh²

Original Article

Abstract

Introduction: Appropriate information is essential to plan and to implement clinical governance. This question is posed that what is hospital staff's expectations of information. This study was conducted to evaluate hospital staff's expectations of information in clinical governance.

Methods: This descriptive - analytical study was performed on 258 practitioners of affiliated hospitals of Semnan University of medical sciences and social security organization in 2012. Data collection instrument was a valid and reliable questionnaire which was confirmed by experts and was measured its reliability by Cronbach's alpha coefficient. Then it was distributed among the population. Descriptive statistics were used for data analysis in SPSS 16.

Results: The findings showed 71.7% of staff had attended training course of clinical governance. 58.6% chose clinical information as a first priority and 53.3% selected managerial information as the fourth priority in clinical governance. 3.6% chose information technology and informatics center as a first priority in the implementation of clinical governance.

Conclusion: The results showed although most of the population had passed clinical governance course but it seems essential contents have not been provided in relation to the role of information in clinical governance in the course. These results can create an opportunity for experts in information technology and health information managers to show, more than ever, the role of information departments in the improvement of clinical governance.

Keywords: Personnel; Hospitals; Information; Clinical Governance

Received: 9 Apr, 2013

Accepted: 22 Nov, 2013

Citation: Kahouei M, Salari F, Arghandi Pour S, Akhbari R, Gholi Zadeh S. **Hospital Staff's Expectations of Information in Promoting Clinical Governance.** Health Inf Manage 2014; 11(2): 157.

* This article is an independent research without any financial support.

1- Assistant Professor, Health Services Management, Research Center of Social Determinants for Health, Department of Allied Health, Faculty of Nursing and Allied Health, Semnan University of Medical Sciences, Semnan, Iran

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

3- BSc Student, Health Information Technology, Student Research Committee, Faculty of Nursing and Allied Health Sciences, Semnan University of Medical Sciences, Semnan, Iran (Corresponding Author) Email: sarghandehpoor88@yahoo.com

پایان‌نامه‌های فارغ‌التحصیلان دوره‌های تکمیلی دانشگاه علوم پزشکی ارومیه*

عباس دولانی^۱، کبری تارم^۲، نجلا حریری^۳، حافظ محمد حسن زاده افسنجانی^۴، حیدر اسماعیلی^۵

مقاله پژوهشی

چکیده

مقدمه: پایان‌نامه‌ها به نوعی کارنامه‌ی پژوهشی دانشگاه‌ها و مراکز تحقیقاتی به‌شمار می‌آیند که عوامل چندی بر کیفیت آن‌ها تأثیرگذارند. در این راستا، پژوهش حاضر با هدف شناسایی وضعیت پایان‌نامه‌های دوره‌های تکمیلی دانشگاه علوم پزشکی ارومیه انجام گرفت.

روش بررسی: این پژوهش به روش پیمایشی-تحلیلی صورت گرفت. از میان ۱۷۲۹ پایان‌نامه‌ی موجود در کتابخانه‌ی مرکزی دانشگاه علوم پزشکی ارومیه در بازه‌ی زمانی ۱۳۶۵ تا ۱۳۹۰ خورشیدی تعداد ۳۱۵ پایان‌نامه بر اساس جدول Morgan از مقاطع و رشته‌های تحصیلی گوناگون با نمونه‌گیری تصادفی طبقه‌ای انتخاب و با استفاده از چک لیستی که روایی آن توسط پژوهشگران و صاحب‌نظران به‌دست آمد، بررسی شدند. داده‌ها پس از ورود به نرم‌افزار آماری SPSS نسخه‌ی ۱۹ با استفاده از آمارهای توصیفی و آزمون Chi-square مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند.

یافته‌ها: پایان‌نامه‌ها مورد بررسی از نظر عوامل ظاهری مانند وجود و یا عدم وجود چکیده، استنادات، تعداد صفحات و ... دارای نقص جدی هستند. ۶۹/۵ درصد از پایان‌نامه‌ها از روش‌های پیمایشی و ۲۲ درصد از روش‌های تجربی و ۸/۵ درصد از روش‌های مرور استفاده کرده‌اند. هم‌چنین ۷۷ درصد از پایان‌نامه‌ها غیربالینی و مابقی بالینی هستند. رابطه‌ی معناداری بین انواع روش‌های تحقیق مورد استفاده در پایان‌نامه‌ها و متغیرهای بازه‌های زمانی (۱۳۶۵-۱۳۷۴، ۱۳۷۵-۱۳۸۴ و ۱۳۸۵-۱۳۹۰ خورشیدی)، رشته‌های تحصیلی، مقاطع تحصیلی و عامل جنس وجود دارد.

نتیجه‌گیری: متغیرهای چندی بر روی کیفیت پایان‌نامه‌های دانشگاهی اثرگذار هستند. نظارت بر فرایند انجام پایان‌نامه‌ها از ابتدای انتخاب موضوع تا ارایه‌ی نهایی از سوی مسئولین جهت کنترل متغیرهای تأثیرگذار ضروری است. هم‌چنین با توجه به تفاوت‌های بین روش‌های تحقیق پایان‌نامه‌ها بر اساس رشته‌ها و مقاطع تحصیلی تدوین دستورالعمل‌ها و راهنماها جهت سوق موضوعات و نتایج پایان‌نامه‌ها به نیازهای جامعه لازم و ضروری به نظر می‌رسد.

واژه‌های کلیدی: پایان‌نامه‌های دانشگاهی؛ روش‌های تحقیق؛ دانشگاه‌ها

دریافت مقاله: ۹۱/۱۱/۲۸

اصلاح نهایی: ۹۲/۹/۱۹

پذیرش مقاله: ۹۳/۱/۲۱

ارجاع: دولانی عباس، تارم کبری، حریری نجلا، حسن زاده افسنجانی حافظ محمد، اسماعیلی حیدر. **پایان‌نامه‌های فارغ‌التحصیلان دوره‌های تکمیلی دانشگاه علوم پزشکی ارومیه.** مدیریت اطلاعات سلامت ۱۳۹۳؛ ۱۱(۲): ۱۶۸-۱۵۸.

مقدمه

تحقیق و پژوهش بستر اصلی برای درک عمیق و دقیق از حقایق، تفکر و اندیشه می‌باشد. از این رو است که تفکر و اندیشه را نیز می‌توان پایه و اساس تحقیق و پژوهش دانست و محقق کسی است که به حقیقتی رسیده باشد، فردی است که دائماً به حقایق پیرامون خود می‌اندیشد و از زاویه‌ی تخصصی خود سعی در کشف مجهولات و درک حقایق دارد (۱). اهمیت روش تحقیق و چگونگی تفکر و اندیشه در رشته‌های علمی به‌خصوص پزشکی بسیار حایز اهمیت می‌باشد، به طوری‌که

* این مقاله حاصل طرح پژوهشی (شماره‌ی ۱۱۲۴) مصوب دانشگاه علوم پزشکی ارومیه می‌باشد.

۱- دانشجوی دکتری، علم اطلاعات و دانش‌شناسی، دانشگاه علوم پزشکی ارومیه، ارومیه، ایران (نویسنده مسؤل)

Email: a.doulani@gmail.com

۲- کارشناس ارشد، علم اطلاعات و دانش‌شناسی، دانشگاه پیام نور، تهران، ایران

۳- دانشیار، گروه علم اطلاعات و دانش‌شناسی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد علوم و تحقیقات تهران، تهران، ایران

۴- کارشناس ارشد، علم اطلاعات و دانش‌شناسی، مرکز تحقیقات قلب و عروق، دانشگاه علوم پزشکی تبریز، تبریز، ایران

۵- کارشناس ارشد، علم اطلاعات و دانش‌شناسی، دانشگاه ارومیه، ارومیه، ایران

کمتر از ۵۰ درصد از پایان‌نامه‌ها از روش علمی تحقیق استفاده کرده‌اند. همچنین ۸۰ درصد پایان‌نامه‌ها از روش توصیفی، ۳ درصد تحلیلی-استنادی، ۱۲ درصد تاریخی و ۵ درصد از روش موردی استفاده کرده‌اند و ۳۷/۳۸ درصد پایان‌نامه‌ها ترجمه و گردآوری است. از طرفی تنها ۲۱ پایان‌نامه از ۲۱۴ پایان‌نامه به‌طور کامل دارای معیارهای یک تحقیق علمی بوده‌اند (۳). تحلیل استنادی ماخذ پایان‌نامه‌های فارغ‌التحصیلان رشته‌ی مدیریت دانشکده‌ی مدیریت دانشگاه تهران در سال‌های ۱۳۷۶-۱۳۷۴ خورشیدی موضوع تحقیق هراتی بود. نتایج پژوهش او نشان دادند رابطه‌ی معناداری بین رشته‌ی تحصیلی و انتخاب انواع روش‌های تحقیق وجود دارد (۴). جاهد در یک مطالعه‌ی استنادی دیگر به تجزیه و تحلیل ماخذ پایان‌نامه‌های دوره دکتری عمومی دانشکده‌ی پزشکی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی شهید بهشتی در سال‌های ۱۳۶۸-۱۳۷۲ خورشیدی پرداخت. نتایج نشان دادند که از بین ۵۰۶۰ استناد به‌کار رفته، ۳۲۷۱ یا ۶۵ درصد به مجلات و ۱۷۳۱ یا ۳۴ درصد به کتاب‌ها و فقط حدود ۱ درصد به پایان‌نامه‌ها اختصاص دارد. همچنین نتایج از وجود رابطه‌ی معنادار بین انواع روش‌های تحقیق و منابع به‌کار برده شده حکایت می‌کند (۵). در تحقیقی دیگر، تحلیلی بر محتوای پایان‌نامه‌های کارشناسی ارشد رشته‌های علوم تغذیه و علوم بهداشتی در تغذیه در دانشگاه‌های علوم پزشکی شهید بهشتی و تهران صورت پذیرفت. نتایج نشان دادند قریب به اتفاق پایان‌نامه‌ها از نوع کاربردی و فقط ۲ پایان‌نامه در رشته‌ی علوم تغذیه، از نوع بنیادی بودند. در هر دو رشته، روش توصیفی بیش‌تر از دیگر روش‌ها مورد استفاده قرار گرفته بود (۶). بنی‌هاشمی به بررسی رفتارهای علمی محققان ایرانی از طریق تجزیه و تحلیل استنادهای مقالات پزشکی فارسی پرداخته است. یافته‌ها نشان دادند که در سه مجله‌ی مورد بررسی در این پژوهش (نظام پزشکی ایران، دانشکده‌ی پزشکی دانشگاه تهران، اکتا مدیکا ایرانیکا) مجموعاً ۱۵۸ مقاله و ۲۵۰۲ استناد وجود دارد. بیش‌ترین میزان استناد به پیاپی‌ها و مجله‌ها تعلق دارد و متوسط نیمه عمر منابع نیز ۶ سال برآورد شده است. همچنین با توجه به این‌که نیمه عمر

از ۶۰ هزار عنوان مجله‌ی علمی که در جهان (البته به زبان انگلیسی) انتشار می‌یابند، چیزی بیش از ۲۰ میلیون مقاله را شامل می‌شوند. این مقالات پس از گذراندن مراحل مختلف بررسی و داوری امکان انتشار می‌یابند، طبق بررسی‌های انجمن پزشکی انگلستان (British medical association) بیش از یک سوم مقالات ارسال شده به مجموعه مجلات British medical journals (BMJ) در مراحل اولیه برای انتشار رد می‌شوند، از باقی‌مانده حدود ۹۸ درصد مقالات نیز نیاز به اصلاح دارند و تنها ۱۵ درصد مقالات (تجربی) علوم پزشکی مبنای علمی محکمی دارند و مابقی علی‌رغم تجدیدنظرهای مکرر قبل از چاپ دارای اشکالات و خطاهایی هستند که عمدتاً ناشی از وجود نقصان در روش‌شناسی تحقیق و به علت عدم انطباق روش انتخاب شده با اهداف و متغیرهای تحقیق حاصل شده است. یکی از مهم‌ترین معیارهای سنجش یک مقاله‌ی با ارزش آن است که این مقاله پس از چاپ چند بار در مقالات دیگر توسط پژوهشگران استناد شده باشد. برای مثال بررسی‌های فوق نشان داده است که حدود ۸۵ درصد مقالات چاپ شده در این مجلات (BMJ) هرگز در مقالات دیگر مورد استفاده قرار نگرفته‌اند و به‌طور کلی تحقیقات هدف‌مند و پژوهش‌های انجام شده دارای هماهنگی لازم بین داده‌ها و نتایج تحقیق با روش مطالعه‌ی انتخاب شده را ندارند که در این میان انتخاب روش‌های تحقیق و مطالعه‌ی نادرست، نتایج و داده‌ها را دچار خلل کرده است (۲). مسأله‌ی دیگر، نیاز پژوهش‌ها به منابع اطلاعاتی می‌باشند. بی‌شک هر گروه از مطالعات پزشکی، نیازمند نوع خاصی از منابع چه از نظر شکل، روزآمد بودن و ... می‌باشند که پیگیری این عوامل می‌تواند کمک زیادی به پژوهشگران در جهت جمع‌آوری پیشینه‌های تحقیق و تحلیل نتایج در هنگام مقایسه با پژوهش‌های مشابه کند. بررسی‌های متعددی بر روی روش‌های تحقیق پژوهش‌های صورت گرفته وجود دارند. در تحقیقی پایان‌نامه‌های کارشناسی ارشد کتابداری از نظر کاربرد روش‌های تحقیق در آن‌ها از سال ۱۳۷۰-۱۳۵۵ خورشیدی در سه دانشگاه تهران، شیراز و علوم پزشکی ایران مورد بررسی قرار گرفتند. نتایج نشان دادند

استنادات به‌کار رفته مشخص شد که درصد کمی از منابع انگلیسی زبان هستند (۱۲). Fosu و Alemna پایان‌نامه‌های کارشناسی ارشد رشته‌ی کتابداری و اطلاع‌رسانی را در بین سال‌های ۱۹۹۸ تا ۲۰۰۵ میلادی تحلیل کردند. نتایج نشان دادند درصد کمی از پایان‌نامه‌ها (۳۱ درصد) اصول و قواعد ظاهری در نگارش پایان‌نامه‌ها را رعایت نموده‌اند. هم‌چنین حوزه‌های موضوعی انتخاب شده برای پایان‌نامه‌ها تفاوت معناداری با یکدیگر ندارند (۱۳). در پژوهشی تحلیل استنادی مجله‌های سال‌های ۱۹۹۷-۱۹۸۸ میلادی در مالزی مورد بررسی قرار گرفت. در این پژوهش ۴۱۸۱ استناد که در فهرست ماخذ ۲۵۰ مقاله‌ی تحقیقی و ۱۸ گزارش کوتاه قید شده بودند، بررسی شد. یافته‌ها نشان دادند که مجلات با ۷۲/۴ درصد پربسامدترین منبع اطلاعاتی به‌کار گرفته شده توسط نویسندگان این مجله است. از سوی دیگر ۶۳/۳ درصد از روش‌های تحقیق مورد استفاده در اغلب تحقیقات تجربی و نیمه تجربی با شاهد‌های هم‌زمان و موازی بوده است (۱۴). در پژوهشی استنادات نشریات ادواری که در پایان‌نامه‌های دکترای موسسه‌ی فن‌آوری میکروبیال چندنیقره هند به آن‌ها استناد شده بود، مورد بررسی قرار گرفتند. نتایج نشان دادند، که ۸۵ درصد از استنادها به مطالب نشریات ادواری است که نیمی از آن‌ها متعلق به کشور آمریکا می‌باشند. در این تحقیق نیز (مانند تحقیق قبل) بیش‌تر استنادها به مقالات مجلات بوده است، ولی در بین روش‌های تحقیق مقالات تفاوت زیادی وجود داشت که ناشی از بالا بودن نیمه عمر (۱۱ سال) منابع (حتی مقالات) بوده است. بنابراین نتایج حاکی از آن بود که به‌صرف فرمت و شکل استنادها، نمی‌توان روش‌های تحقیق به‌کار رفته شده را همسان دانست، چرا که عامل زمان نیز می‌تواند بر این امر تأثیرگذار باشد (۱۵).

این تحقیق وضعیت روش‌های مطالعه و پژوهش را در بین فارغ‌التحصیلان دوره‌های تکمیلی (دکترای حرفه‌ای، دستیاری، کارشناسی ارشد) دانشگاه علوم پزشکی ارومیه شناسایی کرده و سیر تغییرات و نگرش‌ها در مورد این روش‌ها در بازه‌ی زمانی تحویل پایان‌نامه‌ها به کتابخانه‌ی مرکزی، رشته‌های مختلف، مقاطع تحصیلی، عامل جنس، استنادات

منابع مورد استفاده در این مقالات که اکثراً هم پژوهشی می‌باشند، ۶ سال برآورد شده است، روش‌های تحقیق مورد استفاده در این مقالات بیش‌تر مرور اطلاعات گذشته و نوعی جمع‌آوری داده‌ها از منابع مختلف بوده است (۷). تحقیق پورشریاف تحلیل استنادی ماخذ پایان‌نامه‌های فارغ‌التحصیلان دانشکده‌ی علوم پایه‌ی دانشگاه تربیت مدرس در سال‌های ۱۳۶۸ تا ۱۳۷۲ خورشیدی بود. پس از بررسی استنادهای ۱۹۸ پایان‌نامه از ۷ رشته‌ی مختلف، در مجموع ۹۴۸۵ استناد مورد بررسی قرار گرفت. دسته‌بندی استنادها از لحاظ شکل نشان دادند که میزان استناد به نشریات با ۵۹ درصد بیش از منابع دیگر بوده است و میزان استناد به کتاب با ۲۶ درصد در درجه‌ی دوم اهمیت قرار دارد (۸). کیانمهر در تحقیقی به تحلیل استنادی مقالات منتشر شده در مجلات کتابداری و اطلاع‌رسانی پرداخت. نتایج نشان دادند، بالاترین میزان استناد در میان انواع منابع کتاب (۴۹ درصد) می‌باشد. هم‌چنین بیش از نیمی از منابع (۵۵ درصد) به زبان فارسی هستند (۹). در پژوهشی که بر روی پایان‌نامه‌های دانشگاه علوم پزشکی تبریز انجام شد، نتایج نشان دادند که رابطه‌ی معناداری بین روش‌های تحقیق به‌کار رفته در پایان‌نامه‌ها و مقاطع تحصیلی و نیز استنادات به‌کار رفته و رشته‌های تحصیلی وجود دارد. از سوی دیگر بین روش‌های تحقیق به‌کار رفته و عامل جنس رابطه‌ی معناداری وجود نداشت (۱۰).

در تحقیقی دیگر که Lekwa بر روی پایان‌نامه‌های دوره‌ی دکترای رشته‌ی روان‌شناسی هشت مرکز آموزشی انجام داد مشخص شد، فراوانی روش‌های تجربی با توجه به اهمیت این روش‌ها در رشته‌ی روان‌شناسی بسیار کم می‌باشد. این در حالی بود که اغلب پایان‌نامه‌ها گزارش‌های موردی از نمونه‌های منحصر به فرد و یا با تعداد نمونه‌های بسیار محدود بودند (۱۱). در تحقیقی که Shek و همکاران او بر روی پایان‌نامه‌های دوره‌های تکمیلی دانشگاه‌های تایوان انجام دادند، مشخص شد که اغلب روش‌های تحقیق مورد استفاده کیفی هستند و تعداد کمی از آن‌ها از روش‌های ترکیبی (Mix methods) بهره جسته‌اند. هم‌چنین از نظر منابع و

چک‌لیست بود که روایی آن توسط پژوهشگران و صاحب‌نظران به‌دست آمد، داده‌ها نیز بر اساس مشاهده‌ی مستقیم نمونه‌ی آماری تکمیل شدند. مواردی در درون چک‌لیست پیش‌بینی شده بود تا تمامی اطلاعات لازم در تحقیق جمع‌آوری شود. بدین ترتیب بندهایی برای اخذ اطلاعات ذیل پیش‌بینی شد: رشته‌ی تحصیلی، مقطع تحصیلی، جنسیت، سال پژوهش و روش‌های تحقیق به‌کار رفته به تفکیک روش‌های تحقیق سه‌گانه (پیمایشی، تجربی و مروری)، منابع مورد استفاده در پایان‌نامه به تفکیک انواع منابع و استنادها از جمله کتاب، مجله، اینترنت و دیگر مواد غیر چاپی. برای سنجش روایی، چک‌لیست برای تعدادی از متخصصین و صاحب‌نظران ارسال و بعد از اعمال تغییرات بر اساس نظرات ایشان مورد استفاده قرار گرفت. روش تجزیه و تحلیل داده‌ها به‌صورت توصیفی و استنباطی و با توجه به متغیرهای فوق، با فرمول مجذور خی دو و جدول توافقی صورت گرفت. لازم به ذکر است تمامی مراحل آماری توسط نرم‌افزار آماری SPSS نسخه‌ی ۱۹ انجام گردید.

یافته‌ها

پژوهش حاضر به بررسی وضعیت پایان‌نامه‌های فارغ‌التحصیلان دوره‌های تکمیلی دانشگاه علوم پزشکی ارومیه می‌پردازد. در این مطالعه متغیرهای زیادی مورد بررسی قرار گرفتند، که عبارت‌اند از روش‌ها تحقیق مورد استفاده (پیمایشی، تجربی و مروری)، منابع مورد استفاده (کتاب، مجله، پایان‌نامه، جزوه، روزنامه و ...) در قالب‌های مختلف چاپی، الکترونیکی و پیوسته، عامل جنسیت، رشته‌های تحصیلی، نوع پایان‌نامه‌ها (بالینی و غیر بالینی)، بازه‌ی زمانی انجام پایان‌نامه (۱۳۷۴-۱۳۶۵، ۱۳۸۴-۱۳۷۵ و ۱۳۹۰-۱۳۸۵ خورشیدی) و مقاطع مختلف تحصیلی (دکترای حرفه‌ای، دستیار و کارشناسی ارشد). علاوه بر موارد فوق برای آرایه‌ی داده‌های تکمیلی، پایان‌نامه‌ها از لحاظ ظاهری نیز مورد بررسی قرار گرفتند. برای انجام این کار متغیرهایی مانند تعداد صفحات، بررسی چکیده‌ها و منابع کنترل شدند. جدول ۱ وضعیت پایان‌نامه‌ها را بر اساس متغیرهای اخیر نشان می‌دهد.

به‌کار رفته و بالینی و غیر بالینی بودن آن‌ها تعیین گردید. لازم به ذکر است که روش‌های تحقیق در این مطالعات به سه گروه اصلی پیمایشی، تجربی و مروری تقسیم می‌شوند. در این پژوهش منظور از روش تحقیق مروری روش‌هایی است که صرفاً به مرور و یا معرفی یک موضوع، ترجمه‌ی بخشی از یک کتاب و یا گزارش و مواردی از این دست می‌پردازد.

روش بررسی

روش پژوهش به‌صورت پیمایشی و تحلیلی می‌باشد. قلمرو این پژوهش پایان‌نامه‌های دوره‌های مختلف تکمیلی (دکترای حرفه‌ای، دستیار، کارشناسی ارشد) بین بازه‌ی زمانی تحویل پایان‌نامه‌ها به کتابخانه‌ی مرکزی دانشگاه علوم پزشکی ارومیه می‌باشد که در سه مقطع زمانی ۷۴-۶۵ و ۸۴-۷۵ و ۹۰-۸۵ خورشیدی مورد بررسی قرار گرفتند. بر این اساس تعداد ۱۷۲۹ پایان‌نامه‌ی ثبت شده در کتابخانه‌ی مرکزی به عنوان جامعه‌ی پژوهش شناسایی شدند. این پایان‌نامه‌ها مربوط به رشته‌ی پزشکی (دکترای حرفه‌ای و دستیار)، بیوشیمی، پرستاری، اپیدمیولوژی و انگل‌شناسی بودند. پایان‌نامه‌های رشته‌های غیر از پزشکی تماماً مربوط به دهه‌ی ۸۰ هستند. با توجه به تعداد پایان‌نامه‌های موجود در کتابخانه‌ی مرکزی دانشگاه علوم پزشکی ارومیه تعداد ۳۱۵ پایان‌نامه بر اساس نمونه‌گیری تصادفی طبقه‌ای (بر اساس رشته‌ی تحصیلی و تعداد پایان‌نامه‌های موجود در هر مقطع تحصیلی و عامل جنس) بر اساس جدول Morgan انتخاب شدند (۱۶). بدین ترتیب با توجه به این‌که از بین نویسندگان ۱۶۸۳ پایان‌نامه‌ی پزشکی ۵۹۴ نفر زن و ۱۰۸۹ نفر مرد هستند، از ۲۸۵ نمونه‌ای که برای رشته‌ی پزشکی در نظر گرفته شده بود، ۱۱۹ نفر زن و ۱۸۲ نفر مرد انتخاب شدند. هم‌چنین به علت محدودیت پایان‌نامه‌های کارشناسی ارشد که در کل ۲۹ پایان‌نامه را تشکیل می‌دادند، تمامی آن‌ها به عنوان نمونه انتخاب شدند. نسبت جنس مرد به زن در پایان‌نامه‌های کارشناسی ارشد تقریباً (۵۱ درصد مرد و ۴۹ درصد زن) یکسان می‌باشند. ابزار گردآوری اطلاعات

جدول ۱: فراوانی و درصد فراوانی پایان‌نامه‌ها بر اساس تعداد صفحات، چکیده، منابع و تعداد منابع

	تعداد صفحات				چکیده			منابع				تعداد منابع			
	۱-۲۰	۲۱-۴۰	۴۱-۶۵	<۶۵	ندارد	ناقص	کامل	ندارد	کامل	ناقص	ندارد	۱-۵	۶-۱۰	۱۱-۱۵	<۱۶
فراوانی	۳	۳	۲۲۶	۸۳	۴۳	۱۴۳	۱۲۹	۹	۳۰۵	۱	۲۴	۷۰	۱۳۳	۸۳	
درصد	۱	۱	۷۲	۲۶	۱۴	۴۵	۴۱	۳	۹۷	۰	۸	۲۲	۴۲	۲۶	

برای افزایش روایی آزمون کای دو اختلاف بین روش‌های تحقیق و مقاطع تحصیلی در سطح دو روش تحقیق تجربی و غیر تجربی (پیمایشی و مرور) آزمون شد. ($Pvalue=0/000$) داد که اختلاف معناداری بین مردان و زنان در انتخاب روش‌های تحقیق مشاهده می‌شود ($Chi-square=13/85$) که بیش‌ترین تفاوت در به‌کار بردن روش‌های تحقیق تجربی می‌باشد. چنان‌چه جنس مرد به‌طور معناداری بیش‌تر از جنس زن از روش‌های تحقیق تجربی استفاده کرده‌اند و در مورد روش تحقیق پیمایشی به نظر می‌رسد که اختلاف معناداری وجود نداشته باشد ($Pvalue=0/005$). از سوی دیگر با توجه به کای دو محاسبه شده ($Chi-square=30/01$)، اختلاف معناداری بین روش‌های تحقیق مورد استفاده و رشته‌های تحصیلی مختلف وجود دارد. لازم به ذکر است که با توجه به فراوانی اندک (۲ مورد) پایان‌نامه‌های رشته‌ی انگل‌شناسی، فراوانی این رشته در محاسبات وارد نشد. هم‌چنین لازم به ذکر است به علت وجود فراوانی صفر در مورد روش‌های تحقیق مرور در رشته‌های غیر از پزشکی (پرستاری، بیوشیمی و اپیدمیولوژی) روش‌های تحقیق به دو گروه تجربی و غیر تجربی (پیمایشی و مرور) مورد مقایسه قرار گرفتند ($Pvalue=0/000$). جدول ۲ فراوانی پایان‌نامه‌های مورد بررسی را بر اساس متغیرهای مختلف نشان می‌دهد.

در مورد بررسی رابطه‌ی بین استنادات به‌کار رفته در پایان‌نامه‌ها و روش‌های تحقیق و مقدار کای دو محاسبه شده ($Chi-square=373/14$) مشخص شد که بین انواع روش‌های تحقیق و انواع منابع مورد استناد رابطه‌ی معنادار وجود دارد. در این مورد نیز با توجه به وجود فراوانی صفر در استفاده از پایان‌نامه به عنوان منبع در پایان‌نامه‌هایی که از روش مرور

لازم به ذکر است منظور از نقص در چکیده‌ها، نبود یکی و تعدادی از قسمت‌های اصلی آن مانند کلیدواژه‌ها و یا نبود چکیده فارسی و یا انگلیسی می‌باشد.

هم‌چنین در مجموع ۶۱ پایان‌نامه به‌صورت مشترک انجام گرفته که ۵۴ مورد با دو پژوهشگر، ۶ مورد با سه پژوهشگر و ۱ مورد نیز با بیش از ۳ پژوهشگر است. از این میان تنها دو مورد از پایان‌نامه‌های مشترک جزو پایان‌نامه‌های مقطع دستیاری بوده است و بقیه مربوط به مقطع دکترای حرفه‌ای می‌باشد و در مقطع کارشناسی ارشد مورد مشترکی وجود نداشت. از نظر زمان انجام پایان‌نامه‌های مشترک، داده‌ها نشان می‌دهند که بیشینه‌ی این موارد در بازه‌ی زمانی دوم یعنی ۱۳۷۵ تا ۱۳۸۴ خورشیدی بوده است (۵۱ مورد). البته این امر می‌تواند به علت تعداد اندک پایان‌نامه‌ها در بازه‌ی زمانی اول (۱۳۶۵ تا ۱۳۷۴ خورشیدی) باشد. می‌توان بدین صورت استنباط نمود که احتمالاً بعد از سال ۱۳۸۴ انجام چنین پایان‌نامه‌هایی مخالف سیاست‌های کلی دانشگاه بوده است.

به‌طور کلی روش‌های تحقیق مورد استفاده در پایان‌نامه‌های دانشگاه علوم پزشکی ارومیه به سه حوزه‌ی کلی روش‌های تحقیق پیمایشی، تجربی و مرور تقسیم شدند. بر این اساس ۲۱۹ پایان‌نامه با روش‌های پیمایشی، ۷۰ پایان‌نامه از روش‌های تجربی و ۲۶ پایان‌نامه با روش مرور انجام شده بودند. از لحاظ بالینی و غیر بالینی بودن مطالعات نیز ۷۲ پایان‌نامه بالینی و ۲۴۳ پایان‌نامه به‌صورت غیر بالینی بودند. هم‌چنین با توجه به کای دو محاسبه شده ($Chi-square=49/66$)، مشخص گردید که اختلاف معناداری بین انتخاب روش‌های تحقیق بر اساس مقاطع مختلف تحصیلی وجود دارد. لازم به ذکر است با توجه به این که در مقطع کارشناسی ارشد و دستیاری، فراوانی روش تحقیق مرور صفر می‌باشد

همچنین از جهت قالب و شکل، منابع چاپی بیش از ۹۷ درصد را به خود اختصاص داده‌اند که جای تأمل دارد. این در حالی است که اکثر مقالات و مجلات که بیشینه‌ی استفاده را در میان منابع دارند، دارای نسخه‌ی چاپی نبوده و در صورت وجود، در دسترس بودن آن‌ها در دانشگاه علوم پزشکی ارومیه امر دیگری است. جدول ۳ فراوانی و درصد فراوانی استفاده از انواع منابع و هم‌چنین زبان منابع مورد استفاده را در پایان‌نامه‌های مورد بررسی را نشان می‌دهد.

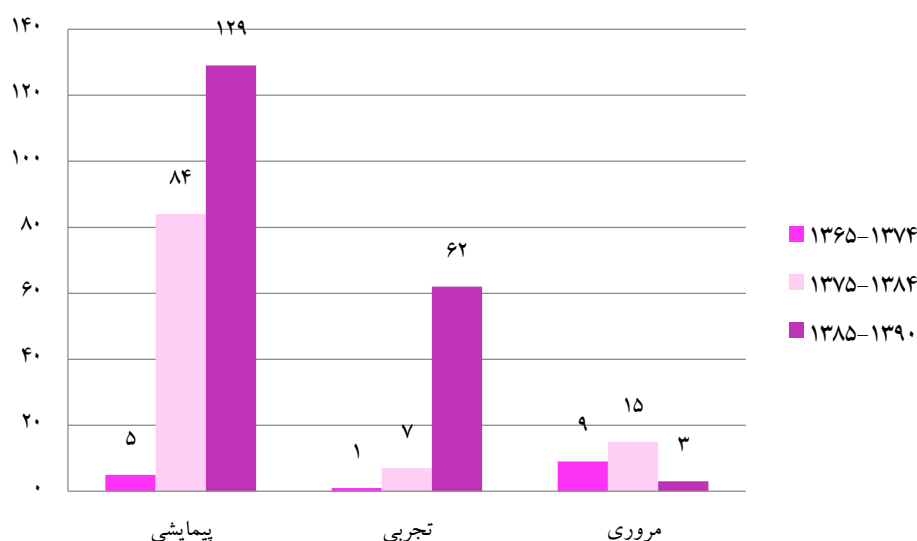
استفاده کرده‌اند، با تلفیق دو نوع از منابع یعنی کتاب و پایان‌نامه سطح معناداری بین دو نوع از منابع مورد استفاده یعنی کتاب و مجله محاسبه گردید. بر این اساس می‌توان ابراز داشت که این تفاوت بیش‌تر به علت استفاده‌ی زیاد از مجلات و سپس کتاب می‌باشد (Pvalue=۰/۰۰۰). چنان‌چه ۸۱/۸۴ درصد از کل منابع مورد استفاده در پایان‌نامه‌های مورد بررسی اختصاص به مجلات داشته و مابقی کتاب و درصد کمی از منابع نیز متعلق به پایان‌نامه‌ها بوده است.

جدول ۲: فراوانی پایان‌نامه‌های مورد بررسی بر اساس متغیرهای مختلف

نوع مطالعه	روش‌های تحقیق		مقطع تحصیلی		جنسیت		رشته‌ی تحصیلی							
	تجربی	مروری	کارشناسی ارشد	دستاری	مشترک	زن	مرد	انگل‌شناسی	بیوشیمی	اپیدمیولوژی	پرستاری	پزشکی		
غیربالینی	۷۲	۲۶	۲۱۹	۲۹	۷۲	۲۱۴	۶	۱۲۲	۱۸۷	۲	۱۱	۶	۱۰	۲۸۶

جدول ۳: فراوانی و درصد فراوانی استفاده از انواع منابع و هم‌چنین زبان منابع مورد استفاده

زبان منابع	منابع چاپی			منابع الکترونیکی			منابع پیوسته				
	کتاب	مجله	کتاب	مجله	کتاب	مجله	وب‌سایت‌ها و ...	پایان‌نامه	فارسی	انگلیسی	سایر
فراوانی	۱۳۹۲	۶۳۹۰	۲۹	۱۲	۰	۷۵	۱	۴۸	۵۶۳	۷۰۸۱	۳
درصد فراوانی	۱۷/۵	۸۰/۴	۰/۴	۰/۱	۰	۱	۰	۰/۶	۸	۸۹/۲	۲/۸



نمودار ۱: فراوانی انواع روش‌های تحقیق پایان‌نامه‌ها بر اساس سه بازه‌ی زمانی

هم‌چنین نتایج نشان دادند که بین بازه‌های زمانی مختلف (۱۳۷۴-۱۳۶۵، ۱۳۸۴-۱۳۷۵ و ۱۳۹۰-۱۳۸۵ خورشیدی) و فراوانی روش‌های تحقیق استعمال شده در پایان‌نامه‌های دوره‌های تکمیلی دانشگاه علوم پزشکی ارومیه با توجه به کای‌دو محاسبه شده ($\text{Chi-square}=87/38$) رابطه‌ی معناداری وجود دارد ($P\text{value}=0/000$). نمودار ۱ فراوانی انواع روش‌های تحقیق مورد استفاده در پایان‌نامه‌های مورد بررسی در سه بازه‌ی زمانی نشان می‌دهد.

بحث

به‌طور کلی در این مطالعه روش‌های تحقیق به سه گروه عمده یعنی پیمایشی، تجربی و مروری تقسیم‌بندی شدند. نتایج نشان دادند که پژوهش پیمایشی با اختلاف معناداری پربسامدترین نوع پژوهش در میان تمامی مقاطع تحصیلی، جنس (مرد و زن) و بازه‌های زمانی مورد بررسی می‌باشد. به نظر می‌رسد انواع پژوهش‌های پیمایشی از نظر فراغ‌التحصیلان دانشگاه علوم پزشکی ارومیه یک روش عامه‌پسند و بی‌دردسر می‌باشد که با توجه به سهولت نسبی آن در انجام و احیاناً در مراحل دآوری پروپوزال و دفاع از پایان‌نامه‌ی نهایی، مورد اقبال بیش‌تر دانشجویان قرار گرفته است. چنان‌چه نزدیک به ۷۰ درصد پایان‌نامه‌های مورد بررسی به روش توصیفی انجام گرفته بودند. در حقیقت هر گونه اختلاف معناداری که بین روش‌های تحقیق و سایر متغیرها مورد بررسی مطرح شد، مربوط به فراوانی دو نوع دیگر یعنی تجربی و مروری می‌باشد. نتایج پژوهش Lekwa، هراتی، دولانی و اکرمی نیز مشابه با نتایج تحقیق حاضر است ولی در تحقیق Tiew تحقیقات تجربی و نیمه تجربی بیش‌ترین بسامد را نشان دادند (۱۴، ۱۱-۱۰، ۴-۳). از سوی دیگر از بین ۳۱۵ پایان‌نامه که به عنوان نمونه مورد بررسی قرار گرفتند، تنها ۷۲ مورد بالینی و بقیه (۲۴۳ مورد) غیربالینی بودند که با توجه به اکثریت قریب به اتفاق روش‌های تحقیق پایان‌نامه‌ها که از نوع پیمایشی بودند، منطقی به نظر می‌رسد. گر چه استفاده از روش پژوهش تجربی در سال‌های اخیر یا به عبارتی دیگر، بازه‌ی زمانی سوم در تحقیق حاضر (۱۳۹۰-

۱۳۸۵ خورشیدی) به‌طور چشم‌گیری افزایش یافته است، ولی در همین بازه نیز تنها ۱۹ درصد از پایان‌نامه‌های مقطع دکترای حرفه‌ای تجربی بوده و بیش از ۷۶ درصد آن‌ها پیمایشی و تعداد اندکی مروری بوده‌اند. این در حالی است که در مقاطع دیگر یعنی دوره‌های دستیاری بیش از ۳۱ درصد و کارشناسی ارشد بیش از ۳۶ درصد از روش‌های تجربی استفاده کرده‌اند. لازم به ذکر است، در این دو مقطع اخیر هیچ‌کدام از روش‌های مروری استفاده نکرده‌اند. نتایج پژوهش دولانی و همکاران نیز مشابه نتایج اخیر می‌باشد (۱۰). به نظر می‌رسد با توجه به این که در بازه‌ی سوم یعنی ۱۳۹۰-۱۳۸۵ خورشیدی در بین پایان‌نامه‌های دکترای حرفه‌ای از بین ۱۰۹ پایان‌نامه، ۸۵ پایان‌نامه با روش پیمایشی انجام شده‌اند، لزوم پرداختن دانشجویان به پژوهش‌های تجربی که با رشته‌های پزشکی سنخیت بیش‌تر و کارایی مطلوب‌تری دارد، لازم و ضروری به نظر می‌رسد. البته مسأله‌ی فوق را از دید عامل جنسیت نیز می‌توان از زاویه‌ای دیگر بدان پرداخت، به‌طوری‌که نتایج نشان دادند که دانشجویان زن کم‌تر تمایلی برای انجام پژوهش‌های تجربی از خود نشان می‌دهند، در حالی که این اختلاف در پژوهش‌های پیمایشی و مروری دیده نمی‌شود و اختلاف معناداری بین دو جنسیت وجود ندارد.

در مورد منابع مورد استفاده در پایان‌نامه‌ها، تعداد منابع از نوع مجله با اختلاف معنادار تعداد زیادی را در مقایسه با سایر انواع منابع مانند کتاب، پایان‌نامه و ... نشان می‌دهد. البته در این میان پایان‌نامه‌هایی که از روش‌های مروری استفاده کرده‌اند، بسیار کم‌تر از مجلات و اغلب از کتاب بهره جسته‌اند. ولی در مورد روش‌های تحقیق پیمایشی و تجربی می‌توان گفت با توجه به تعداد پایان‌نامه‌های مورد بررسی، اختلاف چندانی مشاهده نمی‌گردد. نتایج پژوهش‌های Burman، Tiew، پورشعرباف، دولانی، بنی‌هاشمی و جاهد مشابه نتایج تحقیق حاضر است، در حالی که نتایج بررسی کیانمهر بر روی مقالات کتابداری میزان استناد کتاب‌ها را بیش‌تر از سایر انواع منابع نشان می‌دهد (۱۵-۱۴، ۱۰-۷، ۵). در مورد مسأله‌ی منابع می‌توان به موضوع دیگری نیز اشاره نمود و آن استفاده‌ی بسیار ناچیز از منابع در قالب‌ها و شکل‌های پیوسته (Online)

خورشیدی (بازه‌ی سوم تحقیق) بالغ بر ۷۱ پایان‌نامه دارای چکیده‌های ناقص هستند که علل نقص آن‌ها را می‌توان مواردی چون نبود چکیده انگلیسی یا فارسی و یا نبود قسمت کلید واژگان نام برد. البته به موارد فوق می‌توان عدم یک‌دستی در کاربرد واژگان نیز اضافه کرد. برای مثال به کار بردن لغاتی مانند خلاصه، تلخیص و ... به جای چکیده و یا به کار بردن کل واژگان و واژه‌های مهم به جای کلید واژگان. نتایج پژوهش اکرمی نیز نشان داد تنها ۱۱ درصد از پایان‌نامه‌ها معیارهای فوق را رعایت کرده بودند. همچنین نتایج تحقیق Fosu و Alemna نیز منطبق بر نتایج تحقیق حاضر است (۱۳، ۳).

از نظر تعداد استفاده از منابع نیز می‌توان ابراز داشت که نرخ استفاده از منابع به‌طور کلی پایین می‌باشد ولی باید این نکته را در نظر داشت که این نقص بیش‌تر مربوط به پایان‌نامه‌های دکترای حرفه‌ای می‌شود، چرا که برای مثال در مقطع کارشناسی ارشد تمامی پایان‌نامه‌ها بیش‌تر از ۳۰ منبع دارند و در مقطع دستیاری نیز تعداد بسیار معدودی دارای نرخ ۱ تا ۵ منبع و ۶ تا ۱۰ منبع می‌باشند (۱۳ مورد) ولی در مقطع دکترای حرفه‌ای بیش از ۶۵ درصد آن‌ها کم‌تر از ۱۶ منبع استفاده کرده‌اند که قابل تأمل است. از سوی دیگر از نظر نحوه‌ی درج منابع و رعایت حداقل اصول استناددهی یعنی درج نویسندگان، عنوان منبع، تاریخ، صفحات، تاریخ دسترسی (برای منابع پیوسته) و رعایت علایم مرسوم در استناددهی بیش از ۹۶ درصد از پایان‌نامه‌ها دارای نقص جدی هستند که این امر در هر سه بازه‌ی زمانی و مقاطع تحصیلی و رشته‌های گوناگون صادق است.

نتیجه‌گیری

نتیجه‌گیری نهایی از یافته‌های پژوهش حاضر بر رسیدگی فرایند انجام پایان‌نامه‌ها از ابتدای انتخاب موضوع تا ارایه‌ی نهایی آن تأکید دارد. این نکته حایز اهمیت است که متغیرهای چندی در کیفیت پایان‌نامه‌های دانشگاهی خصوصاً حوزه‌ی پزشکی، اثرگذار هستند که از جمله این عوامل می‌توان به موارد ذیل اشاره نمود: انتخاب روش‌های تحقیق

و الکترونیکی در تمامی انواع آن‌ها (کتاب، مجله و ...) است. این مسأله با توجه به عدم استفاده‌ی آن‌ها در هر سه بازه‌ی زمانی قابل تأمل است، چرا که رشد و تأثیر منابع الکترونیکی و پیوسته حداقل در بازه‌ی زمانی سوم تحقیق یعنی ۱۳۹۰-۱۳۸۵ خورشیدی، بایستی به‌طور چشم‌گیری بر روی استنادهای پایان‌نامه‌ها تأثیرگذار می‌بود. استدلالی که می‌توان داشت این‌که با توجه به استفاده‌ی اکثر دانشجویان با بسامد بسیار زیاد استفاده از مجلات و مقالات، نمی‌توان به نتایج مربوط به میزان استفاده از منابع غیر چاپی اعتماد نمود. زیرا بسیاری از مجلات مورد استفاده در پایان‌نامه‌ها نسخه‌ی چاپی آن‌ها در دانشگاه علوم پزشکی ارومیه وجود ندارند و اصولاً بسیاری از مجلات خارجی نسخه‌ی چاپی تولید نمی‌کنند. تنها دلیلی که می‌تواند تناقض موجود را برطرف نماید این است که دانشجویان اگر چه از منابع الکترونیکی و پیوسته در تمامی انواع آن‌ها (کتاب، مجله و ...) استفاده می‌کنند، ولی در هنگام استناددهی همانند یک سند چاپی عمل کرده و باعث عدم رصد منابع الکترونیکی و پیوسته توسط نگارنده شده است. اگر چه نمی‌توان به‌طور قطع فرضیه‌ی حاضر را تأیید نمود، ولی به نظر می‌سد، دلیل دیگری برای عدم رصد منابع الکترونیکی نتوان ارایه نمود. نتایج تحقیق دولانی بر روی پایان‌نامه‌های دانشگاه علوم پزشکی تبریز منطبق بر نتایج اخیر می‌باشد (۱۰). این امر زمانی آشکارتر می‌گردد که بر اساس آمار حاصل شده تنها ۷ درصد از کل منابع با هر نوع (کتاب، مجله و ...) فارسی بوده و ۹۳ درصد باقی‌مانده از منابع انگلیسی و درصد بسیار کمی سایر زبان‌ها بوده‌اند. براساس نتایج تحقیق Shek که بر روی پایان‌نامه‌های دوره‌های تکمیلی دانشگاه‌های تایوان صورت گرفت، استفاده از منابع انگلیسی زبان بسیار ناچیز گزارش شد (۱۲). از سوی دیگر، پایان‌نامه‌ها از نظر ساختار و ظاهر نیز مورد بررسی قرار گرفتند که به برخی از موارد پرداخته می‌شود: به‌طور کلی ۴۳ پایان‌نامه دارای هیچ بخشی به عنوان چکیده نیستند که این تعداد پایان‌نامه در بازه‌ی زمانی ۱۳۶۵ تا ۱۳۸۴ خورشیدی بوده است. اگر چه بعد از سال ۱۳۸۴ تا ۱۳۹۰ خورشیدی این نقص برطرف شده است، ولی در بازه‌ی زمانی ۱۳۸۵-۱۳۹۰

• با توجه به رصد بسیار پایین پایان‌نامه‌های بالینی و لزوم پرداختن به این‌گونه از پایان‌نامه‌ها جهت ارتقای سطح نتایج و کاربردی نمودن آن‌ها، توجه مسؤولین برای تشویق و تعلیم دانشجویان جهت پرداختن به این‌گونه پایان‌نامه‌ها لازم و ضروری به نظر می‌رسد.

• با توجه به نقص شدید پایان‌نامه‌ها از لحاظ عدم رعایت اصول استناددهی، لزوم برگزاری دوره‌های آموزشی کوتاه مدت برای دانشجویان دوره‌های تکمیلی جهت سامان‌دهی منابع خود، مانند آموزش نرم‌افزارهای مدیریت منابع همچون Reference manager، Endnote و ... همچنین معرفی یک واحد در هر دانشکده مانند کتابخانه، برای تأیید صحت منابع لازم و ضروری به نظر می‌رسد.

تشکر و قدردانی

بدین وسیله از همکاری صمیمانه پرسنل کتابخانه مرکزی دانشگاه علوم پزشکی ارومیه سپاس‌گذاری می‌گردد.

مناسب، پرداختن بیش‌تر به مطالعات مداخله‌ای یا گرایش به سمت مطالعات بالینی، آماده‌سازی گزارش‌های نهایی مطالعات از نظر نگارشی، نحوه استناددهی، گنجانیدن قسمت‌های مهم مطالعات مانند چکیده، منابع و ... مسلم است رعایت موارد فوق بایستی توأمان از سوی دانشجویان دوره‌های تکمیلی رعایت شده و از نظر مسؤولین امر مانند اساتید راهنما و مشاور و در سطح کلان‌تر توسط معاونین تحقیقات و فن‌آوری دانشگاه‌ها به عنوان یک ضرورت تلقی گردد.

پیشنهادها

• با توجه به این‌که سایر روش‌های پژوهش به غیر از پیمایشی تقریباً در پایان‌نامه‌ها کم‌تر و برخی دیده نمی‌شود و همچنین لزوم پرداختن به روش‌های دیگر پژوهشی مانند روش‌های تجربی که بیش‌تر با روح رشته‌های پزشکی و پیراپزشکی عجین است، پیشنهاد می‌شود در معرفی و آموزش جامع روش‌های تحقیق دیگر برای دانشجویان و لزوم استفاده از آن‌ها در پایان‌نامه‌های دوره‌های تکمیلی مورد توجه قرار گیرد.

References

1. Khedmat H. Research methods in medical sciences (proposal, methodology and statistics). Iran: taymoorzadeh; 1999: 35-9. [In Persian]
2. Suri H. common errors in medical sciences researches and Thiers control. Iran: National medical sciences research center; 2005: 11-5. [In Persian]
3. Akrami R. Status of library and information science MS dissertations in view of research methods between 1956-1991 in Tehran university, Shiraz and Shiraz University and Iran University of Medical Sciences [Thesis in Persian]. Tehran: Iran University of Medical Sciences; 1992.
4. Harati T. Citation analysis of Tehran University dissertation in management collage between 1995-1997. [Thesis in Persian]. Tehran: Tehran University; 1999.
5. Jahed H. Citation analysis of Shahid Beheshti University of Medical Sciences PhD Dissertations in medicine collage between 1989-1993 [Thesis in Persian]. Tehran: Iran University of medical sciences; 1999.
6. Poursani M, Aminpour A. Content analysis of MS dissertations in health and nutrition majors in Shahid Beheshti University of Medical Sciences and Tehran University of Medical Sciences and comparing with nutrition research priorities. Proceeding of the 7th Iran nutrition seminar; 2004 Oct 7. Rasht: Gilan University of medical sciences; 2004. [In Persian]
7. Banihashemi M. Citation analysis of Persian articles in some serials [Thesis in Persian]. Tehran: Iran University of Medical Sciences; 1994.
8. Poursheerabaf A. Citation analysis of Tarbiat Modarres University dissertations in science collage between 1988-2000 [Thesis in Persian]. Tehran: Tarbiat Modarres University; 2000.
9. Kiyannmehr E. Citation analysis of published articles in library and information sciences journals (1996-2003). Faslnameh Ketab 2007; 70(2): 101-22. [In Persian]

10. Doulani A, Husseini-Nassab D, Niknafs B. Status of research methods used in the dissertations of raduates from Tabriz University of Medical Sciences (Assistantship, MD, Board and MSc) for the years 1996-2006. *Science and Information Technology* 2009; 25(2): 169-87. [In Persian]
11. Lekwa A, Ysseldyke J. Dissertation research in school psychology: Changes in topics and methodology over the past 25 years. *Journal of Applied School Psychology* 2010; 26: 17-37.
12. Shek DTL, Lee JH, Tam SY. Analyses of postgraduate social work dissertations in Taiwan: Implications for social work research and education. *International Social Work* 2007; 50(6): 821-38.
13. Fosu VK, Alemna AA. An Analytical Study of Masters Dissertations on the Balme Library, University of Ghana, Legon. *African Journal of Library, Archives & Information Science* 2006; 16(2): 71-8.
14. Tiew WS, Kaur K. Citation analysis of Journal of Naturreal Rubber Research 1988-1997. *Malaysian Journal of library and information science* 2000; 5(2): 45-56.
15. Burman JS. Doctoral Research in IMTECH: Document use pattern. *Annals of library science and Documentation* 2000, 47(4): 121-30.
16. Sarmad Z, Bazargan A, Hejazi E. Research methods in behavior sciences. Iran: Agah; 2002: 131. [In Persian]

Assessing of Urmia University of Medical Sciences Post Graduate Dissertations*

Abbas Doulani¹; Kobra Taram²; Nadjla Hariri³;
Hafez Mohammad Hassanzadeh Afsanjani⁴; Haydar Esmaeili⁵

Original Article

Abstract

Introduction: research is main platform to deep and comprehensive understanding of facts and thought. Dissertations are as research résumé for universities and research centers, which some factors affect on their qualities. In the research detection of status of oroomiye University of medical sciences dissertations.

Methods: the research done with survey and analytic method. 315 dissertation, select in base of Morgan table as sample among 1729 dissertation, with various degree and majors by stratified random sampling method that assess with checklist made by the researchers for validity. Data import to SPSS19 software and analysis by descriptive statistics and Chi-square formula.

Results: the dissertations have serious defects in appearance factors for example in abstract, citations, page rank and etc. 69.5 percent of the dissertations used survey methods and 22 percent used experimental methods and 8.5 percent used review methods. Also 77 percent of dissertations are clinical and the remaining is nonclinical. Variables such as time spans (1365-1374 and 1375-1384 and 1385-1390), majors, degrees and sex affect on the research methods.

Conclusion: some variables affect on universities dissertations quality. Supervision by dissertation responsible process, from subject selecting stage until final delivery, to controlling effected variables is necessary. Also in base of values of significant between methodologies of the dissertations V.S fields and degrees of graduates; it is necessary to making some guides and handbooks to driving the dissertation subjects and results to the society needs.

Keywords: Academic Dissertation; Research Methods; Universities.

Received: 16 Feb, 2013

Accepted: 10 Apr, 2014

Citation: Doulani A, Taram K, Hariri N, Hassanzadeh Afsanjani HM, Esmaeili H. **Assessing of Urmia University of Medical Sciences Post Graduate Dissertations.** Health Inf Manage 2014; 11(2): 168.

* This article is derived from a research project (No. 1124) in Urmia University of Medical Sciences, Urmia. Iran.

1- PhD Student, Knowledge and Information Sciences, Urmia University of Medical Sciences, Urmia. Iran (Corresponding Author) Email: a.doulani@gmail.com

2- MSc, Knowledge and Information Sciences, Tehran Payamnoor University, Tehran, Iran

3- Associate Professor, Knowledge and Information Sciences, Science and Research Branch, Islamic Azad University, Tehran, Iran

4- MSc, Knowledge and Information Sciences, Cardiovascular Research center, Tabriz University of Medical Sciences, Tabriz, Iran

5- MSc, Knowledge and Information Sciences, Urmia University, Urmia, Iran

میزان حاکمیت عوامل مدیریت دانش در کتابخانه‌های دانشگاه علوم پزشکی اصفهان*

بهاره غلامی^۱، حسین عابدی مدیسه^۲، بنفشه غلامی^۳، شهین مجیری^۴،

حسن اشرفی ریزی^۵، نیلوفر هدهدی نژاد^۶

مقاله پژوهشی

چکیده

مقدمه: امروزه هر مقدار که در کتابخانه‌ها از عوامل و فرایندهای مدیریت دانش بیش‌تر استفاده شود، نتایج مطلوب‌تری در ارزیابی خدمات اطلاعاتی فراهم می‌شود. هدف این پژوهش بررسی میزان استقرار عوامل مدیریت دانش در کتابخانه‌های دانشگاه علوم پزشکی اصفهان می‌باشد.

روش بررسی: این پژوهش یک مطالعه‌ی پیمایشی از نوع کاربردی می‌باشد. جامعه‌ی آماری شامل کلیه‌ی کتابداران شاغل در کتابخانه‌های دانشگاه علوم پزشکی اصفهان (۸۲ نفر) و روش نمونه‌گیری به شیوه‌ی سرشماری بود. ابزار گردآوری اطلاعات پرسش‌نامه‌ی استاندارد Pasture بود که روایی آن با استفاده از روایی صوری و پایایی آن با استفاده از محاسبه‌ی ضریب Alpha Cronbach ($r=0/97$) تأیید گردید. تجزیه و تحلیل داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار SPSS نسخه‌ی ۱۸ و در دو سطح آمار توصیفی و استنباطی (آزمون T و آزمون F) صورت گرفت.

یافته‌ها: نتایج به‌دست آمده نشان داد که در کتابخانه‌های دانشگاه علوم پزشکی اصفهان هر شش مؤلفه‌ی مدیریت دانش (سیاست‌ها و راهبردها، سیستم‌های رهبری، سیستم تشویق و پاداش‌دهی، سیستم خلق و تحصیل دانش، سیستم آموزش و سیستم ارتباطی مدیریت دانش)، کم‌تر از سطح متوسط بوده است و در خصوص مؤلفه‌های سیاست‌ها و راهبردها، سیستم‌های رهبری و سیستم‌های تشویق و پاداش‌دهی مدیریت دانش برحسب مدرک تحصیلی در سطح $Pvalue \leq 0/05$ معنادار بوده است، اما در خصوص سایر مؤلفه‌ها برحسب سابقه‌ی خدمت و سن پاسخ‌گویان معنادار نبوده است.

نتیجه‌گیری: با توجه به یافته‌های پژوهش به‌نظر می‌رسد که به‌کارگیری مؤلفه‌های مدیریت دانش در کتابخانه‌های دانشگاه علوم پزشکی اصفهان بنا بر دلایلی از جمله عدم وجود دستورالعمل‌ها و خط‌مشی‌های مدون و حمایت مسئولین، به‌صورت غیر علمی می‌باشد. بنابراین مدیریت و رهبری در کتابخانه‌ها بهتر است به‌گونه‌ای باشد که عوامل ایجادکننده‌ی مدیریت دانش در بین همه‌ی کارکنان کتابخانه‌ها پذیرفته شود.

واژه‌های کلیدی: مدیریت دانش؛ کتابخانه‌های دانشگاهی؛ دانشگاه‌ها

دریافت مقاله: ۹۱/۱۲/۸

اصلاح نهایی: ۹۲/۸/۱۲

پذیرش مقاله: ۹۲/۸/۱۲

ارجاع: غلامی بهاره، عابدی مدیسه حسین، غلامی بنفشه، مجیری شهین، اشرفی ریزی حسن، هدهدی نژاد نیلوفر. **میزان حاکمیت عوامل مدیریت دانش در کتابخانه‌های دانشگاه علوم پزشکی اصفهان.** مدیریت اطلاعات سلامت ۱۳۹۳؛ ۱۱(۲): ۱۷۶-۱۶۹.

مقدمه

با توجه به حرکت جامعه‌ی بشری به سوی اجتماع «دانش بنیان» مدیریت و کنترل دانش نقش پایه‌ای در شکوفایی و رشد جامعه خواهد داشت. پیاده‌سازی مدیریت دانش نه تنها برای شرکت‌ها و سازمان‌های بزرگ و انتفاعی اهمیت دارد بلکه برای سازمان‌های غیر انتفاعی هم‌چون دانشگاه‌ها هم مهم و ضروری است (۱). ضرورت به‌کارگیری مدیریت دانش در دانشگاه‌ها از آن جهت است که در عصر حاضر دانشگاه‌ها با چالش‌هایی اساسی از جمله پدیده‌ی جهانی شدن آموزش

* این مقاله حاصل طرح تحقیقاتی به شماره‌ی ۲۸۹۱۷۲ و با حمایت مرکز تحقیقات

فن‌آوری اطلاعات در امور سلامت دانشگاه علوم پزشکی اصفهان می‌باشد.

۱- کارشناس ارشد، مدیریت آموزشی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد خوراسگان، اصفهان، ایران

۲- دکتری حرفه‌ای، دام‌پزشکی، دانشگاه پیام نور، واحد فریدونشهر، اصفهان، ایران

۳- دانشجوی کارشناسی ارشد، کتابداری و اطلاع‌رسانی، دانشگاه قم، قم، ایران

۴- کارشناس ارشد، کتابداری و اطلاع‌رسانی، مرکز تحقیقات فناوری اطلاعات در

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

Email: shmojiri@yahoo.com

۵- دانشیار، کتابداری و اطلاع‌رسانی، مرکز تحقیقات فناوری اطلاعات در امور

سلامت، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران

۶- دانشجوی کارشناسی ارشد، کتابداری و اطلاع‌رسانی پزشکی، دانشگاه علوم

پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران

منابع و برنامه‌های مختلف: با توجه به این که هدف غایی مدیریت دانش حذف لایه‌های میانجی بین تولید کنندگان و استفاده کنندگان دانش است؛ بنابراین نقش کتابخانه‌ها دیگر به عنوان واسطه‌های بین منابع دانش و کاربران موضوعیت ندارد. در چنین شرایطی نقش کتابخانه‌ها نه به عنوان میانجی که به عنوان پشتیبان مطرح می‌گردد. در حقیقت کتابخانه‌ی دانشگاهی باید نه به عنوان مکانی برای نگهداری اطلاعات بلکه به عنوان دروازه‌ای عمل کند که از طریق آن دانشگاهیان بتوانند به منابع اطلاعاتی وسیع دست یابند (۶).

۲- نشر و تأمین اطلاعات تولید شده در داخل: انتشار الکترونیکی دانش و اطلاعات تولید شده در دانشگاه‌ها بزرگ‌ترین گامی است که کتابخانه‌های دانشگاهی باید به عنوان ناشر و توزیع کننده دانش در فرایند مدیریت دانش عهده‌دار شوند (۷). کتابخانه‌ها می‌توانند با تهیه‌ی یک آرشیو پیش از انتشار از تولیدات دانشگاه به عنوان یک ناشر داخلی عمل نموده و به توزیع زود هنگام تولیدات داخل، حتی پیش از انتشار رسمی آن‌ها، کمک نمایند (۸). ۳- ترویج دانش و سرمایه‌های فکری: مهم‌ترین هدف مدیریت دانش در کتابخانه‌ها ترویج و پیشرفت دانش است. راهبرد به‌کارگیری مدیریت دانش در کتابخانه‌ها می‌تواند کیفیت فرایندهای آموزشی، یادگیری، تعاملات آزاد علمی و تلفیق دانش و تجربه میان دانشجویان و سطح دانش تخصصی و حرفه‌ای اعضای هیأت علمی را به نحو چشم‌گیری ارتقا بخشد و دانشگاه‌ها را واجد مزیت رقابتی پایدار نماید (۹). خوانساری در تحقیقی با عنوان «بررسی وضعیت مدیریت دانش در کتابخانه‌های تخصصی امور برق وزارت نیرو و ارایه‌ی الگوی پیشنهادی» نشان داد که ۴ عامل (خلق، اشاعه، ذخیره‌سازی و به‌کارگیری دانش) در شکل‌گیری مدیریت دانش مؤثرند که از این ۴ عامل ۲ عامل خلق و به‌کارگیری دانش در کتابخانه‌های تخصصی امور برق وزارت نیرو بالاتر از سطح متوسط بوده‌اند و اشاعه و ذخیره‌سازی منابع دانش پایین‌تر از سطح متوسط ارزیابی شده‌اند (۱۰). Yi پژوهشی با عنوان «برنامه‌ریزی راهبردی مدیریت دانش در کتابخانه‌های دانشگاهی آمریکا» انجام داد، نتایج حاکی از این بود که: ۱- برای کاربردی کردن

عالی، ایجاد رشته‌ها و مراکز مشترک در کشورهای مختلف، تبادل استاد و دانشجو، تلاش برای جذب دانشجویان خارجی، رقابت در بازار برای تأمین بودجه و ... مواجه‌اند (۲). پس می‌طلبند تا دانشگاه‌ها برای حل این چالش‌ها و یا هر چالش جدیدی که در آینده با آن برخورد می‌کنند خود را آماده کرده، به رشد و تولید مهارت‌ها و دانش‌های مورد نیاز پرداخته، فرهنگ سازمانی خود را مطابق آن تغییر داده، اطلاعات و دانسته‌های فردی را به دانش و مهارت‌های گروهی و سازمانی تبدیل کرده و به‌طور کلی دانش و اطلاعات به روز و مورد نیاز خود را مدیریت کند (۳). موفقیت دانشگاه‌ها در این صحنه‌ی رقابتی به عوامل زیادی بستگی دارد یکی از مهم‌ترین این عوامل داشتن کتابخانه‌هایی مجهز و کارآمد است، چرا که به قول موکهرجی، اهمیت و اعتبار یک نهاد آموزش عالی به عنوان یکی از ارکان جامعه‌ی نوین، تا حد زیادی به چگونگی عملکرد کتابخانه‌ی آن سنجیده می‌شود (۴). کتابخانه‌ها در حکم شالوده‌ای برای گردآوری، پردازش، ذخیره‌سازی و توزیع دانش و اطلاعات یک حلقه‌ی ارتباطی ضروری در زنجیره‌ی نظام علمی و حلقه‌ی ارتباطی مهم در پیشرفت دانش را بر عهده دارند. مدیریت دانش در کتابخانه‌ها باعث ترویج ارتباط درون و بین کتابخانه‌ها، بین کتابخانه‌ها و کاربر، تقویت اتصال بین شبکه‌ای دانش و به حرکت درآوردن جریان دانش هستند. امروزه مدیریت دانش در موسسات علوم پزشکی موضوع مهمی است، متخصصان حوزه‌ی سلامت به‌طور منظم با پزشکی مبتنی بر شواهد و یادگیری بر اساس حل مسأله سر و کار دارند، اطلاع‌رسانان و کتابداران علوم پزشکی نقش عمده‌ای در تصمیم‌گیری حرفه‌ی بالینی دارند. مدیریت دانش اجازه می‌دهد که پزشکان موشکافی کرده و روش‌های جدید اطلاعات را با هم جمع کنند و به سمت مدیریت پزشکی تمایل داشته باشند. بر این اساس نقش کتابداران علوم پزشکی نقش مهم و اساسی در تشخیص، تعیین پیوندها به همراه منابع مهم دانش در داخل و هم در خارج، نگهداری و توسعه‌ی مخازن دانش در دانشگاه‌های پزشکی و بیمارستان‌ها است (۵). مدیریت دانش در کتابخانه‌ها دارای ۳ کارکرد اصلی به قرار ذیل است: ۱- پشتیبانی از

خدمات این مراکز حساس علمی، نقش بنیادینی در تحقق هدف‌های جامعه در رابطه با بهداشت و سلامت عمومی دارد که با به‌کارگیری اصولی و صحیح فرایندهای مدیریت دانش می‌توان به حفظ و توسعه‌ی این مهم در سطح کلان و خرد کمک شایان توجهی نمود، بر این اساس پژوهشگران بر آن شدند تا به تعیین میزان استقرار عوامل مدیریت دانش در کتابخانه‌های دانشگاه علوم پزشکی اصفهان بپردازند.

روش بررسی

این پژوهش پیمایشی و از نوع کاربردی می‌باشد. جامعه‌ی آماری شامل کلیه‌ی کتابداران شاغل در کتابخانه‌های دانشگاه علوم پزشکی اصفهان ۹۰-۸۹ خورشیدی (۸۲ نفر) و روش نمونه‌گیری به شیوه‌ی سرشماری بود. ابزار گردآوری اطلاعات پرسش‌نامه‌ی استاندارد Pasture در قالب ۲۱ سوال بسته پاسخ بود (۱۵) که روایی آن با استفاده از روایی صوری و محتوایی آن با نظر متخصصان کتابداری و اطلاع‌رسانی و پایایی آن با استفاده از محاسبه‌ی ضریب Cronbach Alpha (۰/۹۷) تأیید گردید. پرسش‌نامه‌ها به صورت حضوری در بین کتابداران توزیع گردید و جهت رعایت اصول اخلاقی در پژوهش توجه به نکاتی نظیر محرمانه نگه‌داشتن اطلاعات حاصل از پرسش‌نامه‌ها و دقت در نگهداری آن‌ها به‌طور محرمانه و رعایت صداقت هنگام تجزیه و تحلیل داده‌ها مدنظر قرار گرفت. تجزیه و تحلیل داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار SPSS نسخه‌ی ۱۸ و در دو سطح آمار توصیفی و استنباطی صورت گرفت. روش‌های آماری به کار گرفته شده شامل محاسبه‌ی فراوانی، درصد و رسم نمودارها برای نشان دادن مشخصات جمعیت‌شناختی پاسخ‌گویان و استفاده از میانگین برای نشان دادن میزان پاسخ‌گویی به تک تک سوالات و نیز میانگین و انحراف معیار شش حیطه‌ی مورد بررسی این تحقیق می‌باشد. استفاده از آزمون T تک متغیره برای مقایسه‌ی میانگین ۶ حیطه‌ی پرسش‌نامه و کل پرسش‌نامه با میانگین فرض شده‌ی جامعه، استفاده از آزمون مجذور کای (کای دو) برای نشان دادن ارتباط متغیرهای جمعیت‌شناختی با شش حیطه‌ی عوامل مدیریت دانش و نیز

مدیریت دانش وجود سیاست‌ها و راهبردهایی مطابق با شرایط و تغییرات روز الزامی است و ۲- تحقیقات گروهی، نشریات داخلی و خارجی، اصلاح خلق و تحصیل اطلاعات و دانش‌های به‌روز (داخلی و خارجی) و وجود سیستم‌های ارتباطی از جمله عوامل مهم شکل‌گیری مدیریت دانش در کتابخانه‌ها هستند (۱۱). پژوهشی توسط عطاfer و همکاران با عنوان «بررسی مؤلفه‌های مدیریت دانش در کتابخانه‌های شهرداری مرکزی و میرداماد اصفهان» انجام شده است. نتایج به دست آمده از این تحقیق نشان می‌دهد که هر سه مؤلفه‌ی مدیریت دانش (اخذ و تحصیل دانش، انتقال دانش و نگهداری دانش) در کتابخانه‌های شهرداری مرکزی و میرداماد اصفهان وضعیت مطلوبی نداشت و کم‌تر از سطح متوسط بوده است (۱۲). پژوهشی توسط Porumbeanu با عنوان «به‌کارگیری مدیریت دانش در کتابخانه‌های دانشگاه رومانیا» انجام شده است. Porumbeanu در این پژوهش که بر روی ۵ کتابخانه‌ی معروف دانشگاه رومانیا انجام شده به این نتیجه می‌رسد که کارکردهای اجرایی مدیریت دانش به‌وسیله‌ی عوامل ذیل هدایت و رهبری می‌شوند: ۱- افزایش قدرت سازمانی برای یادگیری، کاربرد سیستم‌های ارتباطی در فرایندها و فعالیت‌های کاری، ۲- ایجاد دانش‌های جدید و مورد نیاز در مواجهه با چالش‌های پیش آمده، ۳- رشد فرایندها و عملیات جدید برای تسهیم دانش و یکپارچگی سازمانی (۱۳). پژوهشی توسط حسین زاده در رابطه با «مقایسه‌ی میزان کاربست مدیریت دانش در کتابخانه‌های دانشگاه علوم پزشکی اصفهان و تبریز» انجام شده است. در این تحقیق ۳ مؤلفه‌ی مدیریت دانش خلق، ذخیره و نشر دانش از دیدگاه کارکنان کتابخانه‌های دانشگاه علوم پزشکی اصفهان و تبریز مورد بررسی قرار گرفت، نتایج این تحقیق حاکی از این بود که: به غیر از مؤلفه‌ی خلق دانش میانگین ذخیره و نشر دانش در هر دو کتابخانه پایین‌تر از متوسط بوده است (۱۴). از آنجایی‌که کتابخانه‌های دانشگاه علوم پزشکی بخشی از نظام آموزش عالی کشور محسوب می‌شوند و به عنوان مراکز تأمین و اشاعه اطلاعات تخصصی برای جامعه‌ی پزشکی کشور اهمیت ویژه‌ای دارند، ارتقای سطح کیفی

از آزمون t مستقل برای مقایسه‌ی پاسخ‌های مربوط به جنسیت استفاده شد.

یافته‌ها

از مجموع کتابداران کتابخانه‌های مورد مطالعه بر اساس سرشماری تعداد ۸۲ نفر به عنوان نمونه‌ی پژوهش در این طرح پژوهشی شرکت نمودند. از نظر متغیر وضعیت تحصیلی، ۲/۳ درصد کتابداران در سطح مدرک دیپلم، ۲۲/۷ درصد کتابداران در سطح مدرک فوق دیپلم، ۷۰/۵ درصد کتابداران

در سطح مدرک لیسانس و ۴/۵ درصد کتابداران در سطح مدرک فوق لیسانس و دکتری بوده‌اند. از نظر متغیر سوابق کار، ۲۲/۷ درصد کتابداران سابقه‌ی کار کم‌تر از ۵ سال و ۱۰-۵ سال، ۲۰/۵ درصد کتابداران سابقه‌ی ۱۶-۱۱ سال، ۱۵/۹ درصد ۲۲-۱۷ سال و ۴۰/۹ درصد کتابداران سابقه‌ی بیش از ۲۳ سال داشته‌اند. ۴/۵ درصد از کتابداران دارای سن ۲۵-۲۰ سال، ۲۲/۷ درصد کتابداران دارای سن ۳۱-۲۱ سال، ۲۰/۵ درصد کتابداران دارای سن ۳۷-۳۲ سال و ۴۰/۹ درصد کتابداران دارای سن ۴۳-۳۸ سال بوده‌اند.

جدول ۱: مقایسه‌ی میانگین نمره‌ی میزان شش مؤلفه مدیریت دانش در کتابخانه‌های دانشگاه علوم پزشکی اصفهان با میانگین فرضی ۳

مؤلفه	میانگین	انحراف معیار	خطای معیار	t
سیاست‌ها و راهبردهای مدیریت دانش	۲/۸۳	۰/۷۹	۰/۱۱	-۱/۳۸
سیستم‌های رهبری مدیریت دانش	۲/۴۹	۰/۸۰	۰/۱۲۰	-۴/۱۹۸
سیستم‌های تشویق و پاداش دهی مدیریت دانش	۲/۲۸	۱/۰۷	۰/۱۶۲	-۴/۴۱
سیستم‌های خلق، تحصیل دانش	۳/۱۲	۰/۷۰	۰/۱۰۵	۱/۱۸
سیستم‌های آموزش مدیریت دانش	۲/۳۱	۰/۶۰	۰/۰۹۱	-۷/۴۹
سیستم‌های ارتباطی مدیریت دانش	۲/۴۲	۰/۷۶	۰/۱۱	-۴/۹۸

جدول ۲: مقایسه میانگین نمره‌ی بررسی میزان استقرار عوامل مدیریت دانش در کتابخانه‌های دانشگاه علوم پزشکی اصفهان با توجه به سابقه‌ی کار، تحصیلات و سن

مؤلفه‌ها	F	Sig	Etta	Power
سیاست‌ها و راهبردهای مدیریت دانش	۱/۵۸	۲/۱۶	۰/۱۵۰	۰/۳۶
سیستم‌های رهبری مدیریت دانش	۲/۱۴	۰/۱۱	۰/۱۹۲	۰/۴۸
سیستم‌های تشویق و پاداش دهی مدیریت دانش	۰/۴۹	۰/۶۸	۰/۰۵۳	۰/۱۳۸
سیستم‌های اخذ و تحصیل مدیریت دانش	۰/۶۷	۰/۵۷	۰/۰۶۹	۰/۱۷۲
سیستم‌های آموزش مدیریت دانش	۱/۵۷	۰/۲۱	۰/۱۴۹	۰/۳۶
سیستم‌های ارتباطی مدیریت دانش	۱/۶۷	۰/۱۹	۰/۱۵۷	۰/۳۸
سیاست‌ها و راهبردهای مدیریت دانش	۲/۹۴	۰/۰۵۱	۰/۲۴۶	۰/۶۳
سیستم‌های رهبری مدیریت دانش	۴/۱۹	۰/۰۱۵	۰/۳۱۸	۰/۷۹
سیستم‌های تشویق و پاداش دهی مدیریت دانش	۴/۶۵	۰/۰۱۰	۰/۳۴۱	۰/۸۴
سیستم‌های اخذ و تحصیل مدیریت دانش	۱/۸۸	۰/۱۵۵	۰/۱۷۴	۰/۴۳
سیستم‌های آموزش مدیریت دانش	۰/۰۰۶	۰/۹۹	۰/۰۰۱	۰/۰۵۱
سیستم‌های ارتباطی مدیریت دانش	۰/۲۱۸	۰/۸۸	۰/۰۲۴	۰/۰۸۶

سابقه‌ی خدمت

تحصیلات

ادامه‌ی جدول ۲: مقایسه میانگین نمره‌ی بررسی میزان استقرار عوامل مدیریت دانش در کتابخانه‌های دانشگاه علوم پزشکی اصفهان
باتوجه به سابقه‌ی کار، تحصیلات و سن

Power	Etta	Sig	F	مؤلفه‌ها
۰/۲۰	۰/۰۹۷	۰/۵۸	۰/۷۲	سیاست‌ها و راهبردهای مدیریت دانش
۰/۱۶	۰/۰۷۸	۰/۶۸	۰/۵۷	سیستم‌های رهبری مدیریت دانش
۰/۳۷	۰/۱۷۲	۰/۲۵	۱/۴۰	سیستم‌های تشویق و پاداش‌دهی مدیریت دانش
۰/۱۶	۰/۰۷۷	۰/۶۹	۰/۵۶۰	سیستم‌های اخذ و تحصیل مدیریت دانش
۰/۱۴	۰/۰۶۶	۰/۷۵	۰/۴۸	سیستم‌های آموزش مدیریت دانش
۰/۳۴	۰/۱۶۱	۰/۲۹	۱/۲۹	سیستم‌های ارتباطی مدیریت دانش

جدول ۳: مقایسه‌ی زوج اختلاف میانگین دو به دو تشویق و پاداش‌دهی مدیریت دانش برحسب مدرک تحصیلی

سطح معناداری	اختلاف میانگین	تحصیلات
۰/۰۲۲	-۱/۸۳	دیپلم ← دکتری
۰/۰۰۱	-۱/۹۶	فوق دیپلم ← دکتری
۰/۰۰۹	-۱/۹۳	فوق دیپلم ← لیسانس
۰/۰۱۶	-۱/۱۷	لیسانس ← فوق لیسانس

همچنین اختلاف بین میانگین نمره‌های کارکنان دارای مدرک تحصیلی فوق دیپلم و لیسانس با دکتری معنادار بوده است.

بحث

یافته‌ها نشان داد که تمامی ۶ مؤلفه‌ی (سیاست‌ها و راهبردهای مدیریت دانش، سیستم‌های تشویق و پاداش‌دهی، سیستم‌های رهبری مدیریت دانش، سیستم‌های خلق و تحصیل دانش، سیستم‌های ارتباطی، سیستم‌های آموزش) مدیریت دانش در کتابخانه‌های دانشگاه علوم پزشکی اصفهان کم‌تر از سطح متوسط بوده است. تحلیل و آزمون کل مؤلفه‌ها نشان داد که t به‌دست آمده از مقدار بحرانی جدول در سطح خطای ۱ درصد کوچک‌تر و اختلاف دیده شده معنادار است. بر این اساس می‌توان عنوان نمود که کتابداران بر این باور بودند که امکان پیاده‌سازی مدیریت دانش در کتابخانه‌های دانشگاهی پایین‌تر از اندازه‌ی متوسط است و در وضعیت مناسبی قرار ندارد. بنابراین، نیاز به توجه بیشتر به امکانات و زیرساخت‌های

براساس یافته‌های جدول ۱، t مشاهده شده از مقدار بحرانی جدول در سطح خطای ۱ درصد کوچک‌تر است، بنابراین مقدار t در هر شش مؤلفه‌ی مدیریت دانش (سیاست‌ها و راهبردها ۱/۳۸-، سیستم‌های رهبری ۴/۱۹۸-، سیستم‌های تشویق و پاداش‌دهی مدیریت دانش ۴/۴۱-، سیستم‌های اخذ و تحصیل دانش ۱/۱۸-، سیستم‌های آموزش مدیریت دانش ۷/۴۹-، سیستم‌های ارتباطی مدیریت دانش ۴/۹۸-) کم‌تر از سطح متوسط در کتابخانه‌های دانشگاه علوم پزشکی اصفهان بوده است. براساس یافته‌های جدول ۲، f مشاهده شده درخصوص مؤلفه‌های «سیاست‌ها و راهبردهای مدیریت دانش، سیستم‌های رهبری مدیریت دانش، سیستم‌های تشویق و پاداش‌دهی مدیریت دانش» برحسب مدرک تحصیلی در سطح $Pvalue \leq 0/01$ معنادار بوده است. اما f مشاهده شده درخصوص سایر مؤلفه‌ها برحسب سابقه‌ی خدمت و سن پاسخ‌گویان معنادار نبوده است. براساس یافته‌های جدول ۳ اختلاف بین میانگین نمره‌های کارکنان دارای مدرک تحصیلی فوق دیپلم و لیسانس با دکتری معنادار بوده است،

به صورت غیر علمی می‌باشد. بنابراین کتابخانه‌ها باید به گونه‌ای مدیریت و رهبری شوند که عوامل ایجاد کننده مدیریت دانش بین همه‌ی کارکنان کتابخانه‌ها پذیرفته شود. همچنین با توجه به این واقعیت که دانش به عنوان منبع اصلی توسعه‌ی سرمایه‌ی فکری در نظر گرفته می‌شود، حفظ و توسعه‌ی دانش سازمانی و مقابله با کمبود آن، به عنوان ضرورتی برای استقرار سامانه‌ای به منظور اجرای فرایندهای مدیریتی مرتبط با دانش (مدیریت دانش) و اطلاعاتی سازمان‌ها به حساب می‌آید که برنامه‌ریزی و سیاست‌گذاری‌های مدون در این خصوص باید مورد توجه قرار گیرد.

پیشنهادها

با توجه به اهمیت حاکمیت فرایندهای مدیریت دانش در سازمان‌های دولتی و به ویژه دانشگاه مورد مطالعه، پیشنهادهای کاربردی زیر ارائه می‌گردد:

- ارتقای سطح تحقیق و توسعه و ارتباط منسجم با مراکز تحقیق و توسعه‌ی دیگر دانشگاه‌ها.
- ثبت تجربه‌های موفق و ناموفق و تلاش در جهت رفع نواقص برنامه‌های گذشته و استفاده از آن‌ها در برنامه‌های آتی.
- به منظور جلوگیری از افت دانش کتابداران مسؤولان ذی‌ربط به ایجاد کارگاه‌های آموزشی در حوزه‌های تخصصی (پزشکی) اقدام نمایند.
- برای حل مسایل و مشکلات کتابداران اقدام به تشکیل جلسات و نشست‌های رو در رو با مسؤولین ذی‌ربط و کتابداران (شاغل و بازنشسته) کرده و به تبادل دانش (ضمنی، صریح) پردازند.
- برای حفظ و تداوم آموزش آکادمیک و به‌روز در زمینه‌ی کتابداری و اطلاع‌رسانی اقدام به ارائه‌ی تسهیلاتی ویژه برای کتابداران در دانشگاه‌ها و مراکز آموزش عالی شود.
- برای افزایش انگیزه‌ی علم‌آموزی در کتابداران مزایای مادی و غیر مادی در نظر گرفته شود.

مناسب در این دانشگاه برای پیاده‌سازی برنامه‌های مدیریت دانش لازم است. یکی از چالش‌های بنیانی در پیاده‌سازی مدیریت دانش در دانشگاه‌ها نبود فرهنگ سازمانی مناسب است. عامل‌های فرهنگی و انسانی بیش‌ترین نقش را در پیاده‌سازی اصولی برنامه‌های مدیریت دانش دارند که نیازمند توجه بیش‌تر به این امر است. با توجه به پیشینه‌ی تحقیق می‌توان یافته‌های این تحقیق را با تحقیقات ذیل مورد مقایسه و بررسی قرار داد: ۱- مؤلفه‌ی سیاست‌ها و راهبردهای مدیریت دانش در کتابخانه‌های دانشگاهی علوم پزشکی شهر اصفهان در وضعیت مناسبی قرار ندارد که با پژوهش Yi (۱۱) هم‌خوانی ندارد. Yi وجود سیاست‌ها و راهبردهایی مطابق با شرایط و تغییرات روز را در کاربردی کردن مدیریت دانش در سازمان‌ها امری مهم و الزامی می‌داند. ۲- مؤلفه‌ی سیستم‌های خلق و تحصیل دانش در کتابخانه‌های دانشگاهی علوم پزشکی شهر اصفهان در وضعیت مناسبی قرار ندارد که با پژوهش عطا فر (۱۲) هم‌خوانی دارد اما با پژوهش‌های خوانساری (۱۰) و حسین زاده (۱۴) هم‌خوانی ندارد. ایجاد مکان‌هایی برای تعامل غیررسمی و دوستانه، استفاده‌ی بهینه از کارمندان با تجربه و به ویژه افراد نزدیک به بازنشستگی؛ برگزاری دوره‌های ضمن خدمت، برنامه‌های آموزشی مناسب، پیوند مستمر با گروه‌های کتابداری عواملی هستند که به خلق و تسهیم دانش در کتابخانه کمک می‌رسانند. همچنین نتیجه‌ی عامل‌های جمعیت‌شناختی نشان داد که در خصوص مؤلفه‌های «سیاست‌ها و راهبردهای مدیریت دانش، سیستم‌های رهبری مدیریت دانش، سیستم‌های تشویق و پاداش‌دهی مدیریت دانش» بر حسب مدرک تحصیلی در سطح $Pvalue \leq 0.01$ معنادار بوده است، اما F مشاهده شده در خصوص سایر مؤلفه‌ها بر حسب سابقه‌ی خدمت و سن پاسخ‌گویان معنادار نبوده است.

نتیجه‌گیری

با توجه به یافته‌های پژوهش به نظر می‌رسد به کارگیری مؤلفه‌های مدیریت دانش در کتابخانه‌های دانشگاه علوم پزشکی اصفهان بنا بر دلایلی از جمله عدم وجود دستورالعمل‌ها و خط‌مشی‌های مدون و حمایت مسؤولین،

References

1. Mohammadi Ostani M, Shabani A, Rajaipour S. A Feasibility Study for Implementing Knowledge Management in the Academic Libraries of Isfahan City based on Bukowitz and William's Model. *Library and Information Research Journal* 2011; 1(1): 23-44. [In Persian]
2. Roknuzzaman M, Umemoto K. How library practitioners view knowledge management in libraries: A qualitative study. *Library Management* 2009; 30(8/9): 643-56.
3. Augusta M. Knowledge Management for Open Innovation: Collaborative Mapping of Needs and Competencies. *Journal of Knowledge Management Practice* 2010; 11(1): 1-5.
4. Mukherjee A. Its philosophy and history Librarianship. Tehran: ketabdar; 1996. [In Persian]
5. Ghafari S, Kerani A. Survey Quality measurement of services at the library of the Kermanshah University of Medical Sciences using the libQUAL model. *Journal of Epistemology* 2011; 12(3): 53-68. [In Persian]
6. Khodaparast B. knowledge management in academic liberties [Online]. 2007. Available from: [http://www.parsigold.com/bm01%20\(18\).htm](http://www.parsigold.com/bm01%20(18).htm).
7. Sarrafzadeh M, Martin B, Hazeri A. Knowledge management and its potential applicability for libraries. *Library Management* 2010; 31(3): 198-212.
8. Shanhong T. Implementing knowledge management in academic liberties. China: Library of Chinese defense science and technology information center (CDTIC); 2009; 1: 57-110.
9. Abidi SS, Finley A, Milios E, Shepherd M, Zitner D. Knowledge management in pediatric pain mapping on-line expert discussions to medical literature. *Studies in Health Technology and Informatics* 2004; 107(Pt 1): 3-7.
10. Khonsari G. Survey of knowledge management in special libraries and the Department of Energy to provide electricity for the proposed model [MSc Thesis in Persian]. Tehran: Islamic Azad university branch Tehran; 2006.
11. Zhixian Yi. Knowledge management for library strategic planning: Perceptions of applications and benefits. *Library Management* 2008; 29(3): 229-40.
12. Attafar A, Soleimani M, Shokrani SA. Investigating the condition of components of knowledge management in libraries of Isfahan. *Interdisciplinary Journal of Contemporary Research in Business* 2011; 2(12): 88-92.
13. Porumbeanu L. Implementing Knowledge Management in Romania academic libraries. *Journal of academic librarianship* 2010; 36(6): 549-52
14. Hoseinzade A. Comparison between the application of knowledge management in libraries staff of Medical Sciences, Isfahan and Tabriz Hysyg model [MSc Thesis in Persian]. Isfahan: University of Isfahan; 2010
15. Pasture T. Knowledge management practice. Statistics Canada Ottawa: Ontario K1A; 2001: 1-10.

Study for Implementing Knowledge Management Factors in the Libraries of Isfahan University of Medical Sciences*

Bahareh Gholami¹; Hosein Abedi Madiseh²; Banafsheh Gholami³; Shahin Mojiri⁴; Hassan Ashrafi Rizi⁵; Niloufar Hodhodinezhad⁶

Original Article

Abstract

Introduction: Today, knowledge management in libraries and information centers has found effective use that led to changes in their form and function. Whatever libraries use of knowledge management processes it provides favorable results in delivering information services. The objective of this study was to determine the establishment of Knowledge Management in the libraries of Isfahan University of Medical Sciences.

Methods: This survey was an operational study. Population was all librarians (82 people) employed in Isfahan University of Medical Sciences. Data collection was performed with the Pasture questionnaire. Alpha Cronbach was 0/97. Collected data analyzed by SPSS 18 in two levels of descriptive and inferential statistics (T-test, F- test).

Results: findings show policy and strategy, systems leadership, encouragement and reward systems, education systems and knowledge creation, knowledge management systems, training and communication system. The results showed that all six components of the knowledge management in MUI Libraries were below average.

Conclusion: According to research findings, establishment of KM elements such as: lack of guidelines and policies and statutory authority supporting is in non-academic way in MUI libraries. So it is better that management and leadership in libraries led to acceptance KM elements among librarians.

Keywords: Knowledge Management; Academic Libraries; Universities

Received: 26 Feb, 2013

Accepted: 3 Nov, 2013

Citation: Gholami B, Abedi Madiseh H, Gholami B, Mojiri S, Ashrafi Rizi H, Hodhodinezhad N. **Study for Implementing Knowledge Management Factors in the Libraries of Isfahan University of Medical Sciences.** Health Inf Manage 2014; 11(2): 176.

* This article is derived from a research project (No. 289172) funded by Health information technology research center, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran.

1- MA, Educational Management, Islamic Azad University, Khorasgan Branch, Isfahan, Iran

2- PHD, Veterinarian, Payamenoor University, Fereidounshahr Branch, Isfahan, Iran

3- MA student, Library and Information Science, Qom university, Qom, Iran

4- MA, Library and Information Sciences, Health Information Technology Research Center, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran (Corresponding Author) Email: shmojiri@yahoo.com

5- Associate Professor, Library and Information Sciences, Health Information Technology Research Center, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran

6- MA Student, Medical Library and Information Sciences, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran

تحلیل شکاف و رتبه‌بندی ابعاد و مؤلفه‌های کیفیت خدمات کتابخانه‌های دانشگاه علوم پزشکی شهید صدوقی یزد با استفاده از مدل‌های لایب کوآل و تحلیل سلسله مراتبی*

مریم پارسائیان^۱

مقاله پژوهشی

چکیده

مقدمه: پژوهش حاضر با هدف تحلیل شکاف و رتبه‌بندی ابعاد و مؤلفه‌های کیفیت خدمات و نیز رتبه‌بندی کتابخانه‌های پزشکی دانشگاه شهید صدوقی یزد انجام گرفته است.

روش بررسی: این پژوهش از نوع «پیمایشی» و جامعه‌ی پژوهش، شامل ۳۳۳۹ کاربر کتابخانه‌های دانشکده‌ای دانشگاه علوم پزشکی شهید صدوقی شهرستان یزد در نیمه‌ی دوم سال ۱۳۹۱ خورشیدی بود که تعداد ۳۷۹ نفر از آن‌ها با استفاده از روش نمونه‌گیری تصادفی انتخاب شدند. داده‌ها با استفاده از پرسش‌نامه‌ی استاندارد «لایب کوآل» جمع‌آوری شد؛ هم‌چنین تعداد ۱۰ پرسش‌نامه که هر کدام شامل ۴ ماتریس مقایسات زوجی بود، برای رتبه‌بندی ابعاد کیفیت خدمات و نیز کتابخانه‌های دانشکده‌های علوم پزشکی مورد بررسی در اختیار متخصصان حوزه قرار گرفت. استفاده از پرسش‌نامه‌های مذکور توسط متخصصین نشان می‌دهد که این پرسش‌نامه‌ها از روایی لازم برخوردار هستند؛ هم‌چنین از آنجایی که ضریب آلفای کرونباخ محاسبه شده برای هر یک از ابعاد پرسش‌نامه لایب کوآل بیش‌تر از ۷۰ درصد و نیز نرخ ناسازگاری محاسبه شده برای پرسش‌نامه فرایند تحلیل سلسله مراتبی کم‌تر از ۰/۱ می‌باشد، پرسش‌نامه‌های مذکور از پایایی لازم نیز برخوردار می‌باشند. تجزیه و تحلیل داده‌های به‌دست آمده از پرسش‌نامه «لایب کوآل» توسط نرم‌افزار SPSS و در دو سطح آمار توصیفی (درصد میانگین و انحراف معیار) و استنباطی (آزمون فریدمن) صورت گرفت؛ هم‌چنین برای تحلیل داده‌های به‌دست آمده از پرسش‌نامه‌ی «ماتریس مقایسات زوجی» از نرم‌افزار Expert Choice استفاده شد.

یافته‌ها: طبق داده‌های به‌دست آمده از پرسش‌نامه‌ی لایب کوآل، کتابخانه‌های مورد بررسی در تمامی جنبه‌های مربوط به بعد «تأثیر خدمات» توانسته‌اند حداقل انتظارات کاربران را برآورده نمایند، در حالی که در برخی جنبه‌های مربوط به بعد «دسترسی به اطلاعات» و نیز بعد «کتابخانه به عنوان یک محل» حتی نتوانسته‌اند حداقل انتظارات کاربران را برآورده نمایند. هم‌چنین داده‌های به‌دست آمده از ماتریس مقایسات زوجی نشان می‌دهد که طبق نظر متخصصان، بعد «تأثیر خدمات» و کتابخانه‌ی پزشکی – داروسازی بالاترین رتبه را به ترتیب در بین ابعاد کیفیت خدمات و کتابخانه‌های مورد بررسی به خود اختصاص داده‌اند.

نتیجه‌گیری: طبق نظر متخصصان کتابداری و اطلاع‌رسانی بعد تأثیر خدمات مهم‌ترین بعد در زمینه‌ی بهبود کیفیت خدمات کتابخانه‌ای است، کتابداران کتابخانه‌های دانشکده‌ی پزشکی نیز از نظر آرایه‌ی خدمات به کاربران در این بعد عملکرد نسبتاً موفق داشته‌اند.

واژه‌های کلیدی: خدمات کتابخانه‌ای؛ کیفیت خدمات؛ کتابخانه‌های پزشکی؛ تحلیل سلسله مراتبی

پذیرش مقاله: ۹۲/۸/۱۴

اصلاح نهایی: ۹۲/۸/۶

دریافت مقاله: ۹۲/۱/۲۱

ارجاع: پارسائیان مریم. تحلیل شکاف و رتبه‌بندی ابعاد و مؤلفه‌های کیفیت خدمات کتابخانه‌های دانشگاه علوم پزشکی شهید صدوقی یزد با استفاده از مدل‌های لایب کوآل و تحلیل سلسله مراتبی. مدیریت اطلاعات سلامت ۱۳۹۳؛ ۱۱(۲): ۱۸۹-۱۷۷.

^۱ این مقاله حاصل تحقیق مستقل بدون حمایت مالی سازمانی است.

۱- مربی، گروه علم اطلاعات و دانش‌شناسی، دانشگاه پیام نور تفت، یزد، ایران (نویسنده‌ی مسؤول)

Email: parsaeian.maryam@yahoo.com

مقدمه

اهمیت جنبه‌های مدیریتی در آرایه‌ی خدمات بهتر به مراجعان و بهبود سطح عملکرد کیفی خدمات در کتابخانه‌ها بر کسی

پژوهشی با عنوان «ارزیابی عملکرد کتابخانه‌های دانشگاهی در تایوان» با استفاده از مدل تحلیل سلسله مراتبی و طبق نظر متخصصان به ارزیابی عملکرد کتابخانه‌های دانشگاهی الکترونیکی در تایوان پرداختند و به این نتیجه رسیدند که دو نقش عمده و مهم کتابخانه‌های الکترونیکی جستجوی منابع و کمک به مطالعه‌ی دانشگاهی می‌باشد (۵).

در زمینه‌ی سنجش کیفیت خدمات با استفاده از مدل لایب کوال، پژوهش‌های بسیاری انجام شده است؛ این پژوهش‌ها، گزارش‌هایی از کاربرد مدل لایب کوال در انواع مختلف کتابخانه‌ها می‌باشند که به سنجش میزان رضایت‌مندی کاربران کتابخانه‌ها از خدمات ارائه شده پرداخته‌اند. نمونه‌ای از آن‌ها، پژوهش‌های درخشان (۶)، میرغفوری و مکی زاده (۷)، باباغیبی و فتاحی (۸)، علیرضایی و همکاران (۹)، نجفقلی نژاد و حسن زاده (۱۰)، محمد بیگی و حسن زاده (۱۱)، در داخل کشور و Hichingham (۱۳)، Dole (۱۲)، Kenney (۱۴)، ARL (۱۵)، ARL (۱۶)، Probst (۱۷)، Persson و Kyrillidou (۱۸)، ARL (۱۹)، Thompson و دیگران (۲۱)، Jaggars و Duffy (۲۲) در خارج از کشور اشاره کرد.

بررسی پژوهش‌های انجام گرفته در داخل یا خارج از کشور نشان می‌دهد که:

۱. به‌طور کلی، کتابخانه‌ها در همه‌ی ابعاد مدل لایب کوال، مطابق با نیاز کاربران خود، نتوانسته‌اند آن سطح آرمانی و ایده‌آلی را که کاربران از کتابخانه انتظار دارند ارائه دهند و در برخی موارد، بسته به شرایط و موقعیت کتابخانه، تنها نتوانسته‌اند حداقل خدمات مورد انتظار کاربران را در تمام یا برخی مؤلفه‌های مربوط به ابعاد خدمات کتابخانه‌ای برآورده نمایند.

۲. بین حداقل خدمات مورد انتظار کاربران و خدمات ادراک شده و نیز بین حداکثر خدمات مورد انتظار کاربران و خدمات ادراک شده، شکاف وجود دارد.

۳. در بیش‌تر پژوهش‌های صورت گرفته در داخل کشور بر اساس رویکرد کاربر محوری به سنجش کیفیت خدمات

پوشیده نیست. در این میان کتابخانه‌های دانشگاهی به دلیل داشتن نقش محوری در توسعه‌ی علم و دانش، تلاش دارند تا مهارت‌های خود را در ارائه‌ی خدمات بهتر به مراجعان بهبود بخشند (۱). در واقع مهم‌ترین هدف هر کتابخانه‌ی دانشگاهی ارائه‌ی خدمات و اشاعه‌ی اطلاعات در راستای برآورده کردن نیازهای اطلاعاتی جامعه‌ی دانشگاهی و نهایتاً ارتقای کیفی دانشگاه‌هاست.

کتابخانه‌های دانشگاه علوم پزشکی به عنوان بخشی از نظام آموزش عالی کشور، در جهت تأمین و اشاعه‌ی اطلاعات تخصصی برای جامعه‌ی پزشکی، اهمیت زیادی دارند. ارتقای سطح کیفی خدمات این مراکز، نقش بنیادینی در تحقق هدف‌های جامعه در رابطه با بهداشت و سلامت عمومی دارد. با توجه به تلاش دانشگاه‌های علوم پزشکی کشور به ارتقای کیفیت خدمات کتابخانه‌های خود، سنجش کیفیت خدمات در این کتابخانه‌ها می‌تواند با فراهم‌آوری اطلاعات زمینه‌ای لازم و شناخت نقاط قوت و ضعف خدمات کتابخانه‌ها، شالوده‌ی مطمئنی برای برنامه‌ریزی راهبردی در جهت بهبود کیفی خدمات اطلاع‌رسانی در کتابخانه‌های مورد بررسی باشد (۲).

در زمینه‌ی رتبه‌بندی ابعاد کیفیت خدمات و نیز کتابخانه‌های دانشگاهی با استفاده از روش تحلیل سلسله مراتبی می‌توان به چند پژوهش نسبتاً مرتبط در داخل و خارج از کشور اشاره نمود.

میرغفوری و شفیعی در پژوهشی با استفاده از تکنیک تحلیل پوششی داده‌ها به رتبه‌بندی کتابخانه‌های دانشگاه یزد پرداختند و به این نتیجه رسیدند که کاراترین کتابخانه از نظر سطح عملکرد، کتابخانه‌ی علوم پایه است و بعد از آن کتابخانه‌ی منابع طبیعی و کتابخانه‌ی علوم انسانی به ترتیب در رتبه‌های دوم و سوم قرار دارند (۳). صیادی تورانلو و همکاران در پژوهشی به رتبه‌بندی مهم‌ترین مؤلفه‌های کیفیت خدمات کتابخانه‌ای دانشگاه یزد از دیدگاه دانشجویان پرداختند و به این نتیجه رسیدند که از دیدگاه دانشجویان دانشگاه یزد، بعد دسترسی به اطلاعات، مهم‌ترین بعد در زمینه‌ی ارتقای کیفیت خدمات کتابخانه‌ای است (۴). Chin و Hsieh

کتابخانه‌های دانشکده‌ای دانشگاه علوم پزشکی شهید صدوقی شهرستان یزد از دیدگاه مراجعان به کتابخانه و نیز متخصصان کتابداری و اطلاع‌رسانی بوده است.

روش بررسی

پژوهش حاضر از نوع کاربردی است که به روش پیمایشی انجام شده است. در این پژوهش با پیمایش جامعه‌ی کاربران کتابخانه‌های دانشکده‌ای دانشگاه علوم پزشکی شهید صدوقی یزد و نیز متخصصان حوزه‌ی کتابداری و اطلاع‌رسانی، تلاش شده است به بررسی دیدگاه کاربران و نیز متخصصان حوزه در مورد کیفیت خدمات ارائه شده توسط این کتابخانه‌ها پرداخته شود.

برای پیمایش نظر کاربران کتابخانه‌های دانشکده‌ای دانشگاه علوم پزشکی شهید صدوقی شهرستان یزد در نیمه‌ی دوم سال ۱۳۹۱ خورشیدی از روش نمونه‌گیری تصادفی استفاده شده است به این صورت که از بین ۳۳۳۹ نفر جامعه‌ی استفاده کننده از ۴ کتابخانه‌ی وابسته به دانشگاه علوم پزشکی شهید صدوقی واقع در شهرستان یزد به نام‌های کتابخانه‌ی پزشکی - داروسازی، کتابخانه‌ی پیراپزشکی - بهداشت، کتابخانه‌ی دندان پزشکی و کتابخانه‌ی پرستاری - مامایی، تعداد ۳۷۹ نفر با استفاده از روش نمونه‌گیری تصادفی انتخاب شدند که از این تعداد ۳۷۲ پرسش‌نامه تکمیل و برگشت داده شد. برای تعیین حجم نمونه از جدول مورگان استفاده شد.

هم‌چنین برای اولویت‌بندی ابعاد و مؤلفه‌های کیفیت خدمات و نیز رتبه‌بندی کتابخانه‌های دانشکده‌ای دانشگاه علوم پزشکی شهید صدوقی یزد از نظر ابعاد کیفیت خدمات از روش تحلیل سلسله مراتبی استفاده شد.

فرایند تحلیل سلسله مراتبی که اولین بار توسط توماس ساعتی در سال ۱۹۸۰ میلادی مطرح شد، یکی از جامع‌ترین سیستم‌ها برای تصمیم‌گیری با معیارهای چندگانه است که امکان بررسی سناریوهای مختلف را ممکن می‌سازد؛ زیرا این تکنیک امکان فرمول‌بندی مسأله را به صورت سلسله مراتبی فراهم می‌کند و هم‌چنین امکان در نظر گرفتن معیارهای

کتابخانه‌ها پرداخته شده است و تنها در پژوهش‌های میرغفوری و مکی زاده (۷) و باباغیبی و فتاحی (۸) به سنجش کیفیت خدمات کتابخانه‌های دانشگاه‌های یزد و فردوسی مشهد از دیدگاه کاربران و کتابداران پرداخته شده است که نتایج هر دو پژوهش حاکی از وجود شکاف بین انتظارات و ادراکات کاربران از خدمات کتابخانه‌ها می‌باشد، مضاف بر این که در پژوهش میرغفوری و مکی، این مسأله که آیا بین ادراک کتابداران با ادراک کاربران از خدمات موجود تفاوت معنی‌داری وجود دارد یا نه، پرداخته نشده است. در حالی که یافته‌های پژوهش باباغیبی و فتاحی (۸) بیان‌گر معنی‌دار بودن تفاوت بین کیفیت خدمات موجود در کتابخانه بر اساس دیدگاه کاربران و کارکنان کتابخانه می‌باشد، هم‌چنین در یک پژوهش انجام شده در خارج از کشور، Hebert (۱۲) به بررسی کیفیت خدمات امانت بین کتابخانه‌ای در کتابخانه‌های عمومی کانادا از دیدگاه کاربران و کتابداران پرداخت که نتیجه‌ی به دست آمده نشان داد که بین نظرات مراجعان و کتابداران در مورد کیفیت خدمات امانت بین کتابخانه‌ای تفاوت معنی‌داری وجود دارد.

۴. پژوهش‌های انجام شده، تنها به بررسی یک شکاف از ۵ شکاف مورد بررسی در زمینه‌ی کیفیت خدمات (شکاف پنجم؛ خدمات مورد انتظار مشتریان و خدمات دریافت شده) پرداخته‌اند. بنابراین این خلأ در پژوهش‌های انجام شده وجود دارد که ۴ شکاف دیگر خصوصاً شکاف اول، یعنی اختلاف میان انتظارات مشتریان و درک مدیران از این انتظارات باید مورد سنجش و ارزیابی قرار گیرد.

۵. از بین پژوهش‌های انجام شده در زمینه‌ی کیفیت خدمات، تنها صیادی تورانلو و همکاران (۴) ابعاد کیفیت خدمات کتابخانه‌ای دانشگاه یزد را رتبه‌بندی نمودند و به این نتیجه رسیدند که بعد دسترسی به اطلاعات، مهم‌ترین بعد در زمینه‌ی ارتقای کیفیت خدمات کتابخانه‌ای است. میرغفوری و شفیع‌ی (۳) نیز به رتبه‌بندی کتابخانه‌های دانشگاهی بر اساس سطح عملکرد پرداختند.

پژوهش حاضر کوششی در جهت سنجش کیفیت خدمات

مختلف کمی و کیفی را در مسأله دارد. این فرایند گزینه‌های مختلف را در تصمیم‌گیری دخالت می‌دهد. علاوه بر این، این روش بر مبنای مقایسات زوجی بنا نهاده شده است که قضاوت و محاسبات را تسهیل می‌کند (۲۳).

فرایند تحلیل سلسله مراتبی برای رتبه‌بندی ابعاد و مؤلفه‌های کیفیت خدمات و نیز کتابخانه‌های دانشکده‌ای علوم پزشکی شهید صدوقی یزد، روشی سلسله مراتبی است که اساس آن بر درخت سلسله مراتب نهفته است. بر اساس این فن، هر موضوع تصمیم‌گیری، دارای درختی است که سطح یک آن هدف و سطح آخر آن گزینه‌های رقیب خواهد بود، سطح بین سطح اول و سطح آخر، معیارها می‌باشند؛ حال چنانچه فرض شود سطح یک درخت سلسله مراتبی یعنی هدف، رتبه‌بندی ابعاد کیفیت خدمات باشد و در سطح آخر نیز، گزینه‌ها یا ابعاد کیفیت خدمات قرار گرفته باشند، سطح مابین را می‌توان معیارها تعریف کرد، به عبارتی دیگر، اهمیت نسبی گزینه‌ها بر اساس معیارها در دستیابی به هدف موردنظر. به همین صورت، درخت سلسله مراتب را می‌توان برای رتبه‌بندی ۲۲ مؤلفه‌ی کیفیت خدمات و همچنین ۴ کتابخانه‌ی دانشکده‌ای علوم پزشکی شهید صدوقی یزد نیز تشکیل داد. منظور از ضریب معیار، اهمیت نسبی گزینه‌ها بر اساس معیارهای موردنظر در دستیابی به هدف است. این ضریب معیار با استفاده از ماتریس مقایسات زوجی و نیز روش‌های خاص محاسبه‌ی وزن نسبی هر معیار به‌دست می‌آید. نتیجه‌ی حاصل از مقایسه‌ی ضریب معیار گزینه‌ها، همان رتبه‌ی گزینه‌ی موردنظر در مقایسه با سایر گزینه‌ها در دستیابی به هدف است.

در این پژوهش از دو ابزار جهت گردآوری داده‌ها و اطلاعات لازم استفاده شده است.

پرسش‌نامه‌ی استاندارد مدل Libqual: این ابزار متشکل از ۲۲ بند یا عبارت است که این عبارتها در مجموع، سه بعد «تأثیر خدمات»، «کنترل اطلاعات» و «کتابخانه به عنوان یک محل» را تشکیل می‌دهند. هر یک از ۲۲ عبارت لایب کوال، در سه مقیاس درجه‌بندی ۱ تا ۹ سنجیده می‌شود.

پاسخ دهندگان، در مقابل هر یک از عبارتها، نمره‌ی مورد نظر خود را در مورد حداقل سطح خدمات مورد انتظار، حداکثر سطح خدمات مورد انتظار و سطح فعلی خدمات کتابخانه، جداگانه در سه مقیاس درجه‌بندی ۱ تا ۹ مشخص می‌کنند.

در مورد هر یک از ۲۲ عبارت لایب کوال، میانگین نمره‌های علامت زده شده توسط پاسخ‌دهندگان، محاسبه شده و بدین ترتیب برای هر عبارت، سه میانگین یعنی میانگین «حداقل سطح خدمات مورد انتظار»، «حداکثر سطح خدمات مورد انتظار» و «سطح فعلی خدمات کتابخانه» به‌دست آمده است. اختلاف میان این سه میانگین، نشان دهنده‌ی شکاف‌های موجود است. شکاف‌های محاسبه شده عبارت‌اند از: «شکاف کفایت خدمات» که از کسرکردن میانگین حداقل سطح خدمات مورد انتظار از میانگین سطح فعلی خدمات کتابخانه به‌دست می‌آید و «شکاف برتری خدمات» که از کسرکردن میانگین حداکثر سطح خدمات مورد انتظار از میانگین سطح فعلی خدمات کتابخانه حاصل می‌شود (۲).

مثبت بودن شکاف کفایت خدمات، بیان‌گر آن است که کتابخانه موردنظر توانسته است خدمات خود را بالاتر از حداقل سطحی که موردنظر مراجعه کنندگان است ارائه نماید و بالتبع منفی بودن شکاف کفایت به این معنی است که کتابخانه نتوانسته است آن حداقلی از خدمات را که موردنظر مراجعه کنندگان است برآورده نماید؛ همچنین مثبت بودن شکاف برتری خدمات کتابخانه، بیان‌گر آن است که کتابخانه‌ی موردنظر توانسته است خدمات خود را بالاتر از آن سطح آرمانی و ایده‌آلی که موردنظر مراجعان است ارائه نماید، منفی بودن شکاف برتری خدمات نیز به این معنی است که کتابخانه نتوانسته است آن سطح آرمانی و ایده‌آلی را که مراجعان از خدمات کتابخانه انتظار دارند، برآورده نماید.

از آنجایی که پرسش‌نامه‌ی مذکور در انجام پژوهش‌های مشابه در کشورهای خارجی (Hebert (۱۲)، Dole (۱۳)، Hichingham و Kenney (۱۴)، ARL (۱۵)، ARL (۱۶)، Probst (۱۷)، Bradford (۱۸)، ARL (۱۹)، Kyrillidou و Persson (۲۰)، Thompson و دیگران (۲۱)، Jaggars

گرفته است، بنابراین از روایی لازم برخوردار است. محاسبه‌ی ضریب آلفای کرونباخ (بیش‌تر از ۰/۷۰) برای هر بعد از ابعاد خدمات کتابخانه نشان می‌دهد که پرسش‌نامه از پایایی لازم نیز برخوردار می‌باشد (جدول ۱).

Duffy (۲۲)) و داخلی (درخشان (۶)، میرغفوری و مکی (۷)، باباغیبی و فتاحی (۸)، علی‌رمضانی و همکاران (۹)، نجفقلی نژاد و حسن زاده (۱۰)، محمد بیگی و حسن زاده (۱۱)) استفاده گردیده است و مورد تأیید متخصصان و اساتید قرار

جدول ۱: ضریب آلفای کرونباخ برای سنجش کیفیت خدمات کتابخانه

ضریب آلفای کرونباخ	بعد خدمات	کیفیت خدمات کتابخانه
۹۲ درصد	اثر خدمت ارایه شده	کیفیت خدمات کتابخانه
۷۴ درصد	کتابخانه به عنوان یک محل	
۹۹۲ درصد	دسترسی به اطلاعات	

کارشناسی کتابداری با حداقل سه سال سابقه‌ی کار در زمینه‌ی کتابداری و یا کارشناسی ارشد کتابداری و یا بالاتر می‌باشند که هر کدام از طریق استفاده از خدمات کتابخانه در جریان فعالیت‌های کتابخانه قرار گرفته‌اند. مقایسات زوجی در AHP باید برگرفته از طیف ساعتی باشند، این طیف دارای مقیاسی است که دامنه‌ی آن از «ترجیح یکسان» تا «بی‌اندازه مرجح» می‌باشد (جدول ۲).

پرسش‌نامه‌ای در قالب ماتریس مقایسات زوجی: این پرسش‌نامه برای بررسی نظر متخصصان از طریق مقایسه‌ی دو به دو گزینه‌ها براساس معیارهای موردنظر، بهترین گزینه را انتخاب می‌نماید. بدین منظور و برای بررسی نظر متخصصان کتابداری و اطلاع‌رسانی تعداد ۱۰ پرسش‌نامه در قالب ماتریس‌های مقایسات زوجی تهیه و در اختیار متخصصان کتابداری و اطلاع‌رسانی قرار گرفت. منظور از متخصصان کتابداری و اطلاع‌رسانی افراد دارای تحصیلات

جدول ۲: طیف ساعتی در مقایسات زوجی AHP

مقدار عددی	۱	۲	۳	۴	۵	۶	۷	۸	۹
درجه اهمیت مقایسات زوجی	ترجیح یکسان	ترجیح یکسان تا نسبی	ترجیح نسبی	ترجیح قوی	ترجیح قوی تا بسیار قوی	ترجیح قوی	ترجیح بسیار قوی	بسیار قوی تا بی‌اندازه مرجح	بی‌اندازه مرجح

جدول ۳: نرخ ناسازگاری پرسش‌نامه‌های AHP

نرخ ناسازگاری	نوع پرسش‌نامه
۰/۰۸	پرسش‌نامه‌ی مقایسه‌ی ابعاد
۰/۰۸	پرسش‌نامه‌ی مقایسه‌ی مؤلفه‌های بعد تأثیر خدمات
۰/۰۶	پرسش‌نامه‌ی مقایسه‌ی مؤلفه‌های بعد دسترسی به اطلاعات
۰/۰۷	پرسش‌نامه‌ی مقایسه‌ی مؤلفه‌های بعد کتابخانه به‌عنوان یک محل
۰/۰۸	پرسش‌نامه‌ی مقایسه‌ی کتابخانه‌های پزشکی

صورت گرفت. همچنین برای تحلیل داده‌های به دست آمده از پرسش‌نامه‌ی «ماتریس مقایسات زوجی» از نرم‌افزار expert choice استفاده شد.

یافته‌ها

جدول ۴ دیدی کلی در مورد این که کتابخانه‌های دانشگاه علوم پزشکی شهید صدوقی یزد تا چه اندازه توانسته‌اند خدمات مورد انتظار کاربران خود را ارایه دهند نشان می‌دهد.

استفاده از پرسش‌نامه مذکور در پژوهش‌های داخل و خارج از کشور نشان می‌دهد که این پرسش‌نامه از روایی لازم برخوردار است. همچنین با توجه به این که نرخ ناسازگاری پرسش‌نامه‌های فوق‌الذکر کم‌تر از ۰/۱ می‌باشند، پرسش‌نامه از پایایی لازم برخوردار است (جدول ۳). تجزیه و تحلیل داده‌های به دست آمده از پرسش‌نامه‌ی لایب کوآل توسط نرم‌افزار SPSS و در دو سطح آمار توصیفی (درصد میانگین و انحراف معیار) و استنباطی (آزمون فریدمن)

جدول ۴: داده‌های توصیفی کلی در سه بعد خدمات کتابخانه در سه سطح حداقل، حداکثر و واقعی

گویه	میانگین	اختلاف میانگین با سطح حداکثر	انحراف استاندارد	چارک اول	چارک دوم	چارک سوم
کل - سطح حداقل	۵,۱۰۲۱	۲/۴۰۴۱	۱/۹۳۶۶۷	۴	۵	۶
کل - سطح حداکثر	۷/۵۰۶۲	۰	۲/۲۲۱۱۶	۷	۸	۹
کل - سطح واقعی	۵/۲۵۰۲	۲/۲۵۶	۲/۱۸۶۵۷	۴	۵	۷

شکاف کفایت منفی، نتوانسته‌اند حداقل خدمات مورد انتظار کاربران را برآورده نمایند. میانگین کل شکاف برتری خدمات در تمامی کتابخانه‌های مورد بررسی منفی است که بیان‌گر این مطلب است که سطح خدمات دریافتی در کتابخانه‌ها از حداکثر خدمات مورد انتظار مراجعان پایین‌تر می‌باشد. داده‌های به دست آمده در مورد شکاف کفایت و برتری خدمات کتابخانه‌های مورد بررسی برحسب هریک از جنبه‌های کیفیت خدمات نشان می‌دهد «شکاف کفایت خدمات» در کتابخانه‌های پزشکی - داروسازی و پیراپزشکی - بهداشت در ۴ جنبه منفی است که این جنبه‌ها مربوط به بعد «دسترسی به اطلاعات» می‌باشند. این در حالی است که شکاف کفایت خدمات در کتابخانه دندان پزشکی در ۹ جنبه منفی است که ۴ جنبه‌ی آن مربوط به بعد «کتابخانه به عنوان یک محل» و ۵ جنبه‌ی آن مربوط به بعد «دسترسی به اطلاعات» است. در کتابخانه‌ی پرستاری - مامایی شکاف کفایت خدمات در ۸ جنبه منفی است که ۴ جنبه مربوط به بعد «کتابخانه به عنوان یک محل» و ۴ جنبه مربوط به بعد «دسترسی به اطلاعات» است، به عبارت دیگر در بعد «تأثیر خدمات» کتابخانه‌های

در این جدول اطلاعات و داده‌های توصیفی در سه بعد (اثر خدمت ارایه شده، کتابخانه به عنوان یک محل و دسترسی به اطلاعات) و در سه سطح حداقل، حداکثر و واقعی ارایه شده است. همان گونه که داده‌های جدول ۴ نشان می‌دهد کل واقعی از حداقل انتظارات کاربران کمی بالاتر است، در صورتی که با حداکثر انتظارات کاربران فاصله‌ی زیادی دارد. این امر نشان‌دهنده‌ی این مطلب است که از لحاظ کیفیت ارایه‌ی خدمات، خواسته‌های کاربران تا حدودی برآورده شده است، ولی خدمات ارایه شده با سطح مطلوب انتظارات کاربران فاصله‌ی زیادی دارد.

جدول ۵، شکاف کیفیت و برتری خدمات برحسب هر یک از ابعاد خدمات کتابخانه‌ای در کتابخانه‌های مورد بررسی را نشان می‌دهد.

همان گونه که داده‌های جدول ۵ نشان می‌دهد کتابخانه‌های پزشکی - داروسازی و پیراپزشکی - بهداشت با میانگین شکاف کفایت خدمات مثبت نتوانسته‌اند خدمات خود را بالاتر از حداقلی که مورد نظر کاربران است ارایه نمایند. در حالی که کتابخانه‌های دندان پزشکی و پرستاری - مامایی با میانگین

جدول ۶: آزمون فریدمن برای تعیین اولویت ابعاد سه گانه

N	۱۰
χ^2 Chi-Square	۹/۸
df	۲
Sig	۰/۰۰۷

قرار دارد، دو بعد «دسترسی به اطلاعات» و «کتابخانه به عنوان یک محل» به ترتیب با میانگین‌های ۱/۷ و ۱/۵ رتبه‌های دوم و سوم قرار دارند.

برای رتبه‌بندی کتابخانه‌های دانشکده‌ای دانشگاه علوم پزشکی شهید صدوقی یزد از نظر کیفیت خدمات، از فرایند تحلیل سلسله مراتبی نرم‌افزار (expert choice) استفاده گردیده است.

داده‌های به‌دست آمده از ماتریس مقایسات زوجی برای ابعاد سه گانه‌ی کیفیت خدمات نشان می‌دهد که در بین کتابخانه‌های مورد بررسی بعد «تأثیر خدمات» با ضریب معیار ۰/۴۳۶ در رتبه‌ی نخست قرار دارد، بعد از آن به ترتیب بعد «دسترسی به اطلاعات» با ضریب معیار ۰/۴۲۰ و «کتابخانه به عنوان یک محل» با ضریب معیار ۰/۱۴۴ به ترتیب در رتبه‌های دوم و سوم قرار دارند.

مقایسه‌ی ضریب معیار مربوط به مؤلفه‌های بعد «تأثیر خدمات» در کتابخانه‌های مورد بررسی نشان می‌دهد که مؤلفه‌ی «آمادگی کتابداران برای پاسخ‌گویی به سوالات استفاده کنندگان» مؤلفه‌ای است که بیش‌ترین ضریب معیار را در بین ۱۰ مؤلفه‌ی تأثیر خدمات به خود اختصاص داده است، بعد از آن به ترتیب مؤلفه‌های «کتابدارانی که دانش کافی برای پاسخ‌گویی به سوالات استفاده کنندگان را دارند» و «وجود کتابدارانی که نیازهای استفاده کنندگان را درک می‌کنند» با ضرایب معیار ۰/۱۰۵ و ۰/۱۰۲ به ترتیب در رتبه‌های دوم و سوم قرار دارند. مقایسه‌ی ضریب معیار مربوط به مؤلفه‌های بعد دسترسی به اطلاعات در کتابخانه‌های مورد بررسی نشان می‌دهد که مؤلفه‌ی «امکان دسترسی آسان و سریع به مجموعه‌های کتابخانه» با ضریب معیار ۰/۱۶۸ در بین ۷ مؤلفه «دسترسی به اطلاعات» در رتبه‌ی نخست قرار دارد، بعد از آن به ترتیب مؤلفه‌های «وجود

کتاب، نشریه و پایان‌نامه و سایر منابع چاپی مورد نیاز استفاده کنندگان» و «وجود انواع منابع الکترونیکی مورد نیاز استفاده کنندگان و نیز پایگاه‌های اطلاعاتی پیوسته» با ضرایب معیار ۰/۱۶۳ و ۰/۱۴۶ به ترتیب در رتبه‌های دوم و سوم قرار دارند. مقایسه‌ی ضریب معیار مربوط به مؤلفه‌های بعد «کتابخانه به عنوان یک محل» نیز نشان می‌دهد که مؤلفه‌ی «وجود فضایی آرام برای فعالیت‌های انفرادی» مؤلفه‌ای است که بیش‌ترین ضریب معیار را در بین ۵ مؤلفه‌ی «کتابخانه به عنوان یک محل» به خود اختصاص داده است، بعد از آن به ترتیب مؤلفه‌های «مکانی راحت، دل‌پذیر و جذاب» و «وجود فضای مناسب در کتابخانه که باعث حس القای مطالعه می‌شود» با ضرایب معیار ۰/۲۰۵ و ۰/۱۹۸ در رتبه‌های دوم و سوم قرار دارند.

برای مقایسه‌ی کتابخانه‌های دانشکده‌ای دانشگاه علوم پزشکی شهید صدوقی یزد بر حسب هر مؤلفه، ماتریس مقایسات زوجی تشکیل شد و ضرایب معیار کتابخانه‌ها با توجه به هر مؤلفه مشخص گردید که نتایج در جدول ۷ آورده شده است.

همانگونه که اطلاعات جدول ۷ نشان می‌دهد طبق نظر متخصصان حوزه، کتابخانه‌ی دانشکده‌ی پزشکی - داروسازی در بیش‌تر مؤلفه‌های کیفیت خدمات، ضریب معیار بالاتری را به خود اختصاص داده است.

در نهایت اولویت‌بندی نهایی کتابخانه‌های دانشکده‌ای دانشگاه علوم پزشکی شهید صدوقی شهرستان یزد، بدین صورت به‌دست آمد: کتابخانه‌ی پزشکی - داروسازی با میانگین وزنی ۰/۳۰۱ در اولویت اول قرار گرفت، بعد از کتابخانه‌ی پزشکی - داروسازی، کتابخانه‌ی پیراپزشکی - بهداشت و کتابخانه‌ی پرستاری - مامایی به ترتیب با میانگین‌های وزنی ۰/۲۸۶ و ۰/۲۲۳ در اولویت دوم و سوم و کتابخانه‌ی دندان‌پزشکی نیز با میانگین وزنی ۰/۱۸۹ در اولویت چهارم قرار گرفتند. به عبارتی دیگر، طبق نظر متخصصان کتابداری و اطلاع‌رسانی، کتابخانه‌ی پزشکی - داروسازی در مقایسه با سایر کتابخانه‌ها، توانسته است خدمات بهتر و مطلوب‌تری را ارائه نماید.

جدول ۷: ضرایب معیار کتابخانه‌های دانشکده‌های دانشگاه علوم پزشکی شهید صدوقی یزد براساس هر مؤلفه

مؤلفه‌ها	کتابخانه‌های عمومی	پزشکی - داروسازی	پرستاری - مامایی	پیراپزشکی - بهداشت	دندان پزشکی
	وجود کارمندی که اطمینان را به استفاده کنندگان القا می‌کند	۰/۳۰۲	۰/۲۳۹	۰/۳۱۶	۰/۱۷۳
	آمادگی کتابداران برای پاسخ‌گویی به سوالات استفاده کنندگان	۰/۳۳۲	۰/۲۰	۰/۳۰۶	۰/۱۹۵
	اشتیاق کتابداران برای کمک به استفاده کنندگان	۰/۳۰۲	۰/۲۰۵	۰/۳۰۳	۰/۱۵۱
	قابلیت اطمینان بالا در حل مشکلات استفاده کنندگان	۰/۳۱۲	۰/۲۳۸	۰/۲۹۸	۰/۱۶۲
توجه به تک تک استفاده کنندگان از سوی کتابداران	۰/۳۰۹	۰/۲۰۵	۰/۲۵۴	۰/۱۷۹	
کتابدارانی که با علاقه و توجه با استفاده کنندگان برخورد می‌کنند	۰/۳۱۸	۰/۲۱۳	۰/۲۸۶	۰/۱۸۱	
کتابدارانی که دانش کافی برای پاسخ‌گویی به سوالات استفاده کنندگان را دارند	۰/۳۰۷	۰/۲۲۴	۰/۲۷۷	۰/۱۹۹	
وجود کتابدارانی که همواره مؤدب و فروتن هستند	۰/۲۹۶	۰/۲۳۲	۰/۲۷۸	۰/۱۹۹	
وجود کتابدارانی که در حل مشکلات استفاده کنندگان رفتاری دل‌سوزانه دارند	۰/۳۱۲	۰/۲۰۲	۰/۳۱۸	۰/۱۶۸	
وجود کتابدارانی که نیازهای استفاده کنندگان را درک می‌کنند	۰/۳۰۵	۰/۲۱	۰/۲۶۷	۰/۲۱۴	
امکان دسترسی آسان و سریع به مجموعه‌های کتابخانه	۰/۳۲	۰/۲۰۳	۰/۲۷۸	۰/۲۰۲	
وجود کتاب، نشریه و پایان‌نامه و سایر منابع چاپی مورد نیاز استفاده کنندگان	۰/۳۱۷	۰/۲۲۹	۰/۲۶۳	۰/۱۸۹	
وجود انواع منابع الکترونیکی مورد نیاز استفاده کنندگان و نیز پایگاه‌های اطلاعاتی پیوسته	۰/۲۸۷	۰/۲۳۷	۰/۲۸۹	۰/۱۶۹	
امکان دسترسی به منابع الکترونیکی مورد نیاز از منزل یا محل کار	۰/۲۹۴	۰/۲۲۹	۰/۲۹۴	۰/۱۷۹	
وجود خدمات تحویل مدرک و امانت بین کتابخانه‌ای	۰/۲۷۶	۰/۲۲	۰/۳۰۶	۰/۲۱۷	
طراحی نرم‌افزاری برای دسترسی آسان و سریع به منابع اطلاعاتی مورد نیاز	۰/۲۸۴	۰/۲۳۵	۰/۳۰۳	۰/۲۱۳	
وجود ابزارهای دسترسی ساده از قبیل برگه‌دان، فهرست کامپیوتری و ... برای کمک به کاربران در یافتن اطلاعات به صورت شخصی و انفرادی	۰/۳۰۱	۰/۲۲	۰/۲۸۵	۰/۱۸۳	
وجود فضایی آرام برای فعالیت‌های انفرادی	۰/۳۱۶	۰/۲۲۷	۰/۲۹	۰/۱۷۹	
وجود فضای مناسب در کتابخانه که باعث حس القای مطالعه می‌شود	۰/۲۶۶	۰/۲۵۶	۰/۲۵۸	۰/۲۱۹	

ادامه‌ی جدول ۷: ضرایب معیار کتابخانه‌های دانشکده‌ای دانشگاه علوم پزشکی شهید صدوقی یزد براساس هر مؤلفه

مؤلفه‌ها	کتابخانه‌های عمومی	پزشکی - داروسازی	پرستاری - مامایی	پیراپزشکی - بهداشت	دندان پزشکی
دسترسی به منابع تحقیق	وجود فضای اجتماعی مناسب برای مطالعه و یادگیری گروهی	۰/۲۷۸	۰/۲۴۳	۰/۲۷۴	۰/۱۹۹
	مکانی راحت، دلپذیر و جذاب	۰/۳۱۲	۰/۲۲۷	۰/۲۷۵	۰/۱۷۶
	کتابخانه محلی مناسب و آغازی برای مطالعه، یادگیری و تحقیق	۰/۲۸۶	۰/۲۱۸	۰/۲۷۸	۰/۲۱۹

بحث

مقایسه‌ی بین کتابخانه‌های دانشکده‌ای دانشگاه علوم پزشکی شهید صدوقی یزد از نظر شکاف کفایت خدمات و برتری خدمات نشان می‌دهد که کتابخانه‌های دانشکده‌های پزشکی و پیراپزشکی - بهداشت با شکاف کفایت خدمات مثبت، توانسته‌اند از نظر کیفیت ارایه خدمات حداقل انتظار کاربران را برآورده نمایند. در حالی که کتابخانه‌های دندان پزشکی و پرستاری - مامایی با شکاف کفایت منفی، حتی نتوانسته‌اند حداقلی را که برای استفاده کنندگان قابل قبول است برآورده نمایند. نتایج به دست آمده از پرسش‌نامه‌ی لایب کوال نتایج حاصل از ماتریس‌های مقایسات زوجی را نیز تأیید می‌نماید، طبق نظر متخصصان حوزه، کتابخانه‌های پزشکی و پیراپزشکی - بهداشت در بین ۴ کتابخانه مورد بررسی از نظر کیفیت ارایه خدمات در اولویت‌های اول و دوم قرار دارند. همچنین خدمات ارایه شده در تمامی کتابخانه‌های مورد بررسی با سطح ایده‌آل و آرمانی استفاده کنندگان فاصله‌ی زیادی دارد.

تحلیل نتایج به دست آمده از ۲۲ جنبه‌ی خدمات کتابخانه‌ای نشان می‌دهد که تمامی کتابخانه‌های مورد بررسی، در تمام جنبه‌های مربوط به بعد «تأثیر خدمات» توانسته‌اند، خدمات خود را بالاتر از آن حداقلی که مورد نظر استفاده کنندگان است ارایه نمایند. نتایج این بخش از پژوهش، نتایج حاصل از مقایسه‌ی ابعاد کیفیت خدمات را از طریق ماتریس مقایسات زوجی تأیید می‌نماید، زیرا طبق نظر متخصصان حوزه، بعد تأثیر خدمات با میانگین وزنی ۰/۴۳۶ از نظر کیفیت ارایه نسبت به دو بعد دیگر در اولویت اول قرار دارند. «آمادگی کتابداران برای پاسخ‌گویی به سوالات استفاده -

کنندگان» مؤلفه‌ای است که در هر ۴ کتابخانه بالاترین شکاف کفایت خدمات را دارد. نتیجه‌ی این بخش از پژوهش، نتیجه‌ی حاصل از مقایسه‌ی مؤلفه‌های کیفیت خدمات را از طریق ماتریس مقایسات زوجی نیز تأیید می‌نماید، به عبارت دیگر طبق نظر متخصصان حوزه، مؤلفه‌ی مذکور در بین ۹ مؤلفه‌ی مربوط به بعد تأثیر خدمات در اولویت اول قرار گرفته است. «امکان دسترسی به منابع الکترونیکی مورد نیاز از منزل یا محل کار» مؤلفه‌ای است که در تمامی کتابخانه‌های مورد بررسی کم‌ترین شکاف کفایت را به خود اختصاص داده است. شکاف برتری خدمات نیز در تمامی کتابخانه‌های مورد بررسی و در تمامی جنبه‌ها منفی است که بیان‌گر این مطلب است که هیچ‌کدام از کتابخانه‌های مورد بررسی در هیچ‌یک از جنبه‌های خدمات خود نتوانسته‌اند آن سطح آرمانی و ایده‌آلی را که مراجعان از کتابخانه‌ها در رابطه با ارایه‌ی خدمات انتظار دارند، برآورده نمایند. مشکلی که کتابخانه‌های دانشکده‌ای دانشگاه علوم پزشکی شهید صدوقی یزد در مورد شکاف برتری خدمات نشان می‌دهند مختص کتابخانه‌های دانشکده‌ی پزشکی یزد نیست، بلکه در سایر پژوهش‌ها از جمله میر غفوری و مکی (۷)، محمد بیگی و حسن زاده (۱۱)، نجفقلی نژاد و حسن زاده (۱۰) در داخل کشور و Hebert (۱۲)، ARL (۱۵)، ARL (۱۶) و ARL (۱۹) چنین نتیجه‌ای در مورد سایر کتابخانه‌ها نیز مشاهده شده است. بررسی دقیق یافته‌های مربوط به تک تک جنبه‌های مربوط به خدمات کتابخانه‌ای در ۴ کتابخانه‌ی مورد بررسی نشان‌گر این واقعیت است که مؤلفه‌های دارای کم‌ترین فاصله با حداقل قابل قبول استفاده کنندگان بیش‌تر با جنبه‌ی انسانی

کتابخانه‌های مورد بررسی شرایط نسبتاً مناسب‌تری را در مقایسه با سایر ابعاد خدمات کتابخانه‌ها دارد. نتایج به‌دست آمده از این بخش از پژوهش، نتایج پژوهش صیادی تورانلو و همکاران را تأیید نمی‌نماید، پژوهش ذکر شده با استفاده از منطق فازی، به رتبه‌بندی ابعاد کیفیت خدمات پرداخت که در نهایت، بعد دسترسی به اطلاعات مهم‌ترین بعد در زمینه‌ی ارتقای کیفیت خدمات کتابخانه‌ای شناخته شد، در حالی‌که بعد تأثیر خدمات از نظر اهمیت در رتبه آخر قرار گرفت (۴).

نتیجه‌گیری

فاصله‌ی زیاد سطح واقعی خدمات با سطح آرمانی و مورد انتظار استفاده کنندگان، ضرورت توجه به تک تک جنبه‌های خدمات کتابخانه‌ای را نشان می‌دهد. کتابخانه‌های مورد بررسی باید با توجه به شکاف موجود بین خدمات فعلی و انتظارات استفاده کنندگان، با آگاهی کامل و استفاده از امکانات، تجهیزات و نیروی انسانی موجود و با اولویت‌بندی دقیق اقدام نمایند. با توجه به ضعف کتابخانه‌ها در رابطه با دسترسی به اطلاعات، لازم است کتابخانه‌های دانشگاه علوم پزشکی نسبت به فراهم‌آوری منابع اطلاعاتی و امکانات لازم در جهت دسترسی آسان و سریع به اطلاعات مورد نیاز برنامه‌ریزی داشته باشند. در رابطه با فضای کتابخانه نیز با توجه به ضعف کتابخانه‌ها در رابطه با پیش‌بینی فضای لازم برای مطالعه، تحقیق و هم‌چنین مطالعه‌ی گروهی، لازم و شایسته است کتابخانه‌ها علاوه بر بهبود شرایط محیطی کتابخانه‌ها، فضای مناسب‌تری را جهت مطالعه، تحقیق و کار گروهی در دسترس استفاده کنندگان قرار دهند.

خدمات یعنی دانش، رفتار، توانمندی‌ها و خدمات رو در روی کتابداران با استفاده کنندگان در ارتباط است. این بخش از یافته‌ها نشان می‌دهد کتابداران کتابخانه‌های مورد بررسی از نظر ارایه خدمات به کاربران کتابخانه‌های مورد بررسی از داشته‌اند و شاید بتوان گفت کتابداران کتابخانه‌های دانشکده‌ای دانشگاه علوم پزشکی شهید صدوقی یزد از نظر اخلاق حرفه‌ای کتابداری و رعایت اصول و جنبه‌های انسانی خدمات و نیز استفاده از توانمندی‌ها و تخصص حرفه‌ای در شرایطی قرار دارند که در بیش‌تر موارد دست کم در حد قبول استفاده کنندگان به ارایه خدمات می‌پردازند.

نتایج این بخش از پژوهش، نتایج به‌دست آمده از نرم‌افزار expert choice را نیز تأیید می‌نماید، زیرا در مقایسه‌ی دو به‌دوی ابعاد کیفیت خدمات از نظر میزان اهمیت و تأثیرگذاری، متخصصان موضوعی براین باور بودند که بعد تأثیر خدمات با میانگین وزنی ۰/۴۳۶ مهم‌ترین بعد در زمینه‌ی ارتقای کیفیت خدمات کتابخانه‌ای است، به عبارت دیگر در صورتی‌که کتابخانه از نیروی انسانی متخصص و مجربی که دارای وجدان کاری هستند برخوردار باشد، می‌تواند در بسیاری موارد بر محدودیت‌های فضا و منابع غلبه نموده و منابع و خدمات مورد نیاز مراجعان را با بهره‌گیری از این نیروی انسانی و از طریق سایر مراکز در اختیار آن‌ها قرار دهد. این بخش از یافته‌های پژوهش امیدواری بیشتری را در رابطه با بهبود شرایط کتابخانه‌های دانشگاهی فراهم می‌کند زیرا فراهم‌آوری امکانات و تجهیزات در جهت دسترسی به منابع اطلاعاتی مورد نیاز و نیز بهبود وضعیت کتابخانه‌ها از نظر شرایط مکانی و فضا نیازمند صرف هزینه‌های مالی است، در حالی‌که آن‌چه تغییر شرایط و بهبود آن معمولاً دشوارتر است، جنبه‌های خدماتی نیروی انسانی است که در

References

1. Mir Ghafoori SH, Shafiee Roodposhti M, Zare Ahmad abadi H. Measuring the effectiveness of the clients honour in public sector using GAP analysis model (A case study on the Yazd telecommunication co.). Daneshyar Raftar 2008; 15(32): 59-74. [In Persian]
2. Hariri N, Afanani F. The study of service quality central libraries of medical science universities in Tehran, using the gap ananlysis model. Library and Information Science 2008; 11(2): 25-52. [In Persian]

3. Shafiei Roudposhti M, Mirghafouri SHA. Identification and ranking of the effective factors on improvement of the quality of educational services in higher education (A case study: management faculty of Yazd university). *Higher Education* 2008; 1(2): 67-93. [In Persian]
4. Sayadi Touranolou H, Mansouri H, Jamali R. Identifying and ranking library service quality dimensions using fuzzy approach (A case study : libraries of Yazd university). *Library and Information Science* 2009; 11(4): 211-38. [In Persian]
5. Hsieh L, Chin J, Wu M. Performance evaluation for university electronic libraries in Taiwan. *Electronic Library* 2006; 24(2): 212-24.
6. Derakhshan M. Evaluation the service quality of central library of management and planning organization [Thesis in Persian]. Tehran: Tarbiat Modares University; 2005.
7. Mir Ghafoori H, Makki Zadeh F. Assessing the quality of service in academic libraries (A case study: Yazd university libraries). *Library and Information Science* 2008; 10(1): 62-79. [In Persian].
8. Baba Gheibi N, Fatahi R. A comparison of graduate students and librarians' views about the quality of library service at Ferdowdi university of Mashhad (Libqual approach). *Library and Information Science* 2008; 11(4): 255-74. [In Persian]
9. Ali ramezani H, Javidi M, Abbaszadeh A, Ranjbar H, Ghazavi M. Faculty members and students' opinion about quality of services provided by the central library of Kerman university of medical sciences. *Strides in Development of Medical Education* 2008; 5(2): 113-9. [In Persian]
10. Najaf Gholi Nezhad A, Hasan Zadeh M. Evaluation of collection, staff and space of the central library of Tarbiat Modarress University based on libqual instrument. *Information Sciences and Technology* 2009; 25(1): 7-30. [In persian].
11. Mohammad Beigi F, Hasan Zadeh M. Assessing the quality of services in public libraries of Qazvin using libqual. *Research on Information Science and Public Libraries* 2009; 15(1): 7-29. [In persian]
12. Hebert F. Service quality: An unobtrusive investigation of interlibrary loan in large public libraries in Canada. *Library and information Science Research* 1994; 16(1): 3-21.
13. Dole W. Libqual+TM and the small Academic library. *Performance Measurement and Metric* 2002; 3(2): 85-95.
14. Hichingham E, Kenney D. Extracting meaningful measures of user satisfaction from LibQual+TM for the University at Virginia tech. *Performance Measurement and Metrics* 2002; 3(2): 48-58.
15. Association of Research Libraries / Texas A&M University. LibQUAL+TM Spring 2003 Survey, Group results. Washington, DC: Association of Research Libraries: 2003.
16. Association of Research Libraries / Texas A&M University. LibQUAL+TM Spring 2004 Survey, Group results. Washington, DC: Association of Research Libraries: 2004.
17. Probst L. Penn State Libraries: LibQual survey executive summary, November 2004 [Online]. Available from: URL: http://www.Libraries.Psu.edu/public_services/reports/LibQual_2004_Executive_Summary.pdf.
18. Bradford D. Share fair [Online]. Proceeding of the ALA annual conference summer; 2005. Available from: URL: <http://www.Libqual.org/documents/admin/booklet.doc>.
19. Association of Research Libraries / Texas A&M University. LibQUAL+TM Spring 2006 Survey. Washington, DC: Association of Research Libraries: 2006.
20. Kyrrillidou M, Persson AC. The new library user in Sweden: A LibQUAL study at Lund University. *Performance Measurement and Metrics* 2006; 7(1): 45-53.
21. Thompson B, Kyrrillidou M Cook C. User library service expectations in health service vs. other settings: a LibQUAL+® Study. *Health Info Libr J* 2007; 24 (Suppl 1): 38-45.
22. Jaggars DE, Jaggars SS, Duffy JS. Comparing Service Priorities between Staff and Users in Association of Research Libraries (ARL) Member Libraries. *Portal: Libraries and the Academy* 2009; 9(4): 441-52.
23. Ghodsi poor Z. Analytical hierarchy process. Tehran: Amirkabir University of technology; 2000. [In Persian]

The Gap Analysis and Ranking of Service Quality Dimensions and Libraries of Shahid Sadoghi University of Medical Science by Libqual and Analytical Hierarchy Process Methods*

Maryam Parsaeian¹

Original Article

Abstract

Introduction: Quality services in the medical libraries has the fundamental role in achieving to community goals in the field of public health. The present study is done with the aim of gap analysis and ranking of service quality dimensions and also ranking of Medical Science Libraries of Shahid Sadooghi University.

Methods: This research was a survey study and its population was included 3339 people of Shahid Sadooghi University of medical science library users in the second half of 1391, that the numbers of 379 users have been selected by means of sampling method. Sample size was determined by Morgan table. Data were collected by libqual questionnaire; also 10 questionnaires that each included four "matrix of paired comparisons" was distributed among 10 library specialists. Formal validity of questionnaire was confirmed by the number of national and international professors and experts. the reliability of "libqual" questionnaire and "Matrix of paired comparisons" questionnaire was confirmed by calculating "Cronbach's alpha coefficient" for each dimensions of library service above 70 percent and "rate incompatibility" less than 0/1, respectively. Analysis of data obtained from libqual questionnaire is done by means of spss software in both descriptive statistics (percent of average and standard deviation) and inferential statistics (Friedman test); also analysis of data obtained from "Matrix of paired comparisons" is done by means of expert choice software.

Results: Data obtained from the "Libqual questionnaire" indicated that the libraries in all aspects related to "impact service" dimension can meet the minimum expectations of users that show their librarians have been modestly successful from the human dimension of service performance, while in some aspects related to dimensions "information access" and "library as a place" cannot meet minimum expectations of users. While none of the libraries surveyed cannot provide the ideal service for users. Also data obtained from the "matrix of paired comparisons" indicated that according to the experts, the "impact service" dimension and medicine – pharmacology library had the topmost rank among the service quality dimensions and libraries, respectively.

Conclusion: As the library and information science experts believe that the impact service dimension is the most important dimension in the relation of improving the quality of library services, medical librarians indicated that they have been modestly successful from the point of user servicing and can meet the minimum expectations of users in comparison with the other dimensions.

Keywords: Library Services; Service Quality; Libraries, Medical; Analytical Hierarchy.

Received: 10 Apr, 2013

Accepted: 5 Nov, 2013

Citation: Parsaeian M. **The Gap Analysis and Ranking of Service Quality Dimensions and Libraries of Shahid Sadoghi University of Medical Science by Libqual and Analytical Hierarchy Process Methods.** Health Inf Manage 2014; 11(2): 189.

* This article is an independent research without any financial aid.

1- Lecturer, knowledge and information science, Payame Noor University of Taft, Yazd, Iran (Corresponding Author) Email: parsaeian.maryam@yahoo.com

تحلیل استنادی کتاب‌های درسی پزشکی سایت آمازون از نظر استناد به مقالات دانشکده‌های داروسازی دولتی ایران*

نجلا حریری^۱، نگار فیروزی^۲

مقاله پژوهشی

چکیده

مقدمه: بر این اساس که علم از جهت چهارچوب جغرافیایی و زبانی قابل مرزبندی نیست و تبدلات علمی پژوهشگر را در دست‌یابی به یافته‌های جدیدتر یاری می‌رساند، هدف اصلی این پژوهش تعیین میزان استناد به مقالات اعضای هیأت علمی دانشکده‌های داروسازی تیپ یک علوم پزشکی ایران در کتب درسی بین‌المللی بوده است.

روش بررسی: روش پژوهش حاضر تحلیل استنادی بوده است که با استفاده از فنون علم‌سنجی انجام گرفته است. جامعه‌ی مورد پژوهش کتاب‌های مرجع نمایه شده در سایت آمازون بوده است که تاریخ انتشار آن‌ها بین سال‌های ۲۰۰۰ الی ۲۰۱۱ میلادی می‌باشد و شامل ۳۷۲ عنوان کتاب بود. فهرست منابع این کتاب‌ها از نظر استناد به تولیدات علمی اعضای هیأت علمی دانشگاه‌های علوم پزشکی تهران، شهید بهشتی، شیراز، اصفهان، تبریز و اهواز مورد مطالعه قرار گرفته است. ابزار گردآوری داده‌ها قسمت جستجوی کتاب از موتور جستجوی گوگل بود. برای تجزیه و تحلیل داده‌ها در راستای نیل به اهداف پژوهش آمار توصیفی (فراوانی و درصد) و برای آزمون فرضیه‌ها از آزمون کی-دو استفاده گردید. سطح معنی‌داری ۵ درصد در نظر گرفته شد و برای تحلیل داده‌ها، نرم‌افزار آماری علوم اجتماعی SPSS نسخه‌ی ۱۸ و صفحه گستر اکسل ویرایش ۲۰۱۰ استفاده شد.

یافته‌ها: یافته‌ها نشان‌دهنده‌ی روند رشد صعودی استنادات طی سال‌های اخیر بوده که در این میان، بیش‌ترین و کم‌ترین میزان استنادات به ترتیب متعلق به دانشکده‌ی داروسازی دانشگاه‌های علوم پزشکی تهران (۳۷/۱۹ درصد) و اهواز (۱/۰۳ درصد) بوده‌اند. بیش‌ترین و کم‌ترین نوع مقالات مورد استناد مربوط به مقالات اصیل (۸۹/۶ درصد) و گزارش‌موردی (۰ درصد) بوده است. بیش‌تر مقالاتی که به آن‌ها استناد شده با همکاری بیش از سه نویسنده (۸۹/۹۶ درصد) تألیف شده است.

نتیجه‌گیری: یافته‌های پژوهش حاکی از آن است که میزان همکاری علمی عامل تأثیرگذاری در بالا بردن کیفیت مقاله و هم‌چنین میزان استنادات در سطح بین‌المللی است.

واژه‌های کلیدی: تحلیل؛ استناد؛ کتاب‌های مرجع؛ دانشکده‌های داروسازی

پذیرش مقاله: ۹۲/۸/۱۴

اصلاح نهایی: ۹۲/۸/۱۳

دریافت مقاله: ۹۲/۲/۷

ارجاع: حریری، نجلا، فیروزی، نگار. تحلیل استنادی کتاب‌های درسی پزشکی سایت آمازون از نظر استناد به مقالات دانشکده‌های داروسازی دولتی ایران. مدیریت اطلاعات سلامت ۱۳۹۳؛ ۱۱(۲): ۱۹۸-۱۹۰.

مقدمه

نقش و جایگاه تولید اطلاعات علمی در جهان بر کسی پوشیده نیست و از آن جهت که موجب توسعه، پیشرفت و نیل به خود کفایی می‌گردد، همواره مورد توجه کشورهای و ملل مختلف بوده است. هم‌چنان که حری اظهار داشته، علم از جهت چارچوب موضوعی و حدود جغرافیایی و زبانی قابل

* این مقاله حاصل پایان‌نامه‌ی کارشناسی ارشد کتابداری و اطلاع‌رسانی در دانشگاه

آزاد علوم و تحقیقات تهران می‌باشد.

۱- دانشیار، علم اطلاعات و دانش‌شناسی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد علوم و تحقیقات تهران، تهران، ایران

۲- کارشناس ارشد، کتابداری و اطلاع‌رسانی، دانشگاه علوم پزشکی شیراز، شیراز، ایران (نویسنده‌ی مسؤول)

Email: nfiroozi2010@gmail.com

میزان استنادات و مشارکت گروهی نویسندگان مقالات مجله پژوهش در علوم پزشکی از ابتدای سال ۱۳۷۹ خورشیدی تا پایان ۱۳۸۲ خورشیدی نشان دادند که در مجموع ۳۸۶ مقاله از ۲۱ مجله‌ی تولید شده در کل دارای ۴۹۱۵ استناد بود. متوسط تعداد استناد برای هر مقاله ۱۲/۷۳ استناد و بیشترین تعداد مقاله مربوط به سال ۱۳۸۲ خورشیدی بود و همچنین در رابطه با میزان مشارکت، بیشترین مقالات سه نویسنده داشت، حسن زاده اسفنجانی و دیگران (۶) در تحقیقی با عنوان «بررسی تحلیلی تولیدات علمی ایران در حوزه علوم پزشکی به روش علم‌سنجی از طریق پایگاه استنادی Web of Science طی ۳۰ سال (۲۰۰۷-۱۹۷۸)» به این نتیجه رسیدند که بیشترین تعداد مدارک مربوط به سال ۲۰۰۳-۲۰۰۷ میلادی است و از لحاظ حوزه‌ی موضوعی بیشترین تعداد مدارک مرتبط با حوزه‌ی داروشناسی و کمترین تعداد مربوط به طب سالمندان می‌باشد. دانشگاه علوم پزشکی تهران در ۲۰ حوزه‌ی پزشکی به عنوان دانشگاه برتر شناخته شده است و بیشترین همکاری علمی با کشور ایالات متحده آمریکا بوده است. میرحسینی و وهابی (۷) در مطالعه‌ی دیگری به بررسی تولیدات علمی اعضای هیأت علمی دانشکده‌های داروسازی تپ یک کشور در پایگاه مؤسسه‌ی اطلاعات علمی طی فاصله زمانی ۲۰۰۶ الی ۲۰۰۸ میلادی با استفاده از روش علم‌سنجی پرداختند. یافته‌های پژوهش حاکی از آن است که از کل جامعه‌ی آماری، ۱۶ درصد زن و ۸۴ درصد مرد بوده‌اند که درصد تولیدات علمی مردان به طبع بیش‌تر و ۸۰ درصد بوده است. سهم دانشکده‌های داروسازی به ترتیب تولید علم در دوره‌ی زمانی مورد پژوهش مربوط به دانشگاه علوم پزشکی تهران، تبریز، مشهد، شیراز، اصفهان و شهید بهشتی بوده است و همچنین رشد تولیدات علمی ۴ درصد بوده است. Cullars (۸) در پژوهشی با استفاده از روش تحلیل استنادی با بررسی تک نگاشت‌های رشته‌های هنرهای زیبا به زبان‌های آلمانی و فرانسه نشان داد، از میان ۶۵۵ تک نگاشت که به زبان آلمانی و فرانسه بودند، تاریخ انتشار تک نگاشت‌ها در فاصله‌ی زمانی ۱۹۸۲-۱۹۹۰ میلادی قرار دارد. همچنین نتایج حاکی از آن بوده است که کتاب‌ها بیشترین

مرزبندی نیست و این نوع تقسیم‌بندی ساختگی است که اگر کاربردی هم برای آن در نظر گرفته شده باشد شامل دنیای تحقیق نمی‌شود (۱). بنابراین در دنیای تحقیق باید برای جلوگیری از سوگیری و مرزبندی علمی، پا را فراتر گذاشته و با محققین در سایر کشورها تعامل و هم‌فکری نمود تا با استفاده از تخصص‌های مختلف آن‌ها بتوان در جهت ارتقای علمی گام برداشت. در این راستا، یکی از وظایف اساسی دانشمندان اقدام نسبت به نشر آثار علمی خود است. هر اثر علمی تنها در صورتی مفید خواهد بود که خوانندگانی داشته باشد. برعهده‌ی نویسندگان هر اثر است که آن را در دسترس عموم قرار داده و محدودیت‌های دسترسی را تا حد امکان کاهش دهند. استناد یکی از عناصر و شاخص‌های نگارش علمی است و نقش بارزی در تولید و نشر اطلاعات دارد. در عرصه‌ی نگارش، عینی‌ترین جلوه‌ی استفاده از منابع اطلاعاتی به‌کارگیری منابع در نوشته‌هاست که از آن طریق می‌توان عادت‌ها، گرایش‌ها و رفتارهای استفاده‌کنندگان را در بهره‌گیری از متون پیشین بررسی کرد (۲).

امروزه یکی از مهم‌ترین دغدغه‌های دانشگاه‌ها احراز رتبه‌ی برتر در نظام‌های رتبه‌بندی جهانی است، از این‌رو دانشگاه‌ها افزایش میزان تولیدات علمی و میزان استناد به آن‌ها را در سرلوحه‌ی برنامه‌های خود قرار داده‌اند. همچنان که وزارت بهداشت و درمان و آموزش پزشکی، استناد به مقالات اعضای هیأت علمی دانشگاه‌ها در کتب مرجع بین‌المللی را به عنوان یکی از معیارهای ارزیابی دانشگاه‌های علوم پزشکی قرار داده است و یکی از راه‌های شناسایی کتب مرجع در رشته‌های پزشکی را استفاده از سایت آمازون ذکر کرده است. با توجه به نقش و اهمیتی که ارتباط علمی در دستیابی به یافته‌های جدیدتر دارد، سنجش و ارزیابی تولیدات و فعالیت‌های علمی همواره مورد توجه متخصصان علم‌سنجی قرار گرفته است (۳). کتاب‌سنجی یکی از شیوه‌های مهم علم‌سنجی است و مطالعه‌ی استنادی یا تحلیل استنادی یکی از متداول‌ترین فنون کتاب‌سنجی است که در آن قواعد حاکم بر رابطه‌ی میان متن و سند، جستجو و مطالعه می‌شود (۴). چنان‌چه افشار، عبدالمجید و دانش (۵) در مقاله‌ی پژوهشی با بررسی

تأثیر هم‌بستگی وجود دارد و نیز تفاوت قابل توجهی میان هم‌بستگی بین شاخص آنی و تعداد استنادات در دو حوزه‌ی فیزیک و شیمی وجود دارد.

با توجه به مطالب پیش‌گفته و همچنین با در نظر گرفتن اهمیتی که وزارت بهداشت و درمان و آموزش پزشکی برای تولیدات علمی و استنادات دریافتی اعضای هیأت علمی دانشگاه‌ها قابل شده است، پژوهش حاضر با هدف تعیین میزان استناد به مقالات اعضای هیأت علمی دانشکده‌ی داروسازی دانشگاه‌های تیپ یک علوم پزشکی کشور در کتب مرجع پزشکی سایت Amazon طی سال‌های ۲۰۰۰-۲۰۱۱ میلادی انجام شده است.

در این پژوهش منظور از کتاب‌های مرجع سایت آمازون، کتاب‌هایی است که در سایت آمازون در بخش مربوط به کتاب‌های مرجع تحت عنوان Text books آورده شده‌اند. این کتاب‌ها در سطح بین‌المللی به عنوان منبع درسی رشته‌های مختلف استفاده می‌شوند. در این پژوهش به دلیل عدم امکان جستجو در سایت آمازون تنها کتاب‌هایی از سایت آمازون است که توسط بخشی از موتور جستجوی گوگل به نام Google books (گوگل بوکس) قابل جستجو باشند. نیمه عمر نیز چنان که میرزایی (۱۰) تعریف می‌کند به مدت زمانی اطلاق می‌شود که نیمی از کل منابع استناد شده، در آن مدت زمان انتشار یافته باشند.

روش بررسی

روش پژوهش حاضر تحلیل استنادی بوده که با استفاده از فنون علم‌سنجی انجام می‌شود. برای محاسبه‌ی نیمه عمر استنادات از روش محاسبه‌ی نیمه عمر که توسط Sin (۱۲) در مقاله‌ای با عنوان «نمادها و فرمول‌هایی برای چند مفهوم کتاب‌سنجی» مطرح نمود، استفاده شده است. وی برای تعیین نیمه عمر از فرمول زیر استفاده نموده است:

$T = Y + y$ در این فرمول: T = نیمه عمر، Y = مجموعه‌ای از سال‌ها و y = کسری از سال است. در بیش‌تر مواقع، مقدار زمانی نیمه عمر، عدد صحیحی از مجموع سال‌ها و کسری از یک سال می‌باشد.

میزان استناد را به خود اختصاص داده‌اند و میزان استناد به پایان‌نامه‌ها بسیار کم است و از نظر توزیع زبان استناد، حدود ۷۰ درصد استنادها به زبان نویسنده‌ی مقاله بوده است و زبان انگلیسی دومین زبان پر استناد در منابع فرانسوی و زبان ایتالیایی و انگلیسی پس از زبان اصلی از جمله پر استنادترین زبان منابع آلمانی بوده است. wang و دیگران (۹) با بررسی همکاری علمی در چین به بررسی مقاله‌های تألیف مشترک در میان پژوهشگران چینی از نظر چهار رویکرد همکاری در یک مؤسسه، همکاری دو مؤسسه در یک ناحیه‌ی چین، در دو ناحیه‌ی متفاوت چین و یا دو کشور متفاوت پرداخته‌اند. نتایج پژوهش نشان می‌دهد که در هر چهار نوع همکاری، همکاری در حوزه‌های علم و فن‌آوری در چین رو به افزایش است. نواحی مختلف دارای الگوی همکاری متفاوتی مطابق با سطوح توسعه‌ی اقتصادی، فنی و علمی هستند و تفاوت‌ها در الگوی همکاری بر حسب موضوع‌ها، به‌وسیله‌ی مشخصه‌های خود موضوعات تفسیر می‌شوند. Lo (۱۰) در پژوهشی به تحلیل استنادی منابع مورد استفاده در تدوین ۱۳ عنوان پایان‌نامه‌ی دانشجویان دکترای علوم طبیعی دانشگاه ملی چانگ-هسینگ تایوان پرداخت و ۱۶۸۹ استناد را استخراج کرد که به طور متوسط ۱۲۳ استناد برای هر پایان‌نامه برآورد شد، بیش‌ترین استناد به مقالات مجلات با ۹۰/۹۵ درصد اختصاص داشت و ۹۹ درصد منابع مورد استناد به زبان انگلیسی بودند، هم‌چنین نیمه عمر منابع ۸/۳۳ سال محاسبه شد و Kapper با ۶ بار استناد پرکارترین نویسنده و Journal of biological chemistry با ۵۵ بار استناد پرکاربردترین نشریه شناخته شدند. Tsay (۱۱) در پژوهشی رابطه و تفاوت بین معیارهای علم‌سنجی برای ارزیابی مجلات فیزیک، شیمی و مهندسی را بر اساس داده‌های پایگاه گزارش‌های استنادی مؤسسه‌ی تامسون رویترز در سال ۲۰۰۲ میلادی بررسی کرد، نتایج حاکی از آن بوده است که همبستگی معناداری میان نیمه عمر استناد کننده و سایر شاخص‌های علم‌سنجی وجود نداشته و رفتار استنادی مشابهی میان دانشمندان سه حوزه‌ی مورد مطالعه مشاهده می‌شود. هم‌چنین میان تعداد منابع و تعداد استنادات، تعداد استنادها و ضریب

بهشتی، شیراز، اصفهان، تبریز و اهواز مورد مطالعه قرار گرفته است. ابزار گردآوری داده‌ها قسمت جستجوی کتاب از موتور جستجوی گوگل بود. هم‌چنان که وزارت بهداشت و درمان و آموزش پزشکی برای جستجوی مقالات مورد استناد در کتب مرجع بین‌المللی از قسمت جستجوی کتاب از موتور جستجوی گوگل استفاده می‌کند و یکی از راه‌های شناسایی کتب مرجع در رشته‌های پزشکی را استفاده از سایت آمازون ذکر کرده است (۱۴). برای تجزیه و تحلیل داده‌ها در راستای نیل به اهداف پژوهش آمار توصیفی (فراوانی و درصد) و برای آزمون فرضیه‌ها از آزمون کی-دو استفاده گردید. سطح معنی‌داری ۵ درصد در نظر گرفته شد و برای تحلیل داده‌ها، نرم‌افزار آماری علوم اجتماعی SPSS ویرایش ۱۸ و صفحه گستر اکسل ویرایش ۲۰۱۰ استفاده شد.

یافته‌ها

با بررسی فهرست منابع ۳۷۲ کتاب درسی موجود در سایت آمازون از طریق گوگل بوکس که بخشی از موتور جستجوی گوگل است، یافته‌ها نشان داد استنادها به ۷۷۷ مقاله تألیفی توسط هیأت علمی دانشکده‌های داروسازی دانشگاه‌های علوم پزشکی تهران، شهید بهشتی، اصفهان، تبریز، شیراز، اهواز، مشهد تعلق گرفته است.

برای تعیین مقدار صحیح نیمه عمر از فرمول ذیل استفاده می‌شود.

$$Y = +1 \text{ سال فرعی بحرانی} - \text{سال مبنا} = Y$$

در این فرمول سال مبنا، اولین سال مورد استناد پس از نظم معکوس زمانی است. سال بحرانی، سالی است که از سال مبنا تا آن، نیمی از متون مؤثر مورد استفاده قرار گرفته باشد و سال فرعی بحرانی، سال قبل از سال بحرانی می‌باشد. برای محاسبه مقدار اعشاری نیمه عمر از فرمول ذیل استفاده می‌شود.

$$y = (a-b)/(c-b)$$

در این فرمول، a نیمی از استنادها، b فراوانی تجمعی استنادهای سال فرعی بحرانی و c فراوانی تجمعی استنادهای سال بحرانی است. برای محاسبه درصد رشد از فرمول زیر استفاده شده است (۱۳).

$$G = X_t - X_{t-1} \times 100 / X_{t-1}$$

G = نرخ رشد مقالات، X_t = تعداد مقالات در دوره t، X_{t-1} = تعداد مقالات در دوره t-1

جامعه‌ی مورد پژوهش کتاب‌های مرجع نمایه شده در سایت آمازون بوده است که تاریخ انتشار آن‌ها بین سال‌های ۲۰۰۰ الی ۲۰۱۱ میلادی می‌باشد و شامل ۳۷۲ عنوان کتاب بود. فهرست منابع این کتاب‌ها از نظر استناد به تولیدات علمی اعضای هیأت علمی دانشگاه‌های علوم پزشکی تهران، شهید

جدول ۱: توزیع فراوانی استناد به مقالات اعضای هیأت علمی دانشکده‌های داروسازی دانشگاه‌های علوم پزشکی نیپ یک کشور طی سال‌های ۲۰۰۰ الی ۲۰۱۱ میلادی

سال	تهران	تبریز	شهید بهشتی	مشهد	شیراز	اصفهان	اهواز
۲۰۰۳-۲۰۰۰	۱۱	۱	۱	۲	۰	۲	۱
۲۰۰۷-۲۰۰۴	۶۶	۲۵	۲۶	۷	۱۹	۳۱	۰
۲۰۱۱-۲۰۰۸	۲۰۱	۱۱۳	۷۴	۷۹	۶۲	۴۰	۷
جمع کل	۲۸۹	۱۳۷	۱۰۱	۸۸	۸۱	۷۳	۸
درصد از کل استنادات	۳۷/۱۹	۱۷/۶۳	۱۳	۱۱/۳۳	۱۰/۴۲	۹/۴	۱/۰۳

روند صعودی داشته است که بیش‌ترین رشد متعلق به دانشکده‌ی داروسازی دانشگاه علوم پزشکی تهران در سال ۲۰۱۱ میلادی نسبت به سال ۲۰۱۰ میلادی ۱۵۱/۲۲ درصد بوده است و دانشکده‌های داروسازی دانشگاه‌های علوم

با توجه به داده‌ها در جدول ۱ بیش‌ترین میزان استنادات متعلق به دانشکده‌ی داروسازی دانشگاه علوم پزشکی تهران است. هم‌چنین یافته‌ها نشان می‌دهد که رشد استنادها در دانشکده‌ی داروسازی دانشگاه‌های علوم پزشکی مورد بررسی

پس از آن رامین میری از دانشکده‌ی داروسازی دانشگاه علوم پزشکی شیراز با ۲/۹۶ درصد و ناصر استاد از دانشکده‌ی داروسازی دانشگاه علوم پزشکی تهران با ۲/۸۳ درصد، حسین یزدان پناه از دانشکده‌ی داروسازی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی با ۲/۵۷ درصد، حسین حسین زاده از دانشکده‌ی داروسازی دانشگاه علوم پزشکی مشهد با ۲/۴۵ درصد، امید سبزواری با ۲/۱۹ درصد و مرتضی رفیعی تهرانی با ۲/۱۹ درصد از دانشکده‌ی داروسازی دانشگاه علوم پزشکی تهران و یداله امیدی از دانشکده‌ی داروسازی دانشگاه علوم پزشکی تبریز با ۲/۰۶ درصد و در نهایت ولی الله حاج‌هاشمی و افشین زرقی از دانشکده‌های داروسازی دانشگاه علوم پزشکی مشهد و اصفهان با ۱/۹۲ درصد قرار گرفته‌اند.

پزشکی اهواز و اصفهان از کم‌ترین میزان رشد برخوردار بوده‌اند. چنان‌چه دانشکده‌ی داروسازی دانشگاه علوم پزشکی اهواز از رشد یکنواختی طی این سال‌ها برخوردار بوده و دانشکده‌ی داروسازی دانشگاه علوم پزشکی اصفهان در سال ۲۰۱۱ میلادی نسبت به سال ۲۰۱۰ میلادی رشد منفی داشته است. در ارتباط با نوع مقالات مورد استناد، بیش‌ترین استنادها به ترتیب به مقاله‌ی اصیل با ۸۹/۶ درصد، گزارش کوتاه با ۴/۶ درصد، مقاله‌ی مروری با ۴/۱ درصد، نامه به سردبیر با ۱/۷۶ درصد و گزارشات موردی با صفر درصد استناد تعلق گرفته است. هم‌چنین یافته‌ها نشان می‌دهد که پر استنادترین نویسندگان در کتب درسی پزشکی سایت آمازون محمد عبدالهی با ۷/۸۵ درصد و عباس شفیعی با ۴/۳۸ درصد از دانشکده‌ی داروسازی دانشگاه علوم پزشکی تهران هستند و

جدول ۲: توزیع فراوانی استنادات بر حسب رابطه‌ی ملی و بین‌المللی

تعداد کل استنادات برای هر شهر	همکاری بین‌المللی		همکاری ملی		دانشکده‌ی داروسازی دانشگاه علوم پزشکی
	درصد	فراوانی	درصد	فراوانی	
۲۸۹	۷/۲۱	۵۶	۲۹/۹۹	۲۳۳	تهران
۱۳۷	۸/۶۲	۶۷	۹/۰۱	۷۰	تبریز
۱۰۱	۳/۹۹	۳۱	۹/۰۱	۷۰	شهید بهشتی
۸۸	۳/۷۳	۲۹	۷/۶	۵۹	مشهد
۸۱	۱/۴۲	۱۱	۹/۰۱	۷۰	شیراز
۷۳	۱/۷	۱۳	۷/۷۲	۶۰	اصفهان
۸	۰	۰	۱/۰۳	۸	اهواز
۷۷۷	۲۶/۶۴	۲۰۷	۷۳/۳۶	۵۷۰	جمع

استنادات برخوردار می‌باشند. بیش‌تر مقالات مورد استناد در دانشکده‌ی داروسازی دانشگاه‌های مورد مطالعه با همکاری بیش از سه نویسنده به میزان ۴۸/۵۲ درصد نوشته شده است که بیش‌ترین آن متعلق به دانشکده‌ی داروسازی دانشگاه علوم پزشکی تهران با ۲۲۲ مورد که از این موارد ۱۷۸ مورد دارای همکاری ملی و ۴۴ مورد آن دارای همکاری بین‌المللی می‌باشد و کم‌ترین آن متعلق به دانشکده‌ی داروسازی دانشگاه

بر اساس یافته‌های جدول ۲ بیش‌ترین درصد همکاری بین‌المللی مربوط به دانشکده‌ی داروسازی دانشگاه علوم پزشکی تبریز، شامل ۶۷ مقاله است. هم‌چنین داده‌ها نشان می‌دهد که در بین مقالات مورد استناد، تعداد مقالات با همکاری بین‌المللی کم‌تر و به میزان ۲۶/۶۴ درصد از کل ۷۷۷ مورد استناد بوده است و این درحالی است که مقالات با همکاری ملی از درصد بالاتری به میزان ۷۳/۳۶ درصد از کل

میرحسینی و وهابی (۷)، حسن زاده اسفنجانی و دیگران (۶)، دانشگاه علوم پزشکی تهران دارای بیشترین تولید علمی بوده است و بیشترین استناد را نیز به خود اختصاص داده است، همچنین بیشترین تولیدات علمی و استنادات مربوط به سالهای ۲۰۰۳-۲۰۰۷ میلادی است که نشان می‌دهد نتیجه پژوهش حاضر با پژوهش انجام گرفته در این مورد همگون بوده و آن را تأیید می‌کند.

در ارتباط با نوع مقالات مورد استناد یافته‌ها نشان داد که فراوانی استناد به مقاله به ترتیب مربوط به مقالات اصیل با اختلاف قابل ملاحظه‌ای نسبت به سایر انواع مقالات و سپس گزارش کوتاه، مقاله‌ی مروری، نامه به سردبیر بوده است و در این میان به گزارش‌های موردی استنادی صورت نگرفته است.

از نظر میزان همکاری ملی و بین‌المللی نتایج حاکی از آن است که بیشترین درصد همکاری بین‌المللی در بین ۷۷۷ مقاله مورد استناد، مربوط به دانشکده‌ی داروسازی دانشگاه علوم پزشکی تبریز با ۶۷ مورد می‌باشد که می‌توان به عنوان عامل تأثیرگذار در میزان استنادات در نظر گرفت. همچنین داده‌ها حاکی از آن است، در بین مقالات مورد استناد، تعداد مقالات با همکاری بین‌المللی کمتر از تعداد مقالات با همکاری ملی در کل استنادات بوده است که این نشان از کیفیت قابل ملاحظه‌ی مقالات دارد و از نظر مشارکت گروهی در تألیف مقاله، بیش از نیمی از مقالات مورد استناد با همکاری بیش از سه نویسنده تألیف شده است. wang و دیگران (۹) با بررسی همکاری علمی در چین نشان دادند همکاری علمی در حوزه‌های علم و فن‌آوری در چین رو به افزایش است. همچنین نواحی مختلف دارای الگوی همکاری متفاوتی مطابق با سطح توسعه‌ی اقتصادی، فنی و علمی هستند. در برخی پژوهش‌ها به بررسی تأثیر مشارکت گروهی در میزان استنادات اشاره شده است. از جمله می‌توان به نتایج پژوهش افشار و دیگران (۵) در رابطه با میزان مشارکت اشاره کرد که بر اساس نتایج آن پژوهش، بیش‌تر مقالات سه نویسنده و میانگین ضریب همکاری در حد متوسط قرار داشت. با مقایسه‌ی پژوهش حاضر با پژوهش‌های افشار و

علوم پزشکی اهواز با ۵ مورد که شامل همکاری ملی است، می‌باشد. همچنین یافته‌ها نشان می‌دهد که کم‌ترین میزان استنادات مربوطه به مقالات تک نویسنده با ۱/۰۳ درصد بوده است. در ارتباط با نیمه عمر استنادات با جایگزینی اعداد در این فرمول

$$T = \frac{1(a-b)}{(c-b)} + (\text{سال فرعی بحرانی} - \text{سال مبنا})$$

$$T = 1 + \frac{(2011-2011) + (388/5 - 252) / 387 - 252}{2/0.1}$$

نیمه عمر استناد به مقالات ۲ سال و ۴ روز می‌باشد.

بحث

در ارتباط با میزان استنادات یافته‌ها نشان داد کل استنادات صورت گرفته به مقالات شامل ۷۷۷ مورد می‌باشد. دانشکده‌ی داروسازی دانشگاه علوم پزشکی تهران دارای بیشترین استناد است و بعد از آن به ترتیب دانشکده‌ی داروسازی دانشگاه‌های علوم پزشکی تبریز، شهید بهشتی، مشهد، شیراز، اصفهان و اهواز قرار گرفته‌اند. همچنین میزان استنادات طی سال‌های مورد بررسی از روند صعودی برخوردار بوده است که بیشترین آن مربوط به سال ۲۰۱۱ میلادی است. متأسفانه تحقیقاتی که به بررسی استناد به مقالات در کتب درسی بین‌المللی پزشکی پرداخته باشد، در دسترس نبوده و تنها در برخی پژوهش‌ها به بررسی تولیدات علمی مقالات دانشکده‌های علوم پزشکی ایران اشاره شده است. از جمله نتیجه‌های پژوهش حسن زاده اسفنجانی و دیگران (۶) نشان داد، در بین سال‌های ۱۹۷۸-۲۰۰۷ میلادی در پایگاه استنادی Web of Sciences، دانشگاه علوم پزشکی تهران در بین ۲۰ حوزه‌ی پزشکی، در حوزه‌ی داروشناسی و داروسازی به عنوان دانشگاه برتر شناخته شده است و بیشترین تولیدات در فاصله زمانی ۲۰۰۳-۲۰۰۸ میلادی بوده و نتیجه‌های پژوهش میرحسینی و وهابی (۷) حاکی از آن بود که میزان تولیدات علمی دانشکده‌های داروسازی طی فاصله‌ی زمانی ۲۰۰۶-۲۰۰۸ میلادی به ترتیب متعلق به دانشکده‌ی داروسازی دانشگاه علوم پزشکی تهران، تبریز، مشهد، شیراز، اصفهان و شهید بهشتی می‌باشد. با مقایسه‌ی نتیجه‌های پژوهش حاضر با یافته‌های پژوهش‌های

مقالات در سال‌های اخیر است. هم‌چنین با بررسی نتایج می‌توان به نقش مقالات اصیل در تألیف کتب مرجع بین‌المللی و استناددهی به آن‌ها اشاره کرد.

پیشنهادها

- فراهم آوردن فضا برای انجام فعالیت‌های تحقیقاتی و ارایه‌ی فرصت برای نگارش مقالات با کیفیت
- استفاده از نام واحد برای هر دانشگاه توسط پژوهشگران برای حفظ حقوق و امتیازات ناشی از آن
- آموزش تألیف مقالات به زبان انگلیسی برای اعضای هیأت علمی
- تألیف گروهی مقالات جهت بهبود کیفیت آن‌ها
- حمایت از طرح‌های تحقیقاتی بین‌المللی توسط دانشگاه‌ها
- همکاری با نویسندگان بین‌المللی در تألیف مقاله و کتاب
- تشویق اعضای هیأت علمی به نوشتن مقالات اصیل
- هم‌چنین پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های بعدی به تحلیل محتوایی مقالات مورد استناد در کتب درسی بین‌المللی و نیز بررسی عوامل تأثیرگذار در استناد به مقالات در سطح بین‌المللی پرداخته شود.

دیگران (۵)، بیش‌تر مقالاتی که بدان استناد شده است با همکاری بیش از ۳ نویسنده تألیف شده است. در نتیجه پژوهش حاضر از نظر میزان مشارکت گروهی نویسندگان در تألیف مقاله با پژوهش انجام گرفته در این مورد همگون بوده و آن را تأیید می‌کند.

نتیجه‌گیری

با بررسی و تحلیل داده‌ها، در مجموع می‌توان نتیجه گرفت که بیش‌ترین درصد استنادات در کتب مرجع بین‌المللی متعلق به مقالات با همکاری داخلی با بیش از سه نویسنده بوده است که این حاکی از تأثیر چند نویسندگی و همکاری گروهی در کیفیت مقالات است، البته لازم به ذکر است که همکاری بین‌المللی نیز می‌تواند یکی از عوامل مؤثر در بالا بردن میزان استنادات در سطح بین‌المللی باشد؛ چنانچه دانشکده‌ی داروسازی تبریز که رتبه‌ی دوم میزان استنادات را به خود اختصاص داده است، حدود ۴۵ درصد مقالات مورد استنادش دارای همکاری بین‌المللی بوده است. هم‌چنین یافته‌ها نشان می‌دهد که در سال‌های ۲۰۰۸-۲۰۱۱ میلادی بیش‌ترین رشد در میزان استنادات وجود دارد که این حاکی از افزایش کیفیت

References

1. Horri A. The importance and necessity of using external resources in research in Iran. Faslnameh Ketab 1997; 8(4): 7-12. [In Persian]
2. Davarpanah MR. Based on citation in scientific activities. Faslnameh Ketab 2005; 16(3): 87-96. [In Persian]
3. Norouzi Chakoli AR, Nourmohammadi H, Vaziri E, Etemadifard A. scientific production during 2005-2006, according to the ISI databases. Faslnameh Ketab 2007; 18(3): 71-90. [In Persian]
4. Chavoshi Najafabadi Z, Shaabani A. Survey Of concepts, definitions, and functions of citation analysis in the areas of scientometrics. Epistemology 2009; 2(4): 15-24. [In Persian]
5. Afshar M, Abdolmajid AH, Danesh F. The rate of authors' citation and collaboration in the Journal of Medical Sciences. Health Information Management 2009; 6(2): 123-32. [In Persian]
6. Hasanzadeh Esfanjani HM, Valinejad A, Taghipour M, Farshid P, Bakhtiarzadeh A, Boraghi H. Analysis of scientific production in the field of medical science by the method of scientometrics through the citation database of the Web of Science in Iran over the last 30 years (2007-1978). Medical Science Journal of Islamic Azad University 2010; 20(3): 212-20. [In Persian]
7. Mirhosseini Z, Vahabi F. Investigating the scientific productions of Iranian type I pharmacy faculty members indexed in the institute of scientific information (ISI). Health Information Management 2011; 8(3): 363-72. [In Persian]
8. Cullars J. Citation characteristics of French and german fine arts monographs. The Library quarterly 1996; 66(2): 138-60.
9. Wang Y, Wu Y, Pan Y, Ma Z, Rousseau R. Scientific collaboration in China as reflected in co-authorship. Scientometrics 2005; 62(2): 183-98.

10. Lo SC. Use of information resources in writing up dissertation: a citation analysis. Proceeding of the International Conference on Engineering Educational (ICEE); 2007 Sep 3-7; Combra, Portugal; 2007.
11. Tsay MY. An analysis comparision of scientometrics Data between journal of Physics, Chemistry and engineering. scientometrics 2009; 78(2): 279-93.
12. Mirzaei Z. References Citation Analysis of Master theses in Law and Political Sciences Faculty of Shiraz University between the years 1996-2009 [Thesis in Persian]. Shiraz: Shiraz University; 2011.
13. Yamin Firooz M, Babalhavaeji F, Babaei M. Survey of Qualitative and quantitative growth of scientific production Babol University of Medical Sciences in the citation database Web of Sciences, in the year 2000-2010. Proceedings of the 3th National Conference of Research in Medical Sciences. Tehran: librarian; 2010.
14. Complete guide to the evaluation of research activities in universities and medical schools [Online]. 2011. Available from: URL: <http://hbi.ir/research/evaluation/university/from/help-form/rahnama-arzehyabi-uni90.pdf>.

Citation Analysis of Textbooks at Amazon Web Site in Terms of Citing Articles Produced by Faculty Members of Schools of Pharmacy in Medical Sciences Universities *

Nadjla Hariri¹; Negar Firoozi²

Original Article

Abstract

Introduction: Based on the fact that knowledge is not limited and scientific Exchanges help researchers to pursuit of new findings, this study aimed to determine citation rates of medical articles and books by faculty members of schools of Pharmacy in type 1 Universities of Medical Sciences in Iran, in text books at Amazon website, during 2000 to 2011.

Methods: This study was done using Citation analysis, a method performed by Scientometrics techniques. The study Population included 372 Text books indexed on Amazon website that have been published between 2000 to 2011. These books reference have been studied due to the citation to the scientific production of faculty members of school of pharmacy of Iranian universities type 1. Google Book search, a part of the Google search engine, was used as the data collection tool. Data analysis was done using (SPSS), version 18.

Results: Citations to medical articles by schools of Pharmacy in type 1 Universities of Medical Sciences during the study period had an ascending trend, in which Tehran school of pharmacy (37.19) percent and Ahvaz school of pharmacy (1.03) percent had the highest and lowest growth, respectively. Most cited articles were original papers (89.6) percent and case reports ranked last with zero percent. Most cited articles were written by three authors (89.96) percent.

Conclusion: The findings suggest that cooperation is the factor influencing to level of quality scientific papers and citations at the international level.

Keywords: Analysis; Citation; Reference Books; Schools, Pharmacy

Received: 27 Apr, 2013

Accepted: 5 Nov, 2013

Citation: Hariri N, Firoozi N. **Citation Analysis of Textbooks at Amazon Web Site in Terms of Citing Articles Produced by Faculty Members of Schools of Pharmacy in Medical Sciences Universities.** Health Inf Manage 2014; 11(2): 198.

* This article is derived from MSc thesis in Islamic Azad University, Science and Research Branch, Tehran, Iran.

1- Associate Professor, Knowledge and Information Science, Islamic Azad University, Science and Research Branch, Tehran, Iran
2- MA, Library and Information Sciences, Shiraz University of Medical Sciences, Shiraz, Iran (Corresponding Author) Email: nfiroozi2010@gmail.com

عوامل مؤثر بر پرداخت نقدی در بیمارستان‌های ایران: مطالعه‌ی موردی شهر تبریز*

حسین پناهی^۱، فیروز فلاحی^۲، پرویز محمدزاده^۳، علی جنتی^۴،

محمدرضا نریمانی^۴، لاله صباغی‌زاده^۵

مقاله پژوهشی

چکیده

مقدمه: دسترسی یکسان مردم به خدمات سلامت یکی از اهداف مراقبت‌های بهداشتی و درمانی است و بالا بودن هزینه‌های خدمات درمانی و بار مالی این هزینه‌ها بر دوش خانوارها یکی از موانع دسترسی در این زمینه می‌باشد. نگرانی در مورد افزایش این هزینه‌ها توجه سیاست‌گذاران و دانشگاهیان را به خود جلب نموده است. این مطالعه با هدف تعیین عوامل مؤثر بر هزینه‌های پرداختی از جیب بیماران بستری در بیمارستان‌های شهر تبریز در سال ۱۳۹۱ خورشیدی انجام شده است.

روش بررسی: پژوهش حاضر، یک مطالعه‌ی پیمایشی و مقطعی است. در این مطالعه کلیه‌ی بیماران بستری شده در کل بیمارستان‌های شهر تبریز به استثنای بیمارستان‌های رازی، باباباغی و فجر به علت شرایط منحصر به فرد، جامعه‌ی آماری این پژوهش را تشکیل می‌دادند. حجم نمونه بر اساس فرمول کوکران بر مبنای خطای برآورد ۰/۰۵ و با روش نمونه‌گیری تصادفی طبقه‌ای برابر ۳۴۳ تخت فعال انتخاب گردید. داده‌های مورد نیاز این مطالعه از طریق تکمیل پرسش‌نامه‌ی محقق ساخته جمع‌آوری شد. برای بررسی روایی از نظرات کارشناسان و متخصصان در زمینه‌ی اقتصاد سلامت و مدیریت خدمات بهداشتی و برای سنجش پایایی از Cronbach's Alpha (با میزان ۰/۷۴۵) استفاده شد.

یافته‌ها: درآمد، سن، خصوصی بودن بیمارستان، دارا بودن بیماری زمینه‌ای و روستایی بودن تأثیر مثبت، و دارا بودن بیمه تأثیر منفی بر میزان هزینه‌های پرداختی از جیب (OPP) دارند. هم‌چنین خصوصی بودن بیمارستان و دارای بیماری زمینه‌ای بودن، تأثیر مثبت معنی‌دار (به علت دارا بودن آماره‌ی t بزرگ‌تر از ۲)، و بومی بودن بیمار و نوع پذیرش تأثیر منفی معنی‌داری بر هزینه‌های پرداختی از جیب دارند.

نتیجه‌گیری: متغیر دارا بودن بیمه تأثیر منفی و متغیرهای سن و غیربومی بودن تأثیر مثبت بر میزان هزینه‌های پرداختی از جیب دارند. بنابراین شایسته است که دولت به توسعه‌ی گسترده‌ی پوشش بیمه‌ای اهتمام و برای کاهش پرداخت مستقیم از جیب در افراد مسن و غیر بومی، اقدامات مناسبی را انجام دهد.

واژه‌های کلیدی: هزینه‌ها؛ ترخیص بیمار؛ بیماران؛ بیمه

دریافت مقاله: ۹۱/۱۰/۱۸

اصلاح نهایی: ۹۲/۴/۲۴

پذیرش مقاله: ۹۲/۶/۱۲

ارجاع: پناهی حسین، فلاحی فیروز، محمدزاده پرویز، جنتی علی، نریمانی محمدرضا، صباغی‌زاده لاله. **عوامل مؤثر بر پرداخت نقدی در بیمارستان‌های ایران: مطالعه موردی شهر تبریز.** مدیریت اطلاعات سلامت ۱۳۹۳؛ ۱۱(۲): ۱۹۹-۲۰۷.

مقدمه

سلامتی از جمله حقوق طبیعی و نیازهای اساسی انسان‌ها بوده و به عنوان یکی از پیش شرط‌های اصلی نظام رفاه اجتماعی شناخته شده است. مردم برای ارتقا و بازگرداندن سلامتی خود در صورت بیماری مجبور به استفاده از خدمات سلامت و به عبارتی خرید آن خدمات می‌باشند (۱). در این میان بیماران باید به نحوی از پرداخت کامل هزینه‌های درمان در امان باشند و پرداختی که برای خرید آن خدمات انجام

* این مقاله حاصل پایان‌نامه در مقطع کارشناسی ارشد می‌باشد.

۱- استادیار، اقتصاد سلامت، دانشگاه تبریز، تبریز، ایران (نویسنده‌ی مسؤل)

Email: panahi@tabrizu.ac.ir

۲- دانشیار، اقتصاد، دانشگاه تبریز، تبریز، ایران

۳- استادیار، مدیریت خدمات بهداشتی درمانی، دانشگاه علوم پزشکی تبریز، تبریز،

ایران

۴- مربی، مدیریت آموزشی، گروه آموزش پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی تبریز،

تبریز، ایران

۵- کارشناس ارشد، توسعه‌ی برنامه‌ریزی اقتصادی، دانشکده‌ی اقتصاد و مدیریت

بازرگانی، دانشگاه تبریز، تبریز، ایران

می‌دهند، نباید به‌گونه‌ای باشد که بر درآمدهای آنان تأثیر منفی گذاشته و آن‌ها را از تأمین سایر نیازهای زندگی خود بی‌بهره سازد (۲).

رشد پرستاب هزینه‌های بهداشتی و درمانی در کشور که به‌طور عمده ناشی از عوامل مختلفی مانند رشد جمعیت، تغییر سطح انتظارات، گرایش روزافزون به استفاده از فن‌آوری نوین و گران‌قیمت درمانی می‌باشد، آنان را مجبور به خرید خدمات سلامت نموده و طبیعی است که صرف بخش عظیمی از منابع خانوار برای دریافت این خدمات می‌تواند سطح استاندارد زندگی آنان را در کوتاه مدت و بلندمدت تهدید کند، آن‌چنان که در کوتاه مدت خانوار باید از مصارف جاری سایر کالا و خدمات چشم‌پوشی کند و در بلند مدت نیز عواقبی مانند فروش و حراج دارایی‌ها، اتمام پس‌انداز و یا انباشت بدهی در انتظار خانوار می‌باشد (۳) و بدین ترتیب خانوارها نه تنها از بار بیماری بلکه از بار ناشی از نابودی و فقر اقتصادی در نظام سلامت رنج می‌برند (۴).

در چنین مواقعی که هزینه‌های بخش بهداشت و درمان در ایران و جهان همراه با رشد فزاینده‌ی فن‌آوری و تغییرات جمعیتی افزایش می‌یابد، توجه به مفاهیم اقتصادی در این بخش ضرورت یافته (۵) و این بخش، به لحاظ اهمیت نوع خدمات و سر و کار داشتن با سلامت و جان انسان‌ها، اعتدالی کیفیت و تضمین آن برای نظام بهداشت و درمان و مردم به‌طور فزاینده‌ی مورد توجه قرار می‌گیرد. هم‌چنان‌که مردم، از یک‌سو با پرداخت حق بیمه، مالیات و تحمل هزینه‌های گزاف بهداشت و درمان و در کنار آن افزایش آگاهی، انتظارات فزاینده‌ی از بیمارستان و دیگر بنگاه‌های ارائه‌دهنده‌ی خدمات بهداشتی و درمانی دارند و از سوی دیگر سرمایه‌گذاری کلان جهت بهره‌گیری از فن‌آوری نوین درمان و افزایش هزینه‌های کارکنان و به‌کارگیری نیروهای تخصصی و فوق تخصصی موجب گران‌تر شدن خدمات بهداشتی و درمانی گردیده است (۶) و بالا بودن این هزینه‌ها که با گذشت زمان روند افزایشی داشته، مانع دسترسی بیماران به خدمات سلامت شده (۷) و بدین ترتیب درصد

خانوارهایی که هزینه‌های مصیبت‌بار سلامتی را پرداخت می‌کنند، افزایش می‌یابد. هم‌چنان‌که مطالعات نیز نشان داده است که به علت بالا بودن هزینه‌های مراقبت‌های بهداشتی و درمانی، بیش‌تر بار مالی هزینه‌های مراقبت و خدمات سلامت بر دوش خانوار بوده، آمار سازمان بهداشت جهانی، حاکی از مواجه شدن سالانه ۱۵۰ میلیون نفر با فلاکت‌های ناشی از هزینه‌های بهداشتی می‌باشد (۸).

امروزه متولیان سلامت و در رأس آن‌ها سازمان بهداشت جهانی برای رفع نگرانی در مورد هزینه‌های سلامت، حفاظت مردم در برابر این هزینه‌ها را به عنوان یکی از اهداف اصلی نظام سلامت تعیین کرده است (۹) و در این راستا در ماده‌ی ۹۰ قانون برنامه‌ی چهارم توسعه‌ی کشور تأکید ویژه‌ای به «برقراری عدالت بین خانوارها در تأمین مالی خدمات سلامتی» در نیل به هدف غایی نظام سلامت که «تأمین و تضمین سلامتی با استاندارد قابل قبول» است، گردیده است (۱۰).

هزینه‌ی خدمات درمانی یک هزینه‌ی پیچیده، مبهم و غیر قابل پیش‌بینی و در عین حال حیاتی برای زندگی بشر است. مقدار این هزینه‌ها همواره برای گیرنده‌ی خدمت یک مقدار مبهم است، چرا که برای انتخاب نوع خدمت، اختیار، اطلاع و آگاهی ندارد و نمی‌تواند در مورد نیاز خود در نتیجه برای بهایی که باید بپردازد داوری نماید. این هزینه‌ها که بستگی به نوع بیمه‌ی فرد، بیمارستان، خدمت، سطح تخصصی ارائه‌دهنده‌ی خدمت و غیره داشته، معمولاً به صورت هزینه‌های نامحسوس، مستقیم و غیر مستقیم توسط خانوارها پرداخت می‌شود (۱۱)، ولی چیزی که بیش‌تر از همه مورد توجه متولیان سلامت می‌باشد، پرداخت مستقیم از جیب بیمار (Out Of Pocket) بوده و آن حجم از پرداخت‌های مستقیمی است که خانوار برای دریافت خدمات سلامتی در یک دوره‌ی زمانی معین آن را پرداخت می‌کند.

پرداخت مستقیم از جیب بیمار (OOP) یکی از ساده‌ترین و در عین حال کم‌اثربخش‌ترین شیوه‌های پرداخت است. این نوع پرداخت، حجم زیادی از پرداخت‌ها را به خود اختصاص داده است (۱۲). بر اساس گزارش سازمان بهداشت

صاحب‌نظران در زمینه‌ی اقتصاد سلامت و مدیریت خدمات بهداشتی ارسال گردید و بعد از دریافت نظرات اصلاحی آنان اصلاحات لازم اعمال گردیده و بدین ترتیب روایی آن مورد تأیید قرار گرفت. برای سنجش پایایی، در یک مطالعه‌ی مقدماتی از تعداد ۲۰ نفر از بیماران خارج از نمونه مصاحبه به عمل آمده و اطلاعات جمع‌آوری شده از آن‌ها به واسطه‌ی آزمون Cronbach's Alpha برابر $\alpha = 0/745$ تأیید گردید.

تحلیل داده‌های پژوهش در سطح آمار توصیفی و تحلیلی با استفاده از مشخصه‌های آماری نظیر درصد و میانگین صورت گرفته و در سطح آمار استنباطی به علت گسسته بودن متغیر وابسته از روش دو مرحله‌ای Heckman استفاده گردید. همچنین در این پژوهش داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار STATA-12 مورد پردازش قرار گرفت.

در این مطالعه به علت این که متغیر وابسته به صورت باینری بوده و خواستار محاسبه‌ی مقدار عددی آن می‌باشد، از روش دو مرحله‌ای Heckman استفاده شده است. مرحله‌ی اول شامل مدل پروبیتی است که وجود OOP و عوامل مؤثر بر آن را مورد بررسی قرار می‌دهد. در این معادله Y متغیر وابسته‌ی وجود هزینه‌های پرداختی از جیب برای سلامت است که اگر بیمار دارای هزینه‌های پرداختی از جیب بالاتر از ۵۰۰۰۰۰۰ ریال داشته باشد یک و در غیر این صورت صفر می‌باشد و مقدار آن به صورت ۱۰۰۰۰۰۰۰ ریال بیان می‌شود. این حد آستانه براساس داده‌های به‌دست آمده و نظر کارشناسی تنظیم شده است که دلیل آن ناشی از این مسأله است که هر بیمار و همراهان وی به‌طور میانگین دارای ۵۰۰۰۰۰۰ ریال هزینه‌های اقامت، خوراک و رفت و آمد می‌باشند.

در مرحله‌ی اول متغیرهای مستقل X_1 درآمد خانوار (ریال)، X_2 سن بیمار (سال)، X_3 جنسیت بیمار، X_4 نوع بیمارستان، X_5 نوع پذیرش، X_6 بیماری زمینه‌ای، X_7 وضعیت بیمه، X_8 متغیر منطقه‌ای، X_9 نوع بیماری و X_{10} روستایی- شهری بودن بیمار بوده‌است.

$$Y_i^* = \beta_0 + \beta_1 X_1 + \beta_2 X_2 + \beta_3 X_3 + \beta_4 X_4 + \beta_5 X_5 + \beta_6 X_6 + \beta_7 X_7 + \beta_8 X_8 + \beta_9 X_9 + \beta_{10} X_{10} + e_i$$

جهانی در سال ۲۰۱۰ میلادی، در ایران درصد هزینه‌های سلامت ۵/۶ درصد از تولید ناخالص ملی و هزینه‌های خصوصی از کل هزینه‌های بهداشتی ۵۶/۶ درصد و کل پرداختی از جیب مردم از کل هزینه‌های خصوصی ۹۶/۶ درصد است که بیان‌گر این است که نزدیک به ۱۰۰ درصد از هزینه‌های سلامت خصوصی را خانوارها می‌پردازند (۹).

یکی از اهداف نظام سلامت مشارکت در تأمین عادلانه‌ی منابع مالی به منظور دسترسی مردم به خدمات و مراقبت‌های درمانی می‌باشد، ولی برخلاف رشد بیمه‌های تکمیلی، هنوز بیش از نصف هزینه‌های خدمات درمانی در همه‌ی گروه‌های درآمدی به صورت مستقیم از جیب پرداخت می‌شود (۱۳) و هر قدر پرداخت مستقیم از جیب بیماران در یک نظام سلامت بیش‌تر باشد، میزان دسترسی به خدمات سلامت کم‌تر شده و ناعدالتی در سلامت افزایش می‌یابد، بنابراین این مطالعه با هدف شناسایی پرداخت مستقیم از جیب بیماران و عوامل مؤثر بر هزینه‌های پرداختی از جیب برای مراقبت‌های درمانی در بیماران بستری در بیمارستان‌های تبریز در سال ۱۳۹۱ خورشیدی انجام شده است.

روش بررسی

پژوهش حاضر، یک مطالعه‌ی پیمایشی و مقطعی است که در بیمارستان‌های شهر تبریز صورت گرفته است. در این مطالعه کلیه‌ی بیماران بستری شده در کل بیمارستان‌های شهر تبریز به استثنای بیمارستان‌های رازی، باباباغی و فجر به علت شرایط منحصر به فرد، جامعه‌ی آماری این پژوهش را تشکیل می‌دادند که حجم نمونه در این تحقیق با استناد به آمار تخت‌های فعال هر کدام از بیمارستان‌ها بر اساس فرمول کوکران بر مبنای خطای برآورد ۰/۰۵ و با روش نمونه‌گیری تصادفی طبقه‌ای با در نظر گرفتن نسبت بستری شدگان در هر کدام از مراکز برابر ۳۴۳ تخت فعال انتخاب گردید.

ابزار جمع‌آوری داده‌ها یک پرسش‌نامه است که با استفاده از منابع معتبر در رابطه با میزان پرداختی از جیب، توسط محققین طراحی گردیده است. برای سنجش روایی آن، از روایی محتوا و صوری استفاده شد که طی آن پرسش‌نامه به تعدادی از

یافته‌ها در مرحله‌ی اول (پروبیست) نشان داد که بین وجود OOP و متغیرهای نوع بیمارستان، دارا بودن بیماری زمینه‌ای، بومی بودن و نوع پذیرش رابطه‌ی معنی‌داری وجود دارد ($Pvalue \leq 0/05$). هم‌چنین در این مرحله بین وجود OOP و متغیرهای درآمد و سن رابطه‌ی معنی‌داری پیدا نشد ($Pvalue \leq 0/05$) ولی به علت بزرگ‌تر از یک بودن مقدار t در متغیرهای مذکور، حذف متغیرهای یاد شده از مدل باعث تورش معادله می‌شود و به همین جهت وجود این متغیرها در مدل الزامی می‌باشد.

با توجه به ضرایب اولیه‌ی به‌دست آمده در همین مرحله که فقط تأثیر مثبت یا منفی متغیر توضیحی را بر متغیر وابسته بیان می‌نمایند، بنابراین اثر نهایی متغیرها در میانگین با استفاده از فرمول $\frac{dx}{dy}$ مورد محاسبه واقع شده و میزان تأثیر متغیرها (جدول ۱) به‌دست می‌آید. به عنوان مثال اثر نهایی متغیر سن دارای ضریب $0/007$ بوده که نشان دهنده‌ی این است که اگر سن فرد ۱ سال افزایش یابد احتمال وجود پرداختی از جیب $0/007$ افزایش می‌یابد.

هم‌چنین یافته‌ها به منظور تعیین میزان OOP در مرحله‌ی دوم (رگرسیون خطی) این مطالعه حاکی از این است که متغیرهای سن، نوع بیمارستان، درآمد خانوار، دارا بودن بیماری قلبی، دارا بودن بیماری زمینه‌ای، متغیر منطقه‌ای و دارا بودن بیمه اثر معنی‌داری بر میزان OOP دارند ($Pvalue \leq 0/05$). (جزئیات مربوط به هر کدام از متغیرها در جدول ۱ بیان شده است).

$$Y = \begin{cases} 1 & Y^* > 0 \\ 0 & Y^* \leq 0 \end{cases}$$

در مرحله‌ی دوم عوامل مؤثر بر میزان OOP در معادله‌ی رگرسیون خطی زیر وارد گردید.

$$Y^* = \beta_k X_k + \beta_\lambda \lambda + \gamma_i$$

که در آن λ نسبت معکوس میلز بوده و مقدار آن از طریق فرمول زیر به‌دست می‌آید.

$$\lambda = \frac{\Phi(\beta'X)}{\Phi(\beta'X)}$$

این نسبت با استفاده از پارامترهای برآورد شده‌ی معادله‌ی اول ساخته می‌شود. محاسبه‌ی ضریب نسبت معکوس، خطای ناشی از نمونه را نشان می‌دهد. چنان‌چه ضریب این متغیر از لحاظ آماری بزرگ‌تر از صفر باشد، حذف مشاهده‌های صفر از مجموع مشاهده‌ها، باعث اریب پارامترهای تخمین زده شده می‌شود و اگر ضریب این متغیر معنی‌دار نباشد، حذف مشاهدات صفر، اگر چه منجر به اریب نشدن پارامترهای برآورد شده نمی‌گردد، اما منجر به از بین رفتن کارایی برآورد خواهد شد (۱۴-۱۵).

یافته‌ها

در این مطالعه $50/6$ درصد آزمودنی‌ها مرد و بقیه زن بودند که بیش‌ترین آن‌ها را گروه سنی ۶۵ سال به بالا تشکیل می‌دادند.

جدول ۱: نتایج حاصل از روش دو مرحله‌ای Heckman

مرحله‌ی دوم (رگرسیون خطی)		مرحله‌ی اول (پروبیست)		نام متغیر	
آماره‌ی t	مقدار ضریب	اثر نهایی (dy/dx)	آماره‌ی t	مقدار ضریب	
---	---	۰/۹۰	۲/۸۰*	-۰/۸۹۹	عرض از مبدا
---	---	۰/۵۲	-۲/۳۶**	-۰/۵۱	بومی بودن
---	---	-۰/۴۳	-۱/۹۲***	-۰/۴۲	نوع پذیرش
۳/۶۷*	۱۱/۵۱	۰/۱۰	۲/۶۸*	۱/۰۹	نوع بیمارستان
۱/۸۴***	۰/۰۹	۰/۰۰۵	۱/۱۸	۰/۰۰۵	سن
۱/۹۴***	۰/۲۲	۰/۰۳۳	۱/۳۷	۰/۰۳۲	درآمد

ادامه‌ی جدول ۱: نتایج حاصل از روش دو مرحله‌ای Heckman

مرحله‌ی دوم (رگرسیون خطی)		مرحله‌ی اول (پروبیت)		نام متغیر	
آماره‌ی t	مقدار ضریب	اثر نهایی (dy/dx)	آماره‌ی t	مقدار ضریب	
۲/۶۷*	۷/۰۸	۲/۶۳	۱/۹۴***	۰/۶۲	دارا بودن بیماری زمینه‌ای
۳/۱۵*	۸/۱۳	--	--	--	نوع بیماری
-۳/۵۷*	-۱۳/۷۷	--	--	--	دارا بودن بیمه
-۱/۹۹*	-۴/۳۳	--	--	--	روستا - شهری
۱/۷۶*	۱۵/۶۸	--	--	--	نسبت معکوس میلز
				۰/۱۴	Pseudo R2

***، ** و * به ترتیب معنی‌داری در سطوح ۱، ۵ و ۱۰ درصد را نشان می‌دهند.

وجود OOP و هم بر میزان آن می‌باشد.

نتایج این مطالعه حاکی از تأثیر مثبت و معنی‌دار بستری شدن در بیمارستان خصوصی بر وجود و میزان OOP است. در این مورد می‌توان چنین تحلیل نمود که بیمارستان‌های خصوصی کم‌تر تحت پوشش بیمه هستند. از طرف دیگر هدف‌مند کردن یارانه‌ها و به تبع آن افزایش قیمت‌های حامل‌های انرژی، باعث افزایش هزینه‌های جاری بیمارستان‌ها شده است. علی‌رغم وعده‌های دولت برای حمایت بودجه‌ای از وزارت بهداشت، این وزارت‌خانه با کسری بودجه‌ای شدیدی مواجه می‌باشد. بیمارستان‌ها برای جبران این کسری بودجه با افزایش هزینه‌های بستری آن را به دوش بیماران منتقل می‌کنند. در بیمارستان‌های خصوصی به علت نبود نظارت خوب و مؤثر این انتقال هزینه به دوش بیماران بیش‌تر از بیمارستان‌های دولتی می‌باشد. علاوه بر آن متأسفانه در ایران هزینه‌های حق چاقو و زیرمیزی به صورت فاجعه‌باری در بیمارستان‌های خصوصی رواج دارند. شاید بتوان گفت هزینه‌های حق چاقو و زیرمیزی بخش اعظم تفاوت بین هزینه‌های بیمارستان‌های خصوصی و دولتی را تشکیل می‌دهند. یافته‌ها هم‌چنین نشان می‌دهد که دارا بودن بیماری زمینه‌ای نیز با وجود و میزان هزینه‌های پرداختی از جیب بیماران رابطه‌ی مثبت و معنی‌داری دارد. دلیل آن‌را می‌توان در این امر دانست که افرادی که دارای بیماری زمینه‌ای مثل دیابت، فشار خون، بیماری قلبی و نظایر آن‌ها هستند، معمولاً

بحث

معمولاً افراد کم درآمد به علت قدرت خرید کم‌تر بیش‌تر تمایل دارند به مراکز بهداشتی و درمانی دولتی و مراکزی که دارای هزینه‌های پایین‌تری هستند، مراجعه کنند. هم‌چنین به علت نبود منابع تأمین مالی کافی در بیش‌تر مواقع از مراجعه به پزشک برای درمان خود امتناع می‌کنند. در مقابل افراد پردرآمد به علت توان مالی قوی برای ساده‌ترین بیماری خود جهت کسب اطمینان از درمان صحیح به چند پزشک مراجعه می‌نمایند و یا ترجیح می‌دهند از خدمات مراکز بهداشتی و بیمارستان‌های خصوصی استفاده کنند. بنابراین افراد کم درآمد نسبت به افراد پردرآمد دارای OOP پایین‌تری هستند و نتایج مطالعه‌ی حاضر نیز بیان‌گر تأثیر درآمد بر وجود هزینه‌های پرداختی از جیب و میزان آن است که نتایج مذکور با تحقیقات Liu و Jung (۱۲) و تعدادی دیگر از مطالعات مشابه (۱۹-۱۶، ۱۳) که اثر مثبت درآمد بر میزان هزینه‌های پرداختی از جیب درمانی را تأیید می‌کنند، هم‌خوانی دارد. افزایش سن و به خصوص نزدیک شدن به سنین کهولت باعث افزایش ابتلا به بیماری در افراد می‌شود. به همان نسبت مراجعه به مراکز درمانی افزایش می‌یابد و هزینه‌های درمانی بالا می‌رود. شاید به همین دلیل است که در مطالعه‌ی حاضر و مطالعات انجام یافته توسط Merlis و همکاران (۲۰) و چندی از تحقیقات دیگر (۲۱-۲۲، ۱۹-۱۸، ۱۶)، ضریب متغیر سن نشان‌دهنده‌ی تأثیر مثبت و معنی‌دار هم بر احتمال

می‌کند که این بیماران راحت‌تر حاضر به پرداخت هزینه‌ها باشند. به نظر می‌رسد که بیماران دارای بیمه‌ی تکمیلی در این مورد کم‌تر هزینه پرداخت نمایند ولی چون در نمونه‌ی مورد مطالعه تعداد اندکی از بیماران قلبی دارای بیمه‌ی تکمیلی بودند امکان بررسی تأثیر داشتن بیمه‌ی تکمیلی در میزان OOP وجود نداشت.

نتایج مطالعه حاکی از این است که ساکن شهر بودن دارای اثر منفی و معنی‌داری بر میزان هزینه‌های درمانی دارد. علی‌رغم این که ساکنان روستا دارای پوشش بیمه‌ی همگانی هستند و مراکزی مانند مراکز بهداشت روستایی به صورت رایگان به آنان خدمات بهداشتی ارائه می‌کنند (که باعث کاهش هزینه‌های درمانی می‌شود)، ساکن روستا بودن دارای اثر مثبت بر OOP می‌باشد. این اثر مثبت ناشی از آن است که ساکنان روستا به علت نبود امکانات اولیه در روستا مجبور به سفر به شهرها می‌شوند و در نتیجه حتی برای تشخیص بیماری خود ناچار از پرداخت هزینه رفت و آمد بین شهر و روستا و در برخی موارد هزینه اقامت در شهر هستند. از طرف دیگر به علت این که اکثر روستاییان دارای شغل کشاورزی و یا آزاد هستند، با سفر و مراجعه به مراکز بهداشتی و درمانی شهرها متحمل هزینه فرصت بسیار بالایی می‌شوند.

در نمونه‌ی مورد مطالعه بیمه اثر منفی و معنی‌داری بر هزینه‌های OOP دارد. هر چند که بر اساس مطالعات صورت گرفته، هنوز تأثیر بیمه بر روی OOP مبهم می‌باشد. برخی مثل Galárraga و همکاران (۲۳) و Sparrow و همکاران (۲۴) به علت مخاطره‌های اخلاقی اثر بیمه را یکی از عوامل افزایش هزینه‌های OOP می‌دانند و توصیه می‌کنند که بیمه‌ها به صورت حمایتی فقط افراد آسیب‌پذیر و فقیر جامعه را تحت پوشش قرار دهند. اما برخی دیگر همانند Merlis و همکاران (۲۰)، Xu و همکاران (۱۷) بیمه را سبب کاهش OOP بیان می‌کنند. اما به نظر می‌رسد افرادی که دارای هیچ گونه بیمه نمی‌باشند، برای مداوای بیماری خود تمامی هزینه‌های درمانی و بهداشتی اعم از آزمایشات، سونوگرافی، رادیولوژی، هزینه‌های بستری در بیمارستان، دارو و غیره را

مدت درمان آن‌ها نسبت به دیگر بیماران بیش‌تر است و یا پزشک به علت بیماری زمینه‌ای مجبور به تغییر روش درمان و استفاده از روش پیچیده و گران‌تر است. این امر هزینه‌های درمانی بیش‌تری در پی خواهد داشت و به همین نسبت OOP افزایش خواهد یافت.

با توجه به نتایج مطالعه، ضریب و اثر نهایی متغیر «نوع پذیرش و بومی بودن» نشان می‌دهد که بستری شدن به صورت اورژانسی و بومی بودن تأثیر منفی و معنی‌داری بر وجود OOP دارد. هم‌چنان که بیماران پذیرش شده به صورت عادی دارای روزهای بستری بیش‌تری نسبت به دیگر بیماران هستند (به عنوان مثال اگر فرد نیاز به عمل جراحی داشته باشد، دیرتر از افرادی که به صورت اورژانسی بستری شده‌اند، جراحی می‌شود). از طرف دیگر این گروه از بیماران به علت مطلع بودن از بیماری خود دارای هزینه‌های قبل از بستری (مانند آزمایشات، ویزیت دکتر و ...) بیش‌تری نسبت به گروه دیگر هستند. بنابراین هزینه‌های OOP بیش‌تری دارند. هم‌چنین افرادی که در شهر تیریز زندگی می‌کنند، دارای هزینه‌های درمانی کم‌تری هستند، چرا که افراد غیر بومی به دلیل هزینه‌های اقامت، رفت و آمد (از جمله هزینه‌ی آمبولانس) و هزینه‌های خوراک همراهان دارای OOP بیش‌تری می‌باشند.

بر اساس نتایج مطالعه، از بین گروه‌بندی بیماری‌ها فقط بیماری قلبی دارای تأثیر معنی‌داری بر OOP داشته است. به نظر می‌رسد که بیش‌تر افرادی که دارای بیماری قلبی هستند، به علت نوع بیماری‌شان نسبت به دیگر بیماران روزهای بیش‌تری در بیمارستان بستری می‌شوند، در نتیجه دارای هزینه‌های درمانی مستقیم و غیر مستقیم مثل هزینه فرصت و هزینه‌های اقامت همراه بالاتری هستند. از طرف دیگر بیماران قلبی نیازمند خرید وسایل جانبی مثل دارو، باتری قلب، بالن قلب و ... می‌باشند که بیش‌تر این وسایل تحت پوشش بیمه نیستند، بنابراین این بیماران دارای پرداختی از جیب بیش‌تری نسبت به دیگر بیماران خواهند بود. مهم بودن بیماری قلبی و خطرناک بودن و حیاتی بودن آن، ایجاب

درمانی مجبورند که هزینه‌ی زیادی را متحمل شوند - می‌تواند در میزان پرداختی از جیب این نوع مددجویان مؤثر واقع شود و امید به زندگی را در آن‌ها افزایش دهد.

پیشنهادها

در یک جمع‌بندی می‌توان نتیجه گرفت که متغیر دارا بودن بیمه تأثیر منفی و متغیرهای سن و غیربومی بودن تأثیر مثبت بر میزان هزینه‌های پرداختی از جیب دارند، بنابراین شایسته است که دولت به توسعه‌ی گسترده‌ی پوشش بیمه‌ای اتمام و برای کاهش پرداخت مستقیم از جیب در افراد مسن و غیر بومی، اقدامات مناسبی را انجام دهد. همچنین با ارائه‌ی خدمات بهداشتی و درمانی مطابق با نیازمندی‌های مناطق روستایی باعث کاهش مسافرت روستاییان برای درمان به شهرها و در نتیجه کاهش هزینه‌های پرداختی از جیب شود. دولت می‌تواند با نظارت بیشتر و دقیق‌تر در بیمارستان‌های خصوصی و با پرداخت یارانه و کمک بودجه‌ای به بیمارستان‌ها از طریق کاهش صورت‌حساب بهداشتی و بخش‌های مستقیم آن از خانوارها در برابر هزینه‌های پرداختی از جیب از حمایت کند.

تشکر و قدردانی

بدین‌وسیله از مرکز تحقیقات مدیریت خدمات بهداشتی درمانی مرکز کشوری مدیریت سلامت که حمایت مالی این طرح مصوب را عهده‌دار شده‌اند، از کلیه‌ی بیمارانی که با قرار دادن وقت خود جهت مصاحبه در انجام مطالعه محققین را یاری کرده‌اند، همچنین از مسؤولین و همکاران محترم بیمارستان‌های شهر تبریز که نهایت همکاری را با پژوهشگران داشته‌اند، صمیمانه سپاس‌گزاری می‌گردد.

به‌طور مستقیم و رأساً پرداخت می‌کنند. از طرف دیگر اثرات افزایشی ناشی از مخاطرات اخلاقی در نمونه‌ی مورد مطالعه بروز نمی‌نماید، زیرا از یک سو شرایط پرداخت هزینه‌ها از سوی بیمه سخت‌گیرانه و در بعضی موارد فرساینده است و از سوی دیگر شرایط بیمارستان‌ها و مراکز درمانی و وضعیت ارائه‌ی خدمات معمولاً نامطلوب است.

در نهایت این مطالعه براساس روش دو مرحله‌ای Heckman نشان داد که نوع بیمه‌ی بیماران تأثیر معنی‌داری بر احتمال وجود OOP و میزان آن ندارد، هر چند که مقایسه‌ی توصیفی بین میانگین هزینه‌های پرداختی از جیب بیماران بر حسب بیمه در همین مطالعه نشان می‌دهد که بیماران دارای بیمه‌ی تأمین اجتماعی دارای میانگین پرداختی از جیب کم‌تری هستند و این دلیل بارز کارا بودن بیمه‌ی تأمین اجتماعی نسبت به سایر بیمه‌ها می‌باشد.

نتیجه‌گیری

سازمان‌های بیمه‌گر میزان قابل توجهی از هزینه‌های درمان را پرداخت می‌کنند، هر چند که عمق این پوشش بسته به نوع خدمت و مکان ارائه و تاحدودی بسته به سازمان بیمه‌گر متغیر است، ولی می‌توان نتیجه گرفت که اگر پوشش بیمه‌ای گسترده‌ای برای مددجویان صورت نگیرد، میزان پرداختی از جیب به مراتب زیادتر شده و سهم بالای پرداخت از جیب خانوار چالش جدی در کشور خواهد بود، مگر آن‌که اتخاذ سیاست‌های منسجمی در پوشش بیمه‌ای مددجویان به صورت پیگیر دنبال شود. همچنین اتخاذ سیاست‌های حمایتی دولت و سازمان‌های بیمه‌گر از افراد مسن و غیر بومی - به علت نیاز به مراقبت بیشتر و عدم دسترسی آسان به دریافت خدمات

References

1. Keshavarz A, Kalhor R, Javadi A, Asef Zadeh S. Estimates of direct payments for medical expenses out of pocket patients in Qazvin in 2009. Hospital Journal 2011; 10(4): 75-81. [In Persian]
2. Sabbagh Kermani M. Health Economic. Tehran: SAMT; 2006. [In Persian]
3. Van Doorslaer E, O'Donnell O, Rannan-Eliya RP, Somanathan A, Adhikari SR, Garg CC, et al. Catastrophic Payment for Health Care in Asia. Health Econ 2007; 16(11): 1159-84.
4. Knaul FM, Arreola-Ornelas H, Mendez-Carniado O, Bryson-Cahn C, Barofsky J, Maguire R, et al. Evidence Is Good For Your Health System: Policy Reform To Remedy Catastrophic And Impoverishing Health Spending In Mexico. The Lancet 2006; 368(9549): 1828-41.

5. Asharafi Esfahani M. Health Economics and Management. 1st ed. Tehran: Mojan; 2002. [In Persian]
6. The Group of National Health System Reform. Health Reform in Islamic Republic of Iran. Tehran: Ministry of Health and Medical Education; 2003. [In Persian]
7. Barati A, Gaderi H, Haj Hasani D. Utilization of health care services in the consumption basket of households in Kerman Province during 1996-2003. Payesh Journal 2006; 5(2): 105-11. [In Persian]
8. Saksena P, Fernandes Antunes A, Xu K, Musango L, Carrin G. Impact of Mutual Health Insurance on Access to Health Care and Financial Risk Protection in Rwanda. Health Policy 2011; 99(3): 203-9.
9. WHO. The World Health Report 2000: Health Systems Improving Performance. Geneva: WHO; 2000: 35-40.
10. Razavi S, Hasan Zadeh A, Basminji K. Equitable participation in the financing of the health sector. Tehran, Iran: Ministry of Health and Medical Education: 2007. [In Persian]
11. Nagavi M, Jamshidi H. Benefit from health care in 2003. Tehran, Iran: Tandis Publications: 2004. [In Persian]
12. Asefzadeh S. Health Care Economics. 3 th ed. Qazvin: Qazvin University of Medical Sciences, Hadise Emroz Press; 2009: 226. [In Persian]
13. Semnani SH, Keshtkar A. Fair estimate of the cost of health services in the area covered by the population research center in Gorgan. Journal of Gorgan University of Medical Sciences 2002; 5(12): 53-5. [In Persian]
14. Hill CR, Griffiths WE, Lim GC. Principles of Econometrics. 3 th ed. New York: Wiley Publishing; 2008: 575.
15. Greene W. Econometric Analysis. 5 th ed. New Jersey: Prentice Hall; 2002.
16. Jung J, Liu J. Does Health Insurance Decrease Health Expenditure Risk in Developing Countries? The Case of China [Online]. 2011. Available from: URL: <http://uhcforward.org/sites/uhcforward.org/files/DoesHealthInsuranceDecreaseHealthExpenditureRiskinDevelopingCountriesTheCaseofChina.pdf>. 2011.
17. Xu K, Evans D, Carrin G, Aguilar-Rivera AM. Designing Health Financing System to Reduce Catastrophic Health Expenditure. Geneva: World Health Organization; 2005.
18. You X, Kobayashi Y. Determinants of Out-of-Pocket Health Expenditure in China: Analysis Using China Health and Nutrition Survey Data. Appl Health Econ Health Policy 2010; 9(1): 39-49.
19. Lorenz C. Out-of-Pocket Household Health Expenditures and Their Use in National Health Accounts: Evidence from Pakistan, Asia Health Policy Program Working Paper [Online]. 2008. Available from: URL: <http://iis-db.stanford.edu/pubs/22555/1AHPPwp9.pdf>. 2008.
20. Merlis M, Gould D, Mahato B. Rising Out of Pocket Spending for Medical Care: a Growing Strain on Family Budgets, The Common Wealth Fund [Online]. 2006. Available from: URL: http://www.commonwealthfund.org/~media/files/publications/fund-report/2006/feb/rising-out-of-pocket-spending-for-medical-care--a-growing-strain-on-family-budgets/merlis_risingoopspending_887.pdf. 2006.
21. Wolfe F, Michaud K. Out-of-Pocket Expenses and Their Burden in Patients with Rheumatoid Arthritis. Arthritis Care & Research 2009; 61(11): 1563-70.
22. Yildirim J, Yilmaz E. The Determinants of Out of Pocket Payment: Evidence from Turkey, Working Paper [Online]. 2011. Available from: URL: <http://ssrn.com/abstract=992776>.
23. Galárraga O, Sosa-Rubí SG, Salinas A, Sesma S. The Impact of Universal Health Insurance on Catastrophic and Out of Pocket Health Expenditures in Mexico: a Model with an Endogenous Treatment Variable, Health Econometrics and Data Group (HEDG) working paper [Online]. 2008. Available from: URL: http://www.york.ac.uk/media/economics/documents/herc/wp/08_12.pdf. 2008.
24. Sparrow R, Suryahadi A, Widyanti W. Social Health Insurance for The Poor: Targeting and Impact of Indonesia's Askeskin Program, The SMERU Research Institute Jakarta working paper [Online]. 2010. Available from: URL: https://www.bmg.eur.nl/fileadmin/ASSETS/bmg/english/HEFPA/Publications/Working_Papers/HEFPA_WP_01.pdf. 2010.

Factors Influencing the Out -of-Pocket Payments by Patients in the Hospital in Tabriz-Iran*

Panahi Hossein¹; Firooz Falahi²; Parviz Mohammadzadeh³; Ali Janati⁴;
Mohammad Reza Narimani⁵; Laleh Sabaghizadeh⁶

Original Article

Abstract

Introduction: The most important goals of the health and cure services are promotion of life quality and equal access of all the people to aforementioned services. Higher health care costs and its financial pressures upon households' shoulders is one of the barriers of equal access to these services that policy-makers and academics have concerned about these rising costs.

Methods: Using Heckman 2 stages model this research attempts to find out the effects of the factors cause to the out of pocket payment. The data is collected through a questionnaire. To do so, a sample of 312 patients admitted to hospitals in the city of Tabriz has been surveyed.

Results: The results indicate that, income, age, being in private hospital, rural and having an underlying disease have positive impact on the out of pocket cost. Also it found that, being in a private hospitals and having an underlying disease significantly have positive effect (due to greater than 2 t-statistic), and being a local patient and also type of admission, have significant negative impact on out of pocket

Conclusion: Income, age, being a private hospital, rural and has an underlying disease has positive impact on the out of pocket cost. So the government extending the insurance coverage for People and do the appropriate action for Reduce direct payments out of pocket in the elderly and non-native Persons.

Keywords: Costs; Patient Discharge; Patients; Insurance

Received: 7 Jan, 2013

Accepted: 3 Sep, 2013

Citation: Panahi H, Falahi F, Mohammadzadeh P, Janati A, Narimani MR, Sabaghizadeh L. **Factors Influencing the Out -of-Pocket Payments by Patients in the Hospital in Tabriz-Iran.** Health Inf Manage 2014; 11(2): 207.

* This article is derived from MSc thesis.

1- Assistant Professor, Health Economics, Tabriz University, Tabriz, Iran (Corresponding Author) Email: panahi@tabrizu.ac.ir

2- Associate Professor, Economic, Tabriz University, Tabriz, Iran

3- Assistant Professor, Health Services Management, Tabriz University of Medical Sciences, Tabriz, Iran

4- Lecturer, Educational Management, Medical Education Department, Tabriz University of Medical Sciences, Tabriz, Iran

5- MSc, Economics Planning Management, Business Management and Economics, Tabriz University, Tabriz, Iran

نقش شاخص‌های کلان سلامت در کارایی مدیریت بهداشت و سلامت روستایی استان‌های کشور*

مهناز جلالوندی^۱، سارا شمس الهی^۲، اسماعیل شاه طهماسبی^۳، قاسم زارعی قراکالو^۳

مقاله پژوهشی

چکیده

مقدمه: در نقشه‌ی سلامت جمهوری اسلامی ایران در برنامه‌ی پنجم توسعه، بر افزایش بهره‌وری کل عوامل (سرمایه، انرژی، مواد اولیه، و نیروی انسانی) در بخش سلامت تأکید شده است. این تحقیق با مبنای قرارداد عملکرد استان‌ها در بخش بهداشت و سلامت، به شناسایی نقش متغیرهای کلان سلامت در کارایی استان‌ها در سطح روستا پرداخته است.

روش بررسی: این تحقیق با روش تحلیلی و در بین تمامی استان‌های کشور و در طول سال‌های ۷۹ تا ۸۶ خورشیدی انجام گرفته است. آمارها از مستندات رسمی کشور استخراج شده و در این راستا از سه شاخص ورودی و پنج شاخص خروجی و مدل ریاضی تحلیل پوششی داده‌ها و تحلیل تشخیصی استفاده شده است. روایی کلیت تحقیق بر اساس پوشش دادن هدف توسط شاخص‌ها، توسط کارشناسان امر تأیید گردید. نرم‌افزارهای مورد استفاده DEA MASTER1 و SPSS نسخه‌ی ۱۹ بوده‌اند.

یافته‌ها: بررسی‌ها نشان داد ۹ استان کارا وجود دارند که تهران و مازندران با کسب ارقام کارایی ۲۹۵ و ۱۷۴ در صدر و کردستان و سیستان با کسب ارقام ۶۷ و ۶۰ در قعر رتبه کارایی قرار دارند. از روش تحلیل حساسیت و تحلیل تشخیصی چندگانه شاخص «میانگین سرانه‌ی تعداد خانه‌های بهداشت و مراکز درمانی روستایی» با ۲۴ بار حساسیت و ۰/۵ ضریب تأثیر مؤثرترین شاخص از میان هشت شاخص کلان مورد بررسی معرفی شد.

نتیجه‌گیری: در مجموع مشخص گردید که در شرایط حال حاضر کشور و در زمینه‌ی مدیریت سلامت روستایی، اهمیت ورودی‌ها یا همان زیرساخت‌های بهداشتی بیش‌تر است و در مورد خروجی‌ها، شاخص‌های عملکردی در حال حاضر از اهمیت بیش‌تری نسبت به شاخص‌های بهداشتی برخوردارند. نوآوری خاص مقاله در استفاده از شاخص «میانگین هزینه‌ی بهداشتی و درمانی خانوار روستایی تهیه شده از طریق دولت و به صورت رایگان» می‌باشد که البته در مورد اهمیت و تأثیر این شاخص، بین دو روش انتخابی تفاوت‌های عمده‌ای وجود دارد.

واژه‌های کلیدی: کارایی؛ بهداشت روستایی؛ تحلیل پوششی داده‌ها

پذیرش مقاله: ۹۲/۷/۸

اصلاح نهایی: ۹۲/۷/۵

دریافت مقاله: ۹۱/۱۰/۱

ارجاع: جلالوندی مهناز، شمس الهی سارا، شاه طهماسبی اسماعیل، زارعی قراکالو قاسم. نقش شاخص‌های کلان سلامت در کارایی مدیریت بهداشت و سلامت روستایی استان‌های کشور. مدیریت اطلاعات سلامت ۱۳۹۳؛ ۱۱(۲): ۲۲۰-۲۰۸.

مقدمه

وضعیت بهداشتی شاخص مهمی است که نشان دهنده‌ی موفقیت نظام‌های مختلف بهداشتی بوده و یکی از متغیرهای مهم در کیفیت زندگی محسوب می‌شود (۱). سلامت پرورده‌ای چند محوری و در عین حال بسیار مهم است. از یک سو عوامل بسیاری در ایجاد و تداوم آن نقش دارد و حاصل مشارکت تمام دستگاه‌های اجرایی یک جامعه است و از طرف

* این مقاله حاصل نتایج یک تحقیق مستقل بدون حمایت مالی سازمانی می‌باشد

۱- مربی، مامایی و دانشجوی دکتری، مدیریت آموزشی، گروه مامایی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد اراک، اراک، ایران (نویسنده‌ی مسؤول)

Email: jalalvandi@iau-arak.ac.ir

۲- کارشناسی ارشد، مدیریت بازرگانی بین الملل، مرکز امور پژوهش و آموزش، بانک توسعه‌ی صادرات ایران، تهران، ایران

۳- دانشجوی دکتری، مدیریت بازاریابی بین الملل، گروه مدیریت بازرگانی، دانشگاه تربیت مدرس، تهران، ایران

همچنین به دلیل محدودیت منابع این بخش، اهمیت پایش عملکرد و ماهیت انسانی بودن فعالیت‌ها و خدمات ارایه شده در این بخش، ارزیابی دقیق و صحیح عملکرد این بخش ضروری است (۷). یکی از معیارهای اصلی ارزیابی کیفیت عملکرد دولت‌ها در ارایه‌ی خدمات بهداشتی درمانی به جمعیت‌های تحت پوشش، شاخص‌های سلامت و بهداشت هستند (۷). از جمله این جمعیت‌های تحت پوشش روستاییان کشور می‌باشند که نیاز به توجه و بررسی بیش‌تر در این زمینه دارند. آمار نشان می‌دهد که در ایران میزان هزینه‌ی خانوار روستایی در بهداشت و درمان از سال ۱۳۷۰ تا ۱۳۸۶ خورشیدی، ۴۱ برابر شده است، یعنی از ۹۲۵۲۰ ریال به ازای هر خانوار از سال ۱۳۷۰ به ۳۸۴۹۶۵۹ در سال ۱۳۸۶ خورشیدی رسیده است (۸). در مورد تحقیقات موجود می‌توان به طحاری مهرجردی و همکاران اشاره کرد که استان‌های جمهوری اسلامی ایران را از لحاظ دسترسی به شاخص‌های بخش بهداشت و درمان رتبه‌بندی کرده‌اند. آن‌ها در این تحقیق از تکنیک تاکسونومی استفاده کرده‌اند. نتایج نشان داد که از ۳۰ استان کشور در این بخش، ۱۲ استان توسعه یافته، ۹ استان نیمه توسعه یافته و ۹ استان دیگر توسعه نیافته تلقی می‌شوند. همچنین نتایج نشان داد که از لحاظ دسترسی به شاخص‌های بخش بهداشت و درمان استان سمنان رتبه‌ی اول و استان سیستان و بلوچستان رتبه‌ی سی‌ام را داراست (۴). موحدی و همکاران روند تغییرات شاخص‌های مهم سلامت و الگوی نابرابری جغرافیایی آن‌ها را در بین جمعیت روستایی کشور بررسی کردند. این مطالعه نتیجه‌گیری می‌کند که علی‌رغم کاهش نابرابری در برخی شاخص‌ها در سال‌های اخیر، کماکان نابرابری در ارایه‌ی خدمات، مشکل مزمن و عمده‌ی نظام سلامت کشور است (۹). امینی و همکاران در پژوهشی به رتبه‌بندی سلامت استان‌های کشور پرداختند. بر اساس نتایج این تحقیق، استان‌های اصفهان، تهران و مرکزی از وضعیت سلامت مناسبی برخوردارند و استان‌های اردبیل، گلستان و قم دارای وضعیت مناسبی نیستند و وضعیت سلامت استان‌های خوزستان، سیستان و بلوچستان و کهگیلویه و بویراحمد، وخیم است (۱۰). تحقیقات خارجی

دیگر، مقوله‌ی سلامت تأثیر قابل توجهی بر سایر بخش‌های جامعه دارد. به گونه‌ای که حفظ و ارتقای سطح سلامت جامعه لازمی هر حرکت و اقدام در برنامه‌ریزی اقتصادی و اجتماعی محسوب می‌شود (۲). سازمان بهداشت جهانی سه هدف عملکردی را برای نظام‌های سلامت در نظر گرفته است که شامل ارتقای سلامت جمعیت تحت پوشش، پاسخ با نیازهای بهداشتی غیر پزشکی مردم و مشارکت عادلانه در تأمین مالی است. به نظر می‌رسد عدالت عامل مهمی در تحقق این اهداف است. اگر چه بدون شک مهم‌ترین هدف نظام‌های سلامت، ارتقای بهداشت است، گزارش سازمان بهداشت جهانی در سال ۲۰۰۰ میلادی تأکید می‌کند که ارتقای سلامت به تنهایی کافی نیست و کاهش نابرابری‌های سلامت بین گروه‌ها نیز باید مدنظر قرار گیرد (۳). در ایران نیز بر دسترسی مردم به خدمات سلامت و ارتقای سطح سلامتی آنان تأکید شده است، به طوری که در اصول سوم، بیست و نهم، و چهل و سوم قانون اساسی به اهمیت بخش بهداشت و درمان اشاره و دولت را مکلف کرده است تا تمام امکانات خود را برای سلامت افراد کشور به کار گیرد (۴). همچنین در نقشه‌ی سلامت جمهوری اسلامی ایران در برنامه‌ی پنجم توسعه، یکی از اهداف کلان، دسترسی عادلانه به خدمات پایه‌ی سلامت با کیفیت می‌باشد و همچنین بر افزایش بهره‌وری کل عوامل (سرمایه، انرژی، مواد اولیه، و نیروی انسانی) در بخش سلامت تأکید شده است (۵). گزارش سازمان بهداشت جهانی در خصوص عملکرد کشورهای مختلف از نظر ارایه‌ی خدمات بهداشتی درمانی و سطح سلامت نشان می‌دهد که ایران از نظر خدمات بهداشتی درمانی از بین ۱۹۱ کشور جهان در رتبه‌ی ۵۸ و از نظر سطح سلامت در ردیف ۹۳ قرار گرفته است. در صورتی که این فاصله در کشورهای توسعه یافته بسیار اندک است. مثلاً اسپانیا از نظر ارایه‌ی خدمات بهداشتی درمانی در ردیف ۶ و از نظر سلامت در ردیف ۷ قرار گرفته است و رتبه‌ی ژاپن نیز به ترتیب ۹ و ۱۰ است. این گزارش حاکی از ناکارای بودن خدمات ارایه شده است (۶). بنابر موارد پیش گفت، برای کسب اطمینان از ارایه‌ی خدمات با کیفیت در بخش سلامت و

محاسبه‌ی کارایی استان‌ها بنا نهاده شده‌است، در ادامه روش مورد استفاده برای محاسبه‌ی کارایی نسبی تشریح می‌گردد. در این تحقیق برای محاسبه‌ی کارایی و تحلیل حساسیت از مدل ریاضی بسیار قوی تحلیل پوششی داده‌ها استفاده شده‌است. مدل‌های اصلی تحلیل پوششی داده‌ها شامل CCR و BCC می‌شوند که به مدل‌های بازه به مقیاس ثابت و بازه به مقیاس متغییر معروف‌اند. مدل ریاضی اولیه (شماره ۱) و ثانویه (شماره ۲) بازده ثابت خروجی گرا که در این تحقیق استفاده شده به صورت ذیل می‌باشد (۱۲).

$$\begin{aligned} 1) \text{ MAX } Z_p &= \phi \\ \text{st: } X\lambda + t^- &= X_p \\ \phi Y_p - Y + t^+ &= 0 \\ \lambda, t^+, t^- &\geq 0 \end{aligned}$$

$$\begin{aligned} 2) \text{ MIN } q_p &= VX_p \\ \text{s. t:} \\ UY_p &= -UY + VX \geq 0 \\ UV &\geq 0 \end{aligned}$$

(V) اوزان یا ضرایب ورودی‌ها و (U) اوزان یا ضرایب خروجی‌هاست، نمادهای (+t) و (-t) بردار متغیرهای کمکی هستند، (ϕ) متغیر مربوط به تابع هدف مدل خروجی‌گرا می‌باشد.

چند نکته‌ی مهم در استفاده از این روش ریاضی انتخاب رویکرد ورودی یا خروجی گرا، مقیاس بازده، وزن شاخص‌ها و نحوه‌ی رتبه‌بندی واحدهای کارا می‌باشد. در تمایز رویکرد خروجی و ورودی گرا مهم‌ترین دلیل برای انتخاب مناسب، توجه به تغییرپذیری و امکان دست‌کاری برای مدیران واحدهای تصمیم‌گیرنده اعلام شده است. یعنی در صورتی که امکان تغییر در شاخص‌های ورودی بیش‌تر از خروجی باشد و مسئولین هر واحد تصمیم‌گیری، آزادی عمل بیش‌تری در تغییر آن داشته باشند، از مدل‌های ورودی‌گرا استفاده می‌شود. در حالت بالعکس شرایط برای استفاده از مدل‌های خروجی‌گرا مناسب‌تر است (۱۳). در این تحقیق با توجه به هدف و ماهیت تحقیق از روش خروجی‌گرا برای تحقیق استفاده گردیده است.

بیش‌تر حول بررسی کارایی بیمارستان‌ها با استفاده از روش تحلیل پوششی داده‌ها پرداخته‌اند. به طور مثال Ancarani و همکارانش در سال ۲۰۰۹ میلادی یک مدلی ارایه کردند که در بخش بهداشت و درمان، ارتباط میان تصمیم‌گیری و کارایی فنی را نشان می‌دهند (۱۱).

در بررسی تحقیقات انجام شده مشاهده می‌شود که محققان شاخص‌های مختلفی را انتخاب و وضعیت این شاخص‌ها را در بخش بهداشت بررسی نموده‌اند. انتخاب شاخص‌ها در بررسی عملکرد و همچنین کارایی نظام سلامت از اهمیت بسیاری برخوردار است. در تحقیق حاضر پس از بررسی کارایی استان‌های کشور و رتبه‌بندی آن‌ها بر اساس شاخص‌های ورودی و خروجی، تحلیل حساسیت و تحلیل تشخیصی در خصوص این شاخص‌ها انجام و بر اساس مقایسه‌ی این دو نوع تحلیل، به سیاست‌گزاران و برنامه‌ریزان و مدیران بخش بهداشت در استان‌ها پیشنهاد خواهد شد که بر روی چه شاخص‌هایی تمرکز بیش‌تری داشته باشند.

روش بررسی

نوع پژوهش از نوع کاربردی و مطالعه از دسته‌ی تحلیلی است. قلمرو این تحقیق کلیه‌ی استان‌های کشور بوده است. ابزار جمع‌آوری اطلاعات برای تهیه‌ی پیشینه و ادبیات نظری این تحقیق، مستندات کتابخانه‌ای و اینترنتی بوده و از اسناد و مدارک برای جمع‌آوری داده‌ها جهت اندازه‌گیری استفاده شده است. این اسناد و مدارک مربوط به مراجع و منابع رسمی کشور و در رأس آن‌ها مرکز آمار ایران (سال‌نامه‌های استانی و داده‌های خام هزینه‌های خانوار)، شاخص‌های سیمای سلامت در جمهوری اسلامی ایران و زیج حیاتی روستایی بوده است، که برای جمع‌آوری داده‌های مربوط به شاخص‌های ورودی و خروجی مدل مورد استفاده قرار گرفته‌اند. دوره‌ی زمانی تحقیق به خاطر در دسترس نبودن اطلاعات در سطح استان‌ها، به سال ۱۳۸۶ خورشیدی ختم می‌گردد (در هنگام انجام تحقیق برای برخی از استان‌ها سال‌نامه‌های آماری سال ۸۷ خورشیدی و سال‌های بعد موجود نبوده است). با توجه به این‌که اساس این تحقیق بر

پیترسون (A&P) استفاده شده و اعداد نوشته شده در داخل پراتنز تا انتهای کار، مربوط به این روش است. علاوه بر این در این تحقیق از روش تحلیل تشخیصی چندگانه نیز استفاده شده است که یک روش آماری برای بررسی تأثیر متغیرها در زمانی که متغیر وابسته کیفی - اسمی یا رتبه‌ای - می‌باشد استفاده می‌گردد. در مجموع در این تحقیق از نرم‌افزار DEA MASTER.1 برای حل مدل تحلیل پوششی داده‌ها و SPSS نسخه‌ی ۱۹ برای تحلیل تشخیصی چندگانه استفاده شده است. ورودی و خروجی‌های این تحقیق در جدول ۱ نمایش داده شده است:

نکته‌ی مهم دیگر انتخاب رویکرد مناسب در محاسبه‌ی کارایی، توجه به مقیاس بازده می‌باشد. به منظور تعیین بازده مقیاس در سطح واحد، از روش zhu و Fare & Grosskopf استفاده می‌شود که در این مقاله روش دوم به کار گرفته شده است (۱۴). با استفاده از این روش مشخص شده است که بازده ثابت، مناسب این تحقیق می‌باشد. با این اوصاف بهترین مدل برای این تحقیق، روش محاسبه‌ی کارایی با بازده مقیاس ثابت و رویکرد خروجی‌گرا انتخاب شده که مدل ریاضی اولیه و ثانویه آن در مدل ریاضی ۱ و ۲ ترسیم گردیده است. برای رتبه‌بندی استان‌های کارا از روش اندرسون و

جدول ۱: ورودی‌ها و خروجی‌های مدل (۱۷-۱۵)

سال	محل استخراج آمار	شاخص‌ها
۷۹-۸۶	سال‌نامه‌ی آماری استان‌ها	سرانه بودجه فصل بهداشت و درمان برای هر فرد (هزارریال)
۸۲ و ۸۵	سیمای سلامت ج.ا.ا.	نسبت بهورز شاغل به ۱۰۰۰ نفر جمعیت روستایی
۷۹-۸۶	سال‌نامه‌ی آماری استان‌ها	میانگین سرانه تعداد خانه‌های بهداشت و مراکز درمانی روستایی به ازای هر ده هزار نفر روستایی
۷۹-۸۶	زیج حیاتی	تحت پوشش درصد زایمان توسط فرد دوره ندیده
۷۹-۸۶	زیج حیاتی	درصد پوشش تنظیم خانواده به صورت مدرن
۷۹-۸۶	مرکز آمار ایران	میانگین هزینه بهداشتی و درمانی خانوار روستایی تهیه شده از طریق دولت و به صورت رایگان
۸۰ و ۸۵	سیمای سلامت ج.ا.ا.	درصد خانوارهای روستایی برخوردار از شبکه آب آشامیدنی
۸۰ و ۸۵	سیمای سلامت ج.ا.ا.	درصد مراکز تهیه و توزیع و فروش مواد خوراکی و بهداشتی دارای معیارهای بهداشتی و بهسازی مناطق روستایی

و بهداشتی دارای معیارهای بهداشتی و بهسازی مناطق روستایی) و ۳- هزینه دولتی و رایگان برای خانوار روستایی (میانگین هزینه بهداشتی و درمانی خانوار روستایی تهیه شده از طریق دولت و به صورت رایگان) تقسیم می‌شود. در بین شاخص‌های خدمات سلامت، مقرر گردید که از شاخص درصد خانوارهای روستایی دارای سرویس بهداشتی نیز استفاده گردد ولی از اعتبار کافی برخوردار نبود (۱۸). در مورد شاخص هزینه‌ی خانوار روستایی نیز لازم به ذکر است که این شاخص یکی از مهم‌ترین شاخص‌هاست که تاکنون در تحقیقات داخلی از آن استفاده نشده است. در پرسش‌نامه‌ی طرح آمارگیری هزینه و درآمد خانوارهای روستایی که توسط

لازم به ذکر است که در ابتدا شاخص‌های زیادی مورد بررسی قرار گرفت که با توجه به موجود و معتبر بودن داده‌ها و در انتها نظر کارشناسان، شاخص‌های موجود انتخاب شده‌اند. رویی شاخص‌ها بر اساس توجه به ابعاد لازم و کافی به منظور تأمین اهداف تحقیق و با توجه به نظر کارشناسان مورد تأیید قرار گرفت، مثلاً برای توضیح شاخص‌های خروجی باید اشاره کرد که کلیت این شاخص‌ها به سه دسته: ۱- عملکردی (درصد زایمان توسط فرد دوره ندیده و درصد پوشش تنظیم خانواده به صورت مدرن)، ۲- پوشش خدمات سلامت (درصد خانوارهای روستایی برخوردار از شبکه آب آشامیدنی و درصد مراکز تهیه و توزیع و فروش مواد خوراکی

ب. تحلیل حساسیت شاخص‌های ورودی و خروجی با

رویکرد تحلیل پوششی داده‌ها

با توجه به ارقام کارایی به دست آمده و هدف تحقیق در ادامه نقش هر یک از متغیرها در کارایی و عدم کارایی استان‌ها مشخص می‌گردد. برای این منظور در ابتدا از تحلیل حساسیت شاخص‌ها استفاده شده‌است. بدین منظور شاخص مورد نظر از کلیت شاخص‌ها حذف و مدل کارایی دوباره تبیین می‌گردد. کاهش مقدار کارایی بعد از اجرای دوباره‌ی مدل در هر شاخص، نشان‌دهنده‌ی حساسیت استان مذکور به شاخص حذف شده است. در جدول ۲ نتایج خروجی‌های مدل با حذف هر یک از شاخص‌ها مشاهده می‌شود. در ستون سوم محاسبه‌ی کارایی برای سال‌های ۷۹-۸۶ خورشیدی برای ۲۷ استان مشاهده می‌شود.

پ. بررسی تأثیر شاخص‌ها بر کارایی با رویکرد تحلیل

تشخیصی چندگانه

با توجه به این که در این تحقیق با استفاده از تحلیل پوششی داده‌ها، استان‌ها به دو دسته کارا و غیرکارا تقسیم شده‌اند. برای پیدا کردن تأثیر هر یک از متغیرها در این گروه‌بندی از تحلیل تشخیصی استفاده شده است. این روش زمانی مفید می‌باشد که یک متغیر گروه‌بندی شده (کیفی) (در این تحقیق کارایی استان‌ها) و چندین متغیر کمی (هشت متغیر موجود در تحقیق) وجود داشته باشد. در کل، تحلیل تشخیصی همان رگرسیون است که متغیر وابسته‌ی آن مقیاس اسمی و یا رتبه‌ای داشته باشد (۱۹). در این تحقیق به دلیل این که محققین فقط به دنبال مشخص کردن اهمیت متغیرها بوده‌اند، برای نحوه‌ی ورود داده‌ها از روش هم‌زمان استفاده شده‌است. این تحلیل توسط نرم‌افزار SPSS نسخه‌ی ۱۶ انجام گرفته است.

مقدار ویلکس لاندای (Wilks' Lambda) به دست آمده، بیان‌گر معناداری معادله‌ی متمایز کننده است و چنان چه از این جدول برمی‌آید، معادله‌ی تشکیل دهنده برای تمایز دو گروه دارای مقادیر کای دو (Chi-Square) ۲۶/۵۱ و با درجه آزادی ۸ و معنی‌داری (Pvalue) برابر یک هزارم است که نشان از درجه‌ی بالای معناداری می‌باشد.

مرکز آمار هر ماهه تکمیل می‌گردد (به صورت نمونه‌گیری)، کد ۰۶۱ مربوط به هزینه‌های بهداشتی و درمانی خانوار می‌شود که کدهای ۳ و ۸ از ستون طریق تهیه، مربوط به شاخص‌های هزینه تأمین شده از طریق دولت و به صورت رایگان می‌باشد. محققین این شاخص را از طریق داده‌های خام مرکز آمار و برای تمام استان‌ها در بین سال‌های ۷۹-۸۶ خورشیدی استخراج کرده‌اند که به نحوی گویای مدیریت کلان در نحوه‌ی توزیع هزینه‌های دولتی در بین خانوارهای روستایی است.

در پژوهش حاضر سه مبحث مورد بررسی قرار می‌گیرد؛ در ابتدا باید کارایی استان‌ها بر اساس ورودی و خروجی‌های تعریف شده استخراج گردد، سپس برای بررسی نقش متغیرها، تحلیل حساسیت این شاخص‌ها انجام گیرد و در نهایت علاوه بر روش تحلیل حساسیت با روش آماری تشخیصی متمایز چندگانه نیز نقش متغیرها در کارایی و عدم کارایی مورد بررسی قرار گرفته و نتایج این دو تحلیل مقایسه گردد. برای این منظور دوره‌ی کامل ۸ ساله یعنی ۸۶-۷۹ خورشیدی مورد استفاده قرار گرفت که استان خراسان، به علت تفکیک ایجاد شده از تحلیل این دوره‌ی هشت ساله حذف و ۲۷ استان مورد تحلیل قرار گرفتند.

یافته‌ها

الف. بررسی کارایی استان‌ها طی سال‌های ۷۹-۸۶ خورشیدی

در ابتدا با استفاده از تحلیل پوششی داده‌ها کارایی کلی استان‌ها در این سال‌ها استخراج گردید. همان‌طور که در ستون دوم جدول ۲ دیده می‌شود، ۹ استان ابتدایی حایز کارایی کامل گردیدند. برای رتبه‌بندی استان‌های کارا از روش اندرسون و پیترسون استفاده شد که این ارقام در جدول در پرانتز ذکر شده‌است. در این رتبه‌بندی استان تهران، مازندران و گلستان در صدر قرار گرفته‌اند و یزد، کردستان و سیستان در انتهای جدول قرار می‌گیرند. کم‌ترین رقم کارایی ۶۰ می‌باشد که نشان‌گر شرایط نسبتاً مناسب استان‌های کشور با توجه به ورودی و خروجی‌های مذکور است.

جدول ۲: تحلیل حساسیت بر اساس مدل CCR خروجی‌گرا

ردیف	استان‌ها	کارایی ثابت (A&P)	خانه‌ی بهداشت	سرانه‌ی بودجه	بهورز	زایمان دوره	امتیاز کارایی بدون در نظر گرفتن شاخص		
							هزینه‌ی خانوار	پ.ت. خانواده	خوراکی
۱	تهران	۱۰۰(۲۹۵)	۲۹۵	۲۴۹/۸*	۲۷۰/۴*	۲۹۵	۲۹۵	۱۵۳/۹*	۲۹۵
۲	مازندران	۱۰۰(۱۷۴)	۱۷۱/۹*	۱۷۴	۱۶۶*	۹۲/۹*	۱۷۴	۱۷۴	۱۷۰/۱*
۳	گلستان	۱۰۰(۱۱۶)	۸۱/۸*	۱۰۷/۹*	۱۱۶	۱۱۶	۱۱۶	۱۱۶	۱۰۱/۴*
۴	فارس	۱۰۰(۱۱۱)	۱۰۱/۵*	۱۱۱	۱۰۰/۶*	۱۱۱	۱۱۱	۱۱۱	۱۰۵/۹*
۵	اصفهان	۱۰۰(۱۱۰)	۹۵/۸*	۱۰۴/۳*	۱۱۰	۱۰۶/۷*	۱۰۵/۸*	۱۱۰	۱۰۹/۳*
۶	گیلان	۱۰۰(۱۰۸)	۷۵/۷*	۱۰۸	۱۰۸	۱۰۰*	۱۰۸	۱۰۱/۷*	۱۰۰/۹*
۷	آذربایجان غربی	۱۰۰(۱۰۵)	۱۰۴*	۹۱/۷*	۱۰۵	۱۰۵	۹۴/۸*	۱۰۵	۱۰۵
۸	چهارمحال	۱۰۰(۱۰۳)	۸۵/۴*	۱۰۳	۱۰۳	۱۰۳	۱۰۲/۲*	۱۰۱/۶*	۱۰۳
۹	همدان	۱۰۰(۱۰۱)	۷۰/۴*	۱۰۱	۱۰۱	۹۷/۸*	۹۳/۹*	۱۰۱	۱۰۱
۱۰	آذربایجان شرقی	۹۵/۷	۹۵/۷	۷۶/۱*	۹۵/۷	۹۵/۷	۹۵/۴	۹۵/۷	۹۴*
۱۱	خوزستان	۹۴/۵	۸۹*	۹۴/۵	۹۴/۵	۹۴/۵	۹۴/۵	۹۴/۱*	۹۳/۸*
۱۲	قزوین	۹۴/۲	۷۰/۳*	۹۴/۲	۹۳/۹*	۹۲/۹*	۹۴/۲	۹۴/۲	۹۴/۲
۱۳	هرمزگان	۹۳/۷	۷۱/۳*	۹۳/۷	۹۳/۷	۹۳/۷	۹۳/۷	۸۸/۷*	۹۳/۷
۱۴	قم	۸۹/۲	۸۹/۲	۷۸/۳*	۸۹/۲	۷۲/۹*	۸۹/۲	۸۹/۲	۸۹/۲
۱۵	بوشهر	۸۷/۸	۵۶/۹*	۸۷/۸	۸۷/۸	۸۷/۸	۸۷/۳*	۸۷/۸	۸۷/۸
۱۶	کهگیلویه	۸۶	۶۱/۳*	۸۶	۸۶	۸۶	۷۵/۶*	۷۹/۶*	۸۶
۱۷	مرکزی	۸۴/۷	۶۷/۷*	۸۴/۲	۸۰/۹*	۸۰/۹*	۷۸/۷*	۸۴/۷	۸۴/۷
۱۸	لرستان	۷۹/۹	۶۵*	۷۹/۹	۷۹/۹	۷۹/۹	۶۸/۸*	۷۹/۹	۷۹/۹
۱۹	اردبیل	۷۹/۳	۵۹/۲*	۷۹/۳	۷۹/۳	۷۹/۳	۷۰/۵*	۷۵/۷*	۷۹/۳
۲۰	ایلام	۷۸/۱	۶۳/۲*	۷۸/۱	۷۸/۱	۷۸/۱	۷۴*	۷۸/۱	۷۸/۱
۲۱	زنجان	۷۵/۷	۶۹/۸*	۷۴*	۷۲/۸*	۷۵/۷	۶۷*	۷۵/۷	۷۵/۷
۲۲	کرمانشاه	۷۵/۵	۵۷/۶*	۷۲/۶*	۷۳/۶*	۷۵/۵	۷۰/۲*	۷۵/۵	۷۵/۵
۲۳	سمنان	۷۱/۴	۵۵/۲*	۷۱/۴	۷۱/۴	۷۱/۴	۷۱/۴	۶۸/۷*	۶۹/۲*
۲۴	کرمان	۷۱/۱	۶۴/۲*	۷۱/۱	۶۸/۲*	۷۱/۱	۷۱/۱	۷۱/۱	۶۲/۹*
۲۵	یزد	۷۰/۲	۶۵/۵*	۶۲/۱*	۷۰/۲	۶۹/۵*	۷۰/۲	۷۰/۲	۶۰/۵*
۲۶	کردستان	۶۷/۴	۶۳/۱*	۶۴/۵*	۶۱/۸	۶۷/۴	۵۹/۲*	۶۷/۴	۶۷/۴
۲۷	سیستان	۶۰/۱	۶۰/۱	۶۰/۱	۵۲*	۶۰/۱	۶۰/۱	۶۰/۱	۶۰/۱
۶	تعداد حساسیت	۲۴	۱۰	۹	۹	۱۳	۸	۸	۶

* تغییر ارقام کارایی با حذف شاخص

می‌شود. ماتریس ساختار (Structure Matrix) که متغیرهای مورد استفاده در مطالعه را نشان می‌دهد، بیان‌گر مقدار واریانسی است که توسط هر متغیر مستقل در خصوص تابع

با توجه به مقدار همبستگی کانونی (۰/۸۴۷)، مقدار ویژه (Eigen values) نشان می‌دهد ۷۲ درصد از واریانس متغیرهای گروه‌بندی توسط این ۸ متغیر مستقل تبیین

قرار دارد. بعد از آن سرانه‌ی بودجه، بهورز و درصد زایمان توسط فرد دوره ندیده با ارقام قابل توجهی در ادامه قرار دارند. چهار متغیر دیگر نقش بسیار ضعیفی در تأثیرگذاری بر کارایی و عدم کارایی استان‌ها دارند.

تشخیص تبیین می‌گردد. در این ماتریس بدون توجه به علامت، مقادیر به ترتیب از بیش‌ترین تا کم‌ترین در جدول مرتب می‌شوند. همان‌طور که در جدول ۳ نیز مشخص است سرانه‌ی خانه‌ی بهداشت و مراکز درمان روستایی با اختلاف زیاد در رتبه‌ی اول تأثیرگذاری بر کارایی یا عدم کارایی استان

جدول ۳: ماتریس ساختار تحلیل تشخیصی چندگانه

متغیر	ضریب تأثیر
میانگین سرانه‌ی تعداد خانه‌های بهداشت و مراکز درمانی روستایی به ازای هر ده هزار نفر روستایی تحت پوشش	۰/۵۰۹
سرانه‌ی بودجه فصل بهداشت و درمان برای هر فرد (هزار ریال)	۰/۲۶۶
نسبت بهورز شاغل به ۱۰۰۰ نفر جمعیت روستایی	۰/۲۲
درصد زایمان توسط فرد دوره ندیده	۰/۲
درصد پوشش تنظیم خانواده به صورت مدرن	۰/۰۷
میانگین هزینه‌ی بهداشتی و درمانی خانوار روستایی تهیه شده از طریق دولت و به صورت رایگان	۰/۰۶
درصد خانوارهای روستایی برخوردار از شبکه‌ی آب آشامیدنی	۰/۰۵
درصد مراکز تهیه و توزیع و فروش مواد خوراکی و بهداشتی دارای معیارهای بهداشتی و بهسازی مناطق روستایی	۰/۰۴

استان حساس وجود دارد که در این میان، حضور سه استان کارا یعنی تهران، مازندران و فارس که حساسیت بالایی را به این شاخص دارند، نشان‌دهنده‌ی نقش ویژه‌ی این شاخص در کارایی این استان‌ها است. در مورد شاخص‌های خروجی به ترتیب شاخص «میانگین هزینه‌ی بهداشتی و درمانی خانوار روستایی تهیه شده از طریق دولت و به صورت رایگان» با ۱۳ استان حساس، شاخص «درصد زایمان توسط افراد دوره ندیده» با ۹ استان، شاخص «درصد پوشش تنظیم خانواده به صورت مدرن» و شاخص «درصد مراکز تهیه و توزیع و فروش مواد خوراکی و بهداشتی دارای معیارهای بهداشتی و بهسازی» هر کدام با ۸ استان و در نهایت شاخص «درصد خانوارهای روستایی برخوردار از شبکه آب آشامیدنی» با ۶ استان به ترتیب به عنوان حساس‌ترین خروجی‌ها مشخص می‌گردند. باید گفت حساسیت در بین خروجی‌ها نشانه‌ی عملکرد مناسب استان در آن شاخص نسبت به شاخص‌های خروجی دیگر و نقش مهم شاخص در کارایی استان می‌باشد. با این تفکر می‌توان گفت شاخص «درصد خانوارهای روستایی برخوردار از شبکه‌ی آب آشامیدنی» برای توجه

ت. تحلیل و مقایسه اهمیت شاخص‌ها در دو روش مورد بررسی

تحلیل حساسیت شاخص‌های ورودی مدل نشان می‌دهد شاخص «میانگین سرانه‌ی تعداد خانه‌های بهداشت و مراکز درمانی روستایی» توانسته است با داشتن بیش‌ترین حساسیت - ۲۴ استان حساس - مهم‌ترین شاخص ورودی محسوب گردد. در این میان حساسیت استان‌هایی چون گلستان، گیلان، همدان، بوشهر، قزوین و هرمزگان به این شاخص بسیار بالاست که نشان از نیاز به توجه بیشتر به این شاخص در این استان‌ها می‌باشد. عدم حساسیت این شاخص در استان‌های تهران، قم و سیستان نیز نشان از تراکم بالای این ورودی نسبت به خروجی آن در این استان‌ها دارد. در ادامه شاخص سرانه‌ی بودجه با داشتن ۱۰ استان حساس در رتبه‌ی دوم حساسیت در میان شاخص‌های ورودی قرار دارد. این حساسیت در استان‌هایی چون آذربایجان شرقی و غربی و قم از همه بیشتر است که توجه بیشتر به این شاخص را در این استان‌ها می‌طلبد. در مورد شاخص نهایی ورودی‌ها یعنی «نسبت بهورز شاغل به ۱۰۰۰ نفر جمعیت روستایی» نیز ۹

ورودی و خروجی بیش‌ترین حساسیت را به ترتیب؛ خانه‌های بهداشت و مراکز درمانی روستایی، هزینه‌ی بهداشتی و درمانی خانوار روستایی تهیه شده از طریق دولت و به صورت رایگان، سرانه‌ی بودجه فصل بهداشت و درمان، نسبت بهورز شاغل به ۱۰۰۰ نفر جمعیت روستایی، درصد زایمان توسط افراد دوره ندیده، درصد پوشش تنظیم خانواده به صورت مدرن، درصد مراکز تهیه و توزیع و فروش مواد خوراکی و بهداشتی دارای معیارهای بهداشتی و بهسازی و در انتها درصد خانوارهای روستایی برخوردار از شبکه‌ی آب آشامیدنی قرار دارند. با توجه به هدف تحقیق می‌توان گفت در صورت معیار قراردادن حساسیت استان‌ها به عنوان شاخص‌های مرجح، باید گفت ترتیب ذکر شده نشان از اهمیت شاخص و نیاز به توجه در برنامه‌ریزی آتی مدیران در سطح کشوری و استانی دارد.

در روش تحلیل تشخیصی چندگانه دیده می‌شود که شاخص «میانگین سرانه‌ی تعداد خانه‌های بهداشت و مراکز درمانی روستایی» با اختلاف زیاد از دیگر شاخص‌ها، تأثیر به‌سزایی در کارایی و یا عدم کارایی استان دارد. بعد از آن شاخص‌های «سرانه‌ی بودجه فصل بهداشت و درمان»، «نسبت بهورز شاغل به ۱۰۰۰ نفر جمعیت روستایی» و «درصد زایمان توسط فرد دوره ندیده» در رتبه‌های بعدی قرار دارند. حضور سه شاخص ورودی در رتبه‌های بالای اهمیت در این روش نشان از نیاز به توجه به این شاخص‌ها در سلامت روستایی در حال حاضر دارد. جدول ۴ مقایسه‌ی کامل اهمیت شاخص‌ها در دو روش را نشان می‌دهد.

بیش‌تر و رسیدگی بهتر، از همه‌ی شاخص‌های خروجی پتانسیل بیش‌تری دارد. در شاخص «هزینه‌ی بهداشتی و درمانی خانوار» عملکرد استان‌هایی چون کهگیلویه، آذربایجان و لرستان نسبت به خروجی‌های دیگر مناسب بوده‌است. در شاخص «درصد زایمان توسط افراد دوره ندیده» عملکرد مازندران قابل توجه است و حساسیت بالای آن به این شاخص کاملاً نمایان‌گر این عملکرد است. البته در این شاخص حساسیت قم نیز قابل توجه بوده است. در مورد شاخص «درصد پوشش تنظیم خانواده به صورت مدرن» می‌توان گفت استان تهران قسمت اعظم کارایی خود را مرهون این شاخص است و باید عملکرد این استان در این شاخص را نسبت به استان‌ها و شاخص‌های دیگر بسیار مناسب دانست. نقش این شاخص در میزان کارایی استان‌های گیلان و کهگیلویه و بویر احمد نیز بالاست. در شاخص «درصد مراکز تهیه و توزیع و فروش مواد خوراکی و بهداشتی دارای معیارهای بهداشتی»، استان‌های گلستان، یزد و گیلان از حساسیت بالایی برخوردارند که نشان از اهمیت و نقش این شاخص در کارایی این استان‌ها دارد. در انتها شاخص «درصد خانوارهای روستایی برخوردار از شبکه‌ی آب آشامیدنی» در استان‌هایی چون سیستان و بلوچستان، هرمزگان و گلستان نسبت به بقیه از حساسیت بالاتری برخوردار بوده که نشان از عملکرد بهتر این استان‌ها در این شاخص نسبت به شاخص‌های دیگر خروجی دارد. در مجموع شاخص‌های

جدول ۴: مقایسه‌ی نقش متغیرها در دو روش مورد بررسی

تحلیل حساسیت		تحلیل تشخیصی		توضیحات
رتبه	تعداد حساسیت	ضریب تأثیر	رتبه	
۱	۲۴	۰/۵۰۹	۱	میانگین سرانه‌ی تعداد خانه‌های بهداشت و مراکز درمانی روستایی به ازای هر ده هزار نفر روستایی تحت پوشش
۳	۱۰	۰/۲۶۶	۲	سرانه‌ی بودجه فصل بهداشت و درمان برای هر فرد (هزار ریال)
۴	۹	۰/۲۲	۳	نسبت بهورز شاغل به ۱۰۰۰ نفر جمعیت روستایی
۴	۹	۰/۲	۴	درصد زایمان توسط فرد دوره ندیده
۵	۸	۰/۰۷	۵	درصد پوشش تنظیم خانواده به صورت مدرن
۲	۱۳	۰/۰۶	۶	میانگین هزینه‌ی بهداشتی و درمانی خانوار روستایی تهیه شده از طریق دولت و به صورت رایگان
۶	۶	۰/۰۵	۷	درصد خانوارهای روستایی برخوردار از شبکه‌ی آب آشامیدنی
۵	۸	۰/۰۴	۸	درصد مراکز تهیه و توزیع و فروش مواد خوراکی و بهداشتی دارای معیارهای بهداشتی و بهسازی مناطق روستایی

بحث

در مقایسه‌ی نتایج این تحقیق با تحقیقات دیگر باید در نظر داشت که نتایج تحقیق حاضر بر اهمیت شاخص‌های زیرساختی تأکید و اهمیت شاخص‌های عملکردی در خروجی‌ها را بسیار بالا می‌داند، با این رویکرد می‌توان گفت در مقایسه با تحقیق سپهر دوست با عنوان «عوامل مؤثر بر توسعه‌یافتگی از دیدگاه شاخص‌های سلامت» (۲۰) مراکز بهداشت و درمانی و پزشکان در این مقاله نیز دارای اهمیت ویژه‌ای در ایجاد عدم توازن در توسعه‌ی بهداشت قرار دارند که دقیقاً با نتایج استخراجی در مقاله‌ی حاضر هم‌خوانی دارد. در مقاله‌ی بهرامی و همکاران با عنوان «طراحی الگوی ارزشیابی عملکرد نظام سلامت برای ایران» (۲۱) در ۱۴ زمینه‌ی معرفی شده، مباحث زیرساخت‌ها مثل نتایج تحقیق حاضر مورد تأکید قرار می‌گیرد که به صورت کلی‌تری بر اهمیت شاخص‌های زیرساختی برای روستاییان در حال حاضر تأکید دارد و نتایج به‌دست آمده در این تحقیق را تأیید می‌کند. ضرابی و شیخ بیگلو در مقاله‌ای با عنوان «سطح‌بندی شاخص‌های توسعه سلامت استان‌های ایران» (۲۲) به بررسی استان‌های کشور از نظر ۳۲ شاخص توسعه‌ی سلامت با استفاده از روش تحلیل عاملی و بهره‌گیری از نرم‌افزار SPSS می‌پردازند. دسته‌بندی حاصل شده از تحلیل عاملی، ابعادی چون «نیروی انسانی متخصص»، «خدمات درمانی روستایی»، «خدمات دارویی»، «خدمات درمانی دولتی» و «خدمات درمانی خصوصی» را به عنوان دارندگان ۶۱ درصد تأثیر از تغییرات درجه‌ی توسعه‌یافتگی استان‌های کشور می‌داند که دیده می‌شود رویکرد عملکردی در بین شاخص‌های خروجی و اهمیت زیرساخت‌ها در ابعادی چون نیروی انسانی، خدمات درمانی و دارویی مورد توجه قرار می‌گیرد. البته رویکردی که در خدمات درمانی دولتی دارد بیش‌تر با نتایج تحلیل حساسیت استخراج شده هم‌خوانی دارد و خروجی تحلیل تشخیصی را در مقایسه با آن نمی‌توان تأیید کرد. این نتایج با نتایج رتبه‌بندی تحقیق حاضر ارتباط معناداری را نشان می‌دهد. علاوه بر این در تحقیق ضرابی و شیخ بیگلو استان‌های تهران و ایلام به ترتیب به عنوان

توسعه یافته‌ترین و محروم‌ترین استان‌های کشور شناخته می‌شوند که با توجه به تفاوت مفهوم توسعه‌یافتگی و کارایی، تفاوت‌هایی در نتایج دو تحقیق دیده می‌شود. البته با حضور تهران در صدر ارقام کارایی می‌توان از ترکیب این دو تحقیق نتیجه گرفت که توسعه یافته‌ترین استان کشور و در عین حال کاراترین استان در حال حاضر تهران می‌باشد. علاوه بر این در تحقیقی که توسط طحاری مهرجردی و همکاران در سال ۱۳۹۰ خورشیدی انجام شده و به تقسیم‌بندی استان‌ها از نظر توسعه‌یافتگی و با توجه به شاخص‌های زیرساختی در سطح استان یعنی مجموع شهر و روستا می‌پردازند، در نهایت ۱۲ استان توسعه یافته، ۹ استان نیمه توسعه یافته و ۹ استان دیگر توسعه نیافته را معرفی می‌کنند که با توجه به تفاوت رویکرد آن در تقسیم‌بندی، برای بسیاری از استان‌ها نتایج متفاوتی رقم خورده است، چرا که در تحقیق حاضر رویکرد رتبه‌بندی بر اساس کارایی و با توجه به خروجی‌های به‌دست آمده بر اساس ورودی می‌باشد، در حالی که در مقاله‌ی طحاری و همکاران، فقط بحث توسعه‌یافتگی استان‌ها مدنظر بوده‌است. از طرفی دیگر مقاله‌ی مورد نظر از روش آنتروپی شانون برای وزن‌دهی به شاخص‌ها استفاده کرده‌است که در این مبحث نیز تفاوت‌های آشکاری در نتایج با تحقیق حاضر دیده می‌شود. به طوری که ضریب شاخص‌هایی چون تعداد «پزشک عمومی و متخصص، دندان‌پزشک و داروساز» مهم‌تر از شاخص‌هایی چون تعداد «مرکز بهداشتی، مرکز درمانی، تخت بیمارستان، آزمایشگاه، پرتونگاری و داروخانه» بوده است (۴). بررسی شاخص‌ها در مقاله‌ی دیگری از موحد و همکاران با رویکرد شاخص‌های عملکردی و در بین روستاها، نیز نشان از همبستگی بالای شاخص زایمان توسط فرد دوره ندیده (همبستگی منفی) و پوشش تنظیم خانواده‌ی مدرن (همبستگی مثبت) مورد استفاده در تحقیق حاضر و تأیید اهمیت آن‌ها دارد (۹). در تحقیق دیگری که توسط آذر و همکاران انجام شده و بررسی‌ای که آن‌ها با محوریت زیج حیاتی و شاخص‌های زیر ساختی در روستاها داشته‌اند، به این نتیجه رسیده‌اند که از بین شاخص‌ها، سرانه‌ی تعداد تخت‌های ثابت و پوشش تنظیم خانواده به صورت مدرن حساسیت

ارقام این شاخص در بین استان‌ها نسبت به استان‌های دیگر خبر می‌دهد، در حالی که در روش تحلیل حساسیت حذف این شاخص توانسته کارایی بسیاری از استان‌ها را کاهش دهد که این نشان از عملکرد بهتر این استان‌ها در این شاخص دارد. در این تحقیق دیده شد کمبودهای زیرساختی به شدت بر مقدار کارایی و حساسیت ارقام کارایی استان‌ها تأثیر دارد، با توجه به هدف تحقیق باید گفت فضای زیرساختی کشور در زمینه سلامت روستایی و مدیریت آن به شدت نیاز به توجه و برنامه‌ریزی دارد که از این طریق بتوان حساسیت موجود و زیاد به این شاخص‌ها را کاهش داد. از طرفی دیگر در بین دسته‌بندی شاخص‌های خروجی، استان‌ها برای رسیدن به فضا و شرایط مطلوب (یعنی کارایی بیش‌تر) بهتر است بیش‌ترین سرمایه‌گذاری خود را بر روی شاخص‌های عملکردی چون؛ زایمان توسط فرد دوره ندیده و پوشش تنظیم خانواده به صورت مدرن در بین روستاییان قرار دهند.

پیشنهادها

علاوه بر مباحث بالا، با استفاده از تحلیل حساسیت می‌توان در مورد کارایی و برنامه‌ریزی استان‌ها بر اساس شاخص‌ها پیشنهادهایی را بیان کرد. در تحلیل حساسیت بر اساس استان‌ها می‌توان گفت در میان استان‌های کارا، دیده می‌شود که اغلب به سه تا پنج شاخص حساسیت دارند که این نشان از عدم رشد همگون شاخص‌ها حتی در میان استان‌های کارا می‌باشد، چرا که وجود حساسیت به شاخص، نشان از تأثیر بیش‌تر این شاخص‌ها در میزان کارایی هر استان می‌باشد. به طور مثال شاخص پوشش تنظیم خانواده مدرن برای تهران به عنوان کاراترین شاخص استان نقش به‌سزایی را بازی می‌کند، برای استان مازندران شاخص زایمان توسط افراد دوره ندیده، در استان گلستان، مراکز و خانه‌ی بهداشت روستایی و معیارهای بهداشتی مراکز خوراکی و در گیلان حساسیت بالا به خانه و مراکز بهداشت روستایی دارد. در آذربایجان غربی حساسیت به سرانه‌ی بودجه و هم‌چنین در چهارمحال و بختیاری و همدان به خانه و مراکز بهداشت روستایی بالاست که توجه به این نکته در مدیریت کلان سلامت استان‌ها

بالایی برای استان‌ها فراهم کرده‌اند (۲۳). در مقایسه‌ی نتایج تحقیق حاضر با دو تحقیق نهایی دیده می‌شود که از بین شاخص‌های مورد استفاده در تحقیق حاضر و اهمیت بررسی شده‌ی آن‌ها، شاخص زایمان توسط فرد دوره ندیده جزو شاخص‌های مؤثر از بین معیارهای عملکردی روستایی است، که مورد تأکید مقالات می‌باشد. در مجموع دیده می‌شود که بیش‌تر مقالات و تحقیقات موجود بر روی شاخص‌های عملکردی و زیرساختی تأکید دارند که نتایج آن‌ها با رویکردهای مورد نظر مقاله در بسیاری جهات یکسان است. شاید بتوان گفت که اهمیت شاخص‌های استفاده در مقاله توسط بسیاری از مقالات مورد تأکید بوده است و نوآوری خاص مقاله در استفاده از شاخص «میانگین هزینه‌ی بهداشتی و درمانی خانوار روستایی تهیه شده از طریق دولت و به صورت رایگان» می‌باشد که تاکنون مورد توجه نبوده است.

نتیجه‌گیری

با توجه به خروجی‌های به‌دست آمده، دیده شد که در هر دو روش استفاده شده شاخص خانه‌ی بهداشت و مراکز درمانی بیش‌ترین تأثیر و حساسیت را دارا بوده است. همین امر اهمیت بالای این شاخص را در حال حاضر در زمینه‌ی مدیریت سلامت استان‌ها نشان می‌دهد. در کل در هر دو روش باز هم شاخص‌های ورودی دارای رتبه‌های نسبتاً بالایی در میزان اهمیت می‌باشند که نشان‌گر نیاز به توسعه‌ی زیرساخت‌های مدیریت سلامت روستایی در حال حاضر دارد. علاوه بر این در میان شاخص‌های خروجی نیز شاخص‌های عملکردی هم‌چون درصد زایمان توسط فرد دوره ندیده و درصد پوشش تنظیم خانواده به صورت مدرن اهمیت بیش‌تری نسبت به شاخص‌های بهداشتی دارند. در مورد شاخص هزینه‌ای در میان خروجی‌ها باید گفت تفاوت رتبه‌ی شاخص «هزینه‌ی رایگان بهداشتی و درمانی خانوار» بین این دو روش بسیار بالاست. با توجه به این‌که در روش تحلیل تشخیصی میزان تأثیر از در بر گرفتن میزان واریانس کل متغیر وابسته - در این جا کارایی و عدم کارایی - مشخص می‌گردد، پایین بودن ضریب تأثیر این شاخص از همگونی

غیرحساس خود را بکاهد و یا شاخص‌های خروجی خود را به آستانه‌ی حساسیت نزدیک کند. بعد از حساس شدن شاخص‌ها و ایجاد کارایی کامل، دیگر حساسیت نشانه خوبی نیست و نیاز به همگونی بین شاخص‌ها، بهترین نشانه برای رسیدن استان به حداکثر توانایی‌های خود می‌باشد. البته در یک نگاه آرمانی استان کارایی که در همه‌ی شاخص‌ها حساسیت نشان دهد نیز نوعی همگونی را به خود گرفته که این حالت به صورت آرمان هر استان قابل بررسی است.

بسیار اهمیت دارد. در میان استان‌های کارا، استان‌های فارس و اصفهان از همگونی بیشتری بین شاخص‌های خود برخوردارند و حساسیت کمتری به شاخص‌ها دارند. در میان استان‌های ناکارا نیز وجود حساسیت نشان از اهمیت و تأثیر به‌سزای شاخص نسبت به شاخص‌های دیگر در میزان کارایی به‌دست آمده‌ی هر استان دارد. به نحوی که می‌توان گفت حساسیت به شاخص، مرز میان ناکارایی و کارایی هر استان است. هر استان ناکارا برای کارا شدن باید یا ورودی‌های

References

1. Basakha M, Agheli LA, Shahri K, Masaeli A. Ranking the quality of life's index among provinces of Iran. The Social Welfare Journal 2010; 10(37): 95-112. [In Persian]
2. Karimi S, Bahman Ziari N. Equity in financial indicators of health in Iran during the third and fourth development programs. Health Inf Manage 2013; 9(7): 1113-22. [In Persian]
3. Pishvaei M, Moradi N, Armanmehr V, Bagheri P. Health Equity: from concept to application in healthcare system. Journal of Research and Health 2013; 3(2): 333-4. [In Persian]
4. Tahari Mehrjardi MH, Babaei Mybodi H, Morovati Sharifabadi A. Investigation and ranking of Iranian provinces in terms of access to health sector indicators. Health Inf Manage 2012; 9(3): 356-69. [In Persian]
5. The health map of Islamic Republic of Iran in the fifth economic, social and cultural development program (2010- 2014). Tehran: The Secretariat of policymaking and health reform council; 2009. [In Persian]
6. Fadaei A, Zahedi M. Health indicators in the pilot villages of BDN in Chaharmahal and Bakhtiari province. Journal of Shahrekord University Medical Science 2006; 8(1): 13-9. [In Persian]
7. Asadi M, Esfandiary S, Mirghafori SH, Sadeghi Arani Z. Clinics of Yazd: Efficient or Inefficient? Health Inf Manage 2013; 9(6): 919-28. [In Persian]
8. Iranian statistics. Tehran: Population Statistics Office, Labor and Census; 2007. [In Persian]
9. Movahedi M, Hejazi Zadeh B, Dokhte Rahimi A, Arshin chi M, Amir Hoseini KH, Motlagh MA, et al. The trend of health important indicators' changes and their inequality geographical patterns in the rural population of country. Hakim Journal 2007; 10(4): 1-10. [In Persian]
10. Amini N, Yadollahi H, Inanloo S. Ranking the health in provinces of Iran. The Social Welfare Journal 2006; 5(20): 27-48. [In Persian]
11. Ancarani A, Di Mauro C, Giammanco MD. The impact of managerial and organizational aspects on hospital wards' efficiency: Evidence from a case study. European Journal of Operational Research 2009; 194(1): 280-93.
12. Mehregan M. Quantitative models in performance evaluation of organizations (Data Envelopment Analysis). Iran: Tehran University; 2004. [In Persian]
13. Saboor A. Evaluate the relative efficiency of cement plants [Thesis in Persian]. Tehran: Tarbiat Modares University; 2009.
14. Karimi T. Performance evaluation of the operational areas of gas transmission Using the combined model of "Charter operation", "semi-DEA Techniques" And "planning objective" [Thesis in Persian]. Tehran: Tehran University; 2006.
15. Statistical Yearbook of Provinces 2000-2007. Tehran: Statistical Center of Iran; 2007. [In Persian]
16. Khosravi AZ, Najafi F, Rahbar M, Atefi A, Motlagh E, Kabir M. Health indicators in the Islamic Republic of Iran Broadcasting. Tehran: Ministry of Health and Medical Education; 2011. [In Persian]
17. Statistical horoscope of rural life 2000-2007. Tehran: Ministry of Health and Medical Education; 2007. [In Persian]
18. Situation of health in Iran. Tehran: Ministry of Health and Medical Education; 2003. [In Persian]
19. Zohoori Gh. Application of social science research methods in management. Tehran: Mir; 2000. [In Persian]
20. Sepehr doost H. Effective factors on development in viewpoint of health indicators. Health Inf Manage 2011; 8(2): 258-64. [In Persian]

21. Bahrami MA, Vatan khah S, Tabibi SJ, Toorani S. Designing an assessment model for performance of health system for Iran. *Health Inf Manage* 2011; 8(3): 285-305. [In Persian]
22. Zarabi A, Sheikh Bigloo R. Leveling development of health indicators in provinces of Iran. *Social welfare Journal* 2011; 11(42): 107-28. [In Persian]
23. Azar A, Andalib Ardakani D, Shahtahmasbi E. Assessment of relative efficiency of country provinces in rural health sector during the third development plan and early years of the fourth plan. *Journal of Health Administration* 2010; 13(39): 65-78. [In Persian]

The Role of Macro Health Indicators in Efficiency of Health and Hygiene Management in Rural Sector of Country's Provinces*

Mahnaz Jalalvandi¹; Sara Shamsollahi²; Esmail Shahtahmasbi³;
Ghasem Zarei Gharkanlu³

Original Article

Abstract

Introduction: In the health map of Iran in the fifth development plan, the increasing in productivity of main factors (capital, energy, raw material and labor) has been emphasized. This research, based on performance of provinces in Hygiene and health sector, investigated the role of macro variables of health in efficiency of provinces in the rural sector.

Methods: This study has been done with descriptive- analytical method, among all provinces of Iran, and between the years 2000- 2007. Statistics are derived from official documents and in this regard, three input and five output indicators, mathematical model of data envelopment analysis and Diagnostic analysis are used. The validity of study was approved by the expert. Also, two software, DEA master1 and SPSS were used in this research.

Results: This study showed that there are 9 efficient provinces, Tehran and Mazandaran are in the top (with efficiency figures of 295 and 174), and Kurdistan and Sistan are in the bottom of ranking list (with efficiency figure of 67 and 60). With using Sensitivity analysis and multiple diagnostic analyses, the most effective indicator was "Average per capita number of home health and rural health centers"(with 24 times sensitivity and effect coefficient of 0/5).

Conclusion: Overall, it was determined that in the field of management of rural health and in the current conditions of the country, the importance of input indicators or the public health infrastructure are more than other factors. It also determined that in output indicators, performance indicators are currently more important than the health indicators. The particular innovation of this article is using "The average health and hygiene's cost of n rural household, provided by government and free of charge" indicator. Of course, about the importance and impact of this indicator, there are major differences between two methods, which are used.

Keywords: Efficiency; Rural Health; Data Envelopment Analysis

Received: 21 Dec, 2012

Accepted: 30 Sep, 2013

Citation: Jalalvandi M, Shamsollahi S, Shahtahmasbi E, Zarei Gharkanlu G. **The Role of Macro Health Indicators in Efficiency of Health and Hygiene Management in Rural Sector of Country's Provinces.** Health Inf Manage 2014; 11(2): 220.

* This article is an independent research without any financial aid.

1- Lecturer, Midwifery, Department of Midwifery and PhD student, Educational Management, Islamic Azad University, Arak Branch, Arak, Iran (Corresponding Author) Email: jalalvandi@iau-arak.ac.ir

2- MA, International Business Management, Central of Research and Education- Export Development Bank of Iran, Tehran, Iran

3- PhD student, International Marketing Management, Department of Commercial Management, Tarbiat Modares University, Tehran, Iran

مکان‌یابی مراکز بهداشتی - درمانی شهر نورآباد با استفاده از فرایند تحلیل سلسله مراتبی در محیط سیستم اطلاعات جغرافیایی*

براتعلی خاکپور^۱، حسین پورقیومی^۲، محمد قنبری^۳

مقاله پژوهشی

چکیده

مقدمه: استقرار هر عنصر شهری در موقعیت فضایی - کالبدی خاصی از سطح شهر، تابع اصول، قواعد و ساز و کار خاصی است که در صورت رعایت شدن به موفقیت و کارایی عملکردی آن عنصر در همان مکان مشخص خواهد انجامید. مهم‌ترین هدف این پژوهش شناسایی نحوه توزیع فضایی مراکز بهداشتی درمانی شهر نورآباد و مکان‌یابی مراکز بهداشتی درمانی در شهر نورآباد استان فارس می‌باشد.

روش بررسی: روش تحقیق پژوهش حاضر ترکیبی از روش‌های تحقیق اسنادی و توصیفی - تحلیلی است که با استفاده از نرم‌افزار Geography Information System و به کمک مدل هم‌پوشانی شاخص‌ها و تحلیل سلسله مراتبی Analytic Hierarchy Process و مدل تحلیل شبکه، مکان‌های مناسب برای ایجاد مراکز بهداشتی - درمانی جدید و همچنین بهترین و نزدیک‌ترین مسیر به بیمارستان در شهر نورآباد در سال ۱۳۹۱ خورشیدی مورد استفاده قرار گرفته است.

یافته‌ها: بررسی مراکز بهداشتی و درمانی شهر نورآباد نشان می‌دهد که این مراکز از لحاظ تعداد و شعاع دسترسی در وضعیت نامطلوبی قرار دارند و با استفاده از معیارهای شیب، تراکم جمعیت، فاصله از مراکز موجود بهداشتی درمانی، فضای سبز، آتش‌نشانی، شبکه‌ی ارتباطی و نوع کاربری اراضی و در نهایت تلفیق این لایه‌های اطلاعاتی بهترین مکان جهت احداث مراکز بهداشتی و درمانی مشخص گردید.

نتیجه‌گیری: پس از بررسی مکان‌های مناسب جهت احداث مراکز بهداشتی - درمانی و تطبیق آن با واقعیات زمینی، چندین مکان برای ایجاد بیمارستان و مراکز بهداشتی جدید برای این شهر پیشنهاد شده است. علاوه بر این با استفاده از تحلیل شبکه در نرم‌افزار GIS نزدیک‌ترین و بهترین مسیر به مراکز بهداشتی و بیمارستان‌ها از نقاط مختلف شهر جهت دسترسی سریع‌تر و بهتر شهروندان به این مراکز مشخص گردید. هم‌چنین نتایج این تحقیق کارآمدی سیستم اطلاعات جغرافیایی را در برنامه‌ریزی شهری به خصوص در مکان‌یابی مراکز بهداشتی و درمانی نشان می‌دهد.

واژه‌های کلیدی: سیستم اطلاعات جغرافیایی؛ تحلیل سلسله مراتبی؛ مراکز بهداشت و درمان محلی

پذیرش مقاله: ۹۲/۶/۱۲

اصلاح نهایی: ۹۲/۴/۲۴

دریافت مقاله: ۹۱/۱۰/۱۴

ارجاع: خاکپور براتعلی، پورقیومی حسین، قنبری محمد. مکان‌یابی مراکز بهداشتی - درمانی شهر نورآباد با استفاده از فرایند تحلیل سلسله مراتبی در محیط سیستم اطلاعات جغرافیایی. مدیریت اطلاعات سلامت ۱۳۹۳؛ ۱۱(۲): ۲۳۳-۲۲۱.

عناصر شهری عمومی را نمی‌توان یک سره به ساز و کارهای

مقدمه

استقرار هر عنصر شهری در موقعیت فضایی - کالبدی خاصی از سطح شهر، تابع اصول، قواعد و ساز و کار خاصی است که در صورت رعایت شدن، به موفقیت و کارایی عملکردی آن عنصر در همان مکان مشخص خواهد انجامید و در غیر این صورت چه بسا مشکلاتی بروز کند. استقرار بسیاری از عناصر شهری بیش‌تر تابع ساز و کارهای اقتصادی و رقابت آزاد است اما

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

۱- دانشیار، جغرافیا و برنامه‌ریزی شهری، دانشگاه فردوسی مشهد، مشهد، ایران

۲- مدرس، جغرافیا و برنامه‌ریزی شهری، دانشگاه پیام نور، تهران، ایران

۳- دانشجوی دکتری، جغرافیا و برنامه‌ریزی شهری، دانشگاه فردوسی مشهد و مشاور

جوان معاونت خدمات و محیط زیست شهری شهرداری مشهد، مشهد، ایران

Email: m.ghanbari233@yahoo.com

(نویسنده‌ی مسؤل)

(۵). با توجه مطالب ذکر شده اهمیت و ضرورت مطالعه درباره‌ی چگونگی توزیع فضایی و مکان‌یابی مراکز بهداشتی و درمانی و بیمارستان‌ها بیش از پیش احساس می‌گردد. از مهم‌ترین پژوهش‌ها درباره‌ی موضوع این تحقیق می‌توان به پژوهش شفیع‌ی در رابطه با سامان‌دهی فضایی - مکانی خدمات بهداشتی و درمانی در شهر زنجان اشاره کرد که پس از بررسی توزیع فضایی بیمارستان‌های شهر زنجان، با استفاده از نرم‌افزار GIS اقدام به مکان‌یابی این مراکز در شهر زنجان کرده است (۶). فعلی و همکاران در مقاله‌ای به مکان‌یابی مراکز بهداشتی - درمانی منطقه‌ی ۴ شیراز با استفاده از سیستم اطلاعات جغرافیایی پرداخته است و زمین‌های مناسب برای احداث مراکز بهداشتی - درمانی را پیشنهاد داده است (۷). ابراهیم زاده و زارعی مراکز بهداشتی - درمانی شهر فیروز آباد را مورد تحلیل قرار داده‌اند و به این نتیجه رسیده‌اند که توزیع مراکز بهداشتی - درمانی شهر فیروز آباد دارای توزیع مناسبی نمی‌باشد و سپس با استفاده از GIS به مکان‌یابی مراکز جدید پرداخته‌اند (۸). اهداف اصلی برنامه‌ریزی شهری را می‌توان در سه مفهوم کلیدی سلامت، آسایش و زیبایی خلاصه نمود (۹). بر این اساس هدف اصلی این پژوهش تعیین عوامل مؤثر در مکان‌یابی مراکز بهداشتی درمانی و ترکیب آن‌ها در محیط GIS به منظور ایجاد الگویی مناسب برای مکان‌یابی مراکز بهداشتی درمانی در شهر نورآباد می‌باشد.

روش بررسی

روش تحقیق پژوهش حاضر ترکیبی از روش‌های تحقیق اسنادی و توصیفی - تحلیلی است. اطلاعات مورد نیاز این پژوهش از طریق مطالعه طرح‌های جامع و تفصیلی شهر نورآباد، نقشه‌های ۱/۵۰۰۰ وضع موجود و تفصیلی این شهر و هم‌چنین مشاهده‌ی میدانی به‌دست آمده است. سپس با استفاده از نرم‌افزار GIS و به کمک مدل هم‌پوشانی شاخص‌ها و تحلیل سلسله مراتبی (AHP) و مدل تحلیل شبکه پس از طی مراحل ورود اطلاعات، مدیریت داده، تجزیه و تحلیل و پردازش داده‌ها، ارزش‌گذاری، وزن‌دهی و ترکیب

اقتصاد بازار آزاد واگذار کرد، بلکه لازم است برای جبران ناکارآمدی‌های بازار آزاد به تصمیمات و سیاست‌های مبتنی بر منافع عمومی تمسک جست، واحدهای خدمات عمومی بهداشتی - درمانی از آن جمله‌اند (۱).

در هیچ عصر و دوره‌ای امر سلامت مثل دوران ما مورد توجه دولت‌مردان و سیاست‌گذاران و مدیران جامعه و به‌طور کلی جامعه‌ی بشری قرار نگرفته است. این امر ضمن آن‌که دربردارنده‌ی امتیازات عدیده‌ای برای کشورها و جوامع محسوب می‌شود، در نظم و نسق دادن علمی سازمان‌ها و فعالیت‌های بهداشت و درمان و گسترش مدیریت نظام‌های بهداشتی و درمانی به نحو چشم‌گیری مؤثر بوده است (۲).

بسیاری از تصمیم‌گیری‌ها در پروژه‌های عمرانی و زیست محیطی و سایر پروژه‌ها به نوعی با مکان و موقعیت خاص جغرافیایی مربوط می‌باشد، در نتیجه وجود یک سیستم اطلاعات جغرافیایی ضروری می‌باشد. سیستم اطلاعات جغرافیایی (GIS) در پروژه‌های مختلف به ویژه در بخش مکان‌یابی و استقرار فعالیت‌های مختلف در مکان مناسب خود به عنوان راهنما و یک ابزار بسیار مناسب، نقش مهمی را ایفا می‌کند (۳). از آن‌جایی که چگونگی پراکنش خدمات عمومی نقش مهمی در برنامه‌ریزی شهری دارد، از این رو بهره‌گیری از GIS در مدیریت امور سلامت هم‌چون فراهم کردن دسترسی مناسب برای گیرندگان خدمات بهداشتی و ایجاد واحدهای جدید بهداشتی و درمانی و بیمارستان‌ها، ضمن کاربرد فراوان از اهمیت ویژه‌ای برخوردار است (۴).

شهر نورآباد از نظر مراکز خدماتی درمانی دچار نارسایی‌هایی می‌باشد و توزیع این مراکز درمانی و بهداشتی نیز به صورت عادلانه صورت نگرفته است. بنابراین در شرایط موجود توزیع فضایی مکان‌های بهداشتی و درمانی این شهر به صورت متناسب و بهینه نمی‌باشد. از آن‌جایی که سلامت هر فرد و جامعه در گرو مراکز است که سلامت وی را تأمین می‌کنند، مراکز خدمات بهداشتی و درمانی از مراکز است که به طور مستقیم در تأمین سلامت فرد و جامعه دخیل می‌باشند. دسترسی سریع، به موقع و ارزان به این مراکز در هر جامعه، به خصوص در جوامع شهری خیلی مهم و ضروری می‌باشد

بررسی مراکز بهداشتی- درمانی شهر نورآباد نشان می‌دهد که مساحت این نوع کاربری در نقشه‌ی وضع موجود سال ۱۳۸۳ خورشیدی، ۸۰۸۱۰ متر مربع می‌باشد که سرانه‌ی آن برابر با ۱/۵۵ متر مربع است. این کاربری ۰/۴۵ درصد از مساحت شهر را شامل می‌شود (۱۵). شکل ۱ پراکندگی مراکز بهداشتی درمانی شهر نورآباد و محدوده‌ی خدماتی آن‌ها را نشان می‌دهد.

شهرستان ممسنی با جمعیت ۱۱۶۳۸۶ نفری در سال ۱۳۹۰ خورشیدی تنها دارای یک بیمارستان می‌باشد که این بیمارستان در شهر نورآباد واقع شده است و جمعیت شهر نورآباد به تنهایی در سال ۱۳۸۵ خورشیدی هم برابر با ۵۲۵۹۷ نفر می‌باشد (۱۶) و عملکرد تنها بیمارستان شهر نورآباد در سطح شهرستان می‌باشد. در حالی که در بیش تر کشورهای جهان در مقابل ۴۵۰۰۰ تا ۵۰۰۰۰ نفر جمعیت یک بیمارستان پیشنهاد می‌شود (۱۷). با بررسی مطالعات قبلی مشخص گردید که شعاع عملکردی اصلی بیمارستان ۲۰۰۰ متر می‌باشد که با شعاع عملکردی ۱۰۰۰، ۱۵۰۰ و ۲۰۰۰ متر برای یک بیمارستان فقط قسمت‌های محدودی از شرق شهر در محدوده‌ی استاندارد خدمت‌رسانی برای یک بیمارستان است. بنابراین با وضعیت کنونی ایجاد بیمارستان‌های جدید برای شهر نورآباد ضروری به نظر می‌رسد. به علاوه پراکندگی مراکز بهداشتی شهر نورآباد نشان می‌دهد که این مراکز اکثراً در قسمت‌های مرکزی و غربی شهر قرار گرفته‌اند و با شعاع خدمت‌رسانی ۵۰۰ و ۱۰۰۰ متری مناطق جنوبی و شرقی شهر خارج از شعاع عملکردی این نوع مراکز می‌باشند. بنابراین با وضعیت کنونی ایجاد مراکز بهداشتی جدید نیز ضروری به نظر می‌رسد.

مکان‌یابی مراکز بهداشتی - درمانی جدید

شناسایی عوامل تأثیرگذار در مکان‌یابی مراکز بهداشتی درمانی: اگر چه عوامل تأثیرگذار در مکان‌یابی مراکز بهداشتی می‌تواند با توجه به مؤلفه‌های اثرگذار در انتخاب مکان مناسب برای این مراکز متفاوت باشد، ولی با بررسی مطالعات قبلی درباره‌ی مکان‌یابی مراکز بهداشتی درمانی، در این تحقیق از لایه‌های اطلاعاتی زیر استفاده شده است:

لایه‌های اطلاعاتی مکان‌های مناسب برای ایجاد بیمارستان و مراکز بهداشتی جدید و همچنین بهترین و نزدیک‌ترین مسیر به بیمارستان مشخص گردید.

مدل‌های تحقیق

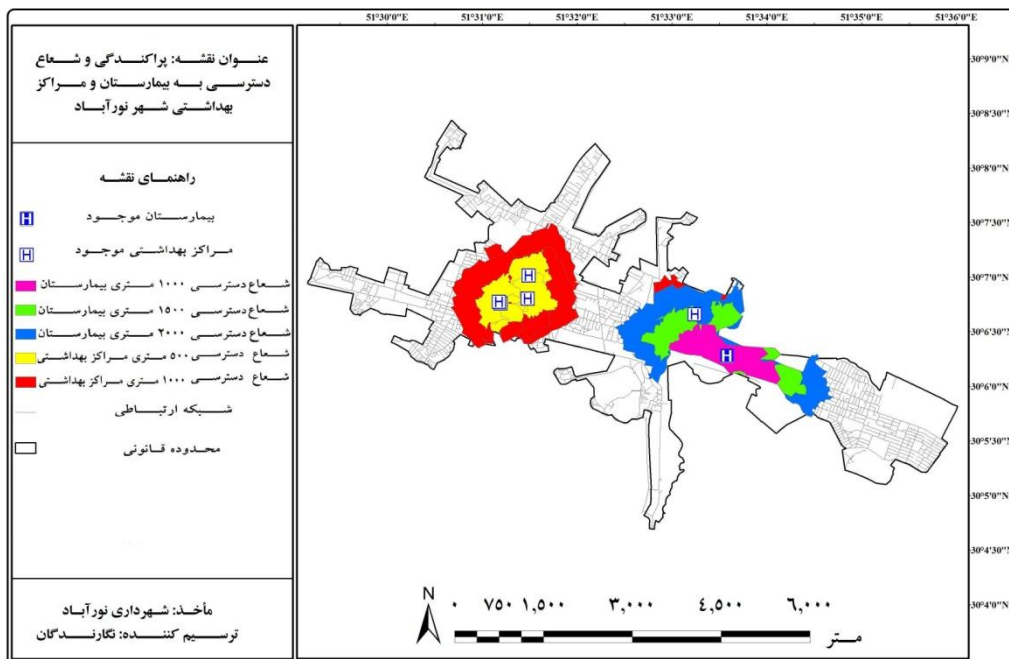
مدل هم‌پوشانی شاخص‌ها: در این تحقیق برای مکان‌یابی مراکز بهداشتی شهر نورآباد از مدل هم‌پوشانی شاخص‌ها (Index Overlay) استفاده شده است. در این مدل علاوه بر وزن دهی به لایه‌های اطلاعاتی، واحدهای موجود در هر لایه‌ی اطلاعاتی نیز بر اساس پتانسیل خود وزن خاصی خواهد داشت (۱۰).

فرایند تحلیل سلسله مراتبی (AHP): فرایند تحلیل سلسله مراتبی یکی از کارآمدترین تکنیک‌های تصمیم‌گیری است که اولین بار توسط توماس ال ساعتی در سال ۱۹۸۰ میلادی مطرح شد (۱۱). این تحلیل به عنوان یک فن‌آوری مؤثر جهت تعیین مکان بهینه‌ی استقرار تأسیسات از بین شاخص‌های چندمعیاری استفاده شده است (۱۲). این تحلیل از جامع‌ترین سیستم‌های طراحی شده برای تصمیم‌گیری با معیارهای چندگانه است، زیرا امکان فرموله کردن مسایل را به صورت سلسله مراتبی فراهم می‌کند. این روش ابزاری قدرتمند و انعطاف‌پذیر برای بررسی کمی و کیفی مسایل چندمعیاره می‌باشد که خصوصیت اصلی آن بر اساس مقایسه‌ی زوجی می‌باشد (۱۳). به همین جهت در این تحقیق برای ارزش‌دهی به معیارها و انتخاب مکان مناسب از این مدل استفاده شده است.

مدل تحلیل شبکه: در تحلیل‌های مبتنی بر شبکه‌ی معابر و خیابان‌های شهری که نقش حیاتی و بنیادی در جابه‌جایی‌های درون شهری ایفا می‌نمایند، به صورت عوارض خطی به کار برده می‌شوند، به همین دلیل نتایج حاصل از این نوع تحلیل از درجه‌ی اطمینان بسیار بالایی نسبت به تحلیل‌های فضایی که فقط به صورت فضایی به تعیین بزرگ‌ترین مسیر بین دو نقطه می‌پردازند، برخوردار می‌باشند (۱۴).

یافته‌ها

بررسی وضع موجود مراکز بهداشتی - درمانی شهر نورآباد



شکل ۱: نقشه‌ی پراکنندگی و شعاع دسترسی به بیمارستان و مراکز بهداشتی شهر نورآباد

اصلی و غیره است و زیرمعیارها، فواصل صفر تا ۱۰۰ متر ۱۰۰-۲۰۰ متر و غیره است. سپس عناصر موجود در هر سطح از سلسله مراتب به ترتیب از پایین به بالا نسبت به کلیه‌ی عناصر مرتبط در سطح بالاتر ارزیابی می‌شوند. از این رو گزینه‌های تصمیم بر اساس آخرین سطح شاخص‌های تصمیم ارزیابی و از سوی دیگر شاخص‌های تصمیم ارزیابی می‌شوند. چهار مرحله‌ی بعدی در این روش به ترتیب عبارت‌اند از: ایجاد ماتریس مقایسه‌ی دوتایی، محاسبه‌ی وزن معیارها، محاسبه‌ی امتیاز نهایی گزینه‌ها و بررسی سازگاری منطقی قضاوت‌ها.

الف. ایجاد ماتریس مقایسه‌ی دوتایی (زوجی): در این روش معیارها دو به دو با یکدیگر مقایسه می‌شوند. سپس یک مقیاس اساسی با مقادیر از ۱ تا ۹ برای تعیین میزان اولویت‌های نسبی دو معیار به کار گرفته می‌شود. در این ماتریس اگر معیار A دو برابر معیار B اهمیت داشته باشد، معیار B به اندازه نصف معیار A اهمیت دارد. در ضمن مقایسه‌ی هر معیار با خودش امتیاز ۱ را منجر خواهد شد (اهمیت معادل). بنابراین عدد یک در قطر اصلی ماتریس منظور می‌شود. با استفاده از نظر کارشناسان و اساتید دانشگاه

۱- نزدیکی به فضای سبز، ۲- نزدیکی به مراکز آتش‌نشانی، ۳- فاصله از مراکز صنعتی، ۴- نزدیکی به شبکه‌ی ارتباطی اصلی، ۵- نزدیکی به مرکز نواحی، ۶- تراکم جمعیت، ۷- کاربری اراضی، ۸- شیب، ۹- فاصله‌ی مراکز موجود. تعریف ارزش‌های مورد نظر یا سناریوهای موجود در تحقیق: منظور از ارزش‌گذاری، دادن وزنی به لایه‌های اطلاعاتی متناسب با درجه‌ی اهمیت و تأثیر آن‌ها در انتخاب مکان مناسب است. هدف اصلی از وزن‌دهی یا ارزش‌گذاری لایه‌های اطلاعاتی، بیان اهمیت هر معیار نسبت به سایر معیارهاست (۱۸).

در این تحقیق برای ارزش‌گذاری لایه‌های اطلاعاتی از مدل AHP استفاده شده است. در این روش وزن‌دهی به معیارها در نرم‌افزار Expert Choice صورت می‌گیرد. روش کار بدین‌گونه است که در ابتدا یک سلسله مراتب از مسأله‌ی مورد نظر ایجاد می‌شود که در این سلسله مراتب هدف، معیارها و زیرمعیارها مشخص می‌شود. در این پژوهش هدف، مکان‌یابی بیمارستان و مراکز بهداشتی است که معیارهای آن، لایه‌های اطلاعاتی مانند فاصله از مراکز صنعتی، راه‌های

از ماتریس نرمال شده، یعنی تقسیم کردن مجموع امتیازات نرمال شده بر هر ردیف بر تعداد معیارها. این میانگین تخمینی از وزن نسبی معیارهای مقایسه شونده را ایجاد می‌کند، عددی که در این مرحله به دست می‌آید اهمیت معیارها یا زیرمعیارها را نشان می‌دهد. جدول ۱ مرحله‌ی ایجاد ماتریس مقایسه‌ی دوتایی و جمع نمودن مقادیر هر ستون را برای لایه‌ی شیب نشان می‌دهد.

جدول ۱: ماتریس مقایسه‌ی زوجی برای لایه‌ی اطلاعاتی شیب

امتیاز	۲۰-۱۰۰	۱۵-۲۰	۱۰-۱۵	۵-۱۰	۰-۵	شیب به درصد
۰/۴	۶	۳/۵	۲/۵	۲	۱	۰-۵
۰/۲۷۸	۵	۳/۵	۲	۱	۰/۵	۵-۱۰
۰/۱۸	۴	۲/۵	۱	۰/۵	۰/۴	۱۰-۱۵
۰/۰۹	۲	۱	۰/۴	۰/۲۸	۰/۲۸	۱۵-۲۰
۰/۰۵۲	۱	۰/۵	۰/۲۵	۰/۲	۰/۱۷	۲۰-۱۰۰
۱	۱۷	۱۱	۶/۱۵	۳/۹۸	۲/۳۵	مجموع

وزن‌دهی به معیارها در مدل AHP برای مکان‌یابی مراکز بهداشتی و درمانی را نشان می‌دهد. با توجه به این که هر چه مراکز بهداشتی درمانی به مراکز نواحی - فضاهای سبز - راه‌های اصلی و ایستگاه‌های آتش‌نشانی نزدیک‌تر باشد از کیفیت و مقبولیت بیشتری برخوردار است، برای این لایه‌های اطلاعاتی امتیازدهی صورت گرفته است، یعنی به این لایه‌های اطلاعاتی با افزایش فاصله امتیاز کمتر و با کاهش فاصله امتیاز بیشتری اختصاص داده شده است (شکل ۲).

برای لایه‌ی فاصله از مراکز صنعتی، فاصله از بیمارستان و مراکز بهداشتی به علت رعایت اصل پراکندگی و فاصله گرفتن از آلودگی‌های صنعتی عکس مورد فوق صادق است، یعنی با افزایش فاصله امتیاز بیشتر و با کاهش فاصله امتیاز کم‌تری اختصاص داده شده است (شکل ۳).

برای لایه‌ی شیب با توجه به این که مناطق با شیب کم‌تر برای ساخت مراکز بهداشتی و درمانی مناسب‌تر است، امتیازدهی بدین گونه است که مناطق با شیب کم‌تر امتیاز بالاتر و مناطق با شیب بیشتر امتیاز کم‌تری گرفته‌اند. برای

و مطالعات قبلی اقدام به مقایسه‌ی دوتایی بین معیارها و زیرمعیارها شده است.

ب. محاسبه‌ی وزن معیارها: این مرحله شامل عملیات زیر است: الف- جمع نمودن مقادیر هر ستون ماتریس مقایسه‌ی دوتایی. ب- تقسیم نمودن هر مؤلفه‌ی ماتریس بر مجموع ستونش (ماتریس حاصل ماتریس مقایسه‌ی دوتایی نرمال نشده نام دارد). ج- محاسبه‌ی میانگین مؤلفه‌ها در هر ردیف

همان گونه که در جدول فوق مشخص گردیده، زیر لایه‌ی اطلاعاتی ۰-۵ درصد با ۰/۴ بیش‌ترین امتیاز و زیر لایه‌ی ۲۰-۱۰۰ با ۰/۰۵۲ کم‌ترین امتیاز را دارا می‌باشد.

ج. تعیین امتیاز نهایی (اولویت) گزینه‌ها: در این مرحله برای به دست آوردن وزن نرمال باید وزن هر یک از معیارها در زیرمعیارهای ضرب شود. عددی که در این مرحله به دست می‌آید وزن نهایی بوده و آماده‌ی ورود به سیستم اطلاعات جغرافیایی می‌باشد.

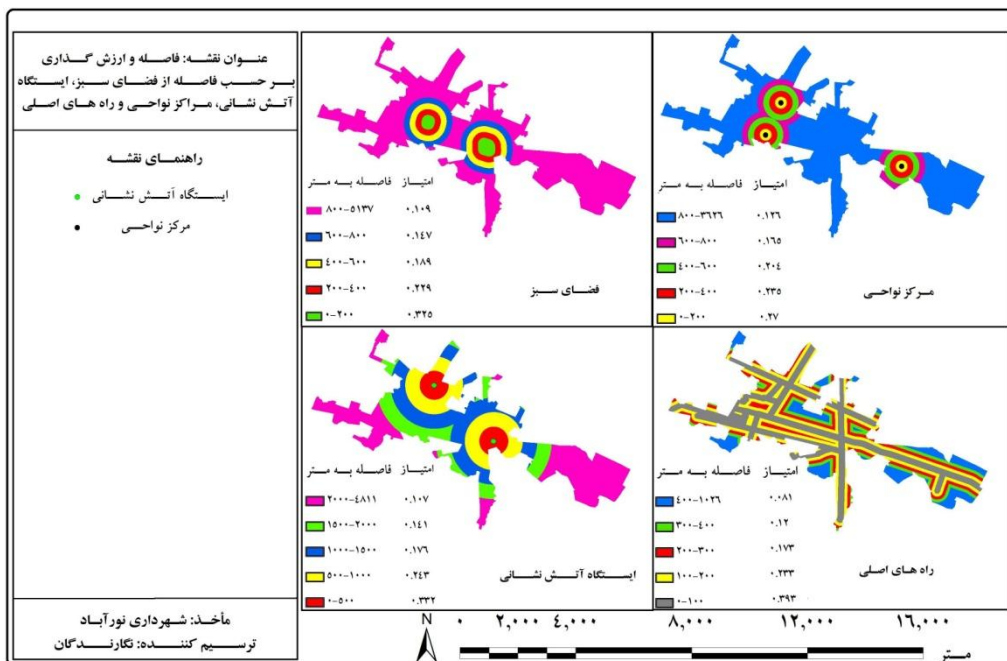
د. بررسی سازگاری در قضاوت‌ها: چون تعیین کمیت‌ها برای معیارها، زیر معیارها و گزینه‌ها در ماتریس‌های مقایسه‌ای بر اساس قضاوت شخصی یا گروهی کارشناسی و یا مردم است، لازم است میزان سازگاری یا ناسازگاری در قضاوت‌ها انجام شده مورد آزمون قرارگیرد. میزان سازگاری به صورتی طراحی می‌شود که اگر این میزان کم‌تر از ۰/۱ باشد، سطح قابل قبول سازگاری را در مقایسه‌های دوتایی نشان می‌دهد، اما اگر این نسبت بیش‌تر از ۰/۱ باشد، نشان‌گر قضاوت‌های ناسازگار می‌باشد. در چنین مواردی باید در مقادیر اصلی ماتریس مقایسه‌ی دوتایی تجدید نظر و اصلاح شود. جدول ۲ مراحل

جدول ۲: وزن معیارها و زیرمعیارها بر اساس روش AHP برای مکان‌یابی مراکز بهداشتی و درمانی

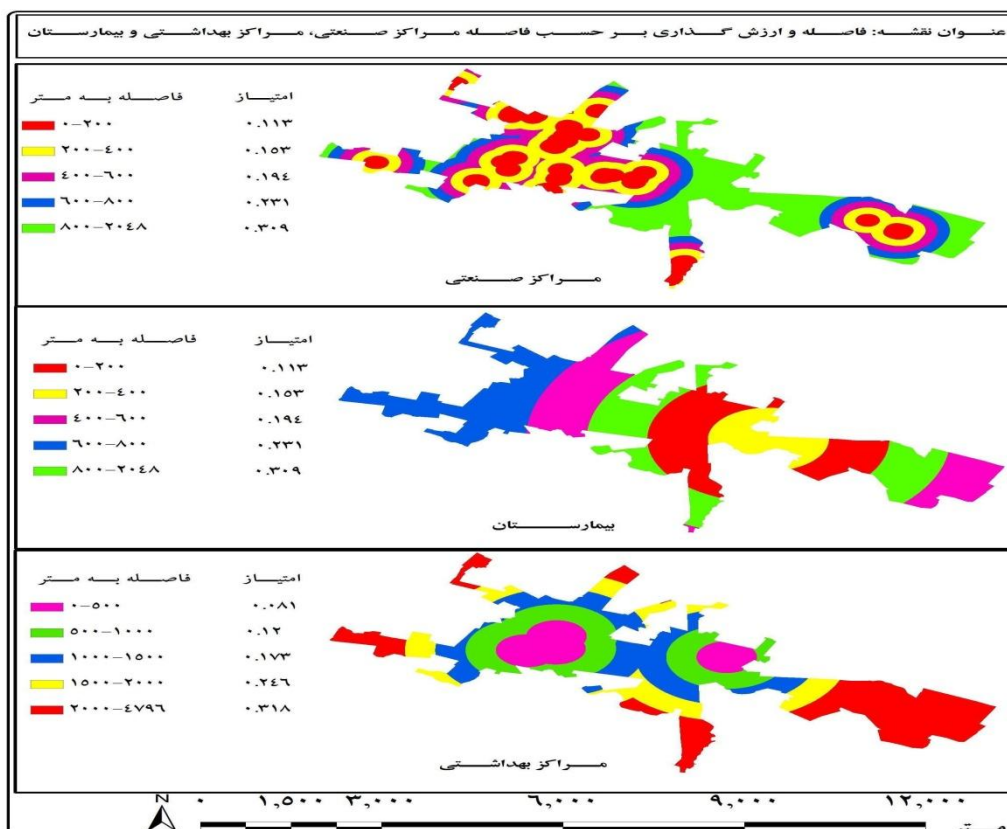
معیار	وزن	زیرمعیار	وزن نرمال	نسبت سازگاری	معیار	وزن	زیرمعیار	وزن نرمال	نسبت سازگاری
فاصله از فضای سبز	۰/۰۶۶	۰-۲۰۰	۰/۳۲۵	۰/۰	فاصله از آتش‌نشانی	۰/۰۵۹	۰-۵۰۰	۰/۳۳۲	۰/۰۱
		۲۰۰-۴۰۰	۰/۲۲۹				۵۰۰-۱۰۰۰	۰/۲۳۳	
		۴۰۰-۶۰۰	۰/۱۸۹				۱۰۰۰-۱۵۰۰	۰/۱۷۶	
		۶۰۰-۸۰۰	۰/۱۴۷				۱۵۰۰-۲۰۰۰	۰/۱۴۱	
فاصله از مراکز صنعتی	۰/۰۷۶	۰-۲۰۰	۰/۱۱۳	۰/۰۱	فاصله از شبکه‌ی ارتباطی	۰/۱۶۸	۰-۱۰۰	۰/۳۹۳	۰/۰۲
		۲۰۰-۴۰۰	۰/۱۵۳				۱۰۰-۲۰۰	۰/۲۳۳	
		۴۰۰-۶۰۰	۰/۱۹۴				۲۰۰-۳۰۰	۰/۱۷۳	
		۶۰۰-۸۰۰	۰/۲۱۳				۳۰۰-۴۰۰	۰/۱۱۲	
فاصله از مرکز نواحی	۰/۱۰۹	۰-۲۰۰	۰/۲۷	۰/۰	شیب	۰/۰۶۸	۰-۵	۰/۴	۰/۰۳
		۲۰۰-۴۰۰	۰/۲۳۵				۵-۱۰	۰/۲۷۸	
		۴۰۰-۶۰۰	۰/۲۰۴				۱۰-۱۵	۰/۱۸	
		۶۰۰-۸۰۰	۰/۱۶۵				۱۵-۲۰	۰/۰۹	
فاصله از مراکز بهداشت موجود	۰/۱۴۲	۰-۵۰۰	۰/۰۸۱	۰/۰۲	تراکم (نفر در هکتار)	۰/۱۲	کم‌تر از ۱۵	۰/۱۰۹	۰/۰
		۵۰۰-۱۰۰۰	۰/۱۲				۱۵-۳۰	۰/۱۴۹	
		۱۰۰۰-۱۵۰۰	۰/۱۷۳				۳۰-۵۴	۰/۱۷۹	
		۱۵۰۰-۲۰۰۰	۰/۲۳۳				۴۵-۶۰	۰/۲۴۶	
فاصله از بیمارستان موجود	۰/۱۴۲	۰-۱۰۰۰	۰/۰۸۱	۰/۰۲	فاصله از بیمارستان موجود	۰/۱۴۲	۳۰۰۰-۴۰۰۰	۰/۲۳۳	۰/۰۲
		۱۰۰۰-۲۰۰۰	۰/۱۲				۴۰۰-۷۰۲۸	۰/۳۹۳	
		۲۰۰۰-۳۰۰۰	۰/۱۷۳						
کاربری اراضی	۰/۱۹۴	باغ، بایر، زراعی، فضای سبز			۰/۲۸۸				
		صنعتی، کارگاهی، حمل و نقل و انبارداری			۰/۲۰۴				
		اداری، فرهنگی			۰/۱۴				
		ورزشی، بهداشتی، گورستان			۰/۱۱۴				۰/۰۱
		نظامی، آموزشی، جهانگردی - پذیرایی			۰/۰۹۷				
		مسکونی، تجاری، تأسیسات و تجهیزات شهری			۰/۰۸۴				
		مذهبی، تاریخی، مسیل، درمانی			۰/۰۷۲				

به این که یکی از اهداف مکان‌یابی مراکز بهداشتی درمانی بهره‌مندی اکثر جمعیت از این مراکز می‌باشد، برای لایه‌ی تراکم جمعیت امتیازدهی صورت گرفته است، بدین گونه که محلات با تراکم بالاتر امتیاز بیش‌تر و محلات با تراکم پایین‌تر امتیاز کم‌تر دریافت نموده‌اند (شکل ۴).

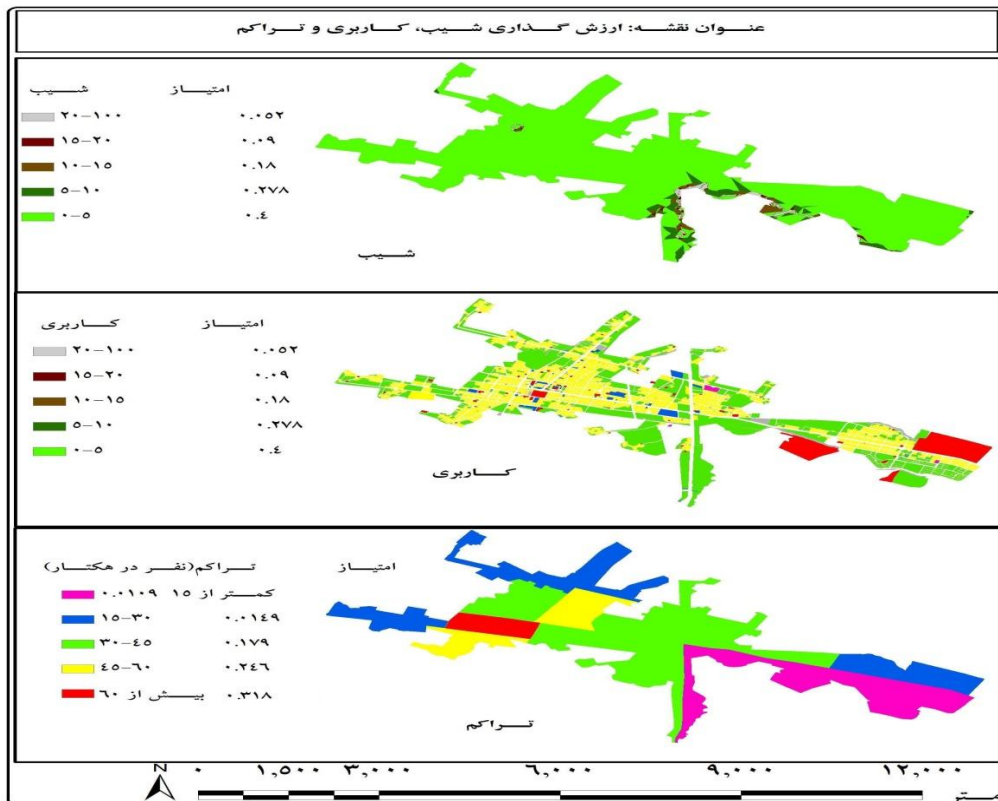
لایه‌ی کاربری اراضی بر اساس ارزش اقتصادی و میزان تناسب اراضی برای ایجاد مراکز بهداشتی و درمانی امتیاز در نظر گرفته شده است. به عنوان مثال به کاربری بایر بر اساس ارزش اقتصادی کم‌تر امتیاز بالاتر و به کاربری تجاری بر اساس ارزش اقتصادی بالاتر امتیاز کم‌تری داده شد. با توجه



شکل ۲: فاصله و ارزش گذاری بر حسب فاصله از فضای سبز، ایستگاه آتش نشانی، مرکز نواحی و راه های اصلی



شکل ۳: فاصله و ارزش گذاری بر حسب فاصله از مراکز صنعتی، بیمارستان و مراکز بهداشتی



مکان‌ها برای ایجاد مراکز جدید بهداشتی و درمانی براساس وضعیت خیلی ضعیف تا خیلی خوب مشخص گردیده است.

تطبیق نتایج الگوی مکان‌یابی با واقعیات زمینی

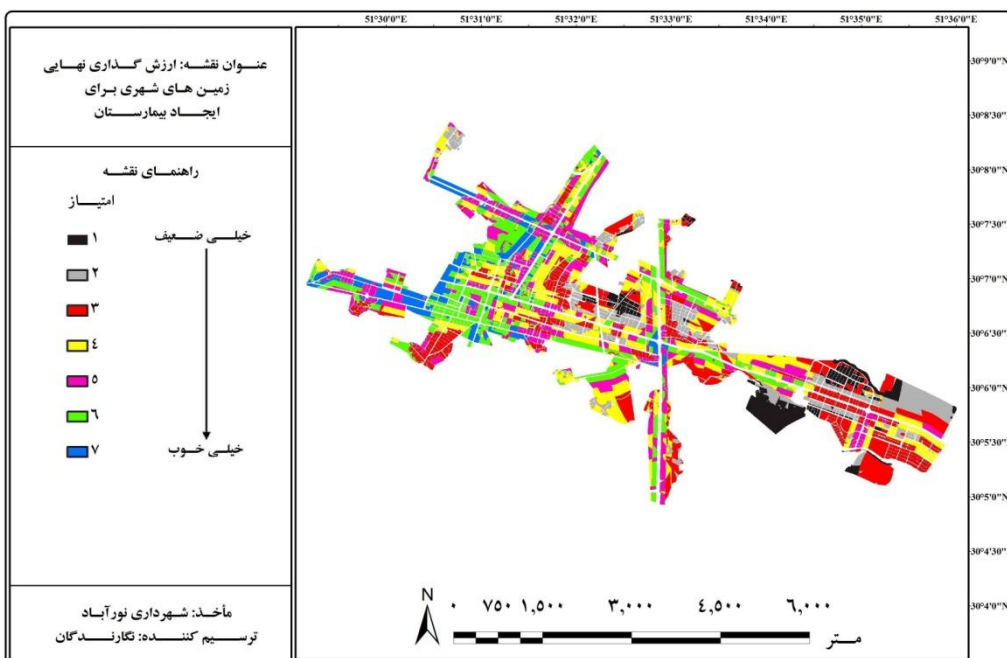
از مهم‌ترین مسایلی که پس از انتخاب و مکان‌یابی به وسیله‌ی سیستم اطلاعات جغرافیایی باید مورد توجه قرار گیرد، بررسی این موضوع است که مناطق تعیین شده تا چه حد با واقعیت و شرایط منطقه تطابق دارند (۱۹). آخرین مرحله‌ی مکان‌یابی به وسیله سیستم اطلاعات جغرافیایی مشاهده‌ی میدانی می‌باشد. در این تحقیق پس از مشخص شدن زمین‌های مناسب جهت ایجاد مراکز بهداشتی و درمانی توسط نرم‌افزار GIS در نهایت زمین‌های دسته‌ی ۷ مورد بررسی میدانی قرار گرفت و پس از تطبیق نتایج الگوی مکان‌یابی با واقعیت موجود در منطقه‌ی مورد مطالعه و با در نظر گرفتن کلیه‌ی پارامترهای مؤثر در فرایند مکان‌یابی، نهایتاً چند مکان برای ایجاد بیمارستان و مراکز بهداشتی جدید مناسب تشخیص داده شد که نتایج آن در شکل ۷ نشان داده شده است.

بحث

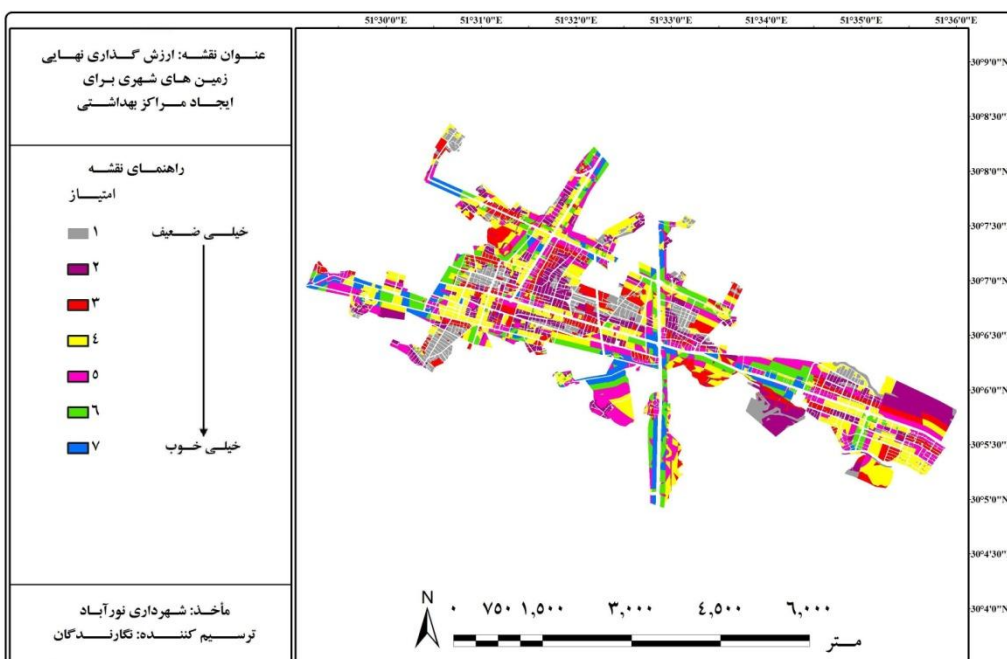
ترکیب لایه‌های اطلاعاتی

پس از ارزش‌گذاری لایه‌های اطلاعاتی، باید تمام لایه‌های اطلاعاتی مؤثر در مکان‌یابی با هم ترکیب شوند. در ترکیب لایه‌ها لایه‌ی جدید یا خروجی از ترکیب دو یا چند لایه‌ی ورودی به دست می‌آید. بدین ترتیب لایه صفتی اختصاص یافته به هر موقعیت در لایه‌ی خروجی، تابعی از ارزش‌های لایه‌ی ورودی است (۱۸). در این بررسی عملیات تلفیق لایه‌ها با استفاده از مدل هم‌پوشانی شاخص‌ها صورت گرفت که در نهایت محدوده‌ی مورد مطالعه از لحاظ قابلیت ایجاد بیمارستان و مراکز بهداشتی جدید در هفت دسته از خیلی ضعیف یا امتیاز (۱) تا خیلی خوب یا امتیاز (۷) تقسیم‌بندی و نتایج آن در شکل ۵ و ۶ نشان داده شده است.

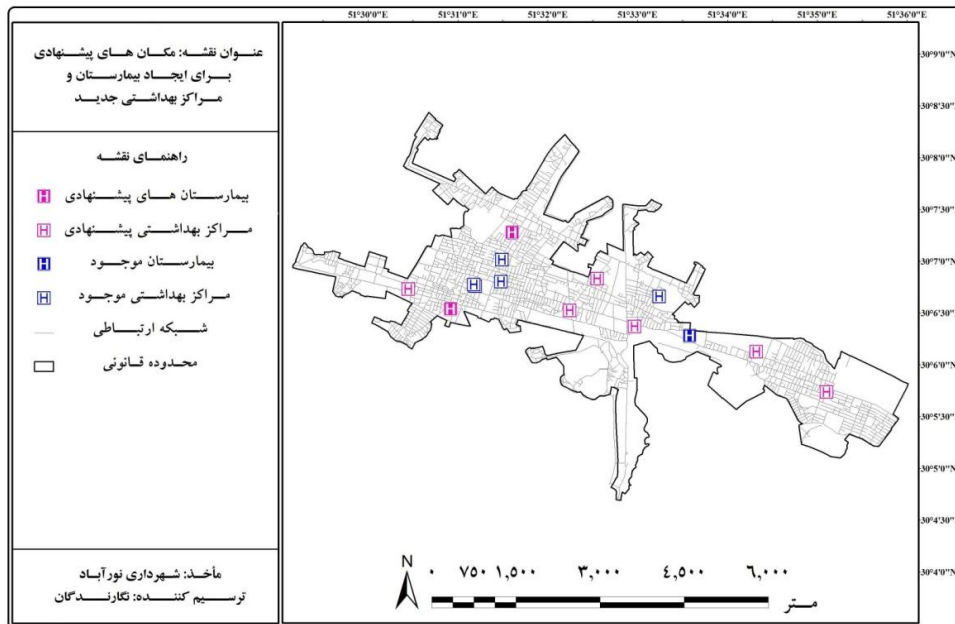
در بحث مقایسه‌ی نتایج مکان‌یابی مراکز بهداشتی - درمانی در شهر نورآباد با سایر مطالعات انجام شده در این زمینه، می‌توان گفت که هم‌چون سایر مطالعات انجام شده، بهترین



شکل ۵: ارزش گذاری نهایی زمین های شهری برای ایجاد بیمارستان



شکل ۶: ارزش گذاری نهایی زمین های شهری برای ایجاد مراکز بهداشتی

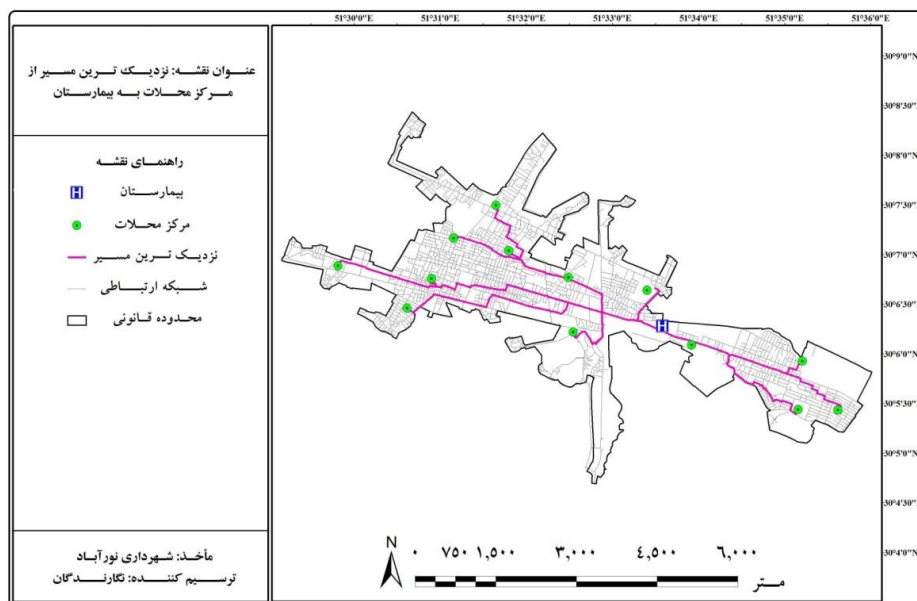


شکل ۷: مکان‌های پیشنهادی برای ایجاد مراکز بهداشتی و درمانی جدید

حوادث) به عنوان بهترین مسیر مطرح بوده باشد. مشخص کردن نزدیک‌ترین و بهترین مسیر به بیمارستان‌ها از مهم‌ترین کاربردهای تحلیل شبکه محسوب می‌شود. در این تحقیق این تحلیل بر روی مراکز محلات انجام گرفت تا به نوعی تمام ساکنان شهر نورآباد بتوانند از این مسیرهای بهینه استفاده کنند. نتایج این تحلیل در شکل ۸ نشان داده شده است.

تعیین نزدیک‌ترین مسیر به بیمارستان

از آنجایی که سرعت رساندن بیماران به بیمارستان و کوتاه کردن مسیر دسترسی به بیمارستان به عنوان یکی از مهم‌ترین رویکردها در کاهش مرگ و میرها و حفظ سلامتی افراد می‌باشد، این امکان وجود دارد که نزدیک‌ترین مسیر بین دو نقطه‌ی عرضه (بیمارستان) و تقاضای خدمات (محل وقوع



شکل ۸: نزدیک‌ترین مسیر از مراکز محلات به بیمارستان

بهداشتی جدید و همچنین تعیین بهترین مسیر برای دسترسی به این مراکز تا حدودی به افزایش سلامتی و آسایش در شهرها کمک کنند.

پیشنهادها

با عنایت به مطالعات انجام شده و نتایج نهایی حاصل از آن، راهکارهای سامان‌دهی بهینه و برنامه‌ریزی اصولی جهت کاستن از مشکلات خدمات بهداشتی و درمانی شهر نورآباد شامل موارد زیر می‌باشد:

- با توجه به نیاز شهر نورآباد به احداث بیمارستان و مراکز بهداشتی درمانی جدید بر اساس نقشه‌ی ۷ مکان‌هایی برای احداث بیمارستان به‌عنوان مکان بهینه پیشنهاد گردید.
- ضرورت وضع مقررات خاص مکان‌یابی مراکز بهداشتی درمانی و نظارت بر اجرای آن.
- ضرورت ندادن مجوز تأسیس کاربری‌های ناسازگار در مجاورت فعالیت‌های درمانی.
- نظارت بیش‌تر شهرداری بر ساخت وساز مراکز درمانی در مکان‌های مناسب و پیشنهادی در نقشه‌ی ۷.
- استفاده‌ی بهتر و بیش‌تر از قابلیت‌های فوق‌العاده‌ی GIS و تحلیل شبکه در برنامه‌ریزی مکانی مراکز خدمات درمانی و به‌کارگیری آن در بخش اورژانس (در جهت تعیین بهترین مسیر) و همچنین مدیریت بحران.

نتیجه‌گیری

بررسی مراکز بهداشتی و درمانی شهر نورآباد نشان می‌دهد که این مراکز از لحاظ تعداد و شعاع دسترسی در وضعیت نامطلوبی قرار دارند و شهروندان شهر نورآباد در زمینه‌ی آسایش و رفاه با مشکل مواجه می‌باشند. در این تحقیق پس از شناسایی مسایل و مشکلات مکانی و فضایی خدمات بهداشتی و درمانی و بیمارستان در شهر نورآباد با استفاده از نرم‌افزار GIS و به کمک مدل AHP و هم‌پوشانی شاخص‌ها اقدام به مکان‌یابی مراکز بهداشتی جدید برای شهر نورآباد گردید. در نهایت چندین مکان برای ایجاد بیمارستان و مراکز بهداشتی جدید برای این شهر پیشنهاد شده است که با اختصاص این مکان‌ها به مراکز بهداشتی درمانی جدید می‌توان تا حدودی به تأمین رفاه و آسایش در شهر نورآباد کمک کرد. علاوه بر این با استفاده از تحلیل شبکه در نرم‌افزار GIS نزدیک‌ترین و بهترین مسیر به مراکز بهداشتی و بیمارستان‌ها از نقاط مختلف شهر جهت دسترسی سریع‌تر و بهتر شهروندان به این مراکز مشخص گردید.

هم‌چنین نتایج این تحقیق کارآمدی سیستم اطلاعات جغرافیایی را در برنامه‌ریزی شهری به خصوص در مکان‌یابی مراکز بهداشتی و درمانی نشان می‌دهد. از این رو برنامه‌ریزان و مدیران شهری با بهره‌گیری از این سامانه می‌توانند با شناسایی مکان‌های مناسب و تخصیص آن‌ها به مراکز

References

1. Yekani Fard A. Principles locating of health centers. Municipalities Journal 2001; 3(33): 16-9. [In Persian]
2. Dargahi H. Hospital standards. Tehran: Tehran University; 2001: 9. [In Persian].
3. Hajtali Asgari F, Salmani Nodooshan MR. Application of Arc View. Tehran: Network Development; 2008: 43. [In Persian]
4. Zangi Abadi A, Tabrizi, N. Spatial Analysis urban furniture in central tourist area in Isfahan city. Journal of Human Sciences of University Isfahan 2007; 22(1): 45-66. [In Persian]
5. Azizi M. Application Geography Information System in Locating: Case study: Mahabad city [Thesis in Persian]. Tabriz: Tabriz University; 2004.
6. Shafie Y. Spatial organization of hospitals in Zanjan City by using GIS [Thesis in Persian]. Zahedan: Sistan and Baluchestan University; 2007.
7. Fehli M, Ahmadi S, Hataminejad H. Positioning Health-Therapeutic Centers by use GIS case study: region 4 of Shiraz. Proceeding of the 4th conference management and urban planning; 2012 May 9-10; Mashhad, Iran: Mashhad University; 2012. [In Persian]
8. Ebrahimzadeh E, Zarie S. Analysis of locating Health-Therapeutic Centers by GIS case study: Firouzabad city. Journal of Geography 2013; 10(35): 83-104. [In Persian]

9. Hiraskar G. Town Planning. 1 st ed. New Delhi: RAI & Sons; 1989: 15.
10. Aleshykh A, Soltani M, Helali H. Application GIS in locating flood distribution stage. Journal of Geography Researches 2002; 67: 22-38. [In Persian]
11. Zebardast E. Application of AHP in urban and regional planning. Beautiful Arts Journal 2000; 10: 14. [In Persian].
12. Yang. J, Shi P. Applying analytic hierarchy process in firms overall performance evaluation: case study in China. International Journal of Business 2002; 7(1): 29-33.
13. Ngai EWT, E. Chan EWC. Evolution of knowledge management tools using AHP. Export systems with application 2005; 29(4): 889-99.
14. Esmaeli A. Application of GIS in Fire Stations routing process. Journal of Recent in Traffic 2003; 4(19): 18-23. [In Persian]
15. Detailed design of Noorabad City [Design in Persian]. Consulting Engineers of Amco; 2003: 161.
16. Statistical Yearbook of Provinces [Online]. Statistical Center of Iran. Available from: URL: www.amar.org.ir.
17. Razavian MT. Urban Land use planning. Tehran: Monshi; 2001: 151. [In Persian].
18. Farajzadeh M. GIS and Application in Tourism planning. Tehran: SAMT; 2005; 93. [In Persian].
19. Zarei Y. Analysis of the spatial distribution and locating urban services in Noorabad city by using GIS [Thesis in Persian]. Isfahan: Isfahan University; 2010.

Location Health-Therapeutic Centers of Nourabad by Use Analytical Hierarchy Process in GIS*

BaratAli Khakpoor¹; Hossein Purghayoomi²; Mohammad Ghanbari³

Original Article

Abstract

Introduction: The establishment of each urban element in special spatial-physical position of the urban level is subject to specific principles, rules and mechanisms, in that if observed, it will be led to the functional success and effectiveness of that element in that specific location. The main goal of this research is to investigate how the health-therapeutic centers in Nourabad city are spatially distributed and the positioning of health-therapeutic centers in Nourabad of Fars province.

Methods: The research method in this study is a combination of documentary and descriptive-analytical methods which the appropriate locations has been specified for building new health-therapeutic centers as well as the best and nearest route to the hospital using GIS software and index overlay model, Analytical Hierarchy Process (AHP) and network analysis model in Nourabad in 2013.

Results: Studying the health-therapeutic centers in Nourabad city shows that this center is in an unsatisfactory condition in terms of the number and distance of availability and the best locations for the construction of health-therapeutic centers was determined using the criteria of slope, population density, distance from existing health-therapeutic centers, green space, firefighter, communication network, the type of land use and finally the incorporation of these information layers.

Conclusion: After reviewing suitable sites for the construction of health-therapeutic centers and its adjustment with ground realities, multiple locations for constructing hospitals and new health centers for this city have been suggested. In addition, the best and nearest route for the health centers and hospitals in different parts of the city for faster and better access of the citizens to these centers was determined using network analysis in GIS software. Also, the results of this study show the effectiveness of Geographic Positioning System (GIS) in urban planning, especially in locating health-therapeutic centers.

Keywords: Geographic Information Systems; Analytical Hierarchy; Community Health Centers

Received: 3 Jan, 2013

Accepted: 3 Sep, 2013

Citation: Khakpoor BA, Purghayoomi H, Ghanbari M. **Location Health-Therapeutic Centers of Nourabad by Use Analytical Hierarchy Process in GIS.** Health Inf Manage 2014; 11(2): 233.

* This article is an independent research whit no financial support.

1- Associate Professor, Geography and Urban Planning, Ferdowsi University of Mashhad, Mashhad, Iran

2- Lecturer, Geography and Urban Planning, Payame Noor University, Tehran, Iran

3- PhD student, Geography and Urban Planning, Ferdowsi University of Mashhad, Mashhad, Iran (Corresponding Author) Email: m.ghanbari233@yahoo.com

سنجش رضایت‌مندی مشتریان از کیفیت خدمات داروخانه‌ها

با رویکرد ترکیبی و اصلاح شده‌ی Kano و Servqual*

ابوالقاسم عربیون^۱، جمال‌الدین کبوتری^۲، مهدی هاشمی^۳، محمد پیران^۴

مقاله پژوهشی

چکیده

مقدمه: داروخانه‌ها به عنوان تنها مرجع رسمی تحویل دارو به بیماران، دارای با اهمیت‌ترین نقش در ارایه‌ی دارو و مشاوره‌ی دارویی به بیماران، در سطح جامعه می‌باشند. بنابراین هدف این پژوهش، شناسایی وضعیت رضایت مشتریان از کیفیت خدمات داروخانه‌های شبانه‌روزی شهر بوشهر در سال ۱۳۹۰ خورشیدی، با استفاده از مدل‌های Kano و Servqual و ارایه‌ی راهکارهای اجرایی در زمینه ارتقای کیفیت وضعیت موجود بوده است.

روش بررسی: این پژوهش کاربردی و مطالعه‌ای توصیفی است. جامعه‌ی مورد پژوهش، مشتریان و مراجعین به چهار داروخانه‌ی شبانه‌روزی شهر بوشهر در سال ۱۳۹۰ خورشیدی بود. ابزار گردآوری اطلاعات پرسش‌نامه‌های استاندارد سنجش کیفیت خدمات و Kano بوده است و با استفاده از روش نمونه‌گیری تصادفی از میان مراجعه‌کنندگان به داروخانه‌های شبانه‌روزی، ۳۹۴ نفر به عنوان نمونه انتخاب و پرسش‌نامه‌ها در اختیار آنان قرار گرفت. تحلیل پرسش‌نامه‌ی Servqual بر اساس تحلیل شکاف مابین انتظارات و ادراکات مراجعین و پرسش‌نامه‌ی Kano بر مبنای فراوانی پاسخ‌ها بوده است.

یافته‌ها: تفاوت محسوسی بین کیفیت خدمات ارایه شده از سوی داروخانه‌های شبانه‌روزی بوشهر و ادراکات مراجعین وجود داشته و از میان ۲۹ ویژگی مطرح شده ۱۷ ویژگی دارای شکاف منفی بودند، این شاخص‌ها وارد مدل Kano شدند و از بین آن‌ها ۴ شاخص جزو نیازهای الزامی، ۶ شاخص جزو نیازهای تک بعدی، ۵ شاخص جزو نیازهای جذاب و ۲ شاخص در دسته‌ی بی‌تفاوتی قرار گرفتند.

نتیجه‌گیری: همبستگی مثبت و قوی میان شاخص‌های کیفیت ارایه‌ی خدمات داروخانه و رضایت مراجعین مشاهده شد که برنامه‌ریزی در جهت بهبود وضعیت خدمت‌دهی داروخانه‌های شبانه‌روزی، می‌تواند به افزایش رضایت بیماران منجر شود.

واژه‌های کلیدی: رضایت‌مندی؛ داروخانه؛ کیفیت خدمات؛ مشتریان

پذیرش مقاله: ۹۲/۲/۱۱

اصلاح نهایی: ۹۲/۲/۷

دریافت مجدد مقاله: ۹۲/۲/۵

ارجاع: عربیون ابوالقاسم، کبوتری جمال‌الدین، هاشمی مهدی، پیران محمد. سنجش رضایت‌مندی مشتریان از کیفیت خدمات داروخانه‌ها با رویکرد ترکیبی و اصلاح شده‌ی Kano و Servqual. مدیریت اطلاعات سلامت ۱۳۹۳؛ ۱۱(۲): ۲۵۰-۲۳۴.

جهت جلب رضایت مشتریان خود داشته باشد. از سوی دیگر، پیشرفت‌ها و جهش‌های شگرف علم پزشکی در زمینه‌ی دارو

مقدمه

در سیستم بهداشت، دارو و درمان، جذب و حفظ بیماران (مشتریان) نسبت به گذشته در حال دشوارتر شدن است، چرا که افزایش میزان آگاهی اقشار جامعه نسبت به مسایل بهداشتی و درمانی و کیفیت ارایه‌ی خدمات از یک‌سو و فزونی مراکز داروخانه‌ای از سوی دیگر سبب شده است که متقاضیان این‌گونه خدمات با حیطه و انتخاب گسترده‌تری، خدمات مورد نظر را مطالبه نمایند و در عرصه‌ی رقابت موجود، سازمانی موفق خواهد بود که تلاش بیش‌تری در

* این مقاله حاصل پایان‌نامه‌ی کارشناسی ارشد می‌باشد.

۱- استادیار، مدیریت، دانشکده‌ی کارآفرینی، پژوهشگاه توسعه و سیاست‌گذاری

کارآفرینی، دانشگاه تهران، تهران، ایران

۲- کارشناس ارشد، مدیریت، دانشگاه شهید باهنر کرمان، کرمان، ایران (نویسنده‌ی

مسئول)

Email: jamal_k64@yahoo.com

۳- کارشناس ارشد، مدیریت، دانشگاه خلیج فارس بوشهر، بوشهر، ایران

۴- دانشجوی کارشناسی ارشد، مدیریت کارآفرینی، دانشگاه تهران، تهران، ایران

کیفیت خدمات

تکریم ارباب رجوع که با هدف تأمین رضایت مشتری از خدمات عرضه شده در سازمان‌های مختلف صورت می‌گیرد، از جایگاه واقعی مشتری در کشور ما حکایت می‌کند. عدم آگاهی از نحوه‌ی ارزیابی کیفیت خدمات و ناشناخته بودن ابعاد مختلف کیفیت در این حوزه، در کنار عدم احساس نیاز به تعریف استانداردهای مدون در زمینه‌ی خدمات، مهم‌ترین عوامل فقدان توجه جدی به این موضوع اساسی به شمار می‌رود. وقتی از واژه‌ی کیفیت استفاده می‌شود، معمولاً محصول یا خدمتی در نظر گرفته می‌شود که یا انتظارات را برآورده می‌سازد یا از آن‌ها پیش می‌افتد. در تعریف دیگری از کیفیت گفته شده است: کیفیت مجموعه‌ای از خصوصیات و مشخصات یک کالا یا خدمت است که احتیاجات و رضایت مصرف کننده را تأمین می‌کند و توسط مشتری تعیین می‌شود، نه توسط تولیدکننده یا سرویس دهنده. بنابراین کیفیت را مشتری قضاوت و تعیین می‌کند (۲). Parasuraman عقیده دارد که کیفیت خدمت شامل انتظارات پیش از خرید مشتری، کیفیت ادراک شده از فرایند خرید و کیفیت ادراک شده از نتیجه‌ی خرید کالا یا خدمت است. این دو مفهوم وجوه مشترکی با هم دارند. هر دو مفهوم بر روی برآورده کردن نیاز مشتریان و انتظارات اولیه برای خریدهای آن‌ها تأکید دارند و تمرکز اصلی آن‌ها بر ادراکات و انتظارات مشتری می‌باشد و این‌که مشتریان، انتظارات‌شان را با ادراکات‌شان مقایسه می‌کنند و این فرایند مقایسه‌ای منجر به ارزیابی‌های کیفیت و یا رضایت و به دنبال آن به وجود آمدن قصد رفتاری در آن‌ها می‌شود. بر اساس این دیدگاه کیفیت خدمات درک شده عنصری از رضایت مشتری می‌باشد (۳).

ابعاد کیفیت خدمت در حوزه‌ی خدمات

به منظور درک درست از مدل‌های سنجش کیفیت خدمات، آشنایی با ابزارهای سنجش و چگونگی کاربرد آن‌ها ضروری است، بنابراین ابتدا به ابعاد کیفیت در بخش خدمات عمومی اشاره و سپس به مدل‌های سنجش کیفیت خدمت پرداخته می‌شود. شاید مهم‌ترین هدف از انجام پژوهش‌های مقدماتی، شناسایی معیارهایی بوده است که مشتریان جهت ارزیابی

به‌ویژه در سال‌های اخیر و پژوهش‌های علمی و اهمیت بازگشت سریع تندرستی بیماران، موجب شده است که بیش‌تر جوامع توجه زیادی به برنامه‌ریزی و اداره‌ی داروخانه‌ها معطوف کنند. کنترل و ارزیابی خدمات داروخانه‌ها به عنوان نخستین گام ضروری در ارایه‌ی صحیح خدمات بوده و داروخانه‌ها به عنوان مهم‌ترین متولیان تحویل دارو به بیماران در کشورها و جوامع گوناگون بیش‌ترین نیاز به ارزیابی را دارند. در این راستا هدف تحقیق حاضر، سنجش و اولویت‌بندی عوامل مؤثر بر رضایت‌مندی مشتریان از کیفیت خدمات داروخانه‌های شبانه‌روزی شهر بوشهر با استفاده از مدل اصلاح شده‌ی Kano و Servqual در سال ۱۳۹۰ خورشیدی بود. انجام این مطالعه که جزو محدود و شاید تنها مطالعه در حوزه‌ی کیفیت خدمات و رضایت مراجعین از داروخانه‌ها می‌باشد، به جهت آگاهی از وضعیت فعلی نحوه‌ی ارایه‌ی خدمات در داروخانه‌های کشور و ارایه‌ی راهکارهای اجرایی در زمینه ارتقای کیفیت وضعیت موجود حایز اهمیت می‌باشد.

رضایت مشتری

سنجش کارایی و کیفیت خدمات ارایه شده به مردم در بخش بهداشت، دارو و درمان از اولویت‌های مهم وزارت بهداشت است و بررسی میزان رضایت‌مندی استفاده کنندگان از خدمات یکی از روش‌های مهم ارزیابی کیفیت خدمات بهداشتی درمانی است. رضایت‌مندی یک واکنش شناختی و عاطفی است که طی آن فرد ارضای نیازهایش را اعلام می‌دارد. رضایت‌مندی مشتریان و مراجعین نشان‌دهنده‌ی ارایه‌ی صحیح خدمات بوده و از نشان‌گرهای مهم کیفیت خدمات بهداشت، دارو و درمان محسوب می‌شود. اهمیت موضوع رضایت‌مندی در سیستم ارایه‌ی خدمات سلامت از آن رو بیش‌تر می‌شود که تجربه‌ی بیماری و ضرورت تبعیت و پیگیری فرایند درمان و مراقبت، آسیب‌پذیری بیماران را افزایش داده و نیاز آن‌ها را به حمایت همه جانبه بیش‌تر می‌کند (۱). کیفیت خدمات ارایه شده به مراجعین داروخانه‌ها و نیز میزان رضایت آن‌ها از خدمات ارایه شده نمادی از وضعیت کلی ارایه‌ی خدمات به شمار می‌آید.

کیفیت خدمات، مورد بررسی قرار می‌دهند. چکیده‌ی این پژوهش‌ها در جدول ۱ ارائه شده است.

جدول ۱: چکیده‌ی برخی از پژوهش‌های انجام شده در زمینه‌ی ابعاد کیفیت خدمت

منبع	ابعاد	سال	نویسنده
۴	امنیت، سازگاری، نگرش، کامل بودن، شرایط، در دسترس بودن، آموزش. این ابعاد در سه دسته‌ی کیفیت دارایی‌های فیزیکی، قابلیت اطمینان خدمات و کیفیت فرایندهای ارائه‌ی خدمت طبقه‌بندی می‌شود.	۱۹۷۸	Sasser et al
۵-۱۰	کیفیت فنی نتایج، کیفیت کارکردی فرایند، وجهه‌ی شرکت	۱۹۷۸-۱۹۸۴، ۱۹۸۲، ۱۹۸۸، ۲۰۰۱	Gronroos
۱۱	کیفیت ساختار، فرایند، پیامد	۱۹۸۰	Donabedian
۱۲	کیفیت تعامل، کیفیت فیزیکی، کیفیت شرکت	۱۹۸۲	Lehtinen
۱۳	اثربخشی، کارایی، قابل قبول بودن، دسترسی، عدالت و مرتبط بودن	۱۹۸۴	Maxwell
۱۴	تسهیلات، وضعیت ظاهری و امکانات عرضه‌کننده، قابلیت اطمینان، پاسخ‌گویی، مهارت کارکنان، ادب و نزاکت، صداقت و قابل اعتماد بودن، امنیت، در دسترس بودن، ارتباطات، درک مشتری	۱۹۸۵	Parasuraman et al
۱۵	وضعیت ظاهری و امکانات، قابلیت اطمینان، پاسخ‌گویی، تضمین، هم‌دلی	۱۹۸۸	Parasuraman et al
۱۶	میزان خشنودی مشتری، سازمان داخلی، محیط فیزیکی و دستورالعمل‌های حامی سیستم ارائه‌ی خدمت، سیمای شرکت، تعامل پرسنل - مشتری	۱۹۸۸	LeBlanc & Nguyen
۱۷	دستاورد، رفتار، محصولات	۱۹۸۸	Brown
۱۸	عملکرد	۱۹۹۲	Babakus & Boller
۱۹	عملکرد	۱۹۹۲	Cronin & Taylor
۲۰	کیفیت مدیریت، کیفیت فنی یا حرفه‌ای، کیفیت مشتری یا ارباب رجوع	۱۹۹۳	Ovretveit
۲۱	تقریباً بر مبنای ابعاد ارائه شده توسط پاراسورامان و همکاران	۱۹۹۵	Johnston
۲۲	به موقع بودن، هم‌دلی، تضمین، هزینه‌ها، ملموسات و محسوسات، قابلیت اطمینان	۱۹۹۵	Harte & Dale
۲۳	1 + Servqual بعد نشان‌دهنده‌ی پیامد	۱۹۹۶	Buttle
۲۴	Servqual + بعد کیفیت محصول	۱۹۹۶	Genestre & Herbig
۲۵	کیفیت درونی، کیفیت بیرونی (مشابه کیفیت فنی و کیفیت کارکردی) قابلیت اطمینان، پاسخ‌گویی، شایستگی، تعهد، دسترسی، دسترس‌پذیری، ارتباطات، درک، انعطاف‌پذیری، ملموسات و محسوسات / کارکرد / فن‌آوری، اعتبار / صداقت، برخورد دوستانه، مفید بودن، نگرانی	۱۹۹۷	Mels et al
۲۶	ملموسات و محسوسات، قابلیت اطمینان، پاسخ‌گویی، تضمین، سخاوت و بخشندگی، ادب، صمیمیت	۲۰۰۰	White & Galbraith
۲۷	ارتباطات، پاسخ‌گویی، صداقت، هزینه، پاکیزگی	۲۰۰۰	Imrie et al
۲۸	نتیجه یا پیامد، تعامل، کیفیت محیطی	۲۰۰۱	Halstead
۲۹	امنیت، عملکرد، ظرافت، راحتی، هزینه، قابلیت اطمینان	۲۰۰۱	Brady & Cronin
۳۰	همانند ابعاد پژوهش قبل، با این تفاوت که سه بعد آخر در یک دسته به نام روابط میان‌فردی آمداند.	۲۰۰۱	Walters & Jones
۳۱	عوامل تکوینی (سهولت در استفاده، شکل ظاهری، لینک پیوند، ساختار، چیدمان، محتوا) و عوامل کنشی (قابلیت اطمینان، کارایی، حمایت، ارتباطات، امنیت، انگیزه)	۲۰۰۲	Imrie et al
۳۲		۲۰۰۳	Santos

ادامه‌ی جدول ۱: چکیده‌ی برخی از پژوهش‌های انجام شده در زمینه‌ی ابعاد کیفیت خدمت

منبع	ابعاد	سال	نویسنده
۳۳	سه بعد مدل گرونروس (مدل گرونروس را تأیید اعتبار نموده و آن را مناسب‌تر از Servqual دانستند)	۲۰۰۴	Kang & James
۳۴	پاسخ بی‌درنگ و قابل اطمینان، دسترسی، سهولت در استفاده، دقت و مراقبت، امنیت و اعتبار.	۲۰۰۴	Jun et al
۳۵	قابلیت اطمینان، پاسخ‌گویی، صلاحیت و شایستگی، سهولت در استفاده، امنیت و پرتفولیوی محصول	۲۰۰۴	Yang et al
۳۶	عوامل انسانی، ملموسات و محسوسات، خدمت کلیدی (کم و بیش شبیه کیفیت پیامد)، عوامل غیر انسانی، مسؤولیت اجتماعی	۲۰۰۵	Liu
۳۷	پنج بعد مدل Servqual + پیامد، حرفه‌ای‌گرایی / مهارت / شایستگی.	۲۰۰۵	Fowdar et al
۳۸	کیفیت فنی، کیفیت کارکردی، کیفیت محیط، کیفیت اداری	۲۰۰۵	Choi et al
۳۹	ابعاد Servqual + کیفیت پیامد	۲۰۰۶	Kang
۴۰	کیفیت فنی، کیفیت فرایندها یا کیفیت کارکردی، کیفیت زیرساخت‌ها، کیفیت تعامل و کیفیت جو	۲۰۰۶	Zineldin
۴۱	کیفیت روابط میان‌فردی، کیفیت فنی، کیفیت محیط، کیفیت اداری	۲۰۰۷	Dagger et al
۴۲	توسعه‌ی مدل Kano با رویکرد الگوریتم خطی به همراه مطالعه‌ی موردی آژانس هوایی	۲۰۱۱	Shahin & Nekuie
۴۳	مروری بر تکنیک‌های طبقه‌بندی کیفیت با استفاده از مدل Kano	۲۰۱۱	Mikulic & Prebezac
۲	ادراک مصرف‌کنندگان از کیفیت سطح خدمات تولیدکنندگان مواد غذایی با Servqual	۲۰۱۲	Badrudin et al
۴۴	ادغام مدل Kano با مدل تجربی استراتژیک	۲۰۱۲	& Hueiju Hsien

مدل SERVQUAL

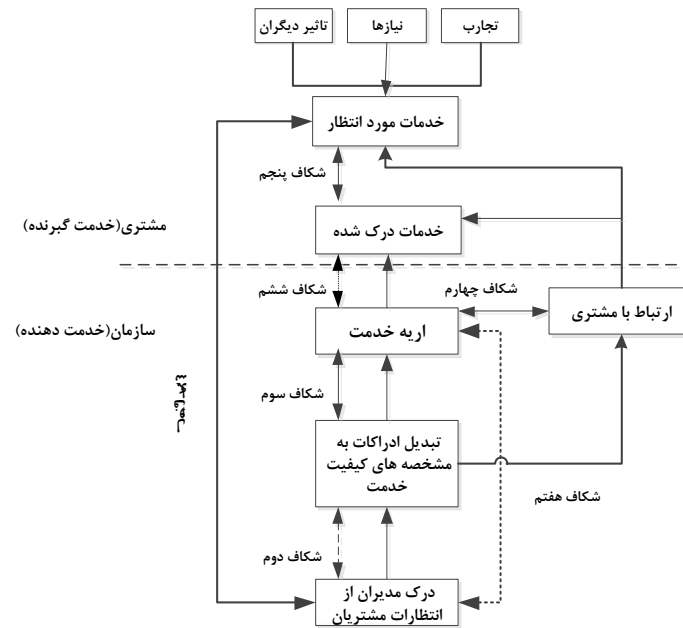
یکی از مدل‌های توسعه‌یافته در اندازه‌گیری کمی کیفیت خدمات متعلق به Parasuraman و همکاران است. این مدل سعی در اندازه‌گیری کیفیت خدمات در جایی که کیفیت خدمت به عنوان یک ضرورت جهت درک مشتری، انتظارات او و کیفیتی که از خدمات ارایه شده انتظار دارد، به کار می‌رود (۷، ۱۵). بنابراین Servqual به شناسایی شکاف میان انتظارات مشتریان و عملکرد واقعی خدمت ارایه شده پرداخته و رضایت مشتریان را ارزیابی می‌کند (۲). در این مدل پنج شکاف مورد بررسی قرار می‌گیرد که در نمودار ۱ نشان داده شده است. در ادبیات تحقیق، Servqual از جمله قوی‌ترین و پرکاربردترین مدل‌ها جهت ارزیابی کیفیت خدمات به شمار می‌آید. در جدول ۲ به معرفی مدل Servqual، ابعاد و نقاط قوت و ایرادات وارده بر آن، به صورت خلاصه پرداخته شده است.

مدل KANO

مدل Kano ابزاری مؤثر برای طبقه‌بندی کردن نیازها و درک طبیعت آنهاست و از سوی دیگر توضیح می‌دهد که چگونه

رضایت مشتریان تغییر خواهد کرد. Kano معتقد است مؤسسه‌هایی موفق به یک‌تازی در بازار می‌شوند که نه تنها به نیازمندی‌های امروزی مشتریان توجه می‌کنند، بلکه در پی خلق نیازهای جدیدی هستند که انگیزه‌ی بالایی را در مشتری به وجود می‌آورد. در حالی که بسیاری از تعاریفات قبلی کیفیت، تک بعدی بود، وی در مدل خود نیازمندی‌های مشتریان و یا به عبارت دیگر خصوصیات کیفی محصولات را به سه دسته تقسیم نمود و هر سه نوع نیازمندی را در یک نمودار دو بعدی نمایش داد (نمودار ۲ (۴۵)). مقایسه‌ی پارامترهای کیفیت عملکرد و رضایت استفاده‌کننده در جدول دو محوری، این را نشان داد که تعریف کیفیت بسیار پیچیده‌تر و کلی‌نگران‌تر است. ارتباط کیفیت در دو محور، سه تعریف منحصر به فرد از کیفیت را به دکنتر کانو نشان داد که شامل الزامات اساسی، الزامات عملکردی و الزامات انگیزشی است (۳).

۱- الزامات اساسی (الزامی): الزامات اساسی در صورت وجود، حداکثر می‌توانند از نارضایتی مشتری جلوگیری کنند، اما در صورت عدم وجود، موجب نارضایتی مشتری می‌شوند.



نمودار ۱: مدل تحلیل شکافت (۱۵)

جدول ۲: مشخصات کلی مدل SERVQUAL (۱۴-۱۵)

انتظارات مشتریان - ادراکات مشتریان = شکاف کیفیت خدمات یا $SQ = W_i (P_{ij} - E_{ij})$	مبنای مدل
تأکید بر جنبه‌های فیزیکی ارائه‌دهنده‌ی خدمات، مانند وضعیت ظاهری، تجهیزات، کارکنان و ...	ملموسات
میزان تمایل ارائه‌دهندگان خدمات، در کمک به مشتریان و ارائه‌ی فوری خدمات	پاسخ‌گویی
توان سازمان در ارائه‌ی خدمات به نحوی مناسب و دقیق	ابعاد اطمینان
تأکید بر قابلیت اعتماد، اطمینان و محرمانه نگاه داشتن امور مشتریان	تعهد
طرز رفتار فردی ارائه‌دهنده‌ی خدمات با مشتری	هم‌دلی
سنجش کیفیت خدمات در موسسات خدماتی، مثل بانک‌ها، بیمارستان‌ها و بسیاری سازمان‌های دیگر	کاربرد
۱- فهم آسان ۲- پذیرش و قبول مدل به صورت گسترده و فراگیر ۳- جذابیت ادراکی ۴- چند بعدی بودن ۵- توجه به نظرات مشتری برای ارزیابی کیفیت خدمات ۶- فرایند اجرا و تحلیل نتایج در این متدولوژی با جزییات بیشتری لحاظ شده است ۷- پایه‌ی ایجاد و گسترش مدل‌های متعدد	مزایای مدل
۱- انتقاد بر اعتبار و پایایی تفاوت‌های میان انتظارات مشتریان و درک آن‌ها از عملکرد ۲- انتقاد بر روابط جمععی میان ابعاد مختلف پنج‌گانه‌ی کیفیت خدمات ۳- ایستاد فرض کردن یا عدم مفروض کردن انتظارات مشتریان در طول زمان ۴- عدم لحاظ کردن تئوری‌های اثبات‌شده‌ی اقتصادی، آماری و روان‌شناسی در تشخیص، سنجش و تحلیل رضایت مشتری	معایب مدل

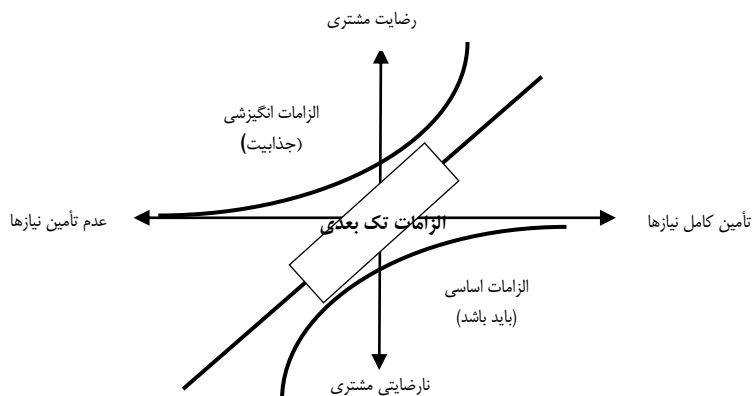
مشتری از محصول بیش‌تر است و اجرای ضعیف‌شان موجبات نارضایتی را فراهم خواهد کرد.

۳- الزامات جذاب (انگیزشی): عواملی هستند که در صورت

۲- الزامات تک بعدی (عملکردی): الزامات عملکردی دارای یک رابطه‌ی خطی و مستقیم با رضایت مشتری هستند. به این معنی که هر چه بیش‌تر وجود داشته باشند، رضایت

شادمانی مشتری می‌شود (۴۶-۴۷).

ارایه‌ی آن‌ها رضایت مشتری افزایش می‌یابد، اما عدم ارایه‌ی آن‌ها باعث نارضایتی نمی‌شود. این عوامل باعث شگفتی و



نمودار ۲: مدل Kano (۴۵)

روش بررسی

روش این تحقیق بر مبنای نتیجه از نوع توسعه‌ای، بر مبنای هدف از نوع توصیفی پیمایشی و بر مبنای نوع داده‌های استفاده شده از نوع کمی می‌باشد. جامعه‌ی آماری این پژوهش، شامل مشتریان و مراجعین به چهار داروخانه‌ی شبانه‌روزی شهر بوشهر بوده است که مشخصات آن‌ها در جدول ۳ و ۴ آورده شده است. حجم نمونه با استفاده از فرمول نمونه‌گیری از جوامع نامحدود و تخمین برخی پارامترها بر مبنای تحقیقات مشابه تعیین می‌گردد:

$$n = \frac{z_{\alpha/2}^2}{\epsilon^2} \times (p \cdot q) = \frac{z_{\alpha/2}^2}{\epsilon^2} \times (p \cdot (1 - p)) =$$

$$\frac{(1.96)^2}{(0.05)^2} \times (0.5 \times 0.5) = 384$$

ابزار گردآوری داده‌ها، پرسش‌نامه‌های استاندارد سنجش کیفیت خدمات و Kano بوده است. روش نمونه‌گیری در این تحقیق روش تصادفی ساده است. بدین صورت که به مراجعه‌کنندگان داروخانه‌های شبانه‌روزی تعداد ۴۴۰ پرسش‌نامه داده شد که ۳۹۰ پرسش‌نامه قابل استفاده برای سنجش کیفیت خدمات و ۳۸۷ برای Kano بودند. با توجه به

علاوه بر این سه عامل اصلی مدل Kano، سه عامل بی‌تفاوتی (مشتریان نسبت به وجود ویژگی مورد نظر برای محصول بی‌تفاوت هستند)، معکوس (پاسخ‌های رضایت‌بخش با وجود نیازمندی کاهش می‌یابد، در حالی که پاسخ‌دهندگان انتظار معکوس شدن نتایج را دارند) و سوال بر انگیز (زمانی که مشتریان به سوالات یکسان پاسخ‌های متناقضی بدهند. نرخ سوالات پرسش برانگیز بیان‌کننده‌ی تعداد سوالات نادرست، سوالات غیر قابل فهم یا پاسخ‌های نادرست است) نیز بعدها توسط محققین به موارد قبلی اضافه گردید (۴). از جمله مزیت‌های مدل Kano می‌توان، به ارتباط بهتر با مشتریان، فهمیدن و درک بهتر مشتریان و نیازهای آن‌ها و در نهایت رضایت‌مندی مشتریان، اشاره نمود. مدل کانو، به علت ارتباط و وابستگی‌اش با رضایت مشتریان و افزایش و رشد خواسته‌ها و نیازهای مشتریان، بیش‌ترین سهم را در بودجه تحقیقاتی بازار دارد. همچنین باعث تعدیل رقابت بین سازمان‌ها می‌شود. موفقیت در این مدل بستگی به اجرای صحیح و تعریف درست شاخص‌ها دارد (۴۵).

از این رو هدف از انجام این پژوهش، سنجش و اولویت‌بندی عوامل مؤثر بر رضایت‌مندی مشتریان از کیفیت خدمات داروخانه‌های شبانه‌روزی شهر بوشهر با استفاده از مدل اصلاح شده‌ی Kano و Servqual در سال ۱۳۹۰ خورشیدی بوده است.

محدودیت در ذکر اسامی داروخانه‌ها، مشخصات داروخانه‌ها به صورت کد (X_1, X_2, X_3, X_4)، در جدول ۳، آورده شده است.

جدول ۳: پرسش‌نامه‌ی توزیعی و قابل استفاده در داروخانه‌ها

داروخانه‌های شبانه‌روزی	پرسش‌نامه‌ی کیفیت خدمات		پرسش‌نامه‌ی Kano	
	توزیع شده	مورد استفاده	توزیع شده	مورد استفاده
داروخانه X ₁	۱۱۰	۹۵	۱۱۰	۱۰۰
داروخانه X ₂	۱۱۰	۹۸	۱۱۰	۹۰
داروخانه X ₃	۱۱۰	۹۵	۱۱۰	۹۲
داروخانه X ₄	۱۱۰	۱۰۲	۱۱۰	۱۰۵

در ۶۱ درصد، خرید لوازم پزشکی، آرایشی و جانبی (۳۶ درصد) و کم‌ترین مورد مراجعه برای مشاوره می‌باشد. این مطلب نشان‌دهنده‌ی آن است که متأسفانه نگرش نسبت به داروخانه‌ها، فقط محل ارایه و فروش دارو می‌باشد و از خدمات مفید مشاوره‌ی داروخانه‌ها استفاده نمی‌شود، این با وجودی است که یکی از معضلات کشور ما مصرف خودسرانه‌ی داروها می‌باشد. در این خصوص باید بر روی خدمات مفید مشاوره‌ی داروخانه‌ها از طریق رسانه‌های جمعی تبلیغات و آگاهی داده شود.

در جدول ۴ مشخصات جمعیت‌شناختی پاسخ‌دهندگان به دو پرسش‌نامه‌ی سنجش کیفیت خدمات و پرسش‌نامه‌ی Kano در فاصله‌ی زمانی بهمن تا اسفند ۱۳۹۰ خورشیدی شهر بوشهر آورده شده است. مطابق جدول، فراوانی دفترچه بیمه، به‌ترتیب و به‌طور میانگین، بیمه‌ی تأمین اجتماعی ۴۰ درصد، بیمه‌ی خدمات درمانی ۳۵ درصد، بیمه‌ی نیروهای مسلح ۱۶ درصد و آزاد ۷ درصد می‌باشد. همچنین بیش‌ترین مورد برای مراجعه به‌طور میانگین، خرید دارو

جدول ۴: مشخصات جمعیت‌شناختی

درصد فراوانی پرسش‌نامه	درصد فراوانی پرسش‌نامه		درصد فراوانی پرسش‌نامه		متغیر
	متغیر	سطح	متغیر	سطح	
۳۰/۸	۳۸/۲۵	کارمند	۶/۲	۷/۳	کم‌تر از ۲۰ سال
۳۲/۵	۳۰/۴۵	شغل آزاد	۲۲/۶	۲۵/۳	۲۰-۳۰ سال
۶/۵	۵/۱	دانشجو	۳۹/۲	۳۷	سن ۳۱-۴۰ سال
۱۰/۳	۵/۸	خانه‌دار	۲۳/۴	۲۵/۲	۴۱-۵۰ سال
۱۹/۹	۲۰/۴	سایر مشاغل	۸/۶	۵/۲	بیش از ۵۰ سال
۱۷/۲	۱۰/۴۵	دیپلم و پایین‌تر	۳۴/۶	۳۵/۶	بیمه‌ی خدمات درمانی
۲۰/۸	۱۹/۵	فوق دیپلم	۳۷/۵	۴۴/۴	بیمه‌ی تأمین اجتماعی
۳۴/۳	۳۵/۸	لیسانس	۱۸/۶	۱۵/۱	بیمه‌ی نیروهای مسلح
۲۷/۷	۳۴/۲۵	فوق لیسانس و بالاتر	۹/۳	۵/۹	آزاد
۶۲/۴	۸۷/۳	مرد	۶۲/۱	۶۱/۴۵	خرید دارو
۳۷/۶	۱۲/۷	زن	۳۷/۲	۳۶/۵	خرید لوازم آرایشی و جانبی
			۰/۷	۲/۰۵	مشاوره

با بررسی منابع مربوط به کیفیت خدمات و همچنین کسب نقطه نظرهای صاحب‌نظران و اساتید دانشگاهی خبره، ۷ مؤلفه به ۲۲ مؤلفه مدل Servqual اضافه گردید و جمعاً با ۲۹ ویژگی، کیفیت خدمات داروخانه‌های شبانه‌روزی مورد ارزیابی قرار داده است.

براساس مدل Servqual، کیفیت خدمات، فاصله و شکاف بین انتظارات مشتری از خدمات و ادراکات او از خدمات دریافت شده عنوان می‌شود. بنابراین برای ارزیابی کیفیت خدمات بایستی انتظارات و ادراکات مشتریان را سنجید. مدل تحلیل شکاف، تعامل بین فعالیت‌های سازمان و همچنین پیوند بین این فعالیت‌ها و سطح رضایت بخش کیفیت خدمات ارایه شده از دیدگاه مشتریان را به نمایش می‌گذارد. در بین این پیوندها، «شکاف‌ها» مورد بررسی قرار می‌گیرند. به این معنی که وجود شکاف‌ها و بزرگ‌تر شدن آن‌ها مانع دستیابی به سطح رضایت بخش کیفیت خدمات محسوب می‌شوند. نتایج این تحلیل شکاف مابین عملکرد و انتظارات از خدمات داروخانه‌های شبانه‌روزی بوشهر در جدول ۵، مشاهده می‌شود.

جهت تعیین اعتبار و روایی دو پرسش‌نامه‌ی موجود از روش اعتبار محتوا - صوری استفاده شده است. برای تعیین روایی این پرسش‌نامه با مطالعه‌ی منابع مربوط، طرح اولیه‌ی پرسش‌نامه تهیه شد و توسط اساتید، متخصصان و خبرگان بررسی شد. در نتیجه، مواردی جهت اصلاح پیشنهاد شد و پس از اعمال اصلاحات مورد نظر پرسش‌نامه‌ی نهایی تدوین گردید. برای پایایی پرسش‌نامه، Cronbach's Alpha که نشان‌دهنده‌ی همسانی درونی سوالات است، محاسبه شد که مقدار عددی آن برای پرسش‌نامه‌ی اول برابر با ۰/۸۴ و برای پرسش‌نامه‌ی دوم ۰/۷۸ محاسبه شد. چون مقادیر محاسبه شده بالای ۰/۷ است، بنابراین می‌توان نتیجه گرفت پرسش‌نامه از اعتبار کافی و خوبی برخوردار بوده است. نرم‌افزار مورد استفاده برای تعیین پایایی پرسش‌نامه نرم‌افزار SPSS بود. اولین گام در این پژوهش تعیین عوامل کیفیت خدمات در داروخانه‌های شبانه‌روزی شهر بوشهر است. ابزار جمع‌آوری داده‌ها پرسشنامه‌ی اصلاح، تعدیل و تکمیل شده‌ی است که با در نظر گرفتن پرسشنامه اولیه‌ی ۲۲ مؤلفه‌ای Servqual و

جدول ۵: شکاف خدمات ادراک شده و مورد انتظار از نظر مراجعین

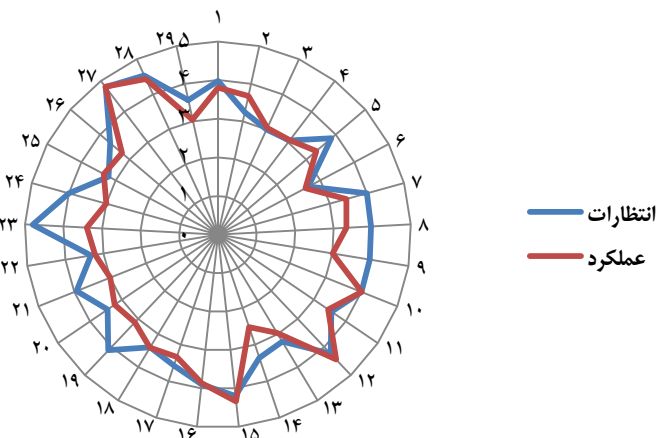
ویژگی‌های کیفیت خدمات	میانگین عملکرد	میانگین انتظارات	شکاف خدمات
۱. داشتن رفتار سنجیده و متعادل و ادب در برخورد با مراجعین	۳/۸	۳/۹۸	-۰/۱۸
۲. آراستگی و مرتب بودن ظاهر کارکنان	۳/۶۷	۳/۲۴	۰/۴۳
۳. مرتب بودن و چیدمان منظم داروخانه	۳/۰۴	۳/۰۰	۰/۰۴
۴. استفاده از تابلو برای قسمت‌های مختلف داروخانه به منظور راهنمایی مراجعین	۳/۰۷	۳/۰۶	۰/۰۱
۵. استفاده از تجهیزات مدرن در داروخانه‌های شبانه‌روزی	۳/۳۴	۳/۸۵	-۰/۵۲
۶. پاکیزگی و تمیزی محیط داروخانه‌های شبانه‌روزی	۲/۵۶	۲/۶۵	۰/۰۹
۷. علاقه و اشتیاق کارکنان جهت ارایه‌ی خدمت به متقاضیان	۳/۴۵	۴/۰۰	-۰/۵۵
۸. مشتاق بودن کارمندان و قبول مسؤلیت برای پاسخ‌گویی به مشکلات و انتقادات مراجعین	۳/۳۳	۳/۹۷	-۰/۶۴
۹. انجام خدمات در زمان مقرر (تحويل دارو و ...)	۳/۰۱	۳/۹۸	-۰/۹۷
۱۰. ارایه‌ی صحیح خدمت به وسیله‌ی پرسنل داروخانه به مراجعین (خصوصاً با یک‌بار مراجعه و در بار اول)	۴/۰۱	۴/۰۰	۰/۰۱
۱۱. در اختیار گذاشتن اطلاعات کافی، واضح و قابل فهم به مراجعین	۳/۴۵	۳/۵۵	-۰/۱
۱۲. استفاده از افراد متخصص در داروخانه‌های شبانه‌روزی	۴/۴۵	۴/۲۴	۰/۲۱
۱۳. امکان پرداخت صورت حساب با دستگاه کارت خوان	۲/۹۶	۳/۲۳	-۰/۴۷
۱۴. سرعت ارایه‌ی خدمات در داروخانه‌ها	۲/۵۲	۳/۳۶	-۰/۸۴

ادامه‌ی جدول ۵: شکاف خدمات ادراک شده و مورد انتظار از نظر مراجعین

شکاف خدمات	میانگین انتظارات	میانگین عملکرد	ویژگی‌های کیفیت خدمات
۰/۱۴	۴/۲	۴/۳۴	۱۵. ایجاد اعتماد در ذهن مراجعین نسبت به عملکرد داروخانه‌ها
۰/۰۴	۳/۸۶	۳/۹	۱۶. رفع مشکلات و نواقص احتمالی توسط کارکنان در سریع‌ترین زمان ممکن
-۰/۲۳	۳/۵۷	۳/۳۴	۱۷. تناسب تعداد افراد ارائه‌دهنده‌ی خدمت با میزان کار داروخانه
۰/۰۱	۳/۴	۳/۴۱	۱۸. تخصیص زمان مناسب و کافی به مراجعین متناسب با درخواست وی
-۱/۰۰	۴/۱۲	۳/۱۲	۱۹. مکان و پراکندگی مناسب داروخانه‌های شبانه‌روزی
-۰/۲۲	۳/۴۵	۳/۲۳	۲۰. ارایه‌ی تبلیغات مختلف
-۰/۹۴	۳/۹۴	۳/۰	۲۱. تعداد کافی کارکنان برای ارایه‌ی خدمات به موقع
-۰/۱۱	۳/۳۳	۳/۲۲	۲۲. سادگی دسترسی یا برقراری تماس با داروخانه‌های شبانه‌روزی
-۱/۴	۴/۸	۳/۴	۲۳. قیمت مناسب لوازم پزشکی، آرایشی و ...
-۱/۰۰	۴/۰۰	۳/۰۰	۲۴. پرداخت خسارت به مشتری در صورت نقصان در ارایه‌ی خدمات
۰/۱۴	۳/۲	۳/۳۴	۲۵. خواستار بهترین منافع برای مراجعین
-۰/۴	۳/۶۶	۳/۲۶	۲۶. درک نیازهای مشتری و برقرار ارتباط صمیمانه توسط کارکنان داروخانه‌ها
۰/۰۱	۴/۸	۴/۸۱	۲۷. موجود بودن دارو یا کالای مورد نظر
۰/۱	۴/۴۴	۴/۵۴	۲۸. طرف قرارداد داشتن با دفترچه درمانی مراجعین
-۰/۵۶	۳/۵۶	۳/۰۵	۲۹. ارایه‌ی خدمات خاص به افراد دارای شرایط ویژه (مثل سالمندان)

خدمات راضی بوده و فراتر از انتظار آنان بوده است. اما در ۱۷ ویژگی دیگر تفاوت منفی بین عملکرد کنونی و انتظارات مشتریان وجود دارد که بیان‌گر عدم رضایت مشتریان از کیفیت ارایه شده این ویژگی‌ها می‌باشد. این انتظارات و عملکرد مراجعین در نمودار ۳ قابل مشاهده است.

پس از جمع‌آوری داده‌ها و تحلیل شکاف مابین عملکرد و انتظارات از خدمات که در جدول ۵، مشاهده می‌شود، از بین ۲۹ ویژگی مطرح شده در ۱۲ ویژگی تفاوت مثبتی بین عملکرد کنونی شرکت و انتظارات مشتریان وجود داشته و این بدین معناست که مشتریان از کیفیت ارایه شده در این ۱۲ ویژگی



نمودار ۳: مقایسه‌ی انتظارات مراجعین با نظر آنان در مورد کیفیت خدمات داروخانه‌ها

این گونه نباشد و ناراضی) را انتخاب کند. سوال اول، صورت عملکردی سوال است که عکس العمل مشتری را در صورت لحاظ یک ویژگی خدمت و سوال دوم، صورت عملکردی سوال است که عکس العمل مشتری را در صورت نداشتن همان ویژگی در خدمت نشان می‌دهد.

این پرسش نامه نیز بین مراجعین به داروخانه‌های شبانه‌روزی توزیع گردید. داده‌های حاصل از پرسش نامه‌ی Kano سعی در طبقه‌بندی ویژگی‌ها و شاخص‌هایی که در آن‌ها شکاف کیفیت خدمات منفی شده است (۱۷ ویژگی)، در گروه‌های الزامات اساسی، عملکردی یا تک بعدی، انگیزشی و بی‌تفاوت دارد. یکی از روش‌های تحلیل پرسش نامه‌ی Kano، ارزیابی بر اساس فراوانی می‌باشد.

جدول ۶ نتایج تحلیل داده‌های پرسش نامه‌ی Kano بر اساس روش بیش‌ترین فراوانی را نشان می‌دهد.

دومین مرحله از پژوهش، طبقه‌بندی کیفیت خدمات بر اساس مدل Kano می‌باشد. بدین منظور پرسش‌نامه‌ای که در برگرفته‌ی مقیاس کانو می‌باشد، در بین مراجعین داروخانه‌های شبانه‌روزی شهر بوشهر توزیع شد.

طراحی و تحلیل پرسش‌نامه KANO بر اساس بیش‌ترین فراوانی

در این مرحله سوالات و شاخص‌های دارای شکاف منفی برای طراحی پرسش‌نامه‌ی Kano، به کار گرفته شدند. هر یک از ویژگی‌های اساسی، عملکردی یا تک بعدی، انگیزشی و نیز ویژگی‌هایی که مشتریان نسبت به آن‌ها بی‌تفاوت هستند را می‌توان توسط پرسش‌نامه‌ی Kano طبقه‌بندی نمود. بدین منظور برای هر یک از ویژگی‌ها یک زوج سوال طراحی می‌شود که مشتری می‌تواند یکی از پنج گزینه (راضی، انتظار دارم همین‌گونه باشد، بی‌تفاوت، ترجیح می‌دهم

جدول ۶: نتایج تحلیل پرسش‌نامه‌ی Kano

مؤلفه	اساسی	تک بعدی	انگیزشی	بی تفاوت	ممکن	سوال برگزیده	نوع خدمات
۱. ادب و تواضع کارکنان در مواجهه با متقاضیان	۱۶	۹۹	۲۰۷	۵۶	۹	۶	اساسی
۲. استفاده از تجهیزات مدرن در داروخانه‌های شبانه‌روزی	۵۹	۱۵۴	۱۲۱	۴۶	۸	۵	تک بعدی
۳. علاقه و اشتیاق کارمندان جهت ارائه‌ی خدمت به مراجعین	۱۹۰	۱۱۵	۴۹	۳۳	۳	۴	انگیزشی
۴. در اختیار گذاشتن اطلاعات کافی به مراجعین	۹۲	۱۹۷	۷۶	۱۶	۵	۸	تک بعدی
۵. انجام خدمات در زمان مقرر (تحويل دارو و ...)	۱۲۸	۱۴۸	۹۲	۷۶	۴	۶	تک بعدی
۶. توانایی و علاقه‌ی کارمندان برای پاسخ‌گویی به مشکلات و انتقادات مراجعین	۶۶	۵۴	۹۹	۱۶۴	۷	۵	بی تفاوت
۷. امکان پرداخت صورت حساب با دستگاه کارت‌خوان	۲۱۳	۸۲	۴۰	۴۹	۴	۵	انگیزشی
۸. سرعت ارائه‌ی خدمات در داروخانه‌های شبانه‌روزی	۸۵	۲۱۳	۴۹	۳۳	۹	۴	تک بعدی
۹. تعداد مناسب واحد ترخیص و تحويل دارو در داروخانه‌های شبانه‌روزی	۹۹	۱۷۱	۷۲	۳۳	۱۱	۵	تک بعدی
۱۰. تعداد کارکنان کافی برای ارائه‌ی خدمات به موقع	۴۶	۱۱۵	۲۳۰	۲۵	۲	۹	اساسی
۱۱. مکان و پراکندگی مناسب داروخانه‌های شبانه‌روزی	۱۹۷	۸۲	۶۶	۳۳	۱۰	۶	انگیزشی
۱۲. ارائه‌ی تبلیغات مختلف	۶۹	۸۵	۸۹	۱۳۱	۴	۵	بی تفاوت
۱۳. سادگی دسترسی و برقراری تماس با داروخانه‌های شبانه‌روزی	۶۲	۹۹	۱۹۴	۲۷	۶	۶	اساسی
۱۴. قیمت مناسب لوازم پزشکی، آرایشی و ...	۱۸۴	۷۲	۶۲	۶۶	۴	۶	انگیزشی
۱۵. پرداخت خسارت به مشتری در صورت نقصان در ارائه‌ی خدمات	۲۱۳	۶۶	۵۶	۴۹	۳	۷	انگیزشی
۱۶. درک نیازهای مشتری و برقراری ارتباط صمیمانه توسط کارکنان داروخانه	۱۶۴	۱۱۸	۷۶	۲۶	۲	۸	انگیزشی
۱۷. ارائه‌ی خدمات خاص به افراد دارای شرایط ویژه (مثل سالمندان)	۵۶	۱۰۱	۱۸۷	۳۳	۶	۱۱	اساسی

میلادی، پژوهش Lesley و Christiane در ۲۰۱۲ میلادی، تحقیقات Lopez و Wertheimer در سال ۲۰۰۱ میلادی، پژوهش Mount در ۲۰۰۲ میلادی، Curtiss و همکارانش در ۲۰۰۴ میلادی و همچنین پژوهش Bennett و همکارانش در سال ۲۰۰۰ میلادی اشاره کرد (۴۸-۵۳).

این پژوهش با ارایه‌ی نتایج، دریافت بازخورد از مشتریان و تبادل مستمر ایده‌ها با مشتریان و پیشنهادات کاربردی، مسؤولان و متولیان داروخانه‌ها را جهت دستیابی به اهداف فراروی آن‌ها، که همان ارتقای کیفی خدمات و افزایش سطح خشنودی مشتریان و در نهایت افزایش سلامتی جامعه است، یاری می‌کند و کمک می‌کند تا متولیان داروخانه‌ها تبیین جامعی از نقاط قوت و ضعف کیفیت خدماتی خود داشته باشند تا بر آن اساس بتوانند برنامه‌های بهبود و اصلاح کیفیت خدمات را طرح‌ریزی کرده و به‌گونه‌ای کارا و اثربخش به اجرا درآورند.

نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر با این پیش فرض آغاز شد که ابعاد مدل Servqual، به‌طور کامل منعکس‌کننده‌ی برداشت مشتری از کیفیت خدمت در بخش بهداشت و درمان نبوده و ابعاد و معیارهای دیگری می‌باید به مدل اضافه گردد. به همین منظور متون موجود به‌گونه‌ی تقریباً جامع مورد بررسی قرار گرفته و از مدل Kano نیز در سنجش کیفیت خدمت داروخانه‌ها استفاده شد. بنابراین این مقاله بر آن بوده است تا با تلفیق چند مدل کارای سنجش کیفیت، رویکرد جدیدی را در زمینه‌ی کیفیت در بخش خدمات داروخانه‌های شبانه‌روزی ارایه نماید. تفاوت مابین انتظارات مشتری و درک مشتری پس از دریافت محصول یا خدمت مورد نظر، میزان رضایت او را تعیین می‌کند، بنابراین پس از شناسایی مهم‌ترین عوامل مؤثر بر کیفیت خدمات داروخانه‌ای و شناسایی ادراکات و انتظارات مراجعه‌کنندگان از این شاخص‌ها، به سنجش شکاف مؤلفه‌ها پرداخته شد. از میان ۲۹ ویژگی مطرح شده ۱۷ ویژگی دارای شکاف منفی بودند، سپس این شاخص‌ها وارد مدل Kano شدند تا در قالب ۴ دسته نیاز این مدل قرار

پس از جمع‌آوری داده‌ها، هر ویژگی کیفی خدماتی که پاسخ‌دهنده تعیین نموده است از طریق میزان تکرار مورد بررسی قرار گرفت. به‌عبارت دیگر، طبقه‌ای که بیش‌ترین فراوانی را داشته باشد، انتخاب و ویژگی مورد نظر به آن طبقه اختصاص داده می‌شود. پس از بررسی تمامی پاسخ‌ها، ۵ نیاز به عنوان نیاز جذاب، ۶ نیاز به عنوان تک بعدی، ۴ نیاز به عنوان الزامی و ۲ نیاز به عنوان بی تفاوت تعیین گردید.

بحث

یک اندرز قدیمی مدیریتی می‌گوید: «اگر چیزی را نتوانی ارزیابی کنی، نمی‌توانی آن را مدیریت کنی».

مسئله‌ی مورد بررسی در این پژوهش، ارزیابی رضایت‌مندی مشتریان از کیفیت خدمات داروخانه‌ها از طریق تعیین شکاف میان انتظارات و ادراکات مشتریان با استفاده از مدل تحلیل شکاف، طبقه‌بندی و اولویت‌بندی این عوامل با کمک مدل Kano می‌باشد، چرا که داروخانه‌ها، محصولات و خدمات گسترده‌ای دارند و مشتریان نیز دیدگاه‌ها و انتظاراتی از این خدمات دارند، بنابراین باید ادراکات و انتظارات مشترک مشتریان را در نظر گرفته و مورد سنجش قرار دهند. از طرفی، عموماً تشخیص نیازهای جذاب، عملکردی، بی اهمیت و اساسی را باید به خود مشتری سپرد. به عبارتی دیگر این مهم است که برای مشتری این نیازمندی یا این پارامتر در چه طبقه‌ای قرار می‌گیرد، نه برای ارایه‌دهنده‌ی خدمت و هیچ‌گاه نباید به جای مشتری قضاوت شود. بنابراین با تعیین این مشخصه‌ها و طبقه‌بندی و اولویت بندی آن‌ها، می‌توان در زمان نارضایتی مشتری در رفع مشکل تلاش کرد و کیفیت ارایه‌ی خدمات را بالا برد.

متأسفانه در این زمینه، پژوهشی مشابه در داخل کشور صورت نگرفته است، اما در خارج از کشور، در بررسی کیفیت خدمات داروخانه‌ها، در اغلب موارد ابعاد مدل Servqual به عنوان عوامل مؤثر سنجش کیفیت خدمات داروخانه‌ها در نظر گرفته شده است. در این زمینه پژوهش‌های که ابزار سروکوال را به عنوان متدلوژی پژوهش مورد استفاده قرار دادند، می‌توان به پژوهش‌های Malone و Determining در سال ۲۰۰۲

ذهن مراجعین نسبت به عملکرد داروخانه‌ها، مرتب بودن و چیدمان منظم داروخانه، داروخانه‌ها فراتر از انتظارات مراجعین عمل کرده و مراجعین از این ابعاد خدمات رضایت دارند. هم‌چنین حادث‌ترین مسأله‌ی پیش روی داروخانه‌ها در بحث کیفیت خدمت‌رسانی آنان، مسایل مربوط به قیمت مناسب لوازم پزشکی، آرایشی و ...، مکان و پراکندگی مناسب داروخانه‌های شبانه‌روزی، پرداخت خسارت به مشتری در صورت نقصان در ارائه‌ی خدمات، انجام خدمات در زمان مقرر (تحويل دارو و ...) و تعداد کارکنان کافی برای ارائه‌ی خدمات به موقع به مراجعین می‌باشد، چرا که بین انتظارات و ادراکات مراجعین شکاف قابل توجهی وجود دارد که به‌دلیل عدم فراهم آوردن خدمات مطلوب و مورد انتظار مراجعین می‌باشد. بنابراین مسؤولین و متولیان داروخانه‌ها، بخش خدمات بهداشت، دارو و درمان، باید با برنامه‌ریزی آگاهانه دست به‌عمل زده و برای رفع شکاف‌های خدمات اقدام نمایند. به عنوان مثال، داروخانه‌ها می‌توانند با افزایش تعداد کارکنان خود، ضمن انجام خدمات در زمان مقرر (تحويل دارو و ...)، از نقصان در ارائه‌ی خدمات نیز جلوگیری کنند.

بگیرند که در این مرحله نیز ۴ شاخص جزو نیازهای الزامی، ۶ شاخص جزو نیازهای تک بعدی، ۵ شاخص جزو نیازهای جذاب و ۲ شاخص در دسته‌ی بی‌تفاوتی قرار گرفت. در جدول ۷، رتبه‌ی داروخانه‌های شبانه‌روزی شهر بوشهر را بر اساس میزان میانگین ادراکات و انتظارات آن‌ها (و میزان شکاف خدمات) نشان می‌دهد.

جدول ۷: رتبه‌بندی داروخانه‌های شبانه‌روزی شهر بوشهر

رتبه	داروخانه	میانگین		شکاف کیفیت خدمات
		ادراکات	انتظارات	
۱	داروخانه X1	۳/۳۰	۴/۱۷	-۱/۱۳
۲	داروخانه X2	۲/۸۴	۴/۰۸	-۱/۲۴
۳	داروخانه X3	۲/۹۱	۴/۲	-۱/۲۹
۴	داروخانه X4	۲/۷۷	۴/۰۹	-۱/۳۲

هم‌چنین نتایج بر اساس تحلیل شکاف کیفیت خدمات که در جدول ۸ آورده شده است، نشان می‌دهد که از نظر مشتریان در ابعاد آراستگی و مرتب بودن ظاهر کارکنان، استفاده از افراد متخصص در داروخانه‌های شبانه‌روزی، ایجاد اعتماد در

جدول ۸: بیش‌ترین و کم‌ترین شکاف خدمات داروخانه‌های شبانه‌روزی شهر بوشهر

شکاف	ابعاد	میانگین		شکاف کیفیت خدمات
		ادراکات	انتظارات	
بزرگترین شکاف	قیمت مناسب لوازم پزشکی، آرایشی و ...	۴/۳	۸/۴	-۱/۴
	پرداخت خسارت به مشتری در صورت نقصان در ارائه‌ی خدمات	۰۰/۳	۰۰/۴	۱
	مکان و پراکندگی مناسب داروخانه‌های شبانه‌روزی	۱۲/۳	۱۲/۴	-۱
	انجام خدمات در زمان مقرر (تحويل دارو و ...)	۰۱/۳	۹۸/۳	۰/۹۷-
	تعداد کارکنان کافی برای ارائه‌ی خدمات به موقع	۰/۳	۹۴/۳	-۰/۹۴
	آراستگی و مرتب بودن ظاهر کارکنان	۶۷/۳	۲۴/۳	+۰/۴۳
	استفاده از افراد متخصص در داروخانه‌های شبانه‌روزی	۴۵/۴	۲۴/۴	+۰/۲۱
کوچکترین شکاف	ایجاد اعتماد در ذهن مراجعین نسبت به عملکرد داروخانه‌ها	۳۴/۴	۲/۴	+۰/۱۴
	پاکیزگی و تمیزی محیط داروخانه‌های شبانه‌روزی	۶۵/۲	۵۶/۲	+۰/۰۹
	مرتب بودن و چیدمان منظم داروخانه	۰۴/۳	۰۰/۳	+۰/۰۴

و ادراکات مراجعین، از میان ۲۹ ویژگی مطرح شده ۱۷ ویژگی دارای شکاف منفی بودند و در ۱۲ ویژگی دیگر مراجعین از

پیشنهادها

همان‌طور که ذکر شد، بر اساس تحلیل شکاف مابین انتظارات

خدمات راضی بوده و فراتر از انتظار آنان بوده است و داروخانه‌های شهر بوشهر در این ۱۲ مؤلفه توانستند که انتظارات مراجعین را برآورده سازند، اما در ۱۷ مؤلفه‌ی دیگر انتظارات مراجعین برآورده نشده است.

از این‌رو برای رفع شکاف‌های خدمات می‌بایست با برنامه‌ریزی آگاهانه و اولویت‌بندی عوامل دست‌به‌عمل زد. بدین منظور، این ۱۷ عامل در مدل Kano در ۴ گروه الزامات اساسی، عملکردی یا تک بعدی، انگیزشی و بی‌تفاوت طبقه‌بندی و اولویت‌بندی شدند. در زیر به تفکیک به تحلیل نتایج پرداخته می‌شود.

• از دیدگاه مراجعین به داروخانه‌های شبانه‌روزی شهر بوشهر، ادب و تواضع کارکنان در مواجهه با متقاضیان، تعداد کارکنان کافی برای ارائه‌ی خدمات به موقع، سادگی دسترسی و برقراری تماس با داروخانه‌های شبانه‌روزی و ارائه‌ی خدمات خاص به افراد دارای شرایط ویژه (مثل سالمندان) جزو الزامات اساسی است. این نتایج بیان می‌کند که عوامل فوق جزو بدیهیات و ضروریات بوده، بنابراین در صورت وجود این عوامل موجبات رضایت بالای مشتری فراهم نمی‌شود، در حالی‌که فقدان این عوامل، فوق‌العاده باعث نارضایتی خواهد شد. در نتیجه در صورتی‌که هر یک از عوامل فوق وجود نداشته باشند، مشتریان برای برآوردن نیاز خود به داروخانه‌های دیگری مراجعه می‌کنند.

• در گروه الزامات عملکردی یا تک بعدی، این عوامل قرار گرفتند: استفاده از تجهیزات مدرن در داروخانه‌های شبانه‌روزی، در اختیار گذاشتن اطلاعات کافی به مراجعین، انجام خدمات در زمان مقرر (تحويل دارو و ...)، سرعت ارائه‌ی خدمات در داروخانه‌ها و تعداد مناسب واحد ترخیص و تحويل دارو در داروخانه‌ها. این به معنای تأثیر مستقیم هر چه بهتر ارائه شدن این عوامل بر رضایت مشتریان می‌باشد و نشان‌دهنده‌ی این نکته است که مشتریان هر چه بیشتر و بهتر خواهان ارائه‌ی این خدمات توسط داروخانه می‌باشند و کوتاهی در ارائه‌ی این عوامل به همان اندازه تأثیر منفی بر رضایت مشتریان خواهد گذاشت.

ویژگی‌های علاقه و اشتیاق کارمندان جهت ارائه‌ی خدمت به مراجعین، امکان پرداخت صورت‌حساب با دستگاه کارت‌خوان، درک نیازهای مشتری و برقراری ارتباط صمیمانه توسط کارکنان داروخانه‌ها، پرداخت خسارت به مشتری در صورت نقصان در ارائه‌ی خدمات، قیمت مناسب لوازم پزشکی، آرایشی، مکان و پراکندگی مناسب داروخانه‌های شبانه‌روزی در دسته‌ی الزامات انگیزشی قرار گرفتند. این به معنای آن است که ارائه‌ی این خدمات در حال حاضر، باعث رضایت و خرسندی بسیار مشتریان از داروخانه خواهد شد و این امر موجبات وفاداری مشتریان را فراهم می‌کند. همچنین در صورتی‌که این خدمات ارائه نشوند، برای مشتریان توقعی ایجاد نمی‌کند اما در صورتی‌که از سوی داروخانه‌های دیگر (رقیب) ارائه شوند، ممکن است که مشتریان به سوی آنان جذب شوند، زیرا Kano معتقد است، سازمان‌ها و تشکیلاتی در بازار موفق می‌باشند که نه تنها نیازهای امروزی و حال مشتریان توجه کنند، بلکه در پی خلق نیازهای جدیدی باشند که انگیزه‌ی بالایی در مشتری به وجود می‌آورند.

• در گروه آخر که دسته‌ی بی‌تفاوت می‌باشند، از دیدگاه مشتریان، ارائه‌ی تبلیغات مختلف و توانایی و علاقه‌ی کارمندان برای پاسخ‌گویی به مشکلات و انتقادات مراجعین قرار گرفت. قرار داشتن آن ویژگی‌ها در این دسته حاکی از آن است که مشتریان نسبت به ارائه یا عدم ارائه‌ی این ویژگی‌ها اهمیت نمی‌دهند، بنابراین سرمایه‌گذاری روی این عوامل برای داروخانه‌ها اقتصادی و مقرون به صرفه نمی‌باشند.

به‌طورکلی و با توجه به نتایج این پژوهش، پیشنهاد می‌شود داروخانه‌های شبانه‌روزی شهر بوشهر، برای به‌کارگیری پیشنهادات کاربردی فوق، ضمن تقویت عواملی که شکاف کیفیت در آن‌ها مثبت بوده و مشتریان از آن‌ها رضایت داشتند، اقدام به طراحی برنامه‌های کوتاه مدت و بلند مدت به شرح زیر جهت ارتقای سطح رضایت مشتریان از کیفیت خدمات ارائه شده از سوی داروخانه‌ها نمایند. برنامه‌های کوتاه مدت: پیشنهاد می‌گردد طی یک برنامه‌ی

برای خرید دارو و لوازم پزشکی، آرایشی و جانبی بوده و کمترین مراجعه برای مشاوره می‌باشد، این مطلب نشان‌دهنده‌ی آن است که متأسفانه نگرش نسبت به داروخانه‌ها، فقط محل ارایه و فروش دارو می‌باشد و از خدمات مفید مشاوره‌ای داروخانه‌ها استفاده نمی‌شود، کما اینکه یکی از معضلات کشور ما مصرف خودسرانه‌ی داروها می‌باشد. در این خصوص باید طی یک برنامه‌ی بلند مدت، بر روی خدمات مفید مشاوره‌ای داروخانه‌ها از طریق رسانه‌های جمعی تبلیغات و آگاهی داده شود.

کوتاه مدت، اقدام به بهبود عواملی نمایند که در زمره‌ی الزامات اساسی و عملکردی قرار دارند. عدم ارایه‌ی این عوامل، با توجه به ضریب عدم رضایتی که دارند، موجبات نارضایتی بالایی را در مشتریان پدید می‌آورد. برنامه‌های بلند مدت: می‌بایست طی یک برنامه‌ی بلند مدت اقدام به سرمایه‌گذاری و تمرکز برای بهبود کلیه‌ی عواملی کرد که در گروه الزامات انگیزشی و عملکردی قرار گرفته، تا بتوان رضایت بالای مشتریان را کسب نمود. همچنین با توجه به این که بیشترین مراجعه به داروخانه‌ها

References

1. Srikatanyoo N, Gnoth J. Quality Dimensions in International Tertiary Education: A Thai Prospective Students' Perspective. *Quality Management Journal* 2005; 11(1): 30-41.
2. Badrudin B, Mohamed Z, Sharifuddin J, Rezai G, Abdullah AM, Latif IA, et al. Clients' perception towards JAKIM service quality in Halal certification. *Journal of Islamic Marketing* 2012; 3(1): 59-71.
3. Tucker JL, Adams SR. Incorporating Patients' Assessments of Satisfaction and Quality: An Integrative Model of Patients' Evaluations of their Care. *Managing Service Quality Journal* 2001; 11(4): 272-87.
4. Sasser WE, Olsen RP, Wyckoff DD. *Management of Service Operations: Texts, Cases and Readings*. Boston: Allyn and Bacon; 1978.
5. Gronroos C. A Service Oriented Approach to Marketing of Service. *European Journal of Marketing* 1978; 12(8): 588-601.
6. Gronroos C. *Strategic Management and Marketing in the Service Sector*. Finland: Swedish School of Economics and Business Administration; 1982.
7. Gronroos C. *Strategic Management and Marketing in the Service Sector*. Marketing Science Institute. Cambridge Journal 1983; 15(7): 45-57.
8. Gronroos C. *Strategic Management and Marketing in the Service Sector*. Chartwell-Bratt. Bromley Journal 1984; 18(9): 145-54.
9. Gronroos C. The Six Criteria of Good Perceived Quality Service. *Review of Business Journal* 1988; 9(3): 10-3.
10. Genestre A, Herbig P. Service Expectations and Perceptions Revisited: Adding Product Quality to SERVQUAL. *Journal of Marketing Theory and Practice* 1996; 4(4): 72-82.
11. Donabedian A. The Definition of Quality and Approaches to its Assessment. *Health Administration* 1980; 4(4): 82-91.
12. Lehtinen U, Lehtinen, JR. *Service Quality: A Study of Quality Dimensions*. Service Management Institute; 1982.
13. Maxwell RJ. Prospectus in NHS Management: Quality Assessments in Health. *Br Me J* 1984; 28(8): 148-72.
14. 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.
15. Parasuraman A, Zeithaml VA, Berry LL. SERVQUAL: A Multiple Item Scale for Measuring Consumer Perceptions of Service Quality. *Journal of Retailing* 1988; 64(11): 12-40.
16. LeBlanc G, Nguyen N. Customers' Perceptions of Service Quality in Financial Institutions. *International Journal of Bank Marketing* 1988; 6(4): 7-18.
17. Brown MB. Defining Quality in Service Businesses. *Quality Journal* 1998; 27(1): 56-8.
18. Babakus E, Boller GW. An Empirical Assessment of the SERVQUAL Scale. *Journal of Business Research* 1992; 24(3): 253-68.
19. Cronin JJ, Taylor SA. Measuring Service Quality: A Reexamination and Extension. *Journal of Marketing* 1992; 56(3): 55-68.
20. Ovretveit J. *Measuring Service Quality: Practical Guidelines*, Technical Communications Publications. Ayelsbury Journal 1993; 19(4): 33-45.

21. Johnston R. The Determinants of Service Quality: Satisfiers and Dissatisfiers. *International Journal of Service Industry* 1995; 6(5): 53-71.
22. Harte HG, Dale BG. Improving Quality in Professional Service Organizations: A Review of the Key Issues. *Managing Service Quality Journal* 1995; 5(3): 34-44.
23. Buttle F. SERVQUAL: Review, Critique, Research Agenda. *Journal of Marketing* 1996; 30(1): 8-32.
24. Genestre A, Herbig P. Service Expectations and Perceptions Revisited: Adding Product Quality to SERVQUAL. *Journal of Marketing* 1996; 4(4): 72-82.
25. Mels G, Boshoff C, Nel D. The Dimensions of Service Quality: The Original European Perspective Revisited. *Service Industries Journal* 1997; 17(1): 173-89.
26. White L, Galbraith M. Customer Determinants of Perceived Service Quality in a Business to Business Context: A Study within the Health Services. *Industry Journal* 2000; 10(2): 17-29.
27. Imrie BC, Durden G, Cadogan JW. Towards a Conceptualisation of Service Quality in the Global Market Arena. *Asia Pacific Research Institute* 2000; 8(4): 30-42.
28. Halstead D. The use of Comparison Standards in in Customer satisfaction Research and Management. *Journal of Marketing Theory and Practice* 1999; 14(7): 13-24.
29. Brady MK, Cronin JJ. Some New Thoughts on Conceptualizing Perceived Service Quality: A Hierarchical Approach. *Journal of Marketing* 2001; 65(3): 34-50.
30. Walters D, Jones P. Value and Value Chains in Health-care: A Quality Management Perspective. *Journal of TQM* 2001; 13(5): 319-50.
31. Imrie BC, Durden G, Cadogan JW, Mcnaughton R. The Service Quality Construct on a Global Stage. *Journal of Service Quality* 2002; 12(1): 10-8.
32. Santos J. E-service Quality: A Model of Virtual Service Quality Dimensions. *Journal of Service Quality* 2005; 11(1): 30-41.
33. Kang G, James J. Service Quality Dimensions: An Examination of Gronroos's Service Quality Model. *Journal of Service Quality* 2004; 14(4): 266-80.
34. Jun M, Yang Z, Kim D. Customers' Perceptions of Online Retailing Service Quality and their Satisfaction. *International Journal of Quality and Reliability Management* 2004; 21(8): 817-37.
35. Yang Z, Jun M, Peterson RT. Measuring Customer Perceived Online Service Quality: Scale Development and Managerial Implication. *International Journal of Operations and Production Management* 2004; 24(12): 149-69.
36. Liu C. The Multidimensional and Hierarchical Structure of Perceived Quality and Customer Satisfaction. *International Journal of Management* 2005; 22(3): 426-37.
37. Fowdar R. Identifying Health Care Quality Attributes. *Journal of Health and Human Services Administration* 2005; 27(3-4): 428-44.
38. Choi K, Lee H, Kim C, Lee S. The Service Quality Dimensions and Patient Satisfaction Relationships in South Korea: Comparisons across Gender, Age and Types of Service. *Journal of Services Marketing* 2005; 19(3): 140-50.
39. Kang G. The Hierarchical Structure of Service Quality: Integration of Technical and Functional Quality. *Journal of Service Quality* 2006; 16(1): 30-50.
40. Zineldin M. The Quality of Health Care and Patient Satisfaction: An Exploratory Investigation of the EQs Model at Some Egyptian and Jordanian Medical Clinics. *International Journal of Health Care Quality Assurance* 2006; 19(1): 60-93.
41. Dagger TS, Sweeney JC, Johnson LW. A Hierarchical Model of Health Service Quality: Scale Development and Investigation of an Integrated Model. *Journal of Service Research* 2007; 10(2): 123-42.
42. Shahin A, Nekuie N. Development of the Kano model a novel approach based on linear logarithmic transformation with a case study in an air travel agency. *The Asian Journal on Quality* 2011; 23(4): 176-88.
43. Mikulic j, Prebezac D. A Critical review of techniques for classifying quality attributes in the Kano model. *Journal of Service Quality* 2011; 21(1): 44-66.
44. Hueiju Y, Tang k. Integrating Kano model with strategic experiential modules in developing ICT-enabled services an empirical study. *Journal of Management Decision* 2012; 50(10): 7-20.
45. Kano NN, Seraku F, Tsuji S. Attractive Quality and must- be Quality, Hinshitsu. *Journal of the Japanese society for Quality control* 1984; 20(11): 41-60.
46. Moradi H, Hemati A. The measure of client satisfaction of service quality with using a modified Kano and SERVQUAL model. *International Journal of Financial Marketing Research* 2010; 27; 1-11. [In Persian]

47. PingPu C. A case study on the service quality of commercial bank based on the framework of kano model. *Journal of Service Quality* 2008; 9(1): 56-69.
48. Malone DC. Determining the value of pharmacy services, the search for rigorous research designs. *J Manag Care Pharm* 2002; 8(2): 152-55.
49. Lesley W, Christiane K. Service quality in community pharmacy: An exploration of determinants. *Research in Social and Administrative Pharmacy* 2012; 8(2): 122-32.
50. Lopez L, Wertheimer AI. Designing a framework for pharmacy practice: A look at consumer reactions and expectations. *J Manag Care Pharm* 2001; 7(3): 193-200.
51. Mount JK. Organization culture and effecting change in pharmacy in the 21st century. Supporting documents, *Pharmacy's Framework for Drug Therapy Management in the 21st Century*. *J Am Pharm Assoc* 2002; 17(3): 153-68.
52. Curtiss FR, Fry RN, Avey SG. Framework for Pharmacy Services Quality Improvement: A Bridge to Cross the Quality Chasm. *JMCP* 2004; 10(1): 60-79.
53. Bennett MA, Blank D, Bopp J, James JA, Osterhaus MC. Strategies to improve compensation for pharmacy-based patient care services. *J Am Pharm Assoc* 2000; 40(6): 747-55.

Evaluation of Customer Satisfaction of Pharmacies Service Quality Using Integrated and Hybrid Kano-Servqual Approach*

Abolghasem Arabioun¹; Jamalaldin Kaboutari²; Mehdi Hashemi³; Mohammad Piran⁴

Original Article

Abstract

Introduction: Pharmacies as the only official reference of delivering medicine to patients play an important role in medication and counseling medication to patients. In this study, we investigated the status of Satisfaction of service quality of Bushehr pharmacies using the Kano and SERVQUAL models. We also presented executive solutions for improving the current status of services.

Methods: This Study is practical in terms of objectives, and also descriptive. Our sample contains customers and visitors to the pharmacies of Bushehr. Our questionnaire we used random sampling for determining the number of our sample.

Results: Our results showed significant differences between the quality of services provided by the pharmacies and the perceptions of the Customers. From 29 features, 17 features have negative gap. We also proved that there is a significant gap between prices of medicines and medical supplies, etc., location and distribution of pharmacies convenient boarding, compensation in case of failures in customer service, the service time (medicine delivery) and the suitable number of staff to provide services to Customers on time.

Conclusion: There is a strong and positive correlation between indicators of quality pharmacy services and satisfactory of Customers. Therefore the satisfaction of patients can be increased with improving the quality of services.

Keywords: Satisfaction; Pharmacy; Service Quality; Clients

Received: 25 Apr, 2013

Accepted: 1 May, 2013

Citation: Arabioun A, Kaboutari J, Hashemi M, Piran M. **Evaluation of Customer Satisfaction of Pharmacies Service Quality Using Integrated and Hybrid Kano-Servqual Approach.** Health Inf Manage 2014; 11(2): 250.

* This article is derived from MSc thesis.

1- Assistante Professor, Management, Entrepreneurship Faculty, Research Center of Policy Making and Development of Entrepreneurship, Tehran University, Tehran, Iran

2- MSc, Management, Shahid Bahonar University of Kerman, Kerman, Iran (Corresponding Author) Email: jamal_k64@yahoo.com

3- MSc, Management, Persian Gulf University of Boshehr, Boshehr, Iran

4- MSc Student, Entrepreneurship Management, Entrepreneurship Faculty, Tehran University, Tehran, Iran

رابطه‌ی سرمایه‌ی اجتماعی با نحوه‌ی گذران اوقات فراغت اعضای هیأت علمی دانشگاه

علوم پزشکی اصفهان مبتنی بر فعالیت‌های بدنی*

جهانگیر کریمیان^۱، تقی آقا حسینی^۲، شهرام عرف‌زاد^۳، سید مرتضی موسوی نافچی^۴

مقاله پژوهشی

چکیده

مقدمه: امروزه اهمیت سرمایه‌ی اجتماعی در جامعه بیش از پیش احساس می‌شود و از سوی دیگر اوقات فراغت و فعالیت‌های بدنی به عنوان یکی از مهم‌ترین مولدهای سرمایه‌ی اجتماعی مورد توجه قرار دارد. از این رو این پژوهش به تعیین رابطه‌ی بین سرمایه‌ی اجتماعی و اوقات فراغت فیزیکی اعضای هیأت علمی دانشگاه علوم پزشکی اصفهان پرداخته است.

روش بررسی: این مطالعه از نوع توصیفی همبستگی بود که در سال ۱۳۹۱ خورشیدی انجام گرفت. گردآوری داده‌ها از طریق دو پرسش‌نامه انجام گرفت. پرسش‌نامه‌ی سرمایه‌ی اجتماعی بر اساس مدل (SCAT) Socia Capital Assocaition Tool و هم‌چنین پرسش‌نامه‌ی اوقات فراغت محقق ساخته که روایی صوری و محتوای آن‌ها مور تأیید صاحب‌نظران قرار گرفته است و نیز پایایی آن‌ها با استفاده از روش ضریب Cronbach's alpha به ترتیب ۰/۹۲ و ۰/۸۲ به دست آمده است. حجم نمونه با یک مطالعه‌ی مقدماتی و با استفاده از فرمول Cochran's ۱۵۰ نفر در نظر گرفته شد که به روش طبقه‌ای تصادفی با توجه به متغیر جنسیت و دانشکده انتخاب گردید.

یافته‌ها: نتایج نشان داد که بین ترکیبی از مؤلفه‌های سرمایه‌ی اجتماعی شامل (تعهد، نگرش، اعتماد، مشارکت، ارتباط متقابل، هنجارهای اجتماعی و یک‌پارچگی) با میزان و نحوه‌ی گذراندن اوقات فراغت فیزیکی رابطه وجود دارد ($R=0/659$, $Pvalue=0/001$). هم‌چنین نتایج نشان داد که از مؤلفه‌ها، فقط مؤلفه‌ی تعهد با ضریب بتای ($B=0/293$, $Pvalue=0/044$) و هنجارهای اجتماعی با ضریب بتای ($B=0/196$, $Pvalue=0/047$) معنی‌دار بوده و سایر مؤلفه‌ها معنی‌دار نبوده‌اند.

نتیجه‌گیری: ورزش و فعالیت‌های بدنی در اوقات فراغت و شرکت فرد در فعالیت‌های گروهی و عضویت در آن‌ها شرایطی را فراهم می‌سازد تا فرد با تعامل و برقراری ارتباط با سایر افراد و احساس تعلق به گروه، منافع و مصالح جمع را محترم بشمارد. این چنین فعالیت‌ها می‌تواند باعث افزایش سطح سرمایه‌ی اجتماعی و مؤلفه‌های آن در بین افراد گردد.

واژه‌های کلیدی: سرمایه‌ی اجتماعی؛ فعالیت بدنی؛ فعالیت‌های اوقات فراغت

پذیرش مقاله: ۹۲/۹/۵

اصلاح نهایی: ۹۲/۹/۴

دریافت مقاله: ۹۱/۱۲/۲۲

ارجاع: کریمیان جهانگیر، آقا حسینی تقی، عرف‌زاد شهرام، موسوی نافچی سید مرتضی. رابطه‌ی سرمایه‌ی اجتماعی با نحوه‌ی گذران اوقات فراغت اعضای هیأت علمی دانشگاه علوم پزشکی اصفهان مبتنی بر فعالیت‌های بدنی. مدیریت اطلاعات سلامت ۱۳۹۳؛ ۱۱(۲): ۲۵۹-۲۵۱.

مقدمه

انسان در طول حیات خود همواره با مسایل متعدد و متنوعی مواجه بوده و برای برطرف نمودن آن‌ها تلاش‌های فراوانی کرده است. امکانات متعددی که انسان امروزه از آن‌ها برخوردار است، نتیجه‌ی کوشش‌ها و حتی فداکاری‌های گذشتگان است، لکن خود انسان معاصر هم مسایلی دارد که از لحاظ تنوع و پیچیدگی کم‌تر از مسائل گذشتگان نیست و همین مسایل در دو دهه‌ی اخیر بیش از گذشته مورد توجه

* این مقاله حاصل طرح تحقیقاتی شماره‌ی ۲۲۱۲۵۲ معاونت پژوهشی دانشگاه علوم

پزشکی اصفهان و پایان‌نامه‌ی کارشناسی ارشد است.

۱- دانشیار، مدیریت برنامه‌ریزی ورزشی، دانشکده‌ی مدیریت و اطلاع‌رسانی

پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران

۲- استادیار، مدیریت آموزشی، دانشگاه فرهنگیان (پردیس شهید باهنر اصفهان)، اصفهان، ایران

۳- استادیار، تربیت بدنی و علوم ورزشی، دانشگاه فرهنگیان (پردیس شهید باهنر

اصفهان)، اصفهان، ایران

۴- کارشناسی ارشد، تربیت بدنی و علوم ورزشی، دانشکده‌ی مدیریت و اطلاع‌رسانی

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

Email: mrtzmsv@gmail.com

قرار گرفته است. فیلسوفان، دانشمندان و صاحب‌نظران به تحلیل و تعدیل آن‌ها پرداخته‌اند و هر کدام از دیدگاه خویش راه‌حلی را پیشنهاد کرده‌اند. از آن جمله مسأله‌ی اوقات فراغت و گذران این اوقات می‌باشد که با تحولات اجتماعی و پیشرفت علوم و فن‌آوری به عنوان یک مسأله‌ی جدی اثرگذار در امور مختلف جامعه‌ی بشری مطرح است (۱).

فعالیت‌های اوقات فراغت به عنوان سرگرمی‌ها، تفریحات و فعالیت‌هایی که هنگام آسودگی از کار روزمره با شوق و رغبت انجام می‌گیرد، معنا شده است و کارکردهای اصلی آن را، رفع خستگی، سرگرمی، تفریح، رشد و شکوفایی شخصیت انسان بر شمرده‌اند (۲). Finix معتقد است که مسأله‌ی سرگرمی و اوقات فراغت، مسأله‌ی آزادی فرد است که طی آن به تفریح می‌پردازد (۳). فراغت شامل آن بخش از زمان فرد است که مقید به انجام تقاضای زیستی و امرار معاش نیست و شخص می‌تواند به شکل آزاد و اختیاری به برنامه‌های انتخاب شده خود بپردازد (۴). Carlson و همکاران در تعریف واژه‌ی تفریح پس از ذکر تعاریفی که توسط Gary، Brachr، Kaldv، Romney و Grbn بیان گردیده است، تفریح را چنین تعریف می‌نماید؛ تفریح هر نوع تجربه انتخاب شده‌ی داوطلبانه در اوقات فراغت است که فرد انتظار دارد با شرکت در آن به رضایت‌مندی، احساس لذت و مثبت بودن دست یابد (۵).

از سوی دیگر سرمایه‌ی اجتماعی از مفاهیم نوینی است که امروزه در بررسی‌های اقتصادی و اجتماعی مطرح است. مفهوم سرمایه‌ی اجتماعی یک مفهوم بین‌رشته‌ای است. سرمایه‌ی اجتماعی ابتدا در رشته‌ی جامعه‌شناسی، سپس در رشته‌های مرتبط با اقتصاد مطرح و وارد ادبیات این رشته‌ها گردید. پس از آن در رشته‌ی مدیریت و تأثیر و نقش سرمایه‌ی اجتماعی در سازمان‌ها و اهمیت آن مورد توجه قرار گرفت. سرمایه‌ی اجتماعی را می‌توان حاصل روابط مبتنی بر تفاهم و اعتماد بین کارکنان و مدیران سازمان دانست و آن را به مجموع منابعی که در ذات روابط اجتماعی سازمان به وجود می‌آیند و زندگی اجتماعی را در سازمان دلنشین‌تر و مطلوب‌تر می‌سازند، اطلاق کرد (۶).

Putnam، سرمایه‌ی اجتماعی را این‌گونه تعریف کرده است: «سرمایه‌ی اجتماعی، مجموع منابعی است که از طریق روابط بین افراد، شبکه‌های اجتماعی و هنجارهای متقابل و اعتماد تولید می‌شود. سرمایه‌ی اجتماعی به بیان ویژگی‌هایی از یک سازمان و یا یک ساختار اجتماعی می‌پردازد. ویژگی‌هایی مانند اعتماد، هنجارها و شبکه‌هایی که جامعه را در فعالیت‌های هماهنگ کارآمد می‌سازد و انجام کارهای بزرگی را که بدون وجود سرمایه‌ی اجتماعی دست‌نیافتنی هستند، ممکن می‌سازد» (۷).

بدون تردید میزان سرمایه‌ی اجتماعی جامعه برای پنداری از سرمایه‌های اجتماعی گروه‌های کوچک می‌باشد که در بین اقشار مختلف جامعه متفاوت است و انتظار می‌رود گروه‌های حرفه‌ای و شغلی مختلف با توجه به میزان دانش، نگرش و سرمایه‌گذاری به عمل آمده توسط جامعه بر روی آنان از سطوح مختلفی از این متغیر اجتماعی بهره برده باشند. تحقیقات نشان می‌دهد ورزش برای توسعه‌ی بهتر جامعه و پیامدهای شهروندی ضروری است و همچنین ورزش‌های فراغتی در ایجاد و افزایش سرمایه‌ی اجتماعی نقش مهمی دارد (۸). اساتید نیز به دلیل نقش کلیدی، سازنده و تأثیرگذاری که روی قشر جوان هر کشوری دارند، اعمال، گفتار و رفتار آن‌ها زیر ذره‌بین قرار گرفته و هر حرکت کوچک آنان از دیده‌ها پنهان نمی‌ماند. این روند نشان می‌دهد که پرورش ذهن برای این طبقه، حساس‌تر از سایر مشاغل است. نتیجه‌ی آن که میزان سرمایه‌ی اجتماعی و گذراندن مطلوب اوقات فراغت برای اساتید به عنوان یک ضرورت قلمداد خواهد شد (۹).

چگونگی اوقات فراغت و ماهیت فعالیت‌های مرتبط با آن در گروه‌های اجتماعی، به دلایل انگیزه‌های متعدد و متنوعی چون سطح آگاهی، دانش، نگرش، هنجارها و ارزش‌های اجتماعی حاکم بر گروه‌های اجتماعی صورت می‌گیرد. بدین ترتیب نحوه‌ی گذران اوقات فراغت گروه‌های اجتماعی مختلف تحت تأثیر سرمایه‌ی اجتماعی، شکل خاصی به خود می‌گیرد که بر افراد و گروه‌های مرتبط اجتماعی دیگر نیز تأثیر گذاشته و منجر به پیامدهای اجتماعی فرهنگی خاصی

به دلیل تفاوت ورزش در کشورهای مختلف باشد و در نهایت ورزش در بسیاری از کشورها به عنوان اهرمی برای ترویج و توسعه سرمایه‌ی اجتماعی عمل می‌کند (۱۴). Collin و همکاران در مقاله‌ای با عنوان ورزش، فراغت، فرهنگ و سرمایه‌ی اجتماعی بیان می‌کنند که ورزش، فعالیت‌های فرهنگی و هنر ابزار مفیدی برای درگیر کردن مردم در تصمیم‌گیری‌های مؤثر بر محله و جامعه خود هستند و همچنین حضور و مشارکت مردم در جامعه نه تنها باعث ایجاد شبکه‌های قوی بلکه باعث افزایش سطح سرمایه‌ی اجتماعی افراد می‌شود (۱۵). Lindstrom در مطالعه‌ای با عنوان «سرمایه‌ی اجتماعی، تمایل به افزایش فعالیت‌های بدنی در اوقات فراغت، دریافت همبستگی مثبتی بین عدم فعالیت‌های فیزیکی در اوقات فراغت و سطح پایین اعتماد در سرمایه‌ی اجتماعی افراد وجود دارد» (۱۶). Moor و Legh - Jones تحقیقی با عنوان «سرمایه‌ی اجتماعی، مشارکت اجتماعی و عدم فعالیت فیزیکی در جمعیت بزرگ‌سالی شهری، دریافتند افرادی که در هیچ انجمن رسمی شرکت نمی‌کنند و به احتمال زیاد تحرک جسمی ندارند در مقایسه با افرادی که از سطح بالایی از مشارکت اجتماعی در انجمن‌ها و به تبع آن دارای فعالیت‌های فیزیکی هستند، از سرمایه‌ی اجتماعی بالاتری برخوردارند» (۱۷).

بدین ترتیب این پژوهش در نظر دارد با تعیین رابطه بین سرمایه‌ی اجتماعی و نحوه‌ی گذراندن اوقات فراغت فیزیکی اعضای هیأت علمی دانشگاه علوم پزشکی، گامی در راستای شناسایی جنبه‌ای از ابعاد ناشناخته‌ی عوامل مؤثر بر سرمایه‌ی اجتماعی اعضای هیأت علمی بردارد. در نهایت می‌توان فرضیه‌ی اصلی تحقیق را این‌گونه بیان کرد که بین مؤلفه‌های سرمایه‌ی اجتماعی و نحوه‌ی گذراندن اوقات فراغت فیزیکی رابطه‌ی معناداری وجود دارد.

روش بررسی

این مطالعه از نوع توصیفی همبستگی بود که بر روی ۶۸۰ نفر از اعضای هیأت علمی دانشگاه علوم پزشکی اصفهان در سال ۱۳۹۱ خورشیدی انجام گرفت. حجم نمونه با یک

می‌گردد. زمان فراغت و تولید سرمایه‌ی اجتماعی، به واسطه‌ی بروز وجود روابط بین نسلی در اوقات فراغت جمع‌گرایانه نیز موضوع قابل اعتنایی است. به نظر Hemingway اوقات فراغت جمع‌گرایانه و بهره‌گیری مناسب از آن، زمانی که گروه‌های سنی مختلف را در بر می‌گیرد، ساز و کاری است که روابط بین نسلی در اشکال محدود و گسترده‌ی خود را تقویت می‌کند که به سرمایه‌ی اجتماعی درون گروهی و بین نسلی کمک می‌کند (۱۰).

هر چند تحقیقات داخلی بسیار مختصری در ارتباط با دو مقوله‌ی سرمایه‌ی اجتماعی و اوقات فراغت صورت گرفته است، اما می‌توان به پژوهش غفاری با عنوان تعامل سرمایه‌ی اجتماعی و اوقات فراغت جوانان اشاره کرد. نتایج این تحقیق نشان داد که اوقات فراغت جمع‌گرایانه که به واسطه‌ی شرکت فرد در فعالیت‌های گروهی نظیر ورزش و فعالیت‌های بدنی حاصل می‌شود، می‌تواند نقش بسیار مهمی در ایجاد و ارتقای سطح سرمایه‌ی اجتماعی افراد داشته باشد (۱۱). یافته‌های پژوهش شارع پور و حسینی‌راد نشان داد مؤلفه‌های ارتباط دوستانه، اعتماد و روابط همسایگی، همبستگی معناداری با مشارکت در فعالیت‌های ورزشی دارد (۹). در تحقیق دیگری پارسا مهر و جسمانی با عنوان نقش سرمایه‌ی اجتماعی بر مصرف ورزش دریافتند، بین سرمایه‌ی اجتماعی و مصرف ورزش ارتباط مثبت و معناداری وجود دارد و نیز افراد با پایگاه اقتصادی و اجتماعی بالا تمایل کمتری به مصرف ورزش دارند (۱۲).

در خارج از کشور تحقیقات مفصل‌تری میان دو سازه‌ی سرمایه‌ی اجتماعی و اوقات فراغت صورت گرفته است. در پژوهشی Ward و Tampubolon با عنوان سرمایه‌ی اجتماعی، شبکه‌ها و مصرف فراغتی نشان دادند که سرمایه‌ی اجتماعی، برآمده از دوستی‌ها و فعالیت‌های تفریحی ورزشی است (۱۳). در تحقیق دیگری Downward و همکاران (با عنوان ورزش، اعتماد و سرمایه‌ی اجتماعی، با تأکید بر این موضوع که اعتماد یکی از مؤلفه‌های اصلی سرمایه‌ی اجتماعی است، دریافتند اثرات ورزش بر اعتماد و سرمایه‌ی اجتماعی در تعداد خاصی از کشورها اتفاق می‌افتد و این شاید

مورد تأیید قرار گرفت. جهت محاسبه‌ی پایایی پرسش‌نامه‌ها با یک مطالعه‌ی مقدماتی (پایلوت) بر روی ۳۰ نفر از اعضای هیأت علمی دانشگاه علوم پزشکی و با استفاده از ضریب Cronbach's alpha، به ترتیب برای سرمایه‌ی اجتماعی ۰/۹۲ و اوقات فراغت ۰/۸۲ به دست آمد. برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از روش‌های آماری توصیفی و استنباطی استفاده شد. برای تجزیه و تحلیل توصیفی یافته‌ها از میانگین و انحراف معیار استفاده شد و برای تجزیه و تحلیل استنباطی یافته‌ها از آزمون کالموگروف اسمیرنوف برای آزمون نرمال بودن داده‌ها و رگرسیون چندگانه استفاده گردید. نتایج در سطح $(\alpha \leq 0/05)$ با استفاده از نرم‌افزار SPSS نسخه‌ی ۱۷ مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

یافته‌ها

نتایج آماری نشان داد از کل نمونه‌ی ۱۲۰ نفری، ۸۱ نفر (۶۷/۵ درصد) را مردان تشکیل داده بودند. از تعداد ۱۵۰ پرسش‌نامه‌ی توزیع شده در میان آزمودنی‌ها تعداد ۱۲۰ پرسش‌نامه تکمیل شد. یافته‌ها نشان داد با توجه به میانگین نمره‌ی سرمایه‌ی اجتماعی که برابر با $(\bar{X} = 3/82)$ ، $\bar{X} = 0/541$ ، $(S^2 = 3/43)$ میانگین نمره‌ی اوقات فراغت که برابر $(\bar{X} = 3/43)$ ، $(S^2 = 0/406)$ می‌باشد، می‌توان گفت که سرمایه‌ی اجتماعی سازمانی در دانشگاه علوم پزشکی اصفهان و میزان اوقات فراغت فیزیکی افراد بالاتر از سطح متوسط می‌باشد.

مطالعه‌ی مقدماتی و پس از برآورد واریانس با استفاده از فرمول Cocran، ۱۵۰ نفر تعیین گردید و افراد به صورت طبقه‌ای تصادفی بر اساس جنسیت و نیز متناسب با تعداد اعضای هر دانشکده انتخاب شد. به طور مثال دانشکده‌ی پزشکی با ۳۸۸ نفر و ۵۸ درصد از حجم نمونه و دانشکده‌ی توان‌بخشی با ۳۰ نفر عضو (هیأت علمی) ۴/۵ درصد از حجم نمونه را به خود اختصاص داده بودند. برای سنجش سازه‌ی سرمایه‌ی اجتماعی از پرسش‌نامه‌ی استاندارد سرمایه‌ی اجتماعی Krishna and Shrader (۱۹۹۸ میلادی) مبتنی بر مدل (SCAT) (۱۸)، در قالب ۴۷ گویه بر اساس طیف ۵ گزینه‌ای لیکرت (کاملاً موافقم تا کاملاً مخالفم) که شامل هفت مؤلفه (اعتماد، ارتباط متقابل، تعهد، نگرش، هنجارهای اجتماعی و یکپارچگی) می‌باشد استفاده شد، حداکثر نمره‌ی که آزمودنی می‌تواند کسب نماید ۲۳۵ و حداقل آن ۴۷ نمره بوده است و نیز از پرسش‌نامه‌ی محقق ساخته‌ی اوقات فراغت که شامل ۲۹ گویه در قالب ۲۰ سوال بسته به صورت طیف ۵ گزینه لیکرت و ۹ سوال باز در خصوص چگونگی گذران اوقات فراغت استفاده گردید. در این ابزار نیز حداکثر نمره‌ی که آزمودنی می‌تواند کسب نماید ۱۹۰ و حداقل آن ۳۸ نمره بوده است. در ضمن چون مقیاس اندازه‌گیری ۵ درجه‌ای بوده است، نقطه‌ی برش و حد متوسط، نمره‌ی ۳ در نظر گرفته شد. برای سنجش روایی صوری و محتوایی پرسش‌نامه‌ها با نظرخواهی از ۸ نفر از صاحب‌نظران دانشگاهی در زمینه‌ی سرمایه‌ی اجتماعی و اوقات فراغت،

جدول ۱: آزمون نرمال بودن توزیع داده‌ها

متغیر	شاخص‌ها	N	Mo	Md	\bar{X}	S	Q1	Q3	Z	Pvalue
اوقات فراغت فیزیکی	۱۲۰	۳/۴۱	۳/۴۸	۳/۴۴	۰/۴۳	۳/۱۹	۳/۷۵	۱/۰۶	۰/۲۶۳	
سرمایه‌ی اجتماعی	۱۲۰	۳/۱۴	۳/۵۷	۳/۴۷	۰/۵۵	۳/۲۱	۴	۰/۸۳۲	۰/۴۹۳	

نرمال بودن داده‌ها رد نمی‌شود و می‌توان بیان داشت با احتمال ۹۵ درصد اطمینان، توزیع نمرات و داده‌های سرمایه‌ی اجتماعی و اوقات فراغت از وضعیت نرمال و به‌هنجاری برخوردار هستند.

با توجه به مقادیر به دست آمده (جدول ۱) برای سرمایه‌ی اجتماعی $(Z=0/832, Pvalue \geq 0/05)$ و اوقات فراغت $(Z=1/06, Pvalue \geq 0/05)$ چون مقدار Pvalue از مقدار خطای $(\alpha=0/05)$ بیش تر است، بنابراین فرض صفر مبنی بر

آمده از لحاظ آماری معنی دار است و می توان این نتیجه را به جامعه‌ی آماری تعمیم داد (جدول ۲).

مقدار F مشاهده شده نیز با ۷ و ۱۱۲ درجه آزادی نشان می دهد ضریب همبستگی چند گانه و ضریب تعیین به دست

جدول ۲: تبیین اوقات فراغت فیزیکی بر اساس مؤلفه‌های سرمایه‌ی اجتماعی (ANOVA)

Pvalue	F	میانگین مجموع مجدورات	درجه‌ی آزادی	مجموع مجذورات	
۰/۰۰۱	۱۲/۲۹۸	۲/۳۶۷	۷	۱۶/۵۶	بین گروهی
		۰/۱۹۲	۱۱۲	۲۱/۵۵۵	درون گروهی
			۱۱۹	۳۸/۱۲۲	کل
	$R_{ADJ} = 0.399$		$R_2 = 0.435$		$R = 0.659$
	همبستگی سازگار شده		ضریب تعیین		ضریب همبستگی

جدول ۳: ضرایب همبستگی تفکیکی مؤلفه‌های سرمایه‌ی اجتماعی

Pvalue	T	Beta	Std. Error	B	متغیرها
۰/۰۷۴	۱/۸۰۳		۰/۴۰۰	۰/۷۲۲	مقدار ثابت
۰/۱۶۳	۱/۴۰۵	۰/۱۷۷	۰/۱۱۲	۰/۱۵۷	اعتماد
۰/۵۴۷	۰/۶۰۵	۰/۰۸۰	۰/۱۳۲	۰/۰۸۰	ارتباط متقابل
۰/۰۴۴	۲/۰۴۲	۰/۲۹۳	۰/۱۴۸	۰/۳۰۲	تعهد
۰/۶۷۶	۰/۴۱۹	۰/۰۵۰	۰/۱۳۲	۰/۰۵۵	مشارکت
۰/۹۰۰	۰/۱۲۵	۰/۰۱۶	۰/۱۳۴	۰/۰۱۷	نگرش
۰/۰۴۷	۲/۰۱۱	۰/۱۹۶	۰/۱۲۵	۰/۲۳۷	هنجارهای اجتماعی
۰/۶۵۸	-۰/۴۴۴	-۰/۰۴۶	۰/۱۴۳	۰/۱۴۳	یکپارچگی

بحث

تحلیل‌های آماری نشان داد ورزش و فعالیت‌های بدنی در اوقات فراغت در بین اعضای هیأت علمی دانشگاه علوم پزشکی اصفهان کمی بالاتر از حد متوسط می باشد که در وضعیت ایده‌آل برای تضمین سلامت جسمانی و روانی افراد نیست. مدیران و متولیان سازمان می توانند با بررسی عوامل مؤثر بر میزان فعالیت‌های بدنی در اوقات فراغت افراد سازمان، شرایط مناسبی برای بهبود و افزایش سطح اوقات فراغت فیزیکی فراهم سازند. تحقیقات متعددی نشان داده‌اند که ورزش و فعالیت بدنی با کاهش در استرس، اضطراب، افسردگی و بد خلقی و افزایش در خوش خلقی یا سلامت روانی و احساسات تجدید حیات در ارتباط است. کارکرد اجتماعی تربیت بدنی و ورزش در توسعه و تحکیم روابط

مقدار ضریب همبستگی چند گانه (جدول ۳)، یعنی ترکیبی از مؤلفه‌های سرمایه‌ی اجتماعی و اوقات فراغت فیزیکی ۰/۶۵۹ و ضریب تعیین ۰/۴۳۵ می باشد. این ضریب نشان می دهد که ۴۳/۵ درصد از واریانس نمرات اوقات فراغت فیزیکی به وسیله‌ی ترکیبی از مؤلفه‌های سرمایه‌ی اجتماعی قابل توصیف، توضیح و تبیین می باشد. هم چنین ضرایب بتا نشان می دهد، فقط مقدار ضرایب بتای مؤلفه‌ی تعهد ۰/۲۹۳ و ضریب بتای هنجارهای اجتماعی ۰/۱۹۶ می باشد که مقدار t به دست آمده برای آن‌ها حداقل در سطح ($\alpha=0.05$) معنی دار است ولی سایر مؤلفه‌های سرمایه‌ی اجتماعی از لحاظ آماری معنی دار نبوده است و بنابراین معادله‌ی پیش‌بینی اوقات فراغت فیزیکی را می توان به صورت زیر نوشت:

$$y = 0.196x_2 + 0.293x_1$$

ساختاری و فرایندی در سازمان خود نمایند (۱۹) و از سوی دیگر اوقات فراغت و فعالیت‌های بدنی به عنوان یکی از اصلی‌ترین مولدهای سرمایه‌ی اجتماعی در سطح فردی و سازمانی می‌تواند راهکاری مطمئن برای ارتقای سطح سرمایه‌ی اجتماعی پیش روی مدیران و متولیان سازمان‌ها باشد.

به‌طور کلی باتوجه به یافته‌ها نتایج این تحقیق با پژوهش‌های غفاری (۱۱)، پاسا مهر و جسمانی (۱۲)، هزار جریبی و مروخی (۲۰)، Linstrom و همکاران (۱۶)، Mummery و همکاران (۲۱) و Ball و همکاران (۲۲) هماهنگ و هم‌سو است، ولی با تحقیقات Seippel (۲۳) قدری مغایرت دارد. غفاری در پژوهش خود با عنوان تعامل بین سرمایه‌ی اجتماعی و اوقات فراغت، به نتایج مشابه دست یافته بود. همچنین نتایج این تحقیق با پژوهش هزار جریبی و مروخی که به بررسی شاخص‌های رفاه اجتماعی از جمله اوقات فراغت پرداخته بودند هم‌سو بود (۱۱). تحقیقات پارسا مهر و جسمانی با عنوان نقش سرمایه‌ی اجتماعی بر مصرف، نشان داد افراد با پایگاه اقتصادی، اجتماعی بالا تمایل کم‌تری به مصرف ورزش دارند که با نتایج این پژوهش هم‌سو می‌باشد (۱۲). همچنین یافته‌ها با تحقیق Linstrom و همکاران با عنوان سرمایه‌ی اجتماعی و اوقات فراغت فیزیکی یکسان بود (۱۶). آن‌ها نشان دادند رابطه‌ی مثبت و معناداری بین سرمایه‌ی اجتماعی و اوقات فراغت فیزیکی وجود دارد. گرچه نتایج از ارتباط سرمایه‌ی اجتماعی و اوقات فراغت گواهی می‌دهد اما تحقیق Seippel با عنوان ورزش و سرمایه‌ی اجتماعی نشان داد بین مؤلفه‌ی اعتماد سرمایه‌ی اجتماعی و ورزش رابطه‌ی معناداری وجود دارد که در این پژوهش با توجه به تحلیل داده‌ها، ارتباطی بین این دو سازه وجود ندارد. گرچه سیپل اشاره می‌کند که مؤلفه‌ی اعتماد در سرمایه‌ی اجتماعی به‌واسطه‌ی شرکت در ورزش و فعالیت‌های گروهی شکل می‌گیرد (۲۳). نتایج تحقیقات Mummery و همکاران در برخی از موارد با این پژوهش هم‌سو بود. آن‌ها دریافتند مؤلفه‌های (مشارکت اجتماعی، هنجارهای اجتماعی، تعهد و اعتماد) سرمایه‌ی اجتماعی با فعالیت‌های بدنی در اوقات

اجتماعی، کارکرد زیر بنایی و بنیادی است که در کل ساختار جامعه و روابط موجود در بین اقشار و آحاد اجتماعی اثرات قابل توجهی بر جای می‌گذارد (۱۹، ۱۱، ۸، ۱).

با توجه به میانگین نمره‌ی سرمایه‌ی اجتماعی اعضای هیأت علمی که کمی بالاتر از سطح متوسط بوده است، می‌توان این‌گونه نتیجه گرفت که دانشگاه علوم پزشکی اصفهان از سرمایه‌ی اجتماعی خوبی برخوردار نیست و وضعیت سازمان مذکور چندان مطلوب نیست، بنابراین نیاز است که مدیران در این خصوص اقدامات مؤثری را در راستای بهبود سرمایه‌ی اجتماعی انجام دهند. سرمایه‌ی اجتماعی ایجاد شده از جمله روابط و پیوندها، هنجارها و اعتماد در یک محیط خاص، اغلب می‌تواند از یک محیط اجتماعی به محیط اجتماعی دیگر انتقال داده شود و بدین ترتیب بر الگوی تبادل اجتماعی تأثیر گذارد. سازمان‌های اجتماعی مناسب می‌توانند یک شبکه‌ی بالقوه به افراد و منابع‌شان از جمله اطلاعات و دانش را فراهم کنند و از طریق ابعاد شناختی و رابطه‌ای سرمایه‌ی اجتماعی ممکن است انگیزش و قابلیت را برای تبادل تضمین کنند (۶).

نتایج تحلیل‌های آماری نشان داد میان سرمایه‌ی اجتماعی و ورزش و فعالیت‌های بدنی در اوقات فراغت افراد رابطه‌ی معناداری وجود دارد. با نگاهی دقیق به دو سازه‌ی سرمایه‌ی اجتماعی و اوقات فراغت فیزیکی، می‌توان دریافت که حضور یا عدم حضور هر کدام از آن‌ها چه در سطح فردی و چه در سطح اجتماعی می‌تواند در تعالی و رشد افراد و جامعه مؤثر باشد. پس می‌توان گفت سرمایه‌ی اجتماعی پدیده‌ای مدیریت‌پذیر است، به این معنا که می‌توان آن را بر اساس سیاست‌گذاری‌ها در حوزه‌های مشخصی در سازمان بازسازی یا به فرایند شکل‌گیری آن کمک کرد. این امر در صورتی ممکن است که مدیران عالی و سیاست‌گذاران سازمان، اطلاعات درستی از وضعیت موجود سرمایه‌ی اجتماعی در سازمان داشته باشند و نظر به اهمیت این موضوع، چنانچه مدیران در سطوح مختلف با این مفهوم آشنایی پیدا کنند می‌توانند با تقویت و بهره‌برداری مفید از آن بسیاری از هزینه‌ها را کاهش دهند و بر اساس آن اقدام به تغییرات

ارتباط متقابل، مشارکت و تعهد افراد گردد. سازمان‌هایی که در صدد راهکارهای برای بهبود سطح سرمایه‌ی اجتماعی اعضای خود و به دنبال آن افزایش سطح سرمایه‌ی اجتماعی سازمانی هستند، می‌توانند مانند بسیاری از کشورها و سازمان‌های بزرگ جهان با استفاده از اهرم ورزش به این مهم دست یابند (۱۳) و این هدف دست یافتنی نیست مگر با برنامه‌ریزی دقیق و ایجاد شرایط و امکانات مناسب برای افراد جهت شرکت در فعالیت‌های ورزشی در اوقات فراغت.

پیشنهادها

- یافته‌های پژوهش نشان داد سطح سرمایه‌ی اجتماعی سازمانی نزد دانشگاه علوم پزشکی اصفهان کمی بالاتر از سطح متوسط می‌باشد که وضعیت خوبی را نشان نمی‌دهد. با توجه به وجود روش‌هایی برای افزایش سطح سرمایه‌ی اجتماعی، مدیران سازمان می‌توانند با برگزاری دوره‌ها و کارگاه‌های آموزشی نسبت به این مهم اقدام نمایند.

- یافته‌ها نشان داد میزان اوقات فراغت فیزیکی افراد سازمان نیز کمی بالاتر از سطح متوسط می‌باشد. مدیران می‌توانند با بررسی عوامل مؤثر بر میزان فعالیت‌های بدنی در اوقات فراغت افراد سازمان، شرایط مناسبی برای بهبود و افزایش سطح اوقات فراغت فیزیکی فراهم سازند.

- با توجه به نتایج این پژوهش و مطالعات مشابه، می‌توان به درستی دریافت که اوقات فراغت فیزیکی یکی از مطمئن‌ترین و مناسب‌ترین روش‌های افزایش و حتی ایجاد سرمایه‌ی اجتماعی و به دنبال آن افزایش بهره‌وری سازمان است. مدیران و متولیان سازمان می‌توانند با نگاهی ویژه به فعالیت‌های بدنی و اوقات فراغت فیزیکی و تدوین برنامه‌های مؤثر و کاربردی به مهم دست یابند.

تشکر و قدردانی

شایسته است که از کلیه اعضای هیأت علمی دانشگاه علوم پزشکی اصفهان که در جهت تحقق اهداف این پژوهش کمال همکاری را با پژوهشگران نموده‌اند، صمیمانه سپاس‌گزارى شود.

فراغت ارتباط معناداری دارد (۲۱). همچنین پژوهش Ball با عنوان سرمایه‌ی اجتماعی، جرم و جنایت و فعالیت‌های بدنی، نشان داد ورزش می‌تواند باعث ارتقای سطح سرمایه‌ی اجتماعی و خصوصاً بهبود هنجارهای اجتماعی در زنان شود و از سوی دیگر باعث کاهش جرم و جنایت و بزهکاری افراد شود (۲۲).

نتیجه‌گیری

با نگاهی دقیق به دو سازه‌ی سرمایه‌ی اجتماعی و اوقات فراغت فیزیکی، می‌توان دریافت که حضور یا عدم حضور هر کدام از آن‌ها چه در سطح فردی و چه در سطح اجتماعی می‌تواند در تعالی و رشد افراد و جامعه مؤثر باشد. پس می‌توان گفت سرمایه‌ی اجتماعی پدیده‌ای مدیریت‌پذیر است، به این معنا که می‌توان آن را بر اساس سیاست‌گذاری‌ها در حوزه‌های مشخصی در سازمان بازسازی یا به فرایند شکل‌گیری آن کمک کرد. این امر در صورتی ممکن است که مدیران عالی و سیاست‌گذاران سازمان، اطلاعات درستی از وضعیت موجود سرمایه‌ی اجتماعی در سازمان داشته باشند و نظر به اهمیت این موضوع، چنان‌چه مدیران در سطوح مختلف با این مفهوم آشنایی پیدا کنند می‌توانند با تقویت و بهره‌برداری مفید از آن بسیاری از هزینه‌ها را کاهش دهند و بر اساس آن اقدام به تغییرات ساختاری و فرایندی در سازمان خود نمایند (۶) و از سوی دیگر اوقات فراغت و فعالیت‌های بدنی به عنوان یکی از اصلی‌ترین مولدهای سرمایه‌ی اجتماعی در سطح فردی و سازمانی می‌تواند راهکاری مطمئن برای ارتقای سطح سرمایه‌ی اجتماعی پیش‌روی مدیران و متولیان سازمان‌ها باشد.

ورزش و فعالیت‌های بدنی در اوقات فراغت و شرکت فرد در فعالیت‌های گروهی و عضویت در آن‌ها شرایطی را فراهم می‌سازد تا فرد با تعامل و برقراری ارتباط با سایر افراد و احساس تعلق به گروه، منافع و مصالح جمع را محترم بشمارد. این چنین فعالیت‌ها می‌تواند باعث افزایش سطح سرمایه‌ی اجتماعی و مؤلفه‌های آن نظیر اعتماد، هنجارهای اجتماعی،

References

1. Jalali Farahani M. Leisure and Recreational Sports Management. Tehran: Tehran University; 2008. [In Persian]
2. Godarzi M, Asadi H. Analysis and the Type of Leisure Activities and Sport Professor at Tehran University. Harekat 2000; (4): 21-36. [In Persian]
3. Amin Anvar Kh. Education philosophy in leisure. Trans. Karimi Gh. Tehran, Iran: Farayez Tabestan; 2007. [In Persian]
4. Sheykhali-zadeh M. Leisure time. In: Sheykhali-zadeh M, Editor. General Physical Education. Tehran: Elm va Harakat; 2008. [In Persian]
5. Reyonold EC, MacLean JR, Deppe TR. Recreation and leisure time, the changing scene. 3th ed. Belmont, California: wadsworth publishing company; 1979: 1-10.
6. Alvani M. Management role in the development of social capital. Tadbir Journal 1999; 10(100): 29-32. [In Persian]
7. Putnam RD. Bowling alone: The collapse and revival of American community. New York: Simon and Schuster; 2000.
8. Skinner J, Zakus DH, Cowell J. Development through sport: Building Social Capital in disadvantage communities. Sport Management Review 2008; 11(3): 253-75.
9. Sharepor M, Hoseinirad A. The relationship between social capital and sports participation. Harakat Journal 2009; (37): 131-53. [In Persian]
10. Hemingway JL. Leisure, Social capital and Democratic Citizenship. Journal of leisure research 1999; 31(2): 150.
11. Ghafari GH. Interaction between social capital and young people Leisure. Young People Studies 2009; 13: 77. [In Persian]
12. Parsamehr M, Jesmani S. The role of social capital on Sport consumption. Journal of Research in sport management and motor behavior 2011; 1(1): 73-84. [In Persian]
13. Ward A, Tampubolon G. Social Capital, Networks and Leisure Consumption. The Sociological Review 2002; 50(2): 155-80.
14. Downward P, Pawlowski T, Raseiute S. Sport, Trust and Social Capital. Proceeding of the XIII and III ESEA Conferences on sport Economies; 2011 May 17-18; Prague, Czech Republic; 2011.
15. Collins M, Holmes K, Slater A. Sport, Leisure, Culture and Social Capital. Washington, DC: LSA Publication; 2007.
16. Linstrom M. Social capital, desire to increase physical activity and leisure time physical activity. Public Health 2011; 125(7): 442-7.
17. Legh-Jones H, Moore S. Network social capital, social participation, and physical inactivity in an urban adult population. Social Science and Medicine 2012; 74(9): 1362-7.
18. Krishna A, Shrader E. Social capital assessment tool. Proceeding of the Conference on social Capital and Poverty Reduction; 1999 June 22-24: 142-9.
19. Mora IR, Fuentes IA, Sentis IV. leisure – times physical activity of first-year students in 3 health science department. An Med interna 1997; 14(12): 620-4.
20. Hezarjeribi J, Mardokh Rohani E. The relationship between social welfare and social investment in the Sanandaj City. Journal of Applied Sociology 2012; 23(1): 34-50. [In Persian]
21. Mummery WK, Lauder W, Schofield G, Caperchione C. Associations between physical inactivity and a measure of social capital in a sample of Queensland adults. Journal of Science and Medicine in Sport 2008; 11(3): 308-15.
22. Ball K, Cleland V, Timperio A, Salmon J, Giles-Corti B, Crawford D. Love thy neighbour? Associations of social capital and crime with physical activity amongst women. Social Science and Medicine 2010; 71(4): 807-14.
23. Seippel O. Sports in Civil Society: Networks, Social Capital and Influence. European Sociological Review 2007; 24(1): 69-80.

The Relationship between Social Capital and the Way of Spending Leisure Time, Based on Physical Activities*

Jahangir Karimian¹; Taghi Agha Hosseini²; Shahram Aroufzadeh³;
Seyed Mortaza Mousavi Nafchi⁴

Original Article

Abstract

Introduction: Today, social capital is a need in society. Also, leisure time and physical activities are among the most important productive sources of social capital which has noticed nowadays. This survey studies the relationship between social capital and physical leisure time of faculty members of Esfahan University of Medical Sciences.

Methods: Descriptive correlation method is used in this study. Two questionnaires are used for data collection. Social capital questionnaire is based on SCOT Model. Also, leisure time questionnaire made by researcher which Face and content validity of it was verified by experts. Reliability coefficients by using Cornbrash's alpha coefficients were calculated at 0.92 and 0.82 respectively. Sample populations measured by Khan's Formula, they are 150 people that were selected as sample using multiple cluster sampling by taking the sex and college into consideration as variables.

Results: According to the findings there is a direct relationship between a combination of social capital parameters (include commitment, attitude, trust, participation, mutual relationship, social norm and unity) with the way of spending physical leisure time. ($R = 0.0659$, $Pvalue = 0.001$). From among the parameters commitment is the only parameter which is significant with Beta coefficient ($B = 0.293$, $Pvalue = 0.044$) and social norms with Beta coefficient ($B = 0.196$, $Pvalue = 0.047$), but the rest are not significant.

Conclusion: Playing sport and doing physical activities in the leisure time and also taking part in group activities and their membership provide a situation for people to respect the group interests through communication. Such activities can cause the level of social capital and its factors to be increased.

Keywords: Social Capital; Exertion; Leisure Activities

Received: 12 Mar, 2013

Accepted: 26 Nov, 2013

Citation: Karimian J, Agha Hosseini T, Aroufzadeh S, Mousavi Nafchi SM. **The Relationship between Social Capital and the Way of Spending Leisure Time, Based on Physical Activities.** Health Inf Manage 2014; 11(2): 259.

* This article is derived from a research project (No. 221252) funded by Isfahan University of Medical Sciences and MSc thesis.

1- Associate Professor, Physical Sciences Planning Management, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran

2- Assistant Professor, Educational Management, Shahid Bahonar University of Isfahan, Isfahan, Iran

3- Assistant Professor, Physical Sciences, Shahid Bahonar University of Isfahan, Isfahan, Iran

4- MSc, Physical Sciences, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran (Corresponding Author) Email: mrtzmsv@gmail.com

اثرات اجرای طرح خودگردانی در میزان رضایت بیماران بستری در بیمارستان‌های شهرضا: مطالعه‌ی موردی*

علی اکبر احمدی^۱، حسین مبارکی^۲، مهدی ملجائی^۳

مقاله پژوهشی

چکیده

مقدمه: رضایت بیماران یکی از شاخص‌های مهم کیفیت ارائه‌ی خدمات در بیمارستان‌هاست. توجه به نقطه نظرات بیماران، رضایت آنان را موجب شده و زمینه‌ساز ارتقای سطح کیفی خدمات بیمارستانی می‌باشد. تحقیق حاضر به منظور سنجش میزان رضایت بیماران پس از اجرای طرح خودگردانی با هدف بهبود کیفیت ارائه‌ی خدمات انجام گرفته است.

روش بررسی: در این مطالعه توصیفی مقطعی که در بیمارستان‌های صاحب الزمان (عج) و امیرالمومنین (ع) شهرستان شهرضا استان اصفهان در فروردین ماه ۱۳۹۱ خورشیدی انجام گرفت، تعداد ۱۰۹ پرسش‌نامه در مجموع دو دوره‌ی قبل و بعد از اجرای طرح خودگردانی، در بین بیماران، توزیع داده‌های به دست آمده بر اساس مدل Servqual و مقیاس پنج گزینه‌ای Lickert، توسط نرم‌افزار SPSS نسخه‌ی ۱۵ در دو سطح توصیفی (فراوانی، درصد، میانگین و انحراف معیار) و استنباطی (آزمون ضریب همبستگی Pearson، آزمون t مستقل و آزمون تحلیل واریانس یک‌طرفه) مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

یافته‌ها: بر اساس یافته‌های حاصل از این پژوهش، میزان رضایت بیماران، در حد خیلی زیاد، در دوره‌ی بعد از خودگردانی، نسبت به قبل از آن، نشان از بهبود کیفیت ارائه‌ی خدمات در دوره‌ی بعد از خودگردانی داشته است. به طوری که میزان رضایت «خیلی زیاد»، در درصد بیش‌تری از بیماران بعد از خودگردانی (۳۴/۷) در مقایسه با قبل از خودگردانی (۱۱/۷) از کیفیت خدمات بیمارستان، دیده می‌شود.

نتیجه‌گیری: با توجه به نتایج به دست آمده، لازم است به کیفیت خدمات در بعد ملموسات که به ظاهر جنبه‌های فیزیکی خدمت مربوط می‌شود و پاسخ‌گویی سریع‌تر به مراجعین، خصوصاً در بخش‌هایی که خط مقدم بیمارستان در ارائه‌ی خدمات محسوب می‌شوند، توجه بیش‌تری گردد.

واژه‌های کلیدی: رضایت بیمار؛ ارزشیابی؛ بیمارستان‌ها؛ کیفیت مراقبت بهداشتی

پذیرش مقاله: ۹۲/۶/۱۰

اصلاح نهایی: ۹۲/۴/۲۷

دریافت مقاله: ۹۱/۹/۲۲

ارجاع: احمدی علی اکبر، مبارکی حسین، ملجائی مهدی. اثرات اجرای طرح خودگردانی در میزان رضایت بیماران بستری در بیمارستان‌های شهرضا: مطالعه‌ی موردی. مدیریت اطلاعات سلامت ۱۳۹۳؛ ۱۱(۲): ۲۶۰-۲۶۰.

تولید منفعت، اساساً ناملموس یا به خودی خود به عنوان یک محصول منفرد یا عنصری مهم از یک محصول ملموس است

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

- ۱- دانشیار، مدیریت رفتار سازمانی، دانشگاه پیام نور تهران، تهران، ایران
- ۲- استادیار، مدیریت منابع انسانی، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران (نویسنده‌ی مسؤول)

Email: mamool32@yahoo.com

- ۳- کارشناسی ارشد، مدیریت تحول سازمانی، بیمارستان امیرالمومنین شهرضا، شهرضا، ایران

مقدمه

امروزه افراد، در محیطی زندگی می‌کنند که به‌طور روز افزون به سوی اقتصاد مبتنی بر خدمات، پیش می‌رود. دیگر، خدمات به عنوان بخش کوچکی از اقتصاد محسوب نمی‌شود، بلکه به عنوان قلب ارزش‌آفرینی در اقتصاد مطرح است. بقای سازمان‌های خدماتی در دنیای کنونی به میزان بسیار زیادی به رضایت‌مندی دریافت‌کنندگان خدمات این سازمان‌ها وابسته است. خدمت یک واژه‌ی پیچیده می‌باشد. خدمت،

استرالیا در ۲۰۰۹ میلادی (۹) و بیمارستان MUHIMBILI تانزانیا در ۲۰۰۸ میلادی (۱۰) و تحقیق دانشکده‌ی کیفیت بالینی آمریکا در اورژانس‌های این کشور در سال ۲۰۰۳ میلادی، قابل ذکر می‌باشد (۱۱).

در گذشته ارزشیابی بیمارستان‌های ایران، بر اساس چک‌لیست‌هایی انجام می‌شد که بیش‌تر به منابع فیزیکی، تجهیزات و منابع انسانی توجه داشت، اما در روش جدید ارزشیابی بیمارستان‌ها، شاخص اصلی ارزشیابی بیمارستان‌ها، جلب رضایت بیماران و مراجعه‌کنندگان خواهد بود و رتبه‌ی بیمارستان نیز بر همین اساس، تعیین می‌شود (۱۲).

در بین اجزای مختلف سیستم بهداشت و درمان، خدمات بیمارستان، عمده‌ترین عامل رشد هزینه در بسیاری از کشورها بوده و حدود ۵۰ تا ۷۰ درصد کل هزینه‌ها را به‌خود اختصاص می‌دهد (۱۳). شروع توجه به رضایت‌مندی بیمار به دهه‌ی ۱۹۵۰ میلادی، زمانی که جامعه‌شناسانی مانند Szasz و Parson تحقیقاتی در زمینه‌ی ارتباط پزشک و بیمار انجام دادند، برمی‌گردد (۱۴). اهمیت رضایت‌مندی بیمار به حدی است که عدم رضایت بیمار و بی‌توجهی به نظرات او، بهبودی بیمار و اخذ نتیجه‌ی مطلوب درمانی را خدشه‌دار می‌کند (۱۵). برخورد اولیه‌ی مناسب در بیمارستان به برطرف نمودن استرس کمک نموده و میزان رضایت بیمار از محیط بیمارستان را بالا می‌برد (۱۶).

با توجه به اهمیت سنجش میزان رضایت بیماران بستری در بیمارستان‌ها، تحقیق اخیر بر آن شده است تا میزان این رضایت را در جامعه‌ی پژوهش خود، مورد سنجش و تحلیل قرار دهد.

روش بررسی

این مطالعه از نوع مطالعات توصیفی مقطعی (Cross-sectional study) است که در فروردین ماه سال ۱۳۹۱ خورشیدی، به‌منظور سنجش میزان رضایت‌مندی بیماران بستری در بیمارستان‌های امیرالمومنین (ع) و صاحب‌الزمان (عج) شهرضا از توابع استان اصفهان، در دوره‌ی پس از اجرای طرح خودگردانی بیمارستان‌ها (Hospital Autonomy) و

که به واسطه‌ی شکلی از مبادله، نیاز شناخته‌شده‌ی مشتری را بر آورده می‌سازد (۱).

خدمت فرایندی است مشتمل بر یک سری از فعالیت‌های کم و بیش نامحسوس که به‌طور طبیعی اما نه لزوماً همیشگی، در تعاملات بین مشتریان و کارکنان و یا منابع فیزیکی یا کالاها و یا سیستم‌های ارائه‌کننده‌ی خدمت روی داده تا راه‌حلی برای مسایل مشتریان باشد (۲).

یکی از سه اصل اساسی نظریه‌ی مدیریت جامع فراگیر که توسط Deming مطرح شد، تمرکز سازمان بر درک و جواب‌گویی به نیازهای مشتری است (۳). رضایت مشتری از یک خدمت را می‌توان از طریق مقایسه‌ی انتظارات او از خدمات یا برداشت او از خدمات ارائه شده تعریف نمود. اگر خدمات ارائه شده از حد انتظارات مشتری فراتر باشد، آن خدمات، فرح‌بخش و فوق‌العاده قلمداد می‌شود. وقتی انتظارات مشتری از خدمات با برداشت‌های او از خدمات ارائه شده منطبق شود، کیفیت خدمات ارائه شده، رضایت‌بخش است. بدیهی است در صورتی که خدمات ارائه شده پایین‌تر از حد انتظارات مشتری باشد، خدمات ارائه شده، غیر قابل پذیرش است (۴).

بیمارستان‌ها یکی از بزرگ‌ترین سازمان‌های خدماتی در دنیا می‌باشند و عامل رضایت، به عنوان عامل مهم در ارتقای کیفیت سازمان‌های بهداشتی درمانی، به شمار می‌آید، چون در جهان رقابتی کنونی، مسأله‌ی مشتری، اهمیت فوق‌العاده‌ای برای ارائه‌کنندگان خدمات درمانی پیدا کرده است. در چنین وضعیتی به‌طور قطع، نگاه به سمت رفتارها، علایق و حساسیت‌های مشتری است تا بر اساس آن، جهت‌گیری سازمان تعیین گردد (۵). بر این اساس تحقیقات متعددی در ایران صورت گرفته که از آن جمله می‌توان تحقیقاتی که اخیراً در بیمارستان‌های دانشگاه علوم پزشکی تهران در سال ۱۳۸۸ خورشیدی (۶) و بیمارستان‌های منتخب دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی در ۱۳۹۰ خورشیدی (۷) و بیمارستان امام خمینی عجب شیر در ۱۳۹۰ خورشیدی (۸) انجام شده است را نام برد. در سراسر دنیا نیز در این زمینه تحقیقات فراوانی به‌عمل آمده که از آن میان، تحقیقات دانشگاه سیدنی

برای تناسب بین سوالات پرسش‌نامه و محیط مورد بررسی، در این پرسش‌نامه به جای کلمه‌ی «مشتری» از کلمه‌ی «بیمار» و به جای کلمه‌ی «شرکت» از کلمه‌ی «بیمارستان» استفاده گردید. از آنجا که پرسش‌نامه مربوط به رضایت ارباب رجوع بیمارستان، قبلاً در سال ۸۹ خورشیدی توسط محقق و بر اساس مدل سروکوال طراحی گردیده بود، در مقام مقایسه‌ی نتایج حاصل از پرسش‌نامه‌ها در دو دوره‌ی زمانی مورد پژوهش، خدشه‌ای به اعتبار نتایج وارد نگردید.

حجم جامعه‌ی مورد پژوهش بر اساس فرمول حجم نمونه، ۱۰۹ مورد به دست آمد که در بین دو دوره‌ی زمانی مورد سنجش تقسیم شد. بر اساس روش نمونه‌گیری تصادفی، از بین پرسش‌نامه‌های کاملاً تکمیل شده در نیمه‌ی دوم سال ۸۹ خورشیدی در ۵ بخش بیمارستان (بخش‌های اطفال، زنان و زایمان، نوزادان، جراحی زنان، جراحی مردان) که توسط بیماران با نظارت منشی‌های هر بخش به تفکیک هر ماه، تکمیل گردیده و در واحد حاکمیت بالینی بیمارستان نگهداری می‌شد، تعداد ۶۰ پرسش‌نامه انتخاب گردید. سپس در نیمه‌ی دوم سال ۹۰ خورشیدی (دوره‌ی بعد از خودگردانی)، در هر ماه تعدادی به‌طور تصادفی در بخش‌های فوق، در بین بیمارانی که از نظر شرایط جسمی و روحی قادر به پاسخ‌گویی به سوالات بوده و یا در صورت عدم توان، همراهان ایشان پاسخ‌گوی سوالات بوده‌اند، تعداد ۴۹ پرسش‌نامه توزیع و بر تکمیل دقیق آن‌ها توسط پژوهشگر نظارت کامل انجام شد، به طوری که در مجموع تعداد ۱۰۹ پرسش‌نامه توزیع و نتایج جمع‌آوری گردید.

هر کدام از سوالات پرسش‌نامه، مربوط به یکی از ابعاد پنج‌گانه‌ی کیفیت در مدل سروکوال بود، به طوریکه بعد «ملموس بودن» (۹ گویه)، بعد «اطمینان خاطر» (۱۰ گویه)، بعد «پاسخ‌گویی» (۶ گویه)، بعد «توانایی اجرای خدمات» (۴ گویه) و بعد «هم‌دلی» (۸ گویه) را به خود اختصاص داد. جهت سنجش پاسخ‌های ارایه شده از طرف بیماران از مقیاس پنج امتیازی لیکرت که شامل طیفی از گزینه‌ها از کاملاً موافق (+۲) تا کاملاً مخالف (-۲) بود، استفاده شد.

مقایسه‌ی آن با دوره‌ی قبل از خودگردانی، انجام گرفت. نظر به این‌که تاریخ اجرای طرح خودگردانی، با توجه به دستورالعمل صادره از طرف دانشگاه، مرداد ماه سال ۱۳۹۰ خورشیدی بود، بنابراین جهت همسان بودن شرایط اقلیمی و فصلی بیمارستان در زمان مطالعه، وضعیت بیمارستان در طی دو مدت زمان مساوی و مشابه در قبل و بعد از خودگردانی، یعنی شش ماه دوم سال ۱۳۸۹ خورشیدی و شش ماه دوم سال ۱۳۹۰ خورشیدی جهت جمع‌آوری اطلاعات، در نظر گرفته شد.

به منظور جمع‌آوری و طبقه‌بندی نظرات بیماران، از مدل سروکوال و پرسش‌نامه‌ی استاندارد آن استفاده گردید. مدل سروکوال توسط Parasuraman و Berry ارایه شده و برای اندازه‌گیری کیفیت خدمات در جایی که کیفیت خدمت، به عنوان یک ضرورت جهت درک مشتری، انتظارات او و کیفیتی که از خدمات ارایه شده انتظار دارد، به کار می‌رود (۱۷). مدل سروکوال در حال حاضر، یکی از بهترین معیارهای سنجش کیفیت خدمات در سازمان‌های خدماتی مانند بیمارستان می‌باشد (۱۸). این ابزار، برای استفاده در انواع خدمات، قابل اعتبار، تشخیص داده شده است و Chronbach's Alpha که جهت آزمون قابلیت اعتماد (پایایی) به کار می‌رود برای پرسش‌نامه‌ی مورد استفاده برابر ۰/۹۱۸ می‌باشد.

در الگوی اصلاح شده‌ی این مدل، پنج بعد: عوامل ملموس (ملموسات)، قابلیت اعتبار (توانایی اجرای خدمات)، پاسخ‌گویی، اطمینان خاطر و هم‌دلی وجود دارد و مشتریان از این پنج بعد، برای ارزیابی کیفیت خدمات استفاده می‌کنند که قضاوت آنان، بر مقایسه‌ی انتظارات خود با واقعیات موجود، استوار می‌باشد (۱۸). پرسش‌نامه‌ی استاندارد سروکوال مشتمل بر ۳۷ سوال استاندارد شده است که از آن به عنوان مبنایی برای سوالات استفاده گردید و با توجه به این‌که هدف این تحقیق، سنجش کیفیت خدمات ارایه شده در بیمارستان بود، سوالات متناسب با فرایندهای بیمارستانی در نظر گرفته شدند.

یافته‌ها

با توجه به این که پرسش‌نامه‌ی مربوط به نمونه‌های دوره‌ی قبل از خودگردانی از میان پرسش‌نامه‌های فراوان تکمیل شده توسط بیماران در شش ماهه‌ی دوم سال ۱۳۸۹ خورشیدی انتخاب شدند و پاسخ‌نامه‌های مربوط به دوره‌ی بعد از خودگردانی نیز با نظارت دقیق منشی‌های هر بخش تکمیل گردیده بود، بنابراین ریزشی در میزان پاسخ‌نامه‌های توزیع شده وجود نداشت و همه‌ی پرسش‌نامه‌ها (جمعاً ۱۰۹ پرسش‌نامه) مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. در تحقیق انجام شده، میانگین سن شرکت کنندگان در تحقیق، قبل از خودگردانی ۲۸/۳۱ سال و بعد از خودگردانی ۲۹/۳۴ سال و کم‌ترین سن شرکت کنندگان در پژوهش، ۱۳ سال و

بیش‌ترین آن‌ها، ۷۰ سال بود که به تفکیک جنسیت، ۵۸/۷ درصد مذکر و ۴۱/۳ درصد مؤنث بودند. پرسش‌نامه‌های تکمیل شده به تفکیک بخش‌های بیمارستانی ۱۳/۲ درصد به بخش اطفال، ۱۵/۶ درصد به بخش مردان، ۱۷/۷ درصد به بخش زنان و مامایی، ۱۴/۸ درصد به بخش جراحی زنان و به دلیل اهمیت بیش‌تر بخش اورژانس، ۳۸/۷ درصد به بخش اورژانس تعلق داشت.

بر اساس نتایج به‌دست آمده در جدول ۱، میزان رضایت «خیلی زیاد» در درصد بیش‌تری از بیماران بعد از خودگردانی (۳۴/۷) در مقایسه با قبل از خودگردانی (۱۱/۷) از کیفیت خدمات بیمارستان، وجود داشته است.

جدول ۱: توزیع فراوانی پاسخ‌گویان بر حسب میزان رضایت بیماران از خدمات بیمارستان

کل	بعد از خودگردانی		قبل از خودگردانی		درصد
	فراوانی	درصد	فراوانی	درصد	
خیلی کم	۰	۰	۰	۰	۰
کم	۰	۰	۰	۰	۰
متوسط	۲۶	۲۲/۴	۱۱	۲۵	۲۳/۹
زیاد	۵۹	۴۲/۹	۲۱	۶۳/۳	۵۴/۱
خیلی زیاد	۲۴	۳۴/۷	۱۷	۱۱/۷	۲۲
کل	۱۰۹	۱۰۰	۴۹	۱۰۰	۶۰

تشریفات زایده، راحتی و خوب بودن تخت‌های بیماران، توجه به مشکلات روحی و روانی بیماران و سرکشی مدیریت بیمارستان به بخش‌ها، بعد از خودگردانی بیمارستان، افزایش چشم‌گیری پیدا کرده است.

همان‌گونه که در جدول ۲ مشاهده می‌شود، میانگین همه‌ی شاخص‌های رضایت از کیفیت خدمات بیمارستان، به‌جز شاخص‌های انتظار برای درمان فوری، تسهیلات کافی برای حمل و نقل بیمار، انجام عکس‌برداری بدون دشواری و تشریفات زایده و احترام‌آمیز بودن رفتار کارکنان

جدول ۲: توزیع میانگین و انحراف معیار گزینه‌های مربوط به رضایت از کیفیت خدمات بیمارستان

قبل از خودگردانی		بعد از خودگردانی		میانگین
انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	
۱/۵۲	۳/۴۳	۱/۳۰	۳/۴۳	۱- زمان انتظار کم‌تر برای درمان فوری
۱/۰۳	۳/۷۵	۰/۹۶	۳/۷۵	۲- تسهیلات کافی برای حمل و نقل بیمار
۱/۱۵	۳/۳۰	۱/۰۶	۳/۳۰	۳- انجام عکس‌برداری بدون دشواری و تشریفات زایده
۱/۱۲	۳/۴۲	۰/۹۵	۳/۴۲	۴- احترام‌آمیز بودن رفتار کارکنان

ادامه‌ی جدول ۲: توزیع میانگین و انحراف معیار گزینه‌های مربوط به رضایت از کیفیت خدمات بیمارستان

بعد از خودگردانی		قبل از خودگردانی		
انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	
۱/۳۳	۷/۳۷	۱/۰۶	۳/۲۳	۵- مطلوب بودن نظافت بیمارستان
۱/۰۲	۳/۵۵	۱/۰۰	۳/۵۰	۶- رضایت از کیفیت غذای بیمارستان
۱/۲۱	۳/۷۸	۱/۲۰	۳/۱۳	۷- نظافت عالی و درخشان بخش‌ها
۱/۳۰	۳/۲۰	۱/۱۸	۳/۴۲	۸- راحتی و خوب بودن تخت‌های بیماران
۱/۱۹	۳/۲۴	۱/۰۸	۳/۱۵	۹- تمیزی ملحفه‌ها و تعویض به موقع آن‌ها
۱/۱۴	۳/۳۳	۱/۰۷	۳/۲۷	۱۰- تمیزی لباس بیماران و تناسب با شأن آنان
۱/۲۷	۳/۴۱	۱/۰۴	۳	۱۱- در دسترس بودن البسه‌ی اضافی در صورت نیاز
۱/۰۱	۳/۶۱	۱/۱۰	۳/۲۲	۱۲- امکان ارتباط با پرستار در مواقع ایجاد بحران
۱/۱۹	۳/۴۵	۱/۱۷	۲/۹۸	۱۳- وجود آرامش کافی جهت استراحت بیماران
۱/۰۱	۳/۷۶	۱/۱۰	۳/۰۷	۱۴- احترام‌آمیز بودن برخورد پرسنل نگهدارنده
۱/۰۲	۳/۵۷	۱/۲۴	۳/۰۲	۱۵- توجه به درخواست منطقی بیمار توسط پزشک
۱/۱۳	۳/۱۸	۱/۰۰	۳/۰۳	۱۶- تناسب و عادلانه بودن هزینه‌های بیمارستان
۰/۹۱	۳/۴۹	۰/۹۹	۲/۹۷	۱۷- رسیدگی به بیماران بی بضاعت
۱/۰۰	۳/۵۳	۱/۱۴	۳/۱۰	۱۸- رعایت مسایل مربوط به مطهرات و نجاسات
۰/۹۱	۳/۸۶	۱/۴۵	۲/۸۰	۱۹- حفظ اسرار بیماران و رازداری
۰/۹۴	۴/۱۶	۱/۵۶	۳/۷۸	۲۰- صبر و شکیبایی پرسنل درمانی
۰/۸۷	۴/۱۰	۰/۸۷	۳/۸۲	۲۱- سهولت دسترسی به داروهای مورد نیاز بیمار
۱/۰۵	۳/۸۲	۰/۹۶	۳/۴۷	۲۲- تسکین مؤثر و کافی درد بیمار
۱/۰۲	۳/۵۳	۱/۰۹	۳/۷۰	۲۳- سرکشی مدیریت بیمارستان به بخش‌ها
۱/۲۰	۳/۲۷	۱/۱۲	۳/۲۵	۲۴- رسیدگی مددکار اجتماعی به مشکلات بیماران
۱/۰۵	۳/۱۸	۱/۱۵	۳/۵۰	۲۵- توجه به مشکلات روحی و روانی بیماران
۰/۸۹	۳/۶۹	۱/۰۳	۳/۱۳	۲۶- راهنمایی‌های لازم در هنگام ترخیص بیماران
۰/۹۹	۳/۷۶	۱/۱۱	۳/۵۲	۲۷- استفاده از پرسنل همگن در روند معاینه و درمان
۱	۳/۸۴	۱/۱۳	۳/۱۵	۲۸- دل‌سوزی و تلاش پرسنل پرستار نوبت صبح
۰/۹۳	۳/۴۱	۱/۱۰	۳/۲۸	۲۹- بهتر بودن پزشکان امروزی نسبت به پزشکان قدیمی
۱/۲۴	۳/۶۹	۱/۱۵	۲/۹۵	۳۰- مراجعه‌ی مجدد بیمار در صورت بیماری به این مرکز
۱/۱۱	۳/۵۵	۱/۱۰	۳/۴۰	۳۱- دادن تذکرات لازم به بیمار توسط پزشک وی
۱/۲۲	۳/۵۳	۱/۱۳	۳/۰۳	۳۲- توجه به نظرات بیمار در تصمیمات درمانی اتخاذ شده
۰/۹۹	۳/۹۲	۱	۳/۳۲	۳۳- مناسب بودن ساعات کار بیمارستان جهت مراجعه به آن
۰/۸۴	۳/۶۹	۱/۰۴	۳/۵۳	۳۴- سهولت در مراجعات بعدی جهت معاینه و پیگیری درمان
۱/۰۷	۳/۴۱	۱/۰۸	۳/۱۳	۳۵- بیش‌تر بودن خدمات دریافتی از میزان پول پرداخت شده
۰/۹۳	۳/۵۱	۱/۱۷	۳/۱۸	۳۶- سرعت در انجام روند اداری در هنگام ترخیص بیمار
۱/۱۰	۳/۴۹	۱/۱۴	۳/۲۳	۳۷- دقت و توجه پزشک در معاینه‌ی بیمار

افزایش، همان گونه که در جدول ۳ نشان داده شده است در سطح $Pvalue < 0.05$ نیز قابل مشاهده و تفاوت معناداری را در دو دوره ی قبل و بعد از خودگردانی نشان می دهد.

نتایج حاصل از تحلیل آماری داده های فوق نشان می دهد که میزان رضایت مندی بیماران از کیفیت خدمات ارائه شده در دوره ی بعد از خودگردانی ($3/46 \pm 0/66$) نسبت به قبل از آن ($3/19 \pm 0/65$)، افزایش چشم گیری پیدا کرده است که این

جدول ۳: خلاصه نتایج آزمون t مستقل رضایت مندی از خدمات بیمارستان بر حسب خودگردانی

متغیر وابسته	آزمایش	تعداد	میانگین	انحراف معیار	t	df	Sig
قبل از خودگردانی		۶۰	۳/۳۵	۰/۵۹	-۲/۴۶۷	۱۰۷	۰/۰۱۵
بعد از خودگردانی		۴۹	۳/۶۴	۰/۶۱			

گزارش گردید، به طوری که میزان رضایت مندی در تحقیقات انجام شده در ایلام (۱۹)، قزوین (۲۰)، کاشان (۲۱) و بابل (۲۲) بالای ۹۰ درصد و در اصفهان (۲۳)، کرمان (۲۴) و همدان (۲۵) حدود ۵۰ درصد بیان شده است. تفاوت موجود بین تحقیقات در این زمینه، نشان می دهد که میزان رضایت تحت شرایط مختلف و بر حسب نژاد، وضعیت اقتصادی و فرهنگی و اجتماعی افراد در مکان های مختلف، متفاوت است. البته میزان رضایت مراجعه کنندگان به بیمارستان، امری نسبی است و نمی توان مقیاسی واقعی از صحت و سقم آن در دست داشت (۱۰).

در تحقیق اخیر، میانگین شاخص های رضایت از کیفیت خدمات بیمارستان تنها در ۶ مورد از ۳۷ آیتم مطرح شده در پاسخ نامه، در دوره ی بعد از خودگردانی نسبت به قبل از آن، پایین تر بوده است که نشان می دهد در مجموع، میزان رضایت از کیفیت خدمات در دوره ی بعد از خودگردانی، بسیار بهتر از دوره ی قبل از آن بوده است. نکته ای که در ادامه به فهم بیشتر نتایج کمک می کند این است که امروزه رضایت در بخش های اورژانس اهمیت زیادی پیدا کرده است، به طوری که گفته می شود در آینده، رضایت، اصل انتخاب بخش اورژانس یک بیمارستان در بین سایر بیمارستان ها و معرفی آن به بیماران دیگر است (۲۶). واحدهای اورژانس در مقایسه با دیگر واحدهای بیمارستان با چالش هایی مواجه هستند که می تواند منجر به کاهش میزان رضایت بیماران شود. با توجه به این که بیشترین تعداد پاسخ نامه در بخش اورژانس بیمارستان تکمیل گردیده است، بنابراین پایین تر بودن

تحلیل داده ها با استفاده از آزمون ضریب همبستگی پیرسون، رابطه ی معناداری را در سطح $Pvalue < 0.05$ بین میزان رضایت مندی بیماران و سن پاسخ گویان نشان نداده و تأثیر متغیر سن را در میزان رضایت، قابل توجه ندانست. هم چنین آزمون تحلیل واریانس یک طرفه متغیرهای رضایت از خدمات ارائه شده ی بیمارستان بر حسب تحصیلات پاسخ گویان نیز تفاوت معناداری در سطح $Pvalue < 0.05$ نداشت. به عبارت دیگر تحصیلات، تأثیری بر رضایت مندی از کیفیت خدمات بیمارستان نداشته است.

بحث

بر اساس یافته های توصیفی حاصل از این پژوهش، میزان رضایت مشتری (بیمار)، در حد خیلی زیاد در دوره ی بعد از خودگردانی، نسبت به قبل از آن نشان از بهبود کیفیت ارائه ی خدمات در دوره بعد از خودگردانی داشته است. به طوری که از بین گزینه های متوسط، زیاد و خیلی زیاد، بیشترین میزان رشد در گزینه ی «خیلی زیاد» وجود دارد که بر اساس آن، می توان نتیجه گرفت که خدمات بیمارستانی در سطح بسیار بالا توانسته است شکاف بین کیفیت موجود و انتظارات بیماران را بهبود بخشیده و کیفیت را به سطح توقعات بیمار، نزدیک نماید. رضایت مندی از خدمات ارائه شده، با آن که در کشور ما در قیاس با سطح رضایت جهانی بیماران از بیمارستان ها، از میزان کمتری برخوردار است، اما تقریباً در اکثر تحقیقات انجام شده در ایران، بیش از حد متوسط و گاهاً زیاد است. در برخی تحقیقات نیز رضایت مندی کمتری

می‌باشد. در این خصوص نتایج پژوهش با نتایج حاصل از تحقیقات کرمان، مطابقت داشته و با تحقیق کاشان (۲۲) و رضایی (۱۶) و سعادت (۳۰) تفاوت دارد که این اختلافات موجود، به نقش بسیار اساسی عوامل فرهنگی و اقتصادی و اجتماعی دخیل در امر رضایت بیماران صحنه می‌گذارد. براساس تحقیق Gill و White به هیچ وجه نمی‌توان تعریف دقیقی از میزان رضایت بیماران به دست آورد و هنوز ابزار کارآمدی برای سنجش کلیه فاکتورهای دخیل در رضایت بیماران از کیفیت خدمات دریافتی طراحی نشده است (۹).

تحقیق حاضر هم‌چنین با محدودیت عدم همکاری برخی مسؤولین و پرسنل محترم بیمارستان در جهت تکمیل پرسش‌نامه توسط بیماران و عدم همکاری برخی بیماران به دلیل ترس از در اختیار قرار دادن اطلاعات به مسؤولین و پزشک معالج و کادر درمانی روبرو بود.

نتیجه‌گیری

کلیه مراکز مراقبت‌های بهداشتی جامعه و از جمله بیمارستان، به اهمیت بحث کیفیت و لزوم سنجش آن کاملاً واقفند. مدیران بیمارستان‌ها همواره درصدد اثبات محوریت مشتریان (بیماران) در بیمارستان خود می‌باشند. امروزه تصمیمات، تعیین‌کننده بقا و فنای سازمان‌ها هستند، بنابراین باید از قضاوت‌ها و تصمیم‌گیری‌های دقیق و مبتنی بر تحقیقات اساسی و داده‌های واقعی استفاده نمود. تصمیم‌گیری عینی، مبتنی بر یافته‌های حاصل از شمارش، اندازه‌گیری، محاسبه و بررسی دقیق است و نتایج آن به موفقیت بیش‌تر تحقیق کمک می‌کند. بدین ترتیب مدیران بیمارستان‌ها می‌بایست با بهره‌گیری از خط‌مشی‌ها و راهکارهای قدرت‌مندی که توسط دیگر بیمارستان‌ها به کار گرفته شده و اثربخشی آن‌ها به اثبات رسیده است، نقاط ضعف خود را پوشش داده و واحدها و دوایر کنترل کیفیت را در بیمارستان خود، فعال نموده و بر اساس تحقیقات و نتایج حاصل از آن‌ها در راستای مأموریت اصلی سازمان خود سیاست‌گذاری نمایند.

میانگین ۶ آیتم ذکر شده‌ی بالا در دوره‌ی بعد از خودگردانی نسبت به قبل از آن، به دلیل انتظارات بالای بیماران ورودی به اورژانس بیمارستان و طبعاً نیاز آن‌ها به دریافت فوری خدمات بوده است. هم‌چنین پایین بودن میزان مؤلفه‌های مذکور، نشان می‌دهد که بیش‌ترین نارضایتی در خصوص ملموسات، دیده می‌شود. به عبارت دیگر، مراجعین بیمارستان بیش‌تر به تأسیسات فیزیکی، ابزار، تجهیزات، پرسنل و مسیرهای ارتباطی توجه می‌کنند نه به ابعاد دیگر که این نتیجه مطابق با نتایج تحقیقات حاجیان (۲۲) و پیری و ظهور (۲۷) و دولت آبادی (۷) و علی بابایی و همکاران (۸) می‌باشد.

پس از بعد ملموسات، بیش‌ترین نارضایتی در بعد هم‌دلی در دوره‌ی بعد از خودگردانی نسبت به قبل از آن دیده می‌شود. خصوصاً در مورد ارتباط مدیریت بیمارستان با بیماران و پرسنل درگیر در امر پذیرش و ترخیص بیماران. این یافته با نتایج تحقیق احمدی و همکاران (۶) و سلیمان‌پور (۲۸)، مطابقت دارد.

در بعد پاسخ‌گویی تقریباً در تمامی موارد، وضعیت در بعد از خودگردانی بهبود یافته است که احتمالاً به دلیل تخصیص منابع و تجهیزات پزشکی و درمانی به بیمارستان و تأمین نسبی کمبود نیروی کادر درمان و اداری در بخش‌ها و قسمت‌های مختلف بیمارستان می‌باشد. در بعد توانایی اجرای خدمات، با آن‌که تغییر چندانی بین دو دوره در این بعد مشاهده نمی‌شود ولی نسبت به قبل از خودگردانی، اندکی بهبود یافته است. بعد اطمینان خاطر نیز در میزان رضایت بیماران از روند درمان خود، تقریباً به‌طور کامل در دوره‌ی بعد از خودگردانی، افزایش نشان می‌دهد که به دلیل افزایش منابع و تجهیزات و هماهنگی بیش‌تر تیم درمانی و به‌کارگیری پزشکان متخصص جدیداً استخدام پس از اجرای طرح خودگردانی می‌باشد. Leviss می‌گوید میزان توجه و هماهنگی بین ارابه دهندگان مراقبت، اهمیت زیادی در آرامش روانی و رضایت‌مندی بیمار دارد (۲۹).

تحلیل استنباطی داده‌های پژوهش، حاکی از عدم ارتباط معنادار بین میزان رضایت بیماران با سن و تحصیلات آنان

آن‌ها اعتماد به نفس و مقبولیت کاری آنان نیز بهبود یابد و بیماران با آسودگی خاطر بیشتر تصمیمات درمانی را پذیرا بوده و احساس رضایت بیشتری داشته باشند.

تشکر و قدردانی

بدین‌وسیله از مدیریت و مسؤولین محترم بیمارستان‌های امیرالمؤمنین (ع) و صاحب‌الزمان (عج) شهرضا، واحد حاکمیت بالینی بیمارستان امیرالمؤمنین و کلیه‌ی عزیزانی که در تکمیل پرسش‌نامه با پژوهشگران همکاری نمودند تشکر و قدردانی می‌گردد.

پیشنهادها

• با توجه به نتایج پژوهش پیشنهاد می‌گردد به کیفیت خدمت در بعد ملموسات که به ظاهر و جنبه‌های فیزیکی خدمت مربوط می‌شود، خصوصاً در بخش‌هایی که خط مقدم بیمارستان در ارائه‌ی خدمات محسوب می‌شوند، توجه بیشتری مبذول گردد. همچنین به بعد پاسخ‌گویی خصوصاً در برخورد‌های زبانی و پاسخ‌گویی در قبال درخواست‌ها، سوالات و شکایت‌های بیماران و همراهان بیشتر پرداخته شود. به جنبه‌ی آموزش پرسنل شاغل در بخش‌های مختلف، بر اساس نیاز آنان توجه بیشتری شود تا ضمن افزایش مهارت بالینی

References

- Palmer A, Cole C. Service Marketing: Principles and Practice. Newjersey: Englewoodcliffs; 1995: 34.
- Gronroos C. Service Management and Marketing. New York: John Wiley & Sons; 2000: 46.
- Lamei A. Total Quality Management in Higher Education. 1st ed. Orumiyeh: Shahed cultural Publishing Group of Orumiyeh Univ Med Sci; 2001: 87. [In Persian]
- Parasuraman A. Service Quality and Productivity: A Synergistic Perspective. Managing Service Quality 2002; 12(1): 6-9.
- Malley JF. Ultimate Patient Satisfaction: Designing, Implementing or Rejuvenating and Effective Patient Satisfaction. New York: Mc GrawHill; 1997: 36-61.
- Ahmadi B, Zivardar M, Rafiei S. Patient Satisfaction in First Rank Hospitals of Tehran University of Medical Sciences: A Cross-sectional Study in 2009. Peyavarde Salamat 2010; 4(1,2): 44-53. [In Persian]
- Doulatabadi S. Patient Satisfaction at One of Selected Hospitals of Shahid Beheshti University of Medical Sciences in 2011. Proceeding of the 1st Congress of Medical Governance and Improving Quality. Tabriz: Tabriz University of Medical Sciences; 2011. [In Persian]
- Alibabaei R, Ziaei MH, Sharifi Z, Khodaei L, Sadeghi A, Toosi F, et al. Patient Satisfaction at Imam Khomeini of Ajab Shir City in 2011. Proceeding of the 1st Congress of Medical Governance and Improving Quality. Tabriz: Tabriz University of Medical Sciences; 2011. [In Persian]
- Gill L, White L. A Critical Review of Patient Satisfaction. Leadership in Health Services 2009; 22(1): 8-19.
- Muhandwa EP, Leshabari MT, Mwangu M, Mbembati N, Ezekiel MJ. Patient Satisfaction at the MUHIMBILI National Hospital in Dares Salam Tanzania. East African Journal of Public Health 2008; 5(2): 67-73.
- Aragon SJ, Gesell SB. A Patient Satisfaction Theory and Its Robustness Across Gender in Emergency Departments: A Multigroup Structural Equation Modeling Investigation. American J Medl Quality 2003; 18(6): 229-41.
- Health and Medical Educating Organization. Standards of Evaluation of Hospital in Iran. Tehran: Seda; 2010: 16. [In Persian]
- Healy J, Martin M. Hospital in Changing Europol, European Observatory on Health Care Systems Series. New York: Open University Press; 2002: 67.
- Researchers Group. The Method of Making of Standard Questionnaire for Investigating of Patient Satisfaction in Hospital. Proceeding of the Congress of Improvement of Medical Services in Hospitals. Tehran, Iran: 1996. [In Persian]
- Tabibi J. TQM in Health Care System. 2nd ed. Tehran: Jahan Ryne; 2001: 51-68. [In Persian]
- Zafarghandi MR, Rezaei SA, Khalkhali HR. Patient Satisfaction Rate Admission Processing in the Hospitals of Tehran University of Medical Sciences in 2001. Hakim 2005; 8(3): 31-7. [In Persian]
- Parasuraman A, Zeithaml V. Servqual: A Multiple Item Scale for Measuring Consumer Perception of Service Quality. Journal of Retailing 1988; 64(1): 12-40.

18. Seyed Javadein SR, Keimasi M. Service Quality Management. 3rd ed. Tehran: Negahe Danesh; 2011: 119. [In Persian]
19. Azami A, Akbarzadeh K. Patient Satisfaction of Provided Services in the Hospitals of Ilam. J Ilam Univ Medl Sci 2004; 12(3-4): 10-6. [In Persian]
20. Mosaddeghzadeh AM. Investigating of Admitted Patient Satisfaction of Services in Razi Hospital of Ghazvin. Health Information Management 2004; 1(1): 28-32. [In Persian]
21. Masoud SA, Taghizadeh M, Atharizadeh M. Investigating of Discharged Patient Satisfaction from Shahid Beheshti Hospital of Kashan from Physicians Services in 1998. Teb va Tazkiyeh 2003; 12(1): 5-22. [In Persian]
22. Hajian K. Admitted Patient Satisfaction of Medical Services in Shahid Beheshti & Shahid Yahya Nezhad Hospitals of Babol in 2005. J Babol Univ Medl Sci 2007; 9(2): 51-60. [In Persian]
23. Zolfaghari B, Oveise Gharan S, Adibi A, Kabiri P. How Are We to Apply of Patient Satisfaction for the Control of Service Quality in Hospitals?. Teb va Tazkiyeh 2005; 14(2): 35-43. [In Persian]
24. Bahrampoor A, Zolaleh F. Patient Satisfaction and Related Factors in Kerman Hospitals. East Mediterr Health Journal 2005; 11(5,6): 905-11.
25. Sadeghi A, Felegari G, Bashirian S. Investigating of patient Satisfaction in Hamedan Hospitals. Proceeding of the National Congress of Quality. Hamedan, Iran; 2000. [In Persian]
26. Trout A, Magnusson AR, Hedges JR. Patient Satisfaction Investigations and the Emergency Department: What Does the Literature Say?. Academic Emergency Medicine 2000; 7(6): 695-709.
27. Piri Z, Zohoor AR. Patient Satisfaction with Provided Services in the Akbarabadi Hospital in 2003. Journal of Research in Health Sciences 2003; 3(1): 29-34. [In Persian]
28. Soleimanpur H, Gholipur C, Salarilak S, Raufi P, Vahidi RG, soleimanpur M, et al. Emergency Department Patient Satisfaction Survey in Imam Reza Hospital Tabriz Iran. International Journal of Emergency Medicine 2011; 4(2): 2-7.
29. Lewis KE, Woodside RE. Patient Satisfaction with Care in the Emergency Department. Journal of Advanced nursing 1992; 17(8): 959-64
30. Saadati Z. satisfaction of Clients Referring to Emergency Wards of Teaching Hospitals in Mashhad City [Online]. 2005 [Cited 2012 Des 04] . Available from: <http://www.sid.ir/fa/viewpaper.asp?ID=132589&varstr:4.pdf>.

The Effects of Executing Autonomy Plan on the Extend of Admitted Patient Satisfaction in Hospitals of Shahreza City: A Case Study*

Ali Akbar Ahmadi¹; Hossein Mobaraki²; Mehdi Maljaei³

Original Article

Abstract

Introduction: Patient satisfaction is one of the most important indicators of quality of service in hospitals. Pay attention to the views of patients is the cause of their satisfaction and a foreground for improving the quality level of hospital services. The present study has been to assess patient satisfaction after executing autonomy plan with the goal of improving the quality of service.

Methods: Using a cross-sectional descriptive study, 109 questionnaires based on SERVQUAL model and 5 ranking scale of Lickert were distributed among of admitted patients in Amir- Al Momenin (PBUH) and Saheb Al-Zaman (PBUH) hospitals both of before and after executing autonomy plan in Shahreza, Isfahan in March-april, 2012. The obtained data were analyzed in descriptive level (frequency, percentage, mean, and standard deviation) and inferential level (Pearson correlation test, independent t-test and ANOVA test) by software SPSS version 15.

Results: Based on the results of this study, patients satisfaction, very much in after autonomy than before, is the evidence of improving the quality of services after executing autonomy plan so that satisfaction of "very high", in percent more patients after autonomy(34/7) compared to before autonomy (11/7) from quality hospital services is seen.

Conclusion: According to the results the hospital should pay attention so much to the quality of service, in tangibles diameter that related to face and physical aspect, and fast responsiveness to customer service, especially in some parts that are front-line of hospital services.

Keywords: Patient Satisfaction; Evaluation; Hospitals; Quality of Health Care

Received: 12 Dec, 2012

Accepted: 1 Sep, 2013

Citation: Ahmadi AA, Mobaraki H, Maljaei M. **The Effects of Executing Autonomy Plan on the Extend of Admitted Patient Satisfaction in Hospitals of Shahreza City: A Case Study.** Health Inf Manage 2014; 11(2): 269.

* This article is an independent research without any financial support.

1- Associate Professor, Organisational Behavior Management, Tehran University of Payame Noor, Tehran, Iran

2- Assistant Professor, Human Resource Management, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran (Corresponding Author) Email: mamool32@yahoo.com

3- MSc, Revolution Management, Hospital of Amir-Al-Momenin, Shahreza, Iran

مرور ساختاریافتهی تأثیرات سیستم‌های اطلاعات بهداشتی در ایران*

سیمین صالحی نژاد^۱، لیلا احمدیان^۲، رضا خواجهویی^۳

مقاله مروری سیستماتیک

چکیده

مقدمه: ارزیابی سیستم‌های اطلاعات بهداشتی و مطالعه‌ی تأثیر آن‌ها بر موسسات، ارایه دهندگان خدمات مراقبتی و بیماران می‌تواند سیاست‌گذاران موسسات خدمات سلامت را در سرمایه‌گذاری و بهره‌گیری از این سیستم‌ها کمک نماید.

روش بررسی: هدف این مطالعه مرور ساختاریافتهی مطالعات داخلی در زمینه‌ی میزان تأثیرات این سیستم‌ها در ایران می‌باشد. در این مطالعه منابع مرتبط که تا پایان تیرماه ۱۳۹۲ خورشیدی در پایگاه‌های SID, Magiran, Iranmedex, Irandoc, Medlib، خورشیدی در پایگاه‌های SID, Magiran, Iranmedex, Irandoc, Medlib، از ۸۶۱ مقاله بازیابی شده، در نهایت ۱۸ مقاله مرتبط شناخته شد و مورد بررسی قرار گرفت.

یافته‌ها: نتایج نشان داد که در بیش از نیمی از مطالعات، سیستم‌های اطلاعات بهداشتی موجب کاهش هزینه شده و در کم‌تر از نیمی از آن‌ها سیستم‌ها موجب افزایش هزینه‌ها شده است. تمام مطالعاتی که به بررسی تأثیر سیستم‌ها بر شاخص‌هایی از قبیل خطاهای پزشکی، سرعت و دقت انجام کارها، افزایش دسترسی به اطلاعات و کیفیت خدمات ارایه شده پرداخته بودند، نشان دادند که این سیستم‌ها تأثیر مثبتی بر این فرایندها گذاشته‌اند.

نتیجه‌گیری: بررسی میزان تأثیر این سیستم‌ها بر فرایندهای مختلف و میزان موفقیت آن‌ها اطلاعات ارزش‌مندی را در اختیار تصمیم‌گیرندگان و محققین قرار خواهد داد. بررسی مطالعات انجام شده در ایران حکایت از تأثیر نسبتاً مثبت این سیستم‌ها بر فعالیت‌های کاری و درمانی مراکز بهداشتی درمانی دارد.

واژه‌های کلیدی: سیستم‌های اطلاعات بهداشتی؛ سیستم‌های اطلاعات بیمارستانی؛ ارتقای کیفیت

پذیرش مقاله: ۹۲/۹/۶

اصلاح نهایی: ۹۲/۹/۳

دریافت مقاله: ۹۲/۲/۷

ارجاع: صالحی نژاد سیمین، احمدیان لیلا، خواجهویی رضا. مرور ساختاریافتهی تأثیرات سیستم‌های اطلاعات بهداشتی در ایران. مدیریت اطلاعات سلامت ۱۳۹۳؛ ۱۱(۲): ۲۸۴-۲۷۰.

استنتاج به شکل مناسب و در زمان مناسب در اختیار کلیه‌ی تصمیم‌گیرندگان به‌خصوص مدیران آن‌ها قرار گیرد. پیشرفت

مقدمه

امروزه اهمیت نقش اطلاعات در تصمیم‌گیری به‌موقع و مناسب، انکارناپذیر است و به همین دلیل از آن به عنوان قدرت یاد می‌شود (۱). ورود فن‌آوری اطلاعات به اکثر عرصه‌ها باعث ایجاد تغییرات زیربنایی در آن‌ها گردیده است (۲) و حیطة‌ی مراقبت بهداشتی نیز از این امر مستثنی نمی‌باشد.

مراکز ارایه‌ی خدمات مراقبت بهداشتی درمانی دارای اهمیت حیاتی بوده و به عنوان یکی از مهم‌ترین سازمان‌های اجتماعی، نقش عمده‌ای در ارتقای سلامت جامعه دارند. برای اداره‌ی صحیح این سازمان‌ها اطلاعات مراقبت بهداشتی باید به شکل صحیح گردآوری شده و پس از پایش و دسته‌بندی و

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

۱- کارشناس ارشد، مدیریت دولتی، مرکز تحقیقات انفورماتیک پزشکی، پژوهشکده‌ی آینده پژوهی در سلامت، دانشگاه علوم پزشکی کرمان، کرمان، ایران
۲- استادیار، انفورماتیک پزشکی، مرکز تحقیقات مدیریت ارایه خدمات سلامت، پژوهشکده‌ی آینده پژوهی در سلامت، دانشگاه علوم پزشکی کرمان، کرمان، ایران
۳- استادیار، انفورماتیک پزشکی، مرکز تحقیقات عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت، پژوهشکده‌ی آینده پژوهی در سلامت، دانشگاه علوم پزشکی کرمان، کرمان، ایران
(نویسنده‌ی مسؤل)

Email: r.khajouei@yahoo.com

پذیرش آن‌ها با مشکل مواجه شده است. از طرفی برخی از سیستم‌ها بار کاری کاربران را افزایش داده و نوع جدیدی از خطاها را ایجاد نموده‌اند (۸-۷).

تاکنون مطالعات ساختار یافته‌ی متعددی (۲۰-۹) در مورد برخی از سیستم‌های اطلاعات بهداشتی درمانی در سطح بین‌المللی صورت گرفته است، اما تا به حال مطالعه‌ی ساختار یافته‌ای در مورد تأثیر سیستم‌های مورد استفاده در کشور ایران انجام نشده است. هدف این مقاله مرور ساختار یافته‌ی مطالعاتی بوده است که به ارزیابی سیستم‌های اطلاعات بهداشتی در کشور ایران پرداخته‌اند. در این مقاله تأثیرات مثبت و منفی این سیستم‌ها مورد بحث قرار گرفته‌اند.

روش بررسی

این تحقیق یک مطالعه‌ی مروری ساختار یافته می‌باشد. در این مطالعه تمامی مقالات مربوط به موضوع تحقیق که تا پایان تیرماه ۱۳۹۲ خورشیدی در پایگاه‌های اطلاعاتی Medlib و Irandoc، SID، Iranmedex، Magiran و نمایه شده بودند، بازیافت شده و مورد بررسی قرار گرفتند.

تکنولوژی و رویکرد جهانی استفاده از تکنولوژی سازمان‌های مراقبت بهداشتی درمانی را به سمت استفاده از سیستم‌های اطلاعاتی سوق داده است (۳). سیستم‌های اطلاعات بهداشتی، سیستم‌های کامپیوتری هستند که برای تسهیل مدیریت اطلاعات پزشکی در مراکز درمانی به منظور بهبود کیفیت مراقبت بهداشتی طراحی شده‌اند (۴). این سیستم‌ها به عنوان یکی از شاخص‌های توسعه‌ی مراکز بهداشتی درمانی اهداف مختلفی از جمله گردآوری، مدیریت، ذخیره، بازیابی و تحلیل اطلاعات مراقبتی و تسهیل امور پژوهشی را دنبال می‌کنند. سیستم‌های اطلاعات بهداشتی مزایای زیادی مانند افزایش کیفیت مراقبت و امنیت بیمار از طریق کاهش خطاهای پزشکی و همچنین کاهش هزینه‌های درمانی و سازمانی و بهبود کارایی ارائه دهندگان مراقبت دارند (۵). علاوه بر این، چون این سیستم‌ها منجر به بهبود عملکرد مدیریت سازمان و کادر مراقبتی می‌شوند، تعداد زیادی از دانشمندان مدیریت به استفاده از آن‌ها تأکید نموده‌اند (۶). علی‌رغم تمام مزایای ذکر شده برای این سیستم‌ها، برخی مطالعات نشان داده‌اند که این سیستم‌ها در مواردی مورد پذیرش کارکنان قرار نگرفته و یا

B	A
۱. سیستم / نظام اطلاعات بیمارستانی	۱. ارزیابی
۲. سیستم / نظام کامپیوتری مدارک پزشکی	۲. سنجش
۳. فن آوری اطلاعات سلامت	۳. بررسی
۴. پرونده‌ی الکترونیک سلامت	۴. قابلیت
۵. سیستم / نظام اطلاع‌رسانی بیمارستان	۵. وضعیت
۶. سیستم / نظام ثبت اطلاعات پزشکی	۶. شناسایی
۷. سیستم / نظام اطلاعات سلامت	۷. عملکرد
۸. سیستم / نظام اطلاعات بهداشتی	۸. ارزشیابی
۹. سیستم / نظام رایانه‌ای اطلاعات بیمارستانی	۹. نگرش
۱۰. سیستم / نظام اطلاعات بالینی	۱۰. مطالعه
	۱۱. تحلیل

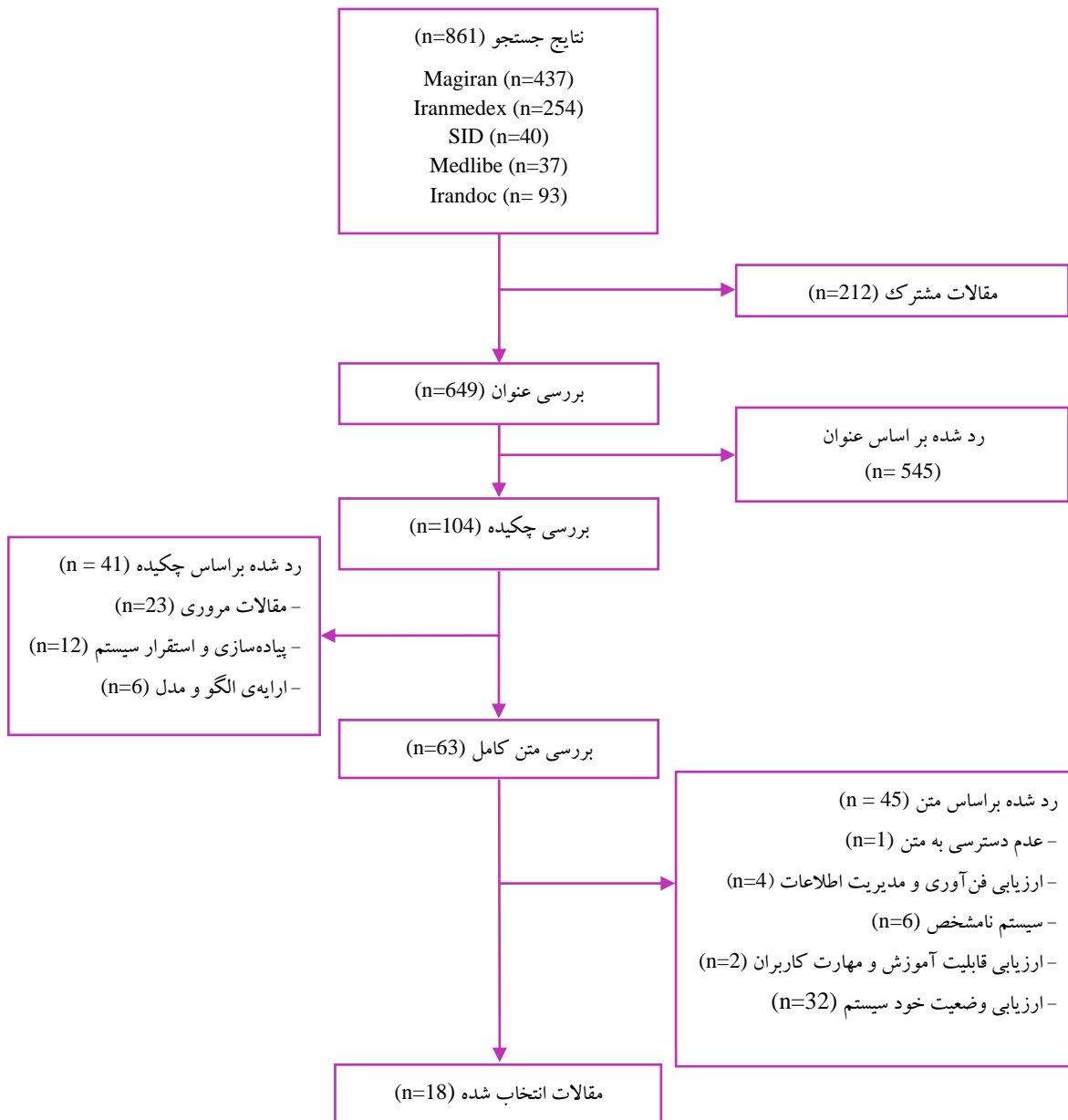
شکل ۱: واژگان کلیدی مورد استفاده در جستجوی مقالات

کلید واژه‌های توصیف کننده‌ی انواع سیستم‌های اطلاعات بهداشتی بودند. جستجوی مقالات یک‌بار با استفاده از کلید واژه‌های گروه B به تنهایی و یک‌بار با ترکیب آن‌ها با گروه

جستجوی مقالات با ترکیب دو گروه از کلید واژه‌های مرتبط با موضوع تحقیق انجام گرفت. گروه اول شامل کلید واژه‌های توصیف کننده‌ی ارزیابی و قابلیت‌های سیستم و گروه دوم

این سیستم‌ها بوده است. در بررسی اولیه پنج پایگاه داده در کل ۸۶۱ مقاله به دست آمد. پس از حذف موارد تکراری و نامرتبط بر اساس ارزیابی عنوان، چکیده و متن کامل در نهایت ۱۸ مقاله که به بررسی تأثیرات مثبت و منفی سیستم‌های اطلاعات بهداشتی بر فرایندهای اجرایی و درمانی و همچنین عملکرد مراکز بهداشتی و درمانی در ایران پرداخته بودند، انتخاب شدند. راهبرد جستجوی مقالات در شکل ۲ نشان داده شده است.

A در قسمت جستجوی پیشرفته‌ی پایگاه‌های فوق انجام شد. واژگان کلیدی که برای جستجوی مقالات مورد استفاده قرار گرفته‌اند، در شکل ۱ آورده شده‌اند. جهت انتخاب مقالات کاملاً مرتبط جستجو در عنوان، کلیدواژه‌ها و چکیده مقالات صورت گرفت. در این مرحله مقالاتی انتخاب گردیدند که الف. به ارزیابی سیستم‌های اطلاعات بهداشتی پرداخته و ب. تمرکز تمام یا بخشی از ارزیابی بر تأثیرات مختلف



شکل ۲: راهبرد جستجو

بیماران و یا بدون تأثیر بر هزینه‌ها دانسته‌اند. ۶۷ درصد دیگر این مطالعات (n=۷)، نشان دادند که راه‌اندازی سیستم‌ها موجب کاهش هزینه‌ها از جمله هزینه‌ی انجام کارها و هزینه‌ی نیروی انسانی گردیده است و در ۸ درصد این مطالعات (n=۱) نیز به‌کارگیری این سیستم‌ها را از یک‌سو موجب کاهش هزینه‌ی نیروی انسانی و از سوی دیگر موجب افزایش هزینه‌ی تحمیل شده به بیمارستان دانسته‌اند. هم‌چنین نتایج سه مطالعه‌ای که میزان درآمد بیمارستان را قبل و بعد از راه‌اندازی سیستم مقایسه کرده بودند، نشان داد که اجرای این سیستم‌ها تا حدودی موجب افزایش درآمد بیمارستان نسبت به قبل شده است.

تمامی مطالعات انجام شده در مورد میزان تأثیر سیستم بر دسترسی به اطلاعات (n=۸)، نشان داده‌اند که راه‌اندازی این سیستم‌ها موجب افزایش دسترسی به اطلاعات می‌شود. ۵۰ درصد مطالعات (n=۹) به بررسی تأثیر به‌کارگیری سیستم‌ها بر سرعت و ۳۳ درصد مطالعات (n=۶) بر دقت انجام کارها پرداخته بودند که تمامی آن‌ها به تأثیر مثبت سیستم‌ها بر این شاخص‌ها اشاره نموده‌اند. هم‌چنین در ۶۷ درصد مطالعات (n=۱۲)، کیفیت خدمات و مراقبت‌های ارائه شده به بیماران مورد بررسی بوده که نتایج تمامی آن‌ها نشان می‌دهد که راه‌اندازی سیستم‌های اطلاعات بهداشتی موجب بهبود کیفیت این شاخص‌ها شده است. این تأثیر در ۳۳ درصد آن‌ها (n=۴) کم‌تر از حد متوسط بود. در ۳۹ درصد مطالعات (n=۷) نیز کاهش مدت زمان کارها و صرفه‌جویی در وقت مورد تأیید قرار گرفته است و تنها پنج درصد از مطالعات انجام شده (n=۱)، به‌کارگیری این سیستم‌ها را موجب اتلاف وقت دانسته‌اند. به‌طور کلی از ۱۸ مطالعه‌ی انجام شده در زمینه‌ی تأثیر سیستم‌های اطلاعات بهداشتی در ایران، ارزیابی‌های انجام شده در ۶۷ درصد مطالعات (n=۱۲) نشان از تأثیر مثبت و رضایت کاربران نسبت به استفاده از این سیستم‌ها داشته است. نتایج ۳۳ درصد مطالعات باقی‌مانده (n=۶)، حاکی از تأثیر متوسط و رو به پایین این سیستم‌ها می‌باشد. خلاصه‌ی نتایج مطالعات انجام شده در مورد میزان تأثیر سیستم‌ها بر شاخص‌های مورد سنجش در جداول ۱ و ۲ نشان داده شده است.

با توجه به تنوع شیوه‌های گردآوری و تجزیه و تحلیل داده‌ها در مقالات اطلاعات گردآوری شده به دو دسته تقسیم گردیدند. مطالعاتی که از طیف لیکرت برای ارزیابی تأثیر سیستم‌ها استفاده کرده بودند در یک جدول قرار داده شدند و با توجه به این که کیفیت تأثیر در این مطالعات نامشخص بود، به میزان تأثیر این سیستم‌ها اشاره شده و مطالعاتی که از شیوه‌های دیگر برای گزارش تأثیرات استفاده کرده بودند در جدول دیگری قرار داده شدند که در این جدول کیفیت تأثیر مد نظر قرار گرفت.

یافته‌ها

در بررسی کامل مقالات مربوط به تأثیرات مثبت و منفی سیستم‌های اطلاعات بهداشتی پیاده شده در مراکز ارائه‌دهنده‌ی خدمات بهداشتی ایران، ۷۸ درصد مقالات (n=۱۴)، به ارزیابی سیستم اطلاعات بیمارستانی HIS (Health Information System) و ۱۱ درصد مقالات (n=۲) به بررسی سیستم اطلاعات پرستاری یکپارچه با HIS پرداخته بودند. ۱۱ درصد مطالعات دیگر (n=۲) به ارزیابی سیستم‌های مستقل پذیرش و ترخیص ADS9 (Admission Discharge System-9) و سیستم‌های پشتیبان تصمیم‌گیری CDSS (Clinical Decision Support System) بودند.

در ۶۱ درصد مطالعات (n=۱۱) تأثیر سیستم‌ها بر فرایندهای بخش‌های اداری مورد بررسی قرار گرفته، در ۶۶ درصد مطالعات (n=۱۲) بخش‌های بالینی و در ۳۹ درصد مطالعات (n=۷) بخش‌های پاراکلینیکی تحت پژوهش بوده‌اند.

در خصوص شاخص‌های مورد سنجش، در تمامی مطالعاتی که میزان تأثیر این سیستم‌ها را بر میزان خطا سنجیده بودند (n=۶)، نتایج نشان داده که این سیستم‌ها میزان خطاهای کاری و پزشکی را نسبت به قبل از راه‌اندازی سیستم به نحو چشم‌گیری کاهش داده‌اند. ۶۷ درصد مطالعات (n=۱۲) نیز به بررسی تأثیر سیستم‌ها بر هزینه‌ها پرداخته بودند. از بین این مطالعات ۲۵ درصد آن‌ها (n=۳)، سیستم‌های مورد ارزیابی را موجب افزایش هزینه‌های تحمیل شده به بیمارستان و

جدول ۱: مطالعات انجام شده در زمینه‌ی میزان تأثیر سیستم‌های اطلاعات بهداشتی با استفاده از مقیاس لیکرت

میزان تأثیر*	تأثیر بر شاخص‌های مورد سنجش	نویسندگان و سیستم مورد ارزیابی	میزان تأثیر*	تأثیر بر شاخص‌های مورد سنجش	نویسندگان و سیستم مورد ارزیابی
++	افزایش کیفیت کار	روزبهنی و همکاران	+++	در اختیار قرار دادن اطلاعات صحیح	عبادی آذر و همکاران
++	مفید بودن	(۲۲) ۱۳۹۱	+++	دسترسی راحت به اطلاعات	(۲۱) ۱۳۸۷
++	افزایش کنترل بر روی کار	HIS	+++	کاهش مصرف کاغذ	HIS
+++	تأثیر در بهبود انجام کار		+++	کاهش خطای کاری	
++	افزایش امنیت مراقبت‌های پزشکی		+++	افزایش امنیت اطلاعات	
++	تأثیر بر راحتی انجام کار		+++	افزایش گرایش به استفاده از سیستم ماشینی	
+++	اثر ارتقای سیستم بر بهبود کیفیت خدمات درمانی		+	بهبود نتیجه درمان	
+++	اثر ارتقای سیستم بر کاهش هزینه خدمات درمانی		++	نظارت بهتر بر مسیر درمانی بیمار	
+++	اثر ارتقای سیستم بر افزایش بازدهی		++	کاهش فرایند انتظار در فرایند بیماری	
+++	اثر ارتقای سیستم بر کاهش ریسک‌های درمانی		+	کاهش تعداد آزمایشات بیمار	
++++	روان‌سازی فرایندهای مالی		+	کاهش تعداد ویزیت پزشکان	
++++	روان‌سازی فرایندهای درمانی		++	بررسی مشکلات بیمار	
++++	روان‌سازی فرایندهای پذیرش بیماران		++	پیدا کردن اطلاعات پرونده	
++++	افزایش صحت و کیفیت اطلاعات		++	پیگیری نتایج آزمایشات	
+++	روان‌سازی امور پشتیبانی و اداری		++	ارجاع بیمار به بخش‌های دیگر	
++++	روان‌سازی فرایندهای بیمارستانی	+++	آسان‌تر شدن جمع‌آوری اطلاعات ترخیص		
++++	افزایش دسترسی آسان به اطلاعات	+++	آسان‌تر شدن ارسال دستور به آزمایشگاه		
++++	بهبود تبادل اطلاعات بین واحدهای بیمارستانی	++++	آسان‌تر شدن بررسی داروهای تجویز شده		
++++	بهبود ارایه‌ی گزارشات آماری و اطلاعات مدیریتی				
+++	افزایش دسترسی به اطلاعات و شواهد پزشکی				
++++	افزایش اطمینان از اطلاعات موجود در سیستم	نعمت‌اللهی و همکاران	++++	افزایش کارایی تصمیم‌گیری	کیمیافر و همکاران
+	افزایش در دسترس بودن اطلاعات	(۲۴) ۱۳۹۱	+++	در دسترس بودن اطلاعات	(۲۳) ۱۳۸۶
++	افزایش سرعت انجام فعالیت‌های روزانه	HIS	+++	افزایش رضایت از کیفیت اطلاعات	HIS
++	تسهیل انجام امور روزمره		++	اهمیت سیستم در پشتیبانی از تصمیم‌گیری	
+++	افزایش سرعت در استخراج آمار و گزارش				
+++	عملکرد				
++	بهبود کیفیت مراقبت از بیماران				
++	افزایش کیفیت انجام امور روزمره				
++	کاهش خطا				
+	افزایش دقت کارکنان				
+	کاهش مصرف منابع				
+	کاهش هزینه				
+	کاهش اتلاف منابع بیمارستان				
+	کاهش تعداد نیروی انسانی				
	استفاده بهتر از نیروی انسانی				

ادامه‌ی جدول ۱: مطالعات انجام شده در زمینه‌ی میزان تأثیر سیستم‌های اطلاعات بهداشتی با استفاده از مقیاس لیکرت

میزان تأثیر*	تأثیر بر شاخص‌های مورد سنجش	نویسندگان و سیستم مورد ارزیابی	میزان تأثیر*	تأثیر بر شاخص‌های مورد سنجش	نویسندگان و سیستم مورد ارزیابی
+++	افزایش سهولت و سرعت دسترسی به اطلاعات	خالصی و همکاران ۱۳۸۲ (۲۶)	+++	کاهش حجم کار افراد	امیری و همکاران ۱۳۹۰ (۲۵)
+++	لازم جهت پژوهش‌های علوم پزشکی		++++	افزایش دقت عمل افراد	
+++	بهبود تحلیل بیماری‌ها بر اساس مشخصات دموگرافیکی	نرم‌افزار ADS-9	++++	افزایش سهولت کارها	HIS
+++	بهبود تجهیز بخش‌های مختلف بیمارستانی بر اساس نیازهای واقعی کشور با در اختیار گذاشتن اطلاعات کامل		++	کاهش هزینه تمام شده کارها	
++++	افزایش امکان مقایسه‌ی عملکرد بخش خصوصی و دولتی با در اختیار گذاشتن اطلاعات کامل		++++	افزایش تبادل اطلاعات بین بخش‌ها	
+++			+++	کاهش کاغذ بازی	
+++			++	افزایش درآمد	
+++			++	کاهش مدت زمان انتظار بیمار	
+++			+++	کاهش مدت زمان انجام کارها	
+++			++++	کاهش تردد کارکنان بین بخش‌ها	
++++	افزایش دقت انجام امور روزمره	عبادی فر و همکاران ۱۳۸۵ (۲۸)	+++	در اختیار قرار دادن اطلاعات صحیح	کاهویی و همکاران ۱۳۸۶ (۲۷)
++++	افزایش سرعت در انجام امور		+++	دسترسی راحت به اطلاعات	
++++	افزایش کیفیت انجام امور روزمره	HIS	+++	کاهش مصرف کاغذ	HIS
+++	تسهیل در انجام امور روزمره		+++	خطای کاری کم‌تر	
+++	استفاده‌ی بهتر از زمان		+++	امنیت اطلاعات بیشتر	
+++	تأثیر خروجی سیستم بر عملکرد مدیریت		+++	افزایش گرایش در استفاده از سیستم ماشینی	
+++	افزایش رضایت کارکنان		++	راحت‌تر شدن بررسی مشکلات بیمار	
+++	افزایش حجم و تعداد فعالیت‌های روزانه		++	راحت‌تر شدن پیدا کردن اطلاعات پرونده	
++	افزایش رضایت بیماران		++	راحت‌تر شدن پیگیری نتایج آزمایشات	
++	افزایش درآمدها نسبت به قبل		++	راحت‌تر شدن ارجاع بیمار به بخش دیگر	
++	استفاده‌ی بهتر از نیروی انسانی		++	راحت‌تر شدن جمع‌آوری اطلاعات ترخیص	
++	بهبود کیفیت مراقبت از بیماران		+++	راحت‌تر شدن ارسال دستور به آزمایشگاه	
++	کاهش هزینه‌ها نسبت به قبل		++++	راحت‌تر شدن بررسی داروهای تجویز شده	
			+	بهبود نتیجه درمان بیمار	
			++	نظارت بهتر بر روند درمانی بیمار	
			++	کاهش زمان انتظار در فرایند بیماری	
			+	کاهش تعداد آزمایشات بیمار	
			+	کاهش تعداد ویزیت پزشکان	
++++	افزایش کیفیت ثبت گزارشات پرستاری در بیماران بستری	طولابی و همکاران ۱۳۹۰ (۳۰)	+	کاهش زمان مستندسازی	احمدی و همکاران ۱۳۸۹ (۲۹)
++++			+	صرفه‌جویی در وقت	
		HIS	++++	افزایش دسترسی به داده‌های مراقبتی	سیستم اطلاعات پرستاری
			+	منبعی مناسب جهت انجام امور پژوهشی	
++++	صرفه‌جویی در زمان	مختاری پور و همکاران ۱۳۸۷ (۳۲)	++++	ارتقای کیفیت خدمات سلامت	جبرائیلی و همکاران [†] ۱۳۹۱ (۳۱)
+++	کاهش هزینه نیروی انسانی		++++	افزایش ارتباط مناسب بین ارائه‌کنندگان خدمات	
+++	ارسال سریع داده‌ها		++++		HIS
	افزایش قابلیت دسترسی و ارتباط بین اجزای مختلف داده	HIS	+++	افزایش پیشگیری از خطاهای پزشکی	
++++			+++	افزایش دوباره کاری و انجام تست‌های تکراری	

ادامه‌ی جدول ۱: مطالعات انجام شده در زمینه‌ی میزان تأثیر سیستم‌های اطلاعات بهداشتی با استفاده از مقیاس لیکرت

نویسندگان و سیستم مورد ارزیابی	تأثیر بر شاخص‌های مورد سنجش	میزان تأثیر*	نویسندگان و سیستم مورد ارزیابی	تأثیر بر شاخص‌های مورد سنجش	میزان تأثیر*
جبرائیلی و همکاران [†] (۳۱) ۱۳۹۱ HIS	افزایش سرعت ارائه خدمات	++++	مختاری پور و همکاران (۳۲) ۱۳۸۷ HIS	افزایش سرعت جمع‌آوری و تحلیل داده‌ها	++++
	بهبود مستندسازی و ثبت اطلاعات	++++		دسترسی سریع به سوابق مربوط به بیمار	+++
	افزایش دسترسی به موقع به اطلاعات	++++		افزایش سرعت و راحتی در بازیابی پیشینه‌ی بیمار و برنامه‌ریزی طرح‌های مراقبت از وی، تجویز داروها و آزمایش‌ها و مشاهده‌ی نتایج آن‌ها	+++
	افزایش امنیت و محرمانگی اطلاعات	+++		افزایش محرمانه بودن اسناد و اطلاعات پزشکی	+++
	افزایش صحت و دقت اطلاعات	++++		افزایش هزینه‌ی استفاده از سیستم برای بیمارستان	++++
	افزایش رضایت‌بخشی و آسان‌تر نمودن خدمات	+++		افزایش خطر پذیری	++++
	کاهش هزینه خدمات ارائه شده	+++		افزایش خلاقیت و انگیزه‌ی کارکنان	++++
	بهبود شدن فرایند ارائه‌ی خدمات	+++		افزایش قدرت تجزیه و تحلیل و توجه به جزئیات در کارکنان	++++
	افزایش از دست دادن موقعیت شغلی	++		افزایش توجه به روش‌های انجام کار	++
	افزایش انضباط کاری و کنترل شدید	+++		افزایش توجه مدیران به کارکنان و مشارکت دادن در امور	+++
	آشکار شدن نقاط ضعف	+++		افزایش کارهای تیمی	++++
	افزایش توانایی در کسب مهارت‌های جدید	+++		افزایش روحیه‌ی تحول و جسارت در کارکنان	++++
	افزایش انتظارات و ایجاد مسؤلیت‌های جدید	+++		افزایش پویایی سازمان	++++
	افزایش نیاز به کسب مهارت‌های جدید	++++		افزایش روزآمدی سازمان	++
	افزایش پیچیدگی ارائه خدمات سلامت	+++		افزایش یکپارچگی	++++
	افزایش تحمیل هزینه‌ی زیاد به سازمان	+++		افزایش پشتیبانی مدیریت	+
	افزایش به خطر افتادن امنیت و محرمانگی اطلاعات	+++		افزایش نظارت بر کارکنان	++
	افزایش حجم کاری و اتلاف وقت	+++		افزایش هویت حرفه‌ای	+++
				افزایش پاداش بر اساس کارایی	+++
				افزایش سلسله مراتب سازمانی	+++
حیوی حقیقی و همکاران (۳۳) ۱۳۹۱ HIS	دسترسی به اطلاعات بیماراران جهت پژوهش	++++	آریایی و همکاران (۳۴) ۱۳۹۱ سیستم پشتیبان تصمیم‌گیری بالینی	کاهش خطاهای پزشکی	++++
	چرخش بهتر اطلاعات در میان اعضای تیم مراقبت	++++		کاهش بروز زخم بستر و آمبولی	++++
	افزایش سرعت استخراج آمار و گزارش‌گیری	++++		کاهش مشکل دست‌خط ناخوانای پزشکان	++++
	افزایش سرعت انجام فعالیت‌های روزانه	++++		افزایش کیفیت خدمات با دسترسی به اطلاعات روزآمد	+++
	انجام بهتر فعالیت‌های اعتبارسنجی و ممیزی	+++		کاهش احتمال بروز آلرژی و تداخل دارویی	++++
	افزایش دقت کارکنان در انجام امور روزانه	+++		افزایش کیفیت تجویز با دسترسی به سوابق دارویی بیمار	++++
	افزایش ضریب امنیت اطلاعات بیمار	+++		سهولت ارتباط کادر درمانی	++++
	تعامل بهتر با مراکز برون سازمانی	+++		کاهش احتمال فراموش کردن تکرار آزمایش‌ها یا رادیولوژی	++
	حذف سیستم کاغذی سنتی	+++		کاهش احتمال فراموشی زمان تعویض پانسمان یا تعویض سرم	+++
	ارتقای کیفیت مراقبت از بیمار	+++		کاهش احتمال تاخیر در مراقبت‌های پرستاری در زمان تعویض شیفت	+++
	کاهش هزینه و جلوگیری از اتلاف منابع	+++		کاهش احتمال بروز آمبولی	++++
	کاهش خطاهای پزشکی، تشخیصی و دارویی	+++			
	افزایش درآمد بیمارستان	+++			
	کمک در جهت دستیابی به تشخیص مناسب	+++			
	کمک به اعمال کنترل و نظارت بر پرسنل	+++			
کاهش تعداد نیروی انسانی	++				

مطالعات انجام شده در جهان نشان داده‌اند که این نوع سیستم‌ها می‌توانند ضمن پیش‌گیری از برخی خطاها نوع جدیدی از خطا را نیز ایجاد نمایند (۴۵-۴۴). دلیل عدم شناسایی خطاهای احتمالی مربوط به سیستم‌های اطلاعات سلامت در مطالعات انجام شده در ایران می‌تواند این امر باشد که این مطالعات اغلب به بررسی دیدگاه کارکنان نسبت به تأثیرات این سیستم‌ها پرداخته و عملاً به بررسی پیامدهای اقدامات انجام شده با سیستم‌ها نپرداخته‌اند. معمولاً افراد انتظار خود از یک تکنولوژی جدید را به عنوان دیدگاه خود نسبت به آن تکنولوژی بیان می‌نمایند (۴۶).

در مورد شاخص تأثیر سیستم‌ها بر هزینه‌ها در حدود نیمی از مطالعات انجام شده نشان دادند که این سیستم‌ها موفق به کاهش هزینه‌های تحمیل شده به بیمارستان و بیماران نبوده‌اند و مطالعاتی هم که در آن‌ها جامعه‌ی مورد بررسی به کاهش هزینه اشاره کرده بودند، این کاهش در حد متوسط و کم‌تر گزارش شده بود. برخلاف نتایج پژوهش حاضر، در پژوهش ساختاریافته‌ای که Lau و همکاران بر روی مطالعات ساختاریافته در زمینه‌ی تأثیر سیستم‌های اطلاعات بهداشتی بین سال‌های ۲۰۰۸-۱۹۹۴ میلادی انجام داده بودند (۴۷)، نشان داد که نتایج بیش از ۵۰ درصد این مطالعات حاکی از تأثیر مثبت این سیستم‌ها بر کاهش هزینه‌ها بوده است و تنها دو درصد این مطالعات پیاده‌سازی این سیستم‌ها را موجب افزایش هزینه‌ها دانسته بودند. هم‌چنین نتایج مطالعه‌ای در بیمارستان‌های آمریکا انجام شد نشان داد که به‌طور متوسط ۵ سال بعد از اجرای سیستم اطلاعات بالینی در این بیمارستان‌ها هزینه‌ها به‌طور چشم‌گیری کاهش داشته‌اند (۴۸).

از مواردی که پیاده‌سازی سیستم‌های اطلاعات بهداشتی در ایران تأثیر چشم‌گیری بر آن گذاشته سرعت و دقت انجام امور و فعالیت‌ها است. پیاده‌سازی این سیستم‌ها در یک مطالعه بر عواملی که مربوط به ارتباط و دسترسی بهتر و سریع‌تر به اطلاعات هستند، مانند افزایش سرعت استخراج آمار و گزارش‌های عملکرد واحدها، افزایش سرعت انجام فعالیت‌های روزانه و سرعت دسترسی به اطلاعات بیماران برای انجام پژوهش‌های بالینی، تأثیر مثبتی داشته است (۴۹).

سیستم‌ها بر کاهش خطاها، بهبود درآمد بیمارستان، افزایش دسترسی به اطلاعات، افزایش سرعت و دقت انجام کارها، ارتقای کیفیت خدمات و مراقبت‌های ارایه شده به بیماران بوده‌اند. در تعداد اندکی از مطالعات نیز به تأثیرات منفی این سیستم‌ها، از جمله افزایش هزینه‌ها و زمان مورد نیاز برای انجام فعالیت‌ها، اشاره شده بود.

یکی از مشکلاتی که سازمان‌های خدمات سلامت سراسر جهان با آن روبرو هستند، تعداد زیاد خطاهای پزشکی می‌باشد. همه‌ی مطالعاتی که این شاخص را مورد بررسی قرار داده بودند، نشان‌دهنده‌ی اعتقاد کادر درمانی و اداری بیمارستان‌ها و مراکز درمانی ایران به اثربخشی این سیستم‌ها در کاهش خطاها به میزان ۵۰ تا ۷۵ درصد بوده‌اند. خطاهای پزشکی به‌طور تقریبی در تمام جنبه‌های مرتبط با ارایه‌ی خدمات مراقبت سلامت حتی فعالیت‌های اداری و اجرایی کارکنان و مسؤولین مراقبت از بیمار می‌توانند به‌طور مستقیم و غیرمستقیم بر روی مراقبت و سلامت بیمار اثر گذاشته و عامل آسیب و یا مرگ بیماران باشند. عامل برخی از این خطاها می‌تواند مشغله‌ی بیش از حد کادر درمانی، عدم بیان مناسب اطلاعات بیمار در هنگام انتقال وی به مراکز درمانی دیگر، خستگی و فراموشی پرسنل، کمبود دانش و در مواردی اشکال در ثبت اطلاعات نظیر ناخوانا بودن دست‌نوشته‌ها باشد (۳۹). استفاده از سیستم‌های اطلاعاتی می‌تواند از طریق تسریع امور، انتقال الکترونیکی اطلاعات بین سازمان‌های ارایه کننده، ارایه‌ی اطلاعات و امکانات پشتیبان تصمیم‌گیری و افزایش کیفیت ثبت اطلاعات باعث کاهش خطاهای ناشی از مشکلات فوق شوند (۴۲-۴۰). به عنوان نمونه در مطالعه‌ی Vardi و همکاران در مورد سیستم‌های اطلاعات بهداشتی از قبیل سیستم‌های پشتیبان تصمیم‌گیری بالینی CDSS و سیستم ثبت کامپیوتری دستورات پزشکی CPOE (Computerized Physician Order Entry) خطاهایی نظیر تجویز دارو در فرم‌های دارویی تا حدود ۱۰۰ درصد کاهش یافته بود (۴۳). گر چه هیچ‌کدام از مطالعات انجام شده در ایران در مورد تأثیر سیستم‌های اطلاعات بهداشتی بر افزایش خطاهای پزشکی اشاره‌ای ننموده‌اند، برخی از

بهداشت و درمان را در توسعه و به‌کارگیری این سیستم‌ها در کشورمان یاری کند.

بررسی‌هایی که در رابطه با سیستم‌های اطلاعات بهداشتی در ایران انجام شده بود، بیش‌تر محدود به سیستم‌های خاصی مانند سیستم‌های اطلاعات بیمارستانی (HIS) بوده‌اند و به تأثیر سایر سیستم‌های اطلاعات بهداشتی از قبیل CDSS، CPOE کم‌تر پرداخته شده است.

این تحقیق با چندین محدودیت مواجه بوده است. اول این‌که با وجود بررسی جامع انجام شده، مقالات معدودی در مورد تأثیر سیستم‌های اطلاعات بهداشتی در ایران وجود دارد. بیش‌تر مطالعات موجود به بررسی وضعیت این سیستم‌ها به صورت کلی پرداخته بودند. علاوه بر این توضیحات مربوط به تأثیر این سیستم‌ها در برخی از مطالعات مبهم بود. این امر تشخیص مثبت یا منفی بودن تأثیرات را مشکل می‌ساخت. با این وجود این مطالعه اولین مطالعه‌ای است که به صورت ساختار یافته به بررسی تأثیرات سیستم‌های اطلاعات بهداشتی در کشور ایران پرداخته است. نتایج حاصل از این مطالعه نشان دهنده‌ی نوعی نگرش مثبت و گرایش آگاهانه به سمت استفاده از سیستم‌های مختلف رایانه‌ای در کمک به پزشکان و پرستاران به عنوان یکی از مهم‌ترین رویکردهای علمی و عملی آینده در ایران می‌باشد.

نتیجه‌گیری

استفاده از فن‌آوری اطلاعات در بخش درمانی برای ارتقای سطح بهداشت و سلامت جامعه بسیار با اهمیت می‌باشد و استفاده از سیستم‌های اطلاعاتی کارآمد برای ارتقای کارایی و اثربخشی مراکز درمانی ضرورتی انکارناپذیر به شمار می‌رود. مزیت فن‌آوری اطلاعات سلامت در مقایسه با اطلاعات ثبت شده روی کاغذ کاملاً واضح است. ولی بدون اطلاعات کامل‌تر و بررسی ارزیابی‌های انجام شده تاکنون، تصمیم‌گیرندگان بخش بهداشت و درمان که علاقه‌مند به ترویج و یا توسعه‌ی به‌کارگیری این سیستم‌ها می‌باشند، نمی‌توانند مزایای استفاده از فن‌آوری اطلاعات سلامت را به درستی درک کرده و بر آن اساس تصمیم‌گیری درستی انجام

هم‌چنین این سیستم‌ها به‌طور چشم‌گیری موجب کاهش زمان انجام کارها از قبیل فرایند پذیرش بیمار، تسویه حساب و دریافت نتایج آزمایشات شده‌اند. دیگر مطالعات انجام شده در این زمینه نیز حاکی از تأثیر سیستم‌ها بر کاهش زمان فعالیت‌هایی از قبیل مستندسازی شده است که در نتیجه منجر به افزایش کارایی پرستاران شده است (۵۱-۵۰). هم‌چنین نتایج مطالعه‌ی Kuperman و همکاران نیز نشان داد که استفاده از سیستم‌های ثبت کامپیوتری دستورات موجب کاهش یازده درصدی زمان ارایه‌ی خدمات درمانی شده است (۵۲).

به‌طور کلی اکثر مطالعات تحت بررسی نشان دادند که پیاده‌سازی سیستم‌های اطلاعات بهداشتی در کشور تأثیر مثبتی بر کیفیت مراقبت و خدمات ارایه شده به بیماران داشته است. کیفیت خدمات و کیفیت مراقبت را می‌توان ناشی از مواردی مانند سرعت و دقت، صرفه‌جویی در زمان، کاهش خطا، افزایش مهارت کادر اداری و درمانی در استفاده از سیستم‌ها دانست که بررسی‌های انجام شده در ایران نشان داده که سیستم‌های اطلاعات بهداشتی در بیش‌تر موارد تأثیر مثبتی بر این فرایندها داشته‌اند. پیامد این فرایندها می‌تواند منجر به افزایش کیفیت خدمات درمانی شود. مطالعات زیادی نقش مهم این سیستم‌ها را در افزایش کیفیت خدمات درمانی و بهبود فرایندهای مراقبت از بیمار نشان داده‌اند (۵۵-۵۳). نتایج پژوهش Kamalzade و همکاران نشان می‌دهد که اکثر افراد تحت مطالعه نگرش مثبتی نسبت به استفاده از سیستم‌ها و تأثیر آن‌ها بر افزایش دقت و کیفیت مراقبت از بیمار داشته‌اند (۵۶). هم‌چنین در بیش از ۵۰ درصد مطالعاتی که Lau و همکاران در مطالعه‌ی سیستماتیک خود مورد بررسی قرار داده‌اند، این نکته مورد تأیید قرار گرفته که این سیستم‌ها موجب افزایش کیفیت مراقبت و خدمات ارایه شده به آنها، شده است و تنها در یک درصد آن‌ها این امر مورد تأیید نبوده است (۴۷). به‌طور کلی در مطالعه‌ی حاضر مشخص شد که کادر درمانی و اداری شاغل در بیمارستان‌ها و مراکز درمانی تحت مطالعه به اثربخشی این سیستم‌ها اعتقاد دارند که این نظرات می‌تواند تصمیم‌گیران و مسؤولان بخش

در ابتدای راه هستند و باید سرمایه‌گذاری‌های بیشتری در بخش‌های مالی، انسانی و فنی در این زمینه انجام شود تا بتوان این سیستم‌ها را مطابق استانداردهای جهانی، انتظارات کاربران و نیازهای جامعه توسعه داد. همچنین استفاده‌ی مناسب و آگاهانه از این سیستم‌ها می‌تواند موجب ارتقای سطح مراقبت از بیماران و کاهش هزینه‌ها شود.

پیشنهادها

بر اساس نتایج این تحقیق پیشنهاد می‌شود که مطالعات بیشتری در زمینه‌ی توجیه اقتصادی استفاده از سیستم‌های توسعه یافته در مراکز درمانی و نیاز احتمالی به سرمایه‌گذاری بیشتر روی این‌گونه سیستم‌ها انجام شود. همچنین انجام مطالعات تجربی در زمینه‌ی تأثیر این سیستم‌ها بر مؤلفه‌هایی از قبیل عملکرد کارکنان، نتایج مراقبت، رضایت کاربران و سلامت عمومی ضروری به نظر می‌رسد.

تشکر و قدردانی

نویسندگان مقاله از کارشناسان محترم مرکز تحقیقات انفورماتیک پزشکی دانشگاه علوم پزشکی کرمان به خاطر فراهم آوردن امکانات پژوهش قدردانی می‌نمایند.

دهند تا سرمایه‌گذاری آن‌ها حداکثر بازده را داشته باشد. این‌گونه مطالعات به تصمیم‌گیرندگان کمک می‌نماید در جهت بهبود کیفیت و کارایی خدمات ارائه شده‌ی کل بخش ارائه‌دهنده‌ی مراقبت سیاست‌گذاری نمایند. بررسی مطالعات انجام شده در این مقاله نشان داد که به‌کارگیری سیستم‌های اطلاعات بهداشتی در ایران در اغلب موارد موجب افزایش رضایت، کارایی و کیفیت خدمات شده است. کاهش خطاهای کاری، بهبود فرایند و کیفیت خدمات ارائه شده به بیماران و صرفه‌جویی در وقت از جمله نقاط قوت استفاده از این سیستم‌ها در ایران هستند. از سوی دیگر هزینه‌ی زیاد نصب و راه‌اندازی این سیستم‌ها را می‌توان از نقاط ضعف آن به شمار آورد که منجر به تحمیل هزینه‌های درمانی زیاد به بیماران می‌شود. کاهش این هزینه‌ها امری ضروری است، زیرا علاوه بر این‌که باعث کاهش فشارها بر خانواده‌ی بیماران و رضایت بیشتر شهروندان می‌شود، باعث افزایش کارایی در بیمارستان‌ها نیز می‌گردد. با کاهش هزینه‌ها، بیمارستان‌ها قادر خواهند بود تا بیماران بیشتری را جذب نموده و سود عملیاتی خود را افزایش داده و درآمد مازاد را صرف توسعه‌ی بخش‌های مختلف بیمارستان و افزایش تجهیزات آن نمایند. نهایتاً این‌که سیستم‌های اطلاعات بهداشتی در کشور ما هنوز

References

1. Mogli GD. Medical Record Organization and Management. 1st ed. New Delhi: Jappy brothers; 2001.
2. Bitaraf E, Abedian S. Evaluating model of Hospital information system in IRAN [Online]. Center of statistics management and information technology in ministry of health and medical education. 2009; Available from: URL: http://www.mums.ac.ir/shares/darman/darman_coll/committee_fil/ppt/abedian4.pdf. [In Persian]
3. Ghazi Saeidi M, Davarpanah A, Safdari R. Health Information Management. 1st ed. Tehran: Mahan; 2005. [In Persian]
4. Birkmeyer CM, Bates DW, Brikmeyer JD. Will electronic order entry reduce health care costs?. Effective Clinical Practice 2002; 5(2): 67-74.
5. Tan J. Healthcare information systems and informatics: research and practices. Hershey, PA, USA: IGI Global; 2008.
6. Newbold SK. Information systems for managing patient care. In: Dienemann JA, editor. Nursing administration: Managing patient care. 2nd ed. Stamford: Appleton & Lange; 2002.
7. Chen CH. Factors Affecting Physicians' Use of Medical Informatic System. South Carolina: ProQuest; 2006.
8. Garg AX, Adhikari NK, McDonald H, Rosas-Arellano MP, Devereaux PJ, Beyene J, et al. Effects of computerized clinical decision support systems on practitioner performance and patient outcomes: a systematic review. JAMA 2005; 293(10): 1223-38.
9. Khajouei R, Peek N, Wierenga PC, Kersten MJ, Jaspers MW. Effect of predefined order sets and usability problems on efficiency of computerized medication ordering. Int J Med Inform 2010; 79(10): 690-8.

10. Liu JL, Wyatt JC, Deeks JJ, Clamp S, Keen J, Verde P, et al. Systematic reviews of clinical decision tools for acute abdominal pain. *Health Technol Assess* 2006; 10(47): 1-167.
11. Delpierre C, Cuzin L, Fillaux J, Alvarez M, Massip P, Lang T. A systematic review of computer-based patient record systems and quality of care: more randomized clinical trials or a broader approach? *Int J Qual Health Care* 2004; 16(5): 407-16.
12. Hunt DL, Haynes RB, Hanna SE, Smith K. Effects of computer-based clinical decision support systems on physician performance and patient outcomes: a systematic review. *JAMA* 1998; 280(15): 1339-46.
13. Haynes RB, Wilczynski NL. Effects of computerized clinical decision support systems on practitioner performance and patient outcomes: methods of a decision-maker-researcher partnership systematic review. *Implement Sci* 2010; 5: 12.
14. Main C, Moxham T, Wyatt JC, Kay J, Anderson R, Stein K. Computerised decision support systems in order communication for diagnostic, screening or monitoring test ordering: systematic reviews of the effects and cost-effectiveness of systems. *Health Technol Assess* 2010; 14(48): 1-227.
15. Randell R, Mitchell N, Dowding D, Cullum N, Thompson C. Effects of computerized decision support systems on nursing performance and patient outcomes: a systematic review. *J Health Serv Res Policy* 2007; 12(4): 242-9.
16. Robertson J, Walkom E, Pearson SA, Hains I, Williamsone M, Newby D. The impact of pharmacy computerised clinical decision support on prescribing, clinical and patient outcomes: a systematic review of the literature. *Int J Pharm Pract* 2010; 18(2): 69-87.
17. Johnston ME, Langton KB, Haynes RB, Mathieu A. Effects of computer-based clinical decision support systems on clinician performance and patient outcome. A critical appraisal of research. *Ann Intern Med* 1994; 120(2): 135-42.
18. Pearson SA, Moxey A, Robertson J, Hains I, Williamson M, Reeve J, et al. Do computerised clinical decision support systems for prescribing change practice? A systematic review of the literature (1990-2007). *BMC Health Serv Res* 2009; 9: 154.
19. Kaushal R, Shojania KG, Bates DW. Effects of computerized physician order entry and clinical decision support systems on medication safety: a systematic review. *Arch Intern Med* 2003; 163(12): 1409-16.
20. Hemens BJ, Holbrook A, Tonkin M, Mackay JA, Weise-Kelly L, Navarro T, et al. Computerized clinical decision support systems for drug prescribing and management: a decision-maker-researcher partnership systematic review. *Implement Sci* 2011; 6: 89.
21. Ebadi Azar F, Kahoei M, Soleimani M, Ghazavi S, Ghods A, Alaei S, et al. The impact of hospital information computerized network on clinical departments curative services personnel. *Journal of Health Administration* 2008; 11(31): 7-16. [In Persian]
22. Rouzbahani R, Mozaffarian M, Kazempour Dizadji M. The Effect of Hospital Information System Application on Healthcare Services Promotion at Masih-Daneshvari Hospital. *Payavard Salamat* 2012; 6(2): 128-37. [In Persian]
23. Kimiafar Kh, Moradi Gh, Sadooghi F, Sarbaz M. Views of users towards the quality of hospital information system in training hospitals affiliated to Mashhad University of Medical Sciences – 2006. *Health Inf Manage* 2007; 4(1): 43-50. [In Persian]
24. Nematollahi M, Sharifian R, Parvin S. Evaluating the Hospital Information System at Nemazee Hospital in Shiraz, from the Users' Viewpoints. *Journal of Elearning Distribution In academy (MEDIA)* 2012; 3(2): 1-5. [In Persian]
25. Amiri M, Sadeghi E, Khosravi A, Chaman R. Self-Assessment of Managers and Network Operators about the Effect of Hospital Information System on the Performance and Processes of Imam Hossein Hospital in Shahroud. *Health Inf Manage* 2011; 8(4): 490-9. [In Persian]
26. Khalesi N, Ahmadi M, Ayatollahi H. A study on the attitudes of users about application of admission discharge system (ADS-9) software in Iran and Shahid Beheshti universities teaching hospitals 2002. *Hakim* 2003; 6(3): 47-53. [In Persian]
27. Kahoei M, Soleimani M, Ghazavi S, Alaei S. Views, Behavior and Satisfaction of the Nurses and Other Hospital Ward Personnel about the Effectiveness of Computer Systems of Hospital Information on Caring Process. *Health Inf Manage* 2007; 4(2): 193-202. [In Persian]
28. Ebadi Fardazar F, Ansari H, Zohour A, Marashi SS. Study of users' attitudes about the computerized hospital information systems (HIS). *Payesh, Journal of the Iranian Institute For Health Sciences Research* 2006; 6(1): 12-9. [In Persian]

29. Ahmadi M, Habibi Koolaee M. Nursing Information Systems in Iran. *Hakim* 2010; 13(3): 185- 91. [In Persian]
30. Tolabi T, Vanaki Z, Memarian R, Namdari M. Quality of nursing documentations in CCU by hospital information system (HIS). *Iranian Journal of Critical Care Nursing* 2012; 5(2): 53-62. [In Persian]
31. Jebraeily M, Rahimi B, Zareh Z, Dolani A. Advantages and Disadvantages of Hospital Information Systems in Teaching Hospitals of Urmia University of Medical Sciences. *Journal of Urmia Nursing and Midwifery Faculty* 2012; 10(3): 326-31. [In Persian]
32. Mokhtaripoor M, Siadat S. Information Technology in the hospitals of Isfahan: suggesting a model. *Health Inf Manage* 2008; 5(1): 1-8. [In Persian]
33. Hayavi Haghghi MH, Dehghani M, Hosseini Teshizi S, Asgari B, Reisi M. Attitudes of Medical Record Department Staff in Hospitals Affiliated to Hormozgan University of Medical Sciences about the Importance of Hospital Information System and its Implementation Prerequisites and Selection Criteria. *Health Inf Manage* 2012; 9(4): 471-8. [In Persian]
34. Ariaei M, Sarafi Nejad A, Kouti J, Mehdipour Z, Bahaadinbeigy K. Role of Clinical Decision Supporting Systems in Prevention of Medical Errors from the Perspective of Health Care Staff in University Hospitals of Kerman University of Medical Sciences, Iran. *Health Inf Manage* 2012; 9(5): 711-23. [In Persian]
35. Kahouei M, Babamohamadi H, Bayat S, Fooladian S, Shahsavani Toghiani M. Experiences of Nurses in Impact of Nursing Information System on Nursing Services Efficiency. *Health Inf Manage* 2013; 10(2): 201-12. [In Persian]
36. Mordi Gh, Sarbaz M, Kimiafar Kh, Shafiei N, Setayesh Y. The Role of Hospital Information System (HIS) on Dr Sheikh Hospital Performance Promotion in Mashhad. *Health Inf Manage* 2008; 5(2): 159-66. [In Persian]
37. Imani E, Khademi Z, Yusefi P, Bahrami Z, Naghizadeh F. Experiences of nursing managers about hospital information system: a qualitative study. *Hormozgan Medical Journal* 2012; 16(3): 223-32. [In Persian]
38. Azizi A, Safari Sh, Mohammadi A, Kheirollahi J, Shojaei Baghini M. A Survey on the Satisfaction Rate of Users about the Quality of Hospital Information System in Hospitals Associated with Kermanshah University of Medical Sciences. *Health Inf Manage* 2011; 8(4): 566-71. [In Persian]
39. Dean B, Schachter M, Vincent C, Barber N. Causes of prescribing errors in hospital inpatients: a prospective study. *Lancet* 2002; 359(9315): 1373-8.
40. Fischer SH, Tjia J, Field TS. Impact of health information technology interventions to improve medication laboratory monitoring for ambulatory patients: a systematic review. *J Am Med Inform Assoc* 2010; 17(6): 631-6.
41. 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.
42. Bucknall TK. Medical error and decision making: Learning from the past and present in intensive care. *Aust Crit Care* 2010; 23(3): 150-6.
43. Vardi A, Efrati O, Levin I, Matok I, Rubinstein M, Paret G, et al. Prevention of potential errors in resuscitation medications orders by means of a computerised physician order entry in paediatric critical care. *Resuscitation* 2007; 73(3): 400-6.
44. Rahadhan P, Poon SK, Land L. Understanding unintended consequences for EMR: a literature review. *Studies in Health Technology & Informatics* 2012; 178: 192-8.
45. Koppel R, Metlay JP, Cohen A, Abaluck B, Localio AR, Kimmel SE, et al: Role of computerized physician order entry systems in facilitating medication errors. *Stud Health Technol Inform* 2005; 293: 1197-203.
46. 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.
47. Lau F, Kuziemsky C, Price M, Gardner J. A review on systematic reviews of health information system studies. *J Am Med Inform Assoc* 2010; 17: 637-45.
48. Borzekowski R. Measuring the cost impact of hospital information systems: 1987-1994. *J Health Econ* 2009; 28(5): 938-49.
49. Powsnr SM, Wyatt JC. Opportunities for and challenges of computerization. *Lancet* 1998; 352: 1617-22.
50. Wong DH, Gallegos Y, Weinger MB, Clack S, Slagle J, Anderson CT. Changes in intensive care unit nurse task activity after installation of a third generation intensive care unit information system. *Crit Care Med* 2003; 31: 2488-94.
51. Pierpont GL, Thilgen D. Effect of computerized charting on nursing activity in intensive care. *Crit Care Med* 1995; 23: 1067-73.

52. Kuperman GJ, Teich JM, Tanasijevic MJ, Ma'Luf N, Rittenberg E, Jha A, et al. Improving response to critical laboratory results with automation: results of a randomized controlled trial. *J Am Med Inform Assoc* 1999; 6: 512-22.
53. Eslami S, Abu-Hanna A, De Keizer N. Evaluation of outpatient computerized physician medication order entry systems: a systematic review. *J Am Med Inform Assoc* 2007; 14: 400-6.
54. Eslami S, De Keizer N, Abu-Hanna A. The impact of computerized physician medication order entry in hospitalized patients: a systematic review. *Int J Med Inf* 2008; 77: 365-76.
55. Balas EA, Krishna S, Kretschmer RA, Cheek TR, Lobach DF, Boren SA. Computerized knowledge management in diabetes care. *Med Care* 2004; 42: 610-21
56. Kamalzadeh Takhti H, Abdul Rahman A, Abedini S, Abedini S. Impact of hospital information systems on patient care: Nurses' perception [Online]. *Canadian Journal of Nursing Informatics* 2012; 6(4). Available from: <http://cjni.net/journal/p=179>.

Effects of Health Information Systems in Iran: a Systematic Review*

Simin Salehi Nejad¹; Leila Ahmadian²; Reza Khajouei³

Systematic Review Article

Abstract

Introduction: Evaluation of the effects of health information systems enable health care policy and decisions makers to better invest on and utilize health information applications. The objective of this systematic review is to consolidate existing evidence from published studies on the effect of health information systems in Iran.

Methods: The aim of this study is systematic review of articles about effects of health information systems in Iran. In this study all papers relevant to the research objective were retrieved from SID, Magira, Irandoc, Medlib and Iran Medex databases until July 2013, and finally 18 out of 861 retrieved articles were identified as relevant and reviewed by the authors.

Results: This study shows that approximately more than half of the studies indicated the positive effects of these systems on costs and less than half of them had negative on costs. The results also demonstrate other major effects of these systems: decreased medication errors, increased accuracy and timeliness of activities, increased accessibility of information and improved quality of services.

Conclusion: The results of this study provide a good insight concerning the effects of health information systems for policymakers and researchers. This study mainly highlighted the positive effects of these systems on health care procedures.

Keywords: Health Information Systems; Hospital Information Systems; Quality Improvement

Received: 27 Apr, 2013

Accepted: 27 Nov, 2013

Citation: Salehi Nejad S, Ahmadian L, Khajouei R. **Effects of Health Information Systems in Iran: a Systematic Review.** Health Inf Manage 2014; 11(2): 284.

* This article was an independent research with no financial aid.

1- MSc, Public Administration, Medical Informatics Research Center, Institute for Futures Studies in Health, Kerman University of Medical Sciences, Kerman, Iran

2- Assistant Professor of Medical informatics, Research Center for Health Services Management, Institute for Futures Studies in Health, Kerman University of Medical Sciences, Kerman, Iran

3- Assistant Professor, Medical informatics, Research Center for Social Determinants of Health, Institute for Futures Studies in Health, Kerman University of Medical Sciences, Kerman, Iran (Corresponding Author) Email: r.khajouei@yahoo.com

آیا کتابداران می‌توانند نقشی در کتاب‌درمانی ایفا کنند؟

سیده صدیقه طاهرزاده موسویان^۱، زاهد بیگدلی^۲

مقاله مروری نقلی

چکیده

کتاب‌درمانی از جمله روش‌های درمانی تکمیلی برای تسکین بیماران و افرادی است که با مشکلات روانی یا رفتاری درگیر هستند. این مطالعه به منظور پاسخ به پرسش «آیا کتابداران کنونی واجد صلاحیت‌های لازم برای انجام کتاب‌درمانی هستند یا خیر؟» انجام شده است. مطالعه‌ی حاضر از نوع مروری نقلی است و داده‌های مورد نیاز از طریق مرور منابع مرتبط فارسی و انگلیسی با تأکید بر مقاله‌های فارسی حاصل تحقیقات انجام شده در داخل از مهرماه سال ۱۳۹۱ تا مهرماه سال ۱۳۹۲ خورشیدی گردآوری شده است. داده‌ها با استفاده از کلیدواژه‌های کتاب‌درمانی، کتابداران و آموزش مراجعان و برابر نهادهای انگلیسی آن‌ها (user education, librarians, bibliotherapy) جمع‌آوری گردید که در مجموع بالغ بر ۶۰ منبع در بازه‌ی زمانی مذکور بازیابی شد. در این پژوهش آثار مرتبط با ویژگی‌ها و مهارت‌های ضروری برای یک درمان‌گر موفق و هم‌چنین سرفصل‌های فعلی در مقاطع مختلف رشته‌ی علم اطلاعات و دانش‌شناسی و رشته‌ی کتابداری پزشکی مرور و تحلیل شد. در مجموع تعداد ۱۳ مقاله‌ی فارسی، ۱۴ مقاله‌ی انگلیسی، دو رساله‌ی انگلیسی، ۲ وب‌سایت فارسی و ۵ وب‌سایت خارجی در مطالعه و نگارش مقاله‌ی حاضر و جمعاً ۳۶ منبع مورد استفاده قرار گرفت. تعداد سرفصل‌ها در کل ۵ مورد و شامل سه سرفصل دوره‌های کارشناسی، کارشناسی ارشد و دکترا در وزارت علوم، تحقیقات و فن‌آوری و هم‌چنین دو سرفصل دوره‌های کارشناسی و کارشناسی ارشد در وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی است. با وجود این که در این مطالعه، آثار و گزارش‌های منتشره در حوزه‌ی کتاب‌درمانی در ایران از سال ۱۳۵۷ خورشیدی به بعد مد نظر بوده است، بررسی‌های انجام شده نشان داد که سابقه‌ی این موضوع در ایران به دو دهه پیش می‌رسد و مجموعه آثار معتبر منتشر شده بر مبنای قضاوت در مورد نشریه و نویسندگان در این زمینه به عدد ۱۵ نمی‌رسد. در سرفصل‌های موجود رشته‌ی علم اطلاعات و دانش‌شناسی و رشته‌ی کتابداری پزشکی هیچ درسی در ارتباط با موضوع کتاب‌درمانی وجود ندارد. به علاوه، کتابداران فعلی فاقد بسیاری از صلاحیت‌های لازم برای یک درمان‌گر موفق هستند. در شرایط کنونی کتابداران قادر به انجام کتاب‌درمانی به صورت مستقل نیستند. در شرایط کنونی و به لحاظ حساسیت روش کتاب‌درمانی ضرورت دارد کتابداران از استفاده از روش کتاب‌درمانی به صورت مستقل خودداری کنند. آن‌ها می‌توانند با کمک گروه متخصصان روان‌شناسی، مشاوره، پزشکی، و روان‌پزشکی اقدام به استفاده از این روش کنند. با توجه به ارتباط نسبی بین علم اطلاعات و دانش‌شناسی با کتاب‌درمانی و انگیزه‌ی بالای کتابداران، گروه‌های کتابداری با همکاری متخصصان حوزه‌ی پزشکی می‌توانند اقدام به تأسیس گرایش و یا رشته‌ی کتاب‌درمانی کنند.

واژه‌های کلیدی: کتاب‌درمانی؛ کتابداران؛ درمان‌های مکمل

پذیرش مقاله: ۹۲/۹/۲۱

اصلاح نهایی: ۹۲/۹/۱۹

دریافت مقاله: ۹۲/۷/۱۶

ارجاع: طاهرزاده موسویان سیده صدیقه، بیگدلی زاهد. آیا کتابداران می‌توانند نقشی در کتاب‌درمانی ایفا کنند؟. مدیریت اطلاعات سلامت ۱۳۹۳؛ ۱۱(۲): ۲۹۶-۲۸۵.

مقدمه

گسترش جوامع بشری و به دنبال آن تحولات اجتماعی، علمی و اقتصادی که به تبع نیاز جوامع پدید آمده است، سازمان‌های فرهنگی و از جمله کتابخانه‌ها را متحول ساخته است.

۱- کارشناس ارشد، علم اطلاعات و دانش‌شناسی، دانشگاه صنعتی خاتم‌الانبیاء بهبهان، خوزستان، ایران
۲- استاد، علم اطلاعات و دانش‌شناسی، دانشگاه شهید چمران اهواز، اهواز، ایران (نویسنده‌ی مسؤل)

Email: bigdeli_zahed@yahoo.co.in

نقش سنتی کتابداران در نتیجه‌ی این تحولات بسیار دگرگون شده و بقای آن گاهی زیر سوال رفته است، به طوری که برخی صاحب‌نظران آینده‌ی کتابخانه‌ها و کتابداران را مورد تردید و پرسش قرار داده‌اند. برای مثال، Coffman می‌نویسد بدون وجود مجموعه‌های فیزیکی، به کارمندان بخش امانت و کسانی که کتاب‌ها را به قفسه‌ها بازمی‌گردانند و غیره نیاز نخواهد بود. به طور متوسط، افراد حرفه‌ای و کارکنان اداری کتابخانه‌ها حدود ۷۰ درصد کارکنان کتابخانه‌های دانشگاهی و عمومی را تشکیل می‌دهند که قسمت بزرگی از بودجه‌ی عملیاتی را هزینه می‌کنند. اگر همه چیز الکترونیکی شود، این‌ها همه باید دنبال مشاغل و سمت‌های جدیدی باشند (۱). در همین راستا، کتابداران برای تداوم حرفه‌ی خود و اثبات شایستگی‌های‌شان و بنا به ضرورت پیش آمده در اثر تحولات دنیای فن‌آوری اطلاعات و به ویژه به لحاظ بین-رشته‌ای شدن بسیاری از موضوعات کتابداری، در حوزه‌های موضوعی دیگر نیز به فعالیت پرداخته‌اند. یکی از این حوزه‌ها که در سال‌های اخیر مورد توجه و موضوع پژوهش‌های کتابداری واقع شده است، کتاب‌درمانی است. ضرورت پرداختن به این موضوع از نظر پژوهشگران حاضر اقبال به این موضوع از سوی کتابداران است، زیرا این موضوع در حوزه‌ی علوم پزشکی و روان‌شناسی و مشاوره است و نیاز به تخصص ویژه دارد. حال چنان‌چه کتابدارانی که به این امر مبادرت می‌کنند از صلاحیت‌های لازم بهره‌مند نباشند، احتمال دارد نه تنها به خود و حرفه‌ی خود کمک نکنند، بلکه ناخواسته موجب ایجاد نگرش منفی نسبت به این رشته و حرفه‌مندان آن نیز شوند. بنابراین ضرورت دارد تا مطالعات داخلی انجام شده توسط کتابداران در حوزه‌ی کتاب‌درمانی مورد بررسی قرار گیرند تا چهره‌ی روشن‌تری از مجریان و پژوهشگران کتاب‌درمانی در ایران ترسیم گردد و چنان‌چه مواردی مغفول مانده است، مد نظر قرار گیرد تا هم باعث اعتماد بیش‌تر به نتایج تحقیقات و هم ارتقای منزلت کتابداران گردد.

کتاب‌درمانی را از دو بعد می‌توان دید. یکی هدایت خواننده برای دسترسی به مجموعه‌ای از کتاب‌های مربوط به یک موضوع که خدمات مشاوره لحاظ می‌شود و به کتاب‌درمانی

رشد معروف است. بعد دیگر، آن است که در این فرایند مشکلی یا مسأله‌ای وجود دارد که از طریق خواندن کتاب به حل آن مسأله کمک می‌شود. علی شاهرودی می‌نویسد که Sullivan بر این باور است که ساخت شخصیت چیزی نیست مگر رابطه‌ی فرد با افراد دیگر و این دیگران، لزوماً افراد برگزیده‌ی فرد، مانند والدین و افراد جامعه نیستند، بلکه شخصیت‌هایی که ما در داستان‌ها می‌خوانیم یا در افسانه‌ها درباره‌ی آن‌ها می‌شنویم یا در کتاب‌ها به آنان برخورد می‌کنیم، می‌توانند نقشی اساسی در تکوین شخصیت ما ایفا کنند. داستان به کودکان می‌آموزد که مبارزه علیه مشکلات شدید در زندگی اجتناب‌ناپذیر و بخشی طبیعی در حیات بشری است و اگر انسان عقب‌نشینی نکند و ثابت و استوار با سختی‌های غیر منتظره و اغلب ظالمانه رو به رو شود، بر تمام موانع غلبه می‌کند و سرانجام پیروز می‌شود. در کتاب‌درمانی رشد، مخاطب با همانندسازی (Identification) و استفاده از الگوهای مناسب و سهیم شدن در تجربه‌های شخصیت‌ها، می‌تواند مشکلات خود را بهتر بشناسد، هیجانات خود را تعدیل و سرانجام امنیت و آرامش بیش‌تری کسب کند (۲).

Beatty معتقد است که Samuel Mchord Crothers یکی از اولین کسانی بود که از واژه‌ی کتاب‌درمانی در سال ۱۹۱۶ میلادی استفاده کرد. ریشه‌ی کتاب‌درمانی به کتابی با عنوان «کتاب‌فروشی جن‌زده (The Stunted Bookshop)» اثر Christopher Morely که در سال ۱۹۱۹ میلادی منتشر شد، یا به مقاله‌ای با عنوان «آیا علم کتاب‌درمانی می‌تواند وجود داشته باشد؟» که در تاریخ پانزدهم اکتبر سال ۱۹۳۹ میلادی در Library Journal منتشر شد، نسبت داده می‌شود. Beatty می‌نویسد که در دهه‌ی ۱۹۲۰ میلادی، John Kendrick Bangs چنین نوشت: «اگر من پزشک بودم، کتاب را قسمتی از کار درمان خود می‌کردم و طبق نیاز بیمارانم برای آن‌ها کتاب مناسب تجویز می‌کردم.»

وی ادامه می‌دهد که در سال ۱۹۳۱ میلادی، William J. Bishop سیاهه‌ای از منابع مرجع برای کتابخانه‌های بیمارستانی تهیه کرد که چند عنوان در موضوع کتاب‌درمانی در میان آن‌ها بود. با این وجود، پژوهشگران روان‌شناسی

هم‌چنین دریافته‌اند که نیاز شدید و فزاینده‌ای برای اجرای آموزش‌ها و دستورالعمل‌های سوادآموزی به کودکان در معرض خطر و بی‌خانمان و خانواده‌های آنان وجود دارد (۶).

امروزه از کتاب‌درمانی در موارد بسیاری از جمله انواع مشکلات روان‌شناختی، درمان اختلالات غذا خوردن، اضطراب، هراس از مکان‌های باز و اختلالات جسمانی ناشی از استرس استفاده می‌شود. طبق نظر Ogrenir کتاب‌درمانی در آغاز به عنوان روشی برای سلامت روان معرفی شد که می‌تواند توسط حرفه‌مندان سلامت روان مورد استفاده قرار گیرد. با این وجود به مرور زمان، به‌گونه‌ای شکل گرفت که می‌تواند مورد استفاده‌ی معلمان قرار گیرد. کتاب‌درمانی در معنای تربیتی خود عملی است که می‌تواند برای کسی که از این روش استفاده می‌کند، چالش برانگیز باشد زیرا فرد باید در روش‌های درمانی مهارت داشته باشد (۷).

Elser کتابدار پزشکی بازنشسته و سرپرست یک کتابخانه‌ی بیمارستانی در ماساچوست آمریکا، توصیه می‌کند که برای اجرای موفقیت‌آمیز برنامه‌های کتاب‌درمانی، تلاشی همه جانبه از سوی کتابخانه‌های عمومی محل، کتابخانه‌های دانشکده‌ای علاقه‌مند به سلامت روان، آسایشگاه‌های سالمندان که به معالجه‌ی بیماران سرپایی می‌پردازند و مراکز سلامت روانی محلی لازم است (۸). این در حالی است که طبق پژوهش بیگدلی و فرهادیان مجموعه‌های کتابخانه‌های عمومی کشور تناسب بسیار ناچیزی با نیازهای واقعی مراجعان دارند (۹)، بنابراین حداقل در شرایط کنونی انتظار از کتابخانه‌های عمومی کشور برای مشارکت در کتاب‌درمانی چندان منطقی به نظر نمی‌رسد. از سوی دیگر، تاریخچه‌ی پیدایش و گسترش خدمات مرجع نشان می‌دهد که کتابداران همیشه درگیر آموزش مراجعان به منظور بهره‌وری مطلوب از امکانات و خدمات کتابخانه‌ای بوده‌اند و در امور و مشکلات روانی آنان به طور مستقیم مداخله نداشته‌اند (۱۰). اما با توجه به شرایط امروزی حوزه‌های بین-رشته‌ای از جمله کتابداری، ضرورت ایجاب می‌کند که کتابداران نیز در این خدمات درگیر شوند که در این صورت به نظر می‌رسد کتابداران مرجع واجد صلاحیت‌های لازم برای مداخله در کتاب‌درمانی، به دلیل

تاریخچه‌ی این مفهوم را به انتشار کتاب‌های مذهبی قرن هفدهم نسبت می‌دهند که مستعمره‌نشینان آمریکا امیدوار بودند آنان را هدایت کنند. این آثار راه را برای آغاز یک ادبیات خودیار (Self-help) شکوفا در دهه‌های اولیه‌ی قرن نوزدهم باز کرد که نوید سلامتی و ثروت به مردم می‌داد. کتاب‌های راهنمای پندآموز آن دوران هرگز از واژه‌ی کتاب‌درمانی استفاده نکردند، اما کتاب‌هایی فروخته می‌شد که نوید مشورت و بهبود اوضاع شخصی می‌دادند (۳).

جوهری و حاجی احمدی به نقل از Klink و Lindeman و در ارتباط با رابطه‌ی کتاب‌درمانی و مذهب می‌نویسند که یکی از قدیمی‌ترین پیشینه‌های استفاده از کتاب‌درمانی در قرن سیزدهم یافت شده است. در بیمارستان المنصور قاهره در طول مراقبت‌های پزشکی، خدمات خواندن قرآن توسط روحانیون برای بیماران ارائه می‌شد (۴).

در سال ۱۹۶۶ میلادی، انجمن کتابخانه‌های بیمارستانی و موسسه‌ی Association of Hospital & Institutional Libraries (AHIL) آمریکا که در آن زمان شاخه‌ای از انجمن کتابداران آمریکا بود، این تعریف از کتاب‌درمانی را پذیرفت: «کتاب‌درمانی عبارت است از استفاده از مواد خواندنی برگزیده شده به عنوان مواد تکمیلی درمانی در پزشکی و روان‌پزشکی؛ هم‌چنین، کتاب‌درمانی عبارت است از راهنمایی در حل مشکلات شخصی از طریق مطالعه هدایت شده. با وجود حضور واژه‌ی درمان در این مفهوم، کتاب‌درمانی می‌تواند با هدف آموزش و سرگرمی نیز به کار رود (۵)».

Quitz معتقد است که کتاب‌درمانی شیوه‌ی کمک به افراد برای رشد و نمو از طریق کتاب می‌باشد. خواندن، نوشتن و گفت و گو می‌تواند فرصتی فراهم آورد تا افراد از انده رها شوند، با یک موقعیت مشکل سازگاری پیدا کنند، یا فقط موضوعات مناسب برای رشد را بررسی نمایند. به نظر می‌رسد علاقه به استفاده از کتاب‌درمانی در سال‌های اخیر رشد داشته است. به احتمال زیاد، این امر بازتابی است از مسایل روزافزون اجتماعی و خانوادگی در جوامع امروز، به ویژه در جامعه‌ی آمریکا که افزایش طلاق، بیگانگی جوانان، فشارهای بیش از حد گروه هم‌سالان، الکل و مواد مخدر وجود دارد. مریبان

می‌پردازند. درک نظرات حوزه‌های دیگر درباره‌ی کتاب‌درمانی می‌تواند به کتابداران کمک کند، زیرا کتابداران ملاحظه می‌کنند که چگونه یا حتی آیا، کتاب‌درمانی واقعاً حوزه‌ی کاری کتابداران است یا خیر. یک نظریه معتقد است که فقط افراد حرفه‌ای تعلیم دیده در روان‌شناسی باید این نوع درمان را انجام دهند، در حالی که برخی معتقدند که والدین، معلمان، و کتابداران نیز می‌توانند این مفهوم را در کار خویش به کار گیرند (۱۵).

در سال ۱۹۷۴ میلادی، نخستین برنامه‌ی آموزشی جامع شعردرمانی توسط Arleen Hynes کتابدار با کمک و تشویق Kenneth Gorelic پزشک در امریکا تدوین شد. اما مقررات و استانداردهای حرفه‌ای از ماه ژوئن سال ۲۰۰۰ میلادی توسط کمیته‌ی صدور گواهی انجمن ملی شعردرمانی وضع شد و فدراسیون شعردرمانی تنها سازمان مجاز برای اهدای این گواهینامه است. Lenkowsky بیان کرد که در متون کتاب‌درمانی استفاده از روش کتاب‌درمانی در ارتباط با کودکان معلول، نمایش نظام‌مند ناچیزی از کارایی کتاب‌درمانی دیده می‌شود (۱۶).

از سوی دیگر، توسعه‌ی علوم به پیدایش علوم بین رشته‌ای کمک کرده است و از جمله گاه از کتابداری به عنوان یک علم بین رشته‌ای یاد می‌شود. نگاهی به عنوان‌های پایان‌نامه‌های کارشناسی ارشد و دکتری این رشته در سال‌های اخیر، تنوع چشم‌گیر موضوع‌های این عنوان‌ها و حتی گاه کم ارتباطی و بی ارتباطی ظاهری آن‌ها با حوزه‌ی علم اطلاعات و دانش‌شناسی (کتابداری) را آشکار می‌سازد. برای نمونه، می‌توان به ورود مفاهیم و واژه‌هایی مانند اضطراب، فرسودگی شغلی، سرسختی روان‌شناختی، فرهنگ سازمانی، جایگاه اجتماعی و ... اشاره نمود. این تازگی عنوان پایان‌نامه‌ها و مقالات کتابداری اگر چه تا حدی ناشی از همان تحولات ذکر شده در بالا و به ضرورت زمان صورت گرفته است، اما شاید لازم باشد تا بیش‌تر و دقیق‌تر مورد تحقیق و تأمل قرار گیرد. پرسشی که مطرح است این است که آیا کتابداران (با هر عنوانی که نامیده می‌شوند یا در هر سازمانی که خدمات کتابخانه‌ای و اطلاعاتی ارائه می‌کنند) برای

درگیری در فرایند آموزش مراجعان، مناسب‌ترین افراد در میان کتابداران کتابخانه‌ها باشند. نتایج پژوهشی جدید در کشور لیتوانی نشان داد که ۴۳ درصد از کتابخانه‌های عمومی مورد مطالعه فعالیت‌های مشترک کتاب‌درمانی با موسسات بهداشتی محلی اجرا می‌کردند. ۲۸ درصد آن‌ها برنامه‌های درمانی گروهی یا انفرادی با مراجعان کتابخانه انجام می‌دادند و ۱۷ درصد از کتابخانه‌ها سیاهه‌هایی از متون کتاب‌درمانی را تهیه می‌کردند و به این ترتیب امکان دسترسی مراجعان به اطلاعات کتاب‌درمانی را فراهم می‌آوردند (۱۱).

Eppele بر این باور است که بخش بزرگی از متون حرفه‌ای که در زمینه‌ی کتاب‌درمانی وجود دارد، به‌طور طبیعی بازتابی است از نقطه نظرهای حرفه‌ای که در حوزه‌ی کاری تخصصی نوشته شده‌اند. استفاده از کتاب در درمان توسط دانشمندان، پزشکان، روان‌شناسان، مددکاران اجتماعی، پرستاران، والدین، معلمان، کتابداران و مشاوران به‌طور متفاوت تفسیر شده است. در حقیقت، یک سردرگمی در تعیین خط مرزی بین راهنمایی خواندن و کتاب‌درمانی وجود دارد (۱۲). Pardeck و Pardeck می‌نویسند کتاب‌درمانی عبارت است از مجموعه‌ای از مهارت‌ها برای شکل بخشیدن به تعامل بین یک تسهیل کننده (درمان‌گر) و یک مراجعه کننده بر اساس اشتراک متقابل متون (۱۳).

Brewster می‌نویسد کتاب‌درمانی عبارت است از استفاده از متون علمی مشورتی برای کمک به افراد جهت درک و حل مشکلات سلامت روانی یا جسمی خود، در مرحله‌ی نخست مشکلات سلامت روانی خفیف تا متوسط از جمله افسردگی. یا کتاب‌درمانی عبارت است از استفاده از کتاب‌های داستان برای تأمین لذت برای افرادی که دارای چنین مشکلات سلامتی هستند (۱۴). Pierce معتقد است که نزدیک کردن افراد به کتاب، خواه داستان یا غیر داستان که به مشکلات شخصی افراد پاسخ می‌دهد و بالا بردن سطح رفاه آنان دلیل محکمی برای این است که بپذیریم خواندن زندگی را تغییر می‌دهد. وی معتقد است که کتاب‌درمانی به ندرت به عنوان حوزه‌ی کاری حرفه‌ی دیگری شناخته شده است. با این وجود، روان‌شناسان به آموزش استفاده و ارزیابی مزایای کتاب‌درمانی

تاریخ، سرگذشت‌نامه‌ها، سفرنامه‌ها و شعر به‌گونه‌ای انتخاب شوند که موجب بهبود و بازتوانی بیماران و کاهش اضطراب و نگرانی مخاطبان باشند و به آنان کمک کنند تا علائق تازه را به جای انگیزه‌های منفی و ناخواسته جانشین نمایند. آن‌ها عقیده دارند که کتاب‌درمانی بالینی فقط باید توسط کتابداران پزشکی متخصص و آموزش دیده با همکاری گروه درمانی انجام شود، زیرا جامعه‌ی مورد نظر کتاب‌درمانی بالینی افراد دارای اختلالات روانی و رفتاری جدی هستند (۱۷).

با توجه به نبود یک تعریف مانع و جامع از کتاب‌درمانی و تنوع تخصص پژوهشگران در این حوزه، پرسشی که وجود دارد این است که «آیا کتاب‌درمانی به طور انحصاری در اختیار متخصصان حوزه‌ی پزشکی است یا کتابداران هم می‌توانند در آن نقشی داشته باشند؟» هدف پژوهش حاضر بررسی این بوده است که معلوم دارد آیا کتابداران کنونی با توجه به دانشی که از طریق سرفصل‌های مقاطع مختلف تحصیلی کسب می‌کنند، از صلاحیت‌ها و مهارت‌های لازم برای مداخله در روش کتاب‌درمانی برخوردار هستند یا خیر. در همین ارتباط، موضوع کتاب‌درمانی و ویژگی‌های یک درمان‌گر موفق نیز مورد بررسی قرار گرفته است.

روش بررسی

مطالعه‌ی حاضر از نوع مطالعه‌ی مروری است و بر گزارش‌های پژوهشی منتشر شده در زمینه‌ی کارهای تحقیقاتی انجام شده در زمینه‌ی کتاب‌درمانی در ایران تأکید شده است. این تأکید به این دلیل است که به تازگی مشاهده شده است در مواردی از جمله پریخ و ناصری (۱۳۹۰)، ریاحی‌نیا (۱۳۹۰)، و نوکاریزی و عالم‌زاده (۱۳۹۰)، کتابداران بدون استفاده از کمک گروه‌های حوزه‌ی پزشکی، روان‌شناسی، و مشاوره به کتاب‌درمانی مبادرت ورزیده‌اند، در حالی که در تحقیقات خارجی نویسندگان مقاله‌ی حاضر به چنین دریافتی نرسیده‌اند. با توجه به نوع مطالعه که مروری است، پژوهشگران از مهرماه سال ۱۳۹۱ تا مهرماه سال ۱۳۹۲ خورشیدی با مراجعه به مدارک منتشره در این حوزه در منابع چاپی و یا از طریق دسترسی به پایگاه‌های اطلاعاتی یا

برعهده گرفتن چنین نقش‌ها یا وظایف و انجام چنین پژوهش‌هایی توانایی و صلاحیت لازم و کافی دارند؟ ممکن است چنین باشد که کتابداران برای تثبیت موقعیت اجتماعی خود و یا ارتقای آن و یا از ترس از دست دادن شغل خود به چنین موضوعاتی پناه می‌برند. شاید یک موشکافی دقیق و گسترده از طریق مرور متون واقعیت قضیه را بهتر آشکار سازد.

یکی از حوزه‌هایی که به نظر می‌رسد به تازگی در ایران پژوهشگران و نویسندگان حوزه‌ی کتابداری به آن پرداخته‌اند، کتاب‌درمانی است. برای نمونه می‌توان به تحقیقات سلمانی ندوشن، حبیبی و اکبری (۱۷)، پریخ و ناصری (۱۸)، ریاحی‌نیا (۱۹)، و نوکاریزی و عالم‌زاده (۲۰) اشاره نمود. با کمی اغماض، شاید بتوان ادعا کرد که فرهنگ ایرانی از دیر باز با این پدیده مأنوس بوده است. لالایی‌های مادران را ممکن است بتوان نوعی کتاب/ شعردرمانی شفاهی دانست و کتاب هزار و یک شب و شهرزاد قصه‌گو را شاید بتوان نشان دیگری از این آمیختگی دیرپای فرهنگ ایرانی با کتاب‌درمانی دانست.

صالح‌زاده می‌نویسد متخصصان رشد و پرورش کودکان، بارها کتاب‌درمانی را برای کودکان تحت فشارهای روان‌شناختی مانند از دست دادن دوست، جدایی والدین، یا درگیر در جنگ و رخدادهای طبیعی هم‌چون سیل و زلزله، توصیه کرده‌اند. امروزه ادبیات کودکان محدوده‌ی وسیعی از موضوعات پیش‌تر منع و نهی شده را در بر می‌گیرد. در کتاب‌های تخیلی و غیرتخیلی از مرگ، طلاق، روابط جنسی، اعتیاد، دیگر نگرانی‌ها و دل‌مشغولی‌های کودکان سخن گفته می‌شود. این کتاب‌ها به پرسش‌های فراوانی که کودکان پیش دبستانی در این باره دارند، پاسخ می‌دهند و نگرانی‌های کودکان را برطرف می‌کنند (۲۱). Frieswijk و همکاران بر این باور هستند که کتاب‌درمانی می‌تواند اثر مثبتی بر روی توانایی‌های خود‌مدیریتی داشته و می‌تواند جایگزین مناسبی برای درمان‌های سنتی باشد (۲۲).

بر اساس نظر سلمانی ندوشن، حبیبی و اکبری بهتر است کتاب‌های مورد استفاده در کتاب‌درمانی از میان داستان‌ها،

گلزاری (۱۳۶۶) و دیگری کتابی است با همین عنوان از مصطفی تبریزی که در سال ۱۳۷۲ خورشیدی منتشر شد. از دهه‌ی ۱۳۸۰ خورشیدی هم متخصصان حوزه‌ی پزشکی و هم کتابداران (گاه همراه با متخصصان حوزه‌ی پزشکی و گاه به صورت مستقل) به انجام مطالعه و پژوهش با استفاده از روش کتاب‌درمانی پرداخته‌اند و تحقیقات و آثار منتشره به ویژه در دهه‌ی ۱۳۹۰ خورشیدی رو به فزونی داشته است. در سرفصل‌های موجود رشته‌ی علم اطلاعات و دانش‌شناسی و هم چنین سرفصل‌های رشته‌ی کتابداری پزشکی هیچ درسی در ارتباط با موضوع کتاب‌درمانی وجود ندارد. به علاوه، به نظر می‌رسد کتابداران فعلی فاقد بسیاری از صلاحیت‌های لازم برای یک درمان‌گر موفق در حوزه‌ی روان‌درمانی هستند.

تحقیقات انجام شده با استفاده از روش کتاب‌درمانی در ایران اگر چه محدود اما رو به رشد است. جوکار، باغبان و احمدی بیان می‌کنند که کتاب‌درمانی در کاهش نشانه‌های افسردگی مراجعان به مراکز مشاوره‌ی دانشگاه اصفهان مؤثر بوده است (۲۳). بانکی، امیری و اسعدی نشان دادند که اثر کتاب‌درمانی گروهی بر کاهش میزان افسردگی و اضطراب جدایی کودکان والدین طلاق گرفته معنادار است. آنان کتاب‌درمانی را فرایندی سه مرحله‌ای شامل همگانی‌سازی، پالایش و آگاهی می‌دانند. این پژوهشگران بر اساس نتایج مطالعات پیشین، دلیل سودمندی کتاب‌درمانی را در این می‌بینند که به کودکان اجازه داده می‌شود که مشکلاتشان را کنار بگذارند و گذرگاه امنی پیدا کنند تا احساسات خود را واریسی کنند و راهی بدون تهدید بیابند تا بتوانند موضوعی حساس را مورد بررسی قرار دهند (۲۴).

ریاحی‌نیا، عظیمی و سیفی نشان دادند که کتاب‌درمانی در کاهش پریشانی مؤثر است (۲۵). پریخ و ناصری دریافتند که میزان پرخاش‌گری کودکان مورد مطالعه‌ی آنان به جز یک مورد در همه‌ی آزمودنی‌ها کاهش یافته است (۱۸). ریاحی‌نیا دریافت که مشاوره‌ی گروهی و کتاب‌درمانی در کاهش میزان فرسودگی شغلی زنان کتابدار دانشگاهی مؤثر است (۱۹). قلی‌زاده، خانکه و محمدی نشان دادند که کتاب‌درمانی موجب بهبود شاخص‌های توانایی‌های خود‌مدیریتی و سبب بهبود

سایت‌های مرتبط با استفاده از کلیدواژه‌های کتاب‌درمانی، کتابداران و آموزش مراجعان و برابر نهاده‌های انگلیسی آن‌ها (user education, librarians, bibliotherapy) متون مورد نظر را مطالعه و اقدام به یادداشت‌برداری نمودند که در مجموع بالغ بر ۶۰ منبع در بازه‌ی زمانی مذکور بازبایی شد. داده‌های مورد نیاز از طریق مرور مرتبط‌ترین منابع فارسی و انگلیسی گردآوری شده است. در این پژوهش آثار مرتبط با ویژگی‌ها و مهارت‌های ضروری برای یک درمان‌گر موفق نیز بررسی شد. در مجموع تعداد ۱۳ مقاله‌ی فارسی، ۱۴ مقاله‌ی انگلیسی، دو رساله‌ی انگلیسی، ۲ وب‌سایت فارسی و ۵ وب‌سایت خارجی (جمعاً ۳۶ منبع) در مطالعه و نگارش مقاله‌ی حاضر مورد استفاده قرار گرفت. هم‌چنین سرفصل‌های فعلی در مقاطع مختلف رشته‌ی علم اطلاعات و دانش‌شناسی و رشته‌ی کتابداری پزشکی مرور و تحلیل شد. تعداد سرفصل‌ها در کل ۵ مورد و شامل سه سرفصل دوره‌های کارشناسی، کارشناسی ارشد و دکترا در وزارت علوم، تحقیقات و فن‌آوری، و هم‌چنین دو سرفصل دوره‌های کارشناسی و کارشناسی ارشد در وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی است. با وجود این‌که در این مطالعه، آثار و گزارش‌های منتشره در حوزه‌ی کتاب‌درمانی در ایران از سال ۱۳۵۷ خورشیدی به بعد مدنظر بوده است، بررسی‌های انجام شده نشان داد که سابقه‌ی این موضوع در ایران به دو دهه‌ی پیش می‌رسد و مجموعه آثار معتبر منتشر شده بر مبنای قضاوت در مورد نشریه و نویسندگان در این زمینه به عدد ۱۵ نمی‌رسد.

شرح مقاله

تعداد کل آثار منتشر شده در ایران در حوزه‌ی کتاب‌درمانی بسیار اندک و تعداد گزارش‌های تحقیقاتی منتشره نیز ناچیز است. مرور متون نشان داد که از سال ۱۳۵۷ خورشیدی برخی از پژوهشگران به صورت غیر مستقیم به موضوع کتاب‌درمانی پرداخته‌اند که نمونه‌ای از آن در قالب پایان‌نامه‌ی کارشناسی ارشد کتابداری و اطلاع‌رسانی انجام شده است (۱۸). اما از نخستین متونی که به طور خاص به این موضوع اختصاص داشت یکی اثری است با عنوان «کتاب‌درمانی» از محمد

خود، انتقادپذیری، انتخاب اهداف قابل دسترسی، صداقت داشتن با خود و داشتن توجه مثبت و نامشروط نسبت به مراجعان (۳۱). به علاوه، صبور بودن می‌تواند یکی از مهم‌ترین ویژگی‌های یک درمان‌گر و مشاور موفق باشد. استفاده از کتاب‌درمانی طیف بسیار گسترده‌ای از کودکان خردسال تا افراد پیر را ممکن است در بر بگیرد. این امر یک ویژگی دیگر را برای درمانگران می‌طلبد و آن انعطاف‌پذیری است (۳۲).

اگر چه علی شاهرودی معتقد است که کتاب‌درمانی رشد به منظور کمک به افراد سالم جهت رشد و تکامل طبیعی آن‌ها به کار می‌رود و تلاش دارد تا نیازها را پیش از این که مشکل‌ساز شوند، پیش‌بینی و رفع کند (۲)، Floch بر نیاز به آموزش مناسب به منظور تربیت کتاب‌درمان‌گران تأکید دارد. با توجه به این که مخاطبان کتاب‌درمانی از جمله مددجویان خدمات روان‌درمانی هستند، این خطر وجود دارد که چنانچه کتاب‌درمان‌گر از صلاحیت‌های کافی و لازم برخوردار نباشد، فرد مددجو در وضعیت به مراتب بدتری قرار گیرد و صدمات روحی تازه‌ای نیز بر وی وارد آید (۳۳).

نویسندگان حاضر معتقدند که نکته‌ای که جای بحث و تأمل دارد این است که کتابداران به دلیل نداشتن آموزش رسمی در موضوعات مشاوره و روان‌شناسی قادر و مجاز به مداخله در مسایل حاد مربوط به این حوزه و کاربرد کتاب‌درمانی، حداقل به صورت مستقل نیستند. نقش کتابداران صرفاً می‌تواند در کتاب‌درمانی رشد و در سطوح مقدماتی این روش درمانی تجلی پیدا کند. بی‌تردید کتابداران که از آموزش‌های رسمی پزشکی و روان‌شناسی و مشاوره و مهارت‌ها و توانایی‌های مورد نیاز بی‌بهره هستند، فاقد صلاحیت‌های لازم برای ورود به امور تخصصی کتاب‌درمانی هستند.

انجمن کتابداران امریکا بر این باور است که دوگانگی درمان هدایت شده توسط یک پزشک یا روان‌پزشک حرفه‌ای در برابر هدایت خواننده به مجموعه‌ای از کتاب‌های مربوط به یک موضوع هم‌چنان باقی است. کتابداران جنبه‌ی مطالعه هدایت شده‌ی کتاب‌درمانی را بر عهده دارند که متفاوت از خدمات مشاوره‌ی خوانندگان است. خدمات مشاوره‌ی

محسوس و معنادار توانایی‌های خودمدیریتی سالمندان و در نتیجه بهبود کیفیت زندگی آنان می‌شود (۲۶). نوکاریزی و عالم‌زاده نشان دادند که کتاب‌درمانی با استفاده از کتاب‌های برگزیده مناسب برای کودکان بر کاهش نشانگان‌های درونی‌سازی شده (اضطراب/ افسردگی و شکایت‌های جسمانی) و برون‌سازی شده (رفتارهای قانون‌شکنی و پرخاش‌گریانه) و همچنین بر کاهش مشکل‌های اجتماعی و توجه و تفکر اثرگذار است (۲۰). احمدی‌پور، آوند و مؤمن‌پور با استفاده از قصه‌های پریان، رمان و داستان‌هایی که با دقت و مطابق با نیاز بیماران انتخاب شدند، دریافتند که بعد از دوره‌ی درمان، میزان افسردگی دانشجویان کاهش یافته است و میزان بهبود بیماران از طریق کتاب‌درمانی برابر با دارودرمانی است (۲۷).

بررسی متون مربوط به کتاب‌درمانی در ایران نشان داد که علاوه بر متخصصان حوزه‌ی پزشکی، کتابداران نیز به این مهم پرداخته‌اند که در مواردی حتی بدون حضور یا دریافت کمک از متخصصان حوزه‌ی پزشکی بوده است. در حالی که Favazza کتاب‌درمانی را فعالیتی می‌داند که تحت نظر یک پزشک برای انجام درمان بیماران روانی، برنامه‌ریزی، هدایت، و کنترل می‌شود و شامل خواندن مواد است و چنانچه نیاز باشد از همکاری یک کتابدار آموزش دیده استفاده می‌شود (۲۸). از سوی دیگر، آل‌یاسین اظهار می‌دارد که فرد با خواندن یک رمان، با شخصیت‌های آن احساس هم‌دلی می‌کند و بینش جدیدی در وی شکل می‌گیرد. به عنوان کتابدار، ما می‌توانیم قدرت کتاب‌ها را کنترل کنیم تا به افراد در مسایل رفتاری، هیجانی و اجتماعی‌شان کمک کنیم. این فرایند کتاب‌درمانی نامیده می‌شود و در مقایسه با سایر تخصص‌ها، رشته‌ها و مهارت‌ها، ممکن است بتوان کتابدارانی را که به کار کتاب‌درمانی می‌پردازند کتاب‌درمان‌گر نامید. کتاب‌درمان‌گر یک مشاور و مددکار است (۲۹).

برای یک درمان‌گر/ مشاور موفق می‌توان صفاتی را بر شمرد که اهم آن عبارت‌اند از: هم‌دلی، مخاطب‌شناسی، شناخت منابع اطلاعاتی مناسب، کمک به مخاطب برای همانندسازی (۳۰) و همچنین کنترل رفتار خود، شناخت ارزش‌ها و باورهای

مناسب‌ترین افراد برای این فعالیت‌ها هستند. هر چند پژوهش عظیمی و بیگدلی نشان داده است که درصد بزرگی از کتابداران مرجع که می‌توانند در نقش آموزش‌گر عمل کنند فاقد ویژگی‌های لازم برای کار در بخش مرجع و ایجاد ارتباط کارا و سازنده هستند (۳۶). اما هر گاه موضوع مسایل پزشکی، روان‌شناسی، روان‌پزشکی، مقیاس‌های سنجش مورد استفاده در این حوزه‌ها و درمان مطرح است، عقلانیت حکم می‌کند کتابداران پس از کسب دانش و مهارت‌های لازم در این امور مداخله کنند. بررسی مقالات فارسی نشان داد که گاه کتابداران بدون استفاده از متخصصان حوزه‌های پزشکی، روان‌شناسی و مشاوره و به طور مستقل اقدام به کتاب‌درمانی نموده‌اند که جای تأمل دارد. امکان دارد عدم اشراف کافی کتابداران به ظرافت‌ها و ویژگی‌های کتاب‌درمانی موجب نیل به نتایجی غیر علمی از سوی آنان و بروز رفتارهایی در افراد مورد مطالعه شود که به مراتب از مسأله یا مشکل اولیه وخیم‌تر باشد و وجهه‌ی رشته را نیز زیر سوال ببرد.

پژوهشگران حاضر بر این عقیده هستند که نادیده انگاشتن تخصص‌های مورد نیاز در این روش ممکن است منجر به سوء برداشت شود و به زودی دانشجویان کارشناسی علم اطلاعات و دانش‌شناسی و یا رشته‌ی کتابداری پزشکی نیز خود را کتاب‌درمان‌گر فرض کرده و مبادرت به استفاده از این روش درمانی کنند. نویسندگان مقاله‌ی حاضر معتقدند که در شرایط موجود، حتی دانش‌آموختگان کتابداری پزشکی داخل کشور نیز واجد صلاحیت‌های لازم برای دست‌یازیدن به چنین کاری نیستند. سرفصل‌های موجود کارشناسی و کارشناسی ارشد رشته‌ی کتابداری پزشکی فاقد زمینه‌ی لازم برای انتقال دانش و مهارت‌های مورد نیاز کتاب‌درمانی به دانشجویان است و دانش‌آموختگان این رشته بدون همکاری و نظارت متخصصان حوزه‌ی پزشکی قادر به انجام این مسؤلیت خطیر نیستند.

و سرانجام جمله‌ای است از خانم Watkins روان‌شناس بالینی که می‌گوید: «ممکن است کسی دوست دارد کتاب‌های سرشار از هیجان و احساسات را بخواند، اجازه دهید این کار را کتاب‌درمانی نخوانیم» (۳).

خوانندگان خدماتی عمومی در کتابخانه تلقی می‌شود، در حالی که در کتاب‌درمانی مسأله‌ای وجود دارد که از طریق خواندن کتاب به حل آن مسأله کمک می‌شود (۳۴). با توجه به این که بر اساس پژوهش بیگدلی و آدام درصد قابل‌تأملی از دانشجویان رشته‌ی کتابداری بدون شناخت قبلی و از سر ناچاری به انتخاب این رشته دست می‌زنند (۳۵)، اهمیت تأمل درباره‌ی مداخله کتابداران در امر کتاب‌درمانی بیش‌تر آشکار می‌شود.

نتیجه‌گیری

پیش از پرداختن به این بخش، پژوهشگران لازم می‌دانند که به محدودیت موجود در مطالعه‌ی حاضر یعنی تعداد اندک مطالعات و مقالات فارسی منتشر شده در حوزه‌ی کتاب‌درمانی اشاره کنند. اما اهمیت موضوع ایجاب می‌کرد که مطالعه‌ای در ابتدای راه و آغاز ورود کتابداران ایرانی به موضوع کتاب‌درمانی صورت گیرد تا نقاط روشن و تاریک این مداخله بهتر دیده شود و دست اندرکاران امر بتوانند با استفاده از نتایج پژوهش حاضر اقدام مناسب و سازنده‌ای به عمل آورند و ضمن تقویت نقاط مثبت کار از لغزش‌ها و کاستی‌های موجود نیز بکاهند.

اکنون کتاب‌درمانی به عنوان یک روش درمانی و زیر مجموعه‌ی روان‌درمانی مورد توجه پژوهشگران در ایران است. تحقیقات اخیر نشان داده است که علاوه بر نویسندگان و پژوهشگران حوزه‌ی پزشکی، کتابداران نیز به این موضوع علاقه‌مند هستند و مبادرت به نوشتن و حتی پژوهش و ارزیابی افراد مورد مطالعه از دیدگاه روان‌شناختی نموده‌اند. نویسندگان مقاله‌ی حاضر بر این باورند که صرف وجود کلمه‌ی کتاب در مفهوم و روش کتاب‌درمانی، دلیلی برای انجام این کار توسط کتابداران نیست. کتابداران تا آن‌جا که موضوع شناسایی، تهیه، نگه‌داری، فراهم‌آوری امکان دسترسی به منابع اطلاعاتی، شناسایی نیازهای اطلاعاتی، تهیه‌ی فهرست‌ها و نمایه‌های مناسب برای مشکلات و مسایل گوناگون مرتبط با کتاب‌درمانی و آرایه‌ی خدمات کتابداری و اطلاع‌رسانی در ارتباط با موضوع کتاب‌درمانی مطرح است،

• با تغییر در محتوای یکی از دروس رشته‌ی کتابداری و اطلاع‌رسانی پزشکی و یا اضافه کردن درسی با عنوان کتاب‌درمانی، می‌توان به علمی‌تر شدن این فرایند و تربیت افراد متخصصی که از دانش و مهارت‌های بین-رشته‌ای لازم برخوردار هستند، اهتمام ورزید.

• احتمال دارد با توجه به پدیده‌ی اینترنت و وب و ظهور رسانه‌های الکترونیکی معنا و مفهوم کتاب‌درمانی دستخوش تحول شده باشد. پرسشی که مطرح است این است که: برداشت از کتاب، آیا کتاب چاپی و سنتی است یا هر رسانه‌ای که اطلاعات را انتقال می‌دهد کتاب تلقی می‌شود؟ آیا از کتاب‌های الکترونیکی می‌توان در آن‌چه کتاب‌درمانی خوانده می‌شود، استفاده کرد؟ این‌ها پرسش‌هایی است که جای تأمل دارند و باید با تحقیقات نظام‌مند علمی از طریق مقاله، طرح پژوهشی و پایان‌نامه به پاسخ آن‌ها رسید.

• کتابداران تا کسب صلاحیت‌های لازم، به طور مستقل و بدون کمک از متخصصان مربوط از اقدام به کتاب‌درمانی خودداری نمایند.

تشکر و قدردانی

نویسندگان مقاله لازم می‌دانند از نشریه‌ی مدیریت اطلاعات سلامت دانشگاه علوم پزشکی اصفهان و دقت نظر داوران محترم که موجب غنای بیش‌تر مقاله شده است، سپاس‌گزاری نمایند.

پژوهشگران حاضر از همکاران و هم‌رشته‌ای‌های محترم، اجازه می‌خواهند کاری را که کتابداران در زمینه‌ی کتاب‌درمانی در موقعیت کنونی و با تحصیلات دانشگاهی کنونی به صورت مستقل انجام می‌دهند، کتاب‌درمانی خوانده نشود. بی‌تردید کتابداران با کسب دانش و مهارت‌های تخصصی کتاب‌درمانی، می‌توانند نقش فعالی ایفا نمایند.

پیشنهادها

در همین ارتباط، پیشنهاد می‌شود که چون بخشی از کتاب‌درمانی بی‌تردید در حوزه‌ی فعالیت کتابداران است و کارهای انجام شده دلیلی برانگیزه‌ی کتابداران برای فعالیت در این حوزه است، گروه‌های علم اطلاعات و دانش‌شناسی و کتابداری پزشکی می‌توانند:

• در شرایط موجود با استفاده از متخصصان حوزه‌های مرتبط از جمله پزشکی، روان‌شناسی، روان‌پزشکی، مشاوره و حتی تغذیه با تشکیل کلاس‌ها و کارگاه‌های آموزشی نسبت به ارتقای سطح دانش اعضای هیأت علمی خود و کتابداران در زمینه‌ی کتاب‌درمانی اقدام نمایند.

• اعضای گروه‌های علم اطلاعات و دانش‌شناسی و کتابداری پزشکی با استمداد از متخصصان حوزه‌ی پزشکی، روان‌پزشکی و روان‌شناسی نسبت به دایر کردن گرایش یا رشته‌ی کتاب‌درمانی اقدام نمایند.

References

1. Coffman S. So Now What? The future of librarians [Online]. Online Searcher: Information Discovery, Technology, Strategies. 2013 [Cited 2013 Feb]. Available from: URL: <http://www.infotoday.com/OnlineSearcher/Articles/Features/So-Now-What-The-Future-for-Librarians-86856.shtml>.
2. Alishahroodi F. Book as a curative: developmental bibliotherapy for young adults. Ketabe Mahe Koodak va Nojavan 2009; 12(10): 8-14. [In Persian]
3. Beatty WK. A Historical review of bibliotherapy [Thsis]. Illinois: Graduate School of Illinois University; 1962. [Cited 25 Mar 2013]. Available from: URL:http://www.ideals.illinois.edu/bitstream/handle/...library_trendsv11il2c_opt.pdf.
4. Javaheri MH, Hajiahmadi S. Bibliotherapy. Ketabe Mahe Olume Ejtemai 2013; 17(65): 90-9. [In Persian]
5. What is bibliography? [Online]. 2013 [Cited 12 May 2013]. Available from: URL: <http://healing.about.com/od/bibliotherapy/a/bibliotherapy.htm>.
6. Quzts DT. The Emergence of bibliotherapy as a discipline. Reading Horizons 1991; 31(3): 199-206.
7. Ogrenir, B. Teachers' Adequacy in Applications of Bibliotherapy in Classrooms. Proceeding of the WEI International Academic Conference. 14-16 Jan 2013; Antalya, Turkey; 2013.
8. Elser H. Bibliotherapy in practice. Library Trends 1982; 30(4): 647-60.

9. Bigdeli Z, Farhadian B. Khuzestan public libraries' users' view on the suitability of collections with users' information needs. *Journal of Humanities & Social Sciences (Shiraz University)* 2001; 18(7): 54-65. [In Persian]
10. Bigdeli Z. The emergence and development of reference services in libraries. *Journal of Education & Psychology (Shahid Chamran University)* 2001; 8(1&2): 135-54. [In Persian]
11. Janavičiūnė, D. Bibliotherapy in Lithuanian Public Libraries: Service Identification and Analysis. *Torunskie Studia Bibliologiczne* 2012; 2(9):157-73.
12. Epple R. Reading material selection: K-12. Focused access to selected topics (FAST) bibliography no. 30. Washington, DC: Distributed by ERIC Clearinghouse; 1989.
13. Pardeck JT, Pardeck JA. Bibliotherapy: a tool for helping preschool children deal with developmental change related to family relationships. *Early Child Development and Care* 1989; 47(1): 107-29.
14. Brewster E. An investigation of experiences of reading for mental health and well-being and their relation to models of bibliotherapy [Thesis]. Sheffield, England: University of Sheffield; 2011.
15. Pierce JB. A Feeling for Books [Online]. 2013 [Cited 7 Feb 2013]. Available from: URL: <http://americanlibrariesmagazine.org>.
16. National Association for Poetry Therapy. Poetry therapy: A form of bibliotherapy [Online]. 2013 [Cited 14 Feb 2013]. Available from: URL: <http://www.nationalassociationforpoetrytherapy.htm>.
17. Salmani Nodoushan E, Habibi Sh, Akbari AR. Bibliotherapy: principles and methods. *Faslname Ketab* 2007; 4(72): 193-200. [In Persian]
18. Parirokh M, Naseri Z. A survey of the effects of bibliotherapy on reducing children's aggression. *Children Literature Studies* 2011; 2(1): 33-60. [In Persian]
19. Riahinia N. Application of group counseling and bibliotherapy to female academic librarians' job burnout. *Job and Organization Consulting* 2011; 3(7): 97-112. [In Persian]
20. Nowkarizi M, Alamzadeh S. The effects of bibliotherapy on the assimilated and accommodated syndromes of deaf primary students of Birjand's Vessel Exceptional School. *Library and Information Research Journal* 2011; 1(1): 197-218. [In Persian]
21. Salehzadeh A. Bibliotherapy with children. *Roshd Quarterly of Pre elementary Education* 2013; 19: 26-28. [In Persian]
22. Frieswijk N, Steverink N, Buunk, B, Salets J. The effectiveness of bibliotherapy in increasing the self-management ability of slightly to moderately frail older people. *Journal of the Patient Education and Counseling* 2006; 61(2): 219-27.
23. Jowkar M, Baghbanzadeh I, Ahmadi A. The effectiveness of in-person interview as compared with bibliotherapy in a cognitive style to reduce depressive syndromes. *Iranian Psychiatry and Clinical Psychology* 2006; 12(3): 270-6. [In Persian]
24. Banki Y, Amiri Sh, Asadi S. The effectiveness of group bibliotherapy on separation and depression anxiety among divorced parents' children. *Daneshvar Raftar* 2009; 16(37): 1-8. [In Persian]
25. Riahinia N, Asemi A. Librarian's participation in bibliotherapy treatment of distressed students. *Interdisciplinary Journal of Contemporary Research in Business* 2011; 3(6): 709.
26. Gholizadeh S, Khankeh HR, Mohammadi F. A survey of the effects of bibliotherapy on the aged's self-management. *Iranian Journal of the Ageing* 2011; 6(22): 51-7. [In Persian]
27. Ahmadipour T, Avand F, Mo'menpour S. Bibliotherapy on depressed university students: a case study. *Studies in Literature and Language* 2012; 4(2): 49-57.
28. Favazza AR. Bibliotherapy: A critique of the literature. *Bulletin of Medical Library Association* 1966; 54(2): 138-41.
29. Al Yasin M. The meaning and value of bibliotherapy [Online]. 2013 [Cited 22 Feb 2013]. Available from: URL: <http://migna.ir/vdch-nxt23nmiftd2.htm>.
30. The traits of a successful counselor [Online]. 2013 [18 Apr 2013]. Available from: URL: <http://portal.farsedu.ir/portal/show.aspx?page13931>.
31. Smith AG. Will the real bibliotherapist please stand up?. *Journal of Counseling and Development* 1989; 2(3): 241-9.
32. Association of Hospital and Institution Libraries. Bibliotherapy. *AHIL Quarterly* 1966; 3: 18.
33. Floch M. Bibliotherapy and the library. *The Bookmark* 1958; 18: 57-9.
34. Bibliotherapy [Online]. 2013 [Cited 25 Mar 2013]. Available from: URL: <http://www.AmericanLibraryAssociation.Htm>.

35. Bigdeli Z, Abam Z. The effective factors in determining academic field of study and the change of attitudes of library science and psychology students of Shahid Chamran University. *Library and Information Science* 2003; 6(2): 47-66. [In Persian]
36. Azimi MH, Bigdeli Z. The traits of reference librarians of Shahid Chamran and Junishapur University of Medical Sciences and the relationship of these traits with their job satisfaction. *Fasnameh Ketab* 2008; 19(2): 239-54. [In Persian]

Can Librarians Play a Role in Bibliotherapy?

Seyyede Sedigheh Taherzadeh Mousavian¹; Zahed Bigdeli²

Narrative Review Article

Abstract

Bibliotherapy is one of the complementary methods of treatment to cure those suffering from mental or behavioral problems. This research attempted to answer the question: "Are present librarians competent to do bibliotherapy?"

This study is a review type; the data were gathered through reviewing relevant Persian and English sources. All Persian articles published as the result of local research were also studied. In this study, the literature on necessary traits and skills needed by a successful therapist as well as the curricula for medical librarians and Knowledge & Information Science students were also reviewed and analyzed.

The present curricula are deprived of any courses dealing with bibliotherapy. Further, the present librarians do not enjoy required competencies as a successful therapist. Thus, librarians are not qualified to do bibliotherapy independently.

Due to the importance of bibliotherapy as a treatment method, it is essential that librarians refrain from involving in bibliotherapy independently. They may use it when assisted by specialists in psychology, counselling, and/or psychiatry. Due to relative overlap of Knowledge & Information Science and Medical Librarianship fields with bibliotherapy, and highly motivated librarians, library departments may establish bibliotherapy courses with the help of medical experts.

Keywords: Bibliotherapy; Librarians; Complementary Therapies

Received: 8 Oct, 2013

Accepted: 12 Dec, 2013

Citation: Taherzadeh Mousavian SS, Bigdeli Z. **Can Librarians Play a Role in Bibliotherapy?**. Health Inf Manage 2014; 11(2): 296.

1- MA, Library and Information Sciences, Behbahan Khatem-Al-Anbia University of Technology, Khozastan, Iran

2- Professor, Library and Information Sciences, Shahid Chamran University of Ahvaz, Ahvaz, Iran (Corresponding Author)

Email: bigdeli_zahed@yahoo.co.in