



مدیریت اطلاعات سلامت
شماره پیاپی ۶۱



انجمن علمی ادوژناتور مدارستان



The Scientific Association of Hospital Management



شماره پیاپی
۶۱

دوره پانزدهم / شماره سوم / مرداد و شهریور ۱۳۹۷



Serial No
61

مقاله‌های پژوهشی

۱. عوامل عملکردی - اطلاعاتی مؤثر در یکپارچگی نظام سلامت به‌یانه سیدامینی، لیلا ریاحی، محمود محمودی مجدآبادی‌فراهانی، سید جمال‌الدین طیبی، ایروان مسعودی اصل ۹۹-۱۰۵
۲. آرایه مدل زنجیره تأمین بیمارستانی رقابت‌پذیر در بیمارستان‌های خصوصی تهران سید محمدحسین حسینی، محمدرضا حمیدی‌زاده، بهمن حاجی‌پور، عباسعلی حاجی‌کریمی ۱۰۶-۱۱۳
۳. بازار گردشگری پزشکی در بیمارستان‌های منتخب شهر تهران: کاربرت خوشه‌بندی مهدی ابراهیمی، سید امیرحسین طیبی ابوالحسنی، مروارید رستمی ۱۱۴-۱۱۹
۴. رفتار اطلاعاتی بیماران مبتلا به سرطان در زمینه مراقبت‌های تسکینی در شهر تهران سید جواد قاضی میرسعید، فرزانه مقیم‌خان ۱۲۰-۱۲۵
۵. بررسی وضعیت و عوامل مؤثر بر استنادشدگی برون‌دادهای پژوهشی دانشگاه‌های علوم پزشکی تیپ یک کشور با استفاده از پروانه‌های ثبت اختراع طی سال‌های ۲۰۱۵-۲۰۰۰ علی منصوری، مرجان فروزنده شهرکی، محمد امین عرفان‌منش ۱۲۶-۱۳۱
۶. شناسایی موانع ایفای نقش کتابداران پزشکی در تسهیل ارتباطات علمی پزشکان و پیراپزشکان از دیدگاه متخصصان جامعه علوم پزشکی بوشهر: یک مطالعه کیفی عبدالرسول خسروی، عاطفه اسفندیاری، مه‌ری اطاقی ۱۳۲-۱۳۸
۷. ترسیم ساختار فکری حوزه سواد سلامت بر اساس تحلیل هم‌واژگانی در وبگاه علم طی سال‌های ۱۹۹۳ تا ۲۰۱۷ فاطمه باجی، فریدون آزاده، پرستو پارسائی محمدی، شوکت پرمه ۱۳۹-۱۴۵

بیان تجربه

۸. استفاده از تخصص و تجربیات کتابداران و اطلاع‌رسانان پزشکی در بررسی مستندات علمی داوطلبان مقطع دکتری تخصصی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی: شرح یک تجربه محمدرضا سلیمانی، شهین مجیری، حسن اشرفی ریزی ۱۴۶-۱۴۸

Original Article(s)

1. Functional-Informational Factors Affecting Health System Integration Bayaneh Seyedamini, Leila Riahi, Mahmoud Mahmoudi-Majdabadifarahani, Seyed Jamaledin Tabibi, Iravan Masoudi-Asl 99-105
2. A Competitive Model of Supply Chain for Private Hospitals in Tehran, Iran Seyed Mohammad Hossein Hosseini, Mohammadreza Hamidzadeh, Bahman Hajipoor, Abbasali Hajikarimi 106-113
3. Medical Tourism Market in Selected Hospitals in Tehran City, Iran: Application of Clustering Mahdi Ebrahimi, Seyed Amirhossein Tayebi-Abolhasani, Morvarid Rostami 114-119
4. Information Behavior of Patients with Cancer in Palliative Care in Tehran City, Iran Seyed Javad Ghazi-Mirsaeed, Farzaneh Moghimkhan 120-125
5. Status and Factors Associated with Citedness of Scholarly Outputs by Patents for the Type 1 Medical Science Universities in Iran during the Years 2000-2015 Ali Mansouri, Marjan Forouzandeh-Shahraki, Mohammad Amin Erfanmanesh 126-131
6. Identifying Obstacles towards the Role-playing of Medical Librarians in Facilitating the Scientific Communication among Physicians and Paramedical Practitioners based on the Viewpoint of Bushehr Medical Professionals, Iran: A Qualitative Study Abdolrasoul Khosravi, Atefeh Esfandiari, Mehri Otaghi 132-138
7. Mapping Intellectual Structure of Health Literacy Area Based on Co-Word Analysis in Web of Science Database during the Years 1993-2017 Fatemeh Baji, Fereydoun Azadeh, Parastoo Parsaei-Mohammadi, Shoukat Parmah 139-145
8. Use of the Expertise and Experience of Medical Librarians to Evaluate the Scientific Background of PhD Volunteers in Iranian Ministry of Health and Medical Education: Describing an Experience Mohammadreza Soleymani, Shahin Mojiri, Hasan Ashrafi-Rizi 146-148

Expression of an Experience

هیأت تحریریه

- دکتر حسن اشرفی ریزی: دانشیار کتابداری و اطلاع رسانی دانشگاه علوم پزشکی اصفهان
دکتر ابوالقاسم پوررضا: استاد مدیریت خدمات بهداشتی درمانی دانشگاه علوم پزشکی تهران
دکتر حبیب‌اله پیرنژاد: دانشیار انفورماتیک پزشکی دانشگاه علوم پزشکی ارومیه
دکتر شهرام توفیقی: استادیار مدیریت خدمات بهداشتی درمانی دانشگاه بقیه‌الله الاعظم (عج) تهران
دکتر احمد رضا رئیسی: دانشیار مدیریت اطلاعات بهداشتی درمانی دانشگاه علوم پزشکی اصفهان
دکتر محمد رضا رضایینمند: استادیار اقتصاد سلامت دانشگاه علوم پزشکی اصفهان
دکتر سیده محسن حسینی: استاد آمار حیاتی دانشگاه علوم پزشکی اصفهان
دکتر محمد سرفراز: استاد علوم کامپیوتر و اطلاعات دانشگاه ملک فهد عربستان
دکتر احمد شعبانی: استاد کتابداری و اطلاع رسانی دانشگاه اصفهان
دکتر عباس شیخ طاهری: استادیار مدیریت اطلاعات سلامت دانشگاه علوم پزشکی تهران
دکتر رضا صفدری: استاد مدیریت اطلاعات بهداشتی درمانی دانشگاه علوم پزشکی تهران
دکتر سیما جمعی: استاد مدیریت اطلاعات بهداشتی درمانی دانشگاه علوم پزشکی اصفهان
دکتر فریده عصاره: استاد کتابداری و اطلاع رسانی دانشگاه شهید چمران اهواز
دکتر زیبا فرج زادگان: استاد پزشکی اجتماعی دانشگاه علوم پزشکی اصفهان
دکتر مسعود فردوسی: دانشیار مدیریت خدمات بهداشتی درمانی دانشگاه علوم پزشکی اصفهان
دکتر سعیده کتابی: دانشیار تحقیق در عملیات دانشگاه اصفهان
دکتر سعید کریمی: دانشیار مدیریت خدمات بهداشتی درمانی دانشگاه علوم پزشکی اصفهان
دکتر رویا کلیشادی: استاد اطفال دانشگاه علوم پزشکی اصفهان
دکتر ایزت ماسیح: استاد پزشکی خانواده، اطلاعات پزشکی و پزشکی اجتماعی و رئیس آکادمی علوم پزشکی بوسنی و هرزگوین
دکتر حمید مقدسی: دانشیار مدیریت اطلاعات بهداشتی درمانی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی
دکتر محمدرضا ملکی: دانشیار مدیریت خدمات بهداشتی درمانی دانشگاه علوم پزشکی تهران
دکتر محمد حسین یارمحمدیان: استاد مدیریت برنامه‌ریزی آموزشی دانشگاه علوم پزشکی اصفهان

دبیران علمی

- دکتر حسن اشرفی ریزی (حوزه کتابداری و اطلاع رسانی پزشکی)
دکتر مرضیه جوادی (حوزه مدیریت خدمات بهداشتی درمانی)
دکتر سکینه سقاییان‌نژاد اصفهانی (حوزه فن آوری اطلاعات سلامت)

فهرست همکاران علمی این شماره

زهرا آقارحیمی، دکتر الهام احسانی چیمه، دکتر محمدرضا امیری، دکتر علیرضا ایرج‌پور، دکتر حسین باقریان، دکتر میترا پشتونی‌زاده، دکتر علیرضا جباری، دکتر علی خمسه، محمد دهقانی، دکتر فیروزه زارع فراشبندی، دکتر لیلا شاهمرادی، دکتر نسرین شعرباقچی‌زاده، لیلا شهرزادی، دکتر عباس شیخ ابومسعودی، بهجت طاهری، رقیه قضاوی، احسان گرابی، دکتر آزاده گودینی، دکتر علی منصوری، دکتر سید مهدی موحد ابطحی

تأمین‌کننده منابع و اعتبارات مالی: معاونت پژوهشی و فن آوری دانشگاه علوم پزشکی اصفهان

تأمین‌کننده منابع و اعتبارات علمی: هیأت تحریریه، همکاران علمی مجله و انجمن‌های علمی همکار، اداره امور بیمارستان‌ها، کتابداری و اطلاع رسانی پزشکی ایران، مرکز تحقیقات مدیریت و اقتصاد سلامت، مرکز تحقیقات فن آوری اطلاعات در علوم سلامت.

وضعیت حق تألیف: هرگونه استفاده از مطالب مندرج در مجله با ذکر 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 مدیترانه (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)

ناشر:

انتشارات وسنا (فرزانگان راداندیش)

تلفن: ۰۳۱-۳۲۲۲۴۳۳۵ دورنگار: ۰۳۱-۳۲۲۲۴۳۸۲

Email: farapublications@gmail.com

<http://farapub.com>

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ



مدیریت اطلاعات سلامت

(پزشکی، پیراپزشکی)

دوره پانزدهم، شماره سوم، مرداد و شهریور ۱۳۹۷

شماره پیاپی: ۶۱

شاپا (چاپی): ۱۷۳۵-۷۸۵۳

شاپا (الکترونیکی): ۱۷۳۵-۹۸۱۳

صاحب امتیاز:

دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی

درمانی استان اصفهان

ناشر:

انتشارات وسنا (فرزانگان راداندیش)

تلفن: ۰۳۱-۳۲۲۲۴۳۳۵

E-mail:

farapublications@gmail.com

مدیر مسؤول:

دکتر محمود کیوان‌آرا

سردبیر:

دکتر محمدرضا رضایینمند

مدیر داخلی:

راحله سموعی

ویراستاران انگلیسی:

خسرو زارع فراشبندی و فریبا خورش

ترتیب انتشار:

دو ماهنامه

تیراژ:

۱۰۰ نسخه

شماره مجوز وزارت فرهنگ و ارشاد اسلامی:

۸۳/۱۱/۱۲ مورخ ۱۲۴/۱۸۲۶۸

داری رتبه علمی پژوهشی از کمیسیون نشریات علوم

پزشکی کشور به شماره ۱۳۵۷۷۲ مورخ ۸۶/۴/۲۰

نشانی: اصفهان، خیابان هزار جریب،

دانشگاه علوم پزشکی اصفهان،

دانشکده مدیریت و اطلاع رسانی پزشکی،

دفتر مجله

کد پستی: ۳۴۶-۸۱۷۴۵

تلفن: ۰۳۱-۳۷۹۲۵۱۲۳

Email: jim@mng.mui.ac.ir

<http://him.mui.ac.ir>

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

راهنمای ارسال مقاله به مجله «مدیریت اطلاعات سلامت»

مجله «مدیریت اطلاعات سلامت» مجله تخصصی دانشکده مدیریت و اطلاع‌رسانی پزشکی در دانشگاه علوم پزشکی اصفهان است، که هدف از انتشار آن اشاعه نتایج پژوهش‌ها، نظریه‌ها، و دستاوردهای علمی در زمینه‌های موضوعی مدیریت اطلاعات سلامت، فناوری اطلاعات سلامت، انفورماتیک پزشکی، کتابداری و اطلاع‌رسانی پزشکی و مدیریت خدمات بهداشتی درمانی است تا از این طریق به ارتقای سطح کیفی پژوهش، آموزش، تبادل و توسعه آموخته‌ها، تجربیات و دستاوردهای تازه علمی یاری رساند. بخش‌های گوناگون راهنما، طبق فهرست زیر طبقه‌بندی شده است:

موضوعات

انواع مقاله

نحوه و ملزومات ارسال مقاله

اجزای صفحه عنوان و مقاله

الف- شناسنامه (صفحه عنوان) مقاله

ب- مقاله

قالب فایل مقاله

موازین قانونی و اخلاقی در نشر مقاله‌ها

اولویت‌ها و مقررات مجله

نکات مهم در نگارش مقاله

الف- نکات مربوط به نگارش متن مقاله

ب- درست نویسی و ویرایش مقاله

فرایند بررسی مقاله

هزینه انتشار مقاله

شیوه نگارش منابع

انواع مقاله

این مجله انواع مقاله‌های زیر را منتشر می‌نماید:

سر مقاله (Editorial)

بیان دیدگاه مدیر مسؤول، سردبیر، اعضای هیأت تحریریه و دبیران مجله در ارائه راه حل، پاسخ به یک سوال یا تصمیم‌گیری و سیاست‌گذاری است که با ارایه مستندات معتبر همراه شود. سرمقاله شامل مقدمه، نتیجه‌گیری و منابع بوده و حداکثر ۱۰۰۰ واژه دارد.

مقاله‌های پژوهشی اصیل (Original Article)

گزارش مختصر و کامل علمی بر گرفته از یک کار پژوهشی است. این نوع مقاله‌ها شامل عنوان، چکیده فارسی، متن مقاله (مقدمه، روش بررسی، یافته‌ها، بحث، نتیجه‌گیری، پیشنهادات و تشکر و قدردانی)، منابع و چکیده انگلیسی بوده، حداکثر ۴۰۰۰ واژه دارد. چکیده، ساختار یافته (حداکثر ۲۵۰ واژه) است.

چنانچه مطالعه به صورت کیفی انجام شود، ساختاری مشابه مقاله‌های پژوهشی اصیل و حداکثر ۵۰۰۰ واژه دارد.

مقاله‌های مروری (Review Article)

مقاله‌های مروری در انواع زیر معرفی می‌شوند:

الف) مروری تشریحی، غیرسیستماتیک، مروری روایتی یا مروری نقلی (Narrative Review): این نوع مقاله‌ها شامل عنوان، چکیده فارسی، متن مقاله (مقدمه، روش بررسی، شرح مقاله، نتیجه‌گیری، پیشنهادها و تشکر و قدردانی)، منابع و چکیده انگلیسی بوده، حداکثر ۴۰۰۰ واژه دارد. چکیده، غیر ساختار یافته (حداکثر ۱۵۰ واژه) است.

نکته: این مقاله‌ها تنها از نویسندگانی پذیرفته می‌شود که دارای تجربه و سابقه علمی مرتبط در موضوع ارایه شده باشند و حداقل ۳ تا ۵ رفرنس در مقاله ارسالی، مربوط به ایشان باشد.

ب) مروری نظام‌مند، مروری تحلیلی یا سیستماتیک (Review Systematic): این نوع مقاله‌ها شامل عنوان، چکیده فارسی، متن مقاله (مقدمه، روش بررسی، یافته‌ها، بحث، نتیجه‌گیری، پیشنهادها و تشکر و قدردانی)، منابع و چکیده انگلیسی بوده، حداکثر ۵۰۰۰ واژه دارد. چکیده، ساختار یافته (حداکثر ۲۵۰ واژه) است.

مقاله‌های کوتاه (Short Communication)

مشابه مقاله‌های پژوهشی، با یافته‌های پژوهشی اندک است. این نوع مقاله‌ها شامل عنوان، چکیده فارسی، متن مقاله (مقدمه، روش بررسی، یافته‌ها، بحث، نتیجه‌گیری، پیشنهادها و تشکر و قدردانی)، منابع و چکیده انگلیسی بوده، حداکثر ۲۰۰۰ واژه دارد. چکیده، ساختار یافته (حداکثر ۱۵۰ واژه) است.

مقاله‌های حاصل از مطالعه موردی (Case Study)

یافته‌های پژوهش در این نوع مقاله‌ها، محدود به یک موضوع یا مورد خاص است. این نوع مقاله‌ها شامل عنوان، چکیده فارسی، متن مقاله (مقدمه، روش بررسی، یافته‌ها، بحث، نتیجه‌گیری، پیشنهادها و تشکر و قدردانی)، منابع و چکیده انگلیسی بوده، حداکثر ۲۵۰۰ واژه دارد. چکیده، ساختار یافته (حداکثر ۱۵۰ واژه) است.

بیان تجربه (Expression of an Experience)

بیان تجربه مواردی چون شرح تدوین برنامه یا اجرای آن، اصلاح فرایند اداری یا طراحی فرایند جدید، استفاده از تکنولوژی جدید و تأثیرات آن در یک سازمان، منعقد کردن قراردادی خاص، نوآوری‌های فنی و غیرفنی، تأسیس سازمان و کلیه امور و فرایندهایی که درس‌های مفیدی برای مخاطبان داشته باشد را در بر می‌گیرد. در بیان تجربه، مراحل مختلف کار، دلیل انجام آن و نتیجه یا ابعاد مختلف مسأله به طور دقیق و نزدیک به موقعیت واقعی بیان می‌شود. بیان تجربه شامل عنوان، مقدمه، شرح تجربه، یافته‌ها، پیامدها و دستاوردها (بحث)، نتیجه‌گیری، پیشنهادها، تشکر و قدردانی و منابع بوده، حداکثر ۲۰۰۰ واژه دارد.

نامه به سردبیر (Letter to Editor)

این نوع مقالات به سه دلیل نوشته می‌شوند: ۱- اعلام نظر در مورد موضوعی خاص و مهم، شرح ایده یا موضوعی پیچیده؛ ۲- ارایه نظر در مورد مقاله منتشر شده در مجله (نقد مقاله)؛ ۳- پاسخ به اظهار نظر سایرین در مورد مقاله خود (پاسخ به نقد مقاله). نامه به سردبیر شامل مقدمه، نتیجه‌گیری و منابع بوده، حداکثر ۷۰۰ واژه دارد.

نحوه و ملزومات ارسال مقاله

ارسال مقاله به صورت Online و در وب سایت مجله انجام می‌شود. پس از آنکه مقاله با ساختار مجله و طبق راهنمای نویسندگان مجله تنظیم شد، نویسنده مسؤول باید همزمان فایل‌های زیر را در سایت مجله بارگذاری نماید:

۱- مقاله تدوین شده براساس راهنمای نویسندگان و بدون نام نویسندگان.

۲- صفحه عنوان شامل وابستگی سازمانی نویسندگان و پست الکترونیک نویسنده مسؤول به زبان فارسی و انگلیسی (طبق نکات ذکر شده در بخش اجزای، در همین راهنما تدوین شود).

۳- فرم تعهدنامه تکمیل شده شامل امضای تمام نویسندگان به ترتیب درج در مقاله (فرم تعهدنامه در این آدرس

<http://him.mui.ac.ir/Documents/Taahodnameh.pdf> قرار دارد).

۴- فرم امضاء شده تعهد پرداخت وجه (آدرس فرم <http://him.mui.ac.ir/Documents/TaahodPardakht.pdf>).

۵- ابزار جمع‌آوری داده در پژوهش‌هایی که از ابزار استفاده کرده‌اند در صورتی که داورهای مقاله یا دبیر مقاله درخواست کنند.

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

اجزای صفحه عنوان و مقاله

الف- شناسنامه (صفحه عنوان) مقاله

✓ **عنوان مقاله:** باید کوتاه و روشن، و متناسب با کار انجام شده در مطالعه باشد.

- در عنوان، کلماتی که معنای مشخصی ندارند استفاده نشود. بیشتر عناوین، بخصوص در مقاله‌های ایرانی با کلماتی نظیر «بررسی...»، «مطالعه...» و یا «پژوهشی در...» شروع می‌شود، در حالی که می‌توان بدون آنکه به معنای عنوان لطمه‌ای وارد شود، آنها را حذف نمود.

- عنوان مقاله را به شکل عبارت و نه به شکل جمله بنویسید.

- مخفف و اختصار را در عنوان به کار نبرید و در صورت استفاده، به کامل آن اشاره شود.

- توصیه می‌شود، عنوان مقاله از صد حرف یا هشت کلمه بیشتر نباشد.

✓ **عنوان مکرر:** عنوان کوتاهی است که برای استفاده در سر صفحه‌های مقاله نگارش می‌شود. (حداکثر ۲۰ حرف داشته باشد)؛

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

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

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

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

✓ **تضاد منافع:** نویسندگان لازم است وجود یا عدم وجود تضاد منافع را به عنوان آخرین مطلب در صفحه عنوان مشخص کنند.

ب- مقاله

✓ **عنوان مقاله**

✓ **چکیده فارسی** (مقدمه، روش بررسی، یافته‌ها، نتیجه‌گیری، واژه‌های کلیدی)؛

✓ **متن مقاله** (مقدمه، روش بررسی، یافته‌ها، بحث، نتیجه‌گیری، پیشنهادها و تشکر و قدردانی)؛

✓ **تشکر و قدردانی** (تشکر از اشخاص یا سازمان‌ها، و بیان حمایت سازمانی)

✓ **سازمان یا سازمان‌های حمایت کننده:** مرکز یا سازمان تأمین کننده بودجه طرح پژوهشی یا پایان‌نامه که این مقاله از آن منتج شده است و شماره طرح پژوهشی را شامل می‌شود که در قسمت تشکر و قدردانی ذکر می‌شود.

لازم به ذکر است اگر از هیچ سازمانی کمک مالی صورت نگرفته، حتماً قید گردد. در صورتی که سازمان مورد نظر استاندارد نگارشی خاصی پیشنهاد نداده است، از نمونه‌های زیر استفاده شود؛

مثال‌ها:

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

This article resulted from an independent research without financial support.

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

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

این مقاله حاصل پایان نامه دکتری با شماره می‌باشد.

This article resulted from PhD thesis No

این مقاله حاصل طرح مصوب با کد می‌باشد.

This article resulted from research project No funded by

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

This article resulted from research project No funded by

✓ منابع (بر اساس شیوه Vancouver)

- منابع مطابق با دستورالعمل Vancouver تنظیم و به ترتیب استفاده در متن از شماره یک شماره گذاری شود. (در پایان مطلب پراکنش باز شود و شماره منبع یا منابع آورده شده و سپس پراکنش بسته و نقطه گذاشته شود.)

- استنادها باید جدید و به انگلیسی باشد. در مورد ارجاع به مقاله‌ها در نشریات فارسی، با توجه به مکاتباتی که با پایگاه‌های بین‌المللی اطلاعاتی شده است، نوشتن تمام منابع به «زبان انگلیسی» ضروری است. (در پایین چکیده انگلیسی بیشتر مقاله‌ها، نحوه ارجاع مقاله به زبان انگلیسی ذکر شده است.)

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

* شیوه منبع نویسی و انواع مثال‌ها به صورت کامل در پایان همین راهنما مطالعه شود. (توصیه می‌شود در تنظیم و سازماندهی منابع، از نرم افزار EndNote یا سایر نرم‌افزارهای مدیریت منابع استفاده شود.)

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

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

قالب فایل مقاله

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

نوع و شماره قلم

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

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

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

فاصله بین خطوط ۱/۱۵ در نظر گرفته شود.

موازین قانونی و اخلاقی در نشر مقاله‌ها

کلیه نویسندگان موظف به رعایت موازین اخلاق پزشکی، اخلاق پژوهشی و شرایط نویسندگی شامل موارد زیر می‌باشند:

- ذکر اسامی نویسندگان در مقاله طبق معیارهای تعریف شده توسط کمیته سردبیران مجلات علوم پزشکی دنیا است از جمله ۱- مشارکت قابل توجه همه نویسندگان در ارایه ایده و طراحی مطالعه یا جمع‌آوری داده یا تجزیه و تحلیل و تفسیر داده‌ها؛ و ۲- تهیه پیش‌نویس مقاله و یا بازنگری و نقد آن از نظر علمی؛ و ۳- تأیید نهایی مقاله‌ای که برای انتشار ارسال می‌شود؛ و ۴- پاسخگویی مناسب و تضمین صحت و درستی تمام بخش‌های مقاله.
- مجله فقط با نویسنده مسؤول مشخص شده در فرم تعهدنامه مکاتبه می‌نماید، ولی مسؤولیت درستی و نادرستی مطالب با تمامی نویسندگان می‌باشد. فرم تعهدنامه (Copyright form) باید شامل امضای همه نویسندگان به ترتیب درج در مقاله باشد. با این حال نویسنده مسؤول، آماده پاسخگویی موارد پیش آمده در مورد حق نویسندگان دیگر خواهد بود. مسؤولیت حقوقی عدم درج نام و نام خانوادگی و امضای سایر محققان در مقاله‌ها، ترتیب نام نویسندگان، وجود یا عدم وجود شخصی به عنوان نویسنده، بر عهده نویسنده مسؤول (به نمایندگی تمام نویسندگان) است و مجله هیچ گونه مسؤولیتی در این خصوص ندارد.
- اضافه یا حذف نمودن اسامی نویسندگان، حتی‌المقدور انجام نشود. در صورت ضرورت، به شرط داشتن شرایط نویسندگی در همین راهنما و تا قبل از انتشار مقاله، از طریق مکاتبه با سردبیر (ذکر دلایل تغییر) و بازگذاری فرم تعهد نامه جدید با امضاء همه نویسندگان در سایت، قابل بررسی و پاسخگویی است.
- نویسندگان ملزم هستند هر گونه تضاد منافع در مورد ۱- نویسندگان مقاله و ترتیب اسامی آنها و ۲- سازمان‌ها و نهادهای حامی مقاله که بر نتیجه پژوهش و یا تفسیر یافته‌های آن تأثیرگذار بوده‌است را بیان نمایند. لازم به ذکر است با توجه به اینکه بیان تضاد منافع، بخشی از اخلاق پژوهشی است، مجله حق هر گونه تصمیم‌گیری در مورد مقاله‌هایی که تضاد را مطرح نکنند، خواهد داشت و پاسخگوی اختلافات و شکایات نویسندگان و حامیان در این زمینه نخواهد بود.
- نویسنده(گان) موظف است از کلیه افراد و سازمان‌هایی که در انجام پژوهش آنان را حمایت و یاری نموده‌اند، در قسمت تشکر و قدردانی نام برده و سپاسگزاری نماید.
- مقاله‌های ارسالی نباید پیشتر در هیچ نشریه‌ی فارسی یا انگلیسی دیگری منتشر شده و یا در حال انتشار باشند. در ضمن مقاله نباید همزمان به نشریه دیگری ارسال شده باشد. تنها در صورتی که چکیده آن پیشتر در کنفرانس‌ها و مجامع علمی ارائه شده باشد باید مراتب با ذکر تاریخ و مشخصات کامل کنفرانس اعلام گردد. اگر نویسنده مسؤولی بر خلاف این قانون عمل نماید، دفتر مجله علاوه بر بایگانی و یا حذف مقاله (در صورت انتشار)، از دریافت مقاله‌های نویسندگان تا مدت معین خودداری خواهد کرد.
- محرمانه نگه داشتن و فاش نکردن هویت مشارکت کنندگان در پژوهش، اطلاعات بهداشتی، پزشکی و درمانی و حفظ اسرار بیمار، و گاهی اسامی سازمان‌های مورد بررسی، از جمله مواردی است که باید به عنوان یک اصل در نظر

گرفته شود. در این ارتباط کد حفاظت از آزمودنی‌های انسانی که بر گرفته از بیانیه هلسینکی است، باید مورد توجه قرار گیرد (آدرس بیانیه <https://www.wma.net/wp-content/uploads/2016/11/DoH-Oct2013-JAMA.pdf>).

- استفاده از ایده‌ها و عبارات دیگران، به عنوان ایده و عبارات خویش **سرقت علمی** - ادبی محسوب می‌شود و شامل طیف وسیعی از دستبردهای آگاهانه تا کپی کردن اتفاقی مطالب دیگران، یا حتی مطالب قبلی خود بدون ذکر منبع است. از جمله کپی کردن مستقیم کار دیگران بدون اطلاع رسانی مناسب مطابق مقررات، نقل قول بدون استفاده از علامت نقل قول، استفاده از کار دیگران با تغییرات کوچکی که معنی و شکل و ایده اصلی بدون تغییر باشد، ذکر منابعی که فرد شخصاً آنها را مطالعه نکرده است، قرار دادن اجزای مختلف پروژه‌ها در کنار هم و ارائه آن به عنوان کاری جدید و یکپارچه، اعلام نقش داشتن در یک کار گروهی بیش از آنچه که واقعاً در آن کار موثر بوده است، اعلام انجام کار پژوهشی به صورت مستقل در حالی که سایر افراد نیز در آن نقش جدی داشته‌اند، استفاده از ایده یا عبارات دیگران حتی به شکل شفاهی بدون ذکر منابع. در این خصوص دانشگاه و سازمان مربوط نمی‌تواند برای ارتقای عضو هیأت علمی، به مقاله کپی برداری شده استناد کند یا دانشجوی متخلف را با چنین مقاله‌ای فارغ‌التحصیل نماید.
- اگر نویسنده مسؤول مقاله، تا قبل از ارسال مقاله برای داوری از انتشار مقاله در مجله منصرف شد، می‌تواند مقاله‌اش را برای انتشار در مجله دیگری ارسال نماید و مکلف است قبل از اقدام، انصراف خود را کتباً به این مجله انعکاس دهد. در صورتی که نویسنده مسؤول در هر یک از مراحل بررسی، داوری، انجام اصلاحات و اخذ پذیرش نهایی مقاله، بدون دلیل موجه و اطلاع قبلی و کتبی به دفتر مجله انصراف دهد، دفتر مجله متناسب با میزان خسارت یا تخلف، از نویسندگان برای مدتی معین مقاله نمی‌پذیرد.
- نویسنده(گان) حق هیچ گونه تحریف و دستکاری در یافته‌ها و ساختن داده و یافته جعلی را ندارد. در صورت تشخیص چنین وضعیتی متناسب با شدت تخلف، ضمن معرفی نویسندگان به کمیته اخلاق، در هر مرحله از انتشار مقاله جلوگیری خواهد شد و در صورت انتشار مقاله، این موضوع در سایت مجله و به موسسه حامی پژوهش اطلاع رسانی و از پذیرش مقالات بعدی نویسنده خودداری می‌شود.
- استفاده از منابع غیر لازم فقط به دلیل افزایش منابع در مقاله مجاز نمی‌باشد.
- مجله در ویراستاری، انتشار و یا عدم انتشار مقاله‌ها آزاد است.
- تمام محتوا و مطالب مجله مدیریت اطلاعات سلامت، تحت قانون حق نسخه‌برداری بین‌المللی است و برای استفاده غیر تجاری می‌باشد. تغییر، انتشار و ارایه هر گونه محتویات مجله بدون ذکر نام مجله ممنوع است و پیگیری قانونی دارد.
- تصمیم مجله در خصوص هر گونه مصادیق عدم رعایت اخلاق، تخلف یا تقلب در ارتباط با مقاله یا مجله، به صورت موردی و با توجه به شرایط اختصاصی و متفاوت هر موضوع و مشکل بررسی می‌شود. بر این اساس موضوع در شورای دبیران مجله مطرح می‌شود و متناسب با نوع و اهمیت مشکل، یک یا چند مورد از تصمیمات زیر درباره آن گرفته می‌شود: بایگانی مقاله در حال انتشار یا حذف مقاله منتشر شده، عدم پذیرش مقاله از نویسندگان برای مدتی معین یا همیشگی، طرح موضوع در شماره بعدی مجله در صورت نیاز به اطلاع رسانی، مکاتبه و اطلاع‌رسانی درباره تخلف با سازمان و نهاد حامی مقاله، درخواست طرح موضوع در کمیته اخلاق دانشگاه یا وزارتخانه و اجرای حکم صادره.

اولویت‌ها و مقررات مجله

۱. مقاله‌های نوآور در موضوع، روش و یافته‌ها و مقاله‌های کاربردی و تقاضا محور که مختصر و در عین حال با محتوا (با حجم کمتر) هستند، امتیاز بیشتری برای قرار گرفتن در فرایند بررسی دارند.
۲. با در نظر گرفتن این اصل که انجام پژوهش مستلزم کار گروهی است، باید با دقت کامل نسبت به درج نام و نام خانوادگی محققان و با توجه به سهم مشارکت اقدام گردد. لازم به ذکر است که اولویت انتشار با «مقاله‌های گروهی» است.
۳. اولویت پذیرش با «مقاله‌های پژوهشی جدید» است. یعنی مقاله‌هایی که در هنگام وصول، کمتر از یک سال از گردآوری اطلاعات آنها گذشته باشد.
۴. در فرایند بررسی مقاله، ممکن است مجله به نویسندگان پیشنهاد کند که مقاله خود را به صورت مقاله کوتاه ارائه نمایند.
۵. مقاله‌هایی که محدودیت واژگان و راهنمای نویسندگان مجله را رعایت نکرده باشند بایگانی می‌شوند.
۶. طبق مصوبه شورای دبیران ۹۵/۸/۲۲، مقاله‌هایی که پیشتر توسط مجله مدیریت اطلاعات سلامت بایگانی شدند، در صورت ارسال مجدد، پذیرش نمی‌شوند. چنانچه نویسندگان در این زمینه اعتراض داشتند، لازم است درباره دلیل عدم پذیرش قبلی مقاله و ارسال مجدد آن از طریق ایمیل با مجله مکاتبه نمایند و متناسب با دریافت پاسخ مجله، اقدام کنند.
۷. نویسندگانی که در فرایند ارسال مقاله، فایل‌هایی به جز فایل مقاله بارگذاری می‌کنند، چنانچه حداکثر تا یک هفته نسبت به ارسال فایل مقاله اقدام نکنند، مجله ضمن حذف ثبت نام، از این نویسندگان مقاله دیگری نخواهد پذیرفت.

نکات مهم در نگارش مقاله

الف- نکات مربوط به نگارش متن مقاله

- ✓ از هر منبع علمی با وجود معرفی رفرنس، حجم قابل توجهی از مطلب استفاده نشود. یک منبع نیز در چند پاراگراف متوالی به کار نرود.
- ✓ در متن مقاله، اسامی سه نویسنده نام برده می‌شود و برای بیش از آن، بعد از نام نویسنده اول، و همکاران استفاده می‌شود.
- ✓ نتایج تحقیقات داخلی و خارجی در متن مقدمه گزارش می‌شود و به صورت بخشی جداگانه ارائه نشود.
- ✓ در پایان مقدمه، هدف کلی تحقیق یا سوال اصلی بیان شود.
- ✓ ملاحظات اخلاقی در بخش روش بررسی، بدون عنوان جداگانه ارائه شود.
- ✓ عنوان هر جدول بالای جدول و توضیحات آن زیر جدول قرار گیرد. به شماره جدول در متن توضیحات، اشاره شود.
- ✓ عنوان شکل‌ها و نمودارها، در زیر آنها قرار گیرد.
- ✓ بحث، با بیان اولین یافته (بدون اشاره به اعداد و ارقام) آغاز شده، با نتایج تحقیقات مرتبط مطابقت یافته و دلایل و چرایی یافته‌های به دست آمده توسط نویسندگان مقاله تفسیر شود.
- ✓ محدودیت‌های مطالعه در پایان بحث مقاله، بدون عنوان جداگانه بیان شود.
- ✓ نتیجه‌گیری کلی از یافته‌ها و بیان کاربرد یافته‌ها، در بخش نتیجه‌گیری بیان شود.
- ✓ پیشنهادها به صورت کاربردی و متناسب با یافته‌های تحقیق ارائه شود.
- ✓ اگر از اعداد در عنوان مقاله استفاده می‌شود، این اعداد در صورتی که صد و یا کمتر از آن هستند به صورت حرفی و بزرگتر از صد، بصورت عددی نوشته شوند.
- ✓ اسامی، اصطلاحات و نام افراد خارجی در متن مقاله به زبان انگلیسی آورده شود (از آوردن پانویس خودداری شود).

✓ در مقاله از اختصارها و نشانه‌های استاندارد استفاده شود. در متن مقاله هر کجا از اختصارات انگلیسی استفاده می‌شود باید در اولین بار، کامل آن اختصار به انگلیسی و معنی فرسی آن ذکر شود و از آن به بعد اختصار انگلیسی می‌تواند بدون ذکر کامل آن آورده شود.

مثال: مدیریت اطلاعات سلامت (HIM) Health Information Management

✓ تمام درصدها به حرف نوشته شود. به عنوان مثال، ۲۹ درصد درست است (به صورت ۲۹٪ نوشته نشود).
✓ در متن فارسی اعداد اعشار به شکل فارسی (مثلاً ۱۵/۰۶) ارائه گردد. (به صورت انگلیسی ۱۵.۰۶ یا ۱۵,۰۶ نوشته نشود).

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

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

ب- درست نویسی و ویرایش مقاله

ویرایش ادبی مقاله‌ها از جمله معیارهای مهم ارزیابی مقاله از نظر دفتر مجله مدیریت اطلاعات سلامت است. مسؤولیت درست نویسی به عهده نویسنده است و دفتر مجله خدماتی در این زمینه ارایه نمی‌کند. در صورتی که نویسندگان نسبت به رعایت اصول درست نویسی اطمینان ندارند، لازم است از خدمات فنی ویراستاری قبل از ارسال مقاله برای مجله استفاده کنند. بدیهی است که عدم رعایت اصول درست‌نویسی، فرایند پذیرش یا انتشار مقاله را با مشکل مواجه می‌کند. هر گونه هزینه اضافی برای این گونه خدمات به عهده نویسنده خواهد بود. در این زمینه برای رعایت قواعد و نگارش فارسی و فاصله و نیم فاصله می‌توان از نرم‌افزارهای موجود به عنوان نمونه از نرم‌افزار Virastyar استفاده کرد.

فرایند بررسی مقاله

۱- مقاله‌های ارسالی پس از دریافت، از لحاظ ارتباط با زمینه‌های موضوعی و چارچوب مجله و جدید و نوآور بودن موضوع بررسی می‌شوند. بررسی و تصمیم‌گیری در این مرحله در جلسه شورای دبیران و با گزارشی که دبیر مربوط درباره مقاله ارایه می‌نماید، انجام می‌شود. در این مرحله حداکثر در مدت یک هفته، وضعیت مقاله از نظر تأیید یا عدم تأیید مشخص شده، نظر شورا به صورت کتبی برای نویسنده مسؤول ارسال می‌شود. چنانچه ارتباط موضوعی، مناسبت و اولویت مقاله تأیید شد، مرحله دوم بررسی انجام می‌شود.

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

۳- در صورت تأیید در مراحل قبلی، مقاله بدون نام برای حداقل چهار تا پنج داور علمی فرستاده و با تکمیل سه پاسخ داور، نظرات داوران برای نویسنده مسؤول ارسال می‌شود.

۴- نویسندگان دو هفته مهلت دارند تا مقاله اصلاح شده را همراه با نامه چگونگی انجام اصلاحات در پاسخ به نکات داور، در سایت بارگذاری نمایند. در صورت نیاز به زمان بیشتر، نویسنده محترم مسؤول بایستی قبل از اتمام زمان، درخواست را به صورت کتبی از طریق ایمیل یا سایت مجله، به دفتر مجله اعلام نماید. در غیر این صورت، دفتر مجله مسؤولیتی برای ادامه روند بررسی و وضعیت مقاله ندارد.

۵- فایل اصلاح شده ارسالی، توسط دبیر مقاله و دفتر مجله با نظرات داوران مطابقت داده می‌شود. در صورت ضرورت، مقاله اصلاح شده بار دیگر برای داوران ارسال خواهد شد. تأیید اصلاحات، برای ورود مقاله به مرحله بعد لازم است. انجام ندادن اصلاحات به طور کامل، موجب تکرار فرایند و تاخیر در روند بررسی مقاله خواهد شد. در صورت عدم توجه به تکمیل و ارسال اصلاحات در مهلت ارایه شده، مقاله بایگانی می‌شود.

۶- با تأیید اصلاحات، نامه پرداخت وجه برای نویسنده مسؤول ارسال و پس از بارگذاری فیش مربوط، در صورت درخواست نویسنده مسؤول، نامه پذیرش اولیه مقاله صادر و مقاله برای انتشار در شماره مشخصی در نظر گرفته می‌شود.

۷- فایل pdf مقاله جهت تأیید نهایی برای نویسنده مسؤول ارسال می‌شود. کلیه نویسندگان مقاله، مسؤول بررسی دقیق مقاله و تأیید نهایی آن در مدت ۴۸ ساعت هستند. در صورت نیاز به زمان بیشتر، نویسنده محترم مسؤول بایستی قبل از اتمام زمان، درخواست را به صورت کتبی از طریق ایمیل یا سایت مجله، به دفتر مجله اعلام نماید. عدم دریافت پاسخ در مهلت مقرر به منزله تأیید مقاله از سوی نویسندگان بوده و دفتر مجله مسؤولیتی در قبال درخواست نویسندگان برای انجام هر گونه تغییر، خارج از مهلت تعیین شده ندارد.

۸- پس از آنکه تأیید نهایی نویسندگان در مهلت مقرر دریافت شد، مقاله برای انتشار در شماره مورد نظر در نوبت انتظار قرار می‌گیرد.

هزینه انتشار مقاله

مقاله‌های پذیرفته شده برای انتشار مشمول پرداخت یک میلیون و پانصد هزار ریال هزینه انتشار می‌باشند (کلیه نویسندگان در صورت وابستگی هم نویسنده اول و هم مسؤول به دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، از پانصد هزار ریال تخفیف برخوردار می‌گردند). لطفاً توجه داشته باشید هزینه نهایی هر مقاله، متناسب با جدیدترین مصوبه معاونت پژوهشی و فناوری دانشگاه علوم پزشکی اصفهان دریافت می‌شود. این مورد، برای کلیه مقاله‌های ارسال شده، اعم از در حال بررسی و در حال انتشار اجرا می‌شود.

از نویسنده مسؤول درخواست می‌شود وجه مورد نظر را به شماره حساب ۴۹۷۵۷۶۱۰۰۷ نزد بانک ملت شعبه دانشگاه به نام دانشگاه علوم پزشکی اصفهان به شماره شبای ۴۹۷۵۷۶۱۰۰۷ واریز و نسخه‌ای از فیش واریزی را به دفتر مجله فاکس یا به ایمیل jim@mng.mui.ac.ir ارسال نماید. همچنین لازم است قبل از واریز، شناسه اختصاصی مجله مدیریت اطلاعات سلامت ۱۱۴۱۱۳۰۰۰۰۰۰۰۰۲۴ بر روی رسید واریز وجه به حساب فوق درج گردد.

شیوه نگارش منابع

استناد به کتاب (تا شش نویسنده):

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

Example: Marrel R, McLellan J. Information Management in Healthcare. Clifton Park, NY: Delmar; 1998. p. 20-31.

استناد به کتاب (با بیش از شش نویسنده):

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

Example: Kraleweski JE, Hart G, Perlmutter C, Chou SN, Carter M, Green S, et al. Information Management in Healthcare. Clifton Park, NY: Delmar; 1998. p. 20-31.

استناد به کتاب فارسی بدون ترجمه انگلیسی: اطلاعات منبع ترجمه شده و در انتهای آن در داخل کروشه نوشته شود: [In Persian]

استناد به کتاب فارسی با ترجمه انگلیسی: ترجمه 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: Tiefenbacher J, Editor. Approaches to disaster management-examining the implications of hazards, emergencies and disasters. Rijeka, Croatia: INTECH; 2013. p. 131-44.

ویرایشگر (Editor) به عنوان نویسنده:

پس از نام خانوادگی و حرف اول نام کوچک علامت «،» و سپس کلمه «Editor» می‌آید. بقیه اطلاعات کتاب شناسی 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 نویسنده ششم. عنوان مقاله. عنوان مجله سال انتشار مجله؛ دوره (شماره): شماره صفحات.

دوره: Volume ، شماره: Number

Example: Leviss J, Kremsdorf R, Mohaideen M. The CMIO- a new leader for health system. J Am Med Inform Assoc 2006; 13(5): 573-8.

– 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): 71-9. [In Persian].

Example: Ajami S, Fatahi M. The role of Earthquake Information Management Systems (EIMSS) in reducing destruction: A comparative study of Japan, Turkey and Iran. Disaster Prevention and Management 2009; 18(2): 150-61. [In Persian].

مجلات (بیش از شش نویسنده):

مانند استناد به مجلات (تا شش نویسنده) است فقط بعد از نویسنده 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.

*تذکر 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): 129-34.

ترجمه کتاب:

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

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

Example: Carter M. Operation research in healthcare. Trans. Ajami S. Isfahan, Iran: 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. بقیه اطلاعات کتابشناسی به صورت پیش گفت تنظیم می‌گردد.

پروژه، پایان نامه و رساله دکتری:

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

Example: Youssef NM. School adjustment of children with congenital heart disease [MSc Thesis]. Pittsburgh, PA: University 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 [MSc Thesis]. Isfahan, Iran: Isfahan University of Medical Sciences; 2013. [In Persian].

رساله دکتری:

Example: Youssef NM. School adjustment of children with congenital heart disease [PhD Thesis]. Pittsburgh, PA: University of Pittsburgh; 1988.

استناد به مقاله ارائه شده در سمینار:

همایش:

- نام خانوادگی ارائه کننده مقاله حرف اول نام. عنوان مقاله، عنوان سمینار؛ تاریخ برگزاری سمینار؛ سال برگزاری سمینار؛ محل برگزاری سمینار.

Example: Ajami S, Akbari B. RFID in earthquake information management system: work in progress. *Proceedings of the 2nd National Conference Health System, Risk Management and Disaster; 2012 Jun 20-25; Isfahan, Iran.*

صفحه وب:

منابع برخط:

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

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

Example: European Space Agency. ESA: Missions, Earth Observation: ENVISAT [Online]. [cited 2008 Jul 3]; Available from: URL: <http://envisat.esa.int/>

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

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

وبلاگ:

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

لغت نامه برخط:

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:

نامه الکترونیک:

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

بازبینی مطالب مندرج در راهنمای نویسندگان مجله مدیریت اطلاعات سلامت در نوزدهمین شورای دبیران مجله، در تاریخ ۹۶/۱/۱۹ تأیید و تصویب گردید.

مقاله‌های پژوهشی

عوامل عملکردی - اطلاعاتی مؤثر در یکپارچگی نظام سلامت

به‌یانه سیدامینی، لیلا ریاحی، محمود محمودی مجدآبادی‌فراهانی، سید جمال‌الدین طیبی، ایروان مسعودی اصل..... ۹۹-۱۰۵

ارایه مدل زنجیره تأمین بیمارستانی رقابت‌پذیر در بیمارستان‌های خصوصی تهران

سید محمدحسین حسینی، محمدرضا حمیدی‌زاده، بهمن حاجی‌پور، عباسعلی حاجی‌کریمی..... ۱۰۶-۱۱۳

بازار گردشگری پزشکی در بیمارستان‌های منتخب شهر تهران: کاربست خوشه‌بندی

مهدی ابراهیمی، سید امیرحسین طیبی ابوالحسنی، مروارید رستمی..... ۱۱۴-۱۱۹

رفتار اطلاعاتی بیماران مبتلا به سرطان در زمینه مراقبت‌های تسکینی در شهر تهران

سید جواد قاضی میرسعید، فرزانه مقیم‌خان..... ۱۲۰-۱۲۵

بررسی وضعیت و عوامل مؤثر بر استنادشدگی برون‌دادهای پژوهشی دانشگاه‌های علوم پزشکی تیپ یک کشور با استفاده از

پروانه‌های ثبت اختراع طی سال‌های ۲۰۱۵-۲۰۰۰

علی منصوری، مرجان فروزنده شهرکی، محمد امین عرفان‌منش..... ۱۲۶-۱۳۱

شناسایی موانع ایفای نقش کتابداران پزشکی در تسهیل ارتباطات علمی پزشکان و پیراپزشکان از دیدگاه متخصصان جامعه علوم

پزشکی بوشهر: یک مطالعه کیفی

عبدالرسول خسروی، عاطفه اسفندیاری، مهری اطاقی..... ۱۳۲-۱۳۸

ترسیم ساختار فکری حوزه سواد سلامت بر اساس تحلیل هم‌واژگانی در وبگاه علم طی سال‌های ۱۹۹۳ تا ۲۰۱۷

فاطمه باجی، فریدون آزاده، پرستو پارسائی محمدی، شوکت پرماه..... ۱۳۹-۱۴۵

بیان تجربه

استفاده از تخصص و تجربیات کتابداران و اطلاع‌رسانان پزشکی در بررسی مستندات علمی داوطلبان مقطع دکتری تخصصی

وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی: شرح یک تجربه

محمدرضا سلیمانی، شهین مجیری، حسن اشرفی ریزی..... ۱۴۶-۱۴۸

عوامل عملکردی - اطلاعاتی مؤثر در یکپارچگی نظام سلامت

به‌یانه سیدامینی^۱، لیلیا ریاحی^۱، محمود محمودی مجدآبادی‌فراهانی^۲، سید جمال‌الدین طبیبی^۳، ایروان مسعودی اصل^۵

مقاله پژوهشی

چکیده

مقدمه: یکپارچگی نظام سلامت منافع زیادی برای بیماران، ارایه‌دهندگان و نظام سلامت دارد. تحقیق حاضر با هدف شناسایی متغیرهای عملکردی و اطلاعاتی مؤثر بر یکپارچگی نظام سلامت ایران در سال ۱۳۹۶ صورت گرفت.

روش بررسی: این مطالعه از نوع توصیفی-پیمایشی بود که در دو بخش کلی انجام شد. در بخش اول، با بررسی ادبیات پژوهش و مصاحبه با متخصصان عرصه بهداشت و درمان، مهم‌ترین مؤلفه‌های یکپارچگی نظام سلامت استخراج گردید. در بخش دوم، داده‌های حاصل از بخش اول جهت تدوین الگوی یکپارچگی مورد استفاده قرار گرفت و متغیرهای طراحی پرسش‌نامه پژوهش آماده شد. الگوی به دست آمده از طریق نظرات متخصصان و تحلیل عاملی اکتشافی و تأییدی اعتبارسنجی گردید. داده‌های مورد نیاز برای تحلیل عاملی، از طریق توزیع پرسش‌نامه میان ۵۰۶ نفر از متخصصان بیمارستان‌های پنج استان در ایران جمع‌آوری شد و در نهایت، با استفاده از آزمون تحلیل عاملی تأییدی مورد تجزیه و تحلیل تحلیل قرار گرفت.

یافته‌ها: بر اساس نتایج تحلیل عاملی اکتشافی، «مدیریت اطلاعات» در بعد عملکردی-اطلاعاتی با بار عاملی ۰/۶۶۵، بیشترین اهمیت را به خود اختصاص داد. با توجه به ضرایب استاندارد تحلیل عاملی تأییدی، میزان تأثیر عامل عملکردی-اطلاعاتی در یکپارچگی، ۰/۹۵ بود. همچنین، «وجود سیستم ارجاع»، «وجود سیستم پشتیبانی تصمیم‌گیری» و «مدیریت منابع مالی» با بار عاملی ۰/۷۹، بیشترین اهمیت را در یکپارچگی نظام سلامت داشتند.

نتیجه‌گیری: نظام سلامت می‌تواند از طریق مدیریت منابع مالی، انسانی و اطلاعاتی و توسعه سیستم‌های اطلاعاتی و پرونده‌های سلامت الکترونیکی و سیستم نظارت بر عملکرد، پشتیبانی لازم را برای یکپارچگی نظام سلامت به عمل آورد و اطلاعات بالینی، مالی و مدیریتی را در راستای بهبود کیفیت مراقبت، ادغام نماید.

واژه‌های کلیدی: سیستم‌های یکپارچه؛ سیستم‌های یکپارچه مراقبت سلامت؛ سیستم‌های پیشرفته یکپارچه مدیریت اطلاعات؛ نظام‌های سلامت

دریافت مقاله: ۱۳۹۷/۲/۴

پذیرش مقاله: ۱۳۹۷/۴/۱۱

تاریخ انتشار: ۱۳۹۷/۵/۱۵

ارجاع: سیدامینی به‌یانه، ریاحی لیلیا، محمودی مجدآبادی‌فراهانی محمود، طبیبی سید جمال‌الدین، مسعودی اصل ایروان. عوامل عملکردی-اطلاعاتی مؤثر در یکپارچگی نظام سلامت. مدیریت اطلاعات سلامت ۱۳۹۷؛ ۱۵ (۳): ۹۹-۱۰۵

مقدمه

هم‌گرایی پیری جمعیت، افزایش میزان بیماری‌های مزمن و چند سیستمی به علت افزایش هزینه‌های تکنولوژیک، سیستم‌های بهداشتی را در معرض فشار قرار داده است. یکپارچگی به مفهوم جمع‌آوری منابع، ارایه، مدیریت و سازماندهی خدمات مربوط به تشخیص، درمان، مراقبت، توان‌بخشی و ارتقای سلامت، به عنوان یک راه‌حل، توسط سازمان بهداشت جهانی معرفی شده است. هدف از یکپارچگی، بهتر شدن هماهنگی و تداوم مراقبت از بیمار می‌باشد (۱). نظام ارایه یکپارچه، یک سیستم یکپارچه و هماهنگ شده است که خدمات سلامت مطمئن‌تر، ایمن‌تر، مناسب‌تر و مقرون به صرفه‌تری را ارایه می‌نماید (۲) که از ساختار سازمانی، اتحاد استراتژیک، روش‌های مدیریتی، شیوه‌های مالی، سیستم‌های اطلاعات بالینی و ابزارهای دیگر به منظور تسهیل و اطمینان از ارایه مراقبت مناسب و ایمن، استفاده می‌کند (۳).

یکپارچگی نظام سلامت منافع زیادی برای بیماران، ارایه‌دهندگان و نظام سلامت دارد (۴). یکپارچگی دسترسی به اطلاعات کیفیتی، اقدام بر اساس این اطلاعات را امکان‌پذیر می‌سازد و نتیجه آن، افزایش کیفیت به علت بالا رفتن قابلیت هماهنگی می‌باشد. همچنین، باعث تشویق شرکت‌ها جهت سرمایه‌گذاری

در فن‌آوری برای افزایش کیفیت خدمات می‌شود (۵). یکپارچگی می‌تواند با کاهش هزینه‌ها، حذف خدمات اضافی و اطمینان از عرضه خدمات و بهبود نظارت، باعث افزایش بهره‌وری گردد (۶).

مقاله حاصل پایان‌نامه دکتری با شماره ۲۸۷۰۲۷۵۱۰۲ می‌باشد که با حمایت دانشگاه آزاد اسلامی، واحد علوم و تحقیقات تهران انجام شده است.

۱- دانشجوی دکتری، مدیریت خدمات بهداشتی و درمانی، گروه مدیریت خدمات بهداشتی و درمانی، واحد علوم و تحقیقات، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران

۲- استادیار، مدیریت خدمات بهداشتی و درمانی، گروه مدیریت خدمات بهداشتی و درمانی، واحد علوم و تحقیقات، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران (نویسنده طرف مکاتبه)

۳- استاد، آمار زیستی، گروه مدیریت خدمات بهداشتی و درمانی، واحد علوم و تحقیقات، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران
Email: l.riahi@srbiau.ac.ir

۴- استاد، برنامه‌ریزی و توسعه آموزش عالی، گروه مدیریت خدمات بهداشتی و درمانی، واحد علوم و تحقیقات، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران

۵- دانشیار، مدیریت خدمات بهداشتی و درمانی، مرکز پژوهش‌های مجلس شورای اسلامی، تهران، ایران

نمره‌گذاری شده به عنوان مثال، «تا چه حد مدیریت اطلاعات در یکپارچگی نظام سلامت ایران تأثیر دارد؟» خیلی کم، کم، تاحدودی، زیاد، بسیار زیاد.

در مرحله سوم، پرسش‌نامه در میان جامعه مورد بررسی، توزیع و اهداف پژوهش، محرمانه بودن اطلاعات و اختیاری بودن شرکت در پژوهش اعلام شد. در این مرحله با روش نمونه‌گیری چند مرحله‌ای، پنج استان کشور (آذربایجان غربی، گلستان، خراسان رضوی، کهگیلویه و بویراحمد و خوزستان) انتخاب گردید. بر اساس حجم نمونه (با توجه به تعداد سؤالات پرسش‌نامه) و احتمال وجود پرسش‌نامه‌های ناقص، ۵۵۰ پرسش‌نامه توزیع شد؛ به طوری که در استان‌های انتخاب شده، ۱۱۰ پرسش‌نامه در سطح بیمارستان‌های دولتی که به صورت تصادفی انتخاب شده بودند، توزیع گردید. پرسش‌نامه‌ها به صورت حضوری، پست و ایمیل در اختیار مدیران سطوح ارشد، میانی و عملیاتی بیمارستان‌ها قرار گرفت. در نهایت، ۵۰۶ پرسش‌نامه تکمیل و برگشت داده شد. داده‌های جمع‌آوری شده در نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۱ (version 2, IBM Corporation, Armonk, NY) مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. برای تعیین عوامل مؤثر در یکپارچگی نظام سلامت، از تحلیل عاملی اکتشافی استفاده گردید و عوامل دارای مقدار ویژه بزرگ‌تر از ۱ استخراج شد. با فرض نرمال بودن جامعه پژوهش، شاخص Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) و معنی‌داری آزمون Bartlett برای تأیید صحت انجام تحلیل عاملی اکتشافی و همچنین، کفایت حجم نمونه به کار برده شد. در مرحله پنجم، عوامل اکتشافی حاصل از مرحله چهارم با روش تحلیل عاملی تأییدی و با استفاده از نرم‌افزار AMOS نسخه ۲۳ اعتبارسنجی و تأیید گردید. نتایج تحلیل عاملی تأییدی با استفاده از شاخص‌های برازش مورد بررسی قرار گرفت. خلاصه‌ای از روش انجام مطالعه در شکل ۱ آمده است.

یافته‌ها

نتایج مطالعه حاضر در سه بخش خلاصه شد. در بخش اول، مدل مفهومی حاصل از مطالعات مروری (شکل ۲)، در بخش دوم نتایج تحلیل عاملی اکتشافی و شاخص‌های صحت آزمون و در بخش سوم نیز نتایج تحلیل عاملی تأییدی و شاخص‌های برازش آورده شده است.

قبل از انجام تحلیل عاملی اکتشافی، صحت انجام آزمون با استفاده از سه شاخص بررسی گردید. با فرض نرمال بودن جامعه پژوهش، مقدار شاخص KMO (۰/۹۷۱) حاکی از کفایت حجم نمونه و همچنین، معنی‌داری آزمون Bartlett ($P < ۰/۰۰۱$) نشانگر مناسب بودن انجام تحلیل عاملی بود.

بر اساس نتایج تحلیل عاملی اکتشافی، پنج عامل استخراج شد که ۵۹/۴۴ درصد واریانس را تبیین کردند. عامل اول با مقدار ویژه ۲۲/۸۳، به تنهایی ۴۸/۵۷ درصد واریانس را تبیین نمود. برای چپ‌تر شدن نیز از چرخش واریمکس استفاده گردید. از آنجایی که متغیرهای مربوط به بعد عملکردی و بعد اطلاعاتی بر روی عامل اول قرار گرفتند، این عامل تحت عنوان عامل عملکردی - اطلاعاتی نام‌گذاری شد. جدول ۲ متغیرهای مربوط به عامل عملکردی - اطلاعاتی و بار عاملی آن‌ها را نشان می‌دهد که به ترتیب بار عاملی مرتب شده‌اند. بر اساس نتایج تحلیل عاملی اکتشافی، مدیریت اطلاعات بیشترین اهمیت را در یکپارچگی عملکردی - اطلاعاتی داشت.

مروری بر متون ابعاد مختلفی (سازمانی، سیستمیک، بالینی، اطلاعاتی، مالی و هنجاری) را برای یکپارچگی مطرح کرده است (۹-۷). این ابعاد از طریق تعداد زیادی از فرایندهای یکپارچه‌کننده فعال می‌شود که شامل طیفی از خدمات پشتیبان و عملکردهای حمایتی کلیدی از جمله مدیریت منابع مالی و انسانی، برنامه‌ریزی استراتژیک، مدیریت اطلاعات و بهبود کیفیت می‌باشد (۱۲-۱۰).

نظام سلامت ایران دارای ساختار غیر یکپارچه‌ای است و با چالش‌های مختلفی مانند عدم استقرار کامل نظام ارجاع، ادغام نایافتگی برنامه‌های مختلف سلامتی در سطوح ارائه خدمات، نظام اطلاعات ناکارآمد و غیر شفاف و ضعف نظام پایش، نظارت و ارزیابی عملکرد مواجه می‌باشد (۱۳). با توجه به چالش‌های مذکور و گسترش تمایل کشورهای توسعه یافته و در حال توسعه به سمت نظام سلامت یکپارچه و انجام نشدن پژوهش مشابهی در ایران، هدف از مطالعه حاضر، تعیین عوامل عملکردی - اطلاعاتی مرتبط با یکپارچگی نظام سلامت ایران بود.

روش بررسی

این تحقیق به صورت توصیفی - پیمایشی انجام شد و جامعه پژوهش آن را کلیه مدیران نظام سلامت در سطوح ارشد، میانی و عملیاتی بیمارستان‌ها تشکیل داد. حجم نمونه برای مطالعات تحلیل عاملی، ۱۰ برابر تعداد سؤالات پرسش‌نامه می‌باشد و نمونه‌گیری به روش چند مرحله‌ای انجام گرفت.

در مرحله اول، متون و مطالعات کتابخانه‌ای در بازه زمانی سال‌های ۲۰۰۵ تا ۲۰۱۸ با استفاده از کلید واژه‌های «Integrated care, Integration, Integrated healthcare system, Health system integration, Integrated healthcare services» در پایگاه‌های Google Scholar, ProQuest, PubMed و مجلات الکترونیکی مورد جستجو قرار گرفت و از منابع مقالات بازیابی شده نیز برای جستجوی مقالات مرتبط بعدی استفاده گردید. در مجموع، بیش از ۷۵ مقاله و ۳ کتاب یافت گردید. پس از بررسی مقالات و حذف مقالات تکراری و کمتر مرتبط، ۲۳ مقاله مرتبط با موضوع وارد مطالعه شد. ۱۸ الگوی یکپارچگی موفق شناسایی و متغیرهای مربوط به یکپارچگی استخراج گردید و از طریق مصاحبه با متخصصان و مدیران نظام سلامت، مورد بررسی و تأیید قرار گرفت. متغیرهای تأثیرگذار در یکپارچگی نظام سلامت از طریق ماتریس تطبیقی استخراج شد (جدول ۱). در نهایت، پرسش‌نامه پژوهشگر ساخته اولیه با ۵۹ سؤال در ۷ حیطه (عملکردی، اطلاعاتی، سازمانی، سیستمیک، حرفه‌ای، هنجاری و بالینی) تنظیم گردید.

در مرحله دوم، روایی و پایایی ابزار مورد بررسی قرار گرفت. روایی صوری و محتوایی بر اساس نظرات ۱۰ نفر از متخصصان و بر مبنای دو شاخص روایی محتوا CVI (Content Validity Index) و نسبت روایی محتوایی CVR (Content Validity Ratio) ارزیابی گردید و بر اساس نتایج، سؤالات پرسش‌نامه به ۴۹ سؤال تقلیل یافت. برای سنجش پایایی پرسش‌نامه، از ضریب Cronbach's alpha (۰/۹۶-) استفاده شد و نتایج ضریب همسانی درونی نشان داد که در صورت حذف دو گویه، پایایی افزایش می‌یابد. پس از حذف آن‌ها، ابزار مطالعه به صورت پرسش‌نامه‌ای حاوی ۴۷ سؤال استخراج گردید. سؤالات پرسش‌نامه با استفاده از مقیاس پنج گزینه‌ای لیکرت از خیلی کم «نمره ۱» تا خیلی زیاد «نمره ۵»

جدول ۱: ماتریس تطبیقی عامل اطلاعاتی- عملکردی یکپارچگی نظام سلامت بر اساس الگوهای مورد بررسی

SM	CM	CC	LHCC	MCN	PW	Mataror	DMP	PRISMA	CHC	Torbay	PACE	Mayo	VA	CCNC	GRIPA	Gesinger	Kaiser	الگوها	بعد اطلاعاتی
								√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	پرونده الکترونیکی سلامت	
								√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	ارجاع الکترونیکی	
√	√						√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	قابلیت نظارت و گزارش دهی عملکرد	
	√							√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	دسترسی به سیستم‌های اطلاعاتی	
													√	√	√	√	√	تجویز و آموزش الکترونیکی بیماران	
			√		√	√						√	√	√	√	√	√	وجود دستورالعمل‌های مبتنی بر شواهد	
													√	√	√	√	√	ابزارهای پشتیبانی تصمیم‌گیری و هشدار	
	√							√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	مدیریت اطلاعات	
بعد عملکردی																			
	√						√		√				√	√	√	√	√	استراتژی‌های انگیزشی	
															√	√	√	پرداخت بر اساس کیفیت مراقبت	
									√	√					√	√	√	پرداخت مبتنی بر عملکرد	
	√							√				√	√	√	√	√	√	مدیریت منابع و بودجه	
							√	√			√	√	√	√	√	√	√	پرداخت سرانه	
					√		√	√			√	√	√	√	√	√	√	اندازه‌گیری عملکرد	

CHC: Coordinated Health Care; DMP: Disease Management Programs; PW: Participation in the work; MCN: Managed Care Networks, LHCCs: Local healthcare cooperatives; CC: Care Chain; CM: Case Management; SM: Self-Management; CCNC: Community Care of North Carolina's; GRIPA: Greater Rochester Independent Practice Association; VA: Veteran Health Administration; PACE: Program of All-inclusive Care for the Elderly; PRISMA: Program of Research to Integrate the Services for the Maintenance of Autonomy

مرور متون و استخراج مؤلفه‌های اولیه از طریق ماتریس تطبیقی، تکمیل و بهینه‌سازی متغیرهای اولیه به همراه مصاحبه با متخصصان و استخراج ۵۹ متغیر در ۷ حیطه (عملکردی، اطلاعاتی، بالینی، هنجاری، سازمانی، حرفه‌ای و سیستمیک)



شکل ۱: روند انجام پژوهش

برابر با ۰/۰۵۲، نشان دهنده مناسب بودن نسبی الگوی آرایه شده می‌باشد.

جدول ۲: بار عاملی متغیرهای مربوط به بعد اطلاعاتی - عملکردی

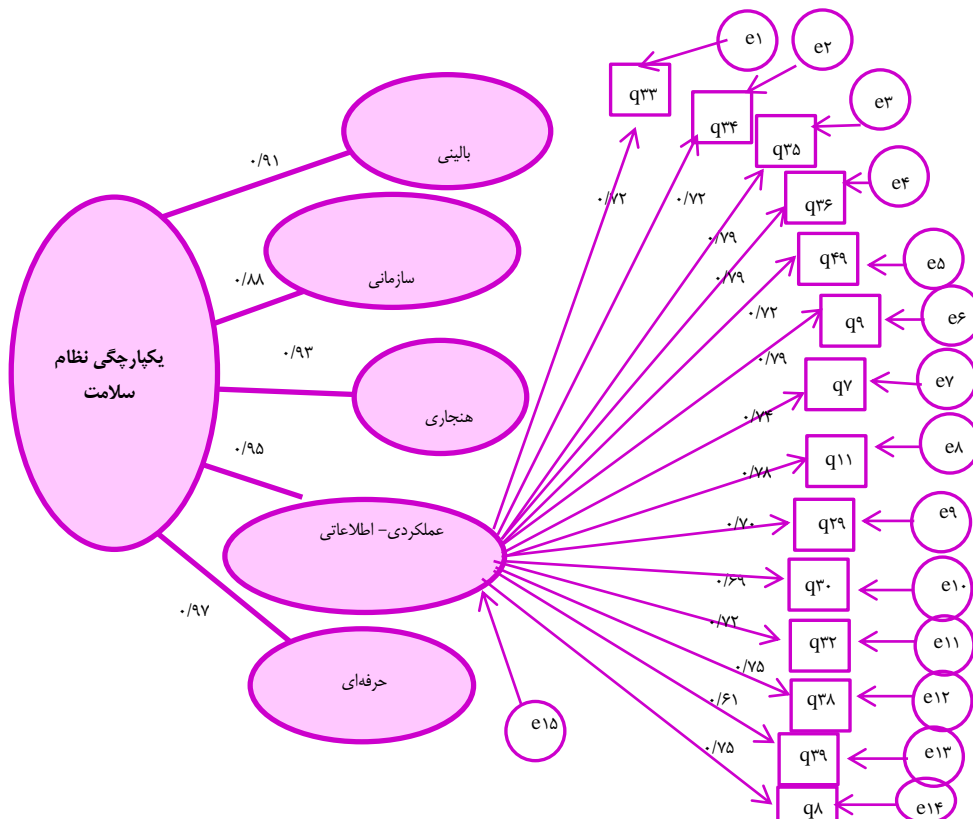
یکپارچگی نظام سلامت

بار عاملی (تحلیل عاملی اکتشافی)	متغیرهای بعد یکپارچگی عملکردی - اطلاعاتی	ردیف
۰/۶۶۵	مدیریت اطلاعات	Q۳۳
۰/۶۵۱	وجود سیستم ارجاع الکترونیکی بیماران	Q۳۴
۰/۶۴۵	مدیریت منابع مالی	Q۳۶
۰/۶۳۰	آگاهی از فضای سیاسی، اقتصادی و اجتماعی جامعه در ارتباط با سازمان	Q۴۷
۰/۶۲۸	سیستم‌های پشتیبانی تصمیم‌گیری و هشدار پزشک	Q۹
۰/۵۸۶	وجود سیستم نظارت بر عملکرد و گزارش‌دهی	Q۳۵
۰/۵۸۳	موافقت‌نامه‌های همکاری بین رشته‌ای	Q۷
۰/۵۷۶	ایجاد وابستگی متقابل بین حرفه‌ای‌ها	Q۱۱
۰/۵۵۷	مدیریت منابع انسانی	Q۲۹
۰/۵۵۶	در دسترس بودن اطلاعات در کل سیستم	Q۳۰
۰/۵۴۹	وجود اطمینان از امنیت اطلاعات سلامت فردی	Q۸
۰/۵۳۶	رهبری بالینی با قدرت و نفوذ در سطح عملیاتی	Q۳۲
۰/۵۱۵	استراتژی، سیاست و مسئولیت‌های مشترک در بین سازمان‌ها	Q۳۸
۰/۵۰۴	وجود سیستم‌های کنترل عملکرد	Q۳۹



شکل ۲: مدل مفهومی یکپارچگی نظام سلامت ایران

جهت تأیید نتایج تحلیل عاملی اکتشافی، از روش تحلیل عاملی تأییدی استفاده گردید. شکل ۳ مدل تحلیل عاملی تأییدی را به همراه ضرایب استاندارد شده نشان می‌دهد. با توجه به برآوردهای استاندارد ضرایب مسیر، میزان تأثیر عامل اطلاعاتی - عملکردی، ۰/۹۵ به دست آمد. بر اساس یافته‌ها، «وجود سیستم ارجاع»، «وجود سیستم‌های پشتیبانی تصمیم‌گیری» و «مدیریت منابع مالی» با بار عاملی ۰/۷۹، بیشترین اهمیت را در یکپارچگی نظام سلامت به خود اختصاص دادند (شکل ۳). نتایج تحلیل عاملی تأییدی بر اساس شاخص‌های معروف برازش مورد بررسی قرار گرفت. مقدار حاصل از تقسیم آماره آزمون بر درجه آزادی، ۲/۳۶۸ بود که مقدار مناسبی به شمار می‌رود. بزرگ بودن شاخص برازندگی تطبیقی CFI (Comparative Fit Index) معادل با ۰/۹۳۳ و کوچک بودن خطای میانگین مجزورات RMSEA (Root Mean Square Error of Approximation) ۰/۰۵۲



شکل ۳: مدل نهایی یکپارچگی نظام سلامت ایران بر اساس تحلیل عاملی تأییدی (با تأکید بر بعد عملکردی - اطلاعاتی)

می‌کند. از نظر برخی محققان، یکی از مهم‌ترین جنبه‌های یکپارچگی عملکردی، ارتباط دادن سیستم‌های مالی، مدیریتی و اطلاعاتی در طی فرایند ارائه خدمات می‌باشد (۲۶، ۱۱) که ارتباط این سیستم‌ها می‌تواند منجر به هماهنگی سیاست‌گذاران، متخصصان و بیماران در پاسخگویی و مشارکت در تصمیم‌گیری شود (۲۶).

در برخی از مطالعات، عدم وجود سیستم اطلاعاتی یکپارچه جهت تسهیل انتقال اطلاعات و ارجاع (۲۸، ۲۷، ۱۰)، عدم وجود سیستم ثبت الکترونیکی بیماران (۳۳) و عدم هماهنگی مالی بین سازمان‌های مختلف (۲۹، ۲۴)، به عنوان موانع یکپارچگی مطرح شده است که نتایج پژوهش حاضر را تأیید می‌کند.

تمام متون مورد بررسی، اهمیت عوامل عملکردی- اطلاعاتی را در یکپارچگی نظام سلامت مورد تأیید قرار دادند و مطالعه‌ای که این نتایج را نفی کند، یافت نشد. تفسیر ذهنی متفاوت افراد از مفهوم یکپارچگی نظام سلامت و گستردگی جامعه پژوهش در سطح کشور، از محدودیت‌های تحقیق حاضر به شمار می‌رود.

نتیجه‌گیری

با توجه به اهمیت بعد عملکردی- اطلاعاتی در یکپارچگی نظام سلامت، می‌توان نتیجه گرفت که نظام سلامت از طریق مدیریت منابع مالی، انسانی و اطلاعاتی، توسعه سیستم‌های اطلاعاتی و پرونده‌های سلامت الکترونیکی و توسعه سیستم نظارت بر عملکرد، می‌تواند پشتیبانی لازم را برای یکپارچگی نظام سلامت در راستای بهبود کیفیت مراقبت به عمل آورد.

پیشنهادها

با توجه به نتایج به دست آمده، پیشنهاد می‌شود که سیاست‌گذاران نظام سلامت، توسعه سیستم‌های اطلاعاتی یکپارچه را در جهت مرتفع ساختن موانع یکپارچگی مد نظر قرار دهند. برای توسعه سیستم ارجاع و سیستم هشدار، علاوه بر مدیریت منابع مالی، نیاز به مدیریت منابع انسانی مانند به کارگیری افراد دارای مهارت و انگیزه برای کار با سیستم‌های الکترونیک احساس می‌شود و پیشنهاد می‌گردد دوره‌های آموزشی و استراتژی‌های انگیزشی در برنامه‌ریزی‌های مربوط گنجانده شود.

تشکر و قدردانی

بدین وسیله از تمام متخصصان و افرادی که در انجام این پژوهش همکاری نمودند، تشکر و قدردانی به عمل می‌آید.

تضاد منافع

در انجام مطالعه حاضر، نویسندگان هیچ‌گونه تضاد منافی نداشته‌اند.

بحث

اولین یافته در ارتباط با یکپارچگی عملکردی- اطلاعاتی، اهمیت وجود سیستم ارجاع، مدیریت منابع مالی و وجود سیستم‌های پشتیبان را متذکر شد. پژوهشگران مختلفی به اهمیت سرمایه‌گذاری و مدیریت منابع مالی و وجود ابزارهای پشتیبانی تصمیم‌گیری (۱۵، ۱۴، ۷) و وجود سیستم ارجاع الکترونیکی (۱۶، ۷) در یکپارچگی نظام سلامت اشاره کرده‌اند که با نتایج مطالعه حاضر همخوانی دارد.

یافته دیگر تحقیق بر اساس نتایج تحلیل عاملی تأییدی، اهمیت وابستگی متقابل بین ارائه‌دهندگان مختلف مراقبت در یکپارچگی عملکردی- اطلاعاتی را نشان داد. Sibiya، یکپارچگی عملکردی را همکاری ساختار یافته و همکاری بین مقامات دولتی و محلی نظام سلامت جهت افزایش ارائه خدمات یکپارچه و افزایش کارایی و کیفیت مراقبت معنی کرده است (۱۷). در برخی پژوهش‌ها، ایجاد و حفظ ارتباط خوب در تمامی سطوح بین مدیریت و کارکنان، به عنوان یک عنصر مهم برای پیاده‌سازی یکپارچگی عملکردی مطرح شده است (۱۸، ۱۷) که همسو با نتایج بررسی حاضر بود.

بر اساس نتایج تحقیق حاضر، وجود موافقت‌نامه‌های همکاری و استراتژی‌های مشترک نیز در یکپارچگی عملکردی- اطلاعاتی تأثیر دارند. Pillay، برنامه‌ریزی مشترک بین ارائه‌دهندگان مراقبت، هماهنگی در مورد روش‌های عملیاتی و به اشتراک‌گذاری منابع را به عنوان ملزومات یکپارچگی عملکردی مطرح کرد (۱۹) که با نتایج مطالعه حاضر مشابهت داشت.

یافته‌های دیگر پژوهش نشان داد که مدیریت اطلاعات، امنیت اطلاعات و دسترسی به اطلاعات، مهم‌ترین گویه‌های مؤثر در یکپارچگی عملکردی- اطلاعاتی نظام سلامت می‌باشد. بر اساس نظرات Suter، یکی از اصول سیستم‌های کاملاً یکپارچه، تداوم اطلاعات است که باید به طور هم‌زمان، دسترسی به اطلاعات و امنیت آن‌ها نیز مورد توجه قرار گیرد (۲۰). بیشتر مطالعات مورد بررسی نیز به اهمیت توسعه سیستم‌های اطلاعاتی، دسترسی آنلاین به اطلاعات و تضمین امنیت اطلاعات اشاره می‌کنند (۲۲، ۲۱، ۱۶، ۱۵، ۷) که نتایج تحقیق حاضر را تأیید کرد. همچنین، در پژوهش حاضر، وجود سیستم نظارت و گزارش‌دهی و سیستم کنترل عملکرد نیز به عنوان گویه مؤثر بر یکپارچگی عملکردی- اطلاعاتی مطرح گردید که با نتایج برخی مطالعات (۱۶، ۷) همخوانی داشت.

یافته‌های بررسی حاضر به اهمیت مدیریت منابع مالی و استفاده از پاداش‌های مالی اشاره نمود که در دیگر تحقیقات نیز به نقش این موارد در تسهیل یکپارچگی اشاره شده است (۲۴، ۲۳). Brandt و همکاران نیز شفافیت اطلاعات و به کار بردن انگیزه‌های مالی و غیر مالی را به عنوان استراتژی‌های تسهیل‌کننده یکپارچگی مطرح نمودند (۲۵) که تأییدی بر نتایج پژوهش حاضر می‌باشد.

به طور کلی، نتایج حاکی از آن بود که ارتباط دادن سیستم‌های مالی، مدیریتی و اطلاعاتی نقش مؤثری را در یکپارچگی عملکردی- اطلاعاتی ایفا

References

1. Antunes V, Moreira P. Approaches to developing integrated care in Europe: A systematic literature review. *J Manag Marketing Healthc* 2011; 4(2): 129-35.
2. Enthoven AC. Integrated delivery systems: The cure for fragmentation. *Am J Manag Care* 2009; 15(10 Suppl): S284-S290.
3. Moore KD, Coddington DC. Multiple paths to integrated health care. *Healthc Financ Manage* 2009; 63(12): 46-54.
4. Armitage GD, Suter E, Oelke ND, Adair CE. Health systems integration: State of the evidence. *Int J Integr Care* 2009; 9: e82.

5. van der Heiden AB. The advantages and disadvantages of insurer-provider integration: What are implications for Dutch health care policy? [MSc Thesis]. Rotterdam, Netherlands: Erasmus Universiteit Rotterdam; 2013.
6. Gaynor M. Is vertical integration anticompetitive? Definitely maybe (but that's not final). *J Health Econ* 2006; 25(1): 175-80.
7. Pike B, Mongan D. The integration of health and social care services [Online]. [cited 2014]; Available from: URL: www.hrb.ie/files/The_integration_of_health_and_social_care_services_2014.pdf
8. Kodner DL. All together now: A conceptual exploration of integrated care. *Healthc Q* 2009; 13 Spec No: 6-15.
9. Contandriopoulos AP. The integration of health care: Dimensions and implementation. Montreal, Canada: GRIS, University of Montreal; 2004.
10. Lyngso AM, Godtfredsen NS, Frolich A. Interorganisational integration: Healthcare professionals' perspectives on barriers and facilitators within the Danish healthcare system. *Int J Integr Care* 2016; 16(1): 4.
11. Veil A, Hébert R. Measuring the integration of services between stakeholders in the continuum of services for the elderly in three territories. In: Hébert R, Tourigny A, Raiche M, Editors. *Integration of services for disabled people: Research leading to action*; 2008. Edison, NJ: Québec; 2008.
12. Billings JR, Malin M. Definitions of integrated care from the stakeholder perspective. In: Billings J, Leichsenring K, Editors. *Integrating health and social care services for older persons: evidence from nine European countries*. Farnham, UK: Ashgate; 2005. p. 51-78.
13. Davari M. The economic challenges of the Iranian health system. *Health Inf Manage* 2011; 8(7): 915-7. [In Persian].
14. McCarthy D, Mueller K, Wrenn J. Geisinger health system: Achieving the potential of system integration through innovation, leadership, measurement, and incentives. New York, NY: The Commonwealth Fund; 2009.
15. Curry N, Ham C. Clinical and service integration. The route to improved outcomes. *Int J Integr Care* 2012; 12: e199.
16. McCarthy D, Mueller K. Kaiser permanente: Bridging the quality divide with integrated practice, group accountability, and health information technology. New York, NY: The Commonwealth Fund; 2009.
17. Sibiyá MV. A model for the integration of primary health care services in KwaZulu-Natal, South Africa [Online]. [cited 2009]; Available from: URL: <https://openscholar.dut.ac.za/handle/10321/453>
18. Pillay Y, Leon N, Wilson T, Asia B, Barron P, Dudley L. Guidelines for functional integration: A key strategy towards the full implementation of the district health system. Pretoria, South Africa: South Africa Department of Health; 2002.
19. Pillay Y. Guidelines on Functional Integration: What is it and how to Implement and Evaluate it. Pretoria, South Africa: South Africa Department of Health; 2002.
20. Suter E1, Oelke ND, Adair CE, Armitage GD. Ten key principles for successful health systems integration. *Healthc Q* 2009; 13: 16-23.
21. Rosen R, Mountford J, Lewis G, Lewis R, Shand J, Shaw S. Integration in action: Four international case studies: Delivering high-quality integrated care is challenging [Online]. [cited 2011]; Available from: URL: <https://www.nuffieldtrust.org.uk/research/integration-in-action-four-international-case-studies>
22. McCarthy D, Mueller K, Wrenn J. Mayo clinic: Multidisciplinary teamwork, physician-led governance, and patient-centered culture drive world-class health care. New York, NY: The Commonwealth Fund; 2009.
23. Lankhorst EK, Spreeuwenberg C. The Netherlands. In: Nolte E, Knai C, McKee M, Editors. *Managing chronic conditions: Experience in eight countries*. Geneva, Switzerland: WHO Regional Office Europe; 2008. p. 97.
24. Ahgren B, Axelsson R. A decade of integration and collaboration: The development of integrated health care in Sweden 2000-2010. *Int J Integr Care* 2011; 11 Spec Ed: e007.
25. Brandt S, Hartmann J, Hohner S. How to design a successful disease-management program: Five characteristics can help ensure that a disease-management program achieves its clinical and financial goals. New York, NY: McKinsey & Company; 2010.
26. Valentijn PP, Schepman SM, Opheij W, Bruijnzeels MA. Understanding integrated care: A comprehensive conceptual framework based on the integrative functions of primary care. *Int J Integr Care* 2013; 13: e010.
27. Thistlewaite P. Integrating Health and Social Care in Torbay: Improving Care for Mrs Smith. London, UK: The King's Fund; 2011.
28. Ham C. Working Together for Health: Achievements and Challenges in the Kaiser NHS Beacon Sites Programme [Report]. Birmingham, UK: Birmingham City University; 2010.
29. Ahgren B. Chain of care development in Sweden: Results of a national study. *Int J Integr Care* 2003; 3: e01.

Functional-Informational Factors Affecting Health System Integration

Bayaneh Seyedamini¹, Leila Riahi², Mahmoud Mahmoudi-Majdabadifarahani³,
Seyed Jamaledin Tabibi⁴, Iravan Masoudi-Asl⁵

Original Article

Abstract

Introduction: Integration in the health system has many benefits for patients, providers, and the system itself. This research was conducted to determine the functional and informational variables affecting the integration of Iranian health system in period of years 2017-18.

Methods: The present exploratory study was conducted in two phases. In the first phase, factors affecting health system integration were extracted from the literature as well as from interviews with experts in healthcare administration. In the second phase, data from the first phase were integrated, and a model of health system integration was designed resulting in a researcher-made questionnaire. The model was validated through qualitative (i.e., expert opinion), and quantitative (i.e., exploratory and confirmatory factor analysis) approaches. The data were collected from 506 specialists in hospitals in 5 provinces of Iran. Exploratory and confirmatory factor analysis was used to analyze the data.

Results: According to the results of exploratory factor analysis in the functional-information dimension, "information management" was the most important item with 0.665 of factor load. Regarding the standard coefficient of confirmatory factor analysis, the effect of the functional-information factor on integration was 0.95. The existence of a referral system, the existence of a decision supporting system, and the management of financial resources, also had the greatest importance in the integration of the health system with 0.79 of factor load.

Conclusion: The health system can provide the necessary support for health system integration through management of financial, human, and information resources, as well as the development of information systems and electronic health records, and performance monitoring. It can also integrate clinical, financial, and management information in order to improve the quality of care.

Keywords: Systems Integration; Integrated Health Care Systems; Integrated Advanced Information Management Systems; Healthcare Systems

Received: 24 Apr., 2018

Accepted: 2 July, 2018

Published: 06 Aug., 2018

Citation: Seyedamini B, Riahi L, Mahmoudi-Majdabadifarahani M, Tabibi SJ, Masoudi-Asl I. **Functional-Informational Factors Affecting Health System Integration.** Health Inf Manage 2018; 15(3): 99-105

Article resulted from PhD thesis No. 2870275102 funded by Sciences and Research Branch, Islamic Azad University, Tehran.

1- PhD Candidate, Health Services Management, Department of Health Services Management, Sciences and Research Branch, Islamic Azad University, Tehran, Iran

2- Assistant Professor, Health Services Management, Department of Health Services Management, Sciences and Research Branch, Islamic Azad University, Tehran, Iran (Corresponding Author) Email: riahi@srbiau.ac.ir

3- Professor, Biostatistics, Department of Health Services Management, Sciences and Research Branch, Islamic Azad University, Tehran, Iran

4- Professor, Planning and Development in Higher Education, Department of Health Services Management, Sciences and Research Branch, Islamic Azad University, Tehran, Iran

5- Associate Professor, Health Services Management, Majlis Research Center, Tehran, Iran

ارایه مدل زنجیره تأمین بیمارستانی رقابت‌پذیر در بیمارستان‌های خصوصی تهران

سید محمدحسین حسینی¹، محمدرضا حمیدی‌زاده²، بهمن حاجی‌پور³، عباسعلی حاجی‌کریمی³

مقاله پژوهشی

چکیده

مقدمه: رقابت‌پذیری زنجیره تأمین بیمارستانی، نشان دهنده قابلیت یک بیمارستان در ارایه خدمات در رقابت با دیگر بیمارستان‌ها است. زنجیره تأمین بیمارستانی رقابت‌پذیر، توانایی رقابت با سایر بیمارستان‌ها را در ارایه خدمات به بیماران دارد. هدف از انجام پژوهش حاضر، ارایه مدل زنجیره تأمین بیمارستانی رقابت‌پذیر بود.

روش بررسی: این مطالعه به روش کیفی - کمی انجام شد. در مرحله اول با بررسی پیشینه پژوهش به روش فراترکیب و انجام ۱۲ مصاحبه اکتشافی با افراد مطلع کلیدی بیمارستان‌های خصوصی، مؤلفه‌های رقابت‌پذیری زنجیره تأمین بیمارستانی استخراج و پس از دریافت نظر خبرگان با روش مصاحبه کانونی، با مشارکت ۸ نفر از متخصصان حوزه بهداشت و درمان کشور، مدل عملیاتی پژوهش طراحی و سنجه‌های پرسش‌نامه بر اساس نسبت اعتبار محتوا تأیید گردید. جامعه آماری تحقیق در بخش کمی شامل رئیس و معاونان بیمارستان‌های خصوصی فعال شهر تهران (۷۳ بیمارستان) بود (۲۳۸ نفر). برای اطمینان، ۲۷۲ پرسش‌نامه برای مدیران ارشد ۳۴ بیمارستان خصوصی ارسال شد که ۲۴۴ پرسش‌نامه جمع‌آوری گردید. برای بررسی پایایی از ضریب Cronbach's alpha و پایایی ترکیبی استفاده گردید. داده‌ها به روش مدل‌سازی معادلات ساختاری، با رویکرد حداقل مربعات جزئی مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

یافته‌ها: سازه‌های سه‌گانه پیشران‌های رقابت‌پذیری (شامل متغیرهای استراتژی، فن‌آوری اطلاعات، سرمایه انسانی، یکپارچگی و منابع فیزیکی)، عوامل رقابت‌پذیری (شامل تخصص‌گرایی، پاسخ به تقاضا، برون‌سپاری، روابط با تأمین‌کنندگان، استانداردهای، تسهیم اطلاعات، گردشگری سلامت و سبک مدیریت) و عملکرد رقابتی زنجیره تأمین (شامل مشتری، مالی، فرایندهای سازمانی و یادگیری و نوآوری) به عنوان مؤلفه‌های اصلی مدل رقابت‌پذیر زنجیره تأمین بیمارستانی شناسایی شد.

نتیجه‌گیری: شاخص‌های شناسایی شده، چارچوب جامعی را برای افزایش رقابت‌پذیری زنجیره تأمین بیمارستانی فراهم می‌کند که با به کارگیری آن، عملکرد زنجیره تأمین بیمارستان در برابر رقبای بهبود می‌یابد.

واژه‌های کلیدی: تأمین بیمارستانی؛ خدمات متمرکز بیمارستانی؛ بیمارستان‌های خصوصی؛ رقابت مدیریت شده

تاریخ انتشار: ۱۳۹۷/۵/۱۵

پذیرش مقاله: ۱۳۹۷/۴/۶

دریافت مقاله: ۱۳۹۶/۱۲/۲۳

ارجاع: حسینی سید محمدحسین، حمیدی‌زاده محمدرضا، حاجی‌پور بهمن، حاجی‌کریمی عباسعلی. ارایه مدل زنجیره تأمین بیمارستانی رقابت‌پذیر در بیمارستان‌های خصوصی تهران. مدیریت اطلاعات سلامت ۱۳۹۷؛ ۱۵ (۳): ۱۱۳-۱۰۶

بیشتری برخوردار می‌باشد و این عامل سبب افزایش رقابت بین بیمارستان‌های خصوصی شده است (۴). در سال‌های اخیر مراکز بهداشتی غیر دولتی با تمرکز بر تخصص‌گرایی و رشد به منظور افزایش رقابت‌پذیری و بهبود عملکرد خود، گام‌های چشمگیری برداشته‌اند (۵). در این بین، بیمارستان‌ها که در تلاش برای بهبود عملکرد و درآمدهای مالی خود بوده‌اند، با چالش‌های اساسی روبه‌رو

مقاله حاصل پایان‌نامه دکتری تخصصی با شماره ۳۶۴۰۴ می‌باشد که با حمایت دانشگاه شهید بهشتی انجام شده است.

۱- دانشجوی دکتری، مدیریت استراتژیک، گروه مدیریت بازرگانی، دانشکده مدیریت و حسابداری، دانشگاه شهید بهشتی، تهران، ایران (نویسنده طرف مکاتبه)

Email: ir.hoseyni110@gmail.com

۲- استاد، مدیریت بازرگانی، گروه مدیریت بازرگانی، دانشکده مدیریت و حسابداری، دانشگاه شهید بهشتی، تهران، ایران

۳- دانشیار، مدیریت بازرگانی، گروه مدیریت بازرگانی، دانشکده مدیریت و حسابداری، دانشگاه شهید بهشتی، تهران، ایران

مقدمه

با تشدید رقابت از اواسط دهه ۹۰، چالش سازمان‌ها در خصوص ارایه محصولات و خدمات در زمان و مکان مناسب با بهترین کیفیت و کمترین هزینه بیشتر شده است. سازمان‌ها به این نتیجه رسیده‌اند که دیگر بهبود کارایی در داخل یک سازمان برای حضور در بازار رقابت کافی نیست و باید کل زنجیره تأمین به صورت رقابتی درآید (۱). زنجیره تأمین بهداشت و درمان نیز از این قاعده مستثنی نیست. طراحی سیستم زنجیره تأمین بیمارستانی که قادر به ارایه خدمات بهداشتی و درمانی با کیفیت به مراجعان خود باشد، به چالشی کلیدی برای اقتصادهای پیشرفته و در حال توسعه تبدیل شده است (۲). ارایه خدمات بهداشتی و درمانی با کیفیت بالا و هزینه بهینه، در سال‌های اخیر به طور فزاینده‌ای جزء اهداف مدیریت زنجیره تأمین بیمارستانی مورد توجه قرار گرفته است (۳).

بیمارستان‌ها در نظام سلامت ایران به دو دسته دولتی و خصوصی تقسیم می‌شوند که نقش دولت در زنجیره تأمین بیمارستان‌های خصوصی اغلب به صورت نظارتی است. از این‌رو، بخش خصوصی در سیاست‌گذاری‌های سلامت از آزادی

از انجام مطالعه، شناسایی عوامل و مؤلفه‌های رقابت‌پذیری زنجیره تأمین بیمارستانی و ارایه مدل زنجیره تأمین رقابت‌پذیر بیمارستان‌های خصوصی شهر تهران بود.

روش بررسی

این پژوهش به روش ترکیبی متوالی انجام شد. ابتدا با بررسی پیشینه پژوهش در زمینه رقابت‌پذیری زنجیره تأمین با بهره‌گیری از ۶۷ مقاله که با استفاده از روش فراترکیب از بانک‌های اطلاعاتی آنلاین استخراج شدند، سازه‌های سه‌گانه مدل مفهومی تحقیق شناسایی گردید. سازه‌ها و متغیرهای حاصل از مرور ادبیات عبارت از «سازه پیشران‌های رقابت‌پذیری شامل متغیرهای استراتژی، سرمایه انسانی، فن‌آوری اطلاعات و یکپارچگی»، «سازه عوامل رقابت‌پذیری شامل متغیرهای تخصص‌گرایی، پاسخ به تقاضا، برون‌سپاری، روابط با تأمین‌کنندگان، تسهیم اطلاعات و استانداردهای داخلی» و «سازه عملکرد رقابتی شامل متغیرهای مالی، مشتری، فرایندهای داخلی، یادگیری و نوآوری» می‌باشد. جدول ۱ منابع طراحی مدل مفهومی اولیه را نشان می‌دهد.

شده‌اند که از جمله مهم‌ترین این چالش‌ها می‌توان به افزایش هزینه‌های خدمات بیمارستانی، سرعت پایین تأمین داده در زنجیره، کیفیت پایین ورودی‌های زنجیره تأمین، واسطه‌گری در زنجیره تأمین و افزایش انتظارات بیماران از کیفیت خدمات بیمارستانی اشاره کرد. با توجه به تقاضای روزافزون مشتریان بیمارستانی، زنجیره تأمین بیمارستانی نیازمند عملکرد بهتری در بازار متلاطم این حوزه به منظور خلق و یا حفظ مزیت رقابتی خود است (۶). این در حالی است که با افزایش سطح انتظارات بیماران، رقابت بین مراکز درمانی برای جلب بیشتر بیمار، کاهش هزینه‌های درمانی و ارایه بهتر خدمات بهداشتی و درمانی در بخش خصوصی بیشتر شده است (۷). از آن‌جا که تنها چند پژوهش به بررسی مفهوم رقابت در زنجیره تأمین بخش خدمات پرداخته‌اند (۸، ۹) و مطالعه‌ای تخصصی در زمینه رقابت‌پذیری زنجیره تأمین بیمارستانی و عوامل تأثیرگذار بر آن در کشور وجود ندارد، بررسی ابعاد رقابت‌پذیری زنجیره تأمین بیمارستان‌های خصوصی شهر تهران از طریق تعیین مؤلفه‌ها و شاخص‌های خاص آن، ضروری به نظر می‌رسد. تحقیق حاضر بر مبنای مدل‌های مفهومی حاصل از پیشینه پژوهش و نظرات خبرگان این زمینه، به ارزیابی چند وجهی مفهوم رقابت‌پذیری در زنجیره تأمین بیمارستانی پرداخت. بر این اساس، هدف

جدول ۱: منابع به دست آمده از مدل بر اساس پیشینه پژوهش

پژوهش	روابط	پیشران‌های رقابت‌پذیری با رقابت‌پذیری زنجیره تأمین	پیشران‌های رقابت‌پذیری و عملکرد زنجیره تأمین	عوامل رقابت‌پذیری با عملکرد زنجیره تأمین
* Chakraborty و Dobrzykowski (۱۰)				
* Rivard-Royer و همکاران (۱۱)			*	
* Kim (۱۲)		*	*	
* McKone-Sweet و همکاران (۱۳)			*	
* Klein و همکاران (۱۴)			*	*
* Scheuer و Augurzky (۱۵)			*	*
* Ovretveit و همکاران (۱۶)			*	
* Del Vecchio و Benfatto (۱۷)		*	*	
* Kumar و همکاران (۱۸)		*	*	
* Gertler و Cuellar (۱۹)		*	*	
* Chandra (۲۰)			*	
* Wiley-Patton و Woosley (۲۱)			*	
* Potter و Haszlinna Mustaffa (۲۲)		*	*	*
* Hees و Tiwari (۲۳)			*	*
* Kritchanchai (۲۴)			*	*
* Samuel و همکاران (۲۵)		*	*	
* Lee (۲۶)		*	*	
* Behzad و همکاران (۲۷)			*	*
* Boeck و Bendavid (۲۸)			*	
* Tan و Yap (۲۹)		*	*	
* Raja و Acharyulu (۳۰)			*	
* Delaney و همکاران (۳۱)			*	
* Sheng و همکاران (۳۲)		*	*	
* Chen و همکاران (۳۳)		*	*	

جدول ۲: ضریب روایی و پایایی پرسشنامه

متغیر	میانگین واریانس استخراج شده	ضریب پایایی مرکب	ضریب پایایی Cronbach's alpha
عملکرد رقابتی	۰/۸۵۳	۰/۸۷۳	۰/۶۱۵
عوامل رقابتی	۰/۹۱۱	۰/۹۱۹	۰/۵۹۱
پیشران‌های رقابتی	۰/۷۹۰	۰/۸۳۹	۰/۷۰۱

حجم نمونه با استفاده از فرمول Cochran، ۲۲۸ نفر برآورد شد. برای اطمینان، ۲۷۲ پرسش‌نامه برای مدیران ارشد و میانی ۳۴ بیمارستان با روش نمونه‌گیری تصادفی طبقه‌ای (بر اساس رتبه‌بندی بیمارستانی و اشراف هر یک از دانشگاه‌های علوم پزشکی بر آن‌ها) ارسال گردید. از این تعداد، ۲۴۴ پرسش‌نامه جمع‌آوری شد. لازم به ذکر است کهک از مجموع بیمارستان‌های خصوصی شهر تهران، ۳۵ بیمارستان تحت نظر دانشگاه علوم پزشکی ایران، ۱۱ بیمارستان تحت نظر دانشگاه علوم پزشکی تهران و ۲۷ بیمارستان تحت نظر دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی بود. از آنجایی که تعداد نمونه‌های تحقیق جهت انجام مدل معادلات ساختاری با رویکرد واریانس محور کم بود و توزیع داده‌ها نرمال نبود، رویکرد حداقل مربعات جزئی رویکرد مناسبی جهت مدل‌سازی معادلات ساختاری پژوهش می‌باشد. داده‌های جمع‌آوری شده با استفاده از نرم‌افزار SmartPLS نسخه ۳ مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. شکل ۱ مراحل انجام مطالعه را نشان می‌دهد.

شکل ۲ مدل عملیاتی تحقیق (شامل ۳ سازه اصلی و ۱۶ متغیر پنهان) را پس از اجرای مصاحبه‌های کانونی نشان می‌دهد. به منظور اطمینان از برازش مدل بر اساس داده‌های جمع‌آوری شده، از تحلیل عاملی تأییدی استفاده گردید و با حذف مسیرهایی که معنی‌داری آن‌ها تأیید نشد، اصلاحات لازم بر روی مدل انجام گرفت. این کار برای هر یک از سازه‌های سه‌گانه مدل انجام شد. پس از بررسی سازه‌های سه‌گانه «پیشران‌های رقابت‌پذیری، عوامل رقابت‌پذیری و عملکرد رقابتی» و اعمال اصلاحات لازم، قابلیت تعمیم‌پذیری هر یک از آن‌ها نیز بررسی گردید.

یافته‌ها

بر اساس شکل ۳ و پس از اصلاح سازه‌ها، نتایج نهایی تحلیل عاملی تأییدی مدل زنجیره تأمین بیمارستانی رقابت‌پذیر ارائه گردید. پیشران‌های رقابت‌پذیری زنجیره تأمین بیمارستانی با ۵ بعد «استراتژی، فن‌آوری اطلاعات، سرمایه انسانی، یکپارچگی و منابع فیزیکی» و ۲۷ سنجه؛ عوامل رقابت‌پذیری با ۸ بعد «تخصص‌گرایی، مدیریت تقاضا، استانداردسازی، تسهیم اطلاعات، روابط با تأمین‌کنندگان، برون‌سپاری، گردشگری سلامت و سبک مدیریت» و ۴۲ سنجه و عملکرد رقابتی با ۴ بعد «مالی، مشتری، فرایندهای داخلی و یادگیری و نوآوری» و (۲۵ سنجه) مورد تأیید قرار گرفت. در جدول ۳ ضرایب مسیر بین متغیرهای پنهان مدل ارائه شده است. بر اساس نتایج تحقیق حاضر، پیشران‌های رقابت‌پذیری تأثیر مثبت و معنی‌داری بر رقابت‌پذیری زنجیره تأمین بیمارستانی داشت.

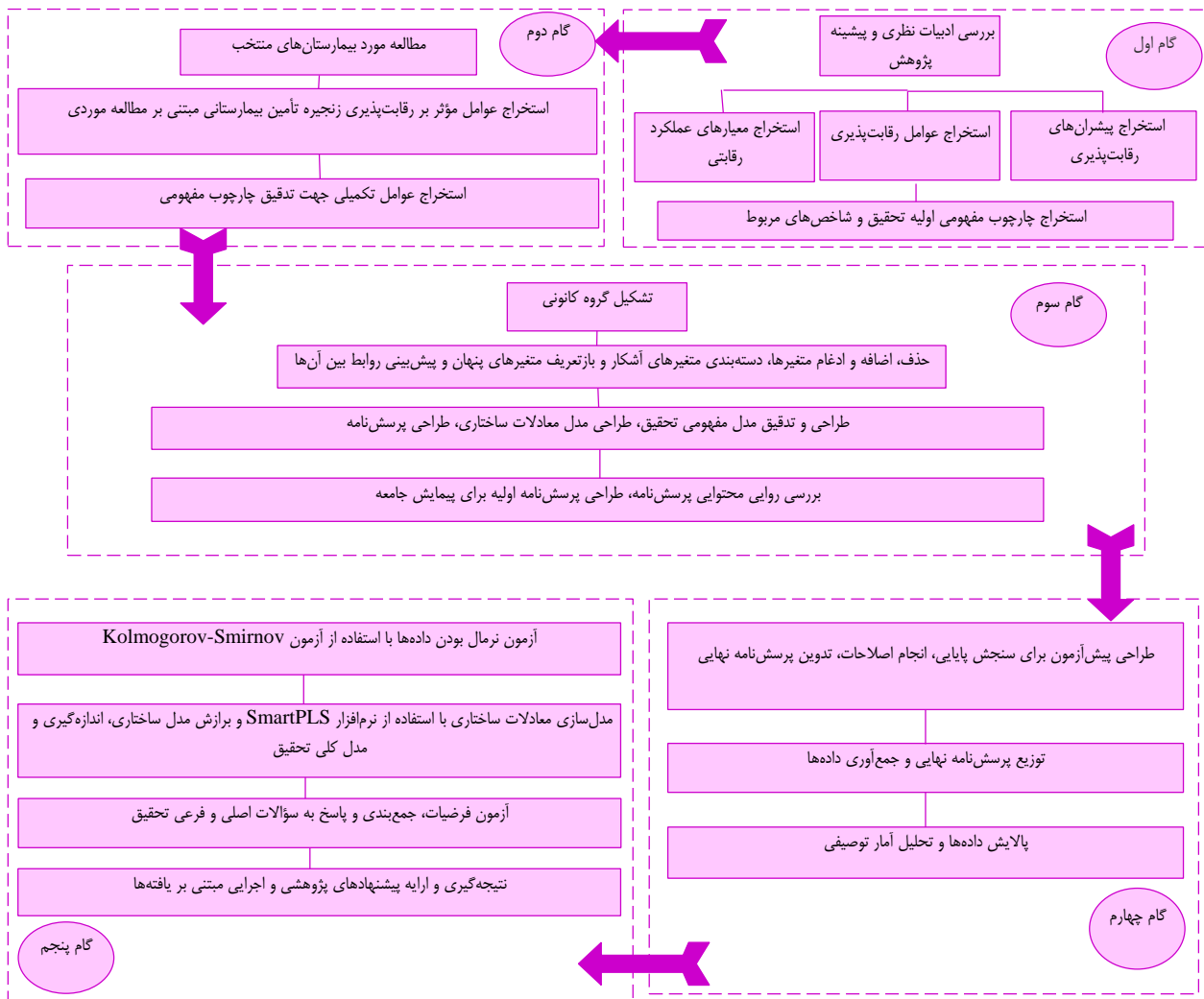
در مرحله دوم با استفاده از راهبرد مطالعه موردی و نمونه‌گیری هدفمند، از بین بیمارستان‌های خصوصی شهر تهران که بر اساس اعتبارسنجی وزارت بهداشت حایز رتبه عالی بودند، ۱۲ مصاحبه اکتشافی با مطلعان کلیدی (۴ بیمارستان) انجام گرفت و با «تحلیل محتوای جهت‌دار» مصاحبه‌ها طی فرایند نظام‌مند کدگذاری و مشاهده تکرار داده‌ها، کفایت نظری به دست آمد و انجام مصاحبه‌ها متوقف گردید. مصاحبه‌ها به صورت حضوری انجام گرفت و با کسب اجازه از مصاحبه‌شوندگان ضبط گردید. فایل‌های صوتی پس از پیاده‌سازی برای مصاحبه‌شوندگان ارسال شد تا در صورت نیاز مورد بازنگری قرار گیرد. فایل‌های نهایی پس از عودت، در بانک داده‌های هر بیمارستان قرار داده شد.

بر اساس نتایج مصاحبه‌های اکتشافی، متغیر «منابع فیزیکی» به عنوان یکی از پیشران‌های رقابت‌پذیری به سازه پیشران‌های رقابت‌پذیری اضافه گردید. همچنین، متغیرهای «گردشگری سلامت» و «سبک مدیریت» به سازه عوامل رقابت‌پذیری زنجیره تأمین اضافه شد. با وجود جمع‌آوری سنجه‌های مختلف در سازه عملکرد رقابتی زنجیره تأمین، متغیر جدیدی به دست نیامد و شاخص‌های حاصل شده ذیل متغیرهای موجود دسته‌بندی گردید.

در مرحله سوم، به منظور اعتباریابی یافته‌های دو مرحله قبل و با استفاده از روش گروه کانونی و مشارکت ۸ نفر از خبرگان موضوعی و عملی در زمینه زنجیره تأمین بیمارستانی با ویژگی مشترک تحصیلات عالی (دکتری و بالاتر)، حداقل سابقه کاری ۱۰ سال، تخصص در زمینه زنجیره تأمین بیمارستانی و مدیریت یا تخصص در زنجیره تأمین بیمارستانی و علوم پزشکی و درمانی، عوامل و شاخص‌های مربوط به مفاهیم و متغیرهای اصلی تحقیق (پیشران‌های رقابت‌پذیری، عوامل رقابت‌پذیری و عملکرد رقابتی زنجیره تأمین بیمارستانی) که از مرور ادبیات و مطالعات موردی اکتشافی استخراج شده بود، به بحث گذاشته شد. پس از ارائه توضیحات، تبادل نظر و اقدامات اصلاحی همچون تفکیک، ادغام و متناسب‌سازی معیارها، کلیه متغیرهای استخراج شده در مرحله مرور ادبیات و مصاحبه‌های اکتشافی مورد تأیید خبرگان قرار گرفت و تکنیک مدل‌سازی گروهی برای طراحی مدل اولیه معادلات ساختاری استفاده گردید و ساختار عاملی شناسایی شده مبنای تعریف فرضیاتی قرار داده شد که روابط بین سازه‌ها را نشان می‌داد. استفاده از این روش در حقیقت تضمین‌کننده روایی محتوایی مدل می‌باشد.

به منظور سنجش صحت و اعتبار هر یک از اجزا و معیارهای پیشنهادی در چارچوب ارائه شده، از شاخص نسبت اعتبار محتوا استفاده و سؤالات مربوط به پرسش‌نامه پیمایشی نهایی شد. چارچوب نهایی پرسش‌نامه بر اساس طیف پنج درجه‌ای لیکرت با رتبه‌بندی ۵ = خیلی خوب، ۴ = خوب، ۳ = متوسط، ۲ = ضعیف و ۱ = خیلی ضعیف) شامل ۱۲۸ سنجه تشکیل شد. پایایی پرسش‌نامه به وسیله ضریب Cronbach's alpha و پایایی مرکب بر اساس داده‌های جمع‌آوری شده از پیش‌آزمون پرسش‌نامه که در آن ۳۰ نفر از جامعه آماری پژوهش شرکت نمودند، به دست آمد که ضرایب حاصل از هر دو شاخص بیشتر از ۰/۷۰ بود. جدول ۲ ضریب روایی و پایایی ابزار سنجش را نشان می‌دهد.

در مرحله بعد، پرسش‌نامه استاندارد بین جامعه پژوهش به تعداد ۶۲۰ نفر مدیران ارشد و میانی بیمارستان‌های مورد مطالعه (۷۳ بیمارستان با رتبه‌بندی عالی، درجه ۱، درجه ۲ و درجه ۳) که شامل رئیس بیمارستان، مدیر داخلی، مدیر فنی، مدیر پرستاری، مدیر دارو و درمان، مدیر مالی، مدیر آموزش و مدیر اداری و پشتیبانی بودند، توزیع گردید.

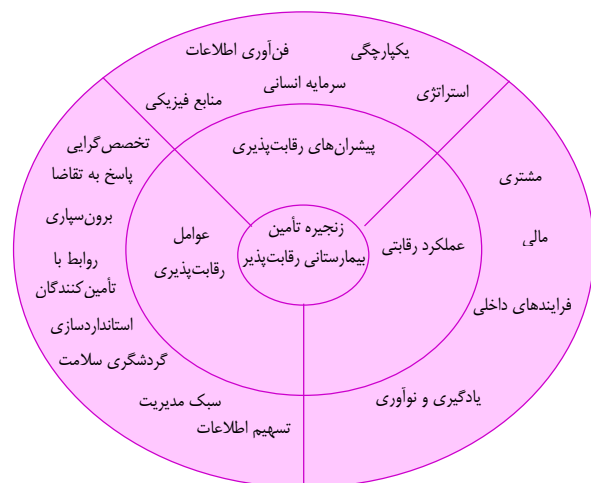


شکل ۱: مراحل پنج‌گانه اجرای پژوهش

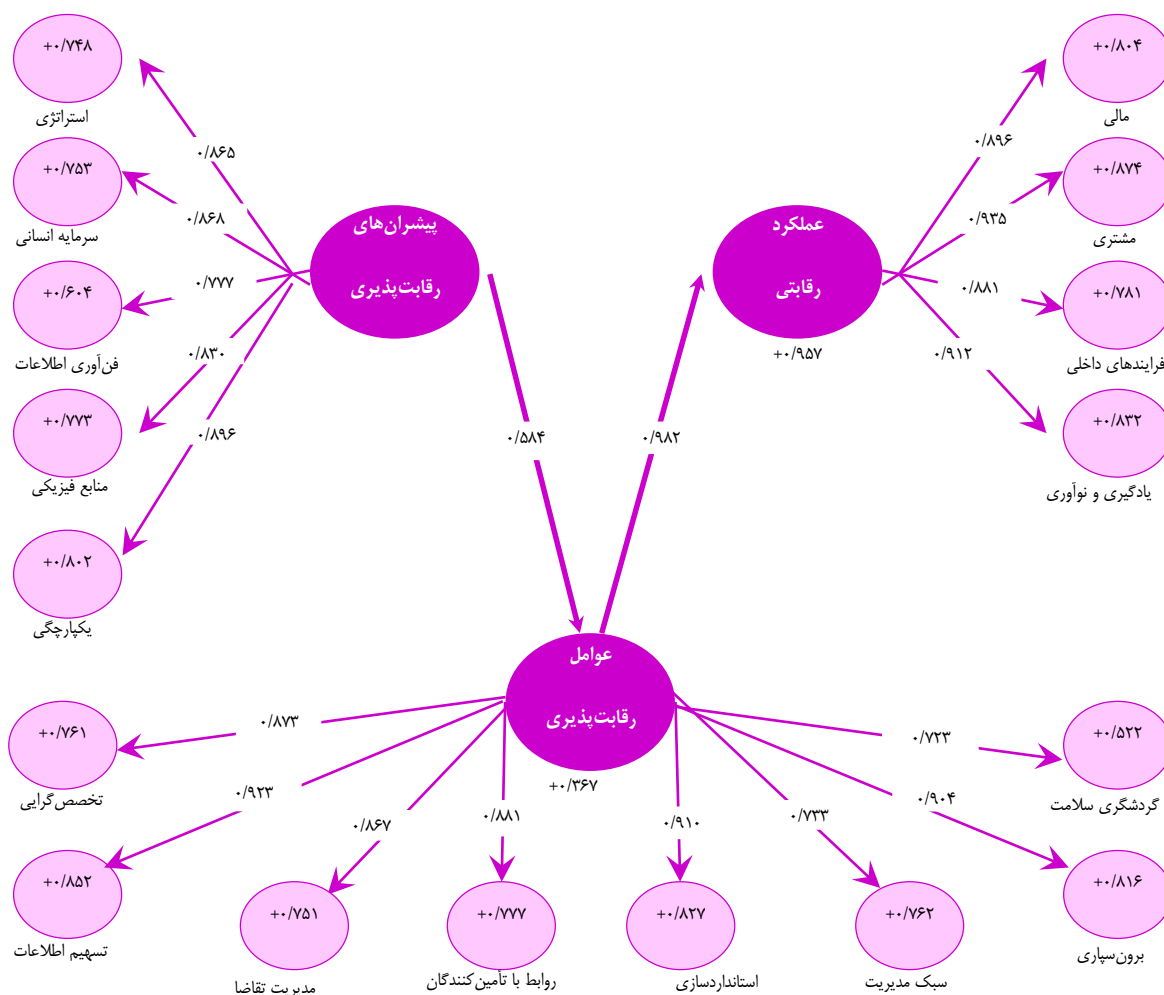
همچنین، رقابت‌پذیری زنجیره تأمین تأثیر مثبت و معنی‌داری را بر عملکرد زنجیره تأمین بیمارستانی نشان داد، اما پیشران‌های رقابت‌پذیری بر عملکرد رقابتی بیمارستان‌ها اثر معنی‌داری نداشت. بر اساس داده‌های جدول ۳، بیشترین همبستگی بین سازه عوامل رقابت‌پذیری و سازه عملکرد رقابتی زنجیره تأمین مشاهده گردید.

مهم‌ترین شاخص برازش و درستی مدل، خطای جذر میانگین مربعات بود. این شاخص تفاوت بین الگوی ساخته شده با داده‌های تجربی را نشان می‌دهد. اگر مقدار این شاخص بیشتر از ۰/۰۸ باشد، برازش قابل قبولی نتیجه‌گیری می‌شود و اگر بالای ۰/۱ باشد، برازش خوب استنباط می‌شود که مقدار این شاخص در پژوهش حاضر، ۰/۲۶۸ به دست آمد.

جهت بررسی قابلیت تعمیم مدل نیز مقادیر P استخراج گردید. میزان P برای کلیه روابط بین سازه‌های و درون سازه‌های کمتر از ۰/۰۵ به دست آمد. بنابراین، قابلیت تعمیم‌پذیری مدل نیز تأیید گردید.



شکل ۲: مدل عملیاتی زنجیره تأمین بیمارستانی رقابت‌پذیر



شکل ۳: مدل نهایی تحقیق

شناسایی شاخص‌های مربوط به مدیریت تقاضا مشابهت داشت. نتایج تحقیق حاضر گردشگری سلامت را به عنوان یکی از عوامل رقابت‌پذیری بیمارستان‌ها شناسایی نمود که در مطالعات کمتری به عنوان عامل رقابتی شناخته شده است. با این حال حمیدی‌زاده و همکاران با انجام پژوهشی به این نتیجه رسیدند که گردشگری سلامت در بیمارستان‌های ایران به علت برخورداری از پزشکان با مهارت بالا، هزینه پایین و زمان انتظار کوتاه، به عنوان منبعی برای کسب مزیت رقابتی به شمار می‌رود (۳۴) که با یافته‌های مطالعه حاضر همسو بود.

بر اساس نتایج تحقیق حاضر، پیشران‌های رقابت‌پذیری شامل «یکپارچگی، سرمایه انسانی، استراتژی، فن‌آوری اطلاعات و منابع فیزیکی» تأثیر مثبت و معنی‌داری بر عوامل رقابت‌پذیری زنجیره تأمین دارند. بر اساس این مدل، عملکرد رقابتی زنجیره تأمین نیز بر اساس ابعاد مشتری، یادگیری و نوآوری، مالی و فرایندهای داخلی تحت تأثیر عوامل رقابت‌پذیری زنجیره تأمین قرار می‌گیرد. Dobrzykowski و Chakraborty دریافتند که بین دسترسی به اطلاعات و شفافیت اطلاعات با ایجاد شایستگی (عوامل رقابتی) همبستگی مثبت و معنی‌داری وجود دارد.

بحث

بر اساس نتایج به دست آمده از مطالعه حاضر، عوامل رقابت‌پذیری بیشترین تأثیر را بر عملکرد رقابتی زنجیره تأمین بیمارستانی داشتند. مهم‌ترین ابعاد عوامل رقابت‌پذیری عبارت از «تسهیم اطلاعات، استانداردسازی، برون‌سپاری، روابط با تأمین‌کنندگان، تخصص‌گرایی، مدیریت تقاضا، گردشگری سلامت و سبک مدیریت» بود.

Klein و همکاران نیز در تحقیق خود ضمن ذکر موقعیت رقابتی در زنجیره تأمین، به ارتباط با بازیگران زنجیره از طریق تسهیم اطلاعات استراتژیک و شکل‌گیری اعتماد مشترک اشاره نمودند (۱۴) که به عنوان عوامل رقابتی با یافته‌های مطالعه حاضر مطابقت داشت. نتایج پژوهش Augurzky و Scheuer نیز مؤید تأثیر برون‌سپاری بیمارستانی بر عملکرد خدمات بیمارستانی و رضایت بیماران بود (۱۵).

Potter و Haszlinna-Mustaffa در یک مطالعه موردی ضمن طبقه‌بندی عوامل مؤثر بر پاسخگویی بیمارستان‌های مالزی به نیاز مراجعہ‌کنندگان، مدیریت موجودی را مهم‌ترین مؤلفه در افزایش قابلیت بیمارستان جهت پاسخگویی به نیاز بیماران به خصوص در شرایط اضطراری بیان کردند (۲۲) که با یافته‌های بررسی حاضر در

جدول ۳: ضرایب مسیر متغیرهای مدل رقابت‌پذیر زنجیره تأمین

بیمارستانی

ابعاد	پیشران‌های رقابت‌پذیری	عوامل رقابت‌پذیری	عملکرد رقابتی
استراتژی	۰/۸۶۵		
فن‌آوری اطلاعات	۰/۷۷۷		
سرمایه انسانی	۰/۸۶۸		
یکپارچگی	۰/۸۹۶		
منابع فیزیکی	۰/۸۳۰		
تخصص‌گرایی		۰/۸۷۳	
مدیریت تقاضا		۰/۸۶۷	
تسهیم اطلاعات		۰/۹۲۳	
روابط با تأمین‌کنندگان		۰/۸۸۱	
برون‌سپاری		۰/۹۰۴	
سبک مدیریت		۰/۷۶۲	
گردشگری سلامت		۰/۷۲۳	
استانداردسازی		۰/۹۱۰	
مالی		۰/۸۹۶	
مشتری		۰/۹۳۵	
فرایندهای داخلی		۰/۸۸۴	
یادگیری و نوآوری		۰/۹۱۲	
عوامل رقابت‌پذیری	۰/۵۸۴		
عملکرد رقابتی		۰/۹۸۲	

مدیریت زنجیره تأمین در جهت بهبود عملکرد رقابتی زنجیره تأمین بیمارستانی پرداخته شد که مهم‌ترین این عوامل عبارت از «عدم حمایت مدیران، انگیزه‌های منحرف یا متضاد، نیاز به جمع‌آوری داده‌ها و اندازه‌گیری عملکرد، محدودیت آموزش و روابط ناسازگار با شرکای زنجیره تأمین» می‌باشد (۱۳) که با یافته‌های تحقیق حاضر مشابهت داشت.

اتکای نتایج پژوهش به پاسخ‌های شخصی شرکت‌کنندگان در خصوص برخی از متغیرها (مدیریت مالی) به جای استفاده از آمارهای واقعی، از محدودیت‌های این مطالعه به شمار می‌رود؛ چرا که بیمارستان‌ها تمایل چندانی به افشای اطلاعات مالی خود نداشتند. همچنین، به دلیل بدیع بودن موضوع رقابت در بخش بهداشت و درمان، محدودیت‌هایی همچون عدم آگاهی کافی جامعه پژوهش نسبت به اهمیت موضوع، عدم تمایل افراد به همکاری و دشواری دسترسی به نمونه‌ها وجود داشت.

نتیجه‌گیری

با توجه به اهمیت روزافزون رقابت در سطح زنجیره تأمین بیمارستانی، مدیران بیمارستان‌ها باید از چارچوب شاخص‌های کلیدی رقابت‌پذیری زنجیره تأمین بیمارستانی آگاهی داشته باشند. شاخص‌های کلیدی در قالب ۳ سازه، ۱۷ متغیر و ۹۴ شاخص، ابزار جامعی را جهت ارزیابی، شناسایی و رفع شکاف‌های رقابتی-عملکردی زنجیره تأمین بیمارستانی فراهم می‌کند که با استفاده از آن، فرصت بهبود عملکرد این سیستم‌ها فراهم خواهد شد.

پیشنهادها

با توجه به نتایج تحقیق حاضر و میزان تأثیرگذاری هر یک از متغیرها بر عملکرد رقابتی بیمارستان‌ها، پیشنهاد می‌شود که با بهره‌گیری از شاخص‌های هر سازه، اقدامات لازم جهت بهبود عملکرد رقابتی در زمینه‌های مالی، مشتری، فرایندهای داخلی و یادگیری و نوآوری در برنامه‌های راهبردی زنجیره تأمین بیمارستان‌های خصوصی مورد استفاده قرار گیرد.

تشکر و قدردانی

از معاونت درمان وزارت بهداشت و مدیران و معاونین بیمارستان‌های مورد مطالعه که ما را در انجام این پژوهش یاری نمودند؛ تشکر می‌شود.

تضاد منافع

در انجام مطالعه حاضر، نویسندگان هیچ‌گونه تضاد منافی نداشته‌اند.

References

1. Lee SM, Lee D, Schniederjans MJ. Supply chain innovation and organizational performance in the healthcare industry. *International Journal of Operations & Production Management* 2011; 31(11): 1193-214.
2. Andritsos DA, Tang DS. Linking process quality and resource usage: An empirical analysis. *Production and Operations Management* 2014; 23(12): 2163-77.
3. Chandra C, Kumar S, Ghildayal NS. Hospital cost structure in the USA: What's behind the costs? A business case. *Int J Health Care Qual Assur* 2011; 24(4): 314-28.
4. National Institute of Health Research. Five years observatory report of treatment department of Ministry of Health in the Islamic Republic of Iran. Tehran, Iran; Ministry of Health and Medical Education; 2014. [In Persian].

5. National Institute of Health Research. Health Sector Evolution Plan in the field of treatment. Tehran, Iran; Ministry of Health and Medical Education; 2015. [In Persian].
6. Cinar F, Eren E. Organizational learning capacity impact on sustainable innovation: The case of public hospitals. *Procedia Soc Behav Sci* 2015; 181: 251-60.
7. Budgett A, Gopalakrishnan M, Schneller E. Procurement in public & private hospitals in Australia and Costa Rica-a comparative case study. *Health Sys* 2017; 6(1): 56-67.
8. Ganbari R, Karimi E, Mahmoudi M. Designing a model of competition in Iranian public hospital services. *Journal of Healthcare Management* 2009; 1(3): 57-68. [In Persian].
9. Maher A, Hosseini SM, Mohtashami A. Identifying competitive factors affecting Private and public hospital performance based on Porter's generic approach. *Proceedings of the 1st National Conference on Management and Global Economy*; 2017 Feb. 16; Tehran, Iran. [In Persian].
10. Chakraborty S, Dobrzykowski D. Linking service-dominant logic and healthcare supply chain [Online]. [cited 2014]; Available from: URL: <https://www.pomsmeetings.org/confpapers/043/043-0044.pdf>
11. Rivard-Royer H, Landry S, Beaulieu M. Hybrid stockless: A case study: Lessons for health? *Care supply chain integration. International Journal of Operations & Production Management* 2002; 22(4): 412-24.
12. Kim D. An integrated supply chain management system: A case study in healthcare sector. *Proceedings 6th International Conference E-Commerce and Web Technologies, EC-Web 2005*; 2005 Aug 23-26; Copenhagen, Denmark.
13. McKone-Sweet KE, Hamilton P, Willis SB. The ailing healthcare supply chain: A prescription for change. *Journal of Supply Chain Management* 2005; 41(1): 4-17.
14. Klein R, Rai A, Straub DW. Competitive and cooperative positioning in supply chain logistics relationships. *Decision Sciences* 2007; 38(4): 611-46.
15. Augurzy B, Scheuer M. Outsourcing in the German hospital sector. *The Service Industries Journal* 2007; 27(3): 263-77.
16. Ovreteit J, Scott T, Rundall TG, Shortell SM, Brommels M. Improving quality through effective implementation of information technology in healthcare. *Int J Qual Health Care* 2007; 19(5): 259-66.
17. Benfatto MC, Del Vecchio C. Organizational impact of technological innovation on the supply chain management in the healthcare organizations. *Interdisciplinary Aspects of Information Systems Studies* 2008; 71-7.
18. Kumar A, Ozdamar L, Ning Zhang C. Supply chain redesign in the healthcare industry of Singapore. *Supply Chain Management: An International Journal* 2008; 13(2): 95-103.
19. Cuellar AE, Gertler PJ. Strategic integration of hospitals and physicians. *J Health Econ* 2006; 25(1): 1-28.
20. Chandra C. The case for healthcare supply chain management: Insights from problem-solving approaches. *International Journal of Procurement Management* 2008; 1(3): 261-79.
21. Woosley JM, Wiley-Patton S. Decision support in healthcare supply chain management. *Proceedings of the 15th Americas Conference on Information Systems 2009 (AMCIS 2009)*; 2009 Aug 6-9; San Francisco, CA.
22. Haszlinna Mustaffa N, Potter A. Healthcare supply chain management in Malaysia: A case study. *Supply Chain Management: An International Journal* 2009; 14(3): 234-43.
23. Tiwari V, Heese HS. Specialization and competition in healthcare delivery networks. *Health Care Manag Sci* 2009; 12(3): 306-24.
24. Kritchanchai D. A framework for healthcare supply chain improvement in Thailand. *Operations and Supply Chain Management* 2012; 5(2): 103-13.
25. Samuel C, Gonapa K, Chaudhary PK, Mishra A. Supply chain dynamics in healthcare services. *Int J Health Care Qual Assur* 2010; 23(7): 631-42.
26. Lee M. Competitive strategy for successful national university hospital management in the republic of Korea. *Osong Public Health Res Perspect* 2016; 7(3): 149-56.
27. Behzad B, Moraga RJ, Chen SJ. Modelling healthcare internal service supply chains for the analysis of medication delivery errors and amplification effects. *Journal of Industrial Engineering and Management* 2011; 4(4): 554-76.
28. Bendavid Y, Boeck H. Using RFID to improve hospital supply chain management for high value and consignment items. *Procedia Comput Sci* 2011; 5: 849-56.
29. Yap LL, Tan CL. The effect of service supply chain management practices on the public healthcare organizational performance. *International Journal of Business and Social Science* 2012; 3(16): 216-24.
30. Acharyulu GV, Raja SB. Role of value chain strategy in healthcare supply chain management: An empirical study in India. *Int J Manag* 2012; 29(1): 91.
31. Delaney KR, Robinson KM, Chafetz L. Development of integrated mental health care: Critical workforce competencies. *Nurs Outlook* 2013; 61(6): 384-91.
32. Sheng ML, Chang SY, Teo T, Lin YF. Knowledge barriers, knowledge transfer, and innovation competitive advantage in healthcare settings. *Management Decision* 2013; 51(3): 461-78.
33. Chen DQ, Preston DS, Xia W. Enhancing hospital supply chain performance: A relational view and empirical test. *Journal of Operations Management* 2013; 31(6): 391-408.
34. Hamidzadeh M, Javidi H, Mojarrad F. Iran's competitive advantage in medical tourism marketing (open heart and cataract removal surgeries). *Health Inf Manage* 2016; 13(5): 373-9. [In Persian].

A Competitive Model of Supply Chain for Private Hospitals in Tehran, Iran

Seyed Mohammad Hossein Hosseini¹, Mohammadreza Hamidizadeh², Bahman Hajipoor³, Abbasali Hajikarimi³

Original Article

Abstract

Introduction: Hospital supply chain (HSC) competitiveness represents the ability of a hospital to provide its services in competition with other hospitals. The competitive HSC has the ability to compete with other hospitals in provide services to patients. The purpose of this research was to provide a competitive model for HSC.

Methods: This was a mixed-method study. By reviewing the literature using meta-analysis method, and performing 12 exploratory interviews with the key informants of private hospitals, the components of competitive HSC were extracted. Then, the opinions of health professionals in focus group were gathered, the competitive model of HSC was designed, and the indicators of questionnaire were finalized. The statistical population of the study consisted of the directors and assistant directors of private hospitals in Tehran, Iran (73 hospitals), with a sample of 238 people. In order to increase the certainty, 272 questionnaires were sent to top managers of 34 private hospitals, and 244 questionnaires were collected. The content validity of the questionnaire was confirmed by the participation of 17 health professionals in the country. Cronbach's alpha coefficient and composite reliability were used to verify the reliability. Data was analyzed using structural equation modeling with partial least squares approach using SmartPLS 3 software.

Results: Triple constructs of competitiveness leading factors (including strategy, information technology, human resource, and integrity), competitiveness factors (including specialization, demand management, outsourcing, supplier's relationship, standardization, information sharing, and health tourism), and competitive supply chain performance factors (including customer, financial, organizational processes, and learning and innovating) were identified as the main components of the HSC competitive model.

Conclusion: Identified indicators provide a comprehensive framework for increasing the competitiveness of the HSC, which will improve the performance of HSC against competitors.

Keywords: Hospital Purchasing; Centralized Hospital Services; Private Hospitals; Managed Competition

Received: 14 Mar., 2018

Accepted: 27 June, 2018

Published: 06 Aug., 2018

Citation: Hosseini SMH, Hamidizadeh M, Hajipoor B, Hajikarimi A. **A Competitive Model of Supply Chain for Private Hospitals in Tehran, Iran.** Health Inf Manage 2018; 15(3): 106-13

Article resulted from PhD thesis No. 36404 funded by Shahid Beheshti University.

1- PhD Student, Strategic Management, Department of Business Administration, School of Management and Accounting, Shahid Beheshti University, Tehran, Iran (Corresponding Author) Email: ir.hoseyni110@gmail.com

2- Professor, Business Administration, Department of Business Administration, School of Management and Accounting, Shahid Beheshti University, Tehran, Iran

3- Associate Professor, Business Administration, Department of Business Administration, School of Management and Accounting, Shahid Beheshti University, Tehran, Iran

بازار گردشگری پزشکی در بیمارستان‌های منتخب شهر تهران: کاربست خوشه‌بندی

مهدی ابراهیمی^۱، سید امیرحسین طیبی ابوالحسنی^۲، مروارید رستمی^۳

مقاله پژوهشی

چکیده

مقدمه: با توجه به این که گردشگری پزشکی امروزه به یک صنعت تبدیل شده است، شناخت هر چه بهتر بازار این حوزه می‌تواند حایز اهمیت باشد. یکی از راه‌های شناخت بازار و مخاطبان آن، خوشه‌بندی آن‌ها و شناخت ویژگی‌های هر خوشه است. مطالعه حاضر با هدف تعیین و تحلیل متغیرهای جمعیت‌شناختی، جغرافیایی و رفتاری در درون خوشه‌های بازار گردشگری پزشکی انجام شد.

روش بررسی: این پژوهش از نوع توصیفی-پیمایشی بود و داده‌ها با استفاده از ابزار پرسش‌نامه جمع‌آوری شد. بدین منظور، ۱۵۱ پرسش‌نامه به صورت نمونه‌گیری خوشه‌ای یک مرحله‌ای، توسط بیماران خارجی بیمارستان‌های منتخب شهر تهران تکمیل گردید. داده‌های به دست آمده پرسش‌نامه‌ها با استفاده از آزمون K-means و ضریب همبستگی χ^2 در نرم‌افزار SPSS مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

یافته‌ها: چهار خوشه متفاوت اول، دوم، سوم و چهارم شناسایی شد که تفاوت‌های معنی‌داری از لحاظ متغیرهای مورد بررسی با یکدیگر داشتند. به عبارت دیگر، جنسیت، سن، تحصیلات و درآمد به عنوان متغیرهای جمعیت‌شناختی و کشور مبدأ گردشگران نیز به عنوان متغیر جغرافیایی در نظر گرفته شد. متغیرهای رفتاری شامل تعداد دفعات سفر، مدت زمان اقامت در ایران، نوع خدمت درمانی دریافت شده، منبع اصلی اطلاعات برای سفر به ایران، شیوه تنظیم درمان، انجام فعالیت جانبی و نوع آن بود. تفاوت معنی‌داری در اغلب متغیرهای رفتاری میان خوشه‌های متفاوت مشاهده شد.

نتیجه‌گیری: توجه به تفاوت خوشه‌ها باید مد نظر سیاست‌گذاران و فعالان این حوزه قرار گیرد. ارائه برنامه منظم و مدون جهت شناخت و برنامه‌ریزی مناسب برای گردشگران پزشکی عراقی حایز اهمیت است. همچنین، مدیران حوزه گردشگری پزشکی می‌توانند با ارائه برنامه‌های جانبی و همکاری بیمارستان‌ها و آژانس‌ها، هر چه بیشتر از این بازار بالقوه استفاده نمایند.

واژه‌های کلیدی: گردشگری پزشکی؛ بیمارستان‌ها؛ خوشه‌بندی؛ ایران

دریافت مقاله: ۱۳۹۷/۱/۱۳

پذیرش مقاله: ۱۳۹۷/۵/۱۴

تاریخ انتشار: ۱۳۹۷/۵/۱۵

ارجاع: ابراهیمی مهدی، طیبی ابوالحسنی سید امیرحسین، رستمی مروارید. بازار گردشگری پزشکی در بیمارستان‌های منتخب شهر تهران: کاربست خوشه‌بندی. مدیریت اطلاعات سلامت ۱۳۹۷؛ ۱۵ (۳): ۱۱۴-۱۱۹

مقدمه

صنعت گردشگری، صنعتی پویا و چند وجهی است که اثرات مثبتی بر افزایش اشتغال نیروی کار و سایر بخش‌های کشور دارد و یکی از پردرآمدترین صنایع دنیا محسوب می‌شود (۱). در این میان، گردشگری پزشکی به یکی از انواع مهم گردشگری تبدیل شده است (۲). این نوع گردشگری، به گونه‌ای از سفر اطلاق می‌شود که در آن گردشگر به دنبال درمان پزشکی در خارج از کشور خودش است (۳). بنابراین، هدف گردشگران در ابتدا دریافت درمان‌های پزشکی و سپس انجام فعالیت‌های مرتبط با گردشگری می‌باشد که این شرایط، فرصت‌های مناسبی را برای درآمدزایی کشور میزبان ایجاد می‌کند (۴).

هزینه‌های بالای مراقبت‌های بهداشتی در کشورهای صنعتی، سهولت و قیمت مسافرت‌های بین‌المللی و بهبود فن‌آوری و استانداردهای مراقبت در بسیاری از کشورهای جهان، از جمله عواملی است که باعث افزایش محبوبیت این حوزه شده است (۵). طی چند سال گذشته، به تعداد افرادی که به منظور استفاده از خدمات سلامت از کشورهایشان خارج شده‌اند، افزوده شده است (۶) که این افزایش تعداد گردشگران پزشکی به عوامل مختلفی بستگی دارد (۷). در

سبک زندگی معاصر، به دلیل ظهور بیماری‌های مختلف جسمی و روانی، ضرورت گردشگری پزشکی بیشتر شده است (۸). در سطح کلان، دولت‌ها علاقمند به بهره‌مندی از مزایای اجتماعی و اقتصادی ناشی از این صنعت هستند. از این‌رو، گردشگری پزشکی به عنوان یکی از راهبردهای مهم بازاریابی بین‌الملل نیز محسوب می‌گردد (۹). امروزه رقابت فزاینده‌ای بین کشورهای مختلف به ویژه کشورهای در حال توسعه برای جذب گردشگران پزشکی آغاز شده است (۱۰). به عبارت دیگر، افزایش و رشد چشمگیر این‌گونه سفرها، برخی

مقاله حاصل تحقیق مستقل بدون حمایت مالی و سازمانی است.

۱- استادیار، مدیریت بازرگانی، گروه مدیریت بازرگانی، دانشکده مدیریت و حسابداری، دانشگاه علامه طباطبائی، تهران، ایران

۲- دانشجوی دکتری، مدیریت بازرگانی، گروه مدیریت بازرگانی، دانشکده مدیریت و حسابداری، دانشگاه علامه طباطبائی، تهران، ایران (نویسنده طرف مکاتبه)

Email: amirhosseintayebi69@yahoo.com

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

روش بررسی

این تحقیق از نوع توصیفی-پیمایشی و جامعه آماری آن متشکل از بیماران خارجی مراجعه کننده به بیمارستان‌های منتخب شهر تهران بود. با توجه به این که کل بیماران خارجی شمارش شده در این بیمارستان‌ها در بازه زمانی یک ماهه اردیبهشت سال ۱۳۹۶، ۱۷۵ نفر بودند، ۸۶ درصد آنان مشارکت کردند و ۱۵۱ بیمار در پژوهش همکاری داشتند و نمونه‌ها را تشکیل دادند. ضمن این که روش نمونه‌گیری نیز خوشه‌ای یک مرحله‌ای بود و برای این کار، بیمارستان‌های محب، مهر، پارس، آسیا، لاله و پژوهشگاه رویان به عنوان خوشه‌ها انتخاب شدند. لازم به ذکر است که علت انتخاب بیمارستان‌های ذکر شده، بیمارستان‌هایی بود که میزبان گردشگران پزشکی بودند و پس از مکاتبه، حاضر به همکاری شدند.

ابزار پژوهش، پرسش‌نامه بود. ابتدا از پرسش‌نامه Saiprasert (۱۹) به عنوان اساس کار کمک گرفته شد که پس از مشورت با برخی متخصصان گردشگری پزشکی و همچنین، مصاحبه با پزشکان آشنا به حوزه گردشگری پزشکی، برخی از متغیرهای آن تغییر یافت و پرسش‌نامه متناسب با تغییر کشور مقصد (ایران) و گردشگران تهیه گردید. بنابراین، متغیرهای جمعیت‌شناختی مورد بررسی شامل جنسیت، سن، تحصیلات و درآمد بود و کشور مبدأ گردشگران به عنوان متغیر جغرافیایی بررسی شد و متغیرهای رفتاری نیز شامل تعداد دفعات سفر، مدت زمان اقامت در ایران، نوع خدمت درمانی دریافت شده، منبع اصلی اطلاعات برای سفر به ایران، شیوه تنظیم درمان، انجام فعالیت جانبی و نوع فعالیت جانبی بود. به عبارت دیگر، پرسش‌نامه ۲۶ سؤالی از دو بخش اصلی تشکیل شد؛ به گونه‌ای که سؤالات در قسمت اول چند گزینه‌ای بود و برای سنجش متغیرهای جمعیت‌شناختی، ۴ سؤال؛ جغرافیایی، ۱ سؤال و رفتاری، ۷ سؤال طراحی گردید و بقیه سؤالات در بخش دوم با هدف سنجش متغیرهای روان‌شناختی بر اساس طیف لیکرت پنج درجه‌ای طراحی شد. سپس پرسش‌نامه به زبان انگلیسی ترجمه و در میان نمونه توزیع گردید. لازم به ذکر است که برخی بیماران به تنهایی به سؤالات پرسش‌نامه پاسخ دادند و برخی نیز با توجه به سطح سواد، طی مصاحبه و پاسخ شفاهی جواب دادند که در نهایت، پژوهشگر پرسش‌نامه را برای آنان تکمیل کرد. ضمن این که داده‌ها با استفاده از پرسش‌نامه بدون نام از پاسخ‌دهندگان جمع‌آوری گردید و اطلاعات مشارکت‌کنندگان نیز نزد نویسندگان محرمانه ماند.

پایایی کل پرسش‌نامه با استفاده از ضریب Cronbach's alpha محاسبه گردید که ۰/۸۸ به دست آمد و نشان‌دهنده پایایی بالای پرسش‌نامه می‌باشد. همچنین، روایی ظاهری و منطقی محتوای پرسش‌نامه توسط خبرگان شامل ۵ نفر از استادان متخصص در این امر بررسی و تأیید گردید. داده‌ها با استفاده از آمار توصیفی، آزمون K-means و ضریب همبستگی χ^2 در نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۲ (version 22, IBM Corporation, Armonk, NY) مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

یافته‌ها

نتایج آزمون K-means برای خوشه‌بندی نشان داد که تمام افراد نمونه بر حسب انگیزه‌های روان‌شناختی در چهار خوشه طبقه‌بندی می‌شوند. خوشه اول برای بیشتر عوامل انگیزشی روان‌شناختی رتبه بالایی را نشان داد و نوع خدمت درمانی

کشورهای دارای قابلیت‌های پزشکی و گردشگری را بر آن داشته است که در راستای توسعه این صنعت تلاش نمایند. کشور ایران نیز از این قاعده مستثنا نیست و بر اساس برنامه توسعه افق ۱۴۰۴، یکی از قطب‌های اصلی گردشگری سلامت در منطقه خواهد شد (۱). ایران با توجه به مزیت‌های خود در گردشگری سلامت از جمله هزینه پایین، کیفیت بالای خدمات سلامت، پزشکان صلاحیت‌دار و دارا بودن جاذبه‌های طبیعی فراوان، می‌تواند از این مزیت بهتر استفاده نماید، اما هنوز تا نقطه مطلوب فاصله وجود دارد (۱۱). بنابراین، برای بهره‌برداری بیشتر از این صنعت در حال رشد، ابتدا به برنامه‌های بازاریابی هدفمند و مدون نیاز است که این مهم بدون شناخت و بررسی این بازار و بخش‌بندی بازار هدف متناسب با آن فراهم نمی‌شود (۱۲، ۱۳).

Kotler و Keller از بزرگان بازاریابی، بخش‌بندی بازار را به عنوان تقسیم بازار به اجزای کوچک‌تر متشکل از زیرمجموعه‌هایی متمایز از مشتریان تعریف می‌کنند؛ به نحوی که هر بخش، گروهی از مشتریان هستند که مجموعه نیازها و خواسته‌های مشابهی دارند. وظیفه بازاریاب این است که تعداد بخش‌های مناسب برای بخش‌بندی بازار را بیابد و ویژگی‌های هر بخش را تشخیص دهد، سپس تصمیم بگیرد که آمیخته بازاریابی متمایز برای هر بخش چگونه طراحی شود (۱۴). Thu در پژوهش خود، بازار گردشگران داخلی تایلند را با روش خوشه‌بندی بخش‌بندی کرد که در نهایت، سه خوشه متمایز بر مبنای منفعت مورد جستجوی گردشگران به دست آمد (۱۵). رنجوش و همکاران نیز در تحقیقی به بخش‌بندی کسب و کارهای گردشگری پزشکی ایران از دید بیماران خارجی پرداختند. آن‌ها به این نتیجه رسیدند که برخی از بیماران خارجی به دلیل درجه عضویت نزدیک، به طور هم‌زمان عضو چند خوشه می‌باشند (۱۶). دانایی و همکاران در مطالعه‌ای به بخش‌بندی مشتریان خارجی بر اساس منافع مورد انتظارشان از خدمات درمانی پرداختند و دریافتند که در بین چهار خوشه استخراج شده، افراد بیشترین درصد اهمیت را به ارایه مراقبت توأم با احترام اختصاص داده‌اند (۱۷).

Jang و همکاران بیان کردند که تحقیقات قبلی شاخص‌های متنوعی برای بخش‌بندی بازار در گردشگری پیشنهاد داده‌اند (۱۸) که به استناد پژوهش‌های Saiprasert (۱۹)، رستمی (۱) و زارعی و همکاران (۲۰)، اساس خوشه‌بندی در پژوهش حاضر، متغیر روان‌شناختی است. ضمن این که Tkaczynski و همکاران در مطالعه جامعی به تعیین متغیرهای مورد بررسی در درون بخش‌بندی‌های صورت گرفته در تحقیقات گردشگری پرداختند که در بیشتر آنان از ترکیب دو و یا چند متغیر جمعیت‌شناختی، جغرافیایی و رفتاری استفاده شده بود (۲۱). با توجه به آنچه گفته شد، واضح است که یک متغیر وجود ندارد که همه محققان بر آن‌ها توافق داشته باشند (۱۸). بنابراین، در تحقیق حاضر از هر سه متغیر جمعیت‌شناختی، جغرافیایی و رفتاری استفاده گردید.

با توجه به این که کمتر پژوهشی به بررسی هم‌زمان سه متغیر اشاره شده در تحقیقات داخلی پرداخته است، در مطالعه حاضر سعی شد با استفاده از کاربست خوشه‌بندی، این موضوع مورد بررسی قرار گیرد. بنابراین، مطالعه حاضر با هدف تعیین و تحلیل متغیرهای جمعیت‌شناختی، جغرافیایی و رفتاری در درون خوشه‌های بازار گردشگری پزشکی انجام شد و تلاش بر این بود که بازار گردشگران ورودی گردشگری پزشکی به صورت تخصصی تجزیه و تحلیل گردد و مشخص شود که آیا این گردشگران از لحاظ متغیرهای ذکر شده در میان خوشه‌ها، با هم تفاوت معنی‌داری دارند یا خیر؟

جدول ۱: آزمون معنی‌داری برای متغیرهای جمعیت‌شناختی، جغرافیایی و رفتاری

نوع متغیر	متغیر	مقدار ضریب همبستگی ^۲ P	مقدار
جمعیت‌شناختی	جنسیت	۱۱/۰۳	۰/۰۱۰
	سن	۲۸/۳۷	۰/۰۱۰
	تحصیلات	۱۸/۵۶	۰/۰۲۰
جغرافیایی	کشور مبدأ	۱۳۳/۶۲	۰/۰۰۱
	تعداد دفعات سفر	۷/۰۴	۰/۳۱۰
	مدت زمان اقامت در ایران	۲۵/۰۶	۰/۰۰۱
رفتاری	نوع خدمت درمانی	۸۷/۶۸	۰/۰۰۱
	منبع اصلی اطلاعات برای سفر به ایران	۱۷/۶۶	۰/۰۳۰
	شیوه تنظیم درمان	۱۴/۴۸	۰/۱۰۰
	انجام فعالیت جانبی	۴۶/۱۲	۰/۰۰۱
	نوع فعالیت جانبی	۸/۱۴	۰/۵۱۰

یافته‌های به دست آمده متغیر رفتاری، پیامدهای متنوع‌تری داشت. متغیرهای تعداد دفعات سفر، شیوه تنظیم درمان و نوع فعالیت جانبی در بین چهار خوشه تفاوت معنی‌داری نداشت؛ به نحوی که بیشتر اعضای هر چهار خوشه اولین بار بود که به ایران سفر می‌کردند، شیوه تنظیم درمان غالب در همه خوشه‌ها ارتباط مستقیمی با بیمارستان داشت و نوع فعالیت جانبی (خرید، تفریح، زیارت و تجارت) نیز تا حدودی مشابه بود.

غالب آنان، درمان‌های ناباروری بود. خوشه دوم با در برداشتن (۴۷/۷ درصد) ۷۲ نفر از گردشگران پزشکی، پرجمعیت‌ترین و مهم‌ترین خوشه به شمار می‌رود و به دلیل بزرگ‌تر بودن آن می‌تواند به عنوان بازار هدف بازاریابان حوزه گردشگری پزشکی قرار گیرد. مهم‌ترین انگیزه افراد این خوشه برای سفر پزشکی، بهره بردن از کیفیت بالای خدمات پزشکی ایران بوده است. مهم‌ترین انگیزه خوشه سوم، زمان درمان کمتر است که با توجه به اهمیت عامل انگیزشی «ممنوعیت قانونی درمان در کشور بیمار» در این خوشه توجیه‌پذیر است. مهم‌ترین انگیزه‌های افراد خوشه چهارم، «کیفیت بالا» و «زمان کمتر» بود.

همچنین، یافته‌های مربوط به وجود تفاوت معنی‌دار در میان خوشه‌ها از لحاظ متغیرهای جمعیت‌شناختی، جغرافیایی و رفتاری بر اساس آزمون χ^2 در جدول ۱ ارایه شده است.

بر اساس داده‌های جدول ۱، تفاوت معنی‌داری در متغیرهای تعداد دفعات سفر، شیوه تنظیم درمان و نوع فعالیت جانبی در میان چهار خوشه وجود نداشت، اما بقیه متغیرها تفاوت معنی‌داری را نشان دادند. در جدول ۲، گزینه غالب هر خوشه برای متغیرهای مورد نظر ارایه شده است.

یافته‌ها نشان داد که از نظر جنسیت، زنان در خوشه اول و دوم بیشتر از مردان بودند و درصد مشاهده شده برای مردان نیز در خوشه سوم و چهارم بیشتر بود. نتایج متغیر سن حکایت از آن داشت که سن غالب افراد در خوشه اول و دوم ۲۶-۳۵ سال، در خوشه سوم ۳۶-۵۵ و خوشه چهارم ۳۶-۴۵ بود. متغیر تحصیلات نشان داد که تحصیلات غالب افراد خوشه‌های اول و چهارم دیپلم و کمتر و خوشه‌های دوم و سوم کارشناسی بوده است. بر اساس نتایج متغیر درآمد، درآمد غالب افراد خوشه‌های دوم و چهارم ۱۰۰۰۰ دلار و کمتر و خوشه‌های اول و سوم بین ۱۰۰۰۱ تا ۲۰۰۰۰ دلار در سال بود. ضمن این که نتایج به دست آمده از نظر کشور مبدأ نیز حاکی از آن است که کشور مبدأ غالب خوشه‌های اول، دوم و چهارم عراق و خوشه سوم، ترکیه می‌باشد.

جدول ۲: گزینه غالب هر خوشه برای متغیرهای جمعیت‌شناختی، جغرافیایی و رفتاری

نوع متغیر	متغیرها	خوشه اول	خوشه دوم	خوشه سوم	خوشه چهارم
جمعیت‌شناختی	جنسیت	زن	زن	مرد	مرد
	سن (سال)	۲۶-۳۵	۲۶-۳۵	۳۶-۴۵ و ۴۶-۵۵	۳۶-۴۵
	تحصیلات	دیپلم و کمتر	کارشناسی	کارشناسی	دیپلم و کمتر
	درآمد (دلار)	۱۰۰۰۱-۲۰۰۰۰	۱۰۰۰۰ و کمتر	۱۰۰۰۱-۲۰۰۰۰	۱۰۰۰۰ و کمتر
جغرافیایی	کشور مبدأ	عراق	عراق	ترکیه	عراق
رفتاری	تعداد دفعات سفر	۱	۱	۱	۱
	مدت اقامت	دو هفته یا بیشتر	یک هفته	دو هفته یا بیشتر	دو هفته یا بیشتر
	نوع خدمت درمانی	درمان ناباروری	خدمات چشم‌پزشکی	درمان‌های کلیه	درمان‌های کلیه
	منبع کسب اطلاعات	توصیه دوستان و آشنایان	پیشنهاد پزشکان	پیشنهاد پزشکان	پیشنهاد پزشکان
	شیوه تنظیم درمان	به طور مستقیم از طریق بیمارستان	به طور مستقیم از طریق بیمارستان	به طور مستقیم از طریق بیمارستان	به طور مستقیم از طریق بیمارستان
	انجام فعالیت جانبی	بله	بله	بله	خیر
	نوع فعالیت جانبی	تفریح	خرید	خرید	خرید

مدت و چه بلند مدت افزایش دهند.

از جمله محدودیت‌های تحقیق حاضر می‌توان به عدم دسترسی به تعداد بیشتری از بیمارستان‌های میزبان گردشگران پزشکی تهران همچون بیمارستان‌های پارسیان، آتیه، پیامبران و... اشاره کرد که حاضر به همکاری با پژوهشگر نشدند. نکته دیگر این که تعمیم یافته‌های مطالعه در قلمرو مکانی دیگر، باید با احتیاط صورت گیرد.

نتیجه‌گیری

وجود تفاوت‌های معنی‌دار در میان خوشه‌ها از لحاظ متغیرهای جمعیت‌شناختی، جغرافیایی و رفتاری نشان می‌دهد که گردشگران پزشکی مانند دیگر انواع گردشگران ناهمگن می‌باشند و ناهمگنی این نکته را یادآور می‌شود که گردشگری پزشکی ایران برای ارضای نیازهای این بازار ناهمگن نیازمند برنامه‌ریزی‌ها و الگوهای بازاریابی متفاوت است. در سطح خرد نیز هم بیمارستان‌ها و هم سازمان‌های فعال در حوزه خدمات گردشگری پزشکی همچون آژانس‌ها، هتل بیمارستان‌ها و... با توجه به نوع خوشه انتخابی و نوع بازار هدف، باید به متغیرهای شناسایی شده توجه کنند و الگوی برنامه‌ریزی و بازاریابی مناسب با آن را در پیش گیرند.

پیشنهادها

با توجه به نتایج مربوط به متغیر جغرافیایی، وجود و ارایه برنامه منظم و مدون برای شناخت گردشگران کشور عراق و لزوم برنامه‌ریزی برای ارضای نیازهای آنان و برآورده کردن خواسته‌هایشان، می‌تواند موجب رونق هرچه بیشتر و افزایش نرخ گردشگران ورودی این کشور گردد. البته این به معنای فراموش کردن دیگر کشورهای موجود در بازار گردشگری پزشکی (مانند آذربایجان) نیست، اما این توجهات باید بر مبنای تعداد گردشگران هر کشور اولویت‌بندی گردد. همچنین، از آنجایی که مدت اقامت بیشتر گردشگران بیش از دو هفته بوده است، مدیران حوزه گردشگری پزشکی باید این موضوع را به عنوان فرصتی برای توسعه دیگر انواع گردشگری در نظر بگیرند و با ارایه برنامه‌های جانبی و همکاری بیمارستان‌ها و آژانس‌ها، هرچه بیشتر از این بازار بالقوه استفاده نمایند.

تشکر و قدردانی

بدین وسیله نویسندگان از کلیه مسؤولان بیمارستان‌های همکار و همچنین گردشگران پزشکی که در انجام این پژوهش همکاری نمودند، تشکر و قدردانی به عمل می‌آورند. در ضمن اعلام می‌شود که نویسندگان با شخص یا سازمانی که یکی از اهداف یا اقدامات پژوهش را تحت تأثیر قرار دهد، ارتباط نداشتند و از هیچ‌گونه حمایت مالی در مراحل تحقیق برخوردار نبودند.

تضاد منافع

در انجام مطالعه حاضر، نویسندگان هیچ‌گونه تضاد منافی نداشته‌اند.

نوع فعالیت جانبی مورد علاقه خوشه اول بر خلاف دیگر خوشه‌ها (خرید) تفریح بود، اما این فعالیت در این خوشه تنها با درصد اندکی تفاوت در رتبه اول قرار گرفت [تفریح (۴۱/۷ درصد) و خرید (۳۳/۳ درصد)] و این میزان تفاوت موجب بروز تفاوت معنی‌داری نشد، اما نتایج متغیر مدت اقامت در ایران نشان داد که همه خوشه‌ها به غیر از خوشه دوم، دو هفته یا بیشتر در ایران می‌مانند. متغیر استفاده از نوع خدمات درمانی حاکی از آن بود که نوع خدمت درمانی غالب در خوشه‌های سوم و چهارم درمان‌های کلیه، در خوشه اول درمان‌های ناباروری و در خوشه دوم درمان‌های چشم بود. ضمن این که منبع اصلی اطلاعات برای خوشه‌های دوم، سوم و چهارم پیشنهاد پزشکان و خوشه اول توصیه دوستان و آشنایان بوده است و همه خوشه‌ها به غیر از خوشه چهارم تمایل به انجام فعالیت جانبی در کنار درمان نیز داشتند.

بحث

نتایج پژوهش حاضر نشان داد که تمام افراد نمونه در چهار خوشه قابل طبقه‌بندی شدند و خوشه‌های به دست آمده از لحاظ متغیرهای جمعیت‌شناختی، جغرافیایی و رفتاری با هم تفاوت‌های معنی‌داری را نشان دادند. به عبارت دیگر، در فرضیه اول به بررسی وجود تفاوت معنی‌دار از لحاظ متغیرهای جمعیت‌شناختی در بین خوشه‌ها پرداخته شد که نتایج حاصل شده با یافته‌های مطالعات Taie (۲۲)، Konu (۲۳)، جباری و همکاران (۲) و رستمی (۱) همخوانی داشت. نتایج تحقیقات مذکور حاکی از آن است که متغیرهای جمعیت‌شناختی بر دیدگاه گردشگران پزشکی از بیمارستان‌های میزبان و خدمات آنان تأثیرگذار است (۲۳، ۲۲، ۲، ۱). بنابراین، تأیید وجود این تفاوت موجب می‌شود که بازاریابان و مدیران فعال در حوزه گردشگری پزشکی وجود این تفاوت‌ها را در هنگام انتخاب خوشه و انتخاب برنامه بازاریابی مناسب با هر خوشه مد نظر قرار دهند.

تأیید فرضیه دوم نیز که به وجود تفاوت معنی‌دار از لحاظ متغیر جغرافیایی کشور مبدأ در بین خوشه‌ها پرداخت، با یافته‌های هرندی و میرزائیان خنجر (۲۴)، Sevin (۲۵) و Konu (۲۳) همسو بود. نتایج پژوهش‌های آنان نشان داد که ارزش برند کشور و همچنین، تشابهات فرهنگی و زیرساخت‌های آن‌ها که زیر حوزه مشخصات کشور مبدأ قرار دارد، در جذب گردشگر پزشکی تأثیرگذار است. این نتیجه موجب می‌شود که هر بازاریاب بخش عمومی و یا خصوصی متناسب با نوع خوشه انتخابی، کشورهای اصلی آن خوشه را مورد هدف تبلیغات و برنامه‌های بازاریابی خود قرار دهد و طرح‌های بازاریابی را با توجه به اولویت‌های انگیزشی آن کشور و یا کشورها بنویسد. فرضیه سوم که به بررسی وجود تفاوت معنی‌دار در بین خوشه‌ها از لحاظ متغیرهای رفتاری پرداخت، وجود تفاوت از لحاظ متغیرهای «مدت زمان اقامت»، «نوع خدمت درمانی»، «منبع اصلی اطلاعات برای سفر» و «انجام فعالیت جانبی» را تأیید نمود. این نتایج با پژوهش‌های Saiprasert (۱۹)، رستمی (۱) و گودرزی و همکاران (۷) مشابهت داشت. بنابراین، بازاریابان بخش‌های عمومی و خصوصی در صورت انتخاب خوشه‌های با مدت اقامت طولانی‌تر که مایل به انجام فعالیت جانبی نیز هستند، می‌توانند با طراحی فعالیت‌های جانبی بیشتر و متناسب با نیازهای گردشگران و افزایش میزان رضایتمندی آنان، سود اقتصادی به دست آمده را چه در کوتاه

References

1. Rostami M. Segmentation of Iran's medical tourism market [MSc Thesis]. Tehran, Iran: Allameh Tabataba'i University; 2013. [In Persian].
2. Jabbari A, Gholami M, Kavosi Z, Chamanpara P. The role of demographic variables on medical tourists' viewpoints about service quality of hospitals. *Hospital* 2016; 15(3): 95-102.
3. Connell J. Medical tourism: Sea, sun, sand and ... surgery. *Tour Manag* 2006; 27(6): 1093-100.
4. Delgoshai B, Jabbari A, Farzin MR, Sherbafchizadeh N, Tabibi Seyed J. Medical tourism in Iran: a case study. *Payesh Health Monit* 2012; 11(2): 171-9. [In Persian].
5. Taguri AE. Medical tourism and the libyan national health services. *Libyan J Med* 2007; 2(3): 109-10.
6. Yavari Z, Mohammad Shafiee M, Ghauor F. Evaluating the service quality of selected specialized medical clinics in Shiraz city, Iran, using servqual model. *Health Inf Manage* 2018; 14(6): 236-42. [In Persian].
7. Goodarzi M, Taghvaei M, Zangiabadi A. Developing of domestic medical tourism in Shiraz. *Health Inf Manage* 2014; 11(4): 485-96. [In Persian].
8. Singal M. Corporate social responsibility in the hospitality and tourism industry: Do family control and financial condition matter? *Int J Hosp Manag* 2014; 36: 81-9.
9. Suki NM, Suki NM, Azman NS. Impacts of Corporate Social Responsibility on the Links Between Green Marketing Awareness and Consumer Purchase Intentions. *Procedia Economics and Finance* 2016; 37: 262-8.
10. Aminbeidokhti A, Zargar SM, Nazari M. A strategic marketing mix to tourist industry. *Journal of Strategic Management Studies* 2010; 1(3): 49-68.
11. Zargham Boroujeni H, Shalbfian A. Country tourism policy (Comparative Study). Tehran, Iran: Mahkameh Publications; 2013. p. 27. [In Persian].
12. Roosta A, Venous D, Ebrahimi A. Marketing management. Tehran, Iran: SAMT Publications; 2012. p. 37. [In Persian].
13. Mohebbifar R, Zahedifar F, Ghanati E, Kiaei MZ, Khosravizadeh O. Quality standards and its compatibility rating prioritizing: The viewpoint of providers and recipients of hospital services in Iran. *J Health Man & Info* 2016; 3(3): 74-81.
14. Kotler P, Keller KL. Marketing management. London, UK: Pearson; 2012.
15. Thu T. Inbound tourism market segmentation of the Andaman cluster Iran [MSc Thesis]. Hat Yai, Thailand: Prince of Songkla University; 2009.
16. Ranjnoush R, Zargham Boroujeni H, Hamidi N. Segmentation of medical tourism business in Iran: from foreign patients point of view. *Tourism Planning and Development* 2016; 5(18): 54-72.
17. Danaee H, Rahmani H, Torkzade L, Nazari M. Segmentation of medical tourism market using cluster analysis medical tourism and cluster analysis. *Hospital* 2014; 13(3): 69-76. [In Persian].
18. Jang SC, Morrison AM, Leary JT. Benefit segmentation of Japanese pleasure travelers to the USA and Canada: Selecting target markets based on the profitability and risk of individual market segments. *Tourism Management* 2002; 23(4): 367-78.
19. Saiprasert W. Examination of the medical tourist's motivational behavior and perception: A structural model [PhD Thesis]. Weatherford, OK: Oklahoma State University; 2011.
20. Zarei A, Azar A, Rezaei Rad M. Measurement of social marketing in health tourism. *Tourism Planning and Development* 2016; 5(18): 33-53.
21. Tkaczynski A, Rundle-Thiele SR, Beaumont N. Segmentation: A tourism stakeholder view. *Tour Manag* 2009; 30(2): 169-75.
22. Taie ES. Emerging of medical tourism in Egyptian hospitals: International patient satisfaction towards nurses services quality. *Global Adv Res J Manag Bus Stud* 2013; 2: 93-104.
23. Konu H. Identifying potential wellbeing tourism segments in Finland. *Tour Rev* 2010; 65(2): 41-51.
24. Harandi A, Mirzaian Khamse P. Explaining health tourism attraction model: Using classic grounded theory strategy. *Journal Management System* 2017; 4(1): 87-98.
25. Sevin HE. Understanding cities through city brands: City branding as a social and semantic network. *Cities* 2014; 38: 47-56.

Medical Tourism Market in Selected Hospitals in Tehran City, Iran: Application of Clustering

Mahdi Ebrahimi¹, Seyed Amirhossein Tayebi-Abolhasani², Morvarid Rostami³

Original Article

Abstract

Introduction: Due to the current role of medical tourism as an industry, better understanding of its market can be important. One way to understand the market and its targets is through clustering them, and understanding the characteristics of each cluster. The present study was conducted to determine and analyze the demographic, geographic, and behavioral variables within the clusters of medical tourism market.

Methods: This was a descriptive-survey conducted using a questionnaire. 151 questionnaires were completed by foreigner patients in selected hospitals in Tehran City, Iran, who were selected using one-stage cluster sampling. The results of the questionnaires were examined using K-means and chi-square correlation coefficient via SPSS software.

Results: The findings identified four different clusters of medical tourists, namely first, second, third, and fourth clusters, with significant differences in terms of the studied variables. In other words, the examined demographic variables included gender, age, education and income, the country of origin of tourists was considered as a geographical variable, as well as behavioral variables including the number of trips, the length of stay in Iran, the type of medical service received, the main source of information for travel in Iran, the method of regulating treatment, doing side activity, and the type of side activity. All the variables had significant differences in different clusters.

Conclusion: The differences in clusters should be considered by policymakers and activists in this area. It is important to provide a regular and systematic program for recognizing and planning of Iraqi medical tourists. Furthermore, medical tourism managers can provide an increasing number of side plans in cooperation with hospitals and agencies for this potential market.

Keywords: Medical Tourism; Hospitals; Clustering; Iran

Received: 02 Apr., 2018

Accepted: 05 Aug., 2018

Published: 06 Aug., 2018

Citation: Ebrahimi M, Tayebi-Abolhasani A, Rostami M. **Medical Tourism Market in Selected Hospitals in Tehran City, Iran: Application of Clustering.** Health Inf Manage 2018; 15(3): 114-9

Article resulted from an independent research without financial support.

1- Assistant Professor, Business Management, Department of Business Management, School of Management and Accounting, Allameh Tabataba'i University, Tehran, Iran

2- PhD Student, Business Management, Department of Business Management, School of Management and Accounting, Allameh Tabataba'i University, Tehran, Iran (Corresponding Author) Email: amirhosseintayebi69@yahoo.com

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

رفتار اطلاعاتی بیماران مبتلا به سرطان در زمینه مراقبت‌های تسکینی در شهر تهران

سید جواد قاضی میرسعید^۱، فرزانه مقیم‌خان^۲

مقاله پژوهشی

چکیده

مقدمه: هسته ارابه خدمات مراقبت بهداشتی، فراهم‌آوری اطلاعات برای بیماران می‌باشد. اثرات منفی بیماری سرطان بر کیفیت زندگی مبتلایان، آنان را نیازمند به دریافت مراقبت جامعی به نام مراقبت تسکینی کرده است. پژوهش حاضر با هدف تعیین رفتار اطلاعاتی بیماران مبتلا به سرطان در زمینه مراقبت‌های تسکینی در شهر تهران انجام شد.

روش بررسی: این مطالعه از نوع مقطعی - توصیفی و جامعه آماری آن متشکل از ۱۰۰ بیمار مبتلا به سرطان بود. نمونه‌گیری به روش غیر تصادفی در دسترس صورت گرفت. داده‌ها با استفاده از پرسش‌نامه محقق ساخته‌ای که از نظر روایی توسط صاحب‌نظران تأیید شده بود و پایایی مناسبی داشت ($\alpha = 0/89$)، جمع‌آوری گردید. برای توصیف داده‌ها از میانگین و انحراف معیار استفاده شد.

یافته‌ها: نیاز اطلاعاتی در بعد مراقبت روانی بیش از دیگر ابعاد مراقبت تسکینی بود. بالاترین منبع اطلاعاتی مورد استفاده، «صحبت با پرستار» و بیشترین تمایل بیمار به منبع اطلاعاتی، «پزشک معالج» انتخاب گردید. در قسمت موانع دسترسی به اطلاعات، «عدم وقت کافی پزشک» و «پرستار» بیشترین مانع را به خود اختصاص داد و خدمات «مشاوره‌های رایگان حضوری توسط تیم مراقبت تسکینی» نیز به عنوان بالاترین اولویت در انتخاب خدمات اطلاع‌رسانی از جانب بیمار ذکر گردید.

نتیجه‌گیری: توجه تیم درمانی به ویژه پزشک و پرستار به نیازهای اطلاعاتی بیماران، رفع نگرانی‌ها، استرس‌ها و دیگر نیازهای بیمار، از جمله نکات مهم مطالعه حاضر بود. همچنین، هم‌زمان با حضور این تیم، خدمات اطلاع‌رسانی شامل استفاده از فضاهای مجازی، تشکیل گروه‌های مجازی و استفاده از مشاوران اطلاعات پزشکی در مراکز درمانی برای پاسخدهی به نیازهای بیماران، از جمله مسایل مطرح شده می‌باشد.

واژه‌های کلیدی: رفتار اطلاعاتی؛ ارزیابی نیازها؛ مراقبت تسکینی؛ سرطان

دریافت مقاله: ۱۳۹۶/۷/۱۵

پذیرش مقاله: ۱۳۹۷/۳/۶

تاریخ انتشار: ۱۳۹۷/۵/۱۵

ارجاع: قاضی میرسعید سید جواد، مقیم‌خان فرزانه. رفتار اطلاعاتی بیماران مبتلا به سرطان در زمینه مراقبت‌های تسکینی در شهر تهران. مدیریت اطلاعات سلامت ۱۳۹۷؛

(۳): ۱۲۵-۱۲۰

مقدمه

سرطان، از جمله شایع‌ترین علل مرگ و میر در دنیا و به عنوان سومین عامل مرگ و میر در ایران شناخته شده است. آمار این بیماری در ایران حکایت از ثبت سالانه ۹۰ هزار مورد جدید ابتلا و ۵۵ هزار مرگ و میر ناشی از آن را دارد (۱). پیچیدگی درمان سرطان و عوارض ناشی از آن، بیمار و خانواده را متوجه نیاز به دریافت مراقبت همه جانبه‌ای می‌نماید که به عنوان مراقبت‌های تسکینی شناخته می‌شود. بیماران و مراقبان آن‌ها اغلب اطلاعات درستی از تشخیص، پیش‌آگهی و عوارض ناشی از بیماری، چگونگی سازگاری با شرایط پیش آمده و نحوه دریافت خدمات سیستم‌های حمایتی ندارند (۳، ۲) و با توجه به اهمیت و لزوم ارابه خدمات مراقبت تسکینی، در نظر گرفتن سیستمی جهت آموزش مدیریت علائم، چگونگی مراحل درمان و مقابله با بیماری برای بیماران و خانواده آن‌ها ضروری به نظر می‌رسد (۴، ۵).

در حال حاضر، رویکرد کنونی سیستم‌های بهداشتی در کشورهای پیشرفته دنیا به سمت ارابه اطلاعات صحیح و قابل فهم در زمان مناسب برای بیماران به ویژه بیماران مبتلا به سرطان متمرکز شده است تا با در اختیار گذاشتن آن، به بهبود کیفیت زندگی این افراد کمک نمایند (۶). با گسترش اطلاعات و ارتباطات، فرصت‌های بیشتری برای بیماران به جهت حمایت و تأمین نیازهای اطلاعاتی خود نسبت به گذشته فراهم شده است (۷). اگرچه تأمین نیازهای مراقبتی تسکینی بیماران مبتلا به سرطان و مراقبان آن‌ها مستلزم توانمندسازی

آنان در زمینه مراقبت در ابعاد مختلف جسمی، روانی، اجتماعی و معنوی است (۸)، شواهد موجود حکایت از دانش ناکافی بیماران دارد؛ به طوری که یکی از نیازهای تأمین نشده آن‌ها، نیاز به دریافت اطلاعات گزارش شده است (۹) که یکی از گام‌های اساسی در این راستا، شناسایی رفتارهای اطلاعاتی بیماران می‌باشد.

از آنجایی که شناخت، آگاهی و مطلع شدن از شرایط بیماری، یکی از نیازهای مهم و اصلی است و اطلاعات نقش بسزایی را در حمایت و افزایش مراقبت‌های اجتماعی - بهداشتی (مانند کاهش استرس و افزایش امید) این بیماران ایفا می‌کند؛ بنابراین، تعیین رفتارهای اطلاعاتی بیماران ضروری می‌باشد و نتایج به دست آمده می‌تواند گام مهمی در برنامه‌ریزی‌های بهداشتی باشد. مطالعه حاضر با هدف شناسایی رفتار اطلاعاتی بیماران مبتلا به سرطان در زمینه مراقبت تسکینی در شهر تهران انجام شد.

مقاله حاصل پایان‌نامه کارشناسی ارشد با شماره ۲۳۶/ک/۹۶ می‌باشد که با حمایت دانشگاه علوم پزشکی تهران انجام شده است.

۱- دانشیار، کتابداری و اطلاع‌رسانی پزشکی، گروه کتابداری و اطلاع‌رسانی پزشکی، دانشکده پیراپزشکی، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران

۲- کارشناس ارشد، کتابداری و اطلاع‌رسانی پزشکی، گروه کتابداری و اطلاع‌رسانی پزشکی، دانشکده پیراپزشکی، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران (نویسنده طرف مکاتبه)

Email: fmoghim85024@gmail.com

در مرحله بعد، منبع اطلاعاتی مورد استفاده از جانب بیماران بررسی گردید (جدول ۲). از هفت منبع مورد نظر، منبع اطلاعاتی «صحبت با پرستار مربوط» بالاترین میزان را نسبت به سایر منابع اطلاعاتی به خود اختصاص داد.

جدول ۲: میزان استفاده از منبع اطلاعاتی، تمایل به استفاده از منبع اطلاعاتی و موانع دسترسی به اطلاعات و خدمات اطلاع‌رسانی در بیماران مبتلا به سرطان

میانگین \pm انحراف معیار	متغیر
	منابع اطلاعاتی
۳/۵۰ \pm ۳/۳۲	صحبت با پرستار مربوط
۲/۶۹ \pm ۰/۹۹	صحبت با پزشک معالج
۲/۵۸ \pm ۰/۹۹	صحبت با بیماران دیگر
۲/۱۲ \pm ۱/۰۱	صحبت با دیگر کارکنان پزشکی
۲/۰۸ \pm ۰/۸۶	استفاده از بروشور، پمفلت و کتاب آموزشی
۱/۴۰ \pm ۰/۸۷	استفاده از اینترنت در بیمارستان
۱/۳۲ \pm ۰/۸۲	استفاده از منابع کتابخانه بیمارستان
	تمایل به استفاده از منبع اطلاعاتی
۰/۶۹ \pm ۰/۴۶	پزشک معالج
۰/۴۹ \pm ۰/۴۰	رسانه‌های جمعی مانند تلویزیون و رادیو
۰/۴۸ \pm ۰/۳۷	استفاده از جزوه، بروشور، روزنامه و کتاب در منزل
۰/۴۷ \pm ۰/۴۴	پرستار مربوط
۰/۴۵ \pm ۰/۲۸	کلاس‌های آموزشی و برگزاری کارگاه و سمینار
۰/۳۷ \pm ۰/۱۷	خانواده، دوستان
۰/۳۵ \pm ۰/۱۵	وب‌سایت تخصصی آموزش برای بیماران
۰/۳۳ \pm ۰/۱۳	مؤسسات خیریه
۰/۲۷ \pm ۰/۰۸	مددکاران اجتماعی بیمارستان
	موانع دسترسی به اطلاعات
۲/۹۳ \pm ۱/۳۶	عدم وقت کافی پزشک و پرستار برای پاسخ به سؤالات بیمار
۲/۸۵ \pm ۱/۴۷	عدم حضور مشاوران اطلاعات پزشکی در مرکز درمانی
۲/۴۵ \pm ۱/۴۴	عدم وجود مرکز اطلاع‌رسانی یا کتابخانه در بیمارستان
۲/۳۶ \pm ۱/۴۰	عدم وجود امکانات لازم (مانند اینترنت، جزوه، کتاب و...) در بیمارستان
۲/۲۷ \pm ۱/۲۰	وجود مشکلات اقتصادی
۱/۹۵ \pm ۱/۲۱	عدم علاقه و تمایل به دانستن اطلاعات
	خدمات اطلاع‌رسانی
۲/۱۴ \pm ۱/۳۸	مشاوره‌های رایگان حضوری برای بیماران مبتلا به سرطان توسط تیم مراقبت تسکینی بیمارستان
۳/۵۵ \pm ۳/۰۵	ایجاد مراکز اطلاع‌رسانی و اطلاع‌رسانی برای بیماران
۳/۲۶ \pm ۱/۸۰	ایجاد وب‌سایت ویژه برای بیماران در زمینه بیماری سرطان
۳/۹۱ \pm ۱/۷۵	وجود خدمات اطلاع‌رسانی تلفنی
۴/۱۲ \pm ۱/۷۳	وجود خدمات اطلاع‌رسانی پیامکی
۴/۹۹ \pm ۶/۱۰	تشکیل گروه‌های پرسش و پاسخ در فضای مجازی مانند تلگرام یا بلاگ و...

روش بررسی

این پژوهش از نوع توصیفی- مقطعی و جامعه آماری آن متشکل از ۱۰۰ بیمار مبتلا به سرطان مراجعه‌کننده به درمانگاه مراقبت تسکینی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی و ایران بود که نمونه‌ها به روش نمونه‌گیری غیر تصادفی در دسترس انتخاب شدند. معیارهای ورود به تحقیق شامل تشخیص قطعی بیماری سرطان، سن بین ۱۸ تا ۶۵ سال، حضور در یکی از مراحل درمان بیماری، توانایی جسمی، روحی و تمایل جهت شرکت در مطالعه بود. داده‌ها با استفاده از پرسش‌نامه محقق ساخته چهار قسمتی «اطلاعات دموگرافیک؛ سنجش نیازهای اطلاعاتی شامل بعد کلیات بیماری (۹ گویه)، مراقبت‌های جسمانی (۱۵ گویه)، روانی (۹ گویه)، معنوی (۱۰ گویه) و اجتماعی (۱۵ گویه)؛ شناسایی منابع اطلاعاتی مورد استفاده؛ شناسایی میزان تمایل به استفاده از منابع اطلاعاتی؛ شناسایی موانع دسترسی به اطلاعات؛ شناسایی خدمات اطلاع‌رسانی مورد نیاز» جمع‌آوری گردید. تمام گویه‌ها با استفاده از مقیاس لیکرت (نیاز ندارم = ۱ و خیلی نیاز دارم = ۴) نمره‌دهی شد که نمره بالا به مفهوم نیاز بیشتر بود. البته در قسمت انتخاب اولویت بیماران برای انتخاب خدمات اطلاع‌رسانی، از بیشترین (اولویت اول = ۱) تا کمترین (اولویت چهارم = ۴) خدمات امتیازدهی شد.

روایی پرسش‌نامه با استفاده از نظر استادان و پزشکان متخصص در حوزه سرطان، مراقبت تسکینی، جراحی، پرستاری، مدیریت اطلاعات سلامت و کتابداری پزشکی و پایایی آن نیز با استفاده از ضریب Cronbach's alpha ($\alpha = ۰/۸۳$) تأیید گردید. اطلاعات با مراجعه حضوری محقق به مراکز و آرایه اهداف مطالعه به بیماران و اخذ رضایت‌نامه جمع‌آوری شد و داده‌ها با استفاده از میانگین و انحراف معیار در نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۲ (IBM Corporation, Armonk, NY) مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. مطالعه حاضر پس از تأیید در کمیته اخلاق (کد IR.SBMU.RETECH.REC.1395.817) اجرا گردید و در جریان فرایند پژوهش (از جمع‌آوری داده‌ها تا پایان تجزیه و تحلیل و گزارش یافته‌ها) مفاد تعهدات اخلاقی شامل دریافت رضایت‌نامه آگاهانه، محرمانه بودن اطلاعات فردی و حق کناره‌گیری از مطالعه در زمان دلخواه رعایت گردید.

یافته‌ها

داده‌های دموگرافیک نشان داد که از ۱۰۰ بیمار مورد بررسی، ۶۳ درصد را زنان تشکیل دادند و ۴۹ درصد این افراد خانه‌دار و اغلب دارای تحصیلات دیپلم بودند. ۳۰ درصد نمونه‌ها سن بالای ۶۰ سال داشتند و از نظر وضعیت تأهل نیز ۸۱ درصد متأهل بودند. میانگین نیازهای اطلاعاتی در ابعاد مختلف مراقبت تسکینی شامل کلیات، مراقبت جسمانی، مراقبت روانی، مراقبت معنوی و مراقبت اجتماعی در هر دو مرکز درمانی نشان داد که نیازهای اطلاعاتی بیماران در زمینه «مراقبت جسمانی» بیشتر از سایر ابعاد مختلف مراقبت تسکینی بود (جدول ۱).

جدول ۱: میانگین ابعاد مراقبت‌های تسکینی در بیماران مبتلا به سرطان

ابعاد	مرکز درمانی الف میانگین \pm انحراف معیار	مرکز درمانی ب میانگین \pm انحراف معیار
کلیات	۲۳/۰۷ \pm ۵/۵۰	۲۰/۰۰ \pm ۷/۴۰
مراقبت جسمانی	۵۲/۷۰ \pm ۹/۹۸	۴۶/۲۰ \pm ۱۱/۰۸
مراقبت روانی	۲۵/۶۰ \pm ۵/۰۳	۲۳/۱۰ \pm ۶/۸۶
مراقبت معنوی	۲۹/۷۰ \pm ۵/۵۹	۲۳/۰۸ \pm ۸/۰۶
مراقبت اجتماعی	۴۱/۲۰ \pm ۹/۴۰	۳۵/۱۲ \pm ۸/۶۸

استیگمای سرطان، منجر به فاش نکردن تشخیص بیماری برای بیمار می‌شود و ارایه اطلاعات از جانب تیم درمان را با مشکل مواجه می‌سازد (۲۰) و این شاید دلیلی بر نیاز بالای بیماران در این زمینه در کشور باشد.

در قسمت منابع اطلاعاتی مورد استفاده از جانب بیماران، «صحبت با پرستار مربوط» بالاترین میانگین را نسبت به سایر منابع اطلاعاتی به خود اختصاص داد و همچنین، «پزشک معالج» به عنوان بیشترین تمایل بیمار به عنوان استفاده از این منبع در میان بیماران به دست آمد. این قسمت از یافته‌ها، با نتایج پژوهش Xie و همکاران (۲۱) همخوانی داشت. آن‌ها منبع اطلاعاتی «پزشک و پرستار» را به عنوان اولین منبع مورد استفاده گزارش نمودند (۲۱). در مطالعات کیمیاگر و همکاران (۱۳) و کاهویی و همکاران (۲۲) نیز منبع اطلاعاتی «پزشک» به عنوان بیشترین منبع مورد استفاده از جانب بیماران ذکر گردید که با نتایج بررسی حاضر همسو بود. شاید فرهنگ پزشک‌سالاری در ایران دلیلی بر این یافته باشد و در مقابل، دانش کم ارایه‌دهندگان تیم مراقبت نیز می‌تواند موجب شود تا بیماران تمایل بیشتری به دریافت اطلاعات از طریق پزشکان داشته باشند (۲۳).

در تحقیق بین کشوری Junger و همکاران در خصوص بررسی نیازهای اطلاعاتی مراقبت تسکینی در اروپای شرقی و مرکزی، منابع اطلاعاتی «وبسایت اطلاع‌رسانی، خبرنامه الکترونیکی و جلسات و یا کنفرانس منظم»، به عنوان مهم‌ترین کانال‌های اطلاعاتی توسط جامعه پژوهش امتیازدهی شد (۱۶)؛ در حالی که میزان استفاده بیماران پژوهش حاضر از اینترنت به عنوان منبع اطلاعاتی، از کمترین مقدار برخوردار بود که این تفاوت را می‌توان ناشی از مسایلی همچون بالا بودن سن بیماران این مطالعه، بالا نبودن میزان تحصیلات، دسترسی سخت به اینترنت در کشور و دیگر عوامل تأثیرگذار در استفاده از نوع منبع اطلاعاتی دانست.

در میان موانع مطرح شده، «عدم وقت کافی پزشک و پرستار برای پاسخ به سؤالات بیمار» به عنوان بیشترین مانع انتخاب گردید و در قسمت آخر یافته‌ها نیز خدمات اطلاع‌رسانی «مشاوره‌های رایگان حضوری توسط تیم مراقبت تسکینی بیمارستان» از میان سایر خدمات، بالاترین میانگین را از جانب بیماران به خود اختصاص داد. در مطالعات پیشین، تحقیقی که یافته‌های بررسی حاضر را تأیید کند، یافت نشد. بنابراین، عوامل مختلفی همچون عوامل مرتبط با جستجوگر (تجربه، شناخت و درک بیمار) زبان، عدم راحتی در استفاده از اطلاعات و مسایل اقتصادی، از موانع شناخته شده در پژوهش‌ها بودند (۲۴، ۱۶).

در خصوص تحقیقات در زمینه نوع خدمات اطلاع‌رسانی برای بیماران مبتلا به سرطان، مطالعه مشابهی یافت نشد؛ چه بسا در پژوهش‌های متعددی در خارج از ایران که به لزوم ارایه خدمات الکترونیکی و استفاده از وبسایت‌های آموزشی اشاره گردیده است (۱۶)، اما در بررسی حاضر خدماتی مانند «تشکیل گروه‌های پرسش و پاسخ در فضای مجازی مانند تلگرام» یا «ایجاد وبسایت ویژه برای بیماران در زمینه بیماری سرطان»، جزء کمترین اولویت‌ها از دیدگاه بیماران بود که این موضوع حاکی از عدم وجود امکانات لازم یا تمایل بیماران و یا مقرون به صرفه نبودن استفاده از اینترنت در کشور ما می‌باشد.

از جمله محدودیت‌های مطالعه حاضر می‌توان به وضعیت نامساعد جسمی و روحی بیماران اشاره نمود که ممکن بود تکمیل پرسش‌نامه را با مشکل مواجه نماید و در این راستا پژوهشگر سعی کرد که با صرف زمان زیاد، تا حد امکان

سپس به میزان تمایل بیماران به استفاده از منبع اطلاعاتی پرداخته شد و نتایج نشان داد که تمایل به منبع اطلاعاتی «پزشک» از سایر موارد بالاتر بود. پس از آن، موانع دسترسی به اطلاعات از دیدگاه بیماران بررسی شد. از شش مانع دسترسی به اطلاعات مشخص شده برای بیمار، «عدم حضور مشاوران اطلاعات پزشکی در مرکز درمانی» بالاترین امتیاز را کسب نمود. همچنین، از میان سایر خدمات از جانب بیماران، خدمات اطلاع‌رسانی «مشاوره‌های رایگان حضوری توسط تیم مراقبت تسکینی بیمارستان» بالاترین میانگین را به خود اختصاص داد (جدول ۲).

بحث

در راستای تعیین نیازهای اطلاعاتی بیماران، نتایج مطالعه حاضر نشان داد که بیشترین نیاز در بعد «جسمانی» می‌باشد. در همین زمینه، پژوهش Gillespie و همکاران (۱۰) نتایج مشابهی را در برداشت. در مطالعه آن‌ها، نیازهای اطلاعاتی در زمینه «جسمانی» به عنوان بیشترین خواسته بود و نیاز اطلاعاتی بیماران در مقایسه با دیگر ابعاد ارزیابی شده مشخص گردید (۱۰). مدیریت علائم جسمی، یکی از مهم‌ترین اصول مراقبت تسکینی به شمار می‌رود و شواهد نشان می‌دهد که حدود ۸۰ درصد بیماران برای مدیریت علائم خود به مراکز در مانی مراجعه می‌نمایند (۱۱).

افزایش آگاهی و شناخت در مورد بیماری، عوارض آن، اطلاعات در زمینه عود و بازگشت بیماری، اطلاعات در مورد ابعاد جسمی و فیزیکی بیماری، داشتن اطلاعات برای تصمیم‌گیری و برنامه‌ریزی درمانی، از جمله مهم‌ترین نیازهای اطلاعاتی مطرح شده توسط بیماران است (۱۵-۱۲). همچنین، در تحقیق جامع Junger و همکاران که به بررسی نیازهای اطلاعاتی بیمار از جانب تیم مراقبت‌کننده مراکز مراقبت تسکینی در کشورهای اتحادیه اروپا پرداخته بود، ایجاد دوره‌های آموزشی بر اساس نیاز اطلاعاتی بیمار، بیشترین نیاز تلقی گردید (۱۶) که این نتیجه در مطالعات Lo و همکاران (۱۴) و Feldman-Stewart و همکاران (۱۷) نیز به دست آمد.

نتایج بررسی جزئی‌تر در هر یک از ابعاد مراقبت تسکینی نشان داد که بیشترین نیاز اطلاعاتی در زمینه کلیات بیماری، نیاز اطلاعاتی در ارتباط با «طول مدت درمان»، در زمینه مراقبت جسمانی «تغذیه و رژیم غذایی»، در زمینه مراقبت روانی «امید و چشم‌انداز مثبت به آینده»، در زمینه مراقبت معنوی «نقش یک منبع پر قدرت و لایتناهی در کنترل بیماری» و در زمینه مراقبت اجتماعی «منابع مالی کمک‌کننده» بالاترین نیاز اطلاعاتی را به خود اختصاص دادند. نتایج پژوهش Matsuyama و همکاران نیز نشان داد که بیماران، اطلاعات در زمینه «عوارض بیماری» و «شانس بدتر شدن بیماری و عود آن» را به عنوان بیشترین نیاز اطلاعاتی خود مطرح می‌کنند (۱۸). از طرف دیگر، امید و چشم‌انداز مثبت به آینده نیز بالاترین نیاز روانی آن‌ها می‌باشد که می‌تواند توجیه‌کننده نگرانی بیماران از عود بیماری و یا بهبودی را تأیید نماید. ترس از ناشناخته‌ها در بیماری سرطان، بیمار را به آن سو می‌کشاند که دایم در جستجوی اطلاعات در مورد بیماری خود باشد (۱۹).

تحقیقات مختلف به این نتیجه رسیده‌اند که اطلاعات در زمینه ماهیت بیماری و شناخت و آگاهی بیماران برای تصمیم‌گیری، از جمله اولویت‌های اصلی بیماران جهت دانستن اطلاعات است (۱۷، ۱۴)؛ در حالی که در کشور زمینه فرهنگی و

شرایط را مدیریت نماید.

پیشنهادهای

با توجه به نتایج مطالعه حاضر، نیاز به خدمات حمایتی-اطلاعاتی برای بیماران مبتلا به سرطان در ایران احساس می‌گردد. از آن‌جا که هدف مراقبت تسکینی، مراقبت جامع و حمایت از بیمار است، توسعه و پیاده‌سازی برنامه آموزشی متناسب با نیاز اطلاعاتی بیماران مبتلا به سرطان در زمینه مراقبت تسکینی می‌تواند منجر به مراقبت جامع سرطان شود.

تشکر و قدردانی

پژوهش حاضر با همکاری و راهنمایی‌های تیم درمانی مجرب درمانگاه‌های مراقبت تسکینی دانشگاه علوم پزشکی ایران و شهید بهشتی صورت گرفت. بدین وسیله نویسندگان از تمام بیماران مبتلا به سرطان که در این مطالعه مشارکت نمودند، تشکر و قدردانی به عمل می‌آورند.

تضاد منافع

در انجام مطالعه حاضر، نویسندگان هیچ‌گونه تضاد منافی نداشته‌اند.

نتیجه‌گیری

موضوع قابل توجه در پژوهش حاضر، اهمیت دادن تیم درمانی به خصوص پزشک و پرستار به رفتارها و نیازهای اطلاعاتی بیماران، رفع نگرانی‌ها، استرس‌ها و دیگر نیازهای بیمار می‌باشد. همچنین، در کنار این تیم، خدمات اطلاع‌رسانی شامل استفاده از فضاهای مجازی، تشکیل گروه‌های مجازی و استفاده از مشاوران اطلاعات پزشکی در مراکز درمانی برای پاس‌دهی به نیازهای بیماران، از جمله مسایل مطرح شده در این مطالعه بود. بنابراین، با تعیین و شناخت نیازهای اطلاعاتی و آموزشی بیماران که متناسب با فرهنگ، دین، اقتصاد و سایر عوامل تأثیرگذار است، محورهای مورد نیاز جهت توانمندسازی آن‌ها تعیین می‌شود و با شناخت اولویت این بیماران در دسترسی به نوع منابع اطلاعاتی، می‌توان به تأمین نیاز آنان اقدام و بستری جهت ارایه مراقبت با کیفیت را برای آن‌ها فراهم نمود. از طرف دیگر، ارایه این نتایج می‌تواند برای مدیران و سیاست‌گذاران در اولویت‌بندی برنامه‌ها و تخصیص منابع کمک‌کننده باشد.

References

1. Rasaf MR, Ramezani R, Mehrazma M, Rasaf MR, Asadi-Lari M. Inequalities in cancer distribution in tehran; a disaggregated estimation of 2007 incidence by 22 districts. *Int J Prev Med* 2012; 3(7): 483-92.
2. Levit L, Balogh E, Nass S, Ganz PA. Delivering high-quality cancer care: Charting a new course for a system in crisis. Washington, DC: National Academies Press; 2014.
3. World Health Organization. Cancer: WHO definition of palliative care [Online]. [cited 2015]; Available from: URL: <http://www.who.int/cancer/palliative/definition/en>
4. Greer JA, Jackson VA, Meier DE, Temel JS. Early integration of palliative care services with standard oncology care for patients with advanced cancer. *CA Cancer J Clin* 2013; 63(5): 349-63.
5. Lynch T, Connor S, Clark D. Mapping levels of palliative care development: A global update. *J Pain Symptom Manage* 2013; 45(6): 1094-106.
6. Ankem K. Types of information needs among cancer patients: A systematic review. *Libres* 2005; 15(2): 1.
7. Shea-Budgell MA, Kostaras X, Myhill KP, Hagen NA. Information needs and sources of information for patients during cancer follow-up. *Curr Oncol* 2014; 21(4): 165-73.
8. Nemati S, Rassouli M, Ilkhani M, Baghestani AR. Perceptions of family caregivers of cancer patients about the challenges of caregiving: A qualitative study. *Scand J Caring Sci* 2018; 32(1): 309-16.
9. Ansari M, Rassouli M, Akbari ME, Abbaszadeh A, Akbari SA. Educational needs on palliative care for cancer patients in Iran: A SWOT analysis. *Int J Community Based Nurs Midwifery* 2018; 6(2): 111-24.
10. Gillespie J, Kacikanis A, Nyhof-Young J, Gallinger S, Ruthig E. Information needs of hepato-pancreato-biliary surgical oncology patients. *J Cancer Educ* 2017; 32(3): 589-95.
11. Rassouli M, Sajjadi M. Palliative care in the Islamic Republic of Iran. In: Silbermann M, Editor. *Palliative care to the cancer patient: The Middle East as a model for emerging countries*. New York, NY: Nova Science Publishers, Incorporated; 2014. p. 39-51.
12. Heidari H, Mardani-Hamooleh M. Cancer patients' informational needs: Qualitative content analysis. *J Cancer Educ* 2016; 31(4): 715-20.
13. Kimiafar K, Sarbaz M, Shahid Sales S, Esmaeili M, Javame Ghazvini Z. Breast cancer patients' information needs and information-seeking behavior in a developing country. *Breast* 2016; 28: 156-60.
14. Lo AC, Olson R, Feldman-Stewart D, Truong PT, Aquino-Parsons C, Bottorff JL, et al. A patient-centered approach to evaluate the information needs of women with ductal carcinoma in situ. *Am J Clin Oncol* 2017; 40(6): 574-81.
15. Gholami M, Fallahi Khoshkenab M, Bagher Maddah SS, Rezai H, Asadollahi A, Yarahmadi S, et al. Components of information behavior in patients with cardiovascular disease participated in cardiac rehabilitation program. *Iranian Journal of Rehabilitation Research in Nursing* 2015; 1(2): 73-86. [In Persian].
16. Junger S, Klose J, Brearley S, Hegedus K, Payne S, Radbruch L. Palliative care information needs in central and eastern Europe and the commonwealth of independent states. *J Palliat Care* 2015; 31(2): 109-17.
17. Feldman-Stewart D, Madarnas Y, Mates M, Tong C, Grunfeld E, Verma S, et al. Information needs of post-menopausal

- women with hormone receptor positive early-stage breast cancer considering adjuvant endocrine therapy. *Patient Educ Couns* 2013; 93(1): 114-21.
18. Matsuyama RK, Kuhn LA, Molisani A, Wilson-Genderson MC. Cancer patients' information needs the first nine months after diagnosis. *Patient Educ Couns* 2013; 90(1): 96-102.
 19. Nikfarid L, Rassouli M, Borimnejad L, Alavimajd H. Chronic sorrow in mothers of children with cancer. *J Pediatr Oncol Nurs* 2015; 32(5): 314-9.
 20. Fallahi S, Rassouli M, Mojen LK. Cultural aspects of palliative cancer care in Iran. *Palliat Med Hosp Care Open J* 2017; SE(1): S44-S50.
 21. Xie B, Su Z, Liu Y, Wang M, Zhang M. Health information sources for different types of information used by Chinese patients with cancer and their family caregivers. *Health Expect* 2017; 20(4): 665-74.
 22. Kahouei M, Samadi F, Gazerani M, Mozafari Z. The prioritization of information needs related to health among women who had undergone surgery in obstetrics and gynecology department in hospitals of Semnan, Iran, 2012-2013. *Iran J Obstet Gynecol Infertil* 2013; 16(63): 5-15. [In Persian].
 23. Mojen LK, Sajjadi M, Rassouli M. Nursing education in palliative care in Iran. *J Palliat Care Med* 2015; S4: 001.
 24. Tizhoosh H. Health information seeking behavior of patients with Multiple Sclerosis referred to the M.S Society in Tehran in 2013 [MSc Thesis]. Tehran, Iran: University of Tehran; 2014. [In Persian].

Information Behavior of Patients with Cancer in Palliative Care in Tehran City, Iran

Seyed Javad Ghazi-Mirsaeed¹, Farzaneh Moghimkhan²

Original Article

Abstract

Introduction: The core of health care services is providing information for patients. The negative effects of cancer on the quality of patients' life require them to receive comprehensive care, called "palliative care". The present study was conducted with the aim to evaluate the information behavior of patients with cancer in the field of palliative care.

Methods: A descriptive cross-sectional study was performed on 100 patients with cancer. Sampling was selected in a non-randomized and convenience method. Data were collected by a researcher-made questionnaire, with approved validity and reliability ($\alpha = 0.89$), distributed among the patients. Finally, mean and standard deviation were used to describe the data.

Results: The information needs in "mental health" care was more than other palliative care dimensions. The highest source of information used was "talk with the nurse", and the patient's most willingness to source information was "physician". The "shortage of physicians' and nurses' time" was mentioned as the highest barrier, and "free counseling by the poverty care team" as the highest priority in the selection of patient information services.

Conclusion: The attention of the treatment team, especially the physician and nurse, to the patient's information needs, as well as the elimination of concerns, stress, and other needs of the patient was of the important points in this study. Moreover, alongside this team, information services include the use of virtual spaces, the organization of virtual groups, and the use of medical information counselors in health centers to meet the patient's needs, is from the issues considered in this study.

Keywords: Information Behavior; Needs Assessment; Palliative Care; Neoplasms

Received: 07 Oct., 2017

Accepted: 27 May, 2018

Published: 06 Aug., 2018

Citation: Ghazi-Mirsaeed SJ, Moghimkhan F. **Information Behavior of Patients with Cancer in Palliative Care in Tehran City, Iran.** Health Inf Manage 2018; 15(3): 120-5

Article resulted from MSc thesis No. 236/k/96 funded by Tehran University of Medical Sciences.

1- Associate Professor, Medical Library and Information Sciences, Department of Medical Library and Information Sciences, School of Allied Medical Sciences, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran

2- MSc, Medical Library and Information Sciences, Department of Medical Library and Information Sciences, School of Allied Medical Sciences, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran (Corresponding Author) Email: fmoghim85024@gmail.com

بررسی وضعیت و عوامل مؤثر بر استنادشدگی برون‌دادهای پژوهشی دانشگاه‌های علوم پزشکی تیپ یک کشور با استفاده از پروانه‌های ثبت اختراع طی سال‌های ۲۰۱۵-۲۰۰۰

علی منصوری^{۱*}، مرجان فروزنده شهرکی^۲، محمد امین عرفان‌منش^۱

مقاله پژوهشی

چکیده

مقدمه: یکی از شاخص‌های تعیین کیفیت برون‌دادهای پژوهشی دانشگاه‌ها، قابلیت استفاده از آن‌ها در فرایند تبدیل علم به فن‌آوری از طریق مطالعه میزان استنادشدگی از سوی پروانه‌های ثبت اختراع می‌باشد. در همین راستا، پژوهش حاضر با هدف بررسی میزان استنادشدگی برون‌دادهای پژوهشی هشت دانشگاه تیپ یک علوم پزشکی کشور از سوی پروانه‌های ثبت اختراع در پایگاه Scopus طی بازه زمانی سال‌های ۲۰۰۰ تا ۲۰۱۵ انجام شد.

روش بررسی: جامعه این مطالعه شامل تمامی برون‌دادهای علمی دانشگاه‌های علوم پزشکی تیپ یک کشور نمایه شده در پایگاه استنادی Scopus از سال ۲۰۰۰ تا ۲۰۱۵ بود. داده‌های پژوهش با استفاده از پایگاه SciVal جمع‌آوری گردید و در نهایت، به روش توصیفی-همبستگی مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

یافته‌ها: از مجموع ۷۶۱۱۱ برون‌داد علمی دانشگاه‌های مورد بررسی، در مجموع ۹۹۸ برون‌داد پژوهشی ۳۱۴۵ بار از سوی پروانه‌های ثبت اختراع مورد استناد قرار گرفته بود. میزان استنادشدگی برون‌دادهای پژوهشی هشت دانشگاه علوم پزشکی تیپ یک کشور از سوی پروانه‌های ثبت اختراع در مقایسه با میانگین ایران (۰/۳۹ درصد) در سطح بالاتر و در مقایسه با میانگین جهانی (۱/۱ درصد) در سطح پایین‌تری قرار داشت. همچنین، شاخص‌های SNIP (Source Normalized Impact per Paper) و SJR (SCImago Journal Rank) تعداد نویسندگان مقاله‌ها و تعداد سازمان‌های مشارکت‌کننده در مقاله تأثیر معنی‌داری بر احتمال استنادشدگی برون‌دادهای پژوهشی دانشگاه‌های مذکور از سوی پروانه‌های ثبت اختراع داشت.

نتیجه‌گیری: نتایج به دست آمده از پژوهش، ضمن تعیین وضعیت فعلی دانشگاه‌ها در میزان استنادشدگی تولیدات علمی از سوی پروانه‌های ثبت اختراع، این امکان را نیز برای دانشگاه‌ها ایجاد نمود که بتوانند برنامه‌ریزی مناسبی برای هدایت تولیدات علمی جهت انتشار در مجلات مناسب داشته باشند و پژوهشگران را در جهت بهبود این وضعیت هدایت نمایند.

واژه‌های کلیدی: ارتباطات علمی؛ پروانه‌های ثبت اختراع؛ دانشگاه‌ها

دریافت مقاله: ۱۳۹۶/۹/۱۸

پذیرش مقاله: ۱۳۹۷/۴/۲۴

تاریخ انتشار: ۱۳۹۷/۵/۱۵

ارجاع: منصوری علی، فروزنده شهرکی مرجان، عرفان‌منش محمد امین. بررسی وضعیت و عوامل مؤثر بر استنادشدگی برون‌دادهای پژوهشی دانشگاه‌های علوم پزشکی تیپ یک کشور با استفاده از پروانه‌های ثبت اختراع طی سال‌های ۲۰۰۰-۲۰۱۵. مدیریت اطلاعات سلامت ۱۳۹۷؛ ۱۵ (۳): ۱۳۱-۱۲۶

مقدمه

تحقق فرایند تبدیل علم به فن‌آوری، مستلزم رویکردی هدفمند و نظام یافته و بستر مناسبی تحت عنوان نظام ملی علم، فن‌آوری و نوآوری می‌باشد. این نظام از سه زیرنظام کلیدی با عنوان دانشگاه، صنعت و دولت تشکیل شده است. یکی از مکانیزم‌های مهمی که مراکز پژوهشی از طریق آن به رشد اقتصادی کمک می‌کنند، تبدیل برون‌دادهای علمی به نوآوری از طریق پروانه‌های ثبت اختراع است (۱). یکی از روش‌های بررسی این قابلیت، مطالعه میزان استنادشدگی از سوی پروانه‌های ثبت اختراع می‌باشد. به بیان دیگر، هرچه برون‌دادهای پژوهشی به میزان بیشتری از سوی پروانه‌های ثبت اختراع مورد استناد قرار گیرند، به احتمال زیاد از نقش و ظرفیت برجسته‌تری در فرایند انتقال دانش برخوردار هستند و جنبه کاربردی بیشتری دارند. بنابراین، ضمن شناسایی این برون‌دادهای پژوهشی، لزوم شناسایی ویژگی‌های برون‌دادهایی که مورد استناد پروانه‌های ثبت اختراع قرار گرفته‌اند، ضروری به نظر می‌رسد.

پیشینه‌های مرتبط با موضوع حاکی از آن است که اغلب پژوهش‌ها به بررسی تبدیل دانش به فن‌آوری از جنبه عملی پرداخته‌اند و کمتر به بررسی پتانسیل و ظرفیت ذاتی برون‌دادهای پژوهشی توجه شده است. از جمله

موضوعات مطرح در مطالعات می‌توان به شناسایی عوامل مؤثر در فرایند تبدیل دانش به فن‌آوری (۲)، لزوم توجه جدی دانشگاه‌ها به این موضوع (۳)، فقدان سرمایه‌گذاری مناسب دانشگاه‌ها در این حوزه (۲) و لزوم فرهنگ‌سازی در این حوزه اشاره نمود. عواملی همچون کیفیت پژوهشی هیأت علمی، مقدار بودجه کل پژوهش دانشگاه، میزان پژوهش انجام شده با بودجه صنعت، حمایت مالی دانشگاه، کیفیت و کمیت منابع انسانی، دفتر انتقال فن‌آوری و خدمات مرکز رشد در دانشگاه بر انجام فعالیت بیشتر تجاری‌سازی، برون‌دادهای بیشتر تجاری شده و موفقیت فعالیت‌های کنونی تجاری‌سازی دانشگاهی بر کیفیت تبدیل دانش به

مقاله حاصل پایان‌نامه کارشناسی ارشد به شماره ۹۵/۶۴۳۳۷ می‌باشد که با حمایت دانشگاه اصفهان انجام شده است.

۱- استادیار، علم اطلاعات و دانش‌شناسی، گروه علم اطلاعات و دانش‌شناسی، دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی، دانشگاه اصفهان، اصفهان، ایران (نویسنده طرف مکاتبه)

Email: a.mansouri@edu.ui.ac.ir

۲- کارشناس ارشد، علم اطلاعات و دانش‌شناسی، گروه علم اطلاعات و دانش‌شناسی، دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی، دانشگاه اصفهان، اصفهان، ایران

مقالات شامل نمره استاندارد، SNIP (Source Normalized Impact per Paper) و SJR (SCImago Journal Rank) جهت مطالعه میزان پیش‌بینی‌کنندگی دریافت استناد از سوی پروانه‌های ثبت اختراع مورد بررسی قرار گرفت. جهت مطالعه عوامل مؤثر در احتمال دریافت استناد برون‌دادهای پژوهشی از سوی پروانه‌های ثبت اختراع، از آزمون‌های همبستگی Pearson و Multiple linear regression استفاده گردید. در نهایت، داده‌ها در نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۳ (version 23, IBM Corporation, Armonk, NY) مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

یافته‌ها

تحلیل داده‌های مطالعه نشان داد که در بازه زمانی مورد بررسی، ۷۶۱۱ برون‌داد پژوهشی از طرف نویسندگان دانشگاه‌های مورد نظر تولید و منتشر شده بود که از این تعداد، در مجموع ۹۹۸ برون‌داد پژوهشی منتشر شده از سوی مؤسسات مورد بررسی، ۳۱۴۵ بار از سوی پروانه‌های ثبت اختراع مورد استناد قرار گرفته بود. این رقم معادل ۰/۴۴ درصد از کل استنادهای دریافتی مقالات منتشر شده دانشگاه‌های علوم پزشکی تپ یک طی سال‌های ۲۰۰۰ تا ۲۰۱۵ تا زمان جمع‌آوری داده‌های پژوهش (جولای سال ۲۰۱۷) بود. مقایسه این میزان با نرخ کلی استنادشدگی برون‌دادهای پژوهشی کشور در همه حوزه‌های موضوعی از سوی پروانه‌های ثبت اختراع بر اساس داده‌های پایگاه SciVal که برابر با ۰/۳۵ درصد بود (۱۰۴۸۷ استناد از سوی پروانه‌های ثبت اختراع از مجموع ۳۰۳۸۶۱۷ استناد کشور تا جولای سال ۲۰۱۷) نشان داد که دانشگاه‌های مورد بررسی عملکرد بهتری در مقایسه با میانگین کلی کشور داشتند؛ در حالی که متوسط جهانی نرخ استنادشدگی از سوی پروانه‌های ثبت اختراع برابر با ۱/۱۱ درصد برآورد گردید (۵۴۸۵۹۱۲ استناد از سوی پروانه‌های ثبت اختراع از مجموع ۴۹۲۸۲۸۲۱۳ استناد جهان) که بیانگر ضعف برون‌دادهای پژوهشی کشور در این زمینه می‌باشد. جدول ۱ میزان کل برون‌دادهای منتشر شده، سهم برون‌دادهای استناد شده از سوی پروانه‌های ثبت اختراع، تعداد کل استنادهای دریافتی و سهم استنادهای دریافتی از سوی پروانه‌های ثبت اختراع را برای هشت دانشگاه علوم پزشکی تپ یک نشان می‌دهد.

جدول ۱: میزان مقالات استناد شده کشور از سوی پروانه‌های ثبت اختراع در بازه زمانی سال‌های ۲۰۱۵-۲۰۰۰

نام دانشگاه	کل برون‌دادهای پژوهشی [تعداد (درصد)]	تعداد برون‌دادهای استناد شده	کل استنادهای دریافتی	تعداد استناد از سوی پروانه‌های ثبت اختراع [تعداد (درصد)]
تهران	۳۰۴۱۶	۴۶۵ (۱/۵۳)	۳۲۴۳۰۹	۱۴۵۴ (۰/۴۵)
شهید بهشتی	۱۱۱۱۹	۱۲۹ (۱/۱۶)	۹۷۹۳۶	۴۲۳ (۰/۴۳)
شیراز	۸۱۶۷	۱۰۸ (۱/۳۲)	۶۸۳۹۶	۳۰۵ (۰/۴۵)
اصفهان	۷۶۹۰	۷۴ (۰/۹۶)	۶۶۴۱۵	۲۹۷ (۰/۴۵)
تبریز	۶۵۵۴	۹۸ (۱/۴۹)	۵۶۲۷۱	۳۲۵ (۰/۵۸)
مشهد	۶۵۵۰	۸۳ (۱/۲۷)	۵۷۱۹۲	۲۳۲ (۰/۴۱)
جندی شاپور اهواز	۳۰۶۷	۲۴ (۰/۷۸)	۱۹۲۹۹	۵۰ (۰/۲۶)
کرمان	۲۵۴۸	۱۷ (۰/۶۷)	۲۲۲۳۲	۵۹ (۰/۲۷)

فن‌آوری، هم‌راستایی با نیازهای جامعه و جهان، وجود قوانین حمایتی و سرمایه‌گذاری در فن‌آوری‌های نوین تأثیرگذار است (۵، ۴). برای تحلیل پروانه‌های ثبت اختراع اغلب از تحلیل محتوا، تحلیل استنادی و تحلیل شبکه‌های استنادی استفاده شده است (۸-۶).

با توجه به مطالب بیان شده، پژوهش حاضر با هدف بررسی میزان استنادشدگی برون‌دادهای پژوهشی هشت دانشگاه تپ یک علوم پزشکی کشور (به عنوان یکی از حوزه‌های کاربردی در دنیا) در پایگاه Scopus طی یک بازه زمانی بلند مدت ۱۶ ساله (سال‌های ۲۰۱۵-۲۰۰۰) از طرف پروانه‌های ثبت اختراع انجام شد. همچنین، ویژگی مقالات استناد شده مورد بررسی قرار گرفت. برای دستیابی به اهداف گفته شده، سؤالاتی مانند «میزان استناد دریافتی مقالات دانشگاه‌های مورد بررسی از سوی پروانه‌های ثبت اختراع در سال‌های ۲۰۱۵-۲۰۰۰ چقدر است؟ و مقالات استناد شده این دانشگاه‌ها از سوی پروانه‌های ثبت اختراع در سال‌های ۲۰۱۵-۲۰۰۰ دارای چه ویژگی‌هایی هستند؟» مطرح گردید.

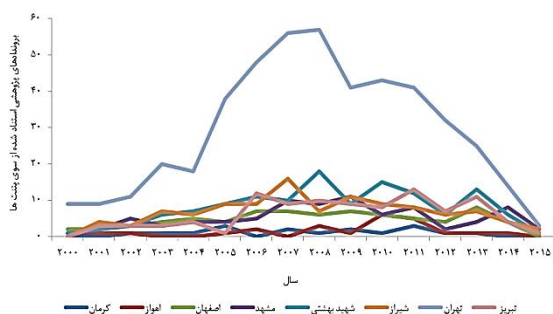
روش بررسی

این مطالعه از نوع توصیف-همبستگی بود که با استفاده از شاخص‌های علم‌سنجی انجام شد. جامعه تحقیق شامل تمامی برون‌دادهای علمی دانشگاه‌های علوم پزشکی تپ یک کشور (تهران، شهید بهشتی، شیراز، اصفهان، تبریز، مشهد، اهواز و کرمان) نمایه شده در پایگاه استنادی Scopus از سال ۲۰۰۰ تا پایان سال ۲۰۱۵ بود. جهت جمع‌آوری داده‌ها از پایگاه SciVal استفاده گردید.

پس از جستجوی هر یک از دانشگاه‌ها در SciVal، استنادات دریافتی برون‌دادهای پژوهشی آن دانشگاه مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت و با استفاده از ابزار برون‌دادهای پژوهشی استناد شده از سوی پروانه‌های ثبت اختراع، سهم استنادشدگی از سوی پروانه‌های ثبت اختراع برای هر دانشگاه تعیین شد. به منظور بررسی ویژگی‌های مقالات استناد شده از طرف پروانه‌های ثبت اختراع، سه ویژگی مقالات دانشگاه‌های علوم پزشکی تپ یک شامل تعداد نویسندگان هر مقاله، تعداد سازمان‌های مشارکت‌کننده در هر مقاله، تعداد کشورهای مشارکت‌کننده در هر مقاله و سه شاخص ارزیابی کیفیت مجله‌های منتشرکننده

جدول ۲: سهم استنادات دریافتی دانشگاه‌های علوم پزشکی از پروانه‌های ثبت اختراع ثبت شده در پنج دفتر بین‌المللی ثبت اختراع

نام دانشگاه	اروپا	ژاپن	انگلستان	آمریکا	سازمان جهانی
تهران	۲۱۸	۱۱۵	۸	۶۹۵	۴۱۸
شهید بهشتی	۵۹	۳۷	۲	۲۰۴	۱۲۱
شیراز	۴۹	۲۹	۱	۱۳۱	۹۵
اصفهان	۴۹	۲۱	۳	۱۵۳	۷۱
تبریز	۴۷	۲۷	۰	۱۶۰	۹۱
مشهد	۳۴	۲۲	۰	۹۵	۸۱
جندی شاپور اهواز	۹	۴	۰	۱۵	۲۲
کرمان	۱۳	۱۰	۱	۱۸	۱۷



شکل ۱: روند استنادشدگی برون‌دادهای پژوهشی هشت دانشگاه علوم پزشکی تیپ یک از سوی پروانه‌های ثبت اختراع

ضریب همبستگی چندگانه، ضریب تعیین، ضریب تعیین تعدیل شده و ضریب f ویژگی‌های مقالات با میزان استنادشدگی آن‌ها در خصوص دانشگاه‌های علوم پزشکی تیپ یک به ترتیب $۰/۸۳۹$ ، $۰/۷۰۳$ ، $۰/۷۰۱$ و $۲۶۴/۸۹$ به دست آمد. بر اساس داده‌ها، احتمال مورد استناد واقع شدن مقالات از طرف پروانه‌های ثبت اختراع در حوزه پزشکی توسط ویژگی‌های مقالات حدود ۷۰ درصد تبیین گردید. همچنین، با توجه به اینکه ضریب f مشاهده شده در سطح $P < ۰/۰۵$ معنی‌دار بود، می‌توان گفت که رگرسیون خطی برآورده شده از کفایت لازم برخوردار است و مورد قبول می‌باشد.

ضرایب مدل Multiple linear regression برای بررسی معنی‌داری تأثیر هر یک از ویژگی‌های مقالات دانشگاه‌های علوم پزشکی تیپ یک بر احتمال استنادشدگی آن‌ها از طرف پروانه‌های ثبت اختراع در جدول ۴ ارائه شده است.

جدول ۳: ضریب همبستگی بین ویژگی‌های مقالات دانشگاه‌های علوم پزشکی تیپ یک و میزان استنادشدگی آن‌ها از طرف پروانه‌های ثبت اختراع

ماتریس همبستگی	SNIP	نمره استناد	SJR	تعداد نویسندگان	تعداد سازمان‌ها	تعداد کشورها
احتمال مورد استناد واقع شدن	ضریب همبستگی	۰/۳۳۵	۰/۵۲۹	۰/۲۹۹	۰/۷۶۸	۰/۶۳۶
مقدار P		$< ۰/۰۰۱$	$< ۰/۰۰۱$	$< ۰/۰۰۱$	$< ۰/۰۰۱$	$< ۰/۰۰۱$

SNIP: Source Normalized Impact per Paper; SJR: SCImago Journal Rank

بررسی پنج دفتر اصلی ثبت پروانه‌های ثبت اختراع جهانی (دفتر ثبت اروپا، آمریکا، ژاپن، انگلستان، سازمان جهانی مالکیت معنوی) نشان داد که $۴۶/۷۷$ درصد از کل استنادهای دریافت شده از سوی پروانه‌های ثبت اختراع، متعلق به پروانه‌های ثبت شده در دفتر علایم تجاری و ثبت اختراع آمریکا بود. در سوی مقابل، کمترین سهم استنادهای دریافتی به پروانه‌های ثبت اختراع ثبت شده در دفتر مالکیت معنوی انگلستان ($۰/۴۸$ درصد) اختصاص داشت. سهم استنادهای دریافت شده دانشگاه‌ها از هر یک از دفاتر پنج‌گانه اصلی ثبت پروانه‌های ثبت اختراع جهانی در جدول ۲ ارائه شده است.

روند زمانی استنادشدگی برون‌دادهای پژوهشی هشت دانشگاه علوم پزشکی تیپ یک از سوی پروانه‌های ثبت اختراع در شکل ۱ قابل مشاهده است. به طور کلی، بیشترین تعداد استنادهای دریافتی به سال‌های ۲۰۰۷ و ۲۰۰۸ تعلق داشت که به ترتیب ۱۱۰ و ۱۱۱ برون‌داد پژوهشی هشت دانشگاه تیپ یک، از سوی پروانه‌های ثبت اختراع مورد استناد قرار گرفته بود. از آنجایی که استناد امر زمان‌بری می‌باشد و ممکن است چند سال طول بکشد تا برون‌دادهای پژوهشی مورد استناد قرار گیرند، شاید یکی از دلایل روند کاهشی استنادهای دریافتی، این موضوع می‌تواند باشد (شکل ۱).

نتایج آزمون ضریب همبستگی Pearson (به دلیل توزیع نرمال مقادیر متغیرها) نشان داد که رابطه آماری معنی‌دار و مستقیمی بین میزان استنادشدگی مقالات دانشگاه‌های علوم پزشکی تیپ یک از سوی پروانه‌های ثبت اختراع و شش ویژگی مقالات وجود داشت (جدول ۳). بنابراین، با توجه به یافته‌های فوق می‌توان یک رابطه خطی بین ویژگی‌های مقالات با احتمال مورد استناد واقع شدن مقالات برقرار نمود که در ادامه با استفاده از آزمون Multiple linear regression به بیان آن پرداخته شد.

جدول ۴: ضرایب تحلیل **Multiple linear regression** احتمال مورد استناد قرار گرفتن مقالات بر اساس ویژگی‌های آن‌ها

مقدار P	ضریب T	ضریب استاندارد بتا	ضرایب غیر استاندارد		مدل رگرسیونی
			خطای معیار	بتا	
< ۰/۰۰۱	۴/۵۰۸	-	۷/۳۰۹	۳۲/۹۵۱	ثابت
< ۰/۰۰۱	۱۰/۵۷۳	۰/۴۷۸	۴/۶۰۷	۴۸/۷۰۵	SNIP
۰/۹۴۸	۰/۰۶۶	۰/۰۰۳	۳/۶۵۵	۰/۲۴۰	نمره استناد
< ۰/۰۰۱	۴/۲۷۹	۰/۲۹۹	۵/۳۶۶	۲۲/۹۶۴	SJR
< ۰/۰۰۱	۸/۲۵۳	۰/۴۲۷	۰/۳۲۸	۲/۷۰۷	تعداد نویسندگان
< ۰/۰۰۱	۱۵/۶۱۹	۱/۱۶۸	۱/۸۰۱	۲۸/۱۳۷	تعداد سازمان‌ها
۰/۰۸۲	۱/۷۳۹	۰/۱۰۷	۳/۰۸۷	۵/۳۷۱	تعداد کشورها

SNIP: Source Normalized Impact per Paper; SJR: SCImago Journal Rank

مقالات حدود ۷۰ درصد بود. این امر شاید به دلیل ماهیت و نوع نیاز فناوری حوزه پزشکی است. بیشتر برون‌دادهای پژوهشی حوزه پزشکی ماهیتی کاربردی دارد (۹) و برخاسته از نیازهای کاربردی حوزه پزشکی و سلامت می‌باشد. همین امر باعث می‌شود که برون‌دادهای پژوهشی با ماهیت کاربردی، شانس بیشتری برای مورد استناد قرار گرفتن در پروانه‌های ثبت اختراع داشته باشند. بر اساس نتایج به دست آمده، بهترین پیش‌بینی کننده احتمال مورد استناد واقع شدن مقالات از طرف پروانه‌های ثبت اختراع در حوزه پزشکی به ترتیب ویژگی‌های تعداد سازمان‌های حاضر در مقاله، SNIP، تعداد نویسندگان و SJR بوده است. در سوی مقابل، تأثیر شاخص‌های نمره استناد و تعداد کشور بر احتمال مورد استناد واقع شدن مقالات از سوی پروانه‌های ثبت اختراع با توجه به مقدار P در سطح معنی‌داری قرار نداشت. در این زمینه، مطالعات Falagas و همکاران (۱۳)، Lariviere و همکاران (۱۴) و van Eck و Waltman (۱۵) نیز به این نتیجه رسیدند که میان تعداد نویسندگان و مؤسسات سهیم در مقالات و نرخ استنادشدگی آن‌ها رابطه مستقیم و معنی‌دار وجود دارد. بر اساس نتایج تحقیق Abramo و D'Angelo، رابطه خطی و معنی‌داری میان تعداد نویسندگان و تعداد استنادهای دریافتی مقالات مشاهده گردید (۱۶). همچنین، نتایج پژوهش ابراهیمی و همکاران نشان داد که بین چندنویسندگی با میزان استناد به مقالات رابطه مثبت و معنی‌داری وجود دارد و شاخص چندنویسندگی پیش‌بینی کننده استناددهی است (۱۷). آنچه مشخص است، اگر ضریب تأثیر مجله، یکی از شاخص‌های تعیین کیفیت مجله مشخص شود، نتایج مطالعات نشان می‌دهد که مقالات این نوع مجلات بیشتر مورد استناد قرار می‌گیرند (۱۸). این موضوع در یافته‌های تحقیق حاضر نیز مورد تأکید قرار گرفت که پروانه‌های ثبت اختراع به آن دسته از برون‌دادهای پژوهشی استناد بیشتری می‌دهند که در مجلات با ضریب تأثیر بالاتر منتشر شده باشند.

در مجموع، نتایج به دست آمده نشان دهنده آن است که به دلیل ماهیت علم پزشکی و بین‌المللی بودن آن، یافته‌های پژوهشی کاربردی جهانی دارد و با توجه به نیاز مشترک، امکان مشارکت‌های گروهی و بین‌المللی بسیار معمول می‌باشد و همین امر منجر به افزایش فرصت استناد به برون‌دادهای از طرف پروانه‌های ثبت اختراع می‌گردد. ضمن این که اعتبار مجلات منتشرکننده برون‌دادهای پژوهشی نیز عامل مؤثری محسوب می‌شوند که در نتایج مطالعات نیز مورد تأکید و تصدیق قرار گرفته است (۱۹-۲۲).

با توجه به سطوح معنی‌داری بدست آمده، ویژگی‌های SNIP، SJR، تعداد نویسندگان مقالات و تعداد سازمان‌های مشارکت‌کننده در مقاله، تأثیر معنی‌داری بر احتمال استنادشدگی مقالات در حوزه پزشکی داشت، اما تأثیر شاخص‌های نمره استناد و تعداد کشور بر احتمال مورد استناد واقع شدن مقالات از سوی پروانه‌های ثبت اختراع در سطح معنی‌داری قرار نداشت.

بحث

نتایج پژوهش‌های مختلف نشان داده است که میزان رشد و تولید برون‌دادهای پژوهشی در حوزه پزشکی نسبت به سایر موضوعات در ایران بیشتر است (۱۰-۸). چنین یافته‌ای این انتظار را ایجاد می‌کند که هرچه نسبت دریافت استناد به تناسب بیشتر باشد، تعداد تولیدات علمی و پروانه‌های ثبت اختراع هر کشور نیز بیشتر می‌شود و رابطه مستقیمی وجود دارد (۱۱). علاوه بر این، تعداد پروانه‌های ثبت اختراع حوزه پزشکی نسبت به سایر موضوعات نیز بیشتر است. همه این عوامل این احتمال را بیشتر می‌کند که تعداد استنادات دریافتی نسبت به برون‌دادهای دیگر حوزه‌های موضوعی بیشتر می‌باشد.

آنچه مشخص است این که اغلب استنادهای پروانه‌های ثبت اختراع به دلیل ماهیت اطلاعات مورد نیاز به آن‌ها است و بیشترین استناد از طرف پروانه‌های ثبت اختراع به سایر پروانه‌های هم‌موضوع خود است. بنابراین، اولین دلیل این که برون‌دادهای پژوهشی از طرف پروانه‌های ثبت اختراع کمتر مورد استناد قرار می‌گیرند، به ماهیت‌شان برمی‌گردد. آن بخش از برون‌دادهای پژوهشی به ویژه مقالات که در پروانه‌های ثبت اختراع مورد استناد قرار می‌گیرند، نشان دهنده اهمیت و پتانسیل فن‌آوری آن‌ها است و از این لحاظ باید اهمیت بیشتری را به این نوع مقالات و برون‌دادهای پژوهشی داد.

نتایج مطالعه سهیلی نشان داد که در بین دانشگاه‌ها و مراکز پژوهشی ایران، دانشگاه‌های تهران و علوم پزشکی تهران بیشتر تعداد برون‌داد پژوهشی در حوزه پزشکی و غیر پزشکی را داشته‌اند (۱۲) که با نتایج بررسی حاضر همسو بود. ضمن این که نتایج تحقیق حاضر با یافته‌های پژوهش ابوالقاسمی فخری مینی بر این که دانشگاه‌های علوم پزشکی تهران و شیراز در بین سایر دانشگاه‌های تیپ ۱ رتبه بهتری از نظر تولید علم دارند (۹)، مشابَهت داشت. نتایج آزمون ضرایب همبستگی نشان داد که احتمال مورد استناد واقع شدن مقالات از طرف پروانه‌های ثبت اختراع در حوزه پزشکی توسط ویژگی‌های

پیشنهادهای

با توجه به نتایج به دست آمده از مطالعه حاضر، پیشنهاد می‌شود که سیاستگذاران پژوهشی دانشگاه‌ها و مراکز پژوهشی مرتبط با حوزه پزشکی به منظور افزایش پتانسیل بالقوه برون‌دادهای تجاری شدن و تبدیل به فن‌آوری، به کیفیت و میزان همکاری‌های ملی و بین‌المللی مقالات تأکید نمایند و به شناسایی و معرفی مجلاتی که احتمال استناد بیشتر از طرف پروانه‌های ثبت اختراع در موضوعات مختلف دارند، اقدام شود.

تشکر و قدردانی

بدین وسیله از معاونت محترم پژوهشی دانشگاه اصفهان به جهت حمایت‌های مادی و معنوی در انجام این مطالعه، تشکر و قدردانی به عمل می‌آید.

تضاد منافع

در انجام مطالعه حاضر، نویسندگان هیچ‌گونه تضاد منافی نداشته‌اند.

از جمله محدودیت‌های تحقیق عبارت بود از این که اطلاعات پایگاه SciVal به طور هفتگی روزآمد می‌شد و با مراجعات بعدی به این پایگاه، آمارهای استخراج شده قبلی مخدوش می‌گردید.

نتیجه‌گیری

اگرچه میزان استنادشدگی برون‌دادهای پژوهشی هشت دانشگاه علوم پزشکی تیب یک کشور از سوی پروانه‌های ثبت اختراع در مقایسه با میانگین ایران در سطح بالاتری قرار داشت، اما با میانگین جهانی فاصله زیادی دارد. علاوه بر موضوع و ماهیت کاربردی برون‌دادهای علمی، یافته‌های بررسی حاضر نشان داد که همکاری‌های علمی و انتشار مقاله در مجله‌های باکیفیت، بر احتمال استنادشدگی آن‌ها از سوی پروانه‌های ثبت اختراع تأثیرگذار است. بنابراین، متولیان حوزه پژوهش و صنعت حوزه پزشکی کشور می‌توانند ضمن شناسایی پتانسیل‌ها و ظرفیت‌های پژوهشی و فن‌آوری حوزه پزشکی، به ترویج مخترعان و محققان این حوزه در مشارکت با کشورهای صاحب‌نام اقدام نمایند و یافته‌های علمی و پژوهشی خود را در مجلات با کیفیت مناسب منتشر نمایند.

References

- Berbegal-Mirabent J, Sanchez Garcia JL, Ribeiro-Soriano DE. University-industry partnerships for the provision of R&D services. *J Bus Res* 2015; 68(7): 1407-13.
- Wu Y, Welch EW, Huang WL. Commercialization of university inventions: Individual and institutional factors affecting licensing of university patents. *Technovation* 2015; 36-37: 12-25.
- Mohseni H, Shafizadeh H. Study of Tehran state universities condition in changing process of knowledge to technology. *The Socio Cultural Strategy Journal* 2013; 2(7): 135-70. [In Persian].
- Pajooesh-Jahromi A, Pourkarimi J. Commercialization of academic research achievements from the perspective of resource-based approach. *Rahyaft Journal* 2016; (62): 15-34. [In Persian].
- Tanha D, Salamzadeh A, Allahian Z, Salamzadeh Y. Commercialization of university research and innovations in Iran: Obstacles and solutions. *Journal of Knowledge Management, Economics and Information Technology* 2011; 1(7): 126-46. [In Persian].
- Abbas A, Zhang L, Khan SU. A literature review on the state-of-the-art in patent analysis. *World Patent Information* 2014; 37: 3-13.
- Mansouri A, Tavakolizade Ravari M, Makizadeh F, Tusi Z. The evolution of technology: An analysis on subject classes of patents for recognition of RFID technology. *Iranian Journal of Information Processing and Management* 2017; 33(1): 295-310. [In Persian].
- Mansouri A, Mohammadpour M, Hayati S. Determining endoscopy equipment life cycle through the hidden Markov model. *Library and Information Science* 2017; 20(4): 95-121. [In Persian].
- Abolghassemi Fakhree MA. Scientometric analysis of the major Iranian medical universities. *Scientometrics* 2011; 87(1): 205-20.
- Aminpour F, Kabiri P, Boroumand MA, Keshkar AA, Hejazi SS. Iranian medical universities in SCIE: Evaluation of address variation. *Scientometrics* 2010; 85(1): 53-63.
- Meyer M. Does science push technology? Patents citing scientific literature. *Research Policy* 2000; 29(3): 409-34.
- Soheili F. Mapping the structure of scientific publication of Tehran medical university in web of science database. *Health Inf Manage* 2012; 8(6): 861-71. [In Persian].
- Falagas ME, Zarkali A, Karageorgopoulos DE, Bardakas V, Mavros MN. The impact of article length on the number of future citations: A bibliometric analysis of general medicine journals. *PLoS One* 2013; 8(2): e49476.
- Lariviere V, Gingras Y, Sugimoto CR, Tsou A. Team size matters: Collaboration and scientific impact since 1900. *J Assoc Inf Sci Technol* 2015; 66(7): 1323-32.
- Waltman L, van Eck NJ. Field-normalized citation impact indicators and the choice of an appropriate counting method. *Journal of Informetrics* 2015; 9(4): 872-94.
- Abramo G, D'Angelo CA. The relationship between the number of authors of a publication, its citations and the impact factor of the publishing journal: Evidence from Italy. *J Informetr* 2015; 9(4): 746-61.
- Ebrahimi S, Dehghan M, Jowkar A. Evaluation the predictive indicators of scientific impact to increase the citations of articles in scientific journals. *Journal of Information Processing and Management* 2017; 32(3): 661-94. [In Persian].
- Erfanmanesh MA. The impact of international research collaboration on the quality of scholarly output of Tehran University of Medical Sciences. *J Health Adm* 2017; 20(69): 42-56. [In Persian].
- Waltman L. A review of the literature on citation impact indicators. *J Informetr* 2016; 10(2): 365-91.
- Low WY, Ng KH, Kabir MA, Koh AP, Sinnasamy J. Trend and impact of international collaboration in clinical medicine papers published in Malaysia. *Scientometrics* 2014; 98: 1521-33.
- Glanzel W, Schubert A. Double effort = Double impact? A critical view at international co-authorship in chemistry. *Scientometrics* 2001; 50(2): 199-214.
- Abrizah A, Erfanmanesh M, Rohani VA, Thelwall M, Levitt JM, Didegah F. Sixty-four years of informetrics research: Productivity, impact and collaboration. *Scientometrics* 2014; 101(1): 569-85.

Status and Factors Associated with Citedness of Scholarly Outputs by Patents for the Type 1 Medical Science Universities in Iran during the Years 2000-2015

Ali Mansouri¹, Marjan Forouzandeh-Shahraki², Mohammad Amin Erfanmanesh¹

Original Article

Abstract

Introduction: One of the indicators of research outputs of universities is assessment of the capability to of transferring knowledge to technology via assessment of citedness of scholarly outputs by patents. Current research aimed to investigate the status and factors associated with the citedness of scholarly outputs by patents in Scopus for the type 1 medical science universities of Iran during 2000-2015 period.

Methods: Research population comprised of all scholarly output published by eight type 1 Iranian medical science universities (Tehran, Shahid Beheshti, Shiraz, Isfahan, Tabriz, Mashhad, Ahwaz, and Kerman) in Scopus database during 2000-2015 period. Data were collected from Elsevier's SciVal. Moreover, data analysis was conducted using descriptive correlation statistics.

Results: Of 76111 studied publications, 998 scientific outputs were cited 3145 times from patents. Citedness rate of medical science universities' scholarly output were found to be higher than the average rate of Iran (0.39%), but lower than the international average rate (1.1%). The highest and lowest shares of cited publications by patents were seen in the Tehran University of Medical Sciences (1.53%) and Tabriz University of Medical Sciences (0.58%), respectively. Results of running a series of multiple linear regression tests showed that four indicators, namely Source Normalized Impact per Paper (SNIP), SCImago Journal Rank (SJR), total number of publication's authors, and total number of publication's contributing institutions had statistically significant impacts on possibility of citedness of scholarly outputs by patents.

Conclusion: In addition to the topic and practical nature of the scholarly output, results of the study showed that research collaboration, as well as publishing in high quality journals, has an impact on getting cited by patents.

Keywords: Scholarly Communication; Patents; Universities

Received: 09 Dec., 2017

Accepted: 15 July, 2018

Published: 06 Aug., 2018

Citation: Mansouri A, Forouzandeh-Shahraki M, Erfanmanesh MA. **Status and Factors Associated with Citedness of Scholarly Outputs by Patents for the Type 1 Medical Science Universities in Iran during the Years 2000-2015.** Health Inf Manage 2018; 15(3): 126-31

Article resulted from MSc thesis No. 95.64337 funded by University of Isfahan.

1- Assistant Professor, Knowledge and Information Science, Department of Knowledge and Information Science, School of Education and Psychology, University of Isfahan, Isfahan, Iran (Corresponding Author) Email: a.mansouri@edu.ui.ac.ir

2- MSc, Knowledge and Information Science, Department of Knowledge and Information Science, School of Education and Psychology, University of Isfahan, Isfahan, Iran

شناسایی موانع ایفای نقش کتابداران پزشکی در تسهیل ارتباطات علمی پزشکان و پیراپزشکان از دیدگاه متخصصان جامعه علوم پزشکی بوشهر: یک مطالعه کیفی

عبدالرسول خسروی^۱، عاطفه اسفندیاری^۲، مهری اطاقی^۳

مقاله پژوهشی

چکیده

مقدمه: پزشکان به دلیل مشغله زیاد، اغلب فرصت کافی برای به روز کردن اطلاعات بالینی خود ندارند. وجود کتابداران پزشکی در بیمارستان می تواند در جهت رفع نیازهای متخصصان سلامت کمک کننده باشد. در این راستا، پژوهش حاضر به شناسایی موانع ایفای نقش کتابداران پزشکی در تسهیل ارتباطات علمی از دیدگاه متخصصان جامعه علوم پزشکی بوشهر در سال ۱۳۹۵ پرداخت.

روش بررسی: این مطالعه با استفاده از روش کیفی و از طریق مصاحبه های نیمه ساختار یافته انجام شد. مصاحبه ها تا رسیدن به سطح اشباع ادامه پیدا کرد و نمونه گیری به صورت هدفمند صورت گرفت. در نهایت، ۱۰ نفر از پزشکان و پیراپزشکان بوشهر در مطالعه شرکت نمودند.

یافته ها: بر اساس دیدگاه مصاحبه شوندگان و صاحب نظران، پنج مانع «نگرشی، فردی، ساختاری، فنی و سازمانی» در ایفای نقش کتابداران پزشکی جهت تسهیل ارتباطات علمی جامعه پزشکان و پیراپزشکان شناسایی گردید که موانع فردی به عنوان مهم ترین موانع تأثیر گذار بر ایفای نقش کتابداران پزشکی شناسایی شد.

نتیجه گیری: با استفاده از نتایج به دست آمده و چالش های مشخص شده، می توان با بهره گیری از اصلاحات ساختاری و سازمانی و همچنین، تغییراتی در عوامل نگرشی و رفتاری، ارتباطات علمی پزشکان و پیراپزشکان بیمارستان شهدای خلیج فارس بوشهر را تسهیل کرد. همچنین، نتایج پژوهش حاضر می تواند مشکلات کتابداران را برطرف نماید و راهگشایی جهت تشکیل کمیته ای برای آموزش های فردی کتابداران پزشکی باشد.

واژه های کلیدی: ارتباطات علمی؛ کتابداران پزشکی؛ پیراپزشکان؛ پزشکان

تاریخ انتشار: ۱۳۹۷/۵/۱۵

پذیرش مقاله: ۱۳۹۷/۳/۲۰

دریافت مقاله: ۱۳۹۶/۹/۲۲

ارجاع: خسروی عبدالرسول، اسفندیاری عاطفه، اطاقی مهری. شناسایی موانع ایفای نقش کتابداران پزشکی در تسهیل ارتباطات علمی پزشکان و پیراپزشکان از دیدگاه متخصصان جامعه علوم پزشکی بوشهر: یک مطالعه کیفی. مدیریت اطلاعات سلامت ۱۳۹۷؛ ۱۵ (۳): ۱۳۲-۱۳۸

کتابداران پزشکی صورت نگرفته است و تنها مطالعه کاربردی اطلسی، به روش کیفی انواع فعالیت های کتابداران بالینی را موضوع هدف پژوهش خود قرار داد (۴). تحقیق مروری انصاری نیز با هدف بررسی موانع و راهکارهای مدیریتی در انجام وظایف کتابداران پزشکی انجام شد (۵). پژوهشی با موضوع تجارب کتابداران بالینی در بیمارستان صورت گرفت که در آن مشکلات حرفه ای کتابداران پزشکی به صورت کلی بررسی گردید (۶). مطالعات اخیر نقش کتابداران پزشکی در محیط بیمارستان را مورد توجه قرار داده اند، اما از موانع ایفای نقش های آنان به صورت تک موردی و کلی بحث کردند (۷).

مطالعه حاصل پایان نامه کارشناسی ارشد با شماره ۳۲۴۶ می باشد که با حمایت دانشگاه علوم پزشکی بوشهر انجام شده است.

- ۱- دانشیار، کتابداری و اطلاع رسانی پزشکی، گروه کتابداری و اطلاع رسانی پزشکی، دانشکده پیراپزشکی، دانشگاه علوم پزشکی بوشهر، بوشهر، ایران
- ۲- استادیار، سیاست گذاری سلامت، گروه سیاست گذاری سلامت، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی بوشهر، بوشهر، ایران
- ۳- کارشناس ارشد، کتابداری و اطلاع رسانی پزشکی، گروه کتابداری و اطلاع رسانی پزشکی، دانشکده پیراپزشکی، دانشگاه علوم پزشکی بوشهر، بوشهر، ایران (نویسنده طرف مکاتبه)

Email: mehri.otaghi@yahoo.com

مقدمه

ضرورت توجه به اطلاعات روزآمد برای جامعه علوم پزشکی با توجه به حساس بودن مسأله تشخیص بیماری ها، اهمیت ارتباطات علمی را بیشتر می کند. ارتباطات علمی، گفتگوهای دو سویه و عامل مهمی جهت تولید دانش و ایده های جدید علمی و کاربرد نتایج علم است (۱). ارتباطات علمی در مراکز پزشکی می تواند به روند تصمیم گیری و درمان کمک نماید و این مهم توجه به امر پژوهش برای جامعه پزشکان در بیمارستان ها را بیشتر می کند (۲).

با وجود اهمیت فراوان ارتباطات علمی، پزشکان و پیراپزشکان شاغل در بیمارستان به دلیل مواجه شدن با مسائلی همچون کمبود وقت، پراکندگی و حجم زیاد اطلاعات و چالش انتخاب مناسب ترین منابع معتبر پزشکی برای کسب اطلاعات روزآمد، ارتباطات علمی ضعیفی دارند و یکی از شیوه های تقویت ارتباطات علمی در این زمینه، وجود کتابداران پزشکی است که می توانند به کادر درمان در افزایش مهارت های اطلاعاتی مانند آشنایی با پایگاه های اطلاعاتی، نحوه جستجوی مدارک معتبر علمی مبتنی بر شواهد و روش تحقیق کمک نمایند (۳). با این حال، مسایل و مشکلاتی در ایفای نقش کتابداران پزشکی وجود دارد که توجه به حل آن ها، زمینه ارتباطات علمی کادر درمان را نیز میسر می کند. پژوهش های کاربردی زیادی در زمینه دسته بندی موانع ایفای نقش

ارابه گردید. همچنین، روش جمع‌آوری و ضبط داده‌ها، محرمانه بودن اطلاعات و مشخصات مصاحبه‌شونده و به کارگیری کد به جای اسم به طور کامل برای آنان شرح داده شد و رضایت آگاهانه آن‌ها اخذ گردید. هر مصاحبه به طور متوسط ۳۰ تا ۹۰ دقیقه به طول انجامید. نتیجه به دست آمده با رعایت اصل محرمانه بودن اطلاعات اشخاص و اجازه از مصاحبه‌شوندگان ضبط شد (به جزء یکی از آن‌ها که در آن مورد نیز تمام نکات مطرح شده با کسب اجازه از مصاحبه‌شونده یادداشت شد). مصاحبه‌های ضبط شده به دقت بررسی گردید. برای صحت اطلاعات و ارزیابی کیفیت تحقیق، چهار معیار «اعتبار، قابلیت اعتماد، تأییدپذیری و قابلیت انتقال» بر اساس معیارهای پیشنهاد شده Guba و Lincoln مورد بررسی قرار گرفت (۱۲). جهت تأیید اعتبار پژوهش، مصاحبه‌های نوشته شده توسط شرکت‌کنندگان و استادان خبره مورد بازبینی قرار گرفت. برای تأیید قابلیت اعتماد و تأییدپذیری نیز فعالیت‌های کامل پژوهشگران درباره چگونگی جمع‌آوری و تحلیل داده‌ها ثبت گردید و گزیده‌هایی از متن مصاحبه‌ها در اختیار یک فرد متخصص در روش پژوهش کیفی قرار داده شد و توافق حاصل گردید. در مورد انتقال‌پذیری سعی شد با توصیف‌های لازم و ذکر تمام جزئیات پژوهش، مطلب مبهمی وجود نداشته باشد. در نهایت، داده‌ها به روش تحلیل محتوا مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. به این ترتیب که پس از ثبت رونوشت مصاحبه‌ها، دریافت معانی و مضامین از مصاحبه‌ها به عمل آمد که این معانی ممکن بود در ظاهر در متن مصاحبه پیدا باشد یا نباشد؛ یعنی هم محتوای آشکار و هم محتوای پنهان؛ چرا که سکوت، خنده و ذهنیت افراد مصاحبه‌شونده نیز در نظر گرفته شد و طبقه‌بندی موانع صورت گرفت. در نهایت، پنج مانع (نگرشی، فردی، ساختاری، فنی و سازمانی) بر اساس مصاحبه‌های انجام شده شناسایی گردید.

یافته‌ها

بر اساس یافته‌های به دست آمده، پنج مانع اصلی نگرشی، فردی، ساختاری، فنی و سازمانی برای ایفای نقش کتابداران پزشکی در تسهیل ارتباطات علمی جامعه پزشکان و پیراپزشکان وجود داشت که هر یک از این موانع شامل زمینه‌های فرعی بود (جدول ۱). در ادامه، تمام موانع مورد بررسی قرار گرفت. سپس هر یک از گویه‌های این موانع به تفصیل شرح داده شد.

بر پایه داده‌های به دست آمده از جدول ۱، موانع فردی با بیشترین تعداد گویه، اهمیت بیشتری از سوی متخصصان جامعه علوم پزشکی داشت.

موانع نگرشی: صاحب‌نظران بر این باور بودند که بین پزشکان با سایر حرفه‌ها فاصله طبقاتی وجود دارد که شامل نگرش پزشک محوری نیز می‌شود. «ابتدا از سطوح پایین همچون پرستاران باید هماهنگی صورت گیرد تا بعدها بتوان آن‌ها را با سطوح بالا مانند پزشکان پیوند داد. ده سال دیگه شاید ما به اونجا برسیم که مقاله‌ی پرستار بیاد تو گروه ما، ما بخونیم، بعد پیشنهاد یا مقاله‌ای به پرستار بدیم» (مصاحبه‌شونده شماره ۷). پزشکان متخصص مصاحبه‌شونده اعتقاد داشتند که کتابداران پزشکی شایستگی و توانایی‌های لازم برای رفع نیازهای اطلاعاتی آن‌ها را ندارند. «من گمون نمی‌کنم همچین چیزی در جایی تو دنیا انجام شده باشه. کتابدار راه بیفته بره تو بخش یا سرک بکشه ببینه چی صحبت می‌کنن... خب این موضوعی من برم در موردش مطلب جمع کنم. حداقل اونجا باید آنکال باشه» (مصاحبه‌شونده شماره ۶).

برخی تحقیقات نیز به اهمیت نقش پژوهشی و واسط علمی کتابداران پزشکی در محیط دانشگاه توجه نمودند (۸). در پژوهشی نیز چگونگی عملکرد و فعالیت کتابداران پزشکی در توسعه ارتباطات علمی در کتابخانه‌ها مورد بررسی قرار گرفت که در آن به کارکنان کتابخانه آموزش داده می‌شود تا در سیاست و مسایل عملی مربوط به ارتباطات علمی جامعه دانشگاهی درگیر شوند (۹).

آنچه مطالعه حاضر را از پژوهش‌های دیگر در این حوزه متمایز می‌کند، بحث دسته‌بندی موانع ایفای نقش کتابداران پزشکی در محیط بیمارستان است. بررسی‌ها نشان می‌دهد که یکی از موانع اساسی در تسهیل ارتباطات علمی کادر درمان، استفاده نکردن از نیروی کتابدار پزشکی در بیمارستان‌ها می‌باشد (۱۰). به این ترتیب، وقتی یکی از زیرساخت‌های ارتباطات علمی (کتابدار پزشکی توانمند) در زمینه جستجوهای بالینی در بیمارستان حضور نداشته باشد، تحقق ارتباطات علمی کادر درمان نیز دشوار می‌شود. نتایج تحقیقی که با هدف نقش کتابخانه‌ها تا سال ۲۰۲۵ انجام شد، از اهمیت نقش کتابداران پزشکی یاد کرد، اما از موانع و مشکلات ایفای نقش آن‌ها تا سال ۲۰۲۵ بحثی به میان نیامد (۱۱). پژوهش حاضر ضمن اهمیت نقش کتابداران پزشکی، چالش‌ها را نیز به صورت گسترده مورد بررسی قرار داد.

رویکرد مطالعه به ارتباطات علمی و زیرساخت‌های ارتباطات علمی مانند کتابداران پزشکی و دسترسی به اطلاعات سلامت پرداخت. حضور کتابداران پزشکی برای رفع نیازهای اطلاعات سلامت در بیمارستان‌ها، محیط امنی را برای کادر درمان فراهم می‌سازد. با این حال، مسایل و موانعی نیز بر سر راه ایفای نقش کتابداران پزشکی جهت کمک به ارتباطات علمی کادر درمان وجود دارد. هدف از انجام تحقیق حاضر، شناسایی موانع مؤثر بر ایفای نقش کتابداران پزشکی در تسهیل ارتباطات علمی بین جامعه علوم پزشکی بود تا به برنامه‌ریزان سلامت در رفع این موانع و یا کاهش آن‌ها کمک کند.

روش بررسی

این پژوهش به صورت کیفی و با استفاده از مصاحبه‌های نیمه ساختار یافته انجام شد و در آن مصاحبه‌هایی با افراد کلیدی صاحب‌نظر متخصص در علم اطلاعات و دانش‌شناسی، کتابداری و اطلاع‌رسانی پزشکی، سیاست‌گذاری سلامت، سلامت و رفاه اجتماعی، تخصص‌های پزشکی شامل اورولوژی، اپیدمیولوژی، طب اورژانس و زنان و زایمان تا رسیدن به سطح اشباع صورت گرفت. در نهایت، ۱۰ نفر از متخصصان حوزه پزشکی و پیراپزشکی در مصاحبه‌ها شرکت نمودند. معیارهای ورود شامل تجربه آموزشی و پژوهشی فرد مانند شرکت در کارگاه‌های جستجو، داشتن مقالات علمی-پژوهشی و همچنین، علاقمندی به شرکت در مطالعه بود. نداشتن علاقه به شرکت در مصاحبه و نداشتن سابقه آموزشی و پژوهشی نیز به عنوان معیارهای خروج در نظر گرفته شد. مصاحبه‌ها به صورت حضوری در دفتر آموزش بیمارستان شهدای خلیج فارس بوشهر، مرکز تحقیقات و فن‌آوری بوشهر و اتاق استادان در دانشگاه علوم پزشکی بوشهر انجام گردید.

مصاحبه‌ها با قرار وقت قبلی تنظیم شد. قبل از انجام مصاحبه، ضمن معرفی طرح، اطلاعات پیش‌زمینه‌ای در مورد اهداف پژوهش، موضوع پژوهش و توضیح مختصری در مورد رشته و کاربرد پژوهش مربوط برای مصاحبه‌شوندگان

جدول ۱: موانع ایفای نقش کتابداران پزشکی در تسهیل ارتباطات علمی پزشکان و پیراپزشکان از دیدگاه متخصصان جامعه علوم پزشکی

طبقه (زمینه اصلی)	زیرطبقه (زمینه‌های فرعی)
موانع نگرشی	افزایش فاصله طبقاتی پزشکان با دیگر حرفه‌ها، نگرش پزشک محوری، توهم استغنا پزشکان عدم پذیرش کتابداران پزشکی در بیمارستان از سوی پزشکان و پیراپزشکان، عدم اعتماد پزشکان و پیراپزشکان به کتابداران پزشکی، نگرش منفی نسبت به پاسخگویی فوری کتابداران پزشکی
موانع فردی کتابداران پزشکی	نگرش منفی نسبت به توانایی‌های کتابداران منفعل بودن کتابداران پزشکی
موانع فردی پزشکان و پیراپزشکان	پایین بودن اعتماد به نفس کتابداران، مهارت‌های ارتباطی ضعیف کتابداران نبود ایده و خلاقیت کتابداران برای جذب و تبلیغ خود به پزشکان و پیراپزشکان پایین بودن سطح مهارت‌های اطلاعاتی کتابداران کمبود وقت پزشکان و پیراپزشکان
موانع ساختاری	ناآگاهی از شرح وظایف شغلی کتابداران پزشکی نداشتن انگیزه برای کسب اطلاعات به روز پزشکی تعداد ناکافی کتابداران در بیمارستان تأثیرپذیری پزشکان و پیراپزشکان از الگوهای نقش عدم تثبیت جایگاه کتابداران پزشکی در بیمارستان وجود آموزش‌های حافظه محور ضعف ارتباطات درون سازمانی
موانع فنی	ناکافی بودن امکانات سخت‌افزاری و نرم‌افزاری (سرعت پایین اینترنت و معیوب بودن رایانه‌ها) نبود زیرساخت‌های لازم برای دسترسی به منابع به روز فیزیکی و الکترونیکی
موانع سازمانی	عدم حمایت مسؤلان از فعالیت کتابداران در بیمارستان (عدم دسترسی به کتابخانه در شفت‌های کاری شب، محدودیت ساعات کار کتابخانه، قابل مشاهده و جذاب نبودن مکان کتابخانه، نبود فرهنگ مطالعه در بیمارستان) فضای تنش‌زای بیمارستان (خستگی کارکنان به علت فشار کاری و نبود فرهنگ کار تیمی در سازمان)

متخصصان در موانع ایفای نقش کتابداران پزشکی به آن اشاره نمودند. «معمولاً این‌ها افرادی هستند که سرشون خیلی شلوغه و اینقدر گرفتار کارای کلینیکال و بالین هستن که فرصت ندارند به کتابدار و اطلاع‌رسان پزشکی مراجعه کنند» (مصاحبه‌شونده شماره ۳). برخی از پزشکان متخصص اظهار داشتند که پزشکان انگیزه کافی را برای به‌روز کردن اطلاعات خود ندارند. «هیچ‌کدام از پزشکان به درستی آموزش ندیده‌اند که چگونه از منابع و متون به‌روز استفاده کنند. وقتی از منابع و اطلاعات به‌روز استفاده نمی‌کنند، نیازی به کمک کتابداران پزشکی هم ندارند» (مصاحبه‌شونده شماره ۶).

موانع ساختاری: نبود جایگاه ویژه کتابداران پزشکی، از مهم‌ترین موانع شناخته شد؛ چنان‌که بیشتر مصاحبه‌شوندگان بر اهمیت این موضوع صحنه گذاشتند. «قطعاً کسی که دانش داره بهتر می‌تونه کارش رو انجام بده، ولی وقتی جایگاه تعریف نشده هیچ کس نمی‌تونه توی اون جایگاه کاری بکنه» (مصاحبه‌شونده شماره ۶). وجود آموزش‌های حافظه محور یکی از موانع ساختاری تأثیرگذار بر ایفای نقش کتابداران پزشکی می‌باشد. «باید گفت اولویت اول استادان، مطابق استانداردهای تدریس کتاب‌های مرجع می‌باشد» (مصاحبه‌شونده شماره ۵). برخی از صاحب‌نظران عنوان نمودند که ضعف ارتباطات سازمانی، از مشکل نداشتن ایده کتابداران جهت تشویق کارکنان به کسب اطلاعات روزآمد سلامت است. «کتابدار باید با معاونت بهداشتی ارتباط برقرار کند. باید با سازمان‌های مختلف ارتباط برقرار

موانع فردی: علاوه بر موانع نگرشی، تعدادی از موانع فردی نیز باعث می‌شود که کتابداران نتوانند نقش خود را به خوبی ایفا کنند.

موانع فردی مربوط به کتابداران پزشکی: از جمله موانع فردی که مصاحبه‌شوندگان در بیانات خود به آن اشاره بسیاری کردند، متغیر بودن کتابداران بود. «کتابدارا تا حالا کاری نکردند. تنها کمکی که کتابدار به من کرده آقا فلان کتاب کجاست؟ ردیف دوم سمت چپ طبقه سوم» (مصاحبه‌شونده شماره ۷). بیشتر صاحب‌نظران حرفه علم اطلاعات و دانش‌شناسی بر این باور بودند که مهارت ارتباطی کتابداران پزشکی به دلیل ضعیف بودن اعتماد به نفس آن‌ها، در سطح پایینی قرار دارد. «شاید بحث اعتماد به نفس کتابدارای ما باشه که من با آرامش برم به فلان پزشک مراجعه کنم... بله من فلان اطلاعات مطمئن رو می‌تونم به شماها بدم» (مصاحبه‌شونده شماره ۲). برخی از صاحب‌نظران عنوان کردند که نبود مهارت ایجاد اشتیاق در مخاطب توسط کتابداران، یکی از موانع مهم در ایفای نقش‌هایشان است. «کاربران در قرن بیست و یک خیلی شتاب‌زده هستند و از طرف دیگر، ولع و اشتیاق کافی از طرف توزیع‌کنندگان اطلاعات ایجاد نشده...» (مصاحبه‌شونده شماره ۳).

موانع فردی مربوط به پزشکان و پیراپزشکان: از دید متخصصان جامعه علوم پزشکی، بخشی از موانع فردی مربوط به پزشکان و پیراپزشکان است. کمبود زمان و مشغله کاری کارکنان بیمارستان، از جمله مواردی بود که

کند» (مصاحبه‌شونده شماره ۲).

مهارت‌های اطلاعاتی ضعیف آن‌ها تأکید بیشتری گردید (۶). در برخی تحقیقات، منفعل بودن کتابداران پزشکی به عنوان یک مانع فردی مهم ذکر شده است. Li و Wu با انجام مطالعه‌ای، نگرانی خود در مورد عدم فعالیت کتابداران در رابطه با پزشکی مبتنی بر شواهد جهت کمک به پزشکان و پیراپزشکان را بیان نمودند (۱۶). پژوهش‌های فرزادنیا و رحمتی (۱۷)، رمضان‌قربانی و همکاران (۱۸) و معتمدی و همکاران (۱۹) از موانع فردی نام بردند که با نتایج تحقیق حاضر هم‌سو بود. به نظر می‌رسد که کتابداران به آموزش سواد اطلاعاتی و دوره‌های تقویت اعتماد به نفس جهت افزایش فعالیت‌های پژوهشی و کمک به کادر درمان نیاز دارند. بر اساس نتایج برخی مطالعات، کم بودن و بی‌کیفیت بودن پژوهش‌ها در زمینه کتابداری پزشکی نشان می‌دهد که آن‌ها منفعل هستند. این نتایج در پژوهش‌های شعبانی (۲۰)، Byrd و Wagner (۲۱)، Weightman و Williamson (۲۲)، Brettle و همکاران (۲۳) و Perry و Dorsch (۲۴) گزارش شده است که با نتایج بررسی حاضر از جهت این که کتابداران پزشکی فعالیت‌های پژوهشی کمی دارند، مطابقت داشت، اما از این نظر که مصاحبه‌شوندگان به انجام تحقیقات بیشتر و باکیفیت‌تر کتابداری پزشکی اشاره‌ای نکردند، همسو نبود. در این زمینه مسؤولان کشور نیز باید نسبت به پژوهش‌های کتابداران پزشکی توجه بیشتری نشان دهند تا در نحوه عملکرد آن‌ها تحولات مثبتی صورت گیرد.

نتایج مطالعه‌ای که با هدف بررسی میزان فعالیت ارتباطات علمی کتابخانه‌های پژوهشی کانادا و نقش کتابداران رابط انجام شد، نشان داد که ساختار سازمانی می‌تواند فعالیت‌های ارتباطات علمی را در کتابخانه‌ها افزایش دهد و این امر در صورتی امکان‌پذیر است که میان کتابداران کانادا همکاری وجود داشته باشد (۸) که این نتایج با یافته‌های بررسی حاضر همخوانی داشت. در واقع، چنین می‌توان برداشت کرد که تغییر در ساختارهای سازمانی، با وجود کتابداران فعال و هماهنگ امکان‌پذیر است.

موانع نگرشی، یکی دیگر از متغیرهای مورد بحث در پژوهش حاضر بود. نتایج تحقیق موحدی و همکاران نشان داد که پزشکان در خصوص کمک کتابداران پزشکی جهت رفع نیازهای اطلاعاتی خود احساس نیازی ندارند و این امر ممکن است حاکی از توهم استغناء آنان باشد (۲۵) که با نتایج مطالعه حاضر هم‌راستا بود. نتایج پژوهشی که با هدف نقش کتابخانه‌ها تا سال ۲۰۲۵ انجام شد، نشان داد که ارتباطات علمی در سازمانی مانند بیمارستان، زمانی اتفاق می‌افتد که احساس نیاز به حضور شخص سوم (کتابخانه) به عنوان واسطه در عمل ثابت شود (۱۱) که این یافته‌ها با نتایج تحقیق حاضر همخوانی داشت. می‌توان گفت که لزوم همکاری کتابداران پزشکی با کادر درمان در آینده پیش‌بینی شده است و باید تمهیدات لازم در این خصوص صورت گیرد. یکی از متغیرهای موانع نگرشی در بررسی حاضر، ذهنیت منفی نسبت به فعالیت کتابداران است که با نتایج مطالعه Myers (۹) هم‌سو بود. او به این نتیجه رسید که اگر کتابداران رابط در یک مجموعه ارتباطات علمی با یکدیگر همکاری کنند و به آن‌ها آموزش‌های لازم در مورد فعالیت در مسایل ارتباطات علمی داده شود، نگرش‌های منفی نسبت به ایفای نقش کتابداران پزشکی نیز برطرف خواهد شد (۹).

از جمله محدودیت‌های پژوهش حاضر این بود که پزشکان به دلیل مشغله کاری، حاضر به همکاری و شرکت در مطالعه نبودند.

موانع فنی: موانع فنی، از جمله موانع مورد توجه برخی از پیراپزشکان صاحب‌نظر در ایفای نقش کتابداران پزشکی در بیمارستان بود. «مشکلات زیرساختی خیلی عمده هستند. کافیه برق قطع بشه خیلی از کلاسای ما که در واقع متکی به جستجو و کار آنلاین هست، مختل می‌شه. به واسطه این که این زیرساخت وجود نداره» (مصاحبه‌شونده شماره ۳).

موانع سازمانی: عدم حمایت مسؤولان و برنامه‌ریزان حوزه سلامت، از جمله موانع سازمانی مهم جهت فراهم‌آوری امکانات برگزاری کارگاه‌های آموزشی در بیمارستان می‌باشد. «برای آشنا کردن پرسنل با کتابداران محترم هیچ اقدامی صورت نگرفته که در صورت بروز مشکل به آن‌ها مراجعه نمایند» (مصاحبه‌شونده شماره ۸). بخش دیگر عدم حمایت مسؤولان امر، بی‌توجهی به پژوهش‌های انجام شده در حوزه کتابداری پزشکی و شناخت مشکلات و برطرف کردن چالش‌های آن‌ها است. «با پژوهش‌هایی که در مورد کتابداری پزشکی انجام می‌شه مثل خیلی از پژوهش‌های دیگه که می‌مونه و خاک می‌خوره، برخورد نشه» (مصاحبه‌شونده شماره ۳).

بحث

مطالعات پیشین موانع ایفای نقش کتابداران پزشکی را به صورت کلی دسته‌بندی کرده‌اند. چنانچه نتایج پژوهشی نشان داد که مشکلات حرفه‌ای کتابداران بالینی شناسایی شده در متون شامل موانع عملکردی و اجرایی همچون بودجه، مشکلات فردی مانند عدم پذیرش از سوی تیم پزشکی و در پایان مشکلات سازمانی است (۵). گودرزی نیز تحقیقی را با هدف بررسی نقش کتابداران بیمارستان در اطلاع‌رسانی به پزشکان و متخصصان بالینی همدان انجام داد و موانع ایفای نقش کتابداران پزشکی را در چند مقوله کلی بررسی کرد (۱۳) که نتایج آن نه تنها با نتایج مطالعه حاضر هم‌راستا می‌باشد، بلکه در پژوهش حاضر موانع جالب دیگری نیز همچون موانع نگرشی و ساختاری شناسایی گردید.

موانع فردی از جمله موانع اساسی شناخته شده در بررسی حاضر است. تحقیقی به این نتیجه رسید که با وجود افزایش استفاده از اینترنت و پایگاه‌های اطلاعاتی بالینی، پزشکان و پرستاران همچنان تمایل به مشورت با همکاران خود دارند (۱۴). به نظر می‌رسد که آشنا نبودن پزشکان و پیراپزشکان با نقش‌های کتابداران پزشکی، باعث کاهش میزان مراجعه به آنان شده است. نتایج مطالعه‌ای که با هدف بررسی رفتار اطلاع‌یابی مبتنی بر اطلاعات اینترنتی در بین پزشکان و پرستاران با مقایسه پیشینه متونی از سال ۱۹۹۵ تا ۲۰۰۹ انجام شد، حاکی از آن بود که موانع ناآگاهی از کتابخانه به عنوان یک آگاهی‌رسان اطلاعات آنلاین و احتمال ناتوانی پزشکان به استفاده از مهارت جستجوی اطلاعات آنلاین است (۱۵).

یکی از علل ناآگاهی پزشکان و پیراپزشکان از عملکرد کتابداران پزشکی، می‌تواند فعالیت‌های محدود آن‌ها و آرایه ندادن قابلیت‌ها و توانایی‌های خود به جامعه پزشکان و پیراپزشکان باشد. نتایج بررسی حاضر نشان داد که موانع فردی همچون اعتماد به نفس کتابداران، نقش مهمی در ایفای نقش‌های آن‌ها دارد. نتایج پژوهشی با موضوع تجارب کتابداران بالینی در بیمارستان نشان داد که موانع فردی و موانع سازمانی، مهم‌ترین عوامل تأثیرگذار بر ایفای نقش کتابداران پزشکی می‌باشد و بر گویه پایین بودن اعتماد به نفس کتابداران پزشکی و سطح

بیمارستان‌های مختلف سوق داده شود. همچنین، راهکارهایی جهت افزایش انگیزه پزشکان در به کارگیری پزشکی مبتنی بر شواهد، ایجاد نظام‌های تشویقی جهت ارتقا و... ارایه گردد.

تشکر و قدردانی

بدین وسیله نویسندگان از تمام صاحب‌نظران کتابداری و اطلاع‌رسانی، پزشکان، پیراپزشکان و مسؤولان محترمی که با وجود مشغله زیاد، در انجام این پژوهش همکاری نمودند، تشکر و قدردانی به عمل می‌آورند.

تضاد منافع

در انجام مطالعه حاضر، نویسندگان هیچ‌گونه تضاد منافی نداشته‌اند.

نتیجه‌گیری

با استفاده از نتایج تحقیق حاضر و چالش‌های مشخص شده، می‌توان با بهره‌گیری از اصلاحات ساختاری و سازمانی و همچنین، تغییراتی در عوامل نگرشی و رفتاری، ارتباطات علمی پزشکان و پیراپزشکان بیمارستان شهدای خلیج فارس بوشهر را تسهیل نمود. همچنین، نتایج مطالعه می‌تواند مشکلات کتابداران را برطرف نماید و راهگشایی جهت تشکیل کمیته‌ای برای آموزش‌های فردی کتابداران پزشکی باشد.

پیشنهادها

با توجه به نتایج پژوهش حاضر، پیشنهاد می‌شود مطالعات کتابداری بیشتر به سمت دسته‌بندی و بررسی دقیق موانع ایفای نقش کتابداران پزشکی در

References

1. Mohamady A. The effects of scientific communication on Knowledge production. Iranian Journal of Sociology 2007; 8(1): 52-75. [In Persian].
2. Green Half T. Documented medical principles: how to properly use medical articles. Trans. Najjouy-Nick's S. Tehran, Iran: Farzin Publications; 2003. [In Persian].
3. Valinejadi A, Pasyar P, Shokraneh F. Medical Librarianship and Information Science in Evidence-Based Medicine Arena. Informology 2009; 6: 137-60.
4. Atlasi R. Study of scientific and practical features of clinical librarians with an emphasis on their role in the process of evidence-based medicine [Thesis]. Tehran, Iran: Medical Science Library & Information Science; 2011. p. 155. [In Persian].
5. Ansari M. Examining barriers and management solutions in the performance of medical librarians' tasks (A Review Study). Librarian Journal 2016; 2(1). [In Persian].
6. Lyon JA, Kuntz GM, Edwards ME, Butson LC, Auten B. The lived experience and training needs of librarians serving at the clinical point-of-care. Med Ref Serv Q 2015; 34(3): 311-33.
7. Zarghani M, Shomoosi N, Mohaghegh N, Haseli M, Jahanjooabd F, Tahmtan E. Assessing the medical librarians' employment status in hospital libraries in Tehran City. Hospital 2016; 15(1): 77-85. [In Persian].
8. Burpee KJ, Fernandez L. Scholarly communication at Canadian research libraries: Conversations with librarians. Journal of Librarianship and Scholarly Communication 2014; 2(2): eP1121.
9. Myers KL. Librarians' response to scholarly communication in the digital era. The Journal of the New Members Round Table 2016; 7(1): 13-20.
10. Naeem Salman SB, Ahmed S, Khan A. Information seeking in primary care: A survey of doctors working in remote government health facilities in Pakistan. Library Philosophy and Practice 2013 [Online] Available from: URL: <https://digitalcommons.unl.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=2436&context=libphilprac>
11. Carpenter M, Graybill J, Offord Jr J, Piorun M. Envisioning the library's role in scholarly communication in the year 2025. Portal: Libraries and the Academy 2011; 11(2): 659-81.
12. Amiresmaili M, Nekoeimoghadam M, Esfandiari A, Ramezani F, Salari H. Causes of informal payments in health sector: A qualitative study of viewpoints of physicians, policy makers and patients. Iran J Med Ethics Hist Med 2013; 6(3): 72-83.
13. Goodarzi L. The role of hospital librarians in informational management of Hamedan educational centers. Proceedings of the 1st National Conference on Management and Humanities; 2016 Aug. 18; Kerman, Iran. [In Persian].
14. Clarke MA, Belden JL, Koopman RJ, Steege LM, Moore JL, Canfield SM, et al. Information needs and information-seeking behaviour analysis of primary care physicians and nurses: A literature review. Health Info Libr J 2013; 30(3): 178-90.
15. Younger P. Internet-based information-seeking behaviour amongst doctors and nurses: A short review of the literature. Health Info Libr J 2010; 27(1): 2-10.
16. Li P, Wu L. Are health sciences librarians taking the evidence-based medicine challenge? Proceedings of the Annual Conference of CAIS / Actes du congrès annuel de l'ACSI [Online]. [cited 2008]; Available from: URL: <http://www.cais-acsi.ca/ojs/index.php/cais/issue/view>
17. Farzadnya P, Rahmati M, Tabatabai S, Esmaeili S. The role of the librarian in medical research teams. Proceedings of the 6th National congress of medical library and Information science; 2005 Apr. 30-May 1; Isfahan, Iran. [In Persian].
18. Ramazanghorbani M, Dehghani M, Sadeghian F, Ghasemzadeh H. Information needs and information seeking behavior and related factors in Shahroud University of Medical Sciences. Journal of Modern Medical Information Sciences 2015; 1(2): 12-21. [In Persian].
19. Motamedi F, Bahaadini K, AleTaha A. The clinical librarians and information professionals' role in tele-medicine: Assisting the general practitioners working in rural areas of Kerman Province in the treatment process. J Health Man & Info 2014; 1(2):

- 31-5. [In Persian].
20. Shabani A. The necessity for development of hospital libraries in medical information services plans. *Health Inf Manage* 2011; 8(1): 93-6. [In Persian].
 21. Wagner KC, Byrd GD. Evaluating the effectiveness of clinical medical librarian programs: A systematic review of the literature. *J Med Libr Assoc* 2004; 92(1): 14-33.
 22. Weightman AL, Williamson J. The value and impact of information provided through library services for patient care: A systematic review. *Health Info Libr J* 2005; 22(1): 4-25.
 23. Brettle A, Maden-Jenkins M, Anderson L, McNally R, Pratchett T, Tancock J, et al. Evaluating clinical librarian services: A systematic review. *Health Info Libr J* 2011; 28(1): 3-22.
 24. Dorsch JL, Perry GJ. Evidence-based medicine at the intersection of research interests between academic health sciences librarians and medical educators: A review of the literature. *J Med Libr Assoc* 2012; 100(4): 251-7.
 25. Movahedi F, Ashrafirizi H, Sharifmoghdam H. Physicians' perception about the role of clinical librarianship at Alzahra Medical Center. *J Health Adm* 2014; 16(54): 71-81. [In Persian].

Identifying Obstacles towards the Role-playing of Medical Librarians in Facilitating the Scientific Communication among Physicians and Paramedical Practitioners based on the Viewpoint of Bushehr Medical Professionals, Iran: A Qualitative Study

Abdolrasoul Khosravi¹, Atefeh Esfandiari², Mehri Otaghi³

Original Article

Abstract

Introduction: As physicians have not sufficient time for updating their clinical information, medical librarians could play an important role to satisfy their needs. This study aimed to identify the obstacles towards the role-playing of medical librarians in facilitating the scientific communications among physicians and paramedical practitioners based on the viewpoint of medical professionals in Bushehr University of Medical Sciences, Bushehr, Iran.

Methods: This qualitative study was conducted using semi-structured interviews. Interviews were continued until all relevant themes and domains saturated. Sampling was done purposefully. In this study, 10 physicians and paramedical practitioners were chosen to ask the questions.

Results: According to the interviews, five barriers were identified entitled attitude, individual, structural, technical, and organizational aspects towards the role-playing of medical librarians in facilitating the scientific communications among physicians and paramedical practitioners. The most important obstacle was a personal obstacle.

Conclusion: Using the results of this research and the identified challenges, it is possible to use the structural and organizational reforms as well as changes in attitudinal and behavioral factors to facilitate the scientific communication between physicians and paramedical staff of the Shohada of Persian Gulf Hospital in Bushehr. The results of this study can be used to solve the organizational problems of libraries. Moreover, this research can be used to formulate a plan for personal training of medical librarians.

Keywords: Scholarly Communication; Medical Librarians; Paramedical Personnel; Physicians

Received: 13 Dec., 2017

Accepted: 10 June, 2018

Published: 06 Aug., 2018

Citation: Khosravi A, Esfandiari A, Otaghi M. **Identifying Obstacles towards the Role-playing of Medical Librarians in Facilitating the Scientific Communication among Physicians and Paramedical Practitioners based on the Viewpoint of Bushehr Medical Professionals, Iran: A Qualitative Study.** Health Inf Manage 2018; 15(3): 132-8

Article resulted from MSc thesis No. 3246 funded by Bushehr University of Medical Sciences.

1- Associate Professor, Medical Library and Information Sciences, Department of Medical Library and Information Sciences, School of Paramedical Sciences, Bushehr University of Medical Sciences, Bushehr, Iran

2- Assistant Professor, Health Policy, Department of Health Policy, School of Medicine, Bushehr University of Medical Sciences, Bushehr, Iran

3- MSc, Medical Library and Information Sciences, Department of Medical Library and Information Sciences, School of Paramedical Sciences, Bushehr University of Medical Sciences, Bushehr, Iran (Corresponding Author) Email: mehri.otaghi@yahoo.com

ترسیم ساختار فکری حوزه سواد سلامت بر اساس تحلیل هم‌واژگانی در وبگاه علم طی سال‌های ۱۹۹۳ تا ۲۰۱۷

فاطمه باجی^۱، فریدون آزاده^۲، پرستو پارسائی محمدی^۳، شوکت پرمه^۴

مقاله پژوهشی

چکیده

مقدمه: ایجاد تصویری از وضعیت ساختار مفهومی تحقیقات صورت گرفته در زمینه سواد سلامت و همچنین، بررسی میان رشته‌ای بودن و روابط میان حوزه‌های آن ضروری به نظر می‌رسد. هدف از انجام پژوهش حاضر، ترسیم ساختار فکری حوزه سواد سلامت بر اساس تحلیل هم‌واژگانی در پایگاه اطلاعاتی Web of Science طی سال‌های ۱۹۹۳ تا ۲۰۱۷ بود.

روش بررسی: این مطالعه به روش علم‌سنجی انجام شد و برای انجام تحلیل هم‌واژگانی، تحلیل شبکه اجتماعی مورد استفاده قرار گرفت. جامعه تحقیق را کلیه پیشینه‌های مربوط به برون‌دادهای علمی حوزه سواد سلامت به تعداد ۷۲۳۹ مدرک، در پایگاه Web of Science طی سال‌های ۱۹۹۳ تا ۲۰۱۷ تشکیل داد. برای تحلیل داده‌ها از شاخص‌های پیوستگی شبکه و شاخص‌های مرکزیت استفاده گردید.

یافته‌ها: ضریب خوشه‌بندی (۷/۰۱) و تراکم شبکه (۰/۵۸) هم‌واژگانی این حوزه بالا بود. همچنین، ساختار فکری این حوزه از ۸ خوشه موضوعی تشکیل شد. حوزه‌های مراقبت‌های بهداشتی، روان‌پزشکی و روان‌شناسی، بهداشت عمومی، علوم اجتماعی، ارتباطات، خدمات بهداشتی و آموزش بهداشت، بالاترین میزان مرکزیت را در کل شبکه این حوزه به خود اختصاص داد.

نتیجه‌گیری: ساختار فکری حوزه سواد سلامت، یک ساختار پیوسته با ارتباط مناسب میان مفاهیم و موضوعات تشکیل دهنده آن است که ماهیت و قوام اصلی این حوزه را نشان می‌دهد و به عنوان شاخه‌ای از علوم پزشکی توانسته است ارتباطات منسجم و پایداری با حوزه‌های علوم اجتماعی و انسانی برقرار کند. در نهایت، نتایج به دست آمد به پژوهشگران حوزه سواد سلامت کمک می‌کند تا بر اساس حوزه‌های تأثیرگذار شناسایی شده، به تبیین روند مطالعات آینده این حوزه بپردازند.

واژه‌های کلیدی: سواد سلامت؛ شبکه‌های اجتماعی؛ پایگاه داده؛ علم‌سنجی

دریافت مقاله: ۱۳۹۷/۱/۲۲

پذیرش مقاله: ۱۳۹۷/۵/۱۳

تاریخ انتشار: ۱۳۹۷/۵/۱۵

ارجاع: باجی فاطمه، آزاده فریدون، پارسائی محمدی پرستو، پرمه شوکت. ترسیم ساختار فکری حوزه سواد سلامت بر اساس تحلیل هم‌واژگانی در وبگاه علم طی سال‌های ۱۹۹۳ تا ۲۰۱۷. مدیریت اطلاعات سلامت ۱۳۹۷؛ ۱۵ (۳): ۱۳۹-۱۴۵

مقدمه

اصطلاح سواد سلامت، اولین بار در سال ۱۹۷۴ در متون علمی مربوط به آموزش بهداشت مطرح شد (۱). بسیاری از متخصصان، سواد سلامت را توانایی تعامل با واژه‌ها و ارقام موجود در یک متن پزشکی می‌دانند، اما به عقیده Berkman و همکاران، سواد سلامت مجموعه‌ای از مهارت‌های چندگانه است و به توانایی و ظرفیت افراد در مواجهه با اطلاعات پزشکی اشاره دارد (۲). در این زمینه، Sorensen و همکاران با مروری بر پژوهش‌های سواد سلامت، به این نتیجه رسیدند که بیشترین تعاریف مورد استناد برای سواد سلامت، تعاریف سازمان بهداشت جهانی (World Health Organization) WHO و انجمن پزشکی آمریکا (American Medical Association) هستند (۳). WHO سواد سلامت را نوعی مهارت اجتماعی و شناختی قلمداد می‌کند که انگیزش و توانایی افراد برای دستیابی، درک و استفاده از اطلاعات در جهت بهبود سلامتشان را در برمی‌گیرد (۴). AMA نیز سواد سلامت را تحت عنوان توانایی بیمار در دستیابی، پردازش و درک اطلاعات بهداشتی پایه تعریف نموده است (۵).

در دهه اخیر، سواد سلامت نقشی حیاتی در آموزش بهداشت پیدا کرده و به عنوان ابزاری جهت کاهش نابرابری‌ها در سلامت، توجه فزاینده‌ای به آن شده است (۶). علاوه بر این، به دلیل داشتن ماهیت میان رشته‌ای، در حوزه‌های مختلف به سواد سلامت توجه شده است. به عقیده Bankson، سواد سلامت

دربرگیرنده تحقیقاتی از حوزه‌های علوم اجتماعی، آموزش، سواد بزرگسالان، کتابداری و پرستاری می‌باشد (۵). مطابق با نظر Speros، سواد سلامت به عنوان یک مفهوم جدید در دهه اخیر در متون پزشکی و بهداشت عمومی ظاهر شده است (۷). پژوهشگران دیگری از جمله Zarcadoolas و همکاران (۸) و Mancuso (۹) نیز به ریشه مطالعات سواد سلامت در حوزه‌های آموزش، بهداشت، علم اطلاعات، سلامت روان و پرستاری اشاره کرده‌اند. Du و همکاران نیز در تحقیق خود نتیجه گرفتند که سواد سلامت روان و سواد سلامت عملکردی دو زمینه پژوهشی جداگانه در حوزه سواد سلامت به شمار می‌روند و

مقاله حاصل پایان‌نامه کارشناسی ارشد به شماره U-۹۶۰۶۶ می‌باشد که با حمایت دانشگاه جندی شاپور اهواز انجام شده است.

۱- استادیار، علم اطلاعات و دانش‌شناسی، گروه کتابداری و اطلاع‌رسانی پزشکی، دانشکده پیراپزشکی، دانشگاه علوم پزشکی جندی شاپور اهواز، اهواز، ایران (نویسنده طرف مکاتبه)

Email: bajji245@gmail.com

۲- دانشیار، کتابداری و اطلاع‌رسانی پزشکی، گروه کتابداری و اطلاع‌رسانی پزشکی، دانشکده پیراپزشکی، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران

۳- مربی، علم اطلاعات و دانش‌شناسی، گروه کتابداری و اطلاع‌رسانی پزشکی، دانشکده پیراپزشکی، دانشگاه علوم پزشکی جندی شاپور اهواز، اهواز، اهواز، ایران

۴- دانشجوی کارشناسی ارشد، کتابداری و اطلاع‌رسانی پزشکی، گروه کتابداری و اطلاع‌رسانی پزشکی، دانشکده پیراپزشکی، دانشگاه علوم پزشکی جندی شاپور اهواز، اهواز، اهواز، ایران

پایگاه Web of Science طی سال‌های ۱۹۹۳ تا ۲۰۱۷ تشکیل داد. برای انجام پژوهش، ابتدا مدارک حوزه سواد سلامت شامل انواع مقالات، چکیده‌های همایش‌ها و کتاب با استفاده از کلید واژه‌های «Health literacy، Health education» و «Health information Literacy و Health competence» (۵، ۳) در پایگاه Web of Science جستجو شد و به صورت ۵۰۰ تایی، در قالب Plain text استخراج شد. سپس فایل یکپارچه شده داده‌ها حاوی ۷۲۳۹ مدرک بازیابی شده، با استفاده از نرم‌افزار ISI.exe مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. در تحلیل‌هایی که این نرم‌افزار انجام می‌دهد، فایل‌های مربوط به نویسندگان، مقالات، مجلات، توصیف‌گرها (کلید واژه‌های نویسندگان)، عناوین مقالات و مقوله‌بندی‌های موضوعی (کلید واژه‌های پایگاه Web of Science) با پسوند DBF به دست می‌آیند. در پژوهش حاضر فایل مربوط به توصیف‌گرهای مقالات (کلید واژه‌های نویسندگان) برای انجام تحلیل‌های اصلی، استفاده گردید. در ادامه، با استفاده از روش شکاف-گلچین (۱۶) در نرم‌افزار Excel نسخه ۲۰۱۰، پس از حذف حروف اضافه و واژگان زائد، کلید واژه‌ها و عبارتها و اصطلاحات خاص به دست آمد. در این مرحله، واژگانی برای تحلیل انتخاب شد که حداقل ۳۰ بار بسامد تکرار داشته باشند. به این ترتیب، ۱۶۲۸۳ واژه به دست آمد.

مرحله چهارم شامل یکدست‌سازی واژگان به دست آمده در محیط نرم‌افزار Excel بود. سپس برای پرهیز از پراکندگی و مشکلات واژگان کنترل نشده، از Medical Subject Headings (MeSH) استفاده شد. هر کلید واژه در MeSH جستجو و اصطلاح (توصیف‌گر) مناسب آن جایگزین گردید. به این ترتیب بسیاری از واژگان در حوزه‌های موضوعی عام‌تری جای گرفتند. به عنوان مثال، کلیه کلید واژه‌های مربوط به انواع سرطان‌ها، در دسته موضوعی Neoplasms جای گرفتند. این کار رسیدن به حوزه‌های موضوعی عام که هدف اصلی پژوهش حاضر بود را تسهیل کرد. در نهایت، پس از مرتب‌سازی، ۵۷ توصیف‌گر اصلی استخراج گردید.

در مرحله بعد، برای ترسیم ماتریس هم‌واژگانی، از Macros نوشته شده توسط پژوهشگران در نرم‌افزار Excel استفاده شد. ماتریس به دست آمده نیز در نرم‌افزار UCINET نسخه ۶ مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت و سنجه‌های مرکزیت و شاخص‌های پیوستگی شبکه استخراج شد. مصورسازی داده‌ها در نرم‌افزار NetDraw نسخه ۶ انجام شد (۱۷). خوشه‌بندی ساختار فکری حوزه سواد سلامت بر اساس روش نرمال‌سازی نیروی پیوستگی در نرم‌افزار VOSviewer 1.6.8 انجام گرفت.

تحلیل شبکه اجتماعی به عنوان شاخه‌ای از جامعه‌شناسی که به مطالعه شبکه‌های می‌پردازد؛ شاخص‌های مختلفی را برای تعیین گره‌ها یا بازیگران مرکزی در شبکه پیشنهاد می‌کند (۱۸). بدین منظور از دو مجموعه شاخص شامل شاخص‌های پیوستگی شبکه و شاخص‌های مرکزیت برای تحلیل شبکه پژوهش حاضر استفاده شد. شبکه پیوسته شبکه‌ای است که تعداد خطوط یا پیوندهای آن بیشتر از تعداد رئوس باشد (۱۹). ضریب خوشه‌بندی تحت عنوان میانگین ضریب خوشه‌بندی کل عامل‌ها در شبکه تعریف می‌شود (۲۰). شاخص‌های مرکزیت اشاره به موقعیت گره‌های خاص در داخل شبکه دارد و از انواع آن می‌توان به مرکزیت نزدیکی، مرکزیت بینابینی، مرکزیت درجه و مرکزیت بردار ویژه اشاره کرد (۲۱). گسترده‌ترین تعریف پذیرفته شده از مرکزیت در اواخر ۱۹۷۰ توسط Freeman ارایه شد. مرکزیت به شبکه‌ای خیلی متمرکز گفته می‌شود که مرز

خوشه دیدگاه بهداشت عمومی یکی از فعال‌ترین حوزه‌های پژوهشی در سال‌های اخیر می‌باشد (۱۰). در مطالعه دیگری، Massey و همکاران گزارش کردند که پژوهشگران این حوزه در استنادات خود تعاملاتی با حوزه‌های پزشکی بالینی، بهداشت، روان‌شناسی و آموزش داشته‌اند. آنان بیان نمودند که برای بررسی چالش‌های پیچیده و نوظهور حوزه سواد سلامت، لازم است تیم‌های علمی میان رشته‌ای در این حوزه به گسترش خود ادامه دهند (۱۱). در واقع، بررسی روابط حوزه سواد سلامت با حوزه‌های دیگر از این جهت دارای اهمیت است که امکان ارایه تصویر روشن و شفاف از روند مطالعات این حوزه را در اختیار پژوهشگران قرار می‌دهد تا بتوانند افق‌ها و مبانی نظری این حوزه را تقویت کنند و به آن جهت‌های علمی مشخص‌تری بدهند. به عقیده Rafols و Leydesdorff، آگاهی از ماهیت میان رشته‌ای حوزه‌های موضوعی، علاوه بر آشکار ساختن دامنه و مرزهای همکاری میان رشته‌های علمی، فرصتی را فراهم می‌آورد تا تیم‌های پژوهشی مشارکتی بیشتری از رشته‌های مختلف شکل گیرد (۱۲).

یکی از راه‌های بررسی روابط میان رشته‌ای، مطالعه برون‌دادهای علمی انتشار یافته آن‌ها است. این امر می‌تواند یکی از دلایل رواج تحلیل شبکه‌های هم‌نویسندگی و هم‌واژگانی در مطالعات علم‌سنجی باشد. تحلیل هم‌واژگانی برای کشف روابط میان مفاهیم و ایده‌های انسانی در تحقیق و دنبال کردن جریان علم استفاده می‌شود. هم‌واژگانی برای نخستین بار توسط کتاب‌سنجان فرانسوی به عنوان روش جایگزینی برای تحلیل هم‌استنادی و رسم نقشه‌های علمی به کار رفت (۱۳). این تکنیک، روش مطمئنی برای کشف روابط و آشکارسازی پیوندهای حوزه‌های علمی مختلف است (۱۴). در این زمینه، Chen و همکاران بر ویژگی تحلیل هم‌واژگانی یعنی مصورسازی ساختار فکری یک رشته علمی، تأکید نمودند (۱۵).

با توجه به موارد ذکر شده، ایجاد تصویری از وضعیت ساختار مفهومی و روابط میان رشته‌ای حوزه سواد سلامت، ضروری به نظر می‌رسد. بنابراین، پژوهش حاضر درصدد بود که از طریق تحلیل هم‌واژگانی، ساختار فکری و روابط میان رشته‌ای این حوزه را در سال‌های ۱۹۹۳ تا ۲۰۱۷ در پایگاه اطلاعاتی Web of Science بررسی کند. از جمله اهداف اصلی مطالعه می‌توان به تعیین سهم حوزه‌های مختلف در تولید برون‌دادهای علمی حوزه سواد سلامت و شناسایی و مصورسازی خوشه‌های شبکه ساختار فکری و موضوعی این حوزه اشاره کرد. نتایج تحقیق حاضر می‌تواند به پژوهشگران این حوزه کمک کند تا تصویر جامعی از مفهوم سواد سلامت به دست آورند و به بازتعریف آن بر اساس روابط موضوعی مختلف آن با سایر رشته‌ها بپردازند. همچنین، این امکان را برای متخصصان و صاحب‌نظران این حوزه فراهم می‌آورد تا برای همکاری با متخصصان رشته‌های مرتبط با سواد سلامت، برنامه‌ریزی نمایند.

روش بررسی

این پژوهش به روش علم‌سنجی و تحلیل هم‌واژگانی صورت گرفت و برای انجام آن از تحلیل شبکه اجتماعی استفاده گردید. تحلیل شبکه اجتماعی یکی از روش‌های شناخته شده برای انجام تحلیل هم‌واژگانی می‌باشد (۱۵). داده‌های مورد نیاز از پایگاه Web of Science استخراج شد. جامعه پژوهش را کلیه پیشینه‌های مربوط به برون‌دادهای علمی حوزه سواد سلامت (۷۲۳۹ مدرک)، در

است. همچنین، متوسط فاصله میان گره‌های شبکه، بیانگر فاصله به نسبت نزدیک میان گره‌ها می‌باشد. تراکم و ضریب خوشه‌بندی بالای شبکه، نشان دهنده پیوستگی زیاد آن قطر شبکه نیز بیانگر مطلوب بودن تبادل اطلاعات در شبکه می‌باشد.

یافته‌های مربوط به ساختار فکری حوزه سواد سلامت در پایگاه Web of Science بر اساس سنجه‌های مرکزیت در جدول ۲ آمده است. بر اساس داده‌های جدول ۲، حوزه کیفیت مراقبت‌های بهداشتی دارای بیشترین مرکزیت درجه و بیشترین مرکزیت نزدیکی بود. بنابراین، این حوزه کمترین فاصله را از سایر عامل‌های موجود در شبکه داشت.

بر اساس داده‌های به دست آمده، حوزه آموزش بهداشت با داشتن بیشترین مرکزیت بینایی، از موقعیت مطلوب و محکم‌تری در شبکه برخوردار بود و بیشترین تأثیر را بر ساختار فکری حوزه سواد سلامت داشت. یافته‌ها نشان داد که حوزه‌های کیفیت مراقبت‌های بهداشتی و روان‌پزشکی و روان‌شناسی با بالاترین میزان مرکزیت بردار ویژه، از مفاهیم مهم در ساختار فکری حوزه سواد سلامت می‌باشند. گراف مربوط به ساختار فکری حوزه سواد سلامت بر اساس سنجه مرکزیت درجه در شکل ۱ آمده است. بر این اساس، ۸ خوشه به دست آمد که تصویر کلی آن‌ها در شکل ۲ ارائه شده است. در این شکل، هر یک از رنگ‌ها نشان دهنده یک خوشه و اندازه گوی‌ها بیانگر بزرگی میزان ارتباط هر واژه با دیگر واژگان است. دایره‌هایی که دارای رنگ یکسان هستند، به یک خوشه تعلق دارند.

خوشه اول از ۱۱ اصطلاح تشکیل شده است و بزرگ‌ترین خوشه در حوزه سواد سلامت می‌باشد که در شکل ۲ با رنگ قرمز قابل رؤیت است. مهم‌ترین گره‌های این خوشه، خدمات بهداشتی و آموزش می‌باشد. مهم‌ترین گره‌های خوشه دوم، کیفیت مراقبت‌های بهداشتی و روش‌های تحقیقاتی محسوب می‌شوند. خوشه سوم متشکل از ۹ واژه است. از مهم‌ترین گره‌های این خوشه می‌توان به آموزش بهداشت و بهداشت عمومی اشاره کرد.

واضحی بین مرکز و پیرامون آن وجود داشته باشد. در شبکه خیلی متمرکز، اطلاعات به آسانی جریان می‌یابد (۲۲).

یافته‌ها

بر اساس یافته‌ها، بیشترین تولیدات علمی حوزه سواد سلامت (۷۵/۳۹ درصد) طی سال‌های ۲۰۱۱ تا ۲۰۱۷ رخ داده بود. میانگین نرخ رشد برون‌دادهای علمی پژوهشگران این حوزه نیز ۳۱ درصد بود که نشان دهنده سیر صعودی آن می‌باشد. گزارش یافته‌های مربوط به شاخص‌های پیوستگی شبکه، در جدول ۱ ارائه شده است.

جدول ۱: یافته‌های مربوط به شاخص‌های پیوستگی شبکه هم‌واژگانی حوزه سواد سلامت در پایگاه Web of Science

شاخص‌های پیوستگی شبکه				
تعداد پیوندها	ضریب خوشه‌بندی شبکه	متوسط فاصله میان گره‌ها	تراکم (چگالی) شبکه	اجزای شبکه
۵۱۱۸	۷/۰۱	۱/۴۲	۰/۵۸	۱
ارتباط	قطر شبکه	متوسط درجه شبکه		
۱	۳	۳۲/۵۲		

مطابق داده‌های جدول ۱، تعداد پیوندها بیشتر از تعداد گره‌ها (توصیف‌گرها) بود. بنابراین، می‌توان گفت این شبکه از پیوستگی برخوردار می‌باشد. تراکم به دست آمده برای شبکه حوزه سواد سلامت به این معناست که ۵۸ درصد تمام ارتباطات ممکن در این شبکه به نمایش درآمده‌اند. ضریب خوشه‌بندی هر عامل در شبکه، چگالی مجاورت آشکار آن است (۲۰). می‌توان گفت در شبکه هم‌واژگانی حوزه سواد سلامت، حدود ۷ واژه در اطراف هر عامل متراکم شده

جدول ۲: یافته‌های مربوط به ساختار فکری حوزه سواد سلامت در پایگاه Web of Science بر اساس سنجه‌های مرکزیت

سنجه مرکزیت درجه		سنجه مرکزیت نزدیکی	
حوزه موضوعی	میزان	حوزه موضوعی	میزان
کیفیت مراقبت‌های بهداشتی	۵۳	کیفیت مراقبت‌های بهداشتی	۵۹
سواد سلامت	۵۲	سواد سلامت	۶۰
روان‌پزشکی و روان‌شناسی و بهداشت عمومی	۵۱	روان‌پزشکی و روان‌شناسی و بهداشت عمومی	۶۱
علوم اجتماعی و خدمات بهداشتی	۵۰	علوم اجتماعی و خدمات بهداشتی	۶۲
روش‌های تحقیقاتی	۴۹	روش‌های تحقیقاتی	۶۳
مرکزیت بینایی		مرکزیت بردار ویژه	
حوزه موضوعی	میزان	حوزه موضوعی	میزان
آموزش بهداشت	۴۹/۰۸	کیفیت مراقبت‌های بهداشتی، سواد سلامت	۰/۱۸۱
سواد سلامت	۴۱/۰۴	روان‌پزشکی و روان‌شناسی	۰/۱۸۰
علوم اجتماعی	۳۹/۷	بهداشت عمومی	۰/۱۷۹
بهداشت عمومی	۳۸/۰۸	خدمات بهداشتی، روش‌های تحقیقاتی، علوم اجتماعی	۰/۱۷۶
ارتباطات	۳۵/۸	علوم انسانی	۰/۱۷۲

آینده این حوزه بپردازند.

محدودیت اصلی مطالعه حاضر، ادغام و دسته‌بندی کلی واژگان به دست آمده با استفاده از اصطلاح‌نامه بود که باعث نادیده گرفتن حوزه‌های نوظهور در پژوهش‌های سواد سلامت شد. این امر به دلیل فراوانی و پراکندگی بیش از انتظار واژگان به دست آمده و برای جلوگیری از دور شدن از هدف اصلی تحقیق که شناسایی حوزه‌های موضوعی کلی دارای ارتباط با سواد سلامت است، رخ داد. بنابراین، شناسایی حوزه‌های نوظهور در حوزه سواد سلامت با استفاده از داده‌های مطالعه حاضر، به پژوهش دیگری موكول می‌شود.

پیشنهادها

پیشنهاد می‌شود روند و چگونگی روابط میان رشته‌ای به منظور حصول چشم‌انداز روشنی از میزان توسعه یافتگی تحقیقات حوزه سواد سلامت، در برنامه‌ریزی پژوهش مورد توجه پژوهشگران داخلی و خارجی قرار گیرد.

تشکر و قدردانی

بدین وسیله از دانشگاه علوم پزشکی جندی شاپور اهواز سپاسگزاری می‌گردد. همچنین، از سرکار خانم شوکت پرمه به جهت مشارکت در جمع‌آوری داده‌ها تشکر و قدردانی به عمل می‌آید.

تضاد منافع

در انجام مطالعه حاضر، نویسندگان هیچ‌گونه تضاد منافی نداشته‌اند.

حوزه‌های موضوعی حاصل شده حایز اهمیت است، ارتباط قوی شاخه‌های مختلف علوم بهداشتی مانند بهداشت عمومی، خدمات بهداشتی و کیفیت مراقبت‌های بهداشتی با حوزه سواد سلامت می‌باشد که در گراف و خوشه‌های به دست آمده نیز مشاهده گردید. Du و همکاران در تحقیق خود، خوشه بهداشت عمومی را یکی از فعال‌ترین حوزه‌های پژوهشی سواد سلامت در سال‌های اخیر دانستند (۱۰). این یافته به شناخت یا تعیین جایگاه حوزه سواد سلامت به عنوان شاخه‌ای از علوم وابسته به پزشکی کمک می‌نماید.

نتیجه‌گیری

در نتیجه‌گیری کلی می‌توان گفت که ساختار شبکه هم‌واژگانی حوزه سواد سلامت یک ساختار پیوسته با ارتباط مناسب میان مفاهیم و موضوعات تشکیل دهنده آن است و این حوزه نزدیک‌ترین ارتباطات بین رشته‌ای را با رشته‌ها و زیرشاخه‌های حوزه بهداشت، روان‌پزشکی و روان‌شناسی و علوم اجتماعی دارد. علاوه بر این، حوزه‌های آموزش پزشکی، ارتباطات، علوم اجتماعی، علوم انسانی و بهداشت عمومی به عنوان حوزه‌های بینابین شبکه به دست آمده، گره‌های بسیار مهمی می‌باشند و شکل‌گیری ارتباطات و جریان اطلاعات بین حوزه سواد سلامت و سایر حوزه‌ها را تسهیل می‌نماید. این امر نشان دهنده ماهیت و قوام اصلی این حوزه است که به عنوان شاخه‌ای از علوم پزشکی توانسته است ارتباطات منسجم و پایداری با حوزه‌های علوم اجتماعی و انسانی برقرار کند. به نظر می‌رسد این امر باید در برنامه‌ریزی‌ها، تعریف مفاهیم، ارایه مدل‌ها و نظریه‌پردازی برای حوزه سواد سلامت مورد توجه متخصصان و پژوهشگران قرار گیرد. در نهایت، نتایج پژوهش حاضر به محققان حوزه سواد سلامت کمک می‌کند تا بر اساس حوزه‌های تأثیرگذار شناسایی شده، به تبیین روند مطالعات

References

1. Simonds SK. Health education as social policy. *Health Educ Behav* 1974; 2(1): 1-10.
2. Berkman ND, Davis TC, McCormack L. Health literacy: What is it? *J Health Commun* 2010; 15 Suppl 2: 9-19.
3. Sorensen K, Van den Broucke S, Fullam J, Doyle G, Pelikan J, Slonska Z, et al. Health literacy and public health: A systematic review and integration of definitions and models. *BMC Public Health* 2012; 12: 80.
4. World Health Organization. Health promotion glossary. Geneva, Switzerland: WHO; 1998.
5. Bankson HL. Health literacy: An exploratory bibliometric analysis, 1997-2007. *J Med Libr Assoc* 2009; 97(2): 148-50.
6. Wu AD, Begoray DL, Macdonald M, Wharf HJ, Frankish J, Kwan B, et al. Developing and evaluating a relevant and feasible instrument for measuring health literacy of Canadian high school students. *Health Promot Int* 2010; 25(4): 444-52.
7. Speros C. Health literacy: Concept analysis. *J Adv Nurs* 2005; 50(6): 633-40.
8. Zarcadoolas C, Pleasant A, Greer DS. Understanding health literacy: An expanded model. *Health Promot Int* 2005; 20(2): 195-203.
9. Mancuso JM. Health literacy: A concept/dimensional analysis. *Nurs Health Sci* 2008; 10(3): 248-55.
10. Du J, Xu P, Zhang S, Zhang B. The conceptual structures and thematic trends of health literacy research: A multiple-perspective of document co-citation analysis [Online]. [cited 2010]; Available from: URL: <http://blog.sciencenet.cn/blog-280034-382429.html>
11. Massey PM, Kim MC, Dalrymple PW, Rogers ML, Hawthorne KH, Manganello JA. Visualizing Patterns and Trends of 25 Years of Published Health Literacy Research. *HLRP: Health Literacy Research and Practice* 2017; 1(4): e182-e191.
12. Leydesdorff L, Rafols I. Indicators of the interdisciplinarity of journals: Diversity, centrality, and citations. *J Informetr* 2011; 5(1): 87-100.
13. Yang Y, Wu M, Cui L. Integration of three visualization methods based on co-word analysis. *Scientometrics* 2012; 90(2): 659-73.
14. Ravikumar S, Agrahari A, Singh SN. Mapping the intellectual structure of scientometrics: A co-word analysis of the journal *Scientometrics* (2005-2010). *Scientometrics* 2015; 102(1): 929-55.
15. Chen X, Chen J, Wu D, Xie Y, Li J. Mapping the Research Trends by Co-word Analysis Based on Keywords from Funded Project. *Procedia Comput Sci* 2016; 91: 547-55.

16. Tavakolizadeh Ravari M. Two steps break-cull model for automatic indexing of Persian texts. *Research on Information Science and Public Libraries* 2015; 21(1): 13-40. [In Persian].
17. Mostafavi I, Osareh F, Tavakolizadeh-Ravari M. Identifying content structure of "Knowledge and Information Science (KIS)" studies based on co-word analysis of articles in "Web of Science (WoS)" database (2009-2013). *Journal of Information Processing and Management* 2018; 33(3): 1285-314. [In Persian].
18. Guns R, Liu YX, Mahbuba D. Q-measures and betweenness centrality in a collaboration network: A case study of the field of informetrics. *Scientometrics* 2011; 87(1): 133-47.
19. Dehghani F, Mohammadi M. Study the co-authorship situation among chemistry researchers in Yazd University. *Caspian Journal of Scientometrics* 2015; 1(2): 49-57. [In Persian].
20. Baji F, Osareh F. An investigation into the structure of the co-authorship network of neuroscience field in Iran, using a social network analysis approach. *Journal of Studies Library & Information Science* 2015; 21(14): 71-92. [In Persian].
21. Degenne A, Forsé M. *Introducing social networks*. Thousand Oaks, CA: SAGE; 1999.
22. Said YH, Wegman EJ, Sharabati WK, Rigsby JT. RETRACTED: Social networks of author-coauthor relationships. *Comput Stat Data Anal* 2008; 52(4): 2177-84.

Mapping Intellectual Structure of Health Literacy Area Based on Co-Word Analysis in Web of Science Database during the Years 1993-2017

Fatemeh Baji¹, Fereydoun Azadeh², Parastoo Parsaei-Mohammadi³, Shoukat Parmah⁴

Original Article

Abstract

Introduction: Creating an image of the conceptual structure of health literacy area, as well as the study of interdisciplinary and the relationship between its domains seems necessary. The present study examined the intellectual structure of health literacy area in Web of Science database using co-word analysis.

Methods: This was a scientometrics research and bibliometric study, carried out using co-word analysis method. Social network analysis was used for this purpose. The research community compiled all the relevant scientific literature on the field of health literacy in Web of Science during the years 1993-2017. For data analysis, network integrity and centrality indices were used.

Results: Clustering co-efficient (7.17) and network density (0.58) were high in the resulted network. Moreover, the intellectual structure of this domain consisted of eight subject clusters. Health care, psychiatry and psychology, public health, social sciences, communications, health services, and medical education had the highest levels of centrality throughout the entire network.

Conclusion: The results show that the intellectual structure of the health literacy domain in general has an integrate structure with a proper relationship between its concepts and subjects. This shows the essence of this area, which is able to establish a consistent and sustained relationship with the social sciences and humanities as a branch of medical science. Finally, the results of this study will help health literacy researchers to understand the research trend of this area in future studies based on the identified areas of influence.

Keywords: Health Literacy; Social Networks; Database, Bibliometrics

Received: 11 Apr., 2018

Accepted: 04 Aug., 2018

Published: 06 Aug., 2018

Citation: Baji F, Azadeh F, Parsaei-Mohammadi P, Parmah S. **Mapping Intellectual Structure of Health Literacy Area Based on Co-Word Analysis in Web of Science Database during the Years 1993-2017.** Health Inf Manage 2018; 15(3): 139-45

Article resulted from MSc thesis No. 96066-U funded by Ahvaz Jundishapur University of Medical Sciences.

1- Assistant Professor, Knowledge and Information Science, Department of Medical Library and Information Science, School of Paramedical Sciences, Ahvaz Jundishapur University of Medical Sciences, Ahvaz, Iran (Corresponding Author) Email: baji245@gmail.com

2- Associate Professor, Medical Library and Information Science, Department of Medical Library and Information Science, School of Allied Medical Sciences, Tehran Medical University, Tehran, Iran

3- Lecturer, Knowledge and Information Science, Department of Medical Library and Information Science, School of Paramedical Sciences, Ahvaz Jundishapur University of Medical Sciences, Ahvaz, Iran

4- MSc Student, Medical Library and Information Science, Department of Medical Library and Information Science, School of Paramedical Sciences, Ahvaz Jundishapur University of Medical Sciences, Ahvaz, Iran

استفاده از تخصصی و تجربیات کتابداران و اطلاع‌رسانان پزشکی در بررسی مستندات علمی داوطلبان مقطع دکتری تخصصی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی: شرح یک تجربه

محمدرضا سلیمانی^۱، شهین مجیری^۲، حسن اشرفی ریزی^۱

بیان تجربه

دریافت مقاله: ۱۳۹۶/۷/۴

پذیرش مقاله: ۱۳۹۶/۹/۱۳

تاریخ انتشار: ۱۳۹۷/۵/۱۵

مقدمه

آموزش عالی یکی از عوامل مهم در توسعه اجتماعی-اقتصادی هر جامعه به شمار می‌رود (۱) و بخش مهم و حایز اهمیتی است که حوزه اثرگذاری بسیار وسیعی در دیگر نهادها و بخش‌های اقتصادی، اجتماعی، فرهنگی و سیاسی جامعه دارد. نظام آموزش عالی در همه جوامع از یک طرف با تربیت تخصصی افراد، مدیران و رهبران، جامعه را در همه بخش‌ها آماده می‌سازد و از طرف دیگر، با رشد توانایی‌ها، نیرو و پتانسیل فکری انسان، سبب توسعه مرزهای دانش بشری می‌گردد (۲). در ایران نیز تحت تأثیر روندهای جهانی به ویژه پیدایش تحولات جمعیتی و اجتماعی پس از انقلاب اسلامی (رشد شتابان جمعیت)، ترکیب سنی جوان جامعه و افزایش تقاضا برای دسترسی به آموزش عالی، نظام آموزش عالی به شدت گسترش یافت و در حال حاضر دانشگاه‌ها شاهد بیشترین تقاضا برای آموزش عالی در سطح تحصیلات تکمیلی می‌باشند (۳).

در سال‌های اخیر، با گسترش روزافزون دوره‌های دکتری تخصصی در دانشگاه‌های کشور، داوطلبان زیادی در آزمون مربوط به آن شرکت می‌کنند. در چند سال اخیر، آزمون‌های ورودی مقطع دکتری تخصصی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی در دو مرحله برگزار می‌شود. مرحله اول شامل آزمون عمومی (کتبی) است که به صورت سراسری برگزار می‌گردد و مرحله دوم شامل آزمون تخصصی (مصاحبه) به صورت ایستگاه‌های پنج‌گانه (توانمندی تخصصی، پایان‌نامه، ارائه شفاهی مطالب علمی، زبان انگلیسی و جستجوی منابع علمی) در دانشگاه‌های پذیرنده می‌باشد. در سال جاری (۱۳۹۶)، ۵۰ درصد از کل نمره آزمون به آزمون کتبی و ۵۰ درصد دیگر به مصاحبه و مستندات علمی داوطلبان اختصاص یافته بود. بنابراین، بررسی دقیق مستندات آموزشی و پژوهشی برای رعایت عدالت در پذیرش دانشجویان، امری ضروری به نظر می‌رسد. بر این اساس، با توجه به این که کتابداران و اطلاع‌رسانان پزشکی با استفاده از دانش و مهارت‌های علم‌سنجی خود قادر به تعیین نمایه‌ها و رتبه مجلات و تشخیص مجلات معتبر از غیر معتبر می‌باشند و همچنین، به منظور ایجاد وحدت رویه در بررسی مستندات پژوهشی داوطلبان مقطع دکتری تخصصی پنج رشته «آموزش بهداشت، بهداشت محیط، کتابداری و اطلاع‌رسانی پزشکی، باکتری‌شناسی و پرستاری» که بر اساس تصمیم وزارت متبوع، مصاحبه علمی آن‌ها در دانشگاه علوم پزشکی اصفهان برگزار می‌گردید، به پیشنهاد یکی از اعضای هیأت علمی گروه کتابداری و اطلاع‌رسانی پزشکی اصفهان، تصمیم بر آن شد که کلیه

مستندات داوطلبان (۵۰۰ نفر) توسط گروهی از کتابداران و اطلاع‌رسانان پزشکی خبره دانشگاه به صورت متمرکز و برای هر پنج رشته یک هفته قبل از مصاحبه بررسی شود. سپس نتایج بررسی برای تأیید نهایی در اختیار تیم‌های مصاحبه قرار گیرد.

شرح تجربه

برای اجرای کار، کمیته‌ای از کتابداران و اطلاع‌رسانان پزشکی (۱۰ نفر) با تأکید بر مهارت‌های کافی در جستجو و ارزیابی اطلاعات و آثار پژوهشی، مهارت‌های علم‌سنجی و دارای سوابق سازمانی مناسب از جمله حسن شهرت، انتخاب شدند و پس از توجیهات و آموزش‌های لازم، کار بررسی مستندات تحت نظارت یکی از اعضای هیأت علمی گروه کتابداری و اطلاع‌رسانی پزشکی آغاز گردید. بر اساس دستورالعمل مرکز سنجش آموزش پزشکی، داوطلبان باید در زمان بارگذاری سوابق و مدارک خود، ابتدا جداول مربوط به سوابق را که شامل سوابق آموزشی و سوابق پژوهشی (طرح‌های پژوهشی، مقالات، همایش‌ها، کتاب، اختراعات و اکتشافات) بود را تکمیل و بر اساس آن، مستندات را بارگذاری نمایند.

فرایند انجام کار به این صورت بود که ابتدا جداول مربوط به فعالیت‌های آموزشی و پژوهشی داوطلبان پرینت گرفته شد و کتابداران و اطلاع‌رسانان پزشکی بر اساس راهنمای امتیازدهی (کلیات این راهنما توسط وزارتخانه ارایه شده بود) و دانلود و مشاهده مستندات اقدام به امتیازدهی نمودند. از آن‌جایی که فرم امتیازدهی ارایه شده از طرف وزارتخانه فاقد جزئیات بود، فرم بررسی و جزئیات آن قبل از شروع کار مشخص گردید. در نهایت، بر اساس تصمیمات کمیته مذکور در خصوص این موارد، دستورالعملی طراحی شد که در بردارنده تصمیمات کمیته اجرایی مصاحبه بود. جزئیات تصمیم‌گیری شده در جهت رفع ابهامات دستورالعمل امتیازدهی مصوب وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی بود که برای اجرای کار در اختیار کتابداران و اطلاع‌رسانان پزشکی قرار داده شد.

مقاله حاصل تحقیق مستقل بدون حمایت مالی و سازمانی است.

۱- دانشیار، کتابداری و اطلاع‌رسانی، مرکز تحقیقات فن‌آوری اطلاعات در امور سلامت، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران (نویسنده طرف مکاتبه)

Email: hassanashrafi@mng.mui.ac.ir

۲- کارشناس ارشد، کتابداری و اطلاع‌رسانی، مرکز تحقیقات فن‌آوری اطلاعات در امور سلامت، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران

مختلف طی چند مرحله بررسی گردید و تأیید نهایی این بررسی‌ها در طی فرایند مصاحبه (روزهای برگزاری مصاحبه) توسط اعضای تیم ممتحن صورت گرفت. اجرای این فرایند علاوه بر افزایش دقت و سرعت بررسی مستندات علمی داوطلبان، کاهش هزینه‌ها، یکدستی در امتیازدهی بین رشته‌های مختلف و افزایش سطح تعامل کتابداران و اطلاع‌رسانان پزشکی با اعضای ممتحن به ویژه مسئول تیم مصاحبه هر رشته، باعث برجسته‌تر شدن نقش کتابداران و اطلاع‌رسانان پزشکی در عرصه‌های آموزشی، پژوهشی و اجرایی دانشگاه و ایجاد انگیزه مثبت در آن‌ها گردید.

پیشنهادها

با توجه به رویکرد جدید در بررسی مستندات علمی داوطلبان مقطع دکتری تخصصی؛ یعنی استفاده از قابلیت‌ها و تجربیات کتابداران و اطلاع‌رسانان پزشکی در بررسی این مستندات و جهت بهبود این فرایند در سال‌های آینده، پیشنهادهایی ارائه گردید که در ادامه آمده است.

با توجه به این که در فرم امتیازدهی جایگاهی برای سایر سوابق علمی و اجرایی (از جمله سابقه کار مرتبط، کسب جوایز علمی و...) داوطلبان در نظر گرفته نشده بود، پیشنهاد می‌شود این مورد برای سال‌های آینده بررسی و در صورت صلاحدید، برای آن امتیازی در نظر گرفته شود.

بهتر است از تخصص کتابداران و اطلاع‌رسانان پزشکی علاوه بر بررسی مستندات علمی داوطلبان مقطع دکتری تخصصی، در کمیته‌های منتخب و تخصصی جهت ارتقای رتبه و نیز ترفیع پایه اعضای هیأت علمی دانشگاه‌های متبوعه وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی نیز استفاده شود.

به دلیل این که در فرم امتیازدهی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی کلیات بیان شده بود (عدم مشخص بودن امتیاز سایر نویسندگان به جزء نویسنده اول و مسؤول در مقالات و کتاب‌ها، نامشخص بودن امتیاز کتاب‌های منتشر شده توسط ناشران خصوصی و دولتی به تفکیک، نامشخص بودن امتیاز مجریان دوم و همکاران در طرح‌های تحقیقاتی، عدم مشخص بودن سایر آثار پژوهشی مانند مقالات مطبوعاتی، تدوین استانداردها و...)، احتمال سلیقه‌ای عمل کردن دانشگاه‌ها وجود داشت؛ بنابراین، پیشنهاد می‌گردد که این فرم امتیازدهی توسط یکی از گروه‌های کتابداری و اطلاع‌رسانی پزشکی یا بورد تخصصی این رشته در وزارتخانه اصلاح شود و رویه واحدی برای اجرا در سال‌های آینده در نظر گرفته شود (این کار در گروه کتابداری و اطلاع‌رسانی پزشکی دانشگاه علوم پزشکی اصفهان صورت گرفت).

پیشنهاد می‌شود که به منظور افزایش دقت در ایستگاه جستجوی منابع اطلاعاتی، یکی از کتابداران و اطلاع‌رسانان پزشکی بدون حق نمره نیز حضور داشته باشد.

تشکر و قدردانی

بدین وسیله از کتابداران و اطلاع‌رسانان پزشکی دانشگاه علوم پزشکی اصفهان که در فرایند بررسی مدارک دانشجویان شرکت‌کننده در آزمون مقطع دکتری تخصصی، در انتقال تجربیات به نویسندگان کمک کردند، تشکر و قدردانی به عمل می‌آید. همچنین، از مسؤولان و کارشناسان تحصیلات تکمیلی دانشگاه سیاست‌گذاری می‌گردد.

در این فرایند و طی شش روز کاری، مستندات علمی حدود ۵۰۰ نفر از داوطلبان مقطع دکتری تخصصی در پنج رشته «باکتری‌شناسی، بهداشت محیط، آموزش بهداشت، پرستاری و کتابداری و اطلاع‌رسانی پزشکی» بررسی گردید (البته با حفظ محرمانگی اطلاعات داوطلبان) و نتیجه کار توسط تیم‌های مصاحبه مورد تأیید نهایی قرار گرفت.

به طور کلی، نقش کتابداران و اطلاع‌رسانان پزشکی در این فرایند شامل «دانلود و پرینت سوابق و مستندات داوطلبان از سامانه معرفی شده توسط مرکز سنجش آموزش پزشکی، مطابقت مستندات بارگذاری شده با فرم سوابق، بررسی مستندات آموزشی و امتیازدهی به آن‌ها طبق دستورالعمل، جستجوی مقالات در پایگاه‌های اطلاعاتی مربوط به نمایه‌های مختلف مانند PubMed، Web of Science، Islamic World Science Citation Center (ISC) و... و نیز کتاب‌ها در سایت سازمان اسناد و کتابخانه ملی ایران، شناسایی آثار پژوهشی معتبر از غیر معتبر و امتیازدهی به آثار معتبر بر اساس تعداد نویسندگان و نقش داوطلب (نویسنده اول یا مسؤول و...) در مورد مقالات و نیز تعداد همکاران در طرح‌های پژوهشی و ناشر دولتی و غیر دولتی در مورد کتاب‌ها و بررسی نهایی توسط سرپرست تیم و یا نماینده تیم مصاحبه برای هر رشته تخصصی» بود. در بررسی مستندات مشخص شد که تعدادی از مقالات در نمایه‌های مورد ادعا وجود نداشت و یا در مجلات غیر معتبر و جعلی چاپ شده بود. همچنین، مقالات با محتواهای یکسان که به دو زبان منتشر شده بود نیز وجود داشت که امتیاز به یکی از آن‌ها که قابلیت کسب امتیاز بیشتر بود، تعلق می‌گرفت.

پیامدها و دستاوردها

حضور کتابداران و اطلاع‌رسانان پزشکی در بخشی از فرایند اجرایی و علمی مصاحبه‌های مقطع دکتری تخصصی، دستاوردهای مهمی برای کتابداران پزشکی و برگزارکنندگان آزمون به همراه داشت که از جمله مهم‌ترین این دستاوردها می‌توان به ایجاد یکدستی و وحدت رویه در بررسی و امتیازدهی به مستندات داوطلبان، دقت بالا و صحت امتیازدهی به مستندات پژوهشی به ویژه مقالات مجلات، کاهش زمان صرف شده اعضای تیم مصاحبه، برجسته شدن نقش کتابداران و اطلاع‌رسانان پزشکی در پشتیبانی از فعالیت‌های آموزشی و پژوهشی دانشگاه و انگیزه‌بخشی به کتابداران و اطلاع‌رسانان پزشکی به جهت حضور در عرصه‌های جدید و تأثیرگذار بودن در فرایندهای اجرایی مهم دانشگاه اشاره نمود.

نتیجه‌گیری

آموزش عالی و به ویژه مقطع تحصیلات تکمیلی بیش از هر مقوله دیگری مورد توجه سیاستمداران، جامعه‌شناسان و اقتصاددانان قرار گرفته؛ چرا که سرمایه‌گذاری در این بخش به دلیل دستاوردهای ارزشمندی که برای جامعه به دنبال دارد، بیش از پیش اهمیت پیدا کرده است. بنابراین، انتخاب افراد شایسته در ابعاد آموزشی، پژوهشی و مدیریتی از طریق یک بستر منطقی و قانونمند ضروری است. در بخشی از فرایند آزمون مقطع دکتری تخصصی در دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، پیشنهاد شد که بررسی مستندات داوطلبان به صورت متمرکز توسط کمیته‌ای متشکل از کتابداران و اطلاع‌رسانان مجرب دانشگاه انجام پذیرد. در طی این فرایند، مستندات ارائه شده داوطلبان در رشته‌های

تضاد منافع

در انجام مطالعه حاضر، نویسندگان هیچ‌گونه تضاد منافی نداشته‌اند.

ارجاع: سلیمانی محمدرضا، مجیری شهین، اشرفی ریزی حسن. استفاده از تخصص و تجربیات کتابداران و اطلاع‌رسانان پزشکی در بررسی مستندات علمی داوطلبان مقطع دکتری تخصصی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی: شرح یک تجربه. مدیریت اطلاعات سلامت ۱۳۹۷؛ ۱۵ (۳): ۱۴۸-۱۴۶

References

1. Adamu AY, Addamu AM. Quality assurance in Ethiopian higher education: Procedures and practices. *Procedia Soc Behav Sci* 2012; 69: 838-46.
2. Azizi N. The status of education and research in universities: Reflection on student's views on the challenges and shortcomings of the humanities and its developmental strategies. *Proceedings of the National Congress of Humanities: Today's Situation, Tomorrow's Outlook*; 2007 Mar. 13-15; Tehran, Iran. [In Persian].
3. Maroufi Y, Shahmoradi M, Adak M. Pathology of graduate development in improving the quality of higher education. *Proceedings of the 2nd National Higher Education Congress of Iran*; 2016 May 15; Tehran, Iran. [In Persian].

Contents

Original Article(s)

Functional-Informational Factors Affecting Health System Integration

Bayaneh Seyedamini, Leila Riahi, Mahmoud Mahmoudi-Majdabadifarahani, Seyed Jamaledin Tabibi, Iravan Masoudi-Asl99-105

A Competitive Model of Supply Chain for Private Hospitals in Tehran, Iran

Seyed Mohammad Hossein Hosseini, Mohammadreza Hamidizadeh, Bahman Hajipoor, Abbasali Hajikarimi ...106-113

Medical Tourism Market in Selected Hospitals in Tehran City, Iran: Application of Clustering

Mahdi Ebrahimi, Seyed Amirhossein Tayebi-Abolhasani, Morvarid Rostami114-119

Information Behavior of Patients with Cancer in Palliative Care in Tehran City, Iran

Seyed Javad Ghazi-Mirsaeed, Farzaneh Moghimkhan120-125

Status and Factors Associated with Citedness of Scholarly Outputs by Patents for the Type 1 Medical Science Universities in Iran during the Years 2000-2015

Ali Mansouri, Marjan Forouzandeh-Shahraki, Mohammad Amin Erfanmanesh126-131

Identifying Obstacles towards the Role-playing of Medical Librarians in Facilitating the Scientific Communication among Physicians and Paramedical Practitioners based on the Viewpoint of Bushehr Medical Professionals, Iran: A Qualitative Study

Abdolrasoul Khosravi, Atefeh Esfandiari, Mehri Otaghi132-138

Mapping Intellectual Structure of Health Literacy Area Based on Co-Word Analysis in Web of Science Database during the Years 1993-2017

Fatemeh Baji, Fereydoun Azadeh, Parastoo Parsaei-Mohammadi, Shoukat Parmah139-145

Expression of an Experience

Use of the Expertise and Experience of Medical Librarians to Evaluate the Scientific Background of PhD Volunteers in Iranian Ministry of Health and Medical Education: Describing an Experience

Mohammadreza Soleymani, Shahin Mojiri, Hasan Ashrafi-Rizi146-148



Journal of Health Information Management (JHIM)

Owner: Isfahan University of Medical Sciences
Chairman: **Mahmoud Keyvanara, PhD**
Editor-in-Chief: **Mohammad Reza Rezayatmand, PhD**
Director: **Raheleh Samouei, MSc**
English Editors: **Khosro Zare-Farashbandi, Fariba Khorvash**

Vol. 15, No. 3
August & September, 2018
p-ISSN: 1735-7853
e-ISSN: 1735-9813

Frequency: Bimonthly

Address

Journal of Health Information Management,
School of Health Management and Medical
Informatics, Isfahan University of Medical
Sciences, Isfahan, Iran
Postal code: 8174673461

<http://him.mui.ac.ir>
Email: jim@mng.mui.ac.ir
Tel: +98 31 37925123

Publisher:

Vesnu Publications

Email: farapublications@gmail.com
<http://vesnupub.com>
Tel: +98 31 32 22 43 35
Fax: +98 31 32 22 43 82

Editorial Board:

Sima Ajami, PhD: Professor in Health Information Management, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran AND Ex-Chief Editor in Journal of Health Information Management from 2003-Dec 2015
Hasan Ashrafirizi, PhD: Associate Professor in Librarianship and Informatics, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran
Ziba Farajzadegan, PhD: Professor in Community Medicine, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran
Masoud Ferdosi, PhD: Associate Professor in Health Services Management, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran
Sayed Mohsen Hoseini, PhD: Professor in Vital Statistics, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran
Saied Karimi, PhD: Associate Professor in Health Services Management, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran
Roya Kelishadi, MD: Professor in Pediatrics, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran
Saeedeh Ketabi, PhD: Associate Professor in Operational Research, Isfahan University, Isfahan, Iran
Mohammadreza Maleki, PhD: Associate Professor in Health Services Management, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran
Hamid Moghadasi, PhD: Associate Professor in Health Information Management, Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran
Izet Masic, PhD: Professor in Family Medicine, Medical informatics, Social Medicine, Health Care Organization and Economics AND President of Academy of Medical Sciences, Bosnia and Herzegovina
Farideh Osareh, PhD: Professor in Librarianship and Informatics, Shahid chamran University of Ahvaz, Ahvaz, Iran
Habibollah Pirnejad, PhD: Associate Professor in Medical Informatics, Urmia University of Medical Sciences, Urmia, Iran
Abolghasem Pourreza, PhD: Professor in Health Services Management, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran
Ahmad Reza Raeisi, PhD: Associate Professor in Health Information Management, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran
Mohammad Reza Rezayatmand, PhD: Assistant Professor in Health Economics, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran
Reza Safdari, PhD: Professor in Health Information Management, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran
Mohammad Sarfaraz, PhD: Professor in Computer and Information Science King Fahd University, Dhahran, Saudi Arabia
Ahmad Shabani, PhD: Professor in Librarianship and Informatics, University of Isfahan, Isfahan, Iran
Abbas Sheikhtaheri, PhD: Assistant Professor in Health Information Management, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran
Shahram Tofighi, PhD: Assistant Professor in Health Services Management, Baqiyatallah-Azam University, Tehran, Iran
Mohammad Hossein Yarmohammadian, PhD: Professor in Educational Planning, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran

This bimonthly journal is indexed by:

1. Islamic World Science Citation (ISC) (www.isc.gov.ir)
2. Index Medicus for the WHO Eastern Mediterranean Region (IMEMR)
3. Index Copernicus
4. Iran Journal (www.ricest.ac.ir)
5. Google Scholar
6. Irandoc (www.irandoc.ac.ir)
7. Scientific Information Database (SID)
8. Magiran