

نظام اطلاعات سلامت از دیدگاه مدیران و کارشناسان

برنامه های سلامت دانشگاه علوم پزشکی تبریز در سال ۱۳۸۳

مصطفی فرح بخش^۱ / شهبلا فزون خواه^۲ / علیرضا حسن زاده^۳ / الناز هوشیان^۴ / نویده خدایی^۵ / ناصر آسمانی^۵
چکیده

مقدمه: نظام های اطلاعات در سیستم عرضه ی سلامت با گردآوری، تحلیل و انتشار داده ها، زمینه استفاده از اطلاعات به منظور بهبود و ارتقای سلامت جامعه را فراهم می سازند. این مطالعه برای ارزشیابی وضعیت نظام اطلاعات سلامت از دیدگاه مدیران و ارائه دهندگان خدمات سلامت طراحی شده است.

روش بررسی: مطالعه توصیفی - مقطعی بوده و در سال ۱۳۸۳ انجام شد. ابتدا نظرات مدیران و کارشناسان برنامه های سلامت در مراکز آموزش درمانی، بیمارستان های عمومی، مراکز بهداشت شهرستان، ستاد معاونت و دانشکده ی پزشکی از طریق پرسشنامه جمع آوری و داده های حاصله با استفاده از نرم افزار spss 12 تحلیل شد.

یافته ها: از دیدگاه مدیران و کارشناسان، برنامه ریزی و تصمیم گیری دو حیطة اصلی استفاده از اطلاعات است. مدیران ۴۱ درصد و کارشناسان ۳۴ درصد سئوالات آمار توصیفی را درست پاسخ دادند. ۵۳ درصد مدیران و ۳۹ درصد کارشناسان در دو هفته گذشته از اطلاعات استفاده نموده اند. در حدود ۷۰/۸ درصد مدیران و ۴۰/۸ درصد کارشناسان در زمان نیاز به داده های مربوط به عملکرد فرایند خاص، آنها را همزمان جمع آوری می نمودند.

نتیجه گیری: با توجه به جایگاه نظام اطلاعات در هر سازمان و نقش اساسی آن در اتخاذ سیاست های درست، ایجاد نظام هماهنگ و یکپارچه اطلاعات و توانمندسازی کارشناسان در زمینه استفاده صحیح از داده ها از اولویت های ضروری به شمار می رود.

واژه های کلیدی: اطلاعات سلامت، نظام اطلاعات سلامت، مدیران و کارشناسان، دانشگاه علوم پزشکی تبریز

◇ وصول مقاله: ۸۵/۶/۲۲، اصلاح نهایی: ۸۵/۷/۲۵، پذیرش مقاله: ۸۵/۸/۲۳

۱- مدیر آمار و اطلاع رسانی پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی تبریز، نویسنده مسئول (Email: farahbakhsh@tbzmed.ac.ir)

۲- دکترای مدیریت اطلاعات بهداشتی درمانی، گروه مدارک پزشکی، دانشکده پیراپزشکی، دانشگاه علوم پزشکی تبریز

۳- کارشناس امور دارویی، مرکز بهداشت استان آذربایجان شرقی

۴- کارشناس آمار، مدیریت آمار و اطلاع رسانی، دانشگاه علوم پزشکی تبریز

۵- کارشناس برنامه نویسی رایانه، مدیریت آمار و اطلاع رسانی، دانشگاه علوم پزشکی تبریز

مقدمه

در ۱۹۹۸ در آمریکا در اثر اطلاعات نادرست اتلاف شده است. [۴] در موزامبیک و تانزانیا برای گردآوری داده‌ها در موسسات سلامت از فرم‌ها، دفاتر ثبت و اوراقی استفاده می‌شود که توسط کارمندان تکمیل می‌شوند. با این وجود به دلایل زیر از این آمارها در تصمیم‌گیری استفاده نمی‌شود: کیفیت پایین داده‌ها، تحلیل ناقص آنها، فقدان فرهنگ اطلاعاتی و نبودن افراد دارای تخصص لازم. [۵]

یکی از راه‌هایی که جهت استفاده بیشتر از اطلاعات اتخاذ شده است، استفاده از اطلاعات در راس سازمان است. اگر مدیر ارشد بطور فعال از اطلاعات استفاده کند، اهمیت اطلاعات در سرتاسر سازمان تقویت می‌شود. زمانی که داده‌ها توسط رهبران استفاده شوند و بطور فعال توزیع شوند، محیط با انگیزه‌ای ایجاد می‌شود که استفاده از اطلاعات در بین مدیران میانی و کارکنان سلامت نیز توسعه می‌یابد. [۶]

در رومانی اطلاعات و داده‌های مربوط به سلامت از سه منبع زیر نشات می‌گیرند: داده‌های روتین جمع‌آوری شده از سیستم ملی اطلاعات سلامت، داده‌ها و اطلاعات ناشی از پایش و ارزیابی برنامه‌ها، تحقیق‌ها و مطالعات. [۷] محققین در کانادا ارزیابی عملکرد نظام سلامت را بر اساس داده‌های موجود مورد بررسی قرار داده‌اند. داده‌های موجود اجازه محاسبه چند شاخص خاص در زمینه اطلاعات جمعیتی، منابع انسانی و تجهیزات و برون‌دادهای مراقبت‌های اولیه بهداشتی را می‌دهند. اغلب داده‌های موجود مقطعی بوده و در حالی که برای ارزشیابی سیستم سلامت به داده‌ها در طول زمان نیاز است. داده‌ها اغلب در سطح ملی کاربرد داشته و در سطح منطقه قابلیت پاسخگویی ندارند. [۸] در کشور غنا برای اصلاح نظام اطلاعات سلامت گام‌های زیر برداشته شده است:

- تحلیل وضعیت جاری نظام‌های گزارش دهی؛
- طراحی ابزارهای برنامه‌ریزی؛
- جمع‌آوری داده‌ها؛
- گزارش دهی و بازخورد؛

با توجه به نقش فزاینده اطلاعات در اداره بهتر سازمان‌ها و نیز پیدایش فناوری‌های نوین اطلاعات، امروزه از قرن بیست و یکم به عنوان جامعه اطلاعاتی یاد می‌شود. [۱] هدف نهایی سیستم اطلاعات سلامت شامل ارتقاء داده‌ها و اطلاعات سرچشمه گرفته از آنها در تصمیم‌گیری‌ها از سطح اجرا تا سطح سیاست‌گذاری می‌باشد. یکی از فعالیت‌های دارای اولویت در سازمان بهداشت جهانی کمک به دستیابی به اطلاعات معتبر، درست و به روز برای فرایند ارزیابی عملکرد سیستم بهداشتی و نیز تدوین گزارش وضعیت سلامت منطقه و گزارش سلامت جهانی می‌باشد. [۲] نظام اطلاعات سلامت در حال حاضر در زمینه پیامدهای خدمات ارائه شده در بخش دولتی داده تولید می‌کند و به جامعه و بخش خصوصی توجهی ندارد. در این نظام، داده‌های مربوط به فرایندهای پشتیبانی و پاسخگویی وجود ندارد.

سازمان بهداشت جهانی از سال‌ها پیش نظام اطلاعات سلامت را از ارکان اساسی در دستیابی به هدف "سلامت برای همه" اعلام نموده است. گزارش جلسه سال ۱۹۸۴ این سازمان بهبود مدیریت را به بهبود نظام اطلاعات اتصال داده و در سال‌های اخیر نیز نظام اطلاعات سلامت را برای اطمینان از ارائه خدمات منطبق بر استانداردها ضروری دانسته است. اغلب کارکنان بهداشتی ماهانه فرم‌های زیادی را تکمیل و ارسال می‌نمایند و به علت فقدان ارتباط مناسب بین زیرمجموعه‌ها دوباره کاری‌های زیادی در جمع‌آوری داده‌های یکسان صورت می‌گیرد. از بین بردن دوباره کاری‌ها به ایجاد نظام یکپارچه نیاز دارد تا ایجاد هماهنگی بین واحدهای موازی. تاخیر در ارسال داده‌ها به شهرستان و فقدان بازخورد مناسب اغلب از ارسال مستقیم داده‌ها به برنامه‌های عمودی ناشی می‌شود. [۳] نظام‌های اطلاعاتی در سه رده داده‌های خام، اطلاعات و دانش، داده‌ها را تهیه، تحلیل و نگهداری می‌نمایند. مدیریت اطلاعات و دانش در قلب نظام سلامت جای گرفته است. ۲۵ درصد منابع مالی سلامت

- اجرای آزمایشی و اصلاح سیستم؛

- توانمندسازی کارکنان؛ و

- طراحی ابزارهای خودارزیابی و تشویق بازخورد به سطوح پایین و گزارش وضعیت شاخص ها به سطوح بالاتر. [9]

مانند اغلب کشورهای در حال توسعه فقدان داده های درست و عدم به کارگیری اطلاعات در برنامه ریزی و مدیریت نظام سلامت دو ضعف عمده نظام اطلاعات سلامت در کشور مالاوی بوده است. در قدم اول ارتقای نظام اطلاعات سلامت، حداقل شاخص های موردنیاز تدوین و الگوی استفاده از اطلاعات در برنامه ریزی، ارتقای کیفیت و توسعه پوشش خدمات تعیین شد. [10] با توجه به ارتباط تنگاتنگ کارشناسان نظام سلامت با نظام اطلاعات و نیاز روزانه آنها به داده ها و اطلاعات تولید شده، از منظر و نگاه آنها بهتر می توان نقاط قوت و ضعف نظام اطلاعات سلامت را شناسایی نمود. هدف از انجام این مطالعه بررسی نظرات مدیران و کارشناسان نسبت به نظام اطلاعات سلامت در دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی تبریز است.

روش پژوهش

دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی تبریز به عنوان تولید نظام سلامت در استان آذربایجان شرقی فعالیت می نماید که واحدهای مختلف آموزشی، پژوهشی و تسهیلات بهداشتی، درمانی در زیرمجموعه آن قرار دارند. در این دانشگاه ۷ ستاد معاونت، ۷ دانشکده، ۱۰ مرکز آموزشی درمانی و ۱۹ شبکه بهداشت و درمان قرار دارد. در سطح مرکز بهداشت شهرستان و بیمارستان واحد آمار و مدارک پزشکی به مدیریت اطلاعات مرتبط مشغول است و در سطح دانشگاه نیز مدیریت آمار و اطلاع رسانی این مسئولیت را بر عهده دارد. داده های سلامت در سطح واحدهای ارائه خدمات در فرم های خاص ثبت و اغلب به صورت ماهانه جمع آوری می شود و پس از ارسال به مراکز

ستادی در سطح شهرستان و استان، جمع بندی و در نهایت به وزارت متبوع ارسال می گردد. واحدهای ارائه خدمات سلامت برای ثبت داده ها از فرم های مصوب کشوری استفاده می نمایند.

در این مطالعه تمام مدیران (۳۲ نفر) و ۲۶۰ کارشناس برنامه های سلامت در سطح ۱۹ شبکه بهداشت و درمان، ۱۰ مرکز آموزشی درمانی، ۱۵ بیمارستان عمومی، ۷ دانشکده و ۷ ستاد معاونت انتخاب و پرسشنامه برای آنها ارسال گردید. ۳۱ نفر از مدیران و ۲۳۸ نفر از کارشناسان پرسشنامه را تکمیل نمودند. با توجه به نتایج بررسی متون و نتایج مطالعه پیش آزمون $p=0/6$ ، $a=0/05$ و d معادل ۱۰ درصد در نظر گرفته شد. تعداد نمونه لازم ۲۶۰ نفر برآورد شد. در هر واحد کارشناسان مسول مراقبت های اولیه بهداشتی، آموزش و پژوهش جهت مطالعه انتخاب شدند. سوالات پرسشنامه، با مطالعه منابع علمی موجود و برگزاری نشست های کارشناسی در مورد فرایند مدیریت اطلاعات تدوین شد. گزینه های احتمالی هر سوال با مراجعه به منابع علمی مناسب و مطالعه پیلوت مشخص شد. برای سوالات نگرشی از مقیاس لیکرت استفاده شد. پرسشنامه پس از پیش آزمون و مطالعه پایلوت، نهایی شده و با مراجعه حضوری در اختیار کارشناسان و مدیران انتخاب شده قرار گرفت.

سوالات پرسشنامه در حالت کلی در پنج زمینه استفاده از اطلاعات (۱۵ سوال)، دسترسی به اطلاعات (۴ سوال)، جمع آوری داده ها (۱۲ سوال)، تدوین و محاسبه شاخص ها (۵ سوال) و دانش آماری مدیران و کارشناسان (۹ سوال) شامل ۵ سؤال آماری در زمینه محاسبه شاخص های مرکزی و پراکنندگی، محاسبه نسبت ها، انتخاب بهترین شاخص آماری و نمودار همبستگی و ۴ سؤال در ارتباط با شاخص های سلامت در باره محاسبه رشد جمعیت، پوشش ایمن سازی و بروز و شیوع بیماری در نظر گرفته شد. داده ها پس از جمع آوری در نرم افزار spss 12 وارد و از تست های t test و Chi -square برای تحلیل داده ها استفاده شد. برای ارائه نتایج در سوالات نگرشی تعداد جواب های کاملاً موافق و "موافق" جمع شده است.

یافته ها

تعداد کارشناسان زن (۱۳۰ نفر) نسبت به مردان (۱۰۸ نفر) بیشتر و در سطح مدیران این نسبت مساوی بود. میانگین سنی گروه مدیران ۳۶/۴ (۳۷/۲-۳۴/۶) سال و در گروه کارشناسان برنامه های سلامت ۳۶ (۳۶/۹-۳۵/۱) سال بود. بین دو گروه اختلاف معنی دار آماری وجود نداشت. متوسط سابقه کار در گروه مدیران ۹/۹ (۱۲/۳-۷/۵) و در گروه کارشناسان ۱۲/۴ (۱۳/۳-۱۱/۵) سال بوده و بین دو گروه تفاوت معنی دار آماری وجود نداشت. همان گونه که جدول ۱ نشان می دهد، ۷۴/۲ درصد مدیران تحصیلات دکتری و ۷۶ درصد کارشناسان تحصیلات در سطح کارشناسی داشتند. بین دو گروه از نظر سطح تحصیلات اختلاف معنی دار آماری وجود داشت (P=۰/۰۰۵).

مدیران ۴۱ درصد سئوالات مربوط به مفاهیم آمار توصیفی و ۵۲ درصد سئوالات مربوط به محاسبه شاخص های سلامت را پاسخ صحیح دادند و پاسخ های درست کارشناسان به سئوالات آمار توصیفی ۳۴ درصد و در مورد سئوالات محاسبه شاخص های سلامت ۴۳ درصد بود. بین دو گروه اختلاف معنی دار آماری وجود نداشت. ۵۳ درصد مدیران و ۳۹ درصد کارشناسان در دو هفته گذشته از اطلاعات استفاده نمودند و اختلاف دو گروه از نظر آماری معنی دار نیست.

شایعترین موارد استفاده از اطلاعات در گروه مدیران

جدول ۱: توزیع فراوانی دو گروه مدیران و کارشناسان برنامه های سلامت شرکت کننده در مطالعه از نظر سطح تحصیلات

میزان تحصیلات	مدیران		کارشناسان		جمع
	تعداد	درصد	تعداد	درصد	
دیپلم	۰	۰	۱۴	۵/۹	۱۴
فوق دیپلم	۱	۳/۲	۱۹	۸	۲۰
لیسانس	۴	۱۲/۹	۱۸۱	۷۶/۱	۱۸۵
فوق لیسانس	۳	۹/۷	۹	۳/۸	۱۲
دکتری	۲۳	۷۴/۲	۱۵	۶/۲	۳۸
جمع	۳۱	۱۰۰	۲۳۸	۱۰۰	۲۶۹

به ترتیب برنامه ریزی، تصمیم گیری، ارزیابی وضعیت موجود و تهیه گزارشات عملکردی و در گروه کارشناسان، ارزیابی وضعیت موجود، برنامه ریزی، تصمیم گیری و تهیه گزارشات عملکردی بود. اختلاف معنی داری بین استفاده از اطلاعات جهت برنامه ریزی، تصمیم گیری و تهیه گزارشات عملکردی بین مدیران و کارشناسان وجود داشت (جدول ۲).

بین تعداد سال های تحصیل و استفاده از اطلاعات در تصمیم گیری (p=۰/۰۲۳) و تهیه گزارشات عملکردی (p=۰/۰۴۱) تفاوت معنی دار وجود داشت. افراد دارای سطوح بالای تحصیلی از اطلاعات در تصمیم گیری و تهیه گزارشات عملکردی بیشتر استفاده نمودند. بین تعداد سال های تحصیل و مراجعه به اطلاعات در دو هفته گذشته اختلاف معنی دار آماری وجود داشت (p=۰/۰۰۳) و میزان استفاده از اطلاعات در دو هفته گذشته در سطوح بالای تحصیلی بیشتر بود. بین سابقه کار به سال و استفاده از اطلاعات در دو هفته گذشته ارتباط معنی دار وجود نداشت.

جدول ۲: توزیع فراوانی موارد استفاده از اطلاعات آماری از دیدگاه کارشناسان و مدیران در دانشگاه علوم پزشکی تبریز؛ ۱۳۸۳

استفاده از اطلاعات در	مدیران		کارشناسان		P value
	تعداد	درصد	تعداد	درصد	
برنامه ریزی	۳۱	۹۶/۹	۱۷۴	۷۲/۵	۰/۰۰۸
تصمیم گیری	۲۹	۹۰/۶	۱۵۱	۶۲/۹	۰/۰۰۱
تهیه گزارشات عملکردی	۲۶	۸۱/۳	۱۴۴	۶۰	۰/۰۱
کسب اطلاعات جدید	۱۷	۵۳/۱	۱۱۴	۴۷/۵	۰/۴۵
فعالیت های آموزشی	۱۵	۴۶/۹	۸۹	۳۷/۱	۰/۲۴
فعالیت های پژوهشی	۹	۲۸/۱	۷۲	۳۰/۰	۰/۹
ارزیابی وضعیت موجود	۲۸	۸۷/۵	۱۸۴	۷۶/۷	۰/۹
پاسخگویی به درخواست سایر ارگان ها	۱۹	۵۹/۴	۱۰۴	۴۳/۳	۰/۰۸

(۷۴/۲ درصد) و ارزیابی خدمات ارائه شده (۶۷/۷ درصد) استفاده می شود. کارشناسان برنامه های سلامت نیز اعتقاد داشتند که اطلاعات اغلب در ارزیابی ارائه خدمات (۴۸/۵ درصد) و تصمیم گیری (۴۰/۶ درصد) استفاده می شود. (جدول ۴)

همان گونه که نمودار نشان می دهد ۱۲/۵ درصد مدیران و ۲/۵ درصد کارشناسان شاخص های عملکردی دانشگاه را به طور کامل شفاف و مستند می دانستند. بین دو گروه تفاوت معنی دار آماری وجود داشت ($p=0/004$).

بحث و نتیجه گیری

در عرصه سلامت داده های موجود در نظام آماری رسمی، منبع اصلی اطلاعات جهت استفاده در تصمیم گیری ها می باشد. در این مطالعه بیش از دو سوم مدیران و کارشناسان نظام سلامت اعتقاد داشتند که ثبت و جمع بندی داده ها در محل تولید آنها به درستی انجام می گیرد. مطالعات متعددی نشان می دهد که جمع آوری داده ها به ویژه در کشورهای در حال توسعه از اشکالات مختلفی برخوردار است. یک مطالعه در سطح پایگاه های بهداشت شهرستان اصفهان مشخص کرد که فرم مراقبت بارداری در ۶۰ درصد موارد، جدول مراقبت

افرادی که در دو هفته گذشته به اطلاعات مراجعه داشتند، دانش آماری بالاتری (۴۲/۸ درصد) نسبت به گروه استفاده نکرده (۳۷/۶ درصد) داشتند و اختلاف معنی دار نبود.

۷۰/۸ درصد مدیران و ۴۰/۸ درصد کارشناسان در زمان نیاز به داده های مربوط به عملکرد فرایند خاص، آنها را در همان زمان جمع آوری می نمودند. از دیدگاه مدیران در ۸۳/۹ درصد و از دیدگاه کارشناسان در ۵۸/۶ درصد از موارد، کارکنان از اطلاعات موجود در تصمیم گیری های شغلی در سطح دانشگاه استفاده می کردند. از دیدگاه هر دو گروه ارسال پسخوراند در مورد آمارهای ارائه شده کمتر صورت می گرفت. ۲۶/۷ درصد مدیران و ۲۰ درصد کارشناسان موافق بودند که اطلاعات به طور منظم در اختیار آنها قرار می گیرد.

به ترتیب ۶۳/۳ و ۴۳/۱ درصد مدیران و کارشناسان با تصمیم گیری های مبتنی بر اطلاعات در سازمان موافق بودند. ۵۶/۷ درصد مدیران و ۴۰/۲ درصد کارشناسان به منابع مورد نیاز در زمینه استفاده از اطلاعات دسترسی آسان داشتند. جدول ۳ اطلاعات مربوط به دیدگاه های مدیران و کارشناسان در مورد فرایند مدیریت اطلاعات در سطح دانشگاه را نشان می دهد.

مدیران معتقد بودند که اطلاعات اغلب در تصمیم گیری

جدول ۳: دیدگاه مدیران و کارشناسان دانشگاه علوم پزشکی تبریز در خصوص حیطه استفاده از اطلاعات؛ ۱۳۸۳

(اعداد ذکر شده به درصد هستند)

P VALUE	کارشناسان برنامه های سلامت					مدیران		حیطه استفاده از اطلاعات			
	بدون نظر	کاملاً مخالف	مخالف	مؤید	کاملاً مؤید	بدون نظر	کاملاً مخالف	مؤید	کاملاً مؤید		
۰/۰۷	۲۰	۱۰/۹	۲۶	۳۸/۳	۴/۸	۱۰	۳/۴	۲۳/۳	۶۲/۳	۰	تصمیم مبتنی بر اطلاعات
۰/۱	۲۱/۹	۱۰/۱	۳۰/۳	۳۴/۶	۳/۱	۱۳/۴	۰	۳۳/۳	۵۳/۳	۰	دسترسی آسان به اطلاعات
۰/۰۰۵	۴۶/۹	۷/۵	۲۹/۲	۱۵/۵	۰/۹	۱۳/۸	۰	۳۷/۹	۴۱/۴	۶/۹	زمان کافی برای پیش
۰/۰۴۵	۱۰/۱	۱/۳	۲۰/۳	۵۶/۸	۱۱/۵	۰	۶/۵	۲۹	۶۱/۳	۳/۲	ثبت درست داده ها
۰/۳	۱۲/۶	۳	۲۲/۸	۵۱/۳	۱۰/۳	۳/۳	۳/۴	۲۰	۷۰	۳/۳	جمع بندی درست داده ها
۰/۰۵	۲۹/۳	۸/۷	۲۶/۲	۳۲/۸	۳	۲۲/۵	۰	۱۹/۴	۵۸/۱	۰	اعتماد کامل به اطلاعات آماری
۰/۱۸	۲۹/۱	۱۰/۵	۳۷/۸	۲۰/۴	۲/۲	۳۳/۴	۱۰	۴۳/۳	۱۳/۳	۰	جامعیت اطلاعات موجود
۰/۰۰۰۵	۳۴/۴	۵/۸	۱۸/۶	۳۶/۳	۴/۹	۲۶/۷	۱۳/۳	۵۰	۱۰	۰	فرایند سنجش عملکردی مناسب دارند

جدول ۸: دیدگاه مدیران و کارشناسان دانشگاه علوم پزشکی تبریز در خصوص میزان استفاده از اطلاعات در امور مختلف؛ ۱۳۸۳
(اعداد ذکر شده به درصد هستند)

P VALUE	کارشناسان برنامه‌های سلامت					مدیران					حیطه استفاده از اطلاعات
	به ندرت	کم	متوسط	زیاد	همیشه	به ندرت	کم	متوسط	زیاد	همیشه	
۰/۰۱	۳/۸	۱۲/۸	۲۴/۸	۴۰/۶	۱۸	۰	۳/۲	۱۲/۹	۷۴/۲	۹/۷	تصمیم‌گیری
۰/۱۵	۶/۶	۱۹	۳۸	۲۹/۳	۷/۱	۰	۷/۱	۴۲/۹	۴۶/۴	۳/۶	جلسات درون بخشی
۰/۱۷	۳	۸/۲	۱۹/۳	۴۸/۵	۲۱	۰	۰	۱۹/۴	۶۷/۷	۱۲/۹	ارزیابی خدمات
۰/۵	۱۶/۵	۲۹/۲	۲۵/۵	۲۳/۶	۵/۲	۹/۶	۳۲/۳	۳۲/۳	۲۵/۸	۰	ارائه پسخوراند

که اطلاعات بطور منظم در اختیار آنها قرار نمی‌گیرد. نتایج این تحقیق نشان می‌دهد که اطلاعات ارسال شده توسط واحد آمار بر اساس برنامه‌ای خاص نیست و در صورت درخواست شخصی در اختیار مدیران و کارشناسان قرار می‌گیرد. در اغلب کشورها استفاده از اطلاعات در برنامه‌ریزی، تصمیم‌گیری و ارزیابی عملکرد خدمات و سیستم سلامت بسیار نادر می‌باشد. دلایل این امر بسیار فراوان است که از مهمترین آنها می‌توان به عدم بهره‌مندی نظام اطلاعات از یک سیستم منسجم اشاره نمود، بطوریکه اطلاعات حاصل از خدمات و برنامه‌های متفاوت، جداگانه جمع‌آوری و بدون تجزیه و تحلیل به سطوح بعدی انتقال داده می‌شوند. [۱۳]

تنظیم خانواده در ۴۲ درصد و فرم مراقبت کودکان ۲۶ ساله در ۳۶ درصد موارد ناقص ثبت شده است. [۱۰] یک مطالعه در استان اردبیل نیز نشان داد که خطاهای زیادی در فرایند جمع‌بندی داده‌های بهداشت خانواده وجود دارد. [۱۱] مطالعه‌ای در وزارت بهداشت مصر، کیفیت پایین جمع‌بندی داده‌ها را گزارش داد و نیز در این مطالعه مشخص شد که زمان عمده‌ای صرف ارسال داده‌ها به مرکز می‌شود. دوباره کاری و تأخیر در ارسال فرم‌ها به زمان مند بودن تکمیل داده‌ها صدمه وارد می‌کند و بیشتر وقت کارکنان صرف مرور و بررسی و ارسال اطلاعات می‌شود. [۱۲] و این امر در این بررسی نیز مشهود است، زیرا اغلب مدیران و کارشناسان اذعان نمودند



نمودار ۱: وضعیت تدوین و مستندسازی شاخص‌های عملکردی از دیدگاه مدیران و کارشناسان دانشگاه علوم پزشکی تبریز؛ ۱۳۸۳

با وجود نیاز مبرم مدیران و کارشناسان به منابع مورد نیاز علمی جهت تحلیل اطلاعات، تقریباً نصف این افراد دسترسی کمتری به این منابع دارند و نیز با توجه به نظرات کارشناسان به عنوان کارکنان عملیاتی سازمان زمان اندکی به پایش و بهبود نظام آماری اختصاص می یابد. در حالیکه ارسال بازخورد مناسب به ارتقای عملکرد نظام اطلاعات سلامت کمک می نماید. کارکنان بهداشت اغلب آموزش های جزئی در زمینه داده ها و اطلاعات می بینند و به ندرت به دستورالعمل های استاندارد در باره مدیریت اطلاعات دسترسی دارند. [۱۴]

نظام های اطلاعات سلامت باید شاخص هایی را در ابعاد کیفیت، عدالت، منابع، استمرار خدمت، مشارکت جامعه، دسترسی و پوشش داشته باشد. [۱۵] در نظام سلامت شاخص های بی شماری وجود دارد. در کشورهای در حال توسعه با توجه به محدودیت شدید منابع بایستی تعداد محدودی از این شاخص ها را انتخاب نمود که بیشتر در پروسه نظارت، تصمیم گیری و سیاستگذاری مفید باشد و بتوان آنها را بدرستی اندازه گیری نمود. [۱۶] بررسی نتایج به دست آمده در این مطالعه نشان می دهد که درصد کمی از مدیران و کارشناسان شاخص های عملکردی سازمان را کاملاً شفاف، مستند و تعریف شده می دانند. در یک مطالعه در ۲۷ کشور آفریقایی، ۵ کشور آسیایی و ۸ کشور آمریکای لاتین مشخص شده است که اغلب برنامه های سلامت برای دروندادها و بروندادهای مربوط با ساختار فیزیکی، کیفیت، منابع انسانی، تجهیزات و پوشش شاخص اختصاصی نداشته و یا برای تصمیم گیری ناکافی می باشد. [۱۷]

در یک مطالعه در کاشان نشان داده اند که در بیمارستان ها فقط ۳۵ درصد شاخص های اساسی محاسبه شده و از این موارد هم تنها ۴۸ درصد شاخص ها درست محاسبه شده بودند. شاخص های آماری در ۱۴ درصد موارد به مدیریت گزارش می شود. [۱۸] در مطالعه ای جهت حمایت از سلامت کودکان مشخص گردید که برای تصمیم گیری منطقی وجود اطلاعات مرتبط، صحیح و زمان مند در کلیه سطوح سیستم سلامت ضروری است. [۱۹] و در مطالعه حاضر نیز اغلب مدیران و کارشناسان اذعان نموده اند که در زمان نیاز به داده ها به آنها

دسترسی نداشته اند. مهارت مدیران و کارشناسان جهت تحلیل و استفاده از اطلاعات در سطح پایینی قرار دارد و اختلاف معنی داری بین دو گروه وجود ندارد. این امر نشان می دهد که هر دو گروه به ارتقا مهارت ها جهت استفاده بهینه از اطلاعات نیاز دارند. یکی از راه های اساسی استفاده از اطلاعات در تصمیم گیری ها داشتن مهارت کافی در زمینه مدیریت داده ها است. در گزارش سازمان بهداشت جهانی نیز اشاره شده است که علت اصلی عدم استفاده از اطلاعات در سیاستگذاری ها، ناشی از کمبود صلاحیت و شایستگی مدیران و ارائه دهندگان خدمات در خصوص تجزیه، تحلیل و استفاده بعدی از اطلاعات جهت برنامه ریزی، ارزیابی و پایش اجرای خدمات و برنامه ها می باشد. [۲۰] اغلب ارائه دهندگان خدمات سلامت، به ویژه در کشورهای در حال توسعه نظام اطلاعات سلامت را معادل فرم های بشمار می دانند که بایستی در زمان های مشخص جمع آوری و بدون دریافت بازخورد مناسب به سطوح بالاتر ارسال گردد. اطلاعات دریافت شده در سطوح مدیریتی اغلب در تصمیم گیری مفید واقع نمی شود چرا که این اطلاعات ناقص، غیر دقیق و از نظر زمانی نامناسب و غیر مرتبط با اولویت های آنها است. [۲۱]

با توجه به نتایج این پژوهش به منظور بهبود نظام اطلاعات سلامت، طراحی مجدد فرایند مدیریت اطلاعات، تدوین استانداردهای جمع آوری و تحلیل داده ها، طراحی روش ارزشیابی نظام اطلاعات سلامت، تدوین مجموعه شاخص های متناسب با سطوح مدیریتی متفاوت و تدوین برنامه های توانمندسازی مدیران و کارشناسان پیشنهاد شد.

این مطالعه در شورای پژوهش دانشگاه مورد تصویب قرار گرفت و داده های آن با رضایت و آگاهی کامل کارشناسان و مدیران جمع آوری گردید.

تشکر و قدردانی: این مقاله حاصل طرح مصوب دانشگاه علوم پزشکی تبریز است. بدین وسیله از معاونت محترم پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی تبریز و نیز از مدیران شبکه های بهداشت و درمان، دانشکده ها، مراکز آموزشی درمانی و بیمارستان ها و روسای مراکز بهداشت شهرستان و نیز کارشناسان برنامه های سلامت به خاطر کمک های صادقانه تشکر و قدردانی می شود. ♦

۱۲. عرشى شهنام، مجدزاده رضا، صادقى بازرگانى همایون، سزاوار هاشم، طهماسبیان زهراء، اماتى لوتيز و همکاران، مهارت پرسنل بهداشت خانواده مراکز بهداشتى درمانى و پایگاه‌هاى بهداشتى استان اردبیل در تکمیل رایج‌ترین فرم نظام نوین آماری در ۱۳۸۰. فصلنامه دانشگاه علوم پزشکی اردبیل ۱۳۸۵؛ ۱(۴): ۶۰-۵۳.
13. Gaumer G. Data assessment for the national information center for health and population, Technical Report No.30, Egypt: Abt Associates Inc, 1998.
14. Burkle T, Ammenwerth E, Prokosch HU, Dudeck J. Evaluation of clinical information systems: what can be evaluated and what cannot? Journal Evaluation Clinical Practice 2001; 7(4):373-385.
15. Husein K, Adeyi O, Bryant J, Cara N B. Developing a primary health care management information system that supports the pursuit of equity, effectiveness and affordability. Soc Sci Med 1993; 36(5):585-596.
16. WHO. Methodology for monitoring and evaluation of health sector reform in Latin America and the Caribbean. .final report of meeting on policy-oriented monitoring of equity in health and health care. Geneva, 1997.
17. Charles L, Alec M. Global health indicators: an overview. CMAJ 2004; 171 (10):1199 - 1200 .
18. Keller A. Management information systems in maternal and child health/family planning programs: a multi-country analysis. Stud Fam Plann 1991 ;22(1):19-30.
۱۹. فرزندی پور مهرداد، امیری میر سجاده. بررسی نحوه گردآوری اطلاعات آماری در بیمارستان‌های آموزشی درمانی کاشان در سال ۱۳۷۹. فیض ۱۳۸۱؛ ۶(۲۱): ۸۲-۷۶.
20. Community-based HIS, design of community-based health information systems. The child survival technical support project. Available at: www.childsurvival.com. Accessed February 2003.
21. World Health Organization. Report of workshop on strengthening health information system for maternal and child care services in the Pacific Island Countries. 2004.
22. World Health Organization. Monitoring and evaluation of health information systems, level in health system and check list. Regional Office for South-East Asia, 2001.
1. Haux R. Health care in the information society: what should be the role of medical informatics? Methods Inf Med 2002; 1: 31-35.
2. World Health Organization. Health information system in support of health system performance assessment. Regional Office for South-East Asia, 2001.
3. Theo L, Rainer S, Claude B. Designing and implementation of health information systems. Geneva: World Health Organization, 2000.
4. Roberto J R. Information systems: the key to evidence based health practice. Bulletin of the World Health Organization 2000; 78 (11):1344 - 1351.
5. Mukama F. A study of the health information systems at local levels in Tanzania and Mozambique: improving use and management of information in health districts. Master Thesis. University of Oslo, Department of Informatics, 2003.
6. Richard E. Development for a national health information system in Papua New Guinea, takemi program. Department of International Health, Harvard School of Public Health.
7. Csiki IE, Marcu A, Ungurean C. Description of national health information system in Romania: result of a participative evaluation conducted in June 2003. The Institute of Public Health, Bucharest. 2003.
8. Anne-Marie B, Diane W, Charlyn B, Robert R. Measuring the performance of primary health care existing capacity and future information needs. 2006.
9. Heywood AB, Campbell BC. Development of a primary health care information system in Ghana: lessons learned. Methods Inf Med. 1997; 36(2):63-68.
10. Chaulagai CN, Moyo CM, Koot J, Moyo HB, Sambakunsi TC, et al. Design and implementation of a health management information system in Malawi: issues, innovations and results. Health Policy Plan 2005.
۱۱. محمدزاده زهراء، چیت ساز فرزانه، زمانی احمد رضا. ارزیابی وضعیت ثبت اطلاعات در پایگاه‌های بهداشت شهرستان اصفهان. فصلنامه دانشگاه علوم پزشکی قزوین ۱۳۷۸؛ ۱۲: ۵۱-۴۵.