

## آیا می توان آرمان «اطلاعات سلامت برای همگان تا سال ۲۰۱۵»

### را محقق ساخت؟\*

مترجم: فرزانه امین پور<sup>۱</sup>

#### چکیده

تحقق اهداف توسعه در هزاره‌ی جدید و آرمان «سلامت برای همگان» مستلزم دسترسی کلیه متخصصان علوم پزشکی به اطلاعات می باشد. اما با وجود اقدامات موفقیت آمیزی که تا به امروز در زمینه ی فن آوری اطلاعات صورت گرفته، هنوز هم برای بیشتر متخصصان علوم پزشکی در کشورهای در حال توسعه، امکان دسترسی به اطلاعاتی بیش از آنچه که در ده سال گذشته در اختیار داشتند، وجود ندارد. در واقع، عدم امکان دسترسی به اطلاعات هنوز هم مانعی اصلی در ارائه خدمات بهداشتی و درمانی مبتنی بر دانش، در کشورهای در حال توسعه محسوب می شود. افزایش و گسترش اطلاعات معتبر، مرتبط و قابل استفاده بیانگر نظامی است که در آن سیاستگذاران و متخصصان علوم پزشکی، پژوهشگران، ناشران، اطلاع رسانی، نمایه سازان و مرورگران سیستم با یکدیگر تشریک مساعی می کنند. متأسفانه چنین نظامی به جهت درک اندک، عدم مدیریت صحیح و کمبود منابع تاکنون تحقق نیافته است. این مقاله پیشنهاد می کند سازمان جهانی بهداشت، رهبری جریان تلاش، برای تحقق دسترسی همگانی به اطلاعات سلامت تا سال ۲۰۱۵ و «یا به عبارتی هدایت آرمان «اطلاعات سلامت برای همگان» را بر عهده بگیرد. راهکارهایی که برای تحقق این آرمان ضروری می باشند عبارتند از: تأمین منابع مالی برای انجام پژوهش به منظور بر طرف کردن موانع استفاده از اطلاعات، ارزیابی و تکرار اقدامات موفقیت آمیز، حمایت از شبکه های چند بعدی و چرخه های اطلاعات، و تدوین سیاستهای ملی در زمینه اطلاعات سلامت.

**واژه های کلیدی:** بهداشت و تندرستی - خدمات بهداشتی درمانی - تکنولوژی اطلاعات - سازمان جهانی بهداشت

پذیرش مقاله: ۸۴/۹/۶

اصلاح نهایی: ۸۴/۹/۱۱

وصول مقاله: ۸۳/۱۲/۲۵

عصر اطلاعات قرار داشت؛ عصری که در آن فن آوری

اطلاعات و ارتباطات به این مفهوم بود که عدم دسترسی به اطلاعات مرتبط و معتبر، دیگر عامل بازدارنده ای برای ارائه خدمات بهداشتی مناسب محسوب نمی شود و متأسفانه این امید به بار ننشست.

حال این پرسش مطرح است که بطور کلی در طول ده سال گذشته در این زمینه چه اقداماتی صورت گرفته است؟ ما چه نکاتی آموخته ایم؟ در صورتی که امکان دسترسی به اطلاعات معتبر تنها راهکار عملی و هزینه-سودمند برای بهینه سازی این خدمات محسوب شود،

\* این مقاله بر اساس گزارشی از مذاکرات سازمان جهانی بهداشت (نشست نوامبر ۲۰۰۴ مکزیک) در زمینه ی پژوهشهای بهداشتی تهیه شده است.

۱- کارشناس ارشد کتابداری و اطلاع رسانی و رئیس اداره ی اطلاع رسانی

دانشگاه علوم پزشکی اصفهان E-mail: Aminpour@mui.ac.ir

#### مقدمه

نتایج نشستی که ده سال پیش در زمینه بررسی امکان دسترسی همگان به اطلاعات سلامت صورت گرفت، نشان داد که بیشتر متخصصان علوم پزشکی در کشورهای در حال توسعه امکان دسترسی مناسب به اطلاعات را نداشته و اطلاعاتی که در دسترس ایشان قرار دارد، اغلب فاقد ارتباط و اعتبار لازم می باشد (۱). در آن زمان، این امید وجود داشت که تا سال ۲۰۰۴ میلادی تقریباً همه متخصصان علوم پزشکی در کشورهای در حال توسعه بتوانند به اطلاعاتی که برای ارائه بیشترین و بهترین خدمات بهداشتی و درمانی مورد نیاز است، دسترسی داشته باشند. اما جهان در آغاز

به اطلاعات دسترسی دارند. به طور کلی برای بیشتر متخصصان علوم پزشکی در کشورهای در حال توسعه، امکان دسترسی به اطلاعاتی بیش از آنچه را که در ده سال گذشته در اختیار داشتند، وجود ندارد. مطالعات اندکی که در این زمینه صورت گرفته و نیز گزارش ها، نشان می دهد که موانع فیزیکی دسترسی به اطلاعات نظیر کندی یا ضعف ارتباطات اینترنتی، گرانی کاغذ، هزینه سنگین اشتراک، به عنوان عوامل اصلی بازدارنده در توسعه خدمات بهداشتی مبتنی بر دانش، در کشورهای در حال توسعه به شمار می روند (۷-۴). با این حال، تاکنون اقدامات موفقیت آمیز بسیاری نیز صورت گرفته که می تواند به عنوان الگوهایی موفق مورد توجه و حمایت قرار گرفته و یا در مناطق دیگر تکرار شود. یکی از این نمونه ها (<http://www.bireme.org>) BIREME یا مرکز اطلاعات سلامت آمریکای لاتین و کارائیب است که در سال ۱۹۶۷ به دنبال توافقی بین سازمان بهداشتی پان امریکن Pan American Health organization (PAHO) و دولت برزیل تأسیس شده است (۸). این مرکز با همکاری بنیاد حمایت از علوم سائوپولو Foundation for the Support of Science of Sao Paulo (FAPESP) و شورای ملی علوم شیلی Chilean National Council of Sciences اقدام به تهیه کتابخانه علمی الکترونیکی پیوسته Scientific Electronic Library Online (SciELO) <http://www.scielo.org> نموده که نخستین منبع رایگان دسترسی به اطلاعات تمام متن در زمینه پژوهشهای پزشکی بوده و هنوز هم از بزرگترین منابع اطلاعاتی تمام متن رایگان محسوب می شود.

منبع LILACS (<http://www.lilacs.bvsalud.org>) اطلاعاتی دیگری است که توسط BIRME تهیه شده و اطلاعات موجود در مجلات حوزه آمریکای لاتین و جزایر کارائیب را نمایه می کند. کتابخانه مجازی سلامت

برای تحقق آرمان «اطلاعات سلامت برای همگان» چه مرحله‌ی را باید پشت سر گذاشت (۲)؟

## تا کنون چه اقداماتی انجام شده است؟

بدون تردید تاکنون پیشرفتهای چشمگیری در زمینه تحقق آرمان «اطلاعات سلامت برای همگان» صورت گرفته است. در حال حاضر، فن آوری های گوناگون اطلاعات و ارتباطات به طور گسترده ای در دسترس می باشند؛ به طوری که اطلاعات فراوان و بهتری در اختیار افراد بیشتری، به خصوص در حوزه بیمارستانها، مؤسسات آموزشی عالی و مناطق شهری قرار گرفته؛ تعداد منابع اطلاعاتی رایگان در اینترنت افزایش یافته؛ برنامه های بسیاری در زمینه توسعه اطلاعات سلامت انجام شده؛ کمیته ای بین المللی به منظور افزایش کمیت و کیفیت اطلاعات بهداشتی و درمانی با مشارکت فعال دولتها و سایر تشکیلات سازمانی کشورهای در حال توسعه تشکیل شده و از لحاظ سیاسی نیز موضوع دسترسی به اطلاعات سلامت، به موضوعی کلیدی در حیطه توسعه بین المللی تبدیل شده است. آخرین گزارش سازمان جهانی بهداشت با عنوان «گزارش جهانی دانش در خدمت سلامت بهتر» موضوع دسترسی عادلانه همگان به اطلاعات سلامت را بخش مهمی از راهکارهای جهانی برای کاهش نابرابری در ارائه خدمات بهداشتی و تحقق اهداف توسعه ای سلامت در هزاره جدید در نظر گرفته است (۳). اما متأسفانه پیشرفتهای انجام شده در زمینه دسترسی جهانی به اطلاعات سلامت نه از نظر جغرافیایی و نه از نظر زمینه های تخصصی، توزیع منظم و هماهنگی نداشته است. به طور مثال، مناطق دورافتاده آفریقا از نظر دسترسی به اطلاعات معمولاً در رتبه ای پایین تر از مناطق دیگر قرار می گیرند و متخصصان بخش آموزش عالی اغلب بیش از سایر بخشهای ارائه دهنده خدمات پزشکی شهری

Virtual Health library <<http://www.bireme.org>> یکی از منابع اطلاعاتی این مرکز است که امکان دسترسی رایگان به مقادیر عظیمی از منابع اطلاعاتی مبتنی بر شواهد را فراهم می‌سازد. دفتر حوزه مدیریتانه شرقی سازمان جهانی بهداشت World Health Organization Eastern Mediterranean Regional Office (EMRO) به منظور توسعه و تسهیل دسترسی به اطلاعات سلامت، افزایش میزان پژوهش‌های علمی و همچنین تولید و اشاعه اطلاعات، برنامه‌های بسیاری را طراحی و اجرا کرده است. EMRO دوره‌های آموزشی مورد نیاز پژوهشگران را در سطوح ملی و منطقه‌ای برگزار کرده، بسیاری از طرح‌های پژوهشی را از لحاظ مالی مورد حمایت قرار داده و به انتشار مجله‌ای در سطح منطقه اقدام نموده که به عنوان راهنمایی برای اشاعه اطلاعات مورد استفاده قرار می‌گیرد. این دفتر اقدام به تهیه یک بانک اطلاعاتی از کتابها و مجلات پزشکی تولید شده در منطقه نموده است. EMRO لیستی از منابع ضروری برای تأسیس کتابخانه‌های کوچک پزشکی تهیه کرده و کمک‌های مالی خود را برای تهیه منابع این لیست در اختیار برخی از کتابخانه‌ها قرار می‌دهد. EMRO Index Medicus بیش از ۳۱۰ مجله را در سطح منطقه نمایه کرده و در قالب‌های چاپی، اینترنتی و لوح فشرده منتشر می‌کند. اقدامات مذکور نشان‌دهنده حمایت‌های سیاسی، همکاری‌های بین‌المللی، مدیریت قاطع و پشتیبانی‌های مالی مناسبی است که در حال حاضر به دلیل فقدان توافقات سیاسی و مالی در سطوح ملی و بین‌المللی به کندی انجام می‌شود.

### چه نکاتی آموخته ایم؟

در طول ده سال گذشته، ما نکات مهم بسیاری آموخته ایم. یکی از این نکات آن است که در مقوله انتقال

اطلاعات، «جذب» بهتر از «توزیع» است. مهمترین چیزی که در زمینه جریان اطلاعات در کشورهای در حال توسعه به چشم می‌خورد، محدودیتهای ناشی از توزیع اطلاعات به متخصصان علوم پزشکی در این کشورها است، در حالی که مردم جهان سوم به جای مصرف اطلاعات توزیع شده، باید امکان درخواست اطلاعات مورد نیاز و دلخواه خود را داشته باشند (۱). متأسفانه به جای درک موضوع نیاز به تبادل دانش در سطح منطقه و پاسخگویی مناسب به نیازهای اطلاعاتی افراد، اغلب شاهد توزیع اطلاعات و یا به عبارتی ارائه اطلاعات از پیش انتخاب شده بدون در نظر گرفتن نیاز آنان بوده ایم. نکته دیگر آن است که توسعه بلند مدت، تنها از طریق افزایش توانمندی‌های هر منطقه حاصل می‌شود. ابتکارات بی‌شماری که در مناطق گوناگون صورت گرفته، دلایلی بر صحت این مدعا می‌باشند. نمونه‌ای از این اقدامات، پایگاه اطلاعاتی Healthlink Worldwide (<http://www.healthlink.org.uk>) و برنامه EHCAP (Effetive Health care Alliance Programme) است (۹). INCLEN یا شبکه بین‌المللی اپیدمیولوژی بالینی (International Clinical Epidemiology Network) با برگزاری کلاس‌های آموزشی، ارائه مشاوره و پشتیبانی فنی و همچنین کمک‌های مالی بلند مدت به کشورهای در حال توسعه تلاش می‌کند تا توانمندی این کشورها را در زمینه اپیدمیولوژی بالینی افزایش دهد. نکته دیگری را از طریق شورای پژوهش‌های بهداشتی به منظور توسعه COHRED

(Council on Health Research for Development) و همایش جهانی پژوهش‌های بهداشتی Global Forum for Health Research آموخته ایم و آن است که کمتر از ده درصد اعتبارات و حمایت‌های مالی که به پژوهش‌های

DOCTOR» را که به زبان وی ترجمه شده باشد، مفیدتر از امکان دسترسی به هزاران مجله بین المللی بدانند(۱۴). بنابراین، لازم است امکان دسترسی رایگان کارکنان پزشکی مناطق دورافتاده کشورهای در حال توسعه به چنین منابعی فراهم شود.

چگونگی برخورد و نگرش حامیان مالی در جهت فراهم ساختن امکان دسترسی به اطلاعات سلامت، نکته مهم دیگری است. متأسفانه بسیاری از بنیادهای مالی با وجود آگاهی نسبت به اهمیت اطلاعات، ارتباطات و شبکه های اطلاعاتی، تمایلی به پشتیبانی از این فعالیتهای ندارند؛ فعالیتهایی که تأثیرات بلند مدت آنها به سختی قابل اندازه گیری می باشد. در عوض، آنان تمایل دارند که بر روی پروژه های عملی کوتاه مدت سرمایه گذاری کنند.

ما در زمینه اهمیت چرخه های محلی اطلاعات (LOCAL INFORMATION CYCLES) نیز مطالب زیادی آموخته ایم. چرخه کامل اطلاعات، چرخه ای است که در آن استفاده کننده از اطلاعات، خود نویسنده یا اشاعه دهنده اطلاعات نیز می باشد. نمونه یک چرخه کامل اطلاعات را می توان در دنیای پژوهشهای علمی مشاهده کرد یعنی محیطی که در آن نویسندگان خود، خوانندگان مطالب نیز هستند و خوانندگان خود نویسندگانی بالقوه اند. این چرخه ها می توانند در بین پژوهشگران، ناشران و مؤلفان، حامیان مالی پژوهش، متخصصان علوم پزشکی، سیاستگذاران نظامهای بهداشتی و بیماران نیز ایجاد شوند. چرخه های اطلاعات قابلیت افزودن ارتباط و اعتبار اطلاعات سلامت را داشته و از این راه موجب افزایش میزان استفاده از اطلاعات می شوند. تجاربی چون BIRME ثابت می کنند که برقراری و تسهیل امکان استفاده مردم از همایشهای مجازی، لیستهای مباحثه و گفتگوهای اینترنتی می تواند چرخه های محلی اطلاعات را تقویت کنند. شبکه HIF-net

بهداشتی تخصیص یافته، تنها صرف کمک به رفع مشکلات بهداشتی ۹۰ درصد بیماریهای موجود در دنیا شده است(۱۰). این شکاف عامل اصلی عدم دسترسی به اطلاعات سلامت مرتبط می باشد.

از سوی دیگر، بیشتر متخصصان علوم پزشکی، استفاده از منابع چاپی را به قالبهای اطلاعاتی دیگر ترجیح می دهند (۱۲ ۱۱ ۷). بخش اعظم کارکنان و متخصصان علوم پزشکی در کشورهای در حال توسعه نمی خواهند و یا نمی توانند هزینه تهیه و دریافت اطلاعات مورد نیاز خود را تأمین کنند. بنابراین، لازم است اطلاعات هرچه بیشتری به صورت رایگان در اختیار آنان قرار گیرد. سازمان جهانی بهداشت معتقد است دانش باید به گونه ای در دسترس عموم قرار گیرد که همه افراد و گروهها بتوانند از آن استفاده بهینه به عمل آورده و بر آن اساس به درستی عمل نمایند(۲). اقداماتی که تاکنون در زمینه های دسترسی رایگان و آزاد به اطلاعات صورت گرفته، در مجموع جریان دسترس پذیری اطلاعات زیست پزشکی را که زیربنای خدمات پزشکی مبتنی بر شواهد محسوب می شود، تا حد زیادی بهبود بخشیده است(۱۳).

Health InterNetwork Access to Research (HINARI Initiative) <http://www.healthinternetwork.org> از پروژه های مشترک WHO است که دسترسی کشورهای در حال توسعه را به حدود ۲۳۰۰ مجله الکترونیکی میسر می سازد.

نکته دیگر آن است که مجلات، در عمل از کم اهمیت ترین منابع اطلاعاتی مورد توجه متخصصان علوم پزشکی محسوب می شوند. در کشورهای صنعتی، پزشکان به طور عمده بر دو یا سه منبع اطلاعاتی اصلی اتکا دارند: کتابهای مرجع پزشکی، کتابهای دارویی و مواد آموزشی دیگر نظیر دستنامه ها. بطور مثال، یک کارشناس بهداشت جامعه ممکن است خلاصه ای از کتاب «WHERE THERE IS NO

(<http://www.inasp.info/health/hif-net>) و انجمن

جهانی مؤلفان پزشکی

( World Association of Medical Editors  
<<http://www.wame.org>> WAME نمونه هایی از

جوامع مجازی هستند که قابلیت افزایش توانمندی کشورهای در حال توسعه را دارا می باشند.

## اکنون چه باید کرد؟

هر چند که این مقاله در نظر ندارد که جزییات و توصیه های دقیقی در مورد اقدامات آینده به دست دهد، با وجود این در اینجا چهار زمینه موضوعی که این اقدامات می تواند پیرامون آنها متمرکز گردد، پیشنهاد می شود:

الف - افزایش امکان دسترسی متخصصان علوم پزشکی به اطلاعات ضروری میسر گردد؛ این امر از طریق تقویت کتابخانه ها، مراکز اطلاع رسانی و ناشرین منطقه ای امکان پذیر می باشد. با فراهم آوردن امکان دسترسی به منابع اطلاعاتی الکترونیکی و همچنین حمایت های مالی مورد نیاز به منظور آموزش و تهیه تجهیزات لازم، کتابخانه ها می توانند اطلاعات مورد نیاز کاربران خود را در قالب های متنوع چاپی، الکترونیکی، دیجیتالی و ... در اختیار ایشان قرار دهند. اما در حال حاضر، تفاوت های آشکاری در امکانات کتابخانه ها به چشم می خورد. در برخی از کشورهای در حال توسعه، گردآوری و دسترسی به انتشارات ملی و بین المللی برای کتابداران و کاربران آنها مشکل و یا غیرممکن می باشد. بنابراین، لازم است که برنامه هایی را برای توسعه کتابخانه ها و مراکز اطلاع رسانی تنظیم کرد. در این مورد، کتابخانه ( BTL (Blue Trunk library وابسته به سازمان جهانی بهداشت را می توان به عنوان الگویی موفق مورد توجه قرار داد. این کتابخانه با تجهیز ۱۰۰۰ کتابخانه کوچک امکان دسترسی بیمارستانهای مناطق دورافتاده را به منابع اطلاعاتی

ضروری در زمینه علوم پزشکی فراهم آورده است. ب - برقراری ارتباطات پیشرفته و گسترده: هر چند که هنوز هم برخی از پزشکان استفاده از کاغذ را به قالب های دیگر اطلاعاتی ترجیح می دهند، اما این نکته را باید در نظر داشت که در حال حاضر اینترنت تنها فن آوری موجود است که قابلیت دسترسی به اطلاعات سلامت روزآمد را دارا می باشد. ارتباطات عامل اصلی برقراری جریان اطلاعاتی مؤثر در بین کتابخانه ها، ناشرین و سایر متولیان تهیه و توزیع منابع اطلاعاتی محسوب می شود. هر چند ارتباطات اینترنتی در طول ده سال گذشته رشد چشمگیری داشته، اما هنوز هم بیشتر متخصصان علوم پزشکی به اینترنت دسترسی ندارند (۱۵). پست الکترونیکی امکانات نوینی برای انتشار و اشاعه اطلاعات سلامت و برقراری ارتباطات شبکه ای با دیگر متخصصان علوم بهداشتی فراهم آورده است. شبکه های منطقه ای نظیر AFRO-NETS ([HTTP://WWW.AFRONETS.ORG](http://www.AFRONETS.ORG))، شبکه های ناشرین مانند:

FAME ( Forum for African Medical Editors) ، شبکه های کتابداران و همچنین شبکه های چند منظوره توسعه اطلاعات سلامت نظیر HIF-net نمونه هایی موفق از برقراری ارتباطات گسترده می باشند (۱۶). پست الکترونیکی نیز امکان برقراری ارتباطات خصوصی و شغلی را فراهم کرده و به این طریق ارتباطات حرفه ای را گسترش داده و از تمرکز تخصص در مراکز و مناطق خاص می کاهد. مهمترین مشکلاتی که در زمینه برقراری ارتباطات در برخی از کشورها مطرح است عبارتند از: توزیع نامناسب قدرت، فقدان تجهیزات کامپیوتری و پشتیبانی فنی در زمینه اطلاع رسانی، استفاده از زبان انگلیسی در تهیه بیشتر نرم افزارهای ضروری، فقدان مهارت های کاربردی کامپیوتر و همچنین عدم تمایل

کتابداران باید دارای مهارت‌های جستجو و ارزیابی اطلاعات و کاربرد کامپیوتر باشند. پژوهشگران، نویسندگان و نمایه سازان باید چارچوب پژوهش را درک کرده و در زمینه جستجو، ارزیابی، نگارش و ویرایش، دارای مهارت‌های ضروری باشند. طراحان نرم افزار می بایست کاربران را قادر سازند تا فن آوری های موجود را در جهت استفاده از دانش و اطلاعات به کار گیرند. انجام همه این موارد در سطح جهانی، مستلزم سرمایه گذاری های عمده در کشورها و آموزشهای مؤثر و حمایت‌های فنی متخصصان می باشد.

د - بهبود کیفیت اطلاعات سلامت از نظر اعتبار، ارتباط و کاربردی بودن: عدم تمایل نسبت به کسب اطلاعات یکی از موانع اصلی استفاده عملی از اطلاعات به خصوص در کشورهای در حال توسعه می باشد. این مسأله ممکن است به دلیل عواملی چون نبود فرهنگ مطالعه، انگیزش ضعیف، شرایط کاری نامساعد، امیدهای اندک برای پیشرفت شغلی، نداشتن آگاهی از پزشکی مبتنی بر شواهد، انزوای شغلی و یا عدم دسترسی دراز مدت به اطلاعات ایجاد شده باشد. به گونه ای که اطلاعات موجود با هر کمیت و کیفیتی، کافی و مناسب بنظر برسد. عدم تمایل نسبت به کسب اطلاعات، تا حدودی به کیفیت نازل اطلاعات موجود نیز بستگی دارد. تهیه اطلاعات معتبر، مرتبط و قابل استفاده برای متخصصان علوم پزشکی مستلزم انجام یک سلسله فعالیتهای ضروری است که می تواند چرخه ای ایجاد کند که در آن موفقیت هر فعالیت وابسته به موفقیت فعالیتهای پیش از آن باشد. نمودار ۱ نشان می دهد که: در هر مرحله داده ها و ستاده ها، انگیزه ها و بازدارنده ها و همچنین قوتها و ضعفهای مختلفی وجود دارد. به طور کلی، این چرخه چندان به صورت نظامند عمل نکرده، دارای منابع بسیار اندکی بوده و در عمل کارایی چندانی ندارد. هریک از

متخصصان علوم پزشکی به استفاده از فن آوری. به طور کلی، بهینه سازی و گسترش ارتباطات، مستلزم انجام اقدامات اساسی و فراگیر در زمینه فن آوری اطلاعات و ارتباطات می باشد.

ج - تعیین موانع استفاده از اطلاعات و روشهای غلبه بر آنها: شواهد بسیاری در کشورهای توسعه یافته نشان می دهد که دسترسی به اطلاعات برای ایجاد تحول، عاملی ضروری است اما کافی نمی باشد. واقعیت آن است که ایجاد تحول کار ساده ای نیست و حتی در کشورهای صنعتی و پیشرفته نیز همچنان به عنوان چالشی جدی مطرح می باشد (۱۷). پژوهشی که در مورد ۷۰۰ تن از شهروندان آمریکایی در سال ۲۰۰۳ صورت گرفت نشان داد که جامعه پژوهش به مدت بیش از دو سال، فقط ۵۴ درصد مراقبتهای پزشکی مورد نیاز خود را دریافت کرده اند (۱۸). گزارش های دیگر حاکی از آن است که این شکاف نه تنها در کشورهای در حال توسعه بلکه در کشورهای توسعه یافته نیز به چشم می خورد. مهمترین موانع بر سر راه استفاده عملی از اطلاعات عبارتند از: عدم آگاهی نسبت به امکانات موجود، نبودن ارتباط بین اطلاعات موجود و در نظر نگرفتن نیازهای افراد در خصوص دامنه، موضوع، زبان و قالب اطلاعات، نداشتن وقت و انگیزه برای استفاده از اطلاعات، و در نهایت نداشتن مهارتهای درک و تفسیر اطلاعات (۱۹، ۱۷، ۱۲، ۱۱، ۷، ۵، ۴). به منظور استفاده از اطلاعات و غلبه بر موانع مذکور، لازم است مطالعات دقیقی در زمینه شناخت ماهیت این موانع و ارزیابی مداخلات احتمالی صورت پذیرد. به این منظور، آموزش و پشتیبانی تخصصی می تواند راهگشا باشد. به عبارت دیگر، به موازات افزایش اطلاعات موجود، متخصصان علوم پزشکی نیازمند کسب مهارتهای نقد و ارزیابی می باشند تا بتوانند بر آن اساس، منابع اطلاعاتی معتبر را از سایر منابع متمایز سازند.

د - فقدان سیاستهای ملی: سیاستهایی که بتواند اولویتها و اهداف ملی را مشخص ساخته و به تخصیص منابع در جهت انجام اقدامات ضروری و مورد نظر کمک کند. به طور کلی نظام اطلاعات سلامت از تعدادی چرخه های محلی اطلاعات تشکیل می شود. این چرخه ها افرادی را که در مراحل گوناگون تولید و توزیع دانش در یک بیمارستان، یک کشور، یک منطقه و یا حتی در سطح جهان فعالیت می کنند، در کنار یکدیگر قرار می دهند. بر این اساس می توان اظهار داشت؛ حمایت از چرخه های اطلاعات، کیفیت اطلاعات ارائه شده به متخصصان را افزایش می دهد.

### نتیجه گیری

به منظور تسهیل روند ارائه اطلاعات سلامت به همگان پیشنهاد می شود که سازمان جهانی بهداشت، رهبری جریان تلاش برای تحقق آرمان «دسترسی همگانی به اطلاعات سلامت تا سال ۲۰۱۵» و یا «اطلاعات سلامت برای همگان» را بر عهده بگیرد. بدین منظور، سازمان جهانی بهداشت می تواند با یاری همکاران خود یک گروه همکاری بین المللی شامل نمایندگانی از مجامع معتبر سراسر جهان تأسیس نماید تا از اقداماتی که در زمینه تحقق آرمان اطلاعات سلامت برای همگان صورت می گیرد، پشتیبانی مالی به عمل آورد. این راهکار می تواند شامل اقداماتی چون فراخوان طرحهای پژوهشی در زمینه نیازهای اطلاعاتی و موانع اطلاعات، ارزیابی و تکرار اقدامات موفقیت آمیز باشد. همچنین موجب حمایت از چرخه های منطقه ای اطلاعات و همچنین طراحی و تدوین سیاستهای ملی در زمینه اطلاعات باشد. در این باره، یک هیأت مشاور مستقل شامل؛ کلیه تخصصهای مربوط که بخش عمده آن را نمایندگانی از کشورهای

فعالتهای درون این سیستم به طور اتفاقی، مجزا و در چرخه های کوتاه صورت می گیرد؛ به گونه ای که اعتبار، ارتباط و کاربردی بودن اطلاعات ارائه شده به متخصصان و سیاستگذاران امور بهداشتی را به نحو بارزی کاهش می دهد. به طور مثال، بیشتر بخشهای یک پژوهش بدون انجام یک بررسی نظامند مقدماتی صورت گرفته و پژوهشها اغلب بدون کنترل متخصصان منتشر می شود. مطالعات پژوهشی به طور پراکنده و بدون قرار گرفتن در مجموعه ای از مطالعات مشابه عرضه می شود. بیشتر منابع اطلاعاتی مورد استفاده مبتنی بر شواهد نبوده و معلوم نیست که در حیطه نیازهای اطلاعاتی کاربران نهایی قرار گیرند. اغلب اطلاعاتی که به دست متخصصان علوم پزشکی در کشورهای در حال توسعه می رسد، از تولید کنندگان اطلاعات در کشورهای صنعتی نشأت گرفته و هیچ گونه توجهی به موضوع منطقه ای بودن آنها نمی شود. چهار دلیل اصلی ایجاد اینچرخه های ناقص عبارتند از:

الف - عدم درک ضرورت همکاری مؤثر مجریان با یکدیگر: بهترین راه مقابله با این معضل، آموزش و مشورت است.

ب - ناتوانی سیستم: انجام ندادن بررسی های نظامند در کشورهای در حال توسعه و کمبود افراد آموزش دیده و دارای صلاحیت برای تعیین مواد اطلاعاتی متناسب با نیازهای اطلاعاتی منطقه، از نشانه های ناتوانی سیستم محسوب می شوند (۲۰). با مشخص ساختن فعالتهای پشتیبانی و تخصیص حمایتهای مالی در مناطق نیازمند، می توان با این مشکل مقابله نمود.

ج - بازار: بیشتر فعالتهای اقتصادی در جهت ارائه اطلاعات به متخصصان مناطق پردرآمد متمرکز می شود. برای مقابله با این مسأله تقسیم عادلانه درآمد برای ایجاد بازارهای نیرومند واسطه باید در نظر گرفته شود.



نمودار ۱: نظام دانش مبتنی بر شواهد به منظور توسعه اطلاعات معتبر،

مرتبط و کاربردی در حیطه سلامت

از این نیز در سطح جهانی، منطقه ای و ملی ایجاد شده است مانند؛ شبکه HIF-NET به عنوان یک شبکه جهانی، AHILA-NET به عنوان یک شبکه منطقه ای و همچنین Senegal-AHILA به عنوان یک شبکه ملی در حال توسعه.

کوتاه سخن آن که سازمان جهانی بهداشت و سازمانهای دیگر باید خود را نسبت به تحقق آرمان «دسترسی همگانی به اطلاعات سلامت تا سال ۲۰۱۵» متعهد بدانند.

در حال توسعه تشکیل می دهد، می تواند گروه همکاری بین المللی را یاری کند. به منظور حمایت از شبکه سازی و آموزش، بخش کوچکی از حمایت های مالی این صندوق می تواند در اختیار هزاران سرمایه گذاری قرار گیرد که در جهت بهبود جریان دسترسی به اطلاعات سلامت در کشورهای در حال توسعه فعالیت می کنند. این امر از جنبه های گوناگونی چون جلب و تقویت همکاری و کاهش دوباره کاری دارای اهمیت می باشد. چنین شبکه هایی پیش



فراهم ساختن این دسترسی یکی از مقدمات ضروری  
 برای همگان» می باشد، آرمانی که اینک نخستین بار است  
 تحقق «اهداف توسعه ای هزاره جدید» و آرمان «سلامت  
 که چنین دست یافتنی به نظر می رسد.

### منابع

. DDH5 + HDOK IQIRUP DMRQIRUWKHGHHRSIQI ZRUOG %0 - ±  
 3DNHQKP : DOK1 3UEHMQ & 6P DK5 0 HMQI WHIQRUP DMRQ QHGVRI KHDOK ZRUNHLVIQ GHYHRSIQI FRXQMIHV %0 -  
 1997 (314): 90.  
 : +2 : RUOG UFSRUWRQ NQRZOGJH IRU EHWUW KHDOK \* HQYD : RUOG + HDOK 2 U DQJ DMRQ \$ YIQDEOH DW  
 http://www.who.int/rpc/reports/  
 : 5 \$ QQRWMCZ XWQHSGI DFFHMG-XQH  
 \$ CEP VRQ6 0 XXD\$6 0 DML+ HWD: KDWLWKHDFHWWR FROMQXHG SURIHMRQDOHGXFDMRQ DP RQJ KHDOK ZRUNHLVIQ  
 %DQWUH 0 DDZL'  
 KWW ZZZ HTXIQAMUFDURU EIEOCRFV0 DDZL+ HDOKGXFDSGI DFFHMG-XQH  
 5) Health InterNetwork (HIN) India. Web based initiatives: health workers needs assessment summary report of findings.  
 KWW ZZZ KIQRU IQUFSRUW KW DFFHMG-XQH  
 +RUWQ5 1 RWK DQG6RXK EUGIQI WHIQRUP DMRQJDS / DQFW ±  
 + HDOK IQIRUP DMRQ QHGV DQG VHMFMQ & DP HRRQ \$ IU- / IEUS UFK, QIR 6FL ±  
 \* IEEV: : / RWWFHQFHQ WH7 KLG: RUOG 6FLS P \$ XI ±  
 9) Liverpool School of Tropical Medicine. Effective health care alliance programme (EHCAP).  
 KWW ZZZ QYDF XN OW HKFS IQMRGXFWRQ KW DFFHMG-XQH  
 \* GRED) RUXP RQ+ HDOK5 HMDUFK UFSRUWRQ KHDOK UHMDUFK ±  
 KWW ZZZ JOREDORUXP KHDOKRU SDJ HVIQCH D S DFFHMG-XQH  
 ' DZHV 0 6DP SVRQ 8 . QRZ OGJH P DQJ HP HQWQ FOQIFD SUDFWH D V WMP DWF UHMHZ RI IQIRUP DMRQ VHNQI  
 EHKDMRUIQSK MFDQV , QW 0 HG, QI ±  
 6P DK5 : KDWIRUP DMRQGR GRFWRUVQH' %0 - ±  
 7DP EHU36 \* RGDH) 1 HZP DUN3 2 SHQ DFFHWWR SHU UHMHZ HG UHMDUFK P DNQI DWKDSHQ / DQFW ±  
 1577.  
 : HQU' 7KXP DQ & 0 DJZH) : KHH WHHIV QR GRFWRU UHMHG XSGDMG %HNDH) 7KH + HASHIDQ  
 Foundation (http://www.hesperian.org).  
 7DQ 7RUHV( GHMLU7 ' DWFP IQDQI KHDOK IQIRUP DMRQIQ GHYHRSIQI FRXQMIHV WHURDHRI WHIQMLQHW%0 -  
 ±  
 16) TDR. FAME constitution.  
 KWW ZZZ ZKR IQWAGUSXEQD DMRQV SXEQD DMRQVIDP H FROMXWRQ KW DFFHMG-XQ  
 \$ + DQV DQGS ' RQD) \* HMQI UHMDUFK IQW SUDFWH QGHG %0 - %RRNV / RQCRQ  
 0 F\* QQQ( \$ \$ VK60 \$ CEP V- HWD 7KHTXDWV RI KHDOK FDUHGHYHFG W DGNQVIQ WH8 QMG6 WMMV 1 ( QIQ 0 HG  
 ±  
 + XQW0 %DUHLVWR UHMDUFK XMD) DMRQ - \$ GY1 XLV  
 6ZLQ QU\* + 9 RP IQN - , RDQQLGV -3\$ 1 XP EHU RI SXEQMKG V WMP DWF UHMHZ V DQJ J REDO EXLGHQ RI CLMDH  
 GMDMDHDQDQV %0 - ±