

Assessing the information management from the health houses to the health centers of Qazvin Province (2008)

S. Asefzadeh *

A. Rezapour **

Gh. Shabani ghazikelaye ***

R. Sarchami ****

*Professor of Health Management, Qazvin University of Medical Sciences, Qazvin, Iran

**Instructor of Qazvin University of Medical Sciences and PhD student of Health Economic, Iran University of Medical Sciences, Qazvin, Iran

***MSc. of Health Management, Qazvin University of Medical Sciences, Qazvin, Iran

****Instructor of Qazvin University of Medical Sciences, Qazvin, Iran

*Abstract

Background: Efficient health information management can lead to timely and useful decision in the system.

Objective: To assess health information management in health system of Qazvin Province.

Methods: This cross-sectional study was conducted in 2008. The 3 levels of Health Care System of Qazvin were assessed. By targeted sampling; 10 Health Houses, 5 Rural Health Centers & Shahid Bolandian Health Center of Qazvin city were selected to study. Questionnaires and Checklists were used for data collection. The data were analyzed with spss13 software.

Findings: From 9262602 units of information were produced in health system, about 683563 units (7.3% of total information) were sent to higher levels. The frequency distribution views of experts which were gathered about situation of health system about data collection and information transfer were as: moderate (23.2%) , fair (76.8%)and data processing and analyzing: weak (0%), moderate (15.9%) and fair (84.1%). concerning the interpretation of information: weak(1.4%), moderate(23.2%) and fair(75.4%), and method of data control: moderate(21.7%) and fair(78.3%).

Conclusion: With respect to findings for effective decision making, it is necessary to pay attention to screening subject in low levels and educating of information interpretation methods to statisticians in these levels.

Key words: Information Management, Information Unit, Data, Health Service

Corresponding Author: Gholam Hassan Shabani Ghazikelaye, Faculty of Public Health, Qazvin University of Medical Sciences, Qazvin, Iran

E-mail: shabani1344@gmail.com

Tel: +98-9122812300

Received: 28 June 2009

Accepted: 8 June 2010

ارزیابی مدیریت اطلاعات از خانه‌های بهداشت تا مرکز بهداشت شهرستان قزوین (۱۳۸۷)

رامین سرچمی ****

غلامحسین شعبانی قاضی کالیه ***

عزیز رضاپور **

دکتر سعیدآصف زاده *

*استاد مدیریت خدمات بهداشتی - درمانی دانشگاه علوم پزشکی قزوین
 **مربی دانشگاه علوم پزشکی قزوین و دانشجوی دکترای اقتصاد سلامت دانشگاه علوم پزشکی ایران
 ***کارشناس ارشد مدیریت خدمات بهداشتی-درمانی دانشگاه علوم پزشکی قزوین
 ****مربی و عضو هیات علمی دانشگاه علوم پزشکی قزوین

آدرس نویسنده مسؤول: قزوین، دانشگاه علوم پزشکی قزوین، دانشکده بهداشت، گروه مدیریت خدمات بهداشتی - درمانی، تلفن: ۰۹۱۲۲۸۱۲۳۰۰

E-mail: shabani1344@Gmail.com

تاریخ پذیرش: ۸۹/۳/۱۸

تاریخ دریافت: ۸۸/۴/۷

* چکیده

زمینه: شرط اساسی برای کسب موفقیت در سیستم اطلاعات بهداشتی - درمانی، جمع‌آوری دقیق و منظم اطلاعات و ارسال به موقع آنها برای سیاست‌گذاری و تصمیم‌گیری اثربخش است.

هدف: مطالعه به منظور ارزیابی مدیریت اطلاعات از خانه‌های بهداشت تا مرکز بهداشت شهرستان قزوین انجام شد.

مواد و روش‌ها: این مطالعه مقطعی در سال ۱۳۸۷ انجام شد. جامعه پژوهش شامل سه سطح سیستم مراقبت بهداشتی بود. با روش نمونه‌گیری هدفمند ۱۰ خانه بهداشت، ۵ مرکز بهداشتی - درمانی روستایی و مرکز بهداشت شهید بلندیان شهرستان قزوین برای مطالعه انتخاب شدند. ابزار مورد استفاده پرسش‌نامه و برگه ارزیابی بود. داده‌ها با آزمون آماری مجذور کای تحلیل شدند.

یافته‌ها: از تعداد کل ۹۲۶۲۶۰۲ واحد اطلاعات تولید شده در سیستم مورد مطالعه، ۶۸۳۵۶۳ واحد (۷/۳۷٪) به سطوح بالاتر ارسال شده بود. وضعیت سیستم مورد مطالعه از دید کارشناسی که پرسش‌نامه را تکمیل کرده بودند در رابطه با نحوه جمع‌آوری و انتقال اطلاعات ۲۳/۲٪ متوسط و ۷۶/۸٪ خوب بود. در مورد شیوه پردازش و تحلیل اطلاعات ۱۵/۹٪ متوسط و ۸۴/۱٪ خوب، در خصوص نحوه تفسیر اطلاعات ۱/۴٪ ضعیف، ۲۳/۲٪ متوسط و ۷۵/۴٪ خوب و در مورد شیوه کنترل اطلاعات ۲۱/۷٪ متوسط و ۷۸/۳٪ خوب بود.

نتیجه‌گیری: با توجه به یافته‌ها و به منظور تصمیم‌گیری اثربخش، لازم است به موضوع غربال‌گری اطلاعات در سطوح پایین‌تر توجه بیشتری شود و شیوه تفسیر اطلاعات به مسؤولین آمار و اطلاعات آموزش داده شود.

کلیدواژه‌ها: مدیریت، اطلاعات، خدمات بهداشتی و درمانی

* مقدمه

هنگام تصمیم‌گیری پیرامون یک مسأله، نه تنها باید اطلاعات آماری و تحلیلی وسیعی فراهم کرد، بلکه باید تدابیری اتخاذ نمود تا اطلاعات مورد نیاز فوری در دسترس تصمیم‌گیرندگان قرار گیرند و خطر اتخاذ تصمیم‌های نادرست را به حداقل رسانند.^(۳) آمار و اطلاعات دقیق، صحیح، به هنگام و معتبر پایه و اساس تصمیم‌گیری، سیاست‌گذاری و برنامه‌ریزی در سطوح مختلف مدیریتی و جغرافیایی هستند. لذا، برخورداری از یک نظام مطلوب با مدیریت گردش اطلاعات کاراً در تصمیم‌گیری برای رفع مشکلات بهداشتی، اقتصادی، اجتماعی و سیاسی بسیار ضروری است.^(۴)

اطلاعات و آمار، رگ حیاتی هر سازمان است. بدون اطلاعات مدیر قادر به گرفتن تصمیم‌های کلیدی نیست. روندهای پرشتاب رقابتی در محیط‌های ملی و جهانی، اطلاعات را به شاهرگ حیاتی سازمان‌ها تبدیل کرده است و اطلاعات دقیق، مناسب، با کیفیت و به هنگام، مبنای اصلی تصمیم‌های مدیریتی در سطح راهبردی، عملیاتی و اجرایی هستند.^(۱) جمع‌آوری داده‌ها در عملیات روزانه هر سازمان تجاری، صنعتی یا بهداشتی، برای امر تصمیم‌گیری ضروری است.^(۲)

سپس با معرفی نامه کتبی، به مراکز مذکور مراجعه نموده و اطلاعات را از طریق برگه ارزیابی پرسش‌نامه ساخته پژوهش‌گر و برگه اطلاعات ثبت تعداد داده‌های اطلاعات تولید و ارسال شده، جمع‌آوری نمودند. برگه‌های ارزیابی و پرسش‌نامه‌ها توسط پرسش‌شوندگان و برگه اطلاعاتی مربوط به تعداد واحد اطلاعات تولید و ارسال شده به سطح بالاتر، توسط پژوهش‌گر تکمیل شدند. پرسش‌نامه سه قسمت داشت که عبارت بودند از: الف) دو سؤال زمینه‌ای مشتمل بر مشخص کردن سطح آرایه خدمت و تشخیص مسؤؤل آمار و اطلاعات، ب) ۲۸ سؤال در چهار بُعد مدیریت اطلاعات شامل جمع‌آوری و انتقال اطلاعات (۷ سؤال)، پردازش و تجزیه و تحلیل اطلاعات (۷ سؤال)، تفسیر اطلاعات (۵ سؤال) و کنترل اطلاعات (۹ سؤال)، که بر روی مقیاس پنج درجه‌ای لیکرت: ۱- هیچگاه، ۲- بندرت، ۳- گاهی، ۴- اکثراً و ۵- همیشه تنظیم شده بود و ج) دو سؤال باز در مورد هدف استفاده از اطلاعات. برگه ارزیابی نیز شامل ۲۰ سؤال برای ارزیابی نحوه نگه‌داری از سوابق اطلاعات بود. برای تعیین روایی، پرسش‌نامه در اختیار چند نفر از اساتید قرار گرفت و بر حسب پیشنهادها آنها اصلاح شد و برای تعیین پایایی نیز ۱۹ پرسش‌نامه در خارج از جامعه آماری تکمیل شد که اعتبار آن ۸۶ درصد به دست آمد. داده‌ها با نرم افزار SPSS13 و آزمون آماری مجذور کای تحلیل شدند.

* یافته‌ها:

در خانه‌های بهداشت، تعداد ۲۰۱۰۵۸۸ واحد اطلاعات تولید و تعداد ۱۴۴۷۱۸ واحد اطلاعات به سطح بالاتر ارسال شده است که حدود ۷/۲ درصد کل اطلاعات تولید شده در این سطح می باشد. بیش‌ترین واحد اطلاعات تولید شده (۴۹ درصد) به خدمات مبارزه با بیماری و کم-ترین آن (۰/۲ درصد) به خدمات بهداشت حرفه‌ای مربوط بود. بهداشت خانواده (۲۰ درصد)، بهداشت محیط (۱۸ درصد)، خدمات دارویی (۹ درصد)، بهداشت مدارس (۲ درصد) و دهان و دندان (۱/۸ درصد) در رتبه‌های دوم تا

در نظام سلامت به دلیل گستردگی شرح وظایف و همچنین واحدهای آرایه خدمات در مناطق روستایی و شهری کشور، اهمیت نظام اطلاعات سلامت بیش از پیش حس می‌شود.^(۵) یکی از مشکلات اساسی همه سازمان‌ها به ویژه سازمان‌های بهداشتی- درمانی در کشور ما و سایر کشورهای رو به توسعه، کمبود نیروی انسانی ماهر در تولید اطلاعات و گزارش‌دهی سودمند است. به طوری که گاهی اطلاعات بارها و بارها از سوی همکاران زیردست برای سطوح بالاتر ارسال می‌شوند، بدون آن که تحلیل شوند و یا از آنها نتیجه‌گیری شود.^(۶) برخی از مشکل‌های موجود در سیستم اطلاعات بهداشتی مربوط به ثبت و استفاده از داده‌ها، عدم تحلیل داده‌ها (در سطح آرایه خدمات و مدیریت برنامه)، گزارش‌دهی و عدم بازخورد اطلاعات به جمع‌آوری کنندگان داده‌ها (واحد‌های بهداشتی) هستند.^(۷) با توجه به اهمیت موضوع، مطالعه حاضر با هدف ارزیابی مدیریت اطلاعات از خانه بهداشت تا مرکز بهداشت شهرستان قزوین انجام شد.

* مواد و روش‌ها:

این پژوهش مقطعی در سال ۱۳۸۷ بر روی ۱۰ خانه بهداشت، ۵ مرکز بهداشتی- درمانی روستایی و مرکز بهداشت شهید بلندیان شهرستان قزوین انجام شد که با نمونه‌گیری هدفمند از قبل ۱۵ مرکز بهداشتی- درمانی روستایی ۱۰۳ خانه بهداشت تابعه انتخاب شدند. به این ترتیب که با توجه به پراکندگی جغرافیایی مناطق روستایی شهرستان قزوین برای نمونه‌گیری از مراکز بهداشتی - درمانی روستایی، ابتدا شهرستان قزوین به پنج منطقه الموت، رودبار شهرستان، مرکزی، کوهین و طارم تقسیم شد. از هر منطقه، یک مرکز بهداشتی- درمانی و از هر مرکز بهداشتی- درمانی دو خانه بهداشت، به صورت تصادفی انتخاب شدند که عبارت بودند از: خانه‌های بهداشت حسین آباد، بوئینک، رجایی دشت، قسطنین لار، شینقر، آشنستان، اوان، دیکین، نیارک، گونج و مراکز بهداشتی- درمانی روستایی آقابابا، رجایی دشت، کورانه، معلم کلاپه و نیارک.

بین سطح آرایه خدمات با وضعیت پاسخ‌دهی به شیوه جمع‌آوری و انتقال داده‌ها، از نظر آماری ارتباط معکوسی معنی‌داری وجود داشت ($p=0/021$)، ولی ارتباط بین سطح آرایه خدمات با نوع پاسخ‌های به دست آمده از نظر ضعیف یا خوب بودن در بخش کنترل اطلاعات، از نظر آماری معنی‌دار نبود. در ارتباط با شیوه پردازش اطلاعات ۸۴/۱ درصد پاسخ‌ها خوب بودند. ارتباط بین سطوح آرایه خدمات با وضعیت پاسخ‌دهی به نحوه پردازش از نظر آماری معنی‌دار نبود ($p=0/797$) تفاوت معنی‌داری بین نوع پاسخ‌های آرایه شده در ارتباط با تفسیر اطلاعات و سطح آرایه خدمات وجود نداشت ($p=0/3383$) (جدول شماره ۱)

بیش‌ترین موارد استفاده از اطلاعات در خانه‌های بهداشت (۳۳ درصد) به اولویت‌بندی فعالیت‌ها و مشکلات، در مراکز بهداشتی- درمانی روستایی و مرکز بهداشت شهرستان به امر برنامه‌ریزی اختصاص داشت (جدول شماره ۲).

بیش‌ترین موارد پیشنهادی برای استفاده کردن بهتر از اطلاعات در خانه‌های بهداشت (۳۰ درصد) به اصلاح فرم‌ها و دفاتر، در مراکز بهداشتی- درمانی روستایی (۳۳ درصد) به نظارت بر جمع‌آوری و انتقال داده‌ها و در مرکز بهداشت شهرستان (۲۷ درصد) به اصلاح شیوه گزارش‌دهی اختصاص داشت (جدول شماره ۳).

ششم قرار گرفتند. همچنین بیش‌ترین واحد اطلاعات ارسال شده به سطح بالاتر مربوط به خدمات مبارزه با بیماری و کم‌ترین آن (۰/۴ درصد) مربوط به خدمات بهداشت حرفه‌ای بود. بهداشت خانواده (۱۳/۷ درصد)، بهداشت محیط (۸/۸ درصد)، بهداشت مدارس (۴/۲ درصد)، بهداشت دهان و دندان (۱ درصد) و خدمات دارویی (۰/۸ درصد) در رتبه دوم تا ششم قرار گرفتند.

در مراکز بهداشتی- درمانی روستایی، بیش‌ترین واحد اطلاعات تولید شده (۳۳ درصد) به بخش پذیرش و کم‌ترین آن (۰/۴ درصد) به داروخانه اختصاص داشت. همچنین بیش‌ترین واحد اطلاعات ارسال شده به سطح بالاتر (۲۹ درصد) به بهداشت خانواده و کم‌ترین آن (۰/۸ درصد) به خدمات دارویی اختصاص داشت.

در مرکز بهداشت شهرستان، بیش‌ترین واحد اطلاعات تولید شده (۴۸ درصد) به بهداشت خانواده و کم‌ترین آن (۳ درصد) به امور دارویی اختصاص داشت. بیش‌ترین واحد اطلاعات ارسال شده به سطح بالاتر یعنی مرکز بهداشت استان (۱۱/۳ درصد) به امور دارویی و کم‌ترین آن (۰/۵ درصد) به آموزش بهداشت مربوط بود.

تعداد کل واحد اطلاعات تولید شده و ارسال شده در خانه‌های بهداشت مورد مطالعه به ترتیب ۲۰۱۰۵۸۸ و ۱۴۴۷۱۸ واحد، در مراکز بهداشتی- درمانی روستایی ۲۳۶۹۱۴۴ و ۲۶۹۹۵۷ واحد و مرکز بهداشت شهرستان ۴۸۸۲۸۷۰ و ۲۶۸۸۹۰ بود.

جدول ۱- فراوانی نسبی ارزیابی شیوه مدیریت اطلاعات در سیستم مورد مطالعه از دید کارکنان

سطوح مورد مطالعه	جمع‌آوری و ارسال اطلاعات			کنترل اطلاعات			پردازش و تحلیل اطلاعات			تفسیر اطلاعات			نگه‌داری اطلاعات		
	خوب	متوسط	ضعیف	خوب	متوسط	ضعیف	خوب	متوسط	ضعیف	خوب	متوسط	ضعیف	خوب	متوسط	ضعیف
خانه‌های بهداشت	۷/۱	۹۲/۶	۰	۲۸/۶	۷۱/۴	۰	۷/۱	۹۲/۹	۰	۴۲/۹	۵۷/۱	۰	۱۴/۳	۸۵/۷	۰
مراکز بهداشتی-درمانی روستایی	۱۲/۵	۸۵/۵	۰	۱۲/۵	۷۸/۵	۰	۱۲/۵	۸۷/۵	۰	۱۲/۵	۸۷/۵	۰	۴/۲	۱۲/۵	۸۳/۵
مرکز بهداشت شهرستان	۳۸/۷	۶۱/۳	۰	۲۵/۸	۷۴/۲	۰	۲۲/۶	۷۷/۴	۰	۲۲/۶	۷۴/۲	۰	۹/۷	۱۶/۱	۷۴/۲
میانگین	۲۳/۲	۷۶/۸	۰	۲۱/۷	۷۸/۳	۰	۱۵/۹	۸۴/۱	۰	۲۳/۲	۷۵/۴	۰	۸/۵	۱۴/۵	۷۹/۵

* بحث و نتیجه‌گیری:

پژوهش حاضر نشان داد مدیریت اطلاعات در مراحل جمع‌آوری و انتقال، نحوه پردازش و تحلیل اطلاعات، شیوه تفسیر و شیوه کنترل اطلاعات خوب بود. میزان ارسال اطلاعات تولید شده در خانه‌های بهداشت به سطح بالاتر ۷/۲ درصد بود که در این میان بیش‌ترین میزان ارسال اطلاعات (۷۱ درصد) به فعالیت مبارزه با بیماری‌ها اختصاص داشت.

محمدزاده و همکاران در سال ۱۳۸۷ نشان دادند که انبوهی از اطلاعات بهداشتی در سطح اول سیستم مراقبت بهداشتی تولید و ارسال می‌شوند. بیش‌ترین حجم اطلاعات تولیدی و ارسالی به مراقبت بهداشتی مادر و کودک اختصاص داشت.^(۸) گیامپو و همکاران در سال ۲۰۰۷ نشان دادند که گزارش‌دهی و جمع‌آوری مقدار زیاد اطلاعات مطلوب و نامطلوب در سیستم سلامت بسیار معمول و رایج است.^(۹) علت تفاوت در نتایج مطالعه‌ها می‌تواند به تفاوت در تراکم جمعیتی، حجم نمونه، تفاوت در گستردگی فعالیت مراکز مورد بررسی، تفاوت در مناطق جغرافیایی یا وضعیت بهداشتی منطقه مربوط باشد. با عنایت به این که استاندارد مشخصی در زمینه غربال‌گری اطلاعات وجود ندارد، نمی‌توان ادعا کرد که وضعیت غربال‌گری اطلاعات در مراکز مورد مطالعه در سطح مطلوب است.

در مطالعه حاضر، ارزیابی مدیریت اطلاعات در ارتباط با شیوه جمع‌آوری و انتقال اطلاعات در سیستم مراقبت بهداشتی در سطح مطلوب ارزیابی شد و میزان کسب نمره خوب در ارتباط با پاسخ‌دهی واحدها به شیوه جمع‌آوری و انتقال داده‌ها از سطوح پایین به سمت سطوح بالا، کاهش یافت و میزان کسب نمره متوسط بیش‌تر شد. بین سطح ارائه خدمات با وضعیت پاسخ‌دهی از لحاظ جمع‌آوری و انتقال اطلاعات ارتباط معنی‌داری وجود داشت که علت این امر می‌تواند به دقیق‌تر بودن ابزارهای گردآوری اطلاعات و جمع‌آوری اطلاعات مبتنی بر نیاز در سطوح بالاتر سیستم مراقبت بهداشتی مربوط باشد. به نظر

جدول ۲- فراوانی نسبی موارد استفاده از اطلاعات در

سیستم مورد مطالعه از دید کارکنان

سطوح مورد مطالعه	موارد استفاده از اطلاعات	درصد
خانه‌های بهداشت	اولویت‌بندی فعالیت‌ها و مشکلات	۳۳
	برنامه‌ریزی	۳۰
	پردازش و تجزیه و تحلیل اطلاعات	۲۱
	سایر موارد	۱۶
مراکز بهداشتی - درمانی روستایی	برنامه‌ریزی	۳۷
	پردازش و تجزیه و تحلیل اطلاعات	۳۲
	ارایه بهتر خدمات	۱۷
	سایر موارد	۱۴
مرکز بهداشت شهرستان	برنامه‌ریزی	۳۰
	تهیه گزارش	۲۵
	بهبود ارائه خدمات	۲۲
	پردازش و تجزیه و تحلیل اطلاعات	۱۴
	سایر موارد	۹

جدول ۳- فراوانی نسبی موارد پیشنهادی حسب

استفاده بهتر از اطلاعات در سیستم مورد مطالعه

سطوح مورد مطالعه	موارد پیشنهاد	درصد
خانه‌های بهداشت	اصلاح فرم‌ها و دفاتر	۳۰
	پیگیری و رفع مشکلات و نواقص اطلاعاتی	۲۵
	هماهنگی و یکسان‌سازی اطلاعات	۱۸
	استفاده از رایانه	۱۵
مراکز بهداشتی - درمانی روستایی	سایر موارد	۱۲
	نظارت بر جمع‌آوری و انتقال داده‌ها	۳۳
	استفاده از رایانه	۲۷
	ایجاد هماهنگی در تهیه و ارسال اطلاعات	۱۶
مرکز بهداشت شهرستان	کاهش فرم‌های آماری	۱۴
	سایر موارد	۱۰
	اصلاح شیوه گزارش‌دهی	۲۷
	استفاده از رایانه	۲۵
	کنترل اطلاعات	۲۲
	اصلاح فرم‌های موجود	۱۸
	سایر موارد	۸

و تحلیل اطلاعات در سیستم‌های مراقبت بهداشتی می‌تواند در تجزیه و تحلیل درست داده‌ها مؤثر واقع شود. در پژوهش حاضر تفسیر اطلاعات مطلوب ارزیابی شد. البته، موارد ضعفی هم در شیوه تفسیر وجود داشت که آشنایی کارشناسان با ارزیابی عملکرد در مقایسه با سازمان‌های مشابه، استفاده از شاخص‌های همسان برای تطبیق عملکرد خویش با اهداف برنامه‌های مراکز یا مناطق جغرافیایی دیگر، آشنایی با شیوه مطالعه روندها و ایجاد شاخص‌های بهتر، داشتن تفکر همه‌گیری‌شناسی و بازخور گرفتن از محیط برای رفع مشکل لازم به نظر می‌رسد.

در مطالعه حاضر در ارتباط با شیوه نگه‌داری اطلاعات، حدود ۸/۵ درصد پاسخ‌ها ضعیف گزارش شدند که بیش‌تر آنها مربوط به مرکز بهداشت شهرستان بود. علت این مسأله می‌تواند تغییرات ساختاری و نبود سیستم مکانیزه بایگانی اطلاعات باشد که اصلاح آنها می‌تواند به مطلوبیت اطلاعات کمک نماید.

در مطالعه حاضر بیش‌ترین موارد استفاده از اطلاعات در خانه‌های بهداشت به اولویت‌بندی فعالیت‌ها و مشکلات و در مراکز بهداشتی-درمانی روستایی به امر برنامه‌ریزی اختصاص داشت. همچنین پیشنهاد شد برای استفاده بهتر از اطلاعات، برگه‌ها و دفاتر در خانه‌های بهداشت، نظارت بر جمع‌آوری و انتقال داده‌ها در مراکز بهداشتی-درمانی روستایی و شیوه گزارش‌دهی در مرکز بهداشت شهرستان اصلاح شوند. مطالعه فرح‌بخش و همکاران نیز نشان داد که شایع‌ترین موارد استفاده از اطلاعات شامل برنامه‌ریزی، تصمیم‌گیری و تهیه گزارش‌های عملکردی است.^(۱۳) در مطالعه فلاتی بیان شد که اطلاعات به منظور سنجش عملکرد سیستم سلامت و برنامه‌ریزی برای بهبود کیفیت خدمات ارائه شده ضرورت دارد.^(۱۴) گیامپو و همکاران نیز بیان داشتند که در نظام سلامت زامبیا از اطلاعات بیش‌تری در امور برنامه‌ریزی و تخصیص منابع مالی استفاده می‌شود.^(۱۵)

می‌رسد اصلاح شیوه و روند جمع‌آوری و بازیابی اطلاعات و طراحی ابزارهای دقیق و استاندارد در سطوح مختلف سیستم سلامت می‌تواند در بهبود وضعیت اطلاعات اثربخش باشد. فرج‌زادگان و همکاران در مطالعه‌ای در سال ۱۳۸۶ در مراکز درمانی استان اصفهان بیان کردند که روند جمع‌آوری و انتقال اطلاعات همچنین بازیابی و توزیع اطلاعات در مقایسه با استانداردهای آمریکا و کانادا از وضعیتی غیر استاندارد برخوردار است.^(۱۰) به نظر می‌رسد آموزش‌های دوره‌ای کارشناسان سطوح مختلف سیستم مراقبت بهداشتی در ارتباط با مدیریت صحیح اطلاعات در مرحله جمع‌آوری و گزارش‌دهی، لازم باشد.

در پژوهش حاضر شیوه کنترل اطلاعات در سیستم مراقبت بهداشتی مطلوب ارزیابی شد. از آنجا که شیوه جمع‌آوری و انتقال اطلاعات بر نحوه کنترل اطلاعات تأثیر فراوانی دارد، اقدام‌های اصلاحی در مرحله تولید اطلاعات می‌تواند بر شیوه کنترل نیز مؤثر واقع شود. البته در سیستم‌های بهداشتی-درمانی، اطلاعات بیرون از حیطه نظارت متخصصین تولید می‌شود و مدیران اطلاعات بهداشتی-درمانی نمی‌توانند به موقع کنترل لازم را بر اطلاعات داشته باشند.^(۱۱)

در این مطالعه شیوه پردازش و تحلیل اطلاعات خوب بود و ارتباط معکوسی بین میزان نمره پاسخ‌دهی با وضعیت مطلوب نحوه پردازش و سطح ارائه خدمت وجود داشت. دلایل این امر می‌تواند به پوشش بهینه خدمات و استفاده مطلوب از اطلاعات کاربردی در راستای رسیدن به اهداف برنامه در سطوح بالاتر سیستم مراقبت بهداشتی مرتبط باشد. در مطالعه مقدسی و همکاران فرآیند پردازش اطلاعات ضعیف بود و تنها در ۳۳/۴۳ درصد داده‌ها انجام می‌شد.^(۱۲) از آنجا که پردازش و تحلیل اطلاعات پایه‌ای برای تصمیم‌گیری و برنامه‌ریزی خدمات مراقبت بهداشتی می‌باشد، لذا آگاه ساختن کارشناسان درگیر با تحلیل و پردازش اطلاعات همچنین ارائه کارگاه‌های آموزشی عملیاتی و نظارت کارشناسان خبره بر برون داد و پردازش

7. Daneshkohan A. Development and strengthening health information systems. Shahid Beheshti University of Medical Sciences, 1st ed; 10-63 [In Persian]
8. Mohammad Zadeh Z, Chitsaz F, Zamani A. To assess the health records in the payegahhae behdashti of Isfahan. Journal of Qazvin University of Medical Sciences. 1999; 12: 46-50 [In Persian]
9. Gyampoh R, David Sallah RM. Improving information management in the Health Service: The role of information systems development. Proceeding of European and Mediterranean Conference on Information Systems. 2007 Jun 24-26; Polytechnic University of Valencia, Spain: 61-6
10. Farajzadegan Z, Javadi A, Manzori L. Indices of productivity tools to evaluate health information management system. Journal of Health information Management. 2007; 4: 23-9 [In Persian]
11. Asefzadeh S, Fozounkhah Sh. Challenges in assessment of health information system. Journal of Qazvin University of Medical Sciences 2007; 2: 1-9 [In Persian]
12. Moghaddasi H, Azamassadat H, Taghipour A, et al. Assessment of emergency management information system affiliated hospitals of Tehran University of Medical Sciences in 2006. Journal of Management and Development Health 2006; 2(1): 20-4 [In Persian]
13. FarahBakhsh M, Fozonkhah S, Hassanzadeh A, et al. Health information system from the viewpoints of experts, program managers and medical health. Journal of Health Management Research 2006; 9(26): 16-26 [In Persian]
14. Flatly B. The work of health information management in the household (HIMH)—implications for consumer health informatics (CHI) innovations. J Am Med Informatics Assoc 2005; 12(6): 648-56

به طور کلی با توجه به نتایج مطالعه حاضر پیشنهاد می‌شود:

- جهت اجتناب از روش‌های سلیقه‌ای برای ثبت و انتقال اطلاعات در سطوح مختلف ارائه خدمات بهداشتی، برگه‌های ثبت اطلاعاتی یکسان طراحی شود.
- یک الگوی یکسان جهت کنترل و پایش اطلاعات در کلیه سطوح ارائه خدمات بهداشتی- درمانی طراحی شود.
- یک سیستم غربال‌گری مناسب برای اطلاعات در هر سطح ایجاد شود که بتواند اطلاعات مفید و مورد نیاز سطوح بالاتر را تأمین و از ارسال اطلاعات غیر ضروری جلوگیری نماید.
- استفاده از رایانه به منظور نظام‌مند کردن تولید و جمع‌آوری داده‌ها و انجام فرآیندهای لازم برای تولید اطلاعات و بایگانی آن ضروری است.
- آموزش‌های ضمن خدمت و برگزاری کارگاه و همایش در زمینه نظام اطلاعات بهداشتی و نحوه استفاده از آن برای مدیران و کارکنان سطوح مختلف بهداشتی- درمانی مفید است.

* مراجع:

1. Johnblaki E. Information Management. Translated by: translation group. 1st ed. Tehran, Basir Publication; 1999. 11-24 [in Persian]
2. Gordon D, Tamara T, Timothy B. Strategic management of information systems in healthcare. New Delhi Prentice Hall of India. 2006; 100
3. Irannejad M, Sasangohar P. Organization and management. 5th ed. Tehran: Iran Banking Institute; 2001. 559
4. Zare M, Zahravi F. Information utilization to action. Community and Health International center of WHO. Iran ministry of Health, Deputy of research. 2006. 12-130
5. Lippereld, T2000. Design & implementation of health information system. Geneva .WHO
6. Asefzadeh S. Reporting in health organizations. 2nd ed. Qazvin: Medical University Publication; 13-250 [In Persian]