



# آمار و اطلاعات در نظام سلامت

طیبه معظمی

# نظام اطلاعات سلامت

سیستمی است جهت جمع آوری و پردازش اطلاعات از منابع مختلف و استفاده از اطلاعات جهت سیاستگذاری و مدیریت خدمات بهداشتی

درمانی

یا

قراردادن اجزا و روش های سازمان یافته در کنار هم، برای تولید اطلاعاتی که تصمیم گیری در مدیریت خدمات سلامت را در تمام سطوح نظام سلامت بهبود بخشد .



به گزارش سازمان بهداشت جهانی در سال ۱۹۸۷، بهبود مدیریت وابسته به بهبود نظام های اطلاعات سلامت است. این اطلاعات جهت:

۱- مدیریت بیماران و گیرندگان خدمت

۲- مدیریت واحدهای سلامت

۳- برنامه ریزی و مدیریت نظام سلامت



نظام های اطلاعات سلامت جاری بیش از آنکه به عنوان ابزار به کار روند به عنوان یک مانع در مدیریت دیده می شوند:

دلایل این موضوع در ۵ نکته خلاصه می شود:

۱- جمع آوری اطلاعات نامناسب

۲- کیفیت پایین داده ها

۳- دوباره کاری و اتلاف منابع در نظام های اطلاعات سلامت

۴- فقدان گزارش دهی و بازخورد به هنگام

۵- استفاده ناکافی از اطلاعات



نظام اطلاعات سلامت ، یک سیستم مستقل و مجزا نیست بلکه یک ماهیت عملکردی است در چارچوب نظام جامع سلامت، که باعث ایجاد خدمات کامل بهداشتی شامل:

- ۱- مراقبت های درمانی
  - ۲- توانبخشی
  - ۳- پیشگیری از بیماریها
  - ۴- ارتقا خدمات بهداشتی
- می گردد.



ساختار نظام اطلاعات سلامت، تامین کننده تولید اطلاعات  
ضروری برای اتخاذ تصمیم های منطقی در هر سطحی از  
ارائه خدمات بهداشتی است.



در نگاه یک مدیر فعالیت ها در سه گروه از وظایف مدیریتی تقسیم بندی می گردد.

۱- مدیریت بیمار و مراجعه کننده

۲- مدیریت واحد بهداشتی

۳- مدیریت سیستم بهداشتی



طبق نظر سازمان جهانی بهداشت ، برای انجام ارزیابی سیستماتیک در خصوص نظام اطلاعات سلامت موجود، میتوان نظام اطلاعات سلامت را به ۵ زیرمجموعه تقسیم کرد:





۱- مراقبت اپیدمیولوژیک بیماریهای عفونی قابل توجه ،  
موقعیتهای محیطی خاص و عوامل خطرزا



۲- گزارش دهی خدمات جاری از پایین ترین سطح ارائه  
دهنده خدمات بهداشتی در جامعه ، مراکز بهداشت، اولین  
بیمارستان های ارجاع گیرنده و بیمارستان های سطح سوم



۳- سیستم گزارش دهی برنامه های خاص

مثل

کنترل سل ،

سلامت مادر و کودک و

بهداشت مدارس



## ۴- نظام های اجرایی شامل:

نظام مالی مراقبت سلامت

نظام مدیریت نیروی انسانی شاغل در بخش بهداشت

سیستم دارویی و پشتیبانی

نظام مدیریت مالی

برنامه ریزی آموزشی سلامت

برنامه تحقیقات سلامت

مدیریت مستندات سلامت



۵- نظام های ثبت وقایع حیاتی:

مرگ

تولد

مهاجرت



فرآیند بازسازی نظام اطلاعات سلامت را  
می توان در ۶ مرحله تقسیم کرد:



- ۱- تعیین نیازهای اطلاعاتی و شاخصها
- ۲- تعریف منابع اطلاعاتی و توسعه ابزار جمع آوری داده ها
- ۳- توسعه فرآیند انتقال داده و پردازش داده ها
- ۴- اطمینان از استفاده از اطلاعات
- ۵- برنامه ریزی برای منابع مورد نیاز نظام اطلاعات سلامت
- ۶- تدوین مجموعه ای از قوانین سازمانی برای مدیریت نظام اطلاعات سلامت



اطلاعات زمانی می تواند در تصمیم گیریها موثر باشد  
که :

مرتبط با موضوع  
قابل اعتماد و

در زمان مناسب در دسترس تصمیم گیرنده باشد.  
اگرچه اطلاعات با کیفیت بالا متضمن استفاده مناسب از آن در  
تصمیم گیریها نیست.





مدل کلاسیک فرآیند تصمیم‌گیری ۷ مرحله دارد که بطور  
منطقی و زنجیروارو با توالی پشت سرهم به قرار زیر است:



تعیین مشکل



تنظیم دستور جلسه



ارزیابی انتخاب ها



اتخاذ تصمیم و مشروعیت قانونی



اجرا



پایش



ارزشیابی



## • دلایل جمع آوری داده ها بصورت مستند:

○ تهیه شاخص

○ پاسخگویی به سازمانها و واحدها

○ پژوهش و تحقیقات

○ سایر



## داده

داده ها واقعیت هایی خام هستند که به شکل اعداد و ارقام، حروف، تصاویر، اصوات و ... قابل دسترس می باشند و به تنهایی معنا و مفهومی را به ذهن متبادر نمی کنند



## اطلاعات

چنانچه داده ها مورد تفسیر و ارزیابی قرار گیرند به اطلاعات تبدیل می شوند.  
در واقع اطلاعات مجموعه ای از داده های مرتبط و سازماندهی شده می باشند  
که مورد تعبیر و تفسیر قرار گرفته اند و معنا و مفهوم مشخصی را به ذهن می  
رسانند



## ارائه

مجموعه ای از اقدامات که نحوه نمایش اطلاعات را جذاب تر و مورد استفاده تر می کند و به تفهیم بهتر مسائل کمک می کند



## دانش

اطلاعاتي سازماندهي و تجزيه و تحليل شده است که مي تواند قابل درك و نيز کاربرد ي براي حل مساله و تصميمگيري باشد. به طور کلي نتيجه اطلاعات و داده ها که مورد پذيرش قرار گرفته است.



۵ عامل در استفاده از اطلاعات مهم است:

۱- خصوصیت داده ها

۲- خصوصیات مشکلات و تصمیماتی که نیاز است

۳- خصوصیات ساختاری یا سازمانی

۴- تفاوت فرهنگی میان افرادی که اطلاعات از آنها کسب شده و  
تصمیم گیرندگان

۵- ارتباط بین دو گروه فوق





# خصوصیت داده ها



## ۱- مالکیت و مرتبط بودن :

استفاده کنندگان بالقوه از نظام اطلاعات سلامت زمانی می توانند استفاده کنند ، که به صورت فعال در تمام مراحل طراحی در این امر ، مشارکت کنند.  
این امر شامل :

- ۱- تعیین داده هایی که باید جمع آوری گردد.
- ۲- حصول اطمینان از متناسب بودن آنها
- ۳- انتخاب شاخص ها
- ۴- تعیین آستانه قابل قبول برای تصمیم گیری و اقدام
- ۵- تعیین اینکه چه نوع اطلاعاتی برای کدام استفاده کنندگان لازم است.



## ۲- روایی و پایایی:

اگر استفاده کنندگان بالقوه از کیفیت مناسب اطلاعات اطمینان حاصل کنند ، تصمیم گیرندگان می توانند به طرز قابل توجهی از آن استفاده کنند. بنابراین کیفیت داده ها نه تنها در ابتدای مراحل طراحی بلکه در تمام مراحل اجرایی اهمیت دارد و این امر با کنترل منظم روایی و پایایی آن میسر است.

مفهوم روایی (**validity**) به این سوال پاسخ می دهد که ابزار اندازه گیری تا چه حد خصیصه مورد نظر را می سنجد .

و پایایی (**reliability**) با این امر سر و کار دارد که ابزار اندازه گیری در شرایط یکسان تا چه اندازه نتایج یکسانی به دست می دهد.



### ۳- جمع بندی داده ها:

ایجاد ارتباط بین داده های جمع آوری شده و نیازهای مراجعه کنندگان، یکی از کلیدی ترین بخشهای بازخورد داده هاست. بسیار مهم است که جزییات منشا اطلاعات در دسترس باقی بماند تا هر زمان که اطلاعات خاص مورد نیاز شد ، قابل بازیابی باشد.



## ۴- تطابق اطلاعات با نیازهای استفاده کنندگان:

اطلاعات سلامت نمی تواند و نباید تولیدکننده یک نوع از اطلاعات ، برای همه استفاده کنندگان باشد.

بلکه باید مطمئن شویم که نظام اطلاعات سلامت در جمع بندی و تولید در حد بالایی بتواند برای همه استفاده کنندگان بطور انتخابی عمل کند.



## ۵- زمان بندی ارائه بازخورد:

یکی از قوی ترین موانع در استفاده مناسب از اطلاعات این حقیقت است که اطلاعات بسیار دیر به دست می آیند. بنابراین تصمیمات در غیاب این اطلاعات گرفته می شود .



**تعاریف ارائه شده برای واژه شاخص**



شاخص‌ها متغیرهایی هستند که در اندازه‌گیری  
میزان تغییرات بصورت مستقیم یا غیر مستقیم کمک  
می‌کنند. سازمان جهانی بهداشت-۱۹۸۱





## شاخص ها

داده های خام را به اطلاعات قابل استفاده تبدیل میکنند.



# شاخص ها

اطلاعات مفیدی جهت مقایسه با استانداردها ، بین بخش های مختلف یا دوره های زمانی را فراهم میسازد.

مقیاسی را فراهم می سازند تا موسسات یا گروه ها بتوانند خود را با دیگران در شرایط کاری مشابه مقایسه نمایند .



**حداقل ۴ نوع شاخص می توان تعیین نمود:**



## ۱- شاخص های فراوانی:

به سادگی تعداد را بدون داشتن کسر و بصورت مطلق مشخص می کند.

مثال:

تعداد کارکنان

تعداد موالید زنده



## ۲- شاخص های سهمی (proportion):

شاخصهایی که صورت کسر در مخرج نیز وجود دارد. (صورت و مخرج کسر از یک جنس یا گروهند) و به صورت درصد به طور معمول بیان می شود.

مثال:

تعداد پرستار به کل پرسنل



### ۳- شاخص نسبی (Rate indicator)

صورت کسر در مخرج قرار نمی گیرد. (صورت و مخرج کسر از یک جنس یا گروه نیستند.)

مثال:

تعداد پرستار به تخت



## ۴- شاخص های میزانی (Rate):

\*احتمال وقوع یک حادثه در مدت زمان مشخص و در جمعیت معین بیان می کند.

خاصیت مهمی که میزان را از نسبت متمایز میکند :

۱- دخالت حتمی زمان در میزان است

۲- در میزان صورت کسر نسبت به مخرج بسیار کوچک است معمولاً در محاسبه میزان حاصل تقسیم را در عدد ثابت  $k$  توانی از ۱۰ ضرب میکنیم

▪ درصد : حالت خاصی از میزان میباشد که عدد ثابت  $k$  توان دوم ۱۰ یا عدد صد میباشد  
با این تفاوت که زمان در آن خیلی کاربرد ندارد. در این صورت آن میزان خاص را درصد گویند  
مانند درصد افراد سیگاری که برابر است با تعداد افراد سیگاری به کل جمعیت \* ۱۰۰  
مثال:

میزان مرگ و میر در طی یک سال.

شیوع بیماری سل در یک جمعیت معین بر حسب سال



همواره ممکن نیست برای تصمیم گیری از داده های کمی استفاده شود . این نوع اطلاعات در طی مشاهده یا نظارت مستقیم قابل جمع آوری است و با معیاری خاص از قبیل کیفی ، اسمی یا ترکیبی قابل سنجش است.





# طبقه بندی شاخص ها



بر اساس یک طبقه بندی مرسوم ۵ نوع شاخص تشخیص داده شده است :



## طبقه بندی شاخص ها:

۱- input (درون داد)

۲- process (فرایند)

۳- out put (برون داد)

۴- outcome (نتایج)

۵- Determinant (تعیین کننده ها)



## شاخص های درونداد (Input)

به منابع اشاره دارد که برای انجام یک فعالیت مورد نیاز است.

- آنچه به عنوان زیرساخت ضروری برای فعالیت مطلوب و ارتقای سلامت مطرح است که شامل منابع نیروی انسانی ، منابع تجهیزاتی ، منابع مالی و.... خواهد بود و بدون آنها امکان طراحی و اجرای برنامه ها و تامین اهداف وجود ندارد، در این گروه از شاخص ها جای می گیرد .



## شاخصهای فرآیندی:

برای پایش فعالیت های در حال اجرا استفاده می شود.

لازمه فعالیت کارآمد و اثربخش ، اجرای درست فرآیندهای درستی است که مجموع آنها، اهداف اصلی برنامه ها را دست یافتنی می سازد. محصول هر یک از این فرآیندها ( قطعات پازل گونه)، تصویر نهایی خواهد بود که بدون هر کدام از آنها امکان مشاهده آن تصویر وجود ندارد.

نحوه ارائه خدمات، روش ها و برنامه هایی است که برای دستیابی به اهداف سازمانی بکارگرفته شود.

○ وجود کمیته های بیمارستانی

○ وجود برنامه HIS



## برونداد :

اندازه گیری کننده نتایج فعالیتها می باشد و شامل میزان پوشش ، آگاهی، نگرش و طرز رفتاری است که در نتیجه این فعالیتها تغییر کرده است.



## شاخص نتایج :

تعیین کننده تاثیرات طولانی مدت به سمت ارتقا بوده و شامل تغییر در وضعیت سلامت جامعه است.



## شاخصهای تعیین کننده:

شاخص های تعیین کننده به شاخص هایی اشاره می کند که در ایجاد بیماری سهمیم بوده و یا مستعد کننده برای آن می باشد مثل فاکتورهایی از قبیل رفتارهای انسان، و یا شرایط محیطی ناسالم





## طبقه بندی شاخص ها

شاخص ها را همچنین می توان به دو گروه شاخصهای پایش و ارزشیابی نیز تقسیم بندی کرد



## شاخص های پایش

Input index – شاخص های ورودی

Process index – شاخص های فرایندی

## شاخص های ارزیابی

Output index – شاخص های خروجی

Outcome index – شاخص های برآمدی

Impact index – شاخصهای اثرات بلند مدت



## شاخص های پایش

شاخص های پایش به شاخص هایی گفته می شود که **ورودی و فرایندها** را در یک پروژه بررسی میکند یا به عبارتی، پایش به معنی اندازه گیری منظم متغیرها در طول زمان است .



شاخص های پایش دودسته اند

## ➤ INPUT INDEX - شاخص های ورودی

شاخص هایی که به منابع اطلاعات مورد نیاز برای انجام فعالیت ها  
برمیگردد

منابع انسانی

منابع تجهیزاتی

منابع رفاهی

.....

مانند : تعداد کودکان واجد شرایط واکسیناسیون



## ➤ **PROCESS INDEX** - شاخصهای فرآیندی

شاخص هایی که فعالیت های در حال اجرا را پایش میکنند  
مانند : درصد پیشرفت برنامه واکسیناسیون



# شاخص های ارزیابی

شاخص های ارزیابی شاخص هایی هستند که خروجی ها و هدف نهایی را می سنجند .

یا به عبارتی به اندازه گیری آنچه در پایان یک برنامه ریزی حاصل می شود می پردازد



## ➤ خروجی (OUTPUT INDEX)

شاخص هایی که خروجی فعالیت ها را اندازه گیری میکند .

مانند میزان پوشش برنامه واکسیناسیون ( تعداد کودکانی که واکسن را دریافت کرده اند / تعداد موالید زنده )

## برآمدی (OUTCOM INDEX)

شاخص هایی که برآمد فعالیت را نشان میدهد .  
میزان ایمنی ناشی از واکسیناسیون

## اثرات بلندمدت (IMPACT INDEX)

شاخص هایی که اثرات بلند مدت فعالیت ها را نشان میدهد .  
درصد کاهش مرگ و میر ناشی از بیماریهای قابل پیشگیری با واکسن

– زمان طولانی مدنظر باشد

– عملکرد کل سیستم مدنظر باشد

– حجم زیادی از موارد قابل دسترس باشد

# انتخاب شاخص ها

- سیاست گزاران وقانون گزاران معمولاً به اطلاعات پیامدی نیاز دارند
- در حالی که پرسنل دخیل در برنامه ریزی معمولاً به جزئیات ساختاری، فرایندی، نیاز دارند.
- برای هر شاخص داده های پایه بایستی جمع آوری شوند تا پیشرفت به مرور زمان مشخص شود.
- مقایسه شاخص های واقعی با اهداف برای تصمیم گیرندگان این فرصت را فراهم می آورد که پیشرفت برنامه ها و سیاست ها را ارزیابی کنند.
- پس مسئولیت جمع آوری داده ها برای محاسبه شاخص ها به فرد یا افرادی داده شود تا از جمع آوری منظم آنها اطمینان حاصل شود.





**در هنگام انتخاب یک شاخص سوالات زیر در جهت  
استاندارد کردن فرآیند  
انتخاب کمک کننده است.**




۱- یک شاخص قرار است چه چیز را اندازه گیری کند؟ اعتبار

۲- هزینه اندازه گیری داده ها چقدر خواهد بود؟

۳- اهمیت نسبی موضوعی که توصیه به اندازه گیری آن شده است و تصمیمی که بر اساس آن شاخص ، اتخاذ می شود چقدر است؟ ارتباط

۴- آیا شاخص بطور واقعی قدرت کنترل تغییرات بوجود آمده در موقعیت مورد مطالعه را دارد؟ ویژگی

۵- آیا تغییرات نشان داده شده به وسیله شاخص همان تغییرات واقعی در حال مطالعه است؟ حساسیت



# اجرای شاخص ها



**پرسشهای مفید جهت اجرایی کردن شاخصها:**



- ۱- منبع اطلاعات چیست؟ صورت و مخرج کسر
- ۲- در چه تناوب زمانی ، اطلاعات مربوط به صورت و مخرج کسر باید جمع آوری شود؟
- ۳- در چه تناوب زمانی اطلاعات باید پردازش و تحلیل گردد.
- ۴- چه کسی واقعا از این اطلاعات استفاده خواهد کرد و سطح جمع آوری اطلاعات در طی زمان و مکان مشخص شود؟
- ۵- هدف نهایی و قابل وصول از این شاخص چیست؟
- ۶- ارزش ماگزیمم و مینیمم و حد آستانه اعتبار این شاخص برای شروع یک فعالیت چقدر است؟
- ۷- ماهیت یک اقدام در حالی که شاخص در حد آستانه قرار دارد چیست؟



# اصولی در خصوص شاخص نویسی

- تدوین شاخص ها در راستای برنامه استراتژی سازمان نوشته شود.
- شاخص ها باید مسیر حرکت سازمانها را برای رسیدن به هدفشان مشخص کند.
- کیفیت شاخص ها از کمیت آن ها مهمتر است.
- جمع آوری اطلاعات جهت محاسبه شاخص ها باید از طریق صاحبان فرایند انجام شود.
- در هنگام تدوین شاخص های جدید حتما صاحبان فرایند حضور داشته باشند.



## حاصل نظام اطلاعاتی مطلوب؟

شاخص هایی هستند که هم میتوانند پایه و اساس تصمیم  
گیری و برنامه ریزی قرار گیرند

وهم

عملکردها رادر حوزه های مختلف مدیریتی، جغرافیایی پایش  
وارزیابی نمایند



## روش های جمع آوری اطلاعات

- ۱- جمع آوری داده از جامعه
- ۲- ثبت احوال
- ۳- جمع آوری داده ها از واحدهای سلامت





# روش های جمع آوری اطلاعات :

## سرشماری:

سرشماری یکی از روش های مهم گردآوری اطلاعات از جامعه است که در بسیاری از کشورها در فواصل منظم، معمولاً ده سال یک بار انجام می شود. تعریف سرشماری از دیدگاه سازمان ملل عبارت است از " فرآیند کامل گردآوری، طبقه بندی و انتشار داده های جمعیت شناسی، اقتصادی و اجتماعی که مربوط به دوره یا دوره های زمانی خاص هستند و همه افراد را در یک کشور و یا منطقه بامرزهای مشخص، شامل می شود. در کشور ما نیز از سال ۱۳۳۵ سرشماری نفوس مسکن هر ده سال یک بار توسط مرکز آمار ایران انجام شده است. چنانچه در سرشماری اقدام به گردآوری اطلاعات مرتبط با سلامت نماییم، به آن سرشماری سلامت یا بهداشتی می گوئیم. به نمونه این کار می توان به سرشماری ابتدای سال بهورزان اشاره کرد که طی آن اطلاعات مرتبط با گروه های هدف سلامت و وضعیت بهداشتی آنها گردآوری می شود.



## نظام ثبتی:

در نظام ثبتی اطلاعات وقایع حیاتی (تولد، مرگ، ازدواج و طلاق) بر اساس قوانین و مقررات مربوطه ثبت می شود. در کشورمان سازمان ثبت احوال کشور که وظیفه ثبت وقایع چهار گانه حیاتی (تولد، ازدواج، طلاق و مرگ) را به عهده دارد. ضمناً برای ثبت مرگ و تولد به خصوص در روستاهای کشور نظام ثبت وقایع حیاتی (زیج حیاتی و سایر فرم های مرتبط) توسط وزارت بهداشت و درمان و آموزش پزشکی تکمیل می شود. همچنین برای جمع آوری داده های برخی از بیماریها از روش ثبتی استفاده می شود.



## مراقبت اپیدمیولوژیک از بیماریها:

یکی دیگر از روش های جمع آوری داده های سلامت، مراقبتهای

اپیدمیولوژیک بیماری است که داده های مربوط به ابتلاء و مرگ و یا عوامل

مربوط به انواعی از بیماری تحت مراقبت که از اهمیت خاص برخوردارند

(مثل برنامه کشوری پیشگیری و کنترل بیماری های سل و ایدز) جمع آوری

می شوند. به گونه ای از این نوع ثبت و مراقبت از بیماریها نظام دیده بانی

گفته می شود. منظور از نظام دیده بانی یا شیوه جاری و نظام دار نظارت،

تحلیل و تفسیر بیماریها و عوامل موثر بر آن است که به منظور کنترل و

پیش گیری از وقوع اپیدمی و طغیان بیماریها صورت می پذیرد.



## گزارشات ماهانه واحدهای بهداشتی درمانی:

یکی دیگر از روش های جمع آوری اطلاعات سلامت در کشورمان گزارش های دوره ای

اطلاعات سلامت می باشد که واحدهای عرضه خدمات مثل بیمارستان و یا مراکز

بهداشتی درمانی تهیه و گزارش می کنند (مانند گزارش های بیمارستانی). این گزارش

ها یکی از منابع مهم و مفید نظام اطلاعات سلامت در هر کشورند که از طریق آنها

اطلاعات مربوط به بیماریها، پوشش خدمات و یاز طریق واحدهای عرضه خدمات

سلامتی تهیه و به سطوح بالاتر گزارش می شود. نمونه بارز این عوامل خطر گزارشات

اطلاعات فرم های ماهانه خانه ها و پایگاه های بهداشتی و مراکز بهداشتی درمانی

هستند.



عمده ترین نوع جمع آوری داده های سلامت ، جمع آوری داده ها مبتنی بر واحدهای ارائه دهنده خدمات سلامت است.

واضح ترین شیوه جمع آوری اطلاعات ، جمع آوری داده ها از واحدهای سلامت است.



# مشکلات در جمع آوری داده ها



- ۱- کیفیت پایین داده های جمع آوری شده
- ۲- صرف زمان زیادی از ساعات کاری ارائه دهندگان خدمت به جمع آوری داده ها
- ۳- عدم سازماندهی داده ها در نظام جمع آوری داده ها  
(اطلاعات بدست آمده فقط با فعالیتهای خدمات بهداشتی اولیه که توسط برنامه پوشش داده شده ارتباط دارند.)
- ۴- نگرانی از اعتبار برخی داد ها که توسط کارکنانی که در مدیریت و طراحی برنامه مسئولیت دارند.



## موانع کیفیت مناسب داده ها:

- ۱- ابزار و روش نامناسب جمع آوری داده ها
- ۲- ثبت گزارش نادرست از داده ها
- ۳- خطا در پردازش داده ها





یک راه جهت بالا بردن کیفیت داده ها به کار گیری یک پایگاه ویژه جهت گزارش داده های پیچیده تر به انضمام گزارش داده های مبتنی بر واحدهای سلامت است.

بر اساس آن ، پایگاههای دیده ور یک نوع فرعی جمع آوری داده ها مبتنی بر واحدهای سلامت هستند که بر اساس آن کارکنان تعدادی از مراکز ارائه دهنده خدمت انتخاب شده و آموزش ها و نظارت های ویژه ای دریافت کرده تا داده های مربوط به مجموعه ای از فعالیت ها و بیماریها که معمولا پیچیده ترند جمع آوری و گزارش دهند.



روش های متداول بر استفاده از مجموعه ای از فرآیندهای  
ثبت و گزارش دهی توسط پرسنل ارائه دهنده خدمت و  
مدیران خدمات سلامت تاکید دارد .

تنگنایی که مدیران سلامت با آن مواجهند این است که  
روشهای متداول نمی توانند نگرشی در رفتار و عملکرد  
ایجاد نمایند که منجر به افزایش مداخلات سلامت در  
جامعه گردد.



روش های غیر متداول دارای طیف وسیعی می باشند که عبارتند از:

۱- فرآیندهای ارزیابی سریع

۲- بررسی

۳- نظارت دمو گرافیک



## روش ارزیابی سریع (Rapid assessment procedure)

شامل انواع مختلفی است این روش بطور عمده از تکنیک مطالعه کیفی مثل مصاحبه های رسمی و غیر رسمی فردی، بحثهای گروهی متمرکز، آنالیز مدارک و شرکت کنندگان مشتق شده است.



اجزای کلیدی ارزیابی سریع عبارتند از:

- ۱- فاصله زمانی کوتاه بین جمع آوری داده ها و ارائه آنها
- ۲- ترکیب روشهای متعدد کیفی و کمی
- ۳- جهت گیری به سمت عمل بطوری که تصمیم گیرندگان و گیرندگان خدمت در تعریف حیطة قابل مطالعه مشارکت نمایند.



روش ارزیابی سریع پیشنهاد شده از سوی سازمان بهداشت جهانی بر نحوه اجرا و کیفیت ارائه خدمات سلامت تاکید دارد.

روشی مبتنی بر مستندات موجود در مراکز ارائه خدمات سلامت است، ازین روش اولین بار جهت اجرای خدمات کودک و تنظیم خانواده استفاده گردید.

در نهایت ابزاری است برای ارزشیابی هر نوع برنامه و خدمت در نظام سلامت که بکار گرفته می شود.



## ۲ - بررسی (surveys)

### بررسی خانوارها:

بررسی تک منظوره خانوار با نمونه تصادفی اطلاعاتی در خصوص بیماریهای قابل توجه ، اقدام جهت دریافت خدمت و هزینه های مراقبت سلامت ارائه دهد. این روش از روایی و پایایی زیادی برخوردار است اما گران قیمت و نیاز به صرف زمان زیادی می باشد.

### بررسی حین خروج از مرکز:

ابزاری موثر جهت کسب اطلاع از نظرات گیرندگان خدمت هنگام خروج از مراکز سلامت ، که نمونه هایی از آن:

میزان رضایتمندی استفاده کنندگان از خدمات سلامت و نظرات آنها راجع به کیفیت خدمات، راهنمایی های ارائه شده و هزینه های ارائه خدمات و قیمت داروها اشاره کرد.



## ارتباط بین روش متداول و غیر متداول:

باید داده های حاصل از فرآیند ارزیابی سریع با یافته های نظام اطلاعات سلامت جاری و یافته های حاصل از سایر روش ها مقایسه گردد.

پیوستگی این دو نباید فقط در حد بانک باشد بلکه در سطح تحلیل و طراحی هم پیش بینی گردد.

در کشورهای در حال توسعه انتقال داده ها ، به معنای انتقال اسناد کاغذی از سطوح پایین تر نظام سلامت به سطوح بالاتر آن می باشد. در حالیکه انتقال داده ها مورد بررسی مجدد قرار گرفته است.

و به دو صورت **افقی و عمودی** در نظر گرفته شده است.





## انتقال افقی داده ها:

انتقال داده ها در یک سطح مابین ایفاگران نقش در نظام سلامت و استفاده کنندگان در سطوح همتراز نظام سلامت

## انتقال عمودی داده ها:

انتقال داده ها میان سطوح مختلف نظام مراقبت سلامت در نهایت هردو نوع منجر به ارائه بازخورد و تبادل اطلاعات بین افراد و اجزای نظام سلامت می گردد.



در یک نظام مراقبت سلامت مجریان روش افقی سه عملکرد را دنبال می کنند.

۱- ارائه داده ها بطور مستقیم در پایین ترین سطح نظام مراقبت سلامت جهت تصمیم گیری

۲- ارائه داده های مفید و قابل پردازش جهت اتخاذ تصمیمات آگاهانه

۳- دسترسی مجریان و استفاده کنندگان در جامعه به اطلاعات گردآوری شده از نظام سلامت

این روش به دلیل ارتباط بین بخشی ، شناخت بیشتر حقوق مراجعه کننده و بهبود نظام حمایتی اجرایی مورد استفاده بیشتری قرار گرفته است.



نظام اطلاعاتی با کیفیت بالا نظامی است که جنبه های زیر بنایی و ساختاری نظام بهداشت را مد نظر قرار دهد.

و اندرسون سه ویژگی را یک جریان اطلاعاتی با طراحی مناسب دارا باشد را ارائه می دهد

۱- وابستگی درون

۲- تعامل با یکدیگر داشتن

۳- یکپارچگی



## ۱- وابستگی درون (interdependency)

کارکنان نظام سلامت متشکل از گروه‌های متفاوت ، حرفه های متفاوت و مشغول در کارهای دفتری و واحدها و سطوح مختلف نظام می باشند اما عملکرد آنها نیازمند وابستگی قابل توجه این قسمت ها به هم می باشد.



## ۲- تعامل با یکدیگر داشتن (interaction)

منظور از تعامل در داخل نظام سلامت که درون و میان بخشهای مختلف فرصتهایی برای فهم بیشتر اطلاعات تخصصی همراه با وابستگی درونی برقرار باشد و به اشتراک گذاشتن منابعی که موجب همکاری و هماهنگی گردد.



### ۳- یکپارچگی (integration)

منظور از آن ایجاد دسترسی به اطلاعات پزشکی مرتبط و مشترک در نقاط مختلف با پراکندگی جغرافیایی فراوان ممکن گردد.

ازسویی ایجاد بانک اطلاعاتی مشترک در نظام اطلاعات نیاز به همکاری همه بخشهای مختلف سازمان دارد.



## نظام اطلاعات سلامت مستلزم :

بکار گیری شیوه های استاندارد

بیان اصطلاحات

سیاستهای مشخص

مراحل تعریف شده استاندارد

می باشد.



گرچه چنین خصوصیات متضمن تولید کیفیت داده های مطلوب نیست اما قدرت تشخیص چند بعدی بودن داده ها را داراست.

در طراحی نظام سلامت گسترش یک ساختار پاداشی صحیح جهت بهبود کیفیت داده ها امری ضروری است.



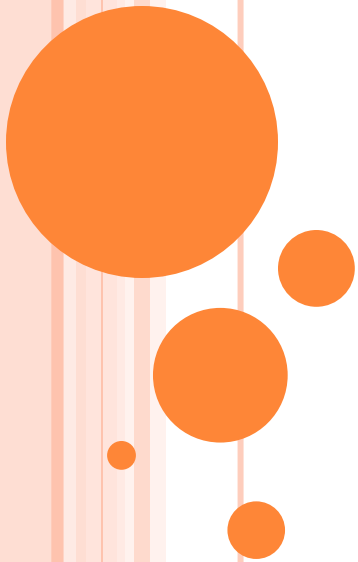


# اهداف نهایی نظام سلامت

۱ - بهبود وضعیت سلامت مردم تحت پوشش

۲ - رضایتمندی شهروندان

۳ - حفاظت شهروندان در برابر خطرات



هدف نهایی از نظام سلامت، به دست آوردن اطلاعات  
نیست بلکه بهبود عملکرد نظام سلامت است



باتشكر

