

پرونده‌ی سلامت فردی، مراقبت بیمارمدار از طریق اطلاعات بیمارمدار: دیدگاه بیماران بیمارستان‌های آموزشی شهر کاشان

مریم احمدی^۱ / فرحناز صدوقی^۲ / محمود گوهری^۳ / فاطمه رنگرز جدی^۴

چکیده

مقدمه: پرونده‌ی سلامت فردی موجب تسهیل ارتباط بین پزشک- بیمار و حمایت از روش مراقبت از خود و ارتقای کیفیت مراقبت می‌شود. هدف این تحقیق بررسی پرونده‌ی سلامت فردی، مراقبت بیمارمدار از طریق اطلاعات بیمارمدار از دیدگاه بیماران بود.

روش بررسی: این پژوهشی مقطعی بر روی ۴۶۱ نمونه‌ی تصادفی از بیماران بستری در بیمارستان‌های آموزشی شهر کاشان در سال ۱۳۸۷ صورت پذیرفت. گرد آوری داده‌ها با مصاحبه و توسط پرسشنامه محقق ساخته پایایی (اسپرمن - براون ۰.۸۳) و روایی (صوری و محتوایی)، در دو قسمت: اطلاعات زمینه‌ای و اهداف صورت پذیرفت. داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار SPSS و آمار توصیفی ارائه شد.

یافته‌ها: نزدیک به ۴۶.۶ درصد از بیماران، اطلاعات پزشکی خود را نگهداری می‌کنند، ۸۷ درصد از افرادی که اطلاعات پرونده پزشکی خود را نگهداری نمی‌کنند، علت آن را عدم آگاهی از مزایای نگهداری این اطلاعات ذکر نمودند؛ ۸۵.۷ درصد بیماران مایل به استفاده از پرونده‌ی سلامت فردی در موارد اورژانسی و ۸۰ درصد مایل به دریافت اطلاعات مربوط به رژیم غذایی از طریق پرونده سلامت فردی بودند.

نتیجه‌گیری: بیماران آگاهی لازم در خصوص نحوه تهیه و مزایای پرونده الکترونیک سلامت را ندارند، پیشنهاد می‌گردد ضمن ارائه آموزش‌های لازم، پرونده سلامت فردی ابتدا مبتنی بر کاغذ ایجاد، و بتدریج و با شکل‌گیری وب سایت‌های بیمارستان‌ها، سیستم‌های اطلاعات بیمارستانی و پرونده الکترونیک سلامت و یا بیمار، درگاهی برای دسترسی بیماران به پرونده خود تهیه و در نهایت سیستم‌های پرونده سلامت فردی کامل تشکیل شود.

کلید واژه‌ها: پرونده سلامت فردی، مراقبت، بیمار، اطلاعات، دیدگاه

• وصول مقاله: ۸۸/۷/۱۹ • اصلاح نهایی: ۸۹/۲/۲۰ • پذیرش نهایی: ۸۹/۳/۲۵

• این مقاله برگرفته از رساله دکتری می‌باشد

۱. دانشیار گروه مدیریت اطلاعات بهداشتی درمانی، دانشکده مدیریت و اطلاع‌رسانی پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی تهران
 ۲. دانشیار گروه مدیریت اطلاعات بهداشتی درمانی، دانشکده مدیریت و اطلاع‌رسانی پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی تهران
 ۳. استادیار گروه آمار زیستی، دانشکده مدیریت و اطلاع‌رسانی پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی تهران
 ۴. دانشجوی دکترای مدیریت اطلاعات بهداشتی درمانی، دانشکده مدیریت و اطلاع‌رسانی پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی تهران، نویسنده مسئول؛
 rangrazejeddi_f@kaums.ac

مقدمه

تغییرات نظام‌های سلامت مانند؛ ایجاد دیدگاه متمرکز بر بیمار، به موازات پیشرفت چشمگیر فناوری اطلاعات، امکان استفاده از پرونده سلامت فردی را فراهم نموده است. پرونده سلامت فردی پرونده الکترونیکی یا غیر الکترونیکی می‌باشد که دسترسی افراد به اطلاعات بهداشتیشان را امکان پذیر می‌سازد، تا افراد بتوانند اطلاعات پزشکی خود را کنترل نموده، در مواقع نیاز این اطلاعات را به افراد دیگری مانند سایر پزشکان و مراکز بهداشتی درمانی ارائه دهند. [۵-۱]

پرونده سلامت فردی از طریق آموزش بیمار، تسهیل ارتباط بین پزشک و بیمار و حمایت از روش مراقبت از خود به بیماران کمک می‌نماید و از این طریق، کیفیت مراقبت را ارتقاء دهد. [۶] در واقع ایجاد پرونده سلامت فردی پاسخی است به نیازهای جدید بهداشتی افراد [۷] و فرصتی برای حرفه بهداشتی درمانی است تا به بیماران در رابطه با مسائل بهداشتی آن‌ها آموزش‌های لازم را داده و ارتباط بین ارائه دهندگان مراقبت و بیمار را بهبود بخشد. [۸]

پرونده سلامت فردی با پرونده الکترونیک سلامت، از نظر نحوه کنترل، دسترسی، منشاء و نوع کاربران آن، تفاوت دارد. [۹، ۱۰، ۱۱] ایده پرونده سلامت فردی برای دسترسی آسان به اطلاعات بهداشتی درمانی، موضوع جدیدی نیست و خیلی از افراد سالهاست که اطلاعات پزشکی پرونده خود را به صورت کاغذی نگهداری می‌کنند. [۱۱]

در حال حاضر، ۴۲ درصد از بزرگسالان آمریکائی پرونده سلامت فردی برای خود نگهداری می‌کنند که ۸۶ درصد آن کاغذی است [۱۲] و یک درصد از جامعه آمریکا از پرونده سلامت فردی کامل که با اتصال به نرم‌افزارها و پایگاه‌های دانش عرضه می‌شوند، استفاده می‌کنند. [۱۳] در آنالیز وضعیت مراقبت‌های بهداشتی درمانی آمریکا گزارش شده است که ۸۰ درصد بیماران، مشکلات بیماریشان در خانه آغاز می‌گردد، اما فقط ۳۰ درصد آن‌ها درصدد درمان بیماری خود، برمی‌آیند.

این امر، اهمیت داشتن اطلاعات مناسب و در دسترس بیمار برای مدیریت مسائل پزشکی خود را مشخص می‌کند. [۱۴] پرونده سلامت فردی، فراتر از یک مخزن ایستا از داده‌ها برای بیمار است. پرونده سلامت فردی، داده‌ها را با کمک پایگاه‌های دانش و نرم‌افزارهای حمایتی خود ترکیب کرده [۱۳، ۱] و به بیمار کمک می‌کنند اطلاعات لازم در خصوص رژیم غذایی، فعالیت‌های بدنی مجاز، انجام مشاوره، دریافت نوبت، ارائه و ارسال اطلاعات به پزشک معالج، دسترسی به نتایج آزمایشات و.. را به دست آورده و بتواند نقشی فعال در مراقبت‌های خود داشته باشند. [۱۵، ۱۶، ۱]

منافع پرونده سلامت فردی، عبارتست از: توانمندسازی بیماران و افزایش کیفیت درمان با ارائه درمان جامع به او، دسترسی بیمار به اطلاعات سلامتی اش، بهبود ارتباط بین ارائه دهنده مراقبت و بیمار، افزایش سلامت بیمار با دادن هشدارهایی در هنگام مصرف داروها و.. [۱۷، ۱۶] استفاده از پرونده سلامت فردی در کشورهای فرانسه، دانمارک، تایوان، انگلستان، کانادا و.. مورد تأکید قرار گرفته است. [۱۷-۱۹] در ایران توجه خاصی به پرونده فردی بیمار نشده، تنها در یک مورد، یکی از نهادهای غیر انتفاعی مردمی که به درمان بیماران سرطانی توجه دارد، برای بیماران خود پرونده سلامت فردی از طول دوره درمان سرطان، تهیه نموده و از آن برای انتقال اطلاعات بیماران خود به مراکز داخل و خارج از کشور و انجام مشاوره‌های لازم استفاده می‌کند. [۲۰]

ارزیابی‌های به عمل آمده در خصوص نگرش بیماران نشان داده است، که اغلب افراد نسبت به امکان ایجاد پرونده‌های سلامت فردی آگاه نیستند و یا به ثبت اطلاعات خود در آن علاقه‌ای ندارند [۱۱] در حالی که ارزیابی‌های دیگر از نگرش مثبت بیماران را نشان داده است. [۲۱] هرچند موفقیت پرونده‌های سلامت فردی به عوامل متعددی بستگی دارد، اما عامل مهم موفقیت، میزان فعال بودن، تمایل و علاقه افراد برای ایجاد و استفاده از این پرونده‌ها ذکر شده است. [۲۲]

روایی پرسشنامه با روش صوری و محتوایی با نظر خواهی از اساتید، صورت پذیرفت. هنگام گردآوری داده ها، در ابتدا توضیحات لازم در مورد پرونده سلامت فردی و خصوصیات آن برای بیماران داده شد، سپس داده‌ها از طریق مصاحبه، جمع‌آوری گردید. داده‌ها با آمار توصیفی و با نرم‌افزار SPSS تجزیه و تحلیل گردید.

یافته‌ها

به منظور بررسی پرونده سلامت فردی، برای ارائه مراقبت بیمار مدار از طریق اطلاعات بیمارمدار از دیدگاه بیماران بیمارستان‌های آموزشی شهر کاشان، تحقیقی توصیفی-لجام‌گرفت.

از ۴۶۱ بیمار شرکت‌کننده در تحقیق، ۲۳۲ نفر (۵۰.۳ درصد) زن و ۲۲۹ نفر (۴۹.۷ درصد) مرد بودند. میانگین سنی بیماران ۳۷.۹ سال بود. بیشترین فراوانی مدرک تحصیلی را بیماران با مدرک تحصیلی ابتدایی با ۲۸.۳ درصد و سپس دیپلم با ۲۲.۶ درصد تشکیل دادند و در کل ۳۳ درصد بیماران تحصیلات دیپلم به بالا داشتند.

۸۳.۶ درصد بیماران ساکن شهر و مابقی ساکن روستا بودند، ۸۸.۱ درصد از بیماران، سابقه بستری قبلی در آن بیمارستان داشتند. شغل ۴۳.۸ درصد بیماران خانه دار و بیشترین فراوانی رده سنی بیماران، مربوط به رده سنی ۲۰-۳۰ سال با ۱۲۶ نفر (۲۷.۳۳) بود. متوسط اقامت بیماران ۴.۱۳ روز به دست آمد.

۲۴۶ نفر (۵۳.۴ درصد) از بیماران اطلاعات پزشکی خود را از درمان‌های انجام شده در مراکز درمانی نگهداری نکرده‌اند. که از ۲۱۵ نفر (۴۶.۶ درصد) افرادی که اطلاعات پزشکی خود را نگهداری می‌کنند، ۱۷۰ نفر (۳۶.۹ درصد) از بیماران این اطلاعات را در یک محل و به صورت منسجم نگهداری می‌کنند و ۴۵ نفر (۹.۸ درصد)، این اطلاعات را به صورت منسجم نگهداری نمی‌کنند.

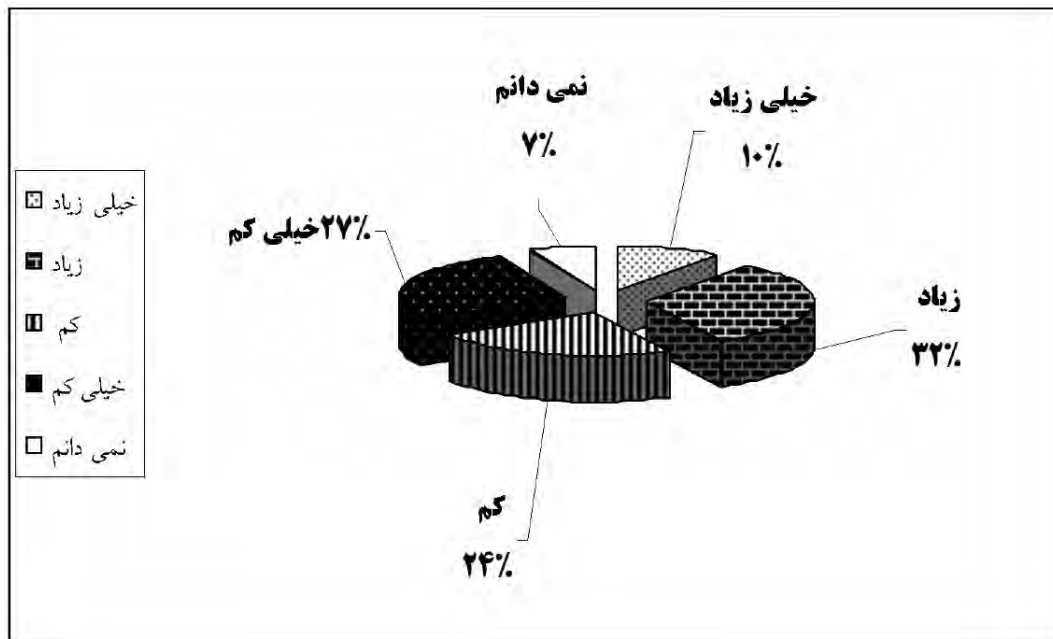
۲۱۴ بیمار (۸۷ درصد) علت عدم نگهداری اطلاعات

با توجه به مزایای بالقوه پرونده‌های سلامت فردی و اهمیت دیدگاه بیماران، این تحقیق به منظور بررسی پرونده سلامت فردی، جهت ارائه مراقبت بیمارمدار با استفاده از اطلاعات بیمارمدار از دیدگاه بیماران صورت پذیرفت. نتایج تحقیق، موجب ارتقاء کیفیت مراقبت‌های بهداشتی درمانی از طریق ارائه راهکار جهت بهبود دسترسی بیماران به اطلاعات پزشکی و بهداشتی خود، افزایش نقش بیماران در بهداشت و درمان خود و بهبود ارتباط ارائه دهندگان مراقبت‌ها می‌گردد.

روش بررسی

پژوهشی توصیفی - مقطعی بر روی بیماران بستری بیمارستان‌های آموزشی شهر کاشان (پنج بیمارستان) در سال ۱۳۸۷ صورت پذیرفت. حجم نمونه بر اساس فرمول $d = \frac{Q}{P} \cdot \alpha$ ، $Q=0.5$ ، $P=0.5$ و $\alpha=0.05$ ؛ ۴۳۴ به دست آمد. برای تعیین تعداد نمونه لازم در هر بخش، نسبت نمونه لازم برای آن بخش محاسبه گردید. به این صورت که نسبت حجم نمونه تعیین شده (۴۳۴ نفر) با تعداد بیماران پذیرش شده در سال قبل همان بخش تعیین و سپس به عدد بالاتر خود گرد شده، که در نهایت تعداد حجم کل نمونه لازم ۴۶۱ به دست آمد، نمونه‌ها به تعداد مساوی و به صورت تصادفی سیستماتیک از کلیه بخش‌های بیمارستان، صرف نظر از نوع بیماری و براساس فهرست نام انتخاب گردیدند، بیماران بخش روانپزشکی و بیماران کمتر از ۱۵ سال از مطالعه حذف شدند.

ابزار گردآوری داده‌ها، پرسشنامه محقق ساخته‌ای بود که بر اساس مطالعه پژوهش‌های گذشته و دریافت نظر از صاحب‌نظران و در دو قسمت، شامل سؤالاتی پیرامون اطلاعات زمینه‌ای (سطح تحصیلات، محل سکونت، سابقه بستری در همان بیمارستان، شغل، سن، جنسیت) و سؤالات متناسب با اهداف در قالب جواب‌های بلی، خیر و چهار گزینه‌ای، تدوین گردید. برای سنجش پایایی از روش اسپرمن - براون استفاده شد که همبستگی ۰.۸۳ به دست آمد.



نمودار ۱: توزیع درصد فراوانی دیدگاه بیماران در خصوص احتمال نگهداری اطلاعات پزشکی خود در پرونده الکترونیکی سلامت فردی در جامعه مورد پژوهش

و اینترنت ۴۵ نفر (۹.۸ درصد) از موانع تهیه پرونده سلامت فردی کامپیوتری و اینترنتی هستند. ۴۳ نفر (۹.۳ درصد) نیز به این سؤال پاسخی ندادند.

۳۶ نفر (۹.۶ درصد) از بیماران تمایل به نگهداری اطلاعات پزشکی خود در کامپیوتر، اینترنت و یا سایت‌های مخصوص، در صورت ایجاد امکان آن، داشته و ۴۲۴ نفر (۹۱.۹ درصد) بیان نموده‌اند که برای تصمیم‌گیری در مورد نگهداری اطلاعات خود در کامپیوتر، اینترنت و یا سایت‌های خاص، آگاهی لازم را ندارند.

۱۵۰ نفر (۳۲.۵۴ درصد) احتمال نگهداری اطلاعات پزشکی خود در پرونده الکترونیکی سلامت فردی، در صورت فراهم شدن امکان آن را زیاد می‌دانند (نمودار ۱).

۳۶۹ (۸۰ درصد)، اولین اولویت بیماران و تمایل آن‌ها به استفاده از پایگاه‌های دانش و نرم‌افزارهای حمایتی ارائه‌کننده، آموزش و ارائه اطلاعات در مورد رژیم غذایی مناسب بیمار و سپس آموزش مطالب

پزشکی خود را، عدم آگاهی نسبت به مزایای نگهداری این اطلاعات ذکر نمودند، ۴۰ نفر (۷.۶ درصد) علاقه‌ای به نگهداری اطلاعات خود و تهیه پرونده سلامت فردی نداشتند.

۳۹۵ نفر از شرکت‌کنندگان (۸۵.۷ درصد) اولین منفعت حاصل از استفاده از پرونده‌های سلامت فردی را، استفاده آن برای موارد اورژانسی ذکر نمودند. منفعت بعدی انتخاب شده از طرف بیماران به ترتیب عبارت بودند از: ۳۹۱ نفر (۸۴.۶ درصد) ارائه این اطلاعات به سایر مراکز و ارائه دهندگان مراقبت و ۳۷۹ مورد (۸۲.۲ درصد) یادآوری دستورات دارویی در هنگام مصرف دارو در منزل.

دیدگاه بیماران در خصوص موانع تهیه پرونده سلامت فردی کامپیوتری و اینترنتی نشان داد، نداشتن آگاهی لازم جهت نگهداری پرونده سلامت فردی مطابق دیدگاه ۲۲۶ نفر (۴۹ درصد)، عدم آشنایی با کامپیوتر و اینترنت ۴۳ نفر (۹.۳ درصد)، عدم دسترسی به کامپیوتر و اینترنت ۱۰۴ نفر (۲۲.۶ درصد) و عدم علاقه به کامپیوتر

جدول ۱: توزیع فراوانی دیدگاه بیماران در خصوص پایگاه‌ها و نرم‌افزارهای حمایتی لازم همراه با پرونده سلامت فردی در جامعه مورد پژوهش

پایگاه‌ها و نرم‌افزارهای	تعداد	درصد
آموزش مطالب مرتبط با بیمار	۲۴۲	۵۴.۵
ارائه دستور مصرف دارو	۲۱۵	۴۶.۶
دادن اطلاعات در خصوص فعالیت بدنی مجاز	۱۸۳	۳۹.۷
آموزش و ارائه اطلاعات در خصوص رژیم غذایی مناسب	۳۶۹	۸۰
سایر موارد آموزشی مؤثر بر درمان	۱۷۷	۳۸.۴
نظری ندارم	۴۸	۱۰.۴

جدول ۲: توزیع فراوانی دیدگاه بیماران در خصوص نگرانی‌های مربوط به استفاده از پرونده سلامت فردی در جامعه مورد پژوهش

نگرانی	تعداد	درصد
عدم محرمانگی اطلاعات	۷۱	۱۵.۴
عدم امنیت اطلاعات	۷۴	۱۶.۱
ضعیف بودن سیستم‌های کامپیوتر و اینترنت کشور	۸۱	۱۷.۱
فهم دشوار مطالب برای بیمار	۱۶۰	۳۴.۷
عدم استفاده ی پزشکان از کامپیوتر و اینترنت	۴۴	۹.۵
نمی دانم	۱۰۴	۲۲.۶

پژوهش پرونده سلامت فردی دارند [۲۳] که با نتایج تحقیق تقریباً همخوانی دارد، ۷۰ میلیون آمریکایی از یکی از انواع پرونده سلامت فردی استفاده می‌کنند. [۲۴] در حالی که حتی ممکن است از این استفاده آگاه نباشند. [۲۵]

یک درصد از مردم آمریکا پرونده سلامت فردی کامل دارند و آن را به صورت الکترونیکی نگه می‌دارند. [۱۲، ۱۳] از هر پنج نفر استرالیایی در سال ۲۰۰۴، چهار نفر (۸۲ درصد) علاقه‌مند به داشتن پرونده سلامت فردی بودند [۲۶] و سایر تحقیقات نیز نشان می‌دهد که این سیستم‌ها به خوبی به وسیله بیماران پذیرفته شده‌اند. [۲۷-۳۳] که با نتایج تحقیق حاضر مغایرت دارد. علت مغایرت این دو تحقیق را می‌توان گذشت زمان از سال

مربوط به بیماری فرد با ۲۴۲ انتخاب (۵۴.۴ درصد) بود. (جدول ۱)

در خصوص بیشترین نگرانی بیمار برای استفاده از پرونده‌های سلامت فردی نتایج پژوهش نشان داد، ۱۶۰ نفر (۳۴.۷ درصد) نگران دشواری مطالب و فهم اطلاعات موجود در پرونده سلامت فردی بودند. (جدول ۲)

بحث و نتیجه‌گیری

دیدگاه بیماران جامعه پژوهشی در خصوص پرونده سلامت فردی، نشان داد، ۲۱۵ نفر (۴۶.۶ درصد) اطلاعات پزشکی خود از درمان‌های انجام شده در مراکز درمانی را به صورت کاغذی، نگهداری می‌کنند. نتایج تحقیقی در آمریکا نشان داد، ۴۲ درصد جامعه

۲۰۰۴ تا سال ۲۰۰۷ دانست که به میزان استفاده کنندگان از پرونده سلامت فردی در آمریکا افزوده است.

عدم اجرای رسمی و تعریف شده پرونده سلامت فردی در ایران نیز می‌تواند دلیل تفاوت در نتایج و مغایرت آن با تحقیق حاضر باشد. مقایسه آمار بالای تشکیل پرونده سلامت فردی در این تحقیق (که خود بیماران) آن را تهیه نموده‌اند؛ (۴۶.۶ درصد) با کشور آمریکا (۴۲ درصد) در سال ۲۰۰۴؛ که پروژه پرونده سلامت فردی ارائه و در دست ارتقاء بوده است و با توجه به سطح سواد بیماران (۳۳ درصد بالای دیپلم) نتایج تحقیق قابل توجه بوده، و ضرورت تهیه پرونده سلامت فردی در جامعه پژوهش احساس می‌شود.

با توجه به این که استفاده از تکنولوژی‌های مبتنی بر کامپیوتر و اینترنت می‌تواند به انسان‌ها کمک نماید تا بر بسیاری از محدودیت‌های خود از جمله پراکندگی اطلاعات بیماران، عدم دسترسی به سوابق آن‌ها و ضعف ارتباطی بین پزشکان و بیماران که از مشکلات بهداشت و درمان هستند فائق آیند، مسئولین می‌توانند با ایجاد زمینه‌های لازم و تهیه چارچوب، فرم‌های موردنیاز و یا اجرای پایلوت آن به صورت کامپیوتری و اینترنتی آن را برای استفاده، به بیماران ارائه دهند، و با توجه به این که در حال حاضر در بسیاری از بیمارستان‌ها و مراکز درمانی طرح‌های پرونده الکترونیک سلامت در حال اجراست پیشنهاد می‌شود، درگاهی را برای ارتباط بیماران با بیمارستان، پزشکان و نیز دسترسی بیماران به بخش‌هایی از پرونده الکترونیک سلامت آن‌ها را فراهم نمود. استفاده از توان بخش خصوصی و شرکت‌های بیمه در ارائه این خدمات نیز راهگشاست.

فقط ۴۰ بیمار (۷.۶ درصد)، علاقه‌ای به نگهداری اطلاعات پزشکی خود و تهیه پرونده سلامت فردی نداشته‌اند. ۲۱۴ نفر (۴۶.۳ درصد) عدم آگاهی در خصوص مزایای نگهداری اطلاعات پزشکی خود را، علت عدم تهیه و نگهداری اطلاعات پزشکی خود ذکر نموده‌اند. سایر تحقیقات بر روی بیماران دارای بیماری‌های نازائی در آمریکا و مراجعه‌کنندگان سرپائی در انگلستان نشان

داده است که ۶۵-۸۲ درصد از افراد از مزایای دسترسی به اطلاعات آگاهی و تمایل داشته‌اند که به اطلاعات پزشکی خود دسترسی داشته باشند [۳۴،۳۵] و دسترسی به اطلاعات منجر به رضایت بیماران شده است. [۳۶] در تحقیق دیگر گزارش شده در آمریکا در سال ۲۰۰۵ آمده است که ۸۹ درصد از افراد تمایل داشتند در صورت امکان، دسترسی و کنترل پرونده پزشکی‌شان با خود آن‌ها باشد. [۳۷] و تنها ۱۹ درصد افراد تمایلی به استفاده از اطلاعات خود را نداشتند. [۲۳]

۸۲ درصد والدین نیز تمایل دارند پرونده سلامت کودکانشان را نگهداری کنند [۳۸] و ۶۵-۶۰ درصد علاقه‌مند به دسترسی به اطلاعات خود از طریق اینترنت یا پرونده سلامت فردی، در صورت وجود یک شبکه مطمئن هستند [۲۴،۳۵]

۹۳.۸ درصد از پزشکان و پرستاران وجود یک پرونده سلامت فردی و ۸۸.۶ درصد وجود قالبی منسجم برای آن را ضروری می‌دانستند. [۳۹] ۷ درصد به علت مسائل محرمانگی و امنیتی تمایل به استفاده از شکل‌های مختلف پرونده سلامت فردی ندارند. [۲۴] که با نتایج تحقیق حاضر همخوانی ندارد. دلیل مغایرت‌ها ممکن است به سبب اطلاعات بیشتر افراد جامعه پژوهش در این تحقیقات نسبت به تحقیق حاضر، در تحقیقات ذکر شده باشد.

سیستم‌های اطلاعاتی در دنیای جدید مفاهیم گذشته را متحول نموده و مفاهیم جدیدی ایجاد نموده، که سلامت اجتماع با توانمندسازی آن‌ها را، به دنبال داشته است و از آنجائی که وظیفه سیاستگذاران، فراهم نمودن زمینه‌های لازم جهت ارتقاء خدمات بهداشتی درمانی است، اولین گام در توانمندسازی بیماران، دادن آگاهی‌های لازم به بیماران و مزایای استفاده از پرونده سلامت فردی می‌باشد، که توصیه می‌گردد.

۳۴.۷ درصد از بیماران، فهم دشوار اطلاعات پزشکی پرونده سلامت فردی را نگران‌کننده ذکر نمودند، این یافته‌ها با نتایجی که گزارش نموده‌اند ۹۰-۶۸ درصد از پاسخ دهندگان نگران مشکلات امنیتی هستند. [۱۴،۲۳،۳۸،۴۰]

در تحقیقی که در سال ۲۰۰۴ آمریکا که برای تعیین نگرش آمریکائی‌ها در خصوص پرونده سلامت فردی صورت پذیرفت، نشان داد ۷۸ درصد تمایل به استفاده از پرونده سلامت فردی برای مرور و یادآوری نحوه دستورات پزشک داشته‌اند، ۵۷ درصد برای تماس با پزشکشان مایلند از پرونده سلامت فردی استفاده کنند. [۳۸] ۷۴ درصد برای ارتباط با پزشکان معالج و تیم درمانی، [۴۲] ۶۰-۵۴ درصد اطمینان از مصرف صحیح دارو، [۱۵، ۱۲] ۸۲ درصد برای دریافت جواب آزمایش [۲۴، ۴۳] که با نتایج این تحقیق مغایرت دارد، به نظر می‌رسد نیاز جوامع مختلف به پایگاه‌ها و نرم‌افزارهای حمایتی، پرونده سلامت فردی یکسان نیست، از طرف دیگر این امکان وجود دارد که بیماران در کشورما، با عدم آگاهی بیشتری نسبت به رژیم غذایی که بایستی رعایت نمایند، از بیمارستان‌ها ترخیص می‌گردند، که همین امر منجر به افزایش احساس نیاز به اطلاعات مربوط به رژیم غذایی شده است.

نتیجه‌گیری کلی این که، نگهداری اطلاعات پرونده پزشکی توسط بیماران جامعه پژوهشی در مقایسه با سایر تحقیقات در جوامع دیگر که در سایر کشورها انجام شده است، مناسب است و نیاز به تهیه پرونده سلامت فردی احساس می‌گردد، اما نگرانی‌ها و دلایل عدم استفاده از آن با سایر کشورها متفاوت است. لذا پیشنهاد می‌گردد ضمن این که پرونده سلامت فردی تهیه و اجراء می‌گردد، آگاهی‌های لازم نیز به بیماران ارائه گردد. جهت اجرای بهتر پرونده سلامت فردی نیز توصیه می‌گردد، در ابتدا اجرای آن در بخشی از کشور به صورت پایلوت و در حله اول مبتنی بر کاغذ ایجاد گردد، سپس با استقرار تدریجی پرونده الکترونیک سلامت و سیستم‌های اطلاعات بیمارستانی، درگاهی نیز برای دسترسی بیماران به اطلاعات پرونده خود تهیه گردد و در مراحل بعدی پرونده سلامت فردی مستقل تشکیل شود، در مرحله نهایی نیز سیستم‌های پرونده سلامت فردی کامل همراه با پایگاه‌های دانش و نرم‌افزارهای مربوطه تهیه و جهت استفاده افراد ارائه گردد.

هفت درصد به علت مسائل محرمانگی و امنیتی تمایل به استفاده از شکل‌های مختلف پرونده سلامت فردی ندارند. [۲۴] و سایر مطالعاتی که نشان می‌دهد از عوارض کاربرد فناوری اطلاعات مشکلات مربوط به امنیت سیستم‌های اطلاعاتی و محرمانگی است و تهدیدات در این زمینه را به سه دسته اصلی؛ تهدید افشاء، تهدید دستکاری و تهدید تضییق خدمات تقسیم می‌نمایند [۴۱] همخوانی ندارد.

نگرانی‌های مربوط به استفاده از پرونده سلامت فردی در کشورمان، نسبت به سایر کشورها که پرونده سلامت فردی دارند، متفاوت می‌باشد. این مسئله ممکن است به دلیل تفاوت‌های فرهنگی در کشورهای مختلف نسبت به کشور ما باشد. شایسته است پرونده‌های سلامت فردی، توسط وزارت متبوع و سایر سازمان‌های ذیصلاح به نحوی طراحی گردد که بتواند مورد استفاده بیماران کشورمان قرار گیرد. پیشنهاد می‌گردد در مراحل اول از انواع پرونده‌های سلامت فردی مبتنی بر کاغذ استفاده، و به تدریج با استقرار سایت‌های بیمارستانی، سیستم‌های اطلاعات بیمارستانی، و پرونده الکترونیک سلامت، درگاهی نیز برای دسترسی بیماران به اطلاعات پرونده خود ایجاد و سایر منابع اطلاعاتی به تدریج اضافه گردد. اما باتوجه به این که مهمترین چالش‌های مربوط به استفاده از سیستم‌های کامپیوتر و اینترنتی مسائل امنیتی و محرمانگی می‌باشد لازم است با تدوین و اصلاح قوانین مورد نیاز این مشکل نیز رفع گردد.

۸۰ درصد شرکت‌کنندگان در تحقیق، دریافت اطلاعات درخصوص رژیم غذایی مناسب را مهمترین پایگاه دانش و نرم‌افزارهای حمایتی و سپس آموزش مطالب مرتبط با بیماری (۵۴.۵ درصد) و ارائه دستورمصرف دارو (۴۶.۶ درصد) را ذکر نموده‌اند. تحقیق انجام شده در خصوص تمایل به اتصال به منابع و پایگاه‌های حمایتی برای دریافت اطلاعات مربوط به رژیم غذایی، گزارش نموده است که حدوداً ۵۱ درصد افراد تمایل به دریافت اطلاعات مربوط به رژیم غذایی و دسترسی به متخصصین تغذیه دارند. [۴۲]

References

1. Tang PC, Ash JS, Bates DW, Overhage M, Sands DZ. personal health records: Definitions, benefits, and strategies for overcoming barriers to adoption. *J Am Med Inform Assoc* 2006; 13 (2): 121–126.
2. Sun K. Development of a model and comparison of personal health record and related health sites 2001. [access: 3 Feb 2010]. available online from: www.informatics-review.com/thoughts/ksun.htm.
3. Klein-Fedyshin MS. Consumer health informatics—integrating patients, providers, and professionals online. *Med. Ref. Serv. Q* 2002; 21 (3): 35–50.
4. Sittig DF. Personal health records on the Internet: a snapshot of the pioneers at the end of the 20th century. *Int J Med Inform* 2002; 65 (1): 1–6.
5. AHIMA e-HIM Personal Health Record Work Group, Defining the personal health record: AHIMA releases definition, attributes of consumer health record. *J AHIMA* 2005; 76 (6): 24–25.
6. Institute of Medicine. *Crossing the Quality Chasm: A New Health System for the Twenty-First Century*. Washington: National Academy Press; 2001.
7. Lee M, Delaney C, Moorhead S. Building a personal health record from a nursing perspective international journal of medical informatics 2007;76: 308–316
8. Kupchunas WR. Personal health record: new opportunity for patient Education. *Orthop Nurs* 2007; 26(3): 185-91.
9. Markle Foundation Connecting for Health A Public-Private Collaborative. the Personal Health Working Group. [accessed at: 8 June 2009]. available online from; www.connectingforhealth.org/resources/final_phwg_report1.pdf.
10. Waegemann CP. EHR vs. CPR vs. EMR, *Healthcare Informatics Online* 2003, [access at: 8 Feb 2010] available online from: www.dcc.fc.up.pt/~lfa/ICMCC07AC.doc.
11. Clarke J, Meiris DC. Electronic personal health records come of age. *Am J Med Qual* 2006; 21 (3): 5–15.
12. Harris Interactive. Two in five adults keep personal or family health records and almost everybody thinks this is a good idea. [Accessed at: March 30 2008], Available online from: http://www.harrisinteractive.com/news/newsletters/healthnews/HI_HealthCareNews2004Vol4_Iss13.pdf.
13. Tang CP, Lansky D. the Missing Link: Bridging the Patient –Provider Health Information Gap. *HEALTH AFFAIRS* 2005; 24(5): 1290-1295
14. Green LA, Fryer GE, yawn BP, Lanier D, Dovey SM. the ecology of medical care revisited. *New Engl J Med* 2001; 344: 2021-2025.
15. Pyper C, Amery J, Watson M, Crook C. Patients' experiences when accessing their online electronic patient records in primary care. *British Journal of General Practice* 2004; 54 (498): 38-43.
16. Ward I, Innes M. Electronic medical summaries in general practice – considering the patient's contribution. *Br J Gen Pract* 2003; 53(489): 293-7.
17. Pagliari C, Detmer D, Singleton P. Electronic Personal Health Records Emergence and Implications for the UK a report to the Nuffield Trust 2007. [Accessed at: Jan 2010], available online form: <http://www.nuffieldtrust.org.uk/ecomms/.../ElecPersonalRecordsII.pdf>.
18. American Aging Retired Person, Global Focus on Personal Health Record. [accessed at: 05 jan 2010], Available online form: http://www.aarpinternational.org/gra_sub/gra_sub_show.htm?doc_id=541055.
19. Detmer D, Steen E. Learning from Abroad: Lessons and Questions on Personal Health Records for National Policy. [accessed at; 05 jan 2010], available online from; http://assets.aarp.org/rgcenter/health/2006_10_phr_abroad.pdf.

20. Ahmadi M, Rangraz Jeddi F, Gohari MR, Sadoughi F. A review of the personal health records in select countries and iran. [Accessed at: 18 March 2009], Available online from: http://www.Parhammedical.or/farsi/e_general.asp.
21. Connecting for Health (National Health Service). The Clinical Development of the NHS Care Records Service2005g. [accessed July 2009], Available online from: <http://www.connectingforhealth.nhs.uk/crdb>.
22. Greenhalgh T, Wood GW, Bratan T, Stramer K, Hinder S. Patients' attitudes to the summary care record and HealthSpace: qualitative study BMJ 2008; 336: 1290-1295.
23. Markle Foundation. Attitudes of Americans Regarding Personal Health Records and National Electronic Health Information Exchange. [Accessed at Dec 2009]. Available online from: http://www.connectingforhealth.org/resources/101105_survey_summary.pdf.
24. NHS. Report of the NHS Pilot is Too Premature to Provide Answers. Personal Electronic Health Record: MySpace or HealthSpace. London; NHS: 2008.
25. Harris Interactive. Few Patients Use or Have Access to Online Services for Communicating with their Doctors, but Most Would Like to 2006. [Accessed at: Sep 2009], Available online from: www.harrisinteractive.com/news/all-newsbydate.asp?NewsID=1096.
26. Leslie H. Commentary: the patient's memory stick may complement electronic health records. Australian Health Review. 2005; 29(4): 401-405.
27. Cimino JJ, Patel VL, Kushniruk AW. What do patients do with access to their medical records? Medinfo 2001;10(2): 1440-1444
28. Cimino JJ, Patel VL, Kushniruk AW. The patient clinical information system (PatCIS): technical solutions for and experience with giving patients access to their electronic medical records.Int J Med Inform 2002; 68(1-3): 113-127.
29. Masys D, Baker D, Butros A, Cowles KE. Giving patients access to their medical records via the Internet: the PCASSO experience. J Am Med Inform Assoc2002; 9(2): 181-191.
30. De Clercq P, Hasman A, Wolffenbuttle B. A consumer health record for supporting the patient-centered management of chronic diseases. Med Inform Internet Med 2003; 28(2): 117-127.
31. Earnest MA, Ross SE, Wittevrongel L, Moore LA, Lin CT. Use of a patient-accessible electronic medical record in a practice for congestive heart failure: patient and physician experiences. J Am Med Inform Assoc 2004; 11(5): 410-417.
32. Dorr D, et al. Informatics systems to promote improved care for chronic illness: a literature review. J Am Med Inform Assoc 2007; 14(2): 156-163.
33. Garrido T, Jamieson L, Zhou Y, Wiesenthal A, Liang L. Effect of electronic health records in ambulatory care: retrospective, serial, cross sectional study. BMJ 2005; 330(7491): 581- 593.
34. Tuil WS, Hoopen AJ, Braat D, Vries Robbe PF, Kremer A. Patient -centred Care: Using Online Personal Medical Records in IVF Practice, Human Reproduction 2006 ; 21(11): 2955-2959.
35. Haagen EC, Tuil W, Hendriks J, de Bruijn RP, Braat DD, Kremer JA. Current Internet use and preferences of IVF and ICSI patients. Hum Reprod 2003: 18; 2073-2078.
36. Adams W, Mann A, Bauchner H. Parental knowledge and satisfaction following receipt of a computer-based personalized pediatric primary care report card. J Am Med Inf. Assoc 2001; 8: 844-861.
37. Lake Research Partners. Survey finds Americans Want Electronic Personal Health Information to Improve Own Health Care 2006. [Accessed at: Feb 2009.], available online from: http://www.lake_research.com.



38. Britto TA, Wimberg J. Pediatric Personal Health Record: Current Trends and Key Challenges .Pediatrics 2009; 123; 97-99. Available online from: http://pediatrics.org/cgi/content/full/123/Supplement_2/S97.
39. Ahmadi M, Sadougi F, Gohari M, Rangraz Jeddi F, Personal Health Record, Information Technology in Future of Health Care Systems: Physicians and Nurses View. Health Information Management. In press. [Persian]
40. Hassol A, et all. Patient experiences and attitudes about access to a patient electronic health care record and linked web messaging. J Am Med Inform Assoc 2004; 11(6): 505-13.
41. Karila A. Information Security in E-work, in Telework 2001-Report of the 8th European Assembly on New Ways to Work. Helsinki 2001; 12-14(9): 78-81.
42. Bryce LC, et all. Value Versus User Fees: Perspectives of Patients Before and After Using a Web-Based Portal for Management of Diabetes. Telemedicine and e-Health 2008; 14(10): 1035-1043
43. Sands ZD, Building the health Informatics Chunnel. [Accessed May 2009], Available online form: <http://mit-docs.sbu.ac.ir/2-MIT/Dr.%20L.Nazarimaneh/Lecture%20Notes/03-01.pdf>.



Personal Health Record, Patient- Oriented Care Through Patient- Oriented Information: Kashan Teaching Hospitals Patient`s Views

Ahmadi M.¹ / Sadoughi F.² / Gohari M.³ / Rangraz-jeddi F.⁴

Abstract

Introduction: Personal Health Records (PHR) allows access patients complete health information, and support of self-care improve quality of care with education, facilitate patient – physicians and. This study was aimed to determine view of points of inpatients about PHR.

Methods: In a cross-sectional study was done on 461 patients at hospitals affiliated in Kashan University of Medical Sciences are studied with a reliable (spearman-Brown, $r = 0.8$) and valid (face and content) questionnaire in two section, demographic information and study objects in 2008. Data are collected with interviews; processed by SPSS software, and presented as descriptive statistics.

Results: some 46.6% of participants keep her or his medical information, 87% of patients who didn't keep medical information claims that they did not have knowledge about PHR benefits. Meanwhile 85.7percent want to access their information for emergency, and 80% want to get information about dietitian through PHR.

Discussion: Appling PHR is needed, but patients have not knowledge about necessity and benefits of PHR. We suggest education, and primarily apply PHR based on paper and, then with constitution of hospital site, hospital information system, and electronic health record apply a portal for patient use and finally constitution of complete PHR systems.

Keywords: *Personal Health Record, Care, Patient, Information, Point of View*

• Received: 09/Jan/2010 • Modified: 10/May/2010 • Accepted: 15/June/2010

1. Associate Professor of Medical Records and Health Information Technology Department, school of Management and Medical Information Science, Tehran University of Medical Science, Tehran, Iran
2. Associate Professor of Health Information Management Department, School of Management and Medical Information Science, Tehran University of Medical Science. Tehran, Iran
3. Assistant Professor of Biostatistics Department ,school of Management and Medical Information Science, Tehran University of Medical Science. Tehran, Iran
4. Ph.D Student of Health Information Management, School of Management and Medical Information Science, Tehran University of Medical Science, Tehran, Iran, Corresponding Author (rangrazeeddi_f@kaums.ac.ir)