مجله انفورماتیک سلامت و زیست پزشکی
مرکز تحقیقات انفورماتیک پزشکی
دوره سوم شماره اول. ص ٦٤-٥٧، ١٣٩٥

مقاله پژوهشی

مطالعه تطبیقی عناصر اطلاعاتی تاریخچه و ارزیابی وضعیت روانی در کشورهای منتخب

امیر رضایی اردانی[1]، لیلا احمدیان[2]، خلیل کیمیافر[3]، فائزه روحانی[4]، زهرا ابن‌حسینی[5]*

• **دریافت مقاله:** ۹۴/۵/۳۱ • **پذیرش مقاله:** ۹۴/۱۰/۱۲

مقدمه: با توجه به اهمیت ثبت دقیق اطلاعات تاریخچه و ارزیابی وضعیت روانی و تأثیر آن در درمان فعلی و آتی بیماران، این مطالعه با هدف تعیین عناصر اطلاعاتی در فرم تاریخچه و ارزیابی وضعیت روانی انجام گردید.

روش: مطالعه حاضر به روش توصیفی- تطبیقی انجام شد. اطلاعات مورد نیاز از طریق بررسی فرم‌های موجود برای ثبت ارزیابی وضعیت روانی بیماران گردآوری شد. در نهایت ۹ فرم تاریخچه و ارزیابی وضعیت روانی از ایالات متحده، یک فرم از استرالیا و یک فرم از فرانسه و دو نمونه فرم از ایران که در کشورهای مذکور برای ثبت تاریخچه و ارزیابی وضعیت روانی بیماران روانی بیشتر کاربرد داشتند بررسی گردید. پس از تهیه جداول تطبیقی، فهرست جامعی از عناصر اطلاعاتی مربوط به ثبت تاریخچه و ارزیابی وضعیت روانی تهیه گردید. عناصر اطلاعاتی استخراج شده به روش تجمیع پایین به بالا طبقه‌بندی شدند.

نتایج: در مجموع ۵۸ تعداد داده از فرم‌های تاریخچه و ارزیابی وضعیت روانی استخراج گردید. این داده‌ها در گروه‌های اصلی از قبیل اطلاعات دموگرافیک، سوابق بیمار، علایم فعلی بیماری، ارزیابی حالات روانی، ارزیابی ریسک خودکشی، شرایط رفتاری/احساسی، فرآیند تفکر، ارزیابی سوء مصرف مواد، ارزیابی ایمنی/ خشونت خانوادگی، تشخیص‌های چند محوری و نوع درمان یا طرح درمان طبقه¬بندی شده اند.

نتیجه¬گیری: مطالعه حاضر یک نمای کلی از داده‌هایی که در حوزه روان‌پزشکی در زمینه فرم تاریخچه و ارزیابی وضعیت روانی مورد توجه قرار گرفته است، به پژوهشگران ارایه می‌دهد.

کلید واژه¬ها: عناصر اطلاعاتی، فرم تاریخچه، ارزیابی وضعیت روانی

• **ارجاع:** رضایی اردانی امیر، کیمیافر خلیل، روحانی فائزه، احمدیان لیلا، ابن حسینی زهرا. مطالعه تطبیقی عناصر اطلاعاتی تاریخچه و ارزیابی وضعیت روانی در کشورهای منتخب. مجله انفورماتیک سلامت و زیست پزشکی ۱۳۹۵؛ ۳(۱): ۶۴-۵۷.

۱. متخصص روانپزشکی، استادیار روانپزشکی، مرکز تحقیقات روان‌پزشکی و علوم رفتاری، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران.
۲. دکتری انفورماتیک پزشکی، دانشیار، مرکز تحقیقات انفورماتیک پزشکی، پژوهشکده آینده‌پژوهی در سلامت، دانشگاه علوم پزشکی کرمان، کرمان، ایران.
۳. دکتری مدیریت اطلاعات سلامت، استادیار، گروه مدارک پزشکی و فناوری اطلاعات سلامت، دانشکده پیراپزشکی، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران.
۴. کارشناس مدارک پزشکی، گروه مدارک پزشکی و فناوری اطلاعات سلامت، دانشکده پیراپزشکی، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران.
۵. دانشجوی دکتری انفورماتیک پزشکی، گروه انفورماتیک پزشکی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران.
* **نویسنده مسؤول:** مشهد، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، دانشکده پزشکی، گروه انفورماتیک پزشکی
• **شماره تماس:** ۰۹۳۷۰۸۰۲۰۱۱ • **Email:** ebnehoseiniz1@mums.ac.ir•

[Downloaded from jhbmi.ir on 2026-11-06]

مقدمه

اختلالات روانی دامنه وسیعی از اختلالات از جمله اختلال در تفکر، احساس، رفتار، قضاوت و روابط غیر طبیعی را در بر می گیرند. بیماری‌هایی مانند اسکیزوفرنی، اختلالات خلقی، سندرم های اضطرابی، اختلالات وابسته به مواد و اختلالات شخصیت جزء بیمارهای روانی هستند که می‌توان برای درمان موفق آن‌ها برنامه‌ریزی نمود [۱]. شیوع این اختلالات بالا گزارش شده است. آمار به دست آمده از کشورهای عضو اتحادیه اروپا پیشنهاد می‌کند ۲۷ درصد جمعیت عمومی بزرگسال در طول یک سال اختلالات روانی را تجربه کرده‌اند و این آمار در حال افزایش است [۲]. مؤسسه بهداشت روان بریتانیا نیز اعلام نموده است یک نفر از هر چهار نفر (معادل ۲۵ درصد) در طول یک سال اختلال روانی قابل تشخیص را تجربه می‌کند [۳].

سازمان بهداشت جهانی در سال ۲۰۰۸ اعلام کرده است که خدمات درمانی مناسب به افراد مبتلا به اختلالات عصبی و روانی ارایه نمی‌گردد، به طوری که میلیون‌ها نفر از اختلالات روانی رنج می‌برند ولی درمان دریافت نمی‌کنند [۱]. این سازمان به منظور کاهش این مشکل برنامه‌ای با عنوان "ابزار ارزیابی سیستم‌های بهداشت روان " WHO-AIMS (Health Organization Assessment Instrument for Mental Health Systems) تدوین نموده است که بخشی از آن مربوط به سیستم اطلاعات اختلالات روانی است. از آنجایی که سیستم‌های اطلاعاتی ابزار قدرتمندی برای ارزیابی برنامه‌های درمانی و پیشگیری در زمینه بهداشت روان می‌باشند، کشورهای عضو سازمان بهداشت جهانی باید شاخص‌های بهداشت روان را در سیستم‌های اطلاعاتی و گزارش‌دهی پایش کنند [۴].

گردآوری اطلاعات تنها هدف سیستم اطلاعات بهداشت روان نیست، بلکه این سیستم باید بتواند به ارایه اطلاعات در تمام جنبه‌های سیستم بهداشت روان به منظور اخذ تصمیم آگاهانه بپردازد. پنج اصل طراحی سیستم اطلاعات بهداشت روان عبارت بودند از: ۱- بررسی تمام نیازهای ذی‌نفعان سیستم اطلاعات بهداشت روان و اجرای سیستم در یک بخش کوچک با چشم انداز توسعه آن ۲- استفاده از شاخص‌ها ۳- ایجاد یک مجموعه حداقل داده ۴- ایجاد یک سیستم اطلاعات کاربر پسند ۵- برقراری ارتباط سیستم اطلاعات بهداشت روان با سایر سیستم های اطلاعاتی از جمله سیستم اطلاعات بیمارستانی HIS(Hospital Information System) از این رو طراحی مجموعه حداقل داده برای بیماران مبتلا به اختلالات روانی که نیازهای درمانی پیچیده‌ای دارند، علاوه بر آن که منجر به ارایه خدمات یکپارچه و هماهنگ می‌گردد، بهبود نتایج درمان برای این بیماران را نیز به دنبال دارد [۵]. به عنوان مثال نظام ملی سلامت انگلستان در سال ۲۰۱۴ آخرین ویرایش مجموعه حداقل داده‌ها برای بهداشت روان و ناتوانی در یادگیری را منتشر نمود [۶]. این در حالی است که نتایج تحقیقات مختلف حاکی از مستندسازی ضعیف و عدم وجود نظام کارآمد برای ثبت اختلالات روانی است. سازمان بهداشت جهانی در همین راستا اعلام نموده است بسیاری از کشورها مخصوصاً کشورهای در حال توسعه نظام اطلاعاتی مناسبی در این زمینه ندارند [۴].

مکین و همکاران در تحقیقی که انجام دادند بر این نکته تأکید کردند که اختلالات شناختی و روانی اغلب توسط ارایه کنندگان خدمات درمانی به رسمیت شناخته نمی‌شوند و در پرونده‌های پزشکی به صورت ناقص مستندسازی می‌گردند [۷]. وجود مستندات ناقص در مطالعات ایرانی نیز گزارش شده است. همچنین بسیاری از فرم‌های روان‌پزشکی فاقد محتوای مناسب می‌باشند [۸]. نتایج مطالعه احمدی و همکاران در زمینه بررسی میزان ثبت اطلاعات پزشکی توسط گروه‌های آموزشی بالینی در پرونده بیماران بستری در بیمارستان‌های شهر کاشان، حاکی از آن است که گروه اطفال بیشترین (۸۵/۹ درصد) و گروه روان پزشکی کمترین (۷۰/۸ درصد) میزان مستندسازی اطلاعات را داشتند [۹]. نتایج تحقیقات لطف‌نژاد و همکاران نیز نشان می دهد با وجود این که توسعه قابل توجهی در طول چند دهه اخیر در بخش مراقبت بهداشت روان در کشور صورت پذیرفته است اما توجه چندانی به مستندسازی اطلاعات بهداشت روان نشده است و در حال حاضر یک نظام کارآمد ملی برای مستندسازی اطلاعات بهداشت روان که بتواند نیازهای این بخش را برآورده کند وجود ندارد [۱۰].

از سوی دیگر نتایج مطالعه‌ای در انگلستان نشان می‌دهد مصاحبه‌کنندگان در یک چهارم مصاحبه‌های تشخیصی روان پزشکی وقایعی را گزارش می‌کنند که منجر به تشخیص نادرست، تأخیر انجام آزمایش‌ها یا درمان بیمار می‌گردد [۱۱]. ارزیابی روانی یک فرآیند تصمیم‌گیری با هدف توصیف، طبقه بندی، تشریح و پیش‌بینی می‌باشد. با استفاده از یک سیستم راهنما برای گردآوری و تفسیر اطلاعات تشخیصی می‌توان اطمینان حاصل نمود که ارزیابی روانی توسط متخصصین روان پزشکی به صورت کامل انجام شده است و تشخیص صحیح و روش درمانی مناسب برای بیمار انتخاب شده است [۱۲]. از آنجا

[Downloaded from jhbmi.ir on 2026-11-06]

که اقلام اطلاعاتی در پرونده‌های روانی درک واضحی از زندگی بیمار فراهم می‌کنند، وجود اقلام اطلاعاتی ناقص در این پرونده ها متأثر از فقدان جریان هدایت کننده بر درک صحیح بیمار تأثیر منفی می‌گذارد. به نظر می‌رسد ایجاد چک لیست‌های اختصاصی در زمینه اختلالات روانی یکی از راه‌های افزایش کیفیت مستندات پروندهای روانی و مقابله با این مسئله است [۸].

لذا با توجه به اهمیت ثبت دقیق اطلاعات بیماران روانی و تأثیر آن در درمان فعلی و آتی بیمار، این مطالعه با هدف تعیین عناصر اطلاعاتی در فرم تاریخچه و ارزیابی وضعیت روانی بیماران روان‌پزشکی انجام گردید.

روش

مطالعه حاضر به روش توصیفی- تطبیقی انجام شد. اطلاعات مورد نیاز از طریق بررسی فرم‌های موجود برای ثبت شرح حال و ارزیابی وضعیت روانی بیماران روان‌پزشکی گردآوری شد. علی رغم جستجوهای صورت گرفته برای به دست آوردن فرم‌های مستندسازی شرح حال و وضعیت روانی در بین کشورهایی که ساختار آموزشی – درمانی مشابه با کشور ایران دارند، منجر به شناسایی ۹ فرم تاریخچه و ارزیابی وضعیت روانی از ایالات متحده آمریکا، یک فرم از استرالیا و یک فرم از فرانسه و دو فرم از ایران گردید. علت استفاده از فرم‌های متعدد، تمایل به شناسایی روش‌های گوناگون مستندسازی و دسترسی به عناصر اطلاعاتی متنوع‌تر بود. از آنجا که منابع آموزشی روان‌پزشکی در مقاطع تحصیلی پزشکی عمومی و دستیاری تخصصی روان پزشکی کتب منتشر شده در ایالات متحده آمریکا می‌باشند، بدیهی است که فراوانی فرم‌های این کشور در میان فرم‌های برگزیده بیشتر بود. پس از تهیه جداول تطبیقی، فهرست جامعی از عناصر اطلاعاتی مربوط به ثبت تاریخچه و ارزیابی وضعیت روانی تهیه گردید. عناصر اطلاعاتی استخراج شده به روش تجمیع پایین به بالا طبقه‌بندی شدند. عناصر اطلاعاتی بر اساس سرعنوان‌های موجود در فرم‌های تاریخچه و ارزیابی وضعیت روانی در ۱۴ گروه اصلی دسته‌بندی شدند. همچنین زیر گروه‌ها و عناصر اطلاعاتی هر دسته نیز مشخص گردید. در این پژوهش با توجه به پراکندگی داده‌ها مطابق با مطالعات مشابه فهرستی از داده‌هایی که در بیش از ۲۵٪ از فرم‌ها گزارش شده بود، تهیه گردید [۱۳].

نتایج

در این مطالعه از مجموعه فرم‌های تاریخچه و ارزیابی وضعیت روانی مورد بررسی ۱۲۷ عنصر اطلاعاتی استخراج شد و در ۱۴ گروه اصلی قرار گرفت. ۵۸ عنصر اطلاعاتی در بیشتر از ۲۵ درصد فرم‌های تاریخچه و ارزیابی وضعیت روانی تکرار شده بودند. جدول ۱ تمام گروه‌های اصلی به همراه زیر گروه‌ها و عناصر اطلاعاتی را نشان می‌دهد. جدول ۲ عناصر اطلاعاتی را نشان می‌دهد که در بیشتر از ۲۵ درصد مطالعات تکرار شده است.

اطلاعات دموگرافیکی دارای دو زیر گروه اصلی اطلاعات هویتی و سوابق شغلی و تحصیلی است. اطلاعات هویتی در اغلب فرم های روان‌پزشکی چهار کشور وجود داشتند، البته عنصر اطلاعاتی نژاد/قومیت در فرم‌های ایران وجود نداشت. همچنین سوابق شغلی و تحصیلی در سه فرم آمریکا، دو فرم استرالیا، یک فرم فرانسه و یک فرم ایران وجود داشت. فرم تاریخچه و ارزیابی وضعیت روانی در ایران فقط دارای دو عنصر اطلاعاتی میزان تحصیلات و محل تحصیل و فرم فرانسه فاقد عنصر اطلاعاتی میزان تحصیلات و محل تحصیل بود و همچنین فرم های آمریکا و استرالیا سایر عناصر اطلاعاتی در این گروه را در بر می‌گرفتند.

سوابق بیمار دارای ۷ زیر گروه است که عبارت بودند از: سوابق روان‌پزشکی، سوابق دارویی، سابقه درمان غیر روان‌پزشکی، تاریخچه رشد، سلامت روان خانواده، روابط و خانواده کنونی و حقوقی. بررسی‌ها در این مطالعه نشان می‌دهد: زیر گروه سوابق روان‌پزشکی در چهار فرم آمریکایی، دو فرم استرالیا، یک فرم فرانسه و یک فرم در ایران وجود داشت. فرم تاریخچه و ارزیابی وضعیت روانی در ایران فقط دارای زیر گروه سابقه بستری شدن بیمار و فرم فرانسه دارای زیر گروه سابقه بستری و داروهای حین بستری بود. زیر گروه تاریخچه روابط و خانواده کنونی در برخی فرم‌های آمریکا، استرالیا و ایران وجود داشت، اما در فرم فرانسه وجود نداشت. زیر گروه‌های تاریخچه حقوقی، سابقه درمان غیر روان‌پزشکی در برخی فرم‌های آمریکا و استرالیا وجود داشتند، اما در فرم‌های ایران و فرانسه وجود نداشتند. زیر گروه سوابق دارویی نیز در برخی از فرم‌های آمریکا، استرالیا و فرانسه وجود داشت، اما در فرم‌های تاریخچه و ارزیابی وضعیت روانی ایران وجود نداشت.

گروه اصلی تاریخچه رشد فقط در فرم تاریخچه و ارزیابی وضعیت روانی ایران وجود نداشت. در فرم کشور فرانسه برای این گروه اصلی، عنصر اطلاعاتی خاصی تعریف نشده بود تا مصاحبه‌گر به صورت متن باز اطلاعات تاریخچه رشد را مستند

[Downloaded from jhbmi.ir on 2026-11-06]

کند. فرم‌های آمریکا و استرالیا سایر عناصر اطلاعاتی را نیز در بر می‌گرفتند.

گروه اصلی ارزیابی ریسک خودکشی در چهار فرم آمریکا، دو فرم استرالیا، یک فرم فرانسه و یک فرم ایران وجود داشت. فرم تاریخچه و ارزیابی وضعیت روانی در ایران فقط دارای عنصر اطلاعاتی آسیب بیمار به خود و فرم فرانسه فقط دارای دلیل یا موقعیت مسبب حالت بیمار بود. فرم‌های آمریکا و استرالیا سایر عناصر اطلاعاتی را نیز در بر می‌گرفتند.

گروه اصلی فرآیند تفکر در برخی از فرم‌های آمریکا و استرالیا وجود داشت، اما در فرم‌های ایران و فرانسه وجود نداشت.

گروه‌های اصلی شرایط رفتاری احساسی، ارزیابی حالات روانی و ایمنی/ خشونت خانوادگی، علایم فعلی، توانایی عملکردها و فعالیت‌های روزانه، بررسی حالات فیزیکی، فرآیند تفکر و تشخیص چند محوری در برخی فرم‌های آمریکا و استرالیا وجود داشتند، اما در فرم‌های ایران و فرانسه وجود نداشتند.

گروه اصلی نوع درمان یا طرح درمان فقط در یک فرم تاریخچه و ارزیابی وضعیت روانی ایران وجود داشت. همچنین گروه اصلی نتیجه درمان فقط در یک فرم آمریکا وجود داشت.

جدول ۱: کلیه عناصر اطلاعاتی استخراج شده به همراه گروه بندی آن‌ها

ردیف	گروه اصلی عناصر اطلاعاتی	زیر گروه‌ها	
۱	اطلاعات دموگرافیک	اطلاعات هویتی	نام و نام خانوادگی، جنسیت، سن، وضعیت تأهل و نژاد/قومیت.
		سوابق شغلی و تحصیلی	میزان تحصیلات، محل تحصیل، خدمت سربازی، وضعیت کاری در حال حاضر.
۲	سوابق بیمار	سوابق بیماری روان‌پزشکی	سابقه بستری شدن بیمار، سابقه خانوادگی بیماری‌های روانی، سابقه سوء مصرف مواد، سابقه سوء استفاده فیزیکی و جنسی.
		سوابق دارویی	حساسیت‌های دارویی و داروهای مورد استفاده بیمار.
		سابقه بیماری غیر روانپزشکی	بیماری قلبی، بیماری کبدی، ضربه به سر، فشار خون، دیابت، کلسترول بالا، سرطان، مشکلات تنفسی، درد یا خستگی‌های مزمن و تشنج.
		تاریخچه رشد	مکان تولد، سبک زندگی خانواده، پیش از تولد و نوزادی، مهم‌ترین واقعه در دوره کودکی، مشکلات در اوایل کودکی، مشکلات نوجوانی و کودکی، مشکلات در اوایل بزرگسالی، مهم‌ترین واقعه در دوره نوجوانی، مهم‌ترین واقعه در دوره بزرگسالی، تاریخچه جنسی، مشکلات و مسائل مردانه و مشکلات و مسائل زنانه.
		تاریخچه سلامت روان خانواده	وجود سابقه مشکلات روانی در خانواده.
		تاریخچه روابط و خانواده کنونی	چگونگی رابطه با خانواده، چگونگی رابطه با همسر، چگونگی رابطه با فرزند، تعداد و سن فرزندان.
		تاریخچه حقوقی	سابقه دستگیر شدن، سابقه مشکل حقوقی در سنین کودکی و سابقه هرگونه مشکل حقوقی در رابطه با سوء مصرف مواد.
۳	علایم فعلی	خلق افسرده، ناتوانی در لذت بردن از فعالیت، کاهش یا افزایش میل جنسی، ناتوانی در تمرکز، بی خوابی یا پرخوابی، حملات اضطراب، ناتوانی در تمرکز، افزایش رفتار های پر خطر، کاهش اشتها، احساس گناه بیش از حد، افزایش تحریک‌پذیری و توهم.	
۴	ارزیابی حالات روانی	نحوه پیدایش/تظاهر بیماری، صحبت کردن بیمار، تأثیر پذیری بیمار، پردازش افکار، محتوای فکر، هوش و حواس، خطر صدمه به خود، خطر صدمه زدن به دیگران، سوابق قانونی– درگیری‌های اخیر قانونی و تجربه خشونت	
۵	ارزیابی ریسک خودکشی	داشتن افکار خودکشی، داشتن سابقه اقدام به خودکشی یا صدمه عمدی به خود، نحوه آسیب به خود، مکانی که آخرین بار بیمار کنترل خود را از دست داده است، دلیل یا موقعیت مسبب حالت بیمار، عواملی که باعث کنترل مجدد رفتار بیمار می‌شود.	
۶	شرایط رفتاری/احساسی	حالات اضطرابی، حالات افسردگی، حالات ناتوانی/ناامیدی، احساس گناه، نگرانی جسمی، حالت خصومت، حالات بدگمانی، مشارکت اجتماعی، تمرکز حواس، حالات خوشی، بیش فعالی حرکتی، اختلال گفتاری، حالات بزرگ نمایی، ایده‌های غیرمعمول، حالات توهم و حرکات عقب ماندگی.	
۷	فرآیند تفکر	توهم، هذیان، وسواس و ترس	
۸	بررسی حالات فیزیکی	تغذیه، ارزیابی گوارش، ارزیابی سیستم ادراری، ارزیابی حسی – عصبی، ارزیابی پوست، ارزیابی استراحت و خواب، فشار خون، دمای بدن و راه رفتن/ حرکات فعال	
۹	ارزیابی سوء مصرف مواد	سابقه درمان سوء مصرف مواد، رژیم غذایی مربوط به درمان سوء مواد، بررسی حالت بیمار پس از مصرف مواد و ارزیابی برنامه درمانی انجام شده.	
۱۰	ایمنی/ خشونت خانوادگی	احساس امنیت در زندگی، صدمه فیزیکی یا جنسی به سایر افراد، دلیل استرس در زندگی، کاری که زمان استرس بیمار انجام میدهد وحالت احساسی بیمار.	
۱۱	توانایی عملکردها و فعالیت‌های روزانه	استراحت و میزان خواب، میزان سرگرمی‌ها، توانایی مراقبت از خود و مهارت‌های ارتباطی.	
۱۲	تشخیص‌های چند محوری	–	
۱۳	نوع درمان یا طرح درمان	درمان دارویی، درمان با اغماء انسولین، روان درمانی با دارو، درمان با الکتروشوک، روان درمانی سبک، کادر درمانی و روان درمانی عمیق.	
۱۴	نتیجه درمان	بهبودی کامل، بهبودی متوسط، بهبودی مختصر و بهبود نیافته.	

[Downloaded from jhbmi.ir on 2026-11-06]

جدول ۲: تعداد عناصر اطلاعاتی که در ۲۵ درصد از متون مطالعه شده وجود داشته است به تفکیک گروه های اصلی

گروه اصلی		تعداد فرم‌های تاریخچه و ارزیابی وضعیت روانی که حداقل یکی از عناصر اطلاعاتی در آن گروه را گزارش نموده اند.	تعداد کل عناصر اطلاعاتی در هر گروه	عناصر اطلاعاتی که دربیش از ۲۵٪ فرم ها گزارش شده اند.
اطلاعات دموگرافیک	اطلاعات هویتی	۱۱	۵	نام و نام خانوادگی (۱۱)، جنسیت (۱۱)، سن (۱۱)، وضعیت تأهل (۱۰) و نژاد/قومیت (۱۱)
	سوابق شغلی و تحصیلی	۷	۴	میزان تحصیلات (۵)، محل تحصیل (۵) و وضعیت کاری در حال حاضر (۴)
	سوابق دارویی	۶	۲	در دوره نوجوانی (۴)، مهم‌ترین واقعه در دوره بزرگسالی (۴) و تاریخچه جنسی (۶) حساسیت های دارویی (۵) داروهای مورد استفاده بیمار (۵)
سوابق بیمار	سابقه درمان غیر روانپزشکی	۴	۱۰	فاقد عنصر اطلاعاتی با تکرار بیشتر از ۲۵ درصد
	تاریخچه رشد	۵	۱۲	مکان تولد (۴)، سبک زندگی خانواده (۴)، پیش از تولد و نوزادی (۴)، مهم-ترین واقعه در دوره کودکی (۴)، مشکلات در اوایل بزرگسالی (۴)، مهمترین واقعه
	تاریخچه سلامت روان خانواده	۶	۱	وجود سابقه مشکلات روانی در خانواده (۶)
	تاریخچه روابط و خانواده کنونی	۵	۵	چگونگی رابطه با خانواده (۵)، چگونگی رابطه با همسر (۵)، چگونگی رابطه با فرزند (۵)، تعداد فرزندان (۵) و سن فرزندان (۵)
	تاریخچه حقوقی	۴	۳	سابقه دستگیر شدن (۴)
علایم فعلی بیماری		۴	۱۲	فاقد عنصر اطلاعاتی با تکرار بیشتر از ۲۵ درصد
ارزیابی حالات روانی		۵	۱۰	خطر صدمه زدن به دیگران (۵)، سوابق قانونی- درگیری های اخیر قانونی (۵) و تجربه خشونت (۵)
ارزیابی ریسک خودکشی		۸	۶	داشتن افکار خودکشی (۵)، داشتن سابقه اقدام به خودکشی یاصدمه عمدی به خود (۴)، نحوه آسیب به خود (۷)، مکانی که آخرین بار بیمار کنترل خود را از دست داده است (۴) و دلیل یا موقعیت مسبب حالت بیمار (۴)
شرایط رفتاری/احساسی		۷	۱۶	حالات اضطرابی (۶)، حالات افسردگی (۷)، حالات ناتوانی/ناامیدی (۶)، احساس گناه (۶)، نگرانی جسمی (۶)، حالت خصومت (۶)، حالات بدگمانی (۶)، مشارکت اجتماعی (۸)، تمرکز حواس (۵)، حالات خوشی (۶)، بیش‌فعالی حرکتی (۵)، اختلال گفتاری (۵)، حالات بزرگ‌نمایی (۵)، ایده‌های غیرمعمول (۵)، حالات توهم (۶) و حرکات عقب ماندگی (۵)
فرآیند تفکر		۶	۴	توهم (۵)، هذیان (۵)، وسواس (۵) و ترس (۵)
ارزیابی سوء مصرف مواد		۶	۴	رژیم غذایی مربوط به درمان سوء مواد (۴) و بررسی حالت بیمار پس از مصرف مواد (۴)
ارزیابی ایمنی/ خشونت خانوادگی		۴	۵	احساس امنیت در زندگی (۴)، صدمه فیزیکی یا جنسی به سایر افراد (۴) و حالت احساسی بیمار (۴)
تشخیص‌های چند محوری		۵	۰	فاقد عنصر اطلاعاتی با تکرار بیشتر از ۲۵ درصد
نوع درمان یا طرح درمان		۴	۷	فاقد عنصر اطلاعاتی با تکرار بیشتر از ۲۵ درصد

بحث و نتیجه گیری

اغلب فرم‌های تاریخچه و ارزیابی وضعیت روانی بررسی شده در این مطالعه مشتمل بر دو بخش دموگرافیکی و روان‌پزشکی بودند. داده‌های هویتی به منظور شناسایی دقیق بیمار گردآوری می‌گردند و داده‌های روان‌پزشکی در خلال انجام مصاحبه کامل با بیمار گزارش می‌شوند. مشخص بودن عناصر اطلاعاتی ضروری، بر روند مصاحبه درمان‌گر تأثیرگذار است و می‌تواند نقایص احتمالی مصاحبه و ارزیابی بالینی روان‌پزشکی را کاهش دهد. به منظور بهبود قابلیت اطمینان به تشخیص‌هایی که برای بیماران مطرح می‌شود، پیشنهاد شده است متخصصان روان پزشکی ارزیابی روانی را با استفاده از ابزارهای استاندارد از جمله مصاحبه‌های ساختارمند انجام دهند [۱۳].

بر اساس نتایج حاصل از این پژوهش، در فرم‌های اخذ تاریخچه بیماری و ارزیابی وضعیت روان‌پزشکی استرالیا و آمریکا، عناصر اطلاعاتی بیشتری نسبت به فرم‌های مشابه در فرانسه و به خصوص ایران وجود داشت. با توجه به این که عناصر اطلاعاتی مرتبط با بیمارهای روانی در فرم‌های تاریخچه و ارزیابی وضعیت روانی در ایران بسیار کم هستند، به نظر می‌رسد سیاست‌گذاران عرصه مستندسازی کشور در طراحی فرم‌های اخذ شرح حال روان‌پزشکی توجه چندانی به اهمیت مستندسازی روان‌پزشکی نداشته‌اند. در چنین شرایطی تدوین مجموعه حداقل داده‌های بهداشت روان امکان گردآوری داده‌های بیماران را در سطوح مختلف فراهم می‌کند. با تحلیل این داده‌ها کیفیت ارایه مراقبت از بیمار افزایش می‌یابد و متخصصین می‌توانند از داده‌های گردآوری شده در برنامه‌های درمانی استفاده کنند. همچنین مجموعه حداقل داده‌های بهداشت روان در ارزیابی بالینی،

[Downloaded from jhbmi.ir on 2026-11-06]

تحقیقات، برنامه‌ریزی خدمات درمانی، تحلیل‌های ملی و منطقه ای و پایش سیاست‌های دولتی نیز قابل استفاده است. از این رو استخراج ۵۸ عنصر اطلاعاتی مشترک با تکرار بالا (بیش از ۲۵ درصد) از فرم‌های مورد مطالعه، به عنوان بستری برای طراحی ابزارها و فرم‌های استاندارد قابل استناد روان‌پزشکی مفید و ضروری می‌باشد. عناصر فوق الذکر در گروه‌های اصلی شامل اطلاعات دموگرافیک، سوابق بیمار، علایم فعلی بیماری، ارزیابی حالات روانی، ارزیابی ریسک خودکشی، شرایط رفتاری/احساسی، فرآیند تفکر، ارزیابی سوء مصرف مواد، ارزیابی ایمنی/ خشونت خانوادگی، تشخیص‌های چند محوری و نوع درمان یا طرح درمان تقسیم‌بندی شدند. بررسی‌ها نشان داد اگر چه تعداد عناصر اطلاعاتی موجود در فرم‌های کشور ایران کمتر از عناصر اطلاعاتی فرم‌های مورد بررسی سایر کشورها بود، لیکن گروه‌های اصلی تفاوت چندانی بین گروه‌ها نداشتند؛ به عبارت دیگر قالب معمول مستندسازی شرح حال روان‌پزشکی در ایران و سایر کشورها تفاوت چندانی ندارد، بلکه توجه به عناصر متنوع در هر گروه اصلی در بین فرم‌های ایرانی کمتر صورت پذیرفته است. از این رو به نظر می‌رسد همان گونه که وزارت بهداشت استرالیا با هدف ارایه خدمات درمانی بهتر به بیماران مبتلا به اختلالات روانی در سال ۲۰۱۴ مجموعه داده‌های حداقلی با عنوان «شرکا در بهبود» را ایجاد نموده است [۵]، ضروری است ضمن حمایت از تدوین مجموعه داده‌های حداقلی روان‌پزشکی، شرایط بازبینی فرم تاریخچه و ارزیابی وضعیت روانی در ایران فراهم گردد. بدیهی است در این راستا، استفاده از عناصر اطلاعاتی حاصل از این پژوهش و پژوهش‌های مشابه می‌تواند راهگشا باشد.

از محدودیت‌های این پژوهش می‌توان به موارد زیر اشاره نمود:

۱- جهت جمع‌آوری نمونه‌های فرم‌های اخذ تاریخچه و ارزیابی وضعیت روانی محدودیت وجود داشت و علی‌رغم تلاش‌های تیم تحقیقاتی، در نهایت تعداد ۱۳ فرم در مجموع مورد مطالعه قرار گرفت.

۲- با توجه به تفاوت‌های فرهنگی بین کشورهای مورد مطالعه و وابسته بودن سندرم‌های روان‌پزشکی به فرهنگ، می‌توان نگرانی‌هایی در باب تفاوت‌های فرهنگی بین فرم‌های کشورهای اروپای غربی و ایالات متحده با فرم‌های استاندارد مورد نیاز کشورمان مطرح نمود. در خصوص رفع این محدودیت به نظر می‌رسد ارایه نتایج به دست آمده در این پژوهش به گروهی از متخصصان زبده و استفاده از نظرات ایشان در قالب روش‌های پژوهشی همچون برقراری کنفرانس دلفی می‌تواند در کاهش تأثیر تفاوت‌های فرهنگی بر نتایج کاربردی این پژوهش مؤثر باشد.

۳- عناصر اطلاعاتی پرونده‌های بستری کشورهای در حال توسعه در ارتباط با نظام بیمه‌ای این کشورها می‌باشند که این امر در کشور ما تاکنون مورد توجه نظام‌های بیمه گر نبوده است. لذا فرم‌های مورد استفاده از سایر کشورها می‌توانند حاوی عناصری باشند که در نهایت با نظام بیمه‌ای کشور ما همسو نباشند. به نظر می‌رسد با توجه به اهمیت موضوع مناسب باشد در زمان کاربردی نمودن نتایج پژوهش حاضر از کارشناسان سازمان‌های بیمه‌گر نیز برای شرکت در مجموعه متخصصان شرکت کننده در کنفرانس دلفی دعوت به عمل آید.

از جمله نقاط قوت این مطالعه می‌توان به این مسئله اشاره نمود که مطالعه حاضر یک نمای کلی از داده‌هایی که در حوزه روان پزشکی مورد توجه قرار گرفته است به پژوهشگران ارایه می دهد.

References

1. World Health Organization (WHO). Mental disorders; 2015. [cited 2015 May 22]. Available from: http://www.who.int/topics/mental_disorders/en/

2. World health organization (WHO). Prevalence of mental disorders; 2015. [cited 2015 May 22]. Available from:http://www.euro.who.int/en/health-topics/noncommunicable-diseases/mental-health/data-and-statistics

3. Mental Health Foundation. Mental Health Statistics: UK & Worldwide; 2015. [cited 2015 May 23]. Available from: http://www.mentalhealth.org.uk/help-information/mental-health-statistics/UK-worldwide

4. World Health Organization (WHO). Child and adolescent mental disorders. 2015. [cited 2015 May 22]. Available from: http://www.who.int/mental_health/mhgap/evidence/child/en/

5. World Health Organization (WHO). Mental Health Policy and Service Guidance Package: Mental health information systems; 2005. [cited 2015 May 22]. A http://www.who.int/mental_health/policy/en/policy_plans_revision.pdf

6. Information Standards Board for Health and Social Care. Mental Health and Learning Disabilities Data Set; 2015. [cited 2015 May 22] Available from:http://webarchive.nationalarchives.gov.uk/+/http://www.isb.nhs.uk/library/standard/76

7. Mackin RS, Areán PA. Incidence and documentation of cognitive impairment among older adults with severe mental illness in a community mental health setting. Am J Geriatr Psychiatry. 2009;17(1):75-82.

[Downloaded from jhbmi.ir on 2026-11-06]

8. Mirhosseini F. Rngrzjdy Fatima, Reza Rezaei, Mohammad Reza Rezaei singular. Evaluation of medical information recorded by the Department of clinical training in patient records in hospitals in 1382. Iranian Journal of Medical Education. 1384; 5(14)

9. Ahmadi M, Hosseini F, Barabadi M. A Survey on the compatibility of the Hospital Information Systems (HIS) with the needs of medical records users from the system. J Health Adm. 2008; 11 (32):25-32. Persian.

10. Lotfnezhad AH, Zare FE, Rezaei HP. Comparative study of mental health registry system of United Kingdom, Malaysia and Iran. Health Information Management. 2009; 6(1):1-10. Persian.

11. Groenier M, Beerthuis VR, Pieters JM, Witteman CL, Swinkels Jan A. Swinkels. Psychologists' Diagnostic Processes during a Diagnostic Interview. Psychology. 2011; 2(9): 917-24.

12. Gutheil TG, Simon RI, Pope K, Sadoff R. Empty words in psychiatric records: Where has clinical narrative gone. Psychiatric Times. 2011;28(12):16.

13. Ahmadian L, Cornet R, Kalkman C, de Keizer NF; NVA Working Group Minimal Dataset for Preoperative Assessment. Development of a national core dataset for preoperative assessment. Methods Inf Med. 2009; 48(2):155-61.

[Downloaded from jhbmi.ir on 2026-11-06]

Original Article

Journal of Health and Biomedical Informatics
Medical Informatics Research Center
2016; 3(1): 57-64

Comparative Study of Data Elements in Psychiatric History and Assessment Forms in Selected Countries

Amir Rezaei Ardani[1], Leila Ahmadian[2], Khalil Kimiyafar[3], Faezeh Rohani[4], Zahra Ebnehoseini[5]*

• **Received:** 21 Aug, 2015 • **Accepted:** 1 Jan, 2016

Introduction: Considering the importance of accurate documentation in psychiatric history and mental assessment and its effect on the current and future treatment among patients, this study aimed to determine data elements in the psychiatric history and mental assessment forms.
Method: This is a descriptive-comparative study. Using psychiatric history and assessment forms, the required data were gathered in this study. Finally, all psychiatric history and mental assessment forms gathered from the selected countries including the United States (n=9), Australia (n=1), France (n=1), Iran (n=2) were assessed. After preparing the comparative tables, a comprehensive list of data elements related to the psychiatric history and assessment was provided. Using bottom up approach the extracted data elements were categorized.
Results: In total, 58 data elements including demographic data, patient history, current symptoms of disease, evaluation of psychological states, suicide risk assessment, behavioral/emotional conditions, thinking process, drug abuse assessment, family safety/violence assessment, multi-axial diagnosis and treatment type/plan were extracted from psychiatric history and assessment forms.
Conclusion: The present study provides a general view of important data elements considered for documentation in psychiatric history and assessment forms.

Key words: Data Element, Psychiatric History, Assessment Forms

• **Citation:** Rezaei Ardani A, Ahmadian L, Kimiyafar K, Rohani F, Zahra Ebnehoseini Z. Comparative Study of Data Elements in Psychiatric History and Assessment Forms in Selected Countries. Journal of Health and Biomedical Informatics 2016; 2(4): 57-64.

1. Psychiatrist, Assistant Professor of Psychiatry, Psychiatric and Behavioral Sciences Research Center, Mashhad University of Medical Sciences, Mashhad, Iran.
2. Ph.D. in Medical informatics, Associate Professor, Medical Informatics Research Center, Institute for Futures Studies in Health, Kerman University of Medical Sciences, Kerman, Iran
3. Ph.D. in Health Information Management, Assistant Professor, Medical Records and Health Information Technology Dept., School of Para Medical, Mashhad University of Medical Sciences, Mashhad, Iran.
4. B.Sc. in Medical Records Medical Records and Health Information Technology Dept., School of Para Medical, Mashhad University of Medical Sciences, Mashhad, Iran.
5. Ph.D. Student in Medical informatics, Medical Informatics Dept., School of Medical, University of Medical Sciences, Mashhad, Iran.

***Correspondence**: Medical Informatics Dept., School of Medical, Mashhad, Mashhad University of Medical Sciences,
• **Tel:** 09370802011 • **Email:** ebnehoseiniz1@mums.ac.ir

[Downloaded from jhbmi.ir on 2026-11-06]