

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ



کتابداری دقیق و شخصی سازی شده: متناسب سازی اطلاعات مبتنی بر شواهد با نوع فعالیت بالینی



مدرس:

دکتر موسی بامیر



هدف کارگاه

این کارگاه با **هدف** توانمندسازی کتابداران و مدیران مراکز اطلاع‌رسانی و آشنایی شرکت‌کنندگان با مفاهیم بنیادین کتابداری شخصی سازی شده برگزار خواهند شد که در سرفصل‌های زیر ارائه می‌گردد:

✓ کتابداری دقیق چیست؟

✓ کتابداری شخصی سازی شده چیست؟

✓ چالش‌های پیاده‌سازی کتابداری دقیق و شخصی‌سازی شده در مدیریت شواهد پزشکی

✓ عملیاتی کردن کتابداری دقیق و شخصی‌سازی شده در مدیریت شواهد پزشکی

اندکی تأمل!!!!

بخشی از مرگ‌های ناشی از خطای پزشکی، ناشی از **شخصی سازی نشدن اطلاعات** است، آیا قبول می‌کنید این وظیفه ما کتابداران است؟

آیا می‌دانستید، یک کتابدار می‌تواند نقش نجات‌دهنده انسان از **مرگ** را ایفا کند؟

شواهد حاکی است:

- ❑ طبق اعلام WHO، سالانه حدود ۲.۶ میلیون نفر در کشورهای پیشرفته در اثر **خطاهای پزشکی** جان خود را از دست می‌دهند و در کشورهای کم‌درآمد این رقم بسیار بالاتر است.
- ❑ انجمن پزشکی آمریکا (AMA): **خطاهای پزشکی** یکی از ۳ علت اصلی مرگ و میر در جهان است.
- ❑ **خطاهای پزشکی** سالانه بیش از ۴۰ میلیارد دلار به اقتصاد سیستم‌های سلامت آسیب می‌زند.
- ❑ گزارش Joint Commission (سازمان اعتباربخشی سلامت): نشان می‌دهد که حدود ۷۰ درصد از **خطاهای پزشکی** ناشی از شکست اطلاعاتی است، این یعنی اگر اطلاعات دقیق، شفاف و در زمان درست نباشد، خطا حتمی است.
- ❑ طبق گزارش‌های سازمان‌های بین‌المللی، **خطای پزشکی** در رده‌های **اول** علت‌های مرگ و میر غیرعمدی در جهان قرار دارد.
- ❑ تخمین زده می‌شود که خطای پزشکی سالانه باعث مرگ ۲۵۰,۰۰۰ نفر در سال در ایالات متحده می‌شود.
- ❑ تحقیقات نشان می‌دهد که بخش بزرگی از واکنش‌های **سوء دارویی** به دلیل عدم تطابق داروی تجویز شده با پروفایل **ژنتیکی** بیمار است.

آمار

- ✓ مدل‌های مبتنی بر پزشکی دقیق می‌توانند تا ۴۰ تا ۶۰ درصد از خطاهای ناشی از واکنش‌های سوء دارویی را کاهش دهند.
- ✓ با ترکیب علم اطلاعات و پزشکی دقیق، می‌توان خطاهای دارویی و تشخیصی را تا بیش از ۵۰ درصد کاهش داد.
- ✓ تحقیقات نشان می‌دهد که میانگین زمان تبدیل یک یافته علمی جدید به یک پروتکل درمانی در بیمارستان‌ها، ۱۷ سال است!
- ✓ بسیاری از دوزهای دارویی و پروتکل‌های تشخیص که بر پایه مطالعات مرد-محور طراحی شده‌اند، در زنان منجر به تشخیص اشتباه یا مسمومیت دارویی می‌شوند.
- ✓ تحقیقات نشان می‌دهد که نادیده گرفتن ویژگی‌های فردی (مانند پلی‌ژنی یا تداخلات دارویی شخصی) یکی از دلایل اصلی خطاهای دارویی است که خود یکی از عوامل اصلی مرگ‌ومیر در بیمارستان‌هاست
- ✓ در علوم پزشکی، این موضوع تحت عنوان عدم تطابق شواهد با ویژگی‌های بیمار شناخته می‌شود.

مثال

اجازه دهید با یک **مثال ملموس** این فرآیند را فهم پذیرتر کنیم.
فرض کنید پزشک با بیماری روبرو است که **فشار خون** بالا دارد، اما همزمان دچار **نارسایی کلیه** است.

اگر پزشک به اطلاعات عمومی اکتفا کند، ممکن است بر اساس یک راهنمای کلی، دارویی را تجویز کند که برای اکثر مردم عالی است، اما برای این بیمار به دلیل نارسایی کلیه، **سمی** است. این یک **خطای پزشکی** است.

اما اگر ما از **کتابداری دقیق** استفاده کنیم، من به عنوان کتابدار، تمام آن مقالات عمومی را کنار می‌گذارم و فقط به سراغ مطالعاتی می‌روم که دقیقاً روی **بیماران با نارسایی کلیه** انجام شده‌اند.

اما اگر این خدمت به صورت کتابداری **شخصی‌سازی شده** باشد، پیش از آنکه پزشک از من بپرسد، یک خلاصه بسیار کوتاه برای او آماده می‌کنم که می‌گوید: با توجه به سطح کراتینین بیمار، داروهای گروه X ممنوع و داروهای گروه Y با دوز اصلاح شده پیشنهاد می‌شوند.

مثال

- به جای ارسال فهرستی از مقالات درباره بیماری، باید مشخص شود:
- بیمار چه نوع بیماری دارد؟
 - سن، جنس، بیماری‌های همراه و داروهای او چیست؟
 - پرسش پزشک درباره تشخیص است یا درمان؟
 - آیا مسئله درباره اثربخشی دارو، عارضه، تداخل دارویی یا پیش‌آگهی است؟
 - سن و جنس؛
 - تشخیص احتمالی؛
 - بیماری‌های همراه؛
 - داروهای مصرفی؛
 - حساسیت‌های دارویی؛
 - نتایج آزمایش‌ها یا داده‌های ژنتیکی مرتبط؛
 - شرایط بارداری، نارسایی کلیه یا کبد؛
 - عوامل اجتماعی و محیطی مؤثر بر درمان.

- ✓ امروز، حجم اطلاعاتی که هر روز در دنیای **پزشکی** تولید می‌شود، فراتر از توان پردازش مغز انسان و حتی سیستم‌های دیجیتال ساده است.
- ✓ بر این اساس ما با پدیده‌ای به نام **انفجار اطلاعات** روبرو هستیم. اما مشکل اصلی، کمبود اطلاعات نیست؛ مشکل، گم شدن حقیقت در میان انبوهی از داده‌ها است.
- ✓ ما در گذشته با چالش دسترسی به اطلاعات روبرو بودیم، اما امروز با چالش **غربالگری** اطلاعات مواجهیم.
- ✓ در عصر انفجار اطلاعات کنونی، پزشکان و ارائه دهندگان خدمات درمانی اغلب با **سیلی** از داده‌ها مواجه می‌شوند.
- ✓ اگر بخواهیم بر اساس اطلاعات **عمومی** یا همان **میانگین‌های** آماری، برای هر بیمار تصمیم بگیریم، دچار یک اشتباه استراتژیک می‌شویم = عدم تطابق اطلاعات با نیاز دقیق بالینی = **خطای پزشکی**
- ✓ چون هیچ انسانی، **میانگین** نیست! هر بیمار، با ترکیب منحصر به فرد ژنتیک، محیط زندگی و تاریخچه پزشکی خود، یک نیاز اطلاعاتی خاص است که به پاسخ‌های اختصاصی نیاز دارد، نه پاسخ‌های عمومی
- ✓ این یعنی خروج از مدل خدمات **یکسان** برای همه و تطابق اطلاعات با نیاز دقیق بالینی

- ✓ با این تغییر جهت و شتاب فزاینده تحولات در بخش مراقبت‌های بهداشتی، گواهی بر آغاز **عصری نو** در پزشکی هستیم.
- ✓ با این نگاه؛ در سال‌های اخیر، **سه** مفهوم کلیدی؛ پزشکی **شخصی‌سازی شده** (Personalized Medicine)، پزشکی **دقیق** (Precision Medicine) و پزشکی **پیش‌گیرانه/پیش‌دستانه** (Preemptive Medicine) ظهور کرده و در حال **تثبیت** خود به عنوان ستون‌های اصلی پزشکی آینده هستند.
- ✓ این رویکردها، نویدبخش دوران جدیدی برای سلامت می باشند، که فراتر از حالت عمومی و مرسوم گذشته حرکت می‌کنند و بر ضرورت فزاینده بازنگری در اصول و راهبردهای **خطاهای پزشکی** تأکید دارند.
- ✓ در این **مدل**، خدمات اطلاعاتی بر اساس پروفایل تخصصی، نیازهای پژوهشی لحظه‌ای و ویژگی‌های بیولوژیک بیمار طراحی می‌شود.
- ✓ در این پارادایم، کتابدار به عنوان یک شریک استراتژیک در **تیم درمان** شناخته می‌شود.
- ✓ کتابدا در این پارادایم، **مترجم دانش بالینی** است.
- ✓ کتابداری شخصی سازی شده یعنی اطلاعات علمی برای همه افراد به یک شکل فراهم **نشود** بلکه بر اساس نوع بیمار، نوع فعالیت درمانگر، زمان تصمیم گیری و امکانات موجود در مرکز درمانی آماده شود.

پزشکی دقیق **Precision Medicine** تمرکز اصلی بر **داده و دسته‌بندی** است.

✓ در اینجا پزشکان از داده‌های بیولوژیک (مثل ژنتیک)، محیطی و سبک زندگی استفاده می‌کنند تا بیماران را به زیرگروه‌های دقیق‌تری تقسیم کنند و دارویی را تجویز کنند که برای آن گروه خاص از افراد (با ویژگی‌های ژنتیکی مشابه) بیشترین اثربخشی را دارد.

✓ مثال: تجویز داروی **X** برای همه بیماران سرطان ریه نیست، بلکه برای بیمارانی است که جهش ژنتیکی **Y** را دارند.

✓ پزشکی شخصی‌سازی شده **Personalized Medicine** تمرکز اصلی بر **فرد و مراقبت ویژه** است.

✓ این مفهوم تأکید دارد که درمان باید **مختص یک نفر** طراحی شود. فراتر از ژنتیک، اینجا ترجیحات بیمار، شرایط روانی، تاریخچه زندگی و نیازهای خاص آن فرد در لحظه در نظر گرفته می‌شود.

✓ مثال: پزشک نه تنها بر اساس ژنتیک، بلکه با توجه به اینکه این بیمار خاص به عوارض جانبی داروها بسیار حساس است یا سبک زندگی‌اش اجازه مصرف دارو در ساعت خاص را نمی‌دهد، برنامه درمانی‌اش را تغییر می‌دهد.

❖ کتابداری دقیق در بالینی (Precision Librarianship)

این یعنی تطبیق خودکار منبع با پروتکل های درمانی.

در اینجا تمرکز بر این است که سیستم یا کتابدار، دقیقاً همان چیزی را پیدا کند که با وضعیت بیولوژیک و ژنتیکی بیمار همخوانی دارد.

مثال: پزشک برای یک بیمار با یک جهش ژنتیکی خاص، از کتابدار می پرسد: برای این جهش خاص، چه پروتکل دارویی وجود دارد؟. کتابدار دقیق، به جای دادن تمام پروتکل های درمان آن بیماری، فقط پروتکل هایی را می آورد که دقیقاً با آن مشخصات ژنتیکی مطابقت دارند.

خلاصه: یعنی دقت در انتخاب منبع بر اساس ویژگی های بیولوژیک بیمار.

❖ کتابداری شخصی سازی شده در بالینی (Personalized Clinical Librarianship)

این یعنی تطبیق منبع با شرایط زندگی و ترجیحات فردی بیمار و پزشک.

در اینجا تمرکز بر این است که اطلاعات بت نیازهای لحظه ای فرد سازگار باشد.

خلاصه: یعنی تطبیق محتوا با ویژگی های انسانی و رفتاری بیمار خاص.

اصطلاح **پزشکی دقیق**، به یک مدل پیشرفته و نوین در مراقبت‌های بهداشتی اشاره دارد که برخلاف رویکرد سنتی یک نسخه برای همه، درمان‌ها و پیشگیری‌ها را بر اساس ویژگی‌های **خاص هر فرد** تنظیم می‌کند.

در واقع، هدف این است که "درست‌ترین درمان را، برای درست‌ترین بیمار، در درست‌ترین زمان" ارائه دهد.

پزشکی دقیق، با بهره‌گیری از داده‌های ژنتیکی، مولکولی، محیطی و سبک زندگی **هدف‌گیری** مداخلات را امکان‌پذیر می‌سازد.

این اصطلاح بر روی داده‌های **زیستی و مولکولی** تمرکز دارد. وقتی از کلمه دقیق استفاده می‌کنیم، منظورمان این است که ما با استفاده از داده‌های بسیار ریز مثل نقشه‌ی ژنتیکی، پروتئین‌ها و نشانگرهای زیستی، دقیقاً می‌دانیم که در سطح سلولی چه اتفاقی می‌افتد.

کتابداری دقیق: فرآیند مدیریت و ارزیابی شواهد علمی به گونه‌ای است که اطلاعات نه به صورت عمومی، بلکه به صورت تخصصی‌شده برای یک بیمار **خاص**، یک پروتکل درمانی **خاص** و در بافتار **خاص** و برای یک درمانگر **خاص** ارائه شود.

فرآیندی است که در آن کتابدار، به جای ارائه حجم انبوهی از نتایج جستجو، اطلاعات را با دقت بسیار بالا فیلتر، غربالگری و خلاصه می‌کند تا دقیقاً همان چیزی که پزشک برای تصمیم‌گیری برای بیماری **خاص** در همان لحظه نیاز دارد، ارائه شود.

کتابداری دقیق، رویکردی است که در آن اطلاعات نه بر اساس موضوعات کلی، بلکه بر اساس ویژگی‌های منحصربه‌فرد هر بیمار و نیازهای **خاص** هر متخصص ارائه می‌شود.

هدف این است که اطلاعات دقیقاً در زمان نیاز و در **قالبی** که برای تصمیم‌گیری‌های حساس پزشکی قابل استفاده باشند، در اختیار درمانگر قرار گیرد.

الف) دقت در محتوا:

در محیط بالینی، خطای اطلاعاتی یعنی مرگ. کتابداری دقیق بر فیلتر کردن نویزهای اطلاعاتی و دانش‌های کذب یا آلوده تمرکز دارد. این یعنی اطمینان از اینکه آخرین دستورالعمل‌های به‌روز شده و تایید شده در اختیار پزشک قرار می‌گیرد.

ب) شخصی‌سازی بر اساس بافتار:

اطلاعات باید با نیاز کاربر تطبیق یابد.

مثال: اگر یک متخصص بیهوشی در حال مدیریت یک بیمار با جهش ژنتیکی خاص در متابولیسم دارو است، کتابدار دقیق نباید یک مقاله عمومی درباره بیهوشی به او بدهد؛ بلکه باید اطلاعات اختصاصی مربوط به آن جهش ژنتیکی و تعامل دارویی آن را در اختیار او بگذارد.

ج) سرعت و زمان‌بندی:

دقت بدون سرعت در بالین بی‌معناست. کتابداری دقیق یعنی ادغام سیستم‌های مدیریت دانش در پشتیبان‌های تصمیم‌یار بالینی، به طوری که اطلاعات در لحظه نیاز ظاهر شوند.

د) مدیریت داده‌های چندوجهی:

کتابدار دقیق باید بتواند میان داده‌های متنی، داده‌های ساختاریافته مانند نتایج آزمایشگاه و ژنتیک و داده‌های غیرساختاریافته مانند یادداشت‌های بالینی پیوند برقرار کند.

پزشکی شخصی سازی شده، بیشتر بر روی فرد تمرکز دارد.

یعنی هدف این است که درمان را از حالت عمومی خارج کنیم و آن را با ویژگی‌های شخصی بیمار (مثل سن، وزن، سبک زندگی و تاریخچه داده‌های بالینی فرد) هماهنگ کنیم. این اصطلاح کمی حالت روان‌شناختی و سبک زندگی دارد؛

مثلاً وقتی می‌گوییم رژیم غذایی شما شخصی‌سازی شده است، یعنی براساس عادات‌های شما طراحی شده است.

پزشکی شخصی‌سازی شده بر تطبیق مداخلات با ویژگی‌ها، نیازها و شرایط خاص هر فرد تمرکز دارد. کتابدار شخصی سازی شده یعنی؛ خدمات اطلاعاتی بر اساس پروفایل تخصصی، نیاز فردی، سطح دانش و بیماری هر فرد طراحی شود؛

یعنی گذار از ارائه خدمات عمومی برای همه به ارائه خدمات اختصاصی برای هر فرد و ارائه اطلاعات بر اساس پروفایل بیمار.

ما نباید فقط اطلاعات بدهیم؛ ما باید اطلاعات منطبق بر ویژگی‌های فردی ارائه دهیم.

کتابداری شخصی‌سازی شده فرآیند شناسایی، تحلیل و پاسخگویی به نیازهای اطلاعاتی منحصربه‌فرد هر فرد در کتابداری شخصی‌سازی شده، تمرکز از منابع به فرد تغییر می‌کند.

مدل تبدیل اطلاعات از شواهد عمومی به تصمیم بالینی شخصی سازی شده

مرحله اول: اطلاعات خام و عمومی

در این مرحله ما با انبوهی از داده‌ها روبرو هستیم که برای میانگین جمعیت تولید شده‌اند.

مثال: یک مطالعه که می‌گوید داروی ایکس برای کاهش فشار خون در بزرگسالان موثر است.

مشکل در بالین: این اطلاعات برای پزشک کافی نیست زیرا پزشک با یک فرد روبرو است نه یک میانگین.

مرحله دوم: اعمال فیلتر کتابداری دقیق

در این مرحله کتابدار با استفاده از مهارت‌های جست‌وجوی پیشرفته، اطلاعات را از حالت عمومی به حالت **بیش مرتبط** تبدیل می‌کند.

اعمال فیلترهای متدولوژیک و علمی.

بر روی بازه سنی مشابه بیمار تمرکز دارند.

از نظر روش‌شناسی بسیار معتبر هستند.

دقیقاً به مداخلات مدنظر پزشک پرداخته‌اند.

و...

مرحله سوم: اعمال فیلتر کتابداری شخصی سازی شده

در اینجا اطلاعات بر اساس پروفایل بیمار بازتعریف می شود.
(الف) متناسب سازی با ویژگی های بیمار:

کتابدار اطلاعات را با پارامترهای خاص بیمار تطبیق می دهد:

پارامتر ژنتیکی: بررسی شواهد مربوط به تاثیر دارو بر جهش های ژنتیکی خاص بیمار.

پارامتر فیزیولوژیک: استخراج شواهد مربوط به دوزهای اصلاح شده برای شرایط خاص بیمار مانند نارسایی کلیوی.

پارامتر محیطی: تطبیق شواهد با رژیم غذایی یا شرایط زندگی بیمار.

(ب) متناسب سازی با نیاز پزشک:

ارائه اطلاعات در قالبی که پزشک در لحظه بحرانی یا راند بالینی بتواند استفاده کند.

۱. کیفیت و پراکندگی داده‌ها

کتابداری دقیق به داده‌های معتبر، ساختاریافته و به‌روز نیاز دارد؛ اما داده‌های بالینی و پژوهشی معمولاً:

- ✓ ناقص، تکراری یا ناسازگارند؛
- ✓ در سامانه‌های جداگانه نگهداری می‌شوند؛
- ✓ با اصطلاحات و قالب‌های متفاوت ثبت شده‌اند؛
- ✓ دارای خطاهای ورود اطلاعات یا کدگذاری هستند؛
- ✓ به سرعت تغییر می‌کنند.

اگر داده‌های ورودی نادرست باشند، خروجی شخصی‌سازی شده نیز ممکن است نادرست یا گمراه‌کننده باشد:

۲. دشواری دسترسی به داده‌های بالینی

برای شخصی‌سازی شواهد، اطلاعاتی مانند سن، تشخیص، داروها، عملکرد کلیه و کبد، حساسیت‌ها و گاهی داده‌های ژنتیکی لازم است. اما کتابدار ممکن است:

- ✓ دسترسی مستقیم به پرونده الکترونیک بیمار نداشته باشد؛
- ✓ فقط به بخش محدودی از داده‌ها دسترسی داشته باشد؛
- ✓ با محدودیت‌های فنی یا سازمانی روبه‌رو شود؛
- ✓ نتواند داده‌های لازم را در زمان مناسب دریافت کند.

۳. نگرانی های محرمانگی و امنیت

- ✓ افشای هویت بیمار؛
- ✓ استفاده ثانویه بدون رضایت؛
- ✓ دسترسی افراد غیرمجاز؛
- ✓ حملات سایبری و باجافزاری؛
- ✓ امکان بازشناسایی بیمار از داده های ظاهراً ناشناس.

۴. سوگیری الگوریتمی

- ✓ بیشتر مربوط به یک گروه سنی، قومی یا جنسیتی باشند؛
- ✓ بیماران کشورهای خاص را نمایندگی کنند؛
- ✓ در آن ها گروه های کم برخوردار کمتر حضور داشته باشند؛
- ✓ شواهد مربوط به جمعیت های متفاوت را به اشتباه به بیمار تعمیم دهند.

۵. کمبود مهارت ها و نقش های جدید

- ✓ داده کاوی و یادگیری ماشین؛
- ✓ سواد داده و ارزیابی کیفیت داده؛
- ✓ انفورماتیک پزشکی؛
- ✓ استانداردهای تبادل داده؛
- ✓ روش شناسی شواهد و ارزیابی فناوری سلامت؛
- ✓ حریم خصوصی و حکمرانی داده؛
- ✓ ارتباط با تیم درمان.

۶. مقاومت فرهنگی و سازمانی

- ✓ نقش کتابدار را صرفاً جست و جوی مقاله بدانند؛
- ✓ به توصیه های خودکار اعتماد نکنند؛
- ✓ نگران دخالت در تصمیم گیری بالینی باشند؛
- ✓ استفاده از سامانه جدید را زمان بر بدانند؛
- ✓ ترجیح دهند به منابع و عادت های قبلی خود تکیه کنند.

۷. محدودیت شواهد برای همه بیماران

- ✓ بیماری های نادر؛
- ✓ سالمندان چندبیماری؛
- ✓ کودکان؛
- ✓ زنان باردار؛
- ✓ بیماران دارای چند دارو؛
- ✓ جمعیت های کمتر مطالعه شده.

۸. هزینه و پایداری

- ✓ پایگاه های اطلاعاتی و ابزارهای تحلیلی؛
- ✓ زیرساخت امن داده؛
- ✓ نیروی متخصص؛
- ✓ اتصال به پرونده الکترونیک؛
- ✓ نگهداری و ارزیابی مداوم سامانه.

مرحله اول:

- ✓ دریافت و روشن سازی پرسش بالینی
- ✓ تبدیل پرسش به ساختار قابل جستجو
- ✓ جستجوی نظام مند و هدفمند
- ✓ ارزیابی کیفیت منابع
- ✓ استخراج و خلاصه سازی شواهد
- ✓ تنظیم پاسخ متناسب با نقش حرفه ای درخواست کننده
- ✓ ثبت فرایند و منابع
- ✓ پیگیری میزان استفاده و بازخورد

مرحله دوم:

- تعیین اولویت پرسش ها
- بررسی تناسب پاسخ با نیاز واقعی بخش
- کمک به تفسیر زمینه بالینی
- مشخص کردن محدودیت های اجرایی
- مشارکت در ارزیابی نهایی خدمت

عملیاتی کردن

مرحله سوم:

- ✓ تعیین سطح دسترسی
- ✓ نظارت بر محرمانگی
- ✓ تدوین شیوه نگهداری و حذف اطلاعات
- ✓ بررسی خطرهای احتمالی ناشی از استفاده نادرست از اطلاعات

مرحله چهارم:

- ✓ ارائه خلاصه در نشست بالینی
- ✓ قراردادن پاسخ در مخزن دانش بیمارستان
- ✓ ایجاد صفحه موضوعی برای هر بخش
- ✓ ارسال هشدار درباره تغییرات مهم دستورالعملی
- ✓ ایجاد مجموعه پاسخ‌های پرتکرار
- ✓ پیوند به منابع در سامانه داخلی بیمارستان
- ✓ ارائه کارت‌های کوتاه آموزشی
- ✓ تشکیل نشست‌های منظم پرسش بالینی و شواهد
- ✓ ایجاد کانال رسمی و کنترل شده برای درخواست‌ها

عملیاتی کردن

با حرکت نظام سلامت به سوی پزشکی دقیق و شخصی سازی شده، کتابداری پزشکی نیز باید از ارائه اطلاعات عمومی فراتر رفته و به سمت کتابداری دقیق و شخصی سازی شده حرکت کند.

در این رویکرد، کتابدار پزشکی تنها فراهم کننده منابع اطلاعاتی نیست، بلکه با تحلیل نیازهای بیمار شواهد علمی مناسب را شناسایی، ارزیابی، پالایش و در قالبی کاربردی ارائه کند.

کتابداری دقیق و شخصی سازی شده با کاهش اطلاعات نامرتبط، افزایش سرعت دسترسی به شواهد معتبر و هماهنگ سازی اطلاعات با شرایط هر بیمار، می تواند به تصمیم گیری بالینی آگاهانه تر و ایمن تر کمک کند.

بنابراین، آینده کتابداری پزشکی در گرو گذار از نقش سنتی واسطه اطلاعات به نقش شریک دانشی و اطلاعاتی در فرایند مراقبت و تصمیم گیری بالینی است.

این رویکرد با ارتقای کیفیت تصمیم گیری های بالینی، موجب کاهش چشمگیر خطاهای پزشکی و افزایش ایمنی بیمار می شود.

تابداری دقیق و شخصی سازی شده در بالین یک پارادایم نوین است که هدف آن پر کردن شکاف بین انبوه داده های علمی و تصمیم گیری در لحظه بر بالین بیمار است.

در این فرآیند، اطلاعات باید سه ویژگی اصلی داشته باشند: نخست، صحت علمی بالا؛ دوم، کاربردی بودن در بافتار بالینی و سوم، شخصی سازی شده بودن بر اساس ویژگی های جمعیت شناختی و بالینی بیمار.

فراهم کردن اطلاعات درست، برای فرد درست، در زمان درست، با سطح جزئیات درست و در بستر تصمیم گیری درست است؛ بدون آنکه کتابدار جایگزین پزشک، پرستار، داروساز یا سایر متخصصان درمانی شود.

Thank You

مقدمه

تشکر و قدردانی