



اصول و مبانی مدیریت حرفه‌ای در نظام شبکه بهداشت و درمان ایران

اثر شورای نویسندگان با سرپرستی کمیته برنامه ریزی تدوین

با همکاری معاونت بهداشت وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، موسسه ملی تحقیقات سلامت و صندوق کودکان ملل متحد

جلد اول
ویرایش اول

 یونیسف
برای همه کودکان

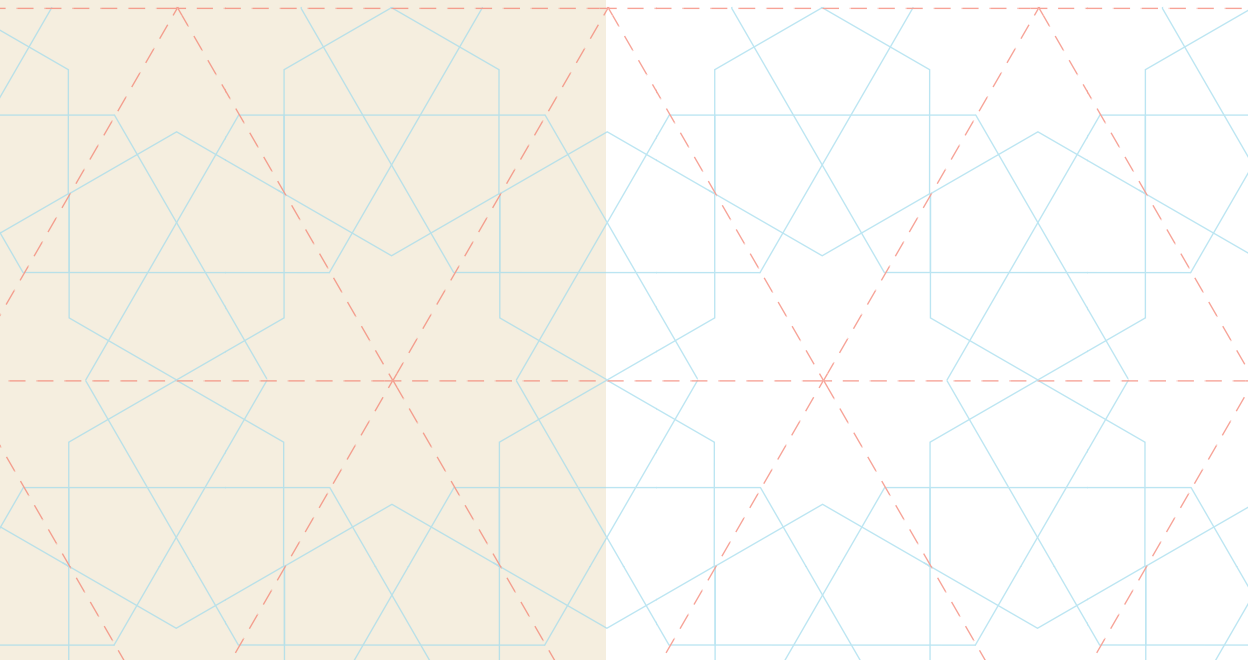

موسسه ملی تحقیقات سلامت
جمهوری اسلامی ایران


معاونت بهداشت

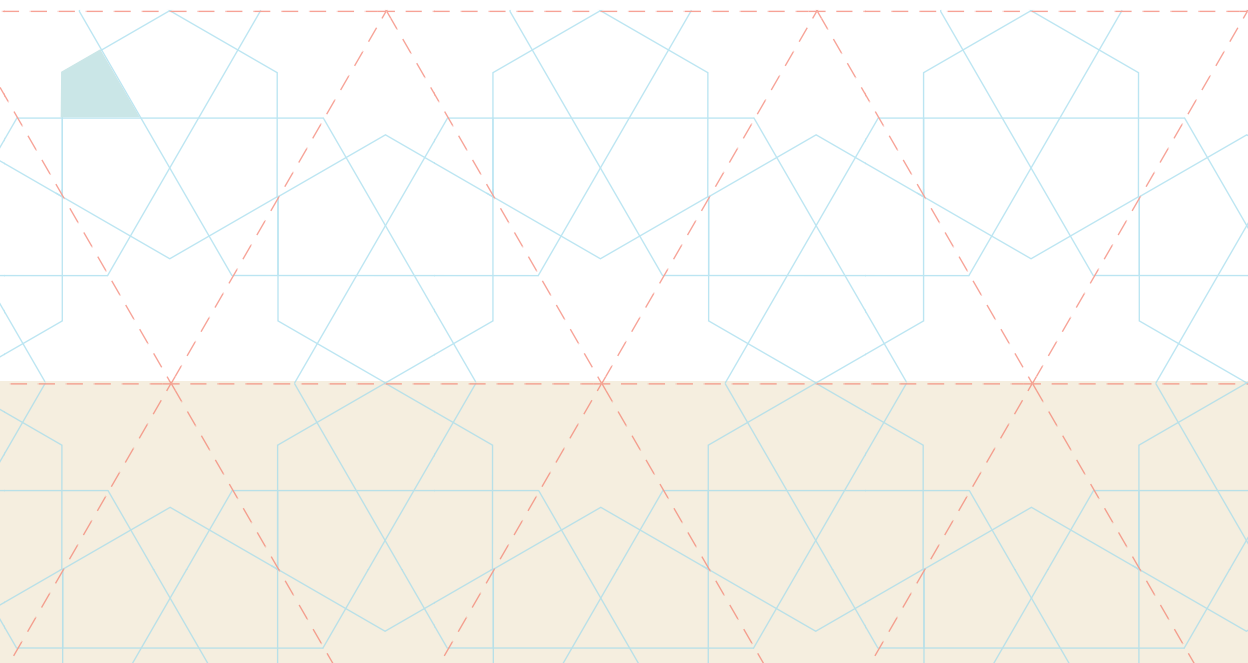

جمهوری اسلامی ایران
وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی



اصول و مبانی
مدیریت حرفه‌ای
در نظام شبکه بهداشت و درمان ایران



اصول و مبانی
مدیریت حرفه‌ای
در نظام شبکه بهداشت و درمان ایران



عنوان و نام پدیدآور: اصول و مبانی مدیریت حرفه‌ای در نظام شبکه بهداشت و درمان ایران / تألیف و گردآوری شورای نویسندگان؛ با سرپرستی کمیته برنامه‌ریزی تدوین؛ به سفارش وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی.

مشخصات نشر: تهران: رویان پژوه، ۱۴۰۴.

مشخصات ظاهری: ۳ ج.؛ مصور، نقشه، جدول، نمودار

شابک دوره: ۲-۵۳۹-۳۲۰-۶۲۲-۹۷۸

ج. ۱: ۱-۵۳۶-۳۲۰-۶۲۲-۹۷۸

ج. ۲: ۲-۵۳۷-۳۲۰-۶۲۲-۹۷۸

ج. ۳: ۳-۵۳۸-۳۲۰-۶۲۲-۹۷۸

وضعیت فهرست نویسی: فیبا

یادداشت: کتاب حاضر با حمایت وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و با همکاری موسسه ملی تحقیقات سلامت و صندوق کودکان ملل متحد منتشر شده است.

کتابنامه.

موضوع: بهداشت -- ایران -- مدیریت

Health services administration -- Iran

سیاست پزشکی -- ایران

Medical policy -- Iran

سلامت پروری -- ایران -- سیاست دولت

Health promotion -- Government policy -- Iran

شناسه افزوده: ایران. وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

Iran. Ministry of Health and Medical Education

موسسه ملی تحقیقات سلامت جمهوری اسلامی ایران

یونیسف

(United Nations Children's Fund (Unicef

رده بندی کنگرد: ۹/الف / RA۳۹۵

رده بندی دیویی: ۳۶۲/۱۰۶۸



اصول و مبانی مدیریت حرفه‌ای در نظام شبکه بهداشت و درمان ایران

تألیف و گردآوری: شورای نویسندگان با سرپرستی کمیته برنامه‌ریزی تدوین

ناشر: رویان پژوه (به سفارش وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی)

ویراستار علمی: دکتر علی اکبری ساری، دکتر اردشیر خسروی، دکتر حامد فتاحی

ویراستار ادبی: انتشارات گپ

طراح جلد: سنا تاج‌مهر

صفحه‌آرایی: فاطمه چهاردولی، احسان رضوانی

نوبت چاپ: اول، ۱۴۰۴

شابک: ۱-۵۳۶-۳۲۰-۶۲۲-۹۷۸

تکثیر، بازنویسی، خلاصه‌برداری و یا برداشت از این کتاب با ذکر منبع و پس از کسب اجازه کتبی از معاونت بهداشت وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی امکان‌پذیر است.

فهرست

- ۷ گفتار وزیر بهداشت، درمان و آموزش پزشکی
- ۹ گفتار معاون بهداشت وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی
- ۱۱ گفتار نماینده یونسف در ایران
- ۱۳ گفتار رییس موسسه ملی تحقیقات سلامت
- ۱۵ نویسندگان هر فصل و وابستگی سازمانی
- ۲۱ فصل اول: مقدمه مدیریت حرفه‌ای در نظام شبکه بهداشت و درمان ایران
- ۲۷ فصل دوم: مدیریت نظام سلامت
- ۴۹ فصل سوم: رهبری در نظام شبکه بهداشتی درمانی
- ۱۱۵ فصل چهارم: حکمرانی خوب در نظام سلامت
- ۱۵۷ فصل پنجم: سیاست‌گذاری سلامت عمومی
- ۲۱۱ فصل ششم: برنامه‌ریزی در نظام سلامت
- فصل هفتم: آشنایی با مفاهیم و راهنمای تدوین برنامه عملیاتی برای مدیران
- ۲۷۹ شبکه‌های بهداشت و درمان کشور
- ۳۱۱ فصل هشتم: مدیریت پروژه
- ۳۵۵ فصل نهم: ارتباطات در حوزه سلامت با تمرکز بر شبکه بهداشت و درمان
- ۴۰۳ فصل دهم: مدیریت برنامه‌های سلامت
- ۴۶۷ فصل یازدهم: پایش و ارزیابی برنامه‌های سلامت



گفتار وزیر بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

شبکه بهداشت و درمان ایران یکی از ارزشمندترین دستاوردهای نظام سلامت کشور است؛ ساختاری که با تکیه بر عدالت، مردمی بودن و رویکرد جامعه‌محور، طی بیش از چهار دهه توانسته است خدمات سلامت را به دورافتاده‌ترین نقاط این سرزمین پهناور برساند. با این حال، جهان امروز با تغییرات پرشتابی در حوزه جمعیت، بیماری‌ها، فناوری و انتظارات اجتماعی روبه‌رو است. پاسخ‌گویی کارآمد به این تغییرات پرشتاب نیازمند بهبود حکمرانی، بازآفرینی ساختار مدیریتی و توانمندسازی مدیران شبکه بهداشت در سطوح مختلف است. مجموعه سه‌جلدی «اصول و مبانی مدیریت حرفه‌ای در نظام شبکه بهداشت و درمان» پاسخی نظام‌مند و مبتنی بر شواهد به این ضرورت است؛ اثری که با بهره‌گیری از تجربه و دانش جمعی از استادان برجسته حوزه سلامت کشور تدوین شده است و می‌تواند به‌عنوان مرجع آموزشی و مدیریتی، مسیر پیشرفت در نظام شبکه را هموار سازد.

این مجموعه با نگاهی جامع به ابعاد مختلف حکمرانی، سیاست‌گذاری، مدیریت منابع، اقتصاد سلامت و مشارکت اجتماعی، می‌کوشد مدیران را برای ایفای نقش مؤثر در تحقق اهداف نظام سلامت توانمند سازد.

لازم می‌دانم از اندیشمندان، مدیران و همکارانی که در طراحی، نگارش و سامان‌دهی این مجموعه ارزشمند نقش آفرینی کرده‌اند، صمیمانه قدردانی نمایم. امید است انتشار این مجموعه گامی مؤثر در جهت ارتقای ظرفیت مدیریتی نظام شبکه، تحقق عدالت در سلامت و پاسخ‌گویی کارآمد به نیازهای نوین جامعه ایرانی باشد.

دکتر محمدرضا ظفرقندی

وزیر بهداشت، درمان و آموزش پزشکی



گفتار معاون بهداشت وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

نظام شبکه بهداشت و درمان جمهوری اسلامی ایران، طی بیش از چهار دهه فعالیت مستمر، به عنوان یکی از ارکان بنیادین تحقق عدالت در سلامت، دسترسی همگانی و پوشش خدمات سلامت اولیه شناخته می شود. این نظام، با اتکاب بر ساختار شبکه ای، حضور مؤثر در سطح جامعه و پیوند نزدیک با مردم، سهمی تعیین کننده در بهبود شاخص های سلامت کشور داشته است.

با این حال، تداوم کارآمدی و پاسخ گویی این نظام در شرایط کنونی، مستلزم تحول در رویکردهای مدیریتی، بازآموزی نظام مند و حرفه ای سازی مدیران شبکه بهداشت است. مدیران، به ویژه در سطوح محلی و عملیاتی، نقش محوری در ترجمان سیاست ها به اقدام، بهینه سازی منابع و تضمین کیفیت خدمات دارند و عملکرد آنان مستقیماً بر اعتماد عمومی و اثربخشی نظام سلامت اثرگذار است.

امروزه، نظام سلامت با پیچیدگی های فزاینده ای مواجه است؛ از تغییرات جمعیتی و اپیدمیولوژیک و افزایش بار بیماری های غیر واگیر، تا چالش های سلامت روان، مخاطرات نوپدید سلامت، و گسترش فناوری های دیجیتال و نظام های اطلاعات سلامت. در چنین بستری، مدیریت سلامت دیگر یک فعالیت اجرایی صرف نیست، بلکه یک حوزه تخصصی مبتنی بر تفکر سیستمی، تصمیم گیری مبتنی بر شواهد و حکمرانی هوشمند محسوب می شود.

بر این اساس، مدیریت علمی، حکمرانی خوب، پاسخ گویی، شفافیت و استفاده مؤثر از داده و شواهد به الزامات غیرقابل اجتناب برای حفظ پایداری و ارتقای عملکرد شبکه بهداشت تبدیل شده اند. توانمندسازی مدیران از طریق آموزش های هدفمند و کاربردی،

نقشی کلیدی در افزایش تاب‌آوری نظام سلامت و ارتقای کیفیت خدمات ایفا می‌کند. مجموعه حاضر، با رویکردی نظام‌مند، آینده‌نگر و مسئله‌محور، به تبیین مفاهیم کلیدی مدیریت و حکمرانی در شبکه بهداشت و درمان پرداخته و با ارائه چارچوب‌ها و ابزارهای اجرایی، می‌کوشد شکاف میان دانش مدیریتی و واقعیت‌های میدانی را کاهش دهد. این اثر، به‌عنوان راهنمایی عملی، مدیران و کارشناسان نظام سلامت را در تصمیم‌سازی آگاهانه و اجرای اثربخش یاری می‌دهد.

این مجموعه حاصل تلاش جمعی از اساتید و صاحب‌نظران حوزه سلامت است که با تکیه بر شواهد علمی و تجربه میدانی، محتوایی منسجم، کاربردی و آموزشی فراهم آورده‌اند. امید است بهره‌گیری از این اثر، گامی مؤثر در توانمندسازی مدیران، ارتقای کیفیت خدمات و بهبود پایدار شاخص‌های سلامت جامعه باشد.

دکتر علیرضا رئیسی

معاون بهداشت وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی



گفتار نماینده یونیسف در ایران

مراقبت‌های اولیه بهداشتی (PHC) پایه اصلی یک نظام سلامت تاب‌آور، عادلانه و پایدار است. به‌عنوان نخستین محل برخورد افراد با نظام سلامت، PHC نقش حیاتی در ارتقای سلامت، پیشگیری از بیماری‌ها و تضمین دسترسی همگانی - به‌ویژه اقشار آسیب‌پذیر - به خدمات اساسی و باکیفیت سلامت ایفا می‌کند.

در جمهوری اسلامی ایران، نظام مراقبت‌های اولیه بهداشتی سابقه‌ای درخشان در بهبود شاخص‌های سلامت و پیشبرد پوشش همگانی سلامت دارد. با این حال، قدرت و اثربخشی هر نظام PHC تنها به ساختار یا پوشش آن وابسته نیست، بلکه به رهبری و توانمندی افرادی بستگی دارد که مدیریت آن را بر عهده دارند.

مدیران سلامت در مرکز این تلاش‌ها قرار دارند. آن‌ها با مدیریت بهبود خدمات سلامت، بهینه‌سازی منابع، ارتقای ظرفیت کارکنان خط مقدم و تضمین مردم‌محور بودن و عدالت‌محوری مراقبت‌ها، نقشی کلیدی در تبدیل سیاست‌ها به عمل ایفا می‌کنند. در چشم‌انداز پویای نظام سلامت، برخورداری از ظرفیت مدیریتی قوی بیش از هر زمان دیگری اهمیت دارد.

ارزیابی اخیر وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی بر ضرورت توسعه مستمر ظرفیت‌ها تأکید دارد. این ارزیابی اهمیت توانمندسازی مدیران سلامت به دانش روز، ابزارهای کاربردی و مهارت‌های مدیریتی را که برای پاسخ‌گویی موثر به چالش‌های نوظهور ضروری هستند، برجسته می‌سازد. تقویت این گروه حرفه‌ای، گامی اساسی در جهت بهبود کیفیت خدمات، تسریع در دستیابی به پوشش همگانی سلامت و تضمین پاسخ‌گویی واقعی نظام سلامت به نیازهای هر جامعه است.

یونیسف، با الهام از تعهد جهانی خود به دستورکار تسریع مراقبت‌های اولیه بهداشتی (PHC Accelerator Agenda) و ماموریتش در حمایت از سلامت و رفاه هر کودک و خانواده، مفتخر است که در این ابتکار مهم با وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی همکاری می‌کند. این همکاری بر پایه‌ی دهه‌ها تلاش مشترک برای تقویت نظام‌های ملی و بهبود شاخص‌های سلامت، به‌ویژه برای کودکان و زنان، بنا شده است.

در راستای ماموریت جهانی یونیسف برای ارتقای دسترسی عادلانه به مراقبت‌های با کیفیت، مراقبت‌های اولیه بهداشتی همچنان در مرکز برنامه‌های سلامت ما قرار دارد. یونیسف از طریق حمایت از برنامه جهانی تسریع PHC با هدف پیشبرد مراقبت‌های اولیه بهداشتی و تحقق پوشش همگانی سلامت (UHC)، بار دیگر بر تعهد خود به تقویت نظام‌های سلامت فراگیر، پاسخ‌گو و پایدار تاکید می‌نماید.

از طرف یونیسف، مراتب قدردانی صمیمانه خود را از وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی به‌دلیل راهبری و همکاری ارزشمند ابراز می‌دارم. به‌ویژه می‌خواهم از معاونت بهداشت و موسسه ملی تحقیقات سلامت به‌دلیل تعهد و تلاش‌های مستمری که در پیشبرد این مسیر دارند، صمیمانه تشکر کنم.

در پایان، از تمامی مدیران سلامت به‌خاطر تعهد و خدمت‌رسانی صمیمانه تقدیر و تشکر می‌نمایم. تلاش‌های روزانه‌ی شما، پایه‌گذار جوامعی توانمندتر و آینده‌ای سالم‌تر برای همگان است.

دورینا آندریوژیتارو

نماینده یونیسف در ایران



گفتار رئیس موسسه ملی تحقیقات سلامت

تدوین مجموعه سه جلدی «اصول و مبانی مدیریت حرفه‌ای در نظام شبکه بهداشت و درمان» حاصل یک فرایند علمی، هدفمند و گروهی است که با تکیه بر تجربه میدانی، دانش تخصصی و رویکرد نظام مند در آموزش مدیران سلامت شکل گرفت. این مجموعه، بخشی از برنامه ملی توانمندسازی مدیران شبکه بهداشت و درمان کشور است که با حمایت وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و با همکاری موسسه ملی تحقیقات سلامت و صندوق کودکان ملل متحد تدوین شد.

فرآیند طراحی و نگارش این مجموعه بر پایه یک روش شناسی هفت مرحله‌ای استوار بود؛ الگویی که از نیازسنجی آموزشی آغاز شد و تا پایش اثرگذاری پس از انتشار ادامه خواهد یافت. در گام نخست، نیازهای آموزشی مدیران سلامت در سطوح مختلف نظام شبکه به صورت علمی و مبتنی بر شواهد شناسایی و اولویت بندی گردید. در ادامه، با تشکیل تیم‌های تخصصی متشکل از اساتید دانشگاه، مدیران اجرایی و متخصصان آموزش پزشکی، ساختار علمی مجموعه و فهرست نهایی سرفصل‌ها تدوین شد.

محتوای آموزشی هر فصل بر اساس تلفیقی از دانش نظری و تجربه میدانی طراحی گردید؛ به گونه‌ای که ضمن ارائه مبانی علمی مدیریت سلامت، با مثال‌ها و سناریوهای واقعی از محیط کاری مدیران شبکه همراه باشد. برای تضمین کیفیت، هر فصل توسط گروه‌های داوری مستقل ارزیابی و پس از چند مرحله بازبینی علمی و فنی نهایی شد.

این مجموعه نتیجه تلاش و هم‌فکری بیش از پنجاه نفر از استادان، مدیران و کارشناسان نظام سلامت و حمایت دفتر صندوق کودکان سازمان ملل متحد در ایران است؛ تلاشی که با هدف ارتقای شایستگی‌های مدیریتی، توسعه یادگیری سازمانی، و استقرار مدیریت

مبتنی بر شواهد در نظام شبکه کشور انجام شده است. لازم می‌دانم از زحمات این عزیزان، به ویژه همکاران گرانقدرم در کمیته برنامه ریزی این مجموعه آقایان دکتر فرید ابوالحسنی، دکتر اردشیر خسروی، دکتر حامد فتاحی و سرکار خانم دکتر الهام احسانی که در طراحی و نظارت بر مراحل تدوین این اثر ارزشمند نقش موثری ایفا نمودند و نویسندگان و داوران این مجموعه تشکر نمایم. امیدوارم این اثر ارزشمند راهنمای علمی و عملی مناسبی برای مدیران شبکه بهداشت و درمان کشور باشد و مسیر دستیابی به حکمرانی مؤثر، پاسخ‌گویی اجتماعی و عدالت در سلامت را هموارتر سازد.

دکتر علی اکبری ساری

رئیس موسسه ملی تحقیقات سلامت

• نحوه ارجاع به کتاب

به منظور استفاده علمی، آموزشی و پژوهشی از این مجموعه و تضمین استناد صحیح در آثار علمی، پایان نامه‌ها، مقالات و گزارش‌های رسمی، پیشنهاد می‌شود نویسندگان و پژوهشگران از شیوه‌های زیر برای ارجاع به این کتاب استفاده نمایند.

ارجاع به کل مجموعه:

- معاونت بهداشت، وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی. (۱۴۰۴). اصول و مبانی مدیریت حرفه‌ای در نظام شبکه بهداشت و درمان ایران (۳ جلد). تهران: انتشارات رویان پژوه.

- Deputy for Public Health, Ministry of Health and Medical Education. Principles and Foundations of Professional Management in Iran's Primary Health Care. 3 vols. Tehran: Royan-Pazhouh Publisher; 2026.

ارجاع به فصل مشخص:

- نام خانوادگی نویسندگان، نام. (۱۴۰۴). عنوان فصل. معاونت بهداشت، وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی. اصول و مبانی مدیریت حرفه‌ای در نظام شبکه بهداشت و درمان ایران، جلد ...، فصل ...، ص ...-... تهران: انتشارات رویان پژوه.

- Author(s) of chapter. Title of chapter. Deputy for Public Health, Ministry of Health and Medical Education. Principles and Foundations of Professional Management in Iran's Primary Health Care. Vol X. Tehran: Royan-Pazhouh Publisher.2026. p. xx-xx.

نویسندگان هر فصل و وابستگی سازمانی

عنوان فصل	جایگاه نویسنده	نام و نام خانوادگی	آخرین مدرک تحصیلی	رشته تحصیلی	مرتبه علمی	سازمان
فصل اول: مقدمه مدیریت حرفه‌ای در نظام شبکه بهداشت و درمان ایران	نویسنده اول	دکتر علیرضا رئیسی	فوق تخصص بالینی	غدد درون ریز و متابولیسم	استاد	دانشگاه علوم پزشکی تهران
فصل دوم: مدیریت نظام سلامت	نویسنده اول	فرید ابوالحسنی شهرضا	تخصص بالینی	بیماری‌های داخلی	دانشیار	مؤسسه ملی تحقیقات سلامت جمهوری اسلامی ایران، دانشگاه علوم پزشکی تهران
	نویسنده اول	علی اکبری ساری	دکترای تخصصی	سیاستگذاری سلامت	استاد	گروه مدیریت، سیاستگذاری و اقتصاد سلامت، دانشگاه علوم پزشکی تهران
فصل سوم: رهبری در نظام شبکه بهداشتی درمانی	نویسنده دوم	الهام احسانی چیمه	دکترای تخصصی	مدیریت خدمات بهداشتی و درمانی	استادیار	مؤسسه ملی تحقیقات سلامت، دانشگاه علوم پزشکی تهران
	نویسنده سوم	علی جعفریان	متخصص بالینی	جراحی عمومی و فلوشیپ پیوند کبد	استاد	گروه پیوند کبد مجتمع بیمارستانی امام خمینی، دانشگاه علوم پزشکی تهران
	نویسنده اول	امیرحسین نکیان	پسادکتری تخصصی	سیاستگذاری سلامت	استاد	مرکز تعالی سلامت جهانی، گروه سلامت جهانی دانشگاه علوم پزشکی تهران
فصل چهارم: حکمرانی خوب در نظام سلامت	نویسنده دوم	اعظم رونفی	دکترای تخصصی	سیاستگذاری سلامت	استادیار	مرکز تعالی سلامت جهانی، گروه سلامت جهانی دانشگاه علوم پزشکی تهران
	نویسنده سوم	لیلا دشمنگیر	دکترای تخصصی	سیاستگذاری سلامت	استاد	گروه مدیریت و سیاستگذاری سلامت دانشگاه علوم پزشکی تبریز

عنوان فصل	جایگاه نویسنده	نام و نام خانوادگی	آخرین مدرک تحصیلی	رشته تحصیلی	مرتبۀ علمی	سازمان
فصل پنجم: سیاست گذاری سلامت عمومی	نویسنده اول	لیلا دشمنگیر	دکتری تخصصی	سیاستگذاری سلامت	استاد	دانشگاه علوم پزشکی تبریز
	نویسنده دوم	امیرحسین نکیان	پسادکتری تخصصی	سیاستگذاری سلامت	استاد	مرکز تعالی سلامت جهانی، گروه سلامت جهانی دانشگاه علوم پزشکی تهران
فصل ششم: برنامه ریزی در نظام سلامت	نویسنده اول	علی محمد مصدق راد	دکترای تخصصی	سیاستگذاری و مدیریت سلامت	استاد	گروه سیاستگذاری، مدیریت و اقتصاد سلامت دانشگاه علوم پزشکی تهران
	نویسنده اول	روح اله عسکری	دکتری تخصصی	مدیریت خدمات بهداشتی و درمانی	استاد	گروه علوم مدیریت و اقتصاد سلامت دانشگاه علوم پزشکی یزد
فصل هفتم: آشنایی با مفاهیم و راهنمای تدوین برنامه عملیاتی برای مدیران شبکه های بهداشت و درمان ایران	نویسنده دوم	علی اکبری ساری	دکترای تخصصی	سیاستگذاری سلامت	استاد	گروه مدیریت، سیاستگذاری و اقتصاد سلامت، دانشگاه علوم پزشکی تهران
	نویسنده اول	فرید ابوالحسنی شهرضا	تخصص بالینی	بیماری های داخلی	دانشیار	موسسه ملی تحقیقات سلامت، دانشگاه علوم پزشکی تهران
فصل هشتم: مدیریت پروژه	نویسنده اول	حامد فتاحی	دکترای تخصصی	مدیریت خدمات بهداشتی و درمانی	-	واحد تحقیق و توسعه، معاونت بهداشت، وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی
	نویسنده دوم	جعفر صادق تبریزی	دکترای تخصصی	مدیریت خدمات بهداشتی و درمانی	استاد	مرکز تحقیقات مدیریت خدمات بهداشتی درمانی و تبریز، گروه مدیریت و سیاستگذاری سلامت دانشگاه علوم پزشکی تبریز
فصل نهم: ارتباطات در حوزه سلامت با تمرکز بر شبکه بهداشت و درمان	نویسنده سوم	اردشیر خسروی	دکترای تخصصی	مدیریت خدمات بهداشتی و درمانی	دانشیار	معاونت بهداشت، وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی
	نویسنده چهارم	محمد رضا رهبر	دکترای تخصصی پژوهشی	-	-	معاونت بهداشت، وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

عنوان فصل	جایگاه نویسنده	نام و نام خانوادگی	آخرین مدرک تحصیلی	رشته تحصیلی	مرتبۀ علمی	سازمان
فصل نهم: ارتباطات در حوزه سلامت با تمرکز بر شبکه بهداشت و درمان	نویسنده پنجم	سیده معصومه کاظمی	کارشناسی ارشد	آموزش جامعه‌نگر	-	گروه مدیریت منابع انسانی، مرکز مدیریت شبکه، معاونت بهداشت، وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی
	نویسنده ششم	فاطمه سمیع	کارشناسی ارشد	مدیریت خدمات بهداشتی و درمانی	-	گروه مدیریت منابع انسانی، مرکز مدیریت شبکه، معاونت بهداشت، وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی
فصل دهم: مدیریت برنامه های سلامت	نویسنده اول	فرید ابوالحسنی شهرضا	تخصص بالینی	بیماری‌های داخلی	دانشیار	موسسه ملی تحقیقات سلامت، دانشگاه علوم پزشکی تهران
فصل یازدهم: پایش و ارزیابی برنامه های سلامت	نویسنده اول	فرید ابوالحسنی شهرضا	تخصص بالینی	بیماری‌های داخلی	دانشیار	موسسه ملی تحقیقات سلامت، دانشگاه علوم پزشکی تهران

تقدیر و تشکر

تیم نویسندگان بر خود لازم می‌دانند از حمایت و راهنمایی‌های ارزشمند جناب آقایان:

دکتر بابک فرخی مشاور فنی معاونت بهداشت

دکتر محمد اسلامی مدیر گروه سلامت و تغذیه دفتر یونیسف در ایران

دکتر عزیزاله عاطفی مشاور اجرایی معاونت بهداشت

دکتر سعید تاملی مشاور معاونت بهداشت

دکتر محمدرضا رهبر مشاور امور بین الملل معاونت بهداشت

صمیمانه تشکر و قدردانی نمایند.

همچنین شایسته است از همکاری‌های حرفه‌ای و مؤثر سرکار خانم مریم علیایی، کارشناس محترم مؤسسه ملی تحقیقات سلامت، و سرکار خانم جیران ثانوی کردستانی، دستیار برنامه سلامت و تغذیه در دفتر یونیسف در ایران، و از انتشارات گپ که ویراستاری ادبی این اثر را انجام داده‌اند تقدیر و سپاسگزاری شود.

مقدمه مدیریت حرفه‌ای در نظام شبکه بهداشت و درمان ایران

نویسنده: علیرضا رئیسی

نظام سلامت ایران، به‌ویژه در قالب نظام شبکه بهداشت و درمان، یکی از دستاوردهای مهم در توسعه عدالت در سلامت و پوشش مراقبت‌های اولیه بهداشتی در کشور به‌شمار می‌رود. این نظام با تکیه بر ساختار سلسله‌مراتبی و سطح‌بندی خدمات، در دهه‌های گذشته نقش مهمی در کنترل بیماری‌ها، ارتقای شاخص‌های بهداشتی و افزایش دسترسی مردم به خدمات داشته است. با این حال، تحولات جمعیتی، تغییر الگوی بیماری‌ها، پیچیدگی‌های اجتماعی و اقتصادی و افزایش انتظارات مردم، ضرورت بازنگری در شیوه‌های مدیریت و حکمرانی این نظام را بیش از پیش آشکار کرده است.

ایران طی دو دهه‌ی اخیر با دگرگونی‌های عمیق و شتاب‌زده در ساختار جمعیتی خود روبه‌رو شده است. بر اساس گزارش مؤسسه تحقیقات جمعیت کشور، نرخ باروری از حدود ۷ فرزند در دهه ۱۳۶۰ به کمتر از ۱.۷ فرزند در سال‌های اخیر کاهش یافته است؛ در حالی که امید زندگی به بیش از ۷۶ سال رسیده و نرخ مرگ‌ومیر کاهش یافته است، این روند باعث شده ایران با شتاب به سمت سالمندی جمعیت حرکت کند.

این تحولات جمعیتی، پیامدهای گسترده‌ای در حوزه‌ی سلامت، رفاه اجتماعی و برنامه‌ریزی منابع انسانی به‌همراه دارد. از یک‌سو افزایش جمعیت سالمند، نیاز به خدمات تخصصی در حوزه‌های قلب و عروق، مغز و اعصاب، ارتوپدی و مراقبت‌های بیماری‌های مزمن را بیشتر می‌کند. از سوی دیگر، گذار اپیدمیولوژیک از بیماری‌های واگیر به

بیماری‌های غیر واگیر مانند دیابت، فشار خون، سرطان‌ها و اختلالات روانی، بار مضاعفی بر نظام سلامت وارد کرده است. این تغییر الگو، نیازمند بازنگری در ساختار خدمات، اولویت‌های بودجه‌ای، و نحوه تخصیص منابع انسانی است.

هم‌زمان، عوامل اجتماعی مانند فقر، بیکاری، نابرابری، سبک زندگی ناسالم و کاهش مشارکت اجتماعی، بیش از گذشته بر وضعیت سلامت جمعیت اثر می‌گذارند. این عوامل نه تنها بر بروز بیماری‌ها تأثیرگذارند، بلکه اثربخشی مداخلات سلامت‌رانی نیز تحت تأثیر قرار می‌دهند و نیازمند رویکردهای بین‌بخشی و جامعه‌محور هستند.

در چنین شرایطی، نظام شبکه بهداشت و درمان ایران به‌عنوان زیرساخت اصلی ارائه مراقبت‌های اولیه بهداشتی، نقش محوری در پاسخ‌گویی به این تحولات ایفا می‌کند. این نظام، با تمرکز بر مراقبت‌های اولیه، پیشگیری، آموزش سلامت و ارتباط مستقیم با جامعه، ظرفیت بالقوه‌ای برای مدیریت چالش‌های جمعیتی و اپیدمیولوژیک دارد. با این حال، برای ایفای مؤثر این نقش، تحول در شیوه‌های مدیریت، حکمرانی و توانمندسازی نیروی انسانی در سطوح مختلف ضروری است؛ تحولی که نیازمند آموزش حرفه‌ای، بازنگری در ساختارها و ارتقای مهارت‌های مدیریتی در سطح شهرستان، استان و ستاد خواهد بود. نظام شبکه سلامت ایران در آستانه‌ی تحولی بنیادین قرار دارد. تحقق این تحول، نیازمند مدیرانی توانمند، آگاه و متعهد است. کتاب حاضر، گامی در جهت توانمندسازی این مدیران و ارتقای ظرفیت‌های مدیریتی در سطوح مختلف نظام شبکه است.

نظام شبکه سلامت ایران، به‌عنوان محور اصلی خدمات اولیه، نقش مهمی در تحقق عدالت و پوشش همگانی دارد؛ اما با توجه به تحولات اخیر جمعیتی، بیماری‌ها، شرایط اجتماعی و فناوری، نیازمند بازنگری اساسی برای حفظ اثربخشی و پاسخ‌گویی به نیازهای جدید جامعه است. در ارزیابی‌های ملی و بین‌المللی، از جمله گزارش PHCMI^۱ در سال ۱۳۹۸، ضعف در مدیریت حرفه‌ای، نبود انسجام بین سطحی، و ناکارآمدی در پاسخ‌گویی به نیازهای محلی به‌عنوان مهم‌ترین نقاط آسیب‌پذیر نظام شبکه شناسایی شده‌اند. این یافته‌ها نشان می‌دهند که بدون تحول ساختاری در نظام شبکه، دیگر اصلاحات نظام سلامت نیز با محدودیت‌های جدی مواجه خواهند شد.

نظام شبکه‌ی سلامت ایران، با وجود دستاوردهای ارزشمند در توسعه‌ی عدالت سلامت و پوشش خدمات اولیه، در سال‌های اخیر با مجموعه‌ای از چالش‌های ساختاری، اجرایی

و مدیریتی رو به‌رو شده است که تداوم آن‌ها می‌تواند اثربخشی و پایداری این نظام را به خطر اندازد. شناخت این چالش‌ها، گام نخست در مسیر اصلاح و توانمندسازی مدیران برای مواجهه مؤثر با آن‌هاست. مهم‌ترین چالش‌های قابل طرح در این زمینه عبارت‌اند از:

ضعف در مدیریت حرفه‌ای و رهبری مؤثر در سطوح مختلف: کمبود مدیران آموزش‌دیده و دارای مهارت‌های حرفه‌ای در سطوح شهرستانی، استانی و ستادی، یکی از چالش‌های اساسی نظام سلامت به‌شمار می‌آید. این ضعف ساختاری، مانعی جدی در مسیر اجرای کارآمد برنامه‌ها و دستیابی به اهداف کلان سلامت عمومی محسوب می‌شود و ضرورت بازنگری در سیاست‌های جذب، آموزش و توانمندسازی مدیران را برجسته می‌سازد.

تغییرات سریع و مکرر مدیران در سطوح مختلف شبکه: جابه‌جایی‌های مکرر مدیران در شهرستان‌ها، دانشگاه‌ها و ستاد، موجب گسست در اجرای برنامه‌ها، کاهش انسجام سازمانی، و از بین رفتن حافظه نهادی شده است. این تغییرات، فرصت انتقال تجربه، تثبیت ساختارهای مدیریتی و اجرای برنامه‌های میان‌مدت را محدود می‌کند و نیاز به نظامی برای آموزش سریع و مستمر مدیران تازه‌منصوب را دوچندان می‌سازد.

چالش انسجام و هماهنگی بین سطوح شبکه: گسست ارتباطی و عملیاتی بین ستاد، دانشگاه‌ها و شهرستان‌ها، و نبود سازوکارهای مؤثر برای هماهنگی بین‌بخشی، منجر به ناهماهنگی در اجرای برنامه‌ها و ائتلاف منابع می‌شود.

کمبود منابع انسانی متخصص و انگیزه‌مند: فرسودگی شغلی، مهاجرت نیروهای کلیدی، و نبود نظام جانشین‌پروری، موجب کاهش کیفیت مدیریت و تضعیف عملکرد شبکه در برخی مناطق شده است.

ضعف در نظام اطلاعات سلامت و تحلیل داده‌ها: با وجود توسعه‌ی زیرساخت‌های الکترونیک، هنوز استفاده مؤثر از داده‌ها در تصمیم‌گیری، پایش و ارزشیابی در بسیاری از سطوح شبکه نهادینه نشده است.

نبود سامانه پایش و ارزشیابی مداوم: بسیاری از برنامه‌ها بدون ارزیابی اثربخشی، کارایی و مقبولیت اجرا می‌شوند و بازخوردهای جامعه و کارکنان به‌درستی دریافت و تحلیل نمی‌شود.

مقاومت در برابر تغییر و نوآوری: ساختارهای سنتی و غیر منعطف، مانع پذیرش فناوری‌های نوین، آموزش‌های مجازی و مدل‌های مشارکتی در مدیریت شبکه شده‌اند.

چالش‌های مالی و محدودیت منابع: تخصیص ناکارآمد بودجه، نبود شفافیت در هزینه‌کرد، و وابستگی به منابع مالی دولتی از موانع اجرای پایدار برنامه‌ها در سطح شهرستان‌ها هستند. ضعف در مشارکت جامعه و پاسخ‌گویی اجتماعی: کاهش اعتماد عمومی به نظام سلامت در برخی مناطق، و نبود سازوکارهای مؤثر برای جلب مشارکت مردم و نهادهای محلی، اثربخشی مداخلات سلامت را کاهش داده است.

نبود نظام آموزش پیوسته برای مدیران: وجود گستردگی نظام شبکه و تعداد زیاد مدیران (حدود ۱۰۰۰ مدیر در سطح شهرستان، ۶۴۰ مدیر دانشگاهی و ۵۰۰ مدیر و کارشناس ستادی)، با طراحی یک نظام منسجم برای آموزش حرفه‌ای و مستمر مدیران همراه نبوده است.

این چالش‌ها نه تنها ضرورت آموزش حرفه‌ای مدیران را برجسته می‌کنند، بلکه مسیر طراحی و اجرای یک نظام یادگیری سازمانی پایدار را نیز مشخص می‌سازند؛ مسیری تحول‌محور که این کتاب، نخستین گام آن به‌شمار می‌رود. تحول در نظام شبکه، نه تنها به معنای به‌روزرسانی فرایندها و ابزارهاست، بلکه نیازمند تغییر نگرش، بازتعریف نقش‌ها و توانمندسازی مدیران برای ایفای نقش راهبردی در حکمرانی سلامت است. این تحول، باید بر پایه آموزش پیوسته، یادگیری سازمانی و مشارکت فعال مدیران در فرایند تصمیم‌سازی و اجرا بنا شود.

در پاسخ به این نیاز، برنامه‌ی طراحی نظام آموزش حرفه‌ای مدیریت در حوزه‌ی بهداشت در راهبردهای سند «تقویت نظام شبکه» در سال ۱۴۰۰ پیش‌بینی شد و در سال ۱۴۰۳ به مرحله‌ی اجرا رسید. این برنامه، با حمایت فنی و اجرایی یونسف، در مسیر ایجاد یک نظام آموزش مجازی برای مدیران شبکه قرار گرفت. تولید محتوای آموزشی حاضر، به‌عنوان گام نخست این مسیر، نقش کلیدی در راه‌اندازی و موفقیت این نظام آموزشی ایفا خواهد کرد.

مدیریت در نظام شبکه، دیگر تنها به اجرای شیوه‌نامه‌ها و نظارت بر فعالیت‌های روزمره محدود نیست. مدیران امروز باید بتوانند در محیط پیچیده، چندبخشی و پویای سلامت، نقش راهبردی ایفا کنند. این نقش شامل تحلیل داده‌ها، تصمیم‌گیری مبتنی بر شواهد، تعامل با ذی‌نفعان، مدیریت منابع، و هدایت تیم‌های کاری در شرایط عادی و بحرانی است. تحول در مدیریت حرفه‌ای، نیازمند ارتقای مهارت‌های فردی، سازمانی و سیستمی مدیران است. این تحول باید با درک عمیق از اصول حکمرانی سلامت، سیاست‌گذاری عمومی، و عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت همراه باشد. آموزش هدفمند و مبتنی بر نیازهای واقعی، کلید این تحول است.

نظام شبکه سلامت ایران از سه سطح اصلی شهرستان، استان و ستاد تشکیل شده است. هر یک از این سطوح، وظایف و اختیارات خاص خود را دارند و مدیران در هر سطح باید متناسب با نقش خود، مهارت‌ها و دانش لازم را کسب کنند. در سطح شهرستان، مدیر شبکه، مسئول اجرای برنامه‌های سلامت، تعامل با جامعه، پایش عملکرد مراکز، و پاسخ‌گویی به نیازهای محلی است. این سطح، نزدیک‌ترین نقطه تماس با مردم و خط مقدم ارائه خدمات است. در سطح دانشگاه/استان، مدیران مسئولیت هماهنگی میان شهرستان‌ها، تخصیص منابع، تحلیل داده‌های منطقه‌ای و هدایت برنامه‌های راهبردی را برعهده دارند. این سطح نقش پل ارتباطی بین ستاد و شهرستان‌ها را ایفا می‌کند. در سطح ستاد، مدیران درگیر سیاست‌گذاری کلان، طراحی نظام‌های اطلاعاتی، تدوین دستورالعمل‌ها و نظارت ملی بر عملکرد شبکه هستند. این سطح، مسئول جهت‌گیری کلان نظام سلامت و تضمین انسجام عملکردی است. شناخت دقیق از تفاوت‌های عملکردی و انتظارات در هر سطح، پیش‌نیاز طراحی آموزش‌های مؤثر و هدفمند برای مدیران است.

مدیریت اثربخش در نظام شبکه، ترکیبی از دانش تخصصی، مهارت‌های نرم، و نگرش سیستمی است. برخی از ویژگی‌های کلیدی مدیران موفق در این حوزه عبارت‌اند از:

- توانایی تحلیل داده‌ها و تصمیم‌گیری مبتنی بر شواهد
 - مهارت‌های ارتباطی و تعامل بین‌فردی با کارکنان، جامعه و نهادهای همکار
 - درک عوامل اجتماعی تعیین‌کننده سلامت و توانمندسازی جوامع محلی
 - تاب‌آوری سازمانی و آمادگی برای مدیریت بحران‌ها و شرایط اضطراری
 - آشنایی با اصول برنامه‌ریزی، اقتصاد سلامت، و مدیریت منابع انسانی و مالی
 - تعهد به بهبود پیوسته‌ی کیفیت خدمات و ارتقای عملکرد سازمانی
- این ویژگی‌ها باید از طریق آموزش‌های هدفمند، تجربه‌محور، و مبتنی بر نیازهای واقعی تقویت شوند.

کتاب حاضر با هدف بهبود شایستگی‌های مدیریتی مدیران میانی و ارشد نظام شبکه بهداشت و درمان ایران تدوین شده است. این مجموعه آموزشی تلاش دارد تا:

- دانش نظری و عملی مدیران را در حوزه‌های کلیدی مدیریت سلامت توسعه دهد.
- مهارت‌های تصمیم‌گیری، رهبری، ارتباطی و تحلیلی را تقویت کند.
- زمینه‌ساز تحول نگرش و رفتار حرفه‌ای مدیران در مواجهه با چالش‌های روزمره باشد.

- ابزارهای کاربردی برای برنامه‌ریزی، پایش، ارزشیابی و سیاست‌گذاری در اختیار مدیران قرار دهد.

این کتب نه تنها به آموزش فردی مدیران می‌پردازد، بلکه به توسعه‌ی ظرفیت‌های سازمانی و سیستمی نیز توجه دارد.

سرفصل‌های آموزشی این کتاب در سه محور اصلی طراحی شده‌اند:

محور اول: حکمرانی و سیاست‌گذاری سلامت شامل مباحثی مانند مقدمه‌ای بر نظام سلامت، حکمرانی سلامت، سیاست‌گذاری عمومی، و عوامل اجتماعی تعیین‌کننده سلامت؛ محور دوم: مدیریت اجرایی و منابع شامل مدیریت نظام سلامت، منابع انسانی، مالی، اطلاعات سلامت، بحران، و کیفیت خدمات؛

محور سوم: تحلیل، ارزشیابی و مشارکت شامل پایش و ارزشیابی، تحقیق در نظام شبکه، جمعیت‌شناسی، مشارکت جامعه، تاب‌آوری، و جوامع ایمن.

این سرفصل‌ها به‌گونه‌ای انتخاب شده‌اند که هم نیازهای آموزشی مدیران شهرستان‌ها و استان‌ها را پوشش دهند و هم مدیران ستادی را برای سیاست‌گذاری کلان آماده سازند. در دنیای پیچیده و پویای امروز، آموزش یک فرایند مقطعی نیست، بلکه باید به‌صورت پیوسته و پویا در جریان باشد. یادگیری سازمانی، بازتاب تجربه‌های میدانی، و تعامل با همکاران و ذی‌نفعان، از ارکان اصلی ارتقای عملکرد مدیریتی هستند. مدیران نظام شبکه باید همواره در مسیر یادگیری، بازنگری و بهبود باشند. آموزش پیوسته، نه تنها به ارتقای فردی کمک می‌کند، بلکه موجب افزایش انسجام سازمانی، بهبود کیفیت خدمات و تحقق اهداف کلان سلامت می‌شود.

این کتاب آموزشی، تنها یک منبع اطلاعاتی نیست، بلکه بستری برای تعامل، تفکر انتقادی و توسعه‌ی حرفه‌ای است. از مدیران دعوت می‌شود تا با نگاهی مسئولانه و مشارکت‌محور، در فرایند یادگیری فعالانه حضور داشته باشند، تجربیات خود را به اشتراک بگذارند، و آموخته‌ها را در محیط واقعی کاری به‌کار گیرند. مشارکت فعال در یادگیری، زمینه‌ساز تحول فردی، سازمانی و سیستمی خواهد بود.

کتاب حاضر، به‌عنوان نخستین گام در مسیر این تحول، می‌کوشد با ارائه‌ی محتوای آموزشی هدفمند، مدیران را برای ایفای نقش مؤثر در بازآرایی نظام شبکه آماده کند. امید می‌رود این حرکت، زمینه‌ساز تغییرات پایدار و اثربخش در نظام سلامت کشور باشد.

مدیریت نظام سلامت

نویسنده: فرید ابوالحسنی

مرور مطالب فصل

در این فصل مطالب زیر ارائه خواهد شد:

۱. فرایند حل مسئله در زندگی روزمره و سازمانی و تفاوت‌های آن
۲. مفهوم سازمان، مراحل شکل‌گیری آن و تفاوت‌های سازمان‌های دولتی و خصوصی
۳. وظایف مدیران و نقش آن‌ها در برنامه‌ریزی، سازمان‌دهی، رهبری و کنترل سازمان
۴. معیارهای ارزیابی عملکرد سازمان‌ها از جمله کارایی و عدالت اجتماعی
۵. مفهوم سلامت و سطوح پیشگیری بیماری‌ها
۶. برنامه‌های سلامت و چهارچوب نظام خدمات سلامت
۷. سیاست‌گذاری در نظام سلامت و گزینه‌های قابل انتخاب برای بهبود و تحول

اهداف آموزشی و رفتاری/عملکردی

در پایان این فصل بایستی بتوانید:

۱. فرایند حل مسئله را توضیح دهید.
۲. تفاوت‌های حل مسئله در زندگی روزمره را با حل مسائل سازمانی ذکر کنید.
۳. سازمان را تعریف کند و مراحل شکل‌گیری آن را توضیح دهید.
۴. تفاوت‌ها و شباهت‌های سازمان‌های دولتی و خصوصی را بیان کنید.
۵. دیدگاه خود را در مورد وظایف مدیران در سازمان بیان و از آن دفاع کنید.

۶. معیارهای اصلی ارزیابی عملکرد سازمان‌های اجتماعی را توضیح دهید.
۷. دیدگاه خود را درباره‌ی مفهوم سلامت بیان کرده و از آن دفاع کنید.
۸. سطوح پیشگیری را با توجه به سیر تکوین یک بیماری تعریف کنید.
۹. تعریف خود را از برنامه‌ی سلامت ارائه داده و از آن دفاع کنید.
۱۰. زمینه‌های اصلی سیاست‌گذاری را برای استقرار نظام خدمات سلامت مشخص کنید.
۱۱. چهارچوب کنونی نظام خدمات سلامت ایران را نقد کرده و چند گزینه‌ی قابل دفاع برای ایجاد تحول در آن پیشنهاد نمایید.

مفاهیم کلیدی

- مدیریت: استفاده‌ی کارآمد از منابع برای دستیابی به اهداف؛ شامل تصور تغییر مورد انتظار، برنامه‌ریزی برای ایجاد تغییر، استفاده از منابع انسانی و ابزارها، و ارزیابی نتایج برای اصلاح فرایندها.
- سازمان: گروهی از افراد، برای پاسخ‌گویی به نیازهای اجتماعی مشترک و با انگیزه‌های فردی برای همکاری، گرد هم می‌آیند. سازمان بر اساس نیاز اجتماعی و انگیزه‌های فردی شکل می‌گیرد و رسالت آن، هدف کلی سازمان است.

شرح یک مورد

رئیس دانشگاه پس از بازگشت از اجلاس رؤسای دانشگاه، به معاون بهداشت گزارش می‌دهد که در این اجلاس، پوشش غربالگری سرطان میان دانشگاه‌ها مقایسه شده و دانشگاه مادر وضعیت مطلوبی قرار نداشته است. از او می‌خواهد که موضوع را جدی بگیرد. معاون بهداشت نیز مدیران شبکه‌های بهداشت و درمان شهرستان‌ها را فرا می‌خواند و با جدیت تأکید می‌کند که برای بهبود پوشش، تمام توان خود را به کار گیرند. مدیر شبکه هم همین پیام را به زیردستان منتقل می‌کند. چند ماه بعد، گروهی از وزارت بهداشت به دانشگاه‌ها مراجعه کرده و وضعیت خدمات غربالگری را بررسی می‌کنند. آنان اظهار می‌دارند که پوشش برنامه، به ویژه در یکی از شهرستان‌ها، مطلوب نیست و اعلام می‌کنند که موضوع را به اطلاع معاون بهداشت وزیر خواهند رساند تا ایشان نیز آن را به مقام وزارت منعکس کند. پس از این بازدید، رئیس دانشگاه جلسه‌ای با حضور معاون بهداشت و مدیران شبکه برگزار و به شدت با آنان برخورد می‌کند. از مدیر شهرستانی که وضعیت مناسبی نداشته، درخواست می‌شود پس از پایان جلسه بماند تا شرایط خاص آن شهرستان در حضور معاون بهداشت مورد بررسی و بحث بیشتری قرار گیرد. این جلسه به سرعت به مشاجره و عصبانیت رئیس دانشگاه منجر می‌شود و با تهدید و خط‌ونشان کشیدن برای مدیر شبکه پایان می‌یابد. مدیر شبکه در مسیر بازگشت به شهرستان محل خدمت خود، به نکات مختلفی می‌اندیشد. این مورد با توصیف افکار مدیر شبکه در راه بازگشت شروع می‌شود. او در ذهن خود مواردی را مرور می‌کند و پرسش‌های اصلی را در قالب افکار شخصی مطرح می‌سازد.

مفهوم مدیریت

مدیریت، استفاده‌ی کارآمد از منابع برای دستیابی به اهداف است. به بیان ساده برای دستیابی به یک هدف باید کارهایی انجام داد و انجام این کارها در گروهی به کارگیری منابع است. انسان، ابزار و مواد مصرفی گروه‌های اصلی منابع را تشکیل می‌دهند. کار یا فعالیت (فرایند) چیزی جز تعامل میان این منابع برای ایجاد تغییر در آنها نیست. در واقع پیش از اقدام به کار تغییری را که قرار است ایجاد شود تصور می‌کنیم. پس از آن، روش ایجاد تغییر را از ذهن می‌گذرانیم و بر مبنای روش اندیشیده‌شده، منابع مورد نیاز را تشخیص داده و به کمک آنها تغییر مورد نظر را ایجاد می‌کنیم. تمام کارهایی که ما به صورت روزمره انجام می‌دهیم، از این الگو پیروی می‌کند. محدودیت منابع در مقابل نیازها و اهداف که هیچ محدودیتی ندارند، ایجاب می‌کند تا حد امکان از هدر رفتن منابع جلوگیری شود و با بهره‌گیری بهینه از حداقل منابع، به بیشترین سطح اهداف دست یابیم؛ به بیان دیگر عملکردی کارآمد داشته باشیم. کارآمدی این امکان را فراهم می‌کند که با منابع موجود به اهداف بیشتری برسیم و مطلوبیت بیشتری ایجاد کنیم.

تمرین ۱:

در مورد کارهایی که امروز انجام داده‌اید فکر و سعی کنید تغییر مورد انتظار، روش ایجاد تغییر و منابعی را که برای ایجاد تغییر به کار گرفته‌اید، مشخص کنید.

هنگام اشاره به منابع، هیچ صحبتی درباره اطلاعات و پول به عنوان منبع نشد. زیرا اطلاعات عامل اصلی در انجام هر فعالیت یا فرایند به شمار می‌رود. در واقع، هر فرایندی با گردآوری داده آغاز می‌شود. داده‌های جمع‌آوری شده تحلیل می‌شود و بر مبنای آن قضاوت شکل می‌گیرد و این قضاوت منجر به اقدام یا ایجاد تغییر می‌شود. پس از ایجاد تغییر، با جمع‌آوری داده‌های جدید، مقدار همخوانی تغییر ایجاد شده با تغییر مورد انتظار مشخص و در صورت نیاز، فعالیت‌های اصلاحی انجام می‌شود. از منابعی استفاده می‌شود که یا در فرایند جمع‌آوری و پردازش اطلاعات نقش دارند یا برای اعمال تغییرات برنامه‌ریزی شده بر پایه تحلیل داده‌ها به

کار گرفته می‌شوند. منابع انسانی هر سه نقش را بر عهده دارند. رایانه در جمع‌آوری و پردازش داده به منابع انسانی کمک می‌کند و برخی ابزارها، نظیر ابزارهای جراحی، تنها برای ایجاد تغییر به کار گرفته می‌شوند. بنابراین داده یا اطلاعات، منبع مستقلی نیست که بتوان به عنوان ورودی فرایندها از آن نام برد. پول هم منبع به شمار نمی‌آید. پول ابزار مبادله است و با استفاده از آن، منابع مورد نیاز برای انجام فعالیت‌ها تأمین و مدیریت می‌شوند.

تمرین ۲:

در کارهایی که در تمرین قبل بر روی آن‌ها تمرکز کردید، مشخص کنید که چه اطلاعاتی جمع‌آوری و چگونه آن‌ها را پردازش کرده‌اید و بر مبنای این پردازش به چه قضاوتی دست یافته‌اید و این قضاوت چگونه مبنای اقدام شما قرار گرفته است.

واقعیت آن است که همه‌ی انسان‌ها در زندگی روزانه‌ی خود، مراحل‌ی را که برای انجام یک کار برشمردیم، به صورت کاملاً ناخودآگاه، و در غالب موارد، کاملاً اثربخش انجام می‌دهند. اگر هم کاری انجام گرفت و ما را به تغییر مورد نظر نرساند، با بازنگری در آن برای دستیابی به هدف خود تلاش جدیدی را سامان می‌دهیم. حاصل این آزمون و خطا یادگیری است. به بیان دیگر مازندگی روزمره‌ی خود را ناخودآگاه مدیریت می‌کنیم. انجام فعالیت‌های روزمره به صورت کاملاً خودآگاه، نه مطلوب است و نه ضروری. تصور کنید اگر قرار بود در طول روز، همواره با خودآگاهی کامل در باره‌ی آنچه باید تغییر کند، فرایند ایجاد تغییر، منابع لازم برای اجرای آن، ارزیابی نتایج و اصلاح فرایند بیندیشید؛ زندگی روزمره تا چه اندازه دشوار می‌گذشت. با توجه به آنکه شما غالب فعالیت‌های روزانه‌ی خود را به تنهایی انجام می‌دهید و در برابر آن‌ها به کسی، جز خودتان، پاسخگو نیستید؛ هرگز در مورد چرایی آن‌ها مورد سؤال واقع نمی‌شوید. بنابراین هرگز برای اندیشیدن به ریشه‌ی کارهایی که طی روز انجام می‌دهید، وقت خود را صرف نمی‌کنید؛ مگر آنکه درگیر انجام کاری شوید که هزینه‌ی خطا در آن قابل توجه باشد. در این صورت ممکن است شما تمام مراحل انجام یک کار را، آگاهانه، به دقت و موشکافانه، مورد بررسی نقادانه قرار دهید. یک مادر ناخودآگاهانه آشپزی می‌کند؛ ولی مدرسه‌ی فرزند خود را با در نظر گرفتن همه‌ی جوانب و پس از پرس و جو و مشورت‌های فراوان انتخاب می‌کند.

تمرین ۳:

چند نمونه از کارهای شخصی خود را که با آگاهی کامل و تحلیل همه جوانب انجام داده‌اید، بیان کنید.

برای آنکه به عنوان یک مدیر برای دستیابی به اهداف سازمانی تلاش کنید، باید مشارکت دیگران را جلب کنید و در برابر عملکرد خود پاسخ‌گو باشید. به علاوه دستیابی به اهداف سازمانی نیازمند صرف منابع قابل توجه است؛ بنابراین هزینه‌ی خطا در آن زیاد است. جلب مشارکت، پاسخ‌گویی و کاهش احتمال خطا، ایجاب می‌کند که شما در انتخاب اهداف و همه مراحل دستیابی به آن‌ها کاملاً خودآگاه و شفاف عمل کنید. یعنی باید دلایل روشنی برای تعیین اهداف سازمانی داشته باشید؛ بتوانید شواهد کافی در تأیید مناسب بودن مسیر انتخاب‌شده برای دستیابی به اهداف ارائه کنید؛ و همچنین بتوانید با ذی‌نفعان درون و برون سازمان تعامل مؤثر برقرار کنید تا مشارکت آنان افزایش یافته و مزاحمت‌ها کاهش یابد. بنابراین برای تبدیل شدن از یک فرد عادی به یک مدیر موفق، باید یاد گرفت که چگونه انجام کارها را از یک امر فطری و ناخودآگاه به یک امر کاملاً آگاهانه تبدیل کرد. این ضرورت از آنجائینا ناشی می‌شود که شما، به عنوان یک مدیر، نخست اینکه باید به اهداف خود دست یابید و علاوه بر آن که باید از میزان دستیابی به اهداف آگاه باشید، لازم است بتوانید مسیر حرکت خود را برای رسیدن به آن‌ها، در صورت لزوم، اصلاح کنید؛ و این جز با درک عمیق هدف و فعالیت‌هایی که به آن ختم می‌شود امکان‌پذیر نیست. دوم اینکه باید یک حرکت جمعی را به سوی اهداف مشخص هدایت کنید و اگر درک مشترکی از هدف و شیوه‌ی دست‌یابی به آن، بین افرادی که قرار است با مشارکت یک‌دیگر به آن دست یابند وجود نداشته باشد، تضمینی برای انجام یک کار هماهنگ و دست‌یابی به هدف وجود نخواهد داشت. به علاوه اگر همه‌ی مراحل دستیابی به اهداف سازمانی را با تکیه بر شواهد قوی و قابل دفاع طراحی نکرده باشید، قادر به پاسخ‌گویی در برابر عملکرد خود نخواهید بود.

تمرین ۴:

عملکرد مدیریتی خود را مرور و توفیق خود را در دستیابی به اهداف سازمانی، با توجه به نکات ذکر شده نقد کنید.

وظایف مدیران

وظیفه‌ی اصلی مدیریت سازمان به کارگیری منابع سازمان برای دستیابی به هدف اصلی یا رسالت آن است. به لحاظ تقدم و تأخر منطقی، طراحی سازمان باید طی مراحل زیر انجام شود.

۱. تعیین یا شناسایی رسالت سازمان؛

۲. تعیین فعالیت‌هایی که انجام آن‌ها تحقق رسالت سازمان را به دنبال دارد.

۳. تعیین منابع مورد نیاز برای انجام فعالیت‌ها؛

۴. سازمان‌دهی منابع و طراحی ساختار سازمانی.

پس از طی مراحل طراحی سازمان، باید منابع را مستقر و فعالیت‌ها را آغاز کرد. اگر طراحی به درستی انجام گرفته باشد، انجام فعالیت‌ها منجر به تحقق رسالت سازمان خواهد شد. با توجه به نکات ذکر شده، چهار حوزه‌ی اصلی زیر برای وظایف مدیران ذکر شده است.

الف- برنامه‌ریزی: هدف از برنامه‌ریزی، حرکت از مأموریت به فعالیت است. طبیعی است که برنامه‌ریزی با درک عمیق مأموریت سازمان آغاز می‌شود. درک عمیق مأموریت، توانایی شناسایی روش‌های مختلف را، برای گام برداشتن در جهت مأموریت سازمان، در مدیریت ایجاد می‌کند. مدیریت، با توجه به شرایط حاکم بر سازمان، باید از میان روش‌های ممکن، مناسب‌ترین روش‌ها یا استراتژی‌ها را برای نیل به مأموریت سازمان انتخاب کند. استراتژی در واقع مشخص‌کننده‌ی گام‌های اصلی است که برای دستیابی به مأموریت سازمان باید برداشته شود. هر گام اصلی یک هدف اختصاصی را تعقیب می‌کند. دستیابی به هر هدف اختصاصی خود نیازمند اختیار استراتژی‌های مناسب برای نیل به آن و شناسایی اهداف اختصاصی‌تر است. این مراحل را باید تا رسیدن به اهدافی ادامه داد که نیل به آن‌ها نیازمند انجام یک فعالیت روشن است. روشن بودن این فعالیت ما را از شکستن آخرین گروه اهداف به اهداف جزئی‌تر بی‌نیاز می‌کند. پس از روشن شدن فعالیت‌ها، به سادگی می‌توان منابع مورد نیاز را برای انجام آن‌ها مشخص کرد.

تمرین ۵:

یک هدف سازمانی را در نظر بگیرید. مراحل ذکر شده را طی کنید تا فعالیت‌هایی که انجام آن‌ها به تحقق این هدف می‌انجامد مشخص شود. سپس مشخص کنید که برای انجام هر فعالیت به چه منابعی نیاز خواهید داشت.

ب- سازمان‌دهی و هماهنگی: شناسایی فعالیت‌ها، منجر به شناسایی مهارت‌ها و تخصص‌های مورد نیاز سازمان برای انجام آن‌ها می‌شود. دستیابی به اهداف جزئی یا اجرایی سازمان نیازمند انجام زنجیره‌هایی از فعالیت‌ها یا فرایندها است. برونداد یک فرایند، درونداد فرایند بعدی را تشکیل می‌دهد؛ تا سرانجام هدف اجرایی مورد انتظار از مجموعه‌ی این فرایندها به دست آید. انجام این فرایندهای به هم پیوسته نیازمند به کارگیری تخصص‌های مختلف است. تخصص‌های مورد نیاز یک سازمان محدودند و ترکیبی از این تخصص‌ها در همه‌ی فرایندهای سازمان به کار گرفته می‌شوند. برای مثال، برای انجام فعالیت‌های پیش‌بینی شده در سازمان‌های بهداشت به تخصص‌های فناوری اطلاعات، امور مالی، آموزش سلامت، تعمیر و نگهداری تجهیزات، نگهداری ساختمان، انبارداری، امور حقوقی، ارائه‌ی خدمات و... نیاز داریم. نخستین رویکردی که برای بهره‌مند کردن فرایندها از تخصص‌های مورد نیازشان به ذهن می‌رسد، آن است که هر گروه از فرایندهای مرتبط، تخصص‌های مورد نیاز خود را در اختیار داشته باشند. در این صورت از هر تخصص باید به تعداد مورد نیاز این مجموعه‌های فرایندی در اختیار داشت. در این صورت افراد دارای یک تخصص، به صورت پراکنده در سازمان به کار گرفته می‌شوند و ممکن است ظرفیت آنان به صورت کامل به کار گرفته نشود. رویکرد دیگر کنار هم قراردادن تخصص‌ها در قالب واحدهای سازمانی است. این رویکرد، از طریق تسهیل تعامل و تقسیم کار، سبب تقویت توان تخصصی و استفاده‌ی بیشتر از ظرفیت افراد متخصص می‌شود. بنابراین تقریباً در همه سازمان‌های امروزی، همه افراد دارای تخصص‌های مشابه در قالب واحدهای سازمانی تجمع شده‌اند. ساختار سازمانی، چهارچوبی است که ارتباط واحدهای سازمانی را با سطوح مدیریتی سازمان مشخص می‌کند و با نمودار سازمانی نمایش داده می‌شود.

جاری شدن فرایندهای سازمانی نیازمند همکاری گروهی از افراد متخصص است که در واحدهای سازمانی مجزا و با مسئولیت سلسله مراتب جداگانه‌ای از مدیران فعالیت می‌کنند. طبیعی است که در چنین شرایطی تعهد افراد به سلسله مراتب مدیریتی بیش از تعهد آنان به کیفیت فرایندهایی باشد که باید با همکاری واحدهای مختلف سازمانی اجرا شوند؛ مگر آنکه مدیریت سازمان سازوکار مشخصی را برای ایجاد هماهنگی بین واحدهای مختلف سازمانی اندیشیده باشد. بنابراین اگر سازماندهی با هماهنگی تکمیل نشود، کارایی سازمان در معرض تهدید جدی قرار خواهد گرفت.

تمرین ۶:

آیا واحدهای سازمانی محل کار شما با یکدیگر هماهنگ عمل می‌کنند؟ حداقل دو مثال از عملکرد هماهنگ و ناهماهنگ آن‌ها را ذکر کنید. به نظر شما چگونه می‌توان ناهماهنگی‌ها را کاهش داد و هماهنگی‌ها را تقویت کرد؟

ج- انگیزش و رهبری: سرمایه‌های انسانی مهم‌ترین و با ارزش‌ترین سرمایه‌ی سازمان را تشکیل می‌دهند. اگر این سرمایه‌ها حداکثر ظرفیت خود را در خدمت سازمان قرار دهند، در صورتی که مدیریت سازمان وظایف برنامه‌ریزی و سازمان‌دهی خود را به خوبی انجام داده باشد، اهداف سازمان در بالاترین سطح ممکن محقق خواهد شد. از نیروی انسانی سازمان انتظار می‌رود که: وظایف خود را در سازمان بشناسند و برای کسب مهارت‌های مورد نیاز برای انجام آن‌ها تلاش کنند؛ افزون بر تمرکز بر وظایف خود، با دیگر بخش‌های سازمان در تعامل و هماهنگی کامل باشند؛ با مشتریان درونی و بیرونی سازمان به خوبی ارتباط برقرار نمایند و حقوق آنان را رعایت کنند؛ ظرفیت‌های فکری خود را برای شناسایی نقاط ضعف سازمان و مشارکت در از میان برداشتن آن‌ها به کار گیرند؛ و از تاب‌آوری کافی، برای مواجهه با بحران‌های سازمانی و پشت سر نهادن آن‌ها، برخوردار باشند. پاسخ به این انتظارات افزون بر توانایی، به تمایل سرمایه‌های انسانی نیز وابسته است.

از آنجا که افراد برای ارضای نیازهای خود به سازمان می‌پیوندند، میزان تلاش آنان در پاسخ به انتظارات سازمان متناسب با کیفیت پاسخی خواهد بود که از سازمان برای برآورده‌سازی نیازهایشان دریافت می‌کنند. اگر نیازهای پایه‌ی افراد نظیر دستمزد مناسب، امنیت شغلی، بیمه، محیط فیزیکی مناسب برای کار و رعایت شأن و احترام رعایت نشود، افراد ناراضی خواهند بود و در صورت یافتن گزینه‌ی کاری مناسب‌تر، سازمان را ترک خواهند کرد و در غیر این صورت، معترض یا منفعل خواهند شد. در صورت پاسخ به این نیازهای پایه، کارکنان دیگر ناراضی نخواهند بود و تمایلی برای ترک سازمان، اعتراض یا انفعال نخواهند داشت و بالقوه می‌توانند به یک فرد کوشا و وفادار به سازمان تبدیل شوند؛ یعنی توسعه‌ی فردی و توسعه‌ی سازمانی را در یک راستا می‌بیند و به همین سبب برای توسعه‌ی سازمانی تلاش می‌کند. تبدیل شدن به چنین فردی، نیازمند پاسخ سازمان به نیازهای متعالی کارکنان است. شکوفاتر شدن ظرفیت‌ها و توانایی‌های بالقوه، احساس تعلق به گروه، و افتخار

به همکاری با یک سازمان در حال رشد که از جایگاه اجتماعی مطلوبی برخوردار است، از جمله مهم‌ترین نیازهای عالی کارکنان به شمار می‌روند. به همان اندازه که سازمان در پاسخ به این نیازها از کفایت بیشتری برخوردار باشد، در جلب مشارکت کارکنان توفیق بیشتری کسب خواهد کرد.

هدف از انگیزش و رهبری جلب مشارکت حداکثری کارکنان است. با مدیریت کارآمد سازمان می‌توان مانع از نارضایتی کارکنان شد؛ ولی جلب مشارکت حداکثری آنان در گروهی قدرت رهبری در سازمان است. قدرت رهبری نتیجه‌ی وجود مجموعه‌ای از ویژگی‌های درونی است که تجلی آن‌ها در رفتار فرد، او را به یک فرد تأثیرگذار یا رهبر تبدیل می‌کند. صداقت و یک‌رنگی، پای‌بندی به موازین اخلاقی، در خدمت یک امر متعالی و فراتر از خود بودن، و تمرکز بر نقش و مسئولیت خود برای دستیابی به اهداف به جای احاله‌ی آن‌ها به دیگران مهم‌ترین ویژگی‌های یک رهبر کارآمد هستند. اگر این ویژگی‌ها در فرد وجود نداشته باشد، با تظاهر به آن‌ها نمی‌توان به یک رهبر تبدیل شد؛ اما با تمرین دائم می‌توان این ویژگی‌ها را در خود تقویت کرد. این مسیر انتها ندارد و با درونی‌تر شدن این ویژگی‌ها، فرد هر روز به رهبر تأثیرگذارتری تبدیل می‌شود.

تمرین ۷:

تا چه اندازه افرادی که با شما در یک سازمان فعالیت می‌کنند، در پیشبرد اهداف سازمان مشارکت فعال دارند؟ شواهد و دلایل مشارکت یا عدم مشارکت آنان را ذکر کنید. به نظر شما چگونه می‌توان مشارکت کارکنان را در این سازمان تقویت کرد؟

د- کنترل: با توجه به آنکه فعالیت‌ها برای رسیدن به اهداف سازمانی طراحی می‌شوند، مدیریت سازمان در برابر پرسش‌هایی قرار دارد.

- آیا فعالیت‌ها منطبق بر طراحی‌ها اجرا می‌شوند؟
- تا چه اندازه اهداف سازمانی تحقق یافته‌اند؟
- چه تغییراتی را باید در سازمان ایجاد کرد تا با منابعی که در اختیار سازمان قرار دارد، به نتایج بهتری دست یافت؟

از اقداماتی که برای دستیابی به پاسخ نخست انجام می‌شود به پایش^۱ تعبیر می‌شود. فعالیت‌هایی را که به دنبال یافتن پاسخ پرسش دوم هستند، ارزیابی^۲ می‌نامیم؛ و از کنار هم قرار دادن نتایج پایش و ارزیابی و تحلیل^۳ همخوانی آن‌ها با یکدیگر به دنبال یافتن سرنخ‌هایی برای ارتقای عملکرد سازمان برمی‌آییم. به بیان دیگر از طریق تحلیل نتایج پایش و ارزیابی باید به این پرسش‌ها پاسخ دهیم که «آیا طراحی موجود مناسب‌ترین طراحی برای نیل به اهداف سازمانی است؟» و اینکه «آیا با توجه به شرایط حاکم بر سازمان، امکان طراحی بهتری وجود دارد؟». هدف اصلی از کنترل سازمان قراردادن آن در مسیر بهبود دائمی است.

تمرین ۸:

در سازمان شما چه فعالیت‌هایی برای کنترل اجرا می‌شود؟ آیا این فعالیت‌ها سازمان را در مسیر بهبود مستمر قرار داده‌اند؟ شواهد و دلایل پاسخ خود را توضیح دهید

معیارهای ارزیابی نظام خدمات سلامت

محدودیت منابع ایجاب می‌کند که مدیریت سازمان با منابعی که می‌تواند در اختیار گیرد، برای دستیابی به بالاترین سطح ممکن از نتایج تلاش کند. به بیان دیگر نسبت ستاده به داده یا کارایی سازمان را افزایش دهد. سازمان‌های خصوصی، مردم‌نهاد و دولتی از این منظر تفاوتی با یکدیگر ندارند و همه باید با انتخاب مناسب‌ترین اهداف و روش‌ها و طراحی هوشمندانه‌ی فرایندها، مانع از به هدر رفتن منابع شوند.

تمرین ۹:

شواهدی از پای‌بندی یا عدم پای‌بندی سازمان خود به کارایی ذکر کنید؟ چند اقدام عملی را برای ارتقای کارایی در سازمان خود بیان کنید.

1. Monitoring
2. Evaluation
3. Analysis

دولت، از آن جهت که به نمایندگی از سوی مردم و با منابعی که مردم در اختیار آن قرار داده‌اند، موظف به پاسخ‌گویی به نیازهای اجتماعی است، ملاحظه‌ی عدالت را نیز باید در نظر داشته باشد. این ملاحظه ایجاب می‌کند که همه‌ی شهروندان متناسب با نیازشان از امکانات و خدماتی که توسط دولت ارائه یا پشتیبانی می‌شود برخوردار شوند و هیچ عاملی غیر از نیاز، تعیین‌کننده‌ی درجه‌ی بهره‌مندی از این امکانات و خدمات نباشد. یعنی اگر عواملی چون سن، جنس، محل سکونت، و وضع اقتصادی و اجتماعی بر بهره‌مندی جمعیت از خدمات مؤثر باشند، ما با یک نظام غیر عادلانه مواجهیم.

با توجه به نامحدودبودن نیازها و محدودبودن منابع، دولت نمی‌تواند پاسخ‌گوی همه‌ی نیازهای مردم باشد؛ بنابراین باید با توجه به منابعی که در اختیار دارد و هزینه، تأثیر و پیامدهای اجتماعی خدماتی که می‌تواند ارائه یا پشتیبانی کند، بسته‌ی پایه‌ی خدماتی را که بهره‌مندی از آن‌ها، حق همه‌ی شهروندان است، مشخص کند. پس از تعریف این بسته، دولت مکلف است بهره‌مندی عادلانه‌ی شهروندان را از آن تضمین کند. مفهوم بهره‌مندی عادلانه آن است که شهروندان متناسب با درآمدشان پرداخت کنند و متناسب با نیازشان بهره‌مند شوند. پرداخت متناسب با نیاز منجر به تحمیل بار مالی غیر قابل تحمل، و حتی فقرزا، به خانواده‌های کم‌درآمد می‌شود؛ که با درک عمومی از عدالت اجتماعی سازگار نیست.

تمرین ۱۰:

شواهدی از عملکرد عادلانه یا غیرعادلانه‌ی سازمان خود ارائه کنید. چند اقدام عملی برای عادلانه‌تر کردن خدمات سازمان خود پیشنهاد نمایید.

طبیعی است که نمی‌توان از معیار عدالت برای ارزیابی سازمان‌های خصوصی و مردم‌نهاد، آن‌گونه که در مورد دولت مطرح می‌شود، استفاده کرد. شیوه‌ی تأمین مالی و اساسنامه‌ی این سازمان‌ها تعیین‌کننده‌ی نحوه‌ی توزیع خدمات و محصولات آن‌ها در میان جمعیت هدف است. یک سازمان خصوصی فقط خود را متعهد به ارائه‌ی محصول به فردی می‌داند که بهای آن را پرداخت کرده است؛ ولی نباید در میان افرادی که بهای محصولات را پرداخت کرده‌اند، تفاوتی قائل شود. دولت‌ها در عمل نه می‌توانند به همه‌ی نیازهای مردم پاسخ دهند و نه عدالت را در بهره‌مندی جمعیت از خدمات مورد تعهد خود تضمین کنند. نارسایی‌های

دولت، حوزه‌ی فعالیت سازمان‌های مردم‌نهاد را مشخص می‌کند. اساسنامه‌ی این سازمان‌ها مشخص می‌کند که با تأمین منابع از چه محل‌هایی، خود را به برآوردن نیازهای چه جمعیتی موظف می‌دانند. اگر عواملی غیر از موارد ذکر شده در اساسنامه بر بهره‌مندی جمعیت هدف اثر بگذارد، عملکرد این سازمان‌ها ناعادلانه ارزیابی خواهد شد.

حاصل سخن آنکه دو معیار کارایی و عدالت اجتماعی، معیارهای اصلی ارزیابی عملکرد نظام ارائه‌ی خدمات سلامت را تشکیل می‌دهند و به همین سبب در تمام مراحل طراحی، اجرا و ارزیابی عملکرد این نظام باید مورد توجه قرار گیرند.

مفهوم سلامت و برنامه‌ی سلامت

نظام‌های سلامت برای پاسخ به نیاز مردم به توانایی بدنی و روانی برای بقا و گذران زندگی به وجود آمده‌اند. بنابراین مستقیم‌ترین راه برای شناسایی دقیق این نیاز، تحلیل توقعات مردم از نظام سلامت است. ابتدایی‌ترین انتظار مردم از نظام سلامت حل مشکل توانایی آنان هنگام مراجعه به واحدهای ارائه‌ی خدمات سلامت است. به کمک تبیین این مشکل می‌توان به تحلیلی از انتظارات مردم و در نتیجه، تبیین مأموریت نظام سلامت دست یافت. همه مشکلاتی را که منجر به مراجعه‌ی مردم به واحدهای ارائه‌ی خدمات می‌شود، می‌توان در گروه‌های زیر قرار داد:

- احساس ناخوشی و ناتوانی و ترس از تداوم و تشدید آن؛
- ترس از وقوع ناتوانی در آینده؛
- ترس از مرگ.

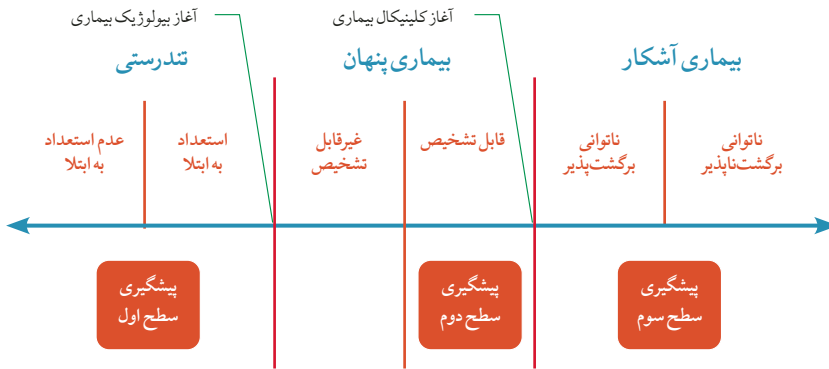
هر چه احساس ناتوانی شدیدتر و تشدید یا برگشت‌ناپذیری آن محتمل‌تر باشد، ناتوانی آینده نزدیک‌تر، شدیدتر و برگشت‌ناپذیرتر دیده شود یا مرگ قریب‌الوقوع‌تر احساس شود، فرد با فوریت بیشتری برای دریافت خدمات مراجعه می‌کند. ناتوانی یک امر نسبی است و در مقایسه با وضعی که فرد در آن احساس توانایی بیشتری می‌کند، تعریف می‌شود. مأخذ مقایسه می‌تواند خود فرد یا دیگران باشد. از دید مردم، احساس توانایی در حال حاضر فقط یک روی سکه‌ی سلامت است و روی دیگر آن تمایل به زندگی هر چه طولانی‌تر همراه با توانایی در آینده است؛ زیرا مردم با وجود احساس توانایی در زمان حال، برای کاهش احتمال ناتوانی و مرگ در آینده به نظام سلامت مراجعه می‌کنند.

برای درک اهمیت روی دوم سکه‌ی سلامت، باید به این نکته توجه داشت که احساس ناتوانی در یک مقطع زمانی اگر به معنای کاهش امید زندگی همراه با توانایی نباشد، راحت‌تر تحمل می‌شود و در هنگام قضاوت در مورد سلامت فرد، از آن به عنوان یک نکته‌ی منفی یاد نمی‌شود. این ناتوانی یک انحراف موقت از مسیر حرکت عادی زندگی است که تأثیر تعیین‌کننده‌ای بر زندگی آینده‌ی فرد ندارد. از احساس ناتوانی در حال حاضر به ناخوشی^۱ تعبیر می‌کنیم. در برابر ناخوشی، سرحالی^۲ قرار دارد که از احساس توانایی در فرد حکایت می‌کند.

برای تبدیل ناخوشی به سرحالی، حفظ سرحالی موجود، یا جلوگیری از وقوع ناخوشی در آینده، باید بتوان آن را به یک بیماری نسبت داد. در قیاس با ناخوشی که یک احساس فردی است، بیماری یک فرایند عینی قابل ردیابی است که می‌توان آغاز، سیر و سرانجام آن را مشخص کرد. بیماری با شروع تأثیر عوامل سبب‌ساز آن بر بدن آغاز و پس از عبور از یک مرحله‌ی نهفتگی به صورت ناتوانی‌های مختلف در فرد آشکار می‌شود.

مادامی که آثار پاتولوژیک بیماری منجر به تغییرات جبران‌ناپذیر در عملکرد اندام‌ها نشده باشد، بیماری در مرحله‌ی نهفتگی قرار دارد. این مرحله در بیماری‌های مختلف از چند ثانیه تا چند دهه متفاوت است. آشکار شدن ناتوانی به معنای پایان دوره‌ی نهفتگی و آغاز مرحله‌ی آشکار بیماری است. ناتوانی‌ها یا موقت و برگشت‌پذیر یا دائمی و برگشت‌ناپذیر، یا مرگ‌آفرین هستند.

افراد به یک نسبت در برابر عوامل بیماری‌زا آسیب‌پذیر نیستند. برخی ممکن است مستعد ابتلا به یک بیماری نباشند. برای مثال بیماری‌هایی که فقط در یک بستر ژنتیک ایجاد می‌شوند، در افرادی که فاقد این بستر هستند دیده نمی‌شوند. استعداد ابتلا الزاماً به معنای گرفتار شدن به بیماری نیست؛ بلکه نشان‌دهنده‌ی ایمن نبودن فرد در برابر بیماری است. مراحل مختلف تکوین یک بیماری در شکل (۱) نمایش داده شده است. با توجه به این شکل، ناخوشی به علت وارد شدن یک بیماری به مرحله‌ی آشکار خود ظاهر می‌شود.



شکل شماره ۱- مراحل تکوین یک بیماری و سطوح پیشگیری

سطح توانایی بدنی و روانی فرد، در پی قرارداداشتن یا نداشتن او در مرحله‌ی آشکار بیماری‌های گوناگون است. امید به زندگی همراه با سلامت، از جایگاه فرد در طیف بیماری‌های مختلف ناشی می‌شود. هرچه جایگاه فرد در این طیف به سمت انتهای چپ نزدیک‌تر باشد، امید به تندرستی او بیشتر است؛ و با حرکت به سوی راست طیف، حتی اگر تغییر آشکاری در وضعیت سلامت دیده نشود، از امید او به سلامت کاسته می‌شود. برای از میان بردن ناخوشی یا پیشگیری از پیدایش آن باید بیماری ایجادکننده‌ی آن را درمان کرد یا از بروز و پیشرفت آن پیشگیری کرد. ارتقای سلامت به معنای سرحالی بیشتر و امید سلامت بیشتر، هر دو، است. بنابراین نظام سلامت، برای اقدام به مأموریت خود باید در یکی از سطوح نمایش داده شده در شکل (۱) با بیماری‌های مختلف به مقابله بپردازد.

نظام سلامت در قالب برنامه‌های سلامت به مقابله با بیماری‌ها می‌پردازد. برنامه‌ی سلامت^۱ به مجموعه‌ای از خدمات و فعالیت‌های مرتبط با یکدیگر گفته می‌شود که با هدف مقابله با یک یا چند بیماری، در یک یا چند سطح پیشگیری طراحی و اجرا می‌شود. افراد بیمار یا ناتوان، گروه هدف برنامه‌های سطح سوم پیشگیری^۲ را تشکیل می‌دهند. هدف از این برنامه‌ها اعاده‌ی توانایی (در مورد ناتوانی‌های برگشت‌پذیر) یا افزایش سازگاری فرد ناتوان با شرایط جدید (در مورد ناتوانی‌های برگشت‌ناپذیر) است. افراد به ظاهر سالمی که ممکن است در مرحله‌ی نهفته ولی قابل تشخیص بیماری قرار داشته باشند، گروه هدف برنامه‌های سطح دوم پیشگیری^۳ را تشکیل می‌دهند. در این برنامه‌ها، به کمک آزمایش‌های

1. Health Program
2. Tertiary Prevention
3. Secondary Prevention

غربالگری، بیماران در مرحله‌ی نهفته‌ی بیماری شناسایی و درمان می‌شوند. درمان در این مرحله می‌تواند به شفای قطعی بیمار یا تأخیر در شروع مرحله‌ی کلینیکال بیماری منجر شود. افراد سالم گروه هدف برنامه‌های سطح اول پیشگیری^۱ را تشکیل می‌دهند. در این برنامه‌ها تلاش می‌شود که از طریق کنترل عوامل بیماری‌زاد در محیط زندگی و کار یا رفتار فرد یا افزایش مقاومت او، احتمال ابتلای به بیماری کاهش یابد.

تمرین ۱۱:

برنامه‌های سلامت جاری در نظام سلامت ایران را فهرست کنید. هر برنامه با چه بیماری‌هایی و در چه سطحی مقابله می‌کند؟

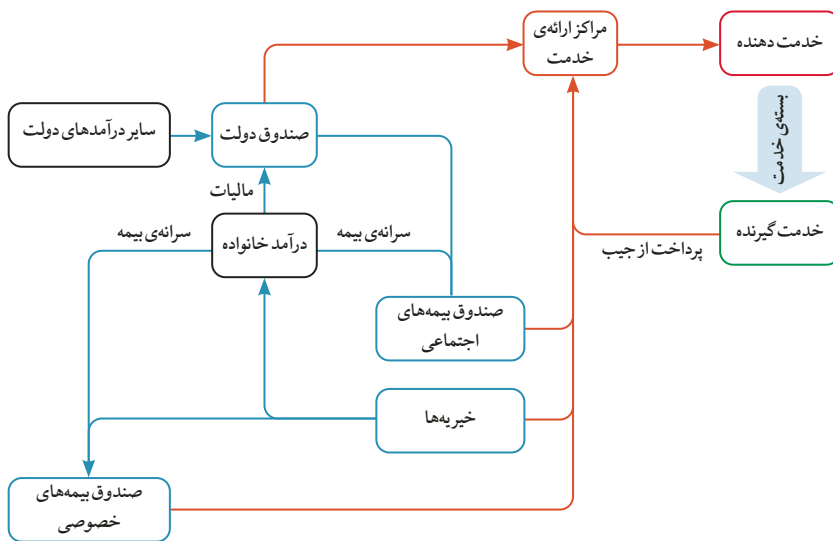
چهارچوب نظام خدمات سلامت

شکل (۲) گردش مالی در نظام خدمات سلامت را نشان می‌دهد. با توجه به آنکه فعالیت‌های نظام خدمات سلامت وابسته به تأمین پول مورد نیاز برای انجام آن‌هاست، به کمک دنبال کردن پول می‌توان عناصر ساختاری و فرایندی اصلی نظام خدمات سلامت را شناسایی کرد. با توجه به این شکل، زمینه‌های اصلی سیاست‌گذاری دولت، به منظور بهره‌مند کردن جمعیت از مداخله‌های سلامت عبارت‌اند از:

تأمین مالی^۲: پول مورد نیاز را برای ارائه‌ی خدمات سلامت می‌توان از صندوق دولت، صندوق بیمه‌های اجتماعی و خصوصی، جیب دریافت‌کننده‌ی خدمت و نیکوکاران تأمین کرد. موجودی صندوق دولت از درآمد خانواده‌ها، در قالب پرداخت مالیات و دیگر درآمدهای دولت تأمین می‌شود. موجودی صندوق بیمه‌های اجتماعی از طریق پرداخت سرانه‌ی بیمه توسط خانواده‌ها یا از طریق صندوق دولت تأمین می‌شود. موجودی صندوق‌های بیمه‌ی خصوصی از طریق پرداخت سرانه‌ی بیمه توسط خانواده‌ها تأمین می‌شود. مبلغی که خانواده بابت مالیات یا سرانه‌ی بیمه پرداخت می‌کند با درآمدش متناسب است و براین اساس بار مالی تحمل‌ناپذیری را بر خانواده تحمیل نمی‌کند. تأمین مالی از محل جیب دریافت‌کننده،

1. Primary Prevention
2. Financing

در هنگام دریافت خدمت و متناسب با نیاز فرد به خدمات سلامت، از او دریافت می‌شود. طبیعی است باری که از این طریق بر خانواده تحمیل می‌شود، متناسب با نیاز اعضای خانواده به خدمات سلامت و نه متناسب با درآمد آنان است. تأمین مالی از طریق نیکوکاران باری بر خانواده‌ها تحمیل نمی‌کند؛ اما با توجه به محدودیت‌های فنی و ساختاری نیکوکاری‌ها، صرف منابع آن‌ها اغلب نه توزیع جمعیتی مناسب و نه کارایی قابل قبولی دارد. همان‌گونه که مشاهده می‌شود، هر یک از روش‌های تأمین مالی قابلیت‌ها و محدودیت‌های ویژه‌ی خود را دارد؛ که در هنگام به کارگیری آن باید مورد توجه قرار گیرد.



شکل شماره ۲- گردش مالی در نظام سلامت

ساختار نظام ارائه‌ی خدمت: مقصود از ساختار ارائه‌ی خدمت، مجموعه‌ی واحدها و مراکز ارائه‌ی خدمت و سازمان‌های پشتیبان آن‌ها هستند که در قالب یک شبکه‌ی متعامل، وظیفه‌ی ارائه‌ی خدمات سلامت را به یک جمعیت برعهده دارند. این ساختار اغلب از واحدهای کوچک محیطی که جمعیت محدودی را پوشش می‌دهد آغاز و به مراکز تخصصی با پوشش جمعیتی زیاد ختم می‌شود. خدمات سلامت با فراوانی زیاد و بدون نیاز به مهارت‌های زیاد تخصصی، که در برگیرنده‌ی خدمات پیشگیری، غربالگری و درمانی و بازتوانی شایع است، در نخستین سطح و خدمات با فراوانی کمتر و وابسته به مهارت‌های تخصصی در سطوح بالاتر ساختار ارائه می‌شود. ویژگی واحدها و مراکز ارائه‌ی خدمت، نوع افرادی که در آن‌ها

به ارائه‌ی خدمت می‌پردازند، و سهم دولت و بخش خصوصی و سازمان‌های مردم‌نهاد در ایجاد آن‌ها، گزینه‌های سیاستی متنوعی را در اختیار دولت، به عنوان متولی سلامت مردم قرار می‌دهد.

بسته‌ی خدمت: خدمات سلامت در حال گسترش روزافزون هستند و به سبب محدودیت منابع، هیچ دولتی قادر به تضمین بهره‌مندی جمعیت از همه‌ی این خدمات نیست. بنابراین دولت باید با توجه به منابعی که در اختیار دارد، و با توجه هزینه، تأثیر، و پیامدهای اجتماعی خدمات، یک بسته‌ی پایه‌ی خدمت را تعیین و برای تضمین بهره‌مندی جمعیت نیازمند از آن تلاش کند. این بسته باید طیف خدمات از پیشگیری تا مراقبت‌های تسکینی را دربرداشته باشد.

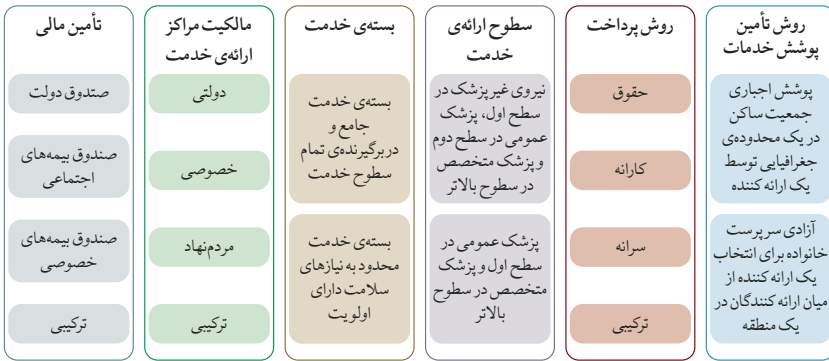
روش پرداخت: روش پرداخت مهم‌ترین عاملی است که نظام سلامت برای کنترل رفتار ارائه‌کنندگان خدمت در اختیار دارد. رعایت حقوق دریافت‌کنندگان خدمت، ارائه‌ی خدمات بر پایه‌ی راهنماهای مبتنی بر شواهد علمی، تعامل مؤثر با دیگر ارائه‌کنندگان خدمت، تلاش برای زیر پوشش قرار دادن جمعیت هدف و تداوم بهره‌مندی آنان از خدمات مورد نیازشان، و ثبت کامل و دقیق داده‌ها، مهم‌ترین رفتارهای مورد انتظار از ارائه‌کنندگان خدمت را تشکیل می‌دهد. در صورتی که شدت پای‌بندی به این رفتارها تعیین‌کننده‌ی مبالغ پرداختی به ارائه‌کنندگان خدمت باشد، آنان بیشترین تلاش را برای رعایت این موازین از خود به نمایش خواهند گذاشت. پرداخت به ازای زمان کار خدمت‌دهنده (حقوق ماهانه یا پرداخت ساعتی)، بودجه‌ی کلی (برای پرداخت به مراکز ارائه‌ی خدمت)، پرداخت به ازای خدمات ارائه‌شده و پرداخت به ازای جمعیت زیر پوشش (هم در مورد فرد ارائه‌کننده‌ی خدمت و هم مرکز ارائه‌ی خدمت)، روش‌های اصلی پرداخت را تشکیل می‌دهد. هر روش قابلیت‌ها و محدودیت‌های خود را دارد و متناسب با رفتارهای مورد انتظار از خدمت‌دهندگان و توانایی‌های نظام سلامت، باید روش پرداخت مناسب را انتخاب کرد.

روش دستیابی به پوشش جمعیتی مناسب: بهره‌مندی جمعیت از خدمات سلامت تابع خواستن و توانستن مردم است. تحقق این دو عامل نیازمند از میان برداشتن موانع آن‌هاست. برای مثال با گسترش پوشش بیمه‌ی سلامت، مانع اقتصادی برای بهره‌مندی از خدمات سلامت برداشته می‌شود و با آموزش همگانی، مانع ناآگاهی برای تقاضا برطرف می‌شود. به همان اندازه که موانع بیشتری شناسایی و برطرف شوند، بهره‌مندی از خدمات افزایش می‌یابد؛ ولی پیچیدگی و تنوع موانع سبب می‌شود که پیوسته گروهی از جمعیت

نیازمند دریافت خدمت، از آن بهره‌مند نگردند. واگذاری مسئولیت تضمین بهره‌مندی یک جمعیت تعریف‌شده از خدمات مورد نیازش، به یک واحد ارائه‌ی خدمت، رویکردی است که به کمک آن می‌توان افراد جامانده را شناسایی و با برطرف کردن موانع بهره‌مندی آنان، برای تکمیل پوشش خدمات تلاش کرد. این رویکرد نیازمند انتساب خانواده‌ها به یک واحد ارائه‌ی خدمت است. برای این انتساب روش‌های متنوعی را می‌توان در نظر گرفت. این انتساب می‌تواند کاملاً اجباری و در قالب چهارچوب‌های تعیین‌شده توسط دولت باشد؛ یا در آن، درجاتی از قدرت انتخاب برای خانواده‌ها در نظر گرفته شود. روش دیگری برای دستیابی به پوشش جمعیتی مناسب برای خدماتی که دارای آثار فرافردی^۱ هستند، الزام قانونی برای بهره‌مندی از آن‌ها یا وابسته کردن برخورداری از برخی امکانات و امتیازات اجتماعی به دریافت خدمت مورد نظر است. برای مثال نام‌نویسی کودکان در سال اول دبستان نیازمند تکمیل واکسیناسیون اجباری آنان است. بنابراین همان‌گونه که ملاحظه می‌شود، گزینه‌های سیاستی متنوعی برای دستیابی به پوشش جمعیتی مناسب برای خدمات سلامت در مقابل سیاست‌گذاران قرار دارد.

چهارچوب نظام خدمات سلامت

همان‌گونه که بحث‌های مزبور به خوبی نشان می‌دهد، برای هر یک از عناصر ساختاری و فرایندی نظام سلامت، گزینه‌های سیاستی متنوعی پیش روی سیاست‌گذاران قرار دارد (شکل ۳). بسته به اینکه برای هر عنصر چه گزینه‌ای اختیار شود، نظام سلامت می‌تواند چهارچوب‌های متنوعی داشته باشد. بدیهی است که هر ترکیب تصادفی از گزینه‌ها را نمی‌توان به عنوان چهارچوب مناسب برای استقرار نظام سلامت اختیار کرد؛ ولی می‌توان چهارچوب‌های منطقی متنوعی را برای آن در نظر گرفت. هنر اصلی مرجع سیاست‌گذاری سلامت، اختیار چهارچوب مناسب برای نظام سلامت کشور است. قابلیت استقرار، مقبولیت از دیدگاه ذی‌نفعان، کارایی و ظرفیت آن برای تحقق عدالت اجتماعی در حوزه سلامت، معیارهای اصلی برای اختیار یک چهارچوب از میان چهارچوب‌های رقیب را تشکیل می‌دهند.



شکل شماره‌ی ۳- گزینه‌های سیاستی برای طراحی نظام خدمات سلامت

تمرین ۱۲:

با توجه به شکل شماره ۳ چهارچوب شبکه‌ی سلامت کشور را مشخص کنید. با ترکیب گزینه‌های مختلف در حوزه‌ی سیاست‌گذاری، سه چهارچوب قابل دفاع برای نظام ارائه‌ی خدمات سلامت کشور ارائه دهید.

برای مطالعه‌ی بیشتر

1. Koontz H., Wehrich H., Essentials of Management: An International and Leadership Perspective, McGraw Hill, 2012
2. Openstax, Principles of Management, Rice University, 2019
3. Buchbinder S.B, Shanks N.H., Introduction to Health Care Management, Jones & Bartlett, 2017
4. Hurley J., Feeny D., Giacomini M., Grootendorst P., Lavis J., Stoddart G.L., Torrance G., Introduction to the Concepts and Analytic Tools of Health Sector Reform and Sustainable Financing, Center for Health Economics and Policy Analysis, 1998
5. Wonderling D., Gruen R., Black N., Introduction to Health Economics, London School of Hygiene and Tropical Medicine, Open University Press. McGraw-Hill, 2005
6. World Health Organization and Unicef, Operational Framework for Primary Health Care: Transforming vision into Action, 2020
7. Robbins S.P., Judge T.A., Organizational Behavior, 19th Edition, Pearson, 2024
8. Abelson J., Hutchinson B., Primary Health Care Delivery Models: A Review of the International Literature, McMaster University, Center for Health Economics and Policy Analysis, 1994
9. World Health Organization, Health Systems: Improving Performance, World Health Report 2000

رهبری در نظام شبکه بهداشتی درمانی

نویسندگان: علی اکبری ساری، الهام احسانی چیمه، علی جعفریان

مرور مطالب فصل

در این فصل مطالب زیر ارائه خواهد شد:

۱. مفهوم و اهمیت رهبری در سازمان با تمرکز بر نظام شبکه بهداشتی درمانی
۲. خودارزیابی، خودشناسی، شناخت دیگران و شناخت سازمان در راستای مدیریت و رهبری کارآمد
۳. سبک‌های رهبری و عوامل موثر بر آن، رهبری اقتضایی و خلاقیت در رهبری سازمان
۴. ویژگی‌ها، استعدادها، مهارت‌ها و توانمندی‌های مورد نیاز برای مدیریت و رهبری موفق در نظام شبکه بهداشتی درمانی
۵. مفهوم قدرت، نفوذ و اختیار و نحوه استفاده از آن برای رهبری موثر
۶. حرفه‌ای‌گرایی و برنامه‌های توسعه حرفه‌ای در طول دوران خدمت
۷. سازوکارهای کسب و تقویت مهارت‌های شخصی برای مدیریت اثربخش در نظام شبکه بهداشتی - درمانی
۸. مدیریت تغییر، مدیریت تعارض و مدیریت زمان در نظام شبکه بهداشتی درمانی

اهداف آموزشی و رفتاری/عملکردی

در پایان این فصل بایستی بتوانید:

۱. اهمیت رهبری و سبک‌های آن را شناخته و ضمن خودشناسی، سبک رهبری مناسب

۱. سازمان را شناسایی نماید.
۲. مفهوم قدرت، نفوذ و اختیار و نحوه استفاده از آن برای رهبری موثر را بداند.
۳. مفهوم حرفه‌ای‌گرایی در برنامه‌های توسعه‌ی حرفه‌ای را بشناسد و سازوکارهای کسب و تقویت مهارت‌های شخصی برای مدیریت اثربخش در نظام سلامت را دانسته و بتواند اجرا نماید.
۴. مدیریت تغییر و روش‌های اجرای آن را بداند و در سازمان اجرا کند.
۵. با مفهوم فرهنگ سازمانی آشنا شده و لایه‌های آن را بشناسد و فرهنگ سازمانی حوزه مدیریتی خود را تفسیر کند.
۶. مدیریت کار تیمی در شبکه‌های بهداشت و درمان را دانسته و تیم‌سازی نماید.
۷. مدیریت تعارض و روش‌های موثر آن را شناخته و در عمل اجرا کند.
۸. با مفهوم رهبری سمی آشنا شده و ویژگی‌های آن را بشناسد.

مفاهیم کلیدی

- رهبری: توانایی ترغیب کارکنان سازمان برای حرکت به سوی اهداف معین همراه با شور، اشتیاق و انگیزه^۱
- سبک رهبری: شیوه استفاده رهبر از قدرت و نفوذ.
- قدرت: ظرفیت و توانایی تاثیر بر تفکر، نگرش، اراده و رفتار دیگران برای دستیابی به اهداف.

مقدمه

در فصل برنامه‌ریزی و مدیریت، مفهوم مدیریت و چهار وظیفه اصلی مدیران بحث و تاکید شد در صورتی که مدیریت سازمان وظایف برنامه‌ریزی و سازمان‌دهی را به خوبی انجام دهد و به گونه‌ای رفتار کند که کارکنان به عنوان مهم‌ترین و با ارزش‌ترین سرمایه‌ی سازمان، حداکثر ظرفیت خود را در خدمت سازمان قرار دهند، اهداف سازمان در بالاترین سطح ممکن محقق خواهد شد. همچنین اشاره شد مشارکت حداکثری کارکنان در گروی قدرت رهبری در سازمان است. قدرت رهبری نیز خود نتیجه‌ی وجود مجموعه‌ای از ویژگی‌ها و شایستگی‌های فرد است که تجلی آن‌ها در رفتار فرد، او را به یک فرد تأثیرگذار یا رهبر کارآمد تبدیل می‌کند. در این فصل ویژگی‌ها، شایستگی‌ها و توانایی‌هایی که یک فرد را به یک رهبر موفق و کارآمد تبدیل می‌کند و ابزارهای کاربردی که مدیران و رهبران حوزه بهداشت می‌توانند برای بهبود عملکرد خود و سازمان از آن استفاده نمایند با تفصیل بیشتر مورد توجه قرار می‌گیرد.

مفهوم و اهمیت رهبری در سازمان

تعاریف متعددی برای رهبری در سازمان ذکر شده است که به چند نمونه اشاره می‌شود.

- توانایی ترغیب^۱ کارکنان سازمان برای حرکت به سوی اهداف تعیین شده همراه با شور، اشتیاق و انگیزه^۲

- رهبری در سازمان یعنی تاثیرگذاری، نه یک کلمه بیشتر و نه یک کلمه کمتر^۱
- شما به اندازه‌ای رهبر هستید که کارکنانتان قبول تان دارند^۲

بر اساس مقدمه و تعاریف مذکور رهبری یکی از مهم‌ترین وظایف و شایستگی‌های مدیران به‌ویژه مدیران ارشد هر سازمان است که مبنای آن بیشتر پذیرش رهبر توسط افراد است و هرچه سطح سازمان و پیچیدگی آن بالاتر باشد، اهمیت آن بیشتر می‌شود. از نگاهی دیگر مدیر معمولاً بایک ابلاغ منصوب می‌شود و مدل پیروی افراد از او بیشتر بر اساس سلسله‌مراتب اداری است؛ اما رهبر که هم‌زمان می‌تواند همان مدیر باشد یا یک نفر دیگر، الزاماً منصوب کسی نیست و ممکن است ابلاغی هم نداشته باشد، اما مورد قبول است و با دارا بودن ویژگی‌های رهبری، افراد سازمان از او پیروی می‌کنند و بخصوص برای اجرای تغییر، که عصاره رهبری است، با او همراهی می‌کنند.

فعالیت ۱:

شبکه مراقبت‌های اولیه بهداشتی در سطح استان یا شهرستان چه ویژگی‌هایی دارد که مدیریت و رهبری آن را از دیگر سازمان‌ها متمایز می‌کند؟

پاسخ: وظیفه اصلی شبکه بهداشت در نظام مراقبت‌های اولیه، حفظ و ارتقای سلامت جامعه از طریق پیشگیری از بیماری‌ها و ناتوانی‌ها، کاهش عوامل خطر، تشخیص و درمان زودهنگام بیماری‌ها و نیز هماهنگی و پیوستگی خدمات در سطوح مختلف از جمله بستری، توانبخشی و مراقبت‌های تسکینی است. انجام این وظایف متعدد نیازمند طیف گسترده‌ای از سیاست‌ها، برنامه‌ها، راهبردها، فعالیت‌ها و اقدامات است که همه سطوح جامعه را دربرمی‌گیرد. سلامت جامعه بیشتر به عوامل اقتصادی و اجتماعی، محیط کار و زندگی و رفتار و سبک زندگی مردم بستگی دارد و موفقیت در این عرصه‌ها به میزان زیادی در گروی همکاری‌های بین‌بخشی و مشارکت داوطلبانه مردم است. مدیران نظام سلامت بایستی بتوانند ارتباط موثری با عموم مردم و مدیران دیگر بخش‌ها برقرار نموده و مشارکت حداکثری آن‌ها را در راستای بهبود سلامت جامعه جلب نمایند. از طرفی فناوری‌های سلامت به‌طور پیوسته و پرشتاب در حال توسعه بوده و مدیران این عرصه بایستی بتوانند به شکل کارآمد از این فناوری‌های پیشرفته و پیچیده

1. John Maxwell
2. Chester Barnard

استفاده نمایند. از این نظر مدیران بخش بهداشت نیازمند ویژگی‌ها، استعدادها و شایستگی‌های متفاوتی هستند که تقویت و به‌کارگیری آن‌ها موجب رضایت کارکنان و بهبود عملکرد سازمان خواهد شد.

فعالیت ۲:

با توجه به کارکردهای نظام شبکه که در فعالیت قبل به آن‌ها اشاره شد، ویژگی‌ها و توانمندی‌های اصلی مورد نیاز یک رهبر موفق در شبکه بهداشت را نام ببرید.

پاسخ: ویژگی‌ها و توانمندی‌های اصلی مورد نیاز یک رهبر موفق در شبکه بهداشت به این شرح است:

- خلق چشم‌انداز مشخص و برنامه‌ریزی شده و ایجاد انگیزه و هدایت سازمان، کارکنان و مردم برای دستیابی به آن؛
- تمرکز بر نقش و مسئولیت خود برای دستیابی به اهداف به جای احاله‌ی آن‌ها به دیگران؛
- برقراری ارتباطات انسانی بین فردی و نفوذ در کارکنان؛
- برقراری ارتباطات بین‌سازمانی، همکاری بین‌بخشی و حمایت‌طلبی؛
- برقراری ارتباط موثر با عموم مردم و جلب مشارکت حداکثری آن‌ها؛
- در خدمت یک امر متعالی و فراتر از خود بودن؛
- دارای تفکر سیستمی و مهارت حل مسئله و تصمیم‌گیری؛
- دارای قدرت تصمیم‌گیری در کنار کار گروهی؛
- ریسک‌پذیری، حمایت از افراد و تحمل سرزنش؛
- تاثیرگذار، کاریزماتیک، آینده‌نگر، خدمتگذار، الهام‌بخش، فروتن، فداکار؛
- انگیزاننده، مصمم، معتمد، مشتاق، خلاق و در حال یادگیری دائمی؛
- صداقت و یک‌رنگی، پای‌بند به اصول و موازین اخلاقی؛
- مردم‌دار، معتمد، واقع‌بین و امیدوار.

فعالیت ۳:

آیا شما به عنوان مدیر، ویژگی‌های اصلی یک رهبر خوب برای هدایت سازمان خود به سمت یک چشم‌انداز مشخص و برنامه‌ریزی شده را دارید؟ و ویژگی‌ها و نقاط قوت و ضعف خود را خودارزیابی و یادداشت نمایید.

فعالیت ۴:

یک مدیر چگونه می‌تواند ویژگی‌ها و نقاط قوت و ضعف خود را بشناسد و بر اساس آن مهارت‌های رهبری خود را تقویت کند؟

پاسخ: روش‌ها و ابزارهای مختلفی وجود دارد که در ادامه فصل به تفصیل مورد بحث قرار می‌گیرد.

خودارزیابی و خودشناسی

انسان در هر جایگاهی که هست، بایستی بتواند بین ابعاد مختلف زندگی خود شامل استراحت، خواب، ورزش، تفریح، رسیدگی به خانواده، ارتباط با دوستان، وقت گذاشتن برای سلامت و ابعاد مختلف کار و شغل خود تعادل مناسب ایجاد کند. علاوه بر آن، رهبر یک سازمان لازم است ویژگی‌ها، استعدادها و نقاط قوت و ضعف خود را بشناسد و بر اساس آن مهارت‌های رهبری خود را تقویت کند. خودارزیابی^۱ فرایند فکرکردن به ویژگی‌ها، تجربیات و عملکرد گذشته و تحلیل و ارزیابی آن‌ها، با هدف یادگیری و بهبود عملکرد است. خودارزیابی مسائلی کاری و زندگی شخصی را در بر می‌گیرد و کمک می‌کند مدیر سازمان بتواند به شکلی موثر بین زندگی فردی و کار تعادل ایجاد کند و از این نظر در ارتقای فردی و موفقیت رهبر یک سازمان، نقش کلیدی دارد.

امام علی (ع) فرموده‌اند: رحمت خدا بر آن کس که اندازه‌ی خویش را بشناسد و از حدّ خود فراتر نرود^۲.

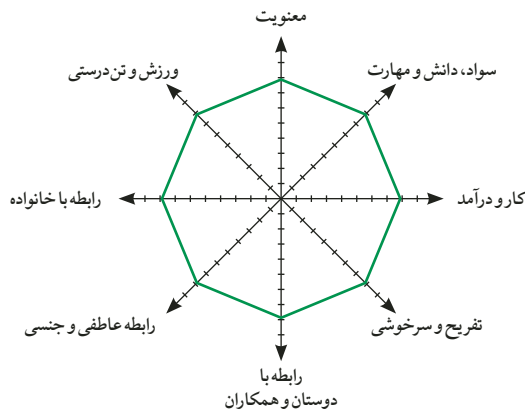
یک رهبر موفق افزون بر شناخت خود، لازم است از ویژگی‌ها، استعدادها، تمایلات و نقاط ضعف و قوت کارکنان سازمان نیز آگاهی کافی پیدا کند و با تعامل و ارتباط موثر – که به تفصیل در فصلی دیگر مورد بررسی قرار گرفته است – آن‌ها را در راستای پیشبرد امور سازمان بکار گرفته و هدایت نماید. ابزارهای مختلفی برای خودارزیابی و شناخت دیگران وجود دارد که در این بخش به چند نمونه به نسبت رایج اشاره می‌کنیم.

1. Self-reflect

۲. رَجِمَ اللَّهُ امْرَأً عَرَفَ قَدْرَهُ وَلَمْ يَتَعَدَّ طَوْرَهُ

خودارزیابی زندگی فردی و کاری با کمک ابزار به نام چرخ زندگی

نمودار چرخ زندگی (نمودار ۱) یک نمودار دایره‌ای ساده است که زندگی ما را به چند بُعد مهم دسته‌بندی می‌کند و به ما کمک می‌کند وضعیت هر بُعد را ارزیابی کرده و با ایجاد تعادل لازم بین جنبه‌های مختلف زندگی، به رشد و توسعه فردی خود و دیگران کمک نماییم. این مدل ابتدا توسط پاول میر^۱ از پیشگامان حوزه مربی‌گری^۲ و توسعه‌ی فردی معرفی شد و به‌طور گسترده مورد استفاده قرار گرفت. او معتقد بود: "انسان‌ها وقتی بیشترین رضایت را از زندگی دارند که، بخش‌های مختلف زندگی‌شان هماهنگ و متعادل رشد کند." مدیران و کارکنان نظام سلامت و شبکه بهداشتی درمانی می‌توانند با استفاده از این ابزار، ابعاد گوناگون زندگی فردی و کاری خود را ارزیابی نموده و بهبود دهند. همچنین مدیران نظام شبکه می‌توانند از این ابزار در راستای بهبود وضعیت کارکنان خود در سازمان استفاده نمایند. کتاب چرخ زندگی نوشته الیزابت کوبلر راس^۳ یکی از آثار برجسته در حوزه‌ی توسعه‌ی فردی است و برای مطالعه بیشتر در این عرصه توصیه می‌شود.



نمودار ۱: نمودار چرخ زندگی برای خودارزیابی و خودشناسی (برگرفته از کتاب تعادل و موفقیت فردی با رویکرد چرخ زندگی، میرعالی، ۱۴۰۳)

1. Paul J. Meyer
2. Coching
3. Elisabeth Kübler-Ross

فعالیت ۵:

از یک مدل چرخ زندگی (نمودار ۱) استفاده کنید و وضعیت فعالیت‌های خود را در آن ترسیم نمایید؛ میزان وقت و انرژی که برای هر حیطه صرف می‌کنید، نتیجه آن و میزان رضایت از عملکرد خود در آن حیطه را تعیین نمایید (با اختصاص امتیاز بین صفر و ۱۰)؛ نمودار چرخه‌ی زندگی شما متعادل یا نامتعادل است؟ در کدام حیطه‌ها نیاز به توجه جدی و فوری دارید؟ بر اساس این نمودار در مورد اقدامات لازم برای پیشرفت‌تان هدف‌گذاری و تصمیم‌گیری نمایید؛ به‌صورت دوره‌ای آن را بازنگری و اصلاح نمایید.

خودارزیابی در محیط کار

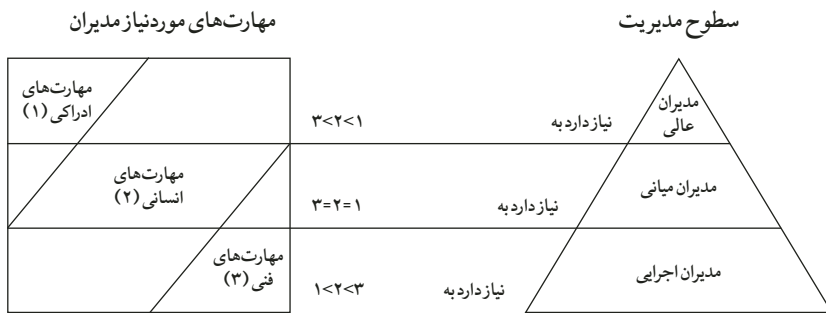
هدف از خودارزیابی در محیط کار بیشتر کمک به شناخت استعدادها، مهارت‌ها، توانمندی‌ها و عملکرد حرفه‌ای افراد در راستای بهبود آن‌ها است. برای یک مدیر موفق ترکیبی از ویژگی‌ها، استعدادها و مهارت‌ها شامل مهارت‌های انسانی^۱ (توانایی برقراری ارتباط موثر با دیگران شامل مهارت‌های ارتباطی، کارگروهمی و مدیریت تعارض)، مهارت‌های ادراکی^۲ (توانایی درک و تحلیل مسائل پیچیده شامل تفکر راهبردی و توانایی حل مسئله) و مهارت‌های فنی^۳ (دانش تخصصی، تجربه عملی و مهارت در یک حیطه خاص مانند مدیریت مالی و مدیریت کیفیت) ضروری است. خودارزیابی و بهبود این ویژگی‌ها، استعدادها و مهارت‌ها در محیط کار یکی از عوامل کلیدی موفقیت مدیران بوده و آن‌ها را به رهبری موفق‌تر و موثرتر تبدیل می‌کند.

افزون بر مدیران، کارکنان سازمان نیز با استفاده از خودارزیابی، می‌توانند عملکرد شغلی خود را در حیطه‌های مختلف تحلیل نموده و برای ارتقای آن هدف‌گذاری و برنامه‌ریزی نمایند. همچنین با استفاده از این خودارزیابی‌ها، مدیران سازمان می‌توانند با شناخت بهتر خود و کارکنان‌شان و با فراهم نمودن آموزش و پشتیبانی لازم، موجب افزایش دانش، مهارت، توانمندی و اعتماد به نفس خود و کارکنان شده و آن‌ها را در راستا تحقق اهداف حداکثری سازمان بکارگیرند.

به‌طور طبیعی ویژگی‌ها، استعدادها و مهارت‌هایی که کارکنان مختلف سازمان در سطوح

1. Interpersonal skills
2. Conceptual skills
3. Technical skills

مختلف نیاز دارند بر اساس وظایف محول شده به آن‌ها متفاوت است. مثلاً در مدیران ارشد معمولاً مهارت‌های انسانی و ادراکی نسبت به مهارت‌های فنی از اهمیت بیشتری برخوردار است. در مدیران میانی و عملیاتی نیز مهارت‌های انسانی و ادراکی اهمیت زیادی دارد، اما ممکن است مهارت‌های فنی از اهمیت بیشتری برخوردار باشد. در کارکنان سطوح عملیاتی نیز معمولاً مهارت‌های فنی نسبت به دیگر مهارت‌ها مهم‌ترند. نمودار ۲ سطح لازم هر یک از مهارت‌ها را بر اساس سطوح مدیریتی نشان می‌دهد. بنابراین خودارزیابی بایستی بر اساس ویژگی‌ها، استعدادها، مهارت‌ها و شایستگی‌هایی که هر فرد متناسب با شغل خود به آن نیاز دارد انجام شود. فرایند انجام خودارزیابی زمانی تکمیل می‌شود که نتایج آن در جلسه‌ای بین فرد ارزیابی‌شونده و مدیر مستقیم او مطرح شده و با مشورت یکدیگر برنامه ارتقای عملکرد شغلی فرد طراحی و اجرا شود. این خودارزیابی‌ها با توجه به سیاست‌های هر سازمان، ممکن است به صورت ماهانه، فصلی یا سالانه انجام شود.



نمودار ۲: مهارت‌های مورد نیاز مدیران بر اساس سطوح مدیریتی (برگرفته از کتاب سازمان و مدیریت از تئوری تا عمل، ایران نژاد پاریزی، و ساسان گهر، ۱۴۰۱)

فعالیت ۶:

- یک کتابچه خودارزیابی برای درک بهتر ویژگی‌های شخصیتی، استعدادها و مهارت‌هایی که برای بهورز، مراقب سلامت، پزشک خانواده، رئیس مرکز خدمات جامع سلامت، رئیس شبکه بهداشت و درمان شهرستان و معاون بهداشت دانشگاه/دانشکده ضرورت دارد که از آن‌ها برخوردار باشند، به تفکیک برای هر گروه طراحی کنید.

ابزار/روش‌های خودارزیابی پیشنهادی	مهارت‌های کلیدی	استعدادهای	ویژگی‌های شخصیتی ضروری	سطح شغل
				پزشک
				مراقب سلامت
				بهورز
				...

- یک کتابچه خودارزیابی برای درک بهتر ویژگی‌های شخصیتی، استعدادها و مهارت‌های مورد نیاز خودتان- در هر مسئولیتی که هستید- طراحی کنید. سپس با استفاده از آن، وضعیت فعلی خودتان را خودارزیابی نمایید و کارهایی که در محیط کار به خوبی انجام می‌دهید و مواردی که باید بهبود یابد تا طبق اولویت‌هایتان به موفقیت کاری دست یابید، مشخص کنید. در طول چند ماه آینده سعی کنید موارد مهم را بهبود بخشید و بر اساس آن میزان پیشرفت و عملکرد خود را مرور و ثبت کنید.

میزان پیشرفت	زمان‌بندی	اولویت	برنامه بهبود	نمونه شواهد	وضعیت فعلی (خوب/ نیازمند بهبود)	حیطه
						ویژگی‌های شخصیتی
						استعدادهای
						مهارت‌های مدیریتی
						مهارت‌های ارتباطی
						...

شناخت تعاملات بین فردی با کمک ابزاری به نام پنجره جو-هری^۱

پنجره جوهری (نمودار ۳) مدل به نسبت ساده‌ای است که نام آن از ابتدای نام دو روانشناس^۲ که آن را طراحی نموده‌اند گرفته شده است. این مدل با استفاده از یک جدول دو-در-دو پیوند فرد با اشخاص دیگر را در قالب چهار خانه از یک پنجره نشان می‌دهد به گونه‌ای که اندازه‌ی هر خانه نشان دهنده میزان آگاهی به وسیله خود فرد یا به وسیله دیگران از رفتار، احساسات و انگیزه‌های آن فرد است. با استفاده از این ابزار ویژگی‌ها و ابعاد شخصیت هر فرد را می‌توان به چهار گروه زیر دسته‌بندی کرد. (نمودار ۳)

	شناخته شده برای خودمان	ناشناخته برای خودمان
شناخته شده برای دیگران	آشکار	کور
ناشناخته برای دیگران	پنهان	ناشناخته

نمودار ۳: پنجره جوهری برای شناخت تعاملات بین فردی

- بخشی از ابعاد شخصیت فرد که توسط او و توسط دیگران معلوم است (منطقه آشکار^۳): مثلاً مدیر و کارکنان می‌دانند مدیر چقدر نسبت به منظم بودن و سروقت آمدن کارکنان حساس است.
- بخشی از ابعاد شخصیت فرد که برای فرد، شناخته شده است ولی برای دیگران ناشناخته است (منطقه پنهان^۴): می‌توانیم این موارد را در حد نیاز و ضرورت با دیگران مطرح نماییم تا ما را بهتر شناخته و بر اساس آن عملکرد شغلی خود را ارتقا دهیم.
- بخشی از ابعاد شخصیت فرد که برای دیگران شناخته شده است، اما برای خود فرد ناشناخته است (منطقه کور^۵): مثلاً مدیری ممکن است خودشیفته یا مغرور باشد اما خودش متوجه نباشد، در این موارد بایستی سعی کنیم در راستای شناخت بهتر خود، از دیگران کمک گرفته و بر اساس آن خود را ارتقا دهیم.

1. JOHARI

۲. جوزف لوفت و هری اینگهام

3. Open area
4. Hidden area
5. Blind area

- بخشی از ابعاد شخصیت فرد که نه برای فرد شناخته شده است و نه برای دیگران (منطقه ناشناخته^۱)؛ بایستی سعی کنیم این موارد را در حد امکان کشف و بر اساس آن نقاط قوت خود را تقویت و ضعف‌های احتمالی خود را برطرف کنیم.

بر اساس مدل پنجره جوهری هر مقدار ناحیه‌ی آشکار گسترش یابد، توان برقراری ارتباط با دیگران و انعطاف‌پذیری در سبک رهبری بیشتر شده و با توجه به شناخت بهتر افراد از یکدیگر، امکان بروز تعارض و تضاد کم‌تر می‌شود؛ بنابراین بهتر است مدیران و رهبران سازمان تا حد امکان و ضرورت این بخش را تقویت کنند. افشای اطلاعات بایستی در حد ضرورت، متناسب با شرایط، متعادل و به صورت دو طرفه انجام شود تا مدیر و کارکنان هم‌زمان از هم شناخت لازم و کافی را پیدا کنند.

فعالیت ۷:

با استفاده از مدل پنجره جوهری (نمودار ۳) ابعاد شخصیت خود را که در منطقه آشکار، پنهان، کور و ناشناخته قرار دارند مشخص نموده و بر اساس آن نقاط قوت و ضعف‌های احتمالی خود را شناسایی و یادداشت کنید. بخشی از ابعاد شخصیت خود را که در منطقه پنهان قرار دارد و بهتر است برای کارکنان خود افشا نمایید، مشخص کنید.

فعالیت ۸:

با کنار هم قراردادن اطلاعات مرتبط با چرخ زندگی‌تان، در کنار اولویت‌های حرفه (خودآرزیابی کاری) و تعاملات بین فردی (پنجره جوهری)، یک نقشه راه توسعه‌ی فردی برای خودتان تدوین و بر اساس آن برای پیشبرد کار و زندگی خود هدف‌گذاری، برنامه‌ریزی و اقدام کنید. با استفاده از این نقشه‌ی راه به صورت دوره‌ای میزان پیشرفت و موفقیت خود را رصد و یادداشت نمایید.

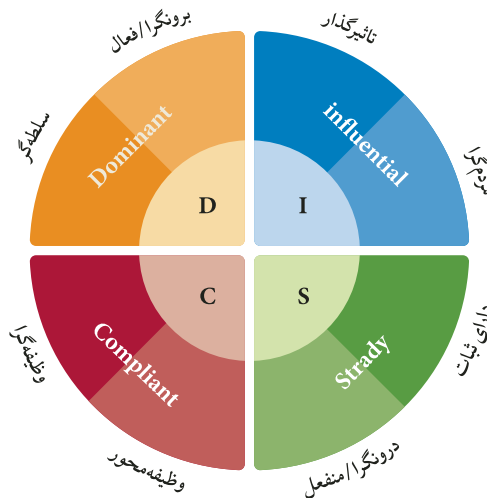
در بخش‌های بعدی این فصل در مورد حرفه‌ای‌گرایی^۲ و این موضوع که یک رهبر موفق بایستی چه شایستگی‌هایی داشته باشد و چگونه می‌تواند این شایستگی‌ها را کسب کند، به

1. Unknown Area
2. Professionalism

ویژه در مورد برنامه‌های توسعه حرفه‌ای^۱ مدیران و کارکنان بخش بهداشت در طول دوران خدمت با تفصیل بیشتر توضیح خواهیم داد.

خودارزیابی تیپ شخصیتی و الگوی رفتاری

مدیران برای آن که بتوانند سبک رهبری کارآمدتر و موثرتری داشته باشند، لازم است از تیپ شخصیتی و مدل رفتاری خود و کارکنان‌شان نیز شناخت کافی داشته باشند. برای ارزیابی تیپ شخصیتی و مدل رفتار رهبری، ابزارها و روش‌های متعددی وجود دارد که هر کدام نقاط ضعف و قوت خود را دارند. ابزار دیسک (DISC) یک مدل برای شناخت تیپ شخصیتی و درک سبک رهبری است که افراد را بر اساس تمایلات و ویژگی‌های درونی‌شان به چهار گروه رفتاری اصلی تسلط‌گرا (D)، تأثیرگذار (I)، باثبات (S) و وظیفه‌گرا (C) دسته‌بندی می‌کند (نمودار ۴). برای استفاده از این مدل معمولاً افراد پس از ورود به سامانه‌ی مربوط و پاسخ به پرسش‌های آن، تحلیل و گزارش کاملی از تیپ شخصیتی خود دریافت می‌کنند. در ایران شرکت‌هایی این ابزار را به فارسی ترجمه، بومی و استاندارد نموده و در دسترس افراد و موسسات قرار می‌دهند.^۲



نمودار ۴: ابزار دیسک برای ارزیابی تیپ شخصیتی و مدل رفتار رهبری

1. Continues Professional Development (CPD)

۲. برای مطالعه بیشتر در این زمینه می‌توانید به کتاب اوج پرواز: مدل رفتارشناسی DISC نویسنده ماری روزنبرگ و دنیل سیلورت، ترجمه الهام زارع مراجعه نمایید

افراد تسلط‌گرا^۱: افراد با تیپ شخصیتی تسلط‌گرا معمولاً افرادی قاطع و با اعتماد به نفس بالا هستند که تمایل دارند به محیط و افراد دور و بر خود، تسلط و کنترل داشته باشند و از این طریق اهداف سازمان را محقق کنند. الگوی رفتاری این افراد معمولاً برون‌گرا، کارمحور، پیشرو، خطرپذیر، مصمم، هدایت‌گر، مشوق، مُصبر، رُک، دیرباور، پرسش‌گر، مسئولیت‌پذیر، هدف‌محور و نتیجه‌گرا است. این مدیران معمولاً به روزمرگی علاقه ندارند، نوآورند؛ به زمان اهمیت می‌دهند؛ در حل مشکلات توانمند بوده و از شروع کارهای جدید و انجام چند کار هم‌زمان هراس چندانی ندارند و ممکن است نظرات خود را به دیگران تحمیل کنند.

برخی نقاط قابل بهبود در این افراد شامل موارد زیر است: ممکن است زود عصبانی و زود آرام شوند، طعنه‌آمیز حرف بزنند، شنونده خوبی نباشند، اشتباه خود را نپذیرند، بی‌تاب و کم‌تحمل بوده و در تصمیم‌گیری‌ها، سریع و شتابزده عمل کنند.

افراد تاثیرگذار^۲: افراد مردم‌دار، مقبول، خونگرم، الهام‌بخش، نافذ، تاثیرگذار، برانگیزاننده، قاطع و پیشرو، با اعتماد به نفس بالا که بیشتر به شکل دهی محیط و رسیدن به اهداف از طریق تاثیر یا ترغیب دیگران اهمیت می‌دهند؛ این افراد معمولاً صراحت لهجه، شیوایی کلام و رفتار دوستانه دارند؛ سخنران و متقاعدکننده‌ی خوبی بوده و مشکلات و تعارضات را بیشتر به صورت خلاقانه حل می‌کنند. الگوی رفتاری این افراد معمولاً برون‌گرا و مردم‌محور هست. برخی ویژگی‌های بارز دیگر این افراد عبارت‌اند از پر حرف، پراشتیاق، قانع‌کننده، خوش‌بین، اعتمادکننده، احساساتی، مشوق خوب، شوخ‌طبع، اهل طبیعت‌گردی، صلح و آشتی و بی‌توجه به جزئیات که گاه محبوبیت را به نتایج ملموس ترجیح می‌دهند.

این افراد ممکن است برخی از ویژگی‌ها و نقاط قابل بهبود زیر را دارا باشند که بایستی سعی کنند آن‌ها را شناسایی و در راستای بهبود آن تلاش نمایند. بی‌نظم، بی‌دقت، کم‌حوصله، بدون برنامه، دچار روزمرگی، ساده و زودباور، بی‌ثبات، بی‌طرف، دارای رویاهای بزرگ، بزرگ‌نمایی و اغراق، خیال‌پرداز، بهانه‌گیر، از دست دادن کنترل در هنگام فشار، شنونده‌ی ضعیف و تصمیم‌گیری‌های غیرمنطقی برای جلب نظر مردم.

افراد باثبات^۳: افراد مهربان، مقبول، خونگرم، کنجکاو، اندیشمند، تحلیل‌گر، باثبات، ثابت‌قدم، دارای پشتکار و حمایت‌کننده که بیشتر به همکاری با دیگران با شرایط موجود برای پیشبرد امور سازمان اهمیت می‌دهند؛ الگوی رفتاری این افراد معمولاً درون‌گرا،

1. Dominance
2. Influence
3. Steadiness

مردم محور، صبور، دلسوز، وفادار، قابل اتکا، درک کننده، آسان گیر و خوش برخورد که خوب گوش می دهند، رهبری مشارکتی دارند، در انجام کار تیمی موفق هستند و مانند یک مربی رهبری می کنند.

برخی نقاط قابل بهبود در این افراد عبارت اند از: خجالتی، حساس و زودرنج، محتاط و ملاحظه کار، عدم قاطعیت و نداشتن قدرت نه گفتن، گاهی اوقات بی انگیزه و کم انرژی، مقاوم برای تغییر، عدم توانایی انجام چند کار هم زمان، خطرپذیری کم، روحیه قوی فداکاری، با گوشه و کنایه حرف می زنند، به قضاوت دیگران اهمیت زیاد می دهند. ممکن است مشکلات شان را بروز ندهند و در اولویت بندی مشکل پیدا کنند.

افراد وظیفه شناس^۱: افراد وظیفه شناس، کارمحور، با وجدان، منظم، کنجکاو، پرسش گر، اندیشمند، حسابگر، بادقت و دیرباور که استانداردهای بالایی دارند و بیشتر به انجام کار در چهارچوب دستورالعمل ها با اطمینان از کیفیت و درستی کار اهمیت می دهند؛ الگوی رفتاری این افراد معمولاً بیشتر درون گرا، وظیفه شناس، محتاط، رسمی، مؤدب، شایسته و دارای آرامش هستند.

برخی نقاط قابل بهبود این افراد عبارت اند از: منفی گرا، خودمحور، وظیفه محوری بیش از حد (جدی، خشک، رسمی و سرد)، انعطاف پذیری کم، علاقه به کارهای فردی، حساس و زودرنج، خطرپذیری کم، معمولاً به جزئیات بیش از حد توجه می کنند به نحوی که ممکن است در جزئیات غرق شوند و تصویر کلی را از یاد ببرند و گاهی اوقات بسیار ایراد می گیرند و بسیار انتقاد می کنند.

مدل دیسک بیشتر رفتارهای قابل مشاهده فرد و نحوه ارتباط او با دیگران را ارزیابی می کند و ارتباطی با هوش، سلامت روان یا ارزش های درونی انسان ندارد. با استفاده از مدل دیسک، در بسیاری از موارد ممکن است ترکیب ویژگی های یک فرد به گونه ای باشد که تیپ شخصیتی غالب فرد به طور واضح در یک دسته مشخص قرار نگیرد و ترکیبی از دو یا چند گروه باشد. از طرفی یک تیپ شخصیتی خاص الزاماً به یک تیپ شخصیتی دیگر برتری ندارد، اگرچه ممکن است در جایگاه هایی باهم متفاوت باشند و نقاط قوت و ضعف مختلفی داشته باشند. ارزیابی تیپ شخصیتی کمک می کند رهبران و مدیران سازمان بتوانند نقاط قوت و ضعف خود و کارکنان خود را بهتر بشناسند و بهبود بخشند و از این طریق با کارکنان خود تعامل بهتری برقرار نموده و در راستای بهبود عملکرد سازمان از آن استفاده

نمایند. از طرفی مدیران بایستی مواظب باشند از ابزار دیسک استفاده نادرست نکنند؛ مثلاً با استفاده از آن به دیگران برچسب منفی نزنند، توانایی‌هایشان را نادیده نگیرند و افراد را به خاطر گرایش‌های رفتاری خاص از فرصت‌ها و حقوقشان محروم نکنند.

فعالیت ۹:

با استفاده از مدل دیسک مشخص کنید ویژگی‌های بارز رهبری شما چیست؟ شما خودتان را بیشتر در کدام گروه قرار می‌دهید؟ نقاط قابل بهبود ویژگی‌های رفتاری شما چیست؟

به نظر شما در اداره‌ی یک شبکه بهداشتی درمانی شهرستان یا یک بیمارستان کوچک کدام ویژگی‌ها بیشتر کاربرد دارد؟

سبک‌های رهبری

رهبری، فرایند هدایت و تاثیرگذاری بر سازمان و کارکنان آن به صورت نظام‌مند برای دستیابی حداکثری به اهداف سازمان است. یک مدیر موفق بایستی تلاش کند وظایف رهبری خود را تا حد امکان از طریق تاثیرگذاری و جلب مشارکت کارکنان انجام دهد؛ از طرفی ضرورت دارد بخشی از وظایف رهبری از طریق اعمال قدرت سخت و به‌کارگیری تدابیر و قوانین برآمده از جایگاه حقوقی مدیر انجام شود. بنابراین لازم است یک رهبر موفق هم‌زمان از ترکیب قدرت نرم (تاثیرگذاری از طریق نفوذ برای جلب مشارکت کارکنان) و قدرت سخت (قدرت ناشی از جایگاه و مسئولیت قانونی مدیر) استفاده نماید. تعادل مناسب بین این دو بخش می‌تواند موجب رضایت و عملکرد بهتر کارکنان و موفقیت بیشتر سازمان شود. شیوه استفاده رهبر از قدرت و نفوذ را سبک رهبری^۱ می‌گویند. بر این اساس با توجه به میزان استفاده مدیر از قدرت یا نفوذ، سبک‌های رهبری می‌تواند در طیف گسترده‌ای قرار گیرد که یک طرف آن رهبری وظیفه‌مدار، آمرانه و اقتداری و طرف دیگر آن رهبری کارمندمدار، رابطه‌مدار، مشارکتی، دموکراتیک و لیبرال است و دیگر سبک‌های رهبری بین این دو سبک قرار می‌گیرند؛ به این معنی که مدیر نسبت به برخی جنبه‌های مدیریت محافظه‌کار و نسبت به جنبه‌های دیگر آن مشارکتی رفتار می‌کند. لیکرت براساس میزان وظیفه‌مداری و

کارمندمداری مدیران، سبک‌های رهبری را در چهار گروه دسته‌بندی نمود.

- **مستبدانه و استثماری:** همه یا بیشتر تصمیمات را مدیر می‌گیرد و کارکنان مشارکت چندانی در تصمیمات ندارند بلکه فقط اجراکننده‌ی تصمیمات هستند. اگر کارشان را درست انجام دهند، تشویق و اگر درست انجام ندهند تنبیه می‌شوند. در این شرایط میزان اعتماد بین مدیران و کارکنان به نسبت کم است و کارکنان دچار نوعی ترس هستند.
- **مستبدانه خیرخواه:** کارکنان در اظهارنظر آزادی مختصر و در تصمیمات سازمان مشارکت محدود دارند و در شرایط مشخص تا حدودی در انجام وظایف خود انعطاف‌پذیری داشته و به آن‌ها اعتماد نسبی وجود دارد.
- **مشاوره‌ای:** مدیران تا حد زیادی به این موضوع که کارکنان می‌توانند کارشان را درست انجام دهند، اعتماد دارند. بنابراین کارکنان پس از بحث و مشاوره، اهداف و وظایف خود را مشخص می‌کنند و در باره این که چگونه وظایف خود را انجام دهند تصمیم می‌گیرند؛ اما همچنان تصمیم‌گیری عمدتاً به عهده مدیران ارشد است و کارکنان بیشتر در مسائل مربوط به نحوه انجام کارشان آزادی دارند.
- **مشارکتی:** مدیران به کارکنان اطمینان زیادی دارند و اهداف و تصمیمات و نحوه اجرای آن‌ها به صورت گروهی و با مشارکت فعال کارکنان مشخص می‌شود.

چه سبک‌های رهبری برای چه شرایطی مناسب‌تر است؟

استفاده از یک سبک رهبری ثابت و مشخص، نمی‌تواند در تمام شرایط و موقعیت‌ها، پاسخگوی همه نیازهای سازمان باشد. به بیان دیگر مدیران و رهبران سازمان‌ها بایستی بتوانند سبک رهبری خود را با توجه به شرایط تغییر دهند. این نظریه ابتدا توسط فیدلر با عنوان سبک رهبری اقتضائی^۱ معرفی شد و سپس توسط هرسی و بلانچارد با عنوان "نظریه رهبری موقعیتی" توسعه یافت. بر اساس این نظریه برای رهبری سازمان یک نوع سبک رهبری خاص به عنوان بهترین الگو وجود ندارد و ضرورت دارد در شرایط و موقعیت‌های مختلف سبک رهبری نیز متناسب با آن تغییر کند. بنابراین مدیران بایستی به صورت آگاهانه و مداوم در باره نحوه مدیریت و سبک رهبری سازمان و کارکنان آن بررسی و تحلیل کنند تا به درستی تشخیص دهند، سازمان و کارکنان آن در چه موقعیتی قرار دارند و چه نوع سبک رهبری

برای آن‌ها مناسب‌تر است. انتخاب سبک رهبری مناسب نقش موثری در برقراری ارتباط و ایجاد اعتماد و احترام در بین کارکنان داشته و موجب رضایتمندی کارکنان و موفقیت سازمان می‌شود. هرسی و بلانچارد عوامل مهمی همچون ویژگی‌های مدیران، میزان بلوغ کارکنان، نوع کاری که قرار است انجام شود و دیگر شرایط سازمان را به عنوان مهم‌ترین عوامل موثر بر انتخاب سبک رهبری معرفی نمودند.

عوامل موثر بر سبک رهبری

در بخش قبل اشاره شد، مجموعه‌ای از ویژگی‌ها و استعداد‌های هر فرد، تیپ شخصیتی و مدل رفتار رهبری آن فرد را شکل می‌دهد. به عنوان نمونه با استفاده از ابزار دیسک (DISC) افراد از نظر تیپ شخصیتی در چهار دسته اصلی تسلط‌گرا، تاثیرگذار، باثبات و وظیفه‌شناس قرار می‌گیرند. بر این اساس در هر فرد ممکن است یک یا ترکیبی از دو تیپ شخصیتی نسبت به دیگر تیپ‌های شخصیتی غالب باشد به این معنا که فرد عمدتاً از این سبک در هدایت و رهبری سازمان و کارکنان آن استفاده کند.

هرسی و بلانچارد نیز با توجه به میزان غالب بودن ویژگی وظیفه‌مداری یا رابطه‌مداری در مدیران، مدل مشابهی ارائه نمودند و بر اساس آن، مدیران را به چهار گروه زیر دسته‌بندی نمودند.

- وظیفه‌مدار قوی - رابطه‌مدار ضعیف
- وظیفه‌مدار قوی - رابطه‌مدار قوی
- وظیفه‌مدار ضعیف - رابطه‌مدار قوی
- وظیفه‌مدار ضعیف - رابطه‌مدار ضعیف

هرسی و بلانچارد همچنین با توجه به سطح توسعه‌یافتگی (میزان توانایی و انگیزه) کارکنان، آن‌ها را به چهار گروه D1 تا D4 دسته‌بندی نمودند:

- D1: فاقد توانایی (دانش و مهارت)، اما دارای انگیزه زیاد برای پذیرش مسئولیت و انجام وظایف محوله؛
- D2: مشتاق و با انگیزه اما فاقد توانایی برای پذیرش مسئولیت و انجام وظایف محوله؛
- D3: دارای توانایی زیاد اما فاقد انگیزه برای پذیرش مسئولیت و انجام وظایف محوله؛
- D4: دارای توانایی و انگیزه زیاد برای پذیرش مسئولیت و انجام وظایف محوله؛

هرسی و بلانچارد سپس با توجه به ویژگی‌های مدیران و سطح توسعه‌یافتگی کارکنان هر سازمان، برای هر گروه از کارکنان یک نوع سبک رهبری خاص از S1 تا S4 به صورت زیر پیشنهاد نمودند (جدول ۱ و نمودار ۵).

ویژگی‌های بارز هرکدام از سبک‌های رهبری به شرح زیر است.

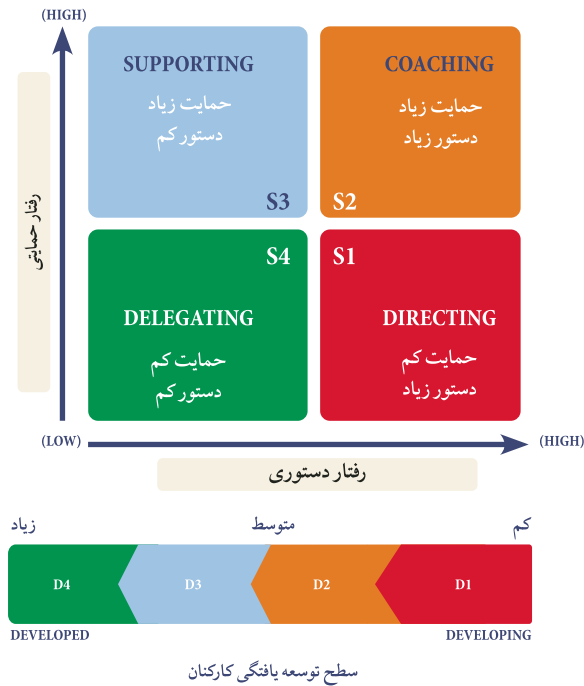
- سبک S1 - دستور دهنده^۱، دستوری^۲ یا آمرانه: مدیر بیشتر طرف‌دار کار و کمتر طرف‌دار کارمند است. دستورات روشن از طرف مدیر مشخص می‌شود و برای اجرا به کارکنان ابلاغ می‌شود. کارکنان به صورت شفاف می‌دانند سازمان از آن‌ها چه انتظاری دارد و در این راستا تلاش می‌کنند.
- سبک S2 - تشویقی، استدلالی، متقاعدکننده^۳ یا حمایتی^۴: مدیر هم‌زمان به دو جنبه کار و کارمند توجه می‌کند.
- سبک S3 - مشارکتی^۵: مدیر بیشتر طرف‌دار کارمندان است و به جنبه‌های کار توجه کمتری نشان می‌دهد. بنابراین مدیر به طور وسیع نظرات و پیشنهادهای کارکنان را دریافت می‌کند اما تصمیم نهایی توسط مدیر گرفته می‌شود.
- سبک S4 - تفویض اختیار^۶: مدیر تصور می‌کند زیردستان شایستگی کافی برای تشخیص موقعیت و انجام وظایف خود را دارند و اختیارات خود را به طور کامل به آن‌ها واگذار می‌کند.

جدول ۱: رابطه بین ویژگی‌های مدیران، سطح توسعه‌یافتگی کارکنان و سبک رهبری

سبک رهبری پیشنهادی		سطح توسعه‌یافتگی کارکنان		وظیفه‌مداری و رابطه‌مداری مدیران
دستوردهنده، دستوری، آمرانه	S1	توانمندی کم و انگیزه زیاد	D1	وظیفه‌مدار قوی - رابطه‌مدار ضعیف
تشویقی، استدلالی، حمایتی	S2	توانمندی نسبی و انگیزه نسبی	D2	وظیفه‌مدار قوی - رابطه‌مدار قوی

1. Directing or S1
2. Directive
3. Coaching or S2
4. Supportive
5. Supporting or S3
6. Delegating or S4

سبک رهبری پیشنهادی		سطح توسعه‌یافتگی کارکنان		وظیفه‌مداری و رابطه‌مداری مدیران
مشارکتی	S3	توانمندی زیاد و انگیزه نسبی	D3	وظیفه‌مدار ضعیف - رابطه‌مدار قوی
واگذاری اختیار	S4	توانمندی و انگیزه زیاد	D4	وظیفه‌مدار ضعیف - رابطه‌مدار ضعیف



نمودار ۵: رابطه بین ویژگی‌های مدیران، سطح توسعه‌یافتگی کارکنان و سبک رهبری (برگرفته از کتاب مدیریت رفتار سازمانی کاربرد منابع انسانی، هرسی و بلانچارد، ترجمه علاقه‌بند، ۱۴۰۳)

فعالیت ۱۰:

ممکن است در سازمان شما کارکنانی وجود داشته باشند که توانمندی و انگیزه کمی دارند. فرض کنید امکان جابجایی این کارکنان وجود ندارد؛ شما به عنوان مدیر سازمان با این کارکنان چگونه رفتار می‌کنید تا در حد امکان عملکرد آن‌ها بهبود یابد؟

سبک رهبری متناسب با شرایط سازمان

افزون بر ویژگی‌های مدیران و سطح بلوغ کارکنان، شرایط محیطی درون و پیرامون سازمان نیز در انتخاب نوع سبک رهبری در سازمان موثر است. از این نظر یک سازمان ممکن است در شرایط ثبات کامل، ثبات نسبی (محیط نیمه‌متغیر) یا عدم ثبات (شرایط متغیر یا بحرانی) باشد و هم‌زمان در چنین سازمانی ممکن است کارکنان نیز از نظر میزان توانمندی متفاوت باشند. بر این اساس می‌توان محیط‌های درون سازمان را به سه گروه اصلی زیر دسته‌بندی و برای هر کدام سبک رهبری مناسب استفاده نمود.

- سبک رهبری اقتدارگرا: این نوع سبک رهبری معمولاً در محیط‌های بحرانی یا محیط‌های در حال تغییر و در شرایطی که کارکنان سازمان کم تجربه و کم توان هستند مناسب‌تر است.
- سبک رهبری مشارکتی: این نوع سبک رهبری معمولاً در محیط‌های به نسبت متغیر و در شرایطی که کارکنان سازمان بطور نسبی توانمند هستند مناسب‌تر است.
- سبک رهبری تفویض اختیار: این نوع سبک رهبری معمولاً در محیط‌های با ثبات و در شرایطی که کارکنان سازمان توانمند و متخصص هستند مناسب‌تر است.

همچنین بر اساس شواهد و تجربیات موجود زمانی که سازمان در موقعیت مطلوب یا نامطلوب باشد، سبک رهبری وظیفه‌گرا و آمرانه اثربخش‌تر است و زمانی که موقعیت سازمان در حد میانه باشد (تا اندازه‌ای مطلوب یا تا اندازه‌ای نامطلوب) سبک رهبری انسان‌گرا و روابط انسانی اثربخشی بیشتری دارد.

در یک تقسیم‌بندی دیگر توسط گلمن^۱، شش سبک رهبری به شرح زیر معرفی شده که شباهت زیادی به تقسیم‌بندی قبلی دارد. چهار سبک آرمان‌گرا^۲، مربی‌گری^۳، رابطه‌ساز^۴ و دموکراتیک^۵ باعث ارتقای هماهنگی و بیشتر متناسب با شرایط کارکنان است. دو سبک پیش‌تازانه^۶ و آمرانه^۷ بیشتر مناسب شرایط خاص مانند هرج و مرج است و در بلندمدت اغلب باعث نارضایتی کارکنان می‌شوند؛ شرایط استفاده از این سبک‌ها در بخش دیگری از این فصل با عنوان ماتریس تصمیم‌گیری استیسی^۸ توضیح داده شده است.

1. Goleman
2. Visionary
3. Coaching
4. Affiliative
5. Democrtaic
6. Pace setting
7. Commanding
8. Stacey Matrix

اهمیت خلاقیت در رهبری

خلاقیت به عنوان توانایی تولید ایده‌ها، راهکارها و نوآوری‌های جدید، یکی از عوامل کلیدی موفقیت در محیط‌های پیچیده و پویا مانند حوزه‌ی بهداشت و درمان است. مدیران شبکه‌های بهداشت و درمان با ایجاد فضای خلاق، می‌توانند پاسخ‌های نوآورانه به چالش‌های سازمانی ارائه داده و کیفیت خدمات را ارتقا دهند (۱).

روش‌های کلیدی برای ایجاد خلاقیت در کار

- تشویق فرهنگ باز و پذیرش ایده‌های جدید: ایجاد فضایی که کارکنان احساس امنیت کنند و بدون ترس از شکست یا انتقاد، ایده‌های خود را مطرح کنند، پایه خلاقیت است. مدیران باید به پذیرش خطا به عنوان بخشی از فرایند یادگیری تاکید کنند.
- تنوع تیمی و بین‌رشته‌ای: گروه‌های کاری متشکل از افراد با تخصص‌ها، پیشینه‌ها و دیدگاه‌های مختلف، باعث تبادل ایده‌ها و ایجاد راهکارهای نوآورانه می‌شوند. تنوع تیمی به مدیران امکان می‌دهد از منابع فکری گسترده‌تری بهره‌مند شوند.
- استفاده از تکنیک‌های تفکر خلاق: روش‌هایی مانند طوفان فکری^۱، نقشه ذهنی^۲، تکنیک شش کلاه تفکر و روش اسکمپر^۳ می‌توانند به تولید ایده‌های نو کمک کنند.
- ایجاد فضای زمانی و مکانی برای تفکر آزاد: مدیران باید شرایطی فراهم کنند که کارکنان فرصت‌هایی برای تفکر عمیق، آزمایش و ارزیابی ایده‌ها داشته باشند. این می‌تواند شامل زمان‌های استراحت خلاقانه، جلسات غیررسمی یا محیط‌های کاری انعطاف‌پذیر باشد.
- تشویق یادگیری مداوم و به اشتراک‌گذاری دانش: ایجاد فرهنگ یادگیری و دسترسی آسان به منابع آموزشی، کنفرانس‌ها، و کارگاه‌های تخصصی، ذهن کارکنان را برای تولید ایده‌های جدید فعال نگه می‌دارد.

1. Brainstorming

2. Mind Mapping

۳. SCAMPER (Substitute, Combine, Adapt, Modify, Put to another use, Eliminate, Reverse): یک

ابزار برای ایده‌پردازی و بهبود محصولات، خدمات یا فرایندهای موجود است. این روش با پرسیدن هفت نوع پرسش مختلف، ذهن را برای خلق ایده‌های نو به چالش می‌کشد که شامل جایگزینی (چه بخش‌هایی را می‌توان جایگزین کرد؟)، ترکیب (چگونه می‌توان آن را با چیز دیگری ترکیب کرد تا عملکرد بهتری داشته باشد؟)، سازگاری (چه ایده‌ی دیگری را می‌توان برای تطبیق و بهبود آن به کار برد؟)، تغییر (چه تغییری می‌توان در شکل، اندازه یا ویژگی‌های آن ایجاد کرد؟)، کاربرد دیگر (آیا می‌توان از آن برای هدف یا کاربردی دیگر استفاده کرد؟)، حذف (چه بخش‌هایی را می‌توان ساده یا کاملاً حذف کرد؟) و معکوس‌سازی (چه می‌شود اگر ترتیب یا جایگاه آن را برعکس کرد؟).

- پاداش دهی و شناخت نوآوری‌ها: شناخت و تقدیر از نوآوری‌های کارکنان، انگیزه آن‌ها را برای ارائه ایده‌های خلاقانه افزایش می‌دهد. این می‌تواند از طریق سیستم‌های رسمی پاداش، تقدیر شفاهی یا فرصت‌های ارتقای انجام شود (۱).

یکی از روش‌های مورد استفاده برای ایجاد خلاقیت مدل تفکر طراحی^۱ است که یک رویکرد نوآورانه و انسانی محور برای حل مسئله است که بر فهم عمیق نیازها و تجربیات کاربران تمرکز دارد. این مدل شامل پنج مرحله اصلی است: همدلی با کاربران^۲، تعریف دقیق مسئله^۳، خلق ایده‌های نوآورانه^۴، ساخت نمونه‌های اولیه^۵، و آزمون و بازبینی^۶. در محیط‌های بهداشت و درمان، مدیران با به‌کارگیری مدل تفکر طراحی می‌توانند راهکارهایی خلاقانه و کارآمد برای بهبود فرایندها، ارتقای کیفیت خدمات و افزایش رضایت مراجعان ارائه دهند. این رویکرد با تأکید بر مشارکت تیمی و آزمایش مستمر ایده‌ها، امکان تطبیق سریع با نیازهای متغیر و پیچیده‌ی حوزه سلامت را فراهم می‌کند (۲).

فعالیت ۱۱

به عنوان مدیر شبکه بهداشت و درمان شهرستان یک مشکل یا چالش واقعی در شبکه خود را انتخاب کنید. این چالش می‌تواند مرتبط با بهبود خدمات، افزایش رضایت مراجعان، کاهش هزینه‌ها، یا بهبود ارتباطات تیمی باشد. این چالش را با مدل تفکر طراحی تحلیل کنید:

- همدلی: با گفتگو و مشاهده، نیازها و مشکلات اصلی ذی‌نفعان (کارکنان، بیماران، خانواده‌ها) را شناسایی کنید.
- تعریف مسئله: چالش را به صورت واضح و متمرکز تعریف کنید.
- خلق ایده‌ها: با استفاده از تکنیک طوفان فکری، حداقل ۵ راهکار خلاقانه برای حل مسئله ارائه دهید.
- نمونه‌سازی: یک یا چند راهکار عملیاتی کوچک یا آزمایشی طراحی کنید.
- آزمون: راهکارهای پیشنهادی را به صورت محدود اجرا و بازخورد جمع‌آوری کنید.

1. Design Thinking
2. Empathize
3. Define
4. Ideate
5. Prototype
6. Test

در این بخش مفهوم قدرت، اقتدار، اختیار و نفوذ و نحوه استفاده از آن‌ها برای تقویت نقش رهبری در سازمان با تفصیل بیشتر مورد بحث قرار می‌گیرد.

مفهوم قدرت، نفوذ و اختیار و نحوه استفاده از آن‌ها برای رهبری موثر

قدرت^۱: ظرفیت و توانایی تاثیر بر تفکر، نگرش، اراده و رفتار دیگران برای دستیابی به اهداف؛

● قدرت سخت، اقتدار یا اختیار^۲: ظرفیت و توانایی تاثیر بر تفکر، نگرش، اراده و رفتار دیگران؛ این نوع قدرت وابسته به مقام و جایگاه حقوقی فرد است؛ زمانی که منصوب می‌شود ایجاد می‌شود و پس از پایان مسئولیت فرد، تمام می‌شود. میزان این قدرت متناسب با میزان اختیاراتی است که رسماً برای آن جایگاه حقوقی تعریف شده است. این نوع قدرت معمولاً از طریق دستور، بخش‌نامه، آیین‌نامه، پروتکل و... قابل اعمال است و بیشتر بر اراده و رفتار دیگران تاثیر دارد تا بر احساس و تفکر آن‌ها.

● قدرت نرم یا نفوذ^۳: ظرفیت و توانایی تاثیر بر احساسات، تفکر، نگرش، اراده و رفتار دیگران به منظور جلب مشارکت داوطلبانه آن‌ها؛ این نوع قدرت بیشتر از ویژگی‌ها و استعدادهای درونی و شخصیت و موقعیت اجتماعی فرد سرچشمه می‌گیرد. از طرفی فردی که تجربه‌ی موفق مسئولیت‌های متعدد و بلندمدت در سطوح مختلف مدیریت را دارد، به خاطر چنین تجربه و سرمایه اجتماعی ارزشمندی به طور طبیعی از نفوذ بیشتری نیز برخوردار است و معمولاً دیگران به چنین فردی اعتماد بیشتری دارند. این نوع قدرت بیشتر بر احساس و تفکر افراد تاثیر می‌گذارد و از این طریق موجب تغییر اراده و رفتار آن‌ها می‌شود. توضیحات تکمیلی در مورد تفاوت‌های قدرت سخت و قدرت نرم در جدول زیر آمده است.

جدول ۲: مقایسه قدرت ناشی از نفوذ و قدرت ناشی از اختیار

قدرت ناشی از نفوذ (قدرت نرم)	قدرت ناشی از اقتدار یا اختیار (قدرت سخت)
نفوذ یک موضوع شخصی و مستقل است و از کاریزما و موقعیت اجتماعی فرد سرچشمه می‌گیرد.	اختیار طبق قانون اعمال می‌گردد و از سطح و موقعیت سازمانی فرد منشا می‌گیرد.

1. Power
2. Authority
3. Influence

قدرت ناشی از نفوذ (قدرت نرم)	قدرت ناشی از اقتدار یا اختیار (قدرت سخت)
نفوذ غیررسمی و براساس درک شخصی است.	اختیار رسمی است و براساس روابط بالادست و زیردست عمل می‌کند.
نفوذ با شخص مرتبط بوده و محدودیتی ندارد.	از آنجایی که اختیار به موقعیت سازمانی فرد وابسته است در نتیجه قلمرو محدودی داشته و به وسیله ساختار سازمانی محدود می‌شود.
نفوذ می‌تواند بدون هیچ‌گونه محدودیتی مورد استفاده قرار گیرد.	اختیار عام بوده و به‌طور مساوی در همه سطوح سازمان اعمال می‌شود.
نفوذ توسط سازمان داده نمی‌شود و در اصل توانایی یک شخص در تاثیر بر تصمیمات دیگران بوده و به صورت شخصی به دست می‌آید.	اختیار وابسته به سازمان بوده و توسط سازمان به یک جایگاه داده می‌شود. هر کسی که صاحب این جایگاه‌ها شود، می‌تواند از اختیار وابسته به این جایگاه استفاده نماید.
نقطه نفوذ مشخص در چارت سازمانی قابل ردیابی نیست.	با نگاه در چارت سازمانی هر شخصی می‌تواند سطوح اختیار را دریافت و نقطه اختیار در سازمان را پیدا کند.
نفوذ ارتباطی به موقعیت سازمانی ندارد. یک شخص حتی با بودن در تراز پایین سازمان ممکن است از نفوذ زیادی برخوردار باشد در حالی که فردی با اقتدار تراز بالای سازمانی ممکن است نفوذی نداشته باشد.	اختیار همیشه وابسته به جایگاه است. موقعیت بالاتر در چارت سازمانی اختیار بیشتری را به همراه خواهد داشت.

رابطه قدرت و حکمرانی!

مبحث حکمرانی در قالب یک فصل جداگانه در این مجموعه مورد توجه قرار گرفته است. در این بخش مفهوم حکمرانی با عنایت به ارتباط آن با قدرت سخت و قدرت نرم مورد توجه قرار می‌گیرد. بر این اساس می‌توان حکمرانی را این‌گونه تعریف نمود: «اعمال و استفاده درست، مناسب و به‌جا از قدرت، شامل ترکیب متعادلی از قدرت سخت و نرم برای دستیابی به اهداف». بنابراین در هر سازمان هر چه بهتر و مناسب‌تر و متعادل‌تر از قدرت استفاده شود، حکمرانی قوی‌تر و بهتری شکل خواهد گرفت. همچنین اگر به هر دلیلی تعادل بین این دو نوع قدرت به هم بخورد مثلاً از قدرت سخت بیش از حد و به صورت غیر منطقی یا به

صورت نامشروع استفاده شود به گونه‌ای که جنبه تهدید، تطمیع یا ارباب پیدا کند یا اینکه از قدرت سخت، آن قدر کم استفاده شود که افراد به راحتی بتوانند قوانین را نادیده گرفته و زیر پا بگذارند و این موضوع برایشان تبعاتی نداشته باشد، در هر دو صورت موجب آسیب جدی به حکمرانی و ایجاد حکمرانی بد و ضعیف خواهد شد.

سازوکارهای اعمال قدرت

قدرت سخت را بیشتر می‌توان از طریق تدوین، ابلاغ و اجرای قوانین، مقررات، سیاست‌ها، برنامه‌ها، راهبردها، پروتکل‌ها و استانداردها و پایش و نظارت دائم بر آن‌ها اعمال نمود. به‌طور طبیعی لازم است این سازوکارها با یک نظام موثر و کارآمد پاداش و تشویق تکمیل شود و در مواقع لزوم می‌توان از سازوکارهای تنبیهی شامل ترساندن، فشار و تنبیه نیز استفاده نمود؛ البته از تنبیه معمولاً زمانی استفاده می‌شود که فردی تخلف عمدی داشته باشد؛ در این صورت بایستی متناسب با نوع و شدت تخلف، از این سازوکار استفاده نمود؛ در غیر این صورت تا حد امکان نبایستی از این سازوکار استفاده شود و بیشتر بایستی سازوکارهای تشویقی بکار رود.

در برخی موارد لازم است مدیر، بخشی از مسئولیت و اختیارات خود را به مدیران و کارکنان زیرمجموعه‌ی خود واگذار نماید و بر حسن اجرای آن‌ها نظارت نماید. در این صورت زمان بیشتری برای انجام کارهای مهم‌تر بدست می‌آورد. این موضوع که چه نوع کارهایی و به چه افرادی قابل تفویض است در بخش قبل به تفصیل مورد بحث قرار گرفت. قدرت نرم را بیشتر می‌توان از طریق احترام گذاشتن به دیگران و ایجاد باور قلبی، امید، انگیزش، تهییج و اغنا و از طریق نمایش کمال، تعالی، شکوه و عظمت تقویت نمود و اعمال کرد؛ یک رهبر قوی، که هم‌زمان از قدرت سخت و اختیارات قانونی لازم هم برخوردار است، اگر به موقع و متناسب از قدرت نرم و نفوذ خود استفاده کند، اوج خضوع و خشوع را در برابر کارکنان خود به نمایش می‌گذارد و از این طریق به‌طور ناخودآگاه شکلی از پذیرفتن و تسلیم داوطلبانه را در آن‌ها ایجاد می‌کند.

نقطه مقابل این راهبرد، استفاده از سازوکارهایی همچون تزویر، اغفال، نیرنگ، فریب، باور کاذب، هراس، ارباب و تطمیع است که امید و انگیزه را در کارکنان از بین می‌برد و در بلندمدت آسیب‌های فراوانی برای سازمان به همراه دارد. از این نوع اعمال قدرت نامشروع که ممکن است منجر به سلطه نامشروع شود بایستی به شدت پرهیز نمود.

عوامل زمینه ساز و تقویت کننده قدرت

هرکدام از عوامل زیر به شکلی زمینه ساز و تقویت کننده‌ی قدرت سخت یا قدرت نرم هستند. **قدرت قانونی یا اختیار:** این نوع قدرت وابسته به مقام و جایگاه حقوقی مدیر است که با انتخاب او ایجاد می‌شود و پس از پایان مسئولیت به مدیر بعدی منتقل می‌شود. قدرت قانونی برآمده از مجموعه اختیاراتی است که از قبل ابعاد آن برای مدیر مشخص و تعریف شده است و بدون نیاز به درخواست مجوز قبلی در چهارچوب ضوابط سازمان قابلیت اعمال دارد. به بیان دیگر مدیر سازمان بر اساس حق قانونی خود می‌تواند دستورات لازم را صادر نموده و کارکنان بایستی از آن تبعیت نمایند.

بر اساس مبانی حقوقی یک تفاوت مهم بین اختیارات قانونی در بخش‌های دولتی و خصوصی وجود دارد، در بخش‌های دولتی و عمومی کارهایی قابل انجام است که برای انجام آن‌ها از قبل مجوز لازم دریافت شده باشد در حالی که در بخش خصوصی هر اقدامی قابلیت اجرا دارد مگر آن که بر اساس قوانین، انجام آن تخلف و ممنوع باشد. بنابراین مدیران بخش‌های دولتی و عمومی در صورتی که برای انجام یک کار مهم و ضروری از اختیارات قانونی کافی برخوردار نباشند حسب ضرورت بایستی تلاش و پیگیری کنند؛ ابتدا قوانین لازم را مصوب نموده، سپس آن کار را انجام دهند.

قدرت تخصص: این نوع قدرت بیشتر برآمده از دانش تخصصی، مهارت‌های فنی و شایستگی‌های اکتسابی فرد است که در ادامه این فصل در بخش حرفه‌ای‌گرایی بیشتر به این موضوع خواهیم پرداخت.

خصوصیات فردی و جذبه شخصیتی: قدرت جذابیت از مهارت‌هایی است که تا حد زیادی اکتسابی است و افراد می‌توانند آن را تقویت کنند. افراد جذاب دارای ویژگی‌های مشخصی هستند که با کمک آن‌ها می‌توانند دیگران را جذب خود نمایند. مهم‌ترین این ویژگی‌ها عبارت‌اند از پای‌بندی به موازین اخلاقی، صداقت، یک‌رنگی، فروتنی، مهربانی، همدلی، فداکاری، خدمتگذار و در خدمت یک امر متعالی و فراتر از خود بودن، مردم‌داری، شجاعت، بخشندگی، اعتماد به نفس، نظم، شوخ طبعی، معتمد بودن، گوش دادن به دیگران، خوش‌رویی و وقت‌شناسی. پوشش و ظاهر مناسب، فن‌خطابه و داشتن ایدئولوژی درست از عوامل مهم دیگر ایجاد جاذبه‌ی شخصیتی است. دارا بودن دندان‌های تمیز، لبخند بر چهره، ارتباط چشمی قوی و بیان محکم ویژگی‌های مهم دیگری است که تقویت آن‌ها، فرد را به یک شخص اثرگذار تبدیل می‌کند. تقویت تدریجی این ویژگی‌ها در طول زمان می‌تواند

شخصیت و جذابیت فرد را تا حدی ارتقا دهد که سرانجام او را به یک فرد سرآمد یا مرجع یا یک چهره‌ی کاریز ماتیک تبدیل نموده و میزان نفوذ او بر دیگران را در حد اعلا ارتقا دهد.

قدرت تشویقی: یکی از مهم‌ترین عواملی که با استفاده از آن می‌توان بر رفتار دیگران تاثیر قابل توجه گذاشت، استفاده‌ی درست و به‌هنگام از ساز و کارهای تشویقی و پاداش است. کارکنانی که از توانایی زیادی برخوردارند و وظایف محول شده را به بهترین نحو ممکن انجام می‌دهند، شایسته قدرشناسی و پاداش هستند و مدیری که از این ابزار به درستی استفاده نماید، می‌تواند رضایت کارکنان و موفقیت سازمان را تضمین نماید. انجام درست این کار خود نیازمند ساز و کارهای عینی، معتبر و کارآمد برای پایش و ارزیابی عملکرد کارکنان است که در این مجموعه به صورت یک فصل جداگانه به آن پرداخته شده است.

قدرت تنبیهی: مدیران موفق در کنار استفاده از ساز و کارهای کارآمد تشویقی، لازم است مهارت و توانایی استفاده از ساز و کارهای تنبیهی را نیز در مواقع لازم و در حد ضرورت داشته باشند. اگر چه از این ابزار تا حد امکان بایستی کمتر استفاده نمود آن هم بیشتر در مواقعی بکار رود که کارمندی تخلف واضح عمدی داشته است؛ یعنی از خلاف بودن چنین کاری آگاه بوده و بر اساس قوانین موجود شایسته‌ی تنبیه است. بدیهی است در چنین شرایطی نباید از چنین تخلفی چشم‌پوشی نمود و لازم است متناسب با نوع و شدت تخلف، وفق ضوابط از ساز و کارهای تنبیهی استفاده شود.

قدرت اطلاعات: برای موفقیت بیشتر هر سازمان، ضرورت دارد اطلاعات مورد نیاز، به موقع و به صورت دقیق و کامل جمع‌آوری و تحلیل گردیده و به صورت منظم و پیوسته در دسترس مدیران قرار گیرد. هرچقدر یک مدیر از محیط درون و پیرامون سازمان خود اطلاعات بهتر و دقیق‌تری داشته باشد، قدرت او برای اداره‌ی موفق‌تر سازمان افزایش می‌یابد.

دسترسی به دیگر منابع قدرت: بخش قابل توجهی از قدرت مدیران ممکن است از مواردی همچون قدرت ارتباطات، ثروت، رسانه، افراد ذی نفوذ و ائتلاف‌سازی حاصل گردد و مدیرانی که در استفاده از این منابع، قدرت مهارت و توانایی بیشتری داشته باشند؛ در پیشبرد امور سازمان موفق‌ترند.

قدرت مرجعیت: برخی رهبران در طول زمان آن قدر استعدادها و توانایی‌های خود را ارتقا می‌دهند که در حیطه تخصصی خود به فردی سرآمد و سرانجام مرجع تبدیل می‌شوند؛ به نحوی که پیروان آن‌ها با تمام وجود او را دوست داشته، به او اعتماد می‌کنند و از تصمیمات و دستورات او به صورت داوطلبانه پیروی می‌نمایند.

قدرت قهری: این نوع قدرت معمولاً از عواملی همچون تطمیع، ترساندن، زور و اجبار ناشی می‌شود و چون از نوع قدرت نامشروع است نبایستی مورد استفاده قرار گیرد. تنها مورد مجاز استفاده از قدرت قهری، تخلف عمدی توسط کارکنان است که ضرورت دارد وفق ضوابط و متناسب با نوع و شدت تخلف از قوه قهریه استفاده شود.

سطوح و سازوکارهای تفویض اختیار

همانطور که گفته شد، یکی از سازوکارهای مهم اعمال قدرت، واگذاری بخشی از اختیارات قانونی به مدیران و کارکنان زیردست است که در شرایطی خاص ضرورت دارد اجرا شود. مدیری در این زمینه موفق خواهد بود که به درستی درک کند چه اختیاراتی را به چه صورت می‌تواند واگذار نموده و چگونه بر حسن اجرای آن نظارت نماید. برای تفویض اختیار، مدل‌ها و سطوح مختلفی طراحی شده است که در این بخش به دو نمونه رایج و پرکاربرد آن اشاره می‌شود.

جدول ۳: سطوح تفویض اختیار (۴ سطحی)

از من بپرس چه کاری باید انجام دهی، به تو خواهم گفت که چه کاری و چگونه باید انجام دهی.	دستوری و آمرانه
از آنچه که فکر می‌کنی باید انجام دهی، پیشنهادی را ارائه کن و من با تو موافقت خواهم کرد یا نه	متقاعدسازی
آنچه را که فکر می‌کنی درست است انجام بده و در فواصل منظمی به من گزارش کن (برای تصحیح رویه انجام کار)	مشارکتی
آنچه را فکر می‌کنی درست است انجام بده و اجازه بده بدانم چگونه آن کار به نتیجه رسید (و چه چیزی شما یاد گرفتی)	تفویضی

جدول ۴: سطوح تفویض اختیار (۷ سطحی)

مدیر تصمیم می‌گیرد و آن را به تیم خود ابلاغ می‌کند.	دستوری و آمرانه ^۱
مدیر تصمیم می‌گیرد و تیم خود را متقاعد می‌کند که تصمیمش را بپذیرند	متقاعدسازی ^۲

مشورتی ^۱	مدیر یک تصمیم را آماده نموده و به تیم خود ارائه می‌دهد تا در مورد آن سوال کنند
الحاقی ^۲	مدیر تصمیم موقتی می‌گیرد و انتظار دارد این تصمیم با اطلاعات تیم خود تغییر کند
توصیه‌ای ^۳	تصمیم‌گیری با راهنمایی مدیر آغاز می‌شود و با مشورت دیگران نهایی می‌شود (مدیر مسئله را طرح نموده، پیشنهادهای تیم را می‌پذیرد و تصمیم می‌گیرد)
تصدیقی ^۴	تیم تصمیم‌گیری می‌کند و به دنبال تاییدش از سوی مدیر است
تفویضی ^۵	تصمیم‌گیری تیم بدون تاثیر مدیر صورت می‌گیرد (مدیر عضوی با شرایط مساوی)

فعالیت ۱۲

چه وظایف اصلی برای رئیس شبکه بهداشت استان یا معاون بهداشت دانشگاه علوم پزشکی کشور تعریف شده است؟ این وظایف را شناسایی و فهرست نمایید. سپس مشخص کنید کدام یک از این وظایف قابل واگذاری به مدیران یا کارکنان زیردست است؟ در مرحله بعد با استفاده از جدول سطوح تفویض اختیار ۷ سطحی مشخص کنید، وظایفی که قابل واگذاری هست هر کدام با کدام روش بهتر است واگذار شود.

حرفه‌ای‌گرایی و برنامه‌های توسعه حرفه‌ای^۶ در طول دوران خدمت

شایستگی‌های مدیران نظام سلامت و مدیران بخش بهداشت

نظام سلامت نسبت به دیگر نظام‌ها از پیچیدگی بالایی برخوردار است. به عنوان نمونه در این بخش وظایف و کارها تنوع بسیار بالایی دارند؛ نیروی انسانی شاغل نیز بسیار متنوع و عمدتاً متخصص هستند؛ تجهیزات مورد استفاده نیز دارای تنوع زیاد و اغلب پیشرفته هستند. این ویژگی‌ها موجب شده است مدیران و رهبران این بخش برای انجام درست وظایفشان نیازمند شایستگی‌ها^۷ و صلاحیت‌های خاصی باشند که ضرورت دارد پیش از پذیرش مسئولیت، آن را کسب نموده و در طول زمان تقویت کنند.

1. Consult
2. Join
3. Advise
4. Confirm
5. Delegate
6. Continues Professional Development (CPD)
7. Competencies

به طور کلی شایستگی و صلاحیت پذیرش مسئولیت و انجام درست آن ممکن است با ترکیبی از روش‌های زیر بدست آید.

- ویژگی‌های درونی و استعداد ذاتی: به عنوان نمونه مسئولیت در چنین محیط تخصصی، پیشرفته و پیچیده به یقین نیازمند بهره‌ی هوشی (IQ) و حتی هوش هیجانی (EQ) و هوش اجتماعی به نسبت قوی است.
- کسب دانش تخصصی: دانش مدیریت و رهبری یک دانش کاملاً تخصصی بوده و بدون کسب آن، موفقیت در این عرصه دور از دسترس و همراه با هزینه‌های فراوان برای کشور و نظام سلامت خواهد بود. موثرترین و کارآمدترین روش کسب چنین دانشی، شرکت در دوره‌های بلندمدت و کسب مدارک و مدارج علمی معتبر مانند دوره‌های کارشناسی، کارشناسی ارشد، دکترا، MPH و MBA است که معمولاً توسط دانشگاه‌ها ارائه می‌شوند. در حال حاضر دوره‌های متعددی در این زمینه در کشور موجود و در دسترس هست.
- به روزرسانی مستمر دانش تخصصی: حتی اگر مدیری، دارای مدرک معتبر علمی در این زمینه باشد لازم است در طول زمان دانش خود را ارتقا داده و به‌روز نماید. انجام این امر مهم از طریق دوره‌ها و کارگاه‌های کوتاه‌مدت که معمولاً در مراکز معتبر علمی کشور ارائه می‌شود قابل انجام است.
- کسب مهارت و تجربه عملی و تقویت آن در طول زمان: کسب مدرک علمی معتبر و شرکت در دوره‌های کوتاه‌مدت اگر چه لازم و موثر است، الزاماً به معنی دارا بودن تمام شایستگی‌های مورد نیاز نیست؛ در این صورت فرد معمولاً بخش مهمی از شایستگی‌های مورد نیاز را که بیشتر از نوع دانش تخصصی و مقداری نیز از نوع مهارت‌های مورد نیاز است کسب می‌کند؛ اما در بسیاری از رشته‌ها از جمله رشته‌های علوم مدیریت، پس از دریافت مدرک تخصصی مرتبط، همچنان ضروری است فرد مهارت و تجربه‌ی بیشتری بدست آورد تا بتواند مسئولیت مدیریت یک سازمان چنین پیچیده‌ای به‌ویژه در سطح مدیریت ارشد را برعهده گیرد. مثال مشابه آن کسب دانش تخصصی شناوراندگی است که الزاماً به معنی مهارت و توانایی شناکردن و رانندگی نیست و همچنان نیاز است فرد تجربه و مهارت لازم را در طول زمان بدست آورد.
- کسب توانایی و توانمندی: اگر فردی استعداد لازم برای انجام کاری را داشت و ترکیبی از دانش تخصصی، مهارت و تجربه عملی مورد نیاز برای انجام آن کار را بدست آورد،

می‌توانیم بگوییم توانایی یا توانمندی انجام آن مسئولیت و کار را داراست؛ اما همچنان یک گام تا بدست آوردن صلاحیت و شایستگی کامل برای انجام آن کار باقی مانده است.

- نگرش درست، تعهد و انگیزه: حالتی که در آن مدیران و کارکنان هر روز بهترین کار خود را انجام می‌دهند؛ به اهداف، اصول و ارزش‌های سازمان متعهدند و برای شرکت در موفقیت‌های سازمان انگیزه زیادی داشته و حس خوبی از کار در سازمان دارند. فرض کنید فردی تمام ویژگی‌های مورد نیاز شامل استعداد ذاتی، دانش تخصصی و مهارت و تجربه عملی برای رانندگی در شهر شلوغ و پرتراکمی مانند تهران را داشته باشد. این فرد برای هدایت درست خودرو و رساندن سرنشینان آن به هدف، همچنان نیازمند نگرش درست و پایبندی به اصول و قواعد رانندگی است، در غیر این صورت ممکن است به هدف نرسد و به خودش و جامعه آسیب جدی وارد نماید. بنابراین هر فردی در هر مسئولیتی، به خصوص مدیر ارشدی که قرار است سازمان مهم و پیچیده‌ای همچون معاونت بهداشت استان یا شهرستان را اداره نماید، به یقین لازم است انگیزه و تعهد لازم برای انجام درست این کار را داشته باشد.

به خاطر اهمیت این موضوع به یک مثال دیگر از حوزه سلامت اشاره می‌کنیم. فرض کنیم یک پزشک عمومی بدون کسب مدرک معتبر مثلاً مدرک تخصص ارتوپدی یا جراحی قلب، مقداری در مورد تعویض مفصل زانو یا عمل پیوند عروق کرونر مطالعه نماید، چند دوره و کارگاه تخصصی شرکت کند، در یوتیوب نیز چند کلیپ مشاهده نماید؛ آیا چنین فردی شایستگی و صلاحیت لازم برای انجام چنین کار مهم و تخصصی را بدست می‌آورد؟ به‌طور قطع خیر و اگر چنین کاری را انجام دهد به احتمال زیاد بیماران با عوارض شدید و جبران‌ناپذیر مواجه می‌شوند. علم مدیریت نیز به‌خصوص در نظام سلامت که پیچیدگی بیشتری نسبت به دیگر نظام‌ها دارد، یک موضوع تخصصی است که نیاز به دانش، مهارت و تجربه خاص دارد و لازم است با استفاده از روش‌های معتبر بدست آمده و تقویت شود.

فعالیت ۱۳

چگونه یک مدیر حرفه‌ای نظام سلامت به‌خصوص یک مدیر ارشد در حوزه بهداشت می‌تواند شایستگی‌های مورد نیاز خود را کسب و تقویت نماید؟

سازوکارهای کسب و تقویت مهارت‌های تخصصی برای مدیریت اثربخش در نظام سلامت

همانطور که در بخش قبل اشاره شد انتظار می‌رود بخش مهمی از مهارت‌های مورد نیاز مدیریت و رهبری هنگام گذراندن دوره‌های تخصصی و کسب مدرک تخصصی معتبر بدست آید، به خصوص اگر بخش قابل قبولی از این دوره‌ها از نوع کارآموزی و کارورزی در میدان بوده و به شکل کارآمد اجرا شوند. اما معمولاً مهم‌ترین بخش مهارت‌ها پس از کسب مدرک علمی و در حین انجام شغل و وظیفه در طول زمان بدست می‌آید که به اصطلاح به آن **یادگیری در عمل**^۱ گفته می‌شود. به بیان دیگر با کسب تجربه‌ی عملی در طول زمان و زیر نظر مربی توانمند و خبره است که فرد می‌تواند به شکل موثر، مهارت‌های مدیریتی و رهبری خود را تقویت نماید. بنابراین ضرورت دارد وقتی فردی در این زمینه دانش آموخته می‌شود و مدرک و دانش تخصصی لازم را کسب می‌کند، ابتدا از کار در مسئولیت‌های کم‌اهمیت‌تر و زیر نظر مربی خبره - که می‌تواند مدیر ارشد او باشد - شروع کند و به تدریج و در طول زمان که تجربه‌ی عملی بیشتری کسب نمود، مسئولیت‌های ارشدتر و مهم‌تری را بعهده گیرد؛ و هم‌زمان حسب ضرورت دانش تخصصی خود را ارتقا داده و به روز نماید؛ مانند دوره‌های دافوس^۲ که در نهاد‌های نظامی به شکل مرحله‌به‌مرحله و کاملاً نظام‌مند و هدفمند برگزار می‌شود. بنابراین مدیران برای کسب مهارت بیشتر به کمک و راهنمایی دیگران نیاز دارند که به روش‌های مختلف قابل انجام است و سه مورد مهم‌تر به این شرح است.

- **مربیگری**^۳: گروهی از مشاوران تخصصی، دارای یک دانش، تجربه یا موقعیت خاص که با اعلام نیاز مدیر، به کمک می‌آیند.
- **هدایتگری**^۴: استفاده از حکمت و خرد افرادی که مدیر آن‌ها را به عنوان خیرخواه خود و سازمان قبول داشته و به‌طور مداوم در زمینه‌های مختلف از آن‌ها بازخورد و کمک می‌گیرد.
- **شرکت در جلسات و کارگروه‌های هم‌تا مثلاً شرکت در اجلاس معاونان بهداشت دانشگاه‌ها و استفاده از دانش و تجربیات همکاران و هم‌تایان**^۵.

1. On the job training

۲. دانشکده افسری فرماندهی و ستاد

3. Coaching

4. Mentoring

5. Community practice groups

فعالیت ۱۴

با استفاده از چه سازوکارهایی می‌توانیم تعهد و انگیزه‌ی کارکنان یک مرکز بهداشت را ارتقا دهیم؟

فعالیت ۱۵

رئیس دانشگاه/دانشکده علوم پزشکی، معاون بهداشت دانشگاه، رئیس بیمارستان، مدیر شبکه بهداشت و درمان شهرستان و رئیس مرکز خدمات جامع سلامت هر کدام چه شایستگی‌هایی باید داشته باشند؟ فهرست شایستگی‌های این مدیران را در حیطه‌های ویژگی‌های درونی، استعدادهای ذاتی، دانش تخصصی، مهارت‌ها و نگرش تکمیل نمایید.

فعالیت ۱۶

وظایف اصلی یک مدیر ارشد در بخش بهداشت چیست؟ برای انجام این وظایف چه مهارت‌ها و شایستگی‌هایی لازم است؟

پاسخ: پاسخ در ابتدای فصل به طور خلاصه آورده شده است و در این بخش با تفصیل بیشتر ارائه می‌شود. در این بخش وظایف عمومی و اختصاصی مدیران بخش بهداشت کشور با تفصیل بیشتر مورد توجه قرار گرفته و بر اساس آن‌ها برخی شایستگی‌های مهمی که این مدیران لازم است داشته باشند، پرداخته می‌شود.

وظایف و کارکردهای اختصاصی مدیران حوزه بهداشت

- ارزیابی و پایش سلامت جامعه؛
- ارزیابی دسترسی و بهره‌مندی از خدمات سلامت؛
- پیشگیری و ارتقای سلامت دهان و دندان؛
- برنامه‌ریزی برای جوانی جمعیت و افزایش فرزندآوری و باروری سالم؛
- ارزیابی و پایش بیماری‌ها و خطرات سلامت جامعه؛
- پیشگیری و کاهش بیماری‌ها، ناتوانی، سوانح، حوادث، مرگ؛
- کاهش خطرات محیطی و فیزیکی و خطرات محیط کار؛

- آمادگی در فوریت‌ها، حوادث و بلایا؛
- امنیت تغذیه و غذا و بهبود تغذیه جامعه؛
- ارتقای سواد سلامت و برنامه‌های خودمراقبتی؛
- تشویق و بهبود سبک زندگی؛
- مدیریت بیماری‌های روانی و آسیب‌های اجتماعی؛
- ارتقای سلامت، طول عمر و کیفیت زندگی گروه‌های مختلف جامعه؛
- سلامت مادر و کودک، نوجوانان و جوانان، میانسالان و سالمندان.

وظایف و کارکردهای عمومی مدیران نظام سلامت (شامل حوزه بهداشت و درمان)

- تحلیل سیاست، سیاست‌گذاری، تصمیم‌گیری؛
- حکمرانی، مدیریت، برنامه‌ریزی، رهبری، پایش و ارزیابی؛
- تقویت مشارکت‌های مردمی در نظام سلامت؛
- ظرفیت‌سازی، توانمندسازی مردم، مشارکت جامعه؛
- حمایت‌طلبی و همکاری بین‌بخشی؛
- فراهم‌نمودن منابع مالی کافی و مستمر؛
- فراهم‌نمودن نیروی انسانی ماهر، توانمند و آموزش‌دیده؛
- فراهم‌نمودن نظام اطلاعاتی قوی و کارا برای دیده‌بانی و پایش ارزشیابی؛
- دسترسی و استفاده از اطلاعات، شواهد و دانش لازم؛
- تقویت و کمک به وضع قوانین پایدار و به‌روز؛
- تبیین نقش‌ها و نحوه پاسخ‌گویی در تمام سطوح؛
- توسعه عدالت در سلامت و خدمات سلامت؛
- طراحی و انجام تحقیقات جدید کاربردی؛
- ایجاد نظام پاسخ‌گو.

مهارت‌های فنی مورد نیاز مدیران نظام سلامت به خصوص مدیران حوزه بهداشت

- مدیریت مالی
- مدیریت منابع انسانی
- برنامه‌ریزی عملیاتی

- مدیریت کسب‌وکار
- مدیریت اطلاعات
- مدیریت کیفیت
- مدیریت خطر
- مدیریت زنجیره تامین
- مدیریت زمان
- بازاریابی

مهارت‌های ادراکی مدیران نظام سلامت به خصوص مدیران حوزه بهداشت

- آینده‌پژوهی، آینده‌نگاری و آینده‌نگری؛
- تصمیم‌گیری، برنامه‌ریزی و مدیریت راهبردی؛
- رهبری و مدیریت در شرایط پیچیده و بغرنج؛
- مدیریت تغییر و فرهنگ‌سازمانی؛

مهارت‌های انسانی مدیران نظام سلامت به خصوص مدیران حوزه بهداشت

- مدیریت ارتباطات، مدیریت تعارضات و فنون مذاکره؛
- توانایی کار گروهی^۱

فعالیت ۱۷

دیگر وظایف و شایستگی‌های اصلی و مهم مدیران حوزه بهداشت را براساس نوع شایستگی، به تفکیک به فهرست‌های ذکر شده اضافه نمایید.

فعالیت ۱۸

بر اساس نتایج خودارزیابی حرفه‌ای و با استفاده از فرم زیر برای خود یک برنامه‌ی توسعه‌ی حرفه‌ای مداوم طراحی کنید.

برنامه‌ی توسعه‌ی حرفه‌ای مداوم (CPD)

نام و نام خانوادگی: _____
 سابقه کار: _____
 رشته تحصیلی: _____
 پست سازمانی: _____
 شغل فعلی: _____
 سابقه مدیریت: _____

ردیف	پنج نیاز من به توسعه	به دنبال چه هدفی هستم؟	در چه زمانی (ماه)	با چه رویکرد و روشی
۱				
۲				
۳				
۴				
۵				

برخی از مهارت‌های کلیدی مورد نیاز مدیران نظام سلامت که به آن‌ها اشاره شد، در فصل‌های دیگر این مجموعه به تفصیل مورد بحث قرار گرفته‌است. برخی دیگر از مهارت‌های کلیدی مورد نیاز که بیشتر از نوع مهارت‌های رهبری است؛ در این فصل به‌طور خلاصه بحث می‌شوند.

مدیریت تغییر

نظام‌های سلامت در سراسر دنیا همواره با طیفی گسترده از مشکلات ریز و درشت به‌ویژه در حیطه‌های کیفیت، عدالت و بهره‌وری روبه‌رو بوده‌اند. این مشکلات اگر به موقع برطرف نشوند، می‌توانند موجب نارضایتی بیماران و کارکنان، عدم دستیابی به اهداف نظام سلامت و سرانجام آسیب جدی به سلامت و رفاه اجتماعی مردم شوند. از طرفی شرایط و محیط پیرامون ما همواره به‌سرعت در حال تغییر است و این تغییرات ممکن است بر اهداف و وظایف هر سازمان به‌ویژه سازمان‌های بهداشتی و درمانی اثر بگذارد. در طول زمان وضعیت اقتصادی و اجتماعی جامعه تغییر می‌کند؛ ترکیب جمعیت و بار بیماری‌ها عوض می‌شود؛

فناوری‌های جدید و پیشرفته وارد بازار می‌شود و روش‌های تشخیصی و درمانی با شتاب زیادی به روز می‌شوند. در نتیجه‌ی این تغییرات، اولویت‌ها و برنامه‌های نظام سلامت هم تغییر می‌کند. در چنین شرایط در حال‌گذاری، هر سازمان به ویژه مراکز بهداشتی و درمانی ممکن است نیاز به تغییر داشته باشند. در این صورت مدیر سازمان لازم است به موقع و پیش از آن‌که سازمان با چالش و آسیب جدی مواجه شود، تغییرات لازم را شناسایی، برنامه‌ریزی و اجرا کند؛ در غیر این صورت ممکن است بدون آمادگی کافی مجبور به انجام تغییر شود و این نبود آمادگی و برنامه‌ریزی خسارت جدی به سازمان وارد می‌نماید. از همین رو است که آینده‌نگاری و خلق چشم‌انداز مشخص بر اساس آن و هدایت سازمان به سمت چشم‌انداز مذکور از وظایف مهم رهبری سازمان است. این تغییرات شامل تغییرات معمولی مانند اصلاح و بهبود برخی فرایندها تا تغییرات اساسی در ساختار، کارکردها و برنامه‌های نظام سلامت می‌شود. بنابراین یک مدیر موفق لازم است با انواع مدل‌ها و ابزارهای مدیریت تغییر آشنا بوده و در مواقع لازم از آن‌ها استفاده کند.

مدیریت تغییر، فرایندی نظام‌مند برای طراحی، برنامه‌ریزی، اجرا و هدایت افراد، تیم‌ها و سازمان در مسیر تغییرات با هدف دستیابی به نتایج مطلوب است. هرچه سازمان بزرگ‌تر و پیچیده‌تر باشد، مدیریت اثربخش تغییر نیز دشوارتر و نیازمند یک رویکرد راهبردی و سنجیده با بهره‌گیری از فرایند مؤثر مدیریت تغییر است.

مدل‌های رایج مدیریت تغییر

مدل‌ها و ابزارهای متعددی برای مدیریت تغییر طراحی شده‌اند که بهره‌برداری مؤثر از آن‌ها به مدیران تغییر کمک می‌کند تغییرات لازم را به صورت هدفمند، نظام‌مند و قابل کنترل طراحی و اجرا نمایند. هر کدام از این مدل‌ها و ابزارها، کاربرد و نقاط قوت و ضعف خود را دارند. در این بخش چند نمونه از مدل‌های رایج و کاربردی به طور خلاصه معرفی شده و یک مدل منتخب با تفصیل بیشتر مورد بحث قرار می‌گیرد.

الف) مدل‌های سازمانی^۱: این مدل‌ها معمولاً برای ایجاد تغییرات اساسی^۲، تحولی^۳، راهبردی و ساختاری و همچنین برای تغییرات گسترده‌ی سازمانی کاربرد دارند؛ به نحوی که ممکن است در طی فرایند تغییر، یک سازمان جدید متولد شود.

1. Organizational
2. Reform
3. Transformation

مدل مدیریت تغییر S7 مک کینزی^۱

این مدل دارای ۷ مولفه کلیدی است که لازم است در فرایند تغییر به خصوص تغییرات اساسی و ساختاری در سطح سازمان مورد توجه قرار گیرند. ابعاد این مدل در دو بخش اصلی مولفه‌های سخت و نرم بوده و هر بخش، خود شامل مواردی دیگر است:

مولفه‌های سخت: استراتژی^۲، ساختار^۳، سیستم^۴

مولفه‌های نرم: کارکنان^۵، سبک اداره^۶، مهارت‌ها^۷ و چشم‌انداز^۸

استراتژی، مسیر سازمان برای دستیابی به اهداف را نشان می‌دهد. ساختار، نحوه‌ی سازمان‌دهی، نقش‌ها، مسئولیت‌ها و سلسله مراتب گزارش‌دهی را مشخص می‌سازد. ارزش‌های مشترک، باورهای بنیادینی هستند که فرهنگ سازمانی را شکل می‌دهند و رفتار کارکنان را هدایت می‌کنند.

مدل مدیریت تغییر لوینز^۹

ابعاد اصلی این مدل به نسبت ساده شامل سه مرحله یخ‌گشایی (باز کردن وضعیت موجود) - تغییر - دوباره منجمد کردن (تثبیت تغییر) است. این مدل، فرایند تغییر را به سه مرحله‌ی اصلی ذوب کردن یا آماده‌سازی، تغییر یا اجرا و انجماد دوباره یا تثبیت تقسیم می‌کند. هدف اصلی مرحله اول، آماده‌سازی، تحلیل وضعیت موجود و مورد انتظار و آگاه‌نمودن و آماده‌ی پذیرش نمودن کارکنان از مراحل و فرایندهای تغییر است. در مرحله انجماد سعی می‌شود، تغییرات انجام‌شده به گونه‌ای نهادینه و تثبیت شود که دوباره به حالت اول برگشت پیدا نکند.

ب) مدل‌های مدیریت تغییر با استفاده از راهبردهای پایین به بالا^{۱۰}: این مدل‌ها بیشتر برای مدیریت تغییرات فرایندی و توسعه‌ای و بهبود وضع موجود کاربرد دارند و این تغییرات اصلاحی معمولاً به صورت تدریجی و دائمی انجام می‌شوند. نمونه بارز آن استفاده از مدل‌های ارتقای کیفیت مانند مدل مدیریت جامع کیفیت^{۱۱} است.

1. Mc-Kinsey
2. Strategy
3. Structure
4. Systems
5. Staff
6. Style
7. Skills
8. Superordinate goals (or Shared vision)
9. Lewin's
10. Bottom-up approach
11. Total quality management (TQM)

مدل آدکار ADKAR

این مدل بارویکردی اغلب فردمحور بر پنج هدف کلیدی آگاهی^۱، تمایل^۲، دانش^۳، توانایی^۴ و تقویت^۵ برای هدایت تغییر تمرکز دارد و از این طریق سعی می‌کند مقاومت‌ها و موانع انسانی را به حداقل برساند. ایجاد آگاهی در همه افراد برای کاهش مقاومت و پذیرش تغییر؛ ایجاد انگیزه برای جلب مشارکت حداکثری؛ ارائه آموزش به کارکنان برای تقویت دانش آنها؛ تقویت مهارت عملی کارکنان به منظور تسلط بر وظایف جدید با استفاده از تمرین و پشتیبانی؛ تثبیت و نهادینه‌سازی تغییرات انجام شده برای جلوگیری از بازگشت رفتارهای قدیمی، پنج مولفه اصلی این مدل است که بایستی در فرایند تغییر مورد توجه قرار گیرد.

مدل چرخه دِمینگ^۶ یا PDCA

این مدل که به «چرخه دِمینگ» یا «چرخ دِمینگ» نیز مشهور است، چهار مرحله برنامه‌ریزی^۷، اقدام^۸، بررسی^۹ و اجرا^{۱۰} دارد که به صورت مداوم تکرار می‌شود و به صورت پیوسته وضع سازمان را ارتقا می‌دهد. در گام نخست، اهداف، راهبردها، منابع، زمان‌بندی و نحوه جلب حمایت ذی‌نفعان مشخص می‌شود؛ سپس برنامه تدوین شده اجرا و با استفاده از شاخص‌های کلیدی، عملکرد (KPIs) ارزیابی می‌شود و بر اساس ارزیابی‌های انجام شده، اقدامات اصلاحی انجام می‌شود و از این طریق سازمان در مسیر بهبود مستمر حرکت می‌کند.

ج) مدل‌های مدیریت تغییر با تمرکز بیشتر بر کارکنان^{۱۱}: این مدل‌ها بیشتر برای مدیریت تغییرات در حال گذار^{۱۲} که معمولاً از نوع مهندسی مجدد و ایجاد وضع جدید است کاربرد دارند.

1. Awareness
2. Desire
3. Knowledge
4. Ability
5. Reinforcement
6. Deming cycle
7. Plan
8. Do
9. Check
10. Act
11. Employee focused
12. Transitional changes

مدل گذار بریجز^۱

این مدل شامل سه مرحله اصلی پایان^۲، منطقه خنثی^۳ و شروع دوباره^۴ برای هدایت افراد در مسیر گذار است. در گام نخست کارکنان باید آنچه را که به آن عادت کرده اند رها کنند و ممکن است با احساساتی همچون ترس، سردرگمی، مقاومت و غم همراه باشد. این احساسات بایستی توسط مدیران تغییر به رسمیت شناخته شود و از کارکنان حمایت عاطفی صورت گیرد. گام بعد منطقه خنثی است که بین وضعیت قدیم و جدید قرار دارد؛ جایی که افراد هنوز با گذشته خداحافظی نکرده اند و آینده نیز برایشان روشن نیست و ممکن است ابهامات زیادی وجود داشته باشد و کارکنان احساس بلا تکلیفی کنند. در نهایت، کارکنان برای پذیرش و سازگاری با شرایط جدید آماده می شوند و با آن هماهنگ می شوند. سازمان‌هایی که تغییرات گسترده و حساس، نظیر تغییرات در رهبری، ادغام یا بازسازی ساختار را تجربه می کنند، از این مدل بهره‌وری بیشتری دارند.

مدل هشت گام جان کاتر

تمرکز اصلی این مدل بر کارکنان سازمان است و فرایند ایجاد تغییر را در هشت مرحله، بیشتر از طریق توانمندسازی و مشارکت کارکنان دنبال می کند. با توجه به کاربردی بودن این مدل و این که بسیاری از تغییرات در شبکه بهداشت با استفاده از این مدل قابل انجام است، در این بخش با تفصیل بیشتر ارائه می شود.

مراحل و گام‌های تغییر بر اساس مدل جان کاتر

۱. ایجاد حس فوریت: این مرحله احتمالاً مهم‌ترین مرحله برای ایجاد تغییرات مهم و اساسی در سازمان است. در این مرحله لازم است لزوم ایجاد تغییر و اهمیت و فوریت آن برای همه کارکنان و ذی‌نفعان کلیدی سازمان تبیین شود و سعی شود افراد تا حد امکان توجه و قانع شوند؛ چون در این صورت بیشتر اعتماد می کنند، انگیزه‌شان افزایش می یابد و داوطلبانه به میدان می آیند و مشارکت و همکاری می کنند. اجرای درست و مؤثر این مرحله ممکن است زمان‌بر و پیچیده باشد، اما بی تردید ضروری است؛ و در صورت انجام نشدن درست آن، فرایند تغییر احتمالاً با شکست روبه‌رو خواهد شد.

1. Bridges Transition Model
2. Ending
3. Transition Zone
4. New Beginning

۲. در برخی مراجع تاکید می‌شود، در این مرحله بایستی حداقل ۷۵ درصد کارکنان سازمان توجیه شوند و اجرانشدن آن دلیل شکست حدود ۷۰ درصد تغییراتی است که به شکست منجر شده‌اند. این مرحله نیازمند دقت، مداومت و استمرار است و تا تکمیل تمام گام‌های تغییر لازم است تداوم یابد. یکی از آفت‌های رایج این مرحله عجله کردن و استفاده زیاد از قدرت سخت (اختیارات) به جای قدرت نرم (نفوذ) است. در این مرحله لازم است همه ابعاد کار، از جمله شرایط و مشکلات موجود، نقاط قوت و ضعف، تهدیدها و فرصت‌ها، سناریوها و راهکارها، منابع در دسترس، تجربه‌های موفق و پیامدهای انجام ندادن کار، با بهره‌گیری از شیوه‌های نوآورانه و انگیزشی بررسی و تحلیل شود. همچنین باید تا حد امکان دیدگاه‌های مخالف شنیده شود و تلاش گردد ابهام‌ها، ناپایداری‌ها، ترس‌ها، مقاومت‌ها، اضطراب‌ها و خشم‌های احتمالی برطرف شده و دیدگاه‌های مخالف به دیدگاه‌های موافق تبدیل شوند.

۳. برای اجرای درست این مرحله، روش‌ها و فنون متعددی وجود دارد که در فصل مدیریت ارتباطات و برخی فصول دیگر از این مجموعه به تفصیل بحث شده است.

۴. تشکیل تیم راهنما: تیم راهنمایی که هدایت تغییر را بر عهده دارد، باید ترکیب و توزیع مناسبی داشته باشد و شامل اعضای از بخش‌های مختلف شامل افراد حقیقی و حقوقی مهم، تأثیرگذار، آگاه، توانا، متعهد و دلسوز باشد. در این تیم باید افرادی حضور داشته باشند که برخی از آنان از قدرت سخت (اختیار) و برخی دیگر از قدرت نرم (نفوذ) مناسب برخوردار باشند. همچنین لازم است از تشکیل تیم‌های ضعیف و وابسته به گروه یا جناح خاص پرهیز شود و ذی‌نفعان کلیدی در تیم حضور داشته باشند؛ هر چند حضور همه‌ی آنان ضروری نیست و تعداد اعضا باید محدود و قابل مدیریت باشد. این تیم وظیفه دارد در تمام گام‌های مدیریت تغییر، پویا باشد و به گونه‌ای تشکیل و رفتار نماید که نمادی از شور و تعهد بوده و الگوی اعتمادسازی را در سازمان نهادینه سازد.

۵. ترسیم دورنما: باید شامل چشم‌انداز، ارزش‌ها، راهبردها، روش‌ها و برنامه‌ها باشند؛ به گونه‌ای که تدوین آن‌ها ساده، قابل فهم، آرمانی و در عین حال کاملاً دست‌یافتنی باشد (برای توضیح بیشتر رجوع شود به فصل برنامه‌ریزی راهبردی).

۶. اطلاع‌رسانی دورنما: دورنما با استفاده از شیوه‌های مختلف به صورت مستمر و قوی و در تمام سطوح اطلاع‌رسانی شود و در دسترس کارکنان و دیگر ذی‌نفعان قرار گیرد؛ به گونه‌ای که افراد آگاه شوند و نقش و جایگاه خود را بدانند و بتوانند پرسش‌ها و انتظارات

- خود را نیز مطرح کنند و پاسخ مناسب دریافت نمایند. روش های مختلف اطلاع رسانی و ارتباطات در فصل های دیگر این مجموعه با تفصیل بیشتر ارائه شده است. رفع ابهامات، توجیه افراد کلیدی و کاهش مقاومت در برابر تغییر از اقدامات مهم این مرحله است.
۷. توانمندسازی: هدف از این مرحله، توانمندسازی افراد سازمان برای اجرای تغییر است. این توانمندسازی می تواند شامل آموزش استفاده از فناوری نوین، مهارت های ارتباطی، کارکردن در ساختار جدید، انجام وظیفه جدید و مانند آن باشد.
۸. تعریف موفقیت های سریع و کوتاه مدت: معمولاً بهتر است تغییرات با اهداف آسان تر و زودبازده تر شروع شود؛ اهدافی که در ماه های نخست قابل دستیابی هستند. اگرچه این دستاوردها ممکن است به نسبت کوچک باشند اما ممکن است به رفع موانع و جذب افراد بی تفاوت، بدگمان و مخالف کمک کند و روحیه افراد تیم را در راه دستیابی به اهداف بعدی ارتقا دهد. مثلاً اگر در اجرای یک برنامه ی کشوری مانند پزشکی خانواده معاونت بهداشت یک دانشگاه خیلی موفق عمل نمود، شناسایی این واحد و معرفی تجربه موفق شان به دیگر دانشگاه ها به عنوان یک موفقیت کوتاه مدت قابل ارائه است.
۹. تجمیم دستاورده و ادامه تغییر: بدیهی است نباید به دستاوردهای اولیه اکتفا کرد و با کسب چند هدف آسان و سریع قانع شد، بلکه این موفقیت های زودبازده بایستی مقدمه ی دستیابی به موفقیت های مهم تر بعدی و بلندمدت تر باشد. البته همچنان باید بر حفظ موفقیت های پیشین تمرکز کرد و با تحلیل و درس گرفتن از آن ها، به پیشبرد مراحل بعدی یاری رساند. بایستی سعی کرد کارهای فرساینده کم اهمیت تر را کنار گذاشت یا واگذار نمود و با ایجاد و نمایش موجی از موفقیت های پی در پی، احتمال موفقیت در این مسیر را افزایش داد. در این مرحله باید مراقب بود زنگ پایان سفر را پیش از آنکه سفر به پایان رسیده باشد، به صدا درنیآورد. نمونه بارز این خطا در فرایند حذف بیماری های واگیر در برخی کشورها اتفاق افتاده است که پیش از تکمیل فرایند و نهادینه شدن تغییر، سرعت کار را کاهش دادند و دست از ادامه کار کشیدند و نتیجه ی آن، شکست در حفظ برنامه ی حذف بیماری بوده است.
۱۰. نهادینه سازی: نهادینه سازی زمانی اتفاق می افتد که برنامه تغییر پس از استقرار کامل، در تار و پود سازمان ادغام شده و بخشی از باور، رفتار، هویت و فرهنگ سازمان شود. موضوع فرهنگ سازمانی در بخش بعدی این فصل به اختصار مورد بحث قرار می گیرد.

فرهنگ سازمانی

فرهنگ، تعاریف و سطوح مختلفی دارد. سطوح اصلی فرهنگ شامل فرهنگ خانواده، فرهنگ اجتماع، فرهنگ سازمانی و فرهنگ ملی است. فرهنگ در تعریف رایج آن به مفهوم مجموعه‌ای از فرض‌ها (معمولاً فرض‌های بنیادین و مسلّم)، اصول، ارزش‌ها، عادت‌ها، رسوم، باورها و ادراکات است که در یک سازمان یا جامعه، الگوهای مشترک رفتاری ایجاد می‌کند و برنامه‌ها و راهبردهای سازمان را مستقیم تحت تاثیر قرار می‌دهد.

نمونه‌هایی از فرهنگ خوب سازمانی در حوزه سلامت به شرح زیر است:

- پیشگیری بر درمان اولویت دارد.
- دانستن و تصمیم‌گیری حق بیماران است.
- خدمت به محرومان و بیماران ارزش والایی دارد.
- رضایت کارکنان به سود بیماران است.
- ارزش والای کار علمی و تصمیم‌گیری آگاه از شواهد

نمونه‌هایی از فرهنگ سازمانی بد در مراکز بهداشتی درمانی، ناخوانا و ناقص نوشتن گزارش‌های پزشکی و دارویی، عدم معرفی پزشک معالج و پرستار مسئول به بیمار، عدم ارائه توضیحات لازم به بیمار و همراهان و غیر قابل پیش‌بینی بودن شرایط است.

فعالیت ۱۹

چند نمونه دیگر از فرهنگ سازمانی خوب و فرهنگ سازمانی بد در نظام سلامت و شبکه بهداشت کشور را نام ببرید.

لایه‌های فرهنگ سازمانی

ویژگی‌هایی که فرهنگ یک سازمان را شکل می‌دهند در سه لایه‌ی اصلی قابل دسته‌بندی است.

۱. لایه‌ی سطحی شامل ویژگی‌های پیدا و ملموس سازمان که همواره تکرار می‌شود و همه می‌بینند و ممکن است نیاز به اطلاع‌رسانی چندانی نداشته باشد. نمونه‌ی آن‌ها پوشش مرتب و تمیز کارکنان، مرتب و تمیز بودن محیط، برگزاری جشنواره‌های سالانه و

انتخاب کارمند نمونه و اخراج کارمند به خاطر تخلف عمدی است.

۲. لایه‌ی میانی که شامل موارد تدوین شده و تاکید شده در اسناد بالادستی، سیاست‌ها، برنامه‌ها، راهبردها، دستورالعمل‌ها، راهنماها و پروتکل‌ها است.

۳. بخش ناپیدا و عمیق‌ترین سطح فرهنگ سازمان که معمولاً در ناخودآگاه، باورها و درون افراد سازمان نهفته است. این ویژگی‌ها معمولاً جایی نوشته نشده است و دیده نمی‌شود مانند ارزش‌های علم و احترام و تکریم بزرگ‌ترها.

براساس ترکیبی از ویژگی‌هایی که در سه لایه‌ی ذکر شده در هر سازمان وجود دارد، هر سازمان ممکن است یک یا چند نوع فرهنگ سازمانی غالب به صورت زیر داشته باشد.

- فرهنگ قدرت‌گرا: به نسبت سلطه‌گر و تمامیت‌خواه است و بیشتر از قدرت سخت برآمده از اختیارات و جایگاه‌های حقوقی بهره می‌برد. معمولاً یک فرد قوی و کلیدی در مرکز قدرت است و برنامه‌های سازمان خیلی وابسته به آن فرد است. این نوع فرهنگ خیلی ماموریت‌محور و نتیجه‌گرا بوده و رسیدن به نتیجه یک ارزش مهم تلقی می‌شود. در این نوع فرهنگ سازمانی ممکن است کارکنان در مواردی زیر فشار کاری قرار گیرند و احتمال شکایت و مشکلات قانونی وجود دارد.
- فرهنگ نقش‌گرا و وظیفه‌گرا: این نوع فرهنگ معمولاً باثبات، نقش‌گرا، وظیفه‌محور، بروکراتیک و قانون‌محور است. در این نوع فرهنگ نیز انجام ماموریت و رسیدن به نتیجه، یک ارزش مهم است و کارایی از اهمیت زیادی برخوردار است. خیلی از نهادهای عمومی دارای این نوع فرهنگ سازمانی هستند که به نسبت حمایتی است و برای نیروی انسانی و حقوق کارکنان احترام زیادی قائل است و محیط آرام و پویا همراه با تفریح دارد.
- فرهنگ نوآور و خلاق^۲: که معمولاً منعطف، ریسک‌پذیر و پذیرای ایده‌های نو و جدید است و در این سده باعث جهش‌های بسیار بزرگ در فناوری و تغییر الگوی مشاغل شده است.
- فرهنگ کار تیمی: شامل همکاری، هماهنگی و مشارکت بالای کارکنان است.
- فرهنگ خدمت: کارکنان به گونه‌ای آموزش می‌بینند که همه چیز در خدمت مشتری است و همیشه حق با مشتری است.
- فرهنگ جزء‌نگر: در این سازمان‌ها روی جزئیات برنامه‌ها تاکید، دقت و تمرکز بالایی

وجود دارد و جزییات امور ثبت و ضبط و تحلیل و گزارش می‌شود و از آن در راستای ارتقای سازمان استفاده می‌شود.

- فرهنگ ایمنی: در این سازمان‌ها به ایمنی کارکنان بهای زیادی داده می‌شود. مانند بیمارستان‌های دوستدار ایمنی بیمار.

شناخت فرهنگ سازمانی از این جهت مهم است که شخصیت ساز و کنترل‌کننده رفتار کارکنان است و می‌تواند در کارکنان احساس انگیزه، تعهد و الگوی مشترک رفتاری ایجاد کند. اگر فرهنگ سازمان دارای ویژگی‌های خوب و قوی باشد الگوی رفتاری مثبت و اگر دارای ویژگی‌های بد و ضعیف باشد الگوی رفتاری منفی ایجاد می‌کند، بنابراین لازم است در هر سطحی از سازمان، فرهنگ آن شناخته شده و نقاط قوت آن تقویت و نقاط ضعف آن برطرف گردد و همواره سعی شود و طوری برنامه‌ریزی و اجرا شود که فرهنگ سازمان قوی و خوب باشد و همواره در این جهات تقویت شود.

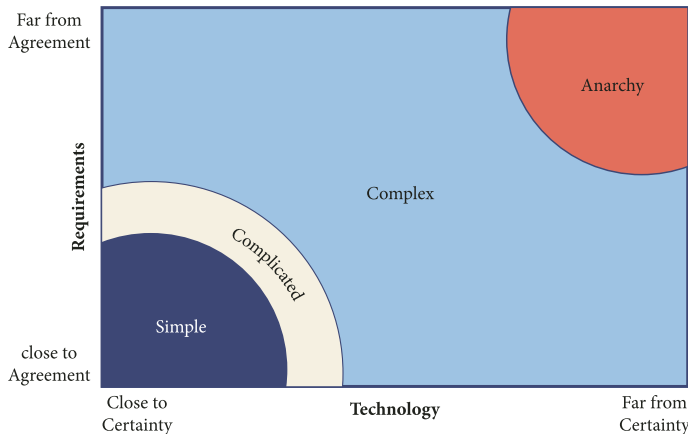
رهبری در شرایط پیچیده^۱ و بگرنج^۲

یکی از ویژگی‌های بارز نظام‌های سلامت، پیچیدگی‌های زیاد آن است. در این بخش معمولاً شمار زیادی از نیروهای متخصص فعالیت می‌کنند و تجهیزات و فناوری‌های پیشرفته و گران‌قیمت به کار گرفته می‌شود که به‌طور مستمر و پرشتاب در حال رشد و توسعه هستند. نبود قطعیت در تشخیص و درمان بیماران چشمگیر است. این بخش مستقیم با سلامت مردم سروکار دارد و هرگونه خطا در آن بسیار پرهزینه است. برای موفقیت این بخش، همکاری و هماهنگی با بخش‌های گوناگون و مشارکت فعالانه مردم ضرورت دارد. دگرگونی رفتار پزشکان، دیگر کارکنان سازمان سلامت و مردم به‌عنوان بهره‌بران اصلی این سازمانه نیز فرایندی دشوار و پیچیده است. مجموعه این چالش‌ها بر پیچیدگی‌های سازمان سلامت به‌ویژه در بخش بهداشت می‌افزاید. از طرفی هر چه در یک سازمان پیچیدگی افزایش می‌یابد، مدیریت، رهبری و هدایت آن سازمان متفاوت و پیچیده‌تر شده و به مهارت‌های رهبری بیشتری نیاز دارد. رالف استیسی^۳ یک مدل طراحی نموده است که بر اساس آن شرایط سازمان را بر مبنای دو محور اصلی دسته‌بندی می‌کند:

1. Complicated
2. Complex
3. Complexity and creativity in organizations; Ralph Stacey 1996

- میزان توافق و اجماع روی اهداف؛
- میزان اطمینان از درست بودن برنامه و روش برای رسیدن به اهداف؛

در این مدل با استفاده از دو معیار مزبور، می توان وضعیت را این چنین دسته بندی کرد (نمودار ۶):



نمودار ۶: مدل رالف استیسی برای رهبری در شرایط پیچیده (برگرفته از کتاب: مدیریت استراتژیک و پویایی های سازمان چالش پیچیدگی، استیسی، ترجمه رحمان سرشت، ۱۳۹۰)

وضعیت ساده؛ (منطقه ۱ نمودار ۷):

- هم موافقت روی اهداف و هم اطمینان از درستی برنامه وجود دارد.
- مشکل، به نسبت ساده است و راه حل فنی دارد.
- تصمیم گیری بیشتر بر اساس تحلیل تجربیات گذشته و شواهد موجود انجام می شود و بیشتر از نوع تصمیم گیری آگاه از شواهد^۱ است.
- با استفاده از روش های مرسوم مدیریت، برنامه ریزی و اجرا می کنیم، پایش و ارزیابی و هدایت و حمایت می کنیم و پیشرفت برنامه ها را رصد می کنیم^۲.

وضعیت پیچیده (منطقه ۲ نمودار ۷):

- روی اهداف اجماع کامل نداریم اما از درست بودن برنامه اطمینان داریم.

1. Evidence-informed decision-making
2. Monitoring and Evaluation Plan(M&E plan)

- تصمیم‌گیری بیشتر جنبه سیاسی دارد^۱.
- داشتن برنامه، زیاد کمک نمی‌کند و کافی نیست؛ بیشتر بایستی مذاکره و یاری‌گیری صورت گیرد و در مواردی کوتاه بیایم تا اجماع ایجاد کنیم و به هدف مشترک برسیم.
- در این وضعیت تمرکز روی قلب و دل افراد مؤثر است تا موافقت یا عدم مخالفت جلب شود.

وضعیت پیچیده (منطقه ۳ نمودار ۷):

- روی اهداف اجماع داریم اما از درست بودن روش و برنامه اطمینان کامل نداریم.
- تصمیم‌گیری و برنامه‌ریزی بیشتر جنبه قضاوتی دارد^۲.
- آنچه مورد بحث است برنامه و روش رسیدن به هدف است، بنابراین باید با استدلال و تحلیل علت انتخاب روشها با ذی‌نفعان صحبت کرد. به طبع باید میزان رسیدن به اهداف را رصد کنیم (Evaluation) و بر اساس آنها برنامه را اصلاح می‌کنیم.
- تمرکز در این وضعیت روی مغز افراد است تا استدلال را بپذیرند.

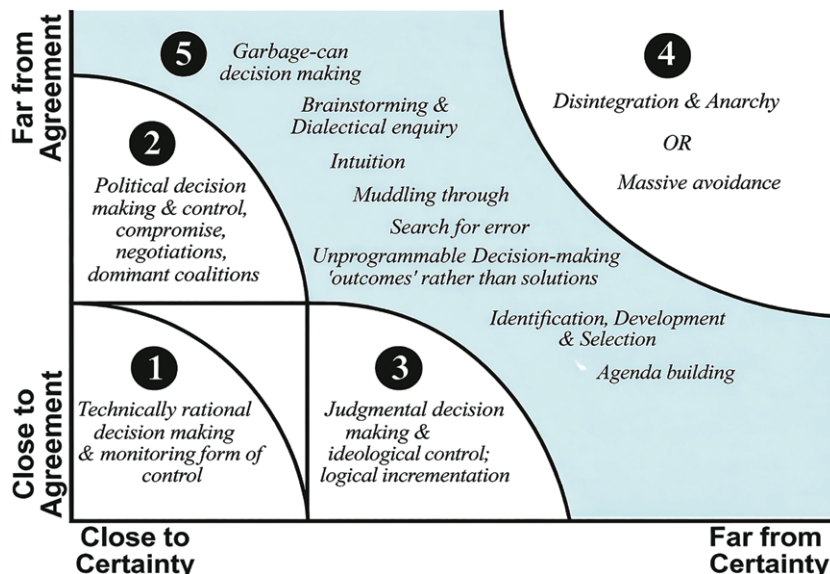
وضعیت بغرنج یا خیلی پیچیده (منطقه ۵ نمودار ۷):

ابتدا لازم است توضیحی در باره تفاوت دو کلمه کمپلیکه و کمپلکس ارائه کنیم؛ زیرا ترجمه‌ی هر دو واژه در فارسی «پیچیده» است ولی مفهومی کاملاً متفاوت دارند. در وضعیت کمپلیکه موضوع دارای اجزای متعدد و گاهی بسیار زیاد است (مثل قطعات یک هواپیما) ولی در صورت عملکرد صحیح نتیجه کار تکرارپذیر است. در وضعیت کمپلکس علاوه بر تعدد عوامل تعیین‌کننده، نتیجه الزاماً تکرارپذیر نیست (مانند تربیت دو یا چند فرزند در یک خانواده) بنابراین سطح پیچیدگی بسیار بیشتر است.

- نه بر سر اهداف اجماع کامل داریم و نه از درست بودن برنامه اطمینان. البته موضع ذی‌نفعان نسبت به هر یک از محورهای ممکن است متفاوت باشد ولی به هر حال از توافق و اطمینان فاصله وجود دارد.
- برای این وضع نمی‌توان دسته‌بندی دقیقی ارائه داد؛ بنابراین روش‌های تصمیم‌گیری مختلفی را باید امتحان کرد از جمله:

1. Political decision-making
2. Judgmental decision-making

- گشتن در انبار راه حل‌ها^۱ و امتحان کردن هر روشی که ممکن است مفید باشد.
- تعریف یک دستور کار^۲ برای پیدا کردن راهکار مناسب برای عبور از وضعیت خیلی پیچیده؛
- تصمیم‌گیری بدون برنامه‌ریزی^۳ و اصلاح روند مبتنی بر پیامد تصمیمات قبلی؛
- در وضعیت کمپلکس روش‌های رایج و مرسوم مدیریت کارساز نیست؛ سعی می‌کنیم روندهای موجود را شناسایی و تحلیل کنیم و حتی گاهی به صورت آزمون و خطا جلو برویم و برنامه را اصلاح کنیم تا در نهایت مسیر درست را پیدا کنیم و به اهداف نزدیک شویم. در این حالت تا حد زیادی نیاز به نوآوری و خلاقیت هست، چون ممکن است در طول زمان برخی مشکلات حل شود و برخی باقی بماند.



نمودار ۷: نسخه دیگر مدل رالف استیسی برای رهبری در شرایط پیچیده (برگرفته از کتاب: مدیریت استراتژیک و پویایی‌های سازمان چالش پیچیدگی، استیسی، ترجمه رحمان سرشت، ۱۳۹۰)

1. Garbage can decision-making
2. Agenda building
3. Unprogrammable decision-making

وضعیت هرج و مرج^۱ (منطقه ۴ نمودار ۷):

- این وضعیت اغلب به صورت پیش‌بینی نشده اتفاق می‌افتد و معمولاً هیچ سازمانی از بروز آن راضی نیست. نمونه‌ی ملموس این وضعیت، قطع برق صنایع به دلیل ناترازی انرژی است؛ وضعیتی که شدت آن از پیش معلوم نیست و هیچ برنامه‌ای برای مدیریت آن وجود ندارد.
- در این حالت نه روی اهداف اجماعی وجود دارد و نه از درست بودن برنامه اطمینانی وجود دارد.
- این شرایط بحرانی و حالت اورژانس است؛ تا جایی که ممکن است باید تلاش کنیم سیستم وارد چنین وضعیتی نشود و اگر اتفاق افتاد، باید سعی کنیم با استفاده از روش‌های مدیریت بحران وضعیت را اصلاح نموده و به حالت کنترل شده‌تر تغییر دهیم. در اینجا هم روش‌های مرسوم مدیریت کارساز نیست. رهبری در چنین شرایطی معمولاً با تصمیم‌گیری آغاز می‌شود؛ سپس لازم است روندها شناسایی و تحلیل شوند تا تصمیمات بعدی بر همان اساس اتخاذ گردد.
- مهم‌ترین نکته در ماتریکس رالف استیسی که راهنمایی برای رهبری تطابقی^۲ است، این است که ابتدا باید وضع موجود را به درستی شناسایی کرد و الگوی آن را تشخیص داد. در واقع تشخیص ندادن موقعیتی که در آن هستیم، مهم‌ترین علت نرسیدن به نتیجه و شکست است.

فعالیت ۲۰

نظام سلامت کشور بیش از ۱۵ سال است که در حال طراحی و اجرای پزشکی خانواده شهری است این برنامه همواره با فراز و فرودهای فراوان همراه بوده است؛ به گونه‌ای که هنوز در سطح محدود در حال اجراست و به نظر می‌رسد تاکنون در توسعه‌ی ملی آن موفقیت لازم حاصل نشده است. با توجه به این توضیح، به نظر شما این مسئله و این برنامه در کدام گروه مسائل ساده، پیچیده یا بغرنج قرار می‌گیرد؟ به چه دلیل؟ مقداری توضیح دهید؛ همچنین کدام یک از روش‌های برنامه‌ریزی مطرح شده برای توسعه‌ی این برنامه مناسب‌تر است؟

مشکلات دوقطبی

یک روش مهم دیگر برای دسته‌بندی مشکلات وجود دارد که بر اساس آن می‌توان مشکلات را به دو گروه مشکلات به نسبت ساده و معمولی^۱ و مشکلات دوقطبی^۲ تقسیم کرد. دوقطبی‌ها مشکلاتی هستند که معمولاً قابل حل نیستند و راه حل نهایی ندارند. بنابراین به جای آنکه به دنبال برطرف کردن آن‌ها باشیم، بایستی به دنبال بهترکردن وضع موجود باشیم. مشکلات دوقطبی، زمانی ایجاد می‌شوند که حداقل دو مشکل مهم و اساسی داریم؛ به گونه‌ای که اگر بخواهیم یکی از آن‌ها را کامل حل کنیم، مشکل دیگر تشدید می‌شود و برعکس. مثلاً در ابتدای همه‌گیری کووید ۱۹، برای اینکه این مشکل را حل کنیم نیاز به قرنطینه^۳ اجباری سراسری بود؛ اما با انجام این کار ممکن بود بخش گسترده‌ای از خانواده‌های کم‌برخوردار به خاطر بسته‌شدن مشاغل، دچار آسیب‌های اقتصادی و اجتماعی شوند؛ از طرفی اگر قرنطینه انجام نمی‌شد ممکن بود همه‌گیری با سرعت زیادی گسترش می‌یافت و موجب افزایش مرگ و همچنین بدتر شدن وضع اقتصادی می‌شد.

در این شرایط بهترشدن وضعیت یک مشکل موجب بدتر شدن وضعیت مشکل دیگر می‌شود و برعکس؛ از این رو، با توجه به محدودیت‌ها و ظرفیت‌های موجود، شاید هیچ‌گاه نتوان هر دو مشکل را به طور کامل حل کرد. در نتیجه، باید تلاش کنیم بهترین وضعیت موجود را انتخاب نماییم به نحوی که بین دو مشکل تعادل مناسبی ایجاد شود و بیشترین میزان پیامدها محقق شود. این مشکلات معمولاً نیاز به ساماندهی بلندمدت دارند و ممکن است فوری حل نشود. از این نوع دوقطبی‌ها در سازمان‌ها و زندگی روزمره و حرفه‌ای فراوان پیش می‌آید. مثلاً در برخی برنامه‌ها ممکن است ارتقای عدالت موجب کاهش کارایی شود و ارتقای کارایی موجب کاهش عدالت شود؛ در این صورت نیاز است راهبردها را به گونه‌ای انتخاب نمود که بین این دو یک تعادل نسبی مناسب ایجاد گردد.

فعالیت ۲۱

چند نمونه مشکل دوقطبی در بخش بهداشت شناسایی کنید و نام ببرید. یکی از آن‌ها را انتخاب نموده و توضیح دهید وضعیت به نسبت قابل قبول برای حل نسبی

1. Problem
2. Bipolar
3. Luck down

و هم‌زمان هر دو مشکل در چه نقطه‌ای قرار می‌گیرد.

در بخش بهداشت یک نمونه مشکل دوقطبی شناسایی کنید که بین عدالت و کارایی ممکن است تعارض ایجاد شود و آن را توضیح دهید و تحلیل کنید.

مدیریت کار تیمی در شبکه‌های بهداشت و درمان

اهمیت مدیریت کار تیمی

کار تیمی یکی از پایه‌های اصلی موفقیت سازمان‌ها به ویژه در حوزه بهداشت و درمان است، جایی که همکاری مؤثر بین اعضای تیم می‌تواند کیفیت خدمات، رضایت بیماران و بهره‌وری مراکز را به طور چشمگیری افزایش دهد. مدیران شبکه‌های بهداشت و درمان باید بتوانند تیم‌های خود را به گونه‌ای هدایت کنند که اعضا با انگیزه، هماهنگ و هدفمند در مسیر دستیابی به اهداف مشترک حرکت نمایند (۳).

ویژگی‌های کلیدی مدیریت مؤثر کار تیمی

۱. ایجاد اهداف مشترک و شفاف: تیم‌ها نیازمند اهداف واضح، قابل اندازه‌گیری و همسو با مأموریت سازمان هستند. تعیین اهداف مشترک، تعهد اعضا را افزایش می‌دهد و نقش هر فرد را در رسیدن به موفقیت روشن می‌سازد.
۲. ارتباط مؤثر و باز: برقراری کانال‌های ارتباطی دوطرفه و باز میان اعضا، کلید موفقیت تیم است. مدیران باید فضایی ایجاد کنند که اعضا بتوانند به راحتی اطلاعات، دغدغه‌ها و پیشنهادهای خود را مطرح کنند.
۳. تقسیم نقش‌ها و مسئولیت‌ها: برای افزایش بهره‌وری و جلوگیری از ابهام در وظایف، مدیران باید نقش‌ها و مسئولیت‌ها را به وضوح تعریف و توزیع کنند. هر عضو باید بداند در چه زمینه‌ای مسئولیت دارد و چگونه در کل فرایند مشارکت می‌کند.
۴. تقویت اعتماد و حمایت متقابل: اعتماد متقابل بین اعضای تیم، باعث افزایش همکاری و کاهش تعارض می‌شود. مدیران با رفتارهای اخلاقی، شفافیت و حمایت از اعضا می‌توانند این اعتماد را ارتقا دهند.
۵. حل تعارض به شیوه سازنده: تعارض در تیم‌ها امری طبیعی است، اما مدیریت درست آن حیاتی است. رهبران تیم باید مهارت‌های مدیریت تعارض را داشته باشند تا اختلاف نظرها به جای تخریب، به بهبود فرایندها کمک کنند.

۶. تشویق یادگیری مستمر و بازخورد: ایجاد فرهنگ یادگیری و ارائه بازخورد سازنده به اعضا، باعث ارتقای عملکرد فردی و تیمی می‌شود. این فرایند موجب می‌شود تیم‌ها خود را به طور مداوم بهبود دهند (۳).

مدل‌های مدیریت کار تیمی: تمرکز بر حوزه سلامت

مدل‌های مختلفی برای مدیریت کار تیمی در سازمان‌ها وجود دارد. یکی از مدل‌های مطرح و کاربردی در حوزه سلامت، مدل چهارچوب همکاری و کار تیمی در سلامت (تیم استپس^۱) است که توسط وزارت دفاع و سازمان تحقیقات و کیفیت مراقبت‌های سلامت آمریکا طراحی شده و با هدف بهبود همکاری و کار تیمی در محیط‌های مراقبت سلامت کاربرد فراوانی دارد. این مدل بر پنج اصل کلیدی تأکید دارد که به مدیران و اعضای تیم کمک می‌کند تا عملکرد تیمی خود را بهبود بخشند:

- ساختار تیم^۲: تعریف دقیق نقش‌ها و مسئولیت‌ها در تیم؛
- ارتباط^۳: استفاده از ابزارهای ارتباطی موثر؛
- رهبری: وجود رهبری فعال و تسهیل‌گر که اعضا را به سمت اهداف مشترک هدایت کند.
- نظارت موقعیتی^۴: آگاهی جمعی اعضا نسبت به شرایط تیم و محیط کار؛
- حمایت متقابل^۵: فراهم کردن حمایت و بازخورد مثبت بین اعضا.

کاربرد مدل تیم استپس در شبکه‌های بهداشت و درمان، به خصوص در مراکز اورژانس، تیم‌های واکنش سریع و خدمات جامع سلامت، موجب افزایش ایمنی بیماران و بهبود کیفیت خدمات می‌شود (۴).

انواع تیم‌ها در سازمان‌های سلامت

شناخت انواع تیم‌ها به مدیران کمک می‌کند تا سبک مدیریت و راهبردهای مناسب را برای هر تیم به کار گیرند:

1. Team STEPPS
2. Team Structure
3. Communication
4. Situation Monitoring
5. Mutual Support

نوع تیم	ویژگی‌ها	مثال در شبکه بهداشت و درمان
تیم‌های چندتخصصی ^۱	اعضا از تخصص‌های مختلف با اهداف جداگانه و فعالیت‌های مستقل؛	تیم‌های مراقبت از مادر باردار که پزشک، ماما و کارشناس بهداشت هرکدام وظایف خاص دارند.
تیم‌های میان‌رشته‌ای ^۲	تخصص‌های مختلف با همکاری محدود ولی هماهنگ؛	کمیته‌های مدیریت بحران که تصمیمات با هماهنگی گرفته می‌شود.
تیم‌های فرارشته‌ای ^۳	مرزهای تخصصی کمرنگ شده و همکاری نزدیک و تصمیم‌گیری مشترک وجود دارد.	تیم مراقبت ادغام‌یافته سلامت با نقش‌های منعطف بین پزشک، ماما و روانشناس؛
تیم‌های وظیفه‌محور ^۴	موقتی و با هدف حل مسئله خاص و فوری تشکیل می‌شود.	تیم مقابله با بحران اپیدمی در یک مرکز بهداشتی؛
تیم‌های یادگیرنده ^۵	با هدف ارتقای دانش و یادگیری مستمر اعضا فعالیت می‌کنند.	تیم آموزش و ارتقای سلامت جامعه؛

نتیجه آن‌که مدیریت کار تیمی در سازمان‌های سلامت نیازمند درک عمیق از ویژگی‌های تیم‌های موثر و استفاده از مدل‌های علمی و کاربردی است. با ایجاد اهداف مشترک، ارتباط باز، تعریف دقیق نقش‌ها، تقویت اعتماد، مدیریت تعارض و تشویق یادگیری مستمر، مدیران شبکه‌های بهداشت و درمان می‌توانند تیم‌های خود را به سمت موفقیت و بهبود کیفیت خدمات هدایت کنند.

فعالیت ۲۲

شما به عنوان یکی از مدیران شبکه‌های بهداشت و درمان کشور، مسئولیت هدایت تیم‌های متعددی را در حوزه‌ی تحت پوشش خود بر عهده دارید. با توجه به مواردی که توضیح داده شد، موارد زیر را در مورد حوزه‌ی تحت پوشش خود برای بازه زمانی یک ماه اخیر شناسایی کنید:

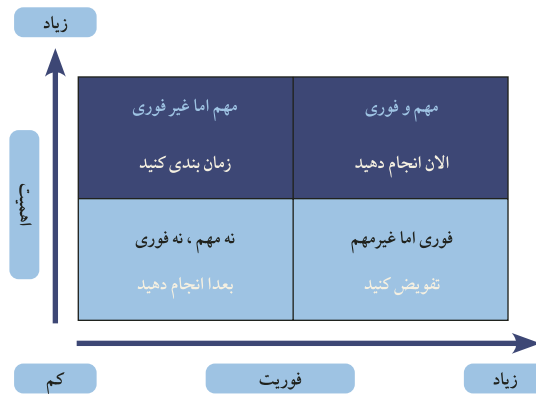
۱. شناسایی انواع تیم‌ها:

1. Multidisciplinary
2. Interdisciplinary
3. Transdisciplinary
4. Task Forces
5. Learning Teams

- فهرستی از تیم‌های فعال در شبکه خود تهیه کنید (مثلاً تیم پزشک خانواده، تیم آموزش و ارتقای سلامت و...).
 - نوع هر تیم (چندتخصصی، میان‌رشته‌ای، فرارشته‌ای، وظیفه‌محور یا یادگیرنده) را بر اساس تعاریف مدل ارائه‌شده تعیین کنید.
۲. ارزیابی کیفیت کار تیمی:
- با استفاده از یک پرسش‌نامه ساده یا مصاحبه کوتاه با اعضای هر تیم، به بررسی ۵ اصل کلیدی مدل تیم استپس بپردازید: ساختار تیم، ارتباط، رهبری، نظارت موقعیتی و حمایت متقابل.
 - نقاط قوت و ضعف هر تیم را در هر یک از این ابعاد شناسایی کنید.
۳. تحلیل و ارائه راهکار:
- برای هر تیم، حداقل دو نقطه ضعف کلیدی را که می‌تواند باعث کاهش اثربخشی تیم شود، تحلیل کنید.
 - راهکارهای عملی و قابل اجرا برای بهبود این نقاط ضعف پیشنهاد دهید، مثلاً آموزش مهارت‌های ارتباطی، ایجاد جلسات منظم، تعریف نقش‌ها و مسئولیت‌ها یا تقویت اعتماد بین اعضا.

مدیریت زمان

مدیریت و رهبری سازمان‌های بهداشتی و درمانی که معمولاً از پیچیدگی زیادی برخوردارند، به‌طور قطع نیاز به مهارت مدیریت زمان دارد. در ابتدای این فصل این موضوع مورد اشاره قرار گرفت که یک مدیر و رهبر موفق بایستی بتواند بین تمام فعالیت‌های شخصی و کاری خود تعادل مناسبی ایجاد نموده و برای هر فعالیت بر اساس اهمیت و اولویت آن وقت مناسبی صرف نماید. برای این کار نیز ابزارهای مختلفی وجود دارد که یک نمونه کاربردی به اختصار توضیح داده می‌شود. بر اساس این مدل می‌توان فعالیت‌ها را با توجه به میزان اهمیت و فوریت در چهار گروه اصلی دسته‌بندی و اولویت‌بندی کرد (نمودار ۸).



نمودار ۸: جدول اولویت بندی برای انتخاب فعالیت‌ها

مهم‌ترین بخش از ماتریکس مدیریت زمان، مربع بالا و چپ است زیرا کارهای مهمی که فوریت ندارند اغلب به تعویق می‌افتند و این باعث ناکارآمدی خواهد شد. تعیین وقت ثابت و فارغ از امور جاری برای پرداختن به این امور که اهمیت زیادی در آینده سازمان دارند، ضروری است.

مدیریت تعارض و روش‌های موثر آن

وجود اختلاف، تعارض و درگیری، موضوعی رایج و واقعیتی اجتناب‌ناپذیر در تمام سازمان‌ها است. در این شرایط مدیری موفق خواهد بود که توانایی و آمادگی لازم را برای حل و مدیریت اثربخش این نوع اختلاف‌ها و تعارض‌ها دارا باشد. مدیریت تعارض، سازوکار و فرایندی نظام‌مند است که با استفاده از آن تلاش می‌شود این نوع مشکلات با بهترین و کم‌هزینه‌ترین روش حل شود. این یک مهارت مهم و ضروری مدیریتی است که با استفاده از روش‌های مختلف قابل انجام است و در این جا به یک الگوی کاربردی اشاره می‌شود. به طور کلی هیچ راه حل ثابت و مشخص حل اختلاف که در تمام موقعیت‌ها مناسب باشد وجود ندارد. در هر موقعیت لازم است از روشی که با شرایط همان موقعیت هماهنگی دارد، به شکل زیر بهره گرفته شود.

سازگاری: در این روش، معمولاً مدیر برای برقراری صلح و حفظ آرامش، منافع دیگران را بر منافع خود ترجیح داده و به اصطلاح کوتاه می‌آید. این روش معمولاً در موقعیت‌هایی کارآمد است که مسئله برای مدیر اهمیت و ارزش چندانی ندارد و ضرورتی ندارد او برای آن زمان زیادی صرف کند؛ یا زمانی که مدیر احتمال می‌دهد ممکن است دیدگاه او درست

نباشد. سازگاری می‌تواند نشانه‌ای از گذشت و فداکاری مدیر باشد و به‌عنوان بهترین راهبرد برای عبور از مشکلات کوچک با هدف تمرکز بر مسائل مهم‌تر به کار رود. با این حال، اگر به‌طور مکرر و تکراری مورد استفاده قرار گیرد، ممکن است نشانه‌ی ضعف تلقی شود.

پرهیزکردن: در این روش، تلاش می‌شود با طفره‌رفتن و نادیده‌گرفتن و پشت‌گوش انداختن مشکل، از درگیری پرهیز شود. مثلاً می‌توان افراد درگیر را به‌طور موقت از ادامه فرایند حذف کرد، یا فرایند را تا فرصت مناسبی که آرامش به سازمان بازگشت به تاخیر انداخت. البته پشت‌گوش انداختن مکرر و مداوم درگیری‌ها، ممکن است مدیر را بی‌کفایت جلوه دهد و فرایند را در ادامه‌ی راه با مشکلات بیشتر و بزرگ‌تر روبرو کند.

سازش: در این روش، طرفین هرکدام مقداری از خواسته‌های خود کوتاه می‌آیند و سعی می‌کنند با رسیدن به یک نقطه‌ی به‌نسبت قابل قبول به توافق برسند تا بتوانند بر سر مسائل بزرگ‌تر توافق نمایند. این راهبرد به‌خصوص زمانی اثر بخش است که محدودیت زمان وجود دارد و سرعت در تصمیم‌گیری مهم است. این روش اگر چه به روش باخت-باخت مرسوم است اما اگر به‌موقع و درست استفاده شود، حس همکاری را تقویت می‌کند؛ به‌شرطی که یک طرف احساس نکند مجبور شده است تسلیم شود و خیلی کوتاه بیاید که در این صورت بر تداوم حس همکاری در آینده اثر منفی می‌گذارد.

رقابت: این روش، نقطه‌ی مقابل سازش است به نحوی که مدیر بر خواسته‌ی خود پافشاری کرده و خواسته‌ی دیگران را نادیده می‌گیرد. زمانی این روش مفید است که مدیر بر اساس اصول و ارزش‌های اخلاقی نتواند کوتاه بیاید و زمان کافی برای استفاده از راه‌های دیگر وجود ندارد. مدیرانی که از این روش استفاده می‌کنند ممکن است به‌عنوان شخصی مستبد و غیرمنطقی به نظر برسند و ممکن است حس همکاری کاهش یابد.

همکار: این روش، اگر چه روشی به‌نسبت سخت و زمان‌بر است اما معمولاً راهبردی برد-برد بوده و بهترین نتیجه‌ی بلندمدت را به همراه دارد. این روش معمولاً نیازمند مذاکره، هم‌فکری و همکاری فعال بین طرفین است و مدیرانی که از آن استفاده می‌کنند معمولاً به‌عنوان مدیر توانمند و ماهر شناخته می‌شوند.

فعالیت ۲۳

آقای دکتر احمدی مدیر شبکه بهداشت یک شهرستان تصمیم دارد خیلی سریع در جمعیت زیر پوشش خود یک کمپین واکسیناسیون فلج اطفال برای کودکان زیر ۵

سال و یک کمپین شناسایی و کنترل فشار خون برای افراد بالای ۴۵ سال راه بیندازد. این موضوع را در یک جلسه حضوری با روسای ادارات مرتبط مطرح می‌کند. روسای اداره بیان می‌کنند به علت حجم کار زیاد کارکنان و محدودیت منابع، آمادگی لازم برای انجام این کار وجود ندارد و بهتر است تا فراهم شدن شرایط بهتر به زمان دیگری موکول شود. در این جلسه آقای دکتر احمدی واکنش‌های زیر را نشان می‌دهد. مشخص کنید هر کدام از این واکنش‌ها با کدام راهبرد مدیریت تعارض همخوانی بیشتری دارد.

در طول بحث هر دو طرف متوجه می‌شوند هدف نهایی آن‌ها افزایش نرخ پوشش واکسیناسیون، بهبود کنترل فشار خون و ارتقای سلامت جمعیت زیر پوشش بوده است و این نقطه‌ی مشترک می‌تواند مبنای یک راه حل مورد رضایت طرفین قرار گیرد. هر دو طرف پیشنهادها را جایگزین خود را ارائه می‌دهند؛ در نهایت دکتر احمدی با اینکه همچنان تمایل دارد برنامه‌ها خیلی سریع و در یک مرحله اجرا شوند، پیشنهاد می‌دهد کمپین‌ها در یک جمعیت محدود انجام شود؛ سپس با ارزیابی نتایج و اطمینان از موفقیت مرحله اول، با برطرف نمودن مشکلات آن و تخصیص منابع بیشتر توسعه یابد. این اقدام بیشتر با چه رویکردی همخوانی دارد؟

در جلسه برگزار شده، دکتر احمدی به شدت روی نظرات خود و ضرورت اجرای کامل و سریع برنامه تاکید می‌کند، از طرفی رئیس اداره واکسیناسیون استدلال‌های او را نمی‌پذیرد و این بحث به تدریج تبدیل به یک تنش می‌شود و دکتر احمدی متوجه می‌شود ادامه این بحث ممکن است به تنش بیشتر منجر شود و بر روحیه و انگیزه رئیس اداره و کارکنان او تاثیر منفی بگذارد. بنابراین بحث را ادامه نمی‌دهد و بدون جمع‌بندی مشخصی جلسه را پایان می‌دهد تا پس از گذشت چند روز و در شرایط مناسب‌تری بدون تنش مسائل را بین خود مطرح نموده و به راه حل و جمع‌بندی مناسبی برسند. این اقدام بیشتر با چه رویکردی همخوانی دارد؟

فرض کنید شما به جای آقای دکتر احمدی در جلسه حضور دارید. موضوع را مطرح می‌کنید و با مخالفت جدی روسای اداره مواجه می‌شوید. توضیح دهید با رویکرد سازگاری جلسه را چگونه اداره می‌کنید. نقاط مشترک بین خود را بیابید و بیشتر روی آن‌ها تمرکز کنید و بر اساس آن‌ها به یک راه حل مشترک مورد رضایت طرفین برسید.

فعالیت ۲۴

مشخص کنید هرکدام از جملات زیر با کدام راهبرد مدیریت تعارض در زمان درگیری بیشتر همخوانی دارد؟

۱. موقعیت را ترک می‌کنم.
۲. تلاش می‌کنم با بحث درباره موقعیت با همه طرفین، به بهترین راه حل دست یابم.
۳. معمولاً از مذاکره برای امتحان کردن و یافتن نقطه حد وسط، بین طرفین درگیر استفاده می‌کنم.
۴. به درستی مسیر برای رسیدن به هدف اطمینان دارم و بر حرف خود پافشاری می‌کنم.
۵. ترجیح می‌دهم صلح را حفظ کنم، به جای اینکه برای رسیدن به خواسته خود بحث کنم.
۶. به جای مطرح کردن اختلافات، آن‌ها را پیش خودم نگه می‌دارم.
۷. بهتر است هنگام بروز اختلاف نظر، ارتباط را فعال نگه دارم، تا بتوانم راه‌حلی مفید و قابل قبول برای همه بیابم.
۸. از اختلاف نظرها لذت می‌برم و پیروزی در آن‌ها مرا خشنود می‌کند.
۹. اختلاف نظر مرادچار استرس می‌کند. تلاش می‌کنم تا آن‌ها را به حداقل برسانم.
۱۰. مصالحه و کنار آمدن با دیگران برایم خوشحال کننده است.
۱۱. شناخت و برآورده کردن انتظارات دیگران برایم مهم است.
۱۲. افتخار می‌کنم که همه طرفین یک درگیری را می‌بینم و همه مسائل مربوط به آن‌ها را درک می‌کنم.
۱۳. از بحث و پافشاری درباره دیدگاه خودم، تا جایی که طرف مقابل بپذیرد حق با من است، لذت می‌برم.
۱۴. درگیری مرا گرفتار نمی‌کند، ترجیح می‌دهم مشکل را حل کنم و به سراغ کار بعدی بروم.
۱۵. احساس نمی‌کنم که نیازی باشد تا برای اثبات دیدگاه خود، استدلال کنم، بپذیرفتن نظر دیگران فشار روانی کمتری دارد.

پاسخ: ۱، ۶ و ۹: روش پرهیزکردن؛ ۵، ۱۱ و ۱۵: روش سازگاری؛ ۳، ۱۰ و ۱۴: روش سازش؛ ۴، ۸ و ۱۳: روش رقابت و ۲، ۷ و ۱۲: روش همکاری.

چرا در سازمان‌ها تعارض شکل می‌گیرد و چگونه می‌توان آن را کاهش داد؟

تعارض انواع و علل مختلف دارد اما چهار نوع آن رایج‌تر است.

تعارض و درگیری مبتنی بر وظیفه: وقتی پیش می‌آید که اعضای یک تیم برای انجام یک کار مشترک تقسیم مسئولیت کنند؛ اما یک عضو تیم وظیفه خود را به درستی انجام ندهد و موجب عدم تکمیل کار شود. برای کاهش این نوع تعارض ضرورت دارد تمام اعضای تیم با مسئولیت و وظایف‌شان و زمان تحویل کار خود آشنا باشند.

تعارض و درگیری به خاطر انتخاب شیوه رهبری نامناسب: گاه مدیر سازمان از سبک و شیوه رهبری استفاده می‌کند که مناسب شرایط سازمان و میزان بلوغ و توانمندی کارکنان نیست و ممکن است لازم باشد سبک رهبری خود را تغییر دهد.

تعارض و درگیری به خاطر تفاوت در شیوه‌ی کار کردن: مثلاً برخی کارکنان به‌طور ذاتی با سرعت بیشتر اما دقت کمتر و برخی کارکنان با دقت بیشتر اما سرعت کمتر کار می‌کنند. یا برخی کارکنان بدون انجام مشورت وظایف‌شان را انجام می‌دهند و برخی کارکنان نیاز به مشورت زیاد برای تکمیل کارشان دارند. گاه به خاطر نبود شناخت کافی مدیر و کارمند از هم یا به خاطر عدم همسویی آن‌ها در روش انجام کار این نوع درگیری‌ها رخ می‌دهد. مدیران سازمان باید درک کنند که روش کار افراد گوناگون، متفاوت است و مدیری که شیوه‌های مختلف را به رسمیت بشناسد و بتواند از توان همه کارکنان برای دستیابی به برترین اهداف سازمان بهره‌گیری، موفق‌تر خواهد بود.

تعارض و درگیری به خاطر تفاوت در تیپ شخصیتی و رفتاری: اعضای یک تیم ممکن است به علت تیپ‌های شخصیتی متفاوت و ناسازگار دچار اختلاف و درگیری شوند. این نوع تعارضات از رایج‌ترین انواع درگیری‌ها هستند و برای کاهش آن‌ها مدیران و کارکنان بایستی درک کنند و بپذیرند با وجود اختلاف تیپ شخصیتی باید یکدیگر را تحمل کرده و در کنار هم با صلح و آرامش کار کنند. بسیاری از درگیری‌هایی که در محل کار پیش می‌آید به علت سوءبرداشت و سوءتفاهم ناشی از نبود ارتباط درست است. مدیران باید بکوشند با برقراری ارتباط درست، این بدفهمی‌ها را به کمترین اندازه برسانند.

اگر به هر دلیلی درگیری پیش آمد طرفین درگیری بایستی سعی کنند آرام باشند، از تشدید تنش پرهیز کنند، خوب گوش بدهند و ارتباط برقرار کنند. بکوشند در جای مناسب، به گونه‌ای خصوصی موضوع را میان خود در میان بگذارند، مشکل را بپذیرند و با راستی و همراهی، راهکار سودمندی برای گذر از مشکل بیابند.

رهبری سمّی^۱

یکی از مباحث مهم و به نسبت جدید در ادبیات رهبری است که طی دو دهه‌ی گذشته مورد توجه فراوان پژوهشگران و مدیران سازمانی قرار گرفته است. این گونه رهبری هنگامی پدید می‌آید که فردی در جایگاه قدرت، از اختیارات خود به روشی سودجویانه بهره‌برداری می‌کند؛ به گونه‌ای که به جای ارتقای کارایی، سلامت روانی و اجتماعی کارکنان را تضعیف کرده و محیط کاری ناسالمی پدید می‌آورد. در محیط‌های حساس مانند شبکه‌های بهداشت و درمان، که تصمیمات مدیریتی تأثیر مستقیمی بر سلامت افراد و جامعه دارد، آثار منفی رهبری سمّی می‌تواند چند برابر خطرناک‌تر باشد (۵).

بررسی‌های علمی بسیاری نشان داده‌اند که رهبری سمّی منجر به افزایش فرسودگی شغلی، کاهش رضایت شغلی، تنش‌های بین فردی و حتی ترک خدمت نیروهای کلیدی می‌شود. در ادامه این مبحث، به مهم‌ترین ویژگی‌های رهبران سمّی، پیامدهای آن‌ها بر کارکنان و سازمان، و همچنین راهکارهای پیشگیری و مقابله با این نوع رهبری خواهیم پرداخت.

ویژگی‌های رهبران سمّی

استفاده ابزاری از قدرت برای منافع شخصی: رهبران سمّی اغلب قدرت و اختیارات خود را نه در راستای اهداف سازمانی، بلکه برای منافع شخصی یا تحکیم جایگاه خود به کار می‌گیرند. این افراد ممکن است از ابزارهایی مانند پنهان‌کاری، اطلاعات گزینشی، دروغ‌گویی و حتی بهره‌کشی از کارکنان برای پیشبرد اهداف شخصی خود استفاده کنند. چنین رفتاری به تدریج اعتماد سازمانی را تضعیف می‌کند و فرهنگ کاری منفی را گسترش می‌دهد.

ایجاد محیط کاری تهدیدآمیز و ترس‌محور: رهبران سمّی معمولاً برای کنترل محیط، از ترس، تهدید و فشار روانی استفاده می‌کنند. این تهدیدها ممکن است آشکار (مانند تهدید به اخراج) یا پنهان (مانند تحقیر مداوم) باشند. در چنین فضایی، کارکنان احساس ناامنی شغلی دارند و اغلب در شرایط استرس مزمن قرار می‌گیرند.

بی‌توجهی به رفاه کارکنان: در سبک رهبری سمّی، توجه به سلامت بدنی و روانی کارکنان جایگاهی ندارد. تمرکز بیش از حد بر عملکرد، اهداف کوتاه‌مدت و نتایج کمی باعث می‌شود که خستگی، استرس و فرسودگی کارکنان نادیده گرفته شود. این بی‌توجهی، به ویژه در محیط‌های بهداشتی که فشار کاری زیاد است، منجر به افزایش خطاهای حرفه‌ای

و کاهش کیفیت خدمات خواهد شد.

خودشیفتگی و تمرکز افراطی بر خود: رهبران سمّی اغلب خودشیفته‌اند؛ یعنی به شکل افراطی خود را شایسته، برتر و بی نقص می‌دانند و همواره به تحسین و توجه دیگران نیاز دارند. این خودشیفتگی باعث می‌شود نظرات دیگران را نادیده بگیرند، اشتباهات خود را انکار کنند و حتی موفقیت تیم را به حساب شخص خود بنویسند.

عدم شفافیت و فریب‌کاری در ارتباطات: پنهان‌کاری، اطلاعات ناقص یا تحریف‌شده، و تصمیم‌گیری‌های پشت درهای بسته از ویژگی‌های رایج رهبران سمّی است. این نوع رفتار موجب کاهش شفافیت، بی‌اعتمادی در سازمان، و افزایش شایعه‌سازی و گمانه‌زنی در میان کارکنان می‌شود.

سرزنش دیگران و عدم پذیرش مسئولیت: رهبران سمّی معمولاً مسئولیت شکست‌ها و اشتباهات را نمی‌پذیرند و آن را به دیگران نسبت می‌دهند. این رفتار "فرار از پاسخ‌گویی" موجب تضعیف فرهنگ یادگیری و ترس کارکنان از اشتباه می‌شود.

بی‌توجهی به اخلاق و ارزش‌های سازمانی: رهبری سمّی اغلب بابت توجهی به اصول اخلاقی همراه است. این افراد در تصمیم‌گیری‌ها به جای پایبندی به اصول، منافع شخصی یا مصلحت‌گرایی کوتاه‌مدت را در اولویت قرار می‌دهند که ممکن است به فساد، بی‌عدالتی و تبعیض در سازمان دامن بزند (۶).

پیامدهای رهبری سمّی بر کارکنان و سازمان

پژوهش‌ها نشان داده‌اند که سبک رهبری سمّی تأثیرات جدی و گسترده‌ای بر کارکرد سازمانی و سلامت روانی کارکنان دارد. در شبکه‌های بهداشت، این پیامدها می‌توانند به کاهش کیفیت مراقبت از جامعه، افزایش خطاها، کاهش نرخ مراجعات و در نهایت تهدید سلامت عمومی منجر شوند.

برخی از پیامدهای کلیدی رهبری سمّی عبارت‌اند از:

- کاهش رضایت شغلی و انگیزه کاری؛
- افزایش استرس شغلی و فرسودگی شغلی^۱؛
- کاهش بهره‌وری سازمانی و افزایش نرخ ترک شغل؛
- افزایش تعارضات بین‌فردی و کاهش روحیه تیمی؛

- سلب اعتماد کارکنان به مدیریت و فرهنگ سازمانی. (۱)

راهکارهای پیشگیری و مقابله با رهبری سمّی

برای کاهش احتمال ظهور و تأثیر رهبری سمّی در شبکه‌های بهداشت و درمان، انجام اقدامات زیر توصیه می‌شود:

۱. تربیت و آموزش رهبران اخلاق‌محور با تأکید بر هوش هیجانی، همدلی و پاسخ‌گویی.

۲. ایجاد کانال‌های گزارش‌دهی امن و بدون ترس برای شناسایی رفتارهای سمّی (در فصل ارتباطات به بخشی از این کانال‌ها ارائه شده است).

۳. ارزیابی‌های مستمر از سبک رهبری مدیران به‌ویژه در سطوح میانی و ارشد. (ابتدای همین فصل)

۴. توسعه فرهنگ سازمانی مبتنی بر شفافیت، گفت‌وگوی باز و احترام متقابل.

۵. طراحی سازوکارهای حمایتی برای کارکنانی که تحت رهبری سمّی آسیب دیده‌اند. (در فصل منابع انسانی این مکانیسم‌ها ارائه شده‌اند.)

اما نکته نهایی اینکه همه‌ی مدیران ناکارآمد سمّی نیستند؛ اما تمام رهبران سمّی، ناکارآمد نیز هستند. تشخیص این تفاوت برای انتخاب راهکار مناسب اهمیت دارد. در جدول زیر رهبری سمّی با رهبری ناکارآمد مقایسه شده است:

جدول ۵: مقایسه رهبری سمّی و رهبری ناکارآمد

جنبه	رهبری سمّی	رهبری ناکارآمد
نیت و انگیزه	اغلب با نیت سلطه، سود شخصی یا آسیب‌زننده	فاقد مهارت یا تجربه، اما بدون نیت سوء
تأثیر بر کارکنان	مخرب، آسیب‌زا و پایدار	ایجاد ناکارآمدی، اما گاه با حسن نیت
شدت و پایداری آسیب	شدید، ساختاری و عمیق	محدود به زمان، قابل اصلاح با آموزش
قابلیت اصلاح	دشوار، نیازمند مداخله سیستماتیک	در بیشتر موارد با آموزش و مشاوره قابل بهبود است
جوّ سازمانی	بی‌اعتمادی، ترس و تعارض	سردرگمی، نارضایتی یا رکود

فعالیت ۲۵

شما به عنوان مدیر یا مسئول شبکه بهداشت و درمان، با یکی از مدیران خود کار می‌کنید. وظیفه شما این است که رفتارهای رهبری ایشان را براساس ویژگی‌های رهبری سمّی که در این فصل آموخته‌اید، ارزیابی کنید.

۱. مشاهده و جمع‌آوری داده‌ها:
 - رفتارهای مدیر یا رهبر خود را در محیط کار به دقت مشاهده کنید.
 - به تعاملات او با کارکنان، نحوه تصمیم‌گیری، واکنش به اشتباهات و روش‌های مدیریت توجه کنید.
 - از کارکنان دیگر نیز در صورت امکان درباره نحوه رهبری مدیر سوال کنید (به صورت محرمانه).
۲. تحلیل رفتارها بر اساس ویژگی‌های رهبری سمّی:
 - کدام یک از ویژگی‌های رهبری سمّی را در رفتار مدیر می‌بینید؟ (برای مثال: استفاده از تهدید، خودمحوری، عدم شفافیت، سرزنش کارکنان، بی‌توجهی به رفاه کارکنان و...)
 - آیا رفتارهای مدیر بیشتر به سمت رهبری سالم است یا رهبری سمّی؟
۳. تشخیص و نتیجه‌گیری:
 - با استناد به شواهد جمع‌آوری شده، تشخیص دهید که آیا رفتار مدیر سمّی است یا خیر.
 - در صورت مثبت بودن، کدام ویژگی‌های سمّی بارزتر هستند؟
 - پیامدهای احتمالی این رفتارها برای کارکنان و سازمان چه خواهد بود؟
۴. ارائه راهکارهای پیشنهادی:
 - چه توصیه‌هایی برای بهبود رفتارهای رهبری در این سازمان دارید؟
 - چگونه می‌توان از بروز رهبری سمّی پیشگیری کرد یا در صورت وقوع، آن را اصلاح نمود؟

ویژگی‌های رهبری موفق از نگاه امام علی علیه السلام

مکتب حیات بخش اسلام در کنار ارائه برنامه‌های مفصل برای پیشرفت و تعالی فردی و معنوی انسان‌ها، نقشه راه تعالی جامعه و ویژگی‌های حاکمان و مدیران را نیز بیان کرده است. اوج این گفتارها در بیانات حضرت امام علی علیه السلام و جملات گهربار ایشان در

نهج البلاغه مشهود است که در قالب کتابی با عنوان "شرح نهج البلاغه، راه روشن مدیران" توسط انتشارات انقلاب اسلامی و با استفاده از جمع آوری بیانات رهبر معظم انقلاب منتشر شده است و متناسب با مباحث این فصل به مواردی از توصیه‌ها اشاره می‌شود.

- افتخار کارگزار کشور اسلامی بودن؛
- لزوم رعایت تقوای بیشتر برای مسئولان؛
- لزوم متواضع بودن مسئول در برابر مردم؛
- خوش رفتاری با مردم و رعایت انصاف و مساوات بین‌شان؛
- رفتار پرهیزکاران هنگام تمجید شدن؛
- علاقه به ستایش شدن، از بدترین دام‌های شیطان.
- دوراندیشی و احتیاط همراه نرمی؛
- میانه‌روی و اعتدال در تمام زمینه‌ها؛
- دوری از افراط و تفریط؛
- نصیحت کردن رهبر توسط کارگزاران؛
- نرنجیدن از سخن خیر خواهان؛
- ثواب عظیم خدمت خالصانه به مردم؛
- امید به نصرت الهی در میدان عمل؛
- ترس از دین و نقس در قبول مسئولیت؛
- قواعد حکومت‌داری؛
- اهمیت دقت شدید در صرف بیت‌المال؛
- هر چه برای خود می‌پسندی برای دیگران هم بپسند.
- نقش تربیت‌یافتگی مسئولان در تربیت مردم؛
- داشتن خشوع پس از رسیدن به اهداف؛
- ضرورت برخورد قانونی با متخلفان و چشم‌پوشی از لغزش‌ها؛
- توجه به رضایت مردم؛
- اهمیت دقت در گزینش کارگزاران؛
- لزوم دادن حقوق مکفی به کارگزاران؛
- ضرورت بازرسی کارگزاران؛
- اهمیت نظارت پنهانی بر مدیران زیردست؛

- ضرر خود شیفتگی برای مدیر؛
- پرهیز از شتاب‌زدگی و تاخیر بیش از حد؛
- عدم لجاجت بر اشتباه؛
- پرهیز از دادن امتیاز خاص به نزدیکان؛
- لزوم مهار خشم و تندى از سوى کارگزاران؛
- به هنگام خشم، نه تصمیم و نه تنبیه؛

فهرست منابع

1. Michalko M. Thinkertoys: A handbook of creative-thinking techniques. Ten Speed Press; 2010 Dec 1.
2. Martin, R.L., 2009. The design of business: Why design thinking is the next competitive advantage. Harvard Business Press.
3. Hackman, J. R. (2002). Leading Teams: Setting the Stage for Great Performances. Harvard Business Press.
4. Agency for Healthcare Research and Quality. (2006). TeamSTEPPS™: Strategies and Tools to Enhance Performance and Patient Safety.
5. Lipman-Blumen, J. (2005). The Allure of Toxic Leaders: Why We Follow Destructive Bosses and Corrupt Politicians—and How We Can Survive Them. Oxford University Press.
6. Pelletier, K. L. (2010). Leader toxicity: An empirical investigation of toxic behavior and rhetoric. Leadership, 6(4), 373–389.

حکمرانی خوب در نظام سلامت

نویسندگان: امیرحسین تکیان، اعظم رثوفی، لیلا دشمنگیر

مرور مطالب فصل

در این فصل مطالب زیر ارائه خواهد شد:

۱. تعریف مفاهیم حکمرانی، حکمرانی سلامت و حکمرانی خوب برای سلامت و تمایز آن‌ها با مدیریت و راهبری، همراه با مثال‌هایی از ایران و الگوهای بین‌المللی؛
۲. بررسی اهمیت حکمرانی خوب در دستیابی به عدالت، کارایی و توسعه پایدار در نظام سلامت؛
۳. معرفی چهارچوب بومی سنجش حکمرانی خوب و معرفی شاخص‌های آن؛
۴. تحلیل چالش‌های حکمرانی خوب در نظام سلامت و در سطح شبکه بهداشت و درمان ایران با استفاده از مطالعات موردی؛
۵. ارائه راهبردهای ارتقای حکمرانی خوب در سطح معاونت بهداشت وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، دانشگاه‌ها و دانشکده‌های علوم پزشکی؛
۶. مطالعات موردی و درس‌آموخته‌هایی از تجارب موفق در ارتقای حکمرانی خوب در سطح شبکه مراقبت‌های اولیه سلامت؛
۷. نتیجه‌گیری نهایی و ارائه توصیه‌هایی برای مدیران شبکه‌های بهداشت و درمان کشور.

اهداف آموزشی و رفتاری/ عملکردی

انتظار می‌رود در پایان این فصل بتوانید:

۱. تعریف حکمرانی، حکمرانی سلامت و حکمرانی خوب برای سلامت و تفاوت این مفاهیم از مدیریت و راهبری را با ذکر مثال‌هایی از ایران و الگوهای بین‌المللی مشخص کنید.
۲. توضیح دهید که چرا حکمرانی خوب برای رسیدن به عدالت و کارایی در شبکه بهداشتی درمانی ضروری است.
۳. چالش‌ها و موانع نظام‌مند حکمرانی خوب در شبکه بهداشت و درمان را از طریق مطالعات موردی استان‌های ایران شناسایی و تحلیل کنید.
۴. راهبردهای آگاه از شواهد را برای نیل به حکمرانی خوب در شبکه بهداشت و درمان پیشنهاد دهید.
۵. یک نظام ارزشیابی جامع از سازوکارهای حکمرانی خوب در شبکه بهداشت و درمان کشور و شاخص‌های عملی برای ارزشیابی در سطح شبکه بومی ارائه دهید.
۶. تعریف حکمرانی مشارکتی و دیگر مولفه‌های حکمرانی را بدانید و اهمیت مشارکت ذی‌نقشان را در تصمیم‌سازی‌های شبکه بهداشت و درمان درک کنید.
۷. درک کنید که از طریق مراحل ساختار یافته، مانند تمرکززدایی بودجه یا آموزش فنون حکمرانی مشارکتی به مدیران، می‌توان به حکمرانی خوب دست یافت.

مفاهیم کلیدی

- حکمرانی: شیوه‌ای که در آن از قدرت برای مدیریت منابع اقتصادی و اجتماعی یک کشور با هدف توسعه استفاده می‌شود.
- حکمرانی سلامت: نهادها، قوانین، فرایندها، سازوکارها و ارتباطات رسمی و غیررسمی بین شهروندان، مقامات دولتی، بازیگران غیردولتی و ارائه‌دهندگان خدمات سلامت برای مقابله با چالش‌های سلامت.
- حکمرانی خوب برای سلامت: حکمرانی سلامت با ویژگی‌های کلیدی

حساب پس دهی^۱، شفافیت^۲، پاسخ دهی^۳ به نیازهای شهروندان، عدالت^۴، استفاده از شواهد^۵، مشارکت^۶ شهروندان و استفاده از ظرفیت بازیگران، با رویکرد تلقی سلامت به عنوان بنیان عدالت اجتماعی.

- استفاده از شواهد در تصمیم گیری: تولید، انتشار و ترجمان دانش، بهره گیری از داده های معتبر و به روز، و مدیریت داده در فرایند سیاست گذاری.
- پاسخ دهی: واکنش (های) سازمان ها و مقامات دولتی، از جمله مسئولان شهری، به نیازها، ترجیحات و خواسته های گروه هدف و شهروندان، توانایی آن ها در برآورده کردن انتظارات پزشکی و غیر پزشکی گیرندگان خدمات سلامت.
- شفافیت: گردش آزاد اطلاعات درباره چگونگی اتخاذ تصمیم ها، فرایند توسعه و اجرای سیاست ها و تخصیص منابع.
- مشارکت: شرکت فعال ذی نقشان و قدرت تأثیرگذاری آن ها بر تصمیم گیری های مرتبط با سیاست ها، طرح ها یا برنامه های مرتبط؛
- حساب پس دهی: حساب پس دادن مسئولان و تصمیم گیران در برابر عملکرد خود و سازمان متبوع شان و در برابر شهروندان
- تعارض منافع: موقعیتی که در آن منافع شخصی، تجاری یا سیاسی به طور نادرست بر تصمیمات و وظایف کارکنان دولتی تأثیر می گذارد.
- حکمرانی هوشمند: بهره گیری از فناوری های نوین، شامل دیجیتال، در جهت بهبود کارایی، شفافیت و مشارکت در حکمرانی.

1. Accountability
2. Transparency
3. Responsiveness
4. Equity
5. Use of Information
6. Participation

مقدمه: چرا حکمرانی خوب برای مدیران سلامت اهمیت دارد؟

یک مرکز خدمات جامع سلامت مجهز را تصور کنید که گیرندگان خدمات سلامت از صف‌های طولانی انتظار و نوبت‌دهی‌های طولانی مدت رنج می‌برند. این مرکز با وجود برخورداری از کارکنان مسئولیت‌پذیر و متعهد، دچار چالش کمبود دسترسی به داروهای ضروری است. ریشه‌ی اغلب این مشکلات را باید در ناکارآمدی‌های حکمرانی جستجو کرد. حکمرانی خوب، سنگ بنای نظام سلامت و در مرکزیت شش عنصر ساختاری نظام سلامت است (۱) و تضمین می‌کند که منابع به طور کارآمد استفاده شوند، سیاست‌ها عادلانه اجرا شوند و خدمات سلامت در دسترس باشند. برای مدیران سلامت در شبکه‌های مراقبت‌های اولیه بهداشتی^۱ ایران، درک اصول حکمرانی خوب برای دستیابی به توسعه پایدار سلامت و بهبود پیامدهای سلامت شهروندان بسیار مهم است. این فصل نشان می‌دهد چگونه حکمرانی خوب می‌تواند به مدیران حوزه‌ی سلامت کمک کند تا خدمات سلامت عادلانه و کارآمد را محقق سازند.

تعریف حکمرانی، حکمرانی سلامت و تمایز آن با حکمرانی خوب برای سلامت

بانک جهانی حکمرانی را به عنوان شیوه‌ای تعریف می‌کند که در آن از قدرت برای مدیریت منابع اقتصادی و اجتماعی یک کشور با هدف توسعه بهره‌برداری می‌شود (۲). در سنجش

حکمرانی، برخی عمدتاً بر فساد بخش دولتی تمرکز دارند؛ بعضی دیگر رویکرد وسیع‌تری بر می‌گزینند که می‌تواند شامل حقوق بشر و دموکراسی باشد که در جامعه مدنی، بخش خصوصی، قوه قضائیه و نهادهای دولتی بررسی می‌شوند (۳). تأکید بر حکمرانی در نظام سلامت برای اجرای وظایف اساسی سلامت عمومی نیز با اهمیت است. حکمرانی سلامت، نهادها، قوانین، فرایندها، سازوکارها و پیوندهای رسمی و غیررسمی میان شهروندان، مقام‌های دولتی، کنشگران غیردولتی و ارائه‌دهندگان خدمات سلامت را برای رویارویی با چالش‌های سلامت در بر می‌گیرد و اطمینان می‌دهد که سیاست‌ها و خدمات سلامت با نیازهای شهروندان همسو باشند (۳). در حالت مطلوب، حکمرانی خوب برای سلامت باید ویژگی‌های حساب‌پس‌دهی^۱، شفافیت^۲، پاسخ‌دهی به نیازهای شهروندان^۳، عدالت^۴، استفاده از شواهد^۵، مشارکت شهروندان^۶ و استفاده از ظرفیت کنشگران (تصمیم‌گیرندگان دولت مرکزی و محلی) را برای طراحی و اجرای سیاست‌ها داشته باشد (۳). حکمرانی خوب به عنوان محور بهبود عملکرد حوزه سلامت و دستیابی به پوشش همگانی سلامت^۷ شناخته می‌شود (۴).

حکمرانی خوب برای سلامت، فراتر از مرزهای حوزه سلامت گام بر می‌دارد و همه عرصه‌های دولت را به سوی تندرستی بهتر شهروندان رهنمون می‌سازد. برای مثال، کاهش بیماری‌های مرتبط با آلودگی هوا، نیازمند هماهنگی بین وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، سازمان حفاظت محیط‌زیست و مقامات شهرداری است (۵-۷).

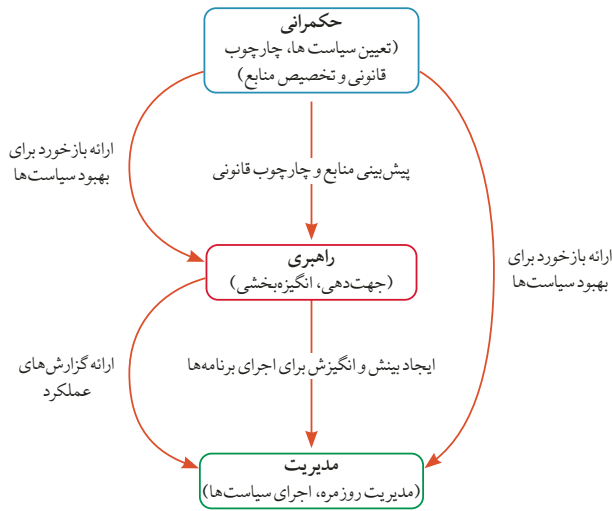
تمایز حکمرانی با راهبری و مدیریت

حکمرانی، مدیریت و راهبری در سازمان‌ها به صورت پویا با یکدیگر تعامل دارند و هر یک نقشی متمایز اما در عین حال به هم پیوسته ایفا می‌کنند. حکمرانی به حصول اطمینان از وجود چهارچوب‌های سیاست راهبردی و ترکیب آن‌ها با نظارت مؤثر، ایجاد ائتلاف، تنظیم مقررات، توجه به طراحی سیستم و حساب‌پس‌دهی اشاره دارد؛ از جمله چهارچوب‌های حساب‌پس‌دهی، شفافیت و عدالت (۱). برای نمونه، وزارت بهداشت، درمان و آموزش

1. Accountability
2. Transparency
3. Responsiveness
4. Equity
5. Use of Information
6. Participation
7. Universal Health Coverage

پزشکی مقرر می‌کند که «تمامی کودکان زیر پنج سال باید واکسن سرخک دریافت کنند». در پی این تصمیم، شیوه‌نامه‌های ملی واکسیناسیون، استانداردهای نگهداری واکسن و الزامات گزارش‌دهی به سامانه‌ی وزارتخانه تدوین می‌شود.

همچنین برای نظارت بر عملکرد مراکز و اطمینان از اجرای درست برنامه، بازرسی از مراکز خدمات جامع سلامت انجام می‌گیرد. راهبری، چشم‌انداز، الهام‌بخشی و جهت‌دهی انجام امور را فراهم می‌کند و شامل بازیگرانی است که برای مدیریت و حکمرانی دیگران را هدایت و تشویق می‌کنند، فرهنگ سازمانی را شکل می‌دهند و اغلب بر اهداف بلندمدت و جهت‌گیری راهبردی تمرکز دارند؛ مانند ایجاد انگیزه به اعضای مجموعه برای رسیدن به اهداف عدالت در سلامت (۲، ۱۱). برای نمونه؛ مدیر شبکه سلامت به منابع انسانی می‌گوید: «هدف ما این است که هیچ کودکی در منطقه ما به دلیل نبود واکسن بیمار نشود». برای این منظور، به‌روزان را به برخورد محترمانه با خانواده‌ها و ایجاد کارزارهای محلی برای آگاهی‌بخشی تشویق می‌کند و با تقدیر از مراکزی که بالاترین پوشش واکسیناسیون را دارند، در منابع انسانی دیگر مناطق، انگیزه برای گسترش بیشتر واکسیناسیون در منطقه زیرپوشش خود ایجاد می‌کند. مدیریت اما عملیاتی‌تر است و شامل شیوه‌های سازماندهی منابع، تضمین کارایی و اجرای موثر راهبردها و سیاست‌هایی است که سازوکارهای آن در حکمرانی مشخص شده است. در واقع حکمرانی ابزار و سازوکار مورد نیاز برای مدیریت را در اختیار قرار می‌دهد (۲، ۱۱). برای نمونه کارشناس مسئول بیماری‌های واگیر شهرستان، فهرست کودکان واجد شرایط را تهیه و تاریخ‌های مراجعه آن‌ها را برنامه‌ریزی می‌کند. منابع کافی برای اطمینان از اینکه یخچال‌های واکسن در تمام مراکز کار می‌کنند و آموزش به‌روزان تخصیص می‌دهد. اگر خانواده‌ای به مرکز خدمات جامع سلامت دسترسی ندارد، برای واکسیناسیون سیار هماهنگی می‌کند. این عناصر با هم کار می‌کنند تا یک سازمان متعادل ایجاد کنند. حکمرانی، ساختار را ایجاد می‌کند، راهبری نوآوری و جهت‌گیری را هدایت کرده و مدیریت، اجرا و کارایی را تضمین می‌کند (۱۱) (تصویر ۱).



تصویر ۱: ارتباط حکمرانی، راهبری و مدیریت

مطالعه موردی ۱

در سال ۱۴۰۲، گزارش‌هایی از بازگشت پشه آندس (ناقل بیماری‌هایی مانند تب دنگی) در یکی از شهرستان‌های استان «الف» منتشر شد. این پشه قبلاً در منطقه وجود نداشت و شیوع آن احتمال شیوع بیماری‌های جدید را افزایش داد. در این مثال، وظایف حکمرانی، راهبری و مدیریت را تعریف کنید.

پاسخ: در این شرایط، حکمرانی خوب، زمانی اتفاق می‌افتد که وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی طی ۴۸ ساعت شیوه‌نامه ملی مقابله با تب دنگی را ابلاغ می‌کند. دانشگاه علوم پزشکی شهرستان بودجه ویژه‌ای برای خرید سموم و کیت‌های تشخیصی اختصاص می‌دهد و استانداری با بسیج دستگاه‌های مختلف، یک کارگروه ویژه تشکیل می‌دهد. راهبری مؤثر را می‌توان در اقدامات مدیر شبکه بهداشتی - درمانی شهرستان دید که با تشکیل نشست‌های فوری برای تیم‌های عملیاتی، چشم‌انداز «پیشگیری از نخستین مرگ ناشی از تب دنگی در منطقه» را ترسیم می‌کند و با راه‌اندازی کارزارهای محلی، از ظرفیت ریش‌سفیدها و روحانیان محلی برای آموزش مردم استفاده می‌کند. مدیریت

کارآمد در این مورد یعنی تیم‌های عملیاتی به‌روزان و کارشناسان بیماری‌ها که هر روز محله به محله حرکت می‌کنند. کانون‌های تجمع پشه‌ها را شناسایی و سمپاشی می‌کنند. بین خانواده‌ها پشه‌بند‌های آغشته به سم توزیع می‌کنند و موارد مشکوک را سریع به بیمارستان معرفی می‌کنند. در این مثال می‌بینیم که چگونه این سه سطح به هم پیوسته عمل می‌کنند. اگر هر یک از این حلقه‌ها ضعیف باشد، کل نظام پاسخ‌دهی به بحران با مشکل مواجه می‌شود.

نکته: به یاد داشته باشید، اگرچه مدیریت مؤثر برای اجرای برنامه‌ها و عملیات روزانه ضروری است، اما باید در محدوده‌های تعیین شده توسط حکمرانی قوی عمل کند - و با چشم‌انداز روشنی که توسط راهبری قوی ارائه می‌شود، هدایت شود.

جایگاه و اهمیت حکمرانی خوب در نظام سلامت

حکمرانی خوب، سنگ بنای یک نظام سلامت کارآمد است و تضمین می‌کند که منابع به طور عادلانه تخصیص داده شوند؛ خدمات به طور کارآمد ارائه شوند و پیامدهای سلامت عادلانه باشند. در شبکه‌ی مراقبت‌های اولیه سلامت ایران، حکمرانی به‌طور مستقیم بر توانایی دستیابی به اهداف ملی سلامت - از جمله پوشش همگانی سلامت، عدالت و تاب‌آوری نظام سلامت - تأثیرگذار است.

اهمیت حکمرانی در نظام‌های سلامت، با تمرکز بر نقش مدیران نظام سلامت

حکمرانی خوب، چهارچوب راهبردی و نظارت لازم برای دستیابی به اهداف نظام سلامت را فراهم می‌کند. سازمان جهانی سلامت تأکید کرده است، حکمرانی مؤثر نظام‌های سلامت برای تضمین مراقبت‌های سلامت در دسترس، عادلانه، کارآمد، با کیفیت و قابل پرداخت ضروری است (۵). به علاوه، حکمرانی در نظام سلامت تخصیص عادلانه منابع میان مناطق روستایی و شهری را تضمین می‌کند؛ هماهنگی بین بیمارستان‌ها، مراکز خدمات جامع سلامت و سازمان‌های مردم‌نهاد (سمن‌ها) را تسهیل می‌نماید؛ شکاف میان سیاست‌گذاری و ارائه خدمات را پر می‌کند و تضمین می‌کند که هر یک از ذی‌نفعان - از تدوین‌کنندگان سیاست گرفته تا کارکنان خط مقدم - همگام با اهداف نظام سلامت فعالیت کنند (۱۲).

ورزش فکری ۱

آمارهای رسمی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی نشان دادند از سال ۱۳۹۹ تا ۱۴۰۴ شمار مبتلایان به سرخک در کشور، به‌ویژه در استان‌های خراسان جنوبی، سیستان و بلوچستان، هرمزگان و بخش‌هایی از استان کرمان در حال افزایش است. در حالی که در سال ۱۳۹۹ تنها سه مورد مبتلا به سرخک گزارش شده بود، جدیدترین داده‌ها از شناسایی بیش از هزار مورد سرخک تنها در فروردین ۱۴۰۴ خیر دادند. در جایگاه معاون بهداشت وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، فکر می‌کنید ساختارهای حکمرانی موجود چگونه موجب این اختلال شده است؟ چه پیشنهادهایی برای بهبود پوشش دارید؟

پاسخ:

۱. چالش‌های ساختار حکمرانی موجود:
 - توزیع ناعادلانه واکسن: استان‌های دورافتاده و کم‌برخوردار با موانع تدارکاتی در تحویل واکسن، نگهداری زنجیره سرد و دسترسی به مراقبت‌های سلامت مواجه هستند که منجر به کاهش میزان ایمن‌سازی می‌شود.
 - ضعف در نظام پایش و نظارت سلامت: تأخیر در تشخیص و گزارش موارد سرخک مانع از واکنش سریع به شیوع بیماری می‌شود. / نظام‌های اطلاعاتی پراکنده بین مقامات استانی و ملی هماهنگی را کاهش می‌دهند.
 - تردید در واکسیناسیون و شکاف در آگاهی عمومی: پایین بودن سواد سلامت مردم، اطلاعات نادرست، ضعف در آموزش عمومی و مقاومت فرهنگی در برخی جوامع، تمایل افراد برای انجام واکسیناسیون را کاهش می‌دهد.
 - کمبود منابع انسانی سلامت: استان‌های دورافتاده به‌ویژه مناطق روستایی این استان‌ها با کمبود منابع انسانی آموزش دیده برای تزریق واکسن و انجام فعالیت‌های اطلاع‌رسانی مواجه هستند.
 - خطرات انتقال فرامرزی: مرزهای مشترک با برخی کشورهای همسایه (مانند افغانستان و پاکستان) که شیوع سرخک در آن‌ها زیاد است، منجر به ورود افراد آلوده به ایران می‌شوند و مواجهه با این موارد را به‌ویژه در سیستان و بلوچستان افزایش می‌دهد.
۲. پیشنهادها برای افزایش پوشش واکسن:
 - تقویت عدالت در دسترسی به واکسن: اولویت‌بندی استان‌های پرخطر با واحدهای واکسیناسیون سیار و زیرساخت‌های گسترده زنجیره سرما. / همکاری

- بارهبران محلی و سمن‌ها برای دسترسی به جمعیت‌های عشایری و روستایی.
- تقویت نظام پایش و نظارت به شیوع بیماری: اجرای برنامه‌های گزارش‌دهی الکترونیکی در لحظه برای ردیابی موارد ابتلا (مانند پیاده‌سازی سامانه «سبا») برای ارسال داده‌های واکسیناسیون روزانه به معاونت بهداشت دانشگاه علوم پزشکی استان) و بسیج تیم‌های پاسخ سریع. / انجام پیمایش‌های دوره‌ای برای شناسایی سریع محله‌های با پوشش زیر ۸۰ درصد.
- تشکیل کارزارهای آگاهی‌بخشی عمومی: راه‌اندازی برنامه‌های آموزشی متناسب با فرهنگ از طریق مساجد، مدارس و رسانه‌ها برای مبارزه با اطلاعات نادرست. / مشارکت رهبران مذهبی و اجتماعی به عنوان مدافعان واکسن.
- افزایش منابع انسانی سلامت: آموزش بهورزان در مناطق دورافتاده برای اطلاع‌رسانی و نظارت بر واکسیناسیون. / ایجاد انگیزه و ارائه مشوق‌هایی برای منابع انسانی سلامت برای کار در مناطق کم‌برخوردار.
- همکاری فرامرزی: هماهنگی با کشورهای همسایه برای تنظیم برنامه‌های واکسیناسیون و به اشتراک گذاشتن داده‌های نظارتی. / افزایش نظارت بر مناطق مرزی و ارائه واکسن به مهاجران و پناهندگان.
- مداخلات سیاست‌گذاری و بودجه: تخصیص بودجه‌های اختصاصی برای ریشه‌کنی سرخک، از جمله کارزارهای جبرانی برای دزهای فراموش شده / ادغام واکسیناسیون سرخک با دیگر خدمات مراقبت‌های اولیه سلامت (مثلاً برنامه‌های تغذیه‌ای).
- تشکیل نشست‌های مشترک هفتگی: تشکیل «ستاد بحران MMR» با حضور مدیران ستادی (حکمرانی)؛ روسای مراکز خدمات جامع سلامت (راهبری)؛ مراقبان سلامت و بهورزان مناطق کم‌برخوردار (اجرا).

نقش مدیران حوزه سلامت در تحقق حکمرانی خوب برای سلامت

در عمل، یک نظام سلامت زمانی دارای مدیریت خوب است که به مدیران سلامت با تجربه و ماهر متکی باشد که بین تصمیمات راهبردی و اجرای عملی آن‌ها نقش پل را ایفا می‌کنند. این مدیران، مسئول نظارت بر شاخص‌های عملکرد، اجرای استانداردها و اطمینان از انطباق توزیع منابع با چهارچوب‌های حکمرانی تعیین شده هستند (۱۷). آن‌ها چشم‌انداز حکمرانی خوب را به برنامه‌های عملی تبدیل می‌کنند، بر جزئیات عملیاتی نظارت دارند و تضمین می‌کنند که حساب‌پس‌دهی و کارایی دست در دست هم پیش روند (۱۷).

تمرین تعاملی

در پی حمله رژیم صهیونیستی به کشورمان در روزهای پایانی بهار ۱۴۰۴ و نگرانی از شیوع برخی بیماری‌ها، معاون بهداشت وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی به دنبال توسعه تیم پاسخ سریع در شرایط اضطراری است. در این اقدام، مدیران سلامت چه نقشی در تحقق حکمرانی خوب برای سلامت را ایفا می‌کنند؟

پاسخ: مدیران سلامت به عنوان تسهیل‌گر، مترجم و کارگزار سیاست‌ها، از ارکان اصلی حکمرانی خوب هستند. آن‌ها مسئول اطمینان از اجرای موثر سیاست‌های تعریف‌شده هستند:

مدیران سلامت شیوه‌نامه‌های راهبردی را به اقدامات قابل اندازه‌گیری تبدیل می‌کنند. مثلاً اگر دستورعمل‌های بالادستی بر نیاز به پاسخ سریع تأکید کنند، مدیران سلامت می‌توانند اهداف قابل اندازه‌گیری (مثلاً دستیابی به پاسخ در عرض ۱۰ دقیقه) را مشخص کنند و برنامه‌های منابع انسانی را بر اساس آن سازماندهی کنند.

مدیران سلامت به طور مداوم داده‌های عملکرد (زمان پاسخ، بازخورد جامعه، نتایج آموزش) را جمع‌آوری می‌کنند و نتایج آن را با سیاست‌گذاران به اشتراک می‌گذارند. به این ترتیب، یک چرخه‌ی پویا ایجاد می‌شود که در آن سیاست‌ها به صورت دوره‌ای با استفاده از شواهد حاصل از عملیات روزانه اصلاح می‌شوند. مدیران سلامت باید نمایندگان جامعه، سمن‌ها و کارکنان خط مقدم را در فرایند تصمیم‌گیری مشارکت دهند. آن‌ها با بهره‌گیری از ابزارهای سلامت الکترونیک و منابع محلی، به تبدیل راهبردها به عملیات مردم‌محور کمک می‌کنند.

مدیران سلامت به عنوان ارکان کلیدی، راهبردهای دولتی، تعالی عملیاتی و مشارکت جامعه را ادغام می‌کنند؛ تا ساختارهای قدیمی و سلسله‌مراتبی را به شبکه‌های چابک تبدیل کنند که در عین ایجاد اعتماد بین همه ذی‌نقشان، به طور کارآمدتر به بحران‌ها پاسخ می‌دهد (۶). مثلاً، هنگامی که داده‌ها نشان‌دهنده تأخیر در واکنش به شرایط اضطراری باشند، مدیران سلامت می‌توانند با برنامه‌ریزی، آموزش‌های هدفمند و مشارکت نمایندگان جامعه

را در دستور کار قرار دهند. حکمرانی خوب ریشه در تصمیم‌گیری مشارکتی و راهبری پویا دارد؛ بر این اساس، مدیران سلامت با ایجاد محیطی توانمندساز تضمین می‌کنند که ارتقای برنامه‌های سلامت سازگار با شرایط جامعه، شفاف، پاسخ‌گو، مشارکتی، مبتنی بر شواهد و در عین حال پاسخ‌ده به نیازهای جامعه باشد (۶).

پیامدهای عدم استقرار حکمرانی خوب بر عملکرد شبکه‌های بهداشت و درمان

حکمرانی نامناسب می‌تواند منجر به تخصیص نادرست منابع، تصمیم‌گیری ناکارآمد و کاهش پیامدهای سلامت شود. در بافتارهایی که نظارت ضعیف است، رویه‌هایی همچون فساد، بودجه‌بندی نامنظم و ارائه خدمات ناهماهنگ رواج می‌یابد. این امر اعتماد عمومی، کارآمدی و عدالت در ارائه خدمات سلامت را خدشه‌دار می‌کند (۱۸). در صورت عدم استقرار حکمرانی خوب در شبکه‌های بهداشت و درمان، تصمیم‌گیری‌ها پراکنده می‌شوند؛ منابع به اشتباه تخصیص می‌یابند و حساب‌پس‌دهی کاهش می‌یابد (۱۹). سازوکارهای قوی حکمرانی با بهبود پیامدهای سلامت در کشورهای با درآمد کم و متوسط مرتبط هستند. در مقابل، ناتوانی آن‌ها به بهره‌گیری نادرست از منابع، درنگ در ارائه خدمات و کاهش کارکرد شبکه را به همراه دارد (۱۹). شکاف‌های حکمرانی، به ویژه در حساب‌پس‌دهی، تنها ناشی از سهل‌انگاری‌های فنی نیستند، بلکه در چالش‌های پیش‌روی نظام مراقبت‌های اولیه سلامت در کشورهای با درآمد کم و متوسط، نقش اساسی دارند (۲۰). این شکاف می‌تواند منجر به جریان‌های نامنظم بودجه، نظارت ضعیف و ارتباط ضعیف بین کاربر و ارائه‌دهنده خدمات شود. در حالی نظام سلامت ایران از شفافیت ضعیف رنج می‌برد که برخی مطالعات نشان داده‌اند شفافیت پاشنه‌آشیل حکمرانی خوب است (۲۱، ۷). بدون سازوکارهای حساب‌پس‌دهی شفاف، تصمیم‌گیری ممکن است به جای شیوه‌های آگاه از شواهد، تحت تأثیر فشارهای سیاسی قرار گیرد و منجر به ارائه خدمات ناعادلانه و ناکارآمد شود (۲۰).

مطالعه موردی ۲

نظام مراقبت‌های اولیه سلامت در استان «ب» با کمبود مزمن منابع مالی مواجه شده است. در پی آن، پس از اجرای ناکارآمد برخی اصلاحات، نبود یک ساختار حکمرانی خوب در تخصیص نامناسب منابع، کاهش اعتماد عمومی

و ضعف تاب‌آوری نظام مراقبت‌های اولیه سلامت منجر شده است. در نتیجه بسیاری از منابع انسانی حوزه سلامت، مشاغل خود را ترک کرده‌اند؛ دانشگاه مجبور شده است بسیاری از مراکز خدمات جامع سلامت شهری و روستایی را تعطیل کند؛ دسترسی به خدمات سلامت کاهش یافته است. به نظر شما چه سازوکارهای حکمرانی برای پیشگیری از این چالش‌ها می‌توان پیشنهاد کرد؟ چگونه حکمرانی ضعیف مانع رسیدن به اهداف نظام سلامت در این استان و کل کشور شده است؟

پاسخ: چالش‌های موجود در نظام مراقبت‌های اولیه سلامت در استان «ب» ناشی از ضعف حکمرانی است که منجر به ناکارآمدی، فساد گسترده، تاب‌آوری ضعیف نظام مراقبت اولیه سلامت و کاهش اعتماد عمومی شده است. راه‌حل اولیه، ایجاد یک چهارچوب حکمرانی قوی است که بر اصول کلیدی مانند شفافیت، حساب‌پس‌دهی، پاسخ‌دهی، مشارکت و تصمیم‌گیری مبتنی بر شواهد تأکید داشته باشد.

بهبود شفافیت برای بازگرداندن اعتماد عمومی بسیار مهم است. گزارش‌دهی مالی باز به جلوگیری از فساد و اطمینان از رسیدن منابع به خدمات ضروری مانند دارو و تجهیزات کمک می‌کند. سازوکارهای حساب‌پس‌دهی باید از طریق حسابرسی‌های مستقل، اجرای دقیق اقدامات ضد فساد و ارزشیابی‌های مبتنی بر عملکرد برای مدیران سلامت تقویت شوند. تازمانی که حکمرانی ناکارآمد بدون عواقب باقی‌بماند، ناکارآمدی‌ها ادامه خواهند یافت. پاسخ‌دهی به نیاز شهروندان تضمین می‌کند نظام سلامت می‌تواند با چالش‌های نوپدید، مانند آلودگی هوا یا شیوع بیماری‌ها، سازگار شود. نظارت بر داده‌های سلامت در زمان واقعی و تعدیل انعطاف‌پذیر سیاست‌ها برای رفع شکاف‌ها در ارائه خدمات ضروری است. مشارکت جامعه باید با حضور فعال شهروندان در تصمیم‌گیری‌های سلامت، از طریق شوراهای محلی، انجمن‌های عمومی و ایجاد سازوکارهای بازخورد، در اولویت قرار گیرد. وقتی جوامع مشارکت می‌کنند، بازسازی اعتماد و تاثیر برنامه‌های سلامت افزایش می‌یابد. در نهایت، سیاست‌های مبتنی بر شواهد از طریق داده‌های سلامت قابل اعتماد، پژوهش‌ها و ارزشیابی‌های منظم برنامه‌ها در تخصیص منابع و اصلاحات مؤثر است. بدون تصمیم‌گیری

مبتنی بر داده، خطر ناکارآمدی یا عدم تطابق سیاست‌ها با نیازهای واقعی وجود دارد. در این نمونه، اگر یک کارگروه سیاست‌گذاری ویژه در گام‌های نخست تشکیل می‌یافت، می‌توانست با گرد هم آوردن ذی‌نقشان کلیدی مانند نمایندگان دانشگاه علوم پزشکی «ب»، مدیران شبکه مراقبت‌های سلامت، پژوهشگران و دانشگاهیان مرتبط و رهبران جامعه، تصمیم‌گیری و حساب‌پس‌دهی هماهنگ را تقویت کند. این کمیته می‌توانست سیاست‌ها و سازوکارهای نظارتی شفاف‌تری تعیین کند و بدین ترتیب تضمین نماید که تخصیص منابع هم شفاف و هم مبتنی بر نیاز باشد و در نتیجه از کمبودها و ناکارآمدی‌های بعدی جلوگیری شود. نشست‌های منظم بررسی عملکرد و ایجاد مسیرهای شفاف برای بازخوراند، می‌توانست گسترش فساد و ضعف در هماهنگی بین ارائه‌دهندگان خدمات سلامت را به سرعت شناسایی کند. با رسیدگی پیشگیرانه به این مسائل، نظام حکمرانی می‌توانست فرایندهای ارائه خدمات سلامت را ساده‌تر کند؛ ثبات در ارائه خدمات را حفظ و اعتماد جامعه را بهبود بخشد. معرفی سازوکارهای روشن حساب‌پس‌دهی، تأثیر فشارهای سیاسی را محدود می‌سازد و تضمین می‌کند که تصمیمات اجرایی مبتنی بر شواهد و عادلانه باشند.

چهارچوب حکمرانی خوب

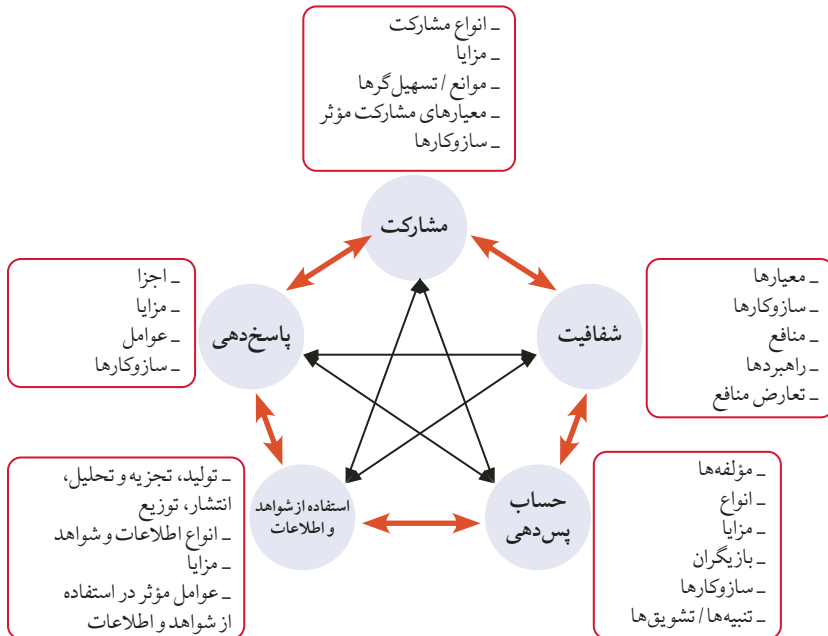
حکمرانی خوب در سامانه سلامت ایران، ساختاری چندبعدی است که به سنج‌های اندازه‌گیری همسو با بافت کشور، تصمیم‌گیری آگاهانه، مشارکت پویای جامعه و نیروی انسانی حوزه سلامت، شفافیت زیاد، حساب‌پس‌دهی دقیق، واکنش‌دهی ساختارمند و تمرکز بر کارایی و اثرگذاری برای تضمین انصاف در دسترسی به خدمات سلامت نیاز دارد.

چهارچوب بومی سنجش حکمرانی در نظام سلامت ایران

در ایران، چهارچوب بومی سنجش حکمرانی سلامت با مشارکت صاحب‌نظران ایرانی (نویسنده‌ی مسئول این فصل) و سازگار با بافت کشورهای با درآمد میانه و کم تهیه شده است (۲۲). این ابزار که به عنوان ابزار راهنمای حکمرانی سیاست‌گذاری سلامت^۱ شناخته می‌شود، برای سنجش و ارزشیابی مولفه‌های حکمرانی در سطح سیاست‌گذاری، شامل

1. Health Policymaking Governance Guidance Tool (HP-GGT)

مشارکت اجتماعی (شهروندان) در تصمیم‌سازی، شفافیت، حساب‌پس‌دهی، دسترسی به شواهد و اطلاعات و پاسخ‌دهی توسعه یافته است. تاکنون، چندین طرح پژوهشی ملی از این چهارچوب استفاده کرده‌اند و کاربرد پذیری و پایایی آن در سنجش حکمرانی نظام سلامت در ایران تبیین شده است (تصویر ۲).



تصویر ۲: مؤلفه‌های حکمرانی سلامت در چهارچوب بومی ایران

لزوم استفاده از شواهد برای تصمیم‌گیری و عملکرد

استفاده از شواهد شامل تولید، انتشار و ترجمان دانش، بهره‌گیری از داده‌های معتبر و به‌روز و مدیریت داده در فرایند سیاست‌گذاری است (۲۳). تصمیم‌گیری آگاه از شواهد برای اطمینان از هم‌سوسازی سیاست‌ها با نیازهای شهروندان و اثربخشی سیاست‌ها ضروری است. مدیران سلامت با جمع‌آوری نظام‌مند داده‌ها، نظارت بر عملکرد و ارزشیابی سیاست‌ها، حلقه بازخوانی ایجاد می‌کنند که تخصیص منابع، بهبود خدمات و اصلاح سیاست‌ها را تضمین می‌کند (۲۴). موانعی مانند دسترسی محدود به پژوهش‌ها، مشارکت ضعیف ذی‌نقشان و ترجمان ضعیف دانش، سیاست‌گذاری مبتنی بر شواهد را تضعیف

می‌کند و نیاز به اصلاحات نظام‌مند برای تقویت زیست‌بوم‌های شواهد را نمایان می‌کند (۲۴). مداخلاتی مانند ظرفیت‌سازی، نقش‌آفرینی واسطه‌گران دانش و توسعه‌ی پایگاه‌های داده‌های الکترونیکی، دسترسی و بهره‌گیری از شواهد در تصمیم‌سازی را بهبود می‌بخشند و ارائه‌ی مراقبت‌های سلامت را عادلانه‌تر و مؤثرتر می‌سازند (۲۵).

مطالعه موردی ۳

در یکی از استان‌ها، برنامه‌ای برای جمع‌آوری داده‌های الکترونیک در مراکز خدمات جامع سلامت راه‌اندازی شد تا مدیران بتوانند عملکرد مراکز را در زمان ارائه خدمات ردیابی کنند؛ داده‌های عملکردی را با آمار سلامت دانشگاهی ترکیب و پیامدها و شکاف‌های استفاده از این برنامه را شناسایی کنند. شواهد حاصل از این جمع‌آوری داده‌ها، تخصیص دوباره‌ی منابع انسانی و سرمایه‌گذاری در پزشکی از راه دور را ضروری ساخت. یک «کمیته بررسی شواهد» اختصاصی، متشکل از اپیدمیولوژیست‌ها، متخصصان آمار، پزشکان، جامعه‌شناسان، روانشناسان و نمایندگان جامعه تشکیل شد. این کمیته به‌طور منظم برای ارزیابی نتایج عملکرد (مثل بهبود نمرات رضایت‌مندی دریافت‌کنندگان خدمات) و تنظیم سیاست‌ها بر اساس آن، نشست‌هایی را تشکیل می‌داد. این راهبرد، کیفیت ارائه خدمات را افزایش داد و فرهنگ تصمیم‌سازی مبتنی بر شواهد را ایجاد کرد. چنین چرخه‌ای چگونه می‌تواند عملکرد نظام سلامت را در این استان بهبود بخشد؟

پاسخ: به‌کارگیری این چرخه در مراکز خدمات جامع سلامت در این استان امکان بهبود مستمر فعالیت‌ها را فراهم می‌کند، میزان رضایت‌مندی دریافت‌کنندگان خدمات سلامت را پیگیری می‌کند تا مدیران بتوانند به سرعت گلوگاه‌ها را شناسایی و منابع انسانی یا فرایندها را بر اساس آن تنظیم کنند. این رویکرد، فرهنگ تصمیم‌گیری مبتنی بر داده، کارایی و کیفیت خدمات را بهبود می‌بخشد، چابکی و پاسخ‌دهی سیاست‌ها را تضمین می‌کند و با بررسی‌های مکرر، تطبیق‌پذیری نظام سلامت، حساب‌پس‌دهی سیاست‌گذاران و ارائه خدمات با کیفیت بالا در طول زمان را تضمین می‌نماید.

پاسخ‌دهی به نیازهای شهروندان

پاسخ‌دهی به معنای واکنش (های) سازمان‌ها و مقامات دولتی، از جمله مسئولان شهری، به نیازها، ترجیحات و خواسته‌های گروه هدف و شهروندان، توانایی آن‌ها در برآورده کردن انتظارات پزشکی و غیرپزشکی گیرندگان خدمات سلامت، مانند دریافت به موقع خدمات، حفظ حریم خصوصی، احترام به کرامت انسانی، برقراری ارتباط شفاف و موثر با مراجعه‌کنندگان و ... و میزان جامع، شفاف و مناسب بودن این پاسخ‌ها به تناسب نیازهای شهروندان است (۲۳). پاسخ‌دهی به نیازهای شهروندان، یکی از اهداف نهایی نظام سلامت است که نشان‌دهنده ظرفیت آن برای پیش‌بینی، سازگاری و برآورده کردن انتظارات مشروع ایشان برای مراقبت به موقع، محترمانه و با کیفیت بالا است. گنجاندن پاسخ‌دهی در سیاست می‌تواند به همسو نمودن خدمات با اولویت‌های تعریف‌شده توسط دریافت‌کنندگان خدمات سلامت و افزایش عدالت و حساب‌پس‌دهی بینجامد (۲۶). پاسخ‌دهی واقعی، به چرخه‌های پویای بازخورد میان دریافت‌کنندگان و ارائه‌دهندگان خدمات وابسته است. همسوسازی خدمات با انتظارات مشروع شهروندان، ارتباطات روشن، شفافیت و مشارکت آن‌ها در تصمیم‌گیری‌ها به بهبودهای پایدار در ارائه خدمات منجر می‌شود (۲۸). درک گیرندگان خدمات سلامت از احترام، حق انتخاب و حمایت اجتماعی مستقیم بر استفاده و پایبندی به خدمات تأثیر می‌گذارد (۲۹).

مطالعه موردی ۴

در یکی از شهرستان‌ها با جمعیتی بالغ بر ۱۵۰۰۰ نفر، یک مرکز خدمات جامع سلامت با منابع محدود به ارائه خدمات اولیه سلامت می‌پردازد. در طول شیوع کووید-۱۹، این مرکز با افزایش گیرندگان خدمات سلامت مواجه شد که به زمان انتظار طولانی انجامید. اگرچه نیروی انسانی در این مرکز تلاش می‌کند با مراجعه‌کنندگان با احترام رفتار کند؛ شکایاتی مبنی بر تأخیر در دریافت خدمات، رعایت‌نشدن حریم خصوصی در طول مشاوره‌ها و اطلاعات ناکافی در مورد برنامه‌های بهداشتی و درمانی ثبت شده است. برخی از مقامات معتقدند که این مرکز با توجه به کمبود منابع انسانی، تمام تلاش خود را می‌کند؛ در حالی که برخی دیگر می‌پذیرند برای پاسخ‌دهی بهتر به نیازهای دریافت‌کنندگان خدمات سلامت

فراتر از درمان پزشکی، نیاز به ایجاد اصلاحات ساختارمندتری است. به نظر شما، این مثال چگونه مفهوم پاسخ‌دهی در نظام سلامت را نشان می‌دهد؟ در این مورد، شکاف‌های کلیدی در پاسخ‌دهی به نیازهای پزشکی و غیر پزشکی مراجعه‌کنندگان چیست؟ این مرکز چگونه می‌تواند پاسخ‌دهی خود را بهبود بخشد؟

پاسخ: اگرچه کارکنان حوزه سلامت می‌کوشند در برخورد با مراجعان، احترام را رعایت کنند، تأخیر در دریافت خدمات سلامت، صف‌های انتظار طولانی به دلیل شمار زیاد مراجعه‌کنندگان، ضعف در برقراری ارتباط موثر و شفاف در مورد برنامه‌های سلامت، نگرانی در مورد محرمانه‌بودن در طول مشاوره‌ها و کم‌توجهی به حفظ کرامت انسانی افراد، نشان‌دهنده‌ی شکاف‌هایی در رسیدگی کامل به نیازهای گیرندگان خدمات سلامت است. این مرکز می‌تواند از طریق اقدامات زیر پاسخ‌دهی را بهبود بخشد:

- ساده‌سازی مراحل پذیرش برای اولویت‌بندی موارد فوری و کاهش تأخیرها.
- تقویت ارتباطات از طریق تابلوهای راهنما، برگه‌های اطلاعات گیرندگان خدمات یا کمک‌گرفتن از بهورزان.
- تضمین حریم خصوصی با طراحی دوباره‌ی فضاهای مشاوره یا برنامه‌ریزی مؤثرتر قرار ملاقات‌های مراجعه‌کنندگان.

شفافیت: پاشنه آشیل حکمرانی خوب برای سلامت

شفافیت بر گردش آزاد اطلاعات در باره‌ی چگونگی اتخاذ تصمیم‌ها، فرایند توسعه و اجرای سیاست‌ها، وضوح اقدامات و نیز تخصیص منابع و ارایه مؤثر تأکید دارد. این اطلاعات باید به‌روز، در دسترس و قابل استفاده برای عموم مردم باشد تا انتشار آن‌ها بتواند شهروندان را در درک موضوعات سلامت توانمند سازد. در صورت وجود شفافیت، شهروندان باید به‌طور پیوسته از روندهای موجود آگاهی داشته باشند (۲۳). شفافیت به عنوان پاشنه آشیل حکمرانی خوب در حوزه سلامت شناخته می‌شود. شفافیت ضعیف در تصمیم‌گیری می‌تواند به ناکارآمدی، فساد و کاهش اعتماد عمومی منجر شود و حساب‌پس‌دهی سیاست‌گذاران را تضعیف کند. ایجاد نظام‌های گزارش‌دهی شفاف، مانند سکوی‌های الکترونیک و نشست‌های عمومی دوره‌ای، برای غلبه بر این موانع ضروری است (۳۰).

حساسیت‌های سیاسی، نظارت غیرساختارمند و چهارچوب‌های گزارش‌دهی ضعیف، اشتراک‌گذاری آزاد اطلاعات را محدود و ناکارآمدی‌ها، اقتصادهای غیررسمی و خطرات فساد در خدمات سلامت را تقویت می‌کنند (۳۱). بدون فرایندهای تصمیم‌گیری شفاف و بسترهای دسترسی‌پذیر برای انتشار داده‌ها، نظارت بر عملکرد و چرخه‌های بازخورد ذی‌نقشان از هم گسسته می‌شود؛ ارائه‌دهندگان خدمات سلامت و شهروندان بی‌تکلیف می‌مانند و رسیدن به کیفیت و عدالت در خدمات سلامت دچار چالش می‌شود (۳۲).

مشارکت جامعه و منابع انسانی سلامت در فرایندهای تصمیم‌گیری

منظور از مشارکت، شرکت فعال ذی‌نقشان و قدرت تأثیرگذاری آن‌ها بر تصمیم‌گیری‌های مرتبط با سیاست‌ها، طرح‌ها یا برنامه‌های مرتبط است (۲۳). حکمرانی خوب نیازمند آن است که اعضای جامعه، متخصصان سلامت در خط مقدم و همه ذی‌نقشان به‌طور فعال در فرایندهای تصمیم‌گیری مشارکت داشته باشند. مشارکت ذی‌نقشان، حساب‌پس‌دهی را تضمین می‌کند و شفافیت و اعتماد جامعه را افزایش می‌دهد (۳۳). هنجارهای فرهنگی، پویایی قدرت و محدودیت‌های ظرفیتی هم به‌عنوان مانع و هم به‌عنوان تسهیل‌گر حکمرانی مشارکتی عمل کرده و بر سازوکارهای ساختار یافته برای نقش‌آفرینی معنادار کنشگران تأکید می‌ورزند (۳۳). مشارکت ذی‌نقشان در مراحل تعیین دستور کار، طراحی، اجرا و ارزشیابی نه تنها ارتباط و پایداری برنامه، بلکه عدالت اجتماعی و عدالت در سلامت را نیز ارتقا می‌دهد (۳۴).

حساب‌پس‌دهی به مردم، منابع انسانی و سطوح بالاتر

حساب‌پس‌دادن مسئولان و تصمیم‌گیران در برابر عملکرد خود و سازمان متبوع‌شان و همچنین در برابر شهروندان، و وجود سازوکارهایی در این زمینه برای داشتن توانایی توضیح، شفاف‌نمودن و توجیه اقدامات، بر عهده‌گرفتن مسئولیت اقدامات، شکست‌ها یا موفقیت‌های ناشی از اقدامات آن‌ها از طرف ذی‌نقشان مربوط همراه با اعمال مجازات‌ها در صورت رعایت نکردن یا انجام ندادن اقدامات مناسب را حساب‌پس‌دهی می‌گویند (۲۳). حساب‌پس‌دهی برای ارائه‌عادلانه خدمات سلامت ضروری است. ارزشیابی قوی نه تنها ناکارآمدی‌ها را شناسایی و حساب‌پس‌دهی تصمیم‌گیرندگان را تقویت می‌کند (۳۷)، بلکه با گنجاندن گزارش‌دهی شفاف، پاسخ‌دهی و قابلیت اجرا، زیربنای یک نظام سلامت

قابل اعتماد و با عملکرد خوب را فراهم می‌کند. ایجاد توازن میان کیفیت، اثربخشی و حساب‌پس‌دهی از طریق معیارهای شفاف، دریافت بازخورد از ذی‌نقشان و بهره‌گیری از سازوکارهای انگیزشی، مدیران و ارائه‌دهندگان خدمات را در برابر منابع انسانی و جامعه هدف زیرپوشش، مسئولیت‌پذیر می‌کند (۳۷).

مطالعه موردی ۵

یک گروه پژوهشی با استفاده از ابزار راهنمای حکمرانی سیاست‌گذاری سلامت اقدام به سنجش شیوه‌های حکمرانی در اداره بیماری‌های واگیر وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی کرد. این مطالعه، شکاف‌هایی را در مشارکت و حساب‌پس‌دهی نشان داد (۷). چگونه به‌کارگیری چهارچوب بومی ابزار راهنمای حکمرانی در سیاست‌گذاری سلامت می‌تواند مدیران این حوزه را توانمند سازد؟ چرا مشارکت ذی‌نقشان در تصمیم‌گیری‌های سلامت این اداره حیاتی است؟ چه سازوکارهایی می‌تواند حساب‌پس‌دهی را افزایش دهد؟

پاسخ: استفاده از این چهارچوب، با ارائه شاخص‌های عملکردی شفاف از جمله مشارکت جامعه در سیاست‌گذاری‌ها و حساب‌پس‌دهی، مدیران را قادر می‌سازد تا شاخص‌های سنتی (مانند در دسترس بودن خدمات و نتایج بالینی) و عوامل فرهنگی مانند اعتماد و رضایت شهروندان را رصد کنند. این چهارچوب، به بهبود هدفمند سیاست‌ها و توانمندسازی مدیران سلامت می‌انجامد تا تصمیم‌گیری‌ها مبتنی بر واقعیت‌های جامعه باشند. علاوه بر معیارهای کمی استاندارد در قالب چراغ راهنما، گنجاندن معیارهای کیفی نیز فرایند سنجش حکمرانی را غنی‌تر می‌کند و به اصلاح سیاست‌ها در طول زمان کمک می‌کند. با استفاده از این ابزار مدیران این اداره می‌توانند:

- شکاف‌های موجود در حکمرانی (مشارکت ذی‌نقشان، حساب‌پس‌دهی) را شناسایی کنند و به‌گزینه‌های سیاسی مرتبط دست یابند.
- فرایندهای تصمیم‌گیری را با گنجاندن راهبردهای مناسب فرهنگی و مبتنی بر شواهد تقویت کنند.
- با همسوس کردن سیاست‌ها با اولویت‌های ملی سلامت و نیازهای جامعه،

اثر بخشی راهبری را افزایش دهند.

- با ارزشیابی و پایش نظام مند اجرای سیاست‌ها را بهبود بخشند و پاسخ‌دهی به چالش‌های سلامت عمومی را تضمین کنند.

مشارکت جامعه و دیگر ذی‌نقشان در تصمیم‌گیری‌های سلامت این اداره به دلایل زیر حیاتی است:

- تصمیم‌گیری آگاهانه: ذی‌نقشان مختلف ممکن است با ارائه پیشنهادهایی از دیدگاه خود به بهبود سیاست‌ها کمک کنند.
- اعتماد و مشروعیت: مشارکت جوامع آسیب‌دیده، اعتماد عمومی و اجرای کارآمد سیاست‌های سلامت را استحکام می‌بخشد. نمونه‌هایی از این مشارکت را می‌توان در کارزارهای واکسیناسیون و واکنش به شیوع بیماری‌ها مشاهده کرد.
- برابری و عدالت: بدون مشارکت گروه‌های آسیب‌پذیر (به عنوان مثال، حاشیه‌نشینان، جمعیت روستایی، پناهندگان) سیاست‌گذاران ممکن است نیازهای آن‌ها را نادیده بگیرند.
- پایداری: سیاست‌هایی که با مشارکت ذی‌نقشان تدوین می‌شوند، احتمال بیشتری برای پذیرش و اجرای مؤثر دارند.
- واکنش به بحران: در طول شیوع کووید-۱۹، همکاری جامعه برای نظارت و پایش^۱، ردیابی تماس^۲ و مهار بیماری^۳ حیاتی است.

برای رفع شکاف‌های حساب‌پس‌دهی، این اداره می‌تواند موارد زیر را اجرا کند:

- معیارهای عملکرد شفاف و طراحی نظام‌های گزارش‌دهی عمومی؛
- ممیزی‌ها و نظارت^۴ مستقل و بررسی‌های هم‌تا؛
- اعمال چهارچوب‌های قانونی و نظارتی؛

1. Surveillance
2. Contact Tracing
3. Containment
4. Audits & Oversight

- استقرار ابزارهای حساب پس دهی اجتماعی در جامعه؛
- تدوین حلقه‌های باز خورد و مجازات‌ها برای ناکارآمدی‌ها یا فساد همراه با مشوق‌های مرتبط برای گزارش دهی به موقع؛
- مشوق‌های مبتنی بر عملکرد؛

این سازوکارها در کنار یکدیگر به بهبود فرایند حساب پس دهی و در نتیجه ارتقای عملکرد این اداره کمک می‌کنند.

چالش‌های حکمرانی در نظام سلامت

حکمرانی خوب، زیربنای عملکرد موثر نظام سلامت است. با این حال، در عمل، موانع سیستمی - از تعارض منافع گرفته تا نظام اطلاعاتی ضعیف - عدالت، کارایی و حساب پس دهی را تضعیف می‌کنند.

تعارض منافع و فشارهای سیاسی/محلی

تعارض منافع موقعیتی است که در آن منافع شخصی، تجاری یا سیاسی به طور نادرست بر تصمیمات و وظایف کارکنان دولتی تأثیر می‌گذارد (۳۸)، مانند تخصیص منابع بر اساس منافع شخصی به جای نیازهای مردم. در سامانه سلامت، این موضوع ممکن است به شکل تجویز داروهای نام‌دار و برنند یا بستن قراردادهای خرید با تأمین‌کنندگان دارای پیوندهای سیاسی نمود یابد. محرک‌های اصلی تعارض منافع شامل ضعف در افشاگری، شفافیت، حساب پس دهی و تمرکز قدرت در دست چند فرد یا گروه است (۳۸). روابط مالی خانوادگی، انجام مشاوره برای نهادها/سازمان‌های مرتبط با شغل فرد، داشتن روابط سهام‌داری یا مالکیت در شرکت‌های تصمیم‌گیری، اشتغال در یک شغل خصوصی پس از خروج از یک شغل دولتی، داشتن نسبت خانوادگی با تصمیم‌گیران، وابستگی سیاسی و مذهبی، دریافت هدیه، دعوت به صرف غذا یا پرداخت‌های افتخاری، وجود تعارض منافع در انواع مالکیت فکری (مانند ثبت اختراعات، علائم تجاری، حق چاپ و...) که مربوط به یک نهاد دیگر است، اشتغال هم‌زمان فرد در بخش‌های دولتی و خصوصی و تابعیت مضاعف از مصادیق موقعیت تعارض منافع هستند (۳۸).

مطالعه موردی ۶

در پی افزایش شیوع سرخک در استان «دال»، وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی واحدهای ایمن‌سازی سیار برای افزایش دسترسی به واکسن را راه‌اندازی کرد. برای این منظور مسئول شبکه بهداشتی و درمانی با یک واحد ارائه‌دهنده‌ی خصوصی در این استان قراردادی منعقد کرد، در حالی که رئیس این واحد خصوصی همسر وی بود و هیچ‌یک از مسئولان وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی از آن اطلاع نداشتند. پس از یک سال، ارزیابی‌ها نشان داد پوشش جمعیت هدف ۶۵٪ و تعداد دُزهای واکسن تزریقی ۳۲۰۰ بود، در حالی که انتظار می‌رفت میزان پوشش ۹۰٪ و تعداد دُزهای مورد انتظار ۵۰۰۰ دُز باشد.

سوالات مورد بحث:

۱. تعارض منافع را در این پروژه مشخص کنید و توضیح دهید که چگونه ممکن است بر عملکرد تأثیر گذاشته باشد.
۲. یک فشار سیاسی یا محلی که می‌تواند در این پروژه ایجاد شود و تأثیر احتمالی آن را مشخص کنید.
۳. دو اقدام حکمرانی برای تقویت شفافیت و مدیریت موقعیت تعارض منافع پیشنهاد دهید.

پاسخ‌ها:

۱. عقد قرارداد با واحد خصوصی با مدیریت همسر مسئول شبکه بهداشت استان، نمونه‌ای از عدم مدیریت تعارض منافع است. برای مدیریت این موقعیت، لازم است گزارش رسمی در این ارتباط به مسئولان رده‌های بالاتر ارسال شود و قرارداد در بخش دولتی توسط سطوح بالاتر مدیریتی امضا شود. از آنجا که هیچ گزارشی از وضعیت تعارض منافع ارائه نشده و قرارداد به‌طور مستقیم توسط مسئول شبکه بهداشت استان - که خود ذی‌نفع این قرارداد نیز هست - امضا شده است، این امر به نظارت سهل‌انگارانه و عملکرد نامطلوب واحد خصوصی منجر می‌شود؛ به‌گونه‌ای که تنها ۶۵٪ پوشش جمعیتی در برابر ۹۰٪ مورد انتظار و ۳۲۰۰ دُز تزریق شده در برابر ۵۰۰۰ دُز مورد انتظار حاصل شده است.
۲. ممکن است برخی اعضای شوراهای محلی با اعمال نفوذ از این واحد

خصوصی بخواهند در برخی از روستاهای خاص که بیشتر مورد هدف و توجه این اعضا هستند، روزهای بیشتری را برای واکسیناسیون افراد بگذرانند. این امر موجب محرومیت روستاهای نیازمندتر و تشدید بی‌عدالتی‌ها در ارائه خدمت می‌شود.

۳. اقدامات حکمرانی:

- ثبت اطلاعات محرمانه، افشای سالانه و انتشار عمومی روابط بین مدیران و ارائه‌دهندگان خدمات سلامت الزامی باشد.
- تشکیل یک کمیته نظارت بین‌بخشی خارج سازمانی (متشکل از وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، وزارت آموزش و پرورش، وزارت رفاه اجتماعی و دیگر بخش‌های مرتبط) که برنامه‌های واحدهای سیار خصوصی را به صورت فصلی مورد ارزشیابی قرار دهد و از ارائه خدمات با کیفیت عادلانه و وجود تعارض منافع گزارش نشده اطمینان حاصل شود.

ساختار ناکارآمد تولید نظام سلامت

ناکارآمدی‌های ساختاری در حکمرانی نظام سلامت، ناشی از چهارچوب‌های سازمانی پیچیده و اغلب دیوان‌سالارانه است که می‌تواند منجر به تصمیم‌گیری‌های مبهم و پراکنده، حساب‌پس‌دهی ضعیف، ابهام در جریان منابع، بی‌عدالتی در ارائه خدمات و پیامدهای نامطلوب سلامت شود (۱۶). چالش‌های ساختاری با هم‌پوشانی مسئولیت‌ها و ارتباط افقی محدود بین سطوح مختلف نظام سلامت مشخص می‌شوند. حکمرانی کارآمد، با تعریف روشن نقش‌ها و به حداقل رساندن هم‌پوشانی‌ها، تصمیم‌گیری‌های به موقع و عدالت در خدمات را تضمین می‌کند (۱۵).

نهادسازی ضعیف در راستای نیل به کارکردهای نظام سلامت

نهادسازی فرایندی است که ایده‌های مفروض را به برنامه‌های عملیاتی تبدیل و به عنوان راه‌های مؤثر در ساختارهای رسمی نهادینه می‌کند. نهادسازی نوعی خودکارسازی است. زمانی که ایده‌ها و گردش‌های کاری نهادسازی می‌شوند، در ساختارهای سازمانی رسمی درگیر می‌شوند تا اقدامات را خودکار کنند. هرچه یک ایده بیشتر نهادی شود، نیاز به تفکر و عمل مستقل و تأملی کاهش می‌یابد. افزون بر این، نهادسازی پیش شرط تحقق

حکمرانی خوب و کلید توسعه‌ی سیاست‌های مناسب است (۹). نهادسازی ضعیف به اجرای ناهماهنگ سیاست‌های سلامت، محدود شدن یادگیری سازمانی، ناکافی بودن شیوه‌نامه‌های استاندارد، ضعف سازوکارهای بهبود مستمر و کاهش پایداری اصلاحات منجر می‌شود (۹).

تصمیم‌سازی متمرکز و محدودیت اختیارات و استقلال تصمیم‌گیری

تمرکزگرایی یک چالش مهم در حکمرانی است که خودمختاری^۱ و پاسخ‌دهی در سطح محلی را محدود می‌کند. در یک نظام بسیار متمرکز، قدرت تصمیم‌گیری در سطوح بالاتر اداری متمرکز می‌شود و توانایی شبکه‌های بهداشت و درمان در سطح محلی را برای نوآوری و پاسخ سریع به نیازهای جامعه محدود می‌کند. این امر باعث گسست بین تدوین سیاست و اجرای محلی می‌شود و انعطاف‌پذیری و اثربخشی کلی نظام را کاهش می‌دهد. تمرکززدایی با چهار چوب‌های حساب‌پس‌دهی می‌تواند کارایی و اثربخشی را افزایش دهد (۶، ۲۶).

مطالعه موردی ۷

به دنبال روند رو به رشد مرگ و میر مادران به دلیل کمبود ماماها در دوره‌دیده در برخی مناطق روستایی زیرپوشش دانشگاه علوم پزشکی «واو»، معاون بهداشت این دانشگاه درخواست‌هایی برای دریافت مجوز جذب منابع انسانی مورد نیاز در این مناطق به وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی ارسال کرد. به دلیل برخی فرایندهای دیوان‌سالاری، این مراحل بیش از یک سال به طول می‌انجامد. به نظر شما، چگونه تمرکززدایی می‌تواند پاسخ‌دهی به این چالش را بهبود بخشد؟ چه سیاست‌هایی می‌تواند فرایند جذب منابع انسانی سلامت را تسریع کند؟

پاسخ: در راستای بهبود پاسخ‌دهی و افزایش کارایی نظام سلامت، لازم است وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی بخشی اختیارات، از جمله تامین منابع انسانی حوزه سلامت به‌ویژه در شرایط بحران را به دانشگاه‌های علوم پزشکی کشور واگذار کند و در عین حال، پایش و نظارت مرکزی بر انجام این فرایند را

حفظ نماید. در این ارتباط، لازم است قانون تامین منابع انسانی بخش سلامت در کشور اصلاح و به مدیران مناطق اجازه داده شود در مواقع بحرانی، نیروی انسانی مورد نیاز خود را استخدام کنند. ایجاد یک «مجموعه منابع انسانی برای واکنش سریع» از پیمانکاران از پیش تاییدشده برای مناطق روستایی، می‌تواند یکی از سیاست‌های موثر در مواقع بحران باشد.

شفافیت ناکافی در تصمیم‌سازی، تخصیص منابع و بودجه‌ها

شفافیت ناکافی در فرایندهای تصمیم‌گیری، تخصیص منابع و مدیریت بودجه، زمینه را برای سوءمدیریت فراهم می‌سازد، اعتماد عمومی را کاهش می‌دهد و حساب‌پس‌دهی را تضعیف می‌کند (۱۶). در بافتار نظام سلامت ایران، این چالش نیازمند سازوکارهای جامعی برای افزایش بازبودن^۱ و دسترسی آزاد به اطلاعات است (۲۱، ۳۲).

مطالعه موردی ۸

معاونت بهداشت یک دانشگاه علوم پزشکی مسئول تخصیص بودجه به شبکه‌های بهداشتی و درمانی شهرستان‌های این استان است. شفافیت ناکافی و نفوذ برخی چهره‌های سیاسی موجب شده است که با وجود شواهدی از اثرات مثبت ارتقای نظام مراقبت اولیه سلامت در مناطق روستایی بر پیامدهای سلامت، بودجه به جای تقویت مراقبت‌های اولیه - به‌ویژه در مناطق روستایی - به سمت پروژه‌های درمانی شهری مانند ساخت بیمارستان‌های جدید هدایت شود. چگونه سازوکارهای شفافیت می‌توانند نفوذ و فشار سیاسی را کاهش دهند؟ چه اصلاحات ساختاری می‌تواند مدیران منطقه‌ای را در تصمیم‌گیری برای تخصیص متناسب بودجه توانمند سازد؟

پاسخ: پیاده‌سازی پیشخوان‌های شفافیت بودجه عمومی به شهروندان و منابع انسانی سلامت اجازه می‌دهد تا تخصیص‌ها را در زمان واقعی پیگیری کنند (۱۶). استفاده از ابزارهای ردیابی هزینه‌های عمومی^۲ به شناسایی مشکلات مربوط به نحوه تخصیص بودجه کمک می‌کنند و جریان منابع مالی را از دولت مرکزی

1. Openness

2. Public Expenditure Tracking Surveys (PETS)

به مراکز محلی (یا از دانشگاه‌ها به مراکز ارائه‌دهنده خدمات) دنبال می‌کنند. با کمک این ابزارها می‌توان به نحوی توزیع بودجه یا سوء استفاده قرار گرفتن بودجه تخصیصی پی برد. این ابزارها با نشان دادن این که منابع مالی در کجا منحرف می‌شود یا به درستی استفاده نمی‌شود، به دنبال ایجاد فشار برای تغییر هستند (۳۰). با به‌کارگیری این ابزارها می‌توان، انتشار برخط تمام بودجه‌های حوزه سلامت استان به همراه توجیحات مربوط به شیوه توزیع بودجه را نشان داد (۳۲). بودجه‌بندی نامتمرکز با تدابیر حفاظتی مثل ایجاد صندوق‌های بودجه‌ای با نظارت عمومی به مدیران منطقه‌ای اجازه می‌دهد نیازها را اولویت بندی کنند.

ناتوانی در همکاری بین بخشی میان نهادها و سطوح گوناگون سامانه سلامت

پیامدهای سلامت به همکاری بین بخش‌ها (مثلاً آموزش و پرورش، مسکن و شهرسازی و...) بستگی دارد. همکاری بین بخشی یک چالش پیچیده حکمرانی است که به همکاری یکپارچه در بین مؤسسات مختلف مراقبت‌های بهداشتی و درمانی، ادارات دولتی و سطوح اداری نیاز دارد. همانطور که در طول جهان‌گیری کووید-۱۹ مشاهده شد، ضعف در همکاری بین بخشی به تدوین سیاست‌های پراکنده و اجرای ناکارآمد سیاست‌ها، تلاش‌های تکراری و بهره‌گیری غیربهبینه از منابع می‌شود (۳۹, ۶).

ضعف داده‌ها و نظام اطلاعات برای تصمیم‌گیری

ضعف در نظام‌های اطلاعاتی و داده‌ای، تصمیم‌گیری مبتنی بر شواهد را به خطر می‌اندازند و توانایی نظام سلامت را در توسعه‌ی مداخلات راهبردی، نظارت بر عملکرد و پاسخ به چالش‌های نوپدید سلامت محدود می‌کنند (۲۵). تقویت نظام اطلاعات و داده‌ای، نیازمند زیرساخت‌های جامع الکترونیک، مدیریت کیفیت داده‌ها و قابلیت‌های تحلیلی است. نظام‌های اطلاعات سلامت یکپارچه برای نظارت به موقع و تصمیم‌گیری‌های آگاهانه مورد نیاز هستند (۳۱, ۷, ۴۰, ۴۱).

راهبردهای ارتقای حکمرانی خوب در سطح معاونت بهداشت وزارت بهداشت، دانشگاه / دانشکده‌های علوم پزشکی

در مسیر تحقق حکمرانی خوب در نظام سلامت، سطح معاونت بهداشت وزارت بهداشت

و دانشگاه‌های علوم پزشکی نقش حیاتی ایفا می‌کنند. ارتقای حکمرانی در این سطوح نیازمند اتخاذ راهبردهایی است که تعارض منافع را مدیریت کند، ساختارها را در راستای توسعه پایدار اصلاح نماید، شواهد را در تصمیم‌سازی‌ها نهادینه کند و بسترهای شفافیت، حساب‌پس‌دهی و مشارکت مردمی را تقویت کند.

مدیریت بومی و توانمند تعارض منافع

مدیریت ضعیف تعارض منافع یکی از موانع کلیدی در مسیر ارتقای حکمرانی خوب در نظام سلامت ایران است که در سطح معاونت بهداشت وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و دانشگاه‌های علوم پزشکی، به ویژه در ساختارهایی که ناظر و نظارت‌شونده یا سیاست‌گذار و مجری درهم تنیده‌اند، می‌تواند مشروعیت سیاست‌ها و اثربخشی برنامه‌های سلامت را تضعیف کند (۴۲). برای مدیریت مؤثر تعارض منافع در این سطوح، به‌کارگیری راهبردهای بومی شده بر اساس تجربیات موفق بین‌المللی و توصیه‌های سازمان جهانی بهداشت ضروری است (۳۸). این راهبردها شامل موارد زیر است:

۱. تدوین و استقرار چهارچوب‌های قانونی مشخص برای افشای منافع مدیران و تصمیم‌گیران در معاونت بهداشت و دانشگاه‌ها. لازم است این چهارچوب‌ها بر ایجاد سامانه‌های الکترونیکی افشای منافع مبتنی باشند.
۲. تشکیل کمیته‌های نظارت مستقل و چندذی‌نقشی در سطح وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و دانشگاه‌های علوم پزشکی برای شناسایی، پیشگیری و رسیدگی به موارد تعارض منافع. توصیه می‌شود این کمیته‌ها از نمایندگان علمی، صنفی و مدنی باشند تا نظارت‌ها از استقلال و اعتبار کافی برخوردار گردند.
۳. طراحی و اجرای دوره‌های آموزشی ادواری برای مدیران و منابع انسانی حوزه بهداشت به منظور توانمندسازی آنان در تشخیص و مدیریت تعارض منافع. این آموزش‌ها می‌تواند با بهره‌گیری از ابزارهای آموزشی الکترونیک و کارگاه‌های مشارکتی در دستور کار معاونت توسعه مدیریت و منابع انسانی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی قرار گیرد.
۴. تهیه شیوه‌نامه‌های استاندارد برای مدیریت تعارض منافع در فرایندهای سیاست‌گذاری، تخصیص منابع و تعاملات با بخش خصوصی. ضروری است این شیوه‌نامه‌ها در کلیه دانشگاه‌های علوم پزشکی به‌طور یکسان اجرا شود و به عنوان یکی از شاخص‌های کلیدی ارزیابی عملکرد مدیران لحاظ شود.

۵. استقرار نظام‌های شفافیت در تصمیم‌گیری و تخصیص منابع از طریق انتشار عمومی گزارش‌های مالی و سیاستی معاونت‌های بهداشت وزارتخانه و دانشگاه‌های علوم پزشکی، که می‌تواند امکان نظارت اجتماعی و رسانه‌ای را فراهم آورد.

اصلاح ساختار وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی در راستای توسعه پایدار سلامت

وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی به عنوان تولیت، نهاد سیاست‌گذار و ناظر بر نظام سلامت، ضروری است ساختار خود را در راستای تحقق توسعه پایدار سلامت بازآرایی کند. توسعه پایدار سلامت نیازمند پایداری اقتصادی، اجتماعی و زیست‌محیطی در ارائه خدمات است (۴۳). در این راستا، بازتعریف مأموریت‌های معاونت‌های وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی به ویژه معاونت بهداشت، همسویی با اهداف توسعه پایدار و تقویت توانمندی‌های مدیریتی در سطح دانشگاه‌های علوم پزشکی از جمله اقدامات کلیدی است. چابک‌سازی ساختارهای ستادی و ایجاد هماهنگی بین‌بخشی در حوزه‌های سلامت، محیط‌زیست و آموزش، نقش مؤثری در ارتقای پایداری نظام سلامت ایفا می‌کند (۴۴).

نهادسازی شواهدمحور در نظام سلامت

در سطح معاونت بهداشت، نهادسازی شواهدمحور شامل تقویت ظرفیت ساختاری و سازمانی برای تولید و انتقال شواهد علمی به سیاست است (۳۱). این روند با سه مؤلفه کلیدی شکل می‌گیرد:

- تقویت ظرفیت پژوهشی و ترجمان دانش: با توسعه و حمایت از واسطه‌های دانش، مانند مراکز یا شبکه‌های ترجمان دانش، می‌توان فاصله بین تولید علم و کاربرد آن در سیاست‌گذاری را کاهش داد. آموزش پژوهشگران و سیاست‌گذاران در تعامل مؤثر و ترجمه زبان پژوهش به زبان سیاست، نقش به‌سزایی در پذیرش شواهد در تصمیم‌گیری‌ها دارد (۴۵).
- استقرار ابزارها و سازوکارهای نظام‌مند: پیاده‌سازی ابزارهایی مانند راهنمای پشتیبانی از بررسی‌ها و آزمایش‌های مرتبط با سیاست^۱ برای تصمیم‌سازی، شامل فرایندهای منظم یافتن، ارزیابی و بهره‌گیری از شواهد علمی، به سیاست‌گذاران کمک می‌کند شواهد را

- ساختار مند، شفاف و به موقع در هر مرحله سیاسی مورد استفاده قرار دهند (۴۶).
• ایجاد نقشه راه بومی برای نهادسازی: تجربه ایران نشان می‌دهد که نهادسازی شواهد محور نیازمند برنامه‌ریزی دقیق همراه با مشخص کردن موانع و تدوین راهکارهای هماهنگ با ساختار داخلی است. مطالعه سیاست‌گذاری آگاه از شواهد در ایران (ساشا) با استفاده از تحلیل نظام مند، گفت‌وگوی سیاستی و مرور نظام مند منابع، نخستین نقشه راه تقویت سیاست‌گذاری آگاه از شواهد را تدوین کرده و آن را برای نهادسازی شواهد محور طراحی نموده است (۴۷).

استقرار و نهادینه‌سازی نظام حکمرانی هوشمند برای سلامت ایرانیان

حکمرانی هوشمند به معنای بهره‌گیری از فناوری‌های نوین، شامل دیجیتال برای بهبود کارایی، شفافیت و مشارکت است (۶). این رویکرد می‌تواند از طریق توسعه‌ی سلامت الکترونیک، پرونده‌ی الکترونیک سلامت، استقرار معنادار هوش مصنوعی، سامانه‌های پیش‌خوان مدیریتی و پیش‌خوان‌های تحلیل داده‌ها، تحقق یابد. سازمان همکاری و توسعه اقتصادی^۱ تأکید می‌کند که حکمرانی هوشمند علاوه بر افزایش شفافیت، به بهبود تصمیم‌سازی‌های داده‌محور و افزایش مشارکت شهروندان کمک می‌کند (۴۸). در ایران، سامانه سبب و پرونده الکترونیک سلامت، گام‌های ابتدایی در این مسیر بوده‌اند اما نیازمند توسعه و بهبود زیرساخت‌ها هستند. در سطح معاونت بهداشت وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، استقرار حکمرانی هوشمند نیازمند یکپارچه‌سازی سامانه‌های اطلاعاتی، ارتقای قابلیت‌های داده‌کاوی و تحلیلی و اتصال مؤثر بین سامانه‌های استانی و ملی است. طراحی پیش‌خوان‌های مدیریتی می‌تواند به مدیران این حوزه امکان دهد تصمیم‌سازی را بر مبنای داده‌های به‌روز و معتبر انجام دهند. پیش‌خوان‌های مدیریتی هوشمند در دانشگاه‌های علوم پزشکی، به بهبود نظارت، پایش عملکرد شبکه‌های بهداشت و تسریع در واکنش به بحران‌های سلامت کمک می‌کند (۴۹). توسعه‌ی نظام هشدار سریع الکترونیک برای بیماری‌های واگیر و غیر واگیر می‌تواند ارتقای پیشگیری و کنترل را تسهیل کند. این موارد در کنار بهبود بسترهای ارتباطی با جامعه و نهادهای مدنی، بستری برای تحقق حکمرانی داده‌محور با قابلیت حساب‌پس‌دهی در بخش بهداشت کشور فراهم می‌سازد (۵۰).

تقویت نظام‌های گزارش‌دهی و شفافیت در عملکرد

نظام‌های استاندارد گزارش‌دهی در وزارت بهداشت، در مان و آموزش پزشکی و دانشگاه‌های علوم پزشکی، به همراه پیوند این داده‌ها به بودجه‌ریزی مبتنی بر عملکرد، می‌تواند حساب‌پس‌دهی را افزایش دهد. سازمان شفافیت بین‌الملل^۱ بر اهمیت ایجاد سکوی الکترونیکی برای افشای داده‌های مالی و عملکردی تأکید دارد (۵۱). تجربه کشورهای اسکاندیناوی نشان داده است که انتشار عمومی داده‌های عملکردی باعث بهبود اعتماد عمومی و کارایی در ارائه خدمات سلامت می‌شود (۵۲). در سطح معاونت بهداشت، نظام گزارش‌دهی یکپارچه در شبکه‌های بهداشتی در مانی و مراکز خدمات جامع سلامت، همراه با تدوین شاخص‌های کلیدی عملکرد^۲، شفافیت و اثربخشی را ارتقا می‌دهد. پیش‌خوان‌های گزارش‌دهی عملکرد استانی و کشوری در معاونت بهداشت، با هدف جمع‌آوری داده‌های عملکردی و مالی، مسیر تحلیل‌های مقایسه‌ای و بهبود مستمر را هموار می‌کند (۵۰). ایجاد پایگاه الکترونیکی ملی انتشار گزارش‌های عملکرد، دسترسی جامعه، رسانه‌ها و نهادهای مدنی به اطلاعات سلامت و مالی را تسهیل می‌کند و به تقویت نظارت اجتماعی و حساب‌پس‌دهی مدیران این حوزه می‌انجامد (۵۳).

ارتقای حساب‌پس‌دهی از طریق نظام‌های ارزیابی و بازخورد

طراحی شاخص‌های عملکردی در دانشگاه‌ها و مراکز خدمات جامع سلامت، نشست‌های دوره‌ای حساب‌پس‌دهی با حضور جامعه مدنی و نظام‌های پاداش و تنبیه مبتنی بر عملکرد، از راهکارهای ارتقای حساب‌پس‌دهی هستند (۵۴). حساب‌پس‌دهی موثر، به سازوکارهای رسمی و غیررسمی نظارت و بازخورد از سوی شهروندان و نهادهای مستقل نیاز دارد (۵۵). در معاونت بهداشت وزارت بهداشت، در مان و آموزش پزشکی، استقرار ارزیابی‌های عملکرد منظم برای شبکه‌های بهداشتی و در مان، مراکز خدمات جامع سلامت و مدیران استانی، توسعه سامانه‌های بازخورد الکترونیکی برای دریافت دیدگاه‌ها و شکایات‌های مردمی و ارزشیابی دوره‌ای بر پایه‌ی شاخص‌های سلامت جمعیت می‌تواند زمینه حساب‌پس‌دهی سازمانی را استحکام بخشد و بستر نظارت اثرگذارتر را پدید آورد. تعامل ساختارمند معاونت بهداشت با جامعه مدنی و انجمن‌های تخصصی سلامت در قالب

1. Transparency International
2. Key Performance Indicator (KPI)

کمیته‌های نظارت و مشاوره، شفافیت و حساب‌پس‌دهی را ارتقا می‌دهد. سنجش مستمر عملکرد و طراحی پیش‌خوان‌های نظارتی با بازخورد عمومی، کلیدی برای تصمیم‌گیری آگاه از شواهد و افزایش حساب‌پس‌دهی در حوزه سلامت است (۵۳).

ایجاد سازوکارهای مشارکت مؤثر مردم و منابع انسانی

مشارکت مردم در حکمرانی سلامت یک حق و ضرورت برای ارتقای کارایی و اثربخشی سیاست‌های سلامت است. تشکیل شوراهای محلی سلامت، استفاده از سمن‌ها و ارتقای سواد سلامت، از راهبردهای اساسی برای تحقق این مهم است (۵۶). مشارکت واقعی جامعه زمانی رخ می‌دهد که سیاست‌ها بر اساس اولویت‌های تعیین‌شده توسط مردم تدوین شود و سازوکارهای بازخورد و نظارت مردمی وجود داشته باشد (۵۷). معاونت بهداشت وزارت بهداشت، در مان و آموزش پزشکی می‌تواند با ایجاد سازوکارهای نهادی برای تعامل با جوامع مدنی و توسعه‌ی برنامه‌های ارتقای سواد سلامت در سطح ملی و استانی، بستر مشارکت مؤثر و مستمر مردم را در تصمیم‌سازی‌های سلامت فراهم کند (۳۳).

مطالعه موردی ۹

در دانشگاه‌های علوم پزشکی «ی»، معاونت بهداشت برای بهبود شفافیت، کارایی و حساب‌پس‌دهی، در تمام مراکز خدمات سلامت شهری و روستایی، اقدام به راه‌اندازی سامانه‌ی پیش‌خوان مدیریتی، نظام گزارش‌دهی عملکرد و سامانه‌های بازخورد مردمی کرد. برای این منظور، قراردادی با یک شرکت خصوصی بسته شد که مدیر آن مشاور پیشین فناوری اطلاعات همان دانشگاه بوده است، اما این ارتباط به‌طور رسمی و شفاف افشا نشده بود. پس از یک سال، با وجود تجهیز مراکز به پیش‌خوان‌های هوشمند، داده‌های ثبت‌شده ناقص و غیرقابل اتکا بود و شاخص‌های عملکردی به‌طور کامل پوشش داده نمی‌شد. گزارش‌های مالی غیرشفاف بود، اطلاعات منتشرشده به صورت محدود و غیرقابل تحلیل بود. سامانه‌های بازخورد مردمی به صورت محدود مورد استفاده قرار می‌گرفت و مشارکت جوامع مدنی در پایش داده‌ها و ارزیابی عملکرد، در کمترین حد باقی مانده بود. این ضعف‌ها موجب شد بستر لازم برای

حساب‌پس‌دهی مؤثر و حکمرانی هوشمند داده‌محور فراهم نشود و در نهایت، اعتماد عمومی به عملکرد دانشگاه در حوزه بهداشت کاهش یافت.

گزینه‌های مورد بحث: تعارض منافع در این برنامه مربوط به رابطه قبلی مدیر شرکت خصوصی با معاونت بهداشت بود که به‌طور شفاف اعلام نشده بود. این موضوع می‌تواند باعث اولویت‌یافتن منافع شرکت مجری بر کیفیت سامانه‌ها و تضعیف نظارت دانشگاه شود. همچنین این تعارض، احتمال کاهش شفافیت داده‌های عملکردی و مالی را افزایش می‌دهد و مانع استقرار حکمرانی شفاف و هوشمند می‌شود.

۱. دو اقدام حکمرانی پیشنهادی برای مدیریت تعارض منافع و ارتقای شفافیت، حساب‌پس‌دهی و حکمرانی هوشمند عبارت‌اند از:

- تدوین و اجرای مقررات الزام‌آور برای افشای روابط حرفه‌ای و شخصی مدیران و پیمانکاران در فرایندهای مناقصه و قراردادهای، همراه با ثبت عمومی این اطلاعات.
 - ایجاد کارگروه نظارت مستقل و چندذی‌نقشی با حضور نمایندگان وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، نهادهای مدنی، دانشگاه‌های دیگر و متخصصان فناوری اطلاعات، با وظیفه ارزیابی مستمر عملکرد، مالی و کیفیت سامانه‌های اطلاعاتی و هوشمند.
۲. سازوکارهای تقویت مشارکت و ارتقای شفافیت و حساب‌پس‌دهی در این دانشگاه عبارت‌اند از:
- تشکیل شوراهای محلی سلامت با حضور فعال نمایندگان جامعه و سمن‌ها برای نظارت بر عملکرد مراکز و بررسی داده‌های عملکردی.
 - گسترش و بهره‌برداری مؤثر از سامانه‌های بازخورد الکترونیکی برای دریافت دیدگاه‌ها و شکایت‌های مردمی در مورد خدمات بهداشتی درمانی و انعکاس عمومی نتایج این بازخوردها.
 - ارتقای سواد سلامت و سواد داده‌ای مردم از طریق آموزش‌های عمومی تا شهروندان بتوانند با شاخص‌های عملکردی و داده‌های سلامت آشنا شوند

و در نظارت بر کارایی و اثربخشی سیاست‌های سلامت، مشارکت فعال داشته باشند.

○ راه‌اندازی پیش‌خوان‌های شفاف و قابل دسترس برای عموم مردم که اطلاعات عملکرد، مالی و بازخوردهای مردمی را در اختیار شهروندان، رسانه‌ها و نهادهای ناظر قرار دهد و مسیر تحقق حکمرانی هوشمند و حساب‌پس‌ده را هموار سازد.

این تجربه نشان می‌دهد که دستیابی به حکمرانی خوب در نظام سلامت، تنها با استقرار ابزارهای فناورانه ممکن نیست، بلکه نیازمند تقویت هم‌زمان شفافیت، حساب‌پس‌دهی، مشارکت مردمی و مدیریت تعارض منافع در تمامی سطوح اجرایی و نظارتی است.

نتیجه‌گیری و توصیه‌هایی برای مدیران حوزه بهداشت

پیشخوان سنجش حکمرانی خوب در ایران

نظام سلامت ایران، با وجود پیشرفت‌های قابل توجه در اصلاحات بخش حکمرانی، با چالش‌های پرشماری از جمله، تمرکزگرایی، هماهنگی ضعیف بین بخشی، مدیریت ضعیف تعارض منافع، شفافیت و حساب‌پس‌دهی ناکافی، به کارگیری کم از شواهد در سیاست‌گذاری‌ها و مشارکت محدود جامعه در فرایند تصمیم‌سازی روبرو است (۷). از این رو، برای پیش‌مداوم پیشرفت در ابعاد حکمرانی، استفاده از برخی معیارهای قابل اندازه‌گیری از جمله پرسش‌نامه مبتنی بر شواهد در ابزار راهنمای حکمرانی سیاست‌گذاری سلامت مورد نیاز است. این ابزار هر مولفه را بر حسب رنگ‌های چراغ راهنمایی نمایش می‌دهد و با مقایسه آن با اهداف مشخص، به مدیران این امکان را می‌دهد که نقاط ضعف خود را برای رسیدن به حکمرانی خوب مشخص کنند و با الگوگرفتن از هم‌تایان خود - که عملکرد بهتری داشتند - زمینه پیشرفت واحدهای مربوطه را فراهم آورند (۲۲).

حکمرانی مشارکتی؛ آرمان حکمرانی برای سلامت خوب شهروندان ایران

مشارکت شهروندان، منابع انسانی حوزه سلامت و جوامع مدنی در تعیین دستورکار،

برنامه‌ریزی، تدوین، بودجه‌بندی و ارزشیابی سیاست‌ها می‌تواند به همسویی سیاست‌ها با واقعیت‌های زندگی، تقویت اعتماد، عدالت و پایداری و اجرای کارآمدتر سیاست‌ها کمک کند. مجمع ملی سلامت ایران و زیرمجموعه آن، شوراهای استانی و منطقه‌ای، نشان داده‌اند که چگونه گفتگوهای ساختار یافته می‌توانند به ایجاد دستورکار و تهیه شیوه‌نامه‌های مبتنی بر بافتار در حوزه سلامت روان، نابرابری‌های شهری و سلامت محیط‌زیست منجر شوند. برای به حداکثر رساندن تأثیر، ضروری است این مجامع فراتر از نقش‌های مشورتی عمل کرده و به نهادهای تصمیم‌گیری با اختیارات بودجه‌ای تبدیل شوند؛ مشابه آنچه در تجربه‌ی تایلند گزارش شده است (۵۸).

گام‌های اجرایی برای آغاز بهبود در سطح شبکه بهداشت و درمان

برای ایجاد تحول کارادر حکمرانی خوب در سطح شبکه بهداشت و درمان ایران، گام‌های اجرایی زیر را پیشنهاد می‌کنیم (جدول ۱).

جدول ۱: گام‌های اجرایی پیشنهادی برای دستیابی به حکمرانی خوب در سطح شبکه بهداشت و درمان ایران

اقدامات اجرایی	فعالیت‌های کلیدی
ظرفیت‌سازی نهادی	تدوین برنامه‌های آموزشی جامع برای مدیران شبکه بهداشت و درمان به کارگیری دانش آموختگان بخش حکمرانی و سیاست‌گذاری سلامت ایجاد سازوکارهای توسعه حرفه‌ای مداوم
ادغام فناوری	پایه‌سازی سکوهای الکترونیکی برای ارتباطات شفاف توسعه نظام‌های نظارت بر عملکرد در لحظه ایجاد سازوکارهای بازخورد شهروندان در دسترس
اصلاح سیاست‌ها	بازنگری مقررات موجود در حوزه حکمرانی شبکه بهداشت و درمان معرفی چهارچوب‌های قانونی حمایت از حکمرانی مشارکتی ایجاد پروتکل‌های شفاف حساب‌پس‌دهی
نهادینه‌کردن سازوکارهای حکمرانی مشارکتی	ایجاد کمیته‌های مشاوره‌ای و سیاست‌گذاری چند ذی‌نقشی از جمله نمایندگان جامعه توسعه سکوهای تصمیم‌گیری فراگیر اجرای شوراهای سلامت جامعه در سطوح محلی و ملی ادغام مصوبات مجامع سلامت در برنامه‌های عملیاتی سالانه

فعالیت‌های کلیدی	اقدامات اجرایی
ایجاد شاخص‌های جامع عملکرد حکمرانی ایجاد سازوکارهای نظارت و ارزشیابی مستقل و مستمر ایجاد نظام‌های گزارش‌دهی شفاف برای عملکرد شبکه بهداشت و درمان ایجاد کمیته‌های نظارتی چند ذی‌نقشی	اجرای برنامه پایش و ارزشیابی قوی و مستمر
تفویض اختیارات بودجه و استخدام به مدیران منطقه‌ای پیوند دادن استقلال مالی با شاخص‌های سلامت محلی	تمرکززدایی در تصمیم‌گیری
اجرای آموزش‌های تصمیم‌گیری مبتنی بر تحلیل داده‌ها و شواهد استقرار ابزارهای بررسی سریع و گروه‌های یادگیری هم‌تا آموزش سالانه تعداد مشخصی مدیر سلامت در زمینه سیاست‌گذاری مبتنی بر شواهد و حکمرانی مشارکتی	ایجاد ظرفیت استفاده از شواهد
راه‌اندازی داشبوردهای الکترونیک بی‌درنگ برای نظارت مالی شفاف برای بودجه، تدارکات و حسابرسی‌ها برگزاری جلسات توجیهی عمومی فصلی برای بحث در مورد وضعیت فعلی حکمرانی	استقرار داشبوردهای شفافیت

تحول در حکمرانی نظام سلامت، فرصتی حیاتی برای افزایش کارایی، حساب‌پس‌دهی و رضایت شهروندان است. مدیران سلامت با به‌کارگیری اصول حکمرانی خوب، می‌توانند پیشرفت‌های نظام‌مند معناداری را به ارمغان بیاورند که در نهایت به نفع شهروندان ایرانی باشد. با پیاده‌سازی نظام‌مند این مراحل، شبکه مراقبت‌های اولیه سلامت می‌تواند حکمرانی را از آرزو به عمل تبدیل کند، به گونه‌ای که نه تنها چالش‌های احتمالی را پیش‌بینی می‌کند، بلکه از یک نظام مراقبت سلامت پایدار، عادلانه، کارآمد و برخوردار از سازوکارهای حساب‌پس‌دهی نیز پشتیبانی نماید. ادغام پیشگیرانه این اقدامات می‌تواند تفاوت قابل توجهی در عملکرد کوتاه‌مدت و تاب‌آوری بلندمدت خدمات مراقبت‌های اولیه سلامت ایجاد کند.

فهرست منابع

1. World Health Organization. Everybody's business--strengthening health systems to improve health outcomes: WHO's framework for action. Geneva, Switzerland: World Health Organization; 2007.
2. World Bank. Governance and development Washington, D.C.: World Bank Group; 1992 [updated 2010 July 1; cited 2020 July 28]. Available from: <https://documents.worldbank.org/en/publication/documents-reports/documentdetail/604951468739447676/governance-and-development>.
3. Milevska-Kostova N, Memeti A, Stamboliev A. Good governance in health. 2010.
4. Fryatt R, Bennett S, Soucat A. Health sector governance: should we be investing more? *BMJ Glob Health*. 2017;2(2):e000343.
5. World Health Organization. Health system governance Geneva, Switzerland: World Health Organization; [cited 2023 Dec 31]. Available from: https://www.who.int/health-topics/health-systems-governance#tab=tab_1.
6. Kickbusch I, Gleicher D. Governance for Health in the 21st Century. Copenhagen, Denmark: World Health Organization, Regional Office for Europe; 2012. 128 p.
7. Raoofi A. [Analysis for Policy to Establish Good Governance for Health System Strengthening in the Face of Microbial Threats in Iran] [Doctoral Thesis]. Tehran, IR Iran: TUMS; 2024.
8. Ottersen OP, Dasgupta J, Blouin C, Buss P, Chongsuvivatwong V, Frenk J, et al. The political origins of health inequity: prospects for change. *Lancet*. 2014;383(9917):630-67.
9. Haghghi H, Takian A. Institutionalization for good governance to reach sustainable health development: a framework analysis. *Global Health*. 2024;20(1):5.
10. Takian A, Akbari-Sari A. Sustainable Health Development Becoming Agenda for Public Health Academia. *Iran J Public Health*. 2016;45(11):1502-6.
11. Rhodes RAW. Understanding governance: Policy networks, governance, reflexivity and accountability: Open University; 1997.
12. Hsu J, Majdzadeh R, Harirchi I, Soucat A. Health system transformation in the Islamic Republic of Iran: an assessment of key health financing and governance issues. Geneva, Switzerland: World Health Organization; 2019.
13. World Health Organization. Monitoring the building blocks of health systems: a handbook of indicators and their measurement strategies. Geneva, Switzerland: World Health Organization; 2010. 110 p.
14. Bordbar S, Gholampoor H, Jalali FS, Delavari S. The Effect of Iran Health Transformation Plan on Equity in Health Financing: A Systematic Review. *Iran Journal of Public Health*. 2023;52(9):1844-54.
15. Olyaeemanesh A, Habibi F, Mobinizadeh M, Takian A, Khosravi B, Jafarzadeh J, et al. Identifying and prioritizing inefficiency causes in Iran's health system. *Cost Eff Resour Alloc*. 2024;22(1):81.

16. Musiega A, Nyawira L, Tsofa B, Njuguna RG, Munywoki J, Hanson K, et al. Budget monitoring, accountability practices and their influence on the efficiency of county health systems in Kenya. *PLOS Glob Public Health*. 2023;3(11):e0001908.
17. Malik AM, Garcia Elorrio E. Governance and management in healthcare organizations: their different roles in driving safety and quality. *Int J Qual Health Care*. 2023;35(3).
18. George J, Jack S, Gauld R, Colbourn T, Stokes T. Impact of health system governance on healthcare quality in low-income and middle-income countries: a scoping review. *BMJ Open*. 2023;13(12):e073669.
19. Ciccone DK, Vian T, Maurer L, Bradley EH. Linking governance mechanisms to health outcomes: A review of the literature in low- and middle-income countries. *Social Science & Medicine*. 2014;117:86-95.
20. Saif-Ur-Rahman KM, Mamun R, Nowrin I, Hossain S, Islam K, Rumman T, et al. Primary healthcare policy and governance in low-income and middle-income countries: an evidence gap map. *BMJ Glob Health*. 2019;4(Suppl 8):e001453.
21. Gholami M. [Analysis for Policy, the implementation of financial transparent systems in the health system of Iran] [Doctoral Thesis]. Tehran, IR Iran: TUMS; 2024.
22. Hamra R. Development of Health Policymaking Governance Guidance Tool (HP-GGT). [Doctoral Thesis]. Claverton Down, Bath, UK: University of Bath; 2018.
23. Barbazza E, Tello JE. A review of health governance: definitions, dimensions and tools to govern. *Health Policy*. 2014;116(1):1-11.
24. Yazdizadeh B, Sajadi HS, Mohtasham F, Mohseni M, Majdzadeh R. Systematic review and policy dialogue to determine challenges in evidence-informed health policy-making: findings of the SASHA study. *Health Res Policy Syst*. 2021;19(1):73.
25. Clark EC, Burnett T, Blair R, Traynor RL, Hagerman L, Dobbins M. Strategies to implement evidence-informed decision making at the organizational level: a rapid systematic review. *BMC Health Serv Res*. 2024;24(1):405.
26. Khan G, Kagwanja N, Whyte E, Gilson L, Molyneux S, Schaay N, et al. Health system responsiveness: a systematic evidence mapping review of the global literature. *Int J Equity Health*. 2021;20(1):112.
27. Teymori E, Tabatabaee SS, Akhlaghi S, Delavarinejad A, Kokabisaghi F. The assessment of health system responsiveness from the viewpoints of COVID-19 patients. *BMC Health Serv Res*. 2023;23(1):909.
28. Mirzoev T, Kane S. What is health systems responsiveness? Review of existing knowledge and proposed conceptual framework. *BMJ Glob Health*. 2017;2(4):e000486.
29. Ahmadpour S, Iranag JA, Yusefzadeh H, Nabilou B. Health System Responsiveness in the Primary Health in a Developing Country: Expectations and Experiences of Clients. *The Open Public Health Journal*. 2023;16.
30. Joshi A. Do They Work? Assessing the Impact of Transparency and Accountability Initiatives in Service Delivery. *Development Policy Review*.

- 2013;31(s1):s29-s48.
31. Raoofi A, Haghghi H, Khanjankhani K, Ggholami M, Takian A. Good governance: Challenges and opportunities of Iran's context in achieving sustainable health development. *Payesh (Health Monitor) Journal*. 2025;24(2):165-83.
 32. Bouzarjomehri HU, Maleki MU, Masoudi Asl IU, Ranjbar MU. Unlocking Transparency, Building Trust: A Policy Brief for a Developing Health System. *Health Scope*. 2025;14(2):e157071.
 33. Rahbari Bonab M, Rajabi F, Majdzadeh R. Barriers and Facilitators to Participatory Governance in Iran Health Policymaking: A Qualitative Study. *Med J Islam Repub Iran*. 2023;37:51.
 34. Morales-Garzon S, Parker LA, Hernandez-Aguado I, Gonzalez-Moro Tolosana M, Pastor-Valero M, Chilet-Rosell E. Addressing Health Disparities through Community Participation: A Scoping Review of Co-Creation in Public Health. *Healthcare (Basel, Switzerland)*. 2023;11(7).
 35. Farshad AA, Rostamigooran N, Ghaen MM, Vosoogh A, Mirkazemi R. Listening to the voice of people: first Iran National Health Assembly. *Social Determinants of Health*. 2020;5(4):289-96.
 36. Rahbari Bonab M, Rajabi F, Vedadhir A, Majdzadeh R. Sustainable political commitment is necessary for institutionalizing community participation in health policy-making: Insights from Iran. *Health Res Policy Syst*. 2024;22(1):23.
 37. Kazeminia M, Khatony A, Jafari F. [Assessing Good Governance in the Dimensions of Quality, Effectiveness and Accountability in the Health System of Iran and Selected Countries: A Comparative Study]. *J Healthcare Manag*. 2022;12(4):7-18.
 38. Khanjankhani K. [Analysis for policy for managing conflicts of interest in the health system stewardship of Iran] [Doctoral Thesis]. Tehran, IR Iran: TUMS; 2023.
 39. Bakhtiari A, Takian A, Majdzadeh R, Ostovar A, Afkar M, Rostamigooran N. Intersectoral collaboration in the management of non-communicable disease's risk factors in Iran: stakeholders and social network analysis. *BMC Public Health*. 2022;22(1):1669.
 40. Parvizi O, Raoofi A, Takian A. Smart Governance: A Foundation for Good Governance for Health. *Int J Health Policy Manag*. 2025;14:8924.
 41. Parvizi O, Raoofi A, Takian A. [Smart governance as a pillar of good prospective governance for health]. *Iran J Cultur Health Promot*. 2025;8(4):450-3.
 42. Memari B, Talebian M, Fatemi Ardestani F. Instances of Conflict of Interest in iran's Health system. *Iran j Public Policy*. 2022;8(2):67-82.
 43. Kickbusch I. Governance for health, wellbeing and sustainability--what is at stake. *Glob Health Promot*. 2014;21(1 Suppl):83.
 44. Saltman RB, Duran A. Governance, Government, and the Search for New Provider Models. *Int J Health Policy manag*. 2015;5(1):33-42.
 45. Doshmangir L, Mostafavi H, Behzadifar M, Yazdizadeh B, Sajadi HS, Hasanpoor E, et al. Individual and institutional capacity-building for evidence-informed health policy-making in Iran: a mix of local and global evidence. *Health Res Policy Syst*. 2022;20(1):18.

46. Lavis JN, Permanand G, Oxman AD, Lewin S, Fretheim A. SUPPORT Tools for evidence-informed health Policymaking (STP) 13: Preparing and using policy briefs to support evidence-informed policymaking. *Health Res Policy Syst.* 2009;7(1):S13.
47. Majdzadeh R, Sajadi HS, Yazdizadeh B, Doshmangir L, Ehsani-Chimeh E, Mahdavi M, et al. Policy options for strengthening evidence-informed health policy-making in Iran: overall SASHA project findings. *Health Res Policy Syst.* 2022;20(1):10.
48. Slawomirski L, Lindner L, De Bienassis K, Haywood P, Hashiguchi TCO, Steentjes M, et al. Progress on implementing and using electronic health record systems: developments in OECD countries as of 2021. *OECD Health Working Papers.* 2023(160):83 pp.
49. Farzadi F, Aeenparast A, Tavousi M, Riyazi F, Asadollah-Khan-Vali H, Haeri-Mehrizi AA. National health information systems in Iran. *Payesh (Health Monitor) Journal.* 2020;19(5):489-98.
50. Haghdoost AA, Naghibzadeh-Tahami A, Dehnavieh R. Pathology of the Health Sector in Iran's Health System: A Future Oriented Viewpoint. *J Rafsanjan Uni Med Sci.* 2024;23(1):76-87.
51. Gholami M, Takian A, Kabir MJ, Olyaeemanesh A, Mohammadi M. Transparency interventions to improve health system outcomes in low and middle-income countries: a narrative systematic review. *BMJ open.* 2024;14(6):e081152.
52. Wiig S, Aase K, Bourrier M, Røise O. Transparency in Health Care: Disclosing Adverse Events to the Public. In: Bourrier M, Bieder C, editors. *Risk Communication for the Future: Towards Smart Risk Governance and Safety Management.* Cham: Springer International Publishing; 2018. p. 111-25.
53. Rabiei R, Bastani P, Ahmadi H, Dehghan S, Almasi S. Developing public health surveillance dashboards: a scoping review on the design principles. *BMC Public Health.* 2024;24(1):392.
54. Jalilvand MA, Raeisi AR, Shaarbafchizadeh N. Hospital governance accountability challenges in Iran: a qualitative study. *BMC Health Serv Res.* 2025;25(1):946.
55. Kagwanja N, Gilson L, Tsofa B, Olivier J, Leli H, Molyneux S. Understanding health system responsiveness to public feedback at the sub-national level: Insights from Kilifi County, Kenya. *PLOS Glob Public Health.* 2024;4(12):e0002814.
56. Redvers N, Odugleh-Kolev A, Paula Cordero J, Zerwas F, Zitoun NM, Kamalabadi YM, et al. Relational community engagement within health interventions at varied outcome scales. *PLOS Glob Public Health.* 2024;4(6):e0003193.
57. Kamuzora P, Maluka S, Ndawi B, Byskov J, Hurtig A-K. Promoting community participation in priority setting in district health systems: experiences from Mbarali district, Tanzania. *Global Health Action.* 2013;6(1):22669.
58. Rasanathan K, Posayanonda T, Birmingham M, Tangcharoensathien V. Innovation and participation for healthy public policy: the first National Health Assembly in Thailand. *Health Expect: Int J Public Participat Health Care Health Policy.* 2012;15(1):87-96.

سیاست گذاری سلامت عمومی

نویسندگان: لیلا دشمنگیر، امیرحسین تکیان

مرور مطالب فصل

در این فصل مطالب زیر ارائه خواهد شد:

۱. اهمیت سیاست گذاری سلامت برای مدیران نظام سلامت
۲. مفهوم سیاست و سیاست گذاری و تمایز آن با راهبرد و برنامه
۳. سطوح مختلف سیاست در نظام سلامت و چالش های سیاست گذاری سلامت عمومی
۴. کنشگران و نهاد های مؤثر در سیاست گذاری سلامت عمومی در ایران
۵. شناسایی مسائل اولویت دار سلامت عمومی در سطوح وزارت، دانشگاه و شهرستان
۶. کاربرد داده ها و شواهد محلی در تصمیم گیری های سلامت عمومی
۷. سیاست گذاری آگاه از شواهد و ابزار های حمایت از آن
۸. سیاست گذاری بین بخشی و رویکرد «سلامت در همه سیاست ها»
۹. مدیریت اجرای سیاست های سلامت عمومی در سطح شبکه و شهرستان
۱۰. توصیه های عملی برای مدیران شبکه های بهداشت و درمان

اهداف آموزشی و رفتاری/عملکردی

در پایان این فصل بایستی بتوانید:

۱. مفهوم سیاست، سیاست گذاری عمومی و سیاست گذاری سلامت عمومی را

- تعریف کرده و ضرورت آن را در نظام سلامت توضیح دهید.
۲. تفاوت میان سیاست، راهبرد و برنامه را درک کرده و نقش هر یک را در فرایند مدیریت سلامت تشخیص دهید.
۳. فرایند سیاست‌گذاری سلامت عمومی را از مرحله شناسایی مسئله تا ارزشیابی و اصلاح سیاست، گام به گام توضیح دهید.
۴. سطوح مختلف سیاست‌گذاری در نظام سلامت (ملی، استانی، محلی) را تبیین و ارتباط میان آن‌ها را تحلیل کنید.
۵. کنشگران و نهادهای مؤثر در سیاست‌گذاری سلامت عمومی را شناسایی کرده و با استفاده از ابزارهایی مانند نقشه ذی‌نقشان، روابط قدرت و منافع آنان را تحلیل نمایید.
۶. مسائل اولویت‌دار سلامت عمومی را با بهره‌گیری از داده‌ها و شواهد محلی و ابزارهایی چون ماتریس تحلیل اولویت شناسایی و ارزیابی کنید.
۷. مفهوم و کاربرد سیاست‌گذاری آگاه از شواهد را در تصمیم‌سازی‌های سلامت عمومی به کار گیرید و چالش‌های اجرای آن را تحلیل نمایید.
۸. نقش همکاری بین‌بخشی و رویکرد سلامت در همه سیاست‌ها را در ارتقای سلامت جامعه توضیح دهید و نمونه‌های موفق آن را بررسی کنید.
۹. فرایند اجرای سیاست‌های سلامت عمومی در سطح شبکه و شهرستان را طراحی و چگونگی پایش، ارزیابی، ارزشیابی و اصلاح آن را تشریح کنید.
۱۰. پیشنهاد‌های سیاستی و عملی بومی شده برای بهبود عملکرد شبکه‌های بهداشت و درمان ارائه کنید و نقش خود را به عنوان مدیر یا تسهیل‌گر در چرخه‌ی سیاست‌گذاری ایفا نمایید.

مفاهیم کلیدی

- سیاست^۱: سیاست به معنی «دوره‌ای منسجم از تصمیم‌ها یا اقدام‌ها، انتخاب شده توسط حکومت، نهاد یا گروهی از سوی آن‌ها، در پاسخ به یک مسئله معین یا برای رسیدن به هدفی مشخص» تعریف می‌شود. در زمینه سلامت عمومی، سیاست می‌تواند شامل قوانین، مقررات، رویه‌ها یا اقدامات تشویقی و اختیاری باشد که

سیستم سلامت یا دیگر بخش‌ها را برای ارتقای سلامت جمعیت یا کاهش تهدیدات سلامت هدایت می‌کنند.

- سیاست‌گذاری عمومی^۱: سیاست‌گذاری عمومی عبارت است از چهارچوب و مجموعه اقداماتی که دولت (یا نهادهای عمومی) برای پاسخ به مسائل عمومی تعیین و اجرا می‌کند؛ یعنی «چه دولتی انتخاب می‌کند انجام دهد یا ندهد». به عبارت دیگر، سیاست‌گذاری عمومی شامل تصمیم‌ها، قوانین، مقررات، طرح‌ها و اقدامات مرتبط است که در سطح کلان برای حل مشکلات اجتماعی، اقتصادی یا سلامت تنظیم می‌شوند.
- سیاست‌گذاری سلامت عمومی^۲: سیاست‌گذاری سلامت عمومی به معنای «تصمیم‌ها، برنامه‌ها و اقدامات هدفمند دولت یا نهادهای مسئول سلامت یا سلامت جمعیت» برای دستیابی به اهداف سلامت عمومی مانند ارتقای سلامت جمعیت، جلوگیری از بیماری‌ها و کاهش نابرابری‌های سلامت است. این سیاست‌ها می‌توانند فراتر از خدمات درمانی باشند و شامل مداخلاتی در سطوح پیشگیری، محیط، رفتارها و تعیین‌کننده‌های اجتماعی سلامت شوند.
- فرایند سیاست‌گذاری^۳: فرایند سیاست‌گذاری به مجموعه گام‌ها یا مراحل مرتبط با تدوین، تصویب، اجرا، پایش، ارزیابی و اصلاح سیاست گفته می‌شود. برای مثال، مدل چرخه‌ی سیاست شامل تشخیص مسئله، تعیین دستور کار، تدوین سیاست، تصویب، اجرا، ارزیابی و بازخورد است. در زمینه سلامت عمومی، این فرایند باید شامل استفاده از شواهد، مشارکت ذی‌نقشان، تخصیص منابع، اجرای بین‌بخشی و پایش نتایج باشد.
- کنشگران و نهادهای سیاست‌گذاری^۴: این مفهوم به «افراد، گروه‌ها، سازمان‌ها و نهادهایی» اشاره دارد که یا در فرایند سیاست‌گذاری وارد می‌شوند (طراحی، تصمیم، اجرا، پایش) یا از آن تأثیر می‌گیرند. نهادها شامل ساختارهای رسمی مثل وزارتخانه‌ها، دانشگاه‌ها، شوراهای قانون‌گذاران، یا ساختارهای سازمانی هستند که قواعد، فرایندها و رویه‌ها را تعریف می‌کنند. شناخت کنشگران و نهادها برای تحلیل قدرت، منافع، تعاملات، شبکه‌ها و تضادها در سیاست سلامت بسیار اساسی است.

1. Public Policy

2. Public Health Policy

3. Policy Process

4. Actors & Institutions

- ذی‌نقشان و نقشه ذی‌نقشان^۱: ذی‌نقشان به افرادی یا گروه‌هایی گفته می‌شود که دارای منفعت، قدرت یا تأثیر (یا تأثیرپذیری) از نتیجه یک سیاست هستند. نقشه ذی‌نقشان ابزاری است که ارتباطات، میزان قدرت، علاقه یا حدت تأثیر هر ذی‌نقشان را نمایش می‌دهد و کمک می‌کند تا کنشگران کلیدی شناسایی و استراتژی تعامل با آنها تدوین شود. این ابزار برای سیاست‌گذاری سلامت عمومی محلی یا استانی بسیار کاربردی است.

بخش اول

چرا سیاست‌گذاری سلامت عمومی برای مدیران نظام سلامت مهم است؟

در یک شب بارانی پاییزی، تلفن همراه مدیر شبکه بهداشت یک شهرستان مرزی به طور مداوم زنگ می‌خورد. مسئول بهداشت روان شهرستان پشت تلفن است. می‌گوید چند ساعت قبل، رسانه‌های محلی گزارش داده‌اند که نرخ خودکشی نوجوانان در این منطقه طی یک سال گذشته دو برابر شده است. والدین نگران، شورای شهر و فرماندار خواهان پاسخ فوری هستند. بودجه شبکه محدود است؛ روانشناس کافی در منطقه وجود ندارد و هیچ برنامه مشخصی برای پیشگیری تدوین نشده است. مدیر شبکه فردا در جلسه‌ای اضطراری با فرمانداری باید تصمیم بگیرد. از میان ده‌ها مشکل، این موضوع هم به فهرست مشکلات اولویت‌دار اضافه می‌شود؟ مدیر شبکه به این فکر می‌کند که چگونه می‌تواند شوراهای شهر، آموزش و پرورش، رسانه‌ها و حتی مردم را به مشارکت دعوت کند؟ چه داده‌ها و شواهدی در اختیار دارد که بتواند برای دریافت منابع یا جلب حمایت استفاده کند؟

این صحنه، که مشابه آن بارها در نقاط مختلف کشور رخ داده است، نشان می‌دهد در چنین شرایطی، تصمیم‌گیری برای مدیران شبکه‌های بهداشت فقط یک وظیفه اداری

نیست، بلکه جوهری مدیریت کارآمد است. چرا که مدیر باید بتواند مسئله اولویت‌دار را شناسایی، با ذی‌نقشان مذاکره، داده‌های موجود را تحلیل، و راه‌حل بومی شده و قابل اجرا پیشنهاد کند.

در ایران، شبکه‌های بهداشت و درمان ستون فقرات سلامت عمومی‌اند. مدیران این شبکه‌ها در هر شهرستان، نه تنها ناظر بر خانه‌های بهداشت و مراکز خدمات جامع سلامت هستند، بلکه باید از دل داده‌ها و واقعیت‌های محلی، مسائل سلامت جمعیت خود را به دستورکار سیاستی در سطح شهرستان، استان و حتی ملی تبدیل کنند. این توانایی تعیین می‌کند که یک بحران محلی به فرصتی برای اصلاح سیاست‌ها تبدیل شود یا به مشکلی مزمن بدل گردد. تجربه‌هایی مانند موفقیت برخی استان‌ها در کاهش مصرف دخانیات از طریق مشارکت مدارس و رسانه‌ها، یا بهبود شاخص‌های سلامت مادر و کودک در برنامه‌ی پزشک خانواده‌ی روستایی تنها پس از به‌کارگیری داده‌های دقیق و مذاکره مؤثر با استانداری و بیمه‌ها، نشان می‌دهد که تفاوت میان شکست و موفقیت بیشتر به مهارت تصمیم‌گیری مدیران مربوط است تا فقط میزان منابع مالی. به عبارت دیگر، مدیران نظام سلامت نه تنها مجریان برنامه‌های سلامت هستند، بلکه در خط مقدم تصمیم‌گیری‌های کلیدی قرار دارند که می‌تواند پیامدهای گسترده‌ای بر دسترسی، کیفیت و عدالت در نظام سلامت داشته باشد. در واقع، هر تصمیم مدیریتی در حوزه سلامت، چه در سطح خرد و چه کلان، ریشه در یک سیاست یا نبود سیاست دارد.

سیاست و سیاست‌گذاری عمومی

واژه سیاست^۱ گاهی مبهم و اداری به نظر می‌رسد، اما در واقع مسیر و چهارچوب کلی اقدامات جمعی را نشان می‌دهد (۷). وقتی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی هدف کاهش ۳۰ درصدی مصرف دخانیات تا سال ۲۰۳۰ را اعلام می‌کند، این یک سیاست است؛ یک تعهد کلان که مسیر حرکت را مشخص می‌کند؛ اما به‌تنهایی به تغییر نمی‌انجامد. سیاست سه ویژگی کلیدی دارد: نخست آنکه هر سیاستی، مجموعه‌ای از تصمیمات و اقدامات نقش‌آفرینان یا بازیگرانی است که با هدف تأثیرگذاری بر سلامت جمعیت یا نظام‌های ارایه خدمات سلامت طراحی می‌شوند، دوم آنکه برای آنکه سیاستی شکل بگیرد، حتماً باید فرایندی طی شود و سوم آنکه توجه به اثرات نهایی یک سیاست بسیار مهم است و

وقتی سیاستی در حال شکل‌گیری است باید بر تاثیر افراد، گروه‌ها و سازمان‌های مختلف با نظرات، دیدگاه‌ها، علایق و منافع مختلف بر مراحل مختلف فرایند سیاست‌گذاری آگاه بود. بی‌توجهی به این موضوع می‌تواند سیاست را از مسیر اصلی خود دور کند (۸).

سیاست‌گذاری عمومی^۱ فرایندی است که طی آن اهداف کلی به واقعیت تبدیل می‌شوند. این فرایند شامل شناسایی مسائل، طراحی و انتخاب راه‌حل‌ها، جلب حمایت ذی‌نقشان، اجرای تصمیمات و در نهایت ارزشیابی نتایج است (۹). در حوزه سلامت عمومی ایران، این مسیر تنها به وزارت بهداشت محدود نیست؛ دانشگاه‌های علوم پزشکی، شبکه‌های بهداشت، شوراهای محلی، بیمه‌ها، رسانه‌ها و حتی سازمان‌های مردم‌نهاد هر یک نقشی دارند و موفقیت، زمانی روی می‌دهد که همه این بازیگران در یک زنجیره‌ی هماهنگ عمل کنند. اهمیت سیاست‌گذاری برای مدیران حوزه سلامت را در چند محور کلیدی می‌توان بیان کرد (۱۰):

- سیاست‌گذاری به‌عنوان ابزار راهبردی برای مواجهه با چالش‌های سلامت امروزه نظام‌های سلامت با چالش‌هایی مانند بیماری‌های غیر واگیر، بحران‌های زیست‌محیطی، نابرابری در دسترسی، سالمندی جمعیت و تهدیدات نوظهور (مانند پاندمی‌ها) روبه‌رو هستند. پاسخ مؤثر به این چالش‌ها نیازمند سیاست‌هایی مبتنی بر شواهد، چندبخشی و قابل پیاده‌سازی است. مدیران سلامت با درک درست از فرایند سیاست‌گذاری می‌توانند نقشی پویا در شکل‌دهی و دفاع از این سیاست‌ها ایفا کنند.

- سیاست‌گذاری به‌مثابه پلی میان دانش و عمل سیاست‌گذاری سلامت فرایندی است که دانش علمی را به اقدامات اجرایی و عملی در حوزه سلامت تبدیل می‌کند. مدیرانی که با سازوکارهای سیاست‌گذاری آشنا هستند، می‌توانند حلقه واسط مؤثری میان پژوهشگران، سیاست‌گذاران و مجریان باشند و از این طریق، به بهبود اجرای سیاست‌ها و افزایش کارایی آن‌ها کمک کنند.

- پرهیز از تصمیم‌گیری‌های واکنشی و جزیره‌ای بدون درک درست از سیاست، تصمیم‌گیری‌ها معمولاً واکنشی، کوتاه‌مدت و وابسته به افراد خواهد بود. اما رویکرد سیاست‌مدارانه، امکان تصمیم‌گیری‌های منسجم، منطبق با اهداف کلان و مبتنی بر تحلیل محیطی را برای مدیران فراهم می‌سازد. این نوع نگاه، به ویژه در شرایطی که منابع محدود و تقاضاها روبه‌افزایش است، حیاتی محسوب می‌شود.

- توانمندسازی در تعاملات بین‌بخشی و بین‌سازمانی
سیاست‌های سلامت عمومی معمولاً نیازمند همکاری فرابخشی اند (برای مثال، بین وزارت بهداشت، آموزش و پرورش، محیط‌زیست و شهرداری‌ها). آشنایی مدیران سلامت با سیاست‌گذاری عمومی، زبان مشترک و درک مناسبی از نحوه تامل با دیگر بازیگران و نهادها فراهم می‌کند.
- افزایش پاسخ‌گویی و شفافیت در مدیریت سلامت
در نظام‌های مدرن حکمرانی سلامت، پاسخ‌گویی یکی از اصول کلیدی است. مدیرانی که فرایند سیاست‌گذاری را می‌شناسند، بهتر می‌توانند تصمیم‌های خود را مستدل، مستند و قابل دفاع در برابر ذی‌نقشان مختلف ارایه دهند.
- سطوح مختلف سیاست در نظام سلامت
برای درک بهتر جایگاه سیاست در سلامت عمومی، می‌توان سیاست‌ها را در سه سطح تحلیل کرد:

سطح	نوع سیاست	مثال
کلان ^۱	سیاست‌های ملی یا فرابخشی	قانون بیمه همگانی سلامت
میانه ^۲	سیاست‌های سازمانی یا بخشی	سیاست مدیریت امور بیمارستان‌ها یا مراکز بهداشتی
خرد ^۳	سیاست‌های اجرایی یا عملیاتی	دستور عمل واکسیناسیون یا ارجاع بیماران

این سطوح در کنار هم، چهارچوب کاملی از مداخلات را شکل می‌دهند که باید به صورت هماهنگ برای تحقق اهداف سلامت عمومی به کار گرفته شوند.

سلسله‌مراتب و سطوح سیاست‌ها از نظر زمان و سطح کلان بودن

در نظام سیاست‌گذاری سلامت، اسناد و تصمیمات سیاستی در سطوح مختلفی از کلان تا عملیاتی تدوین می‌شوند. این سطوح از نظر دامنه‌ی تأثیر، افق زمانی و میزان جزئیات

1. Macro
2. Meso
3. Micro

اجرائی با یکدیگر تفاوت دارند و به صورت زنجیروار از سیاست‌های کلان تا برنامه‌های اجرائی را در بر می‌گیرند.

سیاست‌های کلان و چشم‌اندازها^۱

در بالاترین سطح، سیاست‌های کلان و اسناد چشم‌انداز قرار دارند که جهت‌گیری کلی و مسیر حرکت کل نظام را مشخص می‌کنند. این سیاست‌ها معمولاً با افق زمانی بلندمدت، حدود ۲۰ تا ۲۵ سال، تدوین می‌شوند و بیانگر آرمان‌ها، ارزش‌ها و اولویت‌های ملی هستند. از جمله نمونه‌های بارز این سطح می‌توان به سند چشم‌انداز ۲۰ ساله جمهوری اسلامی ایران و سیاست‌های کلی ابلاغی مقام معظم رهبری اشاره کرد. این سیاست‌ها چهارچوب اصلی تصمیم‌سازی در سطوح پایین‌تر را شکل می‌دهند.

سیاست‌های میان‌مدت^۲

در سطح بعدی، سیاست‌های میان‌مدت قرار دارند که معمولاً برای یک دوره‌ی حدود ۱۰ ساله طراحی می‌شوند. این سیاست‌ها بر بخش‌های خاص مانند آموزش، پژوهش یا سلامت، تمرکز دارند و مسیر تحقق اهداف کلان را در سطح بخشی ترسیم می‌کنند. از نمونه‌های این سطح می‌توان نقشه جامع علمی کشور و نقشه علمی سلامت را نام برد. این اسناد، راهبردهای کلان را به سیاست‌های بخشی تبدیل کرده و پیوندی بین سیاست‌های کلان و برنامه‌های اجرائی ایجاد می‌کنند.

سیاست‌های کوتاه‌مدت

در سطح سوم، سیاست‌ها و برنامه‌های کوتاه‌مدت قرار می‌گیرند که معمولاً با افق زمانی پنج‌ساله تنظیم می‌شوند. این اسناد با هدف ترجمه‌ی سیاست‌های کلان و میان‌مدت به اهداف، راهبردها و اقدامات اجرائی تدوین می‌شوند. برنامه‌های پنج‌ساله توسعه کشور نمونه شاخص این سطح هستند که ضمن تعیین جهت‌گیری‌های اقتصادی-اجتماعی و سلامت، شاخص‌ها و تعهدات اجرائی مشخصی را برای دستگاه‌ها تعریف می‌کنند.

تمایز سیاست، راهبرد و برنامه در عمل

برای مدیران شبکه، درک تفاوت میان «سیاست»، «راهبرد» و «برنامه» اهمیت زیادی دارد.

1. Macro Policies
2. Meso Policies

سیاست مسیر کلی را تعیین می‌کند؛ راهبرد نقشه‌ای است که چگونگی دستیابی به این هدف را نشان می‌دهد و برنامه، مجموعه‌ای از اقدامات مشخص با زمان‌بندی، بودجه و مسئولیت روشن است.

به‌عنوان مثال، سیاست ملی ارتقای سلامت دانش‌آموزان ممکن است هدف کاهش چاقی کودکان را دنبال کند. راهبرد، ممکن است تأکید کند که این کاهش از طریق «تغییر سبک زندگی در مدارس و خانواده‌ها» محقق شود. برنامه در سطح شهرستان، می‌تواند کمپینی مشخص مثل «مدارس بدون نوشابه» باشد که با همکاری آموزش و پرورش و والدین اجرا می‌شود. مدیر شبکه، نقطه پیوند این سه سطح است و اگر این زنجیره را شناسد، برنامه‌های محلی به بن‌بست می‌رسند یا بی‌اثر می‌مانند.

مقایسه تطبیقی سیاست، راهبرد و برنامه

ویژگی / مفهوم	سیاست	راهبرد ^۱	برنامه ^۲
سطح تصمیم‌گیری	کلان	میان	خرد
هدف اصلی	تعیین جهت‌گیری و اصول کلی	مشخص کردن نحوه اجرای سیاست	اجرای عملی فعالیت‌های مشخص
افق زمانی	بلندمدت	میان‌مدت	کوتاه‌مدت
مثال	سیاست ملی تغذیه سالم	راهبرد آموزش همگانی درباره تغذیه سالم	برنامه آموزشی مدارس ابتدایی در استان

اهمیت تفکیک این مفاهیم برای مدیران و سیاست‌گذاران

مدیران شبکه‌های بهداشت باید به خوبی سه مفهوم سیاست، راهبرد و برنامه را درک کنند تا بتوانند اهداف کلان را به اقدامات عملی در سطح محلی تبدیل کنند. همچنین درک تمایز میان سیاست، راهبرد و برنامه به مدیران نظام سلامت کمک می‌کند:

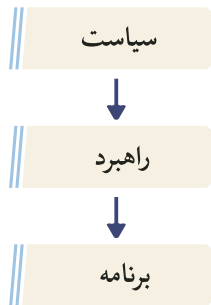
- نقش و مسئولیت خود را در هر سطح از تصمیم‌گیری بهتر بشناسند.
- در طراحی مداخلات، از سردرگمی و دوباره‌کاری پرهیز کنند.
- نظام‌مند و مرحله‌بندی شده به حل مسائل سلامت عمومی بپردازند.

- با دیگر نهادها، وزارتخانه‌ها و ذی‌نقشان به شیوه مناسب‌تری هماهنگ شوند.

تفاوت سیاست‌های ملی، راهبردهای استانی و برنامه‌های محلی

برای بسیاری از مدیران، درک تفاوت میان سیاست‌های کلان و برنامه‌های عملیاتی محلی مهم است:

- سیاست‌های ملی: اهداف و چهارچوب‌های کلی که توسط وزارت بهداشت یا دولت تصویب می‌شود؛ مثل «کاهش ۳۰ درصدی مصرف مواد قندی تا سال ۱۴۰۵».
- راهبردهای استانی: نقشه‌راه استان برای تحقق سیاست‌های ملی با توجه به شرایط خاص جغرافیایی، فرهنگی و اقتصادی؛ مثلاً تمرکز بر اصلاح منوی مدارس و فعالیت بدنی در استان آذربایجان غربی.
- برنامه‌های محلی: اقدامات مشخص که در سطح شهرستان اجرا می‌شود؛ مانند برگزاری کارگاه‌های آموزشی در مدارس شهرستان، نظارت بر کیفیت غذای مدارس و ایجاد فضای ورزشی.



نمودار ۱: زنجیره سیاست، راهبرد و برنامه

مدیران میانی باید بتوانند این سطوح را به هم متصل کنند تا سیاست‌های کلان به اقدامات اثربخش در سطح جامعه تبدیل شوند.

مطالعه موردی ۱

هماهنگی موفق در اجرای برنامه پیشگیری از دیابت در یکی از استان‌های کشور یکی از استان‌های کشور با افزایش قابل توجه بیماری‌های مزمن روبرو بود. مدیر شبکه شهرستان با بهره‌گیری از سیاست‌های ملی مرتبط و بررسی وضعیت بومی، راهبردی تدوین کرد که در آن، آموزش تغذیه سالم، ترویج ورزش و بهبود دسترسی به خدمات درمانی مورد نظر بود. برنامه‌های محلی شامل کمپین‌های آموزشی در مدارس، پایش فشار خون و قند خون، و همکاری با شهرداری برای ایجاد فضاهای ورزشی بود. مدیران شهرستانی گزارش‌های اجرایی را به استان ارائه می‌دادند و استان نیز با اصلاح مستمر راهبردها، برنامه را به بهترین شکل پیش می‌برد. این هماهنگی بین سطوح مختلف منجر به کاهش قابل توجه بروز دیابت و عوارض آن در پنج سال شد.

بخش دوم

فرایند سیاست‌گذاری سلامت عمومی

یک صبح زود در معاونت بهداشتی یکی از دانشگاه‌های علوم پزشکی استان شمالی، مدیر یکی از شبکه‌های بهداشت به همراه تیمش در جلسه‌ای گرد هم آمده‌اند تا درباره چالش رو به رشد بیماری‌های مزمن در جمعیت شهری تصمیم‌گیری کنند. داده‌ها حاکی از افزایش ابتلا به دیابت و پرفشاری خون در سال‌های اخیر است. اما پرسش اینجاست: از کجا باید شروع کرد؟ چه کسانی باید درگیر شوند؟ اولویت‌ها چگونه تعیین شوند؟ و مهم‌تر از همه، چطور این تصمیمات در سطح شهرستان‌ها و مراکز بهداشت به شکل مؤثر اجرایی شود؟ این پرسش‌ها اساس فرایند سیاست‌گذاری سلامت عمومی است که می‌توان آن را به چهار مرحله اصلی تقسیم کرد:

- دستورکارگذاری^۱

در این مرحله، یک مسئله یا موضوع به عنوان اولویت سیاست‌گذاری شناخته می‌شود. همانطور که مدیر شبکه شهرستان در جلسه ابتدایی خود دید، بدون تعریف دقیق مسئله، هیچ سیاستی نمی‌تواند مؤثر باشد. داده‌ها و گزارش‌های نظام مراقبت سلامت، مشکلات اجتماعی، فشارهای رسانه‌ای و حتی خواسته‌های مردم می‌تواند عوامل شکل دهنده دستور کار باشد. مثلاً افزایش بروز خودکشی نوجوانان در یک شهرستان مرزی، پس از تحلیل داده‌ها و گفتگو با ذی‌نقشان محلی، به دستور کار شورای سلامت شهرستان اضافه شد. نکته مهم این است که مدیران میانی باید مهارت شناسایی مسائل واقعی و توانایی جلب توجه سیاست‌گذاران بالادست را داشته باشند.

• تدوین سیاست^۱

وقتی مسئله مشخص شد، مرحله بعد طراحی راهکارهای مختلف برای مقابله با آن یا طراحی سیاست‌ها است. در این مرحله مدیران میانی نقش کلیدی در جمع‌آوری شواهد، مشورت با کارشناسان، و تحلیل پیامدهای احتمالی سیاست‌ها دارند. مثلاً در همان شهرستان مرزی، پس از شناسایی مشکل خودکشی، تیم سلامت محلی به بررسی تجربیات موفق در کشور پرداخت و با کمک روانشناسان و جامعه‌شناسان برنامه «خط زندگی» را پیشنهاد کرد که شامل آموزش معلمان و مشاوره دانش‌آموزان بود. تصمیم‌گیری در این مرحله باید با مشارکت ذی‌نقشان کلیدی، مانند آموزش و پرورش، رسانه‌ها، سازمان‌های مردم‌نهاد و فرمانداری همراه باشد.

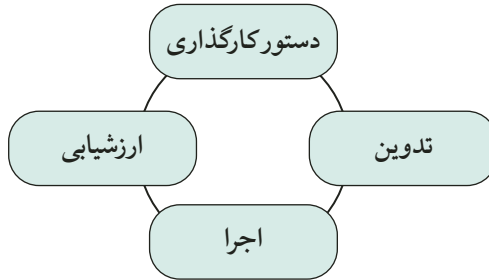
• اجرا^۲

تدوین سیاست تنها نخستین گام است؛ اجرای آن چالش بزرگ‌تر است. مدیران میانی مسئول برنامه‌ریزی، سازماندهی منابع و هماهنگی بین بخشی در این مرحله هستند. برای مثال، اجرای یک برنامه نیازمند آموزش معلمان، اختصاص فضای مناسب برای جلسات مشاوره و حمایت رسانه‌ای بود. مدیر شبکه باید این فعالیت‌ها را در چهارچوب زمانی مشخص پیگیری و مشکلات اجرایی را برطرف کند.

• ارزشیابی^۳

پس از اجرا، ارزشیابی نتایج و اثرگذاری برنامه ضروری است. مدیران میانی باید داده‌های عملکرد را جمع‌آوری و واکاوی نمایند تا بتوانند اصلاحات لازم را اجرا کنند یا در

صورت موفقیت، برنامه را در سطح گسترده‌تر توسعه دهند. در مثال خودکشی، کاهش ۲۰ درصدی نرخ خودکشی پس از دو سال اجرای برنامه، نشانگر موفقیت بود و باعث شد برنامه به دیگر شهرستان‌ها تعمیم یابد.



نمودار ۲: چرخه چهار مرحله‌ای سیاست‌گذاری سلامت عمومی

همانطور که در نمودار ۱ نیز نشان داده شده است، فرایند سیاست‌گذاری سلامت عمومی یک مسیر پویا و تعاملی است که مدیران میانی نقش کلیدی در موفقیت آن دارند. آن‌ها باید بتوانند داده‌ها را تحلیل کنند؛ سیاست‌ها را به راهبردها و برنامه‌ها ترجمه نمایند؛ منابع را سازماندهی کنند و در نهایت اثرگذاری اقدامات را ارزیابی نمایند. تفاوت دقیق میان سیاست‌های کلان، راهبردهای استانی و برنامه‌های محلی، راهنمای عمل آن‌ها در سطوح مختلف است (۱۱).

نقش مدیران نظام سلامت در هر مرحله

مدیران، پل ارتباطی بین سیاست‌گذاران کلان و مجریان محلی اند. آن‌ها باید توانمندی‌های متعددی داشته باشند:

- در دستور کارگذاری، باید داده‌ها را جمع‌آوری، تحلیل و مسائلی را که نیازمند سیاست‌گذاری است برجسته کنند.
- در تدوین سیاست، نقش تسهیل‌کننده جلسات، جمع‌آوری نظر کارشناسان و ذی‌نقشان و مشورت با بالادستی‌ها را دارند.
- در اجرای سیاست، هماهنگی منابع، مدیریت تیم‌ها و حل مشکلات عملیاتی بر عهده آن‌هاست.

- در ارزشیابی، تحلیل داده‌ها، ارائه گزارش و پیشنهاد اصلاحات به سیاست‌گذاران کلان، جزو وظایف مهم است.

تمرین ۱

شما مدیر شبکه بهداشت درمان کشور هستید. افزایش آلودگی هوا در شهر شما باعث بروز مشکلات تنفسی شده است. در چهارچوب مراحل چهارگانه سیاست‌گذاری، هر مرحله را توضیح دهید و اقدامات مشخصی را که باید انجام دهید بنویسید.

تمرین ۲

فرض کنید در شهرستان شما نرخ خودکشی نوجوانان افزایش یافته است. با توجه به چرخه سیاست‌گذاری، چه گام‌هایی باید بردارید تا به راه‌حل برسید؟ سعی کنید برای هر مرحله حداقل یک اقدام مشخص بنویسید.

بخش سوم

کنشگران و نهادهای مؤثر در سیاست‌گذاری سلامت عمومی در ایران

یکی از روزهای گرم تابستان، مدیر شبکه بهداشت شهرستانی کوچک در جنوب کشور، با یک چالش جدی مواجه شد. برنامه کاهش مصرف مواد قندی در مدارس از سوی وزارت بهداشت ابلاغ شده بود، اما اجرای آن در میان مقاومت خانواده‌ها، مربیان مدرسه و حتی مدیران شهری به بن‌بست خورده بود. مدیر شبکه دریافت که بدون همراهی ذی‌نقشان محلی و درک دقیق قدرت و منافع آن‌ها، هر برنامه‌ای محکوم به شکست است. او به یاد آورد که

سیاست‌گذاری سلامت عمومی فقط نوشتن یک برنامه و ابلاغ دستور نیست، بلکه یک بازی پیچیده بین کنشگران مختلف است که هر کدام منافع، قدرت و علاقه‌مندی‌های خاص خود را دارند. درک درست این بازیگران، نقش آن‌ها و چگونگی تعامل با آن‌ها، کلید موفقیت است.

کنشگران اصلی در سیاست‌گذاری سلامت عمومی

سیاست‌گذاری سلامت عمومی یک عرصه‌ی پویا و چندبعدی است که موفقیت آن به شناخت دقیق کنشگران، درک منافع و قدرت آن‌ها و ایجاد تعامل مؤثر میان بازیگران دولتی و غیردولتی وابسته است. مدیران شبکه‌های بهداشت باید این مهارت‌ها را بیاموزند و در هر مرحله از فرایند سیاست‌گذاری، ذی‌نقشان محلی و ملی را به درستی مدیریت کنند تا بتوانند برنامه‌های سلامت را به موفقیت برسانند. در ایران، سیاست‌گذاری سلامت عمومی عرصه‌ای است که چندین گروه و نهاد با نقش‌ها و نفوذهای متفاوت حضور دارند. از سطح کلان تا محلی، هر کنشگری تأثیرگذار است (۱۲). نمونه‌ای از آن‌ها در ذیل آورده شده است.

- وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی: سیاست‌گذار کلان و تدوین‌کننده قوانین و سیاست‌های ملی سلامت. به‌عنوان مثال، طراحی برنامه‌های سلامت مادر و کودک یا اجرای برنامه پزشک خانواده.
- دانشگاه‌های علوم پزشکی و معاونت بهداشت: متولی اجرا، برنامه‌ریزی منطقه‌ای و جمع‌آوری داده‌ها و پایش اجرای سیاست‌ها.
- سازمان‌های بیمه‌گر سلامت: مانند سازمان بیمه سلامت ایران، تأثیرگذار در تامین مالی و تعیین پوشش‌های خدماتی.
- شوراهای شهر و دهیاری‌ها: به ویژه در سیاست‌های محلی سلامت محیطی، نظارت بر کیفیت آب، دفع بهداشتی زباله و اجرای برنامه‌های سلامت عمومی در سطح محله.
- سازمان‌های مردم‌نهاد: بازیگرانی که در آموزش، حمایت اجتماعی و فعالیت‌های حمایتی نقش دارند، مانند تشکل‌های حمایتی بیماران یا گروه‌های پیشگیری از اعتیاد.
- رسانه‌ها: نقش اطلاع‌رسانی، فرهنگ‌سازی و حتی فشار آوردن به سیاست‌گذاران را دارند.
- مردم و جوامع محل: درگیرکنندگان اصلی سیاست‌هایی که باید در زندگی روزمره‌شان اعمال شود.

فهم قدرت و علاقه ذی‌نقشان؛ نقشه ذی‌نقشان

همانطور که پیشتر اشاره شد، برای موفقیت در سیاست‌گذاری، شناخت دقیق قدرت و علاقه ذی‌نقشان حیاتی است. مدیران حوزه سلامت باید بدانند چه کسی قدرت دارد، چه کسی می‌تواند حمایت کند یا مقاومت نشان دهد، و چه کسانی فقط مشاهده‌گرند.

نمودار ۲: ماتریس قدرت-علاقه ذی‌نقشان

قدرت - علاقه	علاقه زیاد	علاقه متوسط	کم علاقه
قدرت زیاد	حامیان اصلی (وزارت بهداشت، نمایندگان مجلس)	همکاران کلیدی (معاونان دانشگاه‌های علوم پزشکی، مدیران ارشد استانی)	کنترل نزدیک (مثل بیمه‌گران، مدیران ارشد وزارت بهداشت)
قدرت متوسط	تسهیل‌کنندگان محلی (معلمان، فعالان سلامت)	مشارکت فعال (شوراهای شهر، دهیاری‌ها)	نظارت رسانه‌ها، سازمان‌های مردم‌نهاد
قدرت کم	ذی‌نقشان ضروری (خانواده‌ها و افراد آسیب‌پذیر)	حمایت‌کنندگان بالقوه (گروه‌های محلی، خانواده‌ها)	ناظران (مردم عادی)

مطالعه موردی ۲

تلاش برای ادغام صندوق‌های بیمه‌ای در ایران

بر اساس مقاله‌ی «ادغام صندوق‌های بیمه سلامت در یک نظام پراکنده: چه چالش‌هایی باید در نظر گرفته شوند؟» (۶)، یکی از چالش‌های بزرگ سیاست‌گذاری سلامت عمومی در ایران، انسجام و هماهنگی میان صندوق‌های بیمه مختلف است. این فرایند با مخالفت‌ها و مقاومت‌های گسترده‌ی ذی‌نقشان قدرتمندی مانند سازمان‌های بیمه‌گر، بخش‌هایی از وزارت بهداشت و حتی نهادهای دولتی روبرو شد. توانایی مدیران حوزه سلامت در شناخت قدرت و منافع این بازیگران، مذاکرات موفق و جلب حمایت، کلید پیشبرد اصلاحات بود.

جامعه مدنی و بازیگران غیر دولتی

سازمان‌های مردم‌نهاد در ایران نقش رو به رشدی در سیاست‌گذاری سلامت ایفا می‌کنند. آن‌ها می‌توانند به عنوان پلی میان مردم و دولت عمل کنند؛ آموزش‌های سلامت ارائه دهند؛ و فشار اجتماعی برای اجرای سیاست‌ها ایجاد کنند.

برای مثال، در برنامه‌های کنترل دخانیات یا پیشگیری از مصرف نادرست مواد، سازمان‌های مردم‌نهاد نقش آموزش و حمایت از افراد آسیب‌دیده را بر عهده داشته‌اند. آن‌ها به ویژه در مناطق روستایی و محروم، که خدمات رسمی کم‌رنگ‌تر است، تأثیرگذارند.

نقش ذی‌نقشان محلی؛ شوراهای شهر، دهیاری‌ها، رسانه‌ها و مردم

در ایران، شوراهای شهر و دهیاری‌ها به عنوان نهادهای منتخب محلی، نقش مهمی در سیاست‌گذاری سلامت عمومی دارند. آن‌ها می‌توانند منابع مالی، نیروی انسانی و پشتیبان قانونی برای برنامه‌های سلامت فراهم کنند. رسانه‌ها نیز با قدرت زیاد اطلاع‌رسانی، می‌توانند فرهنگ‌سازی و آگاهی بخشی را تسریع کنند. مدیران شبکه‌های بهداشت اگر بتوانند این نهادها را در سیاست‌گذاری شرکت دهند، اثربخشی دخالت‌ها افزایش می‌یابد.

مطالعه موردی ۳

کاهش مصرف دخانیات در یک استان با همکاری بین‌بخشی

مطالعه «اثربخشی یک مداخله مبتنی بر جامعه و مدرسه برای کنترل و پیشگیری از مصرف تنباکو در نوجوانان: یک کارآزمایی میدانی کنترل‌شده تصادفی»؛ به نقش همکاری بین‌بخشی اشاره می‌کند که در یکی از استان‌های ایران، با مشارکت آموزش و پرورش، شهرداری، سازمان‌های مردم‌نهاد و رسانه‌ها توانستند کمپینی موفق برای کاهش مصرف دخانیات در مدارس اجرا کنند (۱۳).

این کمپین با برگزاری کارگاه‌های آموزشی، اجرای قانون ممنوعیت مصرف سیگار در اماکن عمومی و پخش پیام‌های رسانه‌ای، طی سه سال کاهش قابل توجهی در نرخ مصرف ایجاد کرد.

تمرین ۳

نقشه ذی‌نقشان برای اجرای یک برنامه‌ی پیشگیری از چاقی کودکان را در منطقه خود طراحی کنید. ذی‌نقشان کلیدی، قدرت و علاقه آن‌ها را مشخص کنید و استراتژی تعامل با هر گروه را بنویسید.

تمرین ۴

فرض کنید در منطقه شما، سازمان‌های مردم‌نهاد هنوز درگیر فعالیت‌های سلامت نیستند. برنامه‌ای برای جلب همکاری آن‌ها پیشنهاد دهید و موانع احتمالی را پیش‌بینی کنید.

بخش چهارم

شناسایی مسائل اولویت‌دار سلامت عمومی در سطوح معاونت بهداشت وزارت، دانشگاه/دانشکده و شهرستان

در یکی از استان‌های مرکزی ایران، مدیر معاونت بهداشت دانشگاه علوم پزشکی با انبوهی از داده‌های متناقض مواجه بود. آمارها از مراکز خدمات جامع سلامت، خانه‌های بهداشت، بیمارستان‌ها و نظام مراقبت، حاکی از افزایش بیماری‌های مزمن، کمبود واکسیناسیون و شیوع بیماری‌های واگیر بود. اما کدام مشکل باید در اولویت برنامه‌ریزی و تخصیص منابع قرار گیرد؟ چگونه می‌توان از این داده‌ها به یک تصویر روشن و قابل تصمیم‌گیری رسید؟ این پرسش اصلی مدیران بهداشت در همه سطوح است. شناسایی مسائل اولویت‌دار، نقطه آغاز سیاست‌گذاری سلامت عمومی است و هر تصمیم اشتباه یا تعلل در این مرحله، می‌تواند منابع را هدر داده و فرصت‌ها را از دست بدهد.

استفاده از داده‌ها و شواهد محلی: چشم‌انداز واقعی از سلامت جمعیت

شناسایی درست مسائل اولویت‌دار سلامت عمومی، پایه و اساس هر سیاست موفق است. استفاده از داده‌های محلی به روز، تحلیل دقیق و بازخورد مداوم، امکان اتخاذ تصمیمات هوشمندانه و تخصیص منابع بهینه را فراهم می‌آورد. مدیران شبکه و معاونت‌های بهداشت با بهره‌گیری از این روش‌ها، می‌توانند مسیر اصلاح و بهبود سلامت جمعیت را هموار سازند. در ایران، داده‌ها از منابع مختلفی در دسترس هستند:

- نظام مراقبت بیماری‌ها: شامل گزارش موارد بیماری‌های واگیر و غیر واگیر، سوانح، حوادث و عوامل خطر؛
- سامانه اطلاعات سلامت^۲: اطلاعات مراجعان، بستری‌ها، علل مرگ، هزینه خدمات و شاخص‌های عملکرد درمانی؛
- پایش برنامه‌های سلامت: گزارش‌های عملکرد خانه‌های بهداشت، مراکز خدمات جامع سلامت، و معاونت‌های بهداشت؛
- مطالعات محلی: شامل پیمایش‌های محلی، نیازسنجی‌های مشارکتی، و داده‌های ثبتی ثبت احوال، آموزش و پرورش، شهرداری‌ها.

ماتریس تحلیل اولویت: ابزاری برای تصمیم‌گیری

برای اینکه مدیران بتوانند در شرایط محدودیت منابع و تعدد مسائل سلامت، تصمیم‌گیری‌های هدفمند و اثربخش انجام دهند، استفاده از ماتریس تحلیل اولویت یک رویکرد استاندارد و توصیه‌شده در معاونت بهداشت وزارت بهداشت، دانشگاه‌های علوم پزشکی و شبکه‌های بهداشت و درمان است. این ماتریس کمک می‌کند مسائل سلامت براساس معیارهای مشخص و قابل سنجش مقایسه شده و مهم‌ترین آن‌ها وارد دستور کار سیاست‌گذاری و برنامه‌ریزی شوند.

- معیارهای متداول در این ماتریس عبارت‌اند از:
- شدت مسئله/مشکل: میزان اثر منفی روی جمعیت و سلامت
- قابلیت مداخله^۳: امکان اجرای مداخله موفق

1. Disease Surveillance System
2. Health Information System
3. Intervention feasibility

- پشتیبانی سیاستی^۱: حمایت مقامات و منابع موجود
- اثرگذاری^۲ میزان تأثیر اجرای سیاست بر سلامت

نقش افراد و گروه‌ها در تعیین اولویت‌ها

فرایند اولویت‌گذاری باید تعاملی و مشارکتی باشد تا تصمیمات هم‌واقع‌بینانه و هم‌مورد حمایت اجراکنندگان باشد. در این فرایند می‌توان از طیف وسیعی از ذی‌نفعان استفاده کرد:

نقش در فرایند	گروه مشارکت‌کننده
ارائه داده‌ها، تحلیل مشکلات و پیشنهاد مداخلات	کارشناسان واحدهای فنی شبکه/دانشگاه
تصمیم‌سازی، هدایت فرایند و تضمین اجرا	مدیران شبکه و معاونین
تحلیل شواهد، مدل‌سازی و تعیین بار مسئله	کارشناسان اپیدمیولوژی/آمار و نظام اطلاعات سلامت
ارائه شواهد میدانی و تجربیات اجرایی	نمایندگان مراکز خدمات سلامت/پزشکان خانواده
بیان نیازها، حساسیت‌ها و اولویت‌های جمعیت هدف	نمایندگان جامعه (در صورت امکان)

حداقل گروه لازم، حضور مدیر شبکه + کارشناسان واحدهای مرتبط است. حداکثر به شرایط بستگی دارد، اما مشارکت بیشتر ← تصمیم واقعی‌تر و قابل‌اجرا تر.

فرایند انجام تحلیل اولویت (گام به گام)

برای رفع ابهام روش اجرا، فرایند استاندارد به شکل زیر است:

۱. تعریف مسئله و جمع‌آوری شواهد (آمار بار بیماری، روندها، مطالعات، بازخورد میدانی)
۲. شناسایی فهرست اولیه مسائل سلامت
۳. توافق بر معیارهای اولویت‌گذاری و وزن هر معیار (مثلاً شدت = ۳۰٪، قابلیت مداخله = ۲۵٪ و ...)
۴. امتیازدهی هر مسئله در هر معیار (معمولاً از ۱ تا ۵)

۵. ضرب امتیاز هر معیار در وزن آن (وزن‌دهی)
۶. محاسبه امتیاز کل و رتبه‌بندی مسائل
۷. تأیید نهایی و تصویب در کمیته سیاست‌گذاری شبکه

نمونه تهیه ماتریس تحلیل اولویت

- در تحلیل‌های سیاستی معمول، وزن‌دهی معیارها باید منطقی و قابل دفاع باشد. نمونه‌ای از این وزن‌دهی در ذیل آورده شده است:

وزن	توضیح	معیار
۰٫۳۰	اندازه بار بیماری / وسعت مشکل	شدت مسئله
۰٫۲۵	امکان اقدام اثربخش و عملی	قابلیت مداخله
۰٫۲۰	همراهی سیاست‌گذاران، وجود برنامه‌ها و منابع	پشتیبانی سیاستی
۰٫۲۵	میزان تأثیرگذاری مداخله بر بهبود مسئله	اثرگذاری مداخله

- امتیازهای خام

اثرگذاری	پشتیبانی سیاستی	قابلیت مداخله	شدت	مسئله سلامت
۴	۴	۳	۴	افزایش چاقی کودکان
۳	۳	۲	۵	خودکشی نوجوانان
۴	۵	۴	۳	شیوع بیماری‌های واگیر
۵	۵	۵	۴	کمبود واکسیناسیون

- ماتریس تحلیل اولویت با امتیازدهی وزنی

امتیاز کل	اثرگذاری (۰٫۲۵+)	پشتیبانی سیاستی (۰٫۲۰+)	قابلیت مداخله (۰٫۲۵+)	شدت (۰٫۳۰+)	مسئله سلامت
۳٫۷۵	$۱٫۰۰ = ۰٫۲۵ \times ۴$	$۰٫۸۰ = ۰٫۲۰ \times ۴$	$۰٫۷۵ = ۰٫۲۵ \times ۳$	$۱٫۲۰ = ۰٫۳۰ \times ۴$	افزایش چاقی کودکان
۳٫۳۵	$۰٫۷۵ = ۰٫۲۵ \times ۳$	$۰٫۶۰ = ۰٫۲۰ \times ۳$	$۰٫۵۰ = ۰٫۲۵ \times ۲$	$۱٫۵۰ = ۰٫۳۰ \times ۵$	خودکشی نوجوانان

۳/۹۰	$۱/۰۰ = ۰/۲۵ \times ۴$	$۱/۰۰ = ۰/۲۰ \times ۵$	$۱/۰۰ = ۰/۲۵ \times ۴$	$۰/۹۰ = ۰/۳۰ \times ۳$	شیوع بیماری‌های واگیر
۴/۷۰	$۱/۲۵ = ۰/۲۵ \times ۵$	$۱/۰۰ = ۰/۲۰ \times ۵$	$۱/۲۵ = ۰/۲۵ \times ۵$	$۱/۲۰ = ۰/۳۰ \times ۴$	کمبود واکسیناسیون

• نتیجه اولویت‌بندی (بالاترین به پایین‌ترین)

رتبه	مسئله سلامت	امتیاز کل
۱	کمبود واکسیناسیون	۴/۷۰
۲	شیوع بیماری‌های واگیر	۳/۹۰
۳	افزایش چاقی کودکان	۳/۷۵
۴	خودکشی نوجوانان	۳/۳۵

تفسیر

- کمبود واکسیناسیون بالاترین اولویت است، چون هم قابلیت مداخله و هم پشتیبانی سیاستی و اثرگذاری در آن بسیار بالا است.
- شیوع بیماری‌های واگیر نیز به دلیل توجه سیاستی و امکان کنترل سریع، در سطح دوم اولویت قرار می‌گیرد.
- افزایش چاقی کودکان شدت بالا دارد اما مداخلات آن طولانی‌مدت است.
- خودکشی نوجوانان با وجود شدت بسیار بالا، به دلیل قابلیت مداخله و پشتیبانی سیاستی پایین‌تر در رتبه آخر قرار می‌گیرد.

مطالعه موردی ۴

شناسایی اولویت در استان

در مقاله کلیشادی و همکاران با عنوان «تحلیل ذی‌نفعان سیاست‌های پیشگیری از چاقی کودکان در ایران» آمده است (۵) که مدیران یکی از استان‌های کشور، با استفاده از داده‌های نظام اطلاعات سلامت و نظام مراقبت، مشکل افزایش چاقی نوجوانان و بیماری‌های مزمن را به عنوان مسئله اولویت‌دار انتخاب کردند. با استفاده از ماتریس تحلیل اولویت، کمبود واکسیناسیون در مناطق روستایی

و خودکشی نوجوانان نیز در اولویت‌های بعدی قرار گرفتند. این تصمیم‌گیری آگاهانه باعث شد بودجه‌ها و برنامه‌ها متمرکز و اثربخش‌تر شوند.

نقش بازخورد پایش عملکرد و داده‌های نظام مراقبت

یکی از مهم‌ترین ویژگی‌های فرایند سیاست‌گذاری، بازخورد مداوم و اصلاح بر اساس داده‌های پایش است. سیستم‌های نظام اطلاعات سلامت و نظام مراقبت، به مدیران امکان می‌دهند نه تنها مشکلات را شناسایی کنند، بلکه اثر اجرای برنامه‌ها را نیز بسنجند و در صورت نیاز تغییرات لازم را اعمال نمایند.

مطالعه موردی ۵

استفاده از داده‌های نظام اطلاعات سلامت در مدیریت بحران در سال ۱۳۹۸، افزایش بیماری‌های تنفسی در یک شهرستان غربی باعث نگرانی مدیران شبکه بهداشت شد. با تحلیل داده‌های نظام اطلاعات سلامت و گزارش‌های نظام مراقبت، مشخص شد که آلودگی هوا و کمبود واکسیناسیون در بزرگسالان عامل اصلی است. این داده‌ها به سرعت به فرمانداری و شورای سلامت منتقل و برنامه‌ای برای کاهش آلودگی و افزایش واکسیناسیون اجرا شد که ظرف چند ماه منجر به کاهش قابل توجه موارد بیماری شد.

تمرین ۵

با توجه به داده‌های فرضی منطقه خود، سه مسئله سلامت را شناسایی کنید. سپس با استفاده از معیارهای ماتریس تحلیل اولویت، آن‌ها را اولویت‌بندی کنید.

تمرین ۶

یک گزارش ساده از نظام مراقبت‌های اولیه سلامت تهیه کنید و بررسی کنید کدام داده‌ها می‌توانند در تصمیم‌گیری‌های سیاست‌گذاری به شما کمک کنند.

بخش پنجم

سیاست‌گذاری مبتنی بر شواهد در سطوح معاونت بهداشت وزارت، دانشگاه/دانشکده و شهرستان

در یکی از دانشگاه‌های علوم پزشکی کشور، تیم معاونت بهداشت با داده‌هایی از نظام مراقبت سلامت مواجه شد که نشان می‌داد مصرف دخانیات در بین جوانان افزایش یافته است. این آمار نگران‌کننده اما شفاف بود. مدیر شبکه بهداشت شهرستان‌های تابعه این دانشگاه می‌دانست که بدون شواهد محکم، طرحی برای مقابله با این معضل بزرگ نمی‌تواند موفق باشد و حتی احتمال شکست و هدررفت منابع وجود دارد. در جلسه‌ای که با حضور مدیران شبکه‌های بهداشت، نمایندگان آموزش و پرورش، شهرداری و جامعه مدنی برگزار شد، داده‌ها به زبان ساده ارائه شد، چالش‌ها و فرصت‌ها تحلیل گردید و تصمیم گرفته شد که برنامه‌ای بومی و مبتنی بر واقعیت‌های محلی طراحی شود.

تصمیم‌گیری بر پایه شواهد؛ پرهیز از سیاست‌گذاری سلیقه‌ای

یکی از مشکلات رایج در سیاست‌گذاری سلامت عمومی در کشور آن است که بسیاری از تصمیمات نه بر پایه‌ی داده و واکاوی، بلکه زیر فشار رسانه‌ها، فشارهای سیاسی و اجتماعی، توصیه افراد پرنفوذ یا حتی فقط به صورت آزمون و خطا گرفته می‌شوند. نتیجه این رویکرد اغلب هدررفت منابع و بی‌اعتمادی جامعه است. مدیران شبکه باید بدانند که می‌توانند نقش کلیدی در تحقق سیاست‌گذاری بر پایه‌ی شواهد یا سیاست‌گذاری با آگاهی از شواهد ایفا کنند (۱۴). برای تحقق این امر باید:

- مطالبه‌گر و مصرف‌کننده شواهد باشند.
- در تولید دانش بومی مشارکت کنند.
- نهادهای ترجمان دانش^۱ را تقویت کنند.
- زمینه استفاده از شواهد در تصمیم‌گیری‌های روزمره را فراهم سازند.

باید توجه داشت که سیاست‌گذاری بر پایه شواهد یا با آگاهی از شواهد، فرایندی

مشارکتی است. مدیران معاونت‌های بهداشت در وزارت، دانشگاه، دانشکده و شهرستان باید با همکاران، جامعه مدنی و ذی‌نقشان محلی تعامل مستمر داشته باشند. تنها با این همکاری و اتکا به داده‌های معتبر است که سیاست‌ها می‌توانند واقعی، قابل اجرا و مؤثر باشند. در غیر این صورت، صرف هزینه و زمان به نتایج مطلوب نمی‌انجامد. برای طراحی سیاست‌ها و برنامه‌های مبتنی بر شواهد، معاونت‌های بهداشت می‌توانند از طیفی از منابع اطلاعاتی و مطالعات پژوهشی استفاده کنند که برخی از مهم‌ترین آن‌ها عبارت‌اند از:

- سامانه‌های اطلاعات سلامت (نظیر سیب و نوبت‌دهی): شامل داده‌های مربوط به مراجعات، بیماری‌ها، خدمات ارائه‌شده، مصرف دارو، ارجاعات؛
- نظام‌های مراقبت بیماری‌ها: شامل داده‌های ثبت‌شده در زمینه بیماری‌های واگیر و بیماری‌های غیر واگیر؛
- پایش عملکرد و برنامه‌های عملیاتی: اطلاعات فصلی و سالانه مراکز و واحدهای تابعه در خصوص تحقق شاخص‌های کلیدی عملکرد؛
- مطالعات محلی و میدانی: مانند پیمایش دانش، نگرش و رفتار، مصاحبه با ذی‌نفعان کلیدی، ارزیابی سواد سلامت، یا بررسی دسترسی به خدمات؛
- منابع داده‌های فرابخشی: شامل داده‌های ثبت احوال، پلیس راهور، آموزش و پرورش، شهرداری‌ها، و ادارات تعاون، کار و رفاه اجتماعی یا صنعت، معدن و تجارت

باید توجه داشت که تجمیع داده‌های چندمنبعی، تصویر دقیق‌تری از مسئله ارائه می‌دهد و امکان طراحی مداخلات هدفمندتر و جامع‌تری را فراهم می‌سازد.

همچنین مدیران شبکه باید یاد بگیرند که چگونه از منابع داده‌ای موجود مانند گزارش‌های نظام مراقبت، سامانه‌های اطلاعات سلامت، شاخص‌های ملی و پژوهش‌های دانشگاهی استفاده کنند. تنها در این صورت است که می‌توانند مسائل را دقیق تعریف کرده، از حمایت مقامات محلی و ملی برخوردار شوند و برنامه‌های خود را اصلاح کنند. استفاده از شواهد به آن‌ها کمک می‌کند تا:

- اثربخشی و کارایی سیاست‌ها را افزایش دهند. به عبارت دیگر شواهد علمی می‌توانند نشان دهند که چه مداخله‌ای در چه زمینه‌ای، برای چه گروهی و در چه شرایطی مؤثر بوده است.
- پاسخ‌گویی و شفافیت را ارتقا دهند. چرا که تصمیم‌گیری مبتنی بر شواهد، امکان

- پاسخ‌گویی بهتر به رسانه‌ها، مردم، و نهادهای نظارتی را فراهم می‌سازد.
- از مداخلات زیان‌آور یا کم‌اثر پیشگیری کنند. بدون شواهد، سیاست‌ها ممکن است منجر به اتلاف منابع، آسیب به گروه‌های آسیب‌پذیر یا شکست مداخلات شوند.
- عدالت در سلامت را تقویت کنند. شواهد می‌توانند به شناسایی نابرابری‌ها و طراحی مداخلات هدفمند برای گروه‌های محروم کمک کنند.

انواع شواهد در سیاست‌گذاری سلامت عمومی

نوع شواهد	مثال‌ها
شواهد پژوهشی	مطالعات مرور نظام‌مند، مطالعات اپیدمیولوژیک، مدل‌های اقتصادی
شواهد عملیاتی	داده‌های نظام سلامت، اطلاعات نظارتی، شاخص‌های عملکرد
شواهد تجربی	آموخته‌های حاصل از اجرای برنامه‌ها در کشور یا کشورهای مشابه
شواهد از جامعه	ترجیحات و باورهای مردم، دیدگاه ذی‌نقشان، رفتارها

شواهد در سیاست‌گذاری سلامت عمومی، فقط به نتایج کارآزمایی‌های بالینی محدود نمی‌شود. طیف وسیعی از شواهد می‌توانند در خدمت سیاست‌گذاری قرار گیرند. در ذیل نمونه‌ای از این شواهد آورده شده است:

سیاست‌گذاری آگاه از شواهد

در نظام سلامت امروز، سیاست‌گذاری مؤثر بدون اتکاب بر شواهد معتبر و داده‌های قابل اعتماد امکان‌پذیر نیست. مدیران شبکه‌های بهداشت و درمان به عنوان خط مقدم تصمیم‌سازی و اجرای برنامه‌های سلامت، باید از یک نظام سیاست‌گذاری آگاه از شواهد بهره‌مند شوند؛ نظامی که بر پایه‌ی چرخه‌ای پیوسته از گردآوری، واکاوی، ترجمان و استفاده از شواهد عمل می‌کند. این چرخه نه تنها باید به تصمیم‌گیری و برنامه‌ریزی کمک کند، بلکه باید اجرای سیاست‌ها را نیز هدایت کرده و زمینه ارزیابی و اصلاح مستمر آن‌ها را فراهم سازد. سیاست‌گذاری آگاه از شواهد زمانی معنا پیدا می‌کند که مدیران بتوانند از داده‌ها و مطالعات به صورت هدفمند و جهت‌دهنده استفاده کنند و فاصله میان «دانش» و «عمل» را کاهش دهند.

اجزای کلیدی این نظام شامل ابزارها و سازوکارهایی مانند ارزیابی فناوری سلامت،

راهنماهای بالینی مبتنی بر شواهد، پروتکل‌ها و بسته‌های سلامت عمومی، پیمایش‌های ملی و استانی، نظام جامع دیده‌بانی و پایش شاخص‌ها، پلتفرم‌های فناوری اطلاعات برای انباشت و اشتراک داده‌ها و فرایندهای ترجمان دانش و اجتماعات گفتمان‌سیاستی است. این اجزا به مدیران کمک می‌کند پیامدهای سیاست‌ها و مداخلات را پیش از تصمیم‌گیری پیش‌بینی کنند، اجرای سیاست‌ها را دقیق‌تر برنامه‌ریزی نمایند و به‌طور مستمر عملکرد شبکه را پایش و اصلاح کنند. برای مثال، ارزیابی فناوری سلامت به مدیران اجازه می‌دهد اثربخشی، هزینه-اثربخشی و پیامدهای اخلاقی و اجتماعی تکنولوژی‌های جدید را پیش از به‌کارگیری بررسی کنند. راهنماهای بالینی و عمومی نیز چهارچوب‌های استاندارد برای ارائه خدمات هماهنگ و مبتنی بر شواهد فراهم می‌سازند.

از دیدگاه تولید شواهد، مطالعات مورد نیاز در یک نظام سیاست‌گذاری آگاه از شواهد طیفی از فعالیت‌ها را در بر می‌گیرد. این فعالیت‌ها شامل توصیف و تحلیل داده‌های موجود (نظیر داده‌های نظام اطلاعات سلامت، سامانه‌های آمار مرگ، و داده‌های مراکز سلامت)، جمع‌آوری داده‌های جدید در مواردی که اطلاعات کافی وجود ندارد، مطالعات پایش و ارزشیابی برنامه‌ها و سیاست‌ها، و طراحی و ارزیابی مداخلات نوآورانه است. برای مثال، یک مدیر شبکه ممکن است ابتدا با تحلیل داده‌های موجود به این نتیجه برسد که میزان پوشش مراقبت‌های پیشگیرانه در گروهی خاص کاهش یافته است؛ سپس با جمع‌آوری داده‌های تکمیلی، علل این وضعیت را شناسایی کرده و مداخله‌ای طراحی کند؛ و در نهایت با انجام ارزشیابی، اثربخشی مداخله را بسنجد و آن را اصلاح نماید.

در مجموع، نظام سیاست‌گذاری آگاه از شواهد نه تنها به کیفیت تصمیمات مدیران شبکه بهداشت و درمان می‌افزاید، بلکه موجب افزایش کارآمدی، انسجام، پاسخ‌گویی و اثرگذاری سیاست‌ها و برنامه‌های سلامت در سطح جامعه می‌شود. حرکت به سوی این نظام، نیازمند فرهنگ‌سازی، تقویت سواد تصمیم‌گیری مبتنی بر شواهد، دسترسی به داده‌های معتبر، زیرساخت‌های اطلاعاتی قابل اتکا، و همچنین ایجاد تعامل مؤثر بین پژوهشگران، مدیران و سیاست‌گذاران است. این تحول، زیربنای ارتقای سلامت جمعیت و افزایش اعتماد عمومی به نظام سلامت خواهد بود.

ابزارها و رویکردهای حمایت از سیاست‌گذاری آگاه از شواهد

سازمان جهانی بهداشت و برخی دیگر نهادها ابزارهایی را برای حمایت از سیاست‌گذاری آگاه از شواهد معرفی کرده‌اند (۱۵) از جمله:

- شبکه‌سیاستی آگاه از شواهد^۱: شبکه‌ای برای ارتقای استفاده از شواهد در سیاست‌گذاری سلامت در کشورهای با درآمد کم و متوسط؛
- خلاصه‌های سیاستی^۲ مبتنی بر شواهد برای تصمیم‌گیران؛
- جلسات گفت‌وگوی ساختارمند^۳ میان پژوهشگران، سیاست‌گذاران و ذی‌نقشان؛
- مجموعه ابزارهایی برای کمک به سیاست‌گذاران جهت درک و استفاده از شواهد^۴.

چرخه شواهد در نظام سیاست‌گذاری سلامت

این چرخه به صورت پیوسته و تکرارشونده عمل می‌کند و تضمین می‌نماید که سیاست‌ها، برنامه‌ها و مداخلات سلامت بر پایه‌ی شواهد معتبر، تحلیل علمی و بازخوردهای واقعی اجرا شوند.

۱. جمع‌آوری داده‌ها و شواهد:
شامل: پایگاه‌های اطلاعاتی سلامت، پیمایش‌های جمعیتی، نظام ثبت بیماری‌ها، نظام اطلاعات سلامت، ثبت مرگ‌ومیر و یا داده‌های بیمه‌ای
۲. تحلیل و تفسیر شواهد:
با بهره‌گیری از تحلیل‌های اپیدمیولوژیک، اقتصادی، اجتماعی و تحلیل مقایسه‌ای، برای استخراج پیام‌های سیاستی قابل استفاده.
۳. ترجمان دانش و گفتمان سیاستی:
شامل ارایه خلاصه‌سیاستی^۵، برگزاری جلسات گفتمان سیاستی، تهیه گزارش‌های قابل فهم برای مدیران، تحلیل اثربخشی سیاست‌ها، و بهره‌گیری از چهارچوب‌های پژوهش‌های سیاست و نظام سلامت^۶
۴. تصمیم‌سازی و اجرای مداخله:

1. EVIPNet (Evidence-Informed Policy Network)

2. Policy Briefs

3. Deliberative Dialogues

4. SUPPORT Tools for Evidence-Informed Policymaking (STP)

5. Policy Brief

6. Health Policy and Systems Research

سیاست، راهبردی و برنامه‌مبندی بر شواهد تدوین و در سطح شبکه و شهرستان اجرایی شود. سپس باز خورد و پیامدها دوباره وارد چرخه می‌گردند.

چالش‌های استفاده از شواهد در سیاست‌گذاری سلامت عمومی

به رغم اهمیت آن، پیاده‌سازی سیاست‌گذاری آگاه از شواهد با موانعی روبرو است (۱۴، ۱۶):

- ناهماهنگی بین زمان‌بندی تولید شواهد و تصمیم‌گیری‌های فوری؛
- نبود مهارت و اکاوی شواهد در میان مدیران و سیاست‌گذاران؛
- شکاف ارتباطی میان پژوهشگران و تصمیم‌گیرندگان؛
- فشارهای سیاسی، منافع سازمانی یا مقاومت فرهنگی؛

مطالعه موردی ۶

استفاده از شواهد برای طراحی مداخله محلی

در سال ۱۴۰۱، داده‌های نظام اطلاعات سلامت در یکی از استان‌های کشور نشان داد که چاقی در میان دختران نوجوان ۱۵ تا ۱۸ سال در چند شهرستان به سرعت در حال افزایش است. مدیر شبکه، به جای واکنش هیجانی، این داده‌ها را تحلیل کرد و با استناد به آن‌ها، موضوع را وارد دستورکار شورای سلامت و امنیت غذایی شهرستان کرد. سپس با همکاری آموزش و پرورش و شهرداری، برنامه‌ای برای ترویج فعالیت بدنی در مدارس طراحی شد. نتایج پایش نشان داد که اجرای کمپین رسانه‌ای و اصلاح منوی غذای مدارس در سال دوم، اثرگذاری برنامه را دوچندان کرد.

جایگاه شبکه‌های بهداشت و درمان در سیاست‌گذاری عمومی

شبکه‌های بهداشت در ایران نه فقط مجری سیاست‌های ملی که تولیدکننده دستورکارهای محلی و راه‌حل‌های بومی هستند. خانه‌های بهداشت و مراکز خدمات جامع سلامت خط مقدم شناسایی مشکلات اند، اما مدیران شبکه‌اند که این داده‌ها را به زبان سیاست ترجمه کرده و با ذی‌نقشان مختلف هماهنگ می‌کنند.

مطالعه موردی ۷

کاهش خودکشی نوجوانان در یک شهرستان مرزی (۲، ۱)

در یک شهرستان مرزی، افزایش خودکشی نوجوانان به بحرانی اجتماعی تبدیل شد. مدیر شبکه با استفاده از داده‌های نظام مراقبت، ابعاد مسئله را مستند کرد و موضوع را به دست‌ورکار شورای آموزش و پرورش و فرمانداری کشاند. یک سازمان مردم‌نهاد محلی هم‌وارد همکاری شد. برنامه‌ی «خط زندگی» که شامل آموزش معلمان، مشاوره گروهی برای دانش‌آموزان و کمپین رسانه‌ای بود، طی دو سال توانست نرخ خودکشی را ۲۰ درصد کاهش دهد. این تجربه نشان داد که حتی در شرایط کمبود منابع، توانایی سیاست‌گذاری و اجماع‌سازی می‌تواند جان انسان‌ها را نجات دهد.

تمرین ۷

چند مثال از سیاست‌ها، راهبردها و برنامه‌های اجرایی در حوزه سلامت عمومی شهرستان خود بیاورید و تفاوت آن‌ها را توضیح دهید.

تمرین ۸

در منطقه شما، یک سیاست ملی در حوزه کنترل فشار خون وجود دارد. راهبرد استانی این سیاست چیست؟ و برنامه‌های محلی که می‌تواند کمک کند، چه مواردی هستند؟ یک مثال واقعی یا فرضی ذکر کنید.

تدوین مداخلات بومی شده؛ یک ضرورت غیرقابل اجتناب

یکی از مهم‌ترین دلایل شکست برخی سیاست‌های سلامت عمومی، بی‌توجهی به شرایط و فرهنگ محلی است. یک مداخله موفق در تهران ممکن است در شهرستانی کوچک یا منطقه‌ای محروم به خوبی اجرا نشود، مگر اینکه با توجه به ویژگی‌ها، باورها و امکانات همان منطقه طراحی شود. مداخلات بومی شده، یعنی برنامه‌هایی که با مشارکت ذی‌نقشان

محلی، تحلیل شرایط واقعی و به کارگیری منابع در دسترس شکل می‌گیرند (۱۷). این رویکرد تضمین می‌کند که سیاست‌ها قابل قبول، عملی و ماندگار باشند. طراحی موفق چنین مداخلاتی نیازمند طی کردن گام‌هایی مشخص و ساختارمند است:

۱. تعریف دقیق مسئله: با استفاده از تحلیل داده‌ها، روندهای آماری و بهره‌گیری از نظرات کارشناسی؛
 ۲. تعیین اهداف مشخص و قابل اندازه‌گیری: برای مثال، کاهش ۱۰ درصد شیوع اضافه‌وزن در نوجوانان طی یک سال؛
 ۳. شناسایی راهکارهای مناسب مداخله‌ای: با در نظر گرفتن منابع موجود، ویژگی‌های فرهنگی و ظرفیت اجرایی شبکه؛
 ۴. جلب مشارکت ذی‌نفعان محلی: مانند شوراهای شهر، مدیران مدارس، نیکوکاران، تسهیل‌گران سلامت و فعالان اجتماعی؛
 ۵. طراحی نظام پایش و ارزشیابی: با هدف سنجش مستمر اثربخشی و امکان اصلاح سیاست در طول زمان اجرا؛
- ابزارهایی مانند مدل منطقی^۱، نقشه راه رفتاری^۲، چک‌لیست طراحی مشارکتی، جدول ماتریسی منابع و موانع برای طراحی مداخلات می‌توانند مفید باشند.

مطالعه موردی ۸

کنترل دخانیات (۳)

در یکی از استان‌های کشور، معاونت بهداشت با بهره‌گیری از داده‌های نظام مراقبت سلامت دریافت که مصرف قلیان و سیگار در میان نوجوانان روستایی روند افزایشی داشته است. بر اساس این شواهد، به جای کپی مستقیم برنامه‌های شهری، تیم سلامت با همکاری معلمان، خانواده‌ها و نهادهای محلی، یک برنامه‌ی آموزش سلامت با رویکرد فرهنگی طراحی کرد که شامل کارگاه‌های محلی، پویش‌های رسانه‌ای منطقه‌ای و استفاده از رهبران محلی به عنوان الگو بود. این برنامه توانست طی دو سال مصرف دخانیات را به شکل قابل توجهی کاهش دهد و نمونه موفق‌تری از مداخلات بومی شده باشد.

مثال‌های دیگر از سیاست‌گذاری موفق محلی

- کاهش وزن دانش‌آموزان: با همکاری آموزش و پرورش و والدین، اجرای برنامه‌ی تغذیه سالم در مدارس برخی استان‌ها، همراه با اصلاح منوی غذا، ورزش منظم و آموزش به خانواده‌ها.
- واکسیناسیون کامل کودکان: با استفاده از سامانه‌های اطلاعات سلامت و پایش دقیق، برخی شبکه‌ها توانستند پوشش واکسیناسیون را به بیش از ۹۵ درصد برسانند.
- پیشگیری از بیماری‌های واگیر: اجرای مداخلاتی مبتنی بر شواهد در مناطق روستایی محروم که منجر به کاهش قابل توجه موارد بیماری سل و هپاتیت شد.

مطالعه موردی ۹

پیشگیری از خودکشی در شهرستان مرزی

همانطور که در بخش‌های قبل اشاره شد، در یک شهرستان مرزی افزایش نرخ خودکشی نوجوانان یک بحران سلامت عمومی بود. با استفاده از داده‌های دقیق نظام مراقبت و تعامل مستمر با معلمان، والدین و رسانه‌ها، برنامه‌ای ترکیبی شامل آموزش مهارت‌های مقابله‌ای، خط مشاوره تلفنی و کمپین‌های اطلاع‌رسانی طراحی و اجرا شد. این برنامه که کاملاً متناسب با فرهنگ و شرایط منطقه بود، موفق شد طی دو سال نرخ خودکشی را ۲۰ درصد کاهش دهد و توجه دیگر مناطق کشور را جلب کند.

تمرین ۸

با استفاده از داده‌های سامانه‌های سطح یک و گزارش‌های نظام مراقبت منطقه خود، یک مسئله سلامت عمومی را انتخاب کنید و برای آن یک مداخله‌ی بومی شده پیشنهاد دهید. مداخله را با توجه به فرهنگ، منابع و ذی‌نقشان محلی شرح دهید.

تمرین ۹

فهرستی از منابع داده‌ای در دسترس خود تهیه کنید و بررسی کنید چگونه می‌توانید از آن‌ها برای بهبود سیاست‌های سلامت عمومی استفاده کنید.

ابزار کاربردی: فرم طراحی مداخله بومی شده

بخش	محتوای پیشنهادی
عنوان مداخله	مثلاً «کاهش رفتارهای پرخطر تغذیه‌ای در دانش‌آموزان»
تعریف مسئله	شیوع چاقی ۲۵٪ در گروه سنی ۱۰ تا ۱۴ سال
هدف کلی	کاهش شیوع به ۲۰٪ تا پایان سال تحصیلی
راهبردها	آموزش مدارس، مشارکت والدین، بوفه سالم
منابع مورد نیاز	نیروی انسانی، بودجه آموزش، مشارکت آموزش و پرورش
شاخص پایش	درصد دانش‌آموزان با شاخص توده بدنی نرمال

ابزار کاربردی: الگوی گزارش موفقیت سیاست محلی

عنوان برنامه: افزایش آگاهی درباره سلامت روان در روستاهای کوهستانی.

زمان اجرا: ۱۲ ماه (فروردین تا اسفند).

گام‌ها:

- برگزاری ۸ کارگاه آموزشی محلی؛
- چاپ و توزیع بروشورهای بومی؛
- اجرای برنامه رادیویی محلی؛

نتایج:

- افزایش مراجعه به خدمات روانشناسی ۴۰٪
- کاهش موارد گزارش شده اقدام به خودکشی ۲۵٪

درس‌های آموخته‌شده: اهمیت اعتمادسازی و مشارکت داوطلبان سلامت

پرسش‌های ارزشیابی مداخله محلی:

۱. آیا هدف مداخله مشخص، قابل اندازه‌گیری و واقع‌بینانه بود؟
۲. آیا داده‌های پایه برای تعیین نیاز اولیه وجود داشت؟
۳. آیا گروه هدف به‌درستی شناسایی شد؟
۴. آیا مداخله با منابع محلی قابل اجرا بود؟
۵. آیا شاخص‌های ارزیابی مناسب انتخاب شدند؟
۶. آیا نتایج به اطلاع ذی‌نفعان رسید؟
۷. آیا اصلاحات لازم در طول اجرا اعمال شد؟

بخش هشتم

سیاست‌گذاری بین‌بخشی برای سلامت عمومی

در یک صبح زمستانی، مدیر شبکه بهداشت شهرستانی در شمال کشور با گزارشی تکان‌دهنده روبرو می‌شود. آمارها نشان می‌دهد که در جاده‌های بین‌شهری منطقه، مرگ‌ومیر ناشی از تصادفات طی سه سال گذشته ۳۰ درصد افزایش یافته است. این مسئله تنها یک مشکل پزشکی یا اورژانسی نیست؛ در واقع، دلایل متعددی دست به دست هم داده‌اند: زیرساخت‌های فرسوده‌ی جاده‌ها، رفتارهای پرخطر رانندگان، خستگی رانندگان کامیون، نبود آموزش ایمنی برای موتورسواران نوجوان و حتی مصرف مواد محرک. حالا فرماندار و رسانه‌های محلی از شبکه بهداشت انتظار دارند که راه‌حلی ارائه دهد، اما آیا این بحران به واقع در توان و اختیار شبکه بهداشت است؟

مدیر شبکه به سرعت درمی‌یابد که این مشکل را نمی‌توان با گسترش خدمات اورژانس یا آموزش عمومی ساده حل کرد. او باید به سراغ کنشگران دیگر برود؛ پلیس راهور برای نظارت جدی‌تر و آموزش رانندگان، اداره حمل‌ونقل برای مدیریت ساعت کاری رانندگان، آموزش و پرورش برای آموزش مهارت‌های ایمنی دانش‌آموزان، شهرداری برای ایجاد مسیرهای ایمن موتورسواران، و حتی رسانه‌های محلی برای تغییر رفتار جامعه. این تجربه واقعی به خوبی نشان می‌دهد که چرا سلامت عمومی دیگر در چهارچوب سنتی وزارت بهداشت قابل مدیریت نیست؛ بلکه نیازمند سیاست‌گذاری بین‌بخشی است.

سلامت در همه سیاست‌ها

مفهوم «سلامت در همه سیاست‌ها» دقیق بر همین نکته تأکید می‌کند؛ سلامت مردم نتیجه تصمیمات در همه بخش‌های حاکمیت است؛ از حمل و نقل و کشاورزی گرفته تا آموزش، محیط‌زیست و حتی برنامه‌ریزی شهری. برای نمونه، وقتی شهرداری تصمیم می‌گیرد تعداد پارک‌ها و مسیرهای دوچرخه‌سواری را افزایش دهد، این تصمیم شاید در ظاهر بخشی از سیاست‌های ترافیکی یا عمرانی باشد، اما در عمل، میزان فعالیت بدنی مردم را زیاد کرده و به کاهش چاقی و افسردگی کمک می‌کند. یا سیاست‌های جهاد کشاورزی درباره کاهش مصرف سموم و ترویج محصولات سالم، می‌تواند مستقیم در کاهش سرطان‌ها و بیماری‌های مزمن نقش داشته باشد.

با این حال، همکاری بین‌بخشی در عمل ساده نیست. بسیاری از مدیران شبکه‌های بهداشت تجربه کرده‌اند که جلسات شورای سلامت شهرستان، که قرار است بستری برای هماهنگی میان سازمان‌ها باشد، به جای حل مشکلات، به محلی برای بیان تعارف و کلی‌گویی تبدیل می‌شود. تضاد منافع، نبود زبان مشترک میان سازمان‌ها، و حتی بی‌میلی برخی دستگاه‌ها به تقسیم منابع یا تغییر سیاست‌هایشان، مانع پیشرفت می‌شود. برای نمونه، در برخی شهرها، شهرداری‌ها به دلیل درآمد حاصل از مجوز قلیان‌سراها، در برابر برنامه‌های کنترل دخانیات مقاومت کرده‌اند.

در چنین فضایی، مهارت مدیران شبکه بهداشت در ایجاد اجماع و یافتن منافع مشترک حیاتی می‌شود. تجربه‌های موفق نشان داده‌اند که اگر مدیران بتوانند سلامت را به زبان دغدغه‌های دیگر بخش‌ها ترجمه کنند، مقاومت‌ها کمتر می‌شود. برای مثال، در یک شهر صنعتی در کرمان، آلودگی هوا و بیماری‌های تنفسی به بحرانی اجتماعی تبدیل شده بود. مدیر شبکه، با جمع‌آوری داده‌های دقیق و ارائه آن به شورای سلامت شهرستان، نشان داد که کاهش آلودگی نه تنها سلامت مردم را بهبود می‌بخشد، بلکه باعث کاهش غیبت کارگران و افزایش بهره‌وری صنایع می‌شود. همین رویکرد باعث شد شهرداری، اداره محیط‌زیست و حتی کارخانه‌ها پای کار بیایند و برنامه‌ای مشترک برای کاهش آلودگی و اصلاح ایمنی کارخانجات به اجرا درآید.

در نهایت، سیاست‌گذاری بین‌بخشی برای مدیران بهداشت، بیش از آنکه یک وظیفه اداری باشد، یک هنر است؛ هنری که شامل مذاکره، رهبری بدون اختیار مستقیم، ترجمه

اهداف سلامت به زبان اقتصاد و توسعه، و ایجاد انگیزه در میان ذی‌نقشان است. موفقیت در این عرصه می‌تواند به نتایج ملموس منجر شود، از جمله کاهش ۲۵ درصدی بستری بیماران تنفسی در یک شهر صنعتی، کاهش ۲۰ درصدی نرخ خودکشی نوجوانان در یک شهرستان مرزی با همکاری مدارس و سازمان‌های مردم‌نهاد، یا حتی کنترل روند چاقی کودکان در چند استان از طریق کمپین «مدارس بدون نوشابه».

سلامت عمومی، امروز بیش از هر زمان دیگر، به توانایی مدیران در ایجاد پیوند میان بخش‌های گوناگون وابسته است. این توانایی است که می‌تواند مشکلات پیچیده و چندوجهی را، که هیچ نهادی به تنهایی از پس‌گشودن آن برنمی‌آید، به فرصت‌هایی برای توسعه پایدار سلامت تبدیل کند.

همکاری بین‌بخشی: سازوکارها، چالش‌ها و مسیرهای توسعه

در نظام سلامت، بسیاری از مسائل پیچیده، از جمله چاقی کودکان، مصرف دخانیات، آلودگی محیط‌زیست و ایمنی جاده‌ای، تنها با مشارکت بخش‌های مختلف قابل مدیریت هستند. تجربه نشان داده است که همکاری بین‌بخشی اگرچه ضروری است، اما بدون سازوکارهای مؤثر و انگیزه‌های روشن به نتیجه نمی‌رسد (۱۸).

در حال حاضر، سازوکارهایی برای این همکاری وجود دارد. یکی از مهم‌ترین آن‌ها شورای سلامت و امنیت غذایی در شهرستان‌ها و استان‌ها است که به‌عنوان بستر هماهنگی میان دستگاه‌ها طراحی شده است؛ اما در عمل، بدون مدیریت فعال و پیگیری جدی، اغلب به جلساتی تشریفاتی و کم‌اثر تبدیل می‌شود. در کنار آن، کارگروه‌های تخصصی مانند کارگروه ایمنی جاده‌ای یا پیگیری از مصرف دخانیات، بستری تخصصی و متمرکز برای پیگیری اهداف خاص فراهم می‌کنند. همچنین، مشارکت با سازمان‌های مردم‌نهاد امکان اجرای برنامه‌های فرهنگی و آموزشی را در سطح جامعه تسهیل می‌کند و به مداخلات رنگ و بوی مردمی می‌بخشد.

با این حال، این همکاری‌ها با مانع‌های بزرگی روبروست. تضاد منافع، مانند درآمد شهرداری‌ها از صدور پروانه فعالیت قلیان‌سراها که در تعارض با سیاست‌های کنترل دخانیات قرار دارد، یکی از بنیادی‌ترین چالش‌هاست. همچنین، نبود زبان مشترک میان بخش‌ها ناشی از به‌کارگیری از اصطلاحات فنی یا اهداف متفاوت، فرایند هماهنگی را دشوار می‌سازد. کمبود بودجه مشترک و نبود انگیزه‌های مالی نیز باعث می‌شود برخی سازمان‌ها

تمایلی به سرمایه‌گذاری در برنامه‌های سلامت نداشته باشند.

برای غلبه بر این چالش‌ها، راهبردهایی پیشنهاد شده است. نخست، باید منافع مشترک میان دستگاه‌ها ایجاد شود؛ به‌عنوان نمونه، نشان دادن اینکه کاهش چاقی کودکان می‌تواند به کاهش غیبت دانش‌آموزان و کاهش هزینه‌های آموزش و پرورش منجر شود، می‌تواند انگیزه‌ی همکاری ایجاد کند. دوم، استفاده از شواهد و داده‌های قابل درک مانند نمودارها و آمار ساده‌شده به زبان مشترک میان دستگاه‌ها کمک می‌کند. سوم، ایجاد پاداش‌ها و مشوق‌ها برای سازمان‌هایی که در بهبود شاخص‌های سلامت نقش دارند، می‌تواند همکاری را تقویت کند. همکاری مؤثر با نهادهای کلیدی نقشی محوری در این فرایند دارد. آموزش و پرورش با اجرای برنامه‌هایی همچون آموزش مهارت‌های زندگی و پروژه‌هایی نظیر «مدارس بدون نوشابه» - که در چند استان با همکاری معلمان و والدین اجرا شد - توانست شاخص‌های چاقی دانش‌آموزان را بهبود بخشد و نمونه‌ای روشن از این تعامل ارائه دهد. شهرداری‌ها نیز با توسعه فضاهای پیاده‌روی و دوچرخه‌سواری، ایجاد پارک‌های سلامت همانند تجربه‌ی تبریز که با همکاری شبکه بهداشت اجرا شد و نظارت بر مراکز عرضه‌ی غذا، در ارتقای سلامت عمومی نقش دارند. اداره‌های محیط‌زیست از راه‌پایش آلودگی هوا و آب و آموزش جامعه، همانند همکاری شبکه بهداشت اراک با این اداره در کنترل فلزات سنگین برآمده از صنایع، از دیگر کنشگران کلیدی به شمار می‌روند. همچنین، پلیس راهور با آموزش ایمنی رانندگی، کنترل رفتارهای پرخطر و اصلاح نقاط حادثه‌خیز و جهاد کشاورزی با حمایت از تولید محصولات سالم و کاهش مصرف سموم در مزارع، بخشی از این شبکه همکاری محسوب می‌شوند.

چنین تجربه‌هایی نشان می‌دهد که همکاری بین‌بخشی، زمانی که با سازوکارهای شفاف، منافع مشترک و مشوق‌های عملی همراه باشد، می‌تواند از یک شعار اداری فراتر رفته و به نیرویی واقعی برای بهبود سلامت جامعه تبدیل شود.

مهارت‌های کلیدی برای مدیران شبکه

همکاری بین‌بخشی فقط به «دعوت به جلسه» خلاصه نمی‌شود. مدیران شبکه بهداشت برای موفقیت باید:

درک منافع و زبان هر ذی‌نقش را داشته باشند. شهرداری به زیبایی شهر فکر می‌کند، پلیس به نظم، و آموزش و پرورش به یادگیری دانش‌آموزان.

بتوانند مذاکره کنند و به جای رقابت برای بودجه، ارزش همکاری را نشان دهند. اجماع‌سازی کنند: یافتن نقطه مشترک، مثل «کاهش هزینه‌های درمانی و ارتقای کیفیت زندگی» که همه دستگاه‌ها از آن نفع می‌برند. از داده‌ها استفاده کنند تا اهمیت مسئله را اثبات و همکاری را توجیه کنند.

مطالعه موردی ۱۰

پروژه «زندگی ایمن» در یک شهر صنعتی (۴)

در یکی از شهرهای صنعتی کشور، نرخ زیاد بیماری‌های تنفسی و حوادث ناشی از کار به یک چالش جدی اجتماعی تبدیل شده بود. مدیر شبکه بهداشت با گردآوری اطلاعات دقیق و مطرح کردن موضوع در شورای سلامت شهرستان، موفق شد همکاری نهادهایی چون شهرداری، اداره محیط‌زیست، کارخانه‌ها و نیروی انتظامی را جلب کند. در نتیجه، برنامه‌ای جامع شامل پایش آلودگی هوا، بهبود استانداردهای ایمنی در کارخانه‌ها، آموزش ایمنی به کارگران و راه‌اندازی کلینیک تخصصی بیماری‌های ریوی به اجرا درآمد. در نتیجه، طی سه سال، بستری بیماران تنفسی ۲۵ درصد کاهش یافت و این مدل به عنوان یک الگوی همکاری بین‌بخشی در دیگر شهرستان‌ها معرفی شد.

تمرین ۱۰

یک مسئله سلامت عمومی (مانند چاقی کودکان، آلودگی هوا یا تصادفات جاده‌ای) را در منطقه خود انتخاب کنید. ذی‌نقشان کلیدی (دولتی، خصوصی و مردمی) را فهرست کنید و برای هر کدام، انگیزه‌ها، قدرت و منافعشان را تحلیل کنید. سپس یک برنامه همکاری بین‌بخشی طراحی کنید که بتواند منافع مشترک ایجاد کند.

تمرین ۱۱

شما جای مدیر شبکه هستید.

در شهرستانی که مدیریت می‌کنید، آمار چاقی در میان دانش‌آموزان طی دو سال ۴۰ درصد افزایش یافته است. والدین و رسانه‌ها فشار می‌آورند. بودجه محدود است و آموزش و پرورش می‌گوید «مشکل ما نیست».

- چه داده‌هایی را جمع‌آوری می‌کنید تا اهمیت مسئله را ثابت کنید؟
- چه ذی‌نقشانی را پای‌میز مذاکره می‌آورید؟
- چه منفعتی برای هر سازمان تعریف می‌کنید که حاضر به همکاری شوند؟
- چه اقدام کوتاه‌مدت و چه راهکار بلندمدتی را پیشنهاد می‌کنید؟

با توجه به آنچه گفته شد باید توجه داشت که سلامت عمومی، فراتر از ساختمان شبکه بهداشت است. موفقیت در این حوزه یعنی توانایی ایجاد اتحاد میان کنشگرانی که اهداف، زبان و دغدغه‌های متفاوت دارند. تجربه‌های واقعی از ایران نشان می‌دهد که وقتی مدیران شبکه نقش «پل‌ساز» را ایفا می‌کنند، بحران‌ها به فرصت‌های پایدار برای بهبود سلامت مردم تبدیل می‌شوند.

چالش‌ها و موانع سیاست‌گذاری سلامت عمومی در سطح شبکه

یک صبح بهاری در شهرستانی کوچک در حاشیه کویر، مدیر شبکه بهداشت با تلفن‌های پی‌درپی از فرمانداری، یک عضو شورای شهر، و حتی خبرنگار یک رسانه محلی مواجه است. گزارش‌هایی از افزایش شیوع افسردگی و اعتیاد در میان جوانان منتشر شده است. بودجه شبکه به دشواری هزینه‌های پایه را پوشش می‌دهد، تنه‌روان پزشک شهرستان در پی جابه‌جایی است و برنامه تحول سلامت که می‌بایست بار مالی مردم را کم کند، در این منطقه به رشد «پرداخت‌های غیررسمی» انجامیده است. مدیر شبکه در جلسه شورای سلامت و امنیت غذایی شهرستان شرکت می‌کند، اما درمی‌یابد که برخی نمایندگان دستگاه‌ها، از جمله شهرداری و آموزش و پرورش، اولویتی متفاوت را دنبال می‌کنند. آن‌ها درخواست دارند منابع محدود، به برنامه‌ی کاهش تصادفات جاده‌ای اختصاص یابد؛ چرا که این موضوع زیر فشار قابل توجه رسانه‌ها قرار دارد.

این صحنه نمونه‌ای از چالش‌هایی است که مدیران شبکه در سیاست‌گذاری سلامت

عمومی تجربه می‌کنند؛ چالش‌هایی که اگرچه در مقیاس‌های مختلف در بسیاری از شهرستان‌ها دیده می‌شود، اما کمتر در اسناد سیاستی به شکل واقعی بازتاب یافته است. این بخش با مرور پنج مانع عمده، بر اساس تجربه‌های واقعی و پژوهش‌های انجام‌شده در ایران، نشان می‌دهد که چگونه این موانع بر سیاست‌گذاری محلی اثر می‌گذارند و چه درس‌هایی می‌توان از آن‌ها گرفت.

کمبود منابع: وقتی بودجه و نیروی انسانی تعیین‌کننده مسیر سیاست می‌شوند.

یکی از رایج‌ترین مشکلات شبکه‌های بهداشت، محدودیت بودجه و نیروی انسانی است. طرح پزشک خانواده در مناطق روستایی، هرچند بهبود قابل توجهی در شاخص‌های سلامت مادر و کودک ایجاد کرد، اما مطالعات نشان داده‌اند که این برنامه در بسیاری از شهرستان‌ها با کمبود نیرو، نبود تأمین مالی پایدار و ضعف زیرساخت‌ها مواجه بوده است (۱۹). در برخی مناطق، پزشکان خانواده به دلیل پرداخت نشدن به موقع حق الزحمه یا کمبود امکانات، انگیزه‌ی کافی برای پیگیری مستمر بیماران را از دست دادند.

در عمل، مدیر شبکه در چنین شرایطی مجبور است تصمیمات سختی بگیرد؛ آیا بودجه‌ی محدود باید صرف حفظ پزشکان موجود شود یا صرف توسعه برنامه‌های پیشگیری؟ چنین انتخاب‌هایی، اگر بدون تحلیل دقیق داده‌ها و بدون جلب حمایت ذی‌نقشان انجام شود، می‌تواند به نارضایتی مردم و تضعیف اعتماد عمومی بینجامد.

مطالعه موردی ۱۱

تأمین منابع برای سلامت روان در یک شهرستان مرزی

در یکی از شهرستان‌های شمال غرب کشور، افزایش افسردگی پس از بحران اقتصادی سال ۱۴۰۰ به مسئله‌ای جدی تبدیل شد. بودجه شبکه تنها برای حفظ خدمات اولیه بهداشت کفایت می‌کرد. مدیر شبکه با استفاده از داده‌های نظام مراقبت سلامت و گزارش‌های مربوط، حجم مشکل را مستند کرد و با همکاری یک سازمان مردم‌نهاد محلی و جلب حمایت استانداری توانست بودجه‌ای ویژه برای آموزش روانشناسان و راه‌اندازی خط مشاوره تلفنی جذب کند. این تجربه

نشان داد که حتی در شرایط کمبود منابع، استفاده هوشمندانه از داده و مشارکت ذی‌نقشان می‌تواند راه‌حل‌های خلاقانه ایجاد کند.

محدودیت اختیارات: تصمیم‌گیری محلی در قید سیاست‌های مرکزی

مدیران شبکه‌ها اغلب در موقعیتی قرار دارند که سیاست‌های کلان ملی را اجرا می‌کنند، اما اختیارات محدودی برای تطبیق این سیاست‌ها با شرایط محلی دارند. تجربه طرح تحول سلامت نشان داد که اگرچه این طرح با هدف کاهش پرداخت از جیب مردم طراحی شده بود، اما به دلیل نبود انعطاف‌پذیری در بودجه‌ریزی و کم‌توجهی به تفاوت‌های استانی، در برخی مناطق باعث فشار مالی مضاعف بر بیمارستان‌های محلی و افزایش پرداخت‌های غیررسمی شد (۲۰).

در چنین وضعیتی، مدیر شبکه مجبور است در میان اولویت‌های متناقض حرکت کند: اجرای سیاست ملی الزامی است، اما پاسخ‌گویی به نیازهای واقعی مردم و رسانه‌های محلی نیز اجتناب‌ناپذیر است. برخی مدیران موفق با ایجاد کارگروه‌های محلی و ارتباط مستمر با استانداری‌ها، تلاش کرده‌اند این شکاف را پر کنند.

تمرین ۱۲

فرض کنید وزارت بهداشت برنامه‌ای ملی برای کنترل فشار خون با رویکرد غربالگری سراسری اعلام کرده است. در شهرستان شما، با این حال، کمبود نیروی انسانی و فشار رسانه‌ها برای مقابله با بحران مصرف مواد مخدر، اجرای این برنامه را دشوار کرده است.

- چه اقداماتی برای جلب حمایت استانداری و شوراهای محلی انجام می‌دهید؟
- چگونه می‌توانید بخشی از منابع یا ظرفیت‌های بین‌بخشی (مانند آموزش و پرورش و سازمان‌های مردم‌نهاد) را برای هر دو اولویت بسیج کنید؟

تضاد منافع: بازی پنهان ذی‌نقشان

سیاست‌گذاری سلامت عمومی در ایران به‌ندرت خالی از تضاد منافع است. تجربه تعیین تعرفه‌های خدمات سلامت در طول نیم‌سده‌ی گذشته نشان داده که منافع گروه‌های حرفه‌ای (پزشکان، بیمه‌ها، بخش خصوصی) گاه مسیر اصلاحات را منحرف کرده‌اند (۲۱). در سطح شبکه‌های بهداشت، این تضادها ممکن است میان بیمارستان‌های دولتی و خصوصی، یا میان دستگاه‌های محلی (مثلاً شهرداری که اولویت توسعه فیزیکی شهر را دارد، در برابر شبکه بهداشت که خواهان سرمایه‌گذاری در پیشگیری است) بروز کند. مدیر موفق باید بتواند این منافع را شناسایی و مدیریت کند؛ نه با نادیده‌گرفتن آن‌ها، بلکه با ایجاد سازوکارهای شفاف - مانند برگزاری جلسات عمومی شورای سلامت شهرستان - و بهره‌گیری از داده‌های مستند برای اقتناع ذی‌نقشان.

نبود داده‌های معتبر یا قابل فهم برای تصمیم‌گیری

یکی از بزرگ‌ترین شکاف‌ها در سیاست‌گذاری سلامت عمومی، فاصله میان داده‌های موجود و نیاز تصمیم‌گیرندگان است. هر چند سامانه‌های اطلاعات بیمارستانی و گزارش‌های نظام مراقبت حجم زیادی داده تولید می‌کنند، این داده‌ها اغلب خام و پراکنده‌اند و تحلیلی ندارند که برای تصمیم‌گیری قابل استفاده باشد. تجربه پایش پزشک خانواده روستایی نشان داد که در برخی استان‌ها، به دلیل نبود گزارش‌های تحلیلی و قابل فهم برای مدیران، تصمیم‌گیری درباره گسترش یا اصلاح برنامه با تأخیر یا خطا همراه بود (۱۹). راه حل در بسیاری از موارد، ایجاد تیم‌های کوچک تحلیل داده در سطح دانشگاه یا شبکه و آموزش مدیران برای استفاده از داشبوردهای تحلیلی است.

مقاومت اجتماعی یا فرهنگی: سیاست‌گذاری فراتر از دستور

حتی بهترین برنامه‌ها نیز بدون پذیرش اجتماعی موفق نمی‌شوند. تجربه‌ی سیاست‌های کنترل دخانیات در برخی استان‌ها نشان داد در مناطقی که همکاری رسانه‌ها و رهبران محلی (مانند امامان جمعه و شوراهای محلی) فعال بود، میزان مصرف دخانیات به‌طور محسوسی کاهش یافت. اما در استان‌هایی که این حمایت جلب نشد، برنامه‌ها یا شکست خوردند یا به مقاومت اجتماعی دامن زدند (۲۲).

در حوزه سلامت روان نیز، انگ اجتماعی نسبت به مشاوره و درمان باعث شد، بسیاری

از برنامه‌های ارتقای سلامت روان با استقبال کم مواجه شوند؛ مگر آنکه از راه‌های فرهنگی بومی - مانند همکاری با گروه‌های مذهبی یا شوراهای روستا - اجرا شوند (۲۳-۲۵).

مدیریت اجرای سیاست‌های سلامت عمومی در سطح شهرستان: از تصمیم تا عمل

یک بعد از ظهر گرم تابستانی در یکی از شهرستان‌های استان آذربایجان شرقی، مدیر شبکه بهداشت به همراه گروهش در دفتر کار نشسته‌اند. جلسه هفتگی پایش عملکرد مداخلات سلامت عمومی در حال برگزاری است. این جلسه فرصتی است برای بررسی پیشرفت برنامه‌های در حال اجرا، شناسایی مشکلات، و تصمیم‌گیری در باره اصلاح مسیر برنامه‌ها. اما چگونه می‌توان منابع محدود را به شکل بهینه‌ساز مانده‌ی کرد؟ چگونه گروه‌ها باید شکل بگیرند و وظایف به‌درستی تقسیم شود؟ و مهم‌تر اینکه، چطور می‌توان اثر واقعی برنامه‌ها را سنجید؟

سازماندهی منابع و تیم‌ها: نقطه شروع اجرای موفق

مدیر شبکه نقش کلیدی در سازماندهی منابع انسانی، مالی و فنی برای اجرای سیاست‌ها دارد. تجربه‌ی برنامه پزشکی خانواده در مناطق روستایی ایران نشان داده است که موفقیت این برنامه تا حد زیادی وابسته به تیم‌های چند تخصصی است که توانسته‌اند خدمات جامع را به صورت هماهنگ ارائه دهند (۲۶).

در سطح شهرستان، مدیر باید گروه‌هایی متشکل از مراقبان سلامت، کارشناسان آموزش سلامت، رابطان اجتماعی و مدیران مالی تشکیل دهد. هر تیم باید وظایف مشخص و قابل اندازه‌گیری داشته باشد تا مسئولیت‌پذیری افزایش یابد. این تیم‌ها باید به‌طور منظم جلساتی برای هماهنگی، حل مشکلات و برنامه‌ریزی برگزار کنند.

مثال عملی: در یکی از شهرستان‌های تهران، مدیر شبکه بهداشت با تشکیل تیمی میان‌بخشی از کارشناسان بهداشت محیط، آموزش و پرورش و بسیج مردمی توانست کمپینی برای کاهش مصرف دخانیات در مدارس راه‌اندازی کند که با همکاری رسانه‌های محلی، نرخ مصرف را در گروه هدف به‌طور قابل توجهی کاهش داد.

پایش عملکرد: چشم‌بینا و گوش‌شنوا در اجرای سیاست‌ها

بدون پایش مستمر، مدیر نمی‌تواند از اثربخشی برنامه‌ها مطمئن شود. این پایش باید

با شاخص‌های کمی و کیفی مناسب همراه باشد. در ایران، سامانه اطلاعات بیمارستانی و گزارش‌های نظام مراقبت منابع مهمی برای پایش هستند، اما در سطح شهرستان، مدیران باید ابزارهایی متناسب با شرایط بومی نیز توسعه دهند.

شاخص‌ها و ابزارهای ارزیابی مداخله‌های سلامت عمومی

ارزیابی مداخله‌های سلامت عمومی تنها با نگرش به بروندادهای ظاهری کافی نیست؛ بلکه نیازمند بررسی زنجیره‌ای از شاخص‌هاست که از منابع اولیه تا اثرگذاری‌های نهایی را دربرمی‌گیرد. این شاخص‌ها به پنج دسته اصلی تقسیم می‌شوند و هر یک تصویری متفاوت از کارایی و اثربخشی برنامه ارائه می‌کنند. (۲۸، ۲۷)

در نخستین سطح، شاخص‌های درون‌داد یا ورودی^۱ قرار دارند. این شاخص‌ها نشان می‌دهند چه منابعی برای اجرای مداخله فراهم شده است. برای مثال، میزان بودجه تعیین شده یا شمار نیروی انسانی مستقرگویی^۲ی توانمندی نخستین برنامه است.

پس از آن، شاخص‌های فرایند^۳ اهمیت می‌یابند. این شاخص‌ها چگونگی اجرای برنامه را می‌سنجند؛ مانند تعداد جلسات آموزشی برگزار شده یا بازدیدهای نظارتی انجام شده. چنین اطلاعاتی نشان می‌دهد که برنامه تا چه حد مطابق با طرح اولیه پیش رفته است.

سطح بعدی، شاخص‌های برونداد^۴ است که نتایج مستقیم فعالیت‌ها را منعکس می‌کند. این شاخص‌ها شامل تعداد افراد آموزش دیده یا بسته‌های آموزشی و اطلاع‌رسانی توزیع شده می‌شود و نشان می‌دهد فعالیت‌های برنامه چه دستاوردهایی در کوتاه‌مدت داشته است.

در گام چهارم، شاخص‌های نتیجه^۵ قرار دارند که تغییرات رفتاری یا وضعیتی را در میان جامعه هدف نشان می‌دهند؛ از جمله کاهش نرخ ابتلا به بیماری‌ها، ارتقای سطح آگاهی یا افزایش میزان رضایت افراد.

در نهایت، شاخص‌های تأثیر^۵ تصویر بزرگ‌تری از اثرات مداخله بر سلامت عمومی ترسیم می‌کنند. این شاخص‌ها به تغییرات بلندمدت و کلان، مانند بهبود شاخص‌های مرگ و میر یا کاهش بار بیماری‌ها اشاره دارند.

برای سنجش این شاخص‌ها، استفاده از ابزارهای متنوع ضروری است. چک‌لیست

1. Input
2. Process
3. Output
4. Outcome
5. Impact

ارزشیابی فرایند برای پایش اجرای گام به گام برنامه، فرم‌های بازخورد مخاطبان جهت دریافت دیدگاه مستقیم گروه‌های هدف، و روش‌های ارزشیابی مشارکت^۱ که به جامعه اجازه می‌دهد در تحلیل و بهبود برنامه نقش داشته باشد، از جمله ابزارهای رایج هستند. همچنین، تحلیل مقایسه‌ای پیش و پس از مداخله^۲ به برنامه‌ریزان کمک می‌کند تا میزان تغییرات ناشی از مداخله را دقیق‌تر برآورد کنند. (۲۸)

برای تقویت دقت ارزیابی، توصیه می‌شود که داده‌ها نه تنها از پیمایش‌های میدانی، بلکه از نظام‌های اطلاعات سلامت، گزارش‌های عملکرد مراکز بهداشتی و دیگر منابع رسمی جمع‌آوری شوند. ترکیب این داده‌ها، تصویری جامع از اثربخشی و پایداری مداخله‌ها ارائه می‌دهد و به تصمیم‌گیران امکان می‌دهد برنامه‌ها را در مسیر بهبود مستمر هدایت کنند. در فصل پایش به تفصیل در خصوص چگونگی پایش عملکرد توضیح داده شده است.

تمرین ۱۲

فرض کنید شما مدیر شبکه بهداشت یک شهرستان و مسئول پایش برنامه کاهش چاقی کودکان مدرسه‌ای هستید. برای پایش برنامه چه شاخص‌هایی را پیشنهاد می‌کنید؟ چگونه داده‌ها را جمع‌آوری و تحلیل می‌کنید؟ چه توالی زمانی برای گزارش‌دهی مناسب است؟

اصلاح سیاست‌ها بر اساس نتایج: بازخوردی برای تغییر مسیر

یکی از ارکان کلیدی مدیریت اجرای سیاست‌های سلامت، به کارگیری بازخوردهای حاصل از پایش برای اصلاح سیاست‌ها و برنامه‌هاست. تجربه‌ی طرح تحول سلامت در ایران نشان داد که انعطاف‌ناپذیری در اصلاح سیاست‌ها بر اساس شرایط واقعی، می‌تواند باعث ناکامی برنامه شود.

در سطح شهرستان، مدیر شبکه باید بازخوردهای منظم از تیم‌ها، دریافت‌کنندگان خدمات و ذی‌نقشان محلی را جمع‌آوری کند و در جلسه‌های شورای سلامت، با ارائه این داده‌ها پیشنهاد اصلاحات را بدهد. این اصلاحات می‌تواند شامل تغییر در روش اجرا،

1. Participatory Evaluation
2. Pre-Post Analysis

تخصیص دوباره منابع یا حتی توقف برخی برنامه‌ها باشد. مثال واقعی: در یکی از شهرستان‌های مرکزی ایران، پس از اجرای برنامه پیشگیری از خودکشی نوجوانان، پایش نشان داد که گروه هدف از مشاوره تلفنی استقبال کافی ندارد. مدیر شبکه با همکاری جامعه محلی و سازمان‌های مردم‌نهاد، جلسات حضوری گروهی و آموزش معلمان را جانشین کرد که طی دو سال بعد به کاهش قابل توجه نرخ خودکشی منجر شد.



نمودار ۳: چرخه مدیریت اجرای سیاست سلامت در شهرستان

توصیه‌های عملی برای مدیران شبکه

به صورت منظم تیم‌های چند رشته‌ای با وظایف مشخص و شفاف تشکیل دهید. شاخص‌های پایش را متناسب با شرایط محلی و اهداف برنامه‌ها انتخاب و به طور مستمر گزارش‌گیری نمایید. داده‌ها را به زبان ساده و قابل فهم تحلیل کنید و نتایج را به ذی‌نقشان و تیم‌ها منتقل نمایید. بازخوردهای دریافتی را جدی بگیرید و بر اساس آن‌ها اصلاحات لازم را پیشنهاد و اجرا کنید. به همکاری بین‌بخشی و مشارکت جامعه محلی اهمیت دهید؛ آن‌ها می‌توانند بهترین بازخوردها را درباره اثربخشی برنامه‌ها ارائه دهند.

تمرین ۱۳: طراحی تیم اجرایی و تقسیم وظایف

فرض کنید شما مدیر شبکه بهداشت یک شهرستان متوسط هستید که قرار است برنامه‌ای برای کنترل چاقی کودکان اجرا کنید.

- فهرست اعضای تیم چندرشته‌ای که لازم است تشکیل دهید چیست؟ (مثلاً مراقبان سلامت، رابطان مدارس، کارشناسان تغذیه، روابط عمومی، و...)
- هر عضو چه مسئولیت‌هایی باید داشته باشد؟
- جلسه‌های هماهنگی را چگونه و با چه توالی برنامه‌ریزی می‌کنید؟

تمرین ۱۴: انتخاب شاخص‌های پایش و روش جمع‌آوری داده‌ها

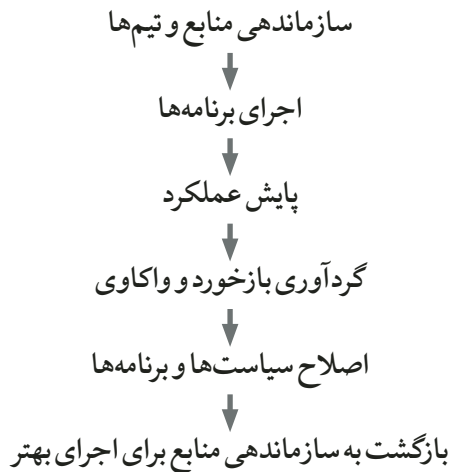
در همان شهرستان، قرار است گزارش‌های ماهانه در حوزه سلامت روان نوجوانان تهیه شود.

- پیشنهاد شما برای شاخص‌های کمی و کیفی مناسب چیست؟
- داده‌ها را چگونه و از چه منابعی گردآوری خواهید کرد؟ برای نمونه؛ سامانه اطلاعات بیمارستانی، پرسش‌نامه، مصاحبه‌های گروهی؟
- چه روش‌هایی برای واکاوی داده و گزارش‌دهی به ذی‌نقشان مناسب‌تر است؟

تمرین ۱۵: واکاوی و اصلاح برنامه

در طی اجرای برنامه کاهش مصرف دخانیات، داده‌های پایش نشان می‌دهد که با وجود اجرای کمپین‌ها، مصرف در برخی گروه‌های سنی کاهش نیافته است.

- چگونه این داده‌ها را به تیم منتقل می‌کنید؟
- چه مراحل اصلاحی را پیشنهاد می‌کنید؟
- چگونه ذی‌نقشان را برای حمایت از تغییرات همراه می‌کنید؟



نمودار پیشنهادی ۴: چرخه مدیریت اجرای سیاست‌های سلامت عمومی در سطح شهرستان

نتیجه‌گیری: از سیاست‌گذاری تا عمل در شبکه‌های بهداشت و درمان

شبکه‌های بهداشت و درمان، به‌ویژه در شهرستان‌ها و مناطق دورافتاده، خط مقدم مواجهه با چالش‌های سلامت عمومی هستند. در این میان، سیاست‌گذاری سلامت عمومی برای مدیران شبکه‌ها نه یک وظیفه حاشیه‌ای، بلکه محور اصلی موفقیت آن‌ها در ارتقای سلامت جمعیت‌شان است (۲۹).

سیاست‌گذاری موفق، از تحلیل دقیق مسائل محلی آغاز می‌شود؛ از درک عمیق شرایط اجتماعی، اقتصادی و فرهنگی گرفته تا شناسایی مشکلات سلامت در داده‌های موجود. این مسیر به توانمندی مدیران شبکه نیاز دارد تا با بهره‌گیری از شواهد علمی، برقراری ارتباط مؤثر با ذی‌نقشان محلی و ملی، و سازماندهی منابع محدود، راه‌حل‌هایی بومی، مؤثر و پایدار طراحی و اجرا کنند (۲۷، ۳۰).

اما سیاست‌گذاری تنها تدوین یک سند یا شیوه‌نامه نیست؛ این فرایند پویا و چندوجهی، شامل تدوین، اجرا، پایش و اصلاح مستمر سیاست‌ها و برنامه‌هاست. در واقع، مدیران شبکه باید چرخه‌ی سیاست‌گذاری را به‌خوبی بشناسند و در هر مرحله نقش مؤثر خود را ایفا کنند.

تجربه‌های موفق ایران در حوزه‌های مختلف مانند برنامه پزشکی خانواده، کاهش مصرف دخانیات، و پیشگیری از خودکشی، نشان داده است که کلید موفقیت، در توانمندسازی

مدیران شبکه و فراهم کردن امکان مشارکت فعال آنان در فرایند سیاست‌گذاری است. در مقابل، ضعف در این بخش‌ها باعث می‌شود که مشکلات سلامت عمومی همچنان به عنوان چالش‌های مزمن باقی بمانند.

گام‌های کلیدی برای مشارکت فعال در سیاست‌گذاری سلامت عمومی

- شناسایی دقیق مسائل سلامت: با استفاده از داده‌های محلی، گزارش‌های نظام مراقبت و بازخوردهای مردمی مسائل اصلی سلامت عمومی را مشخص کنید.
- تحلیل ذی‌نقشان: شناخت ذی‌نقشان محلی، میزان قدرت و علاقه آنان، و نحوه مشارکت آن‌ها، پایه‌ای برای اجماع‌سازی و حمایت از سیاست‌ها است.
- طراحی مداخلات بومی‌شده: مداخلاتی که متناسب با شرایط فرهنگی، اجتماعی و اقتصادی منطقه باشد، احتمال موفقیت بیشتری دارد.
- تشکیل تیم‌های چندرشته‌ای: سازماندهی تیمی متشکل از متخصصان مختلف، رابطان محلی و نمایندگان جامعه برای اجرای سیاست‌ها و پایش عملکرد.
- پایش مستمر و استفاده از شواهد: داده‌های اجرای برنامه را به طور منظم گردآوری، واکاوی و به تیم و ذی‌نقشان گزارش دهید تا امکان اصلاح سریع فراهم شود.
- توسعه مهارت‌های ارتباطی و مذاکره: توانمندی در برقراری ارتباط، چانه‌زنی و ایجاد اجماع بین ذی‌نقشان کلیدی است.
- حفظ انعطاف‌پذیری: سیاست‌گذاری یک فرایند پویاست؛ مدیران باید آمادگی اصلاح و تطبیق برنامه‌ها با شرایط جدید را داشته باشند.

توصیه‌های عملی برای مدیران نظام سلامت

- نگاه سیستماتیک داشته باشید: مسائل سلامت عمومی معمولاً پیچیده و چندعلتی‌اند. راه‌حل‌ها باید جامع و چندبخشی باشند.
- از داده و شواهد فاصله نگیرید: تصمیمات بر پایه شواهد علمی و داده‌های دقیق، به موفقیت بیشتر سیاست‌ها منجر می‌شود.
- مشارکت جامعه را جدی بگیرید: درگیرکردن مردم، سازمان‌های مردم‌نهاد و ذی‌نقشان محلی در طراحی و اجرای برنامه‌ها، تضمین‌کننده پایداری نتایج است.
- مدیریت منابع را هوشمندانه انجام دهید: محدودیت منابع یک واقعیت است؛ پس باید

- از منابع موجود بهینه استفاده کنید و اولویت‌ها را درست تعیین کنید.
- ارتباط مستمر با مقامات بالاتر داشته باشید: حفظ ارتباط با معاونت بهداشت دانشگاه و وزارت بهداشت، کمک به جلب حمایت و تامین منابع می‌کند.
- توانمندسازی تیم و خود را فراموش نکنید: آموزش مداوم، ارتقای مهارت‌ها و انگیزه‌ی تیم، کلید پیشرفت در سیاست‌گذاری است.
- به مقاومت فرهنگی و اجتماعی توجه کنید: سیاست‌ها باید با فرهنگ محلی سازگار باشند؛ شناسایی و مدیریت مقاومت‌ها، از ابتدا ضروری است.

تمرین ۱۶: برای مدیران شبکه؛

در شهرستان شما، افزایش افسردگی و اضطراب در نوجوانان گزارش شده است. با توجه به منابع محدود و ترکیب ذی‌نقشان محلی، برنامه‌ای برای مشارکت فعال در سیاست‌گذاری سلامت عمومی تدوین کنید که:

- مسائل را شناسایی و اولویت‌بندی کند،
- ذی‌نقشان را تحلیل و برای حمایت جلب کند،
- مداخله‌های بومی شده را طراحی کرده و تیمی برای اجرا تشکیل دهد.
- شاخص‌های پیش‌پایین را تعیین کند و برنامه‌ای برای بهبود پیوسته داشته باشد.

فهرست منابع

1. Jenner E, Jenner LW, Matthews-Sterling M, Butts JK, Williams TE. Awareness effects of a youth suicide prevention media campaign in Louisiana. *Suicide and life-threatening behavior*. 2010;40(4):394-406.
2. Gwyther K, McKechnie B, Nicoll H, Gersh E, Davey CG, Robinson J, et al. Taking youth suicide prevention to the schools: pilot evaluation of school-based clinician outcomes and perspectives of a multi-modal program including post-training online consultations for management of ongoing suicide risk. *Psychiatry International*. 2020;1(1):2.
3. Rostami M AH, Eskandari B, Zarei M. Evaluating the Socioeconomic Inequality in Cigarette Smoking among the Rural Areas of Hamadan City (Using the Concentration Index). *Pajouhan Sci J* 2018; 16 (4):28-36.
4. Guglielmin M, Muntaner C, O'Campo P, Shankardass K. A scoping review of the implementation of health in all policies at the local level. *Health policy*. 2018;122(3):284-92.
5. Taghizadeh S, Zarnag RK, Farhangi MA. Stakeholder analysis of childhood obesity prevention policies in Iran. *Archives of Public Health*. 2021;79(1):36.
6. Bazayr M, Rashidian A, Alipouri Sakha M, Vaez Mahdavi MR, Doshmangir L. Combining health insurance funds in a fragmented context: what kind of challenges should be considered? *BMC health services research*. 2020;20(1):26.
7. Moran M, Rein M, Goodin RE. *The Oxford handbook of public policy*: Oxford University Press; 2008.
8. Dunn WN. *Public policy analysis*: routledge; 2015.
9. Cairney P. *Understanding public policy: Theories and issues*: Bloomsbury Publishing; 2019.
10. Buse K, Mays N, Colombini M, Fraser A, Khan M, Walls H. *Making health policy*, 3e: McGraw Hill; 2023.
11. Fischer F, Miller GJ. *Handbook of public policy analysis: theory, politics, and methods*: Routledge; 2017.
12. Doshmangir L, Bazayr M, Majdzadeh R, Takian A. So Near, So Far: Four Decades of Health Policy Reforms in Iran, Achievements and Challenges. *Archives of Iranian Medicine (AIM)*. 2019;22(10).
13. Khayyati F, Jafarabadi MA, Lotfizadeh M, Karimi A, Rahmani K. Effectiveness of a community and school-based intervention to control and prevent of tobacco use in adolescents: a field randomized controlled trial. *Iranian journal of public health*. 2019;48(1):187.
14. Sajadi HS, Majdzadeh R, Ehsani-Chimeh E, Yazdizadeh B, Nikooee S, Pourabbasi A, et al. Policy options to increase motivation for improving evidence-informed health policy-making in Iran. *Health Research Policy and Systems*. 2021;19(1):91.
15. Head BW. Toward more "evidence informed" policy making? *Public administration review*. 2016;76(3):472-84.
16. Majdzadeh R, Sajadi HS, Yazdizadeh B, Doshmangir L, Ehsani-Chimeh E,

- Mahdavi M, et al. Policy options for strengthening evidence-informed health policy-making in Iran: overall SASHA project findings. *Health research policy and systems*. 2022;20(1):10.
17. Seward N, Hanlon C, Hinrichs-Kraples S, Lund C, Murdoch J, Salisbury TT, et al. A guide to systems-level, participatory, theory-informed implementation research in global health. *BMJ global health*. 2021;6(12).
 18. Shankardass K, Muntaner C, Kokkinen L, Shahidi FV, Freiler A, Oneka G, et al. The implementation of Health in All Policies initiatives: a systems framework for government action. *Health research policy and systems*. 2018;16(1):26.
 19. Beyrami HJ, Doshmangir L, Ahmadi A, Jafarabadi MA, Morasae EK, Gordeev VS. Impact of rural family physician programme on maternal and child health indicators in Iran: an interrupted time series analysis. *BMJ open*. 2019;9(1):e021761.
 20. Doshmangir L, Sajadi HS, Ghiasipour M, Aboutorabi A, Gordeev VS. Informal payments for inpatient health care in post-health transformation plan period: evidence from Iran. *BMC public health*. 2020;20(1):539.
 21. Doshmangir L, Rashidian A, Kouhi F, Gordeev VS. Setting health care services tariffs in Iran: half a century quest for a window of opportunity. *International Journal for Equity in Health*. 2020;19(1):112.
 22. Sarrafzadegan N, Kelishad R, Rabiei K, Abedi H, Mohaseli KF, Masooleh HA, et al. A comprehensive model to evaluate implementation of the world health organization framework convention of tobacco control. *Iranian Journal of Nursing and Midwifery Research*. 2012;17(3):244.
 23. Taghva A, Farsi Z, Javanmard Y, Atashi A, Hajebi A, Noorbala AA. Strategies to reduce the stigma toward people with mental disorders in Iran: stakeholders' perspectives. *BMC psychiatry*. 2017;17(1):17.
 24. Taghva A, Noorbala AA, Khademi M, Shahriari A, Nasr Esfahani M, Asadi A, et al. Clergy's viewpoint change toward mental health and stigma on mental illness: A short course training. *Frontiers in psychiatry*. 2022;13:864806.
 25. Masoomi M, Hosseinikolbadi S, Saeed F, Sharifi V, Jalali Nadoushan AH, Shoib S. Stigma as a barrier to suicide prevention efforts in Iran. *Frontiers in public health*. 2023;10:1026451.
 26. Mehrolhassani MH, Jahromi VK, Dehnavieh R, Iranmanesh M. Underlying factors and challenges of implementing the urban family physician program in Iran. *BMC health services research*. 2021;21(1):1336.
 27. Rashidian A, Jahanmehr N, Farzadfar F, Khosravi A, Shariati M, Sari AA, et al. Performance evaluation and ranking of regional primary health care and public health Systems in Iran. *BMC health services research*. 2021;21(1):1168.
 28. Amrai F, Mahfoozpour S, Vahdat S, Hesam S. Study of factors affecting the performance evaluation of Iranian health centers. *Journal of Biological Research-Bollettino della Società Italiana di Biologia Sperimentale*. 2022;95(1).
 29. Takian A, Rashidian A, Kabir MJ. Expediency and coincidence in re-engineering a health system: an interpretive approach to formation of family medicine in Iran. *Health policy and planning*. 2011;26(2):163-73.
 30. Djalalinia S, Talei MB, Najjari A, Bagheri MR, Akhondzadeh S, Malekzadeh R, et al. Development of Evaluation System for Iranian Health Research

Networks: Challenges and Lessons Learned. Iranian Journal of Public Health. 2020;49(1):104.

برنامه ریزی در نظام سلامت

نویسنده: علی محمد مصدق راد

مرور مطالب فصل

در این فصل مطالب زیر ارائه خواهد شد:

۱. ماهیت، اهمیت و انواع برنامه ریزی
۲. برنامه ریزی عملیاتی
۳. برنامه ریزی استراتژیک
۴. مدل برنامه ریزی استراتژیک
۵. مراحل برنامه ریزی استراتژیک
۶. عوامل موفقیت برنامه ریزی راهبردی و عملیاتی

اهداف آموزشی و رفتاری/عملکردی

در پایان این فصل بایستی بتوانید:

۱. مفهوم برنامه ریزی و ضرورت آن را در سازمان های بهداشتی درمانی توضیح دهید.
۲. انواع برنامه ریزی را توضیح دهید و کاربرد هر کدام را بدانید.
۳. مراحل تدوین برنامه راهبردی برای یک سازمان بهداشتی درمانی را توضیح دهید.
۴. مأموریت، دورنما و ارزش های بنیادین یک سازمان بهداشتی درمانی را تدوین کنید.
۵. محیط داخلی و خارجی یک سازمان بهداشتی درمانی را ارزشیابی و واکاوی کنید.
۶. اهداف راهبردی، کلی و اختصاصی یک سازمان بهداشتی درمانی را بنویسید.

۷. استراتژی‌های مناسب برای دستیابی به اهداف کلی یک سازمان بهداشتی درمانی معرفی کنید.
۸. برنامه عملیاتی برای تحقق اهداف اختصاصی یک سازمان بهداشتی درمانی تدوین کنید.
۹. عوامل کلیدی موفقیت یا شکست برنامه‌های سازمان‌های بهداشتی درمانی را توضیح دهید.
۱۰. نگرش مثبتی نسبت به برنامه‌ریزی در سازمان‌های بهداشتی درمانی بدست آورید.

مفاهیم کلیدی

- سازمان‌های بهداشتی درمانی در محیطی ناپایدار، نامطمئن، پیچیده و مبهم فعالیت می‌کنند.
- برنامه‌ریزی برای هدایت سازمان‌های بهداشتی درمانی در مسیر تحقق مأموریت‌های آن‌ها ضروری است.
- برنامه‌ریزی شامل انتخاب اهداف مناسب، تعیین اقدامات دستیابی به آن‌ها و تخصیص منابع بهینه برای تحقق آن اهداف است.
- برنامه‌ریزی عملیاتی بر فعالیت‌های روزمره و کوتاه‌مدت متمرکز است و نقش مؤثری در تحقق اهداف عملیاتی سازمان دارد.
- برنامه‌ریزی راهبردی فرایندی نظام‌مند و آینده‌نگر است که مسیر بلندمدت و اهداف راهبردی سازمان را تعیین کرده و با تحلیل محیط و تدوین استراتژی‌ها، ظرفیت‌های سازمان را ارتقا داده و دستیابی به مزیت رقابتی پایدار را امکان‌پذیر می‌سازد.
- فرایند برنامه‌ریزی راهبردی شامل مراحل تحلیل محیط داخلی و خارج سازمان، تدوین مأموریت، دورنما و ارزش‌ها، تعیین اهداف کلی و استراتژی‌های دستیابی و در نهایت، تدوین اهداف اختصاصی و برنامه عملیاتی است.

مقدمه

سازمان یک سیستم اجتماعی - فنی است که از دو یا چند نفر تشکیل شده و به صورت هماهنگ برای رسیدن به اهداف مشترک تلاش می کنند. سازمان های بهداشتی درمانی، سازمان ها و موسساتی هستند که وظیفه آن ها ارائه خدمات بهداشتی و درمانی با هدف تأمین، حفظ و ارتقای سلامت مردم جامعه است. این سازمان ها شامل مراکز بهداشتی و درمانی، مطب های پزشکی، دندان پزشکی و مامایی، اورژانس پیش بیمارستانی، بیمارستان ها، مراکز مراقبت از سالمندان و پرستاری، آزمایشگاه های تشخیص پزشکی، رادیولوژی و مراکز تصویربرداری پزشکی، داروخانه ها، درمانگاه های توانبخشی، طب سوزنی و یوگادرمانی هستند.

سازمان های بهداشتی - درمانی در محیطی فعالیت می کنند که دارای چهار ویژگی ناپایداری^۱، نامطمئن^۲، پیچیدگی^۳ و ابهام^۴ است. ناپایداری به تغییرات ناگهانی و غیرمنتظره، عدم قطعیت به دشواری در پیش بینی رویدادهای آتی، پیچیدگی به درهم تنیدگی و وابستگی متقابل اجزای سازمانی و ابهام به عدم وضوح در روابط علی و رویدادها اشاره دارد. در نتیجه، سازمان های بهداشتی درمانی با تغییرات و چالش های داخلی و خارجی زیادی مواجه هستند. مدیران باید به جای ترس از تغییر، آن را هدایت کنند.

1. Volatility
2. Uncertainty
3. Complexity
4. Ambiguity

مدیریت خوب، مهم‌ترین عامل موفقیت سازمان است. مدیریت فرایند برنامه‌ریزی، سازماندهی، رهبری و کنترل کارها و استفاده بهینه از منابع برای افزایش بهره‌وری سازمان است. مدیر اهداف سازمان را تعیین و برای رسیدن به اهداف برنامه‌ریزی می‌کند، کارکنان متخصص و متعهد را استخدام می‌کند، منابع لازم را به آن‌ها می‌دهد؛ به کارکنان انگیزه داده و برای رسیدن به اهداف هدایت و رهبری می‌کند. میزان دستیابی به اهداف را اندازه‌گیری و اقدامات اصلاحی را بکار می‌گیرد. هدف مدیریت افزایش بهره‌وری سازمان است. بهره‌وری مجموع اثربخشی و کارایی است. اثربخشی میزان دستیابی به اهداف یا همان انجام کارهای درست است و کارایی نسبت ستاده به داده است یعنی انجام درست کارها. بنابراین، مدیریت، انجام درست کارهای درست است.

برنامه‌ریزی یکی از وظایف اصلی مدیران شبکه‌های بهداشتی - درمانی در مسیر دستیابی به اهداف ملی سلامت است. برنامه‌ریزی ابزاری برای تخصیص منابع و هدایت خدمات سلامت است و نقش مهمی در هماهنگی اقدامات، افزایش بهره‌وری و تضمین عدالت در دسترسی به مراقبت‌های بهداشتی ایفا می‌کند. درک درست از فرایند برنامه‌ریزی، شناخت اجزای آن و تسلط بر شیوه‌های تدوین، اجرا و ارزشیابی برنامه‌ها، به مدیران امکان می‌دهد تا با اتکا به شواهد و داده‌های معتبر، مداخلاتی اثربخش و مبتنی بر نیازهای واقعی جامعه طراحی و اجرا کنند. در این فصل، با تبیین اصول، فرایندها و الگوهای برنامه‌ریزی در نظام سلامت، سعی شده به گونه‌ای کاربردی و قابل استفاده در شبکه‌های بهداشتی کشور مطالب ارائه شود. تمرکز بر تحلیل وضع موجود، اولویت‌بندی مشکلات، تدوین اهداف واقع‌بینانه، طراحی مداخلات عملیاتی و ارزشیابی پیوسته عملکرد، از جمله موضوعاتی است که به صورت ساختارمند تشریح خواهند شد. هدف این فصل توانمندسازی مدیران برای ایفای نقش مؤثر در فرایند مدیریت اجرایی در سطح شهرستان، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی و عرصه ملی است.

ماهیت برنامه‌ریزی

برنامه‌ریزی به عنوان یکی از وظایف اصلی مدیریت، شامل انتخاب اهداف مناسب برای سازمان، تعیین اقدامات دستیابی به آن‌ها و تخصیص بهینه منابع برای تحقق آن اهداف است (۱). مدیران با تحلیل محیط داخلی و بیرونی سازمان، روندهای آینده را پیش‌بینی کرده، اولویت‌ها و اهداف سازمان را مشخص می‌کنند و استراتژی‌ها و اقداماتی را برای دستیابی

به اهداف تدوین می‌کنند که موجب افزایش بهره‌وری سازمان می‌شود. برنامه‌ریزی خوب، شامل پیش‌بینی آینده و آمادگی برای آن است. مدیران باید به جای تمرکز بر گذشته، آینده را بسازند.

برنامه‌ریزی سلامت «فرایند منظم شناسایی مشکلات سلامت جامعه، شناسایی نیازهای برآورده نشده، بررسی منابع موجود برای برآورده‌سازی این نیازها، اولویت‌بندی و تعیین اهداف و تدوین برنامه اجرایی برای دستیابی به اهداف تعیین شده» است (۲). مدیران بهداشتی با بهره‌گیری از فرایند برنامه‌ریزی، نیازهای سلامت جمعیت زیر پوشش را شناسایی کرده و با در نظر گرفتن محدودیت‌های منابع و چالش‌های موجود، فعالیت‌های سازمانی را به گونه‌ای طراحی و ساماندهی می‌کنند که بیشترین منافع ممکن برای جامعه با صرف کمترین هزینه فراهم شود.

برنامه‌ریزی در حوزه سلامت، یک فرایند اجتماعی و چندبخشی است که ذی‌نفعان مختلف از جمله سیاست‌گذاران، ارائه‌دهندگان خدمات سلامت، جامعه و بیماران را درگیر می‌کند. این فرایند شامل مراحل مختلفی از جمله تحلیل وضعیت موجود، تعیین اولویت‌ها، تدوین اهداف، طراحی مداخلات مناسب دستیابی به اهداف، تخصیص منابع و پایش و ارزشیابی است. برنامه‌ریزی مؤثر باید مبتنی بر شواهد علمی، حساس به زمینه‌های فرهنگی و اجتماعی و منطبق با سیاست‌های ملی باشد تا بتواند به بهبود پایدار عملکرد نظام سلامت منجر شود. برنامه‌ریزی باید به عنوان یک فرایند یادگیرنده و پویا تلقی شود که با تغییر شرایط، قابل اصلاح و به‌روزرسانی باشد.

تمرین ۱: شرح برنامه‌ریزی در سازمان

یک نمونه واقعی از برنامه‌ریزی در سازمان خود را شرح دهید که شامل مراحل تحلیل وضعیت موجود، تعیین اولویت‌ها و اهداف، طراحی مداخلات مناسب دستیابی به اهداف، تخصیص منابع و پایش و ارزشیابی باشد. در این مثال، نشان دهید چگونه ذی‌نفعان مختلف در فرایند مشارکت داشتند، چه چالش‌هایی در مسیر وجود داشته است و چگونه برنامه‌ریزی به عنوان یک فرایند پویا موجب اصلاح و بهبود عملکرد سازمان شده است.

اهمیت برنامه‌ریزی

برنامه‌ریزی برای هدایت سازمان‌های بهداشتی در مانی در مسیر تحقق مأموریت‌های آن‌ها ضروری است. مدیران باید به جای واکنش، کنش‌گر باشند. برنامه‌ریزی با تمرکز بر اهداف سازمانی، موجب هم‌راستایی فعالیت‌ها، کاهش دوباره‌کاری‌ها و استفاده بهینه از منابع محدود می‌شود (۳). برنامه‌ریزی درست موجب تمرکز بر اهداف، جلوگیری از تغییر مسیر، افزایش احتمال رسیدن به اهداف، جلوگیری از دوباره‌کاری‌ها، مصرف درست منابع، هدایت موثر کارکنان، کنترل به موقع فعالیت‌ها و ارائه پاداش مبتنی بر عملکرد می‌شود. در فرایند برنامه‌ریزی، شاخص‌های عملکردی تعیین می‌شوند که در مراحل پایش، ارزیابی و ارزشیابی عملکرد سازمان مورد استفاده قرار خواهند گرفت (۴). نتایج حاصل از ارزیابی و ارزشیابی به عنوان بازخوردی مؤثر در فرایند برنامه‌ریزی به کار گرفته می‌شوند تا اقدامات اصلاحی لازم اعمال شود. برنامه‌ریزی، با تمرکز بر اولویت‌بندی درست، تعیین هدف‌های دست‌یافتنی و تخصیص بهینه منابع محدود، زمینه ارائه خدمات سلامت کارا، عادلانه، ایمن و به‌هنگام را پدید می‌آورد (۵). در شرایطی که نظام‌های سلامت با چالش‌هایی نظیر تغییرات جمعیتی، پیچیدگی بیماری‌ها و افزایش هزینه‌ها روبرو هستند؛ برنامه‌ریزی نقش کلیدی در تضمین اثربخشی، کارایی و عدالت در ارائه خدمات سلامت ایفا می‌کند.

یکی از مهم‌ترین مزایای برنامه‌ریزی، ایجاد شفافیت در مسیر حرکت سازمان و افزایش انگیزه کارکنان است. زمانی که اهداف، استراتژی‌ها و شاخص‌های عملکردی به‌طور دقیق تعریف شوند، کارکنان نقش خود را در تحقق اهداف سازمانی بهتر درک کرده و مشارکت فعال‌تری خواهند داشت. این فرایند همچنین، موجب بهبود ارتباطات بین سطوح مختلف مدیریتی و عملیاتی شده و تصمیم‌گیری‌های مبتنی بر داده و شواهد را تسهیل می‌کند. در نتیجه، سازمان‌های بهداشتی در مانی می‌توانند با انعطاف‌پذیری بیشتر به تغییرات محیطی پاسخ دهند و بقای خود را در فضای رقابتی حفظ کنند (۵). برنامه‌ریزی خوب، از منابع کم، نتایج بزرگ می‌سازد.

مدیران باید به جای حفظ وضع موجود، بهبود دائمی را دنبال کنند. برنامه‌ریزی در نظام سلامت همچنین، بستری برای یادگیری سازمانی و بهبود مستمر فراهم می‌سازد. مدیران از طریق پایش و ارزیابی منظم شاخص‌های عملکردی، نقاط قوت و ضعف سازمان‌های خود را شناسایی کرده و اقدامات اصلاحی مناسب را در برنامه‌های آتی لحاظ می‌کنند. این چرخه بازخورد، موجب ارتقای کیفیت خدمات سلامت، افزایش رضایت گیرندگان خدمات سلامت و تقویت پاسخ‌گویی سازمانی می‌شود.

انواع برنامه‌ریزی

برنامه‌ها از نظر زمانی، به سه دسته کوتاه‌مدت (کمتر از یک سال)، میان‌مدت (تا سه سال) و بلندمدت (تاده سال یا بیشتر) تقسیم می‌شوند (۱). برنامه‌ریزی کوتاه‌مدت معمولاً برای پاسخ‌گویی به نیازهای فوری و اجرای اقدامات عملیاتی طراحی می‌شود. در مقابل، برنامه‌ریزی بلندمدت با هدف دستیابی به چشم‌اندازهای کلان و تحول‌آفرین در نظام سلامت صورت می‌گیرد (۳). این تقسیم‌بندی زمانی، به مدیران کمک می‌کند تا منابع را به صورت مرحله‌ای تخصیص دهند و عملکرد سازمان را در بازه‌های مختلف ارزیابی کنند. برنامه‌های سازمانی، با توجه به نقش و اهمیت آن‌ها در دستیابی به مزیت رقابتی و ارتقای عملکرد سازمان، در سه سطح برنامه‌های استراتژیک یا راهبردی^۱، برنامه‌های تاکتیکی^۲ و برنامه‌های عملیاتی^۳ طبقه‌بندی می‌شوند (۱). برنامه‌ریزی راهبردی در سطح مدیریت ارشد سازمان انجام می‌شود و شامل تعیین مأموریت، دورنما، اهداف کلان و استراتژی‌های بلندمدت است که جهت‌گیری کلی سازمان را مشخص می‌کند. برنامه‌ریزی تاکتیکی توسط مدیران میانی برای ترجمه اهداف راهبردی به اقدامات قابل‌اجرا در سطح بخش‌های سازمانی طراحی می‌شود. در نهایت، برنامه‌ریزی عملیاتی در سطح واحدهای اجرایی و برای دوره‌های کوتاه‌مدت تدوین می‌شود، بر نحوه اجرای فعالیت‌ها در بازه‌های زمانی محدود تمرکز دارد و شامل فعالیت‌های روزمره، تخصیص منابع و پایش عملکرد است. این سه سطح برنامه‌ریزی باید به صورت هماهنگ و یکپارچه عمل کنند تا اثربخشی سازمانی تضمین شود.

برنامه‌ریزی راهبردی از نظر ماهیت و کارکرد با برنامه‌ریزی بلندمدت تفاوت دارد. برنامه‌ریزی بلندمدت بر تعیین اهداف و روش‌های متعارف سازمان در یک دوره زمانی طولانی تمرکز دارد و استمرار فعالیت‌های جاری را دنبال می‌کند. در مقابل، برنامه‌ریزی راهبردی بر دستیابی به اهداف راهبردی و حیاتی سازمان تأکید دارد؛ اهدافی که برای ایجاد و حفظ مزیت رقابتی ضروری هستند و نیازمند بهره‌گیری از رویکردهای نوآورانه و خلاقانه هستند. برنامه‌ریزی راهبردی دیدن آینده قبل از رسیدن به آن است. تمرکز اصلی برنامه‌ریزی راهبردی بر خلق ارزش، نوآوری و پاسخ‌گویی پویا و انعطاف‌پذیر به دگرگونی‌های محیطی قرار دارد. اگرچه این نوع برنامه‌ریزی می‌تواند در بازه‌های زمانی کوتاه‌مدت یا میان‌مدت

1. Strategic plan
2. Tactical plan
3. Operational plan

نیز طراحی شود، اما به دلیل پیچیدگی و گستردگی فرایند تدوین آن، مدیران اغلب، افق زمانی بلندمدت‌تری را برای اجرای برنامه‌های راهبردی در نظر می‌گیرند. به‌عنوان نمونه، تدوین یک برنامه راهبردی برای مقابله با بیماری‌های غیرواگیر نیازمند تحلیل سیستماتیک، مشارکت ذی‌نفعان و بهره‌گیری از ابزارهایی مانند مدل‌سازی پویا و سناریونویسی است؛ فرایندی که زمان‌بر خواهد بود.

برنامه‌ریزی عملیاتی

برنامه‌ریزی عملیاتی تمرکز خود را بر فعالیت‌های روزمره و کوتاه‌مدت معطوف می‌سازد و نقش مؤثری در تحقق اهداف عملیاتی سازمان ایفا می‌کند. این نوع برنامه‌ریزی با هدف اجرای دقیق اقدامات مشخص، تخصیص بهینه منابع در سطح واحدهای اجرایی و پایش پیوسته‌ی عملکرد طراحی می‌شود. برنامه‌ریزی عملیاتی باید دقیق، واقع‌گرایانه، قابل اجرا و منطبق با ظرفیت‌ها و منابع موجود سازمان باشد. این فرایند شامل تعیین فعالیت‌های مشخص، زمان‌بندی اجرای آن‌ها، تخصیص منابع انسانی، مالی، فیزیکی و اطلاعاتی، تعریف شاخص‌های عملکردی و طراحی سازوکارهای پایش و ارزشیابی است. برای دستیابی به موفقیت در اجرای برنامه‌های عملیاتی، لازم است کارکنان به‌طور فعال مشارکت داشته باشند، وظایف به‌روشنی تعریف شوند و ارتباطی مؤثر میان سطوح مختلف مدیریتی و اجرایی سازمان برقرار گردد. علاوه‌براین، برنامه‌ریزی عملیاتی باید از انعطاف‌پذیری کافی برخوردار باشد تا در مواجهه با تغییرات محیطی یا بروز چالش‌های اجرایی، امکان بازنگری، اصلاح و به‌روزرسانی آن فراهم شود. در نتیجه، سازمان در شرایط متغیر محیطی، عملکرد خود را حفظ کرده و پیوسته در مسیر تحقق اهداف راهبردی حرکت می‌کند.

برنامه‌ریزی عملیاتی شامل مراحل واکاوی وضعیت موجود، تعیین اهداف عملیاتی، طراحی مداخلات، تخصیص منابع و پایش و ارزشیابی است. برای نمونه، در یکی از شبکه‌های بهداشت شهرستان‌های استان فارس، افزایش شیوع دیابت نوع ۲ به‌عنوان یک چالش جدی سلامت عمومی شناسایی شد. برای پاسخ‌گویی به این مسئله، یک برنامه عملیاتی شش‌ماهه برای کاهش شیوع دیابت طراحی شد. مراحل تدوین این برنامه به شرح زیر بود:

تحلیل وضعیت موجود: نرخ شیوع دیابت در جمعیت زیر پوشش با استفاده از داده‌های پرونده‌های سلامت بررسی شد و مناطق پرخطر شناسایی شدند.

تعیین اهداف عملیاتی: هدف کاهش ۱۰ درصدی موارد جدید دیابت در مناطق پرخطر در مدت شش ماه تعیین شد.

طراحی مداخلات: راهکارهای دستیابی به هدف شامل توانمندسازی مراقبان سلامت و بهورزان، برگزاری کلاس‌های آموزشی تغذیه سالم، آموزش خودمراقبتی به بیماران دیابتی، غربالگری فعال افراد بالای ۳۰ سال، ارجاع موارد مشکوک به مراکز درمانی و پیگیری آن‌ها و پایش منظم و مستندسازی بود.

تخصیص منابع: کارکنان بخش بهداشت، تجهیزات غربالگری، بروشورهای آموزشی و بودجه از محل اعتبارات شهرستان تخصیص یافت.

پایش و ارزشیابی: شاخص‌هایی مانند تعداد افراد غربال شده، تعداد کلاس‌های برگزار شده و میزان کاهش موارد جدید دیابت ثبت و به صورت ماهانه گزارش‌گیری شد. برنامه‌ریزی عملیاتی در این مثال، به عنوان ابزاری مؤثر برای تبدیل اهداف کلان به اقدامات ملموس، موجب ارتقای اثربخشی خدمات سلامت شد. با اجرای دقیق فعالیت‌ها، مشارکت فعال کارکنان و پایش مستمر، شبکه بهداشتی توانست در مدت زمان کوتاه به نتایج قابل توجهی دست یابد. برنامه‌ریزی عملیاتی بستری برای یادگیری سازمانی، افزایش پاسخ‌گویی و بهبود مستمر عملکرد در سازمان فراهم می‌سازد.

تمرین ۲: طراحی یک برنامه عملیاتی برای سازمان

از شما به عنوان مدیر بهداشتی یک مرکز خدمات سلامت خواسته می‌شود تا یک برنامه عملیاتی کوتاه‌مدت (۶ ماهه) برای حل یک مشکل بهداشتی رایج در منطقه زیر پوشش خود طراحی کنید. مراحل زیر را به صورت منظم و مستند طی کنید:

۱. تحلیل وضعیت موجود: یک مشکل بهداشتی رایج در منطقه‌ی خود را انتخاب کنید (مانند افزایش موارد فشار خون، کم‌تحرکی، چاقی کودکان یا کاهش پوشش واکسیناسیون). با استفاده از داده‌های موجود، وضعیت فعلی را واکاوی کرده و ابعاد آن را مشخص کنید.
۲. تعیین اهداف عملیاتی: یک یا دو هدف مشخص، قابل اندازه‌گیری و واقع‌بینانه برای حل یا کاهش مشکل انتخاب شده تعیین کنید.
۳. طراحی مداخلات اجرایی: اقدامات مشخصی را برای دستیابی به اهداف

- عملیاتی طراحی کنید. این اقدامات باید متناسب با منابع موجود و قابل اجرا در سطح واحدهای عملیاتی باشند.
۴. تخصیص منابع و زمان بندی: منابع انسانی، مالی، تجهیزاتی و زمانی مورد نیاز برای اجرای برنامه را مشخص کنید.
۵. پایش و ارزشیابی: شاخص‌های عملکردی مناسب برای سنجش پیشرفت برنامه را تعریف کرده و سازوکار پایش ماهانه را طراحی کنید.

برنامه‌ریزی راهبردی

هر تصمیم مدیریتی، باید با نگاه به آینده گرفته شود. مدیران باید به جای حفظ منابع، آن‌ها را بهینه کنند. برنامه‌ریزی راهبردی شامل تعیین اهداف راهبردی سازمان، ارتقای قابلیت‌ها و توانمندی‌های راهبردی، انتخاب استراتژی‌ها، تاکتیک‌ها و فعالیت‌های مناسب برای دستیابی به اهداف، و نیز پایش و ارزشیابی منظم فعالیت‌های سازمان برای حصول اطمینان از انجام درست کارهای درست است (۶). برنامه‌ریزی راهبردی فرایندی نظام‌مند و آینده‌نگر است که مسیر بلندمدت و اهداف راهبردی سازمان را تعیین کرده و با واکاوی محیط و تدوین استراتژی‌ها، ظرفیت‌های سازمان را ارتقا داده و دستیابی به مزیت رقابتی پایدار را امکان‌پذیر می‌سازد.

برنامه‌ریزی راهبردی در نظام سلامت، برای هدایت سازمان‌های بهداشتی و درمانی در مسیر تحقق مأموریت‌های بلندمدت و پاسخ‌گویی به تغییرات محیطی ضروری است. این گونه برنامه‌ریزی با تمرکز بر واکاوی محیط درونی و برونی سازمان، تعیین چشم‌انداز، تنظیم هدف‌های کلان و طراحی راهبردهای همسو، به مدیران یاری می‌رساند تا در برابر دگرگونی نیازهای سلامت جامعه، نوسان‌های بازار، پیشرفت‌های فناوری و تغییرات سیاستی، واکنشی درخور نشان دهند (۳). در شرایطی که نظام سلامت با چالش‌هایی نظیر افزایش هزینه‌ها، تغییرات جمعیتی و فشارهای سیاسی روبرو است، برنامه‌ریزی راهبردی به مدیران کمک می‌کند تا مسیر آینده سازمان را با دقت و انعطاف‌پذیری ترسیم کنند.

یکی از ویژگی‌های اصلی برنامه‌ریزی راهبردی، نگاه آینده‌نگر و پویا به محیط سازمانی است. برخلاف برنامه‌ریزی عملیاتی که بر فعالیت‌های روزمره سازمان تمرکز دارد، برنامه‌ریزی راهبردی با پیش‌بینی سناریوهای محتمل و تحلیل روندهای کلان، سازمان

را برای مواجهه با عدم قطعیت‌ها آماده می‌سازد (۷). این فرایند شامل تعیین مأموریت، دورنما، ارزش‌ها، اهداف راهبردی و تدوین استراتژی‌هایی است که منجر به خلق مزیت رقابتی و ارتقای عملکرد سازمانی می‌شوند.

مزایای برنامه‌ریزی راهبردی

هدف اصلی برنامه‌ریزی راهبردی، ایجاد و حفظ تعادل پویا میان سازمان و محیط بیرونی آن است (۸). این نوع برنامه‌ریزی، سازمان را برای واکنش مؤثر و به‌موقع در برابر تحولات محیط داخلی و خارجی آماده می‌سازد و از این رو، ماهیتی آینده‌نگر و انعطاف‌پذیر دارد. از طریق پیش‌بینی سناریوهای محتمل و تدوین راهبردهای منسجم، سازمان می‌تواند مسیر حرکت خود را به‌صورت هدفمند برای دستیابی به مزیت رقابتی ترسیم کند و منابع موجود را به‌صورت هماهنگ و بهینه به‌کار گیرد (۹). در چنین رویکردی، مدیران سازمان نقش منفعل در برابر رخداد‌های محیطی ایفا نمی‌کنند. آن‌ها به‌طور فعالانه، مسیر آینده سازمان را طراحی و هدایت می‌کنند. آن‌ها با ترسیم چشم‌اندازی روشن برای سه تا پنج سال آینده در فضای رقابتی، اهداف راهبردی سازمان را تعیین کرده و از طریق برنامه‌ریزی دقیق و اجرای اثربخش آن، احتمال دستیابی به موقعیت مطلوب در آینده را افزایش می‌دهند.

برنامه‌ریزی راهبردی یا راهبردی همچنین، نقش مهمی در تخصیص بهینه منابع ایفا می‌کند. با توجه به محدودیت منابع مالی، انسانی و فنی در سازمان‌های بهداشتی و درمانی، برنامه‌ریزی راهبردی به مدیران کمک می‌کند تا منابع را بر اساس اولویت‌های راهبردی و نیازهای واقعی تخصیص دهند. این امر موجب کاهش دوباره کاری‌ها، افزایش بهره‌وری و جلوگیری از اتلاف منابع می‌شود. وجود یک برنامه راهبردی منسجم در سازمان موجب می‌شود تا تمامی منابع موجود در بخش‌های مختلف، به‌صورت منطقی و هماهنگ در جهت تحقق اهداف راهبردی سازمان تخصیص یابند. در مقابل، سازمان‌هایی که برنامه‌ریزی راهبردی نداشته و تنها به برنامه‌ریزی عملیاتی بسنده می‌کنند، با چالش‌هایی نظیر رقابت داخلی میان واحدها برای دستیابی به منابع روبرو هستند. این وضعیت منجر به تخصیص نامناسب منابع، کاهش بهره‌وری و بروز اتلاف در ظرفیت‌های سازمانی می‌شود. در چنین شرایطی، ممکن است بخشی از منابع سازمان بدون استفاده باقی بمانند، در حالی که، واحدهای دیگر سازمان با کمبود شدید همان منابع مواجه باشند.

برنامه‌ریزی راهبردی بستری برای یادگیری سازمانی و بهبود پیوسته فراهم می‌سازد.

از طریق پایش و ارزیابی منظم شاخص‌های عملکردی، سازمان‌ها می‌توانند اثربخشی اقدامات خود را بررسی کنند و در صورت نیاز، اصلاحات لازم را بکار گیرند. این چرخه بازخورد، موجب ارتقای کیفیت تصمیم‌گیری، افزایش پاسخ‌گویی و تقویت اعتماد ذی‌نفعان می‌شود. در عصر تحول دیجیتال و پیچیدگی‌های فزاینده‌ی نظام سلامت، برنامه‌ریزی راهبردی یک ضرورت مدیریتی و یک مزیت رقابتی برای سازمان‌های پیشرو محسوب می‌شود. در چارچوب برنامه‌ریزی راهبردی، با توجه به هدف‌های کلان و راهبردی سازمان، برنامه‌ای فراگیر برای کل سازمان تنظیم می‌شود که برنامه‌های عملیاتی واحدهای گوناگون نیز در راستای دستیابی به همان هدف‌های راهبردی طراحی و اجرا می‌شوند. این رویکرد موجب ایجاد انسجام و هماهنگی میان برنامه‌های بخش‌های مختلف سازمان شده و از بروز تعارض‌های اجرایی جلوگیری می‌کند. تخصیص منابع در این ساختار، بر اساس نیازهای واقعی هر واحد در راستای اجرای استراتژی‌ها و تاکتیک‌های سازمان صورت می‌پذیرد، که خود زمینه‌ساز بهره‌برداری بهینه از ظرفیت‌های موجود است.

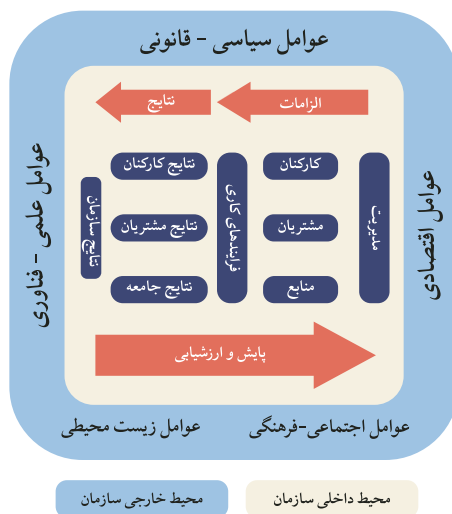
برنامه‌ریزی راهبردی فقط مختص سازمان‌های فعال در محیط‌های رقابتی نیست، بلکه، برای سازمان‌هایی که با چالش‌های داخلی متعدد مواجه‌اند نیز کاربردی و مؤثر است. این نوع برنامه‌ریزی به مدیران کمک می‌کند تا با بهره‌گیری از فرصت‌های محیطی بر نقاط ضعف سازمان چیره شوند و نقاط قوت آن را تقویت کنند. در نتیجه، مدیران می‌توانند با نگاهی آینده‌نگر و مبتنی بر تحلیل محیطی، مسیر توسعه و بهبود عملکرد سازمان را به صورت هدفمند و پایدار ترسیم کنند. برنامه‌ریزی راهبردی در نظام سلامت، موجب افزایش رضایت کارکنان سلامت، بهبود کیفیت خدمات سلامت، ارتقای عدالت در دسترسی به خدمات سلامت، افزایش رضایت گیرندگان خدمات سلامت و افزایش بهره‌وری سازمان‌های بهداشتی و درمانی می‌شود.

مدل برنامه‌ریزی راهبردی

موفقیت برنامه‌ریزی راهبردی در سازمان‌های بهداشتی و درمانی ایران به انطباق مدل برنامه‌ریزی با شرایط بومی، مشارکت فعال ذی‌نفعان و پایش مستمر عملکرد وابسته است. برنامه‌ریزی راهبردی برای سازمان‌های بهداشتی و درمانی ایران نیازمند مدلی بومی است که با ویژگی‌های خاص این سازمان‌ها و شرایط محیطی کشور همخوانی داشته باشد. بسیاری از مدل‌های مدیریت راهبردی، در صنایع تولیدی کشورهای غربی توسعه یافته و به طور

کامل قابل انطباق با نظام سلامت ایران نیستند. بنابراین، طراحی و استفاده از مدلی بر اساس بایدهای سیاسی، اقتصادی، اجتماعی، فرهنگی، فناوری، مدیریتی، ساختاری و فرایندی سازمان‌های بهداشتی و درمانی ایران ضروری است. استفاده از مدل‌های بومی‌سازی شده بر اساس تجربیات داخلی و اصول علمی، اثربخشی برنامه‌ریزی را افزایش داده و مسیر دستیابی به اهداف کلان سلامت را هموار می‌سازد. این مدل‌ها باید بتوانند با نهادینه‌سازی اصولی مانند یادگیری سازمانی، مدیریت منابع و ارتقای فرهنگ سازمانی، دستیابی به نتایج مطلوب برای کارکنان، بیماران، جامعه و سازمان را تضمین کنند.

برنامه‌ریزی راهبردی مرحله‌ی نخست فرایند مدیریت راهبردی است. مدیریت راهبردی شامل سه مرحله‌ی تدوین، اجرا و ارزشیابی راهبردی است. به عبارتی، مدیران برای دستیابی به مزیت رقابتی یا برتری، باید به‌طور هدفمند از رویکرد مدیریت راهبردی استفاده کنند و برنامه‌ریزی، سازماندهی، رهبری و کنترل راهبردی را در سازمان بکار گیرند. مدیریت راهبردی یا استراتژیک، نگاه به‌آینده و اقدام در امروز است. در شکل ۱ مدل مفهومی مدیریت راهبردی مناسب سازمان‌های بهداشتی و درمانی ایران ۵ الزام و ۴ نتیجه نشان داده شده است. مدیران با تقویت بایدهای مدیریت، کارکنان، مشتریان، منابع و فرایندهای کاری به دنبال حداکثر نمودن نتایج مرتبط با کارکنان، مشتریان، جامعه و سازمان هستند. اجرای درست این مدل می‌تواند دستیابی به اهداف سازمان را تضمین کند.



شکل ۱. مدل مفهومی مدیریت راهبردی برای سازمان‌های بهداشتی و درمانی

هر کدام از اجزای این مدل مدیریت راهبردی دارای محورهای فرعی است. جدول ۱، اجزای فرعی این مدل را نشان می‌دهد.

جدول ۱، اجزای اصلی و فرعی مدل مدیریت راهبردی برای سازمان‌های بهداشتی و درمانی

محور اصلی	محور فرعی
مدیریت	ثبات در مقاصد، پیگیری موفقیت بلندمدت سازمان، مدیریت موثر تغییر، رهبری سازمانی، رویکرد سیستمی، مدیریت مبتنی بر شواهد، الگوی موفق مدیریت، تعهد و مسئولیت‌پذیری مدیریت، مشارکت مدیریت، تفکر راهبردی، مأموریت و دورنمای سازمان، اهداف کلی و اختصاصی سازمان، استراتژی‌ها، تاکتیک‌ها و سیاست‌ها، برنامه‌ی عملیاتی، شاخص‌های عملکردی و تعهد به اجرای برنامه.
کارکنان	استخدام کارکنان شایسته، تعهد و وفاداری کارکنان، مشارکت کارکنان، سنجش رضایت شغلی کارکنان، ارزیابی عملکرد کارکنان، تقدیر و تشویق کارکنان، نیازسنجی آموزشی کارکنان، برنامه آموزشی کارکنان، آموزش و توسعه کارکنان، ارزشیابی اثربخشی آموزش، ارتقای کارکنان، تقویت فرهنگ خلاق و نوآور، فرهنگ بهبود مستمر، ارتباطات اثربخش و کار تیمی.
مشتریان	شناسایی مشتریان، آگاهی از نیازها و انتظارات مشتری و بازار، سیستم اطلاعاتی مشتریان سازمان، مدیریت روابط با مشتریان، تعهد نسبت به مشتریان، جلب مشارکت مشتریان، سنجش رضایت مشتریان، سیستم ارائه بازخورد توسط مشتریان و تضمین کیفیت خدمات.
منابع	توسعه منابع سازمانی، مدیریت منابع فیزیکی، مدیریت منابع مالی، مدیریت اطلاعات، مدیریت روابط بهینه با تأمین‌کنندگان کالاها و خدمات، سنجش رضایت تأمین‌کنندگان کالاها و خدمات و ارزیابی عملکرد تأمین‌کنندگان کالاها و خدمات.
فرایندهای کاری	تشکیل گروه‌های بهبود کیفیت فرایندهای کاری، استانداردسازی و مستندسازی فرایندهای کاری، ارزیابی عملکرد فرایندهای کاری، بهبود مستمر فرایندهای کاری، ممیزی کیفیت و ارائه بازخورد.
نتایج کارکنان	کیفیت زندگی کاری کارکنان، رضایت شغلی کارکنان و تعهد سازمانی کارکنان.
نتایج مشتریان	بهبود کیفیت خدمات، رضایت مشتریان (گیرندگان خدمات سلامت) و وفاداری مشتری به سازمان.
نتایج جامعه	مسئولیت اجتماعی سازمان، رضایت جامعه و بهبود تصور جامعه نسبت به سازمان.
نتایج سازمان	عملکرد بالینی سازمان، عملکرد عملیاتی سازمان و عملکرد مالی سازمان.

فرایند برنامه‌ریزی راهبردی در سازمان‌های بهداشتی و درمانی باید به چهار پرسش

مهم پاسخ دهد: «در حال حاضر کجا هستیم؟»، «می‌خواهیم کجا باشیم؟»، «چگونه می‌توانیم به آنجا برسیم؟» و «چگونه پیشرفت خود را پایش و ارزیابی کنیم؟». این پرسش‌ها چهارچوبی برای تحلیل وضعیت موجود، تعیین چشم‌انداز آینده، طراحی مسیر حرکت و ارزیابی عملکرد فراهم می‌کنند. پاسخ به این پرسش‌ها نیازمند تحلیل محیط داخلی و خارجی، شناسایی قوت‌ها، ضعف‌ها، فرصت‌ها و تهدیدها و تعیین مأموریت، دورنما، ارزش‌ها و اهداف سازمان است.

شکل ۲ مدل اجرایی مناسب مدیریت راهبردی برای سازمان‌های بهداشتی و درمانی ایران را نشان می‌دهد. با توجه به ویژگی‌های سازمان‌های بهداشتی و درمانی ایران و سابقه کم آن‌ها در استفاده از برنامه راهبردی، باید از یک رویکرد هدف‌محور برای تدوین برنامه راهبردی استفاده شود. ابتدا باید موقعیت راهبردی سازمان با ارزیابی درون و بیرون سازمان تعیین شود. سپس، جهت راهبردی سازمان شامل مأموریت، دورنما، ارزش‌ها و اهداف کلی و اختصاصی باید تعیین شود. در ادامه، استراتژی‌های دستیابی به اهداف کلی و اقدامات اجرایی برای تحقق اهداف اختصاصی مشخص شوند (۵). تا این مرحله، فرایند برنامه‌ریزی راهبردی سازمان انجام می‌شود. سپس، برنامه‌ی تدوین شده باید اجرا و ارزشیابی شود.



شکل ۲. مدل اجرایی مدیریت راهبردی برای سازمان‌های بهداشتی و درمانی

هرچه محیط داخلی و خارجی یک سازمان از ثبات نسبی بیشتری برخوردار باشد، می‌توان افق برنامه‌ریزی راهبردی را بلندمدت‌تر در نظر گرفت. اما در محیط‌هایی که ثبات کمتری دارند، برنامه‌ریزی با افق زمانی کوتاه‌تر پیشنهاد می‌شود. با در نظر گرفتن شرایط خاص کشور ایران و ویژگی‌های محیطی حاکم بر سازمان‌های بهداشتی و درمانی، مناسب‌ترین بازه زمانی برنامه راهبردی برای این سازمان‌ها، دوره‌ای بین سه تا پنج سال است. این افق زمانی، ضمن حفظ قابلیت پیش‌بینی بهتر متغیرهای موثر بر عملکرد سازمان، واکنش مؤثر به تحولات محیطی را فراهم می‌سازد و با ظرفیت‌های اجرایی و منابع موجود در نظام سلامت کشور همخوانی دارد.

بازه زمانی ۲ تا ۳ ماه برای تدوین برنامه راهبردی ۳ تا ۵ ساله و برنامه عملیاتی یک‌ساله یک سازمان بهداشتی و درمانی مناسب است و می‌تواند به عنوان شاخص کارایی فرایند برنامه‌ریزی راهبردی در نظر گرفته شود. طولانی شدن غیرضروری این فرایند می‌تواند انگیزه مدیران و کارکنان را کاهش داده و مشکلاتی را در مرحله اجرا به وجود آورد.

جدول ۲. جدول گانت فرایند تدوین برنامه راهبردی سازمان به هفته

ردیف	فعالیت‌های اجرایی	زمان	۱	۲	۳	۴	۵	۶	۷	۸
۱	تشکیل و آموزش تیم برنامه‌ریزی راهبردی سازمان	۱ هفته								
۲	تحلیل راهبردی و تعیین موقعیت راهبردی سازمان	۲ هفته								
۳	تعریف مأموریت، دورنما و ارزش‌های سازمان	۱ هفته								
۴	تعیین اهداف کلی و استراتژی‌های سازمان	۱ هفته								
۵	تعیین اهداف اختصاصی و شاخص‌های عملکردی سازمان	۲ هفته								
۶	تدوین برنامه عملیاتی سال اول سازمان	۴ هفته								

فرایند برنامه‌ریزی راهبردی

برنامه‌ریزی راهبردی دارای شش مرحله است که در این بخش توضیح داده می‌شود.

مرحله اول: تشکیل و آموزش کمیته برنامه‌ریزی راهبردی سازمان

تشکیل و آموزش کمیته برنامه‌ریزی راهبردی نخستین گام در فرایند تدوین برنامه‌ای اثر بخش

برای سازمان‌های بهداشتی و درمانی است. این مرحله تضمین می‌کند که تصمیم‌گیری‌ها بر پایه مشارکت ذی‌نفعان کلیدی، دانش تخصصی و درک عمیق از محیط داخلی و خارجی سازمان صورت گیرد. مشارکت فعال مدیران ارشد، میانی و عملیاتی در کمیته برنامه‌ریزی راهبردی سازمان، موجب افزایش تعهد سازمانی و اثربخشی اجرای برنامه می‌شود (۱۰). در مقابل، برنامه‌هایی که بدون مشارکت سطوح مختلف مدیریت سازمان تدوین می‌شوند، اغلب با شکست مواجه می‌شوند. چنین برنامه‌هایی فاقد انسجام، پذیرش و منابع لازم برای اجرا هستند.

در برخی سازمان‌ها، فرایند تدوین برنامه راهبردی به صورت متمرکز و در سطوح مدیریت ارشد انجام می‌گیرد، بدون آن‌که از نظرات و تجربیات مدیران عملیاتی و کارکنان سطوح پایین‌تر بهره‌گیری شود. این رویکرد، که مبتنی بر تصمیم‌گیری از بالا به پایین است، موجب نادیده انگاشتن نظرات افرادی می‌شود که به طور مستقیم با مشتریان، پیمانکاران و دیگر ذی‌نفعان کلیدی سازمان در تعامل هستند. در نتیجه، چنین برنامه‌هایی اغلب با شکست مواجه می‌شوند. مشارکت فعال مدیران عملیاتی و کارکنان در فرایند برنامه‌ریزی، نه تنها موجب هم‌راستایی بیشتر برنامه با نیازهای واقعی ذی‌نفعان می‌شود، بلکه، تعهد آن‌ها را در مرحله‌ی اجرا به طور چشمگیری افزایش می‌دهد. اگر مدیران در سطوح مختلف در فرایند تدوین برنامه راهبردی سهیم نباشند، مدیر ارشد مجبور خواهد بود زمان و منابع زیادی را صرف مذاکره و جلب نظر آن‌ها برای اجرای برنامه نماید، تا از بروز چالش‌های اجرایی جلوگیری کند.

در برخی موارد، واحد برنامه‌ریزی راهبردی سازمان با همکاری محدود برخی مدیران عملیاتی اقدام به تدوین برنامه راهبردی می‌کند و آن را برای تأیید نهایی به مدیر ارشد ارائه می‌دهد. این شیوه نیز به دلیل فقدان مشارکت مؤثر مدیران ارشد و میانی سازمان، با ریسک زیاد عدم تعهد در تأمین منابع و حمایت اجرایی مواجه است. افزون بر این، مدیران ارشد به عنوان تصمیم‌گیرندگان اصلی سازمان، ممکن است با اهداف، راهبردها یا بخش‌هایی از برنامه تدوین شده توسط مدیران عملیاتی هم‌نظر نباشند. در چنین شرایطی، بازنگری و تدوین دوباره‌ی برنامه اجتناب‌ناپذیر خواهد بود. بنابراین، مشارکت فراگیر و هماهنگ مدیران در سطوح مختلف سازمان در فرایند برنامه‌ریزی راهبردی، شرط لازم برای اثربخشی، انسجام و موفقیت اجرایی برنامه تلقی می‌شود (۵).

ساختار کارگروه برنامه‌ریزی راهبردی باید به گونه‌ای طراحی شود که نمایندگان تمامی سطوح مدیریتی و تخصصی سازمان در آن حضور داشته باشند. این کمیته معمولاً شامل

۹ تا ۱۵ عضو برای یک سازمان با اندازه متوسط است که ترکیبی از مدیران ارشد، میانی، عملیاتی و کارشناسان حوزه‌های مرتبط را دربرمی‌گیرد. حضور تصمیم‌گیرندگان اصلی سازمان در کمیته برنامه‌ریزی راهبردی، ضروری و اجتناب‌ناپذیر است. به‌منظور ارتقای کیفیت تصمیم‌گیری و تضمین همسویی راهبردها با ظرفیت‌های اجرایی، مشارکت فعال مدیران ارشد، مدیران میانی و نمایندگان از مدیران عملیاتی در این کارگروه الزامی است. این ترکیب، ضمن تقویت رویکرد مشارکتی، زمینه‌ساز تدوین برنامه‌ای واقع‌گرایانه، قابل اجرا و منطبق با نیازهای واقعی سازمان خواهد بود.

رئیس کارگروه باید فردی با مهارت‌های رهبری، تصمیم‌گیری، ارتباطات مؤثر و حل تعارض باشد. وظایف کارگروه شامل واکاوی راهبردی و تعیین موقعیت راهبردی سازمان، تعیین مأموریت، دورنما، ارزش‌ها، اهداف کلی و اختصاصی، تدوین استراتژی‌ها و اقدامات و نظارت بر اجرای برنامه است. تعیین مأموریت، دورنما، ارزش‌ها و اهداف کلی سازمان باید با مشارکت فعال مدیران ارشد و مدیران میانی صورت گیرد. پس از آن، مدیران میانی با همکاری مدیران عملیاتی، مسئولیت تدوین اهداف اختصاصی را بر عهده دارند و این اهداف پس از بررسی، باید به تأیید نهایی مدیران ارشد برسند. در مرحله بعد، مدیران عملیاتی با مشارکت کارکنان، اقدامات اجرایی لازم برای تحقق اهداف اختصاصی را مشخص می‌کنند. این اقدامات نیز پس از تأیید مدیران میانی و ارشد، باید به تصویب نهایی برسند و منابع مالی مورد نیاز برای اجرای آن‌ها تخصیص یابد. تعیین دقیق نقش‌ها و وظایف اعضای کمیته برنامه‌ریزی راهبردی، از جمله وظایف مرتبط با گردآوری اطلاعات، ارزیابی نهایی و تصویب برنامه، از الزامات کلیدی موفقیت این فرایند محسوب می‌شود. در همین راستا، مدیر ارشد سازمان موظف است با صدور ابلاغ رسمی، عضویت تمامی افراد منتخب در کارگروه برنامه‌ریزی راهبردی را تثبیت و چهارچوب مشارکت آن‌ها را مشخص کند.

آموزش اعضای کارگروه برنامه‌ریزی راهبردی نقش کلیدی در ارتقای کیفیت تصمیم‌گیری و یکپارچگی فرایند برنامه‌ریزی دارد. این آموزش‌ها باید شامل مفاهیم پایه مدیریت راهبردی، تحلیل راهبردی میط داخلی و خارجی سازمان، تدوین اهداف، طراحی استراتژی‌ها و روش‌های پایش و ارزشیابی باشد. استفاده از کارگاه‌های آموزشی، مطالعات موردی و ابزارهای تعاملی - مانند نمودارهای حلقه علیت - در ارتقای درک سیستماتیک اعضا مؤثر است (۱۱). همچنین، آموزش مهارت‌های نرم مانند ارتباطات، مذاکره و مدیریت تعارض برای اعضای کمیته برنامه‌ریزی راهبردی ضروری است تا بتوانند در

جلسات تصمیم‌گیری، مشارکت مؤثر داشته باشند.

استفاده از مشاوران مدیریت راهبردی برای تسهیل فرایند برنامه‌ریزی در برخی از سازمان‌های بهداشتی و درمانی رایج است. این مشاوران با دیدگاه بی‌طرفانه، تحلیل‌های دقیق‌تری از محیط و عملکرد سازمان ارائه می‌دهند و با بهره‌گیری از تجربیات بین‌المللی، به طراحی مدل‌های بومی کمک می‌کنند. با این حال، به دلیل محدودیت دسترسی و هزینه زیاد، توصیه می‌شود که مدیران ارشد با همکاری مشاوران، به آموزش و توانمندسازی مدیران سازمان بپردازند. این رویکرد موجب ایجاد ظرفیت پایدار درون‌سازمانی برای برنامه‌ریزی راهبردی و کاهش وابستگی به منابع بیرونی می‌شود.

موفقیت مرحله تشکیل و آموزش کمیته برنامه‌ریزی راهبردی در گروی تعهد مدیران ارشد، مشارکت فعال اعضا، طراحی ساختار مناسب و اجرای برنامه‌های آموزشی هدفمند است. این مرحله پایه‌گذار کیفیت برنامه راهبردی سازمان است و نقش مهمی در ایجاد فرهنگ مشارکتی، یادگیری سازمانی و انسجام راهبردی ایفا می‌کند.

جدول ۳: اعضای کمیته برنامه‌ریزی راهبردی معاونت بهداشت یک دانشگاه/ دانشکده علوم پزشکی

ردیف	سمت	ردیف	سمت
۱	معاون بهداشت	۱۱	مدیرگروه جوانی جمعیت و سلامت خانواده
۲	دبیر کمیته برنامه‌ریزی راهبردی	۱۲	مدیر گروه بهبود تغذیه جامعه
۳	معاون فنی	۱۳	مدیر گروه آموزش و ارتقای سلامت
۴	معاون اجرایی	۱۴	مدیر گروه سلامت دهان و دندان
۵	مدیر گروه توسعه شبکه	۱۵	مسئول امور آزمایشگاه‌ها
۶	مسئول واحد آمار و فناوری اطلاعات	۱۶	مسئول امور دارویی
۷	مدیرگروه سلامت محیط و کار	۱۷	کارشناس مدیریت کاهش خطر و بلایا
۸	مدیرگروه پیشگیری و مبارزه با بیماری‌های واگیر	۱۸	مسئول امور مالی
۹	مدیر گروه مبارزه با بیماری‌های غیرواگیر	۱۹	مسئول امور اداری
۱۰	مدیر گروه سلامت روان	۲۰	مشاور برنامه‌ریزی راهبردی

مرحله دوم: تحلیل استراتژیک سازمان

مرحله دوم برنامه‌ریزی راهبردی، واکاوی راهبردی^۱ سازمان است که پایه‌گذار تصمیم‌گیری‌های کلان و تدوین اهداف راهبردی محسوب می‌شود. این مرحله شامل ارزیابی محیط درون و بیرون سازمان است. تحلیل عوامل داخلی و خارجی سازمان^۲ به شناسایی و ارزیابی قوت‌ها و ضعف‌های داخل سازمان و فرصت‌ها و تهدیدهای خارج سازمان می‌پردازد. شکل ۱ محیط داخلی و خارجی سازمان را در مدیریت راهبردی نشان می‌دهد. واکاوی راهبردی در نظام سلامت، به مدیران کمک می‌کند تا با شناخت دقیق ظرفیت‌ها و چالش‌ها، مسیر حرکت سازمان را به صورت هدفمند طراحی کنند (۱۰).

عوامل داخل سازمان شامل ساختار سازمانی، فرهنگ سازمانی، سیستم مدیریت سازمان، اهداف و برنامه‌های سازمان، مدیران، کارکنان، مشتریان، منابع مالی، فیزیکی و اطلاعاتی، فرایندهای کاری و عملکرد سازمان است که در کنترل مدیران و کارکنان سازمان قرار دارند. تحلیل محیط داخلی سازمان منجر به شناسایی نقاط قوت و ضعف آن سازمان می‌شود. نقاط قوت، آن دسته از عوامل داخل سازمانی هستند که به دستیابی اهداف راهبردی سازمان کمک می‌کنند. آن‌ها مزیت‌های رقابتی سازمان هستند که تحقق اهداف آن را تسهیل می‌کنند. داشتن مدیران و کارکنان متخصص، مجرب و متعهد، داشتن تجهیزات مدرن و پیشرفته، داشتن سیستم مدیریت اطلاعات منحصر به فرد، تعهد بالای مدیران و کارکنان سازمان به بهبود مستمر کیفیت، ساختار سازمانی چابک، روحیه کارگروهی بین مدیران و کارکنان و خلاقیت و نوآوری از نقاط قوت یک سازمان بهداشتی و درمانی محسوب می‌شوند. بنابراین، در برنامه عملیاتی باید اقداماتی برای توسعه و بهره‌برداری حداکثری از این نقاط قوت نوشته شود تا مسیر دستیابی به اهداف راهبردی سازمان هموار شود. در مقابل، نقاط ضعف آن دسته از عوامل داخل سازمانی هستند که مانع تحقق اهداف راهبردی سازمان می‌شوند. کارکنان بی‌انگیزه، تجهیزات قدیمی و فرسوده، فرایندهای کاری ناکارآمد، ارتباطات ضعیف بین مدیران و کارکنان، کمبود منابع و کیفیت پایین خدمات سازمان از جمله نقاط ضعف یک سازمان بهداشتی و درمانی هستند. هر سیستمی، به اندازه ضعیف‌ترین حلقه‌اش آسیب‌پذیر است. بنابراین، در برنامه عملیاتی باید اقدامات اصلاحی و بهبود مستمر برای حذف یا کاهش این ضعف‌ها نوشته شود.

1. Strategic analysis

2. Strengths, Weaknesses, Opportunities, Threats (SWOT) analysis

اجرای برنامه راهبردی سازمان تا حد زیادی تحت تأثیر تغییر و تحول محیط بیرونی سازمان است که می‌تواند فرصت یا تهدیدی برای سازمان ایجاد کند. مدیران با به‌دست آوردن اطلاعات مرتبط با عوامل بیرونی مؤثر بر سازمان و محاسبه میزان تأثیر آن‌ها، باید واکنش سازمان با آن‌ها را محاسبه کرده و سعی کنند سازمان را با آن تغییرات سازگار کنند. عوامل بیرونی شامل عوامل سیاسی، قانونی، اقتصادی، اجتماعی، فرهنگی، علمی، فناوری و محیط‌زیستی سازمان هستند که خارج از کنترل مدیران و کارکنان سازمان هستند. تحلیل محیط بیرونی سازمان منجر به شناسایی فرصت‌ها و تهدیدها می‌شود. شناسایی این عوامل به مدیران کمک می‌کند تا استراتژی‌هایی برای بهره‌برداری از فرصت‌ها و مقابله با تهدیدها طراحی کنند. فرصت‌ها عوامل خارج سازمانی هستند که دستیابی به اهداف راهبردی سازمانی را تسهیل می‌کنند. برخی از فرصت‌ها برای سازمان‌های بهداشتی و درمانی عبارت‌اند از وجود نیروی متخصص کافی در بازار کار، توسعه بیمه‌های درمانی، برخورداری مردم جامعه از بیمه‌های درمانی، توسعه شبکه اطلاعاتی و ارتباطی در کشور و توسعه علم و دانش پزشکی. در برنامه عملیاتی، باید اقدامات لازم برای بهره‌برداری بهینه از این فرصت‌ها به منظور تقویت نقاط قوت و کاهش نقاط ضعف سازمان تدوین شود. در مقابل، تهدیدها، عوامل خارج سازمانی هستند که به‌عنوان موانع و چالش‌های خارجی، دستیابی به اهداف سازمان را دشوار می‌سازند و اثر منفی بر عملکرد آن می‌گذارند. برخی از تهدیدها برای سازمان‌های بهداشتی و درمانی عبارت‌اند از نبود ثبات سیاسی کشور، تحریم سیاسی، تورم زیاد، رکود اقتصادی، کسر بودجه دولت و فشار در زمینه کاهش هزینه‌های بهداشتی و درمانی، بحران‌ها، بلایا و جنگ. بنابراین، در برنامه عملیاتی سازمان، باید استراتژی‌ها و اقداماتی برای کاهش اثرات منفی این تهدیدها و افزایش تاب‌آوری سازمان در برابر این تهدیدهای محیطی در نظر گرفته شود. مدیران بزرگ، تهدیدهای بزرگ را به فرصت تبدیل می‌کنند.

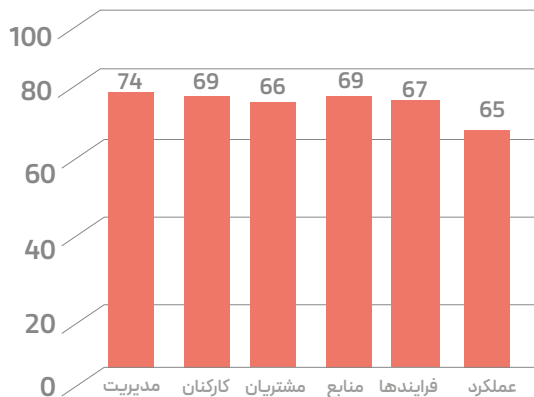
برای انجام تحلیل راهبردی دقیق، استفاده از ابزارهای ترکیبی کمی و کیفی توصیه می‌شود. پرسش‌نامه‌های چندبعدی، مصاحبه‌های ساختاریافته، بررسی اسناد و داده‌های عملکردی و جلسات گروهی از جمله روش‌های مؤثر هستند. به عنوان مثال، از یک پرسش‌نامه ۲۷۰ گویه‌ای در ۶ بعد عوامل داخلی و ۵ بعد عوامل خارجی برای تحلیل راهبردی یک معاونت بهداشتی دانشگاه علوم پزشکی استفاده شد. هر کدام از اعضای کارگروه برنامه‌ریزی راهبردی معاونت بهداشتی یک پرسش‌نامه را تکمیل کرد. به هر سوال از یک تا ۴ امتیاز داده می‌شود.

میانگین امتیاز داده شده توسط اعضای کارگروه برنامه‌ریزی راهبردی به پرسش‌های هر بعد، امتیاز آن بعد خواهد بود. تحلیل راهبردی این معاونت بهداشت در جدول ۴ نشان داده شد.

جدول ۴. ارزشیابی عوامل داخلی و خارجی معاونت بهداشت دانشگاه علوم پزشکی از ۴ امتیاز

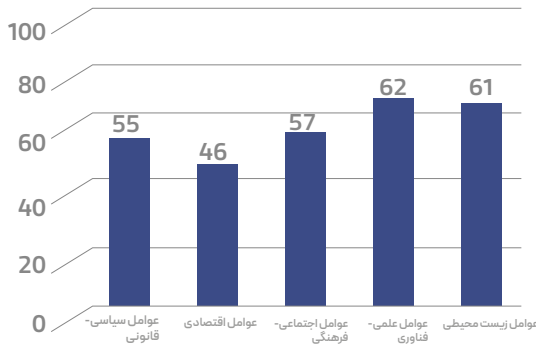
امتیاز	عوامل خارجی	امتیاز	عوامل داخلی
۲/۲۰	عوامل سیاسی - قانونی	۲/۹۶	مدیریت
۱/۸۳	عوامل اقتصادی	۲/۷۸	کارکنان
۲/۲۸	عوامل اجتماعی - فرهنگی	۲/۶۳	مشتریان
۲/۵۰	عوامل علمی - فناوری	۲/۷۷	منابع
۲/۴۶	عوامل محیط‌زیست	۲/۶۶	فرایندهای کاری
		۲/۶۰	عملکرد سازمان
۲/۲۵	امتیاز نهایی عوامل خارجی	۲/۷۳	امتیاز نهایی عوامل داخلی

ارزشیابی محیط داخلی معاونت بهداشت دانشگاه علوم پزشکی با استفاده از پرسش‌نامه تحلیل عوامل داخلی در ۶ بعد مدیریت، کارکنان، مشتریان (گیرندگان خدمات سلامت)، منابع، فرایندها و عملکرد سازمان انجام شد. معاونت بهداشت دانشگاه در بعد عوامل داخلی امتیاز ۶۸ درصد را بدست آورد. بیشترین و کمترین امتیاز را به ترتیب ابعاد مدیریت با میانگین امتیاز ۷۴ درصد و عملکرد با میانگین امتیاز ۶۵ درصد به دست آوردند (نمودار ۱).



نمودار ۱: نتایج ارزشیابی عوامل داخلی معاونت بهداشت دانشگاه علوم پزشکی

محیط خارجی معاونت بهداشت دانشگاه علوم پزشکی در ۵ بُعد عوامل سیاسی - قانونی، عوامل اقتصادی، عوامل اجتماعی - فرهنگی، عوامل علمی - فناوری و عوامل محیط زیستی ارزیابی شد. سازمان ۵۶ درصد از امتیاز کل را در بعد عوامل خارجی کسب کرد که بیانگر رویارویی بیشتر معاونت بهداشت با تهدیدهای بیرون از محیط سازمان است. طبق نمودار ۲، بعد عوامل علمی - فناوری با میانگین امتیاز ۶۲ درصد بیشترین امتیاز و بعد عوامل اقتصادی با میانگین امتیاز ۴۶ درصد کمترین امتیاز را به دست آوردند.



نمودار ۲. نتایج ارزیابی عوامل خارجی معاونت بهداشت دانشگاه علوم پزشکی

افزون بر استفاده از پرسش‌نامه و واکاوی کمی، از طریق مصاحبه با مدیران و کارکنان، مشاهده و بررسی اسناد و داده‌های آرشیوی سازمان باید واکاوی کیفی برای ۱۱ بعد عوامل داخلی و خارجی سازمان نوشته شود تا ارزیابی کاملی از محیط داخلی و خارجی سازمان داشته باشیم. نتایج این بخش باید در توسعه‌ی اهداف کلی و اختصاصی و نوشتن اقدامات استفاده شود. بنابراین، لازم است اقداماتی در برنامه عملیاتی تدوین شود که به بهره‌گیری مؤثر از نقاط قوت و فرصت‌ها بپردازد، ضعف‌ها را کاهش دهد یا برطرف کند و سازمان را در برابر تهدیدات مقاوم سازد. واکاوی راهبردی سازمان باید به‌عنوان فرایندی پویا و مشارکتی تلقی شود که وضعیت فعلی را روشن ساخته و زمینه‌ساز طراحی مسیر آینده سازمان باشد. این تحلیل نیز باید به‌طور مستمر به‌روزرسانی گردد تا با تغییرات محیطی همگام بماند.

تمرین ۳: تحلیل راهبردی سازمان

فهرستی از ۱۰ مورد از مهم‌ترین توانمندی‌ها، کاستی‌ها، فرصت‌ها و تهدیدهای سازمان خود را در این بخش بنویسید.

توانمندی‌ها	کاستی‌ها
(۱)	(۱)
(۲)	(۲)
(۳)	(۳)
(۴)	(۴)
(۵)	(۵)
(۶)	(۶)
(۷)	(۷)
(۸)	(۸)
(۹)	(۹)
(۱۰)	(۱۰)
فرصت‌ها	تهدیدها
(۱)	(۱)
(۲)	(۲)
(۳)	(۳)
(۴)	(۴)
(۵)	(۵)
(۶)	(۶)
(۷)	(۷)
(۸)	(۸)
(۹)	(۹)
(۱۰)	(۱۰)

مطالعه موردی ۱

تحلیل محیط داخلی گروه تغذیه جامعه (بدون داده)

شرح موقعیت:

گروه بهبود تغذیه جامعه قصد دارد توانمندی‌ها و کاستی‌های برنامه‌های ارتقای تغذیه را واکاوی کند، اما، هیچ داده‌ای از وضعیت تغذیه‌ای مناطق، خوشنودی جامعه هدف یا اثربخشی مداخله‌ها در دسترس نیست. تحلیل‌ها بر اساس گمان و تجربه فردی انجام می‌شود و نتایج اتکام‌پذیرند. واحد آمار و فناوری اطلاعات نیز درگیر پروژه‌های هم‌زمان است و همکاری مؤثری شکل نگرفته است.

سؤالات تحلیلی:

۱. نقش شاخص‌های کلیدی عملکرد در واکاوی داخلی معاونت بهداشت چیست؟
۲. چه منابع داده‌ای برای تحلیل محیط داخلی گروه‌های تخصصی معاونت بهداشت وجود دارد؟
۳. چگونه می‌توان داده‌های عملکردی را گردآوری و تحلیل کرد؟

مطالعه موردی ۲

واکاوی محیط خارجی بدون مشارکت در گروه مبارزه با بیماری‌های غیرواگیر

شرح موقعیت:

گروه مبارزه با بیماری‌های غیرواگیر در حال تدوین برنامه پنج‌ساله است، اما واکاوی محیط خارجی تنها بر پایه گزارش‌های اینترنتی انجام شده است. هیچ مصاحبه‌ای با بیماران دیابتی، پزشکان خانواده، بیمه‌ها یا نهادهای منطقه‌ای صورت نگرفته است. فرصت‌ها و تهدیدها به درستی شناسایی نشدند.

پرسش‌های تحلیلی:

۱. چه ابزارهایی برای واکاوی محیط خارجی در بخش بهداشت وجود دارد؟
۲. چرا مشارکت ذی‌نفعان در تحلیل محیط خارجی مهم است؟
۳. چگونه می‌توان تهدیدها را به فرصت تبدیل کرد؟

مرحله سوم: تدوین بیانیه‌های مأموریت، دورنما و ارزش‌های سازمان

مرحله سوم برنامه‌ریزی راهبردی شامل تدوین بیانیه‌های مأموریت، دورنما و ارزش‌های سازمان است. این بیانیه‌ها علاوه بر تعیین مسیر راهبردی سازمان، نقش کلیدی در تقویت انسجام، افزایش انگیزه کارکنان و پذیرش تغییرات از سوی ذی‌نفعان دارند. تعریف روشن مأموریت، دورنما و ارزش‌های سازمان، نقش مؤثری در تقویت حس تعلق و شکل‌گیری هویت سازمانی در میان مدیران و کارکنان ایفا می‌کند. این عناصر بنیادین، موجب هم‌راستایی اهداف فردی و سازمانی شده و زمینه‌ساز افزایش انگیزه، تعهد و مشارکت فعال کارکنان در تحقق اهداف سازمانی می‌گردند.

تدوین دقیق و مشارکتی این بیانیه‌ها در نظام سلامت، موجب افزایش تعهد سازمانی، بهبود عملکرد و ارتقای کیفیت خدمات سلامت می‌شود (۱۲). تدوین بیانیه‌های مأموریت، دورنما و ارزش‌ها باید به صورت مشارکتی و مبتنی بر شواهد اجرا شود. این بیانیه‌ها باید در تمامی سطوح سازمانی منتشر شده و در فرایندهای تصمیم‌گیری، ارزیابی عملکرد و آموزش کارکنان استفاده شوند. مدیران باید مأموریت، دورنما و ارزش‌های بنیادین سازمان را به صورت شفاف با کارکنان در میان بگذارند. درک و پذیرش این مفاهیم توسط کارکنان، پیش‌نیازی بنیادی برای همسویی رفتاری و تقویت یکپارچگی سازمانی به‌شمار می‌رود. تدوین و نهادینه‌سازی مأموریت، دورنما و ارزش‌ها، نوعی معماری اجتماعی را در سازمان شکل می‌دهد که بر اساس آن، کارکنان قادر خواهند بود تا فعالیت‌های خود را در چهارچوبی منسجم سامان دهند و اطمینان‌یابند که راهبردها، سیاست‌ها و برنامه‌های سازمانی به صورت هماهنگ و اثربخش در جهت تحقق اهداف سازمانی عمل می‌کنند. افزون بر کارکنان، دیگر ذی‌نفعان سازمان نیز باید نسبت به مأموریت، دورنما و ارزش‌های سازمان آگاهی داشته باشند. این آگاهی، زمینه‌ساز کاهش مقاومت در برابر تغییراتی است که در راستای اجرای برنامه‌های راهبردی سازمان ضرورت می‌یابد.

تدوین بیانیه مأموریت سازمان

بیانیه مأموریت^۱ یارسالت سازمان، بیانگر فلسفه وجودی و وظایف اصلی سازمان است (۶). مأموریت سازمان به پرسش بنیادین «ما چه کاری انجام می‌دهیم؟» پاسخ می‌دهد. بیانیه مأموریت سازمان، وظایف و فعالیت‌های اصلی سازمان را تبیین می‌کند. هدف از

نگارش بیانیه مأموریت، معرفی سازمان به ذی‌نفعان، به‌ویژه مشتریان (گیرندگان خدمات سلامت) و یادآوری وظایف سازمانی به کارکنان است. هرچه این بیانیه با جذابیت و وضوح بیشتری تدوین شود، نقش مؤثرتری در جذب مخاطبان و بهبود تصویر ذهنی سازمان ایفا خواهد نمود. بیانیه مأموریت، با تأکید بر محوریت بیمار، به کارکنان یادآوری می‌کند که هدف اصلی فعالیت‌های آن‌ها، تأمین رضایت بیماران از طریق ارائه خدمات باکیفیت و انسان‌محور است.

تدوین یک بیانیه‌ی مأموریت دقیق و هدفمند در شبکه‌های بهداشتی و درمانی ایران موجب همسویی اهداف محلی با سیاست‌های ملی سلامت می‌شود، نقش سازمان در ارائه‌ی خدمات بنیادی را روشن می‌سازد و درک مشترکی میان کارکنان، ذی‌نفعان و جامعه پدید می‌آورد (۱). بیانیه مأموریت باید کوتاه، اجرایی و بازتاب‌دهنده‌ی تعهدات سازمان نسبت به سلامت همگانی باشد. فرایند تدوین بیانیه مأموریت باید مشارکتی و مبتنی بر شواهد باشد. مدیران بهداشتی باید با بهره‌برداری از نظرات ذی‌نفعان اصلی مثل ارائه‌دهندگان خدمات سلامت، نمایندگان جامعه و کارشناسان مدیریت، بیانیه مأموریتی تدوین کنند که با واقعیت‌های اجرایی همخوانی داشته باشد و نیازهای سلامت جمعیت را پوشش دهد. بیانیه مأموریت باید پویا و قابل بازنگری باشد. با توجه به تغییرات جمعیتی، پیشرفت‌های فناوری و ظهور تهدیدات نوظهور سلامت، لازم است این بیانیه به‌صورت دوره‌ای مورد بازبینی قرار گیرد. در نهایت، بیانیه‌ای شفاف و قانع‌کننده موجب تقویت هویت سازمانی، افزایش سطح پاسخ‌گویی و پایداری بلندمدت در ارائه خدمات سلامت خواهد شد. به نمونه‌ای از بیانیه‌های مأموریت سازمان‌های زیر توجه کنید:

معاونت بهداشت دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی جندی‌شاپور اهواز با بهره‌گیری از ساختار منسجم، کارشناسان کارآزموده، توانمندسازی مردم و با تقویت همکاری‌های بین‌بخشی برای تأمین، حفظ و ارتقای سلامت و افزایش طول عمر با کیفیت اقشار جامعه تلاش می‌کند.

معاونت بهداشت دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی بوشهر با تلاش مدیران و کارشناسان، تقویت مشارکت مردم فهیم استان و جلب همکاری‌های بین‌بخشی در راستای حفظ و ارتقای سلامت، عدالت در سلامت، پویایی و جوانی جمعیت استان گام بر می‌دارد.

تمرین ۴: تدوین بیانیه مأموریت سازمان

بیانیه مأموریت سازمان خود را بنویسید.

.....

.....

.....

.....

.....

مطالعه موردی ۳

مأموریت مبهم در معاونت بهداشت

شرح موقعیت:

معاونت بهداشت یکی از دانشگاه‌های علوم پزشکی، بدون بیانیه مأموریت مدون و مورد توافق است. گروه‌های تخصصی زیرمجموعه مانند سلامت نوجوانان، سلامت روان، مبارزه با بیماری‌های واگیر و غیرواگیر، سلامت محیط و کار، سلامت خانواده و گسترش شبکه، هرکدام برنامه‌هایی مستقل و گاه متناقض اجرا می‌کنند. جلسات بین‌گروهی با سردرگمی و دوگانگی همراه است و کارشناسان نمی‌دانند فعالیت‌هایشان چگونه به هدف‌های کلان سازمانی پیوند می‌خورد. برخی مدیران براین باورند، مأموریت باید از سطح وزارتخانه ابلاغ شود؛ اما کارشناسان و مدیران میانی خواهان مشارکت در تدوین مأموریت هستند تا انسجام، انگیزه و هم‌راستایی بیشتری در اقدامات ایجاد شود.

پرسش‌های تحلیلی:

۱. چرا تدوین مأموریت برای معاونت بهداشت ضروری است؟
۲. چگونه می‌توان مأموریت را با مشارکت گروه‌های تخصصی و کارشناسان تدوین کرد؟
۳. چه ویژگی‌هایی باید در مأموریت معاونت بهداشت گنجانده شود تا اجرایی هم باشد؟

تدوین بیانیه دورنمای سازمان

بیانیه دورنما یا چشم‌انداز، تصویری آرمانی از آینده‌ی مطلوب سازمان ترسیم می‌کند و به این پرسش پاسخ می‌دهد که «ما می‌خواهیم کجا باشیم؟» دورنمای سازمان، بیانگر نیت راهبردی و آرمان‌های بلندمدت آن است و نقش مهمی در جهت‌دهی به فعالیت‌های سازمانی دارد. بیانیه دورنما، چکیده‌ای از هدف‌های کلان سازمان را دربرمی‌گیرد و هدف اصلی آن، یادآوری این اهداف به مدیران و کارکنان و ایجاد انگیزه در آن‌ها برای دستیابی به اهداف سازمان است. بدون چشم‌انداز، کارکنان سازمان سرگردان خواهند شد.

مدیران باید به جای دستور دادن، الهام‌بخش باشند. آن‌ها از طریق تبیین دورنما، انتظارات خود را از عملکرد کارکنان مشخص می‌سازند و مسیر حرکت سازمان را ترسیم می‌کنند. از این‌رو، هرچه بیانیه دورنما با دقت، جذابیت و الهام‌بخشی بیشتر تدوین شود، نقش مؤثرتری در ایجاد انگیزه، تعهد و تلاش مستمر مدیران و کارکنان برای تحقق اهداف سازمانی ایفا خواهد کرد. دورنمای سازمان همچون نیروی محرکی برای همسویی فردی و سازمانی در مسیر توسعه و بهبود پیوسته عمل می‌کند. دورنما باید الهام‌بخش، چالش‌برانگیز و قابل دستیابی باشد تا بتواند انگیزه لازم را در مدیران و کارکنان برای حرکت در مسیر تعالی ایجاد کند. در نظام سلامت، بیانیه دورنما می‌تواند به ارتقای کیفیت خدمات، افزایش دسترسی عادلانه، توسعه نوآوری‌های درمانی و بهبود جایگاه اجتماعی سازمان منجر شود (۱۲).

بیانیه دورنما باید به گونه‌ای تدوین شود که هم‌راستا با مأموریت سازمان بوده و اهداف کلان آن را نشان دهد. این بیانیه باید ساده، قابل فهم، و بدون اصطلاحات تخصصی پیچیده باشد تا برای تمامی ذی‌نفعان درک‌پذیر باشد. استفاده از زبان انگیزشی و تصویرسازی مثبت از آینده، موجب افزایش تعهد سازمانی و هم‌سویی کارکنان با اهداف راهبردی می‌شود. همچنین، دورنما باید با ارزش‌های سازمان همخوانی داشته باشد تا یکپارچگی فرهنگی و رفتاری در سازمان تقویت شود.

در تدوین بیانیه دورنما، مشارکت فعال مدیران ارشد، میانی و اجرایی ضروری است. این مشارکت موجب افزایش مالکیت جمعی نسبت به اهداف آینده و کاهش مقاومت در برابر تغییرات می‌شود. استفاده از روش‌های تسهیل‌گری مانند جلسات گروهی و بررسی تجارب موفق دیگر سازمان‌های بهداشتی و درمانی به تدوین بیانیه‌ای واقع‌گرایانه و الهام‌بخش کمک می‌کند. بیانیه دورنما باید به صورت دوره‌ای بازنگری شود تا با تغییرات محیطی و تحولات

فناوری همگام باقی بماند. به نمونه‌ای از بیانیه‌های دورنمای سازمان‌های زیر توجه کنید: معاونت بهداشت دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی اهواز: در راستای تأمین، حفظ و ارتقای سلامت جامعه برآنیم تا سال ۱۳۹۸ یکی از ۵ معاونت بهداشت برتر کشور باشیم. معاونت بهداشت دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی بوشهر: افزایش امید به زندگی مردم استان به ۷۸ سال تا پایان سال ۱۴۰۶

تمرین ۵: تدوین بیانیه دورنمای سازمان

بیانیه دورنمای سازمان خود را بنویسید.

.....

.....

.....

.....

.....

مطالعه موردی ۴

دورنمای غیرواقعی‌گرایانه در حوزه سلامت روان

شرح موقعیت:

گروه سلامت روان یکی از دانشگاه‌های علوم پزشکی، چشم‌اندازی پنج‌ساله با هدف «پیشگام منطقه‌ای در سلامت روان جامعه» تدوین کرده است. اما این گروه با کمبود روانشناس، نبود سامانه‌های ثبت داده و ضعف در همکاری بین‌بخشی مواجه است. کارشناسان حوزه سلامت روان این چشم‌انداز را غیرواقعی می‌دانند و انگیزه‌ای برای تحقق آن ندارند. دیگر گروه‌ها نیز ارتباطی میان چشم‌انداز و ظرفیت‌های موجود نمی‌بینند.

پرسش‌های تحلیلی:

۱. چگونه می‌توان چشم‌اندازی واقع‌گرایانه و الهام‌بخش برای گروه‌های تخصصی تدوین کرد؟

۲. نقش تحلیل محیط داخلی و خارجی در تعیین چشم‌انداز چیست؟
۳. چگونه می‌توان چشم‌انداز را به اهداف عملیاتی و اجرایی تبدیل کرد؟

تدوین بیانیه ارزش‌های سازمان

ارزش‌های سازمانی، مجموعه‌ای از باورهای بنیادین هستند که مدیران سازمان آن‌ها را ارج می‌نهند و نسبت به رعایت آن‌ها حساس هستند (۶). این بیانیه به این پرسش پاسخ می‌دهد که «ما چه اصول و ارزش‌هایی را در انجام وظایف خود رعایت می‌کنیم؟» ارزش‌ها بیانگر بایدها و نبایدهای رفتاری در سازمان بوده و نقش تعیین‌کننده‌ای در شکل‌گیری فرهنگ سازمانی ایفا می‌کنند. مدیران و کارکنان با تبیین ارزش‌های سازمانی، بر این نکته تأکید می‌ورزند که دستیابی به اهداف سازمانی نباید به هر بهایی صورت گیرد، بلکه فعالیت‌ها باید در چهارچوب اصول اخلاقی و ارزش‌های پذیرفته‌شده‌ی سازمان اجرا شوند. ارزش‌ها و اصول بنیادین، به‌عنوان معیارهایی برای تمییز رفتارهای مطلوب از نامطلوب، زمینه‌ساز بهبود یکپارچگی فرهنگی و اخلاق حرفه‌ای در سازمان هستند. این چهارچوب ارزشی، جهت‌گیری رفتاری را در سازمان مشخص می‌کند، و مبنایی برای تصمیم‌گیری‌های اخلاق‌محور و قضاوت‌های مدیریتی فراهم می‌آورد.

بیانیه ارزش‌ها باید طوری تدوین شود که رفتارهای مطلوب را در سازمان تقویت و از بروز رفتارهای غیراخلاقی جلوگیری کند. ارزش‌ها باید به‌صورت شفاف، قابل فهم و قابل اجرا بیان شوند تا بتوانند در فرهنگ سازمانی نهادینه شوند. استفاده از زبان مثبت، انگیزشی و فراگیر در تدوین این بیانیه، موجب افزایش تعهد کارکنان و همسویی رفتاری در سازمان می‌شود. بیانیه ارزش‌ها، چهارچوب اخلاقی و رفتاری سازمان را مشخص می‌کند و به‌عنوان راهنمایی برای تصمیم‌گیری‌ها، تعاملات و اجرای فعالیت‌ها عمل می‌کند. ارزش‌های سازمانی باید با مأموریت و دورنمای سازمان همسو باشند تا انسجام فرهنگی در سازمان حفظ شود. در نظام سلامت، ارزش‌هایی همچون احترام به کرامت انسانی، پاسخ‌گویی، عدالت، نوآوری و همدلی، موجب ارتقای کیفیت خدمات و افزایش رضایت بیماران می‌شوند.

فرایند تدوین بیانیه‌ی ارزش‌ها باید مشارکتی باشد و با حضور نمایندگان سطوح مختلف سازمان انجام گیرد. این مشارکت موجب افزایش مالکیت جمعی نسبت به ارزش‌ها و کاهش

مقاومت در برابر تغییرات فرهنگی می‌شود. همچنین، استفاده از روش‌هایی مانند جلسات گروهی، مصاحبه‌های عمیق، بررسی تجارب موفق و تحلیل فرهنگ سازمانی به شناسایی ارزش‌های واقعی و مطلوب سازمان کمک می‌کند. ارزش‌ها باید بیانگر باورهای مشترک، انتظارات رفتاری و اصول اخلاقی سازمان باشند.

بیانیه ارزش‌ها باید در تمامی فرایندهای سازمانی - از جمله استخدام، آموزش، ارزیابی عملکرد و تصمیم‌گیری‌های مدیریتی - بکار برده شود. این بیانیه به‌عنوان معیار قضاوت در موقعیت‌های اخلاقی، راهنمایی برای رفتارهای حرفه‌ای و ابزاری برای ارتقای فرهنگ سازمانی عمل می‌کند. در نظام سلامت، ارزش‌هایی مانند صداقت، احترام، همدلی، نوآوری، کیفیت‌گرایی و عدالت موجب افزایش اعتماد بیماران، بهبود تعاملات بین‌فردی و ارتقای اثربخشی خدمات می‌شوند.

بیانیه ارزش‌های سازمان باید به‌صورت دوره‌ای بازنگری شود تا با تحولات محیطی، تغییرات فرهنگی و نیازهای جدید سازمان همگام باقی بماند. این بازنگری باید با مشارکت کارکنان و ذی‌نفعان انجام گیرد تا یکپارچگی و پذیرش آن حفظ شود. ارزش‌های سازمانی راهنمایی برای رفتارهای فردی و سازمانی هستند و نقش مهمی در شکل‌گیری هویت سازمانی، ارتقای فرهنگ پاسخ‌گویی و تحقق اهداف راهبردی ایفا می‌کنند. به نمونه‌ای از بیانیه‌های ارزش‌های سازمان‌ها توجه کنید:

ارزش‌های معاونت بهداشت دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی اهواز عبارت‌اند از عدالت در سلامت، تکریم ارباب‌رجوع، سلامت‌محوری، مشارکت‌جویی و مشارکت‌پذیری، کار گروهی، همکاری بین‌بخشی، وجدان کاری، انضباط اداری، بهبود پیوسته‌ی فرایندها، شایسته‌سالاری و پاسخ‌گویی به نیازهای سلامت جامعه‌ی زیر پوشش. ارزش‌های معاونت بهداشت دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی بوشهر عبارت‌اند از قانون‌مداری، مسئولیت‌پذیری و پاسخ‌گویی، مشتری‌مداری، تخصص‌گرایی، احترام متقابل و حفظ کرامت انسانی، عدالت، کار گروهی، خلاقیت و نوآوری، نظم و انضباط، شفافیت، همدلی و یادگیری مداوم.

تمرین ۶: تدوین ارزش‌های دورنمای سازمان

بیانیه ارزش‌های سازمان خود را بنویسید.

.....

.....

.....

.....

.....

مطالعه موردی ۵

ارزش‌های متناقض در گروه سلامت محیط و کار

شرح موقعیت:

گروه سلامت محیط و کار در معاونت بهداشت بیانیه‌ای با ارزش‌هایی چون «پاسخ‌گویی، شفافیت، کار تیمی» منتشر کرده است. اما، در عمل، گزارش‌های بازرسی محیطی بدون اطلاع کارشناسان منتشر می‌شود، جلسات هماهنگی حذف شدند و رقابت ناسالم میان کارشناسان مناطق مختلف شکل گرفته است. کارکنان این گروه بی‌اعتماد شدند و ارزش‌ها را شعاری و غیرواقعی می‌دانند.

پرسش‌های تحلیلی:

۱. چگونه می‌توان ارزش‌های سازمانی را در رفتارهای روزمره‌ی گروه‌های تخصصی نهادینه کرد؟
۲. نقش مدیر گروه در تحقق ارزش‌ها چیست؟
۳. چه سازوکارهایی برای پایش پایبندی به ارزش‌ها در معاونت بهداشت وجود دارد؟

مرحله چهارم: تعیین اهداف کلی، اهداف اختصاصی و مقاصد سازمان

اهداف سازمانی، آرمان‌نهایی مطلوب، برونده‌های مشخص و قابل سنجشی هستند که مدیران در پی دستیابی آن‌ها هستند (۱۳). تعیین اهداف، زمینه‌ساز دستیابی به نتایج مطلوب

بوده و موجب تمرکز مدیران و کارکنان بر فعالیت‌هایی می‌شود که دارای ارزش افزوده بوده و در راستای تحقق اهداف سازمانی قرار دارند (۱۴). تعیین اهداف، رفتارهای سازمانی را هدایت کرده و از انجام فعالیت‌های غیر ضروری و نامرتب با مأموریت سازمان جلوگیری می‌کند که در نهایت، منجر به کاهش اتلاف منابع و افزایش بهره‌وری سازمان می‌شود. وجود اهداف شفاف، انگیزه‌ای تلاش را در میان مدیران و کارکنان تقویت می‌کند. در نبود هدف‌های مشخص، انگیزه‌ای برای تلاش هدفمند و پیوسته وجود نخواهد داشت. آگاهی کارکنان از اهداف سازمانی، این امکان را به آن‌ها می‌دهد که تا وظایف خود را به گونه‌ای تنظیم و اجرا کنند که در مسیر دستیابی به این هدف‌ها باشد. همچنین، آن‌ها به خوبی می‌دانند که عملکردشان به صورت دوره‌ای و بر اساس شاخص‌های تعیین شده توسط مدیران پایش و ارزیابی می‌شود، که نقش مهمی در پاسخ‌گویی و بهبود مستمر عملکرد دارد.

مدیران در صورت غفلت از تعیین اهداف سازمانی، دچار تله و وظایف خواهند شد. تله وظایف^۱ پدیده‌ای است که طی آن مدیران و کارکنان، به جای تمرکز بر اهدافی مانند بهبود سلامت جامعه، درگیر انجام وظایف روزمره و جزئی می‌شوند؛ وظایفی که اغلب بدون ارزیابی ارزش و اثربخشی، به صورت جزیره‌ای اجرا می‌شوند. در نتیجه، سازمان‌ها با بزرگ شدن ساختار، افزایش شمار کارکنان و صرف منابع بیشتر، نه تنها بهره‌ورتر نمی‌شوند، بلکه کارایی‌شان کاهش می‌یابد. مدیران به جای طراحی برنامه‌هایی برای پیشگیری و ارتقای سلامت، فقط بر افزایش تخت بیمارستانی، کارکنان و خدمات درمانی تمرکز می‌کنند.

تعیین اهداف سازمان شامل تعیین اهداف کلی و اختصاصی سازمان است. اهداف سازمان نباید در تناقض با مأموریت، دورنما و ارزش‌های سازمان باشند. اهداف سازمانی باید بر پایه‌ی نقاط قوت سازمان به گونه‌ای نوشته شوند که به رفع نقاط ضعف سازمان کمک کنند. علاوه بر این، باید از فرصت‌های موجود به گونه‌ای بهره‌برداری کرد که منجر به تقویت نقاط قوت درون سازمان و حذف یا کاهش نقاط ضعف و تهدیدهای موجود شود.

تعیین هدف‌های کلی سازمان

هدف‌های کلی^۲ (کلان) نتایج نهایی کل سازمان است که توسط مدیران ارشد تعیین می‌شوند. اهداف کلی وسیع‌تر بوده و زمان طولانی‌تری را در بر می‌گیرد. هدف‌های کلی سازمانی باید به گونه‌ای تعیین شوند که زمینه را برای ارتقا و بهبود پیوسته‌ی عملکرد سازمان

1. Task Trap

2. Goals

فراهم کند (۱۵). این اهداف باید به گونه‌ای انتخاب شوند که ضمن همسویی با مأموریت و دورنمای سازمان، چالشی، قابل اندازه‌گیری و قابل دستیابی باشند (۱۰). هدف‌های کلی، جهت‌گیری راهبردی سازمان را مشخص کرده و چهارچوبی برای تدوین اهداف اختصاصی، استراتژی‌ها و اقدامات اجرایی فراهم می‌سازند. در نظام سلامت، هدف‌های کلی باید بیانگر اولویت‌های ملی، نیازهای جامعه، ظرفیت‌های سازمانی و الزامات قانونی باشند.

شمار هدف‌های کلی سازمان باید محدود و متمرکز باشد تا امکان تمرکز منابع، پایش دقیق عملکرد و تحقق مؤثر آن‌ها فراهم شود. سه تا ده هدف کلی، بهترین تعادل را میان فراگیر بودن و توان اجرا پدید می‌آورد و تعداد زیاد هدف‌های کلی، شانس دستیابی به همه آن‌ها را کم می‌کند. اهداف کلی باید با مشارکت ذی‌نفعان اصلی از جمله مدیران ارشد، کارکنان، بیماران، گیرندگان خدمات سلامت و جامعه تدوین شوند تا از پذیرش و تعهد سازمانی برخوردار باشند. تعیین هدف‌های کلی باید مبتنی بر واکاوی محیط داخلی و خارجی سازمان باشد. هدف‌های کلی باید با سیاست‌های ملی سلامت، برنامه‌های بالادستی و شاخص‌های عملکردی سازمان همسو باشند. در نهایت، هدف‌های کلی باید به صورت دوره‌ای بازنگری شوند تا با تغییرات محیطی، تحولات فناوری و نیازهای جدید جامعه همگام باقی بمانند. به عنوان مثال، اهداف کلی معاونت بهداشت دانشگاه عبارت‌اند از:

- G1: پیشگیری و کنترل بیماری‌های واگیر در استان؛
- G2: پیشگیری و کنترل بیماری‌های غیر واگیر در استان؛
- G3: بهبود الگوی تغذیه و امنیت غذایی در استان؛
- G4: ارتقای جوانی جمعیت، سلامت خانواده و مدارس استان؛
- G5: ارتقای سطح سلامت محیط و کار در استان؛
- G6: بهبود سلامت دهان و دندان جامعه در استان؛
- G7: ارتقای سلامت روانی و اجتماعی و پیشگیری از اعتیاد در مردم استان؛
- G8: بهبود بهره‌وری معاونت بهداشت.

تمرین ۷: تدوین اهداف کلی سازمان

اهداف کلی سازمان خود را بنویسید.

.....

.....

.....

.....

.....

مطالعه موردی ۶

اهداف کلی بدون شاخص در گروه آموزش و بهبود سلامت

شرح موقعیت:

گروه آموزش و بهبود سلامت در برنامه سالانه‌ی خود، سه هدف کلی «افزایش سواد سلامت، ارتقای رفتارهای پیشگیرانه، و تقویت مشارکت مردمی» را درج کرده است؛ اما هیچ شاخصی برای سنجش تحقق این اهداف تعریف نشده است. در پایان سال، گزارش‌ها مبهم هستند و امکان ارزیابی اثربخشی برنامه وجود ندارد. کارشناسان احساس می‌کنند تلاش‌هایشان دیده نمی‌شود.

پرسش‌های تحلیلی:

۱. چگونه می‌توان برای اهداف کلی، شاخص‌های قابل اندازه‌گیری تعریف کرد؟

۲. نقش SMART بودن اهداف در برنامه‌ریزی چیست؟

۳. چگونه می‌توان شاخص‌ها را با داده‌های موجود تطبیق داد؟

تعیین اهداف اختصاصی سازمان

اهداف کلی برای حصول، به اهداف کوچک‌تر تقسیم می‌شوند که در زمان کوتاه‌تری قابل حصول است. اهداف اختصاصی^۱ نتایج یک بخش از سازمان است که توسط مدیران میانی و عملیاتی تعیین می‌شوند. تعیین هدف‌های اختصاصی سازمان، گام مهمی در تحقق

هدف‌های کلی و دورنمای سازمان‌های بهداشتی و درمانی محسوب می‌شود. این هدف‌ها باید به گونه‌ای طراحی شوند که مسیر دستیابی به هدف‌های کلی را هموار کرده و امکان پایش، ارزیابی و اصلاح عملکرد را فراهم سازند. هر هدف کلی سازمانی به مجموعه‌ای از اهداف اختصاصی و عینی تفکیک می‌گردد. این اهداف جزئی باید به گونه‌ای طراحی و تنظیم شوند که تحقق آن‌ها به صورت منسجم و هماهنگ، دستیابی به هدف کلی را تسهیل و امکان‌پذیر سازد.

یکی از چهارچوب‌های رایج برای تدوین هدف‌های اختصاصی، مدل SMARTB است^۱. هدف‌های اختصاصی سازمان باید اختصاصی، قابل اندازه‌گیری، قابل دستیابی، مرتبط با هدف کلی، با محدودیت زمانی و متوازن باشند. هر هدف اختصاصی باید به طور دقیق به یک بخش مشخص از بهبود عملکرد اشاره داشته باشد. سنجش‌پذیری هدف‌ها، شرط لازم برای ارزیابی میزان تحقق آن‌هاست. هدفی که سنجش‌پذیر نباشد، فقط یک شعار است. هدف‌های اختصاصی باید واقع‌گرایانه و در عین حال قابل دستیابی باشند؛ به گونه‌ای که نه بیش از حد آسان و نه تحقق‌ناپذیر باشند، تا ضمن حفظ انگیزه، امکان برنامه‌ریزی مؤثر فراهم شود. همچنین، هدف‌های اختصاصی باید در راستای مأموریت و هدف‌های کلی سازمان تعریف شوند. ضرورت تعیین بازه زمانی مشخص برای تحقق هدف‌های اختصاصی، از اهمیت زیادی برخوردار است. تعهد به زمان پایان، موجب تمرکز بیشتر کارکنان بر اجرای فعالیت‌ها در چهارچوب زمانی تعیین شده می‌شود و باعث افزایش بهره‌وری و نظم سازمانی می‌شود. هدف‌های اختصاصی باید متوازن باشند؛ به عبارتی، در راستای تحقق هدف کلی، باید هدف‌هایی در سه سطح ساختار (مانند توسعه منابع انسانی)، فرایند (مانند بهبود ارتباطات بین مدیران و کارکنان) و نتیجه (مانند افزایش رضایت گیرندگان خدمات سلامت) تدوین شوند. این توازن موجب می‌شود که سازمان صرفاً بر خروجی‌ها تمرکز نکند، بلکه، عوامل زمینه‌ساز دستیابی به نتایج مطلوب را نیز مورد نظر قرار دهد. در غیر این صورت، تحقق هدف کلی ممکن است ناقص یا ناپایدار باشد. به کارگیری این چهارچوب در تدوین هدف‌های اختصاصی، موجب افزایش شفافیت، انسجام و قابلیت ارزیابی اهداف می‌شود. برای نمونه هدف اختصاصی «افزایش ۱۰ درصدی رضایت گیرندگان خدمات سلامت تا پایان سال ۱۴۰۴» دارای تمامی ویژگی‌های SMART بوده و امکان پایش دقیق عملکرد را فراهم می‌سازد.

1. Specific, Measurable, Achievable, Relevant, Time bound, Balanced (SMARTB)

در تدوین اهداف اختصاصی، مشارکت کارکنان و ذی‌نفعان نقش مهمی دارد. مشارکت فعال کارکنان در تعیین هدف‌ها، موجب افزایش تعهد، انگیزه و اثربخشی اجرای برنامه‌ها می‌شود (۱۶). همچنین، بازخورد پیوسته در مراحل تدوین و اجرای اهداف، به اصلاح و افزایش شانس دستیابی به نتایج مطلوب کمک می‌کند. هدف‌های اختصاصی باید به گونه‌ای طراحی شوند که کارکنان آن‌ها را قابل دستیابی و ارزشمند بدانند. اهداف اختصاصی باید با شاخص‌های عملکردی سازمان هم‌راستا باشند. استفاده از شاخص‌های کلیدی عملکرد^۱ مانند میزان رضایت گیرندگان خدمات سلامت، میزان بهره‌وری، نرخ خطاهای پزشکی و سطح دسترسی به خدمات، امکان ارزیابی دقیق میزان تحقق اهداف را فراهم می‌سازد. همچنین، اهداف اختصاصی باید به صورت دوره‌ای بازنگری شوند تا با تغییرات محیطی، فناوری و نیازهای جامعه همگام باقی بمانند.

به نمونه‌ای از اهداف اختصاصی برای اهداف کلی یک معاونت بهداشتی توجه کنید:

G1 - پیشگیری و کنترل بیماری‌های واگیر در استان

- G1O1 - حفظ بروز صفر بیماری فلج اطفال در جمعیت زیر ۱۵ سال استان؛
- G1O2 - افزایش ۵ درصدی تشخیص آزمایشگاهی استاندارد موارد تب و بثورات شناسایی شده در جمعیت استان؛
- G1O3 - افزایش ۵ درصدی پوشش واکسیناسیون گروه‌های هدف در جمعیت استان؛
- G1O4 - افزایش ۵ درصدی بهبودی کامل موارد جدید مبتلا به سل ریوی اسمیر خلط مثبت در بیماران شناسایی شده استان؛
- G1O5 - افزایش ۱۰ درصدی پوشش درمان با ثبات و پایدار موارد شناسایی شده HIV مثبت استان؛
- G1O6 - افزایش ۵ درصدی شناسایی به موقع موارد مالاریا در جمعیت استان؛
- G1O7 - افزایش ۵ درصدی پوشش عملیات کنترل ورود پشه مهاجم آندس در استان؛
- G1O8 - حفظ بروز صفر موارد هاری انسانی در استان.

G2 - پیشگیری و کنترل بیماری‌های غیر واگیر در استان

- G2O1 - پوشش ۴۰ درصدی انجام خطر سنجی بیماری‌های قلبی عروقی در جمعیت هدف استان؛

G2O2- پوشش ۱۰۰ درصدی غربالگری پاشنه‌ی پانوزادان (کم‌کاری تیروئید، PKU) در جمعیت هدف استان؛

G2O3- پوشش ۱۰۰ درصدی غربالگری شنوایی نوزادان در جمعیت هدف استان؛

G2O4- پوشش ۱۰۰ درصدی غربالگری بینایی نوزادان در جمعیت هدف استان؛

G2O5- پوشش ۱۰۰ درصدی مراقبت از زوج‌ها برای پیشگیری از بروز بیماری‌های خونی و متابولیک ارثی در جمعیت هدف استان.

G3 - بهبود الگوی تغذیه و امنیت غذایی در استان

G3O1- افزایش ۵ درصدی بهبودی کودکان مبتلا به سوء تغذیه شدید در استان؛

G3O2- افزایش ۵ درصدی بهبودی کودکان تحت پوشش برنامه حمایتی بهبود تغذیه کودکان در استان؛

G3O3- ثابت نگه داشتن درصد جمعیت مبتلا به اضافه‌وزن و چاقی در استان؛

G3O4- افزایش ۳ درصدی پوشش مصرف نمک یددار در خانوارهای زیر پوشش استان؛

G3O5- افزایش ۵ درصدی پوشش آموزش تغذیه جامعه در جمعیت زیر پوشش استان؛

G3O6- افزایش ۵ درصدی پوشش مکمل‌یاری دانش‌آموزان با آهن در استان؛

G3O7- افزایش ۸ درصدی پوشش مکمل‌یاری دانش‌آموزان با ویتامین D در استان.

G4 - ارتقای جوانی جمعیت، سلامت خانواده و مدارس در استان

G4O1- افزایش ۱۰ درصدی نرخ باروری کلی زنان در استان؛

G4O2- کاهش ۴۹ درصدی مرگ مادران باردار در استان؛

G4O3- کاهش ۵ درصدی عوارض ناشی از بارداری، سقط و زایمان در مادران باردار استان؛

G4O4- افزایش ۸ درصدی میزان زایمان طبیعی به کل زایمان‌ها انجام شده در استان؛

G4O5- کاهش ۱۵ درصدی میزان مرگ کودکان زیر ۵ سال در استان؛

G4O6- افزایش ۵ درصدی تغذیه انحصاری با شیر مادر در استان؛

G4O7- افزایش ۵۷ درصدی پوشش مراقبت یک سوم جمعیت میانسالان در استان؛

G4O8- افزایش ۲۱ درصدی پوشش مراقبت سالمندان در استان؛

G4O9- افزایش ۳۰ درصدی پوشش مراقبت‌های نوجوانان و دانش‌آموزان در استان؛

G4O10- افزایش ۲۷ درصدی پوشش مراقبت‌های جوانان و دانشجویان در استان؛

- G4O11- افزایش ۱۰ درصدی پوشش مدارس مروج سلامت استان؛
- G4O12- افزایش ۱۰۰ درصدی اجرای برنامه خودیاری توسط مراقبان سلامت و بهورزان در استان؛
- G4O13- افزایش ۲۲ درصدی خانوارهای تحت پوشش برنامه داوطلبان سلامت در استان؛
- G4O14- - اجرای ۷۰ درصدی برنامه‌های مداخلات ارتقای سلامت تدوین شده در استان؛
- G4O15- افزایش ۲۰ درصدی خانوارهای دارای سفیر سلامت در جمعیت استان؛

G5 - ارتقاء سطح سلامت محیط و کار

- G5O1- افزایش حداقل مطلوبیت ۹۵ درصدی پارامترهای میکروبی، فیزیکی و شیمیایی آب شرب در مناطق شهری استان؛
- G5O2- افزایش حداقل مطلوبیت ۹۰ درصدی پارامترهای میکروبی، فیزیکی و شیمیایی آب شرب در مناطق روستایی استان؛
- G5O3- افزایش ۱۰۰ درصدی پوشش بازرسی‌های بهداشتی استخرهای شنا و شناگاه‌های ساحلی استان؛
- G5O4- ارتقای ۵ درصدی شرایط بهداشتی مراکز تهیه، پخش و عرضه مواد غذایی در استان؛
- G5O5- ارتقای ۵ درصدی شرایط بهداشتی اماکن عمومی در استان؛
- G5O6- نگهداری ۱۰۰ درصدی پوشش بازرسی‌های بهداشتی بیمارستان‌ها و مراکز بهداشتی درمانی در استان؛
- G5O7- افزایش ۱۰۰ درصدی برنامه‌های بهسازی محیط روستا در ۴ روستای مشخص شده؛
- G5O8- افزایش ۱۰۰ درصد بازرسی‌های بهداشتی جایگاه‌های دفن پسماند در مناطق شهری و روستایی استان؛
- G5O9- ارتقاء ۱۰۰ درصد پوشش بازرسی‌های بهداشتی شرکت‌های مبارزه با حشرات و جانوران موذی در استان؛
- G5O10- افزایش ۱۰۰ درصدی شناسایی طرح‌های بزرگ توسعه‌ای مشمول اعلام شده توسط دستگاه‌های مرتبط در استان؛
- G5O11- شناسایی ۱۰۰ درصد شاخص کیفیت هوادر شهرهای دارای ایستگاه سنجش آلودگی هوا؛

G5O12 - افزایش ۱۰۰ درصدی کمی سازی مرگ و بیماری های منتسب به آلاینده های معیار هوای آزاد؛

G5O13 - کاهش ۵ درصدی مصرف دخانیات در استان؛

G5O14 - افزایش ۱۰ درصدی کنترل عوامل زیان آور شیمیایی در محیط کار در استان؛

G5O15 - افزایش ۴ درصدی کنترل عامل زیان آور صدا در محیط کار در استان؛

G5O16 - افزایش ۴ درصدی کنترل عامل زیان آور روشنایی در محیط کار در استان؛

G5O17 - افزایش ۴ درصدی کنترل عامل زیان آور ارگونومی در محیط کار در استان؛

G5O18 - افزایش ۱۰ درصدی کشاورزان آموزش دیده در استان.

G6 - ارتقای سلامت دهان و دندان جامعه در استان

G6O1 - ارتقاء ۵ درصدی مراقبت دهان و دندان کودکان یک تا ۱۴ سال؛

G6O2 - ارتقا ۱۰ درصدی ارائه خدمت واریش فلوراید به کودکان ۳ تا ۱۲ سال؛

G6O3 - ارتقا ۵ درصدی توزیع مسواک انگشتی در کودکان زیر ۲ سال؛

G6O4 - ارتقاء ۶ درصدی برون سپاری واحدهای دندانپزشکی؛

G7 - ارتقای سلامت روان و اجتماعی و پیشگیری از اعتیاد در مردم استان

G7O1 - افزایش ۵ درصدی شناسایی بیماران اعصاب و روان در برنامه بهداشت روان مراکز خدمات جامع سلامت شهری؛

G7O2 - ارتقای ۵ درصدی شناسایی بیماران اعصاب و روان در برنامه بهداشت روان روستا استان؛

G7O3 - کاهش ۵ در ۱۰۰ هزار نفر موارد رفتارهای اقدام به خودکشی در استان؛

G7O4 - کاهش ۲ در ۱۰۰ هزار نفر موارد اقدام به خودکشی منجر به مرگ در استان؛

G7O5 - افزایش ۵ درصدی آگاهی و توانمندسازی گروه های ارائه دهنده خدمت در خصوص پیشگیری از اعتیاد؛

G7O6 - ارتقای ۱۰ درصدی شناسایی موارد کودک آزاری و خشونت خانگی در استان.

G8 - بهبود بهره‌وری معاونت بهداشت دانشگاه علوم پزشکی

G8O1 - تدوین برنامه اجرایی سالانه‌ی معاونت بهداشت دانشگاه علوم پزشکی؛

G8O2 - به کارگیری کارکنان متخصص و متعهد مورد نیاز معاونت بهداشت دانشگاه؛

G8O3 - افزایش ماندگاری پزشکان خانواده استان به مدت ۲۰ ماه؛

- G804 - توسعه فضاهای فیزیکی معاونت بهداشت دانشگاه؛
- G805 - تأمین تجهیزات و ملزومات مورد نیاز معاونت بهداشت؛
- G806 - تقویت همکاری‌های بین‌بخشی معاونت بهداشت؛
- G807 - تقویت تاب‌آوری سازمانی معاونت بهداشت؛
- G808 - افزایش ۱۰ درصدی میزان مشارکت مالی نیکوکاران و سازمان‌های مردم‌نهاد در امور بهداشتی؛
- G809 - افزایش ۱۰ درصدی درآمد حاصل از صندوق پذیرش مراکز جامع خدمات سلامت استان؛
- G8010 - کاهش ۵ درصدی میزان کسورات سازمان‌های بیمه‌گر طرف قرارداد با معاونت بهداشت؛
- G8011 - کاهش ۱۰ درصدی هزینه‌های غیرضروری معاونت بهداشت دانشگاه علوم پزشکی؛
- G8012 - افزایش ۱۰ درصدی رضایت کارکنان معاونت بهداشت دانشگاه علوم پزشکی؛
- G8013 - افزایش ۱۰ درصدی رضایت گیرندگان خدمات معاونت بهداشت.

تمرین ۸: تدوین اهداف اختصاصی سازمان

اهداف اختصاصی سازمان خود را بنویسید.

.....

.....

.....

.....

.....

.....

مطالعه موردی ۷

اهداف اختصاصی بدون اقدام در گروه سلامت محیط و کار

شرح موقعیت:

در برنامه عملیاتی گروه سلامت محیط و کار، ۱۲ هدف اختصاصی تعریف

شده‌اند، اما، هیچ اقدام مشخصی برای تحقق آن‌ها طراحی نشده است. کارشناسان نمی‌دانند چه وظایفی دارند و پیشرفت برنامه متوقف شده است. برخی اهداف مانند «کاهش آلودگی صوتی» یا «افزایش بازرسی‌های بهداشتی» فاقد مسیر اجرایی هستند.

پرسش‌های تحلیلی:

چگونه می‌توان اقدامات اجرایی را از هدف‌های اختصاصی استخراج کرد؟

نقش ماتریس هدف - اقدام در برنامه‌ریزی چیست؟

چگونه می‌توان مسئولیت‌ها را به‌طور شفاف تخصیص داد؟

تعیین مقاصد سازمان

شاخص^۱ معیاری برای اندازه‌گیری عملکرد فرد، گروه یا سازمان است. شاخص‌ها به سه دسته ساختاری، فرایندی و پیامدی تقسیم می‌شوند (۱۷). شاخص‌های ساختاری مانند نسبت مراقبان سلامت یا تخت به جمعیت زیر پوشش، منابع فیزیکی و انسانی را ارزیابی می‌کنند؛ شاخص‌های فرایندی مانند میانگین زمان ثبت تا ویزیت پزشک، کیفیت و کارایی اجرای فرایندهای کاری را نشان می‌دهند؛ و شاخص‌های پیامدی مانند میزان رضایت گیرندگان خدمات سلامت که نتایج نهایی خدمات سلامت را ارزیابی می‌کنند. شاخص‌ها با استفاده از ابزارهایی به اندازه‌گیری یک هدف اختصاصی یا فعالیتی می‌پردازند. برای نمونه، برای اندازه‌گیری متوسط زمان ویزیت بیمار توسط پزشک از زمان سنج یا ساعت، برای سنجش میزان رضایت بیمار از خدمات ارائه شده از پرسش‌نامه و برای ارزیابی میزان رعایت پروتکل بهداشت دست‌ها از چک‌لیست استفاده می‌شود.

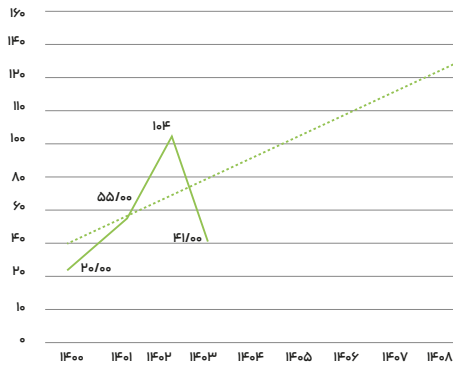
مدیران باید مقاصد^۲ را برای شاخص‌های اهداف اختصاصی برای سال‌های پیش رو تعیین کنند. مقاصد، بیانگر سطح مطلوبی از تحقق اهداف در افق زمانی مشخص هستند و نقش قطب‌نما را در هدایت منابع، اقدامات و ارزیابی عملکرد ایفا می‌کنند (۱۰). در سازمان‌های بهداشتی و درمانی، تعیین مقاصد باید مبتنی بر تحلیل روندهای گذشته، ظرفیت‌های موجود، منابع در دسترس و دورنمای سازمان باشد تا از واقع‌گرایی و قابلیت دستیابی برخوردار باشد. برای تعیین مقاصد واقع‌گرایانه، تحلیل روند شاخص‌های

1. Indicator

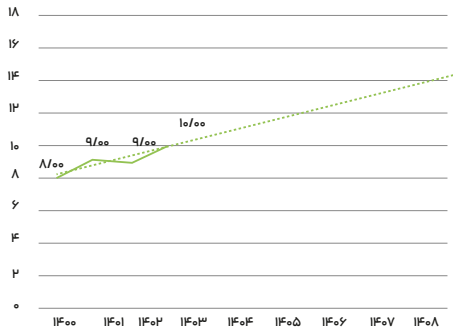
2. Targets

عملکردی در سال‌های گذشته ضروری است. این تحلیل با استفاده از نرم‌افزارهایی مانند Excel یا SPSS انجام شده و روند پیش‌بینی شاخص‌ها در افق زمانی برنامه (مثلاً ۵ سال آینده) ترسیم می‌شود. سپس، کمیته برنامه‌ریزی راهبردی با در نظر گرفتن این پیش‌بینی‌ها، منابع سازمان و چشم‌انداز، مقاصد را به صورت منطقی و قابل دستیابی برای سال‌های پیش‌رو تعیین می‌کند. مقاصد باید به طور دوره‌ای بازنگری شوند تا با تغییرات محیطی، تحولات فناوری و نیازهای جامعه همگام باقی بمانند.

برای نمونه، در نمودارهای ۳ و ۴ روند پیش‌بینی برخی از شاخص‌های عملکردی به صورت خط نقطه‌چین برای ۵ سال آینده ترسیم شده است. سپس، کارگروه برنامه‌ریزی راهبردی، مقاصد و اهداف ویژه را برای سال‌های پیش‌رو مشخص کردند (جدول ۵) و در مرحله بعد، برنامه عملیاتی شامل مجموعه اقداماتی برای دستیابی به این اهداف تدوین و اجرا می‌شود تا تحقق اهداف کمی امکان‌پذیر گردد.



نمودار ۳. میزان مرگ مادران در صد هزار تولد زنده در استان



نمودار ۴. میزان مرگ نوزادان در صد هزار تولد زنده در استان

جدول ۵. مقاصد معاونت بهداشت تا سال ۱۴۰۶

۱۴۰۸	۱۴۰۷	۱۴۰۶	۱۴۰۵	۱۴۰۴	مقاصد
۱۵	۲۰	۲۵	۳۰	۳۵	میزان مرگ مادران در صد هزار تولد زنده
۵	۵	۶	۷	۸	میزان مرگ نوزادان در هزار تولد زنده
۸	۹	۱۰	۱۱	۱۲	میزان مرگ کودکان کمتر از یک‌سال در هزار تولد زنده
۱۱	۱۲	۱۳	۱۴	۱۵	میزان مرگ کودکان زیر ۵ سال در هزار تولد زنده
۹۲	۹۰	۸۸	۸۶	۸۴	درصد بیمارستان‌ها با وضعیت مطلوب گردآوری و دفع بهداشتی پسماند بیمارستانی
۵۰	۴۵	۴۰	۳۵	۳۰	درصد بیمارستان‌ها با وضعیت مطلوب گردآوری و دفع بهداشتی فاضلاب بیمارستانی

تمرین ۹: تعیین مقاصد سازمان

مقاصد سازمانی را برای ۱۰ شاخص کلیدی عملکردی سازمان خود تا ۵ سال آینده بنویسید.

.....

.....

.....

.....

.....

.....

مرحله پنجم: انتخاب استراتژی‌های مناسب سازمان

واژه «استراتژی»^۱ ریشه در واژه یونانی «استراتگوس»^۲ به معنای «فرمانده ارتش» دارد (۱۸). این اصطلاح از ترکیب دو واژه «استراتوس» به معنای «ارتش» و «آگوس» به معنای «رهبری کردن» شکل گرفته است. استراتژی یا هنر فرمانده ارتش، به برنامه‌ریزی برای غلبه

1. Strategy
2. Strategos

بر دشمن از طریق بهره‌برداری مؤثر از منابع موجود گفته می‌شود (۱۹). فرمانده کل ارتش با انتخاب استراتژی تهاجمی یا تدافعی، سیاست کلی جنگ را تعیین کرده و نقش نیروهای زمینی، دریایی و هوایی را مشخص می‌سازد. سپس فرماندهان این نیروها با بهره‌گیری از تاکتیک‌های مناسب، در راستای اجرای استراتژی تعیین شده اقدام می‌کنند. در نهایت، فرماندهان گردان‌ها با اجرای مانورهای نظامی، تاکتیک‌های عملیاتی را به مرحله اجرا درمی‌آورند. پیروزی یا شکست در جنگ، پیش از هر چیز در اتاق فرماندهی رقم می‌خورد. در حوزه مدیریت، استراتژی به مجموعه‌ای از اقدامات هدفمند گفته می‌شود که سازمان در راستای دستیابی به مزیت رقابتی یا نسبی اتخاذ می‌کند (۲۰). سازمان بدون استراتژی، مانند بیماری بدون تشخیص است. هدف اصلی از تدوین استراتژی، بهره‌برداری حداکثری از نقاط قوت سازمان و جهت‌دهی بلندمدت به فعالیت‌ها برای کسب جایگاه برتر در صنعت مورد نظر است. استراتژی سازمانی، مسیر راهبردی را ترسیم می‌کند که با توجه به منابع داخلی و عوامل محیطی مؤثر، بقای سازمان را تضمین می‌نماید. برای نمونه، یک سازمان ممکن است به منظور تقویت جایگاه نشان و برند خود در بازار رقابتی، از استراتژی مدیریت کیفیت بهره‌گیرد تا با تولید محصولات با کیفیت و متمایز، رضایت مشتریان را جلب کند. در مقابل، سازمانی دیگر که با ضعف‌های ساختاری و فشارهای محیطی مواجه است، ممکن است برای جلوگیری از زیان بیشتر، استراتژی کوچک‌سازی را در پیش گیرد و با تعطیلی واحدهای زیان‌ده و کاهش حجم فعالیت‌ها، شرایطی فراهم آورد تا در آینده با ایجاد فرصت‌های مناسب، امکان رشد دوباره در بازار رقابت را به دست آورد.

در فرایند برنامه‌ریزی راهبردی در سازمان‌های بهداشتی و درمانی، انتخاب استراتژی‌های مناسب نقش تعیین‌کننده‌ای در جهت‌گیری بلندمدت و تحقق اهداف سازمان دارد. استراتژی‌ها مجموعه‌ای از اقدامات هماهنگ هستند که سازمان برای دستیابی به مزیت رقابتی یا حفظ موقعیت خود در محیط پویا و رقابتی اتخاذ می‌کند (۲۱). در حوزه سلامت، انتخاب استراتژی باید مبتنی بر تحلیل دقیق عوامل درونی (نقاط قوت و ضعف) و عوامل بیرونی (فرصت‌ها و تهدیدها) باشد تا سازمان بتواند منابع خود را به صورت اثربخش تخصیص دهد و پاسخگوی نیازهای جامعه باشد.

یکی از ابزارهای رایج برای انتخاب استراتژی، ماتریس موقعیت است که سازمان را در یکی از ۹ وضعیت راهبردی قرار می‌دهد. (شکل ۳). امتیاز عوامل داخلی و خارجی بدست آمده از مرحله واکاوی راهبردی را در ماتریس موقعیت قرار داده تا موقعیت راهبردی

سازمان مشخص شود. برای سازمان‌هایی که در خانه‌های I و II و IV قرار می‌گیرند، می‌توان از استراتژی‌های رشد و توسعه (تهاجمی) استفاده کرد. برای سازمان‌هایی که در خانه‌های III و V و VII قرار می‌گیرند، می‌توان از استراتژی‌های ثبات (دفاعی) بهره برد. و برای سازمان‌هایی که در خانه‌های VI و VIII و IX قرار می‌گیرند، می‌توان از استراتژی‌های کوچک‌سازی (عقب‌نشینی) استفاده کرد. بنابراین، با استفاده از استراتژی‌های تهاجمی، تدافعی و عقب‌نشینی، سازمان دامنه‌ی فعالیت‌های خود را افزایش، حفظ و کاهش می‌دهد.

عوامل داخلی

	۴	۳	۲	۱
عوامل خارجی	I	II	III	
۳	IV	V	VI	
۲	VII	VIII	IX	
۱				

شکل ۳. ماتریس عوامل داخلی و خارجی

در سازمان‌های بهداشتی، استراتژی‌های تهاجمی می‌توانند شامل توسعه خدمات تخصصی یا توسعه بازار فعالیت، مثل راه‌اندازی کلینیک مدیریت دیابت و فشار خون، راه‌اندازی یک واحد آموزش و مشاوره تغذیه و رژیم‌درمانی و ارائه خدمات روانشناسی و سلامت روان جامعه‌نگر باشند. این اقدامات معمولاً نیازمند سرمایه‌گذاری بیشتر، توسعه زیرساخت‌ها و بهبود توانمندی‌های کارکنان هستند (۲۲). در شرایطی که سازمان با محدودیت منابع یا تهدیدات محیطی مواجه است، استراتژی‌های تدافعی مانند تمرکز بر بازارهای خاص، بهبود کیفیت خدمات، یا مدیریت هزینه‌ها می‌توانند اثربخش باشند. این استراتژی‌ها با هدف حفظ موقعیت فعلی سازمان و افزایش بهره‌وری منابع طراحی می‌شوند. همچنین، تمرکز بر شایستگی‌های اصلی سازمان مانند تخصص‌های منحصر به‌فرد، فناوری‌های خاص یا روابط با ذی‌نفعان کلیدی، می‌تواند مزیت رقابتی پایدار ایجاد کند. در شرایطی ویژه، مدیران سازمان ناچار می‌شوند برای پایدار ماندن، افزایش بهره‌وری و کارآمدی، گستره فعالیت‌های سازمان را کاهش دهند. در چنین موقعیتی، اتخاذ

استراتژی‌های کوچک‌سازی^۱ موجب کاهش حجم فعالیت‌های سازمانی می‌شود. این اقدام ممکن است از طریق کاهش توان تولید، تعطیلی برخی واحدهای اجرایی، برون‌سپاری فعالیت‌های غیرتخصصی، یا تعدیل نیروی انسانی صورت گیرد. چنانچه پس از اجرای این اقدامات، وضعیت سازمان بهبود نیابد، مدیران ممکن است به فروش برخی واحدهای سازمان^۲ یا حتی واگذاری کامل آن^۳ اقدام کنند. اتخاذ این تصمیم، اگرچه دشوار و پرهزینه است، ولی، از تحمیل زیان‌های بیشتر به مدیران و کارکنان جلوگیری می‌کند (۵).

عوامل داخلی

	4	3	2	1
مدیریت هزینه	<ul style="list-style-type: none"> ○ توسعه بازار ○ توسعه محصول ○ ادغام ○ توسعه همکاری ○ تنوع 	<ul style="list-style-type: none"> ○ توسعه سازمان ○ نوآوری ○ ادغام ○ توسعه همکاری 	<ul style="list-style-type: none"> ○ توسعه سازمانی ○ نفوذ در بازار ○ مدیریت کیفیت ○ توسعه همکاری ○ ادغام 	<ul style="list-style-type: none"> ○ توسعه محصول ○ تعدیل سازمانی ○ کوچک‌سازی سازمان ○ فروش برخی از واحدها
	<ul style="list-style-type: none"> ○ توسعه محصول ○ توسعه سازمان ○ نوآوری 	<ul style="list-style-type: none"> ○ معماری سازمانی ○ مدیریت کیفیت ○ نفوذ در بازار ○ مدیریت هزینه 	<ul style="list-style-type: none"> ○ کاهش هزینه‌ها ○ فروش برخی از واحدها ○ خروج از بازار ○ اعلام ورشکستگی 	
	<ul style="list-style-type: none"> ○ نفوذ در بازار ○ مدیریت کیفیت ○ معماری سازمانی ○ تقویت همکاری ○ تنوع 	<ul style="list-style-type: none"> ○ کاهش هزینه ○ تعدیل سازمانی ○ کوچک‌سازی سازمان 	<ul style="list-style-type: none"> ○ کاهش هزینه‌ها ○ فروش برخی از واحدها ○ خروج از بازار ○ اعلام ورشکستگی 	
	1	2	3	4

شکل ۴. ماتریس استراتژی‌های سازمانی

برای نمونه، یک معاونت بهداشت دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی و درمانی در موقعیت ۷ قرار دارد (شکل ۳). بنابراین، به خاطر کم بودن نقاط قوت معاونت و زیاد بودن تهدیدات خارجی پیشنهاد می‌شود که با تمرکز بر استراتژی‌های احتیاطی مانند مدیریت هزینه، مدیریت کیفیت و معماری سازمانی (مدیریت مشارکتی) تا حد امکان نقاط ضعف معاونت کاهش یابد و قابلیت‌های راهبردی آن افزایش یابد. به تدریج معاونت از سال دوم اجرای برنامه راهبردی می‌تواند بر گسترش فعالیت‌ها متمرکز شود.

1. Downsizing
2. Liquidation
3. Divestiture

تمرین ۱۰: انتخاب استراتژی‌های سازمان

تعداد ۵ استراتژی مناسب با توجه به تحلیل راهبردی برای سازمان خود بنویسید.

.....

.....

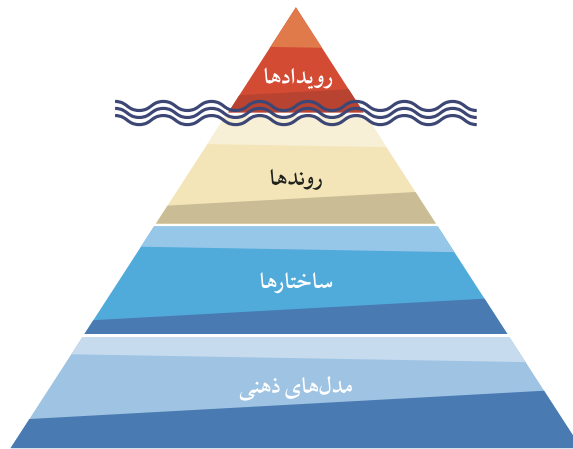
.....

.....

.....

مرحله ششم: تدوین برنامه عملیاتی سازمان

برنامه‌ریزی عملیاتی، اجرای استراتژی در میدان واقعی است. برنامه‌ریزی عملیاتی، پل بین آرزوها و واقعیت‌ها است. برنامه عملیاتی یا اجرایی، مجموعه‌ای از اقدامات است که برای تحقق اهداف اختصاصی سازمان طراحی و اجرا می‌شود. در تدوین برنامه عملیاتی، راهکارها باید به گونه‌ای طراحی شوند که ضمن بهره‌برداری بهینه از فرصت‌ها و تقویت توانمندی‌ها، به رفع ضعف‌های سازمان و افزایش تاب‌آوری آن در برابر تهدیدها کمک کنند. بسیاری از مسائل سازمان‌های بهداشتی و درمانی ماهیتی پیچیده دارند و برای مداخله مؤثر، شناسایی علل ریشه‌ای آن‌ها ضروری است. این نوع مسائل پیچیده تک‌علیتی نیستند و علت‌های متعددی دارند. مدل کوه یخ، یک ابزار تحلیلی مناسب است که چهار سطح علی را از سطحی ترین تا عمیق ترین لایه‌ها برای یک مسئله پیچیده مشخص می‌کند که عبارت‌اند از رویدادها، الگوها (روندها)، ساختارهای سیستمی و مدل‌های ذهنی (شکل ۵). برای نمونه، مهاجرت متخصصان بهداشتی در مانی به کشورهای توسعه‌یافته یک مسئله پیچیده است. رویدادها شامل پدیده‌های قابل مشاهده مانند افزایش سالانه‌ی مهاجرت پزشکان و پرستاران؛ الگوها و روندها - مانند کاهش تدریجی انگیزه‌ی خدمت در مناطق محروم یا افزایش تقاضا برای مهاجرت به کشورهای خاص؛ ساختارهای سیستمی شامل سیاست‌های ناکارآمد در نظام پرداخت و نبود مسیرهای شغلی پایدار؛ و مدل‌های ذهنی شامل باورهای فرهنگی، ارزش‌های حرفه‌ای و نگرش‌های اجتماعی نسبت به مهاجرت، موقعیت شغلی، یا اعتماد به نظام سلامت کشور هستند.



شکل ۵: پدیده کوه یخ برای شناسایی علل ریشه‌ای مسئله

طراحی راهکارهای عملیاتی مؤثر نیازمند توجه هم‌زمان به سطوح مختلف علل مسئله و انتخاب مداخلاتی متناسب با عمق هر سطح است. بر این اساس، مداخلات باید در سه سطح رویدادها، ساختارها و ذهنیت‌ها طراحی شوند تا بتوانند به صورت هدفمند و پایدار به حل مسئله کمک کنند. در هر سطح، نقاط اهرمی^۱ مشخصی وجود دارد که مداخلات باید بر آن‌ها متمرکز شوند. نقاط اهرمی، بخش‌هایی از سیستم هستند که با اعمال تغییرات کوچک در آن‌ها، می‌توان تأثیرات بزرگی بر رفتار کلی سیستم ایجاد کرد. مداخله‌های سطح یک (رویدادها)، سطحی و زوداثر هستند و هدف آن‌ها واکنش فوری به نشانه‌های آشکار مسئله از طریق اصلاح منابع، فرایندها و رفتارهای اجرایی است. مداخله‌های سطح دوم (ساختارها)، میان‌مدت و با اثربخشی بیشتر نسبت به سطح یک طراحی می‌شوند و تمرکز آن‌ها بر اصلاح قواعد، روابط و ظرفیت‌های نهادی است که به تشدید مسئله منجر می‌شوند. نقاط اهرمی این سطح شامل حکمرانی و سیاست‌گذاری، روابط و تعاملات شبکه‌ای، نظام انگیزشی و مشوق‌ها و یادگیری و نوآوری سازمانی است. در نهایت، مداخله‌های سطح سوم (ذهنیت‌ها) عمیق و تحول‌گرا هستند و هدف آن‌ها تغییر در اهداف راهبردی و مدل‌های ذهنی است که بنیان شکل‌گیری مسئله را تشکیل می‌دهند. نقاط اهرمی این سطح عبارت‌اند از اهداف سیستم و پارادایم‌ها و ارزش‌های حاکم بر آن.

راهکارهای مدیریت مهاجرت متخصصان سلامت با رویکرد تفکر سیستمی

مسئله‌ی مهاجرت متخصصان سلامت تنها با یک اقدام منفرد حل نمی‌شود، بلکه نیازمند رویکردی چندسطحی و سیستمی است. برخی از راهکارهایی که مدیران می‌توانند برای حل مسئله مهاجرت متخصصان سلامت با رویکرد تفکر سیستمی و توجه به این ده نقطه اهرمی بکار گیرند، می‌توان به دو سطح فردی و سازمانی؛ و فراسازمانی و ملی تقسیم کرد.

الف) فردی و سازمانی:

شامل افزایش شمار کارکنان سلامت، ارتقای کیفیت تجهیزات بیمارستانی در مناطق محروم، ساده‌سازی فرایند جذب و استخدام متخصصان در مراکز بهداشتی درمانی، استانداردسازی فرایند ارتقای شغلی کارکنان، آموزش رفتار حرفه‌ای و تعامل مؤثر با همکاران و بیماران، نظارت بر رعایت پروتکل‌های اخلاقی و رفتاری در محیط کار، بازنگری در سیاست تعهد خدمت و ایجاد انعطاف در محل خدمت، تدوین مقررات حمایتی برای بازگشت متخصصان مهاجر، واگذاری اختیار جذب کارکنان به دانشگاه‌ها و مراکز بهداشتی درمانی، طراحی بسته‌های مشوق مالی برای ماندگاری در مناطق کم‌برخوردار، ایجاد نظام ارزیابی عملکرد با پاداش‌های حرفه‌ای و اجتماعی، مستندسازی و انتشار تجربیات موفق در نگهداشت نیرو.

ب) سطح فراسازمانی و ملی:

تقویت همکاری بین وزارت بهداشت، نظام پزشکی و دانشگاه‌ها، ایجاد شبکه ارتباطی بین متخصصان داخل و خارج کشور برای تبادل تجربه، راه‌اندازی واحد نوآوری در منابع انسانی حوزه سلامت برای طراحی راه‌حل‌های نو، تغییر هدف از «پرورش پزشک» به «حفظ و بهره‌برداری بهینه از پزشک»، تعریف چشم‌انداز ملی برای خودکفایی در منابع انسانی سلامت، اولویت‌دادن به عدالت جغرافیایی در پخش نیروی انسانی، دگرگونی نگرش از «مهاجرت = موفقیت» به «خدمت = سرفرازی»، تقویت فرهنگ سازمانی مبتنی بر تعهد، همبستگی و مسئولیت اجتماعی و آموزش سیاست‌گذاران و مدیران برای درک پیچیدگی‌های مهاجرت و پرهیز از نگاه تنبیهی.

هر برنامه عملیاتی باید شامل مسئول اجرای هر اقدام، ناظر ارزیابی، منابع مورد نیاز و بازمانی آغاز و پایان باشد تا امکان پاسخ‌گویی، پایش و اصلاح فراهم شود. در سازمان‌های

بهداشتی، برنامه عملیاتی باید با توجه به پیچیدگی خدمات، تنوع ذی‌نفعان و محدودیت منابع، به صورت قابل اجرا طراحی شود تا اثربخشی اقدامات تضمین گردد. لحاظ کردن محدودیت زمانی برای انجام فعالیت‌ها، موجب افزایش انگیزه، ارتقای مسئولیت‌پذیری و بهبود پاسخ‌گویی افراد در برابر مدیران ارشد سازمان می‌شود. همچنین، مدیران ارشد موظف هستند که منابع، امکانات و اختیارات لازم را در اختیار مدیران عملیاتی قرار دهند تا اجرای برنامه با موفقیت صورت پذیرد.

برخی مدیران در تدوین برنامه عملیاتی، جزئیات تمامی فعالیت‌ها را درج می‌کنند؛ رویکردی که به دلیل تعدد فعالیت‌ها، فرایند پایش و ارزیابی را با چالش مواجه می‌سازد. افزون بر این، به واسطه حجم بالای وظایف، تنها بخشی از آن‌ها در برنامه ذکر می‌شود که این امر موجب کاهش اثربخشی برنامه خواهد شد. بنابراین، پیشنهاد می‌شود که مدیران به جای تمرکز بر فهرست فعالیت‌ها، اقدامات کلیدی لازم برای دستیابی به اهداف اختصاصی را در برنامه عملیاتی لحاظ کنند. در این ساختار، مسئول اجرا، فرایند اجرای فعالیت‌های مرتبط با هر اقدام را دنبال می‌کند و ناظر، نتایج حاصل از اجرای آن را ارزیابی می‌کند. نمونه‌ای از اقدامات مرتبط با یک هدف اختصاصی در قالب برنامه عملیاتی، در جدول ۶ ارائه شده است.

جدول ۶. برنامه عملیاتی سازمان: G4O5- کاهش ۱۵ درصدی مرگ کودکان زیر ۵ سال در استان

کد	اقدامات	مسئول پیگیری	تاریخ شروع	تاریخ اتمام	پایش
G4O5A1	برگزاری دو جلسه آموزشی برای مدیران و کارکنان برای درک اهمیت عدالت در سلامت کودک و حساسیت اجتماعی	مدیر گروه سلامت خانواده	۱۴۰۲/۰۳/۰۱	۱۴۰۲/۰۳/۳۱	
G4O5A2	راه‌اندازی تیم واکنش سریع به مرگ کودک در هر شهرستان، برای بررسی فوری دلایل مرگ و ارائه بازخورد به سطوح ارائه خدمت	مدیر گروه سلامت خانواده	۱۴۰۲/۰۱/۰۵	۱۴۰۲/۰۱/۱۵	

کد	اقدامات	مسئول پیگیری	تاریخ شروع	تاریخ اتمام	پایش
G4O5A3	تحلیل فصلی داده‌های مرگ کودکان برای شناسایی الگوهای زمانی، مکانی و علل شایع مرگ	مدیر گروه سلامت خانواده	۱۴۰۲/۰۱/۱۵	۱۴۰۲/۱۲/۲۹	
G4O5A4	برگزاری جلسه‌های بازآموزی فصلی برای پزشکان خانواده و مراقبان سلامت با تمرکز بر تشخیص زود هنگام بیماری‌های شایع کودکان	مدیر گروه سلامت خانواده	۱۴۰۲/۰۱/۰۵	۱۴۰۲/۱۲/۲۹	
G4O5A5	اجرای برنامه غربالگری تغذیه‌ای برای کودکان کمتر از پنج سال در مناطق محروم با ارجاع فوری موارد سوء تغذیه به مراکز تخصصی	مدیر گروه سلامت خانواده	۱۴۰۲/۰۱/۰۵	۱۴۰۲/۱۲/۲۹	
G4O5A6	افزایش پوشش واکسیناسیون و پیگیری کودکان واکسن نزده یا ناقص واکسیناسیون از طریق سامانه سیب و بازدیدهای خانه‌به‌خانه	مدیر گروه سلامت خانواده	۱۴۰۲/۰۱/۰۵	۱۴۰۲/۱۲/۲۹	
G4O5A7	ایجاد سامانه هشدار سریع برای شناسایی کودکان پرخطر در مراکز بهداشتی با استفاده از شاخص‌های رشد، بیماری‌های زمینه‌ای و وضعیت اجتماعی	مدیر گروه سلامت خانواده	۱۴۰۲/۰۲/۰۱	۱۴۰۲/۰۲/۳۱	
G4O5A8	برگزاری دو جلسه هم‌اندیشی با مشارکت سازمان‌های غیردولتی و خیریه‌ها برای حمایت از خانواده‌های دارای کودک پرخطر یا نیازمند	مدیر گروه سلامت خانواده	۱۴۰۲/۰۱/۰۵	۱۴۰۲/۱۲/۲۹	

کد	اقدامات	مسئول پیگیری	تاریخ شروع	تاریخ اتمام	پایش
G4O5A9	تدوین و اجرای پروتکل مراقبت در منزل برای نوزادان پرخطرِ مرخص شده از بیمارستان با پیگیری فعال توسط مراقبان سلامت	مدیر گروه سلامت خانواده	۱۴۰۲/۰۱/۰۵	۱۴۰۲/۱۲/۲۹	
G4O5A10	برگزاری کمپین‌های آگاهی‌بخش عمومی درباره علائم هشدار بیماری‌های کودکان از طریق رسانه‌های محلی، شبکه‌های اجتماعی و مدارس	مدیر گروه سلامت خانواده	۱۴۰۲/۰۱/۰۵	۱۴۰۲/۱۲/۲۹	
G4O5A11	ارزیابی کیفیت مراقبت‌های نوزادی در بیمارستان‌های استان با ابزارهای استاندارد و ارائه بازخورد به تیم‌های درمانی	مدیر گروه سلامت خانواده	۱۴۰۲/۰۱/۰۵	۱۴۰۲/۱۲/۲۹	
G4O5A12	ایجاد کلینیک‌های رشد و تکامل کودک در مراکز جامع سلامت شهری و روستایی برای پیگیری رشد، تغذیه و سلامت روان کودک	مدیر گروه سلامت خانواده	۱۴۰۲/۰۳/۰۱	۱۴۰۲/۰۳/۳۱	
G4O5A13	برگزاری دو دوره آموزشی ویژه برای ماماها و بهیاران درباره مراقبت از نوزادان پرخطر با تمرکز بر احیای نوزاد، هیپوترمی و تغذیه با شیر مادر	مدیر گروه سلامت خانواده	۱۴۰۲/۰۲/۰۱	۱۴۰۲/۱۲/۲۹	

کد	اقدامات	مسئول پیگیری	تاریخ شروع	تاریخ اتمام	پایش
G4O5A14	ایجاد بانک اطلاعاتی یکپارچه‌ی کودکان پرخطر استان با امکان ردیابی بین‌سازمانی برای هماهنگی بین بیمارستان، بهداشت و خدمات حمایتی	مدیر گروه سلامت خانواده	۱۴۰۲/۰۳/۰۱	۱۴۰۲/۰۴/۳۱	
G4O5A15	برگزاری پنج جلسه بازخورد با والدین کودکان فوت‌شده برای تحلیل عوامل اجتماعی و فرهنگی مؤثر بر مرگ بارویکرد یادگیری از تجربه‌ها و بهبود خدمات	مدیر گروه سلامت خانواده	۱۴۰۲/۰۱/۰۵	۱۴۰۲/۱۲/۲۹	
G4O5A16	برگزاری دو جلسه کارگاه آموزشی برای کارشناسان ستادی شهرستان‌ها در خصوص برنامه‌های کودکان	مدیر گروه سلامت خانواده	۱۴۰۲/۰۳/۱۰	۱۴۰۲/۰۵/۳۱	
G4O5A17	برگزاری یک جلسه کارگاه احیای پایه و پیشرفته‌ی کودکان ویژه پزشکان و غیر پزشکان	مدیر گروه سلامت خانواده	۱۴۰۲/۰۷/۰۱	۱۴۰۲/۰۷/۳۱	
G4O5A18	برگزاری یک جلسه کارگاه آموزشی کودک سالم و مانا ویژه پزشکان	مدیر گروه سلامت خانواده	۱۴۰۲/۰۸/۰۱	۱۴۰۲/۰۸/۳۰	
G4O5A19	برگزاری یک جلسه کارگاه آموزشی مهارت‌آموزی مراقبت‌های نوزاد برای مراقبان سلامت	مدیر گروه سلامت خانواده	۱۴۰۲/۱۰/۰۱	۱۴۰۲/۱۰/۳۰	

کد	اقدامات	مسئول پیگیری	تاریخ شروع	تاریخ اتمام	پایش
G4O5A20	برگزاری دو جلسه آموزشی برای مدیران و کارکنان برای درک اهمیت عدالت در سلامت کودک و حساسیت اجتماعی	مدیر گروه سلامت خانواده	۱۴۰۲/۰۳/۰۱	۱۴۰۲/۰۳/۳۱	
G4O5A21	راه‌اندازی تیم واکنش سریع مرگ کودک در هر شهرستان برای بررسی فوری علل مرگ و ارائه بازخورد به سطوح ارائه خدمت	مدیر گروه سلامت خانواده	۱۴۰۲/۰۱/۰۵	۱۴۰۲/۰۱/۱۵	
G4O5A22	تحلیل فصلی داده‌های مرگ کودکان برای شناسایی الگوهای زمانی، مکانی و علل شایع مرگ	مدیر گروه سلامت خانواده	۱۴۰۲/۰۱/۱۵	۱۴۰۲/۱۲/۲۹	
G4O5A23	برگزاری جلسه‌های بازآموزی فصلی برای پزشکان خانواده و مراقبان سلامت با تمرکز بر تشخیص زودهنگام بیماری‌های شایع کودکان	مدیر گروه سلامت خانواده	۱۴۰۲/۰۱/۰۵	۱۴۰۲/۱۲/۲۹	
G4O5A24	اجرای برنامه غربالگری تغذیه‌ای برای کودکان زیر پنج سال در مناطق محروم با ارجاع فوری موارد سوء تغذیه به مراکز تخصصی	مدیر گروه سلامت خانواده	۱۴۰۲/۰۱/۰۵	۱۴۰۲/۱۲/۲۹	
G4O5A25	افزایش پوشش واکسیناسیون و پیگیری کودکان واکسن‌نزده یا ناقص واکسیناسیون از طریق سامانه سیب و بازدیدهای خانه‌به‌خانه	مدیر گروه سلامت خانواده	۱۴۰۲/۰۱/۰۵	۱۴۰۲/۱۲/۲۹	

کد	اقدامات	مسئول پیگیری	تاریخ شروع	تاریخ اتمام	پایش
G4O5A26	ایجاد سامانه هشدار سریع برای شناسایی کودکان پرخطر در مراکز بهداشتی با استفاده از شاخص‌های رشد، بیماری‌های زمینه‌ای و وضعیت اجتماعی	مدیر گروه سلامت خانواده	۱۴۰۲/۰۲/۰۱	۱۴۰۲/۰۲/۳۱	
G4O5A27	برگزاری دو جلسه هم‌اندیشی با مشارکت سازمان‌های غیردولتی و خیریه‌ها برای حمایت از خانواده‌های دارای کودک پرخطر یا نیازمند	مدیر گروه سلامت خانواده	۱۴۰۲/۰۱/۰۵	۱۴۰۲/۱۲/۲۹	
G4O5A28	تدوین و اجرای پروتکل مراقبت در منزل برای نوزادان پرخطر مرخص شده از بیمارستان با پیگیری فعال توسط مراقبان سلامت	مدیر گروه سلامت خانواده	۱۴۰۲/۰۱/۰۵	۱۴۰۲/۱۲/۲۹	
G4O5A29	برگزاری کمپین‌های آگاهی‌بخش عمومی درباره علانم هشدار بیماری‌های کودکان از طریق رسانه‌های محلی، شبکه‌های اجتماعی و مدارس	مدیر گروه سلامت خانواده	۱۴۰۲/۰۱/۰۵	۱۴۰۲/۱۲/۲۹	

تمرین ۱۱: تدوین برنامه عملیاتی سازمان

جدول برنامه عملیاتی یکی از اهداف اختصاصی سازمان خود را ترسیم کنید.

هدف اختصاصی:					
کد	اقدامات	مسئول پیگیری	تاریخ شروع	تاریخ اتمام	پایش

مطالعه موردی ۸

برنامه عملیاتی بدون زمان‌بندی در گروه سلامت روان

شرح موقعیت:

برنامه عملیاتی گروه سلامت روان شامل اقدامات متعددی مانند آموزش مشاوران مدارس، راه‌اندازی مراکز مشاوره و اجرای کمپین‌های آگاهی‌بخش است. هیچ زمان شروع، پایان یا اولویت‌بندی برای اقدامات درج نشده است. برخی اقدامات هم‌زمان اجرا می‌شوند و منابع کافی وجود ندارد. مدیران دچار تعارض در تخصیص منابع شدند.

پرسش‌های تحلیلی:

۱. چرا زمان‌بندی اقدامات در برنامه عملیاتی مهم است؟
۲. چگونه می‌توان اولویت اقدامات را تعیین کرد؟
۳. نقش نمودار گانت در مدیریت زمان چیست؟

ویژگی‌های یک برنامه راهبردی و عملیاتی خوب

برنامه‌ریزی راهبردی باید به‌طور مستقیم با مأموریت، دورنما و ارزش‌های سازمان هم‌راستا باشد تا جهت‌گیری کلی سازمان حفظ شود و اقدامات اجرایی در مسیر اهداف کلان قرار گیرند. در سازمان‌های امور بهداشتی، این هم‌راستایی موجب می‌شود که منابع محدود به‌صورت هدفمند تخصیص یابند و فعالیت‌ها در راستای ارتقای سلامت جامعه طراحی شوند. همچنین، هم‌سویی راهبردها با مأموریت سازمان موجب افزایش تعهد کارکنان و ذی‌نفعان به اجرای برنامه می‌شود. برنامه عملیاتی باید بیانگر اولویت‌های سازمان باشد و با اهداف کلی و اختصاصی هم‌سو باشد. در این راستا، اقدامات باید به‌گونه‌ای طراحی شوند که هم ساختارها، هم فرایندها و هم نتایج را پوشش دهند. این توازن موجب می‌شود که سازمان نه تنها به نتایج مطلوب دست یابد، بلکه، زیرساخت‌های لازم برای پایداری آن نتایج را نیز فراهم کند. برنامه عملیاتی باید به‌صورت دوره‌ای بازنگری شود تا با تغییرات محیطی، فناوری و نیازهای جامعه همگام باقی بماند.

یکی از ویژگی‌های کلیدی برنامه‌ریزی راهبردی موفق، مشارکت فعال ذی‌نفعان در تمامی مراحل تدوین، اجرا و ارزشیابی است. این مشارکت، مدیران ارشد، میانی و عملیاتی، کارکنان، کارشناسان فنی، بیماران، جامعه و شرکای سازمانی را در برمی‌گیرد. مشارکت گسترده موجب افزایش کیفیت تصمیم‌گیری، ارتقای خلاقیت، واقع‌گرایی، افزایش تعهد به اجرای برنامه و اثربخشی برنامه می‌شود. در نظام سلامت، مشارکت تیم‌های چندرشته‌ای - مانند پزشکان، پرستاران، کارشناسان بهداشت و مدیران اجرایی - موجب طراحی برنامه‌ها و راهبردهایی جامع و عملیاتی می‌شود. همچنین، به‌کارگیری ابزارهایی مانند نمودار گانت و نرم‌افزارهای مدیریت پروژه مانند MS Project به سازمان در زمان‌بندی، پخش منابع و پایش پیشرفت کمک می‌کند.

برنامه‌ریزی راهبردی باید پویا و قابل تطبیق با تغییرات محیطی باشد. در محیط پیچیده و متغیر سلامت، عواملی مانند تغییرات جمعیتی، پیشرفت‌های فناوری، تحولات سیاست‌گذاری و بحران‌های بهداشتی می‌توانند مسیر سازمان را تحت تأثیر قرار دهند. برنامه‌ریزی انعطاف‌پذیر با استفاده از سناریوپردازی، تحلیل روندها و بازنگری دوره‌ای، امکان پاسخ‌گویی سریع و مؤثر به این تغییرات را فراهم می‌سازد. موفقیت برنامه عملیاتی وابسته به تعهد مدیران، توزیع منابع کافی، پایش پیوسته و اصلاحات مبتنی بر داده‌های عملکردی است. سازمان‌های بهداشتی باید از طریق تدوین برنامه‌های عملیاتی دقیق،

اجراشدنی و مبتنی بر شواهد، مسیر تحقق هدف‌های راهبردی خود را هموار سازند و پاسخ‌گویی به ذی‌نفعان را تضمین کنند.

برنامه‌ریزی راهبردی باید واقع‌گرایانه و مبتنی بر منابع موجود سازمان باشد. در صورت بی‌توجهی به محدودیت‌های مالی، انسانی و زیرساختی، برنامه‌ها امکان اجرا نخواهند داشت و موجب هدررفت منابع و کاهش اعتماد کارکنان می‌شوند. تدوین بودجه عملیاتی، پیش‌بینی درآمدها و هزینه‌ها، و طراحی اقدامات با امکان اجرایی زیاد، از جمله ویژگی‌های ضروری یک برنامه‌ریزی راهبردی موفق در حوزه سلامت به‌شمار می‌روند. یکی از عوامل اصلی در تحقق نیافتن برنامه‌های راهبردی، نبود تعهد مالی و تخصیص بودجه کافی برای اجرای آن‌هاست. به عبارت دیگر، در برخی موارد، مدیران اقدام به تدوین برنامه راهبردی سازمان می‌نمایند بدون آن‌که برآورد دقیقی از منابع مالی مورد نیاز داشته باشند یا تأمین آن را تضمین کرده باشند. در نتیجه، در مرحله اجرا، بسیاری از فعالیت‌های پیش‌بینی شده به دلیل نبود منابع مالی لازم، با وقفه یا توقف مواجه می‌شوند. پس از تکمیل برنامه عملیاتی سازمان، ضروری است بودجه اجرای آن به صورت دقیق تهیه و به تأیید مدیر ارشد سازمان برسد. اقدامات و فعالیت‌های مندرج در برنامه باید به گونه‌ای طراحی شوند که از پایداری مالی برخوردار باشند؛ به عبارت دیگر، برنامه نباید فقط دربرگیرنده‌ی هزینه باشد، باید فعالیت‌های درآمدزا برای سازمان را نیز پدید آورد. تدوین برنامه عملیاتی باید به گونه‌ای باشد که تا حد امکان، هزینه‌های اجرایی از محل تولید محصول یا ارائه خدمت و بدون نیاز به سرمایه‌گذاری زیاد از سوی سهام‌داران قابل تأمین باشد. از این رو، بررسی و تحلیل مالی برنامه توسط امور مالی سازمان کاری ضروری است. چنانچه هزینه‌های پیش‌بینی شده در برنامه بیش از درآمدهای قابل تحقق باشد، مدیران موظف‌اند اصلاحات لازم را در ساختار برنامه اعمال نمایند تا از پایداری مالی آن اطمینان حاصل شود و اجرای برنامه با ثبات و اثربخشی همراه گردد.

برنامه‌ریزی راهبردی خوب باید شامل سازوکارهای پایش و ارزیابی پیوسته باشد. استفاده از شاخص‌های کلیدی عملکردی مانند رضایت بیماران و گیرندگان خدمات سلامت، نرخ بهره‌وری، کیفیت خدمات و ایمنی بالینی، امکان سنجش میزان تحقق اهداف را فراهم می‌سازد. این ارزیابی‌ها باید به صورت دوره‌ای انجام شوند و نتایج آن‌ها در اصلاح راهبردها و اقدامات اجرایی مورد استفاده قرار گیرند. پایش مستمر موجب افزایش شفافیت، پاسخ‌گویی و یادگیری سازمانی می‌شود.

مطالعه موردی ۹

عدم تطابق برنامه عملیاتی با بودجه در گروه دارو

شرح موقعیت:

گروه امور دارویی معاونت بهداشت، برنامه‌ای برای توسعه داروخانه‌های دولتی، آموزش داروسازان و تأمین داروهای حیاتی تدوین کرده است. اما بودجه مصوب تنها ۴۰ درصد از هزینه‌های پیش‌بینی شده را پوشش می‌دهد. مدیر مالی هشدار داد که اجرای برنامه ممکن نیست، اما مدیر گروه بر اجرای کامل تأکید دارد. تنش بین واحدها افزایش یافته است.

پرسش‌های تحلیلی:

۱. چگونه می‌توان برنامه عملیاتی را با منابع مالی تطبیق داد؟
۲. نقش تحلیل هزینه-فایده در تصمیم‌گیری چیست؟
۳. چه راهکارهایی برای تأمین منابع جایگزین وجود دارد؟

اجرای برنامه راهبردی و عملیاتی سازمان

برنامه‌ریزی بدون اجرا، رؤیا و اجرا بدون برنامه‌ریزی کابوس است. تدوین و تصویب برنامه راهبردی و عملیاتی سازمان به تنهایی تضمین‌کننده موفقیت آن نیست. برنامه باید اجرا شود و به‌طور پیوسته پیش و ارزشیابی شود و در صورت نیاز اقدامات اصلاحی بکار گرفته شود. عواملی مانند مدیران متعهد و پیگیر، اصلاح ساختارهای موجود، تأمین منابع لازم، آموزش و توانمندسازی، توسعه فرهنگ سازمانی، ارتقای فرایندهای کاری، ارتباطات موثر و ارزشیابی و بازخورد در مرحله اجرای این برنامه باید مورد توجه مدیران سازمان قرار گیرد. مدیران ارشد باید امکانات و اختیارات لازم را در اختیار مدیران عملیاتی قرار دهند تا بتوانند برنامه را اجرا کنند. اجرای موفق برنامه نیازمند همسویی ساختار سازمانی با اهداف و استراتژی‌های تعیین شده است. مدیران باید به جای کنترل افراد، ساختارها را اصلاح کنند. کارکنان خوب در سیستم بد فرسوده می‌شوند. هر تغییر کوچک در ساختار، می‌تواند تحول بزرگی در نتایج ایجاد کند. این امر نیازمند بازنگری در شرح وظایف واحدها و اصلاح فرایندهای تصمیم‌گیری است. همچنین، باید اطمینان حاصل شود که ساختارهای موجود از انعطاف‌پذیری کافی برای پاسخ به تغییرات محیطی برخوردارند. مدیران باید بر سیستم‌ها تمرکز کنند.

اجرای برنامه بدون مشارکت مؤثر مدیران و کارکنان ممکن نیست. مشارکت کارکنان، ضامن پایداری تغییر است. سازوکارهایی باید برای جلب مشارکت، دریافت بازخورد و تقویت حس مالکیت نسبت به برنامه در میان ذی‌نفعان طراحی شود. جلسه‌های هم‌اندیشی، کارگاه‌های آموزشی و اطلاع‌رسانی شفاف در این زمینه مؤثر هستند. مدیران باید به جای دستور دادن، الهام‌بخش باشند و با رفتار خود انگیزه درونی کارکنان را برانگیزند. آن‌ها باید به جای تمرکز بر فرد، بر تیم تمرکز کنند و به جای رقابت، همکاری را ترویج دهند. آن‌ها باید فرهنگ مشارکت و همدلی را نهادینه کنند تا همه اعضای سازمان احساس تعلق، مسئولیت و ارزشمندی داشته باشند. مدیر الهام‌بخش مسیر را نشان می‌دهد و با ایجاد فضای امن، شفاف و حمایتی، کارکنان را توانمند می‌سازد تا در تحقق اهداف سازمانی نقش فعال ایفا کنند. چنین مدیری به جای کنترل‌گری، تسهیل‌گر رشد است؛ به جای تمرکز بر قدرت، بر هدف مشترک تمرکز دارد؛ و به جای ساختن پیرو، رهبرانی تازه می‌پرورد.

مدیران باید به جای حفظ منابع، آن‌ها را بهینه کنند. آن‌ها باید با نگاهی خلاقانه و آینده‌نگر، منابع انسانی، مالی، اطلاعاتی و تجهیزاتی را به‌گونه‌ای مدیریت کنند که بیشترین ارزش و بهره‌وری حاصل شود. حفظ منابع بدون استفاده مؤثر از آن‌ها، به معنای توقف رشد و اتلاف فرصت‌هاست. بهینه‌سازی منابع به معنای تخصیص هوشمندانه، بهره‌برداری هدفمند و ارتقای پیوسته‌ی توانمندی‌ها برای پاسخ‌گویی به نیازهای واقعی سازمان و جامعه است. در نظام سلامت، این اصل به‌ویژه در شرایط محدودیت بودجه، کمبود نیروی انسانی و فشارهای روزافزون، اهمیت زیادی دارد. با توجه به محدودیت‌های بودجه‌ای، اجرای برنامه نیازمند برنامه‌ریزی دقیق مالی، اولویت‌بندی اقدامات و بهره‌برداری بهینه از منابع موجود است. سازوکارهای مشخصی باید برای جذب منابع مالی جدید طراحی و اجرا شود. شفافیت مالی و پاسخ‌گویی نیز باید در اولویت قرار گیرد. مدیران باید منابع را در مسیر تحقق اهداف سلامت عمومی، کاهش مرگ‌ومیر، ارتقای کیفیت خدمات و افزایش رضایت ذی‌نفعان به کار گیرند. این رویکرد نیازمند تحلیل داده‌ها، مشارکت تیمی، نوآوری در فرایندها و بازنگری پیوسته در شیوه‌های تخصیص و استفاده از منابع است.

توانمندی‌های انسانی موجود باید برای تحقق اقدامات برنامه تقویت شود. این شامل جذب مدیران و کارکنان متخصص در بخش‌های نوین، ارتقای مهارت‌های مدیریتی مدیران میانی و توانمندسازی کارکنان می‌شود. همچنین، توجه به انگیزش، رضایت شغلی و حفظ کارکنان از الزامات مهم اجرای موفق برنامه به‌شمار می‌رود. استفاده از فناوری‌های نوین

نقش کلیدی در تحقق اهداف برنامه دارد. توسعه زیرساخت‌های دیجیتال، ارتقای سامانه‌ها و بهره‌گیری از هوش مصنوعی در تحلیل داده‌ها و تصمیم‌گیری باید در دستور کار قرار گیرد؛ همچنین، امنیت اطلاعات و پایداری زیرساخت‌ها باید تضمین شود. با توجه به تهدیدهای محیطی از جمله بی‌ثباتی سیاسی، تحریم‌ها و مهاجرت نخبگان، سازوکارهایی برای مدیریت ریسک، آینده‌نگاری و انطباق‌پذیری باید طراحی شود. این شامل تدوین برنامه‌های جایگزین، تقویت تاب‌آوری سازمانی و ایجاد شبکه‌های حمایتی داخلی و خارجی برای استمرار فعالیت‌های حیاتی دانشکده است.

عملکرد سازمان‌های بخش بهداشت و درمان، نتیجه تعامل و هم‌افزایی مجموعه‌ای از فرایندهای به‌هم‌پیوسته است. مدیران باید بر فرایندها تمرکز کنند و مدیریت فرایندها را بیاموزند. تمرکز بر فرایند به معنای نگاه سیستمی به جریان کار، شناسایی گلوگاه‌ها، حذف اتلاف‌ها و بهبود پیوسته کیفیت خدمات است. مدیریت فرایندها به مدیران کمک می‌کند تا ورودی‌ها، فعالیت‌ها و بروندهای هر خدمت یا عملیات را به‌صورت دقیق تحلیل کنند؛ نقش‌ها و مسئولیت‌ها را شفاف‌سازی کرده و از تداخل یا خلأ عملکردی جلوگیری نمایند؛ شاخص‌های کلیدی عملکرد را بر اساس فرایندها تعریف و پایش کنند؛ و با استفاده از ابزارهایی مانند نقشه‌برداری فرایند^۱، تحلیل علت-معلولی و چرخه دمیگ^۲ به بهبود مستمر دست یابند. در نظام سلامت، تمرکز بر فرایندها منجر به کاهش خطا، افزایش رضایت بیماران و ارتقای بهره‌وری می‌شود. مدیر فرایند محور به جای سرزنش افراد، به اصلاح ساختارها و فرایندهای کاری می‌پردازد و فرهنگ یادگیری و بهبود را در سازمان نهادینه می‌کند.

برای حفظ یکپارچگی و هماهنگی در اجرای برنامه، باید یک نظام ارتباطی مؤثر میان مدیران و کارکنان برقرار شود. اطلاع‌رسانی شفاف درباره اهداف، پیشرفت‌ها، چالش‌ها و تغییرات برنامه، موجب درک مشترک و همسویی ذهنی می‌شود و احساس تعلق، مسئولیت‌پذیری و انگیزه را در میان کارکنان تقویت می‌کند. ایجاد کانال‌های بازخورد فعال، مانند جلسه‌های منظم تیمی، نظرسنجی‌های دوره‌ای، گروه‌های مجازی و گفت‌وگوهای فردی، به مدیران کمک می‌کند تا مسائل میدانی را به‌موقع شناسایی کرده و تصمیمات بهتری اتخاذ کنند. استفاده از ابزارهای ارتباطی نوین مانند پلتفرم‌های دیجیتال مانند پیام‌رسان‌های سازمانی، داشبوردهای تعاملی، سامانه‌های گزارش‌گیری و اپلیکیشن‌های

1. . Process Mapping
2. . Plan, Do, Check & Act (PDCA)

موبایلی ارتباطات را سریع‌تر، دقیق‌تر و فراگیرتر می‌کند. این ابزارها امکان رصد لحظه‌ای پیشرفت برنامه، اشتراک‌گذاری مستندات، پیگیری وظایف و مستندسازی بازخوردها را فراهم می‌سازند. در نهایت، ارتباط مؤثر تنها به انتقال اطلاعات محدود نمی‌شود، بلکه بستری برای اعتمادسازی، یادگیری سازمانی، هم‌افزایی تیمی و ارتقای فرهنگ پاسخ‌گویی است. سازمان‌هایی که ارتباطات درونی قوی دارند، در مواجهه با بحران‌ها انعطاف‌پذیرتر، در اجرای برنامه‌ها منسجم‌تر، و در دستیابی به اهداف موفق‌تر هستند.

مطالعه موردی ۱۰

اجرای برنامه بدون آموزش کارکنان در گروه مبارزه با بیماری‌های غیرواگیر

شرح موقعیت:

برنامه عملیاتی گروه شامل تغییرات گسترده در فرایندهای غربالگری، ثبت داده‌ها و آموزش بیماران است؛ اما هیچ آموزش یا برنامه‌ی توانمندسازی برای کارشناسان انجام نشده است. بسیاری از اقدامات با مقاومت کارکنان روبرو شده یا اشتباه اجرا می‌شوند و در نتیجه کیفیت خدمات کاهش یافته است.

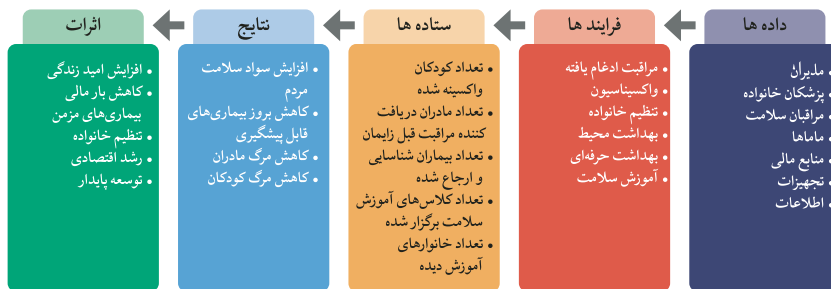
پرسش‌های تحلیلی:

۱. چرا آموزش کارکنان برای اجرای برنامه ضروری است؟
۲. چگونه می‌توان برنامه آموزش را با اقدامات عملیاتی همسوا کرد؟
۳. نقش یادگیری سازمانی در موفقیت برنامه چیست؟

ارزشیابی برنامه راهبردی و عملیاتی سازمان

برنامه عملیاتی باید به‌طور پیوسته پایش شود و حداقل به‌صورت فصلی با استفاده از شاخص‌های کلیدی عملکردی ارزشیابی شود و اقدامات اصلاحی لازم بکار گرفته شود. شاخص‌های کلیدی عملکرد، معیارهای قابل ارزیابی هستند که نشان می‌دهند یک سازمان تا چه حد در دستیابی به هدف‌های اصلی خود موفق بوده است. این شاخص‌ها معمولاً به نتایج نهایی و تأثیرات واقعی ارائه خدمات سلامت بر سلامت جامعه، رضایت ذی‌نفعان و بهره‌وری منابع توجه دارند. برخی از این شاخص‌ها در بخش بهداشت عبارت‌اند از نرخ کاهش بروز بیماری‌های واگیر در جمعیت هدف، میزان مرگ نوزادان، میزان مرگ کودکان

کمتر از پنج سال، میزان مرگ مادران و میزان رضایت بیماران از خدمات بهداشتی است. سازمان امور بهداشتی یک سیستم اجتماعی - فنی پیچیده است که شامل پنج جزء اصلی داده‌ها، فرایندها، ستاده‌ها، برون‌دادها و اثرات است. داده‌ها مانند پزشک خانواده، مراقب سلامت و اطلاعات پرونده الکترونیک است. ورودی‌های اولیه سیستم‌اند. این داده‌ها از طریق فرایندهایی نظیر واکسیناسیون، مراقبت ادغام‌یافته و آموزش سلامت پردازش می‌شوند. حاصل این فرایندها ستاده‌هایی مانند کودکان واکسینه‌شده، بیماران ارجاع‌شده و گزارش‌های سلامت است. این ستاده‌ها در نهایت، به نتایج و برون‌دادهایی مانند ارتقای سلامت خانواده‌ها، افزایش سواد سلامت و کاهش بیماری‌های قابل پیشگیری منجر می‌شوند. اثرات نهایی این چرخه، افزایش امید به زندگی مردم و توسعه پایدار کشور است که نشان‌دهنده کارایی واقعی سازمان در بهبود سلامت جامعه است (شکل ۶).



شکل ۶. سیستم ارائه خدمات بهداشتی و درمانی

خطای کمیت‌گرایی^۱ به معنای تمرکز بیش از حد بر داده‌ها و ستاده‌های قابل اندازه‌گیری، مانند شمار مراکز بهداشتی، پزشکان، پرستاران، ماماها، بیماران، مقالات و پروژه‌ها، به جای توجه به فرایندها و نتایج نهایی مانند بهبود کیفیت خدمات سلامت، سلامت مردم و امید زندگی آن‌ها است. این رویکرد باعث می‌شود سازمان‌های خدمات بهداشتی درمانی به نهادهایی خدمت‌محور و کم‌عمق تبدیل شوند که مأموریت اصلی خود در ارتقای سلامت جامعه را فراموش کرده‌اند. دلایل این خطا شامل سهولت گزارش‌گیری از شاخص‌های کمی، فشار برای ارائه عملکرد کوتاه‌مدت، نظام‌های ارزیابی ناکارآمد، ضعف در تفکر سیستمی و رقابت‌های نمایشی میان سازمان‌ها است. بنابراین، نظام‌های ارزیابی و پاداش‌دهی باید بازنگری شوند، شاخص‌های کیفی و پیامد‌محور جایگزین شوند، مدیران در تفکر سیستمی

توانمند شوند و ساختارهایی برای تبدیل دانش به عمل و پاسخ به نیازهای واقعی سلامت جامعه ایجاد گردد.

نظام پایش و ارزشیابی، امکان سنجش میزان تحقق اهداف، شناسایی توانمندی‌ها و کاستی‌ها در اجرا و اصلاح به موقع مسیر را فراهم می‌سازد. بدون پایش مستمر، برنامه‌ریزی تنها به یک سند آرمانی تبدیل خواهد شد. ارزشیابی دقیق، همچنین موجب افزایش شفافیت، پاسخ‌گویی مدیریتی و اعتماد ذی‌نفعان به فرایند برنامه‌ریزی می‌شود. نظام پایش شامل مجموعه‌ای از شاخص‌های عملکردی است که برای هر هدف اختصاصی تعریف شدند. این شاخص‌ها قابل اندازه‌گیری، زمان‌مند، مرتبط با مأموریت سازمان و قابل مقایسه در طول زمان هستند.

پایش و ارزشیابی به صورت دوره‌ای (فصلی) انجام می‌شود. واحدهای اجرایی موظف‌اند گزارش‌های عملکرد خود را بر اساس شاخص‌های تعیین شده ارائه دهند. کارگروه برنامه‌ریزی راهبردی سازمان، مسئول تحلیل داده‌ها، تهیه گزارش‌های تلفیقی و ارائه بازخورد به واحدها است. این گزارش‌ها در جلسه‌های مدیریتی بررسی شده و تصمیمات اصلاحی بر اساس آن گرفته می‌شود. پایش و ارزشیابی پیوسته برای تبدیل سازمان‌های بهداشتی درمانی به سازمان‌های یادگیرنده ضروری هستند. چنین سیستم‌های یادگیرنده‌ای از خطاها درس می‌گیرند.

تعهد مدیریتی و حمایت دائمی از فرایند پایش؛ آموزش و توانمندسازی کارکنان در بخش ارزیابی عملکرد، شفافیت در گزارش‌دهی و بهره‌گیری از داده‌ها برای تصمیم‌گیری، انعطاف‌پذیری در بازنگری شاخص‌ها و روش‌ها در مواجهه با تغییر شرایط، و ایجاد فرهنگ سازمانی مبتنی بر یادگیری، بهبود پیوسته و پاسخ‌گویی از جمله الزامات کلیدی برای موفقیت نظام پایش و ارزشیابی عملکرد سازمان به‌شمار می‌روند.

مطالعه موردی ۱۱

ارزشیابی برنامه بدون ابزار در گروه سلامت خانواده

شرح موقعیت:

در پایان سال، گروه سلامت خانواده قصد دارد برنامه ارتقای مراقبت‌های مادر و کودک را ارزشیابی کند، اما هیچ ابزار، فرم یا شاخصی برای سنجش پیشرفت اقدامات وجود ندارد. گزارش‌ها کیفی و پراکنده هستند و امکان تحلیل دقیق

فراهم نیست. کارگروه ارزشیابی دچار سردرگمی شده است.

پرسش‌های تحلیلی:

۱. چه ابزارهایی برای ارزشیابی برنامه‌های سلامت وجود دارد؟
۲. چگونه می‌توان شاخص‌های عملکردی را پایش کرد؟
۳. نقش گزارش‌های دوره‌ای در ارزشیابی چیست؟

فهرست منابع

1. Mosadeghrad AM. Handbook of hospital professional organisation and management (2), Tehran: Dibagran Tehran, 2004. [in Persian].
2. Mosadeghrad AM. Principles of Health care management, Tehran: Dibagran Tehran, 2003. [in Persian].
3. Thomas RK. Health Services Planning. Springer; 2020.
4. Zuckerman AM. Healthcare Strategic Planning. 3rd edition. Health Administration Press, 2012.
5. Mosadeghrad AM. Essentials of healthcare organization and management. 1st edition, Tehran: Dibagran Tehran; 2015 [in Persian].
6. Johnson G, Scholes K & Whittington R. Exploring corporate strategy. 8th Ed. Prentice Hall, 2008.
7. Dennis C. Strategic planning—a health system operational perspective. *J Hosp Manag Health Policy*. 2019;3.
8. Sackett K, Jones J. and Erdley W. Incorporating healthcare informatics into the strategic planning process in nursing education. *Nursing Leadership Forum*, 9 (3): 98-104.
9. Mosely GB. Managing health care business strategy. Jones and Batlett Publishers, 2009.
10. Bryson JM. Strategic Planning for Public and Nonprofit Organizations. 5th ed. Jossey-Bass; 2018.
11. Kumar A, Lam SSW, Chan SL, et al. Strategizing towards the future hospital: a systems thinking approach. *Health Res Policy Syst*. 2025;23:71.
12. Qin X, Wang BL, Zhao J, Wu P, Liu T. Learn from the best hospitals: a comparison of the mission, vision and values. *BMC Health Serv Res*. 2023;23:792.
13. Brown M. Health Care Management: Strategy, Structure, and Process. Jones & Bartlett Learning, 1992.
14. Latham G & Locke EA. Building a Practically Useful Theory of Goal Setting and Task Motivation, *The American Psychologist*, 57 (9): 705–17.
15. Locke E & Latham G. New Directions in Goal-Setting Theory, *Association for Psychological Science*, 15 (5): 265–268.
16. Boeykens D, Haverals R, Sirimsi MM, et al. Creating space to talk about patients' personal goals: experiences from primary care stakeholders. *BMC Prim Care*. 2023;24(11).
17. Donabedian A. Evaluating the quality of medical care. *Milbank Q*. 2005;83(4):691–729.
18. Hannagan T. Mastering strategic management. Palgrave, 2002.
19. Bracker J. The historical development of the strategic management concept. *Academy of Management Review*, 5 (2): 219-224.
20. Hill CW & Jones GR,. Strategic management, 4th Edition, Boston: Houghton Mifflin Company, 1998.
21. Mintzberg H, Ahlstrand B, Lampel J. Strategy Safari: A Guided Tour Through the Wilds of Strategic Management. 2nd ed. Pearson Education; 2020.
22. Bishai D, Saleh BM, Huda M, et al. Practical strategies to achieve resilient health systems: results from a scoping review. *BMC Health Serv Res*. 2024;24(297).

آشنایی با مفاهیم و راهنمای تدوین برنامه عملیاتی برای مدیران شبکه‌های بهداشت و درمان کشور

نویسندگان: دکتر روح اله عسکری، دکتر علی اکبری ساری

مرور مطالب فصل

در این فصل مطالب زیر ارائه خواهد شد:

- ۱- مقدمه و کلیات
- ۲- چرا برنامه عملیاتی لازم است؟
- ۳- مبنای نظری و مفهومی برنامه عملیاتی
- ۴- عوامل موفقیت و موانع در تدوین و اجرای برنامه عملیاتی
- ۵- تجربه‌های بین‌المللی و مقایسه تطبیقی در برنامه‌ریزی عملیاتی PHC
- ۶- تمرین‌ها و سناریوهای مدیریتی برای مدیران شبکه PHC
- ۷- سنجش و خودارزیابی یادگیری مدیران شبکه PHC

اهداف آموزشی و رفتاری/عملکردی

در پایان این فصل بایستی بتوانید:

۱. تعریف «برنامه عملیاتی» را با استفاده از اصطلاحات کلیدی در بخش شبکه‌های مراقبت‌های اولیه سلامت بیان کنید.
۲. جایگاه برنامه عملیاتی را در نظام مراقبت‌های اولیه سلامت کشور تشریح نمایید.

۳. وضع موجود شبکه مراقبت‌های اولیه را با استفاده از شاخص‌های مناسب تحلیل کنید.
۴. هدف‌های کمی و شاخص‌های عملکردی مرتبط با برنامه عملیاتی را تدوین نمایید.
۵. فعالیت‌ها، زمان‌بندی، چهارچوب بودجه‌بندی و تخصیص منابع برای برنامه عملیاتی در سطح شبکه را پیشنهاد دهید.
۶. روش‌های پایش، ارزیابی و بازنگری مستمر برای برنامه عملیاتی را به کار گیرید و راهکارهای بهبود را پیشنهاد دهید.
۷. برای یکی از فرایندهای کاری شبکه مراقبت اولیه، یک برنامه عملیاتی کوتاه‌مدت تدوین کنید.

مفاهیم کلیدی

- برنامه‌ریزی: فرایند شناسایی مشکلات و نیازها و طراحی فعالیت‌ها برای دستیابی به هدف‌های مطلوب؛
- برنامه عملیاتی: سندی که در آن به تعیین وظایف برای دستیابی به هدف‌ها می‌پردازند و وظایف را به بخش‌های کوچک‌تر و قابل اجرا تقسیم می‌کند. این برنامه روشی است که استراتژی‌ها را به تحقق هدف‌ها منتهی می‌کند.
- هدف کلی: جهت‌گیری‌های بنیادی و فراگیر سازمان که گام اصلی در دستیابی به چشم‌انداز است و خود قابل اندازه‌گیری نیست، اما نتایج قابل اندازه‌گیری در پی خواهد داشت.
- هدف اختصاصی: هدفی کمی‌پذیر و سنجش‌پذیر که اولویت‌های سازمان را نشان می‌دهد و به آنچه باید به‌طور ویژه تغییر کند، اشاره می‌کند. باید با معیار S.M.A.R.T تنظیم شود.
- فعالیت: یک اقدام مشخص، عینی و با زمان‌بندی مشخص و کوتاه‌مدت (حداکثر سه ماه) که برای تحقق یک برنامه ضرورت دارد.

مقدمه

تصور کنید که شما مدیر یک شبکه بهداشت و درمان هستید و هر روز با حجم وسیعی از فعالیت‌ها، منابع محدود، و انتظارات زیاد مواجه می‌شوید. چگونه می‌توانید مطمئن شوید که تمامی تلاش‌های شما برای اجرای سیاست‌های کلان سلامت کشور هدایت می‌شود، و تنها به انجام کارهای روزمره محدود نمی‌گردد؟ پاسخ این پرسش، در تدوین «برنامه عملیاتی» مستند، هدفمند و قابل سنجش نهفته است.

تدوین برنامه عملیاتی، فراتر از یک فرم اداری است؛ این برنامه ابزاری راهبردی است که به مدیر شبکه امکان می‌دهد تا هدف‌های بلندمدت را به اقدامات سالانه، شاخص‌پذیر، زمان‌بندی‌شده، منابع‌گذاری‌شده و قابل ارزیابی تبدیل کند. به عبارت دیگر، این برنامه پل میان چشم‌انداز سازمانی و فعالیت‌های روزانه شبکه است. بدون وجود این پل، امکان دارد منابع هدر رود، مسئولیت‌ها مبهم باقی بمانند و نتایج مورد انتظار حاصل نشوند.

در بستر نظام سلامت، به‌ویژه در بخش مراقبت‌های اولیه، فعالیت‌ها، منابع و ذی‌نفعان در سطحی چندلایه و بین‌بخشی قرار دارند. از این‌رو، نیاز به چهارچوبی روشن برای تخصیص منابع، تعیین زمان‌بندی، تعریف مسئولیت‌ها و پایش شاخص‌ها جدی است. در ایران نیز با تأکید سیاست‌های ملی بر ارتقای عدالت سلامت، کنترل بیماری‌های غیر واگیر و گسترش پوشش خدمات اولیه، تدوین برنامه عملیاتی برای شبکه‌های بهداشت و درمان بیش از همیشه اهمیت یافته است.

همچنین تغییرات سریع محیطی سلامت، از جمله بروز همه‌گیری، فشار اقتصادی، کمبود نیروی انسانی و نیازهای متنوع جامعه، مدیران شبکه را ملزم می‌سازد که علاوه بر اجرا، آماده بازنگری و اصلاح پیوسته باشند. شبکه‌های مجهز به برنامه عملیاتی منسجم، از انعطاف بیشتری برخوردارند و می‌توانند پاسخگوتر عمل کنند.

در این فصل، ابتدا جایگاه برنامه عملیاتی در نظام سلامت و به‌خصوص در شبکه بهداشت و درمان تشریح می‌شود، سپس چالش‌ها و فرصت‌های پیش‌روی تدوین و اجرای آن بررسی خواهد شد، و سرانجام گام‌های عملیاتی تدوین برنامه و ابزارهایی برای مدیریت و پایش آن ارائه می‌گردد. پس از مطالعه این فصل، شما به‌عنوان مدیر شبکه می‌توانید دیدگاهی روشن نسبت به طراحی، اجرا و پیگیری برنامه عملیاتی خود پیدا کنید و برای گام نهادن در مسیر تنظیم و اجرای آن آماده شوید.

چرا برنامه عملیاتی لازم است؟

جایگاه برنامه عملیاتی در نظام سلامت

در سطح شبکه‌های بهداشت و درمان، تدوین یک برنامه عملیاتی نه فقط یک فرم اداری، بلکه یک ابزار کلیدی برای ارتقای کارایی، اثربخشی و پاسخ‌گویی محسوب می‌شود. شما به‌عنوان مدیر شبکه، با این ابزار می‌توانید سیاست‌های کلان سلامت را به اقدامات سالانه، قابل اندازه‌گیری و قابل کنترل تبدیل کنید.

برنامه عملیاتی همچون پل میان «تدوین استراتژی» و «اجرای عملیاتی» عمل می‌کند و تضمین می‌کند که آنچه در سطح کلان مقرر شده، در سطح میدانی نیز به نتیجه برسد. در نظام سلامت، به‌خصوص در مراقبت‌های اولیه، فعالیت‌ها، منابع، زیرساخت‌ها و نیروی انسانی به‌صورت شبکه‌ای، چندسطحی و بین‌بخشی هستند؛ بنابراین بدون چهارچوبی شفاف برای تخصیص منابع، زمان‌بندی، مسئولیت‌ها و شاخص‌ها، خطر هدررفت منابع، اختلال در هماهنگی و تحقق نیافتن هدف‌ها وجود دارد.

در کشور ما نیز با توجه به سیاست‌های دولت در حوزه سلامت مانند گسترش پوشش خدمات اولیه، کنترل بیماری‌های غیرواگیر، و ارتقای عدالت در سلامت، وجود برنامه عملیاتی سبب می‌شود تا سیاست‌های کلان به سطح عملکرد شبکه پیوند یابند و امکان پیگیری، ارزیابی و بازبینی داشته باشند. همچنین، در مواجهه با تحولات سریع محیط سلامت، از جمله ظهور اپیدمی‌ها، فشارهای اقتصادی، کمبود نیروی انسانی، شبکه‌هایی

که برنامه عملیاتی دارند، چابک‌تر و آماده‌تر برای واکنش سریع هستند. جدول ۱ مقایسه وضعیت "بدون برنامه عملیاتی" و "با برنامه عملیاتی منظم" را نشان می‌دهد.

جدول ۱: مقایسه وضعیت "بدون برنامه عملیاتی" و "با برنامه عملیاتی منظم"

معیار	بدون برنامه عملیاتی	با برنامه عملیاتی منظم
وضوح مسئولیت‌ها	مسئولیت‌ها مبهم، احتمال تداخل مأموریت‌ها زیاد	مسئولیت‌ها مشخص، تفکیک شده، نقش‌ها تعریف شده
تخصیص منابع	منابع پراکنده و اولویت‌ناشناس	تخصیص مبتنی بر شاخص و هدف
زمان‌بندی اجرا	تأخیرها، اجرای پراکنده و غیرقابل پیگیری	زمان‌بندی مشخص، پیگیری شده
شاخص‌های عملکرد	کم یا نامشخص؛ پایش ناکافی	شاخص‌های کمی و کیفی تعریف شده، پایش پیوسته
پاسخ به تغییرات محیطی	واکنش نگر، بدون چهارچوب	برنامه‌ریزی شده، امکان بازنگری و تعدیل دارد

چالش‌ها و فرصت‌ها در سطح شبکه

چالش‌ها

- **پراکنده بودن منابع و ذی‌نفعان:** شبکه بهداشت و درمان دارای منابع متنوع - مانند پزشک خانواده، بهورز، مرکز بهداشت، ستاد شبکه، شرکای محلی - است. بدون یک برنامه عملیاتی هماهنگ، احتمال تعارض مأموریت‌ها، دوباره‌کاری و هدررفت منابع به شدت افزایش می‌یابد.
- **ضعف در شاخص‌گذاری و پایش:** بسیاری از شبکه‌ها شاخص‌های کمی روشن برای فعالیت هستند و نتیجه یا سامانه منظم برای پایش ندارند. تدوین برنامه عملیاتی به معنای تعریف دقیق شاخص‌ها، تخصیص مسئولیت‌ها، و زمان‌بندی منظم پایش است.
- **تغییرات محیطی و نیاز به چابکی:** محیط سلامت با ظهور بیماری‌های نوپدید، افزایش هزینه‌ها، فشار منابع و تغییر نیازهای جامعه مواجه است. شبکه‌هایی با برنامه عملیاتی، توان بیشتری برای پاسخ سریع و تطبیق با شرایط دارند.

- نبود شفافیت در تخصیص منابع و بودجه: بدون برنامه عملیاتی، بودجه و فعالیت‌ها ممکن است نامتوازن تخصیص یابند و تحقق هدف‌ها در معرض خطر قرار گیرد.
- نیاز به ارتقای فرهنگ پایش، بازنگری و بهبود پیوسته: تدوین برنامه تنها گام آغازین است؛ اجرای آن، پایش، ارزیابی و بازنگری پیوسته شرط لازم برای اثربخشی است.

فرصت‌ها

- تمرکز بر اهداف کمی و شاخص‌های عملکردی: تدوین برنامه عملیاتی به شبکه کمک می‌کند تا اهداف روشن، قابل اندازه‌گیری و قابل گزارش تعیین کند و عملکرد را بهبود بخشد.
- تسهیل هماهنگی بین سطح ستادی و میدانی: با تدوین برنامه عملیاتی، ستاد شبکه و پایگاه‌های مراقبت می‌توانند فعالیت‌ها و مسئولیت‌ها را به خوبی هماهنگ کنند.
- افزایش شفافیت، پاسخ‌گویی و اعتماد عمومی: برنامه عملیاتی سندی قابل ارائه به ذی‌نفعان، جامعه و نهادهای نظارتی است و می‌تواند به تقویت پاسخ‌گویی و اعتماد کمک کند.
- بهبود اثربخشی و بهره‌وری: با تخصیص هدفمند منابع، بهره‌گیری از داده‌ها برای تصمیم‌گیری و پایش مداوم، شبکه می‌تواند کارکرد بهتری ارائه دهد و هزینه‌ها را مدیریت کند.
- سازگاری با سیاست‌های سلامت کشور: در چهارچوب سیاست‌های ملی سلامت، تدوین برنامه عملیاتی منطبق با سند ملی سلامت و برنامه تحول نظام سلامت، اطمینان می‌دهد که فعالیت‌های شبکه با هدف‌های کلان همسو هستند.

نتیجه‌گیری بخش

در نظام سلامت، ارائه‌ی خدمات بهداشتی درمانی با کیفیت، یکی از اهداف حیاتی به‌شمار می‌رود. ارائه خدمات کیفی موجب صرفه‌جویی در هزینه‌ها، کاهش دوباره‌کاری‌های غیر ضروری و ایجاد محیطی رضایت‌بخش برای دریافت‌کنندگان و ارائه‌دهندگان خدمت می‌شود. خانه بهداشت و مراکز خدمات جامع سلامت به عنوان واحدهای اصلی شبکه برای تحقق این اهداف عالی، نیازمند برنامه‌ریزی و مدیریت درست هستند. نبود یک برنامه‌ریزی عملیاتی قوی می‌تواند سازمان‌ها را در معرض خطر از دست دادن موفقیت تجاری و افزایش نارضایتی قرار دهد.

برای مدیران شبکه مراقبت‌های اولیه، تدوین برنامه عملیاتی نه یک الزام فقط اداری، بلکه ضرورتی راهبردی است. بدون چنین برنامه‌ای، شبکه با احتمال زیاد با کارکرد ضعیف‌تر، توزیع نامناسب منابع، ناتوانی در پاسخ به‌هنگام به تغییرات، و کاهش شفافیت و پاسخ‌گویی روبرو خواهد بود.

مبنای نظری و مفهومی برنامه عملیاتی

مقدمه

هر نظام سلامت موفق، تنها با داشتن اهداف کلان یا اسناد راهبردی قوی به نتیجه نمی‌رسد؛ آنچه در اجرا کیفیت خدمات را برای مردم محسوس می‌کند، تبدیل اهداف به فعالیت‌های واقعی، قابل پیگیری و قابل سنجش است. این تبدیل، از طریق برنامه عملیاتی اجرا می‌شود. برنامه عملیاتی، ابزار مدیریت «زندگی روزمره شبکه» است؛ یعنی همه آن چیزهایی که باید در مراکز و خانه‌های بهداشت، توسط بهورزان، مراقبان سلامت، پزشکان خانواده و مدیران شبکه اتفاق بیفتد تا شاخص سلامت مردم بهبود پیدا کند. بنابراین، پیش از نوشتن برنامه عملیاتی، مدیر شبکه باید دقیق بداند این برنامه از کجا آمده، به چه معناست، و چگونه باید کار کند. این بخش همین هدف را دنبال می‌کند.

برنامه عملیاتی چیست و چه تفاوتی با برنامه‌های روزمره دارد؟

گاهی برنامه عملیاتی با «فهرست برنامه‌های روزانه» اشتباه گرفته می‌شود. در جدول ۲ به تفاوت این دو اشاره شده است:

جدول شماره ۲ تفاوت برنامه‌های روزمره با عملیاتی

برنامه‌های روزمره	برنامه عملیاتی
واکنش به مسائل روز	جهت‌دهی به مسائل و اولویت‌گذاری
کارهای متفرق	اقدامات هدفمند برای رسیدن به نتایج
بدون شاخص	دارای شاخص، هدف و زمان‌بندی
مسئولیت مبهم	مسئول مشخص و پاسخ‌گویی
بدون ارزیابی	ارزیابی و بازخورد پیوسته

تعریف کاربردی برنامه عملیاتی:

برنامه عملیاتی یعنی مشخص می‌کنیم چه کاری، توسط چه کسی، در چه زمانی، با چه منبعی و برای رسیدن به چه نتیجه‌ای باید انجام شود.

یک مثال ساده از مفهوم برنامه عملیاتی در سطح شبکه مراقبت‌های اولیه کشور:

- هدف: افزایش پوشش واکسیناسیون نوزادان.
- شاخص: درصد نوزادان با واکسیناسیون کامل.
- فعالیت: به‌روزرسانی فهرست نوزادان و پیگیری خانوارهای غیرفعال.
- مسئول: مراقب سلامت و بهورز.
- زمان: ماهانه.
- پایش: گزارش مرکز و بازدید شبکه.

چرا از نگاه مدیریتی، تدوین برنامه عملیاتی ضروری است؟

اگر شبکه برنامه نداشته باشد، فعالیت‌ها پراکنده می‌شوند و تصمیم‌ها وابسته به شرایط لحظه‌ای می‌گردد. نتیجه آن می‌تواند:

- اتلاف بودجه؛
 - دوباره کاری و موازی کاری؛
 - نارضایتی مردم؛
 - کاهش کیفیت خدمات؛
- در مقابل، شبکه‌ای که برنامه عملیاتی دارد:
- می‌داند چه چیز مهم‌تر است.
 - فعالیت‌ها را اولویت‌بندی می‌کند.
 - تمرکز بر نتایج و شاخص‌ها دارد.
 - می‌تواند پیشرفت را نشان دهد.
 - پاسخگو و شفاف است.

مثال: ضرورت تدوین برنامه عملیاتی

نمونه تحلیل وضع موجود در شبکه:

در یک شهرستان شمال کشور، مدیر شبکه پیش از تدوین برنامه‌ی سالانه، داده‌های

سه ساله بیماری‌های غیرواگیر و الگوی مراجعات به مراکز را بررسی کرد. مشخص شد ۶۰ درصد بیماران دیابتی کنترل منظم قند خون نمی‌شوند. بر این اساس، هدف عملیاتی مشخص، آموزش مراقبان برای مدیریت پایدار دیابت و فعال‌سازی گروه‌های خودیار تعیین شد. نتیجه: طی یک سال کنترل موثر بیماران به ۴۲ درصد افزایش یافت.

ارتباط برنامه راهبردی و برنامه عملیاتی

برنامه‌ریزی در یک سازمان دارای سطوح مختلفی است: عالی (راهبردی)، میانی (تاکتیکی) و پایینی (عملیاتی). برای مدیران شبکه، درک تفاوت برنامه‌ریزی در این سطوح حیاتی است. - شبکه بدون برنامه راهبردی مثل کسی است که مقصد ندارد.

- شبکه بدون برنامه عملیاتی مثل کسی است که مقصد دارد، اما راه و نقشه ندارد.

- ارتباط بین این دو مثل نقشه و سفر است:

چشم‌انداز سیستم سلامت ← استراتژی ملی سلامت ← برنامه عملیاتی شبکه ←

کارهای روزانه مراکز و پایگاه‌ها

نکته کاربردی: هر فعالیت روزمره باید بتواند نشان دهد «به کدام هدف راهبردی خدمت می‌کند».

تفاوت برنامه‌ریزی عملیاتی و برنامه‌ریزی راهبردی

برنامه‌ریزی راهبردی، جهت و هدف‌های کلی سازمان را تعیین می‌کند و معمولاً ۳ تا ۵ سال آینده را در نظر می‌گیرد. این برنامه به پرسش‌هایی در مورد آنچه سازمان می‌خواهد به آن دست یابد و دلیل اهمیت آن اهداف پاسخ می‌دهد. در حالی که برنامه‌ریزی عملیاتی بر اقدامات خاص مورد نیاز برای دستیابی به هدف‌های راهبردی در یک بازه‌ی زمانی بسیار کوتاه‌تر - معمولاً یک سال یا کمتر - تمرکز دارد و به پرسش‌هایی در مورد چگونگی دستیابی به اهداف، چه کسی کار را انجام خواهد داد و چه زمانی تکمیل خواهد شد، پاسخ می‌دهد. برنامه‌ریزی راهبردی و برنامه‌ریزی عملیاتی هدف‌های متفاوت اما مکملی را در یک سازمان دنبال می‌کنند. درک این تفاوت‌ها به اطمینان از همکاری مؤثر هر دو نوع برنامه‌ریزی کمک می‌کند.

- برنامه‌ریزی راهبردی به جهت‌گیری کلی سازمان می‌پردازد؛ در حالی که برنامه‌ریزی عملیاتی بر اقدامات و فرایندهای خاص تمرکز دارد.

- برنامه‌ریزی عملیاتی در سطوح پایین سازمان شکل می‌گیرد اما برنامه‌ریزی استراتژیک در سطوح عالی سازمان.
 - برنامه‌ریزی راهبردی شامل رهبری اجرایی است در حالی که برنامه‌ریزی عملیاتی، روسای بخش‌ها و مدیران را درگیر می‌کند.
 - برنامه‌ریزی راهبردی بر «چه چیزی» و «چرا» تمرکز دارد، در حالی که برنامه‌ریزی عملیاتی جزئیات چگونگی، چه کسی و چه زمانی را شرح می‌دهد.
 - تأکید برنامه‌ریزی عملیاتی بر کارایی و اثربخشی است اما تأکید برنامه‌ریزی استراتژیک بر اثربخشی.
 - در برنامه‌ریزی عملیاتی بیشتر بر منافع فعلی سازمان تأکید می‌شود اما در برنامه‌ریزی استراتژیک بر منافع آتی سازمان.
 - در برنامه‌ریزی عملیاتی، منابع و امکانات موجود سازمان در نظر گرفته می‌شود اما در برنامه‌ریزی استراتژیک به منابع و امکانات آینده چشم می‌دوزیم.
 - برنامه‌های راهبردی شاخص‌های کلیدی عملکرد (KPI) گسترده‌ای را دنبال می‌کنند در حالی که برنامه‌های عملیاتی معیارهای خاصی را رصد می‌کنند.
 - در برنامه‌ریزی عملیاتی، ساختار سازمانی و شرایط محیطی با ثبات نسبی اما در برنامه‌ریزی استراتژیک، ساختار سازمانی منعطف، محیط پویا و همراه با تغییرات در نظر گرفته می‌شود.
 - در برنامه‌ریزی عملیاتی، روش‌های کار اغلب تجربه‌شده و متکی به گذشته‌اند اما در برنامه‌ریزی استراتژیک روش‌های نو و تجربه‌نشده مطرح می‌شوند.
 - برنامه‌ریزی عملیاتی دارای مخاطره کمتری است.
 - برنامه عملیاتی دربرگیرنده اقدامات تفصیلی است اما برنامه استراتژیک کلی و جامع است.
 - برنامه‌ریزی استراتژیک به طرز تفکر گسترده و جهت‌دار نیاز دارد در حالی که برنامه‌ریزی عملیاتی نیازمند نگرش کوتاه و محدود است.
- در نهایت، برنامه‌ریزی راهبردی و برنامه‌ریزی عملیاتی باید برای مؤثر بودن، همسوباقی بمانند. برنامه عملیاتی باید مستقیم از اهداف راهبردی پشتیبانی کرده و آن‌ها را پیش ببرد و یک خط دید روشن از فعالیت‌های روزانه به اهداف بلندمدت ایجاد کند.

اهداف برنامه ریزی عملیاتی

اهداف اصلی برنامه ریزی عملیاتی عبارت اند از:

- اجرایی سازی اهداف بالادستی؛
- تخصیص بهینه منابع (نیروی انسانی، مالی، فضای فیزیکی)؛
- ایجاد هماهنگی بین واحدها و بخش های مختلف سازمان (هماهنگی بین سطح مختلف شبکه)؛
- کاهش هدررفت زمان و هزینه؛
- تضمین کیفیت خدمات؛
- افزایش انعطاف پذیری در برابر بحران ها؛
- تسهیل تحقق هدف های راهبردی در سطح عملیاتی؛
- کاهش ریسک ها و عدم قطعیت ها در اجرای فعالیت ها؛
- ایجاد معیارهای شفاف برای ارزیابی عملکرد؛

مؤلفه های برنامه ریزی عملیاتی

یک برنامه ریزی عملیاتی معمولاً شامل مؤلفه های زیر است:

اهداف عملیاتی^۱

هر برنامه عملیاتی به اهداف واضح و قابل اندازه گیری نیاز دارد که با اهداف راهبردی و تاکتیکی همسو باشند. این اهداف باید از چهارچوب SMART پیروی کنند: مشخص (Specific)، قابل اندازه گیری (Measurable)، قابل دستیابی (Attainable)، مرتبط (Related) و دارای محدودیت زمانی (Time-bounded) باشند. هر هدف باید به طور مستقیم از یک هدف راهبردی پشتیبانی کند و در عین حال به اندازه کافی مشخص باشد تا فعالیت های روزانه را هدایت کند (جدول ۳).

جدول ۳ ویژگی‌های یک برنامه عملیاتی خوب (توضیحی + مثال)

مثال شبکه	توضیح	ویژگی
افزایش ۱۰٪ پوشش واکسیناسیون	هدف قابل سنجش باشد	مشخص و قابل اندازه‌گیری
با نیروی موجود قابل انجام باشد	مطابق منابع شبکه	واقع‌بینانه
اجرای ماهانه	آغاز و پایان شفاف	زمان‌مند
کارشناس مرکز	فرد/واحد پاسخگو	مسئول مشخص
فرم پایش علنی و بازدید	ابزار سنجش تعریف شود	قابل پایش

چک لیست مدیر: اگر یکی از این پنج مورد نباشد یعنی برنامه ناقص است.

شاخص‌های کلیدی عملکرد^۱

برای هر هدف، شاخص‌های کلیدی عملکرد (KPI) خاصی تعریف می‌شود که پیشرفت را اندازه‌گیری می‌کند. این معیارها مبنایی برای ردیابی موفقیت و شناسایی زمان مورد نیاز برای تنظیمات فراهم می‌نمایند.

فعالیت‌ها و وظایف^۲

تعیین دقیق کارهایی که برای دستیابی به هدف‌ها - مانند توالی، وابستگی، و سربار زمانی هر فعالیت - باید انجام شود.

منابع مورد نیاز^۳

برنامه‌های عملیاتی مؤثر، منابع مورد نیاز برای اجرا را به وضوح مشخص می‌کند. این شامل منابع مالی، انسانی، تجهیزات، فناوری و دیگر دارایی‌های مورد نیاز برای تکمیل فعالیت‌های برنامه‌ریزی شده است. با برآورد منابع مورد نیاز برای هر فعالیت در طرح آغاز کنید. سپس تخصیص منابع را بر پایه‌ی اهمیت و اثرگذاری هر فعالیت اولویت‌بندی کنید.

محدودیت‌های منابع در بیشتر سازمان‌ها یک واقعیت‌اند. فرایند برنامه‌ریزی عملیاتی باید با شناسایی جایگزین‌ها، تعیین اولویت‌ها یا تنظیم جدول زمانی در صورت لزوم، به این

1. Key Performance Indicator (KPI)
2. Activities and Tasks
3. Required Resources

محدودیت‌ها رسیدگی کند. در نهایت، اطمینان حاصل کنید که بودجه‌ها با اهداف عملیاتی همسو هستند. هر تخصیص مالی باید به طور مستقیم به فعالیت‌ها و نتایج خاص در طرح مرتبط باشد.

زمان‌بندی^۱

داشتن جدول‌های زمانی مشخص برای دستیابی به موفقیت در برنامه‌ریزی عملیاتی ضروری است. هدف‌ها را به وظایف قابل مدیریت تقسیم کنید و برآورد کنید که تکمیل هر کدام چقدر طول می‌کشد. فعالیت‌ها را به صورت منطقی توالی دهید و وابستگی‌های بین وظایف را در نظر بگیرید. برخی از فعالیت‌ها می‌توانند هم‌زمان انجام شوند در حالی که برخی دیگر باید از یک ترتیب خاص پیروی کنند. مراحل مهم معناداری را برای پیگیری پیشرفت در طول مسیر پدید آورید. این نقاط بازرسی به تیم‌ها کمک می‌کند تا طبق برنامه عمل کنند و فرصت‌هایی را برای جشن گرفتن پیروزی‌های کوچک فراهم نمایند. به یاد داشته باشید که برای تطبیق با تأخیرها یا تغییرات غیرمنتظره، انعطاف‌پذیری ایجاد کنید. جدول‌های زمانی سخت‌گیرانه، اغلب هنگامی که واقعیت با طرح مطابقت نداشته باشد، از میان می‌روند. زمان‌بندی به طور معمول با بهره‌گیری از ابزارهایی مانند نمودار گانت^۲ یا روش‌های شبکه‌ای مانند PERT^۳ یا CPM^۴ صورت می‌پذیرد.

مسئولیت‌ها^۵

تعیین مسئول اصلی هر فعالیت برای تضمین پاسخ‌گویی و جلوگیری از ابهام.

شاخص‌های عملکرد کلیدی

برای سنجش پیشرفت در اجرای برنامه و انجام اصلاحات لازم.

مدیریت ریسک و احتمالات

هر برنامه عملیاتی باید موانع بالقوه را شناسایی کرده و برنامه‌های احتمالی را تنظیم کند. ریسک‌های عملیاتی رایج شامل کمبود منابع، تأخیر در جدول زمانی، مسائل کیفی و تغییرات بازار خارجی است. از تکنیک‌های ارزیابی ریسک برای ارزیابی احتمال و تأثیر

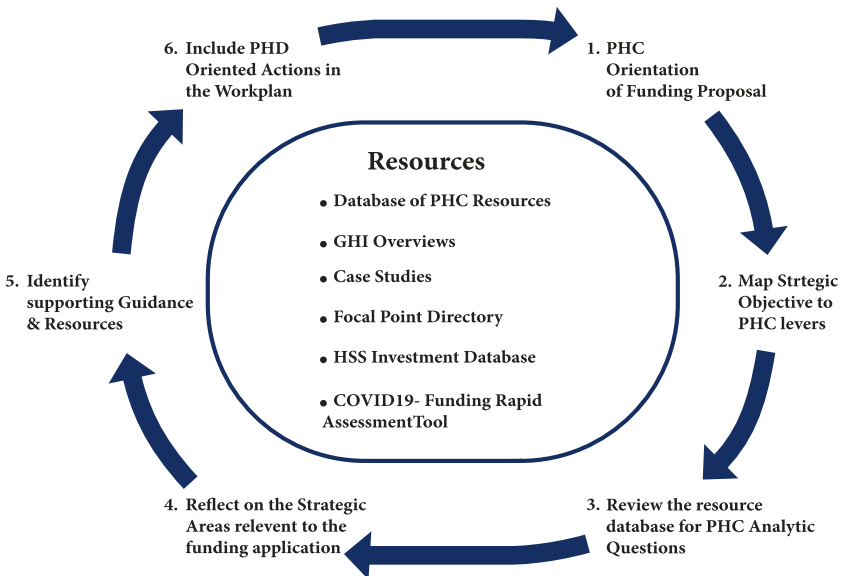
1. Scheduling
2. Gantt Chart
3. Program Evaluation and Review Technique
4. Critical Path Method
5. responsibilities

بالقوه‌ی هر ریسک استفاده کنید. این به اولویت بندی ریسک‌هایی که شایسته بیشترین توجه و برنامه‌ریزی هستند کمک می‌کند. استراتژی‌های خاص کاهش ریسک را برای ریسک‌های با اولویت بیشتر تدوین کنید. این موارد ممکن است شامل ایجاد زمان اضافی، شناسایی منابع پشتیبان یا ایجاد رویکردهای جایگزین باشد.

مراحل تدوین برنامه عملیاتی در شبکه‌های بهداشت و درمان

مقدمه

تدوین برنامه عملیاتی برای یک شبکه مراقبت‌های اولیه، فرایندی راهبردی است که از تصمیم‌گیری مدیر عالی آغاز و تا پایش و بازنگری پیوسته ادامه می‌یابد. این برنامه نه فقط یک سند مدیریتی، بلکه ابزار تحول، یادگیری و پاسخ‌گویی است. در این بخش، گام‌های کلیدی این فرایند را با زبان مدیریتی توضیح می‌دهیم تا مدیران عالی بتوانند برنامه‌ای طراحی کنند که با مسیر کلان سلامت کشور همسو و در عین حال قابل اجرا در سطح شبکه باشد (نمودار ۱).



نمودار ۱ مراحل تدوین برنامه عملیاتی در شبکه‌های بهداشت و درمان

مراحل تدوین برنامه عملیاتی در سطح شبکه مراقبت‌های اولیه کشور

۱. مرحله آماده‌سازی

در این مرحله، مدیر عالی باید چهارچوب کار یعنی محدوده‌ی برنامه، تیم تدوین، منابع اولیه و تقویم کار را تعیین کند. انتخاب درست دامنه و تیم و تقویم، به‌عنوان زیربنای موفقیت تلقی می‌شوند. تشکیل «کارگروه تدوین برنامه» و اختصاص زمان مشخص برای داده‌ها و جلسات اولیه، تضمین می‌کند که برنامه به‌صورت فورانی و بدون پشتوانه نباشد.

نکته مدیریتی: اگر تیم شناسایی نشده باشد یا تقویم تعیین نگردد، احتمال دارد برنامه‌ای تدوین شود که از قابلیت اجرا، هماهنگی یا تمرکز برخوردار نباشد.

۲. مرحله تشخیص وضع موجود

در این مرحله، مدیر باید وضعیت واقعی شبکه را تحلیل کند: خدمات، شاخص‌ها، منابع، زیرساخت‌ها و محیط بیرونی. این تحلیل شامل تحلیل کمی و کیفی، و مقایسه با هدف‌های راهبردی است. سند سازمان جهانی بهداشت^۱ در چهارچوب عملیاتی مراقبت اولیه بر اهمیت تحلیل محیط و ذی‌نفعان تأکید می‌کند. به‌عنوان مدیر عالی، این تحلیل باید به داشبورد تصمیم‌گیری و اولویت‌گذاری منابع تبدیل شود. (جدول ۴)

جدول شماره ۴ نمونه تحلیل وضع موجود

شاخص	وضعیت فعلی	هدف راهبردی	شکاف
پوشش مراقبت پیش از زایمان	٪۷۵	٪۹۰	٪۱۵
میانگین زمان انتظار برای ویزیت	۲۵ دقیقه	۲۰ دقیقه	۵ دقیقه
تعداد بازدید خانه در ماه	۸۰ مورد	۱۰۰ مورد	مورد

۳. مرحله تعیین اهداف و شاخص‌ها

در این مرحله، مدیر عالی نقش کلیدی ایفا می‌کند؛ تبدیل شکاف‌ها به هدف‌های اجرایی و تعیین شاخص‌های عملکرد. هدف‌ها باید هوشمند SMART باشند. همچنین ارتباط

روشن با سیاست‌های کلان سلامت نیز ضروری است.
برای نمونه: «افزایش پوشش واکسیناسیون نوزادان از ۸۰٪ به ۹۰٪ تا پایان سال»،
 شاخص: درصد نوزادان با واکسیناسیون کامل.

۴. مرحله طراحی فعالیت‌ها، زمان‌بندی و تخصیص منابع

پس از تعیین اهداف، مدیر عالی باید اطمینان دهد که این هدف‌ها به برنامه اجرایی تبدیل می‌شوند؛ شامل فهرست اقدامات، جدول زمانی، منابع مورد نیاز و مسئولیت‌های مشخص. تخصیص منابع باید بر اساس تحلیل هزینه-فایده و ظرفیت شبکه باشد. تخصیص نامناسب منابع، موجب ابهام در اجرا خواهد شد (جدول ۵).

جدول شماره ۵ نمونه جدول برنامه عملیاتی فعالیت‌ها

هدف	فعالیت	زمان‌بندی	مسئول	منابع
افزایش پوشش واکسیناسیون	کارگاه توجیهی بهورزان	شهریور	کارشناس آموزش	سالن آموزشی، بودجه
	بازدید خانوارهای غیرفعال	هر ماه	بهورزان	وسیله نقلیه، فرم بازدید

۵. مرحله اجرا، پایش و ارزیابی

اجرای فعالیت‌ها آغاز می‌شود اما مدیریت عالی باید از سیستم پایش و ارزیابی اطمینان یابد. شاخص‌ها باید ماهانه یا فصلی گزارش شوند. اگر پوشش $> ۸۵\%$ باشد، دلیل آن بررسی شود و اصلاح پیشنهاد گردد.

نظارت و بازخورد به تیم و ذی‌نفعان، بخش جدایی‌ناپذیر این مرحله است.

۶. مرحله بازنگری و بهبود مستمر

این مرحله، نقطه تفاوت میان برنامه خوب و همین گزارش است. برنامه موفق، پایان ندارد؛ بلکه شروع یادگیری، اصلاح و ارتقای مستمر است. مدیر عالی باید فرایند یادگیری سازمانی، فرهنگ بازنگری و پاسخ‌گویی را تسهیل کند.

برای نمونه: اگر بازدید خانوارها تأثیر کمی داشت، فعالیت باید بازطراحی شود، مسئول تغییر یابد، زمان‌بندی اصلاح گردد (جدول ۶).

جدول شماره ۶ بازنگری برنامه اجرایی

اصلاح پیشنهاد شده	سؤال بازنگری	مبحث
افزایش نیروی بازدید، رسانه محلی	چرا پوشش > هدف بود؟	شاخص پوشش
انتقال فعالیت به فصل قبل	آیا تأخیر داریم؟	زمان-بندی
استفاده از داوطلبان محلی	کمبود نیروی انسانی؟	منابع

کاربرگ (۱) - برنامه عملیاتی واحد					شبکه مراقبت‌های اولیه	تاریخ تدوین:
هدف کلی (G):						
هدف اختصاصی (O):						
عنوان استراتژی (برنامه) (S) پیشنهادی برای دستیابی به هدف اختصاصی:						
مشخصات و امضای مسئول:		مسئول تدوین برنامه:		برنامه عملیاتی واحد / بخش:		
توالی زمانی گزارش پیشرفت	هزینه تقریبی مورد نیاز (ریال)	تاریخ پایان (دربازهی زمانی سال (.....)	تاریخ شروع (دربازهی زمانی سال (.....)	مسئول انجام فعالیت	فعالیت‌های مرتبط با برنامه پیشنهادی (فعالیت‌ها با جزئیات اقدامات لازم)	ردیف
						۱
						۲
						۳
						۴
						۵
						۶

کاربرگ (۲) - پایش برنامه عملیاتی واحد

ردیف	شاخص دستیابی به برنامه	وضعیت (شاخص) فعلی	وضعیت (شاخص) مورد انتظار	پیش‌بینی میزان پیشرفت سالانه				پیش‌بینی میزان دستیابی به شاخص ناظر ارزیابی
				سه ماهه اول	سه ماهه دوم	سه ماهه سوم	سه ماهه چهارم	
۱								
۲								
۳								

مدل‌های پایه در برنامه عملیاتی

مدل منطقی^۱ - زبان ساده

وقتی می‌خواهیم مشخص کنیم «چرا این کار را می‌کنیم و نتیجه‌اش چه می‌شود؟»، از این مدل استفاده می‌کنیم:

منابع ← فعالیت ← خروجی ← نتیجه ← اثر اجتماعی

مثال واقعی شبکه:

- منابع: پزشک، بهورز، سامانه سیب؛
- فعالیت: پایش مادران باردار پرخطر؛
- خروجی: شمار مادران معرفی شده به مراقبت تخصصی؛
- نتیجه: کاهش عوارض بارداری؛
- اثر: بهبود سلامت مادران و نوزادان در جمعیت زیرپوشش.

مثال: بخش مبانی مفهومی

نمونه کاربرد مشارکت اجتماعی در شبکه بهداشت و درمان:

در یکی از شهرستان‌های غرب کشور، مدیر شبکه برای افزایش پوشش واکسیناسیون

از مدل «مشارکت اجتماعی محله محور» بهره گرفت. به جای افزایش فشار اداری بر مراقبان سلامت، او با بهره‌گیری از گروه‌های محلی، شور و معتمدان، جلسه‌های آگاهی‌رسانی برگزار کرد. طی سه ماه، پوشش واکسیناسیون از ۸۷٪ به ۹۶٪ رسید. این تجربه نشان داد مشارکت اجتماعی، بخشی از ظرفیت سازمانی شبکه است، نه فعالیت جانبی.

مدل دمینگ PDCA - زبان مدیریتی ساده

Plan → Do → Check → Act

برنامه‌ریزی ← اجرا ← بررسی ← اصلاح

چرخه ارتقای مداوم (FOCUS PDCA): همان‌گونه که در فصل مدیریت کیفیت و بهبود عملکرد در نظام سلامت آمده است؛ ارتقای کیفیت فرایندی است که پایان ندارد و سازمان‌ها باید به نیازها و انتظارات در حال تغییر مشتریان پاسخ دهند. مدل FOCUS PDCA یکی از روش‌های ارتقای عملکرد فرایندها است که مبتنی بر داده و کار تیمی است.

اجزای چرخه (Plan-Do-Check-Act) PDCA:

- برنامه (Plan): طراحی راهکار و برنامه.
- اجرا (Do): پیاده‌سازی برنامه.
- بررسی / پایش (Check): ارزیابی نتایج و انطباق با استانداردها.
- اقدام (Act): استانداردسازی راهکار موفق یا اقدام جایگزین برای بهبود در صورت عدم موفقیت.

به زبان مدیر شبکه: هر برنامه‌ی خوب باید «اجرا شود، بررسی و بهتر شود».

اشتباهات رایج در شبکه‌ها (چرا برنامه‌ها شکست می‌خورند؟)

- نوشتن برنامه فقط برای ارسال به دانشگاه؛
- کپی سال قبل بدون تحلیل وضعیت؛
- هدف‌های زیاد و ناممکن؛
- نبود شاخص یا ابزار پایش؛
- تمرکز بر فعالیت، نه نتیجه؛

یادداشت مهم: برنامه عملیاتی خوب = کم، دقیق، قابل اجرا + پایش واقعی.

جمع‌بندی آموزشی

این بخش به شما کمک کرد درک کنید که:

- برنامه عملیاتی، ابزار مدیریتی و یادگیری سازمانی است.
 - هدف آن، جهت‌دهی منابع و اقدامات برای بهبود سلامت مردم است.
 - موفقیت هر برنامه وابسته به طراحی، پایش و اصلاح به‌هنگام آن است.
 - برنامه خوب یعنی «مسیر رسیدن به هدف را قابل مشاهده و قابل سنجش کنیم».
- پیام پایانی: اگر نتوانید برنامه را بسنجید و پیگیری کنید، در حقیقت نمی‌توان گفت که اجرا شده است.

نتیجه‌گیری

برای مدیران عالی حوزه بهداشت که وظیفه ارتقای شبکه مراقبت‌های اولیه را دارند، روشن است که تدوین برنامه عملیاتی موفق، نیازمند مهارت در تحلیل، طراحی، اجرا و فرهنگ‌پاسخ‌گویی است. درک مراحل این فرایند، به‌عنوان چهارچوب راهبردی، امکان می‌دهد از وضع فعلی به آینده‌ای مطلوب حرکت شود؛ آینده‌ای که خدمات مراقبت‌های اولیه برای مردم ملموس‌تر شده، شاخص‌ها ارتقا یافته و شبکه پاسخگوتر شده است.

عوامل موفقیت و موانع در تدوین و اجرای برنامه عملیاتی

مقدمه

برنامه عملیاتی در شبکه‌های مراقبت‌های اولیه، زمانی به خروجی واقعی می‌رسد که پیش از تدوین و در حین اجرا، شرایط محیطی، ظرفیت سازمانی و ساختارهای حمایتی آن به دقت تحلیل شوند. تجربه بین‌المللی و ملی نشان داده است که برنامه‌های سلامت تنها زمانی اثرگذار هستند که در بستر مناسب فرهنگی، مدیریتی و منابعی قرار گیرند و تنها تولید یک سند اداری نباشند.

در واقع، برنامه عملیاتی به‌جای آن‌که مجموعه‌ای از فعالیت‌ها باشد، آزمون بلوغ مدیریتی سیستم است؛ سیستمی که بتواند منابع، داده، نیروی انسانی و مشارکت اجتماعی را در مسیر اهداف سلامت عمومی همسو کند.

بررسی عوامل داخلی و خارجی

موفقیت برنامه عملیاتی حاصل تعامل پویا میان ظرفیت‌های درونی سیستم و زمینه‌های بیرونی اجتماعی، سیاسی و اقتصادی است. این عوامل باید نه به شکل مجزا بلکه در قالب یک نظام واحد و اکاوی شوند.

عوامل‌های داخلی: ظرفیت‌سازی و فرهنگ سازمانی

در سطح شبکه، نیروی انسانی ماهر، نظام داده معتبر، فرهنگ سازمانی مبتنی بر یادگیری و ساختارهای انگیزشی قوی، عناصر کلیدی موفقیت به‌شمار می‌آیند. پژوهش‌ها نشان می‌دهند که فرهنگ سازمانی یادگیرنده و سیستم اطلاعات سلامت دقیق، دورکن اساسی در تحقق برنامه‌های PHC هستند.

به عنوان نمونه، کیفیت داده نه تنها تصمیم‌سازی را ارتقا می‌دهد، بلکه باور و اعتماد کارکنان به برنامه را نیز تقویت می‌کند. سیستم‌هایی که گزارش‌دهی صوری دارند و از داده به‌عنوان ابزار کنترل استفاده می‌کنند، اغلب به نتایج واقعی نمی‌رسند (جدول ۷).

جدول ۷ شماره عوامل داخلی موفقیت برنامه

پیام مدیریتی	توضیح علمی	حوزه
برنامه بدون رهبری ← ساختار بی‌جان	ایجاد باور جمعی و هدایت اثربخش تیم	رهبری تحول‌آفرین
داده ضعیف ← برنامه حدسی	تصمیم‌سازی واقع‌گرایانه و پاسخ‌گویی	کیفیت داده
فرهنگ گزارش‌محور = شکست در اجرا	یادگیری، شفافیت و پاسخ‌گویی	فرهنگ سازمانی
انگیزه پایین ← مقاومت پنهان	تعهد، احساس مالکیت، مشارکت	انگیزش کارکنان

پژوهش‌های جهانی تأکید کرده‌اند که بدون انگیزش کارکنان و یک سامانه داده‌ای دقیق، هیچ برنامه‌ی سلامت پایدار نخواهد شد (Kruk et al., 2022).

مثال: بخش عوامل موفقیت

ایجاد فرهنگ بازخورد حمایت‌گرانه:

مدیر یکی از شبکه‌های جنوب کشور به‌جای تمرکز بر گزارش‌های تنبیهی،

جلسه‌های ماهانه‌ی یادگیری برگزار کرد. کارکنان تجربه‌های شکست و موفقیت را آزادانه مطرح می‌کردند. این رویکرد باعث شد سطح تعامل، رضایت نیروی انسانی و کیفیت خدمت افزایش یابد و زمان پاسخ به مشکلات در سطح مراکز ۳۰٪ کاهش پیدا کند.

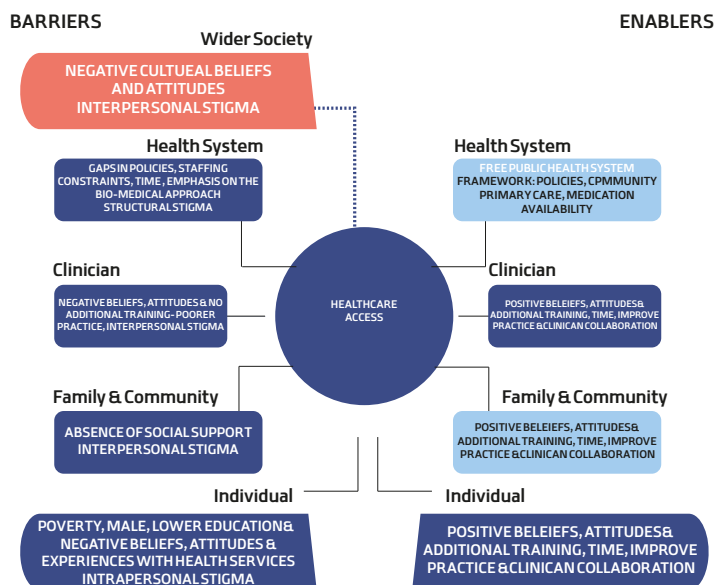
عوامل خارجی: سیاست، منابع و مشارکت جامعه

عوامل محیطی شامل سیاست‌گذاری کلان، پایداری مالی، سطح اعتماد اجتماعی و ظرفیت فناوری هستند. در مدل عملیاتی WHO، این عوامل به‌عنوان «رانندگان ساختاری سیستم سلامت» معرفی شده‌اند. در کشورهایی که مشارکت اجتماعی و همکاری بین‌بخشی قوی بوده، برنامه‌ریزی PHC به شکل پایدارتر و مؤثرتر اجرا شده است (جدول ۸).

جدول شماره ۸ عوامل بیرونی مؤثر

حوزه	اهمیت	اثر
سیاست ملی سلامت	جهت‌دهی کلان و وحدت مسیر	ناهماهنگی سیاست → تشتت برنامه‌ها
پایداری منابع مالی	استمرار برنامه	تخصیص ناپایدار → ریزش نتایج
مشارکت جامعه	افزایش پذیرش خدمات	برنامه بدون مردم → برنامه روی کاغذ
زیرساخت فناوری	داده‌محوری و شفافیت	نبود فناوری → تصمیم‌های تأخیردار و ناقص

موفقیت برنامه زمانی اتفاق می‌افتد که ظرفیت داخلی، داده، محیط سیاستی و مردم باهم هماهنگ باشند.



نمودار ۲ نمودار مدل تعاملی موفقیت برنامه

تجربه‌های اجرایی در ایران

نمونه موفق

در یکی از شبکه‌های روستایی ایران، برنامه بهبود مراقبت پیش از تولد با مشارکت فعال بهورزان، رهبران محلی و پایش ماهانه اجرا شد و پوشش مراقبت از ۷۰٪ به بیش از ۹۰٪ افزایش یافت. مهم‌ترین عامل این موفقیت، «مالکیت محلی برنامه و باز خورد داده واقعی» بود. این مدل کاملاً با مطالعات جهانی همسوست که نقش «تحرک اجتماعی محلی و توجه به فرهنگ جامعه» را برجسته می‌کنند.

نمونه چالش‌دار

در یکی از شهرهای بزرگ، برنامه کنترل فشار خون به دلیل نبود سامانه اطلاعات یکپارچه، مشوق‌های عملکرد و ضعف در تعامل با پزشکان خانواده شکست خورد. این تجربه نشان داد که «هماهنگی بین بخشی و فناوری اطلاعات ستون‌های اجرا» هستند.

جدول شماره ۹ درس آموخته‌های ایران

پیام	نتیجه	تجربه
مالکیت محلی در برابر دستور از بالا	جهش شاخص‌ها	مشارکت محلی قوی
بدون داده → بدون مدیریت	کاهش اثربخشی	نادیده گرفتن سیستم داده
انگیزه و اعتبار اجتماعی حیاتی است	کاهش پایداری	ضعف انگیزش کارکنان

جمع‌بندی

برای مدیران سطوح مختلف معنای کلیدی این بخش این است که: برنامه خوب، نوشته نمی‌شود؛ ساخته و هدایت می‌شود.

برنامه عملیاتی موفق نتیجه سه نوع آمادگی است:

- آمادگی سازمانی؛ داده، نیروی انسانی، فرایند.
- آمادگی محیطی؛ سیاست، منابع، همراهی جامعه.
- آمادگی مدیریتی؛ رهبری، انگیزش، پایش واقع‌گرایانه.

اگر هر یک از این پایه‌ها ضعف داشته باشد، برنامه به جای تحول، تنها به «دفترچه‌ای از فعالیت‌ها» تبدیل خواهد شد.

تجربه‌های بین‌المللی و مقایسه تطبیقی در برنامه‌ریزی عملیاتی PHC

مقدمه

تجارب بین‌المللی نشان می‌دهد کشورهای در برنامه‌ریزی عملیاتی موفق بوده‌اند که برنامه‌ریزی را به عنوان یک مهارت فرهنگی و رفتاری در نظام خود نهادینه کرده‌اند، نه فقط یک فرایند اداری سالانه. بررسی کشورهایی مانند انگلستان، کانادا، تایلند و برزیل، فرصت مهمی برای یادگیری و انطباق بومی فراهم می‌کند؛ به ویژه برای ایران که زیرساخت اجتماعی و فرهنگی قوی در PHC دارد.

«کشورهای موفق، برنامه را نمی‌نویسند؛ بلکه در زندگی خود اجرا می‌کنند.»

تجربه انگلستان: داده شفاف = اعتماد و مسئولیت‌پذیری

در نظام خدمات سلامت انگلستان (NHS)^۱، برنامه عملیاتی از دل «داده قابل سنجش و قابل

1. National Health Service

مشاهده عمومی) شکل می‌گیرد.

هر مرکز سلامت:

- داشبورد دارد.
- عملکردش عمومی و قابل مقایسه است.
- برنامه به قرارداد اجتماعی تبدیل می‌شود نه فقط فرم اجرایی.

درس برای ایران:

داشتن داده‌ی منظم کافی نیست؛ داده باید به رفتار و مطالبه اجتماعی تبدیل شود.

تجربه کانادا: برنامه‌ریزی اجتماعی و مشارکتی

کانادا برنامه عملیاتی را با حضور دانشگاه، جامعه، استان‌ها و حرفه‌های سلامت تدوین می‌کند. خروجی این مدل، برنامه‌هایی است که مردم و کارکنان نسبت به آن «احساس مالکیت» دارند.

پیام مدیریتی:

برنامه‌ای که با مردم نوشته نشود، روی مردم اثر نمی‌گذارد.

پیشنهاد	ایران (کنونی)	کانادا	مفهوم
ایجاد «کمیته مشارکت جامعه» در شبکه‌ها	پروژه‌ای و موردی	نهادی و رسمی	مشارکت

تجربه تایلند: سرمایه‌گذاری بر نیروی سلامت جامعه

تایلند ده‌ها سال سرمایه‌گذاری هدفمند روی نیروهای محلی سلامت کرد و اکنون دسترسی، اعتماد و کارآمدی بالا دارد.

شباهت مهم: با مدل بهورزی ایران.

تفاوت مهم: نظام پشتیبانی و ارتقای مداوم مهارت‌ها.

نتیجه: موفقیت PHC حاصل برنامه کوتاه‌مدت نیست؛ حاصل نسل‌سازی منابع انسانی است.

تجربه برزیل: سازمان‌دهی شهری و پیگیری خانوار

مدل خانوار محور برزیل با ایران مشابه است؛ اما برزیل در پوشش شهری، پرونده خانوار و بازدید فعال بهتر عمل کرده است.

ابزار کلیدی در برزیل	اثر
پرونده خانوار	شناخت نیاز واقعی و عدالت خدمات
بازدید فعال	پیشگیری به جای درمان دیرهنگام
پایش اجتماعی محلات	مسئولیت‌پذیری اجتماعی در سلامت

نکته طلایی: سلامت در محله ساخته می‌شود، نه فقط در مرکز.

جمع‌بندی تلفیقی با نگاه مدیریت تطبیقی خلاصه درس‌های حکمرانی PHC

کشور	ستون موفقیت	ترجمه برای ایران
انگلستان	داده و شفافیت	داشبورد محلی و گزارش عمومی عملکرد
کانادا	مشارکت چندسطحی	نهادسازی مشارکت جامعه و دانشگاه
تایلند	توانمندسازی محلی	نوسازی برنامه‌های آموزش بهورزی و مراقبان سلامت
برزیل	سلامت خانوار محور	تقویت پرونده خانوار و پیگیری فعال

- شفافیت انگلیسی
- مشارکت کانادایی
- توانمندسازی تایلندی
- رویکرد خانوار محور برزیلی
- هویت اجتماعی-دینی شبکه بهداشت ایران

توصیه کاربردی برای مدیران شبکه‌ها:

- داشبورد ساده‌ی عملکرد محلی ایجاد کنید.
 - کمیته مشارکت مردمی فعال تشکیل دهید.
 - برنامه ارتقای مهارت پیوسته کارکنان تدوین کنید.
 - ارزیابی و بازخورد را «حمایتی و یادگیرنده» طراحی کنید.
- با این مسیر، برنامه عملیاتی از «سند سالانه» به فرهنگ مدیریتی سازمان محلی سلامت تبدیل می‌شود.

تمرین ها و سناریوهای مدیریتی برای مدیران شبکه PHC

مقدمه

برنامه ریزی عملیاتی زمانی موفقیت آمیز خواهد بود که مدیران شبکه، افزون بر آشنایی با مفاهیم، توان به کارگیری آن ها را در محیط واقعی، میان انسان های واقعی و در شرایط واقعی داشته باشند. از این رو، این بخش چنان طراحی شده است که مدیران شبکه را از سطح «دانش نظری» به سطح توان تصمیم سازی، تحلیل سیستمی و رهبری موقعیت های پیچیده ارتقا دهد. سناریوهایی که در ادامه ارائه می شود، بر پایه موقعیت های واقعی شبکه بهداشت ایران شکل گرفته اند و هدف آن ها تقویت مهارت های زیر است:

مشاهده و تحلیل بدون قضاوت؛

تعامل سازنده و شنیدن فعال؛

تصمیم گیری مبتنی بر شواهد؛

رهبری مشارکتی و گفت و گوی اصلاحی؛

توانمندسازی تیم و فعال سازی ظرفیت اجتماعی.

سناریوی اول: کاهش شاخص های کنترل بیماری های مزمن

وضعیت: در یک شهرستان متوسط، افزایش موارد کنترل نشده فشارخون و دیابت گزارش شده است. کارکنان مرکز ابراز می کنند که بسیاری از بیماران پیگیری در مان را رها کرده اند.

به عنوان مدیر شبکه چه می کنید؟ در ابتدا باید واقعیت را «ببینید» نه اینکه تنها بر عدد اتکا کنید. بنابراین:

- سوابق بیماران و روند شاخص ها را بررسی می کنید.
 - با مراقبان سلامت، پزشک، و بهورز گفت و گو می کنید.
 - با گروه های مرجع محلی و سفیران سلامت تماس می گیرید.
 - از بیماران منتخب می پرسید: چرا مراجعه نکردند؟
- اگر مشکل کمبود آگاهی باشد، راه حل آموزش هدفمند و فردمحور است.
اگر مشکل زمان مراجعه باشد، تنظیم ساعت خدمت لازم است.
و اگر مسئله انگیزش کارکنان باشد، تقویت و حمایت حرفه ای ضروریست.
در مدیریت سلامت، داده تنها نقطه ی شروع است؛ گفتگو و مشاهده، نقطه فهم واقعی است.

سناریوی دوم: کاهش اعتماد مردم به مرکز سلامت

وضعیت: شکایت‌های مردمی درباره کیفیت ارتباط کارکنان با مراجعان افزایش یافته است. مراجعه به مرکز نیز کاهش نشان می‌دهد. رویکرد مدیریتی مناسب:

- ابتدا جلسه‌ای بدون سرزنش و با هدف درک واقعیت برگزار کنید.
 - فعالانه گوش دهید، احساسات کارکنان را بشنوید.
 - بازدید غیررسمی انجام دهید، نمونه تماس مردم را تحلیل کنید.
 - سپس برنامه‌ای برای اصلاح ارتباطات، مهارت گفتگو و اخلاق حرفه‌ای تدوین کنید.
- در کنار آن، جلسه‌ی سرانه و نشست با معتمدان محلی برگزار کنید و توضیح دهید که مرکز در حال اصلاح و یادگیری است. اعتماد اجتماعی با تنبیه ساخته نمی‌شود؛ با حضور، احترام و شفافیت ساخته می‌شود.

سناریوی سوم: اختلاف در تیم سلامت

وضعیت: در یک مرکز، پزشک خانواده و مراقبان سلامت دچار تنش شده‌اند و همکاری تضعیف گردیده است. راهبرد اصلاحی:

- گفتگوی تسهیل‌گر و بدون داوری برگزار کنید.
 - از روش «توصیف واقعیت، بیان احساس، درخواست مشخص» بهره‌برداری کنید.
 - توافق بر اصول احترام حرفه‌ای و نقش‌های مکمل را بکاربندید.
 - بازطراحی جلسه‌های مشترک و تقویت ارتباطات روزمره تیمی را اجرا کنید.
- مدیریت تیم سلامت یعنی توان ایجاد «فرهنگ مشترک خدمت‌رسانی»، نه فقط تقسیم کار.

سناریوی چهارم: تمرین تفکر راهبردی در شرایط محدودیت

فرض کنید بودجه عملیاتی سال جدید ۳۰ درصد کاهش یافته است. به‌عنوان مدیر شبکه، چگونه تصمیم می‌گیرید:

- کدام فعالیت‌ها حیاتی و غیرقابل جایگزین اند؟
 - از ظرفیت اجتماعی و نیکوکاران چگونه بهره می‌برید؟
 - کدام فرایندها را بازطراحی می‌کنید تا بهره‌وری افزایش یابد؟
- یک مدیر حرفه‌ای یاد می‌گیرد که کمبود منابع، مانعی برای تفکر نیست؛ بلکه موتور نوآوری است.

سنجش و خودارزیابی یادگیری مدیران شبکه PHC

مقدمه ارزیابی فصل

سنجش یادگیری در مدیریت سلامت، تنها بررسی میزان حفظ اطلاعات نیست؛ بلکه ارزیابی توان تحلیل، تصمیم‌سازی، رهبری تعاملات انسانی و مدیریت موقعیت‌های واقعی شبکه PHC است. هدف این بخش آن است که مدیران شبکه بتوانند سطح تفکر راهبردی، عمق درک اجتماعی، قدرت ساخت مشارکت و توان اجرای یادگیری را در میدان عمل ارزیابی کنند.

ارزیابی درست، ادامه یادگیری است، نه پایان آن.

پرسش‌های مفهومی و بازتابی

۱. تفاوت "برنامه‌ریزی عملیاتی سلامت" با "برنامه‌ریزی اجرایی اداری" در چیست؟
۲. چگونه برنامه عملیاتی می‌تواند به رهبری اجتماعی و یادگیری تیمی منجر شود؟
۳. چرا داده در شبکه PHC باید به «گفتگو و تفسیر جمعی» منتهی شود و نه فقط به ثبت عدد؟
۴. نقش تحلیل و بازخورد تیمی را توضیح دهید.
۵. مشارکت جامعه در تدوین و اجرای برنامه عملیاتی، چه مزیتی برای پایداری نتایج سلامت ایجاد می‌کند؟
۶. بازخورد آموزشی چگونه می‌تواند فرهنگ اعتماد سازمانی و کیفیت خدمات را تقویت کند؟
۷. سه شاخص اثربخش برای ارزیابی عملکرد شبکه نام ببرید و دلیل انتخاب خود را بیان کنید.

تمرین‌های تحلیل موقعیت^۱

سناریو ۱: کاهش پوشش واکسیناسیون

در یک منطقه شهری، پوشش واکسیناسیون کودکان کاهش یافته و نگرانی خانواده‌ها در فضای مجازی دیده می‌شود.
به عنوان مدیر شبکه:

- وضع موجود را چگونه ارزیابی می‌کنید؟
- با کدام گروه‌ها وارد گفتگو می‌شوید؟
- سه اقدام نخست شما چیست و بر چه مبنایی است؟
- سازوکار بررسی اثربخشی اقدامات چیست؟

تمرکز: تصمیم‌گیری مبتنی بر شواهد، ارتباط اجتماعی مؤثر و مدیریت شایعات.

سناریو ۲: نشانه‌های فرسودگی شغلی در مرکز

مراقبان سلامت از فشار کاری، فرسودگی و کاهش انگیزه خبر داده‌اند.

- در ابتدا چگونه به اطلاعات معتبر دست می‌یابید؟
- در سطح فردی، تیمی و سیستمی چه اقداماتی را اجرا می‌کنید؟
- چگونه مراقب هستید که مداخله شما حمایتی و نه تکلیفی باشد؟

تمرکز: سلامت نیروی انسانی = سلامت شبکه

سناریو ۳: همکاری بین‌بخشی ناکافی

شبکه برای اجرای برنامه سبک زندگی سالم به همکاری شهرداری، آموزش و رسانه محلی نیاز دارد؛ همکاری کند است.
اقدامات مدیریتی شما:

- چگونه ظرفیت اجتماعی را فعال می‌کنید؟
- چگونه اعتماد نهادی می‌سازید؟
- پیام کلیدی شما به ذی‌نفعان چیست؟

تمرکز: رهبری شبکه سلامت = قدرت پیوند جامعه و حاکمیت.

تأمل حرفه‌ای مدیریتی

این پرسش‌ها برای تقویت رهبری اخلاقی، یادگیری شخصی و خودنظارتی طراحی شده‌اند:

- وقتی چالش پیش می‌آید، ابتدا دنبال «دلیل» می‌گردم یا «مقصر»؟
 - تا چه حد به کارکنان خود گوش می‌دهم پیش از آنکه تصمیم‌گیری کنم؟
 - آخرین باری که از جامعه بازخورد واقعی گرفتم چه زمانی بود؟
 - فرهنگ غالب در شبکه من «ترس از خطا» است یا «یادگیری از خطا»؟
 - چگونه موفقیت‌های تیم را تشویق کرده و به دیگران نشان دهم؟
- رهبری در شبکه یعنی ایجاد احساس ارزشمندی، امنیت روانی و جهت درست.

پیام پایانی بخش ارزیابی

در نظام PHC، مدیر موفق کسی نیست که فقط برنامه را اجرا کند؛ کسی است که انسان‌ها را توانمند و جامعه را مشارکت‌جو می‌کند. در نهایت به‌خاطر داشته باشید که ارزش یک برنامه سلامت به شاخص‌هایش نیست؛ به تجربه مردم از آن است.

فهرست منابع

1. Chaudhuri, S., et al. (2023). Community engagement in primary health care programs. *Journal of Primary Health Care*.
 2. Daire, J., & Gilson, L. (2023). Organizational culture and PHC performance. *Health Policy & Planning*.
 3. Kruk, M.E., et al. (2018). High-quality health systems in the SDG era. *Lancet Global Health*.
 4. Kruk, M.E., et al. (2022). Health system resilience and PHC. *BMJ Global Health*.
 5. Nutley, T., et al. (2020). Data use for decision-making in health systems. *Global Health Sci & Practice*.
 6. Oleribe, O.O., et al. (2019). Health system strengthening in LMICs. *BMC Public Health*.
 7. Rahimi, S., et al. (2022). Barriers to PHC implementation in Iran. *Iranian J Public Health*.
 8. World Health Organization. (2020–2022). *Primary Health Care Operational Framework*. WHO.
 9. Appleby, J. & Murray, R. (2022). *NHS performance & accountability*. King's Fund.
 10. Macinko, J. et al. (2021). *Family Health Strategy in Brazil*. The Lancet.
 11. Marchildon, G. (2021). *Canada's Health System*. Univ of Toronto Press.
 12. Tangcharoensathien, V. et al. (2019). *Thailand UHC Lessons*. WHO J Public Health.
 13. World Health Organization (2023). *Primary Health Care Global Monitoring Report*. WHO.
 14. World Health Organization. (2023). *Primary Health Care: Leadership and Implementation Guide*
 15. Harvard Health Systems Leadership Program (2022)
 16. *BMJ Global Health — Team-based PHC Delivery Models* (2021)
 17. World Health Organization. *Learning Health Systems and PHC Leadership Framework, 2023*
 18. Harvard School of Public Health. *Case Method for Health Leadership, 2022*
 19. *BMJ Global Health. Community-Engaged PHC Models, 2021*
۲۰. دفتر برنامه‌ریزی و نظارت راهبردی. شیوه نامه تدوین برنامه عملیاتی سال ۱۴۰۲. معاونت توسعه مدیریت، منابع و برنامه‌ریزی، وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، اسفند ۱۴۰۱.
۲۱. دفتر توسعه مدیریت، منابع و برنامه‌ریزی. دستورالعمل تدوین برنامه عملیاتی نسخه ۱۴۰۰.

مدیریت پروژه

نویسنده: فرید ابوالحسنی شهرضا

مرور مطالب فصل

در این فصل مطالب زیر ارائه خواهد شد:

۱. چرا پروژه و مدیریت پروژه لازم است؟
۲. مبنای نظری و مفهومی مدیریت پروژه
۳. عوامل موفقیت و موانع در مدیریت پروژه
۴. طراحی روش‌های پایش و ارزیابی در مدیریت پروژه
۵. روش‌های تامین و مدیریت منابع

اهداف آموزشی و رفتاری/عملکردی

در پایان این فصل بایستی بتوانید:

۱. سازمان‌های موقت و دائم را تعریف کنید.
۲. ویژگی‌های اصلی فعالیت‌های جاری را توضیح دهید و انواع آن را با ذکر مثال بیان کنید.
۳. مقصود از مدیریت عملیات را توضیح دهید.
۴. در کنار مدیریت عملیات، دیگر انواع مدیریت را در سازمان مشخص کنید و ارتباط آن‌ها را با یکدیگر توضیح دهید.
۵. پروژه را با ذکر چند نمونه تعریف کنید.
۶. محدوده پروژه‌های خود را با تعیین دقیق محصولات و فعالیت‌ها مشخص کنید.

۷. ساختار شکست محصولات و فعالیت‌های پروژه را طراحی کنید.
۸. در صورت نیاز پروژه را به چند زیر پروژه یا فاز تقسیم کنید.
۹. اساسنامه‌ی پروژه‌ی مورد نظر خود را تدوین کنید.
۱۰. از طریق رسم نمودار شبکه‌ی فعالیت‌های پروژه و مسیر بحرانی را شناسایی و زمان انجام پروژه را برآورد کنید.
۱۱. روش‌های پایش و ارزیابی پروژه‌ی خود را طراحی و اجرا کنید.
۱۲. ذی‌نفعان پروژه را شناسایی و روش تعامل با آنان را طراحی کنید.
۱۳. محدودیت‌های ساختار سازمانی خود را در ارتباط با طراحی و اجرای پروژه شناسایی کنید و بتوانید آن‌ها را در حد امکان برطرف کنید.
۱۴. ریسک‌های پروژه‌ی خود را شناسایی و برای مقابله با آن‌ها برنامه‌ریزی کنید.
۱۵. منابع مورد نیاز را برای اجرای پروژه‌ی خود تعیین و بر مبنای آن بودجه‌ی پروژه را برآورد کنید.
۱۶. تمام مراحل پروژه را مستندسازی کرده و اسناد پروژه را تنظیم کنید.

مفاهیم کلیدی

- مدیریت پروژه: به مجموعه فعالیت‌هایی گفته می‌شود که با هدف تضمین تحقق محصول پروژه در زمان مقرر، با کیفیت مورد نظر و با صرف کمترین مقدار از منابع انجام می‌شود.

دکتر اتحاد و برنامه عملیاتی

در یکی از روزهای هفته آخر فروردین، دکتر اتحاد مشغول بررسی نامه‌های دریافت شده است. در میان نامه‌ها، نامه‌ای از مدیر کل سلامت خانواده‌ی معاونت بهداشت وزارت بهداشت وجود دارد که در آن از معاون بهداشت دانشگاه خواسته شده است که برنامه عملیاتی سال جاری گروه سلامت خانواده دانشگاه را، به همراه گزارش برنامه عملیاتی سال گذشته، برای مرکز جوانی جمعیت، سلامت خانواد و مدارس ارسال کند.

دکتر اتحاد در میانه سال قبل مسئولیت خود را به عنوان معاون بهداشت دانشگاه آغاز کرده است و در جلسه‌های خود با مدیران گروه‌ها، بحثی در مورد برنامه عملیاتی گروه‌های مختلف، از جمله گروه سلامت خانواده، به میان نیامده است. دکتر اتحاد نامه را به مدیر گروه سلامت خانواده ارجاع می‌دهد و از او می‌خواهد که در مورد برنامه‌های عملیاتی گروه با او مذاکره‌ی حضوری داشته باشد.

مدیر گروه سلامت خانواده، در حالی که برنامه عملیاتی سال قبل را به همراه خود آورده است، در دفتر دکتر اتحاد حاضر می‌شود. او به دکتر اتحاد می‌گوید که اداره کل سلامت خانواده در ابتدای هر سال، گزارش برنامه سال گذشته و برنامه سال جاری را از دانشگاه‌ها مطالبه می‌کند. گروه سلامت خانواده دانشگاه نیز مطابق روال معمول این موارد را تهیه و برای وزارت بهداشت ارسال می‌کند. مدیر گروه در پاسخ به پرسش دکتر اتحاد در مورد بازخورد وزارتخانه به برنامه‌های عملیاتی می‌گوید؛ به مدیر کل بستگی دارد. مدیر کلی که سنت تدوین برنامه‌های عملیاتی را پایه‌گذاری کرد، این برنامه‌ها را مبنای تعامل با دانشگاه‌ها قرار داده بود؛

اما مدیران کل پس از او نه این رویه را لغو نکرده‌اند و نه بدان بها داده‌اند. ما هم به این نتیجه رسیده‌ایم که این برنامه‌ها و گزارش آن‌ها را برای وزارتخانه تهیه و ارسال کنیم و در سطح دانشگاه نیز خود را با انتظارات معاون بهداشت دانشگاه تطبیق دهیم.

دکتر اتحاد در جلسه، برنامه عملیاتی سال گذشته گروه سلامت خانواده را به سرعت مرور می‌کند. برنامه با واکاوی وضعیت موجود آغاز می‌شود و بر مبنای آن زمینه‌های نیازمند مداخله‌ی مشخص و برنامه‌هایی پیش‌بینی شده است. تحلیل وضعیت با اتکا بر شواهد عینی تدوین نشده است و به‌طور طبیعی برنامه‌های پیشنهادی نیز کاملاً قابل دفاع نیستند. تقریباً همه برنامه‌ها بر محور آموزش رده‌های مختلف منابع انسانی در زمینه‌های مختلف تنظیم شده است که تأثیر آن‌ها نیز از طریق مقایسه نتایج پیش‌آزمون و پس‌آزمون مورد ارزیابی قرار می‌گیرد. بودجه‌ی مورد نیاز برای اجرای برنامه‌ها مشخص شده است؛ ولی روش دستیابی به مبالغ ذکر شده مشخص نیست. در پاسخ به پرسش دکتر اتحاد در مورد اینکه این برنامه تا چه اندازه اجرا شده است، مدیر گروه گفت که برخی از برنامه‌های آموزشی پیش‌بینی شده در برنامه انجام یافته است. در پاسخ به این پرسش که گزارش عملکرد را چگونه تهیه خواهند کرد؛ مدیر گروه گفت که در قالب یک قالب مشخص، گزارش کارگاه‌های آموزشی برگزار شده تهیه می‌شود و دلایل برگزار نشدن دیگر آموزش‌ها نیز توضیح داده می‌شود. در پاسخ به این پرسش که ارتباط برنامه سال جاری با برنامه سال گذشته چیست و اینکه آیا بر مبنای تحلیل نتایج برنامه‌های سال قبل برنامه سال جدید تدوین می‌شود یا خیر؛ مدیر گروه پاسخ می‌دهد که معمولاً ارتباط دقیق و فکری شده‌ای بین برنامه‌های سال‌های مختلف وجود ندارد و برنامه‌ی هر سال فقط با اتکا بر برداشت‌های کلی اعضای گروه تهیه می‌شود.

دکتر اتحاد نامه‌های مشابهی از دیگر اداره‌های کل و دفاتر معاونت بهداشت وزارتخانه دریافت نکرده بود. بنابراین، انتظار نمی‌رفت که دیگر گروه‌های معاونت بهداشت دانشگاه، برنامه عملیاتی سالانه تهیه کنند. در نخستین جلسه مدیران گروه، دکتر اتحاد موضوع تهیه برنامه‌های عملیاتی را مطرح کرد و همان‌گونه که حدس می‌زد، چنین رویه‌ای در دیگر گروه‌ها جاری نبود. ذهن دکتر اتحاد به شدت درگیر ضرورت وجود برنامه‌های سالانه برای پیش‌برد امور معاونت بهداشتی دانشگاه شده است. او با خود می‌اندیشد که چگونه می‌تواند تنظیم و اجرای برنامه‌های سالانه را به گونه‌ای مؤثر در همه گروه‌های معاونت نهادینه کند.

اگر شما به جای دکتر اتحاد بودید، چگونه برنامه‌های سالانه را تهیه کرده و به‌صورت

مؤثر و عملی در مجموعه تحت مسئولیت خود اجرا می‌کردید؟

مقدمه

سازمان‌های موقت و دائم:

سازمان‌ها بر دو نوع هستند:

- سازمان‌های موقت
- سازمان‌های دائمی

در قیاس با سازمان‌های موقت که برای پاسخ به یک نیاز گذرا شکل می‌گیرند و پس از رفع نیاز منحل می‌شوند، سازمان‌های دائمی برای پاسخ به یک نیاز دائمی در جامعه به وجود آمده‌اند. به این نیاز دائمی باید در قالب یک فعالیت پیوسته پاسخ داد. برای نمونه، مردم همیشه در معرض بیماری هستند و در صورت بیمار شدن باید خدمتی را دریافت کنند. به بیان دیگر، فلسفه وجودی یک سازمان دائمی (یک نیاز دائمی در جامعه) ایجاب می‌کند که این سازمان به صورت پیوسته فعالیت‌های مشخصی را انجام دهد. بنابراین، وظیفه اصلی این سازمان دائمی، یک کار پیوسته یا جاری است که همیشه باید انجام شود. این کار جاری همان کار اصلی است که اگر سازمان آن را به صورت پیوسته انجام دهد، می‌توان گفت که به وظیفه‌ی خود عمل کرده است. برای مثال، اگر در مراکز ارائه‌ی خدمت همواره برای ویزیت بیماران باز باشد، سازمان می‌تواند ادعا کند که در حال انجام وظیفه‌ی خود است.

ویژگی‌های فعالیت جاری:

- قابل استاندارد شدن است، یعنی حتی اگر بر پایه‌ی چهارچوب از پیش طراحی شده‌ای انجام نشود، از آنجا که به‌طور مرتب تکرار می‌شود، به تدریج سبکی و یژه و مشخص پیدا می‌کند که بر پایه‌ی آن می‌توان منابع مورد نیاز را برآورد و پیامدهای آن را پیش‌بینی کرد.
- دارای فراوانی قابل پیش‌بینی است. برای مثال، می‌توان پیش‌بینی کرد شمار مراجعان هر ماه به یک مرکز خدمات جامع سلامت در چه محدوده‌ای خواهد بود.
از مبانی ذکر شده نتایج زیر به دست می‌آید:
- در صورت در اختیار داشتن استاندارد منابع و حجم فعالیت، می‌توان حجم منابع مورد نیاز را برای انجام فعالیت در یک دوره‌ی زمانی تعیین کرد. یعنی:

حجم یک منبع = میانگین حجم منبع مورد نیاز برای انجام فعالیت + فراوانی پیش‌بینی شده

- به راحتی می‌توان حجم منابع را به پول مورد نیاز برای انجام فعالیت تبدیل کرد.
- اگر در یک سازمان دائمی موفق هستیم؛ یعنی کار جاری درست (پاسخ به نیاز واقعی جامعه) را درست انجام داده‌ایم.
- برای بهبود سازمان‌های دائمی باید فعالیت‌های جاری آن‌ها را ارتقا داد.

طبقه‌بندی فعالیت‌های جاری (عملیات)

فعالیت‌های جاری یا عملیات^۱ سازمان، را می‌توان در سه گروه فرایندهای اصلی، پشتیبان و پایش طبقه‌بندی کرد.

فرایند اصلی

سازمان در قالب فرایندهای اصلی به نیازها و انتظارات ذی‌نفعان خود پاسخ می‌دهد. به بیان دیگر فرایندهایی که مستقیم منجر به تولید محصول سازمان می‌شوند (خدمات سازمان)، فرایندهای اصلی سازمان هستند. خدمت، فرایندی است که با برقراری ارتباط با گیرنده‌ی خدمت شروع و با قطع ارتباط با او تمام می‌شود. بنابراین در سازمان‌های خدماتی، تمام فرایندهایی که گیرنده‌ی خدمت مستقیم در آن حضور دارد، همان فرایندهای اصلی هستند. برای مثال بیماری را فرض کنید که برای انجام یک عمل جراحی به بیمارستان مراجعه می‌کند. ابتدا از اطلاعات یا نگاهبان می‌پرسد که باید به کجا مراجعه کند. سپس به واحد پذیرش مراجعه می‌کند و برای او پرونده تشکیل و به بخش مربوط هدایت می‌شود. در بخش، بستری و اقدامات اولیه برای او انجام می‌شود. از بیمار در بیمارستان پذیرایی می‌شود تا زمان عمل جراحی او فرا برسد. تحت عمل جراحی قرار می‌گیرد، به بخش بستری بر می‌گردد، مراقبت‌های پس از عمل برای او اجرا و در نهایت از بیمارستان ترخیص می‌شود. همه این فرایندها، از آن رو که گیرنده‌ی خدمت مستقیم در آن‌ها حضور دارد، در حکم فرایندهای اصلی به‌شمار می‌روند. مهم‌ترین بخش این فرایندها عمل جراحی است و دیگر فرایندها شرایط را برای اجرای موفقیت‌آمیز آن آماده می‌کند. در میان این فرایندهای اصلی، عمل جراحی را، که محور دیگر فعالیت‌ها است و بر پایه‌ی آن، دیگر فعالیت‌ها شکل می‌گیرند، فرایند محوری می‌نامیم.

فرایند پشتیبان

در قالب فرایندهای پشتیبان منابع مورد نیاز برای انجام فرایندهای اصلی تأمین می‌شود. منابع مورد نیاز برای انجام فرایندهای اصلی را در چهار گروه منابع انسانی، ساختمان، تجهیزات و ملزومات مصرفی می‌توان طبقه‌بندی کرد. هدف از اجرای فرایندهای پشتیبان آن است که منابع استاندارد با حجم کافی، در محل انجام فرایندهای اصلی و آماده به کار حاضر باشند.

فرایند پایش

دستیابی به نتیجه استاندارد نیازمند آن است که فرایندهای اصلی بر مبنای استانداردهای تعیین شده برای آن‌ها اجرا شوند. برای اجرای استانداردهای اصلی باید منابع مورد نیاز برای اجرای آن‌ها استاندارد باشد و این امر وابسته به اجرای استانداردهای پشتیبان است. بنابراین مراقبت از استانداردها برای دستیابی به نتایج استاندارد ضروری است. به فرایندهایی که در قالب آن‌ها انطباق فعالیت‌ها و منابع با استانداردهای تعیین شده بررسی می‌شود در صورت مشاهده‌ی انحراف از استانداردها، اقدام اصلاحی صورت می‌گیرد، فرایندهای پایش نامیده می‌شود. نظارت به کمک چک‌لیست یا فهرست و ارسی رایج‌ترین روش پایش فرایندها است.

مدیریت عملیات (فرایندهای جاری)

مدیریت عملیات^۱ از اقدامات زیر تشکیل می‌شود:

برآورد حجم عملیات

همان‌گونه که قبلاً ذکر شد، حجم یا فراوانی فعالیت‌های جاری برای یک دوره زمانی قابل پیش‌بینی است. این دوره زمانی معمولاً یک سال مالی است.

محاسبه و تأمین پول مورد نیاز برای اجرای عملیات

در صورت محاسبه هزینه تمام‌شده‌ی فرایندهای اصلی، به کمک برآورد فراوانی این فرایندها، می‌توان پول مورد نیاز برای انجام کل عملیات، اعم از فرایندهای اصلی، پشتیبان و پایش را محاسبه کرد. در غیر این صورت ابتدا باید حجم منابع مورد نیاز برای انجام هر یک از این فرایندها را محاسبه کرد و از طریق آن پول مورد نیاز را برآورد نمود.

اجرای فرایندهای پشتیبان، اصلی و پایش

در صورت وجود پول، منابع تأمین و فرایندها جاری می‌شود. هم‌زمان با اجرای فرایندهای پشتیبان و اصلی باید نسبت به پایش آن‌ها نیز اقدام کرد.

ارزیابی عملکرد سال مالی

در قالب این ارزیابی، مقدار پول محقق‌شده، حجم فعالیت‌های انجام گرفته و میزان انطباق آن‌ها با استانداردها مشخص می‌شود. در صورتی که این موارد با مقادیر مورد انتظار فاصله قابل توجه داشته باشد، دلایل آن مورد بررسی و واکاوی قرار می‌گیرد. این ارزیابی مهم‌ترین مبنای مدیریت عملیات در دوره مالی بعد است.

مدیریت راهبردی

مدیریت راهبردی بالاترین، و نه مهم‌ترین، تراز مدیریت در سازمان است. نمود نهایی مدیریت راهبردی در سازمان، تعیین مواردی است که به نیازها و انتظارات چه گروه هدفی، در قالب چه فرایند محوری، با چه کیفیتی، با چه حجمی و در کدام نقطه جغرافیایی پاسخ داده خواهد شد. به دنبال مشخص شدن فرایندهای محوری، دیگر فرایندهای جاری نیز مشخص می‌شوند. با توجه به این تعریف، تصمیم‌گیری در مورد افزودن یک خدمت جدید به بسته جاری خدمات شبکه سلامت، استفاده از فناوری پیشرفته برای ارائه یک خدمت موجود، راه‌اندازی یک رشته جدید در دانشکده بهداشت، و افزایش تعداد دانشجوی یک رشته خاص، از مصادیق تصمیم‌های راهبردی هستند. برای آنکه سازمان توفیق خود را در بُعد کلان و راهبردی ارزیابی کند (کنترل راهبردی)، باید مشخص کند تا چه اندازه به نیازها و انتظارات گروه هدف، از طریق ارائه خدمات تعریف شده، با توجه به دو ملاحظه‌ی محوری کارایی و عدالت اجتماعی پاسخ داده است. پس از کنترل راهبردی و تحلیل پیامدهای حاصل از آن، سازمان باید برای ایجاد تغییرات در فرایندهای محوری و به تبع آن، دیگر فرایندهای جاری اقدام کند.

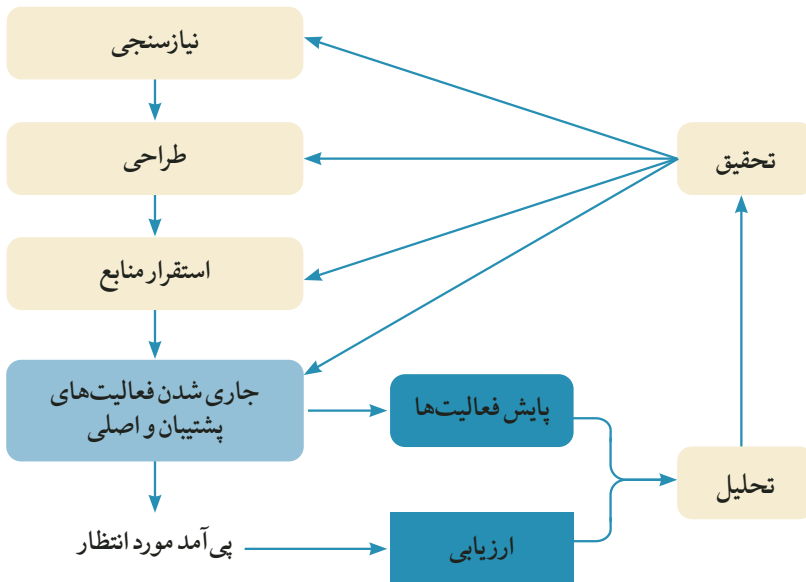
مدیریت پروژه

برخلاف فرایندهای جاری، فعالیت‌های مرتبط با مدیریت راهبردی تابع شرایط درون و بیرون سازمان هستند و از یک روال مشخص و تکرار شونده پیروی نمی‌کنند. این فعالیت‌ها مقطعی هستند، نقاط آغاز و پایان و محصول مشخص دارند و در صورت نیاز به تکرار،

باید از نو برنامه‌ریزی شوند. به مجموعه فعالیت‌هایی که دارای چنین ویژگی‌هایی باشند پروژه گفته می‌شود. برای مثال بررسی توفیق سازمان در بهره‌مند کردن افراد نیازمند از یک خدمت خاص، نیازمند طراحی و اجرای یک پیمایش است. طراحی و اجرای یک پیمایش از نشانه‌های پروژه است. ایجاد تغییر فیزیکی در ساختمان بیمارستان برای ارائه بهتر خدمات، خرید یک دستگاه پیشرفته برای بهبود کیفیت خدمات، و شناسایی علل بی‌رغبتی مردم برای مراجعه به یک مرکز ارائه‌ی خدمت، مثال‌های دیگری از پروژه‌هایی هستند که با هدف اعتلای کارکرد سازمان، با یک نگاه راهبردی، انجام می‌شوند.

نکته مهم در مورد پروژه آن است که پیامدهای حاصل از آن در نهایت باید در قالب ایجاد یا ارتقای یک فرایند جاری قابل مشاهده باشد. به بیان دیگر کار اصلی سازمان در قالب فرایندهای جاری اجرا می‌شود و سازمان به کمک پروژه‌ها برای ارتقای این فرایندها تلاش می‌کند. مدیریت پروژه به مجموعه فعالیت‌هایی گفته می‌شود که با هدف تضمین تحقق محصول پروژه در زمان مقرر، با کیفیت مورد نظر و با صرف کمترین مقدار از منابع انجام می‌شود.

شکل شماره ۱ ارتباط بین فرایندهای جاری و فعالیت‌هایی را که باید در قالب پروژه انجام شوند، نمایش می‌دهد.



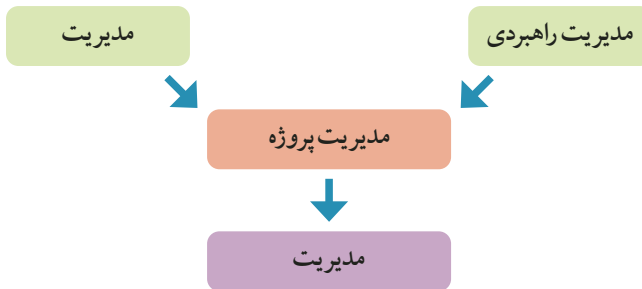
شکل شماره ۱- ارتباط فرایندهای جاری و فعالیت‌هایی که باید در قالب پروژه انجام شوند

مدیریت بحران

هنگامی که منابع کافی برای پاسخ به یک نیاز حیاتی وجود نداشته باشد، بحران ایجاد می‌شود. رشد سریع یک نیاز به گونه‌ای که امکان افزایش منابع متناسب با آن وجود نداشته باشد یا از بین رفتن سریع منابع بدون آنکه تغییری در نیاز ایجاد شود، منجر به بحران می‌شود. ممکن است هم‌زمان، هم نیاز افزایش یابد و هم منابع از دست رود. حوادث طبیعی نظیر سیل و زلزله هم منابع را تخریب می‌کنند و هم نیاز به خدمات پزشکی را افزایش می‌دهند. از این رو در چنین شرایطی با بحران شدیدتری مواجه خواهیم بود. مدیریت بحران به معنای ایجاد تناسب بین نیاز و منابع در کوتاه‌ترین زمان ممکن است. در اینجا نیز دو ملاحظه‌ی محوری کارایی و عدالت اجتماعی باید مورد توجه قرار گیرد.

ایجاد این تناسب پس از وقوع بحران، در صورت نداشتن آمادگی‌های لازم در شرایط عادی، کاری دشوار و غیرمؤثر خواهد بود. بحران‌ها از شدت متفاوت برخوردارند. بحران‌های کوچک احتمال وقوع بیشتری دارند و بحران‌های شدید با فراوانی کمتری روی می‌دهند. سازمانی که عملیات جاری خود را بهتر مدیریت می‌کند، بحران‌های کوچک را مؤثرتر کنترل می‌کند و چنین سازمانی از عهده مدیریت بحران‌های بزرگ سربلندتر بیرون خواهد آمد. به بیان دیگر کسب آمادگی برای مدیریت بحران، مدیریت عملیات جاری سازمان را هم متحول می‌کند و بدون ایجاد چنین تحولی، سازمان قادر به مدیریت مؤثر بحران‌های کوچک و بزرگ نخواهد بود. برای مثال بیمارستان برای مدیریت بهتر شرایط بحران باید ذخیره مناسبی از داروها و اقلام مصرفی حیاتی داشته باشد. با توجه به آنکه این اقلام فاسدشدنی هستند و باید پیش از پایان تاریخ مصرفشان بکار روند؛ باید با افزایش ذخایر انباری - که اقلام مصرفی روزمره بیمارستان را تأمین می‌کند - بدون آنکه هیچ کالایی به تاریخ انقضای خود نزدیک شود، ذخایر مورد نیاز شرایط بحران را ایجاد کرد. به بیان دیگر بدون مدیریت مؤثر بر انبار، نمی‌توان ذخایر کافی اقلام فاسدشدنی را برای دوران بحران فراهم کرد. طبیعی است که با بهبود مدیریت انبار، فرایندهای جاری بیمارستان نیز از این کالاهای بهتر بهره‌مند می‌شوند و احتمال از دست رفتن آن‌ها به دلیل انقضای تاریخ مصرف کمتر خواهد شد. شناسایی نقاط ضعف مدیریت انبار کالاهای مصرفی بیمارستان و ارتقای آن نیازمند تعریف پروژه‌های مناسب است. به بیان دیگر از آنجا که کسب آمادگی برای مدیریت بحران نیازمند ایجاد تغییراتی در مدیریت عملیات جاری سازمان است و ایجاد این تغییرات وابسته به تعریف و اجرای پروژه‌های مختلف است؛ مدیریت بحران و مدیریت

پروژه در سازمان کاملاً به هم وابسته‌اند. شکل شماره ۲ ارتباط چهار نوع مدیریت اصلی سازمان را با یکدیگر نمایش می‌دهد.



شکل شماره ۲- ارتباط انواع مدیریت با یکدیگر

تمرین ۱

آیا می‌توانید پروژه‌ای را در سازمان خود تعریف کنید که افزون بر ارتقای فرایندهای جاری، ظرفیت سازمان را نیز برای مقابله با بحران افزایش دهد؟

مفاهیم پایه در مدیریت پروژه

تعریف پروژه

پروژه به مجموعه فعالیت‌های مقطعی گفته می‌شود که نقاط آغاز و پایان، و محصول بلافصل مشخص دارد. مقصود از مقطعی بودن آن است که پس از پایان فعالیت‌های پروژه و تولید محصول مورد انتظار، پرونده‌ی پروژه بسته می‌شود و در صورت نیاز به تولید محصول مشابه باید از نو، و در قالب یک پروژه‌ی جدید برای آن برنامه‌ریزی شود. مقطعی به معنای کوتاه‌مدت نیست؛ زمان اجرای پروژه می‌تواند کوتاه یا بسیار طولانی باشد.

با توجه به این تعریف، یک فعالیت کوتاه چند ساعته را هم می‌توان یک پروژه در نظر گرفت؛ مشروط بر آنکه یک محصول مشخص بلافصل تولید کند. با وجود این با توجه به تعریف پروژه، این فعالیت‌ها را هم می‌توان به عنوان یک پروژه در نظر گرفت، ولی معمولاً به چنین فعالیت‌های کوتاه‌مدتی پروژه گفته نمی‌شود. دلیل آن است که برنامه‌ریزی و مدیریت

این پروژه‌های کوتاه‌مدت به صورت ضمنی و معمولاً توسط یک فرد انجام می‌شود و از او انتظار نمی‌رود که مستنداتی را در مورد فعالیت انجام گرفته، با تفصیلی که در منابع مدیریت پروژه مورد بحث قرار می‌گیرد، تهیه کند و ارائه دهد. واقعیت آن است که انجام مراحل مدیریت پروژه خود نیازمند صرف وقت و منابع قابل توجهی است و فقط در صورتی باید به آن اقدام کرد که با توجه به ابعاد و اهمیت پروژه، از توجیه کافی برخوردار باشد. پروژه‌هایی که به دنبال تولید یک محصول مهم، پیچیده یا بزرگ هستند؛ اجرای آن‌ها نیازمند صرف منابع قابل توجه است؛ یا سطح بالایی از پاسخ‌گویی در برابر آن‌ها وجود دارد، باید بر مبنای روش‌های شناخته‌شده‌ی مدیریت پروژه برنامه‌ریزی و اجرا شوند. بنابراین هنگامی باید یک مجموعه فعالیت را پروژه در نظر گرفت که افزون بر سازگاری بر تعریف یادشده، اجرای همه مراحل مدیریت پروژه، آن‌گونه که در منابع معتبر مدیریت پروژه مورد بحث قرار گرفته است، در مورد آن، و تولید مستندات مربوط، قابل توجیه یا اجتناب‌ناپذیر باشد.

تمرین ۲

با توجه به شناخت خود از فعالیت‌های جاری سازمان، پروژه‌ای را تعریف کنید که محصول آن منجر به ارتقای عملکرد جاری سازمان می‌شود.

محدوده پروژه‌ها

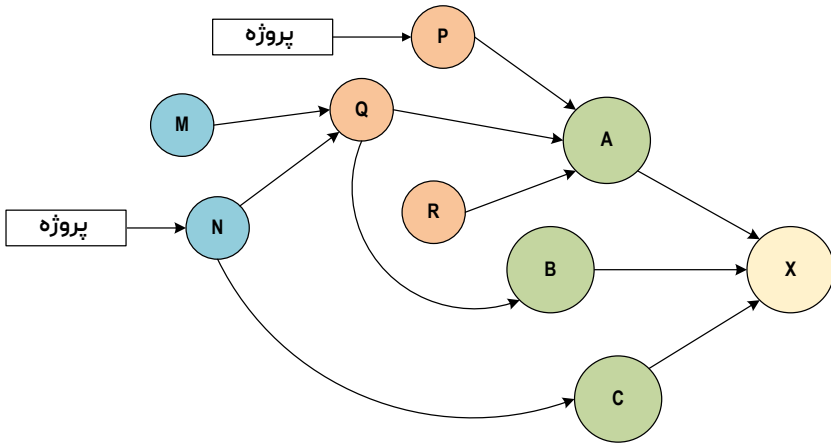
پروژه باید حدود و ثغور کاملاً مشخص داشته باشد. محدوده پروژه از طریق تعریف دقیق محصولی که باید تولید شود و تعیین استراتژی و فعالیت‌هایی که ما را به این محصول می‌رساند، مشخص می‌شود. یکی از وظایف مدیر پروژه صیانت از محدوده پروژه است. این بدان معناست که همه آنچه را که در محدوده پروژه قرار دارد، باید اجرا کرد و از اجرای آنچه که در خارج از این محدوده است، اجتناب کرد. انجام ندادن برخی از فعالیت‌های پروژه منجر به تولید محصول نامناسب و انجام دادن فعالیت‌هایی فراتر از آنچه که در محدوده پروژه پیش‌بینی شده است منجر به افزایش زمان و هزینه پروژه می‌شود. از آنجا که اجرای یک پروژه یک فعالیت رسمی است که مدیر پروژه باید در برابر آن پاسخگو باشد، هرگونه ابهام در حد و مرزهای پروژه، پاسخ‌گویی را با مشکل مواجه خواهد کرد.

محصول پروژه

گام نخست در تعیین محدوده پروژه تعریف محصول آن است. محصول پروژه آن چیزی است که بی درنگ پس از پایان فعالیت‌های پروژه، به صورت کاملاً عینی، باید در اختیار ما قرار داشته باشد. به مثال‌های زیر توجه کنید:

۱. یک کتاب در مورد روش‌های پیشگیری از بیماری‌های ایسکمیک قلب؛
۲. ساختمان یک مدرسه؛
۳. کودکانی که در سال ۹۵ به کلاس اول می‌روند و پیش از ورود به مدرسه فرم معاینات سلامت آنان تکمیل شده است.
۴. کاهش بروز زخم پای دیابتی؛
۵. کاهش تصادفات موتورسیکلت‌سواران؛
۶. افزایش بازدید از وبسایت سازمان.

همه این موارد محصولات یا هدف‌هایی هستند که برای دستیابی آن‌ها، فعالیت‌هایی را باید طراحی و اجرا کرد؛ اما با وجود این وجه مشترک، تفاوت‌هایی هم دارند. سه محصول نخست، نتیجه فعالیت‌های مقطعی هستند که بی‌درنگ پس از پایان آن‌ها، نتیجه یا محصول در اختیار ما قرار دارد؛ ولی، سه هدف آخر را نمی‌توان به‌طور مستقیم ایجاد کرد. این هدف‌ها پیامد ایجاد یا ارتقای فعالیت‌هایی هستند که به صورت پیوسته باید انجام شوند (فعالیت‌های جاری) و در صورت استمرار، به تدریج منجر به تحقق اهداف مورد نظر ما می‌شوند. برای مثال اگر بخواهیم بروز زخم پای دیابتی را در بین افراد مبتلا به دیابت در یک منطقه کاهش دهیم، باید پوشش و کیفیت خدمات مرتبط با شناسایی و درمان دیابت و همچنین مراقبت از پا را در بیماران دیابتی، ارتقا دهیم. این خدمات، فعالیت‌های جاری یا عملیات سازمان هستند. در صورتی که این خدمات ارائه نمی‌شوند باید آن‌ها را طراحی و در نظام ارائه خدمات وارد کرد و اگر ارائه می‌شوند باید کاستی‌های آن‌ها را شناسایی و رفع کرد. همچنین، طراحی خدمات جدید و ارتقای خدمات موجود، در قالب تعریف، طراحی و اجرای پروژه‌ها انجام می‌شود. بنابراین هیچ پروژه‌ای را نمی‌توان تعریف کرد که هر یک از مثال‌های ۴، ۵ و ۶ محصول مستقیم و بلافاصله آن باشد. آن چیزی که بی‌درنگ پس از پایان پروژه در دست ما خواهد بود، فرایندهای جاری جدید یا ارتقایافته است.



شکل شماره ۳: شبکه پیچیده‌ی عوامل موثر بر یک پیامد مورد انتظار

اگر نتوان یک هدف یا پیامد را به‌طور مستقیم و در قالب یک پروژه ایجاد کرد، ابتدا باید دریافت که این هدف تحت تأثیر چه عواملی محقق می‌شود (شکل شماره ۳). ممکن است نخستین گروه از عوامل موثر بر پیامد (A, B, and C) را نیز نتوان مستقیم ایجاد کرد. در این صورت باید به دنبال عوامل مؤثر بر گروه اول بود (P, Q, and R). این فعالیت باید تا رسیدن به عواملی ادامه یابد که بتواند با یک مداخله پروژه‌ای تحقق یابد (عوامل P و N). با توجه به آنکه بر اساس شبکه پیچیده عوامل موثر بر پیامد مورد انتظار، نقاط مداخله متعددی را می‌توان شناسایی کرد؛ با انجام پروژه‌های متنوعی می‌توان برای دستیابی به هدف مورد انتظار تلاش کرد. بدیهی است که این پروژه‌ها از قابلیت‌های یکسانی برای دستیابی به هدف برخوردار نیستند. با توجه به آنکه پروژه‌های مختلف از زوایای مختلف به یک هدف نگاه می‌کنند، اجرای هم‌زمان چند پروژه، توفیق ما را در دستیابی به هدف افزایش خواهد داد. به مجموعه پروژه‌هایی که یک هدف را تعقیب می‌کنند، یک برنامه گفته می‌شود.

اگر هدفی که به‌طور مستقیم قابل دستیابی نیست به‌عنوان محصول یک پروژه در نظر گرفته شود، پیامد آن ایجاد ابهام در محدوده‌ی پروژه خواهد بود. برای اجتناب از چنین ابهامی، ضروری است که ابتدا عوامل مؤثر بر پیامد مورد نظر را شناسایی نمود و از طریق آن محصولاتی را مشخص کرد که با اجرای پروژه‌ها بتوان آن‌را تولید کرد. بدین ترتیب، به جای آنکه یک هدف کلی - که دستیابی مستقیم به آن ممکن نیست - به‌عنوان محصول پروژه در نظر گرفته شود، یک یا چند محصول مشخص تعریف می‌شود که ما را به سوی پروژه‌های ضروری برای اجرا هدایت می‌کند.

تمرین ۳

محصول نهایی پروژه‌ای را که در تمرین قبل تعریف کردید، مشخص کنید.

فعالیت‌های پروژه

پس از دستیابی به تصویر روشنی از محصول پروژه باید در مورد روش یا استراتژی دست یافتن به محصول تصمیم گرفت؛ و سپس بر مبنای استراتژی که انتخاب شده، فعالیت‌های دستیابی به محصول را مشخص کرد. برای مثال به پروژه‌ای که قرار است محصول آن «کتاب روش‌های پیشگیری از بیماری‌های ایسکمیک قلب» باشد، توجه کنید. روش‌های متنوعی را برای آماده کردن چنین کتابی می‌توان در نظر گرفت:

۱. جستجو برای چنین کتابی در سطح بین‌المللی و ترجمه آن
 ۲. برگزاری یک فراخوان و دعوت از کسانی که برای تدوین چنین کتابی تمایل دارند، انتخاب مناسب‌ترین فرد و واگذاری تدوین کتاب به او
 ۳. تشکیل یک تیم و تدوین کتاب در قالب یک کار تیمی
 ۴. تدوین کتاب به تنهایی توسط مسئول پروژه
- هر یک از روش‌های فوق مستلزم برداشتن گام‌هایی است. برای مثال در صورت انتخاب استراتژی اول گام‌های زیر باید برداشته شود:

۱. جستجو برای چنین کتابی در سطح بین‌المللی؛
 ۲. انتخاب مناسب‌ترین کتاب از میان کتاب‌های یافت شده؛
 ۳. ترجمه کتاب؛
 ۴. چاپ کتاب؛
- برای برداشتن هر یک از گام‌های یادشده نیز می‌توان روش‌ها و استراتژی‌های متنوعی را در پیش گرفت. برای مثال به منظور انتخاب مناسب‌ترین کتاب از میان کتاب‌های یافت شده می‌توان به روش‌های زیر اقدام کرد:

۱. تصمیم‌گیری توسط مسئول پروژه به تنهایی؛
۲. برگزاری جلسه‌ای با حضور کارشناسان و صاحب‌نظران و گزینش کتاب مناسب با بهره‌گیری از روش گروه اسمی^۱؛

۳. درخواست از صاحب‌نظران برای ارزیابی هر کتاب بر مبنای یک فرم از پیش طراحی شده و انتخاب کتاب بر مبنای جمع‌بندی فرم‌های تکمیلی؛
اگر روش دوم برای انتخاب کتاب مناسب اختیار شود، اجرای آن نیازمند برداشتن گام‌های زیر است:

۱. شناسایی افراد صاحب‌نظر؛

۲. دعوت از افراد صاحب‌نظر؛

۳. طراحی روش اداره جلسه؛

۴. برگزاری جلسه و تعیین کتاب مناسب.

در این گام نیز می‌بایست شیوه‌های گوناگون انجام هر مرحله را بررسی کرده و کارآمدترین آن‌ها را برگزید. برای مثال به چه روش‌هایی می‌توان افراد صاحب‌نظر را شناسایی کرد. جستجو در میان افرادی که مسئول پروژه خود آن‌ها را می‌شناسد؛ پرس و جو از همکاران، مکاتبه با مراکز دانشگاهی و درخواست از آنان برای معرفی افراد واجد شرایط، و... گزینه‌های مختلف برای یافتن افراد کارشناس در این زمینه هستند. اگر گزینه‌ی مکاتبه انتخاب شود، برای اجرایی کردن آن باید فعالیت‌هایی را در نظر گرفت:

۱. تهیه متن نامه؛

۲. تهیه فهرست مراکز دانشگاهی که در خصوص بیماری‌های قلب و عروق فعال هستند.

۳. ارسال نامه برای مراکز دانشگاهی و پیگیری دریافت پاسخ از مراکز طرف مکاتبه؛

۴. تماس تلفنی با افراد معرفی شده برای بررسی مناسب بودن و آمادگی آنان برای همکاری؛

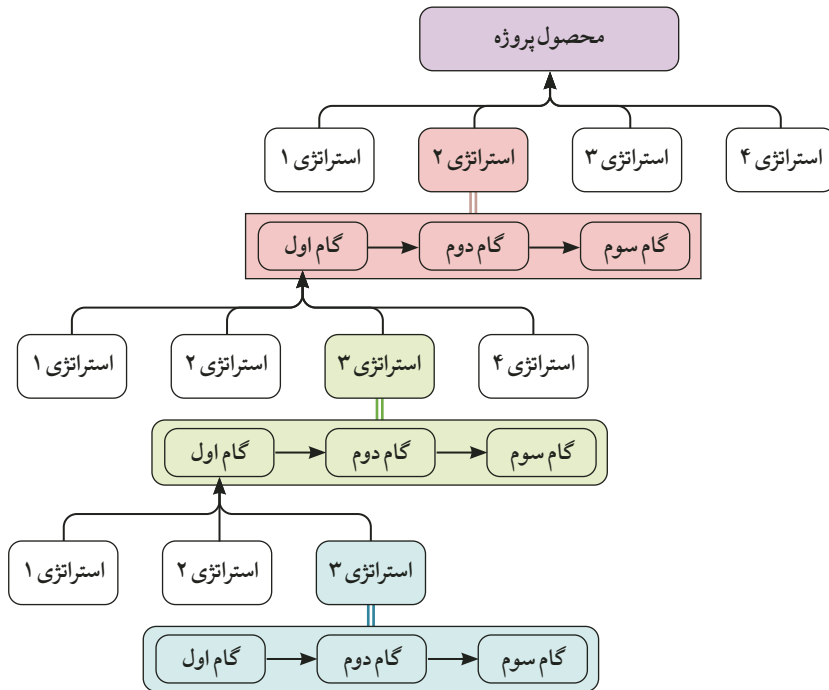
۵. انتخاب مناسب‌ترین افراد با توجه به نتایج تماس‌های تلفنی.

ممکن است در این مرحله نیز بتوان برای انجام هر فعالیت، روش‌های مختلفی را در نظر گرفت؛ در این صورت باید بار دیگر روش مناسب را انتخاب و بر پایه آن فعالیت‌های مرحله بعد را مشخص کرد.

همان‌گونه که مثال مزبور به خوبی نشان می‌دهد، برای تشخیص فعالیت‌های یک پروژه باید مسیر نمایش داده شده در شکل ۴ را طی کرد. در این مسیر، هر گام را می‌توان به منزله یک پروژه در نظر گرفت؛ پروژه‌ای که دارای محصول مشخصی است و برای تولید آن می‌توان استراتژی‌های گوناگونی را به کار گرفت. این مسیر را باید تا مشخص شدن فعالیت‌های انتهایی

ادامه داد. مقصود از فعالیت انتهایی کاری است که انجام آن به زمان محدودی نیاز دارد (چند ساعت تا چند روز) و مسئولیت انجام آن را می‌توان به یک شخص حقیقی واگذار کرد. برای انجام فعالیت‌های انتهایی نیز می‌توان روش‌های مختلفی را در نظر گرفت؛ اما به‌طور معمول مدیر پروژه انتخاب روش مناسب را بر عهده فرد مسئول انجام فعالیت قرار می‌دهد.

پس از آنکه استراتژی دستیابی به محصول پروژه و استراتژی‌های مربوط به هر یک از گام‌های آن تعیین شد و در نهایت فهرست فعالیت‌های پروژه آماده گردید، محدوده‌ی پروژه مشخص می‌شود. اگر شواهد کافی در مورد مناسب بودن استراتژی‌های برگزیده شده وجود داشته باشد، مدیر پروژه می‌تواند از دست یافتن به محصول نهایی - در صورت انجام درست فعالیت‌های تعیین شده - اطمینان داشته باشد.



شکل شماره ۴: مراحل دستیابی به فعالیت‌های پروژه. پس از انتخاب استراتژی دستیابی به محصول پروژه، هر گام تشکیل دهنده‌ی استراتژی خود له منزله‌ی یک پروژه است که برای دستیابی به محصول آن می‌توان استراتژی‌های مختلفی را در نظر گرفت.

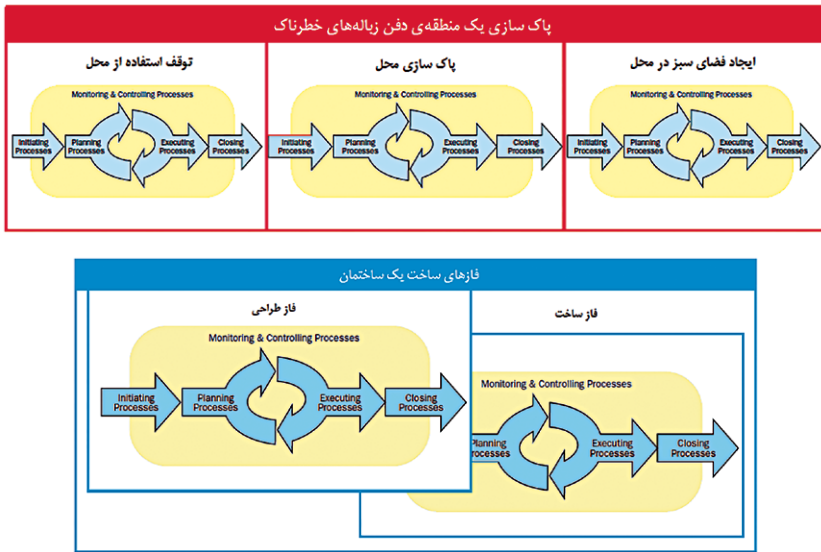
تمرین ۴

با انتخاب استراتژی دستیابی به محصول پروژه‌ای که تعریف کرده‌اید، فعالیت‌های پروژه را مشخص کنید.

مفهوم زیرپروژه و فاز

استراتژی اصلی انتخاب شده برای اجرای پروژه، مراحل یا گام‌های منطقی را برای دستیابی به محصول پروژه مشخص می‌کند. برداشتن هر گام، محصولی به همراه دارد که پس از تولید آن می‌توان گام بعدی را آغاز کرد. در مثال تولید کتاب روش‌های پیشگیری از بیماری‌های ایسکمیک قلب، اگر استراتژی، کتاب مناسب و ترجمه آن باشد، نمی‌توان پیش از شناسایی کتاب‌های موجود (گام نخست)، به گزینش بهترین کتاب از میان آن‌ها (گام دوم) پرداخت. شناسایی محصول هر گام سبب می‌شود که مدیر پروژه بتواند مرحله به مرحله دستیابی به محصول نهایی را مورد پایش قرار دهد و حتی در مورد توقف یا ادامه پروژه پس از پایان هر گام تصمیم بگیرد. در مثال تدوین کتاب مزبور، اگر به دنبال جستجو (گام اول)، کتاب مناسبی شناسایی نشود، مدیر پروژه باید تدوین کتاب با این استراتژی را متوقف کند.

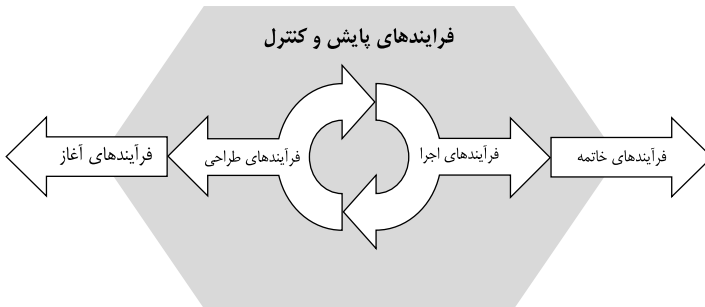
اگر برداشتن گام‌های اصلی تشکیل‌دهنده یک پروژه، از نظر بزرگی و اهمیت، ایجاب کند که تمام مراحل مدیریت پروژه در مورد آن‌ها، به عنوان پروژه‌های مستقل اجرا شود؛ هر گام اصلی در حکم یک زیرپروژه یا فاز است. اجرای تمام موازین مدیریت پروژه در مورد هر فاز سبب می‌شود که مدیر پروژه کنترل بهتری بر فرایند تولید محصولات مرحله‌ای و کیفیت آن‌ها داشته باشد و بدین ترتیب با اطمینان بیشتری به سوی تولید محصول نهایی حرکت کند. توالی فازهای پروژه می‌تواند بدون هم‌پوشانی یا با هم‌پوشانی باشد. در حالت اول قبل از تکمیل فاز اول و تولید محصول آن امکان شروع فاز بعد وجود ندارد؛ ولی در حالت دوم، پیش از اتمام فاز اول و بر مبنای بخشی از محصولات تولید شده در آن می‌توان فاز بعد را آغاز کرد (شکل ۵).



شکل شماره ۵: فازهای پروژه بدون هم‌پوشانی (تصویر بالا) و با هم‌پوشانی (تصویر پایین).

مراحل زندگی یک پروژه

برای یک پروژه، در طی حیات خود ۵ مرحله‌ی آغاز، طراحی، اجرا، پایش و کنترل، و پایان تعریف شده است. این مراحل در شکل شماره ۶ نمایش داده شده است. تعریف هر مرحله و محصول مورد نظر از آن در جدول ۱ نمایش داده شده است.



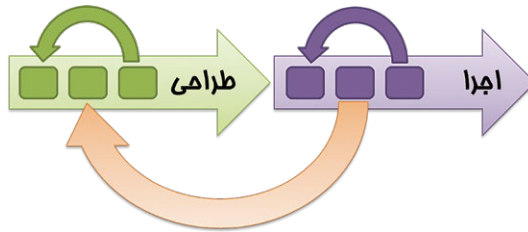
شکل شماره ۶: مراحل زندگی یک پروژه

جدول ۱ - تعریف و محصول مورد انتظار از مراحل زندگی پروژه

مرحله	محصول مورد انتظار
آغاز	اساسنامه پروژه شامل محصولات مورد انتظار، فازهای پروژه، محدودیت‌های پروژه، ذی‌نفعان پروژه و انتظارات آنان
طراحی	فعالیت‌های تشکیل‌دهنده پروژه، زمان‌بندی پروژه، بودجه پروژه، مدیریت خرید، مدیریت کیفیت، مدیریت منابع انسانی، مدیریت ریسک، مدیریت ارتباطات، مدیریت یکپارچه پروژه
اجرا	محصولات مورد انتظار از پروژه ۳۹
پایش و کنترل	میزان انطباق مرحله‌ی اجرا با ضوابط تعیین‌شده در مرحله‌ی طراحی، علل انحراف از ضوابط، ضرورت بازنگری در طراحی
پایان	تعیین تکلیف منابع پروژه، تسویه حساب مالی، اسناد نهایی شده، بایگانی اسناد

رفت و برگشت در مدیریت پروژه

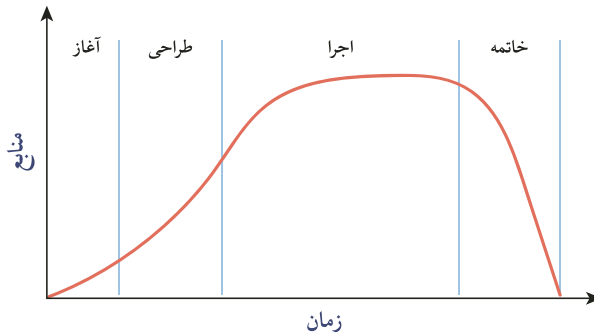
در تمام پروژه‌ها، با عبور از مراحل مختلف زندگی پروژه، بصیرت تیم پروژه بیشتر و در پرتو این بصیرت، نقایص مراحل پشت سر گذاشته‌شده برای آنان آشکارتر می‌شود. اگر تیم پروژه مرحله‌ی طراحی را پشت سر نگذاشته باشد؛ می‌تواند طراحی مراحل پیشین را بازنگری و اصلاح کند. اما پس از ورود به مرحله‌ی اجرا، اقدام‌های انجام گرفته رانمی‌توان بازگرداند، اما ممکن است بازنگری در طراحی‌های به عمل آمده برای ادامه پروژه و حتی تکرار برخی از کارهای پیشین ضروری باشد (شکل ۷). این شکل با در نظر گرفتن تأثیر متقابل فرایندهای طراحی و اجرا بر یکدیگر ترسیم شده است. بدیهی است که هر برگشتی با صرف وقت و منابع (هزینه) همراه است و فقط در صورتی باید نسبت به آن اقدام کرد که منافع حاصل از این بازگشت بیش از هزینه‌های آن باشد. به بیان دیگر هنگامی که هزینه خودداری از بازگشت (تولید محصول نامناسب) بیش از هزینه برگشت باشد باید بدون تردید فعالیت‌های پیشین را مورد بازنگری قرار داد و در صورت نیاز تغییر داد.



شکل شماره ۷: رفت و برگشت در مدیریت پروژه ممکن است طی مراحل زندگی یک پروژه ناگزیر از بازگشت از یک مرحله به مرحله‌ی قبل باشیم.

ارتباط مراحل زندگی پروژه با حجم منابع صرف شده

شکل شماره ۸ ارتباط مراحل زندگی پروژه را با حجم منابع صرف شده نمایش می‌دهد. همان‌گونه که در این شکل مشاهده می‌شود بیشترین حجم منابع در مرحله‌ی اجرا صرف می‌شود. به همان اندازه که در مرحله‌ی طراحی با دقت بیشتری عمل شده باشد؛ منابع کمتری در مرحله‌ی اجرا به هدر می‌رود. از سوی دیگر به همان اندازه که خطاهای طراحی در مرحله‌ی اجرا سریع‌تر شناسایی شود، با اصلاح طراحی‌ها، از به هدر رفتن بیشتر منابع در مراحل بعد جلوگیری خواهد شد.



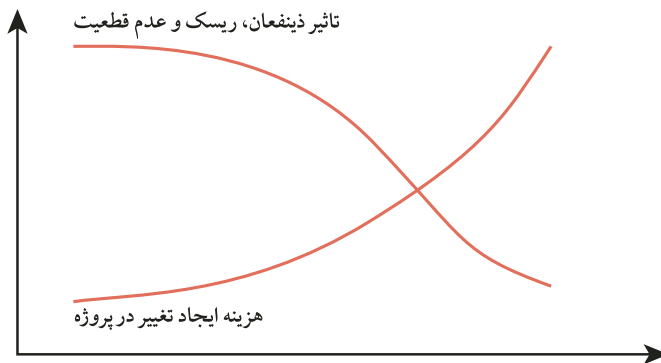
شکل شماره ۸: ارتباط مراحل زندگی پروژه با میزان مصرف منابع

ذی‌نفعان پروژه

ذی‌نفع به افراد یا سازمان‌هایی گفته می‌شود که یا به صورت فعال درگیر پروژه هستند یا پروژه در صورت تکمیل، بر منافع آنان تأثیر مثبت یا منفی خواهد داشت و نمی‌توانند در برابر این

تأثیر بی تفاوت باشند. ذی نفعان می‌توانند در مراحل مختلف حیات پروژه بر پیشرفت آن تأثیر مثبت یا منفی داشته باشند. در نتیجه، نادیده گرفتن آنان، بدون تردید، با آثار منفی بر پیشرفت پروژه همراه خواهد بود. به همین سبب در همه مراحل زندگی پروژه باید شناسایی ذی نفعان و تعامل مؤثر با آنان، مورد عنایت خاص تیم پروژه باشد. در جریان تعامل با ذی نفعان باید بین منافع واقعی و اظهارات آنان تفاوت قائل شد. به اظهارات باید پاسخ منطقی داد و برای تأمین منافع واقعی آنان، در صورت نبود تعارض با موازین اخلاقی و قانونی، تلاش کرد. در صورت بی توجهی به منافع واقعی، پایانی برای مزاحمت‌های مخالفان پروژه متصور نیست. با توجه به اهمیت ذی نفعان، باید برای شناسایی و تعامل مؤثر با آنان در جریان پروژه، فعالیت‌های مشخصی طراحی و اجرا شود.

در ابتدای کار، ذی نفعان می‌توانند تأثیر چشمگیری بر ساختار و چارچوب پروژه بگذارند و تیم پروژه با هزینه کمتری می‌تواند ملاحظات آنان را در مرحله‌ی طراحی و در پی آن در مرحله‌ی اجرا اعمال کند. با پیشرفت پروژه، هزینه‌ی اعمال تغییرات به طور قابل توجهی افزایش یافته و توجه به نظرات ذی نفعان دشوارتر و کمتر امکان‌پذیر می‌شود (شکل ۹). به همین سبب بیشترین تلاش برای شناسایی و تعامل با ذی نفعان باید در مراحل اولیه زندگی پروژه به عمل آید.



شکل شماره ۹: تغییر مقدار تأثیر ذی نفعان، ریسک، عدم قطعیت و هزینه ایجاد تغییر با پیشرفت پروژه

تمرین ۵

ذی نفعان پروژه‌ای را که تعریف کرده‌اید، مشخص کنید

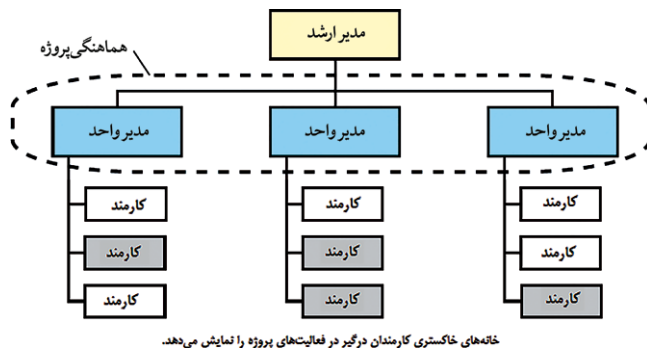
ارتباط ساختار سازمان با توفیق پروژه

در بحث گذشته روشن شد که سازمان‌ها، برای رشد و بقا، باید به هر چهار نوع مدیریت عملیات، راهبردی، بحران و پروژه اقدام کنند. با وجود اهمیت اقدام متناسب و متوازن به این چهار نوع مدیریت، در کمتر سازمانی، به ویژه سازمان‌های دولتی، این تناسب و توازن را می‌توان مشاهده کرد. با توجه به اهمیت فرایندهای جاری، وجه غالب مدیریت در سازمان‌های دولتی، مدیریت عملیات است. غلبه مدیریت عملیات، ساختار سازمانی را به سوی یک ساختار وظیفه‌گرا هدایت می‌کند که وظایفش عبارت‌اند از:

- واحدهای سازمانی بر مبنای تخصص‌ها شکل می‌گیرد. این بدان معناست که افراد یک واحد از تخصص‌های مشابه برخوردارند.
- ساختار سازمانی معمولاً چند لایه است و هر فرد تنها به مسئول بالادست خود پاسخ‌گو است.
- واحدهای سازمانی وظیفه‌گرا هستند. مفهوم وظیفه‌گرایی آن است که نقشی را که برای آن‌ها تعریف شده است انجام می‌دهند و فقط در برابر این وظیفه پاسخ‌گو هستند و مسئولیتی در برابر پیامد نهایی ندارند.
- ارتباط بین واحدهای سازمانی از طریق سلسله مراتب مدیریتی برقرار می‌شود. یعنی اگر یک واحد سازمانی انتظار خاصی از واحدی داشته باشد که تحت مسئولیت مدیر دیگری کار می‌کند، باید از مدیر خود بخواهد تا موضوع را از طریق مدیر واحد مربوط پیگیری کند و آن واحد اقدام لازم را انجام دهد.
- ممکن است برای ایجاد الزام این مسیر تا مدیریت ارشد ادامه یابد و سپس از طریق سلسله مراتب مدیریتی به واحد هدف منتقل شود. پیامد چنین شیوه‌ای برای برقراری ارتباط، حداقل تعامل افقی بین واحدهای سازمانی است.
- تصمیم‌گیری در مورد عملیات و وظیفه هر واحد در سطوح بالای سازمان اخذ و به آنان ابلاغ می‌شود.

ویژگی‌های مزبور به خوبی نشان می‌دهد که ساختار وظیفه‌گرا برای اجرای فرایندهای جاری که به خوبی طراحی و بین واحدهای مختلف توزیع شده‌اند، بسیار مناسب است. هرگونه تغییری در واحدهای تخصصی سازمانی باید از سطح ستادی به آنان ابلاغ شود. در

نتیجه واحدهای سازمانی نقشی در تحول سازمانی برعهده ندارند و باید دیدگاه‌های خود را به ستاد ارائه کنند و منتظر دریافت بازخورد باشند. بدیهی است که سرعت تحول در چنین سازمانی کم است. در چنین ساختاری، در کنار عملیات جاری، تنها پروژه‌هایی به‌راحتی به نتیجه می‌رسند که مدیر پروژه همان مدیر واحد باشد و تیم پروژه نیز از اعضای همان واحد تشکیل شده باشد. در نتیجه فقط پروژه‌ای به نتیجه می‌رسد که با هدف ایجاد تغییر در وظایف جاری یک واحد تعریف شده باشد و به نتیجه رسیدن آن، مشارکت دیگر واحدها را ایجاد نکند. در ساختار وظیفه‌گرا اگر قرار باشد که تیم پروژه از اعضای واحدهای مختلف سازمانی تشکیل شده باشد، هماهنگی فعالیت‌های پروژه در سطح مدیران واحدها انجام خواهد گرفت (شکل ۱۰). بدیهی است که با این روش هماهنگی نمی‌توان انتظار پیشرفت سریع پروژه را داشت.



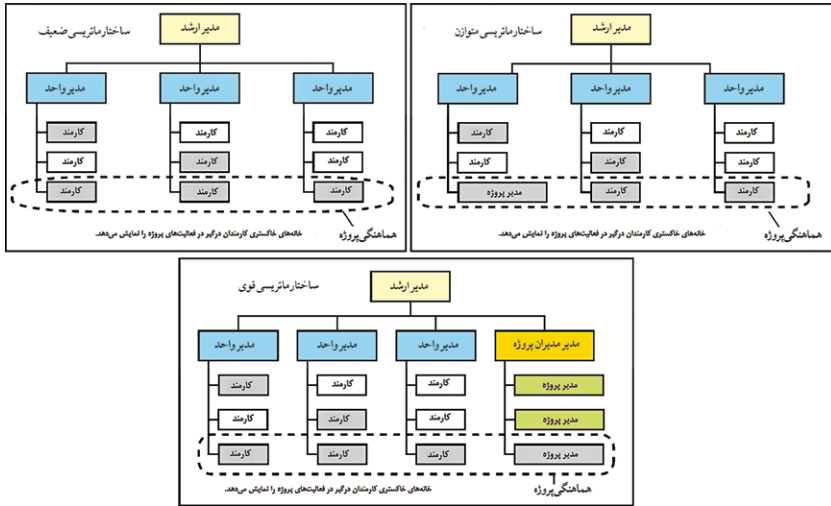
خانه‌های خاکستری کارمندان درگیر در فعالیت‌های پروژه را نمایش می‌دهد.

شکل ۱۰ - هماهنگی پروژه در ساختار وظیفه‌گرا

تعریف دقیق عملیات، خود نیازمند تعریف و اجرای پروژه‌های مرتبط در سطح ستادی است. با توجه به ضعف مدیریت پروژه در بسیاری از سازمان‌های دولتی، عملیات به خوبی تعریف و استاندارد نمی‌شود؛ از این‌رو ساختار وظیفه‌گرا، به دلیل تعریف ناقص عملیات، از کارایی مورد انتظار برخوردار نیست.

تمام پروژه‌های مورد نیاز یک سازمان را نمی‌توان در محدوده‌ی یک واحد تعریف کرد. با توجه به ضعف هماهنگی پروژه در سطح مدیران واحدها، باید بتوان در ساختار وظیفه‌گرا شرایطی را فراهم کرد که افراد در عین انجام وظیفه در عملیات جاری و در قالب واحد سازمانی متبوع خود، بتوانند در پروژه‌هایی که اعضای آن از واحدهای مختلف هستند نیز مشارکت داشته باشند. در این صورت هر فرد به دو مرجع پاسخگو می‌شود. در اصطلاح

به چنین ساختاری، که فرد در آن به دو مرجع پاسخگو است، ساختار ماتریسی می‌گویند. هرچه وظایف اعضای تیم پروژه جدی‌تر گرفته شود و آنان در برابر این وظایف پاسخگوتر باشند، ساختار ماتریسی از قوت بیشتری برخوردار خواهد بود. با توجه به این نکته سه نوع ساختار ماتریسی ضعیف، متوازن و قوی شناسایی شده است که تفاوت آن‌ها در وجود و جایگاه مدیر پروژه است (شکل ۱۱). در ساختار ماتریسی ضعیف با وجود آنکه هماهنگی در سطح اعضای تیم پروژه صورت می‌گیرد، فردی که به‌طور رسمی مسئولیت پروژه به او واگذار شده باشد، تعریف نشده است. در ساختار متوازن یکی از اعضای تیم پروژه در عین حفظ وابستگی خود به یک واحد تعریف‌شده‌ی سازمانی، مسئولیت مدیریت پروژه را نیز برعهده دارد. بدیهی است که این فرد در قیاس با مدیران واحدهای سازمانی از قدرت کمتری برخوردار است. در ساختار قوی، مدیر پروژه عضو هیچ واحد مرسوم سازمانی نیست و از قدرتی مانند قدرت مدیران واحدها برخوردار است. طبیعی است که اگر کارکنان سازمان از بلوغ و کفایت کافی برای کار در چنین شرایطی برخوردار نباشند؛ قادر به برقراری توازن بین مسئولیت‌های مختلف خود نخواهند بود و در نتیجه یا با مدیر پروژه، یا با مدیر واحد خود دچار مشکل خواهند شد. اگر قرار باشد در سازمان‌هایی با ساختار وظیفه‌محور، برای اجرای اثربخش مدیریت پروژه، باید چنان شرایطی فراهم آورد که افرادی که قادر به هماهنگی وظایف واحد سازمانی خود با مسئولیت‌های پروژه‌ای نیستند، از مشارکت در پروژه کنار بکشند. از سوی دیگر مدیران واحدهای عملیاتی نیز باید بجای تأکید بر حضور فیزیکی افراد در واحد، بر انجام وظایف محول‌شده به آنان تأکید داشته باشند و فضایی را فراهم کنند تا کارکنان به راحتی بتوانند وقت خود را برای درگیر شدن در پروژه‌های مختلف، هم‌زمان با انجام وظایف محوله در واحد مربوط مدیریت کنند.



شکل ۱۱ - ساختارهای ماتریسی ضعیف، متوازن و قوی

مراحل زندگی پروژه

مرحله نخست: آغاز پروژه

محصول مورد انتظار از این مرحله، اساسنامه پروژه^۱ است. اساسنامه در برگیرنده‌ی تمامی نکاتی است که در ابتدای کار می‌توان درباره‌ی پروژه می‌توان مشخص کرد. بر مبنای اساسنامه، تأمین‌کننده‌ی مالی^۲ به مدیر پروژه اجازه می‌دهد فعالیت‌های پروژه را آغاز کند. مهم‌ترین نکاتی که در اساسنامه پروژه باید ذکر شود عبارت‌اند از:

ضرورت انجام پروژه

ضرورت انجام پروژه به بیان مسائلی می‌پردازد که ما را ناگزیر از اجرای پروژه کرده است. شکایت مردم و کارکنان، الزامات ناشی از اسناد بالادستی، نتایج ارزیابی عملکرد سازمان، آمادگی سازمان برای مدیریت بحران، و الزامات ناشی از برنامه‌ی راهبردی از مهم‌ترین دلایل تعریف یک پروژه به شمار می‌روند. ضرورت انجام پروژه باید مستند و قابل دفاع باشد.

1. Project Charter
2. Sponsor

ذی نفعان پروژه و نیازها و انتظارات آنان

شناسایی ذی نفعان محدود به مرحله‌ی آغاز پروژه نیست و در تمامی مراحل باید با دقت به آن پرداخته شود؛ اما با توجه به هزینه زیاد ایجاد تغییر در مراحل پیشرفته‌ی پروژه، هرچه ذی نفعان مهم از ابتدا شناسایی شوند و پروژه با در نظر گرفتن منافع و انتظارات آنان طراحی و اجرا گردد، از ریسک پروژه در مراحل بعد کاسته می‌شود. منافع و انتظارات ذی نفعان باید مستند به اظهارات خود آنان باشد و نباید به نیابت از سوی آنان این موارد را حدس زد و به آنان نسبت داد. از این رو ضروری است که در اساسنامه پروژه اسناد مرتبط با منافع و انتظارات ذی نفعان به وضوح ذکر شده باشد.

محصولات پروژه

محصولات پروژه برای پاسخ به نیازها و انتظارات ذی نفعان تولید می‌شوند. یک پروژه می‌تواند بیش از یک محصول داشته باشد. تمامی محصولات مورد انتظار از اجرای پروژه، به همراه مشخصات دقیق آن‌ها، باید در اساسنامه ذکر شود. برای مثال اگر قرار است که محصول پروژه کتابی در مورد روش‌های پیشگیری از بیماری‌های ایسکمیک قلب باشد، در حد امکان باید مشخصات آن را ذکر کرد. در مورد چنین محصولی، موارد زیر را می‌توان برشمرد:

- روش‌هایی باید در کتاب ذکر شوند که شواهد علمی قوی در مورد مؤثر بودن آن‌ها وجود داشته باشد.
- بخشی از کتاب باید به بیان تجربه‌های دیگر کشورها در روش‌های پیشگیری از بیماری‌های ایسکمیک قلب بپردازد.
- در این کتاب باید روش‌های مناسب برای استفاده در ایران، با ذکر دلایل کافی، پیشنهاد شود.

فازهای پروژه

توجه داشته باشید که هر فاز پروژه، خود به منزله یک پروژه است. این بدان معناست که فقط در صورتی باید برای پروژه فاز مشخص کنید که برداشتن هر یک از گام‌های اصلی آن، با توجه به گستردگی و پیچیدگی کاری که باید انجام شود، نیازمند رعایت موازین مدیریت پروژه

باشد. به بیان دیگر شما با برشمردن فازهای پروژه در اساسنامه، متعهد می‌شوید که هر فاز را به عنوان یک پروژه و با رعایت تمام الزامات آن انجام دهید.

بایدها و نبایدهای پروژه

هر آنچه که رعایت آن در طی اجرای پروژه الزامی است باید به وضوح در اساسنامه ذکر شده باشد. برای مثال ضرورت رعایت «آئین نامه خریدهای خارجی» از بایدهایی است که در خریدهای مرتبط با پروژه لازم است توجه شود. محدودیت‌های مهم نیز از بایدها و نبایدهای پروژه محسوب می‌شوند. برای مثال اگر محصولات پروژه باید تا یک تاریخ خاص به دست آمده باشند یا سقفی برای هزینه‌های پروژه در نظر گرفته شده است که نباید بیشتر از آن شود؛ باید در اساسنامه ذکر گردد.

مرحله دوم: طراحی

فعالیت‌های اصلی مرحله طراحی عبارت‌اند از:

۱. تعیین استراتژی و فعالیت‌ها؛
۲. زمان‌بندی پروژه؛
۳. طراحی روش‌های تأمین و مدیریت منابع؛
۴. طراحی روش‌های پایش و ارزیابی؛
۵. طراحی روش‌های مدیریت ریسک؛
۶. طراحی مدیریت ارتباطات؛
۷. بودجه‌بندی پروژه؛
۸. ادغام فعالیت‌های پروژه؛

تعیین استراتژی و فعالیت‌ها

در هنگام بحث درباره‌ی محدوده‌ی پروژه، روش حرکت مرحله به مرحله از محصول نهایی پروژه به فعالیت‌های تشکیل دهنده‌ی آن مورد بررسی قرار گرفت. بر مبنای آن بررسی، برای دستیابی به یک محصول، در هر مرحله باید به دنبال مناسب‌ترین راهبرد، از میان چند راهبرد و استراتژی رقیب، باشیم. انتخاب استراتژی به معنای تعیین گام‌هایی است که با برداشتن

آن‌ها محصول تولید خواهد شد. هر گام محصولی دارد که برای دستیابی به آن بار دیگر باید به دنبال راهبردی مناسب بود (شکل ۴). این فرایند با مشخص شدن فعالیت‌ها به پایان می‌رسد. فعالیت، گام به نسبت کوچکی است که مدیر پروژه مسئولیت اجرای آن را به یک نفر واگذار می‌کند. ممکن است روش انجام فعالیت از قبل مشخص شده باشد یا تصمیم‌گیری در این مورد به فرد مسئول اجرای آن سپرده شود. زمان کل پروژه بر مبنای زمان فعالیت‌ها و منابع و هزینه آن نیز بر مبنای منابع مورد نیاز برای انجام این فعالیت‌ها تعیین می‌شود. این بدان معناست که شکست کار یا تجزیه‌ی گام‌های پروژه (WBS) باید تا فعالیت‌هایی ادامه داد که بتوان منابع و زمان مورد نیاز برای انجام آن‌ها را برآورد کرد.

ساختار شکست پروژه^۱

با توجه به آنکه هر گام یک محصول دارد، پیامد تعیین استراتژی یا راهبرد، مشخص شدن چند محصول ناشی از برداشتن گام‌های تشکیل دهنده‌ی استراتژی است. با توجه به آنکه برای هر گام نیز می‌توان یک استراتژی اختیار کرد که ترکیب چند گام دیگر است و هر یک از این گام‌ها هم محصول خود را تولید می‌کنند، در نتیجه ذیل هر محصول مرحله‌ی نخست، چند محصول مرحله‌ی دوم قرار می‌گیرد. هر مرحله‌ی جدید از تشخیص گام و استراتژی مربوط به آن، منجر به تعریف محصولات جدیدی می‌شود که ذیل محصولات مرحله‌ی قبل قرار می‌گیرند. از زیر هم قراردادن محصولات گام‌های هر مرحله، ساختاری شبیه نمودار سازمانی شکل می‌گیرد که به آن ساختار شکست پروژه گفته می‌شود. بدیهی است که ساختار شکست پروژه را هم بر مبنای محصول و هم بر مبنای گام می‌توان رسم کرد. در شکل شماره ۱۲ ساختار شکست پروژه‌ی «تدوین کتاب روش‌های پیشگیری از بیماری‌های ایسکمیک قلب» با بهره‌برداری از استراتژی ترجمه کتاب - بر مبنای محصول - ترسیم شده است.

تمرین ۶

ساختار شکست پروژه خود را مطابق شکل شماره ۱۲ رسم کنید.

زمان بندی پروژه به کمک Activity Network Diagram (AND)

پیامد شکست (تجزیه) پروژه، مشخص شدن فعالیت‌هایی است که تولید محصول نهایی پروژه وابسته به انجام همه آن‌هاست. نشانه کفایت شکست پروژه آن است که می‌توان مدت انجام هر فعالیت را برآورد کرد. به طور معمول برای برآورد مدت انجام هر فعالیت از فرمول زیر استفاده می‌شود:

$$ED = \frac{OE + 4MLE + PE}{6}$$

در این فرمول، ED مدت برآورد شده‌ی انجام فعالیت، OE برآورد خوش بینانه، MLE محتمل‌ترین برآورد، و PE برآورد بدبینانه مدت انجام فعالیت را نمایش می‌دهد. این برآوردها معمولاً توسط افراد خبره و با اتکا بر تجربه‌های آنان صورت می‌گیرد. با توجه به مسئولیت مدیر پروژه در برابر زمان تحویل محصول نهایی، برآورد واقع بینانه‌ی مدت انجام پروژه از اهمیت ویژه‌ای برخوردار است. از این رو، لازم است تا حد امکان از افراد باتجربه برای تخمین زمان فعالیت‌ها کمک گرفته شود.

پس از آنکه مدت انجام هر فعالیت توسط تیم پروژه برآورد شد، به کمک ابزار AND می‌توان مدت انجام کل پروژه را پیش‌بینی کرد. برای این منظور مراحل زیر باید طی شود:

۱. همه فعالیت‌ها را روی برگه‌های کوچکی (فیش) می‌نویسیم. بر روی هر برگه نام فرد مسئول اجرای فعالیت و مدت برآورد شده‌ی اجرای آن را نیز می‌توان یادداشت کرد.
۲. از میان این فعالیت‌ها، مواردی را که پیش‌نیاز فعالیتی ندارند جدا می‌کنیم.
۳. این فعالیت‌ها را در یک ستون در کناره‌ی چپ میز کار قرار می‌دهیم.
۴. فعالیت‌های دیگر را بر اساس تقدم و تأخر زمانی و ارتباطی که با فعالیت‌های ستون اول دارند بر روی میز کار مرتب می‌کنیم.
۵. فعالیت‌های مرتبط با یکدیگر را به کمک پیکان (\leftarrow) به یکدیگر متصل می‌کنیم.
۶. تمام مسیرهای احتمالی را، که فعالیت‌های ستون یک را به آخرین فعالیت وصل می‌کنند، مشخص می‌کنیم.
۷. تمامی مسیرهای مشخص شده را زمان‌سنجی می‌کنیم. زمان طولانی‌ترین مسیر یا مسیر بحرانی (Critical Path) همان زمان انجام پروژه است.

1. Estimated Duration
2. Optimistic Estimate
3. Most Likely Estimate
4. Pessimistic Estimate

۸. اگر بخواهیم زمان انجام پروژه را کوتاه کنیم، باید از زمان فعالیت‌های تشکیل دهنده‌ی مسیر بحرانی بکاهیم. پس از کاستن از زمان فعالیت‌های مسیر بحرانی، ممکن است مسیر دیگری تبدیل به مسیر بحرانی شود. در این صورت زمان این مسیر جدید همان زمان پروژه خواهد بود.

رسم AND و تعیین مسیر بحرانی را به کمک نرم‌افزارهای مدیریت پروژه - مانند MS Project - با سهولت بیشتری می‌توان انجام داد.

تمرین ۷

نمودار AND پروژه‌ی خود را ترسیم و زمان لازم برای اجرای آن را محاسبه کنید.

طراحی روش‌های پایش و ارزیابی

هر فعالیت دارای یک محصول است. تلاش برای تحقق هر محصول در زمان مورد نظر، از حیاتی‌ترین نکات در مدیریت پروژه است. تحقق محصولی منطبق بر ویژگی‌های پیش‌بینی شده برای آن، وابسته به تحقق ضوابط یا استانداردهای انجام فعالیت‌های تولیدکننده آن است. تعیین استاندارد انجام فعالیت‌های پروژه بر عهده طراح پروژه است و در هنگام تعیین استراتژی و فعالیت‌ها باید انجام شود. پایش به معنای کنترل تحقق استانداردهای انجام فعالیت و ارزیابی به معنای بررسی تحقق محصول استاندارد در زمان مورد نظر است. طراحی چهارچوبی برای گزارش اقدامات انجام‌شده توسط افراد مسئول اجرای فعالیت‌ها بسیار مهم است. گزارش‌دهی نخستین گام برای کنترل پیشرفت فعالیت‌ها است. مدیر پروژه باید کنترل کند آیا با توجه به زمان‌بندی اجرای پروژه، گزارش‌ها به موقع دریافت شده است و اینکه این گزارش‌ها از تحقق محصول‌های مورد نظر حکایت دارد یا نه. به کمک جدول ۲ می‌توان اقدام مناسب را برای کنترل پیشرفت پروژه، بر مبنای گزارش‌های دریافتی، شناسایی کرد. افزون بر گزارش‌گیری، از بررسی میدانی هم برای پایش و ارزیابی باید استفاده کرد. در بررسی میدانی با استفاده از سه روش بررسی اسناد، مشاهده و مصاحبه با افراد درگیر در فعالیت‌ها می‌توان به برداشت کاملی از میزان پیشرفت فعالیت‌ها، نارسایی‌ها و مداخله‌های مورد نیاز به منظور رفع موانع پیشرفت کار دست یافت.

جدول ۲: روش شناسایی اقدام مناسب با توجه به نتایج پایش و ارزیابی

	بله				تحقق محصول
	خارج از زمان مقرر		در زمان مقرر		
خیر	با کیفیت و هزینه غیر قابل قبول	با کیفیت و هزینه قابل قبول	با کیفیت و هزینه غیر قابل قبول	با کیفیت و هزینه قابل قبول	دریافت گزارش
بررسی دلایل تحقق نیافتن محصول	<p>بررسی میزان رعایت استانداردهای انجام فعالیت. در صورت رعایت نشدن استانداردها، دلایل آن بررسی شود و پس از رفع آن‌ها فعالیت بار دیگر اجرا شود. اگر استاندارد رعایت شده باشد، می‌توان نتیجه گرفت که استاندارد مناسب نبوده است. باید آن را اصلاح کرد و فعالیت را دوباره اجرا کرد. با توجه به خروج پروژه از برنامه زمان‌بندی و ضرورت انجام دوباره فعالیت، پروژه باید از نو زمان‌بندی شود.</p>	<p>بازنگری زمان‌بندی پروژه</p>	<p>بررسی میزان رعایت استانداردهای انجام فعالیت. در صورت رعایت نشدن استانداردها علل آن بررسی شود و پس از رفع آن‌ها فعالیت بار دیگر انجام شود. اگر استاندارد رعایت شده باشد، می‌توان نتیجه گرفت که استاندارد مناسب نبوده است. باید آن را اصلاح کرد و فعالیت را یلز دیگر انجام داد. با توجه به خروج پروژه از برنامه زمان‌بندی و ضرورت انجام دوباره فعالیت، پروژه باید از نو زمان‌بندی شود.</p>	<p>ادامه پروژه</p>	بله
	بررسی دلایل دریافت نشدن گزارش و اقدام بر اساس آن				خیر

طراحی مدیریت ریسک

مدیریت ریسک از سه اقدام شناسایی، رتبه‌بندی و مقابله با ریسک تشکیل می‌شود.

تعریف ریسک

ریسک اتفاق محتملی است که خارج از کنترل مدیر پروژه است و منجر به بروز اختلال در مسیر پروژه می‌شود. منظور از اختلال در مسیر پروژه موارد زیر است:

- توقف پروژه؛
- افزایش زمان پروژه؛
- افزایش هزینه‌های پروژه؛
- کاهش کیفیت محصول پروژه؛
- افزایش عوارض پروژه.

شناسایی ریسک

روش منطقی برای شناسایی ریسک‌های پروژه، تعیین الزامات توفیق آن است. مقصود از الزامات توفیق پروژه شرایطی است که باید تحقق یابد تا پروژه مسیر عادی خود را طی کند. برای مثال باید بهای ارز ثابت بماند یا کاهش یابد تا بهای اقلام وارداتی مورد نیاز پروژه افزایش نیابد. در صورت افزایش نرخ ارز، یا نمی‌توان تمام اقلام وارداتی را تأمین کرد یا باید به بهای صرف نظر کردن از برخی از اقلام داخلی، اقلام وارداتی را تأمین کرد و نقص این اقلام سبب کندی پیشرفت پروژه خواهد شد. اینکه تغییر نرخ ارز به عنوان یک ریسک در نظر گرفته شود یا نه، به احتمال وقوع آن بستگی دارد. تشخیص اینکه تغییر نرخ ارزی یکی از ریسک‌های پروژه است، به دانش و تجربه تیم پروژه وابسته است. بهترین روش برای شناسایی ریسک‌های پروژه، استفاده از تجربه و مهارت افراد خبره‌ی درون و بیرون پروژه است. به همان اندازه که مسیر پروژه با دقت بیشتری ترسیم شده باشد، شناسایی الزامات توفیق و در پی آن ریسک‌های پروژه بهتر انجام می‌گیرد.

رتبه‌بندی ریسک‌های پروژه

اهمیت یک ریسک به احتمال وقوع و مقدار تأثیر آن بر پروژه وابسته است. برای مقایسه ریسک‌های مختلف، باید به برآوردی کمی از درجه‌ی اهمیت آن‌ها دست یافت. عملی‌ترین راه برای دستیابی به این برآورد، استفاده از نظر خبرگان است. به این منظور برای هر ریسک یک احتمال وقوع از صفر تا یک و یک مقدار تأثیر از یک تا ده (یا هر عدد مورد توافق دیگری)

مشخص می‌کنیم. از ضرب این دو عدد، برآورد کمی ما از اهمیت ریسک به دست می‌آید. به این ترتیب می‌توان مهم‌ترین ریسک‌ها را برای مقابله شناسایی کرد.

مقابله با ریسک

با چهار رویکرد اجتناب، انتقال، تخفیف و پذیرش ریسک می‌توان با آن مقابله کرد.

۱. اجتناب از ریسک

در این رویکرد برای اجتناب از ریسک، چهارچوب اجرای پروژه را تغییر می‌دهیم. با توجه به مثال یادشده در مورد تغییر نرخ ارز به عنوان ریسک پروژه، می‌توان پروژه را به گونه‌ای تغییر داد که کاملاً از کالاهای داخلی به جای کالای وارداتی بهره‌برداری شود. در این صورت تغییر قیمت ارز تأثیری بر سیر اجرای پروژه نخواهد داشت.

۲. انتقال ریسک

مقصود از انتقال ریسک، واگذاری پیامدهای منفی آن به فرد یا نهاد دیگری (شخص ثالث) است. این بدان معناست که ریسک مورد معامله قرار می‌گیرد. پذیرنده ریسک در برابر اخذ مبلغی متعهد می‌شود که در صورت بروز ریسک پیامدهای آن را بپذیرد. بیمه‌کردن مرسوم‌ترین روش انتقال ریسک است. در مثال مزبور می‌توان پروژه را در برابر تغییر نرخ ارز بیمه کرد؛ یعنی شرکت بیمه در صورت تغییر نرخ برابری ارز، تفاوت بهای کالای وارداتی را پرداخت خواهد کرد. بدیهی است که به همان اندازه که احتمال افزایش نرخ ارز و مقدار افزایش آن بیشتر باشد، حق بیمه نیز بیشتر خواهد بود.

۳. تخفیف ریسک

در این رویکرد تلاش می‌شود با تمهیداتی از احتمال وقوع ریسک یا تأثیر آن بر پروژه کاست. در مثال یادشده اگر مدیر پروژه از ابتدا با طراحی دقیق فرایندهای پروژه از هدر رفتن منابع جلوگیری کند، افزایش نرخ ارز تأثیر کمتری بر توانایی وی برای تأمین تجهیزات خواهد داشت.

۴. پذیرش ریسک

هنگامی که نه می‌توان از وقوع ریسک جلوگیری کرد و نه می‌توان در آن تغییری ایجاد کرد، چاره‌ای جز پذیرش ریسک نیست. در این صورت، تیم پروژه آماده است تا در صورت وقوع ریسک، متناسب با شرایط پروژه با آن مقابله کند. هرچه تیم پروژه از پیش درباره‌ی اقداماتی که پس از وقوع ریسک باید انجام شود اندیشیده و مقدمات آن را فراهم کرده باشد،

مقابله با ریسک موفقیت‌آمیزتر خواهد بود. در مثال مزبور تیم پروژه می‌تواند خود را برای تهیه گزارشی در مورد تأثیر افزایش نرخ ارز بر پیشرفت پروژه آماده کند تا در صورت آشکار شدن شواهد افزایش نرخ ارز، گزارش را به موقع آماده کند و در اختیار کارفرما قرار دهد. در این گزارش، راهکارهایی برای کاهش اثرات منفی افزایش نرخ ارز بر پیشرفت پروژه ارائه و از کارفرما درخواست شده است تا با انتخاب و اعلام گزینه مناسب، پیمانکار را در انجام مسئولیت‌هایش یاری کند.

پایش ریسک

هر چند شناسایی زودهنگام ریسک، امکان مقابله مؤثرتر را با آن برای تیم پروژه فراهم می‌کند؛ پیچیدگی عواملی که پروژه را تحت تأثیر قرار می‌دهند مانع از آن می‌شود که از ابتدا بتوان تمام ریسک‌ها را در مسیر اجرای پروژه شناسایی کرد. با توجه به تغییر شرایط حاکم بر اجرای پروژه، ممکن است ناگزیر از تغییرات مکرر در طراحی و روش اجرا باشیم. هر تغییری در مراحل و روش اجرا، پروژه را در معرض ریسک‌های جدیدی قرار می‌دهد و آن را از تأثیر برخی نیز مصون می‌سازد. بدین سبب در تمام مراحل زندگی پروژه باید شناسایی ریسک‌ها را، به عنوان یکی از فعالیت‌های اصلی پروژه، مورد توجه قرار داد.

تمرین ۸

ریسک‌های پروژه‌ی خود را شناسایی و آن‌ها را اولویت‌بندی کنید. روش‌های مقابله به هر ریسک را نیز مشخص کنید.

طراحی مدیریت ارتباطات

برقراری ارتباط با ذی‌نفعان و اطلاع‌رسانی مناسب به آنان از الزامات کلیدی موفقیت یک پروژه است. ذی‌نفعان را با توجه به علاقه‌ای که به پروژه دارند و قدرت تأثیرشان بر آن، با توجه به جدول ۳، می‌توان در چهار گروه طبقه‌بندی کرد. برای مدیریت ذی‌نفعان، باید متناسب با نیازی که احساس می‌کنند، اطلاعات مرتبط با پیشرفت پروژه را در اختیار آنان قرار داد. به منظور طراحی فعالیت‌های مدیریت ارتباطات باید پاسخ سؤالات زیر را مشخص کرد:

جدول ۳- طبقه‌بندی ذی‌نفعان با توجه به علاقه و قدرت تأثیرشان بر پروژه و اقدام مناسب در برابر هر گروه

قدرت تأثیر	علاقه	
	زیاد	کم
زیاد	از نزدیک مراقبت آن‌ها باشید	آن‌ها را راضی نگاه دارید
کم	آن‌ها را در جریان امور قرار دهید	هواي آن‌ها را داشته باشید

گروه هدف اطلاع‌رسانی از چه افراد یا نهادهایی تشکیل می‌شود؟ بدین منظور باید فهرست ذی‌نفعانی را که باید در جریان پیشرفت کار قرار گیرند، تهیه کرد.

برای هر یک از اعضای گروه هدف چه اطلاعاتی را باید ارسال کرد؟ برخی از ذی‌نفعان را باید تنها در جریان پیشرفت پروژه و برخی را در معرض تحلیلی از ریسک‌های آن قرار داد. برای برخی هم باید گزارش مشکلات پیش آمده در مسیر اجرای پروژه و روش‌های اتخاذ شده برای حل آن‌ها را ارسال کرد. اینکه برای هر ذی‌نفعی چه اطلاعاتی باید ارسال شود، به تحلیل تیم پروژه از جایگاه و قدرت تأثیرگذاری او بستگی دارد.

اطلاعات را چگونه باید تهیه و تنظیم کرد؟ همه نکات یک گزارش اهمیت یکسانی ندارند و بر اساس جایگاه مخاطب می‌توان تعیین کرد که کدام بخش از گزارش باید پررنگ‌تر شود تا توجه بیشتری به آن جلب گردد. به بیان دیگر هر گزارش، پیام یا پیام‌های مشخصی دارد که باید از انتقال آن به مخاطب مطمئن شد. سبک نگارش، استفاده از قلم‌ها و رنگ‌های مناسب، افزودن تصاویر و صفحه‌آرایی جذاب، سبب می‌شود که مخاطب راحت‌تر به مسیر مورد نظر شما هدایت شود.

اطلاعات با مسئولیت چه فردی باید ارسال شود؟ مقصود آن است که باید سطح تصمیم‌گیری در مورد مناسب بودن اطلاعات و صدور مجوز ارسال آن مشخص باشد. بدیهی است که اطلاعات محرمانه فقط پس از تأیید مدیر ارشد پروژه برای مخاطب آن ارسال می‌گردد، اما افراد رده‌های میانی می‌توانند در مورد اطلاعات طبقه‌بندی نشده تصمیم‌گیری کنند.

اطلاعات از چه طریقی برای مخاطب آن ارسال می‌شود؟ روش‌های متنوعی را می‌توان برای ارسال اطلاعات در نظر گرفت. انتشار در سایت پروژه، ارسال خبرنامه پروژه برای ذی‌نفعان، تهیه نامه رسمی برای ذی‌نفعان خاص، ارسال از طریق رایانامه، ارسال پیامک، ملاقات حضوری با ذی‌نفعان و بحث با آنان درباره پیشرفت کار، و دعوت از آنان برای

حضور در جلسه‌ای به منظور بحث درباره پیشرفت پروژه، مهم‌ترین راه‌های برقراری ارتباط با ذی‌نفعان است.

در چه زمانی باید اطلاعات را ارسال کرد؟ برخی گزارش‌ها را باید به صورت منظم و ادواری ارسال کرد. برخی را هم باید در زمان مناسب ارسال کرد. اگر منظور شما از ارسال گزارش جذب منابع بیشتر برای پروژه است، باید آن را هنگامی ارسال کرد که هنوز فرایند توزیع اعتبارات شروع نشده است. اگر پروژه در معرض یکی از ریسک‌هایی که برای آن پیش‌بینی کرده‌اید قرار گرفته است؛ بهتر است با ارسال گزارشی برای ذی‌نفعان کلیدی، آمادگی لازم را در آنان، برای همراهی با خود، به منظور مدیریت پیامدهای ریسک ایجاد کنید. اگر در زمان طراحی پروژه در مورد مدیریت ارتباطات تصمیم‌گیری شود؛ به راحتی می‌توان جایگاه فعالیت‌های آن را در طرح کلی پروژه مشخص و بودجه مورد نیاز برای انجام آن‌ها را نیز پیش‌بینی کرد. همان‌گونه که بارها تأکید شده است، در مرحله‌ی برنامه‌ریزی نمی‌توان همه چیز را شناسایی و پیش‌بینی کرد. از این‌رو در تمام مراحل پروژه باید به شناسایی ذی‌نفعان توجه داشت و برای برقراری ارتباط با آنان برنامه‌ریزی نمود.

افزون بر ارسال اطلاعات برای ذی‌نفعان باید برای دریافت بازخورد از آنان و اقدام بر اساس آن نیز برنامه داشت. بنابراین کانال ارتباطی باید دوسویه باشد. بی‌توجهی به بازخورد ذی‌نفعانی که از اثرگذاری زیادی برخوردارند، می‌تواند منشأ ریسک برای پروژه باشد.

تمرین ۹

ذی‌نفعان پروژه خود را بر مبنای علاقه آنان به پروژه و قدرت تأثیرگذاری آنان تقسیم‌بندی کنید و به سؤالات شش‌گانه این بخش در مورد ذی‌نفعان پروژه خود پاسخ دهید.

طراحی روش‌های تأمین و مدیریت منابع

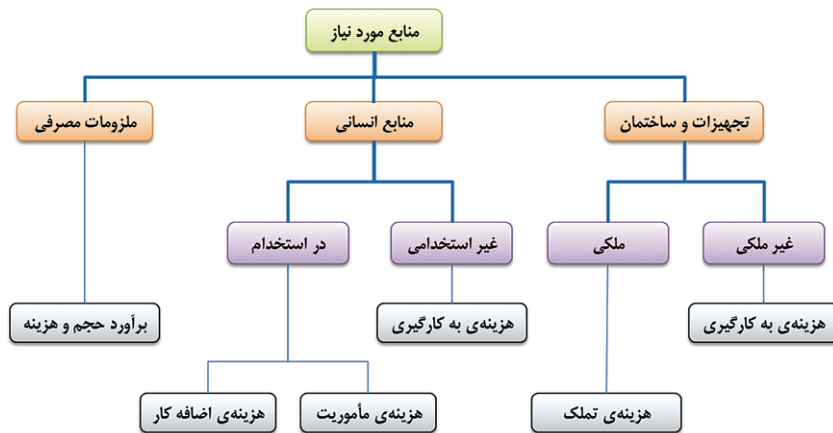
دستیابی به محصول مورد انتظار از اجرای پروژه نیازمند بهره‌برداری از منابع با کیفیت است. همچنین تأمین منابع باید پیرو قوانین و مقررات مربوط باشد. برای مثال ممکن است برگزاری مناقصه برای عقد قرارداد خرید خدمت ضروری باشد. در این صورت در مرحله طراحی باید فرایند برگزاری مناقصه و فرم‌های مورد نیاز برای برگزاری آن را طراحی کرد. به‌کارگیری منابع

انسانی ممکن است نیازمند فراخوان، برگزاری آزمون یا انجام مصاحبه و عقد قرارداد باشد. انجام درست تمامی این مراحل نیازمند طراحی دقیق است. درباره تأمین ملزومات مصرفی هم می‌توان در مورد اینکه طی چند نوبت و از طریق چه فرایندی خرید این اقلام را انجام داد، تصمیم‌گیری کرد.

افزون بر تأمین منابع، باید در مورد روش مدیریت آن‌ها در جریان پروژه نیز برنامه‌ریزی کرد. برای مثال چگونه عملکرد منابع انسانی ارزیابی و با پیامدهای آن چگونه برخورد خواهد شد. از تجهیزات چگونه نگهداری می‌شود و در صورت بروز مشکل در آن‌ها چگونه عمل خواهد شد. مبانی مدیریت منابع در جریان یک پروژه از اصول کلی مدیریت منابع پیروی می‌کند و از این رو می‌توان با مراجعه به منابع مرتبط با مدیریت منابع با جزئیات آن آشنا شد.

بودجه‌بندی

اساس بودجه‌بندی، شکست کار پروژه تا سطح فعالیت‌ها و تعیین منابع مورد نیاز برای انجام هر فعالیت است. منابع مورد نیاز برای انجام فعالیت‌ها به دو گروه مصرفی و سرمایه‌ای تقسیم می‌شوند. منابع سرمایه‌ای خود به سه گروه منابع انسانی، ساختمان و تجهیزات قابل تقسیم هستند. پس از تعیین منابع مورد نیاز برای انجام فعالیت‌ها می‌توان به کمک شکل شماره ۱۳ بودجه مورد نیاز را محاسبه کرد. در صورتی که برای اجرای پروژه به منابع انسانی یا تجهیزات و ساختمانی نیاز داشته باشیم که در استخدام یا تملک سازمان نیست؛ می‌توان در قالب قرارداد خرید خدمت این منابع را موقت به کار گرفت. در این صورت باید پول مورد نیاز را برای خرید این خدمات برآورد کرد و در بودجه‌ی اجرای پروژه گنجانند. ممکن است خرید خدمت برای به‌کارگیری یک منبع خاص یا خدمت حاصل از به‌کارگیری مجموعه‌ای از منابع باشد. برای مثال خرید خدمت چاپ در واقع به‌کارگیری مجموعه منابع انسانی و غیر انسانی درگیر در چاپ است که شما برای چاپ مستندات خود به خدمت می‌گیرید.



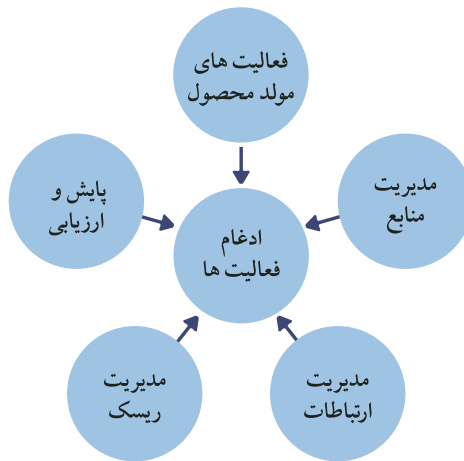
شکل ۱۳ - چهارچوب برآورد بودجه‌ی یک پروژه

تمرین ۱۰

منابع مورد نیاز و روش مدیریت آن‌ها را برای اجرای پروژه‌ی خود مشخص کنید.
با توجه به منابع مورد نیاز، بودجه پروژه‌ی خود برآورد کنید.

ادغام فعالیت‌های پروژه

برای آنکه پروژه با موفقیت به نتیجه برسد، افزون بر فعالیت‌هایی که برای تولید محصولات پروژه طراحی شده‌اند، فعالیت‌های مرتبط با مدیریت منابع، ریسک، ارتباطات، و پایش و ارزیابی هم باید هم‌زمان و هماهنگ با آن‌ها انجام شوند. از این‌رو در انتهای مرحله‌ی طراحی باید تمامی فعالیت‌های پیش‌بینی شده را جمع‌بندی و ادغام کرد. در جریان این ادغام ممکن است برخی مواردی که در طراحی فراموش شده‌اند، شناسایی و مرتفع شود. نتیجه‌ی ادغام فعالیت‌های پروژه، داشتن یک برنامه زمان‌بندی واحد است که جایگاه تمامی فعالیت‌های پروژه در آن مشخص شده است. به منظور تهیه این برنامه می‌توان نمودار شبکه‌ی فعالیت‌های پروژه (AND) را، که در گام نخست طراحی تهیه شده است، با فعالیت‌های مرتبط با مدیریت منابع، مدیریت ریسک، مدیریت ارتباطات، و پایش و ارزیابی تکمیل کرد (شکل ۱۴).



شکل ۱۴ - ادغام فعالیت‌های پروژه

تمرین ۱۱

همه فعالیت‌های پروژه خود را ادغام کرده و نمودار AND نهایی آن را ترسیم کنید.

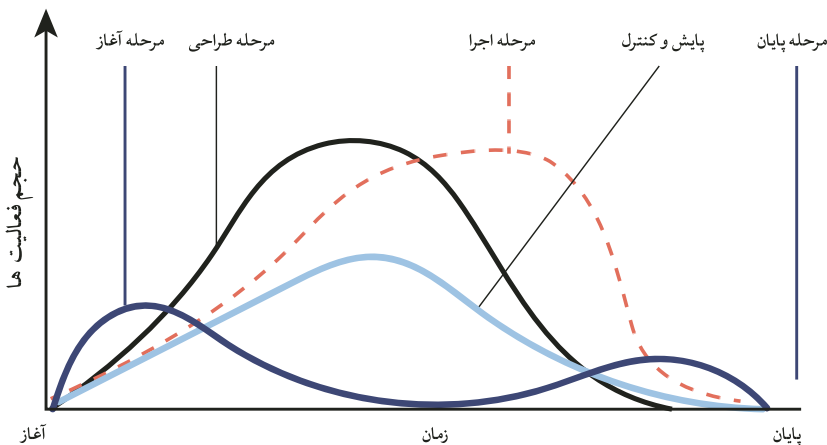
مراحل سوم و چهارم: اجرا و پایش پروژه

از بحث‌های مرحله‌ی طراحی به‌خوبی روشن شده است که تلاش بر آن است در حد امکان فعالیت‌های مرحله‌ی اجرا پیش‌بینی، طراحی و هماهنگ شود. اگر مرحله‌ی طراحی به‌خوبی انجام شده باشد، مرحله‌ی اجرا با دشواری‌هایی پیش خواهد رفت که حل و فصل آن‌ها آسان‌تر است.

مرحله‌ی اجرا با تأمین منابع آغاز می‌شود. در صورت تأمین همه منابع، فعالیت‌ها انجام خواهد شد. هم‌زمان با انجام فعالیت‌ها، پایش را هم باید آغاز کرد. توجه به ذی‌نفعان و برقراری ارتباط پیوسته با آنان، بر مبنای فعالیت‌های طراحی شده در مرحله‌ی پیشین، در کنار انجام فعالیت‌هایی که منجر به تولید محصولات پروژه می‌شود، باید مورد توجه ویژه قرار گیرد.

با شروع مرحله‌ی اجرا، بصیرت تیم پروژه در مورد عوامل مؤثر بر دستیابی به پیامدهای

مورد انتظار بیشتر می‌شود. در پرتو این بصیرت و بینش همیشه این امکان وجود دارد که تیم از نقایص طراحی‌های به‌عمل آمده در مرحله‌ی پیشین آگاه گردد. در این صورت باید بدون تردید و هدر دادن زمان، نقص‌ها را بر طرف و فعالیت‌ها را بر مبنای طراحی‌های جدید اجرا کرد. آگاهی نسبت به کاستی‌های مرحله‌ی قبل، امری معمول و قابل انتظار در مدیریت پروژه است و همیشه وجود دارد که تمامی ذی‌نفعان و انتظارات آنان در مرحله‌ی طراحی شناسایی نشده باشند. از این‌رو در مرحله‌ی اجرا، به‌خصوص در صورت بازنگری در طراحی‌ها، باید به دنبال شناسایی ذی‌نفعان جدید یا انتظارات جدید از ذی‌نفعان شناسایی شده بود. حاصل سخن آنکه مرحله‌ی دوم، به طراحی فعالیت‌های پروژه اختصاص دارد. باروشن شدن بخشی از فعالیت‌های پروژه، ممکن است امکان آغاز آن‌ها فراهم شود و برای شروع مرحله‌ی سوم نیازی به تکمیل همه‌ی طراحی‌ها نباشد. حتی پس از آنکه به‌ظاهر تمامی فعالیت‌های پروژه طراحی شده‌اند، نمی‌توان مرحله‌ی طراحی را پایان یافته تلقی کرد؛ بلکه در صورت نیاز، باید باب طراحی را باز و به آن اقدام نمود. طبیعی است که با پیشرفت مرحله‌ی اجرا باید انتظار داشت که از حجم طراحی‌ها کاسته شود، ولی تنها پس از تولید تمامی محصولات پروژه است که می‌توان با قاطعیت مراحل طراحی و اجرا را پایان یافته تلقی کرد. هم‌پوشانی مراحل زندگی پروژه در شکل شماره ۱۵ نمایش داده شده است.



شکل ۱۵ - هم‌پوشانی مراحل مختلف زندگی پروژه

مرحله پنجم: پایان پروژه

در این مرحله باید پرونده‌ی پروژه بسته شود. بستن پرونده‌ی پروژه نیازمند اقداماتی است.

تحویل محصولات پروژه

محصولات پروژه باید به طور رسمی و طی تنظیم صورت جلسه تحویل و تحویل به کارفرمای پروژه تحویل داده شود. در این صورت جلسه باید ذکر شود که تا چه اندازه محصولات تولید شده با استانداردهای پیش‌بینی شده برای آن‌ها انطباق دارد.

تعیین تکلیف منابع پروژه

قاعده تأدر اساسنامه یا قرارداد پروژه باید مشخص شده باشد که پس از پایان پروژه، با منابعی که برای پروژه تأمین شده است، چگونه باید رفتار شود. در صورتی که در مورد برخی منابع تعیین تکلیف نشده باشد، باید در این مرحله نسبت به این امر اقدام شود.

نهایی کردن اسناد پروژه

تمام مراحل پروژه، در جریان پروژه باید مستند و مکتوب شود. در هیچ پروژه‌ای فعالیت‌های اجرا شده به طور کامل با طراحی‌های انجام گرفته منطبق نیست. علت این نبود انطباق باید مکتوب شود. اساسنامه پروژه، تمامی طراحی‌های به عمل آمده، نتایج پایش و کنترل پروژه، بازطراحی‌هایی که در جریان اجرا ضرورت پیدا کرده است، علل تأخیر یا تعجیل‌هایی که در پروژه رخ داده است، تمامی مکاتبات مرتبط با پروژه، تمامی صورت جلسات و اسناد مالی، از مستندات پروژه محسوب می‌شوند. این اسناد سرمایه‌های سازمان و منبع گران قدری برای پروژه‌های بعدی شمرده می‌شود. به همین دلیل ضروری است که از ابتدا تیم پروژه نسبت با اهمیت مستندسازی توجه شود و تسویه حساب نهایی بدون دریافت و کنترل مستندات انجام نگردد.

تسویه حساب مالی

تسویه حساب مالی نقطه‌ی پایان پروژه است و هیچ فعالیتی را نباید به پس از آن موکول کرد.

برای مطالعه بیشتر

1. Project Management Institute; A Guide to the “Project Management Body of Knowledge (PMBOK Guide)”; Fourth Edition; 2008
2. David Shirley; Project Management for Health Care; CRC Press, Taylor & Francis Group; 2011

ارتباطات در حوزه سلامت با تمرکز بر شبکه بهداشت و درمان

نویسندگان: حامد فتاحی، جعفر صادق تبریزی، اردشیر خسروی، محمدرضا رهبر، سیده معصومه کاظمی، فاطمه سمیع

مرور مطالب فصل

در این فصل مطالب زیر ارائه خواهد شد:

۱. اهمیت و جایگاه ارتباطات در نظام سلامت
۲. فرایند انتقال پیام و اجزای آن
۳. انواع ارتباطات درون سازمانی
۴. مهارت‌های طراحی و انتقال پیام مؤثر
۵. تحلیل مخاطبان ارتباطات سلامت
۶. راهبردهای ارتباط در شرایط بحرانی و خطر
۷. نقش رسانه‌ها و ذی‌نفعان در انتقال پیام سلامت

اهداف آموزشی و رفتاری/عملکردی

در پایان این فصل بایستی بتوانید:

۱. اهمیت ارتباطات مؤثر در ارائه خدمات سلامت را توضیح دهید.
۲. اجزای اصلی فرایند ارتباطات را نام ببرند و نقش هر یک را شرح دهید.
۳. انواع ارتباطات درون سازمانی (نزولی، صعودی، افقی، غیررسمی) را شناسایی و کاربرد آن‌ها را تحلیل کنید.
۴. مهارت‌های لازم برای طراحی پیام‌های سلامت مؤثر را به کار گیرید.

۵. مخاطبان پیام‌های سلامت را تحلیل کرده و راهبرد ارتباطی مناسب انتخاب کنید.
۶. با استفاده از چهارچوب‌های علمی، در شرایط بحرانی پیام‌های ارتباطی طراحی کنید.

مفاهیم کلیدی

- ارتباطات: فرایند تبادل اطلاعات یا انتقال پیام میان افراد، گروه‌ها یا سازمان‌ها به منظور درک مشترک؛
- فرایند انتقال پیام: الگویی شامل فرستنده، پیام، رمزگذاری، کانال، گیرنده، رمزگشایی، بازخورد و پارازیت؛
- ارتباطات سازمانی: تعاملات رسمی و غیررسمی درون یک سازمان که به صورت عمودی (نزولی و صعودی)، افقی یا غیررسمی دسته‌بندی می‌شوند؛
- تحلیل مخاطب: شناسایی نیازها، ارزش‌ها، موانع درک و نگرش مخاطبان برای طراحی پیام‌های مؤثر؛
- ارتباطات خطر: اطلاع‌رسانی به مردم درباره تهدیدات بهداشتی واقعی یا درک‌شده، با مدیریت نگرانی‌ها و حفظ اعتماد؛
- بازخورد: پاسخ گیرنده به پیام، که ارتباط را از حالت یک‌سویه به تعاملی تبدیل می‌کند؛
- پارازیت: هر نوع عامل مزاحم در درک یا انتقال پیام (اعم از فیزیکی، معنایی یا روانی).

مقدمه

ارتباطات در نظام سلامت یکی از ارکان اصلی کارآمدی و اثربخشی خدمات سلامت است؛ زیرا موفقیت هر برنامه‌ی سلامت به میزان توانایی مدیران و کارکنان در انتقال درست پیام‌ها، جلب مشارکت مردم و تعامل سازنده با ذی‌نفعان بستگی دارد. در فصل حاضر، ارتباطات سلامت با تمرکز ویژه بر نظام شبکه بهداشتی و درمانی ایران بررسی شده است. این فصل مفاهیم نظری و علمی را با تجارب عملی و بومی ترکیب می‌کند تا خواننده بتواند هم مبانی علمی ارتباطات را درک کند و هم مصادیق کاربردی آن را در سطح نظام سلامت کشور بشناسد.

با توجه به گستردگی مباحث ارتباطات و تنوع رویکردهای آن در حوزه سلامت، از ارتباطات درون‌سازمانی گرفته تا ارتباط با جامعه، پرداختن کامل به تمامی جنبه‌ها در چهارچوب یک فصل ممکن نیست. از این رو، در این فصل بر موضوعات کلیدی و پرکاربرد تمرکز شده است؛ موضوعاتی که می‌توانند به‌عنوان پایه‌ای برای یادگیری عمیق‌تر و توسعه مهارت‌های ارتباطی مدیران و کارشناسان سلامت به‌کار روند. به‌عبارت دیگر، این فصل یک نقشه‌ی راه مقدماتی برای ورود به دنیای پیچیده‌ی ارتباطات سلامت است و انتظار می‌رود خوانندگان با بهره‌گیری از آن، مسیر یادگیری و بهبود مهارت‌های حرفه‌ای خود را در تعاملات سازمانی و اجتماعی گسترش دهند.

چرا ارتباطات مؤثر در مراقبت‌های اولیه بهداشتی اهمیت دارد؟

ارتباطات مؤثر در مراقبت‌های بهداشتی در مانی یکی از ارکان اساسی دستیابی به نتایج مطلوب برای خدمت‌گیرندگان و افزایش کیفیت خدمات بهداشتی در مانی است. در دنیای امروز، با پیشرفت‌های علمی و فناوری و همچنین پیچیدگی‌های روزافزون نظام‌های سلامت، نیاز به ارتباطات شفاف و کارا بین تمامی ذی‌نفعان این حوزه، از جمله پزشکان، بهورزان، مراقبان سلامت، دیگر اعضای تیم سلامت، خدمت‌گیرندگان و خانواده‌های آن‌ها بیش از پیش احساس می‌شود. بر اساس شواهد، نبود ارتباط مناسب می‌تواند منجر به افزایش عوارض، نارضایتی بیماران و حتی مرگ و میر شود (۱). پژوهش‌ها نشان می‌دهند که ارتباطات مؤثر نه تنها به افزایش رضایت بیماران کمک می‌کند، بلکه می‌تواند بر روی تصمیم‌گیری‌های بالینی و رضایت شغلی کارکنان بهداشتی و درمانی نیز تأثیر مثبت بگذارد. به‌عنوان مثال، پژوهشی که در سال ۲۰۱۹ میلادی انجام شد، به این نتیجه رسید که تعاملات مؤثر بین پزشکان و بیماران می‌تواند به بهبود پایبندی گیرنده‌ی خدمت به درمان‌ها و کاهش هزینه‌های درمانی منجر شود (۲). این امر به وضوح نشان می‌دهد که تقویت مهارت‌های ارتباطی در کارکنان بهداشتی نه تنها بر سلامت خدمت‌گیرندگان تأثیر می‌گذارد، بلکه به افزایش بهره‌وری سازمان‌ها نیز کمک می‌کند.

چرا فراگیری ارتباطات کارا برای مدیران حوزه سلامت اهمیت دارد؟

مدیران سلامت، به‌عنوان افرادی که مسئولیت هماهنگی و مدیریت منابع انسانی و مالی در نظام‌های سلامت را بر عهده دارند، باید به اهمیت ارتباطات مؤثر و کارا توجه ویژه‌ای داشته باشند. اهمیت این موضوع را می‌توان از زوایای مختلفی بررسی کرد:

- بهبود کیفیت خدمات: ارتباطات مؤثر به مدیران این امکان را می‌دهد که نیازها و انتظارات بیماران و کارکنان را بهتر درک کنند. با برقراری یک ارتباط مناسب و شفاف، مدیران می‌توانند توانمندی‌ها و کاستی‌های خدمات سلامت را شناسایی و بهبود دهند (۳).
- افزایش انگیزه و رضایت کارکنان: مدیرانی که مهارت‌های ارتباطی خوب دارند، می‌توانند از طریق ارتباطات کارا، روابط مطلوب‌تری با کارکنان خود برقرار کنند. این امر

- به افزایش انگیزه، کاهش استرس و در نهایت رضایت شغلی بیشتر منجر می شود (۴).
- مدیریت بحران: در وضعیت های بحرانی مانند شیوع بیماری ها، ارتباطات مؤثر می تواند نقش کلیدی در مدیریت بحران ایفا کند. مدیران سلامت باید بتوانند اطلاعات حیاتی را به سرعت و به وضوح به کارکنان و جامعه منتقل کنند.
- همکاری بین بخشی: در محیط های بهداشتی، همکاری بین بخش های مختلف ضروری است. ارتباطات مؤثر می تواند به تسهیل این همکاری ها کمک کند و نتایج بهتری را به همراه آورد.
- آموزش و توسعه: با توجه به تغییرات پیوسته در فناوری سلامت، مدیران باید بتوانند آموزش های لازم را به طور مؤثر منتقل کنند. این موضوع نیازمند مهارت های ارتباطی قوی است تا اطلاعات جدید به کارکنان به بهترین شکل انتقال یابد (۵).

چگونه ارتباطات میان اعضای تیم های سلامت می تواند بر کیفیت خدمات تأثیر بگذارد؟

ارتباطات میان اعضای تیم سلامت نیز نقشی حیاتی در ایجاد هماهنگی و هم افزایی در ارائه خدمات سلامت با کیفیت به خدمت گیرندگان و بیماران ایفا می کند. مطالعات نشان می دهند تیم های سلامت، که دارای یک نظام ارتباطی کارآمد هستند، می توانند در مدیریت بیماری ها و ارائه خدمات بهتر به مراتب عملکرد بهتری داشته باشند. در واقع، در یک محیط همکاری، تأکید بر تبادل اطلاعات آزاد و مؤثر می تواند منجر به ایجاد اعتماد متقابل و حل سریع تر مشکلات شود. به عنوان نمونه، مدیریت همه گیری کووید-۱۹ در ایران، نمونه آشکار نقش حیاتی ارتباطات مؤثر میان کارکنان سلامت و جامعه است. این مدیریت با بیماریابی فعال، رهگیری حداکثری و انجام واکسیناسیون همگانی مردم و با اعمال راهبردهایی مانند شناسایی افراد در معرض تماس نزدیک و رهگیری هوشمند، آموزش همگانی با هدف تغییر رفتار، حفاظت و حمایت گروه های آسیب پذیر مانند سالمندان و افراد دارای بیماری زمینه ای، تقویت فرایند درمان سرپایی با هدف کاهش حداکثری موارد بستری، نظارت بر شیوه نامه های بهداشتی و اعمال قانون و واکسیناسیون کووید-۱۹ طبق سند ملی با استفاده از نیروهای پزشکی، بهورز و مراقبان سلامت، نمونه ی بارز از اهمیت ارتباطات مؤثر میان کارکنان سلامت و جامعه است.

تأثیر مهارت‌های ارتباطی بر تجربه خدمت‌گیرندگان چگونه است؟

تأثیر مهارت‌های ارتباطی بر تجربه خدمت‌گیرندگان نیز انکارناپذیر است. تحقیقات نشان می‌دهد که بیشتر بیماران خواستار یک تجربه مثبت و حمایت‌گر هستند و احساس ارتباط انسانی با پزشکان و تیم سلامت می‌تواند احساس امنیت و اعتماد را در آن‌ها تقویت کند. به علاوه، ارتباطات مؤثر و کارا، به ویژه در زمان‌های حساس و بحرانی، می‌تواند نتایج رفتاری و عاطفی بیماران را تحت تأثیر قرار دهد و به بهبود کیفیت زندگی آن‌ها کمک کند.

تعریف ارتباطات

ارتباطات فرایند تبادل اطلاعات یا انتقال پیام بین افراد، گروه‌ها یا سازمان‌ها است که نقش حیاتی در ایجاد درک متقابل ایفا می‌کند. این فرایند شامل استفاده از زبان، نشانه‌ها و فعالیت‌های غیرکلامی است و می‌تواند به صورت رسمی یا غیررسمی، کلامی یا نوشتاری انجام شود. ارتباطات نه تنها برای ایجاد روابط سالم و مؤثر ضروری است، بلکه به درک نیازها، احساسات و دیدگاه‌های دیگران نیز کمک می‌کند. این مفهوم می‌تواند تأثیر بسزایی بر کیفیت تعاملات انسانی و موفقیت سازمانی داشته باشد (۶).

فرایند انتقال پیام

مدل انتقال پیام، چهارچوبی نظری است که نخستین بار در حوزه مهندسی ارتباطات مطرح شد و سپس در علوم انسانی گسترش یافت. این مدل، فرایند انتقال اطلاعات بین فرستنده و گیرنده را تحلیل می‌کند و نقش عناصر کلیدی ارتباطات ذیل را برجسته می‌سازد (۷).

فرستنده

فرستنده نقطه آغازین فرایند ارتباط است و نقش او فراتر از ارسال ساده اطلاعات است. فرستنده به عنوان منبع پیام، مسئولیت خلق ایده و کدگذاری ایده‌ها را برعهده دارد. فرستنده باید ایده‌ها، مفاهیم یا پیام‌های خود را با دقت و آگاهی از هدف ارتباط، مخاطب و زمینه اجتماعی و فرهنگی شکل دهد. تصور کنید که مدیر سلامت متوجه افزایش بیماری‌های واگیر در منطقه شده است. او باید کارکنان را در جریان این موضوع قرار دهد و به آن‌ها دستوراتی برای کنترل شیوع بیماری ارائه کند.

1. Sender
2. Ideation

مدیر ابتدا اطلاعات مربوط به وضعیت بیماری، عوامل مؤثر، و راهکارهای پیشگیری را گردآوری می‌کند؛ سپس با توجه به سطح دانش و تجربه کارکنان، پیام خود را به گونه‌ای تنظیم می‌کند که قابل درک و کارا باشد. همچنین، باید پیش از انتقال پیام بهداشتی به جامعه، پیش‌بینی کند که مخاطب چگونه مفاهیم را درک می‌کند و لازم است واکنش‌های احتمالی مردم را تحلیل کند. همچنین فرستنده‌ی پیام بهداشتی باید توانایی تبدیل ایده‌های انتزاعی به نشانه‌های قابل انتقال - مانند کلام، تصویر، نماد، زبان بدن و... - را به صورت مناسب داشته باشد. برای نمونه، به منظور ترغیب افراد به دریافت واکسن، به جای به کار بردن این جمله که «ایمنی زایی واکسن موجب کاهش مرگ می‌شود»، نمایش یک خانواده خندان در کنار بهورز یا مراقب سلامت که ماسک زده و واکسن در دست دارد، همراه با متن «با یک تیر دو نشان بزنید: سلامت خود و جامعه را تضمین کنید» نه تنها اثربخشی پیام را بیشتر می‌کند، بلکه از ایجاد ترس غیرضروری یا ارائه اطلاعات نادرست نیز جلوگیری خواهد کرد.



عکس ۱ پیام‌آغاز برنامه واکسیناسیون علیه بیماری کووید ۱۹ در کشور ۲۱ بهمن ۱۳۹۹ (منبع پیام: خبرگزاری مهر)

رمزگذاری

رمزگذاری فرایند تبدیل مفاهیم ذهنی - مانند افکار، احساسات، یا ایده‌ها - به نمادهای قابل انتقال - کلام، تصویر، حرکات بدن، کدهای دیجیتال و... - است. موفقیت رمزگذاری به مهارت فرستنده در استفاده از زبان، دانش موضوعی و آگاهی از نظام ارزشی مخاطب

بستگی دارد و به شدت تحت تأثیر زمینه فرهنگی فرستنده قرار دارد (۸). در این راستا در فرایند رمزگذاری باید به زبان و نشانه‌های فرهنگی، هنجارهای اجتماعی، تابوها و الگوهای شناختی جامعه توجه کامل و دقیق شود و بی‌توجهی به این موضوع منجر به درک نادرست معنایی، کاهش اثربخشی پیام و تقابل ارزشی خواهد شد. به‌عنوان نمونه، در خصوص نشانه‌های فرهنگی در ایران برای تشویق به «غربالگری سرطان سینه»، ممکن است از استعاره «سلامت خانواده در گروی سلامت مادر است» یا «مادر سالم، نسل سالم» استفاده شود تا حس مسئولیت‌پذیری جمعی را فعال کند.



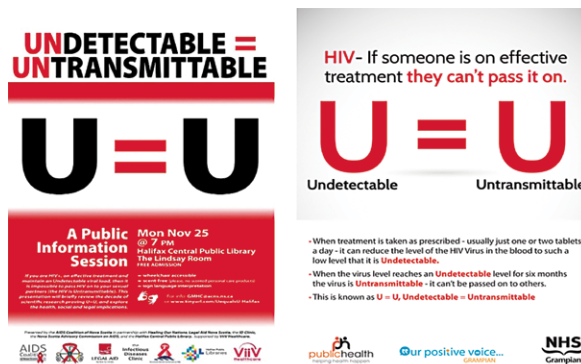
عکس ۲ پوستر هفته ملی سلامت بانوان ایران در سال ۱۴۰۲ (منبع پیام: وزارت بهداشت)

در خصوص هنجارهای اجتماعی، در برخی جوامع بیان مستقیم مسائل جنسی ممکن است با استفاده از استعاره‌ها یا تمثیل‌ها رمزگذاری شود. برای نمونه آموزش پیشگیری از ایدز ممکن است با استفاده از استعاره «محافظت از عزیزان» اثربخش‌تر باشد. همچنین، فرهنگ الگوهای شناختی (فکری) را شکل می‌دهد. برای نمونه، در فرهنگ‌های جمع‌گرا (مانند ایران)، پیام‌ها حول محور «خانواده» یا «اجتماع» رمزگذاری می‌شوند. این در حالی است که در فرهنگ‌های فردگرا، پیام‌ها بر «منافع شخصی» یا «دستاورد فردی» تمرکز دارند. از این‌رو یک تبلیغ پیشگیری از فشار خون در ایران ممکن است بگوید: «برای آینده بهتر خانواده‌تان، فشارخونتان را کنترل کنید»، اما در آمریکا بگوید: «برای رسیدن به اهدافتان، سالم بمانید». پژوهش‌های انجام‌شده در ژاپن نشان داده‌اند که

استفاده از پیام‌های تأکیدی بر مراقبت از خویشاوندان (مانند توصیه به واکسیناسیون برای حفاظت اعضای خانواده)، نسبت به پیام‌های فردگرایانه، اثربخشی بیشتری در افزایش تمایل به واکسیناسیون کووید-۱۹ داشته است (۹).

پیام^۱

پیام ممکن است به شکل کلامی^۲، غیرکلامی^۳ یا چندرسانه‌ای^۴ ارائه شود. همچنین ساختار پیام باید با سواد رسانه‌ای مخاطب هماهنگ باشد. در روش کلامی از زبان گفتاری یا نوشتاری برای انتقال مفاهیم استفاده می‌شود (۱۰). به عنوان نمونه، در بسیاری از کشورها، در پویش پیشگیری از ایدز از شعار کلامی «Undetectable = Untransmittable» (U=U) برای انتقال پیام «درمان قطعی، جلوگیری از انتقال» استفاده می‌شود.



عکس ۳ نمونه پیام‌های مرتبط با برنامه پیشگیری از ایدز در انگلستان و کانادا

در پیام غیرکلامی انتقال مفاهیم از طریق نمادها، تصاویر، رنگ‌ها، یا زبان بدن صورت می‌گیرد. استفاده از تصویر ریه‌ی سیاه روی پاکت‌های سیگار به عنوان هشدار بصری درباره بیماری‌های تنفسی تلقی می‌شود. در روش چندرسانه‌ای، ترکیبی از متن، صوت، تصویر و ویدئو برای جذب مخاطب استفاده می‌شود. برای نمونه در پویش «#SafeHands»، سازمان جهانی بهداشت با انتشار ویدئوهای کوتاه از افراد مشهور^۵ که مراحل شستن دست

1. Message
2. Verbal
3. Non-Verbal
4. Multimedia
5. Celebrities

را آموزش می‌دادند، از این روش استفاده نمود (۱۱)؛ یا در جریان پویش «ماسک بزیم» از جلوه‌های متحرک^۱ طنزآمیز، موسیقی‌های محلی ایرانی و استفاده از افراد مشهور برای تشویق مردم به ماسک‌زدن استفاده شد.



عکس ۴: تصویر راست، واکسیناسیون مهدی هاشمی (بازیگر سینما و تلویزیون) در مرکز جمععی واکسیناسیون (ایران‌مال)، تهران، ۲۷ اردیبهشت ۱۴۰۰ (منبع پیام: خبرگزاری تسنیم). تصویر چپ، شرکت آلیسون بکر^۲ فوتبالیست در پویش #SafeHands سازمان جهانی بهداشت.

همچنین ساختار پیام باید با سواد رسانه‌ای و سواد سلامت مخاطب سازگار باشد. به عنوان نمونه، در مناطق روستایی هند، آموزش پیشگیری از مالاریا با استفاده از تئاتر خیابانی و عروسک‌گردانی به‌جای بروشورهای نوشتاری انجام شد (۱۲). در آلمان، اپلیکیشن «MyTherapy» با ارائه یادآوری‌های دارویی و ثبت مستندهای مربوط به مصرف، به بیماران در مدیریت درمان کمک می‌کند و نقش مؤثری در افزایش پایبندی به برنامه‌های درمانی دارد (۱۳).

کانال^۳

انتخاب کانال مناسب، عاملی کلیدی در دستیابی به اثربخشی پیام است. ناهماهنگی بین کانال و ویژگی‌های مخاطب، نه تنها منابع را هدر می‌دهد، بلکه ممکن است به کاهش اعتماد عمومی بینجامد. این اصل در حوزه سلامت از حساسیت بیشتری برخوردار است، چراکه خطا در انتقال پیام‌های بهداشتی می‌تواند پیامدهای جبران‌ناپذیری داشته باشد. برای انتخاب کانال مناسب انتقال پیام عوامل مختلفی اثرگذارند. یکی از آن‌ها ویژگی‌های

1. Motion graphics
2. Alisson Becker
3. Channel

جمعیت‌شناسی مخاطبان است. به عنوان نمونه، در برخی از نقاط ایران اجرای آموزش‌های بهداشتی از طریق مساجد انجام می‌شود، زیرا این مراکز بیشترین پذیرش و مراجعه روزانه را دارند.



عکس ۵: شرکت بانوان در کلاس‌های آموزش بهداشت در مساجد با همکاری مرکز بهداشت شهرستان کارون و معاونت امور فرهنگی و اجتماعی شهرداری (منبع عکس: شهرداری اهواز)

عامل دیگر، ماهیت پیامی است که باید منتقل شود. استفاده نادرست از کانال‌های دیجیتال و زیرساخت‌های فناورانه ممکن است به حذف بخشی از مخاطب منجر شود. پیام‌های اضطراری - مانند هشدارهای بیماری‌های واگیر- نیازمند کانال‌های سریع و فراگیر مثل پیامک همگانی هستند. به عنوان مثال، یک مدیر مرکز خدمات جامع سلامت برای اعلام تغییرات شیفت‌های اضطراری، با دسترسی محدود استفاده می‌کند. در این صورت ممکن است شماری از کارکنان پیام را دریافت نکنند و برنامه‌ریزی بحران مختل شود. در مثالی دیگر، استفاده از اپلیکیشن‌های پیچیده برای سالمندان ممکن است باعث شود بخشی از مخاطبان نتوانند از آن بهره‌مند شوند. به عنوان نمونه، نرم افزار کاربردی «NHS COVID-19» در بریتانیا به دلیل پیچیدگی رابط کاربری و ناسازگاری با نیازهای سالمندان، توسط بسیاری از افراد این گروه سنی استفاده نشد (۱۴).

گیرنده^۱

گیرنده نقش فعالی در تفسیر پیام دارد. نظریه رمزگشایی ترجیحی^۲ هال (۱۹۸۰) تأکید می‌کند که مخاطب پیام را تنها منفعلانه دریافت نمی‌کند، بلکه بر اساس چهارچوب‌های فرهنگی، تجربیات شخصی، و ارزش‌های خود آن را تفسیر می‌کند. این نظریه در حوزه سلامت نیز کاربرد گسترده‌ای دارد، چرا که درک پیام‌های بهداشتی همواره تحت تأثیر پیش‌زمینه‌های مخاطب است. به عنوان مثال، در دوره همه‌گیری کووید-۱۹ عبارت «واکسن بزنید تا زنجیره انتقال قطع شود» یکی از پیام‌های اصلی بود، که در بسیاری از مناطق شهری به عنوان یک ضرورت علمی پذیرفته شده بود و در برخی مناطق روستایی با رمزگشایی ترجیحی تفسیر پیام به صورت «توطئه خارجی برای آزمایش داروها بر روی ایرانیان» درآمد. نمونه‌ی دیگر، در پویش مبارزه با ایدز در آفریقای جنوبی پیام اصلی «درمان ضد ویروسی ART^۳ انتقال ایدز^۴ را متوقف می‌کند» بود. در حالی که در برخی جوامع به دلیل باورهای سنتی مبنی بر «بی‌اعتمادی به پزشکی مدرن»، این پیام را به عنوان «توطئه دولت برای کاهش جمعیت سیاه‌پوستان» تفسیر کردند (۱۵).

دو رویکرد بنیادی باید توسط مدیر حوزه سلامت مورد نظر قرار گرفته شود؛ نخست، استفاده از ظرفیت رهبران محلی برای قانع کردن افکار عمومی (افزایش احتمال پذیرش پیام) و دوم طراحی پیام‌ها مبتنی بر فرهنگ جامعه که در بخش رمزگذاری به تفصیل بیان شد.



عکس ۶ دریافت نوبت دوم واکسن کووایران برکت توسط مقام معظم رهبری (منبع پیام: ستاد اجرایی فرمان حضرت امام)

1. Receiver
2. Preferred Reading
3. Antiretroviral Therapy
4. Human Immunodeficiency Virus

رمزگشایی^۱

رمزگشایی فرایندی است که در آن گیرنده، پیام دریافتی را بر پایه دانش زبانی، تجربیات شخصی، و چهارچوب‌های فرهنگی خود تفسیر می‌کند. موفقیت این فرایند، تعیین‌کننده درک درست یا تحریف‌شده‌ی پیام است. یکی از مهم‌ترین عوامل تأثیرگذار در رمزگشایی پیام، تجربیات شخصی و فرهنگی گیرندگان آن است (۱۶). به عنوان مثال، اگر کارکنان بهداشتی، تجربه‌های بدی از پیام‌های دستوری یا نظارتی مدیران پیشین داشته باشند، حتی یک پیام با نیت مثبت ممکن است به صورت منفی رمزگشایی شود. همچنین، استفاده از تصویر «نان سنگک» در پویش‌های تغذیه سالم شهری، برای جوامع روستایی که نان محلی مصرف می‌کنند، ممکن است اثرگذار نباشد. در این خصوص یک مدیر باید بتواند از مشورت کارکنان و مردم بومی در طراحی پیام‌های بهداشتی استفاده نماید. همچنین در انتشار پیام برای جامعه از اصطلاحات تخصصی پرهیز کند و پیام‌ها را پیش از انتشار عمومی با گروه‌های نمونه از مخاطبان هدف^۲ به اشتراک بگذارد.

بازخورد^۳

بازخورد روشی است که با امکان تعامل دوسویه بین فرستنده و گیرنده، ارتباط را از مدل خطی (یک طرفه) به مدل چرخه‌ای و پویا تبدیل می‌کند. همچنین دفلور و دنیس (۲۰۰۵) در کتاب «درک ارتباطات جمعی»^۴ بازخورد را «تنفس سیستم ارتباطی» می‌نامند؛ زیرا همانند اکسیژن‌رسانی به موجود زنده، امکان اصلاح و بهبود پیام را فراهم می‌کند (۱۷). برای نمونه، مدیر حوزه سلامت، شرکت در دوره‌های آموزشی آنلاین «مدیریت استرس» را برای کارکنان اجباری می‌کند. با این حال، نظرسنجی کارکنان (بازخورد) نشان می‌دهد ۶۰ درصد کارکنان به دلیل حجم مطالب و حجم کاری زیاد، مفاهیم کلیدی را درک نکرده‌اند. از این رو مدیر تصمیم می‌گیرد آموزش‌ها را به فیلم‌های کوتاه ۳ دقیقه‌ای با آزمون تعاملی تبدیل کند. در مثالی دیگر، فرض کنید پیام «نمک کمتر، زندگی سالم‌تر» در رسانه ملی پخش شود؛ اما نظرسنجی‌ها نشان دهند مردم تصور می‌کنند نمک دریایی سالم است. در این شرایط می‌توان پیام را به این صورت تعدیل کرد که «هر نوع نمک، حتی دریایی، فشار خون را

1. Decoding
2. Pretesting
3. Feedback
4. Understanding Mass Communication

افزایش می‌دهد» و سپس دوباره از جامعه بازخورد گرفت. در واقع بازخورد، همچون آینه‌ای از واقعیت عمل می‌کند و شکاف بین انتظارات فرستنده و درک گیرنده را آشکار می‌سازد.

پارازیت^۱

پارازیت به موانعی گفته می‌شود که انتقال یا درک پیام را مختل می‌کند. تقسیم‌بندی‌های متنوعی از پارازیت‌ها انجام شده است. در یکی از آن‌ها، موانعی که در مرحله انتقال و درک پیام اختلال ایجاد می‌کنند به سه دسته معنایی^۲، فیزیکی^۳ و روانی^۴ تقسیم شده است (۱۸). پارازیت‌های معنایی، اختلالی است که به دلیل تفاوت در معنی کلمات، نمادها، یا اصطلاحات بین فرستنده و گیرنده رخ می‌دهد. این تفاوت ممکن است ناشی از زبان، فرهنگ، یا دانش ناکافی باشد. یکی از انواع پارازیت‌های معنایی، مانع زبانی^۵ است. به عنوان مثال استفاده از اصطلاحات تخصصی در پیام‌های بهداشتی از جمله موانع زبانی در فهم پیام است. برای نمونه، فرض کنید پزشکی اهل استان فارس، برای انجام تعهد خدمت خود، در مرکز خدمات جامع سلامت روستایی استان آذربایجان شرقی مشغول به کار باشد. در این صورت مانع زبانی ممکن است تبادل پیام میان پزشک و خدمت‌گیرندگان را به شدت تحت تأثیر قرار دهد. در خصوص مثال اول، راهکار، پرهیز از به‌کارگیری واژگان تخصصی در پیام است؛ در حالی که در نمونه دوم، پزشک باید از گویش وران بومی برای رفع مانع ارتباطی بهره‌گیرد.



عکس ۷: مانع زبانی در ایجاد ارتباط میان پزشک و مراجعه‌کننده

1. Noise
2. Semantic Noise
3. Physical Noise
4. Emotional Noise
5. Language Barriers

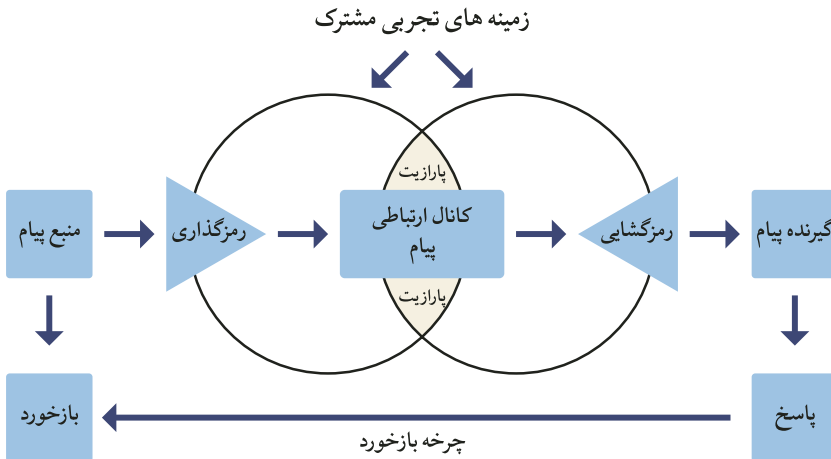
پارازیت‌های معنایی در ارتباطات بین‌فرهنگی بیشترین تأثیر منفی را دارند؛ از این رو، یکی دیگر از انواع این پارازیت‌ها موانع فرهنگی^۱ است. موانع فرهنگی نه یک «مشکل فنی»، بلکه چالشی انسان‌شناختی هستند که تنها با درک عمیق از بافت محلی حل می‌شوند. موانع فرهنگی به تفاوت‌های عمیق در باورها، ارزش‌ها، هنجارها، و الگوهای رفتاری بین فرستنده و گیرنده‌ی پیام اشاره دارد که می‌تواند انتقال یا درک پیام‌های بهداشتی را مختل کند. این موانع در حوزه سلامت، به ویژه در جوامع چندفرهنگی یا هنگام طراحی پویش‌های بین‌المللی، چالش‌های جدی ایجاد می‌کنند. برای نمونه، در صورت اجرای «پویش غربالگری سرطان سینه^۲» در مناطق با بافت مذهبی، استفاده از پزشکان زن، مشارکت مردم را به صورت قابل توجهی افزایش خواهد داد؛ از این رو بی‌توجهی به موانع فرهنگی منجر به کاهش اثربخشی مداخلات و افزایش هزینه‌های سلامت خواهد شد. در این راستا و برای کاهش موانع فرهنگی می‌توان از مشارکت رهبران محلی، طراحی پیام‌های فرهنگ‌مدار و آزمون پیش از اجرا بهره‌برداری نمود.

پارازیت فیزیکی به عوامل محیطی اشاره دارد که به‌طور مستقیم انتقال پیام را مختل می‌کنند. این نوع پارازیت با ایجاد اختلال در کانال ارتباطی، باعث می‌شود گیرنده نتواند پیام را به‌درستی دریافت یا درک کند. یکی از انواع این پارازیت‌های مرتبط با انتقال پیام‌های کلامی، سروصدای محیطی و تعداد پیام‌های ارسالی و دریافتی است. به عنوان مثال، در مراکز خدمات جامع سلامت شلوغ کشور، مهمه مراجعه‌کنندگان و آلودگی صوتی، ارتباط بین کادر بهداشت و خدمت‌گیرندگان را مختل می‌کند. همچنین دادن اطلاعات اضافه^۳ به گیرندگان پیام نیز منجر به اختلال خواهد شد. این موضوع در دوره همه‌گیری کووید-۱۹ انتشار حجم گسترده‌ای از اطلاعات سیاست‌مداران و مردم را در برخی کشورها در خصوص اتخاذ روش‌های پیشگیری و درمانی درست، سردرگم کرد. مانع دیگر مربوط به مشکلات زیرساختی، فناوری و تجهیزات پزشکی است که می‌تواند انتقال پیام را با اختلال روبرو نماید. به عنوان نمونه، قطع مکرر برق، تلفن و اینترنت می‌تواند امکان انتقال پیام بهداشتی (مشاوره، پیگیری و...) میان کارکنان سلامت و خدمت‌گیرندگان را مختل سازد. مثال دیگر، نبود سیستم نوبت‌دهی در برخی مراکز بهداشتی است که زمان دریافت خدمت را افزایش داده و در انتقال پیام بهداشتی اختلال ایجاد می‌کند. همچنین موانع

1. Cultural Barriers
2. Breast cancer
3. Information Overload

فیزیکی در ارتباطات غیرکلامی، نوع دیگری از این دسته پارازیت‌هاست. برای نمونه، کاربرد ماسک‌های صورت، تشخیص حالات چهره (مثل نگرانی یا درد) را برای پزشکان و کارکنان بهداشتی دشوار می‌سازد. در این خصوص با استفاده از راهکارهایی همچون ارتقای زیرساخت‌ها از طریق نصب دیوارهای عایق صدا، تأمین ژنراتورهای برق اضطراری، گسترش شبکه اینترنت پرسرعت و استفاده از فناوری‌های جایگزین و در نهایت آموزش کارکنان، می‌توان اثرات این پارازیت‌ها را به حداقل رساند.

دسته سوم پارازیت روانی است که به موانع ذهنی یا عاطفی اشاره دارد که تمرکز گیرنده را کاهش می‌دهند و مانع از درک درست پیام می‌شوند. این نوع پارازیت‌ها ناشی از عوامل درونی مانند استرس، ترس، بی‌اعتمادی، یا سوگیری‌های شناختی اند و ارتباط مؤثر بین فرستنده و گیرنده را مختل می‌کنند. به عنوان مثال، بیمارانی که از شنیدن نتایج آزمایش‌های پزشکی مرتبط با تشخیص بیماری ایدز می‌ترسند، ممکن است به دلیل اضطراب شدید، جزئیات توضیحات پزشک را نشنوند یا درک نکنند. گاهی اوقات پارازیت روانی به دلیل سوگیری‌های شناختی^۱ به وجود می‌آید. بیمارانی که به دلیل باورهای شخصی (مثلاً اینکه «داروهای شیمیایی مضر هستند»)، درمان‌های پزشکی را رد می‌کنند و به جایگزین‌های غیرعلمی رو می‌آورند. در این خصوص برای غلبه بر موانع روانی، ایجاد ارتباط همدلانه با خدمت‌گیرنده از طریق گوش دادن فعال به نگرانی‌ها و تأیید احساسات او اهمیت زیادی دارد. همچنین شفافیت و اعتمادسازی از طریق ارائه اطلاعات دقیق و شفاف درباره فواید و عوارض درمان، آموزش سواد سلامت به کمک تصاویر، ویدئوها، یا داستان‌های ساده برای درک بهتر مفاهیم بهداشتی و آموزش مدیریت استرس به افراد از جمله اقدامات مؤثر در این زمینه هستند. این رویکردها به شناخت بهتر وضعیت ذهنی بیمار، برقراری ارتباط غیرقضاوتی و هماهنگ کردن پیام‌ها با نیازهای عاطفی خدمت‌گیرنده کمک می‌کنند.



نمودار ۱: فرایند انتقال پیام و اجزای آن

چگونه مهارت ارتباطی خود را برای افزایش کیفیت خدمات سلامت ارتقا دهیم؟

ارتباطات بخش مهمی از ایجاد تغییر در بهداشت عمومی است و بنابراین، جزء جدایی ناپذیر فعالیت‌های مدیر سلامت محسوب می‌شود. ارتباطات شفاف، مختصر، قابل اعتماد و به موقع، از اقدامات بهداشتی حمایت می‌کند و جایگاه و اعتبار سازمان را به عنوان نهاد پیشروی سازمان ملل در حوزه سلامت تقویت می‌کند. حال که با مفاهیم ابتدایی فرایند ارتباطات آشنا شدیم لازم است با مفاهیم تخصصی تر برای ایجاد ارتباطات مؤثر و کارادر ارائه خدمات سلامت هم آشنا شویم.

ارتباطات درون سازمانی: کلید هماهنگی و بهره‌وری

ارتباطات درون سازمانی به عنوان رگ حیاتی هر سازمان عمل می‌کند و نقش تعیین کننده‌ای در موفقیت یا شکست اهداف سازمانی دارد. این نوع ارتباطات شامل تبادل اطلاعات، ایده‌ها، شیوه‌نامه و بازخوردها بین اعضای یک سازمان است و در سطوح مختلفی از جمله عمودی، افقی و غیررسمی اتفاق می‌افتد. همچنین عوامل ساختاری، فناوری و فرهنگی، ارتباطات سازمانی را تحت تأثیر خود قرار می‌دهد (۱۹).

الف) ارتباطات عمودی^۱

این نوع ارتباطات بین سطوح سلسله‌مراتبی سازمان، مانند مدیران ارشد، مدیران میانی و کارکنان وجود دارد و به دو نوع اصلی تقسیم می‌شود:

۱. **ارتباط نزولی^۲**: به انتقال اطلاعات از تراز بالای مدیریت به تراز پایین تر سازمان اشاره دارد. این نوع ارتباطات، نقش کلیدی در هدایت کارکنان و اجرای راهبردها ایفا می‌کند، اما چالش‌هایی نیز به همراه دارد؛ از جمله مزایای این نوع ارتباط می‌توان به موارد ذیل اشاره نمود.

- انسجام سازمانی: همه کارکنان از اهداف، سیاست‌ها و اولویت‌های یکسان آگاه می‌شوند. برای نمونه، معاون بهداشت یک دانشگاه علوم پزشکی دستور عمل جدید ابلاغی اصول و ضوابط شبکه‌های بهداشتی را از طریق مکاتبه رسمی به تمام بخش‌ها ارسال نموده است؛ این موضوع تضمین می‌کند تمام بخش‌ها همسو عمل کنند.

- صرفه‌جویی در زمان: تصمیمات به سرعت به سطوح عملیاتی منتقل می‌شوند. به عنوان نمونه، دستور فوری معاون فنی برای تعمیر تجهیزات بهداشتی، بدون نیاز به بحث‌های طولانی اجرا می‌شود.

- تقویت سلسله‌مراتب: جایگاه مدیریتی و اختیارات به وضوح تعریف می‌شود. به عنوان مثال، ابلاغ دستور عمل‌های مالی از سوی مرکز مدیریت شبکه به دانشگاه‌ها، مرزهای مسئولیت را مشخص می‌کند.

همچنین معایب ارتباطات نزولی به شرح ذیل است:

- کاهش مشارکت کارکنان: کارکنان ممکن است احساس کنند نظراتشان نادیده گرفته می‌شود. به عنوان مثال، طراحی یک نرم‌افزار جدید بدون مشورت با کاربران نهایی (بهورز، مراقب سلامت و...)، منجر به مقاومت در پذیرش آن می‌شود.

- خطر تحریف اطلاعات: پیام ممکن است در طول سلسله‌مراتب تغییر کند یا ساده‌سازی شود. به عنوان مثال، دستور «کاهش هزینه‌های حوزه سلامت» ممکن است به «حذف خدمات ضروری» تفسیر شود!

- انعطاف‌ناپذیری: رویکرد یکسان برای همه بخش‌ها ممکن است با شرایط خاص

برخی واحدها سازگار نباشد. به عنوان مثال، دستور کاهش عدم جذب نیروی جدید در واحدهای محیطی و ستادی، کیفیت خدمات در واحدهای محیطی را به شدت تحت تأثیر قرار می‌دهد.

- ایجاد ترس یا مقاومت: ارتباطات یک طرفه ممکن است به عنوان دستورات تحکمی تلقی شود. به عنوان مثال اعلام تغییر نوبت کاری بدون توضیح دلایل، باعث ناراضی‌گری کارکنان می‌شود.

با توجه به معایب موجود، مدیر حوزه سلامت باید با استفاده از راهکارهایی مانند ایجاد نظام بازخورد برای شنیدن نظرات کارکنان، استفاده از زبان ساده و ارائه مثال‌های عملی، تقویت مهارت‌های ارتباطی برای انتقال دقیق پیام در خود و دیگر مدیران و استفاده از کانال‌های ارتباطی چندگانه، معایب این نوع ارتباطات را کاهش دهد. در واقع سازمان‌های بخش بهداشت با ترکیب ارتباطات و نظام‌های بازخورد می‌توانند هم‌کارایی را افزایش دهند و هم رضایت کارکنان خود را حفظ کنند.

۲. ارتباط صعودی: به انتقال اطلاعات از تراز پایین سازمان (کارکنان) به تراز بالاتر (مدیران) اشاره دارد. این نوع ارتباطات نقش مهمی در بهبود تصمیم‌گیری و افزایش مشارکت کارکنان ایفا می‌کند، اما چالش‌هایی نیز دارد. مزایای ارتباطات صعودی به شرح ذیل است:

- افزایش مشارکت کارکنان: کارکنان احساس می‌کنند نظراتشان ارزشمند است و در فرایند تصمیم‌گیری نقش دارند. به عنوان نمونه، در یک مرکز خدمات جامع سلامت، پیشنهاد کارکنان برای بهبود چیدمان تجهیزات توسط مدیریت اجرایی رضایت‌بخشی کارکنان را افزایش خواهد داد.
- کشف مشکلات عملیاتی: کارکنان خط مقدم، اغلب نخستین کسانی هستند که نقص‌ها یا چالش‌های روزمره را متوجه می‌شوند. می‌توان به‌روزان و مراقبان سلامت را در نظر گرفت که به عنوان استفاده‌کننده از سامانه‌های سطح اول بهداشتی، زودتر متوجه خطای نرم‌افزار می‌شوند و گزارش آن را می‌توانند به ترازهای بالاتر برای اصلاح ارسال کنند.
- بهبود تصمیم‌گیری مدیریتی: دسترسی به اطلاعات دست‌اول از عملیات روزانه، تصمیمات را واقع‌بینانه‌تر می‌کند. خرید سامانه نوبت‌دهی آنلاین به دلیل بازخورد کارکنان بخش پذیرش درباره افزایش شکایت مراجعه‌کنندگان در یک مرکز خدمات

جامع سلامت یک نمونه از این موضوع است.

- تقویت اعتماد سازمانی: ایجاد فرهنگ مبتنی بر شفافیت و گفتگو می‌تواند اعتماد بین کارکنان و مدیران را افزایش دهد. برای مثال، معاون بهداشت یک دانشگاه به صورت ماهانه جلسات «گپ آزاد» با کارکنان برگزار می‌کند تا دغدغه‌ها، پیشنهادهای و نظرات آن‌ها را بشنود و پاسخ دهد.

همچنین معایب ارتباطات صعودی به شرح ذیل است:

- ترس از عواقب منفی: کارکنان ممکن است از گزارش اشتباهات به دلیل ترس از تنبیه خودداری کنند. برای مثال پرستار یک مرکز خدمات جامع سلامت شبانه‌روزی ممکن است که به دلیل نگرانی از سرزنش مدیر مرکز، خطای دارویی را پنهان کند.
- تحریف اطلاعات: اطلاعات در طول سلسله‌مراتب ممکن است سانسور یا تغییر یابد. به عنوان مثال، گزارش پایش عملکرد در حوزه سلامت تحریف شود تا مدیر مربوط عملکرد خود را بهتر نشان دهد.
- زمان بردن فرایند: در سازمان‌های سلسله‌مراتبی، انتقال اطلاعات به تراز بالا ممکن است طولانی شود.
- نبود توجه مدیریت: ممکن است مدیران به بازخوردها عمل نکنند و ارتباطات صعودی بی‌اثر شود. به عنوان مثال، ممکن است کارکنان سلامت به پرداخت نشدن به موقع کارانه‌ی خود اعتراض نمایند اما مدیر حوزه سلامت، آن را نادیده بگیرد.

با توجه به مزایا و معایب ارتباطات صعودی، استفاده از سامانه‌های گزارش‌دهی محرمانه برای دریافت نظرات همکاران^۱، تقویت مهارت گوش‌دادن فعال و پاسخ‌گویی به بازخوردها، حذف لایه‌های مدیریتی غیرضروری برای تسریع انتقال اطلاعات و اعطای پاداش به کارکنانی که پیشنهادهای سازنده ارائه می‌دهند، از جمله راهکارهایی است که مدیر حوزه سلامت می‌تواند بوسیله آن‌ها از عملکرد درست ارتباطات صعودی اطمینان حاصل کند.

ب) ارتباطات افقی^۲

ارتباطات افقی در سازمان‌های بهداشتی، قلب تپنده همکاری درون‌بخشی است. ارتباطات افقی به تبادل اطلاعات بین افراد، واحدها یا بخش‌هایی از سازمان گفته می‌شود که در یک

1. Whistleblowing Platforms
2. Horizontal Communication

سطح سلسله‌مراتبی قرار دارند. این نوع ارتباط برای هماهنگی، حل مسئله و بهبود کارایی در سازمان‌های پیچیده مانند مراکز بهداشتی در مانی حیاتی است. نمونه این نوع ارتباطات در زمان شیوع همه‌گیری‌های بهداشتی وجود دارد. از جمله مزایای این نوع ارتباط می‌توان به موارد ذیل اشاره کرد:

- بهبود هماهنگی بین بخش‌ها از طریق کاهش موازی‌کاری و تضاد وظایف.
- سرعت در تصمیم‌گیری با حذف تأخیرهای ناشی از سلسله‌مراتب اداری.
- تقویت کار تیمی و نوآوری با به اشتراک‌گذاری ایده‌ها بین متخصصان مختلف.
- کاهش خطاها با تصحیح اشتباهات از طریق بازخورد فوری.

همچنین معایب این روش ارتباطی در سازمان عبارت است از:

- تداخل در مسئولیت‌ها و امکان سردرگمی در مورد تصمیم‌گیرنده نهایی.
 - امکان ایجاد تنش با رقابت ناسالم بین بخش‌ها برای منابع یا اعتبار.
 - نادیده گرفتن سلسله‌مراتب با کم‌رنگ شدن نقش مدیران میانی.
 - افزایش حجم اطلاعات غیررسمی با ایجاد خطر انتشار شایعات یا اطلاعات نادرست.
- در این خصوص مدیران حوزه سلامت برای بهبود این نوع از ارتباطات می‌توانند اقدام به مشخص کردن مسئولیت هر بخش در فرایندهای مشترک نمایند، از پلتفرم‌های ارتباطی برای ارتباطات ساختاریافته استفاده نمایند؛ جلسه‌های منظم بین بخش‌ها برای بررسی چالش‌ها برگزار کنند و دوره‌های آموزشی حل تعارض و مذاکره برای کارکنان برگزار نمایند.

ج) ارتباطات غیررسمی^۱

به تبادل اطلاعات خارج از چهارچوب رسمی سازمان، مانند گفتگوهای دوستانه یا شبکه‌های اجتماعی داخلی گفته می‌شود. این نوع ارتباطات نقش مهمی در شکل‌دهی فرهنگ سازمانی و تسهیل همکاری دارد، اما نیاز به مدیریت هوشمندانه برای جلوگیری از چالش‌ها دارد. برای نمونه گروهی از بهورزان در یک گفتگوی مجازی غیررسمی، ایده‌های خلاقانه برای بهبود فرایندهای ارائه خدمت مطرح می‌کنند. مزایای ارتباطات غیررسمی عبارت است از:

- سرعت انتقال اطلاعات: پیام‌ها بدون عبور از سلسله‌مراتب اداری به سرعت منتقل

می‌شوند؛ مانند اطلاع‌رسانی فوری درباره شیوع بیماری خاص در گروه شبکه اجتماعی پزشکان یک شهرستان.

- تقویت روابط بین فردی: ایجاد حس همبستگی و اعتماد بین کارکنان. مطالعات نشان داده است که برگزاری جلسه‌های غیررسمی میان پزشکان خانواده و متخصصان سلامت منجر به بهبود کارکرد سیستم ارجاع در بلندمدت خواهد شد.
- افزایش نوآوری: اشتراک ایده‌های خلاقانه در محیطی بدون فشار رسمی.
- کاهش استرس کاری: فرصتی برای صحبت درباره چالش‌ها خارج از فضای رسمی.

اما معایب این نوع از ارتباطات به شرح ذیل است:

- انتشار شایعات و اطلاعات نادرست.
- کاهش تمرکز بر وظایف اصلی.
- خطر افشای اطلاعات محرمانه در کانال‌های غیررسمی.
- ممکن است کارکنان به جای استفاده از کانال‌های رسمی، فقط به ارتباطات غیررسمی تکیه کنند.

در واقع مهم‌ترین نکته در ارتباطات غیررسمی برای مدیر، شنیدن حرف‌هایی است که گفته نمی‌شود. یک مدیر حوزه سلامت می‌تواند با استفاده از راهکارهایی مانند ایجاد کانال‌های غیررسمی مدیریت‌شده، آموزش کارکنان درباره اهمیت حفظ حریم خصوصی و جلوگیری از انتشار شایعات، ترکیب ارتباطات رسمی و غیررسمی از طریق بهره‌گیری از بازخوردهای غیررسمی برای بهبود فرایندهای رسمی، ایجاد فرهنگ پاسخ‌گویی برای اصلاح اطلاعات نادرست، و در نهایت برنامه‌ریزی جلسه‌های غیررسمی (مانند ناهار گروهی یا دورهمی‌های ماهانه) این نوع ارتباطات را بهبود دهند.

ارتباط با جامعه و ذی‌نفعان: کلید دستیابی به اهداف سلامت

سناریو

بحران خاموش مقاومت میکروبی در سایه مصرف بی‌رویه آنتی‌بیوتیک‌ها

در سال‌های اخیر، شواهد فراوانی از افزایش مقاومت میکروبی در ایران مشاهده شده است. بسیاری از بیماران در مناطق شهری و روستایی، با نخستین نشانه‌های

بیماری‌های ویروسی - مانند سرماخوردگی یا آنفلوآنزا- از پزشکان درخواست تجویز آنتی‌بیوتیک می‌کنند. از سوی دیگر، بخش قابل توجهی از مردم بدون مشورت با پزشک، آنتی‌بیوتیک‌ها را از داروخانه‌ها تهیه و مصرف می‌کنند یا دوره درمان را کامل نمی‌کنند. این روند موجب شده که درمان عفونت‌های شایع و خطرناک، مانند ذات‌الریه یا عفونت‌های بیمارستانی، به مراتب دشوارتر و پرهزینه‌تر شود.

مهم‌ترین مهارتی که لازم است یک مدیر سلامت برای برقراری ارتباطات مؤثر داشته باشد درک روشن از تغییر مورد نیاز است که به دنبال آن است. در ابتدا لازم است مدیر از خود بپرسد؛ چرا صحبت می‌کنم/ می‌نویسم/ پاسخ می‌دهم/ مطلبی ارائه می‌دهم و...؟ و اینکه چه تغییری در نتیجه ارتباطات خود می‌خواهم ببینم؟ پاسخ به این دو پرسش همواره ارتباطات مدیر را مؤثر و در مسیر درست نگاه خواهد داشت. در واقع مدیر سلامت باید از یک پیامد ارتباطی فراگیر^۱ که به معنای تغییر بهداشتی در گروه هدف در نتیجه ارتباطات است آگاه باشد. در این راه توجه به برخی نکات ضروری است:

از آنجایی که تغییر مورد نظر یک پیامد است باید از دیدگاه مخاطبان ارتباطات (گروه هدف) اطلاع حاصل شود.

- تغییر مورد انتظار باید صریح و شفاف^۲ باشد و همچنین محدودیت زمانی^۳ برای دستیابی به آن تعریف شود.
 - تغییر مورد نظر باید واقع‌گرایانه^۴ و دست‌یافتنی^۵ باشد.
 - تغییر مورد نظر باید در کنار دیگر مداخله‌های بهداشتی، در خصوص هدفی بزرگ‌تر تعریف شده باشد.
 - تغییر مورد نظر باید با توجه به نیازها و ویژگی‌های مخاطبان هدف تعریف شود؛ بنابراین باید از اعمال نظر شخصی در آن پرهیز کرد.
- با در نظر گرفتن نکته‌های یادشده، برای تعیین یک پیامد ارتباطی فراگیر باید مراحل را سپری نمود که در ادامه با یک نمونه توضیح داده می‌شود.

1. Single Overarching Communications Outcome (SOCO)
2. Explicit
3. Time-limited
4. Realistic
5. Achievable

گام اول: تعیین مشکل بهداشتی مهم موجود.

فرض کنید در شهرستانی، درصد ارجاع بیماران از مراکز خدمات جامع سلامت به تراز بالاتر بسیار بیشتر از حد معمول دانشگاه/استان و کشور است و این موضوع مشکلاتی را برای شبکه بهداشت شهرستان ایجاد کرده است؛ بنابراین از نظر مدیر آن شبکه مهم‌ترین مشکل موجود که باید برای رفع آن چاره‌اندیشی شود و در خصوص آن برنامه‌ریزی و ارتباطات مؤثر شکل گیرد، شمار زیاد ارجاع بیماران است.

گام دوم: دلیل اهمیت کنونی این مشکل را مشخص کنید.

در نمونه یادشده، بر پایه بررسی مدیر سلامت شهرستان، شواهد علمی و محلی موجود نشان داده است که نرخ زیاد ارجاع، پیامدهای نامطلوب را در پی داشته است که عبارت‌اند از؛ افزایش بار کاری در مراکز تخصصی و بیمارستان‌ها شهرستان، ایجاد صف‌های طولانی و افزایش زمان انتظار برای بیماران، کاهش کیفیت خدمات بهداشتی به دلیل فشار بیش از حد بر کارکنان و امکانات، افزایش هزینه‌های نظام سلامت، کاهش رضایت بیماران به دلیل نیاز به سفرهای طولانی برای دسترسی به مراکز تخصصی، سردرگمی بیماران در فرایند ارجاع و در نهایت دریافت خدمات و تضعیف مراقبت‌های اولیه و پیشگیری.

گام سوم: تعیین کنید کدام گروه از مخاطبان باید تغییر رفتار دهند.

با توجه به موردنگاری مذکور، دو گروه اصلی نیاز به تغییر رفتار خواهند داشت. گروه نخستی که نیاز به تغییر رفتار دارند، بیماران و خانواده‌آنها هستند و گروه دوم، پزشکان شاغل در سطح مراقبت‌های بهداشتی و درمانی اولیه^۱ هستند.

گام چهارم: تغییر مورد انتظار در مخاطبان خود را مشخص کنید.

انتظار داریم بیماران و خانواده‌های آنان به پزشکان مراقبت‌های بهداشتی درمانی اولیه برای ارجاع، فشار وارد نکنند و همچنین بیماران متعهد به اجرای دستورات پزشکی پزشکان خود باشند. همچنین، در گروه دوم مخاطبان تغییر - یعنی پزشکان - انتظار می‌رود آن‌ها بیماران را به جز موارد ضروری مندرج در دستورعمل‌های درمانی، به سطح بالاتر ارجاع ندهند و تحت تأثیر فشار بیماران برای ارجاع آن‌ها به پزشکان متخصص نیز قرار نگیرند.

پس از انجام مراحل مذکور، مشخص خواهد شد که پیامد ارتباطی فراگیر مورد انتظار شما چیست. سپس شما باید اطمینان حاصل کنید که به هدف تعیین شده در سریع‌ترین زمان ممکن خواهید رسید. موضوعی که باید به دقت به آن توجه شود این است که کارکنان حوزه سلامت، آموزش‌های لازم برای شفاف‌سازی مشکل و بررسی آن از زوایای مختلف را

دیده‌اند و بر اساس آن اقدام می‌کنند. همچنین برای بی‌نقص بودن اقدام مورد نظر، آنان در پی انجام اقدام‌های دقیق، کامل، گام‌به‌گام و گاهی با سرعت کم هستند. با این حال، مردم زمانی به سخنان مدیران سلامت گوش فرا می‌دهند که توجه‌شان سریع به موضوع جلب شود و در صورت ایجاد علاقه نسبت به موضوع، خواهند توانست بر موضوع ارتباطات متمرکز شوند. پس از آن می‌توان به شرح بیشتر موضوعات پیرامون مشکل بهداشتی موجود پرداخت. این موضوع با توجه به پیشرفت سریع فناوری‌ها و دسترسی سریع مردم و کارکنان حوزه سلامت به اطلاعات بهداشتی، اهمیتی دوچندان یافته است. در این شرایط ما باید اطلاعات مورد نظر را به تدریج و بر اساس اولویت‌بندی به مخاطبان خود انتقال دهیم (۲۰).

تمرین ۱

با توجه به مراحل و مباحث ذکرشده، سه مشکل مهم بهداشتی (یک مورد در سطح کشور؛ یک مورد در سطح دانشگاه/استان و یک مشکل در شهرستان) را در نظر بگیرید و برای تعیین یک پیامد ارتباطی فراگیر برای هر کدام از مشکلات، به این پرسش‌ها پاسخ دهید:

۱. مشکل بهداشتی مهم موجود چیست؟
۲. چرا اکنون می‌خواهید بر روی این مشکل تمرکز کنید؟
۳. کدام گروه از مخاطبان باید تغییر رفتار دهند؟
۴. مشخص کنید انتظار دارید چه تغییری در مخاطبان خود پدید آید؟ (در خصوص پاسخ به این پرسش این‌گونه آغاز کنید که «تغییر مورد انتظار این است که...»، همچنین فعل‌های اطلاع‌دادن، گفتن یا آگاه‌ساختن فعل‌های تغییردهنده محسوب نمی‌شوند. توصیه می‌شود به جای آن‌ها از افعالی مانند متقاعد ساختن، جلوگیری کردن، اثر گذاشتن، اصلاح رفتارکردن، اعتماد ایجاد کردن، تغییر دادن و مانند این‌ها بهره‌برداری کنید).

مخاطبان ارتباطات در حوزه سلامت

در ادامه درباره یکی از مهم‌ترین و متغیرترین عناصر ارتباطات در حوزه سلامت یعنی مخاطبان (گیرنده پیام) صحبت خواهیم کرد. به این موضوع خواهیم پرداخت که چگونه

مخاطبان خود را بهتر بشناسیم و از تئوری‌های یادگیری^۱ برای بررسی این موضوع که چگونه می‌توان فرایند دریافت پیام، فهمیدن آن^۲، درک پیام^۳، باور^۴ به پیام و تغییر رفتار را در مخاطبان شکل داد.

چگونه می‌توانیم مخاطبان خود را شناسایی کنیم، توجه آن‌ها را جلب نماییم، آن‌ها را متقاعد کنیم تا بخشی از تغییر مورد نظر ما باشند؟

امروزه در جامعه حجم زیادی از اطلاعات در خصوص موضوعات بهداشتی مورد نظر شما وجود دارد که با اطلاعات شما برای انتقال به مخاطبان رقابت می‌کند. منابع اطلاعات متنوع‌اند و گاهی موضوعات بیان شده در تضاد با هم هستند. کاربرد هوش مصنوعی^۵ در عین وجود منافع فراوان منجر به بمباران اطلاعاتی افراد در کوتاه‌ترین زمان ممکن شده است. در این شرایط شما به عنوان مدیر حوزه سلامت با مخاطبان سردرگمی روبرو هستید که به دلیل این حجم از اطلاعات بهداشتی، به دنبال کشف حقیقت و روشن شدن تناقضات هستند.

برای نمونه در دوره همه‌گیری کووید-۱۹، سازمان‌های بهداشتی و درمانی از اثربخشی شماری از واکسن‌ها خبر دادند؛ در مقابل، شبکه‌های اجتماعی و برخی رسانه‌ها اطلاعاتی مانند «عوارض خطرناک واکسن» یا «تأثیرگذاری داروهای سنتی» را منتشر می‌کردند. این تضاد اطلاعاتی باعث سردرگمی مردم شد. از این روزمانی که شما در تلاش انتقال پیام خود به مخاطبان هستید، ممکن است این پیام توسط رسانه‌ها^۶، سیاست‌مداران^۷، لابی‌گران^۸ و دیگر افراد تعدیل شود یا پیام شما را به نفع خود تحریف کنند. این موضوع سبب خواهد شد که اعتماد مخاطبان به شما نیز دچار خدشه شود. با توجه به این موضوعات، به کارگیری جنبه‌های مهم یادگیری مؤثر برای برقراری ارتباطات کارا با مخاطبان کاملاً ضروری است. شماری از نکات مهم به شرح ذیل است:

۱. مغز ما بیشتر به فراموشی تمایل دارد تا به یادآوردن. استفاده از ارتباطات چندحسی^۹ باعث افزایش درک، حفظ اطلاعات و جلوگیری از فراموشی در مخاطبان می‌شود.

1. Learning theory
2. Understanding
3. Comprehension
4. conviction
5. Artificial intelligence
6. Media
7. Politicians
8. Lobbyists
9. Multisensory communications

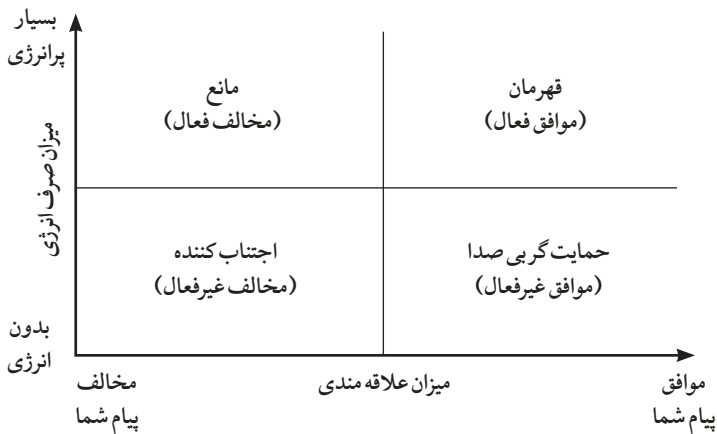
۲. وقتی مردم کاری انجام می دهند، حتی اگر این کار تماس با شماره، بازدید از وبسایت و... باشد، پیام‌ها بیشتر در ذهن آن‌ها ماندگار خواهد بود.
۳. مردم موضوعات خاص، به ویژه موضوعاتی را که به نحوی بیشتر با آن‌ها در ارتباط هستند، به یاد می آورند.
۴. مغز انسان اطلاعات را به اندازه‌های قابل کنترل تقسیم می کند؛ بنابراین پیام‌ها باید محدود باشد.
۵. ایجاد وقفه در حین انتقال پیام می تواند تأثیرگذاری آن را افزایش دهد. در این حالت، مغز فرصتی برای استراحت و پردازش اطلاعات دریافت شده پیدا می کند و برای دریافت بخش بعدی پیام آماده می شود.
۶. در بیشتر موارد مخاطبان آغاز و پایان یک پیام را به خاطر می آورند؛ در حالی که بخش‌های میانی پیام اغلب به عنوان فضای خالی شناختی^۱ در نظر گرفته می شود.

تحلیل مخاطبان

پیش از تصمیم‌گیری در خصوص راهبرد ارسال پیام، یک مدیر حوزه سلامت باید بتواند ذی‌نفعان مرتبط با پیام را به درستی تحلیل نماید. در این خصوص می‌توان از نمودار «تحلیل مخاطب» استفاده نمود. برای این تحلیل لازم است مراحل زیر را سپری کنید:

۱. ابتدا نمودار تحلیل ذی‌نفعان (نمودار ۲) را مشاهده کنید.
۲. پیامد ارتباطی فراگیر مورد نظر که با روش مذکور در بخش قبلی تعیین کردید، در بالای نمودار بنویسید.
۳. ابتدا با استفاده از محور افقی مشخص کنید کدامیک از ذی‌نفعان پیام شما در گروه موافقان یا مخالفان پیام شما قرار دارند.
۴. سپس میزان انرژی (تأثیرگذاری مثبت یا منفی) ذی‌نفعان را برای ممانعت یا پیشبرد موفقیت آن‌ها در راستای هدف شما با استفاده از محور عمودی تعیین کنید.
۵. هر گروه یا فردی را که احساس می‌کنید می‌تواند در تحقق یافتن یا نیافتن هدف شما از ارتباط مؤثر نقش داشته باشد، در این نمودار جای دهید و البته با خود صادق باشید.
۶. آگاهی از این موضوع ضروری است که جایگاه ذی‌نفعان ممکن است هر زمانی در

- نمودار تغییر کند و هر کدام از آن‌ها ممکن است بر دیگری اثرگذار باشند.
۷. در این خصوص تصمیم بگیرید که کدام گروه‌ها یا افراد برای دستیابی به هدف شما بهترین هستند. به این فکر کنید که در چه زمانی چه کاری باید انجام شود. این شروع راهبرد ارتباطی شماست.
 ۸. برای هر گروه هدف، درباره نیازها، خواسته‌ها و نگرانی‌های آنان بیندیشید. چگونه می‌توان آن‌ها را برطرف کرد؟ چه زبان‌ها و چه سطحی از پیچیدگی پیام برای آنان مناسب‌تر است؟ از چه کانال‌هایی می‌توان به بهترین شکل به آنان دسترسی یافت؟ و چگونه می‌توان پیام‌ها را برای مخاطبان جذاب‌تر ساخت؟
 ۹. تحلیل خود را برای بررسی تغییرات صورت گرفته در فواصل زمانی بازبینی و به‌روز کنید.



نمودار ۲: تحلیل ذی‌نفعان مرتبط با پیام بهداشتی

جدول ۱ برخی راهبردهای ممکن پس از تحلیل گروه ذی‌نفعان را نشان می‌دهد. به خاطر داشته باشید که ارتباطات مؤثر تنها یکی از چندین عاملی است که می‌تواند شما را در جهت تحقق هدف‌تان یاری رساند. در خصوص موردنگاری مشکل درصد ارجاع زیاد بیماران به سطوح بالاتر نظام ارجاع، در صورتی که برنامه‌ریزی مؤثری برای رفع نیازهای مرتبط با منابع مالی، زیرساختی، نیروی انسانی و... صورت نگرفته باشد، ارتباطات به تنهایی نخواهد توانست بیماران و پزشکان را در خصوص عدم ارجاع موارد غیر ضروری قانع کند.

جدول ۲: راهبرد مورد نیاز بر اساس نوع مخاطب در حوزه سلامت

نوع ذی‌نفع	به اشتراک‌گذاری هدف	راهبرد ارتباطات
قهرمان	بلی	اطلاعات در اختیارشان قرار دهید. از مشارکت آن‌ها استقبال و تقدیر کنید. اجازه دهید از هدفشان حمایت کنند.
حمایت‌گر بی‌صدا	بلی	آموزش دهید، توانمند سازید، اطلاع دهید و انگیزه بدهید. با مشارکت دادن قهرمانان مورد تحسین آن‌ها، انرژی‌شان را افزایش دهید.
اجتناب‌کننده	خیر	می‌توانید آنان را نادیده بگیرید یا باخبر سازید. از ظرفیت گروه قهرمان برای اثرگذاری بر این افراد استفاده کنید.
مانع	خیر	اگر اثرگذار نیستند، آنان را نادیده بگیرید. در صورت اثرگذار بودن با آن‌ها روبرو شوید. با بازگ کردن حقایق و استفاده از گروه‌های قهرمان با آن‌ها مقابله کنید. آنچه را که می‌گویند و گروه مخاطبان آن‌ها را زیر نظر داشته باشید.

تمرین ۲

مشکل بهداشتی که در سناریوی "بحران خاموش مقاومت میکروبی در سایه مصرف بی‌رویه آنتی‌بیوتیک‌ها" مطرح شد را در نظر بگیرید و اقدامات ذیل را انجام دهید:

فهرستی از ذی‌نفعان اصلی در این مسئله تهیه کنید (مانند بیماران، پزشکان عمومی، داروسازان، سیاست‌گذاران سلامت، رسانه‌ها، دانشجویان پزشکی، بیمه‌ها، انجمن‌های علمی)

برای هر ذی‌نفع، مشخص کنید که نسبت به پیام اصلی شما (مانند «تجویز آنتی‌بیوتیک فقط در صورت نیاز پزشکی») در کدامیک از چهار دسته قهرمان (موافق فعال)، حامی بی‌صدا (موافق غیرفعال)، اجتناب‌کننده (مخالف غیرفعال) یا مانع (مخالف فعال) هستند.

مشخص کنید برای هر گروه چه راهبردی در نظر خواهید گرفت.

اطلاع‌رسانی خطراً

پرسش اساسی این است که یک مدیر حوزه سلامت چگونه می‌تواند مخاطبان خود را شناسایی کند، توجه آن‌ها را به موضوع مورد نظر جلب نماید و آن‌ها را متقاعد کند که بخشی از تغییر مورد انتظار باشند؟ در حوزه سلامت، خطر^۲ به عنوان احتمال وقوع اتفاق بد در هنگام قرار گرفتن افراد در معرض خطر^۳ (چیزی که توان آسیب‌رساندن دارد) در نظر گرفته می‌شود. گستره‌ی خطر^۴ مستقیم با بزرگی خطر، میزان قرار گرفتن افراد در معرض خطر و میزان آسیب‌پذیری افراد در معرض خطر مرتبط است.

نکته اساسی این است که کارشناسان و آن‌هایی که در مخاطره هستند، باید درک یکسانی از خطر داشته باشند. برای متخصصان حوزه سلامت، خطر به‌طور مستقیم با ماهیت و گستره‌ی خطر مرتبط است؛ اما مردم (افراد در معرض خطر) آن را بر اساس توانایی در ایجاد حس آشفتگی (ترس، نگرانی، درگیری عاطفی) درک می‌کنند. کارشناسان بخش اطلاع‌رسانی خطر، عوامل مختلفی را بر نحوه درک احتمال خطر، مؤثر می‌دانند که همه این عوامل می‌توانند در افراد ایجاد آشفتگی کند. در واقع مردم به‌طور معمول زمانی آشفتگی بیشتری خواهند داشت که احساس کنند:

- خطر به‌صورت غیرارادی تحمیل شده باشد،
- غیرقابل کنترل باشد،
- جدید و غیر معمول باشد،
- توسط انسان ایجاد شده باشد،
- در مقیاس فاجعه‌بار باشد و به‌صورت ناعادلانه توزیع شده باشد،
- برای نسل‌های آینده مخاطره‌آمیز و دانش مرتبط با آن محدود باشد.

وظیفه مدیر حوزه سلامت این است که با برنامه‌ریزی مناسب، کاستی موجود بین چگونگی تعریف خطر توسط کارشناسان فنی حوزه بهداشت و چگونگی درک خطر توسط مردم را پر کند. در این راستا، برخی از متخصصان این بخش به نادرست بر این باورند که اگر شفافیت و دقت رعایت شود، اطلاع‌رسانی خطر به‌درستی عمل خواهد کرد. با وجود اینکه اطلاعات فنی برای برقراری اطلاع‌رسانی خطر ضروری است، اما کافی نخواهند بود؛ از

1. Risk communication
2. Risk
3. Hazard
4. Magnitude of the risk

این رو توجه به بلوک‌های سازنده‌ی اطلاع‌رسانی خطر به شرح ذیل ضروری است:

- اطلاعات فنی^۱: آمار و ارقامی که برای پشتیبانی از پیام‌های کلیدی مورد نیاز هستند.
- ارزش‌ها^۲: متوسل شدن به ارزش‌های فرهنگی جامعه.
- اعتماد^۳: ایجاد اعتماد به افراد و سازمان‌های تأثیرگذار.
- اعتبار^۴: اعتبار رسانه‌ها، سازمان‌ها.
- انتقال احساس همدلی^۵: مردم زمانی که احساس کنند سلامت آن‌ها برای شما مهم است با دقت بیشتری به شما گوش خواهند داد.

راهبردهای ارتباطات اطلاع‌رسانی خطر

در این بخش به توضیح مدل ارائه شده توسط پیتر سندمن^۶ متخصص مشهور این حوزه خواهیم پرداخت. در این مدل، درک خطر بر اساس دو عامل تعریف می‌شود: میزان بزرگی خطر و میزان آشفته‌گی (مانند ترس، نگرانی، خشم یا درگیری عاطفی) در مخاطبان. بر اساس تحلیلی که یک مدیر حوزه سلامت با استفاده از نمودار (۳) انجام می‌دهد و محلی که درک از خطر قرار می‌گیرد، چهار راهبرد اطلاع‌رسانی خطر می‌تواند به کار رود.



نمودار ۳: راهبردهای اطلاع‌رسانی خطر

1. Technical information
2. Values
3. Trust
4. Credibility
5. Expression of empathy
6. Peter Sandman

راهبرد اول مراقبت توأم با حفظ ارتباط با ذی‌نفعان (و نظارت جامعه): زمانی است که خطر به نسبت کوچک است و درگیری عاطفی کم است یا بی‌تفاوتی وجود دارد. در این خصوص دو هدف اساسی باید توسط مدیر حوزه سلامت دنبال شود؛ یکی نظارت بر مخاطبان برای شناسایی و پیشگیری سریع از بروز آشفستگی (پیش از اینکه وضع به سمت مدیریت آشفستگی پیش برود) و دیگری حفظ مشارکت عمومی و ذی‌نفعان در برنامه‌های در حال اجرا است. در این راستا می‌توانید اقدامات ذیل را اجرا کنید:

- پیام‌های بهداشتی را بر پایه شواهد محکم علمی طراحی کنید.
- اطلاعات مناسب برای همگان را منتشر کنید که معمولاً کافی است، و همچنین پیش از بروز مشکلات، زود هنگام آن‌ها را شناسایی و پیگیری کنید.
- برای بهره‌گیری از کانال‌های ارتباطی، به خودانگیزگی مخاطب تکیه کنید.
- بپذیرید که به تنهایی نمی‌توانید به تغییرات بزرگ دست یابید.

برای نمونه در پایان سال ۱۴۰۳ خورشیدی و پیش از آغاز سفرهای نوروزی، در پویش «نه به تصادف»، وزارت بهداشت در مان و آموزش پزشکی و دانشگاه‌های علوم پزشکی کشور، بروشورها و تیزرهای تبلیغاتی متنوعی را طراحی و در بسیاری از رسانه‌ها منتشر کردند که این موضوع توجه بسیاری از مخاطبان را به خود جلب کرد.



عکس ۸: پیام نه به تصادف (منبع: خبرگزاری جمهوری اسلامی ایران)

راهبرد دوم حمایت طلبی پیشگیرانه: زمانی است که خطر بزرگ است، اما مردم خیلی نگران یا آشفته نیستند. آن‌ها ممکن است نسبت به این موضوع بی‌تفاوت باشند. در این راهبرد هدف برانگیزختن احساسات مردم است تا آن‌ها را به سطح نگرانی مورد نظر (نه بالاتر) برسانید تا اقدامات لازم را برای تغییر رفتار بهداشتی خود به عمل آورند. در این موقعیت باید با احتیاط عمل کرد، زیرا مدیر حوزه سلامت می‌خواهد سطح نگرانی جامعه به موضوعی را به صورت هدفمند تا حد نگرانی کارکنان بهداشتی افزایش دهد. بسیاری از

مداخله‌های بهداشتی در این گروه قرار دارند، تهدیدها جدی هستند، اما مخاطبان ما از نظر احساسی به اندازه کافی درگیر نیستند که توصیه‌های ما را بپذیرند. در این راستا می‌توان اقدامات ذیل را اجرا کرد:

- شفاف و صادق باشید و بیش از اندازه خطر را بزرگ نکنید.
- مردم را به اقدام برای جلوگیری از بحران بعدی ناشی از این خطر تشویق کنید.
- بر پایه شواهد محکم علمی، به زبان عامیانه پیام ارسال کنید.

برای نمونه، بر پایه گزارش‌های جهانی، روند تغییر بیماری‌ها از بیماری‌های واگیر به غیر واگیر در همه کشورها از جمله ایران سرعت گرفته است. بر این اساس توجه به عوامل بروز خطر مانند سیگار کشیدن، مصرف الکل و کمبود فعالیت فیزیکی، اهمیتی دو چندان یافته است. با این حال اهمیت این موضوع توسط مردم به درستی درک نشده است و لازم است سطح نگرانی مردم به موضوع افزایش یابد تا از خطرات و بیماری‌های ناشی از این عوامل در جامعه جلوگیری شود.



عکس ۹ پیام هفته ملی بدون دخانیات (منبع پیام: وزارت بهداشت)

راهبرد سوم مدیریت آشفستگی: زمانی است که خطر کوچک است (خطر کم یا بدون خطر واقعی) اما مردم بسیار آشفته یا ناراحت هستند یا واکنش آن‌ها با خطر واقعی تناسب ندارد.

هدف اولیه در این راهبرد آرام کردن مردم به صورت منطقی و با احترام است. در این زمینه لازم است ابتدا به نگرانی‌های آن‌ها گوش دهید. در صورتی که آشفستگی موجود به دلیل اقدامی اشتباه از بخش شما به وجود آمده است، عذرخواهی کنید. سپس ضمن ارائه حقایق و شواهد و پذیرش آشفستگی مردم، خطر واقعی را توضیح دهید. در این مسیر می‌توانید به چهره‌های مورد اعتماد مردم و پژوهش‌های علمی تکیه کنید. سرانجام اطلاعات نادرست را اصلاح کنید تا از بروز شایعات بعدی جلوگیری شود. توجه داشته باشید برای اقدام در این زمینه با محدودیت زمان روبرو هستید.

فرض کنید از شماری از روستاییان آزمایش خون گرفته شده است. بر اساس نتایج تشخیصی، برخی از آنان به بیماری ایدز دچار شده‌اند. کارکنان حوزه سلامت اقدام به اطلاع‌رسانی به اهالی روستا می‌کنند و این موضوع منجر به بروز آشفستگی در مردم روستا و ایجاد شایعات مختلف شده است. در این مورد یک مدیر حوزه سلامت باید به سرعت وارد عمل شده، ضمن گوش دادن به نگرانی‌های مردم و اطمینان دادن به آن‌ها با اجرای فرایندهای تشخیصی تکمیلی، از مردم بابت ایجاد نگرانی بی‌مورد عذرخواهی کند.

راهبرد چهارم ارتباطات در شرایط بحران: زمانی است که خطر بزرگ یا نزدیک وقوع است و ترس نیز (به‌طور مناسب) زیاد است.

همواره درجه معینی از ترس یا نگرانی برای ایجاد انگیزه در افراد برای محافظت از سلامت آن‌ها ضروری است. با این حال، اطمینان دادن بر پایه اطلاعات نادرست، اعتماد را از بین می‌برد. برای اجرای این راهبرد لازم است اقدامات ذیل را اجرا نمایید:

- همه ذی‌نفعان را از نظر خود باخبر نمایید.
- آنچه را در حال وقوع است توضیح دهید و مرتب به ارائه اطلاعات ادامه دهید.
- به مردم بگویید چه می‌دانید، چه کاری انجام می‌شود و در آینده چه زمانی ارتباط برقرار خواهید کرد.
- اطلاعات نادرست را اصلاح کنید و شایعات را حل کنید.

- شفاف باشید؛ آنچه را که نمی‌دانید بپذیرید. در شرایط بحرانی بسیاری از اطلاعات در ابتدا وجود ندارند یا نامطمئن هستند.
- در مردم انگیزه ایجاد کنید و آن‌ها را در اقدام‌های بهداشتی مرتبط مشارکت دهید.
- ضمن مقابله با ایجاد آشفتگی بیش از حد در مردم، از ایجاد اطمینان بیش از حد نیز در آنان جلوگیری کنید؛ زیرا به مرور باعث خواهد شد خطر ایجاد شده نادیده گرفته شود.
- ترکیبی از روش‌ها را به کار ببرید: بسیج اجتماعی، رسانه‌های اجتماعی، رسانه‌های جمعی، سخنگویان قابل اعتماد و ...
- در مرحله حاد، اطلاعات را روزانه یا حتی بیشتر به روز کنید.
- به نگرانی‌ها گوش دهید و آن‌ها را فعالانه حل کنید.
- با این حس ارتباط برقرار کنید که "ما همه در یک کشتی هستیم".

نمونه مشخص بهره‌برداری از این راهبرد، در زمان همه‌گیری کووید-۱۹ بود که مدیران حوزه سلامت با بهره‌گیری از ترکیبی از اقدامات ذکر شده (با وجود نواقص آن) اقدام به مدیریت این شرایط بحرانی در کشور نمودند. استفاده از ظرفیت‌های سازمان‌ها، سمن‌ها و مردم در خدمت‌رسانی در این دوره از موارد برجسته، به کار بردن راهبرد چهارم بود.



عکس ۱۰: مشارکت مردمی در ضدعفونی سطوح برای پیشگیری از کرونا ویروس با نظارت مرکز بهداشت در کلاله (منبع: دانشگاه علوم پزشکی گلستان)

جدول ۳: راهبردهای اطلاع‌رسانی خطر و اقدامات لازم

اقدام‌های لازم	پیام اصلی	مدیریت آشفتگی / نگرانی	مثال‌هایی از خطرات (واقعی یا ادراک‌شده)	خطر (خطر واقعی) در برابر آشفتگی / نگرانی	راهبرد ارتباطی
افزایش درگیری عاطفی مخاطبان	«هشدار! اتفاق بدی ممکن است رخ دهد!»	افزایش سطح نگرانی عمومی به اندازه سطح تخصصی	سیگار کشیدن روابط جنسی ناامن رانندگی تحت تأثیر الکل خودداری از واکسیناسیون	خطر بزرگ آشفتگی/نگرانی کم (بی تفاوتی)	حمایت‌طلبی پیشگیرانه
اطلاع‌رسانی سریع و شفاف توضیح وضعیت فعلی تفکیک اطلاعات قطعی از نامشخص	«ما در این شرایط با هم هستیم»	حفظ سطح نگرانی برای افزایش هوشیاری و انگیزه اقدام	بلاای طبیعی شیوع بیماری آلودگی غذایی نشت رادیواکتیو از نیروگاه هسته‌ای	خطر بزرگ آشفتگی/نگرانی بالا	ارتباطات در شرایط بحران
گوش دادن فعال و ارائه شواهد شفاف‌سازی بر پایه داده‌های علمی	«نگرانی شما را درک می‌کنم... حقایق موجود اینگونه هستند»	کاهش سطح آشفتگی/ نگرانی	شایعه ارتباط واکسن MMR با اوتیسم شایعات عوارض ناباوروری واکسن	خطر کوچک آشفتگی/نگرانی بالا	مدیریت آشفتگی
نظارت پیوسته بر ارتباطات شناسایی زود هنگام عوامل نگران‌کننده	«هشیار باشید»	نبود نیاز به اقدام فوری	کمبود ریز مغذی‌ها پوشش‌های ضد کرم‌های روده	خطر کم/ متوسط یا غیرفوری آشفتگی/نگرانی کم	روابط با ذی‌نفعان و نظارت جامعه

تمرین ۳

در ادامه، چهار سناریوی واقعی یا فرضی مربوط به مسائل سلامت عمومی در

ایران آمده است. با دقت بخوانید و برای هر سناریو مشخص کنید:

۱. راهبرد ارتباطی مناسب (از بین چهار راهبرد) را انتخاب کنید.

۲. دلیل انتخاب خود را به صورت کوتاه بنویسید (۱ تا ۲ جمله).

۳. یک اقدام ارتباطی پیشنهادی برای آن موقعیت ذکر کنید.

سناریو ۱: در یکی از شهرستان‌های شمالی، یک مورد ابتلا به تب کریمه کنگو

گزارش شده است. رسانه‌های محلی آن را به عنوان «بیماری کشنده‌ای که از

گوشت قرمز منتقل می‌شود» پوشش داده‌اند و مردم از خرید گوشت خودداری

می‌کنند. بازارچه‌های محلی دچار رکود شده‌اند. پرسش: راهبرد ارتباطی مناسب

کدام است؟ چرا؟ چه اقدامی را پیشنهاد می‌کنید؟

سناریو ۲: بررسی‌های آماری نشان می‌دهد میزان دیابت نوع ۲ در مناطق شهری

ایران در حال افزایش شدید است. با این حال، اغلب مردم نسبت به این موضوع

ناآگاه یا بی‌تفاوت هستند و تغییر سبک زندگی را جدی نمی‌گیرند. پرسش:

راهبرد ارتباطی مناسب کدام است؟ چرا؟ چه اقدامی را پیشنهاد می‌کنید؟

سناریو ۳: در فصل آنفلوآنزا، وزارت بهداشت کمپینی با عنوان «واکسیناسیون

پیشگیرانه؛ ایمنی برای همه» راه‌اندازی کرده است تا مردم را به دریافت واکسن

آنفلوآنزا تشویق کند. تاکنون هیچ شیوع گسترده یا بحران آنفلوآنزا گزارش نشده

است و مردم هنوز احساس خطر فوری نمی‌کنند. پرسش: راهبرد ارتباطی

مناسب کدام است؟ چرا؟ چه اقدامی را پیشنهاد می‌کنید؟

سناریو ۴: در یکی از روستاهای مرزی، شایعه‌ای مبنی بر آلودگی آب آشامیدنی

به ویروس هپاتیت منتشر شده است. این شایعه باعث ترس عمومی، بسته شدن

مدرسه و تجمع مردم در برابر خانه بهداشت شده است. بررسی‌ها نشان می‌دهد

هیچ خطری در حال حاضر وجود ندارد. پرسش: راهبرد ارتباطی مناسب کدام

است؟ چرا؟ چه اقدامی را پیشنهاد می‌کنید؟

ویژگی‌های پیام‌های تولیدی در حوزه سلامت

۱. جلب توجه مخاطبان حوزه سلامت: محصولات ارتباطی مؤثر توجه مخاطب را جلب می‌کنند. برای دستیابی به این هدف، به سرعت بر اصل موضوع تمرکز کرده و با ارائه استدلال‌های متقاعدکننده، حقایق مستند و تصاویر تأثیرگذار، پیام خود را منتقل می‌کنیم.
۲. شفاف بودن پیام: پس از جلب توجه مخاطبان، باید پیام خود را واضح و قابل درک بیان کنید. آمار ارائه‌شده چه معنایی دارد؟ چه کسانی در معرض خطرند؟ هزینه انجام ندادن یک اقدام چیست؟ چگونه می‌توان اقدامی را انجام داد؟ با پاسخ به این پرسش‌ها، پیام شما روشن‌تر و تأثیرگذارتر خواهد شد.
۳. بیان مزایا: یکی از رایج‌ترین اشتباهات در ارتباطات، نبود شفافیت در بیان مزایا است. باید به‌طور واضح مشخص کنیم که مخاطبان ما چه منافعی از تحقق هدف پیام دریافت خواهند کرد. برای مثال: «فرزند شما رشد سالمی خواهد داشت» یا «این اقدام از شما و خانواده‌تان محافظت می‌کند» و دیگر موارد مشابه. با تأکید بر این مزایا، پیام شما تأثیرگذارتر خواهد شد.
۴. همبستگی اجزای پیام: برای مؤثر بودن پیام‌های بهداشتی، باید در سراسر محتوای خود میان اعداد، اطلاعات و دعوت به اقدام، هماهنگی و همبستگی وجود داشته باشد. این هماهنگی نه‌تنها باید در طول زمان حفظ شود، بلکه باید در تمامی بخش‌های سازمان نیز رعایت شود. نبود همبستگی و ارائه اطلاعات متناقض، اعتبار و پذیرش نظام سلامت را به سرعت خدشه‌دار می‌کند و حتی ممکن است توانایی ما را در دیگر حوزه‌های فعالیت برای پیشبرد اهدافمان ضعیف کند.
۵. توجه به نیازهای روحی و ذهنی مخاطب: در طراحی پیام بهداشتی نباید از نیازهای روحی و ذهنی مخاطبان غافل شویم. مردم نه‌تنها با گوش و چشم، بلکه با قلب خود نیز به پیام‌ها گوش می‌دهند. موضوعات و پیام‌هایی که احساسات و عواطف را تحت تأثیر قرار دهند، شانس بیشتری برای شنیده شدن، درک شدن و سرانجام اقدام و تغییر رفتار دارند.
۶. ایجاد اعتماد در مخاطبان: ایجاد اعتماد در مخاطبان نیازمند ایجاد محتوای فنی سالم، احترام به ارزش‌های مخاطب، اعتبار سازمان یا پیام‌رسان است. اعلام زود هنگام وضعیت بهداشتی، شفاف بودن و در دسترس بودن برای شفاف‌سازی به تقویت اعتماد

در مخاطبان کمک می‌کند. همچنین ابراز واقعی مراقبت و همدلی نیز به حفظ اعتماد مخاطبان کمک می‌کند.

۷. دعوت مخاطبان به اقدام: همه پیام‌های مرتبط با بهداشت عمومی باید شامل یک دعوت به اقدام باشند. این اقدامات می‌توانند شامل مواردی مانند «دست‌های خود را بشوید»، «فرزندتان را واکسینه کنید»، «از وسایل پیشگیری استفاده کنید»، «با مشاوران ما تماس بگیرید» یا «از یک پایگاه اطلاع‌رسانی معتبر بازدید کنید» باشند. این پیام‌ها افراد را به انجام کارهایی که سلامت آن‌ها و جامعه را بهبود می‌بخشد، ترغیب می‌کنند.

تمرین ۴

برای چهار سناریو تمرین ۳ پیام بهداشتی تدوین کنید و آن را با استفاده از چک‌لیست ذیل ارزیابی کنید.

ویژگی‌ها	پرسش‌ها	بله	کامل	خیر
جلب توجه مخاطبان حوزه سلامت	آیا به سرعت روی اصل موضوع تمرکز کرده‌اید؟			
	آیا از استدلال‌های قانع‌کننده، حقایق و تصاویر جذاب استفاده کرده‌اید؟			
شفاف بودن پیام	آیا پیام شما شفاف است؟			
	آیا معنای اعداد، تصاویر، گروه‌های در معرض خطر، اقدامات لازم برای مخاطبان خاص و پیامدهای انجام ندادن این اقدامات مشخص است؟			
	آیا مشخص است که چه کاری باید انجام شود؟			
بیان مزایا	آیا مزایای پیام را به‌طور شفاف و صریح برای مخاطبان بیان کرده‌اید؟			
همبستگی اجزای پیام	آیا اعداد، حقایق و دعوت به اقدام، در پیام شما ثابت و هماهنگ هستند؟			

ویژگی‌ها	پرسش‌ها	بله	کامل	خیر
توجه به نیازهای روحی و ذهنی مخاطب	آیا اطلاعات شما درست و مطابق با آمار و شواهد علمی است؟			
	آیا به نیازهای احساسی مخاطبان توجه شده است؟			
ایجاد اعتماد در مخاطبان	آیا پیام شما معتبر، شفاف و قابل اعتماد است؟			
	آیا حس همدلی را منتقل می‌کند؟			
دعوت مخاطبان به اقدام	آیا پیام شما حاوی یک دعوت به اقدام مشخص است؟			
	آیا از افعال درست برای ترغیب مخاطب استفاده شده است؟			

چهارچوب و نکات پیام‌گفتاری سلامت

همان‌طور که در بخش تحلیل مخاطبان مطرح شد، پیش از برقراری ارتباط با مخاطبان، یک مدیر حوزه سلامت باید آن‌ها را به خوبی بشناسد. معمولاً هدف اصلی ارتباطات این است که مخاطبان را به انجام یک اقدام مشخص ترغیب کنیم. این همان چیزی است که با عنوان «یک پیام ارتباطی فراگیر» تعریف کردیم. اما پیش از آنکه افراد دست به اقدام بزنند، معمولاً چند مرحله ذهنی را طی می‌کنند؛ از این‌رو درک نحوه تصمیم‌گیری و اقدام افراد، بخش مهمی از فرایند ارتباطات است. افراد معمولاً در یکی از چهار مرحله‌ی زیر در مسیر تصمیم‌گیری قرار دارند:

۱. کسب آگاهی^۱: فرد متوجه یک مسئله یا موضوع می‌شود.
۲. درک^۲: فرد اطلاعات بیشتری درباره مسئله کسب می‌کند و آن را می‌فهمد.
۳. باور^۳: فرد متقاعد می‌شود که باید اقدام کند.
۴. اقدام^۴: فرد تصمیم می‌گیرد و عمل می‌کند.

1. Awareness
2. Comprehension
3. Conviction
4. Action

با شناخت این مراحل، یک مدیر می‌تواند پیام‌های ارتباطی را به گونه‌ای طراحی کند که افراد را به طور مؤثر به سمت اقدام هدایت کند. هدف نهایی شما این است که مخاطباتان به آخرین مرحله، یعنی اقدام برسند. اما هدف میان‌مدت شما بسته به جایگاه آن‌ها در مسیر تصمیم‌گیری، باید هدایت آن‌ها به مرحله بعدی باشد. افراد نمی‌توانند یک باره به بالای نردبان تصمیم‌گیری برسند. آن‌ها باید گام به گام پیش بروند؛ بنابراین، پیام‌های شما باید به گونه‌ای طراحی شوند که به مخاطبان کمک کنند به مرحله بعدی نزدیک‌تر شوند و در نهایت برای اقدام تصمیم بگیرند.

در این راستا، یک پیام‌گفتاری بهداشتی، مانند مصاحبه تلویزیونی، باید شامل موارد ذیل باشد:

۱. یک پیامد ارتباطی فراگیر (تغییری که انتظار دارید پیام شما ایجاد کند).
۲. برای یکی از سناریوهای ذکر شده در تمرین ۳ و با در نظر گرفتن پیامد ارتباطی فراگیر و مخاطباتان، سه نکته کلیدی را مشخص کنید. ابتدا مشکل، دوم راه حل و در آخر واکنش حوزه سلامت.

۳. هر یک از این نکات را به صورت گفتاری توضیح دهید و روی کاغذ بنویسید.
۴. برای هر یک از این سه نکته، سه دلیل حمایتی ارائه دهید. این موارد می‌توانند شامل نمونه‌های واقعی، حقایق مستند و آمار و داده‌ها باشند. همچنین هنگام تهیه استدلال‌های حمایتی، به اطلاعاتی فکر کنید که برای پشتیبانی از نکات گفتاری نیاز دارید. اگر کسی شما را به چالش بکشد، چه حقایق و مثال‌هایی می‌توانند از آن‌ها دفاع کنند.

پیش از نهایی کردن، نکات گفتاری را با صدای بلند برای خود بخوانید. این کار ضروری است، زیرا نکات گفتاری قرار است توسط سخنران ارائه شوند؛ بنابراین باید در عین حفظ دقت و محتوای علمی، به طور طبیعی و روان بیان شوند.

تمرین ۵

با استفاده از جدول زیر چهارچوب و نکات پیام گفتاری در خصوص یکی از سناریوهای تمرین ۳ تدوین کنید.

سخنران	
تاریخ و زمان مصاحبه	
مخاطبان اصلی	
عناوین نکات بهداشتی	
یک پیامد ارتباطی فراگیر (تغییری که انتظار دارید پیام شما ایجاد کند)	
استدلال حمایتی	نکته اول
نمونه‌های واقعی، حقایق مستند و آمار و داده‌ها	
استدلال حمایتی	نکته دوم
نمونه‌های واقعی، حقایق مستند و آمار و داده‌ها	
استدلال حمایتی	نکته سوم
نمونه‌های واقعی، حقایق مستند و آمار و داده‌ها	

همکاری با رسانه‌ها برای انتقال پیام بهداشتی

فرد مسئول انتقال پیام در حوزه سلامت و وظیفه دارد، اطلاعاتی را که مردم به آن نیاز دارند یا خواهان آن هستند، برای پیشگیری و کاهش بیماری، آسیب یا مرگ، به‌طور واضح و مؤثر منتقل کند. این فرد می‌تواند با ایجاد اعتماد، اعتبار و حمایت عمومی از اقدامات بهداشتی به سازمان بهداشتی اعتبار ببخشد و آن را به‌طور زنده و پویا به مردم معرفی کند. همچنین این سخنگوزمانی خواهد توانست تأثیر مثبتی بر جامعه داشته باشد که پیام خود را به‌صورت روشن و دقیق منتقل کند، با مخاطبان ارتباط برقرار نماید و توجه آن‌ها را جلب کند، اطلاعات

را مستند و قابل اعتماد ارائه دهد، از اقدامات سلامت عمومی حمایت کند و مردم را به مشارکت تشویق نماید.

همچنین یک سخنگوی بهداشتی خوب کسی است که:

- از دانش فنی مناسبی برخوردار است.
- آماده است و شناخت کافی از موضوع دارد.
- داستانی جذاب برای گفتن دارد.
- اعتبار و تخصص بر پایه تجربه و دانش دارد.
- شهرت حرفه‌ای پایدار، در گذشته و حال دارد.
- با ذی‌نفعان کلیدی در ارتباط است و با مخاطبان ارتباط مؤثر برقرار می‌کند.
- در دسترس رسانه‌ها قرار داشته و تعامل سازنده‌ای با آن‌ها دارد.
- مهارت‌های ارتباطی قوی دارد و پیام را به‌طور واضح منتقل می‌کند.
- به هفت ویژگی‌های پیام بهداشتی در بخش سلامت توجه دارد.

مصاحبه رسانه‌ای

مصاحبه‌های رسانه‌ای فرصت‌های ارزشمندی را برای سازمان فراهم می‌کنند. این مصاحبه‌ها روشی مقرون‌به‌صرفه برای ارتباط با مخاطبان، برجسته‌کردن مشکلات بهداشتی و جلب مشارکت ذی‌نفعان کلیدی در راهکارها و اقدامات بهداشتی عمومی هستند. اگر این مصاحبه‌ها به درستی انجام شوند، باعث افزایش اعتماد به سازمان بهداشتی خواهند شد که برای موفقیت کلی سازمان ضروری است. بیشتر مصاحبه‌ها ساده و قابل مدیریت هستند. اگر پیام شما روشن، جذاب و متناسب با مخاطبان اصلی باشد به‌طور معمول رسانه‌ها دوستانه برخورد می‌کنند. متخصصان بخش بهداشت معمولاً به دلیل دانش فنی خود مورد احترام جامعه هستند، اما در برخی مواقع با وجود آمادگی کامل، مصاحبه‌ها چالش برانگیز می‌شوند.

قوانین بنیادی مصاحبه‌های رسانه‌ای

- وظیفه رسانه‌ها گرفتن یک داستان است.
- وظیفه شما تعریف داستان، به شیوه خودتان است.
- لزومی ندارد دقیق به پرسش مطرح‌شده پاسخ دهید؛ می‌توانید پیام خود را به مسیر دلخواه هدایت کنید.

- تنها راه بهبود مهارت‌های رسانه‌ای، تمرین، آمادگی و دریافت بازخورد است.
- توجه داشته باشید در ارتباطاتِ حضوری و مصاحبه‌های تصویری ۵۵٪ تاثیرگذاری به زبان بدن، ۳۸٪ تن صدا و ۷٪ واژگان بستگی دارد.
- مراقب مصاحبه‌کنندگان سخت‌گیر باشید.
- برخی از خبرنگاران ممکن است از روش‌های ناعادلانه‌ای برای هدایت مصاحبه استفاده کنند، برای مثال ممکن است چندین پرسش پی‌درپی و بدون فرصت پاسخ‌دهی اقدام کنند. در این صورت یک یا دو پرسش را انتخاب کنید و به بقیه توجه نکنید.
- ممکن است مصاحبه‌کننده دائم حرف شما را قطع کند. در این صورت یا وقفه را نادیده بگیرید، یا با جملاتی مانند "بعد به این موضوع برمی‌گردم" یا "لطفاً اجازه دهید صحبت را تمام کنم" پاسخ دهید.
- مصاحبه‌کننده ممکن است اظهارنظرهای نامطلوب یا ناعادلانه مطرح کند. اگر به‌طور ناعادلانه‌ای مورد قضاوت قرار گرفتید، مخالفت خود را نشان دهید. اگر اتهامات ناعادلانه بود، اعتراض کنید، اما واکنش بیش از حد نشان ندهید و حرفه‌ای بمانید.
- برخی از مصاحبه‌کنندگان ممکن است علاقه‌ای به موضوع نداشته باشند. برای هدایت مصاحبه، می‌توانید از جملاتی مانند: «فکر می‌کنم مخاطبان شما ممکن است علاقه‌مند باشند بدانند که...» یا «آیا از این واقعیت آگاه هستید که...؟» استفاده کنید (۲۰).

روش‌های آزمایش‌شده برای مدیریت پرسش‌های دشوار

همیشه به پیامدهای گسترده ارتباط خود توجه کنید و در هر فرصتی پیام خود را به‌گونه‌ای انتقال دهید که به هدف ارتباطی شما برسد. برنامه‌ریزی و تمرین نکات کلیدی پیش از مصاحبه ضروری است. می‌توانید از آن زمانی استفاده کنید که مصاحبه‌کننده می‌پرسد «در باره چه چیزی می‌خواهید صحبت کنید؟» یا «آیا نکته‌ای برای اضافه کردن دارید؟». گاهی ممکن است به پرسش خبرنگاری نخواهید پاسخ دهید. در این صورت اگر سیاست سازمان شما ایجاب می‌کند که در مورد موضوع خاصی صحبت نکنید، می‌توانید به‌طور صریح اعلام کنید که فعلاً امکان بحث در مورد آن را ندارید و سپس پیام اصلی خود را ادامه دهید. اگر پاسخ پرسش را نمی‌دانید، اشکالی ندارد که بگویید اطلاعاتی در این زمینه ندارید، بررسی کرده و پاسخ می‌دهید و سپس اطلاعات مرتبطی که در اختیار دارید را ارائه دهید.

گاه پرسشی مطرح می‌شود که به موضوع اصلی شما نمی‌پردازد یا تمایلی به پاسخ دادن

آن ندارید. در این حالت می‌توانید با ایجاد پیوند مناسب، پرسش را به سمت نکات محوری خود هدایت کنید. در این صورت می‌توانید از این جملات استفاده نمایید: «اجازه دهید ابتدا توضیح دهم که...»، یا «من این موضوع را به شکل دیگری بیان می‌کنم...» (پاسخ مورد نظر)، یا «در گذشته چنین بود، اما امروز ما این کار را انجام می‌دهیم...»، یا «من هم این را شنیده‌ام... اما مسئله اصلی این است که...» یا «بله...» (پاسخ مورد نظر) و علاوه بر آن... و همچنین...»، «(این یک دیدگاه است... اما تحقیقات مرکز مدیریت شبکه نشان می‌دهد که... و...».

روش‌های مؤثر برای انتقال پیام در مصاحبه رسانه‌ای

۱. برجسته‌سازی^۱: برای اینکه پیام‌های کلیدی شما در یک مصاحبه به وضوح منتقل شوند، ابتدا نتیجه‌گیری را بیان کنید و سپس توضیح دهید. در مصاحبه‌های تلویزیونی یا رادیویی، این تکنیک بسیار مهم است؛ زیرا کمک می‌کند مخاطبان ابتدا نکات مهم و اولویت‌دار را بشنوند و سپس توضیحات تکمیلی را دریافت کنند.
۲. قلاب‌گذاری^۲: با ایجاد کنجکاوی در پایان صحبت خود، خبرنگار را ترغیب کنید که پرسش‌های بیشتری بپرسد. مثلاً می‌توانید بگویید: «نتایج پرسش‌های ما شگفت‌انگیز است...» تا خبرنگار بخواهد در باره یافته‌های تحقیق بپرسد.
۳. شماره‌گذاری نکات^۳: اگر پیام شما پیچیده است، در مصاحبه‌های رسانه‌ای می‌توانید با شماره‌گذاری نکات، صحبت‌های خود را ساختارمند کنید و آن‌ها را به‌طور منسجم ارائه دهید. این روش باعث می‌شود رسانه‌ها نتوانند بخش‌های صحبت شما را جدا کرده و ناقص منتشر کنند و پیام شما دقیق‌تر منتقل شود. به عنوان مثال، «سه نکته مهم وجود دارد که هر بانویی باید پیش از بارداری بداند: ۱... و ۲... و ۳...»

ده قانون طلایی ارتباط مدیران/کارشناسان حوزه سلامت با رسانه‌ها

۱. هرگز دروغ نگویید.
۲. هرگز نگویید "نظری ندارم".
۳. چیزی به نام "غیررسمی" وجود ندارد.

1. Flagging
2. Hooking
3. Enumerating points

۴. مختصر و مفید صحبت کنید و همیشه مخاطب را در نظر داشته باشید.
۵. آرام، مطمئن و مسلط باشید.
۶. از زبان ساده استفاده کنید و تا حد امکان از اصطلاحات تخصصی بپرهیزید.
۷. صمیمی باشید و در موقعیت‌های مناسب لبخند بزنید.
۸. گفتن "نمی‌دانم، اما پیگیری می‌کنم" پذیرفتنی است.
۹. حدس و گمان نزنید.
۱۰. مراقب ترفندهای خبرنگاران باشید.

پایش و ارزیابی ارتباطات

در نهایت، مدیران سلامت مسئول برنامه‌ریزی و تخصیص منابع مناسب برای پایش و ارزیابی عملکرد ارتباطات هستند. تماس‌های رسانه‌ای باید با نظارت رسانه‌ای و تجزیه و تحلیل نتایج آن‌ها دنبال شود. مرکز روابط عمومی، پایش روزانه‌ی رسانه‌ها را انجام می‌دهد. برای پویش‌های حمایت‌گری و دیگر فعالیت‌های ارتباطی در بخش سلامت، خروجی‌ها و نتایج پایش شده و به واحدهای برنامه و تیم ارتباطات گزارش می‌شوند. مدیران موظف‌اند در صورت مشاهده خطرات واقعی یا بالقوه برای اعتبار حوزه سلامت، اقدامات لازم را برای برطرف کردن آن به عمل آورند.

فهرست منابع

1. Weiss BD. Health literacy. American Medical Association. 2003;253:358.
2. Gao Q, Zhang B, Zhou Q, Lei C, Wei X, Shi Y. The impact of provider-patient communication skills on primary healthcare quality and patient satisfaction in rural China: insights from a standardized patient study. BMC Health Services Research. 2024;24(1):579.
3. Stewart M, Brown JB, Weston WW, Freeman T, Ryan BL, McWilliam CL, et al. Patient-centered medicine: transforming the clinical method: CRC press; 2014.
4. Baker DP, Gustafson S, Beaubien JM, Salas E, Barach P. Medical team training programs in health care. Advances in patient safety: from research to implementation. 2005;4:253-67.
5. Gittell JH, Seidner R, Wimbush J. A relational model of how high-performance work systems work. Organization science. 2010;21(2):490-506.
6. Hargie O. Skilled interpersonal communication: Research, theory and practice: Routledge; 2021.
7. Shannon CE. A mathematical theory of communication. The Bell System Technical Journal. 1948;27(3):379-423.
8. Tubbs SL. Human communication: Principles and contexts. 2012.
9. Okuhara T, Okada H, Goto E, Tsunozumi A, Kagawa Y, Kiuchi T. Encouraging COVID-19 vaccination via an evolutionary theoretical approach: A randomized controlled study in Japan. Patient Education and Counseling. 2022;105(7):2248-55.
10. Griffin E. A first look at communication theory: McGraw-hill; 2006.
11. #SafeHands Campaign: Digital Strategies in Health Communication [press release]. Geneva: WHO Press 2020.
12. UNICEF. Malaria Prevention in Rural India: A Case Study of Community Engagement. New Delhi; 2019.
13. Nurakysh S, Kurakbayev K, Kosherbaeva L, Tazhiyeva A, Aimakhanova A, Kulkaeva G, et al. Evaluation of the Effectiveness of the Mobile Application on Adherence of Patients With Arterial Hypertension. Acta Inform Med. 2022;30(1):18-24.
14. Agency UHS. COVID-19 App Usage Among Elderly Populations. London; 2021.
15. Natrass N. Understanding the origins and prevalence of AIDS conspiracy beliefs in the United States and South Africa. Sociology of health & illness. 2013;35(1):113-29.
16. Xie Y, Yasin M, Alsagoff S, Hoon L. An overview of Stuart Hall's encoding and decoding theory with film communication. Multicultural Education. 2022;8(1):190-8.
17. DeFleur ML, DeFleur MH. Mass communication theories: Explaining origins, processes, and effects: Routledge; 2016.
18. Lunenburg FC. Communication: The process, barriers, and improving

- effectiveness. *Schooling*. 2010;1(1):1-11.
19. Jakubiec M. The importance of internal communication for management of an organisation. *Zeszyty Naukowe Organizacja i Zarządzanie/Politechnika Śląska*. 2019.
 20. World Health Organization. *Effective Communication*. Geneva: WHO Press; 2015.

مدیریت برنامه‌های سلامت

نویسنده: فرید ابوالحسنی شهرضا

مرور مطالب فصل

در این فصل مطالب زیر ارائه خواهد شد:

۱. مفهوم و اهداف برنامه‌های سلامت
۲. چرخه حل مسئله و چرخه مدیریت برنامه‌های سلامت
۳. روش‌های تشخیص نیازهای سلامت جامعه
۴. طراحی و تدوین برنامه‌های سلامت
۵. مدیریت منابع در برنامه‌های سلامت
۶. ادغام و سطح‌بندی خدمات سلامت
۷. مراحل اجرا و ارزشیابی برنامه‌های سلامت

اهداف آموزشی و رفتاری/عملکردی

در پایان این فصل بایستی بتوانید:

۸. چرخه حل مسئله و چرخه مدیریت برنامه‌های سلامت را شرح دهید.
۹. روش‌هایی را برای تشخیص نیازهای سلامت جامعه معرفی و در مورد قابلیت‌ها و محدودیت‌های هر یک بحث کنید.
۱۰. روش‌هایی را برای انتخاب مناسب‌ترین مداخله‌ها به منظور بهبود سلامت جامعه پیشنهاد کنید.

۱۱. نگرش سیستمی و فرایندی را معرفی کنید و کاربردهای آن را در مدیریت برنامه‌های سلامت توضیح دهید.
۱۲. عناصر طراحی برنامه‌های سلامت را بیان کنید و در مورد چگونگی دستیابی به کارایی و عدالت اجتماعی را از طریق آن‌ها بحث کنید.
۱۳. مفهوم و روش طراحی خدمات مبتنی بر شواهد را توضیح دهید.
۱۴. مفهوم چرخه‌ی مدیریت منابع و ویژگی‌های اصلی این چرخه را در مدیریت منابع اصلی سازمان توضیح دهید.
۱۵. انواع ادغام و اهمیت آن را در ارتقای کارایی نظام خدمات سلامت توضیح دهید.
۱۶. اهمیت سطح‌بندی خدمات و روش‌های آن را توضیح دهید.
۱۷. عوامل مؤثر بر بهره‌مندی از خدمات سلامت را نام ببرید و در مورد روش‌ها و مراحل دستیابی به پوشش مطلوب خدمات بحث کنید.
۱۸. مراحل اجرای یک برنامه‌ی سلامت را توضیح دهید.

مفاهیم کلیدی

- برنامه‌های سلامت: به مجموعه‌ی فعالیت‌هایی که برای مقابله با یک یا چند بیماری در یک یا چند سطح پیشگیری طراحی و اجرا می‌شود، برنامه‌ی سلامت گفته می‌شود.
- فرایند: به مجموعه‌ی فعالیت‌های به هم پیوسته‌ای گفته می‌شود که با یک فعالیت مشخص آغاز و با یک فعالیت مشخص پایان می‌یابد و باعث یک یا چند تغییر تعریف‌شده می‌شود.

دکتر اتحاد و برنامه‌های غیرواگیر

دکتر اتحاد، که ۷ ماه پیش به عنوان معاون بهداشت دانشگاه منصوب شده است، از جلسه‌ی معاونان بهداشت دانشگاه‌های علوم پزشکی به دانشگاه محل خدمت خود بازگشته است. این جلسه برای بحث درباره سیاست‌های جدید وزارت بهداشت در مورد کنترل بیماری‌های غیرواگیر تشکیل شده بود. در این جلسه بسته‌ی به‌روزشده‌ی برنامه‌های غیرواگیر به معاونان ارائه شد. مسئول هر یک از برنامه‌ها در ستاد وزارت بهداشت توضیحاتی درباره برنامه‌ی تحت مسئولیت خود و تغییراتی که نسبت به برنامه‌ی جاری در آن ایجاد شده است، ارائه کرده بود. در جمع‌بندی جلسه، از معاونان بهداشت خواسته شده بود که نهایت سعی خود را برای اجرای این بسته به کار بندند و تأکید شده بود که تیمی از وزارت بهداشت برای پایش پیشرفت برنامه از همه‌ی دانشگاه‌ها بازدید خواهد کرد.

دکتر اتحاد هر چند با برنامه‌های غیرواگیر آشناست؛ ولی هنوز برای او روشن نیست که چه تغییراتی را باید در برنامه‌های جاری ایجاد کنند. به همین سبب تصمیم می‌گیرد که جلسه‌ای با گروه غیرواگیر معاونت بهداشت برقرار و با آنان در مورد بسته‌ی جدید بحث کند. او بسته‌ی جدید را برای مدیر گروه غیرواگیر ارسال می‌کند و از او می‌خواهد که پس از بحث و تبادل نظر با اعضای گروه درباره آن، به همراه همکاران خود در جلسه‌ای در دفتر او برای ترسیم مسیری که باید طی شود، شرکت کنند.

در روز جلسه، مدیر گروه غیرواگیر جمع‌بندی خود را از بحثی که با همکاران خود داشته است ارائه می‌دهد. این جمع‌بندی، دو نکته‌ی اساسی داشت:

معاونت بهداشت در حال حاضر برای اجرای برنامه‌های غیر واگیر با چالش‌های فراوانی روبروست که قادر به حل آن‌ها نیست. استقبال نکردن جمعیت زیر پوشش از برنامه‌ها، بی‌انگیزه بودن کارکنان برای ارائه‌ی دقیق خدمات، تبدیل ارائه‌ی خدمت به تکمیل فرم‌های رایانه‌ای، که بخش قابل توجهی از آن‌ها تلفنی تکمیل می‌شود، ناتوانی اعضای تیم غیر واگیر برای اخذ گزارش‌های کاربردی از سامانه‌ی ثبت داده، قطع پیگیری خدمت‌گیرنده پس از ارجاع، و مشکل در تأمین اقلام مصرفی مورد نیاز برای ارائه‌ی خدمت، مهم‌ترین این چالش‌ها را تشکیل می‌دهند.

در بسته‌ی جدید برای برطرف کردن این چالش‌ها چاره‌اندیشی نشده است و تنها دستورعمل‌های ارائه خدمات بازنگری شده و خدمات تازه‌ای به مجموعه‌ی موجود افزوده شده است. در حالی که قابلیت‌های موجود شبکه اجازه‌ی اجرای درست برنامه‌ها را نمی‌دهد، تغییرات ظاهری نیز مشکلی را حل نخواهد کرد.

پس از صحبت مدیر گروه، دکتر اتحاد از اعضای گروه خواست که اگر توضیح بیشتری دارند ارائه کنند. جلسه با ذکر نمونه‌های متعدد از چالش‌هایی که در جمع‌بندی مدیر گروه ارائه شده بود ادامه یافت. برخی از اعضای گروه با حرارت و عصبانیت، و برخی دیگر نیز از سر ناامیدی و پذیرفتن شرایطی که با آن درگیر هستند مثال‌ها را بیان می‌کردند. پس از صحبت اعضای گروه، مدیر گروه ابراز کرد که به هر حال چاره‌ای نیست. یک کارگاه آموزشی برای ارائه‌ی برنامه‌ی جدید طراحی می‌کنیم و پس از برگزاری آن، بسته‌ی تازه‌ای را ابلاغ می‌کنیم؛ ولی نباید انتظار تحول چشم‌گیری داشت.

دکتر اتحاد با نکات مطرح شده آشنا بود؛ اما تا این اندازه در معرض تجارب و دیدگاه‌های اعضای گروه غیر واگیر قرار نگرفته بود. او احساس می‌کرد که، صرف نظر از اینکه باید بسته‌ی تازه را اجرا کند، فکری هم باید برای مسائلی که در جلسه مطرح شد، بکند. به همین سبب پس از صحبت مدیر گروه، ضمن تشکر از نکاتی که مطرح شد گفت: «پیام خود را به خوبی به من منتقل کردید؛ درک بهتری از شرایط پیدا کردم؛ اجازه بدهید قدری فکر کنم؛ در جلسه‌ی دیگر بیشتر درباره‌ی نکاتی که گفتید، و چاره‌اندیشی برای آن‌ها، بحث خواهیم کرد.»

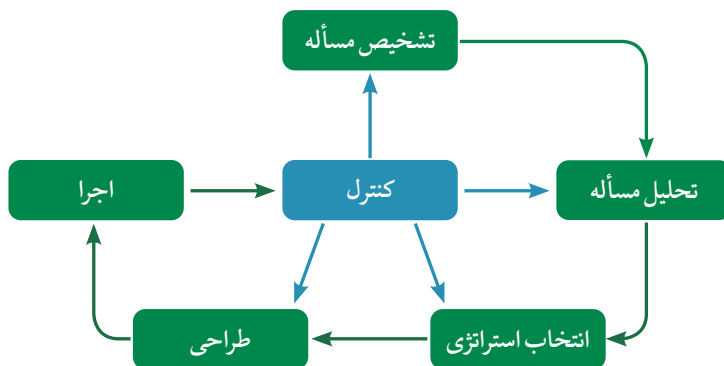
اگر شما دکتر اتحاد بودید، چه می‌کردید؟

مقدمه

در فصل نخست جلد یک این کتاب در مورد مفاهیم مدیریت، سلامت و برنامه‌ی سلامت بحث شده است. ضروری است که پیش از مطالعه‌ی این فصل، آن فصل را مطالعه و در مورد مفاهیم مطرح شده در آن تأمل کرده باشید. در آن فصل توضیح داده شد که برای حل مسائل سلامت یک جمعیت باید با بیماری‌هایی که مردم را در معرض ناتوانی و مرگ قرار می‌دهند، در یکی از سطوح پیشگیری مقابله کرد. به مجموعه‌ی فعالیت‌هایی که برای مقابله با یک یا چند بیماری در یک یا چند سطح پیشگیری، طراحی و اجرا می‌شود، برنامه‌ی سلامت گفته می‌شود. با توجه به این تعریف به سادگی قابل تصور است که نظام خدمات سلامت از طریق طراحی و اجرای برنامه‌های سلامت به مأموریت خود اقدام می‌کند. از این رو مدیریت کارآمد نظام خدمات سلامت در گروهی مدیریت کارآمد برنامه‌های تشکیل دهنده‌ی آن است. در این فصل و فصل بعد اصول و مبانی مدیریت برنامه‌های سلامت مورد بحث قرار می‌گیرد.

چرخه مدیریت برنامه‌های سلامت

چرخه مدیریت برنامه‌های سلامت، همان چرخه حل مسئله (شکل ۱) است که برای حل مسائل سلامت یک جمعیت تطبیق داده شده است.

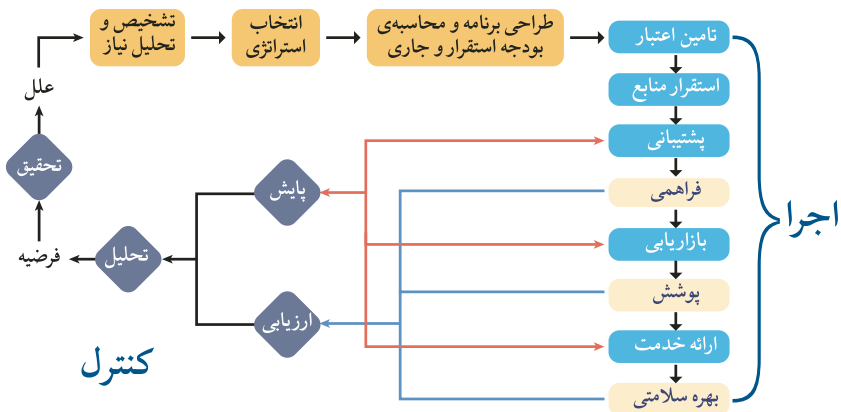


شکل ۱ - چرخه حل مسئله

این چرخه با تشخیص مسئله آغاز می‌شود. هنگامی که شرایط موجود با شرایط مطلوب فاصله دارد ما با یک مسئله مواجهیم. پس از تشخیص مسئله باید عواملی را که مسئله تحت

تأثیر آن‌ها شکل گرفته است، شناسایی کرد. شناسایی این عوامل مقدمه پیشنهاد روش‌هایی برای حل مسئله است. به‌طور معمول برای حل یک مسئله بیش از یک روش یا استراتژی می‌توان در نظر گرفت که باید از میان آن‌ها مناسب‌ترین را انتخاب کرد. بر مبنای راهبرد برگزیده شده باید فعالیت‌هایی را که منجر به حل مسئله می‌شود مشخص کرد و پس از تأمین منابع مورد نیاز برای انجام آن‌ها، وارد مرحله‌ی اجرا شد. پس از اجرا، از طریق کنترل می‌توان توفیق اقدامات به عمل آمده برای حل مسئله را ارزیابی و در مورد کیفیت همه‌ی مراحل آن قضاوت کرد. اگر در شکل (۱) بازخوردی از کنترل به اجرا ترسیم نشده است، به سبب آن است که همه کاستی‌های اجرا از نقص در طراحی ناشی می‌شود. بر مبنای این قضاوت می‌توان چرخه را به تراز بالاتری از کارآمدی ارتقا داد.

شکل (۲) چرخه‌ی مدیریت برنامه‌های سلامت را نمایش می‌دهد. با کمی دقت به خوبی روشن می‌شود که این چرخه از همان چهارچوب چرخه حل مسئله پیروی می‌کند. با توجه به مفهوم سلامت، در قالب برنامه‌های سلامت، باید به مقابله با بیماری‌هایی پرداخت که سهم بیشتری از ناتوانی و مرگ جمعیت از آن‌ها ناشی می‌شود. بنابراین برای تعیین مهم‌ترین نیازهای سلامت جامعه باید بتوان سهم بیماری‌های مختلف را در ایجاد ناتوانی و مرگ در جامعه محاسبه و با یکدیگر مقایسه کرد.



شکل ۲- چرخه‌ی مدیریت برنامه‌های سلامت

پس از تعیین مهم‌ترین بیماری‌ها از نظر ایجاد ناتوانی و مرگ، باید با توجه به سیر شکل‌گیری بیماری، روش‌های مقابله با بیماری (استراتژی‌های مداخله) را در سطوح

مختلف پیشگیری شناسایی کرد. طبیعی است که این استراتژی‌ها از نظر هزینه، تأثیر، قابلیت اجرا و مقبولیت از نگاه ذی‌نفعان، یکسان نیستند و از این رو باید با در نظر گرفتن همه این معیارها، مناسب‌ترین استراتژی‌ها را برای مقابله با بیماری‌های مهم انتخاب کرد. پس از انتخاب استراتژی، نوبت به طراحی دقیق فرایندهای اجرایی و تعیین نوع و حجم منابع مورد نیاز برای انجام آن‌ها می‌رسد. بر مبنای نوع و حجم منابع مورد نیاز به سهولت می‌توان بودجه‌ی مورد نیاز را برای استقرار و آماده‌به‌کارکردن منابع (دسترسی منابع) محاسبه کرد. اجرای برنامه با تأمین اعتبار مالی و استقرار منابع آغاز می‌شود. پس از دسترسی کامل منابع می‌توان جمعیت هدف برنامه را برای دریافت خدمت فراخواند (بازاریابی)؛ به امید آنکه خدمات برنامه تغییرات مورد نیاز را در آنان برای کاهش ناتوانی و مرگ (بهره‌ی سلامتی) ایجاد کند.

برای کنترل برنامه، ابتدا باید از سازگاری و تطبیق اجرای آن با طراحی اطمینان حاصل کرد (پایش) و سپس بررسی نمود که فعالیت‌ها تا چه اندازه به پیامدهای مورد انتظار از اجرای آن‌ها (ارزیابی) منجر شده‌اند. از کنار هم قراردادن نتایج پایش و ارزیابی، و بررسی همخوانی آن‌ها با یکدیگر، می‌توان فرضیه‌هایی را در مورد عوامل مؤثر بر عملکرد برنامه مطرح کرد (تحلیل) و از طریق پژوهش‌های مناسب درستی آن‌ها را بررسی نمود. هر فرضیه‌ی اثبات‌شده، یک عامل مؤثر بر کارکرد برنامه را معرفی می‌کند که می‌توان با شناخت و درک عمیق حاصل از شناسایی آن، در جهت ارتقای عملکرد برنامه اقدام نمود.

این توضیح کوتاه با هدف ایجاد دیدگاهی کلی برای خواننده درباره چرخه مدیریت برنامه‌های سلامت ارائه شده است. در ادامه هر یک از عناصر این چرخه با تفصیل بیشتر مورد بحث قرار خواهد گرفت. عناصر مربوط به تشخیص و تحلیل نیاز، انتخاب استراتژی، طراحی و اجرا در این فصل و کنترل برنامه در فصل آینده مورد کندوکاو بیشتر قرار می‌گیرد.

تشخیص و تحلیل نیاز

تأثیر یا بار یک بیماری بر سلامت یک جمعیت تابع فراوانی و شدت آن است. شدت بیماری، با توجه به مفهوم سلامت (رجوع کنید به فصل اول)، تابع قدرت آن برای ایجاد مرگ و ناتوانی است. هرچه شدت ناتوانی ناشی از یک بیماری بیشتر باشد و مدت زمان آن طولانی‌تر شود، باید بیماری را نتوان‌کننده‌تر تلقی کرد. بدیهی است که مبارزه‌ی مؤثر با بیماری‌هایی که بار بیشتری بر جمعیت وارد می‌کنند، بهبود چشمگیری در سطح سلامت جامعه به همراه

خواهد داشت. فراوانی، مرگ، و ناتوانی ناشی از یک بیماری را می‌توان به کمک شاخص‌های مختلفی، نظیر بروز و شیوع پیامدهای غیرکشنده‌ی آن (ناتوانی‌ها) و میزان اختصاصی مرگ، یا کشنده‌گی آن اندازه‌گیری کرد. ممکن است فراوانی یک بیماری زیاد، ولی شدت آن کم باشد و برعکس. برای آنکه بتوان بار بیماری‌های مختلف را با یکدیگر مقایسه و مهم‌ترین بیماری‌ها را برای مقابله انتخاب کرد، باید بتوان سنجه‌ای را تعریف کرد که از همه‌ی این شاخص‌ها تأثیر پذیرد و بار یک بیماری را در قالب یک عدد بیان کند. اگر بتوان شاخص‌های مرگ و ناتوانی ناشی از یک بیماری را به کمک یک واحد اندازه‌گیری کرد، تلفیق آن‌ها با یکدیگر و دستیابی به یک عدد که بیانگر بار بیماری باشد، دشوار نخواهد بود.

در دهه‌ی آخر سده‌ی بیست، با همکاری بانک جهانی، دانشکده بهداشت دانشگاه هاروارد و سازمان جهانی بهداشت تلاش شد که شاخصی برای اندازه‌گیری بار یک بیماری تعریف و به کمک آن بار جهانی بیماری‌ها محاسبه شود. این شاخص، مرگ و ناتوانی ناشی از یک بیماری را با واحد مشترک سال‌های از دست‌رفته محاسبه می‌کند و با جمع جبری سال‌های از دست‌رفته به سبب مرگ زودرس و سال‌های از دست‌رفته ناشی از زندگی با ناتوانی، بار یک بیماری را در قالب شاخص 1 DALYs محاسبه می‌کند. این شاخص از دو جزء 2 YLL و 3 YLD تشکیل می‌شود.

$$DALYs = YLL + YLD$$

YLL مجموع سال‌های از دست‌رفته به سبب مرگ زودرس است و YLD مجموع سال‌های از دست‌رفته به سبب زندگی همراه با درجاتی از ناتوانی را تشکیل می‌دهد. روش محاسبه‌ی شاخص DALYs در ابتدا به نسبت پیچیده و بر مبنای بروز ناتوانی‌های ناشی از یک بیماری بود و ملاحظات پیچیده‌ی چون کاهش ارزش سال‌های از دست‌رفته در آینده در قیاس با ارزش یک سال در زمان حاضر، و تفاوت ارزش سنین مختلف عمر^۴، در محاسبه‌ی آن اعمال می‌شد؛ ولی از ۲۰۱۰ میلادی، پس از بحث‌های طولانی، تصمیم گرفته شد که این شاخص بر مبنای شیوع ناتوانی‌های ناشی از یک بیماری محاسبه شود و ارزش یک‌سال از دست‌رفته متأثر از فاصله‌ی آن از زمان حال و سن فرد نباشد.

1. Disability Adjusted Life Years
2. Years of Life Lost
3. Years Lived with Disability

۴. برای سال‌های دهه‌ی سوم عمر بیشترین ارزش و برای دهه‌های کمتر و بیشتر ارزش سال‌های عمر کاهنده در نظر گرفته شده بود.

روش محاسبه YLL

به منظور محاسبه‌ی YLL یک بیماری باید تعداد مرگ ناشی از آن بیماری را در گروه‌های مختلف سنی و امید زندگی یک نفر را در هر گروه سنی در اختیار داشت. امید زندگی در گروه‌های سنی مختلف به کمک جدول عمر محاسبه می‌شود (فصل ۴ جلد سوم). با توجه به آنکه با مقابله‌ی یک بیماری و کاهش مرگ‌ومیر، امید زندگی افزایش می‌یابد- در صورتی که برای محاسبه‌ی سال‌های از دست‌رفته، از جدول عمر همان جامعه استفاده شود- پس از مداخله و افزایش امید زندگی، با وجود کاهش موارد مرگ، YLL به همان میزان کاهش پیدا نمی‌کند و در نتیجه نمی‌توان به ارزیابی دقیقی از تأثیر مداخله دست یافت. به علاوه برای آنکه بار بیماری در جوامع مختلف با یکدیگر قابل مقایسه باشد، باید امید زندگی مطلوب را برای همه‌ی جوامع یکسان در نظر گرفت. به کمک روش‌های جمعیت‌شناسی می‌توان یک جمعیت فرضی با کمترین نرخ مرگ‌ومیر در هر گروه سنی - که دستیابی به آن امکان‌پذیر است- فرض کرد و امید زندگی این جمعیت را مبنای محاسبه‌ی سال‌های از دست‌رفته‌ی ناشی از مرگ در هر گروه سنی در قرار داد. سازمان جهانی بهداشت بر مبنای امید زندگی قابل دستیابی در ۲۰۵۰ میلادی چنین جدول عمری را ساخته است. با وجود آنکه امید زندگی زنان از مردان بیشتر است، به منظور محاسبه‌ی YLL از یک جدول عمر برای هر دو جنس استفاده می‌شود. امید زندگی هر گروه سنی، بر مبنای این جدول عمر، در ستون دوم جدول ۱ نمایش داده شده است. در صورتی که تعداد مرگ ناشی از یک بیماری را بر حسب گروه‌های سنی در اختیار داشته باشیم (ستون سوم جدول ۱)، به سادگی با ضرب تعداد مرگ در هر گروه سنی در امید زندگی در آن گروه سنی، سال‌های از دست‌رفته برای آن گروه سنی (ستون چهارم جدول ۱) محاسبه می‌شود و از جمع سال‌های از دست‌رفته‌ی گروه‌های سنی مختلف، YLL برای بیماری مفروض به دست می‌آید.

جدول شماره ۱- امید به زندگی در گروه‌های مختلف سنی و روش محاسبه YLL

گروه سنی	امید زندگی	تعداد مرگ ناشی از بیماری	سال‌های از دست‌رفته
نوزادی	۸۹/۹۹	۰	۰/۰۰
پس از نوزادی	۸۹/۵۵	۵	۴۴۷/۷۵
۱-۴	۸۷/۷	۲۲	۱۹۱۵/۵۴
۵-۹	۸۲/۵۸	۴۲	۳۴۶۸/۳۶
۱۰-۱۴	۷۷/۵۸	۵۲	۴۰۳۴/۱۶

سال‌های از دست‌رفته	تعداد مرگ ناشی از بیماری	امید زندگی	گروه سنی
۳۶۳۰/۰۰	۵۰	۷۲/۶۰	۱۹-۱۵
۲۹۰۷/۶۶	۴۳	۶۷/۶۲	۲۴-۲۰
۲۰۰۵/۱۲	۳۲	۶۲/۶۶	۲۹-۲۵
۱۶۷۳/۵۹	۲۹	۵۷/۷۱	۳۴-۳۰
۲۰۰۴/۸۸	۳۸	۵۲/۷۶	۳۹-۳۵
۲۳۴۳/۶۷	۴۹	۴۷/۸۳	۴۴-۴۰
۳۱۷۷/۵۶	۷۴	۴۲/۹۴	۴۹-۴۵
۵۸۶۷/۴۰	۱۵۴	۳۸/۱۰	۵۴-۵۰
۱۱۳۳۲/۲۰	۳۴۰	۳۳/۳۳	۵۹-۵۵
۱۷۱۳۸/۶۸	۵۹۸	۲۸/۶۶	۶۴-۶۰
۲۱۴۶۶/۸۰	۸۹۰	۲۴/۱۲	۶۹-۶۵
۲۶۶۳۶/۴۸	۱۳۴۸	۱۹/۷۶	۷۴-۷۰
۴۰۰۳۲/۷۰	۲۵۵۸	۱۵/۶۵	۷۹-۷۵
۱۷۱۲۶/۷۲	۱۴۳۲	۱۱/۹۶	۸۵-۸۰
۳۹۹۰/۳۰	۵۶۶	۷/۰۵	+۸۵
۱۷۱۱۹۹/۵۷			سال‌های از دست‌رفته ناشی از مرگ زودرس (YLL)

روش محاسبه YLD

برای محاسبه YLD ابتدا باید پیامدهای غیرکشنده‌ی بیماری مورد نظر را مشخص کرد. پیش‌فرض محاسبه YLD آن است که می‌توان ارزش یک سال زندگی همراه با یک پیامد غیرکشنده (ناتوانی) را در قیاس با زندگی در سلامت کامل، مشخص کرد. برای مثال اگر بگوییم که ارزش یک سال زندگی همراه با پای دیابتی معادل ۹ ماه زندگی در سلامت کامل است، می‌توان فرض کرد که ابتلا به پای دیابتی، منجر به از دست‌رفتن سه ماه زندگی با سلامت کامل به ازای هر سال می‌شود. به بیان دیگر وزن ناتوانی (DW) پای دیابتی ۰/۲۵ است. وزن ناتوانی بین مقادیر صفر (سلامت کامل) و یک (مرگ) در نوسان است. اگر شمار بیماران مبتلا به پای دیابتی در سال مورد نظر مشخص باشد، از ضرب شمار بیماران در وزن ناتوانی، می‌توان سال‌های از دست‌رفته به سبب پای دیابتی را در آن سال محاسبه کرد. جدول ۲ روش محاسبه YLD را برای یک بیماری با سه پیامد غیرکشنده نمایش می‌دهد.

جدول ۲- محاسبه YLD برای یک بیماری با سه پیامد غیرکشنده

سال‌های از دست‌رفته	وزن ناتوانی	تعداد موارد مبتلا در سال مورد نظر	پیامد
۲۹۸/۰۸	۰/۲۳	۱۲۹۶	A
۴۹۵/۵۶	۰/۱۳	۳۸۱۲	B
۳۴۷/۸۲	۰/۳۴	۱۰۲۳	C
۱۱۴۱/۴۶	سال‌های از دست‌رفته ناشی از پیامدهای غیرکشنده		

وزن یک ناتوانی یک قضاوت انسانی است و باید با رجوع به نظر مردم آن را مشخص کرد. در بررسی‌های مربوط به تعیین وزن ناتوانی، پژوهشگران نظر چهار گروه مختلف را درباره‌ی ارزش یک سال زندگی همراه با یک ناتوانی مشخص، در مقایسه با یک سال زندگی در سلامت کامل، در نظر گرفتند. این چهار گروه عبارت‌اند از: افراد گرفتار ناتوانی، افرادی که با فرد گرفتار زندگی می‌کنند، خدمت‌دهندگان به این افراد و مردم عادی. نظر هر گروه نیز با یک روش مستقیم و سه روش غیرمستقیم^۱ مورد بررسی قرار گرفته است و از تلفیق نتایج به‌دست آمده، وزن هر ناتوانی مشخص شده است.

بسیاری از افراد هم‌زمان به بیش از یک ناتوانی دچار هستند. بدیهی است که نمی‌توان سال‌های از دست‌رفته به سبب هر یک از ناتوانی‌ها را به صورت جداگانه محاسبه و نتیجه را با هم جمع کرد. به‌طور معمول وزن ناتوانی در فردی که از چند ناتوانی رنج می‌برد از جمع وزن آن ناتوانی‌ها با یکدیگر کمتر است. برای محاسبه‌ی وزن ناتوانی در فردی که هم‌زمان دو پیامد غیرکشنده را تجربه می‌کند از فرمول زیر استفاده می‌شود:

$$DW_{1+2} = 1 - (1 - DW_1) \times (1 - DW_2)$$

کاملاً قابل تصور است که اگر بار همه‌ی بیماری‌ها محاسبه شود، به سادگی می‌توان بیماری‌هایی را که بیشترین بار را بر جامعه تحمیل می‌کنند شناسایی کرد. بدیهی است که اگر روش‌های مؤثری برای مقابله با این بیماری‌ها وجود داشته باشد، با اجرای آن‌ها می‌توان بیشترین افزایش را در سطح سلامت جامعه ایجاد کرد. همچنین با جمع جبری بار همه بیماری‌ها می‌توان کل سال‌هایی را که این بیماری‌ها به دلیل مرگ زود هنگام و انواع ناتوانی از جامعه می‌گیرند، محاسبه کرد.

۱. این چهار روش عبارت‌اند از: Standard و Visual Analog Scale، Time Trade off، Person Trade Off، و Gamble. برای کسب اطلاع بیشتر در مورد این روش‌ها می‌توانید به منابعی که در انتهای فصل برای مطالعه بیشتر معرفی شده‌اند، مراجعه کنید.

انتساب سببی^۱

برای مقابله با یک بیماری باید عوامل مؤثر بر بار آن را شناسایی و سهم هر یک را در بزرگی این بار مشخص کرد تا در نتیجه شناخت حاصل از چنین تصویری و دانش روز در مورد روش‌هایی که برای ایجاد تغییر در این عوامل شناخته شده‌اند، بتوان مناسب‌ترین استراتژی‌ها را برای کاهش بار بیماری‌ها اختیار کرد. مقصود از انتساب سببی، نسبت دادن بار یک بیماری به عوامل مؤثر بر آن به صورت کمی است. برای مثال اگر شواهد کافی در مورد ارتباط مصرف دخانیات با بیماری‌های عروق کرونر وجود دارد، مشخص کنیم که با کاهش مصرف سیگار در جامعه تا چه اندازه می‌توان از بار بیماری‌های عروق کرونر کاست. بحث دقیق در مورد انواع و روش‌های فنی محاسبه سنج‌های انتساب سببی خارج از گنجایش کتاب حاضر است و در اینجا تنها در قالب یک مثال، مفهوم و روش محاسبه سنج‌های PAF^۲ یا جزء قابل انتساب در جمعیت توضیح داده می‌شود.

فرض کنید که یک جمعیت ۱۰۰ نفری را برای بررسی بروز بیماری‌های عروق کرونر تعقیب کرده‌ایم. ۳۰ نفر از این جمعیت سیگار مصرف می‌کنند. پس از یک دوره‌ی پیگیری ۷ نفر از افراد سیگاری و ۵ نفر از افراد غیر سیگاری به بیماری‌های عروق کرونر مبتلا می‌شوند. سؤال این است که اگر هیچ‌یک از افراد این جمعیت سیگار نمی‌کشید، چند درصد از بروز بیماری‌های عروق کرونر در میان آنان کاسته می‌شد. درصد کاهش بروز بیماری در نتیجه حذف عامل خطر آن، همان جزء قابل انتساب به مصرف سیگار در این جمعیت است. اگر ۳۰ نفری که سیگار می‌کشند، از ابتدا مصرف‌کننده نبودند، بروز بیماری در آنان مشابه افراد غیر سیگاری بود که به کمک رابطه‌ی زیر می‌توان آن را محاسبه کرد:

$$۲/۱۴ = \frac{۵}{۷۰} \times ۳۰ = \text{تعداد سکتته قلبی در افراد سیگاری در صورتی که سیگاری نبودند}$$

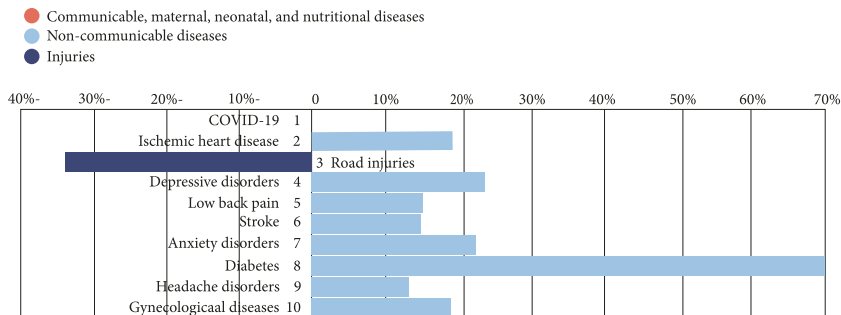
در این صورت (۲.۱۴-۷) ۴.۸۶ نفر از ۱۲ نفری که قرار بود در صورت مصرف سیگار به بیماری مبتلا شوند، کاسته می‌شود. بنابراین $\frac{۴.۸۶}{۱۲} = ۴۰/۵$ درصد از بروز بیماری‌های عروق کرونر در این جمعیت قابل به انتساب به مصرف سیگار است. با توجه به آنکه مصرف دخانیات با بروز بیماری‌های دیگر نیز مرتبط است، به طریق مشابه می‌توان بروز قابل انتساب به این عامل خطر را، در مورد آن بیماری‌ها نیز محاسبه کرد و با تجمیع نتایج به‌دست آمده،

1. Causal Attribution
2. Population Attributable Fraction (PAF)

سرانجام به تصویر روشنی از سهم دخانیات در بروز بیماری‌ها در جمعیت دست یافت. اگر سهم همه عوامل خطر شناخته شده در بار بیماری‌ها محاسبه شود، می‌توان مهم‌ترین عوامل خطر تهدیدکننده‌ی سلامت جمعیت را شناسایی کرد. بدین ترتیب می‌توان به درکی کمی از عوامل مؤثر بر بار بیماری‌ها در جمعیت دست یافت. در پرتو چنین درکی، از احتمال بروز خطا در اختیار استراتژی مناسب برای ارتقای سلامت جمعیت کاسته می‌شود.

بار بیماری‌ها و عوامل خطر در ایران

مؤسسه سنجش‌های سلامت و ارزیابی (IHME)^۱ که از مؤسسه‌های همکار سازمان جهانی بهداشت است، به‌طور پیوسته بار بیماری‌ها و عوامل خطر را در کشورهای مختلف محاسبه و منتشر می‌کند. شکل (۳) درصد تغییرات بار ۱۰ بیماری را که به ترتیب، بیشترین سهم را در بار بیماری‌ها در جمعیت ایرانی دارند، در فاصله‌ی سال‌های ۱۳۹۰ تا ۱۴۰۰ نمایش می‌دهد.^۲ بجز بار حوادث ترافیکی که طی این سال‌ها کاهش یافته است، بار دیگر بیماری‌های این گروه بیشتر شده است.



شکل ۳- درصد تغییر بار ۱۰ بیماری، که بیشترین سهم را در بار بیماری‌های ایران دارند

در شکل (۴) ده عامل خطری که بیشترین سهم را در بار بیماری‌ها در سال ۱۴۰۰ داشته‌اند، نمایش داده شده است. در این شکل همچنین رتبه‌ای این عوامل در سال ۱۳۹۰ و درصد تغییرات سال ۱۴۰۰ نسبت به سال ۱۳۹۰ نمایش داده شده است.

1. Institute of Health Metrics and Evaluation

2. <https://www.healthdata.org/research-analysis/health-by-location/profiles/iran>

Risk	2011 rank	2021 rank	Change in DALYs per 100k, 2011-2021
High blood pressure	2	1	↑ +249.7
High body-mass index	5	2	↑ +636.3
High fasting plasma glucose	6	3	↑ +509.4
Dietary risks	4	4	↑ +231.0
Air pollution	3	5	↓ -292.9
Tobacco	7	6	↑ +134.6
High LDL	8	7	↑ +94.4
Kidney dysfunction	9	8	↑ +108.8
Other environmental	10	9	↑ +13.3
Malnutrition	1	10	↓ -1,600.5

شکل ۴ - مهم‌ترین عوامل خطر بیماری‌ها در ایران در سال ۱۴۰۰ و تغییرات آن نسبت به سال ۱۳۹۰

انتخاب استراتژی

در هنگام انتخاب استراتژی، نباید خود را تنها به مقایسه‌ی راهکارهای مقابله با یک بیماری خاص محدود کرد؛ زیرا ممکن است راهکارهای مقابله با دیگر بیماری‌ها - حتی اگر بار کمتری نسبت به بیماری مورد نظر داشته باشند - با توجه به منابعی که مصرف می‌کنند، بهره‌ی سلامت بیشتری را نصیب جمعیت کنند.

بنابراین اختیار استراتژی‌های مناسب برای کاهش بار بیماری‌ها و ارتقای سلامت جامعه باید فارغ از یک بیماری خاص و با توجه تصویر کلی حاصل از محاسبه‌ی بار بیماری‌ها و عوامل خطر اختیار شوند.

فرض کنید که با توجه به تصویری که در شکل‌های ۳ و ۴ ارائه شده است، استراتژی‌های زیر را برای ارتقای سلامت جامعه‌ی ایرانی بتوان در نظر گرفت:

- آموزش پزشکان عمومی در مورد بیماری‌های دیابت، پرفشاری خون، هیپرلیپیدمی و اختلالات نوروتیک (افسردگی و اضطراب) به منظور ارتقای کیفیت خدمات مرتبط با این بیماری‌ها؛
- ترغیب بخش خصوصی به ایجاد درمانگاه‌های دیابت، هیپرلیپیدمی، هیپرتانسیون و اختلالات نوروتیک؛
- ارتقای کیفیت خدمات شبکه‌ی بهداشتی درمانی کشور در زمینه‌ی شناسایی و درمان افراد مبتلا به دیابت، هیپرلیپیدمی، هیپرتانسیون و اختلالات نوروتیک؛

- آموزش عمومی در مورد سبک زندگی سالم از طریق مدارس، رسانه‌های همگانی و فضای مجازی؛
 - افزایش مالیات بر سیگار به منظور کاهش مصرف آن؛
- چگونه می‌توان از میان این موارد مناسب‌ترین یا ترکیبی از مناسب‌ترین استراتژی‌ها را برای اجرا انتخاب کرد؟

معیارهای مقایسه‌ی استراتژی‌ها

با توجه به محدودیت منابع، مهم‌ترین معیار برای اختیار استراتژی‌های مناسب به منظور کاهش بار بیماری‌ها، تحلیل هزینه و تأثیر^۱ است؛ اما تنها با اتکا بر این معیار نمی‌توان به مناسب‌ترین استراتژی‌ها دست یافت. امکان اجرای استراتژی و پایداری آن پس از اجرا، معیارهای مهم دیگری هستند که در فرایند سیاست‌گذاری باید مورد توجه قرار گیرند. امکان تأمین پایدار منابع با توجه به شرایط کشور و مقبولیت برنامه از نظر ذی‌نفعان، تعیین‌کننده‌های اصلی امکان اجرا و پایداری مداخله‌های سلامت هستند. از میان منابع مورد نیاز برای اجرای یک استراتژی، منابع انسانی، به خصوص آن‌هایی که طراحی و مدیریت مداخله را عهده‌دار خواهند شد، از جایگاه ویژه‌ای برخوردارند و از این رو باید با توجه به برخورداری نظام سلامت از چنین افرادی، به بررسی استراتژی‌های مختلف پرداخت. ممکن است یک استراتژی از هزینه-تأثیر قابل قبولی برخوردار باشد، اما گستره‌ی اجرای آن، بار مالی قابل توجهی را بر نظام سلامت کشور تحمیل کند. فشاری که اجرای یک استراتژی بر بودجه‌ی کشور تحمیل می‌کند نیز ملاحظه‌ی دیگری است که نباید نادیده انگاشت.

تمرین ۱

با تشکیل تیمی از همکاران خود تلاش کنید معیارهایی مناسب برای مقایسه استراتژی‌های پیشنهادی که در ابتدای این بخش مطرح شده‌اند، تعیین کنید.

تصمیم‌گیری چندمعیاری

با توجه به آنچه گفته شد، فرایند بررسی و تصمیم‌گیری به منظور دستیابی به استراتژی‌های مناسب برای کاهش بار بیماری‌ها، باید با در نظر گرفتن معیارهای متنوعی انجام شود. چنین فرایندهای تصمیم‌گیری با عنوان کلی «تصمیم‌گیری چندمعیاری» شناخته می‌شوند. در ساده‌ترین شیوهی به کارگیری این مدل (جدول ۳)، ابتدا باید در مورد معیارهای مقایسه استراتژی‌های مختلف با یکدیگر (C_j)، تصمیم گرفته شود. پس از آن برای هر معیار، با توجه به اهمیت آن وزنی (W_j) مشخص می‌شود. در گام بعد استراتژی‌های مختلف (S_i)، از طریق مرور شواهد، شناسایی می‌شوند. پس از آن توانایی هر استراتژی برای پاسخ‌گویی به هر معیار، از طریق دادن امتیازی (M_{ij}) به آن (برای مثال در مقیاس صفر تا ۱۰) بر مبنای شواهد یا نظر افراد خبره، مشخص می‌شود. از ضرب امتیاز در وزن معیار ($M_{ij} \times W_j$) و جمع حاصل ضرب‌ها با یکدیگر ($\sum M_{ij} \times W_j$)، نمره‌ی هر استراتژی محاسبه می‌شود. اگر فرایند به درستی اجرا شده باشد، استراتژی واجد بیشترین نمره، مناسب‌ترین استراتژی برای اجرا خواهد بود.

جدول ۳- روش تصمیم‌گیری چند معیاری

معیار استراتژی	C_1 (W_1)	C_2 (W_2)	C_3 (W_3)	C_4 (W_4)	C_5 (W_5)	SUM
S_1	$M_{11} \times W_1$	$M_{12} \times W_2$	$M_{13} \times W_3$	$M_{14} \times W_4$	$M_{15} \times W_5$	$\sum M_{ij} \times W_j$
S_2	$M_{21} \times W_1$	$M_{22} \times W_2$	$M_{23} \times W_3$	$M_{24} \times W_4$	$M_{25} \times W_5$	$\sum M_{ij} \times W_j$
S_3	$M_{31} \times W_1$	$M_{32} \times W_2$	$M_{33} \times W_3$	$M_{34} \times W_4$	$M_{35} \times W_5$	$\sum M_{ij} \times W_j$
S_4	$M_{41} \times W_1$	$M_{42} \times W_2$	$M_{43} \times W_3$	$M_{44} \times W_4$	$M_{45} \times W_5$	$\sum M_{ij} \times W_j$

اگر تعداد استراتژی‌های شناسایی شده قابل توجه باشد، برای کاهش بار فرایند تصمیم‌گیری، می‌توان معیارهایی را برای حذف استراتژی‌هایی که نامناسب بودنشان را سریع‌تر می‌توان تشخیص داد در نظر گرفت. استراتژی‌هایی را که از دیدگاه ذی‌نفعان کلیدی پذیرفته نیستند یا زمینه اجرای آنها به سادگی فراهم نمی‌شود، می‌توان از همان آغاز از فهرست کنار گذاشت. پس از حذف این موارد ضروری است که با فرض انتخاب شدن استراتژی،

یک برنامه‌ریزی اجمالی برای اجرای آن به عمل آورد. بدین ترتیب برداشت اعضای تیم تصمیم‌گیری از استراتژی‌ها به یکدیگر نزدیک‌تر می‌شود و پاسخ‌گویی هر استراتژی را به معیارها، با دقت بیشتری می‌توان مشخص کرد. تعیین امتیاز هر استراتژی با توجه به هر معیار، باید مبتنی بر شواهد معتبر باشد یا توسط افرادی که از تجربه و تخصص کافی در آن زمینه برخوردارند انجام شود. حاصل سخن آنکه اگر مراحل تصمیم‌گیری چندمعیاری بدون رعایت الزامات آن انجام شود، نتایج به دست آمده تضمینی برای توفیق در عمل نخواهد داشت.

تمرین ۲

روش تصمیم‌گیری چندمعیاری را برای اختیار استراتژی مناسب در همه‌ی زمینه‌های مهم سازمانی می‌توان به کار گرفت. یکی از موارد تصمیم‌گیری‌های مهم سازمان خود را در نظر بگیرید و سعی کنید که بر مبنای روش شرح داده شده، مراحل نیل به تصمیم مناسب را مشخص کنید.

طراحی برنامه

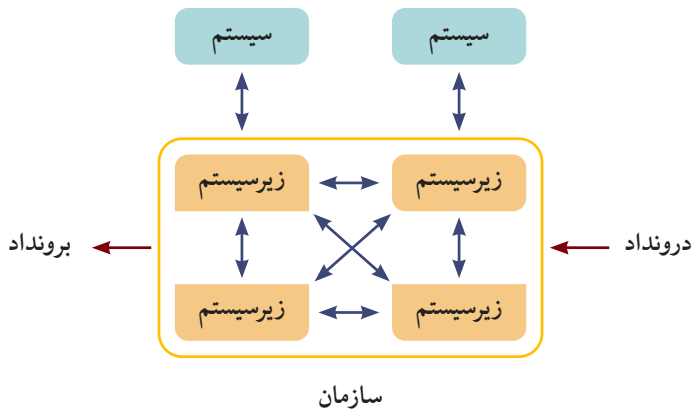
هر برنامه از مجموعه‌ای فعالیت‌ها تشکیل شده است. بنابراین، هدف از طراحی، «تعیین دقیق فعالیت‌ها» است که با انجام آن‌ها، پیامدهای مورد انتظار از اجرای برنامه محقق خواهند شد. برای درک بهتر از منظور «تعیین دقیق فعالیت‌ها»، آشنایی با اصول و مفاهیم نگرش سیستمی و فرایندی به سازمان ضروری است.

نگرش سیستمی و فرایندی به سازمان

نگرش فرایندی بازتابی از نگرش سیستمی است. نگرش سیستمی به سازمان، به صورت مجموعه‌ای از عناصر و اجزای متعامل نگاه می‌کند که به دنبال تولید یک برونداد یا محصول نهایی است. این محصول نهایی ایجاد تغییر در محیط فعالیت سازمان است. از این رو نخستین گام برای شناخت سازمان‌ها، درک عمیق تغییراتی است که در نتیجه‌ی فعالیت آن‌ها در محیط ایجاد می‌شود. تغییر بزرگی که در نتیجه‌ی فعالیت سیستم در محیط ایجاد

می‌شود، نتیجه‌ی تغییرات کوچک‌تر و به هم پیوسته‌ی درون سیستم است. به سبب ارتباط متقابل همه‌ی اجزای سیستم، هر تغییری در هر یک از اجزا به کل سیستم منتشر می‌شود و در نهایت محصول نهایی را تحت تأثیر قرار می‌دهد. به بیان دیگر برونداد سیستم برآیند همه‌ی تغییراتی است که در درون آن رخ می‌دهد. هر تغییر درون سیستم نتیجه‌ی یک فعالیت است و از این رو برونداد سیستم برآیند فعالیت‌های تشکیل دهنده‌ی آن است.

همان‌گونه که هر سیستمی از مجموعه‌ها یا سیستم‌های کوچک‌تر (زیرسیستم‌ها) تشکیل شده است، خود نیز جزئی از سیستم‌های بزرگ‌تر در برگیرنده‌ی آن است و با دیگر زیرسیستم‌های تشکیل دهنده‌ی این سیستم‌ها ارتباط متقابل قرار دارد. تأثیرپذیری سیستم از محیط خارج بدان معناست؛ تغییراتی که در دیگر سیستم‌ها رخ می‌دهد، فعالیت‌های جاری در سیستم مورد نظر را تحت تأثیر قرار می‌دهد و منجر به تغییر برونداد آن‌ها می‌شود. شکل شماره ۵ مفاهیم مرتبط با نگرش سیستمی به سازمان را نمایش می‌دهد.



شکل شماره ۵- نگرش سیستمی به سازمان

تمرین ۳

سازمانی را که در آن فعالیت می‌کنید در نظر بگیرید و به پرسش‌های زیر پاسخ دهید:

۱. فعالیت این سازمان چه تغییراتی در محیط فعالیت آن ایجاد می‌کند؟
۲. شماری از فعالیت‌های سازمان را در نظر بگیرید. در نتیجه‌ی این فعالیت‌ها

چه تغییراتی ایجاد می‌شود؟ ارتباط این تغییرات را با تغییراتی که سازمان در محیط فعالیت خود ایجاد می‌کند، مشخص کنید.

۳. آیا می‌توانید فعالیتی را در سازمان شناسایی کنید که تأثیری بر تغییری که سازمان در محیط خود ایجاد می‌کند، نداشته باشد.

نگرش فرایندی

نظام یا سیستم خدمات سلامت از طریق تعامل با جمعیت زیر پوشش خود در قالب ارائه‌ی خدمات سلامت، در محیط فعالیت خود تغییر ایجاد می‌کند. خدمات سلامت بر ایند همه‌ی فعالیت‌های به هم پیوسته‌ی جاری در سازمان‌های سلامت هستند. کیفیت این خدمات تابع کیفیت فعالیت‌های درون سازمان است و از این رو ریشه‌ی مطلوب یا نامطلوب بودن آن‌ها را باید در مطلوب یا نامطلوب بودن فعالیت‌های متنوع درون سازمان جست‌وجو کرد. معنای این سخن آن است که برای ارتقای کیفیت خدمات باید بتوان بین آن‌ها و فعالیت‌های متنوع درون سازمان ارتباط روشنی برقرار ساخت؛ تا امکان ردیابی مشکلات مشاهده شده در خدمات تارسیدن به فعالیت‌های مسبب آن‌ها وجود داشته باشد. نگرش فرایندی ما را قادر می‌سازد میان خدمات و فعالیت‌های درون سازمان ارتباطی منطقی برقرار کنیم و با تحلیل نارسایی‌ها، نقطه‌ی مناسب برای مداخله را شناسایی نماییم.

تعریف فرایند: فرایند به مجموعه‌ی فعالیت‌های به هم پیوسته‌ای گفته می‌شود که با یک فعالیت مشخص آغاز و با یک فعالیت مشخص پایان می‌یابد و یک یا چند تغییر تعریف شده را ایجاد می‌کند.

تمرین ۴

با مرور فعالیت‌هایی که هر روز در محیط کار خود انجام می‌دهید، چند فرایند را شناسایی و در مورد هر یک، فعالیت‌های آغازکننده و خاتمه‌دهنده و تغییرات ناشی از آن‌ها را مشخص کنید. نقش هر یک از فعالیت‌های تشکیل دهنده‌ی هر فرایند را در ایجاد تغییرات ناشی از آن مشخص کنید.

انواع تغییرات ناشی از فرایند: همه فرایندها برای ایجاد تغییر در یک فرد یا شیئی خاص اجرا می‌شوند؛ اما در کنار این تغییر اصلی، تغییرات مهم دیگری هم باید رخ دهد. بدون این تغییرات یا فرد/چیز مورد نظر دچار تغییر نمی‌شود یا تغییر ایجاد شده در نتیجه‌ی فرایند به تغییر نهایی که سازمان باید در محیط خود ایجاد کند، منجر نخواهد شد. برای مثال فرایند درخواست کالای مصرفی از انبار را در نظر بگیرید. این فرایند با کنترل موجودی کالا در یک واحد سازمانی آغاز می‌شود و با تحویل کالا به درخواست کننده پایان می‌یابد. تغییر اصلی مورد انتظار از این فرایند تغییر مکان کالای مصرفی از انبار به واحد سازمانی است. برای ایجاد این تغییر اصلی، ابتدا باید فردی که در واحد مربوط، مسئولیت کنترل موجودی و درخواست به موقع را برعهده دارد، از رسیدن موجودی کالا به نقطه‌ی سفارش آگاه شود. به بیان دیگر تغییری در آگاهی این فرد ایجاد شود. این تغییر مقدمه‌ی درخواست کالا است. برای آنکه انباردار از نیاز واحد به کالا آگاه شود، باید درخواست مکتوب کالا به او تحویل داده شود. این سند کتبی نیز نتیجه‌ی تغییر یک فرم درخواست خام (کاغذی یا الکترونیکی) به فرم تکمیل شده است. پس از تحویل کالا به درخواست کننده نیز باید مقدار کالای تحویل داده شده و واحد تحویل گیرنده در دفاتر انبار ثبت شود. واحد مربوط هم باید مقدار و زمان دریافت کالا را در دفاتر خود وارد کند. انباردار به کمک اطلاعات ثبت شده تشخیص می‌دهد که موجودی انبار چه زمانی به نقطه‌ی سفارش می‌رسد تا پیش از اتمام موجودی، درخواست خرید کالا را برای واحد کارپردازی ارسال کند. بنابراین اجرای هر فرایند در سازمان با تولید اسناد متنوعی همراه است که غالب آن‌ها از طریق تکمیل فرم‌های از پیش طراحی شده تولید می‌شوند. این اسناد ارتباط فرایندها را با یکدیگر برقرار می‌کنند. یعنی اگر اسناد تولیدی در یک فرایند، اطلاعات درست را به موقع در اختیار فرایند بعدی قرار ندهند، نمی‌توان عملکرد مطلوبی را از فرایند دریافت کننده‌ی اسناد انتظار داشت.

دگرگونه‌های^۱ ناشی از یک فرایند را می‌توان در قالب سه گروه طبقه‌بندی کرد.

۱. دگرگونه‌ی اصلی: فرد یا شیئی که در نتیجه‌ی فعالیت‌های تشکیل دهنده‌ی فرایند تغییر کرده است و هدف اولیه از جاری کردن فرایند را تشکیل می‌دهد. برای مثال در خدمات سلامت، خدمت گیرنده‌ای که پس از دریافت خدمت، اطلاعات جدیدی را کسب کرده است، دگرگونه‌ی اصلی را تشکیل می‌دهد. در فرایند تعمیر تجهیزات، دستگاه تعمیر شده دگرگونه‌ی اصلی است.

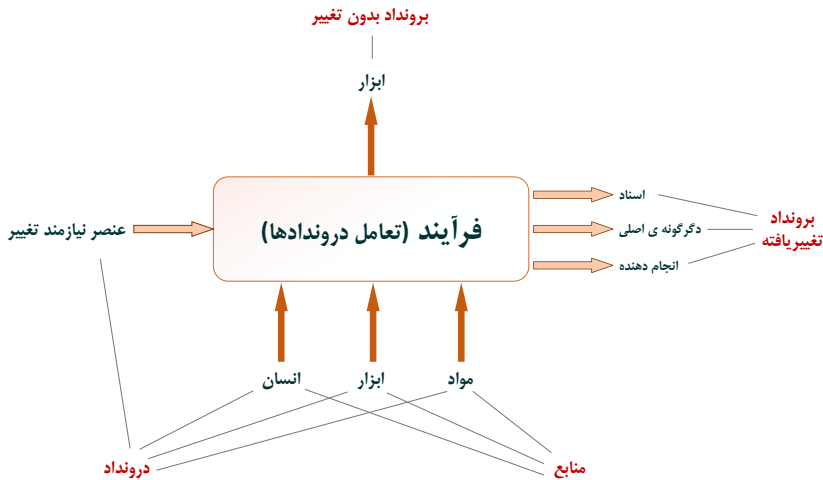
۱. دگرگونه به معنای تغییر یافته است.

۲. فرد انجام‌دهنده‌ی فعالیت: همه فرایندها با عبور از مراحل گردآوری و تحلیل داده، قضاوت و اقدام، تغییری را که از آنها انتظار می‌رود پدید می‌آورند. اگر فرد انجام‌دهنده‌ی فعالیت، از طریق گردآوری و تحلیل داده، به قضاوت درستی در مورد فرد یا شیئی که قرار است تغییر کند دست نیابد، قادر به اقدام درست و ایجاد تغییر مورد انتظار نخواهد بود. دستیابی به این قضاوت، تغییر مقدم بر ایجاد تغییر اصلی مورد انتظار از فرایند است. برای مثال مراقب سلامت ابتدا باید با اندازه‌گیری وزن و قد کودک و بررسی وضعیت تکامل او و همچنین با پرسیدن پرسش‌هایی از مادر، به شناخت و قضاوت در مورد شرایط مادر و کودک دست یابد تا بر مبنای آن بتواند آموزش‌های لازم را به مادر، به منظور تغییر دانش و نگرش و در نهایت تغییر رفتار او ارائه کند.

۳. اسناد: در بسیاری از فرایندهای سازمانی داده‌های گردآوری شده، قضاوت حاصل از تحلیل داده‌ها و اقدامات انجام گرفته بر مبنای این قضاوت، در قالب فرم‌های از پیش طراحی شده ثبت می‌شود. تبدیل فرم‌های خالی به فرم‌های تکمیل شده تغییر مهم دیگری است که در نتیجه‌ی اجرای یک فرایند حاصل می‌شود. این اسناد، پیوند میان این فرایند و فرایندهای پس از آن را برقرار می‌کنند. فرایندهای کنترل سازمان (پایش و ارزیابی) از بهره‌بران اصلی داده‌های ذخیره شده در قالب اسناد سازمانی هستند.

در جریان شناسایی یک فرایند، نخستین تغییری که جلب توجه می‌کند، تغییرات دگرگونه‌ی اصلی است. توجه نکردن به تغییرات منابع انسانی و اسناد، منجر به درکی ناقص از فرایند می‌شود که طراحی یا اصلاح نامناسب فرایند را به دنبال خواهد داشت.

مدل کلی فرایند: شکل شماره ۶ مدل کلی فرایند را نمایش می‌دهد.



شکل شماره‌ی ۶- مدل کلی فرایند

دلیل طراحی همه فرایندها، وجود **عنصر نیازمند تغییر** است. در فرایند ارائه‌ی یک خدمت سلامت، این عنصر، فرد نیازمند خدمت است. تغییر مورد نظر توسط **عوامل انسانی** با کمک ابزار و مواد ایجاد می‌شود. در واقع، فرایند چیزی جز تعامل میان عوامل انسانی با بهره‌گیری از ابزار و مواد در ارتباط با عنصر نیازمند تغییر نیست. هدف از این تعامل، ایجاد یک تغییر از پیش تعریف شده است. مقصود از ابزار هر آن چیزی است که پس از خاتمه‌ی فرایند، قابل به‌کارگیری دوباره است؛ ولی مواد مصرف شده باید جایگزین شوند. مجموعه‌ی عوامل انسانی، ابزار و مواد **منابع** مورد نیاز برای اجرای فرایند را تشکیل می‌دهند و از مجموعه‌ی منابع و عنصر نیازمند تغییر به **درونداد** تعبیر می‌شود. هر آنچه که پیش از شروع فرایند درونداد نامیده می‌شود، پس از خاتمه‌ی آن در حکم برونداد است. گروهی از بروندادها، دروندادهای تغییر یافته‌اند؛ ولی ابزارها در حکم برونادهای بدون تغییرند. همان‌گونه که بحث شد، برونادهای تغییر یافته در سه گروه دگرگونه‌ی اصلی، انجام‌دهنده‌ی فعالیت و اسناد طبقه‌بندی می‌شوند. توجه به این نکته ضروری است که مقصود از برونداد هر آن چیزی است که بی‌درنگ پس از انجام فعالیت پایانی فرایند، در دسترس قرار دارد و برای مشاهده‌ی آن نیازی به گذشت زمان نیست.

استانداردهای فرایند: هدف از جاری کردن یک فرایند ایجاد تغییرات از پیش تعریف شده در عنصر نیازمند تغییر است. این تغییرات باید به گونه‌ای تعریف شوند که به وضوح در برونداد فرایند قابل تشخیص باشند و در بودن یا نبودن آن‌ها، در بین کارشناسان

مرتبط با موضوع، اختلافی وجود نداشته باشد. همیشه برای ضرورت تغییر دلیلی وجود دارد و آن پیامد دست‌یافتن به این تغییر است. اگر هدف ما از ارائه خدمات سلامت، تغییر دانش مخاطبان است، به این دلیل است که انتظار داریم با افزایش آگاهی، رفتار آن‌ها در راستای دستیابی به سلامت بهتر اصلاح شود. از چنین ویژگی‌های عینی، دست‌یافتنی و مورد تفاهم که مطلوب‌ترین نتایج ممکن را به بار می‌آورند، تعبیر به استاندارد می‌شود.

بدیهی است که برای دستیابی به بروندهای استاندارد، فعالیت‌های تشکیل‌دهنده‌ی فرایند باید با روش مشخصی انجام شوند. ویژگی‌های روش انجام فعالیت‌ها هم باید قابل اجرا، عینی و مورد تفاهم باشند و از این رو می‌توان از آن‌ها به **استاندارد فرایند** تعبیر کرد. با توضیح مشابه می‌توان مدعی شد که فقط در صورت استفاده از منابعی که ویژگی‌های مشخص و تعریف‌شده‌ای داشته باشند، می‌توان فرایند استاندارد را به اجرا گذاشت. از این ویژگی‌ها نیز به **استاندارد منابع** تعبیر می‌کنیم. بنابراین برای دستیابی به برونداد استاندارد، باید منابع لازم استاندارد برای اجرای یک فرایند استاندارد فراهم باشد.

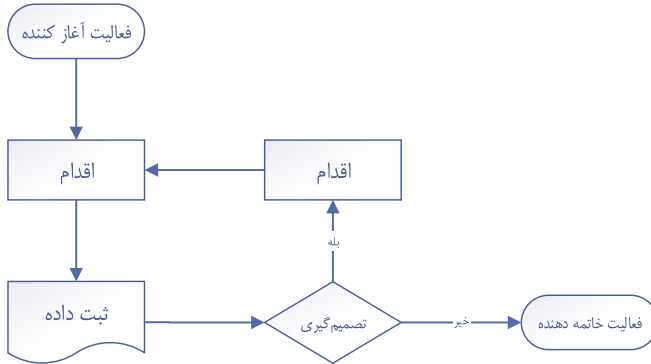
تمرین ۵

یکی از فرایندهای محیط کار خود را که کاملاً به آن اشراف دارید در نظر بگیرید. استانداردهای منابع، فرایند و بروندهای این فرایند را مشخص کنید.

مراحل طراحی فرایند: طراحی فرایند با تعریف دقیق تغییری که باید در عنصر نیازمند تغییر - یعنی استاندارد برونداد- ایجاد شود، آغاز می‌گردد. در مرحله‌ی بعد فعالیت‌های مورد نیاز برای ایجاد این تغییر، استانداردها و توالی اجرای آن‌ها مشخص و پس از آن منابع مورد نیاز برای انجام آن‌ها شناسایی می‌شود. طراحی فرم‌های ثبت داده‌های فرایندی و تعیین روش‌های اطمینان از رعایت توالی و استانداردهای فعالیت‌ها، بخشی اساسی و مکمل در فرایند طراحی به‌شمار می‌روند.

رسم نمودار جریان: مناسب‌ترین روش نمایش یک فرایند، رسم نمودار جریان آن است. رسم این نمودار باعث می‌شود مراحل اجرای فرایند عینی‌تر و ملموس‌تر شده و درک مشترک از آن میان افراد مرتبط آسان‌تر گردد. در نمودار جریان، هر فعالیت به کمک یک نماد نمایش

داده می‌شود. به منظور گویاتر کردن نمودار، فعالیت‌ها به چند گروه اصلی تقسیم و برای نمایش فعالیت مربوط به هر گروه از یک نماد خاص استفاده می‌شود. نمادهایی که بیشترین کاربرد را در رسم نمودار جریان دارند، در قالب رسم یک نمودار جریان، در شکل شماره ۷ نمایش داده شده است.



شکل شماره ۷- نمادهای پرکاربرد در رسم نمودار جریان

رسم نمودار گویا و کاربردی نیازمند قدرت تجزیه و تحلیل فرایند است و این مهارت جز با تمرین و تکرار حاصل نمی‌شود. رعایت نکات زیر منجر به زیباتر و گویاتر شدن نمودارها می‌شود.

نمودار را به گونه‌ای رسم کنید که در حد امکان، خطوط رابط فعالیت‌ها یکدیگر را قطع نکنند.

در فرایندهای بزرگ و حاوی فعالیت‌های زیاد، برای جلوگیری از پیچیدگی نمودار بهتر است آن را به چند فرایند کوچک‌تر تقسیم کرد و ارتباط این فرایندها را به کمک نمودار جریان دیگری نمایش داد. در این صورت از نماد مستطیل برای نمایش هر فرایند کوچک استفاده می‌شود. چنین نموداری، نمودار کلی، مفهومی یا سطح بالا، نامیده می‌شود. به کمک نمودار سطح بالا، مخاطب به درکی کلی از فرایند دست می‌یابد. در قیاس با نمودار سطح بالا، نموداری که جزئیات فعالیت‌ها را نمایش می‌دهد، نمودار جزئی، عملیاتی یا سطح پائین^۱ نامیده می‌شود. این نمودار، جزئیات انجام فعالیت‌ها را به اندازه نیاز نمایش می‌دهد. سطح کلی یا جزئی بودن یک نمودار امری نسبی است؛ هر نمودار می‌تواند نسبت به نمودار

1. High-level flowchart
2. Low-level flowchart

والد خود جزئی و نسبت به نمودارهای زیر مجموعه‌اش کلی در نظر گرفته شود. در صورت نیاز، افزون بر رسم نمودارهای سطح بالا و پائین، می‌توان نمودار سطح میانی^۱ نیز رسم کرد. معمولاً امکان توضیح کافی در مورد هر فعالیت در نماد مربوط در نمودار وجود ندارد. در این صورت بهتر است با اختصاص یک شماره به هر نماد، توضیحات مربوط به آن فعالیت را در پیوست نمودار ذکر کرد. این توضیحات می‌تواند در برگزیده‌ی نیروی انسانی، ابزار، مواد و روش به کار گرفته شده برای انجام آن، یا استانداردهای فعالیت باشد.

تمرین ۶

نمودار جریان فرایندی را که در تمرین قبل استانداردهای مربوط به آن تعیین شده بود، رسم کنید.

فرایند خدمت: نظام سلامت از طریق ایجاد تغییر در فرد یا محیط زندگی او به مأموریت خود اقدام می‌کند. فرایندهایی که برای ایجاد این تغییرات طراحی و اجرا می‌شوند، فرایند خدمت نام دارند. در این فرایند، عنصر نیازمند تغییر همان خدمت‌گیرنده یا عامل محیطی است که قرار است دستخوش تحول شود. فرایند خدمت با برقراری ارتباط با عنصر نیازمند تغییر شروع می‌شود و با قطع ارتباط با او پایان می‌یابد. در خدماتی که به افراد ارائه می‌شود، دگرگونی اصلی، یا نخستین نتیجه‌ی فرایند خدمت، هنوز واجد تغییرات نهایی - که به معنای حل مشکل سلامت در فرد باشد - نیست؛ بلکه تغییراتی که مقدمه یا پیش‌نیاز تغییرات مورد نظر است، در او ایجاد شده است. برای مثال کودکی که پس از دریافت واکسن، پایگاه سلامت را ترک می‌کند، در برابر بیماری مصونیت ندارد؛ بلکه تنها ماده‌ی ایمنی‌زا وارد بدن او شده است. یا فردی که پس از دریافت خدمت غربالگری پرفشاری خون، متوجه پرفشاری خون شریانی خود شده است و آموزش‌های مورد نیاز را در مورد روش مصرف دارو، رژیم غذایی، فعالیت فیزیکی و کاهش استرس دریافت کرده است، هنوز فشارخونش کاهش نیافته است؛ بلکه فقط دانش او در زمینه‌ی شیوه‌ی کاستن فشارخونش افزایش یافته است. بنابراین برونداد فرایند خدمت واجد تغییراتی است که به تدریج به ایجاد تغییرات به نسبت پایدار (اثر^۲) در خدمت‌گیرنده منتهی می‌شود. در مثال‌های یادشده مصونیت کودک در

1. Intermediate-level flowchart

2. Effect

برابر بیماری و مصرف مداوم دارو و تغییر باثبات رفتار، آثار ناشی از خدمات دریافت شده را تشکیل می‌دهند. از تغییر پایداری که به معنای حل مشکل سلامت فرد است، به اثر نهایی (Ef) تعبیر می‌شود. ممکن است پس از تولید برون‌داد تا ایجاد اثر نهایی، آثار واسطی (E1, E2, ...) نیز قابل شناسایی باشد (شکل شماره ۸). در مثال درمان پرفشاری خون شریانی، مصرف منظم دارو و پای‌بندی به رفتارهای مورد انتظار در حکم اثر نهایی نیست؛ بلکه کاهش مستمر فشار خون و از میان رفتن خطر ابتلا به عوارض پرفشاری خون شریانی اثر نهایی محسوب می‌شود. بیشتر خدمات مرتبط با سلامت فردی بر اساس الگویی عمل می‌کنند که تغییر دانش به عنوان برون‌داد فرایند خدمت، تغییر رفتار به عنوان اثر واسط، و تغییر زیستی به عنوان اثر نهایی پیروی می‌کنند.

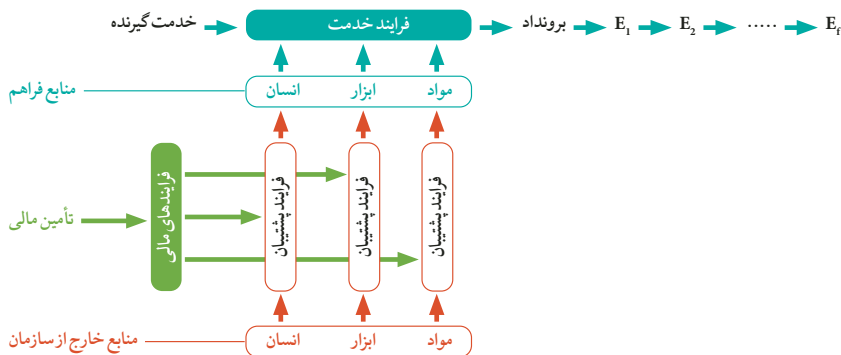


شکل شماره ۸- ارتباط زنجیره‌ای بین فرایند خدمت و اثر نهایی

تحقق اثر نهایی به معنای حل یک مسئله‌ی سلامت در فرد است. حل اجتماعی این مسئله با فراوانی افرادی که خدمت مورد نظر را دریافت کرده‌اند و اثر نهایی در آن تحقق یافته است (پوشش مؤثر) متناسب است. در شرایط عادی اجرای برنامه، استانداردهای برون‌داد در همه‌ی خدمت‌گیرندگان محقق نمی‌شود. این امر ناشی از ارائه خدمت توسط خدمت‌دهندگان گوناگون، در شرایط متفاوت، و به خدمت‌گیرندگان مختلف است. یک خدمت‌دهنده معمولاً به یک روش به ارائه خدمت می‌پردازد و این روش واحد در خدمت‌گیرندگان متفاوت یک نتیجه را به دنبال ندارد. در نتیجه همه درون‌دادها به برون‌داد استاندارد تبدیل نمی‌شوند. به علاوه به سبب تفاوت خدمت‌گیرندگان، همه آنانی که دانش کافی در مورد وضعیت سلامت خود و رفتارهای مورد انتظار دریافت کرده‌اند، به این رفتارها اقدام نمی‌کنند؛ یا همه برون‌دادهای استاندارد به آثار واسط قابل قبول تبدیل نمی‌شوند. و در نهایت به سبب تفاوت‌های زیست‌شناختی افراد، همه خدمت‌گیرندگانی که به رفتارهای مورد انتظار اقدام می‌کنند، به پیامد و نتیجه نهایی دست نمی‌یابند.

بنابراین، پیامد برنامه با میزان پوشش آن برابر نیست؛ بلکه تابعی از آن است. با این حال، به دلیل نبود تناظر یک‌به‌یک میان خدمت‌گیرندگان و تحقق اثر نهایی، نمی‌توان تنها براساس پوشش برنامه درباره‌ی پیامد اجتماعی آن قضاوت کرد. به همین سبب اصطلاح پوشش

مؤثر^۱ تعریف شده است؛ به گونه‌ای که در صورت کسر، تعداد افرادی قرار می‌گیرد که اثر نهایی در آنان محقق شده است، و در مخرج کسر، تعداد افراد نیازمند به خدمت. فرایندهای پشتیبان و مالی: تحقق فرایند خدمت نیازمند تأمین منابع مورد نیاز برای انجام فعالیت‌های آن است. فرایندهای پشتیبان به منظور تأمین منابع استاندارد برای فرایند خدمت طراحی و اجرا می‌شوند. منابع مورد نیاز فرایند خدمت، از بیرون سازمان تأمین می‌شود و از طریق فرایندهای پشتیبان در اختیار فرایند خدمت قرار می‌گیرد. حفظ و بهبود مستمر منابع نیز از طریق فرایندهای پشتیبان انجام می‌شود. به بیان دیگر فراهم کردن منابع استاندارد، به مقدار کافی، در محل اجرای فرایند و آماده به کار برعهده‌ی فرایندهای پشتیبان است. فرایندهای مالی نیز پول مورد نیاز را برای تأمین و آماده‌سازی منابع در اختیار فرایندهای پشتیبان قرار می‌دهند. با افزودن این فرایندها به شکل (۸) تصویر روشنی از ارتباط فرایندهای مالی و پشتیبان با ارتقای سلامت جامعه به دست می‌آید. (شکل ۹)



شکل شماره ۹- ارتباط فرایندهای مالی، پشتیبان و خدمت با آثار نهایی خدمات سلامت (مدل زنجیره‌ای)

عناصر طراحی برنامه

در طراحی برنامه‌های سلامت پیوسته باید دو ملاحظه‌ی اصلی کارایی و عدالت اجتماعی مورد نظر طراحان باشد. به منظور افزایش کارایی، باید دستیابی به پیامد نهایی را به حداکثر رساند و از هدررفت منابع یا خروج زود هنگام آن‌ها از چرخه‌ی بهره‌برداری جلوگیری کرد. افزایش پوشش مؤثر برنامه رویکرد اصلی برای لحاظ کردن اصل عدالت اجتماعی در برنامه‌های سلامت است. کارایی و عدالت اجتماعی همیشه در یک جهت تغییر نمی‌کنند

و ممکن است به منظور گسترش عدالت اجتماعی، ناگزیر از پذیرفتن کارایی پایین شویم. با توجه به نگرش فرایندی، گام نخست در طراحی برنامه‌ی سلامت، طراحی فرایند خدمت است. راهبردهای برگزیده برای رویارویی با چالش‌های سلامت جامعه، خدمات سازنده یک برنامه سلامت را تعیین می‌کنند. پس از طراحی فرایند خدمت، منابع مورد نیاز برای اجرای آن شناخته و با توجه به آن‌ها فرایندهای پشتیبان طراحی می‌شود (مدیریت منابع). طراحی خدمات مبتنی بر شواهد علمی و مدیریت مؤثر منابع، با تقویت پیامد برنامه و استفاده‌ی بیشینه از منابع منجر به افزایش کارایی برنامه می‌شود.

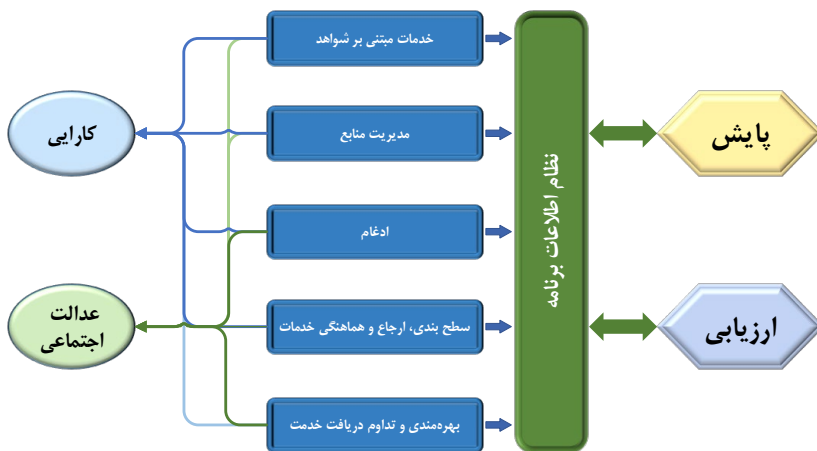
خدمات یک برنامه از نظر مهارت و تخصص مورد نیاز برای ارائه‌ی آن‌ها در یک سطح قرار ندارند. خدماتی که گروه هدف بزرگ‌تری دارند، ساده‌ترند و امکان ارائه‌ی آن‌ها توسط نیروهای محیطی چندپیشه‌ای امکان‌پذیر است. نیروهای محیطی در جریان ارائه خدمات با پیچیدگی کمتر، گروه هدف پیچیده‌تر را از میان خدمت‌گیرندگان شناسایی می‌کنند. از آنجا که ارائه خدمات پیچیده‌تر بر عهده‌ی خدمت‌دهندگان واجد مهارت‌های خاص است، این افراد باید به سطح بالاتر ارجاع شوند. هنگامی که یک خدمت‌گیرنده ناگزیر از دریافت خدمات مورد نیاز خود از چند نفر است، باید روش‌های ایجاد هماهنگی بین سطوح مختلف ارائه‌ی خدمت نیز در مرحله‌ی طراحی مورد توجه قرار گیرد. سطح بندی خدمات یک رویکرد منطقی برای گسترش پوشش خدمات و بهره‌برداری بیشینه از منابع محدود است. در نتیجه با این رویکرد هر دو ملاحظه‌ی کارایی و عدالت اجتماعی مورد توجه قرار گرفته‌اند.

اگر قرار است که این خدمات جزئی از بسته‌ی خدمتی باشد که از طریق یک نظام خدمات سلامت ارائه می‌شود، باید خدمات این برنامه را در بسته‌ی جاری خدمات ادغام کرد. ادغام خدمات با بیشینه‌کردن استفاده از منابع محدود، سبب ارتقای کارایی نظام خدمات سلامت می‌شود.

پس از آنکه منابع مورد نیاز ارائه‌ی خدمت، از طریق استقرار فرایندهای پشتیبان فراهم شدند، باید از گروه هدف خدمات برای دریافت خدمت دعوت نمود. به بیان دیگر باید برای خدمات آماده‌ی ارائه، بازاریابی کرد. با توجه به ویژگی‌های گروه هدف، روش‌های مناسب بازاریابی نیز باید در مرحله‌ی طراحی برنامه مورد توجه قرار گیرد. پس از مراجعه‌ی خدمت‌گیرنده، حفظ او در چرخه‌ی بهره‌مندی از خدمت برای دستیابی به اثر نهایی الزامی است. بدین ترتیب می‌توان پوشش مؤثر برنامه را افزایش داد و آن را عادلانه‌تر کرد.

در جریان طراحی هر عنصر، باید نظام اطلاعاتی آن را نیز طراحی کرد. در بحث نگرش فرایندی، اهمیت اسناد مورد توجه ویژه قرار گرفت. داده‌هایی که در قالب این اسناد تولید می‌شوند، برای برقراری ارتباط فرایندها با یکدیگر و ارتباط همه آن‌ها با فعالیت‌های کنترل سازمان، باید در قالب یک نظام اطلاعاتی منسجم ذخیره شوند.

پس از اجرای برنامه، دو پرسش اساسی در برابر طراحان و مدیران برنامه قرار دارد. پرسش نخست، آن است که آیا اجرای برنامه بر طراحی آن منطبق است و پرسش دوم آنکه آیا برنامه به اهداف مورد نظر از طراحی و اجرای آن دست یافته است. اقداماتی که برای پاسخ به پرسش نخست انجام می‌شود پایش، و آن‌هایی که پاسخ سؤال دوم را تولید می‌کنند ارزیابی نامیده می‌شوند. روش‌های پایش و ارزیابی برنامه هم باید در مرحله‌ی طراحی مشخص و ابزارهای مورد نیاز برای انجام آن‌ها تهیه شود. مجموعه‌ی عناصر طراحی برنامه در شکل (۱۰) نمایش داده شده است.



شکل ۱۰ - عناصر طراحی برنامه‌های سلامت

طراحی خدمات مبتنی بر شواهد

توانایی یک خدمت را در دستیابی به آثار مورد انتظار از ارائه‌ی آن، فقط می‌توان در قالب تجربیات علمی تکرارپذیر و تعمیم‌پذیر مشخص کرد. در قالب چنین مطالعاتی همچنین می‌توان عوارض یا پیامدهای ناخواسته و نامطلوب خدمت را شناخت و هزینه‌ی اجرای

آن را محاسبه کرد. تجربیات علمی را از نظر امکان تکرار پذیری و تعمیم پذیری در قالب چهار سطح تقسیم‌بندی می‌کنند که از آن به سلسله‌مراتب شواهد تعبیر می‌شود. این سطوح عبارت‌اند از:

سطح یک: شواهدی که از متاآنالیز کارآزمایی‌های تصادفی شده‌ی کنترل‌شده (RCT)^۱ یا حداقل یک RCT با کیفیت به دست آمده باشد.

سطح دو: شواهدی که از کارآزمایی‌های با کیفیت کنترل‌شده، ولی بدون تصادفی‌سازی، نظیر مطالعات کوهورت و مورد-شاهدی به دست آمده باشد.

سطح سه: شواهدی که از گزارش موردی^۲، گزارش مجموعه‌ی موارد^۳ یا دیدگاه خبرگان^۴ به دست آمده باشد.

سطح چهار: شواهدی که از مطالعات حیوانی، پژوهش ترجمانی^۵، یا دیدگاه مؤلفان موجه و پذیرفته‌شده به دست آمده باشد.

به‌منظور کمک به خدمت‌دهندگان برای ارائه‌ی خدمات مبتنی بر شواهد، راهنماهای ارائه خدمت مبتنی بر شواهد^۶ تولید می‌شوند. این راهنماها، توصیه‌های مشخصی را به منظور ارائه خدمات مؤثر و کم‌عارضه در اختیار خدمت‌دهندگان قرار می‌دهند. کادر نمایش داده‌شده در شکل (۱۱)، دو نمونه از توصیه‌های مبتنی بر شواهد را برای درمان دیابت نوع دوم نمایش می‌دهد. برای تهیه چنین راهنماهایی، شواهد علمی به شکلی ساختار یافته و گسترده تحت یک بازبینی انتقادی قرار می‌گیرند و بر اساس این یافته‌ها، مناسب‌ترین توصیه‌ها برای ارائه خدمات سلامت تدوین می‌شوند. راهنماهای ارائه‌ی خدمات، تنها شواهد علمی را لحاظ می‌کنند و معمولاً بستر خاصی از ارائه‌ی خدمات را در نظر ندارند. به همین سبب ممکن است توصیه‌هایی که ارائه می‌کنند در هر شرایطی قابل اجرا نباشد. برای تهیه راهنمایی مناسب برای یک بستر خدماتی خاص، باید راهنماهای موجود که تنها بر مبنای شواهد علمی تهیه شده‌اند، به گونه‌ای اصلاح شوند که بدون کاهش اعتبار توصیه‌هایشان، امکان استفاده عملی و کاربردی در محیط مورد نظر را فراهم کنند. به فرایند تبدیل یک راهنمای

1. Randomized Controlled Trials (RCTs)

2. Case Report

3. Case Series

4. Expert Opinion

۵. Translational Research: یک رویکرد علمی مبتنی بر استفاده از پژوهش‌های بنیادین برای خلق روش‌های جدید

مداخله برای مسائل سلامت انسانی است.

6. Evidence-based Practice Guidelines

عمومی به راهنمایی که در یک محیط خاص مبنای عمل قرار می‌گیرد، **تطبیق راهنما** گفته می‌شود. این فرایند یک رویکرد منطقی، ساختارمند و تشکیل یافته از مراحل و گام‌هایی به شرح زیر است:

به صورت منظم عملکرد شناختی بیمار مبتلا به دیابت را ارزیابی کنید. اگر شواهدی از اختلال یا افت قوای شناختی در او مشاهده شد، بیمار و مراقبان او باید در قبال شواهد هیپوگلیسمی هوشیارتر شوند. **B**

برای افراد مبتلا به دیابت که در محدوده‌ی سنی ۴۰-۷۵ سال قرار دارند و به بیماری‌های عروقی کرونر مبتلا نیستند، به منظور پیشگیری، افزون بر اصلاح سبک زندگی، از استاتین با قدرت متوسط استفاده کنید. **A**

American Diabetes Association, Standard of Care in Diabetes, 2025

شکل ۱۱ - دو مورد از توصیه‌های راهنمای ارائه‌ی خدمت به بیماران دیابتی. سطح شواهد پشتیبان این توصیه‌ها در انتهای هر توصیه آورده شده است.

الف- مرحله‌ی شروع

۱. بررسی اینکه آیا راهنمای معتبری برای تطبیق وجود دارد: در صورتی که چنین راهنمایی وجود ندارد، در صورت امکان، باید به جای تطبیق، اقدام به تولید راهنما کرد.
۲. تعیین مهارت‌های مورد نیاز برای تطبیق: تسلط بر بیماری موضوع راهنما، تجربه‌ی شخصی در ارتباط با موضوع (نظیر مراقبت از بیماران یا زندگی با آنان)، تجربه‌ی مدیریت و سیاست‌گذاری، جست‌وجوی منابع و ارزیابی نقادانه، مدیریت پروژه، و قدرت تسهیل‌گری از مهم‌ترین مهارت‌های مورد نیاز برای تطبیق راهنما هستند.
۳. تشکیل تیم تطبیق.
۴. تدوین پروتکل تطبیق: این پروتکل باید دربرگیرنده‌ی مقدمه، موضوع راهنما، شیوه‌ی تعامل با ذی‌نفعان، مراحل انجام کار، اعتبار مالی مورد نیاز، محل تأمین مالی و زمان‌بندی پروژه باشد.

ب- مرحله‌ی تطبیق

۱. تبیین هدف راهنما: یعنی بیان دقیق اینکه این راهنما در مورد چه مداخله‌ای، در چه جمعیتی، برای چه خدمت‌دهندگانی، برای دستیابی به چه اهدافی و در چه محیط ارائه‌ی خدمتی تطبیق داده می‌شود. برای مثال هدف زیر برای تطبیق یک راهنما برای بهبود کیفیت خواب تدوین شده است.
- شناسایی مناسب‌ترین مداخله‌های درمانی برای بهبود کیفیت خواب و کاهش خطر تنگی دوباره عروق کرونر، که قابل ارائه توسط پزشکان عمومی شاغل در مراکز جامع سلامت باشد، برای بیماران زیر پوشش این مراکز که تحت اقدامات CABG یا PCI قرار گرفته‌اند و از بی‌خوابی مزمن رنج می‌برند.
۲. جست‌وجو برای راهنماهای موجود: در این گام، راهنماهای منتشرشده و منتشرنشده، هر دو را، باید جست‌جو کرد.
۳. ارزیابی راهنماهای یافت شده: راهنماهای یافت شده را باید از نظر کیفیت، به‌روز بودن، محتوا، انسجام، و مقبولیت و عملی بودن توصیه‌ها مورد ارزیابی قرار داد.
۴. انتخاب راهنماهای مناسب برای تطبیق: ممکن است یک یا چند راهنما برای تطبیق برگزیده شود.
۵. تطبیق راهنما: از میان توصیه‌های موجود در راهنماهای انتخابی می‌توان برخی را کاملاً کنار گذاشت و برخی را کامل پذیرفت و برخی را نیز برای آنکه در محیط خاص مورد نظر ما قابل اجرا باشد، تغییر داد. در اختیار نداشتن منابع (نیروی انسانی، تجهیزات و دارو) یا نبود پذیرش از سوی ذی‌نفعان کلیدی، مهم‌ترین دلایل نپذیرفتن یک توصیه هستند. در صورت تصمیم به تغییر توصیه، باید توجه داشت که این تغییر منجر به خدشه‌دار شدن اعتبار علمی آن نشود. تصمیم‌گیری در مورد توصیه‌های تشکیل‌دهنده‌ی راهنمای تطبیق‌یافته، بر عهده‌ی پانلی از افراد خبره و ذی‌نفعان است.
۶. تدوین متن اولیه‌ی راهنمای تطبیق یافته.

ج- مرحله‌ی نهایی کردن راهنما

۱. مرور توسط افراد خارج از تیم تطبیق: باید راهنما را برای ذی‌نفعان اصلی آن ارسال کرد و در صورت امکان، بازخورد آنان را به کمک یک پرسشنامه‌ی ساختاریافته دریافت کرد.

۲. پیش‌بینی بازنگری‌های آینده: به دلیل تولید مستمر شواهد علمی و تغییر بستری که راهنما برای آن تهیه شده است، هیچ راهنمایی را نمی‌توان یک‌بار و برای همیشه تطبیق داد. به همین سبب باید فعالیت‌های مشخصی به منظور رصد کردن تغییرات بستر به کارگیری راهنما و تولید شواهد علمی جدید تعریف کرد.
۳. نهایی کردن راهنما: راهنما بر مبنای بازخوردهای دریافتی از ذی‌نفعان، در صورت لزوم، اصلاح و نهایی می‌شود. راهنمای نهایی شده در قالب یک سند - که در برگیرنده‌ی دلایل تطبیق، اهداف آن، روش کار و توصیه‌های نهایی شده است - منتشر می‌شود.

تمرین ۷

خدمات سلامت در شبکه بهداشتی در مانی کشور، باید بر مبنای دستورعمل‌هایی که توسط وزارت بهداشت تهیه شده‌اند، اجرا شوند. این دستورعمل‌ها (نظیر IraPEN) در واقع راهنماهای تطبیق یافته‌اند. با مرور دستورعمل یک برنامه، میزان انطباق آن را با ویژگی‌های سند نهایی راهنمای تطبیق داده‌شده بررسی کنید.

مدیریت منابع

شرط ارائه خدمت، فراهم بودن منابع است. مقصود از فراهمی^۱ موجود بودن مقدار کافی از منابع استاندارد در محل ارائه خدمت و آماده به کار یا استفاده است. نقش سطوح پشتیبان، فراهم کردن منابع است که در گروهی مدیریت کارآمد منابع است. شرط ارائه‌ی خدمت با کیفیت فراهم بودن همه‌ی منابع مورد نیاز آن است. نقص حتی یک مورد از این منابع، یا به سبب توقف ارائه خدمت، منجر به بی‌استفاده ماندن دیگر منابع می‌شود، یا از کیفیت خدمات ارائه شده می‌کاهد. بنابراین درونداد سیستم به بروندادی که از آن انتظار می‌رود تبدیل نمی‌شود و این به معنای کارایی پایین است. مدیریت ناکارآمد منابع، به دلایل متعدد دیگری هم می‌تواند منجر به کاهش کارایی سازمان شود که در شرح مدیریت منابع سرمایه‌ای و مصرفی به آن‌ها خواهیم پرداخت.

1. Availability

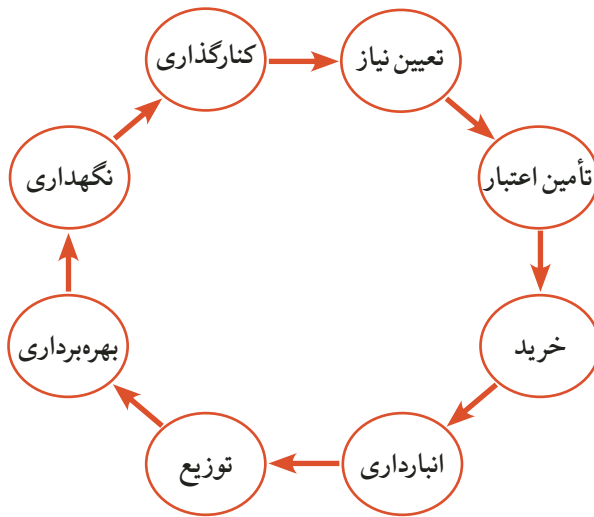
مدیریت همه منابع، اعم از انسانی، سرمایه‌ای و مصرفی، و همچنین مدیریت مالی، در قالب یک چرخه انجام می‌شود. مدیریت باکیفیت منابع در گروهی استقرار کامل این چرخه‌هاست و غفلت از هر یک از عناصر تشکیل‌دهنده‌ی آن‌ها، متناسب با نقش و اهمیت آن عنصر، از کیفیت مدیریت منابع خواهد کاست. به سبب اهمیت ویژه‌ی مدیریت منابع انسانی، یک فصل مستقل در کتاب به آن اختصاص یافته است و از این‌رو در این فصل مورد بحث قرار نمی‌گیرد. اجرای فرایندهای پشتیبانی، وابسته به فرایندهای مالی است. مدیریت مالی هم در فصل جداگانه‌ای مورد بحث قرار گرفته است. در ادامه، به اختصار، به مدیریت منابع سرمایه‌ای (ابزار) و منابع مصرفی (مواد) می‌پردازیم.

مدیریت منابع سرمایه‌ای (تجهیزات و ماشین‌آلات)

چرخه‌ی مدیریت منابع سرمایه‌ای در شکل (۱۲) نمایش داده شده است. عناصر نمایش داده در چرخه بر مبنای روش‌های جاری در شبکه‌ی بهداشتی در مانی کشور ترسیم شده است و می‌توان متناسب با الزامات سازمانی آن‌ها را تغییر داد.

تعیین نیاز: نیاز به یک کالای سرمایه‌ای با توجه به برنامه‌ی راه‌اندازی واحدها و خدمات جدید، اقلام نیازمند جایگزینی و موجودی انبار تعیین می‌شود. بهتر است تعداد اقلام مورد نیاز به صورت سالانه تعیین و اعتبار مالی مورد نیاز آن در بودجه‌ی شبکه پیش‌بینی شود. به منظور تسهیل تأمین اعتبار خرید این کالاها، تعیین نیاز باید زمانی انجام شود که بتوان مبالغ پیش‌بینی شده را در بودجه‌ی پیشنهادی سال بعد گنجانند.

تأمین اعتبار مالی: چنانچه خرید کالاها سرمایه‌ای در موافقت‌نامه‌ی بودجه پیش‌بینی شده باشد، تأمین اعتبار آن به‌سادگی انجام می‌شود؛ در غیر این صورت مدیران محلی متناسب با شرایط سازمان باید محل مناسبی را به منظور تأمین اعتبار بیابند. از کمک نیکوکاران نیز می‌توان بدین منظور استفاده کرد.



شکل ۱۲ - چرخه‌ی مدیریت منابع سرمایه‌ای

خرید: نخستین اقدام برای خرید تجهیزات، تعیین استانداردهای آن‌ها با توجه به مقتضیات فرایندهایی است که آن‌ها را به کار می‌گیرند. استاندارد تجهیزات مورد نیاز برای ارائه خدمات سلامت باید در مستندات مربوط به برنامه‌های سلامت مشخص شده باشند؛ ولی استاندارد دیگر تجهیزات باید توسط کارشناسان محلی مشخص شود. در انتخاب تولیدکننده باید از قابلیت او در تولید کالای منطبق با استانداردهای تعیین‌شده، در حد امکان، مطمئن شد. بدین منظور می‌توان عملکرد محصولات او را نزد دیگر مصرف‌کنندگان ارزیابی کرد. در صورتی که حجم کالای مورد تقاضا قابل توجه باشد، حتی می‌توان بازدید از خط تولید را از تولیدکننده درخواست کرد. بازدید از خط تولید ضرورتاً نیازمند اطلاعات فنی تولید نیست؛ بلکه با استفاده از دانش کنترل کیفیت می‌توان شواهد آن را در خط تولید جستجو کرد. انعقاد قرارداد - حتی با تضمین‌های سنگین - با تولیدکننده‌ی بی‌کفایت، ما را در برابر پیامدهای بی‌کفایتی او حفظ نخواهد کرد. براساس آیین‌نامه‌ی مالی - معاملاتی دانشگاه‌های علوم پزشکی، انتخاب تولیدکننده‌ای که محصول باکیفیت‌تر ولی گران‌تر تولید می‌کند، کاملاً از وجاهت قانونی برخوردار است. تولیدکننده، مرجع اصلی تهیه‌ی شیوه‌نامه‌ی بهره‌برداری و نگهداری تجهیزات است؛ به علاوه می‌تواند در آموزش بهره‌برداران و تعمیرکاران ما را یاری دهد. پای‌بندی به این موارد از ملاک‌های برتری یک تولیدکننده نسبت به دیگران است. توجه به این نکات در هنگام عقد قرارداد خرید، منجر به اعتلای عملکرد

سازمان در دیگر مراحل چرخه‌ی مدیریت منابع می‌شود. معامله‌ی خوب، معامله‌ی است که منافع هر دو طرف را تأمین کند. بدون تردید تولیدکننده تخفیف بیش از حدی را که هنگام بستن قرارداد متحمل شده است، با کاستن از کیفیت محصول و خدمات پس از فروش جبران خواهد کرد.

انبارداری: بر پایه‌ی مقررات جاری، تمامی کالاها پس از خرید باید به انبار تحویل و از طریق آن بین واحدهای مختلف توزیع شوند. ضرورت طی این مراحل به معنای ضرورت توقف درازمدت کالاهای سرمایه‌ای در انبار نیست. در شرایط مطلوب، امکان حذف فیزیکی یا محدود کردن انبار کالاهای سرمایه‌ای وجود دارد و عملیات انبارداری تنها بر روی کاغذ انجام می‌شود. توقف درازمدت کالای سرمایه‌ای در انبار به معنای حبس سرمایه‌های سازمان و از عوامل اصلی کاهش کارایی است. دلیل اصلی انباشت تجهیزات در انبار، خرید آن‌ها بدون توجه به نیاز واقعی است.

توزیع: اگر نیازسنجی به درستی انجام شده باشد، پخش کالاهای خریداری شده به آسانی و در بازه زمانی کوتاه امکان‌پذیر خواهد بود. در نتیجه، نیازی به ذخیره‌سازی طولانی مدت کالا در انبار نیست.

بهره‌برداری: بهره‌برداری از تجهیزات به شیوه‌نامه‌ی بهره‌برداری و آموزش بهره‌بردار نیاز دارد. بهره‌برداری درست از تجهیزات، مهم‌ترین عامل در حفظ و نگهداری آن‌هاست.

نگهداری: نگهداری تجهیزات نیازمند اقدامات زیر است.

۱. بهره‌برداری درست مبتنی بر شیوه‌نامه‌ی بهره‌برداری؛
 ۲. کنترل ادواری تجهیزات توسط بهره‌برداران: این کنترل اقدامات ساده‌ای را شامل می‌شود که نیاز به دانش فنی ندارد و همراه با آموزش بهره‌برداری می‌توان آن را به بهره‌بردار آموزش داد.
 ۳. کنترل ادواری توسط فرد متخصص؛
 ۴. تعمیر به موقع در صورت مشاهده‌ی نقص فنی؛
 ۵. به منظور پایش فعالیت‌های نگهداری، شرح و نتایج فعالیت‌های کنترل ادواری و تعمیر باید در فرم‌های از پیش طراحی شده ثبت شود. تجزیه و تحلیل اطلاعات مربوط به موارد نقص فنی که منجر به تعمیر شده است، ما را در گنجاندن فعالیت‌های پیشگیرانه‌ی جدید به برای کاهش بروز موارد نقص فنی کمک می‌کند.
- کنارگذاری:** یک وسیله را باید به دلیل جایگزین کردن آن با وسیله‌ای با کارایی بهتر و برخوردار

از فناوری پیشرفته‌تر، و نه به دلیل خرابی و ازکارافتادگی، کنار گذاشت. تجهیزات از رده خارج را باید بر اساس یک فرایند از پیش طراحی شده و با رعایت موازین قانونی به مزایده گذاشت و از شکل‌گیری مکان‌های نامناسبی با عنوان انبار اسقاط در سازمان جلوگیری نمود.

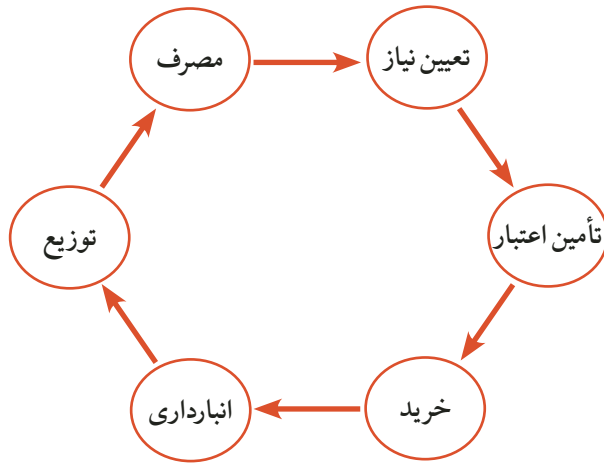
مدیریت منابع سرمایه‌ای (ساختمان)

چرخه مدیریت ساختمان مشابه چرخه مدیریت تجهیزات است، با این تفاوت که در کنار خرید، ساخت و اجاره هم گزینه‌های دیگر تأمین ساختمان را تشکیل می‌دهند. انبارداری و توزیع در مورد مدیریت ساختمان موضوعیت ندارد؛ ولی در مورد بهره‌برداری و نگهداری از آن می‌توان همان نکات ذکر شده در مورد تجهیزات را در نظر گرفت. ساختمان را هم به سبب تغییر نیازهای سازمان، می‌توان با ساختمان جدید جایگزین کرد.

مدیریت منابع مصرفی (مواد اولیه)

چرخه‌ی مدیریت منابع مصرفی در شکل (۱۳) نمایش داده شده است. این کالاها پس از مصرف باید جایگزین شوند و گریزی از ذخیره‌کردن موقت آن‌ها در انبار نیست. ماهیت فسادپذیر و ضرورت توجه به تاریخ انقضای برخی از آن‌ها، توجه به نکات فنی مهمی را در مدیریت منابع مصرفی ضروری می‌کند. بی‌توجهی به این نکات منجر به خروج این کالاها از چرخه‌ی مصرف و کاهش کارایی سازمان می‌شود.

تعیین نیاز: نیاز به خرید اقلام مصرفی بر مبنای نقطه‌ی سفارش تعیین می‌شود. نقطه‌ی سفارش مقدار کالایی است که در صورت رسیدن موجودی انبار به این مقدار، باید برای خرید آن اقدام کرد. نقطه‌ی سفارش بر مبنای میزان مصرف کالا در واحد زمان و زمان مورد نیاز برای خرید آن از هنگام درخواست خرید تا ورود جنس به انبار تعیین می‌شود. هر چه کالا بیشتر مصرف شود و زمان مورد نیاز برای تأمین آن طولانی‌تر یا غیرقابل پیش‌بینی‌تر باشد، نقطه‌ی سفارش بیشتری خواهد داشت. خرید اقلام مصرفی بدون توجه به نقطه‌ی سفارش، یا منجر به تخلیه‌ی انبار از کالا یا ذخیره‌سازی بیش از حد آن می‌شود. ذخیره‌سازی بیش از حد، علاوه بر آنکه سبب حبس سرمایه‌های سازمان و تحمیل هزینه‌ی انبارداری می‌شود، احتمال فساد اقلام فاسدشدنی و غیرقابل مصرف شدن اقلام دارای تاریخ مصرف را نیز افزایش می‌دهد؛ و این نیز اتلاف بیشتر منابع را به دنبال خواهد داشت.



شکل ۱۳ - چرخه‌ی مدیریت منابع مصرف

تأمین اعتبار: در اختیار داشتن برآورد قابل قبولی از میزان مصرف، منجر به پیش‌بینی اعتبار مورد نیاز برای خرید کالاهای مصرفی در بودجه سالانه می‌شود. چنین برآوردی را می‌توان براساس پیش‌بینی حجم فعالیت‌ها در آینده و میزان مصرف در گذشته به دست آورد. **خرید:** با توجه به آنکه خرید اقلام مصرفی امری مستمر است، در صورت یافتن تولیدکننده‌ای با کفایت و قابل اعتماد، که اقلامی را منطبق بر استانداردهای مورد نظر سازمان تولید می‌کند، بهتر است با آن وارد تعامل بلندمدت شد و همیشه کالای مورد نیاز سازمان را از او تأمین کرد. تأمین کالا از یک تولیدکننده، به سبب ثبات درون‌داد فرایندها و قابل پیش‌بینی شدن شرایط برای منابع انسانی، منجر به رضایت و عملکرد باثبات آنان و در نتیجه ثبات برون‌داد و رضایت خدمت‌گیرندگان می‌شود. رابطه‌ی باثبات تجاری میان مصرف‌کننده و تولیدکننده، به سبب کاستن از نوسان‌ها، ضایعات را کاهش می‌دهد و منافع طرفین را بیشتر تأمین می‌کند.

انبارداری: بسیاری از کالاهای مصرفی، فاسدشدنی یا دارای تاریخ مصرف هستند. این کالاها باید در مکان مناسب از نظر تهویه، دما، رطوبت و نور قرار داده شوند. نگهداری کالاهای دارای تاریخ مصرف در انبار، نیازمند به‌کارگیری روش‌های انبارداری ویژه است. بنابراین انبارداری کالاهای مصرفی امری کاملاً تخصصی و هزینه‌بر است. با توجه به آنکه رعایت نقطه‌ی سفارش برای کالاهای مصرفی الزامی است، چنانچه این اقلام به صورت متمرکز تهیه شوند و طی چندمرحله، از طریق انبارهای واسط، به واحدهای محیطی منتقل

شوند، حجم قابل توجهی از این اقلام در انبارهای مختلف راکد خواهد ماند. از این رو، تا جایی که امکان دارد، باید خرید این اقلام را به صورت غیر متمرکز انجام داد و از ایجاد انبارهای واسط جلوگیری کرد.

توزیع: توزیع اقلام مصرفی باید به دنبال درخواست واحد مصرف‌کننده و نه بر مبنای سهمیه باشد. سهمیه‌ها اغلب با در نظر گرفتن میانگین مصرف در واحدهای مختلف تعیین می‌شود. در نتیجه، واحدهایی که مصرفشان از میانگین فاصله دارد (و پیوسته چنین واحدهایی وجود دارند)، یا با کمبود اقلام مواجه می‌شوند یا به سبب مصرف نکردن سهمیه‌ی خود، احتمال ضایعات کالاهای دارای تاریخ مصرف را افزایش می‌دهند. چنانچه تصمیم‌گیری در مورد مقدار نیاز به اقلام مصرفی، در چهارچوب اعتبار مصوب هر واحد، برعهده‌ی مدیر آن قرار داده شود، مصرف اقلام مصرفی، الگوی منطقی خود را به دست خواهد آورد.

مصرف: مصرف اقلام مصرفی باید با ثبت مقدار مصرف در فرم‌های مناسب همراه باشد. به کمک ثبت، پایش فعالیت‌ها با سهولت بیشتری انجام می‌شود و تصویر دقیق‌تری از میزان نیاز به این اقلام به دست می‌آید.

ادغام

ادغام به معنای بهره‌برداری بیشینه از یک عنصر از طریق به‌کارگیری ظرفیت‌های استفاده نشده‌ی آن است. هدف اولیه از ادغام، کارایی سازمان است. ادغام در دو سطح منابع و خدمت‌گیرنده امکان‌پذیر است.

ادغام در سطح خدمت‌گیرنده

هنگامی که چند برنامه دارای یک گروه هدف باشد، می‌توان آن‌ها را به صورت یک برنامه‌ی ادغام‌یافته ارائه کرد. با توجه به تعریف برنامه‌ی تندرستی، از طریق ارائه‌ی چنین برنامه‌ای با چند بیماری در سطح یک گروه هدف مقابله می‌شود. برای مثال هدف از برنامه‌ی مراقبت ادغام‌یافته‌ی ناخوشی‌های اطفال (مانا)^۱ بررسی هم‌زمان کودک از نظر ابتلا به بیماری، وضعیت رشد و تکامل، و واکسیناسیون است. با توجه به ارتباط مسائل سلامت با یکدیگر، تدبیر مؤثر با یک مسئله، نیازمند پرداختن هم‌زمان به مسائل تأثیرگذار بر آن است. بیماری کودک سبب تأخیر رشد او می‌شود؛ فقر تغذیه و رشد ناکافی، پاسخ دستگاه ایمنی کودک

را به واکسیناسیون کاهش و آسیب‌پذیری او را در برابر بیماری‌ها افزایش می‌دهد. در نتیجه مراقبت از کودک در قالب برنامه‌ی ادغام‌یافته‌ی مانا تأثیر اجزای تشکیل دهنده‌ی برنامه را تقویت می‌کند. بنابراین افزایش تأثیر، از دلایل اصلی ادغام در سطح گیرنده‌ی خدمت است. افزون بر این، ارائه‌ی خدمات مربوط به چند برنامه در جریان یک نوبت برقراری ارتباط با خدمت‌گیرنده منجر به پوشش بهتر برنامه‌ها همراه با صرفه‌جویی در وقت خدمت‌دهنده و خدمت‌گیرنده، هر دو، می‌شود. حاصل سخن آنکه ادغام برنامه‌ها در سطح خدمت‌گیرنده، هم از طریق افزایش تأثیر و پوشش (پیامد بهتر) و هم از طریق کاهش هزینه‌ها منجر به افزایش کارایی نظام تندرستی می‌شود.

ادغام در سطح منابع

هدف از ادغام در سطح منابع، افزایش کارایی سازمان از طریق به‌کارگیری منابع در بیشترین ظرفیت ممکن و کاستن از هزینه‌ها است. برای مثال از یک نفر برای ارائه‌ی خدمات چند برنامه استفاده می‌شود؛ یا از یک ابزار (نظیر ترازو) برای انجام فعالیت‌های چند برنامه، نظیر مراقبت از خانم باردار و کنترل وزن افراد مبتلا به دیابت، استفاده می‌شود. آنچه که از مفهوم برنامه‌های ادغام‌یافته در برابر برنامه‌های عمودی استنباط می‌شود، متکی بر همین تعبیر از ادغام است. در بسیاری از نظام‌های تندرستی، برنامه‌های مختلف توسط گروه‌های کاملاً مستقل و با به‌کارگیری تجهیزات جداگانه اجرا می‌شود. در مقایسه با این نظام‌ها، خانه‌های بهداشت در شبکه‌ی بهداشتی در مانی کشور، برای ارائه تمامی برنامه‌ها به صورت ادغام‌یافته، در محیطی‌ترین سطح ارائه خدمت به‌کار گرفته می‌شود.

منابع انسانی که چند خدمت را در کنار یکدیگر ارائه می‌کنند، چندپیشه نامیده می‌شوند. خدماتی که افراد چندپیشه ارائه می‌کنند، به سطوح بالای تخصص نیاز ندارد و بیشتر از خدمات پیشگیری، مراحل اولیه‌ی غربالگری، درمان‌های ساده‌ی علامتی و بازتوانی مبتنی بر جامعه تشکیل می‌شود. با توجه به آنکه افراد سالم یا به‌ظاهر سالم و افراد مبتلا به بیماری‌های شایع، گروه هدف این خدمات را تشکیل می‌دهند، به راحتی می‌توان ظرفیت ارائه خدمت یک خدمت‌دهنده را با یک جمعیت محدود کامل کرد. کوچک بودن جمعیت زیر پوشش، توزیع گسترده‌ی خدمت‌دهندگان را در سطح جامعه و افزایش دسترسی فیزیکی به آنان را تسهیل می‌کند. بنابراین از طریق به‌کارگیری نیروهای چندپیشه می‌توان هم کارایی و هم عدالت اجتماعی را افزایش داد.

در هنگام ادغام در سطح منابع، به‌خصوص منابع انسانی، نکات زیر باید مورد توجه قرار گیرد.

مهارت انجام وظیفه‌ی جدید: اگر سطح مهارت مورد نیاز برای ارائه خدمت جدید در سطح مهارتی باشد که خدمت‌دهنده چندپیشه یا مهارت برای ارائه‌ی خدمات موجود خود به آن نیاز دارد، با آموزش محدود می‌توان او را برای ارائه خدمت جدید آماده کرد. در غیر این صورت، ابتدا باید امکان ارتقای مهارت نیروی انسانی موجود را با مطالعات مناسب نشان داد و پس از آن برای ارتقای مهارت آنان، برای ادغام یک برنامه جدید، اقدام کرد. برای مثال اگر افزودن برنامه‌ی غربالگری یک بیماری مهم (نظیر سرطان پستان)، نیازمند انجام معاینه‌ی بالینی توسط مراقب سلامت چندپیشه است، ابتدا باید اثربخشی یک برنامه‌ی آموزشی برای ایجاد چنین مهارتی را در قالب یک مطالعه نشان داد و بر مبنای نتایج آن در مورد افزودن این وظیفه‌ی جدید تصمیم گرفت.

وجود ظرفیت برای افزودن برنامه‌ی جدید: ظرفیت قابل بهره‌برداری یک منبع (فرد) ارایه‌کننده خدمت، تجهیزات، و ... با تعداد آن و زمانی که می‌توان آن را به‌کار گرفت متناسب است. بنابراین، ظرفیت هر یک از انواع منابع موجود از ضرب تعداد آن در کل زمانی که می‌شود آن را در اختیار گرفت بدست می‌آید و با واحد «تعداد زمان» بیان می‌شود (رابطه ۱). در رابطه ۱، حرف C ظرفیت منبع مورد نظر در یک سال، n تعداد منبع، T ساعات فعال در طول روز، و d تعداد کل روزهای کاری فعال را در یک سال نمایش می‌دهد.

$$1) C = n.T.d$$

برای نمونه دو خدمت‌دهنده که در روز ۸ ساعت و در سال ۲۵۰ روز کار می‌کنند، ظرفیتی برابر با ۴۰۰۰ نفر ساعت را در سال در اختیار سازمان قرار می‌دهند.

ظرفیت به‌کار گرفته‌شده‌ی یک منبع، مجموع زمانی است که از آن برای انجام همه وظایف محوله بهره‌برداری می‌شود. برای محاسبه ظرفیت به‌کار گرفته‌شده‌ی یک منبع، باید همه فعالیت‌هایی را که با آن انجام می‌شود، مشخص کرد. بخشی از ظرفیت یک منبع که به انجام یک فعالیت اختصاص می‌یابد با حاصل ضرب فراوانی فعالیت در میانگین زمان انجام آن محاسبه می‌شود (رابطه ۲). در رابطه ۲، uci ظرفیت اختصاص یافته از منبع مورد نظر به فعالیت یا خدمت fi ، i فراوانی انجام فعالیت یا خدمت i در طی سال، و ti میانگین زمان انجام فعالیت یا خدمت i است. با توجه به رابطه ۲ کل ظرفیت به‌کار گرفته‌شده‌ی یک منبع (UC) از رابطه ۳ محاسبه می‌شود.

$$2) uci = fi \cdot ti$$

$$3) UC = \sum uci = \sum fi \cdot ti$$

با توجه به روابط ۱ و ۳ ظرفیت آزاد یک منبع (FC) از رابطه ۴ محاسبه می‌شود:

$$4) FC = n.T.d - S fi \cdot ti$$

$$5) n = (FC + S fi \cdot ti) / T.d$$

با توجه به رابطه ۵ می‌توان تعداد منابع مورد نیاز را برای انجام مجموعه‌ای از فعالیت‌ها، مشخص کرد. با توجه به آنکه فراوانی یک خدمت در یک سال متناسب با جمعیت زیر پوشش است، به کمک رابطه ۵، تعداد منابع مورد نیاز، برای یک جمعیت مفروض، قابل محاسبه است. ظرفیت آزاد یک منبع را با توجه به شرایط محیط کار می‌توان مشخص کرد. منظور کردن ظرفیت آزاد صفر بدان معناست که منبع مورد نظر در تمام وقت فعال کاری درگیر کار خواهد بود. با توجه به ثابت بودن ساعات فعال کاری در هر روز، برای آنکه در هیچ یک از روزهای کاری خدمتی بیش از ظرفیت منابع ارایه نشود، باید در هر روز تعداد مشخصی خدمت برابر با میانگین فراوانی خدمت در روزهای مختلف سال ارایه شود. اما فراوانی ارایه‌ی یک خدمت در روزهای مختلف، از یک نوسان قابل پیش‌بینی پیروی می‌کند، و در نتیجه منبع محاسبه شده برای ارایه خدمت در نیمی از روزهای سال کافی خواهد بود. چنانچه این فعالیت، ارایه‌ی یک خدمت و منبع مورد نظر فرد ارایه‌کننده باشد، در نیمی از روزهای سال ازدحام و صف تشکیل خواهد شد و نتیجه‌ی آن افزایش ساعات کار و خستگی کارکنان یا کاهش زمان ارایه‌ی هر خدمت خواهد بود. در هر دو صورت خدمات ارایه شده در چنین روزهایی از کیفیت مطلوبی برخوردار نخواهد بود. در صورتی که منابع برای روزهایی محاسبه شود که در آن‌ها حداکثر مراجعه وجود دارد، حجم منابع افزایش می‌یابد و در غالب روزهای سال با ظرفیت خالی آن‌ها مواجه خواهیم بود. اینکه چه مقدار ظرفیت خالی برای منابع قابل قبول خواهد بود، به توانایی سازمان در تأمین منابع بستگی دارد. بنابراین باید با توجه به نوسان فراوانی خدمت در روزهای مختلف سال و توان سازمان برای تدارک منابع، در مورد ظرفیت خالی قابل قبول تصمیم گرفت. در صورتی که کسر ظرفیت خالی (q) ۰/۲ در نظر گرفته شود، تعداد منبع مورد نظر از رابطه زیر محاسبه می‌شود:

$$6) FC = 0.2 n.T.d$$

اگر در رابطه ۴ مقدار FC را از رابطه ۶ قرار دهیم، روابط زیر به دست می‌آید.

$$7) 0.2 n.T.d = n.T.d - S fi \cdot ti$$

$$8) 0.8 n.T.d = S f i . t i$$

$$9) n = (S f i . t i) / 0.8 T.d$$

$$10) n = (S f i . t i) / (1 - q) T.d$$

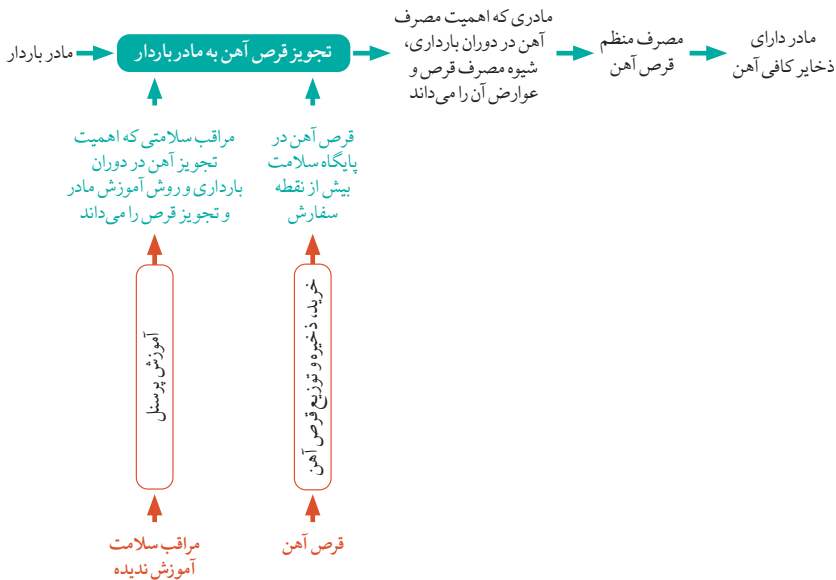
در هنگام افزودن یک خدمت جدید باید محاسبات یادشده را با در نظر گرفتن این خدمت، تکرار و نیروی انسانی مورد نیاز را محاسبه کرد. اگر با حفظ تعداد نیروی انسانی و بهره‌گیری از زمان‌های خالی بتوان خدمت جدیدی به خدمات موجود افزود، به شرط آن‌که بپذیریم کارکنان در روزهای بیشتری از سال با کمبود وقت مواجه خواهند شد و برای آن چاره‌ای اندیشیده شود، می‌توان این خدمت را بدون جذب نیروی جدید ارائه کرد. در غیر این صورت، باید افزایش نیروی انسانی را در نظر گرفت.

تمرین ۸

آیا تاکنون ملاحظات گفته شده را برای افزودن یک وظیفه‌ی جدید به وظایف نیروی انسانی مورد توجه قرار داده‌اید؟ آیا پس از افزودن این وظیفه پیامدهای آن را - شامل رضایت نیروی انسانی و کیفیت فعالیت‌های او - ارزیابی کرده‌اید؟

برنامه ادغام‌یافته: مفهوم برنامه ادغام یافته در برابر مفهوم برنامه ساده قرار می‌گیرد. در قالب یک برنامه‌ی ساده با یک بیماری در یک سطح پیشگیری مقابله می‌شود. برای مثال واکسیناسیون همگانی کووید-۱۹ یک برنامه ساده است؛ اما ایمن‌سازی با واکسن پنج‌گانه یک برنامه ادغام یافته است. مراقبت مادران باردار یک برنامه ادغام یافته است و در قالب آن با چند بیماری مادر و جنین مقابله می‌شود. پیشگیری از فقر آهن، درمان فقر آهن، غربالگری دیابت بارداری، درمان دیابت بارداری، غربالگری پره‌اکلامپسی، پیشگیری از نقص لوله‌عصبی در جنین با تجویز اسیدفولیک به مادر و ... برنامه‌های ساده‌ی تشکیل‌دهنده‌ی برنامه‌ی مراقبت از مادر باردار را تشکیل می‌دهند. نکته مهم آن است که برنامه‌ها ابتدا به صورت ساده شکل می‌گیرند و سپس در یکدیگر ادغام می‌شوند. در هنگام پایش و ارزیابی برنامه‌های ادغام‌یافته، باید آن‌ها را با توجه به برنامه‌های ساده‌ی تشکیل‌دهنده‌ی آن‌ها بررسی کرد. ممکن است عملکرد یکی از برنامه‌های ساده‌ی یک برنامه‌ی ادغام‌یافته مطلوب و عملکرد برنامه‌ی ساده‌ی دیگری نامطلوب باشد. برای مثال

در برنامه‌ی مراقبت مادران باردار ممکن است پیشگیری از فقر آهن به خوبی انجام شده باشد؛ ولی برنامه در شناسایی و درمان دیابت بارداری عملکرد مطلوبی نداشته باشد. به همین سبب مدیریت برنامه‌های ادغام‌یافته‌ی جاری در شبکه‌ی بهداشتی باید با توجه به برنامه‌های ساده‌ی تشکیل‌دهنده‌ی آن‌ها باشد. برای دستیابی به یک درک عملیاتی در مورد برنامه‌های ساده‌ی تشکیل‌دهنده‌ی یک برنامه‌ی ادغام‌یافته، بهتر است برای هر یک از آن‌ها مدل زنجیره‌ای را رسم کرد. مدل زنجیره‌ای برنامه‌ی ساده‌ی پیشگیری از فقر آهن در مادران باردار در شکل شماره ۱۴ نمایش داده شده است.



شکل ۱۴ - مدل زنجیره‌ای در برنامه‌ی ساده‌ی پیشگیری از فقر آهن در مادران باردار

سطح‌بندی

هدف از سطح‌بندی تعیین محل استقرار منابع بادو ملاحظه‌ی کارایی و عدالت اجتماعی است. حفظ مهارت ارائه‌کننده‌ی خدمت، حجم منابع قابل تدارک و دسترسی به خدمات مهم‌ترین تعیین‌کننده‌های تعیین محل استقرار را تشکیل می‌دهند.

حفظ مهارت ارائه خدمت دهنده

پس از تعیین استانداردهای ارائه خدمت، می‌توان خدمات برنامه را سطح‌بندی کرد. رعایت استانداردهای فرایند خدمت تابع مهارت خدمت‌دهنده برای انجام آن‌هاست. مهارت با آموزش پدید می‌آید، با تکرار تثبیت می‌شود و به تدریج بهبود می‌یابد. به همان اندازه که انجام یک فعالیت به مهارت‌های پیچیده‌تری وابسته باشد، برای حفظ مهارت، باید آن را در فواصل زمانی کوتاه‌تری تکرار کرد. برای مثال انجام یک معاینه‌ی بالینی استاندارد - که داده‌های مورد نیاز را در اختیار خدمت‌دهنده قرار دهد - وابسته به تکرار و کسب تجربه است. از این رو مکلف کردن کارکنان واحدهای محیطی به اجرای آن، ممکن است به خطای بیش از حد قابل قبول منجر شود.

با توجه به پیچیدگی خدمات مختلف، می‌توان کمترین تکرار آن‌ها را در یک بازه‌ی زمانی مشخص - که برای حفظ مهارت خدمت‌دهنده مورد نیاز است - تعیین کرد. بهتر است این مقدار از طریق انجام مطالعات میدانی مشخص شود؛ ولی از نظر کارشناسان باتجربه هم می‌توان برای تخمین آن استفاده کرد. فراوانی ارائه خدمت با جمعیت زیر پوشش واحد خدمت‌دهنده متناسب است. از این رو خدمت را باید در واحد خدمت‌دهنده‌ای عرضه کرد که این حجم از تقاضا در جمعیت زیر پوشش آن وجود داشته باشد. ارائه خدمت به جمعیتی که ظرفیت حفظ مهارت خدمت‌دهنده را ندارد منجر به کاهش کیفیت خدمت، به هدر رفتن منابع به کار رفته برای آن و افت کارایی سازمان می‌شود.

مقدار منابع مورد نیاز

اگر در رابطه‌ی محاسبه‌ی نیروی انسانی، که در بخش «وجود ظرفیت برای افزودن برنامه‌ی جدید» اثبات شد، به جای n_i ، حاصل ضرب جمعیت در میزان تقاضا برای خدمت (D_i) قرار داده شود، رابطه‌ی زیر به دست می‌آید:

$$11) n = (\sum P_i \cdot D_i \cdot t) / (1 - q) \cdot T \cdot d$$

اگر در این رابطه $n=1$ در نظر گرفته شود، می‌توان جمعیت زیر پوشش یک خدمت‌دهنده را به کمک رابطه ۱۲ محاسبه کرد.

$$12) P = \frac{(1 - q) \cdot T \cdot d}{D_1 \cdot t_1 + D_2 \cdot t_2 + \dots + D_j \cdot t_j}$$

با به‌کارگیری این رابطه، جمعیت زیر پوشش هر خدمت‌دهنده محاسبه می‌شود. از آنجا که تقاضا برای خدمات تخصصی‌تر کمتر است، جمعیت زیر پوشش ارائه‌کنندگان این خدمات به‌صورت تدریجی افزایش خواهد یافت تا جایی که هر یک از آنان می‌توانند جمعیت زیر پوشش چندین ارائه‌دهنده‌ی خدمات پایه را در حوزه‌ی حمایتی خود قرار دهند. افراد نیازمند به خدمات پیچیده‌تر توسط ارائه‌کنندگان خدمات ساده‌تر شناسایی و به خدمت‌دهندگان سطوح بالاتر ارجاع می‌شوند. بنابراین ارجاع، نتیجه طبیعی سطح‌بندی خدمات است. حاصل این محاسبات تعیین حجم منابع مورد نیاز و سطوح استقرار آن‌ها برای بهره‌مند کردن یک جمعیت از خدمات برنامه‌های سلامت است.

زمان دسترسی

زمان دسترسی برای دو گروه از خدمات با اهمیت است.

۱. خدماتی که فوریت دارند: این گروه، خدماتی را شامل می‌شود که ارائه آن‌ها در یک محدوده‌ی زمانی از بیشترین تأثیر برخوردار است. از این محدوده به **زمان طلایی** تعبیر می‌شود. اورژانس‌های پزشکی در این گروه قرار دارند.
۲. خدمات کاملاً غیرفوری: این گروه خدمات پیشگیری و غربالگری را شامل می‌شود که ایجاد تقاضا برای آن‌ها نیازمند ارتقای سواد سلامت جامعه و بازاریابی است. از آنجا که دریافت این خدمات مسائل فوری را حل نمی‌کند، با افزایش زمان دسترسی احتمال انصراف گروه هدف از دریافت این خدمت افزایش می‌یابد.

زمان دسترسی از دو جزء زمان، طی راه و زمان انتظار تشکیل می‌شود. اهمیت زمان طی راه برای جمعیت‌های پراکنده بسیار زیاد است. بر اساس رابطه ۱۲، ممکن است محیطی‌ترین محل استقرار منابع - یعنی مکانی که دست‌کم یک خدمت‌دهنده باید حضور داشته باشد - جمعیتی را پوشش دهد که به دلیل پراکندگی، برای بخشی از آنان زمان طی راه بیش از زمان مناسب دسترسی باشد. در این صورت باید با کاستن از جمعیت پوششی، زمان طی راه را کاهش داد. نتیجه چنین اقدامی افزایش ظرفیت خالی منابع و ضرورت افزایش تعداد آن‌ها برای پوشش دادن کامل جمعیت است. در صورتی که امکان تدارک این حجم از منابع وجود داشته باشد، می‌توان با پذیرش ظرفیت خالی بیشتر دسترسی بهتری را برای جمعیت زیر پوشش فراهم کرد. از سوی دیگر با کاهش این جمعیت ممکن است فراوانی خدمات به حدی کاهش یابد که با حفظ مهارت ارائه‌کننده سازگار نباشد. در چنین شرایطی یا باید

جمعیت هدف را افزایش داد تا با بهبود امکانات حمل و نقل افراد، زمان دسترسی را کاهش داد یا با برگزاری آموزش‌های ادواری و انتقال موقت ارایه‌کنندگان خدمت به مناطقی که از حجم خدمات بالاتری برخوردارند، زمینه‌ی حفظ مهارت آنان را فراهم کرد.

در مناطق پرتراکم شهری، دسترسی معیار اولیه برای تعیین محل استقرار خدمت‌دهنده است. در مناطق شهری، جمعیتی که به واحد خدمت‌دهنده دسترسی دارد بیش از جمعیت زیر پوشش یک خدمت‌دهنده است. از این رو در هر واحد ارائه‌دهنده‌ی خدمت، باید چند خدمت‌دهنده را مستقر کرد. همچنین ابتدا می‌توان در مورد تعداد خدمت‌دهنده در هر واحد ارائه خدمت تصمیم گرفت و سپس تعداد و محل استقرار واحدهای ارائه‌ی خدمت را برای یک جمعیت مشخص تعیین کرد.

زمان انتظار نتیجه‌ی تناسب نداشتن عرضه با تقاضای خدمت است. از طریق محاسبه‌ی حجم منابع با در نظر گرفتن ظرفیت آزاد مناسب، می‌توان به زمان انتظاری که با زمان دسترسی مناسب به خدمت مورد نظر سازگار باشد، دست یافت. عامل محدوده‌کننده در این مورد حجم منابع قابل تدارک است.

جمع‌بندی

چنانچه حفظ مهارت ارایه‌کننده، منابع قابل تدارک، و دسترسی با هم در نظر گرفته شوند به خوبی روشن می‌شود افزایش دسترسی نیازمند تدارک حجم بیشتری از منابع است و ممکن است در جمعیت‌های پراکنده به دلیل کاهش جمعیت زیر پوشش و کاهش فراوانی خدمات با حفظ مهارت ارایه‌کننده‌ی خدمت سازگار نباشد. حفظ مهارت ارایه‌کننده‌ی خدمت یا بهبود شرایط انتقال گروه هدف خدمات نیز در جای خود نیازمند صرف منابع جدید است که باید امکان تأمین آن‌ها را در نظر گرفت. بنابراین عامل محدودکننده‌ی اصلی در تعیین محل استقرار منابع، حجم منابع قابل تدارک است. در صورتی که امکان تدارک منابع وجود داشته باشد، با هدف تأمین دسترسی بهتر، منابع را در محیطی‌ترین مکانی که با حفظ مهارت ارایه‌کننده سازگار باشد مستقر می‌کنیم.

ارجاع و هماهنگی خدمات

پس از تعیین محل استقرار منابع، در صورتی که همه خدمات تشکیل‌دهنده‌ی برنامه در یک سطح قابل ارایه نباشد، باید با برقراری ارتباط بین سطوح مختلف (ارجاع) امکان بهره‌مندی

گروه هدف از مجموعه‌ی کامل خدمات برنامه فراهم شود. بنابراین ارجاع، نتیجه‌ی طبیعی سطح‌بندی منابع برای ارتقای کارایی و عدالت اجتماعی است. هنگامی که گروهی از افراد در ارائه‌ی خدمات یک برنامه به یک نفر مشارکت دارند، هماهنگی میان آنان با محوریت خدمت‌گیرنده، برای دستیابی به بهترین نتیجه، امری اجتناب‌ناپذیر است. برقراری زنجیره‌ی ارجاع و ارائه‌ی خدمت هماهنگ، افزون بر عناصر ساختاری (محل استقرار منابع و وجود بستر تعامل) وابسته به عناصر رفتاری، چه از سوی ارائه‌کنندگان و چه از سوی دریافت‌کنندگان خدمت است. فقط در صورتی تحقق این عناصر رفتاری را شاهد خواهیم بود که منافع اقدام به آن‌ها برای انجام دهنده، بیش از هزینه‌هایش باشد. از این رو، در جریان سیاست‌گذاری برای اجرای برنامه‌های سلامت، باید با افزایش منافع و کاهش هزینه‌های در پیش گرفتن رفتارهای مطلوب، و همچنین با افزایش هزینه‌های ناشی از اقدام نکردن به آن‌ها، زمینه‌ی بروز رفتارهای مناسب در نظام خدمات سلامت را فراهم ساخت. در فصل پزشکی خانواده در مورد تعیین‌کننده‌های ارجاع موفق و هماهنگی خدمات با تفصیل بیشتر بحث شده است.

تمرین ۹

برقراری زنجیره‌ی ارجاع از آرزوهای دیرینه‌ی شبکه بهداشتی درمانی کشور است. به نظر شما موانع اصلی برقراری زنجیره‌ی ارجاع چیست؟

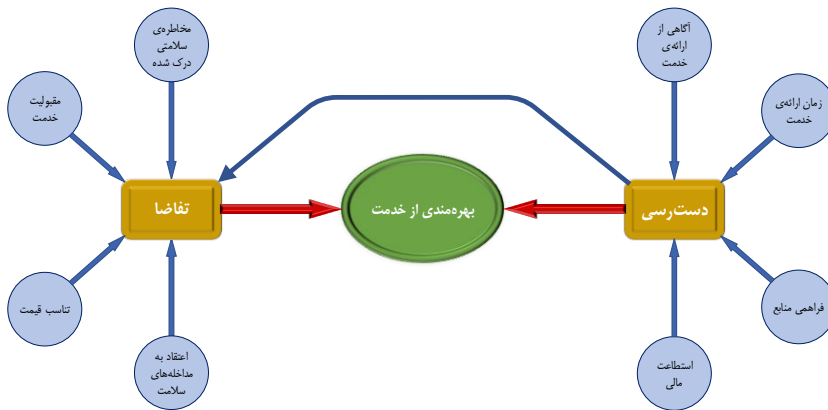
بهره‌مندی و تداوم دریافت خدمت

بهره‌مندی جمعیت نیازمند از خدمات یک برنامه (پوشش)، از نظر عوامل تأثیرگذار بر آن، شبیه خرید یک کالا است. اگر بتوانیم عوامل مؤثر بر خرید یک کالای بازرگانی را شناسایی و تحلیل کنیم، عوامل مؤثر بر خرید یک کالای سلامت (خدمت سلامت) را نیز شناسایی کرده‌ایم.

تمرین ۱۰

مواردی را در نظر بگیرید که با وجود تصمیم اولیه برای خرید یک کالا، در انجام آن توفیق نیافته یا از آن منصرف شده‌اید و همچنین به مواردی بیندیشید که بدون قصد اولیه و برنامه‌ریزی نسبت به خرید یک کالا اقدام کرده‌اید. تلاش کنید با تحلیل رفتارهای خود عوامل مؤثر بر خرید یک کالا را شناسایی کنید.

بهره‌مندی هنگامی تحقق می‌یابد که فرد نخست بتواند و سپس بخواهد از کالا یا خدمت بهره‌مند شود. توانایی، همان امکان دسترسی به خدمت و تمایل به بهره‌مندی، همان تقاضا برای خدمت است. شکل شماره ۱۵ عوامل مؤثر بر بهره‌مندی را نمایش می‌دهد.



شکل شماره ۱۵ - عوامل مؤثر بر بهره‌مندی

دسترسی

- دسترسی به معنای امکان بهره‌مندی از خدمت است. شرایط دسترسی عبارت‌اند از:
۱. فراهم بودن منابع: فراهمی به معنای وجود مقدار کافی از منابع استاندارد آماده به کار در محل ارائه خدمت است. مکان مناسب ارائه‌ی خدمت در مرحله‌ی سطح‌بندی خدمات مشخص شده است. فراهمی نتیجه‌ی مدیریت کارآمد منابع از طریق استقرار فرایندهای پشتیبان در سازمان است.
 ۲. آگاهی از ارائه‌ی خدمت: همان‌گونه که تولیدکنندگان کالاها و خدمات تجاری به کمک بازاریابی، جامعه را از محصولات خود آگاه و برای ترغیب آنان به خرید کالا یا دریافت

خدمت تلاش می‌کنند، شبکه بهداشت و درمان کشور نیز باید، با استفاده از روش‌های مناسب بازاریابی، در جهت متقاعدکردن جمعیت برای بهره‌مندی از خدمات تلاش کند.

۳. توان مالی: این بدان معناست که خدمت‌گیرنده باید بتواند پذیرای هزینه‌های بهره‌مندشدن از خدمت شود. هزینه رفت و آمد به محل ارائه خدمت، پرداخت تعرفه، و بهای دارو و دیگر الزامات خدمت و همچنین کاهش درآمد ناشی از صرف وقت برای دریافت خدمت، از مهم‌ترین هزینه‌های بهره‌مندشدن از خدمت را تشکیل می‌دهند. بیمه و بارانه‌های دولتی شیوه‌های رایج از میان بردن موانع مالی برای بهره‌مندی از خدمت هستند.

۴. زمان مناسب ارائه خدمت: ارائه خدمت ممکن است محدود به زمانی باشد که گروه هدف خدمات، امکان مراجعه در آن زمان را برای بهره‌مندی از خدمت نداشته باشند. به کمک بررسی شرایط گروه هدف خدمات می‌توان، در حد امکان، خدمات را در شرایطی که با محدودیت‌های خدمت‌گیرندگان تناسب دارد، ارائه کرد. ممکن است این متناسب‌سازی تغییرات گسترده‌ای را در نظام خدمات سلامت ایجاد کند.

تقاضا

در برنامه‌های درمانی و توان‌بخشی، به سبب بروز ناتوانی، متناسب با شدت ناتوانی و مخاطراتی که بیمار احساس می‌کند، تقاضا برای دریافت خدمت وجود دارد؛ اما در برنامه‌های پیشگیری و غربالگری، از آن جهت که هنوز بیماری آغاز یا ناتوانی ناشی از آن آشکار نشده است، به صورت طبیعی تقاضا برای خدمات این برنامه‌ها وجود ندارد؛ مگر آنکه به کمک بازاریابی، احساس نیاز در افراد برانگیخته شود. تقاضا برای خدمات سلامت تابع عوامل زیر است:

۱. مخاطره سلامت درک شده: تعیین‌کننده‌های مخاطره سلامت درک شده شامل این موارد است:

- شدت احساس ناتوانی؛
- احتمال بروز ناتوانی و شدت و مدت آن پس از وقوع؛
- احتمال وقوع مرگ و زمان آن؛
- ارزشی که فرد برای عمر و توانایی خود قائل است.

۲. مقبولیت خدمت: مقبولیت تابع قضاوت مردم در مورد خدمت است. اگر خدمت با توجه

به خدمت‌دهنده، مکان و محیط و شیوه‌ی ارائه، و پیامدهای مورد انتظار در چهارچوب انتظارات خدمت‌گیرنده باشد، مقبول تلقی می‌شود. قضاوت در مورد مقبولیت خدمت با یکی از دو سازوکار زیر شکل می‌گیرد:

- تجربیات مستقیم قبلی: چنانچه رضایت‌گیرنده‌ی خدمت در هنگام مراجعه برای دریافت خدمت به گونه‌ای اطمینان‌بخش و حاکی از بقا و استمرار جلب شود، تمایل او برای استفاده‌ی دوباره از خدمت افزایش می‌یابد.
- تجربیات غیرمستقیم: در این حالت فرد بر مبنای قضاوت دیگران، یا شهرت و بازتاب اجتماعی خدمت، در مورد کیفیت آن قضاوت می‌کند و درباره استفاده از آن تصمیم می‌گیرد.

۳. تناسب قیمت: در صورت توانمندی مالی، خدمت‌گیرنده هنگامی تصمیم به استفاده از خدمات می‌گیرد که کیفیت خدمت و قیمت آن را متناسب با یکدیگر تشخیص دهد. شدت **مخاطره‌ی سلامت** درک‌شده از عوامل مخدوش‌کننده‌ی این قضاوت است. به همان اندازه که فرد خود یا نزدیکانش را در معرض مخاطره‌ی بیشتری احساس کند، حاضر به پرداخت بهای بیشتری برای خدمت است. از این رو طبیعی است که قیمت خدمت در برنامه‌های درمانی و توان‌بخشی در قیاس با برنامه‌های پیشگیری و غربالگری، مانع کمتری برای بهره‌مندی ایجاد کند. با توجه به ارزش بی‌بدیل سلامت، تقاضای شدید برای خدمات درمانی به راحتی می‌تواند خانواده‌ها را در معرض هزینه‌های کمرشکن و حتی سقوط به زیر خط فقر قرار دهد. در قیاس با خدمات درمانی، حساسیت تقاضا برای خدمات پیشگیری و غربالگری به قیمت بیشتر است؛ به همین سبب دولت‌ها برای تسهیل بهره‌مندی جامعه از این خدمات، با پرداخت یارانه، قیمت آن‌ها را تا حد رایگان‌شدن کاهش می‌دهند.

- مقایسه، روش اصلی تشخیص مناسب بودن قیمت خدمت است. بنابراین افراد برای قضاوت در مورد تناسب قیمت، یک خدمت را با خدمات مشابه آن در بازار سلامت از نظر کیفیت و قیمت مقایسه می‌کنند. البته به سبب محدودیت اطلاعات خدمت‌گیرندگان در مورد جنبه‌های فنی خدمات سلامت، قضاوت در مورد کیفیت فنی خدمات کاری دشوار است و جامعه تنها بر مبنای جنبه‌های مشهود از کیفیت، در مورد ارزش خدمت قضاوت می‌کند.

• **توان اقتصادی جامعه** عامل دیگری است که بر قضاوت جامعه در مورد قیمت مناسب یک خدمت تأثیر می‌گذارد. با افزایش درآمد، خانواده‌ها حاضر به پرداخت بهای بیشتری برای خدمات سلامت هستند. در سبد هزینه‌ی خانواده، خوراک، پوشاک و سرپناه از بالاترین جایگاه برخوردارند. پس از تأمین نسبی این موارد، خانواده درآمد مازاد خود را صرف دیگر هزینه‌ها، از جمله خدمات سلامت غیرفوری می‌کند.

۴. اعتقاد به مداخله‌های سلامت: یکی از زمینه‌هایی که مردم در آن با یکدیگر متفاوت‌اند، اعتقاد به نوع خاصی از خدمات سلامت است. در سراسر دنیا گروه‌هایی وجود دارند که با اکسیناسیون مخالف‌اند یا درمان با داروهای گیاهی را بر درمان با داروهای شیمیایی ترجیح می‌دهند. این نوع باورها می‌تواند مانعی بر سر راه بهره‌مندی از خدمات سلامت شود. در قالب این موارد، متقاعد کردن فرد برای عملی برخلاف عقایدش کار دشواری است.

۵. دسترسی به خدمات سلامت: دسترسی افزون بر آنکه از شروط لازم برای بهره‌مندی از خدمات است، خود نیز به عنوان یک عامل ایجادکننده‌ی تقاضا عمل می‌کند. دسترسی می‌تواند یک نیاز خفته را بیدار کند. ممکن است فرد دچار عیب انکساری چشم پذیرفته باشد که چاره‌ای جز استفاده از عینک ندارد؛ هر چند در استفاده از عینک با دشواری‌هایی هم مواجه باشد. هنگامی که این فرد اطلاع پیدا کند می‌تواند با استفاده از یک عمل جراحی - که قدرت پرداخت هزینه‌های آن را دارد - عیب انکساری خود را برطرف کند، متقاضی استفاده از این خدمت می‌شود.

مراحل تأمین پوشش

بهره‌مندی جامعه از خدمات سلامت تابع مجموعه‌ی پیچیده‌ای از عوامل است. طی مراحل زیر، توفیق نظام خدمات سلامت را در دستیابی به پوشش مطلوب خدمات افزایش می‌دهد.

۱. تأمین دسترسی فیزیکی: سطح‌بندی خدمات روش تأمین دسترسی فیزیکی است. به کمک سطح‌بندی و تعیین مکان استقرار واحدهای ارائه‌ی خدمت، باید زمان دسترسی را به کمتر از زمان طلایی در مورد خدمات فوری و کمتر از زمانی که منجر به انصراف از دریافت خدمت می‌شود، برای خدمات پیشگیری و غربالگری رساند. در تعیین محل استقرار واحدهای ارائه‌ی خدمت باید به عوامل دیگری - که ممکن است مانعی بر سر راه مراجعه‌ی مردم ایجاد کند - نیز توجه کرد. تفاوت‌های فرهنگی میان جمعیت محل

استقرار واحد ارائه خدمت و جمعیت‌های دیگری که باید به آن مراجعه کنند، می‌تواند مانعی بر سر راه دسترسی به خدمات باشد. زمان فعالیت واحد ارائه‌ی خدمت هم باید با زمانی که جمعیت زیر پوشش می‌توانند به آن مراجعه کنند هماهنگ باشد.

۲. تعیین شیوه‌ی تأمین مالی: پول مورد نیاز نظام خدمات سلامت را از چهار طریق پرداخت مستقیم توسط خدمت‌گیرنده، صندوق عمومی دولت، صندوق بیمه و نیکوکاران می‌توان تأمین کرد. از صندوق عمومی دولت و نیکوکاران می‌توان هم‌هی خدمات سلامت را تأمین مالی کرد؛ ولی صندوق‌های بیمه بیشتر تمایل به پرداخت هزینه‌های درمانی و توان‌بخشی دارند و پرداخت بابت خدمات پیشگیری و غربالگری را از وظایف خود محسوب نمی‌کنند. دلیل این امر آن است که بیمه معامله‌ی خطر است و از طریق حق بیمه‌ی افرادی که آسیب نمی‌بینند، خسارت آسیب‌دیدگان جبران می‌شود. بنابراین، استفاده از صندوق بیمه برای تأمین مالی خدماتی منطقی است که نیاز به آنها احتمالی باشد، نه قطعی. گروه هدف خدمات پیشگیری و غربالگری را افراد سالم یا به ظاهر سالم تشکیل می‌دهند و نیاز این افراد به این خدمات قطعی است. با توجه به تعداد بالای افراد سالم یا به ظاهر سالم در جامعه، تأمین مالی خدماتی که برای این گروه در نظر گرفته شده است، بار مالی قابل توجهی را به صندوق بیمه تحمیل می‌کند. فقط در صورتی می‌توان سازمان‌های بیمه‌گر را برای تأمین مالی خدمات پیشگیری و غربالگری متقاعد کرد که بتوان با شواهد معتبر نشان داد که تأمین مالی خدمات پیشگیری و غربالگری در یک بازه‌ی زمانی معقول، به کاهش بار مالی ناشی از پرداخت بابت خدمات درمانی و بازتوانی می‌انجامد. برای مثال اگر بتوان نشان داد که هزینه‌ی غربالگری سرطان پستان و درمان موارد پیدا شده در خانم‌های بزرگ‌تر از ۳۰ سال، در مجموع از هزینه‌ی درمان سرطان پستان بدون غربالگری کمتر است، می‌توان سازمان‌های بیمه‌گر را برای پرداخت هزینه‌ی این غربالگری متقاعد کرد. در این صورت ممکن است سازمان بیمه‌گر پرداخت هزینه‌ی درمان سرطان پستان را مشروط به مراجعه‌ی منظم بیمه‌شده برای دریافت خدمات غربالگری کند.

خدمت‌گیرنده می‌تواند با پرداخت مستقیم تمام یا بخشی از هزینه‌ی خدمت در تأمین مالی نظام خدمات سلامت مشارکت داشته باشد. عارضه‌ی اصلی پرداخت مستقیم در هنگام دریافت خدمت، ناعادلانه کردن مشارکت مردم در تأمین مالی نظام خدمات سلامت است. دلیل این امر آن است که نیاز خانواده‌های کم‌درآمد به خدمات سلامت اگر بیش از

نیاز خانواده‌های پردرآمد نباشد، کمتر از آنان نیست. در نتیجه سهم بیشتری از درآمد اقشار کم درآمد، در قیاس با اقشار پردرآمد به سلامت اختصاص می‌یابد. به بیان دیگر با کاهش درآمد، سهم هزینه‌های مرتبط با سلامت در سبد هزینه‌ی خانوار افزایش می‌یابد و این امر با عدالت اجتماعی مغایر است. عدالت اجتماعی حکم می‌کند که هر خانواده متناسب با درآمدها در تأمین مالی نظام خدمات سلامت مشارکت داشته باشد و متناسب با نیازش از آن بهره‌مند شود. با توجه به غیرفوری بودن خدمات پیشگیری و غربالگری، تقاضا برای آن‌ها به شدت به قیمتشان وابسته است و با اندکی افزایش قیمت، تقاضا برای آن‌ها به شدت کاهش می‌یابد. تجربه‌ی پرداخت مبلغی برای دریافت مراقبت‌های اولیه بهداشتی^۱ در کشورهای کم‌درآمد، منجر به کاهش شدید پوشش این خدمات شد. از این رو رویکرد رایج آن است که خدمات پیشگیری و غربالگری از صندوق دولت تأمین مالی می‌شود و صندوق بیمه مسئولیت تأمین مالی دیگر خدمات را بر عهده دارد.

تصمیم‌گیری در مورد روش تأمین مالی وابسته به محاسبه‌ی هزینه‌ی استقرار و جاری‌کردن برنامه در نظام سلامت است. اگر فرایندهای خدمت و پشتیبان برنامه به خوبی طراحی شوند، محاسبه‌ی بار مالی برنامه دشوار نخواهد بود. با توجه به آنکه محل اصلی تأمین مالی خدمات پیشگیری و غربالگری صندوق دولت، و خدمات درمانی سطح اول، صندوق بیمه‌های سلامت است، جلب مشارکت متولیان این صندوق‌ها در فرایند طراحی برنامه‌های سلامت اجتناب‌ناپذیر است. این تعامل ممکن است تعدیل‌هایی را در برنامه، به منظور افزایش شانس قرارگیری آن در بسته خدمات سلامت، ایجاد کند. روش تأمین مالی از تعیین‌کننده‌های اصلی تأمین پوشش خدمات سلامت است.

۳. ایجاد انگیزه و الزام در ارائه‌کننده برای ارتقای کیفیت و پوشش خدمات: بهره‌مندی از خدمات سلامت افزون بر توانایی و تمایل خدمت‌گیرنده برای بهره‌مندی، به توانایی و تمایل ارائه‌کننده برای جذب و حفظ خدمت‌گیرنده هم وابسته است. جذب و حفظ خدمت‌گیرنده وابسته به مقبولیت خدمت از نگاه خدمت‌گیرنده است؛ بنابراین خدمت‌دهنده هم باید بخواهد و هم بتواند خدمت مقبولی را ارائه کند. خدمت‌دهنده برونداد فرایندهای مدیریت منابع انسانی است. گزینش و به‌کارگیری، آموزش مستمر حرفه‌ای، ارزیابی عملکرد، پرداخت و خاتمه دادن به خدمت، فرایندهای اصلی مدیریت منابع انسانی را تشکیل می‌دهند. افزون بر این، سبک مناسب رهبری سازمان

نیز نقشی بی‌بدیل در ایجاد انگیزه در منابع انسانی بازی می‌کند. روش پرداخت به منابع انسانی از مداخله‌پذیرترین روش‌ها برای هدایت رفتار کارکنان در جهت ارزش‌ها و اهداف سازمان است. با توجه به آنکه مدیریت منابع انسانی و رهبری سازمان در دیگر فصول کتاب مورد بحث قرار گرفته‌اند، در ادامه به اختصار اهم روش‌های پرداخت به خدمت‌دهندگان را، با تأکید بر قابلیت‌ها و محدودیت‌های هر یک مورد بحث قرار می‌دهیم.

- پرداخت به ازای زمان حضور در محل کار (حقوق): در این روش فرد در ازای زمان حضور در محل کار مبلغ ثابتی را در قالب حقوق یا پرداخت ساعتی دریافت می‌کند. برتری این روش پرداخت، سادگی اجرای آن است و با استفاده از یک دستگاه حضور و غیاب، به سادگی می‌توان زمان حضور افراد را در سازمان مشخص و دستمزد آنان را محاسبه کرد. پیام این روش پرداخت به خدمت‌دهندگان آن است که: «در حدی تلاش کنید که بقای شما در سازمان در معرض خطر قرار نگیرد»؛ زیرا تلاش بیش از این، منافع مالی بیشتری را برای شما به دنبال نخواهد داشت. بنابراین خدمت‌دهنده انگیزه‌ای برای افزایش حجم خدمت، ارتقای کیفیت خدمت، پاسخ‌گویی به خدمت‌گیرنده و کاهش هزینه‌ها ندارد. این روش، به دلیل قابل پیش‌بینی بودن بار مالی، ریسک کمی را به صندوق تأمین مالی تحمیل می‌کند.

- پرداخت به ازای خدمت ارائه‌شده (کارانه^۱): در این روش، خدماتی که خدمت‌دهنده ارائه می‌کند ثبت شده، به ازای ارائه‌ی هر خدمت، مبلغ مشخصی به او پرداخت می‌شود. ضرورت راه‌اندازی سازوکاری برای ثبت خدمات و تعیین تعرفه‌ی هر خدمت، سبب پیچیده‌تر شدن این روش در قیاس با روش «پرداخت به ازای زمان حضور در محل کار» می‌شود. مزیت این روش آن است که خدمت‌دهنده را ترغیب به ارائه‌ی خدمت بیشتر می‌کند. در شرایطی که با فهرست انتظار طولانی و ازدحام خدمت‌گیرندگان در محل ارائه‌ی خدمت مواجه هستیم، استفاده از این روش منجر به کاهش فهرست انتظار و انگیزه‌ی بیشتر خدمت‌دهندگان برای تحمل شرایط پرازدحام، افزایش سرعت ارائه‌ی خدمت و کاهش ازدحام می‌شود. در این روش خدمت‌دهنده تعهدی به کیفیت خدمت ندارد و حتی ممکن است برای کاهش هزینه‌های خود کیفیت خدمت را قربانی کند؛ ولی برای حفظ خدمت‌گیرندگان موجود و افزودن افراد جدیدی به آنان، برای پاسخگو

بودن و جلب رضایت آنان تلاش می‌کند. انگیزه‌ی او برای ارائه‌ی خدمت بی‌مورد و ثبت غیر واقعی خدمات افزایش می‌یابد. در این روش خدمت‌دهنده، از آن جهت که به ازای خدمت ارائه‌شده پول دریافت می‌کند، در معرض ریسک مالی نیست و همه ریسک به صندوق تأمین مالی تحمیل می‌شود. در صورتی که صندوق تأمین مالی سازوکارهایی برای کاهش ریسک نیندیشد در معرض بدهی سنگین و زیان و در نهایت ورشکستگی قرار می‌گیرد.

- پرداخت به ازای جمعیت زیر پوشش (سرانه^۱): در این روش متناسب با تعداد افرادی که برای دریافت یک بسته‌ی خدمت مشخص و برای یک مدت مشخص، زیر پوشش خدمت‌دهنده قرار می‌گیرند، مبلغی، با عنوان سرانه، به او پرداخت می‌شود. پرداخت هزینه‌ی تمام خدمات بسته‌ی خدمت بر عهده‌ی خدمت‌دهنده است. بنابراین مبلغ سرانه باید به گونه‌ای تعیین شود که برای پرداخت هزینه‌های ارائه‌ی بسته‌ی خدمت به جمعیت زیر پوشش کافی باشد. از این رو طراحی این روش پرداخت به نسبت پیچیده است. اگر روش زیر پوشش قرارداد جمعیت، مبتنی بر انتخاب خدمت‌دهنده توسط خدمت‌گیرندگان باشد، خدمت‌دهنده از دو طریق می‌تواند درآمد خود را افزایش دهد؛ افزایش جمعیت زیر پوشش و کاهش هزینه‌ها. بنابراین برای جذب و حفظ خدمت‌گیرنده، رضایت او مورد توجه قرار می‌گیرد. با این روش انتساب جمعیت به خدمت‌دهنده، او انگیزه‌ای برای ارائه‌ی خدمات بی‌مورد ندارد و حتی ممکن است، برای صرفه‌جویی بیشتر، از رعایت موازین راهنماهای ارائه‌ی خدمت سر باز زند. اگر انتساب جمعیت به خدمت‌دهنده اجباری و غیرانتخابی باشد، خدمت‌دهنده خود را در برابر او پاسخ‌گو نمی‌بیند و برای جلب رضایت او تلاش نمی‌کند و تمام توجه خود را به کاهش هزینه‌ها معطوف می‌کند. با توجه به آنکه روش اصلی پرداخت به خدمت‌دهنده در رویکرد پزشکی خانواده، سرانه است، در فصل پزشکی خانواده در مورد این روش با تفصیل بیشتری بحث شده است.

همان‌گونه که مشاهده می‌شود، هر یک از این روش‌ها از قابلیت‌ها و محدودیت‌هایی برخوردارند و در صورت اختیار هر روش، باید برای کنترل محدودیت‌های آن چاره‌اندیشی کرد. به کمک پایش منظم عملکرد خدمت‌دهنده و وابسته کردن مقدار پرداخت به نتایج آن، می‌توان نقاط ضعف روش پرداخت را کاهش داد؛ ولی باید توجه داشت که طراحی و استقرار

نظام پایش عملکرد هزینه‌های جدیدی را به نظام خدمات سلامت تحمیل می‌کند. ضروری نیست که به همه‌ی خدمت‌دهندگان و برای ارائه‌ی همه‌ی خدمات از یک روش پرداخت استفاده شود؛ بلکه می‌توان از چند روش پرداخت، به صورت هم‌زمان، استفاده کرد. در جدول شماره ۳ این سه روش پرداخت به خدمت‌دهنده با یکدیگر مقایسه شده‌اند. (+) به معنای ترغیب خدمت‌دهنده به رعایت رفتار و (-) به معنای بی‌تأثیر بودن یا تأثیر به‌نسبت منفی روش پرداخت بر رفتار است. مقصود از (+/-) آن است که بسته به شرایط ممکن است رفتار از روش پرداخت تأثیر بپذیرد یا نپذیرد.

جدول ۳- مقایسه قابلیت‌ها و محدودیت‌های روش‌های پرداخت به خدمت‌دهنده

افزایش حجم خدمت	رعایت موازین راهنماهای ارائه خدمت	پاسخ‌گویی به خدمت‌گیرنده	توجه به هزینه‌ها	اجتناب از ارائه خدمت بی‌مورد	رفتار روش پرداخت
-	-	-	-	-	حقوق
+	-/+	+	+	-	کارانه
-/+	-/+	-/+	+	+	سرانه

۴. ایجاد تقاضا و تداوم خدمت: پس از فراهم آوردن منابع و کسب آمادگی برای ارائه‌ی خدمت، باید محصول آماده شده را از طریق الزام قانونی یا بازاریابی به جامعه عرضه کرد.

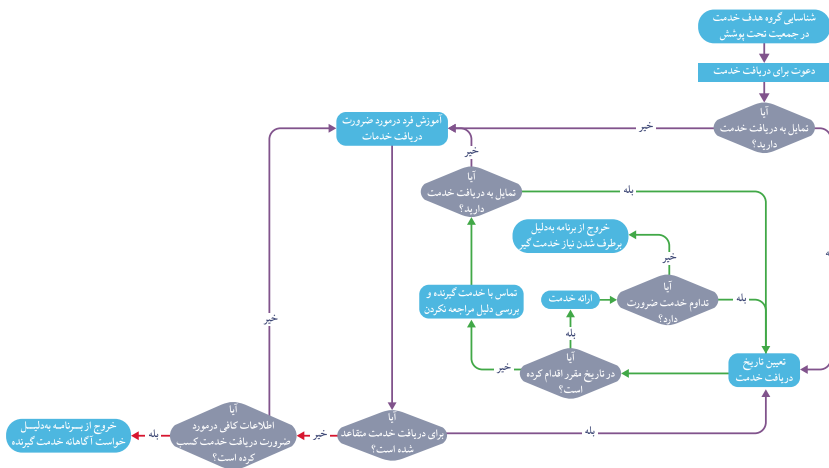
الزام قانونی: الزام قانونی برای خدماتی در نظر گرفته می‌شود که آثار فرافرادی زیادی دارند. یعنی اگر فرد از دریافت خدمات خودداری کند، بیماری او می‌تواند پیامدهای منفی برای دیگران به همراه داشته باشد. مانند خودداری از درمان سل، دیگران را در معرض ابتلا قرار می‌دهد یا خودداری از دریافت واکسن، منجر به بقای گردش ویروس در جامعه می‌شود. برای وادار کردن جامعه به دریافت یک خدمت، معمولاً انجام کاری که مردم به آن تمایل دارند، به دریافت خدمت وابسته می‌شود. برای نمونه ثبت نام در کلاس اول ابتدایی فقط پس از تکمیل واکسیناسیون کودک امکان‌پذیر است؛ یا فقط پس از دریافت واکسن کووید-۱۹ به افراد اجازه‌ی خروج از کشور داده می‌شود. نکته‌ی مهم آن است که حتی در صورت وجود

الزام قانونی، باید جامعه را در مورد ضرورت استفاده از چنین خدمتی متقاعد کرد. بازاریابی: بازاریابی در سلامت به معنای متقاعدسازی گروه هدف است برای دریافت خدماتی با یک سری ویژگی‌ها است؛ خدماتی با کیفیت که آنان را در برابر مرگ زود هنگام و ناتوانی حفظ می‌کند، در مکانی که در دسترس آنان قرار دارد و با انتظارات آنان هماهنگ است، با قیمتی که توان پرداخت آن را دارند، در زمانی که مراجعه برای آنان امکان‌پذیر است، و توسط افراد توانمندی که حقوق آنان را رعایت می‌کنند. این بازاریابی را می‌توان با دو استراتژی «مبتنی بر جامعه یا جامعه‌محور» و «مبتنی بر فرد یا فردمحور» به انجام رساند. در استراتژی مبتنی بر جامعه، ابتدا از طریق بازاریابی اجتماعی^۱، یا بسیج اطلاع‌رسانی، توجه گروه هدف به ارائه‌ی خدمات جدید جلب می‌شود. آثار این بسیج را باید با تداوم بازاریابی حفظ کرد. ارائه‌ی خدمت با کیفیت و رضایت‌بخش به افرادی که برای دریافت خدمت مراجعه می‌کنند منجر به تداوم مراجعه‌ی آنان و بازتاب مثبت خدمات در جامعه و مراجعه‌ی دیگر افراد می‌شود.

شرط لازم برای بازاریابی مبتنی بر فرد وجود جمعیت تعریف شده برای واحد ارائه‌کننده‌ی خدمت است. در این استراتژی با بررسی جمعیت زیر پوشش، گروه هدف خدمات یک برنامه شناسایی و از آنان برای دریافت خدمت دعوت می‌شود. چنانچه این افراد متقاضی دریافت خدمت نباشند، تحت آموزش قرار می‌گیرند. این آموزش تا هنگامی ادامه می‌یابد که خدمت‌دهنده از آگاهی کامل خدمت‌گیرنده در مورد ضرورت دریافت خدمت اطمینان حاصل کند؛ تا اگر او تمایل به دریافت خدمت ندارد، این تصمیم را کاملاً آگاهانه اتخاذ کند. خدمت‌دهنده مکلف است از تداوم خدمت در افرادی که تمایل به دریافت آن دارند، مطمئن شود. به همین سبب وجود یک سازوکار ثبت خدمت ارائه‌شده و تاریخ نوبت بعد دریافت خدمت ضروری است. خدمت‌دهنده باید با افرادی که در تاریخ مقرر خدمت خود را دریافت نکرده‌اند تماس بگیرد و برای برطرف کردن دلیل توقف دریافت خدمت تلاش کند. این پیگیری باید تا بدانجا ادامه یابد که یا فرد برای دریافت خدمت اقدام کند یا کاملاً آگاهانه از تداوم دریافت آن منصرف شود. شکل شماره ۱۶ فرآیند پیگیری را به منظور حفظ خدمت‌گیرنده در برنامه‌ی سلامت نمایش می‌دهد. حرکت خدمت‌گیر در مسیرهایی که با رنگ سبز نمایش داده شده است از توفیق برنامه در حفظ خدمت‌گیر و حرکت در مسیری که با رنگ قرمز نمایش داده شده است از شکست آن در این زمینه حکایت دارد. شبکه

بهداشتی درمانی کشور در حال حاضر از این رویکرد برای زیر پوشش قراردادن گروه‌های هدف برنامه‌های سلامت استفاده می‌کند.

۵. ارزیابی مستمر پوشش خدمات: در استراتژی مبتنی بر جامعه با بررسی دوره‌ای بهره‌مندی جمعیت از خدمات، کیفیت و کفایت فعالیت‌های بازاریابی ارزیابی می‌شود و انعکاس اجتماعی خدمات مورد بررسی قرار می‌گیرد. تحلیل داده‌های حاصل از این بررسی، نقاط مناسب را برای مداخله به منظور رفع کاستی‌ها در اختیار سیاست‌گذاران قرار می‌دهد. در استراتژی مبتنی بر فرد، هر واحد ارائه‌کننده‌ی خدمت با ثبت خدمات ارائه‌شده و تاریخ‌هایی که برای نوبت بعدی دریافت خدمت مشخص می‌شود، می‌تواند با توجه به نمودار شکل ۱۶، عملکرد خود را در زمینه‌ی بازاریابی و حفظ خدمت‌گیرنده، به صورت مستمر ارزیابی و برای بهبود آن اقدام کند.



شکل شماره ۱۶- فرایند پیگیری به منظور حفظ خدمت‌گیرنده در برنامه سلامت

نظام اطلاعات برنامه

نظام اطلاعات برنامه به دلایل زیر طراحی می‌شود:

ثبت داده‌های خدمت‌گیرنده: ثبت داده‌های خدمت‌گیرنده در هر نوبت دریافت خدمت، پایش تغییرات شرایط او را امکان‌پذیر و زمینه‌ی بهره‌مندی او را از خدمات مستمر و منسجم فراهم می‌کند.

مدیریت جریان کار: در صورتی که فرایندها کاملاً عملیاتی طراحی شوند، به کمک

سامانه‌های الکترونیک می‌توان فعالیت‌هایی را که باید در مراحل بعد انجام شوند، مشخص نمود و تاریخی را نیز برای انجام آن‌ها مقرر کرد. بر پایه‌ی فعالیت‌های مقرر شده، فهرست وظایفی برای هر یک از کارکنان در هر روز تهیه می‌شود. انجام فعالیت‌های این فهرست به معنای اجرای فرایندها منطبق بر طراحی‌های به عمل آمده برای آن‌هاست.

برقراری ارتباط میان فرایندها: اسنادی که به عنوان خروجی یک فرایند تهیه می‌شوند، ورودی فرایندهای وابسته به آن‌ها را تشکیل می‌دهند. به کمک سامانه‌های الکترونیک این اسناد به سادگی در اختیار فرایندهای بعد قرار می‌گیرند و بازخورد اقدام بر مبنای آن‌ها نیز به راحتی به نقاط مورد نظر ارسال می‌شود.

محاسبه شاخص‌های پیش و ارزیابی: داده‌های ثبت شده یکی از منابع داده را برای محاسبه شاخص‌های پیش و ارزیابی تشکیل می‌دهد. سامانه‌های الکترونیک به سادگی می‌توانند این شاخص‌ها را محاسبه کرده در قالب داشبوردهایی در اختیار کارکنان و مدیران سازمان قرار دهند.

تحلیل داده‌های حجیم ثبت شده: ثبت الکترونیک، حجم قابل توجهی از داده را تولید می‌کند که با تحلیل هوشمندانه‌ی آن‌ها، تصمیم‌گیران به دریافت‌های تازه‌ای از شرایط خدمت‌گیرندگان و سازمان دست می‌یابند. برای نمونه با مقایسه عملکرد خدمت‌دهندگان هم می‌توان محدوده‌ی قابل انتظار از عملکرد آنان را به دست آورد و هم افرادی را که عملکردشان خارج از این محدوده است شناسایی کرد. یا با گروه‌بندی خدمت‌گیرندگانی که به نتایج مطلوبی از دریافت خدمات دست نیافته‌اند، می‌توان برای هر گروه به دنبال رویکرد مناسبی به منظور ارتقای شرایط آنان بود.

چالش اصلی در طراحی سامانه‌های ثبت الکترونیک داده‌ها، نبود زبان مشترک بین کارشناسان برنامه‌های سلامت و طراحان سامانه است. تعامل میان این افراد باید مبتنی بر ابزارها و روش‌هایی باشد که با مشارکت هر دو گروه و مبتنی بر دانش فنی روز، شکل گرفته و با ارزیابی در عمل به تدریج ارتقا یافته است.

پایش و ارزیابی

طراحی فعالیت‌های پیش و ارزیابی برنامه، جزئی از مراحل طراحی برنامه است. در فصل پایش و ارزیابی جزئیات مرتبط با این طراحی بحث شده است.

اجرای برنامه

اجرای برنامه با استقرار فرایندهای پشتیبان و فراهم شدن منابع آغاز می‌شود. از میان فرایندهای پشتیبان، فرایندهای مدیریت منابع انسانی از اهمیت ویژه‌ای برخوردارند. با توجه به مراحل طی شده در ادغام و سطح بندی برنامه، باید کاملاً روشن باشد که چه مهارت‌های جدیدی، در خدمت‌دهندگان موجود، باید ایجاد شود و چه افراد جدیدی باید به کار گرفته شوند. در طراحی فرایندهای پشتیبان برنامه، روش به کارگیری نیروی جدید و آموزش نیروها مشخص شده است و آمادگی لازم برای اجرای آن‌ها وجود دارد. با فراهم شدن منابع، فعالیت‌های بازاریابی و باور و اولین خدمت‌گیرنده به فرایند خدمت، ارائه‌ی خدمات برنامه آغاز می‌شود. هر چالشی در اجرای برنامه از ایرادی در طراحی آن ناشی می‌شود. در عمل نمی‌توان برنامه‌ای بدون نقص طراحی کرد تا اجرای آن با مسئله‌ای همراه نباشد. به همین سبب باید پیوسته در انتظار برخورد با کاستی‌های طراحی و برطرف کردن آن‌ها هم‌زمان با اجرای برنامه بود. با رعایت نکات زیر، اجرای برنامه با چالش کمتر و توفیق بیشتری همراه خواهد بود.

۱. آزمون اجزای برنامه: اگر بتوان هر بخشی از طراحی‌ها را جداگانه در عمل ارزیابی کرد و سپس با کنار هم قرار دادن آن‌ها برنامه‌ی کامل را شکل داد، احتمال بروز چالش در عمل کمتر می‌شود. در میان اجزای برنامه، آزمودن سامانه‌ی ثبت‌داده با حضور کاربران اصلی، از اهمیت ویژه‌ای برخوردار است. سامانه باید بدون ایراد برنامه‌نویسی و برخوردار از محیطی که کاربر امکان تعامل مؤثر با آن را داشته باشد، وارد عرصه‌ی ارائه‌ی خدمت شود.

۲. اجرای برنامه با ایفای نقش: تیم طراح برنامه می‌تواند با همراهی نمایندگان خدمت‌دهندگان، با ایفای نقش، از روند منطقی فعالیت‌ها و پنهان نماندن جزئیات اجرایی فرایندهای ارائه‌ی خدمت مطمئن شوند.

۳. اجرای محدود برنامه: اگر قرار است برنامه در نهایت به صورت گسترده اجرا شود، بهتر است اجرای آن را به صورت محدود آغاز کرد و پس از شناسایی و برطرف کردن نارسایی‌ها، به تدریج آن را گسترش داد. هدف از اجرای محدود، یافتن پاسخ پرسش‌های زیر است:

- آیا استانداردها از دید مجریان از شفافیت و وضوح کافی برخوردارند؟
- آیا پرسنل درگیر در اجرای برنامه از توانایی کافی برای رعایت استانداردها برخوردارند؟

- آیا اجرای برنامه‌ی جدید اختلالی در فعالیت‌های جاری واحد مجری ایجاد می‌کند؟
- آیا برنامه از مقبولیت کافی نزد مجریان برخوردار است؟
- آیا برنامه از مقبولیت کافی نزد خدمت‌گیرندگان برخوردار است؟
- آیا فعالیت‌های پایش و ارزیابی طراحی شده، قابل اجرا هستند و تصویر روشنی را از عملکرد برنامه ارائه می‌کند؟

برای مطالعه‌ی بیشتر

1. World Health Organization; WHO methods and data sources for global burden of disease estimates 2000-2019; 2020
2. Young-Eun Kim, Yoon-Sun Jung, Minsu Ock, Seok-Jun Yoon; DALY Estimation Approaches: Understanding and Using the Incidence-based Approach and the Prevalence-based Approach; Journal of Preventive Medicine and Public Health 2022;55:10-18
3. Council E.; Contribution of causal factors to disease burden: How to interpret attributable fractions; Breath 2021; 17:210086
4. Dean Macro; A Practical Guide to Multi-Criteria Analysis; Bartlett School of Planning, University College London; 2022
5. Marsh K. et al.; Multiple Criteria Decision Analysis for Health Care Decision Making-Emerging Good Practices: Report 2 of the ISPOR MCDA Emerging Good Practice Task Force; Value in Health 2016; 125-137
6. Wallace SS, Barak G, Truong G, Parker MW.; Hierarchy of Evidence Within the Medical Literature; Hosp Pediatr; 2022 Aug 1;12(8):745-750
7. Wallace SS, Barak G, Truong G, Parker MW. Hierarchy of Evidence Within the Medical Literature. Hosp Pediatr. 2022 Aug 1;12(8):745-750
8. The ADAPTE Collaboration (2009); The ADAPTE Process : Resource Toolkit for Guideline Adaptation; Version 2.0; Available from: <http://www.g-i-n.net>
9. World Health Organization; Introduction to Medical Equipment Inventory Management; WHO Medical Device Technical Series; 2011
10. Medicines & Healthcare Products Regulatory Agency; Managing Medical Devices: Guidance for health and social care organizations; January 2020
11. World Health Organization; Integrating Health Services; Technical Series on Primary Health Care; 2018
12. Contandriopoulos A.P. et al; The Integration of Health Care: Dimensions and Implementation; Groupe de recherche interdisciplinaire en santé, Secteur santé publique, Faculté de médecine; Université de Montréal; 2003
13. Phillips K.A., Morrison K.R., Anderson R., Aday A.; Understanding the Context of Healthcare Utilization: Assessing Environmental and Provider-Related Variables in the Behavioral Model of Utilization; <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC1070277/pdf/hsresearch00027-0142.pdf>
14. SoleimanvandiAzar N., Mohaqeqi Kamal S.H., Sajjadi H., Ghaedamini Harouni G.R., Karimi S.E., Djalalinia S., Setareh Forouzan A.; Determinants of Outpatient Health Service Utilization according to Anderson's Behavioral Model: A Systematic Scoping Review; Iran J Med Sci November 2020; Vol 45 No 6

۱۵. ابوالحسنی شهرضا، فرید؛ مدیریت برنامه‌های تندرستی: رویکرد نظام‌دار برای ارتقای کارایی برنامه‌های تندرستی؛ فصول اول تا ششم؛ انتشارات برای فردا؛ ۱۳۸۳

پایش و ارزیابی برنامه‌های سلامت

نویسنده: فرید ابوالحسنی شهرضا

اهداف آموزشی و رفتاری/عملکردی

در پایان این فصل بایستی بتوانید:

۱. تعریف خود را از مفاهیم پایش، ارزیابی و تحلیل برنامه‌های سلامت ارائه و از آن دفاع کنید.
۲. منابع داده‌های مورد نیاز برای محاسبه‌ی شاخص‌های پایش و ارزیابی را نام برید.
۳. اهمیت نظام داده‌های ثبتي را برای تحلیل عملکرد سازمان توضیح دهید.
۴. توضیح دهید که با استفاده از چه شاخص‌هایی می‌توان عملکرد یک برنامه‌ی سلامت را بررسی و تحلیل کرد.
۵. تعریف خود را از مدیریت اطلاعات ارائه و از آن دفاع کنید.
۶. اهداف پایش برنامه‌های سلامت را توضیح دهید.
۷. بازیگران اصلی پایش برنامه‌های سلامت را نام برده نقش هر یک را توضیح دهید.
۸. توضیح دهید که چه استانداردهایی برای پایش در اولویت قرار دارد.
۹. اجزای یک پایش نظام‌مند و مؤثر را نام برده در مورد هر یک توضیح دهید.
۱۰. توضیح دهید که با رعایت چه نکاتی می‌توان تأثیر نظارت را افزایش داد.
۱۱. ویژگی‌های یک چک‌لیست مناسب را توضیح دهید.
۱۲. قابلیت‌ها و محدودیت‌های پایش مشارکتی و مرور توسط هم‌تایان را توضیح دهید.
۱۳. توضیح دهید که چگونه می‌توان نتایج پایش را در قالب شاخص بیان کرد.

۱۴. تعریف خود را از مدل تحلیل ارائه و از آن دفاع کنید.
۱۵. مفهوم ریزش را در برنامه‌های سلامت توضیح دهید.
۱۶. ریزش اجتناب‌ناپذیر و ریزش اجتناب‌پذیر را تعریف و روش کاهش هر یک را توضیح دهید.
۱۷. توضیح دهید که چگونه می‌توان ریزش اجتناب‌ناپذیر را برآورد کرد.
۱۸. روشی را برای تحلیل برنامه‌ی تندرستی به کمک نتایج پایش و ارزیابی ارائه و از آن دفاع کنید.

مفاهیم کلیدی

- پایش به مجموعه فعالیت‌هایی گفته می‌شود که با هدف صیانت از استانداردهای منابع، و روش انجام فعالیت‌های برنامه انجام می‌شود.
- شاخص‌ها از کنار هم قرارگرفتن داده‌های حاصل از انجام فعالیت‌ها و سنجش نتایج آن‌ها در دفعات مختلف وقوع بدست می‌آیند.
- مدیریت اطلاعات به مجموعه فعالیت‌هایی گفته می‌شود که با هدف طراحی، اجرا، پایش، ارزیابی و بهبود مستمر فرایندهای تشکیل‌دهنده‌ی یک نظام اطلاعاتی به اجرا در می‌آید.

دکتر اتحاد و نتایج مطالعه STEPS

دکتر اتحاد به تازگی گزارشی مطالعه‌ی^۱ STEPS را دریافت کرده است. اطلاعات مربوط به شیوع، آگاهی، دریافت درمان و درمان مؤثر پرفشاری خون، برای دانشگاه علوم پزشکی محل خدمت دکتر اتحاد در جدول زیر نمایش داده شده است.

کل (درصد)	زن (درصد)	مرد (درصد)	
۳۵٫۱	۳۵٫۸	۳۴٫۳	شیوع پرفشاری خون
۶۱٫۸	۶۹٫۳	۵۲٫۲	آگاهی از پرفشاری خون
۴۹٫۴	۵۶٫۲	۴۰٫۷	پوشش دریافت درمان برای پرفشاری خون
۴۶	۴۶٫۶	۴۴٫۹	پوشش درمان مؤثر برای پرفشاری خون

بر مبنای اطلاعات نمایش داده شده در این جدول حدود ۶۰ درصد افراد مبتلا به پرفشاری خون، از این مسئله آگاه هستند. حدود ۵۰ درصد افراد مبتلا و مطلع، تحت درمان فشار خون هستند و حدود ۵۰ درصد این افراد درمان مؤثر دریافت می‌کنند. یعنی در نهایت فقط حدود ۱۵ درصد افراد مبتلا به پرفشاری خون درمان مؤثر دریافت می‌کنند. با توجه به

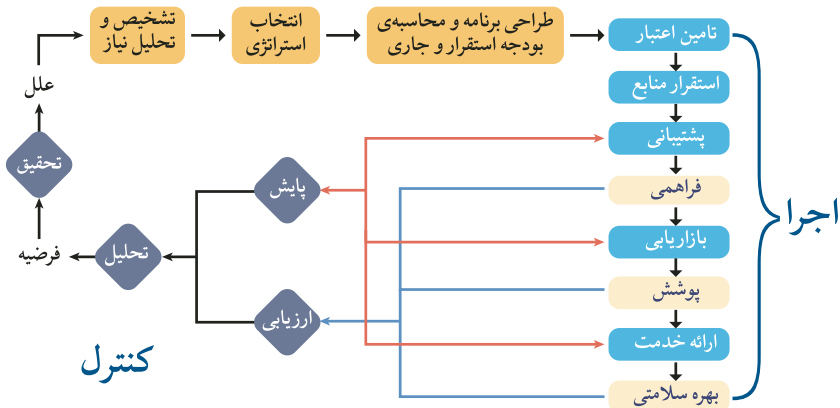
۱. در قالب مطالعه STEPS داده‌های اپیدمیولوژیک در مورد عوامل خطر بیماری‌های غیر واگیر جمع‌آوری می‌شود.

آنکه پرفشاری خون سهم قابل توجهی در بار بیماری‌ها در ایران دارد، این یافته‌ها در نگاه اول برای دکتر اتحاد نگران‌کننده و سؤال‌برانگیز بود. او می‌داند که سال‌هاست برنامه‌ی غربالگری و درمان پرفشاری خون در شبکه ادغام شده است و انتظار می‌رود که به سبب وجود چنین برنامه‌ای، وضعیت استان از نظر شناسایی و کنترل پرفشاری خون در شرایط بهتری باشد. دکتر اتحاد در این فکر است که چرا این برنامه توفیق چندانی برای کنترل فشار خون در استان نداشته است و اینکه چگونه می‌تواند این وضعیت را بهبود بخشد.

توصیه‌ی شما به دکتر اتحاد چیست؟

مقدمه

در فصل قبل در مورد مدیریت برنامه‌های سلامت بحث شد. در آن فصل گفتیم که طراحی فعالیت‌های پایش و ارزیابی بخشی از فعالیت‌های طراحی برنامه است. در این فصل درباره مفاهیم پایش و ارزیابی و روش‌های طراحی فرایندهای آن‌ها بحث شده است. به منظور یادآوری جایگاه فعالیت‌های پایش و ارزیابی در مدیریت برنامه‌های سلامت، چرخه مدیریت برنامه‌های سلامت در شکل شماره ۱ نمایش داده شده است.



شکل شماره ۱- چرخه مدیریت برنامه‌های سلامت

مفاهیم و نکات پایه

مفاهیم پایش و ارزیابی

با توجه به آن که استانداردهای فرایندهای برنامه سلامت بر مبنای شواهد^۱ تعیین شده‌اند، انتظار می‌رود که رعایت این استانداردها منجر به کاهش بار بیماری‌های هدف برنامه شود. از این رو پس از افزودن یک برنامه سلامت به مجموعه برنامه‌های جاری در نظام خدمات سلامت، مهم‌ترین وظیفه‌ی مجریان، صیانت از استانداردهای برنامه است. پایش^۲ به مجموعه‌ی فعالیت‌هایی گفته می‌شود که با هدف صیانت از استانداردهای منابع، و روش انجام فعالیت‌های برنامه انجام می‌شود. با توجه به این تعریف نظارت^۳ سطوح ستادی بر سطوح محیطی تنها یکی از شیوه‌های پایش است و نمی‌توان پایش را مترادف نظارت دانست. خودارزیابی^۴، مرور فعالیت‌ها توسط همکاران^۵، و پایش مشارکتی^۶ از دیگر شیوه‌های پایش را تشکیل می‌دهند. با توجه به چرخه مدیریت برنامه‌های سلامت، تمرکز پایش بر فرایندهای پشتیبانی، بازاریابی و ارایه‌ی خدمت است. بازاریابی خوب منجر به تأمین پوشش برنامه و اجرای فرایند خدمت منجر به ایجاد تغییرات مورد نظر در افراد زیر پوشش می‌شود. از آنجا که عملکرد درست فرایندهای پشتیبان منجر به تحقق منابع استاندارد در واحدهای ارایه خدمت و انجام درست فرایندهای بازاریابی و خدمت می‌شود؛ فاصله گرفتن این فعالیت‌ها از استانداردهای وضع شده برای آن‌ها را باید به عملکرد نامناسب فرایندهای پشتیبان نسبت داد. این بدان معناست که مدیران اجرایی باید از طریق پایش مداوم فعالیت‌های اصلی (بازاریابی و خدمت) عملکرد فرایندهای پشتیبان را مورد ارزیابی و اصلاح قرار دهند. وجود استانداردهای روشن برای فرایندهای پشتیبان، شرط لازم برای تشخیص نقاط ضعف آن‌ها در صورت عملکرد نامناسب فرایندهای اصلی است. علاوه بر قضاوت در مورد فرایندهای پشتیبان از طریق پایش فرایندهای بازاریابی و خدمت، خود این فرایندها را نیز باید مورد پایش مستمر قرار داد.

پس از اجرای برنامه بر اساس استانداردهای آن، پرسش طراحان و مجریان برنامه آن است که برنامه چه دستاوردی داشته است و تا چه اندازه اهداف مورد نظر از اجرای آن

1. Evidence-based
2. Monitoring
3. Supervision
4. Self-assessment
5. Peer review
6. Participative monitoring

حاصل شده است. برای یافتن پاسخ این پرسش باید اقدام به ارزیابی برنامه کرد. ارزیابی، فعالیت‌هایی را در بر می‌گیرد که با هدف تعیین دستاوردهای برنامه انجام می‌شود. در قیاس با پایش که اقدامی ناظر به فعالیت‌هاست؛ ارزیابی به نتایج چشم می‌دوزد. بدیهی است که بدون مشخص کردن تغییرات یا نتایج مورد انتظار از اجرای برنامه، تعیین میزان تحقق آن‌ها امکان‌پذیر نیست.

پس از تعیین دستاوردها پرسش طراحان برنامه آن است که آیا با توجه به منابع به کار گرفته‌شده، بهترین دستاورد ممکن حاصل شده است یا نه. این پرسش را به این صورت نیز می‌توان بیان کرد؛ که آیا استانداردهای جاری مناسب‌ترین استانداردهای ممکن هستند و اینکه کدامیک از استانداردها را باید و/یا می‌توان به منظور ارتقای عملکرد برنامه تغییر داد. تحلیل، به اقداماتی گفته می‌شود که به دنبال یافتن پاسخ این پرسش‌هاست. با توجه به مفاهیم ذکرشده، تحلیل، کلید قرار دادن برنامه در مسیر بهبود مستمر است. در کنار هم قراردادن نتایج پایش و ارزشیابی انجام گرفته در مقاطع مختلف زمانی در یک جمعیت یا در یک مقطع زمانی در جمعیت‌های مختلف، شیوه‌ی اصلی اقدام به تحلیل است. نتیجه چنین فعالیتی تنظیم فرضیه درباره‌ی عوامل مؤثر بر عملکرد برنامه است. چنانچه داده‌های موجود به دست آمده از پایش و ارزیابی برای بررسی این فرضیه‌ها کافی باشد، اقدام بعد به کارگیری نتایج به دست آمده برای بازنگری در طراحی برنامه و دستیابی به استانداردهای جدید است. در صورت کافی نبودن این داده‌ها باید با طراحی و اجرای مطالعات جدید داده‌های مورد نیاز را برای ارزیابی فرضیه‌ها گردآوری کرد.

شاخص‌های پایش و ارزیابی

داده‌های حاصل از پایش و ارزیابی برنامه‌ها در قالب شاخص‌ها ارائه می‌شوند. به منظور مقایسه دو جامعه با توجه به یک متغیر، شاخص‌ها معمولاً به صورت کمی و کسری بیان می‌شوند؛ اما می‌توان شاخص‌ها را به صورت کیفی یا در قالب اعداد مطلق نیز بیان کرد. برای مثال هنگامی که بررسی تغییرات مصرف سیگار در یک جامعه با جمعیت به نسبت ثابت مورد نظر است، می‌توان از عدد مطلق مقدار سیگار فروخته‌شده به عنوان شاخص مصرف سیگار استفاده کرد. بود یا نبود قانون برای گزارش اجباری بیماری‌ها در حکم یک شاخص کیفی برای ارزیابی نظام مراقبت از بیماری‌ها است.

روش‌های جمع‌آوری داده

برای محاسبه‌ی شاخص‌ها به داده‌های خام نیاز مندیم. به چهار طریق سرشماری، پیمایش‌های مقطعی، نمونه‌گیری کوچک مداوم، و به‌کارگیری داده‌های ثبتی می‌توان داده‌های خام مورد نیاز را، برای محاسبه شاخص‌ها، گردآوری کرد. از آنجا که در نظام خدمات سلامت ایران آشنایی کمتری با نمونه‌گیری کوچک مداوم وجود دارد و نظام جاری اطلاعات نیز آن گونه که باید، مورد توجه قرار نگرفته است، به توضیح مختصر این دوروش گردآوری داده می‌پردازیم.

نمونه‌گیری کوچک مداوم^۱: در مواردی که اطلاع از تغییر یا نبود تغییر معنی‌دار یک شاخص در فواصل زمانی کوتاه، با اهمیت باشد؛ می‌توان از این شیوه استفاده کرد. در این روش از نمونه‌هایی با حجم ۴ تا ۲۰ واحد، اما به‌صورت مداوم (چندبار در روز تا چندبار در هفته متناسب با فراوانی واقعی مورد نظر) برای ارزیابی روند تغییرات متغیر مورد نظر استفاده می‌شود. برای نمونه با توجه به اهمیت رضایت خدمت‌گیرنده، می‌توان هر روز با یک نمونه‌ی ۵ نفری از مراجعان به یک مرکز خدمات جامع سلامت مصاحبه و نتایج آن را در یک نمودار مناسب ثبت کرد. چنانچه این نمونه‌گیری هر روز انجام شود؛ با توجه به تغییرات آن در طول زمان می‌توان به قضاوت درستی در مورد رضایت خدمت‌گیرندگان از مرکز دست یافت و در صورت مشاهده‌ی تغییرات غیرمنتظره در آن، به موقع اقدام به مداخله کرد. همان‌گونه که محاسبه حجم نمونه و تجزیه و تحلیل نتایج در پیمایش‌های مقطعی با استفاده از روش‌های خاص آماری انجام می‌شود؛ در نمونه‌گیری‌های کوچک مداوم نیز باید از روش‌های آماری مخصوص آن استفاده کرد. این روش‌ها با عنوان "کنترل آماری فرایندها"^۲ از کاربرد گسترده‌ای در صنعت برخوردار است و طی سال‌های اخیر در عرصه خدمات، به‌خصوص خدمات سلامت، نیز مورد بهره‌برداری روزافزونی قرار گرفته است.

نظام داده‌های ثبتی^۳: بخش اصلی داده‌های مورد نیاز یک نظام اطلاعاتی، محصول فعالیت‌ها یا فرایندهای جاری سازمان است. نظام اطلاعات مبتنی بر این داده‌ها را «نظام جاری اطلاعات» یا «نظام داده‌های ثبتی» می‌نامند. در نظام جاری اطلاعات به داده‌ها به‌عنوان یک محصول مهم فرایندها، اعم از خدمت و پشتیبان، نگاه می‌شود. نخستین کاربرد داده‌های تولید شده در جریان وقوع فرایندهای روزمره‌ی سازمان، در فرایندهای وابسته به

1. Continuous small sampling
2. Statistical Process Control (SPC)
3. Registration system

آن است. علاوه بر این کاربرد اولیه و اصلی، از این داده‌ها برای ارزیابی عملکرد سازمان در قالب یک نظام اطلاعاتی نیز می‌توان سود جست؛ مشروط بر آنکه بر اساس یک طراحی مناسب ثبت شوند و مورد بهره‌برداری قرار گیرند. بنابراین حجم قابل توجهی از داده‌ها در گوشه و کنار هر سازمانی وجود دارد و نظام جاری اطلاعات تنها آن‌ها را گردآوری و سازمان‌دهی می‌کند. این داده‌ها را، در صورت نیاز، می‌توان با داده‌های بدست آمده از بررسی‌های مقطعی (غیرجاری) تکمیل کرد. برای نمونه در هر نوبت ارائه خدمت باید فشار خون خدمت‌گیرنده ثبت شود. کاربرد اولیه‌ی این داده‌ی ثبت شده، قضاوت در مورد پاسخ خدمت‌گیرنده به درمان و تصمیم‌گیری در مورد مداخله‌های مورد نیاز اوست؛ ولی از این داده‌ها استفاده‌های دیگری هم می‌توان کرد. برای مثال می‌توان توفیق خدمت‌دهندگان مختلف را در کنترل فشار خون بیماران تحت مسئولیت خود با یکدیگر مقایسه و افرادی را که در قیاس با دیگران عملکرد ضعیفی دارند، برای اقدام مناسب شناسایی کرد.

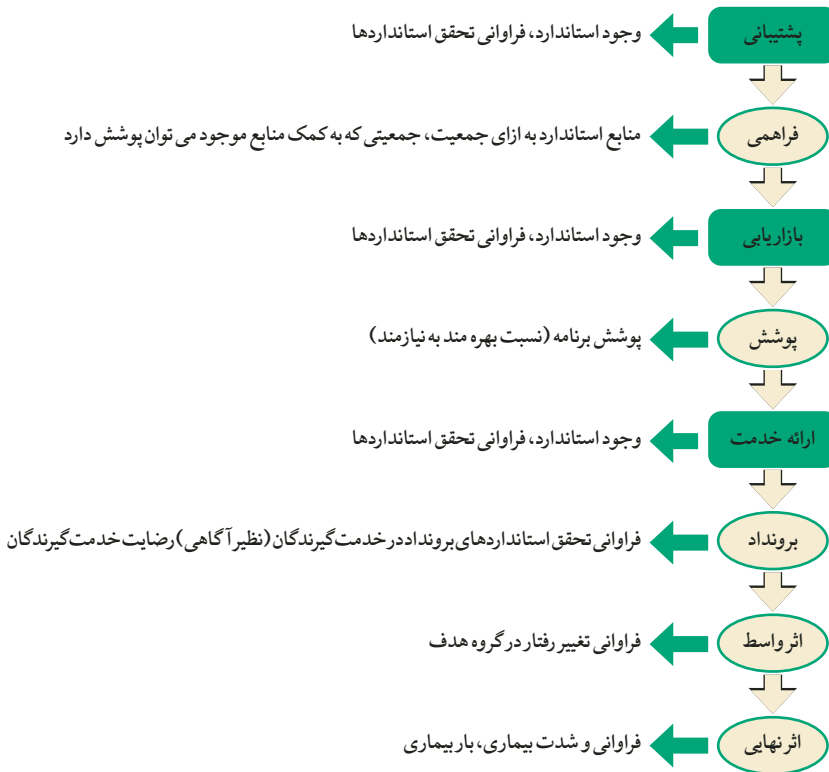
فراگیری مجموعه شاخص‌ها

در اختیار داشتن مجموعه‌ای از شاخص‌ها، همراه با مدل تحلیل مناسب، شرط لازم برای هدایت یک برنامه در مسیر بهبود مستمر است. شکل شماره ۲ فعالیت‌هایی از چرخه مدیریت برنامه را که به صورت جاری و روزمره انجام می‌شوند، نمایش می‌دهد. هدف از این شکل نمایش این نکته است که شاخص‌ها از کنار هم قرار گرفتن داده‌های حاصل از انجام فعالیت‌ها و سنجش نتایج آن‌ها در نوبت‌های مختلف وقوع بدست می‌آیند. شرط نخست فراگیری مجموعه شاخص‌ها آن است که در برگزیده‌ی شاخص‌هایی برای همه عناصر نمایش داده‌شده در شکل شماره ۲ باشد.

در زنجیره‌ی سمت راست شکل، فعالیت‌ها در داخل مستطیل و نتایج حاصل از آن‌ها در داخل بیضی قرار داده شده‌اند و روبروی هر یک از عناصر، صورت کلی شاخص‌هایی که به کمک آن‌ها می‌توان وضعیت عنصر مربوط را مشخص کرد، ذکر شده است که در ادامه به توضیح آن‌ها می‌پردازیم.

فعالیت‌ها (فرایندهای پشتیبان، بازاریابی و ارائه خدمت): صورت کلی شاخص‌ها برای همه فعالیت‌ها (عناصر داخل مستطیل) یکسان است. در مورد فعالیت‌ها نخست اینکه باید از وجود استانداردیشان پرسید، که یک شاخص کیفی است، و در صورت وجود استاندارد باید از فراوانی تحقق آن پرسید. برای نمونه «آیا برای اندازه‌گیری فشار خون شریانی،

استانداردهایی تعریف شده است؟) و در صورت مثبت بودن پاسخ، در چند درصد معاینات انجام شده این استانداردها رعایت می‌شوند. محاسبه شاخص فراوانی تحقق استاندارد فعالیت‌ها، کار ساده‌ای نیست و معمولاً توصیه نمی‌شود.



شکل شماره ۲- صورت کلی شاخص‌ها

فراهمی: قاعداً در جریان طراحی برنامه باید مشخص شده باشد که برای بهره‌مندی یک جمعیت مشخص از خدمات برنامه، به چه مقدار منابع و با چه توزیعی نیازمندیم (فصل قبل: ادغام و سطح‌بندی). مشخص کردن منابع موجود به ازای جمعیت، کفایت منابع را برای بهره‌مند کردن جمعیت نشان می‌دهد. تعداد پایگاه سلامت شهری به ازای صد هزار نفر جمعیت، یکی از مثال‌های شاخص‌های فراهمی است. نسبت منابع موجود به منابعی که باید برای بهره‌مند کردن یک جمعیت از خدمات برنامه فراهم شود؛ روش دیگری برای تعریف شاخص‌های فراهمی است. برای نمونه چند درصد خانه‌های بهداشت

پیش‌بینی شده در طرح گسترش شهرستان ایجاد شده است. و سرانجام تعیین جمعیتی که منابع کافی برای بهره‌مندشدن از برنامه را در اختیار دارند نیز شیوه‌ای برای تعیین فراهمی است. «درصدی از جمعیت روستایی کشور که زیر پوشش خدمات خانه‌های بهداشت قرار دارند» نمونه‌ای از این شیوه برای تعیین فراهمی است. در صورتی که شاخص فراهمی به صورت اخیر تعریف شود؛ استفاده از آن در تحلیل برنامه ساده‌تر خواهد بود. اگر توزیع منابع متناسب با پراکندگی جمعیت نباشد، روش نخست برای تعریف شاخص فراهمی، توزیع نامناسب را نمایش نمی‌دهد؛ ولی در روش سوم نشان داده می‌شود که با وجود منابع، بخشی از جمعیت به آن‌ها دسترسی ندارند.

پوشش: پوشش به معنای درصد افراد نیازمندی است که از خدمات برنامه بهره‌مند شده‌اند. صورت این کسر را به راحتی می‌توان به کمک داده‌های ثبت‌شده محاسبه کرد و مخارج آن را باید بر اساس اطلاعات جمعیتی و فراوانی نیاز در جمعیت زیر پوشش به دست آورد. روش دیگر محاسبه‌ی پوشش برنامه انجام مطالعات مقطعی است. معمولاً پوشش برنامه‌های مختلف سلامت در قالب مطالعه‌ای با عنوان «بهره‌مندی از خدمات سلامت» تعیین می‌شود. از آنجا که داده‌های ثبتی در معرض خطاهای گوناگونی قرار دارند و نتایج آن‌ها از اعتبار کافی برخوردار نیست، به کمک مطالعات مقطعی می‌توان نتایج حاصل از داده‌های ثبتی را اصلاح کرد. به کمک داده‌های ثبتی می‌توان روند تغییر پوشش خدمات را به خوبی تعقیب کرد.

برونداد: فرد بهره‌مند از خدمت، برونداد فرایند خدمت است. متناسب با نوع خدمت ارایه‌شده و استانداردهای در نظر گرفته شده برای برونداد فرایند خدمت، می‌توان شاخص‌های مناسبی را برای این عنصر تعریف کرد. صورت کلی این گروه از شاخص‌ها «فراوانی تحقق استانداردهای مورد نظر در خدمت‌گیرندگان، بلافاصله پس از دریافت فوری خدمت» است. «درصد مادرانی که هنگام ترک واحد ارایه‌ی خدمت روش تهیه‌ی پودر ORS را به درستی توضیح می‌دهند» نمونه‌ای از شاخص برونداد است. درصد افرادی که از فرایند خدمت راضی بوده‌اند نیز شاخص مهمی است که کیفیت خدمت را از دید خدمت‌گیرنده نشان می‌دهد. روش مناسب گردآوری داده برای محاسبه‌ی این شاخص‌ها، انجام مصاحبه با خدمت‌گیرنده هنگام خروج از واحد ارایه‌دهنده خدمت^۱ است که در قالب نمونه‌گیری کوچک مداوم صورت می‌گیرد.

اثر واسطه: پس از وقوع تغییرات مقدماتی در برونداد فرایند خدمت تا تحقق آثار نهایی، ممکن است آثار بینابینی نیز قابل تمیز و اندازه‌گیری باشند. آثار بینابینی معمولاً در قالب تغییر رفتار بیان و شاخص‌های مربوط به آن‌ها به صورت فراوانی وقوع رفتارهای مورد انتظار تعریف می‌شوند. پیمایش‌های مقطعی روش مناسب جمع‌آوری داده، برای محاسبه شاخص‌های تغییر رفتار است.

اثر نهایی: آثار نهایی معمولاً ماهیت زیست‌شناختی دارند. این آثار متناسب با نوع برنامه از استعداد ابتلا به بیماری می‌کاهند؛ از بروز پیامدهای غیرکشنده‌ی بیماری جلوگیری می‌کنند؛ شدت پیامدها را تخفیف و مرگ ناشی از بیماری را کاهش می‌دهند. بنابراین اثر نهایی در قالب شاخص‌های فراوانی و شدت بیماری هدف برنامه اندازه‌گیری می‌شود. با توجه به آن که شاخص DALYs متأثر از هر دو شاخص فراوانی و شدت بیماری است؛ می‌توان از آن به عنوان شاخص اثر نهایی برنامه نیز استفاده کرد.

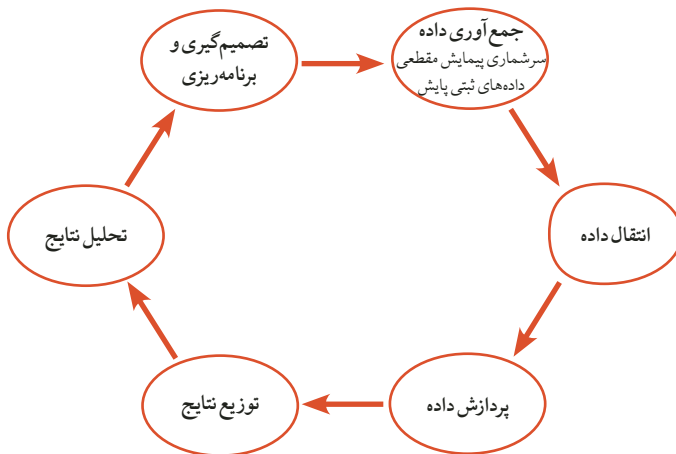
جدول جامعیت: تحلیل مجموعه شاخص‌ها، مقدمه تصمیم‌گیری و برنامه‌ریزی به منظور ارتقای کیفیت برنامه سلامت است. در یک نظام سطح‌بندی شده، هر سطح باید قادر به تحلیل برنامه و تصمیم‌گیری درباره آن با توجه به مقتضیات خود باشد. تحلیل برنامه در هر سطح نیز نیازمند کنار هم گذاشتن شاخص‌های پایش و ارزیابی است. بنابراین شرط دوم جامعیت شاخص‌ها آن است که هر سطح تصمیم‌گیری به مجموعه‌ای از شاخص‌ها، متناسب با مقتضیات آن سطح، به منظور تحلیل برنامه دسترسی داشته باشد. از ترکیب سطوح تصمیم‌گیری با عناصر برنامه، با توجه به مدل شکل شماره ۲، به جدول زیر دست می‌یابیم. وجود شاخص‌های مناسب در خانه‌هایی از این جدول، که وجود شاخص در آن‌ها منطقی است، از فراگیری شاخص‌های تعریف‌شده برای پایش و ارزیابی یک برنامه حکایت دارد و از این‌رو از آن به جدول جامعیت تعبیر می‌کنیم. پیش از به‌کارگیری این جدول برای تعیین فراگیری مجموعه شاخص‌های تعریف‌شده برای یک برنامه، باید خانه‌هایی از آن را که وجود شاخص در آن‌ها منطقی نیست، مشخص کرد. معمولاً با حرکت به سوی سطوح محیطی، به واسطه کاهش جمعیت و کوچک شدن مخرج شاخص‌های ارزیابی، تغییرات آن‌ها شدید و بی‌ارزش برای تحلیل است. بنابراین در سطوح محیطی معمولاً خانه‌های مربوط به شاخص آثار نهایی خالی می‌ماند.

جدول فراگیری

عنصر سطح	پشتیبانی	فراهمی	بازاریابی	پوشش	خدمت	برونداد	اثر واسط	اثر نهایی
مرکز خدمات جامع سلامت								
شهرستان								
دانشگاه علوم پزشکی								
وزارت بهداشت								

نظام اطلاعات و مدیریت اطلاعات

گردآوری داده‌ها به منظور محاسبه شاخص‌های پایش و ارزشیابی نیازمند طراحی فرم‌های گردآوری داده و گردش کار مناسب است. این داده‌ها در جریان فعالیت‌های جاری یا از طریق پایش، پیمایش‌های مقطعی، و سرشماری تولید می‌شوند. داده‌ها معمولاً پس از گردآوری به واحدی که مسئولیت پردازش آن‌ها و محاسبه شاخص‌ها را برعهده دارد منتقل می‌شود. شاخص‌های محاسبه‌شده باید بین افرادی ربط‌توزیع شود تا بر اساس آن تحلیل، تصمیم‌گیری، و برنامه‌ریزی به عمل آید. این فرایندها در مجموع نظام اطلاعات (شکل شماره ۳) را تشکیل می‌دهند. طراحی یک نظام اطلاعاتی به معنای طراحی و استانداردسازی فرایندهای نمایش داده‌شده در شکل شماره ۳ است. مدیریت اطلاعات به مجموعه فعالیت‌هایی گفته می‌شود که با هدف طراحی، اجرا، پایش، ارزیابی و بهبود مستمر فرایندهای تشکیل‌دهنده‌ی یک نظام اطلاعاتی به اجرا درمی‌آید. در واقع نظام اطلاعات که برای بهبود مستمر برنامه‌های تندرستی ایجاد شده است؛ خود نیز نیازمند پایش، ارزیابی و بهبود مستمر است. ورود فناوری رایانه منجر به تحول شگرف نظام‌های اطلاعاتی شده است. رایانه در ابتدا فقط برای پردازش داده‌ها به کار می‌رفت؛ اما در حال حاضر در انتقال، توزیع، تحلیل و تصمیم‌گیری نیز نقش گسترده‌ای دارد. سرعت و دقت فرایندهای رایانه‌ای امکان گردآوری حجم عظیمی از داده‌ها و انجام تحلیل‌های پیچیده را امکان‌پذیر کرده است و از این رو در حال حاضر می‌توان در پرتو شناخت حاصل از به‌کارگیری نظام‌های پیشرفته‌ی اطلاعاتی با اتخاذ تصمیم‌های درست و به موقع عملکرد سازمان‌ها را به گونه‌ای چشم‌گیر اعتلا بخشید.



شکل شماره ۳- چرخه‌ی مدیریت اطلاعات

پایش برنامه‌های سلامت

اهداف پایش

واژه‌ی پایش حاصل مصدر از مصدر «پاییدن» به معنای مراقبت مداوم است. پایش به منزله‌ی نگاه دقیقی است که بدون وقفه در حال مرور همه فعالیت‌ها در سازمان است. پایش صیانت از استانداردها است. اگر برنامه از یک طراحی مناسب برخوردار باشد، رعایت استانداردها منجر به تحقق پیامد مورد نظر از اجرای برنامه می‌شود، بنابراین با پایش فعالیت‌ها می‌توان دستیابی به اهداف برنامه را تضمین کرد. به علاوه به کمک پایش، و قرار دادن نتایج آن در کنار نتایج ارزیابی می‌توان علت دست نیافتن به اهداف برنامه را نیز شناسایی کرد. در یک برنامه‌ی جاری فعالیت‌ها به صورت روزمره و مداوم انجام می‌گیرد و از این رو پایش آن‌ها نیز باید روزمره و مداوم باشد. به کمک پایش در ابتدا باید از انحراف از استانداردها ممانعت به عمل آورد و سپس در کوتاه‌ترین زمان ممکن انحرافات به وقوع پیوسته را اصلاح کرد.

انجام پایش وظیفه کیست؟

انجام پایش نخست وظیفه‌ی کسی است که یک فعالیت را انجام می‌دهد؛ و سپس برعهده‌ی ناظری است که، به دلیل تجربه و مهارت بیشتر، مسئولیت نظارت بر اجرای فعالیت‌ها و هدایت انجام‌دهندگان آن‌ها را برعهده دارد. انجام پایش توسط یک ناظر خارجی^۱ با توجه

۱. مقصود از ناظر خارجی فردی غیر از انجام‌دهنده فعالیت است و حتماً به معنای فرد بیرون از سازمان نیست.

به نکات زیر دارای اهمیت است:

- انجام‌دهنده‌ی فعالیت ممکن است از نقاط ضعف خود آگاه نباشد و به بیان دیگر نداند که نمی‌داند و از این‌رو وجود یک ناظر خارجی برای یافتن نقاط ضعف او الزامی است.
- آموزش مداوم شرط لازم برای حفظ و اعتلای مهارت کارکنان است. مؤثرترین آموزش در محل و حین انجام وظیفه می‌تواند رخ دهد. افزون بر این، بر مبنای جمع‌بندی نتایج پایش باید نقاط ضعف کارکنان را شناسایی و در قالب آموزش‌های رسمی و مستمر، برطرف کرد.
- آنچه که در واحدهای محیطی تر رخ می‌دهد، نتیجه فعالیت‌های پشتیبانی انجام گرفته در واحدهای ستادی تر است. بنابراین واحدهای ستادی برای کنترل فعالیت‌های خود ناگزیر از پایش محصول آن، یا عملکرد واحدهای محیطی هستند. در واقع آنچه که به کمک پایش و توسط یک ناظر خارجی کنترل می‌شود؛ عملکرد واحد ستادی و نه واحد محیطی است. باور این نکته منجر به حذف رفتارهای خشن و بازرسی‌گونه در جریان پایش و افزایش کارایی آن می‌شود.

هر یک از افراد مسئول پایش، صیانت از چه استانداردهایی را بر عهده دارد؟

فرد انجام‌دهنده‌ی فعالیت موظف به پایش موارد زیر است:

- عملکرد تجهیزات: انجام‌دهنده‌ی فعالیت، باید آموزش‌های مورد نیاز را در این زمینه اخذ کرده باشد. از مصادیق این پایش در نظام بهداشتی ایران کنترل روزانه‌ی درجه حرارت یخچال نگهداری واکسن و ثبت آن و کنترل ترازو به وسیله‌ی وزنه‌ی شاهد توسط بهورز است.
- پایش ملزومات مصرفی از نظر تاریخ مصرف و موجودی آن‌ها که پیوسته باید بیشتر از نقطه سفارش حفظ شود.
- پایش برونداد فعالیت‌ها برای اطمینان از انطباق آن با استانداردها: در واقع از این طریق، انجام‌دهنده‌ی فعالیت به‌طور مستمر عملکرد خود را کنترل و در صورت مشاهده‌ی نبود انطباق برونداد با استانداردها، نسبت به یافتن علت آن اقدام می‌کند. او باید پس از ارائه خدمت، از دستیابی خدمت‌گیرنده به دانش کافی در زمینه‌هایی که تحت آموزش قرار گرفته است و همچنین رضایت او از خدمت دریافتی اطمینان حاصل کند. جلب

توجه انجام‌دهنده‌ی فعالیت به نتیجه و اصالت آن و افزایش مهارت او در ارزیابی مستمر برون‌داد، نخستین گام در راه پویاسازی نظام خدمات سلامت است.

- میزان انطباق رفتارهای خود با استانداردهای خدمات: خدمت‌دهنده هنگامی می‌تواند میزان انطباق رفتار خود را با استانداردها مشخص کند که استانداردها در قالب یک راهنمای روشن و شفاف در اختیار وی قرار گرفته باشد. مرور مکرر این استانداردها در قالب فعالیت‌های گروهی با دیگر همکاران، منجر به درک بهتر استانداردها و حساسیت بیشتر ارایه‌کننده‌ی خدمت به آن‌ها می‌شود.

در کنار فرد انجام‌دهنده‌ی فعالیت، ناظر خارجی مکلف به پایش برون‌داد و تمامی فعالیت‌هایی است که باید توسط فرد انجام‌دهنده‌ی فعالیت انجام گیرد. این فعالیت‌ها، پایش‌هایی را که باید توسط خدمت‌دهنده انجام شود، نیز در بر می‌گیرد.

چه استانداردهایی را باید پایش کرد؟

در صورتی که منابع دریافتی از خارج سازمان، فرایندهای پشتیبان، و فرایندهای خدمت همه منطبق بر استانداردهای مشخص شده برای آن‌ها باشند؛ برون‌داد فرایند خدمت، به‌عنوان مقدماتی‌ترین محصول نظام خدمات سلامت، نیز منطبق بر استانداردهای تعیین شده برای آن تحقق خواهد یافت. با توجه به آنکه خود پایش نیازمند صرف منابع سازمان، به‌خصوص زمان کارکنان است، باید با اختیار استانداردهای کلیدی، مانع از صرف منابع برای پایش استانداردهایی شد که از تأثیر قابل توجهی بر تحقق استانداردهای اصلی برون‌داد برخوردار نیستند. چنانچه بتوان استانداردهای برون‌داد را مورد پایش مداوم قرار داد، افزون بر آنکه نخستین نتیجه‌ی مورد نظر بررسی می‌شود، امکان قضاوت در مورد تحقق دیگر استانداردهای دخیل در تولید برون‌داد نیز فراهم می‌گردد. بدین ترتیب می‌توان از صرف منابع سازمان برای پایش استانداردهای فرایندهای پشتیبان و خدمت جلوگیری کرد. قضاوت در مورد تحقق دیگر استانداردها از طریق بررسی استانداردهای برون‌داد، نیازمند به‌کارگیری روش‌های کنترل آماری فرایند است.

باوجود دلایل منطقی برای تمرکز فعالیت‌های پایش بر روی استانداردهای برون‌داد، همیشه امکان کنترل این استانداردها وجود ندارد. برای مثال کنترل استانداردهای برون‌داد در کودکی که پس از دریافت واکسن در حال ترک واحد خدمت‌دهنده است، نیازمند بررسی آن است که آیا مقدار کافی از ماده‌ای که قدرت تحریک دستگاه ایمنی کودک را دارد، وارد

بدن او شده است یا خیر. بدیهی است که این بررسی را، مستقیم و با بررسی کودک، نمی‌توان انجام داد؛ اما به جای آن می‌توان بررسی کرد که آیا خدمت‌دهنده به صورت منظم درجه حرارت یخچال را کنترل و ثبت کرده است؛ آیا واکسن پیش از انقضای تاریخ مصرف آن تلقیح شده است؛ و این که آیا خدمت‌دهنده دانش و مهارت کافی برای تلقیح واکسن را دارد. در صورتی که پاسخ همه این پرسش‌ها مثبت باشد، می‌توان نتیجه گرفت که با احتمال زیاد، استانداردهای برونداد خدمت محقق شده است. در واقع ما ناگزیر بوده‌ایم که به جای استاندارد برونداد، استانداردهای منابع را بررسی کنیم. با توجه به آنچه که آمد، استانداردهای برونداد را استانداردهای اصلی^۱ و استانداردهای فرایندهای خدمت و پشتیبان و منابع ورودی به سازمان را، که به جای استانداردهای برونداد بررسی می‌شود، استانداردهای جایگزین^۲ می‌نامیم. با این رویکرد و با مرور استانداردهای برونداد، بخش‌هایی از آن‌ها را که قابلیت ارزیابی مداوم دارند، شناسایی می‌کنیم. سپس در مورد استانداردهایی که نمی‌توان آن‌ها را مستقیماً مورد سنجش قرار داد، با بازگشت به عقب به سوی فرایندهای خدمت و پشتیبان و همچنین منابعی که از خارج از سازمان تامین می‌شود، اقدام به اختیار استانداردهای جایگزین می‌کنیم. استانداردهای جایگزین اول اینکه باید دارای ارتباط روشن با استانداردهای اصلی باشند و دوم اینکه بررسی تحقق یافتن یا نیافتن آن‌ها امکان‌پذیر باشد. مقصود از ارتباط روشن آن است که بتوان با بررسی تحقق یافتن یا نیافتن استانداردهای جایگزین درباره تحقق یافتن یا نیافتن استانداردهای اصلی قضاوت کرد. عملی‌ترین شیوه برای تعیین استانداردهای جایگزین، استفاده از نظر کارشناسان خبره است. تحقق یک استاندارد کلیدی در برونداد، نیازمند تحقق مجموعه‌ای از استانداردها در فرایندهای خدمت و پشتیبان است. در نتیجه تحقق نیافتن هر یک از این استانداردها منجر به تحقق نیافتن استاندارد اصلی در برونداد می‌شود اما تحقق یافتن هر یک از آن‌ها به تنهایی حتماً به تحقق استاندارد اصلی در برونداد نمی‌انجامد. بنابراین باید تحقق مجموعه‌ای از استانداردهای جایگزین را به عنوان پیش‌بینی‌کننده‌ی تحقق استاندارد اصلی به کار گرفت. در مثال واکسیناسیون، ترکیب حضور خدمت‌دهنده‌ی آموزش‌دیده، حفظ زنجیره‌ی سرما، و رعایت تاریخ انقضای مصرف واکسن می‌تواند اطمینان نسبی از مؤثر بودن واکسیناسیون ایجاد کند.

1. Main Standards
2. Surrogate Standards

از چه ابزار و روشی باید برای پایش استفاده کرد؟

نکاتی که در مورد روش و ابزار پایش باید مورد توجه قرار گیرد، وابسته به آن است که پایش توسط انجام‌دهنده‌ی فعالیت یا ناظر خارجی انجام می‌شود.

استانداردهایی که باید توسط انجام‌دهنده‌ی فعالیت پایش شود

ابزار پایش تابع نوع استاندارد است؛ ولی یک پایش مؤثر وابسته به رعایت نکات زیر است:

- نتایج پایش باید مشخص باشد.
- نتایج پایش باید در فرم‌های از پیش طراحی شده ثبت شود.

شیوه‌ی اقدام در صورت مشاهده‌ی انحراف از استاندارد باید از قبل طراحی و مدون شده باشد. برای مثال اگر در هنگام ثبت درجه حرارت یخچال به‌طور متوجه شد که دمای داخل آن از محدوده‌ی قابل قبول کمتر یا بیشتر است، چه اقداماتی را باید انجام دهد.

استانداردهایی که باید توسط ناظر خارجی پایش شود

ناظر خارجی باید همه فعالیت‌هایی را که نظارت شونده مسئولیت انجام آن‌ها را برعهده دارد، پایش کند. این فعالیت‌ها پایش‌هایی را هم که باید توسط انجام‌دهنده‌ی فعالیت انجام شود، در بر می‌گیرد. به منظور انجام منظم و سیستماتیک پایش، ناظر خارجی ضرورتاً باید از چک‌لیست استفاده کند. با توجه به حجم فعالیت‌ها، این فهرست‌ها معمولاً از حجم بالایی برخوردارند. این بدان معنا نیست که در هر بار پایش باید همه فعالیت‌ها را مورد بررسی قرار داد، بلکه باید حجم متناسبی از آن‌ها را، که نه در کار روزمره‌ی انجام‌دهنده‌ی فعالیت اختلال ایجاد کند و نه فرسودگی طرفین را به دنبال داشته باشد، برای پایش انتخاب کرد. انجام مستمر پایش همراه با برنامه و استفاده از چک‌لیست به تدریج تمامی فعالیت‌ها را پوشش خواهد داد. پایش در صورتی اثربخش خواهد بود که مختصر ولی مداوم انجام شود. ناظر خارجی باید با طی مراحل زیر به انجام پایش بپردازد:

۱. بررسی خدمت‌گیرنده: این بررسی از طریق انجام مصاحبه و پس از اتمام فرایند خدمت یا خروج خدمت‌گیرنده از واحد ارایه‌ی خدمت انجام می‌شود و از این‌رو به مصاحبه هنگام خروج^۱ نیز معروف است. هنگامی که ناظر خارجی به منظور پایش به واحد

ارایه‌ی خدمت نزدیک می‌شود، بهتر است به‌عنوان نخستین گام با افرادی که در حال خروج از واحد هستند مصاحبه کند. اهمیت مصاحبه در این هنگام از آن نظر است که ارایه‌ی خدمت به این افراد متأثر از حضور ناظر خارجی نیست و تصویری روشن‌تر را از فعالیت‌های انجام‌گرفته در جریان ارایه‌ی خدمت ترسیم می‌کند. علاوه بر بررسی آگاهی‌ها و نگرش‌گیرنده‌ی خدمت، رضایت او از عملکرد واحد ارایه‌کننده‌ی خدمت نیز باید مورد ارزیابی دقیق قرار گیرد.

۲. کنترل اسناد: با توجه به آنکه همه فعالیت‌های انجام‌شده در واحد ارایه‌کننده‌ی خدمت، باید اثری مکتوب از خود بر جای گذاشته باشند، ارزیابی اسناد به‌خوبی می‌تواند میزان رعایت استانداردها را نشان دهد. اینکه اسناد در غیاب ناظر خارجی تولید می‌شوند، بر اهمیت آن‌ها به‌عنوان شاهی از میزان رعایت استانداردها می‌افزاید. به‌علاوه از آن جهت که اسناد، سازنده‌ی نظام جاری اطلاعات هستند، بر ضرورت بررسی آن‌ها در جریان پایش می‌افزاید. به‌کمک مقایسه‌ی اسناد با یکدیگر و تطبیق آن‌ها با واقعیت، می‌توان به برداشت روشنی از دقت، مهارت، و تعهد ارایه‌کننده‌ی خدمت در تولید آن‌ها دست یافت. از آنجا که خدمت‌دهنده باید نتایج پایش‌هایی را که برعهده‌ی اوست نیز ثبت کند، از طریق کنترل اسناد می‌توان این پایش‌ها را نیز پایش کرد.

۳. مشاهده‌ی ارایه‌کننده‌ی خدمت در حین ارایه‌ی خدمت: عملکرد خدمت‌دهنده در حضور ناظر خارجی، همیشه از آن متأثر است. در چنین شرایطی ارایه‌کننده‌ی خدمت تلاش می‌کند فعالیت خود را در کامل‌ترین شکل ممکن به انجام رساند و از این‌رو به کمک مشاهده می‌توان دریافت که او از چه توانایی‌هایی برخوردار است؛ ولی نمی‌توان به‌قضاوت دقیقی در مورد عملکرد وی در غیاب ناظر خارجی دست یافت.

۴. پرسش و پاسخ و ایفای نقش: با توجه به آنکه امکان مشاهده‌ی ارایه‌کننده‌ی خدمت در حین ارایه‌ی همه‌ی خدمات وجود ندارد، دانش و مهارت او را می‌توان از طریق پرسش و پاسخ و ایفای نقش مورد ارزیابی قرار داد. مقصود از ایفای نقش آن است که ناظر خارجی با قرار گرفتن در موضع خدمت‌گیرنده به ارزیابی عملکرد ارایه‌کننده می‌پردازد. پرسش و پاسخ و ایفای نقش به ناظر خارجی نشان می‌دهد که ارائه‌دهنده‌ی خدمت چه توانایی‌هایی دارد، نه این‌که در فعالیت روزمره‌ی خود چه می‌کند.

۵. کنترل منابع: در این مرحله باید منابع موجود در واحد ارایه‌کننده‌ی خدمت را از نظر انطباق با استانداردهای تعیین‌شده برای آن‌ها بررسی کرد.

هر یک از مراحل یادشده دارای قابلیت‌ها و محدودیت‌هایی است و تنها با اقدام به همه آن‌ها می‌توان برداشت کاملاً روشنی از پای‌بندی خدمت‌دهندگان به استانداردها داشت. برای نمونه، نتایج حاصل از مصاحبه با گیرنده‌ی خدمت و بررسی اسناد تحت‌تأثیر وجود ناظر خارجی نیست، اما با کمک آن‌ها نمی‌توان مهارت عملی خدمت‌دهنده را به‌طور دقیق ارزیابی کرد. این محدودیت را به‌خوبی می‌توان با مشاهده‌ی او در حین ارزیابی خدمت، پرسش و پاسخ، و ایفای نقش جبران کرد.

با توجه به آن‌که در هر بار پایش نمی‌توان همه چیز را بررسی کرد، راهی جز گزینشی عمل کردن وجود ندارد. برای حفظ ارتباط اجزای مختلف پایش با یک‌دیگر، بهتر است در هر نوبت، بررسی‌ها را بر یک برنامه‌ی خاص متمرکز کرد. برای مثال چنانچه مصاحبه با خدمت‌گیرنده‌ای که به منظور پایش رشد به خانه‌ی بهداشت مراجعه کرده است انجام شده باشد، می‌توان از منابع به بررسی ترازو و ابزار اندازه‌گیری قد اکتفا نمود و فقط خدمات مراقبت کودکان ثبت شده در سامانه‌ی سیب را بررسی کرد؛ و با بهورز در خصوص شیوه‌ی تفسیر منحنی رشد و تغذیه‌ی تکمیلی به بحث و سؤال و جواب پرداخت؛ و در نهایت چنانچه امکان مشاهده‌ی وی در حین پایش رشد فراهم نگردد، می‌توان از طریق ایفای نقش، به کمک مانکن، مهارت او را در برقراری ارتباط با مادر و اندازه‌گیری وزن و قد کودک سنجید. بدین ترتیب در یک نوبت پایش، بدون صرف وقت زیاد تصویر روشنی از وضعیت یک برنامه در یک خانه‌ی بهداشت به دست آمده است. کنترل تصادفی و بدون برنامه‌ی جنبه‌های مختلف واحد ارزیاب‌کننده‌ی خدمت، به شدت از اثربخشی پایش در حفظ استانداردها خواهد کاست.

نخستین دستاورد پایش توسط ناظر خارجی شناخت نقاط ضعف عملکرد خدمت‌دهنده است که باید از طریق آموزش اصلاح شود. هم‌زمان با پایش، که خدمت‌دهنده نیز به خوبی بر نقاط ضعف خود واقف می‌شود، کاربردی‌ترین و اثربخش‌ترین آموزش‌ها را می‌توان ارائه کرد؛ منوط بر آنکه آموزش‌گیرنده آمادگی دریافت پیام‌های آموزشی را داشته باشد. مهم‌ترین عاملی که منجر به نامناسب شدن شرایط پایش برای آموزش می‌شود، حاکم شدن جو بازرسی و مچ‌گیری بر این فرایند است. عملکرد نامناسب غالب افرادی که برای پایش به واحدهای ارزیاب‌کننده‌ی خدمت مراجعه می‌کنند، به مرور زمان این عنصر بسیار مهم برای حفظ و ارتقای مهارت کارکنان را با اضطراب همراه کرده است. تنها با بیان اینکه هدف ما از پایش، مچ‌گیری نیست، اضطراب زدوده نمی‌شود؛ بلکه تداوم مشاهده‌ی یک عملکرد

مناسب از تمامی کسانی که به منظور پایش به واحدهای ارایه‌کننده‌ی خدمت مراجعه می‌کنند، به مرور زمان تصویر مناسب‌تری از این فعالیت در ذهن ارایه‌کنندگان خدمت ایجاد می‌کند. با رعایت نکات زیر، ناظر خارجی می‌تواند با ایجاد یک فضای مناسب، همکاری نظارت‌شونده را به دست آورد و او را برای پذیرش نقاط ضعف خود آماده کند، و بر انگیزه‌ی او برای ایجاد تغییر بیفزاید.

- توجه به نکات مثبت نظارت‌شونده و بیان آن‌ها در شروع نظارت: هدف از بیان نکات مثبت در ابتدای نظارت کاهش اضطراب نظارت‌شونده و ایجاد فضایی مثبت است. هر نکته‌ی مثبتی نظیر نظافت و آراستگی محیط کار، یک گلدان زیبا یا هر نکته‌ی مثبت دیگری که در بدو ورود توجه ناظر را به خود جلب می‌کند، می‌تواند بهانه‌ای برای یک شروع مثبت باشد.
- ایجاد فرصت برای نظارت‌شونده برای بیان نظرات خود: حرف‌هایی که نظارت‌شونده برای گفتن دارد، ممکن است به موضوع نظارت مرتبط باشد یا نباشد. حضور تیم نظارت در واحدهای خدمت، فرصت خوبی را در اختیار نظارت‌شونده قرار داده است تا به بیان مشکلات خود بپردازد. جلب مشارکت او ایجاد می‌کند که این فرصت از او دریغ نشود.
- گذار از یک موضوع به موضوع دیگر به صورت پیوسته و نرم: یک جلسه‌ی نظارت باید در قالب یک گفت‌وگوی فنی پیوسته برگزار شود؛ تا پیوستگی مطالب به نظارت‌کننده و نظارت‌شونده کمک کند تا به درک روشنی از فرایند ارائه‌ی خدمت و نقاط قوت و ضعف آن دست یابند. برای نمونه اگر در مصاحبه با خدمت‌گیرنده، ناظر متوجه شده است که او قادر به تفسیر منحنی رشد کودک خود که رشد مناسبی هم ندارد نیست، باید از مراقب سلامت خواسته شود تا خدماتی را که کودک از بدو تولد دریافت کرده است، در سامانه‌ی ثبت داده، نمایش دهد و تفسیر خود را از رشد کودک ارائه کند. سپس در قالب ایفای نقش از او بخواهد که روش تفسیر منحنی رشد را به مادر کودک آموزش دهد. در ادامه او می‌تواند از خدمت‌دهنده بخواهد که فهرست کودکان کمتر از یک‌سال را از سامانه دریافت کند تا با هم، چند کودک دیگر را از نظر رشد بررسی کنند. بدین ترتیب جلسه‌ی نظارت به گفت‌وگویی نرم و پیوسته در باره‌ی رشد کودکان زیر یک‌سال تبدیل می‌شود و نظارت‌کننده و نظارت‌شوند، هر دو، نقاط قوت و ضعف آن را در می‌یابند.
- ایجاد کمترین اختلال در تعامل نظارت‌شونده با خدمت‌گیرنده: نظارت، در حد امکان، نباید در فرایند ارائه‌ی خدمت اختلال ایجاد کند. ناظر باید صبر کند تا خدمت‌دهنده از

ارائه‌ی خدمت فارغ شود و سپس فرایند نظارت را آغاز کند. اگر خدمت‌گیرندگانی در انتظار دریافت خدمت هستند، ناظر باید با اجازه‌ی آن‌ها و پوزش از وقفه‌ای که نظارت او در ارائه‌ی خدمت ایجاد می‌کند، وظایف نظارتی خود را انجام دهد.

- بحث با نظارت‌شونده در مورد یافته‌های نظارت و فرصت‌های ارتقا: نظارت‌شونده به یافته‌ها و باورهای خود بیش از توصیه‌های ناظر متعهد است. بنابراین اگر او خود به ضرورت ایجاد تغییر دست یابد، احتمال تغییر بیشتر خواهد بود. این باور در سایه‌ی بحث و تبادل نظر با نظارت‌شونده در یک محیط آرام و دوستانه ایجاد می‌شود.
- تکمیل چک‌لیست در خاتمه‌ی نظارت و نه در جریان آن: اگر ناظر بیش از آنکه به نظارت‌شونده توجه کند، درگیر تکمیل این فهرست نظارتی باشد، فرصت تعامل با نظارت‌شونده و تأثیرگذاری بر او را از دست می‌دهد. تسلط ناظر بر محتوای فهرست مزبور باید به اندازه‌ای باشد که بدون نیاز به گشودن آن، پاسخ همه پرسش‌های آن را در قالب یک نظارت نرم و پیوسته بیابد و پس از خاتمه‌ی نظارت آن را تکمیل کند. دستیابی به چنین سطحی از تسلط نیازمند انجام نظارت بر مبنای سناریوهای از پیش طراحی و تمرین شده است.
- برجسته کردن نقاط مثبت نظارت‌شونده در خاتمه‌ی نظارت: ناظر باید در جریان نظارت به دنبال یافتن نکات مثبتی باشد تا در پایان نظارت آن‌ها را برجسته کرده و تأثیر مثبتی در ذهن نظارت‌شونده از فرایند نظارت ایجاد کند. این تأثیر مثبت می‌تواند نقش به‌سزایی در ایجاد انگیزه برای تغییر در او ایجاد کند و نظارت را به هدف اصلی خود، که ارتقای عملکرد نظارت‌شونده است، نزدیک کند.

چک‌لیست

هدف استفاده از این چک‌لیست، اطمینان یافتن از بررسی همه‌ی استانداردهایی است که در جریان یک نظارت باید مورد توجه قرار گیرند. هر پرسش این چک‌لیست یک استاندارد را مورد بررسی قرار می‌دهد. برای آنکه چک‌لیست یادشده ابزاری قوی برای بررسی تحقق استانداردها باشد، باید نظیر هر ابزار سنجش دیگری از سه ویژگی زیر برخوردار باشد.

- روایی: مقصود از روایی آن است که پرسش‌های چک‌لیست، بودن یا نبودن استانداردهایی را نشان دهند که اجرای موفق یک برنامه در گروهی تحقق آن‌هاست. به بیان دیگر اگر نتایج به‌کارگیری این چک‌لیست حاکی از رعایت استانداردها باشد، بتوان دستیابی

به پیامدهای برنامه‌ی سلامت را انتظار داشت. اگر ترکیب مناسبی از استانداردهای اصلی و جایگزین برای پایش انتخاب شده باشد، چک لیست طراحی شده بر مبنای این استانداردها، از روایی مناسب برخوردار خواهد بود.

- پایایی: پایایی یعنی آنکه اگر شرایط مورد بررسی ثابت باشد، تکمیل چک لیست مزبور توسط چند نفر یا یک نفر در چند نوبت، به نتایج یکسانی بینجامد. در این صورت تغییر نتایج به دست آمده از به‌کارگیری چک لیست را می‌توان به تغییر شرایط مورد بررسی نسبت داد.
- عملی بودن: اگر منابع مورد نیاز برای به‌کارگیری چک لیست و استفاده از نتایج آن برای قرار دادن برنامه در مسیر بهبود مستمر قابل تدارک باشد، چک لیست طراحی شده در عمل قابل استفاده است.
- برای آنکه چک لیست ابزار باکیفیتی برای بهبود عملکرد برنامه سلامت باشد، در طراحی آن باید نکات زیر مورد توجه قرار گیرد:
- پرسش‌های چک لیست باید کاملاً عینی باشند تا کاربران آن بدون ابهام بتوانند در مورد بودن یا نبودن استاندارد موضوع سؤال قضاوت کنند و از این نظر اختلافی در میان آنان وجود نداشته باشد. در این صورت چک لیست مزبور از پایایی مناسب برخوردار خواهد بود.
- پرسش‌ها باید برای ارزیابی شونده کاملاً روشن باشند تا نظارت‌شوندگان بدانند که با رعایت چه استانداردهایی موفق به کسب امتیاز بالایی از نظارت خواهند شد.
- تحقق استانداردهای موضوع پرسش‌ها، با تلاشی معقول و متعارف، امکان‌پذیر باشد تا اعتبار چک لیست در نزد نظارت‌شوندگان مخدوش نشود.
- اهمیت نسبی پرسش‌های چک لیست از طریق وزن‌دادن به پرسش‌ها مشخص شود تا نظارت‌شوندگان تلاش خود را صرف تحقق استانداردهایی کنند که امتیاز بیشتری را برای آنان در پی خواهد داشت. پس از تحقق استانداردهای مهم، می‌توان با تغییر وزن پرسش‌های آن، توجه نظارت‌شوندگان را به سوی تحقق دیگر استانداردها هدایت کرد. به علاوه بر مبنای وزن پرسش‌ها می‌توان امتیاز کل چک لیست را محاسبه و روند تغییرات آن را مورد ارزیابی قرار داد. تلاش برای رعایت استاندارد به منظور کسب امتیاز بیشتر، از پیامدهای مثبت استفاده‌ی هوشمندانه از چک لیست مزبور برای نظارت است.
- روایی و پایایی چک لیست در عمل و با استفاده از روش‌های مناسب آماری بررسی شود تا نتایج حاصل از به‌کارگیری آن قابل پیش‌بینی باشد.

دیگر رویکردهای پایش

افزون بر خودارزیابی و نظارت، پایش را با دور رویکرد دیگر «مرور توسط همتایان» و «پایش مشارکتی» هم می‌توان انجام داد.

مرور توسط همتایان

مرور توسط همتایان به معنای آن است که انجام‌دهنده‌ی یک فعالیت از فرد هم‌رده‌ی خود در سازمان دعوت کند تا فعالیت‌های او را مورد بررسی و نقد قرار دهد. برای نمونه یک مراقب سلامت از مراقب سلامت شاغل در پایگاه سلامت دیگری دعوت می‌کند تا فعالیت‌های او را مرور و نقادی کند. چنین رفتاری هنگامی در سازمان مشاهده می‌شود که نظارت سازمان‌یافته‌ای که منافع نظارت‌شونده را تحت تأثیر قرار می‌دهد، به صورت منظم جریان داشته باشد. در این صورت خدمت‌دهندگان تمایل دارند که قبل از نظارت سازمان‌یافته، نقاط ضعف خود را، به منظور کسب حداکثر امتیاز، برطرف کنند. در این صورت از همتایان شاخص خود دعوت می‌کنند تا آنان را برای شناسایی و رفع کاستی‌ها همراهی کنند. سبک رهبری سازمان می‌تواند، در کنار روش ارزیابی عملکرد و پرداخت، نقش به‌سزایی در ایجاد فضای همکاری و کمک به یکدیگر برای ارتقای کیفیت فعالیت‌ها و خدمات سازمان ایفا کند.

پایش مشارکتی

پایش مشارکتی به معنای آن است که ناظر خارجی عضوی از تیم خودارزیابی واحد تحت نظارت خود شود و با کمک آنان برای ارتقای عملکرد آن واحد تلاش کند. در چنین شرایطی ناظر خارجی به درک عمیق‌تری از عملکرد واحد تحت نظارت خود و موانع ارتقای آن دست می‌یابد. با توجه به آنکه عملکرد واحد تحت نظارت، محصول عملکرد واحد ستادی مشرف بر آن است، مهم‌ترین یافته‌ی چنین مشارکتی، درک عمیق نارسایی‌های واحد ستادی و موانعی است که آن در برابر ارتقای عملکرد واحد محیطی ایجاد می‌کند. پایش مشارکتی وقت‌گیر است و ناظر خارجی نمی‌تواند عضو تیم خودارزیابی همه واحدهای تحت نظارت خود باشد؛ ولی می‌تواند دست‌کم با یک واحد، چنین مشارکتی را تجربه کند. با توجه به مشابهت واحدهای محیطی، بسیاری از آموخته‌های مشارکت با یک واحد، به دیگر واحدها نیز قابل تعمیم است و برطرف کردن نارسایی واحد ستادی، که در تعامل با یک واحد کشف

شده است، منجر به بهبود عملکرد دیگر واحدها را نیز می‌شود. هر یک از رویکردهای پایش قابلیت‌ها و محدودیت‌های خود را دارد و به کارگیری هم‌زمان همه آن‌ها، به سبب تقویت قابلیت‌ها و جبران محدودیت‌های یکدیگر، بیشترین دستاورد را نصیب سازمان می‌کند. یک برنامه‌ی منظم نظارت رسمی که منافع نظارت‌شوندگان را تحت تأثیر قرار می‌دهد، آنان را برای خودارزیابی و دعوت از هم‌تایان برای مرور نقادانه‌ی فعالیت‌هایشان ترغیب می‌کند و پایش مشارکتی درک واحدهای ستادی را از نقاط ضعف عملکرد خود تقویت و در کنار نتایج نظارت رسمی، زمینه را برای ارتقای این واحدها فراهم می‌کند. بهبود عملکرد واحدهای ستادی از تأثیری گسترده‌تر و عمیق‌تر بر عملکرد کل سازمان برخوردار است.

چگونه می‌توان نتایج پایش را در قالب شاخص بیان کرد؟

بیان نتایج پایش در قالب شاخص از دو دیدگاه دارای اهمیت است:

- بررسی روند تغییر نتایج پایش در واحدهای خدمت‌دهنده و مقایسه این واحدها با یکدیگر.
 - به کارگیری شاخص‌های پایش در مدل‌های تحلیل کمی.
- به یکی از دو شیوه‌ی زیر می‌توان اقدام به محاسبه شاخص کرد:

محاسبه درصد موارد رعایت نکردن یک استاندارد

برای نمونه چنانچه طی یک سال در یک شهرستان با ۸۵ خانه بهداشت و در مجموع ۷۲۵ نوبت بهورزان در خصوص شیوه‌ی تحلیل کارت پایش رشد مورد پرسش قرار گرفته باشند و در ۱۱۰ نوبت تفسیر درست ارایه نشده باشد؛ می‌توان در مجموع نتایج پایش یک سال را به صورت درصد موارد تحلیل نکردن درست کارت پایش رشد، که در این مثال برابر با ۱۵ درصد است، بیان کرد. با مقایسه‌ی این شاخص در سال‌های مختلف می‌توان در باره‌ی بهتر شدن یا نشدن عملکرد بهورزان در این زمینه قضاوت کرد.

امتیازدهی

با توجه به آنکه پایش بر مبنای مجموعه‌ای از استانداردهای کلیدی انجام می‌شود، با در نظر گرفتن وزن برای هر استاندارد متناسب با اهمیت آن، می‌توان در مجموع برای پایش

در هر نوبت یا هر زمینه‌ی خاص یک امتیاز کلی محاسبه کرد. برای مثال می‌توان گفت که خانه بهداشت "دودانگهی علیا" از برنامه پایش رشد کودکان در بازدید مورخ ۱۴۰۴/۳/۲۵، ۲۴۵ امتیاز کسب کرده است. شیوه‌ی محاسبه‌ی این امتیاز بدین ترتیب بوده است که در چک‌لیست پایش این برنامه در کنار هر پرسش، وزن آن مشخص و در پایان پایش از جمع وزن پرسش‌هایی که پاسخ مثبت دریافت کرده‌اند، کل امتیاز محاسبه شده است. میانگین امتیازهای خانه‌های بهداشت یک شهرستان می‌تواند شاخصی از استاندارد برنامه‌ی پایش رشد اطفال در سطح خانه‌های بهداشت آن شهرستان باشد.

با توجه به شیوه‌های ذکر شده برای محاسبه شاخص‌های پایش، تذکر دوباره این نکته ضروری است که فقط در صورت انجام سیستماتیک و مداوم پایش می‌توان اقدام به محاسبه این شاخص‌ها کرد.

تحلیل برنامه‌ی سلامت

مدل تحلیل

به منظور تحلیل برنامه‌های سلامت بر مبنای نتایج پایش و ارزشیابی نیازمند یک مدل تحلیل هستیم. مدل تحلیل چهارچوبی است که ارتباط شاخص‌های برنامه را با یک‌دیگر بیان می‌کند. مدل تحلیل می‌تواند ساده یا پیچیده باشد. ارتباط شاخص‌های یک برنامه را می‌توان به صورت کیفی و ساده بیان کرد. برای مثال با افزایش پوشش واکسیناسیون، بروز بیماری‌های قابل پیشگیری با واکسن کاهش می‌یابد. در این مدل رابطه‌ی کمی این شاخص‌ها با یک‌دیگر مورد توجه قرار نگرفته است و کارایی آن در شناسایی عواملی غیر از پوشش واکسیناسیون - که می‌تواند میزان بروز بیماری‌ها را تحت تأثیر قرار دهد - بسیار محدود است. مدل تحلیل ساده راحت‌تر درک می‌شود و عملی‌تر است؛ ولی قابلیت آن در تحلیل برنامه و نشان دادن نقاط کلیدی برای مداخله نیز محدودتر است. ساختن مدل‌های کارآمدتر و به‌طور طبیعی پیچیده‌تر، نیازمند در اختیار داشتن متخصصان باتجربه برای ساختن مدل و نیروی انسانی با قابلیت برای به‌کارگیری آن است؛ منابعی که غالب نظام‌های تندرستی به‌طور کامل از آن‌ها بهره‌مند نیستند. بنابراین مدل‌های تحلیل متناسب با قابلیت منابع انسانی در نظام خدمات سلامت شکل می‌گیرند و با پیشرفت نظام و پیچیده‌تر شدن انسان‌ها، پیچیده‌تر و کارآمدتر می‌شوند. در ادامه تلاش شده است که مبانی تحلیل برنامه‌های سلامت معرفی شود. با به‌کارگیری این مبانی در هر برنامه سلامت می‌توان مدل تحلیل خاص آن را ارائه داد.

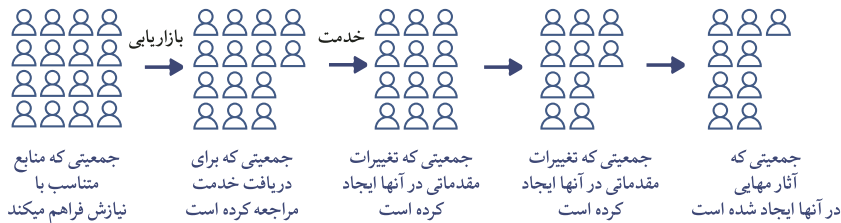
مسئولیت تحلیل برنامه برعهده کیست؟

کاربرد اصلی نتایج تحلیل، در بازنگری طراحی برنامه است و از این رو اقدام به آن برعهده‌ی طراحان برنامه یا افرادی است که مجاز به اعمال تغییر در طراحی برنامه هستند. اگر سطوح مختلف نظام خدمات سلامت در طراحی نقش دارند؛ هر سطح متناسب با نقش خود می‌تواند نسبت به تحلیل برنامه اقدام کند. برای مثال سطوح محیطی، به دلیل شناخت بهتر گروه هدف، در طراحی فعالیت‌های بازاریابی می‌توانند نقشی قابل توجه داشته باشند و از این‌رو در تحلیل این بخش از برنامه نیز نقش بیشتری ایفا می‌کنند. از آنجا که تصمیم‌گیری درباره‌ی استانداردهای خدمت در سطوح مرکزی و اغلب به با کارگیری منابع بین‌المللی انجام می‌پذیرد؛ این بخش برنامه اغلب در سطح وزارت بهداشت تحلیل می‌شود. پرسش اصلی طراحان، که باید به کمک تحلیل پاسخ داده شود، آن است که آیا استانداردهای جاری برنامه، مناسب‌ترین استانداردهای ممکن هستند؟ و این که کدامیک از آن‌ها را باید و / یا می‌توان به منظور ارتقای عملکرد برنامه تغییر داد؟

ریزش

با توجه به چرخه مدیریت برنامه‌های سلامت، جاری شدن فرایندهای پشتیبان منجر به فراهم شدن منابع مورد نیاز برای بهره‌مند شدن جمعیت هدف از خدمات برنامه می‌شود. هدف از فعالیت‌های بازاریابی ایجاد دسترسی و تقاضا در گروه هدف نسبت به خدمات برنامه است. بر اساس محاسبات به عمل آمده به منظور ادغام و سطح‌بندی خدمات در طراحی برنامه، می‌توان مشخص کرد که منابع موجود برای بهره‌مندی چه جمعیتی کفایت می‌کند. بیشترین دستاورد برای فعالیت‌های بازاریابی آن است که همه افراد گروه هدف در این جمعیت - ضمن دسترسی به خدمات برنامه - متقاضی آن نیز باشند. اما در عمل معمولاً چنین نتیجه‌ای حاصل نمی‌شود و به دلیل تأثیر عوامل قابل کنترل (انحراف از استانداردهای برنامه) و غیرقابل کنترل بخشی از گروه هدف، بدون دسترسی و غیرمتقاضی باقی می‌مانند. پس از بهره‌مند شدن افراد متقاضی از خدمات برنامه، دوباره به دلیل عوامل قابل کنترل و غیرقابل کنترل، در همه آنان تغییرات اولیه‌ی ناشی از ارایه خدمت (مانند تغییر آگاهی و ...) رانمی‌توان مشاهده کرد و در تمامی افرادی که تغییرات مقدماتی به وجود آمده است، آثار واسطه و نهایی مورد نظر از ارایه‌ی برنامه رانمی‌توان یافت. به بیان دیگر جمعیتی که منابع مورد نیاز برای بهره‌مندی آنان از خدمات برنامه فراهم شده است با گذر از مراحل

بازاریابی و خدمت‌باریزش مواجه خواهند شد؛ به گونه‌ای که اثر نهایی مورد انتظار از اجرای برنامه، فقط در بخشی از آنان دیده می‌شود (شکل شماره ۴). بخشی از این ریزش را می‌توان به عوامل قابل کنترل یا انحراف از استانداردهای برنامه نسبت داد و از این رو آن را ریزش اجتناب‌پذیر می‌نامیم. هدف از پایش برنامه، جلوگیری از این ریزش از طریق صیانت از استانداردهای برنامه است. بخش دیگر ریزش، ناشی از عواملی است که کنترل آن‌ها از توان مجریان برنامه خارج است و ریشه در طراحی برنامه دارد و از این رو آن را ریزش اجتناب‌ناپذیر می‌نامیم. هدف از تحلیل، جدا کردن این دو ریزش از یکدیگر و حل بخش اول از طریق رعایت استانداردها و بخش دوم از طریق اصلاح طراحی برنامه یا ارتقای استانداردهای آن است.



شکل شماره ۴- ریزش در برنامه‌های سلامت

جدا کردن ریزش اجتناب‌پذیر از ریزش اجتناب‌ناپذیر نیازمند پیش‌بینی نتایج فرایندهای بازاریابی و خدمت در صورت رعایت استانداردها است. به بیان دیگر چنانچه بدانیم رعایت استانداردها، اقتضای چه مقدار ریزش را دارد؛ ریزش بیش از آن را باید به رعایت نکردن استانداردها یا جاری بودن برنامه در محیطی که برنامه برای آن طراحی نشده است، نسبت داد. با توجه به شکل شماره ۴ حجم جمعیتی که به برنامه دسترسی دارد و متقاضی آن است (C) تابعی است از حجم جمعیتی که منابع متناسب با نیازش فراهم است (A). با توجه به آنکه فراهم بودن منابع در کنار دسترسی و تقاضا منجر به بهره‌مندی از برنامه (پوشش) می‌شود؛ عملی‌ترین راه برای تعیین حجم جمعیتی که به برنامه دسترسی دارد و متقاضی آن است، تعیین پوشش برنامه است. با توجه به این نکته، بیان دیگر عبارت مزبور آن است که پوشش، تابعی از فراهمی است و آنچه که بین پوشش و فراهمی ارتباط برقرار می‌کند؛ کیفیت فعالیت‌های بازاریابی است. رابطه زیر بیان ریاضی این مفاهیم است.

$$1) C = f(A)$$

به همین شیوه می‌توان بیان کرد که فراوانی تحقق تغییرات مقدماتی در گیرندگان خدمت (Op) تابع پوشش برنامه است و آنچه که بین این دو ارتباط برقرار می‌کند، کیفیت فرایند خدمت است. با توجه به آنکه انتظار می‌رود پس از تحقق تغییرات مقدماتی، آثار واسط و نهایی نیز به تدریج حاصل شوند و فعالیت دیگری از سوی ارائه‌کنندگان خدمت برای ایجاد این آثار صورت نمی‌گیرد؛ در صورت مشاهده‌ی ریزش در تحقق آثار واسط و نهایی باید طراحی برنامه را مسئول آن دانست. از آنجا که اندازه‌گیری پیامد نهایی برنامه در قالب شاخص‌های فراوانی و شدت بیماری‌ها، به منظور ارزیابی برنامه، اجتناب‌ناپذیر است؛ می‌توان در قالب رابطه‌ای مستقیم، پیامد نهایی را با میزان پوشش مرتبط ساخت. در این رابطه آنچه که بین پوشش و پیامد نهایی ارتباط برقرار می‌کند، کیفیت خدمات برنامه است.

2) $Of=f(C)$

وظیفه اصلی سطوح ستادی، ایجاد فراهمی از طریق تدارک منابع مورد نیاز است و سطوح عملیاتی مکلف‌اند با بهره‌گیری از این منابع اول اینکه پوشش مناسب و دوم اینکه تغییرات مورد نظر برنامه در جمعیت زیر پوشش را ایجاد کنند. روابط ۱ و ۲ به سطوح عملیاتی کمک می‌کند تا کیفیت فرایندهای بازاریابی و خدمت را ارزیابی کنند. از تلفیق روابط ۱ و ۲ رابطه ۳ به دست می‌آید. بر اساس این رابطه «پیامد نهایی» تابع «فراهمی» است و آنچه که بین این دو ارتباط برقرار می‌کند، کیفیت فرایندهای بازاریابی و خدمت است.

3) $Of=f(A)$

در صورت در دست داشتن این روابط با پیش‌بینی پیامد یا پوشش برنامه و مقایسه آن با آنچه که واقعاً در عمل به دست آمده است، می‌توان به قضاوت روشنی در خصوص ریزش اجتناب‌پذیر و ریزش اجتناب‌ناپذیر برنامه دست یافت. در ادامه ابتدا روش دست‌یابی به چنین روابطی را مورد بحث قرار خواهیم داد و سپس درباره‌ی شیوه‌ی قضاوت به بحث خواهیم پرداخت.

چگونه می‌توان ریزش اجتناب‌ناپذیر را برآورد کرد؟

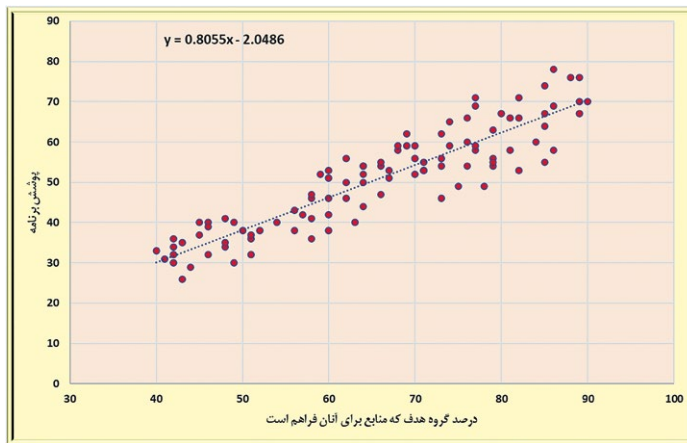
روابط ۱، ۲ و ۳ ارتباط بین درون‌داد و برون‌داد فرایندهای بازاریابی و خدمت را بیان می‌کند. چنانچه این فرایندها کاملاً استاندارد باشند و این استانداردها نیز در عمل رعایت شوند، به واسطه‌ی تأثیر گروهی از عوامل غیرقابل کنترل، همواره نتیجه ثابتی به دست نمی‌آید و مشاهده‌ی نوسان در برون‌داد فرایند کاملاً مورد انتظار خواهد بود. به منظور درک بهتر این

اصل یکی از فرایندهایی را که به صورت روزمره با آن سروکار دارید در نظر بگیرید. به یقین متوجه می‌شوید محدوده‌ی مشخصی از نوسان در نتیجه‌ی فرایند برای شما کاملاً قابل انتظار است و پرسشی را در ذهن شما بر نمی‌انگیزد. برای مثال فرایند خروج از منزل و رفتن به محل کار را در نظر بگیرید. چنانچه ساعت خروج از منزل، وسیله‌ی نقلیه، مسیر انتخاب‌شده و شیوه‌ی رانندگی همگی یکسان باشد؛ ساعت ورود شما به محل کار در محدوده‌ی یک زمان مشخص نوسان خواهد کرد و رسیدن شما به محل کار در این محدوده، با وجود نوسان، پرسشی را در ذهن شما و همکارانتان بر نمی‌انگیزد. خروج از این محدوده با پرسش همراه خواهد بود و اغلب علتی نیز برای آن کشف خواهد شد؛ در حالی که یافتن علت مشخص برای نوساناتی که در محدوده‌ی مورد انتظار رخ می‌دهد، کاری دشوار است.

با توجه به اصل مذکور، نوسان در نتایج فرایندهای بازاریابی و خدمت، در صورت وجود و رعایت استانداردها، اجتناب‌ناپذیر است و از این رو تغییرات مورد انتظار از اجرای آن‌ها به یک نسبت در همه خدمات‌گیرندگان مشاهده نمی‌شود. چنانچه تغییر ایجاد می‌شود در بخشی از خدمات‌گیرندگان از آستانه‌ی مورد نیاز برای ایجاد تغییرات بعدی کمتر باشد؛ تغییرات بعدی رخ نخواهد داد و در عمل بار ریزش مواجه خواهیم شد. برای مثال چنانچه در فعالیت بازاریابی برای برنامه‌ی غربالگری سرطان دهانه‌ی رحم، تغییر دانش و نگرش فرد کمتر از آستانه‌ی مورد نیاز برای ایجاد تغییر رفتار در او باشد؛ متقاضی خدمت نمی‌شود و برای انجام آزمون مربوط مراجعه نخواهد کرد. اگر استانداردهای فعالیت بازاریابی برای این برنامه محدود‌ای از نتیجه را تولید کند که تغییر ایجاد شده در دانش و نگرش بخشی از خدمات‌گیرندگان، کمتر از آستانه‌ی مورد نیاز برای تغییر رفتار باشد؛ ریزش این گروه از خدمات‌گیرندگان، با استانداردهای موجود، اجتناب‌ناپذیر خواهد بود. چنانچه استانداردهای این فرایند رعایت نشود؛ درصد‌گیرندگان خدمتی که متقاضی خدمات برنامه نخواهند بود، افزایش می‌یابد که به واسطه‌ی امکان جلوگیری از وقوع آن از طریق رعایت استانداردها، اجتناب‌پذیر است.

تعیین اینکه استانداردهای موجود فرایندهای بازاریابی و خدمت اقتضای چه ریزشی را دارد، نیازمند ارزیابی نتیجه‌ی این فرایندها در عمل است. بدین منظور ابتدا باید این فرایندها را تا حد ممکن استاندارد و از رعایت استانداردها در عمل اطمینان حاصل کرد. تعیین درصد ریزش در مقاطع زمانی مختلف در یک جمعیت یا در یک مقطع زمانی در جمعیت‌های مشابه، امکان دستیابی به محدوده‌ی ریزش مورد انتظار را فراهم می‌کند. شکل شماره ۵ نتایج حاصل از فعالیت بازاریابی برای غربالگری سرطان دهانه‌ی رحم را

برحسب فراهمی منابع مورد نیاز نمایش می‌دهد. توجه داشته باشید که شاخص فراهمی در این نمودار به صورت «درصدی از گروه هدف که منابع مورد نیاز برای بهره‌مند کردن آنان از خدمات برنامه فراهم است» تعریف شده است. بدین ترتیب شاخص فراهمی، مشابه شاخص پوشش تعریف شده است و از این رو با آن قابل مقایسه است؛ و تفاوت مقادیر این دو شاخص به خوبی ریزش را نشان می‌دهد. با توجه به شکل شماره ۵ در خواهید یافت که در یک فراهمی مشخص، نظیر ۵۰ درصد، مقادیر متفاوتی برای پوشش مشاهده می‌شود. این بدان معناست که با وجود رعایت استانداردها، به واسطه‌ی دخالت عوامل غیر قابل کنترل، محدوده‌ای از نتایج به دست می‌آید که تفاوت آن‌ها را نباید به رعایت نکردن استانداردها نسبت داد. چنانچه بتوان این محدوده را مشخص کرد؛ به راحتی می‌توان از طریق مقایسه‌ی نتیجه‌ی به دست آمده در عمل، با محدوده‌ی مورد انتظار و در اختیار داشتن نتایج پایش، که میزان پای‌بندی به استانداردها را مشخص می‌کند، به تحلیل برنامه پرداخت و مداخله‌ی مناسب را، به منظور ارتقای آن، تشخیص داد.



شکل شماره ۵- ارتباط بین فراهمی و پوشش در برنامه‌ی غربالگری سرطان دهانه‌ی رحم

به دلیل تأثیر کاملاً تصادفی عوامل غیر قابل کنترل بر نتیجه‌ی فرایند، نتایج به دست آمده در هر سطحی از فراهمی از یک توزیع نرمال برخوردار خواهند بود. در این توزیع با دور شدن از میانگین از فراوانی نقاط کاسته می‌شود و با در اختیار داشتن انحراف توزیع می‌توان فراوانی نقاط یا احتمال وقوع آن‌ها را در هر محدوده‌ای تعیین کرد. در چنین توزیعی ۹۵ درصد نقاط در محدوده‌ی دو انحراف معیار و ۹۹/۷ درصد در محدوده‌ی سه انحراف

معیار در طرفین میانگین قرار دارند. این بدان معناست که در صورت رعایت استانداردها در ۹۵ درصد موارد نتیجه‌ای در محدوده‌ی دو انحراف معیار در طرفین میانگین به دست می‌آید یا در صورت برخورد با نتیجه‌ای که بیش از دو انحراف معیار از میانگین فاصله دارد؛ احتمال اینکه استانداردها رعایت شده باشد، فقط ۵ درصد است. در این حالت چنانچه میزان رعایت استانداردها را بررسی کنیم، به احتمال ۹۵ درصد موارد نقض آن‌ها را خواهیم یافت و در ۵ درصد موارد، شواهدی از نقض استانداردها مشاهده نخواهد شد. هرچه این محدوده باریک‌تر اختیار شود، هنگامی که نتیجه در خارج از محدوده‌ی مورد نظر واقع شود، احتمال یافتن موارد نقض استانداردها کمتر خواهد بود. به منظور اجتناب از جستجوی بیش از حد برای موارد نقض استاندارد، اختیار محدوده‌ای که به فاصله‌ی دو انحراف معیار از میانگین قرار گرفته است مناسب است. به بیان دیگر انتظار ما آن است که در صورت رعایت استانداردها، نتیجه‌ای در این محدوده به دست آوریم و مادامی که نتیجه‌ی فرایند بازاریابی یا خدمت در این محدوده است و استانداردها نیز رعایت می‌شود؛ کم یا زیاد شدن آن، اقدام خاصی را از سوی مجریان برنامه طلب نمی‌کند.

با توجه به آنچه که گفته شد، شرط لازم برای تحلیل یک برنامه‌ی تندرستی، در اختیار داشتن محدوده‌ی مورد انتظار از نتایج، در صورت رعایت استانداردها است. به دست آوردن این محدوده نیازمند در اختیار داشتن نتایج، در شرایط تحت کنترل از نظر رعایت استانداردها است و از این‌رو در مرحله‌ی طراحی یا اجرای اولیه‌ی برنامه، از آن جهت که امکان کنترل بیشتری وجود دارد، باید نسبت به تعیین آن اقدام کرد. چنانچه در این مراحل نسبت به این مهم اقدام نشده باشد؛ باید با ایجاد چنین شرایطی نسبت به تعیین محدوده‌ی مورد انتظار نتایج اقدام کرد. توجه به این نکته الزامی است که به کمک چنین تجربه‌ای تنها می‌توان دریافت که رعایت استانداردهای برنامه، اقتضای تولید نتیجه در چه محدوده‌ای را دارد و این بدان معنا نیست که تولید نتایجی در این محدوده برای حل مشکل تندرستی مورد نظر کفایت می‌کند. چنانچه حل مشکل تندرستی نیازمند تولید نتایج در محدوده‌ی بیشتری است، باید از طریق تغییر استانداردهای برنامه در قالب یک طراحی جدید به آن محدوده دست یافت.

روش تحلیل

برای نتیجه‌ای که در شرایط عادی از اجرای برنامه به دست می‌آید، نسبت به محدوده‌ی مورد انتظار، سه حالت کمتر از محدوده، در محدوده و بیش از محدوده قابل تصور است. در هر

یک از این حالات ممکن است استانداردهای برنامه رعایت شده یا نشده باشد. از تلفیق این حالات با یکدیگر شش وضعیت قابل تصور است که در جدول ۱ نمایش داده شده است. به کمک این جدول می‌توان اقدام به تحلیل نتایج پایش و ارزشیابی کرد.

جدول ۱- ترکیب حالات مختلف نتایج پایش و ارزشیابی

نتیجه‌ی ارزیابی نتیجه‌ی پایش	در محدوده‌ی مورد انتظار است	کمتر از محدوده‌ی مورد انتظار است	بیشتر از محدوده‌ی مورد انتظار است
استانداردها رعایت شده است	الف	ب	ج
استانداردها رعایت نشده است	ج	د	ج

الف- رعایت استانداردها نتیجه‌ای در محدوده‌ی مورد انتظار ایجاد کرده است. چنانچه تولید چنین نتیجه‌ای برای حل مشکل تندرستی در جامعه کفایت می‌کند و فرصتی نیز برای ارتقای استانداردها وجود ندارد، باید نسبت به حفظ استانداردها از طریق تداوم پایش اقدام کرد؛ در غیر این صورت باید در جهت ارتقای استانداردها تلاش کرد. فرصت ارتقا، معلول شرایط زیر است:

- دستیابی به منابع جدید که در هنگام طراحی برنامه در اختیار نبود.
- توسعه‌ی دانش و فناوری.
- خلاقیت.

ب- با وجود رعایت استانداردها، نتیجه‌ای کمتر از محدوده‌ی مورد انتظار به دست آمده است. این بدان معناست که عواملی با تأثیر منفی بر نتایج، مانع از حصول نتایج مورد انتظار می‌شوند. هدف از طراحی خدمات تشکیل دهنده‌ی برنامه‌های تندرستی مقابله با عواملی است که مشکل تندرستی را به وجود آورده‌اند. از دست رفتن کارایی خدمات با گذشت زمان حکایت از به وجود آمدن عوامل جدیدی دارد که فعالیت برای مقابله با آن‌ها در برنامه پیش‌بینی نشده است. مشاهده‌ی چنین وضعیتی از آغاز اجرای برنامه، حاکی از جاری بودن برنامه در محیطی است که برای آن طراحی نشده است. در این صورت باید از طریق ساختن فرضیه و تحقیقاتی مشابه آنچه که منجر به تدوین برنامه شده است، نسبت به شناسایی این عوامل جدید و یافتن مناسب‌ترین مداخله به منظور مقابله با آن‌ها اقدام کرد.

ج- نتیجه به دست آمده بیش از محدوده‌ی مورد انتظار، یا با وجود رعایت نکردن استانداردها، در محدوده مورد انتظار است. یعنی عواملی، غیر از فعالیت‌های ما در قالب برنامه سلامت، منجر به حل مشکل تندرستی شده است و ادامه فعالیت‌هایی که بیشترین تأثیر را بر حل مشکل تندرستی ندارد، منجر به هدر رفتن منابع می‌شود. در این صورت باید به کمک ارائه فرضیه و تحقیقات مناسب این عوامل را شناسایی کرد و فعالیت‌های تشکیل دهنده‌ی برنامه را یا در جهت تقویت این عوامل قرار داد یا در صورتی که بدون نیاز به خدمات ما نیز مشکل حل می‌شود، نسبت به توقف آن‌ها اقدام کرد.

د- رعایت نکردن استانداردها منجر به نتیجه‌ای کمتر از محدوده‌ی مورد انتظار شده است. در این صورت باید از طریق شناسایی فرایندهای پشتیبانی که با عملکرد نامناسب خود منجر به رعایت نشدن استانداردهای برنامه شده‌اند و اصلاح آن‌ها، زمینه‌ی پای بندی به استانداردهای برنامه را فراهم کرد.

شرایط ب و ج حکایت از وجود عواملی دارد که بر نتیجه مورد نظر مؤثرند، اما به یکی از دلایل زیر از نظر دور مانده‌اند:

- تغییر شرایط نسبت به زمان طراحی برنامه: این بدان معناست که این عوامل در زمان طراحی برنامه وجود نداشته‌اند و بعد پیدا شده‌اند. همیشه چنین احتمالی وجود دارد و از این رو باید برنامه را با روش‌هایی مشابه آنچه که ذکر شد، تحت پایش و ارزیابی مستمر قرار داد.
- اجرای برنامه در محیطی غیر از محیط طراحی برنامه: طبیعی است که عوامل موجود در محیط اجرای برنامه سبب می‌شوند که نتایج به دست آمده با نتایج مورد انتظار متفاوت باشد.

افزون بر این دو مورد پیوسته، این احتمال وجود دارد که برخی از عوامل مؤثر بر نتیجه، در هنگام طراحی برنامه از نظر دور مانده باشند و از این رو برنامه‌ی طراحی شده از بیشترین کارایی ممکن برخوردار نباشد. در چنین شرایطی با وجود آنکه نتایج در محدوده‌ی مورد انتظار قرار دارند، می‌توان با شناسایی و منظورکردن این عوامل در طراحی برنامه، به نتایج مطلوب‌تری دست یافت. کلید شناسایی عوامل مؤثر بر نتیجه‌ی مورد انتظار در گروه دستیابی به فرضیه‌های مناسب است. راه دستیابی به این فرضیه‌ها مقایسه‌ی عملکرد برنامه در زمان‌ها و مکان‌های گوناگون است. تأیید یا رد این فرضیه‌ها نیازمند انجام تحقیقات مناسب است. به کمک این تحقیقات نخست اینکه می‌توان عوامل مؤثر را شناسایی و دوم

اینکه سهم تأثیر آن‌ها را بر نتیجه‌ی مورد انتظار مشخص کرد. با در اختیار داشتن چنین اطلاعاتی می‌توان از میان عوامل شناسایی شده، مناسب‌ترین آن‌ها را برای اصلاح طراحی برنامه انتخاب کرد.

بازگشت به چرخه مدیریت برنامه‌های تندرستی

بار دیگر چرخه مدیریت برنامه‌های سلامت (شکل شماره ۱) را با دقت مرور کنید. پس از دستیابی به علل کارایی ضعیف برنامه به کمک تحقیق، دور جدیدی از طراحی و اجرای برنامه آغاز می‌شود. در دور جدید چرخه‌ی مدیریت برنامه، بودجه‌ی مورد نیاز برای استقرار برنامه، صرف ایجاد تغییرات پیش‌بینی شده در طراحی جدید می‌شود. این تغییرات آموزش منابع انسانی، به‌کارگیری منابع انسانی جدید، خرید تجهیزات جدید یا ایجاد فضای فیزیکی جدید را شامل می‌شود. پس از ایجاد این تغییرات، بودجه‌ی جاری برنامه با توجه به شرایط جدید آن برآورد و تأمین می‌شود و پس از جاری شدن فعالیت‌های پشتیبان، بازاریابی و ارایه‌ی خدمت بر مبنای استانداردهای جدید، پایش برنامه انجام خواهد پذیرفت و...
از طریق چنین چرخه‌ای، برنامه در مسیر بهبود مستمر قرار می‌گیرد تا هنگامی که با ریشه‌کنی مشکل تندرستی هدف برنامه، یا از میان رفتن زمینه‌های آن در جامعه، ضرورتی برای به‌کارگیری منابع و اجرای چنین برنامه‌ای وجود نداشته باشد.

برای مطالعه بیشتر

۱. ابوالحسنی شهرضا، فرید؛ مدیریت برنامه‌های تندرستی: رویکرد نظام‌دار برای ارتقای کارایی برنامه‌های تندرستی؛ فصول هفتم تا نهم؛ انتشارات برای فردا؛ ۱۳۸۳
2. Kusek J.Z., Rist R.C.; Ten Steps to Result-Based Monitoring and Evaluation System; The World Bank; 2004
3. Gage A.J., Ali D., Suzuki C.; A Guide for Monitoring and Evaluating Child Health Program; World Health Organization, The World Bank, MEASURE Evaluation, USAID; 2005
4. TANGO International Inc.; Monitoring and Evaluation Manual: Prepared for ADRA International Food Security Department; 2007
5. Kabonga I.; Principles and Practice of Monitoring and Evaluation: A Paraphernalia for Effective Development; Africanus: Journal of Development Studies, Volume 48, Number 2, 2018, <https://doi.org/10.25159/0304-615X/3086>
6. International Federation of Red Cross and Red Crescent Societies; Handbook for Monitoring and Evaluation; 2002
7. UNAIDS; Basic Terminology and Frameworks for Monitoring and Evaluation; https://www.unaids.org/sites/default/files/sub_landing/files/7_1-Basic-Terminology-and-Frameworks-MEF.pdf
8. Lankester T.; Monitoring and Evaluating the Health Programme; OXFORD Academic, 2019; <https://doi.org/10.1093/med/9780198806653.003.0009>
9. Joseph-Shehu E.M.; Monitoring and Evaluation of Health Programme and Services; National Open University of Nigeria, Faculty of Health Sciences, 2020 <https://nou.edu.ng/coursewarecontent/NSC%20504.pdf>

نظام شبکه بهداشت و درمان ایران، با سابقه‌ای درخشان در توسعه عدالت در سلامت و استقرار مراقبت‌های اولیه، امروز در مواجهه با پیچیده‌ترین تحولات جمعیتی، اپیدمیولوژیک و اجتماعی تاریخ خود قرار دارد. تغییر الگوی بیماری‌ها، سالمندی شتابان جمعیت، افزایش انتظارات جامعه، و ضرورت تصمیم‌گیری مبتنی بر شواهد، نقش مدیران شبکه‌های بهداشت و درمان را از یک جایگاه اجرایی به یک نقش راهبردی و حکمرانی محور ارتقا داده است. این کتاب، با اتکا بر نیازسنجی گسترده، تحلیل‌های ملی و بین‌المللی، و تجربه عملی شبکه در سطوح شهرستان، دانشگاه و ستاد، تلاش می‌کند تصویری روشن، کاربردی و آینده‌محور از مدیریت حرفه‌ای در نظام سلامت ایران ارائه دهد؛ مدیریتی که بر دانش روز، مهارت‌های رهبری، و فهم عمیق عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت استوار است.

این مجموعه، نخستین گام رسمی در استقرار «نظام آموزش حرفه‌ای مدیران شبکه بهداشت و درمان» در ایران است؛ برنامه‌ای ملی و در چارچوب سند تقویت نظام شبکه طراحی شده و قرار است نسل جدیدی از مدیران توانمند، تحلیل‌گر و مسئله‌محور را تربیت کند. محتوای این کتاب به‌گونه‌ای تدوین شده که مدیران در سطوح مختلف - از خط مقدم شهرستان تا سیاست‌گذاری کلان در ستاد - بتوانند از آن برای تصمیم‌سازی، حل مسائل پیچیده، و هدایت تیم‌ها در شرایط عادی و بحرانی بهره بگیرند. این اثر، تنها یک کتاب آموزشی نیست؛ نقشه راهی است برای بازآفرینی مدیریت در نظام شبکه ایران و حرکتی در مسیر تحول پایدار و مبتنی بر شواهد در سلامت کشور.



دانلود نسخه الکترونیک

