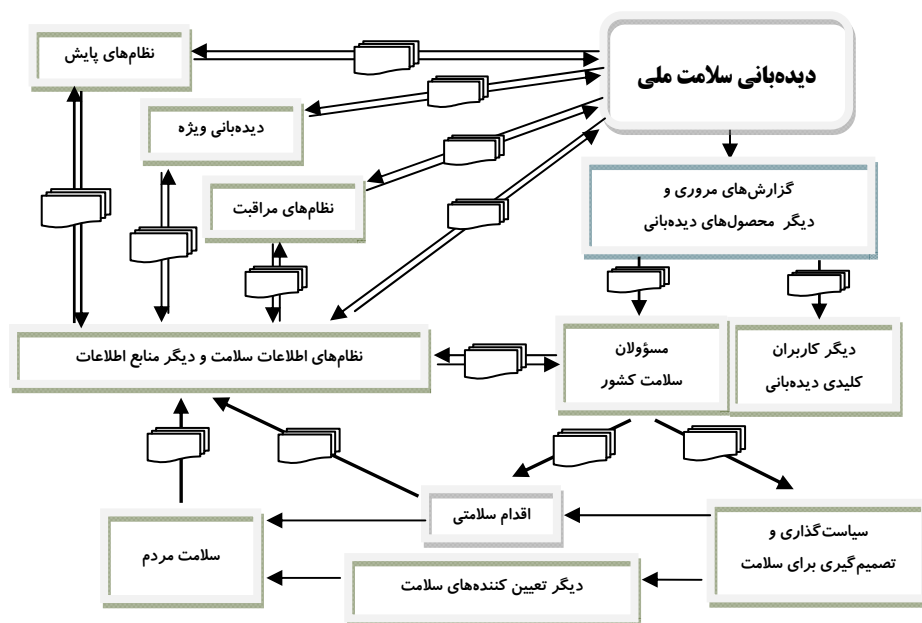


راه اندازی دیدهبانی‌های سلامت ملی

رویکرد اجرایی و توصیه‌های راهبردی



تهیه شده توسط:

سزار، اچ. گتینی

مشاور تحلیل سلامت و آمار

سازمان سلامت پان آمریکا/ دفتر سازمان جهانی بهداشت در شیلی

تهیه و ویرایش شده در:

دفتر سازمان جهانی سلامت پان آمریکا/ نماینده سازمان جهانی

بهداشت در شیلی

سازمان سلامت پان آمریکا

سازمان جهانی بهداشت

سانتیاگو، شیلی، ۲۰۰۹

برگردان فارسی تهیه شده در:

مؤسسه ملی تحقیقات سلامت

گروه مؤلفه‌های اجتماعی سلامت

مترجم:

افسانه عباسی بابادگانی

ویرایش ادبی و علمی:

دکتر کامل شادپور

ناظر:

دکتر بهزاد دماری

عضو هیأت علمی دانشگاه علوم پزشکی تهران

Gattini, Cesar H.

سرشناسه: گاتینی، سزار اچ.

عنوان و نام پدیدآور: راه‌اندازی دیده‌بانی‌های سلامت ملی: رویکردهای اجرایی و توصیه‌های راهبردی / تهیه‌شده توسط سزار. اچ گاتینی؛ برگردان فارسی تهیه شده در موسسه ملی تحقیقات سلامت، گروه مولفه‌های اجتماعی سلامت؛ مترجم افسانه عباسی‌بابادگانی؛ ویرایش ادبی و علمی کامل شادپور؛ ناظر بهزاد دماری؛ برای [وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی].
مشخصات نشر: تهران: انتشارات طب و جامعه، ۱۳۹۰.
مشخصات ظاهری: ۱۱۸ ص. مصور، جدول، نمودار.
شابک: ۵۰۰۰۰ ریال: 978-600-91281-3-6

وضعیت فهرست‌نویسی: فیبا

یادداشت: عنوان اصلی: Improving the structure and performance of national health information systems: Operational approach and strategic recommendations, 2009
یادداشت: واژه‌نامه.

یادداشت: کتابنامه: ص. ۹۶ - ۹۸.

موضوع: بهداشت ملی

موضوع: بهداشت همگانی -- خدمات

موضوع: ذخیره و بازیابی اطلاعات -- بهداشت همگانی

موضوع: منابع اطلاعاتی -- مدیریت

موضوع: سیاست پزشکی

شناسه افزوده: عباسی‌بابادگانی، افسانه، ۱۳۴۸ -، مترجم

شناسه افزوده: شادپور، کامل، ۱۳۱۶ -، ویراستار

شناسه افزوده: دماری، بهزاد، ۱۳۵۲ -، ناظر

شناسه افزوده: موسسه ملی تحقیقات سلامت. گروه مولفه‌های اجتماعی سلامت

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

رده بندی کنگره: ۴۱۲RA / ۲ر۲گ / ۱۳۹۰

رده بندی دیویی: ۳۶۸/۳۸

شماره کتابشناسی ملی: ۲۶۸۳۱۵۰

راه‌اندازی دیده‌بانی‌های سلامت ملی «رویکردهای اجرایی و توصیه‌های راهبردی»

ترجمه: افسانه عباسی‌بابادگانی

ویرایش علمی و ادبی: دکتر کامل شادپور

ناظر: دکتر بهزاد دماری

طرح جلد و صفحه‌آرایی: مرضیه خونانی

ناشر: انتشارات طب و جامعه

تیراژ: ۱۰۰۰ جلد

نوبت چاپ: اول

زمستان ۱۳۹۰

قیمت: ۵۰۰۰ تومان

شابک: ۹۷۸-۶۰۰-۹۱۲۸۱-۳-۶

ISBN: 978-600-91281-3-6

«کلیه حقوق متعلق به مؤسسه ملی تحقیقات سلامت می‌باشد»

نشانی: تهران، خیابان ایتالیا، بین وصال شیرازی و قدس، پلاک ۷۸، موسسه ملی تحقیقات سلامت- تلفکس: ۰۲۱-۸۸۹۹۱۱۰۷

فهرست مطالب

۱۵	..... خلاصه اجرایی
۱۷	..... ۱- مقدمه
۱۸	..... ۱-۱- نیاز به اطلاعات معنی دار، سیاست محور و مشاهده
۱۹	..... ۱-۲- آنچه از دیده بانی انتظار می رود
۲۰	..... ۱-۳- شالوده تجربی دیده بانی
۲۰	..... ۱-۴- فرصت ها و چالش ها
۲۳	..... ۲- رویکرد عملی (عملیاتی)
۲۴	..... ۱-۲- مفاهیم عملیاتی
۲۷	..... ۲-۲- الگوی سلامت به عنوان چارچوبی برای دیده بانی
۳۴	..... ۲-۳- ساختار و عملکرد
۴۰	..... ۲-۴- کارکردهای دیده بانی
۴۹	..... ۳- شالوده تجربی در جهت راه اندازی دیده بانی
۵۰	..... ۳-۱- تجارب و توانایی ملی برای دیده بانی و دیده بان ها
۵۲	..... ۳-۲- اجرای دیده بانی خاص توسط نظام های مراقبت و پایش
۵۴	..... ۳-۳- دیده بانی های سلامت
۵۵	..... ۳-۴- ابتکارات و ابزارهایی برای مدیریت اطلاعات و تهیه گزارش از مرور کلی
۶۳	..... ۴- کاربرد اطلاعات مرتبط و پاسخگو برای تصمیم گیری
۶۴	..... ۴-۱- شناخت و تسهیل کاربرد اطلاعات برای تصمیم گیری
۶۹	..... ۴-۲- کاربرد پویای حوزه های اطلاعات به عنوان منابع رصد کردن
۷۵	..... ۴-۳- نقش اطلاعات پاسخگو برای تصمیم گیری در سلامت عمومی
۷۶	..... ۴-۴- نقش اطلاعات پاسخگو برای تصمیم گیری در نظام های سلامت
۸۵	..... ۵- فرایند اجرا
۸۶	..... ۵-۱- تهیه و پیشنهاد برنامه اجرایی
۸۷	..... ۵-۲- ارزیابی آمادگی و گزینه های اجرا
۸۸	..... ۵-۳- راه اندازی کمیته راهبری

۸۸	..... ۴-۵- اصلاح برنامه اجرا و طرح دیده‌بانی
۸۹	..... ۵-۵- برقراری سازمان و ساختار
۹۲	..... ۶-۵- راه‌اندازی کارکردهای و واحدهای دیده‌بانی
۹۴	..... ۷-۵- تثبیت سازمان، ساختار و عملکرد
۹۶	..... منابع
۹۸	..... واژه‌نامه کاربردی
۱۰۲	پیوست ۱- رهنمودهایی مربوط به کشورهای قاره‌ی آمریکا، ویژه شماره ۲۰۰۷، نشریه سلامت در قاره‌ی آمریکا
۱۱۱	..... پیوست ۲- موضوعات و شاخص‌های مناسب برای توسعه رصد کردن

مقدمه رییس شورای سیاست‌گذاری، وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی

ما باید کاری کنیم که بیمار جز رنج بیماری درد دیگری تحمل نکند.

مسئله‌ی سلامت، هم در برنامه‌ی پنجم باید مورد توجه ویژه قرار بگیرد،

هم در برنامه‌ریزی‌های گوناگون اجرایی در دستگاه‌های مختلف.

«مقام معظم رهبری»

سلامت یکی از نیازهای اساسی انسان است و برخورداری از یک زندگی سالم و مولد و با کیفیت توأم با طول عمر قابل قبول و عاری از بیماری و ناتوانی، حقی همگانی شمرده می‌شود که مسئولیت و تولیت آن بر عهده حکومت‌ها است و پیش شرط تحقق توسعه پایدار می‌باشد. قانون اساسی جمهوری اسلامی ایران نیز ضمن محوری برشمردن سلامت کامل و جامع انسان، بهداشت و درمان را از جمله نیازهای اساسی می‌شناسد و دولت را مکلف کرده است تا تمامی منابع، امکانات و ظرفیت‌های خود را برای تأمین، حفظ و ارتقای سطح سلامت افراد کشور بسیج کند (اصول ۳، ۲۹ و ۴۳).

سلامت یکی از نیازهای اجتناب‌ناپذیر و اساسی انسان و تعالی اوست که نمی‌توان از آن چشم‌پوشی نمود. در این راستا، **دستیابی همه افراد جامعه به سطح سلامت قابل قبول** را بیشتر دولت‌ها از اهداف اصلی خود دانسته‌اند، اما به علت تغییرات گسترده‌ای که در جوامع انسانی در شرف تکوین است از جمله افزایش سن جمعیت، تغییر الگوی بیماری‌ها به سمت بیماری‌های مزمن و نوپدید، افزایش آگاهی‌های مردم درباره سلامت، افزایش درآمد و رشد سریع تکنولوژی‌های پیشرفته و گران‌قیمت، رسیدن به این اهداف دشوارتر و پرهزینه‌تر شده است.

پاسخ گفتن به نیاز سلامت جامعه، وظیفه و مأموریت اصلی هر نظام سلامتی است که برای تدارک خدمات پایدار و عادلانه سلامت پا می‌گیرد. مطلوب آنست که این نظام از چنان ساختار پویا و انعطاف‌پذیری برخوردار باشد که با دریافت پیام‌های تغییر از محیط، خود تحول یابد و از این راه هماهنگی پیوسته‌ی خویش را با نیازهای جدید فراهم آورد.

حال که برای اجرایی شدن اهداف آرمانی سلامت در سند چشم‌انداز ۲۰ ساله کشور، برنامه پنجم توسعه سلامت، نقشه علمی سلامت و نقشه تحول نظام سلامت تدوین گردیده و در حال استقرار می‌باشند پایش

تغییرات شاخص‌های سلامت و تعیین کننده‌های آن در منطقه و بخش‌های اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی کشور برای روزآمد نمودن به موقع مداخلات و عملیات بسیار پراهمیت است. خوشبختانه در سه دهه گذشته زیر مجموعه‌های متعددی برای گردآوری داده‌ها و اطلاعات سلامت در وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی شکل گرفته است و نظام دیده‌بانی سلامت نقطه عطفی برای اتصال این زیرمجموعه‌ها به نظام سیاست‌گذاری و تصمیم‌گیری سلامت را فراهم می‌کند. با این که اصطلاح دیده‌بانی در دو سه سال گذشته در محاوره‌های روزانه اصحاب فن به کرات به کار برده شده است اما دستیابی به درک یکسان از این مفهوم و متعاقباً تقسیم وظایف یکی از الزاماتی است که امید می‌رود فرهنگ آن با انتشار این کتاب ارزشمند فراهم شود. انتظار این است که کلیه اعضای محترم هیأت علمی، محققان، دانشجویان، برنامه‌ریزان، کارشناسان و مدیران کشور با مطالعه این کتاب در استقرار نظام دیده‌بانی سلامت کشور همکاری نمایند.

دکتر باقر لاریجانی

رییس شورای سیاست‌گذاری

وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

مقدمه رییس مؤسسه ملی تحقیقات سلامت

مطابق بند یک ماده سه اساسنامه مؤسسه ملی تحقیقات سلامت «دیده بانی وضعیت سلامت کشور و علوم مرتبط به آن و پایش سایر کشورهای منطقه (مطابق با سند چشم انداز ۲۰ ساله)» بر عهده این مؤسسه است. در گام اول به منظور تعریفی صحیح از دیده‌بانی و طراحی مدل آن گروهی از طرف شورای پژوهشی مؤسسه ملی موظف شدند تا با مرور تجربیات جهانی، تحلیل وضعیت فعلی نظام‌های اطلاعات سلامت کشور، مرور اسناد بالادستی و نظرخواهی از خبرگان و ذینفعان این مدل را در قالب آئین‌نامه اجرایی آماده نمایند. یکی از خروجی‌های مرحله مرور منابع دستیابی به راهنمای ارزشمند پیش‌رو بود. این راهنما تعاریف و مفاهیم مشابه، مدل دیده‌بانی و ارتباط آن با زیرجزء‌های نظام گردآوری داده‌ها و اطلاعات را شفاف می‌کند. مطابق مفهوم دیده‌بانی، رصد مستمر وضعیت سلامت و تعیین روند انجام می‌شود و نتایج آن به صورت گزارش‌های هشدار، آگاه‌ساز و پیشنهادی در اختیار تصمیم‌گیران و برنامه‌ریزان قرار می‌گیرد و این همان شکاف «تحقیق» با «تصمیم‌گیری» است که از طریق کارکردهای مدل دیده‌بانی تکمیل می‌گردد. در مدل طراحی شده برای نظام دیده‌بانی کشور علاوه بر استفاده از توصیه‌های این راهنما و تجربیات سایر کشورها، از نظرات خبرگان و ذینفعان استفاده شده و در مجموع بنیان مدل پیشنهادی بر مبنای ده اصل زیر قرار داده شده است:

۱. از ظرفیت‌های موجود وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی و دستگاه‌های خارج از آن برای گردآوری، تحلیل و تبدیل داده‌ها به اطلاعات و مصرف آنها استفاده شود.
۲. مواد، دستورالعمل‌ها و آیین‌نامه‌های قانونی را در نظر داشته باشد.
۳. کارکردهای تولید داده‌ها که در حال حاضر انجام می‌شود ادامه یافته و کیفیت آنها هم زیاد شود.
۴. در واحدها احساس مالکیت و مشارکت در گردآوری داده‌ها و تولید اطلاعات به وجود آید.
۵. ارتباط بین تولیدکنندگان اطلاعات، تبدیل‌کنندگان و یا میانجیان دانش و مصرف‌کنندگان شفاف گردد.
۶. تقسیم کار مشخصی برای تولید اطلاعات صورت پذیرد.
۷. نظامی هماهنگ برای کنترل کیفی تولید اطلاعات و تداوم آن ایجاد گردد.

۸. متولی مشخصی برای مراجعه در سطح ملی وجود داشته باشد.

۹. خروجی‌های نظام دیده‌بانی ملموس، معتبر و شفاف باشد.

۱۰. ساختار پیچیده‌ای نداشته باشد و حتی الامکان مجازی باشد.

کتاب پیش‌رو که حاصل زحمات مترجم و ویراستار آن جناب آقای دکتر کامل شادپور است راه‌گشای کلیه صاحبان فن در این حوزه است تا با درک درست و یکسان از مفهوم دیده‌بانی در فراهم کردن داده‌ها و اطلاعات مورد نیاز مشارکت کنند.

دکتر آرش رشیدیان

رییس مؤسسه ملی تحقیقات سلامت

خلاصه اجرایی

این سند در برگیرنده خطوط اصلی رویکرد عملی و توصیه‌های راهبردی برای اجرای دیده‌بانی‌های ملی سلامت است. دیده‌بانی ملی سلامت (که در این سند از آن به عنوان «دیده‌بانی» یاد می‌شود) از نظر اجرایی، مرکزی ملی، مجازی و سیاست محور است. هدف دیده‌بانی ملی مشاهده‌ی نظام‌مند و پیوسته‌ی مسائل مربوط به سلامت مردم و نظام‌های سلامت در حمایت از سیاست کارآمد و مبتنی بر شواهد سلامت، برنامه‌ریزی، تصمیم‌گیری و اقدام در نظام‌های سلامت و سلامت عمومی است. هدف نهایی دیده‌بانی، مشارکت در نگهداری سلامت مردم و بهبود آن و کاهش نابرابری‌هاست.

آن چه از دیده‌بانی انتظار می‌رود عبارتست از یکپارچه‌سازی شبکه‌ای مشترکان خاص و نظام‌ها، تسهیم محتوای کلیدی اطلاعات و روش‌های موجود در میان اطلاعات متنوع ویژه و مراقبت و پایش نظام‌ها. دیده‌بانی مشتمل است بر ادغام یافته‌های گروه‌های مختلفی که کار آنان تولید اطلاعات در نظام‌های پایش و مراقبت یا تدوین سیمای سلامت ملی و وضعیت نظام‌های سلامت در درون شبکه‌ای کاربردی است. از طریق این شبکه اطلاعات، مرور تحلیلی جامع برای گزارش نظام‌مند اطلاعات مرتبط، دقیق و معنادار میسر می‌شود. این گزارش‌ها، گوناگونی‌ها، روندها، سناریوهای جاری و پیش‌بینی شده برای آینده، تحلیل‌ها، نتیجه‌گیری‌ها و توصیه‌های سیاست محور را در بر می‌گیرد.

دیده‌بانی بسته به ظرفیت و کارکردهای آن، همزمان ممکن است به عنوان مرکزی کارکردی در خدمت مراقبت سلامت عمومی؛ پایش نظام‌های سلامت؛ تحلیل تخصصی مسائل مرتبط با سلامت- سیاست؛ اختراهای مربوط به سلامت؛ اندرزه‌های سیاست‌نگر؛ و اطلاعات سلامت، تولید دانش و مدیریت قرار گیرد.

فصل ۱ مقدمه، آنچه برای مرور نظام‌مند سلامت ملی ضرورت دارد، سهمی که از دیده‌بانی انتظار می‌رود، شالوده‌ی تجربی کشورها و فرصت‌ها و چالش‌های اساسی اجرای آن را شرح می‌دهد.

فصل ۲ نکات اصلی چارچوب اجرایی دیده‌بانی را با تأکید بر مفاهیم مربوط؛ ارائه مدل سلامت به عنوان چارچوبی برای دیده‌بانی مفید؛ ساختار و عملکرد اساسی؛ و کارکردهای اصلی که باید توسط دیده‌بانی صورت گیرد مطرح سازد.

در فصل ۳ رئوس کلی شالوده‌ی تجربی مطرح می‌شود (نظام‌ها، فرایندها و دیده‌بانی‌های موجود) که توسط پاره‌ای از تجارب و ابزارهای مفید برای استقرار و عملکرد دیده‌بانی، ارائه می‌شود. ابتکارات

موفقیت‌آمیزی توسط سازمان‌های بین‌المللی تدوین شده‌اند که کشورها با استفاده از آن‌ها به انجام فرایندهای حمایت از دیده‌بانی متمرکز مانند انتخاب و جمع‌آوری داده‌ها و اطلاعات مرتبط، تدوین سیمای سلامت ملی و نظام سلامت و ارزیابی دوره‌ای (متناوب) کارکردهای اساسی سلامت عمومی می‌پردازند. تجربه‌ی موجود در نظام‌های کارآمد مراقبت و پایش و همچنین دیده‌بانی‌های خاص موجود - در سطح ملی و بین‌المللی - جهت‌گیری‌ها و ابزارهای با ارزشی برای تسهیل طراحی و اجرای دیده‌بانی، فراهم می‌آورند.

فصل ۴ به بیان جنبه‌های کلیدی کاربرد اطلاعات برای تصمیم‌گیری در خصوص سلامت و نظام‌های سلامت عمومی که باید توسط نقش دیده‌بانی تسهیل شود و توسعه یابد، می‌پردازد. برای حمایت از تصمیم‌گیری در سطوح مختلف نظام‌های سلامت دامنه‌ای وسیع از اطلاعات مورد نیاز است، هرچند تمرکز دیده‌بانی تنها بر اطلاعات کلیدی است که برای اجرای کارکردهای آن ضرورت دارد. گروه‌هایی که با اجرا و فراتر از آن، مدیریت دیده‌بانی سر و کار دارند برای کارآمد شدن باید از تعریف و گزینش اطلاعات و شواهد مورد نیاز به منظور حمایت از تصمیم‌گیری مبتنی بر شواهد آگاهی داشته باشند.

فصل ۵ به ارائه رؤس اصلی جنبه‌های فرایند اجرا می‌پردازد که عبارتند از:

- ارائه نکات اصلی و پیشنهاد برنامه اولیه
- ارزیابی آمادگی اجرا و جایگزین‌های احتمالی برای استقرار دیده‌بانی
- تشکیل کمیته راهبری
- اصلاح طرح اجرایی و طراحی دیده‌بانی
- تدوین تشکیلات و ساختار
- پیش‌بینی کارکردها و واحدهای دیده‌بانی
- تثبیت تشکیلات، ساختار و عملکرد دیده‌بانی

برای اطمینان از اجرای موفقیت‌آمیز، پیشنهاد می‌شود توسعه‌ی دیده‌بانی (متناسب با نیازهای ملی، اولویت‌ها و امکان‌پذیری، و از آن جمله آمادگی برای کارکردهای دیده‌بانی) تدریجی باشد. می‌توان کار را با اجرای بعضی قسمت‌ها بر اساس نظام‌های موجود که به نحو مؤثر کار می‌کنند آغاز کرد (مانند بعضی نظام‌های خاص پایش و مراقبت یا دیده‌بانی‌ها).

فصل اول

«مقدمه»

نیاز به اطلاعات معنی‌دار، سیاست محور و مشاهده

آنچه از دیدهبانی انتظار می‌رود

شالوده تجربی دیدهبانی

فرصت‌ها و چالش‌ها

۱- مقدمه

بخش مقدمه به مسائل زیر می‌پردازد: نیاز به مرور کلی و نظام‌مند سلامت ملی و در گام نخست حمایت از کار سیاست‌گذاران و تصمیم‌گیرندگان؛ نقش مورد انتظار دیده‌بانی سلامت ملی (که در این سند به عنوان دیده‌بانی از آن یاد می‌شود)؛ شالوده‌ی تجربی موجود در کشورها؛ و فرصت‌ها و چالش‌های عمده بر سر راه اجرای آن.

۱-۱- نیاز به اطلاعات معنی‌دار، سیاست محور و مشاهده

برنامه‌ریزان و تصمیم‌گیرندگان سطح بالا در بخش سلامت به اطلاعات و شواهد منسجم و تحلیل یافته سراسری برای حمایت از سیاست سلامت، برنامه‌ریزی و تصمیم‌گیری در حیطه‌های وسیع سلامت عمومی و نظام سلامت نیاز دارند. اطلاعات مربوط به گوناگونی‌های بین بخشی- که به مقایسه زمینه‌ها یا گروه‌های مختلف اجتماعی اقتصادی جمعیت می‌پردازند- پشتوانه‌ی یافته‌های مربوط به عدالت، تحلیل، نتیجه‌گیری‌ها و توصیه‌های سیاست محوراند. اطلاع داشتن درباره روندها و سناریوهایی که برای آینده پیش‌بینی شده است سبب تسهیل فرایندهای برنامه‌ریزی می‌شود؛ اطلاعات مرتبط با خطرات غیر منتظره، آسیب‌پذیری یا حوادث، نظام‌های اخطار دهنده و اضطراری را فعال می‌کنند، به اقدامات به موقع سلامت برای پیش‌گیری و کنترل مؤثر موقعیت‌ها می‌انجامد و ساز و کارهای ضرور برای تضمین اجرای برنامه‌ها را در راستای هدف‌های اعلام شده به کار می‌گیرند.

مسئولان سلامت ملی و سازمان‌های بین‌المللی غالباً نیاز به اطلاعات و شواهد مربوط به هدف‌ها، طرح‌ها، برنامه‌ها، ساختار، سازمان و عملکرد نظام‌های سلامت را یادآوری می‌کنند. اکثر کشورهای آمریکای لاتین و دریای کارائیب اصلاحاتی را آغاز کرده‌اند که به طور گسترده دولت و بخش اجتماعی را در بر می‌گیرد. این اصلاحات ممکن است تغییرات چشمگیر در سازمان، تأمین مالی و کارکرد نظام‌های سلامت را سبب شود.

پاره‌ای از موضوعات این اصلاحات (در ارتباط با ویژگی‌ها و عملکرد نظام) عبارتند از کارایی (بهره‌وری)، عدالت در دسترسی به خدمات سلامت و تأمین مالی آن‌ها، کیفیت مراقبت‌ها و اثر بخشی و از جمله تعیین اولویت و جستجوی مداخلات مقرون به صرفه‌ی مدیریت نظام‌های سلامت با حضور بخش‌های مختلف و جمعیت مصرف‌کننده (کاربر) که پیوسته توانمندتر و به تدریج پیچیده‌تر می‌شوند.

اطلاعات سلامت ملی - اگر فراهم باشد - غالباً در چندین منبع اطلاعاتی پراکنده است (مانند کتابخانه‌ها و مراکز اسناد مجازی، نظام‌های تحقیقات و ارزیابی اطلاعات روزمره، نظام‌های پایش و مراقبت). از این رو

ادغام و استفاده از تمامی این داده‌های اطلاعاتی در تدوین گزارش نظامند و مطالعه کلی و جامع سلامت ملی ضرورت دارد.

۱-۲- آنچه از دیده‌بانی انتظار می‌رود

دیده‌بانی، یافته‌ها و کارکردهای اطلاعات نظام‌های مراقبت را ادغام و یکپارچه می‌کند (ولی جانشین آن‌ها نیست). از آن جمله نظام‌های مراقبت از سلامت عمومی و اپیدمیولوژیک، نهادهای بررسی‌کننده وضعیت سلامت، تحلیل بخش سلامت، پایش و ارزشیابی نظام‌ها و خدمات سلامت. ادغام این نظام‌ها از نظر محتوا و کارکرد، به دیده‌بانی این توان را می‌دهد که نظام سلامت را به صورتی جامع، منسجم و استوار بررسی کند.

ارزش افزوده حاصل از دیده‌بانی منسجم سلامت ملی عبارتست از:

- فراهم آوردن ابزار اطلاعات ادغام شده مدیریت ملی برای حمایت از کار سیاست‌گذاران و تصمیم‌گیرندگان سطوح بالا در
- خصوص سلامت عمومی و نظام‌های سلامت.
- فراهم ساختن مرور نظام‌مند سلامت ملی (مشمول بر اجزای توصیفی، تحلیلی و تفسیری) که ممکن است با جامعیت خود وضعیت سلامت را مشخص کند و بر تعیین‌کننده‌های سلامت و نقش نظام‌های سلامت، و از آن جمله اطلاعات در بخش‌های مختلف، اثر گذارد.
- اطلاعات و بررسی‌های گزارش شده‌ای که با فرهنگ و نیازهای خاص اطلاعات سیاست‌گذاران و تصمیم‌گیرندگان سازگار می‌شوند و تحلیل بهتر و کاربرد اطلاعات توسط آنان را تسهیل می‌کند.
- دیده‌بانی فرهنگ مدیریت برای تحقیق و کاربرد اطلاعات برگرفته از منابع مختلف را به منظور سیاست‌گذاری ارتقا می‌دهد. مدیرانی که اطلاعات لازم را از دیده‌بانی می‌گیرند و مورد استفاده قرار می‌دهند، انگیزه بالاتری برای جستجوی اطلاعات بیشتر و افزایش سودمندی آن، پیشرفت دیده‌بانی و پاسخگویی بهتر اطلاعات پیدا می‌کنند.
- ظرفیت‌های انجام کارکردهای دیده‌بانی به تدریج با استفاده منطقی و پیش‌رونده از جزوهای آموزشی و کارکردهای دیده‌بانی طبق اولویت‌ها و ظرفیت‌های ملی اجرا، توسعه می‌یابد.

- با فرض اینکه بخش سلامت یکی از اجزای تشکیل دهنده‌ی بخش وسیع اجتماعی در هر کشور است، دیده‌بانی این توان را دارد که واحد پیشگام در دیده‌بانی گسترده‌تر اجتماعی یا توسعه باشد و برای این منظور نقش واحد اولیه تجربی و مرکز آموزش را بر عهده گیرد.

۱-۳- شالوده‌ی تجربی برای دیده‌بانی

دیده‌بانی نهادی است که از طریق کاربرد ثانویه و ادغام دروندادهای اطلاعاتی و فرایندهای موجود کشور عمل می‌کند (استثنائی است که چنین گزارش‌هایی را ندهد یا اطلاعات اولیه تولید کند). محل دست یافتن به دروندادهای پایه، سلسله‌ای از منابع اولیه اطلاعات است و ظرفیت مراقبت و پایش عموماً در تعدادی از نظام‌های خاص (مانند نظام‌هایی که با بیماری‌های واگیردار، وضعیت تغذیه یا عملکرد نظام‌های سلامت سر و کار دارند) وجود دارد. همچنین برخی گروه‌های مستقر در وزارتخانه‌های سلامت، دارای ظرفیت‌های گوناگونی برای تحلیل و تولید گزارش‌هایی هستند که تولید سناریوها، تهیه سیمای سلامت و سیمای نظام‌های سلامت را برای کمک به سیاست‌گذاری و تصمیم‌گیری، میسر می‌سازد. کسانی که تصمیمات مربوط به سلامت عمومی و نظام‌های سلامت را می‌گیرند (یا مشاوران آنان) نیز به نسبتی که ظرفیت تحلیل و کاربرد اطلاعات برای تصمیم‌گیری مبتنی بر شواهد را داشته باشند، بخش تجربی دیده‌بانی را تشکیل می‌دهند.

این مجموعه وسیع عناصر و فرایندهای مربوط به دیده‌بانی به این معناست که کشورها در حال حاضر نیز به درجات مختلف شالوده تجربی برای تدوین دیده‌بانی (به عنوان نهادی ثانوی و ادغام یافته، بر اساس آنچه موجود است)، دارند. بسته به راه‌هایی که برای ادغام کارکردی این اجزا و تبدیل آن‌ها به شبکه در پیش گرفته می‌شود ممکن است طراحی، اجرا و عملکرد دیده‌بانی تسهیل شود. آن دسته از کشورهایی که هم اکنون به نوعی رصد کردن اثر بخش سلامت (از طریق نظام‌های مراقبت و پایش، حتی برخی دیده‌بانی‌های خاص) مشغول‌اند، امکان بیشتری برای برنامه‌ریزی و راه‌اندازی (و مدیریت آتی) دیده‌بانی دارند.

۱-۴- فرصت‌ها و چالش‌ها

فرصت‌های راه‌اندازی تدریجی دیده‌بانی به نیازهای تصمیم‌گیرندگان، اولویت‌های تعیین شده از سوی آنان و امکان ادغام تمامی منابع اطلاعاتی و نظام‌های خاص دیده‌بانی برای راه‌اندازی یک مرکز مجازی منسجم ثانویه بستگی دارد.

اولویت‌ها نیز با عزم سیاسی و سازمانی در حمایت از دیده‌بانی سازمان یافته و منسجم، و همچنین ظرفیت مدیریتی برنامه‌ریزان و تصمیم‌گیرندگان اصلی برای تحلیل و کاربرد اطلاعات در تصمیم‌گیری‌هایشان ارتباط دارد.

تولید داده‌های کشوری و امکان دسترسی به آن‌ها، مراقبت از بیماری‌های مهمی که پیش‌گیری از آن‌ها و کنترل‌شان میسر است و همچنین تدوین سیمای سلامت عمومی و نظام‌های سلامت، زیر بنای بسیار مفید برای تأمین دروندادهای مورد انتظار دیده‌بانی، فراهم می‌سازد (زیر بنای تجربی).
برای اطمینان یافتن از کارایی دیده‌بانی، سیاست‌گذاران و تصمیم‌گیرندگان باید بدانند دیده‌بانی چیست و چه انتظاری باید از آن داشته باشند.

اطلاعات، درونداد اساسی برای توصیف و سنجش نظام‌های سلامت و خدمات (هدف‌ها، ساختار و کارکردها) در حمایت از فرایندهای مدیریت (سیاست‌گذاری، برنامه‌ریزی و مدیریت) در سطوح مختلف و نظام‌های اطلاعات محور متکی به ارزشیابی (مراقبت، پایش و ارزشیابی) است.^۱

کارکنانی که کارکردهای دیده‌بانی را در سطوح مختلف به اجرا می‌گذارند می‌بایست ماهیت، نقش و نیازهای اطلاعاتی سیاست‌گذاران و تصمیم‌گیرندگان در حیطه سلامت عمومی و نظام‌های سلامت را بشناسند. از این نظر گاه، ارزش اطلاعات (سودمندی بالقوه) به آنست که برای تصمیم‌گیری به کار رود نه این‌که فقط ذخیره‌اش کنند یا به صرف احتمالی به صورت نظام‌مند گزارش شود.

بر اساس قابلیت‌های تصمیم‌گیری، عامل‌هایی وجود دارند که سبب تسهیل یا کند شدن استفاده از اطلاعات، مثلاً در مورد آموزش مدیریت، می‌شوند. اطلاعات در صورتی برای تصمیم‌گیرندگان مثر تر خواهد بود که مدیریت کارآمد باشد و مدیران از چگونگی تحلیل و استفاده از اطلاعات موجود آگاهی داشته باشند.^۲

پاره‌ای از چالش‌ها که در اجرا با آن‌ها مواجه می‌شویم عبارتند از:

- راه‌اندازی و مدیریت دیده‌بانی ممکن است از نظر مقام‌های مسؤول و مدیران به عنوان کاری اضافی بر گروه مدیران پرکار، تلقی شود که فشاری مضاعف بدون هیچ ارزش یا منفعت واقعی

^۱ Gattini C., 2007a

^۲ Saurborn, 2000

است. از این رو، برآورد نمودن هزینه-فایده‌ی محتمل دیده‌بانی و همچنین حمایت‌طلبی برای راه‌اندازی آن اهمیت دارد (چنان‌چه دیده‌بانی مورد نیاز، عملی و مقرون به صرفه است).

- محدود بودن اطلاعاتی که توسط نظام‌های معمولی اطلاعات سلامت با ساختار و عملکرد ضعیف تولید می‌شود، عملکرد و تولیدات دیده‌بانی را نیز کاهش می‌دهد و بهبود آن را (اگر امکان داشته باشد) به درازا خواهد می‌کشاند. این چالش درخصوص جستجوی اطلاعات ضرور از طریق سازوکارهای جایگزین (مانند استفاده از پایگاه‌های دیده‌ور در جاهایی که نظام اطلاعات وجود ندارد تا اطلاعات ضرور را گزارش کند) نیز مطرح است.
- نظام‌های پایش و مراقبت با عملکرد و پوشش محدود نیز از محدودیت‌های اولیه یا چالشی دیگر برای برقراری دیده‌بانی است.
- دیده‌بانی ممکن است به خطا، جایگزین نظام‌های اطلاعات روزمره و پایش و مراقبت تصور شود. همین امر موجب مقاومت در برابر اجرای آن به ویژه از سوی گروه‌هایی که از قبل در پایش و مراقبت دست داشته‌اند خواهد شد.
- طرح راه‌اندازی دیده‌بانی ممکن است با بلند پروازی همراه باشد مخصوصاً اگر توان‌ها و مشکلات کشور برای اجرا به درستی در نظر گرفته نشده باشد. به همین دلیل توصیه می‌شود دیده‌بانی از روند توسعه تدریجی برخوردار باشد و با جزوه‌هایی که بر اساس نظام‌های پایش و مراقبت موجود تدوین می‌شود آغاز گردد.
- ارتباط واقعی میان اطلاعات و تصمیم‌گیری در سلامت عمومی و نظام‌های سلامت ممکن است به سبب محدود بودن اطلاعات، توان مدیریت برای کاربرد اطلاعات، یا محدودیت در گزارش و تقسیم اطلاعات ضعیف باشد.
- شناسایی نیازهای اطلاعاتی سیاست‌گذاران و تصمیم‌گیرندگان ممکن است به سبب ماهیت پیچیده نظام‌های سلامت و خدمات، سطوح متعدد و مدیریت چندگانه موجود و انواع تصمیم‌گیری‌های مورد نیاز دشوار باشد^۱.

^۱ Gattini c.,2007b

فصل دوم

«رویکرد عملی (عملیاتی)»

- مفاهیم عملیاتی
- الگوی سلامت به عنوان چارچوبی برای دیده‌بانی
- ساختار و عملکرد
- کارکردهای دیده‌بانی

۲- رویکرد عملی (عملیاتی)

این فصل مطالب اصلی زیر را بیان می‌کند: چارچوب عملی دیده‌بانی با تأکید بر مفاهیم اصلی؛ الگوهایی برای سلامت و نظام‌های سلامت به عنوان چارچوبی برای دیده‌بانی مفید، نظام‌های مراقبت و پایش که در عمل رصدخانه‌های خاص به حساب می‌آیند؛ و ساختار پایه، عملکرد و کارکردهای اصلی دیده‌بانی.

۲-۱- مفاهیم عملیاتی

در تعریف کلی رصد کردن^۱، عبارتست از فرایند توجه به کسی یا چیزی که هست یا ممکن است ظاهر شود یا اتفاق افتد با استفاده از ابزار و وسایل برای کشف و ثبت وضعیت رصد شده در ارتباط با شرایط معین. مرور کلی^۲ به معنای بررسی گسترده و رسیدن به دید کلی یا جامع از موقعیت معین مورد نظر است. بر این اساس، می‌توان چنین فرض کرد که در نتیجه‌ی رصد کردن، مرور کلی سلامت ملی، برداشتی عمومی و جامع یا خلاصه‌ای از اوضاع سلامت مردم هر کشور یا منطقه جغرافیایی معین است که عوامل تعیین‌کننده‌ی سلامت و نظام‌های سلامت را در دوره‌ای خاص یا زمانی مشخص در بر می‌گیرد. گزارش بررسی‌های کلی دربرگیرنده‌ی بر اطلاعات توصیفی و تحلیلی همراه با سناریویی جامع و منسجم (و در صورت نیاز سناریوهایی برای آینده) و همچنین نتایج و توصیه‌های سیاست محور است. دیده‌بانی به عنوان ابزاری سیاست محور، عمدتاً بر روی «اطلاعات سودمند برای تصمیم‌گیری و عمل سلامت» و به طور خاص «اطلاعات و دانش مورد نیاز سیاست‌گذاری و تصمیم‌گیری سلامت با تکیه بر شواهد»، تمرکز دارد.

از لحاظ عملیاتی برداشت از دیده‌بانی به شرح زیر است:

«مرکز کشوری سیاست محور مجازی که هدف آن مشاهده‌ی نظام‌مند و پیوسته مسائل مربوط به سلامت مردم و نظام‌های سلامت در حمایت از سیاست‌های مؤثر و مبتنی بر شواهد، برنامه‌ریزی، تصمیم‌گیری و اقدام در سلامت عمومی و نظام‌های سلامت است. هدف نهایی، کمک به حفظ و بهبود سلامت مردم و کاهش نابرابری‌هاست.»

¹ Observation

² Overview

طبق این رویکرد کلی، دیده‌بانی در درجه اول می‌بایست:

- ابزار سیاست محور (مدیریت) باشد که به طور عمده بر حمایت از نقش و کارآمدی سیاست‌گذاران، برنامه‌ریزان و مدیران سطح بالای سلامت ملی و همچنین مسؤولان سیاسی و بهداشتی تکیه دارد.
- علی‌رغم قابلیت ذاتی خود برای تحقیق و تحلیل علمی، ابزاری عمیاتی و حل‌کننده مشکل باشد.
- نهادی شبکه‌ای و سراسری با چندین شریک باشد که توسط مسؤولان سلامت مدیریت و هماهنگ می‌شود.
- مرکز مجازی مجهز به اطلاعات ثانویه باشد که از طریق کاربرد اطلاعات و فناوری ارتباطات مدیریت می‌شود.
- نهادی باشد که اطلاعات را در درون شبکه اطلاعاتی با حفظ منافع مورد انتظار کلیه شرکت‌کنندگان چنین شبکه‌ای تسهیم می‌کند.
- به عنوان واحد اطلاعات سلامت، با ظرفیت کافی برای جمع‌آوری و تحلیل اطلاعات، تهیه گزارش و تقسیم آن به صورتی خلاق و مبتنی بر شواهد که به دانش موجود می‌افزاید عمل کند.
- ابزاری برای برنامه‌ریزی سلامت باشد که بررسی‌های کلی و مقایسه‌پذیر یا سناریوهای معتبر مانند نوسانات مقطعی (و تبعات اثر آن‌ها بر عدالت) و سناریوهای جایگزین آینده‌نگاری شده را فراهم سازد.

با این وجود طبق تعریف، دیده‌بانی:

- نباید نهادی اطلاعاتی باشد که از آن برای جایگزینی یا تکرار همان نقشی استفاده شود که نظام‌های خاص اطلاعاتی و پایش و مراقبت برعهده دارند (این نظام‌های را باید تقویت کرد اما نه این‌که دیده‌بانی جای آن‌ها را بگیرد).
- نمی‌بایست واحد اداری دیگری (برای افزودن به تشریفات اداری) در وزارت بهداشت یا نظام سلامت باشد و موجب بالا رفتن فشار کار روزمره کارکنان که در حال حاضر به تولید و تحلیل اطلاعات مشغول‌اند، یا مدیران که دیده‌بانی برای آنان هیچ ارزش افزوده یا هزینه-فایده‌ای در بر ندارد شود.

▪ نباید نهاد علمی، آکادمیک یا تحقیقاتی خود محور باشد (حتی اگر در عمل به واحدی اطلاعاتی تبدیل شود). دیده‌بانی، برای این‌که مثر ثمر باشد باید اساساً مرکزی سیاست محور و حلال مشکلات با مقاصد عملیاتی باقی بماند.

هدف دیده‌بانی همان طور که در بیان مفهوم گفته شد، عبارتست از فراهم آوردن اطلاعات و دانش برای کمک به سیاست‌گذاری و تصمیم‌گیری بهتر و کارآمدتر در سلامت و نظام‌های سلامت، که به اقدامات مؤثر سلامتی می‌انجامد. هدف نهایی، مشارکت در حفظ و بهبود سلامت مردم است. هدف‌های خاص دیده‌بانی عبارتند از:

- انجام رصد کردن نظام‌مند، پیوسته و منسجم در سلامت و گزارش بررسی‌های کلی روزآمد با تکیه بر مسائل کلیدی منتخب که برای سیاست‌گذاری و تصمیم‌گیری مناسب‌اند. این امر، تدوین طرح‌های ملی روزآمد و مقایسه‌پذیر در زمینه سلامت و نظام‌های سلامت را در برمی‌گیرد.
- برعهده گرفتن مراقبت از سلامت عمومی (با استفاده از محتوا و کارکردهای نظام مراقبت سلامت) یا به نیابت (در جاهایی که نظام‌های سرتاسری مراقبت وجود ندارند).
- پایش یکپارچه نظام‌های سلامت، با استفاده از محتواها و کارکردهای نظام مراقبت یا اجرای آن کارکردها (در جاهایی که نظام‌های سرتاسری و مؤثر پایش وجود ندارند).
- تهیه اطلاعات سیاست محور و تحلیل‌های آماری و متنی، به عنوان بخشی از گزارش‌های روزمره و همچنین بر اساس درخواست‌های خاص از سوی سیاست‌گذاران، برنامه‌ریزان و مدیران رده بالا.
- آینده‌نگاری سیاست‌محور بر اساس روندها و همچنین سناریوهای جاری و پیش‌بینی شده برای کمک به برنامه‌ریزی و تصمیم‌گیری.
- فراهم ساختن مشاوره‌های سیاست محور بر اساس درخواست‌های خاص سیاست‌گذاران، برنامه‌ریزان و مدیران رده بالا. این امر کمک به بهبود ظرفیت ملی و تهیه دستور عمل‌ها، روش‌ها، فنون و آموزش‌ها را دربرمی‌گیرد.
- تأمین مدیریت اطلاعات و دانش و تقسیم اطلاعات سازگار شده با نیاز مخاطبان اصلی (سیاست‌گذاران و تصمیم‌گیرندگان) و کاربران ثانوی (طبق اولویت‌ها و امکانات).

۲-۲- الگوی سلامت به عنوان چارچوبی برای رصد کردن

دامنه مسائل مربوط به سلامت که در معرض دیده‌بانی قرار می‌گیرد، بالقوه بسیار گسترده و مفصل است. با این وجود، رصد کردن مؤثر مستلزم تمرکز بر آن دسته از مسائل است که از نظر سلامت عمومی اولویت دارند، مانند رویدادهایی که باید از آنها پیش‌گیری یا آنها را کنترل کرد (که جزو کارکردهای نظام مراقبت سلامت است) و همچنین جنبه‌های ساختاری، عملکردی و محتوای نظام‌های سلامت (که از کارکردهای نظام پایش است).

درک و تحلیل وضعیت سلامتی توسط الگوهایی تسهیل می‌شود که ارتباط تعاملی میان عوامل چندگانه‌ی تعیین‌کننده سلامت و از آن جمله اقدام نظام‌های سلامت را به نمایش می‌گذارند. این موضوع در الگوی کلان سلامت در نمودار ۲-۱ آمده است که با دیگر الگوهای مفهومی در یک راستا قرار دارد.^۱

به طور کلی، همان گروه عوامل یا تعیین‌کننده‌ها بر روش سازماندهی نظام‌ها (ترکیب بخش‌های عمومی یا خصوصی، رسمی و غیر رسمی) و چگونگی پاسخ‌دهی آنها به نیازهای سلامت جمعیت نیز تأثیر می‌گذارند. ساختار و عملکرد نظام‌های سلامت بستگی زیاد به فضای سیاسی، اقتصادی و اجتماعی که در آن زندگی می‌کنند، دارد.^۲

شرایط و مشکلات اصلی سلامت که به عنوان مسائل کلیدی دیده‌بانی انتخاب می‌شوند به عوامل زیر بستگی دارند:

- گروه سنی یا مرحله‌ای در چرخه عمر (مانند دوره تولید مثل)، جنسیت و قومیت.
- آسیب‌پذیری و خطر در ارتباط با سلامت طبق شرایط مختلف فردی، شیوه زندگی و قرا گرفتن در معرض تعیین‌کننده‌های اجتماعی اقتصادی و محیط فیزیکی.
- رویدادها و شرایط پرمخاطره و آسیب‌رسان سلامت (فردی، اجتماعی اقتصادی و محیطی) که با ابزارها و فناوری‌های کنونی می‌توان آنها را بهبود بخشید.
- خطرات و صدمات سلامتی که می‌توان با انجام مداخلات ارتقا و پیش‌گیری، از آنها جلوگیری یا آنها را کنترل کرد.

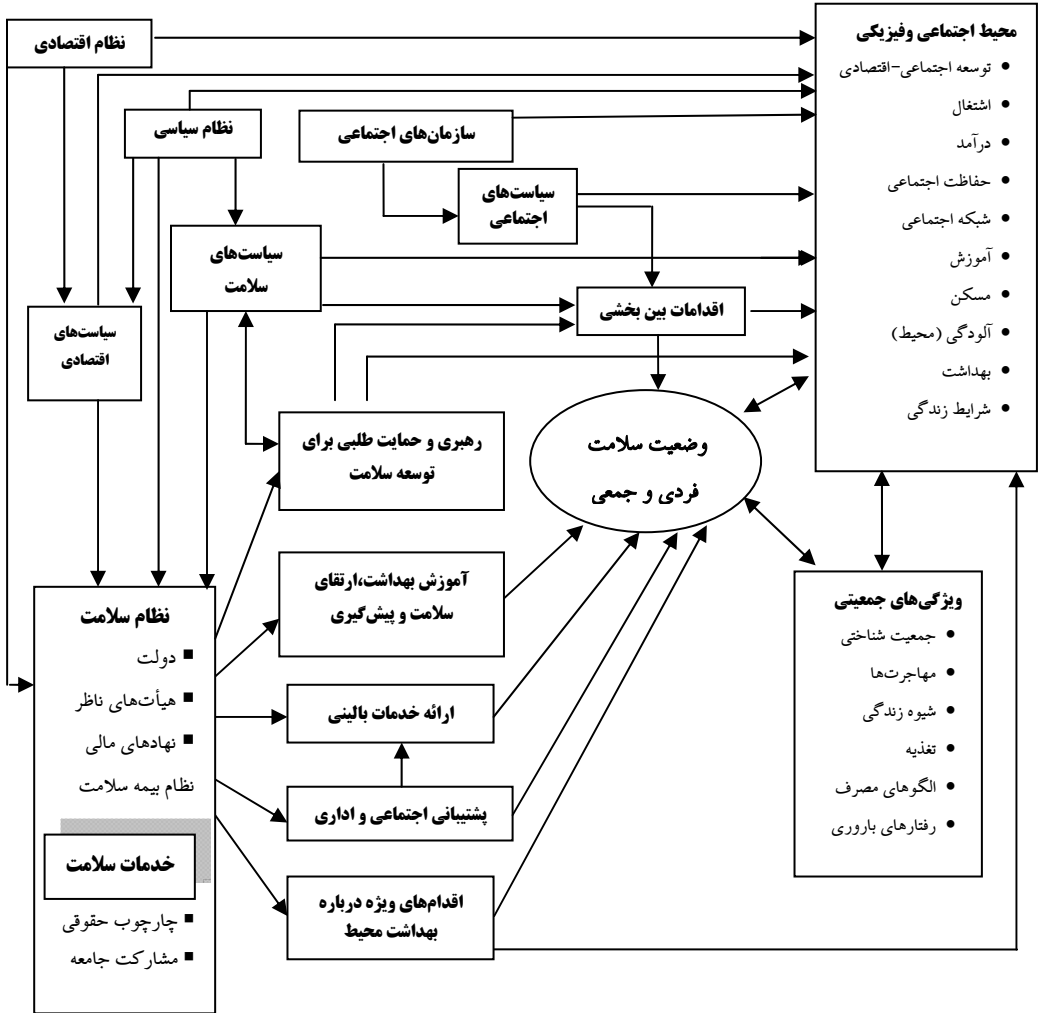
¹ Ellenczweig, 1992

² Gattini, 2007a

- اقدام‌های اولویت‌دار سلامت (برحسب ابعاد مشکل، امکان مداخله یا کنترل، و هزینه/مزایای مداخله‌ها).
 - ارتباط مسأله با سیاست سلامت یا مداخلات سلامت و اثر آن بر مردم (مانند آج آی وی/ ایدز، بهسازی محیط، تغذیه)
 - هدف‌ها، سیاست‌ها، برنامه‌ها یا پروژه‌های سلامت که پایش و کنترل می‌شوند.
 - عامل‌های اجتماعی که بسیار تغییرپذیر و تأثیرگذار بر سلامت مردم یا نظام‌های سلامت‌اند (مانند اشتغال، بیمه سلامت، تأمین مالی).
 - حوزه‌ها یا بیماری‌هایی که هم اکنون در سطح ملی یا استانی که مراقبت یا پایش می‌شوند (مانند برنامه‌های ایمن‌سازی و بیماری‌های واگیردار که پایش‌گیری از آن‌ها میسر است).
 - امکان به دست آوردن اطلاعات ضرور برای کمک به راه‌اندازی عملکرد دیده‌بانی
- آماده‌سازی و گزارش مرور کلی سلامت ملی معمولاً از الگویی با عنوان‌های کلیدی پیروی می‌کند تا مسائل سلامت عمومی را در پوشش خود گیرد. سازمان سلامت پان آمریکن (PAHO) در به کار بردن الگوی برای تدوین سیمای سلامت کشورها در قاره آمریکا تجربه دارد که در نشریه سلامت در آمریکا (۲۰۰۷) از آن استفاده شده است. دستورالعمل این الگو در پیوست ۱ آمده است.^۱

^۱ PAHO, 2006

نمودار ۲-۱- نمایش ادغام یافته‌ی عامل‌های مرتبط با سلامت که بر سلامت فردی و جمعی اثر می‌گذارند



الگوی اجرایی دیگر نیز برای نظام‌های سلامت مورد نیاز است تا به عنوان مرجعی برای رصد کردن و گزارش مرور کلی به کار رود. با این حال، هیچ تعریف یا الگوی واحدی برای نظام‌های سلامت (هدف، ماهیت، کارکرد، حد و مرز، ذینفعان) وجود ندارد. سازمان جهانی بهداشت نظام‌های سلامت را مجموعه‌ی سازمان‌ها، مؤسسات و منابعی می‌داند که هدف اصلی آن‌ها تولید سلامت است^۱.

اطلاعات تعدادی از عوامل کلیدی کمک می‌کند تا ویژگی‌های اصلی نظام‌های سلامت مانند چارچوب قانونی، چارچوب و جریان مالی، منابع انسانی، فناوری و ارائه خدمات به جمعیت هدف مشخص شود. نقش و کارکرد نظام‌ها و خدمات سلامت بستگی زیادی به محتوای سیاسی، اقتصادی و اجتماعی دارد که در آن به سر می‌برند.

محتوا، بر روش سازماندهی نظام‌های سلامت برای پاسخ دهی به نیازمندی‌های سلامت جامعه تأثیر مستقیم دارد. هدف نظام‌های سلامت این است که به نیازهای سلامت جمعیت پاسخ دهند. این امر تا آنجا که ممکن باشد باید با استفاده‌ی کارآمد و منطقی از منابع صورت گیرد. هر نظام سلامت دربرگیرنده مجموعه‌ی کامل اجزا و ذینفعان است که پیرامون هدف اصلی یعنی نگهداری، محافظت، بازیافت، بازسازی سلامت یا ارائه خدمات تسکین‌دهنده در سطح فردی و جمعی، تشکّل یافته‌اند. نظام سلامت نهادهای مختلف با نقش‌های متفاوت دارد: نهادهای ناظر، کارگزاران امور مالی، کارگزاران بیمه، مأموران خرید و ارائه‌کنندگان خدمات.

از نظر عملیاتی می‌توان هر نظام خاص را در فضای اختصاصی آن با در نظر گرفتن مختصات زیر تعریف کرد:

- دولت (مسئولان سیاسی، اقتصادی، مجلس، هیأت‌های نظارت کننده)؛
- مؤسسات تأمین اجتماعی؛
- مؤسسات مالی و بیمه سلامت؛
- ارائه‌کنندگان عمومی و خصوصی مراقبت‌های سلامت (ارائه‌کنندگان بینابینی یا نهایی خدمات سلامت)؛
- سازمان‌های غیر دولتی (نهادهای معاونت اجتماعی، مراقبت‌های سلامت، آموزش، تحقیق و مشاوره)؛

^۱ WHO, 2000

- دانشگاه‌ها (مراکز مراقبت سلامت، آموزش، تحقیق و مشاوره)؛
 - دیگر مؤسسات تربیتی؛
 - دست‌اندرکاران سلامت و انجمن‌های کارکنان سلامت؛
 - سازمان‌های مردمی؛
 - مؤسسات بین‌المللی (نهادهای سیاسی، مساعدت فنی، مالی).
- جمعیت خود نقش‌های متعددی دارد که عبارتند از: هدف مراقبت سلامت و سیاست‌های سلامت؛ ذی‌نفع و کاربر نظام‌های سلامت؛ منبع مالی مستقیم یا غیر مستقیم، و عضو فعال در کنترل گروه‌هایی که خدمات سلامتی را فراهم می‌کنند (کمک به مسؤولیت‌پذیری سیاسی، اجتماعی، اقتصادی و قانونی).
- خدمات سلامت از مؤلفه‌های نظام‌های سلامت است و تأکید آن بر ارائه‌ی کالاهای مراقبت سلامت و خدمات، به مردم قرار دارد. دست‌کم پنج نوع خدمت در اختیار جمعیت قرار می‌گیرد که عبارتند از:
- رهبری و حمایت‌طلبی برای توسعه سلامت؛
 - آموزش سلامت و دیگر راهبردها و مداخله‌ها برای کمک به ارتقای پیش‌گیری و استفاده درست از مراقبت‌های سلامت؛
 - ارائه خدمات بالینی
 - حمایت اجتماعی، اقتصادی و اداری برای ارائه خدمات (یارانه زیان‌مان یا مرخصی استعلاجی)؛ و
 - مداخله‌های خاص برای مراقبت از محیط زیست.
- رویکرد نظام‌مند به خدمات سلامت (آن‌گونه که در نمودار ۲-۲ دیده می‌شود) چارچوب مناسبی برای جهت‌یابی در سنجش، ارزشیابی و مشاهده ادغام یافته و یکپارچه است. در این راه مؤلفه‌های اصلی همان درونداها، فرایندها و برونداها هستند.
- خدمات سلامت مرکب شبکه‌ی مراکز با سطوح مختلف پیچیدگی فناوری است و هدف بینابینی یا نهایی آن اینست که مراقبت‌های سلامت را برای جمعیت هدف تأمین کند. زمینه‌های مختلف مدیریت خدمات به عامل‌های زیر بستگی دارد:
- سطح تجمع جغرافیایی: محلی، منطقه‌ای، ملی؛
 - سطح پیچیدگی خدمت: سطح اول، سطح دوم و سطح سوم؛

- میزان ادغام واحدهای خدمت: تشکیلات درونی (مراکز نهایی یا حد واسط تولید خدمت)، بنگاه‌هایی با پیچیدگی یکسان، تشکیلات ارجاع بیماران، شبکه‌های تشکیلات کارکردی یا سازمانی؛

- وجه غالب مدیریت (مانند بالینی، اداری، مالی)؛

- نوع غالب مراقبت سلامت (پیش‌گیرانه یا درمان محور)؛

- مقاطع زمانی برنامه ریزی: کوتاه مدت (دو سال یا کمتر)، میان مدت (پنج سال) و دراز مدت (ده سال یا بیشتر)

مراکز مراقبت از سلامت عمومی که به طور سنتی زیر نظر دولت قرار دارند، در سازماندهی جدید نظام‌های سلامت، ممکن است همچون مؤسسات آماده‌ی شرکت در رقابت بازار بر پایه‌ی خدمات پیمانی (قراردادی) عمل کنند. سازمان سلامت جهانی (WHO) نوعی از روش‌های تعیین و ارزشیابی نظام‌های سلامت است که بر عملکرد جهانی تمرکز دارد و دربرگیرنده‌ی چارچوب کلان مفهومی برای این مقصود است^۱. وقتی قرار باشد خدمات توسعه یابند و اصلاح شوند، اطلاعات باید در طول زمان با چنین هدفی سازگار باشد تا پیش‌فرایندهای تغییر با داده‌های مقایسه‌پذیر صورت پذیرد. نقش سیاست‌گذاران و تصمیم‌گیرندگان به منظور جهت‌دهی به توسعه نظام‌های اطلاعاتی، اهمیت زیادی دارد^۲.

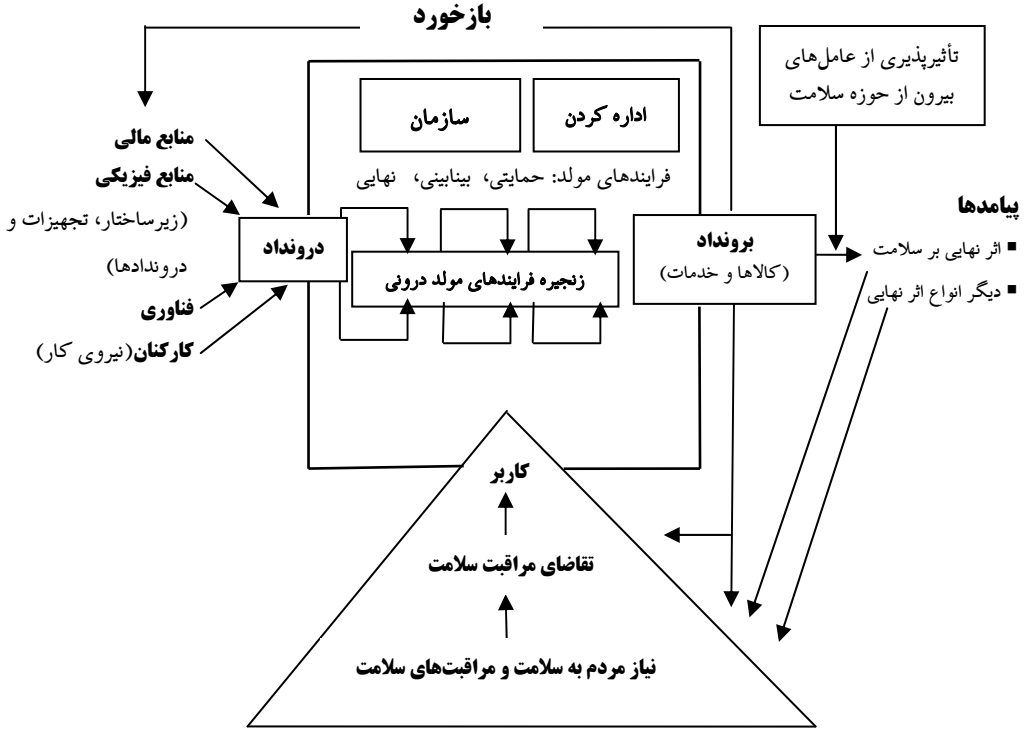
PAHO و دفتر منطقه‌ای سازمان جهانی بهداشت در اروپا الگوهایی برای کمک به تحقیقات و تهیه گزارشاتی در مورد طرح‌های نظام سلامت در کشورها، تدوین کرده‌اند. در فصل ۴ به این موضوع پرداخته‌ایم^۳.

¹ WHO, 2000

² Lippeveld, 2000

³ Figueras J. and Tagakes E., 1992, PAHO, USAID, 1997

نمودار ۲-۲- اجزای کلیدی خدمات سلامت: درون‌دادها، فرایندها و برون‌دادها



۲-۳- ساختار و عملکرد

اگرچه دیده‌بانی نهادی مجازی است، پاره‌ای از ترتیبات اداری، کارکنان آموزش دیده، منابع دیگر و سازمانی مشخص ضرورت دارد تا همکاری‌های معمول و عملکرد درست، تضمین گردد.

ترتیبات اداری و ملزومات ساختاری عبارتند از:

- چارچوبی اداری همراه با سازمان اداری و فنی، قوانین، مقررات، توافق‌های رسمی، معیارها و استانداردها؛
- شناخته شدن رسمی از سوی مسئولان سلامت کشور، با تعیین مسئولیت‌های ذینفعان مختلف؛
- کارکنان مناسب و آموزش دیده به ویژه کسانی که در مرکز مدیریت و همکاری به ویژه کسانی که عضو تیم مرکزی هستند.
- منابع و فناوری فیزیکی (بودجه، زیر ساختار، لوازم، وسایل، فناوری و کارکنان)؛
- پشتیبانی از خدمات ضرور برای فناوری اتصال، اطلاعات و ارتباط.

منابع را می‌توان مستقیماً به دیده‌بانی رسمی اختصاص داد یا آن‌ها را با واحدهای دیگر تقسیم کرد. برخی از کارکردهای دیده‌بانی ممکن است توسط مراکز یا واحدهای بیرونی اجرا شود تا نیاز به منابع دیده‌بانی کاهش یابد.

مرکز هماهنگی و مدیریت دیده‌بانی را می‌توان از نظر فیزیکی (ساختمانی) یا اداری در وزارت بهداشت مستقر کرد (که نقش دبیرخانه و یکی از کاربران اصلی را می‌پذیرد). با این حال، دیده‌بانی باید به صورت نهادی شبکه‌ای- که به چندین مؤسسه تعلق دارد- باقی بماند نه این‌که تنها تابع وزارت بهداشت باشد.

با توجه به ماهیت مجازی، کارکردی و شبکه‌ای دیده‌بانی، ارتباط مجازی با بسیاری از مؤسسات و نهادهای عمومی و خصوصی از طریق ارتباط رسمی، غیر رسمی و الکترونیکی، ضرورت دارد. مرکز مدیریت و همکاری نیازمند ارتباط نزدیک با کمیته راهبری و گروه کاری است که پشتیبانی راه‌اندازی و مدیریت دیده‌بانی را بر عهده دارد.

نظام‌های خاص اطلاعات محور که در شبکه‌ی دیده‌بانی حضور دارند، ممکن است نقش‌های متعددی داشته باشند: مدارک اولیه، اسناد ثانویه، مراکز پردازش اطلاعات؛ نهادهای تحلیل یا تحقیق، مراکز انتشار و ارتباط، کاربران اولیه (گروه‌های سیاست‌گذاری و تصمیم‌گیری) و کاربران ثانویه (دیگر نهادها و عموم مردم).

شرکای شبکه دیده‌بانی ممکن است افراد زیر را شامل باشد:

- مسؤولان سلامت کشور، به ویژه طراحان و مدیران رده بالا و تحلیل گران کمکی
 - مقامات سیاسی مخصوصاً مدیران و تحلیل گران رده بالا
 - مقامات مسؤول نظام‌های سلامت و خدمات عمومی و خصوصی
 - دفاتر ملی آمار
 - دیگر وزارت‌خانه‌ها و نهادهای دولتی
 - گروه‌ها و کمیته‌های بین‌بخشی برای توسعه اجتماعی سلامت
 - کتابخانه‌ها و مخزن‌های اطلاعات
 - مؤسسه‌های تحقیقات و آموزش
 - نهادهای اپیدمیولوژیک و مراقبت از سلامت عمومی
 - نظام‌های پایش و ارزشیابی
 - نظام‌های اطلاعات سلامت
 - نهادهای اطلاعات و ارتباطات مربوط به فناوری
- عملکرد فنی دیده‌بانی از طریق زنجیره‌ای از فرایندهای متعدد اطلاعاتی و تحلیلی، عملی می‌شود و به تهیه گزارش و نشر نتایج می‌انجامد. این عملکرد مشتمل است بر جمع‌آوری و ادغام اطلاعات کلیدی ثانویه از منابع بیرونی و داده‌ها همراه با نشر اطلاعات و دانش. فرایند تحلیل و پیشرفت گزارشات باید دارای برنامه‌ای از پیش تعیین شده برای گزارش و نیز آمادگی گزارش دادن به هنگام درخواست‌های خاص سیاست‌گذاران و تصمیم‌گیرندگان اصلی از مسؤولان سلامت ملی یا دیگر کاربران مهم باشد.
- دیده‌بانی به یک الگوی تکنولوژیک مورد حمایت مؤسسه میزبان (مثلاً وزارت بهداشت) یا شرکت‌هایی که داده‌ها و خدماتی را در اختیار مرکز مدیریت و همکاری دیده‌بانی قرار می‌دهند، نیاز دارد. شرکت‌کننده‌های اصلی می‌توانند از طریق اینترنت شبکه‌ای کارکردی و وسیع برای پشتیبانی از ادغام مؤثر دیده‌بانی راه‌اندازی کنند.

الف) جمع‌آوری، ادغام و ذخیره داده‌ها و اطلاعات ثانویه

می‌توان مجموعه‌ای از مضامین و فهرستی از داده‌ها و شاخص‌ها را به کار گرفت (که سازمان‌های بین‌المللی از آن‌ها استفاده می‌کنند و در فصل ۳ به آن‌ها اشاره شده است). جستجوی مؤثر برای اطلاعات مهم را، در دست داشتن فهرست منابع اطلاعات مستقر در مراکز، واحدها و ادارات مختلف کشور قرار دارد که مرتباً به‌هنگام شود، آسان می‌کند.

برخی از منابع اصلی اطلاعات که معمولاً فراهم است، عبارتند از:

- نظام‌های ملی و سامانه‌های خاص اطلاعات سلامت
- سرشماری جمعیت و ارزیابی‌های اجتماعی و مرتبط با سلامت، در اسنادی که معمولاً در دفاتر ملی آمار موجود است.
- کتابخانه‌های واقعی یا مجازی، مراکز اسناد و مخازن داده‌ها
- نظام‌های مراقبت اپیدمیولوژیک و مراقبت سلامت عمومی و همچنین کانون‌های تعیین‌کننده‌ی وضعیت سلامت
- پایش نظام‌های سلامت و اصلاحات بخش سلامت
- تحلیل و گزارشات بخش سلامت
- ارزیابی نظام‌های سلامت (جنبه‌های کلی و خاص ساختار یا عملکرد)
- تحقیق سیاست محور سلامت عمومی (بویژه در ارتباط با نظام‌ها و خدمات)
- بررسی نظر متخصصین و عموم مردم

مجموعه منابع ممکن است حاوی اطلاعات احتمالی مفصلی باشد، با وجود این تحقیق برای اطلاعات مهم باید بر مضامین برگزیده و معین اطلاعاتی (بویژه برای بررسی‌های کلی که به‌طور روزمره گزارش می‌شود) تمرکز یابد و برای گزارش‌های حسب درخواست‌های غیر روتین نیز اطلاعات بیشتر به دست آورد.

برخی از داده‌های غیر معمول موردی (خلق الساعه) را می‌توان برای مقاصد خاص گردآوری کرد. به‌عنوان مثال، بعد از یک بحران اقتصادی یا شیوع نوعی بیماری که در زمره مراقبت‌های روزمره فعلی یا هدف‌های خاص دیده‌بانی قرار ندارد. کیفیت و کامل بودن داده‌ها ممکن است در سطوح مختلف اداری، مناطق جغرافیایی و نظام‌های خاص، متفاوت باشد. کیفیت اطلاعات جمع‌آوری شده در دیده‌بانی بستگی به چگونگی ادغام و یک‌کاسه کردن اطلاعات توسط منابع مختلف دارد.

برپایی شبکه‌ی پویای اطلاعات، دستیابی سریع‌تر به منابع اطلاعات و تقسیم داده‌ها و اطلاعات مهم را میسر می‌سازد. توافق در مورد تقسیم اطلاعات، جریان داده‌های نظام‌مند بین منابع اطلاعات و واحد مرکزی مدیریت دیده‌بانی را تسهیل می‌کند.

زمانی که دیده‌بانی با تمام ظرفیت خود کار می‌کند و نتیجه مرورهای نظام‌مند را اعلام می‌دارد، بتدریج داده‌ها و اطلاعات مهم جمع‌آوری و بصورت الکترونیکی ذخیره می‌شوند و ظرفیت دیده‌بانی برای مدیریت داده‌های مهم و برآورد روند شاخص‌های کلیدی را افزایش می‌دهند.

اطلاعات نوشتاری، پایگاه داده‌ها، روندهای تاریخی درخصوص داده‌ها و شاخص‌ها، تاریخچه‌ها، گزارشات و دیگر موارد، دیده‌بانی را به مرکز قدرتمند مدیریت اطلاعات و دانش تبدیل خواهند کرد. با این وجود، کاربرد اصلی اطلاعات ذخیره شده در اوراق و رایانه‌ها باید عمدتاً به عنوان درونداد داخلی برای مدیریت اطلاعات باقی بماند و بروی کارکردهای دیده‌بانی تمرکز یابد.

ب) پردازش داده‌ها

پردازش داده‌ها عمدتاً برای اطلاعات کمی به کار می‌رود، جایی که از داده‌ها و شاخص‌ها برای برآورد روندهای تاریخی و فصلی، شناخت تفاوت میان بخش‌ها و مقایسه‌های مقطعی استفاده می‌شود. نتایج حاصل از این فرایند را می‌توان در فرایند تهیه گزارش به کار برد و همچنین برای بهنگام کردن و تقویت پایگاه‌های داخلی اطلاعات با روندهای تاریخی داده‌ها و شاخص‌ها، از آنها استفاده کرد.

ج) تحلیل آماری

کارکنان آموزش دیده، عاملی مهم برای اجرای تحلیل آماری مناسب به شمار می‌روند. تحلیل آماری نیازمند پشتیبانی نرم افزاری خاص (برای داده‌پردازی و تحلیل داده‌ها) و معمولاً کاربرپسند است (مانند Epi-Info, SPSS). تحلیل آماری پیچیده نیز ممکن است لازم باشد. اما احتمالاً نه به صورت کاری هر روزه. تحلیل آماری را می‌توان از طریق تیم مرکزی دیده‌بانی یا گروه‌های خارجی مانند کسانی که در نظام‌های پایش و مراقبت، یا مؤسسات تحقیقاتی یا آکادمیک فعالیت می‌کنند انجام داد.

د) تحلیل جامع و تفسیر یافته‌ها

تحلیل آماری و نتایج متعاقب آن را می‌توان زمانی تکمیل و معنادار ساخت که یافته‌ها به صورتی گسترده و جامع در زمینه‌ی وسیع‌تر و واقعی واحدهایی که رصد می‌شوند تحلیل و تفسیر شوند. تحلیل جامع، مستلزم در نظر گرفتن کلیه شرایط و عوامل تعیین کننده اثر گذار بر نظام‌های سلامت و سلامت مردم است.

برخی شرایط، تحلیل جامع یافته‌ها را آسان می‌سازند: فراهم بودن تحلیل اولیه از وضعیت سلامت ملی، وجود الگوی روشن از نظام سلامت با کلیه مؤلفه‌های ساختاری و عملکردی، و شفاف بودن چارچوب‌های قانونی و مالی. تدوین سناریوها- درباره وضعیت حال و آینده- از جنبه‌های مهم تحلیل جامع و بنیانی برای آینده نگاری است.

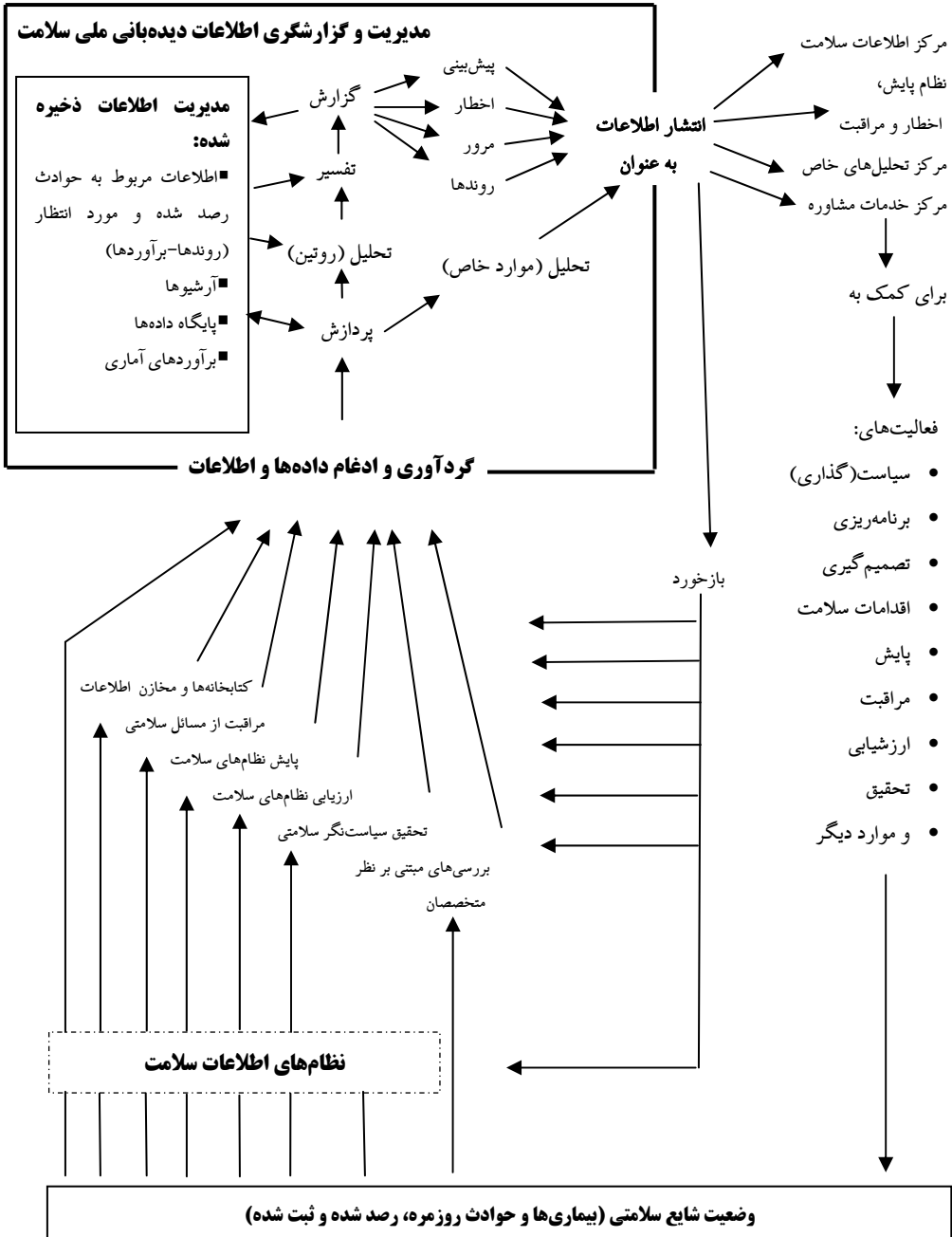
ه) تهیه گزارش و نشر اطلاعات و دانش

گزارشگری در برگیرنده تنظیم گزارش‌ها و توزیع مواد تولید شده از راه‌های مختلف و با استفاده از ابزار گوناگون است: از آن جمله، استفاده از سایت‌های اینترنتی محدود به گروه خاصی از سیاست‌گذاران و تصمیم‌گیرندگان یا آنچه در اختیار عموم مردم است. گزارش غیر روتین (موردی) ممکن است براساس درخواست‌های خاص تهیه شود. این امر به نیازهای اطلاعاتی مسئولان سیاست‌گذاری و تصمیم‌گیری بستگی دارد، به ویژه زمانی که کشور با رویداد غیر منتظره‌ای مواجه شود و نتوان تصمیمات جدید را به تعویق انداخت. تهیه گزارشات توسط راهنماها، الگوها و معیارها و استانداردهای فنی معین تسهیل می‌شود.

انتشار و تسهیم اطلاعات مستلزم روش‌ها، تکنیک‌ها و آموزش است تا دریافت و استفاده مفید اطلاعات توسط کاربران اصلی تضمین شود. ابزارها و پیوندها (لینک‌ها)ی کامپیوتری فنی برای انتشار مؤثر و پویای اطلاعات اهمیت بسیار دارد. گزارش‌ها را می‌توان با استفاده از جدول شاخص‌های اصلی سلامت که به وسیله‌ی مولدهای جدول الکترونیکی تولید می‌شود، و از آن جمله روندهای تاریخی و تغییرات مقطعی، تکمیل کرد. اطلاعاتی که با استفاده از نظام‌های اطلاعات دقیق مکانی به مقایسه مناطق می‌پردازد نیز مکمل خوبی به حساب می‌آید.

گزارشات مربوط به سیمای سلامت ملی و الگوهای نظام سلامت، از دروندادهای مهم برای گزارش کارکرد دیده‌بانی‌اند. در این راه چالش ما باید داشتن الگویی ترکیبی بر اساس هر دو موضوع خاص یاد شده در بالا باشد.

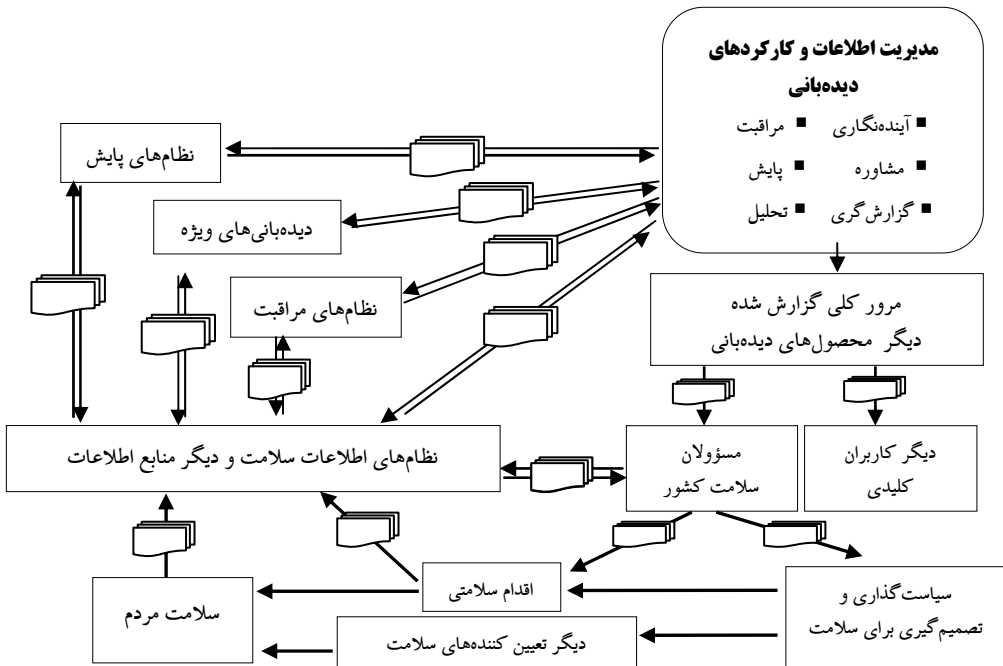
تمودار ۲-۳- منابع اطلاعات و کارکردهای مدیریت دیده‌بانی



۲-۴- کارکردهای دیده‌بانی

کارکرد جهانی دیده‌بانی بر مجموعه درهم تنیده‌ای از روش‌ها، تکنیک‌ها، فرایندها و فعالیتهایی استوار است که توسط نظام‌های خاص اطلاعات به کار رفته‌اند. کارکردهای اصلی دیده‌بانی عبارتند از مراقبت، پایش، تحلیل، آینده‌نگاری، مشاوره، تهیه گزارش و ارتباط (به صورتی که در نمودار ۲-۴ آمده است). گزارش بررسی‌های نظام‌مند به صورت الکترونیک یا شکل چاپی کاربرپسند، برونداد اصلی و معمول دیده‌بانی است. با وجود این می‌توان دیگر اطلاعات مرتبط و دانش مربوط را برای مسؤولان سیاست سلامت و تصمیم‌گیری تولید کرد و با آنان در میان گذارد.

شکل ۲-۴ مدیریت اطلاعات و کارکردهای دیده‌بانی



مجموعه‌ی این کارکردها سکوی عملیاتی برای تبدیل دیده‌بانی به نهادی با چندین کارکرد است تا بتواند در جایگاه‌های زیر عمل کند: مرکز اطلاعات سلامت؛ نظام مراقبت از سلامت عمومی، مرکز پایش و ارزشیابی، مرکز تحلیل سلامت؛ مرکز خدمات مشاوره؛ و مرکز مدیریت و تقسیم دانش و اطلاعات.

۲-۴-۱- مراقبت از سلامت عمومی

مراقبت از سلامت عمومی از طریق جمع‌آوری اطلاعات کلیدی مربوط به سلامت جمعیت‌هایی صورت می‌گیرد که در آنها سلامت عمومی سراسر کشور، اولویت به حساب می‌آید. پس از آن اطلاعات پردازش، تحلیل، تفسیر و بموقع به مسئولان سیاست‌گذاری و اقدام در سلامت عمومی گزارش می‌شود. این گزارش مشتمل است بر مرور کلی، نتایج و توصیه‌ها برای اقدام.

دیده‌بانی جایگزین نقش نظام‌های خاص مراقبت از سلامت عمومی که هم اکنون در کشورها وجود دارند نمی‌شود، اما مشارکت آن‌ها را در فرایند کلی دیده‌بانی ادغام می‌کند. به این معنا که دیده‌بانی می‌تواند مضامینی را که نظام مراقبت از سلامت عمومی اعلام می‌کند به کار گیرد یا کارکرد نظام را به عنوان بخشی از خود بپذیرد. دیده‌بانی تنها در غیاب نظام‌های ملی به مراقبت‌های اولیه از سلامت عمومی می‌پردازد.

چنانچه نظام مراقبت سلامت عمومی در حال حاضر در اجرای نقش خود فعال باشد، دیده‌بانی بر استفاده‌ی ثانویه اطلاعات کلیدی متمرکز می‌شود.

کارکردهای مفید مراقبت سلامت عمومی عبارتند از:

- برآورد ابعاد مشکلاتی که از نظر سلامت عمومی، اولویت به حساب می‌آیند، از آن جمله است جنبه‌های مشمول مقررات بین‌المللی سلامت
- تعیین و تحلیل توزیع مکانی یا اجتماعی اقتصادی بیماری، عامل‌های خطر، یا تعیین‌کننده‌های سلامت، از جمله نوسانات مربوط به عدالت.
- برآورد روندها، و پیش‌بینی سابقه بیماری‌ها و رویدادهای رصد شده و همچنین سناریوهای مداخلات مورد انتظار سلامت عمومی.
- یافتن بیماری‌های همه‌گیر یا رویدادهایی که در سلامت عمومی اولویت به شمار می‌روند، مخصوصاً آنهایی که باید پیش‌گیری یا کنترل شوند، از آن جمله بیماری‌های واگیردار و غیرواگیردار و همچنین عوامل خطر.
- ارزشیابی اقدامات و مداخلات پیش‌گیر و کنترل‌کننده.
- تهیه گزارش همراه با اعلام نتایج، نتیجه‌گیری‌ها و توصیه‌ها با هدف تسهیل برنامه‌ریزی، پایش و ارزشیابی^۱.

^۱ CDC, 2001

۲-۴-۲- پایش نظام‌های سلامت

پایش، بیشتر بر روی ساختار و عملکرد نظام‌های سلامت و همچنین سیاست‌ها، طرح‌ها، برنامه‌ها و مداخلات مربوط به سلامت تأکید دارد.

درست مانند کارکرد مراقبت، دیده‌بانی جایگزین نظام‌های پایش مربوط به نظام‌های سلامت که هم اکنون در کشورها وجود دارند نمی‌شود، اما نقش آنها را در کل فرایند دیده‌بانی درهم می‌آمیزد. به این معنا که دیده‌بانی می‌تواند مضامین اعلام شده توسط نظام پایش را به کار گیرد یا کارکرد مورد نظر را جزو دیده‌بانی به حساب آورد. دیده‌بانی تنها در صورت فقدان آن نوع نظام خاص در سطح ملی به پایش اولیه‌ی نظام‌های سلامت خواهد پرداخت. چنانچه نظام پایش در حال حاضر عملکرد مؤثری داشته باشد، آنگاه دیده‌بانی بر روی کاربرد ثانویه اطلاعات کلیدی تمرکز می‌کند.

با رویکردی روش‌شناسانه شبیه به مراقبت، پایش از طریق جمع‌آوری ثانویه‌ی اطلاعات کلیدی سلامت جمعیت و نظام‌های سلامت که برای سیاست‌گذاری و تصمیم‌گیری در نظام‌های سلامت اولویت تلقی می‌شوند به اجرا در می‌آید. آنگاه اطلاعات، پردازش و تحلیل و تفسیر و به موقع گزارش می‌شود و در اختیار مسئولان سیاست‌ها، طرح‌ها، مدیریت و اقدام‌های نظام‌های سلامت گذاشته می‌شود.

۲-۴-۳- تحلیل‌های مبتنی بر سیاست سلامت

تحلیل جامع در برگیرنده‌ی جنبه‌های نوشتاری کمی، آماری و تفسیری است. تحلیل کلی وقتی آسان می‌شود که: سابقه تجربی برخاسته از تحلیل قبلی وضعیت سلامت پدید آمده باشد؛ و الگوی تعریف شده‌ای نظام سلامت چارچوب‌های منسجم قانونی و مالی در کار باشد.

تحلیل جامع و تفسیر شواهد موقعیت، مؤلفه‌ای مهم برای مرور کلی و پس از آن تدوین سناریوها و توضیح سببی مشکلات و تغییرات و همچنین تدوین پیش‌بینی‌ها، نتایج و توصیه برای سیاست‌گذاری و تصمیم‌گیری است. تحلیل آماری همراه با نتایج و توصیه‌های پس از آن، برای جهت دادن به تصمیم‌گیری اهمیت بسیار دارد. تحلیل یافته‌ها وقتی مفهوم بیشتری پیدا می‌کند که این یافته‌ها در شرایط گسترده‌تر (یعنی کلیه شرایط و عوامل در موقعیت‌های واقعی رصد شده باشند) و فراتر از تحلیل سنتی، بر پایه‌ی ارتباط علت و معلولی، تحلیل و تفسیر شوند. تحلیل جامع، مستلزم در نظر گرفتن تمامی جنبه‌های مثبت و

منفی است که امکان دارد از مجموعه عوامل تعیین کننده موجود در نظام‌های سلامت و جمعیت حاصل آید.^۱

به دنبال تقاضای خاص سیاست‌گذاران و تصمیم‌گیرندگان، دیده‌بانی ممکن است تحلیل خاصی روی مسائلی که در زمان معین مناسبت پیدا می‌کنند انجام دهد. بنابراین، نقش دیده‌بانی در موقعیت‌های خاصی به عنوان مرکز تحلیل سلامت به تقاضاهای کاربران اصلی، بستگی می‌یابد. مثلاً در مواقعی که مراکز تحلیلی دیگر (مانند دانشگاه‌ها، سازمان‌های غیردولتی) قادر به چنین تحلیل‌هایی نیستند. تحلیل ممکن است مسائلی از این قبیل را در برگیرد: شرایط غیر منتظره سلامت بدون علت روشن؛ شکاف‌های موجود در رسیدن به هدف‌های سلامت که توسط دولت تعیین شده است؛ بحران اقتصادی غیر منتظره که سلامت و نظام‌های سلامت را تحت تأثیر قرار می‌دهد؛ و نیاز به حمایت از برنامه‌ریزی و اصلاح بخش سلامت.

۲-۴-۴- کارکرد آینده نگاری

آینده‌نگاری حاصل ترسیم محتمل‌ترین سناریو برای وضعیتی است که به احتمال زیاد در آینده بوقوع می‌پیوندد (با اشاره به افق زمانی)، با در نظر گرفتن همه‌ی عوامل ضرور تأثیرگذار (فرضیه‌هایی برای فرصت‌ها و تهدیدها)، که بوضوح شرح داده می‌شود، بتواند پیش‌بینی‌های آینده را تغییر دهد، به نوعی گزارش شود که سیاست‌گذاران و تصمیم‌گیرندگان آن را دریابند و باعث تفکر راهبردی و همچنین تصمیم‌گیری به موقع و مؤثر شود. سیاست‌گذاری و تصمیم‌گیری در سلامت عمومی و نظام‌های سلامت معمولاً با موقعیت‌هایی روبه‌روست که آینده‌ای نامعلوم دارند، موقعیت‌های پیچیده‌ای که تحت تأثیر عوامل چندگانه و غیرقابل پیش‌بینی قرار دارند. تولید سناریوهای چندگانه محتمل برای آینده ممکن است پیچیده و گنگ باشد، به ویژه در شرایطی که متغیرهای بسیاری تحت تأثیر عوامل تعیین کننده چندگانه قرار داشته و با فرضیه‌های مختلف تحلیل می‌شوند. این امر نیاز به آینده‌نگاری پاره‌ای از جایگزین‌های احتمالی برای آینده را فراتر از فنون تحلیلی سنتی، پدید می‌آورد.^۲

تدوین گزینه‌ها و سناریوهای آتی برای تصمیم‌گیری، مرحله نهائی اطلاعات تصمیم‌گیری را ارائه می‌کند. محصولات نهایی مبتنی بر اطلاعات، بستگی به شیوه مدیریت، تصمیماتی که باید اتخاذ شوند و همچنین

^۱ Gattini C.2007b

^۲ Venable et al,1993

فرایندهای خاص انجام شده (برنامه‌ریزی، مدیریت اجرایی، مدیریت بالینی، نظارت، کنترل، پایش و ارزشیابی) در سطوح و دفاتر مختلف نظام سلامت، دارد^۱.

بنابراین، تدوین سناریوهای سلامتی با هدف سیاست، ابزاری مکمل برای نظام‌های سنتی پایش و مراقبت خواهد بود. تحلیل سناریو از عالم کسب و کار الگوبرداری شده است تا تکنیکی برای برنامه‌ریزی راهبردی و توصیف و ارزیابی موقعیت‌های سلامت باشد. سناریو را می‌توان توصیف روند پیامدهای ممکن یا موجه مورد انتظار در آینده تعریف کرد که از موقعیت فعلی شروع می‌شود، عوامل و متغیرهایی را در نظر می‌گیرد که آینده را مشخص می‌کنند و به شکلی منطقی و منسجم توصیف می‌شود. سناریوهای جایگزین ممکن است بر حسب احتمال وقوع و سطح خوشبینی درباره وضعیت مورد انتظار تغییر کند. این امر برنامه‌ریزان و مدیران را یاری می‌دهد تا تفکری راهبردی داشته و ممکن‌ترین سناریو را بپذیرند^۲.

تحلیل و گزارش این سناریوهای پیچیده، با استفاده از رویکردهای منطقی سلامت، آسان می‌شود. این امر شامل فراهم نمودن الگوهای سلامت، تدوین سناریوهای سلامتی؛ و کاربرد الگوها و سناریوهای سلامت برای آگاه ساختن سیاست‌گذاران و تصمیم‌گیرندگان است^۳.

روش تحلیل سناریو که از اطلاعات تولید شده توسط منابع، یافته‌ها، تحلیل آماری و تحلیل زمینه شروع می‌شود (تکنیک‌های سنتی تحلیل)، بیشتر یکی از فنون کیفی است که نظر سیاست‌گذاران، برنامه‌ریزان و مدیران را برای ارزشیابی وضعیت فعلی و نمایش آن برحسب امکان وقوع و تأثیر احتمالی آنها در نظر می‌گیرد. از این نظر، فرایند آینده‌نگاری بر پایه تجربه، بصیرت و حتی الهام (شهود) قرار دارد. تأثیر کنونی و آتی عوامل بیرونی بر موقعیت رصد شده، برحسب فرصت‌ها و تهدیدها، شناسایی و تحلیل می‌شود، تا تدوین سناریوهای آینده‌نگاری شده با دقت بیشتر همراه باشد.

۲-۴-۵- کارکرد مشاوره

انتظار می‌رود دیده‌بانی، با کارکرد کامل خود؛ با پایگاه داده‌ها، اطلاعات و گزارش‌های کلیدی و کارکنان مهارت‌ها یافته برای جمع‌آوری، تحلیل، گزارش و اجرای کارکردهای خاص دیده‌بانی به یک «واحد هوشمند» تبدیل شود. مفهوم آن توان مدیریت اطلاعات و دانش برای مرور جامع و منسجم موقعیت‌های رصد شده، با تحلیل تمام و کمال است که به نتایج و توصیه‌ها، حتی تجسم آینده، می‌انجامد.

¹ Gattini C. 2007b

² Venable et al. 1993

³ Kristie et al, 2004

ظرفیت هوشمندی دیده‌بانی که با اطلاعات ممتاز ذخیره شده، پشتیبانی می‌شود آن را به مرکز مشاوره‌ی تخصصی سلامت تبدیل خواهد کرد که برای پاسخگویی به درخواست‌های مهم و غیر معمول در حوزه خدمات مشاوره از سوی سیاست‌گذاران و تصمیم‌گیرندگان ملی آمادگی دارد.

دیده‌بانی همچنین می‌تواند به بهبود ظرفیت ملی به ویژه در میان سیاست‌گذاران و تصمیم‌گیرندگان (یا مشاوران نزدیک آنها) برای استفاده از اطلاعات و عملی ساختن آنها کمک کند. این امر از طریق آموزش رسمی و غیررسمی، حمایت از کاربرد پایگاه‌های اینترنتی، تهیه نرم افزارها، روش‌ها و تکنیک‌ها و بهبود مدیریت براساس شواهد، شدنی است.

۲-۴-۶- تهیه گزارش، تقسیم اطلاعات و دانسته‌ها

مدیریت و تقسیم اطلاعات و دانسته‌ها به معنای تهیه گزارش‌های طبق سفارش و نشر آنها از طریق ابزارهای چاپی و الکترونیکی است. برای مؤثر واقع شدن گزارش‌ها و نشر اطلاعات در میان کاربرهای مختلف، باید به نوعی کار کرد که محتوای گزارش‌ها توسط انواع کاربرها به راحتی درک شود و مورد استفاده قرار گیرد.

اینترنت به طور گسترده در دسترس مردم سراسر جهان قرار دارد و به کار می‌رود. هر چند، داشتن حداقل دانش در تصمیم‌گیرندگان (و تحلیل‌گران حامی آنها) برای آگاهی از چگونگی جستجوی اطلاعات و دست یافتن به آنها، ضرورت دارد.

توسعه و مدیریت ارزان و کاربرپسند خدمات‌رسان‌ها (سرورها) و پایگاه‌های اینترنتی، پیشرفت مداوم تعداد کثیری از منابع بالقوه‌ی اطلاعات را مسیر می‌سازد.

تصمیم‌گیرندگان (با استفاده از ظرفیت فردی خود برای مدیریت اطلاعات) با درخواست از تحلیل‌گران و متخصصین نظام‌ها در اینترنت می‌توانند آموزش ببینند و پشتیبانی شوند تا قادر به گشت و گذار در اینترنت بشوند و به منابع مناسب اطلاعات دسترسی فعال یابند.

مقررات، روش‌ها و ابزارهای مدیریت و تقسیم اطلاعات و دانش (IKMS)، راهبردها، سازوکارها، آموزش و حمایت لازم برای کاربرد بهتر اطلاعات در تصمیم‌گیری را پدید می‌آورند. مدیریت و تقسیم اطلاعات و دانش (IKMS) به ارتقای فرهنگ جدید در مدیریت اطلاعات، دانش و شواهد (در کلیه مدیران و کارکنان مهم مؤسسات که رویکرد IKMS در پیش گرفته‌اند) و آموختن چگونگی استفاده مؤثر و کارآمد از فناوری اطلاعات، کمک می‌کند.

- راهبردها و فعالیت‌هایی که در بهبود نشر و تقسیم اطلاعات تولید شده، مؤثر واقع می‌شوند عبارتند از:
- برقراری سازوکارهای رسمی برای تقسیم اطلاعات میان دفاتر و مؤسسات (مانند توافق‌های وضع شده میان وزارت بهداشت، مؤسسه ملی آمار و اداره ثبت احوال کشور برای تولید و گزارش آمارهای حیاتی)؛
 - آموزش تهیه گزارش و ارائه اطلاعات و گزارش‌ها؛
 - ارتقای کتابخانه‌های مجازی سلامت با گزارش‌های الکترونیکی و پایگاه‌های مهم داده‌ای؛
 - ارتقا و گسترش شیوه‌ی گزارش‌دهی اصلی سلامت به شیوه‌ی سازمان سلامت پان آمریکن (PAHO) و طراحی جداول؛
 - کاربرد تکنیک‌ها و برنامه‌های کامپیوتری برای ویرایش و چاپ داده‌ها و اطلاعات به صورت چاپی یا مجازی؛
 - کاربرد مدیریت اطلاعات و دانش و همچنین رویکردهای تقسیم اطلاعات و ابزارهای الکترونیک؛
 - پیشبرد گفتگوهای میان مدیران نظام سلامت و خدمات سلامت - به عنوان کاربران نهانی اطلاعات خاص برای تصمیم‌گیری - و مسؤولان برنامه‌ریزی، مدیریت و تولید اطلاعات^۱.
- تجربه‌ای که با گزارش‌های نظام‌مند، از طریق ابزار الکترونیک و چاپی به دست می‌آید، به آماده‌سازی اسناد مؤثر کمک می‌کند و شالودهٔ ایجاد پایگاه‌های اینترنتی دیده‌بانی قرار می‌گیرد.
- پایگاه اینترنتی دیده‌بانی ممکن است پنجره‌ای برای مخاطبین بسیار و عموم مردم باشد، اگر چه برخی از اطلاعات کلیدی در درجه اول به برنامه‌ریزان و تصمیم‌گیرندگان رده بالای مراجع سلامت ملی گزارش می‌شود (گزارشات محرمانه در پایگاه اینترنتی وارد نمی‌شود). این پایگاه اینترنتی (وب سایت) را می‌توان به صورت مجازی به تمامی نهادهایی که به عنوان ذینفع دیده‌بانی شرکت می‌کنند و اطلاعات کلیدی خود را از طریق این پایگاه‌ها به اطلاع عموم می‌رسانند پیوند داد.
- چنانچه این پایگاه اینترنتی اطلاعات «رسمی» دیده‌بانی را منتشر می‌کند، به گروهی ویراستار نیازمند خواهد بود تا مسائل انتشار یافته را بازبینی و تأیید نمایند.
- اطلاعاتی که در اختیار عموم قرار می‌گیرد باید:
- از نظر اعتبار علمی و عینیت به تأیید مسؤولان سیاسی و سلامت کشور برسد.

^۱ Gattini.C.2007b

- معتبر، عینی و علمی، پذیرفته شوند.
- برای سیاست و عمل مفید فایده باشد.
- با برنامه‌ها و پروژه‌های سلامت ملی ارتباط داشته باشد.
- معتبر، منسجم، موثق، معرف و حساس باشد.
- جامعیت داشته باشد.
- اخلاقی باشد (برگرفته از WHO, 1997).
- اعتبار و وجهه دیدهبانی به عنوان مرکز معتبر دستیابی به شواهد مبتنی بر سیاست، بستگی زیاد به کیفیت و اعتبار اطلاعات تولید شده، و از آن جمله گزارشات و تحلیل و آینده نگاری دارد. از این رو، مدیریت اطلاعاتی که باید در پایگاه (سایت) قرار گیرد امری حساس است (نشریات چاپی معمولی مدت زمان بیشتری برای آماده‌سازی، بازبینی و ویرایش اسناد نیاز دارند تا تمامی پیش نیازهای چاپ را فراهم کنند). از سوی دیگر، آماده‌سازی و بارگذاری اسناد در پایگاه‌های اینترنتی ممکن است فرایندی سریع و آسان باشد، هر چند اگر فرایند ویرایش و کنترل در میان نباشد تا حدودی خطر ارائه اطلاعات با کیفیت و اعتبار محدود وجود دارد.

فصل سوم

« شالوده تجربی برای راه‌اندازی دیده‌بانی »

- تجارب و توانایی ملی برای دیده‌بانی و دیده‌بان‌ها
- اجرای دیده‌بانی خاص توسط نظام‌های مراقبت و پایش
- دیده‌بانی‌های سلامت
- ابتکارات و ابزارهایی برای مدیریت اطلاعات و تهیه گزارش از مرور کلی

۳- شالوده تجربی برای راه‌اندازی دیده‌بانی

تجربهٔ مراقبت و دیده‌بانی حاصل از نظام‌های موفق مراقبت و پایش و همچنین تعدادی از دیده‌بانی‌های خاص موجود -در سطوح ملی و بین‌المللی- سمت‌گیری و ابزارهای با ارزش را برای سهولت طراحی و راه‌اندازی دیده‌بانی به وجود می‌آورند.

این فصل نیز برخی از ابتکارات سازمان‌های بین‌المللی را که توسط کشورهای مختلف برای تولید داده‌های مربوط، شاخص‌ها و اطلاعات، سیمای سلامت ملی و شرح حال نظام سلامت، نظام‌های پایش و مراقبت و دیده‌بانی به کار می‌روند معرفی می‌کند.

۳-۱- تجارب و توانایی ملی برای دیده‌بانی و دیده‌بانی‌ها

اجرای آنچه برای راه‌اندازی دیده‌بانی پیشنهاد شد وقتی به سهولت انجام می‌شود که کشور در حال حاضر توانایی ملی مدیریت اطلاعات و انجام برخی کارکردهای دیده‌بانی را داشته باشد. کشورهایی که هم اکنون مشغول دیده‌بانی مسائل خاص سلامت‌اند که توسط نظام‌های مراقبت و پایش عملی می‌شود - حتی در حد معدودی دیده‌بانی‌های خاص اجتماعی و سلامت - بیشتر آمادگی آغاز برنامه‌ریزی و راه‌اندازی دیده‌بانی ملی سلامت را دارند.

پاره‌ای از شرایط که وجود آنها در کشورها اجرای دیده‌بانی را تسهیل می‌کند عبارتند از:

- بیشتر محتوای لازم برای پشتیبانی از کار دیده‌بانی در منابع ملی اطلاعات موجود است (حتی اگر این اطلاعات رسماً گزارش یا منتشر نمی‌شود).
- نظام‌های اطلاعات سلامت ملی، از توان مدیریت مؤثر اطلاعات در کلیه سطوح ملی برخوردارند. همان گونه که دیده‌بانی باید فرایند مشابهی (برای اطلاعات برگزیدهٔ مهم) در سطح ثانویه مدیریت اطلاعات داشته باشد.
- بخش اعظم از اساس روش شناختی که در دیده‌بانی به کار می‌رود، هم اکنون نیز در نظام‌های کارآمد سراسری مراقبت و پایش (که کارکردهای خاص دیده‌بانی را به اجرا می‌گذارند) یافت می‌شود.
- گروه‌هایی که بروی تدوین و بهنگام سازی سیمای ملی سلامت و تدوین تاریخچه نظام‌های سلامت کار می‌کنند، توانایی انجام مرور کلی توصیفی و تحلیلی را دارند.
- دیده‌بانی‌های خاص برای مسائل ویژه در سطح کشوری پدید آمده است (مثلاً برای منابع انسانی در نظام‌های سلامت و عدالت در سلامت).

• دیده‌بانی‌های ملی و بین‌المللی - که تکیه بر سلامت عمومی یا نظام‌های سلامت دارند - به عنوان

الگویی برای برنامه‌ریزی و اجرای دیده‌بانی سلامت ملی، در نظر گرفته شده‌اند.

چالش اصلی، ادغام کلیه مضامین و روش‌ها در دیده‌بانی سلامت ملی و ایجاد دیده‌بانی به عنوان ابزار مدیریت مبتنی بر سیاست و هدایت آن است که پاسخگوی نیازهای مسؤولان سلامت ملی باشد. بنابراین، سیاست‌گذاران و تصمیم‌گیرندگان باید بازیگران مرتبط با دیده‌بانی در تمامی مراحل برنامه‌ریزی، اجرا و مدیریت باشند.

سازمان‌های بین‌المللی - مانند سازمان سلامت پان آمریکن (PAHO)، سازمان جهانی بهداشت، دفتر منطقه‌ای سازمان جهانی بهداشت برای اروپا، منطقه اروپایی سازمان سلامت جهانی و سازمان همکاری و توسعه اقتصادی (OECD) - مجموعه‌ای استاندارد و هماهنگ از داده‌ها، راهبردها، روش‌ها، نرم‌افزارها و تجربه‌ها برای ایجاد و جمع‌آوری داده‌های مربوط و شاخص‌ها و اطلاعات تدارک دیده‌اند. نقش کلی مورد انتظار از این مرکز بخش اعظم آنچه را که برای جمع‌آوری، مدیریت و تحلیل مؤثر اطلاعات ضرور است فراهم می‌سازد.

سازمان سلامت پان آمریکن (PAHO) الگوها و ابزارهایی برای کمک به جمع‌آوری و مدیریت داده‌های سلامت ملی و تولید اطلاعات ملی و منطقه‌ای - با رویکرد استاندارد - پدید آورده است تا به جمع‌آوری داده‌ها و تولید شاخص‌ها و اطلاعات کلیدی و مرور کلی بپردازد. کارهای اصلی عبارتند از ابتکار داده‌های اصلی سلامت، الگوی باب سلامتی کشورهای قاره آمریکا و سیمای نظام‌های سلامت. دفتر اروپایی سازمان جهانی بهداشت، ابزارهای مشابهی در منطقه اروپا به کار می‌برد: داده‌های سلامت برای همه و الگوی تصویر سیمای نظام‌های سلامت. ابزارهای اروپایی را می‌توان به عنوان مرجعی مکمل برای ابزارهای موجود سازمان سلامت پان آمریکن (PAHO) به کار برد. سازمان همکاری و توسعه اقتصادی (OECD) نیز مجموعه مفیدی از داده‌ها و شاخص‌ها با دامنه وسیعی از موضوعات مختلف به وجود آورده است. تجربه‌های موفق و ابزارهای مفیدی برای مشاهده و دیده‌بانی‌ها در فصل ۴ توصیف شده است.

۳-۲- رصد کردن خاص که توسط نظام‌های مراقبت و پایش اجرا می‌شود

مراقبت و پایش سلامت دو رویکرد اصلی روش شناختی‌اند که پاره‌ای از کارکردهای خاص دیده‌بانی را به اجرا می‌گذارند. به طور کلی، انواع مختلف نظام‌های پایش و مراقبت از نظر رویکرد و روش برای رصد کردن مسائل مربوط به سلامت، مشابهت‌هایی دارند.

الف) مراقبت مربوط به سلامت

طبق تعاریف مرکز کنترل بیماری CDCS و سازمان جهانی بهداشت (که توسط Nsubuga et al, the WB, 2006, نقل شده است):

«مراقبت سلامت عبارتست از جمع‌آوری، تحلیل و تفسیر نظام‌مند مداوم داده‌های سلامت که برای برنامه‌ریزی، اجرا و ارزیابی فعالیت‌های سلامت عمومی ضرورت دارند و می‌بایست داده‌های آن بموقع انتشار یابد تا اقدامی مؤثر و کارآمد برای پیش‌گیری و کنترل بیماری امکان پذیر باشد.»

پیش‌بینی وضع هوا به معنای جستن نشانه‌های اولیه‌ی اتفاقی است که ممکن است در آب و هوای جایی روی دهد. در دیده‌بانی نیز این کار چیزی نیست جز پیش‌بینی آینده همراه با تخمین یا محاسبه آن چیزی که احتمالاً در آینده برای موقعیت‌های مرتبط با سلامت روی خواهد داد.

مجموعه‌ای از نظام‌های مختلف اطلاعات مبتنی بر پایش و مراقبت باید اطلاعات گذشته را برای اجرا و بهنگام ساختن مرور کلی بخش سلامت و سلامت، فراهم آورند. رصد یا مراقبت، توجه نمودن است، نگرستن با دقت و توجه و ثبت پدیده‌ای که در حال وقوع است یا ممکن است ظاهر گردد یا اتفاق افتد، با استفاده از ابزارها و وسایل برای شناسایی و ثبت وضعیت رصد شده در ارتباط با زمینه‌ای معین. مرور کلی، عبارتست از بررسی وسیع و تهیه خلاصه‌ای عمومی یا جامع از وضعیت سلامت در هر کشور یا جمعیت خاص در مدت معین.

مراقبت از سلامت عمومی بخشی از مراقبت کلی سلامت است که به طور خاص بر زمینه‌ی سلامت عمومی متمرکز شده است.

بنابراین هدف اصلی، گزارش بموقع اطلاعات مناسب و بجا به مسؤولان سیاست‌گذاری و اقدام در ارتباط با سلامت عمومی است. تعریف مرکز کنترل بیماری CDCS در سال ۲۰۰۱ از مراقبت سلامت عمومی چنین است:

«... جمع‌آوری، تحلیل و تفسیر نظام‌مند و مستمر داده‌ها (در خصوص عامل/خطر، عامل‌های خطر، تماس، پیشامدهای سلامت) که برای برنامه‌ریزی، اجرا و ارزیابی اقدامات سلامت عمومی ضرورت دارد و با انتشار بموقع این داده‌ها در میان مسؤولان پیش‌گیری و کنترل همراه می‌شود...»

مراقبت اپیدمیولوژیک دارای همان رویکردهای مراقبت سلامت عمومی است، با این تفاوت که بیشتر بر موضوع پیش‌گیری و کنترل بیماری تأکید دارد. این نوع مراقبت با وضعیت سلامتی و عامل‌های خطر و همچنین برنامه‌های اپیدمیولوژیک سروکار دارد و کاربران اصلی آن همان دست‌درکاران سیاست و عمل در ارتباط با اپیدمیولوژی‌اند.

مراقبت اپیدمیولوژیک، بر بیماری‌های واگیردار، با داده‌های مبتنی بر جمعیت و خدمات، بیماری‌های مزمن غیرواگیردار؛ سلامت روانی و آسیب‌ها؛ غذا و تغذیه؛ و سلامت مادر و کودک تأکید ویژه دارد. از اپیدمیولوژی همچنین برای مراقبت از اطلاعات سلامت محیط زیست بویژه برای کنترل ناقلین بیماری؛ کیفیت آب؛ ایمنی غذا؛ و مدیریت پسماندها، استفاده می‌شود.

خدمات هشداردهنده از طریق اعلام اطلاعات درباره اخطار موقعیتی مرتبط با سلامتی در منطقه معین جغرافیایی، جمعیت هدف و در مقطع زمانی معین گزارش می‌شود.

ب) پایش سیاست‌ها و نظام‌های سلامت

پایش عبارتست از دانش نظام‌مند جنبه‌های مختلف برنامه، پروژه یا راهبردی معین که می‌کوشد ارائه‌ی کالاها و خدمات را با آنچه برنامه‌ریزی شده بود مقایسه کند تا اقدام‌های لازم برای تصحیح نقائص کشف شده صورت گیرد.

پایش نظام‌های سلامت، فرایند نظام‌مند و مستمر جمع‌آوری اطلاعات مهم در ارتباط با ساختار و عملکرد نظام‌های سلامت و جمعیت‌های هدف آنها، و پس از آن تحلیل، تفسیر و گزارش بموقع اطلاعات حاصله به دست اندرکاران نظام‌های سلامت و مسؤولان سیاست و عمل است.

۳-۳- دیده‌بانی‌های سلامت

در دو دهه اخیر برخی از ابتکارات برای ایجاد دیده‌بانی‌های ملی و بین‌المللی سلامت، به ویژه در منطقه اروپا، با موفقیت به اجرا درآمده است. چندین کشور اروپایی به برپایی دیده‌بانی‌های سلامت عمومی در سطح ملی و نیمه ملی، دست زده و تلاش‌ها و تجربیات خود را مانند راه‌اندازی شبکه دیده‌بانی سلامت منطقه‌ای (RHONE)^۱ با هدف ایجاد شبکه‌ای از دیده‌بانی‌های سلامت عمومی در اروپا در اختیار دیگران گذاشته‌اند. انجمن دیده‌بانی‌های سلامت عمومی (APHO)^۲، شبکه‌ای از ۱۲ دیده‌بانی سلامت عمومی را در بر دارد که در پنج کشور اروپایی فعالیت می‌کنند. انجمن دیده‌بانی‌های سلامت عمومی (APHO) اطلاعات، داده‌ها و دانسته‌ها در مورد سلامت مردم و مراقبت از سلامت را به پزشکان، سیاست‌گذاران و جامعه، ارائه می‌کند.^۳

دفتر منطقه‌ای سازمان جهانی بهداشت در اروپا- در مشارکت با برخی دولت‌ها و نمایندگی‌ها- دیده‌بانی اروپایی نظام‌ها و سیاست سلامت را برپا کرده است که به تولید اطلاعات نظام‌مند مناسب و اسناد نظام‌های سلامت در سطح ملی و منطقه‌ای می‌پردازد.^۴

WHO/PAHO همچنین به تقویت دیده‌بانی‌های ملی و منطقه‌ای و کمک به آنها درباره مسائلی مانند منابع انسانی (در بخش سلامت)، عدالت در سلامت، و مسائل جنسیت پرداخته‌اند.

دولت فرانسه از دیده‌بانی ملی برای پایش وضعیت سلامتی در تمام مناطق سلامت فرانسه استفاده می‌کند.^۵ تأکید دیده‌بانی ملی فرانسه بیشتر بر اطلاعات و مراقبت اپیدمیولوژیک قرار دارد. دیده‌بانی سلامت سوئیس که در سال ۲۰۰۲ شکل گرفته است، به پایش و گزارش عناوین مهم و کلیدی پرداخته و به عنوان مرکز اطلاعات، تحلیل و مشاوره خدمت کند.

در حال حاضر، گرایش دیده‌بانی‌های سلامت بر موضوع‌های خاص و تکیه بر حوزه‌های کلیدی از سلامت عمومی قرار دارد. از آن جمله است:

- نظام‌های سلامت
- منابع انسانی

1 Regional Health Observatory Network

2 The Association of Public Health Observatories

3 APHO, 2007

4 WHO Europ, 2006

5 FNORS, 2007

- اصلاحات بخش سلامت
- سلامت عمومی
- مراقبت از سلامت عمومی
- بلاهای طبیعت
- نابرابری‌های در سلامت
- عوامل تعیین‌کننده‌ی در سلامت
- نابرابری‌های جنسیتی در سلامت

توسعه دیده‌بانی‌های سلامت با عوامل زیر تسهیل می‌شود:

همکاری بین‌المللی و ایجاد شبکه میان نهادهای مختلف شرکت‌کننده در ارتباط با سلامت عمومی همراه با حمایت سازمان‌های بین‌المللی مانند سازمان جهانی بهداشت؛

توافق‌ها، ضوابط و استانداردهای بین‌المللی برای هماهنگ‌سازی هر چه بیشتر اطلاعات (که مقایسه و تقویت اطلاعات را میسر می‌سازند)؛

حمایت از راه در اختیار گذاردن فناوری اطلاعات و ارتباطات، که تولید، ادغام و بهنگام‌سازی مؤثر مقادیر زیادی از اطلاعات را در سطح ملی و بین‌المللی مقدور می‌سازد.

بهبود روند سیاست‌گذاری و تصمیم‌گیری که به افزایش تقاضا و کاربرد اطلاعات می‌انجامد، و درک نیازها و تلاش‌های انجام شده توسط کشورها و مؤسسه‌ها برای مسئولیت‌پذیری، پایش و ارزشیابی بهتر به منظور تقویت عملکرد نظام‌های سلامت.

با تجربه‌های به دست آمده از دیده‌بانی‌های موجود، امکان اجرای موفق دیده‌بانی‌های ملی سلامت وجود دارد، به شرط آنکه با نیازها، امکانات، ظرفیت و آمادگی برای حرکت - از نظام‌های پراکنده اطلاعات و مراقبت و پایش به سوی دیده‌بانی منسجم و کارآمد- سازگار شود.

۳-۴- ابتکارات و ابزارهایی برای مدیریت اطلاعات و تهیه گزارش از مرور کلی

سازمان‌های بین‌المللی - مانند PAHO/WHO، دفتر اروپایی سازمان جهانی بهداشت، و سازمان همکاری و توسعه اقتصادی (OECD)- به ارتقای مجموعه هماهنگ و استاندارد شده‌ی داده‌ها، دستور عمل‌ها، روش‌ها، نرم افزارها و تجربه‌های جمع‌آوری داده‌های مربوط و مناسب و شاخص‌ها و اطلاعات دست زده‌اند.

به منظور هدایت جمع‌آوری و مدیریت داده‌ها و اطلاعات سلامت ملی با رویکردی استاندارد، سازمان سلامت پان آمریکن (PAHO) سه ابزار طراحی کرده است که به طور مرتب در کشورهای آمریکا از آنها استفاده می‌شود تا شاخص‌های کلیدی، اطلاعات و مرور کلی را فراهم آورند: ابتکار داده‌های اساسی سلامت، الگوی باب کشوری برای سلامت در کشورهای آمریکا، و سیمای نظام‌های سلامت. دفتر اروپایی سازمان جهانی بهداشت، از ابزارهای مشابه در منطقه اروپا استفاده می‌کند: مجموعه داده‌های سلامت برای همه و الگوی سیمای نظام‌های سلامت. ابزارهای اروپایی را می‌توان به عنوان یک مرجع مکمل برای ابزارهای موجود سازمان سلامت پان آمریکن (PAHO) به کار برد. سازمان همکاری و توسعه اقتصادی (OECD)، نیز مجموعه‌ای از داده‌ها و شاخص‌های مفید را با موضوعات گسترده‌تر فراهم آورده است.

کاربرد داده‌ها و شاخص‌های ملی جمع‌آوری شده توسط این سازمان‌ها تدوین جدول‌های تاریخی (زمانی) است که از طریق اینترنت و با استفاده از نظام مولد جدول در دسترس همگان قرار می‌گیرد.

۳-۴-۱- ابتکارات داده‌های مهم سلامت

الف) ابتکار داده‌های مهم سلامت سازمان سلامت پان آمریکن (PAHO)

داده‌های مهم سلامت که توسط WHO/PAHO تعیین شده‌اند، فهرستی از ۱۰۸ شاخص است که زمینه‌های زیر را در بر می‌گیرد:

- جمعیت‌شناسی (۱۲ شاخص)
- وضعیت اجتماعی اقتصادی (۱۱)
- مرگ (۳۰)
- بیماری (۳۲)
- دسترسی، منابع و پوشش خدمات سلامت (۲۳)

این شاخص‌ها تقسیم‌بندی‌های مفصل‌تری دارند (مانند جمعیت بر حسب گروه سنی) که فهرست شاخص‌های خاص بکار رفته را افزایش می‌دهند. به منظور سهولت مراقبت سالانه، مجموعه‌ای برگزیده از ۵۵ شاخص پایه، هر ساله در هر یک از کشورهای قاره آمریکا بازنگری و به‌نگام می‌شود. گرچه این شاخص‌ها، نشانگرهای پایه تلقی می‌شوند، در پاره‌ای از کشورها، تدوین و نگهداری کامل و درخور اعتماد و ثبت به موقع آنها با مشکل روبه‌روست.

تدوین این شاخص‌ها در سطح استانی به مراقبت وضعیت سلامت در سطوح پراکنده کمک می‌کند و مقایسه میان مناطق جغرافیایی را آسان‌تر می‌سازد.

ب) پایگاه‌های داده‌ای سلامت برای همه در دفتر اروپایی سازمان جهانی بهداشت

شاخص‌های بکار رفته در راهبردهای سلامت برای همه^۱، همانند داده‌های اصلی سلامت سازمان سلامت پان‌آمریکن (PAHO)، با امکانات بالقوه سودمند، هدفی جز رصد کردن وضعیت و روند تعیین‌کننده‌های اجتماعی اقتصادی، وضعیت سلامت، و پاسخ‌های نظام سلامت، ندارد. این پایگاه، شاخص‌های زیر را در بردارد:

- جمعیتی و اجتماعی اقتصادی
- اطلاعات مبتنی بر مرگ و میر
- بیماری، ناتوانی و ترخیص از بیمارستان
- شیوه زندگی و محیط زیست
- منابع مراقبت از سلامت.

ج) مجموعه داده‌های سلامت که توسط سازمان همکاری و توسعه اقتصادی (OECD) پایش می‌شوند

سازمان همکاری و توسعه اقتصادی (OECD) یکی از بنگاه‌های پایش با عضویت ۲۹ کشور (از اروپا و کشورهای آمریکای شمالی) است که در میان دولت‌های عضو، زمینه مشترکی برای گفتگو، آماده‌سازی و بهبود سیاست اقتصادی و اجتماعی فراهم می‌آورد. داده‌های سلامت سازمان همکاری و توسعه اقتصادی (OECD)^۲ یک پایگاه تعاملی داده‌ها برای ذخیره نظام‌مند اطلاعات در خصوص تعدادی از جنبه‌های مهم نظام‌های مراقبت از سلامت از دیدگاه جمعیت‌شناختی، اقتصادی و اجتماعی است. شاخص‌های سلامت سازمان همکاری و توسعه اقتصادی (OECD) در ۱۰ گروه طبقه‌بندی شده‌اند:

۱. وضعیت سلامت
۲. منابع مراقبت از سلامت
۳. بهره‌مندی از مراقبت سلامت
۴. هزینه‌های سلامت

^۱ WHO Euro, 2007

^۲ OECD, 2007

۵. تأمین مالی و پرداخت‌ها

۶. محافظت اجتماعی

۷. بازار فرآورده‌های دارویی

۸. عوامل غیرپزشکی تعیین کننده سلامت

۹. مراجع دموگرافیک (جمعیتی)

۱۰. مراجع اقتصادی

۳-۴-۲ - ارزیابی کارکردهای اساسی سلامت عمومی

سازمان سلامت پان آمریکا (PAHO) چارچوب و الگویی برای ارزیابی کارکردهای اساسی سلامت عمومی در سطح ملی تدوین کرده است که چشم انداز آن، نقش پذیرفته شده توسط مسؤلان سلامت ملی است. این الگو شامل عناوین متعددی مانند ویژگی‌ها و صفات و کارکردهای نظام سلامت با مسائل ویژه مانند ارتقای سلامت، تولید، عدالت و تضمین کیفیت است^۱.

سازمان سلامت پان آمریکا (PAHO) کارکردهای اساسی سلامت عمومی را چنین بیان می‌کند:

«مجموعه اقدامات ضرور، تحت مسؤولیت ابتدایی دولت، که برای رسیدن به

هدف سلامت عمومی یعنی بهبود، ارتقاء حفظ و بازگرداندن سلامت مردم از

طریق اقدام‌های جمعی، نقش اساسی دارد (PAHO, 2000)».

کارکردهای اساسی عبارتند از:

- مراقبت، ارزیابی و تحلیل وضعیت سلامت
- مراقبت، تحقیق، و کنترل خطرات و تهدیدهای سلامت عمومی
- ارتقای سلامت
- مشارکت اجتماعی در سلامت
- تدوین سیاست‌ها و تقویت ظرفیت سازمانی برای برنامه‌ریزی و مدیریت سلامت عمومی
- تقویت توان نظارت بر سلامت عمومی و توان اجرای آن
- ارزشیابی و ارتقای دسترسی عادلانه به خدمات اساسی سلامت
- توسعه و تربیت منابع انسانی در سلامت عمومی

^۱ PAHO, 2002a

- تضمین کیفیت در خدمات شخصی و جمعی سلامت

- تحقیق در سلامت عمومی

- کاهش اثرات حوادث غیر مترقبه و بلاهای طبیعت بر سلامت

مفاهیم، استانداردها و شاخص‌های تعیین شده برای هر یک از مؤلفه‌های کارکرد ضرور، چارچوبی خاص دارد. گزارش نهایی به طور عمده بر پاسخ‌های کیفی و تشریحی به مجموعه پرسش‌های مطرح شده برای ارزیابی هر کارکرد، استوار است.

۳-۴-۳- سیمای سلامت کشور

برای آماده‌سازی نشریات دوره‌ای سازمان سلامت پان آمریکن (PAHO) در مورد سلامت در کشورهای آمریکا^۱ الگوی استاندارد وجود دارد. این الگو موضوع‌هایی را که باید توصیف شود و اندازه و شکل هر فصل از گزارش را که باید تهیه شود نشان می‌دهد (تا در مجلدی منطقه‌ای گنجانده شود و مقایسه‌ی میان کشورها را آسان‌تر کند).

مضامینی که در پوشش سیمای سلامت ملی قرار می‌گیرد، شرایط سلامت کشور را در مدت معین خلاصه می‌کند و بر مسائل جاری سلامت که اهمیت خاص دارند تأکید می‌ورزد:

(الف) زمینه کلی و عوامل تعیین کننده سلامت؛ موقعیت کلان سیاسی، اجتماعی و اقتصاد کلان؛ جنبه‌های جمعیتی و مرگ و میر در کشور.

(ب) مشکلات سلامت: این بخش نماهای مختلف مرگ و بیماری در کشور را براساس گروه‌های سنی و جنسی در بر می‌گیرد: اول، بر حسب گروه‌های جمعیتی (مسائل سلامت و تغییرات و روند آنها؛ و داده‌های پراکنده برحسب سن و جنسیت) و دوم، بر حسب مسائل سلامت، بیماری، یا شرایط معین (وضعیت، تغییرات و روند بلاهای طبیعت و حوادث پدید آمده در اثر فعالیت بشر).

(ج) سیاست‌های عمومی و نظام‌های ملی سلامت و حفاظت اجتماعی: اول، سیاست‌ها و برنامه‌های ملی سلامت؛ راهبردها و برنامه‌های سلامت؛ و دوم، تشکیلات نظام سلامت که مرکب است از:

- خدمات سلامت عمومی

- خدمات مراقبت فردی

- ارتقای سلامت

^۱ PAHO, 2007

- منابع انسانی
- لوازم سلامتی^۱
- تحقیق و فناوری سلامت
- هزینه‌های بخش سلامت و تأمین مالی
- همکاری فنی و تأمین مالی از منابع خارجی

جزئیات این راهنمای در پیوست (۱) آمده است: «دستورعمل‌های تدوین فصل کشوری سلامت در قاره آمریکا، چاپ سال ۲۰۰۷».

۳-۴-۴- سیمای نظام سلامت

(الف) سیمای نظام سلامت در سازمان سلامت پان آمریکن (PAHO)

از سال ۱۹۹۸، سازمان سلامت پان آمریکن (PAHO) دستورعمل‌های خاصی را برای آماده‌سازی سیمای نظام سلامت به کار گرفته است که هدف آنها توصیف نظام‌های سلامت و پایش اصلاحات بخش سلامت است. تصویر نظام‌های سلامت که با این دستورعمل‌ها پدید آمده، در بیشتر کشورهای آمریکا تکمیل و حتی به‌نگام شده است. تحلیل‌های بکار رفته در این تصویرها برای ارزیابی اصلاحات مفید بوده و به ابزار کار مقامات ملی (سیاست‌گذاران و تصمیم‌گیرندگان) و نهادهای بین‌المللی تبدیل شده است. توصیف تحلیلی نظام ملی سلامت و شرایط آن موضوعاتی از این قبیل را در بر می‌گیرد: اصلاحات، کارکردهای اساسی سلامت عمومی، تقویت نقش راهبری مسئولان سلامت کشور، توسعه منابع انسانی و حفاظت اجتماعی در سلامت.

حوزه‌هایی که در پوشش دستورعمل‌های توسعه سیمای نظام سلامت قرار دارند عبارتند از:

۱. زمینه: شرایط سیاسی، اجتماعی، اقتصادی، جمعیتی/ اپیدمیولوژیک که بر توسعه و عملکرد نظام‌های سلامت اثر می‌گذارند.
۲. نظام سلامت: ساختار کلی؛ منابع انسانی، داروها، تجهیزات و فناوری؛ و کارکردهای نظام سلامت: نقش راهبری؛ تأمین مالی؛ بیمه؛ و فراهم‌سازی خدمات
۳. اصلاح بخش سلامت: تکیه بر پایش فرایند دارد: دینامیک اصلاحات و محتوای آن؛ و ارزشیابی نتایج (عدالت، کارایی، اثربخشی/ کیفیت، تداوم، مشارکت اجتماعی).

^۱ Health Supplies

ب) سیمای نظام سلامت در دفتر اروپایی سازمان جهانی بهداشت

دیده‌بانی نظام‌ها و سیاست‌های سلامت اروپا الگو و پرسشنامه‌ای برای ترسیم سیمای نظام‌های سلامت و ابزاری برای جمع‌آوری اطلاعات استاندارد و مقایسه‌پذیر، تدوین کرده است که گزارشاتی با مرور تحلیلی نظام‌های در حال تغییر سلامت ارائه می‌کنند.

این الگو، دستورعمل‌های مفصل و پرسش‌ها، تعاریف و مثال‌های خاصی را که برای تنظیم سیما بدانها نیاز است فراهم می‌آورد^۱ این الگو و سیمای نظام سلامت را می‌توان به صورت PDF از پایگاه اینترنتی دیده‌بانی اروپا دریافت کرد^۲.

داده‌های کمی خدمات سلامت که در تصویرهای نظام سلامت به کار رفته، توسط منابع مختلف، بویژه پایگاه داده‌ای دفتر اروپایی سازمان جهانی بهداشت درخصوص سلامت برای همه، داده‌های سلامت سازمان همکاری و توسعه اقتصادی (OECD) و داده‌های بانک جهانی فراهم می‌شود.

دیده‌بانی اروپا از طریق تحلیل جامع و دقیق دینامیک نظام‌های مراقبت سلامت اروپا به ارتقای سیاست‌گذاری مبتنی بر شواهد سلامت می‌پردازد. سیمای نظام‌های در حال تغییر سلامت را باید گزارش‌های کشوری دانست که توصیف مبسوط از هر نظام مراقبت سلامت و ابتکارات اصلاح و سیاست در حال اجرا یا در حال توسعه‌ی نظام را، ارائه می‌کنند.

تنظیم اطلاعات و تدوین سیمای نظام سلامت با محدودیت‌های روش شناختی زیر مواجه است:

۱. اطلاعات نسبتاً کم موجود در نظام‌های سلامت و اطلاعات مربوط به تأثیر اصلاحات در پاره‌ای از کشورها.

۲. بخش عمده‌ی اطلاعات مبتنی بر مدارکی است که از سوی کارشناسان هر کشور در اختیار قرار می‌گیرد. از این رو، بخشی از این اطلاعات ممکن است ذهنی یا حتی سمت‌گیرانه باشد (حتی اگر توسط متخصصان مستقل بازمی‌بینی شود)؛

۳. فقدان واژگان مورد توافق برای تعریف گوناگونی وسیع نظام‌ها در اروپا.

^۱ Mossialos et al, 2007

^۲ www.euro.who.int/observatory

برای استانداردسازی و غلبه بر این محدودیت‌ها، در کوششی جمعی، مجموعه‌ای از تعاریف متداول تدوین شده است، اما همچنان امکان دارد مغایرت‌هایی وجود داشته باشد زیرا این محدودیت‌ها، ذاتی مقایسه بین‌المللی نظام‌های سلامت با استفاده از چشم‌اندازهای گوناگون است^۱.

^۱ Mossialos et al, 2007

فصل چهارم

« کاربرد اطلاعات مرتبط و پاسخگو برای تصمیم‌گیری »

- شناخت و تسهیل کاربرد اطلاعات برای تصمیم‌گیری
- کاربرد پویای حوزه‌های اطلاعات به عنوان منابع رصد کردن
- نقش اطلاعات پاسخگو برای تصمیم‌گیری در سلامت عمومی
- نقش اطلاعات پاسخگو برای تصمیم‌گیری در نظام‌های

سلامت

۴- کاربرد اطلاعات مرتبط و پاسخگو برای تصمیم‌گیری

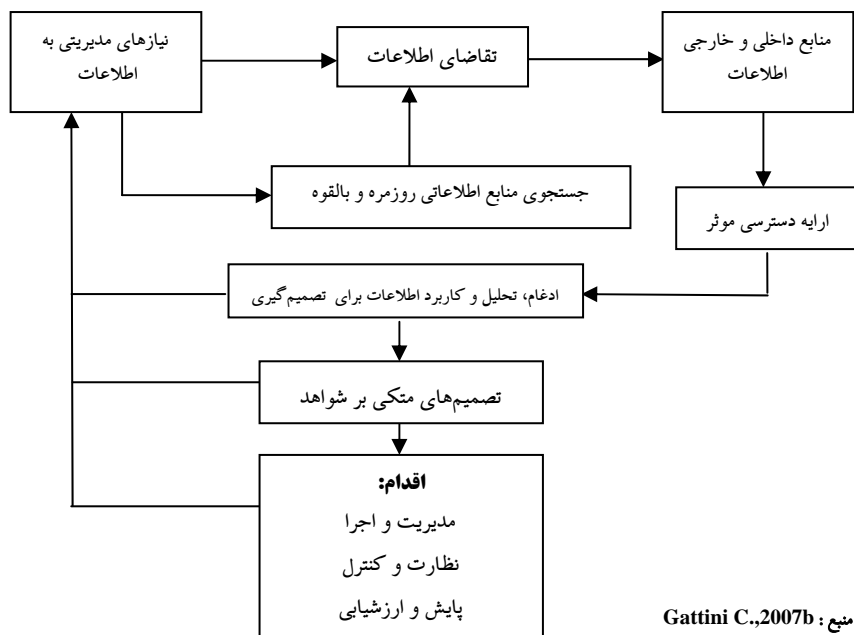
دیده‌بانی، کاربرد اطلاعات را برای تصمیم‌گیری در سلامت عمومی بهبود می‌بخشد و تسهیل می‌کند. برای کمک به تصمیم‌گیری در سطوح مختلف نظام‌های سلامت به گستره‌ای از اطلاعات نیاز است؛ با این حال، دیده‌بانی تنها بر روی اطلاعات مهم مناسب تأکید دارد که برای اجرای کارکردهای آن ضرورت دارند. گروه‌های مسؤول مدیریت دیده‌بانی باید از نیاز به تعیین و انتخاب اطلاعات معنادار که برای کمک به تصمیم‌گیری مبتنی بر شواهد، ضرورت دارد آگاه باشند.

۴-۱- شناخت و تسهیل کاربرد اطلاعات برای تصمیم‌گیری

تصمیم‌گیری مبتنی بر شواهد، برای مؤثر بودن باید توسط اطلاعات معنادار مناسب و ضرور پشتیبانی شود تا نیازهای اطلاعاتی سیاست‌گذاران و مدیران را در سطوح مختلف برطرف کند. به نسبتی که دیده‌بانی، عملکردی کارآمد داشته و پاسخگوی نیازهای اطلاعاتی باشد ابزار با ارزشی برای کمک به تصمیم‌گیری خواهد بود.

ارتباط میان اطلاعات و تصمیم‌گیری چرخه‌ای از نیازها، تقاضا و کاربرد اطلاعات را، آن گونه که در نمودار ۴-۱ دیده می‌شود، ایجاد می‌کند.

نمودار ۴-۱: نیازها، تقاضا و کاربرد اطلاعات برای تصمیم‌گیری



فرایند اصلی تقاضا و کاربرد اطلاعات از دیدگاه تصمیم‌گیرندگان در جدول ۱-۴ نشان داده شده است. در این نگاه، کار دیده‌بانی، کسب اطلاعات یکپارچه، ارائه مرور تحلیلی استوار، کمک به تحلیل بیشتر و کاربرد اطلاعات است. برای اطمینان یافتن از پاسخگو بودن دیده‌بانی به نیازهای اطلاعاتی، تصمیم‌گیرندگان باید در اجرا و مدیریت بیشتر دیده‌بانی، حضور و مشارکت داشته باشند.

جدول ۴-۱ فرایندهای دخیل در تقاضا و کاربرد اطلاعات توسط تصمیم‌گیرندگان

موضوع	فرایندهای دخیل (دیدگاه تصمیم‌گیرندگان)
نیازها	<ul style="list-style-type: none"> نیازهای متصور و نیازهای تعیین شده با معیارهای فنی ارزشیابی برای برآوردن تقاضاهای صریح، برحسب احتمال فراهمی و مفید بودن اطلاعات
تقاضا	<ul style="list-style-type: none"> تقاضای صریح اطلاعات: الف- تقاضاهای روزمره و معمول (معمولاً ضمنی و در پی عادت به ارائه شدن اطلاعات) ب- تقاضاهای خلق الساعه (اطلاعات مشخص در زمانی معین)
ارائه/ دسترسی	<ul style="list-style-type: none"> منابع اطلاعات (به ویژه، نظام‌های اطلاعات سلامت)، اطلاعات کلیدی را در اختیار می‌گذارند. این به معنای دسترسی تصمیم‌گیرندگان به اطلاعات (درونداد هر اقدام) است. ارائه و دسترسی به اطلاعات، تسهیم اطلاعات لازم در میان تولیدکنندگان و کاربران اطلاعات را شامل می‌شود.
کاربرد	<ul style="list-style-type: none"> اطلاعات، دریافت و در راه شناخت تصمیم‌گیری، تحلیل و استفاده از آن کاربرد می‌یابد. تحلیل اطلاعات (دیدگاه‌های تصمیم‌گیرندگان)، و کاربرد اطلاعات و شواهد مفروض در فرایند تصمیم‌گیری بازخورد، رسیدن به نیازهای بعدی ثانوی و تقاضای اطلاعات
بازخورد	<ul style="list-style-type: none"> پس دادن آگاهی درخصوص اطلاعاتی که دریافت شده و به کار رفته است تا فرصتی برای بهبود بیشتر در تولید و مصرف اطلاعات فراهم آید.

تقاضای اطلاعات تحت تأثیر انتظارات مدیریتی موجود در مورد ارزش، فایده، کیفیت، فرصت، پوشش و امکان دسترسی به اطلاعاتی دارد که مدیران لازم و مرتبط می‌دانند. دسترسی کارآمد و کاربرد اطلاعات

دارای اهمیت بسیار است و در این مورد هم امکان استفاده مفید به قابلیت‌های مدیران در دسترسی، تحلیل و کاربرد اطلاعات بستگی می‌یابد. چنانچه اطلاعات لازم، نیازهای مدیران را به حساب نیاورد، آنگاه پاسخگو نبوده و به عنوان ابزار تصمیم‌گیری ارزش چندان نخواهد داشت. گروه مدیریت دیده‌بانی برحسب نیازها و ضرورت‌ها، می‌تواند در تمامی مراحل فرایند همکاری داشته باشد.

تصمیم‌گیری معمولاً با اقدام‌ها و راه‌حل‌هایی روبه روست که درجات مختلف از قطعیت دارند. با توجه به هدف‌های عملیاتی این کتابچه، تصمیم‌گیری به معنای فرایند منطقی انتخاب اقدامات لازم از میان گزینه‌های مختلف است. در عمل و با این فرض که نمی‌توان برخی تصمیمات را به تعویق انداخت، فرایند تصمیم‌گیری ممکن است کاملاً متکی به منطق و منطقی همراه با درجاتی از برداشت‌های شهودی، یا بر پایه تجربه‌های پیشین و شیوه شخصی مدیریت کاملاً شهودی باشد که در آن غلبه با حدس و گمان خواهد بود.

کاربرد اطلاعات بستگی به اطلاعات و شواهد موجود؛ شیوه و ظرفیت مدیریت و فرهنگ تصمیم‌گیرندگان و عرف برخورد با اطلاعات و تصمیمات؛ و فوریت یا فشار تشخیص داده شده برای گرفتن تصمیم‌های خاص دارد. چون- تا جایی که امکان دارد- فرایند باید بر پایه شواهد استوار باشد از این رو دسترسی به مدیریت کارآمد اطلاعات و دانسته‌ها ضرورت اساسی دارد.

فرایندهای خاص تولید، نشر و کاربرد داده‌ها و اطلاعات برای تصمیم‌گیری، در جدول ۲-۴ نمایش داده شده است. تولید کنندگان و کاربران اطلاعات، نقش مکمل دارند. دیده‌بانی در افزودن به ارزش اطلاعات و تضمین استواری، ادغام یافتگی، معنی‌دار بودن و پاسخگو بودن آن دخیل است. دیده‌بانی همچنین قادر است ظرفیت تصمیم‌گیرندگان را در تحلیل، تفسیر، گزارش و کاربرد اطلاعات برای تصمیمات و اقدامات افزایش دهد.

جدول ۴-۲ فرایندهای ویژه در تدوین، انتشار و به کارگیری شاخص‌ها در تصمیم‌گیری

برونداها	فرایند ویژه
<ul style="list-style-type: none"> • داده‌های اولیه (مانند مرگ کودکان، مراجعه‌های پزشکی) 	ثابت رویدادهای سلامت یا مراقبت سلامت
<ul style="list-style-type: none"> • داده‌های اولیه (مانند تولد زنده، جمعیت) 	ثابت یا برآورد جمعیت هدف برای هر رویداد
<ul style="list-style-type: none"> • داده‌های ترکیبی (مانند کودکان زیریکسال، مراجعه به پزشک بر حسب جمعیت) 	تدوین شاخص
<ul style="list-style-type: none"> • (نسبی) مرگ بی‌شمار یا اندک؛ مراجعه فراوان یا محدود به پزشک 	مقایسه شاخص با رقم مرجع (اعم از ضابطه‌مند یا تجربی)
<ul style="list-style-type: none"> • مقایسه روندها، مناطق، عامل‌های مؤثر بر ابعاد رویداد، علیت، آینده 	تحلیل آماری
<ul style="list-style-type: none"> • مفهوم و کاربرد یافته‌ها در واحدهای واقعی که تحلیل درباره آنهاست 	تفسیر یافته‌ها درباره موضوع گزارش یافته‌ها و نتیجه تحلیل
<ul style="list-style-type: none"> • گزارش‌هایی مرکب از یافته‌ها، نتیجه‌گیری‌ها و کاربرد آنها در سیاست، مدیریت و اقدام 	انتشار نتایج و در میان‌گذاران اطلاعات
<ul style="list-style-type: none"> • فرستادن نتایج و گزارش‌ها به تصمیم‌گیرندگان 	دسترسی و بهره‌گیری (در سطوح گوناگون و انواع مدیریت‌ها)
<ul style="list-style-type: none"> • پس از دریافت اطلاعات از آن برای شناخت تصمیم‌گیری، تحلیل و کاربرد استفاده شده است 	
<ul style="list-style-type: none"> • تحلیل اطلاعات (دیدگاه‌های تصمیم‌گیران)، و 	
<ul style="list-style-type: none"> • بهره‌گرفتن از اطلاعات و شواهد مفروض در فرایند تصمیم‌گیری 	

مراحل اولیه معمولاً توسط تولیدکنندگان اطلاعات صورت می‌گیرد: رویدادهای سلامت به عنوان داده‌های اولیه در واحدهای ارائه‌کننده‌ی خدمات از سلامت ثبت می‌شود. دست‌یافتن به داده‌های مربوط به جمعیت که معمولاً در دفاتر آمار فراهم می‌شود، در تدوین شاخص‌های سلامت سهیم است. ارزیابی میزان شاخصی

معین از مقایسه آن با رقم مرجع (مرجع نظری، تجربی یا ضابطه‌مند) استفاده می‌شود. در مراقبت و پایش از تغییرات مقطعی یا تغییرات شاخص در طول زمان برای رصد کردن و آینده‌نگاری بهره می‌گیرند.

تحلیل آماری دارای درجات مختلفی از پیچیدگی است، اما معمولاً آمار روزمره‌ی تصمیم‌گیری نیاز به تحلیل پیچیده ندارد و برنامه‌های کامپیوتری موجود، شواهد کافی در اختیار مدیران، قرار می‌دهند. تفسیر یافته‌های توصیفی و آماری در زمینه‌ی سلامت و نظام‌های سلامت معنای بیشتری به اطلاعات می‌بخشد.

توزیع درست گزارش‌دها و دستاوردها و تحلیل‌ها شناخت و ارتباط بهتر با تصمیم‌گیرندگان را ممکن می‌سازد. با این وجود، کاربرد اطلاعات مستلزم توانایی مدیریتی برای استفاده از آن در سطوح مختلف مدیریت برای تصمیم‌گیری است. قبل از تصمیم‌گیری نهایی مرحله تحلیل قرار دارد که نیازمند اطلاعات کافی برای مرور کلی پویا و از آن جمله نکته‌های له و علیه هر گزینه و سناریوی مورد انتظار (پیش‌بینی شده) است.

وقتی فرهنگ نظام‌های سلامت گرایش بیشتری به بیمار محوری، صداقت و اعتمادپذیری می‌یابند، مزایای آموزش و تغییر را درمی‌یابند، روحیه کار گروهی پیدا می‌کنند و آماده تسهیم آزاد اطلاعات می‌شوند.

برخی راهبردها و فعالیت‌های خاص برای بهبود ظرفیت مدیریتی در استفاده از اطلاعات مؤثرند. از آن جمله است:

- پشتیبانی از مدیران- در رویکردی چند رشته‌ای- برای شناسایی نیازهای اطلاعات و انتخاب مضمون؛
- حمایت از آموزش مدیران در مورد تحلیل اطلاعات، برای دستیابی به شواهد مورد نیاز تصمیم‌گیری مؤثر و کارآمد؛
- تقویت کاربرد تجهیزات و نرم افزارهای محاسباتی توسط مدیران، برای تحلیل و ارزیابی اطلاعات؛
- تدوین، انطباق و انتقال تکنیک‌های کافی برای جمع‌آوری داده‌های بیشتر و غیرمعمول و تحلیل اطلاعات؛
- معرفی یا ابداع روش‌های آماری و اپیدمیولوژیک برای استفاده کسانی که اطلاعات مربوط به نابرابری‌ها در سلامت و دسترسی به مراقبت سلامتی و تعیین‌کننده‌های آن‌ها را ارائه می‌کنند. از آن جمله است ارائه نموداری، تحلیلی و ترکیبی.
- کمک به از آموزش مدیران در زمینه‌ی درک نظام‌ها و خدمات سلامت، و نقش اطلاعات مربوط به سلامت برای تصمیم‌گیری و اقدام؛
- استفاده از نظام‌های اطلاعات مدیریت که گزارشات و شاخص‌های ثانویه‌ی را برای کمک به تحلیل و ارزیابی عملکرد مراقبت از سلامت تهیه می‌کنند (مانند برنامه PAHO WINSIG).

- ارائه راهنماهای روش شناختی برای تحلیل اطلاعات زمانی در زمانی که تدوین چنین راهنماهایی عملی نباشد.
 - استفاده از نظام‌های اطلاعات جغرافیایی (GIS) و همچنین روش‌هایی برای تحلیل سریع و استفاده از نظرخواهی به منظور ارزیابی وضعیت سلامت و پاسخگویی نظام‌های سلامت؛
 - برقراری نظام پایش درخصوص دسترسی به اطلاعات و کاربرد آن توسط مدیران و نیز ثبت پویای نیازهای اطلاعاتی مدیران که باید هر چند وقت یک بار با تولید کنندگان اطلاعات مورد بحث قرار گیرد.
- جزوه‌های آموزشی مدیران احتمالاً باید با انواع عمومی‌تر مدیریت (اجرایی، مالی، بالینی) سازگار شود و با جزوه‌هایی برای آموزش مسئولان هماهنگی و تولید اطلاعات تکمیل شود تا درک بهتر از چشم‌انداز سازمانی تصمیم‌گیری میسر باشد.

۴-۲- کاربرد پویای حوزه‌های اطلاعات به عنوان منابع رصد کردن

از حوزه‌های مختلف اطلاعاتی می‌توان به عنوان منبع اولیه اطلاعات برای مدیریت اطلاعات و عملکرد کلی دیده‌بانی استفاده کرد. شناختن اطلاعات سلامت موجود در هر منبع، آنچه در میان می‌گذارند، و چگونگی برپایی شبکه تقسیم اطلاعات و مزایای آن برای کلیه منابع شرکت کننده اهمیت بسیار دارد. منابع اولیه تولید اطلاعات دیده‌بانی گاهی می‌تواند از گزارشات به دست آمده توسط دیده‌بانی بهره می‌گیرند.

۴-۲-۱- نظام ملی اطلاعات سلامت

اکثر اطلاعات به کار رفته برای گزارش‌های آماری، نیز مجموعه‌های زمانی و مقایسه‌های جغرافیایی، حاصل نظام ملی اطلاعات سلامت است. این سیستم شبکه پیچیده‌ی از اطلاعاتی، مرکب از چندین نظام خاص اطلاعات است که در برنامه‌ها، دفاتر و مؤسسات گوناگون جریان دارد توسط مسئولان سلامت، سازمان می‌یابد و هماهنگ می‌شود. نظام‌های اطلاعات سلامت، تولید اطلاعات مربوط به سلامت را با تأکید بر سیاست، تصمیم‌گیری و اقدام در ارتباط با سلامت هدف خود قرار داده‌اند. جدول ۴-۳ مهمترین نظام‌های ویژه اطلاعاتی را نشان می‌دهد^۱.

^۱ Gattini C., 2007a

جدول ۴-۳- مهمترین نظام‌های ویژه اطلاعاتی و منابع اطلاعات

منابع مهم اطلاعاتی	نظام‌های ویژه اطلاعات	
۱- نظام‌های اطلاعات متکی بر جمعیت		
<ul style="list-style-type: none"> • سرشماری • ثبت احوال • مرکز ملی آمار • وزات بهداشت • خدمات سلامت • بررسی‌های مرتبط با سلامت و مسکن • اطلاعات برگرفته از جامعه • وزارت اقتصاد • وزارت آموزش و پرورش • مدارس (مدارک و آمارها) • مراکز تحقیق و آموزش سطح سوم • کشاورزی و بازرگانی • دیگر بخش‌ها • مؤسسه‌های بین‌المللی و نهادهای آماری 	آمارهای جمعیتی و حیاتی	
	آمارهای اجتماعی یا اجتماعی اقتصادی	
	وضعیت سلامت (گزارش شخص از وضعیت خود)	
	عامل‌های خطر	
	بیماری (بررسی‌ها، ایستگاه‌های دیده‌ور و برپایه خدمات)	
	ناتوانی (بررسی‌ها، بر پایه خدمات)	
	مرگ (مادران، کودکان زیریکسال و دیگر مرگ‌های پیش‌گیری پذیر)	
	غذا و تغذیه	
	۲- نظام‌های اطلاعات مراقبت محور	
	<ul style="list-style-type: none"> • وزارت بهداشت • خدمات سلامت • نظام‌های مراقبت اپیدمیولوژیک • بررسی‌های بهداشتی • وزارت آموزش و پرورش • مدارس (مدارک و آمارها) • مراکز تحقیق و آموزش سطح سوم 	بیماری‌های واگیردار (نظام مراقبت) بر پایه جمعیت و خدمات
بیماری‌های مزمن غیرواگیردار، سلامت روانی و آسیب‌ها (از جمله با نظام مراقبت)		
غذا و تغذیه (از جمله از راه مراقبت تغذیه‌ای)		
سلامت مادر و کودک (تغذیه، بیماری، مرگ، عامل‌های خطر)		
۳- نظام‌های اطلاعاتی بخش سلامت و خدمات سلامت		
<ul style="list-style-type: none"> • وزارت بهداشت • نظام سلامت و خدمات سلامت • سازمان‌های بیمه سلامت 	تأمین مالی سلامت	
	منابع انسانی	
	زیرساختار فیزیکی	

<ul style="list-style-type: none"> • دفاتر ملی آمار • مؤسسه‌های تجاری و دارو • وزارت دارایی • بانک مرکزی 	<p>فناوری ویژه پزشکی (تجهیزات پزشکی، آزمایشگاه، تصویربرداری، پاتولوژی)</p> <p>دارو</p> <p>شبکه مراقبت سلامت (مراقبت اولیه سلامت، بیمارستان، نظام ارجاع)</p> <p>برنامه‌های کشوری سلامت (سلامت باروری، سلامت کودک، سلامت نوجوان، سلامت سالمندان)</p>
<p>۴- نظام‌های اطلاعاتی متکی به بیمار (متکی بر خدمات سلامت)</p>	
<ul style="list-style-type: none"> • وزارت بهداشت • نظام سلامت و خدمات سلامت • سازمان‌های بیمه سلامت 	<p>داده‌های مدیریتی و بالینی بیماران</p> <p>مدارک الکترونیک پایگاه‌های داده‌ای</p>
<p>۵- نظام‌های اطلاعات بهداشت محیط (از جمله اطلاعات بر گرفته از مراقبت)</p>	
<ul style="list-style-type: none"> • وزارتخانه‌های بهداشت یا محیط زیست • خدمات سلامت و خدمات بهداشت محیط • مسئولان آب و فاضلاب • شهرداری‌ها • وزارت کار • صنایع • مراکز تحقیق و آموزش سطح سوم • مؤسسه‌های بین‌المللی و نهادهای آماری • بررسی‌های سلامت و مسکن • اطلاعات بر گرفته از جامعه 	<p>کنترل ناقلین (مالاریا، تب دانگ، دیگر بیماری‌ها)</p> <p>کیفیت آب آشامیدنی</p> <p>ایمنی غذا</p> <p>مدیریت پسماندها</p> <p>سلامت حرفه‌ای</p>
<p>۶- کتابخانه مجازی و مخازن داده‌ها</p>	
<ul style="list-style-type: none"> • کتابخانه‌ها • مراکز اسناد • مراکز تحقیق و آموزش سطح دوم • اینترنت 	<p>کتابخانه مجازی</p> <p>مخازن داده‌ها</p>

۴-۲-۲- نظام‌های مراقبت اپیدمیولوژیک و سلامت عمومی

نظام‌های مراقبت اپیدمیولوژیک و سلامت عمومی مضامین اساسی دیده‌بانی را فراهم می‌سازند. بهبود ساختار و عملکرد این نظام‌ها و همچنین تضمین پوشش سراسری خدمات آنها اهمیت زیاد در تهیه اطلاعات کلیدی برای سلامت جمعیت دارد که اساس مرور کلی سلامت را تشکیل می‌دهد. در کشورهای مختلف انواع نظام‌های مراقبت به اجرا درآمده‌اند از آن جمله است:

- نظام مراقبت سلامت عمومی (مرکب از چندین نظام خاص)
- نظام مراقبت اپیدمیولوژیک (مرکب از چندین نظام خاص)
- نظام مراقبت بیماری‌های خاص واگیردار
- نظام مراقبت بیماری‌های غیر واگیردار
- نظام مراقبت سلامت روانی
- نظام مراقبت عامل‌های پرخطر رفتاری
- نظام مراقبت عامل‌های اجتماعی مؤثر بر سلامت
- مراقبت ناتوانی (معلولیت)
- مراقبت مرگ (مرکب از چندین نظام خاص)
- نظام مراقبت آسیب‌ها
- نظام مراقبت تغذیه‌ای
- مراقبت از سلامت زیست محیطی (مرکب از چندین نظام خاص)
- نظام مراقبت و کنترل ناقلین بیماری
- نظام مراقبت کیفیت آب آشامیدنی
- نظام مراقبت ایمنی غذا
- نظام مراقبت مدیریت پسماندها
- نظام مراقبت سلامت حرفه‌ای

۴-۲-۳- پایش نظام‌های سلامت

اطلاعات حاصل از پایش نظام‌های سلامت نیز برای مضامین مرور کلی اهمیت بسیار دارد. معمولاً، تعدادی نظام‌های جدا از هم وجود دارند که هر یک بخش‌هایی از نظام‌های سلامت (مانند منابع انسانی،

بهره‌وری، تأمین مالی) را پایش می‌کنند. بعضی از نظام‌های پایش که به ارزیابی اصلاحات مراقبت سلامت می‌پردازند اطلاعات جامع‌تری برای دیده‌بانی فراهم می‌آورند.

نظام‌های پایش سلامت مسائلی از این قبیل را در برمی‌گیرند:

- تأمین مالی سلامت
- منابع انسانی
- زیرساختار فیزیکی
- فناوری خاص پزشکی (تجهیزات پزشکی، آزمایشگاه، تصویر برداری، آسیب شناسی)؛
- دارو؛
- شبکه مراقبت سلامت (مراقبت اولیه سلامت، بیمارستان، نظام ارجاعی)
- برنامه‌های کشوری سلامت (سلامت باروری، کودک، نوجوان و سالمند)

تعدادی از نظام‌های پایش، طرح‌های خاص و پروژه‌ها و برنامه‌های خودگردان یا مستقل (مانند پروژه‌های خاص در مورد HIV/AIDs را که توسط منابع بین‌المللی پشتیبانی و تأمین مالی می‌شود) در پوشش خود دارند اما باید پاسخگوی دروندادها، فرایندها و بروندادهای خود باشند.

۴-۲-۴ کتابخانه‌ها، مراکز اسناد و مخازن داده‌ها

کتابخانه‌های واقعی و مجازی، مراکز اسناد و مخازن داده‌ها حاوی اطلاعات ذخیره شده‌ی جامع و مفید متنوع‌اند (کمی، کیفی، متنی، نموداری، چند رسانه‌ای و سمعی بصری) که در دسترس کاربران قرار می‌گیرد و پاسخگوی تقاضاهای خاص برای اطلاعات است. تعدادی از کتابخانه‌های سنتی به مراکز الکترونیکی اسناد و مدارک و همچنین مراکز مدیریت اطلاعات و دانسته‌ها تبدیل شده‌اند. این گونه کتابخانه‌ها ترکیبی از مواد چاپ شده و الکترونیکی را در کنترل خود دارند که برای برقراری ارتباط و تقسیم دانسته‌ها توسط یک سکوی کامپیوتری حمایت می‌شوند. دسترسی به این مراکز از طریق اینترنت و استفاده از خدمات آنها امکان‌پذیر است.

مراکز اصلی اسناد (با سطوح مختلف ماشینی شدن) و مخازن ذخیره داده‌ها را می‌توان در مؤسسات رسمی دولتی یا عمومی - مانند وزارتخانه‌ها، خدمات سلامت ملی، مؤسسات ملی آمار و مراکز تحقیقاتی - یافت.

۴-۲-۵- تحقیق سیاست محور بر روی سلامت

تحقیق سیاست محور سلامت- به ویژه تحقیق در مورد نظام‌ها و خدمات سلامت- منبع بسیار ارزشمند اطلاعات و شواهد برای تکمیل خرده اطلاعات و شواهد به کار رفته برای انجام مرور کلی جامع از موقعیت معینی است که دیده‌بانی می‌شود. سهم تحقیق به ویژه درباره آن دسته از موضوعات که با آمارهای معمول سلامت یا نظام‌های سنتی اطلاعات، امکان سنجش یا گزارش آنها وجود ندارد بسیار مهم است.

از تحقیق و ارزشیابی سیاست محور غالباً برای طراحی و تقویت نظام‌های سلامت و اصلاحات بخش سلامت استفاده می‌شود. با این وجود، معرف بودن یافته‌ها و نتایج را باید در نظر گرفت، زیرا بسیاری از پروژه‌های تحقیقاتی معرف همه‌ی کشور نیستند (مانند، مطالعه درباره پر فشاری خون در منطقه جغرافیایی خاص). محققین می‌توانند در جهت دهی برای اجرا و مدیریت دیده‌بانی سهمی عمده داشته باشند، ولی کارکردهای دیده‌بانی نباید تنها بر کارهای تحقیقاتی متمرکز یابد.

۴-۲-۶- ارزیابی‌ها و گزارش‌های متکی بر عقاید خبرگان

اسناد حاصل از بررسی‌ها یا روش‌های نظام‌مند برای آشنایی با نظر خبرگان (مانند دلفی) رویکردی استوار و مکمل، برای درک و تفسیر جنبه‌ای ویژه از وضعیت معین است که به طور معمول توسط دیگر منابع بالقوه اطلاعاتی امکان محاسبه یا تحلیل ندارد. نظر خبرگان حتی اگر ذهنی و همراه با سمت‌گیری باشد، معنای بیشتری به تحلیل و تفسیر داده‌ها و اطلاعات یا شناخت موقعیت‌هایی می‌بخشد که درباره آنها اطلاعی در دست نیست (مانند علل توقف درمان سل یا عوامل محدود کننده در ارتباط پزشک و بیمار).

از نظر خبرگان می‌توان برای دستیابی به آگاهی در موضوع‌های زیر استفاده کرد:

- نیازهای سلامت و مراقبت سلامت
- نکته‌های له و علیه دسترسی به خدمات سلامت در گروه‌های مختلف جمعیت
- منافع مورد انتظار اصلاحات بخش سلامت
- نیازها و اولویت‌های تأمین مالی
- پاسخگویی نظام‌های سلامت به نیازهای مردم

۴-۳- نقش اطلاعات پاسخگو برای تصمیم‌گیری در سلامت عمومی

تصمیم‌گیری در سلامت عمومی با موضوع‌های گوناگون سروکار می‌یابد: سازمان سلامت عمومی؛ تأمین بودجه‌ی مراقبت سلامت و سلامت عمومی، توسعه راهبردهای ملی، استفاده از معیارهای به کار رفته برای اولویت بندی و تصمیم‌گیری، همکاری بین بخشی و پایش و ارزشیابی سیاست‌های سلامت عمومی. اطلاعات لازم برای کمک این حوزه‌ها در تصمیم‌گیری - مانند اطلاعات و گزارش‌های حاصل از مراقبت سلامت عمومی - ممکن است محتوای سازمانی، مالی، برنامه‌ریزی، و جامعه‌محور داشته باشد.

آلین اس و همکارانش^۱ به انتشار نتیجه‌ی مرور کلی خود بر تصمیم‌گیری در سلامت عمومی در هشت کشور جهان دست زده‌اند. این بررسی تلاش اولیه برای اولویت‌بندی در سلامت ملی عمومی این کشورها را در بر می‌گیرد. این محققان چهار زمینه را شناسایی کرده‌اند که بیشتر مداخلات مربوطه به سلامت عمومی را در بر می‌گیرند: تغییر رفتارهای فردی و شیوه زندگی، پیش‌گیری از بیماری‌های عفونی و کنترل آنها، برخورد کردن با تعیین‌کننده‌های وسیع‌تر سلامت، و پیش‌گیری ثانویه، مانند برنامه‌های غربالگری برای سرطان.

مسائل کلیدی اقدام در سلامت عمومی مرتبط با شیوه زندگی و رفتار عبارتند از: عامل‌های خطر رفتاری برای بیماری‌های غیرواگیردار و صدمات، کنترل مصرف دخانیات، کنترل مصرف الکل و داروهای مخدر، افزایش فعالیت‌های بدنی، تغذیه سالم و سلامت جنسی.

اولویت‌های کنونی بیماری‌های واگیردار، فراتر از وجود بیماری‌های سنتی و اهمیتی که در سلامت عمومی دارند، راهبردهای ایمن‌سازی و بازپدیدبی بیماری‌ها و خطرات زیست محیطی را که می‌بایست پیش‌گیری یا کنترل شوند - مانند اچ آی وی/ایدز، سل، مالاریا، آنفلوآنزای پرنده‌گان و انسان - شامل می‌شود. اقدامات سلامت عمومی به مسائلی مانند بیماری‌های مزمن، خشونت، پیش‌گیری از صدمات جاده‌ای، شیوع عوامل بیماری‌زا و تهدیدهای تروریسم زیستی نیز گسترش یافته است. مقررات بین‌المللی سلامت زمینه‌ساز این گونه اقدام‌ها ست.

تحلیل، سیاست‌ها و اقدام مربوط به عوامل تعیین‌کننده اجتماعی سلامت بر روی مسائلی مانند فقر، درآمد، اسکان، محیط زیست و بهسازی محیط، آموزش و اشتغال تمرکز دارد. نقش خاص دیده‌بانی ممکن است

^۱ Allin S. et al (2004)

تأمین اطلاعات و مراقبت برای شناسایی گروه‌های پرخطر جمعیت یا مناطق جغرافیایی پرخطر- برحسب عوامل اجتماعی- برای مداخلات بهتر و هدایت مطالعات تحلیلی باشد.

امروزه، کاهش نابرابری‌ها و فقر که در هدف‌های ملی و بین‌المللی به چشم می‌خورد، اولویتی بین‌المللی است که توسط ابتکارهایی چون سلامت برای همه و هدف‌های توسعه‌ی هزاره، دنبال می‌شود. در پیش‌گیری ثانویه بیماری‌ها، تأکید اصلی بر روی کشف زودرس بیماری‌ها، مانند استفاده از غربالگری برای سرطان، قرار دارد. پیش‌گیری از مرگ‌هایی که جلوگیری از آنها امکان‌پذیر است مانند مرگ کودکان زیر یکسال و مادران نیز اولویت محسوب می‌شود و در برنامه‌ی هدف‌های توسعه‌ی هزاره جای دارد.

برای تضمین کارایی و عملکرد سلامت عمومی، پایش اقدامات پیش‌گیری و کنترل، راهبردهای مداخله‌ای، و ارزشیابی تأثیر نهایی متناسب به آنها ضرور به نظر می‌رسد.

۴-۴- نقش اطلاعات پاسخگو در تصمیم‌گیری برای نظام‌های سلامت

مدیریت نظام‌های سلامت، دامنه‌ی وسیعی از فرایندهای سیاست‌گذاری و تصمیم‌گیری را در سطوح مختلف اجرایی- با مسؤولیت چندین مدیر- و تعامل نزدیک دیگر ذینفعان در بر می‌گیرد. تصمیمات مدیریتی را می‌توان بر حسب طول دوره‌ی برنامه‌ریزی یا مدیریت و سطح اجرایی مدیریت، طبقه‌بندی کرد: (الف) تصمیمات راهبردی که در برنامه‌ریزی میان مدت و دراز مدت در سطح مرکزی یا منطقه‌ای به کار می‌رود (سطح نظام‌مند)؛ (ب) تصمیمات مصلحتی (تاکتیکی) که به طور کلی با برنامه‌ریزی میان مدت ارتباط دارد، و (ج) تصمیمات عملیاتی که عموماً در شرایط عملکرد معمول کنترل و ارزشیابی در سطح محلی به اجرا در می‌آیند^۱. با این وجود، فرایندهای تمرکز زدایی مؤسسات سلامت ملی در بسیاری از کشورها (به علت اصلاحات)، مسؤولیت سنگین‌تر و نقش پویاتری به تصمیمات مدیریتی در سطح محلی واگذار کرده است.

^۱ Roderiques R.and Israel K.,1995

جدول ۴-۴- میزان تجمیع داده‌ها، برحسب سطح مدیریت

سطح مدیریت	نوع مدیریت یا اقدام	تفصیل	تجمع
ملی	مدیریت نظام‌مند بخش سلامت در سطح ملی		+++
	نظام‌های کشوری پایش و مراقبت	++	+++
	مدیریت شبکه‌های ادغام یافته مراقبت ملی سلامت		+++
	مدیریت کشوری برنامه‌های مداخله زیست محیطی		+++
استانی	مدیریت نظام‌مند بخش سلامت در سطح استانی	++	++
	نظام‌های استانی پایش و مراقبت	+++	++
	مدیریت استانی شبکه مراقبت سلامت	++	++
	مدیریت استانی برنامه‌های مداخله زیست محیطی	++	++
محلی	مدیریت نظام‌مند بخش سلامت در سطح محلی	++	++
	مدیریت شبکه محلی مراقبت سلامت	++	++
	مدیریت بیمارستان/ عملیات بیمارستانی	+++	+
	مدیریت مراکز درمان سرپایی/ عملیات درمان سرپایی	+++	+
	مدیریت/ عملیات واحدهای تولیدکننده خدمت یا هزینه در بیمارستان‌های بزرگ	+++	+
	مدیریت محلی برنامه‌های مداخله زیست محیطی	+++	++

توجه: کاربرد کامپیوتر یا ارتباط راه دور توزیع اطلاعات تفصیلی در سطوح گوناگون را آسان‌تر

می‌کند. درجات شدت: زیاد (+++) متوسط (++) کم (+)

برای برنامه‌ریزی، تصمیم‌گیری، مدیریت روزمره و فرایندهای ارزشیابی و پایش اطلاعات لازم است. محتوای اطلاعات و سطح انباشتگی (تجمع) آن باید- برحسب سطح اجرایی- معین شود تا اطلاعات، پاسخگوی نیازهای مدیریتی باشد. سیاست‌گذاری و تصمیم‌گیری نیازمند سطوح مختلفی از تجمع (انباشتگی) داده‌ها و اطلاعات برای حمایت از نقش آنهاست که بر اساس سطح مدیریت، از سطح محلی (تسهیلات سیار مراقبت از سلامت، بیمارستان یا مرکز تولید داخل بیمارستان مانند آزمایشگاه یا داروخانه) تا میانی (استانی) یا سطح کلان (ملی) تغییر می‌کنند (جدول ۳-۴).

با پیشرفت‌های ارتباط راه دور که امروزه در پزشکی صورت گرفته استفاده‌ی مشترک از داده‌های فردی مربوط به مراقبت سلامت یا اقدام‌های مربوط به آن را در درون شبکه‌ای با سطوح مختلف مدیریتی و سطوح تجمعی گوناگون جغرافیایی در میان گذارد. مانند مرگ و میرها، مرخصی از بیمارستان، یا گزارش

بیماری‌های واگیردار. نظام‌های اطلاعاتی مکتوب که داده‌ها را به صورت تدریجی - از سطح محلی تا ملی - ثبت می‌کنند دارای محدودیت‌هایی هستند زیرا جزئیات اولیه موجود در سطح محلی تا رسیدن به سطوح بالاتر از دست می‌روند.

۴-۴-۱- سیاست و برنامه‌ریزی

مسئولان ملی سلامت با نقش تعیین شده‌ی خود برای بخش سلامت، مسئولیت تدوین، بهنگام ساختن و نشر استانداردها و شیوه‌های فنی و اداری و همچنین استانداردهای متعارف به منظور تبیین سیاست‌ها، راهبردها، برنامه‌ها و فعالیت‌هایی را که تا مدتی دیگر در آینده بر جا خواهند بود بر عهده دارند. برای اینکه برنامه‌ریزی مؤثر واقع شود باید بر مبنای تشخیص کافی وضعیت سلامت عمومی و سازمانی استوار باشد که مشتمل است بر تأمین مالی، فضای فیزیکی و زیرساختار، تجهیزات، درونداها، کارکنان، تشکیلات، و فناوری موجود و آنچه برای آینده طراحی شده است، تا دست یافتن به هدف‌هایی که هر سازمان در پی رسیدن به آن است میسر شود. نتیجه پایانی باید برنامه مشخصی را فراهم سازد که شامل جنبه‌های اداری، فرایندهای فنی و شرح تأثیری باشد که در سلامت جمعیت جستجو می‌گردد. اطلاعات و دیده‌بانی در تمامی سطوح اداری و فرایندهای سیاست‌گذاری و برنامه‌ریزی مورد نیاز است.

فرایندهای برنامه‌ریزی فنی، اداری و بودجه‌ای مشتمل است بر تحقیقات، تنظیم پروپوزال و تدوین پیش از موعد مجموعه تصمیمات و اقدامات که پیروی از طرح را سبب خواهد شد. طرحی نیز به برنامه‌ریزی شباهت دارد (و حتی می‌توان آن را برنامه‌ای کوتاه مدت تلقی کرد) و در دوره‌ی کوتاه‌تر (به‌طور کلی یکسال در مقایسه با سه، پنج یا ده سال برنامه) اجرا می‌شود و از نظر راهبردها، فعالیت‌ها و هدف‌هایی که باید عملی شوند بسیار دقیق‌تر است.

برنامه‌ریزی شامل مجموعه فعالیت‌ها و امور هماهنگ است که باید به صورت متوالی برای رسیدن به هدف‌ها در مدت تعیین شده، اجرا گردد. علاوه بر این، جا دارد تمامی متغیرهایی که سرانجام ممکن است بر اجرای برنامه اثر گذارند، طبق آنچه انتظار می‌رود، به صحیح‌ترین و دقیق‌ترین شیوه ممکن در نظر گرفته شوند.

بیشتر استانداردها با نظر خبرگان و با توجه به هر نوع فعالیت خاص، گروه‌های هدف اقدام کننده، نوع کارکنان کمکی، پوشش، تراکم کارها و عملکرد تعیین می‌شوند. برنامه‌ریزی مبتنی است بر پایه تحلیل

موقعیت، اولویت‌های مداخله کمکی بر حسب مرتبط‌ترین مشکلات و تصمیماتی که با در نظر گرفتن پوشش و تراکم فعالیت برای مقابله با این مشکلات گرفته می‌شود و منابع موجود را به مصرف می‌رساند. مدیریت کلی نظام‌ها و خدمات سلامت نیازمند در نظر گرفتن کلیه عوامل تعیین کننده‌ای است که کارایی، اثر بخشی، سازمان و روند هر یک از خدمات سلامت را تحت تأثیر قرار می‌دهند. در سطح ملی، اوضاع سیاسی و اجتماعی اقتصادی کشور نقش مهمی را ایفا می‌کنند. در سطوح مختلف، مدیریت از طریق چرخه‌ای که مراحل مختلفی را طی می‌کند به اجرا در می‌آید. این مراحل عبارتند از:

- تدوین سیاست‌های ملی، استانی و محلی
- برنامه‌ریزی کلی
- برنامه‌ریزی تفصیلی
- تصمیم‌گیری معمول یا روزانه
- به اجرا گذاردن
- کنترل و ارزشیابی، و از آن جمله پایش و مراقبت
- بازخورد و برنامه‌ریزی مجدد برحسب نیاز
- شروع دوباره چرخه برنامه‌ریزی - عمل - ارزشیابی

در فرایند توسعه سلامت ملی، برنامه‌ریزی کلی متناسب با آن، با تدوین (تنظیم) سیاست‌های عمده سلامت ملی صورت می‌گیرد که بازتاب اصول و اولویت‌های میان مدت و دراز مدت برای تدوین برنامه در چارچوب اصول و اولویت‌های هر کشور در مقیاس جهانی به طور کلی و بخش اجتماعی آن به طور خاص است.

برنامه‌ریزی تفصیلی، الزام‌های برنامه‌ریزی کلی را در مناطق و زمان‌های خاص در نظر می‌گیرد. در این زمینه، به جمع‌آوری منابع (مالی، انسانی، فیزیکی، فناوری)، راهبردهای سازمانی و عمل با هدف‌های ممکن برای سنجش کوتاه‌مدت و میان مدت می‌پردازد. هماهنگ ساختن منابع و فرهنگ سازمانی با نیازهای محلی و هدف‌های کلی برنامه‌های ملی میان‌مدت و دراز مدت، چالشی است که باید به آن توجه شود.

اطلاعات حاصل از پایش و ارزشیابی، شناخت کیفیت اجرای هر طرح یا برنامه، آنچه که باید اصلاح شود و اجرای برنامه‌ها و رسیدن به هدف‌ها را ممکن می‌سازد. چنین اطلاعاتی کمک می‌کند تا تغییرات، اصلاحات و ابداعات لازم برای بهبود ادامه فرایند طراحی گردد و درس‌هایی که می‌باید آموخته شود. پایش و ارزشیابی هر دو مستلزم استانداردهای مرجع برای ارزیابی یافته‌های واقعی (از طریق مقایسه موقعیت‌های مورد انتظار و رصد شده) است.

فرایند ارزشیابی ممکن است تنها به موضوعی خاص در نظام سلامت بپردازد یا بصورت گسترده‌تر و کامل‌تر باشد و همزمان جنبه‌هایی مانند اثربخشی، کارایی و تأثیر مداخلات نظام‌های سلامت را در برگیرد.

۴-۲-۴- مدیریت روزمره

مدیرانی که اطلاعات خوب و مفید دریافت می‌کنند، کارایی بیشتری دارند و انگیزه بیشتر برای جستجوی اطلاعات و کاربرد مناسب آن را پیدا می‌کنند. خدمات سلامتی دارای کیفیت نیز ممکن است ریشه در مدیریت خوب، فرهنگ سازمانی و همچنین اطلاعات خوب داشته باشند یا دست کم بیشترین استفاده را از اطلاعات موجود ببرند. بهبود تولید و کاربرد اطلاعات، نیز از نظر تشویق سازمان‌ها به توسعه بیشتر اطلاعات و نظام‌های اطلاعات اثری مثبت بر جا می‌گذارد.

در اجرای روزانه وظایف، دست اندرکاران مدیریت مدام با موقعیت‌هایی روبه‌رو می‌شوند که ممکن است به عنوان مشکلات غیرمترقبه باید برای آنها راه حل بیندیشند و بر مبنای تمام اطلاعات موجود در آن زمان، تصمیم بگیرند. برای این منظور باید بتوانند اطلاعات کیفی و کمی، رسمی و غیر رسمی، منطقی و شهودی را با یکدیگر بیامیزند.

داشتن نظام اطلاعاتی مناسب برای مدیریت که هدفش پاسخ دادن به آن دسته از پرسش‌های دائمی و مهم باشد که خود دستورعمل‌های روشن دارند و تصمیم‌گیری‌های مناسب را میسر می‌سازند بسیار اهمیت دارد.

فرایند تصمیم‌گیری، برای روبه‌رو شدن با مشکلاتی است که وجود داده‌ها برای شناخت و سنجش آنها و مقایسه با دانسته‌های موجود ضرورت دارد. علاوه بر این، لازم است راه‌حل‌های جایگزین وجود داشته باشند. در صورتیکه حل مشکل ممکن باشد، تصمیم‌گیری با استفاده از مجموعه راه‌حل‌های ممکن و با

در نظر گرفتن موانع موجود صورت می‌گیرد. در غیر این صورت، جستجوی راه‌حل‌های جایگزین تا رسیدن به مرحله تصمیم‌گیری ضرورت دارد. نیاز به اطلاعات در تمامی فرایند تصمیم‌گیری جاری است^۱. مدیریت در مراکز مراقبت از سلامت (به ویژه بیمارستان‌ها و مراکز درمان سرپایی) معمولاً با اطلاعات و تصمیمات مشروح و پیوسته در ترکیب با اطلاعات فردی، تفضیلی تجمیع شده سر و کار دارد.

۴-۳- برنامه‌های ملی سلامت

در مدیریت خدمات سلامت، معمولاً سلسله‌ای از برنامه‌های سلامت و پروژه‌های خاص توسط سطح مرکزی راه‌اندازی می‌شود که هدفش دست یافتن به جمعیت‌های معین هدف است. رویکرد این برنامه‌ها ممکن است مبتنی بر نوع آسیب‌پذیری (مانند نوزاد)، امکان‌پذیری از رویداد (مانند سوءتغذیه) و دستگاه یا اندام خاص (مانند بهداشت دهان و دندان، سلامت روانی) باشد.

بسیاری از این برنامه‌ها دارای استانداردهای ملی فنی و اجرایی‌اند و از شبکه‌های مراقبت سلامت استفاده می‌کنند تا سطوح مختلف نیمه ملی (مانند برنامه‌های گسترده‌ی ایمن‌سازی) را نیز درگیر کنند. اطلاعات در کمک به سنجش و پایش و ارزشیابی و حمایت از مدیریت و عملکرد چنین برنامه‌هایی نقش اساسی دارد.

متداول‌ترین برنامه‌ها و پروژه‌های سلامت در سطح ملی و نیمه ملی عبارتند از:

الف) برنامه‌های پایه‌ی سلامت. این برنامه‌ها ممکن است بر موضوعات زیر تمرکز یابد:

- شرایط سنی (مانند کودک، نوجوان، بزرگسال و سالخورده)؛
- به مسائل باروری و حاملگی (در زنان یا مادران)؛
- مشکلات خاص (بیماری‌های واگیردار و غیر واگیردار، تغذیه)؛ و
- مداخلات خاص (ایمن‌سازی، تغذیه‌ی تکمیلی)

ب) برنامه‌های خاص سلامت از نظر زمینه مداخله، مانند:

- برنامه‌های تغذیه تکمیلی
- گسترش برنامه‌های ایمن‌سازی
- برنامه‌های مراقبت اولیه سلامت
- برنامه‌های مراقبت از سلامت روستایی

^۱ Ferrero, 1979

- برنامه ملی مبارزه با سل
- برنامه‌های آموزش سلامت
- برنامه‌های ملی داروهای ضد سرطان
- برنامه‌های ملی بانک خون
- برنامه‌های ملی پرتو درمانی
- پیش‌گیری و کنترل عفونت‌های بیمارستانی
- برنامه‌های کنترل عفونت‌های حاد تنفسی و اسهال در کودکان
- برنامه‌های مراقبت، پیش‌گیری و کنترل بیماری‌های واگیردار (عمومی و خاص): بیماری‌های آمیزشی، ایدز، وبا، مالاریا.

ج) برنامه‌ها و پروژه‌ها

بیشتر اینها برنامه‌های معمول یا مستمر هستند. پروژه‌ها، برنامه‌هایی هستند که بر حسب حوزه، تأثیر مورد انتظار، و دوام مداخله‌ی آنها تعیین می‌شوند، مانند:

- برنامه‌های تقویت کیفیت و پوشش مراقبت‌های اولیه سلامت
- برنامه‌های سلامتی که روی جمعیت‌های روستایی، مستمند و آسیب‌پذیر متمرکز شده‌اند
- برنامه‌های ملی برای کنترل بیماری‌های مزمن مانند دیابت، پرفشاری خون، و صرع
- برنامه‌های ملی پیش‌گیری و کنترل مصرف الکل و مواد مخدر
- برنامه‌های ملی پیش‌گیری و کنترل دخانیات

د) برنامه‌های مربوط به سلامت محیط زیست

برنامه‌های سلامت زیست محیطی در برگیرنده‌ی حیطه‌ی وسیع از مداخلات مانند بهسازی‌های اولیه، به ویژه آب آشامیدنی، و فاضلاب، کنترل مواد غذایی و بهداشت حرفه‌ای است. بعضی از این برنامه‌ها عبارتند از:

- برنامه بیماری‌های مشترک میان انسان و حیوان
- برنامه بهسازی‌های اولیه
- برنامه‌های حفظ محیط زیست
- برنامه‌های بهداشت حرفه‌ای و از آن جمله ایمنی صنعتی

به طور کلی، اطلاعات مربوط به برنامه‌های سلامت ملی در سطوح مرکزی عمدتاً بر داده‌ها و شاخص‌های تثبیت شده استوار است. با این وجود، پایش و ارزشیابی این برنامه‌ها نیازمند مدیریت پراکندگی جغرافیایی برای رسیدن به تحلیل عدالت و کشف شکاف‌هایی است که نیاز به توزیع جغرافیایی بهتر منابع و ارائه خدمات را نشان می‌دهند.

گردآوری اطلاعات در سطح محلی را می‌توان با غنی‌تر ساختن اطلاعات تفصیلی موجود- که از خدمات و جامعه به دست می‌آیند و در همان سطح وجود دارند آسان ساخت. علاوه بر این، اطلاعات جامعه را که معمولاً توسط نظام‌های اطلاعاتی موجود ثبت یا گزارش نمی‌شوند نیز می‌توان به صورت دوره‌ای ادغام کرد. شبکه‌ای از پایگاه‌های دیده‌ور نگهبان که بر روی اطلاعات محلی یا جامعه تکیه دارند شالوده‌ی پایش یا رصد کردن برنامه‌های ملی سلامت و عدالت را فراهم می‌آورند.

فصل پنجم

« فرایند اجرا »

- تهیه و پیشنهاد برنامه اجرایی
- ارزیابی آمادگی و گزینه‌های اجرا
- راه‌اندازی کمیته راهبری
- اصلاح برنامه اجرا و طرح دیده‌بانی
- برقراری سازمان و ساختار
- راه‌اندازی کارکردهای و واحدهای دیده‌بانی
- تثبیت سازمان، ساختار و عملکرد

۵- فرایند اجرا

در این فصل گام‌های اساسی فرایند اجرا که انتظار می‌ورد سیر تدریجی داشته باشد مطرح می‌شود و به تدریج بر تعداد مدول‌های آن افزوده شود. برنامه‌ی اجرایی، ابزاری کلیدی برای راهنمایی در فرایند اجراست، همان طور که ارزیابی میزان آمادگی برای اجرا، تضمینی است بر این که برنامه عملی و موفقیت آمیز خواهد بود و توسعه آن همان شتابی را خواهد داشت که کشور از عهده آن برمی‌آید.

۵-۱- تهیه و پیشنهاد برنامه اجرایی

به دنبال تجربه‌های بین‌المللی در مورد دیده‌بانی‌های موفق و شرایط آمادگی کشورها گام اول، تهیه پیش‌نویس اولیه برای ارائه به مسئولان کشوری سلامت همراه با حمایت طلبی مناسب و درگیر کردن شرکای بالقوه است.

مقدمه‌ی برنامه اجرایی باید حاوی نیازها و منطق کار (ارزش افزوده دیده‌بانی)، چارچوب‌های مفهومی و روش پیشنهاد شده، و همچنین فرصت‌ها و چالش‌های لازم برای توسعه دیده‌بانی باشد.

تشکیلات پیشنهادی ممکن است دربرگیرنده‌ی کمیته راهبری، مرکز هماهنگی و مدیریت و شبکه ملی شرکت‌کنندگان باشد. سازمان پیشنهادی به سطح توسعه، قابلیت‌های ملی موجود در مسئولان کشوری سلامت برای آغاز کار و مدیریت کارآمد کارکردهای دیده‌بانی منسجم ملی بستگی دارد.

مجموعه پیشنهادی منابع اطلاعاتی دیده‌بانی ممکن است بر پایه شبکه اطلاعات سلامت (که باید به‌اندازه کافی در نظام اطلاعات سلامت ملی شکل گرفته و فعال باشد) به علاوه شبکه‌های سراسری برپا شده برای نظام‌های پایش و مراقبت و همچنین دیده‌بانی‌های خاص احتمالی در سطح ملی استوار باشد.

منابع ضرور که باید در برنامه اجرایی در نظر گرفته شوند عبارتند از منابع تأمین بودجه، منابع مالی و فیزیکی، کارکنان و فناوری اطلاعات و ارتباطات. به طور کلی، انتظار می‌رود بیشتر دروندادهای مهم موجود باشند (در نظام‌های مختلف اطلاعات، مراقبت و پایش)، از این رو آنچه را باید بررسی کرد منابع اضافی لازم برای اجرا و همچنین مدیریت دیده‌بانی است.

طرح اولیه پیش‌نویس شده باید یک یا چند گزینه برای اجرای تدریجی گام‌ها و کارکردها را در جدول زمانی مورد انتظار، تا رسیدن به سطح تثبیت شده‌ای برای کل سازمان، ساختار، و عملکرد پیشنهاد کند.

۵-۲- ارزیابی آمادگی و گزینه‌های اجرا

ارزیابی آمادگی برای اجرای دیدهبانی مشتمل است بر ارزیابی فراهمی و سطح هماهنگی اطلاعات لازم، وجود نظام‌های مراقبت و پایش و عملکرد آنها، تجربه تدوین سیمای سلامت کشور و نظام‌های سلامت و امکان برقراری شراکت کارآمد و شبکه اطلاعات برای انجام کار به صورتی درست، سریع و هماهنگ است.

مرجع ارزیابی، الگوی پیشنهادی دیدهبانی و طرح ترسیم شده خواهد بود.

جنبه‌های اصلی که باید مورد ارزیابی شوند عبارتند از:

- نیازهای اطلاعاتی کاربران اصلی بالقوه، به ویژه مقامات ملی با تأکید بر کسانی که مسؤول سیاست‌گذاری و تصمیم‌گیری‌اند و مشاوران تحلیل‌گر آنان؛
- فرهنگ مدیریت برای جستجو، به کارگیری، تحلیل و کاربرد اطلاعات در تصمیم‌گیری؛
- سطح علاقه‌مندی سیاسی و سازمانی، خواست و حمایت مؤثر درخصوص دیدهبانی پیشنهادی؛
- امکان برنامه‌ریزی و اجرای دیدهبانی از نظر سیاسی و مالی (یک جا یا تدریجی) در کوتاه مدت، میان مدت یا دراز مدت؛
- کیفیت، به هنگام بودن، کامل بودن و اعتبار هر نوع داده و شاخص مرتبط؛
- وجود و اثر بخشی عملکرد هر کدام از سامانه‌های خاص مراقبت و پایش؛
- ظرفیت کشور در رشته‌هایی مانند سلامت عمومی، اپیدمیولوژی، سیاست سلامت، برنامه‌ریزی و تصمیم‌گیری؛
- وجود اطلاعات ذخیره شده تاریخی و پایگاه داده‌ها حاوی داده‌های اصلی سلامتی و دیگر اطلاعات مهم سلامت؛
- وجود یا احتمال راه اندازی شبکه اطلاعاتی سراسری سلامت، متشکل از چند نهاد؛
- وجود یا استطاعت ایجاد فناوری اطلاعات و ارتباطات به عنوان جایگاهی برای شبکه سراسری اطلاعات سلامت که پاسخگوی نیازها و توانایی ملی باشد؛
- سطح تسهیم اطلاعات در میان منابع اطلاعاتی مختلف و نقش مقامات ملی سلامتی در برای جمع‌آوری و ادغام آنها؛
- سطح هماهنگ سازی اطلاعات کلیدی ضرور.

یافته‌ها و توصیه‌های ارزیابی، چارچوبی برای اصلاح طرح پیشنهادی و برنامه‌ریزی دیده‌بانی خواهد بود. برپایه‌ی یافته‌های ارزیابی، امکان ایجاد بخش‌های مختلف دیده‌بانی در کوتاه مدت، میان مدت و دراز مدت با کاربران و متخصصان مورد بحث قرار خواهد گرفت.

۵-۳- راه‌اندازی کمیته راهبری

کمیته راهبری باید متشکل از نمایندگان از ذینفعان اصلی، خبرگان، سیاست‌گذاران و مسئولان دیده‌بانی باشد. بنابراین شرکت کنندگان اصلی کمیته راهبری دیده‌بانی دارای نمایندگانی از سوی کانون‌های زیر خواهد بود:

- مسئولان سلامت کشور (وزارت بهداشت یا معادل آن)
- مقامات وابسته به بخش‌های سیاست سلامت، تأمین مالی و تصمیم‌گیری
- گروه‌های اپیدمیولوژیک یا گروه‌های مراقبت سلامت عمومی
- ارزیابی عملکرد نظام‌های سلامت و نظام‌های پایش
- گروه‌هایی که با نظام‌های آمار سلامت و اطلاعات کار می‌کنند
- مراکز ملی آمار و سرشماری
- کتابخانه‌ها، مراکز مدیریت دانش و مراکز اسناد
- دانشگاه‌ها، سازمان‌های غیر دولتی و گروه‌های همکار تحقیقات
- نهادهای مرتبط با حمایت طلایی و ارتباط اجتماعی
- نهادهایی که با فناوری اطلاعات و ارتباط سر و کار دارند

۵-۴- اصلاح برنامه اجرا و طرح دیده‌بانی

با در نظر گرفتن پیش‌نویس اولیه، ارزیابی آمادگی و اشارات کمیته راهبری، برنامه قطعی برای اجرا باید دست کم در مسائل زیر به وضوح مشخص گردد:

- منابع تأمین بودجه
- منابع مالی و فیزیکی
- کارکنان
- فناوری
- آموزش

- سازمان
- ترتیبات اداری برای کارکرد
- شبکه دیده‌بانی و ذینفع آن
- جدول زمانی
- معیارها، استانداردها، ضوابط و راهنماها
- فرایندهای پایش و ارزشیابی

شکل نهایی طرح دیده‌بانی باید بر روی جزئیات سازمان، ساختار و عملکرد متمرکز شود زیرا واحدهای پیشنهادی دیده‌بانی را می‌توان به تدریج توسعه داد.

۵-۵- برقراری سازمان و ساختار

الف) برقراری شبکه شراکت

ایجاد شبکه چند نهادی دیده‌بانی نیازمند استقرار ساز و کارهای رسمی برای تقسیم اطلاعات میان دفاتر و مؤسسات است (مانند توافقی‌های میان وزارت بهداشت، مرکز ملی آمار و سازمان ثبت احوال، برای تولید آمارهای حیاتی و گزارش آنها).

برای تضمین مشارکت کارآمد، لازم است نقشه‌های مشارکت، اهرم‌های سرمایه‌ای (تأمین مالی از برنامه‌های خاص مختلف) و استقرار رویکرد درون مؤسسه‌ای برای تأمین مالی و هماهنگ ساختن اطلاعات تهیه شود.

ب) تأسیس مرکز مدیریت و همکاری

تیم اصلی مدیریت، برای هماهنگ ساختن و مدیریت دیده‌بانی در سطح ملی، ممکن است دست کم مرکب از نوع کارکنانی باشد که در جدول ۵-۱ پیشنهاد شده است.

ترکیب تیم قطعی مدیریت بستگی دارد به :

- مقدار و نوع فعالیت‌های انجام شده و حوزه‌های پوشش
- روش تولید و تقسیم یا برون سپاری خدمات؛
- فراهم بودن به متخصصان آموزش دیده خارجی که بتوانند تیم دیده‌بانی را به صورت غیر مستقیم یا پاره وقت یاری دهند.

استخدام بعضی افراد برای زمان کوتاه ممکن است لازم آید. به عنوان مثال، آموزش دهندگان ویژه می‌توانند به تولید بهتر، دسترسی به اطلاعات و ادغام آنها کمک کنند. بسیاری از کشورهای کم جمعیت، کارکنان تربیت شده یا بودجه کافی برای نگهداری گروه‌های دیده‌بانی ندارند. بنابراین راه‌اندازی تیم مشترک دیده‌بانی متشکل از چند کشور، گزینه خوبی برای کمک به چنین کشورها خواهد بود.

جدول ۵-۱ کارکنان پایه دیده‌بانی و نقش مرکز مدیریت و هماهنگی

کارکنان	نقش
مدیر دیده‌بانی	<p>هدایت و هماهنگ ساختن طرح اجرایی</p> <p>هدایت تیم مدیریت و هماهنگ ساختن آن با نهادها و دفاتر</p> <p>هماهنگ ساختن ارزیابی دیده‌بانی</p> <p>هماهنگ ساختن تعامل با همه‌ی شرکای دیده‌بانی کشوری و منابع و کاربران اطلاعات</p> <p>هماهنگ ساختن پایش و ارزشیابی استقرار و کار دیده‌بانی گزارش اطلاعات و در میان گذاردن آن با دیگران</p>
متخصص فناوری اطلاعات	<p>راهنمایی و کمک به ارزیابی نظام‌های اطلاعاتی و فناوری‌های اطلاعات در کشور و آمادگی پرداختن به دیده‌بانی</p> <p>ارزیابی گزینه‌های فناوری اطلاعات</p> <p>مشارکت در خرید و مستقر ساختن فناوری اطلاعات</p> <p>کمک به راه‌اندازی و کارکرد فناوری اطلاعات و راهنمایی در این باره</p>
آمارشناس	<p>مشورت دادن و کمک به هماهنگ سازی داده‌ها و اطلاعات</p> <p>کمک به تسویه و نهایی‌سازی طرح بخش‌های آماری</p> <p>کنترل و اطمینان یافتن از گردآوری، جریان یافتن و حرکت، کامل بودن و کیفیت داده‌ها.</p> <p>کمک به فرایندهای آماری در حال اجرا</p> <p>آموزش دادن به افراد، در صورت نیاز</p> <p>مشارکت در تدوین گزارش‌های روتین اطلاعاتی</p>
کارکنان اداری	<p>کمک‌های اداری به مدیر و کارکنان فنی</p> <p>تضمین برقراری ارتباط میان شرکای دیده‌بانی</p> <p>کمک به کنترل اداری مستندسازی و اطلاعات گزارش شده از منابع گوناگون یا نظام‌های خاص</p>

(ج) آماده‌سازی اطلاعات و فناوری ارتباطات

آماده‌سازی اطلاعات و فناوری ارتباط (ICT) در تولید اطلاعات مهم سلامت و ایجاد شبکه مناسب ارتباط اهمیت حیاتی دارد. در سطح ملی، منابع مالی بیشتری برای به دست آوردن، نگهداری و عملکرد ICT ممکن است لازم آید. بعضی از مسائل مهم عبارتند از:

- تهیه سخت افزار: کامپیوتر، پرینتر و صفحه‌های نمایشگر
- تهیه نرم‌افزار و مجوزهای مربوط
- تلفن و خدمات آن
- خدمات نگهداری
- نمابر (فکس)
- خدمات اینترنتی
- خدمات کنفرانس ویدئویی
- مبلمان و وسایل اداری،
- لوازم

برای راه‌اندازی، استفاده و نگهداری این فناوری و همچنین منابع و خدمات ارتباطی در سطح ملی و منطقه‌ای باید آموزش داد.

درباره هزینه‌های خاص فناوری اطلاعات بعد از مرحله‌ی جستجو و تحلیل مناسب‌ترین گزینه‌ها از نظر قدرت خرید و هزینه-فایده‌ی ICT، تصمیم گرفته می‌شود.

(د) آموزش مدیریت اطلاعات و کارکردهای دیده‌بانی

برای اجرای درست کارکردهای دیده‌بانی، آموزش، بسته به نیاز و در صورت لزوم صورت می‌گیرد (جمع‌آوری ثانویه و پردازش اطلاعات، تحلیل، پایش و مراقبت)؛ زمینه‌های آموزش عبارتند از:

- جستجوی متون فنی مهم و منابع اطلاعات؛
- استفاده از اینترنت و ابزار الکترونیکی وابسته؛
- نرم‌افزارهای کاربر پسند، پردازش، تهیه گزارش و تحلیل؛
- تحلیل‌های آماری، اپیدمیولوژیک و مدیریتی؛
- شناسایی نیازهای اطلاعاتی؛

- تصمیم‌گیری بر مبنای شواهد؛
 - نقش نظام‌های ملی و خاص اطلاعات سلامت؛
 - نقش و فرایندهای خاص نظام‌ها و فرایندهای سلامت؛
 - نقش تحلیل و برنامه‌ریزی در تصمیم‌گیری؛
 - نظام‌های پایش، مراقبت و ارزشیابی؛ و
 - تدوین سیمای نظام سلامت و استفاده از آن.
- شرکت کنندگان در آموزش ممکن است مسؤولان ارشد برنامه‌ریزی و مدیران بخش سلامت به عنوان ذینفع اولیه و مهم دیده‌بانی باشند. راهبردها و فعالیت‌های آموزش عبارتست از:
- آموزش مدیران در ارتباط با تحلیل اطلاعات که گمان می‌رود راهی به سوی شواهد است و به تصمیم‌گیری مؤثر کمک می‌کند.
 - تقویت کاربرد تجهیزات و نرم‌افزار کامپیوتری توسط مدیران برای تحلیل و ارزشیابی اطلاعات.
 - ابداع یا توسعه روش‌های آماری و اپیدمیولوژیک و استفاده از آن در تحلیل نابرابری‌ها در سلامت و در دسترسی به مراقبت سلامت و عوامل تعیین‌کننده‌ی آن. این اطلاعات به صورت نموداری، تحلیلی و ترکیبی ارائه می‌شود.
 - آموزش مدیران برای شناخت نظام‌ها و خدمات سلامت و نقش دیده‌بانی در تصمیم‌گیری و اقدام.
 - ارتقای کاربرد نظام‌های اطلاعاتی جغرافیایی (GIS) و همچنین روش‌های تحلیل سریع ارزشیابی موقعیت‌های اپیدمیولوژیک به طور کلی، مانند استفاده از بررسی‌ها به منظور ارزیابی نیازهای سلامت.

۵-۶- راه‌اندازی کارکردها و واحدهای دیده‌بانی

زنجیره‌ی فرایندهای تولیدگر کارکرد دیده‌بانی که در الگوی عملیاتی شرح داده شد، احتمالاً در واحدهایی مانند مراقبت اپیدمیولوژیک که از ابتدا انتخاب شده‌اند، بر پا و در حال کار است. پیشرفت فرایندهای تولیدگر در واحدهای اولیه به آنها کمک خواهد کرد تا الگویی برای توسعه واحدهای دیگر باشند.

اولویت برای مبادرت به شروع و راه‌اندازی برخی واحدهای خاص و سپس حرکت به سوی گسترش واحدهای دیگر بستگی به آمادگی فردی و تصمیم ملی با در نظر گرفتن علاقه‌مندی و امکانات ملی دارد.

واحدهای احتمالی قابل راه‌اندازی بر اساس نظام‌های خاص اطلاعاتی موجود و همچنین نظام‌های پایش و مراقبت عبارتند از:

الف) مراقبت از شرایط کلیدی سلامت مردم

- عوامل تعیین‌کننده سلامتی
- عدالت در سلامت
- برابری جنسیتی
- بیماری (بررسی‌ها، ایستگاه‌های دیده‌ور و داده‌های مبتنی بر خدمات)
- ناتوانی (بررسی‌ها، داده‌های خدمات)
- مرگ‌هایی که پیش‌گیری از آنها میسر است (مرگ مادران، کودکان زیر یکسال و دیگر موارد پیش‌گیری پذیر)
- غذا و تغذیه

ب) نظام‌های مراقبت اپیدمیولوژیک

- بیماری‌های واگیردار (نظام مراقبت) بر اساس جمعیت و خدمات
- بیماری‌های مزمن غیرواگیردار، سلامت روانی و آسیب‌ها (شامل مراقبت)
- غذا و تغذیه (شامل مراقبت تغذیه‌ای)
- سلامت مادر و کودک (تغذیه، بیماری، مرگ و عامل‌های خطر)

ج) پایش نظام سلامت و خدمات سلامت

- تأمین مالی سلامت
- منابع انسانی
- تأسیسات ساختاری
- فناوری خاص پزشکی (تجهیزات پزشکی، آزمایشگاه، تصویر برداری و آسیب شناسی)
- دارو
- کارایی خدمات سلامت (مراقبت‌های اولیه سلامت، بیمارستان و نظام ارجاع بیماران)
- اجرای برنامه‌های ملی سلامت (بهداشت باروری، سلامت کودک، نوجوان و سالمند)
- عفونت‌های بیمارستانی

- کیفیت مراقبت
- عملکرد خدمات سلامت

د) نظام‌های مراقبت زیست محیطی و حرفه‌ای

- کنترل ناقلین (مالاریا، تب دانگ، و دیگر بیماری‌ها)
- کیفیت آب آشامیدنی
- ایمنی غذا
- پسماندها
- بهداشت حرفه‌ای
- تصادفات جاده‌ای

۵-۷- تثبیت سازمان، ساختار و عملکرد

همانطور که پیشنهاد شد، انتظار می‌رود که در ابتدا اولویت با استقرار تعدادی از واحدها (مانند آمارهای مهم حیاتی و سلامت) باشد و به دنبال آن تثبیت سازمان ضرورت یابد تا مرور کلی فراگیر اما ترکیبی، برای پشتیبانی کاربران اصلی، میسر شود. بازخورد از سوی کاربران اصلی برای تضمین اجرای درست، اهمیت حیاتی دارد. حضور فعال کمیته راهبری دیده‌بانی نقش مهمی در تسهیل توسعه دیده‌بانی کارآمد دارد.

در همین راستا، می‌توان ظرفیت ملی اجرای کارکردهای دیده‌بانی را به تدریج بر اساس نتایج اجرای و تجربه به دست آمده، افزایش داد. با شروع استقرار تعدادی از واحدهای پیشگام توسط گروه‌های ملی که قادر به اجرای کارکردهای خاص دیده‌بانی‌اند (مانند متخصصین اپیدمیولوژی که در نظام‌های مراقبت فعالیت می‌کنند) واحدهای دیگر را می‌توان با مدیریت گروه‌ها و افزایش آموزش چند رشته‌ای و تجربه تسلط بر موضوعات وسیع‌تر و پیچیده‌تر، توسعه داد.

بنابر میزان فراهمی اطلاعات در سطح ملی و ظرفیت عملکرد دیده‌بانی، همچنین اولویت‌های پایش و ارزشیابی، دیده‌بانی ممکن است اجرایی گام به گام یابد و با نظام‌ها و زمینه‌های آماده به کار که برای مسؤولان کشور اولویت دارد آغاز کند.

تحکیم شبکه دیده‌بانی مشتمل است بر هماهنگ سازی و ادغام سراسری اطلاعات سلامتی و نظام‌های مراقبت.

اطلاعات به دست آمده از منابع اولیه باید دارای کیفیت، مرتبط، کامل و بموقع باشد. بهبود اطلاعات ملی سلامت (اگرچه از مسؤلیت‌های دیده‌بانی نیست) وجود پایگاهی اساسی برای توسعه درست و تحکیم دیده‌بانی را ایجاد می‌کند. این امر از طریق تقویت و هماهنگ‌سازی تولید و تقسیم اطلاعات در حوزه‌های اطلاعاتی مانند آمار و اطلاعات سلامتی و نظام‌های پایش و ارزشیابی تسهیل می‌شود.

در بعد بسیار گسترده و پر حجم برای جمع‌آوری اطلاعات بالقوه، مهم این است که کارکنان مسؤل دیده‌بانی بر دو عامل کلیدی منافع و موضوع دیده‌بانی تأکید کنند. از این رو، هماهنگ‌سازی می‌بایست تنها بر روی چند داده و شاخص‌های مهم (در میان همه‌ی منابع) تمرکز یابد، یا دیده‌بانی تنها مسائل خاص را با کیفیت خوب اطلاعات، مانند مرگ و بیماری‌های واگیردار در پوشش خود گیرد.

دسترسی به اطلاعات، با ساز و کارهایی برای پخش و تقسیم اطلاعات تسهیل می‌شود. از آن جمله است ظرفیت نظام‌های اطلاعاتی برای نشر مناسب، توزیع واقعی و مجازی اطلاعات برای عموم، و توانایی تصمیم‌گیرندگان برای جستجو و دستیابی به اطلاعات مقتضی برای هدف‌های تصمیم‌گیری.

راهبردها و ساز و کارهای مورد قبول مدیریت اطلاعات و دانش و ضابطه‌های تقسیم اطلاعات و روش‌ها و ابزار (IKMS) آن به قرار گرفتن اطلاعات در اینترنت، تعامل میان تولیدکنندگان و کاربران اطلاعات، و انتقال سریع اطلاعات کمک می‌کنند. فراتر از جایگاه فنی ضرور، شرکای دیده‌بانی و نهادهای اصلی کاربر، به فرهنگی نو برای مدیریت اطلاعات، دانش و شواهد (با درگیر کردن همه‌ی مدیران و کارکنان طراز اول مؤسساتی که رویکرد IKMS دارند) و همچنین یادگیری طرز استفاده‌ی مؤثر و کارآمد فناوری اطلاعات نیاز دارند.

اگر تلاش‌ها و توافقات انجام شده در هنگام اجرای دیده‌بانی را به عنوان خط مبنا در نظر بگیریم، پایداری به گفتگوی میان سیاست‌گذاران و تصمیم‌گیرندگان در بخش سلامت و نیز دیگر بخش‌ها به ویژه مسؤلان برنامه‌ریزی، مدیریت و عملکرد نظام‌های سلامت و اقدامات سلامتی عمومی و ارتقای همه اینها اهمیت بسیار دارد.

References

- APHO (Association of Public Health Observatories, 2007). Online Website Welcome Presentation, <http://www.apho.org.uk/>
- Allin S., Mossialos E., McKee M., Holland W., (2004), *Making decisions on public health: a review of eight countries*. WHO Europe: Copenhagen
- Bergonzoli G., (2006) *Sala Situacional, Instrumento para la Vigilancia de Salud Pública*. OPS y MS Venezuela: Caracas
- Carr-Hill R., Chalmers-Dixon P. (2005). *The Public Health Observatory Handbook of Health Inequalities Measurement*. Centre for Health Economics, University of York
- CDC (1999) *Framework for Program Evaluation in Public Health*, CDC: Atlanta
- CDC (2001) *Updated Guidelines for Evaluating Public Health Surveillance Systems*, CDC: Atlanta
- Ellencweig A. Y. (1992), *Analysing Health Systems. A Modular Approach*. New York: Oxford University Press.
- Figueras J. and Tragakes E. (1996), *Health Care Systems in Transition. Production Template and Questionnaire*. WHO Regional Office for Europe: Copenhagen
- FNORS (2007) *Le site des 26 Observatoires Régionaux de la Santé et de leur Fédération*. Federation Nationale d'Observatoires Régionaux de la Santé. www.fnors.org
- Garcia-Abreu A., Halperin W. and Danel I. (2002), *Public Health Surveillance Toolkit. A Guide for Busy Managers!* The World Bank Washington DC: February 2002
- Garret M., (1999) *Health Futures, A handbook for health professionals*, WHO: Geneva
- Gattini C. (2001) *Health System Performance Assessment: The search for proxy indicators and operational measurement*, Working document prepared for HSP/HSO June 2001, PAHO/WHO: Washington DC
- Gattini C. (2004) *Analysing variations in needs, resources and use of health care, in a health system context. A basis for monitoring equity in the National System of Health Services in Chile*. PhD Thesis, Department of Public Health and Policy LSHTM, University of London
- Gattini C. (2007a), *Information for Decision-Making. Improving the Value and Use of Information for Decision-Making and Action in Health Systems*, OCPC PAHO: Barbados
- Gattini C. (2007b), *Improving the Structure and Performance of National Health Information Systems, Operational Approach and Strategic Recommendations*, OCPC PAHO: Barbados
- Gosling L., Edwards M. (1995), *Toolkits, A Practical Guide to Assessment, Monitoring, Review and Evaluation*, Development Manual 5, Save the Children: London
- Islam, M., ed. (2007). *Health Systems Assessment Approach: A How-To Manual*. Submitted to the U.S. Agency for International Development in collaboration with Health Systems 20/20, Partners for Health Reformplus, Quality Assurance Project, and Rational Pharmaceutical Management Plus. Arlington, VA: Management Sciences for Health.
- Kristie L., Ebi J., Gamble L., (2005), "Summary of a Workshop on the Development of Health Models and Scenarios: Strategies for the Future", *Environmental Health Perspectives*, Vol. 113
- PAHO (2000), *Instrument for the Performance Measurement of Essential Public Health Functions* PAHO: Washington DC
- PAHO (2002a), *Public Health in the Americas, Conceptual Renewal, Performance Assessment*

- and Bases for Action*, PAHO/WHO: Washington DC
- PAHO (2002b), *Methodological Guidelines for Health Sector Analysis, Second Version*, HSP, PAHO/WHO: Washington DC
- PAHO (2006) Guidelines for Health in the Americas, 2007 Edition, Guidelines for Country Chapters Development, Table of Contents, Draft working document HDM/HA PAHO: WDC.
- PAHO (2007), *Core Health Data Initiative*, PAHO, <http://www.paho.org>
- PAHO, USAID (2007), *Health Systems Profiles. Methodological Guidelines*, PAHO: WDC
- OECD (2007), *OECD Health Data 2007*; OECD: Paris
- Mossialos E., Allin S., Figueras J. ed, (2007) *Health Systems in Transition: Template for Analysis*. European Observatory on Health Systems and Policies Euro WHO: Copenhagen
- Nsubuga, P., White M., Thacker., et al. (2006). "Public Health Surveillance: A tool for targeting and monitoring interventions", in *Disease Control Priorities in Developing Countries* (2nd Edition), Chapter 53, p. 997-1015, The World Bank Group, Oxford University Press Washington DC
- Rodrigues. R and Israel K. (1995), *Conceptual Framework and Guidelines for the Establishment of District-Based Information Systems, CPC* PAHO/WHO: Barbados
- Swiss Federal Statistical Office (2001), *Concept and Business Plan of the Swiss Health Observatory*, Swiss Federal Statistical Office: Neuchâtel
- Stansfield S., Walsh J., Prata N et al., "Information to Improve Decision Making in Health" in *Disease Control Priorities in Developing Countries* (2nd Edition), Chapter 54, p. 1017-1030 The World Bank Group, Oxford University Press, Washington DC
- Taylor A., and Watson J. (2006) Health Profiles Metadata 2006. APHO, www.communityhealthprofiles.info, 08 June 2006.
- Venable J., Ma Q., Ginter P., Duncan J., (1993). The Use of Scenario Analysis in Local Public Health Departments: Alternative Futures for Strategic Planning, *Public Health Report*, 108 (6): 701-710
- WHO (1997), *WHO Cooperation for the strengthening of the national health information systems*, WHO: Geneva.
- WHO (2000) *The World Health Report 2000. Health Systems: Improving Performance* WHO: Geneva

واژگان کاربردی

ارزیابی (شامل توصیف، سنجش، تحلیل، نتیجه‌گیری و توصیه) درباره موقعیت یا هدفی معین، ساختار یا عملکرد نظام، برنامه، پروژه یا اقدام
توان رسیدن به هدف‌ها یا هدف نهایی نظام یا برنامه، دست یافتن به نتایج برنامه‌ریزی شده یا مورد انتظار (نتیجه‌ی مطلوب یا نتیجه‌ی برنامه‌ریزی شده)
میزان دست یافتن موفق نظام‌ها، پروژه‌ها یا اقدامات به هدف‌ها
کسب نتایج با بهترین عملکرد (بالاترین برون داد در برابر هزینه‌ها و منابع تعیین شده) در مقایسه با دیگر راه‌های رسیدن به همان نتایج و هماهنگ با آنچه از آغاز برنامه‌ریزی شده است.

فرایند نظام‌مند جمع‌آوری داده‌ها و اطلاعات اساسی جاری درباره وضعیت سلامت و عامل‌های خطر (ریسک فاکتورها) و برنامه‌های اپیدمیولوژیک، سپس تحلیل، تفسیر و گزارش بموقع اطلاعات به مسئولان سیاست‌گذاری و اقدام
فرایند رصد ویژگی‌های جمعیتی مرتبط با سلامت عمومی که باید کنترل شوند، با هدف گزارش بموقع به منظور هدایت اقدام‌های بعدی درباره خدمات و برنامه‌های سلامت
مجموعه اقدام‌های ضرور که در درجه اول از مسؤولیت‌های دولت به حساب می‌آیند و برای رسیدن به هدف‌های سلامت عمومی از جمله بهبود، حفظ، ارتقا و اعاده سلامت مردم از طریق اقدام‌های جمعی، جنبه اساسی دارند.

فرایند ارزش‌قابل‌شدن برای چیزی؛ مقایسه آن با مرجع (وضعیت مورد انتظار)
فرایند تعیین اهمیت، اثربخشی، کارایی و تأثیر فعالیت‌ها در پرتو هدف‌های تعیین شده (تا حد ممکن به روشی نظام‌مند و عینی)

مطالعه جنبه‌های خاص از ساختار، فرایند یا پیامدهای برنامه یا خدمت، با هدف مشارکت در دانش عملی به منظور کمک به تصمیم‌گیرندگان یا برنامه‌ریزان.

داده‌ها، شاخص‌ها یا هر نوع اطلاعات دیگر که می‌توان آن‌ها را علامت هشداردهنده یا وسیله‌ای برای اثبات حقیقت (نزدیک شدن به واقعیت) درباره موقعیتی معین دانست.

پیش‌بینی یا سر در آوردن از چیزی که قرار است در آینده به وقوع بپیوندد، در مواردی که به سلامت عمومی و بخش سلامت مربوط می‌شود، در کشور یا منطقه جغرافیایی معین یا در جمعیت هدف.

نتیجه تدوین محتمل‌ترین سناریوها برای آینده (با تعیین افق زمانی) با تمامی عامل‌های ضرور تأثیرگذار بر آینده (فرضیه‌هایی برای فرصت‌ها و تهدیدها)، به نحوی منسجم و به صورتی که

Assessment

ارزیابی

Effectiveness

اثربخشی

Efficiency

کارایی

Epidemiological Surveillance

مراقبت اپیدمیولوژیک

Essential Public Health Function

کارکرد اساسی سلامت

عمومی

Evaluation (Assessment)

ارزشیابی (ارزیابی)

Evidence

شواهد

Forecasting

آینده‌نگاری

مفهوم سیاست‌گذاران و تصمیم‌گیران قرارگیرد گزارش می‌شود. این گزارش‌ها تفکر استراتژیک و تصمیم‌گیری مؤثر را با بهره‌گیری از فرصت دامن می‌زنند.

مرکزی واقعی یا مجازی که از آن برای رصد کردن علمی وضعیتی مورد توجه، استفاده می‌شود. مرکزی مجازی برای رصد کردن علمی سلامت عمومی و بخش سلامت به منظور کمک به سیاست‌ها و اقدامات مرتبط با سلامت از طریق مرور کلی، اخطار و پیش‌بینی آینده.

هدف اصلی واحد یا شبکه‌ای از واحدها برای تدارک خدمات سلامت شخصی با جهت‌گیری درمانی یا پیش‌گیری و خدمات جمعی که با سلامت افراد ارتباط دارند.

مداخله یا خدمات، با هدف کمک به بهبود سلامتی، رسیدن به تشخیص، درمان یا توانبخشی بیماران (و نه الزاماً مراقبت‌های پزشکی یا بالینی) است. خدمات سلامت اقدامات ناظر بر جامعه مانند مداخلات محیطی را نیز شامل می‌شود (برگرفته از دفتر اروپایی سازمان جهانی بهداشت، 1997، Euro WHO).

مؤسسه یا گروهی از موسسات که با چارچوب‌های قانونی، مالی یا قراردادی تعیین می‌شوند و عملکرد آنها عبارتست از تدارک خدمات سلامت برای مردم، همچنین تضمین منابع و عملکرد خدمات و امکان دست‌یافتن مردم به خدمات و استفاده از آنها.

افراد، مؤسسات و منابعی که طبق سیاست‌های تعیین شده در جهت بهبود سلامت سازمان یافته باشند، تا به انتظارات قانونی و مشروع افراد از طریق انواع فعالیت‌ها که هدف عمده آنها بهبود سلامت است، پاسخ دهند و در برابر هزینه‌های بیماری از افراد محافظت کنند (WHO 2000).

تأثیرات برنامه یا مداخله‌ای خاص بر جمعیت یا منطقه هدف، از نظر سلامت، عامل‌های تعیین‌کننده سلامت، نگرش یا رفتارها پیش و پس از اجرای برنامه.

روشی عینی (بیان کمی، کیفی، متنی یا نموداری) که به صورتی ترکیبی (مستقیم یا غیر مستقیم) وضعیت یا رویدادی مورد توجه را می‌سنجد یا اعلام می‌دارد.

متغیری که هدفش سنجش موقعیت یا تغییرات خاص (مستقیم یا غیر مستقیم) است و باید تا حد ممکن هدایت‌کننده، به اقدام باشد.

مجموعه منظمی از منابع، فناوری‌ها و فرایندها که هدف آنها تولید اطلاعات است؛ می‌توان اطلاعات را رسماً یا عملاً سازمان‌دهی کرد. واحد اطلاعات بخشی از هر مؤسسه است که درون‌داده‌های اطلاعاتی را فراهم می‌سازد یا بخشی خاصی از شبکه اطلاعات را تشکیل دهد. مجموعه منظم و منسجمی از داده‌ها و ارتباط میان آن‌ها که ارایه اطلاعات برای تصمیم‌گیری را ممکن می‌سازد.

**Health
Observatory**
دیده بانی سلامت

Health Services
خدمات سلامت

Health System
نظام سلامت

Impact
اثر نهایی

Indicator
شاخص

**Information
System**
نظام اطلاعات

راه حلی با استفاده از محاسبه و فناوری به منظور پاسخ‌دهی به نیازهای اطلاعاتی. همان فناوری محاسبه (سخت افزاری و نرم افزاری) و روش ارتباط و اتصال مؤسسات سلامت به یکدیگر.

برنامه نرم افزاری خاص (به عنوان نظام‌های اجرایی مدیریت). شرکت یا نهادی که در سطح رسمی یا غیررسمی (مشمول بر منابع و فرایندهای مربوط به یکدیگر) با هدف ایجاد اطلاعات سازماندهی شده است. فرایند اداره کردن موسسه بر اساس مجموعه قوانین، روش‌ها و شیوه‌های عملیاتی مانند، برنامه‌ریزی، - تنظیم برنامه‌ها، سازمان‌دهی، ایجاد انگیزه، کنترل، نظارت و ارزشیابی به قصد اجرای هدف‌ها، عملکردها و رسیدن به هدف‌های سازمانی. نظام اجرایی اطلاعات. نظامی است بر اساس برنامه‌های کامپیوتری که با مرتب کردن اطلاعات، سرعت بخشیدن به آنها، تحلیل و تصمیم‌گیری را برای مدیران اجرایی ممکن می‌سازد. جمع‌آوری و تحلیل نظام‌مند و پایدار اطلاعات درباره پیشرفت هر بخش از کار در طول زمان. پایش، ابزار برنامه‌ریزی خوب است.

فرایند نظام‌مند جمع‌آوری اساسی اطلاعات جاری در ارتباط با ساختار و عملکرد نظام سلامت و همچنین جمعیت‌های هدف این نظام و سپس تحلیل، تفسیر و گزارش بموقع اطلاعات به مسوولان سیاست‌گذار و مجری در ارتباط با نظام سلامت. دانش نظام یافته درباره جنبه‌های هر موقعیت، برنامه، پروژه‌ها یا راهبردی که تلاش می‌کند با بسط و توسعه به پیشبرد رایبه کالاها و خدمات طبق برنامه کمک می‌کند تا اقدامات مناسب برای پیش‌گیری از بروز کاستی‌ها به اجرا گذاشته شود.

مجموعه منابع، ذخایر و فرایندهای ملی (اجرا شده در برنامه‌ها، دفاتر و مؤسسات مختلف) که با هدف تولید اطلاعات مربوط به سلامت، توسط مسوولان سلامت سازماندهی و هماهنگ می‌شود و به حمایت از سیاست‌ها، تصمیم‌گیری‌ها و اقدام‌های حوزه سلامت می‌پردازد. مراقبت از نزدیک و نظام‌مند افراد، رویدادها، موقعیت‌ها یا محیط که با ثبت و گزارش داده‌ها سر و کار دارد.

مرکزی واقعی یا مجازی که برای رصد کردن نظام‌مند علمی و ثبت حوادث یا وضعیت‌های از قبل تعیین شده‌ی مهم به کار می‌رود.

فرایندهای اطلاعاتی که از طریق مرور کلی، اخطار و آینده‌نگاری هر وضعیت دیده‌بانی شده در منطقه جغرافیایی معین یا جمعیت هدف، به سیاست‌گذاری و اقدام درباره سلامت کمک می‌کند. این کارکردها از طریق فرایندهای دیده‌بانی شامل جمع‌آوری و ادغام اطلاعات مهم

Management

مدیریت

Management Information System

نظام اطلاعات مدیریت

Monitoring

پایش

Monitoring Health System

پایش نظام سلامت

National Health Information System

نظام ملی اطلاعات سلامت

Observation

مشاهده / دیده‌بانی

Observatory

دیده‌بانی

Observatory Functions

کارکردهای دیده‌بانی

ثانویه (از منابع دیگر) و به دنبال آن تحلیل، تفسیر و گزارش آنها طبق درخواست مقامات ملی و همچنین سیاست‌گذاران و تصمیم‌گیرندگان صورت می‌گیرد.

ارایه طرح کلی یا جامع چیزی؛ طرح کلی یا جامع (خلاصه کوتاه) وضعیت سلامت منطقه جغرافیایی تعیین شده، یا جمعیت هدف در زمان معین.

مشاهده مخفیانه یا محرمانه چیزی که در حال وقوع است.

مشاهده، مدیریت یا هدایت فردی معین یا کاری که توسط شخصی معین انجام می‌شود.

مجموعه سازمان یافته‌ای از فعالیت‌ها و روش‌های نظام‌مند با هدف تولید محصولات بینایی یا نهایی که ارائه خدمات خاص سلامت را به جمعیت مصرف‌کننده امکان‌پذیر می‌سازد.

علم و هنر ارتقای سلامت، پیش‌گیری از بیماری‌ها و طولانی کردن عمر از طریق تلاش‌های سازمان یافته جامعه، ارتقای سلامت، پیش‌گیری از بیماری‌ها و شکل‌های دیگر مداخله سلامتی.

فرایند نظام‌مند جمع‌آوری اطلاعات اساسی جاری مربوط به مردم و ویژگی‌های سلامت عمومی؛ سپس تحلیل، تفسیر و گزارش بموقع این اطلاعات به مسوولان برای سیاست‌گذاری و اقدام مربوط به سلامت عمومی

اهمیت هر موقعیت، رویداد یا برنامه، به عنوان عامل تعیین‌کننده در موارد مربوط به سلامت عمومی و بخش سلامت.

شرح روند پیامدهای ممکن یا موجه مورد انتظار در آینده که از وضعیت کنونی شروع شده و عوامل و متغیرهای سازنده‌ی آن آینده را به حساب می‌آورد. سناریو به طرز منطقی و پیوسته شرح داده می‌شود.

رصد کردن دقیق، منظم و پیوسته موقعیت یا رویداد مورد علاقه فرد، گروه یا محیطی در منطقه‌ای جغرافیایی و در مدتی خاص برای اخطار یا اعلام اقدام ضروری در صورت لزوم.

اعلام یا گزارش اطلاعات به صورت هشدار یا رعایت احتیاط در مورد وضعیت سلامت منطقه‌ی معین جغرافیایی یا جمعیت هدف در زمان معین.

Overview

مرور کلی

Oversight

نظارت

Productive Process

فرایند سازنده (تولیدگر)

Public Health

سلامت عمومی

Public Health Surveillance

مراقبت سلامت عمومی

Relevance

ربط (ارتباط)

Scenario

سناریو

Surveillance

مراقبت

Warning

اخطار (هشدار)

پیوست ۱: رهنمودهایی برای تدوین فصل‌های مربوط به کشورهای قاره آمریکا ویژه شماره سال ۲۰۰۷ نشریه سلامت در قاره آمریکا

HDM/HA سند پیش‌نویس
PAMHO,2006

ساختار کلی

- خلاصه اجرایی
- فصل ۱- عوامل تعیین‌کننده سلامت
- فصل ۲- مشکلات سلامت و موقعیت گروه‌های خاص مردم
- فصل ۳- سیاست‌های عمومی، نظام سلامت ملی و حفاظت اجتماعی.

توصیف فصل:

خلاصه اجرایی: موقعیت کشور در سناریوی جهانی.

تلفیق مرتبط‌ترین جنبه‌های وضعیت سلامت کشور در یک مقطع ۵ ساله و بویژه در اوضاع فعلی. این خلاصه مشکلات اساس و مداوم سلامت، مهمترین دستاوردهای سلامت، و چالش‌های جدید را پررنگ‌تر خواهد نمود. این مطلب حداکثر در یک صفحه یا در یک کادر خواهد آمد.

۱- زمینه‌ی کلی و عوامل تعیین‌کننده سلامت.

محتوای سیاسی و اجتماعی، مسائل جمعیتی و مرگ؛ روندهای اقتصاد کلان و پیامدهای آنها برای سلامتی؛ تحول فقر؛ شرایط زندگی و کار؛ ابعاد سیاسی سلامت.

۲- مشکلات سلامت در میان گروه‌های مختلف مردم.

بحث درباره سیمای غالب بیماری و مرگ در کشور با استفاده از چرخه‌ی زندگی؛ توسعه پایدار و سلامت زیست محیطی.

۳- سیاست‌های عمومی و نظام سلامت ملی و سامانه محافظت اجتماعی.

تحلیل تحول سیاست‌ها و محتوای کلی آنها، نظام سلامت ملی و سامانه حفاظت اجتماعی، عوامل مؤثر بر دستیابی به خدمات سلامت و نظام‌های حفاظت اجتماعی؛ مراقبت اولیه در سلامت. اقدامات سلامتی، شیوه‌های زندگی، مهارت‌های فردی و حمایت اجتماعی.

خلاصه اجرایی

فصل ۱- دیدگاه، کلی و عوامل تعیین کننده سلامت

الف) مضمون‌های کلان اقتصادی، سیاسی و اجتماعی

آخرین روند فرایندهای سیاسی، اقتصادی و اجتماعی، برنامه‌های توسعه ملی و تأثیر آنها بر شرایط و کیفیت زندگی بالاخص بر عدالت و سلامت مردم در پنج سال گذشته را با تکیه بر هدف‌های توسعه هزاره (MDGs) و تعامل آنها با سلامت؛ اقدامات ملی به منظور هماهنگ‌سازی ابتکارات درون استانی یا اقدامات دیگر، مورد بحث قرار دهید.

ب) عوامل تعیین کننده سلامت:

دولت، روندها و سیاست: آموزش، تغذیه، عوامل محیطی مانند آب و شرایط بهداشتی، امنیت، خشونت، آوارگان/ پناهندگان، سلامت غذا، آسیب پذیری و افراد در خطر و احتمال اپیدمی شدن بیماری‌ها و دیگر تهدیدکننده‌های طبیعی یا بشری.

ج) روند مرگ و دیگر متغیرهای جمعیتی

تغییرات سال‌های گذشته در موارد زیر را مشخص سازید: نرخ رشد و اندازه جمعیت (براساس سن و جنسیت)، میزان تولد و مرگ در زنان و مردان، امید زندگی در بدو تولد، باروری، مهاجرت داخلی و خارجی، توسعه شهری، موقعیت‌های خاصی مانند بلاهای طبیعت که این رفتارها را تحت تأثیر قرار می‌دهند؛ مواردی از قبیل بی‌عدالتی‌ها در سلامت در سطوح کشوری و استانی برحسب سن، جنسیت و دیگر مقوله‌های اجتماعی- اقتصادی.

د) وضعیت مرگ بر حسب گروه‌های عمده علتی

نمایش تفاوت‌ها و وجوه مشترک میان استان‌های کشور در گروه‌های مختلف سنی و جنسیتی. در صورت امکان روند مرگ را با متغیرهایی مانند شغل، درآمد، قومیت و نظایر اینها ارتباط دهید. همچنین مرگ متأثر از علل گسترده‌ای مانند بیماری‌های واگیردار، تومورهای بدخیم، بیماری‌های دستگاه گردش خون، بیماری‌های حول تولد، علل بیرونی و علت‌های دیگر را مورد تحلیل و بررسی قرار دهید.

ه) خطر فوریت‌ها و بلاهای طبیعت و دیگر مشکلات خاص: (آنچه که به کشور ارتباط می‌یابد):

تهدیدهای اصلی طبیعی و بشری را با اولویت‌بندی بر حسب ابعاد، تأثیرات، وفور و موقعیت جغرافیایی آنها شرح دهید.

فصل ۲. مشکلات سلامت در میان گروه‌های مختلف مردم

دارای دو بخش است:

۱- مشکلات سلامت در میان گروه‌های مختلف جمعیت

۲- مربوط به بیماری یا آسیب‌ها و صدمات خاص

۱- مشکلات سلامت در میان گروه‌های مختلف جمعیت

برای هر یک از مضامینی که باید پرورانده شوند، چارچوب عملی سلامت عمومی برای مناطق مختلف قاره آمریکا در قرن ۲۱ را در نظر بگیرید، و کوشش کنید برنامه‌های نا تمامی را که باید تکمیل شوند، محافظت از دستاوردها و برخورد با چالش‌های جدید را برجسته کنید.

در گروه‌های فهرست زیر، داده‌ها باید براساس جنسیت تفکیک و تحلیل شود و تفاوت‌های موجود و چگونگی توزیع مشکلات سلامتی در هر یک از گروه‌ها بر حسب شرایط زندگی، منطقه جغرافیایی و متغیرهای مهم دیگری که شرایط را شکل می‌دهند، مورد بحث قرار گیرد.

برای هر گروه، با استفاده از داده‌های مرگ، بیماری و ناتوانی، عوامل تعیین کننده و هر داده‌ی موجود دیگر، به شرح موقعیت، تغییرات و روندهای مشکلات خاص یا شایع سلامتی آن گروه پردازید.

بعضی از عناوین تا جایی که ممکن باشد، در ارتباط با کلیه گروه‌ها مورد بررسی قرار می‌گیرند مانند: مشکلات تغذیه‌ای، اعتیاد به الکل، دخانیات، سوءمصرف مواد، اختلالات روانی، تصادفات و خشونت در همه اشکال بروز آنها (عمومی، خانوادگی، جنسی و غیره)؛ سلامت حرفه‌ای و خطرات زیست محیطی و دسترسی به خدمات سلامتی.

الف) سلامت کودکان؛ مرگ کودکان زیر یکسال و مرگ‌های حول تولد (مرگ در ماه‌های آخر جنینی، مرگ زودرس و دیررس نوزادان)؛ مرگ کودکان ۱ تا ۴ ساله، سطوح و علل مرگ؛ رشد و تکامل کودک.

ب) سلامت دانش‌آموزان (کودکان ۵ تا ۹ ساله)

ج) سلامت و نوجوانی (۱۰ تا ۱۴ و ۱۵ تا ۱۹ ساله). هر گروه را جداگانه مورد بررسی قرار دهید.

د) سلامت بزرگسالان (۲۰ تا ۵۹ سال) بر سلامت باروری، سطوح و ساختار باروری، رواج استفاده از روش‌های پیش‌گیری از بارداری، مراقبت‌های پیش از زایمان، مراقبت‌های دوران بارداری، مراقبت‌های زایمانی و پس از زایمان، مرگ و میر مادران، رواج سزارین و پاپ اسمیر تأکید دارد.

هـ) سلامت سالمندان (۶۰ سال به بالا)، ساختار و پویایی شناسی جمعیت، اسکان خانوادگی یا سازمانی، وضعیت کار و تأمین اجتماعی، سوء استفاده و بد رفتاری، سیاست‌ها و برنامه‌های رسیدگی به این گروه سنی.

و) سلامت خانواده: ساختار خانوادگی، خانواده‌های تک والدی، برنامه‌های خاص خانواده و سلامت.

ز) سلامت شغلی (حرفه‌ای): کودکان شاغل، کارگران غیر رسمی، زنان شاغل و تن‌فروشان.

ح) افراد ناتوان

ط) گروه‌های قومیتی (افراد بومی، کولی‌ها)

ی) سلامت گروه‌های خاص دیگر (مرزنشینان، مهاجران، آوارگان).

۲- بیماری یا آسیب دیدگی‌های خاص

برای هر یک از موارد فهرست زیر، موقعیت، تغییرات و روندها را مشخص و تحلیل کنید. از اطلاعات مربوط به مرگ، بیماری و ناتوانی استفاده کنید. تا جایی که امکان دارد، عوامل خطر و عوامل حفظ و ارتقاء سلامت مربوط به شرایط و شیوه زندگی را با بروز و توزیع نابرابر بیماری‌ها و مشکلات سلامت در میان گروه‌های مختلف مردم ارتباط دهید. داده‌ها را براساس جنسیت و سن تفکیک نمایید.

الف) بلاهای طبیعی

ب) بیماری‌های انتقال‌یابنده توسط پشه: مالاریا، تب زرد، تب دانگ، طاعون، بیماری شاگال^۱، شistosomiasis^۲، فلاریازیس^۳ لئافوی

ج) بیماری‌های پیش‌گیری شونده با واکسیناسیون (ریشه‌کن‌سازی سرخجه و سندرم سرخجه مادرزادی؛ معرفی واکسن‌های جدید)

د) بیماری‌های عفونی روده از جمله انگل‌های روده‌ای^۴ و غیره)

هـ) بیماری‌های واگیردار مزمن: سل، جذام، کم‌خونی داسی.

و) عفونت‌های تنفسی حاد

^۱ Chagas

^۲ Schistosomiasis

^۳ Phylariasis

^۴ helminthiasis

ز) اچ‌آی وی و بیماری‌های انتقال‌یابنده با ارتباط جنسی

ح) بیماری‌های تغذیه‌ای و متابولیک. زمینه‌های مورد توجه عبارتند از: سوء تغذیه کالری و پروتئین در کودکان زیر ۵ سال، کمبود ریز مغذی‌ها؛ ویتامین A، آهن و ید؛ تغذیه با شیرمادر؛ تغذیه انحصاری و مداوم، چاقی و بیماری‌های مزمن غیر واگیردار مربوط به تغذیه

ط) بیماری‌های قلب و عروق

ی) تومورهای بدخیم

ک) سلامت روانی، اعتیاد به الکل و سوء مصرف مواد

ل) بیماری‌های مشترک میان انسان و حیوان و دیگر بیماری‌های دامی (جنون گاوی، تب برفکی و غیره)

م) اثرات سموم آفت‌های نباتی و دیگر آلاینده‌های زیست محیطی

ن) سلامت دهان و دندان

و) بیماری‌های ناشی از انتقال خون

پ) دیگر بیماری‌های که چالش‌های جدیدی را پدید می‌آورند.

فصل ۳. سیاست‌های عمومی، سلامت ملی و نظام تأمین اجتماعی

موقعیت و روندهای ناشی از کاربرد کارکردهای ضروری، خدمات مراقبت از سلامت و سلامت عمومی را مطرح و تحلیل کنید. پاسخ (واکنش نظام‌ها و خدمات سلامت به مشکلاتی چون آسیب‌های سلامت؛ تمایز میان مردان و زنان؛ و صور واکنش اجتماعی به تقاضاهای ارتقا، حفظ و بهبود سلامت فردی و جمعی را بازگو کنید. جنبه‌های مربوط به تدوین سیاست (کلی و خاص) را که از طریق تشکیلات خدمات سلامت تحقق یافته‌اند، روش توزیع منابع و استفاده از آنها و خدمات سلامت ارائه شده به گروه‌های مختلف جامعه را در گزارش بگنجانند. تمامی اطلاعاتی که تأثیر خدمات بر سلامت مردم را به ویژه در ارتباط با بی‌عدالتی‌ها و در پاسخ به تقاضاها و نیازهای سلامت نشان می‌دهند. در صورت اقتضا، سیاست‌ها، منابع، بیمه و خدمات ارائه شده به مردم را برحسب بخش‌های عمومی، خصوصی و تأمین اجتماعی، تفکیک کنید. همکاری‌های فنی میان کشورها را برجسته‌تر کنید.

حوزه‌های موضوعی:

۱- سیاست‌ها و برنامه‌های سلامت ملی. حق برخورداری از سلامت و سلامت به عنوان حق انسانی...

- ۲- مراحل تمرکز زدائی از خدمات سلامت و اعمال کارکردهای ضروری سلامت عمومی. تحلیل محرومیت اجتماعی و پیوندهای آن با محرومیت در سلامت.
- ۳- راهبردها و برنامه‌های سلامت کشور و ارتباط آنها با اصول عدالت، کیفیت، کارایی، ثبات مالی و مشارکت اجتماعی را شرح دهید.
- ۴- تشکیلات سازمانی بخش سلامت:
- تشکیلات سازمانی بخش سلامت.
 - تنظیم‌های اصلی در قوانین سلامت.
 - درجات تفکیک جمعیت برحسب انواع مؤسسات (نهاده‌ها).
 - درجات تمرکز زدایی خدمات سلامت.
 - مشارکت خصوصی در نظام سلامت و بخش‌های دیگر.
 - انواع بیمه و پوشش آنها.
- ۵- تشکیلات اقدامات قانونی و نظارتی
- ۶- تشکیلات خدمات مراقبت از سلامت جمعیت:
- مراقبت‌های اولیه سلامت: تحلیل وضعیت و دیدگاه‌های آن
 - ارتقای سلامت
 - برنامه‌های پیش‌گیری و کنترل بیماری
 - نظام‌های تحلیل وضعیت سلامت، مراقبت سلامت و آزمایشگاه‌های سلامت عمومی
 - خدمات آب آشامیدنی و فاضلاب
 - خدمات مدیریت شهری پسماندهای جامد از جمله بیمارستان‌ها
 - پیش‌گیری و کنترل آلودگی زیست محیطی و هوا
 - حفاظت و کنترل مواد غذایی
 - برنامه‌ی کمک‌های غذایی
 - خدمات سلامت حرفه‌ای
 - پاسخ به بلاهای طبیعی و بشری
- ۷- تشکیلات و کارکرد خدمات مراقبت از سلامت فردی

- خدمات سرپایی، بیمارستانی و فوریت‌ها
- خدمات تشخیص امدادی و بانک خون
- خدمات تخصصی: توانبخشی، سلامت دندان، سلامت روانی، سلامت باروری، طب سالمندان، و دیگر خدمات تخصصی مناسب هر کشوری.
- ۸- رویکرد بین بخشی: مشارکت اجتماعی و تشکیلات اجتماعی سلامت.
 - شهر سالم
 - ارتقای سلامت
 - برنامه ارتقای سلامت در مدارس
- ۹- توسعه پایدار و سلامت زیست محیطی
 - دسترسی به آب آشامیدنی و خدمات فاضلاب
 - پسماندهای جامد
 - آلودگی محیط زیست و هوا
 - آلاینده‌های پایدار طبیعی (آلی)
 - آفت کش‌ها
 - سلامت محیطی کودکان زیر یکسال
 - محیط کار
 - برنامه‌ی کمک‌های غذایی
 - بیماری‌های دام (جنون گاوی، تب برفکی و غیره)
- ۱۰- در مورد تولید محلی، واردات، بازاریابی، تبلیغات تجاری، تدارکات عمومی، اقدامات تولید کالا و کنترل کیفیت موارد زیر نظر خود را بیان کنید:
 - فرآورده‌های دارویی
 - مصونیت بیولوژیکی (واکسن و سرم‌های ایمنی‌زا)
 - محلول‌های شیمیایی
 - تجهیزات

۱۱- منابع انسانی

- منابع انسانی موجود براساس نوع و جنسیت

- آموزش کارکنان سلامتی

- آموزش مداوم کارکنان سلامت

- بازار کار برای متخصصین سلامت

۱۲- تحقیق و فناوری سلامت

- تشکیلات، تأمین مالی فعالیت‌های علمی و شکل‌گیری نیروی انسانی برای تحقیقات

- فرایند توسعه فنی از جمله توسعه فناوری‌های سلامت، استفاده و تأثیر فناوری‌های سلامت

- مستندسازی علمی و فنی (نشریات و دیگر مطبوعات فنی)، دسترسی، تولید و توزیع

۱۳- هزینه‌های بخش و تأمین مالی

هزینه‌های بخش:

- هزینه‌های عمومی و خصوصی در خدمات پیش‌گیری کننده، برحسب مناطق و گروه‌های اجتماعی

هزینه‌های عمومی و خصوصی در خدمات سرپایی و بیمارستانی بر حسب مناطق و گروه‌های

اجتماعی

- هزینه‌های عمومی و خصوصی در داروها، تجهیزات و وسایل دیگر برحسب مناطق و گروه‌های

اجتماعی

- هزینه‌های عمومی و خصوصی مربوط به ارائه کنندگان عمومی، خصوصی و خارجی خدمات

سلامت

تأمین مالی بخش:

وزارت بهداشت و منابع دولتی دیگر از سطح مرکزی تا استانی و محلی

- منابع تأمین اجتماعی دولتی در سطوح مختلف دولت

- منابع خصوصی بی واسطه یا با واسطه از سوی افراد و منازل آنها

- منابع خصوصی بی واسطه و با واسطه مربوط به مؤسسات و انجمن‌ها

- سازمان‌های غیر دولتی و منابع مردمی

۱۴- همکاری فنی و تأمین مالی خارجی در سلامت

سازمان‌های بین‌المللی، دو جانبه، خصوصی، بنیادها، شرکت‌ها و کشورهای دارای ابتکارات استانی یکپارچه‌سازی (ادغام) و انواع دیگر همکاری فنی و مالی بین کشورها. همکاری‌های دریافت شده و ارائه شده توسط کشور را بر حسب منشأ بودجه، مبالغ کلی، مقصد بودجه و حوزه‌های اختصاص آنها اعلام دارید. جزئیات آنها را براساس موارد زیر بیان کنید:

- مقدار منابع برای همکاری فنی؛ تأمین مالی بین‌المللی و دو جانبه در سلامت
- منابع مربوط به مؤسسات بین‌المللی: IDB. WB. BCIE. و غیره.
- منابع اختصاص یافته توسط بنیادها شرکت‌ها
- منابع مربوط به اتحادیه اروپا (EU)
- منابع غیردولتی بین‌المللی یا منطقه‌ای با حضور کشوری.

پیوست ۲: موضوعات و شاخص‌های مناسب برای توسعه رصد کردن

این ضمیمه به عنوان بندی مضامین و شاخص‌هایی می‌پردازد که برای تدوین سناریوهای وضعیت سلامت مفید و جالب توجه است.

متداول‌ترین موضوعات، به وضعیت سلامت مردم، شرایط آن و بخش سلامت اختصاص دارند. این موضوعات به نوبه خود عناوینی را مورد تأکید قرار می‌دهند که موضوع رصد کردن سلامت‌اند.

محتوای کلان وضعیت سلامت، عوامل آن و بخش سلامت

- محتوای کلی، تاریخچه و جغرافیا
- نظام سیاسی
- زمینه اقتصادی
- زمینه اجتماعی

جمعیت و شرایط سلامت

- ابعاد زیستی - جمعیتی
- ابعاد توزیع جغرافیایی
- ابعاد اجتماعی اقتصادی
- ابعاد وضعیت سلامت
- شرایط محیطی که از نظر سلامت اهمیت دارند
- ابعاد بیمه سلامت و بهره‌مندان از آن

نظام سلامت

- نظام سلامت جهانی که به عنوان الگوی غالب تعیین شده است
- تشکیلات تعیین شده نظام: چارچوب، معیارها و مقررات قانونی
- الگوی مالی براساس چارچوب حقوقی و اقتصادی و جریان‌های مالی اصلی
- نظام‌های ویژه سلامت در نظام سلامت ملی بر حسب مالکیت (عمومی و خصوصی)، خدمات ارائه شده و جمعیت زیر پوشش هر نظام
- ذینفعان یا دست‌اندرکاران اصلی بخش سلامت براساس نقش آنها (مقررات، امور مالی، بیمه، خرید، تهیه و تدارک)

- نقش و وظایف دولت با توجه به بخش سلامت
- عوامل تعیین کننده اصلی بازار نظام سلامت
- تأمین مالی و هزینه‌های سلامت براساس منابع، بودجه و نوع هزینه
- نظام بیمه سلامت و شرکت‌ها یا نمایندگی‌های اصلی
- ترکیب بخش عمومی و خصوصی در نظام سلامت ملی
- اقدامات بین بخشی در مسائل مربوط به سلامت
- مشارکت جامعه و حضور آن در نظام سلامت
- اقدامات غیر دولتی در سلامت
- اقدامات بین المللی در مسائل مربوط به سلامت
- انواع تأمین کنندگان خدمات سلامت و تشکیلات آنها (بخش‌های عمومی و خصوصی)
- تشکیلات اداری خدمات سلامت
- تشکیلات مراقبت سلامت
- شبکه مراقبت سلامت بر حسب سطح پیچیدگی فنی
- تأمین مالی خدمات سلامت و جریان‌های مالی از جمله برون سپاری
- تغییرات حقوقی و مالی در نظام‌ها و خدمات سلامت به سبب اصلاحات بخش سلامت
- تغییر در کارکرد نظام‌های سلامت بدنبال اصلاحات (مقررات، امور مالی، خرید، تهیه)
- تغییرات پدید آمده در تعامل میان نهادهای مختلف دخیل در نظام سلامت بویژه برای مقررات، امور مالی، بیمه، تهیه و ارائه خدمات سلامتی.
- تغییر نقش‌ها در دسترسی و تأمین خدمات مرتبط با اصلاحات بخش سلامت

خدمات سلامت

- تشکیلات
- انواع مختلف بر حسب بخش خصوصی و عمومی
- تشکیلات اداری
- تشکیلات مساعدت (کمک مالی)
- سطوح پیچیدگی

- تأمین مالی و جریان‌های مالی
- منابع
- منابع کمک مالی انسانی
- لوازم و زیرساختار کمک مالی
- داروها و دیگر دروندادهای کمک
- فناوری
- فعالیت‌ها
- فعالیت‌های سرپایی با هدف پیش‌گیری
- فعالیت‌های سرپایی با هدف درمانی
- فعالیت‌های بیمارستانی (درمانی)
- فعالیت‌های جمعی ارتقای و پیش‌گیری
- دسترسی به خدمات و استفاده از آنها
- شناخت نیازها
- استفاده مؤثر از خدمات
- پوشش برنامه‌ها
- برآورد اپیدمیولوژیک تقاضای بالقوه خدمات
- فرایندهای تدوین و اصلاحات خدمات سلامت
- تغییرات حقوقی و مالی
- بهبود کارکردها (مقررات، تأمین مالی، خرید، تهیه)
- تعامل میان نهادهای مقرراتی، مالی، بیمه‌گر و تأمین‌کنندگان خدمات سلامت
- تغییرات نقش در کمک مالی
- پیامدهای اصلاحات بخش سلامت
- تعامل میان رشد اقتصادی و بحران‌های ملی و بخش سلامت
- تدارکات مراقبت از بیمار
- ثبت نام

- پذیرش از بیرون (خارج)
- پذیرش بیمارستانی، تریاژ و ارجاع
- مدیریت خدمات و قرار ملاقات‌ها
- دستورات

مدیریت داده‌های بالینی

- سوابق پزشکی
- مراقبت‌های پرستاری
- حساسی بالینی

خدمات حمایتی تشخیصی فنی و درمانی

- آزمایشگاه بالینی
- تصویربرداری تشخیص پزشکی برای تشخیص و مداخله
- پرتودرمانی
- داروسازی
- انتقال خون و بانک خون
- خدمات رژیم غذایی
- دیگر خدمات

خدمات با محوریت جامعه و محیط زیست

- سلامت محیط زیست
- ایمن سازی (مصون‌سازی)
- مراقبت بالینی و پایگاه داده‌ها

مدیریت اداری

- مدیریت مالی
- پرداخت‌ها، صورت حساب‌های قابل دریافت
- صورت حساب‌های قابل پرداخت
- حساسی کلی صورت حساب‌ها

- محاسبه هزینه‌ها
- حسابداری عمومی
- مدیریت منابع انسانی
- لیست‌های حقوق (دستمزد)
- کارکنان
- مزایا
- مدیریت مواد
- خریدها
- کنترل موجودی انبار
- مدیریت دارائی‌های ثابت
- نگهداری از تجهیزات پزشکی
- نگهداری از تجهیزات فیزیکی
- خدمات رختشوی‌خانه
- خدمات حمل و نقل
- بودجه و حمایت اجرایی

انواع شاخص‌های مربوط به دیدهبانی بر حسب عناوین تحت پوشش و فرایندهای مدیریتی حمایت‌کننده، تغییر می‌کنند:

الف) موضوعات:

- شاخص‌های جمعیتی و ویژگی‌های زیستی - جمعیتی
- شاخص‌های شرایط اجتماعی - اقتصادی
- شاخص‌های وضعیت سلامت (سلامت قطعی، خطر، بیماری، ناتوانی و مرگ)

ب) شاخص‌های نظام سلامت (مقررات، تأمین مالی، بیمه و تهیه خدمات)

- شاخص‌های منابع
- شاخص‌های خدمات ارائه مراقبت‌های سلامتی
- شاخص‌های دسترسی و استفاده از خدمات

- شاخص‌های پوشش خدمات سلامت

ج) شاخص‌های فرایند تولید مراقبت سلامت:

- شاخص‌های ساختار
- شاخص‌های فرایند
- شاخص‌های نتیجه (فوری یا «برونداد» و بینابینی یا «پیامد»)

د) شاخص‌هایی که به نیازها، تقاضا و کاربرد خدمات سلامت نزدیک می‌شوند:

- شاخص‌های سلامت (همانند نیازهای سلامت و مراقبت سلامت)
- شاخص‌های اجتماعی اقتصادی (همانگونه به مراقبت از سلامت و عوامل دستیابی به آن نیاز دارند)
- شاخص‌های مورد نظر شده نیاز به مراقبت سلامت
- شاخص‌های تقاضا
- شاخص‌های دسترسی و استفاده از خدمات
- شاخص‌های دسترسی به خدمات (جغرافیایی، اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی)

ر) شاخص‌های حمایت از مدیریت:

- شاخص‌های برنامه‌ریزی (مقاطع زمانی و سطوح مختلف)
- شاخص‌های برنامه‌ریزی (فنی، اداری یا اجرایی، مالی)
- شاخص‌های تصمیم‌گیری و مدیریت روزمره
- شاخص‌های پایش و مراقبت (اطلاعات برای اقدام)
- شاخص‌های ارزشیابی

ه) شاخص‌هایی برای سنجش و ارزیابی کیفیت کلی نظام‌ها و خدمات سلامت

- شاخص‌های کارایی (اقتصادی، مدیریتی، توزیعی، اجتماعی)
- شاخص‌های اثربخشی (تأثیر نهایی متناسب در سطوح مختلف)
- شاخص‌های عدالت (دسترسی، استفاده، تأثیر)
- شاخص‌های انسانی و اصول اخلاقی مراقبت از جمله رضایت کارکنان و کاربران
- شاخص‌های توزیع منبع و کاربرد آن (کارایی توزیعی و عدالت)

جدول زیر انواع اصلی شاخص‌های به کار رفته را برحسب مسائل سلامتی که به آن می‌پردازند معرفی می‌نماید.

جدول انواع شاخص‌ها بر حسب موضوعات مربوط به سلامت

مسئله یا مورد	انواع خاص شاخص‌ها
ویژگی‌های جمعیت	<ul style="list-style-type: none"> • ساختار سن و جنسیت • رشد جمعیت • شهرنشینی و تراکم آن • مردم بومی • مرگ و میر کلی
محتوای اجتماعی - اقتصادی	<ul style="list-style-type: none"> • سطح اقتصاد کلان • اشتغال • تغذیه • محیط فیزیکی • درآمد و فقر • آموزش (تحصیلات) • مسکن و بهسازی • خلاصه توسعه اجتماعی - اقتصادی
وضعیت سلامت	<p>(الف) وضعیت سلامت قطعی</p> <p>(ب) خطرات سلامتی</p> <ul style="list-style-type: none"> • خطرات برای مادر و کودک • خطرات شیوه زندگی • خطرات تغذیه‌ای <p>(ج) بیماری</p> <ul style="list-style-type: none"> • بیماری در اثر امراض واگیردار • بیماری مربوط به ایمنی غذایی • بیماری مربوط به سلامت دهان و دندان • بیماری در اثر سرطان • بیماری‌های مزمن • بیماری ناشی از آسیب دیدگی‌ها • بیماری‌های مادرزادی <p>(د) ناتوانی</p> <ul style="list-style-type: none"> • حوادث ناشی از ناتوانی <p>(هـ) مرگ</p> <ul style="list-style-type: none"> • امید زندگی اختصاصی • سقط جنین • مرگ در اثر بیماری‌های واگیردار • مرگ در اثر سرطان • مرگ ناشی از عوارض خدمات پزشکی • مرگ به سبب دستگاه گوارش • مرگ‌هایی که با مراقبت‌های درمانی امکان تغییر آن وجود ندارد • مرگ ناشی از دستگاه گردش خون • مرگ ناشی از دستگاه ادراری تناسلی • مرگ کودکان • مرگ و میرمادران • مرگ ناشی از بیماری‌های مزمن • مرگ به سبب عوامل خارجی • مرگ حاصل از دستگاه تنفس • مرگ در اثر غدد درون ریز • مرگ با منشأ روانی و عصبی • مرگ ناشی از علل نامشخص

<ul style="list-style-type: none"> • تأمین اجتماعی • پوشش بیمه سلامت 	محافظت اجتماعی
<ul style="list-style-type: none"> الف) منابع مالی ب) منابع انسانی ج) منابع فیزیکی • زیرساختار • تخت‌های بیمارستانی • فناوری پزشکی 	منابع نظام سلامت
<ul style="list-style-type: none"> • دسترسی به خدمات سلامت • برنامه‌های سلامت ملی • مراقبت‌های سرپایی • عملکرد بیمارستانی • استفاده از بیمارستان 	ارائه خدمات سلامتی
<ul style="list-style-type: none"> الف) منابع مراقبت سلامت • منابع انسانی • منابع فیزیکی • منابع مالی و هزینه‌ها ب) دسترسی اقتصادی و جغرافیایی (مکانی) ج) ارائه خدمات سلامتی • مراقبت‌های سرپایی • مراقبت از بیماران بستری • فعالیت‌های حمایت بالینی • خدمات عمومی • اداره، آموزش و تحقیق 	داده‌ها و شاخص‌های مشروح برای حمایت از مدیریت محلی مراقبت از سلامت
<ul style="list-style-type: none"> • شناسایی • تاریخچه بالینی • تماس با خدمات • بیمه و تنظیم صورت حساب 	اطلاعات مربوط به بیمار