



دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی

دوره آموزشی

برنامه ریزی مبتنی بر شواهد

تهیه شده در مدیریت آمار و فناوری اطلاعات

تاریخ تهیه: پاییز ۱۳۹۶

مقدمه:

توسعه ی جوامع بشری و رشد روزافزون جمعیت، تخصیص عادلانه ی منابع و حرکت در مسیر دستیابی به توسعه ی پایدار امری مهم در حوزه ی سیاست گذاری و برنامه ریزی به شمار می آید.

استفاده ی سیستماتیک و مداوم از آمار و شواهد در حوزه هایی چون تشخیص مسئله، برنامه ریزی و انتخاب خط مشی هر سازمانی، پیش بینی آینده، نظارت بر حسن اجرای سیاست های اتخاذ شده و ارزیابی اثر این سیاست ها در دستیابی به هدف های توسعه امری اجتناب ناپذیر است. بنا بر این برای آگاهی از فرآیند سیاست گذاری و برنامه ریزی و میزان استفاده از آمار و شواهد در برنامه ریزی ها و سیاست گذاری های خرد و کلان سازمان ها و شناخت کاستی های احتمالی موجود در نظام اطلاع رسانی آماری و همچنین بهبود پایه ای شواهد مناسب در برنامه ریزی در سازمان، نیاز به برنامه ریزی مبتنی بر شواهد است.

در واقع، یکی از اهداف نوشتار حاضر کمک به ترویج فرهنگ برنامه ریزی مبتنی بر شواهد و بسیج منابع ملی و بین المللی برای توسعه آماری است، چرا که برنامه ریزی باید دانش محور بوده و در عین حال، تفکیک داده، اطلاعات، دانش و خرد در آن به خوبی انجام و از ابزارهای تحلیلی مناسب استفاده شود. آمارشاهدی قوی است که اگر به درستی تهیه شده باشد، می تواند صحت و دقت برنامه ها را ارتقاء دهد.

ضرورت برنامه ریزی

نیاز به برنامه ریزی از این واقعیت نشأت گرفته است که همه نهادها در محیطی متحول فعالیت می کنند.

برنامه ریزی میان جایی که هستیم با جایی که می خواهیم به آن برویم پلی می سازد و موجب می شود تا آنچه را که در غیر آن حالت شکل نمی گیرد، پدید آید. پیتر دراگر معتقد است که میان موثر بودن (انجام کارهای درست) و کارایی (درست انجام دادن کارها) تفاوت است و این دو در مراحل انتخاب هدفها و آنگاه در چگونگی کسب آنها توأم می باشد.

اگر شما یک برنامه را بطور مؤثر انجام دهید می توانید زمان و تلاش لازم برای دستیابی به اهداف را به میزان زیادی کاهش دهید. برنامه مشابه یک نقشه است. هنگام تعقیب آن شما می توانید همیشه ببینید که چه مقدار به سمت هدف پروژه پیشرفت داشته اید و چه اندازه از آن فاصله دارید؟ دانستن اینکه شما کجا هستید برای ایجاد تصمیمات خوب، جهت دستیابی به هدف و اینکه چه چیزی را باید در آینده انجام دهید ضروری است.

یک دلیل مهم تر برای اینکه چرا شما نیاز به برنامه ریزی دارید قانون ۲۰/۸۰ است این قانون بیان می کند که برای فعالیتهای غیر ساختاری، ۸۰ درصد از تلاشها کمتر از ۲۰ درصد نتایج قابل ارزش را به همراه دارد. شما همچنین زمان زیادی را جهت تصمیم گیری برای اینکه چه چیزی باید در آینده انجام گیرد صرف می کنید.

شما برای رسیدن به نیازهای خود در جریان هر گام عملی بر مبنای زمان، پول یا منابع دیگر نیازمند برنامه ریزی هستید. با برنامه ریزی دقیق اگر در برخی از موارد با مشکلاتی مواجه شوید می توانید آنها را مشاهده کنید. این کار برای تعدیل برنامه شما به منظور اجتناب یا هموار کردن بحرانهای غیر منتظره پیش رو آسان تر است. به طور خلاصه اهمیت برنامه ریزی از اینجا مشخص می شود که شما فرصتی برای آزمون و خطا ندارید. نباید مسیر را اشتباه بروید.

تعریف مدیریت

مدیریت عبارتست از نیل به هدف یا هدف های سازمان با صرف حداقل هزینه و زمان

وظایف مدیر:

- برنامه ریزی
- سازماندهی
- رهبری (فرماندهی)
- هماهنگی
- کنترل

تعریف برنامه ریزی

برنامه ریزی عبارتست از تعیین اهداف درست و انتخاب مسیر، راه، وسیله و روش مناسب برای رسیدن به آن

اهداف

برنامه ریزی جریان مستمر از تصمیم های سیستماتیک می باشد که با در دست داشتن بهترین اطلاعات نسبت به آینده به مرحله اجرا در می آید (پیتر دراکه)

برنامه ریزی قبل از آنکه یک تکنیک و فن باشد، یک نحوه تلقی و باور است که مدیران را به تفکر درازمدت و آینده نگری و پیش بینی افق های دوردست، ترغیب می کند.

برنامه ریزی یا طرح ریزی یعنی اندیشیدن از پیش. متخصصین از زوایای متعدد برای برنامه ریزی تعاریف متعددی ارائه کرده اند که برخی از آنها از این قرار است :

- تعیین هدف، یافتن و ساختن راه وصول به آن،
- تصمیم گیری در مورد اینکه چه کارهایی باید انجام گیرد،
- تجسم و طراحی وضعیت مطلوب در آینده و یافتن و ساختن راه ها و وسایلی که رسیدن به آن را فراهم کند،
- طراحی عملیاتی که شیئی یا موضوعی را بر مبنای شیوه ای که از پیش تعریف شده، تغییر بدهد

هدف از برنامه ریزی عبارتست از:

❖ افزایش احتمال رسیدن به هدف

❖ افزایش منفعت اقتصادی

❖ مهیا ساختن ابزاری برای کنترل

مشخصات عمده برنامه ریزی چیست؟

❖ پیش بینی

- ❖ فرایند نظام مند
- ❖ تاکید بر نتایج مطلوب
- ❖ انتخاب (تعیین اولویت)

مزایای برنامه ریزی

برخی از مزایای برنامه ریزی عبارتند از :

۱. افزایش احتمال تحقق اهداف سازمان
۲. ایجاد فرصت اجرای منظم تصمیمها
۳. صرفه اقتصادی
۴. انطباق با شرایط متغیر محیطی
۵. استفاده صحیح از منابع
۶. فراهم شدن ابزارهای کنترل
۷. امکان سنجش میزان پیشرفت
۸. آگاهی کارکنان از اهداف سازمان و نقش خود
۹. تقویت کار گروهی
۱۰. رسیدن به اهداف شخصی

چالش های برنامه ریزی

چالش های عمده برنامه ریزی از دید برخی منتقدان این امر عبارتند از :

- حوادث غیرمنتظره ای که می تواند تمام پیش بینی ها را نقش بر آب کند!
- عوض شدن فکر
- تغییر رویه هایی که ممکن است مقاومت ایجاد نماید .
- صرف هزینه و وقت.
- محدودیت های کوتاه مدت و مقطعی.

برنامه ریزی مبتنی بر شواهد

برنامه ریزی (مدیریت) مبتنی بر شواهد یک رویکرد تصمیم گیری با وجدان، به طور صریح و با عقل سلیم می باشد که بر اساس چهار منبع اطلاعاتی، تجربه و قضاوت مدیر، اطلاعات مرتبط با موضوع، ارزیابی انتقادی بهترین شواهد در دسترس و نقطه نظرات افرادی که ممکن است از تصمیمات تأثیر بگیرند، انجام می گیرد. وجود داده ها و اطلاعات دقیق، صحیح و به هنگام از جمله شواهدی است که برای اجرای مناسب برنامه ریزی مبتنی بر شواهد ضروری است.

اصطلاح "مبتنی بر شواهد" (evidence-based) که بیشتر در حوزه پزشکی به کار می رود، در مورد برنامه ریزی نیز کاربرد دارد.

پیش فرض مبتنی بر شواهد این است که اگر بتوان در مورد موضوع و مسئله، اطلاعات گسترده و با کیفیتی جمع آوری کرده و آن را به دانش معنادار تبدیل نمود و در بین افراد ذینفع که قدرت عمل دارند، منتشر کرد، می توان در مورد مسائل عمومی تصمیمات بهتری اتخاذ نمود. (Clarence, 2002)

برنامه ریزی مبتنی بر شواهد با قرار دادن بهترین شواهد و مدارک موجود در قالب توسعه و اجرای برنامه کمک می کند که تصمیم گیری آگاهانه در مورد برنامه ها و پروژه ها اخذ شود. برنامه ریزی مبتنی بر شواهد یعنی اینکه در کنار تجربه ها، تخصص ها و قضاوت های فردی و جمعی، از شواهد حاصل از پژوهش نظام مند نیز برای برنامه ریزی استفاده شود.

آمار و اطلاعات شواهدی هستند که برنامه ها بر مبنای آنها ساخته می شوند و به شناسایی نیازها و هدف گذاری کمک می نمایند. بی توجهی به اهمیت آمار، منجر به کم دقتی در تولید آمار می شود و این کم دقتی به نوبه خود باعث تولید داده های ضعیف و به تبع آن، باعث پایین آمدن تقاضا برای آمار، کم اهمیتی به استفاده از آمار و تضعیف سازمان های آماری می شود و این امر منجر به طراحی برنامه ریزی های ضعیف، اتخاذ تصمیم های ناآگاهانه، ناتوانی در نظارت بر اجرای برنامه ها و ناتوانی در ارزیابی موفقیت یا عدم موفقیت برنامه ها می شود

برنامه ریزی بر مبنای شواهد به ما می گوید که تمام برنامه ریزی ها و تصمیم گیری ها باید مبتنی بر شواهد و مدارک قابل استناد باشد و آمارهای رسمی بهترین شواهد برای برنامه ریزی و تصمیم گیری کلان و فردی محسوب می شود. تمامی برنامه ریزی ها باید مبتنی بر اساس فنون علمی انجام شود.

برنامه ریزی مبتنی بر شواهد یک تکنیک مدیریتی پویاست که بر یافته های تجربی متکی می باشد. یک استراتژی نوین مدیریتی برای کاهش خطاها و ضایعات، از طریق برنامه ریزی واقعی است.

با مدیریت و برنامه ریزی مبتنی بر شواهد که توسط چندین سازمان در سراسر جهان معرفی گردید، پیروی کورکورانه از استراتژی ها جای خودش را به روش های با پشتوانه تحقیقات علمی داد. این رویکرد، ارائه گر استراتژی هایی بر اساس اعتقادات و شهود است و مشوقی برای تدوین برنامه های عملیاتی مشتق شده از شهود، تجارب ثبت شده و رویدادهای واقعی است. یک مدل کسب و کار که زمانی شکست ناپذیر به نظر می آمده است، ممکن است امروزه با رقابت های شدید و گرایش های متغیر بازار منسوخ شده باشند. مشکلات جدیدی ممکن است به وجود آیند که نیازمند نشان دادن عکس العمل سریع می باشند.

برنامه ریزی مبتنی بر شواهد عبارتست از کاربرد بهترین اطلاعات ممکن بدست آمده از منابع بالینی، اپیدمیولوژیک، اجرایی، جمعیت شناسی، متخصصین و ... برای توصیف دقیق وضعیت موجود و پیامدهای مطلوب برای یک جمعیت یا سازمان مشخص

منظور از شواهد خصوصیتی از داده ها هستند که باورهای ما از جهان اطرافمان را تغییر می دهند.

شواهد اساس استدلال، استنتاج و تصمیم گیری ها را شکل می دهند.

به عبارتی منظور از شواهد می تواند مواردی نظیر آمارهای رسمی (سرشماری ها، آمارگیری های نمونه ای و آمارهای ثبتی)، آمارهای غیررسمی، نتایج پژوهش های علمی دانشگاهی، نظرات کارشناسی، نتایج نظرسنجی ها، نگرش ها و ارزش ها (ذهنیت ها) و نتایج مبتنی بر پایش ها و ارزیابی برنامه ها باشد.

علت تأکید بر شواهد آمار و اطلاعات در نوشتار حاضر به دلیل اهمیت ویژه آن نسبت به سایر شواهد است. این شواهد (آمارها) می تواند به پیش بینی آینده کمک نماید. به عنوان مثال، در بخش سلامت هنگامی که یک کشور با شیوع یک بیماری جدی درگیر است، پیش بینی بسیار اهمیت می یابد. دولت باید بداند که سرعت شیوع بیماری

چقدر است تا اقدامات مناسبی را طراحی کند. در دسترس بودن اطلاعات و داده های دقیق در مورد شیوع بیماری برای پیش بینی های آتی بسیار مهم است.

شواهد همچون امار های مناسب نقش مهمی در برنامه ریزی مفید ایفا می کنند و همچنین، اثرات آن به وسیله آمارهای مناسب ارزیابی می شود. شواهد مناسب پایه و مبنایی را برای برنامه ریزی خوب فراهم می کند و در مواجهه با مسائل پیچیده به برنامه ریزان و سیاست گذاران در شناسایی بهترین مسیرهای اقدام کمک می نماید. مهم ترین مسئله در برنامه ریزی مبتنی بر شواهد، تصمیم گیری براساس واقعیت ها می باشد. مسئله دیگر ذخیره سازی مستنداتی از اشتباهات ایجاد شده در حین کار است. به نحوی که بتوان دلایل این اشتباهات را تجزیه تحلیل کرده و مانع از تکرار مجدد آنها در فعالیت های آینده سازمان گردید. توجه: اگر فرضیات ناخودآگاه و تجربه نشده شما در مورد واقعیت های جهان اساساً نادرست باشند، تمام کامپیوترهای دنیا نمی توانند به شما کمکی کنند.

برنامه ریزان به شواهدی علاقه دارند که به آنها در موارد زیر کمک کند:

- تصمیم گیری های راهبردی یا طراحی فرآیندها

- اجرا یا مدیریت برنامه

- پایش دستاوردها و پیامدهای برنامه

- ارزشیابی اثر بخش بودن یا نبودن فعالیت ها

اصول برنامه ریزی مبتنی بر شواهد را به طور خلاصه بدین صورت می توان برشمرد:

❖ داده ها باید منجر به توسعه شوند نه اینکه فقط وضعیت موجود را نشان دهند.

- ❖ داده های ضروری جمع آوری شوند نه کمتر و نه بیشتر
- ❖ زبان مشترکی بین سطوح محلی، منطقه ای و ملی در بخش های مختلف برای گزارش داده ها وجود داشته باشد(شواهد تاثیر، پوشش و هزینه جمع آوری شوند که به راحتی در هر سطحی بتوان براساس آن ها به تخصیص منابع پرداخت.
- ❖ جمع آوری و حفظ شواهد امکان پذیر باشد.

که منظور از زبان مشترک این گونه بیان شده است :

- تاثیر (Impact): میزان تغییر ناشی از مداخله خاص (مرگ، بیماری، ناتوانی، از دست دادن درآمد یا سواد، آموزش، امنیت غذایی، اشتغال، رفاه)
- پوشش (Coverage): نسبتی از مردم که خدمات خاصی را دریافت می کنند به کل افرادی که به آن نیاز دارند.
- هزینه (Cost): زمان، نیروی انسانی، پول، امکانات، حمل و نقل و کلیه عناصر لازم برای دسترسی یا بهره گیری از یک خدمت یا برنامه.

پنج اصل سازمان بهداشت جهانی برای ارزیابی کیفیت شواهد عبارتست از:

- ❖ اعتبار: اندازه گیری آنچه قصد اندازه گرفتن آن را داریم.
- ❖ پایایی: بدور از خطای تصادفی باشد.
- ❖ قابلیت مقایسه: باید در طی زمان با همان جمعیت و سایر مناطق قابل مقایسه باشد.
- ❖ مشاوره: داده ها باید با مشورت متخصصین تجزیه و تحلیل و تفسیر شوند.
- ❖ شفاف بودن در شرح جمع آوری و تحلیل: داده ها چگونه جمع آوری شده اطلاعات به چه روشی تحلیل شده اند بگونه ای که براحتی بتوان آن نتایج را باز تولید کرد.

چنین شواهد با کیفیتی باعث تولید برنامه های معتبر، جامع و کاربردی می شوند.

انواع شواهد عبارتست از:

- شواهد کمی: اطلاعات عددی که با روش های آماری قابل بیان و ارائه هستند.
- شواهد کیفی: نشان دهنده دیدگاه مشخص فرد یا مشاهدات و توجیه های اوست. معمولاً غیر عددی هستند و با روش های آماری تحلیل نمی شوند.

نکته: برنامه ریزی، متکی بر تعادل بین شواهد کمی و کیفی است.

تراز جهانی یا هدف؟

تراز جهانی (Bench marks):

یک نقطه مرجع برای اندازه گیری استاندارد می توان از آن طریق در مورد پدیده ها قضاوت کرد

هدف (Target):

سطح مطلوب عملکرد است که اغلب بصورت افزایش یا کاهش نسبت به عملکرد جاری تعیین میشود.

دستیابی به اهداف نشان دهنده بهبود عملکرد است.

اهداف گاهی بلندپروازانه نوشته می شوند و عملکرد را براساس کاهش میزان فاصله تا هدف و نه ضرورتاً

رسیدن به هدف می سنجند. مثلاً ریشه کنی مصرف دخانیات

شاخص های سلامتی جامعه

با توجه به دیدگاه های متفاوت نسبت به سلامتی و گسترده بودن ابعاد سلامتی و تعیین کننده های آن، اندازه

گیری و ارزیابی سلامتی کار ساده ای نخواهد بود. لذا شاخص های مختلفی برای ارزیابی سلامتی، مورد استفاده

قرار می گیرد که توافق کلی در مورد اینکه کدامیک از آنها با اهمیت تر هستند وجود ندارد. ولی باید متذکر شد

آن دسته از شاخص های سلامتی که عینی، حساس و اختصاصی هستند برای ارزیابی سلامت مناسب تر هستند.

اندازه گیری شاخص های سلامتی در موارد زیر مورد استفاده قرار می گیرد

- ارزیابی و مقایسه وضعیت سلامت جوامع مختلف
- کمک به برنامه ریزی خدمات بهداشتی و توسعه خدمات و نیروی انسانی
- اثبات مؤثر بودن فعالیت ها
- مستند کردن فعالیت های انجام شده

تعریف و طبقه بندی شاخص ها

تعریف شاخص ها

به طور کلی شاخص، ابزاری است برای ارزیابی و ارزش گذاری کردن از یک یا چند فعالیت، برنامه و یا هدف های مورد نظر. شاخص ها ممکن است یک مبنا یا یک وضعیت خاص یا یک استاندارد و یا ترکیبی از آنها را پایه سنجش قرار دهند. تعریف های گوناگونی از شاخص ارائه شده است، از آن جمله می توان به موارد زیر اشاره کرد:

- ❖ معیاری است که به طور مستقیم یا غیر مستقیم تغییرات را اندازه گیری می کند.
- ❖ اندازه گیری غیر مستقیم از یک واقعه یا شرایط است.

- ❖ متغیری است که جهت نمایش یک وضعیت داده شده برای اندازه گیری تغییرات به کار می رود.
- ❖ سنجه هایی که امکان سنجش پایا و روایی اجزای شناختی را برای مقایسه با استاندارد ها و مقایسه در طول زمان فراهم سازند.
- ❖ ابزاری که نظام اطلاعات بهداشتی آن را مورد استفاده قرار می دهد تا داده خام را به اطلاعات مفید تبدیل سازد و شرایطی را برای مقایسه های مختلف فراهم آورد.

برخی از خصوصیت های شاخص ها را به شرح زیر می توان برشمرد:

- شاخص یک جزء جدایی ناپذیر از یک سیستم پاسخگو است.
- شاخص فرصت مقایسه را فراهم می کند.
- شاخص امکان مدیریت بهتر منابع را فراهم می کند.
- تدوین شاخص واقعی راهنمای مسیر ارتقا است.
- تدوین شاخص واقعی علامت مشخص کننده وضعیت است.
- مقایسه شاخص های واقعی با اهداف، این فرصت را برای تصمیم گیران فراهم میکند که پیشرفت برنامه ها و سیاست ها را ارزیابی کنند.
- تدوین شاخص ها باید در راستای برنامه استراتژی سازمان نوشته شود.
- شاخص ها باید مسیر حرکت سازمان ها را برای رسیدن به هدفشان مشخص کند.
- کیفیت شاخص ها از کمیت آن ها مهم تر است.

- جمع آوری اطلاعات جهت محاسبه شاخص ها باید از طریق صاحبان فرایند انجام شود.
- در هنگام تدوین شاخص های جدید حتما صاحبان فرایند حضور داشته باشند.

شاخص ملی: شاخص هایی که محاسبه و تولید آن ها در سطح کشوری است و معمولا مورد نیاز سازمان ها در دو سطح ملی و بین المللی هستند. از جمله: وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، مرکز آمار ایران، نهاد ریاست جمهوری، مجلس شورای اسلامی ، ... ، UNDP- UNICEF- WHO.

انواع شاخص ها

شاخص ها را می توان به سه بخش نسبت ها، میزان ها و شاخص های عددی تقسیم نمود:

الف - نسبت (Proportion)

کمیت نسبی یک عدد را به عدد دیگر نشان می دهد و شامل انواع زیر است:

❖ نسبت هایی که صورت، بخشی از مخرج است. مثل نسبت مراکز بهداشتی بدون برق به کل مراکز بهداشتی.

❖ نسبت هایی که صورت و مخرج از دو جامعه متفاوت هستند. مثل نسبت پرستار به جمعیت.

ب - میزان (Rate)

احتمال وقوع یک حادثه در مدت زمان مشخص و در جمعیت معین است. مثل میزان مرگ و میر در طی یک سال.

ج- شاخص عددی

شاخصی است که تعداد وقایع را بدون مخرج نشان می دهد.

طبقه بندی شاخص ها

شاخص ها را می توان به دو دسته "شاخص های پایش" و "شاخص های ارزیابی" طبقه بندی نمود.

شاخص های پایش: به شاخص هایی گفته می شود که ورودی ها و فرایندها را در یک پروژه بررسی می کند یا به عبارتی پایش به معنی اندازه گیری منظم متغیرها در طول زمان است. شاخص های پایش، خود به دو دسته زیر تقسیم می شوند:

❖ شاخص های ورودی (**Input Index**) که به اطلاعات مورد نیاز برای انجام فعالیت ها بر می گردد.

مانند کودکان واجد شرایط واکسیناسیون

❖ شاخص های فرآیندی (**Process Index**) که فعالیت های در حال اجرا را پایش می نماید. مانند

میزان پیشرفت برنامه واکسیناسیون

شاخص های ارزیابی: شاخص هایی که خروجی ها و هدف نهایی را می سنجد یا به عبارتی به اندازه گیری

آنچه که در پایان یک برنامه حاصل می شود می پردازد. شاخص های ارزیابی، نیز به سه دسته زیر تقسیم می

شوند:

❖ شاخص هایی که خروجی فعالیت ها را اندازه گیری می کند (Output index). مانند: میزان پوشش

واکسیناسیون

❖ شاخص هایی که برآمد فعالیت ها را نشان می دهد (Outcome index). مانند: میزان ایمنی ناشی از

واکسیناسیون

❖ شاخص هایی که اثرات بلند مدت فعالیت ها را نشان می دهد (Impact index). مانند: میزان کاهش

مرگ و میر ناشی از بیماری قبل پیشگیری با واکسیناسیون

ملاکهای انتخاب شاخص ها

الف: ملاکهای کلی انتخاب شاخص های ملی سلامت

- ۱ - تعریف استاندارد شاخص
- ۲ - نحوه محاسبه شاخص
- ۳ - کاربرد شاخص در سطح ملی
- ۴ - وضعیت کنونی تولید شاخص
- ۵- دوره زمانی تولید شاخص
- ۶- تعداد سازمان های داخلی و بین المللی درخواست کننده برای آن شاخص
- ۷ - میزان دسترسی به شاخص

ب : ملاکهای اختصاصی انتخاب هر شاخص (RAVES)

- ۱- قابل اعتماد باشد (Reliable)
- ۲- مناسب باشد (Appropriate)
- ۳ - معتبر باشد (Valid)
- ۴ - آسان و قابل دسترس باشد (Easy)
- ۵- حساس باشد (Sensitive)

معیارهای ارزیابی شاخص ها

Validity(اعتبار): آیا شاخص مورد نظر قادر است آنچه را که در می خواهیم سنجیده شود را ارزیابی نماید؟

Reliability(مورد اعتماد بودن): آیا دو بار اندازه گیری با شاخص مورد نظر قادر است نتایج یکسانی را در بر

داشته باشد؟

Precision (قابلیت تعمیم به اجزا): آیا شاخص مورد نظر به اندازه کافی واضح و شفاف تعریف شده است تا

بر تمام جنبه های موضوع دلالت نماید؟

Timeliness(بهنگام بودن): آیا شاخص مورد نظر بطور منظم و دوره ای و بدون تأخیر آماده می شود؟

Comparability (قابلیت مقایسه): آیا این شاخص در مقایسه عملکرد واحد مورد نظر با سایر واحدهای

مشابه معنا دار است؟ ضریب وزن دهی این معیار باید متناسب با هدف ارزیابی تعیین شود.

Additivity(افزونگی): آیا استفاده از شاخص مورد نظر برای گروه های جمعیتی کوچکتر (زیر مجموعه)

معنی دار است؟

Interpretability (تفسیر پذیری): آیا بالا یا پایین بودن شاخص به منزله ارایه خدمت با کیفیت برتر یا

نازل تر است؟

Cost (هزینه): آیا هزینه تعیین شاخص قابل تهیه است؟ باید توجه داشت که اغلب بین هزینه از یک سو و

قابلیت اعتماد و اعتبار و نیز به هنگام بودن شاخص از سوی دیگر تناسب اجتناب ناپذیری برقرار است.

علاوه بر موارد بالا، بهتر است تا شاخص ها به صورت نسبت بیان شوند تا اعداد مطلق (درصد یا نسبت به جای اعداد خام) این کار مقایسه شاخص ها را آسان تر می کند، همچنین باعث می شود تعداد شاخص ها برای انعکاس ابعاد مختلف عملکرد تا جایی که ممکن است کمتر شوند.

مطالعات انجام شده در زمینه معرفی شاخص های سلامت

الف: داخل کشور

شاخص های سلامت به صورت پراکنده در منابع متعددی ذکر شده اند که برخی از آن ها به صورت خلاصه در زیر معرفی می شوند:

در کتاب " شاخص های بهداشتی " به قلم " دکتر عبادی فر " که به شاخص های سلامت اختصاص یافته، هر چند سعی شده تا اغلب شاخص های موجود فهرست شوند اما اولویت بندی و سطح بندی برای آن ها انجام نشده است.

"مرکز آمار ایران" در کتاب " تعاریف و مفاهیم استاندارد، برای استفاده در طرح ها و گزارش های آماری"، بخشی را به شاخص ها و تعریف آن ها در حیطه سلامت اختصاص داده است. آقای "دکتر عباس زاده" در کتاب " شاخص های کیفی برای ارزیابی کیفیت مراقبتهای بیمارستانی و دسترسی به خدمات بهداشتی درمانی"، که توسط معاونت درمان سازمان تامین اجتماعی منتشر شده، برخی از شاخص های مورد استفاده در بیمارستان را مورد توجه قرار داده است که در تحلیل عملکرد درمانی مورد استفاده قرار می گیرند. این مجموعه ترجمه است و در بررسی عملکرد مراکز درمانی کاربرد دارد. در برخی از نشریات نیز مقادیر عددی پاره ای از

شاخص ها به همراه تعریف مختصری از آنها ارائه شده که از آن جمله می توان "سلامت و توسعه در استانها" را که با همکاری "یونیسف" تهیه شده، نام برد.

"سازمان مدیریت و برنامه ریزی کشور"، "مرکز پژوهش های مجلس شورای اسلامی" و مرکز آمار ایران نیز در بررسی وضعیت سلامت از شاخص های مربوطه در نشریات خود استفاده می نمایند که بیشتر، جنبه کاربردی و عددی آنها مورد نظر است. در برخی از منابع، از جمله کتاب "آمار حیاتی و شاخصهای بهداشتی" آقایان دکتر محمد، دکتر ملک افضلی و دکتر نهائیان که به عنوان منبع آموزشی نیز مورد استفاده قرار می گیرد، برخی از شاخص های حیطة بهداشت و طریقه جمع آوری و محاسبه آنها مورد بحث و بررسی قرار گرفته است. اغلب دانشگاه ها نیز جزوه های متعددی درخصوص شاخص ها و نحوه محاسبه آنها منتشر نموده اند که از جمله می توان از "جزوه شاخص های بهداشتی" دانشگاه های علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی بوشهر و اهواز نام برد. در این راستا معاونت سلامت وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی اقدام به انتشار نشریات متعددی نموده که به عنوان نمونه می توان "نشریه شنا سایی و ارزیابی شاخص های سلامت در بخش بیماریهای غیر واگیر" را ذکر نمود.

ب : سایر کشورها

امروزه، با عنوان "تعیین حداقل شاخص های تعیین کننده وضع سلامت" در برخی کشورها مطالعات تحقیقات صورت پذیرفته و در خصوص روش دست یابی به حداقل شاخص های سلامت نیز مقالاتی منتشر شده است.

"دورس باردهل" و "مجله پزشکی کوارتیس" چگونگی دست یابی به حداقل شاخص های بهداشتی را برای کشورهای جنوب شرقی اروپا بیان کرده است. در این مقاله آمده است که شبکه بهداشت ملی جنوب شرقی اروپا با تشکیل گروه کارشناسی متشکل از کارشناسان "سازمان بهداشت جهانی" و کارشناسان منطقه ای معیارهایی برای انتخاب شاخص ها معین و سپس از لیست ۲۴۴ شاخص در مورد استراتژی سلامت برای همه (HFA21)، ۳۲ شاخص را به عنوان شاخص های منطقه ای انتخاب نموده، سپس نظامی برای پایلوت و پس از آن تولید شاخص ها را در نظر گرفته است.

"وزارت بهداشت کامرون" در سال ۱۹۹۱ نیز در رابطه با "نظام اطلاعات مدیریت بهداشت" ضمن برگزاری جلسات و کارگاه های متعدد طی دو سال به فهرستی از ۲۵۵ شاخص دست پیدا کرد و بنا بر ضرورت با رتبه بندی شاخص ها در نهایت ۵۰ شاخص اول، جهت تولید در نظام اطلاعات بهداشتی کشور را مشخص کرد. در سایر کشورها از جمله نیوزیلند، استرالیا، انگلستان و ... اقدامات مشابهی صورت گرفته است. همچنین در برخی از کشورها نیز کمیته عالی در سطح وزارت بهداشت جهت پایش و بازبینی مجموعه شاخص های ملی سلامت وجود دارد که سالیانه مجموعه شاخص های معرفی شده را بازبینی و نسبت به اصلاح یا اضافه کردن شاخص اقدام می نماید. تشکیل چنین کمیته ای در سطح وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی برای بازبینی و به روزکردن شاخص ها ضروری است.