

Evaluation the results of comprehensive health plan projects of Qazvin University of Medical Sciences (2009-2013)

SF. Miri¹, NA. Azizkhani¹, R. Kalhor¹

¹ Social Determinants of Health Research Center, Qazvin University of Medical Sciences, Qazvin, Iran

Corresponding Address: Rohollah Kalhor, Health Services Management Department, School of Health, Qazvin University of Medical Sciences, Shahid Bahonar Blvd., Qazvin, Iran

Tel: +98-28-33369581; Email: r.kalhor@qums.ac.ir

Received: 6 Mar 2018; Accepted: 13 Jun 2018

*Abstract

Background: Research is one of essential elements for development of each country and is a pioneer and precursor in providing accurate and making decision.

Objective: This study evaluated the results of comprehensive health plan projects of Qazvin University of Medical Sciences from 2009 to 2013.

Methods: This descriptive-analytical study was performed in four steps. The first two steps included the formation of a leadership team and holding of meetings with representatives of 22 executive authorities of the province. The third step included the compilation of the executive proposals of each organization and fourth step, received final reports and evaluations. In each step, a variety of methods were used for data collection, including reviewing all the documents, expert panel, focused group discussion and stakeholder analysis, Delphi technic and nominating group.

Findings: From 43 conducted projects, only 31 projects (72%) were completed by Qazvin University of Medical Sciences. As the results, projects were in the field of policy documents (n=10), regulation (n=1), educational packages (n=4), educational programs (n=5), health index (n=1), models (n=7) and applications (n=18).

Conclusion: Some of the defined projects were essential in 2010 and their implementation could solve some of health problems of the province. It seems that implementation joint projects could solve complex and multi-dimensional problems by promoting and applying intersectoral collaboration between health sector and executive authorities of the province.

Keywords: Utilization, Regional health planning, Intersectoral collaboration, Program evaluations

Citation: Miri SF, Azizkhani NA, Kalhor R. Evaluation the results of comprehensive health plan projects of Qazvin University of Medical Sciences (2009-2013). J Qazvin Univ Med Sci 2018; 22(3): 58-67.

ارزشیابی نتایج پروژه‌های طرح جامع سلامت دانشگاه علوم پزشکی قزوین بین سال‌های ۱۳۸۸ تا ۱۳۹۲

سیده فاطمه میری^۱، نوروزعلی عزیزخانی^۱، دکتر روح‌اله کلهر^۱

^۱ مرکز تحقیقات عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت دانشگاه علوم پزشکی قزوین، قزوین، ایران

آدرس نویسنده مسؤل: قزوین، بلوار شهید باهنر، دانشگاه علوم پزشکی قزوین، دانشکده بهداشت، گروه مدیریت خدمات بهداشتی و درمانی، تلفن ۰۲۸-۳۳۳۶۹۵۸۱-۳۳۳۶۹۵۸۱
تاریخ دریافت: ۹۶/۱۲/۱۵؛ تاریخ پذیرش: ۹۷/۳/۲۳

*چکیده

زمینه: پژوهش یکی از عناصر ضروری برای توسعه هر کشور محسوب می‌شود و پیشگام و زمینه‌ساز برنامه‌ریزی‌ها و تصمیم‌سازی‌های دقیق و هدف‌مند است.

هدف: هدف از این پژوهش، ارزیابی نتایج پروژه‌های طرح جامع سلامت دانشگاه علوم پزشکی قزوین بین سال‌های ۱۳۸۸ تا ۱۳۹۲ می‌باشد.
مواد و روش‌ها: این مطالعه کمی-کیفی در ۴ مرحله انجام شد. دو مرحله اول شامل تشکیل تیم راهبری و برگزاری جلسه‌های هماهنگی با نمایندگان ۲۲ دستگاه اجرایی استان بود. مرحله سوم شامل تدوین و اجرایی نمودن پروپوزال هر دستگاه و مرحله چهارم دریافت گزارش‌های پایانی و ارزیابی طرح‌ها بود. در هر یک از مراحل از روش‌های متنوعی برای گردآوری و جمع‌بندی داده‌ها از جمله: مرور اسناد، پانل متخصصین، بحث گروهی متمرکز، تحلیل ذینفعان، فن دلفی و گروه اسمی استفاده شد.

یافته‌ها: از بین ۴۳ پروژه‌ای که توسط دانشگاه علوم پزشکی قزوین انجام شد، ۳۱ پروژه (۷۲٪) خاتمه یافته بود. ماحصل این پروژه‌ها، ۱۰ سند سیاست، یک آیین‌نامه، ۴ بسته آموزشی و ۵ برنامه، یک شاخص سلامت احصا شده، ۷ مدل و برنامه طراحی شده و ۱۸ کاربست بود.

نتیجه‌گیری: بعضی از پروژه‌های تعریف شده در سال ۱۳۸۹ بسیار کلیدی بودند و در صورت اجرا می‌توانند بخشی از مشکلات سلامت استان را حل نمایند. انجام این طرح گسترده نشان داد که با ترویج و کاربرد مشارکت بین‌بخشی حوزه سلامت با دستگاه‌های اجرایی استان می‌توان طرح‌های مشترکی که منجر به حل مشکلات پیچیده و چند بُعدی شود اجرا نمود.

کلیدواژه‌ها: بهره‌برداری، طرح جامع سلامت، همکاری بین‌بخشی، ارزیابی پروژه

*مقدمه

کار وسیع محیطی و همکاری همه نهادهای جامعه خواهد بود.^(۱)

سلامت، پدیده پیچیده‌ای است که از رویکردهای متفاوتی می‌توان آن را بررسی نمود. در دهه‌های اخیر دو رویکرد نسبت به مفهوم سلامت مشاهده می‌شود؛ رویکرد پزشکی مبتنی بر فناوری و مداخلات بهداشتی-درمانی و رویکردی که سلامت را پدیده‌ای اجتماعی تلقی می‌نماید.^(۲) در سال ۱۹۴۸ سازمان جهانی بهداشت به

انسان سالم، محور توسعه پایدار و تأمین آن یکی از وظایف حاکمیتی دولت‌هاست. با در نظر گرفتن گستره عوامل تأثیرگذار بر سلامت و تعریف سلامت که جنبه‌های اجتماعی، معنوی و روانی را -علاوه بر سلامت جسمی- در بر می‌گیرد؛ مسئولیت تأمین سلامت مردم فراتر از توان وزارت‌خانه‌ای واحد بوده و نیازمند همکاری بین‌بخشی و مشارکت مردمی است. در چنین شرایطی شیوه شناخت مشکلات و اولویت‌های سلامت نیز تغییر می‌یابد و نیازمند

و انعطاف‌پذیر برای هماهنگی بین بخشی به نام چارچوب مشارکتی معرفی می‌نماید.^(۹)

ماهیت بین‌بخشی و چالش‌های عوامل اجتماعی سلامت موجب پیچیدگی‌های زیادی می‌شود. بررسی و مقایسه برنامه‌ها و سیاست‌های عوامل اجتماعی تعیین‌کننده سلامت در سطح ملی نیازمند یک رده‌شناسی است تا با کمک آن گروه‌بندی منسجمی از این برنامه‌ها حاصل شود.^(۱۰) از آن‌جا که نقش سیستم بهداشت و درمان در ارتقای سلامت حداقل ۲۵ درصد است، سازمان جهانی بهداشت بحث عوامل اجتماعی تعیین‌کننده سلامت را به طور نظام‌مند و مرتب مورد بررسی قرار داده است.^(۱۱) همکاری بین‌بخشی یک رابطه شناخته شده بین بخش سلامت با بخش یا بخش‌های دیگر است که برای انجام اقداماتی به منظور کسب نتایج نهایی یا پیامدهای نظام سلامت دایر شده‌اند، به‌طوری که از تنها عمل کردن بخش سلامت برای کسب نتایج مؤثرتر، کارا تر و پایدارتر است.^(۱۲)

کاربست (Utilisation) پروژه‌های اجرا شده می‌تواند سبب افزایش اطلاعات علمی، ارتقای سلامت، پیشرفت تکنولوژی، توانمندسازی کارکنان و ارتقای خدمت‌رسانی شود و اگر نتایج پروژه‌های اجرا شده عملیاتی نگردد و کاربستی برای آن تعریف نشود سبب اتلاف منابع و عدم حمایت دستگاه‌های اجرایی و از بین رفتن انگیزه پژوهش‌گران می‌شود.^(۱۳) در مطالعه‌ای که آصف‌زاده و همکاران کاربردی بودن طرح‌های تحقیقاتی نظام سلامت دانشگاه علوم پزشکی قزوین را ارزیابی نمودند؛ نشان داده شد که از نتایج تعداد کمی از طرح‌های تحقیقاتی نظام سلامت دانشگاه علوم پزشکی قزوین در محل اجرای آن‌ها استفاده شده است و بیش‌تر آن‌ها فقط در قالب یک گزارش طرح ارائه شده‌اند. در صورتی که استفاده از نتایج، جزء اهداف اصلی طرح‌های تحقیقاتی نظام سلامت است. ارائه بازخورد لازم بعد از انجام طرح‌ها توسط مجریان به مدیران و معاون پژوهشی و مشخص شدن این که آیا از

نقش عوامل اجتماعی و تأثیر آن‌ها بر روی سلامت اشاره داشت. در فواصل دهه ۱۹۵۰ تا ۱۹۶۰ میلادی رویکرد اساسی مورد توجه سازمان جهانی بهداشت و سایر نهادهای بین‌المللی، رویکرد فناوری محور و مبارزه با بیماری‌ها بود و توجه کم‌تری به عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت بوده است.^(۳) اولین بار مدل عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت در بیانیه آلماتا و در قالب راهبرد بهداشت برای همه مطرح گردید و تا سالیان متممادی تمام اقدامات در زمینه عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت تحت لوای پرچم بهداشت برای همه انجام شد.^(۴)

عوامل اجتماعی، چگونگی رفتار و پیامدهای سلامتی را تعیین می‌نماید. ارایه مداخلات اثربخش سلامتی نیازمند رویکردهای مبتنی بر جامعه مانند رویکرد عوامل اجتماعی تعیین‌کننده سلامتی است.^(۵) در اوایل دهه ۱۹۹۰ میلادی دفتر منطقه ای اروپای سازمان جهانی بهداشت، کار بر روی عوامل اجتماعی سلامت و نابرابری در سلامت را آغاز نمود.^(۶) از اوایل دهه ۱۹۹۰ تا ۲۰۰۰ نگرانی اصلی بسیاری از کشورها و توجه آن‌ها روی موضوع عوامل اجتماعی سلامت تمرکز یافت. شواهد بیان‌گر این امر است که اقدامات اجتماعی در بسیاری از کشورها در کاهش نابرابری و عدالت در سلامت در این دهه موفقیت‌آمیز نبوده است.^(۷)

تمرکز بر عوامل اجتماعی تعیین‌کننده سلامت نیازمند چارچوب مشخصی است. آندرکو و لورا برای بهبود مراقبت‌های سلامتی و دستیابی به عدالت در مقیاس جهانی چارچوب مراقبت‌های سلامتی عمومی را براساس مدل عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت ارایه داده‌اند.^(۸) تلاش کشورها باید بر کاهش نابرابری در سلامت و از طریق توجه به عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت باشد. هماهنگی بخش سلامت با سایر بخش‌های مرتبط، فرصتی مناسب بوده اما دشواری‌ها و چالش‌های زیادی هم در این رابطه وجود دارد.^(۹) شانون چارچوبی مفهومی برای دولت جهت تصمیم‌گیری در سطوح ملی و منطقه‌ای

ارزشیابی طی مراحل زیر انجام می‌شود؛ سنجش نتایج به‌دست آمده، مقایسه نتایج به‌دست آمده، قضاوت در مورد نتایج به‌دست آمده، تحلیل علل شکست (احتمالی) برنامه و تصمیم‌گیری.^(۱۷)

با توجه به مطالب گفته شده، این پژوهش در نظر دارد یکی از پروژه‌های استان قزوین که از معدود تجربیات همکاری بین‌بخشی بین حوزه سلامت و سایر دستگاه‌های استانی در جهت حل برخی از معضلات حوزه سلامت در سطح استان می‌باشد را معرفی نماید. لذا هدف از این پژوهش، ارزیابی نتایج پروژه‌های طرح جامع سلامت دانشگاه علوم پزشکی قزوین در سال ۱۳۸۹ می‌باشد.

* مواد و روش‌ها:

این مطالعه یک پژوهش کمی-کیفی است که به‌صورت مشارکتی بین دستگاه‌های اجرایی استان قزوین در سال ۱۳۸۹ انجام شد.

۲۵۰ نفر از کارشناسان دستگاه‌های اجرایی و ۳۰۰ نفر از نمایندگان شبکه‌های مردمی در ۱۸ کارگروه با ۱۵ هزار نفر ساعت (طول مدت کاری براساس نفرات) در قالب ۴ مرحله اجرایی که در ابتدا ذکر شد اقدام به توصیف و تحلیل عوامل مؤثر بر سلامت مردم در ۱۸ حیطة شامل؛ رشد و تکامل دوران کودکی، اشتغال، کشاورزی و دام‌پزشکی، ارتباطات و رسانه‌ها، تفریحات و تربیت بدنی، محیط زیست، آموزش عمومی و عالی، بازرگانی، بحران، انرژی، خدمات سلامت، مسکن، حمایت اجتماعی، صنعت و معدن، ترابری و ایمنی، سلامت معنوی، امنیتی و قضایی، سیاست‌گذاری و نظارت) نموده و مداخلات اصلاحی (تعداد ۴۳ پروژه) را پیشنهاد نمودند.

این مطالعه در ۴ گام انجام شد. گام اول شامل تشکیل تیم راهبری جهت تدوین طرح جامع سلامت استان قزوین بود. جهت تشکیل تیم راهبری از افراد خبره و صاحب‌نظر در زمینه عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت و دارای تجربه و شناخت از حوزه سلامت استان قزوین استفاده شد. بدین منظور معیار ورود افراد به تیم راهبری

نتایج این طرح‌ها استفاده شده است یا نه حائز اهمیت می‌باشد.^(۱۵)

لازم به ذکر است که سیمای سلامت استان از نظر برخی شاخص‌های سلامت بدین صورت می‌باشد: رشد جمعیت استان در سال ۹۴، ۱/۳۶ درصد و امید به زندگی در این سال ۷۷/۳ درصد گزارش شده است. درصد افراد باسواد در سال ۹۰، حدود ۸۴/۱ درصد می‌باشد. بروز مصدومیت ترافیکی سال ۹۵، حدود ۶/۴۰ در هر هزار نفر گزارش شد. میزان تولد خام سال ۱۳۹۴، حدود ۱۸/۵۷ در هزار نفر جمعیت و میزان پوشش بیمه‌های درمانی سال ۱۳۹۴، حدود ۹۳/۳ درصد بود.^(۱۶)

در شهریور سال ۱۳۸۶ به پیشنهاد دانشگاه علوم پزشکی قزوین (با حمایت مالی استانداری و وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی) و با تصویب شورای سلامت و امنیت غذایی استانداری قزوین اجرای طرحی آغاز شد که هدف اصلی آن «تدوین برنامه، تأمین، حفظ و ارتقای عادلانه سلامت جامعه استان قزوین و تعیین نقش عملیاتی هر یک از سازمان‌ها در ارتقای سلامت مردم برای سال‌های ۱۳۹۲-۱۳۸۸» اعلام شد. دیگر اهداف این طرح عبارت بود از:

- استقرار شبکه توانمند شده برای همکاری بین‌بخشی در سلامت
- استقرار نظام مشارکت مردمی در برنامه‌ریزی، اجرا و ارزشیابی پروژه‌های سلامتی
- استقرار ابزار ارزیابی تأثیر سیاست‌های عمومی بر سلامت مردم استان
- معرفی تجربیات این پروژه برای اثرگذاری‌های مرتبط در سطح ملی.^(۱)

ارزشیابی در وهله نخست، اثربخشی یا میزان دستیابی به نتایج مطلوب را بررسی می‌کند. هرگاه نتایج به بهترین وجه باشد در تصمیم‌گیری تغییری حاصل نمی‌شود. وقتی نتایج پایین‌تر از حد انتظار باشد و یا ظاهراً مثبت بوده ولی اثرات منفی بر جای گذاشته باشد، تصمیم منطقی این است که تغییری در اجرای فعالیت‌ها داده شود. معمولاً

علاوه بر ابراز علاقه جهت فعالیت در این حوزه، داشتن تحصیلات مرتبط با این حوزه کاری و دارا بودن حداقل ۵ سال تجربه کاری در حوزه‌های سلامت و اجتماعی بود. تیم راهبری متشکل از ۲۱ نفر بودند و از جمله وظایف اصلی این تیم، ایجاد زیرساخت‌های استانی به منظور ایجاد کانال‌های ارتباطی اثربخش و مستمر که به لحاظ قانونی و اداری نیز از مشروعیت کافی برخوردار باشد و جهت تسهیل همکاری بین‌بخشی در میان دستگاه‌های اجرایی استان و تعیین اهداف راهبردی و عملیاتی در سطح استان قزوین می‌باشد که این کار از طریق تحلیل اسناد (Document analysis) شامل؛ اسناد بالا دستی (برنامه پنجم توسعه، چشم‌انداز بیست ساله، سند توسعه استان و ...)، مصاحبه نیمه ساختارمند با کلیه آگاهان کلیدی (افراد) که بیش‌ترین اطلاعات را در یک زمینه خاص پژوهشی دارند)، خبرگان، صاحب‌نظران و مدیران متخصصین حوزه سلامت در سطح استان (نمایندگان ۲۲ دستگاه اجرایی) از طریق برگزاری جلسه‌های گروه متخصصان (Expert panel) با تخصص‌های: پزشکی (تخصص‌های مختلف)، مدیریت (شاخه‌های مختلف)، بهداشت (شاخه‌های مختلف)، محیط زیست، اقتصاد، معماری، شهرسازی، روان‌شناسی، جامعه‌شناسی و ... انجام شد. معیار ورود افراد به مصاحبه‌ها و جلسه‌های پانل متخصصان، داشتن حداقل مدرک کارشناسی در رشته مرتبط با موضوع جلسه، داشتن حداقل ۵ سال تجربه کاری مرتبط و تمایل به شرکت در مصاحبه یا جلسه‌های پانل متخصصان بود.

گام دوم، برگزاری جلسه‌های تیم راهبری و نمایندگان ۲۲ دستگاه اجرایی استان جهت تدوین طرح جامع سلامت استان قزوین بود. در این مرحله پس از انجام بررسی متون و مقالات مرتبط با استفاده از روش‌های کیفی از جمله؛ برگزاری پانل متخصصین، بحث گروهی متمرکز (FGD) و تحلیل ذینفعان و همچنین فنون امتیازدهی و جمع‌بندی مطالب از جمله فن دلفی (Delphi technic) و گروه اسمی (NG) استفاده شد.

بدین‌صورت که هسته اصلی پانل را اعضای تیم راهبری تشکیل می‌دادند که در واقع به‌عنوان تسهیل‌گر در پانل‌ها حضور داشتند. در این جلسه‌های هماهنگی سعی می‌شد تا عناوین مداخلاتی برای هر دستگاه اجرایی تعیین شود. نهایتاً با توجه به گستردگی حوزه عمل در زمینه سلامت در استان عناوین مداخلات متعددی برای هر دستگاه اجرایی به‌دست آمد که از طریق روش‌های کیفی همچون فن دلفی و یا روش گروه اسمی جهت دستیابی به یک مداخله مناسب به‌ازای هر دستگاه اجرایی استفاده گردید. در این مرحله نهایتاً تعداد ۴۳ پروژه مداخلاتی مرتبط با حوزه سلامت تصویب شد.

گام سوم پژوهش شامل تدوین پروپوزال‌های اجرایی هر دستگاه اجرایی جهت انجام مداخلات تعیین شده در مرحله دوم بود. بدین‌صورت که دستگاه‌های اجرایی با توجه به عناوین مداخلاتی که برایشان تعیین شده بود اقدام به تدوین پروپوزال نمودند که در آن گام‌های رسیدن به اهداف مداخلاتی را ارائه دادند. همزمان با این کار تیم راهبری نیز ابزارها و شاخص‌های ارزیابی انجام طرح را با توجه به اهداف از پیش تعیین شده هر طرح، شاخص‌های کلی زمان پیشرفت طرح، میزان رسیدن به اهداف و میزان هزینه‌کرد طرح‌های تعیین شده تدوین نمودند. در پایان اجرای طرح، میزان دستیابی به اهداف و سایر شاخص‌ها با این ابزار سنجیده شد.

گام چهارم، طرح دریافت گزارش‌های پایانی و ارزیابی نهایی با توجه به چک لیست ارزیابی طرح که نشانه میزان پیشرفت و یا اختتام طرح بود. در این مرحله با توجه به شاخص‌های مشخص شده در گام سوم طرح‌های مداخلاتی ارزیابی و از ابعاد مختلف، میزان دستیابی به اهداف اولیه طرح‌ها بررسی شد. این کار توسط تیم راهبری طرح صورت گرفت که از تیم‌های اجراکننده جدا بودند. این مطالعه حاصل گزارش مربوط به روند ارزیابی طرح‌های مداخلاتی دستگاه‌های اجرایی می‌باشد. جهت تحلیل داده‌های کیفی (مصاحبه‌های نیمه ساختارمند، پانل متخصصان و بحث گروهی متمرکز) از روش تحلیل

محتوا استفاده و برای سایر روش‌های کمی (فن دلفی، گروه اسمی و ارزیابی نهایی طرح‌ها) از روش‌های توصیفی؛ محاسبه میانگین، انحراف معیار، درصدها و نسبت‌ها استفاده گردید.

* یافته‌ها:

لیست توزیع پروژه بین حوزه‌های مختلف دانشگاه به شرح جدول شماره ۱ می‌باشد. بیش‌ترین تعداد پروژه مربوط به معاونت بهداشتی با ۱۹ پروژه و کم‌ترین پروژه مربوط به دبیرخانه سیاست‌گذاری سلامت با یک پروژه بوده است. معاونت درمان دارای ۶ پروژه، معاونت غذا و دارو ۶ پروژه، معاونت پژوهشی ۲ پروژه، معاونت آموزشی ۸ پروژه، معاونت دانشجویی ۱ پروژه و معاونت توسعه منابع و مدیریت پروژه‌ای نداشتند. دریافت گزارش پروژه‌ها نشان داد تنها ۱۵ پروژه (۳۵ درصد) با پیشرفت ۱۰۰

درصدی پایان یافت. ۵ پروژه (۱۲ درصد) اصلاً گزارش نداشتند و ۵ پروژه (۱۲ درصد) نیز با صفر درجه پیشرفت پایان یافت (جدول شماره ۱).

درصد پیشرفت پروژه‌های دو معاونت توسعه و دانشجویی صفر و در بین معاونت‌ها، بدترین وضعیت را داشتند. از میان طرح‌های انجام شده با ۱۰۰ درصد پیشرفت، بیش‌ترین تعداد طرح‌ها متعلق به معاونت بهداشتی با انجام ۹ طرح و پس از آن معاونت‌های؛ درمان، غذا و دارو، آموزشی و پژوهشی قرار داشتند (جدول شماره ۲).

محصل نهایی این پروژه‌ها، ۱۰ سند سیاست، یک آیین‌نامه، ۹ بسته یا برنامه آموزشی، یک شاخص سلامت احصا شده، ۷ مدل و برنامه طراحی شده و ۱۸ کاربست بود که در جهت رفع مشکلات بهداشتی در سطح استان مورد استفاده قرار گرفت.

جدول ۱- نحوه تقسیم موضوعی پروژه‌ها نسبت به معاونت‌ها و درصد پیشرفت پروژه‌ها در سال ۱۳۸۹

| تعداد | عنوان | تعداد | درصد پیشرفت پروژه‌ها |
|-------|-----------------------------|-------|----------------------|
| ۳۸ | تعداد پروژه‌های دارای گزارش | ۱۵ | ۱۰۰ درصد |
| ۵ | تعداد پروژه‌های بدون گزارش | ۷ | ۹۰ درصد |
| ۱۹ | بهداشتی | ۳ | ۸۵ درصد |
| ۸ | آموزشی | ۱ | ۷۸ درصد |
| ۶ | درمان | ۴ | ۷۳ درصد |
| ۶ | غذا و دارو | ۱ | ۷۰ درصد |
| ۲ | پژوهشی | ۲ | ۶۰ درصد |
| ۱ | دانشجویی | ۱ | ۵۰ درصد |
| ۱ | دبیرخانه سیاست‌گذاری سلامت | ۳ | ۴۰ درصد |
| ۰ | توسعه منابع و مدیریت | ۵ | ۰ درصد |
| ۴۳ | جمع | ۴۳ | کل تعداد پروژه‌ها |

جدول ۲- وضعیت پیشرفت پروژه‌های سال ۱۳۸۹ دانشگاه به تفکیک واحدهای مسئول پروژه

| نام واحد مسئول | تعداد پروژه | تعداد پروژه خاتمه یافته (۱۰۰ درصدی) | تعداد پروژه خاتمه نیافته | درصد پروژه خاتمه یافته |
|----------------------------|-------------|-------------------------------------|--------------------------|------------------------|
| معاونت بهداشتی | ۱۹ | ۱۷ | ۲ | ۸۹ |
| معاونت آموزشی | ۸ | ۲ | ۶ | ۳۳ |
| معاونت درمان | ۶ | ۵ | ۱ | ۸۳ |
| معاونت غذا و دارو | ۶ | ۶ | ۰ | ۱۰۰ |
| معاونت پژوهشی | ۲ | ۱ | ۱ | ۵۰ |
| معاونت دانشجویی | ۱ | ۰ | ۱ | ۰ |
| دبیرخانه سیاست‌گذاری سلامت | ۱ | ۰ | ۱ | ۰ |
| جمع | ۴۳ | ۳۱ | ۱۲ | ۷۲ |

* بحث و نتیجه‌گیری:

یافته‌ها نشان می‌دهد، از میان ۴۳ پروژه تعریف شده در سطح استان قزوین در طرح جامع سلامت، بعضی از پروژه‌های تعریف شده بسیار کلیدی بودند و در صورت اجرایی شدن می‌تواند بخشی از مشکلات سلامت استان را حل نماید. یکی از این پروژه‌ها، طراحی برنامه تبدیل بیمارستان‌های استان به بیمارستان‌های ارتقادهنده سلامت و شروع استقرار آن بود. بیمارستان‌ها مهم‌ترین بخش ارائه‌دهنده خدمات در نظام سلامت بوده و خدمات ارتقای سلامت دورنمای آینده خدمات بیمارستانی در نظام سلامت می‌باشند. به‌همین دلیل تغییر دیدگاه نسبت به نقش و قابلیت‌های بیمارستان‌ها جهت تبدیل شدن به ساختارهای ارتقادهنده سلامت ضروری است.^(۱۸) نتایج برخی از مطالعات انجام شده نشان می‌دهد که اجرای فعالیت‌های ارتقای سلامت در بیمارستان سبب بهبود کیفیت خدمات، افزایش رضایت بیماران، کاهش مدت اقامت بیماران در بیمارستان و کاهش هزینه‌های درمان شده است.^(۱۹، ۲۰)

پروژه دیگری که در راستای اجرای طرح جامع سلامت استان انجام گرفت؛ تنظیم سند سیاست نظام دیده‌بانی شاخص‌های سطح اثر و پیامد سلامت و عدالت در سلامت استان بود. برای اولین بار در کشور، نظام دیده‌بانی سلامت در مؤسسه ملی تحقیقات سلامت جمهوری اسلامی ایران در سال ۱۳۹۱ با هدف مشارکت در حفظ و ارتقای سلامت مردم و بهبود آن و کاهش بی‌عدالتی در سلامت تأسیس گردید. اولین گزارش آن بررسی مطالعه شاخص‌های چندگانه سلامت و جمعیت در جمهوری اسلامی ایران سال ۱۳۸۹ (Demographic health survey; DHS) بود که چاپ و منتشر گردید.^(۲۱) به‌دنبال اجرای این پروژه با پیشرفت صد در صد و نتایج اتخاذ شده از اجرای پروژه، مشاهده نظام‌مند و مستمر وضعیت سلامت استان، ایجاد نظام دیده‌بانی سلامت در استان قزوین پیشنهاد شد و در کارگروه سلامت و امنیت غذایی استان کاربست این پروژه

مصوب گردید که دانشگاه علوم پزشکی با همکاری استانداری با مشارکت دانشگاه‌های استان و دستگاه‌های اجرایی مرتبط، نظام دیده‌بانی سلامت را تا پایان سال ۱۳۹۱ مستقر نماید که به‌دنبال آن نظام دیده‌بانی سلامت دانشگاه علوم پزشکی قزوین در سال ۱۳۹۲ تأسیس گردید که به رصد سلامت در سطح استان قزوین می‌پردازد.

تعیین و ارزیابی دو سیاست یا پروژه استانی (شهرک صنعتی کاسپین و سیاست توسعه پارک‌های بانوان) برای تأثیرات آن در سلامت از پروژه‌های مهم طرح جامع سلامت بود که با پیشرفت ۷۳ درصدی انجام شد. اغلب کشورهای دنیا قبل از اتخاذ تصمیم نهایی، اثرات پروژه‌های توسعه‌ای بر سلامت را مورد ارزیابی قرار می‌دهند.^(۲۲) نادیده گرفتن سلامت در ارزیابی اثرات زیست محیطی (Environmental impact assessment; EIA) و همچنین افزایش تأکید بر مؤلفه‌های اجتماعی مؤثر بر سلامت باعث شد تا برنامه توسعه اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی پنجم وزرات بهداشت، درمان و آموزش پزشکی را به تعریف استانداردهای ملی پیوست سلامت در طرح‌های توسعه‌ای ملزم کرد.^(۲۳) "ارزیابی اثرات سلامت" مجموعه‌ای از ابزارها و روش‌هاست که توسط آن پروژه‌ها، سیاست‌ها و برنامه‌ها از نظر تأثیرات بالقوه بر سلامت جامعه و نحوه توزیع این تأثیرات در جمعیت ارزیابی می‌شوند.^(۲۴)

پروژه دیگری که در مداخلات پیشنهادی طرح جامع سلامت با پیشرفت ۸۵ درصد انجام گرفت، تعیین و سنجش شاخص‌های ترکیبی برنامه جامع سلامت (سرمایه اجتماعی، نشاط و کیفیت زندگی) بود. سرمایه اجتماعی مشخصه‌ای است که توانایی سازمان‌دهی جمعی مشارکتی و داوطلبانه برای حل مشکلات گروهی یا عمومی را به حداکثر می‌رساند. میزان سرمایه اجتماعی و ابعاد مختلف آن نیز یکی از متغیرهای مهم تأثیرگذار بر موفقیت برنامه‌های توسعه، رفاه و بهزیستی جامعه است.^(۲۵) مطالعه‌ای در استان در خصوص میزان سرمایه اجتماعی موجود نبود. در این مطالعه میزان سرمایه

طراحی نظام غربالگری بیماری‌های غیرواگیر و نحوه استقرار آن و

مسئله کاربست یافته‌های پژوهشی در تصمیم‌گیری، سیاست‌گذاری و برنامه‌ریزی مشکلی است که تمام کشورهای پیشرفته و در حال توسعه را آزار می‌دهد. هر چند برخی از کشورها به نمونه‌هایی از کاربست یافته‌های پژوهشی اشاره کرده‌اند.^(۲۸) نتایج مطالعه هاشمی و همکارانش در شناسایی عوامل کاربست یافته‌های پژوهش در خوزستان حاکی از آن است که برای عملیاتی شدن کاربست پروژه باید به سه مرحله قبل، حین و بعد از اجرای پژوهش توجه داشت و به نیازها و اولویت‌ها به‌عنوان مؤلفه‌ای زیرساختی و پایه‌ای برای استفاده از یافته‌های تحقیقاتی اشاره شد. عدم کاربست یافته‌های پژوهشی به منزله اتلاف منابع مالی و انسانی صرف شده برای انجام آن‌ها است و موجب ایجاد آثار سوء در ذهنیت دستگاه‌ها و مسؤولان امور مالی نسبت به سودمندی سرمایه‌گذاری به‌عمل آورده در زمینه تحقیقات می‌شود. همچنین موجبات خدشه‌دار شدن انگیزه پژوهش‌گران برای ادامه تلاش در این زمینه‌ها را فراهم می‌سازد.^(۲۹)

مهم‌ترین موانع دستیابی به اهداف راهبردی سال ۱۳۸۶ در دانشگاه علوم پزشکی قزوین نشان داد علت ۸۲ درصد آن‌ها درون سازمانی و قابل حل است. به‌عنوان مثال قبل از تدوین اهداف باید بودجه و اعتبارات و نیروی انسانی موجود را مد نظر قرار داد. از طرفی مشکلات امور اداری و عدم همکاری درون بخشی که ۱۸ درصد از موانع را تشکیل می‌دادند با مدیریت و نظارت صحیح در حوزه‌ها قابل شناسایی و برطرف شدن هستند.^(۳۰)

پیشنهاد می‌شود با گماشتن ناظران قوی برای هدایت و نظارت بر فرایند اجرای پژوهش و ارزشیابی تکوینی از آن، کیفیت پژوهش تضمین می‌گردد و میزان کاربست یافته‌ها افزایش می‌یابد. حمایت مالی از کاربست یافته‌ها و قبول هزینه‌های ناشی از تغییرات حاصله از کاربست نتایج پروژه‌ها به‌عنوان اصلی‌ترین چالش حوزه اعتبارات مالی مدیریت بوده است.

اجتماعی در سطح استان و شهرستان‌ها، مقایسه آن به تفکیک شهری و روستایی براساس معیارهای جمعیتی و سلامت خود گزارشی در سطح استان مورد بررسی و ارزیابی قرار گرفت.

تعیین وضعیت عدالت در سلامت استان قزوین نیز از پروژه‌های بااهمیتی بود که با پیشرفت ۱۰۰ درصد اجرا شد. یکی از ملاک‌های قضاوت درباره توسعه جوامع از نظر غنی یا فقیر بودن، کیفیت سلامت آن جامعه است. به‌عبارت دیگر سلامت چگونه در سرتاسر طیف اجتماع به‌صورت عادلانه توزیع می‌شود و مردم تا چه میزان در برابر محرومیت‌های ناشی از کمبود سلامت حمایت می‌شوند.^(۳۶) شواهد موجود در کشورها نشان می‌دهد که نقش دولت‌ها در این زمینه از اهمیت زیادی برخوردار بوده و آن‌ها باید به ارتقای سلامت در همه اقشار جامعه کمک کنند.^(۱۱) در جمهوری اسلامی ایران نیز دولت براساس قانون اساسی و چشم‌انداز ۱۴۰۴ مجبور است مراقبت‌های اساسی سلامتی را برای همه مردم فراهم کند. در چهار بند قانون اساسی، دولت وظیفه فراهم کردن مراقبت سلامتی، آموزش و رفاه را برای همه مردم - بدون هرگونه تبعیض - به‌عهده دارد و بند چهارم چشم‌انداز ۱۴۰۴ آشکارا بر اهمیت عدالت و برابری به‌خصوص در سلامت تصریح می‌کند.^(۱۱) بر این اساس وظیفه به حداقل رساندن سطح نابرابری در بین زیرگروه‌های مختلف را به‌عهده دولت گذاشته شده است ولی متأسفانه شواهد منتشر شده زیادی که بتواند میزان نابرابری‌های سلامتی را در بین جمعیت ایرانی نشان دهد وجود ندارد.^(۳۷،۱۱)

برخی از کاربست‌های مهم حاصل از انجام این پروژه‌ها عبارت بودند از؛ راه‌اندازی مرکز آموزش و ارتقای سلامت و مهارت‌های اجتماعی، راه‌اندازی نظام دیده‌بانی سلامت، طراحی ۱۰۰ پیام پیشگیری از بیماری‌ها و ارتقای سلامت، مشارکت تمامی دستگاه‌های اجرایی و نهادهای مردمی در زنجیره عرضه و مصرف ظروف یک‌بار مصرف براساس دستورالعمل ابلاغی دانشگاه علوم پزشکی، اصلاح الگوی تغذیه جامعه با بهبود ترکیب و سلامت مواد غذایی،

*مراجع:

1. Damari B, Zeinaloo AA, Mahram M. A way to healthy provincial development a review of the comprehensive health plan of Qazvin province. 2nd ed. Qazvin: Teb o Jamee Press; 2009 . 201.
2. WHO. Commission on social determinants of health. A conceptual framework for action on the social determinants of health. [http://www.who.int/social_determinants/publications/9789241500852/en/Updated in: 2007](http://www.who.int/social_determinants/publications/9789241500852/en/Updated%20in%202007).
3. Brown TM, Cueto M, Fee E. The World Health Organization and the transition from “international” to “global” public health. *Am J Public Health* 2006; 96(1): 62-72. doi: 10.2105/AJPH.2004.050831.
4. Scott AJ, Wilson RF. Social determinants of health among African Americans in a rural community in the Deep South: an ecological exploration. *Rural Remote Health* 2011; 11(1): 1634.
5. Whitehead M. The concepts and principles of equity and health. *Int J Health Serv* 1992; 22(3): 429-45. doi:10.2190%2F986L-LHQ6-2VTE-YRRN
6. Graham H. Understanding health inequalities. 2nd ed. New York, McGraw-Hill Education (UK) Press; 2009. 12-18
7. Anderko L. Achieving health equity on a global scale through a community-based, public health framework for action. *J Law Med Ethics* 2010; 38(3): 486-9. doi: 10.1111/j.1748-720X.2010.00507.x.
8. Policy Council of the Ministry of Health and Medical Education, Secretariat of Social determinants of health. Report of the Advisory Workshop on the development of a tool for measuring and monitoring health equity. 2009. Available at: http://behdasht.gov.ir/uploads/291_1326_SDH1.pdf. Accessed in: 2011.
9. Shannon MA. The Use of participatory approaches, methods and techniques in the elaboration of integrated management plans. In: Brun A, Buttoud G, editors. The formulation of Integrated Management Plans (IMPs) for mountain forests. EOMF - Universita degli Studi di Torino, Grugliasco. Proceedings of the International Research Course Printed by: Tipografia Fiordo in Italy. 2003. 119-34.
10. Policy Making Council of the Ministry of Health and Medical Education, Secretariat of Social determinants of health. Action Plan (1) establishment of a health monitoring system in the country, specially prepared by the universities of medical sciences and health services. Available at: http://sdh.behdasht.gov.ir/uploads/331_1650_amale%201.pdf. Accessed in: 2017.
11. OlyaeManesh MA, Motlagh MA, Beheshtian M. Health and its social determinants. 2nd ed. Tehran: Movafagh Publication; 2008. 46.
12. Policy Making Council of the Ministry of Health and Medical Education, Secretariat of Social determinants of health. Proposed strategic plan for health equity and social determinants of health in the Islamic Republic of Iran. Available at: <http://sdh.behdasht.gov.ir/index.aspx?siteid=331&pageid=34212>. Accessed in: 2017.
13. Damari B, Vosoogh Moghaddam A, Bonak dari S. Improving approaches of intersectoral collaboration for health by Health and Food Security High Council in I.R.Iran. *J Sch Public Health Inst Public Health Res* 2014; 11(3): 1-16. [In Persian]
14. Heidari-Soureshjani S, Mobasheri M, Deris F, Mohammadi S, Kazemi vardanjani A. Study of barriers to preparation,

administration and utilization of research findings from viewpoints of faculty members and active experts in research area in Shahrekord University of Medical Sciences. *J Shahrekord Univ Med Sci* 2016; 18(2): 72-81. [In Persian]

15. Asefzadeh S, Shojaei P, Amirian S. Evaluation of application of health system research projects in Qazvin University of Medical Sciences. *J Qazvin Univ Med Sci* 2013; 17(1): 69-75. [In Persian]

16. Azizkhani N, Shabani GH, Miri F. Report of the health observaitroy committee of Qazvin medical university(2011-2015). 2017.

17. Asefzadeh S, Rezapour A. Health management. 1st ed. Qazvin: Qazvin Medical Science Press; 2012. 235-8.

18. Heydarnia M, Abachzadeh K, Damari B, Azargashb E, Vosoughmoghaddam A. Study of expert opinion on health promotive services for patients at hospitals affiliated to Shahid Beheshti University of Medical Science. *Pajoothane* 2009; 14(4): 90-183. [In Persian]

19. Polluste K, Alop J, Groene O, Harm T, Merisalu E, Suurorg L. Health-promoting hospitals in Estonia: what are they doing differently? *Health Promot Int* 2007; 22(4): 327-36. doi: 10.1093/heapro/dam032.

20. Tønnesen H, Christensen ME, Groene O, O'Riordan A, Simonelli F, Suurorg L, et al. An evaluation of a model for the systematic documentation of hospital based health promotion activities: results from a multicentre study. *BMC Health Serv Res* 2007; 7: 145. doi: 10.1186/1472-6963-7-145.

21. Rashidian A, Karimi-Shahanjarini A, Khosravi A, Elahi E, Beheshtian M, Shakibazadeh E, et al. Iran's multiple

indicator demographic and health survey-2010: study protocol. *Int J Prev Med* 2014; 5(5): 632-42.

22. Fakhri A, Maleki MR. Health Impact Assessment and its contextual influencing factors in Iran. *Hakim Res J* 2016; 18(4): 316-28. [In Persian]

23. Hoseinzadeh E, Mirza Hedayat B, Karimpour Roshan S. Systematic review on evaluation of health impact assessments in Iran: evolution, studies and areas for improvement. *J Environ Health Engineering* 2017; 4(3): 197-214.

24. Health impact assessment. Available at: <http://www.euro.who.int/en/health-topics/environment-and-health/health-impact-assessment>. Updated in: 2018

25. Kiyani T, Khakbaz A, Poyan H. Social capital: trust, democracy and development. 2nd ed. Tehran: Shiraze; 2005. 25-33.

26. Masseria C. Health Inequality: Why is it important and can we actually measure it. *Eurohealth* 2009; 15 (3): 4-7.

27. Kinney FD. Recognition of the international human right to health and health care in the United States. *Rutgers Law Rev* 2008; 60(2): 335.

28. Matin N. Investigating the extent of using research findings in education. *Quarterly J Education* 2007; 22: 149-80. [In Persian]

29. Haeshemi SJ, Ebadi GH. Identification of factors using educational research findings in Khuzestan province. *J Educat Psychol* 2006; (4)3: 75-114.

30. Asefzadeh S, Hosseini M. Strategic planning in Qazvin University of Medical Science, 2007-2008. *J Qazvin Univ Med Sci* 2008; 12(3): 99-102. [In Persian]