

طراحی و اجرای آمارگیری ارزیابی شاخص‌های پایه‌ی برنامه‌ریزی مبتنی بر شواهد

مجری طرح:

محدثه صفاکیش

همکاران:

سیاوش مرادآبادی

امیر شوکتی

گروه پژوهشی طرح‌های فنی و روش‌های آماری

پژوهشکده‌ی آمار

زمستان ۱۳۹۱

به نام خداوند جان و خرد

پیش‌گفتار

با توسعه‌ی جوامع بشری و رشد روزافزون جمعیت، تخصیص عادلانه‌ی منابع و حرکت در مسیر دستیابی به توسعه‌ی پایدار امری مهم در حوزه‌ی حکمرانی به‌شمار می‌آید. سیاست‌گذاری مبتنی بر شواهد تنها راه اتخاذ تصمیم‌های سیاست کلی است که با فرایند حکمرانی مردم‌سالار با مشخصه‌هایی چون شفافیت و نقدپذیری و مسئولیت‌پذیری سازگاری دارد. استفاده‌ی سیستماتیک و مداوم از آمار و شواهد در حوزه‌هایی چون تشخیص مسئله، برنامه‌ریزی و انتخاب خط مشی دولت، پیش‌بینی آینده، نظارت بر حسن اجرای سیاست‌های اتخاذشده و ارزیابی اثر این سیاست‌ها در دستیابی به هدف‌های توسعه‌ی هزاره امری اجتناب‌ناپذیر است. عدم استفاده از شیوه‌های نوین مدیریتی چون مدیریت مبتنی بر شواهد، پیامدهای سیاسی، اجتماعی، اقتصادی و بهداشتی جبران‌ناپذیری را برای کشور به دنبال خواهد داشت. بنابر این آگاهی از میزان استفاده از آمار و شواهد در سیاست‌گذاری‌های خرد و کلان کشور و شناخت کاستی‌های احتمالی موجود در نظام اطلاع‌رسانی آماری برای بهبود پایه‌ی شواهدی مناسب برای برنامه‌ریزی در کشورهای در حال توسعه چون ایران، مورد توجه برنامه‌ریزان قرار گرفته است. برای نیل به این هدف‌ها آمارگیری «ارزیابی شاخص‌های پایه‌ای برنامه‌ریزی مبتنی بر شواهد» توسط مرکز آمار ایران و پژوهشکده‌ی آمار برای ارزیابی کاربرد آمار در برنامه‌ریزی‌ها و سیاست‌گذاری‌های کشور در میان گروه وسیعی از معاونین، مدیران دولتی در سطح ارشد و پایین‌تر و سایر کاربران بالقوه‌ی این آمارها با هدف‌های مدیریتی و برنامه‌ریزی طراحی و اجرا شده است. در این آمارگیری شاخص‌هایی چون میزان استفاده از آمار و شواهد در برنامه‌ریزی‌ها اندازه‌گیری و سطح آگاهی گروه وسیعی از کاربران آمارهای رسمی شامل مدیران دولتی در سطح ارشد و پایین‌تر، استادان دانشگاه به‌عنوان نمایندگان جامعه‌ی علمی کشور، کارشناسان و ... به‌عنوان شاخص‌های کلان برنامه‌ریزی مبتنی بر شواهد سنجیده شده است.

شناخت مرجع و روش دریافت آمارهای رسمی به منظور تسهیل دسترسی به آمارها، اطلاع از سطح آگاهی کاربران بالقوه از آمارهای رسمی گوناگونی که توسط دستگاه‌های وابسته به دولت در سطح کل کشور تولید و منتشر می‌شوند، از جمله محورهای مورد بررسی در این آمارگیری بوده است. علاوه بر این، شناسایی محدودیت‌های استفاده از آمار در برنامه‌ریزی‌ها و سایر کاربردهای مدیریتی و تصمیم‌گیری، به همراه تعیین نقاط قوت و ضعف آمارهای تولیدی از دیدگاه بررسی ابعاد مختلف کیفیت نیز از دیگر مطالبی هستند که در این آمارگیری به آن‌ها پرداخته شده است.

مجموعه‌ی حاضر با هدف معرفی آمارگیری پایه‌ی «ارزیابی شاخ‌های پایه‌ی برنامه‌ریزی مبتنی بر شواهد» به‌عنوان ابزاری برای اندازه‌گیری میزان تصمیم‌گیری‌های بر مبنای شواهد در ایران و سنجش سطح آگاهی تصمیم‌گیران در تمام سطوح نگاشته شده است. امید است یافته‌های این آمارگیری بتواند برای بهبود فراگیری استفاده از آمارهای رسمی در سیاست‌گذاری‌های بر مبنای واقعیت‌های جامعه راه‌گشا بوده و سبب پیش‌برد هر چه بیش‌تر کشور در مسیر نیل به هدف‌های توسعه‌ی پایدار بشود.

این پژوهش با همکاری خانم محدثه صفاکیش به‌عنوان مجری طرح و جناب آقای سیاوش مرادآبادی، طراح پرسش‌نامه‌ی تحت وب و آقای امیر شوکتی، نماینده دفتر آمارهای فرهنگی از مرکز آمار ایران به‌عنوان همکاران اصلی طرح پژوهشی انجام شده است که بدین وسیله از ایشان صمیمانه تشکر و قدردانی می‌شود.

گروه پژوهشی طرح‌های فنی و روش‌های آماری

پژوهشکده‌ی آمار

فهرست مطالب

صفحه	عنوان
۱	فصل اول. کلیات
۱-۱	مقدمه
۳	۱-۱ مدیریت مبتنی بر نتیجه و شواهد
۳	۳-۱ مرور نوشتگان
۵	۴-۱ هدف پژوهش
۷	۵-۱ چشم‌انداز
۹	فصل دوم. مروری کوتاه بر تجربه‌ی سایر کشورها
۱۱	۱-۲ مقدمه
۱۱	۲-۲ تجربه‌ی ایالات متحده‌ی امریکا (ایالت‌های کانزاس و می‌سی‌سی‌پی)
۱۲	۱-۲-۲ اجرای آمارگیری کانزاس
۱۳	۲-۲-۲ اجرای آمارگیری می‌سی‌سی‌پی
۱۳	۳-۲-۲ استراتژی اجرای آمارگیری
۱۴	۳-۲ تجربه‌ی هندوستان
۱۵	۱-۳-۲ طرح نمونه‌گیری
۱۶	۲-۳-۲ طراحی آمارگیری
۱۷	فصل سوم. معرفی آمارگیری پایه
۱۹	۱-۳ مقدمه
۱۹	۲-۳ آمارگیری پایه چیست؟
۱۹	۳-۳ طراحی پرسش‌نامه
۲۰	۴-۳ روش اجرای آمارگیری، جامعه و نمونه‌ی مورد بررسی

۳-۴-۱ جامعه‌ی هدف ۲۱

۳-۴-۲ شیوه‌ی اطلاع‌رسانی ۲۱

فصل چهارم. معرفی شاخص‌ها ۲۳

۴-۱ مقدمه ۲۵

۴-۲ معرفی نماگرها ۲۵

۴-۲-۱ نماگر میزان آشنایی با مفهوم مدیریت مبتنی بر شواهد ۲۵

۴-۲-۲ شاخص میزان استفاده از آمار در تصمیم‌گیری‌ها ۲۶

۴-۲-۳ روش‌های دسترسی به آمارهای رسمی ۲۶

۴-۲-۴ روش‌های تولید آمارهای رسمی استفاده‌شده: ۲۸

۴-۲-۵ سنجش سطح آگاهی از انواع آمارهای رسمی تولیدی در کشور ۲۸

۴-۲-۶ نماگر استفاده از داده‌ها ۳۰

۴-۲-۷ محدودیت‌های استفاده از داده‌ها در تصمیم‌گیری‌ها ۳۲

فصل پنجم. یافته‌های آمارگیری پایه ۳۵

۵-۱ مقدمه ۳۷

۵-۲ یافته‌های توصیفی ۳۷

۵-۳ سطح آگاهی کاربران از انواع آمارهای رسمی تولیدشده در کشور ۳۸

۵-۴ میزان آشنایی با مفهوم مدیریت مبتنی بر شواهد ۴۰

۵-۵ نماگر میزان استفاده از آمار و شواهد در تصمیم‌گیری‌ها ۴۳

۵-۶ نماگر استفاده از آمارهای رسمی در تصمیم‌گیری‌ها ۴۵

۵-۷ نماگر ترکیبی استفاده از داده‌ها ۴۶

۵-۸ روش دسترسی به آمارهای رسمی ۵۱

۵-۹ روش‌های مختلف تولید آمارهای رسمی ۵۲

۵-۱۰ فراوانی استفاده از آمار در تصمیم‌گیری‌ها ۵۳

۵-۱۱ میزان فایده‌ی انواع آمارهای رسمی تولیدی در کشور ۵۴

فهرست مطالب خ

۵-۱۲ بررسی ابعاد کیفیت و شناخت محدودیت‌های استفاده از داده‌ها ۵۷

۵-۱۳ نتیجه‌گیری ۶۰

پیوست‌ها ۶۳

پیوست آ. پرسش‌نامه‌ی آمارگیری پایه‌ی کانزاس ۶۵

پیوست ب. پرسش‌نامه‌ی آمارگیری پایه‌ی می‌سی‌سی‌پی ۷۳

پیوست پ. پرسش‌نامه‌ی آمارگیری هندوستان ۸۱

پیوست ت. پرسش‌نامه‌ی آمارگیری ارزیابی شاخص‌های پایه‌ی برنامه‌ریزی مبتنی بر شواهد ۹۷

پیوست ث. فهرست برخی واحدهای نمونه‌ای ۱۰۲

مرجع‌ها ۱۰۳

فهرست نمادهای اختصاری ۱۰۴

واژه‌نامه ۱۰۵

فهرست شکل‌ها

- شکل ۱- چارچوب مفهومی تقاضا و استفاده از داده‌ها و چرخه‌ی فرایند تصمیم‌گیری مبتنی بر شواهد ۱۵
- شکل ۲- سطح آگاهی کاربران از آمارهای رسمی تولیدشده در کشور ۴۰
- شکل ۳- درصد تصمیم‌های اتخاذشده بر مبنای انواع آمارها و شواهد ۴۳
- شکل ۴- توزیع نسبی نماگر استفاده از داده‌ها ۴۷
- شکل ۵- توزیع درصد فراوانی مقدار نماگر DUI ۴۷
- شکل ۶- نماگر استفاده از داده‌ها و سطح تحصیلات ۴۸
- شکل ۷- نماگر استفاده از داده‌ها و میزان آشنایی با مفهوم مدیریت مبتنی بر شواهد ۵۰
- شکل ۸- روش دسترسی به آمارهای رسمی ۵۱
- شکل ۹- درصد استفاده از آمارهای رسمی تولیدشده به روش‌های گوناگون ۵۲
- شکل ۱۰- استفاده از آمار برای تصمیم‌گیری درباره‌ی حوزه‌های گوناگون ۵۴
- شکل ۱۱- حوزه‌های آمارهای رسمی، میزان استفاده و فایده‌ی آن‌ها در تصمیم‌گیری‌ها ۵۷
- شکل ۱۲- میزان موافقت پاسخگویان با مؤلفه‌های کیفیت مرتبط با آمارهای رسمی ۶۰

فهرست جدول‌ها

- جدول ۱- توزیع شرکت‌کنندگان بر حسب جنسیت و سطح تحصیلات..... ۳۷
- جدول ۲- توزیع شرکت‌کنندگان بر حسب رشته‌ی تحصیلی..... ۳۸
- جدول ۳- توزیع نسبی شرکت‌کنندگان بر حسب سمت شغلی..... ۳۸
- جدول ۴- توزیع نسبی سطح آگاهی کاربران از آمارهای رسمی تولیدشده در کشور بر حسب سمت..... ۳۹
- جدول ۵- توزیع نسبی میزان آشنایی با مفهوم مدیریت مبتنی بر شواهد..... ۴۱
- جدول ۶- توزیع نسبی میزان آشنایی با مفهوم مدیریت مبتنی بر شواهد به تفکیک سمت شغلی..... ۴۱
- جدول ۷- توزیع نسبی میزان آشنایی با مفهوم مدیریت مبتنی بر شواهد به تفکیک سطح تحصیلات و جنسیت..... ۴۲
- جدول ۸- توزیع نسبی میزان آشنایی با مفهوم مدیریت مبتنی بر شواهد به تفکیک رشته‌ی تحصیلی..... ۴۲
- جدول ۹- میزان استفاده از انواع آمار و شواهد در تصمیم‌گیری‌ها به تفکیک سمت شغلی..... ۴۳
- جدول ۱۰- درصد تصمیم‌های اتخاذشده بر مبنای انواع آمارها و شواهد بر حسب جنسیت و سطح تحصیلات..... ۴۴
- جدول ۱۱- درصد تصمیم‌های اتخاذشده بر مبنای انواع آمارها و شواهد بر حسب رشته‌ی تحصیلی..... ۴۴
- جدول ۱۲- توزیع نسبی استفاده از آمارهای رسمی در تصمیم‌گیری‌ها و سمت شغلی..... ۴۵
- جدول ۱۳- توزیع نسبی استفاده از آمارهای رسمی در تصمیم‌گیری‌ها و سطح تحصیلات..... ۴۵
- جدول ۱۴- درصد استفاده از آمارهای رسمی برای تصمیم‌گیری و رشته‌ی تحصیلی..... ۴۶
- جدول ۱۵- توزیع نماگر استفاده از داده‌ها و سمت شغلی..... ۴۸
- جدول ۱۶- توزیع نماگر استفاده از داده‌ها و سطح تحصیلات..... ۴۸
- جدول ۱۷- توزیع نماگر استفاده از داده‌ها و رشته‌ی تحصیلی..... ۴۹
- جدول ۱۸- توزیع نماگر استفاده از داده‌ها و سابقه‌ی کار..... ۴۹
- جدول ۱۹- سطوح نماگر استفاده از داده‌ها و میزان آشنایی با مفهوم مدیریت مبتنی بر شواهد..... ۵۰
- جدول ۲۰- مقدار نماگر استفاده از داده‌ها و سطح آشنایی با مفهوم مدیریت مبتنی بر شواهد..... ۵۰
- جدول ۲۱- توزیع نسبی روش‌های گوناگون دسترسی به آمارهای رسمی..... ۵۱

جدول ۲۲- میزان استفاده از آمارهای رسمی تولیدی به روش‌های گوناگون در میان کاربران آمارهای رسمی ۵۳

جدول ۲۳- استفاده از آمار در تصمیم‌گیری در مورد حوزه‌های گوناگون، (فراوانی) درصد ۵۴

جدول ۲۴- میزان استفاده از آمارهای رسمی و فایده‌ی آن‌ها در تصمیم‌گیری‌ها به تفکیک حوزه‌های آمارهای

رسمی درصد (فراوانی)..... ۵۵

جدول ۲۵- نظر پاسخ‌گویان درباره‌ی آمارهای مورد استفاده از دیدگاه مؤلفه‌های کیفیت و سایر مسایل ۵۸

فصل اول

کلیات

۱-۱ مقدمه

عملکرد دولت‌ها به‌طور مستقیم بر رفاه حال شهروندان به‌ویژه گروه‌های فقیر و با درآمد کم که جایگزینی برای خدمات عمومی ارائه‌شده ندارند، اثر گذار است. مواردی چون تمرکز بر بهبود یافته‌ها در شرایط وجود محدودیت منابع، تشویق کارکنان عمومی به ارائه‌ی خدمات بهتر و جلب اطمینان عمومی نسبت به دولت، چالش‌های عملکردی پیش‌روی دولت‌ها هستند که با مدیریت عملکرد امکان کنترل و مقابله با آن‌ها مهیا خواهد شد. مدیریت عملکرد رویکردی سیستماتیک و در حال پیشرفت برای بهبود نتایج از طریق تصمیم‌گیری مبتنی بر شواهد، اطمینان از آموزش سازمانی مداوم و تمرکز بر مسئولیت‌پذیری عملکرد است.

یک رابطه‌ی حیاتی میان حکمرانی نیکو و استفاده از اطلاعات آماری در سیاست‌گذاری‌ها وجود دارد. در کنفرانس بین‌المللی جمعیت و توسعه (ICPD) که در سال ۱۹۹۴ در قاهره برگزار شده است؛ اهمیت داده برای توسعه‌ی خط مشی و برنامه، اجرا، پایش و ارزیابی به وضوح روشن شده است. شواهد و مدارک مستدل نقش غیر قابل انکار در تصمیم‌گیری‌ها ایفا می‌کنند و استفاده از مدارک و شواهد معتبر در برنامه‌ریزی، سیاست‌گذاری، اجرا، پایش و ارزیابی موفق، به‌ویژه در حوزه‌های جمعیت و سلامت، امری بنیادین است.

فراایندهای مردم‌سالاری و توسعه به‌صورت فزاینده‌ای بوسیله‌ی مجموعه‌ای منسجم، کامل و با کیفیت بالا از اطلاعات آماری حمایت و تقویت می‌شوند. فشارهای همه‌جانبه‌ای که بر تولید اطلاعات صحیح و روزآمد برای آگاهی بخشیدن به سیاست، برنامه‌ریزی، تصمیم‌گیری، نظارت و ارزیابی برنامه‌های توسعه حاکم هستند گواهی بر تأکید روزافزون به استفاده از آمار در برنامه‌ریزی‌ها به‌شمار می‌آیند.

امروزه اتخاذ تصمیم‌های استراتژیک با رویکرد استفاده از مدیریت بر مبنای نتیجه به‌صورت جدی در سطح مدیریت دولتی مطرح شده است. در ادامه تعریف کوتاهی از این مفهوم نوین مدیریتی ارائه می‌شود.

۱-۲ مدیریت مبتنی بر نتیجه و شواهد

مدیریت بر مبنای نتیجه شاخه‌ای از جنبش نوین مدیریت عمومی است و به‌صورت مجموعه‌ی جامعی از اصول مدیریتی چون استفاده از مدارک و شواهد در تصمیم‌گیری، برنامه‌ریزی اولیه، بررسی همه‌جانبه‌ی فراایندهای برنامه، بهره‌برداری از منابع و امکانات، مدیریت عملیاتی برنامه‌ها همراه با گزارش‌دهی و مسئولیت‌پذیری تعریف می‌شود.

مدیریت مبتنی بر شواهد نیز به عنوان زیرمجموعه‌ای از مفهوم مدیریت بر مبنای نتیجه ریشه در زمینه‌های پزشکی و نیاز به کاربرد شواهد در تشخیص‌های بالینی دارد. این روش به پدیدآوری شواهد موردنیاز برنامه‌ریزان و ارزیابی کیفیت، درستی و روایی آن‌ها می‌پردازد. با مدنظر قرار دادن این مطلب که لازمه‌ی مدیریت برنامه‌ریزی است، می‌توان مدیریت مبتنی بر شواهد را نوعی برنامه‌ریزی مبتنی بر شواهد دانست. بنا بر این شیوه‌ی برنامه‌ریزی مبتنی بر شواهد به عنوان یک تلاش سازمان‌یافته برای بکارگیری بهترین مدارک و شواهد در دسترس در مراحل گوناگون انجام برنامه‌ها یعنی برنامه‌ریزی، اجرا و پایش، ارزیابی و گزارش‌دهی معرفی می‌شود.

در حقیقت شیوه‌ی مدیریت مبتنی بر شواهد، خانواده‌ای از رویکردها برای پشتیبانی از تصمیم‌گیری‌ها و به معنای تصمیم‌گیری درباره‌ی مدیریت نیروی انسانی و سازمان، بر اساس استفاده از چندین منبع داده‌ای است که یکی از این منابع استفاده از بهترین شواهد علمی و پژوهشی در دسترس یا همان آمارهای رسمی تولیدشده در سطح کشور می‌باشد. به پیش‌نهاد صندوق جمعیت سازمان ملل (UNFPA، ۲۰۱۱) شواهد و مدارک پایه‌ای مورد استفاده در این روش به ترتیب اولویت اهمیت به صورت زیر بیان می‌شوند.

- داده‌های حاصل از پایش‌ها و بازبینی‌های سازمان‌یافته و علمی،
- داده‌های حاصل از بازنگری‌های دوره‌ای و پژوهش‌های انجام یافته برای بهبود فرایند و برنامه‌ها،
- داده‌های حاصل از آرا و مشاهدات کارشناسی (نظرات کارشناسی)،
- داده‌های حاصل از مطالعات موردی برای بهبود فرایند و برنامه‌ها،
- داده‌های حاصل از ارزیابی‌های برنامه‌های در حال اجرا و یا پایان یافته،
- داده‌های حاصل از رسانه‌ها و جراید، و
- داده‌های حاصل از تجربه‌های اشخاص و دست‌اندرکاران برنامه (ذهنیت‌ها).

چنانچه هر یک از موارد بالا در هنگام اجرای برنامه، پس از ارزیابی سخت‌گیرانه، در اثر پژوهش‌های عملیاتی و بر مبنای یافته‌های آزمایش‌های تصادفی حاصل شده باشند، دارای استانداردهای طلایی بوده و قابلیت استفاده در برنامه‌ریزی مبتنی بر شواهد را دارند. در صورتی که دسترسی به چنین مدارکی امکان‌پذیر نباشد، می‌توان از شواهد به‌دست آمده از سایر منابع نیز بهره‌مند شد.

بنابر این در راستای بهره‌مندی از شیوه‌ی برنامه‌ریزی مبتنی بر شواهد، سنجش میزان آگاهی تصمیم‌گیران، مدیران دولتی و صاحب‌نظران درباره‌ی آمارها و شواهد به‌همراه کاربرد این گونه از آمارها در سیاست‌گذاری‌ها از جمله مؤلفه‌های پیش‌روی برنامه‌ریزان هستند.

۱-۳ مرور نوشتگان

بررسی نوشتگان مسئله‌نشان می‌دهد کشورهای در حال توسعه که فرایندهای مردم‌سالاری و حرکت به سوی توسعه‌ی پایدار را در برنامه‌های خود قرار داده‌اند، توجه ویژه‌ای به مسئله‌ی استفاده از آمارها و شواهد در برنامه‌ریزی‌ها و سیاست‌گذاری‌های منطقه‌ای، ملی و بین‌المللی خود دارند. همچنین با توجه به نقش گسترده‌ای که بهبود وضعیت بهداشت و سلامت جامعه در دستیابی به هدف‌های توسعه ایفا می‌کند، ایجاد و ارتقای نظام‌های اطلاعاتی بهداشتی و استفاده‌ی مؤثر از آن‌ها برای تسهیل و تجهیز امکانات بهداشتی، اتخاذ سیاست‌های مبتنی بر شواهد و اطلاعات و البته توزیع عادلانه‌ی منابع اولویت ویژه‌ای یافته است. از این روست که بیش‌تر تلاش‌های صورت‌گرفته برای استفاده از آمارها در برنامه‌ریزی‌ها بر این بخش متمرکز شده‌اند. با همکاری و حمایت مالی سازمان‌های بین‌المللی، پروژه‌هایی برای ارزیابی تقاضا و استفاده از داده‌ها در تصمیم‌گیری‌ها در کشورهای در حال توسعه، به‌ویژه کشورهای حوزه‌ی آفریقا، طراحی و اجرا شده است. در ادامه مرور کوتاهی بر برخی از این تلاش‌ها می‌آید.

در سال ۲۰۰۸ میلادی، بنیاد هیولت با مشارکت دفتر مرجع جمعیت به ارزیابی داده‌های مبنای تصمیم‌گیری‌های سیاست‌گذاران و گزارش‌های منتشرشده‌ی اصحاب رسانه در دو کشور اتیوپی و اوگاندا پرداختند. این بررسی با هدف شناخت روش‌های مورد استفاده‌ی سیاست‌گذاران و خبرنگاران برای کاربرد و دسترسی به داده‌های جمعیت‌شناختی و اقتصادی اجتماعی حاصل از سرشماری‌ها، آمارگیری‌های خانواری، آمارهای خدماتی و داده‌های بودجه‌ای صورت گرفته است. این هدف از طریق اجرای چندین مصاحبه با گروه‌های مختلف کاربران آمارهای یادشده در این دو کشور محقق شده است. در نتیجه‌ی این بررسی یک مسیر مفهومی بیان‌گر محدودیت‌های پیش‌روی استفاده از داده‌های جمعیت‌شناختی از مرحله‌ی گردآوری تا استفاده توسط کاربران شکل گرفته است. مواردی چون عدم تولید آمارهای موردنیاز، نداشتن آگاهی از وجود آمارهای موردنیاز، مشکلات دسترسی به داده‌ها و فرمت نامناسب داده‌های

حاصل به همراه پایین بودن انگیزه و تعهد کاربران نسبت به استفاده از این آمارها در برنامه‌ریزی‌ها از جمله موانع شناخته شده در این بررسی بودند. همچنین مسائل مربوط به کیفیت داده‌ها چون روزآمدی، دسترسی، درستی، تفسیرپذیری و ... به‌عنوان مؤلفه‌های مؤثر بر انگیزه‌ی تصمیم‌سازان به استفاده از آمارهای رسمی تولید شده مطرح شدند (اکل و همکاران، ۲۰۰۹). در سال ۲۰۰۸ میلادی پژوهش‌گران مؤسسه‌ی توسعه‌ی خارج از کشور در انگلستان ضمن بررسی رابطه‌ی میان پژوهش و سیاست دریافتند انتشار گسترده‌ی یافته‌های پژوهش‌ها و گسترش فرمت‌های ارتباطی با گروه‌های خاصی از مخاطبان نقش مؤثری بر بهبود استفاده از اطلاعات دارند (جونز و والش، ۲۰۰۸).

پروژه‌ی ارزیابی اندازه در اوگاندا با استفاده از ابزار پریسم به ارزیابی و چگونگی استفاده از داده‌ها توسط مسئولین بهداشتی و همچنین شناسایی عواملی که استفاده از داده‌ها را محدود می‌کنند، پرداخته است. یافته‌ها نشان می‌دهند استفاده از داده‌ها و اطلاعات در این کشورها بسیار محدود بوده و در حالی که ظرفیت فنی تحلیل، تفسیر و استفاده از داده‌ها وجود دارد، عواملی چون نبود فرهنگ بازنگری کیفیت و استفاده از داده‌ها و اطلاعات سبب کاهش میزان استفاده از آمارها در این کشور شده است. یافته‌های حاصل از اجرای پروژه‌ی مشابهی در کشورهای افریقای جنوبی، پاکستان، مکزیک و چین نیز مؤید این امر هستند (اکیل، ۲۰۰۸). بررسی پایه‌ای انجام شده در افریقای جنوبی بر روی ۳۰ نفر، سطح استفاده از اطلاعات را ۶۵ درصد نشان داده است. در کشور پاکستان ارزیابی مشابهی با مطالعه‌ی ۱۳۵ نفر از ۴ استان مختلف، سطح ۱۰ درصدی را برای استفاده از اطلاعات بیان کرده است. مطالعه‌ی مشابهی در کشور اوگاندا با بررسی ۱۲۰ مؤسسه‌ی بهداشتی در ۱۲ ناحیه، سطح ۴۱ درصدی را برای استفاده از اطلاعات به دست داده است. بر اساس مطالعه‌های انجام شده در نیجر و کنیا محدودیت‌هایی چون کمبود اطلاعات با کیفیت بالا، ضعف ظرفیت منابع انسانی و نظام‌های حمایتی، تأخیر در انتشار داده‌ها و اطلاعات و کمبود حمایت‌ها و زیرساخت‌های سازمانی برای تحلیل، انتشار، تفسیر و استفاده از اطلاعات نقش مؤثری بر کاربرد محدود داده‌ها ایفا می‌کنند (ارزیابی اندازه، ۲۰۰۷). طبق بررسی صورت گرفته روی گروهی از کارکنان سازمان‌ها و آژانس‌های بهداشتی تانزانیا، فقدان مهارت‌های تحلیلی و فنی کارکنان به‌عنوان علت اصلی عدم تولید داده‌ها و اطلاعات با کیفیت بالا و قابل اعتماد در نظام بهداشتی بیان شده است (هریسون و باکاری، ۲۰۰۸).

۴-۱ هدف پژوهش

با توجه به این که تاکنون هیچ بررسی رسمی برای اندازه‌گیری میزان کاربرد آمارهای رسمی در برنامه‌ریزی‌های کشور انجام نشده است، به‌منظور دستیابی به رقم صحیح میزان کاربرد آمار و انواع شواهد در برنامه‌ریزی‌ها، تصمیم‌گیری‌ها و سیاست‌گذاری‌ها در سطح کشور، سنجش سطح آگاهی مدیران دولتی در همه‌ی سطوح و تصمیم‌گیران از انواع آمارهای رسمی تولیدشده در کشور در حوزه‌های مختلف، ارزیابی میزان آشنایی مدیران دولتی در همه‌ی سطوح و سایر صاحب‌نظران و تصمیم‌گیران با مفهوم «مدیریت مبتنی بر شواهد»، شناسایی علت‌ها و محدودیت‌های استفاده از آمارهای رسمی در برنامه‌ریزی‌ها، و یادآوری این مطلب که لازمه‌ی مدیریت، برنامه‌ریزی است، آمارگیری «ارزیابی شاخص‌های پایه‌ی برنامه‌ریزی مبتنی بر شواهد» با همکاری مرکز آمار ایران و پژوهشکده‌ی آمار به‌صورت نظرسنجی از طیف گسترده‌ای از کاربران آمارها درخصوص میزان استفاده‌ی مدیران از انواع آمارها و شواهد در برنامه‌ریزی‌های کشور طراحی، اجرا و یافته‌های آن تحلیل شده است.

۵-۱ چشم‌انداز

مرور تجربه‌ی کشورهای هند و امریکا (ایالت‌های کانزاس و می‌سی‌سی‌پی) در زمینه‌ی اجرای آمارگیری اندازه‌گیری تصمیم‌گیری مبتنی بر شواهد در فصل دوم آمده است. فصل سوم به معرفی آمارگیری ارزیابی شاخص‌های پایه‌ای برنامه‌ریزی مبتنی بر شواهد اختصاص دارد. چگونگی طراحی پرسش‌نامه، معرفی جامعه و نمونه، شرح روش‌های اجرا و اطلاع‌رسانی به‌همراه فرایند گردآوری اطلاعات در این فصل آمده است. شاخص‌های قابل استخراج و روش‌شناسی به‌کاررفته برای تحلیل اطلاعات در فصل چهارم ارائه شده‌اند و در انتها فصل پنجم به بیان یافته‌های آمارگیری و نتیجه‌گیری می‌پردازد.

فصل دوم

مروری کوتاه بر

تجربه‌ی سایر کشورها

۲-۱ مقدمه

در این فصل چند نمونه از تجربه‌های دیگر کشورها در زمینه‌ی اندازه‌گیری تصمیم‌گیری مبتنی بر شواهد با تمرکز بر سیاست‌های بهداشتی در کشور هندوستان و ایالت‌های کانزاس و می‌سی‌سی‌پی ایالات متحده‌ی امریکا ارائه شده است.

۲-۲ تجربه‌ی ایالات متحده‌ی امریکا (ایالت‌های کانزاس و می‌سی‌سی‌پی)

در ایالات متحده‌ی امریکا مدیران سلامت با همکاری پژوهشگران دانشگاهی برای ارزیابی ظرفیت تصمیم‌گیری بر مبنای شواهد در دو ایالت کانزاس و می‌سی‌سی‌پی امریکا مجموعه‌ای از آمارگیری‌های مقطعی را طراحی و اجرا کرده‌اند (جاکوبز و همکاران، ۲۰۱۲). گروه هدف این آمارگیری‌ها را کارکنان نظام بهداشتی در سطوح ملی و محلی به همراه سایر همکاران اجتماعی فعال در زمینه‌ی پیشگیری و کنترل بیماری‌های مزمن تشکیل می‌دهند. بخش اصلی این آمارگیری‌ها مشابه پرسش‌نامه‌ی به کار رفته برای اندازه‌گیری فاصله‌های موجود میان وضعیت موجود و توانمندی‌های لازم برای تصمیم‌گیری مبتنی بر شواهد درباره‌ی بیماری‌های مزمن طراحی شده است. سایر پرسش‌های آمارگیری نیز حول محور انتظارات و انگیزه‌های تصمیم‌گیری مبتنی بر شواهد (EBDM)، خودکارامدی مهارت‌های لازم برای EBDM و برآورد این نوع تصمیم‌ها در آژانس‌های بهداشتی متمرکز هستند. بر اساس یافته‌های این آمارگیری دو سوم از برنامه‌ها و تصمیم‌گیری‌ها در آژانس‌های بهداشتی مبتنی بر شواهد هستند. این نوع از آمارگیری‌ها ابزار ارزشمندی برای سایر ادارات بهداشتی و سازمان‌های غیردولتی به منظور ارزیابی ظرفیت EBDM در میان نیروی کار و شناسایی رویکردهای منجر به بهبود درک فرایندهای EBDM در برنامه‌ریزی‌ها و سیاست‌گذاری‌های بهداشت عمومی فراهم می‌آورند. یافته‌های آمارگیری‌های موردی به عنوان راهنمایی برای تمرکز برنامه‌های آموزشی نیروی کار و شناخت انواع مشوق‌ها و سیاست‌هایی که بر ارتقای فرهنگ EBDM در محل کار مؤثر هستند، به کار گرفته می‌شوند. استفاده از EBDM در آژانس‌های بهداشت عمومی به عوامل بسیاری چون آموزش و تجربه‌ی نیروی کار، فضای محیط کار و منابع سازمانی، دسترسی و قابلیت اجرا و انتشار شواهد درباره‌ی موضوع داده شده بستگی دارد. آمارگیری مذکور یک پروژه‌ی ۲ مرحله‌ای است که با هدف افزایش استفاده از مداخلات مبتنی بر شواهد بیماری‌های مزمن (EBIs) در آژانس‌های بهداشت عمومی اجرا شده است. در فاز اول این

آمارگیری ۴۴۷ نفر از کارکنان حوزه‌ی بیماری‌های مزمن اداره‌های بهداشت سرتاسر امریکا شرکت داشته‌اند. در این مرحله اهمیت، دسترسی و استفاده از انواع گوناگون مؤلفه‌های EBDM در مورد بیماری‌های مزمن ارزیابی شدند. با استفاده از روش‌های کمی و کیفی محدودیت‌های کارکنان و راه‌حل‌ها برای بهبود استفاده از EBIs در اداره‌های بهداشت ایالتی شناسایی شدند. فاز دوم پروژه‌ها در دو ایالت نام‌برده با جزئیات بیش‌تری به اجرا درآمده است. دلیل انتخاب این دو ایالت توان بالای آن‌ها برای حمایت از بهداشت عمومی در امریکا بوده است. با در نظر گرفتن این مطلب که ادارات بهداشت فعالیت‌های خود را از طریق مجموعه‌ای از آژانس‌ها و سازمان‌های غیر دولتی که از نظر جمعیت تحت پوشش، نوع حکمرانی و خدماتی که ارائه می‌دهند، متفاوت هستند؛ دستیابی به ابزارهایی برای گردآوری داده‌های موردی که به‌خوبی بازتاب طبیعت نیروی کار و همکاران آن‌ها باشند، اهمیت ویژه‌ای دارد. در ادامه جزئیات بیش‌تری درباره‌ی اجرای آمارگیری در دو ایالت کانزاس و می‌سی‌سی‌پی آمده است.

۲-۱-۲ اجرای آمارگیری کانزاس

بخش عمده‌ای از پرسش‌های آمارگیری فاز دوم، مشابه پرسش‌های آمارگیری ملی مرحله‌ی نخست است، با این تفاوت که در بخش مربوط به اطلاعات جمعیت‌شناختی مرتبط با کار (عنوان شغلی، تخصص و حوزه‌ی عملکردی و ...) تغییرات اندکی ایجاد شده است. علاوه‌بر این، سه پرسش برای ارزیابی مهارت‌های خودکارآمدی EBDM و یک پرسش هم برای برآورد درصد برنامه‌های مبتنی بر شواهد اضافه شده است. این آمارگیری ۳۳ پرسش دارد که تکمیل کردن آن نیازمند صرف ۱۵ دقیقه زمان است. کارکنان محلی اداره‌ی بهداشت، دانشگاهیان و برخی همکاران عمومی داوطلب، شرکت‌کنندگان در این آمارگیری را تشکیل داده‌اند. به علت عدم دسترسی به اطلاعات تماس کارکنان اداره‌ی بهداشت فعال در حوزه‌ی بیماری‌های مزمن، همه‌ی پاسخ‌گویان به آمارگیری اداره بهداشت عمومی، مورد بررسی قرار گرفتند. سپس با استفاده از فن نمونه‌گیری نااحتمالاتی گلوله‌برفی از آن‌ها خواسته شد تا کارکنان متخصص در حوزه‌ی بیماری‌های مزمن را که می‌شناسند، معرفی کنند. بعد از تأیید حوزه‌ی کاری آن‌ها و حذف نام‌های تکراری، فهرست مناسبی از کارکنان واجد شرایط شرکت در آمارگیری پایه به‌دست آمد. پرسش‌نامه‌ی این آمارگیری در پیوست آ. موجود است.

۲-۲-۲ اجرای آمارگیری می‌سی‌سی‌پی

پرسش‌های جمعیت‌شناختی این آمارگیری مشابه پرسش‌نامه‌ی کانزاس بوده و به علت اهمیت بیماری‌های عفونی و ایمنی، در آمارگیری می‌سی‌سی‌پی، پرسش‌ها به تفکیک بیماری‌های مزمن و مجموعه‌ی برنامه‌های بهداشتی پرسیده شده‌اند. در این آمارگیری پرسشی درباره‌ی انتظارات مدیران اداره‌ی بهداشت، مدیران مسئول و همکاران عمومی نسبت به رویکرد EBDM پرسیده می‌شود. علاوه بر این پرسشی نیز درباره‌ی مشوق‌های رویکرد EBDM با گزینه‌هایی چون

۱- مدیران بهداشت اولویت زیادی برای روش EBDM قایل هستند؛

۲- ارزیابی عملکرد بر مبنای استفاده از رویکرد EBDM؛

۳- آموزش‌ها؛

۴- تشخیص حرفه‌ای.

این آمارگیری ۳۸ پرسش دارد که تکمیل کردن آن به ۱۵ دقیقه زمان نیاز دارد. انتخاب شرکت‌کنندگان در آمارگیری به‌عده‌ی گروه اجرایی آمارگیری بوده است و در انتها مجموعه‌ای از کارکنان اداره‌های بهداشت در سطوح ایالتی و شهرستانی در آمارگیری پایه‌ی ایالت می‌سی‌سی‌پی شرکت داشته‌اند. پرسش‌نامه‌ی آمارگیری در پیوست ب. موجود است.

۳-۲-۲ استراتژی اجرای آمارگیری

پیش از اجرای آمارگیری، نامه‌ای با مضمون شرح آمارگیری و بیان اهمیت آن، با هدف معرفی آمارگیری پایه، برای همه‌ی افراد فهرست در دسترس ارسال شده است. همچنین اجرای آمارگیری با استفاده از نرم‌افزار طراحی‌شده‌ی آمارگیری به نام Zipsurvey انجام شده است. هر شرکت‌کننده در آمارگیری یک پیوند منحصر به فرد برای شرکت در آمارگیری داشته است. همچنین برای اشخاصی که با استفاده از پیوند خود اقدام به شرکت در آمارگیری نکردند؛ نامه‌ی یادآوری ارسال شده است. علاوه بر این، به‌منظور ترغیب پاسخ‌گویان برای شرکت در آمارگیری، یک کارت هدیه به ارزش ۱۰ دلار برای هر شرکت‌کننده در آمارگیری ارسال شده است.

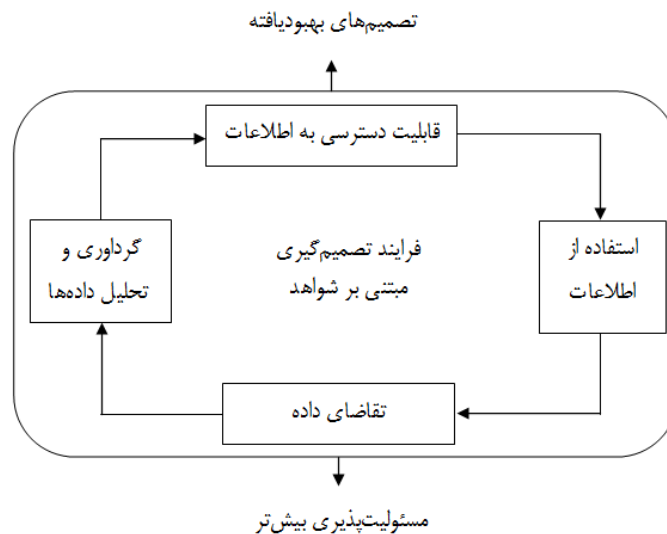
آمارگیری کانزاس به مدت ۹ هفته از دسامبر ۲۰۰۹ تا فوریه‌ی ۲۰۱۰ و آمارگیری می‌سی‌سی‌پی از ژانویه تا مارس ۲۰۱۰، به مدت ۶ هفته ادامه داشته است.

۳-۲ تجربه‌ی هندوستان

رویکرد مورد استفاده در هندوستان بر این مبنا استوار است که داده‌ها و اطلاعات بهداشتی بدون استفاده توسط تصمیم‌سازان فاقد ارزش هستند. بر این اساس، مداخلاتی که سبب افزایش تقاضای اطلاعات می‌شوند و استفاده از آن‌ها را تسهیل می‌کنند، سبب بالابردن درصد تصمیم‌گیری‌های مبتنی بر شواهد در زمینه‌های گوناگون می‌شوند. بنابر این تقاضا و استفاده از داده‌ها برای بهبود اثرگذاری و پایداری نظام بهداشتی حیاتی هستند. اگر داده‌ها در نظر تصمیم‌گیران ارزش لازم را نداشته باشند، توسط آن‌ها در تصمیم‌گیری‌ها استفاده نخواهند شد. شکل ۱، یک چارچوب مفهومی از تقاضا و استفاده از داده‌ها را نشان می‌دهد. در این شکل یک رابطه‌ی شفاف میان استفاده از اطلاعات بهداشتی و تعهد به بهبود کیفیت داده‌ها دیده می‌شود. هرچه تجربه‌های مثبت یک تصمیم‌گیر در زمینه‌ی استفاده از اطلاعات برای حمایت از تصمیم‌ها بیشتر باشد، تعهد و الزام وی برای بهبود کیفیت و روزآمدی نظام گردآوری اطلاعات بهداشتی بیشتر می‌شود. این چارچوب همانند چرخه‌ای است که استفاده‌ی بیش‌تر از اطلاعات منجر به تقاضای بیش‌تر برای داده‌ها می‌شود. درون این چرخه فرایند تصمیم‌گیری مبتنی بر شواهد که از دو مؤلفه‌ی اساسی تصمیم‌گیران و تصمیم‌های اتخاذشده توسط آنان تشکیل شده است، نهفته است. علاوه‌بر این درک روشن از محیطی که در آن تصمیم‌گیری می‌شود، چگونگی تأثیرات آن تصمیم بر تقاضا و استفاده از داده‌ها به‌همراه روش گردآوری و تحلیل داده‌ها و دسترسی به اطلاعات نیز اهمیت بسیاری بر بهبود تصمیم‌های اتخاذشده دارند.

در هندوستان میان حامیان و سازمان‌های مردم‌نهاد غیردولتی درباره‌ی اهمیت استفاده از داده‌ها برای بهبود یافته‌های بخش بهداشت توافق وجود دارد. به‌تازگی یک آمارگیری اکتشافی با استفاده از یک نمونه‌ی غیر تصادفی از ۳۲ نفر از مأموران ایالتی و ۱۰ نفر از کارکنان بخش توسعه‌ای در زمینه‌ی مسایل مرتبط با کاربرد و کیفیت داده‌ها اجرا شده است (بانک جهانی، ۲۰۰۶). بر اساس یافته‌های این آمارگیری، تنها یک سوم از مدیران دولتی در نظام مراقبت بهداشتی عنوان کردند همواره از داده‌ها استفاده می‌کنند. همچنین در حدود ۶۰ درصد از پاسخ‌گویان عقیده داشتند کاربرد داده‌ها یک مسئله‌ی مهم برای تقویت نظام بهداشتی به‌شمار می‌آید. با توجه به این‌که در هند

اطلاعات محدودی درباره‌ی مواردی چون چه داده‌هایی و چگونه استفاده می‌شوند؛ همچنین محدودیت‌های استفاده از داده‌ها موجود است، آمارگیری دیگری برای بیان چگونگی استفاده از داده‌ها برای تصمیم‌گیری در سطوح مختلف دولتی در هندوستان، پررنگ کردن مانع‌های موجود برای کاربرد داده‌ها در سیاست‌گذاری‌ها و ارزیابی پیشنهادهایی برای بهبود استفاده از داده‌ها در تصمیم‌گیری‌های بهداشتی اجرا شده است.



شکل ۱- چارچوب مفهومی تقاضا و استفاده از داده‌ها و چرخه‌ی فرایند تصمیم‌گیری مبتنی بر شواهد

۲-۳-۱ طرح نمونه‌گیری

کشور هندوستان از دیدگاه عملکرد محاسبه‌ی نماگرهای بهداشتی به سه سطح پایین، متوسط و بالا تقسیم می‌شود. به‌منظور پوشش بخش‌های مختلف کشور ۳ ایالت به نمایندگی از این سطوح به‌همراه ایالت دهلی نماینده‌ی بخش مرکزی هندوستان، به‌عنوان نمونه‌ی مرحله‌ی اول انتخاب شدند. سپس با استفاده از طبقه‌بندی اجتماعی اقتصادی تهیه شده توسط مؤسسه‌ی بین‌المللی علوم جمعیتی، از هر ایالت ۴ شهرستان به‌عنوان نمونه‌ی مرحله‌ی دوم انتخاب شدند. به این ترتیب ۳۰ نفر از سطح مرکزی و ۸۰ نفر از هر ایالت برای شرکت در مصاحبه‌ی آمارگیری دعوت شدند. در مجموع اندازه‌ی نمونه‌ای برابر با ۲۷۰ نفر از تصمیم‌گیران ارشد حوزه‌ی سلامت، کارکنان بهداشت با سطوح متوسط و پایین چون مأموران خدمات اجتماعی، پزشکان، پرستاران و مدیران داده‌ها از ادارات بهداشت هندوستان به مصاحبه دعوت شدند.