





”



– مدیریت و برنامه‌ریزی در دولت بر چارچوب عدالت استوار است. عدالت جسمینی، قومیتی، منطقه‌ای و نظایر آن.
– رویکرد ما در اجرای عدالت، طرح پوشش خانواده و ارجاع ساختار عادلانه‌ای است که باید محقق شود. اگر این ساختار اجرایی شده همه از سیستان و بلوچستان تا کردستان و خوزستان همان خدمتی را دریافت خواهد کرد که فردی در شمال تهران دریافت می‌کند.
– مخاطرات محرومین را بیشتر از متفکین تهدید می‌کند. سلامت آن‌ها بیشتر در معرض خطر است و بیشتر در معرض خطر نادیده گرفته شدن هستند.
– از متخصصان و از جمله پزشکان در خراسان می‌گیم، کمک کنند تا دولت مسائل مربوط به سلامت مردم را با چارچوب‌ها و شاخص‌های علمی به پیش ببرد.

**بخشی از سخنان دکتر مسعود پزشکیان؛
رئیس جمهور محترم در توسعه نظام سلامت**

”



– برنامه‌های بنده در راستای برنامه هفتم توسعه و سیاست‌های ابلاغی رهبر معظم انقلاب، یک برنامه کاملاً کارشناسی شده است.
– آمادام با تمام توان و ظرفیت و تجربه و حمایت گسترده جامعه سلامت کشور تلاش کنم تا مردم جز رنج بیماری، رنج دیگری را تحمل نکنند.
– به عنوان پزشک یاد گرفتیم که حامی مردم باشیم که با وجود تمام پیشرفت‌های به دست آمده در حوزه سلامت، در برخی نقاط دچار محرومیت‌های جدی هستند و با چالش‌های بزرگی مانند دسترسی به خدمات و میزان پرداخت از جیب هزینه‌های کم‌شکن، سالمندی، توانبخشی و سلامت روان مواجه هستند.
– شفافیت، وجود چشم انداز استراتژیک، عدالت و دسترسی عادلانه، مشارکت ذی‌نفعان، کارآمدی و پاسخگویی از مهمترین شاخصه حکمرانی خوب است.
– حاصل همه اقدامات و تلاش‌ها این باشد که مردم جز رنج بیماری، رنج دیگری را تحمل نکنند.

**بخشی از سخنان دکتر محمدرضا ظفرقلعی؛
وزیر محترم بهداشت، درمان و آموزش پزشکی در توسعه نظام سلامت**



– مسأله‌ی سلامت، بهداشت و درمان، جزو مسائل درجی یک هر کشوری است. اگر در کار نگاه تخصصی و عالمانه نباشد، دچار مشکل خواهد شد. یعنی با موازی‌کاری میسرود یا کار غلط انجام میگیرد و این هم جزو یا حضور پزشکان و اساتید ومانند اینها امکانپذیر نیست.
– رویکرد سلامت همه جانبه در همه قوانین و سیاست‌ها محقق نبود.
– پیشگیری بهتر از درمان است و باید شبکه بهداشت، بازسازی و تقویت شود تا با هزینه کمتر، سلامت مردم بیشتر تأمین شود.
– توزیع پزشک در مناطق مختلف کشور عادلانه نیست که این مسئله باید مورد توجه قرار بگیرد.
– بطور جدی مسئله جمعیت را پیگیری کنید و با اقدامات لازم از جمله نظارت بر شبکه بهداشت جلوی افزایش جمعیت را بگیرید چرا که کشور به جمعیت جوان احتیاج دارد و در صورت دچار شدن به عاقبت تلخ ببری جمعیت، دیگر علاجی وجود ندارد.

**بخشی از سخنان مقام معظم رهبری (مدظله العالی)
در توسعه نظام سلامت**

”





فصلنامه مدیریت دانش نظام سلامت
 صاحب امتیاز: معاونت توسعه مدیریت، منابع و
 برنامه ریزی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی
 مدیر مسئول: مهديس طاهر پور هوشی
 سردبیر: دکتر احمد جو احمدی
 شورای سردبیری: دکتر کامیار نیکمیان،
 دکتر بهزاد تین و دکتر محمود مصدور
 دبیر اجرایی و دستیار سردبیر:
 محمود دشتی راجی

کمیته آرایان دانشی:
 ستاد وزارت: دکتر شمیم فلسفینی و دکتر
 کیوان رحیمی
 دانشگاه های علوم پزشکی:
 دکتر نرجس السادات حسینی، دکتر غلامرضا
 مرمریان، فریگینس پناه، دکتر سوسیه لاله گلی،
 مهديس محمد زاشا آبادی، دکتر علی صالحی،
 مهديس عالی پازوئی طرودی، مهديس روح الله
 رسولی، فراد بنادلی، حامد شریف نژاد و فرزاد
 امینی

کمیته اجرایی: مهديس طاهر و عینی، سعید فلسفی
 صفحه آرایی: سمان محمدی
 نشراتی: دکتر فصلنامه، تهران، شهرک غرب،
 خیابان سپهتامی ایران، وزارت بهداشت، درمان و
 آموزش پزشکی طبقه ۱۱
 شماره تلفن: ۰۲۱-۸۸۳۶۲۸۲۲-۸۸۳۶۲۸۲۰
 دوره گز: ۰۲۱-۸۸۳۶۳۰۹۲
 آدرس پست الکترونیک:
km@behdasht.gov.ir
 آدرس اینترنتی فصل نامه:
<https://mrd.behdasht.gov.ir/fasNamefile>
 دین دین نسخه الکترونیک و شبکه:



کلیه حقوق مطالب این نشریه متعلق
 به فصلنامه مدیریت دانش نظام
 سلامت است و نقل و انتشار محتوا و
 تصاویر با ذکر منبع بلامانع می باشد.



تجارب منتخب

تجارب منتخب / ارزیابی شایستگی نیروهای جدیدا استفاده
 دانشگاه دانشکده های علوم پزشکی سال ۱۴۰۲
 تجارب منتخب / طراحی سامانه داشبورد ویژه بیماران
 تجارب منتخب / طراحی بسته استاندارد ویژه بیماران
 در جهت حفظ کرامت، حقوق و امنیت روانی بیماران
 تجارب منتخب / طراحی سامانه طرح ها و پروژه های عمرانی دانشگاه
 تجارب منتخب / تدوین و اجرای دستورالعمل کارآموزی
 در عرصه دانشجویان فناوری اطلاعات سلامت
 تجارب منتخب / مدیریت مصرف آب و برق در خانه های بهداشت و مراکز
 به منظور کاهش مصرف آب و برق در خانه های بهداشت و مراکز
 بهداشتی شهرستان خرم آباد
 تجارب منتخب / مدیریت مصرف آب و جلوگیری از هزینه های
 و تأثیر آن در کاهش هدر رفت آب و جلوگیری از هزینه های
 سربار در شبکه بهداشت و درمان مه ولات
 تجارب منتخب / اقدام مداخله ای در راستای افزایش درآمدها و
 کاهش کسورات مرکز آموزشی و درمانی آیتا. کاشانی شهرکرد
 تجارب منتخب / ایجاد نرم افزار تشخیص سرطان ریه
 با استفاده از هوش مصنوعی با نام (لاتکسا)
 تجارب منتخب / برگزاری رویداد کافه تجربه
 در دانشگاه علوم پزشکی تهران



دیدگاه

دیدگاه / چراغ راه نظام سلامت در برنامه هفتم پیشرفت کشور
 دیدگاه / ایجاد دسترسی عادلانه به خدمات توانمندی کیفیت خدمات در ملی
 دیدگاه / اصلاح سبک زندگی سلامت محور
 با ترویج علمی و استاندارد در طلب سنتی ایرانی
 دیدگاه / گام بلند وزارت بهداشت
 در توسعه مدیریت دانش نظام سلامت



سرگذشت نامه

سرگذشت نامه / دکتر محمد رضا واعظ مهدوی
 از پیشگامی در عرصه سلامت اجتماعی تا کسب نشان عالی
 دانش در نهاد آموزش عالی ایران



دانش نامه

دانش نامه / پیاده سازی انتقال و تبادل دانش، از تئوری تا عمل
 (نامه به سردبیر)



معرفی کتاب

معرفی کتاب / کتاب مرجع کامل مدیریت دانش
 معرفی کتاب / کتاب ۷ عادت مردمان مؤثر:
 گامی بلند برای تغییر زندگی

دانشگاه دانشکده‌های علوم پزشکی و سازمان‌های وابسته، نظام انگیزشی در نظام نامه مدیریت دانش نظام سلامت جهت فعالان و دینفعان مدیریت دانش شامل: دانش‌کاران (تجربه‌نگاران، پیشنهاد دهندگان و غیره)، ارزیابان محتوا، عوامل اجرایی (مسئولین مدیریت دانش و اعضای دیرخانه) و مجریان پیشنهادها (کارکنان) است که از مهم‌ترین موارد در نظر گرفته شده‌اند. توان به‌کارگیری آنها منوط به:

- ایجاد نمودن امتیاز دانش (تجربه) و پیشنهاد تأیید شده در ارزیابی عملکرد کارکنان و مدیران
- ثبت دانش (تجربه) به‌عنوان یکی از عوامل مسیبر از نگاه تسلی کارکنان نظام سلامت (ارتقاء، تبه یا طبقه)
- ثبت دانش (تجربه) به‌عنوان یکی از ملاک‌های امتیاز آور برای داوطلبین پست‌های مدیریتی در دستورالعمل ارزیابی، انتخاب و توسعه‌مندان
- تقدیر از برگردگان نظام مدیریت دانش در برنامه‌های محوری نظیر جشنواره‌های دانشگاهی، منطقه‌ای و ملی مدیریت دانش و جشنواره شهید رجایی به‌گونه‌ای که موضوع مدیریت دانش جزو شاخص سنجش جشنواره شهید رجایی قرار بگیرد.
- تقدیر از افعال حوزه‌های عملکردی مدیریت دانش مستاد، دانشگاه دانشکده‌های علوم و سازمان‌های وابسته
- امید آنکه بتوانیم گام‌هایی در راستای تقویت و توسعه نظام مدیریت دانش و نظام پیشنهادها برداشته، و نظام سلامت را در پیشبرد اهداف عالیه نظام مقدم جمهوری اسلامی ایران بیش از پیش پیش‌تاز نماییم.



تداوم آن و ایجاد انگیزه در کارکنان و فعالان دانشی، پرداختن جدی به نظام انگیزش و پاداش به‌عنوان یکی از مهم‌ترین ابزارهای توسعه و ارتقاء مسیر در پیش‌روی مدیریت دانش می‌باشد.

رویکردهای مورد استفاده برای ایجاد انگیزش در حوزه عملکردی مدیریت دانش متفاوت است و سازمان باید بر اساس مواردی همچون ترکیب سنی نیروی انسانی، پیچیدگی‌ها و سطوح سلسله‌مراتب در ساختار سازمانی، قوانین بالادستی، امکانات مالی و معنوی و بسیاری از عوامل دیگر، نظام انگیزشی مناسبی را طراحی کند.

برنامه‌های انگیزشی در نظام نامه مدیریت دانش به‌منظور تشویق کارکنان برای بهبود عملکرد کارکنان و افزایش مشارکت آن‌ها در امحاء شدن اهداف مدیریت دانش طراحی شده‌اند. این برنامه‌ها شامل ارزیابی عملکرد، افزایش حقوق، ترفیع شغلی، پاداش‌های مالی، شناخته شدن در بین دیگران، تبه‌بندی بر اساس رقابت و همراهی با یاری‌انگاری می‌باشند. برخی از نتایج ملموس بکارگیری نظام‌های انگیزشی عبارتند از:

- 1. ارائه دانش‌ها و پیشنهادها کاربردی و با کیفیت؛
- 2. تسریع در ارزیابی دانش‌ها و پیشنهادها مطرح شده؛
- 3. تسریع در ارائه بهترین راه‌حل‌ها و پاسخ‌های مناسب برای مشکلات و مسائل سازمانی؛
- 4. فعالیت بیشتر و بهتر کارکنان در اجنص‌های گفتگو؛
- 5. افزایش فرهنگ مدیریت مشارکتی بین کارکنان؛
- 6. افزایش حس ارزشمندی و تعلق سازمانی در کارکنان؛

در این راستا و در جهت بهبود مشارکت مدیران و کارکنان مستاد،

توسعه مدیریت دانش

در نظام سلامت با ایجاد نظام انگیزش



دکتر احمد جوانمرد، رئیس مرکز توسعه مدیریت و تحول اداری

با توجه به نگاه ویژه دولت مرمی سبیزدهم در راستای راهبری مدیریت دانش در حوزه نظام سلامت، از ابتدای استقرار دولت، اقدامات اساسی در ستاد وزارت بهداشت و دانشگاه/دانشکده‌های علوم پزشکی و سازمان‌های وابسته صورت گرفته است که اهم آنها به شرح ذیل می‌باشد:

- 1. تهیه و تدوین پیش‌نویس نظام نامه و دستورالعمل‌های اجرایی مدیریت دانش وزارت بهداشت
- تعریف ساختار سازمانی مدیریت دانش در دانشگاه/دانشکده‌های علوم پزشکی
- تدوین نظام انگیزشی در راستای تقویت مدیریت دانش
- 2. سنجش بلوغ مدیریت دانش دانشگاه/دانشکده‌های علوم پزشکی
- 3. برگزاری کارگاه‌های آموزشی مدیریت دانش به تفکیک کلان‌مناطق آمایشی
- 4. راه‌اندازی کارگروه مشورتی مدیریت دانش مناطق آمایشی سرزمینی
- 5. راهبری نظام ثبت و ارزیابی دانش و تجارب کارکنان و مدیران ستاد وزارت بهداشت/دانشکده‌ها و دانشگاه‌های علوم پزشکی کشور
- 6. برگزاری جشنواره‌های مدیریت دانش و نظام پیشنهاد در دانشگاه/دانشکده‌های علوم پزشکی کشور در راستای شبکه‌سازی دانش
- 7. احیای تدوین و چاپ ۴ شماره از فصلنامه مدیریت دانش نظام سلامت

نظام انگیزش و پاداش

تشویق و قدردانی یکی از مهم‌ترین عواملی است که کارکنان را مستعد و بالکنیزه‌نگه می‌دارد. در این راستا، اعطای پاداش به کارکنان به‌عنوان یک راهکار مؤثر برای بهبود عملکرد و ایجاد محیط کار مثبت شناخته شده است. لذا جهت استقرار کامل نظام مدیریت دانش و



سرگذشت نامه

در این بخش هر شماره به یکی از فعالان حوزه نظام سلامت کشور می‌پردازیم. این شماره را اختصاص دادیم به معرفی دکتر محمد رضا واعظ مهدوی، از پیشگامی در عرصه سلامت اجتماعی تا کسب نشان عالی دانش در نهاد آموزش عالی ایران.



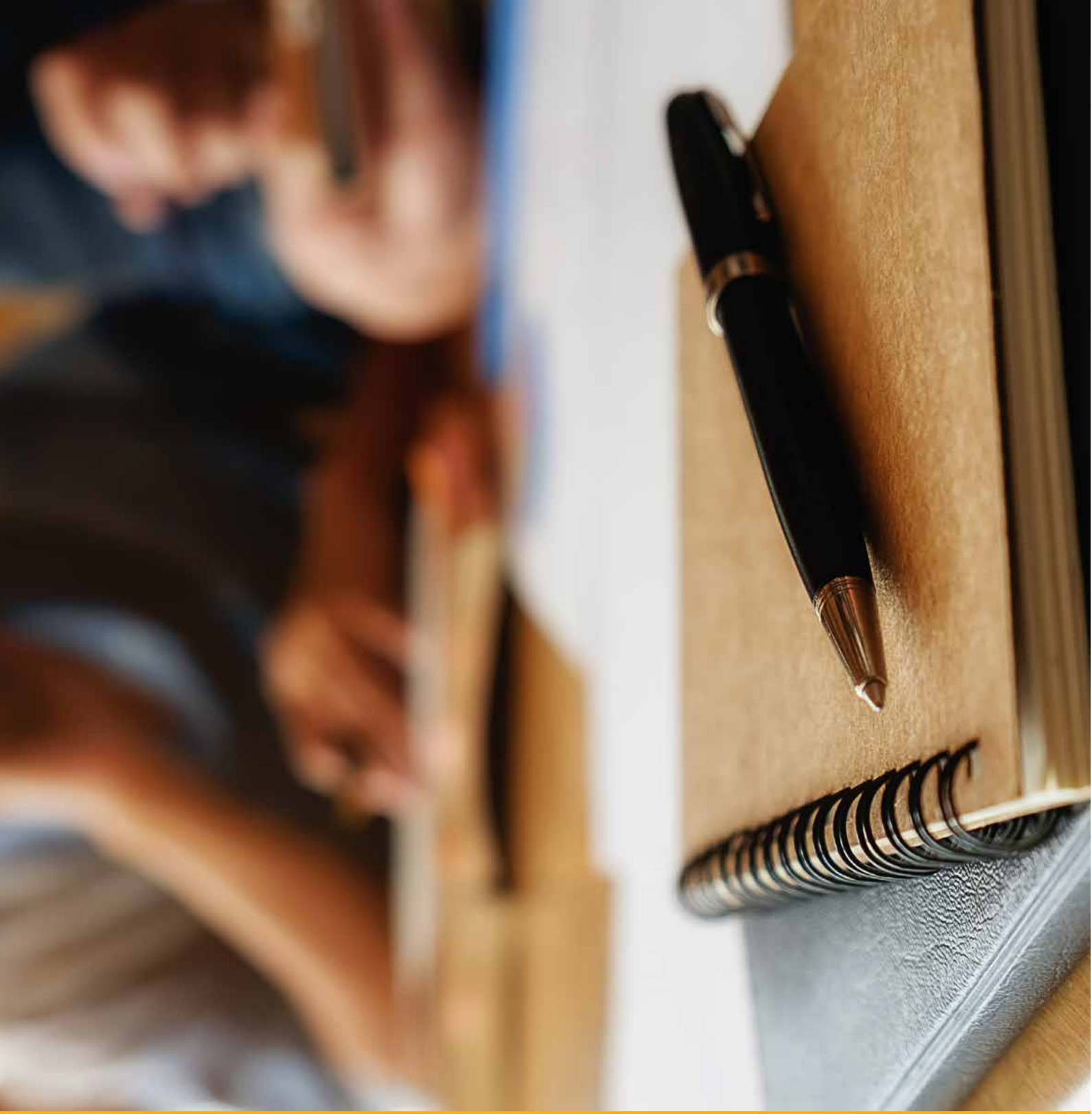
دکتر محمد رضا واعظ مهدوی
از پیشگامی در عرصه سلامت اجتماعی تا کسب نشان عالی دانش در نهاد آموزش عالی ایران

دکتر محمد رضا واعظ مهدوی متولد سال ۱۳۳۷ در تهران، استاده دانشگاه شاهد در رشته فیزیولوژی و یکی از برجسته‌ترین تاثیرگذارترین اساتید دانشگاهی در سیاست گذاری حوزه سلامت اجتماعی کشور است. وی بیش از ۲۰۰ مقاله علمی در مجلات داخلی و خارجی به چاپ رسانده و دهها کتاب در حوزه های سلامت، رفاه و برنامه ریزی اجتماعی تألیف یا ترجمه نموده است.

مهمترین سوابق علمی و اجرایی:

- اسلامی ایران، مجمع تشخیص مصلحت نظام از ۱۳۸۳
- معاون امور پژوهشی دانشگاه شاهد از ۱۳۸۵ تا ۱۳۸۶
- عضو شورای علمی پژوهشگاه مهندسی و علوم پزشکی جندیارن بین سال های ۱۳۸۵ تا ۱۳۸۷
- عضو شورای پژوهشی سازمان بهزیستی کشور از سال ۱۳۸۵
- رئیس کمیته اجتماعی کمیسیون علمی راهبردی تحقیق چشم‌انداز
- مشاور وزیر بهداشت، درمان و آموزش پزشکی در سال ۱۳۸۵
- عضو شورای سیاستگذاری متغیرهای اجتماعی سلامت در برنامه پنجم توسعه
- عضو هیئت تحریریه فصلنامه مدیریت سلامت در سال ۱۳۸۵
- معاون هماهنگی و برنامه ریزی شهرداری تهران در سال های ۱۳۸۵ تا ۱۳۸۸
- عضو کمیته شورای راهبردی سلامت شهری تهران
- امنیت دیر خانه مجمع تشخیص مصلحت نظام در سال ۱۳۸۷
- عضو کارگروه طراحی مداخلات مرتبط با عوامل اجتماعی تعیین کننده سلامت در برنامه پنجم توسعه در سال ۱۳۸۷
- معاون گروه فیزیولوژی از تاریخ ۷۲۷۲۳ در دانشگاه شاهد
- دانشکده پزشکی به مدت ۱۲ سال
- مدیر اجرایی طرح ملی اصلاح ساختار وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی
- معاون پشتیبانی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی از تاریخ ۷۸/۶/۸۵ تا ۷۸/۶/۸۵
- معاون امور اجتماعی سازمان مدیریت و برنامه ریزی کشور به مدت ۳ سال
- معاون سیاستگذاری و برنامه ریزی وزارت رفاه و تأمین اجتماعی بین سال های ۸۳ تا ۸۴
- مسئول کمیته امور اجتماعی تحقیق سند چشم انداز جمهوری برنامه ریزی کشور

- رئیس انجمن علمی اقتصاد سلامت
- مدیر عامل صندوق بیمه اجتماعی کشاورزان، روستائیان و عشایر
- مدیر کل دفتر آموزش عالی در سازمان برنامه و بودجه از تاریخ ۷۶/۶/۸۵ تا ۷۵/۵/۳۳
- عضو کمیته کمپوزی و ژئومی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی از تاریخ ۷۷/۴/۱۲ تا ۷۵/۵/۳۳
- عضو ستاد مرکزی بهداشت و درمان و حوادث غیرمترقبه وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی
- عضو هیات امنای دانشگاه علوم پزشکی قم از تاریخ ۷۷/۱۰/۱۶
- رئیس هیات مدیره و مدیر عامل سازمان بیمه خدمات درمانی از تاریخ ۸۱/۶/۱۵ تا ۸۱/۶/۱۵
- مدیر گروه فیزیولوژی از تاریخ ۷۲۷۲۳ در دانشگاه شاهد
- دانشکده پزشکی به مدت ۱۲ سال
- مدیر اجرایی طرح ملی اصلاح ساختار وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی
- معاون پشتیبانی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی از تاریخ ۷۸/۶/۸۵ تا ۷۸/۶/۸۵
- معاون امور اجتماعی سازمان مدیریت و برنامه ریزی کشور به مدت ۳ سال
- معاون سیاستگذاری و برنامه ریزی وزارت رفاه و تأمین اجتماعی بین سال های ۸۳ تا ۸۴
- مسئول کمیته امور اجتماعی تحقیق سند چشم انداز جمهوری برنامه ریزی کشور



دیدگاه

این بخش با هدف اخذ نظرات و دیدگاه‌های مدیران ارشد و خبرگان ستاد وزارت بهداشت، دانشگاه / دانشکده‌های علوم پزشکی کشور و سازمان‌های وابسته و تابعه در قالب مصاحبه‌ها، میزگردها و نشست‌های تخصصی تدوین شده‌است. چند گفتگوی خواندنی از عزیزان در این شماره از فصل نامه در صفحات پیش رو است که به خوانندگان تقدیم می‌شود.





بخشی از این فرآیند بود تا بتوانند این پیشنهادات را در برنامه مهم نظارتی و ارزیابی عملکرد، نقش اساسی در اثربخشی فرآیند اجرایی و اصلاح نحرافات احتمالی ایفا خواهند کرد.

هفتم توسعه درج کنند. یکی از نقاط قوت این برنامه تدوین برنامه اجرایی-سازي بوده است که با ایجاد سامانه راهبري برای تدوین برنامه‌های عملیاتی و اجرایی احکام برنامه پیشرفت همراه شد. این سامانه نه تنها فرآیند تدوین برنامه‌ها را تسهیل می‌کند، بلکه به شفافیت و کارآمدی بیشتر در اجرای برنامه‌ها نیز کمک شایانی خواهد کرد. همچنین کمیته‌های برنامه‌ریزی و نظارت در حوزه تخصصی برای اجرایی‌سازی برنامه‌ها نیز تشکیل خواهد شد تا نظارت دقیق بر اجرای مفاد برنامه داشته باشد. علاوه بر این، وزارت بهداشت به تدوین شاخص‌های پایش برنامه هفتم نیز مبادرت کرده است تا امکان ارزیابی مستمر و دقیق از پیشرفت برنامه و دستیابی به اهداف تعیین شده را فراهم آورد. این شاخص‌ها به‌عنوان ابزارهای

❖

یکی از نقاط قوت این

برنامه، تدوین برنامه اجرایی‌سازی بوده است که با ایجاد سامانه راهبري برای تدوین برنامه‌های عملیاتی و اجرایی احکام برنامه همراه شد.

❖

توسط مجلس شورای اسلامی جهت اجرا به ریاست جمهوری ابلاغ گردید. وزارت بهداشت امیدوار است با اقدامات ذکر شده گامی مهم در جهت تحقق اهداف برنامه هفتم توسعه، بهبود نظام سلامت کشور و افزایش سطح رضامندی عمومی از تقاضای کیفیت زندگی مردم متجرب شود.

چراغ راه نظام سلامت در برنامه هفتم پیشرفت کشور؛

«ارتقاء نظام سلامت بر اساس سیاست‌های کلی سلامت»

متناظر در حوزه بهداشت است. در مان و آموزش پزشکی قلمداد می‌شوند.

مقدمت کارشناسی تهیه و تدوین لایحه برنامه پنج‌ساله هفتم پیشرفت کشور در بخش سلامت از سال ۱۳۹۹ در دفتر برنامه‌ریزی و نظارت راهبردی، با صدور حکم مقام عالی وزارت برای معاون توسعه مدیریت و منابع به‌عنوان «رئیس کمیته راهبری تدوین پیش‌نویس لایحه برنامه هفتم توسعه بخش سلامت» آغاز گردید. در این راستا، ساختار اجرایی متشکل از کمیته راهبری (تشکیل ۳ جلسه)، کمیته‌های مشورتی - تخصصی و فنی - کارشناسی (تشکیل حداقل ۳۶ جلسه)؛ کارگروه‌های کارکردی (تشکیل ۸ جلسه)؛ کارگروه‌های مختلف درون‌بخشی و فرابخشی (تشکیل حداقل ۲۱ جلسه)؛ کارگروه‌های مجازی نخبگان (تشکیل ۱۲ جلسه) و گروه‌های اطلاع‌رسانی شکل گرفت و در مجموع بیش از ۲۴۰ جلسه فنی و موضوعی برگزار گردید.

یکی از اولین گام‌های اساسی در این راستا، آسیب‌شناسی برنامه‌های پیشین توسعه در بخش سلامت بود. این فرآیند به شناسایی نقاط ضعف و قوت برنامه‌های گذشته کمک کرد و زمینه‌ساز تدوین یک برنامه واقع‌بینانه و کارآمد گردید. علاوه بر این، مطالعات پیش‌نیاز و بررسی روندهای کلان نظام سلامت، موارد مهم و نیازهای روز کشور را احصا کرد تا برنامه توسعه با رویکردی جامع و آینده‌نگر تدوین شود. در گام بعدی وزارت بهداشت با برگزاری جلسات تخصصی با ذینفعان و تشکیل کمیته‌های تخصصی در هر حوزه، به جمع‌آوری و تحلیل پیشنهادات هر بخش برای گنجاندن در برنامه هفتم پرداخت. حمایت‌طلبی از نمایندگان مجلس نیز



رئیس‌جمهور، معاون توسعه مدیریت و منابع و برنامه‌ریزی وزارت بهداشت، در مان و آموزش پزشکی

برنامه‌های توسعه‌های هر کشور به‌منظور دستیابی به اهداف کلان و ارتقاء سطح زندگی مردم طراحی و اجرایی شدند. برنامه هفتم توسعه جمهوری اسلامی ایران نیز با همین رویکرد و با تأکید بر ارتقاء بهداشت عمومی و بهبود خدمات درمانی تدوین شده است. وزارت بهداشت، در مان و آموزش پزشکی به عنوان یکی از نهادهای کلیدی در این برنامه، مجموعه‌ای از اقدامات جامع و راهبردی را برای تحقق اهداف تعیین شده به انجام رسانده است.

با ابلاغ سیاست‌های کلی برنامه پنج‌ساله هفتم توسعه در تاریخ ۱۴۰۱/۰۶/۲۰ از جانب مقام معظم رهبری (مدظله العالی) با هدف «بیشرفت اقتصادی توأم با عدالت» و با تأکید بر افزایش بهره‌وری کل عوامل تولید ابلاغ گردید. بر این مبنا، «ارتقاء نظام سلامت بر اساس سیاست‌های کلی سلامت» و «وزارت‌های و ارتقاء نظام آموزشی و پژوهشی کشور» مهم‌ترین سیاست‌های

شده است.
در خصوص نقش این معاونت در برنامه‌های مرتبط با جوانی جمعیت و اقدامات انجام شده در این خصوص توضیح بفرمایید؟

یکی از مهم‌ترین اقدامات معاونت درمان وزارت بهداشت برای جوانی جمعیت، درمان ناباروری بوده است، به طوری که برای اولین بار در کشور و در دولت مردمی سیزدهم ۸۷ مرکز درمان ناباروری راه‌اندازی و فعال شده است، هم‌اکنون ناباروری سطح ۲ راه‌اندازی و فعالیت داشته است، هم‌اکنون هر دانشگاه علوم پزشکی دارای یک مرکز درمان ناباروری سطح ۲ است، همچنین ۱۲۶ مرکز درمان ناباروری سطح سه در چرخه خدمات‌رسانی و ارائه خدمات تخصصی درمان ناباروری هستند که ۵۶ مورد آن در دولت سیزدهم ایجاد شده است. بسته خدمتی پوشش بیمه ناباروری در تمام

کلی وزارت بهداشت است، سالمندان گرانقدر کشور به منزله یک ثروت ملی بوده و در حفظ و انتقال گنجینه فرهنگ ایرانی - اسلامی و همبستگی بین نسلی دارای جایگاهی والا هستند. در جهت بهره‌مندی این عزیزان به خدمات درمانی و توانبخشی ۳۰۰ تخت توانبخشی به چرخه خدمت اضافه شده در حالی که

پیش از روی کار آمدن دولت سیزدهم، ۸۵ تخت توانبخشی ناباروری سطح ۲ راه‌اندازی و فعالیت داشته است، هم‌اکنون هر دانشگاه علوم پزشکی تحول خواهد شد تا بحث توانبخشی در این حوزه توسعه یابد. همچنین شناسنامه استاندارد سازی بخش بستری و توانبخشی بزرگسالان در بیمارستان‌های کشور تدوین و اجرا به دانشگاه‌های علوم پزشکی سراسر کشور ابلاغ

یکی از مهم‌ترین اقدامات معاونت درمان وزارت بهداشت برای جوانی جمعیت، درمان ناباروری بوده است.

ناباروری سطح ۲ راه‌اندازی و فعالیت داشته است، هم‌اکنون هر دانشگاه علوم پزشکی دارای یک مرکز درمان ناباروری سطح ۲ است، همچنین ۱۲۶ مرکز درمان ناباروری سطح سه در چرخه خدمات‌رسانی و ارائه خدمات تخصصی درمان ناباروری هستند که ۵۶ مورد آن در دولت سیزدهم ایجاد شده است. بسته خدمتی پوشش بیمه ناباروری در تمام



ایجاد دسترسی عادلانه به خدمات و ارتقای کیفیت خدمات درمانی



دکتر سعید کریمی، معاون درمان و بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

برنامه‌ریزی برای توسعه عدالت محور در مناطق محروم کشور با چشم‌انداز ۱۴۰۴ و ایجاد دسترسی عادلانه مردم به خدمات حوزه سلامت از یک‌سوی و ارتقای کیفیت خدمات از سوی دیگر از مهم‌ترین دغدغه‌های وزارت بهداشت بوده و معاونت درمان با توجه به مسئولیت خطیری که در این زمینه بر عهده دارد با راهبردهایی همچون تقویت شبکه درمان و توسعه زیرساخت‌های حوزه درمان، اصلاح نظام پرداخت، ارائه خدمت مناسب و با کیفیت به آحاد جامعه، حفاظت مالی از بیماران، افزایش رضایت مراجعین به مراکز درمانی، حمایت از بیماران به ویژه بیماران خاص و صعب‌العلاج با افتتاح صندوق و تدوین بسته‌های حمایتی، توجه به سلامت و درمان کودکان، حمایت از زوج‌های نابارور و درمان ایشان، افزایش انگیزش پزشکان جهت نایب‌گاری در مناطق کم‌برخوردار در جهت تحقق بخشیدن به اهداف عالی نظام درمان کشور تلاش‌های مستمری انجام داده و دستاوردهای ارزشمندی را کسب نمود، اگرچه عدم پرداخت مطالبات سازمان‌های بیمه‌گر پایه به ویژه تأمین اجتماعی و پرداخت به موقع مطالبات وزارت بهداشت، عدم پیش‌بینی ردیف مشخص بودجه‌ای برای خرید و جایگزینی تجهیزات سرمایه‌ای بیمارستانی، عدم حمایت از هزینه‌های درمانی اتباع خارجی غیرمجاز به مراکز درمانی بخش دولتی از جمله مواردی است که چالش‌هایی در این حوزه ایجاد نموده است.

با توجه به افزایش جمعیت سالمندی و رشد بیماری‌های مزمن، اقداماتی که در معاونت درمان در این خصوص انجام شده و ارائه فرمایید؟

تکریم سالمندان و ارتقاء جوانی جمعیت از سیاست‌های

وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی در راستای سیاست‌های کلی سلامت ابلاغی مقام معظم رهبری، سند چشم‌انداز ایران ۱۴۰۴، نقشه علمی جامع کشور و سایر قوانین ناظر، ارتقای وضعیت عدالت در سلامت را در صدر اهداف خود قرار داده است، با آغاز به کار دولتی سیزدهم و دیدگاه ویژه این دولت نسبت به بخش سلامت و با توجه به تمامی اسناد بالادستی، عدالت و تعالی نظام سلامت شعار اصلی و سرلوحه اقدامات وزارت بهداشت قرار گرفت، در حوزه درمان «طرح عدالت و تعالی درمان» در امتداد این برنامه، ایجاد دسترسی عادلانه به خدمات و ارتقای کیفیت خدمات درمانی را به عنوان محور قرار

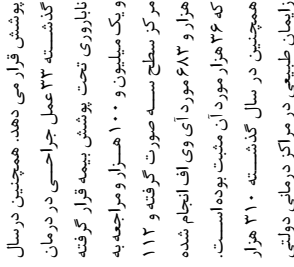
گرفت.

پروژه های تدوین شده است و هزینه های درمانی زوج های نابارور را تحت پوشش قرار می دهد. همچنین در سال گذشته ۳۳ عمل جراحی در درمان ناباروری تحت پوشش بیمه قرار گرفته و یک میلیون و ۱۰۰ هزار و مراحجه به مرکز سطح سه صورت گرفته و ۱۱۲ هزار و ۶۸۳ مورد آی وی اف انجام شده که ۲۶ هزار مورد آن مثبت بوده است. همچنین در سال گذشته ۳۱۰ هزار زایمان طبیعی در مراکز درمانی دولتی به صورت رایگان انجام گرفته است و ۲۷۰ هزار نفر کلاس آموزشی برای مادران باردار در راستای ترویج زایمان طبیعی صورت گرفته است.

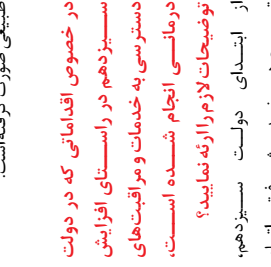
در خصوص اقداماتی که در دولت سیزدهم در راستای افزایش دسترسی به خدمات و مراقبت های درمانی انجام شده است، توضیحات لازم را ارائه نمایم؟

از ابتدای دولت سیزدهم، تسریع در روند پیشرفت و اتمام پروژه های نیمه تمام ازغدغه های دولت مردمی بوده است. از این رو با مدیریت جهادی و تلاش مستمر شبانه روزی، توسعه پروژه های زیرساختی حوزه درمان در دستور کار وزارت بهداشت قرار گرفت و موجب شد بسیاری از ایر پروژه های این حوزه که در تاریخ کشور بی نمونه و بی مثال است به ظهور و بروز برسد. بنابراین در دولت مردمی سیزدهم شاهد توسعه و تجهیز تخت های بیمارستانی و افتتاح

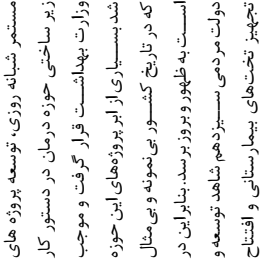
توسعه و تجهیز تخت بیمارستانی



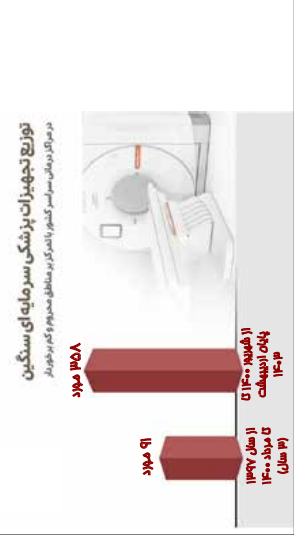
توسعه زیرساخت های حوزه درمان



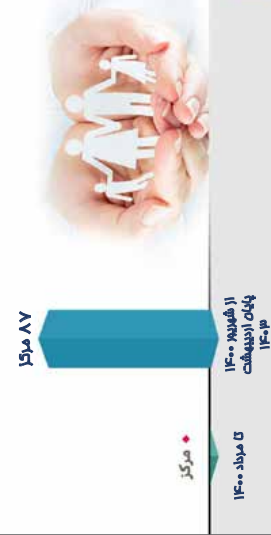
توسعه و تجهیز تخت های PICU



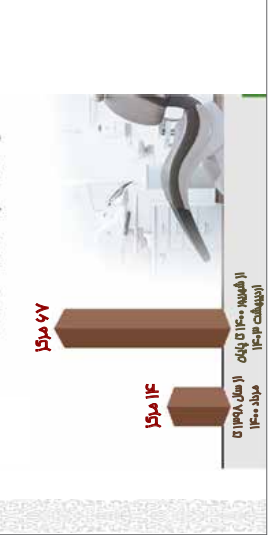
توسعه و تجهیز تخت بیمارستانی



توسعه مراکز سطح دو درمان ناباروری



افتتاح مراکز دندانپزشکی در بخش دولتی



تا ۸۰ درصد تعرفه بر اساس مالکیت پزشکی، دانشگاه‌های علوم پزشکی در کشور در دولت مردمی سیزدهم مرکز صورت می‌گیرد.

با تشکیل ۵۲ جلسه به بررسی بررسی مستقر در تهران تشکیل شد و تاکنون

۱۵۸ پرونده کلان پرداخته است. در

توزیع باکس انتقال ارگان به صورت

متحد الشکل برای تمامی بخش‌های

پیوند در بیمارستان کشور جهت حفظ

پلمپ و تعطیل شدند. برای اولین بار

بموتورانس برای اولین بار در سال

۱۴۰۲ رخ داد.

دستورالعمل تاسیس و راه‌اندازی

برنامه‌ریزی جهت غربالگری، ثبت و

رجیستری بیماران و درمان بیماران

مبتلا به هیپاتیت C با هدف حذف

اختلالات مصرف مواد (SUD) بعد از

۲۰ سال تدوین و به تمامی کشور ابلاغ

شد. در زمینه اورژانس بیمارستانی

تشکیل و تقویت تیم واکنش سریع

معاونت درمان و باسختگونی ۲۴

ساعت به مشکلات دانشگاه‌های هدف،

تیمیه نقشه جامع ساماندهی و ارتقاء

فعالیت‌های کیفی در بخش اورژانس

بیمارستان‌های کشور، برنامه‌ریزی،

هماهنگی، تشکیل تیم واکنش سریع

در مراسم و تجمعات ملی و مذهبی

همچون ایام اربعین و مناسبات

پایان اردیبهشت ماه اجرا شده است.

پایان اردیبهشت ماه اجرا شده است.

در زمینه مدیریت پیوند خوشبختانه

توانستیم رتبه اول را در زمینه اهداء

منظوقه خاورمیانه

اولویت مناطق محروم و پزشکان تمام

درمانی تحت پوشش دانشگاه‌ها و

دانشکده‌های علوم پزشکی معاف

شدند و این خدمات برای موارد رایگان

شد.

همچنین با نگاه ویژه هیات محترم

دولت و پیشنهاد وزارت بهداشت

خدمات سرپایی و بستری شیرخواران

و کودکان زیر ۷ سال در مراکز دولتی

دانشگاهی سراسر کشور رزیرایگان

شدند تا کودکان و خانواده‌های ایشان

به جرزج بیماری‌ها دغدغه دیگری از

باب تأمین سلامت آینده‌سازان کشور

نداشته باشند.

حمایت از بیماران خاص و صعب

العلاج نیز با افتتاح صندوق حمایت

از بیماران صعب‌العلاج با اعتبار ۵

همت در سال ۱۴۰۱، تخصیص ۷

همت در سال ۱۴۰۲ و ۱۲ همت در

سال ۱۴۰۳ در دولت مردمی سیزدهم

صورت گرفت و بسته‌های حمایتی

زیر بیست هزار نفر و بیمه شدگان

از ۱۶ گروه بیمه‌ای به ۱۰۷ گروه

بیماری‌ها تا پایان اردیبهشت ۱۴۰۳

ارتقاء یافت که از این تعداد ۶۰ گروه

بیماری دارای بسته خدمات سلامت

۵ گانه در حوزه سرپایی (ویزیت و

مشاوره، دارو و ملزومات مصرفی،

خدمات پاراکلینیک، توانبخشی،

خدمات پایه سلامت، هزینه

دندانپزشکی) و خدمات دریاخت از جیب

داشت دریک کار منسجم تیمی

توانستیم ۱۰۵۰ تخت جدید PICU

وقت جغرافیایی، یکسان سازی جزء

حرفه‌ای در بخش دولتی و خصوصی

و برداشتن سقف کارانه در راستای

افزایش انگیزش و ماندگاری پزشکان

انجام شده است.

همچنین به منظور توسعه خدمات

درمانی در کشور ۴۹۴ پروژه درمانی

جدید از جمله کلینیک ویژه، بخش

های اورژانس و... در دستور کار قرار

گرفت و طی این مدت افتتاح شد. ۶۷

مرکز دندانپزشکی دولتی در راستای

توسعه خدمات دندانپزشکی در بخش

دولتی ایجاد گردید. روند تکمیل

پروژه‌های عمرانی و توسعه‌ای حوزه

درمان به صورت مستمر ادامه خواهد

داشت و امیدواریم با توسعه این بخش،

دسترسی مردم به خدمات درمانی

افزایش یابد و گام مثبت موثری در

تحقق شعار عدالت و تعالی نظام

سلامت باشد.

توزیع حدود ۲۸۰۰ پزشک متخصص

در مناطق محروم و کمتر برخوردار

میلیون نفر از جمعیت کشور در قالب

در سال ۱۴۰۲ (توزیع ۶۷۵۰ نفر

متخصص متعهد خدمت درمانی فارغ

التخصص سال ۱۴۰۰ لغایت پایان

دانشگاه دانشکده‌های علوم پزشکی با

اولویت مناطق محروم کشور از دیگر

اقدامات برای افزایش دسترسی مردم



اصلاح سبک زندگی سلامت محور با ترویج علمی و استانداردهای طب سنتی ایرانی



دکتر زهرا حسینی، مدیر کل دفتر طب سنتی و مکمل وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

دکترای تخصصی (PhD) راه اندازی شد. ایجاد ساختار برای طب سنتی ایرانی با تأسیس دفتر ملی طب سنتی در سال ۱۳۶۰ آغاز و با تدوین سیاست‌های ملی برای طب سنتی، مکمل و جایگزین در سال ۱۳۷۵، قوانین و مقررات مرتبط با آن ایجاد شد. در سال ۱۳۹۱ معاونت طب سنتی ایرانی در وزارت بهداشت تأسیس و در سال ۱۹۱۵ معاونت به دفتر طب سنتی و مکمل تغییر یافت.

هم اکنون حدود ۲۱ رشته محل برای آموزش طب سنتی ۹ دانشکده طب ایرانی، ۱۱ گروه داروسازی سنتی و ۹ گروه تاریخ پزشکی، ۴۶۹ فارغ التحصیل دکتری تخصصی طب ایرانی و ۸۱ دکتری داروسازی طب ایرانی وجود دارد. همچنین حدود ۱۵۴ سلامت‌نگار، درمانگاه و کلینیک ویژه دولتی و خصوصی طب سنتی-به‌ارائه خدمات حفظ

تندرستی و درمان بیماران مشغولند.

۱. لطفاً به عنوان مقدمه، تاریخچه طب سنتی و توسعه آن در نظام سلامت کشور را تشریح فرمایید؟

طب سنتی ایرانی سابقه‌ای بیش از ۳۰۰۰ ساله دارد. در این مدت دانشمندان بسیاری از کشورها با به عرصه جهانی گذاشته‌اند و باعث ایجاد پیشرفت‌های غیر قابل انکار در مسیر علوم مختلف و از جمله علم طب شده‌اند. این مکتب علمی در طول تاریخ با فراز و نشیب‌های بسیاری روبرو شد. در حمله رومیان پیش از اسلام و حملات مغولها و اعراب و طی قحطی‌های ناشی از جنگ‌های جهانی بسیاری از منابع مکتوب و حکمای طب ایرانی از دست رفتند ولی با این وجود هم اکنون نیز بیش از ۱۰ هزار جلد منابع مکتوب فعلی طب ایرانی شاید غنی‌ترین منبع طب سنتی جهان به شمار می‌رود.

پس از انقلاب اسلامی ایران با تغییر رویکرد مدیران، طب ایرانی در اسناد بالادستی راه یافت که در بند ۱۲ سیاست‌های کلی «سلامت» ابلاغیه رهبر معظم انقلاب اسلامی، مورد تأکید قرار گرفته است. در سال ۸۶ پس از حدود ۹۶ سال جهلاد رشته طب سنتی در مقطع کارشناسی ارشد برلی پزشکی راه‌اندازی گردید که در سال ۸۸ به مقطع دکتری تخصصی (PhD) تبدیل شد و یک مدل‌ساز رشته داروسازی سنتی در مقطع

رشته‌های مرتبط) توضیحات لازم را فرمایید؟

۲. در رابطه با ورود طب ایرانی در کوریکولوم رشته‌های علوم پزشکی (پزشکی عمومی، داروسازی عمومی و سایر

۳. در رابطه با ورود طب ایرانی در کوریکولوم رشته‌های

۴. مهم‌ترین اقدامات در راستای تولید شواهد و دانش

۵. در راستای فرهنگ‌سازی طب ایرانی چه اقدامات موثری

از راهی ۲ واحد درس «شناسایی با اصول و مبانی طب سنتی ایرانی» به عنوان یک درس اختصاصی برای گروه پزشکی که برای کلیه رشته‌های بالینی اجباری (۷ رشته پزشکی، دندانپزشکی، داروسازی، پرستاری، مامایی، تغذیه و فیزیوتراپی) و رشته‌های غیر بالینی اختیاری ارائه می‌شود و تاکنون بیش از ۵۷ هزار دانشجوی این دو واحد را گذرانده‌اند. همچنین در برنامه‌های تخصصی برای هر یک از رشته‌های ۶۷گانه تدوین و ابلاغ شده است. همچنین تربیت متخصصین این حوزه در ۹ دانشکده و ۲۱ گروه طب ایرانی، ۱۱ گروه داروسازی در طب ایرانی و ۹ گروه تاریخ پزشکی در دانشگاه‌های علوم پزشکی صورت می‌گیرد.

۱- توسعه و تجهیز مراکز تحقیقاتی در حوزه طب و داروسازی سنتی و تاریخ پزشکی در ۱۲ دانشگاه علوم پزشکی

۲- ترسیم نقشه مأموریت محور دانشگاه‌های علوم پزشکی در حوزه طب ایرانی با چشم‌انداز ۵ ساله

۳- حمایت ویژه از اولویت‌های پژوهشی طب سنتی با هدف تحقق مرجعیت علمی ایران در حوزه طب سنتی و مکمل

۴- تشکیل کارگروه‌های میراث مکتوب با مشارکت همه مراکز اسناد و کتابخانه‌ها

۵- انجام شده است؟

طب سنتی ایرانی سلامت‌محور بوده و بسیاری از آموزه‌های آن مبتنی بر اصلاح سبک زندگی است و با توجه به ریشه دار بودن این آموزه‌ها در فرهنگ و باورهای مردم، قابلیت پذیرش دارد و دسترسی به خدمات نیز برای مردم آسان است. ورود خدمات تأیید شده طب سنتی و آموزه‌های آن در نظام سلامت با هزینه کمتر و قدرت نفوذ فرهنگی، کمک زیادی به ارتقای سلامت جامعه می‌کند.

در واقع استفاده از این آموزه‌ها در کنار آموزه‌های طب رایج و سایر دستورالعمل‌های بهداشتی و درمانی است و در حقیقت مکمل نظام سلامت رایج است. به همین دلیل اقدامات فرهنگی گسترده‌ای به شرح زیر انجام شده است:

۱- توسعه و تجهیز مراکز تحقیقاتی در حوزه طب و داروسازی سنتی و تاریخ پزشکی در ۱۲ دانشگاه علوم پزشکی

۲- ترسیم نقشه مأموریت محور دانشگاه‌های علوم پزشکی در حوزه طب ایرانی با چشم‌انداز ۵ ساله

۳- حمایت ویژه از اولویت‌های پژوهشی طب سنتی با هدف تحقق مرجعیت علمی ایران در حوزه طب سنتی و مکمل

۴- تشکیل کارگروه‌های میراث مکتوب با مشارکت همه مراکز اسناد و کتابخانه‌ها

۵- انجام شده است؟

طب سنتی ایرانی سلامت‌محور بوده و بسیاری از آموزه‌های آن مبتنی بر اصلاح سبک زندگی است و با توجه به ریشه دار بودن این آموزه‌ها در فرهنگ و باورهای مردم، قابلیت پذیرش دارد و دسترسی به خدمات نیز برای مردم آسان است. ورود خدمات تأیید شده طب سنتی و آموزه‌های آن در نظام سلامت با هزینه کمتر و قدرت نفوذ فرهنگی، کمک زیادی به ارتقای سلامت جامعه می‌کند.

در واقع استفاده از این آموزه‌ها در کنار آموزه‌های طب رایج و سایر دستورالعمل‌های بهداشتی و درمانی است و در حقیقت مکمل نظام سلامت رایج است. به همین دلیل اقدامات فرهنگی گسترده‌ای به شرح زیر انجام شده است:

● کسب رتبه چهارم تولید علم در حوزه تولید دانش طب مکمل و جایگزین بر اساس گزارش پایگاه علمی سایمگو (Scimago) برای چهارمین سال متوالی

۷ آیا در راستای انتقال دانش طب ایرانی به سایر کشورها ظرفیت‌سازی لازم انجام شده است؟

تعدادی دانشجوی خارجی در تعدادی از دانشگاه‌های علوم پزشکی کشور در رشته‌های تخصصی طب ایرانی پذیرش شده‌اند. همچنین چند دوره مدرسه‌ای فصلی برای آموزش دانشجویان خارجی برگزار شده است.

۸ در خصوص ارتقاء سلامت و کیفیت زندگی با مشارکت مردم توضیحات لازم ارائه نمایید.

در راستای ارتقاء سلامت و کیفیت زندگی مردم با رویکرد پیشگیری و خودمراقبتی، طرح رهجویان و راهبران سلامت با همکاری بنیاد خادم‌الاصحیا به منظور ارتقای فرهنگ در حوزه سبک زندگی سالم و ارائه اطلاعات صحیح به عموم جامعه توسط متخصصان طب ایرانی اجرا شده است. همچنین طرح آموزش سبک زندگی سالم و

"Medicin" توسط WHO و آغاز تدوین Benchmark‌های

آموزش و خدمات بالینی آن و قرار گرفتن کدینگ بیماری‌های این مکتب طب (صمد مدخل) در مازولن (ICD-11-TM)

● حضور فعال نماینده دفتر طب ایرانی وزارت بهداشت در مجامع

تعمیم‌گیر بین‌المللی در حوزه‌های طب سنتی و مکمل از جمله مجمع تدوین راهبرد جهانی سازمان بهداشت در این حوزه و شبکه همکاری‌های نظارتی بین‌المللی برای قوانین حوزه داروهای گیاهی (WHOJIRCH)

● جذب دانش‌جویان بین‌الملل در طب ایرانی در دانشگاه علوم

پزشکی تهران

● برگزاری چندین کنگره بین‌المللی در حوزه طب‌های سنتی و مکمل با حضور نمایندگان ۱۵ کشور

جایگاه ایران در جهان:

● در مقطع زمانی ۲۰۱۰ تا ۲۰۱۸، سهم ایران از تولید دانش در طب سنتی و گیاهان دارویی با رشدی چشمگیر همراه بوده (۲۴۹ درصد علمی، ۴/۶٪ از کل مقالات چاپ شده) و به مرتبه پنجم تولید علم پس از چین، هند، برزیل و آمریکا رسیده است.

۶ تهیه محتوای آموزشی توصیه‌های پیشگیرانه و درمان‌های کمک

کننده طب ایرانی در کووید-۱۹

۷ کاهش نام اختصاصی طب ایرانی به نام «سرو سلامت»

۸ سامانه سبک زندگی سالم بر اساس آموزه‌های طب ایرانی با عنوان «سالم‌باش»

۹ برگزاری کرسی‌های نظر به‌سرازی و برنامه‌های تبیینی در

خصوص هوبت طب ایرانی

۱۰ تقویت ورزش همگانی در راستای اصلاح سبک زندگی بر اساس

پروژه ورزش ایرانی

۱۱ ارائه خدمات و آموزش بر اساس

آموزه‌های طب ایرانی در محاسبه‌اربعین

حسینی

در مقطع زمانی ۲۰۱۰ تا

۲۰۱۸، سهم ایران از تولید

دانش در طب سنتی و گیاهان

دارویی با رشدی چشمگیر

همراه بوده و به مرتبه پنجم

تولید علم پس از چین، هند،

برزیل و آمریکا رسیده است.

وضعیت موجود:

● پذیرفته شدن طب ایرانی " Persian

۱. احیای میراث کتب و به‌روزرسانی منابع فاخر و کتاب‌های طب ایرانی

نظیر خواجه نصیر و ترجمه و بررسی کتاب گران سنگ «قانون» ابن سینا

که در قالب فیلم مستند شده است.

۲. ارتقاء کمی و کیفی برنامه‌های رسانه‌ای در حوزه طب ایرانی

- تشکیل کارگروه مشترک دفتر طب ایرانی و مکمل و شورای

سیاست‌گذاری سلامت صدا و سیما

۳. فرهنگسازی در زمینه کار آفرینی

۴. فراهم نمودن مقدمات برای رونق‌دهنده استارت‌آپی در خصوص

ایده‌های مرتبط با طب ایرانی و مکمل

و گیاهان دارویی با همکاری پارک علم

و فناوری پردیس و برگزاری سلسله

رویدادهای کارآفرینی با رویکرد طب ایرانی

۵. ورود آموزه‌های طب ایرانی به نظام

آموزش و پرورش و نهضت سواد سلامت

آموزی

تشکیل کارگروه تخصصی تولید محتوای

آموزشی ویژه دانش‌آموزان با مشارکت

کارشناسان وزارت آموزش و پرورش



- ۱- دانشگاه دانشکده‌های علوم پزشکی
- ۲- بودجه ناکافی برای پیشبرد برنامه‌های طب ایرانی
- ۳- نظارت ضعیف در برخورد قانونی با آموزش‌ها و خدمات غیرقانونی و غیر علمی حوزه‌ی طب ایرانی
- ۴- ناکافی بودن برنامه‌های فرهنگی
- ۵- نبود بودجه‌ی کافی برای تقویت اقتصادی و ثروت‌آفرینی طب ایرانی

دستاوردها آن تکمیل بیش از یک میلیون و دویست هزار پرسشنامه بسته خدمت طب ایرانی از مراجعه‌کنندگان بالای ۶ سال در کشور و کمک به ارتقاء آگاهی مردم در حیطه سبک زندگی سالم و پیشگیری از بیماری‌ها است.

● ارسال پیشنهادهای دفتر طب ایرانی برای ادغام خدمات طب ایرانی در برنامه پزشکی خانواده «شبهه‌نامه پزشکی خانواده و نظام ارجاع» و ورود متخصصین طب

ایرانی در چرخه نظام ارجاع بر اساس «استوارمعمل هماینگ کشوری پیشگیری، تشخیصی، بهنگام و درمان نابروزی در قالب نظام ارجاع و سطح بندی خدمات» و ابلاغ آن از سوی مقام عالی وزارت

● خرید راهبردی خدمات طب ایرانی (شامل ویزیت، فصد، حجامت خشک و ترا، رویکر بسته خدمتی بیماری‌ها)

● آغاز اجرای طرح آموزش همگانی اصلاح سبک زندگی با نام «بهبود ملی سواد سلامت آموزی» با هدف آموزش سبک زندگی با آموزش طب ایرانی به دانش آموزان مقاطع مختلف

آموزش و پژوهش

- ۱- نبود آگهی کارآمد برای ادغام طب ایرانی در نظام آموزش پزشکی
- ۲- حمایت ضعیف از پژوهش‌های حوزه‌ی طب ایرانی

بهبودت و درمان

- ۱- ناکارآمدی آگهی خدمات طب ایرانی در سطوح مختلف ارائه خدمات
- ۲- نبود ساختارهای مناسب ارائه خدمات دارویی در حوزه‌ی طب ایرانی

- ۳- گران بودن خدمات دارویی و درمانی حوزه‌ی طب ایرانی به دلیل پوشش نامناسب بیمه

پیشنهادهای:

- ۱- تصویب و اضافه نمودن یک ماده به قانون تشکیل وزارت بهداشت توسط مجلس شورای اسلامی مبنی بر «رسمیت شناختن طب ایرانی به عنوان جزء لاینفک نظام سلامت و بر عهده داشتن مسئولیت کلیه ارکان و خدمات طب ایرانی توسط وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی
- ۲- ارتقاء سطح ساختاری طب ایرانی در وزارت بهداشت به سازمان معاونت طب ایرانی
- ۳- دستورگذاری طب ایرانی در استناد بالادستی شامل سیاست‌های کلی نظام سلامت ابلاغی مقام معظم رهبری و برنامه ششم و هفتم توسعه کشور



از جمله سالمندان در معاونت بهداشت، اولین گام خدمت‌رسانی نظام‌مند را در این حوزه برداشته است.

● **ایستادگی انجام شده در خصوص طب ایرانی و تسهیل دسترسی به مراقبت‌های طب ایرانی در دولت سیزدهم را تشریح بنمایید.**

● اجرای مرحله‌ی نهایی طرح ترویج شیوه زندگی سالم براساس آموزه‌های طب ایرانی در ۶۳ دانشگاه، با آموزش آشنایی در ۳ سطح (پزشکان - مربیان بهورزی - بهورزان و مراقبان سلامت) بر اساس بسته خدمت ترویج شیوه زندگی سالم با آموزه‌های طب ایرانی (بوکلت) ویژه غیر پزشکی و کتاب سبک زندگی سالم با آموزه‌های طب ایرانی (بوکه) بهورزان و مراقبان سلامت) که دستاورد آن بارگذاری بسته خدمت طب ایرانی در سامانه‌های نظام الکترونیک سلامت

(سبب، سببنا، ناب و پارسا) جهت بررسی وضعیت افراد مراجعه‌کننده بالای ۶ سال و ارائه آموزش در مورد سبک زندگی سالم در دانشگاه‌های علوم پزشکی است.

● آموزش‌های ویژه به مراجعین بالای ۶ سال تحت پوشش ۶۳ دانشگاه علوم پزشکی در حیطه اصول سبک زندگی سالم و اصلاح عادات و شیوه زندگی از دیدگاه طب ایرانی حتی تکمیل بسته خدمت طب ایرانی که

روش‌های صحیح اصلاح آن را به نام طرح نهضت سواد سلامت آموزی برای عموم مردم براساس اصول ۶گانه طب ایرانی با استفاده از رسانه ملی و فضای مجازی در دستور کار قرار داده است. این طرح با تشکیل کارگروه تخصصی برای تهیه محتوای آموزشی ویژه دانش آموزان با مشارکت کارشناسان وزارت آموزش و پرورش وارد فاز جدیدی شده است.

● **با توجه به روند سالانه جمعیت، ظرفیت و نقش طب ایرانی در این زمینه، تشریح فرمایید؟**

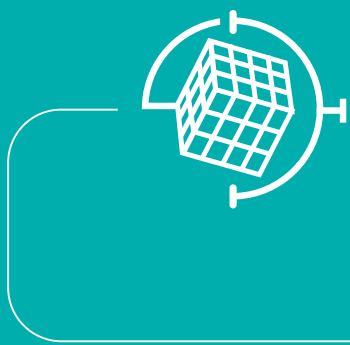
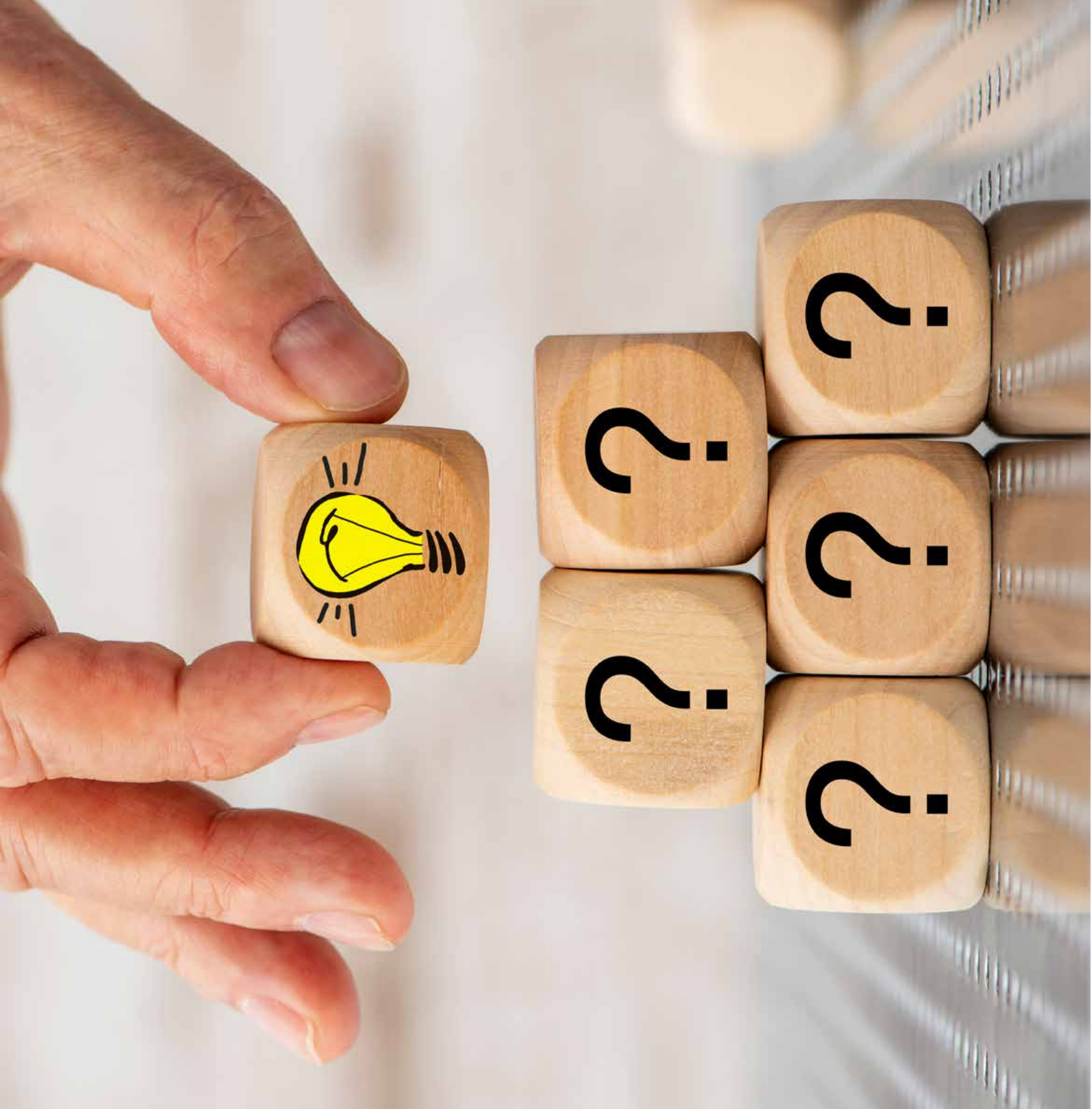
مهم‌ترین پیام طب سنتی ایرانی حفظ تندرستی است که با اصلاح سبک زندگی و ترویج شیوه‌ی این و صحیح خودمراقبتی، می‌توان به آن دست یافت. دستورات حفظ سلامت در این مکتب علمی بر شش اصل ضروری برای زندگی استوار

است: این شش اصل عبارتند از: «آب و هوای سالم، حرکت و سکون کافی، خواب و بیداری مناسب، استفاده از خوردهای حاوی آشنایندگی‌های مناسب هر دفعه مواد غیر ضروری و حفظ مواد ضروری بدن و کنترل صحیح حالات روحی و روانی».

دفتر طب ایرانی در راستای رسالت اصلی این خودبا تدوین محتوای آموزشی و ورود به بسته‌ی خدمت به گروه‌های خاص

مهم‌ترین پیام طب سنتی ایرانی حفظ تندرستی است که با اصلاح سبک زندگی و ترویج شیوه‌ی این و صحیح خودمراقبتی، می‌توان به آن دست یافت.





منتخب تجارب

این بخش با هدف معرفی و به اشتراک‌گذاری تجارب موفق و یا ناموفق حوزه‌های ستادی وزارت بهداشت و دانشگاه/ دانشکده های علوم پزشکی کشور و سازمان های وابسته و تابعه در زمینه‌های مختلف حوزه بهداشت و درمان کشور و با اولویت تجربه‌های نظام اداری تدوین شده است.



جدول برگزاری دوره‌های تربیت ارزیاب

نیروهایی جدیدالاستخدام به تفکیک قطب‌ها

تعداد ارزیاب‌های تایید شده	تعداد افراد شرکت کننده	تعداد دوره‌های برگزار شده	دانشگاه علوم پزشکی مازندران (قطب ۱)
۱۱۳	۱۱۲	۴	دانشگاه علوم پزشکی تبریز (قطب ۲)
۸۰	۱۰۴	۳	دانشگاه علوم پزشکی همدان (قطب ۳)
۱۷۱	۱۳۷	۶	دانشگاه علوم پزشکی اهواز (قطب ۴)
۹۷	۱۳۱	۳	دانشگاه علوم پزشکی شیراز (قطب ۵)
۱۷۰	۱۹۲	۵	دانشگاه علوم پزشکی زنجان (قطب ۶)
۷۱	۷۹	۲	دانشگاه علوم پزشکی اصفهان (قطب ۷)
۱۳۷	۱۴۱	۳	دانشگاه علوم پزشکی کرمان (قطب ۸)
۱۳۷	۱۴۷	۵	دانشگاه علوم پزشکی مشهد (قطب ۹)
۸۴	۹۷	۳	دانشگاه علوم پزشکی تهران (قطب ۱۰)
۲۸۲	۳۲۹	۵	مجموع
۱۳۲۱	۱۵۰۹	۳۹	

- **گام دوم:** تدوین ابزارهای سنجش شایستگی داوطلبان
- **تسکین کار گروه تخصصی** تدوین مدل و ابزارهای سنجش شایستگی
- **برگزاری بیش از ۱۰ جلسه** تدوین سناریو و سوالات ارزیابی داوطلبان
- **موردکاوی و مصاحبه** ۷۰ بسته ارزیابی شامل سناریوهای
- **تدوین فرم‌های ثبت امتیاز** دهی ارزیابی شایستگی
- **تدوین شیوه نامه اجرایی** کانون
- **گام سوم:** تربیت ارزیاب سنجش شایستگی
- **برگزاری بیش از ۴۰ کارگاه آموزشی** تربیت ارزیاب با همکاری ارزیابان کانون ارزیابی مدیران در سطح کشور و آموزش و تربیت بیش از ۱۴۰۰ کمک ارزیاب در سطح کشور (پیوست ۳)



طراحی سامانه کانون ارزیابی داوطلبان استخدامی کشور

- امکان استخراج گزارش به تفکیک محل خدمت
- امکان استخراج گزارشات سفارشی با ترکیب فیلترهای مختلف
- امکان مشاهده افراد به تفکیک جنسیت و ...
- بر چسبه سازی نقاط کلیدی اطلاعات مانند نقاط خارج از رنج
- کاهش و حذف جزئیات مازاد اطلاعات
- تسهیل دسترسی به اطلاعات مهم
- درک سریع و ساده
- شناسایی روندهای منفی
- تصحیح روندهای منفی
- بهبود تحلیل اتمام شده به لطف توانایی های تصویر سازی
- تعیین اهداف و استراتژی های کلی

پیشینه‌ها حاصل از تجربه:

- از آنجاییکه این سامانه قابلیت نمایش و تجزیه و تحلیل داده های مختلف موجود در دانشگاه را دارد می توان در راستای خدمت رسانی بهتر داده های موجود در پایگاه داده های دفتر فنی و عمرانی دانشگاه و سایر پایگاه داده های موجود را در این سامانه تعذیه نمود تا اطلاعات کامل تری در خصوص منابع فیزیکی و سایر منابع را نیز در اختیار کاربران قرار داد.
- پیوسته قابل ها در صفحه بعد قابل مشاهده است.

نیازهای آماری و فیلدهای مورد نیاز شناسایی و مورد تحلیل قرار گرفت سپس اطلاعات و فیلدهای مورد نیاز از منابع و پایگاه داده نرم افزار منابع استنادی آدرخش و اتوماسیون اداری و سایر منابع استخراج گردید. به منظور شناسایی جدول و فیلدهای آن مطالعه اولیه بر روی داده ها صورت گرفت سپس جدول پایه مورد نیاز تعیین و نهایی شدند و با تحلیل اطلاعات فیلدهای تکمیلی و محاسباتی مورد نیاز همانند سن، رنج، سنی، رنج، سابقه و ... محاسبه و بدست آمد. کوئری های مورد نظر برای نمایش اطلاعات در دانشبور د نوشته شد سامانه مذکور مطابق با نیازمندی های اعلامی تهیه و به مرور تکمیل گردید.

نتایج اجرای تجربه:

- سرعت در استخراج اطلاعات آماری و گزارش های درخواستی وزارت متبوع
- امکان استخراج اطلاعات سنوات گذشته از ۱۳۹۰،۶/۳۰
- امکان استخراج گزارش به تفکیک منطقه بر خوردار و محروم
- امکان استخراج گزارش به تفکیک نوع قرارداد
- امکان استخراج گزارش به تفکیک مر تبه علمی
- امکان استخراج گزارش به تفکیک پرشکانتان و کادر
- امکان استخراج گزارش به تفکیک تخصص پرشکانتان و کادر

درمانی

طراحی سامانه دانشبور د آماری دانشگاه

دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی، درمانی زنجان

دانشکار؛
مهندس لیلا بهرامی؛ کارشناس فنا وری اطلاعات
مهندس حمیدرضا عبداللهی؛ مدیر فناوری اطلاعات
مهندس مینا حیدری؛ کارشناس فنا وری اطلاعات
مهندس حسن امینی؛ کارشناس منابع انسانی



خلاصه تجربه:
یکی از بهترین راهها برای دسترسی به اطلاعات مورد نیاز مدیران، سامانه داشبوردهای مدیریتی است. در سیستم های اطلاعات مدیریت، دانشبور د ارائه گرافیکی مهم ترین اطلاعات مورد نیاز برای رسیدن به یک یا چند هدف مشخص است؛ که در یک صفحه به طور منظم قرار گرفته است، تا مدیران بتوانند با یک نگاه بسر وضعیت موجود نظارت کنند. دانشبوردها با ارائه اطلاعات بهینه (دقیق و به هنگام)، مسئله تصمیم گیری را پشتیبانی و باعث بهبود کارایی تصمیماتی که به تازگی اتخاذ شده اند می شوند. در نتیجه تصمیماتی که بر پایه اطلاعات بهینه بوده آگاهانه تر اتخاذ می شوند. برکنندگی نیرو (افراد عملکرد سازمان تأثیر خواهد گذاشت. برکنندگی نیرو (افراد متخصص و کادر در مسان) در حوزه سلامت از اهمیت ویژه ای برخوردار است و در تصمیم گیری مدیران نیز کمک بسیاری می نماید. سامانه دانشبور د اماری دانشگاه که از جمعیت اطلاعات پایگاه داده های مختلف از جمله سامانه آدرخش، اتوماسیون اداری، HIS و غیره بهره برده است، گزارشات کاملی در خصوص نیروی انسانی شاغل و پراکنده گی آنها در واحدهای تابعه بر اساس فیلدهای مختلف را در اختیار کاربر قرار می دهد. این سامانه همچنین می تواند در شناسایی مناطق تحت پوشش از لحاظ ظرفیت خدمت رسانی (محروم و برخوردار) موثر بوده و در استخراج گزارشات و اطلاعات درخواستی متنوع می تواند بسیار مفید واقع شود و به کاهش نیروی انسانی درگیر زمان و هزینه نیز منجر گردد. همچنین با ترکیب انواع مختلف فیلترهای موجود که در این سامانه وجود دارد گزارشات بسیار کاربردی و جامعی قابل استخراج است که در تصمیم گیری مدیران مجموعه تاثیر بسزایی خواهد داشت. از طرفی شایان ذکر است صحت اطلاعات این سامانه توسط صاحب نظران مورد بررسی قرار گرفته و مورد تأیید است و به عنوان منبع رسمی استخراج آماری

نیاز مسئله:

استخراج اطلاعات و گزارش های آماری در خواستی وزارت متبوع و مدیران مجموعه بصورت سنتی و از طریق رابطین آماری با و طریق اتوماسیون اداری به مشکل نامه نگاری صورت می گرفت که این امر علاوه بر صرف زمان طولانی در کسب آمار، در صحت اطلاعات نیز گامها تزیبید و همپوشانی به وجود می آورد. به عنوان مثال تعداد پرشکانتان متخصص مستقر در بیمارستان که متوجه بود نام یک پزشک در دو مرکز ذکر شود، همچنین با توجه به گستردگی سازمان و واحدهای تابعه و نبود تعریف و فهم یکسان از شاخص و اقدام گزارش های درخواستی، اماری سازی در برخی موارد دقت لازم را نداشت.

همچنین امکان شناسایی روندهای منفی در نظام های منابع انسانی و سایر منابع وجود نداشت و نبود دستورالعمل و تعاریف آماری یکسان و عدم توافق رابطین و برداشت متفاوت رابطین فارغ از درست یا نادرست بودن تعریف قلم آماری مانند: تعداد کارشناس آزمایشگاه طبی یا غلغایی، تعداد پرستار و یا تعداد افراد شاغل در ستاد، ضعف ردهایی و در نتیجه ناتوانی در اصلاح اطلاعات در سامانه ها و عدم امکان مشاهده آمار به صورت دانشبور د و در لحظه در صورت نیاز مدیران مجموعه از اهم روندهایی است که منجر به کسب این تجربه گردید.

شرح تجربه:

در ابتدا طی جلسات متعدد با رابطین آماری و واحد منابع انسانی





طراحی حفظ کرامت، حقوق و امنیت روانی بیماران



معاونت دانشجوئی و فرهنگی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

دانشکار:

مجید محمدیان پنهانی

خلاصه دانش:

طراحی ۱۲ مدل لباس استاندارد دویزه بیماران با رعایت حریم جیه و عفاف منطبق با موازین علمی اخلاقی در موسسات بهداشتی درمانی کشور برای ۲۳ خدمت درمانی شامل گان اتاق عمل، مقنعه، شلوارهای سئو نو وازونال، کوربوسکسکوئی و انواع البسه دیگر مانند لباس شیردهی، فیوز یوز تری، نوار قلب، ماموگرافی، سئو نو پستان طراحی شده است.

بیان مسئله:

بیمارانی که برای دریافت اقدامات تشخیصی و ساد درمانی به بیمارستان‌ها و سایر مراکز ارائه خدمات درمانی مراجعه کرده باشند، مشاهده کرده‌اند که پوشش فعلی بیماران یا در شان و منزلت آنان نبوده و آشکار بودن نقاطی از بدن که در طول مراحل تشخیصی و درمانی نیازی به مداخله ندارند و یا اساساً لباس و پوششی استاندارد برای پوشاندن نقاط مختلف بدن در تعدادی از خدمات بالینی و تصویربرداری به جز اتاق عمل و بخش‌های بستری وجود ندارد، که این امر موجبات بروز ناراحتی اکثر بیماران خصوصاً بانوان را فراهم کرده است.

لذا بدلائل همچون نارضایتی بیماران و حفظ کرامت بیماران و همراهان وی، اجزای نمودن قانون انطباق مموبه ۱۳۷۷ تبصره ۱۷، مصوبه ۴۲۷ و بند ۱۸ مموبه ۸۲۰، ششورای عالی انقلاب فرهنگی، رعایت اخلاق حرفه‌ای، پزشکی، حقوق بیماران، حفظ امنیت روانی و حریمی خصوصاً بیماران خصوصاً بانوسان، خوایش‌ها و مطالبات مردمی و همچنین فقدان لباس مناسب و منطبق با موازین علمی اخلاقی برای سایر مراکز خدمات پزشکی نظیر شلوار سئو نو وازونال، کوربوسکسکوئی و...، دبیر خانه انطباق، عفاف و حجاب وزارت بهداشت

را بر آن داشت بسیاری از بیمارستان‌های دانشگاه‌های معتبر

جهان، مبادرت به طراحی و بازمهندسی لباس‌های استاندارد پزشکی با نگاه تامین امنیت روانی بیماران نمود.

ضرورت طراحی‌های جدید:

۱. نازکی البسه و عدم حفاظت در برابر سرما
۲. آشکار شدن نقاطی از بدن که در طول مراحل تشخیصی و درمانی نیازی به مداخله ندارند
۳. باز بودن کامل پشت بدن در گان‌های فعلی اتاق عمل و بسته شدن نسبی پشت توسط ۲ عدد بند بزرگ
۴. پوشاننده موهایی سر توسط کلاه بسیار کوچک و نازک که قادر به پوشش قیبه نواحی سر و همچنین گردن بیماران خانم نمی‌باشد.
۵. فقدان البسه تخصصی مورد نیاز در بسیاری از مداخلات تشخیصی-درمانی

شرح تجربه:

بعد از طراحی اولیه، جستجوی گسترده‌ای در سایت‌های مختلف صورت گرفت و متوجه شدم فقط یک نوع شلوار کوربوسکوئی که طراحی آن نزدیک به طراحی کوربوسکوئی بوده بود در یکی از سایت‌ها وجود دارد.

پس از طراحی و دوخت، البسه را به تعدادی از اساتید هیئت علمی در دانشگاه‌های تهران، قیبه الله ارسال کردم تا اساتید رشته‌های مرتبط بعد از استفاده توسط بیمار، نظر ایشان را به بنده اعلام نمایند. پس از دریافت چند نظر اصلاحی و اخذ تاییدیه کمی، مبادرت به نگارش دستورالعمل البسه ملی استاندارد نمودم.

مرحله نهایی از همه مراحل فنی سخت‌تر بود، چرا که می‌بایست از معاونت محترم درمان وزارت و وزارت متبوع تاییدیه دریافت می‌کردیم. لذا دستورالعمل مربوطه به همراه الگوهای کامپیوتری

طراحی شده توسط آقای دکتر شیرازون به معاونت درمان ارسال شد و پس از بررسی‌های متعدد کارشناسان آن حوزه و اخذ تاییدیه نهایی، با امضا معاون محترم درمان جناب آقای دکتر کریمی و معاون فرهنگی دانشجویی وزارت جناب آقای دکتر شیرازون به بیمارستان‌های کشور ابلاغ گردید. لازم به ذکر است تمامی البسه را نزد اساتید کار گروه مد و لباس وزارت ارشاد معرفی کردم و موفق به اخذ تاییدیه شفاهی آنان نیز شدم.

در این اقدام ۱۲ مدل لباس جدید استاندارد، پس از اخذ مشاوره فنی متخصصین امر برای ۱۸ نوع خدمت در ۱۰ رشته تخصصی طراحی، تولید و دستورالعمل ملی این البسه نیز مورخه ۱۴۰۳/۰۳/۰۲ به تمامی بیمارستان‌ها، مراکز و موسسات دولتی و خصوصی وزارت بهداشت ابلاغ گردید تا بیماران بتوانند از لباس‌های طراحی شده استفاده نمایند.

نتایج اجرای تجربه:

- به جز گان جراحی که به دلیل مشکلات موجود، مجدداً بازمهندسی شده است، سایر مدل‌های اولین بار طراحی شده است.
- قیمت البسه مذکور نسبت به لباس‌های فعلی درصد کمی رشد خواهد داشت.
- این البسه علاوه بر در نظر گرفتن کرامت بیماران و حفظ

ارزش‌های اسلامی با تمامی بندهای دستورالعمل ایمنی بیمار مطابقت و هماهنگی دارد.

- لباس‌های جدید از حیث ظاهری، کارایی و تکنیکالی با استانداردهای کشوری مطابقت کامل دارد.
- این البسه صرفاً برای بیماران جهت استفاده در بخش‌های تصویربرداری، مراکز تشخیصی، درمانی، بیمارستان‌های دولتی و خصوصی کشور طراحی گردیده است.
- طراحی و بازمهندسی البسه مذکور به تصویب شورای عالی انطباق وزارت بهداشت، در مان و آموزش پزشکی رسیده است.
- این البسه به سبب حفظ کرامت انسانی می‌تواند در تمامی بیمارستان‌ها و مراکز درمانی کشورهای اسلامی نیز مورد استفاده قرار گیرد.
- این لباس‌ها طبق فرهنگ اسلامی ایران طراحی و باز مهندسی شده است.

پیشنهادها و توصیه‌های حاصل از تجربه:

- پیشنهاد می‌گردد هر چه سریع‌تر این دستورالعمل مهم برای دانشجویان و مراکز تشخیصی درمانی بخش خصوصی تولید و در دسترس آحاد مردم در مراکز یاد شده قرار گیرد. از سئوین دیگر این دستورالعمل در کتاب استاندارد اعتبار بخشی بیمارستان‌ها با ضرب بالا لحاظ گردد.

- تسریع در صدور اسناد پرداخت هزینه‌های صورت وضعیت پروژه‌ها در مدیریت مالی
- هماهنگی بین مدیریت های مالی، برنامه‌ریزی بودجه و پایش عملکرد و منابع فیزیکی دانشگاه بصورت آنلاین
- اخذ گزارشات دقیق از وضعیت پروژه‌های دانشگاه بصورت آنلاین
- اخذ گزارشات مطالبات، اسناد پرداخت نشده، اسناد در دست رسیدگی، مانده قراردادها، هزینه کلی پروژه‌ها و غیره بصورت آنلاین

پیشنهادات و توصیه‌های حاصل از تجربه:
پیشنهاد می‌گردد با توجه به قابلیت‌های سامانه مذکور به صورت کشوری در سطح وزارتخانه به کارگیری شود.

دانشپور مدیریتی مسئولین ارشد وجود دارد. لازم به ذکر است این سامانه در سطح ورود اطلاعات، فقط دبیرخانه مدیریت منابع فیزیکی، یک کارشناس دیجیتال طرح‌های عمرانی مدیریت مالی و یک کارشناس طرح‌های عمرانی مدیریت بودجه دانشگاه را به کار می‌گیرد اما بدلیل وجود موتور گزارش و دانشپور مدیریتی، برای تمامی افسراد دارای امکان گزارش‌گیری در همه سطوح و متغیرها فراهم شده است.

نتایج اجرای تجربه:

- مدیریت و کنترل پروژه‌های عمرانی دانشگاه در امور اعتباری و مالی و پیشرفت‌های فیزیکی و مالی و زمانی بصورت آنلاین
- برآورد هزینه‌های جهت اعتبارات مورد نیاز پروژه‌های عمرانی دانشگاه بصورت آنلاین

طراحی سامانه طرح‌ها و پروژه‌های عمرانی دانشگاه

دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی و درمانی شهرکرد



دانشکار:

مهندس سید مصطفی هاشمی

عبدالواحد رحیمی؛ معاون توسعه مدیریت و منابع و برنامه‌ریزی

محمدرضا راخانی؛ مدیر برنامه‌ریزی بودجه و پایش عملکرد

محمود بیانی؛ مدیر مالی

مهندس حمزه مقفلس؛ مدیر منابع فیزیکی

مهندس عباسی محمودی؛ مدیر فن آوری اطلاعات

زهرابزرگر - اسماعیل بزادانی - شیوا مظفری

رئیس دانشگاه دانشپور آنلاین مدیریتی جهت مشاهده وضعیت

کلی پروژه‌های عمرانی دانشگاه را در اختیار دارند. علاوه بر آن امکان اخذ گزارش آنلاین در جلسات (خصوصاً جلسات خارج از دانشگاه) در لب تاپ، تبلت، موبایل یا سایر ابزارهای پیشرفته در دسترس فراهم نیست و به علت عدم دسترسی به اطلاعات دقیق، پیش‌بینی اعتبار مورد نیاز تکمیل پروژه‌های عمرانی نیز به صورت تقریبی و دستی انجام می‌پذیرد. همچنین حسابداری پروژه‌های عمرانی در سامانه نظام‌نویس مالی انجام می‌پذیرد که به دلیل طراحی تخصصی این سامانه جهت نیازهای حسابداران در زمینه مدیریت پروژه‌های عمرانی از کارایی لازم برخوردار نبوده و عدم کارایی این سامانه جهت موارد فوق در جلسات با حضور مدیران ذخیل و مدیر آمار و فناوری اطلاعات دانشگاه نیز مورد تأیید قرار گرفته است.

شرح تجربه:

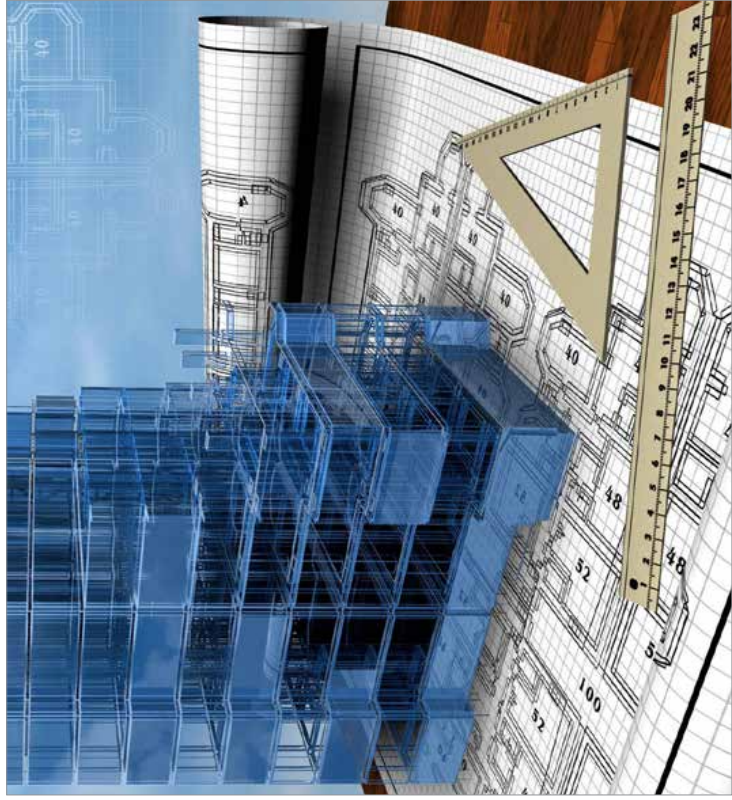
سامانه‌ای تحت عنوان پروژه‌های عمرانی دانشگاه به ارتکار مدیریت بودجه و تحت نظر مدیریت آمار و فناوری اطلاعات طراحی و در سرورهای دانشگاه نصب شده است. در ابتدا طرح‌ها، اعتبارات، تخصیص، پروژه‌ها و قراردادها توسط کارشناس بودجه در سیستم ثبت می‌گردد، سپس در مدیریت منابع فیزیکی صورت وضعیت‌ها ثبت شده و تأیید و ارسال آن‌ها جهت پرداخت در سیستم درج می‌گردد. در مدیریت مالی در صورت وضعیت در سامانه مشاهده و با استفاده از تخصیص ثبت شده در سامانه، پرداخت می‌گردد. با هر بار ورود اطلاعات در این مرحله، محاسبات مربوطه انجام و اطلاعات سیستم بروزسانی می‌گردد و بلافاصله امکان اخذ گزارشات دقیق و آنلاین از وضعیت پروژه‌های عمرانی دانشگاه در کلیه سطوح کارشناسی یا سطوح

مقدمه:

دانشگاه علوم پزشکی در ۷ حوزه آموزشی، پژوهشی، بهداشت، درمان، دانشجویی و فرهنگی، غذا و دارو و پشتیبانی ارائه خدمت می‌نماید که این موضوع باعث گسترش بودجه و تنوع پروژه‌های عمرانی دانشگاه‌ها می‌گردد. علاوه بر این دانشگاه‌ها از منابع اعتباری متنوعی بهره‌مند می‌باشند که تنوع و گستردگی پروژه‌ها اعتباری با عدم قطعیت زیاد انجام می‌پذیرد. هدف این تجربه طراحی وبه کارگیری سامانه‌ای جهت گزارش‌گیری و کنترل آنلاین، بروز و دقیق موارد مربوط به مدیریت پروژه‌های عمرانی دانشگاه با قابلیت دسترسی بر سیستم اینترنت، مستقل از زمان و مکان در حوزه‌های برنامه‌ریزی بودجه‌ای و مالی بوده است.

بیان مسئله:

حوزه‌های مدیریت منابع فیزیکی، مالی و بودجه وظایف برنامه‌ریزی، تأمین اعتبارات، اجرا و پرداخت هزینه طرح‌های عمرانی دانشگاه را بر عهده دارند. هماهنگی این سه مدیریت در حال حاضر به صورت دستی و غیرمکانیزه طی جلسات مشترک صورت می‌گیرد که بسیار دشوار و زمان‌بر می‌باشد. اخذ گزارش از روند پیشرفت فیزیکی، زمانی، مالی و اعتباری پروژه‌ها نیز مستلزم اخذ اطلاعات به صورت همزمان از سه مدیریت فوق است که در روش سنتی امری زمان‌بر، با دقت پایین و ناکارآمد می‌باشد. همچنین معادن توسعه مدیریت و منابع و





سامانه پروژهای عملی دانشگاه علوم پزشکی شهکرد

فیلترها: ۱۰۰٪

ردیف	نام پروژه	تاریخ	وضعیت
۱	تولید نان خشک	۱۳۹۸/۰۳/۰۱	پایان یافته
۲	تولید نان خشک	۱۳۹۸/۰۳/۰۱	پایان یافته
۳	تولید نان خشک	۱۳۹۸/۰۳/۰۱	پایان یافته
۴	تولید نان خشک	۱۳۹۸/۰۳/۰۱	پایان یافته
۵	تولید نان خشک	۱۳۹۸/۰۳/۰۱	پایان یافته
۶	تولید نان خشک	۱۳۹۸/۰۳/۰۱	پایان یافته
۷	تولید نان خشک	۱۳۹۸/۰۳/۰۱	پایان یافته
۸	تولید نان خشک	۱۳۹۸/۰۳/۰۱	پایان یافته
۹	تولید نان خشک	۱۳۹۸/۰۳/۰۱	پایان یافته
۱۰	تولید نان خشک	۱۳۹۸/۰۳/۰۱	پایان یافته

۱۰۰٪

سامانه پروژهای عملی دانشگاه علوم پزشکی شهکرد

فیلترها: ۱۰۰٪

ردیف	نام پروژه	تاریخ	وضعیت
۱	تولید نان خشک	۱۳۹۸/۰۳/۰۱	پایان یافته
۲	تولید نان خشک	۱۳۹۸/۰۳/۰۱	پایان یافته
۳	تولید نان خشک	۱۳۹۸/۰۳/۰۱	پایان یافته
۴	تولید نان خشک	۱۳۹۸/۰۳/۰۱	پایان یافته
۵	تولید نان خشک	۱۳۹۸/۰۳/۰۱	پایان یافته
۶	تولید نان خشک	۱۳۹۸/۰۳/۰۱	پایان یافته
۷	تولید نان خشک	۱۳۹۸/۰۳/۰۱	پایان یافته
۸	تولید نان خشک	۱۳۹۸/۰۳/۰۱	پایان یافته
۹	تولید نان خشک	۱۳۹۸/۰۳/۰۱	پایان یافته
۱۰	تولید نان خشک	۱۳۹۸/۰۳/۰۱	پایان یافته

۱۰۰٪

سامانه پروژهای عملی دانشگاه علوم پزشکی شهکرد

فیلترها: ۱۰۰٪

تولید نان خشک

تاریخ: ۱۳۹۸/۰۳/۰۱

وضعیت: پایان یافته

۱۰۰٪

سامانه پروژهای عملی دانشگاه علوم پزشکی شهکرد

فیلترها: ۱۰۰٪

تولید نان خشک

تاریخ: ۱۳۹۸/۰۳/۰۱

وضعیت: پایان یافته

۱۰۰٪

شرح تجربه:

توضیحات برای دانشجویان «در این برنامه شما بطور کامل با نحوه ارزیابی و نیز محتوای آموزشی مورد نیاز در دوره کارآموزی در عرصه ۱ و ۲ بطور کامل آشنا خواهید شد. لطفاً به وقت قابل مطالعه نموده و در صورت هر گونه سوال به مسئول برنامه کارآموزی در عرصه مراجعه نمایید. این بسته دارای ۲۰۰۰ نفر برای ۱۰ واحد کارآموزی در نظر گرفته شده و ریز نمرات و نحوه ارزیابی های مورد نیاز در ادامه آورده شده اند.»

۱۰۰ نفره برپای کارآموزی مستقر در بیمارستان های مرئی کارآموزی شخصی است که در محیط کارآموزی دانشجویان نیز نظیر ایشان به کار و فراگرفتن کار در محیط کارآموزی می برسد. در دوره کارآموزی لاگ بوک هر دانشجو توسط مرئی کارآموزی بررسی و ارزیابی می گردد و ۱۰۰ نفره کارآموزی توسط ایشان تعیین می شود. ۵۵۰ نفر حضور و غیاب، دانشجویان مجاز به غیبت نبرده و در صورت داشتن هر روز غیبت، ۵۰ نفره کسر خواهد شد. تصویر ۱: در مورد خلاص و ضروری در صورت مجاز بودن غیبت، دانشجوی موظف است که با هماهنگی مرئی و مسئول کارآموزی نسبت به جبران روزهای غیبت اقدام نمایند و در صورت جبران نکردن روزهای غیبت، غیبت وی غیرمجاز محسوب می شود و باید پایت هر روز غیبت ۵۰ نفره کسر شود. همچنین جبران غیبت ها تنها در روزهای پنجشنبه امکان پذیر است.

گزارش شده است و می تواند مورد استفاده ذی نفعان مختلف قرار گیرد و با دریافت بازخوردهای مناسب اصلاح شده و کارتر گردد.

بیان مسئله:

برای قضاوت در رساله موفقیت یک برنامه کارآموزی سه ضلع اجرای برنامه کارآموزی در عرصه شامل دانشجویان، مسئولین اجرای برنامه و واحد اجرای کارآموزی (بیمارستان) بایستی به رعایت نسبی از آن برسند. در وضعیت قبل از اجرای شیوه نامه جدید کارآموزی در عرصه دانشجویان فناوری اطلاعات سلامت ملاک مشخصی برای برنامه ریزی آموزشی دانشجویان در این دوره حساس وجود نداشت. یعنی دانشجویان بدون برنامه آموزشی مدون به بخش های مدارک پزشکی و فناوری اطلاعات بیمارستان ها مراجعه نمودند و در بسیاری از ساعات بدون هدف مشخص فقط در حال گذران تایم کارآموزی بودند (طبق پایش میدانی و گزارشات دریافتی از دانشجویان) علاوه بر این معضلات، مسئله دیگر عدم وجود مکانیسم مشخص برای ارزیابی تکوینی و نهایی دانشجویان بود. به گونه ای که تفاوتی بین دانشجویی که گزارش کار یا کفایتی تهیه می نمود با فردی که توجه چندانی به موضوع نداشت، وجود نداشت. ملاک نمره دهی برای ۱۶ واحد کارآموزی فقط گزارشی بود که مسئول واحد مربوطه برای دانشجویان گزارش می نمود. بروز این مسائل در کنار هم باعث می انگیزی بیشتر دانشجویان می گردید.

۵۰ نفره کیفیت لاگ بوک:

کیفیت محتوا و گزارش های ثبت شده توسط دانشجو	تمیز و مرتب بودن لاگ بوک	تکمیل کلیه فیلدهای مربوط به چنانچه ۱ و ۲
۲۵ نفره	۱۰ نفره	۱۵ نفره

۱۵۰ نفره گزارش کارآموزی:

موازی که دانشجو باید به صورت خود اظهاری ثبت و گزارش کند.	گردآوری دقیق اطلاعات و گزارش آماری متناسب با مهارتهای مرتبط تعیین شده در لاگ بوک
ثبت و گزارش مربوط به شرح فعالیت های ثبت و گزارش مربوط به انجام شده در هر بخش	مشاهدات، تجربیات و آموخته ها
۵۰ نفره	۵۰ نفره

۱۵۰ نفره رعایت شیوای اخلاقی، حرفه ای و دینی:

هماهنگی قبلی با دانشکده و مسئول بخش، هنگام خروج از محل کارآموزی	رعایت احترام و موارد اخلاقی در برخورد با کارکنان واحد، مرئی و مدارس دوره
۲۵ نفره	۵۰ نفره
۲۵ نفره	۵۰ نفره

تدوین و اجرای دستورالعمل کارآموزی در عرصه دانشجویان فناوری اطلاعات سلامت



دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی، درمانی لرستان

دانشکار:

دکتر علی گراوند؛ عضو هیات علمی

مقدمه:

با زنگری و تغییر کوریکولوم رشته از سال ۹۸ بوده است که رویکرد آن به کارآموزی در عرصه نیز تغییر یافته و ضمن توزیع برخی از واحدهای کارآموزی در عرصه برای دانشجویان حوزه علوم پزشکی، به ویژه دانشجویان کارشناسی فناوری اطلاعات سلامت یک خلاء ملموس به وجود آمده است. با عنایت به کلی بودن برنامه دوره کارآموزی در عرصه و کیفی بودن نحوه ارزیابی این مسئله کاملاً محرز است. نکته قابل ذکر دیگر





رفع نشتی و تعویض کنتورهای معیوب، بیکری جهت خرید انشعاب جدید و افزایش ظرفیت مورد نیاز، مراکز، ریزنی با کارشناسان اداره آب و دریافت تعقیقات، ارسال دستورالعمل به مراکز در خصوص مدیریت مصرف و پایش دوره‌ای آن و بررسی فیوض قبل از پرداخت توسط کارشناس فنی به شرح تفصیلی ذیل اجرا گردید:

۱. پایش تر بودن ظرفیت فعلی انشعابات از میزان نیاز واقعی و همچنین افزایش مصرف در ماه‌های گرم سال باعث افزایش تصاعدی تعرفه آبهای مصرفی به دلیل تجاوز از ظرفیت مجاز گردیده بود. شناسایی انشعابات پائین‌میزان از مراکز و افزایش ظرفیت کنتور در دستور کار قرار گرفت.

۲. به دلیل واقع شدن خانه‌های بهداشت در روستاها و فرهنگ بومی مردم منطقه و تمایل به داشتن فضای سبز در بیشتر مراکز و خانه‌های بهداشت ایجاد گردیده بود که تاکنون توسط آب شرب آبیاری شده است و به دلیل نرخ پائین آب بها در گذشته، اقدام قابل توجهی در خصوص تغییر سیستم آبیاری از تری به قطره‌ای صورت نپذیرفته است. با توجه به اینکه اختصاص سرانه فضای سبز از وظایف شهرداری‌ها و دهیاری‌ها و بنیاد مسکن می‌باشد، ریزنی‌های لازم در خصوص جابجایی درختان مزاد

هزینه بالایی به شبکه بهداشت گردیده بود، از این رو موضوع جهت بررسی در کارگروه مدیریت سبز مطرح شد، که مشاهدات حاکی از آبیاری غیر اصولی فضای سبز بوده به نحوی که مصرف سالانه آب در سال ۱۴۰۰ و ۱۴۰۱ نسبت به دوره‌های مشابه سال‌های گذشته افزایش قابل ملاحظه‌ای داشته است.

شرح تجربه:

کارگروه مدیریت سبز شبکه بهداشت و درمان مهولات در گام نخست، ضمن بررسی منابع نامتعارف قبوض آب، به بررسی چرایی این رخداد و راهکارهای حل آن پرداخت. به همین منظور، شناسایی اشتراکات و تهیه لیست ارسال آن به کارشناسان اداره آب جهت اصلاح در یافت کارکرد سه ساله گذشته از اداره آب، حضور کارشناس فنی در کلیه ساختمان‌های بهداشتی و درمانی و مسکونی به همراه آب‌بان منطقه و بررسی سلامت و صحت عملکرد کنتورها، شناسایی نشتی‌های احتمالی، ابلاغ دستورالعمل‌های مربوطه در خصوص مدیریت مصرف به پرسنل و ارائه گزارش در کارگروه مدیریت سبز، شناسایی خیرین آب جهت مشارکت در پرداخت هزینه‌ها، ریزنی با شوراها و دهیاری‌ها جهت آبیاری فضای سبز.

مدیریت مصرف آب شرب و تأثیر آن در کاهش هدررفت آب و جلوگیری از هزینه‌های سرشار در شبکه بهداشت و درمان مهولات

دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی، درمانی تربیت حیدریه

دانشکار:

مصطفی علی محمودی؛ اوا احامور عمومی
سینا عسکری جنت آبادی؛ شبکه بهداشت و درمان مهولات
فرزاد رهنشانی؛ گروه توسعه سازمان و تحول اداری

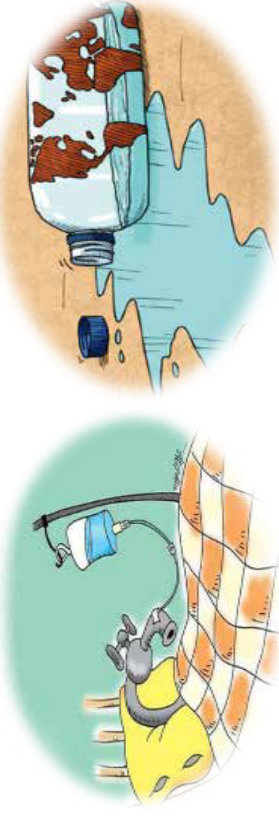
مهدی احمدی؛ بیمارستان ۳۲ تختخوابی مهولات
محمدحسینی محولانی؛ اوا احامور عمومی

مقدمه:

با توجه به اهمیت روزافزون مصرف بهینه آب شرب و کاهش هزینه‌های غیر ضروری ناشی از مصرف غیر منطقی آن در برخی خانه‌های بهداشت و مراکز جامع سلامت شبکه بهداشت و درمان مهولات، کارگروهی تحت عنوان مدیریت سبز در این شبکه تشکیل گردید که به بررسی راهکارهای کاهش هزینه و استفاده بهینه و اصولی از منابع پرداخته و اقدامات اصلاحی لازم از رفع نشتی سیستم لوله کشی و تعویض کنتورهای معیوب آب، تعیین سطح حداکثر مصرف هر مرکز یا توجه به وسعت خدمات، تعداد کارکنان و ارباب رجوع و فضای فیزیکی آن مرکز و نیز اصلاح شیوه فضای سبز مراکز پرداخت. بر طی این فرآیند این مجموعه موفق به دریافت باغ بر یک میلیارد و دویست میلیون ریال تخفیف از اداره شناسایی و

بیان مسئله:

با عنایت به نامتعارف بودن مبلغ قبض آب‌های صادره برای خانه بهداشت شماره یک شاه‌مهر شبکه بهداشت و درمان مهولات، علاوه بر اسراف حجم قابل توجهی از آب شرب، موجب تحمیل





نمونه قبضه قبضه از اقدام

نمونه قبضه قبضه از اقدام

پیشنهادات و توصیه‌های حاصل از تجربه

- محول نمودن وظیفه بررسی صحت عملکرد سیستم توزیع و نیز نظارت بر میزان مصرف واحدها پیش از پرداخت قبضه به یکی از کارکنان و باز دیدهای دورهای و خارج از برنامه و نظارت بر چگونگی مصرف در خانه‌های بهداشت و مراکز خدمات جامع سلامت پیشنهاد می‌گردد.
- به دلیل متفاوت بودن ظرفیت کنتور و تعرفه آب بها برای کاربری‌های متفاوت (درمانی، مسکونی) و واقع شدن پمپستون‌های سرانبداری و پزشکی در ساختمان اصلی و تعدیه آب انشعاب مرکز، تفکیک ساختمان‌های مسکونی از ساختمان‌های درمانی در جهت مدیریت و پایش مصرف انرژی و دریافت انشعابات مجزا و مزایای حاصله در طرح‌های بعدی آینده مورد نیاز شبکه پیشنهاد می‌گردد.

نشستی در مراکز درمانی و پیشگیری از تخریب احتمالی سازه‌ها، جذب پانزده میلیون ریال از خیر جهت پرداخت قبضه و پرداخت هزینه آب یک خانه بهداشت به صورت دائم، شناسایی بیش از ده مورد کنتور معیوب و اقدام در جهت تعویض، شناسایی دو مورد تخلف در مصرف و انجام اقدامات لازم، شناسایی سه مورد قبضه مربوط به املاک استیجاری و تحویل به مالک، واگذاری آبیاری فضای سبز به برخی دهجاری ها و همچنین کاهش در مصرف آب در خانه‌های بهداشت و مراکز گردید.

بالخرای اقدامات فوق مصرف آب خانه‌های بهداشت و مراکز جامع سلامت شبکه بهداشت و درمان مه‌لالت به طرز چشمگیری کاهش یافته و رقم ریالی قابل توجهی صرفه‌جویی گردید. به عنوان نمونه مصرف آب شرب خانه بهداشت شما یک سده مهر، از رقم ۷۴ متر مکعب به رقم ۴ متر مکعب در ماه کاهش یافت.

کف مراکز با آب، روشن گذاشتن کولرهای آبی در ساعات غیر کاری و یاد زمان عدم حضور در پمپستون، بازماندن شیرالات خصوصاً شیرهای آبیاری فضای سبز در ایام تعطیلی و استفاده از آب شرب جهت عملیات ساختمانی باعث تجاوز مصرف از محدوده ظرفیت مجاز و محاسبه تعرفه مصرف بر اساس تعرفه ساخت و ساز توسط سازمان آب گردیده بود. از این رو تعدید نظارت بر مصرف و ابلاغ دستورالعمل‌های مصرف استاندارد به کارکنان مراکز و خانه‌های بهداشت اجرا گردید.

● به دلیل عدم تعویض کنتورهای معیوب، مدفون شدن کنتورها در زیر خاک و یا باز نبودن برخی از مراکز در زمان مراجعه آب‌بان، رقم واقعی مصرف قابل قرائت نبوده و یا توجه به سیاست درج حداکثری میزان مصرف توسط سازمان آب برای این گونه انشعابات، موجب پرداخت مبالغی به مراتب بالاتر از مصرف واقعی شده بود. لذا نسبت به تعویض کنتورهای معیوب و رفع موانع قرائت کنتور اقدام گردید.

نتایج اجرای تجربه:

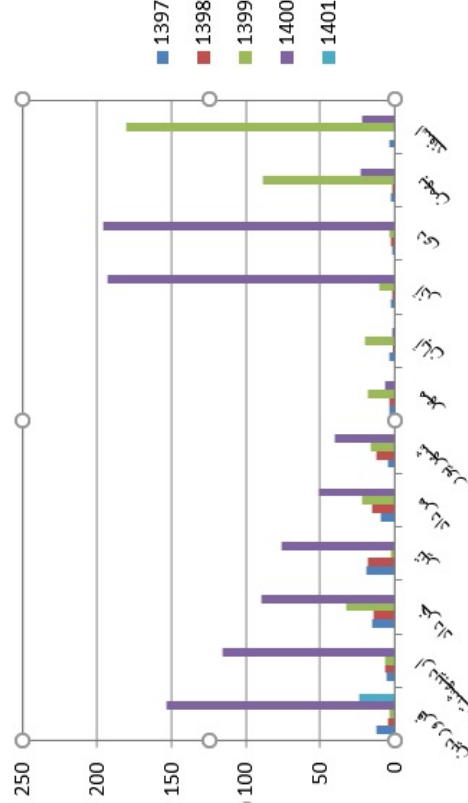
این مجموعه با اجرای این فرآیند موفق به دریافت بالغ بر یک میلیارد و دویست میلیون ریال تخفیف از اداره آب، شناسایی و رفع دو مورد

صورت پذیرفت. همچنین واگذاری، نگهداری و آبیاری فضای سبز با آب غیرشرب به دهجاری ها به عنوان یک راهکار مناسب در کنار اجرا و نگهداری سیستم‌های آبیاری قطره‌ای صورت گرفت.

● به منظور جلوگیری از برداشت غیرمجاز آب توسط عوامل داخلی و بیرونی جهت ساخت و ساز در املاک مجاور، تأمین آب تاکرهای سم‌پاشی و زمین‌های کشاورزی، وصل انشعاب املاک مجاور به سیستم لوله‌کشی مراکز، برداشت از شیرهای محوطه خارجی مراکز و شستشوی وسایل نظایه شخصی و دولتی، برنامه‌ای نظارت مستمر بر میزان مصرف قبوض ماهانه آب شرب و ارتقاء حفاظت فیزیکی مراکز اجرا گردید.

● به دلیل فرسودگی اغلب لوله‌کشی‌های مراکز و عدم تهیه نقشه‌ای اجرایی فنی و شناسنامه ساختمان برای ساختمان‌های عمدتاً با قدمت بالا و به دلیل عدم اجرای اصولی سیستم لوله‌کشی و اتصال انشعابات جدید به سیستم‌های فرسوده در طی زمان و عدم شناسایی نشستی‌ها، هزینه هدر رفت آب نیز بر قبوض اعمال گردیده بود. از این رو با توجه به اعتبار مالی تأمین شده، تعویض سیستم لوله‌کشی در دو مرکز خدمات جامع سلامت اجرا گردید.

● بر داشت غیر اصولی آب توسط پرسنل از قبیل شستشوی





اقدام مداخله‌ای در راستای افزایش درآمد‌ها و کاهش کسورات مرکز آموزشی درمانی آیت‌ا. کاشانی شهر کرد



دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی و درمانی شهر کرد
 دانشکار؛
 سید سجاد موسوی؛ مسئول کمیته منابع و مصارف
 عبدالواحد رحیمی؛ معاون توسعه مدیریت و منابع و برنامه ریزی
 محمود ایمانی؛ مدیر مالی دانشگاه
 حشمتا. مرانیان - یاسر نصیری - زهرا بزگر؛ کارشناسان بودجه

مقدمه:
 بیمارستان عنوان پرگترین و پرهزینه ترین واحد عملیاتی نظام سلامت از اهمیت خاصی برخوردار است و حجم بسیار زیادی از منابع بخش بهداشت و درمان را به خود اختصاص می‌دهد. افزایش سریع و روز افزون هزینه بیمارستان‌ها، سبب گردیده تا متخصصان اقتصاد سلامت در سراسر جهان در پی یافتن راهکاری به منظور کاهش هزینه‌ها و افزایش درآمد باشند.

بیان مسئله:

طبق بررسی‌های موجود علی‌رغم افزایش تعرفه‌های خدمات درمانی مطابق کتاب ارزش نسبی و همچنین افزایش تورم در زمینه اقلام دارویی و تجهیزات پزشکی، افزایش درآمد مراکز درمانی متناسب با افزایش تعرفه‌ها و همچنین تورم موجود نبود و میزان درآمد دانشگاه علی‌چند سال به صورت نزولی بود. لذا دانشگاه اقدام به اجرای راهکارهایی جهت افزایش درآمد بیمارستان نمود که ابتدا این اقدامات در مرکز آموزشی درمانی آیت‌اله کاشانی شهر کرد پیاده سازی شد.

شرح تجربه:
 با استقرار دولت جدید در سال ۱۴۰۰ و همچنین تغییر مجموعه و ریاست بیمارستان نیز جلسات متعددی برگزار گردید و برای استقرار این پرسنل در بخش‌ها هماهنگی‌های لازم صورت گرفت.

در نهایت ۲۵ کاربر در کلیه بخش‌ها مستقر شدند که با شرح وظایف جدید، صرفاً ثبت خدمات و تکمیل پرونده در بخش راپر عهده داشتند و بدین ترتیب پرونده‌ها با دقت بیشتری تکمیل شد.

نتایج اجرای تجربه:

بعد از تغییرات مطرح شده و مداخلات صورت گرفته وضعیت درآمد مرکز آموزشی و درمانی آیت‌ا. کاشانی با ۲۶۰ تخت فعال و خرید اشلال تخت ۷۰ درصد از سال ۱۳۹۵ لغایت ۱۴۰۱ و همچنین ۵ ماه ابتدای سال ۱۴۰۲ به شرح ذیل می‌باشد:
 همانگونه که مشاهده شد، درآمد بیمارستان در سال ۱۴۰۱ نسبت به سال ۱۴۰۰ در صد افزایش و درآمد ماه ابتدایی سال ۱۴۰۲ نیز نسبت به ۵ ماه ابتدایی سال ۱۴۰۱، ۵۰ درصد افزایش پیدا کرد که این در صد رشد بیشترین درآمد بیمارستان‌های استان بوده است و وضعیت درآمد بیمارستان‌های استان را سال ۱۳۹۵ تا سال ۱۴۰۰ علی‌رغم افزایش تعرفه‌ها و افزایش تورم در زمینه اقلام دارویی و تجهیزات پزشکی، مقدار ثابتی بوده است. با عنایت به افزایش سرسام آور هزینه‌های ناشی از افزایش وضعیت ارز در جامعه، درآمد دانشگاه گذشتگی دیده است.

پیشنهادهای توصیه‌های حاصل از تجربه

پیشنهاد می‌گردد با توجه به این که در آمد حاصل از ارائه خدمات سلامت نقش بسزایی در تأمین هزینه‌های بیمارستان از جمله پرداخت کارکنان، اضافه کار، خرید دارو و ملزومات پزشکی و داروئی دارد، در سایر بیمارستان‌ها نیز تجربه و تحلیل رشد درآمد بیمارستان یا توجه به رشد تعرفه‌ها صورت پذیرد و در صورت وجود مشکل نسبت به انجام اصلاحات ضروری اقدام صورت گیرد.

بیمارستان	بیمارستان لردگان (بجز کلیت قضایی)	بیمارستان بروج	بیمارستان حاجر	بیمارستان کاشانی	وضعیت درآمد بیمارستان های استان چهارمحال و بختیاری از سال ۱۳۹۵ تا کنون
۲۹۱,۵۵۶,۵۲۶,۰۰۲	۵۲۰,۰۰۲,۸۲۶,۰۷۵	۲۲۶,۲۶۶,۰۲۸,۶۸۸	۸۶۹,۴۴۴,۳۲۵,۵۱۷	۸۱۶,۳۰۸,۸۲۱,۶۱۷	۱۳۹۵
۲۲۶,۴۲۷,۰۶۰,۴۴۲	۵۱۱,۳۲۰,۳۲۵,۰۰۲	۳۲۶,۷۱۰,۴۶۷,۰۹۴	۹۵۷,۵۵۰,۳۲۰,۴۲۰	۸۸۷,۵۰۰,۱۷۷,۶۵۱	۱۳۹۶
۲۸۲,۶۶۲,۰۸۱,۳۱۱	۶۶۸,۸۸۲,۵۰۸,۷۵۶	۳۱۲,۰۰۱,۳۲۸,۷۶۸	۸۱۹,۳۲۲,۷۲۱,۲۲۶	۸۱۹,۳۲۲,۷۲۱,۲۲۶	۱۳۹۷
۲۷۱,۲۵۰,۰۰۰,۴۶۵	۶۶۷,۶۰۰,۸۲۶,۲۲۲	۳۸۱,۵۷۷,۴۴۲,۶۵۲	۱,۰۰۰,۹۰۴,۰۴۰,۴۹۹	۸۲۸,۴۵۱,۸۶۱,۰۰۰	۱۳۹۸
۲۶۰,۳۰۴,۰۴۸,۸۱۲	۶۶۶,۶۱۹,۴۸۸,۹۱۴	۳۲۸,۷۵۶,۶۶۷,۰۶۰	۱,۲۷۶,۳۲۴,۴۰۰,۴۴۵	۸۲۵,۳۵۵,۴۹۱,۵۵۴	۱۳۹۹
۶۵۸,۰۵۰,۱۲۰,۰۵۰	۸۵۲,۷۰۰,۱۳۱۰,۰۵۵	۸۳۰,۳۲۸,۱۵۰,۷۶۴	۲,۴۶۹,۳۲۵,۱۵۲,۰۱۱	۱,۶۲۳,۳۲۵,۱۵۲,۰۱۱	۱۴۰۰
۵۷۶,۱۱۴,۳۲۶,۴۱۷	۱,۴۰۱,۷۷۶,۸۴۴,۶۱۰	۲,۶۶۷,۰۷۵,۳۳۵,۶۵۶	۲,۴۲۹,۳۶۰,۵۰۰,۹۲۲	۲,۴۲۹,۳۶۰,۵۰۰,۹۲۲	۱۴۰۱
۷۸۹,۰۰۰,۴۹۷,۴۱۷	۱,۴۵۵,۹۱۰,۰۰۰,۲۳۱	۵۲۶,۷۵۵,۷۷۶,۵۶۹	۱,۰۰۸,۱۰۰,۸۰۵,۲۶۲,۶۵۹	۱,۰۰۸,۱۰۰,۸۰۵,۲۶۲,۶۵۹	۱۴۰۲



ایجاد نرم افزار تشخیص سرطان ریه با استفاده از هوش مصنوعی با نام (لانگسا)

دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی در مانی از دبیل

دانشکار:

دکتر حسن قبادی معاونت آموزشی

مختصن محمدی، واحد رادیولوژی دانشگاه علوم پزشکی از دبیل

مهندس جعفر عبداللهی، شرکت فناوریان داده پرداز هوش گستر پارک علم و فناوری از دبیل

مقدمه:

دوران کرونا فشار بسیار زیادی روی بخش تصویربرداری کامپیوترها اعمال نمود. معنای این موضوع در اکثر مواقع تشخیص کرونا برای پزشکان با تجربه هم سخت بود و در عین حال تعداد بیماران بسیار زیاد، که این مشکل اساسی ما را بر آن داشت تا راه حلی پیدا کنیم و چاره کار را در نرم افزار هوش مصنوعی دیدیم که بتواند تشخیص مناسب و سریعی داشته باشد. سپس در نیمه های راه با توصیه معاون آموزش وقت دانشگاه تصمیم بر این شد که چون کرونا در ماههای آینده تمام می شود روی مشکل جدی تر و پایداری مثل سرطان ریه کار کنیم که بتواند برای تمام کشور مفید باشد و از اینجا طرح تشخیص سرطان ریه با هوش مصنوعی رقم خورد.

بیان مسئله:

کامپیوترها اغلب بعنوان ذخیره سازی و پردازش داده ها استفاده می شوند و اخیراً با افزایش میزان دیتاهای ذخیره شده و افزایش توان محاسباتی آن، مدل جدیدی از نرم افزارها ایجاد شده که توان محاسباتی و تصمیم گیری سری روی دیتاها را دارند و در حقیقت هوش مصنوعی متولد شد و ما در بخش سری تی اسکن حجم عظیمی از داده های بیماران را در اختیار داریم و این ایده مطرح گردید که از کامپیوترها برای تشخیص بیماری ها استفاده کنیم و با ایجاد نرم افزار بتوانیم یک دستیار هوشمند بسیار خیره جهت کمک به پزشکان متخصص رادیولوژی و سایر متخصصین رشته های مختلف ایجاد

کنیم تا توانایی تحلیل تصاویر سری تی اسکن گرفته شده از بیماران را داشته باشند و مشکلات و بیماری های موجود در تصاویر بیماران را استخراج و به پزشک مربوطه اعلام نمایند که وقت تشخیص را افزایش و زمان را تا حد زیادی کاهش دهد. یک پزشک متخصص رادیولوژی و یا متخصص ریه باید صدها تصویر سری تی اسکن بیمار را به صورت دقیق با جزئیات بررسی کند تا مشکلات موجود را تشخیص دهد و این امر مستلزم صرف زمان زیاد همراه با خستگی چشم و گردن است و علاوه بر این پزشک باید هزاران نمونه بیماری را دیده باشد تا بتواند نمونه های بعدی را با رجوع به بانک اطلاعاتی وجود در مغز تشخیص دهد که در بیشتر موارد ممکن است، دچار تردید شود و یا اطلاعات کافی برای تشخیص حتمی و دقیق نداشته باشد. پس در اینجا با توجه به قدرت ذخیره سازی و توان محاسباتی بسیار زیاد کامپیوترها نرم افزار را طراحی کردیم که می تواند تصاویر پزشکی بیماران را تحلیل کند و ضمن اعلام نتایج به صورت مکتوب، این بار اضافی را از روی پزشکان بردارد.

بعنوان نمونه یک پزشک در طول دوران تحصیل و آموزش مثلاً تعداد ۱۰۰۰ نمونه بیماری را از نزدیک دیده است و طبیعتاً نمی تواند همه این نمونه ها را در مغز خود با جزئیات ثبت کرده باشد در مقایسه با نرم افزار ما که سیصد هزار

نمونه را در خود دارد و جزئیات هیچ کدام را هرگز فراموش نمی کند، تفاوت معنی داری مشاهده میشود و اگر بتوانیم تعداد تصاویر نرم افزار را به یک میلیون نمونه افزایش دهیم آن گاه مغز انسانی توان رقابت با این مدل کامپیوتری را نخواهد داشت و این نرم افزار هیچ گاه خسته نمی شود و استراحت لازم ندارد و هزاران نمونه آن را می توان کی و به سایر مراکز تشخیصی ارسال کرد.

شرح تجربه:

گام اول با جلب حمایت دانشگاه و معاونت تحقیقات، پارک علم و فناوری از دبیل و معرفی مهندسان هوش مصنوعی آغاز شد، در گام بعدی بعدی طرح تحقیقاتی تدوین و پس از آن جمع آوری دیتا شروع شد. تیم پژوهش سرانجام بخش های مختلفی رفتند و پرونده بیماران سرطانی را از بخش هماتولوژی و انکولوژی گرفتیم و کد HIS بیماران را تشخیص سرطان قلبی را گرفته و در مرحله بعد سایر مهندسان این تصاویر را استخراج و در دسترس سایر افراد تیم که پزشکان متخصص بودند، قرار دادند و تصاویر با نرم افزار ویژه نگ و مناطق سرطانی مشخص و فایل توصیفی آن به تصاویر اصلی متصل گردید. در مرحله بعد مهندسان هوش مصنوعی نرم افزار اولیه را آماده نمودند و پارها آن را ترنس کردند تا به وضعیت مطلوب رسید و توان تشخیص مناسب داشت.





نزدیک نظام سلامت بدون دانش و استفاده از کامپیوترها بی معنی می‌شود و گرایش شدیدی به سمت هوشمند سازی نظام سلامت اتفاق خواهد افتاد و چنین پروژه‌هایی همواره مورد توجه و راهگشا خواهند بود. نکته بعدی این که تیم سازی و استفاده از افراد مثبت و تلاشگر می‌تواند سهم موثری در به هدف رسیدن پروژه‌ها داشته باشد و همواره باید در صدد جذب نخبگان و افراد با روحیه مثبت باشید تا از توان علمی و عملی این افراد به بهترین نحو استفاده گردد.

نتایج اجرای تجربه:

- ایجاد بانک اطلاعاتی ارزشمند از تصاویر بیماران سرطانی
 - کاهش زمان تشخیص
 - افزایش دقت تشخیص
- با توجه به موارد فوق بهترین دستاورد این نرم افزار کاهش زمان و افزایش دقت و سرعت تشخیص می‌باشد.

پیشنهادهای حاصل از تجربه:

با توجه به گسترش و توسعه علوم دیجیتال طبعا در آینده

ردیف	نام تحلیل کننده	تعداد نمونه آموزشی	زمان آموزش دیدن	زمان انتقال تجربیات	دستورد ماهانه
۱	بزرگ متخصص	عدد ۱۰۰۰	۲۰ سال	۱۰ سال	۹۵۰ میلیون ریال
۲	نرم افزار تشخیص هوشمند سرطان	عدد ۳۰۰۰۰۰	۱ ساعت	۱۰ دقیقه	صفر ریال

ردیف	نام تحلیل کننده	ساعات کار در روز	زمان هر تحلیل	هزینه هر تحلیل	خستگی و استراحت
۱	بزرگ	۸ ساعت	۱۵ دقیقه	۴۰۰۰۰۰۰ ریال	نیاز دارد
۲	نرم افزار هوشمند لاگسا	۲۴ ساعت	۳۰ ثانیه	صفر ریال	نیاز ندارد

جدول مقایسه اجرای نرم افزار با عملکرد بزرگ بدون نرم افزار هوشمند





برگزاری رویداد کافه تجربه در دانشگاه علوم پزشکی تهران



دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی، درمانی تهران
دانشکار
دکتر نیلوفر امیری زینیس اداره تحول برنامه ریزی و تعالی سرمایه انسانی
دکتر علیرضا عیوب پارمحصدی؛ مدیر توسعه سازمان و سرمایه انسانی
هدی غیبی، نوزاد کارشناس دبیرخانه مدیریت دانش

مقدمه:
به جریان انداختن نظام مدیریت دانش، بر کل فعالیت سازمان و بطور خاص بر کار تمام کارکنان آن تأثیر می‌گذارد و اثربخشی، کارایی و بهره‌وری را افزایش می‌دهد. در این راستا یکی از روش‌هایی که می‌تواند سازمان‌ها را در تأمین این اهداف یاری دهد مدیریت دانش است. یکی از مهم‌ترین مولفه‌های مدیریت دانش، ثبت تجربه است. فراخوان کافه تجربه بصورت فصلی توسط دبیرخانه مدیریت دانش دانشگاه علوم پزشکی تهران اطلاع‌رسانی می‌شود. موضوعات کافه تجربه متناسب با مشکلات و چالش‌های موجود ارائه می‌گردد. بدین صورت که افراد به محلت مغرب تجارت مرتبط با فراخوان را در سامانه مدیریت دانش ثبت نموده و پس از ارزیابی، تجاربی که امتیاز بالاتری اخذ می‌کنند، جهت حضور در کافه و ارائه تجربه دعوت می‌شوند.

بیان مسئله:

امروزه سازمان‌ها در یافته‌اند که هیچ چیز به اندازه دانش نمی‌تواند آن‌ها را در دنیای رقابتی نگه‌دارد. لذا پیش از هر چیز کارکنان سازمان به عنوان صاحبان دانش و مهم‌ترین سرمایه سازمان مورد توجه قرار گرفته‌اند. مدیریت دانش به عنوان ابزاری که می‌تواند دانش موجود را گردآوری کرده و نظم بخشیده و در کل سازمان اتمام دهد اهمیت یافته است. در حال حاضر تنها بستر ثبت تجربه، سامانه جامع مدیریت دانش وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی است. با توجه به عدم رغبت و تمایل کارکنان دانشگاه به ثبت تجربه و آگاهی پایین آن‌ها از سامانه مدیریت دانش، دبیرخانه مدیریت دانش دانشگاه علوم پزشکی تهران در راستای فرهنگ سازی و جلب مشارکت مدیران و کارکنان اقداماتی در این زمینه انجام داده که یکی از مهم‌ترین آن‌ها برگزاری رویداد کافه تجربه است.

نتایج اجرای تجربه:

با حضور ۱۰۰ نفر از کارکنان مدیریت دانش و مدیران حوزه‌های مختلف کافه تجربه، بطور جامع و کامل و با استفاده از دیدگاه‌های مختلف به موضوع پرداخته می‌شود. همچنین تجربه نگاران می‌توانند از نظرات و پیشنهادها استفاده کرده و برای بهبود تجربه خود استفاده کنند و در نتیجه

آینده‌های جدیدی برای پیشرفت و بهتر کردن تجربه به دست آورند. این رویداد محیطی فعال برای تبادل نظر و تعامل با افراد خبره فراهم می‌کند که می‌تواند به افزایش خلاقیت و کارایی در اجرای تجارب کمک نماید. علاوه بر آن، برگزاری کافه تجربه باعث افزایش استقبال و علاقه کارکنان به سامانه مدیریت دانش می‌شود. این بدان معنی است که پس از این رویداد در سال ۱۴۰۲، تعداد تجارب ثبت شده در سامانه مدیریت دانش از ۲۵ تجربه در سال ۱۴۰۱ به ۱۱۶ تجربه در سال ۱۴۰۲ در افزایش یافت. این امر نشان می‌دهد که اعضای دانشگاه با توجه به ارزش و اهمیت به اشتراک گذاری تجربه، بیشتر به سامانه مدیریت دانش رجوع می‌کنند و تجارب خود را به طور فعال در آن ثبت می‌کنند. به طور کلی، برگزاری کافه تجربه نه تنها به افزایش دانش و بهره‌وری در دانشگاه علوم پزشکی تهران کمک کرد، بلکه فرهنگ سازی مدیریت دانش را ترویج داد.

پیشنهاد حاصل از تجربه:

پیشنهاد می‌شود در شیوه نامه مربوطه این موضوع از جانب وزارتخانه مورد توجه قرار بگیرد و بودجه لازم جهت اجرای این رویداد به دانشگاه‌ها تخصیص داده شود.

- ایده‌های نو ارائه را تشویق کرده و در نهایت منجر به استفاده اثربخش از تجارب شده است. بطور کلی نتایج اجرای کافه تجربه در ادامه آورده شده است:
- به اشتراک گذاری و تسهیم تجارب
- ایجاد تعامل و جو صمیمی بین دانشکاران اخیرگان
- افزایش تجارب ثبت شده در سامانه مدیریت دانش
- ترویج فرهنگ مدیریت دانش در سازمان‌ها



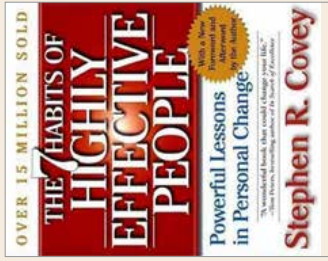


معرفی کتاب

این بخش به معرفی کتب در موضوع نظام مدیریت دانش و مفاهیم انگیزشی مرتبط می پردازد تا بتواند با افزایش دانش و تغییر در نگرش بنیادین و از سوی بهبود عملکرد ذی نفعان ، موجبات توسعه حوزه مدیریت دانش نظام سلامت را فراهم سازد .



کتاب ۷ عادت مردمان موثر؛ گامی بلند برای تغییر زندگی



«بانی کسازان عالی آمریکایی ناپدیدانده صدافرتی دادند، و کارکنان و مدیران در تمام سطح ها بودند، کانی فلسفای نیروبخش را در زندگی معرفی کرد که موفقیت در کار و تجارت را نیز ضمانت می کرد این روش، تو کسی را جز در احساسات و تجربه های کاری نای بود، این جملات را از این ماسی کاتر، نویسنده ای آمریکایی، دریافتی. کتاب هفت عادت مردمان موثر گفته است. کتاب مشهوری که هر کسی که چیزهای بیشتری از زندگی می خواهد بیابد آن را بخواند و به ریشه در در نهایت از معجزه های گدو، زندگی اش اتفاق می افتد و بد.

شناختنامه

عنوان انگلیسی:

The 7 habits of highly effective people: restoring the character ethic

نویسنده: استفان کاوی

مترجم: الهام خرسندی

ناشر: هورمز

درباره کتاب هفت عادت مردمان موثر

کتاب هفت عادت مردمان موثر، همراه با درس‌هایی برای ایجاد تغییر در شخصیت با عنوان اصلی The 7 habits of highly effective people: restoring the character ethic اولین بار سال ۱۹۸۹ منتشر شده است. استفان کاوی استفان کاوی در این کتاب ۷ عادت که معتقد است افراد را به شخصیت‌هایی برتر از سایر هم‌عنوان خود تبدیل می‌کند را معرفی می‌کند و آن‌ها را آموزش می‌دهد. دکتر کاوی جوایز و افتخارات زیادی را در طول زندگی‌اش دریافت کرده است که از جمله‌ای این جوایز می‌توان به جایزه کالج «توماس مور» برای خدمات به بشر، مرد صلح سال ۱۹۹۸، سرشت اساسی بشر عمل می‌کند.



کتاب مرجع کامل مدیریت دانش



کتاب حاضر چه‌بسی از جامع‌ترین کتاب‌هایی است که در خصوص مدیریت دانش به نگارش در آمده است. به گونه‌ای که مدیران حرفه‌ای مدیریت دانش و آوری در خصوص آن می‌توانند: «هر در خصوص مدیریت دانش جدی هستند و می‌خواهند در خود از مدیریت دانش و میزان موفقیت ابتکار از مدیریت دانش در سازمان خود برای ایجاد یک سازمان یادگیرنده و آفریننده، مطالعه این کتاب در حوزه علمی و هم‌راهِ حوزه فناوری ضروری است.»

شناختنامه

عنوان انگلیسی: Handbook on knowledge management

نویسنده: پروفیسور کلاید هلس اپل

مترجم: سعید جلال موسوی، سیداحمد حسینی و لوید گرانتلی

ملک خلی

ناشر: پارسیا

درباره مرجع کامل مدیریت دانش

کتاب اصلی که توسط تعدادی از بزرگترین دانشمندان مدیریت دانش و مدیریت پروفیسور کلاید هلس اپل که در دانشگاه کنساکای آمریکا مشغول به فعالیت بوده نوشته شده است. از دو جلد تشکیل شده است. حدود ۶۰ فصل دارد. و از دیدگاه‌های مختلف به مدیریت دانش دراخته شده است. برای هر کسی که به صورت عملیاتی، تحقیقاتی یا آموزشی در حوزه مدیریت دانش فعالیت می‌کند، لازم است که این کتاب را به عنوان کتاب مرجع در کتابخانه خود داشته باشد. جلد اول کتاب ۳۲ فصل از ۶۰ فصل کتاب را در بر دارد و به مفاهیم پایه‌ای دانش و مدیریت دانش، دانش به عنوان یک منبع، پراگماتیک و تاثیرگذاری دانش می‌پردازد. جلد دوم فناوری‌ها، دستاوردها، مدیریت دانش در اقتصادی بازی می‌کند.





دانش‌نامه

این بخش با هدف ارائه مقالات و مطالب علمی و تخصصی در حوزه‌های مختلف نظام سلامت و معرفی رویدادهای، اختراعات، دستاوردها و اقدامات مدیریت دانش در مجموعه وزارت بهداشت تدوین شده است.





پیاده‌سازی انتقال و تبادل دانش، از تئوری تا عمل (نامه به سر دبیر)

نویسنده‌گان:

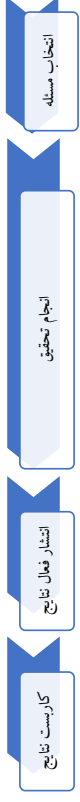
مسعود دوسری استادیار ویت خدمات بهداشتی درمانی، مرکز تحقیقات خدمات سلامت، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران.
فاطمه ترابی دانشجوی کارشناسی ارشد، گروه مدیریت خدمات بهداشتی درمانی، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران.

زمنیه

سال ۱۳۸۵ اولین باری بود که با مفهوم انتقال و تبادل دانش (KTE) آشنا می‌شویم. در آن سال دکتر مجتهدی کارگاهی تحت عنوان انتقال و تبادل دانش در دانشگاه علوم پزشکی اصفهان برگزار کرد که منجر به آشنایی بیشتر با این مفهوم گردید. در آن کارگاه با روشی به نام KITE از مفیدترین و کامل‌ترین رویکردها یاد کردیم. در این کارگاه بر اساس تکرار KITE که بعداً در قالب مقاله و کتاب نیز منتشر گردید (۱) مراحل یک تحقیق به ترتیب مجوز بر عنوان بند:

Figure 1: نمودار مراحل انجام تحقیق بر اساس رویکرد KITE

این نمودار نقطه آغاز یک تحقیق را «انتخاب مسئله» یا «عنوان تحقیق» می‌داند. گام بعدی خود انجام تحقیق است. بلافاصله پس از انجام تحقیق نوبت به انتشار فعال نتایج می‌رسد که شامل انجام تحقیق و یک مرحله ضروری از آن است و پایان تحقیق یا «کار بست نتایج تحقیق» اتفاق می‌افتد که در واقع نمره دانش پژوهش است.
در اینجا گفته شد عمده مشکل KTE مربوط به نحوه انتخاب مسئله است. یعنی اینکه چه موضوعی برای پژوهش انتخاب می‌شود؟ به‌طور خلاصه در حال حاضر بر روی مرحله انجام تحقیق حساسیت بسیاری وجود دارد و اداب مفصلی برای آن در نظر گرفته می‌شود. اما روی انتخاب مسئله حساسیتی به چشم نمی‌خورد و برای انتشار فعال نتایج و کار بست آن‌ها هم بر نامه چنانچه وجود ندارد همین بیان شد. کسی که تنها چاپ مقاله در مجلات علمی پژوهشی و محصولات خارجی به معنای انتشار فعال نتایج پژوهش نیست، بلکه برای انتشار فعال باید گروه مخاطب مشخص گردد و نتایج به زبان قابل درک گروه مخاطب و به روشی که برای آن



مسئله حاصل همکاری «مشکل داران» و «مسئله‌داران» است. انجام پژوهش عمدتاً بر دوش پژوهشگران است. مرحله انتشار فعال نتایج بیشتر تابع استراتژی‌های فشار است و در مقابل کار بست نتایج بیشتر به استراتژی‌های کنش می‌شود. البته این تقسیم‌بندی به این معنی نیست که سایر طرف‌ها در هر مرحله نقشی ندارند، بلکه هدف نشان دادن نقش غالب در هر مرحله است که دید تازه‌ای درباره این مراحل به دست می‌دهد. ضمناً در این جدول نقش ساختارهای پژوهشی واسطه به‌عنوان حذف‌کننده است و طی در عمل این ساختارها نقش برجسته‌ای دارند که در اینجا کمتر آن نقش‌ها به‌سفرش دیده شده است.
در زیر هر یک از این مراحل را با تأکید بر راهکارهای عملی ترویج KITE مرور می‌کنیم:

مرحله اول: همکاری طرفین (هدر تبدیل مشکل به مسئله)

در کتاب‌های روش‌شناسی پژوهش با رویکرد کتاب‌هایی که رویکردی جدول 1. مراحل انجام پژوهش بر اساس دیدگاه KITE با رویکرد فشار کنش

نام مرحله	انتخاب مسئله	انجام تحقیق	انتشار فعال نتایج	کار بست نتایج
نقش سفارش دهنده	• بیان مشکل • همکاری با پژوهشگران	• همکاری برای دریافت پیام تحقیق و نکات کلیدی • در اختیار قرار دادن اطلاعات	• شناسایی گروه مخاطب (سفارش دهنده یا نماینده او) • شناسایی بهترین روش انتقال مطالب	• رفع شبهات و اشکالات احتمالی در جریان به‌کارگیری
نقش پژوهشگر	• تبدیل مشکل به مسئله • عنوان بندی پژوهش • طراحی پژوهش • ارائه پروپوزال	• انجام تحقیق بر طبق پروپوزال	• انتقال مطالب بر اساس بهترین روش شناسایی شده • وصل کردن یافته‌های این تحقیق با سایر تحقیقات مشابه و استخراج بهترین دستور کار	•
رویکرد غالب (فشار - کنش)	• همکاری	• پژوهشگران	• فشار	• کنش



و قعی شاخص ماچ مقاله ISI باشند، شاخص شفاف و صریحی است و به همان میزان نمره و ارتقا حاصل می شود، اما اگر بهر سبب، «چقدر با پژوهش توانستید مشکلات کسور را حل کنید؟» برای اندازه گیری آن با مشکل مواجه خواهیم شد.

در آن زمان ما ۴ راهکار را برای ارتقای KTE دنبال کردیم که عبارت بودند از:

- 1- راهکار اصلاح بودجه بندی پژوهشی: اصلاحات ساختاری در راستای سپردن حداقل بخشی از بودجه پژوهشی به سایرمان های سفارش دهنده پژوهش یا صنعت که باعث افزایش حساسیت سازمان ها بر نتایج پژوهش می شود.
- 2- تغییر در شاخص های ارزیابی و ارتقای اعضای هیئت علمی: مراکز تحقیقاتی، معاونت های پژوهشی و دانشگاه ها؛ به گونه ای که در شاخص های جدید، حل مسئله و پژوهش ارتخش از چاپ مقاله مهم تر باشد و اگر شخصی به دنبال انتشار فعال نتایج پژوهش رفت و مشکلی را مرتفع کرد امتیاز بالاتری داشته باشد و ارتخمش در نتایج پژوهش او بیشتر باشد.

همین تغییر اتفاق یافتند، سلسله تغییرات در دنبال آن اتفاق خواهد افتاد و برعکس اگر این تغییر صورت نگیرد هیچ اتفاق مهمی در این زمینه رخ نمی دهد.

2- تعیین کاربرد تحقیق در زمان پوشش پروپوزال: باید مشخص گردد که این پژوهش بنیادی است یا کاربردی؟ اگر تحقیق بنیادی است، باید تعیین شود بهر طریقی که لازم و ضروری هستند، اما کار همه نیست و پژوهش های بنیادی اگر چه لازم و ضروری هستند، اما کار همه نیست و باید ماموریت برخی مراکز خاص باشند. بودجه های خاص می طلبد اما اگر تحقیق کاربردی است، باید کاربرد آن، گروه هدف آن، و نحوه انعکاس یافته ها به گروه هدف، مشخص شود در پایان پژوهش نیز باید معلوم گردد.

3- افزودن پیام کلیدی در انتهای مقالات کاربردی: در آخر زمانی که مقاله چاپ می شود در انتهای آن باید مطلبی آورده شود که به آن خلاصه یافته ها یا نکات کلیدی گفته می شود و در برخی از مجلات پیشترفته نیز به چشمه در خورد در آنجا به صراحت بیان می شود آیا یافته های پژوهش تغییر برای سیاست گذار در بر خواهد داشت یا خیر؟ و چه کسی قرار است چه استفاده های از این پژوهش داشته باشد؟

به صنایع مربوط و به جامعه است (۳)، صنعت ما هم عمدتاً ستاد دانشگاه، شبکه بهداشت و بیمارستان ها هستند که مشکلاتی دارند و ما باید پاسخگوی علمی مشکلات آن ها باشیم.

در همان سال در بحث انتشار فعال ما پوسترهایی را از سخنان مقام معظم رهبری تهیه کرده بودیم که ایشان فرموده بودند: «پژوهش اولاً میر داهمام قرار بگیرد، ثانیاً سمت وسوی بیاوریم و نتایج آن را به نیا کتب می خفیتا پژوهش های کنیم که مورد نیاز ماست... ما نباید ملاک پیشرفت علمی ما را در مقالات در مجلات ISI قرار بدهیم، ما خودمان باید مشخص کنیم که در بازه چه چیزی مقاله می نویسیم، درباره چه تحقیق می کنیم، البته انعکاس در مجامع جهانی لازم و ضروری است و انعکاس هم بنیاد خواهد کرد، مقصود این است که ما پژوهش را تابع نیاز خودمان قرار بدهیم.» (۴) ایشان از آن زمان تا کنون هم مطالب گران قدری در این زمینه بیان کرده اند، به جز ما اخیراً در یک نشست با حضور دانشجویان و وزرای علوم و بهداشت بصراحت فرمودند: «از مقاله علمی به پایگاه ها و مجلات خارجی نباید مقالات اعضای هیئت علمی دانشگاه ها قرار گیرد.» (۵) موضوعی که قرار است باعث تغییرات جدی در این ابعاد ارتقای اعضای هیئت علمی دانشگاه ها شود.

در مدیریت اصطلاحی وجود دارد که شاخص ها تعیین کننده جهت گیری ها و رفتار سازمان هستند هر جا شاخصی بزرگ می شود عملکرد زیر مجموعه به همان سمت مطلوبی می رود و در مقابل اگر برای چیزی شاخصی تعیین نکنیم، آن موضوع در سازمان کمرنگ می شود پس مسئله مشخص است، اگر می خواهیم KTE قوت بگیرد و پژوهش ها معطوف به مشکلات کسور شوند، همین موضوعات باید شاخصی از رشمندی برای تحقیق تلقی گردد. نمی رود که شاخص ما چاپ مقاله ISI و PUMED باشد و انتظار پژوهش های اثرگذار و ارتخمش داشته باشیم.

در واقع همین توافقات در طول مسایلی گذشته مانع پیشرفت در زمینه KTE شده است. بالاخره این یک انتخاب است، راهی که ما به دنبال بالاتر رفتن مقالات چاپ شده در مجلات خارجی باشیم و راهی که به دنبال معطوف شدن پژوهش ها به مشکلات کسور و حل آن ها و ارتقای KTE باشیم. تاکنون بیشتر راه اول انتخاب شده که شاخص ارزیابی مراکز تحقیقاتی و ارتقای اعضای هیئت علمی تغییر هیچ تغییر مهمی در این زمینه صورت نگرفت، سخن فوون بدین معنی نیست که اگر به فکر حل مشکلات واقعی کسور باشیم، مقاله های چاپ نخواهد شد، بلکه موضوع اولویت هاست و شاخص های که به دنبال اولویت ها ترسیم می گردند.

باید خاطر نشان ساخت که تعیین شاخص KTE کار دشواری است. به عنوان مثال در بحث انتشار فعال ما پوسترهایی را از سخنان مقام معظم رهبری تهیه کرده بودیم که ایشان فرموده بودند: «پژوهش اولاً میر داهمام قرار بگیرد، ثانیاً سمت وسوی بیاوریم و نتایج آن را به نیا کتب می خفیتا پژوهش های کنیم که مورد نیاز ماست... ما نباید ملاک پیشرفت علمی ما را در مقالات در مجلات ISI قرار بدهیم، ما خودمان باید مشخص کنیم که در بازه چه چیزی مقاله می نویسیم، درباره چه تحقیق می کنیم، البته انعکاس در مجامع جهانی لازم و ضروری است و انعکاس هم بنیاد خواهد کرد، مقصود این است که ما پژوهش را تابع نیاز خودمان قرار بدهیم.» (۴) ایشان از آن زمان تا کنون هم مطالب گران قدری در این زمینه بیان کرده اند، به جز ما اخیراً در یک نشست با حضور دانشجویان و وزرای علوم و بهداشت بصراحت فرمودند: «از مقاله علمی به پایگاه ها و مجلات خارجی نباید مقالات اعضای هیئت علمی دانشگاه ها قرار گیرد.» (۵) موضوعی که قرار است باعث تغییرات جدی در این ابعاد ارتقای اعضای هیئت علمی دانشگاه ها شود.

در مدیریت اصطلاحی وجود دارد که شاخص ها تعیین کننده جهت گیری ها و رفتار سازمان هستند هر جا شاخصی بزرگ می شود عملکرد زیر مجموعه به همان سمت مطلوبی می رود و در مقابل اگر برای چیزی شاخصی تعیین نکنیم، آن موضوع در سازمان کمرنگ می شود پس مسئله مشخص است، اگر می خواهیم KTE قوت بگیرد و پژوهش ها معطوف به مشکلات کسور شوند، همین موضوعات باید شاخصی از رشمندی برای تحقیق تلقی گردد. نمی رود که شاخص ما چاپ مقاله ISI و PUMED باشد و انتظار پژوهش های اثرگذار و ارتخمش داشته باشیم.

در واقع همین توافقات در طول مسایلی گذشته مانع پیشرفت در زمینه KTE شده است. بالاخره این یک انتخاب است، راهی که ما به دنبال بالاتر رفتن مقالات چاپ شده در مجلات خارجی باشیم و راهی که به دنبال معطوف شدن پژوهش ها به مشکلات کسور و حل آن ها و ارتقای KTE باشیم. تاکنون بیشتر راه اول انتخاب شده که شاخص ارزیابی مراکز تحقیقاتی و ارتقای اعضای هیئت علمی تغییر هیچ تغییر مهمی در این زمینه صورت نگرفت، سخن فوون بدین معنی نیست که اگر به فکر حل مشکلات واقعی کسور باشیم، مقاله های چاپ نخواهد شد، بلکه موضوع اولویت هاست و شاخص های که به دنبال اولویت ها ترسیم می گردند.

باید خاطر نشان ساخت که تعیین شاخص KTE کار دشواری است. به عنوان مثال در بحث انتشار فعال ما پوسترهایی را از سخنان مقام معظم رهبری تهیه کرده بودیم که ایشان فرموده بودند: «پژوهش اولاً میر داهمام قرار بگیرد، ثانیاً سمت وسوی بیاوریم و نتایج آن را به نیا کتب می خفیتا پژوهش های کنیم که مورد نیاز ماست... ما نباید ملاک پیشرفت علمی ما را در مقالات در مجلات ISI قرار بدهیم، ما خودمان باید مشخص کنیم که در بازه چه چیزی مقاله می نویسیم، درباره چه تحقیق می کنیم، البته انعکاس در مجامع جهانی لازم و ضروری است و انعکاس هم بنیاد خواهد کرد، مقصود این است که ما پژوهش را تابع نیاز خودمان قرار بدهیم.» (۴) ایشان از آن زمان تا کنون هم مطالب گران قدری در این زمینه بیان کرده اند، به جز ما اخیراً در یک نشست با حضور دانشجویان و وزرای علوم و بهداشت بصراحت فرمودند: «از مقاله علمی به پایگاه ها و مجلات خارجی نباید مقالات اعضای هیئت علمی دانشگاه ها قرار گیرد.» (۵) موضوعی که قرار است باعث تغییرات جدی در این ابعاد ارتقای اعضای هیئت علمی دانشگاه ها شود.

در مدیریت اصطلاحی وجود دارد که شاخص ها تعیین کننده جهت گیری ها و رفتار سازمان هستند هر جا شاخصی بزرگ می شود عملکرد زیر مجموعه به همان سمت مطلوبی می رود و در مقابل اگر برای چیزی شاخصی تعیین نکنیم، آن موضوع در سازمان کمرنگ می شود پس مسئله مشخص است، اگر می خواهیم KTE قوت بگیرد و پژوهش ها معطوف به مشکلات کسور شوند، همین موضوعات باید شاخصی از رشمندی برای تحقیق تلقی گردد. نمی رود که شاخص ما چاپ مقاله ISI و PUMED باشد و انتظار پژوهش های اثرگذار و ارتخمش داشته باشیم.

در واقع همین توافقات در طول مسایلی گذشته مانع پیشرفت در زمینه KTE شده است. بالاخره این یک انتخاب است، راهی که ما به دنبال بالاتر رفتن مقالات چاپ شده در مجلات خارجی باشیم و راهی که به دنبال معطوف شدن پژوهش ها به مشکلات کسور و حل آن ها و ارتقای KTE باشیم. تاکنون بیشتر راه اول انتخاب شده که شاخص ارزیابی مراکز تحقیقاتی و ارتقای اعضای هیئت علمی تغییر هیچ تغییر مهمی در این زمینه صورت نگرفت، سخن فوون بدین معنی نیست که اگر به فکر حل مشکلات واقعی کسور باشیم، مقاله های چاپ نخواهد شد، بلکه موضوع اولویت هاست و شاخص های که به دنبال اولویت ها ترسیم می گردند.

باید خاطر نشان ساخت که تعیین شاخص KTE کار دشواری است. به عنوان مثال در بحث انتشار فعال ما پوسترهایی را از سخنان مقام معظم رهبری تهیه کرده بودیم که ایشان فرموده بودند: «پژوهش اولاً میر داهمام قرار بگیرد، ثانیاً سمت وسوی بیاوریم و نتایج آن را به نیا کتب می خفیتا پژوهش های کنیم که مورد نیاز ماست... ما نباید ملاک پیشرفت علمی ما را در مقالات در مجلات ISI قرار بدهیم، ما خودمان باید مشخص کنیم که در بازه چه چیزی مقاله می نویسیم، درباره چه تحقیق می کنیم، البته انعکاس در مجامع جهانی لازم و ضروری است و انعکاس هم بنیاد خواهد کرد، مقصود این است که ما پژوهش را تابع نیاز خودمان قرار بدهیم.» (۴) ایشان از آن زمان تا کنون هم مطالب گران قدری در این زمینه بیان کرده اند، به جز ما اخیراً در یک نشست با حضور دانشجویان و وزرای علوم و بهداشت بصراحت فرمودند: «از مقاله علمی به پایگاه ها و مجلات خارجی نباید مقالات اعضای هیئت علمی دانشگاه ها قرار گیرد.» (۵) موضوعی که قرار است باعث تغییرات جدی در این ابعاد ارتقای اعضای هیئت علمی دانشگاه ها شود.

در مدیریت اصطلاحی وجود دارد که شاخص ها تعیین کننده جهت گیری ها و رفتار سازمان هستند هر جا شاخصی بزرگ می شود عملکرد زیر مجموعه به همان سمت مطلوبی می رود و در مقابل اگر برای چیزی شاخصی تعیین نکنیم، آن موضوع در سازمان کمرنگ می شود پس مسئله مشخص است، اگر می خواهیم KTE قوت بگیرد و پژوهش ها معطوف به مشکلات کسور شوند، همین موضوعات باید شاخصی از رشمندی برای تحقیق تلقی گردد. نمی رود که شاخص ما چاپ مقاله ISI و PUMED باشد و انتظار پژوهش های اثرگذار و ارتخمش داشته باشیم.

در واقع همین توافقات در طول مسایلی گذشته مانع پیشرفت در زمینه KTE شده است. بالاخره این یک انتخاب است، راهی که ما به دنبال بالاتر رفتن مقالات چاپ شده در مجلات خارجی باشیم و راهی که به دنبال معطوف شدن پژوهش ها به مشکلات کسور و حل آن ها و ارتقای KTE باشیم. تاکنون بیشتر راه اول انتخاب شده که شاخص ارزیابی مراکز تحقیقاتی و ارتقای اعضای هیئت علمی تغییر هیچ تغییر مهمی در این زمینه صورت نگرفت، سخن فوون بدین معنی نیست که اگر به فکر حل مشکلات واقعی کسور باشیم، مقاله های چاپ نخواهد شد، بلکه موضوع اولویت هاست و شاخص های که به دنبال اولویت ها ترسیم می گردند.

جدول ۱. تعیین مسئله و عناوین پژوهشی برای رفع یک مشکل

مشکل: در آمدن کارکنان	مسئله	یک عنوان پژوهشی
مسئله ۱	وضعیت دیر آمدگی در بین کارکنان چگونه است؟	تعیین فراوانی دیر آمدگی بر اساس ویژگی های دموگرافیک کارکنان در سال گذشته در بیمارستان الف
مسئله ۲	آیا این میزان دیر آمدگی غیرطبیعی است؟	تعیین محدوده نرمال دیر آمدگی کارکنان (مقایسه میزان دیر آمدگی کارکنان بیمارستان الف با بیمارستان های مشابه یا با سوابق همین بیمارستان)
مسئله ۳	چرا کارکنان دیر می کنند؟	شناسایی اولویتهای عمل دیر آمدگی کارکنان بیمارستان الف در سال گذشته
مسئله ۴	چکار کنیم مشکل دیر آمدگی حل شود؟	شناسایی اولویتهای راهکارهای کاهش دیر آمدگی در بین کارکنان بیمارستان الف در سال گذشته

پسند که شاید از این هم بچیزدتر و مفصل تر باشد. نکته مهم اینکه از مدیر بیمارستان نباید انتظار داشت عناوین پژوهشی را رعایت اصول فنی بنویسد (انتظاری که گاهی به اشتباه وجود دارد)، بلکه او باید مشکلات خود را مطرح کند و پژوهشگران باید در تبدیل مشکل به مسئله و رایاری کنند.

زمانی که می گفتیم چاپ مقاله انتشار فعال نتایج نیست و باید به موارد دیگری توجه شود این روکرد با سایر شاخص های معاونت پژوهشی مانند چاپ مقالات در مجلات خارجی یا نامه های معتبر مانند ISI همخوانی نداشت و در روکرد متفاوت از آن می داد. من در اینجا چند راهکار را ذکر می کنم که تقریباً ۱۸ سال پیش در بر اجرای آن ها بودیم. خواهید دید برخی از این پیشنهادها هنوز هم تا زگی دارد و این شاگرد عدم پیشرفت مناسب KTE در طول سال های گذشته است.

اولین راهکار درباره «انتخاب موضوع پژوهش» بود پیشنهاد مطرح شده این بود که پژوهش ها به سفارش یک سازمان باشند و یا لاق عملده پژوهش ها سفارشی باشند، یا به تعبیر دیگر بیشتر اینها به پژوهش های سفارشی داده شود. برای عملیاتی شدن این موضوع، بودجه پژوهش باید اختصاص سازمان های سفارش دهنده قرار گیرد، یعنی به جای اینکه معاونت پژوهشی بودجه را به فر پژوهشگر بدهد، معاونت های توسعه، در مان، دارو و یا بیمارستان ها بودجه پژوهش را در اختیار داشته و به پژوهشگر تخصیص دهد. در این صورت این سازمان ها پرداخت حق تحقیق را مشروط به حل واقعی مشکل توسط پژوهشگر خواهند کرد و موضوعات کم اهمیت و کلی گویی کنار خواهند رفت. این موضوع شاید اصلی ترین اصلاح ساختاری است که باید در نظام پژوهشی اتفاق بیافتد و معنایش این است که نگاه به ساختار پژوهشی باید نگاه مرآت باشد و نه نگاه استقلاشی. یعنی ساختار پژوهشی باید اینه منکس کننده نیازهای زیرمجموعه باشد، نه اینکه در ساختار پژوهشی (چه در ستاد دانشگاه و چه در مراکز تحقیقاتی)، برخی عناوین پژوهشی سسر خود مصوب گردند. غالب آنکه در حال حاضر در ادبیات نسل چهارم دانشگاه های پیشرفته، سخن از پاسخگویی دانشگاه ها

زمانی که می گفتیم چاپ مقاله انتشار فعال نتایج نیست و باید به موارد دیگری توجه شود این روکرد با سایر شاخص های معاونت پژوهشی مانند چاپ مقالات در مجلات خارجی یا نامه های معتبر مانند ISI همخوانی نداشت و در روکرد متفاوت از آن می داد. من در اینجا چند راهکار را ذکر می کنم که تقریباً ۱۸ سال پیش در بر اجرای آن ها بودیم. خواهید دید برخی از این پیشنهادها هنوز هم تا زگی دارد و این شاگرد عدم پیشرفت مناسب KTE در طول سال های گذشته است.

اولین راهکار درباره «انتخاب موضوع پژوهش» بود پیشنهاد مطرح شده این بود که پژوهش ها به سفارش یک سازمان باشند و یا لاق عملده پژوهش ها سفارشی باشند، یا به تعبیر دیگر بیشتر اینها به پژوهش های سفارشی داده شود. برای عملیاتی شدن این موضوع، بودجه پژوهش باید اختصاص سازمان های سفارش دهنده قرار گیرد، یعنی به جای اینکه معاونت پژوهشی بودجه را به فر پژوهشگر بدهد، معاونت های توسعه، در مان، دارو و یا بیمارستان ها بودجه پژوهش را در اختیار داشته و به پژوهشگر تخصیص دهد. در این صورت این سازمان ها پرداخت حق تحقیق را مشروط به حل واقعی مشکل توسط پژوهشگر خواهند کرد و موضوعات کم اهمیت و کلی گویی کنار خواهند رفت. این موضوع شاید اصلی ترین اصلاح ساختاری است که باید در نظام پژوهشی اتفاق بیافتد و معنایش این است که نگاه به ساختار پژوهشی باید نگاه مرآت باشد و نه نگاه استقلاشی. یعنی ساختار پژوهشی باید اینه منکس کننده نیازهای زیرمجموعه باشد، نه اینکه در ساختار پژوهشی (چه در ستاد دانشگاه و چه در مراکز تحقیقاتی)، برخی عناوین پژوهشی سسر خود مصوب گردند. غالب آنکه در حال حاضر در ادبیات نسل چهارم دانشگاه های پیشرفته، سخن از پاسخگویی دانشگاه ها

زمانی که می گفتیم چاپ مقاله انتشار فعال نتایج نیست و باید به موارد دیگری توجه شود این روکرد با سایر شاخص های معاونت پژوهشی مانند چاپ مقالات در مجلات خارجی یا نامه های معتبر مانند ISI همخوانی نداشت و در روکرد متفاوت از آن می داد. من در اینجا چند راهکار را ذکر می کنم که تقریباً ۱۸ سال پیش در بر اجرای آن ها بودیم. خواهید دید برخی از این پیشنهادها هنوز هم تا زگی دارد و این شاگرد عدم پیشرفت مناسب KTE در طول سال های گذشته است.

اولین راهکار درباره «انتخاب موضوع پژوهش» بود پیشنهاد مطرح شده این بود که پژوهش ها به سفارش یک سازمان باشند و یا لاق عملده پژوهش ها سفارشی باشند، یا به تعبیر دیگر بیشتر اینها به پژوهش های سفارشی داده شود. برای عملیاتی شدن این موضوع، بودجه پژوهش باید اختصاص سازمان های سفارش دهنده قرار گیرد، یعنی به جای اینکه معاونت پژوهشی بودجه را به فر پژوهشگر بدهد، معاونت های توسعه، در مان، دارو و یا بیمارستان ها بودجه پژوهش را در اختیار داشته و به پژوهشگر تخصیص دهد. در این صورت این سازمان ها پرداخت حق تحقیق را مشروط به حل واقعی مشکل توسط پژوهشگر خواهند کرد و موضوعات کم اهمیت و کلی گویی کنار خواهند رفت. این موضوع شاید اصلی ترین اصلاح ساختاری است که باید در نظام پژوهشی اتفاق بیافتد و معنایش این است که نگاه به ساختار پژوهشی باید نگاه مرآت باشد و نه نگاه استقلاشی. یعنی ساختار پژوهشی باید اینه منکس کننده نیازهای زیرمجموعه باشد، نه اینکه در ساختار پژوهشی (چه در ستاد دانشگاه و چه در مراکز تحقیقاتی)، برخی عناوین پژوهشی سسر خود مصوب گردند. غالب آنکه در حال حاضر در ادبیات نسل چهارم دانشگاه های پیشرفته، سخن از پاسخگویی دانشگاه ها

زمانی که می گفتیم چاپ مقاله انتشار فعال نتایج نیست و باید به موارد دیگری توجه شود این روکرد با سایر شاخص های معاونت پژوهشی مانند چاپ مقالات در مجلات خارجی یا نامه های معتبر مانند ISI همخوانی نداشت و در روکرد متفاوت از آن می داد. من در اینجا چند راهکار را ذکر می کنم که تقریباً ۱۸ سال پیش در بر اجرای آن ها بودیم. خواهید دید برخی از این پیشنهادها هنوز هم تا زگی دارد و این شاگرد عدم پیشرفت مناسب KTE در طول سال های گذشته است.

اولین راهکار درباره «انتخاب موضوع پژوهش» بود پیشنهاد مطرح شده این بود که پژوهش ها به سفارش یک سازمان باشند و یا لاق عملده پژوهش ها سفارشی باشند، یا به تعبیر دیگر بیشتر اینها به پژوهش های سفارشی داده شود. برای عملیاتی شدن این موضوع، بودجه پژوهش باید اختصاص سازمان های سفارش دهنده قرار گیرد، یعنی به جای اینکه معاونت پژوهشی بودجه را به فر پژوهشگر بدهد، معاونت های توسعه، در مان، دارو و یا بیمارستان ها بودجه پژوهش را در اختیار داشته و به پژوهشگر تخصیص دهد. در این صورت این سازمان ها پرداخت حق تحقیق را مشروط به حل واقعی مشکل توسط پژوهشگر خواهند کرد و موضوعات کم اهمیت و کلی گویی کنار خواهند رفت. این موضوع شاید اصلی ترین اصلاح ساختاری است که باید در نظام پژوهشی اتفاق بیافتد و معنایش این است که نگاه به ساختار پژوهشی باید نگاه مرآت باشد و نه نگاه استقلاشی. یعنی ساختار پژوهشی باید اینه منکس کننده نیازهای زیرمجموعه باشد، نه اینکه در ساختار پژوهشی (چه در ستاد دانشگاه و چه در مراکز تحقیقاتی)، برخی عناوین پژوهشی سسر خود مصوب گردند. غالب آنکه در حال حاضر در ادبیات نسل چهارم دانشگاه های پیشرفته، سخن از پاسخگویی دانشگاه ها

زمانی که می گفتیم چاپ مقاله انتشار فعال نتایج نیست و باید به موارد دیگری توجه شود این روکرد با سایر شاخص های معاونت پژوهشی مانند چاپ مقالات در مجلات خارجی یا نامه های معتبر مانند ISI همخوانی نداشت و در روکرد متفاوت از آن می داد. من در اینجا چند راهکار را ذکر می کنم که تقریباً ۱۸ سال پیش در بر اجرای آن ها بودیم. خواهید دید برخی از این پیشنهادها هنوز هم تا زگی دارد و این شاگرد عدم پیشرفت مناسب KTE در طول سال های گذشته است.

اولین راهکار درباره «انتخاب موضوع پژوهش» بود پیشنهاد مطرح شده این بود که پژوهش ها به سفارش یک سازمان باشند و یا لاق عملده پژوهش ها سفارشی باشند، یا به تعبیر دیگر بیشتر اینها به پژوهش های سفارشی داده شود. برای عملیاتی شدن این موضوع، بودجه پژوهش باید اختصاص سازمان های سفارش دهنده قرار گیرد، یعنی به جای اینکه معاونت پژوهشی بودجه را به فر پژوهشگر بدهد، معاونت های توسعه، در مان، دارو و یا بیمارستان ها بودجه پژوهش را در اختیار داشته و به پژوهشگر تخصیص دهد. در این صورت این سازمان ها پرداخت حق تحقیق را مشروط به حل واقعی مشکل توسط پژوهشگر خواهند کرد و موضوعات کم اهمیت و کلی گویی کنار خواهند رفت. این موضوع شاید اصلی ترین اصلاح ساختاری است که باید در نظام پژوهشی اتفاق بیافتد و معنایش این است که نگاه به ساختار پژوهشی باید نگاه مرآت باشد و نه نگاه استقلاشی. یعنی ساختار پژوهشی باید اینه منکس کننده نیازهای زیرمجموعه باشد، نه اینکه در ساختار پژوهشی (چه در ستاد دانشگاه و چه در مراکز تحقیقاتی)، برخی عناوین پژوهشی سسر خود مصوب گردند. غالب آنکه در حال حاضر در ادبیات نسل چهارم دانشگاه های پیشرفته، سخن از پاسخگویی دانشگاه ها



بهره‌گیری از نتایج پژوهش پایش (۱۳۸۶)، ۳۵-۴۷.
 2. Clausen TH, Demircioglu MA, Alsos GA. Intensity of innovation in public sector organizations: The role of push and pull factors. Public Administration. 2020 Mar; 98(1): 159-76.

۳. خبری نی پور نما، حیدر زاده، استیوار اشین. (۲۰۲۳). شرایط مطلوب و الزامات دانشگاه‌های علوم پزشکی نسل نوین، با تأکید بر شبکه‌های بهداشت و درمان کشور. اخلاق و تاریخ پزشکی ایران، ۱۶، ۱۵-۱۰.

۴. پایگاه اطلاع‌رسانی دفتر حفظ و نشر آثار حضرت آیت‌الله‌عظمی سید علی خامنه‌ای (مد ظله‌العالی) - مؤسسه پژوهشی فرهنگی انقلاب اسلامی (۸ شهریور ۱۳۸۸)

Available at: <https://farsi.khamehni.ir/speech-content?id=44405>

۵. پایگاه اطلاع‌رسانی دفتر مقام معظم رهبری (۲۵ مهر ۱۴۰۲)

Available at: <https://www.leader.ir/fa/media/play/32746>

۶. فرودوسی مسعود، یعقوبی مریم، علوی سید سلیمان. خلاصه اجرایی، راهکاری برای نشر نتایج پژوهش، مدیران اطلاعات سلامت، (۱۳۹۰)، (پیاپی ۲۳۸-۲۴۲)، ۷۴۲.

پانویس‌ها:

1. Knowledge Transfer and Exchange

2. Push & Pull Strategy

3. Summary of Findings

4. Key Messages

5. Executive Summary

6. Evidence-Based Decision Making

7. Research Impact Assessment

نتایج تحقیق باصطلاحی به نام «RIA» به معنای «ارزایی کاربست نتایج پژوهش» آشنا شدیم. برای این ارزیابی روش‌های کمی، کیفی و ترکیبی

وجود دارد. این اصطلاح در آن موقع نیز کاملاً رایج بود و انواع تکنیک‌ها را

داشت و در کشورهای پیشرفته، یکی از ملاک‌های ارزیابی برای مراکز تحقیقاتی

بود. بدین معنی که چقدر از پژوهش‌های هر مرکز در صحت مورد استفاده

قرار گرفته است. در آن تحقیق برای سنجش میزان قابلیت بهره‌گیری، با

تک آف‌اود سفارش دهنده صحبت کردیم و هدف از آن‌ها اجرای طرح،

تناسب پاسخ و یافته‌های طرح با درخواست‌ها و میزان بهره‌گیری

از یافته‌ها را جویا شدیم. به‌طور خلاصه نتیجه تحقیق این بود که قابلیت

بهره‌گیری از طرح‌ها زیاد، ولی میزان بهره‌گیری در عمل اندک بوده است.

این تحقیق و تحقیقات مشابه به‌خوبی نشان دادند که چرا اقدامات زیادی

در ارزیابی‌های فشار وجود دارد اما هنوز هم تحقیقات انجام‌شده ضایعت

خوبی برای به‌کارگیری دارند که از آن‌ها به‌وسیله بهره‌وری نمی‌شود.

اینجاست که موضوع ارزیابی‌های کشش اهمیت می‌یابد.

رویکرد فعلی

در سال‌های اخیر، معاونت پژوهشی وزارت بهداشت طی دستورالعملی،

فهرم KITE را پایان پژوهش‌ها الزام کرده است (البته بهتر است فرم

مورد انتظارش را مشخص کند تا مانند سایر موارد ذکر شده در پژوهش‌ها،

پیگیری نتایج آن اتفاق بیفتد) از دیگر اقدامات شایسته معاونت پژوهشی

وزارت بهداشت در این زمینه، مطرح کردن «پژوهش‌های اثرگذار» است

که برای آن شاخص‌هایی در نظر گرفته شده است.

اما به نظر می‌رسد این دیدگاه نیاز به بازنگری دارد. زیرا سایر داستان

این نیست که پژوهشی انجام می‌شود به نتیجه‌ای می‌رسد، آن نتایج را در

اختیار سیاست‌گذاران قرار می‌گیرد و فرای آن روز تغییر ایجاد می‌شود

این داستان یک مسیر خطی ندارد. در واقع پژوهشگران انواع نتایج تولید

می‌کنند. انواع نتایج پژوهش‌ها هم، جمع می‌شوند تا به یک سری نتایج

مستند و قوی می‌رسد و سپس منتشر شده و تبدیل به یک مطالعه‌ی

می‌گردد و این مطالعه‌ی باعث می‌شود سیاست‌گذار با تدبیر به یک

تصمیم برسد.

به یاد دارم سال گذشته از پژوهشگران خواسته شده بود که اگر پژوهش

شما اثرگذار بوده، بگویید کدام بخش‌نامه وزارت آن را تأثیر پذیرفته است!

این تلفظ از تحقیقات اثرگذار مطابق با همان مسیر خطی و ساده‌انگاری

است. اگر مدیری تنها بر اساس یک یا دو پژوهش تصمیم بگیرد، دی‌گمان

در معرض خطا خواهد بود. پس باید خاطر نشان ساخت که به‌کارگیری

پس در مجموع برای ترویج KITE، مواردی راه پروپوزال گزارش پژوهش

و مقالات اضافه کردیم.

در سال ۱۳۸۵ بنده معاون پژوهشی دانشکده مدیریت و اطلاع‌رسانی

پزشکی مشهد شدم و از پژوهشگران خواستم تا علاوه بر چکیده، یک

خلاصه اجرایی به دانشکده تحویل دهند. حتی در آن زمان مقاله‌ای تحت

عنوان «خلاصه‌ی اجرایی، راهکاری برای نشر نتایج پژوهش» چاپ

کردیم. خلاصه اجرایی از چکیده کمی طولانی‌تر است. در خلاصه اجرایی

تمرکز ما بر یافته‌ها و نتیجه‌گیری است و کمتر به بیان مسئله و روش

اجرا پرداخته می‌شود. هم‌چنین از اصطلاحات فنی در آن استفاده نشده

و به زبان ساده بیان می‌شود (۶). در آن سال برای حدود ۳۰ پژوهش در

سازخ دانشکده، خلاصه‌ی جمع‌آوری شد و سپس آن‌ها را به گروه‌های

هدف اصلی تکنیک و منتشر کردیم. برای مثال دسته‌ای از پژوهش‌ها

برای مدیران بیمارستان، دسته‌ای برای ریاست دانشگاه و دسته‌ای برای

معاونت‌های تابعه این کار نمونه‌ای از انتشار فعال نتایج پژوهش بود که

بازتاب خوبی هم داشت.

مرحله چهارم: کاربست نتایج تحقیق با تصمیم‌گیری مبتنی بر شواهد (استراتژی‌های تحقیق)

نتیجه‌ی این تحقیق اغلب به‌طور به‌قسمت فشار است که به‌موازات

آن باید کشش نیز وجود داشته باشد؛ یعنی اینکه سیاست‌گذار و مدیر

تصمیم‌گیری مبتنی بر شواهد «داشته باشند و احساس کند تصمیم‌گیری

مبتنی بر شواهد (و نه مبتنی بر پیش‌فرض‌های شخصی) بهترین پیشنهاد

برای پاسخگویی است. این فرهنگ زمانی ایجاد می‌شود که سیاست‌گذار

احساس کند شواهد به حد کافی وجود دارد و یا می‌تواند تولید شواهد را در

اقل زمان ممکن فشارش دهد. در حال حاضر داده‌های دقیق قابل اعتماد

و مرتبط برای تصمیم‌گیری به‌اندازه کافی نیست و در نتیجه سیاست‌گذار

عادت می‌کند بر اساس تجربه و درک خود تصمیم‌گیری کند. اگر این

داده‌ها به‌موقع و به‌سهولت فراهم شوند، سیاست‌گذار نیز به‌استفاده بیشتر

از نتایج تحقیق در تصمیم‌گیری‌ها اغب خواهد بود. تصمیم‌گیری مبتنی

بر شواهد در بین سیاست‌گذاران و مدیران شکل خواهد گرفت.

در سال ۱۳۸۴ تحقیقی با موضوع «بررسی میزان و قابلیت بهره‌گیری از

نتایج تحقیقات کاربردی حوزه معاونت توسعه مدیریت و منابع وزارت

بهداشت» به‌سفارش دفتر تحقیقات انجام شد. حوزه معاونت توسعه

مدیریت و منابع وزارت بهداشت انجام دادیم تا مشخص کرد تا چه

طرح‌های آن مرکز چقدر قابلیت بهره‌گیری داشته‌اند و در عمل چقدر

بهره‌گیری اتفاق افتاده است. در زمان انجام آن تحقیق، در بحث کاربست

ارزشمندترین هدف در مسیر پیش روی مدیریت دانش، افزایش بهره‌وری، بهبود تصمیم‌گیری، ارتقاء رضایت ذینفعان و در نهایت رشد پایدار سازمان و خلق ارزش از دانش است و برای نیل به این نتایج، استفاده از ابزارهایی در جهت انتشار دانش می‌تواند گامی موثر باشد. در همین راستا گروه مدیریت دانش و مستندسازی تجارب، انتشار «فصلنامه مدیریت دانش نظام سلامت» را جهت بهره‌مندی ذی‌نفعان عرصه‌های نظام سلامت در دستور کار خود قرار داده است.

در شماره پنجم فصل‌نامه، همچون ۴ شماره قبلی با تأکید بر درج دیدگاه و تجارب موفق حوزه ستادی و دانش‌گاهی، با اضافه نمودن بخش‌های «معرفی کتاب» و «سرگذشت‌نامه» سعی در دا تا چراغ راهی باشد در مسیر توسعه نظام مدیریت دانش.



جمهوری اسلامی ایران
وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی
معاونت توسعه مدیریت، منابع و برنامه‌ریزی