

پیاده سازی (implementation) مداخلات سیستمی مقابله با بحران

دکتر رضا یوسفی نورایی

Assistant Professor of Epidemiology. University of Rochester. USA

Co-director of Equity-focused dissemination & Implementation Core. Clinical and Translational

Science Institute. University of Rochester

Assistant Professor (Status). Institute of Health Policy, Management,

and Evaluation. University of Toronto. Canada

پیاده سازی (implementation) یک پروژه مقابله با بحران که لازمه آن تغییر ساختارها و فرآیندها در سطح ملی یا منطقه ای (شهرستان، بیمارستان) است فرآیندی بسیار پیچیده و چندبعدی است. چه بسیار پروژه های موثر و جذابی که به دلیل ندیدن این پیچیدگی ها و عدم وجود مکانیسم های مناسب برای برخورد با آنها هیچگاه پیاده نشده اند یا پس از یکی دو هفته کنار گذاشته شده اند. این مساله در مورد پروژه های سیستمیک مقابله با همه گیری بیماری کرونا و ویروس جدید بسیار حیاتی است چرا که سیستم توانایی و منابع و زمان محدودی دارد، پنجره پش رو برای بسیاری پروژه ها محدود و گذراست (اگر دیر دست به کار شویم دیر شده است) و پیاده سازی پروژه هایی که احتمال شکست شان بالاست یا به درستی پیاده سازی نمیشوند (هرچند بر روی کاغذ عملی و موثر به نظر میرسند) هزینه جانی و مالی فراوانی دارد. من در این مقاله سعی کردم چند توصیه مهم را بر مبنای تجربیات و یافته های دانش پیاده سازی (Implementation science) جمع بندی کنم. برای گروهی از مخاطبان ممکن است این توصیه ها در شرایط اورژانسی که سیستم با آن روبرو است غیر عملی یا غیرمهم جلوه کند. اما تجربیات مشابه در کشورها و سیستم های بهداشتی مختلف نشان داده اند بدون وجود مکانیسم های ارزیابی و انعطاف پذیری و بومی سازی، و به دیگر سخن پیاده سازی آگاهانه و علمی، بسیاری از طرحهای پرهزینه سیستمی ناموفق بر زمین مانده و منجر به هزینه های مضاعف شده اند.

مرحله طراحی و تدوین: در شرایط اورژانس برای بسیاری بدیهی به نظر میرسد که اولین راه حل در دسترس را باید به سرعت اجرا کرد. زیرا فرصت اتلاف وقت وجود ندارد. میزان وقت و انرژی که برای تدوین و طراحی مداخلات گذاشته میشود یک تصمیم راه بردی است و پاسخ به آن به فاکتورهای متعددی از جمله اینکه چقدر سیستم از قبل فرآیندها و زیرساخت های آماده ای برای پیاده سازی دارد، چقدر مداخله پیشنهادی بزرگ و

پیچیده است و نیازمند تغییرات و جراحی های مهم در سیستم، چقدر شکست پیاده سازی هزینه بر و خطرناک است، و پنجره زمانی پیش رو چگونه است، بستگی دارد (جدول ۱).

جدول ۱: تصمیم گیری در مورد میزان توجه به طراحی و تدوین پیش از اجرای مداخلات

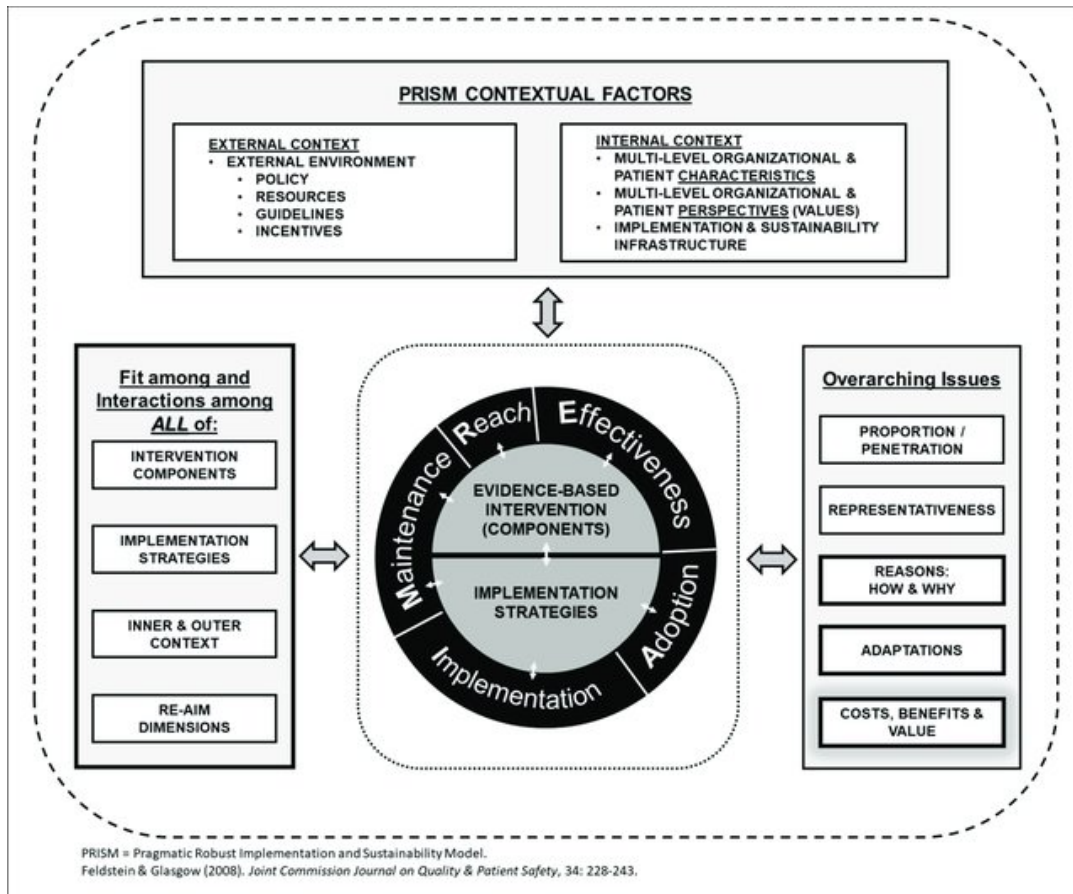
شرایط موجود	فاکتورهای تصمیم گیری
مداخلات پیشنهادی غربالگری، قرنطینه، و پی گیری بیماران مبتلا مداخلاتی پیچیده اند که نیازمند دخیل شدن و هماهنگی بین گروهها و سازمانهای متعددی هستند.	چقدر مداخله پیشنهادی بزرگ و پیچیده است و نیازمند تغییرات و جراحی های مهم در سیستم
سیستمهای بهداشت و درمان و سایر سیستمهای عمومی دارای ظرفیت های متعددی هستند که میتوان به کار گرفت. هرچند هماهنگی بین بخشی چندان رضایت بخش نیست.	چقدر سیستم از قبل فرآیندها و زیرساخت های آماده ای برای پیاده سازی دارد
هزینه شکست خوردن پروژه های بزرگ ملی و منطقه ای بسیار بالاست	چقدر شکست پیاده سازی هزینه بر و خطرناک است
پنجره های متعدد مقابله با همه گیری بسته شده اند و زمان زیادی در پیش روی سیستم نیست	پنجره زمانی پیش رو چگونه است

با توجه به شرایط موجود به نظر میرسد که برای بالا بردن شانس موفقیت پروژه های مقابله با همه گیری تصمیم گیرندگان باید توجه کافی به طراحی و تدوین مبذول کنند، چرا که هزینه عدم موفقیت بسیار بالاست و مداخلات همگی پیچیده و چند بعدی هستند. هرچند طراحی باید در زمانی محدود انجام گیرد و چنان که پایینتر گفته خواهد شد در طول زمان به صورت فرآیندهای rapid cycle به روزرسانی شود.

توصیه ۱: برای تدوین و طراحی مداخلات پیاده سازی وقت و انرژی بگذارید. پیاده سازی عجولانه معمولاً ناموفق خواهد بود.

برای طراحی و تدوین مداخله ای که قابل پیاده سازی و اجرا است توجه به نکات متعددی لازم است. این نکات در شکل ۱ که چهارچوب RE-AIM/PRISM را نشان میدهد خلاصه شده است (۱). توصیه میشود که تصمیم گیرندگان با پیش رو گذاشتن این چهارچوب مداخلات پیشنهادی را بررسی کنند و برای جنبه های مختلف راه حل پیدا کنند.

شکل ۱: چهارچوب برنامه ریزی برای پیاده سازی مداخلات RE-AIM-PRISM



بگذارید قدم به قدم مداخله «پیاده سازی یک سیستم پیگیری تلفنی برای افراد مرخص شده از بیمارستان» را در این چهارچوب بررسی کنیم. فرض کنید مداخله مورد نظر ما در میان دایره پایین (-Evidence based intervention) قرار میگیرد. نیمه دیگر دایره که باید تدوین شود مداخلات پیاده سازی (implementation strategies) است. اینها استراتژی هایی هستند که کمک میکنند مداخله مورد نظر ما توجه و علاقه مخاطبان را جلب نموده، و اجرا و ماندگار شود. چند مثال از استراتژی های پیاده سازی عبارتند از: تبلیغات از راه وسایل ارتباط جمعی، توضیحات شفاهی به بیماران بعد ترخیص، دادن بروشور به هر بیمار ترخیص شده در مورد مراحل بعدی، تسهیل پی گیری بیماران با ایجاد یک بانک اطلاعاتی منطقه ای محلات و آدرس ها برای تخصیص هر بیمار به نزدیک ترین گروه پی گیری، و مکانیسم های تشویقی بیماران برای پاسخ دادن به پی گیری های تلفنی و همکاری با اپراتور. اهمیت تدوین و طراحی آگاهانه استراتژی های پیاده سازی چه بسا بیش از خود مداخله است. همانطور که دیده میشود مداخله فوق الذکر فقط یک سیستم تلفنی با یک اپراتور نیست و این مداخله به استراتژی های فعالانه پیاده سازی احتیاج دارد. در غیر این صورت به آستانه جلب توجه و همراهی بیماران و مجریان نخواهد رسید و بعد از مدت کوتاهی کنار گذاشته خواهد شد.

توصیه ۲: استراتژی های تسهیل پیاده سازی (مانند اطلاع رسانی، تبلیغ، و مکانیسم های تشویقی) به اندازه خود مداخله مهم هستند. آنها را با دقت و آگاهانه تدوین و طراحی کنید.

ترکیب مداخله و استراتژی های پیاده سازی باید بتوانند به اهداف مشخصی دست پیدا کنند. اینجاست که نیاز به یک رویکرد فعالانه برای ارزیابی (evaluation) در مرحله تدوین و طراحی احساس میشود. برای بسیاری تصمیم گیرندگان در شرایط اورژانس تدوین فرآیندهای ارزیابی ممکن است بی اهمیت و یا غیر لازم جلوه کند. اما داشتن معیارهای ارزیابی اتفاقاً در شرایط این چنینی که عملاً حرکت در مسیری تاریک و ناهموار هستند اهمیت مضاعفی پیدا میکند. چند هفته پس از پیاده سازی مداخله (مثل همین پیگیری تلفنی بیماران ترخیص شده) باید معیار مشخصی وجود داشته باشد تا بر اساس آن بفهمیم که آیا مداخله به درستی پیاده سازی شده و یا اصولاً موثر است. در غیر این صورت هیچ نوری بر مسیر تاریک پیش رو نتابیده و از تجربه این چند هفته هیچ نیاموخته ایم که بتوانیم برای ادامه یا تغییر استراتژی ها به کار ببریم. ارزیابی میتواند بر اساس چندین شاخص بسیار ساده انجام شود. اما مهم آن است که نتایج ارزیابی به صورت عملی و دائمی به کار گرفته شود. نکته مهم دیگر آن است که اگر مداخله پیچیده و چند سطحی است (بیماران و خانواده، بیمارستان ها، منطقه های جغرافیایی) معیارهای ارزیابی نیز باید به تناسب چند بعدی باشند.

توصیه ۳: ارزیابی مرتب و هدفمند قلب پیاده سازی موفق است. در مرحله تدوین به شاخصهای ارزیابی فکر کنید و به طور مرتب ارزیابی را انجام دهید و بر اساس آن تغییرات لازم را اعمال کنید.

RE-AIM یک چهارچوب بسیار شناخته شده ارزیابی مداخلات پیاده سازی است، که به عنوان یکی از معتبرترین و پرکاربردترین چهارچوب های ارزیابی هم اکنون در سطوح مختلف تصمیم گیری و سیاستگذاری در حال اجراست (۲،۳). این چهارچوب شامل ۵ شاخص مهم است (حاشیه سیاه دایره-شکل ۱) که هم در فرآیند تدوین و طراحی و هم ارزیابی بعد از اجرا قابل به کارگیری است. جدول ۲ پنج شاخص مهم RE-AIM به همراه دو مثال مرتبط با همه گیری را نشان میدهد. همانطور که در جدول دیده میشود بر اساس چهارچوب RE-AIM میتوان موانع مختلف پیاده سازی مداخله پی گیری تلفنی بیماران ترخیص شده را برشمرد و در مرحله طراحی و تدوین برای برخورد با آنها برنامه ریزی کرد.

جدول ۲: چهارچوب ارزیابی RE-AIM

شاخص	تعریف	مثال ۱: پی گیری تلفنی بیماران ترخیص شده	مثال ۲: غربالگری در مبادی ورودی شهرها	مثال ۳: خوداظهاری آنلاین در وبگاه وزارت بهداشت
Reach	چند درصد افراد جامعه هدف به مداخله دست یافته‌اند؟ (یا خواهند یافت؟)	چه گروه‌های هدفی به برنامه پی‌گیری تلفنی دسترسی دارند؟ برای کسانی که دسترسی ندارند چه فکری کرده ایم؟	چه گروه‌های هدفی به غربالگری در مبادی ورودی شهرها دسترسی دارند؟ چه کسانی دسترسی ندارند؟	چه گروه‌های هدفی به وبگاه وزارت بهداشت برای بیماریابی دسترسی دارند؟ چه گروه‌های ندارند؟ برای آنها چه برنامه ای داریم؟
Effectiveness	آیا مداخله موثر است؟	آیا پی گیری تلفنی در تسهیل و گسترش قرنطینه در منزل موثر است؟ آیا در کاهش انتقال فرد به فرد موثر است؟ (ممکن است در مرحله تدوین شواهدی نداشته باشیم اما به مرور این سوال قابل پاسخگویی است)	آیا غربالگری در مبادی در بیماریابی موثر است؟ آیا در محدود کردن انتشار جغرافیایی موثر است؟ (ممکن است شواهد در ابتدا ناکافی باشد)	آیا خوداظهاری آنلاین در بیماریابی موثر است؟ آیا در کنترل گسترش فرد به فرد بیماری موثر است؟ آیا دسترسی به خدمات را فراهم میکند؟ (ممکن است شواهد در ابتدا ناکافی باشد)
Adoption	چه گروه‌هایی استفاده از مداخله را شروع کرده اند یا با آن ارتباط برقرار کرده اند؟	چه تیم های درمانی و بیمارستانی پروژه را شروع کرده‌اند؟ آنها که نکرده اند دلایلشان چیست؟ آیا این کار برای همه بیماران انجام میشود؟ آیا بیماران اطلاعات درست را در اختیار تیم ها میگذارند؟ آیا پیگیری های تلفنی شروع شده اند؟ آیا بیماران در منزل به تماس پاسخ میدهند؟ اگر نه موانع چیست؟	آیا تیم های منطقه ای آن را شروع کرده اند؟ چه مناطقی پروژه را شروع نکرده اند؟ موانع چیست؟	چه کسانی از افرادی که به وبگاه دسترسی دارند اقدام به پر کردن پرسشنامه کرده اند؟ چه کسانی نکرده اند؟ آیا نگرانی یا مشکلی برای پر کردن وجود دارد که نیاز به مداخله مشخص دارد؟ آیا نیاز به مکانیسم های تشویقی خاصی جهت ترغیب افراد وجود دارد؟

<p>چه کسانی پرسشنامه را به طور کامل پر کرده اند؟ آیا اطلاعات ارائه شده گویا و قابل اجراست؟ چگونه میشود اطلاعات بهتر و هدفمند تری گرفت؟ آیا آدرس ها درستند؟</p>	<p>غربالگری چقدر موثر اجرا میشود؟ آیا فرایندها برای تیم های اجرایی و مسافران جاده ای روشن است؟ آیا تیم های منطقه ای توانایی شروع ارتباط با مسافران اتومبیل ها را دارند؟ آیا خشونت و عدم همکاری رخ میدهد؟ آیا همه میدانند قدم بعدی چیست؟</p>	<p>پی گیری چقدر موثر انجام میشود؟ آیا تیم های پی گیری توانایی پوشش دادن منطقه خود را دارند؟ آیا امکانات کافی است؟ آیا فرایندها برای همه اعم از تیم پی گیری و بیماران روشن است؟ پس از هر پی گیری تلفنی چه میشود؟</p>	<p>چه گروههایی از مداخله استفاده کرده اند؟</p>	<p>Implementation</p>
<p>چه کنیم که بیماریابی از طریق وبگاه فراموش نشود؟ آیا به پیام های یادآوری از رسانه های جمعی احتیاج است؟ اگر فردی که یک بار پر کرد و منفی بود در صورت مثبت شدن میتواند دوباره از سرویس استفاده کند؟</p>	<p>آیا غربالگری به طور ادامه دار اجرا میشود یا متوقف شده است؟ دلایل چیست؟ چگونه میتوان ماندگاری را تسهیل کرد؟</p>	<p>آیا تیم های پی گیری به کار ادامه میدهند؟ آیا بیماران به تلفن ها پاسخ میدهند؟ آیا نیاز به استراتژی های پیاده سازی دیگر یا تغییر در فرایندها وجود دارد؟</p>	<p>آیا مداخله در مدت طولانی تر به کار گرفته میشود؟</p>	<p>Maintenance</p>

همانطور که در نیمه بالایی شکل ۱ دیده میشود شبکه پیچیده ای از عوامل مختلف در بسترهای درون سازمانی و برون سازمانی (internal and external contexts) موفقیت پیاده سازی را تحت تاثیر قرار میدهند. در فرآیند تدوین و طراحی توجه به این پیچیدگی ها بسیار مهم است. مثلا در مثال پی گیری تلفنی بیماران ترخیص شده ممکن است پرسنل بیمارستانی در مورد میزان اطلاعات و توضیحات لازم برای بیماران در حین ترخیص توجه نباشد، نیروی انسانی تخصیص شده با حجم مشکل متناسب نباشد (معمولا این نیروی انسانی پرسنل موجود در بیمارستان یا مراکز بهداشتی است که تماس تلفنی را به عنوان یک عملکرد اضافه بر کار روزمره انجام میدهد و ممکن است بار کاری اضافه را برتتابد)، پرسنل احساس امنیت نکنند، بیماران به علت عدم اعتماد به سیستم اطلاعات تماس درست را در اختیار نگذارند یا به پی گیری های تلفنی پاسخ ندهند، یا سازوکار الکترونیکی مناسب جهت پرونده سازی و ثبت پی گیری های تلفنی و زمان بندی تماس ها وجود نداشته باشد. توجه به این پیچیدگی ها و ذات چند بعدی بسترهایی که بر موفقیت تاثیر میگذارند در مرحله تدوین بسیار مهم است.

توصیه ۴: مداخلات در بسترهای متعدد و تودرتویی پیاده میشوند. به موانع مرتبط با پیچیدگی ها و بسترهای مختلف (فردی، بین فردی، سازمانی، منطقه ای، فرهنگی، سیاسی، اقتصادی) پیشاپیش فکر کنید و برای آنها راه حل بیاندیشید.

یکی از فرآیندهای مهمی که در زمان تدوین و طراحی تصمیم گیرندگان را با پیچیدگی ها و موانع چندبعدی فوق الذکر آشنا می کند و در عین حال حمایت محیطی از پیاده سازی را افزایش دهد دخیل کردن ذینفعان (stakeholder engagement) است (۴). ذینفعانی که به طور موثری در فرآیند تدوین دخیل نشده اند و احساس مالکیت مشترک (co-ownership) در مداخله ندارند آن را به درستی پیاده سازی نخواهند کرد. ذینفعانی که به طور مستقیم با مشکل دست به گریبانند ممکن است شما را متوجه نکاتی کنند که شما به علت دوری از سیستم یا نگاه کل نگر متوجه آنها نبوده اید. از سوی دیگر ذینفعان ممکن است راه حل ها و نکات مهمی پیشنهاد دهند که به فکر تدوین کنندگان نرسیده است. در مداخلات چند بعدی ذینفعان نیز چند بعدی بوده (مثلا تصمیم گیرندگان منطقه ای، تیم های درمانی، پرسنل اجرایی، نیروهای امنیتی و ...) و در ابعاد مختلف قابل دخیل کردن هستند.

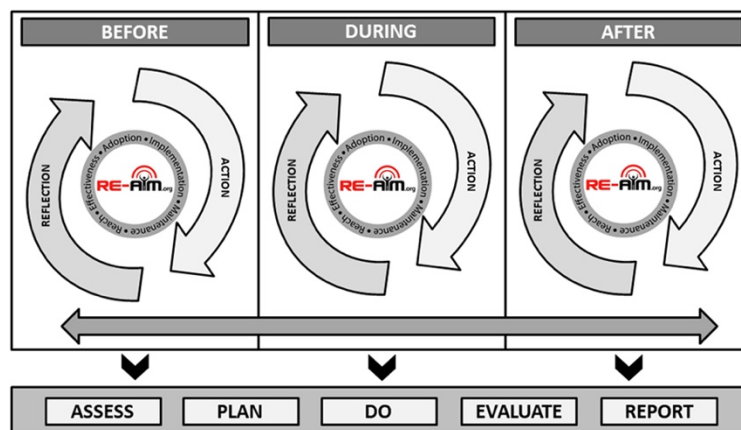
در مثال پی گیری تلفنی بیماران ترخیص شده ذینفعان میتوانند پرسنل پزشکی بیمارستان (که در زمان ترخیص سیستم پی گیری را به بیمار معرفی کرده اطلاعات را ثبت میکنند)، تیم های ثبت و انتقال

الکترونیکی داده ها (که برای هر بیمار پرونده پی گیری الکترونیک تشکیل میدهند)، سیستم تلفنی پیگیری (که وظیفه اجرای تماس ها را برعهده دارند)، مراکز بهداشتی منطقه ای (که وظیفه آموزش ادامه دار بیماران و پیگیری حضوری موارد خاص را بر عهده دارند)، و نیروی انتظامی (که ممکن است در صورت شکست پیگیری تلفنی در افراد با سطح همکاری پایین به وجودشان احتیاج باشد) هستند. لازم است تا حدی که زمان و منابع اجازه میدهد این افراد در فرایند تدوین دخیل شده و طی جلسات توجیهی با جزئیات مداخله آشنا شوند. در مرحله اجرا هم باید مکانیسم های بازخورد دائم وجود داشته باشد و ذینفعان نسبت به شنیده شدن صدایشان مطمئن باشند.

توصیه ۵: ذینفعان مختلف را (حتی در حد تماس های تلفنی ساده) در فرایند تدوین و طراحی دخیل کنید. آنها باید حس کنند مداخله برای آنها قابل اجراست، قابل بومی سازی است، قابل قبول است، از بقیه مداخلات موجود بهتر است، پیچیده نیست، رهبران معتبری آن را تدوین کرده اند. ذینفعان ممکن است شما را در جریان نکات مهم و راه حل های جدید بگذارند.

مرحله اجرایی سازی: پیاده کردن مداخلات در شرایط اورژانس نیازمند تصمیم گیری های سریع به صورت rapid cycle است. طراحی کنید < اجرا کنید < ارزیابی کنید > بر اساس نتایج ارزیابی مداخلات را تغییر دهید < دوباره اجرا کنید... این چرخه باید به طور مکرر تکرار شود. برای مثال اگر پیاده سازی مداخله تیم های غربالگری در یک منطقه موفق نیست باید به سرعت بررسی شود و با توجه به بازخوردی که از تیم ها گرفته میشود و پس از بررسی شاخص های ارزیابی پیاده سازی راه حل تغییر نماید (شکل ۲) (۵).

شکل ۲: فرایند تکرارشونده ارزیابی و اجرا



توصیه ۶: فرایند ارزیابی < تدوین < اجرا > ارزیابی > گزارش دهی را به طور تکرار شونده (rapid cycle) اجرا کنید. راه حل های اولیه معمولا خیلی واقع گرایانه نیستند و در طول پیاده سازی تغییر خواهند کرد.

یکی از خطراتی که پروژه های سیستمیک را تهدید میکند انعطاف ناپذیری است. توجه به این نکته مهم است که در سیستم های بزرگ و چند وجهی یک راه حل ثابت همگانی به احتمال زیاد عملی نخواهد شد چراکه پیچیدگی و تفاوت های تیم ها و محیط های اجراکننده و امکانات متفاوت را در نظر نگرفته است. در نتیجه بسیار مهم است که در راهنماها و دستور العمل ها راه حل هایی برای تطبیق (adaptation) با شرایط و امکانات منطقه ای و محیطی دیده شود. پیاده کردن بسیاری از دستورات عملی ها تحت تاثیر فاکتورهای متعددی در سطح فردی (مانند اضطراب و نگرانی)، بین فردی (مانند کار گروهی)، سازمانی (مانند امکانات موجود)، منطقه ای (مانند تعداد بیماران در منطقه، دسترسی، ترافیک)، و ملی (سیاست های کلان. بودجه و ...) است (نیمه بالایی شکل ۱). و بدون در نظر داشتن این پیچیدگی ها بسیاری از مداخله ها در پیاده نخواهند شد (۶).

توصیه میشود به تیم های تصمیم گیرنده منطقه ای اعتماد شود تا بتوانند از بین چند راه حل یکی را که با شرایط و امکانات آنها بیشتر تطبیق دارد انتخاب کنند. هرچند این تطبیق باید وفادارانه به چهارچوب اصلی مداخله صورت گیرد (fidelity). بدون تطبیق و بومی سازی بسیاری از پروژه ها محکوم به شکست خواهند بود.

در مثال پی گیری تلفنی بیماران ترخیص شده ممکن است بسته به شرایط و امکانات وظیفه پی گیری ها و تماس های تلفنی را بیمارستان یا مرکز بهداشت یا ارگانهای دیگر به عهده بگیرند. در جریان دخیل سازی ذینفعان قابل اجراترین راه حل را با همکاری با ارگانهای منطقه ای پیدا کنید. اما همه راه حل های تطبیقی باید برای دستیابی به اصول و اهداف اصلی مداخله باشد. این فرایند تطبیق و بومی سازی باید با ارگان های رهبر پروژه هماهنگ و بحث شود. اما فرض بر اعتماد به تیم های منطقه ای باشد. رابطه بین گروهها در سطوح مختلف تصمیم گیری باید دوطرفه باشد. هرچند نقش رهبری و پایش قدرتمند و منظم غیرقابل انکار است.

توصیه ۷: انعطاف پذیر باشید و به ذینفعان و واحدهای میدانی اجازه تطبیق و بومی سازی با وفاداری به اصول و اهداف اصلی پیاده سازی را بدهید.

به تیم های اجرایی در سطوح مختلف بازخورد اختصاصی (customized feedback) داده شود. اثربخشی پایش و بازخورد (audit and feedback) در پیاده سازی موفق مداخلات بهداشتی نشان داده شده

است. افراد و تیم‌ها باید بتوانند در فضایی سالم و غیرتخریبی نتایج مثبت عملکرد خود را ببینند و با مقایسه خود با سایر تیم‌ها عملکرد خود را تصحیح کنند (۷). بازخورد موثر دارای اجزای زیر است:

- هدفها در آن به وضوح مشخص است (به چه هدفی قرار است برسیم).
- استراتژی رسیدن به هدف‌ها توسط تیم‌ها قابل کنترل هستند (مثلا افزایش تعداد موارد غربال شده در روز. به جای ریشه کنی کرونا در منطقه)
- یافته‌ها و آمارها در سطح منطقه‌ای و محلی هستند (آمار شهری و منطقه‌ای. به جای آمار کشوری)
- گروههای مقایسه وجود دارند (متوسط موارد غربال شده در مناطق مشابه) که به تیم‌ها امکان مقایسه و هدف گذاری بدهد.
- بازخوردها متعدد و منظمند (مثلا به صورت هفتگی).
- تا حد امکان تصویری هستند و درک و نتیجه گیری از آنها برای مخاطب ساده است.
- بر اساس نتایج توصیه‌های عملی و قابل اجرا شده است به همراه پیام‌های کوتاه عملی.
- پیام‌ها لحن مثبت و غیرقضاوت کننده دارند که جلوی واکنش تدافعی مخاطبان گرفته شود.
- مکانیسم‌های بحث و تبادل نظر در تیم‌ها برای بررسی و تغییر رفتار توصیه شود (تیم‌ها باید در مورد بازخوردها بحث کنند).
- تیم‌ها باید توانایی دسترسی به شما را برای ارائه نظراتشان داشته باشند. رابطه با تیم‌ها باید دوطرفه باشد.

توصیه ۸: به تیم‌های اجرایی بازخوردهای اختصاصی بدهید و فرایندهایی را تعریف کنید که تیم‌ها بتوانند در مورد ارزیابی‌ها و راه حل‌های پیش رو با هم و با شما صحبت کنند.

همه آنچه تاکنون گفته شد تنها در بستر اعتماد متقابل قابل اجراست. برای موفقیت پیاده سازی مداخله‌ها باید تصمیم گیرندگان به بازوهای اجرایی، بازوهای اجرایی به تصمیم گیرندگان، و مردم به هر دو گروه اعتماد داشته باشند. در مثال پی گیری تلفنی بیماران، پزشکی که به سیستم پی گیری اعتماد ندارد آن را به بیمار در حین ترخیص به درستی توصیه نمیکند، اپراتوری که اعتماد نداشته باشد پی گیری‌های تلفنی را به مسوولانه انجام نمیدهد، و بیماری که اعتماد نداشته باشد به پی گیری‌های تلفنی پاسخ صادقانه یا اصولا پاسخ نمی‌دهد. اعتمادسازی فرآیندی بسیار مهم در پیاده کردن مداخلات است. همانطور که در شکل ۳ دیده میشود، اعتماد جنبه‌های متعددی دارد و در فرآیندی دوطرفه و تدریجی ساخته میشود (۸). مخاطبان مداخله

پیاده‌سازی باید به توانایی سیستم در اجرای برنامه، به رهبران و مجریان، و به اطلاعات دریافتی اعتماد داشته‌باشند. این اعتماد از راه شفافیت در انتشار اطلاعات و اعتراف به اشتباهات، بازخورد و ارتباط متقابل، ارائه راهکارهای درست و حساب شده، و ایجاد توقعات واقع‌گرایانه و قابل‌دستیابی به دست می‌آید. فراموش نکنید که در بسیاری از سطوح اعتماد عمومی نسبت به سیستم تصمیم‌گیری بالا نیست. این اعتماد باید مجدداً و به تدریج و به صورت هدفمند و آگاهانه ساخته شود.

شکل ۳: مدل 3C سه بعد اصلی اعتماد



توصیه ۹: اعتمادسازی شالوده اصلی پیاده کردن موفق مداخلات است. چینی شکسته اعتماد با شفافیت، رابطه متقابل، و توانمندسازی قابل بند زدن است.

همه آنچه تاکنون گفته شده در سایه یک رهبری توانمند امکان پذیر است. رهبر پروژه پیاده سازی همه اجزای شکل ۱ را به هم متصل میکند، هماهنگی بین اجزا و ارتباطات بین گروهها (گوشه سمت چپ شکل ۱) را امکان پذیر میکند، و تصمیمات راهبردی اصلی و به روزرسانی آنها در پاسخ به شرایط متفاوت (گوشه سمت راست شکل ۱) برعهده اوست. رهبری در دوران بحران نیازمند ویژگیهای زیر است (۹):

- رهبر باید از موضوع مورد نظر آگاه باشد و به آن احاطه داشته باشد. این مساله هم در اتخاذ تصمیمات صحیح در وقت اندک کمک میکند هم اعتماد بقیه ذینفعان را جلب میکند.
- رهبر باید تصمیماتی قاطع بگیرد، در حالیکه دائماً از محیط در حال گردآوری اطلاعات است. همه آنچه که تاکنون در زمینه دخیل شدن ذینفعان و ارتباط دوطرفه گفته شد در سایه یک رهبر که تصمیماتی قاطعانه در بزنگاههای مهم اتخاذ میکند معنا می‌یابد. ذینفعان علاقه مندند که در فرآیندهای تدوین و طراحی نقش داشته باشند. اما اجرای پروژه پیاده سازی نیازمند روالی روشن و تصمیماتی قاطع است و رهبری که مسوولیت تصمیمات را میپذیرد. رهبر قدرتمند در شرایط بحران احساس اطمینان و امنیت ایجاد میکند.
- رهبر باید به شرایط و تغییرات آن آگاه باشد. در وضعیت بحران شرایط به سرعت تغییر می‌یابد. رهبر باید از طرق مختلف و از طریق منابع مختلف در مورد موانع و پیشرفتها و بسترهای گسترده تر موضوع کسب اطلاع کند.
- رهبر باید بین ارگانها و واحدها ارتباط برقرار کند. موازی کاری، رقابت، و بی اطلاعی بین بخشی شکست پروژه های پیاده سازی را تضمین میکند.
- رهبر باید حس اعتماد واحدهای اجرایی و تصمیم گیری را جلب کند. یک عامل مهم جلب اعتماد توجه صادقانه رهبر به امنیت و سلامت مجریان پروژه است. حس اعتماد حسی متقابل است و قابل نقش بازی کردن نیست.

در مثال پی گیری تلفنی بیماران، رهبر پروژه میتواند یک پزشک یا یک تصمیم گیرنده شناخته شده بهداشتی در منطقه باشد که در عین جایگاه سیاسی و سازمانی بالا یک opinion leader قابل اعتماد در منطقه است.

توصیه ۱۰: پیاده سازی موفق در شرایط بحران نیاز به رهبرانی قدرتمند، آگاه، و قابل اعتماد دارد که علاوه بر تصمیم گیری های قاطع در وقت نیاز به برقراری ارتباط و دیالوگ بین اجزای مختلف تصمیم گیری و اجرایی و کسب اطلاعات به روز از منابع مختلف اهتمام میورزند.

منابع:

- 1-Glasgow, R. E., Harden, S. M., Gaglio, B., Rabin, B. A., Smith, M. L., Porter, G. C., ... & Estabrooks, P. A. (2019). RE-AIM planning and evaluation framework: adapting to new science and practice with a twenty-year review. *Frontiers in public health*, 7, 64.
- 2- Jilcott, S., Ammerman, A., Sommers, J., & Glasgow, R. E. (2007). Applying the RE-AIM framework to assess the public health impact of policy change. *Annals of Behavioral Medicine*, 34(2), 105-114.
- 3- Glasgow, R. E., Vogt, T. M., & Boles, S. M. (1999). Evaluating the public health impact of health promotion interventions: the RE-AIM framework. *American journal of public health*, 89(9), 1322-1327.
- 4- D9.90 - Report on venues, challenges, opportunities and recommendations for stakeholder engagement in emergency and recovery preparedness and response.
https://www.engage-h2020.eu/-/media/Files/ENGAGE/publications/deliverables/_Lists_Deliverables_Attachments_156_D9_90.pdf
- 5- Harden, S. M., Smith, M. L., Ory, M. G., Smith-Ray, R. L., Estabrooks, P. A., & Glasgow, R. E. (2018). RE-AIM in clinical, community, and corporate settings: perspectives, strategies, and recommendations to enhance public health impact. *Frontiers in public health*, 6, 71.
- 6- Carvalho, M. L., Honeycutt, S., Escoffery, C., Glanz, K., Sabbs, D., & Kegler, M. C. (2013). Balancing fidelity and adaptation: implementing evidence-based chronic disease prevention programs. *Journal of Public Health Management and Practice*, 19(4), 348-356.
- 7- Brehaut, J. C., Colquhoun, H. L., Eva, K. W., Carroll, K., Sales, A., Michie, S., ... & Grimshaw, J. M. (2016). Practice feedback interventions: 15 suggestions for optimizing effectiveness. *Annals of internal medicine*, 164(6), 435-441.
- 8- Why Trust Is Critical to Team Success. <https://www.ccl.org/wp-content/uploads/2017/05/why-trust-is-critical-team-success-research-report.pdf>
- 9- Deitchman, S. (2013). Enhancing crisis leadership in public health emergencies. *Disaster medicine and public health preparedness*, 7(5), 534-540.