

# گزارش طرح

گزارشی دهی بیماری ها

بین بخشی برای ارتقای

ارائه مدل همکاری

همکاری علمی داخل و خارج کشور

بانک اطلاعات ملی سلامت داده ها شواهد تولید شده

دیده بانی سلامت و علوم مرتبط ملی و منطقه ای

بکارگیری شواهد علمی حمایت طلبی و ترویج بکارگیری در سیاست ها

تولید شواهد ملی مورد نیاز سیاستگذاران و برنامه ریزان

توانمندسازی محققان و سیاستگذاران

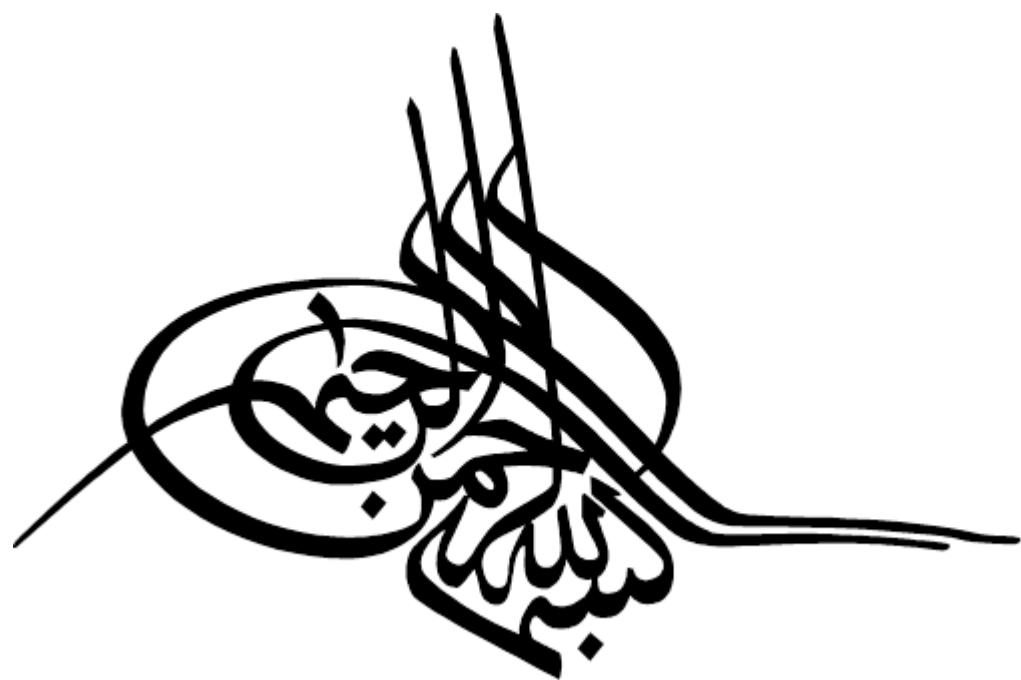
کارکردهای اصلی

موسسه ملی تحقیقات سلامت

جمهوری اسلامی ایران

## گزارش های منتشر شده در سال ۱۳۹۴

۱. ارائه مدل مناسب مداخلات اجتماع محور سلامت روان
۲. بررسی چالش های رشته مدیریت خدمات بهداشتی و درمانی
۳. طراحی الگوی رسانه سلامت محور
۴. تعیین اولویت های پژوهشی مدیریت ، اقتصاد و سیاست گذاری سلامت
۵. سنجش سواد سلامت بزرگسالان ایرانی ساکن شهرها
۶. هزینه، مطلوبیت عمل جراحی کراتو رفرکتیو از دیدگاه بیماران
۷. مرور جامع روشهای اندازه گیری پرداخت غیررسمی خدمات سلامت





# گزارش نهایی طرح تحقیقاتی

ارائه مدل همکاری بین بخشی برای ارتقای گزارش دهی بیماری‌ها

مجریان طرح

دکتر آیت احمدی

دکتر سیدرضا مجدزاده

موسسه ملی تحقیقات سلامت



## فرم کاربرد نتایج تحقیق طرح‌های پژوهشی

موسسه ملی تحقیقات سلامت در نظر دارد نتیجه طرح‌های تحقیقاتی پایان یافته موسسه را بررسی و با استفاده از فرآیند ترجمان و تبادل دانش (Knowledge Translation & Exchange) دانش تولید شده را در اختیار مخاطبین و ذینفعان (از جمله عموم مردم، سیاست‌گذاران و تصمیم‌گیرندگان حوزه سلامت، گیرندگان و ارائه‌دهندگان خدمات مراقبتی و ...) قرار دهد. لذا ضروری است که کلیه پژوهشگران و اعضای محترم هیئت علمی فرم زیر را جهت سهولت فرآیند ترجمان و تبادل دانش تکمیل نمایند.

**الف- عنوان کامل طرح:** ارائه مدل همکاری بین بخشی برای ارتقای گزارش دهی بیماری‌ها

**نام و نام خانوادگی مجری طرح:** آیت احمدی

**تخصص:** اپیدمیولوژی

**مرتبۀ علمی:** -

**دانشکده/مرکز تحقیقات:** بهره برداری از دانش سلامت

**تلفن همراه:** ۰۹۱۲۳۱۲۰۷۹۴ **پست الکترونیک:** ayat1049@gmail.com

**نام نویسندگان همراه:** دکتر سیدرضا مجدزاده

**ب- مخاطبان طرح شما چه کسانی هستند؟ از بین گروه‌های زیر حداقل یک گروه را انتخاب کنید و به طور دقیق توضیح دهید.**

(گروه مخاطب به فرد یا گروهی گفته می‌شود که بتواند از نتایج طرح به طور مستقیم استفاده کند)

**۱- مردم و بیماران**

**۲- سیاست‌گذاران و تصمیم‌گیرندگان**

هدف از این مطالعه ارائه مدلی است که با در نظر گرفتن جنبه‌های متفاوت برای ذینفعان مختلف در مبحث گزارش دهی، راهنمایی برای برنامه ریزی و اجرای مداخلات مختلف، برای ارتقای گزارش دهی بیماری‌ها در کشور باشد. همچنین با در نظر گرفتن خصوصیات مختلف ذی نفعان، تلاش شده تا مدلی ارائه شود که حداکثر تطابق و انعطاف پذیری را برای شرایط موجود در کشور داشته باشد. نتایج این مطالعه می‌تواند به عنوان منبعی راهنمایی کننده برای سیاست‌گذاران و برنامه ریزان نظام مراقبت کشور باشد.

**۳- ارائه کنندگان خدمات بهداشتی:**

**۴- سایر مخاطبان:**

پژوهشگران علاقمند و سایر ذینفعان در موضوع نظام مراقبت و گزارش دهی بیماری‌ها.

### ج- پیام اصلی حاصل از طرح پژوهشی: (حداکثر ۴۰۰ کلمه):

برطبق نتایج، همکاری بین بخشی می تواند در دستیابی به اهداف نظام مراقبت و گزارش دهی در حوزه های مختلف مفید باشد و فعالیت های مختلف از جمله سیاست گذاری، پژوهش، طراحی، حمایت، قانون گذاری، اجرا و سرمایه گذاری را در بر گیرد. هر چند همکاری بین بخشی می تواند به اشکال مختلف مشارکت را شامل شود اما تجربیات مختلف نشان داده که برنامه های بین بخشی هنگامی که دارای روندهای اجرایی دینامیک و انعطاف پذیر هستند موفقیت بیشتری کسب می کنند. با توجه به ارزیابی های انجام شده از مطالعات مختلف، مشخصات مدل همکاری بین بخشی برای ارتقا گزارش دهی در بخش خصوصی بیشتر به خصوصیات مدل spoke شباهت دارد که در آن مرکز کنترل بیماری ها در کشور تولیت برنامه را بر عهده خواهد داشت و سایر واحدهای داخل و خارج سازمانی بر اساس مقدار اهمیت و تاثیر گذاری در این برنامه در آن ایفای نقش خواهند کرد. در اجرای هر نوع مداخله نیز می بایست ذی نفعان مختلف را شناسایی و تمهیدات لازم برای مشارکت ایشان را فراهم کرد.

#### ۱- اهمیت موضوع:

برای تصمیم گیری مناسب و مبتنی بر شواهد در نظام مراقبت از بیماری های در کشور و ارزیابی درست برنامه های اجرا شده نیاز به اطلاعات درست از وضعیت ابتلا و سلامت در سطح اجرایی می باشد. مهمترین منبع اطلاعاتی در نظام مراقبت بیماری ها در بیشتر کشورها گزارش دهی بیماری ها می باشد. گزارش بیماریها منبع با ارزشی از داده های مربوط به ابتلا می باشد. این داده ها شامل بروز و چگونگی توزیع بیماریهای قابل گزارش هستند. اما معمولاً موارد گزارش شده کمتر از واقعیت هستند و بسیاری از موارد تشخیص داده نشده و یا گزارش نمی گردند.

#### ۲- روش کار و مهمترین یافته های طرح:

##### بخش مرور نظامند:

در این بخش، پس از بررسی اولیه، بانک های اطلاعاتی مختلف مرتبط با موضوع، مورد جستجو قرار گرفت که لیست آنها به شرح زیر است:

Medline(via pub med), Cochrane library, SCOPUS, health technology assessment, (HTA), ERIC database, EPPI-Centre database of health promotion research

برای بررسی منابع خاکستری (Grey literature) از بانک های اطلاعاتی زیر استفاده شد:

Dissertation and theses and grey literature: OpenSIGLE (opensigle.inist.fr), Proquest dissertation

همچنین فهرست منابع مقالات یافت شده، Citation tracking بررسی شد. سایر وب سایت های مرتبط (از جمله WHO Virtual Health Sciences Library و Goggle scholar) نیز مورد جستجو قرار گرفت. مطالعات یافت شده مورد ارزیابی نقادانه قرار گرفت و اطلاعات مرتبط آنها استخراج گردید. در مطالعات مختلف، مدل ها و مداخلات متفاوت برای اهداف مختلفی طراحی شده است. بر

اساس منابع، مدل‌های طراحی شده به ۷ دسته مختلف تقسیم بندی شد و خصوصیات آنها مورد ارزیابی قرار گرفت.

### آنالیز ذینفعان:

ذینفعان مختلف نظام مراقبت و گزارش دهی در سطوح زیر طبقه‌بندی نمود و کارکردها و اهمیت هر یک از سطوح مورد ارزیابی و توصیف قرار گرفت.

- سطح سیاست گذاریهای کلان کشوری
- سطح وزارت بهداشت و درمان و آموزش پزشکی و دانشگاه‌های علوم پزشکی
- سطح مدیریت منطقه‌ای (شهرستان) و سطح محیطی
- بخش خصوصی وابسته به نظام سلامت
- بخش‌های دولتی تاثیرگذار و غیر وابسته نظام سلامت
- بخش‌های غیردولتی تاثیرگذار و غیر وابسته نظام سلامت
- جامعه

همچنین مداخلات مختلف پیشنهاد شده در مطالعات مختلف بر اساس سطوح مختلف ذینفعان طبقه‌بندی شد.

### ۳- برای کاربرد نتایج چه پیشنهادی دارید؟

ارائه خلاصه‌ای از گزارش به سیاست گذاران و تصمیم گیرندگان نظام مراقبت بیماری‌ها.

### ۴- کلید واژگان:

گزارش دهی بیماری‌ها - همکاری بین بخشی - نظام مراقبت

د- با توجه به مخاطبان اصلی طرح چه روشی را برای انتشار یافته‌های حاصل از طرح

مناسب تر می‌دانید؟

- تشکیل جلسه با ذینفعان
- برگزاری سمینار
- معرفی در رسانه‌ها
- ارسال گزارش برای گروه‌های هدف (اعم از ارسال گزارش طرح، Email، RSS و غیره)
- درج در راهنمای بیماران (کتابچه، بروشور، لوح فشرده، وب سایت بیمارستان و غیره)
- درج در راهنمای بالینی / سلامت
- درج در خلاصه سیاستی (Policy Brief)
- سایر (نام ببرید):





## فهرست مطالب

شماره صفحه	عنوان
۷	فصل اول - مقدمه
۱۱	فصل دوم - مرور نظام مند
۱۱	اجرای مرور نظام مند
۱۲	نتایج مرور نظام مند
۲۴	بحث در مورد نتایج مرور نظام مند
۳۱	فصل سوم - آنالیز ذینفعان
۴۱	فصل چهارم - مدل همکاری بین بخشی
۴۱	معرفی مدل
۴۳	اجزای مدل
۴۶	ارزیابی مدل
۵۲	تطبيق مدل با مداخلات
۵۴	مطالعه دلفی
۵۷	منابع



## فصل اول – مقدمه

یکی از مهمترین بخشهای نظام سلامت و یکی از لازمه‌های اصلی برنامه‌های بهداشت عمومی که وضعیت سلامت جامعه را هم به صورت مطلق و هم در مقایسه با سایر نقاط جهان به تصویر می‌کشد، نظام مراقبت از بیماریها می‌باشد [۱-۲]. نظام مراقبت ایده ال نظامی است که در آن تمام بیماران شناسایی شوند. در واقع، توفیق در مبارزه با بیماریها وابسته به کارکردهای نظام مراقبت، وجود ابزارهای مناسب پیشگیری، همراه با برقراری سازوکارهای کنترلی می‌باشد [۳]. نظام مراقبت موظف است داده‌های لازم را برای پیشرفت و ارتقاء برنامه‌های پیشگیری و کنترل بیماریها فراهم آورد، حد مورد انتظار بروز و شیوع بیماریها را تعیین کند و مبنایی برای تشخیص اپیدمی‌ها به وجود آورد، همچنین این نظام، تغییرات اندازه‌های بهداشتی را بررسی می‌کند و بر اساس آنها به تولید فرضیه‌های علمی تولید می‌پردازد [۱]. اطلاعات مربوط به وضعیت موجود سلامت جامعه، معرفی راهکارهای بالقوه موثر برای ارتقاء این وضعیت، نتایج مداخلات مختلف، اولویت‌های مداخله و ... از برون‌دهای نظام مراقبت از بیماریها می‌باشد که نه تنها برای فعالیتهای و حوزه کاری خود نظام مراقبت مورد استفاده قرار می‌گیرد بلکه راهنمایی برای پیشبرد اهداف سایر بخشهای سلامت و حتی سایر حوزه‌های اداره جامعه می‌باشد [۲، ۴]. مهمترین منبع اطلاعاتی در نظام مراقبت بیماریها در بیشتر کشورها گزارش دهی بیماریها می‌باشد. گزارش بیماریها منبع با ارزشی از داده‌های مربوط به ابتلا می‌باشد. این داده‌ها شامل بروز و چگونگی توزیع بیماریهای قابل گزارش هستند. اما معمولاً موارد گزارش شده کمتر از واقعیت هستند و بسیاری از موارد تشخیص داده نشده و یا گزارش نمی‌گردند [۵].

کشور ما نیز، مانند بسیاری از کشورهای دیگر، دارای یک سیستم جاری برای گزارش بیماریها و شرایط خاص بهداشتی است. نظام مراقبت بیماریهای در ایران در نظام خدمات بهداشتی اولیه که قسمت اعظم فعالیتهای بخش دولتی را در راه حفظ و ارتقاء سلامت جامعه شامل می‌شود، ادغام شده است. از این رو نظام مراقبت نه تنها از منظر برنامه ریزی و تولید اطلاعات بلکه از نظر فعالیتهای اجرایی نیز دارای اهمیت بسیار می‌باشد [۶]. در چنین حوزه کاری وسیعی که در برگیرنده زمینه‌های مختلفی است، نظام مراقبت برای انجام مسئولیتها و رسالت خود نیاز به هماهنگی و همکاری فعال و غیر فعال بسیاری از بخشهای زیر مجموعه نظام بهداشتی و بخشهای خارج از نظام بهداشتی دارد. از این رو گسترش و تقویت سیستم مراقبت از بیماریها و پاسخ به نیازهای موجود در سطح جامعه، نیاز به فعالیتهای هماهنگ با سایر بخشها، نیروی انسانی و منابع مالی کافی دارد [۳]. قانون اجباری بودن گزارش بیماریهای قابل گزارش در ایران در سال ۱۳۲۰ به تصویب رسیده است، اما کم گزارش دهی بیماریهای قابل گزارش همچنان به عنوان یک مسئله چالش برانگیز برای سیستم اطلاعاتی نظام سلامت باقی مانده است [۶-۸]. کم گزارش دهی در بسیاری از کشورهای دیگر، اعم از پیشرفته و در حال پیشرفت نیز یکی از مشکلات عمده نظام مراقبت محسوب می‌شود [۹-۱۲]. در همین راستا مطالعات مختلفی در نقاط مختلف دنیا برای بررسی مشکلات و ارائه راهکارها انجام شده است. در مطالعات مختلف که در این زمینه انجام شده است، چند عامل موثر، مانند آموزش، مشوقها و جریمه‌های مالی، پسخوراند، ملاحظات اخلاقی

گزارش دهی و ... مورد اشاره و بررسی قرار گرفته است. در کنار این نتایج، همچنین تاکید شده که این مداخلات به تنهایی موثر نبوده و نیاز به توجه سایر جنبه‌های گزارش دهی نیز وجود دارد [۱۲]. بر اساس نتایج مطالعات مختلف می‌توان برداشت کرد که ارتقا گزارش دهی مسئله پیچیده‌ای است و نمی‌توان با یک مداخله خاص وضعیت مطلوب و پایدار ایجاد کرد [۱۲]. بر این اساس میزان موفقیت و کارایی گزارش دهی بیماری‌ها، وابسته تعاملات بین نظام مراقبت و سلامت، دولت، مردم و ارائه‌کنندگان خدمات در بخش‌های غیر دولتی می‌باشد. هر گونه تلاشی برای ارتقاء این تعاملات، باید با در نظر گرفتن نیازها، سرمایه‌ها و ساختارهای موجود، در کنار استفاده از بالاترین سطح شواهد انجام شود. در حال حاضر شواهد معتبری مبنی بر اهمیت تعیین‌کننده‌هایی از سلامت وجود دارد که می‌توانند موجبات ارتقا سلامت جامعه را موجب شود اما اصلاح و یا تغییر آنها، اغلب خارج از حوزه سلامت است. وجود چنین تعیین‌کننده‌هایی در حوزه‌های مختلف، نیاز به همکاری بخش‌های مختلف از سطوح مختلف را نشان می‌دهد [۱۳]. همکاری بین بخشی این امکان را فراهم می‌آورد تا کلیه سرمایه‌ها، دانش و ابزار موجود در مورد حل یک مسئله پیچیده، که برطرف کردن آنها خارج از ظرفیت و توان یک ارگان به تنهایی است، در کنار یکدیگر قرار گیرند. این کلیت می‌تواند هم شامل اجزای مختلف روند اجرا و هم شامل جزئیات ساختارهای موجود باشد و به عنوان راهبردی برای کسب اهداف مشترک در حوزه‌های مختلف، از جمله سیاست‌گذاری، پژوهش، برنامه ریزی، اجرا، سرمایه‌گذاری و ... مورد استفاده قرار گیرد. از این رو مداخلات ممکن برای ارتقا وضعیت گزارش دهی در نظام مراقبت بیماریها نیز نمی‌تواند، مستقل از وضعیت ذینفعان مختلف عمل کند. در نظر گرفتن ارزش‌ها، علایق و محدودیت‌های مربوط به ذینفعان مختلف در موضوعات مختلف موجب افزایش احتمال مشارکت فعالانه ایشان و بهبود همکاری‌های بین بخشی می‌شود [۱۳]. فعالیت‌های بین بخشی معمولاً در برگیرنده اشکال مختلفی است و شواهد نشان داده که اشکال مختلف این رویکرد می‌تواند با روندی انعطاف پذیر و پویا موفقیت‌های زیادی را در پی داشته باشند و موجبات ایجاد موقعیتی برد-برد برای تمام ذینفعان را فراهم آورد [۱۴]. جنبه‌های مختلف همکاری بین بخشی می‌تواند شامل نیازسنجی، توسعه اهداف، برنامه ریزی، بودجه بندی، ارزیابی نتایج، شناسایی ذینفعان، درگیر ساختن افراد کلیدی، گروه هدف محوری، تبیین ارزش‌ها و اهداف برای بخش‌های مختلف و ... باشد. وجه تمایز اصلی این نوع رویکرد برخورد با مسائل با رویکرد تک سازمانی، وجود تمایل شرکت‌کنندگان از بخش‌ها و سطوح مختلف برای برآورده کردن اهداف مشترک می‌باشد [۱۵]. به طور کلی موفقیت اجرای برنامه‌ها و مداخلات به صورت بین بخشی در بسیاری از زمینه‌های بهداشتی و مدیریتی و در سطوح مختلف به اثبات رسیده است و در منابع مختلف مدل‌های گوناگون برای کارکرد بهینه مداخلات و برنامه‌های مربوطه ارائه شده است [۱۵]. در واقع اطمینان از برآورده شدن و ارتقا بسیاری از موقعیت‌های بهداشتی بدون وجود رویکرد بین بخشی امکان پذیر نمی‌باشد. همکاری بین بخشی همچنین می‌تواند موجب تصمیمات موثرتر در همه سطوح سیاست‌گذاری، اجرا، برنامه ریزی و مدیریت شود. همچنین تجمیع منابع، دانش و تجربیات بخش‌های مختلف با تخصص‌های متفاوت، می‌تواند موجب کاهش موازی کاری و ایجاد زمینه‌های نو برای همکاری شود. اینچنین زمینه‌های اغلب موجب

توانمند سازی ذی نفعان مختلف در رفع موانع متفاوت می‌شود و موجبات توسعه پایدار منابع انسانی را ایجاد می‌کند [۱۵]. هدف از این مطالعه نیز ارائه مدلی است که با در نظر گرفتن این موضوعات برای ذینفعان مختلف در مبحث گزارش دهی، راهنمایی برای برنامه ریزی و اجرای مداخلات مختلف، برای ارتقای گزارش دهی بیماری‌ها در کشور باشد. همچنین با در نظر گرفتن نظرات خبرگان موضوع، تلاش می‌شود تا مدل ارائه شده حداکثر تطابق و انعطاف پذیری را برای شرایط موجود در کشور داشته باشد. ارائه گزارش این مطالعه علاوه بر اینکه می‌تواند منبعی برای سیاستگذاران برای تصمیم گیری و راهنمایی برای پژوهشگران علاقمند باشد، موضع و جایگاه سایر ذینفعان را در موضوع گزارش دهی مشخص کند. جایگاهی که بسیاری از ذینفعان خارج و داخل نظام بهداشتی کشور از آن مطلع نیستند. این مطالعه از بخش مرور سیستماتیک، بخش آنالیز ذینفعان و مطالعه دلفی تشکیل شده است که گزارش بخش مرور نظام مند و آنالیز ذینفعان آن در ادامه آمده است. گزارش نهایی طرح پس از اتمام مراحل عملی تهیه می‌گردد.



## فصل دوم – مرور نظام‌مند

### اجرای مرور نظام‌مند

در این بخش، پس از بررسی اولیه، بانک‌های اطلاعاتی مختلف مرتبط با موضوع، مورد جستجو قرار گرفت که لیست آنها به شرح زیر است:

Medline(via pub med)

Cochrane library

SCOPUS

health technology assessment (HTA), ERIC database

EPPI-Centre database of health promotion research

برای بررسی منابع خاکستری (Grey literature) از بانک‌های اطلاعاتی زیر استفاده شد:

Dissertation and theses and grey literature: OpenSIGLE ([opensigle.inist.fr](http://opensigle.inist.fr)), Proquest dissertation

همچنین فهرست منابع مقالات یافت شده، Citation tracking بررسی شد. سایر وب سایت‌های مرتبط (از جمله CDC و WHO Virtual Health Sciences Library و Goggle scholar) نیز مورد جستجو قرار گرفت.

کلمات کلیدی انتخاب شده برای جستجو با استفاده از واژه‌های Mesh و واژه‌های عمومی بود که به شرح زیر می‌باشد:

Collaboration

Intersectoral

Model, organizational

Public health practice

Disease surveillance

Disease notification

(□۱ OR □۲)

□۴ OR □۵ OR □۶

□۳AND □۷AND□۸

به طور مثال برای جستجوی بانک اطلاعاتی medline استراتژی جستجو به شکل زیر به کار رفت:

model[All Fields] AND behavioural[All Fields]) OR (model[All Fields] AND )))

behavioural[All Fields]) OR (models[All Fields] AND ("organizations"[MeSH Terms] OR "organizations"[All Fields] OR "organizational"[All Fields])) OR (model[All Fields] AND conceptual[All Fields])) AND (intersectoral[All Fields] OR ("cooperative behavior"[MeSH Terms] OR ("cooperative"[All Fields] AND "behavior"[All Fields]) OR "cooperative behavior"[All Fields] OR "collaboration"[All Fields])) AND ("public health practice"[MeSH ([Terms] OR "disease surveillance"[All Fields] OR "disease notification"[All Fields

کلیه جستجوها بدون محدودیت در زمان انتشار و یا نوع مطالعه مورد جستجو قرار گرفت. بعد از انجام جستجو، عناوین و خلاصه مقالات مورد بررسی قرار گرفت و کلیه مطالعاتی که مدل یا مداخله‌ای برای ارتقا گزارش دهی معرفی یا ارزیابی کرده بودند وارد مطالعه شدند. جهت بررسی مطالعه از نظر داشتن شرایط ورود، در ابتدا عنوان و خلاصه مقاله مورد بررسی می‌گرفت و در صورت وضوح عدم حصول معیارهای ورود، در همین مرحله از مطالعه خارج شدند. اگر با مطالعه خلاصه مقاله، تصمیم‌گیری در مورد آن مبهم بود متن مقاله به طور کامل مطالعه می‌شد. جدول شماره ۱ تعداد مقالات انتخاب شده در هر مرحله را نشان می‌دهد.



## نتایج مرور نظام مند

جدول شماره ۱: تعداد مقالات در هر مرحله از جستجو و انتخاب مطالعات

انتخاب بر اساس چکیده	انتخاب بر اساس عنوان	نتایج جستجو
۲۹	۴۲	۱۲۰
۶	۱۲	۲۱
۵	۲۰	۶۳
۰	۲	۱۳
۱	۱	۷
۰	۰	۰
۰	۲	۱۷

در جدول شماره ۲، مشخصات مختلف مطالعات انتخاب شده آورده شده است.

جدول شماره ۲: فهرست مطالعات انتخاب شده و خلاصه اطلاعات استخراج شده از هر مطالعه

نتیجه گیری نهایی	اهداف	زمینه کاری/نوع مطالعه	عنوان	نویسنده/تاریخ	شماره
ever more important for food safety officials, policy makers, and researchers to understand the key role that laws play in a state's ability to effectively and quickly detect and respond to outbreaks of foodborne illness.	discussing some of the overarching themes which encountered throughout the review of state laws and development of the database, and highlight key initial findings that may have important implications for food safety stakeholders	Data review/foodborne	Navigating the Legal Framework for State Foodborne Illness Surveillance and Outbreak Response: Observations and Challenges	David ۲۰۱۳	۱
Efforts to improve surveillance of those infections for which isolation of a pathogen is tantamount to a diagnosis should concentrate on laboratory-based reporting and the use of currently available computer telecommunication systems.	compared the passive reporting system for invasive disease caused by Neisseria meningitidis and Haemophilus influenzae with a concurrent, active laboratory-based system in the four metropolitan counties of Tennessee	trial/ different parts of surveillance system	The reporting of communicable diseases: a controlled study of Neisseria meningitidis and Haemophilus influenzae infections	Standaert ۲۰۱۲	۲
Private health care in these countries is a heterogeneous mix of qualified and unqualified providers, modern and alternative health systems, and facilities that range from corporate to charitable institutions. Quality of care, therefore, is highly variable.	description of Private health care in Pakistan and India	descriptive/private sector	Tuberculosis control: business models for the private sector	Baloch ۲۰۱۲	۳
To maximize physician reporting, it is important for public health agencies to emphasize both the legal and public health basis for reporting conditions in correspondence to physicians.	evaluation of the effects of using different appeals to promote complete and timely reporting to the New York State Occupational Lung Disease Registry	trial/ physicians who had not reported patients	The effect of message type on physician compliance with disease reporting requirements	Brissette ۲۰۱۲	۴
The developed MSASS is an effective form of public health surveillance suitable for communities at a district level	develop a suitable Model for Substance Abusing Surveillance System (MSASS) in communities	descriptive /Substance Abusing	model development for Substance Abusing Surveillance System (MSASS) in communities	pongmadar ۲۰۱۲	۵

نتیجه گیری نهایی	اهداف	زمینه کاری/نوع مطالعه	عنوان	نویسنده/تاریخ	شماره
Despite improved communication between the health department and clinics, this intervention did not significantly improve the level or the timeliness of reporting. Other types of interventions should be considered to improve reporting such as simplifying the reporting process.	sought to determine if a brief informational session between clinic and health department employees followed by reminder faxes and a newsletter would improve reporting rates and timeliness in a notifiable disease surveillance system	trial/ Ambulatory clinics	An intervention to improve notifiable disease reporting using ambulatory clinics	Trepka۲۰۱۲	۶
The electronic information-based intervention led to a significant increase in clinician reporting of reportable diseases. Considering the ease and low cost of implementing such programs, they are an attractive method for increasing clinician reporting of public health conditions.	sought to determine whether an intervention utilizing electronic media increases public health reporting by clinicians.	trial/ clinicians in hospitals in the county of Philadelphia	Improving disease reporting by clinicians: the effect of an internet-based intervention	Ward۲۰۱۲	۷
Regular phone reminders significantly improved timeliness of reports in clinics and ships, whereas supervision visits led to improved data quality only among clinics. Further investigations are needed to establish the cost-effectiveness and optimal use of each of these strategies.	assessed the effect of two interventions on such attributes in Alerta, an electronic disease surveillance system in the Peruvian Navy.	trial/ reporting unit of Peruvian Navy	Impact of two interventions on timeliness and data quality of an electronic disease surveillance system in a resource limited setting (Peru): a prospective evaluation	Huaman۲۰۱۲	۸
the situation had improved after the intervention period while in the control group the situation was still similar. Six out of seven university hospitals ( ۴/۵ universities) in the intervention group had set up a department of TB control, and all the hospitals had assigned a physician for T B control; had formulated guide lines on reporting and referral of TB suspects; had established a cooperation with t he CDC; and had arranged health education activities on TB for	to improve arrival of TB suspects identified by universities at the CDCs in order to manage them under standardized, directly observed treatment-short course (DOT S) condition s according to the Nation al Tuberculosis Programme (NTP) guidelines	CLUSTER RANDOMIZED TRIAL/ China universities student	Improving detection and notification of tuberculosis cases in students in Shaanxi province, China: an intervention study	zhang۲۰۱۱	۹

نتیجه گیری نهایی	اهداف	زمینه کاری/نوع مطالعه	عنوان	نویسنده/تاریخ	شماره
With adequate support, AFENET's approach provides a logical, sustainable and strategic model with a multiplicative effect that can enable countries in resource limited settings attain and sustain the IHR laboratory capacity.	discuss some of the efforts made by the African Field Epidemiology Network (AFENET) in supporting laboratory capacity development in the Africa region.	descriptive/ African Field Epidemiology Network (AFENET)	Laboratory capacity building for the International Health Regulations (IHR[۲۰۰۵]) in resource-poor countries: the experience of the African Field Epidemiology Network (AFENET)	Masanza ۲۰۱۰	۱۰
Best surveillance practices fell into ۲ domains: efficient use of the electronic surveillance system and use of surveillance data for local evaluation and program management. Timely and accurate surveillance can be achieved in the setting of restricted funding experienced by many LHDs. Adopting best surveillance practices may improve both efficiency and public health outcomes.	assessed the timeliness, accuracy, and cost of a new electronic disease surveillance system at the local health department level. We describe practices associated with lower cost and better surveillance timeliness and accuracy.	qualitative study and data review/ local health department (LHD) staff	We can have it all: improved surveillance outcomes and decreased personnel costs associated with electronic reportable disease surveillance, North Carolina, ۲۰۱۰	Samoff ۲۰۱۰	۱۱
the TB control model can provide valuable lessons for infection control practitioners to prepare for, identify, investigate, and control outbreaks of communicable diseases to prevent transmission in correctional facilities and to the surrounding community	descriptive of lesson learned of TB control model	descriptive/ infectious disease	Tuberculosis Control: Lessons for Outbreak Preparedness in Correctional Facilities	Parvez ۲۰۱۰	۱۲
By better identifying areas of overuse and underuse and thus enabling more precise targeting of health care dollars to where they do the most good, P4P could play a key role in repairing our fundamentally flawed payment system.	Description of Physicians Quality Reporting Initiative (PQRI) P4P	reviews of information/ P4P PQRI	Pay for Performance and the Physicians Quality Reporting Initiative in Neurologic Practice	Stevens ۲۰۱۰	۱۳

نتیجه گیری نهایی	اهداف	زمینه کاری/نوع مطالعه	عنوان	نویسنده/تاریخ	شماره
Incidents occur much more frequently than previously observed.	To examine characteristics of incident reporting after introduction of voluntary, non-punitive incident reporting system for NICUs	Prospective multicenter survey/hospital NICUs, Netherlands	Specialty base voluntary incident reporting in neonatal intensive care: description of ۴۸۴۶ incident case	Snijders ۲۰۰۹	۱۴
Strama's multidisciplinary and multisectorial programme has developed into a coordinated national effort that has contributed to a decrease in antibiotic use without measurable negative consequences. The multidisciplinary approach, the collaboration with the local drug and therapeutics committees and microbiology laboratories and the political support at national level.	detailed Strama's activities to preserve the effectiveness of antibiotics in humans and animals	descriptive/antibiotic resistance in human and animals	Strama – a Swedish working model for containment of antibiotic resistance	Mölstad ۲۰۰۸	۱۵
. The HIPAA provides mechanisms to address some of the challenges, although the exact method will vary with the context. Some issues, such as how disclosures must be accounted for, remain unclear. Different combinations and implementations of the approaches defined here will likely be developed in the future	review the privacy requirements of non-mandated large-scale data sharing between clinical data sources and public health, and propose the HIPAA implications for those requirements, and we describe several approaches to accomplish expanded reporting in the context of HIPAA	descriptive/proposing a model of reporting by emphasis on privacy requirements	A Model for Expanded Public Health Reporting in the Context of HIPAA	Sengupta ۲۰۰۸	۱۶
The problems preventing decision makers from having access to information are many and complex. The assessments identified no fewer than eight problem areas that impeded decision makers' access to information. The most common deficiencies were concerning the design of the system, ongoing training of personnel and dissemination of data from the system.	The Data for Decision Making (DDM) project developed a conceptual model for a data-driven health system. This model included a systematic methodology for assessing access to information to be used as a basis for improvement in national health surveillance systems.	qualitative study/different levels of surveillance system	The Data for Decision Making project: assessment of surveillance systems in developing countries to improve access to public health information	Wilkins ۲۰۰۸	۱۷

نتیجه گیری نهایی	اهداف	زمینه کاری/نوع مطالعه	عنوان	نویسنده/تاریخ	شماره
Differing models for communicating carrier results raise concerns about equity and clinical governance. However, this variation provides opportunity for evaluation. Timely and more detailed guidance on protocols with clarification of existing recommendations is needed	Describe current or proposed models for imparting this information in practice explore associated challenges for policy	qualitative study/ Child Health Coordinators from 1 English Health Regions.	impairing carrier status results detected by universal newborn screening for sickle cell and cystic fibrosis in England: a qualitative study of current practice and policy challenges	Parker ۲۰۰۷	۱۸
Public-private collaborations can be successfully implemented at the district level in India, and have the potential for substantial contributions to TB control efforts in India	To evaluate the contribution of public-private collaboration between the Indian tuberculosis (TB) programme and the private health sector (including non-governmental organizations and private providers) to TB case-detection and treatment outcomes in Meerut district, India	Descriptive/Indian District TB registers	Public-private mix TB activities in Meerut, Uttar Pradesh, North India: delivering dots via collaboration with private providers and non-governmental organizations.	SEHGAL ۲۰۰۷	۱۹
The EU has supported the interprofessional approach in the field of foodborne zoonoses through a series of legislative and professional initiatives. These are based on the improvement and standardisation of diagnostic procedures and surveillance. The exchange of information at the national and international levels is also mandatory.	the models of collaboration provided by the activities of the WHO/Mediterranean Zoonoses Control Centre and by the Med-Vet-Net network of the European Community represent relevant examples.	descriptive/ Zoonoses	Multidisciplinary collaboration in veterinary public health	Busani ۲۰۰۶	۲۰
The success of the OKAlert-ILI System demonstrates that PBRNs have a significant potential for bridging the communication gap between the public and private healthcare sectors. Their unique position and affiliation with an array of healthcare entities empowers them to develop and implement viable disease surveillance solutions that are	To describe how the Oklahoma Physicians Resource/Research Network connected ۳۰ primary care providers to the Oklahoma State Department of Health and how surveillance results were analyzed and fed back to the clinicians on a weekly basis. To demonstrate the timeliness, sensitivity, specificity,	Health system research	Bridging the Gap Between Public and Private Healthcare: Influenza-like Illness Surveillance in a Practice-based Research Network	Nagykaldi ۲۰۰۶	۲۱

نتیجه گیری نهایی	اهداف	زمینه کاری/نوع مطالعه	عنوان	نویسنده/تاریخ	شماره
accepted and utilized by all parties. They are able to understand and approach all stakeholders and bring together professionals with a variety of expertise to develop and implement a complex public health solution cost effectively.	acceptability, validity, flexibility, and cost of the system. To Describe upgrades and enhancements to the system based on user evaluation and feedback				
The proportion of personnel who were aware of the surveillance system increased from ۳۵,۶% to ۹۱,۹% (p=۰,۰۰) and the mean knowledge score increased from ۰,۸۵+/-۱,۳۸SD to ۶,۱۵۲,۶۴SD (p=۰,۰۰) post intervention in the experimental group. The percentage completeness was ۲,۳% before and ۵۲,۰% after (p=۰,۰۰), while the percentage timeliness was ۰,۰% before and ۴۲,۹% after (p=۰,۰۰) in the experimental group. These statistically significant differences were however not demonstrated in the control group. Training therefore had a positive effect on health personnel knowledge, reporting requirement and the timeliness and completeness of the disease surveillance and notification system.	compared a study and control group "before and after" an intervention (training programme) in the study group	quasi-experimental/ Health workers	The effect of training on the reporting of notifiable diseases among health workers in Yobe State, Nigeria	Bawa ۲۰۰۵	۲۲
The document provides a framework for legislators, but does not provide model legislation. HICPAC recommends that persons who design and implement such systems ۱) use established public health surveillance methods when designing and implementing mandatory HAI	intended to assist policymakers, program planners, consumer advocacy organizations, and others tasked with designing and implementing public reporting systems for HAIs.	The document provides a framework for legislators, but does not provide model legislation.	Guidance on Public Reporting of Healthcare-Associated Infections: Recommendations of the Healthcare Infection Control Practices Advisory Committee	McKibben ۲۰۰۵	۲۳

نتیجه گیری نهایی	اهداف	زمینه کاری/نوع مطالعه	عنوان	نویسنده/تاریخ	شماره
reporting systems; ۲) create multidisciplinary advisory panels, including persons with expertise in the prevention and control of HAIs, to monitor the planning and oversight of HAI public reporting systems; ۳) choose appropriate process and outcome measures based on facility type and phase in measure to allow time for facilities to adapt and to permit ongoing evaluation of data validity; and ۴) provide regular and confidential feedback of performance data to healthcare providers					
Following the individual interviews with CHP informants, we developed a preliminary hypothetical model of information reformulation, organization and access based on our interpretation of CHP informants' responses to the interview questions and prior findings from the BCDC informants	(۱) characterization of information needs of practitioners (۲) identification of typical information seeking behaviors, and (۳) assessment of barriers to information access.	Qualitative study/health practitioner	Identifying strategies to improve access to credible and relevant information for public health professionals: a qualitative study	LaPelle ۲۰۰۵	۲۴
The future development of the EHR-PH systems should enable the utilization of PHIN Vocabulary Services, PHIN Messaging Service, PHIN Security Standards, and Common CDC Area Module Services. This further illustrates potential synergies between ongoing efforts in data integration in public health, i.e. PHIN, with those underway at the national level, i.e., NHIN and RHIO/RHIE efforts, and speaks to a "perfect storm" of opportunities to truly improve our private and public	The goal of this paper is to describe an EHR-PH system prototype - a collaborative public-private partnership effort to demonstrate the feasibility of reporting EHR data from a HCP to multiple customized, public health systems using the HL7 messaging standard.	descriptive/ Hospital of Birth	An Electronic Health Record - Public Health (EHR-PH) System Prototype for Interoperability in ۲۱st Century Healthcare Systems	Orlova ۲۰۰۵	۲۵



نتیجه گیری نهایی	اهداف	زمینه کاری/نوع مطالعه	عنوان	نویسنده/تاریخ	شماره
health systems to the betterment of all.					
In the context of the increasingly complex structure of healthcare delivery combined with government budgetary restraints imposed by the poor economy in recent years, use of public-private models can help streamline and standardize health screening services. Preferred provider networks would allow rapid implementation of health screening with smooth transition into primary care.	explore the Massachusetts model of public-private collaboration within the context of federal refugee health priorities and current state fiscal restraints affecting public health programs, and demonstrate the model's accomplishments.	descriptive/Massachusetts model of public-private collaboration	A private-sector preferred provider network model for public health screening of newly resettled refugees.	Geltman ۲۰۰۵	۲۶
The HHAN alert system allows rapid, efficient alerting and bidirectional communication among public health and private-sector partners. Automatic generation of alerts saves time because epidemiologists do not have to manually review data each day to define clusters. Issues identified in the implementation of the system include the need to generate and make accessible to public health signal-specific line lists, a problem that is being addressed.	describes the experience gained and outlines remaining challenges Massachusetts syndromic surveillance	Descriptive/Massachusetts syndromic surveillance	Connecting Health Departments and Providers: Syndromic Surveillance's Last Mile	Daniel ۲۰۰۵	۲۷
conclude that the best system of surveillance for a disease may be different from another one. We recommend the establishment of a clinician-based reporting system for SARS, similar to current notifiable disease reporting, which collects as much information as possible about individual cases.	describes a set of criteria that were constructed which we believe are important for the effective surveillance of a disease	literature review/for some infectious disease	What are the most appropriate methods of surveillance for monitoring an emerging respiratory infection such as SARS?	Greaves ۲۰۰۴	۲۸

نتیجه گیری نهایی	اهداف	زمینه کاری/نوع مطالعه	عنوان	نویسنده/تاریخ	شماره
A combination of the strengths of private practitioners, nongovernmental organizations, and the public sector in a public-private partnership can be used to provide a service that is liked by patients and gives high rates of treatment success and increased rates of patient notification. Similar public-private partnerships are likely to be replicable elsewhere, as inputs are not large and no special requirements exist	To implement and evaluate a public-private partnership to deliver the internationally recommended strategy DOTS for the control of tuberculosis (TB) in Lalitpur municipality, Nepal, where it is estimated that ۵۰% of patients with TB are managed in the private sector.	Before after study/ private sector partnership in TB	Control of tuberculosis in an urban setting in Nepal: public-private partnership	Newell ۲۰۰۴	۲۹
In routine practice, pharmacy data might be used for active TB case-finding, with direct reporting from organizations dispensing drug information, such as health plans or PBMs, to local or state health departments. Such reporting would require verifying case status by health department personnel. Automated pharmacy data also provided useful information about physicians' management of TB and about patients' adherence to prescribed therapy.	Evaluation the contribution of pharmacy data to overall TB surveillance and to assessing the quality of TB management	data review/ Pharmacy data of three different health plans in Michigan (۱۹۹۳- ۱۹۹۹), Missouri (۱۹۹۶-۱۹۹۸), and Tennessee (۱۹۹۸)	Pharmacy Data for Tuberculosis Surveillance and Assessment of Patient Management	Yokoe ۲۰۰۴	۳۰
The model contains elements considered critical for design of leadership programs in public health and can be used by both professional development and academic programs to shape their design of leadership curricula.	This article presents a conceptual model and competency framework for collaboration among national health education professional organizations, the Centers for Disease Control and Prevention, and a school of public health	descriptive of National Public Health Education Leadership Institute	Health education leadership development: a conceptual model and competency framework	. Wright ۲۰۰۳	۳۱
The tendency towards increased case detection associated with this PPM indicates a potential for utilising PPs to improve case detection. However, the NTP and PPs should jointly address the	To assess the impact on case detection of a public-private mix (PPM) project linking private providers (PPs) to the National Tuberculosis Programme (NTP).	monitoring of referral and diagnostic data recorded in new referral forms	Public-private mix for improved TB control in Ho Chi Minh City, Vietnam: an assessment of its impact on case detection	quy ۲۰۰۳	۳۲

نتیجه گیری نهایی	اهداف	زمینه کاری/نوع مطالعه	عنوان	نویسنده/تاریخ	شماره
problem of initial default before considering expansion of this PPM model.		and treatment cards for private physicians			
Key elements of the collaboration include mutual respect, relative independence of the members, maintenance of a public health focus through continued CDC involvement, and a strong emphasis on continuous quantitative evaluation of performance and efficiency.	descriptive of to promote research within local TB control programs through collaboration on clinical research relevant to public health settings; and eventually to provide a forum for international collaborative research of importance to both domestic and international TB control.	descriptive/public health at the federal and local levels, and the commercial sector.	The Tuberculosis Trials Consortium: A Model for Clinical Trials Collaborations	CDC۲۰۰۱	۳۳
Within the surveillance process, communication and team spirit between infection control and patient care personnel showed a remarkable improvement. Awareness and compliance with hospital hygiene and infection control practices could be raised without directive interaction	describes the establishment of a rotating surveillance system and infection control guidelines in ۴ ICUs, with special focus on the influence of staff attitude toward infection control.	before-after/University Hospital Aachen is a ۱۵۰۰-bed tertiary referral center.	Implementing and evaluating a rotating surveillance system and infection control guidelines in ۴ intensive care units.	Lemmen۲۰۰۱	۳۴
Drug related alerts were more highly rated than health maintenance or disease state reminders. Users indicated that more alerts would make the system "more useful" but "less easy to use".	how users value and prefer alerting in the setting of the outpatient Electronic Medical Record (EMR).	descriptive/clinicians	Subjective Assessment of Usefulness and Appropriate Mode of Alerts and Presentation Reminders in the Outpatient Setting	Krall۲۰۰۱	۳۵
Case-findings in ۱۶ out of the ۲۴ selected diseases showed an increase of up to ۳۰ times compared to passive case finding. This was due more to the greater efficiency of the method than to cohort epidemics.	To evaluate establishing Communicable Diseases Committee which determined ۲۴ priority infectious diseases for active reporting	INTERVENTIONAL/COMMUNICABLE DISEASE	Active case-finding of communicable diseases in the south of the Islamic Republic of Iran.	Karimi۲۰۰۰	۳۶
providing examples of collaborative strategies	describe important elements of collaboration that state, local, and academic partners may wish to consider when developing models	review of the literature	Collaboration for health improvement: models for state, community, and academic partnerships.	Berkowitz۲۰۰۰	۳۷

نتیجه گیری نهایی	اهداف	زمینه کاری/نوع مطالعه	عنوان	نویسنده/تاریخ	شماره
Computer-assisted telephone interviews provide an equally good coverage as the traditional methods. All this enables to record behavioural changes nearly as sensitively as a seismograph and also to monitor prevention and corrective action in their effects almost in real-time, and, moreover, for a long time (i.e. longitudinally). This approach could be a model for a scientific modernisation of Public Health Service information services.	for health improvement an epidemiologically sound health reporting to present concisely relevant health data in a manner similar to that of management information systems and to comment and interpret them for rational action. Its goal is to deliver the right information at the right time at the right place and in suitable form	descriptive/surveillance system	Development of an epidemiologically based health reporting system	Wildner ۱۹۹۸	۳۸
The relative risk for the number of physicians reporting at least one case was ۵,۹ (۹۵% CI ۲,۶-۱۳,۲). The intervention had an impact on reporting of notifiable diseases by physicians.	determine if a heightened, passive surveillance system increases the number of physicians reporting two notifiable diseases during a six-month period	trial/ community-based primary care physicians in two counties in Eastern Ontario	improved disease reporting: a randomized trial of physicians	Squires ۱۹۹۸	۳۹
Effective management of genital chlamydial infection is achievable in settings outside GUM clinics using a collaborative approach which incorporates cross referencing between community based services and GUM clinics.	develop and assess a coordinated model of care for effective management of genital chlamydial infection in young women, identified through a selective screening programme in a community based teenage health clinic	before after/ pregnancy care	A collaborative approach to management of chlamydial infection among teenagers seeking contraceptive care in a community setting.	James ۱۹۹۱	۴۰
substantial technical advantages to an intersectoral, multidimensional approach to parasitic disease control. In particular, analysis reveals that information system designs can significantly enhance the effectiveness of disease intervention through a higher level of sensitivity to such factors as disease etiology, socioeconomic conditions, and population health beliefs and perceptions.	consider the design of information systems in terms of organizational contextual factors and user/decision-maker preferences relevant to the structure and operation of such information systems.	descriptive/ public health programs	Structuring information systems for more effective disease control programs.	Syst ۱۹۸۲	۴۱

## بحث در مورد نتایج مرور نظام مند

برطبق نتایج همکاری بین بخشی می‌تواند در دستیابی به اهداف در حوزه‌های مختلف مفید باشد و فعالیت‌های مختلف از جمله سیاست گذاری، پژوهش، طراحی، حمایت، قانون گذاری، اجرا و سرمایه گذاری را در بر گیرد. هر چند همکاری بین بخشی می‌تواند به اشکال مختلف مشارکت را شامل شود اما تجربیات مختلف نشان داده که برنامه‌های بین بخشی هنگامی که دارای روندهای اجرایی دینامیک و انعطاف پذیر هستند موفقیت بیشتری کسب می‌کنند. در مطالعات مختلف، مدل‌های متفاوت برای اهداف مختلفی طراحی شده است. بر اساس منابع، مدل‌های طراحی شده را می‌توان به ۷ دسته مختلف تقسیم بندی کرد که در زیر آمده است، عمده تفاوت‌های این مدل‌ها در سطح افراد شرکت کننده و سطح فعالیت‌های آنها می‌باشد:

۱. Multidisciplinary: موقعیتی که در آن شرکت کنندگان مختلف با فعالیت‌های متفاوت بر روی یک پروژه خاص کار می‌کنند که معمولاً محدود و موقتی است و ممکن است اعضای مختلف در گروه‌های متفاوت لزوماً با یکدیگر برخورد نداشته باشند اما در موقعیت کاری خود به عنوان یک تیم با سایرین برای هدفی مشترک فعالیت می‌کنند.
۲. Interdisciplinary: این سطح از مشارکت به صورت عمیق‌تر در بین اعضای تیم می‌باشد و دربردارنده ادغام دانش و تجربه اعضای مختلف می‌باشد. خصوصیت مهم این نوع همکاری تاکید بر مالکیت هدف و مشارکت در تصمیم‌گیری برای اعضای مختلف می‌باشد. اعضای تیم همکاری در گرفتن مسئولیت‌ها و اجرای برنامه‌ها به صورت انعطاف پذیر همکاری می‌کنند.
۳. Transdisciplinary: این نوع همکاری اغلب در جهت رسیدن به یک هدف حرفه‌ای بر اساس توافق و ورای مرزهای شغلی و حرفه‌ای است. در این نوع همکاری اعضای مختلف می‌توانند مسئولیت‌های متفاوتی را بر عهده بگیرند که لزوماً متناسب با تخصص و تجربه آنها نباشد.
۴. Case management: این مدل بیشتر در موارد بالینی است، وقتی که یکی از اعضای تیم یا یکی از سازمان‌ها وظیفه هدایت فعالیت‌های یک مورد خاص را بر عهده می‌گیرد. این واحد یا فرد ممکن است دارای تخصص و تجربه در مدیریت فعالیت‌های مربوط به مورد خاص را داشته باشد یا از طریق سایر مدل‌های همکاری انتخاب شده باشد. مدل spoke تعدیل یافته مدل case management است که در آن یک سازمان یا ارگان وظیفه تسهیل تعامل بین واحدهای همکار را برای رسیدن به هدف مشترک برعهده دارد. البته این مدل بیشتر در صنایع کامپیوتر و تولید نرم افزار به کار می‌رود. در این مدل با وجودیکه واحدهای مختلف می‌توانند در مکان‌های متفاوتی فعالیت کنند اما نیاز به شرایط و فضای مشترک برای همکاری وجود دارد. این محیط مشترک منجر به تسهیل فعالیت‌های مربوط به طراحی و هم فعالیت‌های مربوط به اجرا می‌شود [۱۶].

هرچند بیشتر مطالعات سلامت محور بر نوع دوم مدل تاکید داشته اند و لزوم مشارکت ذینفعان مختلف از جمله مردم را در برنامه‌های بهداشتی مورد تاکید قرار داده اند، اما این مدل برای همه فعالیت‌ها مناسب نیست. به طور کلی می‌توان گفت که می‌توان یک مدل خاص را برای قسمتی از فعالیت‌ها به کار برد یا می‌توان مدل‌های مختلف را برای یک فعالیت خاص تطبیق داد اما نمی‌توان همه مدل‌ها را برای همه فعالیت‌ها استفاده کرد.

در به کار بردن مدل‌های همکاری در هر برنامه و فعالیت مراحل مشخصی در جهت موفقیت باید رعایت گردد:

- ارائه اطلاعات معتبر و مبتنی بر شواهد علمی معتبر برای فعالیت‌های بین بخشی موثر
- تجمیع اطلاعات موجود در مورد تاثیر مفید و فاکتورهای موثر در موفقیت فعالیت‌های بین بخشی به شکل عملی و مفید برای تصمیم گیرندگان و شرکت کنندگان در برنامه بین بخشی
- تشویق و سرمایه گذاری در پژوهش‌های بین بخشی در مورد اثر هر یک از عوامل موثر بر برآورده شدن هدف و اثر تعاملی بین این عوامل در جهت تقویت سرمایه‌های موجود در انتخاب برنامه‌های مداخله‌ای برای هر یک از واحدها
- حمایت از تحقیقات عملگرا<sup>۱</sup> با تاکید بر ترکیب عمودی واحدهای مختلف و ارتباط عمودی بین واحدهای مختلف

لازمه‌های یک مدل بین بخشی و ارزیابی فعالیت‌های مختلف، عبارتند از:

- اطمینان از وجود ظرفیت کافی در واحدهای مختلف همکاری برای مفید بودن در برنامه و تسریع فعالیت‌ها
- مروو منظم، تصحیح و تدوین نقش و مسئولیت‌های واحدهای مختلف در رابطه با برنامه بین بخشی
- تاکید و سرمایه گذاری در جذب واحدهای خارج سازمانی با معرفی ارزش‌های سازمان مشترک، اهداف مشترک، اعتمادسازی متقابل و مشارکت در مالکیت در کنار فعالیت‌های جانبی در جهت ادامه همکاری و جلب همکاری واحدهای جدید
- شناسایی و یا تدوین اهداف و استراتژی‌های مشترک با سایر واحدها که متضمن نتیجه برد برد برای همه بازیگران برنامه باشد در کنار شفاف سازی فعالیت‌ها و برنامه‌ها که چگونگی رسیدن به هدف کلی و اهداف مورد نظر واحدهای مختلف را تبیین کند
- ایجاد زیرساخت‌های مناسب برای استفاده حداکثری از توانایی‌ها و تخصص هر یک از واحدها و ارتباط صحیح و موثر بین واحدها در جهت استفاده هر چه بهتر از این مهارت‌ها

<sup>۱</sup> Action research

- تبیین فعالیت بین بخشی به عنوان هسته انجام کلیه فعالیت‌ها و برنامه‌ها با درگیر کردن ذینفعان مختلف از مراحل اولیه طراحی و برنامه ریزی و معرفی مدل‌های عملی همکاری با حمایت از ارتباطات شبکه‌ای برای شناسایی همه ذینفعان بالقوه در هر برنامه
- اطمینان از وجود برنامه‌های آموزشی حمایتی در جهت ظرفیت سازی در واحدهای مختلف در راستای برآورده شدن اهداف مشترک
- درگیر کردن تصمیم گیرندگان در همه مراحل برای شفافیت در همه فعالیت‌ها و اطمینان از هدفمند بودن برنامه‌ها و فعالیت‌های بین بخشی در راستای تداوم حمایت از طرف ایشان
- تدوین ابزارهای برای طراحی و اولویت بندی اهداف که مورد قبول همه واحدهای شرکت کننده باشد
- تدوین دستورالعمل‌های متناسب برای فعالیت‌های بین بخشی برای همه واحدهای داخل و خارج سازمانی
- تقویت ظرفیت‌های موجود از نظر تکنیکی و حرفه‌ای در جهت برآوردن بهتر اهداف برنامه با آموزش مداوم، بحث منظم در مورد مدل به کار گرفته شده و ابزارهای مورد استفاده، دسترسی به نتایج تجربیات موجود و تسهیل ارتباط با سایر برنامه‌های مشابه جهت استفاده از تجربیات آنها

چالش‌های موجود در یک برنامه بین بخشی که در اجرای برنامه‌های بین بخشی باید به آنها توجه داشت:

- عدم وجود شواهد روشن و کافی در اثبات مفید بودن مداخله یا برنامه‌های معرفی شده
- متفاوت بودن اولویت‌ها در بین تصمیم گیرندگان واحدهای مختلف داخل و خارج سازمانی و یا در زمان‌های مختلف برای یک واحد
- ضعف در درک متقابل و مشکلات مربوط به اعتمادسازی در بین واحدهای مختلف داخل و خارج سازمانی
- وجود باورها و اخبار نادرست در مورد اهداف برنامه که منجر به تشکیک در واحدهای مختلف داخل و خارج سازمانی نسبت به داشتن منافع عادلانه در برنامه می‌شود.

اکثر منابع موجود مربوط به همکاری‌های بین بخشی در برنامه‌های مربوط به سلامت، بر وجود سه عامل، برای اجرای موفق برنامه‌های بین بخشی تاکید داشته اند:

۱. شواهد علمی
۲. پشتیبانی
۳. ابزارهای اجرایی

مراحلی که در برنامه ریزی برای اجرای یک برنامه بین بخشی پیشنهاد شده است نیز به ترتیب زیر می‌باشد:

۱. تحلیل اولیه قابلیت اجرایی راهبرد همکاری بین بخشی در واحدهای مختلف داخل و خارج سازمانی
  ۲. اولویت بندی واحدهای مختلف داخل و خارج سازمانی از نظر اهمیت و میزان حمایت از برنامه
  ۳. اطلاع رسانی به واحدهای مختلف داخل و خارج سازمانی
  ۴. مذاکره با واحدهای مختلف داخل و خارج سازمانی و توسعه راهبردهای بهداشتی بین بخشی
  ۵. به کارگیری و ارزیابی سیاست‌های مورد توافق بین واحدهای مختلف داخل و خارج سازمانی
- [۱۷]

در مطالعات مختلف انواع مدل‌های همکاری مورد آزمایش قرار گرفته اند که هر یک دارای نقاط ضعف و قدرت خاص خود می‌باشند. اما معمولاً در هر مطالعه با توجه به خصوصیات خاص برنامه مورد نظر و اهداف مورد نظر مدل یکتایی پیشنهاد می‌شود. به طور کلی برای موفقیت برنامه‌های بین بخشی سلامت محور موارد زیر به عنوان نکاتی که برای توصیه شده است:

- جستجو برای ارزش‌ها، علایق و اولویت‌های مشترک در میان همکاران بالفعل و بالقوه
- اطمینان از حمایت سیاست‌گذاران
- مشارکت فعال همکاران کلیدی از آغاز برنامه
- اطمینان از ارتباط متناسب افقی بین بخش‌های مختلف در کنار همکاری عمودی در هر یک از بخش‌ها
- تمرکز بر اهداف واضح و ملموس
- اطمینان از تناسب نقش هدایتی و برخورداری از مزایا در بین بخش‌های مختلف
- حمایت از تشکیل گروه‌های مشارکتی در جامعه [۱۵]

همانطور که گفته شد با توجه به خصوصیات هر برنامه و هدف و همچنین ذینفعان هر برنامه، مدل‌های پیشنهادی برای همکاری بین بخشی تغییراتی داشته اند. فعالیت‌های مربوط به نظام مراقبت از جمله گزارش دهی نیز از این قاعده مستثنا نبوده و در مطالعات مختلف تمرکز بر جنبه‌ها، اجزا و فعالیت‌های مختلفی بوده است. عنوان مثال در مدل همکاری بین بخشی برای کنترل سوء مصرف مواد، پنج عنصر زیر به عنوان عناصر تاثیر گذار در مدل مورد توجه گرفته است.

- سازمانهای فعال
- شاخص‌های ارزیابی
- معیارهای بررسی بزرگی مسئله
- ابزارهای جمع آوری اطلاعات



• راهبردهای انتشار اطلاعات

همچنین فعالیت‌ها اصلی در این برنامه عبارت بودند از: تشخیص، ثبت، تایید، گزارش، آنالیز و پسخوراند. عواملی مانند مشارکت ذینفعان از طریق جلسات مشترک، آموزش، نظارت و تامین منابع مورد نیاز نیز به عنوان فعالیت‌های پشتیبان مورد تاکید بوده اند [۱۸]. در مطالعه David و همکاران در سال ۲۰۱۳ بر نقش عنصر قانونگذاری و حمایت‌های قانونی از طرف ارگان‌های ذی ربط در اطلاع رسانی و مقابله با طغیان‌های مربوط به مسمومیت‌های غذایی تاکید شده است [۱۹]. در مطالعه Masanza و همکاران نیز بر نقش آزمایشگاهها به عنوان واحدهای فعال در تشخیص بیماری‌های مشمول قوانین بین المللی در گزارش این بیماری‌ها به ارگان‌های ذی ربط و تلاش در جهت درگیر کردن آنها در برنامه‌های گزارش دهی تاکید شده است [۲۰]. Mölstaad و همکاران نیز با تاکید بر اینکه مدل‌های مختلف در شرایط مختلف لزوما قابل استفاده نمی باشند اما بر توجه مسئولان اجرای برنامه‌های بین بخشی بر نقش رسانه‌های ملی و محلی تاکید داشته اند [۲۱]. مسائل اخلاقی نیز در مدل‌های مختلف به عنوان یک عنصر تاثیر گذار مورد توجه بوده است [۲۲]. یکی از مهمترین مسائل اخلاقی، در معرفی مدل‌های همکاری بین بخشی در این حوزه، تاکید بر رعایت عدالت در جنبه‌های مختلف مدل، از جمله حقوق فردی افراد و رعایت منافع متناسب با فعالیت‌های هر بخش می‌باشد [۲۳]. این تاکیدات در بیماری‌هایی مانند HIV و سل که دارای جنبه‌های اجتماعی نیز می‌باشند بیشتر مورد تاکید بوده است [۲۴] و تاکید شده که در مسئله قانون گذاری در فعالیت‌ها و برنامه‌های مختلف نظام مراقبت و گزارش دهی، لزوم نگاه همه جانبه به ذینفعان مختلف از جمله مردم وجود دارد [۲۵]. از سوی دیگر حتی با رعایت استانداردهای یکسان در ارائه مدل‌های همکاری و برنامه‌های مداخله‌ای در نظام مراقبت و گزارش دهی، ممکن است از یک مدل یکسان در بیماری‌های مختلف بهره برداری یکسانی انجام نگیرد و به کاربردن یک مدل در بعضی بیماریها موفقیت بیشتری نسبت به بعضی دیگر کسب کند زیرا خصوصیات اطلاعاتی و گزارش دهی همه بیماری‌ها شبیه به یکدیگر نیست و تاکید برنامه‌های مراقبت و گزارش دهی در بیماری‌های مختلف بر سطوح متفاوتی باشد [۲۶].

به طور کلی نتایج مطالعات انجام شده در این حوزه نشان می‌دهد که در طراحی و نگه داشت برنامه‌های بین بخشی در نظام مراقبت و گزارش دهی، تاکید بیشتری بر نیروی انسانی لازم است. حق مالکیت داده‌ها و اطلاعات در سطوح محلی نیز می‌تواند انگیزه بیشتری برای فعالیت ایجاد نماید. همچنین استفاده محلی از داده‌ها و اطلاعات می‌تواند در تعیین نقاط ضعف و قدرت سیستم گزارش دهی و ارائه مداخلات جدید در جهت ارتقا آن مفید باشد. علاوه بر این فعالیت‌های بیشتری در جهت تقویت آموزش، نظارت و ایجاد انگیزه برای تکمیل و ارسال اطلاعات گزارش دهی در سطوح محیطی مورد نیاز است. علاوه بر اینها، برنامه‌های مربوط به کنترل کیفی داده‌های گزارش دهی، در زمان جمع آوری در سطوح محیطی نیز برای سیستم‌های ضعیف گزارش دهی پیشنهاد شده است.

به هر حال تامین مداوم منابع لازم برای آموزش نیروی انسانی و نظارت بر کیفیت داده‌ها، اغلب با مشکل روبه رو می‌شود از این رو در هنگام طراحی یک سیستم گزارش دهی، مسئله آموزش و نظارت

مداوم بر سطوح مختلف و واحدهای مختلف در جهت تقویت رفتارهای مثبت و ارتقا کارکردهای سیستم گزارش دهی باید مد نظر باشد. این امر نه تنها موجب ارتقای کمی و کیفی اطلاعات می‌شود بلکه به عنوان یک انگیزه مناسب برای بازیگران مختلف درگیر در فعالیت گزارش دهی، عمل می‌کند. در انتشار اطلاعات بدست آمده از گزارش دهی، مسئله مهم ارائه پسخوراند مناسب و به موقع به واحدهای فعال در گزارش دهی می‌باشد. باید توجه داشت که انتشار اطلاعات نیز نه تنها برای کمک به تصمیم گیرندگان در اتخاذ تصمیم صحیح به کار می‌رود بلکه به عنوان انگیزه قوی برای پرسنل درگیر در گزارش دهی محسوب می‌شود. در منابع مختلف نواقص مربوط به انتشار اطلاعات اغلب به کمبود نیروی انسانی، نواقص زیرساختی سیستم گزارش دهی، کمبود وسیله انتشار اطلاعات، ضعف ارتباطات شبکه‌ای بین ذینفعان مختلف و غیرمفید بودن روش انتشار (از نظر راه انتشار و محتوای گزارش) اطلاعات و فیدبک برای ذینفعان مختلف، ذکر شده است.

باید توجه داشت که موانعی که منجر به عدم دسترسی مناسب تصمیم گیرندگان به اطلاعات صحیح می‌شود معمولاً پیچیده هستند و در جهت تولید اطلاعات درست و معتبر از یک نظام مراقبت، سیستم گزارش دهی و جمع آوری اطلاعات آن باید به صورت مداوم مورد ارزیابی قرار گیرد و برنامه‌های مداخله‌ای پیشنهاد شده، می‌بایست مبتنی بر نتایج این ارزیابی‌های منظم باشد. این نوع ارزیابی‌های منظم همچنین می‌تواند روند تضعیف یا بهبود سیستم گزارش دهی را نشان دهد و عواملی که موجب ارتقا قسمت‌های مختلف سیستم گزارش دهی شده است را معلوم نماید [۲۷]

در حالیکه در سطوح محیطی تامین نیروی انسانی آموزش دیده با زمان کافی مورد نیاز است. در مورد سطوح مرکزی برای یک سیستم گزارش دهی موفق باید به موارد زیر توجه بیشتری داشت: نیاز به موارد ساختاری از جمله دستورالعمل‌ها، مواد آموزشی، فرم‌های اطلاعاتی، روش‌های ورود، ارسال و ثبت داده‌ها، روندهای تضمین کیفیت متناسب، نرم افزارهای متناسب آنالیز و قالب‌های مشخص برای انتشار نتایج.

در کنار فعالیت‌ها و ملزومات سطوح مرکزی و محیطی، سازی فرایند گزارش دهی می‌تواند موجب گسترش فعالیت‌های گزارش دهی به حوزه بیماری‌های مختلف شود که می‌بایست توأم با یک نظام پایش و ارزیابی قوی، معتبر و مداوم باشد. لازمه‌های ارزیابی مداوم یک سیستم گزارش دهی شامل موارد زیر است:

- انتخاب شاخص‌های مناسب برای پایش روند و پیامدها
- تعریف مناسب جمعیت مورد هدف پایش
- استفاده از روش‌های استاندارد مورد یابی و ارزیابی اعتبار داده‌های گزارش شده
- پیش بینی تامین منابع و حمایت‌های لازم
- تطبیق برای اولویت‌های بهداشتی منطقه
- تولید و ارائه گزارش‌های مناسب از داده‌ها برای ذینفعان مختلف

- تشکیل کمیته مشاوره‌ای برای پایش و تصحیح سیستم گزارش دهی با مشارکت ذینفعان مختلف
- تولید و ارائه پسخوراند مناسب برای سطوح محیطی در جهت افزایش انگیزه پرسنل و افزایش خصوصیت مقبولیت سیستم گزارش دهی در بین ایشان [۲۸]

## فصل سوم – آنالیز ذینفعان

نظام مراقبت در ایران شبکه خدمات بهداشتی اولیه ادغام شده و غیر از چند مورد خاص (مانند بیماریابی فعال در برنامه مالاریا) به صورت غیرفعال می‌باشد. در نتیجه این ادغام، نظام مراقبت بیماری‌ها نیز دارای سطوح مشابه با سطوح خدمات بهداشتی اولیه در ایران می‌باشد. این سطوح از محیطی ترین آنها یعنی خانه‌های بهداشت روستایی تا سطح مرکزی یعنی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی تشکیل شده است. مرکزی ترین سطح نظام مراقبت در داخل کشور و در سطح وزارت بهداشت، مرکز مدیریت بیماریها کشور می‌باشد که علاوه بر فعالیتهای نظارتی و پشتیبانی وظیفه تبادل اطلاعات با سازمان‌های بین المللی و منطقه‌ای را نیز بر عهده دارد.

بیماری‌ها و شرایط تحت پوشش قوانین بین المللی<sup>۱</sup> در کشورهای مختلف تحت پوشش شرایط گزارش دهی می‌باشند. علاوه بر بیماریها و شرایط تحت کنترل سازمان جهانی بهداشت، شرایط و بیماریهای مختلفی در کشورهای مختلف از جمله کشور ما، وجود دارد که باعث می‌شود تشخیص یا مشکوک شدن (براساس تعاریف نظام مراقبت) به یک بیماری، به عنوان یک موقعیت قابل گزارش در نظام مراقبت کشور تبدیل شود. برای انتخاب بیماری‌ها و شرایط قابل گزارش در هر کشور ممکن است دستورالعمل‌ها و یا قوانین خاصی وجود داشته باشد و یا واحدهای مسئول در سطوح مرکزی به صلاحدید خود و با توجه به شرایط مختلف، بیماری‌های مختلفی را مشمول قانون گزارش دهی کرده باشند. در کشور ما معمولاً حالت اخیر در حال اجرا است و مسئولین واحدهای مختلف نظام مراقبت با توجه به معیارهای ضمنی، تخصص، تجربه، مشاوره با گروه‌های مختلف و شرایط یک بیماری در جامعه، بعضی بیماری‌های را مشمول گزارش دهی قرار دهند. معیارهای اصلی که بر اساس آنها یک بیماری تحت مراقبت قرار می‌گیرد عبارتند از:

- بار کنونی بیماری در جامعه
- شدت بیماری و عوارض آن
- توانایی ایجاد اپیدمی در جامعه
- تهدیدات بالقوه، نوپدیدی و تغییر الگو
- قابلیت پیشگیری
- اثرات اجتماعی و اقتصادی
- اهمیت بین المللی
- درک عمومی از بیماری

علاوه بر شرایط ذکر شده، شرایط مختلف از جمله مسائل امنیتی و اسناد بالادستی در کشور می‌تواند در انتخاب برنامه‌ها و شرایط تحت پوشش نظام مراقبت و قوانین مربوط به آن

<sup>۱</sup>International health regulation(IHR)

تاثیرگذار باشد.

به طور کلی ذینفعان مختلف نظام مراقبت و گزارش دهی را می‌توان در سطوح زیر طبقه‌بندی نمود:

#### ۱. سطح سیاست‌گذاریهای کلان کشوری: در سطح سیاست‌گذاریهای کلان کشوری، که

عموماً خارج از حوزه اختیارات نهادهای بهداشتی می‌باشد، علاوه بر مسائل مالی و بودجه‌ای، یکی از مهمترین موضوعات مهم، مسئله قانون گزارش دهی و حمایت‌های مورد نیاز برای اجرایی کردن آن است. وزارت بهداشت اغلب مسئول تطبیق قوانین مصوب، با روند کلی برنامه‌های بهداشتی کشور، می‌باشد. وجود قانون مناسب، علاوه بر اینکه می‌تواند بر سایر عوامل مرتبط با گزارش دهی تاثیر مستقیم داشته باشد، لازمه بیشتر برنامه‌های مداخله‌ای در زمینه گزارش دهی نیز هست. در واقع، پشتیبانی‌های اجرایی از جمله موضوعاتی است که در تمام سطوح نظام مراقبت نیازمند تعاملات برون بخشی با نهادهای اجرایی جامعه را دارد. از دیگر موضوعاتی که نیاز به تعامل با نهادهای غیر از نهادهای تحت پوشش وزارت بهداشت دارد، موضوع آگاهی‌های عمومی می‌باشد زیرا نهادهای بهداشتی دارای امکانات لازم برای افزایش آگاهی در سطح کلان و عموم جامعه نمی‌باشد و نیاز به همکاری با ارگانهای متولی و رسانه‌ای را دارند. نهاد اصلی در این سطح وزارت کشور می‌باشد که علاوه بر نقش حمایتی و قانونی، در تبیین سیاست‌های کلان کشوری مرتبط با سلامت نیز نقش دارد.

#### ۲. سطح وزارت بهداشت و درمان و آموزش پزشکی و دانشگاه‌های علوم پزشکی: اولین

موضوعی که مداخلات مربوط به آن، در سطح وزارت بهداشت مطرح می‌شود، مسئله فرایند گزارش دهی می‌باشد، در واقع علاوه بر پشتیبانی‌های مورد نیاز در بالاترین سطوح اجرایی و قانون گذاری کشور، جنبه‌های مختلف نظام مراقبت از بیمارها نیازمند مدیریت و حمایت‌های مداوم و به کار بردن ایده‌ها و راهکارهای علمی و به روز شده اختصاصی می‌باشد. فرایند گزارش دهی در بخش خصوصی باید در عین جامع بودن و مورد پذیرش بودن، انعطاف پذیری لازم برای تطبیق با شرایط مختلف پزشکان را دارا باشد. این فرایند نه تنها نیازمند دارا بودن خصوصیات لازم برای افزایش تمایل ذینفعان در انجام فعالیت‌های گزارش دهی می‌باشد، بلکه باید از ماهیت پایایی نیز برخوردار باشد. اگر فرایند گزارش دهی به نحوی باشد که دارای امتیازات خاص مالی یا حرفه‌ای برای افراد باشد، ایشان به طور فعال در پی رفع موانع، برای انجام گزارش دهی، برمی‌آیند. علاوه بر مطالب گفته شده، تعریف کشوری فرایند گزارش دهی، که در آن مسئولیت‌ها و حقوق کلیه ذینفعان مشخص باشد و دارای شاخص‌های قابل اندازه گیری، حساس و قابل مقایسه باشد عموماً در حوزه اختیارات وزارت بهداشت می‌باشد. در کنار این موارد وزارت بهداشت به عنوان متولی برنامه‌های بهداشتی کشوری وظیفه نظارت و آگاهی رسانی به کلیه سطوح نظام مراقبت را دارد. انتشار گزارش‌های کشوری، هم به عنوان اطلاع رسانی و هم به عنوان نوعی پس‌خوراند برای سطوح دیگر، از سایر وظایف وزارت بهداشت در قبال نظام مراقبت می‌باشد که می‌تواند بر روند گزارش دهی موثر باشد.

۳. **سطح مدیریت منطقه‌ای (شهرستان) و سطح محیطی:** سطح مدیریت محلی در شهرستان و سطح محیطی آن، تحت نظارت سطح دانشگاه مسئول فعالیت‌های اجرایی نظام مراقبت می‌باشند. در سطح شهرستان استقلال نسبی در اولویت بندی برنامه‌های محلی و تعیین مأموریت‌های پرسنلی است که در سطح محیطی (مراکز بهداشتی درمانی شهری و روستایی) چنین استقلالی وجود ندارد. و تابع سیاست‌های شهرستان می‌باشد. موضوع پسخوراند یکی از مسائل قابل توجه، به عنوان مداخله‌ای موثر در این سطوح، قابل اشاره است. "ارایه پسخوراند مناسب و به موقع"، به عنوان یکی از راهکارهای بالقوه موثر، در بسیاری از مطالعات انجام شده مورد توجه قرار گرفته است. یکی از دلایل عدم استفاده از اطلاعات و عدم ارائه پسخوراند، کمبود نیروی انسانی ماهر در نظام مراقبت است. نظام مراقبت و گزارش دهی برای پیشبرد اهداف خود نیازمند سرمایه انسانی متناسب و کافی می‌باشد. برآورده کردن سرمایه انسانی برای نظام مراقبت، به برنامه‌های آموزشی در دانشگاهها بازمی‌گردد. چنین نیروهای می‌توانند در سطوح مختلف، به ویژه سطوح محیطی، تاثیر زیادی در ارتقاء گزارش دهی داشته باشند. برنامه بازآموزی برای پرسنل بهداشتی نیز می‌تواند در تامین سرمایه انسانی مورد نیاز موثر باشد. تاکید بر اهمیت گزارش دهی از سوی سطوح مرکزی و ارائه آموزشهای لازم برای مدیران و کارشناسان محلی نیز می‌تواند در اتخاذ تصمیمات مدیریتی محلی و اختصاص هزینه‌های داخلی توسط ایشان موثر باشد.

پس از تحت پوشش قرار دادن یک بیماری در نظام مراقبت و گزارش دهی، ذینفعان مختلف برنامه‌های مراقبت و گزارش دهی نیز برای هر بیماری خاص قابل تشخیص می‌باشند. به طور کلی اجزای مختلف نظام مراقبت، که در انجام فعالیت‌های نظام مراقبت و گزارش دهی نقش اصلی را بر عهده دارد، ذی نفع اصلی و هدایت کننده، در فعالیت‌های مربوط به نظام مراقبت می‌باشند. جدول ۳، سطوح و اجزا مختلف نظام مراقبت و اهم کارکردهای هر یک از آنها را نشان می‌دهد.

جدول شماره ۳: کارکردهای بخش‌های وابسته نظام سلامت در گزارش دهی در نظام مراقبت	
مرکز کنترل بیماری‌ها	ایجاد شبکه گزارش دهی بیماری‌ها مشتمل بر بخش‌های دولتی و غیردولتی پایش و ارزیابی‌های دوره‌ای کیفیت گزارش دهی بیماری‌ها تدوین و اجرای سیاستهای حمایتی برای تقویت گزارش دهی بیماری‌ها در کشور تدوین و تصویب قوانین و الزامات مورد نیاز برای تقویت گزارش دهی بیماری‌ها در کشور تدوین استانداردهای گزارش دهی شامل تدوین کدهای کشوری و بین المللی مرگ و بیماریها در تعامل با سطوح بین المللی همکاری با سازمانهای بین المللی و دریافت و ارائه گزارش بیماری‌ها در چارچوب مقررات و تعهدهای بین المللی

جدول شماره ۳: کارکردهای بخش‌های وابسته نظام سلامت در گزارش دهی در نظام مراقبت	
مدیریت شبکه گزارش دهی بیماری‌ها در استان در بخش‌های دولتی و غیر دولتی، سرپائی و بستری و آزمایشگاههای تشخیص طبی دریافت گزارش‌های ارسالی از سطح شهرستان ارسال خلاصه گزارش به سطح کشوری پایش و ارزیابی‌های دوره‌ای کیفیت گزارش دهی بیماری‌ها حمایت‌های فنی، تدارکاتی و آموزشی از سطوح محیطی تر	دانشگاه علوم پزشکی
مدیریت شبکه گزارش دهی بیماری‌ها در شهرستان در بخش‌های دولتی و غیر دولتی، درمان سرپائی و بستری و آزمایشگاههای تشخیص طبی دریافت گزارش‌های ارسالی از سطح مراکز بهداشتی درمانی ارسال خلاصه گزارش به سطح استانی پایش و ارزیابی‌های دوره‌ای کیفیت گزارش دهی بیماری‌ها	مرکز بهداشت شهرستان
جمع آوری و دریافت گزارش‌ها از سطح خانه بهداشت و جامعه ارسال موارد بیماری به سطح شهرستان گزارش اپیدمی‌ها، طغیان‌ها و موارد بیش از حد انتظار	مرکز بهداشتی-درمانی و خانه بهداشت
ارسال موارد بیماری به سطح شهرستان گزارش اپیدمی‌ها، طغیان‌ها و موارد بیش از حد انتظار	آزمایشگاه‌های دولتی
ارسال موارد بیماری به سطح شهرستان گزارش اپیدمی‌ها، طغیان‌ها و موارد بیش از حد انتظار داروخانه‌ها: تولید داده، پایش، ارزیابی وضعیت موجود	داروخانه‌های دولتی
مطالعات دوره‌ای در جهت ارزیابی اطلاعات بدست آمده از گزارش دهی پژوهش‌های مربوط با ارتقا وضعیت گزارش دهی مراکز تحقیقاتی: پژوهش، ارزیابی وضعیت موجود	مراکز تحقیقاتی

**۴. بخش خصوصی وابسته به نظام سلامت:** از نظر ذینفعان خارج سازمانی در نظام مراقبت، مهمترین بخش، ارائه دهندگان خدمات سلامتی در بخش خصوصی هستند. این بخش به عنوان بخش‌های خصوصی وابسته نظام سلامت معرفی شده است زیرا از نظر شرایط حرفه‌ای و شرایط قانونی به صورت‌های مختلف تحت نظارت نظام سلامت دولتی در کشور می‌باشند. اجزای مختلف این بخش با توجه به نوع بیماری و شرایط می‌توانند اهمیت و تاثیر متفاوتی در نظام مراقبت و گزارش دهی داشته باشند. جدول شماره ۴، اجزای مختلف بخش خصوصی وابسته به نظام سلامت، و کارکردهای اصلی آن را نشان می‌دهد. این نوع کمبود آگاهی در بخش خصوصی، و سایر تفاوت بین بخش خصوصی و دولتی از جنبه گزارش دهی و نظام مراقبت، در مطالعات انجام شده در نقاط مختلف دنیا به فراوان ذکر شده است. همانطور که در شکل ۱ دیده می‌شود، به نظر می‌آید که بیشترین نقص اطلاعاتی نظام مراقبت در اجزاء مربوط به این بخش باشد و این بخش برای تمرکز مداخلات در جهت ارتقا گزارش دهی بیماری‌ها از اولویت بیشتری برخوردار است. هرچند امتیازات حرفه‌ای و ارزیابی‌های معتبر می‌تواند انگیزه

این بخش را در گزارش دهی افزایش دهد اما با توجه به ماهیت بخش خصوصی، به نظر می‌آید انگیزه‌های مالی در کنار پسخوراند مناسب و به موقع نیز می‌تواند در این بخش مورد توجه قرار گیرد. همچنین باید توجه داشت که اگر فرایند کلی گزارش دهی در هر منطقه متناسب با شرایط خاص منطقه نباشد، نگه داشتن اثرات مثبت مداخلات با مشکل روبه رو می‌شود.

جدول شماره ۴: کارکردهای بخش‌های خصوصی وابسته نظام سلامت در گزارش دهی در نظام مراقبت	
بیمارستان‌ها و کلینیک‌های خصوصی	ارسال موارد بیماری به سطح شهرستان گزارش اپیدمی‌ها، طغیان‌ها و موارد بیش از حد انتظار مطب‌ها: تولید داده، پیگیری
آزمایشگاه‌های خصوصی	ارسال موارد بیماری به سطح شهرستان گزارش اپیدمی‌ها، طغیان‌ها و موارد بیش از حد انتظار
داروخانه‌های خصوصی	ارسال موارد بیماری به سطح شهرستان گزارش اپیدمی‌ها، طغیان‌ها و موارد بیش از حد انتظار داروخانه‌ها: تولید داده، پایش، ارزیابی وضعیت موجود
مطب‌ها	ارسال موارد بیماری به سطح شهرستان گزارش اپیدمی‌ها، طغیان‌ها و موارد بیش از حد انتظار
شرکت‌های دارویی	گزارش موارد به سطوح مختلف نظام مراقبت گزارش اپیدمی‌ها، طغیان‌ها و موارد بیش از حد انتظار

۵. **بخش‌های دولتی تاثیرگذار و غیر وابسته نظام سلامت:** این سطح از ذینفعان اغلب در تکمیل اطلاعات و ارزیابی صحت اطلاعات موجود در نظام مراقبت می‌توانند نقش ارزنده‌ای ایفا کنند. همچنین نقش دیده وری بعضی از این نهادها در بعضی بیماری‌های خاص در فرایند گزارش دهی و تکمیل اطلاعات نظام مراقبت کاملاً بی‌بدیل است. به عنوان مثال نقش سازمان زندان‌ها در دیده وری بیماری‌هایی مانند سل و ایدز یا نقش نیروی انتظامی در مورد حوادث و سوانح. با توجه به خصوصیات بسیار متفاوت بیماری‌های مختلف، ممکن است سازمان‌ها و نهادهای مختلف، بیشتر از آنچه در این گزارش اشاره شده است، در گزارش دهی بیماری‌ها نقش داشته باشند. ماهیت این دسته از نهادها به نحوی است که هر نوع اقدام یا فعالیتی در راستای ارتقای گزارش دهی بیماری‌ها، عموماً نیازمند قوانین مصوب یا تفاهم نامه‌هایی در سطوح مرکزی می‌باشد همچنین تشکیل کارگروه‌ها و پیگیری‌های مربوطه توسط نهادهای محیطی نظام سلامت، متضمن استمرار فعالیت‌های این دسته از سازمانها و نهادها می‌باشد. لازمه دیگر موفقیت در فعالیت‌های این سازمان‌ها، ارائه پسخوراند مناسب و به موقع در کنار ارائه آموزش کافی و مربوط به فعالیت‌های مورد نیاز در این حوزه است. جدول شماره ۵، اجزای مختلف بخش دولتی غیر وابسته به نظام سلامت، و کارکردهای اصلی آن را نشان می‌دهد.



جدول شماره ۵: کارکردهای بخش‌های دولتی غیر وابسته به نظام سلامت در گزارش دهی در نظام مراقبت	
سازمان زندان‌ها	گزارش موارد به سطح کشوری نظام مراقبت گزارش اپیدمی‌ها، طغیان‌ها و موارد بیش از حد انتظار
رسانه‌های عمومی (صدا و سیما/رسانه‌های نوشتاری و ...)	اطلاع رسانی و تقویت ظرفیت‌ها تبیین برنامه‌ها
سازمان پزشکی قانونی	گزارش موارد به سطح کشوری نظام مراقبت گزارش اپیدمی‌ها، طغیان‌ها و موارد بیش از حد انتظار
نیروی انتظامی	گزارش موارد به سطوح مختلف نظام مراقبت گزارش اپیدمی‌ها، طغیان‌ها و موارد بیش از حد انتظار
وزارت جهادکشاورزی	گزارش موارد به سطوح مختلف نظام مراقبت گزارش اپیدمی‌ها، طغیان‌ها و موارد بیش از حد انتظار
نیروهای مسلح (ارتش و سپاه)	گزارش موارد به سطوح مختلف نظام مراقبت گزارش اپیدمی‌ها، طغیان‌ها و موارد بیش از حد انتظار
بیمه	گزارش موارد به سطوح مختلف نظام مراقبت گزارش اپیدمی‌ها، طغیان‌ها و موارد بیش از حد انتظار
وزارت ارتباطات و فناوری	ایجاد زیر ساخت‌های گردش اطلاعاتی در سطح کلان

۶. **بخش‌های غیردولتی تاثیرگذار و غیر وابسته نظام سلامت و سطح جامعه:** بخش‌های غیر دولتی عموماً اشاره به سازمان‌ها و نهادهای فعال در جامعه دارد که ممکن است به صورت موردی و به علت نفوذ آنها در جامعه، در گزارش دهی بیماری‌های خاص نقش کوچک اما مهمی داشته باشند. یکی از خصوصیات مهم گزارش دهی یعنی معرف بودن<sup>۱</sup> کاملاً به فعالیت این دسته از نهادها وابسته است. یکی از موضوعات مهمی که این گروه می‌تواند به عنوان یکی از ذینفعان اصلی نقش داشته باشد مسائل اخلاق و مسئله عدالت در دسترسی و گزارش دهی در سطوح پنهان جامعه می‌باشد که از نظر ماهیت انتقال بیماری‌ها نقش مهمی دارند. تاثیر نگرش جامعه و مسائل اخلاق حرفه‌ای پزشک نیز به گزارش دهی با توجه به فرهنگ و ارزش‌های هر جامعه متفاوت می‌باشد. از سوی دیگر تاکید بر حقوق فردی بیماران، گزارش بیماری را، به عنوان مسئله‌ای با چالش‌های اخلاقی در می‌آورد. برنامه‌های مربوط به گزارش دهی در این گروه بیشتر به صورت آموزش، تعامل و ایجاد امکان ایفای نقش در مورد بیماری‌های مختلف و مرتبط برای این گروه‌ها می‌باشد. آموزش عمومی و درست از طریق رسانه‌های عمومی می‌تواند به صورت مستقیم و غیر مستقیم بر گزارش دهی بیماری‌ها موثر باشد. جدول شماره ۶، اجزا مهم و تاثیرگذار و کارکرد اصلی آنها را در گزارش دهی نشان می‌دهد. باید توجه داشت

<sup>۱</sup> Representativeness

که در بیماری‌ها و شرایط مختلف، نوع این ذینفعان و حتی کارکرد آنها می‌تواند کاملاً متفاوت از آنچه باشد که در جدول آمده است.

جدول شماره ۶: کارکردهای بخش‌های غیردولتی و غیر وابسته نظام سلامت در گزارش دهی در نظام مراقبت	
اطلاع رسانی و تقویت ظرفیت‌ها تبیین برنامه‌ها	رسانه‌های نوشتاری محلی
گزارش موارد به سطوح مختلف نظام مراقبت گزارش اپیدمی‌ها، طغیان‌ها و موارد بیش از حد انتظار	انجمن‌های خیریه
گزارش موارد به سطوح مختلف نظام مراقبت گزارش اپیدمی‌ها، طغیان‌ها و موارد بیش از حد انتظار	سازمان‌های مردم نهاد
گزارش موارد به سطوح مختلف نظام مراقبت گزارش اپیدمی‌ها، طغیان‌ها و موارد بیش از حد انتظار	جامعه

شکل شماره ۱ جایگاه هریک از واحدهای داخل و خارج سازمانی مربوط به گزارش دهی را بر اساس مقدار اهمیت و وضعیت کنونی تاثیر گذاری نشان می‌دهد. این جایگاه‌ها بر اساس تجمیع نظرات خبرگان و کارشناسان و در مقطع زمانی خاص بوده است که ممکن است با تغییر افراد یا گذشت زمان تغییر کند. رنگ‌های مختلف نشان دهنده تفاوت ذینفعان مختلف بر اساس دسته‌بندی معرفی شده، می‌باشد. جدول شماره ۷ هر کدام از فعالیت‌ها بر حسب ارگان مسئول انجام آن فعالیت مشخص شده است. جدول شماره ۸ نیز جدول متقاطع انواع فعالیت‌ها در مدل همکاری بین بخشی برای ارتقا گزارش دهی را بر اساس ترکیب افقی و عمودی واحدهای مختلف داخل و خارج سازمانی نظام مراقبت، نشان می‌دهد. برای سادگی در این جدول فرض شده که مداخلات تنها از سطوح بالاتر در سطوح پایینتر اجرا می‌شود.



شکل ۱: جایگاه هر یک از اجزا و ذینفعان مربوط به گزارش دهی بر اساس مقدار اهمیت و مقدار تاثیر گذاری

جدول شماره ۷: وظایف تعریف شده برای هریک از ذی نفعان برنامه بین بخشی گزارش دهی بیماری‌ها

اجرای عملی فرایند	تعطیل قانون مصوب	ملاحظات اخلاقی	اطلاع رسانی عمومی	تشکیل کارگروه‌ها	تفاهم نامه	رايزني	تطبيق عملي فرایند	تربيت نیروی انسانی	نظارت و پایش	آموزش	پسخورانند	چارت سازماني	تعريف فرایند	اصلاح نظام آموزشی	پشتیبانی اجرایی	تعطیل قانون مصوب	پشتیبانی مالی	قانون گذاری
																		وزارت کشور
																		وزارت بهداشت و مرکز کنترل بیماری‌ها
																		دانشگاه علوم پزشکی
																		مرکز بهداشت شهرستان
																		مراکز محیطی
																		آزمایشگاه‌های دولتی
																		داروخانه‌های دولتی
																		مراکز تحقیقاتی
																		مراکز درمانی خصوصی
																		آزمایشگاه‌های خصوصی
																		داروخانه‌های خصوصی
																		مطب‌ها
																		شرکت‌های دارویی
																		سازمان زندان‌ها
																		رسانه‌های عمومی ملی
																		سازمان پزشکی قانونی
																		نیروی انتظامی
																		وزارت جهاد کشاورزی
																		نیروهای مسلح (ارتش و سپاه)
																		سازمان بیمه
																		وزارت ارتباطات و فناوری
																		رسانه‌های نوشتاری محلی
																		انجمن‌های خیریه
																		سازمان‌های مردم نهاد
																		جامعه

جدول شماره ۸: شکل متقاطع انواع فعالیت‌های بین بخشی برای ارتقا گزارش دهی بر اساس ترکیب افقی و عمودی واحدهای مختلف داخل و خارج سازمانی در نظام مراقبت

**اقدام**

↓

⇒ **سطح اقدام**

					سیاست‌های کلان کشوری
				وزارت بهداشت و مرکز کنترل بیماری‌ها	قانونگذاری پشتیبانی مالی پشتیبانی اجرایی
		دانشگاه علوم پزشکی	تطبیق قانون مصوب پشتیبانی مالی اصلاح نظام آموزشی تعریف فرایند چارت سازمانی پسخوراند آموزش نظارت و پایش		پشتیبانی اجرایی
	مدیریت‌منطقه‌های (شهرستان)	تربیت نیروی انسانی پشتیبانی مالی تطبیق فرایند پسخوراند نظارت و پایش آموزش	چارت سازمانی نظارت و پایش آموزش پسخوراند		پشتیبانی اجرایی
	مراکز محیطی	آموزش تطبیق فرایند پسخوراند نظارت و پایش	تربیت نیروی انسانی پشتیبانی مالی آموزش نظارت و پایش	چارت سازمانی آموزش نظارت و پایش	پشتیبانی اجرایی
بخش‌های خصوصی وابسته نظام سلامت	اجرای عملی فرایند پسخوراند	تفاهم نامه آموزش نظارت و پایش تطبیق فرایند پسخوراند	تربیت نیروی انسانی نظارت و پایش تطبیق فرایند آموزش پسخوراند	اصلاح نظام آموزشی نظارت و پایش پسخوراند آموزش	پشتیبانی اجرایی
بخش‌های دولتی تاثیرگذار و غیر وابسته نظام سلامت	اجرای عملی فرایند پسخوراند	تفاهم نامه تشکیل کارگروه‌ها آموزش پشتیبانی اجرایی پسخوراند	پشتیبانی اجرایی رایزنی آموزش پسخوراند	تفاهم نامه رایزنی ارائه پسخوراند تطبیق فرایند	قانون گذاری
بخش‌های غیردولتی تاثیرگذار و غیر وابسته نظام سلامت	اجرای عملی فرایند پسخوراند	تفاهم نامه تشکیل کارگروه‌ها آموزش پشتیبانی اجرایی پسخوراند	پشتیبانی اجرایی رایزنی تطبیق فرایند پسخوراند	پشتیبانی اجرایی پسخوراند	قانون گذاری
جامعه	آموزش عمومی ملاحظات اخلاقی	آموزش عمومی ملاحظات اخلاقی	آموزش عمومی ملاحظات اخلاقی	آگاهی عمومی ملاحظات اخلاقی	پشتیبانی اجرایی اطلاع رسانی

## فصل چهارم – مدل همکاری بین بخشی

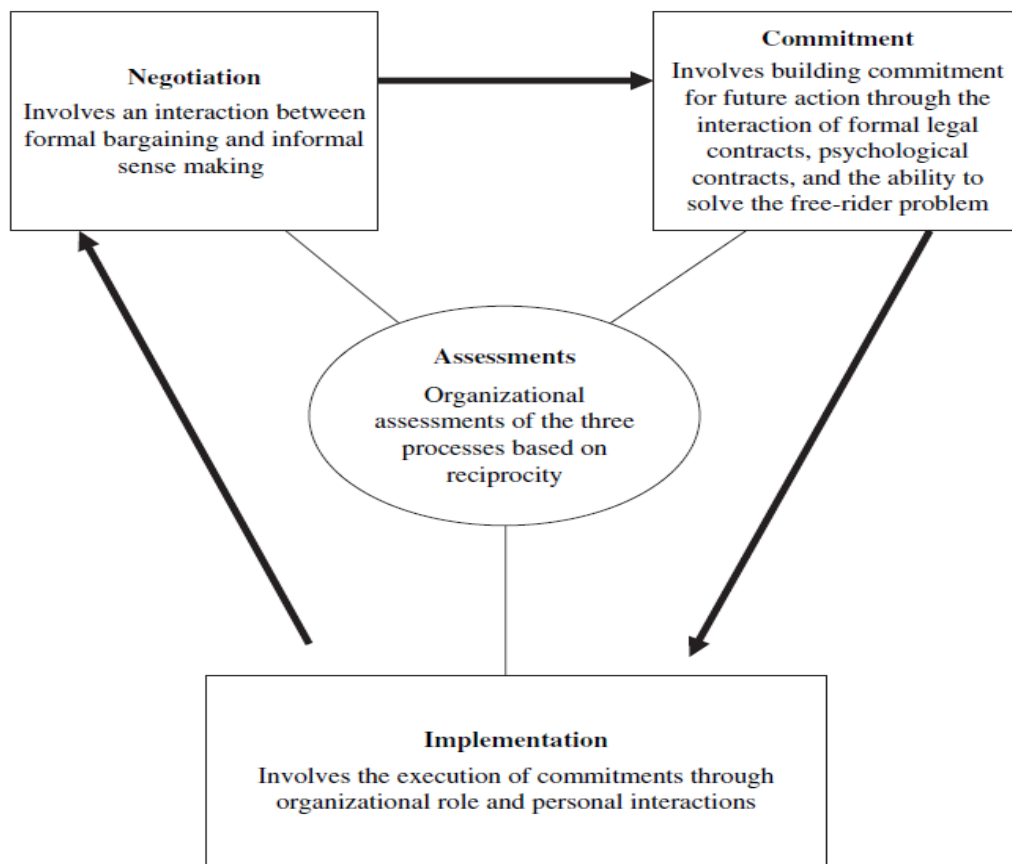
### معرفی مدل

در مطالعات مختلف حوزه‌های مختلفی از نظر همکاری بین بخشی مورد توجه قرار گرفته اند که لزوماً قابل مقایسه نمی باشند (۱). انواع مختلفی از نوع روابط در روابط بین بخشی وجود دارد که لزوماً از یک جنس نمی باشند. گوناگونی انواع روابط بین بخشی در جدول ۹ نشان داده شده است (۲).

جدول شماره ۹: انواع روابط در یک برنامه بین بخشی

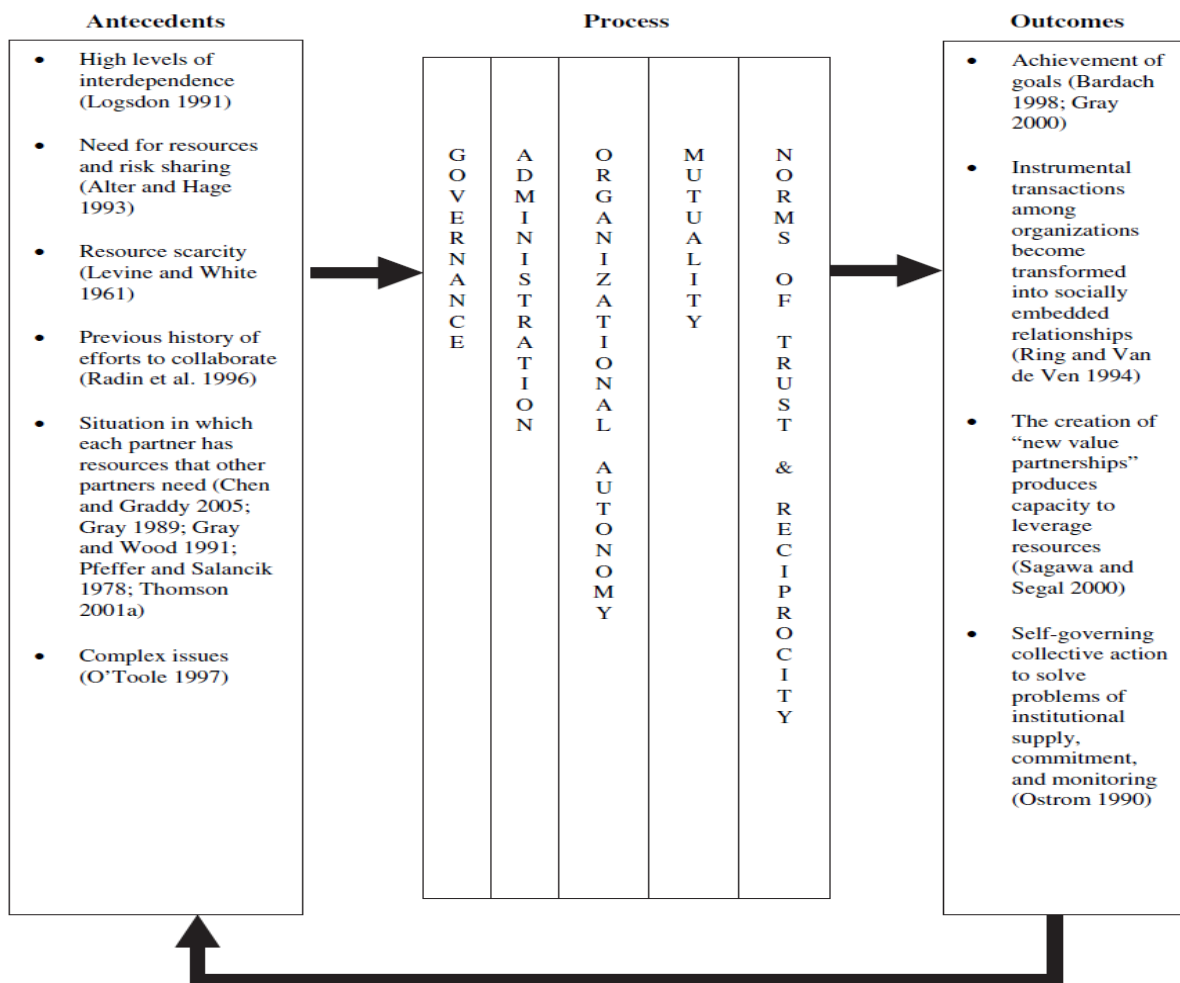
<b>HIERARCHICAL RELATIONS</b>	Through acquisition or merger, one firm takes full control of another's assets and coordinates actions by the ownership rights mechanism
<b>JOINT VENTURES</b>	Two or more firms create a jointly owned legal organization that serves a limited purpose for its parents, such as R&D or marketing
<b>EQUITY INVESTMENTS</b>	A majority or minority equity holding by one firm through a direct stock purchase of shares in another firm
<b>COOPERATIVES</b>	A coalition of small enterprises that combine, coordinate, and manage their collective resources
<b>R&amp;D CONSORTIA</b>	Inter-firm agreements for research and development collaboration, typically formed in fast-changing technological fields
<b>STRATEGIC COOPERATIVE AGREEMENTS</b>	Contractual business networks based on joint multi-party strategic control, with the partners collaborating over key strategic decisions and sharing responsibilities for performance outcomes
<b>CARTELS</b>	Large corporations collude to constrain competition by cooperatively controlling production and/or prices within a specific industry
<b>FRANCHISING</b>	A franchiser grants a franchisee the use of a brand-name identity within a geographic area, but retains control over pricing, marketing, and standardized service norms
<b>LICENSING</b>	One company grants another the right to use patented technologies or production processes in return for royalties and fees
<b>SUBCONTRACTOR NETWORKS</b>	Inter-linked firms where a subcontractor negotiates its suppliers' long-term prices, production runs, and delivery schedules
<b>INDUSTRY STANDARDS GROUPS</b>	Committees that seek the member organizations' agreements on the adoption of technical standards for manufacturing and trade
<b>ACTION SETS</b>	Short-lived organizational coalitions whose members coordinate their lobbying efforts to influence public policy making
<b>MARKET RELATIONS</b>	Arm's-length transactions between organizations coordinated only through the price mechanism

اما به طور کلی منابع مختلف در این زمینه بر این واقعیت تاکید داشته اند که فرایند همکاری بین بخشی یک فرایند همه یا هیچ نمی باشد و برای درک بهتر ماهیت و فرایند یک فعالیت بین بخشی نیاز به دیدگاه‌های جامع وجود دارد که بتواند پیچیدگی‌های فرایندی اجرای فعالیت بین بخشی را روشن کند (۲). یکی از مدل‌های جامع در زمینه همکاری بین بخشی مدل "فرایندی" می باشد که همکاری بین بخشی را به عنوان فرایندی در طول زمان می داند که بین سازمان‌های مختلف به شکل مذاکره، گسترش تعهدات و اجرای تعهدات و به صورت رسمی و غیر رسمی و تکرار شونده در جریان است. برای درک بهتر و مقایسه فرایندهای بین بخشی نیاز به تجزیه پیچیدگی‌های آن به اجزای ساده تر و تا حد امکان عینی تر وجود دارد. از این رو مدل‌های فرایندی معمولاً مدل‌های مورد قبول در این حوزه می باشند. یکی از مدل‌های فرایندی در شکل ۲ نشان داده شده است (۳).



شکل شماره ۲: یک مدل فرایندی برای همکاری بین بخشی (Ring and Van de Ven<sup>۱۹۹۴</sup>)

یکی از مدل‌های مهم معرفی شده برای درک بهتر فعالیت‌های بین بخشی توسط Wood و Gray معرفی شد. این مدل پیشنهادی سه مرحله زمینه‌ها، فرایندها و پیامدهای می‌باشد. قسمت فرایندها شامل پنج بعد اصلی است که به واحدهای مشارکت کننده در فعالیت بین بخشی کمک می‌کند که با نگاه جدیدی به مشکلات پردازند و با استفاده از قابلیت‌های سازمان‌های مختلف و امکانات مربوطه، محدودیت‌های سازمان خود را بر طرف نمایند (۴). مدل همکاری توسط Wood و Gray در شکل ۳ نشان شده و توضیحات مربوط به مدل در ادامه آورده شده است.



شکل شماره ۳: مدل همکاری بین بخشی Gray و Wood، ۱۹۹۱

## اجزای مدل

### ۱. حاکمیت اجرایی (Governance)

اجزای تشکیل دهنده مشارکت باید در مورد چگونگی تصمیم گیری در مورد اصول و قوانین تعیین کننده خط مشی فعالیت و سطح روابط بین سازمان‌های درگیر در یک فعالیت بین بخشی است. همکاری بین بخشی شامل ایجاد ساختاری است که به اجزا امکان می‌دهد تا در مورد چگونگی حل مشکلات مربوط به فعالیت‌های تجمعی از طریق وضع قوانین، انتخاب افراد تصمیم گیرنده، حدود فعالیت‌ها، ماهیت و مقدار اطلاعات مورد نیاز و تخصیص منابع و هزینه‌ها تصمیم گیری نمایند. فرایند حاکمیت در مشارکت یک فعالیت یکباره و راهبرد کلی نیست که برای تمام اجزا تصمیم گیری نماید. حتی در یک چهارچوب خوب طراحی شده برای یک فعالیت مشارکتی نیز ممکن است بحث‌ها و مواجهه‌هایی بین اعضای مشارکت



کننده به وجود آید، اما محیط همکاری و اصول مشارکت که از قبل مورد توافق قرار گرفته مورد رعایت قرار می‌گیرد. برای رسیدن به این محیط و چهارچوب، مسوولیت‌ها و اختیارات مربوط به فعالیت‌های مشارکتی باید به صورت متناسب در بین مجموعه مشارکتی توزیع شود.

## ۲. اجرا (Administration)

فعالیت‌های مشارکتی اغلب دارای ابعاد داوطلبانه بودن نیز می‌باشد که قوانین آن متفاوت با فضای فعالیت‌های سلسه مراتبی، استاندارد سازی فعالیت‌ها و یا فعالیت‌های روزمره می‌باشد. این تفاوت‌ها موجب می‌شود که فعالیت‌های مشارکتی (به خصوص از نوع داوطلبانه) در عمل دچار پیچیدگی‌های غامضی شود. این پیچیدگی‌های عملی در قسمتهای مختلف اجرایی یک فعالیت بین بخشی از جمله برقراری یک سیستم اجرایی موثر برای همکاری بین بخشی که شفافیت لازم در اختیارات و مسوولیت‌های بخش‌های مختلف را دارا باشد و دارای راههای ارتباطی برای ارتقای هماهنگی بین اعضا باشد و همچنین و مکانیسم موثری برای پایش فعالیت‌های بخش‌های مختلف را دارا باشد به نسبت فعالیت‌های روزانه بیشتر دیده می‌شود. به دلیل همین پیچیدگی‌های اجرایی در فعالیت‌های بین بخشی و با وجود نیاز به تمرکززدایی ساختار اجرایی، فعالیت‌های بین بخشی در عمل همچنان نیازمند یک موقعیت مرکزی برای هماهنگی ارتباطات، سازماندهی و انتشار اطلاعات و مطلع نگه داشتن اعضای همکاری از قوانین و برنامه‌های و تنظیم روابط بین اعضا می‌باشد.

## ۳. استقلال سازمانی (Organizational Autonomy)

موضوع استقلال سازمانی در اجرای فعالیت‌های بین بخشی به شدت ممکن است دچار تنش شود. به ویژه هنگامی که یک رده رسمی برای هماهنگی فعالیت‌ها بین ارگانهای فعال وجود نداشته باشد. در واقع همکاری بین واحدهای مختلف در یک موضوع خاص تنها با وجود خواست و اراده مثبت همه واحدها برای همکاری امکان پذیر است. برقراری یک فضای مثبت که از اراده مثبت تمام واحدها برای انجام فعالیت بین بخشی ناشی می‌شود مستلزم به صفر رساندن چنین تنش‌هایی نمی‌باشد. در واقع وجود تنش در یک چهارچوب مثبت می‌تواند به بحث‌های سازنده، پویایی فعالیت‌ها و ایجاد روش‌های خلاقانه برای انجام بهتر فعالیت‌ها کمک کند. در واقع سیستم همکاری بین بخشی که فاقد محیطی برای بحث باشد در مقابل تغییرات و موقعیت‌های پیش بینی نشده از انعطاف پذیری کافی برخوردار نمی‌باشد. در واقع تنش‌های مثبت موجب یک تعامل سازنده در بین اعضا می‌شود.

## ۴. اشتراک منافع (Mutuality)

اشتراک منافع ناشی از وابستگی‌های بین سازمانی در بین اعضای همکاری بین بخشی می‌باشد. واحدهای همکاری در یک فعالیت حتما باید در طول فعالیت وابستگی‌های مفید و سودمند با واحدهای دیگر را تجربه کنند. این منافع مشترک هم می‌تواند بر اساس علایق متفاوت و هم علایق مشترک بین اعضا باشد که موجب تمایل برای فعالیت در موضوعاتی می‌شود که ممکن و رای ماموریت و وظیفه فردی هر سازمان باشد. مادامی که یک واحد بتواند، بدون اینکه به خود یا سایر واحدها آسیب برساند، منافع سایر واحدها را تامین کند، فعالیت بین بخشی ادامه خواهد داشت.

##### ۵. هنجارهای سازمانی (Norms)

فعالیت‌های مشترک سودمند در بین واحدهای مختلف یک فعالیت بین بخشی مستلزم وجود هنجارهای مثبت در بین گروه‌های مختلف می‌باشد. هنجارهای اخلاقی در فعالیت بین بخشی می‌تواند به عنوان نوعی از اعتماد متقابل مطرح باشد که باعث می‌شود موضوع فعالیت‌های مشترک سودمند و موضوع اعتماد بین این واحدها از نظر مفهومی کاملاً به یکدیگر وابسته می‌باشند. اعتماد در یک فعالیت بین بخشی به نحوی است که در آن افراد یک واحد باور دارند که فعالیت‌های واحدهای دیگر دارای سه ویژگی زیر هستند:

- تلاش‌های مجدانه، هم به صورت کاملاً آشکار و هم فعالیت‌هایی که نمود عینی ندارد، در جهت برآورده کردن تمام تعهدات خود را انجام می‌دهند
- در تمام موضوعات مورد مذاکره از جمله انجام تعهدات خود کاملاً صادق هستند
- منافی بیش از آنچه توافق کرده اند از واحدهای دیگر کسب نمی‌کنند حتی اگر فرصت آن وجود داشته باشد.

اعتماد موضوعی مهم در فعالیت‌های بین بخشی است زیرا از پیچیدگی‌های مربوط به اجرای فعالیت‌ها را به شدت کاهش می‌دهد و سرعت مراودات و تصمیم‌گیری را افزایش می‌دهد. مشکل بزرگ در موضوع اعتماد این است که ایجاد اعتماد بین واحدها نیازمند صرف زمان زیادی است که در آن تعاملات زیادی بین واحدهای مختلف صورت بپذیرد و تکرار شود تا میزان کافی از اعتبار برای واحدهای مختلف برای انجام فعالیت مربوطه ایجاد شود. هنگامی که در طول زمان، روابط بین فردی به تدریج جایگزین روابط رسمی و قوانین می‌شوند و هنگامی که توافقات سازمانی بر پایه درک متقابل و تعهد صورت می‌گیرد، روابط بین سازمانی با دوام‌تر خواهند بود.

## ارزیابی مدل

تعیین شاخص‌های همکاری بین بخشی در هر برنامه مختص آن برنامه می‌باشد. اما به طور کلی می‌توان راهنماهای برای ارزیابی برنامه‌های بین بخشی ارائه کرد. یکی از این راهنماها که توسط دانشگاه مک مستر معرفی شده است (جدول ۱۰).

جدول شماره ۱۰: یک روش پیشنهادی ارزیابی همکاری بین بخشی عام (Mc Master University)

Indicators of Collaboration	What to look for:
Shared Experience	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Agreeing on a shared vision</li> <li>• Having a patient-centred orientation</li> <li>• Establishing consensual goals</li> <li>• Participating in shared planning</li> <li>• Reducing duplication in services</li> <li>• Using consultation and referral appropriately</li> </ul>
Responsibility and accountability	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Balancing independent and shared accountability within the team</li> <li>• Engaging in collective decision-making</li> </ul>
Sharing information	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sharing information in a way that is concise, relevant to decision-making, timely and open to discussion</li> <li>• Understanding how teamwork contributes to outcomes</li> <li>• Meeting frequently to discuss opportunities</li> <li>• Accessing common infrastructure for collecting and exchanging information</li> </ul>
Co-operation	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Establishing non-hierarchical relationships</li> <li>• Participating in shared consensual leadership</li> <li>• Defining rules jointly</li> <li>• Having a willingness to collaborate</li> <li>• Establishing partnerships with patient, community and faculty</li> </ul>
Support for innovation I	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Having expertise that fosters introduction of collaboration and innovation</li> <li>• Sharing different viewpoints to integrate different approaches when creating care solutions</li> </ul>
Mutual trust and respect	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Depending on each other as a team</li> <li>• Having grounded trust</li> <li>• Appreciating and respecting all professions included in the interprofessional team</li> </ul>
Indicators of Successful Collaboration	What to look for:
Demonstrates skills/behaviours necessary for collaboration	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Participates in reflection</li> <li>• Is clear about own role and role of others</li> <li>• Is able to articulate common ground shared by all members of the interprofessional team</li> <li>• Is clear about own expectations and assumptions regarding teamwork</li> </ul>

Indicators of Collaboration	What to look for:
	<ul style="list-style-type: none"><li>• Can identify and demonstrate behaviours that nurture collaboration</li><li>• Is comfortable with conflict; participates in resolution process</li></ul>

برای ارزیابی مدل فرایندی Wood و Gray که در قسمت قبل معرفی شد، Thomson یک پرسشنامه طراحی کردند. در این روش پرسشنامه برای هر یک از محورهای همکاری بین بخشی سوالات و نشانگرهایی پیشنهاد شده است (جدول ۱۱). محققان برای آنالیز داده‌های بدست آمده، روش آنالیز مدل‌های ساختار یافته (Structural Equation Model) را پیشنهاد کرده اند (۱). (شکل ۵).

جدول شماره ۱۱: پرسشنامه ارزیابی همکاری بین بخشی Thomson (۲۰۰۷)

### Governance

Circle the number that best indicates (how much—“not at all” to “to a great extent”)

- a. Your organization relies on a formal agreement that spells out relationships between partner organizations?
- b. Your organization relies on standard operating procedures (like rules, policies, forms) created by partner organizations to coordinate each other’s activities in the collaboration?
- c. Your organization participates on a board or steering committee specifically created for making decisions about the collaboration?
- d. Partner organizations take your organization’s opinions seriously when decisions are made about the collaboration?
- e. Partner organizations (including your organization) formally evaluate the success of the collaboration?
- f. All partner organizations (including your organization) have to agree before a decision is made about the goals and activities of the collaboration?
- g. Your organization knows what resources (like money, time, expertise) the partner organizations bring to the collaboration?
- h. Your organization knows the reasons why partner organizations belong to the collaboration?
- i. Your organization brainstorms with partner organizations to develop solutions to mission-related problems facing the collaboration?
- j. Your organization is involved in implementing specific solutions to mission-related problems facing the collaboration?
- k. Partner organizations (including your organization) rely on mission statement for the collaboration different from each individual partner organization’s mission statement?
- l. Your organization relies on informal personal relationships with partner organizations when making decisions about the collaboration?

### Administration

Circle the number that best indicates (how much—“not at all” to “to a great extent”)

- a. Partner organizations (including your organization) rely on a manager to coordinate the collaboration’s activities?
- b. Your organization brings conflicts with partner organizations out in the open to work them out among the organizations involved?
- c. Your organization relies on an external authority to resolve conflicts with partner organizations about matters concerning the collaboration?

- 
- d. Your organization relies on formal communication channels when contacting partner organizations about issues related to the collaboration?**
- e. Your organization has problems getting in touch with partner organizations when you need to contact them?**
- f. You, as a representative of your organization in the collaboration, understand your organization's roles and responsibilities as a member of the collaboration?**
- g. Partner organization meetings accomplish what is necessary for the collaboration to function well?**
- h. Partner organizations (including your organization) agree about the goals of the collaboration?**
- i. Your organization's tasks in the collaboration are well coordinated with those of partner organizations?**
- j. You feel partner organizations keep an eye on your organization's activities to make sure you are doing what you are supposed to be doing in the collaboration?**
- k. Your organization keeps an eye on partner organizations' activities in the collaboration to make sure they are doing what they are supposed to be doing in the collaboration?**

#### **Autonomy**

Circle the number that best indicates (how much—"not at all" to "to a great extent")

- a. The collaboration hinders your organization from meeting its own organizational mission?**
- b. Your organization's independence is affected by having to work with partner organizations on activities related to the collaboration?**
- c. You, as a representative of your organization, feel pulled between trying to meet both your organization's and the collaboration's expectations?**
- d. Your organization is up-front with partner organizations about what it can and cannot give (in time, money, energy, and other resources) to achieve the collaboration's goals?**
- e. You, as a representative of your organization, are allowed to make commitments to the collaboration without having to first get your organization's approval?**
- f. Your organization protects its own organizational integrity in matters concerning the collaboration?**
- g. Your organization would be hurt if it decided to pull out of the collaboration today?**
- h. Information your organization is willing to share with partner organizations for the good of the collaboration even though you would be better off withholding it?**
- i. Your organization is familiar with the programs and operations of the partner organizations?**
-

---

**j. Your organization feels it worthwhile to stay and work with partner organizations rather than leave the collaboration?**

**Mutuality**

Circle the number that best indicates (how much—“not at all” to “to a great extent”)

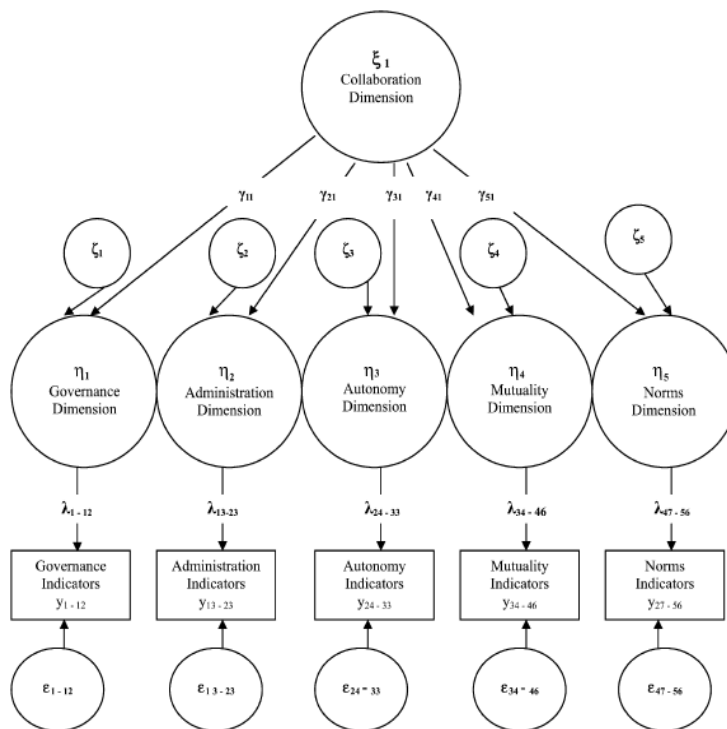
- a. Partner organizations have positively influenced your operations? organization’s services or**
- b. Professional philosophies between your organization and partner organizations make it difficult for you to work together**
- c. Your organization sends clients to or receives clients from partner organizations?**
- d. The goals and activities of your organization are similar to goals organizations? and activities of partner**
- e. Your organization’s understanding of the issues that initially differs from those of partner brought you to the collaboration organizations?**
- f. Your organization, to accomplish its goals, needs the resources, services, or support of partner organizations?**
- g. Partner organizations, to accomplish their goals, need the organization? resources, services, or support of your**
- h. Partner organizations (including your organization) have resources so all partners benefit combined and used each other’s from collaborating?**
- i. Your organization shares information with partner organizations operations and programs? that will strengthen their**
- j. You feel what your organization brings to the collaboration is partner organizations? appreciated and respected by**
- k. Your organization achieves its own goals better working with alone? partner organizations than working**
- l. Partner organizations (including your organization) work through solutions? differences to arrive at win-win**
- m. Partner organizations (including your organization) hold successes in the collaboration? celebrations to recognize joint**

**Norms**

**15. Circle the number that best indicates how strongly you disagree or agree with the statements below.**

- a. The people who represent partner organizations in the collaboration are trustworthy.**
  - b. Partner organizations take advantage of organizations in the collaboration that are vulnerable.**
-

- c. My organization can count on each partner organization to meet its obligations to the collaboration.
- d. Partner organizations try to get the upper hand when they negotiate in the collaboration.
- e. My organization will work with partner organizations only if they prove they will work with us.
- f. My organization will find ways to punish partner organizations that do not keep their word.
- g. If partner organizations treat my organization unfairly, we will leave the collaboration.
- h. My organization will pursue its own interests even at the expense of partner organizations.
- i. Even if they do not always meet their obligations to us, my organization has a duty to meet its obligations to partner organizations.
- j. Developing long-term personal relationships with partner organizations is the most important part of collaborating.



شکل شماره ۴: آنالیز مدل‌های معادلات ساختار یافته برای پرسشنامه ارزیابی میزان همکاری بین

بخشی Thomson (۲۰۰۷)



## تطبيق مدل با مداخلات

برای تقویت هر یک از اجزای مدل فرایندی در فعالیت بین بخشی برای گزارش دهی، مداخلات مطرح شده در این موضوع را می توان در قالب هریک پنجگانه به کار برد. این مداخلات از مطالعه دیگر "بررسی چگونگی ارتقای گزارش دهی بیماری ها در پزشکان بخش خصوصی با مطالعه عوامل موثر بر تغییر رفتار پزشکان شهر تهران" بدست آمده و با نظر کراشناسان و خبرگان تصحیح شده است.

### ۱. حاکمیت اجرایی (Governance)

برای تقویت هر یک از اجزای مدل فرایندی در فعالیت بین بخشی برای گزارش دهی، مداخلات مطرح شده در این موضوع را می توان در قالب هریک محورهای پنجگانه به کار برد.

- قانونگذاری
- پشتیبانی مالی
- پشتیبانی اجرایی
- تطبیق قانون مصوب

### ۲. اجرا (Administration)

- پشتیبانی مالی
- اصلاح نظام آموزشی
- تعریف فرایند
- نظارت و پایش

### ۳. استقلال سازمانی (Organizational Autonomy)

- تفاهم نامه
- آموزش
- نظارت و پایش
- تطبیق فرایند
- پسخوراند
- پشتیبانی اجرایی
- رایزنی
- تطبیق فرایند
- تشکیل کارگروه ها
- گزارش
- چارت سازمانی

#### ۴. اشتراک منافع (Mutuality)

- پشتیبانی اجرایی
- پشتیبانی مالی
- تفاهم نامه
- تشکیل کارگروه‌ها

#### ۵. هنجارهای سازمانی (Norms)

- پسخوراند
- آموزش عمومی
- ملاحظات اخلاقی

برای ارزیابی فرایند فعالیت‌های بین بخشی می‌توان شاخص‌های کمی برای هر یک از این پنج جز به کاربرد.

## مطالعه دلفی

مطالعه دلفی خاص این مطالعه از انظر اجرایی انجام نشد. زیرا لزوم اجرای آن، با توجه به مشکلات عملی برگزاری جلسات مختلف و بعد از اتمام سایر قسمت‌ها و ظرفیت این مطالعه کم‌رنگ شد. به هر حال با توجه به اجرای مطالعه مشابه دلفی در مطالعه مشابه نویسندگان، در بخش دلفی از نتایج مطالعه مشابه در زمینه گزارش دهی بیماری سل استفاده شد. در این بخش یکی از محورهای مورد پرسش تشکیل کمیته ذی نفعان (همکاری بین بخشی) برای گزارش دهی در بخش خصوصی بود. در مطالعه مورد نظر تعداد ۶۴ نفر از کارشناسان و خبرگان برنامه کشوری سل از دانشگاه‌های سرار کشور که در گردهمایی سالانه برنامه کنترل سل و جذام در دانشگاه علوم پزشکی تبریز شرکت داشتند، پاسخ دهندگان به سوالات پرسشنامه بودند. در ابتدا توضیحات مربوط به نحوه اجرای مطالعه و اهداف مطالعه برای شرکت کنندگان توضیح داده شد. سپس نحوه پاسخگویی به سوالات و ملاحظات که برای پاسخ باید در نظر گرفته شود، توضیح داده شد و پرسشنامه در اختیار شرکت کنندگان قرار گرفت. برای هر پرسشنامه کد یکتایی در نظر گرفته شد و از شرکت کنندگان خواسته شد که کد مربوطه را در جایی یادداشت نمایند. پس از جمع آوری پرسشنامه، داده‌ها در نرم افزار وارد گردید و نتایج در قالب نمودار توصیف شد.

تشکیل کمیته ذی نفعان برای گزارش دهی در بخش خصوصی به عنوان یک مداخله می‌تواند شامل تشکیل کمیته‌ای از تاثیرگذاران گزارش دهی در بخش خصوصی و تعریف مسئولیت‌ها و اختیارات آنها در فعالیت‌هایی مربوط به گزارش دهی باشد. مهمترین اثرگذاران در برنامه گزارش دهی شامل: نظام مراقبت و سیستم بهداشتی یک کشور یا منطقه، نمایندگان بخش خصوصی، نظام پزشکی، شهرداری، NGOهای مربوطه و محققین دانشگاهی می‌باشند. کمیته ذینفعان در تدوین و حمایت از برنامه‌های مداخله‌ای گوناگون، نقش اصلی را برعهده خواهد داشت. نتایج مورد انتظار از تشکیل یک کمیته می‌تواند زیر می‌باشد:

- افزایش مقبولیت برنامه گزارش دهی را در نظر ذینفعان مختلف، از جمله بخش خصوصی
- کاهش نسبت بیماران تحت درمان در بخش خصوصی
- افزایش در میزان ارجاع از بخش خصوصی
- افزایش رضایت پزشکان از فرایند گزارش دهی

## نتایج مطالعه دلفی

### قابلیت اجرا:

بیشتر پاسخ دهندگان نظر قاطعی در مورد قابلیت اجرای این مداخله نداشتند. نسبت گزینه‌های بدون نظر از ۳۱٫۲٪ در مرحله به ۵۵٪ در مرحله دوم افزایش یافت. پایداری مداخلات مربوطه:

در مورد پایداری این مداخله در مرحله اول اکثر شرکت کنندگان یا نظری نداشتند (۳۵,۹٪) و یا نسبتاً مخالف پایدار بودن این مداخله بودند (۳۵,۹٪). در مرحله دوم توزیع پاسخ‌ها بیشتر به سمت بی نظر بودن بود (۵۳,۵٪) تا نسبتاً مخالف بودن (۲۳٪).

### **اثر بالقوه بر ارتقای گزارش دهی:**

در مورد اثر برگزارش دهی بیشترین پاسخ‌ها در مرحله اول گزینه نسبتاً موافق بود (۳۲,۸٪) که در مرحله دوم انتخاب این گزینه بیشتر شد (۴۸,۲٪).

"تشکیل کمیته ذی نفعان برای گزارش دهی در بخش خصوصی" به عنوان یک مداخله برای گزارش دهی قابلیت اجرایی و پایداری کمی را از نظر شرکت کنندگان در مطالعه نشان داد و اثر آن بر گزارش دهی نیز از نظر شرکت کنندگان کمتر از سایر برنامه‌های مداخله‌ای بود. این مداخله در شرایطی که کمیته ذی نفعان در سطوح محیطی باشد و در صورت جلب اعتماد عمومی می تواند مفید باشد. به هر حال تفسیر نتایج مطالعات دلفی اغلب بر پایه نسبت افرادی است که گزینه خاصی را انتخاب نموده اند و بر اساس آن نظر اکثریت و میزان توافق برای آن موضوع خاص سنجیده می شود. دلایل مختلف برای تفاوت‌های مشاهده شده در اثر بخشی یک برنامه در شرایط متفاوت عنوان شده است که از جمله مهمترین آنها می توان به موانع و چالش‌هایی اشاره کرد که ناشی از مشکلات اجرایی و عدم وجود برنامه‌های پایداری ۱ برای مداخلات موثر می باشد. برای ایجاد تغییر در سیستم‌های پیچیده مانند سیستم‌های بهداشتی و سایر سازمان‌های خدمات عمومی، نیاز به در نظر گرفتن شرایط اجرای مداخله و قابلیت کاربرد آن در شرایط هدف می باشد. در چنین موقعیتی برنامه‌هایی که به عنوان مداخله به کار می روند وابستگی زیادی به شرایط به کارگیری و اجرا خواهند داشت.



## منابع

۱. Teutsch SM, T.S., *Planning a public health surveillance system. Epidemiol Bull.* ۱۹۹۵;۱۶(۱):۱-۶.
۲. McNabb SJN, C.S., Ryan M, Wuhib T, Nsubuga P, Alemu W, et al. Conceptual framework of public health surveillance and action and its application in health sector reform. *BMC Public Health.* ۲۰۰۲;۲(۱):۲.
۳. *Setting priorities in communicable disease surveillance.* ۲۰۰۶, WHO.
۴. Buehler JW, H.R., Overhage JM, Sosin DM, Tong V. Framework for evaluating public health surveillance systems for early detection of outbreaks. *MMWR.* ۲۰۰۴;۵۳:۱-۱۱.
۵. Perry, H.N., et al., *Planning an integrated disease surveillance and response system: a matrix of skills and activities.* *BMC medicine,* ۲۰۰۷. ۵(۱): p. ۲۴.
۶. Asadi-Lari M, S.A., Akbari ME, Gray D. Public health improvement in Iran--lessons from the last ۲۰ years. *Public Health.* ۲۰۰۴;۱۱۸(۶):۳۹۵-۴۰۲.
۷. Majdzadeh, R. and F. Pourmalek, *A conditional probability approach to surveillance system sensitivity assessment.* *Public Health,* ۲۰۰۸. ۱۲۲(۱): p. ۵۳-۶۰.
۸. Naghavi, M., et al., *The burden of disease and injury in Iran* ۲۰۰۲. *Population Health Metrics,* ۲۰۰۹. ۷(۱): p. ۹.
۹. Figueiras, A., et al., *Influence of physicians' attitudes on under-notifying infectious diseases: a longitudinal study.* *Public Health,* ۲۰۰۴. ۱۱۸(۷): p. ۵۲۱-۵۲۶.
۱۰. Gauci, C., et al., *General practitioners role in the notification of communicable diseases-study in Malta.* *Euro surveillance: bulletin européen sur les maladies transmissibles= European communicable disease bulletin,* ۲۰۰۷. ۱۲(۱۱): p. E۵.
۱۱. Voss, S., *How much do doctors know about the notification of infectious diseases?* *BMJ: British Medical Journal,* ۱۹۹۲. ۳۰۴(۶۸۲۹): p. ۷۵۵.
۱۲. Doyle, T.J., M.K. Glynn, and S.L. Groseclose, *Completeness of notifiable infectious disease reporting in the United States: an analytical literature review.* *American Journal of Epidemiology,* ۲۰۰۲. ۱۵۵(۹): p. ۸۶۶.
۱۳. Hillier, S.L., L. Civetta, and L. Pridham, *A Systematic Review of Collaborative Models for Health and Education Professionals Working in School Settings and Implications for Training.* *Education for Health.* ۲۳(۳).
۱۴. Sharp, M., *Enhancing Interdisciplinary Collaboration: In Primary Health Care.* *Canadian Journal of Dietetic Practice and Research,* ۲۰۰۶. ۶۷: p. ۴-۸.
۱۵. *Intersectoral action... Toward Population Health.* ۱۹۹۹, Report of Federal/provincial/territorial Advisory committee on population health: ottawa, ontario.
۱۶. Van Bon-Martens, M., et al., *The development of an empirical model for regional public health reporting. A descriptive study in two Dutch pilot regions.* *Scandinavian journal of public health,* ۲۰۱۱. ۳۹(۶): p. ۶۰۸-۶۱۷.

۱۷. Van Herten, L.M., S.A. Reijneveld, and L.J. Gunning-Schepers, *Rationalising chances of success in intersectoral health policy making*. Journal of epidemiology and community health, ۲۰۰۱. ۵۵(۵): p. ۳۴۲.
۱۸. Damapong, P., et al., *Model Development for Substance Abusing Surveillance System in Communities*. Journal of the Medical Association of Thailand, ۲۰۱۲. ۹۵(۲): p. ۲۴۱.
۱۹. David, S.D. and R.L. Katz, *Navigating the Legal Framework for State Foodborne Illness Surveillance and Outbreak Response: Observations and Challenges*. The Journal of Law, Medicine & Ethics, ۲۰۱۳. ۴۱(s1): p. ۲۸-۳۲.
۲۰. Masanza, M.M., et al., *Laboratory capacity building for the International Health Regulations (IHR [۲۰۰۵]) in resource-poor countries: the experience of the African Field Epidemiology Network (AFENET)*. BMC Public Health, ۲۰۱۰. ۱۰(Suppl ۱): p. S۸.
۲۱. Molstad, S., O. Cars, and J. Struwe, *Strama--a Swedish working model for containment of antibiotic resistance*. Euro surveillance: bulletin européen sur les maladies transmissibles= European communicable disease bulletin, ۲۰۰۸. ۱۳(۴۶): p. ۵۴۳۷-۵۴۵۳.
۲۲. Sengupta, S., N.S. Calman, and G. Hripcsak, *A model for expanded public health reporting in the context of HIPAA*. Journal of the American Medical Informatics Association, ۲۰۰۸. ۱۵(۵): p. ۵۶۹-۵۷۴.
۲۳. Parker, H., et al., *Imparting carrier status results detected by universal newborn screening for sickle cell and cystic fibrosis in England: a qualitative study of current practice and policy challenges*. BMC health services research, ۲۰۰۷. ۷(۱): p. ۲۰۳.
۲۴. Arriola, K.R., et al., *A collaborative effort to enhance HIV/STI screening in five county jails*. Public Health Reports, ۲۰۰۱. ۱۱۶(۶): p. ۵۲۰.
۲۵. Gainotti, S., et al., *Ethical models underpinning responses to threats to public health: a comparison of approaches to communicable disease control in Europe*. Bioethics, ۲۰۰۸. ۲۲(۹): p. ۴۶۶-۴۷۶.
۲۶. Greaves, F., *What are the most appropriate methods of surveillance for monitoring an emerging respiratory infection such as SARS?* Journal of Public Health, ۲۰۰۴. ۲۶(۳): p. ۲۸۸-۲۹۲.
۲۷. Wilkins, K., et al., *The data for decision making project: assessment of surveillance systems in developing countries to improve access to public health information*. Public Health, ۲۰۰۸. ۱۲۲(۹): p. ۹۱۴-۹۲۲.
۲۸. McKibben, L., et al., *Guidance on public reporting of healthcare-associated infections: recommendations of the Healthcare Infection Control Practices Advisory Committee*. American journal of infection control, ۲۰۰۵. ۳۳(۴): p. ۲۱۷-۲۲۶.
۲۹. Thomson AM, Perry JL, Miller TK. Conceptualizing and measuring collaboration. Journal of Public Administration Research and Theory. ۲۰۰۹;۱۹(۱):۲۳-۵۶.
۳۰. Chaharbaghi K, Adcroft A, Willis R, Todeva E, Knoke D. Strategic alliances and models of collaboration. Management Decision. ۲۰۰۵;۴۳(۱):۱۲۳-۴۸.

۳۱. Thomson AM, Perry JL. Collaboration processes: Inside the black box. *Public administration review*. ۲۰۰۶;۶۶(س۱):۲۰-۳۲.
۳۱. Wood DJ, Gray B. Toward a comprehensive theory of collaboration. *The Journal of Applied Behavioral Science*. ۱۹۹۱;۲۷(۲):۱۳۹-۶۲.