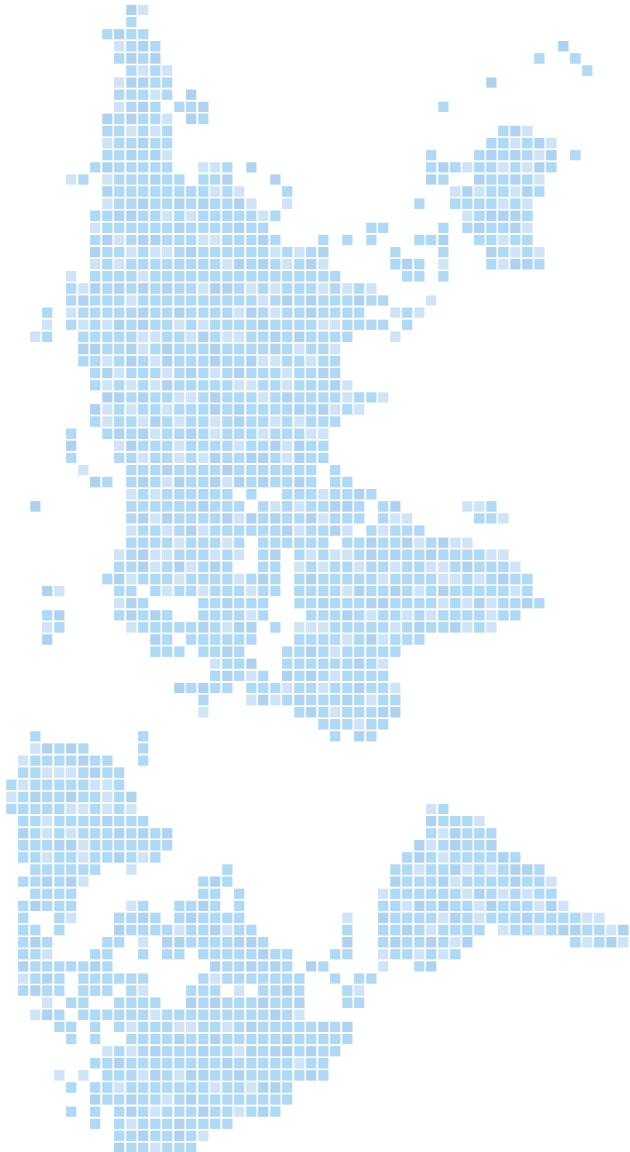
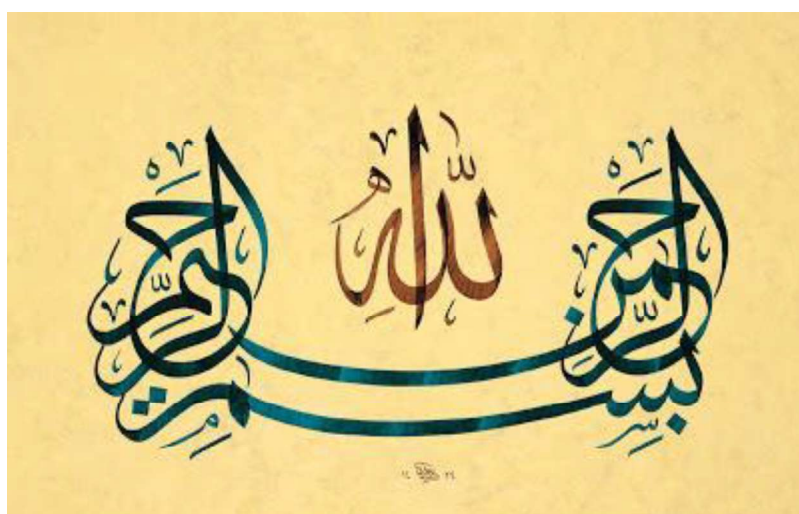




دستورالعمل تدوین
برنامه‌های پایش و
ارزشیابی منابع انسانی
در حوزه سلامت

مترجم: دکتر فرشید علاءالدینی



دستورالعمل تدوین
برنامه‌های پایش و ارزشیابی
منابع انسانی در حوزه سلامت

ترجمه: دکتر فرشید علاء الدینی

فهرست

چرا برنامه پایش و ارزشیابی برای HRH لازم است؟	۲
پایش و ارزشیابی چیست؟	۲
پایش و ارزشیابی در زمینه HRH	۳
هدف و ساختار متن حاضر	۵
گام‌های تدوین برنامه پایش و ارزشیابی منابع انسانی در حوزه سلامت	۶
گام ۱: تشکیل کارگروه ذی‌نفعان	۶
گام ۲: درک زمینه منابع انسانی در حوزه سلامت	۸
گام ۳: تعریف اهداف خرد و کلان برنامه پایش و ارزشیابی، و چارچوب M&E	۱۲
گام ۴: شناسایی شاخص‌ها	۱۸
گام ۵: بررسی سیستم‌های پایش و ارزشیابی موجود و شناسایی منابع داده	۲۳
گام ۶: پایش کلی برنامه HRH	۲۷
گام ۷: ارزشیابی برنامه HRH: طراحی و روش‌های مطالعه	۳۰
گام ۸: پیش‌نویس برنامه پایش و ارزشیابی و رسیدن به اجماع	۳۶
گام ۹: انتشار برنامه پایش و ارزشیابی و انجام بررسی‌های دوره‌ای	۳۸
گام ۱۰: آموزش نظام‌مند درباره اجرای برنامه پایش و ارزشیابی	۴۰
پیوست الف: محتوای برنامه پایش و ارزشیابی	۴۱

فهرست اختصارات

- DHS: پیمایش جمعیت و سلامت
HIS: سیستم اطلاعات سلامت
HMN: شبکه سنجش سلامت
HR: منابع انسانی
HRH: منابع انسانی در حوزه سلامت
HRIS: سیستم اطلاعات منابع انسانی
M&E: پایش و ارزشیابی
PMP: برنامه پایش عملکرد
SARA: ارزشیابی آمادگی و دسترس پذیری خدمات
USAID: اداره توسعه بین المللی ایالات متحده
WHO: سازمان جهانی بهداشت

چرا برنامه پایش و ارزشیابی برای HRH لازم است؟

برنامه پایش و ارزشیابی (M&E) منابع انسانی در حوزه سلامت (HRH) یکی از مؤلفه‌های اساسی فعالیت‌های ملی برای تقویت نیروی کار بهداشتی است. هدف برنامه ملی M&E برای HRH کمک به سنجش و پایش پیشرفت در اجرای برنامه عملیاتی و یا راهبردی HRH کشور است. هم پایش و هم ارزشیابی برای بررسی پیشرفت برنامه در جهت اهداف خرد و کلان ملی بسیار مهم هستند. M&E می‌تواند پیشرفت را بسنجد، زمینه‌های پیشرفت را شناسایی کند، توضیح دهد که چرا راهبرد کار می‌کند یا نه، و راهبردهای اصلاحی را پیشنهاد دهد.

از همه مهم‌تر، ظرفیت قوی در زمینه M&E پیش شرط لازم برای اطمینان از پایداری نیروی کار بهداشتی بسیار کارآمد و باکیفیت است. اگر مدیران منابع انسانی (HR) ندانند که چند کارمند بهداشتی مشغول به کار هستند، و در سمت خود، آیا صلاحیت رفع نیاز جمعیت را دارند یا خیر، و سایر اطلاعات کلیدی را ندانند، آنگاه کادربندی، توزیع، صلاحیت و تعادل نیروی کار بهداشتی ممکن است مطلوب نباشد. اگر مدیران منابع انسانی درباره‌ی انگیزه کارکنان بهداشتی اطلاعاتی نداشته باشند، نمی‌توانند مشوق‌هایی را برای ترغیب ماندن کارکنان خود فراهم کنند. شناخت الگوهای خدمات سلامت و داده‌های نیروی کار سلامت می‌تواند باعث بهبود تصمیم‌گیری درباره‌ی همه‌ی جنبه‌های چرخه‌ی زندگی کارکنان سلامت شود.

پایش و ارزشیابی چیست؟

پایش فرآیند پیوسته‌ای است که معمولاً نشان می‌دهد آیا برنامه در راستای اهداف خود پیشرفت می‌کند یا خیر. پایش، از طریق پیگیری تغییرات در ورودی‌ها، فعالیت‌ها و خروجی‌های برنامه به مرور زمان، دائماً دانش، رفتارها و یا مهارت‌های مورد نظر مداخله یا برنامه را می‌سنجد.

این پیگیری تغییرات دائماً انجام می‌شود و باید بدانیم آیا فرآیندها و رویه‌های مدنظر که قبلاً طراحی شده‌اند مطابق با معیارهای تعیین شده و در زمان مدنظر انجام می‌شوند یا خیر. در برخی موارد، برای بررسی اینکه یک برنامه مطابق با رویه‌ها و نیز قوانین، مقررات و سیاست‌هاست، پایش انجام می‌شود. در این راستا، پایش را می‌توان معادل حسابرسی برنامه دانست.

به همین ترتیب، می‌توان از پایش برای «تصمیم‌گیری آگاهانه‌ی ذی‌نفعان درباره‌ی اثربخشی برنامه‌ها و مصرف کارآمد منابع» استفاده کرد. ورودی‌های معمول برنامه ملی HRH ممکن است بودجه لازم برای

توسعه واحدهای HRH (ورودی مالی) یا حتی کارمندان جدید بهداشتی (ورودی کارکنان) باشد. این فعالیت‌ها می‌تواند شامل دوره‌های آموزشی انجام‌شده یا بازدیدهای نظارتی برای کارمندان سلامت باشد. خروجی‌ها ممکن است افزایش دانش و مهارت‌ها، یا رضایت بیشتر در محل کار باشد.

پایش و ارزشیابی در زمینه HRH

کتابچه M&E برای HRH سازمان جهانی بهداشت در سال ۲۰۰۹ از مفهوم «طول عمر کاری» و مراحل آن به عنوان چارچوبی برای بحث درباره راهبردهای پایش برای HRH استفاده می‌کند.

پایش فعال ورود به نیروی کار با مؤلفه‌های کارآموزی بهداشتی پایش از خدمت آغاز می‌شود، از جمله مجموعه متقاضیان، ثبت نام دانشجویان، نتایج یا نمرات دانشجویان، و اعطای مدرک به افراد حرفه‌ای قبل از ورود به نیروی کار. سپس، پایش HRH به سمت فرآیند جذب و ورود به نیروی کار فعال بهداشتی می‌رود. پس از استخدام کارکنان سلامت، ممکن است درون بخش (مثلاً، تبلیغات) یا خارج از آن (مثلاً، جابجایی از حرفه عمومی به خصوصی) و همچنین مهاجرت بین المللی تغییراتی رخ دهد. سرانجام، به دلیل تغییر شغل، مرگ و بازنشستگی، خروج نیرو نیز وجود دارد.

برای ارزشیابی مجموعه و توزیع نیروی کار بهداشتی می‌توان از داده‌های سرشماری جمعیت، پیمایش‌های نیروی کار، و آمار دستمزد و نظام ثبت حرفه‌ای استفاده کرد. با این حال، پیگیری برخی مراحل (مانند تغییر در بخش اشتغال) نسبت به سایر موارد دشوارتر است، به ویژه اگر سیستم‌های اطلاعاتی حفظ نشده یا یکپارچه نباشند، یا مبتنی بر سیستم‌عامل‌های مختلف نرم‌افزاری باشند و بنابراین برقراری ارتباط ممکن نباشد.

ارزشیابی، رویکرد نظام‌مندی برای نسبت دادن تغییرات نتایج خاص به ورودی‌ها و فعالیت‌های برنامه است. مثلاً، ارزشیابی HRH ممکن است از مصاحبه‌ها و مشاهدات تعامل ارائه‌دهنده-درمانجو برای ارزشیابی عملکرد کارکنان سلامت پس از نظارت حمایتی استفاده کند. این نوع ارزشیابی ممکن است نشان دهد که وجود معیارهای استاندارد چک‌لیست در بین کارکنان بهداشتی، به دلیل معرفی طرح‌واره نظارت برنامه، ۲۵ درصد افزایش یافته است.

پایش و ارزشیابی، در مجموع، فرآیند پیوسته‌ای را برای ثبت اطلاعات جمعیت و برنامه جهت کمک به تصمیم‌گیری تشکیل می‌دهند. عموماً، پایش و ارزشیابی شامل گام‌های زیر هستند، که در ادامه تشریح می‌شوند:

- تعیین گستره و اهداف برنامه M&E
 - انتخاب شاخص‌ها
 - جمع‌آوری منظم اطلاعات مربوط به شاخص‌ها
 - تحلیل اطلاعات حاصل در مقایسه با اهداف خرد و کلان برنامه
 - اشتراک‌گذاری این اطلاعات و بازنگری در برنامه در صورت لزوم.
- کلیه برنامه‌های اجرایی یا عملیاتی ملی و منطقه‌ای HRH باید شامل یک برنامه M&E باشد که اولویت‌های برنامه و فعالیت‌های مرتبط را برای جمع‌آوری، تحلیل و مصرف داده‌ها شرح می‌دهد. جدول ۱ تفاوت‌های بین پایش و ارزشیابی را بیان می‌کند.

جدول ۱. تفاوت‌های بین پایش و ارزشیابی: ویژگی‌ها و سوالات کلیدی

ارزشیابی	پایش
برای برنامه‌ریزی راهبردی و طراحی برنامه استفاده می‌شود	برای مدیریت برنامه استفاده می‌شود
توضیح می‌دهد یا پیش‌بینی می‌کند	توصیف می‌کند
سوالات کلیدی	
آیا به جایی رسیدیم که می‌خواستیم؟ اگر بله، چرا و چگونه؟ اگر نه، چرا نه؟	آیا در مسیر صحیحی هستیم؟ آیا باید وارد مسیر دیگری شویم؟
کدام یک از فعالیت‌های برنامه مؤثرتر بودند، و کدام یک اثربخشی کمتری داشته‌اند؟	آیا برنامه براساس برنامه‌ریزی اجرا می‌شود؟
آیا جمعیت هدف از برنامه بهره می‌برد و با چه هزینه‌ای؟ آیا می‌توان بهبود نتایج بهداشتی را به تلاش‌های برنامه نسبت داد؟	میزان پیاده‌سازی در محل‌های مختلف چطور است؟
منابع شایع داده	
نظرسنجی مبتنی بر جمعیت، مطالعات ویژه، و تحقیقات کیفی	داده‌های مبتنی بر برنامه مانند سیستم‌های اطلاعاتی معمول (سیستم‌های اطلاعات مدیریت سلامت، سیستم‌های اطلاعات منابع انسانی)، ارزشیابی مراکز و یا نهادهای نظرسنجی‌ها؛ تحقیق کیفی

هدف و ساختار متن حاضر

این دستورالعمل‌ها به‌ذی‌نفعان‌مروری‌کلی‌ازفرایند‌تدوین‌برنامه‌های‌M&E‌می‌دهد‌که‌جزء‌لاینفکی‌از‌برنامه‌های‌HRH‌هستند. متن حاضر منابع M&E موجود، مانند برنامه‌های ملی و منطقه‌ای M&E برای مالاریا و ایدز، را تکمیل می‌کند، به این ترتیب که مراحل عمومی مورد نیاز برای تدوین برنامه M&E را فراهم می‌کند و در عین حال به ملاحظات، چالش‌ها و شاخص‌های اختصاصی HRH توجه ویژه‌ای دارد. دستورالعمل بر برنامه‌های ملی M&E برای HRH متمرکز شده است، اما می‌توان از آن در سطح منطقه‌ای، بخشی و زیربخشی نیز استفاده کرد. در حالی که متن حاضر اصول را بیان می‌کند، و تصاویر مراحل و مؤلفه‌های تدوین برنامه M&E برای HRH را ارائه می‌دهد، قرار نیست مازول آموزشی M&E کاملی برای کاربران باشد. به همین ترتیب، برای محتوای خاص برنامه M&E برای HRH توصیه‌ای ارائه نمی‌دهد، زیرا کشورها و نهادها باید خود مشخص کنند که برای زمینه آنها چه چیزی مناسب‌تر است.

بیشتر بدانید

برای کسب اطلاعات بیشتر و مثال‌های دیگر، به منابع ذکرشده برای هر گام و به منابع و همچنین کتابچه راهنمای پایش و ارزشیابی منابع انسانی در حوزه سلامت^۱ سازمان جهانی بهداشت مراجعه کنید، که اطلاعات دیگری را درباره مسائل سنجش HRH، راهبردها و شاخص‌های مربوط به طول عمر کاری (ورود، نیروی کار فعال، و خروج) ارائه می‌دهد.

۱. Handbook on Monitoring and Evaluation of Human Resources for Health

گام‌های تدوین برنامه پایش و ارزشیابی منابع انسانی در حوزه سلامت

ده گام در تهیه برنامه M&E برای HRH وجود دارد، که به تفصیل در بخش‌های زیر توصیف شده است.

گام اول	تشکیل کارگروه ذی نفعان
گام دوم	درک زمینه HRH
گام سوم	تعریف اهداف خرد و کلان برنامه پایش و ارزشیابی، و چارچوب M&E
گام چهارم	شناسایی شاخص‌ها
گام پنجم	بررسی سیستم‌های پایش و ارزشیابی موجود و شناسایی منابع داده
گام ششم	پایش کلی برنامه HRH
گام هفتم	ارزشیابی برنامه HRH: طراحی و روش‌های مطالعه
گام هشتم	پیش‌نویس برنامه پایش و ارزشیابی و رسیدن به اجماع
گام نهم	انتشار برنامه پایش و ارزشیابی و انجام بررسی‌های دوره‌ای
گام دهم	آموزش نظام‌مند درباره اجرای برنامه پایش و ارزشیابی

گام ۱: تشکیل کارگروه ذی نفعان

HRH یکی از حوزه‌های متناوبی است که ذی نفعان از بخش‌ها، سطوح و عملکردهای مختلف را درگیر می‌کند. بنابراین، تولید، تحلیل و بکارگیری داده‌های HRH با کیفیت بالا برای تصمیم‌گیری به نفع طیف گسترده‌ای از ذی نفعان و نیازمند تعهدشان است.

به همین ترتیب، مشارکت دادن ذی نفعان جهت کمک به تدوین برنامه M&E برای HRH موجب افزایش مالکیت این برنامه و اقدامات پیگیری لازم برای اجرای آن می‌شود.

اگر کارگروه M&E HRH بخش سلامت، رصدخانه HRH، یا گروه رهبری HRH دیگری از قبل وجود داشته باشد، این گروه می‌تواند این فرایند را هدایت کند و ذی نفعان کلیدی دیگری با مسئولیت‌های

استفاده از داده‌ها یا HRH و M&E را شامل شود. اگر چنین گروهی وجود نداشته باشد، وزارت بهداشت می‌تواند ذی‌نفعان مناسب - از جمله کسانی که در تدوین و اجرای برنامه ملی HRH مشارکت دارند را جهت تدوین برنامه M&E برای HRH گرد هم آورد.

ذی‌نفعان کلیدی

ذی‌نفعان اصلی ممکن است شامل مدیران و کارمندان HRH وزارت بهداشت، کارمندان M&E سازمان‌های مختلف و همچنین نمایندگان شوراهای حرفه‌ای، سازمان‌های غیردولتی، سازمان‌های دو جانبه و چند جانبه، جامعه مدنی، مؤسسات آموزش بهداشت، بخش خصوصی، و شرکای دیگر باشد. ترکیب این کارگروه باید در چشم‌اندازهای فعلی HRH و M&E از تعادل و نظم خوبی برخوردار باشد. بدین طریق، مطمئن می‌شوید که مهارت‌های اعضا مکمل یکدیگر هستند و گروه می‌تواند به مسائلی چون ویژگی‌ها و محدودیت‌های سیستم M&E موجود، شکاف‌های منابع، و آموزش M&E و نیازهای ظرفیت‌سازی بپردازد.

نقش دبیرخانه

کارگروه باید دبیرخانه‌ای را منصوب یا تأسیس کند که فرایند تدوین برنامه M&E و فرایند رسیدن به اجماع را مدیریت کند. دبیرخانه باید متشکل از یک یا چند نفر باشد که امور روزمره برنامه‌ریزی و برگزاری جلسات، مدیریت اطلاعات و ارتباط با اعضا را به عهده می‌گیرند.

اقدام بسیار مهم دیگری که کارگروه باید انجام دهد زمان‌بندی فرایند تدوین برنامه M&E است، از جمله تاریخ هر گام و خروجی. دبیرخانه می‌تواند به مدیریت این زمان‌بندی کمک کند.

منابع انسانی برای ملاحظات سلامت

کارگروه در بیان رویکرد مفهومی جهت رسیدن به اهداف HRH و تهیه برنامه‌ای جهت نشان دادن پیشرفت به سمت آن اهداف نقش بسیار مهمی دارد. از آنجا که سیستم‌های M&E برای HRH ممکن است محدود باشد، کارگروه باید مشخص کند که کدام ساختار گزارشگری، شاخص‌ها، معیارها و سازوکارهای جمع‌آوری و بکارگیری داده‌ها در چارچوب خاص هر کشور هم مرتبط و هم قابل اجرا هستند. با توجه به گستره مطالعه حاضر، برای اعضای کارگروه که مواجهه چندانی نداشته‌اند، آموزش مفاهیم پایه M&E و یا HRH ممکن است مفید باشد. مثلاً، برخی از اعضا ممکن است در سیستم‌های M&E کشور در حوزه سلامت مجرب باشند، اما ممکن است در HRH کار نکرده باشند. به همین ترتیب، مدیر HRH ممکن است بتواند درباره برنامه‌های ابتکاری HRH اطلاعات بدهد، اما ممکن است در زمینه M&E آموزش ندیده باشد. هر دو مجموعه مهارت باید در گروه وجود داشته باشد و در صورت لزوم گسترش یابد.

بیشتر بدانید

دستورالعمل تشکیل و حفظ منابع انسانی برای گروه‌های رهبری ذی نفعان سلامت CapacityPlus نقشه راه ایجاد کارگروه‌های کارآمد در سطح ملی را ارائه می‌دهد و می‌توان از آن در منطقه خاصی مانند M&E یا HRH استفاده کرد.

گام ۲: درک زمینه منابع انسانی در حوزه سلامت

درک زمینه اجزای برنامه M&E برای HRH یکی از گام‌های اساسی در مسیر تدوین آن است. برنامه M&E برای HRH باید با برنامه‌های راهبردی و عملیاتی ملی HRH ارتباط نزدیکی داشته باشد و با برنامه‌ها و سیستم‌های موجود M&E برای کل بخش سلامت کشور سازگار باشد.

توصیه نمی‌شود که، برای برنامه M&E برای HRH، سیستم گزارشگری متفاوتی با سیستم گزارشگری موجود در بخش سلامت ایجاد شود، زیرا گزارشگری ممکن است تکراری، مقطوع و ناکارآمد باشد. در عین حال، داده‌های سلامت که در حال حاضر جمع‌آوری شده‌اند یا روش‌هایی که در حال حاضر استفاده می‌شوند لزوماً به سنجش پیشرفت به سمت اهداف HRH کمک نمی‌کند. بنابراین، ارزشیابی نیازها و چالش‌های M&E کشور در خصوص HRH قبل از تهیه برنامه M&E مهم است.

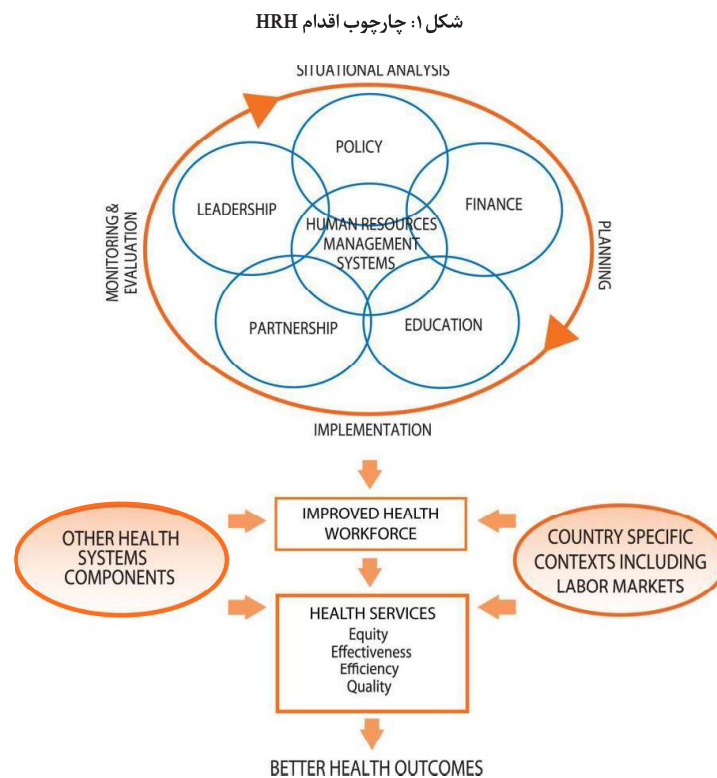
ایجاد چارچوب مفهومی

چارچوب مفهومی، یا همان چارچوب نظری یا سببی، بین عوامل محیطی یا زمینه‌ای مربوطه و برنامه‌های سلامت همگانی ارتباطات مستقیمی برقرار می‌کند. در این راستا، چارچوب‌های مفهومی، هم از طریق روشن کردن فرض‌هایی که زمینه‌ساز فعالیت‌های برنامه هستند و هم بیان کردن عوامل تحت تأثیر این فعالیت‌ها، به طراحی برنامه کمک می‌کنند.

چارچوب مفهومی برای HRH معمولاً با شناسایی اجزای کلیدی تأثیرگذار بر نیروی کار سلامت آغاز می‌شود، که لذا بر ارائه خدمات سلامت تأثیر می‌گذارد. یکی از چارچوب‌های شایع HRH چارچوب اقدام HRH است که در شکل ۱ مشاهده می‌شود.

چارچوب اقدام HRH نشان می‌دهد که چگونه سیاست، امور مالی، آموزش، شراکت و رهبری بایکدیگر با سیستم‌های مدیریت منابع انسانی ارتباط برقرار می‌کنند. این تعامل، که از طریق چرخه اقدام پیوسته‌ای از تحلیل موقعیتی، برنامه‌ریزی، اجرا و M&E پشتیبانی می‌شود، به نیروی کار بهداشتی بهبود یافته کمک می‌کند، که از طریق بهبود ارائه خدمات سلامت می‌تواند به نتایج سلامتی بهتری برسد.

ایجاد چارچوب مفهومی اولین گام برای درک زمینه ملی برنامه‌های HRH است. چنین چارچوب‌هایی ساختار طراحی برنامه HRH را فراهم، و در نهایت به انتخاب شاخص‌های مناسب جهت پایش و ارزشیابی برنامه‌های HRH کمک می‌کند. ایجاد شاخص، به همراه چارچوب‌های M&E که از آن پشتیبانی می‌کنند، در گام ۴ بررسی خواهد شد.



اسناد موجود را از حیث اطلاعات HRH بررسی کنید

جمع‌آوری اطلاعات درباره چشم‌اندازهای HRH و M&E نیز باید، معمولاً از طریق بررسی مستندات با مشورت با ذی‌نفعان، انجام شود. اسنادی که بررسی آنها ممکن است برای کارگروه مفید باشد عبارتند از:

- برنامه‌های ملی راهبردی و عملیاتی یا اجرایی HRH
- برنامه‌های راهبردی بخش ملی سلامت و برنامه‌های عملیاتی مربوطه

- برنامه‌های M&E بخش ملی سلامت
 - ارزشیابی‌ها و گزارش‌های مربوط به سیستم‌های M&E بخش سلامت ملی، منطقه‌ای یا سطح دیگر، چه توسط دولت، سازمان‌های بین‌المللی یا شرکای مجری
 - منابع داده‌های بخش سلامت از قبیل نظرسنجی، سیستم‌های اطلاعات سلامت (HIS)، سیستم‌های اطلاعات منابع انسانی (HRIS)، ابزار جمع‌آوری داده‌ها، و فرم‌های گزارشگری
 - گزارش‌های سالانه بخش سلامت و ارزشیابی و بررسی دوره‌ای بخش سلامت.
- اگر تدوین برنامه M&E به‌عنوان بخشی از مسیر تدوین برنامه ملی HRH باشد، کارگروه برنامه M&E باید وظیفه جمع‌آوری اطلاعات خود را در رابطه با کسانی که مسیر تدوین برنامه HRH را هدایت می‌کنند انجام دهد. بحث مفصل‌تر درباره چگونگی بررسی ظرفیت‌های سیستم M&E را می‌توان در گام ۴ سند حاضر یافت.

سؤالات مهم

- اهداف و اولویت‌های HRH در دوره زمانی مشخص چیست؟
- کدام اداره‌ها، در برنامه ملی HRH و برنامه M&E بخش ملی سلامت، مسئولیت‌های کلیدی دارند؟
- چگونه HRH در برنامه ملی M&E برای بخش سلامت گنجانیده شده است؟
- کدام شاخص‌ها، معیارها و اهداف از قبل انتخاب شده‌اند؟
- چه اطلاعاتی درباره دسترسی به داده‌های HRH وجود دارد؟

منابع انسانی برای ملاحظات سلامت

از آنجا که HRH هنوز حوزه نسبتاً جدیدی در بخش سلامت است، مسائل HRH ممکن است در راهبردها و برنامه‌های سایر حوزه‌های سلامت گنجانیده شود. مثلاً، برنامه ملی ایدز ممکن است شامل اهداف خرد و کلان و شاخص‌های آموزش ارائه‌دهنده و تقسیم وظایف باشد. بنابراین، مرور برنامه‌های

ملی عملیاتی و M&E در زمینه‌های مختلف سلامت مانند ایدز، برنامه‌ریزی خانواده، مالاریا، یتیمان و کودکان آسیب‌پذیر برای شناسایی منابع اطلاعات HRH و فرصت‌های همکاری در همه بخش‌های سلامت ممکن است مفید باشد.

بیشتر بدانید

ابزارهای ارزشیابی HRH زیر سوالات و منابع داده کلیدی را فهرست می‌کنند که ممکن است برای درک زمینه HRH مفید باشند.

- رویکرد ارزشیابی مدیریت منابع انسانی CapacityPlus به ذی‌نفعان علاقه‌مند به ارزشیابی مدیریت منابع انسانی یا سیستم‌ها و فرآیندهای HRH کمک می‌کند. این ابزار سوالات کلیدی، زمینه‌های تحقیق، و منابع اطلاعات یا داده‌های بالقوه برای هریک از چهار حوزه اصلی عملکردی HRH را شناسایی می‌کند.
- در کتابچه راهنمای پروژه سیستم‌های سلامت ۲۰/۲۰^۱ درباره انجام ارزشیابی سیستم‌های سلامت، بخش ۳، مازول ۳ ارزشیابی HRH، از جمله منابع بالقوه داده، ذی‌نفعان پیشنهادی جهت مصاحبه، فهرست موضوعات جهت بررسی، و شاخص‌های بالقوه جهت استفاده را آموزش می‌دهد.
- راهنمای WHO برای ارزشیابی سریع HRH سوالات اساسی هنگام ارزشیابی شش موضوع اصلی HRH و همچنین فهرستی از منابع و ابزارهای دیگر را ارائه می‌دهد.
- ارزشیابی تأمین بودجه، آموزش، مدیریت و سیاست برای برنامه‌ریزی راهبردی منابع انسانی در حوزه سلامت^۲ WHO به کاربران در ارائه توصیه‌هایی برای بهبود ظرفیت سیستم HRH کمک می‌کند.

۱. Health Systems ۲۰/۲۰ Project

۲. Assessing Financing, Education, Management and Policy Context for Strategic Planning of Human Resources for Health

گام ۳: تعریف اهداف خرد و کلان برنامه پایش و ارزشیابی، و چارچوب M&E

اهداف خرد و کلان مندرج در برنامه HRH اساس تلاش M&E برنامه را تشکیل می‌دهند، و معمولاً از طریق چارچوب M&E ارائه می‌شوند. هرکدام بیانگر نتایج HRH برنامه در جهت دستیابی به آنها هستند، همانطور که به تفصیل در ادامه توصیف شده است.

هدف برنامه M&E

برنامه‌های ملی M&E برای HRH سنجش پیشرفت و نتایج در اجرای برنامه HRH کشور را هدایت می‌کنند، همچنین چارچوب ارائه بازخورد و پیشرفت پیوسته برنامه را ارائه می‌دهند. خواه کارگروه هدف خاص یا جامع‌تری را تعریف کند یا نه، برنامه نهایی M&E باید هدف و ارتباط آن با برنامه ملی HRH را بیان کند.

تعیین اهداف خرد و کلان

برنامه M&E همچنین باید اهداف خرد و کلان خود را تشریح، در زمینه آنچه برنامه امیدوارست محقق کند، انتظارات را تعیین، و انواع اطلاعات موجود در سند را برای کاربر معرفی کند.

هدف کلان (goal) عبارت گسترده‌ای است که نشان می‌دهد برنامه در پی رسیدن به چه تأثیر کلی است. برنامه‌های HRH غالباً اهداف کلی دارند، از جمله بهبود ارائه خدمات سلامت از طریق نیروی انسانی تقویت‌شده بخش سلامت.

هدف خرد (objective) عبارتی است که صریحاً نتایج مدنظر برنامه را با عباراتی خاص و قابل سنجش توصیف می‌کند. اهداف خرد برنامه، از لحاظ اهداف کلان برنامه، باید به شکل مفهومی دربیایند زیرا نحوه نگارش اهداف خرد فعالیت‌های برنامه را شکل خواهد داد.

با استفاده از قالب جدول ۲، «افزایش استقرار پرستاران در ۲۵ منطقه روستایی در کنیا به میزان ۴۵٪ تا پایان سال ۲ پروژه» نمونه‌ای از هدف خرد برنامه HRH است.

جدول ۲: قالب اهداف برنامه HRH

جزء	عملکرد	مثال
به	اقدام	افزایش دادن
در میان	جمعیت یا بخش خاصی	۲۵ جامعه روستایی در کنیا
از- تا	از ابتدا تا مقصد	
به میزان	درصد	به میزان ۴۵ درصد
تا	سطح خاص	
تا	مدت زمان	تا پایان سال ۲ پروژه

مخفف متداول که در جدول ۳ تشریح شده است، SMART (مشخص، قابل اندازه‌گیری، دست‌یافتنی، مرتبط و زمان‌مند)، معیارهای نگارش اهداف خرد خوب را نشان می‌دهد.

جدول ۳: اهداف SMART

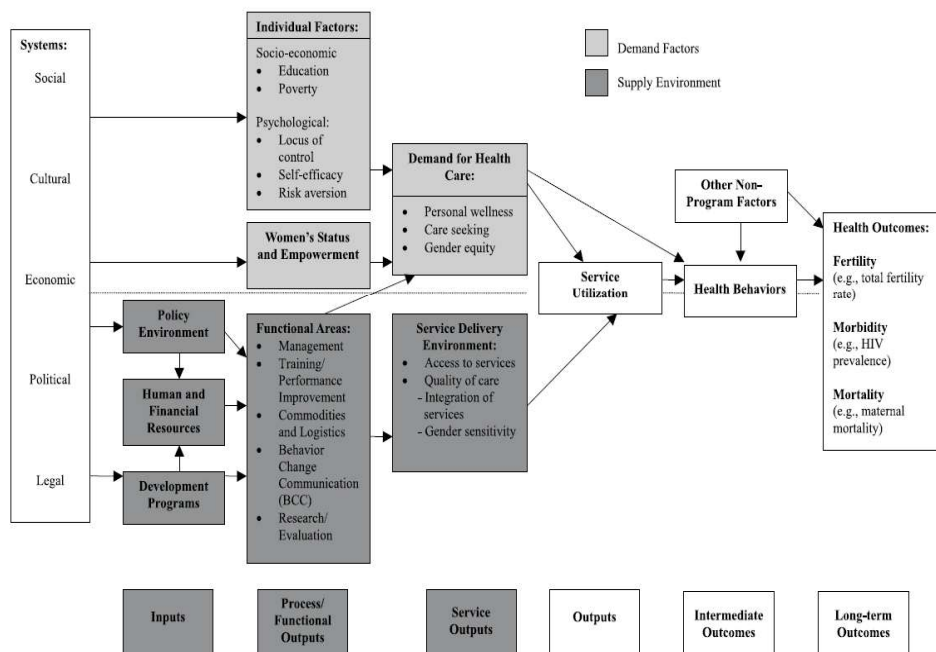
S	مشخص: تأثیرات و نتایج و خروجی‌ها باید از زبان تغییر استفاده کنند - باید وضعیت خاصی در آینده را توصیف کنند (مثلاً، بهبود عملکرد [تعریف شده]).
M	قابل اندازه‌گیری: نتایج، چه کمی و چه کیفی، باید شاخص‌های قابل اندازه‌گیری داشته باشند، که امکان ارزشیابی محقق شدن یا نشدن آنها را فراهم می‌کند.
A	دست‌یافتنی: نتایج باید در محدوده ظرفیت ارزیابان باشد.
R	مرتبط: نتایج باید در جهت اولویت‌های منتخب برنامه ملی باشند.
T	زمان‌مند: نتایج هرگز پایان باز ندارند و تاریخ مورد انتظار برای تحقق آنها تعیین می‌شود (مانند، در پایان سال).

برای تعیین اینکه آیا اهداف برنامه برآورده، و فعالیت‌ها باموفقیت انجام شده‌اند یا خیر، برنامه M&E HRH شامل مجموعه شاخص‌ها یا اندازه‌گیری‌های مختص برنامه نیز خواهد بود. توضیح دقیق‌تر شاخص‌ها و همچنین نحوه تدوین آنها در گام ۴ این دستورالعمل آمده است.

ایجاد چارچوب M&E

سرانجام، برنامه M&E باید چارچوب M&E را شامل شود، که اغلب مدل منطقی یا چارچوب منطقی نامیده می‌شود، که به کاربران امکان درک نقش مؤلفه‌های برنامه ملی HRH در دستیابی به اهداف سلامت را فراهم می‌کند. چارچوب‌های M&E معمولاً به صورت ماتریس ارائه می‌شوند و روابط بین اهداف خرد و کلان، فعالیت‌ها و نتایج مورد انتظار برنامه را نشان می‌دهند. شکل ۲ نمونه‌ای از چارچوب M&E برای برنامه‌های سلامت باروری را نشان می‌دهد.

شکل ۲: چارچوب پایش و ارزشیابی برای ارزشیابی برنامه‌های سلامت باروری

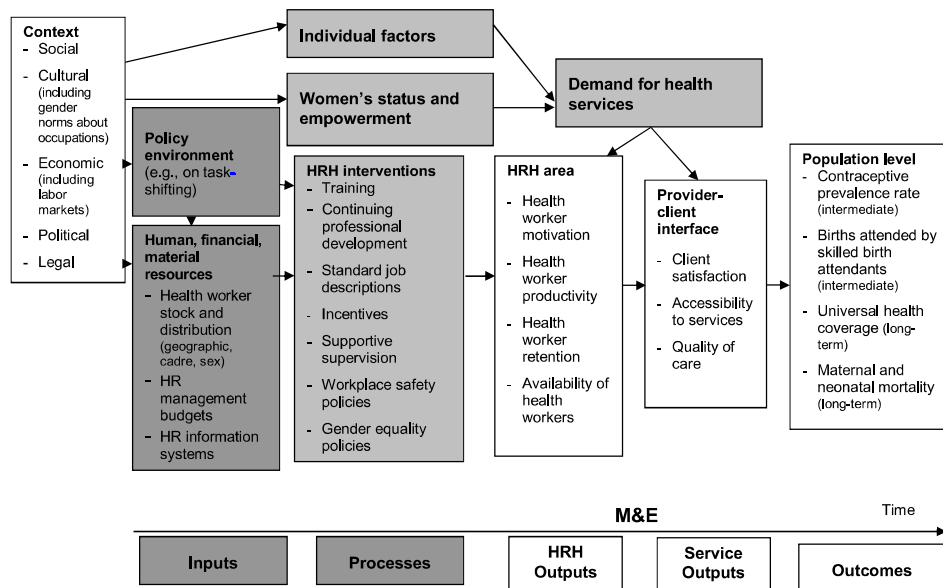


در چارچوبی که در شکل ۲ آمده، جریان پیوسته اندازه‌گیری از ورودی‌ها تا فرایندها، خروجی‌ها و نتایج ارائه شده است:

- **ورودی‌ها منابع، برنامه‌ها و مداخلاتی هستند که برای اصلاح یک وضعیت سلامت اعمال می‌شوند.**

- **فرایندها فعالیت‌ها و اقدامات خاصی هستند که با وجود ورودی‌ها انجام می‌شوند.**
 - **خروجی‌ها نتیجه این فرایندها هستند.** می‌توان آنها را براساس مکان یا زمان اندازه‌گیری تقسیم کرد. مثلاً، در شکل ۲، خروجی‌ها به خروجی‌های خدمات در سطح مراکز و خروجی‌های سطح گسترده‌تر جامعه مانند بهره‌برداری از خدمات تقسیم می‌شوند.
 - **نتایج نتایجی هستند که در دوره میان مدت یا بلندمدت اتفاق می‌افتند.** نتایج میان مدت ممکن است رفتارهای سلامت را بسنجند، مانند درصد زنانی که فرزند بیمار دارند و به یک ارائه‌دهنده خدمات سلامت مراجعه می‌کنند، یا درصد زایمان‌هایی که متخصص زنان و زایمان ماهر انجام می‌دهد. از طرف دیگر، نتایج بلندمدت، که اغلب به آن اثرات می‌گویند، نشانگر نتایج در سطح جمعیت (ملی یا منطقه‌ای) مانند نرخ باروری یا مرگ و میر است.
- چارچوب HRH M&E باید روی اجزای مرتبط با HRH متمرکز شود که به نتایج مطلوب می‌انجامد. مثلاً، چارچوب HRH M&E می‌تواند از مدل طول عمر کارکنان سلامت WHO (ورود، نیروی کار فعال، خروج) پیروی کند. با این حال، هر کشور باید چارچوبی را تدوین کند که با اهداف و راهبردهای HRH خود هماهنگ باشد. چارچوب مصوری برای برنامه HRH با هدف بهبود عملکرد کارکنان سلامت جهت دستیابی به ارائه بهتر خدمات در شکل ۳ آمده است.
- شکل ۳ اهمیت عوامل زمینه‌ای مؤثر بر طرفین عرضه و تقاضای عملکرد کارکنان سلامت مانند بازار کار را نشان می‌دهد، که به تعیین تعداد کارمندان سلامت برای اشتغال و ارائه خدمات کمک می‌کند. ورودی‌ها ممکن است تعداد، توزیع و انواع کارمندان سلامت و همچنین بودجه HRH و سیستم‌هایی مانند HRIS باشد. برای مداخلات کوتاه‌تر یا خاص‌تر، این ورودی‌ها می‌توانند به خروجی‌های فوری نیز تبدیل شوند.
- با ادامه دادن مدل منطقی در طول زمان، برنامه HRH M&E می‌تواند فرایندها یا فعالیت‌هایی مانند تولید فارغ‌التحصیلان جدید از مؤسسات آموزش سلامت، تدوین شرح شغلی استاندارد برای بسمت‌های پر شده، اجرای پایش حمایتی و بسته‌های تشویقی HR (مثلاً، افزایش دستمزدها، مسکن، آموزش) و ایجاد و اجرای سیاست‌های ایمنی و برابری جنسیتی در محل کار را بسنجد.

شکل ۳: چارچوب مصور پایش و ارزشیابی عملکرد کارکنان سلامت



در این مدل مصور، بیشتر خروجی‌ها را می‌توان در سطح مرکز، منطقه و ملی سنجید. این چارچوب را می‌توان برای نشان دادن اثرات مدنظر فرایندها - مداخلات HRH - بر انگیزه، بهره‌وری و حفظ کارکنان سلامت استفاده کرد. این مسئله باید بر رضایت درمانجو تأثیر مثبتی بگذارد و میزان دسترسی درمانجویان به خدمات را افزایش دهد.

نتایج چارچوب مصور در نهایت باید در نتایج بلندمدت در سطح جمعیت منعکس شود، از جمله افزایش شیوع مصرف روش‌های پیشگیری از بارداری یا افزایش تعداد زایمان‌هایی که توسط پزشک زنان و زایمان ماهر انجام می‌شود، که به دستیابی به پوشش سلامت همگانی کمک می‌کند. در نهایت، این مسائل ممکن است به کاهش نرخ مرگ و میر مادران و نوزادان نیز کمک کند.

سؤالات مهم

ترسیم توالی فعالیت‌ها و نتایج مورد انتظار در چارچوب HRH M&E می‌تواند ارتباط این اجزا با هم را نشان دهد. برخی از سؤالاتی که ممکن است طی فرایند تدوین مفید باشند عبارتند از:

- اهداف خرد و کلان اصلی برنامه ملی HRH چیست؟
- اولویت‌های برنامه ملی HRH چیست؟
- ورودی‌ها، فرایندها، خروجی‌ها، نتایج میان مدت و بلندمدتی که صریحاً در برنامه ملی HRH بیان شده‌اند چیست؟ آیا ورودی‌ها، فرایندها، خروجی‌ها، نتایج (میان مدت و بلندمدتی) وجود دارند که در برنامه مشخص نشده باشند، اما برای اثرگذاری مداخلات HRH بر نتایج سلامت لازم باشند؟
- تعامل بین مؤلفه‌های مختلف (مانند HRIS، آموزش، عملکرد) چیست و چه تأثیری بر توانایی برنامه HRH در دستیابی به اهداف خرد و کلان خود دارند؟

منابع انسانی برای ملاحظات سلامت

در حالی که اهداف خرد و کلان برنامه M&E برای HRH ممکن است مشابه سایر انواع برنامه‌های M&E باشد، چارچوب مفهومی ممکن است تا این حد قابل انتقال نباشد. از آنجا که HRH زمینه متفاوتی است، اینکه نقش ورودی‌ها، مداخلات و خروجی‌های HRH در دستیابی به اهداف خرد و کلان ملی بهداشتی را نشان دهد به اندازه برنامه ارائه خدمات صریح و مستقیم نیست. بعضی از اجزا، مانند مجموعه و توزیع کارکنان بهداشتی، را می‌توان ورودی و نیز خروجی مدنظر مداخلات HRH دانست. بنابراین، ترجیح داده می‌شود که چارچوب M&E طی فرایند تدوین برنامه ملی HRH تدوین شود، زیرا این چارچوب می‌تواند به شناسایی راهبردها و اولویت‌های کلیدی کمک کند.

بیشتر بدانید

- مرکز منابع جهانی HRH دوره آموزش الکترونیکی خودگام و رایگانی به نام مقدمه‌ای بر پایش و ارزشیابی منابع انسانی در حوزه سلامت را ارائه می‌دهد. این دوره، که سازنده آن CapacityPlus است، جلسات مربوط به شاخص‌ها و چارچوب‌های مفهومی HRH را ارائه می‌دهد.
- دانشکده سلامت همگانی جان هاپکینز بلومبرگ دوره آموزشی خودگامی برای ارزشیابی برنامه ارائه می‌دهد، که نحوه تدوین چارچوب مفهومی را آموزش می‌دهد.
- هنگام تهیه چارچوب‌های HRH M&E، بهره‌گیری از مدل‌های مختلف ممکن است مفید باشد، مانند مدل طول عمر کارکنان سلامت WHO که در کتابچه راهنمای پایش و ارزشیابی منابع انسانی در حوزه سلامت (WHO ۲۰۰۹) توصیف شده است، (GHWA, USAID, and WHO n.d) هر دو چارچوب‌هایی را ارائه می‌دهند که می‌توانند به ذی‌نفعان در درک مسائل HRH و پرداختن به آنها کمک کنند.

گام ۴: شناسایی شاخص‌ها

پس از تعیین اهداف خرد و کلان و چارچوب برنامه، نوبت تدوین شاخص‌ها یا بیانیه‌های قابل سنجش اهداف و فعالیت‌های برنامه فرارسیده است. شاخص دقیقاً همان کاری را می‌کند که می‌گوید: زمینه خاصی از اندازه‌گیری را «مشخص می‌کند» یا نشان می‌دهد. شاخص‌ها اساس M&E هستند، زیرا نشان می‌دهند آیا برنامه اهداف کلان بیان شده را برآورده می‌کند و چگونه باید فعالیت‌های برنامه را در صورت لزوم اصلاح کرد.

شاخص‌ها، برای پایش برنامه، باید مستقیماً با ورودی‌ها، فرایندها و خروجی‌های شناسایی شده هماهنگ باشند، که همه این موارد باید با اهداف خاص برنامه مطابقت داشته باشند. یکی از رویکردهای تدوین شاخص‌ها توجه همزمان به هر یک از حوزه‌های عملکردی HRH (مانند، مدیریت HRH، کارآموزی پیش از خدمت، بهره‌وری نیروی کار بهداشتی) یا هر سطح اصلی چارچوب مفهومی است. این مسئله تداوم، وسعت و عمق شاخص‌ها را تسهیل می‌کند. با این حال، خطر در نظر گرفتن شاخص‌های متعددی که به یک زمینه کاربردی می‌پردازند، بهم‌ریختگی برنامه و سردرگمی کاربران است، و جمع‌آوری داده‌های لازم ممکن است پرهزینه باشد. علاوه بر این، تحقیقات M&E نشان داده

است که دو یا چند شاخصی که یک چیز را می‌سنجند لزوماً تحلیل را قوی‌تر نمی‌کنند.

با گسترش HRH در بسیاری از مؤلفه‌های سیستم‌های سلامت، در نظر گرفتن شاخص‌های متعدد برای اطمینان از پوشش همه جنبه‌های برنامه HRH وسوسه‌انگیز است. با این حال، انتخاب دقیق تعداد کمتری از شاخص‌های با کیفیت بالا می‌تواند به پایش هدفمندتر برنامه بینجامد، بار روی M&E و سایر کارکنان برنامه را کاهش دهد، و به منابع امکان تمرکز بر تضمین داده‌های باکیفیت را بدهد. مثلاً، راهبرد HRH ممکن است شامل مؤلفه پیش از خدمتی باشد که به پرورسانی دوره آموزشی، اصلاح مدیریت مدرسه و، از همه مهم‌تر، کمک به فارغ‌التحصیلان حرفه‌ای سلامت در کارایی نیاز دارد. برنامه M&E مربوطه، به جای اینکه شاخص‌های مربوط به هر یک از این مؤلفه‌ها را دربرگیرد، فقط می‌تواند شامل یک شاخص کلیدی در جذب فارغ‌التحصیلان به نیروی کار باشد (مثلاً، درصد کارکنان بهداشتی فارغ‌التحصیل و مدرک‌دار که ظرف شش ماه پس از فارغ‌التحصیلی استخدام شده‌اند).

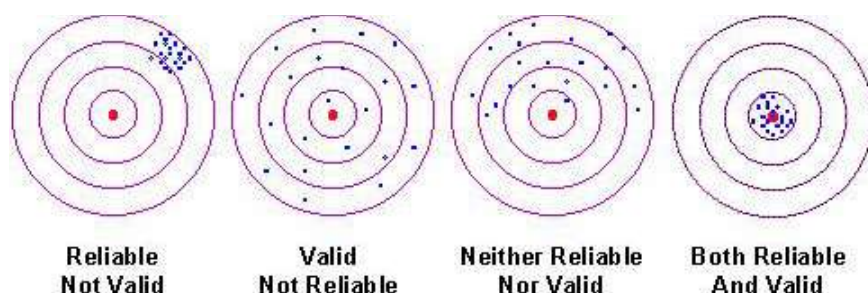
هنگام شناسایی شاخص‌های مربوط به هر یک از برنامه‌های M&E، دو ویژگی مهم شاخص‌های باکیفیت را در نظر بگیرید:

- **روایی (Validity):** شاخص باید مسئله مدنظر خودش را بسنجد. ارزیابان باید ببینند که شاخص از چه جهاتی ممکن است معتبر نباشد. ممکن است سوگیری‌هایی وجود داشته باشد که بر اندازه‌گیری یا تفسیر سنج تأثیر می‌گذارند. مثلاً، سنج‌های بار کاری و نسبت ارائه‌دهنده به بیمار تحت تأثیر زمان روز سنجش قرار می‌گیرد. سوگیری همچنین ممکن است بر سؤالاتی که کارمندان سلامت باید جواب بدهند تأثیر بگذارد: اینکه آیا احساس می‌کنند مهارت لازم را برای انجام کار خود دارند یا خیر؛ اگر پاسخ‌دهندگان احساس کنند منفی جواب دادن شغل آنها را به خطر می‌اندازد یا، برعکس، پاسخ مثبت ممکن است احتمال آموزش بیشتر را کاهش دهد، ممکن است صادقانه جواب ندهند. ماهیت ذهنی و حسی این سؤالات ممکن است به نتایج و مداخلات نادرست بینجامد.

- **پایایی (Reliability):** پایایی میزان تولید نتایج مشابه توسط شاخص از طریق اندازه‌گیری‌های مکرر یک پدیده، چه توسط یک ارزیاب یا ارزیاب‌های مختلف (یعنی، پایایی بین ارزیابان)، است. پایایی همچنین با میزان ثبات، پایداری یا سازگاری شاخص ارتباط دارد. شاخص‌های غیرقابل اعتماد اغلب ذهنی یا غیردقیق هستند، و نتایج متفاوتی را تولید می‌کنند. سؤالات غیردقیق مانند «چه مدت است که اینجا کار می‌کنید؟» ممکن است پاسخ مشخصی نداشته باشند. برخی از افراد ممکن است پاسخ‌های خود را کم و زیاد کنند، در حالی که برخی دیگر ممکن است پاسخ کیفی بدهند (مثلاً «خیلی طولانی»)، که تحلیل پاسخ‌ها را بی‌اثر می‌کند. ابزار معیوب (مثلاً،

مقیاس کالیبره نشده) اندازه‌گیری‌های غیرقابل اعتمادی را تولید می‌کند. وقتی افرادی که داده‌ها را جمع‌آوری می‌کنند به خوبی آموزش ندیده باشند، پایایی شاخص ممکن است با چالش‌هایی روبرو شود، که در نتیجه ممکن است یک مصاحبه‌کننده از یک ابزار استفاده کند یا پاسخ را به طرز متفاوتی تفسیر کند، بنابراین پاسخ‌های متفاوتی از شخص یا موقعیت مشابه ثبت می‌شود. این مفاهیم را می‌توان به راحتی در شکل ۴، با استفاده از تصویر «هدف پیکان»، دید.

شکل ۴: نمایش روایی و پایایی شاخص



ملاحظات دیگری که هنگام انتخاب شاخص‌ها مطرح می‌شوند ماهیت عملی‌تری دارند، مانند امکان جمع‌آوری یک شاخص خاص (مثلاً، آیا این کار بسیار پرهزینه است یا به تجهیزات یا آموزش بسیار پیشرفته نیاز دارد؟)، و سهولت تفسیر نتایج (مثلاً، در نحوه گزارش رضایت شغلی توسط کارکنان سلامت تفاوت‌هایی وجود دارد؟). از طریق پرداختن دقیق به این ابعاد کیفیت شاخص، ارزیابان می‌توانند مطمئن شوند که شاخص‌ها مرتبط، مشخص، کاملاً تعریف شده، و به طرز واقع‌بینانه‌ای قابل اندازه‌گیری در بازه زمانی معین هستند. تدوین شاخص‌های SMART می‌تواند شبیه تدوین اهداف SMART باشد (جدول ۳).

برای هر شاخص، برنامه ملی M&E برای HRH باید تعاریف و روش‌های عملیاتی، منابع داده، مقادیر پایه، اهداف، و تکرار جمع‌آوری و گزارشگری داده‌ها و افراد مسئول را تشریح کند. همچنین داشتن یا تولید مقادیر پایه نیز ضروری است که، از طریق ارائه مبنایی برای مقایسه کردن داده‌های آینده و ارائه اهدافی که نشان‌دهنده سطح مطلوب قابل اندازه‌گیری عملکرد یا تغییر است، امکان پایش عملکرد را فراهم می‌کند. مقادیر و اهداف پایه به داده‌های جمع‌آوری شده برای مجموعه‌ای از شاخص‌ها معنا می‌بخشد، زیرا به تعیین پیشرفت در جهت اهداف برنامه کمک می‌کند، همانطور که در جدول ۴ آمده است.

جدول ۴: اطلاعات شاخص کلیدی برای شاخص درصد کارکنان بهداشتی که مشاوره تنظیم خانواده را براساس دستورالعمل انجام می دهند

تعریف	«عملکرد استاندارد» برای مراجعه کنندگان جدید تنظیم خانواده در زمینه های زیر تمام گویه های موجود در چک لیست را پر می کند: ۱. از درمانجو با احترام استقبال می کند ۲. حریم خصوصی شنیداری-دیداری را رعایت می کند ۳. از سابقه خانوادگی بیماری یا کسالت می پرسد ۴. از سابقه بارداری و نتایج آن می پرسد ۵. وضعیت فعلی (از جمله بارداری) را بررسی می کند ۶. معاینات جسمی را براساس پروتکل انجام می دهد ۷. روش، درمان، یا مشاوره را به صورت مناسب (تعریف شده) ارائه می دهد ۸. عوارض احتمالی و اقدام متقابل را تشریح می کند ۹. برای اطمینان از درک گام های بعدی، سؤال می کند ۱۰. ویزیت بعدی برای پیگیری را مشخص، و از درمانجو تشکر می کند.
روش	مشاهده تعامل درمانجو و ارائه دهنده با ناظر آموزش دیده و چک لیست استاندارد براساس جدیدترین دستورالعمل ها و پروتکل ها؛ اخذ رضایت آگاهانه از قبل از درمانجو و ارائه دهنده
منبع داده	بررسی (یا نظرسنجی از) مرکز
مقدار پایه	۵۷٪ (متوسط)
مقدار هدف	۹۰٪ بعد از دو سال
تواتر	سالانه
مسئولیت گزارشگری	مسئول پزشکی منطقه (یا معادل آن)

سؤالات مهم

- در حال حاضر، کدام شاخص‌های مرتبط با HRH پایش و گزارشگری می‌شوند؟ آیا برای اطمینان از مطابقت آنها با معیارهای شاخص‌های کیفی (مانند روایی، پایایی، امکان‌سنجی)، باید بازنگری شوند؟
- آیا این شاخص‌ها اولویت‌ها و نتایج مورد انتظار برنامه ملی HRH را منعکس می‌کنند؟
- آیا می‌توان مقادیر هدف واقع‌گرایانه را برای شاخص‌ها تعیین کرد تا برای تصمیم‌گیری برنامه به کار بروند؟
- آیا برای جمع‌آوری مرتب داده‌های مورد نیاز، منابع انسانی و مالی در دسترس هستند؟ آیا جمع‌آوری داده‌ها با سیستم‌های اطلاعاتی موجود امکان‌پذیر است، یا نظرسنجی یا مطالعات ویژه دیگری ضروری است؟
- آیا مقادیر پایه‌ای برای شاخص‌های منتخب به منظور سنجش سطح تلاش مورد نیاز برای دستیابی به اهداف وجود دارد؟

منابع انسانی برای ملاحظات سلامت

تدوین شاخص‌های HRH خوب دشوار است، و محدود موارد فعلی اغلب از لحاظ کیفیت داده مشکل دارند. مثلاً، استفاده از شاخص‌های WHO برای ارزشیابی تراکم کارشناسان بهداشتی ماهر به ازای هر ده هزار نفر جمعیت (WHO ۲۰۱۴) ممکن است مشکل‌ساز باشد، زیرا تعداد مورد نیاز برای صورت (تعداد پزشکان، پرستاران و ماماها) یا مخرج (کل جمعیت) اغلب به روز نیست، اما اگر دولت‌ها بخواهند پیشرفت در جهت دستیابی به حداقل آستانه متخصصان سلامت (مثلاً، ۲۲٫۸ در ۱۰،۰۰۰) در کلیه مناطق و استان‌ها را ارزشیابی کنند، دقت این اعداد بسیار مهم است. علاوه بر این، کارشناسان HRH معتقدند که شاخص تراکم کارکنان غیرحرفه‌ای و خدماتی یا مزایای این دسته کارکنان در حوزه پیشگیری از بیماری و ارتقای سلامت (مثلاً، آموزش بهداشت، ایمن‌سازی) را به رسمیت نمی‌شناسد.

بیشتر بدانید

- CapacityPlus رساله منابع انسانی برای شاخص‌های سلامت را تهیه کرده است. این رساله حاوی شاخص‌های HRH است که ابعاد کیفیت داده‌های شاخص را نشان می‌دهد. این ابزار تمام شاخص‌های HRH احتمالی را بیان نمی‌کند، و کشورها نیز نباید از تمام شاخص‌های ذکرشده در این ابزار استفاده کنند. با این حال، این رساله نقطه شروعی برای انتخاب یا تطبیق شاخص‌های مناسب است.
- این رساله برخی از شاخص‌های خود را از منابعی مانند دفترچه راهنمای پایش و ارزشیابی منابع انسانی در حوزه سلامت WHO (۲۰۰۹) و دفترچه راهنمای شاخص‌های HRH سازمان سلامت پان‌آمریکایی (PAHO ۲۰۱۱) به‌دست آورده است.
- دوره رایگان و خودگام CapacityPlus، مقدمه‌ای بر پایش و ارزشیابی منابع انسانی در حوزه سلامت، شامل جلسه‌ای درباره کیفیت شاخص‌ها و شاخص‌های HRH است.

گام ۵: بررسی سیستم‌های پایش و ارزشیابی موجود و شناسایی منابع داده

پس از انتخاب یا تدوین شاخص‌های HRH، هریک از سیستم‌های M&E و منابع داده موجود باید بررسی شود. در این بررسی، شکاف‌هایی شناسایی می‌شود که باید مورد بررسی قرار گیرد و مسیر تطبیق فرآیندها و ابزارهای M&E، در صورت لزوم، ایجاد موارد جدید برای حمایت از برنامه ملی HRH فراهم می‌شود.

شناسایی سیستم اصلی یا فرعی M&E مشخصاً برای HRH ممکن است کار ساده‌ای نباشد. اگرچه ایجاد سیستم کاملاً جدید ممکن است ضروری یا حتی توصیه‌شده نباشد، اما اطمینان از این مسئله بسیار مهم است که داده‌های HRH با کیفیت بالا را می‌توان مرتباً به‌دست آورد و به‌راحتی برای استفاده در برنامه‌ها در دسترس قرار داد. بنابراین، علاوه بر تقویت سیستم‌های اطلاعاتی و بانک‌های اطلاعاتی موجود HRH، امکان‌سنجی ایجاد سیستم‌های جدید ممکن است ارزشمند باشد.

شناسایی منابع داده

داده‌های HRH ممکن است اغلب محدود، ناقص، منسوخ یا حتی ناموجود باشند. مثلاً، بسیاری از کشورها آمار و اطلاعات به‌روزی درباره توزیع برخی از کارکنان بر اساس جنسیت یا موقعیت جغرافیایی ندارند. بنابراین، هنگام بررسی سیستم M&E موجود، کیفیت و دسترس‌پذیری داده‌ها باید بررسی

شود، زیرا این مسئله هم به انتخاب شاخص‌هایی که امکان پایش آنها وجود دارند و هم انتخاب فعالیت‌هایی در برنامه می‌انجامد که کیفیت داده‌ها را افزایش می‌دهند.

شناسایی منابع داده نه تنها برای بیان محل و چگونگی جمع‌آوری داده‌های شاخص‌های منتخب، بلکه برای تأیید در دسترس بودن این داده‌ها نیز بسیار مهم است. در حالی که منابع داده و روش‌های جمع‌آوری متفاوت هستند، تواتر یا تناوب جمع‌آوری داده‌ها معمولاً به صورت روتین یا غیرروتین است.

- **جمع‌آوری روتین** داده مستمر است، و در زمینه HRH، شامل موارد زیر است: آمار خدمات و اطلاعات مبتنی بر مراکز درمانی؛ سیستم‌های ثبت احوال؛ سوابق اداری نیروی کار مانند حقوق و دستمزد، ثبت نام اشتغال، و سوابق بیمه سلامت؛ سوابق و پیگیری انجمن حرفه‌ای سلامت؛ سیستم‌های HRIS؛ و اطلاعات دانشگاه‌های پزشکی، از جمله میزان فارغ‌التحصیلان سالانه و کارایی.

- **جمع‌آوری غیرروتین** داده به صورت دوره‌ای انجام می‌شود، و در زمینه HRH، شامل موارد زیر است: نظرسنجی‌های نیروی کار؛ نظرسنجی و ارزشیابی مراکز؛ سرشماری و نظرسنجی از جمعیت؛ داده‌های مهاجرت؛ و مطالعات ویژه یا پروژه‌های تحقیقاتی.

کلیه سیستم‌های HRH M&E و منابع الکترونیکی داده‌ها باید از لحاظ تعامل پذیری (Interoperability) بررسی شود. تعامل پذیری، بر اساس تعریف عبارت است از: «توانایی سیستم‌های مختلف فناوری اطلاعات و نرم‌افزارها در برقراری ارتباط، تبادل داده و استفاده از اطلاعاتی که مبادله شده‌اند.» تعامل پذیری برای سیستم‌های HRIS ضروری است، که به مدیران برنامه امکان استفاده کارآمد از منابع متعدد داده برای تصمیم‌گیری را می‌دهد.

ترسیم منابع سیستم

همانطور که قبلاً گفته شد، برنامه M&E برای HRH باید مکمل سیستم‌های قبلی باشد. علاوه بر این، باید سطح منابع - مالی، انسانی، مادی و غیره - که برای انجام فعالیت‌های M&E لازم است و همچنین ظرفیت موجود برای انجام این فعالیت‌ها را در نظر گرفت، به ویژه وقتی ساختارها یا شاخص‌های گزارشگری جدید توصیه می‌شوند.

مثلاً، شاخصی که درصد کارکنان معینی از نیروی کار بهداشتی را می‌سنجد که از شغل خود راضی هستند ممکن است به لحاظ مفهومی مناسب باشد، اما اندازه‌گیری آن در واقع ممکن است دشوار باشد. سیستم سنجش رضایت کارمندان باید ایجاد - و از آن استفاده شود - یا نظرسنجی‌ها یا مصاحبه‌های جامع باید مرتباً انجام شود. بسیاری از کشورها ممکن است نتوانند به اندازه کافی کارمندان خود را آموزش دهند یا ممکن است بودجه کافی برای انجام این روش جمع‌آوری داده‌ها نداشته باشند. بنابراین، ترسیم منابع برای تعیین مرزها و تعریف محدوده برنامه M&E برای HRH بسیار مهم است.

سؤالات مهم

- کدام اداره‌ها در حال حاضر داده‌های HRH را جمع‌آوری و گزارش می‌کنند؟ آیا ادارات دیگری وجود دارند که باید این کارها را انجام دهند؟ آیا HRIS ای وجود دارد که شامل داده‌های HRH باشد؟ در این صورت، چقدر جامع، مناسب و رایج هستند؟
- کدام قسمت‌ها مسئول گزارشگری داده‌های HRH در سطح ملی، منطقه‌ای و ناحیه‌ای هستند؟ آیا با سیستم‌های بزرگ‌تر اطلاعات مدیریت سلامت ارتباط دارند؟
- کدام شرکای غیردولتی، از جمله انجمن‌های حرفه‌ای، داده‌های مرتبط با HRH را در برنامه‌های خود جمع‌آوری می‌کنند؟ چطور این داده‌ها را به دولت گزارش می‌دهند؟
- جریان فعلی داده‌های HRH چیست؟ آیا مسیر «دو طرفه» است (یعنی همراه با بازخورد)؟
- در حال حاضر، چه نوع داده‌های HRH جمع‌آوری می‌شود؟
- جمع‌آوری داده‌ها هر چند وقت یک‌بار انجام می‌شود؟
- کامل بودن و کیفیت داده‌های HRH که در حال حاضر جمع‌آوری و گزارش می‌شوند چطور است؟
- چه نوع از داده‌های HRH جمع‌آوری نمی‌شود اما باید بشود (مثلاً سوابق نظارت)، و چرا جمع‌آوری نمی‌شوند؟
- چه ابزار M&E وجود دارد و کدام برای HRH مناسب‌تر است؟
- ابزارهای بررسی (مثلاً، بررسی نیازهای آموزشی، تراکم براساس منطقه)؟
- ابزارهای جمع‌آوری داده؟
- ابزارهای گزارشگری داده؟
- نظرسنجی‌های سلامت مبتنی بر جمعیت یا مطالعات ویژه ده سال گذشته را نام ببرید، و هر چند وقت یک‌بار انجام شده‌اند؟ آیا اطلاعات حاصل از این نظرسنجی‌ها در برنامه‌های کاری بخش سلامت گنجانیده شده است؟
- چه نظرسنجی‌ها یا مطالعات ویژه‌ای برای آینده تدارک دیده شده‌اند؟ آیا فرصت‌هایی برای جمع‌آوری داده‌های مرتبط با HRH از طریق این نظرسنجی‌ها یا مطالعات وجود دارد؟

بیشتر بدانید

- دفترچه راهنمای پایش و ارزشیابی منابع انسانی در حوزه سلامت WHO (۲۰۰۹) منابع داده‌های بالقوه HRH و نقاط قوت و محدودیت‌های آنها را توصیف می‌کند. این دفترچه همچنین چگونگی تدوین سیستم‌های اطلاعاتی HRH را آموزش، و مطالعات موردی کشورها را ارائه می‌دهد.
- شبکه سنجش سلامت (HMN) یکی از شراکت‌های جهانی است که به تقویت سیستم‌های اطلاعات ملی سلامت اختصاص یافته است. HMN ابزارها و منابع را به کشورها و شرکای علاقه‌مند به تدوین و تقویت سیستم‌های اطلاعات سلامت ارائه می‌دهد.
- iHRIS، با پشتیبانی CapacityPlus، مجموعه‌ای از نرم‌افزار سیستم‌های اطلاعاتی رایگان و متن‌باز است که کشورها می‌توانند آن را با زمینه‌ها و نیازهای خودشان تطبیق دهند. iHRIS شامل ماژول‌هایی برای آموزش نیروی کار بهداشتی، جوازدهی، برنامه‌ریزی، مدیریت و حفظ آنهاست.
- OrangeHRM سیستم اطلاعات متن‌باز است که بر مدیریت منابع انسانی تمرکز می‌کند. یکی دیگر از سیستم‌های شناخته‌شده مدیریت منابع انسانی سیستم اختصاصی و مبتنی بر وب Oracle HR است.
- پروژه ارزشیابی MEASURE نمایه روش‌های بررسی تسهیلات بهداشتی منتخب را گردآوری کرده است (هزومی و همکاران، ۲۰۰۶).
- برنامه پیمایش سلامت و جمعیت (DHS)، این پیمایش در بیش از ۹۰ کشور انجام می‌شود. به داده‌های DHS می‌توان در گزارش‌های خلاصه یا در STATcompiler دسترسی یافت. STATcompiler ابزار آنلاینی است که به کاربران امکان ایجاد جداول و نمودارهای دلخواه با داده‌های DHS را می‌دهد. برای اطلاعات مراکز، پیمایش ارزشیابی ارائه خدمات داده‌های سراسر کشور درباره زیرساخت‌ها و منابع، خدمات ارائه‌شده، آمار ماهانه درمانجویان، مشاهدات مشاوره‌های ارائه‌دهنده، و دیدگاه درمانجویان را ارائه می‌دهد.
- صندوق جهانی مبارزه با ایدز، سل، و مالاریا چندین ابزار ارزشیابی سیستم M&E را ایجاد کرده است که ممکن است در طول بررسی سیستم‌ها مفید باشد.
- ابزار ارزشیابی آمادگی و دسترس‌پذیری خدمات (SARA) ابزاری برای ارزشیابی تسهیلات درمانی است که برای ارزشیابی و پایش آمادگی و دسترس‌پذیری خدمات بخش سلامت و ایجاد شواهد برای حمایت از برنامه‌ریزی و مدیریت سیستم سلامت طراحی شده است.

گام ۶: پایش کلی برنامه HRH

پایش مداخلات HRH تضمین می‌کند که فعالیت‌های مشخص شده در برنامه M&E یا برنامه پایش عملکرد (PMP) براساس برنامه و طرح اجرا می‌شوند، و اینکه تأثیر مدنظر را بر نتیجه مدنظر می‌گذارند. پس از تعیین اهداف خرد و کلان، چارچوب M&E و شاخص‌هایی که در مراحل اولیه این دستورالعمل ذکر شد، و شناسایی منابع مربوطه داده، زمان اجرای برنامه رسیده است.

شش کار در فرایند پایش روتین زمینه‌های برنامه HRH به شرح زیر است:

۱. ایجاد برنامه‌ای برای جمع‌آوری داده‌ها
۲. آموزش افراد مسئول جمع‌آوری داده‌ها
۳. جمع‌آوری داده‌های مناسب
۴. تحلیل اطلاعات حاصل، مقایسه داده‌های جمع‌آوری شده با اهداف، و جستجوی الگوها یا روندها
۵. تفسیر یافته‌ها، و بازخورد دادن به مدیران برنامه با پیشنهادهایی درباره تقویت مداخلات HRH
۶. در میان گذاشتن یافته‌ها با ذی‌نفعان و اینکه جمعاً مشخص شود نتایج پایش چطور می‌تواند به تقویت تلاش‌های HRH کمک کند.

در پایش برنامه، اهداف یا معیارهای قبل از مداخله با اطلاعات حاصل از ارزشیابی‌های منظم کامل در فواصل مختلف مقایسه می‌شود. همانطور که قبلاً ذکر شد، شاخص‌های انتخاب شده برای این ارزشیابی‌ها معمولاً از ورودی‌ها (مثلاً، تعداد کارکنان شاغل، منابع مالی یا فیزیکی جهت کمک به مداخله)، فعالیت‌ها یا فرایندها (مثلاً، آموزش، پیشرفت در محل کار، بکارگیری و انتشار سیاست‌ها و رویه‌ها) و احتمالاً خروجی‌های کوتاه‌مدت (مثلاً، بهبود دانش و مهارت، مخارج صحیح و به‌موقع بودجه) به‌دست می‌آید.

برای پایش موفق، سیستم‌ها را باید از قبل برای جمع‌آوری اطلاعات لازم ایجاد کرد. سوابق پرسنلی یا مالی باید دقیقاً حفظ شود تا اطلاعات لازم برای شاخص‌ها مانند تعداد افرادی که در دوره‌های آموزشی شرکت می‌کنند، نتایج قبل و بعد از آزمون، تعداد جلسات ذی‌نفعان، و تصمیمات جلسات ذی‌نفعان را بتوان در اهداف و طرح‌های برنامه به‌کار برد.

مسئولین M&E و برنامه از طریق پایش می‌توانند ببینند که آیا ورودی‌ها یا فعالیت‌ها بر اساس زمان‌بندی انجام می‌شود یا خیر. تحقق آنها می‌تواند شواهد اطمینان بخشی از پیشرفت فراهم کند، در

حالی که هرگونه انحراف از اهداف می‌تواند برای جلوگیری از هدر رفتن منابع باارزش به تدوین اقدامات اصلاحی بینجامد و نیز تا زمان زیادی برای غیرممکن شدن اهداف اصلی نگذرد.

اصول پایش برای ارزشیابی نیز کاربرد دارد و شامل مواردی از قبیل ثبات اندازه‌گیری (یعنی ابزارهای معتبر و قابل اعتماد)، تفسیر بی‌طرفانه، و مقایسه‌های مرتبط در طول زمان، بین مناطق یا نواحی، و حتی بین دو یا چند راهبرد مختلف مداخله است. سنج‌های کمی باید با سوالات کیفی تکمیل شود تا بهتر فهمیده شود چرا اهداف بر اساس برنامه‌ریزی محقق می‌شوند یا نمی‌شوند.

بیشتر بدانید

- پایش یکی از جنبه‌های جدایی‌ناپذیر پایش و ارزشیابی است. این مسئله را می‌توان مؤلفه‌ای در چندین کتابچه راهنمای M&E (مثلاً، کتابچه راهنمای WHO در زمینه پایش و ارزشیابی منابع انسانی در حوزه سلامت، PAHO. کتابچه راهنمای سنجش و پایش شاخص‌های اهداف منطقه‌ای برای منابع انسانی در حوزه سلامت) یافت.

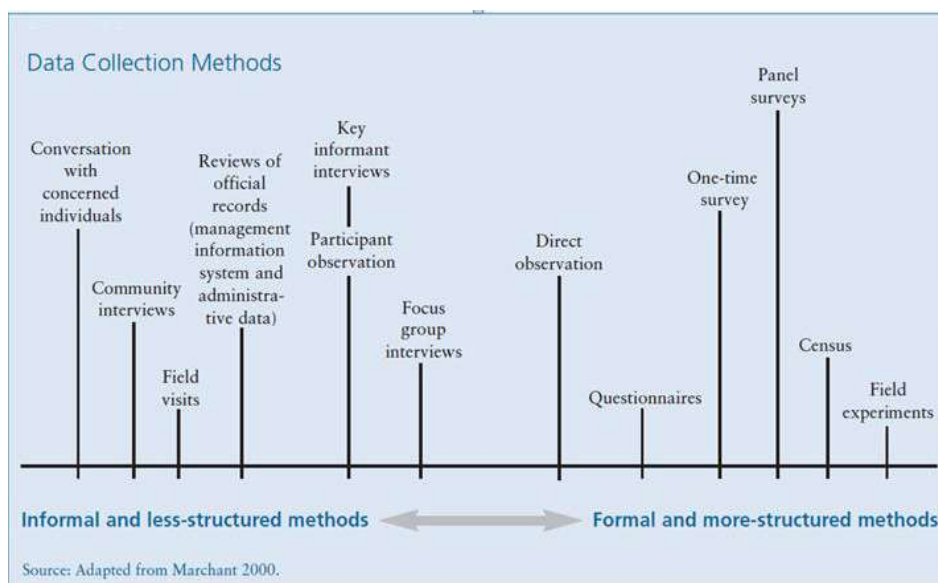
سؤالات مهم

- برای پیگیری پیشرفت از چه شاخص‌هایی باید استفاده شود؟ اگر خیلی کم باشند، ممکن است تمام مؤلفه‌هایی را نادیده بگیرند که نشان می‌دهند مداخلات چه موقع و چگونه اجرا می‌شوند؛ اگر خیلی زیاد باشند، ممکن است باعث سردرگمی شوند یا جمع‌آوری دقیق و به‌موقع را دشوار کنند.
- آیا برای جمع‌آوری داده‌ها جهت نشان دادن پیشرفت، بودجه‌ای در نظر گرفته شده است؟ آیا کافی است و آیا تمام مؤلفه‌های مداخله را شامل می‌شود؟
- آیا از ابتدا در برنامه پایش، مدیران برنامه را وارد کرده‌ایم؟ اگر می‌خواهیم، بسته به آنچه داده‌های پایش نشان می‌دهد، مدیران اقدامات اصلاحی را انجام دهند، آیا به اندازه کافی علاقه‌مند هستند که از جمع‌آوری پیوسته داده‌ها و گزارش دهی برای تصمیم‌گیری مناسب پشتیبانی کنند؟
- آیا زمان‌بندی جمع‌آوری داده‌ها بر اساس برآوردهای قابل‌اعتماد دسترس‌پذیری داده‌هاست؟
- آیا افراد مسئول جمع‌آوری داده‌ها آموزش کافی دیده‌اند؟ آیا توانایی جمع‌آوری داده‌ها در آنها تأیید شده یا بعد از آموزش ارزشیابی شده است؟
- آیا طراحی فرم‌های جمع‌آوری داده‌ها با داده‌های جمع‌آوری‌شده متناسب است؟ آیا فرم‌های جمع‌آوری داده‌ها به‌منظور پیشگیری از بروز مشکلات در طراحی یا عملکرد آزمایش شده‌اند؟
- آیا سیستم‌ها و مجوزهایی برای جمع‌آوری داده‌های الکترونیکی از طریق HRIS وجود دارد؟
- پس از جمع‌آوری، داده‌ها در کجا ذخیره می‌شوند؟ چه مدت؟ آیا از سوابق الکترونیکی به‌طور منظم نسخه پشتیبان تهیه می‌شود؟
- آیا جلسات در فواصل زمانی مناسب برای اشتراک‌گذاری داده‌های پایش برنامه با ذی‌نفعان زمان‌بندی می‌شوند؟ آیا میزان شرکت در جلسات خوب است؟ آیا معیارهای عملی برای بهبود مداخلات HRH در نتیجه این جلسات تدوین شده است؟

گام ۷: ارزشیابی برنامه HRH: طراحی و روش‌های مطالعه

M&E برای مداخلات HRH تضمین می‌کند که نه تنها اجرای مداخلات مطابق با برنامه است (پایش)، بلکه شواهدی وجود دارد که مداخلات باعث بهبود کیفیت، کارایی یا اثربخشی خدمات یا نتایج بهداشتی می‌شود (ارزشیابی). پس از در نظر گرفتن شاخص‌ها، طراحی و روش‌شناسی جمع‌آوری داده‌ها نیز باید مورد توجه قرار گیرد. شکل ۵ روش‌های جمع‌آوری داده‌ها را روی پیوستار روش‌های غیررسمی تا ساختارمند و رسمی تر نشان می‌دهد.

شکل ۵: پیوستار روش‌های جمع‌آوری داده‌ها



مقدمه‌ای بر طرح‌های ارزشیابی

در ارزشیابی، نسبت دادن پیشرفت به مداخله مستلزم دو مسئله است: اندازه‌گیری تغییراتی که اتفاق افتاده است و همچنین اینکه رد کنیم این تغییر به دلیل سایر عواملی نیست که ممکن است در مدت مداخله رخ داده باشند. این استدلال خلاف واقع می‌پرسد که «اگر الف اتفاق نمی‌افتاد، آیا ب اتفاق می‌افتاد؟» (دانش‌نامه فلسفه استنفورد ۲۰۱۴). مثلاً، باید مقایسه کرد که آیا پای‌بندی کارکنان سلامت به پروتکل‌های مدیریت اچ‌آی‌وی پس از گذراندن دوره آموزشی جدید درباره نظارت حمایتی و پای‌بندی نسبت به فقط گذراندن دوره آموزشی جدید بدون نظارت بیشتر است یا خیر. نتایج می‌تواند نشان دهد که آیا نظارت حمایتی به ارزش نتایج می‌افزاید و بنابراین باید در مقیاسی گسترده‌تر اجرا شود.

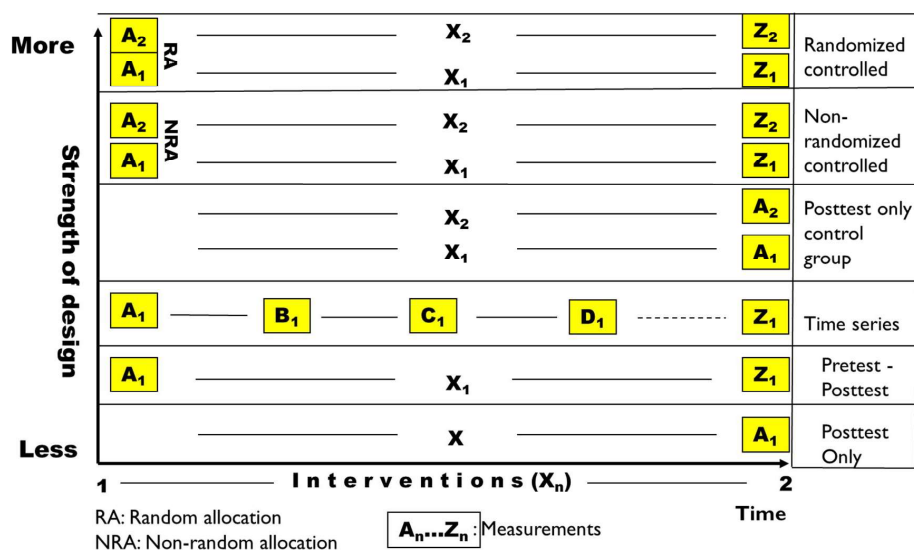
در حالی که ارزشیابی برنامه HRH ممکن است بر یک اصل بیشتر تأکید کند، بسته به هدف ارزشیابی و منابع موجود، دو اصل جمع‌آوری داده‌ها ضروری است:

۱. اندازه‌گیری‌ها را برای ارزشیابی تغییرات تکرار کنید.
۲. برای به دست آوردن اثرات خالص، اندازه‌گیری‌های بین گروه‌ها را مقایسه کنید.

انواع طرح‌های ارزشیابی

در شکل ۶، مرور کلی و سریع انواع مختلف طرح‌های ارزشیابی و قدرت نسبی آنها برای سنجش تغییرات و تأثیر خالص چنین تغییراتی ارائه شده است. این مثال از زمینه تحقیقات عملیات در تنظیم خانواده گرفته شده است (فیشر و همکاران ۱۹۹۱). در این شکل، با حرکت از پایین به بالای نمودار، قدرت طرح ارزشیابی افزایش می‌یابد، و با حرکت از سمت چپ به راست، اندازه‌گیری‌ها با گذشت زمان انجام می‌شود. اگر قبل از انجام مداخله، اندازه‌گیری شود (اندازه‌گیری پایه)، می‌توان آن را با اندازه‌گیری‌های دیگر انجام شده در طول یا بعد از اتمام مداخله مقایسه کرد. در HRH، این مسئله می‌تواند به معنای مقایسه کردن سنج‌های مجموعه کارکنان بهداشت، عملکرد، رضایتمندی یا سایر خصوصیات آنها طی زمان باشد. اگرچه هدف این دستورالعمل بررسی کامل تمام طرح‌های ارزشیابی احتمالی نیست، چند ویژگی از طرح‌های قدرتمندتر را برجسته می‌کنیم.

شکل ۶: مقایسه کردن طرح‌های ارزشیابی مختلف



گروه‌های شاهد یا مقایسه برای اثرات خالص

مقایسه کردن تغییرات در زمینه مداخله با تغییرات در زمینه‌ای که مداخله انجام نشده است (یک گروه یا زمینه شاهد یا مقایسه) می‌تواند طرح ارزشیابی را تقویت کند. با این حال، تفاوت‌های بالقوه بین گروه‌های مداخله و مقایسه باید در نظر گرفته شود. با استفاده از مثال فرضی پای بندی کارکنان سلامت به پروتکل‌های مدیریت اچ‌آی وی برای مقایسه کردن زمینه‌های A و B، ارزیابان ممکن است از قبل بفهمند که، قبل از معرفی مداخله نظارت حمایتی در زمینه A، دوره آموزشی جدید منظم در هر دو زمینه انجام شده است. برای مداخله زمینه A، ارزشیابی پیشین و پسین نشان داد که پای بندی کارکنان به چک لیست تنظیم شده اچ‌آی وی نمرات پایه را از ۰٫۵۸ به ۰٫۸۵ قبل از مداخله نظارت حمایتی به ۰٫۸۵ بعد از مداخله افزایش داد. با این حال، گروه مقایسه در زمینه B، که نظارت حمایتی را نگذراند، همچنین پیشرفت اندکی در پای بندی کارکنان به چک لیست اچ‌آی وی در مدت یکسان، از ۰٫۶۳ تا ۰٫۶۷، داشتند.

اثر خام مداخله در زمینه A به شرح زیر تعیین می‌شود:

$$0.85 - 0.58 = 0.27$$

تفاوت نمره = ۰٫۲۷ (یا $0.85/0.58 = 1.47$ یا ۴۷٪ پیشرفت)

علاوه بر این، باید در نظر بگیریم که زمینه B با زمینه A تفاوت دارد؛ حتی قبل از اجرای مداخله نظارت حمایتی در زمینه A، زمینه B نمره پای بندی قبل از ارزشیابی (یا پایه) بالاتری داشت. زمینه B همچنین پیشرفت اندکی در پای بندی به پروتکل اچ‌آی وی داشت، که احتمالاً به دلیل دوره آموزشی جدید در هر دو زمینه بوده است.

اثر خام مداخله در زمینه B به شرح زیر تعیین می‌شود:

$$0.67 - 0.63 = 0.04$$

تفاوت نمره = ۰٫۰۴ (یا $0.67/0.63 = 1.06$ یا ۶٪ پیشرفت)

تأثیر خالص مداخله نظارت حمایتی باید به دو دلیل اصلاح شود: (۱) زمینه‌های A و B نقطه شروع متفاوتی دارند؛ و (۲) مداخله پیش زمینه (یعنی دوره آموزشی جدید) هم زمینه A و هم B را تحت تأثیر قرار داده است و تأثیراتی را در هر دو حتی بدون مداخله نظارت حمایتی ایجاد می‌کند.

بنابراین، تأثیر خالص نظارت حمایتی در زمینه A «تفاضل در تفاضل‌ها» بین دو زمینه است، یا:

$$0,23 = 0,04 - 0,27 \text{ (یا پیشرفت 41\%)}$$

مزایای تصادفی‌سازی یا اندازه‌گیری‌های مکرر

با استفاده از طرح‌های ارزشیابی مقایسه‌ای، تصادفی‌سازی در هنگام تعیین ذی‌نفعان مداخله می‌تواند سبب بهبود قابل‌توجه قابلیت ارزشیابی در تعیین اثر خالص مداخله شود. در صورت امکان، تخصیص تصادفی تضمین می‌کند که ویژگی‌های ذی‌نفعان زمینه مداخله با ویژگی‌های زمینه شاهد تفاوت قابل‌توجهی ندارد یا، حداقل، تفاوت‌ها ناشی از سوگیری‌های محقق نیست (مثلاً، دانش قبلی مبنی بر اینکه یک زمینه بهتر از دیگری است).

در برنامه‌های HRH دنیای واقعی، استفاده از قوی‌ترین طرح ارزشیابی، چه به دلیل کمبود منابع مالی، ملاحظات عملی (مثلاً تشکیل گروه شاهد امکان‌پذیر نباشد) و چه حتی اراده سیاسی، ممکن است دشوار باشد. با این حال، اصول اساسی هدایت ارزشیابی باید یکسان باشد: اگر ارزشیابی مداخله نشان دهد که عملکرد مداخله از اقدامات پایه بهبود یافته است (برخلاف محدود کردن ارزشیابی برای دستیابی به اندازه‌گیری‌های «خوب» فقط در انتهای مداخله)، ارزشیابی مداخله بسیار قوی‌تر خواهد بود.

به همین ترتیب، چندین بار اندازه‌گیری در طول مداخله - مثلاً، مداخله‌ای با هدف بهبود برنامه‌ریزی نیروی کار بهداشتی انجام می‌شود - می‌تواند در تبیین الگوها و تغییرات مفید باشد، از جمله اینکه چگونه تغییرات شرح شغلی بر عملکرد ارائه‌دهندگان تأثیر می‌گذارد. سرانجام، مقایسه با یک گروه بیرونی (مثلاً گروهی که مداخله در تاریخ دیگری روی آن انجام می‌شود) ممکن است به نتایجی بینجامد که تصمیم‌گیران می‌توانند آن را به مداخله نسبت دهند.

روش‌های کیفی ارزشیابی

روش‌های کیفی ارزشیابی در سلامت و علوم اجتماعی اغلب به‌اندازه روش‌های کمی (مثلاً مقایسه کردن نمرات همانطور که در بالا دیده شد) مهم هستند. M&E HRH باید از ترکیبی از روش‌های کمی و کیفی برای ارائه مفیدترین و جامع‌ترین داده احتمالی برای تصمیم‌گیران استفاده کند. نسبت به روش‌های کمی از طریق توضیح دادن، زمینه‌سازی و ارائه جزئیات و استدلال برای فرآیندهای در حال وقوع، روش‌های کیفی اطلاعات عمیق‌تری را ارائه می‌دهند. روش‌های کیفی معمول عبارتند

از: تحقیقات اقدام مشارکتی (مبتنی بر جامعه)؛ گفتگوی گروه‌های کانونی؛ مصاحبه‌های عمقی؛ و مشاهده شرکت‌کننده یا غیرشرکت‌کننده.

روش‌های کیفی داده‌های مربوط به زمینه، محیط‌ها و برداشت‌ها را جمع‌آوری می‌کنند. در HRH، از این روش‌ها می‌توان برای رسیدن به درک عمقی از نگرانی‌های بار کاری، محیط کار، سیاست‌ها یا شیوه‌های مدیریت استفاده کرد.

اصول جمع‌آوری داده‌ها برای ارزشیابی

- کیفیت جمع‌آوری داده‌ها با آموزش افراد مسئول جمع‌آوری داده‌ها همبستگی مستقیم دارد. افراد مسئول جمع‌آوری داده‌ها باید درباره ابزار(های) جمع‌آوری داده‌ها آموزش ببینند و از پروتکل‌های مناسب در ارتباط با موقعیت‌های آزاردهنده مانند از دست دادن داده‌ها یا امتناع پاسخ‌دهنده پیروی کنند.
- دوره‌ای بودن جمع‌آوری داده‌ها به ماهیت پدیده‌های مورد بررسی و زمان و منابع موجود بستگی دارد. مثلاً، ارزشیابی معمول برنامه ممکن است با بررسی پایه شروع، و سپس ارزشیابی میان‌مدت (مثلاً، در ۲ سال) و ارزشیابی پایان مداخله (مثلاً، در ۴-۵ سال) انجام شود.
- پروتکل ارزشیابی روش‌های مدیریت داده را مشخص می‌کند، از جمله نحوه وارد کردن آنها، روش‌های کنترل کیفی، حفظ یا نابودی منابع داده و غیره.

سؤالات مهم

- اطلاعات کلیدی (یعنی ورودی‌ها، فرایندها و نتایجی) که باید از برنامه HRH به دست آید چیست؟ این اطلاعات باید در چه مرحله‌ای به دست آورده شود (آغاز، حین، پایان)؟ مخاطبان ارزشیابی چه کسانی هستند و سطح استنباط یا نتیجه‌گیری مورد نظر چیست؟
- چه منابعی (انسانی، مالی، زمانی) برای ارزشیابی در دسترس است؟
- میزان دقت مورد نظر برای ارزشیابی چقدر است؟
- بدست آوردن گروه‌های مقایسه (مثلاً، کارکنان بهداشت، مراکز درمانی، مشتری) چقدر دشوار است؟
- چه عوامل، مداخلات یا برنامه‌های دیگری وجود دارد که ممکن است اثر مستقیم یا غیرمستقیم بر نتایج سلامت یا نتیجه خدمات سلامت تحت ارزشیابی بگذارند؟

منابع انسانی برای ملاحظات بهداشتی

مداخلات HRH از لحاظ گروه‌های هدف، زمان بندی و اثرات مدنظر متفاوت هستند. به همین ترتیب، M&E این مداخلات ممکن است با این تغییرات اصلاح شود. مثلاً، بررسی دانش حاصل از آموزش ضمن خدمت، با توجه به مخاطبان، کاملاً امکان پذیر است، اما اگر به دنبال چیزی مانند کارآموزی پیش از خدمت باشید، بررسی دانش بیشتر طول خواهد کشید.

چالش‌های دیگر برای ارزشیابی برنامه‌های HRH این است که ارزشیابی‌های دقیق‌تر که محیط کار را بررسی می‌کنند ممکن است به نمونه‌برداری و بازدید از مراکز مناطق دورافتاده نیاز داشته باشند. تفکیک اثر خالص مداخلات HRH بر تغییرات ارائه خدمات نیز ممکن است در حضور عوامل دیگری از جمله در دسترس بودن لوازم یا سایر مداخلات دشوار باشد، و همچنین ممکن است به طراحی‌های دقیق‌تر نیاز داشته باشد. علاوه بر این، اگر ورود و خروج و ریزش زیاد باشد، پیگیری کارکنان سلامت به مرور زمان ممکن است چالش برانگیز باشد. طرح‌ها باید چنین شرایطی را بادقت در نظر بگیرند.

بیشتر بدانید

- منابع بسیاری در زمینه ارزشیابی تأثیر، تحقیقات عملیاتی، و تحقیقات اجرایی وجود دارد که جزئیات بیشتری درباره انواع طرح‌های ارزشیابی، جوانب مثبت و منفی آن‌ها، و موازنه بین جمع‌آوری شواهد و مصرف منابع را ارائه می‌دهد.
- برای بررسی دیداری نسبتاً ساده روش‌های تحقیقاتی عملیاتی در تنظیم خانواده، به دفترچه راهنمای شورای جمعیت برای طرح تحقیقاتی عملیاتی تنظیم خانواده مراجعه کنید (فیشرو همکاران ۱۹۹۱).
- برای بحث جامع درباره اصول و روش‌های ارزشیابی اثرات برنامه‌ها و پروژه‌ها، به ارزشیابی اثرات بانک جهانی مراجعه کنید. (گرتلر و همکاران ۲۰۱۱).
- نمونه‌ای از دفترچه راهنمای میدان تحقیقاتی کیفی از FHI ۳۶۰ در دسترس است (مک و همکاران ۲۰۱۵).
- روش‌های گسترده کمی و کیفی ارزشیابی و تحقیقات را می‌توان در انتشارات سیج یافت.
- برای کسب اطلاعات بیشتر درباره طرح‌ها و روش‌های مطالعه، به اثر فیشرو همکاران (۱۹۹۱) یا گرتلر و همکاران (۲۰۱۱) مراجعه کنید.

گام ۸: پیش‌نویس برنامه پایش و ارزشیابی و رسیدن به اجماع

با توجه به گام‌های ۱ تا ۷، کارگروه آماده تهیه پیش‌نویس برنامه M&E برای HRH خواهد بود. قبل از شروع کار بر روی پیش‌نویس، کارگروه باید تصمیم بگیرد که چگونه مسئولیت‌ها را تقسیم، و باید یک جدول زمانی برای تهیه بخش‌های پیش‌نویس تعیین کند. دبیرخانه (یا طرف دیگر) می‌تواند به مدیریت جدول زمانی و تکمیل پیش‌نویس کمک کند. در حالت مطلوب، طرفی که مسئولیت اجزای خاصی از برنامه را بر عهده دارد باید در کارگروه یا در جلسه ویژه برنامه‌ریزی کاری شرکت کند. این امر باعث افزایش پذیرش برنامه کار، و انجام وظایف محوله خواهد شد.

اجزای برنامه M&E

برنامه تفصیلی M&E تشریح می‌کند که چه اقداماتی در چه زمانی و توسط چه کسی انجام خواهد شد. برخی از موارد موجود در برنامه M&E عبارتند از (به پیوست الف مراجعه کنید):

- مقدمه
- شرح برنامه و چارچوب مفهومی
- شاخص‌ها، تعاریف، منابع داده و دوره‌ای بودن اندازه‌گیری آنها
- برنامه و فرم‌های جمع‌آوری داده‌ها
- مدیریت داده‌ها و تضمین کیفیت
- برنامه‌ریزی برای پایش
- برنامه‌ریزی برای ارزشیابی
- برنامه‌هایی برای کادریندی M&E
- برنامه‌هایی برای آموزش کارکنان و افراد مسئول جمع‌آوری داده‌ها
- برنامه کاری و بودجه
- سازوکارهای استفاده از داده‌ها
- انتشار اطلاعات
- سازوکار به‌روزرسانی دوره‌ای برنامه.

همانطور که در گام ۵ ذکر شد، تعیین اینکه چه فعالیت‌هایی در برنامه M&E لحاظ می‌شود مستلزم بازنگری در ظرفیت سیستم M&E موجود برای شناسایی چالش‌ها و نیازهای خاص M&E HRH است. علاوه بر این، باید بودجه هر اقدام را به‌عنوان وسیله‌ای برای اطمینان از تخصیص بودجه در نظر گرفت و فعالیت‌های پیشنهادی نیز نباید از میزان اعتبارات موجود فراتر برود.

سؤالات مهم

- آیا جدول زمانی با برنامه ملی HRH مطابقت دارد؟ مثلاً، آیا فرآیندهای استفاده از داده‌ها در زمان کافی انجام می‌شوند تا در فرآیندهای برنامه‌ریزی سالانه HRH گنجانیده شوند؟
- در حال حاضر چه چالش‌هایی برای اطمینان از جمع‌آوری روتین و جامع داده‌ها و گزارش‌گری داده‌های HRH وجود دارد؟ چه چالش‌هایی ممکن است وجود داشته باشد؟ برای غلبه بر این چالش‌های موجود و بالقوه چه اقداماتی لازم است؟
- آیا درباره اینکه چه کسی مسئول هر فعالیت است ابهام وجود دارد؟
 - سطح مهارت‌های فعلی کارکنان M&E و سایر کارکنان با مسئولیت‌های جمع‌آوری و گزارش‌دهی داده‌ها به چه صورت است؟
 - آیا کارکنان کافی با صلاحیت‌های مناسب برای انجام فعالیت‌ها در برنامه کاری M&E وجود دارد؟
 - آموزش کارکنان و سایر فعالیت‌های ظرفیت‌سازی چگونه باید باشد؟
 - آیا بودجه لازم برای استخدام یا آموزش کارکنان لازم وجود دارد؟
- سطح منابع مالی مورد نیاز برای ایجاد و حفظ سیستم‌های HRH M&E، از جمله کارمندان M&E، چیست؟
- آیا نمایندگان از بخش‌های مختلف وجود دارند که باید شرکت کنند؟

رسیدن به اجماع

پس از تهیه پیش‌نویس برنامه، این برنامه باید به کل کارگروه و سایر ذی‌نفعان مربوطه، مانند سایر اعضای کارگروه ملی HRH، ارسال شود. اگرچه ممکن است در واقع اجماع حاصل شود، جلسه اجماع حضوری برای جلب توجه ذی‌نفعان، کارآمدتر کردن فرایند تصویب، و تأمین بودجه و تعهد سیاسی برای HRH M&E توصیه می‌شود.

گام ۹: انتشار برنامه پایش و ارزشیابی و انجام بررسی‌های دوره‌ای

هدف انجام M&E استفاده از داده‌ها و نتایج برای تصمیم‌گیری آگاهانه و برنامه‌ریزی برای آینده است. اگرچه ذی‌نفعان ممکن است در فرایند توسعه و یا تصویب نقش داشته باشند، ممکن است حین اجرا، سطح مشارکت یکسانی نداشته باشند. خواه برنامه M&E برای HRH در برنامه ملی HRH ادغام شده باشد یا خیر، برنامه M&E باید بطور وسیع توزیع شود، به‌ویژه برای کارکنان ارشد در بخش‌ها و دپارتمان‌هایی که وظایف اجرایی دارند.

از این رو، M&E برای برنامه‌های HRH باید شامل فعالیت‌هایی برای اطمینان از توصیف و انتشار نتایج به‌صورتی باشد که سیاست‌گذاران بتوانند آنها را درک و از آنها استفاده کنند. گزارش‌های فنی M&E اغلب پر از اصطلاح، همراه با تصاویر پیچیده و توصیه‌های نامشخص است. سیاست‌گذاران برای اتخاذ تصمیمات معنادار براساس این گزارش‌ها با مشکل روبرو خواهند شد.

بند فرضی زیر را در نظر بگیرید:

این ارزشیابی حاکی از افزایش نه درصدی حفظ پرستاران در مناطق روستایی کشور است، که در سطح ۹۰٪ اما نه در سطح ۹۵٪ معنادار بود؛ با این حال، با توجه به روند تصادفی سال‌های گذشته، و نوسانات همبستگی‌های زمان‌مند با بسته‌های تشویقی، که انتساب را نامشخص می‌کند، نتایج باید با احتیاط در نظر گرفته شود.

بند فوق را با بند زیر مقایسه کنید:

ارزشیابی نشان داد که افزایش بسیار مختصر (۹٪) در حفظ پرستاران در مناطق روستایی را نمی‌توان به‌طور قطعی به بسته تشویقی نسبت داد. بنابراین توصیه می‌کنیم، ارزش بسته و انتشار آن را به‌صورت فشرده طی سال آینده افزایش یابد تا همه پرستاران از چنین مزایایی کاملاً آگاه باشند. پس از انجام این کار، می‌توانیم سطح حفظ را مجدداً بررسی کنیم تا ببینیم آیا بیشتر شده است یا خیر.

بند اول پر از اصطلاح است، نتیجه‌گیری ندارد و توصیه‌های عملی ارائه نمی‌دهد. خواندن بند دوم آسان‌تر است، براساس داده‌ها به نتیجه می‌رسد، و توصیه‌های عملی و زمان‌مند (از جمله اقدامات مختلف) را ارائه می‌دهد.

بررسی دوره‌ای

درست همانطور که می‌توان از داده‌های HRH برای پیشرفت برنامه استفاده کرد، بنابراین، می‌توان برنامه M&E را نیز پس از بررسی دوره‌ای بهبود بخشید. این مسئله بدان معنا نیست که باید کل

فرایند تکرار شود، بلکه می‌توان سازوکارها، ابزارها و جنبه‌های اجرای آن را اصلاح و تقویت کرد. مثلاً، تضمین کیفیت داده‌ها، رویکرد نظام‌مندی برای تأیید وارد کردن، مدیریت و گزارش‌دهی داده‌ها، اجرای تغییرات و پایش عملکرد است. روش‌های تضمین کیفیت داده مانند مراجعات اولیه و پیگیری و بررسی کیفیت داده‌ها می‌توانند جنبه‌های برنامه‌ها و سیستم‌های M&E را بهبود بخشند. مشاوره منظم با افراد مسئول جمع‌آوری داده‌ها، کاربران (مثلاً، مقامات وزارت بهداشت) و سایر ذی‌نفعان می‌تواند به سیستم M&E در حفظ سودمندی آن کمک کند.

با این حال، به‌خاطر داشته باشید که هنگام تحلیل داده‌ها از لحاظ روندها یا تغییر مقادیر، باید در تعاریف یا روش‌های اندازه‌گیری شاخص‌ها با دقت بازنگری شود. برای جلوگیری از تغییرات میان‌دوره‌ای، شاخص‌ها و روش‌ها باید به‌خوبی برنامه‌ریزی شوند، که مقایسه کردن نتایج قبل از تغییرات با نتایج پس از تغییرات را دشوار می‌کند. مثلاً، برنامه M&E برای HRH ممکن است شامل شاخصی باشد که درصد مراکز دارای نسبت توصیه‌شده پرستار به بیمار را اندازه می‌گیرد. اگر وزارت بهداشت، بعد از تدوین برنامه اولیه، نسبت پیشنهادی را تغییر دهد و، به دنبال این تغییر، مراکز بیشتری به نسبت مدنظر برسند، آنگاه هرگونه تفسیر افزایش باید تغییر تعریف نسبت و همچنین تغییر «واقعی» ناشی از مداخلات برنامه را در نظر بگیرد. در غیر این صورت، نتایج گزارش شده ممکن است اشتباه گرفته شود و به نتایج و تصمیم‌گیری اشتباه بینجامد.

سؤالات مهم

- آیا ذی‌نفعان کلیدی از برنامه و فرایندهای M&E آگاه هستند؟
- آیا داده‌ها و نتایج با ذی‌نفعان در میان گذاشته می‌شوند؟ داده‌ها چگونه مصرف می‌شوند؟
- پیشرفت فعالیت‌های M&E در مقایسه با برنامه چگونه است؟ چه عواملی از اجرای برنامه پشتیبانی می‌کنند یا مانع آن می‌شوند؟
- برای دستیابی به اهداف برنامه، چه منابع دیگری لازم است؟
- آیا نقش‌ها و مسئولیت‌های مشخص شده هنوز مناسب هستند؟ چه ذی‌نفعان دیگری باید درگیر شوند؟
- اندازه‌گیری کدام شاخص‌ها و منابع داده امکان‌پذیر نیست؟
- کدام شاخص‌ها و منابع داده، دیگر، مرتبط نیستند؟ چگونه می‌توان در آنها بازنگری کرد؟

بیشتر بدانید

MEASURE Evaluation ابزاری را برای انجام حسابرسی کیفیت داده‌ها و اطمینان از کیفیت معمول داده‌ها ارائه می‌دهد. این ابزار شامل دستورالعمل‌ها، ابزارها و قالب‌های اجراست.

گام ۱۰: آموزش نظام‌مند درباره اجرای برنامه پایش و ارزشیابی

هم آموزش اولیه و هم آموزش‌های بعدی منظم درباره برنامه M&E برای اطمینان از مشارکت فعالانه و صحیح ذی‌نفعان در اجرای موفق آن مهم هستند و استفاده از روش‌ها به دقت لازم نیاز دارد. در تمام سطوح سیستم M&E - از جمع‌آوری، وارد کردن و تحلیل داده‌ها گرفته تا نظارت و استفاده - کارکنان باید اهداف خرد و کلان برنامه M&E، نقش فعالیت‌های مقرر در دستیابی به این اهداف، و نقش آنها در اجرای برنامه را درک کنند.

تدوین یک برنامه آموزشی که انواع آموزش‌های لازم، محتوای اصلی، تواتر، شرکت‌کنندگان هدف و تخصیص بودجه را تشریح می‌کند ممکن است مفید باشد. دوره آموزشی درباره برنامه M&E برای HRH را می‌توان همراه با دوره آموزشی درباره برنامه‌های M&E برای بخش کلی سلامت برگزار کرد. در هر دو مورد، شرکت‌کنندگان در دوره آموزشی باید کارمندان مسئول اجرای برنامه M&E و همچنین کاربران نهایی داده‌ها باشند.

محتوای دوره آموزشی بر اساس کشور و نوع و سطح آموزش متفاوت خواهد بود. مثلاً، دوره آموزشی برای تصمیم‌گیران در سطح ملی ممکن است بیشتر بر مفاهیم پایه M&E، چارچوب مفهومی و نحوه تفسیر نتایج تحلیل داده‌ها تمرکز کند، در حالی که دوره آموزشی برای کارکنان در سطح منطقه ممکن است بیشتر بر جریان داده‌ها، فرآیندهای مدیریت، و درک تعاریف شاخص، روش‌های اندازه‌گیری، و انواع تحلیل‌های دیگر (مثلاً، تفکیک بر اساس جنسیت، موقعیت جغرافیایی، نوع مرکز) تمرکز کند.

بیشتر بدانید

دستورالعمل یونیسف (۲۰۰۹) برای تدوین سیستم‌های M&E برای پشتیبانی از یتیمان و کودکان آسیب‌پذیر شامل بخشی برای تقویت ظرفیت است که محتوای اصلی برای دوره‌های آموزشی در سطوح مختلف سیستم M&E را ذکر می‌کند.

پیوست الف: محتوای برنامه پایش و ارزشیابی

فهرست زیر بخش‌هایی دارد که اغلب در برنامه‌های M&E وجود دارد. لحاظ کردن همه این بخش‌ها لازم نیست؛ کارگروه‌ها باید مشخص کنند که چه بخش‌هایی برای برنامه‌های M&E مهم هستند.

- مقدمه
- اهداف خرد و کلان
- تحلیل موقعیتی یا پیش‌زمینه
- تحلیل فاصله
- برنامه M&E با سایر برنامه‌ها، سیاست‌ها و یا راهبردهای دیگر چطور هماهنگ است
- فرآیند تدوین برنامه
- اصول راهنما
- چارچوب مفهومی
- نقش‌ها و مسئولیت‌ها - هماهنگی، گزارش‌دهی و غیره
- پایگاه‌های داده و سیستم‌های اطلاعاتی موجود
- فرآیند مدیریت داده: جریان، جمع‌آوری، تحلیل، گزارش‌دهی و تضمین کیفیت
- جدول یا ماتریس اهداف، شاخص‌ها، تعاریف، مقادیر پایه (در صورت وجود)، تواتر و منابع داده
- طرح‌های ارزشیابی: نظرسنجی‌ها، مراقبت، و سایر مطالعات (از جمله ارزشیابی‌های پایه، میان‌مدت و پایانی)
- بکارگیری و انتشار داده‌ها
- آموزش و ظرفیت‌سازی
- بررسی دوره‌ای برنامه M&E
- برنامه کاری یا برنامه اجرایی، همراه با هزینه یا بودجه مرتبط
- پیوست‌ها
 - واژه‌نامه یا تعاریف
 - مرجع شاخص
 - پروتکل‌ها یا ابزارهای جمع‌آوری داده‌ها
 - دستورالعمل افراد مسئول جمع‌آوری داده‌ها و نظارت بر داده‌ها - فرم‌ها یا قالب‌های گزارش‌دهی
 - جدول زمانی دقیق

