

درس آموخته‌های حاصل از استقرار سامانه تلفنی پاسخگوی مردمی در بحران همه‌گیری کووید-۱۹ در

ایران: ۱۳۹۹

مهناز آشورخانی^۱، مرجان میرزانیان^۲، مصطفی ملکی^۳، محمدحسین تقدیسی^۴، الهام شکیبازاده^{۵*}

۱- استادیار آموزش و ارتقای سلامت، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی تهران.

۲- دانشجوی دکترای آموزش و ارتقای سلامت، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی تهران.

۳- دانشجوی دکترای آموزش و ارتقای سلامت، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی تهران.

۴- رئیس انجمن آموزش بهداشت و ارتقای سلامت.

۵- دانشیار گروه آموزش و ارتقای سلامت، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی تهران.

*نویسنده مسئول: خیابان پورسینا، ساختمان شماره (۲) دانشکده بهداشت، تلفن: ۰۹۱۲۵۷۹۶۰۲۱، آدرس الکترونیک: Shakibazadeh@tums.ac.ir

تاریخ پذیرش: ۱۳۹۹/۰۹/۲۸

تاریخ دریافت: ۱۳۹۹/۰۹/۱۵

چکیده

مقدمه: هدف این مطالعه، بررسی درس‌آموخته‌های حاصل از استقرار سامانه تلفنی ۴۰۳۰ از دیدگاه مدیران و مشاوران پاسخگو بود. روش کار: در این مطالعه کیفی در قالب تحلیل محتوا به بررسی دیدگاه‌های مشاوران (۲۱ نفر) و مدیران برنامه (۵ نفر) پرداختیم. با استفاده از لیست مشخصات، مشاوران از استان‌های کشور انتخاب شدند. مصاحبه‌ها یک ماه بعد از راه‌اندازی سامانه ۴۰۳۰ و طی دو هفته به صورت تلفنی انجام شد و با کسب اجازه از مصاحبه‌شوندگان ضبط و بلافاصله پیاده شد. داده‌ها در نرم‌افزار OpenCode۴.۲ و در چارچوب CFIR تحلیل شد.

یافته‌ها: نظرات شرکت‌کنندگان در قالب ۲۲۰ کد معنایی تعریف شد و در قالب ۵ حیثه: (۱) ویژگی‌های برنامه؛ (۲) محیط درونی برنامه؛ (۳) محیط بیرونی برنامه؛ (۴) ویژگی‌های افراد درگیر در برنامه؛ و (۵) روند اجرای برنامه طبقه‌بندی و توصیف شد. **نتیجه‌گیری:** برنامه‌ریزی‌های اولیه، فرآیند جذب، ارزیابی و آموزش‌های اولیه و دوره‌ای اهمیت ویژه‌ای داشتند که به دلیل تعجیل در شروع به کار سامانه، به طور مناسبی انجام نشد. تعامل داخلی (بین افراد، مدیران و مسئولان سامانه) و تعاملات با سایر سازمان‌های هم‌هدف در زمان انجام مطالعه ضعیف بود. از دیدگاه مدیران اجرایی، مشارکت به معنای واقعی (مشارکت در تمامی سطوح برنامه‌ریزی، اجرا، ارزشیابی و تصمیم‌گیری) به درستی انجام نشد و همین امر مانع بزرگی بر سر راه بسیاری از فرآیندها و اقدامات مدیریتی و اجرایی سطوح میانی بود. به نظر می‌رسد لازم بود با شروع اعلام همه‌گیری در چین و احتمال شیوع در سایر کشورها، برنامه‌ریزی‌های اولیه، بسترسازی، منابع انسانی و سایر فرآیندها با دقت بیشتری انجام شود. **کلیدواژگان:** کووید ۱۹، مطالعه کیفی، پاسخگویی، کرونا.

مقدمه

درست و به موقع و به حداقل رساندن عوامل تحریک کننده سیاسی و تجاری پرداخت [۵]. در کنار سایر اقدامات صورت گرفته برای پیشگیری از گسترش بیماری، بسیاری از کشورها برای در دسترس قرار دادن منابع موثق پاسخگویی به سوالات مردم اقدام به راه اندازی سامانه های تلفنی کرده اند [۶،۷].

میزان دقت و کیفیت پاسخگویی سامانه های تلفنی در کاهش تنش افراد جامعه و رساندن اطلاعات صحیح بسیار ارزشمند است. در این سامانه ها، افراد پرسش های بهداشتی، درمانی، علائم و مواردی را که باعث نگرانی آنها شده با کارشناسان مربوط مطرح کرده و پاسخ های خود را دریافت می کنند. این امر از مراجعه غیرضروری افراد به مراکز بهداشتی درمانی و تردد افراد در مکان های پر ازدحام جلوگیری کرده و در کنترل انتشار بیماری نیز موثر خواهد بود [۸،۹].

در ایران نیز بعد از بروز همه گیری کووید ۱۹، در راستای پاسخگویی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی به عنوان متولی سلامت، سامانه ۴۰۳۰ به فوریت راه اندازی شد. در ارزیابی اولیه از عملکرد این سامانه، برخی مشکلات و نابسامانی ها دیده می شد. مواردی نظیر پاسخگویی های سلیقه ای افراد مستقر در مرکز، کمبود آموزش کافی در بین پاسخگویان و وجود برخی مشکلات و تضادهای اطلاعاتی آنها و موارد دیگر که به کیفیت عملکرد این سیستم پاسخگو صدمه می زد.

بررسی فرآیند مدیریت سامانه و چالش های پیاده سازی و اجرای آن می تواند درس آموخته هایی برای اجرای بهینه این سامانه از روزهای اولیه تشکیل آن در موارد مشابه آتی ارائه دهد. به همین دلیل در این مطالعه به بررسی درس آموخته های حاصل از استقرار سامانه ۴۰۳۰ از دیدگاه مشاوران پاسخگویی مستقر در مرکز پاسخگویی و مدیران اجرایی این سامانه پرداخته شد. نتایج حاصل از این مطالعه می تواند در بهبود عملکرد این سامانه در بحران اخیر و به عنوان راهنمایی برای بحران های آتی سلامت، کمک کننده باشد.

روش کار

مطالعه حاضر یک مطالعه کیفی با رویکرد تحلیل محتوا بود. این مطالعه، به تصویب کمیته اخلاق دانشکده بهداشت دانشگاه علوم پزشکی تهران رسید (کد اخلاق: IR.TUMS.VCR).

ارتقای سلامت جامعه از برنامه ها و سیاست های تمامی کشورهاست. ارتقای سلامت جامعه با برقراری ارتباط موثر و انتقال اطلاعات بهداشتی به عموم مردم میسر می شود. در جامعه امروز نیز مردم تمایل زیادی به کسب اطلاعات مربوط به بیماری ها و راه های پیشگیری، تشخیص و درمان آنها، تغذیه، داروها و هر آنچه به سلامت مربوط می شود، دارند [۱]. هر چند، گاهی انتشار غلط و غیرعلمی اطلاعات در خصوص روش های پیشگیری و یا درمان می تواند به افراد صدمه زده و حتی آنها را به کام مرگ بکشاند [۲،۳]. تمایل افراد به کسب اطلاعات در خصوص مشکلات سلامتی خصوصا در بحران ها بیشتر می شود.

در بحران ها افراد نیاز به اطلاعات صحیح و دقیق دارند تا رفتار خود را برای محافظت از خود، خانواده و اجتماع با اصول علمی تطبیق دهند [۴]. در خصوص بیماری نوپدید کووید ۱۹ نیز اطلاعات دقیق در مورد ماهیت بیماری، روش های مهار و کنترل بیماری در روزهای اولیه بسیار اندک بود. به همین دلیل شایعات و اخبار کذب نیز شروع به جریان یافتن در دل جامعه کرده و مردم با بمباران اطلاعاتی (اینفودمیک) خصوصا در رسانه های اجتماعی مواجه شدند. اینفودمیک غالبا در حوزه های اصلی علت بیماری، نشانه های و الگوهای انتقال، درمان های موجود، پیشگیری و درمان، اثربخشی و تاثیر مداخلات بهداشتی و نظایر آن که افراد در آن به دنبال اطلاعات معتبر در خصوص کووید ۱۹ هستند، اتفاق می افتد [۴]. در چنین فضایی در کنار مبارزه با بیماری، مبارزه مهم دیگر، مبارزه با اینفودمیک است. اینفودمیک می تواند به ترتیب افزایش یابندهای در لایه های علم^۱، سیاست^۲، مراقبت های سلامت^۳، اخبار رسانه ای^۴ و رسانه های اجتماعی^۵ دیده شود. از جمله اقدامات و روش های مبارزه با پدیده اینفودمیک در سطوح مختلف می توان به نظارت بر اطلاعات منتشر شده در جامعه، ایجاد سواد سلامت الکترونیکی، بهبود فرآیندهای تولید و ارزیابی کیفیت اطلاعات، بیان ساده شواهد مناسب به زبان مخاطب، در دسترس قرار دادن اطلاعات

1. Science
2. Politics
3. Health care
4. News media
5. Social media

(REC.1399.118).

شرکت‌کنندگان در مطالعه شامل ارائه‌دهندگان خدمات مشاوره‌ای و پاسخگویان در سامانه ۴۰۳۰ و مدیران اجرایی این برنامه بودند. با استفاده از لیست مشخصات مشاوران پاسخگو (حدود ۹۰۰ نفر) که از سوی مدیران سامانه در اختیار پژوهشگران قرار گرفت، مشاوران پاسخگو از سراسر استان‌های کشور انتخاب شدند. به منظور توجه به تنوع فرهنگی و موقعیت جغرافیایی، استان‌هایی از شمال، شرق، غرب، مرکز و جنوب کشور انتخاب شدند. به نسبت تعداد مشاوران پاسخگو در هر استان، سهم بیشتر به استان‌هایی که تعداد مشاوران بیشتری داشتند تعلق گرفت. انتخاب افراد در هر استان بر اساس مشخصات افراد به روش هدفمند انتخاب شد. به این ترتیب که سعی شد افرادی برای مصاحبه انتخاب شوند که شامل رده‌های سنی متفاوت، از هر دو جنس، از انواع مدارک تحصیلی و سابقه کار باشند. همه افراد شرکت‌کننده، حداقل به مدت دو هفته از شروع فعالیت سامانه مشغول به فعالیت در سامانه بودند.

مصاحبه و جمع‌آوری داده‌ها به دلیل شرایط حاکم و رعایت حداقل تجمعات به صورت تلفنی صورت گرفت. مصاحبه‌ها با استفاده از راهنمای مصاحبه نیمه‌ساختاریافته مبتنی بر اهداف مطالعه انجام شد. حداقل مدت زمان مصاحبه ۳۵ و حداکثر ۷۵ دقیقه بود. مصاحبه‌ها حدود یک ماه بعد از راه‌اندازی سامانه ۴۰۳۰ و در طی حدود دو هفته و توسط دو نفر از همکاران اصلی که سابقه اجرای مصاحبه‌های کیفی را داشتند، صورت گرفت. مصاحبه‌ها با کسب اجازه و رضایت آگاهانه از مصاحبه‌شوندگان ضبط شد. به شرکت‌کنندگان این اطمینان داده شد که در هیچ گزارش و مستندی به نام و هویت آنها اشاره نخواهد شد. تمامی شرکت‌کنندگان به جز یکی از مدیران، به مصاحبه‌کننده اجازه ضبط دادند. در موردی هم که اجازه ضبط داده نشد، به نت‌برداری اکتفا شد. مصاحبه‌ها به تعداد دو مصاحبه دیگر بعد از تشخیص اشباع داده‌ها ادامه یافت. به این ترتیب با ۲۶ نفر شامل ۲۱ پاسخگوی سؤالات مردمی و ۵ مدیر اجرایی سامانه مصاحبه شد. مصاحبه‌ها کلمه به کلمه در فایل word پیاده‌سازی شد و همزمان با اجرای مصاحبه‌ها کدگذاری با کمک نرم‌افزار OpenCode-۲، ۴ انجام شد. داده‌ها به روش آنالیز محتوا مورد ارزیابی و تجزیه و تحلیل قرار گرفت. برای دسته‌بندی کدها

به حیثه اصلی از چارچوب تلفیقی در تحقیقات پیاده‌سازی^۱ (CFIR) استفاده شد. از این چارچوب در هدایت و ارزیابی سیستماتیک پیاده‌سازی و اجرای مداخلات و تشخیص عوامل موثر بر اجرا و اثربخشی آن استفاده می‌شود. این چارچوب ۳۹ سازه را در ۵ حوزه: (۱) ویژگی‌های برنامه، (۲) محیط داخلی برنامه، (۳) محیط بیرونی برنامه، (۴) ویژگی‌های افراد درگیر در اجرا و (۵) روند اجرای برنامه ارائه کرده است. در مطالعه حاضر از این چارچوب برای دسته‌بندی حیثه‌های اصلی استفاده شد. برای بالا بردن اطمینان از دقت در کدگذاری، بخشی از داده‌ها (۵ فایل مشتمل بر ۲ فایل از گروه مدیران و ۳ فایل از گروه پاسخگویان) به صورت همزمان توسط پژوهشگر دیگری کدگذاری شد. کدگذاری دو نفر از نظر مفهوم کد اختصاص داده شده، مورد ارزیابی قرار گرفت. درجه توافق دو نفر ۹۷ درصد بود.

نتایج

در این مطالعه از نظرات ۲۱ پاسخگوی سؤالات مردمی و ۵ مدیر اجرایی سامانه ۴۰۳۰ استفاده شد. شرکت‌کنندگان از استان‌های شمالی، (مازندران یک، تهران ۴)، شرقی (خراسان رضوی ۲، سیستان و بلوچستان یک)، غربی (کردستان ۳، کرمانشاه یک، لرستان ۲)، مرکزی (قم یک، فارس ۲، اصفهان یک) و جنوبی ایران (هرمزگان یک، بوشهر ۲) انتخاب شدند. رشته تحصیلی مشاوران شرکت‌کننده شامل مهندسی بهداشت محیط، بهداشت عمومی، فوریت‌های پزشکی، پرستاری، روانشناسی، آموزش بهداشت و ارتقای سلامت، داروسازی، ویروس‌شناسی، سلامت سالمندی، علوم تشریح، کتابداری و اطلاع‌رسانی پزشکی، مدیریت امداد و نجات، و تکنولوژی آموزشی بود. در ادامه، موضوعات و نقل قول‌ها آمده است. در انتهای هر نقل قول برای نشان دادن پاسخ‌های مشاوران از «پ» و برای مدیران از «م» استفاده شده است. مشخصات دموگرافیک افراد شرکت‌کننده در پژوهش در جدول ۱ قابل مشاهده است. در فرآیند تجزیه و تحلیل داده‌ها، ۲۲۰ کد به مطالب ارائه شده توسط افراد اختصاص داده شد. این کدها در قالب ۵ حیثه شامل ویژگی‌های برنامه، محیط بیرونی برنامه، محیط بیرونی برنامه، ویژگی‌های افراد درگیر در برنامه و روند اجرای برنامه،

1. Consolidated Framework for Implementation Research

طبقه‌بندی و توصیف شدند (جدول ۲).

تصمیم به راه‌اندازی سامانه ۴۰۳۰ گرفته شد. به نظر می‌رسد این موضوع، به توجه به این سامانه و حمایت از آن و همچنین استقرار آن کمک کرده است.

ویژگی‌های برنامه

جو و فضای اجرای برنامه

«بیماری ناشناخته، تاثیرات اجتماعی و روانی خیلی زیادی داشت. لازم بود کاری بشه که مردم رو از این حالت مستاصل بودن خارج بکنه و یک آرامشی بده.» (م)
 «اطلاعات متناقض می‌رسید به مردم. ممکن بود مردم فرض کنند در رسانه‌های اجتماعی، در اینترنت آن همه حجم اخبار، اطلاعات، ... و سامانه می‌تونست کمکشون بکنه که به یه آرامش حداقل اولیه‌ای برسن.» (م)
 در چنین فضایی بسیاری از سوالات افراد ناشی از استرس زیاد بود و به عقیده شرکت‌کنندگان وجود این سامانه توانسته

به عقیده بیشتر شرکت‌کنندگان، سامانه ۴۰۳۰ در شرایطی شکل گرفت که به دلیل شیوع بیماری ناشناخته و تاثیرات روانی و اجتماعی متعاقب آن، افراد جامعه نیازمند حمایت‌هایی برای کاهش نگرانی و تشویش اذهان عمومی بودند. اینفودمیک یا به عبارتی «گردش اخبار و اطلاعات بسیار زیاد و اغلب ضد و نقیض در جامعه» خصوصاً از طریق دنیای مجازی و رسانه‌های اجتماعی و نبود امکان تشخیص مطالب صحیح از نادرست، منجر به آشفتگی بیشتر مردم جامعه شده بود. در چنین فضایی،

جدول ۱- مشخصات دموگرافیک شرکت‌کنندگان در پژوهش (۲۱ مشاور پاسخگو و ۵ مدیر اجرایی)

سن (سال)	جنسیت تعداد(درصد)	میزان تحصیلات تعداد(درصد)	سابقه کار (سال)
حداقل ۲۱	زن (۷۶٫۲) ۱۶	کمتر از لیسانس (۴/۸) ۱	حداقل <۱
حداکثر ۴۸	مرد (۲۳٫۸) ۵	لیسانس (۲۸/۶) ۶	حداکثر ۲۸
میانگین ۳۱		فوق لیسانس (۵۷/۱) ۱۲	میانگین ۵
		دکتری (۹/۵) ۲	
حداقل ۲۷	زن (۲۰) ۱	لیسانس (۲۰) ۱	حداقل ۹
حداکثر ۶۳	مرد (۸۰) ۴	فوق لیسانس (۲۰) ۱	حداکثر ۳۵
میانگین ۳۸		دکتری (۶۰) ۳	میانگین ۲۲

جدول ۲- حیطه‌ها و زیرحیطه‌های به دست آمده از تحلیل داده‌های مصاحبه‌های کیفی

حیطه اصلی	زیرحیطه‌ها
ویژگی‌های برنامه	۱- جو و فضای اجرای برنامه ۲- تعاملات داخلی
محیط درونی برنامه	۱- تجهیزات و زیرساخت‌های اجرای برنامه ۲- مسائل مالی برنامه ۳- منابع انسانی ۴- محتواهای تخصصی و آموزش‌های رسمی
محیط بیرونی برنامه	۱- رهبری، مدیریت و مسئولیت‌پذیری ۲- تعاملات خارجی
ویژگی‌های افراد درگیر در برنامه	۱- مالکان برنامه ۲- ویژگی‌های افراد صف
روند اجرای برنامه	۱- نظارت بر کیفیت ارائه برنامه

بود به میزان زیادی این نگرانی‌ها را کاهش دهد.

«خب ببینید بحرانی به وجود اومده، مردم استرس قابل توجهی رو تجربه می‌کردن و تماس‌ها بیشتر به این سمت می‌رفت که افراد از این می‌ترسیدن که علائم بیماری رو داشته باشن.» (پ)

«در این شرایط حتی یک گلودرد ساده افراد را بی‌نهایت نگران می‌کرد. هراسان زنگ می‌زدند و بعد از صحبت متوجه می‌شدند این به تنهایی نشانه کرونا نیست. راهنمایی می‌کردیم با تشدید علائم چکار کنند و کجا مراجعه کنند. موقع خداحافظی تشکر می‌کردند و آرام بودند.» (پ)

تعاملات داخلی

مدیریت داخلی برنامه از بخش‌های مهم یک برنامه است. در این سامانه، تعامل کافی و مناسب بین مدیریت و پاسخگویان فراهم نبود. براساس نظرات شرکت‌کنندگان، وجود این تعاملات می‌توانست در بهبود کیفیت و کاهش تنش‌ها مفید و موثر باشد. برخی نبود تعامل موثر بین مدیران و مشاوران را از عوامل دلسردی افراد اعلام کردند.

«یعنی فرد خاصی نبود که خودشو معرفی کنه بگه من فلانی هستم، مسئولتونم، مثلاً شرایط اینطوره و حقوقتون اینجوریه. اصلاً هیچ‌کس پاسخگو نبود.» (پ)

«لازمه مدیریت با اپراتورها تعامل داشته باشند. لاقلاً مجازی جلسه می‌گذاشتن و صحبت کوتاهی می‌کردن.» (پ)

محیط درونی برنامه

تجهیزات و زیرساخت‌های اجرای برنامه

به عقیده مدیران اجرایی برنامه، بخش سخت‌افزاری و نرم‌افزاری سامانه برای این تعداد تماس، برنامه‌ریزی نشده بود. ترافیک بالای تماس در روزهای نخست و آماده نبودن بستر برای پاسخگویی به این حجم از تماس‌ها، منجر به از دست دادن بسیاری از تماس‌های مردمی می‌شد. از سوی دیگر متکی بر اینترنت بودن تماس‌ها، اشکالات عمده‌ای نظیر قطع و وصل‌های پیاپی حین تماس‌ها را در پی داشت که موجب نارضایتی اپراتورها و مردم می‌شد. به دلیل نیاز به اینترنت برای پاسخگویی اپراتورها، مشکلات کیفیت و سرعت کم آن از چالش‌های مطرح شده از سوی بسیاری از پاسخگویان مطرح بود. البته بسیاری از این مشکلات سخت‌افزاری در طی فرآیند، به همت تیم فنی و

اجرایی و همکاری‌های برخی سازمان‌ها نظیر مخابرات در زمان انجام مصاحبه‌ها، بهبود و توسعه یافته بود.

«ما با مخابرات صحبتی که کردیم حالا اوایل ۱۰۲۰ و بعدش تبدیل شد به ۲۰۴۰. یعنی الان اگر ۲۰۴۰ نفر می‌تونن به صورت همزمان از سراسر کشور با ۴۰۳۰ تماس بگیرند.» (م)

«زیرساخت فنی ابتدا آماده نبود و عرض کردم که این سامانه اصلاً برای پنجاه شصت نفر طراحی شده بود. اما یک دفعه شد ۳۰۰۰ نفر.» (م)

«ابتدا مشکل اینترنت بود چون واقعا خیلی اینترنت می‌بره این برنامه. اما الان که با شما صحبت می‌کنم مشکل اینترنت ما رفع شده و هزینه را پرداخت کرده‌اند.» (پ)

نبود امکان ارجاع در سیستم پاسخگویی از مشکلات مطرح شده از سوی اپراتورها بود. در تایید مطلب، مدیران اجرایی برنامه نیز فراهم نبودن بسترهای فنی این بخش را به عنوان کمبودهای بستر و امکانات سامانه یادآور شدند.

«ولی خُب این لازمه‌اش این هستش که پشتش اون گروه فنی‌اش تامین بشه. هنوز این رو راه ننداختیم که اپراتور بتونه تماس رو ارجاع بده و ادامه مکالمه رو یک نیروی متخصص سطح بالاتر انجام بده.» (م)

امکان ضبط مکالمات از اجزای لازم و ضروری سامانه‌های تلفنی است اما این امکان به اذعان مدیران اجرایی شرکت‌کننده، در ماه ابتدای کار سامانه از نظر فنی ممکن نبود؛ قابلیتی که در کنترل و پایش مکالمات و کیفیت پاسخگویی بسیار بااهمیت بود.

موضوعات مالی برنامه

توجه به فرآیندهای مالی برنامه‌ها، در هدایت و گسترش آن بسیار تاثیرگذار است. انگیزه‌های مالی در پیوستن افراد به گروه و ادامه همکاری آنها هم بااهمیت بیان شده است. بر اساس نظرات مدیران اجرایی شرکت‌کننده، با این که مشکلی از نظر محدودیت مالی در متولیان ایجاد سامانه وجود نداشت، قوانین و بوروکراسی موجود در مواردی نظیر قرارداد، بیمه، مالیات و نظایر آن بر دشواری فرآیند پرداخت در اوایل کار سامانه سایه افکنده بود. امکان پرداخت مالی تا زمان انجام این مطالعه محقق نشده بود و این امر موجبات نارضایتی بسیاری از پاسخگویان را فراهم کرده بود. به نقل از برخی از پاسخگویان، تعدادی از افراد به دلیل دریافت نکردن حقوق، در کنار بالا بودن هزینه اینترنت

مورد استفاده، از سامانه جدا شدند.

«تا الان و در گروهی که من هستم هیچ پولی بابت این کار دریافت نکردیم.» (پ)

«شما نمی‌تونید مبلغی رو به کسی پرداخت بکنید بدون اینکه تمهیدات مالیاتی و بیمه‌ای و این حرفاش رو ببینید. چون اون‌ها کاری به کار این موضوع ندارن و تقریباً باید عین سیکل عادی استخدامی که افراد رو استخدام می‌کنید شما باید براساس قوانینی که مثلاً توی بیمه تامین اجتماعی تصویب می‌شه این کار رو انجام بدید.» (م)

منابع انسانی

نحوه تامین نیروی انسانی شایسته از ملزومات هر سیستم ارائه خدمات است. پاسخگویی مناسب به تماس‌ها، نیازمند تامین نیروی انسانی مناسب و کافی بود. مدیران اجرایی شرکت‌کننده اذعان داشتند که جمع‌آوری نیروی مناسب حدود دو هزار نفر در روزهای اولیه خالی از مشکل نبود. در ابتدای فرآیند با تعداد کم پاسخ‌دهندگان مواجه بودند و برای جذب مشارکت‌کنندگان از نظام پزشکی، وزارت بهداشت، انجمن‌های علمی و هلال احمر درخواست جذب نیرو شد.

«اگه یه وقتی کسی بخواد خیلی زود کار رو شروع بکنه، کار خیلی مشکلیه. ما توی ۴۰۳۰ همون روزای اول قرار شد مثلاً دو هزار نفر اپراتور رو تامین بکنیم. حُب شما باید دو هزار نفر اپراتور رو گزینش بکنید. اطلاعات لازمه رو داشته باشن و...» (م)

«مشکل بعدی تعداد کم مشاوران بود. برای این کار از طریق ارگان‌های معتبر و مختلف مانند سازمان نظام پزشکی، انجمن‌های علمی مرتبط اطلاعیه زدیم برای جذب نیرو.» (م)

انگیزه مشارکت نیروی انسانی متفاوت بیان شد. احساس وظیفه اجتماعی برای همکاری در سامانه از سوی بسیاری از شرکت‌کنندگان مطرح شد. در شرایط بحرانی که افراد جامعه دچار نگرانی و تشویش شده بودند، احساس رضایت از کمک به مردم در کاهش این احساسات و اعمال رفتارهای صحیح و منطقی به عنوان دلایل همکاری مطرح می‌شد.

امکان ادامه‌دار بودن فرآیند و احتمال جذب و ایجاد اشتغال از جمله انگیزه‌های تعداد زیادی از پاسخگویان بود که شغل نداشتند و پیوستن به این سامانه را امکانی برای اشتغال می‌دانستند.

از نکاتی که مورد تایید بسیاری از پاسخگویان مشارکت‌کننده بود، جذب نیروی‌های دانشجوی، کم یا بدون سابقه در حوزه سلامت و یا دارای سابقه تحصیلاتی غیرمرتبط بود. این امر در مایوس شدن افراد در پاسخگویی موثر و نیز در کیفیت ارائه خدمت، به‌عنوان عامل تاثیرگذار مطرح شد. بسیاری از پاسخگویان در شرایط کنونی، ضرورت وجود یک پزشک کشیک برای مشاوره و ارجاع را لازم می‌دانستند.

«اگر سامانه ۴۰۳۰ می‌خواد قوی باشه باید از نیروهای تخصصی هم استفاده کنه. باید نیروهای زبده باشن. نه فقط در حد یک اپراتور که جواب تلفن بده.» (پ)

«من روانشناس هستم. اصلاً اطلاعاتم در خصوص داروها و درمان خیلی کمه و نمی‌تونستم درست راهنمایی کنم. هر چند بعضی بچه‌ها سرخود پیشنهاد می‌دادند که خب درست نبود. خیلی بهتره بگی نمی‌دونم تا اینکه اطلاعات غلط به یکی بدی.» (پ)

در شرایط بحرانی اولیه که بسیاری از مطب‌ها و درمانگاه‌های پزشکان و متخصصان بسته بود و نیازها و سوالات مردم بیشتر تخصصی و پزشکی بود، نیاز به حضور پزشک‌ها، هر چند پاره‌وقت، از سوی تمامی پاسخگویان شرکت‌کننده ضروری بیان شد. در بسیاری موارد امکان پاسخ دهی به سوالات پزشکی، درمان و دارویی فرد را نداشتند.

«خانمه با من تماس می‌گیره و می‌گه به پزشک زنان نیاز دارم. من الان باردارم و مشکل دارم و بیمارستان هم می‌گه نیاید. از کی بیرسم؟ همه مطب‌ها هم بسته هستند.» (پ)

لزوم غربالگری اولیه افرادی که به سامانه ملحق می‌شوند از ضروریاتی بود که از سوی بسیاری از اپراتورهای شرکت‌کننده مطرح شد. اما به دلیل بحرانی بودن شرایط و نبود آمادگی‌های قبلی برای این اقدامات، مدیران اجرایی برنامه انجام آن را در فاز اول کار، غیرممکن می‌دانستند. کمبود توجه به این مهم، مشکلات بسیاری را برای پاسخگویان و به تبع آن افرادی که تماس می‌گرفتند ایجاد می‌کرد.

«لازمه یکسری معیارهایی را برای غربالگری افراد در بدو ورود مدنظرشان باشه. حتی برای انتخاب در مدیریت و بخش‌های مختلف سامانه...» (پ)

«متأسفانه چون بحران یک مرتبه به جامعه تحمیل شد عملاً این امکان وجود نداشت که شاخص‌های دقیقی مشخص

کنیم و صلاحیت‌های لازم را مشخص کنیم.» (م)

محتوای تخصصی و آموزش‌های رسمی

براساس نظرات مدیران اجرایی شرکت‌کننده، در زمان قطعی شدن شروع فعالیت سامانه، تهیه محتوای اولیه به تیمی از پزشکان واگذار شد و محتوای تهیه شده در شروع فعالیت اپراتورها در اختیار آنها قرار داده شد. فرآیند به روز کردن اطلاعات در طی فرآیند اجرا صورت می‌گرفت. در این امر علاوه بر دستورالعمل‌های تولید شده از سوی بخش‌های مختلف وزارت بهداشت، دانشگاه‌های علوم پزشکی نیز همراه بودند. مطالب آماده شده صرفاً در حوزه پزشکی نبودند و حوزه‌های بهداشت عمومی، بهداشت محیط و بهداشت حرفه‌ای را نیز در بر می‌گرفت. سوالات پرتکرار در اختیار تیم تهیه محتوای مبتنی بر شواهد دانشکده بهداشت دانشگاه علوم پزشکی تهران قرار می‌گرفت و محتوای آماده شده در قالب کتابچه در اختیار مشاوران قرار می‌گرفت. بنابر ماهیت بیماری و ناشناخته بودن عامل و عملکرد دقیق آن، اطلاعات و توصیه‌ها به سرعت در حال تغییر بود که این موجب سردرگمی در اپراتورهای پاسخگو و مردم می‌شد. این امر نیاز به صرف زمان کافی از سوی اپراتورها داشت. مشکل کمبود وقت مطالعه مطالب جدید ارسالی و کنترل نشدن به‌روزرسانی اطلاعات پاسخگویان از سوی مدیران از مهم‌ترین چالش‌ها معرفی شد. این امر می‌توانست بر کیفیت پاسخگویی مشاوران تأثیرات منفی داشته باشد.

«سوالات پرتکرار مردم را از گروه تهیه محتوای دانشکده بهداشت دانشگاه تهران خواستیم که پاسخ تهیه کنند که با تاخیر دو سه روز، پاسخ با استفاده از منابع معتبر علمی آماده می‌شد» (م)

«دستورالعمل‌هایی هم که می‌فرستند زود به زود تغییر می‌کند. باید فرصت داشت و مرتب به روز بود. گاهی فایل ۵۰ الی ۶۰ صفحه بود که باید بخونیم و زمان زیادی می‌خواست.» (پ)

ضرورت وجود آموزش‌های یکپارچه اولیه و آموزش‌های ضمن خدمت از سوی بسیاری از پاسخگویان سامانه مطرح و مورد تأکید بود. الزامی که انجام نشده و مشکلات بسیاری برای افراد و سامانه به همراه داشت.

«اگر آموزش یکپارچه برای کسانی که می‌خوان ارائه خدمت کنند بود، پاسخگویی‌ها هم یکدست‌تر می‌شد.» (پ)

محیط بیرونی برنامه

رهبری، مدیریت و مسئولیت‌پذیری

مدیران اجرایی برنامه نیز با مشکلات عدیده‌ای به دلیل فوریتی واگذار شدن برنامه روبه‌رو بودند. آنها اظهار می‌کردند که برای داشتن برنامه موفق، نیاز به پیش‌بینی، بررسی و برنامه‌ریزی‌های دقیق‌تری لازم بود تا بتوان خدماتی با کیفیت بالاتر ارائه کرد. تأکید به راه‌اندازی سریع یک سامانه ملی بدون آمادگی می‌تواند مشکلات اولیه زیادی به همراه داشته باشد. جذب نیرو، هماهنگی‌های سخت‌افزاری و نرم‌افزاری و آموزش کار با سامانه به افرادی که به گروه پیوسته بودند از جمله چالش‌هایی بود که مدیران سامانه با آن درگیر بودند. در روزهای اولیه جذب نیرو صرفاً با در نظر گرفتن مدرک تحصیلی شروع شد و حتی امکان پایش نحوه و کیفیت پاسخدهی فراهم نبود.

«اگر بخواهم توصیه یا پیشنهادی داشته باشم، هرچقدر پیش‌بینی‌ها و برنامه‌ریزی‌ها دقیق‌تر باشه، نتیجه کار از سطح کیفیت بالاتری برخوردار خواهد بود.» (م)

تأثیرات منفی کاستی در برنامه‌ریزی‌های اولیه و هدایت‌های لازم روزهای آغازین از سوی بیشتر پاسخگویان شرکت‌کننده احساس شد و بسیاری از آنها نارضایتی خود را از نبود برنامه‌ریزی‌های اولیه در خصوص آموزش‌های بدو ورود و ضمن خدمت اعلام داشتند. این در حالی است که با توجه به پیش‌بینی احتمال ورود بیماری کووید-۱۹ به کشور، ضرورت برنامه‌ریزی‌ها و آمادگی‌ها پیش از شیوع در کشور از سوی بسیاری مطرح شد.

«تازه سه هفته بعد از شروع، کمی سامانه فعال شد. معلوم بود از قبل برنامه‌ریزی نداشتن و برای بحران آماده نشده بودن.» (پ)

تعاملات خارجی

مدیران اجرایی سامانه بر این باور بودند که برای بهبود فرآیند مدیریت، نیاز به مدیریت کلان و برنامه‌ریزی هماهنگ در سازمان‌های مرتبط هم‌هدف و ارتباطات موثر این بخش‌ها بود. کمبود این مدیریت کلان تا زمان اجرای مطالعه احساس می‌شد. همچنین نیاز به مدیریت ستادی قوی برای برنامه‌ریزی، تقسیم کار و مشارکت واقعی در سطح مدیریت میانی و مدیریت بالادستی سامانه بیان شد.

«لازمه به‌عنوان درس آموخته، از الان برنامه‌ریزی بشه و

در کنار طیف وسیعی از حمایت‌ها، سامانه نیاز به حمایت قوی علمی داشت که این بخش غالباً توسط وزارت بهداشت، دانشگاه‌های علوم پزشکی، دانشکده‌های بهداشت و انجمن‌ها و مراکز تحقیقاتی تحقق یافت. این سازمان‌ها علاوه بر کمک در تامین نیروی انسانی، در تهیه محتواها و دستورالعمل‌ها نیز برای سامانه ۴۰۳۰ کمک‌رسان بودند.

«چون بحث علمی است از همه دانشگاه‌ها و وزارت بهداشت باید حمایت شود که فکر می‌کنم تا حدی شده بود.» (پ)
به عقیده مدیران و بسیاری از اپراتورهای شرکت‌کننده، به دلیل ساختارهای سخت‌افزاری و نرم‌افزاری سامانه ۴۰۳۰ و فراهم‌آوری امکان پاسخگویی اپراتورها در بستر تحت وب، نیاز به حمایت‌ها و همکاری‌های سازمان‌های ارتباطی نظیر مخابرات و سامانه اپراتورهای همراه برای تامین اینترنت بود.
«عید می‌دانم پیگیری می‌شد که اپراتورهای همراه بیایند در راستای مسئولیت اجتماعی‌شان به این شماره تلفن‌های مشاور ما اینترنت رایگان بدهند. مثلاً همراه اول تا قبل از عید موافقت کرده بود بخشی را حمایت کند.» (م)

ویژگی‌های افراد درگیر در برنامه مالکان برنامه

در پیاده‌سازی هر برنامه‌ای، لازم است ذی‌نفعان و مالکان برنامه به‌طور کامل شناسایی و مشخص شوند. یک مشکل مهم در بحث مدیریت و هماهنگی‌ها از سوی شرکت‌کنندگان، بحث مالکیت است، به این معنا که صاحب اصلی برنامه چه سازمان یا نهادی است؟ بر اساس نظرات مدیران شرکت‌کننده، بهتر بود سازمان‌های تاثیرگذار با هم کار مشترک ارائه می‌دادند و مالکیت معنوی برنامه هم به تمامی اعضای درگیر تعلق می‌گرفت. اما در این تجربه، مالکیت سامانه برعهده ستاد اجرایی فرمان امام بود و از نظرات و برنامه‌ریزی‌های مدیریتی دیگر ذی‌نفعان کمتر استفاده شد. به عقیده شرکت‌کنندگان، مشارکت به معنای واقعی کلمه در سطوح مختلف دیده نمی‌شد و از دیگران صرفاً در بخش‌های اجرایی استفاده می‌شد که این معنای مشارکت و فواید مشارکت را زیر سوال می‌برد.

ویژگی‌های افراد صف

بومی و استانی نبودن پاسخگویان از مشکلات مهم مطرح

به‌عنوان یک مدیریت بحران از قبل کمیته‌ها، شرح وظایف، برنامه‌هاش، حالا موضوع امروز کروناست، فردا به موضوع دیگر. اینها باید تدوین بشه که امیدوارم اینها آماده بشه و بتونه درآینده هم قابل استفاده بشه.» (م)

«مدیریت ستادی لازم بود هماهنگی ایجاد می‌کرد بین سازمان‌هایی که گاه داوطلبانه خواسته‌اند درگیر شوند مثل انجمن‌ها - NGO ها. اینها به‌عنوان سرمایه اجتماعی هستند که باید همه رو سازماندهی کنه، تقسیم کار کنه، شرح وظایفش رو مشخص کنه.» (م)

از دیگر دغدغه‌ها در تعاملات خارجی سامانه، نبود همراهی و هماهنگی لازم با ستاد کرونا بود که ضرورت این ارتباط برای دستیابی به آخرین تصمیم‌ها و پروتکل‌ها از سوی بسیاری از شرکت‌کنندگان مطرح شد. به عقیده یکی از مشاوران، سامانه مرکز ارتباطات اورژانس ۱۱۵ سامانه مشابهی است ولی تخصصی‌تر و پیشرفته‌تر و استفاده از تجارب و همکاری مشورتی مدیران اجرایی آن می‌توانست در بهبود و ارتقای کیفیت سامانه تاثیرگذار باشد. همکاری در کنار چنین سامانه‌هایی می‌توانست منجر به سهولت کار و کاهش چالش‌های سامانه شود. همچنین همکاری و همراهی‌های بین سایر سازمان‌ها می‌توانست در کاهش مشکلات پیش روی سامانه ۴۰۳۰ مفید و موثر باشند. از آن جمله می‌توان به رسانه‌ها اشاره داشت. رسانه‌های ملی در معرفی سامانه به مردم در شرایط بحرانی پیش آمده نقش به‌سزایی داشتند. این امر از سوی تعداد زیادی از اپراتورها و مدیران اجرایی برنامه مورد تایید قرار گرفت. اما افرادی از هر دو گروه شرکت‌کننده بیان داشتند که اطلاعات ارائه شده درخصوص سامانه، نیاز به دقت و روشنگری داشت. در رسانه ملی، سامانه به‌گونه‌ای معرفی گردید که پاسخگوی همه سوالات مردمی خواهد بود و گاه فراتر از قابلیت‌ها و مسئولیت‌های موجود مطرح شد. این امر منجر به تماس‌های مکرر از شکایات مردمی درخصوص مراکز و افراد متخلف و درخواست اقدامات اجرایی شد که از حدود وظایف، اختیارات و انتظارات سامانه خارج بود. پیشنهاد همکاری با سازمان‌های موازی نظیر ۱۲۳، ۱۱۵، ۱۱۳ و ۱۱۹ که مسئولیت‌های اجرایی را بخش‌های مختلف داشتند مطرح شد.

«لازم بود اطلاع‌رسانی کامل بشه که این سامانه بیشتر حالت مشاوره هست تا اینکه بخواد کار عملیاتی انجام بده.» (پ)

حاصل از استقرار سامانه ۴۰۳۰ از دیدگاه مشاوران پاسخگو و مدیران اجرایی سامانه پرداختیم. نتایج این مطالعه می‌تواند درس آموخته‌ای ارزشمند برای ادامه فرآیند و برنامه‌های دیگر بحران‌های سلامت باشد.

در اغلب بحران‌ها طوفان اطلاعاتی (اینفودمیک) ایجاد می‌شود. در چنین فضایی از جمله عوامل موثر بر غلبه بر اطلاعات کذب و شایعات، در دسترس قرار دادن منابع کسب اطلاع موثق برای عموم جامعه است.

مدیر کل سازمان جهانی بهداشت در کنفرانس ۱۵ فوریه ۲۰۲۰ مونیخ اعلام داشت که در حال حاضر علاوه بر مبارزه با اپیدمی کووید-۱۹، مبارزه با اینفودمیک نیز ضروری است. برای تحقق این مطلب انتشار و ارائه اطلاعات از مجرای تاییدشده، موثرترین روش پیشگیری از وحشت اجتماعی است [۱۰]. در مطالعه حاضر مدیران شرکت‌کننده نیز اظهار داشتند سامانه ۴۰۳۰ در شرایطی شکل گرفت که به دنبال شیوع بیماری نوپدید کووید-۱۹، وجود مجهولات بسیار در خصوص این بیماری و وجود اطلاعات ضد و نقیض خصوصا در رسانه‌های اجتماعی نگرانی، تشویش و استرس بالایی در جامعه مشاهده شد. به دنبال آن سامانه ۴۰۳۰ در راستای حمایت از مردم در این مبارزه اطلاعاتی و پاسخگویی به جامعه ایجاد شد. همچنین معرفی آن از سوی وزیر بهداشت، اعتماد و اقبال مردمی را به همراه داشت ضمن اینکه در کاهش مراجعات غیرضروری به مراکز درمانی نیز تاثیرگذار بود. استفاده از سامانه‌های تلفنی حمایتی و مشاوره‌ای در بسیاری از کشورهای دنیا در خصوص این اپیدمی و پیش از آن در سایر مشکلات سلامتی انجام شده است. در مرور سیستماتیک صورت گرفته توسط لیک^۱ و همکاران نیز نشان داد که استفاده از سیستم‌های برخط و ارائه خدمات مشاوره‌ای توانسته باعث کاهش بار از سیستم بالینی شود [۳]. همچنین در مستند منتشر شده از سوی مرکز کنترل و پیشگیری از بیماری‌های آمریکا^۲، استفاده از سامانه تلفنی برای پاسخگویی و راهنمایی مردم در خصوص علائم و نشانه‌های بیماری به منظور کاهش مراجعات غیرضروری به مراکز درمانی توصیه شده است [۶]. در بارسلون نیز برای کاهش بار مراجعات غیرضروری به مراکز درمانی، مراکز بهداشتی بخشی از نیروی خود را به

شده در اجرای برنامه بود. تماس افراد از سرتاسر کشور با وجود قومیت‌ها، زبان‌ها و فرهنگ‌های مختلف که به صورت تصادفی به اپراتورها وصل می‌شدند مشکلاتی در برقراری ارتباط و ارائه اطلاعات ایجاد می‌کرد. زیرا علاوه بر گویش و زبان منطقه، آشنایی به جغرافیای شهر و آدرس‌های آن در راهنمایی افراد برای مراکز ارائه خدمت و بخش‌های مختلف درمانی برای مشاوران غیربومی، دشوار و گاهی غیرممکن بود.

«سامانه مال کشور هست و سامانه جامع هست مثلا من که الان از کردستان هستم مردم تهران تماس می‌گیرند و من جواب می‌دهم اگر مثلا این بشه استانی چون مثلا من الان آدرس مراکز بهداشتی درمانی و خیابان‌ها و آدرس‌هایی که در تهران موجود هست رو بلد نیستم حالا باز یکسری آدرس مراکز مربوط به انجام تست کرونا و جاهای مراکز بهداشتی درمانی و اورژانس دندانپزشکی هستند و لیست‌ها را داده اند. اما کامل نیست.» (پ)

روند اجرای برنامه

نظارت بر کیفیت ارائه برنامه

پایش و نظارت بر کیفیت ارائه خدمت از اقدامات لازم در رسیدن به اهداف و موفقیت برنامه هاست. از نقطه نظر مدیران اجرایی به دلیل شروع برنامه در شرایط بحرانی و نبود برنامه‌ریزی و آمادگی قبلی، بسیاری از اقدامات و ملزومات اولیه، با کیفیت مورد نظر انجام نگرفت. اما پایش فرآیند نیز موضوع دیگری است که در زمان انجام مطالعه، اقدامات اندکی در خصوص آن صورت گرفت. همان‌طور که مدیران اعلام داشتند در ماه اول، امکان ضبط مکالمات مقدور نبود و بعد از آن مکالمات ضبط می‌شدند. «از یک تاریخی به بعد ضبط مکالمات را داریم. هم برای ارزیابی هم برای درآوردن سوالات پرتکرار» (م)

بحث

در روزهای اولیه ظهور همه‌گیری کووید-۱۹ در ایران، برای پاسخگویی به سوالات مردمی و جلوگیری از مراجعات غیرضروری به مراکز درمانی، سامانه ۴۰۳۰ از سوی وزارت بهداشت معرفی شد. بدون شک اهمیت و ضرورت وجود آن از سوی همگان غیرقابل انکار است. در این مطالعه در بازه زمانی اواخر فروردین و اوایل اردیبهشت ۹۹ به بررسی درس آموخته‌های

1. Lake

2. CDC

است [۱۲]. به نظر می‌رسد برای بهبود و ارتقای عملکرد برنامه‌ها در شرایط بحرانی و شرایط مشابه لازم است سازوکارهایی برای سرعت بخشیدن به فرآیندهای قرارداد و جذب و پرداخت به افراد در نظر گرفته شود تا بوروکراسی به کلیت برنامه آسیب نرساند. در تجربه حاضر وجود هزینه‌های بالای اینترنت و پرداخت نشدن هیچ‌گونه وجهی تا حدود دو ماه از شروع فعالیت افراد در سامانه، موجبات نارضایتی افراد را فراهم کرد تا جایی که برخی از سیستم خارج شدند. توجه به این امر و شناسایی راه‌های میان‌بر در بوروکراسی از راهکارهای ممکن است.

از دیگر ابعاد مهم در نیروی انسانی، ارائه اطلاعات لازم، آموزش‌های اولیه و ضمن خدمت افراد است. ضرورت وجود آموزش‌های یکپارچه اولیه و آموزش‌های ضمن خدمت از سوی بسیاری از پاسخگویان سامانه مطرح و مورد تأکید بود. بر اساس نظرات هر دو گروه شرکت‌کننده در این مطالعه، هیچ‌گونه ارزیابی و آموزش اولیه‌ای برای مشاوران پاسخگو در نظر گرفته نشده بود که صدماتی را برای افراد و سامانه به همراه داشت. این امر توسط مدیران شرکت‌کننده نیز مورد تأیید قرار گرفت و علت آن شرایط بحرانی و نبود آمادگی‌های قبلی بیان شد. با این حال تا زمان انجام مطالعه (حدود ۲ ماه بعد از شروع فعالیت سامانه)، هیچ آموزش ضمن خدمتی نیز برای مشاوران در نظر گرفته نشده بود و این نیاز از سوی بسیاری از مشاوران پاسخگوی شرکت‌کننده احساس و مطرح شد. مدیران نیز این نیاز را احساس و در صدد طراحی برنامه‌های آموزشی و مهارتی در پاسخگویان بودند. در مطالعه صورت گرفته توسط ژانگ و همکاران، منابع انسانی سامانه ۱۲۳۲۰ چین در سال ۲۰۱۴ مورد بررسی قرار گرفت. آنها توجه به آموزش کارکنان را از ملزومات راه اندازی و مدیریت سامانه‌های برخط اعلام کردند [۱۲]. همچنین مطالعات، استراتژی‌های آموزش و آموزش مداوم را لازمه کیفیت عملکرد سیستم‌های خدمات رسان بهداشتی ذکر کردند [۱۳، ۱۴]. در مطالعه صورت گرفته توسط استروم^۲ و همکاران در سوئد بر روی دیدگاه پرستاران شاغل در مشاوره تلفنی مراقبتی، توجه به سطح دانش و آگاهی افراد در خصوص موضوع در کیفیت پاسخگویی با اهمیت عنوان شد [۱۵]. مطالعه پاشاوغلو^۳ هم به تاثیر آموزش‌ها، ارزیابی و پیش، برنامه‌ریزی، ارتباطات، تعریف

پاسخگویی تلفنی اختصاص دادند این امر در کاهش بار مراجعات به بیمارستان‌ها و مراکز درمانی مفید و موثر شناخته شد [۷]. منابع انسانی هسته اصلی در سیستم‌های ارائه خدمات بهداشتی شناخته شده است. اما بعضی اوقات این منابع از مولفه‌های مغفول توسعه برنامه‌های بهداشتی بوده است [۱۱]. در مطالعه حاضر، بر اساس نظرات مدیران شرکت‌کننده به دلیل بحرانی بودن شرایط و تصمیم‌آنی برای شروع فعالیت سامانه، تامین تعداد لازم نیروی مناسب چالش بزرگی بود. از دیدگاه مدیران اجرایی برنامه، به همان اندازه که انتظار می‌رفت در شرایط بحرانی به تماس‌ها پاسخ داده شود، نیاز به نیروی انسانی پاسخگو بود. از مشکلات موجود، نبود امکان بررسی و گزینش علمی اولیه مشاوران پاسخگو بود. انجام نشدن این کار، چالش‌های بسیاری بر اساس نظرات هر دو گروه شرکت‌کننده در مطالعه ایجاد کرده بود. از جمله مشکلات مطرح شده، جذب نیروهای بدون سابقه کار و کم‌سابقه در حوزه بهداشت و درمان، دانشجویان با سوابق تحصیلی غیرمرتبط و تعداد کم نیروی پزشک در سامانه بود. این در حالی است که ضرورت وجود پزشکان یا متخصصان کشیک برای ارجاع و مشورت پاسخگویان در موارد نیاز از سوی مشاوران مورد تأکید بود.

رضایت شغلی از عوامل مهم در عملکرد بالای سیستم‌ها در نظر گرفته شده است. رضایت شغلی در کیفیت پاسخگویی افراد در سامانه‌های تلفنی هم موثر است. تامین مالی از مواردی است که بر رضایت و عملکرد افراد تاثیر فراوان دارد. در مطالعه حاضر بر اساس نظرات مشاوران شرکت‌کننده، برخی از افراد انگیزه‌های بشردوستانه و رسالت اجتماعی را به عنوان دلیل مشارکت بیان کردند اما بسیاری از افراد، توجه به انگیزه مالی را غیرقابل انکار برشمردند. مدیران اجرایی شرکت‌کننده نیز بحث مالی فرآیند را در جذب و نگهداری نیروی انسانی کارآمد پراهمیت قلمداد کردند. با اینکه مشکل مالی وجود نداشت اما بوروکراسی زمان‌بر، بیمه‌ای و مالیاتی مانعی برای انجام به موقع قراردادها و پرداخت به افراد بود که می‌تواند برای برنامه آسیب‌رسان باشد. در مطالعه صورت گرفته توسط ژانگ^۱ و همکاران نیز تاثیر اطمینان از ثبات کاری کارکنان، استفاده از نیروی‌های تمام‌وقت و حمایت‌های مالی از برنامه‌ها در کنار سایر موارد در رضایت نیروی انسانی و به دنبال آن بهبود عملکرد سیستم با اهمیت شناخته شده

2. Ström

3. Paşaoğlu

1. Zhang

در دانمارک، سامانه پاسخگوی مردمی در خصوص کرونا در کنار سامانه فوریت‌های پزشکی قرار گرفت و در صورت نیاز توسط مشاور به سامانه فوریت پزشکی ارجاع داده می‌شد [۱۸]. ضرورت همراهی سازمان‌های اجرایی و قانونی لازم در کنار سامانه ۴۰۳۰ احساس می‌شد. در بسیاری موارد، مردم سوالات و یا مشکلاتی در مورد تخلفات مربوط به اجرا نشدن پروتکل‌ها را داشتند که رسیدگی به آن خارج از وظایف و اختیارات سامانه بود و نبود ارتباط با سامانه‌های ثبت تخلفات با سامانه ۴۰۳۰ منجر به نارضایتی تماس‌گیرنده و فشار روانی بر مشاوران پاسخگو بود. مطالعه وارد و همکاران نیز به ضرورت وجود سازمان‌های خدمات پشتیبان و ارجاع موارد مربوطه به آنها اشاره دارد [۱۶]. توجه به همکاری‌های خارج بخشی در بحران‌ها، از ضروریات برنامه‌ریزی‌های اولیه است. در بحران ناشی از کووید نیز همکاری‌های دقیق‌تر داخل بخشی و بین بخشی راهگشای موفقیت بیشتر این سامانه ارزشمند خواهد بود.

در خصوص بحران ناشی از کووید-۱۹ ضرورت تعامل بین بخشی و وجود ارتباط قوی و مستقیم با ستاد مبارزه با کرونا ضروری بود تا قوانین و دستورالعمل‌های آنها بدون فوت وقت در اختیار مشاوران پاسخگو قرار گیرد. در مطالعه رئوفی و همکاران نیز به رویکرد جامع و اقدامات منسجم و به موقع در کارآمدی بالاتر در کنترل همه‌گیری کرونا اشاره شده است که تاییدکننده یافته‌های مطالعه حاضر است [۱۹]. بر اساس یافته‌های مطالعه حاضر و سایر مطالعات مشابه، وجود تعاملات داخلی موثر میان افراد تیم و مدیران و از سوی دیگر تعامل خارجی با سایر سازمان‌ها و نهادهای اجرایی و قانونی که ماحصل آن مدیریت یکپارچه و جامع است موجبات اجرای بهینه اقدامات و رضایت‌مندی مردم به عنوان گیرندگان خدمت را فراهم می‌سازد.

از نقاط قوت این مطالعه می‌توان به استفاده از ارزیابی نظرات مشاوران پاسخگوی سامانه از سراسر کشور اشاره کرد. همچنین از نظرات مدیران اجرایی سامانه نیز در کنار نظرات مشاوران پاسخگو استفاده شده است. انجام مصاحبه‌ها به صورت تلفنی را می‌توان از محدودیت‌های انجام این مطالعه ذکر کرد که امکان تعامل و دریافت بازخوردهای غیر کلامی را محدود می‌کرد. نتیجه‌گیری

این مطالعه کیفی به منظور بررسی چالش‌های پیش روی سامانه ۴۰۳۰ در پاسخ به سوالات و مشکلات مردم در خصوص

فرآیند و در نظر گرفتن پاداش در رضایت نیروی انسانی تاکید داشت [۱۵]. مطالعه وارد^۱ نیز افزایش دانش و آگاهی مشاوران از موضوع را موجب احساس آرامش و اطمینان بیشتری در پاسخگویی ذکر کرد [۱۶].

با وجود مشکلاتی در جذب نیروی انسانی، فقدان ارزیابی و آموزش اولیه، ضرورت بحث نظارت بر کیفیت خدمات اهمیت دوچندان دارد. اما تا زمان انجام مطالعه، اقدامی عملی در این خصوص صورت نگرفته بود. مدیران اجرایی، تاخیر در این مهم را شرایط بحرانی و نداشتن آمادگی قبلی و زمان برای آماده‌سازی‌های اولیه و فراهم نبودن زیرساخت‌ها و بسترهای لازم ذکر کردند. مطالعه مروری صورت گرفته Lake و همکاران، حاکی از اهمیت و ضرورت توجه به کیفیت خدمات و رضایت‌مندی دریافت‌کنندگان خدمت است [۱۷،۳]. به همین دلیل توجه بر ضرورت نظارت بر کیفیت خدمات توسط مدیران و برنامه‌ریزان سامانه، موجبات بهبود عملکرد و برنامه‌ریزی‌های ارتقایی سامانه را فراهم خواهد کرد.

از دیگر مشکلات اپراتورهای سامانه ۴۰۳۰، نبود تعامل داخلی مناسب، خصوصاً بین مدیریت و مشاوران پاسخگو بود. وجود گروه‌های مجازی صرفاً به‌عنوان مجرایی یک‌طرفه برای ارسال مطالب و دستورالعمل‌های مکتوب نقش داشتند. این درحالی است که امکان استفاده بهینه از این بسترهای مجازی توسط مدیران وجود داشت. در صورت ارائه و معرفی تصویری برنامه، اهداف، و انتظارات از سوی مدیران ارشد و مدیران میانی و تبدیل گروه‌های مجازی به رسانه‌ای برای تعامل و آموزش‌های لازم، برقراری تعامل و تعهد مناسبی بین کارکنان و مدیران ایجاد می‌شد.

علاوه بر ضرورت تعاملات داخلی مناسب، داشتن تعاملات خارجی در بهبود و ارتقای کیفیت سامانه تاثیرگذار بوده است. سازمان‌های متعددی این قابلیت را داشتند که در کنار سامانه ۴۰۳۰ همکاری و از سامانه حمایت لازم را داشته باشند. در برخی موارد حمایت‌هایی صورت گرفت و در مواردی نیز خلأهای حمایتی احساس می‌شد. داشتن تعاملاتی با سازمان‌های هم‌هدف و هم‌راستا نظیر اورژانس ۱۱۵ که عملکردهای موازی با برخی از فعالیت‌های این سامانه دارند، می‌توانست ضمن ارائه خدمات باکیفیت‌تر، بار کاری مشاوران سامانه را نیز سبک‌تر کند.

1. Ward

کاربرد در تصمیم‌های مرتبط با نظام سلامت

۱. قبل از انجام این تحقیق، در مورد موضوع مطالعه شده چه می‌دانستید؟

سامانه‌های تلفنی در مواقع بروز بحران‌های سلامت می‌توانند با ارائه اطلاعات و آگاهی به عموم مردم کمک بزرگی در کنترل بحران بکنند. سامانه تلفنی ۴۰۳۰ نیز به دنبال همه‌گیری کووید-۱۹ تشکیل شد تا بتواند پاسخگوی سوالات و مشکلات مردم باشد و بار مراجعه به مراکز بهداشتی درمانی را کاهش دهد.

۲. مطالعه حاضر چه اطلاعاتی را به دانش موجود اضافه می‌کند؟

با انجام مصاحبه با مشاوران پاسخگوی تلفنی و مدیران برنامه، درس‌آموخته‌های حاصل از استقرار سامانه تلفنی ۴۰۳۰ شناسایی و تبیین شد. این درس‌آموخته‌های حاصل از اجرای برنامه طیفی از موضوعات مربوط به محیط درونی و بیرونی برنامه، ویژگی‌های برنامه و افراد درگیر در برنامه و روند اجرا را در بر می‌گرفت.

۳. نتایج مطالعه حاضر چگونه می‌تواند بر تصمیم‌سازی‌های مرتبط با سیاست‌گذاری و مدیریت نظام سلامت کشور اثر بگذارد؟

سیاست‌گذاران و برنامه‌ریزان با در نظر گرفتن درس‌آموخته‌های مطرح شده در این مطالعه می‌توانند ضمن اصلاح عملکرد و کیفیت سامانه مذکور، نکاتی را برای اجرای برنامه‌های مشابه در نظر داشته باشند.

تشکر و قدردانی

در این بخش، از همه پاسخگویان و مدیران سامانه ۴۰۳۰ که در این مطالعه شرکت کردند کمال تشکر و قدردانی به عمل می‌آید. این مطالعه، حاصل طرح پژوهشی شماره ۹۹-۱-۹۹-۴۷۱۸۳ مصوب معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی تهران بود. در این مطالعه، تعارض منافع وجود نداشت.

References

- Pribble JM, Goldstein KM, Fowler EF, Greenberg MJ, Noel SK, Howell JD. Medical news for the public to use? What's on local TV news. *Am J Manag Care*. 2006;12(3):170-6.
- Moynihan R. Making medical journalism healthier. *The Lancet*. 2003;361(9375):2097.
- Lake R, Georgiou A, Li J, Li L, Byrne M, Robinson M, et al. The quality, safety and governance of telephone triage and advice services—an overview of evidence from systematic reviews. *BMC health services research*. 2017;17(1):614.
- World Health Organisation. An ad hoc WHO technical consultation managing the COVID-19 infodemic 2020. Accessed Jan 5, 2021. [Available from: <https://>

- www.who.int/publications/i/item/9789240010314.
5. Eysenbach G. How to fight an infodemic: the four pillars of infodemic management. *Journal of medical Internet research*. 2020;22(6):e21820.
 6. Practitioner G. Telephone triage for non-COVID-19 patients during a pandemic. Dr Pipin Singh 2020. Accessed Sep 15, 2021. [Available from: www.gponline.com/telephone-triage-non-covid-19-patients-during-pandemic/article/1680389].
 7. News C. The online and telephone consultations during Covid-19 that helped expand the healthcare system. Inés Rey de Olano 2020, Accessed Jan 5 2021. [Available from: <https://www.catalannews.com/society-science/item/>].
 8. World Health Organisation. Novel Coronavirus—Japan (Ex-China) Accessed Jan 16, 2020. [Available from: <https://www.who.int/csr/don/16-january-2020-novel-coronavirus-japan-ex-china/en/>].
 9. World Health Organisation. Novel Coronavirus – China. Accessed Jan 12, 2020. [Available from: <https://www.who.int/csr/don/12-january-2020-novel-coronavirus-china/en/>].
 10. Lancet T. COVID-19: fighting panic with information. *Lancet*. 2020;395(10224):537. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30379-2](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30379-2).
 11. Hongoro C, McPake B. How to bridge the gap in human resources for health. *The Lancet*. 2004;364(9443):1451-6.
 12. ZHANG X-q, ZOU B, LV Y. Analysis of human resource of national 12320 health hotline in 2014. *Chinese Journal of Public Health Management*. 2015(2):15.
 13. Chopra M, Munro S, Lavis JN, Vist G, Bennett S. Effects of policy options for human resources for health: an analysis of systematic reviews. *The Lancet*. 2008;371(9613):668-74.
 14. Paşaoğlu D, Tonus HZ. Strategic importance of human resource practices on job satisfaction in private hospitals. *Procedia-Social and Behavioral Sciences*. 2014;150:394-403.
 15. Störm M, Marklund B, Hildingh C. Nurses' perceptions of providing advice via a telephone care line. *British journal of nursing*. 2006;15(20):1119-25.
 16. Ward JAD, Baum S, Maat JT, Thomsen CA, Maibach EW. The value and impact of the Cancer Information Service telephone service. Part 4. *Journal of health communication*. 1998;3(sup1):50-70.
 17. Karari C, Tittle R, Penner J, Kulzer J, Bukusi EA, Marima R, et al. Evaluating the uptake, acceptability, and effectiveness of Uliza! clinicians' HIV hotline: a telephone consultation service in Kenya. *Telemedicine and e-Health*. 2011;17(6):420-6.
 18. Jensen TW, Holgersen MG, Jespersen MS, Blomberg SN, Folke F, Lippert FK, et al. Strategies to handle increased demand in the COVID-19 crisis a corona telephone hotline and a web-based self-triage system. *Prehosp Emerg Care*. Epub ahead of print 9 October 2020. DOI: 10.1080/10903127.2020.1817212. 2020.
 19. Raoofi A, Takian A, Sari AA, Olyaeemanesh A, Haghghi H, Aarabi M. COVID-19 pandemic and comparative health policy learning in Iran. *Archives of Iranian Medicine*. 2020;23(4):220-34.

Lessons Learned from the Establishment of a Public Response Telephone System in the Covid-19 Epidemic Crisis in Iran: 2020

Mahnaz Ashoorkhani¹, Marjan Mirzania², Mostafa Maleki³, Mohammad Hossein Taghdisi⁴, Elham Shakibazadeh^{5*}

1. PhD in Health Education and Promotion, Department of Health Education and Promotion, School of Public Health, Tehran University of Medical Sciences.

2. PhD Student in Health Education and Promotion, Department of Health Education and Promotion, School of Public Health, Tehran University of Medical Sciences.

3. PhD Candidate in Health Education and Promotion, Department of Health Education and Promotion, School of Public Health, Tehran University of Medical Sciences.

4. PhD, Iranian Health Education & Promotion Scientific Association.

5. PhD in Health Education, Department of Health Education and Promotion, School of Public Health, Tehran University of Medical Sciences.

Abstract

Introduction: The current study aimed to evaluate the experiences obtained from the 4030 telephone system from the perspective of managers and consultant operators.

Methodology: In this qualitative content analysis, we examined the views of operator consultants (n=21) and executive managers (n=5). The interviews were conducted by telephone one month after the launch of the 4030 system in two weeks. Interviews were audio-recorded after receiving the approval of interviewees. Data were analyzed in OpenCode version 4.2 using the CFIR framework.

Results: A total of 220 semantic codes were extracted and then categorized into five themes of program characteristics, inner setting, outer setting, characteristics of individuals involved in the program, and implementation process.

Conclusion: Initial planning, recruitment process, initial evaluation and training, and in-service training are of particular importance, which were not performed properly due to the hasty launch of the program. Internal interaction (between individuals, managers, and system administrators) and interactions with other target organizations were identified as weak. From the perspective of executives, participation (i.e. at all levels of planning, implementation, evaluation, and decision-making) has not been achieved properly, which has created a major obstacle for several mid-level management and executive processes and actions. It seems that with the onset of the Covid-19 pandemic in China and the possibility of its expansion to other countries, the precision of initial planning, expanding infrastructure, human resources, and other processes has increased.

Keywords: Covid-19; Qualitative study; Responsiveness; Corona.

Please cite this article as follows:

Ashoorkhani M, Mirzania M, Maleki M, Taghdisi MH, Shakibazadeh E. Lessons Learned from the Establishment of the Public Responsive Telephone System of the Ministry of Health (System 4030): A Survey of the Perspectives of Responsible Managers and Consultants. *Hakim Health Sys Res.* 2020;20(3);306-319.

*Corresponding Author: Health Education and Promotion Department, School of Public Health, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran.

Tel: (+98)9125796021, E-mail: Shakibazadeh@tums.ac.ir