

كيف يمكن للتناسق الثقافي واستخدام الحوافز أن يعززا ثقافة الصحة

منظور أصحاب الشأن

لوري ت. مارتن (Laurie T. Martin)، لينيا وارن ماي
(Linnea Warren May)، ساره وايلنت (Sarah Weilant)، جوا
د. أكوستا (Joie D. Acosta)، أنيتا شاندرأ (Anita Chandra)



للحصول على المزيد من المعلومات حول هذا المنشور، الرجاء زيارة الموقع الإلكتروني:
www.rand.org/t/RR1889

نشرته مؤسسة RAND، سانتا مونيكا، كاليفورنيا
© حقوق الطبع والنشر لعام 2017 محفوظة لصالح مؤسسة RAND
RAND® علامة تجارية مسجلة.

حقوق الطبع والنشر الإلكتروني محدود

هذه الوثيقة والعلامة (العلامات) التجارية الواردة فيها محمية بموجب القانون. يتوفر هذا التمثيل للملكية الفكرية الخاصة بمؤسسة RAND للاستخدام لأغراض غير تجارية حصريًا. يحظر النشر غير المصرح به لهذا المنشور عبر الإنترنت. يصرح بنسخ هذه الوثيقة للاستخدام الشخصي فقط، شريطة أن تظل مكملة بدون إجراء أي تعديل عليها. يلزم الحصول على تصريح من مؤسسة RAND لإعادة إنتاج أو إعادة استخدام أي من الوثائق البحثية الخاصة بنا، بأي شكل كان، لأغراض تجارية. للمزيد من المعلومات حول تصاريح إعادة الطباعة والربط على المواقع الإلكترونية، الرجاء زيارة صفحة التصاريح في موقعنا الإلكتروني: www.rand.org/pubs/permissions

مؤسسة RAND مؤسسة بحثية تعدّ حلولاً لتحديات السياسات العامة للمساهمة في جعل المجتمعات من حول العالم أكثر أمانًا، سلامة، صحة وازدهارًا. تعدّ مؤسسة RAND مؤسسة غير ربحية، حيادية وملتزمة بالصالح العام.

لا تعكس منشورات مؤسسة RAND بالضرورة آراء عملاء ورعاة الأبحاث الذين يتعاملون معها.

ادعم مؤسسة RAND
وتبرع بمساهمة خيرية معفاة من الضريبة على الموقع الإلكتروني التالي:
www.rand.org/giving/contribute

www.rand.org

ش ر ع ت مؤسسة روبرت وود جونسون (RWJF) (Robert Wood Johnson Foundation) عام 2013 في جهد رائد لتنمية ثقافة الصحة. ويرتكز إطار عمل ثقافة الصحة (Culture of Health Action Framework) على رؤية تمكين جميع أفراد مجتمعنا المتنوع من التمتع بحياة صحية، الآن وللأجيال القادمة (بلو Plough، 2014). تشكل هذه الدراسة واحدة من أصل سلسلة من الدراسات التي تغوص في جوانب وانعكاسات بناء ثقافة الصحة في الولايات المتحدة الأمريكية. على مدى إعداد إطار عمل ثقافة الصحة وما تلاه من تنفيذ للإطار وللتدابير المرتبطة به، برزت أهمية سؤالين اثنين في فهم كيفية تفكير الأفراد والقطاعات في الصحة وكيف تتحمس لتعزيزها:

- كيف يمكن تسخير مفاهيم الهوية الثقافية الشائعة (مثل الأثنية أو الدين، والمثليات والمثليون ومزدوجو الميل الجنسي ومغايرو الهوية الجنسانية (LGBTI+)، والعسكر) والثقافة المؤسسية لتنمية ثقافة الصحة؟
- كيف يمكن استخدام الحوافز لتعزيز الصحة الفردية وإشراك المستثمرين والقادة في المؤسسات أو الحكومات في الترويج للصحة والرفاه على نطاق واسع؟

برز هذان السؤالان على أنهما محوريان في تعميق جهود ثقافة الصحة، لأنه غالبًا ما يُنظر إلى التعرّف إلى الهويات والتجارب الفريدة للناس الذين تجمعهم ثقافة واحدة والتعامل معها (سواء على مستوى المؤسسات أو المجتمعات المحلية) على أنّهما الخطوة الأولى باتجاه الحركة الاجتماعية والتغيير الثقافي. تشكل الحوافز خطوات أولى ذات أهمية بالغة في تحفيز الاهتمام والعمل قبل الحفاظ على استمرارية التغيير أو مأسسته ليصبح جزءًا من الممارسات والسياسات اليومية. وتعدّ الثقافة والحوافز مجتمعتان العنصران الأوليان الضروريان لدمج ثقافة الصحة داخل القطاعات وعبر تنوعها. تستند هذه الدراسة إلى سلسلة من المقابلات التي أجراها باحثو مؤسسة RAND مع أصحاب شأن يركز عملهم على الثقافة أو الحوافز أو الاثنين معًا ويولي دراسةً أوليةً حول منظور أصحاب الشأن بعنوان وجهات نظر أصحاب الشأن حول ثقافة الصحة: النتائج الرئيسية (Stakeholder Perspectives on a Culture of Health: Key Findings) (أكوستا Acosta وآخرون، 2016). طلبت مؤسسة روبرت وود جونسون من مؤسسة RAND دراسة هذين الموضوعين لمساعدتها على فهم كيفية تناول المؤسسات واستفادتها من الثقافة والحوافز لتعزيز الصحة والرفاه، وتحديد العوامل الميسرة والعقبات وأفضل الممارسات المحتملة والدروس المستفادة التي قد تثري العمل المستقبلي في هذه المجالات.

ويجدر بهذه الدراسة أن تكون محط اهتمام لمؤسسة روبرت وود جونسون وللأفراد والمؤسسات التي يهتما النهوض بإطار عمل ثقافة الصحة. ونظرًا إلى أنّ مؤسسة روبرت وود جونسون تركز على استخدام إطار عمل ثقافة الصحة وتدابيره لتحفيز الحوار الوطني حول المضمون والاستثمارات الموجهة لتحسين صحة السكان ورفاههم، يجدر بالدراسة أن تعود بالفائدة على مجموعة واسعة من القادة القوميين والمحليين وعلى مستوى الولايات في مجموعة متنوعة من القطاعات التي تساهم في الصحة وفقًا لوصفها في إطار عمل ثقافة الصحة.

لقيت هذه الدراسة الرعاية من مؤسسة روبرت وود جونسون وأجريت من قبل مركز RAND Health. ترد لمحة عامة حول مركز RAND Health وملخصات منشوراته ومعلومات طلب هذه المنشورات على الموقع الإلكتروني www.rand.org. تتولى أنيتا شاندر (Anita Chandra) شق عمل ثقافة الصحة في مؤسسة RAND ويساعدها في ذلك فريق واسع ومتنوع من باحثي RAND. يمكن توجيه الأسئلة المتعلقة بهذه الدراسة أو بعمل مؤسسة RAND المتعلق بثقافة الصحة إلى Chandra@rand.org.

المحتويات

iii	تمهيد
v	الملخص
xiii	شكر و عرفان
xiii	الاختصارات
1	1. المقدمة
7	2. أساليب البحث
12	3. المواضيع الشاملة: القيم المشتركة وصحة المجتمع والبيانات والمساواة
22	4. كيف يمكن للتنبه إلى الثقافة والاختلافات الثقافية أن يعزز الصحة والرفاه
31	5. حوافز لتعزيز الصحة والرفاه
40	6. النتائج الرئيسية والانعكاسات والخطوات التالية
45	الملحق A: الدفع مقابل النجاح (<i>Pay for Success</i>) في مجال الصحة والرفاه
48	الملحق B: بروتوكول المقابلات
53	الملحق C: مواد الإشراف في الدراسة
55	المراجع

الملخص

تقود مؤسسة روبرت وود كونسون (RWJF) منذ عام 2013 جهودًا لبناء ثقافة صحة تمكن جميع أفراد مجتمعنا المتنوع من التمتع بحياة صحية، الآن وفي الأجيال القادمة (بلو Plough، 2014). يتألف إطار عمل ثقافة الصحة الذي نشرته مؤسسة روبرت وود كونسون عام 2015 من أربعة مجالات عمل ومن مجال خامس يركز على النتائج (كما يبيّن الشكل 1.1). بالإضافة إلى ذلك، تعدّ المساواة موضوعًا أساسيًا في إطار عمل ثقافة الصحة (بلو Plough وشاندرا Chandra، 2015). تشير المساواة في مجال الصحة بمعناها الواسع إلى تمتع الجميع بفرصة تحقيق كامل إمكاناتهم الصحية، باعتبار الإشارك العادل والمنصف جانبًا أساسيًا من جوانب تلك الفرصة (برايف مان Braveman، 2014؛ الأكاديميات الوطنية للعلوم والهندسة والطب National Academies of Sciences, Engineering, and Medicine، 2016؛ بوليسي لينك PolicyLink، 2014). تعدّ المساواة في مجال الصحة، إلى جانب صحة السكان ورفاههم، واحدة من النتائج المرجوة من ثقافة الصحة، وتشكل هذه النتائج الثلاث جزءًا لا يتجزأ من مجالات العمل والدوافع والتدابير التي يتألف منها إطار عمل ثقافة الصحة (شاندرا Chandra وأكوستا Acosta وآخرون، 2016). يهدف هذا الإطار إلى تحفيز الحوار الوطني حول الإجراءات والاستثمارات لتحسين صحة السكان ورفاههم. ويشكل بناء ثقافة الصحة رؤية جريئة تعتمد على الجهات الفاعلة التقليدية لتعزيز الصحة (من نظم صحة عامة ورعاية صحية) وعلى شركاء جدد ومبتكرين (من مستثمرين في التنمية الاقتصادية ومفوضين لتخطيط المدن) لإحداث تغييرات في النظم والمجتمعات اللازمة لضمان استدامة هذه الثقافة. ولفهم كيفية استخدام إطار العمل للنهوض بهذا العمل على المستويات المحلية والقومية وعلى مستوى الولايات، كلفت مؤسسة روبرت وود كونسون مؤسسة RAND وغيرها من المؤسسات بالإشارك المتواصل لأصحاب الشأن وغير ذلك من جهود المتابعة والمراقبة. ونتيجة مراجعة الدراسات السابقة (شاندرا Chandra وأكوستا Acosta وآخرون، 2016) وتحليل أصحاب الشأن (أكوستا Acosta وآخرون، 2016)، برزت أهمية سؤالين اثنين لفهم كيفية تفكير الأفراد والقطاعات في الصحة والرفاه وكيف يمكن تحفيزهم لتعزيزهما:

- كيف يمكن تسخير مفاهيم الهوية الثقافية الشائعة (مثل الأثنية أو الدين، والمثليات والمثليون ومزدوجو الميل الجنسي ومغايرو الهوية الجنسانية، والعسكريين) والثقافة المؤسسية لتنمية ثقافة الصحة؟
- كيف يمكن استخدام الحوافز لتعزيز الصحة الفردية وإشارك المستثمرين والقادة في المؤسسات أو الحكومات في الترويج للصحة والرفاه على نطاق واسع؟

برزت مركزية هذين السؤالين في تعميق جهود ثقافة الصحة، لأنه غالبًا ما يُنظر إلى التعرّف إلى الهويات والتجارب الفريدة للناس الذين تجمعهم ثقافة واحدة والتعامل معها (سواء على مستوى المؤسسات أو المجتمعات المحلية) على أنّهما الخطوة الأولى باتجاه الحركة الاجتماعية والتغيير الثقافي (شاندرا Chandra وميلر Miller وآخرون، 2016). تشكل الحوافز خطوات أولى ذات أهمية بالغة في تحفيز الاهتمام والعمل للتغيير قبل الحفاظ على استمرارية التغيير أو مأسسته ليصبح جزءًا من الممارسات والسياسات اليومية. وتعدّ الثقافة والحوافز مجتمعتان العنصران الأوليان الضروريان لدمج ثقافة الصحة داخل القطاعات وعبر تنوعها (تو Towe وآخرون، 2016).

طلبت مؤسسة روبرت وود كونسون من مؤسسة RAND دراسة هذين الموضوعين للوصول إلى رأي بشأن كيفية تعامل المؤسسات واستفادتها من الثقافة والحوافز لتعزيز الثقافة والرفاه، كما ولرصد العوامل

الميسرة والعقبات وأفضل الممارسات المحتملة والدروس المستفادة التي قد تثري العمل المستقبلي في هذه المجالات. تركز هذه الدراسة على نتائج مقابلات أجراها باحثو مؤسسة RAND مع أصحاب شأن يركز عملهم إما على الثقافة أو على الحوافز أو على الاثنين معًا ويلى تقريرًا أوليًا حول منظور أصحاب الشأن وجهات نظر أصحاب الشأن حول ثقافة الصحة: النتائج الرئيسية (Stakeholder Perspectives on a Culture of Health: Key Findings) (أكوستا وآخرون، 2016)

جمع البيانات وتحليلها

لقد أجرينا 43 مقابلةً شبه منظّمة امتدت كل منها على مدى ساعة مع ممثلي مؤسسات تضطلع بأعمال ذات صلة بالثقافة و/أو الحوافز. وقد تم تحديد المشاركين المحتملين من خلال قائمة معارف مؤسستي RAND ومؤسسة روبرت وود جونسون وما يرتبط بها من وقائع المؤتمرات ذات الصلة ومراجعة الدراسات السابقة وبحوث الإنترنت المستهدفة وأخذ عينات كرة الثلج الشبكية (Snowball Sampling). تمت دعوة المشاركين للمشاركة في الدراسة عبر رسالة بريد إلكتروني، في حين تم إجراء المقابلات عبر الهاتف.

لقد أعدنا بروتوكولاً شبه منظم (انظر الملحق B) لهذه المقابلات. وكانت البنية العامة للبروتوكول تركز على أهداف الدراسة كما سبق أن ورد وصفها: (1) فهم كيف يتصل مفهوم الهوية الثقافية الشائع بتحقيق ثقافة الصحة، و(2) فهم كيف يتم استخدام الحوافز لإشراك الأفراد وأصحاب العمل والمؤسسات في أنشطة تعزيز الصحة. وكان محط اهتمامنا التعرف على الجهود المبذولة في هذين المجالين والتي تتماشى مع إطار عمل ثقافة الصحة، والعقبات والعوامل الميسرة والدروس المستفادة من هذا العمل. وتم إعداد أسئلة محددة للمقابلات بالارتكاز على مواضيع دراسات مستقبلية توصلت إليها دراسة أولية لأصحاب الشأن (أكوستا وآخرون، 2016) والدراسات السابقة المتعلقة بكيفية استخدام الثقافة والحوافز لتعزيز الصحة والرفاه.

من ناحية الثقافة، تضمن البروتوكول أسئلةً حول كيفية اختلاف الصحة والرفاه من ثقافة إلى أخرى وما إذا كان ثمة عقبات أو عوامل ميسرة ثقافية محددة متعلقة ببناء ثقافة الصحة في المجتمعات في الولايات المتحدة أو باستخدام إطار عمل ثقافة الصحة لإثراء جهود تعزيز الصحة والرفاه. وأما من ناحية الحوافز، فقد تناولت الأسئلة العقبات والعوامل الميسرة والدروس المستفادة المتعلقة بتحفيز المؤسسات وأصحاب العمل والأفراد لتعزيز الصحة والرفاه. وعلى الرغم من أن المقابلات أتت بهذا البروتوكول بشكل عام، فإن هدف هذا الجهد كان يتمثل في الحصول على طيف متنوع من وجهات النظر بشأن عوامل مرتبطة بالثقافة والحوافز. وبالتالي، لم يتم طرح الأسئلة عينها في كل المقابلات، إذ غالبًا ما عدّل المحاورون الأسئلة بما يلائم مجالات خبرة المشاركين. ولم يتم تسجيل المقابلات إلا أن المحاورين دوّنوا ملاحظات مفصلة.

ثم قام ثلاثة من الذين أجروا المقابلات باستخدام الملاحظات لتحديد أبرز المواضيع التي تطرق إليها المشاركون باتباع نهج استقرائي عام لتحليل البيانات النوعية. وقد لخصنا المواضيع البارزة بتقسيمها إلى ثلاث فئات: (1) المواضيع ذات الصلة بفهم كيفية مساهمة الثقافة وتناول الاختلافات الثقافية في البرامج والسياسات في تعزيز الصحة والرفاه، و(2) المواضيع المتصلة بفهم كيفية استخدام الحوافز لتعزيز ثقافة الصحة، و(3) المواضيع الشاملة أو الأساسية التي تطرقت إليها مجموعتنا أصحاب الشأن باعتبارها ذات أهمية خاصة لعملهما الرامي إلى تعزيز ثقافة الصحة. وبعدها تم ترميز المواضيع، قام العاملون أنفسهم الذين أجروا المقابلات والتميز بمراجعة الدراسات السابقة وأعمال إشراك أصحاب الشأن السابقة من أجل تحديد مدى مساهمة هذه المواضيع البارزة في إثراء ما كان معلومًا أصلًا عن تعزيز الصحة في السياق الثقافي واستخدام الحوافز للصحة. وتمت صياغة هذه الدراسة في نهاية المطاف بالتركيز على المواضيع البارزة داخل مجالي الثقافة والحوافز وعبرهما وضمن أولويات مؤسسة روبرت وود جونسون المتعلقة بتطبيق مبادئ ثقافة الصحة لتحقيق المساواة في مجال الصحة.

النتائج

المواضيع الشاملة

على الرغم من أن المشروع شرع لجمع وجهات النظر من مجموعتين من أصحاب الشأن (تلك العاملة على قضايا الثقافة وتلك التي تستخدم الحوافز لتعزيز الصحة والرفاه)، فإن مواضيع عدة شاملة وأساسية برزت في ما يتصل بتعزيز الصحة والرفاه على مستويات عدة، بما فيها عدد من المواضيع المتصلة بالمساواة في مجال الصحة:

- **يُعتبر إرساء الصحة بوصفها قيمة مشتركة خطوةً مهمةً ولكنها حافلة بالتحديات باتجاه تعزيز الصحة والرفاه.** عدد أصحاب الشأن مجموعةً من الفرص لإنشاء قيمة مشتركة للصحة متجذرة في المعتقدات الثقافية التقليدية، بما في ذلك الاستفادة من المعتقدات الراسخة حول الأسرة أو الدين أو الروحانية، والرفاه الشامل للفرد ولمجتمعه. وقد أشار أصحاب الشأن إلى أن إنشاء قيم أو تعاريف مشتركة للصحة غالبًا ما يكون حافلاً بالتحديات عندما لا تتماشى المعتقدات الثقافية مع المعتقدات الغربية (مثل النظر إلى المرض من وجهة نظر القضاء والقدر) أو لدى العمل مع عدة مجموعات ثقافية أو لدى وجود مستويات مختلفة من التمازج الثقافي ضمن المجموعة الواحدة. ووصف مفهوم القيم المشتركة بأنه بالغ الأهمية لتحفيز الصحة، وتبادل أصحاب الشأن الاستراتيجيات لحث مختلف الشركاء على النظر إلى النتائج الصحية المرجوة على أنها تمتهم بصلة. والأمر يصح بشكل خاص في حالة النماذج واسعة النطاق، مثل نموذج الدفع مقابل النجاح (Pay for Success) الذي يتطلب نتيجة صحية مشتركة بالغة الوضوح والتوافق وهدفًا تعمل كل الأطراف لبلوغه (انظر الملحق A).
- **ثمة حاجة إلى الإقرار بأهمية صحة كلا الفرد والمجتمع ورفاههما.** في ما يتصل بمفهوم القيم المشتركة، أبلغ أصحاب الشأن عن الحاجة إلى الإقرار بشكل أفضل وتحقيق التوازن ما بين صحة الفرد والمجتمع ورفاههما. وفي حين قد يكون من الصعب تعريف صحة المجتمع، إلا أنها تشير بمعناها الواسع إلى الوضع الصحي لمجموعة محددة من الأشخاص والخطوات والشروط الخاصة والعامة (الحكومية) لتعزيز صحتهم وحمايتهم وصونها (ماكيزي McKenzie وبينجر Pinger وكوتيكوي Kotecki، 2011). وأشار المشاركون إلى أنه يتم التشديد أكثر في الولايات المتحدة على الصحة الفردية فيما تولى أهمية أقل بكثير إلى الصحة العامة. وقد وصف أحد المشاركين هذه الظاهرة بأنها ثقافة الأنا، مشيرًا إلى أن هذا التركيز على الصحة الفردية ربما يشكل عائقًا أكبر أمام تحقيق ثقافة الصحة من أي مشكلة أخرى متعلقة بتعدد الثقافات. وشعر أصحاب الشأن أن تلك المشكلة تتسم بأهمية خاصة لمديري المؤسسات والمسؤولين الحكوميين الذين يتحكمون بطريقة إنفاق الأموال والموارد.
- **يمكن للبيانات أن تدعم تطوير قيم مشتركة.** أتى أصحاب الشأن على ذكر البيانات، وبالأخص تبادل البيانات، على أنها عامل ميسر بالغ الأهمية لبناء ثقافة الصحة في المجتمع. وأشاروا مثلًا إلى أنه بإمكان البيانات المتعلقة بالصحة والرفاه وخصائص السكان والاستفادة من الخدمات الصحية والاجتماعية والأثر أو العبء المالي المترتب على هذه الاستفادة المساعدة على التوفيق بين مختلف أصحاب الشأن بشأن الاهتمامات ذات الأولوية وتعريف مشترك للصحة. بالإضافة إلى ذلك، تم وصف البيانات، إلى جانب رواية القصص لتوضيح سياق البيانات، على أنها أدوات لها نفوذ خاص ليرفع بها أصحاب الشأن الوعي بشأن المشاكل في مجتمعاتهم وتثبت أحقيتها بالتمويل.
- **تحدث أصحاب الشأن عن أن المساواة تستوجب الدمج والتعاون وعن التفكير بشأن المساواة في مجال الصحة من منظور أوسع من الصحة وحدها أو من تسوية الفوارق الصحية.** لاحظ أصحاب الشأن أنه لا يمكن لمؤسسة واحدة، أو حتى لقطاع واحد، أن يحل بالكامل جميع أوجه عدم المساواة في مجال الصحة، إذ يتطلب ذلك أكثر من مجرد استهداف أو تكييف التدخلات مع المجموعات المحرومة أو

السياقات الثقافية. وأشار المشاركون إلى أهمية جعل صانعي السياسات شركاء في الجهود المبذولة في سبيل التصدي للمساواة في مجال الصحة. كما شعر أصحاب الشأن أن التصدي للمساواة يتطلب إيلاء اهتمام شديد إلى الأسباب التاريخية الكامنة خلف أوجه عدم المساواة في مجال الصحة وذكروا أهمية اعتماد نهج قائم على النشاط الاجتماعي وصمود المجتمع لدى تناول جذور عدم المساواة في مجال الصحة، بما في ذلك الوصول المتفاوت إلى خدمات اجتماعية هامة واحتياجات أساسية مثل الغذاء بأسعار مقبولة وسكن مستقر وجيرة آمنة.

- غالبًا ما يتم تناول المساواة في صوامع، ما يعيق التقدم باتجاه الهدف الموحد الكامن في المساواة للجميع في مجال الصحة. من التحديات التي ذكرها أصحاب الشأن أنه غالبًا ما يتم التصدي للمساواة وما يتم توزيع التمويل في صوامع قائمة على انقسامات عرقية أو إثنية أو جندرية، ما يعيق التقدم في اتجاه الهدف الموحد المتمثل بتوفير المساواة في مجال الصحة للجميع. وأشار أصحاب الشأن مثلًا إلى أن التعاون بين المؤسسات التي تخدم مجموعات عرقية أو إثنية مختلفة غالبًا ما تعوقه آليات التمويل التي تقسم أو تضع قيودًا على كيفية إنفاق المجموعات العرقية أو الإثنية للأموال.
- يمكن لعدم المساواة البنوية بين المؤسسات التي تخدم مجتمعات مختلفة أن تشكل حاجزًا أمام التقدم. من التحديات التي أعرب عنها أصحاب الشأن أن المؤسسات الأصغر حجمًا العاملة لدعم السكان المحرومين أو المهمشين غالبًا ما تكون في وضع أسوأ بكثير مقارنةً بالمؤسسات أو المنظومات الأكبر في ما يتصل بالنفذ والبيانات والموارد. ولاحظوا أنه يمكن لأوجه عدم المساواة البنوية هذه أن تشكل بدورها حاجزًا أمام معالجة قضايا عدم المساواة في مجال الصحة لأن المؤسسات التي يلزم أن يكون لها صوت على طاولة القرار وأن تشكل جزءًا من الحل لديها صوتٌ أضعف نسبيًا.
- يتطلب تناول المساواة بذل الوقت والجهد. إلى جانب الوقت والجهد اللازمين لضمان النفاذ المتساوي إلى البرامج والخدمات، أعرب أصحاب الشأن عن أنهم غالبًا ما يشاركون هم وزملاؤهم في نشاطات كبيرة خارج إطار خدماتهم اليومية لتثقيف العاملين في منظومات أخرى (من جامعات ومنظومات رعاية صحية وحكومات) حول القضايا المرتبطة بالمساواة ونهج معالجة عدم المساواة في مجال الصحة.

المواضيع المرتبطة بالتصدي للثقافة والاختلافات الثقافية من أجل تعزيز الصحة والرفاه

يستلزم بناء ثقافة الصحة الإقرار بتنوع الثقافات في الولايات المتحدة والتصدي إليها. ولأغراض هذه الدراسة، قمنا بتوسيع تعريف "الثقافة" لتشمل المجموعات القائمة على الإثنية أو الانتماء القبلي أو الدين ومجموعات الأشخاص ذوي الخبرات أو وجهات النظر أو المعتقدات الفريدة، بما في ذلك الأشخاص المرتبطون بالجيش والمثليات والمثليون ومزدوجو الميل الجنسي ومغايرو الهوية الجنسانية والمجموعات المحددة اقتصاديًا أو جغرافيًا (مثل المقيمين في الوحدات السكنية المدعومة من الحكومة). وقد برزت مواضيع عدة ذات أهمية خاصة في ما يتصل بالتصدي للثقافة والاختلافات الثقافية في الجهود الرامية إلى تعزيز الصحة والرفاه:

- يقدم التصدي للثقافة العديد من الفرص والتحديات. أشار أصحاب الشأن إلى أنهم يكتفون البرامج والرسائل لتلائم لغة السكان الذين يخدمونهم وسياقهم الثقافي. وشددوا على أهمية الاحتفاظ بصلة قوية بالثقافات في المجتمعات التي تهتمهم، إما من خلال ممثلين أو صلات مع قادة موثوقين في المجتمع المعني. غير أنهم أشاروا إلى أنه يمكن لامتلاك الوقت والقدرة المالية لإشراك المجتمع بالطريقة الملائمة واستيعاب الثقافات المتعددة أن يشكل تحديًا. ومن التحديات الأخرى أن "مبادرات التنوع" غالبًا ما تستهدف مجموعة عرقية أو إثنية معينة ولا تأخذ في الحسبان كل المجموعات الثقافية التي تخدمها المؤسسة. وأشار أصحاب الشأن أيضًا إلى الانعكاسات المحتملة غير المقصودة للحملات الصحية المصممة لتلائم مجموعات ثقافية

محددة التي تصوّر عن غير قصد هذه المجموعات بشكل سلبي.

- **يجب أن يمنح أفراد مجموعات ثقافية معينة صوتًا في الأنشطة المرتبطة بالصحة لبلوغ أهداف هذه المجموعات.** ذكر أصحاب الشأن الذين أجرينا المقابلات معهم أنّ إشراك المجتمع بالغ الأهمية وأنّه يجدر بالنقاشات مع المجتمعات أن تتضمن مزيجًا متنوعًا من الأشخاص، وبالأخص ممثلين عن السكان المهمشين الذين يتم بذل الجهد من أجلهم. وقد سلطوا الضوء على أهمية التواصل المنتظم مع المجتمع، بدلًا من التواصل لمرة واحدة فقط. إلا أنّهم حذروا من أنّه في حين يمكن لمؤسسات حشد التأييد أن تتيح صوتًا قويًا للسكان المهمشين في العادة، إلا أنّهم يجدر بهذه المؤسسات أن تكمل أصوات السكان الذين يهملونهم وليس أن تحلّ مكانها. وأشاروا إلى أنّهم من المهم البحث في خطوات لضمان استدامة الإشراك في المحادثات الجارية حول الصحة.
- **يستغرق الإشراك المثمر للمجتمعات الوقت والمال.** مع أنّه تم تناول هذا الموضوع مع أصحاب الشأن في سياق المساواة، إلا أنّهم تمت مناقشته مليًا أيضًا في سياق إشراك المجتمع. وتم تسليط الضوء على بناء الثقة على أنّه عملية بالغة الأهمية إنما تستغرق وقتًا طويلًا. وفي حين أنّ هذه الخطوة لبناء الثقة مهمة جدًا، إلا أنّها غالبًا ما لا يتم تمويلها على النحو الكافي للوقت والموارد اللازمة للقيام بالأمر على النحو اللازم، وغالبًا ما تشكل تكاليف أساسية مثل شراء المأكولات والمشروبات نفقات غير قابلة للاسترداد. ومن التحديات الأخرى أنّ المنح أو الهبات الحالية غالبًا ما تتركب تحقيق النتائج في ظرف وقت قصير نسبيًا (مثل 6 إلى 12 شهرًا) ولا تتيح الوقت الكافي لتأخذ عملية بناء الثقة مجراها.
- **يتم بناء النظم على معايير ثقافية سائدة، ما يجعل من الصعب على العاملين مع ثقافات معينة إجراء تعديلات ثقافية.** ذكر أصحاب الشأن أنّ نظم كثيرة تعاني من درجة عالية من الجمود وتعمل على أساس الأعمال مستمرة كالعادة ما لم تأت حوافز قوية تجبرها على التغيير. وبالتالي، عندما يتطلب أعضاء المجتمع أو العملاء إدخال تعديلات مستنيرة ثقافيًا على السياسات أو طرق العمل، غالبًا ما يواجهون التحديات. غير أنّ أصحاب الشأن تشاركوا طرقًا تقوم بها بعض النظم الصحية بالتأقلم من خلال خدمات الترجمة وتخفيف السياسات، وبالأخص تلك المتعلقة بالولادة ونهاية الحياة. ولاحظ أصحاب الشأن أنّ هذه التعديلات تتطلب تواصلًا مستمرًا وصلات شخصية مع قادة النظم، ما يمكنهم من المناصرة وحشد التأييد لتلبية لاحتياجات عملائهم بدون إضعاف سياسات النظم الصحية. والمشاركون الذين أشاروا إلى أنّهم يحشدون التأييد لتغيير النظم غالبًا ما يقومون بذلك وفقًا لتوقيتهم الخاص، فيعملون خارج إطار رسالة مؤسساتهم لتوفير خدمات الصحة المباشرة أو البرامج لتثقيف الآخرين في مجتمعاتهم بشأن عادات واحتياجات الثقافات التي يمثلونها.
- **تؤدي الثقافة المؤسسية دورًا مهمًا في الطريقة التي تتصدى بها المؤسسات إلى الاختلافات الثقافية.** تحدث أصحاب الشأن عن أهمية الثقافة المؤسسية من أجل التصدي للاختلافات الثقافية في جهود الصحة والرفاه. وفي هذه الدراسة، يتم تعريف الثقافة المؤسسية بمعناها الواسع وهي تتجاوز إطار برامج الرفاه لتشمل الالتزامات المؤسسية بتنوع الموظفين وشمولهم، وجهود تحسين الرضا الوظيفي، والإجراءات الإدارية، ونهج التدريب واستعراض الأداء، وإجراءات القيادة وصنع القرار بشأن رسالة المؤسسة ورؤيتها وطرق العمل لتحقيقها. وتمت الإشارة إلى أوجه عدة للثقافة المؤسسية على أنّها عوامل ميسرة مهمة، بما في ذلك نمذجة الصحة بما يلائم المجتمع (من خلال خيارات المأكولات مثلًا في الاجتماعات أو السياسات التي تعزّز تحقيق التوازن بين العمل والحياة) والحرص على أن طاقم البرنامج يعكس بجميع مستوياته تنوع الأفراد الذين يعمل لخدمتهم. وأشار أصحاب الشأن إلى أنّهم من الأفضل حتى عندما يتم ضم أفراد من المجتمع أو عملاء للعمل موظفين أو مستشارين. ووصف أصحاب الشأن الطرق التي تنطبق بها هذه النقاط على القيادة على المستوى المحلي والوطني وعلى مستوى الولايات وعلى مستوى المؤسسات المحلية.

المواضيع المرتبطة باستخدام الحوافز لتعزيز الصحة والرفاه

وصف أصحاب الشأن الطرق التي يتم فيها استخدام الحوافز للترويج للصحة والرفاه على المستوى الفردي (مثل حث الأفراد على اعتماد سلوكيات أكثر صحة مثل ممارسة التمارين الرياضية) والطرق التي يتم فيها استخدام الحوافز لتحفيز المؤسسات وغيرها من المستثمرين على تعزيز الصحة والرفاه. وبرزت أهمية مواضيع عدة تتعلق بالطرق التي يمكن استخدام الحوافز فيها لتعزيز الصحة والرفاه.

- **يتطلب تقديم الحوافز للأفراد مزيجًا من الحوافز قصيرة الأمد وطويلة الأمد التي تتوافق مع التفضيلات الفردية.** أشار أصحاب الشأن الذين يستخدمون الحوافز لتعزيز الصحة والرفاه إلى أنه ليس ثمة نهج واحد يلائم الجميع في ما يتعلق بحث الأفراد على اتخاذ الإجراءات. كما أشار من أجريت معهم المقابلات إلى أهمية التفضيلات الزمنية في بناء برنامج حوافز فعال، حيث يميل الأفراد والمؤسسات التجارية إلى العمل بما يصب في مصالحهم على المدى القصير على الرغم من أنهم قد يحصدون فوائد أكبر من الاستثمار على المدى الطويل في مجال الصحة.
- **تعزز نظم الحلقة المغلقة الاستثمار في الحوافز الفردية وتيسر استدامتها.** لدى مناقشة قضايا الاستثمار في الحوافز واستدامتها، أشار أصحاب الشأن إلى نظم أو إعدادات الحلقة المغلقة حيث من يدفع مسبقًا ثمن الحوافز هي المؤسسات أو أصحاب الشأن أنفسهم الذين يشهدون على وفورات التكاليف أو، في بعض الحالات، زيادة العائدات الناجمة عن تغييرات السلوك المحفزة. غير أنهم أشاروا إلى أن ثمة فرص لإغلاق الحلقة في المؤسسات، التي يمكنها المساعدة على تحسين العافية في مكان العمل. ففي حالات كثيرة، لا يكون جزء الشركة المسؤول عن تغطية التأمين الصحي (الذي يُنظر إليه على أنه من نفقات الشركة) متوافقًا مع برامج العافية والفوائد الصحية (التي يُنظر إليها على أنها فوائد).
- **ليست كل الحوافز نقدية.** أقر أصحاب الشأن أنه في حين تؤدي الحوافز النقدية دورًا، إلا أنه يجوز للأهداف الشخصية أن تكون قوة دافعة أقوى لأفراد أكثر. وأشاروا إلى أن السرّ يكمن في إيجاد الدافع أو السبب الأساسي خلف اهتمام الناس بإجراء التغيير. يمكن بعد ذلك مواءمة الحوافز لتتطابق مع كل دافع. كما يعد التعرف إلى هذا الدافع الأساسي ذا أهمية بالغة في ضمان استدامة الأنشطة على المدى الطويل، لأنه حتى وإن زال الحافز، سيبقى عندئذ الدافع الأساسي. وفي ما يتعلق بالتغيير في المؤسسات والنظم، أشار أصحاب الشأن إلى أن معظم المستثمرين الأقوى تأثيرًا (من أفراد خبيرين ومصارف) تدفعهم الصحة أيضًا التي تعتبر قيمة مشتركة وفرصة للمساهمة بشكل إيجابي في تطوير رفاه المجتمع.
- **تمتلك بعض نماذج الحوافز مثل الدفع مقابل النجاح (Pay for Success) القدرة على العمل باعتبارها محفزًا لتغيير النظم، إلا أنها تتطلب دعم الحكومة.** علق أصحاب الشأن على أنه في حين أن بنية الحوافز المضمنة في نموذج الدفع مقابل النجاح تشكل حافزًا للتغيير، إلا أن الحوافز نفسها لا تضمن أن يكون التغيير مستدامًا. وفي الواقع لا تُعتبر الحوافز المستخدمة حاليًا في نماذج الدفع مقابل النجاح، في الاستثمارات الخاصة عادةً، على أنها قابلة للتوسيع بدون الاعتقاد الأوسع نطاقًا من جهة الحكومة بأنه يمكنها، لا بل عليها أن تدفع مقابل النتائج الناجحة الناجمة عن الخدمات، بدلًا من أن تدفع مقابل كميات الخدمات المقدمة بغض النظر عن أثرها. ووصف أصحاب شأن آخرون الطرق التي شجعت فيها نماذج الدفع مقابل النجاح الشراكات الخيرية بين القطاعين العام والخاص حيث لم يكن من أثر لها من قبل.

الانعكاسات والخطوات التالية

تشير هذه النتائج مجتمعةً إلى عدد من الانعكاسات والخطوات التالية الممكنة للتفكير في تعزيز ثقافة الصحة في الولايات المتحدة. ولا تُعتبر هذه الانعكاسات ذات أهمية لمؤسسة روبرت وود جونسون فحسب، بل لسائر المهتمين بدعم الحراك باتجاه وصحة أفضل وأكثر مساواة للجميع.

- **تحديد أفضل الممارسات المتصلة بإعداد تعريف مشترك للصحة ضمن المجتمعات.** تم وصف الصحة باعتبارها قيمةً مشتركة على أنها بالغة الأهمية في تعزيز ثقافة الصحة. ومع ذلك، أقر أصحاب الشأن بالحاجة إلى تحقيق التوازن ما بين تعريف واسع جدًا للصحة يمكن لمجموعة أكثر تنوعًا من أصحاب الشأن فهمه من جهة وما بين تعريف أكثر ضيقًا وبالتالي أكثر قابلية للتنفيذ. في سياق الدفع مقابل النجاح، يُعد إعداد تعريفات مشتركة للقضايا والنتائج المستهدفة بين الشركاء خطوة أولى بالغة الأهمية في العملية. ويشير ذلك إلى الحاجة إلى اعتماد أفضل الممارسات في تطوير قيمة مشتركة للصحة على المستوى المحلي يتردد صداها بين أصحاب الشأن وأفراد المجتمع ولكن تبقى فعالة. وتحدد الدراسات السابقة المتصلة بإشراك أصحاب الشأن وبناء التوافق أفضل ممارسات إنشاء البنى التي تتيح التشارك في صياغة تعريفات وأهداف متصلة بالصحة والرفاه. وهي تشمل عقد ورش عمل متنوعة مع الحاضرين من قطاعات تشمل الصحة العامة وهيئات الحكم في المدن والتعليم والمنظمات المجتمعية والسكان. ويجدر تجميع هذه الممارسات الفضلى على شكل مجموعة أدوات للمجتمعات التي تسعى إلى بناء التوافق حول تعريف الصحة.
- **إزالة القيود حول التنوع وجهود المساواة.** غالبًا ما يكون منظور المبادرات المرتبطة بالتنوع ضيقًا (تستهدف مثلًا مجموعة عرقية أو إثنية معينة). وفي حين أن ذلك غالبًا ما يتم عن تصميم مسبق ويعزز التمويل المخصص للسكان الضعفاء، أشار أصحاب الشأن إلى أنه يمكن لذلك أن يتسبب بالظلم عن غير قصد إذا لم يمكن استخدام هذه الجهود والأموال بشكل أوسع نطاقًا. وتشير هذه النتائج إلى الحاجة إلى تصميم فرص تمويل تركز على التنوع والمساواة، ولكنها لا تفرط في تقييد كيفية استخدام الأموال. ومن هنا يجدر تصميم المبادرات التي تركز على معالجة الفوارق أو المساواة في مجال الصحة بطريقة تمكن منح الأفضلية لمجموعات السكان ذات الأولوية بدون أن تحرم سائر أفراد المجتمع من فرصة استخدام البرامج أو الموارد التي تم تطويرها أو الاستفادة منها.
- **إضفاء الطابع المؤسسي على الممارسات التي تضمن استمرار ورود المدخلات من السكان المهمشين.** إن إشراك المجتمع، وتحديدًا السكان المهمشين، عامل مهم لنجاح أي جهد رام إلى تعزيز الصحة والرفاه، فهو يساعد على ضمان توافق البرامج والدعم والجهود المعدة مع أولويات هؤلاء السكان واحتياجاتهم. لذا يجدر بأصحاب الشأن وغيرهم من العاملين في البرامج السعي إلى إضفاء الطابع المؤسسي على أفضل الممارسات ضمانًا لاستمرار ورود المدخلات من السكان المهمشين على تنوعهم، لكي يبقى لهم صوتًا على طاولة القرار. ويجدر نشر ممارسات التمكين القائمة على التجربة، مثل سرد القصص وغيرها من قصص الهوية واعتمادها على نطاق أوسع. ويمكن للممولين تشجيع المشاركة المجتمعية المستدامة عبر دمجها بوصفها شرطًا من شروط التمويل أو كأحد معالم نجاح البرنامج.
- **توفير حالة من المرونة في بنى التمويل لكي تكسب الجهود المبررة ثقة السكان المحرومين.** غالبًا ما يتم ربط التمويل بدورة ميزانية أو بفترة قصيرة المدى على الرغم من أن وضع الأساس لبناء الثقة غالبًا ما يستغرق أشهرًا أو حتى سنوات. لذا يجب توفير المرونة في بنى التمويل لكي تنجح الجهود المبررة في إشراك المجتمعات في الحوار وبناء الثقة وتعزيز الصحة. وقد يعني ذلك أن يضطر أصحاب الشأن إلى تكييف توقعاتهم المرتبطة بالفترة التي عليهم انتظارها للبدء في حصد ثمار هذا الاستثمار. وقد يتعين على الممولين البحث في تقديم هبات ذات مبالغ أصغر تفرض حدًا أدنى من القيود وتمتد على أطر زمنية أطول لدعم هذا الجهد بالغ الأهمية الذي يستغرق وقتًا طويلًا. إذ يمكن لهذا الدعم أن يشجع الإشراك المدروس

- وبالتالي المستدام الذي يمكن الاستفادة منه لبناء ثقافة الصحة في المجتمع.
- **تقوية البحوث حول دور الثقافة المؤسسية في تعزيز صحة السكان ورفاههم.** يتطلب بناء ثقافة الصحة فهماً أفضل للطريقة التي تؤثر فيها الثقافة المؤسسية سواء بطريقة مباشرة أو غير مباشرة على صحة السكان ورفاههم. وفي حين أن ثمة بحوث مكثفة حول التزامات المؤسسات بصحة موظفيها ورفاههم من خلال برامج الرفاه السائدة في مكان العمل، لا توجد دراسة معمقة لأمثلة الممارسات المؤسسية الواعدة المرتبطة ببناء وصون قوة عمل فعالة متعددة الثقافات ولآليات يمكن من خلالها لأصحاب العمل تعزيز شعور شامل بالرفاه بين موظفيهم خارج إطار برامج الرفاه في مكان العمل. كما أنه ثمة حاجة للمزيد من العمل من أجل فهم تأثير الثقافة المؤسسية الخاصة بالمؤسسات المرتبطة بالصحة على أثر جهودها لتحسين صحة المجتمع. ويمكن لفهم هذه العوامل أن يؤدي إلى سياسات أو ممارسات مؤسسية محتملة يمكن أن تحسّن صحة ورفاه ليس الموظفين فحسب، بل عائلاتهم والمجتمع الأوسع نطاقاً أيضاً.
 - **تحديد طرق لمساعدة المؤسسات الأصغر حجماً على التغلب على الاختلالات الهيكلية.** غالباً ما يكون لدى المؤسسات الملتزمة بمعالجة عدم المساواة في مجال الصحة أو تعزيز الصحة والرفاه لدى السكان الضعفاء كمّاً أقل من الموارد وقدرة أضعف على بذل جهود مثل جمع البيانات ومشاركتها، وطواقم أصغر حجماً تعمل أصلاً بما يتجاوز طاقتها. وتنشئ هذه القيود حواجز غالباً ما يستحيل تجاوزها أمام المشاركة الفعالة في الجهود الرامية إلى تعزيز الصحة والرفاه في المجتمع. كما تمنع هذه الحواجز أيضاً مثل هذه المنظمات من المشاركة في بعض من نماذج حوافز الدفع مقابل النجاح الجديدة التي تتطلب موارد أولية كبيرة. ويجدر بالمجتمعات التي تسعى إلى معالجة قضايا المساواة أن تحرص على إشراك هذه المؤسسات الأصغر حجماً في الحوار. ويجدر بالمولدين وغيرهم من أصحاب الشأن الذين هم في وضع يمكنهم من قيادة التغيير أن يجدوا طرقاً لمساعدة المؤسسات الأصغر حجماً على تخطي أوجه التباينات المتعلقة بالبنى والموارد لكي تتمكن من العمل باعتبارهم شركاء متساوين لمعالجة مشاكل المساواة في مجال الصحة وتعزيز صحة ورفاه السكان الذين تخدمهم.
 - **إضفاء الطابع المؤسسي على جهود تعزيز الصحة في القطاعات الأخرى غير الصحة العامة أو الرعاية الصحية لضمان استدامة جهود التعاون.** يمكن للحوافز، سواء كانت نقدية أو غير نقدية، أن تجذب متعاونين أو مستثمرين أوليين، لكنّها في الأساس ليست سوى محفزات للتعاون. فالبحوث تدعم الفكرة القائلة بأنه يجدر بالمتعاونين بين القطاعات أخذ زمام المبادرة بشكل مستدام في ما يتعلق بجهود الصحة والرفاه من أجل إحداث التغييرات اللازمة في النظم بناء ثقافة الصحة. إذ قامت أنجح الأمثلة عن هذه الجهود بإشراك النظام المدرسي وغيره من القطاعات غير الصحية لإعداد برامج الصحة وجمع بيانات الصحة.
 - **تطوير نهج وأدوات استراتيجية ليستخدامها كل من يهيمه العمل في إطار عمل ثقافة الصحة.** يعني تنوع المصالح والاحتياجات بين المجتمعات الحاجة إلى كمّ مماثل من التنوع في الجاهزية لاعتماد إطار عمل ثقافة الصحة والتصرف به. ويمكن هنا لأصحاب الشأن الاستفادة من مجموعة من النهج والأدوات الاستراتيجية المصممة من قبل مؤسسة روبرت وود جونسون لمساعدتها على تطبيق إطار عمل ثقافة الصحة في عملها لتعزيز الصحة والرفاه في مجتمعاتها. ومن شأن هذه النهج والأدوات أن تعكس أبرز الاحتياجات التي يتم تحديدها في هذه الدراسة، وبالأخص، أفضل الممارسات لتطوير قيم مشتركة وإشراك المجتمع على المدى الطويل.

شكر وعرافان

يشعر فريق الدراسة بالامتنان على الدعم والإشراف والمشورة التي لقيها من زملائنا في مؤسسة روبرت وود جونسون، وبالأخص من كارولين ميلر (Carolyn Miller) وألونزو بلو (Alonzo Plough). كما واستعانت هذه الدراسة بشكل كبير بمساعدة دايفد آدمسون (David Adamson) الذي وفر تعليقات مفيدة حول بنية الدراسة وكتابتها. ونخص بالشكر مراجعي الدراسة على تعليقاتهم وملاحظاتهم: جنيفر سيرولي (Jennifer Cerully) ودونا فارلي (Donna Farley) وبول كوجل (Paul Koegel). بالإضافة إلى ذلك، نعرب عن تقديرنا لمجموعة أصحاب الشأن المتنوعة التي شاركتنا أعمالها ووجهات نظرها المهمة حول الطريقة التي يمكن بها للثقافة والحوافز أن تعزز ثقافة الصحة.

الاختصارات

المثليات والمثليون ومزدوجو الميل الجنسي ومغايرو الهوية الجنسية	LGBT+
شراكة الممرض والأسرة	NFP
الدفع مقابل النجاح	PFS
مؤسسة روبرت وود جونسون	RWJF

1

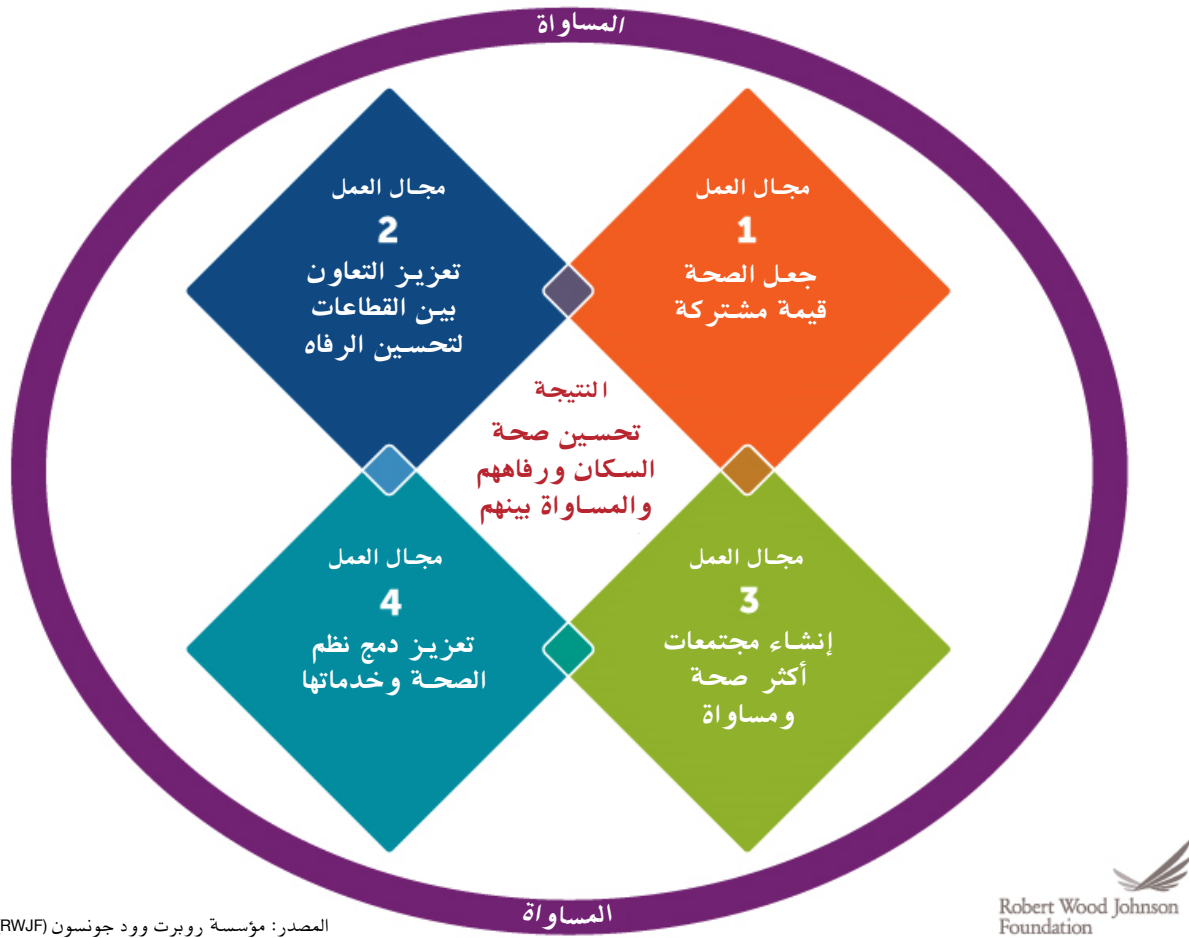
المقدمة

تقود مؤسسة روبرت وود كونسون (RWJF) منذ عام 2013 جهود وضع إطار عمل وطني رائد يهدف إلى ثقافة صحة تمكن جميع أفراد مجتمعنا المتنوع من التمتع بحياة صحية، الآن وفي الأجيال القادمة (بلو Plough، 2014). يتألف إطار عمل ثقافة الصحة الذي نشرته مؤسسة روبرت وود كونسون عام 2015 من أربعة مجالات عمل ومن مجال خامس يركز على النتائج (كما يبيّن الشكل 1.1). يمكن إيجاد المزيد من التفاصيل حول تطوير إطار العمل ومؤشرات الأداء على الموقع الإلكتروني لثقافة الصحة (www.cultureofhealth.org) وفي تقرير مؤسسة RAND بعنوان بناء ثقافة صحة وطنية: الخلفية ونموذج العمل والتدابير والخطوات التالية (*National Culture of Health: Background, Action Model, Measures, and Next Steps*) (شاندرأ Chandra وأكوستا Acosta وآخرون، 2016).

وتعد المساواة من المواضيع الرئيسية التي يتناولها إطار عمل ثقافة الصحة، سواء بما يتصل بالتفاوتات الصحية أو تحقيقًا للمساواة في مجال الصحة في الولايات المتحدة (بلو Plough وشاندرأ Chandra، 2015). وتشير المساواة في مجال الصحة بمعناها الواسع إلى تمتع الجميع بفرصة تحقيق كامل إمكاناتهم الصحية، باعتبار الإشارك العادل والمنصف جانبًا أساسيًا من جوانب تلك الفرصة (برايفمان Braveman، 2014؛ الأكاديميات الوطنية للعلوم والهندسة والطب National Academies of Sciences, Engineering, and Medicine، 2016؛ بوليسي لينك PolicyLink، 2014). غالبًا ما يتم الخلط ما بين المساواة في مجال الصحة من جهة والقضاء على الفوارق الصحية أو الاختلافات بين السكان من حيث انتشار الأمراض أو الإصابة بها أو الوفيات نتيجة الظروف الصحية من جهة أخرى (بوليسي لينك PolicyLink، 2014). غير أنّ المساواة في مجال الصحة توسّع نطاق التفكير في التفاوتات الصحية لتشمل الأسباب الأساسية للاختلافات: المحددات الاجتماعية والهيكلية والمادية والاقتصادية لما إذا كان بإمكان الناس أن يعيشوا أفضل حياة صحية أو لا (دايفس Davis، 2015). وبالتالي، فإنّ المساواة في مجال الصحة، إلى جانب صحة السكان ورفاههم، هي نتيجة مرجوة من إطار عمل ثقافة الصحة، ولكنها أيضًا مضمنة في مجالات العمل والدوافع والتدابير التي يتألف منها إطار العمل (شاندرأ Chandra وأكوستا Acosta وآخرون، 2016).

ويُقصد من إطار العمل المذكور أن يحفز الحوار الوطني بشأن العمل والاستثمارات الرامية إلى تحسين صحة السكان ورفاههم. وهي رؤية جريئة تركز على الجهات الفاعلة التقليدية لتعزيز الصحة (من نظم صحة عامة

الشكل 1.1. إطار عمل ثقافة الصحة



المصدر: مؤسسة روبرت وود جونسون (RWJF)

Robert Wood Johnson
Foundation

ورعاية صحية) وعلى شركاء جدد ومبتكرين (من مستثمرين في التنمية الاقتصادية ومفوضين لتخطيط المدن) للمساعدة في إحداث تغييرات في النظم والمجتمعات اللازمة لتحسين الصحة والرفاه. وأثناء تطوير إطار عمل ثقافة الصحة، تعلمنا الكثير عن العوامل التي تؤدي دورًا في دفع تغيير النظم وفهمنا أن استراتيجيات تحقيق ثقافة الصحة قد لا تبقى هي نفسها في النظم والمجتمعات المختلفة (شاندرأ Chandra وأكوستا Acosta وآخرون، 2016). يجدر بنا البحث في العوامل التي تقود تغييرات النظم الأكبر حجمًا مثل استثمار الموارد في القطاعات ودعم السياسات الرامي إلى تحسين الصحة (شاندرأ Chandra وأكوستا Acosta وآخرون، 2016). إلا أنه يجدر بنا أيضًا فهم العوامل التي تؤدي دورًا في تغيير النظم على مستوى المؤسسات، مثل توفيق الرؤى والتدابير وتوزيع القيادة وتعزيز إشراك العاملين وإنشاء علاقات تعاون والحاجة إلى التقييم والتعلم من التغيير مع مراعاة القيم والمعتقدات السياقية السائدة ضمن المؤسسة (ويليس Willis وآخرون، 2016).

كانت مؤسسة روبرت وود جونسون مهتمة بفهم ما إذا كان قد تم استخدام إطار عمل ثقافة الصحة وكيف تم استخدامه لدفع عجلة العمل على المستوى المحلي والوطني وعلى مستوى الولايات في السنوات التي مضت على إطلاق إطار العمل. وعلى وجه الخصوص، حددت المؤسسة سؤالين على أنهما محورين لتعميق الجهود المرتبطة بثقافة الصحة:

■ كيف يمكن تسخير مفاهيم الهوية الثقافية الشائعة (مثل الأثنية أو الدين، والمثليات والمثليون ومزدوجو

الميل الجنسي ومغايرو الهوية الجنسانية، والعسكريون) والثقافة المؤسسية لتنمية ثقافة الصحة؟
 ■ كيف يمكن استخدام الحوافز لتعزيز الصحة الفردية وإشراك المستثمرين والقادة في المؤسسات أو الحكومات في الترويج للصحة والرفاه على نطاق واسع؟

وقد تم منح هذين السؤالين الأولوية لأنه غالبًا ما يُنظر إلى التعرّف إلى الهويات والتجارب الفريدة للناس الذين تجمعهم ثقافة واحدة والتعامل معها (سواء على مستوى المؤسسات أو المجتمعات المحلية) على أنّهما الخطوة الأولى باتجاه الحراك الاجتماعي والتغيير الثقافي (شاندرا Chandra وميلر Miller وآخرون، 2016). تشكل الحوافز خطوات أولى ذات أهمية بالغة في تحفيز الاهتمام والعمل قبل الحفاظ على استمرارية التغيير أو مأسسته باعتباره جزءًا من الممارسات والسياسات اليومية. وتعدّ الثقافة والحوافز مجتمعتان العناصر الأولى الضرورية لدمج ثقافة الصحة داخل القطاعات وعبر تنوعها (تو Towe وآخرون، 2016). تستند هذه الدراسة إلى سلسلة من المقابلات التي أجراها باحثو مؤسسة RAND مع أصحاب شأن يركز عملهم على الثقافة أو الحوافز أو الاثنين معًا ويلي دراسةً أوليةً حول منظور أصحاب الشأن بعنوان وجهات نظر أصحاب الشأن حول ثقافة الصحة: النتائج الرئيسية (*Stakeholder Perspectives on a Culture of Health: Key Findings*) (أكوستا Acosta وآخرون، 2016). وتلخص الدراسة نتائج 43 مقابلةً مع أصحاب شأن أجرتها مؤسسة RAND للتعرف على وجهات النظر حول هذين المجالين من مجالات البحث.

فهم كيف يمكن للثقافة أن تعزز الصحة والرفاه

تؤدي الثقافة دورًا في المعتقدات والممارسات على جميع المستويات المجتمعية، من الأفراد إلى المؤسسات والدول. وعند تطوير إطار عمل ثقافة الصحة، أولينا اهتمامًا موسعًا إلى كيفية تعريفنا للثقافة وكيف تؤثر العوامل الثقافية في تنفيذ إطار العمل وثقافة الصحة باعتبارها حركة اجتماعية. وبلاستفادة من مجموعة كبيرة من البحوث في مجالات الأنثروبولوجيا وعلم الاجتماع وغيرها من تخصصات العلوم الاجتماعية، عرّفنا الثقافة على أنها مشاركة والتوافق على المعتقدات والمواقف والقيم والأفعال بين مجموعة من الأفراد أو المؤسسات أو بيئات صنع القرار (أي حيث يتم صنع السياسات أو القوانين) (بندكت Benedic، 1934؛ وايت White، 1949؛ كروبر وكلاكون Kluckohn، 1952؛ جيرتز Geertz، 1973؛ شاندرا Chandra وأكوستا Acosta وآخرون، 2016). لغرض سياق ثقافة الصحة، تم اعتبار الثقافة مجموعة من الأفكار والممارسات الاجتماعية التي تعزز صحة الأفراد والأسر والأحياء والمجتمعات والولايات والأمم (شاندرا Chandra وأكوستا Acosta وآخرون، 2016). ومع أن المجتمعات تضم أفرادًا من انتماءات ثقافية فردية متنوعة، إلا أنّ المجتمعات التي تتسم بثقافة صحية قوية تتشارك قيمًا متصلة بأهمية الصحة والرفاه وتقدر فيها قطاعات عدة، منها المؤسسات الحكومية وغير الحكومية، صحة أفرادها وجهاتها وتمنحها الأولوية. كما تمكن هذه المجتمعات الناس من اتخاذ قرارات صحية وتحافظ على بيئة مواتية للخيارات الصحية عوضًا عن غير الصحية منها.

وعلى الرغم من الجهود الرامية إلى الاعتراف بالتنوع الذي يمكن أن يتواجد ضمن ثقافة الصحة، إلا أنّ أصحاب الشأن الذين أجريت معهم مقابلات خلال تطوير إطار العمل أعربوا عن مخاوفهم بأنّ العبارة قد لا تُعتبر شاملة لجميع السكان، ولا سيما السكان المهمشين تقليديًا (أكوستا Acosta وآخرون، 2016). وقد أعربوا عن مخاوفهم بالأخص حول أنّه يمكن تفسير الثقافة على أنّها شخصية جدًا ومتصلة في مكان ما وليست أمرًا قابلاً للتغيير كما يصوّرها إطار عمل ثقافة الصحة (أكوستا Acosta وآخرون، 2016).

لذلك، كان الدافع لإجراء هذه المقابلات المساعدة على فهم كيف يقوم الأشخاص «من خلفيات ثقافية مختلفة بالتلاقي والبحث عن طرق للتفاهم المتبادل والتفاوض والمساومة عن مواقفهم الأولية وتحقيق درجة من المشاركة المتناغمة» في ما يتصل بالصحة والرفاه (بيرى Berry، 2005) وفهم كيف تؤدي الثقافة دورًا في تعزيز الصحة (شاندرا Chandra وأكوستا Acosta وآخرون، 2016). وقد طرح على المشاركين أسئلة حول

اختلاف الصحة والرفاه من ثقافة إلى أخرى وما إذا كان ثمة حواجز أو عوامل مسيرة ثقافية معينة أمام بناء ثقافة الصحة أو استخدام إطار عمل ثقافة الصحة. وأشارت بحوث سابقة إلى أن فهم التفاوت في القيم الثقافية حول موضوع الصحة يصبّ في مصلحة تكييف استراتيجيات ثقافة الصحة لملاءمة احتياجات وأولويات مختلف المجموعات (أكوستا Acosta وآخرون، 2016). وتغوصّ البحوث المملّخة في هذه الدراسة بشكل أعمق في هذه القضايا وتحدد الطرق التي يحدث فيها هذا التكييف أصلاً في المجتمعات.

فهم دور الحوافز لتعزيز الصحة والرفاه

منذ أربعينيات القرن الفائت النظر إلى الحوافز على أنها تؤدي دورًا حاسمًا في تحفيز السلوك. وتتطلب التغييرات المعقدة اللازمة للنهوض بثقافة الصحة منا أن نفهم كيفية تحفيز الأفراد والمؤسسات والقطاعات للمشاركة في هذه العملية (هوكنبوري Hockenbury وهوكنبوري Hockenbury ، 2003؛ تو Towe وآخرون، 2016). ونظرًا إلى الحاجة إلى جهد تعاوني متعدد المجالات بين القطاعين العام والخاص للنهوض بثقافة الصحة، شدّت أولى جهود مشاركة أصحاب الشأن على أهمية إيجاد طرق لجعل بناء ثقافة الصحة أمرًا يخدم مصلحة الأعمال. وتحدث أصحاب شأن عدة يعملون في مجال الرعاية الصحية عن الحلول القائمة على السوق لتشجيع ثقافة الصحة، بما في ذلك تعزيز الأعمال المستدامة على مستوى "الحصيلة الثلاثية"، حيث تُمنح القيمة للحلول بالاستناد إلى فوائدها المالية والاجتماعية والإيكولوجية، والعمل مع الشركات الرئيسية لإثبات الأهمية التجارية لتعزيز الصحة (أكوستا Acosta وآخرون، 2016).

كما أن الحوافز مهمة لإنشاء قيمة مشتركة للصحة ضمن المجتمع الواحد وإشراك أصحاب شأن متعاونين من قطاعات مختلفة، وهما عنصران بالغ الأهمية لبناء ثقافة الصحة (شاندر Chandra وأكوستا Acosta وآخرون، 2016). ولإشراك شركاء متنوعين وغير تقليديين في أعمال تعزيز الصحة، يمكن استخدام حوافز، بما فيها الفوائد المتصلة بالسمعة المتأتمية من العمل على تخفيف حدة قضية اجتماعية متعارف عليها أو الفوائد المتصلة بشبكة من الشركاء الجدد التي يمكن الاستفادة منها لجهود مستقبلية، وذلك من أجل تشجيع أنشطة مستدامة رامية إلى منح الأولوية للصحة والرفاه (تو Towe وآخرون، 2016). ونظرًا إلى أهمية الحوافز في تعزيز ثقافة الصحة على مستويات عدة، طلبت مؤسسة روبرت وود جونسون من مؤسسة RAND الغوص أكثر بعد في وجهات نظر أصحاب الشأن حول ثلاثة أنواع من الحوافز للصحة:

- الحوافز الموجهة للمستثمرين لتمويل الصحة والرفاه
- الحوافز الموجهة للشركات لتوفير برامج الرفاه في مكان العمل والاستثمار في صحة موظفيها
- الحوافز الموجهة للأفراد للقيام بتغييرات في سلوكهم بما يؤدي إلى تحسين صحتهم

الحوافز الموجهة للمستثمرين لتمويل الصحة والرفاه

من الطرق المبتكرة التي يتم تحفيز مستثمري القطاع الخاص فيها للانخراط في تأمين الصحة والرفاه هي مبادرات الدفع مقابل النجاح، التي تُعرف أيضًا بسندات الأثر الاجتماعي. وتنطوي هذه الجهود على شراكات بين مستثمرين من القطاع الخاص (في العادة)، مثل الجمعيات الخيرية أو المصارف، وموفري خدمات، وممولين من القطاع العام حيث يوفر المستثمرون الأكثر تأثيرًا التمويل الأولي لتنفيذ أو توسيع برامج قائمة على الأدلة تقدم منافع اجتماعية (انظر الملحق A لمزيد من التفاصيل حول الدفع مقابل النجاح). تدير الجهات غير الربحية المقدمة للخدمات البرامج، وتقوم جهة ممولة، عادةً ما تكون جهة حكومية، بالسداد للمستثمر الأولي كما توفر عائدًا ماليًا إضافيًا إذا توصل تقييم محايد إلى أنّ البرنامج تكفل بالنجاح. وتنطوي حوافز المستثمرين على شقين: إذ يلقي

المستثمرون أولاً عائداً مالياً يُدفع لهم جراء استخدام حصّة من أموال دافعي الضرائب التي تم توفيرها عبر تحقيق النتائج المرجوة. وأما الحافز الثاني الأكثر تعلقاً بالآخرين، فيمكن في معرفة المستثمرين أن استثمارهم أدى إلى تحقيق فائدة ذات أقل كلفة وقائمة على القيمة للمجتمع وأنه لم يمكن بالإمكان تحقيق هذه الفائدة بدون دعمهم (غالوواي Galloway، 2014). بالإضافة إلى ذلك، يتم اللجوء إلى أنواع أخرى من الاستثمار في الأثر الاجتماعي، حيث يُقصد من الاستثمارات توليد أثر اجتماعي يمكن قياسه إلى جانب عائد مالي. وتضطلع بأنواع الاستثمار هذه المصارف والمؤسسات المالية التي تُعنى بالتنمية المجتمعية. ويُذكر أنّ المؤسسات المالية التي تُعنى بالتنمية المجتمعية هي مؤسسات مالية تدفعها مهمة وتركز على تنمية المجتمع (مثل شور بنك ShoreBank في شيكاغو القائمة في حي ساوث شو South Shore)، وهي تسعى إلى تحقيق المنافع الاجتماعية ولكنها تجذب أيضاً إلى التخفيضات الضريبية وغيرها من أشكال الدعم. وناقش أصحاب الشأن الذين تم إجراء المقابلات معهم لهذه الدراسة وجهات نظرهم حول هذه النماذج باعتبارها طرقاً لتعزيز صحة المجتمع.

الحوافز الموجهة للشركات لتوفير برامج الرفاه في مكان العمل والاستثمار في صحة موظفيها

تنتشر عروض الرفاه في مكان العمل وغيرها من برامج الصحة الوقائية للموظفين لدى كبرى الشركات في الولايات المتحدة (ماتكيه Mattke وآخرون، 2015). وتختلف البرامج التي يقدمها الباعة والتي تختارها الشركات كثيراً سواء من حيث نطاقها أو النتيجة المرجوة منها للموظفين. وتثبت الأدلة عائداً على الاستثمار لبعض أشكال برامج الرفاه في مكان العمل. ويشير غوتزل (Goetzel) والمشاركون معه في التأليف (2014) إلى أن البرامج الفعالة في تغيير السلوكيات تشمل الدعم الإداري القوي وسفراء شعبيين للحملة وتقديم حوافز قيمة للعمال، إلا أنهم يشيرون أيضاً إلى أنه ثمة حاجة إلى بحوث إضافية لفهم أي من عناصر البرامج هي الأفضل لمختلف المجموعات السكانية. وفي حين أن النتائج المتصلة بالكفاءة والفعالية من حيث التكلفة مختلطة (ماتكيه Mattke وآخرون، 2015؛ غوتزل Goetzel وآخرون، 2014)، إلا أنّ بعض الدراسات توصلت إلى أنّ ثمة فوائد أخرى لبرامج الرفاه، بما في ذلك تحسين معنويات الموظفين وخفض حالات ترك العمل وزيادة الربح التجاري وخفض المخاطر الصحية وخفض أيام المرض أو العجز عن العمل وزيادة الإنتاجية في العمل وتحسين جودة الحياة (أوزمنكوسكي Ozminkowski وآخرون، 2016).

الحوافز الموجهة للأفراد للقيام بتغييرات في سلوكهم بما يؤدي إلى تحسين صحتهم

تقوم برامج رفاه كثيرة في مكان العمل وخطط صحية وحتى بعض المجتمعات بتقديم حوافز لحث الأفراد على اعتماد سلوكيات صحية من خلال "تحديات الرفاه في المدن" (أوزمنكوسكي Ozminkowski وآخرون، 2016). ومع أنّ نظرية الاندفاع من خلال الحوافز (أو المكافأة) تدعم بشكل واضح استخدام الحوافز لتبديل السلوك (هوكنبوري Hockenbury وهوكنبوري Hockenbury، 2003)، إلا أنّ الأدلة مختلطة في ما يتصل بفعالية لحوافز لحث التغيير في السلوكيات المتعلقة بالصحة، مثل التدخين وتناول المأكولات الصحية وممارسة الرياضة والحرص على استدامة هذه التغييرات (ستروهاكر Strohacker وغلاراجا Galarraga وويليامز Williams، 2014). لذا، ثمة حاجة إلى مزيد من البحوث لفهم فعالية بعض برامج الحوافز الفردية المطبقة على نطاق واسع والتي يتم تقييمها حالياً بشكل غير متسق (بلومنتال Blumenthal وآخرون، 2013). وحتى مع ذلك، توصل جايلز Giles وزملاؤه (2014) في تحليل تجميعي لأكثر من 15 دراسة تمت في الولايات المتحدة إلى أنّ تدخلات تقديم الحوافز المالية تشجع التغيير إلى سلوك صحي أكثر من سبل العناية المعتادة أو عدم إجراء أي تدخل. ومن أجل فهم الدور الذي تؤديه الحوافز بطريقة أكثر تجريبياً، تفحص هذه الدراسة في مختلف الطرق التي يتم فيها تحفيز الأفراد والمؤسسات على العمل في سبيل بناء ثقافة الصحة والدروس المستفادة من هذه التجارب.

كيف تم تنظيم هذه الدراسة

في ما تبقى من هذه الدراسة، نعرض نهج الدراسة ونتائج المقابلات مع أصحاب الشأن. وفي الفصل الثاني، نناقش منهجية الدراسة والنهج التحليلي. في الفصل الثالث، نناقش المواضيع الشاملة المستخلصة من نتائجنا والمرتبطة بأهمية القيم المشتركة والصحة الفردية والمجتمعية والبيانات. ونظرًا إلى أهمية المساواة بالنسبة إلى العمل المتصل بثقافة الصحة والنسبة إلى أولويات مؤسسة روبرت وود جونسون بالإجمال، يرد أيضًا تلخيص لأبرز مواضيع المساواة التي انبثقت عن هذه الجهود في هذا الفصل. وأما الفصل الرابع، فهو يغوص في مواضيع مرتبطة بالثقافة في البرامج والسياسات وكيف يمكن لهذا العمل أن يتأثر بالمعايير الثقافية السائدة في المنظومات والمجتمعات. ويناقش الفصل الخامس مواضيع مرتبطة بالحوافز لتعزيز الصحة والرفاه، فيما يوفر الفصل السادس مناقشة ملخصة للنتائج إلى جانب الانعكاسات والخطوات التالية المحتملة لمواصلة إحراز التقدم باتجاه بناء ثقافة الصحة. وأخيرًا، تضم الدراسة ثلاثة ملحقات: يوفر الملحق A وصفًا مفصلاً لأحد النماذج القائمة على الحوافز التي درسناها (الدفع مقابل النجاح). وأما الملحقان B و C، فيتضمنان مواد المقابلات والإشراك في الدراسة.

2

أساليب البحث

يلخص هذا الفصل المنهجية التي اعتمدها لتحديد وإشراك أصحاب شأن ذوي خبرة في كيفية استخدام الثقافة والحوافز لتحسين الصحة والرفاه على مستوى الأفراد والمؤسسات والمجتمع. لقد أجرينا 43 مقابلةً عبر الهاتف مع قادة مؤسسات يركز عملها على تناول الثقافة أو استخدام الحوافز لتعزيز الصحة والرفاه. دامت المقابلات حوالي الساعة وتم إجراؤها ما بين منتصف أيلول (سبتمبر) 2016 وكانون الثاني (يناير) 2017. وبدأ التحليل بعدما تم إجراء أول عشر مقابلات وانطوى على عملية متواصلة قائمة على التحسين التكراري.

تحديد المشاركين

شرعنا في بادئ الأمر لإجراء 40 مقابلةً، مع الحرص على تحقيق التوازن والتساوي ما بين الثقافة والحوافز. لمقابلاتنا المتعلقة بالثقافة، سعينا إلى تحديد المؤسسات التي تدعم صحة أو رفاه مجموعة ثقافية معينة. وقمنا هنا بتعريف المجموعة الثقافية بشكل واسع لتشمل الثقافات القائمة على الإثنية أو الانتماء القبلي والمجموعات التي لديها وجهات نظر أو احتياجات فريدة، بما في ذلك الأشخاص المرتبطون بالجيش والمثليات والمثليون ومزدوجو الميل الجنسي ومغايرو الهوية الجنسانية والمجموعات المحددة اقتصادياً أو جغرافياً مثل المقيمين في الوحدات السكنية المدعومة من الحكومة. كما وشمطنا المؤسسات التي تعتبر ذاتها متعددة الثقافات بحكم توجهها إلى مجموعات سكانية مختلفة. وأما فيما يتعلق بمقابلاتنا حول الحوافز، فسعينا لتحديد المؤسسات التي تستخدم الحوافز لحث السلوكيات الصحية أو التي تقوم بأعمال مرتبطة بالحوافز أو النماذج، مثل نموذج الدفع مقابل النجاح، للبحث على التغيير سواء على مستوى المؤسسة أو المجتمع. وتم تحديد المؤسسات من خلال مجموعة متنوعة من السبل:

- قوائم الاتصال من أنشطة سابقة لإشراك أصحاب شأن في ثقافة الصحة
- قوائم المقدميين من فعاليات مؤسسة روبرت وود جونسون حول ثقافة الصحة، بما في ذلك الفعالية التي أقامتها في آذار (مارس) 2016 بعنوان "تشارك المعرفة لبناء ثقافة الصحة" ("Sharing Knowledge to

- “Build a Culture of Health”) والفعالية التي أقامتها في نيسان (أبريل) 2016 بعنوان “بناء ثقافة الصحة: ضرورة جديدة للأعمال” (“Building a Culture of Health: A New Imperative for Business”).
- استعراض الدراسات السابقة المنشورة وغير الرسمية، بما يشمل استعراض الدراسات السابقة حول ثقافة الصحة على نطاق أوسع لتحديد قادة الفكر في هذا المجال أو البرامج أو المؤسسات التي سبق أن تم تحديدها في دراسات حالات منشورة. ومن الكلمات المفتاحية التي تم اختيارها واستخدامها في تركيبات مختلفة نذكر: “الصحة” إلى جانب “الثقافة التقليدية” و“الثقافة” والعدالة الاجتماعية و“حي” والهوية المشتركة و“القيمة المشتركة” و“المساواة” والهوية المجتمعية و“الحوافز” و“العائد على الاستثمار” والرفاه في مكان العمل
 - البحث على الإنترنت باستخدام كلمات مفتاحية مشابهة لرصد المؤسسات التي تستوفي المعايير.
 - استراتيجية كرة الثلج “الشبكية” (حيث يتم طلب التوصية بأفراد ومؤسسات أخرى في نهاية كل مقابلة).

وبعد جمع قائمة من المؤسسات المحتملة، طبّقنا معايير تحديد أيّ منها علينا أن نتواصل معها وبأي ترتيب. منحنا الأولوية للمشاركين المحتملين ذوي مناصب قيادية، ومنهم مدراء تنفيذيون وموظفون رفيعو الشأن ذوي مناصب متعلقة بمواضيع الثقافة والحوافز التي تهمننا (مثل مدير مبادرات الدفع مقابل النجاح) من المؤسسات التي استوفت المعايير الآتية:

- إما أن يشير نص الموقع الإلكتروني للمؤسسة أو مستنداتها بصراحة إلى “ثقافة الصحة” أو يمكن ربط هذا النص بشكل مباشر إلى مجال عمل واحد أو أكثر، تحقيقاً لأكثر قدر من التواصل مع مجيئين محتملين على اطلاع بثقافة الصحة.
- لمقابلات الثقافة: يتناول عمل المؤسسة صحة ورفاه ثقافة واحدة أو أكثر (بحسب العرق أو الإثنية مثلاً أو الدين أو الجنسية أو الانتماء القبلي أو ثقافة محلية معينة) أو يركز مجال أو أكثر من برامجها على ثقافة (ثقافات) معينة.
- لمقابلات الحوافز: منحنا الأولوية للمؤسسات التي تستخدم الحوافز لتحسين صحة الأفراد والمؤسسات التي ربما “تدرس جدوى” ثقافة الصحة لإحداث التغيير في المجتمعات.
- كان هدفنا تحقيق مزيج من المواقع الجغرافية وأنواع المؤسسات وأحجامها بالإضافة إلى مزيج متنوع من الثقافات المعنية أو نهج الحوافز.

بروتوكول المقابلات

لقد أعدنا بروتوكولاً شبه منظم (انظر الملحق B) لهذه المقابلات. وكانت البنية العامة للبروتوكول تركز على أهداف الدراسة كما سبق أن ورد وصفها: (1) فهم كيف يتصل مفهوم الهوية الثقافية الشائع بتحقيق ثقافة الصحة، و(2) فهم كيف يتم استخدام الحوافز لإشراك الأفراد وأصحاب العمل والمؤسسات في أنشطة تعزيز الثقافة. وكان محط اهتمامنا التعرف على أمثلة من الجهود المبذولة في هذين المجالين والتي تتماشى مع إطار عمل ثقافة الصحة، والعقبات والعوامل الميسرة والدروس المستفادة من هذا العمل والتي ترتبط بالثقافة والحوافز. وتم إعداد أسئلة محددة للمقابلات بالارتكاز إلى مواضيع بحوث مستقبلية توصل إليه تقرير أولي لأصحاب الشأن (أكوستا Acosta وآخرون، 2016) والدراسات السابقة ذات الصلة بالثقافة والحوافز والصحة. بالنسبة للثقافة مثلاً، استعرضنا الأدبيات حول الكفاءة الثقافية (باتلر Butler وآخرون، 2016) والتمازج الثقافي (مياواكي Miyawaki، 2015) والهوية الإثنية (براون Brown وآخرون، 2016) والصحة. وللحوافز، استعرضنا الدراسات السابقة حول الرفاه في مكان العمل (ماتكيه Mattke وآخرون، 2016) والحوافز الفردية للصحة (ليناغ Lynagh وسانسن فيشر Sanson-Fisher وبونفسكي Bonevski، 2013) والدفع مقابل النجاح في ما يتصل بالرفاه (غالواي Galloway، 2014) لإعداد الأسئلة.

وقام العاملون الثلاثة في المشروع الذين أجروا المقابلات بمراجعة البروتوكول وتحسين مجموعة الأسئلة مرة بعد مرة بإضافة الاستفسارات والملاحظات لتوجيه المقابلات أكثر. وفي بروتوكول المقابلة النهائي، تناولت أسئلة الثقافة السياقية الثقافي الفريد الذي يعمل فيه المجيب على المقابلة والحوار والتحديات التي يواجهها في القيام بالعمل المرتبط بالصحة في السياق الثقافي والعوامل الميسرة والحوار أمام تكييف البرنامج لتحقيق نتائج ناجحة. وأما أسئلة الحوافز، فغاصت في الطرق التي تستخدم فيها مؤسسة المجيب الحوافز لتعزيز الصحة والرفاه، بما في ذلك ما هي الحوافز تحديداً ومن تستهدف وكيف يتم تأطيراً وما إذا كان ثمة أي تقييم لأثرها وقدرتها على تأمين استدامة التغييرات.

وكان هدف المقابلات يقضي إلى حد كبير باستكشاف مختلف وجهات نظر أصحاب الشأن حول العوامل الميسرة والحوار والدروس المستفادة. وتماشياً مع ذلك، تم تصميم البروتوكول والاستفسارات للحصول على تفاصيل واستكشاف وجهات النظر التي يتفرد بها كل صاحب شأن. واجتمع العاملون على المقابلات بانتظام لمناقشة التقدم المحرز وأي سوء تفاهم نشأ في ما يخص بروتوكول المقابلات والثغرات التي يجب الاستفسار عنها في المقابلات القادمة.

التواصل وتحديد الأوقات

تم التواصل مع المشاركين المحتملين عبر رسالة إلكترونية (الملحق C) تضمنت معلومات حول الدراسة، بما في ذلك إشارات محددة إلى عمل المشارك وطلب تحديد موعد للمقابلة. كما شملنا ملخصاً عن مؤشرات أداء إطار عمل ثقافة الصحة يرد أيضاً في الملحق C. ولدى موافقة المشارك على المشاركة، تم تحديد موعد ليجري المقابلة مع أحد العاملين الثلاثة على المقابلات وفقاً لتوافرهم. وإذا لم يجب المشارك، تم إرسال رسالة إلكترونية أخرى للمتابعة معه متبوعة باتصال هاتفي إذا اقتضى الأمر. وفي الحالات التي رفض فيها متلقي الطلب إجراء المقابلة، تم تسجيل ردّه على هذا النحو. وبما أننا حدّدنا المؤسسات بالتحسين التكراري، دعونا المشاركين على دفعات. وتواصلنا مع مجموع 87 فرداً لنجري المقابلات معهم. في 37 حالة من هذه الحالات، إما لم تردنا إجابة أو تلقينا إشعاراً بأن الرسالة الإلكترونية لم تصل (ارتدت الرسالة) أو تلقينا إشعاراً بأن الشخص المعني لم يعد يعمل في المؤسسة، فيما رفض 7 أفراد المشاركة في المقابلة.

إجراء المقابلات

تم إجراء المقابلات شبه الموحدة عبر الهاتف على يد أحد العاملين الثلاثة في المشروع. بدأت المحادثات بحديث عام عن مؤسسة المجيب وأنواع الأنشطة التي تتم حالياً والتي تتماشى مع إطار عمل ثقافة الصحة وأبرز الحواجز والعوامل الميسرة لهذا العمل. ثم تم طرح سلسلة من الأسئلة على المشاركين حول الثقافة أو الحوافز أو كليهما معاً حسب مجال خبرتهم.

ومع أنه تم تنظيم المقابلات استناداً إلى البروتوكول المعد، إلا أنّ هدف هذا الجهد كان الحصول على طيف متنوع من وجهات النظر حول عوامل مرتبطة بالثقافة والحوار. وبالتالي، فلم تكن أسئلة المقابلات هي عينها في جميع المقابلات، وغالباً ما كيف الأشخاص الذين يجرون المقابلات الأسئلة بما يلائم مجالات خبرة المجيبين أو بما يملأ ثغرة محددة في فهمنا لموضوع معين وفقاً للطريقة التي حددنا فيها مفهوم الثقافات والحوافز كما يرد وصفهما أعلاه.

لم يتم تسجيل المقابلات، إلا أن الأشخاص الذين أجروها دونوا ملاحظات مفصلة. وأصحاب الشأن الذين وفروا معلومات حول مثال الدفع مقابل النجاح الوارد في الملحق A منحوا الفرصة لاستعراض الملخص ومنحوا مؤسسة RAND الإذن لإدراجه في هذه الدراسة.

لمحة عامة عن المقابلات

يلخص الجدول 2.1 خصائص المؤسسات التي تم شملها. وقد تمكّننا بشكل عام من الحصول على توزيع متساو للمجيبين الذين ناقشوا القضايا المرتبطة بالثقافات والحوافز، علماً أنّ مجموعةً صغيرةً منهم ناقشت الموضوعين. ويُذكر أنّ المؤسسات التي ركّزت على الثقافة تخدم مجموعات عرقية/إثنية متنوعة (مثل الأمريكيين من أصل أفريقي وسكان جزر آسيا/المحيط الهادئ واللاتينيين)، والسكان الأصليين والمثليات والمثليين ومزدوجو الميل الجنسي ومغايري الهوية الجنسانية والعسكريين والسكان المحرومين جدّاً في المناطق الحضرية والريفية. وأما المؤسسات التي ركزت على الحوافز، فعرضت وجهات نظر مرتبطة بالحوافز المقدمة للمجتمعات أو المؤسسات لتحسين الصحة، مثل نماذج الدفع مقابل النجاح والحوافز المقدمة من أصحاب العمل لتحسين صحة موظفيهم والحوافز المقدمة للأفراد من خلال برامج الرفاه في مكان العمل وما شابهها للبحث على تغيير السلوكيات المرتبطة بالصحة.

وكانت المؤسسات الممثلة مجتمعةً موزعةً بشكل عادل نسبياً وفقاً للخصائص الأخرى، بما فيها نوع المؤسسة (مع أنّ معظمها كان غير ربحي) ورقعتها الجغرافية وحجمها وموقعها (مع أنّ نسبة أكبر بقليل من المشاركين كانت من الشمال الشرقي مقارنةً بمناطق أخرى من البلاد).

الجدول 2.1. خصائص المؤسسات التي يمثلها المشاركون

الفئة	الخاصية	العدد (كامل العينة) ^a	العدد (الثقافات) ^b	العدد (الحوافز) ^b
	الثقافة	20	20	—
موضوع الاهتمام	الحوافز	17	—	17
	كلاهما	4	4	4
	ربحية	6	2	5
النوع	غير ربحية	24	13	13
	أكاديمية	5	4	1
	حكومية	6	4	2
	محلية	13	10	4
	إقليمية/على مستوى الولاية	6	6	1
الرقعة الجغرافية	وطنية	15	3	12
	دولية	6	3	3
	غير متوفر ^c	1	1	—
الحجم	أقل من 20 موظفًا	19	11	9
	20-50 موظفًا	12	7	6
	أكثر من 50 موظفًا	10	5	6
الموقع	شمال شرق الولايات المتحدة	15	7	8
	جنوب شرق الولايات المتحدة	2	2	1
	الغرب الأوسط من الولايات المتحدة	5	3	3
	جنوب غرب الولايات المتحدة	9	6	3
	الساحل الغربي للولايات المتحدة	8	4	5
	خارج الولايات المتحدة	2	1	1

^a تم إجراء 43 مقابلةً مع 41 مؤسسةً (في حالة مؤسساتين اثنتين كبيرتين، تم إجراء مقابلتين اثنتين في كل منهما).
^b يشمل تعداد المؤسسات بحسب فئتي الثقافة والحوافز المؤسسات التي تركز على المجالين، لذا لا تستبعد هذه الأعمدة بعضها البعض وبالتالي فمجموعها لا يمثل التعداد الكامل للعينة.
^c تم إدراج المؤسسات الأكاديمية التي لا مجال تركيز جغرافي لها في فئة غير متوفر.

القيود

نحن ندرك أنّ ثمة أفراد ومؤسسات كثر لم تشملها هذه الدراسة تعمل في مجالات الثقافة أو الحوافز ويمكنها أن توفر رؤى إضافية حول هذه المواضيع الهامة. غير أنّه ونظرًا إلى إطار المشروع الزمني ونطاقه، سعينا إلى الحصول على مزيج محدود ولكنه متنوع من وجهات النظر التي يمكنها المساعدة على إثراء هذا العمل. وعلى الرغم من التوزيع الجيد نسبيًا للمؤسسات في العينة، فإنه كان للمنظمات غير الربحية والمؤسسات الناشطة في شمال شرق الولايات المتحدة حصة الأسد. غير أنّ هذه الدراسة كانت استكشافية ولم نَسعَ إلى الحصول على عينة ممثلة لكامل الولايات المتحدة ولكافة المؤسسات العاملة على القضايا المرتبطة بالثقافات والحوافز. ولذلك فنحن لا نرى أنّ هذه القيود تهدد بشكل كبير قيمة هذه النتائج. كما وندرك أنّ كافة البيانات الواردة في هذه الدراسة تعكس وجهات نظر أصحاب الشأن بشأن الحواجز والنجاحات والدروس المستفادة التي تخصهم بدلًا من استعراض كفاءة الفعاليات الوارد وصفها أو المراجعة المنهجية لكامل الحواجز والعوامل الميسرة المرتبطة بالثقافة والحوافز.

التحليل والصيغة

قام أفراد الفريق الثلاثة الذين أجروا المقابلات بتحليل ملاحظاتهم معًا للتعرف إلى المواضيع التي برزت الأكثر في ردود المجيبين باعتماد نهج استقرائي عام لتحليل البيانات النوعية (طوماس Thomas، 2006). فقرأ الثلاثة معًا كل مجموعة ملاحظات مقابلة وتعاونوا في صياغة وثيقة عمل تلخص المواضيع البارزة وتقسّمها إلى ثلاث فئات: (1) المواضيع المتصلة بفهم الطريقة التي تساهم فيها الثقافة ومعالجة الفوارق الثقافية في البرامج والسياسات في تعزيز الصحة والرفاه؛ و(2) المواضيع المتصلة بفهم الطريقة التي يتم فيها استخدام الحوافز لتعزيز ثقافة الصحة؛ و(3) المواضيع الشاملة أو الأساسية التي ذكرتها مجموعتنا أصحاب الشأن كلتاهما باعتبارها ذات أهمية خاصة لعمليهما المتعلق بتعزيز ثقافة الصحة. وعاد أفراد الفريق إلى الدراسات السابقة وأعمال إشراك أصحاب الشأن السابقة (أكوستا Acosta وآخرون، 2016) لمعرفة إلى أي مدى تعكس المواضيع البارزة ما يُعرف أصلًا عن تعزيز الصحة في السياق الثقافي واستخدام الحوافز للصحة وقاموا بتحديد أولوية كل من الأوصاف الدقيقة للمواضيع والمواضيع الفرعية في التحليل والصيغة، بدلًا من السعي للتوفيق بين المقابلات. لذا فيتم تنظيم هذه الدراسة حول المواضيع البارزة في مجال الثقافة والحوافز وضمن أولويات مؤسسة روبرت وود جونسون الكامنة في تطبيق مبادئ ثقافة الصحة على المساواة.

3

المواضيع الشاملة: القيم المشتركة وصحة المجتمع والبيانات والمساواة

على الرغم من أنّ هذا المشروع شرع إلى جمع وجهات النظر من مجموعتين من أصحاب الشأن: الجهات العاملة على قضايا الثقافة والجهات التي تستخدم الحوافز لتعزيز الصحة والرفاه، فإن مواضيع عدة برزت على أنّها شاملة للمجموعتين وأساسية لتعزيز الصحة والرفاه على مستويات عدة. لذا، نعرض هذه المواضيع أولاً حيث أنّها توفر سياقاً مفيداً للمواضيع التي تخص الثقافة أو الحوافز المعروضة في الفصلين الرابع والخامس على التوالي. وتشمل هذه المواضيع الشاملة أهمية إنشاء قيمة مشتركة للصحة وتسهيل الضوء على صحة المجتمع وصحة الأفراد وأهمية البيانات وتشاركها للشفافية والمساءلة. كما يشمل هذا الفصل مواضيع عدة برزت لها علاقة بالمساواة.

يشكل إنشاء قيمة مشتركة للصحة خطوةً هامةً ولكنها حافلة بالتحديات لتعزيز الصحة والرفاه

إنّ تقدير قيمة الصحة والرفاه من الأمور الأساسية في بناء ثقافة الصحة. وما يساعد على التوصل إلى فهم مشترك للصحة باعتبارها قيمةً ثقافيةً هو وجود حس مجتمعي أقوى ومشاركة مدنية وتبدل في عقلية أفراد المجتمع وتوقعاتهم بشأن الصحة والرفاه ومن المسؤول عنهما (شاندرا Chandra وأكوستا Acosta وآخرون، 2016). وأثار أصحاب الشأن بشكل متكرر فكرة هذه القيم المشتركة باعتبارها أمرًا هامًا يجب أخذه في الاعتبار لدى وصف عملها، بغض النظر عما إذا كانت تعمل في الثقافة أو تستخدم الحوافز. غير أنّ الكثير من أصحاب الشأن أشاروا إلى أن تطوير هذه القيم المشتركة حافل بالتحديات.

الثقافة

وصف أصحاب الشأن الذين ينطوي عملهم على دعم ثقافات معينة والتصدي للاعتبارات الثقافية لتعزيز الصحة

والرفاه طيفاً من الفرص لإنشاء قيمة مشتركة للصحة متأصلة في المعتقدات الثقافية. ووصف بعض أصحاب الشأن الطرق التي تمكنوا فيها من الاستناد إلى عوامل ثقافية سائدة ضمن المجتمع للنهوض برسالتهم لتعزيز الصحة، مثل قيمة الرفاه والعائلة. وشرحت إحدى المشاركات مثلاً أنها كانت محظوظة لأنه تسنى لها العمل في مجتمع يفهم بطبيعة الحال قيمة الصحة الجيدة للجميع حيث يتفق أناس كثير ويفهمون الدليل على كيفية تأثير السلوكيات المتعلقة بالصحة في الرفاه وجودة الحياة. ونتيجةً لذلك، تمكن برنامج الصحة والرفاه الذي كان يلقي دعماً من المدينة من الاعتماد على شركاء مشتركين بين القطاعات مثل نظام المدارس الحكومية للمساعدة على نشر المعلومات وجمع البيانات (حول مؤشر كتلة الجسم لدى الطلاب مثلاً) وغير ذلك من أنشطة تعزيز الصحة. وتمكنت مشاركة أخرى من الاستفادة من المعتقدات الدينية المتعمقة لدى الثقافات التي كانت تحاول دعمها وتمكنت من استخدام معارفها مع القادة في الكنائس المحلية المهمة بتعزيز الصحة والرفاه لدى رعاياها باعتبارها طريقة لدخول المجتمع. وعبر إبرام الشراكات مع الكنائس المحلية، تمكنت هذه المشاركة من بناء الثقة والاستفادة من الفرص الطبيعية للتحدث مع السكان عن الأولويات المتصلة بالصحة وفهم الطرق التي يمكن فيها لتعزيز الصحة أن يركز على القيم المشتركة الموجودة أصلاً.

كما وصف عدد من المشاركين العائلة باعتبارها عاملاً ميسراً بالغ الأهمية لنجاح أنشطة تعزيز الصحة، مشيراً إلى أن جهود الوقاية التي تشدد على الحفاظ على الصحة وجودة الحياة من أجل التمكن من مساندة العائلة كانت فعالة بشكل خاص لدى بعض المجموعات الثقافية. وتمكن أصحاب الشأن من الاستفادة من المعتقدات الثقافية حول أهمية العائلة لحث مرضاها وأتباعها على اعتماد سلوكيات وقائية أو الالتزام بخطة علاج في حالة الأمراض المزمنة.

وأما أصحاب الشأن الذين يعملون مع السكان الأمريكيين الأصليين في مجموعة متنوعة من المناطق، فأشاروا إلى أن الطرق الشمولية التي يفكر بها بعض السكان الأصليين بشأن الرفاه الروحي والجسدي والذهني تسهل تعزيز الصحة. ومن الطرق التي يستخدم فيها أصحاب الشأن مقاربات الصحة المستنيرة ثقافياً والتي تسهم في القيم المشتركة نذكر تكامل الصحة الذهنية والجسدية والنهج الطبية المتكاملة الغربية (أي مقدمي الرعاية الصحية مثل الأطباء والممرضين والأدوية والعمليات الجراحية والأجهزة والتجارب) والتقليدية (مثل الممارسات والنظريات والمعتقدات المتجذرة في التقاليد والتجارب الثقافية) وسرد القصص باعتبارها نهجاً علاجياً للصحة الذهنية والتعديلات الثقافية لتعزيز الصحة (مثل رقص السكان الأصليين باعتباره أحد خيارات النشاط البدني). بالإضافة إلى ذلك، تحدث أصحاب الشأن عن بناء الصحة والرفاه حول القيم المشتركة والصلات التقليدية بالطبيعة والمياه وغيرها من الموارد الطبيعية.

وفي حين يمكن الاستفادة من المعتقدات الثقافية لتعزيز جهود الصحة والرفاه، أشار أصحاب شأن آخرون إلى أنه يمكن أيضاً للمعتقدات الثقافية المرتبطة بطريقة تفكير الناس في الصحة والأمراض، بما في ذلك أسباب الأمراض المزمنة، أن تشكل حاجزاً أمام تحقيق قيمة مشتركة للصحة. وأخبر أحد أصحاب الشأن أن بعض المجتمعات تتحلى بمقاربة أكثر تقبلاً للأمراض مثل السكري وارتفاع الضغط والسرطان ومجموعة فلسفات أكثر ميلاً إلى القضاء والقدر في ما يتصل بالأمراض، ما يتعارض في بعض الأوقات مع رسائل تعزيز الصحة. وبحسب أصحاب الشأن، وفي حين أنه من المهم جداً إدراك وجهات النظر المذكورة، إلا أنها يمكن أن تشكل حاجزاً أمام إنشاء مقاربة مشتركة للصحة.

على الرغم من أنه يمكن للقيم المشتركة أن تشكل أساساً قوياً لتعزيز الصحة والرفاه ضمن مجموعة ثقافية، فإن إنشاء القيم المشتركة بين مجموعات ثقافية مختلفة أمر أصعب. وأشار أصحاب الشأن الذين يعملون مع سكان جدد في الولايات المتحدة أو في مجال الطب الغربي مثلاً إلى الظروف التي لم تتفق فيها جهودهم لإمداد الناس بالرعاية الصحية أو دفع عجلة الحد من الأمراض المزمنة مع المعتقدات الثقافية مع الذين يعملون معهم. وأعرب أحد أصحاب الشأن عن الأمر قائلاً: إنَّ الصحة قيمة مشتركة، لكنَّ تعريفاتنا للصحة أو القيم المتعلقة بالصحة قد لا تكون عينها لدى الآخرين.

وأثار أحد المشاركين العاملين في مجتمع متعدد الثقافات مع عدد كبير من المهاجرين نقطة هامة حول

التوتر القائم بين القيم المشتركة المتعلقة بالصحة والعوائق الفعلية القائمة أمام تحقيق صحة جيدة في الولايات المتحدة، وتحديدًا في أوساط السكان المعوزين أو المحرومين من حقوقهم. وأشار صاحب الشأن الأخير أنه مع أنه ثمة اهتمامًا راميًا دائمًا إلى تحقيق الصحة والرفاه أو الحفاظ عليهما في أوساط المهاجرين، إلا أن بعض الأفراد قد يواجهون صعوبات في توفير احتياجاتهم الأساسية مثل تأمين الدخل أو المسكن أو الطعام لدى قدومهم إلى الولايات المتحدة. ويشبه هذا التوتر ذلك الذي يجربه السكان غير المهاجرين، ولكن، تبرز صعوبته بشكل واضح لدى الأفراد الذين لا يرتبطون ببرامج شبكات الأمان المتوفرة:

كثير من الثقافات التي نحاول خدمتها تأتي من بلدان تقدّر قيمة الصحة ولديها القيم نفسها التي لدينا في الولايات المتحدة حول الصحة وتناول الطعام الصحي واللذيق وعيش حياة نشيطة. لكنّ [هذه القيم] تتبدل قليلًا لدى الكثير من المهاجرين الذين يفدون إلى هنا بسبب الوظائف التي يحصلون عليها أو التحديات الاقتصادية أو الحصول على المسكن أو غيرها من الأمور... فذلك يبذل أولوياتهم.

وأما التحدي الأخير الذي أثاره أصحاب الشأن، فيتمحور حول المصطلحات وكيف تفهم مختلف المجموعات الثقافية مصطلح "الصحة" وتستخدمه. ففي إحدى الحالات، تحدّث أحد أصحاب الشأن عن جهود الحد من عنف استخدام الأسلحة النارية في مجتمع قريب منه. كان المجتمع يتحلى بقيم وأهداف مشتركة في ما يتصل بخفض حوادث الوفيات والإصابات الشائعة الناجمة عن استخدام الأسلحة النارية ولكنه لم يكن يعتبر ذلك بالضرورة مسألةً صحية:

للغة والمصطلحات أهمية... لا يلقى مصطلح الصحة الصدى عينه في كافة المجموعات. فإذا كنت تعمل مع مجموعة قلقة بشأن عنف استخدام الأسلحة النارية... فيكون "عنف استخدام الأسلحة النارية" هو التعبير الذي تستخدمه المجموعة كل يوم ويكون لديها لجنة تهتم بهذه [المسألة] في المجتمع. وأنا، بصفتي شخص عامل في مجال الصحة العامة، أعلم التأثير الأوسع نطاقًا لعنف استخدام الأسلحة من حيث التوتر السام والقضايا المتصلة بالصحة والآثار الصحية بعيدة المدى. ولكن، عندما تكون أنت داخل المشكلة، جل ما تريده هو أن يتوقف هؤلاء الأشخاص عن إطلاق النار على بعضهم البعض.

وذكر صاحب شأن آخر أنه لدى العمل مع سكان متنوعين بصفته طبيب، يتم النظر أحيانًا إلى مصطلح تعدد الثقافات على أنه أقل شمولًا مما يقصد منه فعلاً، ما يمكن أن يُنشئ حاجزًا أمام تحديد القيم المشتركة وبنائها، وبالأخص إذا ما شعرت بعض المجموعات الثقافية أنها مستبعدة:

كان يُقصد من مصطلح تعدد الثقافات أن يكون شاملاً وليس مُستبعدًا، إلا أنه يُعتَبَر أن معظم المجموعات الأوروبية في الولايات المتحدة تدرج الجميع في العادة ما عداها في هذه الفئة. لذا إذا بدأت تتحدث عن مصطلحات مثل العرق أو تعدد الثقافات، عادةً ما تشعر أغلبية [البيض من غير الأصل الإسباني] بأنها مستبعدة، ولكن، ما يعنيه المصطلح بالفعل هو الجميع، وما نريده هو أن تحترم الجميع عبر التعلم عن الآخرين، وبهذه الطريقة يمكنك معالجتهم بأفضل طريقة ممكنة بدلًا من مجرد إصدار الأحكام باعتبارك طبيبًا.

الحوافز

شدد أصحاب الشأن الذين يتمحور عملهم حول استخدام الحوافز لتعزيز الصحة والرفاه أيضًا على أهمية القيم المشتركة. وبرزت صحة ذلك بشكل خاص في حالة المشاركين العاملين في مجال الدفع مقابل النجاح. حيث

أشار هؤلاء المشاركون بالإجماع تقريبًا إلى أنّ عملهم يتوافق مع مجالات عمل ثقافة الصحة المتمثلة بجعل الصحة قيمة مشتركة وتعزيز التعاون بين القطاعات. وتبين أن الكثير منهم قد عمل على مشاريع خارج إطار عمل الصحة التقليدي، بما في ذلك مشاريع متعلقة بتنمية المجتمع والتعليم في مرحلة الطفولة المبكرة والإسكان. فنهج الدفع مقابل النجاح مثلًا متعدد القطاعات بطبيعة الحال: فهو يجمع المستثمرين (غالبًا من مجتمع الأعمال أو المؤسسات الخيرية)، والمؤسسات غير الربحية الموفرة للخدمات والجهات الممولة (غالبًا ما تكون جهات حكومية) ومقيمين مستقلين (أكاديميون بمعظمهم) ومقاولي أو وسطاء مساعدة فنية في العادة. وأكد المشاركون عدة أنّ إنشاء القيم المشتركة وإشراك شركاء من قطاعات مختلفة يشكلان خطوتين أساسيتين في عملية الدفع مقابل النجاح كما وفي جهود أخرى لتعزيز الصحة تنطوي على الحوافز. ووصف المقيمون عملية الدفع مقابل النجاح على أنّها نابعة من فهم متعدد القطاعات لمشكلة مشتركة والاتفاق على حل فعال. وأشار بعض أصحاب الشأن إلى أن التعاون والقيم المشتركة غالبًا ما تسبق عملية الدفع مقابل النجاح:

غالبًا ما تنشأ المشاريع انطلاقًا من خيبة أمل مشتركة حول الوضع الحالي وإقرار بالمشكلة من قبل مؤسسة غير ربحية موفرة للخدمات أو منظمة خيرية أو موظف وكالة بعد عدم رؤية أي تغيير على الرغم من الجهود... وبالمختصر، تنبثق [مشاريع الدفع مقابل النجاح] ردًا على عدم فعالية الحل الحالي.

أما أصحاب شأن آخرون مسؤولون عن التوسط في جهود الدفع مقابل النجاح، فتحدثوا عن استراتيجيات لإنشاء والحفاظ على حس التحلي بهدف مشترك والالتزام بالعمل على مختلف القطاعات، ومنها الجهود الرامية إلى حث طيف متنوع من الشركاء على رؤية فائدة الجهد المقترح من عدة جهات نظر وإنشاء هدف مشترك وملموس. أبدى الشركاء المعنيون في الجهد اندفاعًا لفكرة أن تكون رسالتهم وأهداف مؤسستهم مربوطة أيضًا بنتائج المبادرة المرتبطة بالصحة. وغالبًا ما يكون وضع هذه الفوائد المتبادلة في إطار مهمة الوسطاء أو المستشارين الذين يقدمون المساعدة الفنية لجهد دفع مقابل نجاح محلي. وقال أحد أصحاب الشأن في هذا الإطار:

إنّ عملنا بأكمله يستند إلى إنشاء حوافز للتوفيق بين مختلف أصحاب الشأن حول نتائج مشتركة مثل صحة الأطفال والأمهات. فكيف يمكننا وضع مسألة انخفاض الوزن عند الولادة في إطار حيث يتم اعتبارها مصلحة مشتركة؟ ليس للطفل فحسب، بل للسكان أيضًا ودافعي الضرائب والهيئة الحكومية؟ هكذا نصمم [هذه الجهود]. نود أن تضع الحكومة سعرًا لهذه النتيجة وأن تعلم أنّه بإمكان [موفري الخدمات] القيام بعمل جيد [لتحقيق ذلك].

وركّز أصحاب شأن آخرون على أهمية التواصل الاستراتيجي لإثبات أنّ النتيجة الصحية متصلة بشركاء غير تقليديين أو لم يكن يتم إشراكهم في السابق وأن العمل يتوافق مع الجهود التي ينخرطون فيها حاليًا.

يمكن تشبيه الأمر بعمل الترجمة، لأنّ كل طرف يبحث عن [جوانب] مختلفة... فكيف تعبّر [عن هذه الفوائد] لمختلف العملاء؟

إنّ جزءًا كبيرًا مما نقوم به هو سرد القصص... كثير ممن ألتقي بهم في هذه القطاعات الأخرى لا يدركون دائمًا [الصلة ما بين الصحة والعمل الذي يقومون به] ولا يكونون مدربين على الجهود التي تتم عند المنبع وعند المصب، لكنهم يتعلّمون بسرعة.

ولأنّ عملية تصميم مشروع دفع مقابل النجاح وتنفيذه وتطبيقه بالكامل أمر في غاية التعقيد، أصرّ أصحاب الشأن على أنّه ما لم تكن القيم المشتركة في صلب العملية، لن ينجح المشروع. وأشار المشاركون إلى أنّ التوصل إلى مجموعة مشتركة من التعاريف أمر في غاية الأهمية لعملية صياغة القيم المشتركة التي يمكن أن

تتبيّن صعوبتها الكبيرة في سياق الصحة:

نحتاج إلى مزيد من الوضوح حول ما نعنيه بـ "صحة". نتحدث عن الصحة باعتبارها غياب المرض وثقافة الصحة والرفاه والعناية وخيار شخصي، وهي محددات غير طبية للصحة (في هذه الحالة، كل شيء يعني الصحة). غير أنّ نموذج الدفع مقابل النجاح يتطلب صياغة صورة محددة جدًا لما تحاول تحقيقه وكيف ستقيسه والوقائع المضادة. لذا من شأن توخي الوضوح في هذه التعريفات ومؤشرات الأداء أن يساعد في الأمر. فما المعنى الذي يمكننا أن نمنحه لـ "صحة أفضل" لجعل هذه الصفقات أسهل في سياق الصحة؟

ثمة حاجة للإقرار بأهمية الصحة والرفاه على المستويين الفردي والمجتمعي

في ما يتصل بمفهوم القيم المشتركة، أبلغ المشاركون عن الحاجة إلى الإقرار بشكل أفضل وتحقيق التوازن بين صحة ورفاه الأفراد والمجتمع. ولاحظ المشاركون أنه في الولايات المتحدة، يتم التشديد على القسم الأول أكثر بكثير من الثاني. وقد يُعزى ذلك بجزء منه إلى انعدام التفاهم أو التوافق على ماهية الصحة المجتمعية (غودمان Goodman وبونيل Bunnell وبوسنر Posner، 2014). وفي حين أنه لا يوجد تعريف واحد متفق عليه، إلا أنّ الصحة المجتمعية تشير إلى الوضع الصحي لمجموعة محددة من الأشخاص والأفعال والشروط الخاصة والعامّة (الحكومية) الرامية إلى تعزيز صحة هذه المجموعة وحمايتها والحفاظ عليها (ماكيزي McKenzie وبنجر Pinger كوتكي (Kotecki)، 2011). أما من جهة المجموعة، فيمكن تعريفها استنادًا إلى الموقع الجغرافي (مثل مدينة ما) أو خاصية مشتركة (مثل الشباب أو موظفي شركة ما). وفي حين أنه يمكن الاستفادة من فكرة شفاء المجتمع في ثقافات كثيرة لتحقيق فوائد مجتمعية أوسع نطاقًا، اعتبر أصحاب شأن كثير المفهوم غريبًا في الولايات المتحدة.

في المجتمع ذي الأصل الإسباني، يُعتبر الالتزام العائلي والديني قيمًا ويحمل تأثيرًا منطقيًا. ولكن، في إطار المجتمع الفردي في الولايات المتحدة، من الصعب جدًا الحفاظ على هذه الأولويات ورؤية آثارها الإيجابية بشكل متواصل.

ووصف أحد أصحاب الشأن هذه الظاهرة على أنها ثقافة الأنا، مشيرًا إلى أنّ هذا التركيز على الفرد ربما يشكل عائقًا أمام تحقيق ثقافة الصحة أكثر من أي مشكلة متعددة الثقافات.

لن نتوصل إلى قيمة مشتركة وإلى تخصيص جماعي وسريع الاستجابة للموارد إلى أن نتخطى ثقافة الأنا.

وأشار المشاركون إلى أنه يمكن ملاحظة هذا التوتر بين الفرد والمجتمع في المؤسسات أيضًا. فتحدث أصحاب شأن كثير مثلًا عن التحالفات وغيرها من أشكال الجهد الجماعي لتناول حاجة مجتمعية، لكنهم أشاروا إلى أنّ ليس كل المؤسسات تسعى للمشاركة، حتى وإن كان عملها يمت بصلة كبيرة بمهمة المجموعة الأوسع. وفي حين أنه قد يكون لدى المؤسسات أسباب مختلفة لرفض المشاركة، إلّا أنّ المشاركين يعتقدون أنه قد تتناهب مخاوف من أن تعرّض تمويلها للخطر أو أن تصبح أقل أهمية في الحل الأوسع مع مرور الوقت. ونظرًا إلى أنّ هذه مخاوف حقيقية وصحيحة، قد تدعو الحاجة إلى المزيد من العمل لفهم كيفية مساعدة المؤسسات بشكل أفضل، وبخاصة على رؤية قيمة الجهود الجماعية والتعاونية.

وبالمثل، أشار أصحاب الشأن إلى أهمية ضمان تحلي قادة المؤسسات التجارية وهيئات الحكم بفهم قوي لقيمة

الصحة والرفاه في المجتمع، نظرًا إلى أنهم غالبًا ما يكونون مسؤولين عن تحديد الأولويات وتخصيص الموارد سواء على المدى القصير أو الطويل. ولدى مناقشة القدرة على تنفيذ برامج الصحة المجتمعية القائمة على الأدلة باستخدام برامج حوافز مبتكرة، أعرب أصحاب الشأن بشكل شائع عن أنّ انعدام دعم قادة هيئات الحكم يشكل حاجزًا. وأفاد أصحاب الشأن أنّ بعض القادة والوكالات الحكومية يقومون بتعزيز الصحة والرفاه في المجتمع بشكل نشط وبإمكانهم أن يقدموا ممارسات فضلى هامة للآخرين. وبالمثل، في حين أنّ ثمة قادة أعمال كثير يقدرّون صحة ورفاه موظفيهم ويولونهما الأولوية، إلا أنّ أحد أصحاب الشأن أشار إلى أنّ النزوة التنفيذية غالبًا ما تكون هي القوة الدافعة خلف قوة برامج الرفاه في مكان العمل أو غيرها من الاستثمارات المتعلقة بالصحة (أو ضعف قوتها). وغالبًا ما يبرز انقطاع الصلة ما بين نظرة القادة لمدى سهولة الحفاظ على الصحة والرفاه وبين الحواجز التي قد يواجهها موظفونهم أو المجتمع الأوسع نطاقًا في محاولة بلوغ هذه النتائج.

إنّ الشخص الذي يبلغ منصبًا تنفيذيًا غالبًا ما يكون منظمًا ومتمسًا ومثقفًا ومتمتعًا بدوافع جوهرية. ولا مشكلة لديه في تحقيق الإنجازات. لذا، في ما يتعلق بالعناية بنفسه، فموقفه هو (وأقتبس مباشرةً من مدير تنفيذي للشؤون المالية ألقى قسم الرفاه بأكمله من الشركة): لِمَ نحتاج إلى الرفاه؟ أنا أهتم بنفسي وأمّارس التمارين الرياضية وأركض. لِمَ لا يمكن للجميع فعل ذلك؟ أنا أفعل ذلك؛ لِمَ لا يمكنك فعل الأمر عينه؟.

تشير هذه النتائج إلى أنّ ثمة حاجة للقيام بالمزيد من العمل في كافة المجالات، سواء في سياق الثقافة أو الحوافز، لإيصال أهمية الصحة والرفاه على كلا المستويين الفردي والمجمعي. وفي حين قد يختلف تعريف المجتمع من شخص إلى آخر بحسب بيئته ودوره، إلا أنّ أصحاب الشأن أفادوا أنّ ثمة قيمة كامنة في صياغة مفهوم للصحة والرفاه على أنّهما أكثر من مجرد نتيجة فردية. إذ بإمكان الصحة والرفاه في المجتمع أن يعززا الأفراد ويخففا عنهم ويدعماهم فيما يسعون لتحسين صحتهم والحفاظ عليها وهما يساعدان على التفكير في الصحة باعتبارها قيمةً مشتركة.

بإمكان البيانات أن تدعم تطوير القيم المشتركة

ذكر أصحاب الشأن البيانات، وبالأخص تشارك البيانات، باعتباره عاملاً ميسرًا هامًا لبناء ثقافة الصحة في المجتمع. وأشاروا مثلًا إلى أنّ البيانات المتعلقة بالصحة والرفاه وخصائص السكان والاستفادة من الخدمات الصحية والاجتماعية والأثر أو العبء المالي لهذه الاستفادة هي بيانات مفيدة جدًا تساعد على التوفيق بين مختلف أصحاب الشأن حول المشاغل ذات الأولوية. وبإمكان البيانات التي تتخذ أشكال مخططات أن تساعد أصحاب الشأن على تصوّر توزّع الصحة والرفاه (أو غيابهما) ورؤية أوجه التداخل المحتملة في خدمة المجتمعات أو حيث يمكن تشارك الموارد والاستفادة منها. كما يمكن للبيانات مساعدة تحالفات مختلفة على التوصل إلى توافق حول أولوياتها المشتركة ومساعدة القطاعات غير المرتبطة بالصحة تقليديًا (مثل الإسكان والنقل) على رؤية تأثير عملها في صحة المجتمع ورفاهه. وتبيّنت أهمية ذلك بشكل خاص بالنسبة إلى أصحاب الشأن العاملين من أجل إشراك شركاء من كافة القطاعات في الجهود الرامية إلى تناول الصحة والرفاه، وبالأخص أولئك العاملين على برامج الدفع مقابل النجاح التي تتطلب جمع البيانات وتحليلها للتنبؤ بالنتائج ومن ثم تقييم إمكانية تحقيقها.

لقد كان التركيز على البيانات مفيدًا، إذ تشكل البيانات منصةً مشتركة وتحت الناس على الاتفاق. ففي ظل وجود أقسام مختلفة تُعنى بالإسكان ولا ترى صلة عملها بداء ربو الأطفال، نحاول استخدام البيانات والنتائج لنجمع كافة الأطراف حول نتيجة مشتركة، فندفع الجميع إلى التركيز على الحد من

نتيجة سلبية، مثل عدد زيارات غرفة الطوارئ]الناجمة عن ربو الأطفال الناتج عن المساكن غير اللاتقة].

بالإضافة إلى ذلك، تم وصف البيانات وسرد القصص المستند إلى البيانات، مثل تأثير البرامج في عائلات فعلية لوضع الإحصاءات ضمن سياق، على أنها أدوات ذات نفوذ خاص يستخدمها أصحاب الشأن لرفع الوعي حول مسائل في مجتمعاتهم ولإثبات أحقيتهم بالتمويل. وأما المشاركون الذين يمثلون أقليات سكانية، فاعتبروا البيانات أدوات ذات قيمة حتى ولو كانت نادرة للشروع في تناول بعض أولويات أتباعهم. ولاحظ أحد أصحاب الشأن أن الافتقار إلى البيانات حول السكان الذين تخدمهم المجموعة يصعب عمل هذه الأخيرة، لذا كان يركز جزء كبير من جهود المجموعة على جمع البيانات لإعداد التقارير وإطلاق أنشطة المناصرة وحشد التأييد وطلب المنح. إلا أن أصحاب الشأن أشاروا إلى أنه يمكن بذل المزيد من الجهود لمشاركة هذه المعلومات مع بعضهم البعض ومع المجتمع. ومع أنه يتم تجميع ملفات البيانات، إلا أنه لا يتم دائماً الاستفادة منها أو وصلها أو نشرها بطريقة تتيح إمكانية إجراء تقييمات ذات نطاق وتأثير أوسع.

ما يقلقني هو أنني أرى جهوداً ضئيلة هنا وهناك لدمج [البيانات]، لكن هذه نظم وسجلات هامة. لذا إذا كنا نتحدث عن كيفية تحسين النتائج والربط بين المسائل عبر النظم للحرص على توافرها للجميع، نحتاج إلى بيانات متينة، وذلك ليس بالأمر السهل. لسنا بارعين جداً في تشارك تلك المعلومات مع المجتمع... حتى منذ سنة، لم يكن بإمكانك أن ترى أنواع البيانات على صفحتنا الإلكترونية كما تراها الآن، مع أنماط مختلفة من البيانات. نبلي بلاءً أفضل في الإجابة على الأسئلة المتكررة والرسوم البيانية حول البيانات التي نجعلها.

وآخر التحديات التي ذكرها أصحاب الشأن هو أنه قد يكون من الأصعب على المؤسسات الأصغر جمع البيانات وتشاركها بشكل متين لأن الكلفة والموارد اللازمة لجمع البيانات وحفظها وتحليلها قد تشكل حواجز مهمة. وقد يؤدي ذلك إلى استمرار انعدام المساواة في نظام الصحة إذا كان من الصعب توفير البيانات المأخوذة من السكان المهمشين.

المساواة

نظراً إلى أهمية المساواة في مجال الصحة بالنسبة إلى إطار عمل ثقافة الصحة بشكل خاص، وأولويات مؤسسة روبرت وود جونسون على النطاق الأوسع، يلخص هذا القسم مواضيع محددة مرتبطة بالمساواة في مجال الصحة. وتتضمن هذه المواضيع الإقرار بأن التصدي للمساواة في مجال الصحة يتطلب الدمج والتعاون وامتلاك بمنظور واسع، وصعوبة معالجة مسألة المساواة في مجال الصحة في صوامع منفصلة عن بعضها البعض، وفهم كيف يمكن لانعدام المساواة الهيكلية أن يؤثر في المساواة في مجال الصحة، وحقيقة أن تناول المساواة يستغرق الكثير من الوقت والموارد.

تحدث أصحاب الشأن عن المساواة باعتبارها تستلزم الدمج والتعاون والتفكير في المساواة في مجال الصحة من منظور أوسع من مجرد الصحة وحدها أو حل أوجه التفاوت الصحية

إنّ المساواة في مجال الصحة مسألة معقدة ومتعددة الأوجه تتطلب العمل على مستويات عدة. وربما تكون المقاربة الأكثر مباشرة والتي يمكن تنفيذها على يد مؤسسات فردية هي مراعاة مسائل المساواة لدى تصميم

البرامج وتنفيذها.

لم نجرِ بالضرورة الكثير من التعديلات لمختلف الثقافات في مجتمعنا لكننا بدلنا أولويات العمل لاعتماد منظور يأخذ المساواة في الاعتبار. فتركز [العمل على إنشاء] شوارع كاملة وطرق آمنة إلى المدارس وتغيير البنى التحتية في الأحياء اللاتينية الأدنى دخلاً.

إلا أنّ أصحاب الشأن ذكروا، لدى مناقشة مسائل المساواة، أنّه لا يمكن لمؤسسة واحدة أو حتى قطاع واحد أن يعالج أوجه عدم المساواة كلها في مجال الصحة بمفرده وأنّ ذلك يتطلب أكثر من مجرد استهداف التدخلات أو تعديلها لتلائم مجموعات محرومة أو سياقات ثقافية. وأشار أصحاب الشأن إلى أهمية وجود شركاء في هذه الجهود يكونون صانعي سياسات (سواء ضمن المؤسسة أو المجتمع)، مثل صانعي السياسات ذوي النفوذ في النظم خارج الصحة العامة.

من الأمور الأخرى المتعلقة بالمساواة هو أنّ السياسات المرتبطة بتبديل النظام البيئي تتمتع بأهمية لأنّه [هكذا يمكننا] تحسين تلك المشاكل.

وذكر أصحاب الشأن أنّه يمكن للسياسات والبيانات أن تكون أدوات هامة في معالجة أوجه عدم المساواة في مجال الصحة، ولكن، من التحديات الراهنة أنّ المقاربات المتوفرة حالياً لقياس المساواة ليست مطورة جيداً.

لا نمتلك أحياناً مقاييس للمساواة لكننا نعمل من أجل محاولة تطويرها، لكنّ مدينتنا أنشأت مكتباً للمساواة.

كما شعر أصحاب الشأن أنّ تناول المساواة يتطلب اهتماماً شديداً بالأسباب التاريخية لأوجه عدم المساواة في مجال الصحة (مثل الصدمات على مرّ التاريخ وعمليات التهميش). ووصف أحد أصحاب الشأن العاملين في مجال الصحة الذهنية قيمة هذه المقاربة، وبخاصة لدى النظر إليها في سياق الصحة والشفاء. وفي حين تبرز نظرة قائلة إنّ تهميش أفراد مجموعات ثقافية معينة وسكان ضعفاء يزداد في الولايات المتحدة، شدد المشاركون على أنه لظالما كان ثمة حاجة إلى معالجة الصدمات التاريخية باعتبار هذا العمل جزءاً من أي نشاط لتعزيز الصحة مع هؤلاء السكان.

تظهر البحوث أنّه في المجتمعات الأصلية، تؤدي عدم المساواة الهيكلية والقمع والصدمات التاريخية دوراً في قدرة الناس على الشفاء. فمن أجل الشفاء، عليك أن تشفي مسار هؤلاء السكان وأن تغير حالة عدم المساواة من خلال التمكين وفهم الطريقة التي يسير بها العالم.

كما ذكر أصحاب الشأن أهمية اعتماد مقاربة النشاط الاجتماعي وقدرة المجتمع على التكيف لدى معالجة جذور عدم المساواة في مجال الصحة، بما في ذلك اختلاف القدرة على الوصول إلى مختلف الخدمات الاجتماعية والاحتياجات الأساسية مثل الطعام بأسعار معقولة والمسكن المستقر والأحياء الآمنة. وأعرب أصحاب الشأن عن مخاوف من أنّه في حين يتم اتخاذ خطوات لمعالجة هذه القضايا، إلا أنّ الكثير من التدخلات التي تعمل على المستوى الفردي، وحتى البعض منها في مجتمعات محددة، قد تُعتبر مجرد حلول سريعة تفتقر إلى الالتزام بمواجهة الجذور الأعمق لعدم المساواة في مجال الصحة ومعالجتها بشكل جماعي.

نحن نسعى لإنبات الورود من الإسمنت لكننا لا نعمل لتغيير الإسمنت عينه. تعاني مدارسهم وعائلاتهم ومجتمعاتهم من مشاكل كثيرة. فكيف نبني تدخّلات تبديل الاسمنت؟

عليك أن تقدّر قيمة الناس ويأتي تقدير القيمة من الخبرة. ويبقى الحاجز الأكبر هو الفصل من منظور العرق والفئات الاجتماعية. نحن اليوم أكثر انفصالاً مما كنا عليه منذ ٦٠ سنة، وهذه مشكلة نظام وفئات اجتماعية ومشكلة اقتصادية. لا جواب عندي، إنما علينا تعلّم أن نكون أكثر ارتباطًا مع بعضنا البعض. إذا بقينا منعزلين، سنبقى [كما نحن] بعد خمس سنوات.

تتم معالجة المساواة في صوامع منفصلة عن بعضها البعض، ما يعرقل التقدم باتجاه تحقيق الهدف الموحد المتمثل في المساواة في مجال الصحة للجميع

في حين كانت أغلبية أصحاب الشأن الذين قابلناهم تعمل تحقيقًا لهدف المساواة في مجال الصحة وأفضل النتائج الصحية للجميع، كان معظم قادة المؤسسات يعملون مع سكان محددين أو على مواضيع معينة مرتبطة بالصحة، بما في ذلك حقوق المثليات والمثليين ومزدوجي الميل الجنسي ومغايري الهوية الجنسانية وصحة ذوي الأصل الإسباني والصحة الذهنية لسكان أمريكا الأصليين. غير أنّ أصحاب الشأن أقروا بحاجز أساسي، وهو أنّه غالبًا ما يتم تناول المساواة ويتم توزيع التمويل بصوامع منفصلة على أساس عرقي أو إثني أو جندي أو على أساس الهوية أو المركز العسكري، ما يُعرقل التقدم باتجاه تحقيق الهدف الموحد المتمثل بتحقيق المساواة في مجال الصحة للجميع. وأشارت الجهات المعنية مثلًا إلى أنّ التعاون بين المؤسسات التي تخدم مجموعات عرقية أو إثنية مختلفة غالبًا ما يعيقه آليات التمويل التي تقسّم أو تضع قيودًا على الطريقة التي يمكن بها إنفاق الأموال بحسب المجموعات العرقية أو الإثنية.

نفترق إلى المبادرات التي تتمحور حول ذوي البشرة الملونة ولا نعتنق فعلاً إطار عدالة بين الجنسانية يحوّل كل ذلك. فالعدالة بين الجنسين ليست مجرد مشكلة جانبية، إنما هي مشكلة أساسية كامنّة في استعمار المجتمعات الأصلية وهي تؤثر في مجتمعات ذوي البشرة الملونة في كافة المجالات (وفي الواقع تؤثر في الجميع). لا أعتقد أنّه بإمكاننا التحدث عن العدالة العرقية بدون الحديث عن العدالة بين الجنسين، والعكس صحيح. فبالنسبة إلى كل تلك الجهود التي تصب في المساواة: إنّ الشق الثقافي بالغ الأهمية. ولا يمتلك العمل المتعلق بالعدالة العرقية فهمًا للعدالة الجندرية.

يمكن لانعدام المساواة الهيكلي بين المؤسسات التي تخدم المجتمعات المختلفة أن يشكل حاجزًا أمام إحراز التقدم

من التحديات التي أثارها أصحاب الشأن أنّ المؤسسات الأصغر حجمًا العاملة على دعم السكان المحرومين والمهمشين غالبًا ما تكون في وضع غير مؤاتٍ مقارنةً بالمؤسسات أو النظم الأكبر حجمًا من حيث الرقعة والبيانات والموارد. ويمكن لهذا الانعدام الهيكلي للمساواة أن يفرض بدوره حاجزًا أمام التصدي لقضايا المساواة في مجال الصحة لأنّ المؤسسات التي يجب أن يُسمع صوتها وأن تشارك في الحل غالبًا ما يكون صوتها أضعف نسبيًا. كما تم ذكر هذا الموضوع في سياق نموذج الدفع مقابل النجاح أيضًا. ففي حين أنّ أصحاب الشأن يعتبرون بالإجمال أنّ نموذج الدفع مقابل النجاح يشجع مختلف الشركاء على الاجتماع حول قيم مشتركة وأنّه قد نجم عن شراكات أكثر تنوعًا مقارنةً بالماضي، لاحظ آخرون أنه يمكن لطبيعة مشاريع الدفع مقابل النجاح المعقدة أن تخفض تنوع المشاركين وأن تتسبب ربما بوضع غير مؤاتٍ أكثر للمؤسسات ذات القدرة المتدنية، والتي غالبًا ما تخدم أو تمثل السكان الأكثر ضعفًا. ونتيجةً لذلك، قد تدعو الحاجة إلى القيام بمزيد من العمل لإشراك المؤسسات الممثلة تمثيلًا ناقصًا أو التي تعاني من نقص في التمويل في العادة في المحادثات حول المساواة والأهداف المتصلة بالصحة والرفاه.

ثمة انعدام مساواة هيكلية في القطاع: فالمؤسسات الأكبر حجمًا أو الأكثر تمويلًا تحظى بقدرة على الوصول بشكل أكبر. وأنا لا أقول إنها لا تقوم بعمل جيد، إنّما ثمة الكثير من المؤسسات الأصغر حجمًا القائمة على المجتمع التي لا تحظى بنفاذ إلى المستشارين من أجل بناء القدرات والتدريب والهيئات والمساعدة الفنية وغير ذلك، وهي في وضع غير مؤاتٍ هيكليةً.

يستغرق تناول المساواة الوقت والجهد

أبلغ أصحاب الشأن عن أن تناول المساواة يستغرق كمًا أكبر بكثير من الوقت والجهد من المتوقع في العادة. وإلى جانب الوقت والجهد اللازم للحرص على المساواة في النفاذ إلى المعلومات والبرامج والخدمات الملائمة ثقافيًا ولغويًا، غالبًا ما ينخرط قادة المؤسسات وغيرهم من أصحاب الشأن في أعمال كثيرة خارج إطار توفير الخدمات اليومي من أجل تثقيف الأفراد المتواجدين في نظم أخرى (من جامعات ونظم رعاية صحية وهيئات حكم) حول المسائل المرتبطة بالمساواة والمقاربات لتناول عدم المساواة في مجال الصحة.

يتطلب الاضطلاع بعمل ممتاز في ما يخص المساواة في مجال الصحة مقاطعة العمل المعتاد والمجازفة. فأن تكون ملتزمًا بالعمل من حيث المبدأ أمرٌ، وأن تعمل لتبدّل الطريقة التي تقوم بها بالأمر وأن تراجع نفسك لكي تكون منفتحًا على العمل في المجتمعات بطريقة مختلفة أمرٌ آخر تمامًا.

الخاتمة

نظرًا إلى أهمية القيم المشتركة والمساواة في تعزيز ثقافة الصحة في الولايات المتحدة، تتيح المواضيع التي ذكرها أصحاب الشأن رؤى مهمة لمؤسسة روبرت وود جونسون وغيرها من العاملين لتعزيز ثقافة الصحة. يتطلب بناء ثقافة الصحة منظورًا ومقاربةً واسعين. سلّط أصحاب الشأن الضوء على أهمية الاندماج والتعاون بين أصحاب شأن ونظم متعددة والحاجة لتحديد طرق لتطوير القيم المشتركة والتعاريف المرتبطة بالصحة، بما في ذلك باستخدام استراتيجيات للتوفيق بين مهمات مختلف المؤسسات وبين نتائج الصحة ذات الأهمية التي تحفّز مختلف الشركاء على المشاركة. فبدون هذا الاندماج والتوفيق، يمكن للجهود الرامية إلى تناول الصحة والرفاه والمساواة أن تحدث في صوامع منفصلة عن بعضها البعض وأن تعيق التقدم. كما تشكل أوجه عدم المساواة الهيكلية حاجزًا، ما يشير إلى أن ثمة حاجة إلى تضافر الجهود والاهتمام لضمان حصول المؤسسات الأصغر حجمًا ذات الموارد الأقل على صوت ومساهماتها باقتراح الحلول لتعزيز الصحة والرفاه في المجتمع.

4

كيف يمكن للتنبه إلى الثقافة والاختلافات الثقافية أن يعزز الصحة والرفاه

يحتّم بناء ثقافة الصحة الإقرار بتنوع الثقافات في الولايات المتحدة والتصدي له. وكما سبق أن ذكرنا في الفصول السابقة، لقد عرفنا الثقافة بمعناها الواسع لكي لا تقتصر على مجموعات الأفراد بحسب انتمائهم الاثني أو القبلي، بل لتشمل أيضًا تجارب ووجهات نظر ومعتقدات مجموعات أشخاص ذات احتياجات فريدة، بما فيهم الأفراد المرتبطون بالجيش والمثليات والمثليون ومزدوجو الميل الجنسي ومغايرو الهوية الجنسية والمجموعات المحددة اقتصاديًا أو جغرافيًا (مثل المقيمين في المساكن المدعومة من الحكومة). وقد ناقش أصحاب الشأن العاملون على تناول الاحتياجات الثقافية الفريدة للسكان جهود الدفع والجذب لدى تكييف الرسائل والتدخلات لملائمة سياقات ثقافية مختلفة، وتحديات ومنافع إجراء أنشطة متعددة الثقافات مُشركة للمجتمع، كما أقرّوا أنّ للعوامل السياسية الأكثر حجمًا وعوامل التهميش دور. أما هذا الفصل، فيغوص في مواضيع مرتبطة بإجراء تعديلات مستنيرة ثقافيًا ودمج رأي مجموعات ثقافية محددة في البرامج والسياسات التي تعزز الصحة والرفاه، والاعتبارات المتعلقة بالموارد اللازمة لإشراك المجتمع والقيام بالتعديلات اللازمة. كما يستكشف هذا الفصل المواضيع المنبثقة المرتبطة بتأثير العادات الثقافية السائدة في إجراءات النظم وتصميمها وكيف يمكن للعادات ضمن الثقافة المؤسسية أن تؤثر في قدرة المؤسسات على الاضطلاع بأعمال مستنيرة ثقافيًا.

ينطوي تناول الثقافة على فرص وتحديات

ذكر أصحاب الشأن أنّهم سبق أن عدّوا برامج ورسائل حول الصحة والرفاه لتلائم السياق الثقافي للسكان الذين يخدمونهم. وتشمل بعض من أفضل الممارسات المشتركة الحصر على ترجمة المواد والرسائل إلى اللغات الملائمة وكتابتها على مستوى قراءة ملائم يمكن الوصول إليه. وأشار أصحاب الشأن إلى أهمية انعكاس القيم الثقافية والتاريخ والممارسات في جهود الصحة والرفاه. ووفروا أمثلة عن تعديلات لبرامج مرتبطة بالتغذية استنادًا لمأكولات المجموعة الإثنية المعنية والتشديد على التحرك أو الرقص الثقافي باعتباره طريقة لتعزيز النشاط البدني. وذكرت إحدى مجموعات أصحاب الشأن مثلًا أنّها أشركت المهاجرين البرازيليين في جهود زراعية حضرية محلية، بالاستناد إلى تقاليد الزراعة في مجتمعاتهم الأصلية، من أجل تسهيل التنعم بالرفاه

والنفاذ إلى طيفِ المأكولات المغذية المألوفة لهؤلاء السكان. وذكر صاحب شأن آخر أنّ لعبة الكروس مثلاً لعبة شفاء تقليدية لدى مجتمعات الايروكوا، لذا فبتعليمها لأطفال المجتمع، لا يعزز سكان الايروكوا النشاط البدني فحسب، بل يرتبطون بصلة أعمق أيضًا بثقافتهم. وقال صاحب شأن آخر:

تقوم رابطة المدرسين لدينا بالكثير من العمل حول طرق المعرفة لدى السكان الأصليين وحول كيفية إضفاء طابع السكان الأصليين على مناهجهم، ونلقى الكثير من الدعم.

كما يمكن للتعديل الثقافي في بعض الحالات أن يشمل تصحيح الرسائل التقليدية حول تعزيز الصحة بما يتلاءم مع المعايير الثقافية. لطالما كان التدخين مثلاً جزءاً هاماً من المناسبات والاحتفالات الثقافية لدى السكان الأصليين. ونتيجةً لذلك، تحدث أحد أصحاب الشأن عن تعديل تم إجراؤه من الرسائل التقليدية المضادة للتدخين إلى رسائل مضادة لشركات السجائر. وأخيراً تحدث أصحاب الشأن عن أنه لدى ثقافات كثيرة عقلية أكثر شمولية في ما يتعلق بالرفاه، لذا من غير المستغرب أن تتصدى البرامج للرفاه والشفاء الروحي إلى جانب الصحة البدنية والذهنية.

وشدد أصحاب الشأن على أهمية الارتباط بصلة قوية بالثقافات ضمن المجتمعات التي تهتمهم. وأفاد البعض أنّ من المهم والمفيد جداً وجود موظفين يتشاركون الثقافات عينها كالأفراد الذين تخدمهم البرامج، فيما ذكر آخرون أنّ من المهم جداً فهم من هم القادة الموثوقين في مجتمع معين. فقد لا يكون هؤلاء الأفراد في مناصب قيادة أو سلطة رسمية في المجتمع، إلا أنّهم قد يكونون ذوي فائدة جمة لإنجاح برامج الصحة والرفاه.

من الجيد دائماً أن يمثل أفراد الطاقم قدوات يشبهونك من حيث المنطق والمظهر ليفهموك أنت وعائلتك. ولا تضطر إلى الشرح مطوّلاً، إذ يفهمك أفراد الطاقم ممن يمثلون بيئتك فوراً. كما أنه من المهم جداً فهم إلى من يصغي الناس في المجتمع. فإذا كانت مؤسستك تعمل مع ثقافات عدة، لا يتعلق الأمر باللغة فحسب، بل بالسلطة.

ويمكن لهذه الصلات أن تخدم غرضاً مهماً آخر، وهو الحرص على اتصال تصميم وموضوع البرنامج أو المبادرة المتعلقة بالصحة فعلاً بما تسعى إليه المجموعة الثقافية. وكما أشار أحد المشاركين: يختلف محط الاهتمام بالمبادرات من مجموعة ثقافية إلى أخرى. وعلق أصحاب شأن آخرون على أهمية السماح للقادة الثقافيين أو قادة المجتمع بتصدير جهود الصحة والرفاه بطرق تتوافق مع عاداتهم ومعتقداتهم، حيث تؤدي المؤسسات واختصاصيو الصحة دوراً أكثر دعماً ومساعدة فنية. وأشاروا إلى أنّ المشاريع غالباً ما تكون أقل نجاحاً عندما يتم استخدام القادة الثقافيين لدعم الجهود بعد الانتهاء من تصميمها.

ومع أنّ أفضل الممارسات تشمل في حال الكثير من البرامج تعديل جهود الصحة والرفاه بما يتلاءم مع مختلف الثقافات التي تتم خدمتها، لم يقرّ جميع أصحاب الشأن باعتماد هذه المقاربة. حيث كان هدف أحد البرامج التي تُعنى بالأفراد الذين في طور الانفصال عن الجيش الأمريكي على سبيل المثال يتمثل في مساعدة المحاربين القدامى على العودة إلى الحياة المدنية بعيداً عن الثقافة العسكرية التي كانوا يعيشون فيها لسنوات طويلة. وترمي مثل هذه الجهود إلى مساعدة أفراد الجيش على الاندماج من جديد في منازلهم وعملهم وحياتهم المجتمعية، وهو أمر في غاية الأهمية للصحة والرفاه بشكل عام.

ما نحاول فعله هنا هو مساعدتهم على إلقاء البندقية جانبياً وعيش حياة المدنيين. ونفعل ذلك عبر محاولة تعريضهم إلى أكبر كم ممكن من الحياة غير العسكرية. فنعلمهم ماذا يجب أن يرتدوا في المقابلات والعمل، وكيف يبدؤون مصطلحاتهم وكيف عليهم التفاعل مع الآخرين. نحاول أن نساعدهم على الاندماج من جديد. وإذا تمكنوا من رؤية ما يرتديه المدنيون والاستماع إلى طريقة كلامهم وكيف يتصرفون، سيساعدكم ذلك كثيراً.

وعلى الرغم من الكثير من النجاحات التي تمت الإشارة إليها، إلا أنه يمكن لتعديل أنشطة تعزيز الصحة والرفاه بما يلائم السياقات الثقافية أن يكون صعبًا نوعًا ما. ومن التحديات التي تكمن في ذلك أن الترجمة والتكييف الثقافي يستغرقان الوقت والمال. فمن وجهة نظر أحد العاملين في المجال، يشكّل امتلاك الوقت والقدرة المالية من أجل إشراك المجتمع بالشكل الملائم والتعامل مع عدة ثقافات حاجزًا كبيرًا أمام التعامل مع جميع الثقافات التي تستهدفها المؤسسة. ومن التحديات الأخرى أنّ مبادرات التنوع غالبًا ما تنظر من عدسة ضيقة (فتستهدف مثلًا مجموعة عرقية أو إثنية معينة) ولا تتوجه إلى جميع المجموعات الثقافية التي تخدمها المؤسسة. وحتى ضمن مجموعة ثقافية محددة، نجد أحيانًا تنوعًا كبيرًا، ما يمكن أن يشكل حاجزًا أمام مقاربات تعزيز الصحة والرفاه.

إنّ الثقافة معقدة بعض الشيء لأننا نعمل في مجتمع قبلي يضم أكثر من 50 قبيلة. بعض هذه القبائل قريبة (تبعد 15 دقيقة) وبعضها الآخر في ولايات أخرى. تبدي العائلات طيفًا واسعًا من قدرات الاندماج. فبعض العائلات من جهة تحافظ على لغة قبيلتها التقليدية وتقاليدها، فيما لا تتكلم عائلات أخرى سوى الإنجليزية [وبالكاد تعرف] القليل عن التقاليد. ونحن ندرك ذلك ونفهم أنّه لن يكون لدى الجميع الدرجة عينها من التفاعل مع الآخرين أو الرغبة. وحاولنا معالجة الأمر عبر تناول [الصحة والرفاه من خلال] قيم مؤسستنا الأساسية.

ومن النتائج المحتملة غير المقصودة للحملات الصحية التي تتوجه للعامة من خلال مختلف المنصات الإعلامية مثل اللوحات الإعلانية الموجهة لمجموعات ثقافية معينة، أنّ هذه الحملات قد لا تصور المجموعات المعنية بطريقة تمثلها بدقة أو إيجابية. ويمكن لذلك أن يشكل تحديًا لأنّه على الحملات أن تتوجه إلى السكان المستهدفين وأن تعكس ثقافتهم بالكلمات والصور لكنّ الحملات التي تربط بعض المجموعات بالنتائج السلبية تعزز الأفكار النمطية وتحدث أثرًا عكسيًا على المجموعات المستهدفة. وشدد أحد المشاركين وهو يعمل مع النساء الأمريكيات من أصل أفريقي على احتياجاتهن الصحية على أن:

المهم هو كيف ترى هؤلاء النساء أنفسهنّ وما إذا كنّ يرون أنفسهنّ بالطريقة التي يتم تصويرها... يجب تصويرهن بشكل إيجابي. إذا لم نركز على ذلك ولم نركز سوى على الإحصائيات... لن يكون لدينا أي أمل. علينا إيصال رسالة [أنّ] ثمة أمل.

وتحدث بعض أصحاب الشأن عن المجموعات الثقافية التي يعملون معها، بحسب العرق والإثنية والجنسية والدين والتوجه الجنسي وغيرها وكيف أنّها غالبًا ما تواجه خطر التهميش، ما يترتب عليه كما أشار المشاركون انعكاسات كثيرة متعلقة بالصحة والرفاه على الأفراد والمجتمعات. والتحدي الأخير الذي تحدث عنه أصحاب الشأن كان أنّه في هذه الأجواء السياسية، يتم النظر إلى الثقافة بشكل سلبي، وأشاروا إلى أنّه ثمة غالبًا سوء فهم للثقافات التقليدية في الولايات المتحدة، وبالأخص في ما يتصل بالمهاجرين، ما يضيف طبقة إضافية من التعقيد على قدرتهم على تناول الصحة والرفاه من وجهة نظر ثقافية.

يجب أن يُمنح أفراد مجموعات ثقافية محددة صوتًا في الأنشطة المرتبطة بالصحة لبلوغ النتائج التي يتطلعون إليها

لضمان أن تعكس المشاريع والأنشطة المطبقة في المجتمعات احتياجات تلك المجتمعات والنتائج التي تصبو إليها، يجب أن يشارك ممثلون عنها في الإعداد. وأشار أصحاب الشأن إلى أنّ مشاركة المجتمع هام جدًا لنجاح الجهود

وأنه يجب على المناقشات مع المجتمعات أن تشمل مزيجًا متنوعًا من الأشخاص، وبالأخص ممثلين عن السكان المهمشين الذين تستهدفهم الجهود التي يتم تطويرها. وذكر أصحاب الشأن عددًا من المقاربات المختلفة لضمان إيصال صوتهم، بما في ذلك اللقاءات الشخصية التي تشجع وتسمح بتمثيل خبرات الأفراد الخاصة واستخدام منابر سرد القصص الرقمية (مثل الفيديوها). وبغض النظر عن الطريقة التي يتم إشراك الأفراد فيها، أشار أصحاب الشأن إلى أنه عبر إتاحة الفسحة والمنبر الملائم ليتواصل جميع الأفراد، يساهمون بإسماع صوت الأكثر تعرضًا للقمع على طاولة القرار، ما يساعد الأفراد على رؤية قيمة المشاركة في المحادثات حول الصحة والرفاه وعلى إدراك أن لديهم القدرة على إحداث التغيير.

في المجتمع، تبدأ الصحة والرفاه بمحاولة التصدي للقضايا التي تُحدث الأثر الأكبر، أي التعليم والفقير وعدم المساواة. ويرتبط هذا الأمر بقضايا التعدد الثقافي. والمجتمعات الأكثر نجاحًا هي تلك التي تُشرك الناس على طاولة القرار. نود أن نضمن أن تشكل أصوات أفراد معينين جزءًا من العملية من البداية إلى النهاية وليس فقط في النهاية. من المهم إشراك سكان المجتمع وإنشاء مساحة آمنة ليشكلوا جزءًا من هذه العملية. المشاركة الطوعية مختلفة جدًا. ليس الوكالات فحسب... بل المستهلك نفسه. نحن نرى أنه عبر منحنا القوة لأصوات أجزاء المجتمع التي تعاني من عدم المساواة في مجال الصحة والتهوض بهم، سوف يؤدي إلى التغييرات التي نسعى إليها. فنحن لا نقوم بالأمور لهم بل ندعمهم يقودون الجهود ويجدون الحلول التي ستنجح لمجتمعهم.

نظرًا إلى أهمية منح جميع الأفراد صوتًا وضمنًا ترجمة هذا الصوت إلى خطوات عملية تتوافق مع الاحتياجات، حدد أصحاب الشأن عددًا من الاعتبارات الرئيسية اللازمة للنجاح. فقال أصحاب الشأن أولاً أنه من المهم العمل بانتظام مع المجتمع وتواجد أفراد الطاقم في المجتمعات وتحديثهم إلى الأفراد حول خبراتهم واحتياجاتهم وتفضيلاتهم. وذكروا أن ذلك يختلف عن المجموعات المركزة التي لا تجتمع سوى مرة واحدة، بل يتطلب تفاعلًا متواصلًا ينسجم مع توفر الأفراد الذين يحاولون إشراكهم وليس العكس.

لدى تقديم الرعاية الصحية للمشردين... نأخذ الوقت الكافي. لا نستعجل في عملية إدخال الناس وإخراجهم بسرعة. فلدى هؤلاء الأشخاص مشاكل كثيرة وفريقنا رائع وملتمزم جدًا بالعمل وبيد كل ما عنده. فقد ذهب فريقنا مثلًا عند الساعة الخامسة صباحًا للقاء بعض [عمالنا المشردين] للحرص على أنه يحصلون على الخدمات. لأنهم بحلول الساعة الثامنة صباحًا يكونون قد غادروا.

إلا أن أصحاب الشأن حذروا من أنه ثمة فرق مهم بين صوت هؤلاء الأفراد وصوت مؤسسات المناصرة وحشد التأييد التي قد تمثل السكان المحرومين. ففي حين يمكن لهذه المؤسسات المناصرة أن تقدم جيدًا صوت السكان المهمشين في العادة، فيجدر بضم هذه المؤسسات إلى طاولة القرار أن يكمل، لا أن يحل محل صوت السكان المعنيين مباشرة. ومع ذلك، أقرروا أن أصوات هذه المؤسسات بالغة الأهمية، وبخاصة لإيصال المشاغل المتصاعدة إلى المسؤولين الحكوميين سواء على مستوى الولاية أو الدولة ككل.

أعتقد أنه يجب أن يُقام في الوقت عينه حوارًا. وهذا ما روّجنا له بدءًا من المستوى الشعبي. ليس على مستوى المجتمع فحسب، بل على مستوى الأشخاص الذين يمثلون أصوات المرضى وصولًا إلى صانعي السياسات على المستوى الوطني. وقد شكّل ذلك سمة مميزة لنجاحنا في الولايات المتحدة وفي العالم ككل، بما في ذلك في عملنا مع منظمة الصحة العالمية ومعهد الطب والاتحاد الأوروبي، والجامعات ومنظمات المجتمع المدني حول العالم.

وليس من المهم أن تتيح منبرًا للنقاش فحسب، بل من المهم أيضًا التفكير في الخطوات التالية لضمان إشراك هؤلاء الأفراد بشكل مستدام. وقد سلط أحد المشاركين الضوء على قبيلة تُدعى دينيه نافاجو (Diné Navajo) قائلاً إنه ليس من المهم فقط منح الصوت لبعض المجموعات، بل من الهام أيضًا أن يعلموا ما عليهم فعله بهذا الصوت عندما تتسنى لهم هذه الفرصة.

تركز عبارة *Taa Hwo' Aji T'eeego* أي [عليّ أن أقوم بما يلزم لنفسي] بلغة نافاجو على الحب والأمل، فبدونهما لا وجود للتعليم أو الصحة المستدامة الاقتصادية. وهذا عامل ميسر رئيسي بالنسبة إليّ وإلى زملائي. إذ إنّ تركيز العائلة على عبارة *Taa Hwo' Aji T'eeego* برأيي مقارنة عرقية حكيمة يجب أن يتبعها الكل في الحياة. يتمحور الأمر حول التواصل بين الثقافات والنظر إلى بعد السلطة حول الناس ومنحهم صوتًا وحول مفهوم *Taa Hwo' Aji T'eeego* إذا ما تمت دعوتهم للمشاركة.

وأخيرًا، ذكر أصحاب الشأن أنه حتى عندما تحاول بعض المؤسسات معالجة التفاوتات، قد لا تنجح في تحقيق المساواة إذا تم غض النظر عن بعض السكان. وأشارت إحدى المشاركات بالتحدث عن عملها مع المثليات والمثليين ومزدوجي الميل الجنسي ومغايري الهوية الجنسانية، إلى أنه لطالما تم الفصل عبر التاريخ ما بين مبادرات المثليات والمثليين ومزدوجي الميل الجنسي ومغايري الهوية الجنسانية من جهة ومبادرات التنوع الأخرى.

أسفر ذلك عن عدم منح الصوت لمشاغل المثليات والمثليين ومزدوجي الميل الجنسي ومغايري الهوية الجنسانية في المجالات التي يتم فيها تناول احتياجات ذوي البشرة الملونة وغيرهم من السكان المهمشين. كما ينعدم صوت السكان ذوي البشرة الملونة وغيرهم من السكان المهمشين في مجالات المثليات والمثليين ومزدوجي الميل الجنسي ومغايري الهوية الجنسانية.

يستغرق إشراك المجتمع الهادف الوقت والمال

في حين أنه من المهم جدًا منح صوت لأفراد المجموعات الثقافية أو المجتمعات، عدد أصحاب الشأن أمثلة عدة للتشديد على أنّ هذا الإشراف ليس بعملية سريعة أو سهلة. وتم تسليط الضوء على بناء الثقة باعتبارها عملية ذات أهمية خاصة إنما تستغرق الكثير من الوقت.

وأشار أصحاب الشأن إلى الطريقة القديمة لتحسين الصحة، حيث كان المجتمع أو المؤسسة تستكمل تقييمًا للاحتياجات أو تستند إلى البيانات القائمة لرصد حاجة ما ومن ثم تطوير تدخل لمعالجة هذه الحاجة.

لقد شهدت على ذلك مرارًا وتكرارًا. نقوم بتقييم الاحتياجات الصحية ونصمم تدخلات بالاستناد إلى هذه البيانات ونطلقها ونفشل. لم يشرك أحد المجتمع، لم نقم صلة أو نبين الثقة. لم يكن من تأييد لدى إعداد [البرنامج]. تلقينا التأييد، ولكن، لم يرغب فيه أحد.

حتى وإن كانت هذه المقاربات ملائمة ثقافيًا ولغويًا، غالبًا ما تفشل فشلًا ذريعًا كما أشار أحد أصحاب الشأن. إذ إنّ هذه العملية، وفي حين أنها سريعة نسبيًا وتبدو منطقية، فهي تتجاهل أولويات المجتمع وتفضيلاته وفي الكثير من الحالات، لا يثق المجتمع بالمؤسسات التي تقدم له البرنامج أو الخدمات.

غير أنه من التحديات أنّ إنشاء هذه الثقة يستغرق وقتًا طويلًا يبدأ من بضعة أشهر ويصل حتى عدة سنوات. وأشار أصحاب الشأن بشكل خاص إلى أهمية بناء الثقة وإنشاء التزام طويل الأمد لدى العمل مع السكان المهمشين في العادة الذين يبدون انعدام ثقة عميق في الحكومة أو الغرباء الذين يصلون، يخبرونهم ما هي

مشكلتهم ويقدمون لهم طريقة لحلها (بدون إشراك أي مدخلات من المجتمع)، ومن ثم يغادرون. وفي حين أنّ هذه الخطوة لبناء الثقة في غاية الأهمية، إلا أنّه غالبًا ما لا يتم تمويلها بشكل كاف لتغطية قيمة الوقت والموارد اللازمة للقيام بالأمر بشكل جيد، وغالبًا ما تعد تكاليف أساسية مثل شراء المأكولات والمشروبات للفعاليات واللقاءات مع المجتمع تكاليف غير قابلة لإعادة السداد. ومن التحديات الأخرى أنّ المنح والهبات الحالية غالبًا ما تنتظر نتائج ضمن إطار زمني صغير نسبيًا (٦ إلى ١٢ شهرًا مثلًا) ولا تتيح الوقت الكافي ليطمئن بناء الثقة. وتوقع أحد أصحاب الشأن أنّه ربّما لذلك يتم الاعتماد إلى هذا الحد على تقييمات الاحتياجات التي يمكن إتمامها بشكل أسرع بكثير.

ليس ثمة تمويل لبناء العلاقات، ولا يسمح بتخصيص الأموال للمأكولات والمشروبات. اضطرت إلى إنفاق مالي الخاص لشراء الطعام، وعندما أتوا إلى المبنى، رأوا الطعام وتنشقوا رائحته، وكان الكثير منهم مستعدًا للبقاء والتكلم معنا. لكنّك لن تحصل على أي نتيجة عميقة بمجرد الجلوس لمرة واحدة، واستغرقنا الأمر شهرين من اللقاءات كل أسبوعين قبل أن ننجح بجمع مجموعة أساسية كل أسبوع. عندما يصدق الناس أنّك تريد حقًا أن تستمع إليهم، يصبحون مستعدين للمجيء بدون أن تُقدّم لهم الحوافز. فيثقون بك ويكونون على استعداد للمشاركة. وتتغاضى الهبات عن هذا الأمر نظرًا إلى الوقت الذي يستغرقه. أنا أعمل منذ سنة ونصف في حي واحد وها قد بدأنا الآن نتكلم عن النتائج الصحية التي تشغلهم. إنّها عملية طويلة فعلاً تستغرق الكثير من الوقت ويفقد الناس حماسهم فيعودون إلى تقييمات الاحتياجات التي يُنظر إليها على أنّها الطريقة الأكثر فعالية مع أنّها غير مؤثرة. ليس ثمة تمويل مخصص لبناء الثقة.

وأفاد صاحب شأن آخر يعمل مع عدة مجموعات سكانية قبلية أنّهم أمضوا العام الأول من عملهم في الميدان يلتقون بالقادة وغيرهم من الأفراد الذين يحظون بالثقة في المجتمعات القبلية وحتى أنّهم أمضوا معظم الوقت يستمعون بدلًا من التكلم. وقد أتاحت هذه الخطوة تنمية الثقة. وحتى بعدما تم بناء الثقة، تم تقديم الدعم والخدمات على شكل مساعدة فنية، في حين ترك التحكم بصنع القرارات والتنفيذ للقادة القبليين.

لا يتعلق الأمر بالنسبة إلى تنفيذ الممارسات الفضلى في هذه المرحلة، بل ببناء الثقة لنتمكن من تقديم المساعدة. في السنة الأولى هنا، عملت ميدانيًا والتقيت بالناس وكانت تلك الخطوة الأمر، أن ألتقي بالجهات المعنية وأستمع إلى التحديات التي يواجهونها وأصدر الأحكام المسبقة.

يتم بناء النظم حول العادات الثقافية السائدة، ما يصعب على العاملين مع ثقافات معينة إجراء تعديلات ثقافية

كما لوحظ، غالبًا ما تجتمع المجموعات الثقافية حول قيم وممارسات مشتركة حول الصحة والرفاه. غير أنّ الحجم الصغير نسبيًا للكثير من المجموعات الثقافية الأقلية، إلى جانب تحيز النظم على مر التاريخ عوامل تصعب على هذه المجموعات أو على حاشدي المناصرة والتأييد لها أن يمارسوا نفوذًا كبيرًا على النظم الكبيرة أو القوية. كما تعاني هذه النظم من درجة عالية من الجمود، حيث تعمل العمل المعتاد ما لم تأتي محفزات قوية وتفرض حصول تغيير. وبالتالي، عندما يطلب المؤيدون أو العملاء إدخال تعديلات مستنيرة ثقافية على السياسات أو طرق العمل، غالبًا ما يواجهون تحديات.

عندما نفكر في النظم الصحية، نجد أنّها مكان يعاني بوضوح من تحيز موفري الخدمات. وثمة حواجز أخرى متعلقة بالنظم علينا معالجتها لامتلاك ثقافة الصحة. نأمل من القادة في النظم الصحية ألا يقوموا

بتقدير قيمة [الاحتياجات الصحية الفريدة] للنساء ذوي البشرة السوداء أو الملونة فحسب، بل أن يستخدموا هذه القيم للمساعدة على تحسين مقاربتهم لتقديم العناية والوقاية.

غير أنّ أصحاب الشأن تشاركوا الطرق التي تقوم فيها بعض النظم الصحية بالتكيف مع مجتمعات المهاجرين المتنامية وغيرها من المجموعات التي قد لا تعتمد ثقافتها العادات السائدة عينها. فتحدث أصحاب الشأن مثلاً عن أن خدمات الترجمة باتت متاحة الآن في معظم مرافق الرعاية الصحية، لكنهم حذروا من أن حتى هذا التكيف الذي يبدو مباشراً قد لا يلبي احتياجات جميع المرضى، نظراً إلى الطيف الواسع من اللغات والمعتقدات الثقافية التي قد تتواجد في مجال خدمات معين. ووفر أصحاب شأن آخرون أمثلة عن مستشفيات بدلت سياساتها أو خففت حدتها في ما يتعلق بالولادة (عبر السماح مثلاً للأم بأخذ المشيمة معها إلى المنزل) والعادات المتعلقة بالوفاة (مثل السماح باستخدام غليون التدخين الشعائري في المنشآت التي يُمنع فيها التدخين). وأشار آخرون إلى فكرة أنّ بعض المؤسسات تقوم بمراجعة مهماتها لتعكس بشكل أفضل احتياجات السكان الضعفاء. ووصف المشاركون الطرق التي تمكنوا فيها من المناصرة للتعديلات الثقافية التي شملت كلا العمل مع النظم القائمة والمناصرة لإدخال التعديلات على السياسات. وأفادت إحدى أصحاب الشأن أنها تمكنت من معالجة الكثير من احتياجات عملائها الثقافية الفريدة عبر الحفاظ على قنوات التواصل والعلاقات الشخصية مع طاقم المستشفى. فسمح لها ذلك بدعم عملائها والمناصرة وحشد التأييد باسمهم بدون تقويض سياسات المستشفى. ووصف مشارك آخر يعمل في مجال الصحة الذهنية كيف تمكن من تحقيق المرونة ضمن الهياكل القائمة للسماح باعتماد مناهج علاج مختصة ثقافية رأى أنّها تلزم لتكملة مقاربات العلاج القائمة أصلاً:

لقد كانت [مؤسستي] منفتحة ومرنة في ما يخص وقتي، وقد منحني الوقت للقيام بأمر غير العلاج الفردي وتقديم المشورة في الأزمات... أحصل على ثماني ساعات للقيام بما أريده ولمساعدة الطلاب الذين أخدمهم.

يُذكر أنّ المشاركين الذين يناصرون تغيير النظام غالباً ما يفعلون ذلك في وقتهم الخاص، فيعملون خارج إطار مهمات مؤسساتهم لتوفير خدمات صحية مباشرة أو برامج لتثقيف الآخرين في مجتمعاتهم حول عادات واحتياجات ثقافات مختلفة. وأشار أصحاب الشأن أنهم يستخدمون مجموعة متنوعة من الاستراتيجيات لإيصال هذه الاحتياجات، بما في ذلك عقد دورات تعليمية متواصلة لمقدمي الرعاية الصحية وتقديم العروض لطواقم الجامعات وحضور اللقاءات المجتمعية وتقديم التدريبات إلى المنظمات في مجتمعاتهم. ولدى التحضر لهذه المحادثات، يفكر أصحاب الشأن بشكل صريح في الطرق التي قامت بها الثقافات الأوسع نطاقاً بقبولبة النظم التي يعملون هم لتغييرها. وألمح أحد أصحاب الشأن يعمل في الرعاية الصحية إلى أهمية فهم ثقافة الطب:

احذروا من ثقافات شركات التأمين والأطباء واختصاصي القلب. فلديهم ثقافتهم الخاصة. ونطرح على نفسنا السؤال: ما هو مخطئهم؟ وكيف يمكننا مساعدة ممثلي المجتمعات التي نحاول العمل معها على وضع احتياجاتهم ضمن إطار واضح؟

ووصف صاحب شأن آخر يعمل مع الأفراد المرتبطين بالجيش الطرق التي يمكن بها للثقافة العسكرية السائدة بتركيزها على سلامة الجسم، أن تسير عكس جهود تعزيز الصحة والتماس الرعاية الصحية. وذكر أنّ الكثير من أفراد الجيش لا يصرحون بالأمر إذا شعروا بالمرض أو تعرضوا للإصابة، إذ غالباً ما يعتبرون الأمر علامة ضعف:

عندما تكون في الجيش، هناك ثقافة سائدة... أنك إذا كنت مصاباً أو لا تقوم بحصتك من العمل أو لا يمكنك تقديم عمل جيد، يتركوك تتأخر عن الركب وتسير خلف أقرانك، وكان ذلك يُعتبر ضعفاً... لا أحد يريد أن يُعتبر ضعيفاً أو كسولاً.

وأشار هذا المشارك إلى أنّ قدامى المحاربين العائدين الذين يحاولون إعادة الانخراط في النظم المدنية يواجهون الموقف السائد بأنّه عليهم ألا يُصابوا بالأذى أو المرض حتى ولو لم يكن الأمر يثير الامتعاض كما هو الحال في الجيش. كما وصف هذا المشارك الطرق التي على أفراد الجيش السابقين تكييف نظرتهم لنظم الصحة مع انتقالهم من النظام العسكري إلى النظام المدني:

[في الجيش] تشعر أنك لا تمتلك رأيًا في أي شيء. عندما ترى مقدم رعاية صحية، لست مدربًا ولا تشعر أن أمامك خيارات. بل تتوقع أن يجري فحصك وأن تفعل ما يُطلب منك. فالأطباء في الجيش هم ضباط، لذا عليك أن تفعل ما يطلبونه منك.

كما لوحظت وجهات النظر عينها حول الصحة والطب والأطباء وغيرهم من مقدمي الرعاية الصحية في ثقافات أخرى أيضًا. ويبين هذا المثال تعقيد تكييف جهد (مثل الرعاية المركزة حول المريض في هذه الحالة) مع سياق ثقافي تعمل فيه التوقعات السائدة عكس أهداف الجهد الذي يتم بذله (أي أن المريض لا يشعر أنّ بإمكانه أن يكون في محور الرعاية). وذلك يشدد على أهمية التفكير بالطريقة التي تتفاعل بها مختلف الثقافات مع ثقافة النظم الأوسع نطاقًا لتأمين صحة ورفاه الأفراد والمجتمعات.

تؤدي الثقافة المؤسسية دورًا مهمًا في مدى كفاءة المنظمات في تناول الثقافة

تحدث أصحاب الشأن عن أهمية الثقافة المؤسسية لتناول الثقافة بالشكل الملائم في جهود الصحة والرفاه. إذ يمكن للثقافة المؤسسية أن تشكل حاجزًا إذا لم تعكس بالشكل الكافي المجتمعات التي تخدمها. وقد ناقش أصحاب الشأن مثالًا فكرة أنّ غالبية من يؤدون أدوار السلطة في مجتمعات كثيرة هم ذكور من البشرة البيضاء. ونتيجةً لذلك، فغالبًا ما تعكس هيئات حكمنا ونظمنا ومؤسساتنا التجارية في المقام الأول، سواء عمدًا أو عن غير قصد، وجهة نظر من في السلطة.

ولاحظ أصحاب الشأن أنه يمكن للثقافة المؤسسية أن تؤدي دور عامل ميسر لهذه الجهود عندما تعمل المؤسسة لتعزيز التنوع والاندماج وبناء ودمج القيم متعددة الثقافات في الممارسات اليومية وفي العمل الذي تضطلع به باعتبارها مؤسسة. وجرى ذكر أوجه عدة من الثقافة المؤسسية على أنّها تشكل عوامل ميسرة مهمة لتناول الثقافة في مكان العمل، بما في ذلك ممارسة ما تعظ به عبر عرض الصحة السليمة للمجتمع. ويمكن لذلك أن ينطوي على خيارات مأكولات أكثر عناية وتطوير سياسات تقدر قيمة الثقافات والمعتقدات الشخصية لتعزيز التوازن بين العمل والحياة الشخصية وتقديم فرص تطوير مهني للطاقم. وأشار أصحاب شأن آخرون إلى أهمية ضمان أن طاقم البرنامج يعكس على جميع مستوياته تنوع الأفراد الذين يعمل لخدمتهم وأضافوا أنه من الأفضل حتى بعد عندما يتم ضم أفراد من المجتمع أو عملاء إلى فريق العمل أو كمستشارين.

من الأسهل تحقيق الكفاءة الثقافية عندما تدمج المؤسسة عينها قيمة متعددة الثقافات في ممارساتها العملية اليومية ونماذج توظيفها وغير ذلك. فيمكن عندئذ للمؤسسة أن تعكس تلك العقلية في المجتمع الذي تعمل فيه بدون أن يبدو الأمر حلاً مستدرجًا أو تم ضمه لاحقًا. بدءًا من مجلس إدارتنا، لدينا مجلسًا في غاية التنوع، وكان ذلك مقصودًا سواء من حيث العمر أو الجندر أو العرق، يمكنك ملاحظة التنوع في مجلسنا لأننا أردنا التأكيد على فكرة تقديمية جدًا مفادها أن الرفاه أمر مهم للجميع. وقد أردنا تعزيز طبيعة هذا التنوع والشمولية. من المفيد أن يشكل أفراد فريق عمل المؤسسة جزءًا من المجتمع وأن يكونوا عملاء في أغلب الحالات أيضًا. فذلك يساعد على ضمان تأييدهم عملية جعل العملاء سالمين ويتمتعون بالرفاه.

ووصف أصحاب الشأن الطرق التي تنطبق بها النقاط الأنف ذكرها المتصلة بالثقافة المؤسسية جيداً أيضاً على قياداتنا المحلية والوطنية وعلى مستوى الولايات.

لدينا الكثير من الثقافات في مجتمعنا، وأعتقد أن أحد الأمور التي علينا الاستمرار في فعلها هو ضمان أنّ الأشخاص الذين يعملون في البلدية يعكسون ثقافات الأشخاص الذين نحاول خدمتهم. ذلك لا يتم حالياً. وذلك يشكل فجوة كبيرة في التفاهم. من الصعب علينا معرفة ما إذا كانت نوايانا تترجم أو تفسر كما نريد نحن.

كما ذكر أصحاب الشأن أنه في حين يمكن للثقافة المؤسسية أن تؤثر في مدى إمكانية هيئات الحكم والمؤسسات على معالجة الاختلافات الثقافية في مجتمعاتهم، من المهم أيضاً فهم الثقافة المؤسسية لبناء الشراكات. وصرح المشاركون أنه من المهم فهم الاختلافات الثقافية أيضاً لبناء الشراكات. وقال المجيبون إنه من الهام فهم الاختلافات الثقافية لدى السعي إلى إشراك قطاعات أو نظم أخرى.

يتطلب الاضطلاع بعمل ممتاز في ما خص المساواة في مجال الصحة مقاطعة العمل المعتاد والمجازفة. فأن تكون ملتزماً بالعمل من حيث المبدأ أمرٌ، وأن تعمل لتبديل الطريقة التي تقوم بها بالأمور وتضع نفسك في مكان الآخرين لكي تكون منفتحاً على العمل في المجتمعات بطريقة مختلفة أمرٌ آخر تماماً.

الخاتمة

ذكر العديد من أصحاب الشأن أنهم استفادوا من السياقات الثقافية في جهود تحسين الصحة المجتمعية في بيئات تقليدية وغير تقليدية. كان من المهم لهم بشكل خاص التفكير في الوقت والطريقة التي يريد السكان أن يتم إبراز أوجه معينة من ثقافتهم في الواجهة. ويتطلب القيام بذلك تطوير فهم للسياقات الثقافية يلزم الكثير من الوقت والمال لبناء الثقة. غير أنّهم أشاروا إلى أن بعضاً من التحديات المرتبطة بهذا العمل تقوم على قيود اصطناعية موضوعة على استخدام الأموال، كما وجدوا زمنية غير منطقية لبناء شراكات هادفة تدوم طويلاً مع المجتمع وسائر أصحاب الشأن، ما يعني أنّ ثمة حاجة إلى تخفيف القيود حول الطريقة التي يمكن بها إنفاق الأموال بحيث تكون مفيدة إلى أقصى حد للجهود وتسهّل تطوير الجهود التي لا تفيد مجموعة سكانية مهمشة فحسب، بل تفيد الآخرين أيضاً، ما يساعد على بلوغ المساواة الفعلية في مجال الصحة بدلاً من تحقيقها لمجموعة معينة واحدة. وتشير النتائج إلى أنه من شأن أصحاب الشأن الاستفادة من تجميع أفضل الممارسات للمساعدة على تشجيع صوت السكان المهمشين والمؤسسات الأصغر حجماً التي تخدم السكان المحرومين والحفاظ عليه.

5

حوافز لتعزيز الصحة والرفاه

قامت المقابلات التي درست استخدام الحوافز لتعزيز ثقافة الصحة باستكشاف الطرق التي يتحمس بها الأفراد والمؤسسات لتعزيز الصحة والرفاه. وبحثت هذه المقابلات في الطرق التي يمكن بها لبرامج الرفاه أن تحفز الأفراد على تحسين سلوكياتهم الصحية، والطرق التي يمكن بها تحفيز أصحاب العمل لاستحداث تدخلات تحسّن صحة موظفيهم، والطرق التي يمكن بها تحفيز مختلف أصحاب الشأن للعمل معًا من أجل تنفيذ وتمويل برامج مثبتة وكفوءة تحسن الصحة على مستوى المجتمع. كما وصف أصحاب الشأن العوامل التي تؤثر في فعالية واستدامة هذه الحوافز في دفع المشاركة في تعزيز الصحة. ففي حين أنه بإمكان التمويل الخارجي أو الهبات المساعدة على النهوض بالأنشطة من خلال مبادرات أو برامج صحية محددة، أفاد أصحاب الشأن أنّ هذه الجهود غالبًا ما تتضاءل مع نهاية التمويل. وشدد أحد أصحاب الشأن على أنّ نتائج مبادرات الصحة طويلة الأمد تحددها إلى حد ما الهبات التي تتلقاها لمدة قصيرة وعلى أنّ هذه الأموال ليست كافية. فبعد انتهاء فترة الهبة التي امتدت على مدى سنتين، علمت مؤسسة صاحب الشأن أنّه يجدر ضمان استدامة الجهود، ولكن، لم يعد من دعم مالي. فحاولوا الحفاظ على المبادرة باللجوء إلى مصادر دعم مالي أخرى، لكنّ ذلك لم يكن بدرجة التمويل عينها التي حظوا بها في السنوات السابقة.

ومن المواضيع التي برزت، نذكر استخدام مزيج من الحوافز قصيرة وطويلة الأمد والدروس المستفادة من نظم الحلقة المقفلة (حيث يقوم أولئك الذين يستثمرون بجني العوائد من التحسينات) والطرق التي يمكن بها للدفع مقابل النجاح وغيره من نماذج الحوافز المؤسسية أن يحفز التغييرات في النظم على المدى الأطول.

يتطلب تحفيز الأفراد مزيجًا من الحوافز قصيرة وطويلة الأمد تتوافق مع تفضيلات الأفراد

أشار أصحاب الشأن الذين يستخدمون الحوافز لتعزيز الصحة والرفاه، من مؤسسات وأفراد، إلى أنّه ليس ثمة مقارنة واحدة تناسب الجميع لتحفيز الأفراد على أخذ زمام المبادرة. إذ يختلف الأفراد من حيث نوع وكمية الحوافز اللازمة لحثهم على العمل. ففي حين يتجاوب بعض الأفراد جيدًا مع الحوافز المالية، قد يندفع آخرون

أكثر بأهداف شخصية مثل التمكن من اللعب في الخارج مع أطفالهم أو أحفادهم لفترة أطول. ولاحظ أصحاب الشأن أنه في حين يمكن الاستفادة من هذه الاختلافات لدى العمل مع الأفراد، إلا أنه يمكن لهذه الاختلافات أن تكون حافلة بالتحديات على المستوى المجتمعي، حيث قد لا يكون الجميع متحمسًا بالقدر عينه إزاء الحافز الذي يتم تقديمه. للمساعدة على التصدي لهذا التحدي، طوّر بعض أصحاب الشأن برامج حوافز شخصية أكثر لمجتمعاتهم، حيث يجني المشاركون النقاط لدى تحقيقهم أهدافًا شخصية أو المشاركة في الفعاليات المجتمعية، ويمكنهم بعدئذ استبدال النقاط بالمكافآت التي يختارونها.

كما ذكر المشاركون أهمية التفضيلات الزمنية لدى تصميم بنية برنامج حوافز كفؤ. إذ يميل الناس إلى التصرف استنادًا إلى مصالحهم قصيرة الأمد، حتى ولو كان بإمكانهم حصد منافع إضافية من الاستثمار على المدى الأطول في صحتهم. وسارع أصحاب الشأن إلى الإشارة إلى أنّ هذه العقلية لا تقتصر على السكان بشكل عام، حيث نرى الأمر في قطاعات عدة مختلفة. إذ غالبًا ما يقوم قادة الأعمال، على سبيل المثال، باستثمارات أو قرارات متعلقة بالبرامج من شأنها أن تسفر عن مكاسب قصيرة المدى لمساهميهم بدلًا من منافع طويلة المدى قد تسفر عن قوى عاملة أكثر صحة وإنتاجية أعلى ونسبة تبدّل أدنى للموظفين. ونظرًا إلى أنّ الكثير من منافع السلوكيات الصحية، مثل تناول الطعام الصحي وممارسة النشاط البدني والتوقف عن التدخين تسفر عن منافع على المدى الطويل وليس القصير، أشار أصحاب الشأن إلى الحاجة إلى اكتشاف كيفية التوفيق بين الحوافز قصيرة المدى وطويلة المدى.

نحن نميل إلى تفضيل مصالحنا قصيرة المدى بدلًا من الطويلة المدى منها. اليوم أسهل/أكثر راحة، لذا سأفعل ما يحلو لي الآن. يفضل 15% من الناس أن يأخذوا 100 دولار اليوم بدلًا من الانتظار شهر لأخذ 200 دولار. وقد يبدو الأمر غير منطقي بتاتًا لمعظم الناس، إلا أنّ هؤلاء الأفراد أكثر عرضة للسمنة ومشاكل الإدمان وغيرها وعلينا إيجاد حوافز أفضل تتعامل مع هذه العقلية.

سلّطت الجهات المعنية الضوء على أنه يجب على تصميم الحوافز أن يكون هادفًا وسهلاً ولكنه أيضًا متصل بفهمنا لما يحدث تغيير السلوك. ولفت صاحب شأن إلى بحوث تبين أن مجرد خفض صغير في أسعار المأكولات لا يبدّل السلوك بشكل كبير، لكنّه من شأن خفض أكبر في الأسعار (15% أو أكثر) أن يدفع عدد أكبر بكثير من الأشخاص إلى البدء بتغيير سلوكهم، مع الإشارة إلى أنّ هذه المعلومة قد تعود بالفائدة لتصميم برنامج حوافز كفؤ (فرنش French, 2003). وقدم أحد أصحاب الشأن مقاربة لتحفيز الصحة بالاستفادة من فهم السلوك البشري وعكس الطريقة التي يتم فيها تقديم الحوافز في العادة. فبدلًا من تقديم مكافأة لدى تحقيق الهدف، علمًا أن المكافأة في هذه الحالة كانت جهازًا باهظًا للمساعدة على تحقيق أهداف الصحة واللياقة البدنية، تم تقديم المكافأة للأفراد منذ البدء. وطالما بقي نشاطهم عاليًا، تمكنوا من الاحتفاظ بالجهاز مجانًا، ولكن، لدى انخفاض نشاطهم، تعيّن عليهم الدفع للحفاظ على الجهاز. وبالتالي، استخدموا التخوف من الخسارة دافعًا، وتدعم قاعدة أدلة نظرية وتجريبية استخدام هذه المقاربة لفقدان الوزن (فولب Volpp وآخرون، 2008). واعتبر ذلك بمثابة حافز ناجح جدًّا للحث على التغيير.

يتجاوب الناس جيدًا مع خسارة شيء يشعرون أنّه من حقهم، لذا فقد أثبت هذا النوع من الحوافز جودته. وحتى من بإمكانه تحمل تكلفة [الجهاز] بنفسه، يريده مجانًا فيحافظ على مستويات عالية من النشاط.

كما ذكر بعض أصحاب الشأن أنه في حين ثمة قيمة لاستخدام الحوافز لتحقيق نتيجة صحية على المدى القصير، إلا أنّ ثمة مخاوف من أن تقديم الحوافز باعتبارها دافعًا خارجيًا قد يقصي ربّما الدوافع الداخلية. ومع أنّ ثمة حاجة إلى مزيد من البحوث لفهم ما إذا كان الأمر صحيحًا، إلا أنّ ثمة بعض الأدلة التي تدعم فكرة أن النجاح على نطاق أصغر قادر على المساعدة على بناء الكفاءة الذاتية أو إيمان الشخص بقدرته الخاصة

على تحقيق المهام أو الأهداف (بندورا Bandura، 1997). يمكن للنجاحات الصغيرة على سبيل المثال أن تسمح للأفراد بتحقيق مستوى أفضل من الصحة أو الرفاه، ما يمكن أن يُنشئ بدوره اندفاعًا داخليًا للحفاظ على التغييرات أو ربما السعي لتحقيق هدف صحي آخر، حتى بدون حافز. غير أن أصحاب الشأن أشاروا إلى الحاجة إلى مزيد من البحوث للفهم بشكل أفضل كيفية مساعدة الأفراد على القيام بهذه النقلة لكي يتابعوا تحسين صحتهم ورفاههم في مجالات أخرى من حياتهم. وتساءل صاحب شأن مثلًا ما إذا كان بإمكان تقديم الوجبات الخفيفة الصحية بعد فصل تمارين رياضية مجتمعي أن يساعد الأفراد على رؤية الرابط ما بين الصحة والتمارين الرياضية والطعام ومساعدتهم ربما على الشروع إلى تحقيق هدف صحي جديد يتعلق بالتغذية.

تعزز نظم الحلقة المقفلة الاستثمار في الحوافز الفردية وتسهّل استدامة النتائج

لدى مناقشة قضايا الاستثمار في الحوافز واستدامتها، أشار أصحاب الشأن إلى بيئة أو نظم الحلقة المقفلة حيث يكون أولئك الذين يدفعون كلفة الحوافز مقدمًا هم المؤسسات أو الجهات عينها التي تحقق الوفورات في التكاليف أو زيادة العائدات في بعض الحالات، نتيجة التبدلات السلوكية التي تم تحفيزها. وأفاد أحد أصحاب الشأن، مثلًا على ذلك، عن شراكة فريدة ما بين شركة تأمين على الحياة ومتجر بقالة، حيث قام الاثنان معًا بخفض سعر المأكولات الصحية بـ 25% للأفراد الذين لديهم بوليصة تأمين على الحياة. فلم يحم الحافز المالي بالترويج لخيارات المأكولات الصحية فحسب، بل عاد بالمنفعة أيضًا على متجر البقالة، حيث زاد الحركة التي يشهدها وعاد بالمنفعة على شركة التأمين على الحياة من حيث زيادة طول عمر حاملي البوليصة وخفض المدفوعات لهم. ونجح هذا الخفض في الأسعار في استهلاك المأكولات الصحية. وأشار بعض أصحاب الشأن إلى أن تقديم الحوافز مثل خفض أقساط التأمين الصحي، منطقي من الناحية المالية، والتكلفة التي أضافتها الحوافز ما هي سوى ثمن ضئيل يُدفع مقارنةً بالوفورات الناجمة عن تحلي الأفراد بصحة أفضل. وقال أحد أصحاب الشأن: «علينا الحرص على حساب ميزانيتنا العمومية بالشكل الصحيح، وإلا سيتعين علينا إشهار إفلاسنا». ومن اللافت أن أصحاب الشأن أشاروا إلى إنه في حالات كثيرة، لا تكون الحلقة مقفلة، حتى ضمن مؤسسة محددة. إذ تفصل شركات كثيرة قسم الشركة الذي يبحث في التأمين الصحي الذي عليه تغطيته (والذي يُعتبر تكلفة على الشركة) عن برامج المنافع الصحية أو الرفاه (التي تُعتبر منفعة). وبتعبير آخر، لا يكون الشقان مربوطين لا ماليًا ولا بأي طريقة أخرى. ومن شأن إقفال الحلقة المالية ضمن المؤسسات في ما يخص الصحة والرفاه أن يساعد على تحسين مستوى الرفاه في مكان العمل.

نظرًا إلى أن الأغلبية الساحقة من التكاليف تُنفق على العلاج والاستشفاء، فيمكن حتى لتحسين قدره 0.5% أن يشكل توفيرًا كبيرًا للشركة. إلا أن شركات كثيرة تختار برنامج الرفاه الأرخص بدلًا من الأكثر فعالية.

كما رأى أصحاب الشأن أن هذا التوفيق بين الاستثمار والعائد على الاستثمار قد يكون السبب الذي يدفع القسم الأكبر من الاستثمار في الأثر الاجتماعي إلى التركيز على القطاع العقاري، حيث تتم استعادة الاستثمارات من خلال الإيجار وإعادة بيع العقارات. وتبرز التحديات عندما لا يكون هناك رابط واضح أو حلقة بين الجهة التي تقوم بالاستثمار وبين العائد على الاستثمار. ووصف أحد أصحاب الشأن هذا الأمر على أنه «مشكلة الجيب الخاطئ»، أي أن العائدات من البرامج الناجحة لا تعود إلى «جيب» المستثمرين الأساسيين أو أنه يتم تقاسم العائدات بين باقة واسعة من المستفيدين. وتوقع صاحب الشأن المذكور أن هذا هو السبب الذي يزيد صعوبة الاستثمار في رأس المال البشري، وبخاصة عندما يكون تحقيق المكاسب سيتم بعد سنوات عدة. ويشير ذلك إلى الحاجة إلى إيجاد وتوليد وجهات نظر ومفاهيم أطول مدى حول الاستثمار.

تُقَدَّم الحوافز الآن إلى حد كبير للاستثمار في التطوير العقاري، إذ ثمة آليات لتحفيز المصارف للاستثمار في الأحياء ذات الدخل المتدني. وأود أن أرى هذا الاتجاه يتحول إلى تنمية رأس المال البشري. فليس ثمة أدوات استثمارية لتحفيز ذلك. إذ إنَّ الإيجار يرد المبلغ المستثمر، ولكن، في حالة [التعليم] في مرحلة الطفولة المبكرة، ما الذي يردُّ هذا الاستثمار؟

ووصف أصحاب شأن آخرون هذه الحلقة المقفلة بتعابير جغرافية. فذكر أحدهم أنَّ العمل الذي قامت به شركة كايسر (Kaiser) في هاواي، في جزيرة ماوي، خير مثال على نظام الحلقة المقفلة المشار إليه (كايسر برمانينتي Kaiser Permanente, 2017). وأفاد صاحب الشأن أن كايسر تستثمر في عوامل المنبع في المجتمع لبناء الصحة والرفاه منذ سنٍّ مبكرة، نظرًا إلى أنَّ كايسر شركة تأمين صحي رائدة للأفراد المقيمين على الجزيرة. وأضاف أنَّ هذه المبادئ عينها يمكن تطبيقها على نظم الحلقة المقفلة في المواقع الريفية أو المنعزلة، حيث يمكن لجهة ممولة واحدة أن تتحمل عبء تكاليف مجموعة سكانية منفصلة إلى حد ما. وفي هذه الحالات، يمكن للاستثمار المسبق في حوافز لتعزيز الصحة والرفاه أن يؤثر إيجابًا في أرقامها النهائية. واللافت أنَّ أصحاب شأن آخرين لفتوا الانتباه إلى أنَّ نظام الحلقة المقفلة قد يكون مجز لدى التفكير في نظم المستشفيات أو مقدمي الخدمات في المناطق الصغيرة المنعزلة الذين قد يكسبون عائدات أكبر من عدد أكبر من الزيارات. وفي هذه الحالات، تميل هذه الجهات بنسبة أقل بكثير إلى الاستثمار في برامج الحوافز التي من المرجح أن تسفر عن خسارة في العائدات.

ليست جميع الحوافز نقدية

أقرَّ أصحاب الشأن إنه في حين أن للعديد من الحوافز قيمة نقدية، إلا أن قرار المشاركة في نشاط أو جهد يعزز الصحة لا تحرّكه المكاسب المادية في العادة، إنما عوامل أخرى مثل الرغبة في إنقاص الوزن أو البقاء بجانب الأولاد أو الأحفاد أو بهدف الحدِّ من التوتر. وأشار أصحاب الشأن إلى أن ذلك يعني عمليًا أنه يجب تصميم برامج الرفاه بحيث يمكن استخدامها بطرقٍ عديدة ومختلفة. لكل شخص سبب مختلف يدفعه للمشاركة في سلوكيات تعزيز الصحة، ويكمن السر في العثور على الحافز أو السبب الكامن وراء اهتمامه بإحداث التغيير. وبعد ذلك، يمكن مطابقة الحوافز لتناسب مع كل من الدوافع. كما أنه من المهم تحديد الدافع الأساسي لتحقيق استمرارية الأنشطة على المدى الطويل، والسبب هو أنه حتى لو زال الحافز، فإن الدافع الأساسي يبقى قائمًا. إلى ذلك، تساعد مطابقة الدوافع الفردية مع القيم الصحية المشتركة في المجتمع على تعزيز الاستمرارية لأن التغييرات الإيجابية تُعتبر أيضًا مساهمة في تغيير الوضع.

ذكر أحد أصحاب الشأن أن الحافز بحد ذاته ليس الدافع، إنما هو المسرّع الذي يدفع الناس إلى البدء بالتغيير. ويفترض نموذج نظرية التغيير أن نوايا تغيير السلوكيات الصحية والتغيرات السلوكية نفسها تتقدم من خلال مراحل متعددة من الجهوية (بروشاسكا Prochaska وفيليسر Velicer, 1997). وبالتالي، يرى أصحاب الشأن أنَّ بعض الحوافز أكثر فاعلية في دفع الأفراد للتغيير في مراحل يكونون فيها أكثر استعدادًا لإجراء التغييرات.

لا أعتقد أن الجوائز هي التي كانت تحثُّ الناس، بل إننا وضعناهم في مرحلة التغيير التي أرادوها. ولا أعتقد أن عملنا يغيّر الناس من هذه الناحية، بل ندفعهم للقيام بذلك عندما يكونون في مرحلة الاستعداد.

في ما يتعلّق بالتغيير المؤسسي أو النظامي، أشار أصحاب الشأن إلى أنه في حين أن بعض الناس لا ينجذبون سوى إلى المكاسب المادية المحتملة، فإن معظم المستثمرين الذين يسعون إلى رؤية التأثير (مثل الأفراد المعنيين بالعمل الخيري والمصارف) تدفعهم أيضًا فرصة الإسهام بشكلٍ إيجابي في تنمية رفاه المجتمع. وكما أشار

أحد أصحاب الشأن: إنَّ دافعهم هو الرسالة وليس المال فحسب. وذكر العديد من أصحاب الشأن ذوي الخبرة في نموذج الدفع مقابل النجاح بشكل واضح أن المستثمرين الأساسيين في المشاريع المتعلقة بالدفع مقابل النجاح لا يقومون بالأمر من أجل المال، إذ إن هذا الاستثمار ليس جيدًا من حيث المخاطر والعائدات، وهناك العديد من الخيارات الأفضل للمستثمرين إذا كان هدفهم يقتصر على كسب المال. إلا أنهم يؤمنون بكون الصحة قيمة مشتركة، ونتيجة لذلك، فهم يدعمون الجهود التي قد تؤدي إلى تقديم خدمات مرتبطة بالصحة ذات قيمة أعلى للجميع. وتتضمن الحوافز الأخرى للمستثمرين فرصة قبولية كيفية اتخاذ الحكومات القرارات المتعلقة بالبرامج. وفي ما يتعلق ببرامج الرفاه في مكان العمل أو المجتمع، أشار العديد من أصحاب الشأن إلى حافز أكثر غيرية، ومرة أخرى، إلى كون الصحة قيمة مشتركة. وفيما يقرُّ أصحاب الشأن بأن برامج الرفاه مكلفة وهم على يقين بأن ما يحدث أصحاب العمل على إنشاء واستخدام برامج الرفاه في مكان العمل قد يكون نقدياً (مثل تقليص تكاليف الرعاية الصحية للموظفين)، يهتم بعض أصحاب العمل بصحة ورفاه موظفيهم، الأمر الذي يحرك برامج الرفاه الخاصة بهم.

تدفع المؤسسات لفعل أمرين: تحسين صحّة ونشاط الموظفين وخفض النفقات... لتوفير المال وتحسين الإنتاجية والمعنويات. فما يقلق [المؤسسات] هو أن تسوء صحة موظفيها... ويجب أن نتذكر أن هذه المؤسسات تنفق المال وتحمل الخسائر المادية المحتملة. لذا فهي تريد الحصول على عائدات على الاستثمار والاستفادة من ذلك، فلن تبدأ إن لم تكن تهتم بالنتائج الصحية. لذا، ما لم تكن مهتمة بالفعل، فهي لن تطلق [برنامج الرفاه] في المقام الأول. لدى [أصحاب العمل] دافع لأنهم في نهاية المطاف يغيرون حياة الناس... نحن نغير حياة الناس للأفضل من خلال تفادي المعاناة والوفاة. وبالتالي ينتابنا شعور بالإنجاز والمكافأة.

أثار أصحاب شأن آخرون نقاطاً مشابهة إنما في سياق دفع السلوك الفردي. واقترح أحدهم أنه في حين أن الحوافز يمكن أن تساعد على الاندفاع الخارجي وقد تحثّ الموظفين على الاهتمام بصحتهم ورفاههم، فإن الدوافع الداخلية مهمة جداً للنجاح والاستمرارية.

بدلاً من النظر للأمر من وجهة نظر أنه عليك [ممارسة التمارين الرياضية]، يجب أن تفعل ذلك لأسباب شخصية للغاية. التمرين هو منحة، أكره القيام به لكنّه منحة أكثر مما هو واجب، أريد أن أقوم بالتمارين الرياضية وأريد أن أمنح نفسي هذه المنحة لأنها تشعرني بأنني ناجح وتؤدي إلى النجاح.

لبعض نماذج الحوافز مثل الدفع مقابل النجاح القدرة على العمل بوصفها محفزات لتغيير النظم

إن نماذج الدفع مقابل النجاح طريقة مبتكرة لتمويل التدخلات الفعالة التي تحسّن الصحة والرفاه وقد تم تمويلها رسمياً باعتبارها بنوداً أساسية في الميزانيات الحكومية أو عن طريق عقود حكومية. بهدف نجاحها (لبيتم اعتمادها في الغالبية العظمى من الحالات كمشاريع دفع مقابل النجاح)، يجب توفير دليل على أن هذا التدخل يعمل لتحسين النتائج. (انظر الملحق A للمزيد من التفاصيل عن نماذج الدفع مقابل النجاح ولروية مثال من المقابلات التي أجريناها). تتطلب عقود الدفع مقابل النجاح بيانات تثبت بأن النتائج قد تحققت. فلا يتم الدفع لمقدمي الخدمات والمستثمرين إلا عند تحقيق النتائج المنصوص عليها في العقد. ونتيجة لذلك، فلنموذج الدفع مقابل النجاح القدرة على تغيير عملية صنع القرارات الحكومية النموذجية بشأن البرامج التي يجب استخدامها في خدمات معينة، وكيفية تسديد تكاليف مقدمي الخدمات (مثل مدفوعات تحقيق النتائج مقارنة بالمدفوعات

المستندة إلى كمية الخدمات المقدمة)، بالإضافة إلى طرق استخدام البيانات من قبل جميع الأطراف المعنية. من ناحية أخرى، يسلط نموذج الدفع مقابل النجاح الضوء على القيود المفروضة على القدرات والتحديات التي تطرأ جراء تأييد الحكومة وتغيير القيادات، والمشاكل المتعلقة بالطرق التي عادةً ما يتبعها مقدمو الخدمات غير الربحيين في أعمالهم. تؤثر هذه العوامل الداخلية في نجاح مشاريع الدفع مقابل النجاح، إلا أنه لها أيضًا تداعيات على استمرارية النموذج داخل المجتمع والتغييرات التي تطرأ من جرائه.

يمكن للحوافز أن تحفز تغيير النظم في هيئات الحكم والمنظمات الخيرية والمنظمات غير الربحية

علّق أصحاب الشأن أنه في حين أن هيكل الحوافز المضمن في نموذج الدفع مقابل النجاح هو العامل المحفّز للتغيير، فإن الحوافز نفسها لا تضمن التغيير المستدام. إذ لا تُعتبر الحوافز الموجودة حاليًا في نماذج الدفع مقابل النجاح، التي هي بالعادة استثمار خاص، في الواقع قابلة للتطوير بدون اقتناع المعنيين في الحكومة بأنهم يستطيعون ويجب أن يدفعوا مقابل النتائج الناجحة الناتجة عن الخدمات، بدلًا من الدفع مقابل كمية الخدمات المقدمة بغض النظر عن تأثيرها. بعبارة أخرى، يتطلب الأمر تغييرًا على مستوى الأنظمة في الطريقة التي تفكر بها هيئات الحكم في سداد تكاليف الخدمات، الأمر الذي يتعارض مع الوضع الراهن. وقد عرض أحد أصحاب الشأن الأمر على الشكل الآتي:

لا يفي التمويل وحده بالغرض ويتطلب التقدم رأس مال مجازف ولا يمكننا الحصول على التمويل من رؤوس المال الرئيسية. نحن بحاجة إلى منظمات خيرية أو هيئات حكم محلي، ونموذج الدفع مقابل النجاح ليس بعضا سحرية. بل يكمن الحل السحري في الإثبات لهيئات الحكم أنه عليها أن تدفع لنيل النتائج، وحثها على المخاطرة.

لقد لاحظ أصحاب الشأن هذا الأمر في مستويات حكومية مختلفة، مثل تقديم الحكومة الفيدرالية التمويل لتحفيز نتائج هيئات الحكم المحلي باستخدام الدروس المستفادة من الدفع مقابل النجاح لتغيير عملياتها. بالإضافة إلى تغيير عملية اتخاذ القرارات الحكومية إلى توجه قائم على النتائج، يمكن أن يكون للنماذج المبتكرة مثل نموذج الدفع مقابل النجاح تأثيرًا في الأنظمة الأخرى. وأقر أصحاب الشأن بالتحديات التي تطرحها نماذج تمويل الرعاية الصحية التقليدية مثل الرسوم على الخدمات التي تمثلت بالدفع لمقدمي الخدمات والأنظمة مقابل الخدمات بدلًا من الدفع مقابل القيمة أو النتائج، وأشاروا إلى أن الانتقال إلى نماذج جديدة لتسليم المدفوعات تركز على النتائج والقيمة محرّك ضروري للتغيير:

في نظام الرعاية الصحية، أوصلت الحوافز المالية (مثل رسوم الخدمة) النظام إلى ما هو عليه اليوم. وبهذه الطريقة، سوف يحدث تعديل الحوافز تغييرًا. إذا كان علينا قياس النتائج للحصول على التمويل الحكومي، فسوف يقوم الجميع بقياس النتائج وبالتالي تعمل الحوافز محرّكًا جيدًا للنظام.

وصف أصحاب الشأن الطرق التي وُفّرت من خلالها نماذج الدفع مقابل النجاح أسواق جديدة في الولايات القضائية حيث يتم تطبيقها، الأمر الذي شجّع الشراكات الخيرية بين القطاعين العام والخاص حيث لم تكن موجودة من قبل. وقد وصف أحد أصحاب الشأن هذه التغييرات بأنها تعمل لتحقيق "نقطة تحول" بحيث يكون ذلك تحولًا نحو المزيد من التمويل المستند إلى النتائج. وأخيرًا، تبين أنّ لدى الدفع مقابل النجاح القدرة على تغيير طريقة جني المؤسسات غير الربحية الأموال. وقدّم أصحاب الشأن أمثلة عن كيفية تحول مشاريع الدفع مقابل النجاح من كتابة اقتراحات المنح إلى تلقي التعويضات من الحكومة (مثل برنامج ميديكيد Medicaid)، والتي ستستفيد من النتائج الإيجابية. ومن خلال التركيز على نتائج البرنامج بدلًا من العلامات النموذجية للنجاح

غير الربحي (مثل كيف نحافظ على انخفاض التكاليف الإدارية مقارنةً بتكاليف البرنامج؟)، تساعد مشاريع الدفع مقابل النجاح على تغيير الطريقة التي تعمل بها المؤسسات غير الربحية:

لقد أبقينا المؤسسات غير الربحية في مستويات غير عادلة بتجويها حيث يجب أن تسعى للاقتصاد والتوفير على الدوام، كونها تعمل بموجب عقود مستندة على استرداد التكاليف بعد دفعها وليس [العقود] القائمة على أساس توليد القيمة.

من وجهة نظر الاستثمار، وصف المشاركون النموذج بأنه جذاب عمومًا لنوع معين من المستثمرين الخيريين المهتمين بالحث على تغيير الأنظمة من خلال تطوير ليس التمويل من خلال المساعدة المالية فحسب، بل اتباع طريقة مستدامة لزيادة الأموال، وكذلك المهتمين بالمجازفات:

إنهم مهتمون بتطبيق نهج لحل المشاكل المستعصية. هم أناس قد يرغبون في تسلق الجبل لمجرد وجود الجبل. هؤلاء هم المخاطرون الذين نحاول الوصول إليهم، إذ يمكن أن يكون لاستعدادكم للمخاطرة أثرًا على التغيير.

يطرح نقص التأييد الحكومي تحديات أمام التنفيذ والاستدامة على نطاقٍ واسع، على الرغم من أن إضافة التغييرات ذات الطابع المؤسسي إلى العمليات قد تساعد

باعتبار الوكالات الحكومية الجهات الممولة التي تقوم في نهاية الأمر باسترداد الاستثمارات التي قام بها المستثمرون المؤثرون في نموذج الدفع مقابل النجاح، فهي تؤدي دورًا أساسيًا في المحافظة على سير واستدامة نظام الدفع مقابل النجاح. وكما قال أحد المشاركين في المقابلة: لا يمكنك جذب المستثمرين للاستثمار في شيء ما، ما لم تتعهد الحكومة بالدفع مقابل النتيجة. ومن الأسباب التي جعلت الأنظمة الكبيرة، بما فيها هيئات الحكم المحلي والنظم الصحية والنظم التعليمية، تواصل القيام بالأشياء بالطريقة المعتادة، هي أن الابتكار أمرٌ محفوف بالمخاطر: هناك الكثير من الجمود في الأنظمة وعندما تكبر هذه الأنظمة، يصبح توطيد هذا الجمود جزءًا من التحدي. لذا، وبناءً على هيكل قيادتها وخبرتها في العمل مع مختلف القطاعات وخصائص القادة أنفسهم والعلاقة بين الحكومة والمؤسسة الخيرية واستعدادها لتحمل المخاطر، تكون هيئات الحكم أكثر أو أقل قبولاً للرغبة في المشاركة. ووفقًا لأحد المشاركين سبق أن عمل مع ولايات قضائية مختلفة على برنامج الدفع مقابل النجاح:

نسمع أشياء مختلفة وأولويات مختلفة... يريد البعض حقًا دمج أنظمة البيانات المختلفة وكسر الصوامع والدفع قدمًا: كيف نفكر في موضوع الصحة على نطاقٍ أوسع؟... لكنّ الغير ليسوا مهتمين بذلك بهذا القدر. لا أعتقد أننا نتعامل مع أشخاص سلبيين بل هم غير فاعلين ومتراخون في ما يختص بمستوى التغيير، البعض يدركون تمامًا القدرة على إحداث تغيير كبير وربما يظن البعض الآخر بأن مستوى التغيير ضئيل.

لحفاظ على التغييرات التي تحفزها نماذج الدفع مقابل النجاح، يحتاج السفراء الداخليون للبرنامج إلى الدافع والقدرة على مواصلة الدفع من أجل اتخاذ القرارات على أساس النتائج. وقد أشار أحد أصحاب الشأن إلى عددٍ من العوامل التي تؤثر في القدرة على إضفاء الطابع المؤسسي على التغييرات بما يتجاوز برنامج الدفع مقابل النجاح الأولي:

نحن... بحاجة إلى جعل القيادة مهمة... لدفع [صنع القرارات المستند إلى البيانات] إلى الأمام. يجب أن

تكون «البيانات والنتائج» ذات صلة بالقيادات الحكومية حتى تدرك أهميتها وتهتم بها.

وعرض المشاركون أمثلة عن الطرق التي يمكن أن توفر بها هياكل التمويل حوافز للشركاء من مختلف القطاعات ليكونوا سفراء لتعزيز الصحة. وأشار أحد المشاركين إلى أن المنح الطويلة الأجل مكّنت قادة برامج الرفاه على مستوى المجتمع من تعزيز العمل ودمج الأشخاص الذين سيعملون، بما في ذلك نظام المدارس العامة وإدارات المدينة. وفي هذا المثال، وحتى بعد تغيير هيكل التمويل، تم إضفاء الطابع المؤسسي على الأدوار داخل المدينة والمدارس والمؤسسات غير الربحية التي أبقّت الشركاء ملتزمين بدعم الصحة: [هذا البرنامج] هو ثقافتنا الصحية في المدينة.

يتم تمكين الدفع مقابل النجاح من خلال الدعم والمساعدة الفنية التي قد لا تكون مستدامة

وصفت مواضيع سابقة التحديات في تنفيذ برامج الدفع مقابل النجاح على نطاق واسع، بما في ذلك الطبيعة المعقدة لتطوير العقود والمشاكل المتعلقة بمسألة تأييد الحكومة وقدرتها وعدم التوافق بين المخاطر التي يتعرض لها المستثمرون في الدفع مقابل النجاح وعائدات هذا الاستثمار. وقد تم إنشاء عدد من الآليات لمواجهة هذه التحديات، بما في ذلك توفير المساعدة الفنية والتمويل الفدرالي الأساسي. وأشار أصحاب الشأن إلى أن أولئك الجدد في النموذج وخاصة الشركاء الحكوميين، يحتاجون إلى الدافع لإجراء تغيير تحويلي. وأشار أحد أصحاب الشأن إلى أن أحد أدوار مؤسسة المساعدة الفنية التابعة لمجموعة الدفع مقابل النتائج هو تثقيف الشركاء الحكوميين حول أهمية هذا البرنامج لهم وكونه يستحق المشاركة فيه، وتستخدم مؤسسة أخرى نموذجًا مدمجًا للمساعدة يُوفّر للحكومات القدرة على القيام بمشاريع صعبة... عبر إرسال زملائنا للعمل بدوام كامل في فريق الحكومة لتأمين الموظفين المتفانين والمؤهلات المطلوبة. غير أن هذه الخدمات باهظة الثمن. وبينما تستطيع الهيئات القضائية المعنية في كثير من الأحيان الحصول على هذه الخدمات باستخدام التمويل الفدرالي الأساسي، فقد رأى بعض أصحاب الشأن أن مستقبل هذا التمويل غير واضح. فقد أعلن صندوق المشاريع الاجتماعية الذي يدعم عددًا كبيرًا من المساعدات الفنية في مجال الدفع مقابل النجاح مثلًا عن دفعته النهائية من التمويل. وذكر أحد أصحاب الشأن أن أثر خسارة هذا التمويل قد يكون كارثيًا: «من المرجح أن تختفي البيئة الحاضنة التي تدعم الدفع مقابل النجاح أو أن تنخفض بشكل كبير بمجرد انتهاء الدعم الفدرالي». وأخيرًا، فإن الاستثمار الذي يسعى إلى رؤية التأثير خارج مجال الدفع مقابل النجاح، بما في ذلك الدعم الذي تقدمه المصارف الاحتياطية الفيدرالية أو المؤسسات المصرفية الكبيرة الأخرى للمشاريع التي تؤثر في رفاه المجتمع، تدعمه الأموال الفيدرالية والائتمانات الضريبية إلى حدٍ كبير. يتيح كل من قانون إعانات إعادة الاستثمار المجتمعي وصندوق تمويل المؤسسات المالية لتطوير المجتمع، للمستثمرين الذين يسعون إلى رؤية التأثير القيام بعمل لا يتوقعون أن يكون له فائدة مالية كبيرة وسيكون له فائدة إيجابية على المجتمع. وقد قال أحد أصحاب الشأن:

إن الطريقة التي يعمل بها العالم هي عبر تقديم الدعم. فهناك عدد قليل جدًا من المشاريع التي يمكن تمويلها بدون دعم. من غير الممكن القيام بعملية [بناء] مبنى يحتاج للقدر نفسه من مصاريف مبني آخر لكنّه يضم سكان من ذوي الدخل المنخفض بدون تلقي الدعم.

الخلاصة

هناك العديد من الطرق التي يمكن من خلالها استخدام الحوافز لتحفيز الجهود المبذولة لتعزيز الصحة والرفاه، بما في ذلك برامج الرفاه التي تحفز الأفراد على تحسين سلوكياتهم الصحية والحوافز المقدمة لأصحاب العمل

ليستحدثوا التدخلات التي تحسّن صحة موظفيهم والحوافز المقدمة إلى أصحاب الشأن المتعددين للتعاون معًا بعضهم لتنفيذ البرامج المثبتة والفعالة التي تحسّن الصحة في المجتمع وتمويلها. وأشار أصحاب الشأن إلى أهمية وجود تعريف مشترك للصحة، خاصةً في ما يخص جهود الدفع مقابل النجاح، ولكن، هناك حاجة لتحديد أفضل الممارسات لكيفية قيام المجتمعات ومجموعات متنوعة من أصحاب الشأن بهذه المهمة الصعبة. كما وثمة حاجة أيضًا للمزيد من العمل لفهم كيفية الحفاظ على التغييرات الإيجابية التي تحفزها الحوافز. وقد عرض أصحاب الشأن بعض الأفكار، بما فيها تحقيق التوازن بين الحوافز القصيرة والطويلة الأجل بالإضافة إلى تشجيع الدوافع الداخلية والخارجية، والربط بين المؤسسات أو أجزاء من المؤسسات لتطوير نظم الحلقة المغلقة، والاستفادة من إمكانات الحوافز غير النقدية، واستخدام نماذج مبتكرة لإشراك الشركاء غير التقليديين وتحفيز تغيير الأنظمة.

6

النتائج الرئيسية والانعكاسات والخطوات التالية

توفر نتائج هذه المقابلات رؤى مهمة حول الاعتبارات والتحديات والاستراتيجيات في العالم الفعلي لتعزيز الصحة والرفاه لجميع الأفراد. وقد ظهرت العديد من المواضيع الشاملة من جانب أصحاب الشأن المعنيين بكلٍ من الثقافة والحوافز، على الرغم من اختلاف اهتماماتها، المتعلقة بأهمية القيم المشتركة حول الصحة والرفاه وقيمة البيانات لبناء هذه القيم المشتركة والتحديات المتعلقة بتحسين صحة المجموعات (مثل الموظفين أو أعضاء المجتمع) باعتبارها أولوية بالنسبة إلى أولئك الذين اعتادوا على اعتبار الصحة من الإهتمامات الفردية. وتشير النتائج الشاملة إلى أهمية المساواة في ترسيخ ثقافة الصحة في أميركا. وقد أقرَّ أصحاب الشأن بأن المساواة تتطلب وضع مفهوم أوسع من التفاوتات الصحية للنظر في الأسباب الأساسية للاختلافات: المحددات الاجتماعية والهيكلية والجسدية والاقتصادية لما إذا كان الناس يستطيعون عيش حياة أكثر صحّة. لا يتطلب تحقيق المساواة وقتًا وموارد كبيرة فحسب، بل يستلزم أيضًا التكامل والتعاون بين القطاعات. ومع ذلك، حدّر أصحاب الشأن من الجهود المبذولة لتحقيق المساواة على بعد واحد (مثل العرق) دون فهمٍ كاملٍ لأوجه عدم المساواة الأخرى التي قد تكون موجودة أيضًا (مثل عدم المساواة بين الجنسين).

بالإضافة إلى وجهات النظر المشتركة هذه، قدم أصحاب الشأن تفاصيل عن مقارباتهم لمعالجة الصحة والرفاه من وجهات النظر الفردية للسياقات الثقافية وتحفيز الصحة. وعند النظر في المجتمعات الفريدة، تحدث أصحاب الشأن بشكل خاص عن أهمية تطوير الثقة وضمان تمثيل أصوات المجتمع المهمة والموثوق بها في البرامج أو التدخلات، ومع ذلك أشاروا إلى أن آليات التمويل الحالية لا تتوافق غالبًا مع الموارد الفعلية المطلوبة لتحقيق جهود مجدية للمشاركة المجتمعية. كما أشار أصحاب الشأن إلى أن المعايير الثقافية السائدة والبيئات التنظيمية توفر السياق المهم لفهم الحواجز والعوامل الميسرة لتعزيز الصحة والرفاه في مختلف الثقافات. ويمكن لهذا السياق الأوسع أن يعمل بوصفه عاملاً ميسرًا لهذه الجهود عندما تعمل الأنظمة والمؤسسات بالفعل على تعزيز التنوع والدمج وبناء القيم متعددة الثقافات وإدماجها في الممارسات اليومية وفي العمل الذي تقوم به المؤسسة. على الرغم من ذلك، يمكن أن تشكل المعايير السائدة للنظم والمؤسسات حاجزًا أمام العمل الصحي المدروس من الناحية الثقافية، إذا لم تعكس بشكلٍ صحيح المجتمعات التي تخدمها.

وبالنسبة إلى الحوافز، أشار أصحاب الشأن إلى الحاجة إلى تحقيق التوازن بين الدوافع الذاتية والخارجية فضلًا عن الحوافز قصيرة وطويلة الأجل، مشيرين بشكلٍ خاص إلى أنه على الرغم من أن الحوافز النقدية

شائعة، فإن الأفراد يستجيبون أيضًا لأنواع أخرى من الحوافز بما في ذلك الحوافز الغيرية. بالإضافة إلى ذلك، أشار أصحاب الشأن إلى أن الحوافز، عندما تكون منظمة بشكل جيد، لديها القدرة على تحفيز النظم، ولوحظ أن النظم ذات الحلقة المغلقة على وجه الخصوص (حيث يمكن للشخص الذي يدفع مقابل الحافز أن يساهم في التغيير الإيجابي) يمكن أن تسهل الاستدامة.

وتشير هذه النتائج مجتمعة إلى عددٍ من الآثار والخطوات التالية المحتملة للتفكير في تعزيز ثقافة الصحة في الولايات المتحدة. وبالنظر إلى أن مناهج تعزيز ثقافة صحية متنوعة بشكل كبير وتعتمد على الاحتياجات الصحية للمجتمع والسكان المعنيين وموارد المجتمع والشركاء المحتملين والسياق البيئي والسياسي الأوسع، فإن تحديد أفضل الممارسات يقع خارج نطاق هذا المشروع. ومع ذلك، سلطت النتائج الضوء على المقاربات الواعدة والمجالات التي تحقق فيها تقدّم على المستوى المحلي، وكذلك المجالات التي يمكن فيها القيام باستثمارات إضافية وإنشاء أفضل الممارسات. وقد تكون هذه الآثار ذات صلة ليس بمؤسسة روبرت وود جونسون فحسب، بل أيضًا بالمهتمين بدعم الاتجاه نحو صحة أفضل وعادلة للجميع.

الانعكاسات والخطوات التالية

- **رصد أفضل الممارسات لتطوير تعريف مشترك للصحة داخل المجتمعات.** اعتبرت الصحة، بوصفها قيمة مشتركة، أمرًا ضروريًا لتعزيز ثقافة الصحة. ومع ذلك، أفاد أصحاب الشأن بأن هناك حاجة إلى تحقيق التوازن ما بين تعريف واسع جدًا للصحة يمكن فهمه بشكل أفضل من قبل بعض أصحاب الشأن وتعريف أكثر دقة وعملية قد يفهمه أصحاب الشأن الآخرون بشكل أفضل. في الخطوات الأولى من العملية، من المهم جدًا التوصل إلى تعريف مشترك لقضايا الصحة لاستهدافها بمبادرات الدفع مقابل النجاح، بالإضافة إلى إنشاء فهم مشترك للنتائج المرجوة من البرامج التي يمولها برنامج الدفع مقابل النجاح. ويشير ذلك إلى الحاجة إلى أفضل الممارسات لدى تطوير قيمة مشتركة للصحة على المستوى المحلي يتردد صداها بين أصحاب الشأن الرئيسيين وأفراد المجتمع. وتؤكد البحوث المتعلقة بتحديد مفهوم صحة السكان أنه لا ينبغي لتعاريف الصحة أن تشير إلى النتائج الصحية وتوزعها على السكان فحسب، بل أيضًا إلى محددات صحة السكان والأسباب الأصلية لهذه النتائج لتوسيع نطاق التأييد (كينديغ Kindig وستودارت Stoddart، 2003؛ ستوتو Stoto، 2013؛ تشاندرا Chandra وأكوستا Acosta وآخرين، 2016). بالإضافة إلى ذلك، تسمح الدراسات المتعلقة بإشراك أصحاب الشأن وبناء التوافق في الآراء لأفضل الممارسات بهدف إنشاء هياكل تسمح بتطوير التعاريف والأهداف المتعلقة بالصحة والرفاه. ويشمل ذلك جمع ورش عمل متنوعة ومشاركين من القطاعات بما فيها الصحة العامة وهيئات حكم المدينة والتعليم والمؤسسات المجتمعية والمقيمين. في المجتمعات التي تم فيها تنفيذ ذلك بشكل ناجح (مثل ريتشموند Richmond، كاليفورنيا)، تضمنت ورش العمل عرضًا للبيانات الصحية المحلية وتيسير مناقشة الحواجز والعوامل الميسرة التي تظهر في المجتمع في ما خص الصحة في مختلف المناطق الجغرافية للمجتمع لإنشاء تعريف مستنير حول المجتمع للشروط الواجب توافرها لتحسين صحة الجميع (كوربورن Corburn وآخرون، 2014). ويمكن جمع هذه الممارسات الفضلى في مجموعة أدوات للمجتمعات التي تسعى إلى بناء توافق حول تعريف الصحة.
- **إزالة القيود حول التنوع وجهود المساواة.** غالبًا ما يكون للمبادرات المتعلقة بالتنوع منظور ضيق (فتستهدف مثلًا مجموعة عرقية أو إثنية معينة). وبينما يتم ذلك في الكثير من الأحيان عن قصد ويعزز التمويل المخصص للسكان الضعفاء، لاحظ أصحاب الشأن أنه يمكن لذلك أن يسبب عدم مساواة غير مقصودة إذا لم يكن من الممكن تطبيق هذه الجهود والأموال بشكل أوسع. وتشير هذه النتائج إلى الحاجة إلى تصميم فرص تمويل تتمحور حول التنوع والمساواة، لكنّها لا تفرط في التوجيهات في ما يتعلق بكيفية استخدام الأموال. وينبغي صياغة المبادرات التي تركز على معالجة أوجه التفاوت أو المساواة في مجال الصحة بطريقة تمكن من تحديد أولويات الفئات السكانية ذات الأولوية، إنما لا تحجب الفرصة عن أفراد المجتمع

الأخرين لاستخدام البرامج أو الموارد التي تم تطويرها أو الاستفادة منها. لقد تمكنت الجهود التي اتخذت هذا النهج الأكثر سعة، من تقليص التفاوتات وأوجه عدم المساواة في مجال الصحة وكذلك من تحسين الصحة في المجتمع بشكل عام (اكونوموس Economos وآخرون، 2013).

- **إضفاء الطابع المؤسسي على الممارسات التي تضمن الإسهامات المستمرة من السكان المهمشين.** إن إشراك المجتمع المحلي وخاصة مشاركة السكان المهمشين أمرٌ مهم لنجاح أي جهد يرمي إلى تعزيز الصحة والرفاه، لأنه يساعد على ضمان توافق البرامج والدعم والجهود المبذولة لتتناسب مع أولويات واحتياجات هؤلاء السكان. ومع ذلك، يتمثل أحد التحديات في أنه يتم توفير المشاركة المجتمعية في كثير من الأحيان في بداية المشروع أو المبادرة، وأنه لا يتم تقديمها إلا عندما يطلب من يملكون السلطة ذلك. وعلى الرغم من الدراسات التي تشير إلى أن المشاركة المستمرة تؤدي إلى تحسينات لاستدامة البرنامج من خلال تطوير القدرات المحلية (والرشتاين Wallerstein ودوران Duran، 2010) وقد تكون فعالة من حيث التكلفة (اومارا-ايفيس O'Mara-Eves وآخرون، 2013)، ما زالت مشاركة المجتمع المستمرة أمرًا نادرًا. ويجب أن يسعى أصحاب الشأن وغيرهم من موظفي البرامج إلى إضفاء الطابع المؤسسي على أفضل الممارسات التي تعتمد على الإسهامات الجارية من السكان المتنوعين والمهمشين، بما يضمن لهم فرصة الإدلاء برأيهم بشكل مستمر. ويجب أيضًا نشر الممارسات القائمة على التجربة، مثل سرد القصص وغيرها من الروايات الشخصية، واعتمادها على نطاق أوسع. ويمكن للممولين تشجيع المشاركة المجتمعية المستدامة من خلال جعل ذلك من متطلبات التمويل أو من مؤشرات نجاح البرنامج.
- **إتاحة المرونة في هياكل التمويل للجهود المثبتة لبناء ثقة السكان المحرومين.** أشار أصحاب الشأن إلى أنه غالبًا ما يكون هناك اختلال بين النفقات المسموح بها في ميزانيات البرامج والمنح والتكاليف المتكبدة عند السعي إلى بناء الثقة والمشاركة المجتمعية الفعالة بين السكان المهمشين في العادة. وغالبًا ما يرتبط التمويل بدورة ميزانية أو بفترة محددة للمنح قصيرة الأجل، على الرغم من أن وضع الأساس لبناء الثقة غالبًا ما يستغرق أشهر أو سنوات لتغذيته وتطويره. وينبغي إدراج المرونة داخل هياكل تمويل لكي تتمكن الجهود المثبتة من إشراك المجتمعات في أنشطة الحوار وبناء الثقة وتعزيز الصحة. أما بالنسبة إلى الجهات المعنية، فقد يعني ذلك تعديل التوقعات المتعلقة بالوقت الذي قد يشهد فيه البرنامج عائداً على هذا الاستثمار. كما أن ثمة فرصة للممولين للبحث في تقديم هبات ذات مبالغ أصغر بقبود أقل وأطر زمنية أطول، ما يمكن أن يدعم هذا الجهد البالغ الأهمية والذي يستغرق الكثير من الوقت. ويمكن أن يشجع هذا الدعم على المشاركة المتعمقة وبالتالي المستدامة التي يمكن الاستفادة منها لبناء ثقافة الصحة في المجتمع.
- **تعزيز البحوث حول دور الثقافة المؤسسية في تعزيز صحة السكان ورفاههم.** ناقش أصحاب الشأن الذين تحدثنا معهم كيف كانت تشكل الثقافة المؤسسية والقواعد الثقافية السائدة داخل المؤسسة في كثير من الأحيان عائقًا أمام تنفيذ الأفكار والأطر والمبادرات الجديدة. وبالمثل، ناقش أصحاب الشأن هؤلاء كيف ساعدت وجهات نظر من هم في السلطة على تشكيل القواعد والأولويات المؤسسية. يتطلب بناء ثقافة الصحة فهمًا أفضل لكيفية تأثير الثقافة المؤسسية بشكل مباشر وغير مباشر في صحة السكان ورفاههم. وبالتالي، يتم تعريف الثقافة المؤسسية على نطاقٍ واسع وتمتد إلى ما يتجاوز برامج الرفاه لتشمل الالتزامات المؤسسية للتنوع وإدراجها بين الموظفين، والجهود المبذولة لتحسين الرضا الوظيفي، والعمليات الإدارية، ومقاربات الإرشادات واستعراض والأداء، وعمليات القيادة وضع القرار حول المهمة والرؤية وطرق العمل في هذا الإطار. تكثر البحوث المتعلقة بالالتزامات المؤسسية لصحة الموظفين ورفاههم، على النحو المفهوم من قبل العديد من برامج الرفاه السائدة في مكان العمل والتي تركز على سبيل المثال على الأكل الصحي والنشاط البدني والسيطرة على التوتر (دانا Danna وغريفين Griffin، 1999)، وكذلك على الثقافة المؤسسية ورفاه الموظفين والاستبقاء (سباركس Sparks وفراجر Faragher وكوبر Cooper، 2001). ومع ذلك، فإن الأمثلة على الممارسات المؤسسية الواعدة المتعلقة ببناء وصيانة قوى عاملة وظيفية متعددة الثقافات وآليات يمكن لأرباب العمل من خلالها تعزيز شعور شامل بالرفاه لدى

موظفيهم خارج برامج الرفاه في مكان العمل ليست مدروسة جيدًا. علاوة على ذلك، هناك حاجة للمزيد من العمل لفهم تأثير الثقافة المؤسسية للمؤسسات ذات الصلة بالصحة في تأثير جهودها في تحسين صحة المجتمع، خارج إطار الحالات المختارة (كرايجي Craigie وهوبس Hobbs، 2004). ويمكن لفهم هذه العوامل أن يلمح إلى سياسات أو ممارسات مؤسسية محتملة قد تؤدي إلى تحسين صحة ورفاه الموظفين، وكذلك عائلاتهم والمجتمع ككل.

■ **تحديد طرق لمساعدة المؤسسات الأصغر على التغلب على أوجه عدم المساواة الهيكلية.** غالبًا ما يكون لدى المؤسسات المحليّة الملتزمة بمعالجة عدم المساواة في مجال الصحة أو تعزيز صحة ورفاه السكان الضعفاء موارد أقل وقدرة قليلة على القيام بالجهود مثل جمع البيانات ونشرها، وموظفين أقل يعملون فوق طاقتهم (هاجر Hager وغالاسكيويتش Galaskiewicz ولارسن Larson، 2004؛ جيو Guo وأكار Acar، 2005). تنشئ هذه القيود وغيرها حاجزًا لا يمكن التغلب عليه في كثير من الأحيان أمام المشاركة الفعالة في الجهود الرامية إلى تعزيز الصحة والرفاه في المجتمع. كما تمنع هذه الحواجز أيضًا تلك المؤسسات من المشاركة في بعض نماذج الحوافز الجديدة للدفع مقابل النجاح التي تتطلب موارد هائلة. على المجتمعات التي تسعى إلى معالجة قضايا المساواة ضمان إدراج هذه المؤسسات الأصغر في الحوار. ويجب على الممولين وأصحاب الشأن الآخرين القادرين على التغيير أن يرصدوا وينشروا أفضل ممارسات تحديد طرق مساعدة المؤسسات الصغيرة على التغلب على أوجه عدم المساواة على مستوى الموارد وعلى المستوى الهيكلي حتى يتمكنوا من العمل باعتبارهم شركاء متساوين لمعالجة قضايا المساواة في مجال الصحة وتعزيز الصحة والرفاه للسكان المعنيين.

■ **إضفاء الطابع المؤسسي على جهود تعزيز الصحة في قطاعات أخرى غير الصحة العامة أو الرعاية الصحية للحفاظ على الجهود التعاونية.** قد تجذب الحوافز، سواء كانت نقدية أو غير نقدية، المتعاونين أو المستثمرين الأساسيين. ومع ذلك، يجب أن يمتد تفعيل التغييرات الضرورية للنظم لبناء ثقافة للصحة إلى ما يتجاوز هذه المحفزات الأولية، خاصةً على ضوء المخاوف بشأن عدم استدامة هياكل التمويل التي تدعم حاليًا نموذج الدفع مقابل النجاح ونماذج الحوافز الأخرى. وتدعم البحوث فكرة وجوب مشاركة المتعاونين عبر القطاعات في أخذ زمام قيادة الجهود المبذولة من أجل الصحة والرفاه بشكل مستدام (تو Towe وآخرون، 2016). وقد نجحت المجتمعات التي اعتمدت هذا التوجه في دمج أعمال تعزيز الصحة وقياسها في القطاعات الأخرى، بما في ذلك إشراك الأنظمة المدرسية في تعزيز السلوكيات الصحية في برامج ما قبل المدرسة وأثناء التواجد في المدرسة وما بعد المدرسة، وجمع مجموعة كبيرة من البيانات الصحية للطلاب في إطار المدرسة (اكونوموس Economos وآخرون، 2013).

■ **تطوير مقاربات وأدوات استراتيجية لخدمها المهتمون بمتابعة العمل في إطار ثقافة الصحة.** يعني تنوع الاهتمامات والاحتياجات عبر المجتمعات مستوى التنوع نفسه في الاستعداد لتناول نطاق ثقافة الصحة والعمل به. ويمكن لأصحاب الشأن أن يستفيدوا من مجموعة من المقاربات الاستراتيجية والأدوات التي وضعتها مؤسسة روبرت وود جونسون لمساعدة أصحاب الشأن في تطبيق إطار ثقافة الصحة في عملهم من أجل تعزيز الصحة والرفاه في مجتمعاتهم. ويجدر بهذه المقاربات والأدوات أن تعكس الاحتياجات الأساسية المحددة في هذه الدراسة، وتحديداً أفضل ممارسات تطوير القيم المشتركة والمشاركة المجتمعية طويلة الأجل.

الخلاصة

قامت مؤسسة روبرت وود جونسون بتطوير إطار عمل ثقافة الصحة لتحفيز العمل من أجل تحسين صحة السكان ورفاههم. ولخصت هذه الدراسة نتائج المقابلات التي تغوص في عنصرين ضروريين لدمج ثقافة الصحة

داخل القطاعات وبينها: الهوية الثقافية والحوافز. لقد أبرزت النتائج الرئيسية المستقاة من هذه الدراسة المواضيع الهامة والمخاوف والاعتبارات التي ذكرها مختلف أصحاب الشأن، بما في ذلك بعض المواضيع الأساسية الرئيسية المتعلقة بأهمية تشارك القيم والبيانات، وفهم أهمية صحة الفرد والمجتمع، والحاجة إلى النظر بعناية في مقارباتنا لتعزيز المساواة الصحية لضمان شمولها وطابعها التعاوني ومعالجة أوجه عدم المساواة الهيكلية. وإذا أخذنا هذه المعلومات مجتمعة، يمكن أن نرى الجهود التي يبذلها الأفراد والمؤسسات على المستوى المحلي والوطني وعلى مستوى الولايات للعمل على تعزيز ثقافة الصحة في مجتمعهم.

الملحق A الدفع مقابل النجاح (Pay for Success) في مجال الصحة والرفاه

نظرة عامة حول برنامج الدفع مقابل النجاح

إنّ الدفع مقابل النجاح (الذي يشار إليه أحياناً بإسم "سندات الأثر الاجتماعي") نهج جديد نسبياً لتمويل البرامج التي تهدف إلى حل البرامج الاجتماعية، وقد نشأ في المملكة المتحدة في عام 2010. وفي تموز (يوليو) 2016، كان 11 مشروعاً للدفع مقابل النجاح قائماً في الولايات المتحدة (لانتز Lantz وآخرون، 2016). ويكمن الهدف من اعتماد نموذج الدفع مقابل النجاح في استخدام أموال خاصة لدفع ثمن البرامج المثبتة التي من شأنها أن توفر في نهاية المطاف الأموال الحكومية التي تنفق على الرعاية الصحية أو غيرها من الخدمات الاجتماعية مثل خدمات الإسكان للأفراد المشردين منذ زمن، ما يقلل من زيارتهم إلى قسم الطوارئ. يدفع المستثمرون ثمن البرامج مقدماً، ثم يتم تسديد التكاليف لهم ويحصلون على عائد مالي إضافي عند تحقيق نتائج إيجابية محددة. ينقل النموذج المخاطر المالية من الجهة الممولة الأساسية (الحكومة) إلى القطاع الخاص ويشجع على تنفيذ التدخلات المثبتة.

المشاركون في برنامج الدفع مقابل النجاح

يتطلب نموذج الدفع مقابل النجاح ما لا يقل عن أربعة أطراف مشاركة، لكنّ البنية المعقدة للنموذج تؤدي في العادة إلى انضمام شركاء إضافيين:

- المستثمر الذي يسعى إلى رؤية التأثير والذي يوفر التمويل لتنفيذ برنامج أو تدخل اجتماعي، بافتراض أن البرنامج سيحقق نتائج إيجابية وأن الاستثمار سيتم سداً مع عائد مالي إضافي (يكون صغيراً في العادة). غير أن المستثمر يتحمل المخاطر في نموذج الدفع مقابل النجاح، وإذا لم تتحقق النتائج، فلا يسترده استثماره.
- الجهة الممولة الحكومية (على المستوى المحلي أو مستوى الولاية [مثل إدارة الخدمات البشرية في

- المقاطعة] التي تدفع للمستثمر مقابل النتائج الإيجابية من وفورات التكلفة.
- مزود الخدمات لإنجاز التدخّل.
- المستفيدون الذين يتلقون التدخل أو الخدمات ويشاركون في التقييم (يتم تتبع نتائجهم مثلاً لتقييم ما إذا كان النجاح قد تحقق).
- يتضمن الشركاء الإضافيون عادةً
- مقيم مستقلّ لتنسيق البيانات والتحقق من النتائج (هل نجح البرنامج مثلاً في تحقيق النتائج المرجوة؟)
- مؤسسة وسيطة لدعم الأنشطة مثل زيادة رأس المال وتصميم العقود وإطلاق الخدمات وتوفير الإشراف وإدارة الأداء الجاري وتصميم التعديلات إذا لزم الأمر.

إجراءات مبادرة الدفع مقابل النجاح

تبدأ مشاريع الدفع مقابل النجاح بوضع عقد قائم على الأداء بين جهة ممولة حكومية وجهة غير ربحية مقدمة للخدمات ومستثمر (أو عدة مستثمرين). ويحدّد العقد الشروط التي سيتم من خلالها صرف المدفوعات من المسدد إلى المستثمر، بما في ذلك النتائج المتوقعة لتحديد النجاح الخاصة بالتدخل الذي ستنفّذه الجهة المقدمة للخدمات. وتكون التدخلات في العادة قد سبق أن تم تنفيذها في المجتمع ولديها قاعدة أدلة جيدة تظهر النتائج المتوقعة المدرجة في العقد. يتم تنفيذ التدخل ثم تُجمع البيانات لتحديد ما إذا كان يتم تحقيق النتائج وفي هذه الحالة، يتم صرف المدفوعات من الحكومة إلى المستثمر، وبخلاف ذلك، لا تصرف المدفوعات ويُمنع مقدمو الخدمات من الإدعاء بأنهم يقومون بتنفيذ تدخل فعال.

نتائج الصحة والرفاه التي تتناولها حالياً برامج الدفع مقابل النجاح

- الاعتقال المتكرر للمجرمين من الأحداث
- استخدام التعليم الخاص
- توظيف الأفراد المسجونين سابقاً (الأحداث والبالغين)
- حالة إسكان (استئجار ثابت) الأشخاص الذين كانوا مشرّدين
- الحضانة
- الولادات المبكرة
- استخدام قسم الطوارئ/المستشفى
- المباعرة بين الولادات
- إخراج الأطفال من الأسرة وإحالة الرعاية الاجتماعية في حالة الآباء والأمهات المدمنين
- اضطرابات الإدمان (لانتر Lantz وآخرون، 2016)

مثال عن المقابلات

إنّ شراكة الممرض والأسرة (Nurse-Family Partnership/NFP) عبارة عن برنامج مستند إلى الأدلة، حيث يزور ممرضوا الأمومة والرضع الأهل الضعفاء الذين أنجبوا لأول مرة. ويعمل هذا البرنامج في الولايات المتحدة منذ عام 1977 (شراكة الممرض والأسرة NFP، 2017). بدأ مشروع الدفع مقابل النجاح لشراكة الممرض والأسرة في كارولينا الجنوبية في أوائل عام 2016، وقد وسّع نطاق وصول شراكة الممرض والأسرة في كارولينا الجنوبية إلى 3200 أم حديثة إضافية. وتم تقديم حوالي 30 مليون دولار أمريكي لتوسيع نطاق شراكة الممرض

والأسرة من قبل مجموعة استثمارية تجمع القطاعين العام والخاص، بما في ذلك استثمار بقيمة 17 مليون دولار من قبل بلو كروس بلو شيلد (BlueCross BlueShield) في كارولينا الجنوبية وشركة بوينج (Boeing) ومؤسسة ديوك اندومنت (Duke Endowment) ومؤسسة أرنولد (Arnold Foundation) بالإضافة إلى مجموعة من الممولين المنفردين، واستثمار بقيمة 13 مليون دولار من قبل وزارة الصحة والخدمات الإنسانية من خلال برامج ميديكيد وايفر (Medicaid Waiver). وكون شراكة الممرض والأسرة هي مقدمة الخدمة، فقد استخدمت التمويل لزيادة قدرتها على تقديم التدخل إلى المزيد من الأسر، وسوف تسدد ولاية كارولينا الجنوبية ما يصل إلى 7.5 مليون دولار إذا ما تم تحقيق نتائج إيجابية، وهو مبلغ سيعاد استثماره في المجتمع المحلي لدعم استدامة خدمات برنامج شراكة الممرض والأسرة. لقد قام معهد نجاح الطفل (Institute for Child Success) بدراسة الجدوى الأساسية التي أدت إلى هذا المشروع. وقدّم مختبر الأداء الحكومي التابع لكلية كينيدي بجامعة هارفارد (Harvard Kennedy School's Government Performance Lab) المساعدة الفنية إلى الولاية (مثل تصميم هيكل الدفع وعقد الدفع مقابل النجاح وتنفيذ التجربة) لاستكمال عقد الدفع مقابل النجاح. وكان التمويل الاجتماعي الأمريكي (Social Finance US) هو الوسيط للمشروع بأكمله. وتشمل النتائج المتوقعة للتدخل الحد من الولادات المبكرة وخفض احتياجات الأطفال للعلاج واستخدام قسم الطوارئ بسبب الإصابة وتشجيع إطالة المدة بين الولادات وزيادة نسبة خدمة الأمهات حديثات في المجتمعات ذات الدخل المنخفض.

الملحق B بروتوكول إجراء المقابلات

المقدمة

نشكرك على الوقت الذي ستقضيه للتحدث معنا اليوم حول عملك في بناء مجتمعات صحية. في حال لم تكن على دراية بمؤسسة RAND، فإن مؤسستنا هي مركز أبحاث سياسات عام غير ربحي. وفي جزءٍ من مشروع RAND الذي تموله مؤسسة روبرت وود جونسون (RWJF)، نود أن نطرح عليك أسئلة حول الأولويات والأنشطة الرئيسية التي تراها ضرورية في إدارة صحة المجتمع. سوف نسألك أيضًا عما إذا كانت لديك أي تدابير لمراقبة وتقييم مسار مجتمعك نحو الصحة، والأساليب التي أوصلتك إلى هذه التدابير.

يوّد المعنيون في مؤسسة روبرت وود جونسون الممولة فهم كيفية بناء ثقافة الصحة. وبتعبير آخر، يريدون أن يعرفوا كيف تنشئ المجتمعات ظروفًا صحية لدعم صحة ورفاه الفرد والعائلة والمجتمع ككل. وتوّد مؤسسة روبرت وود جونسون تقديم الأدوات للمجتمعات لدعم الإجراءات الأهم الهادفة لتحسين الصحة في الولايات المتحدة. إن استقاء الملاحظات من [حسب الشخص الذي تجري معه المقابلة، ويمكن أن يكون من قادة المجتمعات المحلية أو من رؤساء المؤسسات] مثل حضرتك أمر جوهري لهذه الدراسة، ونحن ممتنين لك لأنك تحدثت معنا اليوم.

الموافقة

قبل أن نبدأ، نوّد أن نؤكد لك أنه يتم حفظ إجاباتك على أسئلتنا بسرية تامة وأنت ستبقى مجهول الهوية. وستشمل أي تقارير بحثية ملاحظتك مجتمعة مع الملاحظات الواردة من العديد من المؤسسات الأخرى، ولن يتم تسمية أي مؤسسات مذكورة. وإذا قمنا بالاقتراب منك، فلن نذكرك أو مؤسستك بالاسم.

نوّد تدوين ملاحظات أثناء المحادثة للحفاظ على جميع تعليقاتك المهمة. وسنقوم بالتخلص من الملاحظات في نهاية المشروع. هل توافق على ذلك؟

إن مشاركتك تطوعية وإذا كنت غير مرتاح لأي من الأسئلة، فلا تتردد في عدم الإجابة عليها. بحسب تقديرنا،

ستستغرق المقابلة حوالي 45 دقيقةً.
هل لديك أي أسئلة قبل البدء؟
إذا كان لديك أي أسئلة بعد هذه المناقشة، يمكنك الاتصال بالمستطلع الرئيسي
[الإسم وعنوان البريد الإلكتروني ورقم الهاتف].

الأسئلة

القسم A: الأسئلة الأولية

- A1. هل يمكنك أن تصف بإيجاز ما تقوم به مؤسستك والأدوار داخل المؤسسة؟
- الحجم
 - عدد الموظفين
 - حجم الشبكة وعدد المكونات وعدد العملاء
 - الميزانية السنوية
 - الفئة المستهدفة من السكان
 - النطاق الجغرافي: وطني، محلي، على مستوى الولاية
 - ربحية/غير ربحية
 - سنة التأسيس
- A2. قبل تواصلنا، هل كنت على علم بإطار عمل مؤسسة روبرت وود جونسون ورؤيتها حول ثقافة الصحة؟
إذا كانت إجابتك نعم، كيف علمت بها؟
- A3. بالنظر إلى [مدى إلمامك بالإطار أو ما قرأته عن إطار العمل]، نود مناقشة الأنشطة أو السياسات أو البروتوكولات أو الاستراتيجيات التي تستخدمها مؤسستك لبناء ثقافة الصحة. ويمكن أن تكون هذه الأنشطة التي تعزز أي من مجالات العمل المحددة المذكورة أدناه على سبيل التذكير
- الصحة باعتبارها قيمة مشتركة، حيث يقدر الناس أهمية تحقيق الصحة والحفاظ عليها وإصلاحها باعتبار ذلك أولوية مشتركة.
 - دعم التعاون بين القطاعات بحيث تتوفر لجميع النظم الصحية والشركات ودوائر الصحة المحلية والمؤسسات المجتمعية والأفراد والوكالات الفيدرالية فرصًا لتحقيق التوافق والنجاح.
 - إنشاء مجتمعات أكثر صحة ومساواة من خلال التصدي المباشر للظروف البيئية والسياسية المزمنة التي تحول دون تنعم الكثير من الأميركيين بصحة جيدة.
 - تحويل نظام الرعاية الصحية بحيث يكون مدفوعًا بالتركيز على الوقاية، ودمج الخدمات الصحية ونظم الصحة العامة والخدمات الاجتماعية، وتقديم رعاية شاملة وعالية القيمة لجميع الأميركيين.
- a. هل تشارك حاليًا في أي أنشطة تسترشد مباشرةً بإطار ثقافة الصحة الخاص بمؤسسة روبرت وود جونسون؟
- إذا كان الأمر كذلك، الرجاء التفسير:
 1. هل لديك/كان لديك خطة/إطار عمل مفاهيمي أو تشغيلي شامل يرشد هذا [العمل]؟
 2. كيف قمت أنت أو أحد غيرك في المؤسسة باختيار هذه الخطة/إطار العمل؟
 3. [استنادًا إلى الإجابة] هل لديك أي مواد يمكنك مشاركتها معنا تعكس ما وصفته للتو؟
- ii. إذا كانت إجابتك لا:
1. بعد سماعك عن إطار العمل ومجالات عمله، هل يمكنك وصف أي أنشطة تراها ملائمة لإطار ثقافة

- الصحة أو يمكن تزويدها بالمعلومات من خلال الإطار؟
2. هل لديك خطة/إطار عمل مفاهيمي أو تشغيلي شامل يرشد هذا [العمل]؟
3. كيف قمت باختيار هذه الخطة/نطاق العمل؟
4. [استنادًا إلى الإجابة] هل لديك أي مواد يمكنك مشاركتها معنا تعكس ما وصفته للتو؟
- A4. ما هي المسهلات الرئيسية لتنفيذ [هذا العمل]؟ ونعني بذلك الأشياء التي سهّلت نجاح [عملك] ويمكن أن تشمل الاستراتيجيات المتعمدة التي استخدمتها (مثلًا لاستقدام أو استبقاء المرضى)، وخصائص مؤسستك أو العوامل الخارجية لمؤسستك أو مجتمعك (على سبيل المثال الدعم السياسي ودعم المجلس).
- a. بماذا استعنت لتأمين الموارد التي احتجت إليها؟
- b. هل واجهت عوائق لدى محاولتك تأمين الموارد اللازمة لأداء [هذا العمل]؟
- c. ما الذي ساعدك في الوصول إلى [الشركاء الخارجيين أو المرضى أو العملاء أو الهيئات]؟
- d. هل يمكنك التفكير في أي عوامل ميسرة إضافية كان من الممكن أن تساعد في تنفيذ [هذا العمل]؟
- A5. كيف كانت استجابة [المرضى/العملاء/الهيئات/الشركاء] عندما بدأت بتطبيق إطار العمل (أو تنفيذ العمل المتعلق بثقافة الصحة)؟ يهمننا سماع رد الأفراد من داخل وخارج مؤسستك.
- a. من هم [المرضى/العملاء/الهيئات/الشركاء/الداخليين] الذين حاولت حثهم على المشاركة في تنفيذ [هذا العمل]؟
- i. الشركاء الخارجيون: ما هي القطاعات التي يمثلونها؟ هل هذه هي القطاعات التي تعمل بها مؤسستك؟
- b. هل كانوا داعمين للعمل؟ هل شاركوا به؟ إذا كان الأمر كذلك، فهل يمكنك إعطاء بعض الأمثلة؟
- c. هل كانوا يعيقون العمل أو يضعون أي حواجز؟ إذا كان الأمر كذلك، فهل يمكنك إعطاء بعض الأمثلة؟
- i. أي حواجز داخل مؤسستك (إتساق المهمة وتأييد المجلس وما إلى ذلك)؟
- ii. مع من تود أن تعمل لتنفيذ [هذا العمل]؟
- d. هل تتببع الرضا أو الاستجابة بأي طرق رسمية؟
- e. هل تقوم بتتبع أو مراقبة أو قياس أي شيء آخر مرتبط بهذا العمل؟

القسم B: الأسئلة المتعلقة بالثقافات

نحن مهتمون بتشابه تنفيذ نشاطات مثل [عملك] المتعلقة بثقافة الصحة بين مختلف البيئات الثقافية، بالإضافة إلى الاختلاف على أساس نوع المؤسسة أو المجتمع الذي يتم فيه تنفيذ تلك النشاطات. كما أننا مهتمون بكيفية عمل هذه الجهود لتحقيق المساواة الصحية، وهو موضوع أساسي في إطار عمل ثقافة الصحة. ونحن نفهم أن هناك العديد من الثقافات الفريدة والقيم المشتركة داخل وعبر المجتمعات التي يمكن أن تتواجد وتتطور على مستويات عديدة داخل المؤسسات والقطاعات والمجتمعات الكبيرة.

نود أن نفهم كيف يمكن تعزيز مجموعة من القيم الصحية المشتركة عبر المجموعات السكانية ذات الثقافات المتنوعة والتميز من خلال تدخلات مستهدفة حول الصحة والرفاه، مثل تدخلاتك. تشير القيم الصحية المشتركة إلى المعتقدات الفردية بأن الصحة هي أولوية وحق، وإلى السياسات المؤسسية والثقافة التي تدعم هذه المعتقدات الفردية.

- B1. ما هي الجوانب أو الخصائص الفريدة/الهامة لثقافة السكان الذين تعمل معهم؟
- B2. كيف تقوم بتيسير/تكييف [عملك في تعزيز ثقافة الصحة] لجعله يتناسب بشكل أفضل مع مؤسستك أو مجتمعك نتيجةً للمشهد الاجتماعي أو الثقافي أو اللغوي أو السياسي الفريد؟
- a. هل يمكنك إعطاءنا بعض الأمثلة؟ [توجيهه: هل التغييرات بنيوية أو ثقافية؟ أم هي متعلقة باللغة أو الجندر أو العرق أو التقاليد؟]

- b. كيف ستؤدي هذه التعديلات باعتقادك إلى نتائج ناجحة [لعملك]؟
- i. كيف ساهمت هذه التعديلات في معالجة قضايا المساواة (مثل التأثير في التفاوت في الوصول)؟
- c. كيف تعزز علاقات العمل القوية بين أولئك الذين تعمل معهم عند الضرورة، خاصةً في ضوء العوامل الثقافية؟ ما هي العوامل الرئيسية التي يجب أخذها بالإعتبار؟
- B3. ما هي العوائق التي تواجهك في [عملك في تعزيز ثقافة الصحة] نتيجة للمشهد الاجتماعي أو الثقافي أو السياسي الفريد لمؤسستك أو مجتمعك؟ هل كنت قادرًا على التغلب عليها؟ وكيف؟
- a. هل واجهت أي تضارب بين [قيم ثقافة الصحة التي يتم الترويج لها] والقيم الفريدة في مجتمعك؟
- b. هل يمكنك إعطاء بعض الأمثلة؟

القسم C: الأسئلة المتعلقة بالحوافز

نحن مهتمون بما إذا كان (وكيف) يتم تحفيز الأنشطة المتعلقة بثقافة الصحة مثل [عملك]. لقد علمنا خلال تطوير إطار ثقافة الصحة أن تقديم الحوافز للأفراد والمؤسسات أو إثبات الأهمية المالية للأنشطة التي تعزز ثقافة الصحة هو سر الحصول على الدعم من شركاء أو هيئات متنوعة يصعب إشراكها عامةً. وبالتالي، نحن مهتمون [بكل] الحوافز المقدمة للأفراد بوصفها جزءًا من الجهود المبذولة لتحسين السلوكيات الصحية أو النتائج الصحية [و/أو] الحوافز المقدمة للشركاء أو الممولين غير التقليديين باعتبار ذلك طريقة للحصول على دعم للتدخلات التي تحسن الصحة، مثل المستثمرين في نماذج الدفع مقابل النجاح أو سندات الأثر الاجتماعي. وسوف نستخدم كلمة حافز، لكننا مهتمون عمومًا بالجهود الجارية التي تقدم حافزًا ماليًا للعمل على تحسين الصحة.

- C1. كيف تشارك مؤسستك، أي ما هي الأدوار التي تؤديها، في استخدام الحوافز لتحفيز تحسين الصحة، مثل تلك الموجودة في الفئات التي قمنا بذكرها للتو (أي الحوافز المقدمة للأفراد أو المؤسسات)؟ [التوجيه إذا لزم الأمر] (مثال: هل يقوم بدور المستثمر في برنامج الدفع مقابل النجاح، أو بمستثمري الشركاء مع المؤسسات التي تحتاج إلى تمويل في برامج الدفع مقابل النجاح، أو بإدارة برنامج يقدم الحوافز؟)
- a. من الذي تحاول تحفيزه/دفعه للمشاركة في أنشطة ثقافة الصحة؟
- b. ما هي النتائج التي تأمل في تحقيقها باستخدام الحوافز؟
- c. كيف تتم صياغة الحوافز [للشركاء/الهيئات] من أجل تحفيزهم؟
- d. إذا كان ذلك مناسبًا/ملائمًا: بشكل عام، ما هو مصدر [الأموال أو المنافع الأخرى التي تعمل باعتبارها حوافز]؟
- e. ما هو تصورك لاستدامة و/أو ملاءمة هذه الحوافز لتحقيق النتائج المرجوة؟ هل تتوقع أي تغييرات في المشاركة أو التأييد في حالة تغير الحوافز؟ لماذا ولم لا؟
- i. كيف تختلف المشاركة في [البرنامج] حسب المجموعة (بعبارة أخرى، هل يسهل تحفيز بعض المجموعات على المشاركة أكثر من غيرها؟)
- ii. ما هي بعض العوامل التي ترفع أو تخفض احتمال مشاركة الناس إذا تم تحفيزهم؟
- iii. ما هي الآثار المترتبة على المساواة، بناءً على من هو أكثر أو أقل احتمالًا للمشاركة؟
- f. هل هناك أي حواجز أو تسهيلات محددة لتحفيز هذه الأنشطة؟ على المستوى الفردي أو المؤسسي؟
- C2. كيف كانت استجابة [المرضى/العملاء/الهيئات/الشركاء] لهذه العروض من الحوافز؟ هل تغيرت المشاركة مثلًا، وهل شارك فيها شركاء متنوعون؟
- C3. [إذا لم يُسأل من قبل عن التتبع/الرصد/النتائج] كيف كان أثر ذلك على النتائج الصحية، في حال وجودها؟

القسم D: الأسئلة الختامية

D1. بناءً على مناقشتنا، هل لديك أي اقتراحات عن أشخاص آخرين يقومون بعملٍ مماثلٍ يجب أن نتحدث معهم؟

شكرًا جزيلاً على وقتك! لا تتردد في التواصل معنا إذا كان لديك أي أسئلة أو أفكار.

الملحق C مواد الإِشراك في الدراسة

الدعوة للمشاركة

عزيزي [الاسم]،

تقوم مؤسسة RAND، وهي مؤسسة بحوث غير ربحية، بإجراء مقابلات هاتفية مع مؤسسات مثل مؤسستك لفهم طبيعة عملك في بناء مجتمعات صحية.* وهذا جزء من الجهد المبذول لإثراء إطار عمل الصحة والثقافة الذي وضعته مؤسسة روبرت وود جونسون (RWJF) ومقاييسها (مرفق). إن بناء ثقافة الصحة حركة وطنية يدفعها الاعتقاد بأننا سنحقق تقدمًا حقيقيًا عندما نعمل معًا نحو هدفٍ مشترك. وتتمثل رؤية ثقافة الصحة في أن تصبح الصحة أولوية وطنية، يتم تقييمها وتطويرها من قبل المتعاونين من جميع القطاعات. تركز هذه المقابلة على عملك في [الوصف هنا] بالإضافة إلى المساهمة في العمل في ثقافة الصحة، على نطاقٍ أوسع.

هل أنت مهتم ومتفرغٍ لمقابلة تستغرق ما بين 45 دقيقة وساعة من وقتك؟ إذا كنت كذلك، ما هي أوقات تفرغك في الأسبوع أو الأسبوعين المقبلين؟ وعلى أي رقم يمكننا الاتصال بك؟ نحن نتطلع إلى معرفة المزيد عن عملك المهم. يرجى منك إطلاعنا إذا كان لديك أي أسئلة.

ولك منا وافر الاحترام،

[التوقيع]

*إن مشاركتك في هذا الجهد طوعية تمامًا. ولن تفصح المعلومات التي يتم جمعها من هذه المقابلة عن هويتك بأي شكلٍ من الأشكال.

الشكل C.1. مجالات نشاطات الصحة والثقافة والدوافع والتدابير (بما في ذلك الدعوة للمشاركة)

التدابير	الدوافع	مجالات النشاط
إعطاء قيمة للترابط الصحي إعطاء قيمة للرفاه مناقشة عامة حول تعزيز الصحة والرفاه	نمط التفكير والتوقعات	1 جعل الصحة قيمة مشتركة
الإحساس بالانتماء للمجتمع الدعم الاجتماعي	الشعور بالانتماء للمجتمع	
المشاركة في التصويت المشاركة التطوعية	المشاركة المدنية	
تعاون إدارة الصحة المحلية فرص لتحسين صحة طلاب المدارس دعم الأعمال الهادفة لتعزيز الصحة في مكان العمل وثقافة الصحة	عدد الشراكات ونوعيتها	2 تعزيز التعاون بين القطاعات لتحسين الرفاه
هيئات المؤسسات الأمريكية المخصصات الفيدرالية للاستثمارات الصحية المتعلقة بالتغذية والنشاط البدني في الداخل والخارج علاقات المجتمعات وأمنها	التعاون في الاستثمار بين القطاعات	
مشاهدة الشباب لإعلانات منتجات الأغذية والمشروبات الصحية وغير الصحية التكيف مع المناخ والتخفيف من آثار تبدّله الصحة في جميع السياسات (دعم الأسر العاملة)	السياسات التي تدعم التعاون	
القدرة على تحمل تكاليف السكن إمكانية الحصول على الأطعمة الصحية سلامة الشباب العزل السكني	البيئة المبنية/الظروف المادية	3 إنشاء مجتمعات أكثر صحة ومساواة
التعليم في مرحلة الطفولة المبكرة المكتبات العامة	البيئة الاجتماعية والاقتصادية	
سياسات تحسين الشوارع جودة الهواء	السياسات والحكومة	
الحصول على خدمات الصحة العامة الحصول على تأمين صحي مستقر الحصول على خدمات الصحة العقلية الرعاية الروتينية للأسنان تجربة المستهلك	إمكانية الوصول	4 تعزيز دمج الخدمات والنظم الصحية
السكان الذين تغطهم منظمات الرعاية الصحية روابط السجلات الطبية الإلكترونية شراكة المستشفيات	تجربة المستهلك وجودتها	
قوانين الممارسات للمعرضين المتعربين الإنفاق الاجتماعي بالنسبة إلى النفقات الصحية	التوازن والدمج	
التدابير	مجالات النتائج	النتائج
تقييم الرفاه عبء تقديم الرعاية تجارب الأطفال السلبية	زيادة الرفاه الفردي والمجتمعي	تحسين الصحة والرفاه والمساواة في المجتمع
الاحتياجات الخاصة المرتبطة بالأمراض المزمنة تكلفة الرعاية الصحية للأسر	معالجة الأمراض المزمنة وتقليل الإجهاد الضار	
معدلات الاستشفاء التي يمكن تجنبها النفقات السنوية للرعاية في آخر مراحل الحياة	انخفاض تكاليف الرعاية الصحية	

المراجع

- Acosta, Joie, Margaret D. Whitley, Linnea Warren May, Tamara Dubowitz, Malcolm Williams, and Anita Chandra, *Stakeholder Perspectives on a Culture of Health: Key Findings*, Santa Monica, Calif.: RAND Corporation, RR-1274-RWJ, 2016. As of March 22, 2017:
http://www.rand.org/pubs/research_reports/RR1274.html
- Bandura, Albert, *Self-Efficacy: The Exercise of Control*, New York: W. H. Freeman, 1997.
- Benedict, R., *Patterns of Culture*, Boston: Houghton Mifflin Company, 1934.
- Berry, John W., "Acculturation: Living Successfully in Two Cultures," *International Journal of Intercultural Relations*, Vol. 29, No. 6, 2005, pp. 697–712.
- Blumenthal, Karen J., Kathryn A. Saulsgiver, Laurie Norton, Andrea B. Troxel, Joseph P. Anarella, Foster C. Gesten, Michael E. Chernew, and Kevin G. Volpp, "Medicaid Incentive Programs to Encourage Healthy Behavior Show Mixed Results to Date and Should Be Studied and Improved," *Health Affairs*, Vol. 32, No. 3, 2013, pp. 497–507.
- Braveman, Paula, "What Are Health Disparities and Health Equity? We Need to Be Clear," *Public Health Reports*, Vol. 129, No. 1, Suppl. 2, 2014, pp. 5–8.
- Brown, Susan D., Samantha F. Ehrlich, Ai Kubo, Ai-Lin Tsai, Monique M. Hedderson, Charles P. Quesenberry, and Assiamira Ferrara, "Lifestyle Behaviors and Ethnic Identity Among Diverse Women at High Risk for Type 2 Diabetes," *Social Science & Medicine*, Vol. 160, 2016, pp. 87–93.
- Butler, Mary, Ellen McCreedy, Natalie Schwer, Diana Burgess, Kathleen Call, Julia Przedworski, Simon Rosser, Sheryl Larson, Michele Allen, and Steve Fu, *Improving Cultural Competence to Reduce Health Disparities*, Comparative Effectiveness Review No. 170, Rockville, Md.: Agency for Healthcare Research and Quality, March 2016.
- Chandra, Anita, Joie D. Acosta, Katherine Grace Carman, Tamara Dubowitz, Laura Leviton, Laurie T. Martin, Carolyn E. Miller, Christopher Nelson, Tracy Orleans, Margaret Tait, Matthew Trujillo, Vivian Towe, Douglas Yeung, and Alonzo

- L. Plough, *Building a National Culture of Health: Background, Action Framework, Measures, and Next Steps*, Santa Monica, Calif.: RAND Corporation, RR-1199-RWJ, 2016. As of March 22, 2017:
http://www.rand.org/pubs/research_reports/RR1199.html
- Chandra, Anita, Carolyn E. Miller, Joie D. Acosta, Sarah Weiland, Matthew Trujillo, and Alonzo Plough, "Drivers of Health as a Shared Value: Mindset, Expectations, Sense of Community, and Civic Engagement," *Health Affairs*, Vol. 35, No. 11, 2016, pp. 1959–1963.
- Corburn, Jason, Shasa Curl, Gabino Arredondo, and Jonathan Malagon, "Health in All Urban Policy: City Services Through the Prism of Health," *Journal of Urban Health*, Vol. 91, No. 4, 2014, pp. 623–636.
- Craigie, Frederic C., and R. F. Hobbs, "Exploring the Organizational Culture of Exemplary Community Health Center Practices," *Family Medicine—Kansas City*, Vol. 36, No. 10, 2004, pp. 733–738.
- Danna, Karen, and Ricky W. Griffin, "Health and Well-Being in the Workplace: A Review and Synthesis of the Literature," *Journal of Management*, Vol. 25, No. 3, 1999, pp. 357–384.
- Davis, R., *Measuring What Works to Achieve Health Equity: Metrics for the Determinants of Health*, Oakland, Calif.: Prevention Institute, 2015.
- Economos, Christina D., Raymond R. Hyatt, Aviva Must, Jeanne P. Goldberg, Julia Kuder, Elena N. Naumova, Jessica J. Collins, and Miriam E. Nelson, "Shape Up Somerville Two-Year Results: A Community-Based Environmental Change Intervention Sustains Weight Reduction in Children," *Preventive Medicine*, Vol. 57, No. 4, 2013, pp. 322–327.
- French, Simone A., "Pricing Effects on Food Choices," *Journal of Nutrition*, Vol. 133, No. 3, 2003, pp. 841S–843S.
- Galloway, Ian, "Using Pay-for-Success to Increase Investment in the Nonmedical Determinants of Health," *Health Affairs*, Vol. 33, No. 11, 2014, pp. 1897–1904.
- Geertz, Clifford, *The Interpretation of Cultures: Selected Essays*, Vol. 5019, New York: Basic Books, 1973.
- Giles, Emma L., Shannon Robalino, Elaine McColl, Falko F. Sniehotta, and Jean Adams, "The Effectiveness of Financial Incentives for Health Behaviour Change: Systematic Review and Meta-Analysis," *PloS One*, Vol. 9, No. 3, 2014, p. e90347.
- Goetzl, Ron Z., Rachel Mosher Henke, Maryam Tabrizi, Kenneth R. Pelletier, Ron Loeppke, David W. Ballard, Jessica Grossmeier, David R. Anderson, Derek Yach, and Rebecca K. Kelly, "Do Workplace Health Promotion (Wellness) Programs Work?" *Journal of Occupational and Environmental Medicine*, Vol. 56, No. 9, 2014, pp. 927–934.
- Goodman, Richard A., Rebecca Bunnell, and Samuel F. Posner, "What Is 'Community Health'? Examining the Meaning of an Evolving Field in Public Health," *Preventive Medicine*, Vol. 67, 2014, pp. S58–S61.
- Guo, Chao, and Muhittin Acar, "Understanding Collaboration Among Nonprofit Organizations: Combining Resource Dependency, Institutional, and Network Perspectives," *Nonprofit and Voluntary Sector Quarterly*, Vol. 34, No. 3, 2005, pp. 340–361.
- Hager, Mark A., Joseph Galaskiewicz, and Jeff A. Larson, "Structural Embeddedness and the Liability of Newness Among Nonprofit Organizations," *Public Management Review*, Vol. 6, No. 2, 2004, pp. 159–188.
- Hockenbury, Don H., and Sandra E. Hockenbury, *Psychology*, 3rd ed., New York: Worth Publishers, 2003.
- Kaiser Permanente, "KP in Hawaii," 2017. As of February 8, 2017:
<http://www.kpinhawaii.org/>
- Kindig, David, and Greg Stoddart, "What Is Population Health?" *American Journal of Public Health*, Vol. 93, No. 3, 2003, pp. 380–383.
- Kroeber, Alfred Louis, and Clyde Kluckhohn, *Culture: A Critical Review of Concepts and Definitions*, Cambridge, Mass.: Papers of the Peabody Museum of Archaeology & Ethnology, Harvard University, 1952.
- Lantz, Paula M., Sara Rosenbaum, Leighton Ku, and Samantha Iovan, "Pay for Success and Population Health: Early Results from Eleven Projects Reveal Challenges and Promise," *Health Affairs*, Vol. 35, No. 11, 2016, pp. 2053–2061.
- Lynagh, Marita C., Rob W. Sanson-Fisher, and Billie Bonevski, "What's Good for the Goose Is Good for the Gander. Guiding

- Principles for the Use of Financial Incentives in Health Behaviour Change,” *International Journal of Behavioral Medicine*, Vol. 20, No. 1, 2013, pp. 114–120.
- Mattke, Soeren, Kandice Kapinos, John P. Caloyeras, Erin Audrey Taylor, Benjamin Batorsky, Hangsheng Liu, Kristin R. Van Busum, and Sydne Newberry, “Workplace Wellness Programs: Services Offered, Participation, and Incentives,” *RAND Health Quarterly*, Vol. 5, No. 2, 2015. As of March 22, 2017:
<http://www.rand.org/pubs/periodicals/health-quarterly/issues/v5/n2/07.html>
- McKenzie, James, Robert Pinger, and Jerome Edward Kotecki, *An Introduction to Community Health*, Burlington, Mass.: Jones & Bartlett Publishers, 2011.
- Miyawaki, Christina E., “Association of Filial Responsibility, Ethnicity, and Acculturation Among Japanese American Family Caregivers of Older Adults,” *Journal of Applied Gerontology*, Vol. 36, No. 3, 2015, pp. 296–319.
- National Academies of Sciences, Engineering, and Medicine, *Exploring Shared Value in Global Health and Safety: Workshop Summary*, Washington, D.C.: National Academies Press, 2016.
- Nurse-Family Partnership, “Proven Effective Through Extensive Research,” web page, 2017. As of February 2, 2017:
<http://www.nursefamilypartnership.org/proven-results>
- O’Mara-Eves, Alison, Ginny Brunton, G. McDaid, Sandy Oliver, Josephine Kavanagh, Farah Jamal, Tihana Matosevic, Angela Harden, and James Thomas, “Community Engagement to Reduce Inequalities in Health: A Systematic Review, Meta-Analysis and Economic Analysis,” *Public Health Research*, Vol. 1, No. 4, 2013.
- Ozminkowski, Ronald J., Seth Serxner, Karen Marlo, Rohit Kichlu, Erin Ratelis, and Jennifer Van de Meulebroecke, “Beyond ROI: Using Value of Investment to Measure Employee Health and Wellness,” *Population Health Management*, Vol. 19, No. 4, 2016, pp. 227–229.
- Plough, Alonzo L., “Building a Culture of Health,” *American Journal of Preventive Medicine*, Vol. 47, No. 5, 2014, pp. S388–S390.
- Plough, Alonzo, and Anita Chandra, *From Vision to Action: A Framework and Measures to Mobilize a Culture of Health*, Princeton, N.J.: Robert Wood Johnson Foundation, 2015.
- PolicyLink, *Health Equity: Moving Beyond “Health Disparities,”* 2014. As of February 10, 2017:
<http://policylink.org/find-resources/library/beyond-health-equity>
- Prochaska, James O., and Wayne F. Velicer, “The Transtheoretical Model of Health Behavior Change,” *American Journal of Health Promotion*, Vol. 12, No. 1, 1997, pp. 38–48.
- Sparks, Kate, Brian Faragher, and Cary L. Cooper, “Well-Being and Occupational Health in the 21st Century Workplace,” *Journal of Occupational and Organizational Psychology*, Vol. 74, No. 4, 2001, pp. 489–509.
- Stoto, M. A., “Community Health Needs Assessments: An Opportunity to Bring Public Health and the Healthcare Delivery System Together to Improve Population Health,” *Improving Population Health*, blog, 2013. As of March 22, 2017:
<http://www.improvingpopulationhealth.org/blog/2013/04/community-health-needs-assessments-an-opportunity-to-bring-public-health-and-the-healthcare-delivery.html>
- Strohacker, Kelley, Omar Galarraga, and David M. Williams, “The Impact of Incentives on Exercise Behavior: A Systematic Review of Randomized Controlled Trials,” *Annals of Behavioral Medicine*, Vol. 48, No. 1, 2014, pp. 92–99.
- Thomas, David R., “A General Inductive Approach for Analyzing Qualitative Evaluation Data,” *American Journal of Evaluation*, Vol. 27, No. 2, 2006, pp. 237–246.
- Towe, Vivian L., Laura Leviton, Anita Chandra, Jennifer C. Sloan, Margaret Tait, and Tracy Orleans, “Cross-Sector Collaborations and Partnerships: Essential Ingredients to Help Shape Health and Well-Being,” *Health Affairs*, Vol. 35, No. 11, 2016, pp. 1964–1969.
- Volpp, Kevin G., Leslie K. John, Andrea B. Troxel, Laurie Norton, Jennifer Fassbender, and George Loewenstein, “Financial Incentive-Based Approaches for Weight Loss: A Randomized Trial,” *JAMA*, Vol. 300, No. 22, 2008, pp. 2631–2637.

- Wallerstein, Nina, and Bonnie Duran, "Community-Based Participatory Research Contributions to Intervention Research: The Intersection of Science and Practice to Improve Health Equity," *American Journal of Public Health*, Vol. 100, No. S1, 2010, pp. S40–S46.
- White, Leslie A., *The Science of Culture: A Study of Man and Civilization*, New York: Farrar, Straus, 1949.
- Willis, Cameron David, Jessie Saul, Helen Bevan, Mary Ann Scheirer, Allan Best, Trisha Greenhalgh, Russell Mannion, Evelyn Cornelissen, David Howland, and Emily Jenkins, "Sustaining Organizational Culture Change in Health Systems," *Journal of Health Organization and Management*, Vol. 30, No. 1, 2016, pp. 2–30.



www.rand.org

Arabic translation of
*How Cultural Alignment
and the Use of Incentives Can
Promote a Culture of Health*
RR-1889/1-RWJ