

کتاب جامع بهداشت عمومی

جلد ۳ : فصل چهاردهم : مباحث خاص

صفحه	عنوان	گفتار
۲۹۳۰	دیدگاه‌های بهداشتی در سند چشم‌انداز بیست ساله دکتر علیرضا زالی	اول
۲۹۴۸	حقوق بهداشتی و چالش‌های جدید زیست‌پزشکی دکتر محمود عباسی	دوم
۲۹۷۰	ایمنی بیمار، اشتباهات رایج و راه‌های پیشگیری آن دکتر سیدمنصور رضوی	سوم
۲۹۹۲	سلامت و سیاست دکتر محمد اسماعیل اکبری	چهارم
۲۹۹۸	ارزشیابی نقادانه و بهداشت عمومی مبتنی بر شواهد دکتر محسن رضائیان	پنجم
۳۰۰۸	کاربرد نظام‌های اطلاعات جغرافیایی و ... دکتر محسن رضائیان	ششم
۳۰۲۰	ارزیابی فنآوری سلامت دکتر بهاره یزدی زاده، دکتر سیدرضا مجدزاده	هفتم
۳۰۳۲	ترجمان دانش و بهداشت عمومی دکتر سیما نجات، دکتر آیت الله احمدی، دکتر بهاره یزدی زاده، دکتر سیدرضا مجدزاده	هشتم
۳۰۴۸	توانمندسازی جامعه برای پژوهش‌های سلامت دکتر انسیه جمشیدی، دکتر خندان شاهنده و دکتر سیدرضا مجدزاده	نهم
۳۰۶۶	اجتماعی شدن نظام سلامت دکتر حسین ملک افضلی، دکتر الهام الهی	دهم
۳۱۰۴	عوامل اجتماعی سلامت دکتر سید علیرضا مرندي	یازدهم
۳۱۲۶	روانشناسی سلامت دکتر محسن ارجمند	دوازدهم
۳۱۵۲	راهنمای سلامت عمومی دکتر لاله قدیریان، دکتر آزاده سیاری فرد	سیزدهم
۳۱۶۲	معنویت و سلامت دکتر احمدعلی نوربالا	چهاردهم
۳۱۸۲	آشنایی با پزشک خانواده دکتر سید احسان بلادیان، دکتر حسین حاتمی	پانزدهم
۳۲۰۳		

پیش‌آزمون فصل چهاردهم :

- ۱- ویژگی‌های مورد انتظار در سند چشم‌انداز را توضیح دهید؟
- ۲- چشم‌انداز بخش سلامت در برنامه چهارم توسعه را شرح دهید؟
- ۳- واژه‌های حقوق و قانون را تعریف نمایید؟
- ۴- علل نیاز به قوانین زیست‌پزشکی را شرح دهید؟
- ۵- راه‌های به رسمیت شناختن حقوق بهداشتی مبتلایان به ایدز را نام ببرید؟
- ۶- لزوم حمایت از خانواده و حق مراقبت بهداشتی را توضیح دهید؟
- ۷- نحوه تغییر نگرش‌های اجتماعی در زمینه مسائل زیست‌پزشکی را شرح دهید؟
- ۸- حق برخورداری از خدمات بهداشتی - درمانی را توضیح دهید؟
- ۹- ارتباط سلامت و حقوق بشر را توضیح دهید؟
- ۱۰- مشکلات سلامت از درون جوامع را شرح دهید؟
- ۱۱- منظور از بی‌عدالتی در سلامت، چیست؟
- ۱۲- اهداف توسعه هزاره را فهرست نمایید؟
- ۱۳- اهداف بهداشتی توسعه پایدار را توضیح دهید؟
- ۱۴- لزوم ارزشیابی نقادانه را بیان کنید؟
- ۱۵- بهداشت عمومی مبتنی بر شواهد را شرح دهید؟
- ۱۶- ارتباط موضوع و محتوا را بیان کنید؟
- ۱۷- تاثیر مکان بر شاخص‌های بهداشتی را بیان کنید؟
- ۱۸- نظام‌های اطلاعات جغرافیایی را شرح دهید؟
- ۱۹- پایگاه داده‌ها را تعریف نموده انواع آن را مثال بزنید؟
- ۲۰- کاربرد نظام‌های اطلاعات جغرافیایی، چیست؟
- ۲۱- فناوری سلامت و ارزیابی فناوری سلامت را تعریف کنید؟
- ۲۲- مواردی از فناوری که مورد ارزیابی قرار می‌گیرد را برشمرید؟
- ۲۳- ترجمان دانش را تعریف کنید؟
- ۲۴- انواع محصولات دانشی که به عنوان محتوی باید برای گروه‌های مخاطب تهیه شود کدامند؟
- ۲۵- پژوهش مشارکتی مبتنی بر جامعه را تعریف کنید؟
- ۲۶- ارتباط سطوح مشارکت جامعه با پیامدهای اجتماعی و سلامت را در یک مثال مشخص کنید؟
- ۲۷- اضافه وزن و چاقی در کودکی و نوجوانی را تعریف کنید؟
- ۲۸- راهکارهای پیشگیری از بروز اضافه وزن و چاقی کودکان و نوجوانان را شرح دهید؟
- ۲۹- روانشناسی سلامت را تعریف نموده محدوده فعالیت آن را بیان کنید؟
- ۳۰- ارتباط تحول سلامت و پزشک خانواده را شرح دهید؟
- ۳۱- خلاصه‌ای از خدمات پزشک خانواده را بیان کنید؟

کتاب جامع

بهداشت عمومی

فصل ۱۴ / گفتار ۱ / دکتر علیرضا زالی

دیدگاه‌های بهداشتی در سند چشم‌انداز بیست ساله کشور

فهرست مطالب

۲۹۳۱	اهداف درس
۲۹۳۱	پیشگفتار
۲۹۳۲	مقدمه
۲۹۳۳	تعریف چشم‌انداز
۲۹۳۳	ویژگی‌های چشم‌انداز
۲۹۳۳	ویژگی‌های مورد انتظار چشم‌انداز در افق ۲۰ ساله کشور
۲۹۳۴	ابعاد سند چشم‌انداز بیست ساله کشور
۲۹۳۴	سند چشم‌انداز ملی ۲۰ ساله ایران
۲۹۳۴	ویژگی‌های جامعه ایرانی در افق چشم‌انداز
۲۹۳۴	۱- الگوی توسعه
۲۹۳۵	۲- ویژگی‌های امنیت تولید و رفاه ملی
۲۹۳۷	۳- ویژگی‌های فرد ایرانی ۱۴۰۴
۲۹۳۷	۴- جایگاه منطقه ای:
۲۹۳۷	۵- تعامل با جهان:
۲۹۳۸	گام‌های مهمی که بعد از چشم‌انداز باید برداشته شود
۲۹۳۸	ملاحظات و نکات مورد توجه
۲۹۳۹	ضرورت یک جهاد فرهنگی و اقتصادی
۲۹۳۹	مشخصات جامعه سالم ایرانی در سند چشم‌انداز بیست ساله
۲۹۴۰	نگاهی به اهداف هزاره سوّم
۲۹۴۱	نگاهی به سلامت در قانون اساسی جمهوری اسلامی ایران
۲۹۴۲	نگاهی به سند ملی زیست فن‌آوری جمهوری اسلامی ایران
۲۹۴۲	نگاهی تحلیل گرانه به مقوله سلامت در برنامه چهارم توسعه
۲۹۴۴	چشم‌انداز بخش سلامت در برنامه چهارم
۲۹۴۷	منابع

دیدگاه‌های بهداشتی در سند چشم‌انداز بیست ساله کشور Health Perspectives of Iran's 20-years Vision Plan

دکتر علیرضا زالی

دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی شهید بهشتی

اهداف درس

پس از یادگیری این مبحث، فراگیرنده قادر خواهد بود:

- چشم‌انداز را تعریف نموده ویژگی‌های اصلی آن را بیان کند
- ویژگی‌های مورد انتظار در سند چشم‌انداز را توضیح دهد
- ابعاد مختلف سند چشم‌انداز را شرح دهد
- اهداف هزاره سوّم میلادی در متن سند چشم‌انداز را بیان نماید
- چشم‌انداز بخش سلامت در برنامه چهارم توسعه را شرح دهد.

پیشگفتار

به دنبال تحولات مثبت سال‌های اخیر در نظام برنامه‌ریزی کلان کشور، در آستانه تدوین برنامه چهارم توسعه، افق بیست ساله برای توسعه کشور، ترسیم شد تا برنامه‌های توسعه با جهت‌گیری دستیابی به ویژگیهای افق مقصد، تنظیم و تدوین شود. پیش نویس اولیه این سند از سوی سازمان مدیریت و برنامه ریزی به هیأت دولت وقت، ارسال و پس از تصویب در آن هیأت، از سوی رئیس محترم جمهور وقت، برای رهبر معظم انقلاب فرستاده شد و معظم له نیز بر اساس اصل ۱۱۰ قانون اساسی آن را برای کسب نظر مشورتی، به مجمع تشخیص مصلحت نظام فرستادند و پس از دریافت نظر مجمع، سرانجام آن را با تغییراتی اندک و با عنوان چشم‌انداز جمهوری اسلامی ایران در افاق ۱۴۰۴ هجری شمسی ابلاغ فرمودند. به استناد این سند با اتکال به قدرت لایزال الهی و در پرتو ایمان و عزم ملی و کوشش برنامه ریزی شده و مدبرانه جمعی و در مسیر تحقق آرمان‌ها و اصول قانون اساسی، در چشم‌انداز بیست ساله، ایران کشوری است توسعه یافته با جایگاه اول اقتصادی، علمی و فن‌آوری در سطح

منطقه، با هویت اسلامی و انقلابی، الهام بخش در جهان اسلام و با تعامل سازنده و مؤثر در روابط بین‌الملل. ذیل این عبارت ویژگی‌های جامعه ایرانی در افق چشم‌انداز در قالب هشت بند معرفی شده است و در پایان نیز در عبارتی با عنوان *ملاحظه* بر تنظیم و تدوین شاخص‌های کمی کلان برنامه‌های توسعه متناسب با سیاست‌ها و اهداف و الزامات چشم‌انداز، تأکید گردیده و سال ۱۳۸۴ به عنوان سال آغازین اجرای آن معرفی شده است.

عوامل مخاطره‌آمیز جدیدی رخ می‌نماید که دسترسی به سلامت که به تعبیر حکیم نظامی، همان اقلیم آسودگی (سلامت به اقلیم آسودگیست) و به تعبیر امروزی، همان رفاه کامل جسمی، روانی، اجتماعی و معنوی است را بسیار مشکل می‌کند. زیرا تغییرات جدید، نیازهای تازه‌ای خلق کرده است. به طوری که اگر در زمان‌های نه چندان دور، بیماری‌های عفونی در اپیدمی‌های بزرگ، جمعیت‌های کثیر انسانی را نابود می‌کرد هم اکنون، سوانح و حوادث ترافیکی، بیماری‌های قلبی و عروقی، بیماری‌های عصبی و روانی، چاقی و کم تحرکی، سوء مصرف مواد مخدر و مصرف دخانیات، بیماری‌های بازپدید و نوپدید، بخش بزرگی از بار بیماری‌ها را به خود اختصاص می‌دهند. اگر نیازها تغییر کرده‌اند تامین کنندگان این نیازها نیز بایستی با مطالعه کافی در مراجع، گزارش‌ها، پژوهش‌ها و مستندات، ضمن برنامه‌ریزی دقیق و دوراندیشانه به سمت حل این مشکل و رفع این نیازها بکوشند.

قرن جدید با تعهد و تصمیمی بی‌سابقه برای رهایی از فقر در جهان آغاز شده و اعلامیه هزاره سازمان ملل متحد در سال ۲۰۰۰ که طی بزرگترین نشست سران کشورها در طول تاریخ، ارائه گردید کشورها را چه غنی و چه فقیر، متعهد کرده است که هرچه در توان دارند برای ریشه‌کن کردن فقر، ارتقاء کرامت انسانی و عدالت و صلح، مردم سالاری و ثبات زیست محیطی انجام دهند و رهبران جهان متعهد شده‌اند که با همکاری یکدیگر، اهداف مشخصی را برای ارتقاء توسعه و کاهش فقر تا سال ۲۰۱۵ یا قبل از آن دنبال کنند و از آنجا که تولید نظام سلامت یک کشور به عهده دولت است، سلامت مردم، یک اولویت ملی بوده و مدیریت دقیق و مسئولانه تندرستی، جوهره و رسالت اصلی یک دولت خوب و کارآمد می‌باشد. لازمه دسترسی مردم به سطح قابل قبول در سلامت، برنامه ریزی دقیق مبتنی بر شواهد و مستندات کافی است. . . . *برنامه‌ای پویا که نه تنها نیازهای امروز جامعه، بلکه احتیاجات فردا و فرداها را نیز مدنظر قرار داده، ضمن اقتباس صحیح از برنامه‌های پیشرفته و موفق جهانی، مبتنی بر فرهنگ غنی اسلامی و تجربیات موفق پزشکی ملی و طب‌نیاکان نیز باشد.*

مقدمه

در طی سه دهه گذشته، دستاوردهای شگرفی را در زمینه سلامت جامعه شاهد بوده‌ایم. شکل‌گیری نظام شبکه بهداشت و درمان، توسعه کمی چشمگیر در آموزش پزشکی و توجه بسیار به مقوله نیروی انسانی و بهبود شاخص‌های سلامت بویژه در مناطقی که در آن سیستم شبکه به طور وسیع شکل گرفته است تعدادی از دستاوردهای بارز این سال‌ها بوده است. در حال حاضر با توجه به عوامل متعدد درونی و برونی که مجموعه نظام سلامت را تحت تأثیر قرار می‌دهند، لزوم اتفاق نظر بر روی چشم‌انداز بلند مدت و تدوین راهبردهای دستیابی به آن را کاملاً نمایان می‌کند. در تدوین سند چشم‌انداز بیست ساله جمهوری اسلامی ایران که مبنای تنظیم سیاست‌های کلی چهار برنامه پنج‌ساله آینده خواهد بود به موضوع سلامت و تمامی عوامل تامین کننده آن بخوبی اشاره شده است و لازم است اساتید گرامی به عنوان ارائه دهندگان خدمات آموزشی و دانشجویان عزیز به عنوان

جامعه هدف آموزش‌های دانشگاهی، در جریان اهداف عالی این سند فرهنگ‌ساز، قرار گیرند. لذا در این گفتار، ابتدا به توضیح مختصری در مورد موضوع اصلی و سپس به مقوله دیدگاه‌های بهداشتی آن پرداخته می‌شود.

تعریف چشم‌انداز

عبارت است از آرمان قابل دستیابی جامعه در یک زمان بلند مدت معین که متناسب با ارزش‌ها و آرمان‌های نظام و مردم تعیین می‌گردد. چشم‌انداز، تصویری از ایران آرمانی آینده است که هویت اسلامی و انقلابی آن مورد تایید قرار گرفته و قرار است از موازین حکومت عقیدتی، استفاده شود تا به جامعه آرمانی برسیم و در این راستا چشم‌انداز ۲۰ ساله عاملی است که:

- ۱- هریک از مولفه‌های اصلی جامعه را جهت می‌دهد و اهدافشان را تعیین می‌کند.
- ۲- مجموعه عوامل را به هم پیوند می‌دهد و از آن یک نظام سازگار می‌سازد.

ویژگی‌های چشم‌انداز

- ۱- آینده نگری
- ۲- ارزش گرایی
- ۳- واقع گرایی
- ۴- جامع نگری

در تهیه و تنظیم چشم‌انداز بلندمدت، دو نکته باید مورد مطالعه قرار گیرد. پیش بینی روشی که وضعیت موجود را بررسی نموده و براساس شرایط موجود، آینده را پیش بینی می‌کند. آینده نگری، فرایندی است که در آن تصویری مناسب و آرمانی در نظر گرفته می‌شود.

ویژگی‌های مورد انتظار چشم‌انداز در افق ۲۰ ساله کشور

- ایجاد وفاق ملی براساس نیازهای ضروری جامعه
 - پاسخ گویی مولفه‌های مختلف و رفع ضعف‌ها و تهدیدات
 - قابل دستیابی در هر زمان و کمیت پذیر بودن
 - تصویر ممکن از اهداف مطلوب
 - در چشم‌انداز، تصویر آینده کشور حول عامل اصلی به شکل مشخص و دور از ابهام تعیین می‌گردد
 - مشوق مشارکت ملی باشد
 - باید جامع، متحول کننده و آینده نگر باشد
 - محدود به یک زمان مشخص باشد.
- برای نیل به اهداف چشم‌انداز ۲۰ ساله باید آرمان کلان جامعه در خصوص استقلال، توسعه اجتماعی، توسعه سیاسی، توسعه اقتصادی و خودکفایی، محیط زیست و حفاظت از منابع طبیعی، آزادی و توسعه انسانی و

رشد، مورد توجه خاص قرار گیرد.

نکته: سند قانونی آرمان‌های کشور ما قانون اساسی است.

ابعاد سند چشم‌انداز بیست ساله کشور

در زمینه سیاسی: کارآمدی، تحرک بی وقفه، جهت‌دار بودن و حضور فعال در معاهدات و مجموعه‌ها و هسته‌های جهانی مورد نظر است.

در زمینه علمی: نهضت نرم‌افزاری و تولید علم

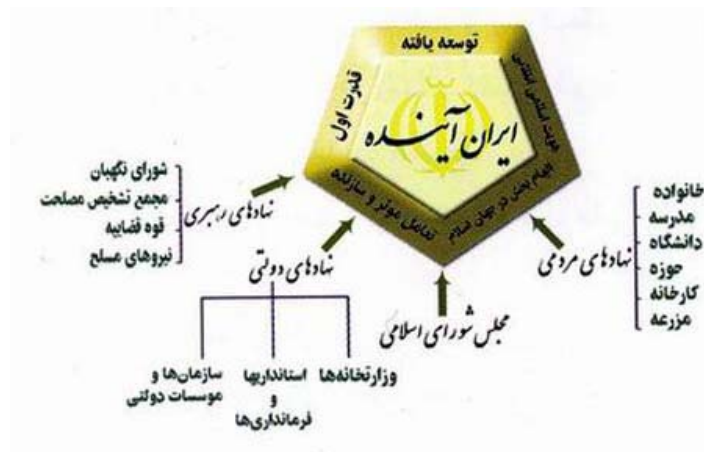
در زمینه فرهنگی: تقویت روحیه ایمان و ایثار در مسئولین و مردم، تبیین مبانی ارزشی و قانون اساسی

در زمینه الگوی تدوین برنامه: منطبق بر خصوصیات جغرافیایی تاریخی و فرهنگی باشد.

سند چشم‌انداز ملی ۲۰ ساله ایران

با اتکال به قدرت لایزال الهی و در پرتو ایمان و عزم ملی و کوشش برنامه ریزی شده و مدبرانه جمعی و در مسیر تحقق آرمان‌ها و اصول قانون اساسی در چشم‌انداز ۲۰ ساله: ایران کشوری است توسعه یافته با جایگاه اول اقتصادی علمی و فناوری در سطح منطقه با هویت اسلامی و انقلابی الهام بخش در جهان اسلام و با تعامل سازنده و موثر در روابط بین‌الملل.

بسیج ملی بسوی ایران آینده

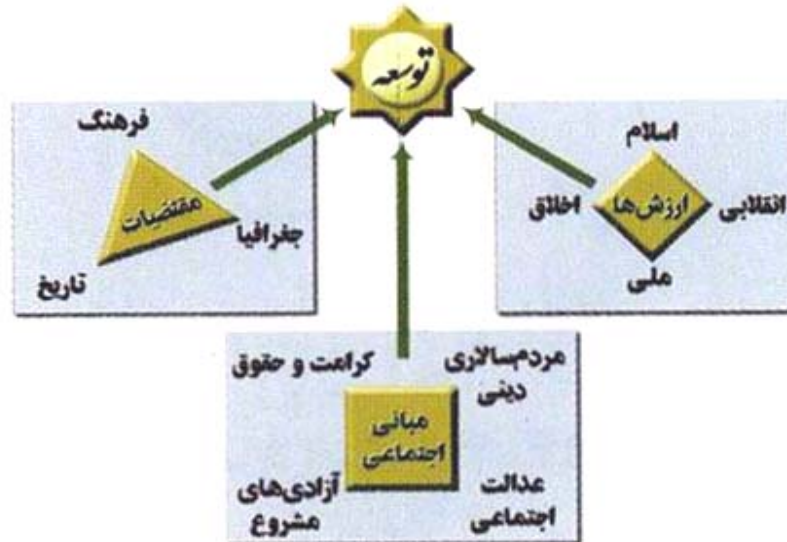


ویژگی‌های جامعه ایرانی در افق چشم‌انداز

۱- الگوی توسعه

در آن افق، ملت موفق را می‌توان یافت با ویژگی‌های: توسعه یافته، متناسب با مقتضیات فرهنگی، جغرافیایی و تاریخی خود، متکی بر اصول اخلاقی و ارزش‌های اسلامی، ملی و انقلابی، با تاکید بر: مردم‌سالاری

دینی، عدالت اجتماعی، آزادیهای مشروع، حفظ کرامت و حقوق انسان‌ها و بهره‌مندی از امنیت اجتماعی و قضایی.

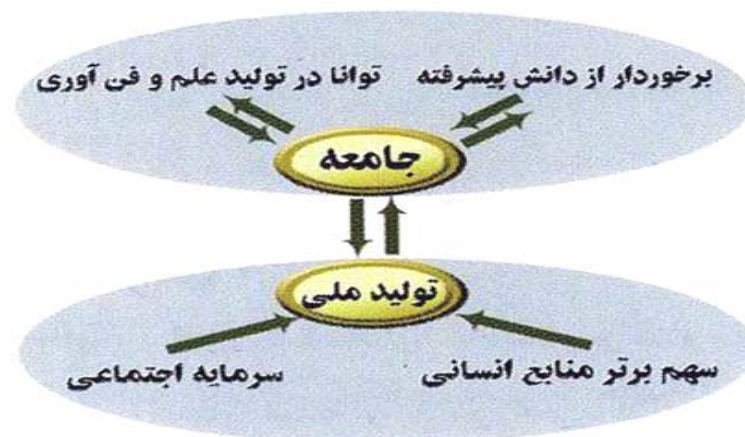


توسعه از سه رکن مقتضیات بومی، ارزش‌ها و بنیادهای اجتماعی باید تحت تأسی قرار گیرد و لذا الگوی توسعه باید متناسب با آن‌ها طراحی و اجرا شود.

۲- ویژگی‌های امنیت تولید و رفاه ملی

۲-۱- تولید ملی:

برخوردار از دانش پیشرفته، توانا در تولید علم و فن‌آوری مکتبی بر سهم برتر منابع انسانی و سرمایه اجتماعی در تولید ملی.



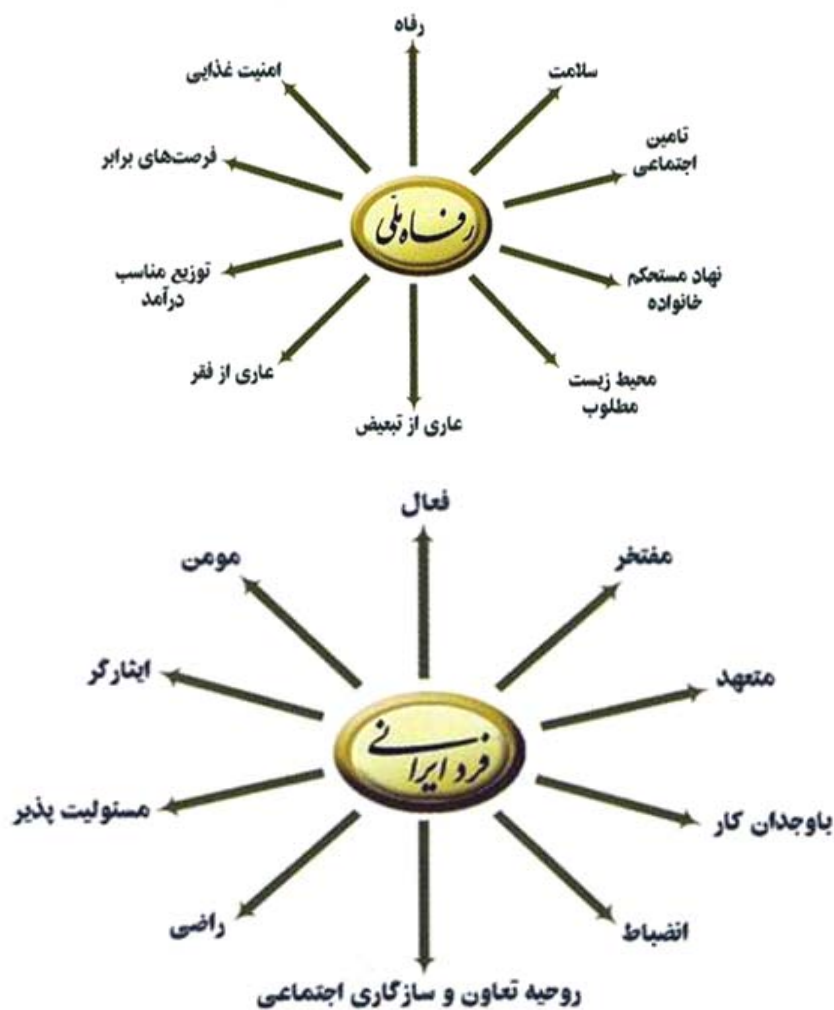
۲-۲- امنیت ملی:

امن، مستقل و مقتدر با سامان دفاعی مبتنی بر بازدارندگی همه جانبه و پیوستگی مردم و حکومت.



۲-۳- رفاه ملی:

برخوردار از سلامت، رفاه، امنیت قضایی، تامین اجتماعی و فرصت‌های برابر، توزیع مناسب درآمد، نهاد مستحکم خانواده به دور از فقر، تبعیض و بهرمنند از محیط زیست مطلوب.

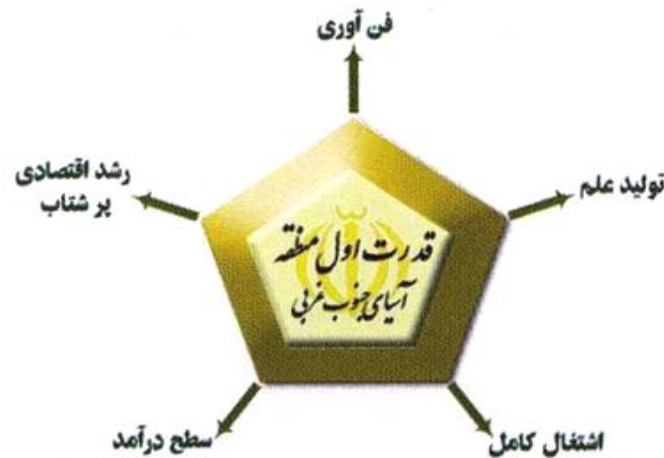


۳- ویژگی‌های فرد ایرانی ۱۴۰۴

فعال، مسئولیت‌پذیر، ایثارگر، مومن، رضایتمند، برخوردار از وجدان کاری، انضباط، روحیه تعاون و سازگاری اجتماعی، متعهد به نظام اسلامی و شکوفایی ایران و مفتخر به ایرانی بودن.

۴- جایگاه منطقه‌ای

دست‌یافته به جایگاه اول اقتصادی، علمی و فن‌آوری در سطح منطقه‌ای آسیای جنوب غربی (شامل: آسیای میانه، قفقاز، غرب آسیا و کشورهای همسایه) با تاکید بر جنبش نرم‌افزاری و تولید علم، رشد پرشتاب و مستمر اقتصادی، ارتقاء نسبی سطح درآمد سرانه و رسیدن به اشتغال کامل.



۵- تعامل با جهان

۵-۱- در جهان اسلام:

الهام‌بخش، فعال و موثر در جهان اسلام با تحکیم الگوی مردم‌سالاری دینی، توسعه کارآمد، جامعه اخلاقی، نواندیشی و پویایی فکری و اجتماعی، تاثیرگذار بر همگرایی اسلامی و منطقه‌ای براساس تعالیم اسلامی و اندیشه‌های امام راحل.



۵-۲- در روابط بین‌الملل:

دارای تعامل سازنده و موثر با جهان براساس اصول عزت، حکمت و مصلحت.

گام‌های مهمی که بعد از چشم‌انداز باید برداشته شود

- ۱ - الزامات چشم‌انداز از جمله تدوین الگوی توسعه و اقدامات اساسی که برای رفع موانع در نظام باید برداشته شود.
- ۲ - آمایش سرزمین‌ها (فعالیت‌ها چگونه در مناطق مختلف سازماندهی شود) تقسیم کار ملی و تخصص گرایی در مناطق و مزیت‌های استانی و منطقه‌ای.
- ۳ - تهیه برنامه‌های اجرایی در سطح ملی و بخشی.
- ۴ - تهیه برنامه ۲۰ ساله در هر استان و منطقه.

ملاحظات و نکات مورد توجه

برنامه چهارم توسعه، مبداء و شروع چشم‌انداز ۲۰ ساله است و بخشی از اهداف چشم‌انداز باید در برنامه توسعه چهارم، عملیاتی گردد.

فرایند معرفتی چشم‌انداز تبیین و ترویج و اعتقاد مردم و این فرایند باید تبدیل به بسیج ملی شود. مسئولین نظارت در سطح سیاست‌های کلان و روند کلی در حال تدوین شاخص‌هایی است که دارای دو ویژگی اساسی است:

۱ - در زمان معین چشم‌انداز ۲۰ ساله تحقق یابد.

۲ - انحراف از مسیر صورت نگیرد.

به کمک این شاخص‌ها باید مسیر توسعه ملی را نظارت کنیم.

علاوه بر نظارت مجمع تشخیص مصلحت نظام و پیگیری‌های مقام معظم رهبری، نظارت مردم و پیگیری مردمی نیز در تحقق چشم‌انداز، نقش بسزایی ایفا می‌کند که این سه گزینه ضمانت اجرایی چشم‌انداز جمهوری اسلامی ایران است. نخبگان نظام جمهوری اسلامی ایران وظایفی را در چشم‌انداز ۲۰ ساله به عهده دارند. کوتاهی و سهل‌انگاری در این وظیفه نظام را برای رسیدن به این هدف دچار مشکلات بسیاری می‌کند.

وظایف نخبگان

۱ - چشم‌انداز را برای مردم تبیین کنند (خود نخبگان چشم‌انداز را فهمیده و درک و تفسیر واحدی ایجاد کنند و به مردم انتقال دهند).

۲ - عوامل تحقق آن را شناسایی و به مدیران بخش‌های خصوصی و دولتی مشاورت دهند.

۳ - ایجاد تحرک و عزم ملی (چون حرکت داوطلبانه می‌باشد باید مانند دوران جنگ، یک بسیج عمومی در سطح

مسئولان و مردم صورت گیرد).

۴ - کمک به مجریان (دولت باید هدایت را به عهده گیرد و به طور مستقیم در امور دخالت نکند و از نخبگان برای تبیین و از بسیج عمومی مردم برای عملیاتی کردن، استفاده کند).

ضرورت یک جهاد فرهنگی و اقتصادی

برای تحقق چشم‌انداز و دستیابی به اهداف آن، ملت و دولت ایران باید یک تلاش گسترده و عظیمی را پیش بگیرند. ولی این اقدام مهم، بدون بسیج و عزم و اراده ملی امکان پذیر نیست. برای تحقق این بسیج ملی دولت و ملت باید به یک جهاد فرهنگی و اقتصادی دست بزنند. در حقیقت رسیدن به یک ایران پیشرفته و مقتدر و کانون هدایت‌گری در منطقه جز از طریق یک تحول صورت نمی‌گیرد این تحول همان انقلاب سوّم و تداوم انقلاب اسلامی ملت ایران است.

انقلاب سوّم از طریق یک جهاد فرهنگی و اقتصادی، ایران را به یک کشور آرمانی در منطقه تبدیل خواهد کرد. برنامه‌ریزی این جهاد باید توسط نسل دوّمی‌ها و نسل سوّمی‌های انقلاب صورت گیرد و لازمه چنین برنامه‌ریزی اعتماد به نفس و بسیج توانایی‌ها و انگیزه‌های ملی تمامی ایرانیان چه در داخل و چه در خارج از کشور است نیروهای انقلاب اگر پرچمداری این تحول را بر عهده بگیرند ۲ نتیجه حاصل خواهد شد:

۱ - تحقق چشم‌انداز از مسیر واقعی به انحراف نخواهد رفت

۲ - ضمانت تحقق چشم‌انداز به دلیل توانایی‌ها و انگیزه‌های نیروی انقلاب تضمین خواهد شد.

همانگونه که قبلاً نیز اشاره شد؛ در افق چشم‌انداز ۲۰ ساله، ایران کشوری توسعه یافته با جایگاه اوّل اقتصادی علمی و فن‌آوری در سطح منطقه با هویت اسلامی و انقلابی الهام بخش در جهان اسلام و با تعامل سازنده و موثر در روابط بین‌الملل خواهد بود.

مشخصات جامعه سالم ایرانی در سند چشم‌انداز بیست ساله

در چشم‌انداز بیست ساله، مشخصات جامعه سالم ایرانی چنین توصیف شده است: «... برخوردار از سلامت، رفاه، امنیت غذایی، تامین اجتماعی، فرصت‌های برابر، توزیع مناسب درآمد، نهاد مستحکم خانواده، به دور از فقر، فساد، تبعیض و بهره‌مند از محیط زیست مطلوب». در این بخش از چشم‌انداز بیست ساله بر ابعاد مختلف اقتصادی، اجتماعی که منجر به سلامت می‌شوند تأکید گردیده است. اگرچه به مقوله سلامت در این سند مهم راهبردی بطور مستقیم نیز اشاره شده است، به جرات می‌توان گفت: دستیابی به سایر اهداف و ویژگی‌هایی که جامعه تصویری شده در این سند خواهد داشت، بدون توجه به مقوله سلامت (بهداشت و درمان) میسر نخواهد بود. توسعه، فرایندی است که طی آن باورهای فرهنگی، نهادهای اجتماعی، نهادهای اقتصادی و نهادهای سیاسی به صورت بنیادی متناسب با ظرفیت‌های شناخته شده جدید، متحول می‌شوند و طی این فرایند سطح رفاه جامعه ارتقاء می‌یابد. بدون تردید ارتقاء شاخص‌های کیفیت زندگی را می‌توان هدف غایی هر برنامه توسعه اقتصادی و اجتماعی دانست.

نگاهی به اهداف هزاره سوّم

اهداف توسعه هزاره که در بزرگترین نشست سران کشورها در طول تاریخ در سال ۲۰۰۰ به تصویب رسید به خوبی گویای این مطلب است که توسعه پایدار و همه‌جانبه برای همه جهان بدون تامین سلامت، ممکن نخواهد بود. در اعلامیه هزاره سوّم، سازمان ملل متحد، کشورهای مختلف جهان، چه غنی و چه فقیر را متعهد کرده است که هرچه در توان دارند برای ریشه‌کن کردن فقر، ارتقاء کرامت انسانی، عدالت، صلح، مردمسالاری و ثبات زیست محیطی انجام دهند:

اهداف توسعه هزاره که از اعلامیه آن نشأت گرفته‌اند هشت هدف هستند که چهار هدف آن بطور مستقیم و دو هدف بطور غیرمستقیم به سلامت مربوطند و دو هدف باقیمانده نیز در نتیجه رسیدن به شش هدف قبل حاصل خواهد شد.

چهار هدف اوّل عبارتند از

- ارتقاء سلامت مادران
- کاهش مرگ و میر کودکان
- مبارزه با HIV/AIDS
- ارتقاء توانمندسازی زنان و برابری جنسیتی

دو هدف که غیر مستقیم به مقوله سلامت مربوطند عبارتند از:

- دسترسی همگانی به آموزش ابتدایی
- ریشه‌کن کردن گرسنگی و فقر مطلق.

و دو هدف که نتیجه دستیابی به شش هدف قبلی است عبارتند از:

- ایجاد همکاری جهانی برای توسعه
- تضمین پایدار زیست محیطی.

با توجه به خاتمه برنامه توسعه هزاره در سال ۲۰۱۵ میلادی، سازمان جهانی بهداشت، برنامه پانزده ساله دیگری تحت عنوان اهداف توسعه پایدار (SDGs) را تدوین و جهت هماهنگی و اجرا به کشورهای عضو، ابلاغ کرده است که همچون اهداف بهداشتی برنامه توسعه هزاره، نه تنها تضادی با اهداف بهداشتی سند چشم‌انداز ندارد بلکه کاملاً منطبق بر آن می‌باشد و نه سال اول آن مقارن با نه سال آخر اجرای این سند است و لذا ذیلاً به نکات مهم آن می‌پردازیم:

- ۱ - کاهش مرگ و میر مادران به کمتر از ۷۰ مورد در هر یکصد هزار تولّد زنده در پایان دوره ۱۵ ساله
- ۲ - خاتمه دادن به مرگ و میرهای قابل جلوگیری نوزادان و کودکان زیر ۵ سال، با کاهش مرگ و میر نوزادان، حداقل تا ۱۲ نفر در ۱۰۰۰ تولّد زنده، و مرگ و میر کودکان زیر ۵ سال به ۲۵ در ۱۰۰۰ تولّد زنده
- ۳ - خاتمه دادن به اپیدمی ایدز، سل، مالاریا و بیماری‌های گرمسیری فراموش شده (مغفول) و مبارزه با هپاتیت،

- بیماری های منتقله از طریق آب و سایر بیماری های مسری و ارتقاء بهداشت روان
- ۴ - کاهش مرگ های زودرس ناشی از بیماری های غیر واگیر (NCDs) به یک سوّ میزان سال ۱۹۱۵ از طریق پیش گیری و درمان و گسترش بهداشت و سلامت روان
- ۵ - تقویت اقدامات پیشگیرنده مرتبط با اعتیاد به مواد و مشروبات الکلی
- ۶ - کاهش میزان مرگ و آسیب های ناشی از تصادفات جاده ای به نصف میزان سال ۲۰۱۵
- ۷ - دسترسی عمومی به خدمات مرتبط با بهداشت باروری و جنسی شامل تنظیم خانواده، اطلاعات و آموزش و ادغام بهداشت باروری در استراتژی ها و برنامه های ملی
- ۸ - دستیابی به پوشش همگانی، شامل حفاظت در برابر خطرات مالی، دسترسی به خدمات بهداشتی - درمانی پایه و دسترسی به داروها و واکسن های ضروری ایمن، موثر، با کیفیت و قیمت مناسب برای همه.
- ۹ - کاهش اساسی موارد مرگ و ناخوشی های ناشی از مواد شیمیایی مخاطره آمیز و آلودگی و مسمومیت هوا، آب و محیط.
- ۱۰ - تقویت اجرای برنامه جهانی (کنوانسیون جامع) سازمان جهانی بهداشت در باره کنترل دخانیات به طور گسترده.
- ۱۱ - حمایت از تحقیق و توسعه درباره واکسن ها و داروها برای تمام بیماری های واگیر و غیرواگیر که در درجه نخست کشورهای در حال توسعه را تحت تاثیر قرار می دهند، دسترسی به داروها و واکسن های ضروری مقرون به صرفه منطبق با "بیانیه دوحه ...
- ۱۲ - افزایش چشم گیر بودجه بهداشتی در بخش بهداشت و استخدام، توسعه، آموزش و نگهداری نیروی کار بهداشتی در کشورهای در حال توسعه خصوصاً کشورهای کم تر توسعه یافته و جزایر کوچک
- ۱۳ - افزایش چشم گیر بودجه بهداشتی کشورهای در حال توسعه برای هشدار زودهنگام، کاهش خطر، مدیریت ریسک های ملی و جهانی بهداشت. (SDGs, WHO, 2017)

نگاهی به سلامت در قانون اساسی جمهوری اسلامی ایران

اصل ۲۹ قانون اساسی

“برخورداری از تامین اجتماعی از نظر بازنشستگی، بیکاری، پیری، از کارافتادگی، بی سرپرستی، در راه ماندگی، حوادث و سوانح و نیاز به خدمات بهداشتی و درمانی و مراقبت های پزشکی بصورت بیمه و غیره حقی است همگانی. دولت موظف است طبق قوانین از محل درآمدهای عمومی و درآمدهای حاصل از مشارکت مردم، خدمات و حمایت های فوق را برای یک یک افراد کشور تامین کند.”

بنا بر قانون فوق، برخورداری از یک زندگی سالم، مولّد و با کیفیت، توأم با طول عمر قابل قبول و عاری از بیماری و ناتوانی، حقی است همگانی که مسئولیت و تولیت آن بر عهده دولت ها است و پیش شرط تحقق توسعه پایدار است. برای دست یابی به توسعه پایدار قطعاً انسان سالم نقش کلیدی و محوری دارد و بدیهی است

حفظ و ارتقاء سطح سلامتی انسان نیازمند یک نظام سلامت کارآمد است. نیل به این مهم نیز مستلزم فراهم آوردن بهترین سطح میانگین خدمات قابل دسترسی و کمترین تفاوت میان افراد و گروه‌ها در این دستیابی—— (عادلانه بودن) می‌باشد.

نگاهی به سند ملی زیست فن‌آوری جمهوری اسلامی ایران

تصویب و ابلاغ سند ملی زیست فن‌آوری جمهوری اسلامی ایران، بعنوان یکی از مهمترین اسناد مرتبط با فن‌آوری و نظام سلامت، ازجمله اقدامات مهم مدیریتی کشورمان در سال ۸۰ بوده است. در این سند به نکات قابل توجهی که بطور مستقیم در برنامه‌های پیشگیری و درمان و محیط زیست دخالت دارند، اشاره شده است.

- تامین مواد غذایی از طریق ایجاد و تولید محصولات کشاورزی پرمحصول و غنی، تولید داروها و انواع واکسن‌های مورد نیاز
- دستیابی به روش‌های کم هزینه درمان بیماری‌ها
- حذف موثر آلاینده‌های محیط زیست با استفاده از ارگانیزم‌های پالایشگر آلودگی
- ارتقاء سهم زیست فن‌آوری در بخش بهداشت
- جایگزینی سموم و کودهای شیمیایی ماندگار و آلاینده محیط زیست با مواد بیولوژیک

این سند، نوید تاثیر گذاری مقوله زیست فن‌آوری بر مقوله سلامت به عنوان یک فرصت طلایی برای بهره‌برداری از آن در حال حاضر و آینده است. چرا که امید آن می‌رود زیست فن‌آوری، کلیدهای مهمی برای درهای ناگشوده سلامت و ارائه خدمات متعالی بهداشتی فراهم آورد.

نگاهی تحلیل گرانه به مقوله سلامت در برنامه چهارم توسعه

با بهره‌برداری از تجربیات و نتایج عملکردی برنامه‌های توسعه قبلی، برنامه چهارم توسعه اقتصادی، ... تدوین و به تصویب مجلس محترم شورای اسلامی رسیده و به قوه مجریه ابلاغ گردیده است. در بخش سلامت برنامه چهارم توسعه، شاخص‌های زیر مدنظر برنامه‌ریزان بوده است :

الف : شاخص کیفیت زندگی مادی (Physical Quality of Life Index : PQLI)

براساس نظر /م. دی. مورس شاخص‌های کیفیت زندگی مادی عبارتند از :

۱- امید به زندگی در سال اول زندگی

۲ - نرخ مرگ و میر نوزادان

۳ - نرخ با سواد بودن.

ب : شاخص توسعه انسانی (Human Development Index)

شاخص توسعه انسانی، شاخصی است مرکب از :

۱ - طول عمر که با امید به زندگی در بدو تولد اندازه‌گیری می‌شود.

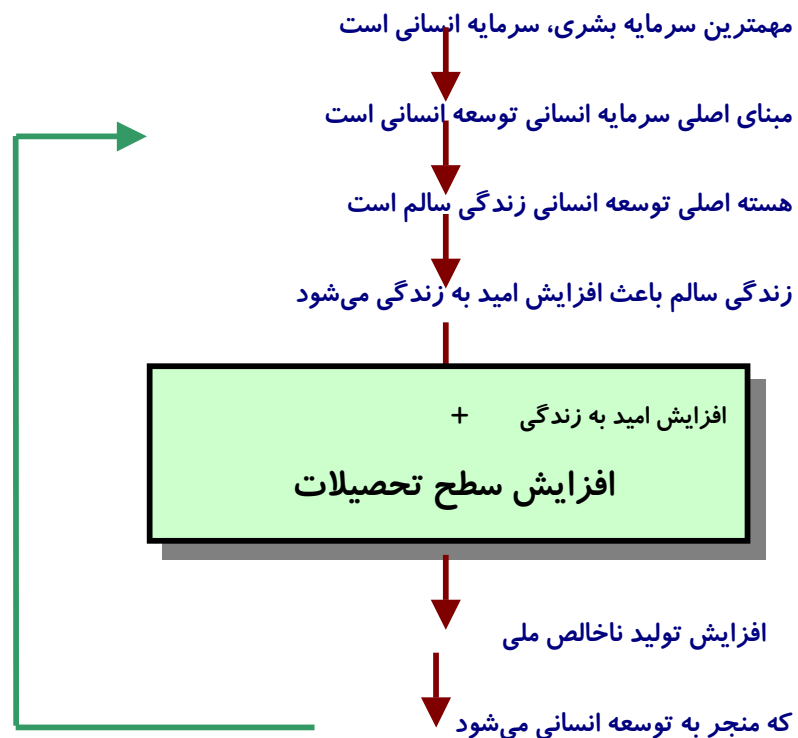
۲ - دسترسی به آموزش که مشتمل بر میزان باسوادی بزرگسالان (با ضریب $\frac{2}{3}$) و نرخ ترکیبی ثبت نام خالص در کلیه مقاطع تحصیلی (با ضریب $\frac{1}{3}$) است.

مبنای اصلی سرمایه انسانی، توسعه انسانی و هسته اصلی توسعه انسانی، زندگی سالم است که این زندگی سالم منجر به افزایش شاخص امید به زندگی می‌شود. افزایش امید به زندگی همراه با افزایش سطح تحصیلات، باعث افزایش تولید ناخالص ملی خواهد شد و ما با توجه به فرمول زیر به این نتیجه خواهیم رسید که توسعه میسر نخواهد شد مگر با دسترسی به سلامت و آموزش.

$$\text{توسعه انسانی} = (\text{شاخص امید به زندگی } \frac{1}{3}) + (\text{شاخص تحصیلات } \frac{2}{3}) + \text{شاخص تولید ناخالص ملی}$$

ج : سلامت از دیدگاه تئوری سرمایه انسانی (Human Capital Theory)

سلامتی افراد، یک ذخیره سرمایه است که به مرور زمان با گذر طبیعی عمر (Natural aging) مستهلک می‌شود. بیماری باعث استهلاک غیرطبیعی آن می‌گردد و سرمایه‌گذاری در سلامت، این استهلاک را جبران می‌کند. نظام و دولت در چشم‌انداز بیست ساله، بایستی با اعمال سیاست‌های درست در جهت کاهش این استهلاک حرکت کرده و اهداف چشم‌انداز را محقق کنند.



چشم‌انداز بخش سلامت در برنامه چهارم عبارت است از

- ۱ - تامین، حفظ و ارتقاء سلامت افراد جامعه
 - ۲ - پاسخگویی به نیازهای غیرپزشکی مردم
 - ۳ - مشارکت عادلانه در تامین منابع مالی.
- وزارت بهداشت به نمایندگی از سوی دولت، مسئولیت تولید سلامت را برعهده دارد و مسئولیت اجرایی و نظارت آن در سطح استانها به دانشگاههای علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی واگذار شده است. در بخش سلامت، مانند سایر بخش‌ها شامل بخش دولتی، تعاونی و خصوصی است که هرکدام سهم خاصی را در ارائه و تامین خدمات ایفاء می‌کنند. خدمات سلامت در هر کشور را می‌توان در چهار گروه اصلی طبقه بندی کرد :
- ۱ - خدمات بهداشتی - پیشگیری ۲ - خدمات درمانی سرپایی ۳ - خدمات درمانی بستری ۴ - خدمات توانبخشی
- وزارت بهداشت با توجه به سند چشم‌انداز و بند دوازدهم سیاستهای کلی برنامه چهارم توسعه مکلف است در جهت تحقق عدالت اجتماعی و ایجاد فرصت‌های برابر و ارتقاء سطح شاخص‌هایی از قبیل آموزش، سلامت، تامین غذا، افزایش درآمد سرانه و مبارزه با فساد، تلاش کند. بدیهی است این تکلیف از طرق زیر ممکن خواهد بود:
- ۱ - تامین، حفظ و ارتقاء سلامت افراد و جامعه
 - ۲ - اصلاح ساختار نظام سلامت جامعه در راستای ایجاد یک نظام پاسخگو برای ارائه خدمات سلامتی به آحاد جامعه
 - ۳ - عادلانه ساختن دریافت خدمات سلامت برای آحاد جامعه
 - ۴ - مشارکت عادلانه در تامین هزینه‌های بخش سلامت
 - ۵ - ارتقاء امنیت غذا و تغذیه
 - ۶ - ساماندهی نظام ارائه خدمات با تاکید بر سطح بندی و نظام ارجاع
 - ۷ - پوشش فراگیر و الزامی بیمه سلامت
 - ۸ - توجه به تحقق امنیت غذایی و سلامت تغذیه‌ای
 - ۹ - ارتقاء سلامت و ایمنی مواد غذایی
 - ۱۰ - هدفمند کردن یارانه‌ها به منظور دستیابی به سبد غذایی مطلوب و رفع سوء تغذیه خانوارهای کم درآمد
 - ۱۱ - ارتقاء فرهنگ و دانش غذا و تغذیه در کشور
 - ۱۲ - تامین و کنترل ریزمغذی‌ها
 - ۱۳ - پایش مستمر امنیت غذا و تغذیه در کشور
 - ۱۴ - حمایت از برنامه ترویج تغذیه با شیر مادر به منظور حفظ سلامت مادر و کودک
- استراتژی‌های فوق برای تحقق، نیاز به حمایت قانونی دارند که به ترتیب زیر در قانون برنامه چهارم توسعه بر آنها تاکید شده است :
- ۱ - در ماده ۸۵ قانون برنامه چهارم توسعه، دولت مکلف شده است که حوادث ناشی از حمل و نقل جاده‌ای را تا پایان برنامه به میزان ۵۰٪ کاهش دهد.

دولت موظف است، ظرف مدت شش ماه پس از تصویب این قانون، لایحه حفظ و ارتقای سلامت آحاد جامعه و کاهش مخاطرات تهدید کننده سلامتی را مشتمل بر نکات ذیل تهیه و جهت تصویب به مجلس شورای اسلامی ارائه کند:

- کاهش حوادث حمل و نقل، از طریق شناسایی نقاط و محورهای حادثه خیز جاده ها و راههای مواصلاتی و کاهش نقاط مذکور به میزان پنجاه درصد (۵۰٪) تا پایان برنامه چهارم
- تأکید بر رعایت اصول ایمنی و مقررات راهنمایی و رانندگی
- ساماندهی و تکمیل شبکه فوریت های پزشکی پیش بیمارستانی و بیمارستانی کشور و کاهش مرگ و میر ناشی از حوادث حمل و نقل به میزان پنجاه درصد (۵۰٪) تا پایان برنامه چهارم
- ارتقای طرح ایمنی وسائل نقلیه موتوری و اعمال استانداردهای مهندسی انسانی و ایمنی لازم
- کاهش مخاطرات تهدید کننده سلامتی در محیط کار، آلاینده های هوا، آب، خاک، محصولات کشاورزی و دامی و تعریف مصادیق، میزان و نحوه تعیین و وصول عوارض و جرایم جبرانی و چگونگی مصرف منابع حاصله.

۲ - در ماده ۸۶، وزارت بهداشت مکلف گردیده است که تا پایان سال اول برنامه چهارم، اقدامات لازم را جهت کاهش خطرات و زیان های فردی و اجتماعی اعتیاد، پیشگیری و درمان AIDS و نیز کاهش بار بیماری های روانی، معمول دارد.

وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و دستگاه های ذیربط مکلف اند، تا پایان سال اول برنامه چهارم توسعه اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی جمهوری اسلامی ایران، اقدامات لازم را جهت کاهش خطرات و زیان های فردی و اجتماعی اعتیاد، پیشگیری و درمان بیماری های روانی، معمول دارد.

۳ - در ماده ۸۹، وزارت بهداشت مکلف شده است به منظور دسترسی عادلانه مردم به خدمات بهداشتی درمانی، نظام ارائه خدمات، استاندارد خدمات بهداشتی درمانی و سطح بندی خدمات را طراحی نماید.

وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی مکلف است، به منظور دسترسی عادلانه مردم به خدمات بهداشتی، درمانی و منطقی نمودن آن متناسب با نیازها در نقاط مختلف کشور، نظام ارائه حداقل استاندارد خدمات بهداشتی، درمانی کشور را مبتنی بر سطح بندی خدمات، طراحی نماید. ایجاد، توسعه و تجهیز یا تغییر در ظرفیتهای پزشکی و درمانی کشور و همچنین اختصاص نیروی انسانی جهت ارائه خدمات مطابق با سطح بندی خدمات درمانی کشور انجام خواهد شد. احداث، ایجاد و توسعه واحدهای بهداشتی و درمانی توسط دستگاه های موضوع ماده ۱۶۰ این قانون و نیروهای مسلح، صرفاً، با تأیید وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و تصویب هیأت وزیران امکان پذیر خواهد بود. درخصوص واحدهای سلامت و ایمنی محیط کار (H.S.E)، طبق مقررات اختصاصی ذیربط عمل خواهد شد. تبصره - مفاد این ماده شامل خدمات بهداشتی - درمانی که از طریق سرمایه گذاری و اداره بخش خصوصی انجام میگردد، نمی باشد.

۴ - در ماده ۹۷، دولت مکلف شده است تا به منظور پیشگیری و کاهش آسیب های اجتماعی نسبت به تهیه طرح جامع کنترل و کاهش آسیب های اجتماعی، با تأکید بر پیشگیری از اعتیاد به مواد مخدر اقدام نماید.

دولت مکلف است، به منظور پیشگیری و کاهش آسیب‌های اجتماعی، نسبت به تهیه طرح جامع کنترل، با تأکید بر پیشگیری از اعتیاد به مواد مخدر، مشتمل بر محورهای ذیل اقدام نماید:

الف) ارتقای سطح بهداشت روان، گسترش خدمات مددکاری اجتماعی، تقویت بنیان خانواده و توانمندسازی افراد و گروه‌های در معرض آسیب.

ب) بسط و گسترش روحیه نشاط، شادابی، امیدواری، اعتماد اجتماعی، تعمیق ارزشهای دینی و هنجارهای اجتماعی.

ج) شناسایی نقاط آسیب‌خیز و بحران‌زای اجتماعی در بافت شهری و حاشیه شهرها و تمرکز بخشیدن حمایت‌های اجتماعی، خدمات بهداشتی - درمانی، مددکاری، مشاوره اجتماعی و حقوقی و برنامه‌های اشتغال حمایت شده، با اعمال راهبرد همکاری بین بخشی و سامانه مدیریت آسیب‌های اجتماعی در مناطق یاد شده.

د) پیشگیری اولیه از بروز آسیب‌های اجتماعی از طریق: اصلاح برنامه‌های درسی دوره آموزش عمومی و پیش بینی آموزش‌های اجتماعی و ارتقای مهارت‌های زندگی.

ه) خدمات رسانی به موقع به افراد در معرض آسیب‌های اجتماعی با مشارکت سازمان‌های غیردولتی.

و) بازتوانی آسیب‌دیدگان اجتماعی و فراهم نمودن زمینه بازگشت آنها به جامعه.

ز) تهیه طرح ملی مبارزه با مواد مخدر و روان گردان بر اساس محورهای ذیل:

۱ - پیشگیری از اعتیاد به مواد مخدر و قاچاق آن با استفاده از تمامی امکانات و توانمندیهای ملی.

۲ - در اولویت قراردادن استراتژی کاهش آسیب و خطر، کار درمانی، آموزش مهارت‌های زندگی سالم، روان درمانی، درمان اجتماع‌مدار معتادان و بهره‌گیری از سایر یافته‌های علمی و تجارب جهانی در اقدام‌های برنامه‌ریزی‌های عملی

۳ - جلوگیری از تغییر الگوی مصرف مواد مخدر به داروهای شیمیایی و صنعتی.

۴ - جلوگیری از هرگونه تطهیر عواید ناشی از فعالیت‌های مجرمانه مواد مخدر و روان گردان‌ها.

۵ - به کار گرفتن تمام امکانات و توانمندی‌های ملی برای مقابله با حمل و نقل و ترانزیت مواد مخدر و همچنین عرضه و فروش آن در سراسر کشور.

۶ - تقویت نقش مردم و سازمان‌های غیردولتی در امر پیشگیری و مبارزه با اعتیاد.

ح) تداوم اجرای طرح ساماندهی و توانبخشی بیماران روانی مزمن با پوشش حداقل هفتاد و پنج درصد جمعیت هدف در پایان برنامه.

ط) تداوم اجرای طرح ساماندهی و توانبخشی سالمندان با پوشش حداقل بیست و پنج درصد جمعیت هدف.

ی) تهیه و تدوین طرح جامع توانمندسازی زنان خود سرپرست خانوار با همکاری سایر سازمانها و نهادهای ذیربط و تشکلهای غیردولتی و تصویب آن در هیأت وزیران در شش ماهه نخست سال اول برنامه.

ک) ساماندهی و توسعه مشارکت‌های مردمی و خدمات داوطلبانه در عرصه بهزیستی و برنامه‌ریزی و اقدامات لازم برای حمایت از مؤسسات خیریه و غیردولتی با رویکرد بهبود فعالیت.

ل) افزایش مستمری ماهیانه خانواده‌های نیازمند و بی‌سرپرست و زنان سرپرست خانواده تحت پوشش دستگاه‌های حمایتی بر مبنای چهل درصد حداقل حقوق و دستمزد در سال اول برنامه.

۵ - در ماده ۱۱۷ توسعه، دستگاه‌های دولتی مجاز شده‌اند تا ۱٪ از اعتبارات خود را صرف ورزش و تربیت بدنی کنند.

۶ - در ماده ۱۳۵، پیشگیری از بیماری‌های واگیر، مقابله و کاهش اثرات حوادث طبیعی و بحران‌های پیچیده از زمره وظایف حاکمیتی دولت شمرده شده است.

۷ - در ماده ۱۳۶، اعمال حمایت‌های لازم از بخش غیردولتی، خرید خدمات از بخش غیردولتی و مشارکت با بخش غیردولتی از طریق اجاره، واگذاری تجهیزات و منابع فیزیکی و واگذاری مدیریت بخشی از واحدهای دولتی به بخش غیردولتی پیش بینی شده است.

در نظام سلامت، از اجزاء لازم برای تدوین یک برنامه صحیح، مؤثر و قابل اجرا، داشتن آمار و اطلاعات بنیادی مربوط به سلامت می‌باشد. در واقع با مروری بر این اطلاعات است که برنامه‌ریزان، خود را برای تدوین برنامه‌شان مهیا می‌کنند و با تجزیه و تحلیل این اطلاعات بهترین گزینه‌ها را انتخاب می‌نمایند، در این قسمت سعی بر آن است که مرور مناسبی بر آمار و اطلاعات مرتبط با سلامت در سطح جهان و ایران صورت پذیرد.

سیاست‌های پیشنهادی :

- ✓ توجه به گذار سلامت و تغییرات احتمالی در الگوی اپیدمیولوژیک بیماری‌ها
- ✓ آمادگی جهت مقابله با نوپیدی و بازپیدی بیماری‌ها
- ✓ برنامه‌ریزی مناسب به منظور حفظ و ارتقای سلامتی گروه‌های سنی مختلف با توجه به تغییرات هرم سنی جامعه
- ✓ بازنگری برنامه‌های درسی علوم پایه و بالینی بر اساس اهداف زمان‌بندی شده سند چشم‌انداز
- ✓ تألیف کتب درسی، با توجه به نیازهای ملی و پیشرفت‌های فراملی، به جای استفاده از ترجمه‌ها
- ✓ خودکفایی در تولید واکسن، دارو، تجهیزات و نیروی انسانی متخصص
- ✓ آمادگی دفاع بیولوژیک در مقابل حملات احتمالی
- ✓ ...

منابع

1. SDGs, 2017, WHO. From MDGs to SDGs: General Introduction, World Health Organization. Pp. 1-13.

- ۲ - چشم‌انداز جمهوری اسلامی ایران در افق ۲۰ سال آینده (<http://www.info@rezaee.ir>)
- ۳ - قانون برنامه چهارم توسعه اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی جمهوری اسلامی ایران، وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، مرکز تحقیقات الکترونیک و سلامت (<http://www.ehealthrc.ir>) صفحات ۳۷۲-۱.
- ۴ - رمضانخانی علی. برنامه استراتژیک معاونت بهداشتی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، سال ۱۳۸۴.
- ۵ - المیری محسن. سند چشم‌انداز توسعه و سرمایه اجتماعی، نشریه مرکز تحقیقات دانشگاه امام صادق (ع)، نشریه پژوهشی، آموزشی و اطلاع رسانی، شماره ۱۱ و ۱۲، تابستان و پاییز ۱۳۸۲.

کتاب جامع

بهداشت عمومی

فصل ۱۴ / گفتار ۲ / دکتر محمود عباسی

حقوق بهداشتی و چالش‌های نوین زیست‌پزشکی

فهرست مطالب

۲۹۴۹.....	اهداف درس
۲۹۴۹.....	مقدمه
۲۹۵۰.....	بخش اول : حمایت از خانواده و حق مراقبت بهداشتی
۲۹۵۱.....	۱- حق مراقبت بهداشتی
۲۹۵۳.....	۲- مسائل جمعیت شناختی و اجتماعی
۲۹۵۵.....	۳- تغییر نگرش‌های اجتماعی
۲۹۵۶.....	۴- بیماری‌های آمیزشی و واگیر دار
۲۹۵۸.....	۵- حق درمان برابر
۲۹۵۹.....	بخش دوم: آثار و پیامدهای حقوقی انتقال بیماری از طریق تماس جنسی
۲۹۵۹.....	۱- رعایت موازین اخلاقی
۲۹۶۱.....	۲- اصول بنیادین حقوق بشر
۲۹۶۲.....	۳- تعهدات مدنی
۲۹۶۴.....	۴- چگونگی جبران خسارت
۲۹۶۵.....	۵- بررسی مسئولیت کیفری
۲۹۶۷.....	نتیجه
۲۹۶۹.....	قدردانی
۲۹۶۹.....	منابع

حقوق بهداشتی و چالش‌های نوین زیست‌پزشکی Health Rights and New Biomedical Challenges

دکتر محمود عباسی

مرکز تحقیقات اخلاق و حقوق پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی

اهداف درس

پس از یادگیری این مبحث، فراگیرنده قادر خواهد بود:

- ضمن آشنایی با واژگان حقوق و قانون، آن را تعریف و ضرورت وجود آن را توضیح دهد
- علل نیاز به قوانین زیست‌پزشکی را شرح دهد
- راه‌های به رسمیت شناختن حقوق بهداشتی مبتلایان به HIV/AIDS را نام ببرد
- لزوم حمایت از خانواده و حق مراقبت بهداشتی را توضیح دهد
- آثار حقوقی و کیفری ناشی از انتقال بیماری از طریق تماس جنسی را بیان کند
- تغییر نگرش‌های اجتماعی در زمینه مسائل زیست‌پزشکی را شرح دهد
- حق برخورداری از خدمات بهداشتی - درمانی را توضیح دهد.

مقدمه

پیشرفت دانش بشری در چند دهه اخیر، خصوصاً تحول علم و فناوری‌های نوین زیست‌پزشکی و روند تکاملی آن موجب دگرگونی چشمگیری در تمام شئون زندگی اجتماعی شده است. در پرتو فناوری‌های جدید، شیوه‌های نوینی در رشته‌های مختلف به وجود آمده است که نه تنها از جنبه نظری و تئوری بلکه از دیدگاه تجربی و عملی و حتی سیاست‌های اداری نیز دچار تحولی ژرف شده‌اند؛ به گونه‌ای که قوانین و مقرراتی که تا پیش از این در همه جا قابل قبول بوده است، در حال حاضر پاسخگوی نیازهای کنونی جوامع نیست.

پزشکی به عنوان علمی که همواره در حال زایش و نو شدن است و هر روز شاهد پیشرفت و گسترش آن خصوصاً در ابعاد مختلف علمی هستیم مسلماً قوانین و مقرراتی متناسب با پیشرفت‌ها و نیازهای جوامع را می‌طلبد. در هر صورت قانون، معیار سنجش درستی و نادرستی اعمال و رفتاری است که افراد در حین انجام وظیفه انجام می‌دهند و زندگی حرفه‌ای با مجموعه‌ای از قوانین و مقررات، به هم آمیخته است. از طرفی در کنار این فناوری‌های

نوین و پیشرفت‌های اخیر، پدیده‌های نوظهوری به وقوع پیوسته که بشر را با چالشی‌های جدیدی مواجه ساخته است که از جمله می‌توان گفت: در حوزه علوم بهداشتی انتقال بیماری‌های آمیزشی و سایر بیماری‌های عفونی، خصوصاً ایدز* و هپاتیت در یکی دو دهه اخیر شیوع بسیاری یافته و بشر را با چالشی بزرگ مواجه ساخته و ذهن اندیشمندان مختلف حوزه‌های فلسفی، مذهبی، اخلاقی، حقوقی، سیاسی، پزشکی، روانشناسی و... را به خود معطوف داشته است. مسلماً جامعه در قبال این‌گونه پدیده‌ها واکنش نشان داده و در جستجوی راهی جهت برون‌رفت از بحران‌ها و پیامدهای ناشی از این‌گونه پدیده‌ها است. متأسفانه ما همانند بسیاری از کشورهای جهان، به‌ویژه کشورهای آسیایی و آفریقایی که شاهد شیوع و گسترش روزافزون این‌گونه بیماری‌ها هستند با موضعی انفعالی در قبال آن، نه‌تنها راهی جهت برون‌رفت از آثار و نتایج زیان‌بار آن نیافته‌ایم که جامعه خود را از حداقل‌های مبارزه با این پدیده که همانا آموزش و پیشگیری است محروم ساخته‌ایم. یکی از علل اساسی گسترش و شیوع این پدیده در جامعه ما را باید در نادیده انگاشتن حقوق مبتلایان به این‌گونه بیماری‌ها دانست. تعهدات متقابل فرد و اجتماع، ایجاب می‌کند تا جامعه حقوق افراد آلوده به این‌گونه بیماری‌ها را به رسمیت شناخته و مورد حمایت قانونی قرار دهد. این پژوهش با نگاهی مقارنه‌ای و تطبیقی به مطالعه حقوق بهداشتی و چالش‌های نوین زیست‌پزشکی می‌پردازد و مشتمل بر دو بخش است که در بخش اول، حمایت از خانواده و حق مراقبت بهداشتی، مورد مطالعه قرار می‌گیرد و آثار حقوقی و کیفری ناشی از انتقال بیماری از طریق تماس جنسی، موضوع بخش دوم پژوهش است که با تأکید بر مطالعه موضوع در کشورهای اروپایی خصوصاً در زمینه بیماری‌های واگیر، آن را با نتیجه‌گیری و ارائه پیشنهادهایی به پایان می‌برد.

بخش اول: حمایت از خانواده و حق مراقبت بهداشتی

حمایت از خانواده و حق مراقبت بهداشتی از جمله مواردی است که اعلامیه جهانی حقوق بشر بر آن تأکید نموده^۱ و اهمیت آن تا حدی است که قوانین اساسی غالب کشورها آن را مورد توجه قرار داده‌اند. مقدمه قانون اساسی جمهوری اسلامی، خانواده را واحد بنیادین جامعه و قانون اصلی رشد و تعالی انسان برشمرده و توافق عقیدتی و آرمانی در تشکیل خانواده که زمینه‌ساز اصلی حرکت تکاملی و رشد یابنده انسان است را اصلی بنیادین تلقی نموده و فراهم کردن امکانات جهت نیل به این مقصود را از وظایف حکومت اسلامی بر شمرده است. همچنین اصل بیست و نهم قانون اساسی، برخورداری از تأمین اجتماعی و خدمات بهداشتی و درمانی و مراقبت‌های پزشکی را حقی همگانی برشمرده و دولت را مکلف نموده است که طبق قوانین از محل درآمدهای عمومی و درآمدهای حاصل از مشارکت مردم، خدمات و حمایت‌های مالی فوق را برای یک‌یک افراد کشور، تأمین نماید.^۲

تعهدات متقابل فرد و اجتماع و جامعه و دولت، ایجاب می‌کند تا جامعه و دولت حقوق افراد و خانواده‌ها را

* در این گفتار هر جا از ایدز سخن به میان آمده منظور HIV/AIDS است.

۱- ماده ۲۵ اعلامیه جهانی حقوق بشر سازمان ملل متحد به حق مراقبت بهداشتی اختصاص دارد.

۲- هاشمی، سید محمد (۱۳۸۲) *حقوق اساسی جمهوری اسلامی ایران*، ج ۱، تهران: میزان، ص ۲۸۶.

به رسمیت شناخته و آنان را در برابر هر گزندی مورد حمایت قرار دهند. علاوه بر بیماری‌های آمیزشی متعارفی چون سیفلیس و سوزاک و شانکر نرم و... امروزه جوامع مختلف با بیماری‌هایی چون ایدز مواجه هستند که چنانچه دولت‌ها با برنامه‌ریزی دقیق علمی و اعلام سیاست‌های مناسب با آن برخورد نکنند تاروپود جوامع را از هم پاشیده و شیوع و گسترش آن دودمان خانواده‌ها و جامعه را برباد می‌دهد. گسترش روزافزون این بیماری مهلک که حسب آمار و گزارش‌های علمی منتشره، تماس جنسی بیشترین سهم را به خود اختصاص داده، دارای پیامدهای وخیمی است که همواره باید به این نکته پای فشرده که پیشگیری از آن بهترین درمان است.

بدین ترتیب حمایت از خانواده و حق مراقبت بهداشتی، بهترین راه جلوگیری از انتقال بیماری از طریق تماس جنسی است. طبیعی است که در برابر این معضل بزرگ اجتماعی اندیشمندان حوزه‌های مختلف فلسفی، اخلاقی، فقهی، حقوقی، سیاسی، پزشکی و... می‌بایست با حساسیت خاصی به کندوکاو علل و عوامل گسترش و شیوع این امر بپردازند و جامعه را از پیامدهای ناگوار آن نجات بخشند. بنابراین به نظر می‌رسد که جامعه باید با نگاه علمی به پدیده ایدز، از دو دهه مبارزه بیهوده با پدیده اعتیاد در جامعه که آنان را انگل اجتماع می‌پنداشت درس بگیرد و با تمسک به اعلامیه جهانی حقوق بشر و قانون اساسی از ایدز به عنوان یک پدیده اجتماعی و از مبتلایان به ایدز به عنوان بیمار و نهایتاً با نگاهی انسانی به موضوع چاره‌ای بیندیشد و جامعه را از مخاطرات این پدیده برهاند. در این راستا حق مراقبت بهداشتی، حق درمان برابر، حق مصونیت از افشاء، حق تشکیل خانواده، حق بیمه، حق کار کردن و... از جمله حقوقی است که باید برای بیماران و مبتلایان به این‌گونه بیماری‌ها به رسمیت شناخته شود که در این گفتار، نگارنده با توجه به اهمیت موضوعاتی چون ایدز و هپاتیت که به عنوان بیماری‌های مهم و قابل توجه شناخته می‌شوند به مطالعه و بررسی عناوین مهم این موضوع می‌پردازد.

۱- حق مراقبت بهداشتی

هزاران سال قبل از میلاد مسیح (ع) در یونان قدیم حکیمی می‌زیست بنام اسقلیبوس یا اسکولاب که می‌گویند وی اولین کسی بود که به فکر معالجه و درمان بیماران افتاد و شاید او اولین کسی بود که نام طبیب را بر خود نهاد. روزی اسقلیبوس پس از فراغت از معالجه بیماران در خانه خود مشغول تهیه دارو جهت بیماران بود که دخترش «هیژی» (Hygie) به پدر گفت: آیا بهتر نیست به جای این همه تلاش و کوشش که برای معالجه و درمان بیماران به کار می‌بری، صرف تدابیری کنی که در نتیجه آن مردم بیمار نشوند؟ این سؤال اسقلیبوس را به فکر فرو برد و او را جهت درانداختن طرحی نو به اندیشه واداشت و بر این اساس با بیان شالوده‌ای جدید در طبابت به مردم دستوراتی می‌داد که چه بکنند تا بیمار نشوند. سرانجام اسقلیبوس به افتخار دخترش این علم را «هیژی نیوس» (Hygiene) نام نهاد که امروزه آن را به زبان فرانسه «هیژین» (Hygiene) و در زبان انگلیسی «هایژین» می‌گویند.

این اولین بذر بهداشت بود که چهار قرن قبل از میلاد مسیح (ع) کاشته شد و به تدریج گسترش یافت. با اظهار نارضایتی اولین بیمار از معالجه و درمان خود، حقوق پزشکی بنا نهاده شد و به موازات پیشرفت‌های علوم بهداشتی و حقوق پزشکی، حق مراقبت بهداشتی توسعه یافت به گونه‌ای که می‌توان ادعا کرد حقوق بهداشتی، مقدم بر علوم بهداشتی است، زیرا یکی از بنیادی‌ترین حقوق هر انسانی دستیابی به حداقل‌های بهداشتی و

سلامتی است و این حقوق، ایجاب می‌کند که مسئولین و دست‌اندرکاران امر بهداشت به فکر تأمین نیازمندی‌های جامعه در زمینه امور بهداشتی باشند.

قانون اساسی جمهوری اسلامی ایران، برطرف ساختن هر نوع محرومیت در زمینه مسائل بهداشتی و تأمین بهداشت را از نیازهای اساسی جامعه برشمرده و دولت را مکلف به تأمین آن نموده است. اصول ۱۲، ۲۹ و ۴۳ قانون اساسی در این زمینه مقرر می‌دارد:

«پی‌ریزی اقتصاد صحیح و عادلانه بر طبق ضوابط اسلامی جهت ایجاد رفاه و رفع فقر و برطرف ساختن هر نوع محرومیت در زمینه‌های تغذیه، مسکن و کار و بهداشت و تعمیم بیمه^۳». «برخورداری از تأمین اجتماعی از نظر بازنشستگی، بیکاری، پیری، از کار افتادگی، بی‌سرپرستی، در راه ماندگی، حوادث و سوانح و نیاز به خدمات بهداشتی درمانی و مراقبت‌های پزشکی به صورت بیمه و غیره حقی است همگانی. دولت مکلف است طبق قوانین، از محل درآمدهای عمومی درآمدهای حاصل از مشارکت مردم خدمات و حمایت‌های مالی فوق را برای یک‌یک افراد کشور تأمین^۴ کند^۵».

۳- مؤسسه فرهنگی حقوقی سینا [تنظیم و تدوین] (۱۳۸۵) *قانون اساسی*، تهران: انتشارات حقوقی. اصل ۱۲ قانون اساسی جمهوری اسلامی ایران.

۴- اصل ۲۹ قانون اساسی.

۵- یکی از مسائل مبتلا به جامعه که ضرورت توجه بیشتر را می‌طلبد و باید به آن پرداخت نظارت و بازرسی از شرکت‌ها، مؤسسات، کارخانه‌ها، واحدهای تولیدی و توزیعی و خدماتی مواد خوردنی و آشامیدنی و آرایشی و بهداشتی اماکن عمومی، مراکز بهداشتی و درمانی از حیث مراعات ضوابط و مقررات بهداشتی است. این مهم در بزرگ شهر آلوده‌ای چون تهران نمود بیشتری دارد. ماده ۱۳ قانون مواد خوردنی و آشامیدنی و آرایشی و بهداشتی مصوب سال ۱۳۴۶ و آیین‌نامه اجرایی آن و همچنین ماده ۳۹ قانون تعزیرات حکومتی امور بهداشتی و درمانی به این مهم توجه دارد و ضوابط و مقررات بهداشتی حاکم بر اماکن عمومی و شرکت‌ها و مؤسسات را مقرر داشته است.

وزرای بهداشت و دادگستری در ۴۴ ماده و ۱۱ تبصره آیین‌نامه اجرایی ماده ۱۳ قانون مذکور را تصویب و ضوابط حاکم بر بهداشت فردی، وضع ساختمانی اماکن عمومی و مراکز تهیه و تولید، توزیع، نگهداری و فروش مواد غذایی، وسایل و لوازم کار و آیین‌نامه مجازات تخلف از مقررات بهداشتی را وضع نموده‌اند.

ماده ۳۹ قانون تعزیرات حکومتی امور بهداشتی و درمانی مصوب سال ۱۳۶۷ مجمع تشخیص مصلحت نظام نیز در این زمینه مقرر می‌دارد: متصدیان و مسئولین کارخانه‌ها و کارگاه‌ها و مراکز تهیه و توزیع مواد خوردنی، آشامیدنی، آرایشی و بهداشتی، اماکن عمومی، مراکز بهداشتی و درمانی، مراکز آموزش و پرورش، محل‌های نگهداری و پرورش دام و طیور، کشتارگاه‌ها ملزم به رعایت ضوابط و مقررات بهداشت محیطی در محل فعالیت خود می‌باشند متخلفین از مفاد این ماده به ازای هر مورد نقص بهداشتی به مجازات زیر محکوم می‌شوند.

مرتبۀ اول - جریمه نقدی از مبلغ یک هزار تا پنجاه هزار ریال. ←

→ مرتبۀ دوم - جریمه نقدی از مبلغ دو هزار تا یکصد هزار ریال.

مرتبۀ سوم - جریمه نقدی از مبلغ چهار هزار تا دویست هزار ریال.

مرتبۀ چهارم - علاوه بر مجازات مرتبۀ سوم، زندان از یک تا شش ماه.

تبصره - در صورت عدم رفع نقائص بهداشتی در پایان مهلت مقرر، با لغو پروانه کسب متصدی و یا مسئولین، محل تعطیل خواهد شد و

«نیازهای اساسی مسکن، خوراک، پوشاک، درمان و آموزش و پرورش و امکانات لازم برای تشکیل خانواده برای همه»^۶.

با گسترش جامعه جهانی و افزایش ارتباطات در جهان کنونی و تأیید تصمیمات و اقدامات مردم و دولت‌ها بر یکدیگر، سرانجام در سال ۱۹۴۶ سازمان بهداشت جهانی، تأسیس و در سال ۱۹۴۸ اساسنامه آن به مورد اجرا گذاشته شد. فلسفه تشکیل چنین سازمانی این است که بیماری دشمن مشترک بشریت در سراسر جهان است، زیرا اگر یک بیماری مزمن و واگیردار در کشوری شیوع یافت سایر ممالک نیز از مخاطرات آن در امان نخواهند بود.

در اکثر نظام‌های حقوقی موجود در دنیا، قانون‌گذاران سعی نموده‌اند تا برای مسائل مربوط به بهداشت و سلامت عمومی راه‌حل‌های مناسب حقوقی ارائه داده و به نوعی آن را ضابطه‌مند و قانونی نمایند تا از یک طرف شأن و کرامت انسانی محفوظ نگه‌داشته شود و از سوی دیگر راه تکامل و ترقی در این زمینه‌ها هموار گردد.^۷

مراقبت‌های بهداشتی در عصر حاضر آکنده از معماهای بسیار است. در سطح فردی لازم است تا پیرامون نوع درمانی که باید ارائه شود، اهلیت بیماران، اطلاعاتی که بیماران برای تصمیم‌گیری در مورد درمان به آن نیاز دارند و اینکه در صورت مخالفت بیمار با درمان چه اقدامی می‌توان انجام داد، تصمیم‌گیری کرد. پیشرفت‌های حاصله، فن‌آوری‌های پزشکی تشخیص و درمان را در بسیاری از زمینه‌ها دگرگون کرده است. توسعه تکنولوژی باروری، درک ما را از مفهوم والدین تغییر داده است، در حالی که حمایت از حیات به طور مصنوعی مفهوم مرگ را دگرگون ساخته است.

بیماری‌های نوپدید از قبیل ایدز و باز پدیدی بیماری‌های قدیمی از قبیل سل ما را در تفکر دوباره در مورد اقدامات مربوط به بهداشت عمومی واداشته است. طبابت نیز تحت تأثیر تغییرات اجتماعی و جمعیت شناختی و همچنین جو افزایش هزینه مراقبت‌های بهداشتی و تنگنای مالی قرار گرفته است. مراقبت‌های بهداشتی، مسئله‌ای است که از دیرباز به عنوان یک راهکار علمی و مؤثر در کاهش معضلات و تنگنای اجتماعی مورد توجه قرار گرفته، به گونه‌ای که همیشه بهداشت را پیش‌فرض یک جامعه سالم در مقایسه با درمان منظور داشته‌اند.

۲- مسائل جمعیت شناختی و اجتماعی

عوامل متعددی بر بهداشت افراد و توسعه سیاست‌های بهداشتی تأثیر می‌گذارد. این عوامل عبارت‌اند از:

ادامه کار منوط به اخذ پروانه جدید و رفع نقص است.

همان‌گونه که ملاحظه می‌شود. مجمع تشخیص مصلحت نظام مجازات سنگین‌تری نسبت به آیین‌نامه مقررات بهداشتی در زمینه عدم رعایت مقررات بهداشتی پیش‌بینی نموده و همان ضوابطی که در مقام تعارض بین مصوبات مجمع و قانون مجلس وجود دارد در اینجا نیز ساری و جاری است.

۶- اصل ۴۳ قانون اساسی.

۷- جهت مطالعات بیشتر در زمینه برخی فعالیت‌های حقوقی و اخلاقی سازمان بهداشت جهانی بنگرید به: لینن، گیورس و پینت (۱۳۸۳) *مطالعه تطبیقی حقوق بیماران*، ترجمه باقر لاریجانی و محمود عباسی، چ دوم، تهران: انتشارات حقوقی.

سن، نژاد، قومیت، جنسیت، معلولیت، وضعیت اجتماعی - اقتصادی، تغییر نگرش‌های اجتماعی و منابع بهداشتی. این مباحث مسائل و مشکلات اخلاقی و حقوقی بسیاری به دنبال دارد که به تشریح آن خواهیم پرداخت.

سن عامل مهمی در بهداشت، قلمداد می‌شود زیرا با افزایش آهنگ بیماری‌های مزمن که سبب از کارافتادگی اعضای بدن می‌گردد و با بیماری‌های غیر مهلک در ارتباط است. پیری جمعیت، بر هزینه‌های کشوری مراقبت بهداشتی تأثیر می‌گذارد زیرا نسبت قابل توجهی از بودجه بهداشتی صرف افراد مسن‌تر می‌گردد. به علاوه، افراد ۶۵ سال به بالا بیش از ۳۰ درصد تخت‌های بیمارستانی را به خود اختصاص می‌دهند با وجودی که تنها ۱۵ درصد این جمعیت را تشکیل می‌دهند. پیری جمعیت و امکاناتی که صرف افزایش هزینه مراقبت‌های بهداشتی می‌شود، مسائل اقتصادی، اخلاقی و حقوقی مهمی را در رابطه با تأمین هزینه خدمات بهداشتی در جامعه مطرح می‌کند. مسائل نژادی و قومی نیز با بهداشت و توسعه سیاست‌های بهداشتی در ارتباط است که اقوام بومی از نیازهای بهداشتی خاصی برخوردارند و آهنگ مرگ و میر نوزادان در روستاها بیشتر است.^۸

روشن است که کشور ما دارای نیازهای بهداشتی خاصی است. نژاد و قومیت ممکن است از حیث مراقبت‌های بهداشتی ناشی از نگرش‌های فرهنگی موجود نسبت به بهداشت و بیماری از اهمیت برخوردار باشد. این نگرش‌های فرهنگی در مواجهه فرد با کارشناسان بهداشتی و عموماً بر نظام مراقبت‌های بهداشتی تأثیرگذار است.

جنسیت نیز نقش مهمی در بهداشت و مراقبت بهداشتی ایفا می‌کند. در سطح پایه، نیازهای بهداشتی زنان با نیازهای بهداشتی مردان در برخی زمینه‌ها تفاوت دارد. برای مثال، سرطان سینه مسئله‌ای است که عمده‌تاً زنان را تحت تأثیر قرار می‌دهد، در حالی که سرطان پروستات بیماری مردان است. با این وجود مسائل مربوط به جنسیت در مراقبت‌های بهداشتی از تفاوت‌های آشکار میان مردان و زنان فراتر می‌رود. جنسیت ممکن است بر کنش متقابل میان پزشکان و بیماران تأثیر بگذارد، در حالی که عدم مداخله زنان در آزمایش‌های مربوط به تحقیقات بالینی، فقدان اطلاعات مربوط به بهداشت زنان را در بر داشته است.^۹

در نهایت، توجه به **بافت اجتماعی بهداشت** به این معنی است که توجه به مسائلی از قبیل بافت اجتماعی زندگی زنان و تأثیر آن بر بهداشت زنان - خصوصاً توجه به تأثیر خشونت جنسی، سوء استفاده روانی و آسیب جسمانی لازم و ضروری است. مسائلی که قربانیان آن به حمایت حقوقی و کیفری نیازمندند.

معلولیت نیز نقش مهمی در بهداشت و مراقبت‌های بهداشتی دارد. آمارها نشان می‌دهد که بخشی از افراد جامعه دست‌کم از یک ناتوانی رنج می‌برند. شایع‌ترین بیماری‌هایی که گزارش شده است عبارت‌اند از: آرتروز و اختلالات عضلانی - اسکلتی، بیماری‌های شنوایی، بیماری‌های تنفسی و ناتوانی ذهنی یا دیگر بیماری‌های روانی، به علاوه برخی ناتوانی‌ها به معلولیت منجر می‌شود.

وضعیت اجتماعی - اقتصادی نیز با بهداشت افراد در ارتباط است. افرادی که از نظر وضعیت اجتماعی -

۸- ن.ک: عباسی، محمود (۱۳۷۶) *مجموعه مقالات حقوق پزشکی: عوامل اجتماعی مؤثر بر ارتکاب جرائم پزشکی*، ج ۳، تهران: انتشارات حقوقی، ص ۸۴.

۹- پینت، بلیندا (۱۳۸۴) *حقوق و پزشکی*، ترجمه محمود عباسی، چ دوم، تهران: انتشارات حقوقی.

اقتصادی، پیشرفته نیستند در مقایسه با افرادی که از وضعیت اجتماعی - اقتصادی بهتری برخوردارند، بیشتر به بیماری‌های مزمن و حاد دچار شده یا بیش از آن‌ها بیماری‌های جدید را تجربه می‌کنند و همچنین سلامت آن‌ها نیز به مخاطره می‌افتد. به علاوه، افرادی که از وضعیت اجتماعی - اقتصادی پایین‌تری برخوردارند نسبتاً بیشتر از افرادی که از وضعیت اجتماعی - اقتصادی بالایی برخوردارند از پزشکان، درمانگاه‌های سرپایی و بیمارستان‌ها استفاده می‌کنند اما کمتر از آن‌ها از اقدامات بهداشتی پیشگیرانه بهره می‌برند. مسلماً هر یک از مسائل عنوان شده، تبعات و پیامدهای حقوقی خاصی به دنبال دارند که باید در صدد پاسخی منطقی برای آن‌ها بود.

۳- تغییر نگرش‌های اجتماعی

تغییر نگرش‌های اجتماعی نیز بر سیاست‌ها و رویه‌های بهداشتی تأثیر می‌گذارد، تحولات فکری ناشی از گذشت زمان، پدرسالاری سنتی در پزشکی را رد کرده و توجه خود را به حقوق بیماران معطوف نموده است در حالی که اعتقاد به برابری زن و مرد، الگوی کلیشه‌ای و سنتی زنان را مردود دانسته و برای تصمیم‌گیری پیرامون زنان خصوصاً در زمینه باروری، منافع و حقوق زنان را برشمرده است.^{۱۰} به علاوه، اخلاق زیستی (Bioethics) به عنوان یک زمینه تحقیقاتی مطرح شده است و مسائل مهمی را پیرامون اخلاقیات و تصمیم‌گیری در زمینه مراقبت‌های بهداشتی پدید آورده است. هر یک از این حرکات، نقش مهمی در مباحثات عمومی و استانداردهای اجتماعی که حقوق و سیاست‌های بهداشتی را شکل می‌دهد، ایفاء می‌کند.

طرفداران تساوی زن و مرد درصدد بوده‌اند تا فرضیه‌هایی را که در علم، بر اساس جنسیت شکل گرفته افشا نمایند. آن‌ها فرضیه‌های مربوط به جهانی بودن صور استدلال اخلاقی را نیز مردود دانسته‌اند. تئوری تساوی زن و مرد، تئوری‌های سنتی را به دلیل نادیده گرفتن حقوق زنان مورد انتقاد قرار می‌دهد و از برخی اشکال تئوری‌های تساوی زن و مرد نیز به دلیل بی‌توجهی به تجارب نژادی و قومی انتقاد شده است.^{۱۱} به علاوه، ارزش گزارش‌های مشروح و تجربی در سال‌های اخیر، اهمیت خاصی یافته است. در تئوری حقوقی از گزارش‌های مشروح برای نشان دادن تعصبات مربوط به جنسیت و نژاد در قانون و جامعه، استفاده شده است. گزارش‌هایی که در ارتباط با بیماری یا ناتوانی نوشته شده است، با مراقبت‌های بهداشتی ارتباط خاصی دارد.

گزارش‌های مشروح، بافت غنی و چند لایه‌ای را که قوانین بهداشتی بر علیه آن عمل می‌کنند افشا می‌نماید: توانایی گزارش‌های تجربی در نشان دادن این مسئله که بیمار بودن، زندگی همراه با یک ناتوانی و یا در آستانه مرگ بودن به چه معنی است، جایگاه خاصی را در بخش‌های مربوط به حقوق و سیاست‌های بهداشتی باز کرده است.

تأمین بودجه، هر روزه بیش از پیش در مراقبت‌های بهداشتی اهمیت می‌یابد. پیشرفت‌های فنی، ابزار تشخیصی پیچیده اما گران‌قیمتی را در اختیار قرار داده است و این در حالی است که اقداماتی که در جهت حفظ و حمایت از

۱۰- ر.ک: همان: ص ۱۶.

۱۱- همان: ص ۱۸.

حیات صورت می‌گیرد با استفاده از فناوری‌های پیشرفته راه مرگ را باز می‌کند. پیری جمعیت و توانایی درمان و شمار روزافزون بیماری‌ها نیز بر هزینه مراقبت‌های بهداشتی می‌افزاید. آنچه بیش از پیش مطرح می‌شود این است که چگونه می‌توان با توجه به منابع محدود، توقعات جامعه از مراقبت‌های بهداشتی را برآورده کرد.

تقسیم منابع مراقبت بهداشتی هم در سطح کلان و هم در سطح خرد انجام می‌گیرد. تقسیمات کلان، تصویر گسترده‌تری از مراقبت بهداشتی را در بر می‌گیرد و همچنین اینکه هزینه چه چیزی و تا چه مقدار را باید تأمین کرد شامل می‌شود. برعکس تقسیمات خرد تعیین می‌کند که چه کسی به منابع موجود دسترسی پیدا کند. تصمیماتی که در سطح کلان پیرامون منابع مراقبت بهداشتی تعیین می‌گردد عموماً از سوی دولت‌ها و سازمان‌های خصوصی اتخاذ می‌شود.

در سطح خرد، پزشکان و پرستاران هر روز تصمیماتی اتخاذ می‌کنند که برخی بیماران را بر برخی دیگر ترجیح می‌دهند. در بخش اورژانس و حوادث بیمارستان‌ها، بیمارانی که از بیماری‌های خطرناک رنج می‌برند بیش از بیمارانی که ناخوشی آن‌ها از فوریت چندانی برخوردار نیست تحت درمان قرار می‌گیرند.^{۱۲} با این حال، منابع چندانی در دسترس نیست. گاهی اوقات ممکن است ناگزیر شویم راه‌های دشواری را انتخاب کنیم.

این مسئله که چگونه می‌توان منابع کمیاب بهداشتی را تقسیم کرد، بحث‌های مهمی را در مورد معیارها در تعیین افرادی که باید تحت درمان قرار گیرند را فراوری ما نهاده است. برای مثال، در تصمیماتی که بر اساس نیاز پزشکی یا احتمالی موفقیت رویه پزشکی اتخاذ می‌شود، لازم است معین کنیم که آیا استحقاق برخورداری از این منابع به عواملی اجتماعی از قبیل سن (آیا باید برای حق برخورداری افراد مسن از مراقبت بهداشتی محدودیتی قائل شویم؟) یا سبک زندگی (آیا یک فرد هنرمند برای انجام پیوند کبد بر دیگران تقدم دارد؟) بستگی دارد؟ این مسائل، مشکلات موجود بر سر راه حق برخورداری از مراقبت‌های بهداشتی را مشخص می‌کنند.^{۱۳}

۴- بیماری‌های آمیزشی و واگیردار

مجموعه قوانین و مقررات حاکم بر بیماری‌های آمیزشی و واگیردار اکثر کشورها، پزشکان و کارشناسان مسائل بهداشتی را ملزم می‌کند تا مقامات بهداشتی را از وجود هرگونه بیماری آمیزشی و واگیردار که در حین طبابت با آن برخورد می‌کنند مطلع سازند. ایدز یکی از بارزترین مصادیق بیماری‌های آمیزشی و واگیردار است که در همه کشورها به عنوان یک بیماری قابل توجه شناخته شده است.^{۱۴} حجم گسترده موارد ایدز در آفریقا این واقعیت را اثبات می‌کند که در سراسر جهان، ارتباطات جنسی نسبت به سایر موارد، به مراتب سهم عمده‌ای در انتقال آن دارد.^{۱۵}

آلمان، ایتالیا و انگلیس ایدز را یکی از بیماری‌های مهم و قابل توجه قلمداد کرده‌اند و کنترل شدیدی بر

۱۲- ن.ک: فیستا، جانین (۱۳۷۷) *حقوق و مسئولیت پرستاران*، ترجمه محمود عباسی و مهین عباسی، تهران: انتشارات طبیب.

۱۳- ن.ک: عباسی، محمود (۱۳۹۵) *مطالعه تطبیقی پیوند اعضا*، تهران: انتشارات حقوقی.

۱۴- ایدز، هپاتیت، سیفیلیس و سوزاک و شانکر نرم از جمله بیماری‌های آمیزشی و واگیردار هستند که سه نوع اخیر در تبصره ماده یک قانون طرز جلوگیری از بیماری‌های آمیزشی و بیماری‌های واگیردار مصوب سال ۱۳۲۰ مورد تصریح قانون‌گذار قرار گرفته است.

۱۵- Sim, Julius (1995) *Ethical Decision Making in Therapy Practice*, UK: Butterworth-Heinemann, P25.

دستیابی به اطلاعات مربوط به آن اعمال می‌کنند. دانمارک، فنلاند و فرانسه نیز با مخاطره‌آمیز تلقی کردن پیامدهای ایدز، آن را یکی از بیماری‌های قابل توجه می‌دانند ولی در عین حال اهمیت حیاتی حفظ رازداری فرد مبتلا به ایدز در جهان به رسمیت شناخته شده است.^{۱۶} در ایران ماده ۱۳ آیین‌نامه طرز جلوگیری از بیماری‌های آمیزشی و واگیردار در اجرای مواد ۸ و ۲۴ قانون مذکور در این خصوص مقرر می‌دارد:

«به منظور تنظیم آمار مبتلایان به بیماری‌های آمیزشی لازم است آخر هر ماه کلیه پزشکان آزاد و نگاه‌های بهداشتی (مراکز بهداشتی درمانی فعلی) که این قبیل بیماران را معاینه و درمان می‌نمایند از روی دفاتری که دارند شماره بیماران آمیزشی را که برای اولین مرتبه به پزشک مراجعه نموده‌اند و نوع بیماری آن‌ها را مطرح نموده بدون ذکر نام و مشخصات بیمار در برگ‌های مخصوص به بخش بیماری‌های آمیزشی بفرستند. متخلفین طبق ماده ۲۳ قانون بیماری‌های آمیزشی و واگیردار مجازات می‌شوند»^{۱۷}.

سیاستی که مبتلایان به ایدز را ترغیب می‌کند تا آزمایش و درمان متعاقب آن و هرگونه پیشنهادی را داوطلبانه بپذیرند تا حدود زیادی به تضمین محرمانه بودن نتایج آزمایش بستگی دارد.

ننگی که همچنان با ایدز همراه است و پیامدهایی که برای استخدام و بیمه در بر دارد بدین معنی است که ترس از افشای بیماری همچنان مانع از پذیرش داوطلبانه آزمایش است و این موضوع یکی از مصادیق، تعارض حقوق فرد و اجتماع تلقی می‌گردد که باید به گونه‌ای حرکت کرد که هم حقوق اشخاص و بیماران مبتلا به ایدز پایمال نگردد و هم حقوق جامعه حفظ شود. به همین دلیل کارشناسان مسائل بهداشتی ملزم هستند تا به اعتماد بیمارانشان احترام بگذارند و نتایج آزمایش‌های تشخیصی یا جزئیات مراقبت از بیمار یا معالجه و درمان را بدون رضایت وی افشا نکنند. توجه اخلاقیون و حقوقدانان به این‌گونه مسائل مبین این واقعیت است که ایدز یکی از بیماری‌های مهم و قابل توجه است. محدودیت حق ازدواج و آزمایش‌های اجباری قبل از ازدواج در اروپا از جمله اقدامات مؤثری است که برای کنترل اپیدمی ایدز صورت گرفته است. چنین اقداماتی در جوامعی که رابطه جنسی نامشروع در آن‌ها رایج است بسیار مؤثر بوده است.

قوانین ازدواج در این کشورها، افشاگری را در دو حالت الزامی می‌دانند. در برخی از این کشورها، چنانچه در زمان ازدواج یکی از طرفین مبتلا به یک بیماری آمیزشی بوده و از افشای اطلاعات آن نزد طرف دیگر سر باز زند می‌توان به ازدواج خاتمه داد.

عدم افشای یک خصوصیت فردی که در رابطه زناشویی از اهمیت بنیادین برخوردار باشد نوعی کلاهبرداری است و به طرف دیگر حق می‌دهد تا به بطلان ازدواج روی آورد. لیکن چنانچه عفونت ایدز پس از ازدواج پدید آمده باشد نمی‌تواند زمینه‌ای برای طلاق باشد.^{۱۸}

طبق قانون از جمله بیماری‌های آمیزشی که ممکن است از شخص مبتلا به آن به دیگران سرایت نماید عبارت است از سوزاک، سیفیلیس و شانکر نرم که در صورت مشاهده با اطلاع از وقوع آن، پزشک مکلف است آن را به مراکز بهداشت اعلام نماید. در این خصوص ماده ۱۳ قانون طرز جلوگیری از بیماری‌های آمیزشی و

۱۶- بودوان، ژان لویی (۱۳۸۲) حقوق، ایدز و قانون، ترجمه محمود عباسی، تهران: انتشارات حقوقی، ص ۲۱.

۱۷- عباسی، محمود (۱۳۸۲) مجموعه قوانین و مقررات پزشکی و دارویی، چ سوم، تهران: انتشارات حقوقی، ص ۳۷۳.

۱۸- بودوان، ۱۳۸۲: ص ۴۴.

بیماری‌های واگیردار مقرر می‌دارد: «پزشکان آزاد و کلیه بنگاه‌های بهداری (مراکز بهداشتی درمانی فعلی) که به معاینه و درمان بیماری‌های آمیزشی می‌پردازند موظف‌اند در آخر هر ماه تعداد موارد بیماری‌های آمیزشی را که دیده و قبلاً به پزشک دیگری مراجعه ننموده‌اند، بدون ذکر نام و مشخصات بیمار به مرکز بهداشت، بفرستند.»^{۱۹}

طریقه فرستادن شماره بیماران به موجب آیین‌نامه‌ای است که وزارت بهداشت، تعیین خواهد کرد.^{۲۰} همچنین طبق ماده ۱۴ این قانون «پزشکان آزاد در کلیه مراکز بهداشت که به معاینه و درمان بیماری آمیزشی می‌پردازند باید حتی‌المقدور به وسیله پرسش از بیمار کوشش نمایند کانون سرایت بیماری را معین نموده و در موقع مقتضی بدون ذکر نام و مشخصات بیمار اطلاعات کافی برای تجسس و برطرف کردن کانون انتشار بیماری به مرکز بهداشت مربوطه بفرستند که اقدام لازم به عمل آید.» و تبصره آیین‌نامه، تصریح می‌کند: «برای اینکه سر بیماران افشاء نشود بخش بیماری‌های آمیزشی مکلف است برای بررسی اطلاع نامه‌ها راجع به غیبت بیماران و اجرای دستورات لازم یک نفر پزشک را مأمور این کار نماید که اجرای این امر به عهده غیر پزشک واگذار نشود».^{۲۱}

۵- حق درمان برابر

ارزیابی میزان نقش قانون در حمایت از حقوق افراد جامعه مبین این واقعیت است که قانون، تنها می‌تواند نقش نسبتاً محدودی را ایفاء کند. در دهه گذشته آنچه به رسمیت شناخته شده است حق دستیابی به درمان برابر، محروم نشدن از فرصت مناسب جهت دستیابی به استخدام یا بیمه و کار است. تبعیض‌های غیر قابل توجیه در شرایط گوناگون در سرتاسر اروپا غیر قانونی شناخته شده است.^{۲۲} درمان برابر فراتر از مراقبت بهداشتی، محل کار و بازار و بیمه است. تبعیض نسبت به اکثر افرادی که مظنون به بیماری‌های آمیزشی و مخصوصاً ایدز هستند بسیار گسترده است.

قوانین و مقررات ضد تبعیض‌گرایی در جامعه مانع از اعمال تبعیض از سوی افرادی می‌شود که مسئول تسهیلات عمومی هستند. همانند آنچه امروزه در فرانسه و انگلیس جریان دارد. حوزه و گسترش قوانین ضد تبعیض‌گرایی در یک کشور نسبت به کشورهای دیگر متفاوت است. ممکن است حقوق بنیادین دستیابی به درمان برابر که در قانون اساسی ما نیز به آن تصریح شده در این زمینه مؤثر باشد^{۲۳} اما ترس از طرد شدن در جامعه

۱۹- ماده ۱۳ آیین‌نامه قانون مذکور مقرر می‌دارد: به منظور تنظیم آمار مبتلایان به بیماری‌های آمیزشی لازم است آخر هر ماه کلیه پزشکان آزاد و بنگاه‌های بهداری (مراکز بهداشتی درمانی فعلی) که این قبیل بیماران را معاینه و درمان می‌نمایند از روی دفاتری که دارند شماره بیماران آمیزشی را که برای اولین مرتبه به پزشک مراجعه نموده‌اند و نوع بیماری آن‌ها را معین نموده بدون ذکر نام و مشخصات بیمار در برگ‌های مخصوص به بخش بیماری‌های آمیزشی بفرستند. متخلفین طبق ماده ۲۳ قانون بیماری‌های آمیزشی و واگیردار مجازات می‌شوند.

۲۰- عباسی، ۱۳۸۲: ص ۳۶۸.

۲۱- بودوان، ۱۳۸۲: ص ۳۸. همچنین بنگرید به: روشه، سباستین (۱۳۸۲) *جامعه غیر مدنی*، ترجمه محمود عباسی، تهران: انتشارات حقوقی، ص ۱۷۴.

۲۲- بند ۹ اصل ۳ قانون اساسی جمهوری اسلامی ایران با تأکید بر استقرار عدالت در جامعه و به کارگیری همه امکانات دولت جمهوری اسلامی ایران جهت «رفع تبعیضات ناروا و ایجاد امکانات عادلانه برای همه در تمام زمینه‌های مادی و معنوی» آن را از وظایف اساسی دولت برشمرده است.

به اندازه ترس از بیماری در ترغیب فرد به پنهان کردن خطر ابتلا وی به ایدز مؤثر است. قانون حتی در تأثیرگذاری بر فرهنگ، نقش سمبلیک دارد. سیاست‌های حمایت از خانواده، رفع تبعیض در زمینه‌های بهداشتی جزئی تفکیک‌ناپذیر از سیاست‌های عدالت محور قانون اساسی جمهوری اسلامی ایران است که باید مورد توجه قرار گیرد.

بخش دوم: آثار و پیامدهای حقوقی انتقال بیماری از طریق تماس جنسی

۱- رعایت موازین اخلاقی

با توجه به گسترش روزافزون ارتباطات بین‌المللی، امروزه به ندرت می‌توان کشوری را تصور کرد که به نوعی گرفتار بیماری‌های آمیزشی و واگیردار از جمله ایدز نباشد. طبیعی است که مسائلی چون جرم و بیماری مرز نمی‌شناسد و مخاطرات آن نیز محدود به دامنه جغرافیایی یک کشور نیست، بلکه جامعه جهانی را تهدید می‌کند. بنابراین اصول اخلاقی حاکم بر این موضوع نیز اصول مستقل و جداگانه‌ای نیست؛ به تناسب ارزش‌ها و هنجارهای حاکم بر جوامع ممکن است تغییرات محدودی در آن مشاهده کنیم.

در اینجا اشاره‌ای کلی و گذرا به موازین اخلاقی مورد قبول اکثر مکاتب خواهیم داشت، با این توضیح که این اصول محدودیت‌های خاص خود را داراست و به طور کلی باید گفت که این اصول از برخی جهات ناقص هستند و چنانچه آن‌ها را کنار یکدیگر بگذاریم بعید است که بتواند یک تئوری اخلاقی قابل قبولی ارائه نماید. به همین دلیل باید تأکید کرد که هرچند این اصول در کلیت خود معتبرند و می‌توان از آن به عنوان معیاری جهت اتخاذ تصمیم درست بهره گرفت لیکن باید آن‌ها را با ارزش‌ها و هنجارهای حاکم بر جامعه خود سنجید و با نگاهی نقادانه از آن به عنوان اصول راهنما استفاده کرد.

چهار اصل مبنایی در این حوزه عبارت‌اند از:

- اصل استقلال^{۲۳}: یعنی احترام گذاشتن به خواسته‌های افراد واجد صلاحیت و اهلیت
- اصل خیرخواهی^{۲۴}: یعنی انجام دادن کاری که به نفع بیمار است
- اصل آسیب نرساندن^{۲۵}: یعنی انجام ندادن کاری که به ضرر بیمار است
- عدالت^{۲۶}: یعنی منافع و مضار را منصفانه توزیع کردن

در گزارش بلمونت از آسیب نرساندن به عنوان نازل‌ترین مرتبه خیرخواهی یاد شده است این اصول در نگاه نخست ضروری هستند و می‌بایست آن‌ها را رعایت کرد مگر اینکه قابل جمع نباشند که در این صورت ناگزیر می‌توان از اجرای یک مورد از آن چشم‌پوشی کرد. این مهم به نگرش ما نسبت به این اصول باز می‌گردد. اگر قائل به نظریه مطلق بودن اصول چهارگانه اخلاقی باشیم در این صورت تخطی از آن جایز نیست لیکن اگر به

23- Autonomy

24- Beneficence

25- Nonmaleficence

26- Justice

حساب سرانگشتی بودن آن‌ها اعتقاد داشته باشیم در این صورت به راحتی می‌توان آن‌ها را نقض کرد.^{۲۷}

اصل استقلال و خودمختاری بر این مبنا استوار است که اشخاص به طور ذاتی دارای اختیار تصمیم‌گیری در مورد آنچه به نفع آن‌هاست هستند و این وظیفه دیگران است که به این ارزش احترام بگذارند و هر اقدامی برخلاف این اصل باید مبتنی بر اذن و رضایت باشد و در این راستا رضایت نیز باید آگاهانه و آزادانه باشد. انجام تست اجباری ایدز و هیپاتیت به جز در مواردی که نص صریح قانون است، اصل استقلال و خودمختاری را خدشه‌دار می‌کند.^{۲۸}

اصل خیرخواهی که برگرفته از افکار بقراط است بر این نکته تأکید دارد که خیرخواهی و نیکوکاری و کمک کردن به دیگران ورای وظیفه است اما ماهیت ارتباط بین پزشک و بیمار باعث می‌شود که پزشک جهت تأمین آسایش بیمار حداکثر تلاش خود را به کار بندد. بدین معنا که خیرخواهی در ماهیت شغل پزشک نهفته است. اصل خیرخواهی وظایف اجتماعی را نیز تعیین می‌کند. طرح‌های ایمن‌سازی، خدمات درمانی رایگان و مراقبت‌های بهداشتی برای بیماران خاص و سالمندان تلاش‌های مهمی جهت برآوردن نیازهای بهداشتی جامعه است. امروزه تأمین این نیازهای اساسی جزئی از حقوق اساسی افراد جامعه است که می‌بایست از آن بهره‌مند شوند.

اصل زیان نرسانیدن که یکی از اصول مشهور و متواتر در امور زیست‌پزشکی است ایجاب می‌کند که در نتیجه بی‌احتیاطی، غفلت، بی‌مبالاتی، عدم مهارت و عدم رعایت نظامات دولتی نباید آسیبی به بیماران وارد شود و این از حقوق اساسی افراد جامعه است که در اعمال جراحی، تزریق خون، اقدامات دندان‌پزشکی، اصول و موازین علمی و استریلیزاسیون صحیح رعایت شود و مبتلایان به تالاسمی یا هموفیلی نباید در نتیجه تزریق خون آلوده، به ایدز و هیپاتیت مبتلا گردند و یا در اثر استریلیزاسیون نامناسب یک دندان‌پزشک، فردی به ایدز مبتلا گردد. محکومیت دولت و سازمان انتقال خون در پرونده‌های مشهور به تزریق خون‌های آلوده به بیماران هموفیلی، مبین این واقعیت است که بر اساس قاعده لاَضرَر وَ لاَضرَرَّ هیچ ضرری نمی‌بایست جبران ناشده باقی بماند و در صورت تحقق خسارت به نحو مقتضی باید آن را جبران کرد. این امر یکی از حقوق اساسی افراد جامعه است که عدم رعایت آن هم از لحاظ اخلاقی امری مذموم تلقی می‌گردد و هم از حیث حقوقی دارای ضمانت اجراست.^{۲۹}

اصل عدالت توزیعی که بر اساس آن حداقل انتظار از مؤسسات و سازمان‌ها در مواجهه با دیگر افراد جامعه این است که با همه به طور عادلانه رفتار شود. اطمینان حاصل کردن از اینکه افراد جامعه چیزی را که لایق آن هستند دریافت می‌کنند و حقوق آن‌ها مورد حمایت قرار می‌گیرد (عدالت غیر تطبیقی) و در رابطه با اجرای قوانین و مقررات و توزیع منافع و مسئولیت‌ها آنچه اهمیت دارد رعایت عدالت است (عدالت تطبیقی) و بخشی از این نوع عدالت که در زمینه پزشکی اهمیت بسیار دارد عدالت توزیعی است.

در برخی کشورهای آفریقایی، هزینه معالجه و درمان بیماران مبتلا به ایدز از درآمد ناخالص ملی این کشورها بیشتر است. در حالی که منابع موجود در این کشورها جهت برخورداری از درمان ایدز ناکافی است و

۲۷- ر.ک: عباسی، محمود (۱۳۸۲) *افشاء اسرار بیماران*، تهران: انتشارات حقوقی. همچنین ببیند: عباسی، محمود (۱۳۸۲) *نقش رضایت در پژوهش‌های علوم پزشکی*، تهران: انتشارات حقوقی.

۲۸- ر.ک: کی. فرانکنا، ویلیام (۱۳۷۶) *فلسفه اخلاق*، ترجمه هادی صادقی، قم: مؤسسه فرهنگی طه.

29- Veatch, Robert.M (1997) *Principles of Medical Ethics*, UK: Jones and Bartlett.

کشورهای غربی از فروش حق ثبت داروهای درمانی ایدز به کشورهای جهان سوم خودداری می‌کنند و همین بی‌عدالتی سبب شیوع و گسترش بیش از پیش ایدز در کشورهای آفریقایی می‌گردد!^{۳۰}

البته در کنار این اصول چهارگانه، اصول دیگری نیز همچون اصل رازداری از اهمیت خاصی برخوردارند که لازم است مورد توجه قرار گیرند.

۲- اصول بنیادین حقوق بشر

بیانیه‌ها و متون بین‌المللی که از ماهیت غیر الزام‌آوری در زمینه حقوق بشر برخوردارند به عنوان منبع گسترش حقوق بشر خصوصاً در زمینه علوم زیست‌پزشکی اهمیت بسیار یافته است. اعلامیه جهانی حقوق بشر مورخ ۱۰ دسامبر ۱۹۴۸ که از آن زمان به عنوان مرجعی برای مقایسه و تبیین تفوق حقوق بین‌الملل بر حقوق داخلی مورد توجه کشورها قرار گرفته است، رعایت شأن ذاتی و کرامت انسانی و حقوق برابر برای همه اعضای خانواده انسانی را اساس و بنیان آزادی، عدالت و صلح در جهان معرفی کرده است.^{۳۱}

امروزه گسترش حقوق بشر هم از نظر مادی (حذف تمامی اشکال تبعیض، حقوق مربوط به محیط زیست و پیشرفته‌ای علمی و تکنولوژیکی) و هم از نظر موضوعی (گروه‌های خاص جمعیتی که به هر دلیلی آسیب‌پذیر هستند از قبیل اقلیت‌ها، کارگران مهاجر، افراد دارای معلولیت ذهنی و بدنی، سالمندان، کودکان و زنان) در سطح بین‌المللی چشمگیر بوده است.^{۳۱}

در زمینه علوم زیست‌پزشکی، حقوق بشر به عنوان حقوق بنیادین در قوانین اساسی جدید کشورها (برای مثال: حق بر حیات، حق بر سلامت، آزادی عقیده و آزادی بیان) پیش‌بینی شده و دولت‌ها مکلفند تمامی اصول و قواعد حقوق بشر را رعایت کنند. مهم‌ترین اصولی که بیشترین ارتباط را با مسئله علوم بهداشتی خصوصاً مبارزه با ایدز و بیماری‌های واگیردار دارد و در ارتباط مستقیم با حقوق و آزادی‌های فردی و اجتماعی است عبارت‌اند از:

- حق بهره‌مندی از عالی‌ترین سطح بهداشت جسمانی و روانی
- حق حیات و آزادی تن و امنیت شخصی
- حق پناهندگی خواستن و بهره‌مندی از پناهندگی
- حق ازدواج و تشکیل خانواده
- حق حفظ حریم شخصی و زندگی خصوصی
- حق اشتغال و مهاجرت و جابجایی
- حق بهره‌مندی از سطح مناسب معیشتی
- دسترسی برابر به امکانات آموزشی

۳۰- ممتاز، جمشید (۱۳۷۷) *حقوق بشر در پرتو تحولات بین‌المللی*، ترجمه، تحقیق و نگارش: حسین شریفی طراز کوهی، تهران: نشر دادگستر، ص ۱۹.

۳۱- عباسی، محمود (۱۳۷۹) *مجموعه مقالات حقوق پزشکی*، ج پنجم، تهران: انتشارات حقوقی، ص ۲۸.

- تأمین اجتماعی و برخورداری از امکانات امدادی و رفاهی
- سهیم شدن در پیشرفت‌های علمی و منافع حاصل از آن^{۳۲}

این حقیقت که شناسایی کامل اصول حقوق بشر و آزادی‌های اساسی برای همه انسان‌ها در مبارزه جهانی با شیوع وسیع بیماری ایدز از جمله در زمینه‌های پیشگیری، مراقبت، حمایت و درمان این بیماری، نقش اساسی دارد و این که احترام به حقوق و آزادی‌های مزبور، موجب کاهش آسیب‌پذیری در برابر این بیماری شده از قضاوت‌های عجولانه و تبعیض‌های مرتبط با این‌گونه قضاوت‌ها بر علیه افراد مبتلا یا افرادی که در معرض خطر ابتلا به بیماری مزبور هستند خواهد کاست.

در متن اعلامیه مجمع عمومی سازمان ملل در مورد تعهد و هم‌پیمانی برای مبارزه با ایدز که در سال ۲۰۰۱ توسط مجمع عمومی سازمان ملل تصویب شد بار دیگر این امر مورد تأکید قرار گرفت. اعلامیه مزبور این واقعیات را نیز خاطرنشان می‌سازد که اولاً میان فقر و کم‌توسعه‌یافتگی و بی‌سوادی با میزان شیوع و تأثیرات سوء بیماری ایدز ارتباط روشنی وجود دارد. ثانیاً، قضاوت‌های عجولانه، سکوت و بی‌تفاوتی، تبعیض، انکار حقایق و عدم رعایت اسرار خصوصی، تلاش در جهت پیشگیری و مراقبت‌های بهداشتی را با مشکل جدی مواجه می‌سازد. ثالثاً، برابری میان زن و مرد و توانمند ساختن زنان و دختران، در راه کاهش آسیب‌پذیری در قبال بیماری ایدز، نقش کلیدی دارد.

رایعاً، دسترسی به درمان بیماری‌های واگیردار مانند ایدز از مقتضیات اصلی شناسایی حق برخورداری از سلامت برای انسان‌ها است. مسائل مربوط به حقوق بشر در تمام قسمت‌های اجرایی اعلامیه جهانی حقوق بشر مورد توجه قرار گرفته است و بیشترین موارد نقض حقوق بشر در این زمینه به آزمایش‌های اجباری، نقض قاعده رازداری، تبعیض در محل کار و مراکز آموزشی، تبعیض در برخورداری از مسکن، تبعیض توسط سازمان‌های مسئول خدمات بهداشتی باز می‌گردد.^{۳۳}

۳- تعهدات مدنی

در همه نظام‌های حقوقی تعهد و الزام به عدم ایراد صدمه و آسیب به دیگران و یا حمایت از دیگران در برابر ایراد صدمه و آسیب به رسمیت شناخته شده است. این قاعده‌ای است که در نظام حقوقی ما نیز مبتنی بر قاعده فقهی *لا ضررَ و لا ضرار* است.

پیشگیری از ایراد صدمه و آسیب به دیگران یک اصل اساسی و بنیادین در قوانین حاکم بر تعهدات مدنی است، اما در جایی که این آسیب خطر انتقال بیماری را در بر دارد چهره قانون، تصویر پیچیده‌ای به خود می‌گیرد. تعهد و حفظ دیگران در برابر انتقال بیماری توسط مکانیسم‌های مختلف حقوقی، کنترل می‌شود. قانون حاکم بر تعهدات مدنی، ممکن است تعهد آسیب رسانیدن به دیگران را تحمیل نماید و برای طرف ناقل عفونت، حق جبران

۳۲- ن.ک: ابراهیمی، جهانبخش (۱۳۸۳) *سیری در حقوق بشر*، تهران: انتشارات زوار، ص ۱۸۲ به بعد.

۳۳- ر.ک: برنامه مشترک ملل متحد برای ایدز و دفتر کمیسر عالی حقوق بشر سازمان ملل متحد [تدوین و تنظیم] (۱۳۸۶) *اصول راهنمای بین‌المللی ایدز و حقوق بشر*، ترجمه محمود عباسی و لادن عباسیان، تهران: مؤسسه فرهنگی حقوقی سینا.

خسارت ایجاد نماید. تعهدات متقابل فرد و اجتماع، ایجاب می‌کند که جامعه حقوق افراد آلوده به ایدز را به رسمیت شناخته و مورد حمایت قرار دهد، این در حالی است که چنین افرادی برای حمایت از دیگران در برابر انتقال بیماری، از یک مسئولیت متقابل برخوردارند.

از نظر تئوری، حقوق مربوط به تعهدات مدنی، الگوی جالبی برای فرضیه تعهدات متقابل ارائه می‌کند. تعهدات مدنی از موافقت صریح طرفین (تعهدات قراردادی) یا از راه اجرای قانون (تعهدات غیر قراردادی) نشئت می‌گیرد. اصول تعهدات غیر قراردادی، مسئولیت‌های دو جانبه‌ای را که فردی به فرد دیگر مدیون است ایجاد می‌کند، تعهد در برابر اطمینان از این که دیگران در نتیجه رفتار خود دچار آسیب فردی قابل پیش‌بینی نمی‌شوند در سراسر جهان به عنوان یکی از اجزای اصلی قانون تعهدات مدنی تلقی می‌گردد. تعهدات مدنی مراقبت، برخلاف مسئولیت جزایی، می‌تواند مبین رابطه میان طرفین و مسئولیت‌های متقابل آنان نسبت به یکدیگر باشد.

مسئولیت یک طرف در حمایت از خود را می‌توان در برابر مسئولیت حمایت از دیگران ارزیابی کرد. میان شرکای جنسی، مراقبت معقول ایجاب می‌کند که یک طرف، طرف دیگر را در معرض خطر غیر داوطلبانه قرار ندهد. تعهد بر انجام فعل معقولانه به منظور حمایت از دیگران در برابر خطر انتقال ایدز، مربوط به همه افرادی است که باید معقولانه باور کنند رفتارشان چنین خطری را ایجاب می‌کند.^{۳۴}

رضایت واقعی نسبت به خطر انتقال ایدز تعهد طرف حامل ایدز را از وی سلب می‌کند. در عمل ادعاهای مربوط به خون آلوده و دعاوی مبتنی بر نقض تعهدات آن زیاد مشاهده نشده است. مشکل اساسی نقش دوگانه تعهدات مدنی است. قوانین غالب کشورها برای تعریف تعهدات اعضای یک جامعه نسبت به هم تعهدات غیر قراردادی را تحمیل می‌کند. تعهدات مدنی حمایت از دیگران در برابر آسیب‌های وارده، به احتمال زیاد وسیله‌ای برای تقاضای غرامت از سوی افراد آلوده به ایدز نیست. شاید دست‌کم کاربرد آن تأیید ماهیت مسئولیت بنیادین و اخلاقی و توجه بر ایمنی دیگران باشد.^{۳۵}

امروزه هم در موضوعات مختلف مبتلا به جامعه تحولاتی شگرف صورت گرفته و هم در واکنش جامعه در قبال آن. قرار دادن دیگران در معرض بیماری‌های خاص و قابل توجه، مانند ایدز و هپاتیت که غالباً بدون توجه به رفتار قربانی صورت می‌گیرد یکی از موضوعات اساسی در مسئولیت مدنی پزشکی است که در نظام‌های مختلف حقوقی مورد مطالعه قرار می‌گیرد.

در نظام‌های مختلف حقوقی، تعهد مدنی مراقبت معقول به منظور پیشگیری از ایراد صدمه فردی به افرادی که ممکن است در نتیجه عمل خوانده آسیب ببینند به رسمیت شناخته شده است. آمیزش جنسی بدون افشای این حقیقت که یکی از طرفین آلوده به بیماری‌های مقاربتی است بی‌مبالاتی محسوب می‌گردد، اما اینکه حدود مسئولیت مرتکب تا کجاست بحثی است که دیدگاه‌های متفاوتی نسبت به آن در نظام‌های مختلف حقوقی وجود دارد.^{۳۶}

۳۴. ن. ک: عباسی، محمود (۱۳۸۳) *تحولات حقوقی در مسئولیت پزشکی*، تهران: انتشارات حقوقی، ص ۳۶ به بعد.

۳۵. بودوان، ۱۳۸۲: ص ۸۷.

۳۶- Voir: Tabuteau, Didier (1995) *Risque Thérapeutique et Responsabilité Hospitalière*, Editions Santé.

۴- چگونگی جبران خسارت

امروزه در حقوق موضوعه، مسئولیت بدون خطا در زمینه‌های مختلف حقوقی جایگاهی ماندگار یافته است و در حساس‌ترین زمینه‌ها یا وضعیت‌ها پیدایش آن را می‌توان مشاهده کرد. واکسیناسیون‌های اجباری اولین موقعیتی بود که رژیم جبران خسارت حاصل از یک فعل پزشکی بدون تقصیر را بنا نهاد. تحقیقات زیست - پزشکی دومین زمینه‌ای بود که ایجاد و تشکیل چنین رژیمی را برجسته نمود.

فکر به اجرا درآوردن نظام جبران خسارت بدون تقصیر در مورد حوادث پزشکی اولین بار در فرانسه توسط پروفیسور تونک در دومین کنگره اخلاق پزشکی مطرح شد که توسط سازمان نظام پزشکی فرانسه سازمان‌دهی شده بود. در سال‌های اخیر همین عقیده مجدداً به صورتی بارزتر به جبران خسارت ناشی از عفونت‌های منتقله از طریق انتقال خون و تماس جنسی دلالت دارد.^{۳۷}

در واقع احتمال بروز این ریسک‌ها موجب شده است که نگرش جمعی به نگرش فردی از حوادث پزشکی ملحق و گاهی جانشین آن گردد. مثال اخیر در مورد ریسک انتقال عفونت از طریق ویروس ایدز (که باید به آن احتمال خطر انتقال عفونت از راه ویروس هیپاتیت را نیز افزود) همانند جرقه‌ای واقعی در تصورات مختص به این مسئله بوده است.

این نگرش جمعی حاصل تأثیر عنصر ریسک سلسله‌وار است.^{۳۸} انتقال ویروس ایدز و هیپاتیت نمونه بارزی از تلفیق ریسک سلسله‌وار و ریسک توسعه است؛ اما این تنها موارد موجود در پزشکی نیست. مثال برجسته دیگر آن در این زمینه، داروهای دیتیل استیلسترول^{۳۹} و استروژن^{۴۰} بود که در سال‌های ۱۹۶۰-۱۹۵۰ به طور گسترده‌ای برای زنان باردار جهت جلوگیری از زایمان غیر طبیعی تجویز می‌شد و بیست سال بعد روشن شد که این داروها عامل بروز سرطان رحم در دختران متولد شده از این حاملگی‌ها بوده است. روشن است که در نظر گرفتن پیامدهای ریسک پزشکی جمعی در این اواخر، تصور مربوط به جبران خسارت ریسک پزشکی را در مجموع آن دگرگون کرده است. وسعت و عظمت واقعی ریسک جمعی با آلودگی به ویروس و سپس ویروس هیپاتیت C از طریق تماس جنسی و انتقال خون آشکار شده است.^{۴۱}

امروزه به خوبی آشکار شده است که از یک طرف بیمه جبران خسارت ناشی از ریسک پزشکی، با توسل به مکانیسم‌هایی غیر از مکانیسم‌های ناشی از اجرای قواعد حقوق کنونی در زمینه مسئولیت ضروری است و از طرف دیگر، ساختار کنونی بیمه‌ها نمی‌تواند در برخی اوضاع و احوال با وسعت این ریسک مقابله کند. از این رو به نظر می‌رسد که در چهارچوب نظام مسئولیت بدون خطا، می‌توان ریسک‌های ناشی از تحقیقات زیست‌پزشکی^{۴۲} را

۳۷- Tunc, André (2002) La Responsabilité Civile du Médecin, Acted du Congres, p23.

۳۸- زمانی یک ریسک را سلسله‌وار می‌خوانیم که ناشی از تأثیرات پراکنده‌ای باشد که بر روی هم جمع می‌شوند و زمانی یک ریسک را ریسک توسعه می‌خوانیم که ناشی از نقص محصول باشد که هنگام توزیع آن، با توجه به سطح علم و دانش آن زمان می‌توانسته است بدون عیب و نقص باشد ولی معیوب بودن آن بعدها، با پیشرفت علم آشکار می‌گردد.

۳۹- Diethylstilbestrol

۴۰- Estrogen

۴۱- عباسی، ۱۳۸۳: ص ۴۰.

قابل توجه دانست و با تأسیس صندوق ویژه‌ای همانند بنیاد بیماری‌های خاص و انجمن حمایت از بیماران کلیوی و غیره علاوه بر معالجه و درمان بیماران مبتلا به ایدز و هپاتیت به جبران خسارات وارده به افرادی پرداخت که قربانی این‌گونه بیماری‌ها هستند^{۴۳}. در نظام حقوقی اسلام و ایران، همین اندازه که در نظر عرف بتوان اضرار ناروایی را به کسی نسبت داد، او ضامن جبران خسارت وارده می‌شود و در جایی که مبنای ضمان تقصیر است، این مفهوم جنبه نوعی دارد و معیار داوری درباره آن نظر عرف است، به علاوه در بررسی مبانی مسئولیت در نظام حقوقی اسلام و ایران در کنار قاعده لاضرر باید قواعد اتلاف و تسبیب را نیز مورد توجه قرار داد^{۴۴}. بنابراین، با توجه به مراتب فوق می‌توان گفت که آنچه اهمیت دارد، دستیابی به عدالتی فراگیر در جامعه است؛ عدالتی که در سایه آن هیچ خسارتی جبران نشده باقی نماند.

۵- بررسی مسئولیت کیفری

بدون تردید داستان‌هایی که پیرامون انتقام‌گیری مبتلایان به ایدز از طریق آلوده کردن دیگران گفته شده مبالغه‌آمیز و باورکردنی نیست، اما نباید به طور کلی نادیده گرفته شود. یکی از متخصصین بیماری‌های عفونی که مسئولیت پیگیری پروژه‌های تحقیقاتی اروپا^{۴۵} در زمینه ایدز را بر عهده داشت نقل می‌کرد که یکی از بیماران مبتلا به ایدز که سال‌ها تحت معالجه مستقیم بخش ایدز بیمارستان مذکور بوده است و علاوه بر ایدز به هپاتیت، سل و برخی دیگر از بیماری‌های عفونی مبتلا بوده در یک غیبت دوماهه هیچ مراجعه‌ای به بیمارستان نداشته است^{۴۶}. وی پس از مراجعت در حضور اعضای گروه بیماری‌های عفونی بیمارستان علت عدم حضور خود را مسافرت به کشورهای آسیای جنوب شرقی اعلام می‌کند. مسافرتی که در خلال آن بنا به اقرار صریح بیمار با ده‌ها نفر ارتباط جنسی برقرار کرده است. سؤالی که مطرح می‌شود این است که از نظر اخلاقی و حقوقی چه تفاوتی بین قتل و آلوده کردن دیگران به ایدز از روی عمد وجود دارد. در حالی که می‌دانیم سرنوشت محتوم مبتلایان به ایدز، مرگ است. در تمام نظام‌های حقوقی، جرم ایراد صدمه عمدی به دیگران به رسمیت شناخته شده و هر چقدر این صدمه و آسیب شدیدتر باشد مجازات آن نیز شدیدتر است. آیا با فرض اثبات آلوده کردن عمدی دیگران به ایدز این امر آسیب جسمانی محسوب می‌شود؟ این سؤالی است که باید پاسخی روشن برای آن یافت.

مشکل زمانی ایجاد می‌شود که قوانین جزایی به دنبال طبقه‌بندی صدمات و آسیب‌ها هستند. مسئولیت جزایی به این نکته بستگی دارد که چنین آسیبی چگونه ایجاد شده است. زمانی که انتقال ایدز از طریق آمیزش جنسی صورت گرفته باشد، آیا قربانی و فرد آلوده به ایدز با این آمیزش موافق بوده است رویه قضایی نشان

۴۳- به موجب قانون ۳۱ دسامبر ۱۹۹۱ فرانسه، صندوق ویژه‌ای جهت جبران خسارت وارده به قربانیان آلوده به ویروس ایدز و هپاتیت تأسیس گردید که تأثیر بسزایی در این زمینه داشته است. بند ۷ ماده ۲۰۹ قانون بهداشت و سلامت عمومی فرانسه.

۴۴- ر.ک: عباسی، محمود (۱۳۸۳) مجموعه مقالات حقوق پزشکی، ج ۶، انتشارات حقوقی، ص ۲۲.

۴۵- بیمارستان پیتیه سل پتیه پاریس، مرکز هماهنگی و اجرای پروژه‌های تحقیقاتی ایدز در اروپاست.

۴۶- متخصصین و صاحب‌نظران بیماری‌های عفونی و ایدز اعتقاد دارند که دامنه پیشرفت ایدز در این‌گونه بیماران آنان را با کلکسیون از انواع بیماری‌های عفونی مواجه می‌سازد.

می‌دهد که عدم افشای این نکته که یکی از طرفین آلوده به بیماری آمیزشی است به معنی نادیده انگاشتن رضایت نیست. فرد عاشق، امیدوار است که شریک جنسی خود را آلوده نکند، جراح آلوده به ایدز امیدوار است که دست سرنوشت، بیماران او را آلوده نکند اما بی‌احتیاطی و بی‌مبالاتی در برقراری ارتباط جنسی چه تأثیری در میزان مسئولیت فرد مبتلا به ایدز دارد؟

انتقال غیر عمدی ایدز که بی‌احتیاطی و بی‌مبالاتی مصادیق بارز آن‌اند دو سؤال اساسی فراروی قانون‌گذار می‌گذارد که عبارت‌اند از:

ماهیت تعهد مبتلا کردن دیگران به ایدز چیست؟

میزان مسئولیت مرتکب تا چه حد است؟

البته در تلاش برای بررسی تعهد نسبت به حمایت از دیگران در برابر ایدز، باید نکات ذیل را نیز مورد توجه قرارداد که:

گستره تعهد نسبت به عدم آسیب رساندن به دیگران تا چه حد است؟

گستره تعهد نسبت به مخاطره نینداختن دیگران از راه بی‌مبالاتی تا چه حد است؟

و چگونه تعهد حمایت از دیگران بر تعهد حمایت از خود تأثیرگذار است؟

همان‌گونه که می‌دانیم تفاوت ایدز با دیگر بیماری‌های آمیزشی و واگیردار روش خاص انتقال آن است. بدین معنی که چنانچه فردی که در معرض خطر ابتلا به ایدز قرار دارد از آن خطر مطلع باشد دست‌کم برای پذیرش خطر مربوط به آن به قضاوت آگاهانه دست زند می‌تواند خود را محافظت نماید. چنانچه شریک جنسی بیمار بداند که طرف مقابل وی حامل ایدز است و یا سابقه جنسی و پزشکی وی خطر احتمال وی به ایدز را نشان می‌دهد می‌تواند در موارد زیر تصمیم بگیرد:

تصمیم بگیرد که به چنین آمیزشی رضایت بدهد؟

تصمیم بگیرد که رابطه جنسی سالم‌تری برگزیند.

از طرف مقابل بخواهد آزمایش ایدز بدهد و تا زمانی که نتیجه آزمایش وضعیت منفی او را نشان نداده از آمیزش با وی پرهیز کند. دلیل روشن ایجاد زمینه تعهد به افشا این است که تنها یک تماس جنسی برای انتقال ایدز، در صورتی که شریک جنسی، پیش از این شرکای جنسی دیگری داشته است و یا فرآورده‌های خونی آلوده به وی تزریق شده کافی است. در نتیجه آیا تعهد به افشاء در محدوده قانون است؟

بدون تردید تعهد به افشای بیماری آمیزشی و واگیردار در قوانین ازدواج اکثر کشورها پیش‌بینی شده، لیکن احتمال گسترش دامنه این تعهد به همه فعالیت‌های جنسی غیر عملی است.^{۴۷} تعهد اساسی باید بر پایه پیشگیری از آسیب رساندن به دیگران و مراقبت در جهت پیشگیری از آسیب رساندن به دیگران استوار باشد. افشاء، لااقل یکی از راه‌های شانه خالی کردن از چنین تعهدی است. به علاوه باید اذعان داشت که در واقع قوانین کشورهای مختلف اروپایی تعهد نسبت به عدم ایراد صدمه و آسیب عمدی به دیگران و حتی آسیب‌های ناشی از بی‌احتیاطی و بی‌مبالاتی که آلوده کردن دیگران به ایدز نیز در بسیاری از این کشورها در زمره آن است را به

رسمیت می‌شناسد و تلاش آگاهانه به منظور آلوده کردن دیگران نیز در قوانین جزایی این کشورها جرم تلقی گردیده و مستوجب مجازات است.^{۴۸}

در نظام حقوقی فرانسه آلودگی به ویروس ایدز در اثر انتقال خون و نیز گسترش بیماری که موجب درگیری و تخریب سلول‌های مغزی^{۴۹} در کودکان درمان شده با هورمون‌های رشد غیر ترکیبی، نشان داده است که استفاده از اعضاء پیوندی با منشاء انسانی ممکن است منشاء حوادث پزشکی شدید باشد اما به سختی قابل پیش‌بینی است. علاوه بر آن، در مورد اهدای سلول‌های جنسی، خطرات احتمالی انتقال بیماری‌های ژنتیکی وجود دارد و انجام تست‌های لازم را ضروری می‌سازد. از این رو، گروهی از محققین دست به انجام یک تحقیق ژنتیک خانوادگی روی اهداءکنندگان بالقوه زدند که به حذف حدود یک سوم آن‌ها انجامید. وانگهی، ازدیاد قلمروهای استفاده از اعضاء پیوندی با منشاء انسانی پیگیری خاص مربوط به اتفاقات و حوادث حاصل از آن و یا اثرات نامطلوب آن‌ها را توجیه می‌کند. یک چنین پیگیری در مورد ضایعات حاصل از اعمال جراحی پس از کشت و یا پرورش جنین نیز ضروری می‌نماید.

قانون‌گذار فرانسه، با آگاهی از الزامات جدید ناشی از پیشرفت‌های اخیر پزشکی، که بیش از پیش موفق اما منبع خطرات احتمالی جدید هستند، ماده ۱۵-۶۵۵ قانون بهداشت و سلامت عمومی را وضع کرده است. این ماده مقرر می‌دارد «برداشت و جمع‌آوری اعضاء و بافت‌های بدن انسان با اهداف درمانی تابع قوانین تأمین سلامتی تعریف شده به وسیله فرمان شورای دولتی است»^{۵۰}. این قوانین به خصوص شامل تست‌های ردیابی بیماری‌های قابل انتقال است. همزمان شورای دولتی فرانسه، شرایط انجام مراقبت‌های مربوط به اعضاء و بافت‌های بدن انسان و نیز وسایل پزشکی و داروهای مربوطه، به ویژه اطلاعاتی که باید به استفاده‌کنندگان و اشخاص ثالث ذینفع منتقل شود را معین کرده است».

ماده ۷-۶۷۴ قانون بهداشت و سلامت عمومی مجازات دو سال حبس و ۲۰۰۰۰۰ فرانک جریمه را برای تخطی از این اصل در نظر گرفته است.^{۵۱} در این خصوص ماده ۹ قانون طرز جلوگیری از بیماری‌های آمیزشی و بیماری‌های واگیردار ایران مقرر می‌دارد: هرکس بداند مبتلا به بیماری آمیزشی و واگیردار بوده و یا آن‌که اوضاع و احوال شخصی او طوری باشد که بایستی حدس بزند که بیماری او واگیردار است و به واسطه آمیزش او طرف مقابل مبتلا شود می‌تواند به مراجع قضایی شکایت کند. مبتلاکننده به حبس تأدیبی از سه ماه تا یک سال محکوم می‌شود.^{۵۲}

نتیجه

در این گفتار که با تکیه بر اصول کلی حاکم بر حقوق بهداشتی و با نگاهی مقارنه‌ای و تطبیقی، آثار حقوقی و کیفری انتقال بیماری از طریق تماس جنسی مورد مطالعه قرار گرفت با تأکید بر حق مراقبت بهداشتی،

حق درمان برابر، حق مصونیت از افشا، حق تشکیل خانواده، حق بیمه، حق کار کردن و... که از جمله حقوق پذیرفته شده همه افراد جامعه و از جمله حقوق بیماران و مبتلایان به بیماری‌های آمیزشی و واگیردار است. به تشریح سیاست اجتماعی حاکم بر موضوع مورد بحث پرداختیم. در این راستا رابطه متقابل بیمار و اجتماع به عنوان چهارچوب اخلاقی و حقوق سیاست اجتماعی بیماری‌ها از جمله ایدز و هپاتیت مورد توجه قرار گرفت و ضمن تأکید بر اهمیت احترام به حقوق مبتلایان به بیماری‌های آمیزشی که از سیاست‌های بنیادین اتحادیه اروپا در مبارزه با این‌گونه بیماری‌هاست آثار و پیامدهای حقوقی و کیفری بی‌احتیاطی و بی‌مبالاتی در به خطر انداختن دیگران از طریق تماس جنسی و جرم قرار دادن دیگری در معرض خطر ایدز در چهارچوب قوانین و مقررات حاکم بر کشورهای اروپایی و ایران مورد مطالعه قرار گرفت.

نتایجی که از این مطالعات حاصل می‌شود، عبارتست از:

- اتحادیه اروپا در رابطه با ایدز سیاستی را آغاز کرده است که بر اهمیت احترام به حقوق مبتلایان به بیماری‌های آمیزشی و واگیردار تأکید دارد. سیاستی که اخیراً مورد توجه مسئولین و دست‌اندرکاران کشور ما نیز در مبارزه با ایدز و هپاتیت و... قرار گرفته است.
- حق مراقبت بهداشتی یکی از حقوق مصرحه این‌گونه بیماران در اعلامیه جهانی حقوق بشر، قوانین اساسی بیشتر کشورهای اروپایی و از جمله قانون اساسی جمهوری اسلامی ایران است. کنوانسیون حقوق بشر اروپایی سیاست‌های فوق را مورد تأیید قرار داده و بر اجرای دقیق این سیاست‌ها تأکید کرده است.
- در جهت حمایت از مبتلایان به ایدز در قبال تبعیض، تعهدات اخلاقی و حقوقی مستحکمی وجود دارد که باید مورد توجه کشورها قرار گیرد. عدم رعایت حقوق بیماران و بی‌احتیاطی و بی‌مبالاتی در به خطر انداختن دیگران از طریق تماس جنسی و قرار دادن دیگری در معرض خطر ایدز موجب مصونیت مدنی و کیفری مرتکب نمی‌گردد.
- بنابراین جهت حمایت از حقوق بیماران مبتلا به ایدز و هپاتیت پیشنهاد می‌شود:
- با تکیه بر چهارچوب قانونی مسئولیت بدون خطا صندوق ویژه یا بنیاد خاصی جهت حمایت از حقوق بیماران مبتلا به ایدز و هپاتیت تأسیس گردد.
- کلیه قوانین و مقررات مربوط به موضوع مورد بحث مورد بازنگری قرار گرفته یا در مواردی که خلاء قانونی وجود دارد، دولت با ارائه لوایح مناسب به حمایت قانونی از این‌گونه بیماران پردازد.
- اطلاع‌رسانی صحیح و آموزش مداوم در زمینه موضوعات مورد بحث سرلوحه برنامه‌های رسانه‌های گروهی به ویژه صدا و سیما قرار گیرد.
- آزمایش‌های اولیه مجرمانه و داوطلبانه همراه با مشاوره رایگان در دسترس همگان قرار گیرد.
- با ایجاد زمینه و بستر لازم وسایل پیشگیری و درمان مناسب در اختیار همگان قرار گیرد.
- و در پایان با تکیه بر عنصر محوری عدالت در همه زمینه‌ها، امیدوار است که در پرتو اخلاق جامعه‌ای سالم و عاری از این‌گونه مشکلات داشته باشیم.

قدردانی

در پایان لازم است مراتب تشکر و سپاس خویش را از سرکار خانم دکتر لادن عباسیان - فوق تخصص بیماری‌های عفونی و گرمسیری که ضمن بازخوانی مقاله، مطالبی را جهت بهبود آن متذکر شدند ابراز دارم.

منابع

- ۱- ابراهیمی جهانبخش (۱۳۸۳) سیری در حقوق بشر، تهران: انتشارات زوار.
- ۲- برنامه مشترک ملل متحد برای ایدز و دفتر کمیسر عالی حقوق بشر سازمان ملل متحد [تدوین و تنظیم] (۱۳۸۶) / اصول راهنمای بین‌المللی ایدز و حقوق بشر، ترجمه محمود عباسی و لادن عباسیان، تهران: مؤسسه فرهنگی حقوقی سینا.
- ۳- بودوان ژان لویی (۱۳۸۲) حقوق، ایدز و قانون، ترجمه محمود عباسی، تهران: انتشارات حقوقی.
- ۴- پینت بلیندا (۱۳۸۴) حقوق و پزشکی، ترجمه محمود عباسی، چ دوم، تهران: انتشارات حقوقی.
- ۵- ریشه سیاستین (۱۳۸۲) جامعه غیر مدنی، ترجمه محمود عباسی، تهران: انتشارات حقوقی.
- ۶- سالابارو فردریک (۱۳۸۳) قوانین اخلاقی، ترجمه محمود عباسی، تهران: انتشارات حقوقی.
- ۷- عباسی محمود (۱۳۷۶) مجموعه مقالات حقوق پزشکی: عوامل اجتماعی مؤثر بر ارتکاب جرائم پزشکی، ج ۳، تهران: انتشارات حقوقی.
- ۸- عباسی محمود (۱۳۹۵) مطالعه تطبیقی پیوند اعضا، تهران: انتشارات حقوقی.
- ۹- عباسی محمود (۱۳۸۲) مجموعه قوانین و مقررات پزشکی و دارویی، چ سوم، تهران: انتشارات حقوقی.
- ۱۰- عباسی محمود (۱۳۸۲) فحشاء/سرار بیماران، تهران: انتشارات حقوقی.
- ۱۱- عباسی محمود (۱۳۸۲) نقش رضایت در پژوهش‌های علوم پزشکی، تهران: انتشارات حقوقی.
- ۱۲- عباسی محمود (۱۳۷۹) مجموعه مقالات حقوق پزشکی، چ پنجم، تهران: انتشارات حقوقی.
- ۱۳- عباسی محمود (۱۳۸۳) تحولات حقوقی در مسئولیت پزشکی، تهران: انتشارات حقوقی.
- ۱۴- عباسی محمود (۱۳۸۳) مجموعه مقالات حقوق پزشکی، ج ۶، انتشارات حقوقی.
- ۱۵- عباسی محمود (۱۳۸۲) پیوند اعضا (سلسله مباحث حقوق پزشکی)، ج ۶، تهران: انتشارات حقوقی.
- ۱۶- عباسی محمود (۱۳۹۷) حقوق جزای پزشکی، تهران: انتشارات حقوقی.
- ۱۷- فیستا جانین (۱۳۷۷) حقوق و مسئولیت پرستاران، ترجمه محمود عباسی و مهین عباسی، تهران: انتشارات طبیب.
- ۱۸- کی فرانکنا ویلیام (۱۳۷۶) فلسفه اخلاق، ترجمه هادی صادقی، قم: مؤسسه فرهنگی طه.
- ۱۹- لینن گیورس و پینت (۱۳۸۳) مطالعه تطبیقی حقوق بیماران، ترجمه باقر لاریجانی و محمود عباسی، چ دوم، تهران: انتشارات حقوقی.
- ۲۰- ممتاز جمشید (۱۳۷۷) حقوق بشر در پرتو تحولات بین‌المللی، ترجمه، تحقیق و نگارش: حسین شریفی طراز کوهی، تهران: نشر دادگستر.
- ۲۱- مؤسسه فرهنگی حقوقی سینا [تنظیم و تدوین] (۱۳۸۵) قانون اساسی، تهران: انتشارات حقوقی.
- ۲۲- هاشمی سید محمد (۱۳۸۲) حقوق اساسی جمهوری اسلامی ایران، ج ۱، تهران: میزان.
23. Sim, Julius (1995) Ethical Decision Making in Therapy Practice, UK: Butterworth-Heinemann.
24. Tunc, André (2002) La Responsabilité Civile du Médecin, Acted du Congres.
25. Veatch, Robert.M (1997) Principles of Medical Ethics, UK: Jones and Bartlett.
26. Voir: Tabuteau, Didier (1995) Risque Thérapeutique et Responsabilité Hospitalière, Editions Santé.

کتاب جامع

بهداشت عمومی

فصل ۱۴ / گفتار ۳ / دکتر سیدمنصور رضوی

ایمنی بیمار، اشتباهات رایج و راه‌های پیشگیری آن

فهرست مطالب

۲۹۷۱	اهداف درس
۲۹۷۱	مقدمه:
۲۹۷۲	اهداف برنامه ایمنی بیمار:
۲۹۷۴	مثال هایی از اشتباهات و پیشگیری از آن ها
۲۹۷۴	اشتباهات شناسایی بیماران:
۲۹۷۵	اشتباهات ارتباطی:
۲۹۷۶	اشتباهات تشخیصی درمانی کلی:
۲۹۷۷	اشتباهات تجویز و مصرف دارو:
۲۹۷۹	اشتباهات مربوط به تجویز خون:
۲۹۷۹	اشتباهات بیهوشی:
۲۹۸۰	اشتباهات در جراحی‌ها:
۲۹۸۲	اشتباهات در پروسیجرهای عملی:
۲۹۸۲	مشکلات مربوط به تجهیزات پزشکی:
۲۹۸۲	اشتباهات منجر به عفونت:
۲۹۸۳	اشتباهات منجر به تروما و سقوط بیماران:
۲۹۸۴	اشتباهات منجر به خودکشی، دیگر کشی و تجاوز و آزار:
۲۹۸۴	اشتباهات منجر به ترومبوفلیت و ترومبوآمبولی:
۲۹۸۵	اشتباهات منجر به زخم بستر:
۲۹۸۵	اشتباهات منجر به عوارض دیگر بیمارستانی:
۲۹۸۶	اشتباهات مدیریتی:
۲۹۸۷	کلام آخر:

ایمنی بیمار، اشتباهات رایج و راه‌های پیشگیری آن

Patients safety, common medical mistakes and prevention methods

دکتر سیدمنصور رضوی

دانشگاه علوم پزشکی تهران، گروه پزشکی اجتماعی

اهداف درس

انتظار می‌رود، دانشجویان پس از مطالعه این درس:

- با مفهوم ایمنی بیمار، آشنا شوند و به جنبه‌های محسوس و نامحسوس جسمی، روانی، اجتماعی، فرهنگی و اقتصادی آن پی برده، برای ارتقای آن راه حل ارائه نمایند.
- اشتباهات رایج کادر درمان در حیطه‌های گوناگون شامل: مشکلات مربوط به شناسایی (Patient identification)، مشکلات ارتباطی (Communicational problems)، ایمنی دارو (Drug safety)، اشتباهات بیهوشی، جراحی و مداخلات تشخیصی درمانی (Anesthesia, surgery and procedural mistakes) و اشتباهاتی که منجر به عوارض بیمارستانی می‌شوند مانند: عفونت، سقوط و تروما، خودکشی، ترومبوآمبولی، زخم بستر و مشکلات مدیریتی را نام برده، راه‌های پیشگیری از آن را ارائه نمایند.
- در مقام مسئول ایمنی بیمار در بیمارستان، قادر باشند، مشکلات این حوزه را ارزیابی و راه‌های اصلاحی را به مسئولین بیمارستان ارائه نمایند.

مقدمه:

ایمنی بیمار، یکی از چالش‌های بزرگ نظام‌های سلامت در دنیا است که همه افراد تیم سلامت به نوعی درگیر آن هستند. ایمنی بیمار در بیمارستان ممکن است به دلایل گوناگون مانند: مشکلات شناسایی بیمار، مشکلات ارتباطی با آن‌ها، خطاهای دارویی، خطا در فرایند جراحی‌ها و مداخلات پزشکی، عوارض درمانی، خطاهای سیستمی و مدیریتی، مشکلات تکنولوژیک و نظایر آن به خطر بیفتد و حقوق آنان تضییع شود.

حدود ۵ تا ۱۰ درصد از هزینه‌های مربوط به سلامت، ناشی از خدمات بالینی غیر ایمن می‌باشد که منجر به آسیب بیماران می‌گردند. موسسه پزشکی آمریکا هزینه‌های مستقیم و غیر مستقیم این وقایع ناخواسته قابل پیشگیری را حدود ۱۷ میلیارد دلار تخمین می‌زند.

در ۲۲ کشور منطقه مدیترانه شرقی سازمان جهانی بهداشت (EMRO) با جمعیتی بالغ بر ۵۳۰ میلیون نفر، حدود ۸۶۰۰ بیمارستان دولتی و خصوصی وجود دارد که در سال حدود ۳۰ میلیون بیمار را پذیرا هستند. اگر حدود ۱۰ درصد از این بیماران، دچار آسیب ناشی از خدمات غیر ایمن شوند، سالانه سه میلیون بیمار آسیب می‌بینند که ۷۵ درصد آن قابل پیشگیری است. در ایران، سالانه ۵۵ هزار خطای پزشکی گزارش می‌شود که ۱۰ هزار و پانصد مورد آن منجر به مرگ و ۲۳ هزار مورد باعث نقص عضو می‌شود.

از هر ۵ داروی بکار گرفته شده توسط پرستاران برای بیماران، یک مورد خطای دارویی دیده می‌شود. سالانه حدود ۱/۵ میلیون نفر دچار عوارض ناشی از خطاهای دارویی و حدود ۷۰۰۰ مورد مرگ می‌شوند. هزینه‌های مرتبط با حوادث دارویی در آمریکا، سالانه ۷۶ تا ۱۳۶ میلیارد دلار است. خطاهای دارویی در کنار سقوط بیماران از تخت، دو شاخص مهم ارزیابی کیفیت مراقبت‌های پرستاری در بخش‌های بالینی هستند.

سالانه میلیون‌ها عمل جراحی، همراه با بیهوشی عمومی در جهان انجام می‌شود. مثلاً در سال ۲۰۱۲ در کشور کره جنوبی، ۷ میلیون بیمار، برای اعمال جراحی کم خطر، تحت بیهوشی عمومی قرار گرفته‌اند. اگر ریسک به هوش آمدن بیماران در حین جراحی را ۰/۱ تا ۰/۲ درصد در نظر بگیریم، باید بگوییم که تنها در این کشور، سالانه ۷۰۰۰ تا ۱۴۰۰۰ نفر از بیمارانی که تحت عمل جراحی قرار می‌گیرند، در حین عمل به هوش می‌آیند.

میزان بروز کلی وقایع جانبی در بیمارستان را حدود ۱۰٪ تخمین می‌زنند که سه چهارم آن مربوط به جراحی‌ها است و حد اقل نیمی از این اتفاقات، در چهارچوب استانداردهای فعلی مراقبت از بیمار، قابل پیشگیری می‌باشد.

بهبود وضعیت ایمنی بیمار، نیازمند یک بستر فرهنگی شامل ارزش‌ها، شایستگی‌ها، توانمندی‌ها و رفتارها است که باید مسئولین بیمارستان به جاری نمودن آن در تمامی فعالیت‌ها متعهد باشند. در آموزه‌های اسلامی نیز قاعده لا ضرر و لا ضرار فی الاسلام وجود دارد که براساس آن و از نقطه نظر حقوق بیماران، ضرر رساندن به جان انسان‌ها را ممنوع می‌کند. (ضرر، زیان زدن غیر عمدی و ضرار، ضرر رساندن عمدی را گویند) و از طرفی طبق نص صریح قرآن، کسی که موجبات نجات جان یک نفر انسان را فراهم کند مثل این است که باعث نجات جان تمامی انسان‌ها شده است (مائدة، ۳۲).

در این مجمل، سعی شده است از میان صدها و شاید هزاران خطای محتمل، خطاهای رایج و مهمتر را انتخاب و با ارائه راه‌های آسان پیشگیری، نظر کارکنان بیمارستان‌ها و سایر دست‌اندرکاران را به این حوزه جلب نماییم.

اهداف برنامه ایمنی بیمار:

اهداف مهم و اولویت دار برنامه ایمنی بیماران در بیمارستان عبارتند از:

- ارتقای فرایند شناسایی صحیح بیماران و کاهش مشکلات ناشی از آن
- ارتقای ارتباطات صحیح بین فردی
- بهبود شاخص‌های تریاژ و اندیکاسیون‌های بستری
- ارتقای کیفیت اخذ شرح حال از بیماران
- ارتقای فرایند معاینات فیزیکی
- افزایش درخواست منطقی آزمایشات تشخیصی
- کاهش مدت زمان پاسخ آزمایشات تشخیصی
- ارتقای کیفیت پاسخ آزمایشات تشخیصی
- افزایش تشخیص‌های به موقع
- شناسایی و بهبود پایش برخط (On Line) بیماران بدحال
- بهبود شاخص‌های تجویز منطقی دارو
- کاهش عوارض دارویی
- بهبود شاخص‌های بیهوشی و بی‌دردی بیماران
- کاهش مشکلات ناشی از جراحی‌ها و پروسیجرها
- بهبود شاخص‌های تغذیه‌ای بیماران
- تعدیل منطقی مشاوره‌های بیمارستانی
- بهبود کیفی زیرساخت‌های تجهیزاتی بیمارستان
- کوتاه کردن منطقی طول مدت بستری در بیمارستان
- بهبود شاخص‌های درمان‌های کمکی
- کاهش موارد ترومبوآمبولی در بیماران
- کاهش موارد سقوط و تروما در بیماران
- کاهش میزان عفونت‌های بیمارستانی
- افزایش میزان شستن دست‌ها با پایش خودکار
- کاهش موارد زخم بستر در بیماران
- کاهش عوارض ناشی از تزریق خون
- کاهش کلی مرگ و عوارض ناشی از بیماری‌ها در بیمارستان
- کاهش شکایات بیماران
- افزایش رضایتمندی بیماران و کارکنان بیمارستان
- افزایش آموزش‌های هدفدار مهارتی حرفه‌ای برای کارکنان بیمارستان

- بهبود شیفت‌ها و ساعات کار پزشکان و کارکنان
- بهبود شاخص‌های مدیریتی بیمارستان

مثال‌هایی از اشتباهات و پیشگیری از آن‌ها

برای دستیابی به اهداف فوق، بکارگیری موارد زیر می‌تواند مفید باشد.

اشتباهات شناسایی بیماران:

بعضی از این اشتباهات عبارتند از:

- اشتباه به علت تشابه اسمی بیماران و داروها.
- عوض کردن تخت بیمار، بدون اطلاع رسانی کافی.
- شیر دادن سهوی به نوزاد دیگر در NICU توسط مادر به علت مشکلات ارتباطی و زبانی مادر.
- ربودن نوزاد یا تحویل اشتباهی نوزاد تازه دنیا آمده به خانواده دیگر (Babies switched at birth).
- ناشناخته بودن بیمار توسط نرس جدید به دلیل رفتن نرس آشنا با بیمار به مرخصی یا تعویض شیفت.

پیشگیری:

- اطمینان از مشخصات (نام، نام خانوادگی، سن و شماره تخت) بیمار، قبل از اجرای هر دستور و انجام هر پروسیجر
- گرفتن اثر انگشتان، دست، پا یا کف پا fingerprints, foot prints, or palm prints از نوزادان.
- نوشتن نام و مشخصات مادر بر دستبند نوزاد.
- استفاده از سیستم بارکد [Bar-code medication administration (BCMA) system]، شامل مدیریت الکترونیک دارویی (electronic pharmacy management). استفاده از سیستم شناسایی مجهز به بارکد، یک فعالیت با صرفه اقتصادی بوده و از خطاهای تجویز دارو، تست‌های آزمایشگاهی، انجام پروسیجرها و نظایر آن و زیان‌های ناشی از آن جلوگیری می‌کند.
- استفاده از پرونده الکترونیک سلامت (EHRs) electronic health records مجهز به سیستم بارکد. نرم افزار این پرونده‌ها می‌تواند در تبلت جیبی پزشکان و پرستاران نیز نصب شود.
- توجه به شناسایی دقیق نوزادان (Newborn identification).
- استفاده از دستبندهای رنگی (رنگ قرمز معرف آلرژی بیمار، رنگ زرد معرف خطر سقوط و رنگ سبز معرف حساسیت به لاتکس).
- وصل کردن دستگاه GPS به لباس بیمار، برای ردیابی وی و تامین شرایط ایمن در مبادی ورودی و خروجی برای جلوگیری از گم شدن بیمار مبتلا به دمانس و آلزایمر و کاهش بروز خطرات ناشی از آن مانند تصادف ایجاد هیپوترمی و دهیدراتاسیون. در مجموع، این سیستم موجب ارتقای کیفیت زندگی این

بیماران می‌شود. استفاده از فناوری‌های جی پی اس (GPS) (Global positioning systems) و Geographic information systems (GIS) techniques برای پایش رفتار بیماران مبتلا به دمانس و آلزایمر بکار می‌رود و موجب ارتقای کیفیت زندگی مبتلایان و کاهش اضطراب خانواده می‌شود.

اشتباهات ارتباطی:

- بی توجهی به اصول ارتباطات صحیح با بیمار (گوش دادن به حرف‌های بیمار، همدلی، جلب اعتماد، اجازه گرفتن و پاسخگویی صادقانه به پرسش‌های آنان). یک ارتباط مناسب می‌تواند موجب افزایش اعتماد بین پزشک و بیمار شود و سبب می‌شود که پزشک مشکلات بیمار را بیشتر درک کند. همچنین موجب کاهش ناامیدی، استرس و افزایش رضایت شغلی پزشک و افزایش رضایت بیمار می‌شود. بعلاوه، پذیرش توصیه‌های پزشک توسط بیمار و میزان تحمل بالا می‌رود و موجب ارتقای کیفیت زندگی وی می‌شود.
- برداشت‌های اشتباه به علت اختلاف گویش. Sauer و همکاران در یک گزارش موردی (Case report) نشان داده‌اند که یک مادر اسپانیایی که نوزادش در بخش NICU در یکی از بیمارستان‌ها بستری بود، به دلیل ناتوانی نرس در برقراری ارتباط کلامی با وی، به جای نوزاد خودش به نوزادی دیگر شیر می‌داد و برای بیمارستان و والدین دو طرف مشکلاتی را ایجاد نمود. این امر، به اهمیت برقراری ارتباط مناسب در بهبود مراقبت‌ها اشاره دارد.
- حفظ نکردن حریم خصوصی بیمار.
- رعایت نکردن شان و کرامت انسانی بیماران و بی احترامی و واکنش‌های توهین آمیز و تحقیر کننده، حتی اگر بی قصد و منظور باشد. قرآن کریم به طور مستقیم و غیر مستقیم به گرامی داشتن کرامت انسانی اشارات فراوان دارد مانند (وَلَقَدْ كَرَّمْنَا بَنِي آدَمَ وَ...) (اسراء: ۷۰ / ۱۷). پوپولیم (Pupulim) و همکاران نیز، در یک مطالعه کیفی بر روی ۳۴ بیمار که حداقل سه روز در بیمارستان بستری بودند، نظر آن‌ها را در باره رعایت شئون، احترام، حفظ استقلال، و رعایت حریم خصوصی در بیمارستان جویا شدند. آن‌ها نشان دادند که مهمترین موضوعی که برای بیماران اهمیت دارد، احترام به آن‌ها است.
- ارائه خبر بد به بیمار، با روش‌های غیر صحیح.

پیشگیری:

- گوش دادن به حرف بیمار، ابراز همدردی و دلسوزی (Sympathy)، همدلی (Empathy) و غمخواری و محبت (compassion) با بیماران و درک حالات هیجانی آن‌ها، بویژه بیماران حاد مثل سکت‌های

مغزی، تروماهای سر و نظایر آن. باید توجه داشت که در Sympathy که یک واکنش احساساتی و هیجانی است، ممکن است بیمار احساس ترحم که حس خوبی نیست نماید در حالی که Empathy درک مشکل بیمار است و با یک پشتوانه منطقی نیز همراه است. غمخواری کردن نیز همراه با دلداری دادن و تقویت شکوفایی فرد است. لذا، بر عکس Sympath، empathy و compassion بر مراقبت بیماران تاثیر مثبت دارند.

- مراقبت از شخصیت، رعایت شئون، احترام، تاکید بر استقلال و پاسداری از حریم خصوصی و حقوق مدنی بیمار.
- ارتباط موثر و دقیق در زمان تحویل دادن و گرفتن بیماران برای انجام یک آزمایش، پروسیجر یا جراحی
- معاینه زنان بیمار در حضور یک محرم بیمار یا پرستار

اشتباهات تشخیصی درمانی کلی:

- مشاوره نکردن برای تشخیص به موقع یا مشاوره‌های غیر ضروری.
- انجام آزمایشات و اقدامات اضافی مانند: تست‌های آزمایشگاهی اضافی، اقدامات تصویر برداری اضافی، سزارین‌های اضافی، آندوسکوپی‌های اضافی و نظایر آن.
- تاخیر در تشخیص و شروع درمان بیماری، زیاد نگه داشتن بیمار در بیمارستان.
- تزریق نادرست ماده کنتراست و بروز نارسایی کلیه و انجام ندادن اقدامات پیشگیرانه (تزریق مایع کافی و استفاده از آن، استیل سیستئین (N-acetylcysteine)).
- بی توجهی به درد بیمار. درد در کودکان بیشتر از بزرگسالان مورد بی توجهی و غفلت قرار می‌گیرد. سالانه ۱/۵ میلیون کودک تحت عمل جراحی قرار می‌گیرند که در بسیاری از آن‌ها درد بطور کافی کنترل نمی‌شود و حتی این دردها در ۲۰٪ موارد مزمن می‌شوند.
- ساعات کار زیاد (بیش از ۸ ساعت در هر شیفت)، و ارائه خدمت به بیش از ۵۱ بیمار در هر شیفت، بیش از ۴۱ بار در هفته آنکال بودن، همراه با مال پراکتیس خواهد بود.
- خستگی مفرط و خوابیدن پزشکان در حین انجام کار. Chen و همکاران، در یک مطالعه گزارش کرده‌اند که ۴۰٪ از پزشکان ژاپنی در حد مرگ کار می‌کنند و ۸۰٪ خطاهای پزشکی در این کشور به علت خستگی مفرط و محرومیت از خواب اتفاق می‌افتد.
- حالات نامناسب کادر درمان (بجز خستگی) مانند: عصبانیت، استرس، مصرف الکل، و ...
- اشتباهات در درمان‌های کمکی مانند: به طول انجامیدن فلوروسکوپی، استفاده از دوز بالای رادیاسیون در رادیوتراپی، مواجهه دادن غیر متعارف بیمار با اشعه در پزشکی هسته‌ای و پرتودرمانی، وارد کردن آسیب به نخاع درمانیولیشن‌ها و ماساژ. اگرچه ماساژ درمانی بر روی حالاتی مانند افسردگی بارداری (

- (prenatal depression)، شیرخواران پره ترم، اوتیسم، دردهای مفصلی عضلانی، پرفشاری خون، اختلالات اتو ایمنی، ایمنی در ایدز، آسم، مالتیپل اسکلروزیس، پارکینسونیسم و دمانس اثر مثبت دارد، لیکن، چنانچه به صورت غیر تخصصی به آن مبادرت شود ممکن است موجب آسیب گردد.
- تجویز رادیوگرافی برای زنان باردار بدون پرسش از بارداری آنان
- استفاده از گیاهان مخدر با تصور بی ضرر بودن گیاهان، استفاده غیر تخصصی از هیپنوتیزم، قطع درمان‌های اصلی و از دست دادن وقت با پرداختن غیر اصولی به اقدامات طب مکمل.
- شوت کردن بعضی داروها به داخل رگ به دلیل عجله یا کار زیاد و ایجاد شوک و حتی مرگ برای بیمار

پیشگیری:

- آموزش کادر پزشکی در مورد فیزیکال سیفتی، بیو سیفتی (biosafety and biosecurity)، رادیو سیفتی، دراگ سیفتی و تجویز منطقی دارو، نحوه گزارش اشتباهات و ...
- اداره درد بیمار. در کودکان، علاوه بر استفاده از دارو، استفاده از تکنیک‌های رفتاری (علاقه کودک به بازی) یا بازی درمانی و تکنیک‌های سایکولوژیک، می‌توان درد را کم کرد و از این طریق از عوارض آن جلوگیری نمود.
- کاهش دادن مدت اقامت در بیمارستان.
- استفاده از وسایل حفاظت از اشعه در رادیوگرافی‌ها، رادیوتراپی‌ها و پزشکی هسته‌ای
- اطمینان از باردار نبودن برای انجام رادیوگرافی‌ها.
- استفاده از عینک‌های محافظ در فتوتراپی نوزادان، لیزردرمانی و ...
- کاردیاک مونیتورینگ بی سیم.

اشتباهات تجویز و مصرف دارو:

- تجویز غیر منطقی داروها توسط پزشکان.
- تجویز بی رویه آنتی بیوتیک‌ها و گسترش مقاومت‌های میکروبی.
- نوشتن ناخوانای نسخ دارویی.
- تجویز داروها با دوز نامناسب (بیش از حد یا ناکافی) و مدت نامناسب.
- دادن داروی یک بیمار به بیمار دیگر. بیشتر خطاهایی که توسط پرستاران رخ می‌دهد در دو مرحله رو نویسی کردن و دادن دارو به بیمار است.
- فراموش کردن و ندادن دارو.
- اشتباه دادن داروها به علت تشابه اسمی داروها و آوای مشابه نام آن‌ها.

- اشتباه دادن داروها به علت تشابه اسمی، شکلی، برچسب گذاری و بسته بندی داروها. مثلا سلکوکیب (Celecoxib) که یک داروی ضد التهاب است با فسفنی توئین (Fosphenytoin) که یک داروی ضد تشنج است و سیتالوپرام هیدروبروماید که یک داروی ضد افسردگی است و نام تجاری این ۳ دارو به ترتیب، سلب رکس، سربریکس و سلگ سا است و احتمال اشتباه شدن این ۳ نام با هم آن بالا است. به همین خاطر پیشنهاد می‌شود که از نام ژنریک داروها استفاده شود. در مورد بسته بندی مشابه نیز می‌توان فیتونادیون ۱ میلی‌گرمی و ۱۰ میلی‌گرمی را نام برد که معمولاً موجب اشتباه مقادیر دارو می‌شود.
- از بین رفتن یا آسیب بر چسب‌های دارویی.
- کپی کردن اشتباه دستور پزشک به علت تفسیر اشتباه از نوشتار او. مثلاً : پزشک می‌نویسد Gentamycin 80 mg x3 p/d، و پرستار آن دستور را اینگونه کپی می‌کند: Gentamycin 80 mg x3 p / dose. در اینجا پرستار حرف d را به جای day، dose تفسیر کرده و به این ترتیب ایمنی بیمار را به خطر می‌اندازد.
- محاسبه اشتباه مقدار دارو (Miscalculation) دوزاژ داروها که می‌تواند کشنده باشد.
- اشتباه در شیوه و دفعات مصرف. مثلاً داروی وین کریستین فقط باید از راه وریدی و از طریق مینی بگ داده شود. به دفعات مشاهده شده که این دارو به داخل کانال نخاعی تزریق شده و موجب مرگ بیماران شده است.
- بی توجهی به تداخلات دارویی. دادن چند دارو به ویژه آنتی بیوتیک‌ها در یک زمان به دلیل کمبود پرسنل و حجم کار زیاد، تداخلات دارویی را در بردارد.
- بی توجهی به نحوه تزریق پتاسیم و ایجاد آریتمی‌های خطرناک برای بیمار.
- تجویز بدون پایش و کنترل داروهای ضد انعقادی و نظایر آن.
- تجویز بدون پایش داروی استرپتومایسین برای بیماران سالمند.
- تجویز دارو به افرادی که به دارو حساسیت داند و یا باردارند، بدون در نظر گرفتن ملاحظات لازم.
- پلی فارماسی. مثلاً در یک مورد، یک خانم ۸۱ ساله به علت درد پشت و دنده‌ها به پزشک عمومی خود مراجعه می‌کند. پزشک عمومی برایش ایندوبوفن، نیمزولاید (ضد درد)، ترامادول (ضد درد مخدر)، متامیزول (ضد درد)، و سیتالوپرام تجویز و او را به روماتولوژیست معرفی می‌کند. روماتولوژیست به او ملوکسی کام (ضد درد) می‌دهد و با احتمال استئوپروز به آندوکرینولوژیست معرفی می‌کند. پزشک غدد نیز برایش داروهای لووتیروکسین، کله کالسی فرول، Strontium ranelate (داروی ضد پوکی استخوان)، آتورواستاتین، دیکلوفناک و امپرازول تجویز می‌کند. به علت نتیجه نگرفتن، با تشخیص احتمالی دردهای عصبی سر از نورولوژیست در می‌آورد و او نیز برای بیمار گاباپنتین، ترامادول، پاراستامول و تیaproفنیک اسید تجویز می‌کند.

پیشگیری:

- تجویز منطقی دارو (داروی درست، برای بیمار درست، با مقدار درست، از راه درست، و به مدت درست).
 - محاسبه صحیح غلظت محلول‌های دارویی.
 - برچسب زدن صحیح داروها (correct labeling of medication).
 - دور ریختن داروهایی که برچسب ندارند.
 - بکار بردن نام ژنریک داروها در تجویز.
 - استفاده از Medication Boxes ، medicine alarm reminders
 - کنترل پلی فارماسی با هماهنگی بین دیسپلین‌ها، با بهره‌گیری از فارماکولوژیست‌های بالین (clinical pharmacists).
 - استفاده از Heparin infusion pump برای پیشگیری از بروز خونریزی ناشی از هپارین زیاد
- تجویز منطقی دارو به دادن داروی مناسب و صحیح، با مقدار و مدت کافی، متناسب با نیازهای بالینی بیماران، با ارزانترین هزینه است.

اشتباهات مربوط به تجویز خون:

- تزریق خون ناسازگار (Cross-match incompatibility) و نامطمئن (پالایش و غربالگری نشده).

پیشگیری:

- واریسی مشخصات بیمار برای تایید سازگاری
- اطمینان از نیاز واقعی به تجویز خون با مد نظر قرار دادن اندیکاسیون‌های ترانسفوزیون شامل: خونریزی‌های حین جراحی، خونریزی‌های تروماتیک، شوک سپتیک، اختلالات انعقادی، بدخیمی‌های خونی و مغز استخوان، نارسایی کلیه و اختلالات تغذیه‌ای با هموگلوبین ۷ یا ۸ میلی گرم در دسی لیتر.
- استفاده از گلبول‌های شسته شده (البته نه به صورت روتین) و خون فیلتر و غربال شده.
- تجویز پاراستامول، آنتی هیستامین و کورتیکواستروئید در بعضی موارد، قبل از ترانسفوزیون.

اشتباهات بیهوشی:

- از دست دادن راه هوایی یا عملکرد تنفسی.
 - بیهوشی ناکافی و به هوش آمدن بیمار در حین جراحی (Under sedation or anesthesia awareness).
- (بیمارانی که در حین عمل جراحی به هوش می‌آیند، ممکن است بعداً دچار PTSD) - post-traumatic stress disorder شوند. انسیدانس به هوش آمدن در حین جراحی، در زنان، معتادان، سابقه

- قبلی به هوش آمدن، و مصرف neuromuscular blocking agents بیشتر است.
- بیهوشی خیلی عمیق (Over sedation)
- استفاده اشتباهی از گازهای سمی به جای اکسیژن به علت تشابه مخزن
- استفاده از هالوتان در نارسایی کبد برای بیهوشی بیماران جراحی. برخی داروها مانند: استامینوفن، کاربامازپین، دیکلوفناک، ایزونیازید، ترووافلوگراسین، انالپرل و ... می‌توانند موجب آسیب کبدی شوند. این آسیب‌ها به Drug-induced liver injury (DILI) موسوم است. هالوتان از داروهای بیهوشی است که موجب آسیب کبدی می‌شود و اصطلاحاً به Halothane - induced liver injury (HILI) موسوم است
- استفاده از آتش کبریت، فندک، یا الکتروکوتری در کنار گازهای آتش‌زا مانند اکسیژن، الکل، nitrous oxide، اتیلن اکساید و نظایر آن که ممکن است موجب آتش‌سوزی در اتاق عمل شود.

پیشگیری:

- ارزیابی کافی بیماران قبل از بی‌هوشی.
- واریسی کامل صحت عملکرد ماشین بیهوشی.
- ایجاد بی‌دردی، بی‌حسی یا بی‌هوشی کافی برای بیمار.
- دخالت افراد با تجربه در فرایند بیهوش کردن بیمار.
- استفاده از چک لیست واریسی سازمان جهانی بهداشت [WHO Surgical Safety Checklist (SSC)] در اتاق عمل.
- پیش‌بینی تخت ICU برای بعد از اعمال جراحی بزرگ.
- در صورت وقوع آتش‌سوزی، اگر کپسول آتش‌شان در دسترس نبود، می‌شود از سالی‌نرمال استفاده کرد.

اشتباهات در جراحی‌ها:

- همه ساله بالغ بر ۲۳۰ میلیون جراحی بزرگ در جهان انجام می‌شود که ۰/۴ تا ۰/۸ بیماران دچار مرگ و ۳ تا ۱۶ درصد دچار عارضه می‌شوند. تعدادی از اشتباهات جراحی‌ها عبارتند از:
- انجام یک عمل جراحی یا پروسیجر برای بیماران با تشابه اسمی.
 - انجام جراحی عضو مقابل (محل آناتومیک اشتباه عمل جراحی).
 - جراحی‌های غیر ضروری مانند برداشتن آپاندیس با تشخیص اشتباه مثلاً درد در ناحیه مک‌بورنی به علت زونا، هیستریکتومی‌های غیر ضروری و نظایر آن.
 - آمپوتاسیون‌های غیر ضروری، آمپوتاسیون بیش از اندازه لازم عضو، و تردید در آمپوتاسیون به موقع.
 - شکافتن تنه‌های آبسه سرد، بدون تجویز همزمان دارو

- انجام جراحی در محل‌های اشتباه (Wrong site, wrong person or wrong procedure) مانند عمل فتق اینگوینال راست به جای چپ یا برعکس یا اندام تحتانی چپ به جای راست.
- کشیدن دندان سالم به جای دندان پوسیده.
- باقی گذاشتن گاز (gauze pads) و وسایل در شکم، لگن و توراکس پس از جراحی (Gossypiboma).
- برهم زدن فیزیولوژی مجاری تنفسی در اعمال جراحی بینی
- آسیب رساندن به اسفنکتر مقعد در اعمال جراحی بر روی ناحیه و ایجاد بی اختیاری مدفوع یا اختلال فونکسیون آنورکتال.
- بی توجهی به هماتوم یا خونریزی بعد از عمل جراحی
- سزارین‌های بی دلیل.
- لغو شدن روز و ساعت عمل جراحی و وارد کردن استرس و هزینه به بیمار
- بی توجهی به امنیت نمونه‌های بافتی که در جراحی برداشته شده.

پیشگیری:

- تاکید بر اندیکاسیون انجام جراحی‌ها مانند: پوزیشن‌های غیرطبیعی جنین، سزارین‌های قبلی، بیماری‌های مادر مانند دیابت و اکلامپسی، سندرم زجر جنین و غیره در سزارین.
- استفاده از چک لیست و ارسی اقدامات لازم
- واریسی مشخصات بیمار و چک آمادگی تیم
- واریسی تجهیزات و ملزومات مانند مشخصات ایمپلنت
- پیش بینی خونریزی و آماده سازی خون مناسب، به مقدار کافی.
- علامت گذاری عضوی که قرار است عمل شود، قبل از عمل جراحی.
- اطمینان از صحیح قرار دادن رادیوگرافی بر روی نگاتوسکوپ، برای اشتباه نشدن محل (چپ و راست) عمل.
- رعایت مقررات آسپسی (شستن دست‌ها، پاک کردن، گندزدایی، استریلیزاسیون) و decontamination of instruments در جراحی‌ها و اقدامات دندان پزشکی.
- شمردن تعداد گازهای بکاررفته در اعمال جراحی و ثبت قبل و بعد آن با سیستم شمارش گاز.
- مراقبت از بیمار تا به هوش آمدن کامل
- مراقبت از نمونه‌های بافتی.

اشتباهات در پروسیجرهای عملی:

- کارگذاری لوله تراشه در مری یا کارگذاری لوله معدی در نای (malpositioning of the tube).
- کارگذاری لوله نازوگاستریک در افراد بی هوش و در غیاب رفلکس سرفه، ممکن است، اشتباهی وارد تراشه شده، موجب پنومونی، پنوموتوراکس و خونریزی ریوی بشود و باید به سرعت خارج شود.
- خارج کردن نادرست کاتتر ادراری از مثانه
- سونداژ ادراری برای فرد مبتلا به کزاز در حالت غیر سداتیو
- پاره کردن شریان هیپاتیک در بیوپسی کبد به علت نداشتن مهارت کافی
- برداشتن نسج دیافراگم به جای نسج کبد در بیوپسی کبد
- استفاده از وزنه زیاد در تراکشن‌ها
- آسیب زایمانی شبکه براکیال نوزاد

پیشگیری:

- کارگذاری نازوگاستریک تیوب تحت دید مستقیم با روش ویدئو لارینگوسکوپ.
- پیشگیری از تعبیه کاتترهای ادراری غیر ضروری
- دقت در خارج کردن سوند از مثانه بیمار
- استفاده از وسایل یکبار مصرف در پروسیجرها
- استفاده از کپسول‌های مخصوص برای آندوسکوپی برای پیشگیری از پرفوراسیون پیشنهاد شده
- استفاده از لیزر پروتکشن در پروسیجرهای لیزری
- توصیه‌های لازم برای محافظت از پیس میکرو ایمپلنت

مشکلات مربوط به تجهیزات پزشکی:

- نبود تجهیزات لازم یا تجهیزات معیوب و خراب یا نقص تجهیزات.

پیشگیری:

- چک دوره‌ای تجهیزات
- خارج کردن تجهیزات کهنه و نامطمئن از رده مصرف

اشتباهات منجر به عفونت:

- رعایت نکردن بهداشت دست‌ها، احتیاطات استاندارد و مقررات آسپسی.
- فراموش کردن تجویز آنتی بیوتیک پروفیلاکتیک و یا واکسن‌های لازم

- کاتتریزاسیون‌های ادراری یا وریدی بدون اندیکاسیون

پیشگیری:

- رعایت دقیق بهداشت دست‌ها، و شستن دست توسط پزشکان و پرستاران و ارائه بازخورد از طریق پیامک به آن‌ها و در آوردن زیورآلات از دست در حین عمل جراحی.
- رعایت احتیاطات استاندارد، نکات آسپسی و مقررات گندزدایی محیط و استریلیزاسیون تجهیزات در جراحی‌ها و پروسیجرها.
- استفاده از وسایل حفاظت فردی مانند: دستکش، ماسک، گان، اپرون، شیلد، عینک، و سیفتی باکس.
- کنترل قند خون بیمار زیر 200 mg/dl .
- تجویز آنتی بیوتیک پروفیلاکتیک ۶۰ دقیقه قبل از عمل جراحی.
- واکسیناسیون کادر درمان، بویژه از نظر هپاتیت B.
- اقدامات پیشگیرانه در زمان مواجهه با خون و وسایل تیز و برنده.
- تبعیت از گایدلاین‌ها، بویژه گایدلاین تزریقات، کاتترهای وریدی و ورید مرکزی و ادراری و ونتیلاتورها.
- اجتناب از دوباره مصرف کردن وسایل یک بار مصرف.

اشتباهات منجر به تروما و سقوط بیماران:

- تجویز داروهای شل کننده و گیج کننده به سالمندان، ناتوانان و بیماران‌های ریسک مانند: مبتلایان به ضعف یا دیستروفی‌های عضلانی، کسانی که سابقه سقوط دارند (History of fall)، اختلال در قدم برداشتن (Gate instability)، گیجی (Confusion)، تکرر یا بی‌اختیاری ادرار، اختلالات تعادلی، استفاده از وسایل کمک حرکتی، اختلالات بینایی، آرتروز، افسردگی و اختلالات حافظه. روزانه از هر ۱۰۰۰ نفر ۲/۲ نفر در بخش‌های عمومی بیمارستان و ۲۰ نفر در بخش‌های توانبخشی به زمین می‌خورند که ۳۰ درصدشان منجر به آسیب می‌شوند. این آسیب‌ها بیشتر، شکستگی استخوان‌ها و لگن، آسیب بافت نرم و هماتوم هستند که حداقل موجب شکایات بیماران و طولانی شدن زمان بستری می‌شوند.
- بی‌توجهی و بی‌اعتنایی به رفع کردن موانع محیطی مانند: زمین لیز، زمین ناهموار، آلودگی‌های محیطی
- رها شدن برانکارد از دست خدمتگزاران و کارکنان
- بی‌توجهی به تخت‌های بدون لبه محافظ
- ناکافی بودن نور محیط
- حمل نامناسب بیمار آسیب دیده نخاعی
- دست به دست شدن بیماری که دچار مالتیپل تراما شده

- استفاده از تراکشن با وزنه بالاتر از حد مجاز
- ترومای زایمانی (طبیعی بدون ابزار، با ابزار و سزارین)

پیشگیری:

- آموزش بیماران و کارکنان
- استفاده از دستبندهای هشدار دهنده سقوط (MedicAlert)
- استفاده بیمار از وسایل ضد لیز و ضد سقوط مانند کفش و جوراب عاج دار، ترمز فرش و کفپوش‌های حمام عاج دار
- آلارم‌های نشانگر حرکت (Patient Safety Alarm)
- چک لبه تخت بیمار
- استفاده از هیپ پروتکتور و Bed alarm.
- استفاده از برانکاردهای استاندارد
- استفاده از ابزار مناسب برای انتقال بیماران از محلی به محل دیگر
- استفاده از کمربند ویلچر
- استفاده از دستگیره‌های مناسب در تخت، توالت، حمام، راهرو، پله‌ها و ...

اشتباهات منجر به خودکشی، دیگر کشی و تجاوز و آزار:

- بی‌اعتنایی به امکان پیش آمدن مشکل در بیماران مبتلا به افسردگی مازور، بویژه در بیماران با سابقه خودکشی.
- در دسترس بودن وسایل خطرناک برای خودکشی

پیشگیری

- حفاظ بندی پنجره‌های بیمارستان برای پیشگیری از سقوط بیماران روانی یا افسرده با قصد خودکشی
- دسترسی نداشتن بیمار به وسایل خطرناک برای خودکشی مانند: طناب و وسایل مشابه، اسلحه سرد و گرم و وسایل تیز و برنده، دارو، نفت، بنزین، کبریت و فندک، ایمن کردن برق و نظایر آن
- مراقبت از بیماران بیهوش در اتاق ایکاوری و تازه به هوش آمده در مسیر انتقال به بخش

اشتباهات منجر به ترومبوفلیت و ترومبوآمبولی:

- رعایت نکردن استانداردهای تزریقات وریدی
- تشویق نکردن بیماران به حرکت بعد از جراحی‌ها

پیشگیری:

- استفاده از سوزن‌های فلزی کوتاه و آغشته به آنتی بیوتیک
- استفاده از وسایل ثابت کننده سوزن یا کاتتر در رگ، برای پیشگیری از ترومبوفلیت‌های سطحی
- زود حرکت دادن بیماران بعد از اعمال جراحی
- استفاده از هپارین و وارفارین پیشگیری کننده.

اشتباهات منجر به زخم بستر:

- تشویق نکردن بیماران به جابجایی مداوم
- بی توجهی به بیماران مبتلا به اختلالات حسی، بی اختیاری ادرار و مدفوع، سوء تغذیه و بی حرکتی

پیشگیری:

- استفاده از تشک موج.
- جابجا کردن مرتب بیمار.
- استفاده از بالشک و پدهای ضد زخم بستر.
- ماساژ دادن ملایم نقاط در معرض خطر.

اشتباهات منجر به عوارض دیگر بیمارستانی:

- بی توجهی به تغذیه بیمار در طول بستری در بیمارستان
- بی توجهی به هذیان و دلیریوم افراد سالمند بستری
- بی توجهی به واکسیناسیون‌های مورد نیاز بعد از مرخصی از بیمارستان

پیشگیری:

- تزریق واکسن‌های پنوموواکس و آنفلوآنزا برای کسانی که اسپلنکتومی شده‌اند یا با بیماری قلبی ریوی از بیمارستان مرخص می‌شوند.
- تزریق واکسن کزاز و دیفتی بعد از رهایی از حملات کزاز و بهبودی علائم و عوارض دیفتی در زمان مرخصی از بیمارستان. زیرا ابتلاء به کزاز، باعث ایجاد ایمنی نمی‌شود و ابتلاء به دیفتی هم ایمنی قابل مصونیت قابل اعتمادی به بار نمی‌آورد.

اشتباهات مدیریتی:

- مشکلات غذا و تغذیه بیماران مانند: غذای آلوده و بی کیفیت.
- برنامه ریزی نامناسب و بکارگیری نیروهای خسته برای انجام کارها.
- بکارگیری پرسنل بی تجربه در مراقبت‌ها
- به خطر افتادن ایمنی بیمار به علت مشکلات زیر ساخت‌ها و مشکلات مدیریت نشده محیطی مانند: آب آلوده، هوای آلوده، زباله‌های عفونی، شیمیایی و رادیواکتیو، چیدمان نادرست، نور ناکافی، سطوح آلوده، توالت‌های نامطلوب، تردهای بدون کنترل، نا ایمن بودن سیستم برق، پرزها، سیم‌ها، بار زیاد برق، قطع مکرر برق، قطع آب، تخت ناکافی و ...
- بی توجهی به اجرای منشور حقوقی بیماران.
- بی توجهی به شرایط امکان تجاوز جنسی به بیماران، بویژه بیماران روانپزشکی
- نداشتن برنامه پیشگیری از گم شدن و آسیب دیدن بیماران مبتلا به دمانس یا آلزایمر در بیمارستان.

پیشگیری:

- آموزش منشور حقوقی بیماران به کادر پزشکی.
- فرهنگ سازی و آموزش عملی ایمنی بیمار به کارکنان بیمارستان به روش practice-based workshop.
- راه اندازی یک نظام گزارش گیری مانند Patient Safety Reporting System (PSRS).
- فعال کردن کمیته‌های بیمارستانی. در ایران برای بیمارستان‌ها ۱۱ کمیته متنوع پیش بینی شده است.
- راه اندازی کمپین ایمنی بیمار در بیمارستان. این روش باعث می‌شود که مسئولین ارشد بیمارستان به آنچه در بیمارستان می‌گذرد آگاه شوند و از این طریق انگیزه آن‌ها بالاتر می‌رود.
- فراهم کردن شرایط محرمانگی در معاینات فیزیکی و امنیت در سیستم الکترونیک (رمز عبور به برنامه‌های الکترونیک، نصب آنتی ویروس‌های جدید و ...).
- راه اندازی سیستم پیگیری تلفنی بیماران مرخص شده
- تدوین، اجرا و پایش استفاده از گاید لاین‌ها و پروتکل‌های پیشگیری از انجام کار اشتباه، برای بیمار اشتباه.
- حفاظ بندی پنجره‌ها، راهروها و نقاط پرتگاه
- استفاده از فیلترهای مناسب آب و هوا مثل استفاده از فیلترهای هپا (HEPA filters) در اتاق‌های عمل.
- استفاده از Dust mite proof covers و Dust mite protector
- استفاده از سیستم‌های مونیتورینگ مناسب

- فراهم کردن وسایل ایمنی برای بخش‌ها مانند: سiftی باکس برای بخش تزریقات
- فراهم کردن شرایط ایزولاسیون برای بیماران واگیردار.
- فراهم کردن وسایل پروتکتیو برای کارکنان
- کاستن از تردهای بی مورد در بخش‌ها و اتاق‌های عمل
- پیش‌بینی‌های لازم برای زمان قطع آب و برق.

کلام آخر:

- در اینجا موضوع بسیار مهم ایمنی بیمار را به پایان می‌بریم. این در حالی است که شاید توانسته باشیم، با ذکر کلیتی از موضوع، نظر کارکنان زحمت کش بیمارستان‌ها را جلب نماییم تا در ابعاد گسترده تر نظری و عملی، بیش از پیش به این موضوع بپردازند.
- لطفا شما نیز با بهره‌گیری از مطالب پیش‌گفت:
- چند سناریوی کوتاه که باعث آسیب بیماران شده و شما شاهد آن بوده‌اید را بر روی یک کاغذ یادداشت کنید.
 - یک فهرست واری (Check List) برای ارزیابی بخش محل خدمت خود در بیمارستان تهیه کنید و با آن بخش مذکور را ارزیابی نمایید.
 - با کارگزاران بخشی که در آن کار می‌کنید یک کمپین کوچک تشکیل داده، جهت رفع مشکلات اقدام نمایید.

References:

1. Taitsman JK, Grimm CM, Agrawal S. Protecting patient privacy and data security. N Engl J Med. 2013 Mar 14;368(11):977-9.
2. Spagnolo A, Ottria G, Amicizia D, Perdelli F, Cristina ML. Operating theatre quality and prevention of surgical site infections. Journal of preventive medicine and hygiene. 2013;54(3).
3. Chung HS. Awareness and recall during general anesthesia. Korean J Anesthesiol. 2014 May;66(5):339-45.
4. Yaddanapudi S, Yaddanapudi L. Indications for blood and blood product transfusion. Indian J Anaesth. 2014 Sep;58(5):538-42.
5. Verbakel NJ, de Bont AA, Verheij TJ, Wagner C, Zwart DL. Improving patient safety culture in general practice: an interview study. Br J Gen Pract. 2015 Dec;65(641):e822-8.
6. Ozieranski P, Robins V, Minion J, Willars J, Wright J, Weaver S, Martin GP, Woods MD.

Running a hospital patient safety campaign: a qualitative study. *J Health Organ Manag.* 2014;28(4):562-75.

7. Stout L, Joseph S. Blood transfusion: patient identification and empowerment. *Br J Nurs.* 2016 Feb 11-24;25(3):138-43.

8. Mobarakabadi SS, Ebrahimipour H, Najari AV, Janghorban R, Azarkish F. Attitudes of Mashhad Public Hospital's Nurses and Midwives toward the Causes and Rates of Medical Errors Reporting. *J Clin Diagn Res.* 2017 Mar;11(3):QC04-QC07.

9. Sauer CW, Marc-Aurele KL. Parent Misidentification Leading to the Breastfeeding of the Wrong Baby in a Neonatal Intensive Care Unit. *Am J Case Rep.* 2016 Aug 12;17:574-9.

10. Babies switched at birth. From Wikipedia, the free encyclopedia. Available from: https://en.wikipedia.org/wiki/Babies_switched_at_birth.

11. Sakowski JA, Ketchel A. The cost of implementing inpatient bar code medication administration. *Am J Manag Care.* 2013 Feb 1;19(2):e38-45.

12. Sigfrido Burgos. Medical information technologies can increase quality and reduce costs. *Clinics (Sao Paulo).* 2013 Mar; 68(3): 425.

13. Mathews L. Pain in children: neglected, unaddressed and mismanaged. *Indian J Palliat Care.* 2011 Jan;17(Suppl):S70-3.

14. Heather Milne, Marjon van der Pol, Lucy McCloughan, Janet Hanley, Gillian Mead, John Starr, et al. The use of global positional satellite location in dementia: a feasibility study for a randomized controlled trial. *BMC Psychiatry.* 2014; 14: 160.

15. Ranjan P, Kumari A, Chakrawarty A. How can Doctors Improve their Communication Skills? *J Clin Diagn Res.* 2015 Mar;9(3):JE01-4.

16. Pupulim JS, Sawada NO. Patients' perception about privacy in the hospital. *Rev Bras Enferm.* 2012 Jul-Aug;65(4):621-9.

17. Amirabadi Zadeh H, Maleki MR, Salehi M, Watankhah S. An Exploration of the Role of Hospital Committees to Enhance Productivity. *Glob J Health Sci.* 2015 Aug 6;8(3):199-209.

18. Furber L, Murtagh GM, Bonas SA, Bankart JG, Thomas AL. Improving consultations in oncology: the development of a novel consultation aid. *Br J Cancer.* 2014 Mar 4;110(5):1101-9.

19. Sinclair S, Beamer K, Hack TF, McClement S, Bouchal S, M Chochinov H, A. Hagen N. Sympathy, empathy, and compassion: A grounded theory study of palliative care patients' understandings, experiences, and preferences. *Palliat Med.* 2017 May; 31(5): 437-447.

20. Hamed Abd Allah Al Wadaani and Magdy Hassan Balaha. Evaluation of medical consultation letters at King Fahd Hospital, Al Hufuf, Saudi Arabia. *Pan Afr Med J.* 2012; 12: 54.

21. Spong CY. Prevention of the first cesarean delivery. *Obstet Gynecol Clin North Am.* 2015 Jun;42(2):377-80.

22. Buregyeya E, Criel B, Nuwaha F, Colebunders R. Delays in diagnosis and treatment of pulmonary tuberculosis in Wakiso and Mukono districts, Uganda. *BMC Public Health*. 2014 Jun 11;14:586.
23. Bennardello F1, Fidone C, Spadola V, Cabibbo S, Travali S, Garozzo G et al. The prevention of adverse reactions to transfusions in patients with haemoglobinopathies: a proposed algorithm. *Blood Transfus*. 2013 Jul;11(3):377-84.
24. Chen KY, Yang CM, Lien CH, Chiou HY, Lin MR, Chang HR, Chiu WT. Burnout, job satisfaction, and medical malpractice among physicians. *Int J Med Sci*. 2013 Aug 28;10(11):1471-8.
25. Published online 2016 Apr 23. Tiffany Fielda,b. Massage therapy research review. *Complement Ther Clin Pract*. 2016 Aug; 24: 19–31.
26. Huang LX, Huang YM. On mistakes in contemporary literatures of extra points in China. *Zhongguo Zhen Jiu*. 2013 Jun;33(6):519-22.
27. Bielecka A, Mohammadi AA. State-of-the-art in biosafety and biosecurity in European countries. *Arch Immunol Ther Exp (Warsz)*. 2014 Jun;62(3):169-78.
28. Yewale VN, Dharmapalan D. Promoting appropriate use of drugs in children. *Int J Pediatr*. 2012;2012:906570.
29. Walsh JA, Topol EJ, Steinhubl SR. Novel wireless devices for cardiac monitoring. *Circulation*. 2014 Aug 12;130(7):573-81.
30. Adeyemo AA, Oluwatosin O, Omotade OO. Study of streptomycin-induced ototoxicity: protocol for a longitudinal study. *Springerplus*. 2016 Jun 17;5(1):758.
31. Maher RL, Hanlon J, Hajjar ER. Clinical consequences of polypharmacy in elderly. *Expert Opin Drug Saf*. 2014 Jan;13(1):57-65.
32. Tomlinson JE, Taberner E, Boston RC, Owens SD, Nolen-Walston RD. Survival Time of Cross-Match Incompatible Red Blood Cells in Adult Horses. *J Vet Intern Med*. 2015 Nov-Dec;29(6):1683-8.
33. Proctor WR, Chakraborty M, Chea LS, Morrison JC, Berkson JD, Semple K, et al. Eosinophils mediate the pathogenesis of halothane-induced liver injury in mice. *Hepatology*. 2013 May;57(5):2026-36.
34. Hart SR, Yajnik A, Ashford J, Springer R, Harvey S. Operating room fire safety. *Ochsner J*. 2011 Spring;11(1):37-42.
35. Robinson PM, Muir LT. Transfer of a pre-operative surgical site mark to the opposite side increases the risk of wrong site surgery. *Ann R Coll Surg Engl*. 2009 Jul;91(5):444-5.
36. Rott G. Hysterectomy is mostly unnecessary. *Dtsch Arztebl Int*. 2012 Mar;109(9):158.
37. Weledji EP, Fokam P. Treatment of the diabetic foot – to amputate or not? *BMC Surg*. 2014 Oct 24;14:83.
38. Arifin N, Abu Osman NA, Ali S, Wan Abas WA. The effects of prosthetic foot type and visual alteration on postural steadiness in below-knee amputees. *Biomed Eng Online*. 2014 Mar 5;13(1):23.

39. Nwosu A. The horror of wrong-site surgery continues: report of two cases in a regional trauma centre in Nigeria. *Patient Saf Surg*. 2015 Jan 31;9(1):6.
40. Adeyemo WL, Oderinu OH, Olojede AC, Fashina AA, Ayodele AO. Experience of wrong-site tooth extraction among Nigerian dentists. *Saudi Dent J*. 2011 Jul;23(3):153-6.
41. Susmallian S, Raskin B, Barnea R. Surgical sponge forgotten for nine years in the abdomen: A case report. *Int J Surg Case Rep*. 2016;28:296-299.
42. Mirzaei R, Mahjoubi B, Kadivar M, Azizi R, Zahedi-Shoolami L. Anal sphincter injuries during hemorrhoidectomy: a multi- center study. *Acta Med Iran*. 2012;50(9):632-4.
43. Degani N, Sikich N. Caesarean Delivery Rate Review: An Evidence-Based Analysis. *Ont Health Technol Assess Ser*. 2015 Mar 1;15(9):1-58.
44. Röhm-Rodowald E, Jakimiak B, Chojecka A, Zmuda-Baranowska M, Kanclerski K. Assessment of decontamination processes: cleaning, disinfection and sterilization in dental practice in Poland in the years 2011-2012. *Przegl Epidemiol*. 2012;66(4):635-41.
45. Okabe T, Goto G, Hori Y, Sakamoto A. Gastric tube insertion under direct vision using the King Vision™ video laryngoscope: a randomized, prospective, clinical trial. *BMC Anesthesiol*. 2014 Sep 25;14:82.
46. Women's NCCf, Health Cs. Surgical site infection: prevention and treatment of surgical site infection: RCOG Press; 2008.
47. Reichman DE, Greenberg JA. Reducing surgical site infections: a review. *Reviews in Obstetrics and Gynecology*. 2009;2(4):212.
48. Shin-ichi Toyabe. World Health Organization fracture risk assessment tool in the assessment of fractures after falls in hospital. *BMC Health Serv Res*. 2010; 10: 106.
49. S Wharry. MedicAlert Foundation turns 35, issues warning to MDs about lookalike bracelets. *CMAJ*. 1996 Mar 15; 154(6): 919-920.
50. Karlsson MK, Vonschewelov T, Karlsson C, Cöster M, Rosengen BE. Prevention of falls in the elderly: a review. *Scand J Public Health*. 2013 Jul;41(5):442-54.
51. Nanayakkara S, Misch D, Chang L, Henry D. Depression and exposure to suicide predict suicide attempt. *Depression and anxiety*. 2013 Oct 1; 30(10):991-6.
52. Carrigan CG, Lynch DJ. Managing Suicide Attempts: Guidelines for the Primary Care Physician. *Prim Care Companion J Clin Psychiatry*. 2003 Aug;5(4):169-174.
53. Parsapoor A, Bagheri A, Larijani B. Patient's rights charter in Iran. *Acta Med Iran*. 2014;52(1):24-8.
54. Kang H, Gong Y. A Novel Schema to Enhance Data Quality of Patient Safety Event Reports. *AMIA Annu Symp Proc*. 2017 Feb 10;2016:1840-1849.

۵۵ - برنامه درسی ایمنی بیمار برای رشته‌های پزشکی، دندان پزشکی، داروسازی و پیراپزشکی. تالیف سازمان جهانی بهداشت. مترجمین، رواقی ح، سادات س م، محسنی م، مستوفیان ف. نشر کلک خیال، ۱۳۹۵.

۵۶ - پاکیان م، زاغری تفرشی م، رسولی م، زایری ف. خطاهای دارویی در نظام مراقبتی. انتشارات دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی شهید بهشتی ۱۳۹۵.

۵۷ - پایگاه اطلاع رسانی حوزه - گنجینه معارف - قاعده لاضرر - قابل دسترسی در سایت :

<http://www.hawzah.net/fa/Article/View/85516/>

۵۸ - قرآن کریم. سوره الاسراء، ۱۷ / ۷۰ و مائده، ۳۲.

کتاب جامع

بهداشت عمومی

فصل ۱۴ / گفتار ۴ / دکتر محمد اسماعیل اکبری

سلامت و سیاست

فهرست مطالب

۲۹۹۳.....	اهداف درس
۲۹۹۳.....	مقدمه
۲۹۹۴.....	پنج علت اصلی مرگ در سال ۱۳۵۰
۲۹۹۴.....	پنج علت اصلی مرگ در سالهای اخیر

سلامت و سیاست Health and Policy

دکتر محمد اسماعیل اکبری
دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی شهید بهشتی

اهداف درس

پس از یادگیری این مبحث، فراگیرنده قادر خواهد بود:

- معضلات بهداشتی دیروز و امروز کشور را مقایسه کند
- پنج عامل اصلی مرگ در سال ۱۳۵۰ در تهران را نام ببرد
- پنج عامل اصلی مرگ در سال‌های اخیر را ذکر کند
- عوامل فرهنگی موثر بر کنترل بیماری‌های قلبی - عروقی را فهرست نماید
- عدالت بهداشتی را تعریف و مثال‌هایی ارائه دهد

مقدمه

در روزگاری نه چندان دور! عوامل مشخصی در مقابل سلامت مردم صف کشیده بودند، که شناخت آنها برای جامعه پزشکی، مردم و سیاستگذاران و سیاستمداران آسان و یکسال بود. همه می‌دانستند که عوامل میکروبی، چگونه دستگاه تنفسی فوقانی و یا تحتانی را مبتلا میکنند و چگونه باید با آنها مقابله کرد. بسیار آسان بود که با سیاستگذاران و سیاستمداران از چگونگی بیماری‌زایی آبله، سرخک، سرخجه، دیفتری، کزاز و سیاه سرفه صحبت کنیم و پشتیبانی آنها را برای پیشگیری و درمان این بیماری‌ها جلب کنیم. اما امروز رابطه سلامت و سیاست پیچیده‌تر شده است و زبان‌های متفاوتی برای بیان مسئله بین مدیران سلامت، مردم و سیاستگذاران و سیاستمداران پیدا شده است که گاهی آنقدر تفاوت در این زبان‌ها وجود دارد که حرف همدیگر را نمی‌فهمند.

سیاستمدار تنها "مار" را در قالب فیزیک وجودیش می‌شناسد. سیاستگذار "چهره مار" و "نقش" آن را می‌بیند. مجری، نام نوشته "مار" را می‌بیند و می‌شناسد و در این میان در صورت عدم وجود تعاریف واحد و هماهنگی بین این سه عنصر، مفهوم "مار" و "مار بودن" می‌تواند گم شود.

مثال روشنی این بخش را به تصویر می‌کشد و رابطه سلامت و سیاست را آن طور که هست نشان می‌دهد: در سال ۱۳۵۰ شمسی در تحقیقی که در تهران صورت گرفته است، ۵ عامل مهم مرگ با چنین ارقامی گورستانهای ما را پر میکردند:

پنج علت اصلی مرگ در سال ۱۳۵۰

عقونت دستگاه تنفسی فوقانی	۶۲ درصد هزار نفر
اسهال و استفراغ	۴۶ درصد هزار نفر
مننژیت و آنسفالیت	۱۲ درصد هزار نفر
سل	۹ درصد هزار نفر
سرخک	۵ درصد هزار نفر

اما امروز ۵ علت اصلی مرگ کاملاً متفاوت شده اند:

پنج علت اصلی مرگ در سالهای اخیر

بیماریهای قلب و عروق، اولین علت مرگ با نسبت ۴۷ درصد، سوانح و حوادث دومین علت مرگ با نسبت ۱۷/۵ درصد، سرطانها سومین علت مرگ با نسبت ۱۲ درصد، بیماریهای حول تولد چهارمین علت مرگ با نسبت ۶/۳ درصد و بیماریهای ریوی، پنجمین علت مرگ با نسبت ۶ درصد (با علل کاملاً متفاوت با ۳۵ سال قبل) عوامل سببی بیماریهای ۳۵ سال پیش، چند میکروب بودند که مقابله با آنها تک وجهی و آسان بود. اما برای عوامل امروز چنین نیست، و عوامل مختلف اجتماعی در ایجاد آنها دخالت دارند.

برای بیماریهای قلب و عروق، معمولاً میکروبی وجود ندارد، اما سیاستهای سیاستگذاران و سیاستمداران و اندیشه و پشتکار مجریان و آگاهی مردم میتواند این اعداد را تغییر دهد. یکی از مهمترین عوامل ایجاد این بیماریها رژیم غذایی مردم است که چگونگی مصرف مواد غذایی ریشه در اندیشه مدیران اجتماعی کشور دارد. بعنوان مثال در یک کشور بزرگ غربی تنها با کاهش میزان اسیدهای چرب ترانس به نصف در روغن نباتی مصرفی مردم، توانستند مرگ ناشی از بیماریهای قلب و عروق را به ۱/۲ کاهش دهند و امروز با رساندن این اسیدهای چرب مضر به نزدیک صفر که استاندارد علمی و بین‌المللی است، قلب و عروق را از عامل اول مرگ بودن خارج کرده‌اند. در حالیکه در کشور ما قانون استاندارد فرمولی خلاف این واقعیت علمی را تبیین میکند و سیاستگذاران و مجریان گذشته با وجود آگاهی هنوز توفیق این تغییر را پیدا نکرده‌اند، امید که انشاءالله در آینده این موفقیت حاصل شود.

در قریب سی سال قبل مهمترین علت مرگ کودکان، تا اولین سال زندگیشان در ایران عبارت بود از: اسهال، عفونتهای ریوی (سرخک، سرخجه، دیفتیری) کزاز، سل و مننژیت و ... اما امروز "فقر" مهمترین دلیلی است که عده‌ای از کودکان ایرانی نمیتوانند شمع اولین سال تولد خود را روشن ببینند و علل مهم مرگ کودکان زیر یکسال (Infant Mortality Rate=IMR) که یکی از شاخص‌های توسعه ملی نیز تلقی میشود عبارتست از:

- فقر خانوار
- سواد مادر

- زندگی در مناطق حاشیه‌ای و روستایی
- عدم بهره‌گیری از توالی بهداشتی
- سن مادر در زمان تولد فرزند

ملاحظه می‌فرمایید که اصلاح این عوامل، بستگی به سیاست‌های ملی دارد نه تنها فعالیت‌های جامعه پزشکی، خوشبختانه نظام مقدس جمهوری اسلامی، با کارهای بزرگی که انجام داده است نماد زندگی و مرگ را در کشور متفاوت کرده است و امروزه با مؤلفه‌های روشنی در بین جوامع جهانی و بخصوص مردم منطقه معروف و مفتخر هستیم. امروز بیماری‌های قابل پیشگیری با واکسن در کشور، مهار شده‌اند، بیماری‌های عفونی اگرچه با اهمیت هستند ولی کم توان می‌باشند، زندگی در استانهای مختلف کشور عامل اصلی مرگ نیست (عدالت)، اما زندگی در مناطق مختلف، تاثیرگذار بر مرگ زودرس است (دوری از عدالت). ثروت از عواملی است که بر مرگ و سلامت، تاثیرگذار است. به عنوان مثال، میزان مرگ کودکان زیر یکسال در دهک اول اقتصادی ۴۷/۲ در یک هزار تولد زنده است، دهک دوم ۴۰/۷، دهک پنجم ۲۰/۷ و ... یعنی در سطوح مختلف اجتماعی، میزان مرگ متفاوت است و این شاخص، روشی برای ارزیابی توسعه واقعی است نه بلندای ساختمانها و یا درازای جاده‌ها و ... لازم به ذکر است که ثروت به تنهایی عامل محافظ سلامت نیست، بلکه خود میتواند از عوامل بیماری‌زایی متعددی در یک نظام اجتماعی به حساب آید که انشاءالله در فرصت دیگری به بیان آن می‌پردازم.

اینگونه عوامل مؤثر بر سلامت را امروزه "عوامل اجتماعی" (Social Determinant of Health) می‌خوانند.

نگارنده، معتقد است که دو عامل اصلی برای مقابله با اینگونه عوامل وجود دارد: ۱- تجارت (دور از عدالت)، ۲- جهالت (نسبت به حقوق بهداشتی، اقتصادی و اجتماعی). این دو دشمن بزرگ سلامت مردم نیازمند آگاهی عمیق و اندیشه‌ای بسیجی و شجاعانه و حرکتی مردانه هستند تا همه یک صدا به آنها حمله‌ور شوند و با همت سیاستمداران، سیاستگذاران، مجریان و مردم، این دو غول را به زانو در آورند و با هدیه سلامت به پاکترین مردم روی زمین کرانه‌های روشنی از توسعه واقعی را در پوشش نظام الهی جمهوری اسلامی به جهانیان عرضه دارند. در برقراری عدالت در سلامت سه مولفه مهم دخالت دارند: ۱- تولید منابع (Resource Generation) ۲- تخصیص منابع (Resource Allocation) ۳- مدیریت منابع (Resource Management).

منظور از منابع، منابع مالی، نیروی انسانی و امکانات و تجهیزات است که در تولید منبع در هر سه زمینه اشکال وجود دارد. میزان منبع مالی از درآمد ناخالص ملی حدود ۶ درصد است که باید حداقل به ۸ درصد ارتقاء یابد. نیروی انسانی کارآمد و مولد علم به حد کفایت در کشور وجود ندارد به نحوی که میانگین سواد در کشور حدود ۶ سال است که باید دو برابر شود، امکانات و تجهیزات بر حسب میزان درآمدزایی فراهم می‌شوند نه بر حسب میزان نیاز در تخصیص منابع هم نیروی انسانی کمترین اثربخشی را دارد و دستگاه و تجهیزات بلع کننده منابع هستند. در مورد مدیریت منابع، وضعیت بدی در سلامت داریم، بنحوی که با ساختار اقتصادی ما که جزء کشورهای با درآمد میانه پائین هستیم باید روی اثربخشی هزینه‌ها دقت زیادی شود. اما می‌بینیم که چنین نیست و منابع در جهت اقدامات تشخیصی و درمانی بکار گرفته می‌شوند که میزان بهره‌دهی آنها برای مردم بسیار پایین است. امیدوارم با اصلاح این فرایندهای مدیریتی در کشور از جانب سیاستگذاران و مجریان امور سلامت در چرخه

مناسب خود قرار گیرد.

همانطور که گفته شد اثربخشی سیاستگذاران و سیاستمداران در حوزه‌های اجتماعی در مورد سلامت، بیشتر از مدیران و مجریان این حوزه است، بنابر نظر سازمان جهانی بهداشت، ۲۵ درصد عوامل مرتبط با سلامت در وزارت بهداشت قابل پیگیری است و ۳/۴ عوامل را در ساختارهای مدیریت جدا از وزارت بهداشت باید جلوگیری کرد.

در سال ۲۰۱۳ سازمان جهانی بهداشت **آلودگی هوا** را بعنوان عامل ایجاد کننده سرطان در گروه اول، اعلام کرد و اخیراً آلودگی هوا را از عوامل موثر در ایجاد دیابت و بیماری‌های قلبی عروقی نیز معرفی کرده است. استنشاق هوا برای همه مردم واجب است و از آن گریزی نیست، این بیانات که آلودگی هوا منجر به بروز بیماری‌های غیرواگیر و مزمن شده است، تنها بخشی از فاجعه است و اصطلاحاً رأس کوه یخ است. بدین مفهوم، در گروه‌های مورد مطالعه، آلودگی هوا توانسته است منجر به تغییرات ژنومیک و ترانسکروپتومیک و پروتئومیکس و بروز بیماری شود، اما اصل مطلب تغییراتی است که در حد سلولی در اکزوزوم‌ها و اپی ژنتیک، پیدا می‌شود و ماندگاری فاجعه‌های سلامتی در نسل‌های آتی، پیش می‌آید! آیا آلودگی هوا مرتبط با قرص و کپسول وزارت بهداشت است یا ماحصل سیاست‌ها و دیدگاه‌های مدیران اجتماعی است؟! کدام عامل عفونت‌زایی می‌تواند در حد این عامل برای مردم خطر آفرین باشد!؟

اخیراً از طرف سازمان جهانی بهداشت روز سوم ژوئن ۲۰۱۸ مصادف با ۱۳ خرداد ۹۷ اطلاعیه‌ای منتشر شد و بطور رسمی، سوم ژوئن (۱۳ خرداد) را روز جهانی دوچرخه سواری اعلام کرد. در این اطلاعیه آمده است که دوچرخه سواری به جای استفاده از اتومبیل‌های شخصی، یک روش جابه‌جایی پایدار است که از نظر اقتصادی بهترین روش برای همه جهانیان به شمار می‌رود. ضمناً بهره‌های سلامتی و ورزشی آن هم بر کسی پوشیده نیست، اگر سیاست‌های مدیران اجتماعی برای دادن وام خرید اتومبیل باشد و اتومبیل را از عوامل درآمدزا به حساب آورد، هرگز دوچرخه جایگزین آن نخواهد شد و همچنان مضرات اقتصادی و سلامتی ناشی از اتومبیل‌های شخصی، گریبان مردم را خواهد گرفت.

بدیهی است همانطور که گفته شد سرمایه‌های اقتصادی در حوزه سلامت کمک کننده هستند، یعنی سهم سلامت از درآمد ناخالص ملی یک شاخص ارزشمند است و هر چه بالاتر رود به مردم بیشتر کمک می‌شود، اما نکته مهم، چگونگی مصرف آن است، وقتی در انگلیس این سهم از ۷/۸ درصد به ۹ درصد میرسد تمامی مردم آن کشور، آن را حس می‌کنند و در سفره سلامتی روزانه خود رویت می‌نمایند! اما اگر ما این سهم را بالا ببریم و آنرا در راهی نه چندان عادلانه مصرف کنیم، نه تنها خدمتی به سلامت مردم نکرده‌ایم بلکه بی‌عدالتی، منجر به بروز فاجعه‌های ماندگاری در سلامت می‌شود. بدون ذکر مصداق از کشورمان ذکر دو مطالعه را لازم میدانم که خود حدیث مفصل بخوان از این مجمل.

در سال ۲۰۱۴، طی مطالعه‌ای تحت عنوان پیشگیری از مصرف داروهای اضافی اعلام شد که مصرف نابجا و غیرضروری **بتاپلوکرها** در اروپا منجر به ۸۰۰ هزار مرگ اضافی شده است و بیش از ۵۰ درصد داروهای مصرفی برای دیابت و فشارخون غیرموثر و غیر ضروری هستند. در سال ۲۰۱۷ موسسه AHRQ آمریکا، اثربخشی ۸ قلم داروی تارگت تراپی سرطان را در حد صفر اعلام کرد و معتقد شد که گول سازمان FDA را

خورده و این داروها را در حوزه سلامت مصرف کرده است. تحقیق مشابهی در ایران نیز نشان داده است که سالانه حدود ۱۰۰ میلیارد تومان صرف خرید همین داروهای بدون اثربخشی، می‌شود.

در مجله معتبر BMJ، در ۲۶ اکتبر سال ۲۰۱۷ مقاله‌ای چاپ شد، مبنی بر اینکه شرکت‌های داروسازی و تجهیزات پزشکی با پرداخت رشوه به گروه پزشکی، مصرف این تجهیزات و داروها را به طور غیرضرور بالا ببرند، روزنامه شرق نیز در سال ۱۳۹۷ در ایران گزارش مشابهی را منتشر کرد و اینجانب نیز شخصاً روزانه شاهد رفتارهایی اینگونه هستم!؛ پشوانه به ظاهر علمی این رفتارها مقالاتی است که در مجلات خارجی منتشر میشود، اما در هیجدهم ماه می ۲۰۱۸ مقاله‌ای منتشر شد که در آن ثابت شد، شرکت‌های دارویی و تجهیزاتی به مدیران مسئول این مجلات برای چاپ مقالات تجاری خود رشوه پرداخت می‌کنند.

شناخت این رفتارها از سوی سیاستگذاران و برنامه ریزی هوشیارانه در قبال آن‌ها به عنوان مصداق بارز پیشگیری سطح چهارم (Quaternary Prevention) می‌تواند به حفظ و ارتقاء سلامتی مردم، کمک کند و عدم آگاهی از این رفتارها منجر به گرفتاری‌های وسیع مردم در حوزه سلامت میشود.

مطالعه‌ای تحت عنوان "پورا ۱" در سال ۱۳۸۲ در سطح کشور، انجام شد که میزان ریزمغذی‌ها را بعنوان عامل اصلی معرف گرسنگی و یا سیری سلول، معرفی کرد تا برای آن برنامه ریزی شود. فعالیت‌هایی هم شروع شد اما با تعریف مدیریت دولتی، این کارها تعطیل شد. در این مطالعه تقریباً همه ریزمغذی‌ها در مردم ایران کمتر از حد استاندارد بودند، ریزمغذی‌هایی چون: آهن، کلسیم، ویتامین D، ویتامین A، ویتامین B و ...

نکته اساسی اینکه این مطالعه در سال ۱۳۹۱ تکرار شد و همچنان ریزمغذی‌ها در وضعیت نامناسبی بودند! و بخصوص ویتامین‌ها وضعیت بدتری پیدا کرده بود، به طوری که حدود ۸۰ درصد مردم، سطح پایینی از ویتامین D دارند و ۶۰ درصد آنها نیازمند مداخله درمانی، بوده‌اند. این در حالی است که ویتامین D و کلسیم در زمره پوشش داروهای بیمه‌ای نیستند و کسی هم غصه آن‌ها را نمی‌خورد، اما داروهایی مثل سیتوکسی ماب، اوستین و غیره که از داروهای تارگت‌تراپی بی اثر یا کم اثر هستند در پوشش بیمه بوده و بیت المال، سالانه صدها میلیارد تومان پول برای آنها به هدر می‌دهد و بدیهی است که این سیاست‌های برنامه ریزی، قطعاً در سلامت مردم در حد اعجاب آوری موثر است! بعنوان مثال کمبود ویتامین D، حتی در ایجاد و استمرار افسردگی ها، بیماری‌های قلبی - عروقی، ایجاد سرطان‌ها و بیماری‌های اسکلتی تأثیر قاطع دارد، اما در سیاست‌های مدیریتی جایگاه مناسبی ندارد.

به امید توجه به اصول، موازین و معیارهای خردمندانه و عادلانه پیشگیری سطح چهارم که به مفهوم جلوگیری از تحمیل هزینه‌های غیرضروری به منظور تشخیص و درمان بیماری‌ها می‌باشد و با آرزوی سرمایه‌گذاری‌های کوتاه‌مدت، میان‌مدت و درازمدت در راستای حفظ و ارتقای هرچه بیشتر سلامت مردم که رکن اصلی توسعه پایدار را تشکیل می‌دهد. انشاءالله ...

کتاب جامع

بهداشت عمومی

فصل ۱۴ / گفتار ۵ / دکتر محسن رضائیان

ارزشیابی نقادانه و بهداشت عمومی مبتنی بر شواهد

فهرست مطالب

اهداف درس.....	۲۹۹۹
مقدمه.....	۲۹۹۹
ارزشیابی نقادانه و بهداشت عمومی مبتنی بر شواهد.....	۳۰۰۰
متخصصین بهداشت عمومی به چه دلایلی اقدام به مطالعه نموده و مقالات خویش را چگونه پیدا می‌نمایند؟.....	۳۰۰۱
چگونه می‌توان مقالات را مورد ارزشیابی نقادانه قرار داد؟.....	۳۰۰۲
آیا موضوع مقاله مرتبط به سوال شما می‌باشد؟ عنوان، خلاصه.....	۳۰۰۲
چرا این مطالعه انجام شده است؟ مقدمه.....	۳۰۰۲
چگونه این مطالعه انجام شده است؟ روش‌ها.....	۳۰۰۳
یافته‌های مطالعه چیست؟ نتایج.....	۳۰۰۴
کاربردهای نتایج مطالعه چیست؟ خلاصه، بحث.....	۳۰۰۴
مطالعه حاوی چه نکات مهم دیگری می‌باشد؟ مقدمه، بحث.....	۳۰۰۵
فهرست کاملی از سوالات برای ارزشیابی نقادانه مطالعات مقطعی.....	۳۰۰۶
مقدمه.....	۳۰۰۶
طراحی.....	۳۰۰۶
تجزیه و تحلیل.....	۳۰۰۶
بحث.....	۳۰۰۶
منابع.....	۳۰۰۷

ارزشیابی نقادانه را می‌توان فرآیندی منظم در جهت مرور میزان صحت نتایج یک مطالعه پژوهشی دانست تا بر اساس آن بتوان تصمیمی مناسب در جهت کاربرد نتایج آن مطالعه در عمل را اتخاذ نمود

ارزشیابی نقادانه و بهداشت عمومی مبتنی بر شواهد Critical appraisal and evidence based public health

دکتر محسن رضائیان

دانشگاه علوم پزشکی رفسنجان، دانشکده پزشکی، گروه اپیدمیولوژی و آمار زیستی

اهداف درس

پس از یادگیری این مبحث، فراگیرنده قادر خواهد بود:

- فن ارزشیابی نقادانه را تعریف کند
- لزوم ارزشیابی نقادانه را متذکر شود
- بهداشت عمومی مبتنی بر شواهد را توضیح دهد
- نحوه ارزشیابی نقادانه مقالات بهداشت عمومی را شرح دهد
- ارتباط موضوع و محتوا را بیان کند
- لزوم انجام یک مطالعه را شرح دهد
- فهرست سوالات ارزشیابی نقادانه یک مقاله بهداشتی را در قالب مثال‌های فرضی، تهیه و ارائه نماید.

مقدمه

با رشد روزافزون دانش بشری و در نتیجه، افزایش در شماره مجلاتی که به درج مقالات مرتبط با علوم بهداشتی در سرتاسر پهنه این کره خاکی می‌پردازند، روز به روز بر تعداد مقالات منتشر شده در زمینه بهداشت عمومی افزوده می‌شود. برآورد شده است که در سال‌های پایانی هزاره گذشته میلادی بیش از ده میلیون مقاله در رشته‌های گوناگون مرتبط با سلامت انسان به رشته تحریر درآمده است. همچنین، برآورد شده است که در سال ۲۰۱۵ میلادی در دنیا، نزدیک به چهل هزار مجله علمی منتشر می‌گردد. این مجلات، در عرض یک سال در حدود یک میلیون و چهارصد هزار مقاله منتشر می‌نمایند.

بنابراین، ضروری است که با انتخاب‌های آگاهانه به مطالعه نقادانه مهمترین مقالات مربوط به حرفه یا موضوع مورد علاقه خود پردازیم. امروزه دیگر نه فرصتی برای مطالعه تمامی مقالات منتشر شده داریم و نه دلیلی

برای پذیرش بی‌چون و چرای نتایج ارائه شده توسط آنها. از همین رو، برای آنکه بتوان از مطالعه مقالات چاپ شده در نشریات بهداشتی بیشترین بهره را در زندگی حرفه‌ای خود ببریم می‌باید با شیوه ارزشیابی نقادانه Critical Appraisal مقالات آشنا گردیم.

فن ارزشیابی نقادانه که در سال‌های پایانی هزاره گذشته میلادی مطرح گردید، شیوه نوینی در ارزیابی نتایج یک مطالعه انجام شده می‌باشد. این شیوه نوین چنان در مدتی کوتاه جای خود را در علوم بهداشتی باز نموده است که امروزه سرفصلی مجزا به آموزش این مهارت در میان دروس اغلب دانشکده‌های علوم بهداشتی و از جمله دانشکده‌های بهداشت، پزشکی، داروسازی، پرستاری و مامایی و ... اختصاص داده شده است.

رشد روزافزون در چاپ و انتشار مقالات و کتبی که به آموزش شیوه ارزشیابی نقادانه نیز پرداخته‌اند، دلیل دیگری بر اهمیت آن می‌باشد. همچنین، در طی سال‌های اخیر، مقالات پژوهشی بسیار زیادی نیز در باره چگونگی آموزش این شیوه برای متخصصین حرف مختلف به رشته تحریر درآمده است. حتی برخی از نظام‌های مراقبت‌های بهداشتی در دنیا، سرمایه‌گذاری‌هایی را جهت استفاده از شیوه ارزشیابی نقادانه در برنامه مراقبت‌های خود انجام داده‌اند. مجموعه عوامل پیش‌گفته سبب می‌گردد که متخصصین مراقبت‌های بهداشتی در ایران نیز با ارزشیابی نقادانه آشنایی بیشتری حاصل نمایند. بنابراین، گفتار حاضر با هدف ایجاد آشنایی اولیه با این شیوه به رشته تحریر درآمده است.

ارزشیابی نقادانه و بهداشت عمومی مبتنی بر شواهد

ارزشیابی نقادانه را می‌توان فرآیندی منظم در جهت مرور میزان صحت نتایج یک مطالعه پژوهشی دانست تا بر اساس آن بتوان تصمیمی مناسب در جهت کاربرد نتایج آن مطالعه در عمل را اتخاذ نمود. برای نمونه، اگر شما به عنوان یک متخصص بهداشت عمومی به مقاله بسیار جدیدی برخورد کردید که در یک نشریه معتبری به چاپ رسیده و در آن ادعا شده است که زندگی در فاصله کمتر از سیصد متر با آتن‌های تقویت امواج موبایل باعث افزایش میزان ناراحتی‌هایی نظیر سردرد، بی‌خوابی و کم‌اشتهایی در مردم ساکن این مناطق می‌گردد، آیا بلافاصله سعی می‌کنید که این امر را در منطقه تحت پوشش خود بررسی نمایید و در صورت وجود چنین آنتنی موضوع را به اطلاع مردم برسانید؟ یا اینکه موضوع را به فراموشی خواهید سپرد؟ و یا اینکه قبل از هرگونه اقدام عملی بر پایه یافته‌های مطالعه، سعی می‌کنید که ابتدا از درستی نتایج مطالعه به عمل آمده اطمینان لازم را کسب نموده و سپس اقدام به عملی مناسب نمایید؟ در صورتی که راه حل سوّم را برمی‌گزینید، مطمئن باشید شما از آن دسته از افرادی هستید که معتقد به بهداشت عمومی مبتنی بر شواهد بوده و نیازمند آشنایی با فن ارزشیابی نقادانه می‌باشید.

بهداشت عمومی مبتنی بر شواهد (Evidence Based Public Health) فرآیندی منظم در جهت پیدا

کردن، ارزشیابی و استفاده از نتایج پژوهش‌های به عمل آمده در زمینه بهداشت عمومی است. براساس این تعریف، ارزشیابی نقادانه، بخش اساسی بهداشت عمومی مبتنی بر شواهد را تشکیل می‌دهد. استفاده از این دو مقوله در کنار یکدیگر برای متخصصین بهداشت عمومی این امکان را فراهم می‌آورد تا با شناخت و ارزیابی صحیح نتایج یک پژوهش، از شکاف موجود مابین نتایج به دست آمده از یک تحقیق با کاربردهای آن در عمل را بکاهند. این

نکته به خودی خود سبب خواهد شد تا کیفیت مراقبت‌های بهداشتی از رشد روزافزونی برخوردار گردد. به منظور آشنایی با شیوه ارزشیابی نقادانه، محتاج پرسش دو سوال اساسی هستیم: نخست این که متخصصین بهداشت عمومی به چه دلایلی اقدام به مطالعه می‌نمایند؟ دوم این که معمولاً مقالات خود را از چه راه‌هایی پیدا می‌کنند؟ پاسخ به این دو سوال، سرآغازی برای کسب آشنایی با ارزشیابی نقادانه است.

متخصصین بهداشت عمومی به چه دلایلی اقدام به مطالعه نموده و مقالات خویش را چگونه پیدا می‌نمایند؟

متخصصین علوم بهداشتی به دلایل مختلفی اقدام به مطالعه می‌نمایند. تجهیز به علم روز، یافتن پاسخ برای پرسش‌های گوناگون حرفه‌ای و یا پیگیری یک علاقه پژوهشی، می‌تواند در زمره این دلایل باشند. هرکدام از این دلایل نیاز به کاربرد روش خاصی از بررسی مقالات را ایجاب می‌کند. به منظور اطلاع یافتن از تحولات تخصصی، مروری سطحی بر روی شماره‌های اخیر مجلات معتبر مربوط به آن تخصص، کافی به نظر می‌رسد. پاسخ پرسش‌های گوناگون حرفه‌ای را می‌توان با خواندن نتایج مربوط به جدیدترین مطالعات معتبر پیدا نمود. در مقابل، پیگیری یک علاقه پژوهشی نیاز به جستجوی رایانه‌ای گسترده از مقالات موجود دارد تا مشخص نماید که آیا تاکنون مطالعه‌ای در این زمینه انجام شده است؟

فرقی نمی‌کند که دلایل مطالعه کدامیک از موارد بالا باشد، نکته مهم این است که در ابتدا مساله مورد نظر خود را قالب سؤال و یا سؤالات دقیقی مطرح نماییم. چرا که دانستن این نکته که دقیقاً به دنبال چه چیزی هستیم ما را در یافتن آسان‌تر آن راهنمایی خواهد کرد. برای نمونه، می‌توان سوال خود را در قالب زیر مطرح نمود که: "آیا زندگی در فاصله کمتر از سیصد متر با آنتن‌های تقویت امواج موبایل باعث افزایش ناراحتی‌هایی نظیر سردرد، بی‌خوابی و کم‌اشتهایی در مردم ساکن این مناطق می‌گردد؟" اکنون با داشتن یک سوال مشخص می‌توان اطلاعات موجود در مورد سلامت را برای یافتن مقالات مرتبط، مورد جستجو قرار داد.

به منظور یافتن مقالات غیرفارسی در یک زمینه بهداشتی، جستجوی رایانه‌ای بانک‌های اطلاعاتی نظیر Pubmed و یا CINAHL با استفاده از Internet و با انتخاب کلیدواژه‌های مناسب را می‌توان یکی از راه‌هایی قلمداد نمود که متخصصین علوم بهداشتی را به برخی از مقالات مورد نظر آن‌ها نزدیک می‌سازد. امروزه همچنین، با پیشرفت‌های به عمل آمده در کشورمان می‌توان بسیاری از مقالات فارسی را از طریق شبکه جهانی و با بهره‌گیری از پایگاه‌های داده‌ای نظیر Magiran نیز به دست آورد.

در عین حال، باید به این نکته نیز توجه داشت که جستجوی رایانه‌ای به دو دلیل نمی‌تواند تمامی مقالات مرتبط با موضوع را مشخص نماید. دلیل اول آن است که خلاصه تمامی مقالات منتشر شده علوم بهداشتی در بانک‌های اطلاعاتی ثبت نمی‌شوند. برای نمونه، فقط یک سوّم از ده میلیون مقاله اشاره شده در سطور گذشته در بانک اطلاعاتی Pubmed ثبت می‌شوند. دلیل دوم هم آن است که به خاطر شیوه‌هایی که مقالات در بانک‌های اطلاعاتی ثبت می‌شوند، پاره‌ای از مقالات حتی با به کار بردن کلیدواژه‌های معقول باز هم مشخص نخواهند شد. بنابراین، برای اینکه جستجوی ما کامل گردد، باید به بررسی دستی مجلات منتخب نیز همّت گمارد،

هرچند که استفاده از این راه محتاج صرف وقت بیشتری می‌باشد.

نکته مهم پس از یافتن مقالات مورد نظر، تصمیم‌گیری در میزان صحت نتایج آن‌ها می‌باشد. این نکته به خصوص از آن جهت حائز اهمیت می‌باشد که تعداد زیادی از مقالات به دست آمده ممکن است ارتباط مختصری با موضوع مورد نظر داشته و لذا باید کنار گذاشته شوند. تعداد زیادی از مطالعات، فاقد اعتبار لازم بوده و لذا ادعاهای آنها را نباید جدی تلقی نمود. تعداد دیگری از مطالعات، وجود دارند که نتایج با ارزش را همراه با نتایج فاقد ارزش ارائه نموده‌اند. بنابراین، اکنون وقت آن رسیده است که برای تعیین مقالات بالقوه سودمند، آنها را مورد ارزشیابی نقادانه قرار داد.

چگونه می‌توان مقالات را مورد ارزشیابی نقادانه قرار داد؟

به طور معمول، مقالات پژوهشی به چهار بخش اساسی، سازمان دهی می‌شوند: مقدمه، روش‌ها، نتایج و بحث. اکثر قریب به اتفاق این قبیل مقالات با خلاصه‌ای شروع می‌شوند که در بر گیرنده نکات کلیدی هر یک از بخش‌های اساسی می‌باشد. همچنین، هر مقاله دارای عنوانی می‌باشد که می‌باید به دقت بیانگر موضوع تحت مطالعه باشد. به منظور ارزشیابی نقادانه مقالات می‌باید آن‌ها را با در نظر گرفتن یک سری پرسش‌هایی مطالعه نمود که در ارتباط با بخشهای گوناگون مقاله مطرح می‌گردند. این پرسش‌ها می‌تواند اطلاعات مهم موجود در هر بخش مقاله را روشن نموده و از همین رو به عنوان مبنایی جهت ارزشیابی مقالات به کار روند.

بنابراین، در این بخش با طرح و کاربرد مهمترین پرسش‌هایی آشنا خواهیم شد که به طور کلی می‌توان آنها را به هنگام خواندن یک مقاله صرف‌نظر از نوع مطالعه (مقطعی، مورد - شاهدی، همگروهی، کارآزمایی و غیره) آن مقاله مطرح نمود. اما از آن جایی که این پرسش‌ها را می‌توان بر اساس نوع مطالعه به عمل آمده به طور جزئی‌تر و اختصاصی‌تری نیز مطرح نمود، در پایان گفتار به منظور آشنایی بیشتر خوانندگان، صورت اسامی سولاتی را که می‌توان به شیوه اختصاصی برای مطالعات مقطعی مورد استفاده قرار داد ذکر خواهیم نمود.

آیا موضوع مقاله مرتبط به سوال شما می‌باشد؟ عنوان، خلاصه

سریعترین و تعیین کننده ترین راهنمایی که می‌تواند خواندن یک مقاله را توجیه نماید از عنوان و خلاصه مقاله استنباط می‌گردد. این راهنما نشان خواهد داد که موضوع مقاله تا چه اندازه مرتبط به اطلاعاتی است که مورد نیاز خواننده آن بوده و همچنین تا چه اندازه نتایج مطالعه می‌تواند مورد علاقه وی واقع گردد. خلاصه هرچند به صورت ساده، باید نشان دهنده این سؤال مهم باشد که: "مطالعه چقدر خوب اجرا شده است؟" از همین رو، عنوان و خلاصه هر مقاله آن چنان دارای اهمیت می‌باشند که برخی عنوان را مانند تابلو و خلاصه را مشابه ویتترین یک مغازه قلمداد می‌نمایند که با نگاه به این دو باید به سهولت مشخص گردد که دقیقاً چه چیزی در آن مغازه برای فروش عرضه شده است.

چرا این مطالعه انجام شده است؟ مقدمه

اساسی‌ترین عملکرد مقدمه مهیا نمودن زمینه‌ای برای موضوع مورد مطالعه و توجیه ضرورت اجرای آن

می‌باشد. برای انجام چنین کاری، مقدمه به طور مختصر اما دقیق به مرور مطالعات قبلی پرداخته تا بتواند شکاف موجود در دانش فعلی پیرامون موضوع مورد مطالعه را روشن نماید. مقدمه همچنین می‌تواند نشان بدهد که چرا شکاف‌های موجود در دانش فعلی آنقدر مهم هستند که باید سریعاً پر گردند.

اغلب اوقات می‌توان با بیان اهمیت موضوع از نظر تاثیر آن بر روی میزان‌های میرایی و ابتلا و یا هزینه‌هایی که بر مراقبت‌های بهداشتی تحمیل می‌نماید به نکته فوق دست یافت. مقدمه باید با بیان روشنی از هدف مطالعه به پایان برسد. هدف مطالعه ممکن است در قالب فرضیه‌ای که باید آزمایش گردد و یا سؤالی که باید پاسخ داده شود مطرح گردد. عدم ارائه هدف از مطالعه ممکن است تلویحاً مبین این نکته باشد که نویسندگان مقاله خود فاقد ایده روشنی در خصوص هدف از انجام مطالعه خود بوده‌اند. اگر این نکته صحت داشته باشد، محتمل است که نویسندگان مقاله به یافته جالب توجهی دست نیافته باشند.

چگونه این مطالعه انجام شده است؟ روش‌ها

از دیدگاه برخی از صاحب‌نظران فن ارزشیابی نقادانه، بخش روش‌ها مهمترین قسمت یک مقاله به حساب می‌آید. این اهمیت تا بدان پایه می‌باشد که آن‌ها معتقدند بخش روش‌ها اولین بخشی است که خواننده یک مقاله باید آن را مورد مطالعه قرار دهد و اگر چنانچه در این مطالعه اولیه خطا یا خطاهای عمده‌ای در شیوه طراحی مطالعه به چشم وی خورد باید از خواندن بقیه قسمت‌های مقاله خودداری نماید. این اهمیت از آنجا ناشی می‌شود که بخش روش‌ها جزئیات لازم در خصوص اینکه چگونه مطالعه به مرحله اجرا در آمده است را ارائه می‌نماید.

در بخش روش‌ها توضیحات معمولاً مختصر و موجز هستند و معمولاً در این بخش خواننده مقاله به مآخذی که توضیحات کاملتری را ارائه می‌نمایند، ارجاع داده می‌شود. علیرغم این اختصار، می‌باید اطلاعات کافی در خصوص کسانی که تحت مطالعه قرار گرفته و چگونگی شرکت آنها در مطالعه ارائه گردد (برای مثال، بیماران به کدام مرکز بهداشت درمانی مراجعه می‌کردند؟ معیارهای تشخیص بیماری چه بوده است؟ و چه گروه‌های سنی و جنسی مورد مطالعه قرار گرفته‌اند؟).

بدون در اختیار داشتن این اطلاعات، غیرممکن خواهد بود که بتوان در باره میزان تعمیم نتایج، اظهار نظر کرد. همچنین جزئیات مطالعه باید به نحوی ارائه گردند تا خواننده بتواند در خصوص میزان اعتبار داده‌های جمع‌آوری شده قضاوت نماید. اگر در طول مطالعه اندازه‌گیری (مثلاً اندازه‌گیری قد، وزن و فشارخون) صورت پذیرفته، می‌باید شرایط و وسایلی که با آن‌ها این اندازه‌گیری‌ها به عمل آمده به دقت توصیف گردند. همچنین، باید در خصوص اقداماتی که در جهت استاندارد کردن این اندازه‌گیری‌ها به مرحله اجرا در آمده است، توضیحات کافی ارائه گردد.

ساختار هرگونه پرسشنامه مورد استفاده و چگونگی سنجش اعتماد و اعتبار آنها نیز باید توضیح داده شوند. اطلاعات ارائه شده در بخش روش‌ها، راهنمای بسیار مهمی در خصوص تعیین کیفیت یک مقاله می‌باشند. بالاخره، در بخش روش‌ها باید به شیوه‌های آماری مورد استفاده و ملاحظات اخلاقی نیز اشاره گردد.

یافته‌های مطالعه چیست؟ نتایج

اساسی ترین یافته‌های مطالعه در قالب جداول، نمودارها و تصاویر همراه با توضیحات مربوط به آنها در بخش نتایج ارائه می‌گردند. داده‌های یک مطالعه باید به روشی منطقی که از ساده ترین مشاهدات شروع شده و به مشکلترین تجزیه و تحلیل‌ها ختم می‌گردد، ارائه شود. توضیحات بخش نتایج می‌باید خواننده را در میان اطلاعات ارائه شده راهنمایی نموده و نکات مهم را مورد تاکید قرار دهد. وقتی که نتایج به صورت اتفاقی و بدون یک روال منطقی ارائه می‌گردند، نه تنها مانع از فهم دقیق شده بلکه ممکن است بیانگر این نکته نیز باشند که داده‌ها به طور کامل مورد تجزیه و تحلیل قرار نگرفته‌اند.

توضیحات مندرج در بخش نتایج، بیانگر دیدگاه نویسنده مقاله در خصوص نکات مهم است. باید توجه داشت که این دیدگاه ضرورتاً تنها دیدگاه موجود نمی‌تواند باشد چرا که نویسندگان مقالات ممکن است گاهی دچار اشتباه شوند. خوانندگان مقاله خود می‌باید در خصوص نتایج مهم یک مطالعه تصمیم بگیرند.

بررسی این نکته نیز حائز اهمیت است که آیا نتایج مطالعه توانسته اهداف مطالعه را پاسخ دهد. زمانی که در بخش نتایج هیچ اشاره‌ای در خصوص یکی از اهداف ارائه شده در بخش مقدمه نشده باشد، سوالات گوناگونی مطرح می‌گردند. از جمله اینکه: "چرا این هدف به دست فراموشی سپرده شده است؟" "آیا از قلم افتادن این هدف، موجه جلوه می‌کند؟" "آیا ممکن است داده‌های ضروری در خصوص این هدف جمع‌آوری نشده باشند؟" "یا اینکه برای نویسنده مقاله به دلایل گوناگون نتایج مربوط به این هدف غیرقابل قبول بوده است؟" به هر حال، حذف یک هدف شک و تردیدهایی را در خصوص کل مقاله برمی‌انگیزاند.

نشانه هشدار دهنده دیگر زمانی بروز می‌کند که نویسنده مقاله از جملاتی نظیر "نتایج تجزیه و تحلیل‌ها در جدول شماره ۲ نشان داده شده است" استفاده می‌کند. به کار بردن چنین جملاتی ممکن است مبین این نکته باشند که نویسنده مقاله خود دقیقاً درک روشنی از یافته‌های مطالعه ندارد. اگر نویسندگان مقاله علاقه‌ای به تفسیر نتایج خود نشان ندهند، ممکن است که آنها از ابتدا پشتکار لازم در خصوص طراحی و اجرای مطالعه را نداشته‌اند. به عنوان بخشی از تفسیر نتایج، خواننده باید به دنبال کاستی‌ها و عدم همخوانی‌های موجود در مقاله بگردد. تمامی مقالات به نوعی دچار کاستی بوده و تنها باید آن را پیدا نمود. بیشتر اوقات این کاستی‌ها جزئی و قابل اغماض می‌باشند، اما گاهی اوقات نیز می‌توانند مهمترین یافته‌های یک مطالعه را زیر سؤال ببرند. ارزشیابی نقادانه تنها به دنبال یافتن این کاستی‌ها نبوده، بلکه تأثیرات بالقوه آنها را نیز مورد بررسی قرار خواهد داد. تنها آن زمان است که می‌توان در خصوص نتایج واقعی یک مطالعه اظهار نظر نمود.

کاربردهای نتایج مطالعه چیست؟ خلاصه، بحث

ارزش یک پژوهش، معمولاً به این نکته بستگی دارد که نتایج آن را تا چه اندازه می‌توان به زمان‌ها و مکان‌های دیگر تعمیم داد. مطالعه‌ای که نتایج آن فقط در مورد مکانی که مطالعه در آن صورت پذیرفته مصداق می‌یابد، مسلماً ارزش خواندن ندارد. کاربرد وسیعتر نتایج یک مطالعه باید در قسمت بحث مقاله مورد بررسی قرار گرفته و در خلاصه نیز به آن اشاره گردد.

تعمیم نتایج یک مطالعه به مقدار زیادی یک فرآیند ذهنی است و بنابراین، رویکرد به این مساله باید به

دقت صورت پذیرد. همه ما میخواهیم که مطالعه‌هایمان نتایج شگرفی به همراه داشته باشد. از همین رو، تعجب آمیز نخواهد بود که نگارندگان یک مقاله همیشه در خصوص تفسیر نتایج خود بی‌طرف نباشند. هنگامیکه کاربرد نتایج یک مطالعه مورد نظر می‌باشد، پرسش سوالات زیر ضروری است:

- این مطالعه به چه نکته نوینی دست یافته است؟
 - نتایج این مطالعه چه معنایی برای نظام مراقبت‌های بهداشتی دارد؟
 - آیا به حرفه من مربوط می‌شود؟
- مسلماً نتایج یک مطالعه می‌باید با نتایج سایر مطالعات مقایسه شده و هر گونه اختلافی مورد بحث قرار گیرد.
- سوال کلیدی برای متخصصین مراقبت‌های بهداشتی این خواهد بود که آیا بر اساس نتایج مطالعه، می‌بایست نسبت به انجام تغییرات لازم در نظام مراقبت‌های بهداشتی اقدام نمود؟

مطالعه حاوی چه نکات مهم دیگری می‌باشد؟ مقدمه، بحث

بالاخره، نتایج موجود در یک مقاله ممکن است تنها مشخصه جالب توجه آن مقاله نباشد. این امکان وجود دارد که در قسمت مقدمه و بحث به مآخذ مفیدی اشاره شده باشد. این قسمت‌ها همچنین ممکن است که ایده‌های جدید و مهمی را مورد بحث قرار داده باشند. بنابراین، حتی اگر نتایج یک مقاله از اهمیت شایان توجهی برخوردار نباشد هنوز ممکن است از خواندن مقاله بهره برد. ارزشیابی نقادانه تنها تمرینی برای پیدا کردن ایرادات و اشتباهات نمی‌باشد. ارزشیابی نقادانه فرآیندی در جهت مرور یک مقاله به منظور یافتن اطلاعات با ارزش موجود در آن نیز می‌باشد.

این سؤال آخرین سؤالی است که به طور کلی می‌توان به هنگام ارزشیابی نقادانه یک مقاله صرفنظر از نوع مطالعه آن (مقطعی، مورد - شاهدی، همگروهی، کارآزمایی و غیره) مطرح نمود. پاسخ‌هایی که شما به هنگام مطالعه مقاله برای کلیه سوالات فوق پیدا می‌نمایید در مجموع باید راهنمای شما در جهت کاربرد نتایج مطالعه در عمل باشد.

اما همانطور که در سطور پیشین نیز بدان اشاره شد می‌توان بر اساس نوع مطالعه هر مقاله پرسش‌های فوق را به شیوه اختصاصی‌تر و جزئی‌تر نیز مطرح نمود که طبقاً اطلاعات کامل‌تری را به ارمغان خواهد آورد. بنابراین، در خاتمه گفتار حاضر فهرست سوالات اختصاصی که برای مطالعات مقطعی مورد استفاده قرار می‌گیرند ارائه خواهد شد. خوانندگان علاقمند جهت آشنایی با فهرست سوالات اختصاصی برای سایر مطالعات (مورد - شاهدی، همگروهی، کارآزمایی و غیره) می‌توانند به منابع شماره ۱، ۶ و ۱۷ اشاره شده در پایان گفتار مراجعه نمایند.

فهرست کاملی از سوالات برای ارزشیابی نقادانه مطالعات مقطعی

مقدمه

- آیا به مطالعات قبلی در زمینه مورد نظر اشاره شده است؟
- آیا اهداف مطالعه به وضوح بیان شده است؟

طراحی

- آیا طراحی مطالعه مناسب با اهداف مورد نظر می باشد؟
- چه کسی مورد بررسی قرار گرفته است؟
- نمونه ها چگونه انتخاب شده اند؟
- آیا دلایل انتخاب تعداد نمونه توجیه شده است؟
- میزان پاسخگویی نمونه ها در مطالعه چه قدر بوده است؟
- آیا اندازه گیری ها به نظر معتبر و قابل اطمینان می آیند؟
- آیا روش های آماری شرح داده شده اند؟

تجزیه و تحلیل

- آیا داده های پایه به اندازه کافی توصیف شده اند؟
- آیا جمع اعداد در جداول درست در می آید؟
- آیا معنی داری آماری برآورد شده است؟
- آیا تمام اهداف مطالعه پوشش داده شده است؟

بحث

- نتایج اصلی بیانگر چه معنایی هستند؟
- چگونه تورش انتخاب می توانسته است به وجود آید؟
- نتایج منفی چگونه تفسیر شده اند؟
- آیا پی آمدهای مهم از قلم افتاده اند؟
- آیا نتایج می تواند تعمیم داده شود؟
- نتایج مطالعه چگونه با سایر مطالعات قبلی مقایسه شده است؟
- نتایج مطالعه چه کاربردی در حرفه شما دارد؟

منابع

1. Crombie IK. *The Pocket Guide to Critical Appraisal: A Handbook for Health Care Professionals*. London. BMJ Publishing Group 1998.
2. General Medical Council, Tomorrow's Doctors. *Education Committee of the General Medical Council in pursuance of section 5 of the Medical Act 1983*. London: GMC; 4 December 1993.
3. Oxman AD, Sackett DL, Guyatt GH. For the Evidence Based Medicine Working Group. Users guides to the medical literature: I. How to get started. *JAMA* 1993 ; 270 : 2093-5.
4. Greenhalgh T. How to read a paper. Assessing the methodological quality of papers. *BMJ* 1997 ; 315 : 305-8.
5. Greenhalgh T. How to read a paper. Getting your bearings (deciding what the paper is about). *BMJ* 1998 ; 315 : 243-6.
6. Elwood M. *Critical Appraisal Of Epidemiological Studies and Clinical Trials*. New York. Oxford University Press 1998.
7. Frasca MA, Dorsch JL, Aldag JC, Christensen RG. A multidisciplinary approach to information management and critical appraisal instruction: a controlled study. *Bull Med Libraries Assoc* 1992 ; 80 : 23-8.
8. Landry FJ, Pangaro L, Kroenke K, Lucey C, Herbers J. A controlled trial of a seminar to improve medical student attitudes towards, knowledge about, and use of the medical literature. *J Gen Intern Med* 1994 ; 9 : 436-9.
9. Hofmann JC, Taylor WC. Teaching critical appraisal of the medical literature: effects on attitudes of first-year medical students. *J Gen Intern Med* 1997 ; 12 (Suppl.) : 92.
10. Milne R, Donald A, Chalmers L. Piloting short workshops in critical appraisal of review. *Health Trends* 1995 ; 27 : 120-3.
11. Hill A, Claire S. *What is critical appraisal?* UK: Hayward Medical Communications, a division of Hayward Group plc. 2003.
12. Conn V, Isamaralai S, Rath S, et al. Beyond MEDLINE for literature searches. *J Nurs Scholarsh* 2003; 35 : 177-82.
13. Greenhalgh T. How to read a paper. The Medline database. *BMJ* 1997 ; 315 : 180-3.
14. Sutherland SE. Evidence-based Dentistry: Part V. Critical Appraisal of the Dental Literature: Papers About Therapy. *J Can Dent Assoc* 2001; 67(8) : 442-445.
15. Rychetnik L, Hawe P, Waters E, Barratt A, Frommer M. A glossary for evidence based public health. *J Epidemiol Community Health*. 2004; 58 : 538-545.
16. Sackett D, Straus S, Richardson WS, Rosenberg W, Haynes RB. *Evidence-based Medicine: How to Practice and Teach EBM*. 2nd ed. Edinburgh: Churchill Livingstone, 2000.
17. Greenhalgh T. *How to read a paper*. London. BMJ Publishing Group 1997.
18. Rezaeian, M. How to write an acceptable abstract for a scientific, medical or business paper. *Middle East J Business*. 2011; 6(3) : 7-9.
19. Rezaeian, M. Step by step article writing: A practical guide for the health care professionals. *World Family Med J*. 2009/2010; 7 : 47-49.
20. Singer AJ, Hollander JE. How to write a manuscript. *J Emerg Med*. 2009; 36(1): 89-93.22. Gutman SA. How to Appraise Research: Elements of Sound Applied Design. *Am J Occup Ther*. 2009; 63(2): 123-125.
21. Rezaeian M. How to teach medical students to critically appraise a published article in the public health domain. *J Educ Health Promot*. 2013 Feb 28;2:8. doi: 10.4103/2277-9531.107934. eCollection 2013.
22. Brownson RC, Baker EA, Deshpande AD, Gillespie KN. *Evidence-Based Public Health*. Oxford University Press, 2018.

۲۳. رضائیان محسن. ارزشیابی نقادانه: دست‌نامه‌ای برای متخصصین مراقبت‌های بهداشتی. اراک: انتشارات نویسنده. ۱۳۸۷.

کتاب جامع

بهداشت عمومی

فصل ۱۴ / گفتار ۶ / دکتر محسن رضائیان

**کاربرد نظام‌های اطلاعات جغرافیایی و نظام موقعیت‌یاب
جهانی در مطالعه بیماری‌های عفونی و بهداشت عمومی**

فهرست مطالب

اهداف درس.....	۳۰۰۹
مقدمه.....	۳۰۰۹
نظام‌های اطلاعات جغرافیایی.....	۳۰۱۰
نظام موقعیت‌یاب جهانی.....	۳۰۱۰
مشخص کردن مناطق در معرض خطر.....	۳۰۱۱
الف - مشخص کردن مناطق در معرض خطر برای داده‌های نقطه‌ای.....	۳۰۱۱
ب - مشخص کردن مناطق در معرض خطر برای داده‌های منطقه‌ای.....	۳۰۱۴
نقشه‌های پی در پی.....	۳۰۱۵
نقشه‌های جان‌دار.....	۳۰۱۵
نتیجه‌گیری.....	۳۰۱۶
سپاسگزاری.....	۳۰۱۷
منابع.....	۳۰۱۷

کاربرد نظام‌های اطلاعات جغرافیایی و نظام موقعیت‌یاب جهانی در مطالعه بیماری‌های عفونی و بهداشت عمومی

دکتر محسن رضائیان

دانشگاه علوم پزشکی رفسنجان، دانشکده پزشکی، گروه اپیدمیولوژی و آمار زیستی

اهداف درس

پس از یادگیری این مبحث، فراگیرنده قادر خواهد بود:

- مکان را تعریف نموده تاثیر آن بر شاخص‌های بهداشتی را متذکر شود
- نظام‌های اطلاعات جغرافیایی را شرح دهد
- پایگاه داده‌ها را تعریف و انواع آن را بیان کند
- نظام موقعیت‌یاب جهانی را تعریف نموده به ذکر مثال‌های روشنی از آن بپردازد
- نقشه‌های جان‌دار را توضیح دهد
- کاربرد نظام‌های اطلاعات جغرافیایی همراه با نظام موقعیت‌یاب جهانی را توضیح دهد.

مقدمه

مکان که می‌توان آن را مجموعه‌ای از محیط، روش زندگی و احتمالاً عوامل ژنتیکی دانست، تاثیر به‌سزایی در پراکندگی میزان‌های ابتلا، ناتوانی و میرایی در سطح جوامع مختلف ایفا می‌نماید. بیماری‌های عفونی از جمله علل اصلی ابتلا و میرایی در جوامع مختلف و به ویژه در کشورهای در حال توسعه می‌باشند. رخداد روزافزون بیماری‌های واگیر، اعم از قدیم و جدید، به گونه‌ای است که در سال ۲۰۰۰ میلادی، یک سوّم تمامی مرگ‌ها و ۳۰ درصد از بار جهانی بیماری‌ها را تشکیل می‌داده است. بر این اساس، بیماری‌های عفونی، سالانه منجر به مرگ افزون بر چهارده میلیون نفر می‌شوند که اغلب این افراد در کشورهای در حال توسعه زندگی می‌کنند. از همین رو متخصصین مراقبت‌های بهداشتی به ویژه در کشورهای در حال توسعه، برای مقابله با این خیل عظیم بیماری و مرگ، نیازمند استفاده از فن‌آوری‌های جدیدی می‌باشند که به آن‌ها توانایی لازم جهت مطالعه

دقیق نقش مکان در چگونگی پیدایش و گسترش بیماری‌های عفونی را ارزانی نماید. از میان مهمترین فن‌آوری‌های چند دهه اخیر می‌توان به نظام‌های اطلاعات جغرافیایی Geographical Information Systems (GISs) و نظام موقعیت‌یاب جهانی (GPS) Global Positioning System اشاره نمود که به خوبی توانسته‌اند به عنوان ابزارهای موثر در اختیار متخصصین مراقبت‌های بهداشتی در جهت ترسیم نقشه، پایش، کنترل و پیشگیری از بیماری‌های عفونی درآیند. از همین رو، در گفتار حاضر ضمن ارائه تعریفی از این نظام‌ها به برخی از مهمترین توانایی‌هایی اشاره خواهد شد که آن‌ها می‌توانند در مطالعه بیماری‌های عفونی در اختیار پژوهشگران قرار دهند.

نظام‌های اطلاعات جغرافیایی

نظام‌های اطلاعات جغرافیایی، نظام‌های خودکار برای به دست آوردن، ذخیره، بازیابی، تجزیه و تحلیل و نمایش داده‌های جغرافیایی هستند، که شالوده آن‌ها در دهه ۱۹۷۰ میلادی پایه ریزی شد. توسعه و بهبود این نظام‌ها در طول سی سال گذشته، توانایی‌ها و امکانات پیشرفته‌تری را برای مطالعه الگوهای جغرافیایی بیماری‌ها و آسیب‌ها فراهم آورده است. این نظام‌ها قادرند داده‌های جمع‌آوری شده با حجم بالا را ذخیره نموده و در صورت لزوم مورد پردازش و بازیابی قرار داده و نتایج به دست آمده را در قالب نقشه‌ها، جداول و نمودارهایی با کیفیت بسیار بالا ارائه نمایند.

پایگاه داده‌ها (Database) مهم‌ترین بخش نظام‌های اطلاعات جغرافیایی می‌باشد که مشتمل بر پایگاه داده‌های جغرافیایی یا همان نقشه منطقه مورد نظر و پایگاه داده‌های غیرجغرافیایی مانند اطلاعات جمعیتی، میزان‌های ابتلا و میرایی و یا سایر مشخصات و ویژگی‌های منطقه مورد نظر است که قرار است چگونگی توزیع آن‌ها را بر روی پایگاه داده‌های جغرافیایی به تصویر کشید. به هنگام بهره‌گیری از نظام‌های اطلاعات جغرافیایی، باید از صحت و سقم هر دو پایگاه‌های داده‌ای و بویژه پایگاه داده‌های غیرجغرافیایی اطمینان لازم را کسب نمود، تا الگوهای جغرافیایی مشاهده شده واقعی باشند.

همچنین، می‌باید به این نکته مهم توجه داشت که زمانی می‌توان از مجموعه داده‌های بهداشت عمومی در نظام‌های اطلاعات جغرافیایی، استفاده نمود که پایگاه داده‌ها در مرحله اول مورد بازیابی قرار گرفته باشند. اگرچه بازیابی چنین داده‌هایی مستلزم انجام یک سری از عملیات پیچیده می‌باشد، اما در برخی از موارد، نظام موقعیت‌یاب جهانی به راحتی امکان بازیابی این داده‌ها و ورود مستقیم آن‌ها را به نظام‌های اطلاعات جغرافیایی فراهم می‌آورد. این نکته به ویژه از آن جهت حائز اهمیت فراوانی گردیده است که از سال ۲۰۰۰ میلادی با افزایش در دقت و کاهش در قیمت گیرنده‌های نظام موقعیت‌یاب جهانی، امکان استفاده هرچه بیشتر از آن‌ها در مطالعه‌های همه‌گیرشناسی، فراهم آمده است.

نظام موقعیت‌یاب جهانی

نظام موقعیت‌یاب جهانی را می‌توان مجموعه‌ای از نرم‌افزارها و سخت‌افزارهایی دانست که از طریق

دریافت امواج ماهواره‌ای، مشخصات دقیق نظیر طول و عرض جغرافیایی و حتی ارتفاع یک محل مشخص بر روی سطح کره زمین را تعیین می‌نمایند. این نظام که توسط وزارت دفاع آمریکا طراحی و در سال ۱۹۹۴ میلادی به بهره‌برداری کامل رسید، ابتدا قرار بود که برای مقاصد نظامی، مورد استفاده قرار گیرد. با این وجود، با فراهم آمدن امکان استفاده از نظام موقعیت‌یاب جهانی برای عموم مردم، امروزه علاوه بر مقاصد نظامی، استفاده‌های بسیار زیاد دیگر از این نظام به ویژه در مطالعات مربوط به سلامت انسان نیز به عمل می‌آید.

نظام موقعیت‌یاب جهانی دارای اجزاء به هم پیوسته‌ای مشتمل بر ماهواره‌ها، ایستگاه‌های کنترل زمینی و گیرنده‌ها می‌باشد. ماهواره‌های نظام موقعیت‌یاب جهانی، متشکل از ۲۴ ماهواره ارسال کننده امواج رادیویی می‌باشند که در شش مدار بیضی شکل و در ارتفاع تقریبی ۲۰۴۰۰ کیلومتری از سطح زمین با سرعت ۳/۸۷ کیلومتر در ثانیه در حال گردشند. ایستگاه‌های کنترل زمینی از پنج ایستگاه تشکیل گردیده است که مرکز آنها در کلرادو اسپرینگز آمریکا قرار دارد. این ایستگاه‌ها مسؤول بررسی وضعیت سلامت ماهواره‌ها و چگونگی عملکرد آنها را به عهده دارند. و بالاخره گیرنده‌های نظام موقعیت‌یاب جهانی که اکنون به یک وسیله باصرفه علمی، تبدیل شده‌اند، مهمترین قسمت این نظام برای کاربران می‌باشند. گیرنده‌های ساده نظام موقعیت‌یاب جهانی که در حدود یک صد دلار آمریکا قیمت داشته و در اندازه یک تلفن همراه طراحی شده‌اند، می‌توانند با دامنه خطایی برابر با ۱۰ متر موقعیت یک محل مشخص بر روی سطح کره زمین را تعیین نمایند.

یکی از مشخصات جالب توجه گیرنده‌های نظام موقعیت‌یاب جهانی امکان ذخیره اطلاعات اندازه‌گیری شده توسط آنها می‌باشد. چنین اطلاعاتی را می‌توان به طور مستقیم به نرم افزارهای نظام‌های اطلاعات جغرافیایی وارد نمود. با ورود اطلاعات به نظام‌های اطلاعات جغرافیایی می‌توان از کاربرد گوناگون این نظام‌ها بویژه در مطالعه بیماری‌های عفونی به شرح زیر استفاده نمود:

مشخص کردن مناطق در معرض خطر

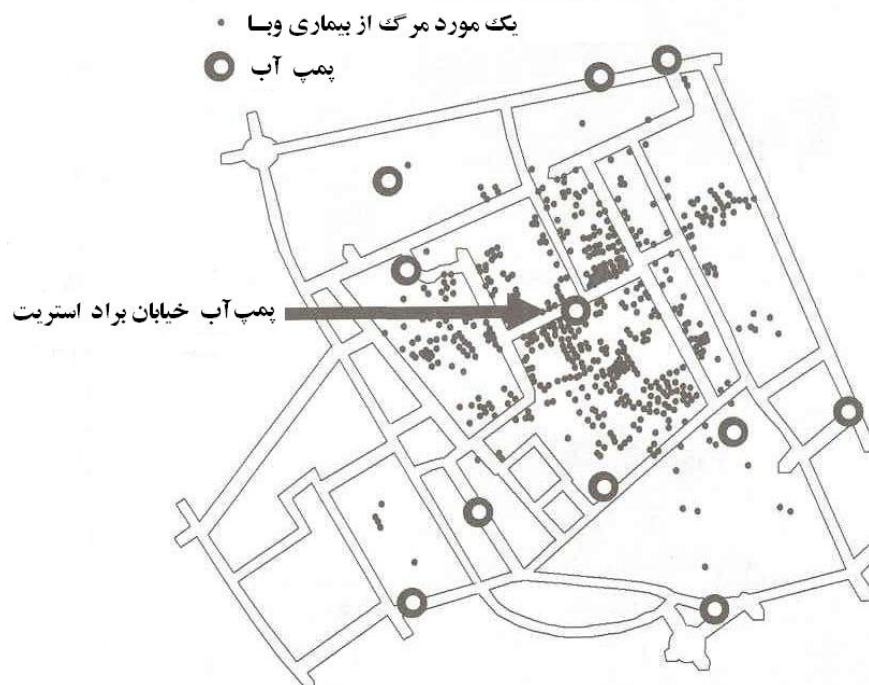
یکی از کاربردهای مشخص نظام‌های اطلاعات جغرافیایی در مطالعه بیماری‌های عفونی، تجزیه و تحلیل‌های مناطق در معرض خطر می‌باشد. با استفاده از نظام‌های اطلاعات جغرافیایی می‌توان مناطق در معرض خطری را مشخص نمود که در آن مناطق، میزان بروز و انتقال عفونت به طور غیرطبیعی بالا می‌باشد. برای انجام این منظور باید به این نکته مهم توجه داشت که داده‌های مربوط به بروز بیماری‌های عفونی را می‌توان یا به صورت نقطه‌ای و یا به شکل منطقه‌ای جمع آوری نمود که برای هر یک می‌توان با بهره‌گیری از نظام‌های اطلاعات جغرافیایی نسبت به مشخص نمودن مناطق در معرض خطر، به شرح زیر اقدام نمود:

الف - مشخص کردن مناطق در معرض خطر برای داده‌های نقطه‌ای

داده‌های نقطه‌ای مانند آدرس محل سکونت افراد، محل رخ دادن یک بیماری عفونی، محل رشد پشه‌های آنوفل و نظیر آنها داده‌هایی هستند که می‌توان آنها را به یک مکان مشخص مرتبط دانست. همان طور که گفته شد نظام موقعیت‌یاب جهانی به ویژه در پیدا کردن محل دقیق چنین داده‌هایی می‌تواند بسیار مثر

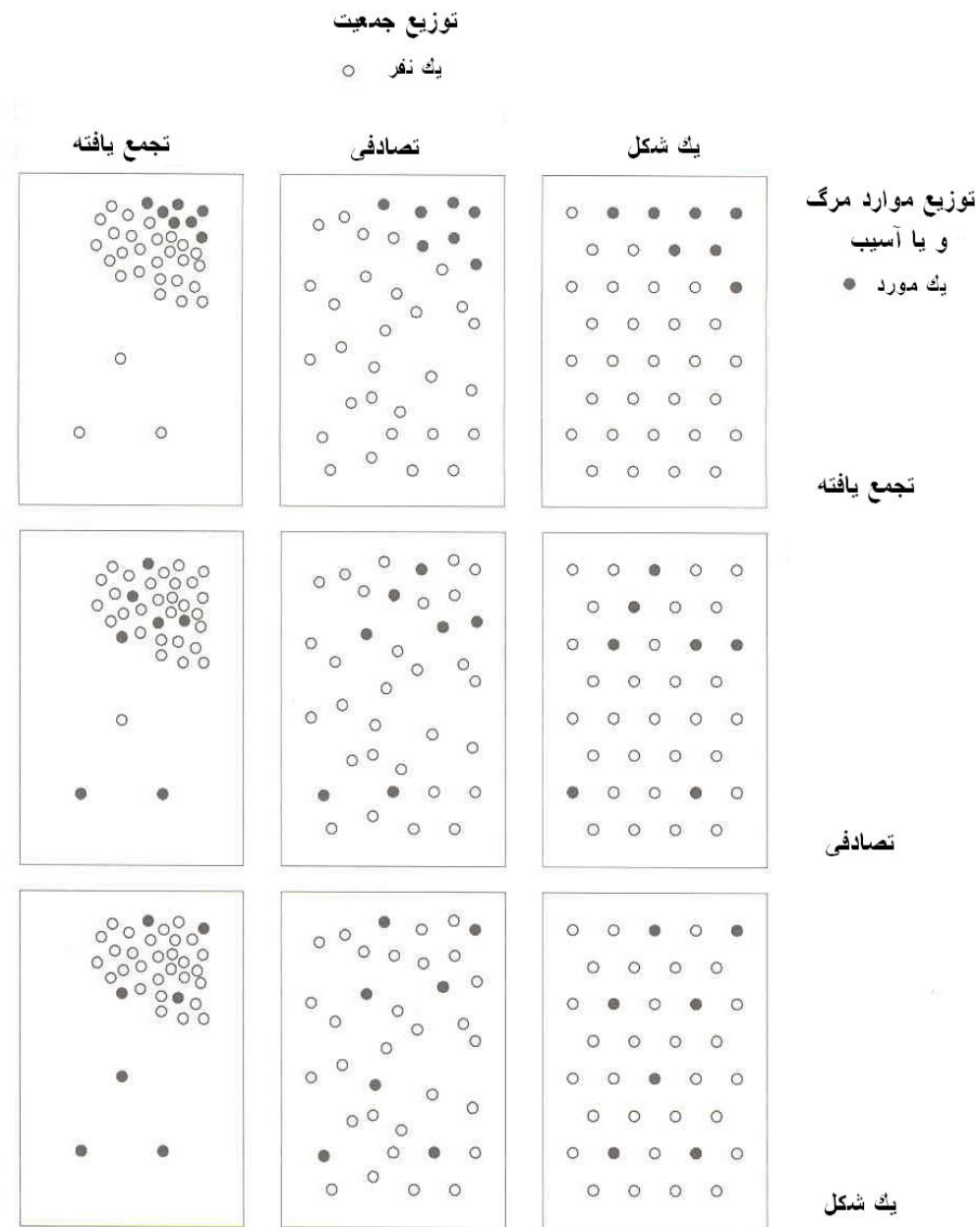
باشد. پس از تعیین این نقاط و ورود آنها به نظام‌های اطلاعات جغرافیایی، می‌توان برای مشخص کردن مناطق مرکزی در این قبیل داده‌ها از نقشه‌های نقطه‌ای (Point maps) استفاده نمود. این نقشه‌ها به ویژه برای پایش چگونگی انتشار بیماری‌های عفونی، مورد استفاده قرار می‌گیرند.

مشهورترین مورد استفاده از نقشه‌های نقطه‌ای، به مطالعه اسنو (Snow) در سال ۱۸۴۵ میلادی پیرامون انتقال بیماری وبا از طریق آب آشامیدنی محله‌هایی از شهر لندن برمی‌گردد (تصویر ۱). این مثال کلاسیک، که در اکثر کتب اپیدمیولوژی ذکری از آن به میان آمده است، بیانگر میزان اهمیت کاربرد نقشه‌های نقطه‌ای در پیدا کردن مناطق در معرض خطر می‌باشد. چرا که اسنو توانست سال‌ها پیش از آنکه عامل بیماری‌زای وبا شناخته شود و تنها با توجه به یک منطقه در معرض خطر مرگ‌های ناشی از این بیماری در شهر لندن، فرضیه فوق را بنا نهد.



تصویر ۱ - بخشی از نقشه اسنو از توزیع بیماری وبا در لندن در سال ۱۸۵۴ میلادی

با این وجود در تفسیر این نقشه‌ها باید دقت لازم را به خرج داد. چرا که ممکن است همانند موارد ابتلا و یا میرایی، جمعیت در معرض خطر نیز به طور یکسان در سطح مناطق جغرافیایی توزیع نشده باشند. از همین رو، ممکن است موارد بیماری و یا مرگ که در نقطه‌ای تجمع حاصل نموده است، فقط به این خاطر باشد که جمعیت در معرض خطر بیشتری در آن محدوده زندگی می‌نمایند. در همین راستا، تصویر شماره ۲ چنین موقعیت‌های فرضی، همراه با سایر موقعیت‌های فرضی ناشی از چگونگی توزیع تعداد یکسانی از موارد یک بیماری عفونی در تعداد یکسانی از جمعیت در معرض خطر را نشان می‌دهد. بنابراین، در تفسیر نقشه‌های نقطه‌ای نه تنها چگونگی توزیع موارد بیماری، حائز اهمیت است، بلکه چگونگی توزیع جمعیت در معرض خطر نیز از اهمیت شایان توجهی برخوردار می‌باشد.



نصویر ۲ - موقعیت‌های فرضی از چگونگی توزیع موارد یک بیماری عفونی در جمعیت در معرض خطر (تعداد موارد بیماری و تعداد جمعیت در معرض خطر در هر منطقه یکسان می‌باشد).

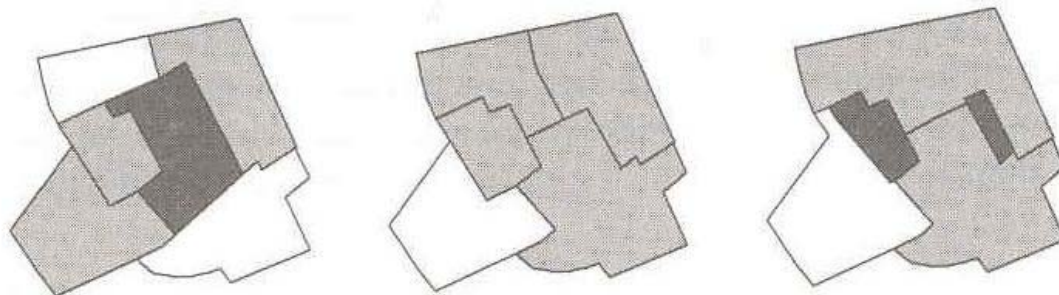
در کنار تهیه نقشه‌های نقطه‌ای، نظام‌های اطلاعات جغرافیایی توانایی دیگری را تحت عنوان تجزیه و تحلیل نقطه در چندضلعی (Point in polygon analysis) در اختیار محققین قرار می‌دهند. با بهره‌گیری از این توانایی، پژوهشگر این امکان را می‌یابد که نه تنها از مشخصات اکولوژیکی منطقه‌ای که در آن یک مورد بیماری

عفونی دیده شده است، بلکه از مشخصات اکولوژیکی مناطق همسایه منطقه مورد نظر نیز اطلاعات لازم را به دست آورد. بدیهی است که با در اختیار داشتن چنین اطلاعاتی بهتر می‌توان در خصوص چگونگی بروز و انتشار آن بیماری اظهار نظر نمود.

ب - مشخص کردن مناطق در معرض خطر برای داده‌های منطقه‌ای

داده‌های منطقه‌ای، داده‌های نسبت داده شده به یک منطقه جغرافیایی مشخص نظیر محله‌ها، شهرها، استانها و یا حتی کشورها می‌باشند که معمولاً در قالب میزان‌ها و یا نسبت‌ها بیان می‌گردند. برای مشخص کردن مناطق در معرض خطر در این قبیل داده‌ها می‌توان از نقشه‌های کروفلت (Choropleth maps) استفاده نمود. در این نقشه‌ها با استفاده از رنگ‌های مختلف و یا الگوهای هاشوری گوناگون و با بهره‌گیری از اصول اساسی تهیه چنین نقشه‌هایی میتوان منطقه یا مناطق در معرض خطر را بر روی نقشه نمایش داد.

به هنگام تهیه این نقشه‌ها باید به این نکته مهم توجه داشت که نمایش نسبت‌ها و یا میزان‌ها به شدت تحت تاثیر اندازه، تعداد و مشخصات محدوده‌های جغرافیایی منتخب، قرار خواهد گرفت. مثال بسیار جالب این نکته را می‌توان در نقشه‌های کروفلت تهیه شده بر پایه مطالعه اسنو مشاهده نمود. نقشه‌های ارائه شده در تصویر شماره ۳ نشان می‌دهد زمانی که داده‌های نقطه‌ای مطالعه اسنو را در محدوده‌های جغرافیایی مختلف تبدیل به میزان نموده و نقشه کروفلت آن را ترسیم نمائیم، نتایج بسیار متفاوتی را به دست خواهیم آورد. از سه نقشه تهیه شده، تنها نقشه حالت سوم است که دقیقاً به شناخت منطقه مرکزی کمک می‌نماید.



حالت سوم

حالت دوم

حالت اول

تصویر ۳ - نقشه‌های منطقه‌ای گوناگون تهیه شده بر پایه مطالعه اسنو از توزیع بیماری وبا در لندن در سال ۱۸۵۴ میلادی

شناخت دقیق مناطق در معرض خطر می‌تواند از نظر برنامه‌ریزی در جهت کنترل و پیشگیری از بیماری‌های عفونی حائز اهمیت شایانی باشد، چرا که معمولاً انتقال عفونت در این مناطق ریشه در الگوهای اجتماعی نظیر فقر، بیکاری، مسکن نامناسب، عدم دسترسی به مراقبت‌های بهداشتی و موضوعاتی از این دست دارد. بنابراین، نه تنها به وجود آمدن چنین مناطقی را بایستی نتیجه بی‌عدالتی‌های اجتماعی و سیاسی دانست،

بلکه مبارزه و کنترل بیماری‌های عفونی در این مناطق را نیز بایستی در قالب برنامه‌های کلی‌تر به منظور رفع تبعیض و بی‌عدالتی برنامه ریزی نمود.

نقشه‌های پی در پی

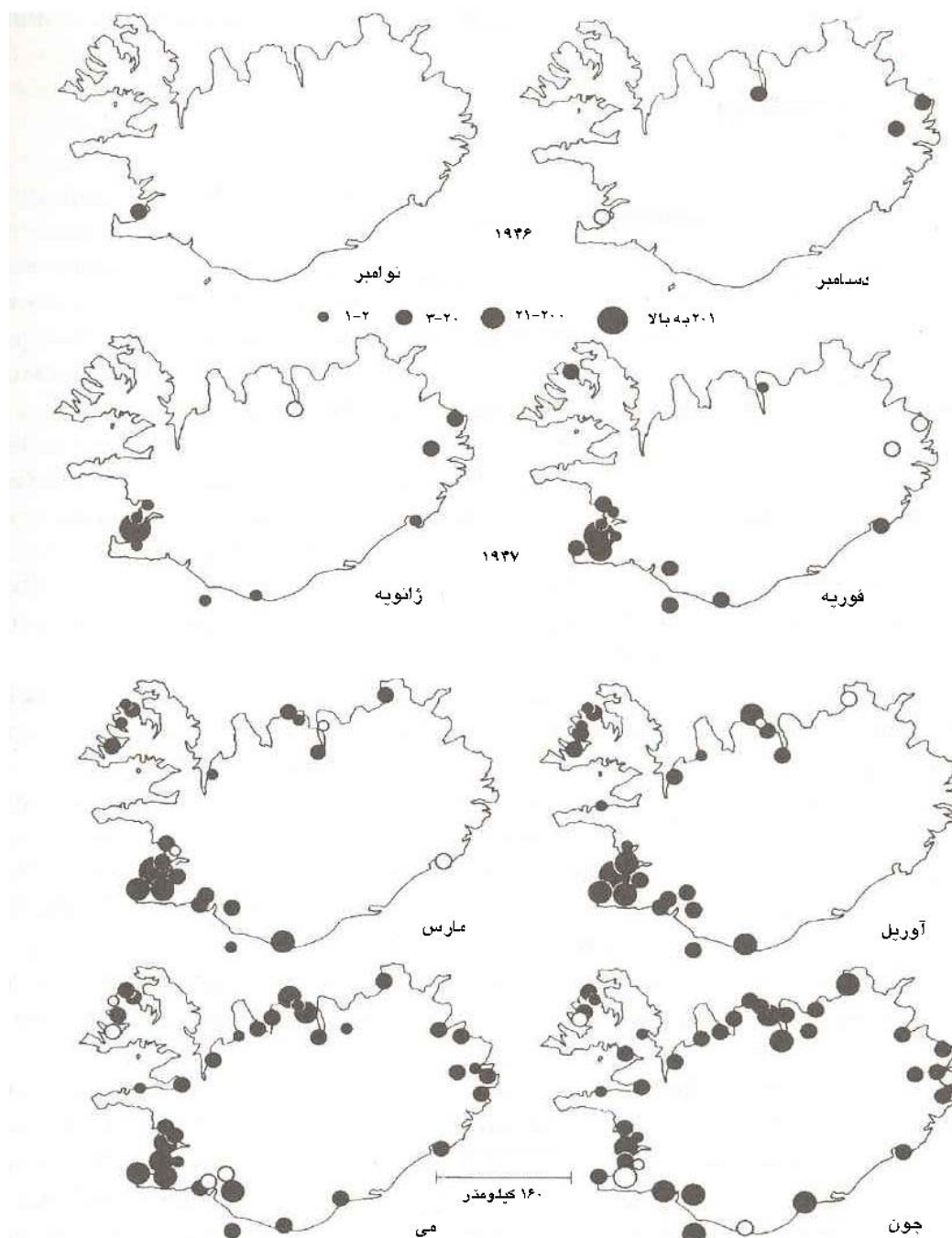
نقشه‌های پی در پی (Map sequences) که می‌توان آن‌ها را برای هرگونه اطلاعات جغرافیایی که با مرور زمان تغییر می‌کند رسم نمود، به طور گسترده‌ای برای مطالعه چگونگی انتقال بیماری‌های عفونی، مورد استفاده قرار گرفته است. نقشه‌های پی در پی مشتمل بر گروهی از نقشه‌ها می‌باشند که در کنار یکدیگر و در یک صفحه، نشان دهنده چگونگی توزیع جغرافیایی بیماری در زمان‌های مختلف می‌باشند. این نقشه‌ها می‌توانند نمایانگر محل رخداد هر مورد بیماری و یا مرگ بوده و یا میزان‌های هر منطقه و یا حتی اختلاف میزان‌های هر منطقه را در فواصل زمانی مختلف نشان دهند. اطلاعات جانبی نظیر مسیرهای رفت و آمد را نیز می‌توان به این نقشه‌ها اضافه نمود تا ارتباط الگوی توزیع بیماری با الگوی رفت و آمد و یا توزیع کالا را نیز مشخص نمود.

مثال بسیار جالب از یک نقشه پی در پی را می‌توان در مطالعه مربوط به توزیع ماهانه بیماری سرخک در ایسلند، از نوامبر سال ۱۹۴۶ تا جون ۱۹۴۷ میلادی، مشاهده کرد (تصویر ۴)، که در آن به خوبی چگونگی انتقال بیماری در طول جزیره به تصویر کشیده شده است. تهیه این نقشه نه تنها به محققین کمک نمود تا چگونگی انتقال بیماری در طول زمان را مورد بررسی قرار دهند، بلکه با مقایسه این نقشه با نقشه مربوط به سال‌های قبل، آن‌ها همچنین توانستند به اهمیت نقش افزایش حمل و نقل در انتقال بیماری پی ببرند.

نقشه‌های جان‌دار

نقشه‌های جان‌دار (Animated maps)، نقشه‌هایی هستند که به طور خودکار تغییرات به وجود آمده در طول زمان را به تصویر کشیده و با استفاده از آن‌ها می‌توان در خصوص گسترش و یا کاهش بیماری‌های عفونی در طول زمان و مکان اطلاعات بسیار جالبی را نمایش داد. با پیشرفت‌های اخیر به عمل آمده در زمینه سخت افزارها و نرم افزارهای گرافیکی، تهیه چنین نقشه‌هایی روز به روز امکان‌پذیرتر می‌گردد. در حال حاضر نقشه‌های جان‌دار اندکی در زمینه بیماری‌های عفونی تهیه شده است که علت آن را می‌توان نیاز به رعایت مسائل بسیار مهم جهت تهیه این نقشه‌ها اشاره نمود که در تهیه نقشه‌های معمولی نیازی به رعایت آن‌ها وجود ندارد. برای نمونه، یکی از این مسائل بسیار مهم مربوط به مدت زمان مورد نیاز برای نشان دادن هر تصویر می‌باشد که محتاج برنامه‌ریزی دقیقی است.

یکی از بهترین مثال‌ها در زمینه کاربرد نقشه‌های جان‌دار در انتقال بیماری‌های عفونی، مربوط به چگونگی گسترش بیماری HIV/AIDS در ایالات متحده آمریکا می‌باشد که توسط مرکز کنترل و پیشگیری از بیماری‌ها (CDC) تهیه شده است. در این نقشه که موارد سالانه بیماری ایدز توسط نقاط زرد رنگ بر روی زمینه مشکی به تصویر کشیده شده است، به زیبایی چگونگی گسترش روزافزون بیماری ایدز در طول زمان نشان داده شده است.



نصویر ۴ - نقشه پی در پی از توزیع ماهانه بیماری سرخک در ایسلند (از نوامبر سال ۱۹۴۶ تا جون ۱۹۴۷ میلادی)

نتیجه گیری

نظام‌های اطلاعات جغرافیایی همراه با نظام موقعیت‌یاب جهانی قادرند تا توانایی‌های متعددی نظیر:

مشخص کردن مناطق در معرض خطر، تجزیه و تحلیل نقطه در چند ضلعی، نقشه‌های پی در پی و نقشه‌های جان‌دار را در جهت شناخت تغییرات جغرافیایی بیماری‌های عفونی در اختیار متخصصین امور بهداشتی قرار دهند. با استفاده از این توانایی‌ها، متخصصین علوم بهداشتی به درک بهتری از رابطه مکان با این قبیل بیماری‌ها رسیده و در نتیجه خواهند توانست در شناخت، پایش، پیشگیری و کنترل بیماری‌های عفونی تصمیمات علمی‌تری را اتخاذ نمایند. این نکته به نوبه خود به برنامه‌ریزی دقیق‌تر خدمات بهداشتی به ویژه از نظر تخصیص منابع، منجر گردیده که در نهایت باعث ارتقاء سطح سلامت افراد و جوامع می‌شود. اکنون که پهنه تحقیقات بین‌المللی شاهد رشد روزافزون مطالعاتی است که در آن‌ها با بهره‌گیری از فن‌آوری‌های اخیر، نقش مهم مکان در سلامت انسان مورد بررسی دقیق علمی قرار گرفته است، شایسته می‌باشد که پژوهشگران ایرانی نیز از این پیشرفت‌ها غافل نبوده و در مطالعه بیماری‌های عفونی از آن‌ها بهره‌های شایانی ببرند.

سپاسگزاری

از همسرم سرکار خانم فاطمه یاحقی و دخترانم مریم و مهسا که مشوق من در نگارش این گفتار بوده‌اند، صمیمانه قدردانی می‌نمایم.

منابع

- ۱ - رضائیان محسن. اپیدمیولوژی جغرافیایی. اراک: انتشارات نویسنده. ۱۳۸۸.
2. Sen K, Bonita R. Global health status: two steps forward, one step back. *Lancet* 2000; 356: 577-582.
3. Heymann DL. Control of communicable disease manual. Washington DC: American Public Health Association, 2004.
4. Rytkönen MJP. Not all maps are equal: GIS and spatial analysis in epidemiology. *Int J Circumpolar Health* 2004; 63: 9-24.
- ۵ - رضائیان محسن. کاربرد نظام‌های اطلاعات جغرافیایی و نظام موقعیت یاب جهانی در بهداشت عمومی و اپیدمیولوژی. اراک: انتشارات نویسنده. ۱۳۸۸.
6. Clarke KC, McLafferty SL, Tempalski BJ, On epidemiology and geographical information systems: a review and discussion of future directions. *Emerg Infect Dis* 1996; 2 : 85-92.
7. Longley PA, Goodchild MF, Maguire DJ, Rhind DW. *Geographical Information System and Sciences*. Chichester: John Wiley and sons, 2005.
8. Rezaeian, M. In the review of the book: An introductory guide to disease mapping. *Stat Methods Med Res* 2001; 10: 445-446.
9. Aronoff S. *Geographic Information Systems: A management prospective* 1989. Ottawa, Canada: WDL Publications.

10. Rezaeian, M. The application of the place-related sciences and technologies to investigate the health problems within the Eastern Mediterranean Region. *East Mediterr Health J* 2009; 15 :1564-1569.
11. Loslier L. Geographical information systems (GIS) from a health perspective. In: *GIS for health and the environment* (Edited by: De Savigny D, Wijeyaratne P) Ottawa: IDRC 1994, 13-20.
12. Waller LA. Geographic Information Systems and Environmental health. *Health Environ Digest*. 1996; 10: 85-88.
13. Wakefield JC, Best NG, Waller L. Bayesian approach to disease mapping. In Elliott P, Wakefield JC, Best NG, Briggs DJ. *Spatial epidemiology, methods and application*, pp 104-127. Oxford: Oxford University Press, 2000.
14. Lawson AB, Williams FLR. *An introductory guide to disease mapping*. Chichester: John Wiley, 2001.
15. MacMahon B, Trichopoulos D. *Epidemiology principles and methods*. USA: Little Brown and Company, 1996.
16. Bailey TC, Gatrell AC. *Interactive spatial data analysis*. Harlow: Longman, 1995. London: p 52.
17. Tanser FC, Le Sueur D. The application of Geographical Information Systems to important public health problems in Africa. *Int J Health Geogr* 2002; 1: 4.
18. McDonnell R, Kemp K. *International GIS dictionary*. John Wiley and sons. 1995. New York: p 43.
19. Cromley EK, McLafferty SL. *GIS and public health*. New York: The Guilford Press, 2002. p 85.
20. Kennedy M. *Global positioning system and GIS*. Taylor and Francis, London: 2002. pp 1-10.
21. Waller LA, Gotway CA. *Spatial statistics for public health data*. John Wiley and sons, New Jersey: 2004. p 60.
22. Snow J. *On the mode of communication of cholera*. London: Churchill Livingstone, 1854.
23. Mausner JS, Kramer S. *Epidemiology. An introductory text*. USA: W.B. Saunders Company, 1985.
24. Timmreck TC. *An introduction to Epidemiology*. USA: Jones & Bartlett Publishers, 2002.
25. Gerstman BB. *Epidemiology kept simple. An introduction to classic and modern epidemiology*. USA: Willey-Liss, 2003.
26. Gordis L. *Epidemiology*. USA: W.B. Saunders Company, 2004.
27. Tufte ER. *Visual explanations: Images and quantities, evidence and narratives*. Cheshire: Graphic Press, 1997.
28. Rezaeian, M. How to visualize public health data? Part one: Box plot and map. *Middle East J Family Med* 2008; 10 :20-24.
29. Bithell JF. Geographical analysis. In Armitage P, Colton T. *International encyclopaedia of biostatistics*, pp 1701-1716, Chichester: John Wiley, 1998.
30. Rezaeian, M. Dunn, G. St. Leger, S. Appleby L. Geographical epidemiology, spatial analysis and

geographical information systems: a multidisciplinary glossary. *J Epidemiol Community Health* 2007; 61 : 98-102.

31. Rezaeian, M. Dunn, G. St. Leger, S. Appleby L. The production and interpretation of disease maps: A methodological case-study. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol.* 2004; 39: 947-954.

32. Monmonier M. *How to lie with maps*. Chicago: The university of Chicago Press, 1996.

33. Cliff, A., Haggett P. *Atlas of disease distributions: analytic approaches to epidemiological data*. Oxford; UK: Blackwell Reference 1988.

34. Centers for Disease Control and Prevention. *AIDS cases dot map summary*. Available: http://www.cdc.gov/nchstp/hiv_aids/graphics/dotmap.htm. [2000].

35. Gatrell A, Loytonen M. *GIS and health*, pp 191-203. London: Taylor & Francis, 1998.

36. Gatrell A, Senior M. Health and health care applications. In: Longley PA, Maguire DJ, Goodchild MF, Rhind DW (Eds.), *Geographical Information Systems: Principles and Applications*, 2nd Edition 1999. Longman, London.

37. Goodchild MF. Geographical information science. *Int J Geogr Inf Sys* 1992; 6(1).

38. Macintyre S, Ellaway A, Cummins S. Place effects on health: how can we conceptualise, operationalise and measure them? *Soc Sci Med* 2002; 55 : 125-139.

39. Smith CM, Le Comber SC, Fry H, Bull M, Leach S, Hayward AC. Spatial methods for infectious disease outbreak investigations: systematic literature review. *Euro Surveill.* 2015;20(39).

40. Nihei N. Analysis of Distribution of Vector-Borne Diseases Using Geographic Information Systems. *Nihon Eiseigaku Zasshi.* 2017;72(2):123-127.

کتاب جامع

بهداشت عمومی

فصل ۱۴ / گفتار ۷ / دکتر بهاره یزدی زاده و دکتر سیدرضا مجدزاده

ارزیابی فناوری سلامت

فهرست مطالب

۳۰۲۱	اهداف درس
۳۰۲۱	تعاریف
۳۰۲۱	فناوری
۳۰۲۲	فناوری سلامت
۳۰۲۲	ارزیابی فناوری سلامت
۳۰۲۲	ارزیابی فناوری سلامت: ضرورت و تاریخچه
۳۰۲۳	روش شناسی ارزیابی فناوری سلامت
۳۰۲۹	ارزیابی فناوری سلامت در ایران
۳۰۳۰	ارزیابی فناوری سلامت در سایر کشورها
۳۰۳۰	منابع برای مطالعه بیشتر

ارزیابی فناوری سلامت Health Technology Assessment

دکتر بهاره یزدی زاده و دکتر سیدرضا مجدزاده
مرکز تحقیقات بهره‌برداری از دانش سلامت و دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی
تهران

اهداف درس

انتظار می‌رود فراگیرنده پس از مطالعه این گفتار، بتواند:

- فناوری سلامت و ارزیابی فناوری سلامت را تعریف کند
- نقش ارزیابی فناوری سلامت را برای تقویت تصمیم‌گیری مطلع از شواهد و تامین عدالت در سلامت توجیه کند.
- مواردی از فناوری که مورد ارزیابی قرار می‌گیرد را برشمرد.
- توضیح دهد که چه روش‌شناسی‌هایی و چه ملاحظات در ارزیابی فناوری سلامت مورد استفاده قرار می‌گیرد.
- توضیح دهد که چگونه می‌توان احتمال استفاده از نتایج گزارشات ارزیابی فناوری سلامت را افزایش داد.
- شرح دهد که چگونه تفاوت‌های نظام‌های سلامت در کشورها باعث می‌شود که جایگاه و نقش موسسات ارزیابی فناوری سلامت متفاوت باشد.

تعاریف

فناوری

عبارت است از ترکیب دانش‌ها، فرآیندها، ابزارها، روش‌ها و نظام‌های به کار رفته در ساخت محصولات و ارائه خدمات است. فناوری می‌تواند به صورت نرم و سخت باشد. ابزارهایی مانند دستگاه‌های تصویربرداری و یا

رایانه نمونه ای از فناوری سخت می باشند. در حالی که از نمونه های فناوری نرم می توان از روش های مدیریت و مداخله های آموزشی نام برد.

فناوری سلامت

همه مداخله های نظام سلامت را می توان فناوری سلامت تلقی کرد. به عنوان مثال در بیماری های قلبی و عروقی در حیطه پیشگیری مداخلاتی همانند آموزش عمومی برای تغییر سبک زندگی، استفاده از داروی کاهش دهنده چربی خون، در حیطه درمان، استفاده از دستگاه سی تی آنژیوگرافی، انواع روش های جراحی، و یا به طور کلی تعیین نوع خدمتی که در سطوح مختلف نظام سلامت باید ارائه شود (شامل سطوح خانه بهداشت، مرکز بهداشتی- درمانی، بیمارستان شهرستان و یا استان) همگی از جمله مداخلات نظام سلامت می باشند.

ارزیابی فناوری سلامت

حیطه ای چند رشته ای است که به مطالعه جنبه های پزشکی، اجتماعی، اخلاقی و اقتصادی، در خصوص توسعه، انتشار و استفاده از فناوری های سلامت می پردازد.

ارزیابی فناوری سلامت: ضرورت و تاریخچه

توسعه فناوری های سلامت رشد بسیار سریعی دارد. دانش جهانی توسعه می یابد و سرمایه گذاری های زیادی در زمینه توسعه دانش علوم پزشکی صرف می شود. از یک سو مردم و ارایه کنندگان خدمات دوست دارند که از روش ها و فناوری های نوین در خدمات استفاده کنند. و از سوی دیگر، تجربه جهانی حاکی از این است که تخصصی شدن آموزش ها و خدمات علوم پزشکی، رشد تعداد دانش آموختگان در رشته های تخصصی و فوق تخصصی، باعث رشد تقاضا برای استفاده از فناوری ها می شود که در موارد متعددی غیرضروری هستند (که به این پدیده تقاضای القایی^۱ می گویند). رشد تقاضای القایی باعث تحمیل هزینه های غیر ضروری به بیمار و جامعه می شود. تامین این هزینه ها بار زیادی را به بودجه کشورها وارد می کند و به نابرابری ها در بهره مندی از خدمات و بی عدالتی در سلامت دامن می زند. جنبه دیگر موضوع مثال هایی مانند استاتین ها برای کاهش کلسترول و تاموکسی فن در درمان مراحل اولیه سرطان پستان دارد. این داروها در برهه ای از زمان علیرغم این که با اطلاعات همان زمان نیز باید موثر تشخیص داده می شدند، ولی به کار گرفته نشدند. سوال اساسی این است که بر اساس شواهد و دانش موجود، کدام فناوری و یا مداخله سلامت مفید است و کدام بر دیگری ارجحیت دارد؟ این های مجموعه مسایلی است که نیاز به ارزیابی فناوری سلامت (Health Technology Assessment: HTA) را توجیه کرده است.

HTA از دهه هفتاد میلادی و با شتاب گرفتن گذرهای اپیدمیولوژیک (وقوع بیماری های غیرواگیر و

¹ Induced demand

مزمّن که ناتوانی زیادی ایجاد می کنند)، جمعیت شناختی (مسن شدن جوامع) و فناورانه (ظهور فناوری های نوین) در بدو نخست در آمریکای شمالی و اروپا پدید آمد. در ابتدا حیطه HTA بیشتر مربوط به فناوری های دستگاهی می شد، ولی امروزه (طبق تعریفی که در ابتدای گفتار ارایه شد) دامنه وسیعی از مداخله های سلامت را شامل می شود. این موارد همه اقداماتی است که در زمینه روش ها و مداخله های طبی و بهداشتی، تجهیزات، مواد، داروها، ساختار ها و سازماندهی های مربوط به سلامت و خدمات حمایتی از فرآیندهای سلامتی صورت می پذیرد.

در نخستین نمونه از فناوری هایی که در ایران ارزیابی آن ها برای وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی ایران مطابق اصول HTA انجام شده به اسکن پوزیترون ایمیشن توموگرافی^۲ (PET Scan)، هاپیباریک اکسیژن تراپی^۳ (HBOT) و غربالگری HTLV-II^۴ برمی خوریم. این موارد هم اهمیت بهداشت عمومی دارند و هم در صورت استفاده نابجا می توانند هزینه های زیادی را به جامعه تحمیل کنند.

روش شناسی ارزیابی فناوری سلامت

هدف نهایی HTA تقویت تصمیم سازی آگاه^۵ از شواهد است. در واقع HTA می خواهد با بهترین استفاده از شواهد موجود، بستر مناسب برای تصمیم گیری ها آگاه از شواهد را در خصوص انتخاب مداخله های سلامت فراهم آورد. در نتیجه برای مشخص کردن مناسب بودن یک فناوری باید جنبه های مختلفی را مورد ارزیابی قرار دهد که عبارتند از:

- ✓ خصوصیات فناوری (مانند دقت، صحت، سایر خصوصیات فنی)
- ✓ کارایی، کارسازی^۶، و بی خطری^۷
- ✓ ارزیابی اقتصادی یا کارآمدی^۸
- ✓ جنبه های اخلاقی و قانونی فناوری
- ✓ تاثیرات اجتماعی^۹
- ✓ جنبه های سازمانی و مدیریتی استفاده از فناوری (منابع انسانی، مالی، تجهیزاتی، نگهداری و ...)

در حال حاضر استاندارد مورد قبول در مورد روش شناسی ارزیابی فناوری سلامت، HTA core

^۲ Positron Emission Tomography Scan

^۳ Hyperbaric Oxygen Therapy

^۴ Human T-cell Lymphotropic Virus

^۵ Evidence Informed Decision Making

^۶ Efficacy

^۷ Effectiveness

^۸ safety

^۹ Efficiency

^{۱۰} Social impact

model میشود که توسط "شبکه اروپایی ارزیابی فناوری سلامت" (European Network for Health Technology Assessment: EUnetHTA) تهیه شده است (www.eunetha.eu). در این استاندارد، به تفکیک جنبه های مورد بررسی روش شناسی اختصاصی بیان شده است.

برای بررسی این جنبه های مختلف و با تاکید بر استفاده از شواهد موجود^{۱۱}، در HTA روش شناسی های خاصی ارزش بیشتری پیدا می کنند^{۱۲}:

برای مطالعه جنبه های کارایی، کارسازی و بی خطری، "مطالعه های مروری منظم"^{۱۳} رکن مهمی را دارند. در واقع در این مطالعه ها بر حسب مورد (که عمدتاً برای انجام HTA روی اثر داروها، سایر مداخله ها و یا توانایی تشخیصی آزمون ها صورت می گیرد) سوال مشخص انتخاب شده و جستجوی جامعی در بانک های اطلاعاتی برای مقالات مرتبط به آن ها صورت می گیرد. بدیهی است که در صورت وجود بررسی مروری منظم که از قبل انجام شده باشد، ارزیابی کیفیت آن انجام می گیرد. در صورت قدیمی بودن، بررسی مروری منظم موجود "به روز"^{۱۴} می شود. در صورتی که بررسی مروری منظم مرتبط وجود نداشته باشد و یا کیفیت لازم را نداشته باشد، ناگزیر بایستی مطالعه مروری منظم انجام پذیرد، یعنی مطالعه های اولیه موجود بررسی گردد (که انتظار می رود در اولویت نخست را کارآزمایی های بالینی داشته باشند)، کیفیت آن ها ارزیابی شده، داده های مربوطه استخراج و در صورت امکان با روش های آماری (متاآنالیز) تحلیل می شوند.

در مورد بی خطری و ایمنی روش شناسی تا حدودی متفاوت می باشد. بدیهی است که زمان بررسی کارایی و کارسازی، همواره ایمنی باید مورد نظر قرار داشته باشد اما باید توجه نماییم که پیامدهای منفی و نامطلوب فناوری ها با احتمال کمتری در مطالعات کارآزمایی شناسایی می گردند و این به علت حجم نمونه پایین در کارآزمایی ها و مدت زمان نسبتاً کم پیگیری در این نوع مطالعات میباشد. به همین دلیل پیشنهاد می گردد برای شناسایی پیامدهای نامطلوب فناوری ها از مطالعات موردی (case studies)، مطالعات همگروهی (cohorts)، ثبت ها (registries)، نظام های فارماکوویژیلاس (pharmacovigilance system) و نظام مراقبت بعد از بازاریابی (post marketing surveillance) استفاده گردد.

ارزیابی اقتصادی از ارکان مهم HTA هستند و کمتر گزارشی را می توان یافت که از این روش ها

¹¹ در مقابل انجام پژوهش اولیه یعنی تولید شواهد جدید. در واقع هدف این است که حتی الامکان از پژوهش هایی که از قبل وجود دارد استفاده شود.

¹² هدف از این متن ذکر جزییات روش شناسی برای هر یک از جنبه های HTA نیست. بلکه می خواهد با مروری اجمالی، طیف کار و زمان بودن آن را نشان دهد.

¹³ Systematic review

¹⁴ Up-date

استفاده نکرده باشد. در این نوع مطالعه ها به طور معمول از روش های هزینه-تاثیر^{۱۵}، هزینه-منفعت^{۱۶} و یا هزینه-سودمندی^{۱۷} (که در همه هزینه ثابت است ولی نتیجه مداخله را به ترتیب در قالب "وضعیت یک شاخص سلامتی"، یک "مقیاس قضاوت شده مانند عمر با کیفیت" و یا "منفعت اقتصادی" سنجیده می شوند) استفاده می گردد. ماهیت این مطالعه ها به نحوی است که در آن ها داده های هزینه و نیز اثر مداخله ها مورد نیاز هستند و بایستی از منابع مختلف گردآوری شوند. در بسیاری از موارد، الف) داده های حاصل از مطالعه های موجود کافی نمی باشد، و یا این که ب) تفاوت هایی بین محل برگزاری انجام آن ها با شرایطی که می خواهیم از ارزیابی اقتصادی استفاده کنیم وجود دارد. در هر دو حالت (الف و یا ب) ناگزیر نمی توان به صورت مستقیم از داده ها استفاده کرد و به همین دلیل به مدل سازی (مانند درخت تصمیم گیری) روی می آوریم. به واسطه طیف داده هایی که مورد استفاده قرار می گیرد و این که معمولاً به جای یک عدد خاص برای یک پارامتر دامنه ای از اعداد به دست می آید، به تحلیل حساسیت^{۱۸} در این مدل سازی ها نیاز است.

توجه به تاثیرات اجتماعی، ملاحظات سازمانی، ملاحظات اخلاقی و نیازهای قانونی فناوری ها، در برخی موارد انجام مطالعه های کیفی را اجتناب ناگزیر می کند. در واقع حتی اگر بتوان تصور کرد که از داده های مطالعه های بین المللی برای دو مورد قبلی (بررسی مروری منظم برای بررسی اثر مداخله ها و ارزیابی اقتصادی) بتوان استفاده کرد، بعید است که در مورد تاثیرات اجتماعی و اخلاقی فناوری ها بتوان تنها به اطلاعات و مطالعات بین المللی اکتفا کرد. لذا در این قسمت انتظار می رود مطالعه اولیه^{۱۹} (یعنی بر روی افراد) در همان جامعه جستجو و یا انجام شود، که در این جنبه ها بیشتر روش شناسی کیفی مورد نیاز می باشد. البته در این مورد هم باید توجه نمود که ابتدا باید مطالعات مروری کیفی (qualitative evidence synthesis) را جستجو نمود و در صورت فقدان آن، مطالعات اولیه با روش کیفی را انجام داد.

مرحله بعد تلفیق یافته هایی است که از این منابع مختلف بدست آمده و تطبیق این یافته ها با شرایط بومی (جایی که HTA در آن صورت می گیرد) است. تحلیل سیاستی^{۲۰} در این قسمت می تواند راهگشا باشد.

در کنار این روش شناسی ها، دانش لازم در زمینه مدیریت منابع، خود فناوری و جنبه های حقوقی اهمیت دارند. به همین واسطه است که ارزیابی فناوری سلامت یک مطالعه چند رشته ای تلقی می گردد و ناگزیر برای انجام آن باید از دانش های مختلف مانند اقتصاد سلامت، اپیدمیولوژی، مدیریت، سیاست گذاری، اخلاق، حقوق، علوم

¹⁵ Cost-effectiveness

¹⁶ Cost-utility

¹⁷ Cost-benefit

¹⁸ Sensitivity analysis

¹⁹ تمام موارد بررسی مروری منظم و بیشتر ارزیابی های اقتصادی مطالعه ثانویه تلقی می شوند. چون داده ها به طور مستقیم از نمونه های انسانی و یا در شرایط میدانی گردآوری نمی شوند و این داده ها از مطالعه های قبلی استخراج می شوند.

²⁰ Policy analysis

اجتماعی و دانش فنی مربوط به فناوری (مداخله) مورد مطالعه، استفاده نمود.

برای نقد گزارش های HTA نیز چک لیست های مشخصی وجود دارد که بر اساس آن می توان در خصوص کیفیت HTA انجام شده قضاوت کرد. برای نقد مطالعات HTA علاوه بر استفاده از ابزارهایی که به طور کلی گزارشات را بررسی می نمایند (مانند INAHTA²¹) باید از ابزارهای اختصاصی نقد مطالعات مروری منظم مانند (PRISMA Checklist²²) و مطالعات ارزیابی های اقتصادی (مانند CHEERS²³) نیز استفاده نمود.

برای نقد مطالعات اولیه کیفی ابزارهای نقد (مانند SRQR²⁴، COREQ²⁵) و برای بررسی قابلیت اعتماد به سنتز حاصل از مطالعات مروری کیفی از ابزار CERQUAL²⁶ (ابزاری است که هدف آن حمایت افراد در استفاده از یافته های اینگونه مطالعات در فرایند تصمیم گیری می باشد و دارای پنج حیطه اصلی شامل محدودیت های روش شناسی، انسجام (coherence)، کفایت (adequacy) و ارتباط (relevance) مطالعات اولیه به کاررفته در مطالعات مروری می باشد) استفاده نمود.

با توجه اهمیت استفاده از نتایج HTA در تصمیم سازی ها و برای افزایش امکان بهره برداری از دانش تولید شده از HTA، ترجمان دانش²⁷ حاصل از آن یک ضرورت است. بنابراین باید از ابتدا به این موضوع اندیشید که چگونه میتوان استفاده از نتایج HTA را افزایش داد؟ برای پاسخ دادن به این سوال ابتدا باید مشخص نماییم استفاده از نتایج HTA به چه معناست و سپس درمورد اقدامات و الزامات مورد نیاز برای افزایش آن صحبت نمود.

استفاده از HTA طیف گسترده ای از تصمیمات را در بر میگیرد، آیا اجازه ورود فناوری به کشور را بدهیم، آیا فناوری تحت پوشش بیمه (بسته خدمات پایه) قرار بگیرد، فناوری مورد نظر در چه سطحی از ارائه خدمت قرار بگیرد (بر اساس سطوح ارجاع)، به چه کسانی مجوز استفاده از فناوری داده شود، چه خدمتی با چه کیفیتی توسط فناوری ارائه گردد. در برخی کشورها بعد از تایید ورود و استفاده از فناوری توسط گزارشات HTA، تدوین راهنماهای بالینی²⁸ (به منظور تضمین استفاده صحیح از فناوری توسط ارائه دهندگان خدمت) و ابزارهای کمک تصمیم بیمار (به منظور تضمین استفاده صحیح از فناوری توسط بیماران) می باشد.

²¹ International Network of Agencies for Health Technology Assessment

²² Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses

²³ Consolidated Health Economic Evaluation Reporting Standards

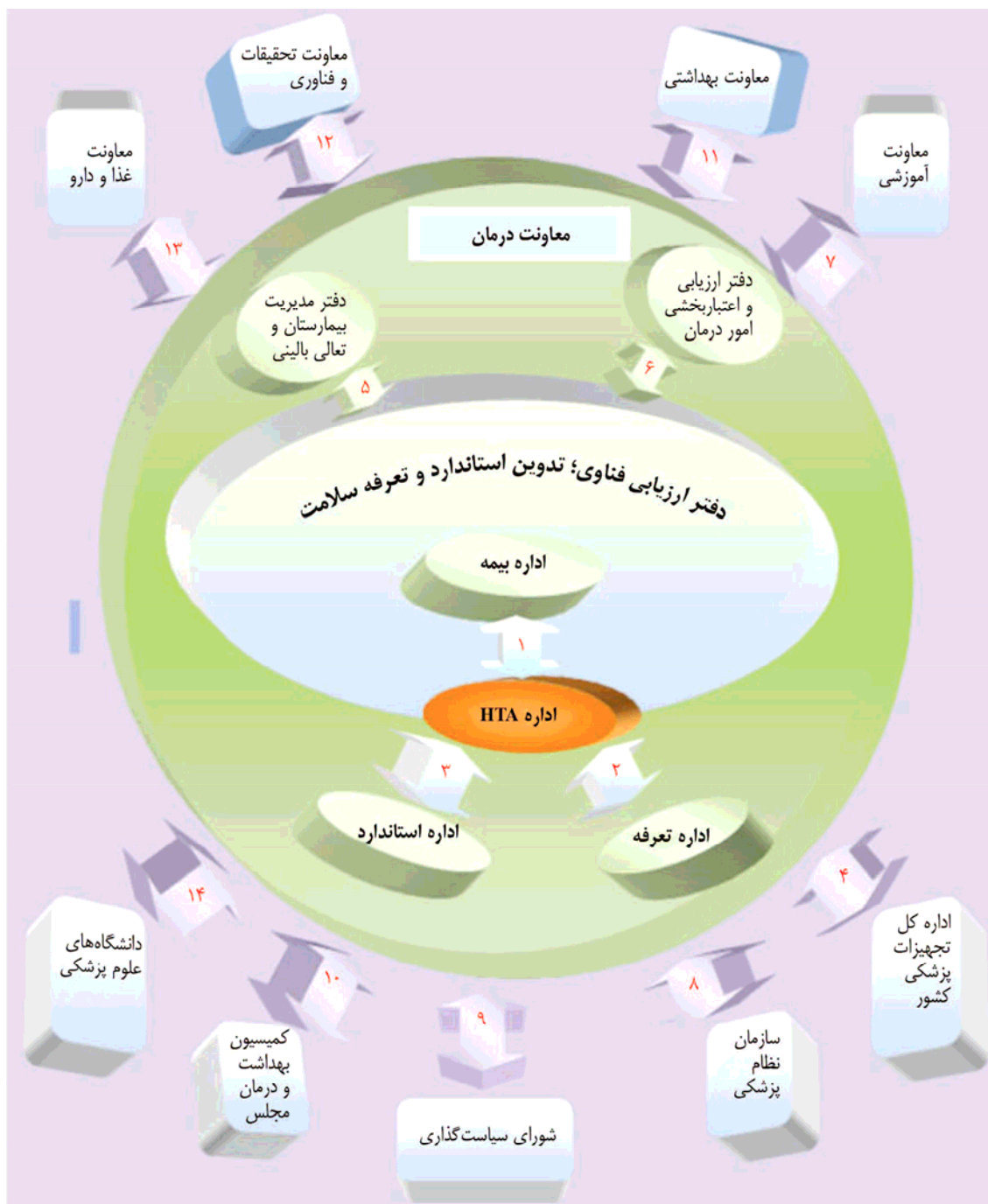
²⁴ Standards for reporting qualitative research: a synthesis of recommendations

²⁵ Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ): a 32-item checklist for interviews and focus groups

²⁶ Confidence in the Evidence from Reviews of Qualitative research

²⁷ در خصوص ترجمان دانش و بهداشت عمومی نگاه کنید به فصل ۱۴، گفتار ۸.

²⁸ Clinical guidelines



شکل ۱ : نحوه ارتباط سازمانی اداره HTA

(<http://ihita.behdasht.gov.ir/index.aspx?fkeyid=&siteid=354&pageid=37721>)

حال باید به اقدامات مورد نیاز برای افزایش استفاده از نتایج HTA بپردازیم. دو اقدام مهم در این مورد مشارکت فعال ذی نفعان در برنامه HTA می باشد (از زمان شناسایی و اولویت بندی موضوعات، انجام HTA و

داروی آن تا انتشار نتایج آن) و انتشار نتایج به زبان گروه مخاطب (ذی نفعان)^{۲۹}، با توجه به آنچه در مورد مفهوم استفاده از نتایج HTA گفته شد، ذی نفعان HTA عبارتند از سیاست گزاران و مدیران در وزارت خانه و سازمان های های مربوط به سلامت، ارائه دهندگان خدمت، گیرندگان خدمت و صنعت. ذی نفعان برنامه HTA در ایران در شکل ۱ مشخص شده است. در این مورد باید توجه نمود منظور از مشارکت در ترجمان دانش، مشارکت فعال و کامل است، یعنی مشارکتی که ذی نفعان مانند یکی از اعضاء تیم تحقیق از ابتدا در ارزیابی فناوری سلامت حضور فعال و تاثیر گذار دارند.

نکته مهم دیگر این است که بایستی نتایج گزارش ها در شکلی که برای ذی نفعان قابل استفاده باشد انتشار یابد. بدیهی است نتایج HTA ممکن است بسیار قاطع به استفاده از فناوری و یا عدم استفاده از آن رسیده باشد و یا به علت مشکلات موجود در کمیت و کیفیت شواهد ممکن است نتیجه گیری ها با قطعیت همراه نباشد، در هر دو حالت پیام نهایی HTA باید به طور شفاف و به زبان قابل درک برای گروه مخاطب بیان شده باشد.

یکی از اقدامات خوبی که در زمینه HTA صورت می گیرد، در اختیار گذاردن گزارش هایی است که در موسسات مختلف در دنیا تهیه می شود. چون سوال استفاده از یک فناوری مشابه برای کشورهای مختلف تکرار می شود، موارد انجام HTA در مورد یک فناوری مشابه در کشورهای مختلف دیده می شود. البته به علت وجود تفاوت ها، وجود گزارش یک HTA در یک کشور نمی تواند باعث شود که HTA در مورد همان فناوری در شرایط دیگر را منتقی کند. اما وجود HTA در کشورهای دیگر اطلاعات پایه بسیار مناسبی را برای کسانی که می خواهند گزارش های HTA جدید را تهیه کنند، فراهم می آورد. به عنوان مثال بانک داده های HTA، در "مرکز مرورها و انتشار"^{۳۰} با آدرس صفحه خانگی www.crd.york.ac.uk/crdweb شکل گرفته که بیش از ده هزار گزارش را پوشش می دهد. پایگاه عرضه اطلاعات www.tripdatabase.com چندین بانک اطلاعات را جستجو می کند و نتیجه آن را در اختیار قرار می دهد.

موضوع دیگری که برای انجام HTA در عمل اهمیت دارد، توجه به تعارض منافع^{۳۱} است. به دلیل این که نتیجه HTA تعیین کننده ورود و یا خرید فناوری است، توجه به این موضوع اهمیت خاص دارد. یکی از روال های متداول در HTA کشورها، مرور همتایان^{۳۲} است که گزارش های تهیه شده را پیش از توزیع، توسط خبرگان زمینه مرور و نقد می شوند و به این طریق اعتبار گزارش تایید می شود.

به این ترتیب مشاهده می شود که انجام HTA فرایند زمان بر همراه با با جزییات فنی زیادی است. به همین دلیل در دنیا انواعی از گزارش های HTA را تعریف می کنند، به طوری که اگر تمام جنبه های فناوری با

²⁹ Consumer involvement (stakeholder engagement)

³⁰ Centre for Reviews and Dissemination

³¹ Conflict of interest

³² Peer-review

روش شناسی گفته شده انجام گردد HTA کامل (full report) و اگر برخی از جنبه ها و فقط به روش مرور شواهد انجام پذیرد به آن مرور سریع (rapid review) می گویند.

روش شناسی گفته شده مربوط به مواردی از HTA است که به کارگیری فناوری ها را موضوع خود قرار داده است. در حالی که کاربرد دیگر HTA طبق تعریف، بررسی انتشار و به کارگیری فناوری ها می پردازد. نمونه ای از این کاربرد HTA به کارگیری بتا انترفرون و ام آر آی (Magnetic Resonance Imaging: MRI) در تهران و ایران که در منابع برای مطالعه بیشتر نمونه ای از آن ارایه شده است. در واقع میزان نفوذ هر نوآوری در جامعه با گذر زمان تغییر می کند و می توان سرعت انتشار آن و عوامل موثر بر آن را مورد مطالعه قرار داد.

ارزیابی فناوری سلامت در ایران

در اردیبهشت ماه سال ۱۳۸۷، برنامه کشوری استقرار نظام HTA توسط معاونت هماهنگی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی طراحی و مطرح شد. در این برنامه رسالت، اهداف، وظایف و نحوه استقرار نظام HTA در ایران تبیین شده بود. اهداف برنامه، تولید اطلاعات با کیفیت و مبتنی بر شواهد در مورد فناوری های سلامت بمنظور تصمیم گیری و انتخاب فناوری در سطوح مختلف نظام سلامت، تبیین مسئولیت ها و استانداردهای HTA و تبیین و تقویت همکاری های بین بخشی و فرابخشی تعریف شده بود. از سال ۱۳۸۹ اداره ارزیابی فناوری سلامت در معاونت درمان وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی به فعالیت می پردازد. این اداره تلاش دارد تا اهداف نظام HTA را به نتیجه برساند. اداره HTA زیر مجموعه دفتر ارزیابی فناوری، تدوین استاندارد و تعرفه سلامت است و طبق فرایند پیش بینی شده اگر گزارش HTA استفاده از فناوری را توصیه نماید باید استاندارد استفاده از آن و سپس تعرفه فناوری مورد نظر در این دفتر مشخص گردد. موضوعات بعد از شناسایی و اولویت بندی در اداره HTA به ملی تحقیقات سلامت اعلام گردیده و توسط موسسه مذکور در کل کشور فراخوان می گردد. دفاتر مشابهی نیز در معاونت دارو و تجهیزات به HTA می پردازند. سازمان های بیمه گر نیز متناسب با نیازهای خود به طور مستقل انجام HTA را مدیریت می نمایند.

به منظور تربیت نیروی انسانی لازم برای انجام HTA، دوره های مختلف آشنایی با این حیطه به صورت کارگاهی از اسفند سال ۱۳۸۷ توسط این اداره برگزار شده است.^{۳۳} نخستین دوره پذیرش دانشجو در این حیطه در ایران از سال ۱۳۸۹ در دانشکده بهداشت دانشگاه علوم پزشکی تهران در مقطع کارشناسی ارشد آغاز گردید.

اهمیت HTA در سیاستگذاری های ملی به حدی است که در سیاست های کلی سلامت که در سال ۱۳۹۴ ابلاغ شده است و مهمترین سند بالادستی نظام سلامت کشور برای تحقق چشم انداز توسعه کشور می باشد در سیاست هشتم و استفاده از ارزیابی فناوری برای افزایش و بهبود کیفیت و ایمنی خدمات و مراقبت های جامع و

^{۳۳} اسلاید های این کارگاه ها در صفحه خانگی اداره به آدرس <http://ihata.behdasht.gov.ir> در قسمت کارگاه ها در دسترس می باشند.

یکپارچه سلامت با محوریت عدالت و تأکید بر پاسخگویی، اطلاع رسانی شفاف، اثربخشی، کارایی و بهره‌وری در قالب شبکه بهداشتی و درمانی منطبق بر نظام سطح بندی و ارجاع تبیین شده است.

چالش‌های برنامه ارزیابی فناوری سلامت در ایران در مطالعات متعددی مورد بررسی قرار گرفته است و به منظور عبور از این چالش‌ها و تقویت برنامه HTA در ایران مداخلات لازم و متناسب با این چالش‌ها باید انجام گردند.

ارزیابی فناوری سلامت در سایر کشورها

HTA در کشورهای مختلف روش شناسی مشابه ولی جایگاه و فرایندی متفاوت دارد. به عنوان مثال در کانادا که در هر استان وزارت بهداشتی وجود دارد و این وزارت متولی تصمیم‌گیری راجع به بسته پایه خدمات در بیمه است، تقریباً هر استان یک موسسه HTA برای مشاوره خود دارد. ولی در برخی کشورها که تصمیم‌گیری‌های سلامت به صورت مرکزی روی می‌دهد، موسسه HTA در سطح ملی تعریف شده است. در نتیجه جایگاه HTA بسته به سطح تصمیم‌گیری و وجود منابع انسانی در کشورهای مختلف متفاوت است. طی سال‌های اخیر شکل‌دهی به واحد HTA در بیمارستان‌ها نیز مورد ارزیابی قرار گرفته و نشان داده شده که هزینه - منفعت آن کاملاً قابل توجیه است. برای همین در بسیاری از کشورها با تأمین نیروی انسانی، شاهد ظهور HTA در بیمارستان‌ها هستیم. از نظر استفاده از نتایج HTA نیز کشورها مختلف متفاوت عمل می‌کنند. در بریتانیا نظام سلامت ملزم به در نظر گرفتن نتایج HTA در تصمیم‌گیری‌های خود است، ولی در کشورهایی مانند استرالیا، کانادا و آلمان نتایج HTA نقش توصیه‌ای داشته و الزام‌آور نمی‌باشند.

منابع برای مطالعه بیشتر

1. European Network for Health Technology Assessment, HTA Core Model, www.eunetha.eu/hta-core-model آخرین دسترسی ۱۳۹۷/۱۲/۲۷
2. National Information Center on Health Services Research and Health Care Technology (NICHSR). HTA 101: Introduction to Health Technology assessment, National Information Center on Health. <http://www.nlm.nih.gov/nichsr/hta101/ta10104.html#Heading19> آخرین دسترسی ۱۳۹۷/۱۲/۲۷
3. Haile D. Toward Transparency in Health Technology Assessment, A Checklist for HTA Reports. Int J Technol Assess Health Care 2003; 19(1):1-7.
4. Olyaeemanesh A, Majdzadeh R. Health technology assessment: A necessity in post-sanctions Iran while implementing the health transformation plan. Med J Islam Repub Iran. 2016 Nov 1;30:436. . آخرین دسترسی ۱۳۹۷/۱۲/۲۷
5. Palesh M, Tishelman C, Fredrikson S, Jamshidi H, Tomson G, Emami A. "We noticed that suddenly the country has become full of MRI". Policy makers' views on diffusion and use of health technologies in Iran. Health Res Policy Syst. 2010 Apr 6; 8:9. آخرین دسترسی ۱۳۹۷/۱۲/۲۷

6. Lewin S, Booth A, Glenton C, Munthe-Kaas H, Rashidian A, Wainwright M, et al. Applying GRADE-CERQual to qualitative evidence synthesis findings: introduction to the series. *Implementation science* : IS. 2018 Jan 25;13(Suppl 1):2.

کتاب جامع

بهداشت عمومی

فصل ۱۴ / گفتار II / دکتر سیما نجات، دکتر آیت احمدی، دکتر بهاره یزدی
زاده و دکتر سیدرضا مجدزاده

ترجمان دانش و بهداشت عمومی

فهرست مطالب

۳۰۳۳	اهداف درس
۳۰۳۳	تعریف و اهمیت ترجمان دانش
۳۰۳۴	مراحل ترجمان دانش
۳۰۳۵	۱- چه پیامی؟
۳۰۳۶	۲- به چه کسی؟
۳۰۳۷	۳- توسط چه کسی؟
۳۰۳۷	۴- چگونه؟
۳۰۳۹	۵- با چه اثری؟
۳۰۴۰	ترجمان دانش در چرخه تولید و به کارگیری دانش
۳۰۴۱	مهارت‌های لازم برای ترجمان دانش
۳۰۴۱	تصمیم گیرندگان
۳۰۴۳	تولید کنندگان دانش (محققین)
۳۰۴۵	واسطه‌های دانش
۳۰۴۵	حیطه عمل ترجمان دانش
۳۰۴۶	خلاصه
۳۰۴۶	پیوست یک- راهنمای تهیه گزارش مناسب مخاطب ۱:۳:۲۵
۳۰۴۷	منابع برای مطالعه بیشتر
۳۰۴۷	منابع

ترجمان دانش و بهداشت عمومی

Knowledge Translation & Public Health

دکتر سیما نجات، دکتر آیت احمدی، دکتر بهاره یزدی زاده و دکتر سید رضا مجدزاده
مرکز تحقیقات بهره برداری از دانش سلامت و دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی تهران

اهداف درس

انتظار می‌رود فراگیرنده پس از مطالعه این گفتار، بتواند:

- ترجمان دانش را تعریف کند
- پنج مرحله‌ی ترویج شواهد جدید را فهرست نماید
- ارزش انواع روش‌های مطالعه را در تولید پیام قابل انتقال مقایسه نماید
- جایگاه ترجمان دانش را در زنجیره تولید دانش و به کارگیری آن برشمرد
- بپذیرد که مهمترین رکن ترجمان دانش تعامل بین ذینفعان است
- بداند که خود وی در کدامیک از گروه‌های تصمیم گیرنده، تولید کننده و یا واسطه دانش قرار می‌گیرد و متناسب با آن باید چه مهارت‌هایی داشته باشد
- انواع محصولات دانشی که به عنوان محتوی باید برای گروه‌های مخاطب تهیه شود را فهرست نماید
- اهمیت ابزارهای ارزیابی نقادانه محصولات پژوهشی در ترجمان دانش را ذکر نماید.

تعریف و اهمیت ترجمان دانش

تولید، تبادل و به کاربرد رساندن دانش مبتنی بر شواهد از طریق مجموعه تعامل‌ها بین تولید کنندگان دانش و تصمیم گیرندگان^۱ با لزوم رعایت اخلاق، ترجمان دانش^۲ می‌باشد. این اقدامات در جهت به کارگیری روش‌های موثرتر، و کارآمدتر در ارایه خدمات و فراورده‌ها با هدف بهبود سلامت و یا تقویت نظام خدمات سلامت انجام می‌شوند.

علت افزایش اهمیت ترجمان دانش، ناشی از دو موضوع است. نخست - دانش جدید به صورت بالقوه

^۱ارایه دهندگان خدمات، سیاست گذاران، مدیران و مردم

^۲معادل انگلیسی ترجمان دانش را در انتشارات سازمان بهداشت جهانی و برخی کشورها Knowledge translation در نظر می‌گیرند. لیکن در برخی دیگر متون علم کاربردی کردن می‌نامند که معادل آن Implementation science است.

می‌تواند مراقبت‌های سلامت را موثرتر و مقرون به صرفه‌تر کند، اما مشروط بر این که ارایه دهندگان خدمات آن‌ها را به کار گیرند. نتیجه این که بسیاری از دانشی که ما امروزه در دانشکده‌ها یاد می‌گیریم و یا یافته‌های پژوهش‌های داخلی و خارجی عملاً منجر به تغییری در سلامت مردم نمی‌شوند. برای همین فاصله بزرگی بین دانش و استفاده آن در عمل وجود دارد. دوم - انتقال دانش که نمونه‌های آن را در چاپ مقالات و کتب و ... به صورت متداول می‌بینیم عملاً کارایی لازم را در تغییر گروه مخاطب خود ندارند و یا ممکن است فرایند اثرگذاری آن بیش از حد لزوم، زمان‌بر باشد. در واقع "انتقال دانش" (Knowledge transfer) فرایندی با ماهیت خطی است که از شکل‌گیری ایده پژوهش، انجام پژوهش و در نهایت انتشار نتایج آن به کاربران را در بر می‌گیرد. تاکید فرایند ترجمان دانش بر تعامل بین تولید کنندگان این دانش و تصمیم گیرندگان (مانند ارایه دهندگان خدمات، سیاست‌گذاران، مدیران و مردم) برای به کاربرد رساندن این دانش می‌باشد.

برای این که به اهمیت این موضوع فکر کنید، تصور بکنید چه تعداد پژوهش هر ساله در کشور در عرصه علوم پزشکی انجام می‌شود و چه تعداد پایان نامه در تمام رشته‌های تحصیلی مرتبط با سلامت مردم در ایران صورت می‌گیرد. چقدر از این پژوهش‌ها بر خدمات سلامت و سلامت مردم موثر هستند؟ اگر پژوهش را مانند زراعت گندم در نظر بگیریم، انجام بسیاری از پژوهش‌ها مانند این است که زمین آماده شود، شخم بخورد، بذر پاشیده، آبیاری و هرس شود، اما حاصل آن برداشت نشده و تبدیل به نانی برای مصرف نشود و یا اگر نان شد به دست مردم نرسد.

مراحل ترجمان دانش

بدیهی است که ترجمان دانش که طبق پانویس صفحه قبل حوزه‌ای از علوم تلقی می‌شود، ظرایف خاص خود را دارد. ولی آن چه که ما به عنوان فراگیرنده به صورت عملی باید بدانیم این است که اگر تصمیم گیرنده هستیم (مانند پزشک، پرستار، داروساز، دندانپزشک، ماما و ... در بالین و یا کارشناس بیماری‌ها، یا سایر عاملین سلامت در سطح دانشگاه و ستاد سازمان‌ها) و یا تولید کننده دانش (پژوهش گر: اعم از دانشجو که پایان نامه خود را می‌گذراند و یا محقق که طرح پژوهشی را انجام می‌دهد)، وظیفه خود را به خوبی عمل کنیم. در فرایند ترجمان دانش پنج مرحله اصلی وجود دارد که در گزارش سازمان بهداشت جهانی در سال ۲۰۰۴ میلادی معرفی شده و عملاً نیز کاربردی و موثر است. این پنج مرحله به شکل پنج سوال مطرح می‌شوند: (۱) چه پیامی^۳؟ (۲) به چه کسانی^۴؟ (۳) توسط چه کسی^۵؟ (۴) چگونه^۶؟ (۵) با چه اثری^۷؟

پس در صورت پاسخ به این پنج سوال می‌توانیم فرصت ترجمان دانش را از دست ندهیم.

³ What?

⁴ Whom?

⁵ By Whom?

⁶ How?

⁷ Evaluation (with what EFFECT should it be transferred?)

۱ - چه پیامی؟

داده‌ها و اطلاعات پیامی نیستند که ما بخواهیم برای کاربردی شدن انتقال دهیم. یعنی نه تک تک اعداد (داده‌ها) و نه میانگین و انحراف معیار (اطلاعات) را به کسانی که تصمیم گیرنده هستند انتقال نمی‌دهیم. البته باید توجه کرد که اطلاعات اعم از این که بخواهیم به کاربرد برسند و یا نرسند برای سایر پژوهشگران مهم هستند. برای این کار حتماً مقاله منتشر می‌کنیم، ولی اگر مقاله نتیجه نهایی اش هنوز به حدی نیست که در عمل به کار گرفته شود دیگر این پیام را نباید به گروه‌های مخاطب برای تغییر در عمل ارسال کرد.

چه بسا انتشار پیام از پژوهش‌هایی که هنوز نتایج آن‌ها قطعی نیست، سلامت افراد را در معرض مخاطره قرار دهد. مطالعه‌ای بر روی خبرهای منتشره در رسانه‌های عمومی در ایران نشان داده، که هیجده درصد اخبار منتشره در این رسانه‌ها از نظر کیفیت علمی کفایت لازم برای انتشار را نداشته‌اند.

در مورد مطالعه‌های توصیفی، اگر مطالعه به درستی انجام شده باشد، می‌تواند اطلاعات مهمی را برای درک از ابعاد، وسعت و یا شدت مسایل سلامت ارائه دهد. اما در مورد مطالعه‌های تحلیلی مشاهده‌ای و یا مداخله‌ای که در مورد تاثیر یک دارو و یا یک عامل خطر روی یک بیماری انجام شده باید به سطح شواهد توجه کرد. نوع مطالعه‌هایی که می‌توانند شواهد بهتری ارائه دهند، در وهله نخست مطالعه‌های مروری منظم (Systematic review) هستند. بخصوص آن‌هایی که به جمع بندی نتایج کارآزمایی بالینی می‌پردازند. بعد از بررسی‌های مروری منظم، مطالعه‌های کارآزمایی بالینی تصادفی شده شاهد دار، با حجم نمونه کافی، می‌توانند توافق بر شواهد موجود را ایجاد کنند. باید توجه کرد که مطالعه‌های مشاهده‌ای کوهورت (هم گروهی)، مورد-شاهدی و یا مقطعی (به علت خطاهای متعدد احتمالی که می‌تواند در آن‌ها وجود داشته باشد) معمولاً از قطعیت لازم برخوردار نیستند، که بتوان بر اساس یک مطالعه، توصیه به تغییر یک خدمت داشت. بالاخره این که صرف "نظر کارشناسی" که ماحصل بحث در جلسات و بدون استناد به شواهد علمی معتبر است، از نظر سطح شواهد برای تصمیم‌گیری در سطح پایینی قرار دارد. البته اگر توجه کنید مطالعه‌های کیفی در این معرفی سطح شواهد جای نگرفتند. چه بسا برخی مداخله‌های کیفی که فقط به شرح مسئله می‌پردازند و در مقابل مطالعه‌های کیفی که می‌توانند شواهد لازم برای تصمیم‌گیری را فراهم کنند. در نتیجه در این ترتیب شواهد ذکر نشدند.

سه نکته به موضوع سطح شواهد باید اضافه شود. نخست - در بسیاری موارد علیرغم نداشتن سطح بالایی از شواهد ناگزیر به استفاده از آن‌ها در تصمیم‌گیری هستیم. بالاخره نمی‌توانیم منتظر بمانیم که همه تصمیم‌ها از شواهد بسیار معتبر حاصل از بررسی مروری منظم روی کارآزمایی‌های بالینی تصادفی شده شاهد دار بدست بیایند و ناگزیریم که برخی تصمیم‌ها را با سطح پایین تری از شواهد انتخاب کنیم. ولی در این موارد بایستی شفافیت لازم را در ارائه سطح شواهد داشته باشیم. دوم - در هر مطالعه علاوه بر نوع مطالعه کیفیت انجام آن نیز اهمیت دارد. چه بسا مطالعه مروری منظم که از کیفیت خوبی برخوردار نباشد. در نتیجه بایستی هر یک از مطالعه‌های انجام شده را ارزیابی نقادانه کرد که آیا به درستی انجام شده‌اند و یا خیر؟ برای این منظور ابزارهای نقد مطالعه وجود دارند که به فارسی نیز ترجمه شده‌اند ولی نسخه انگلیسی آن‌ها را برای هر یک از انواع مطالعه می‌توانید با جستجوی در سایت‌هایی مانند Equator، Critical Appraisal Skills Programme (CASP)،

، JBI و ... در اینترنت پیدا کنیم. سوم - مطالعه‌هایی ممکن است تنها "اثر"^۸ یک مداخله و یا تاثیر یک عامل خطر را نشان دهند. در انتخاب این که آیا واقعاً باید آن‌ها را به کار بست و یا خیر، علاوه بر این جنبه، به ابعاد دیگر آن مداخله مانند بی خطری، هزینه-اثربخشی^۹، منابع مالی لازم برای مداخله، قانونی بودن، رعایت ملاحظات اخلاقی، پذیرش اجتماعی و ابعاد مدیریتی آن باید توجه کرد. لذا اگر توصیه به مداخله‌ای بشود ولی این ابعاد در نظر گرفته نشود نه تنها ممکن است مفید نباشد بلکه می‌تواند منجر به خسارت شود.

از مجموع بحث در خصوص شواهد باید این نتیجه را گرفت که آیا پیام درست است؟ اگر این پیام درست است، آیا صرفاً یک اندازه را ارایه می‌کند؟ مثلاً "بیست درصد کارکنان کارخانه الف دچار کمر درد هستند"، که معمولاً حاصل از مطالعه توصیفی است. اگر رابطه‌ای را بیان می‌کند، قابل اطمینان کامل نیست و فقط می‌خواهد طرح موضوعی را با مخاطب داشته باشد. مثال "طی ماه اول کار، تمامی کارگران، صرف نظر از سنشان در معرض خطر بالایی از آسیب دیدگی می‌باشند". و بالاخره، آن پیامی که حاصل از مجموعه شواهد بالاتری است، می‌تواند به عنوان یک پیام قابل اجرا (Actionable message) در آید. پیام قابل اجرا به صورت توصیه (ها)ی مشخص به یک (چند) گروه مخاطب خاص تهیه و همراه با اطلاعاتی در مورد مقدار قطعیت (Certainty) آن ارایه می‌گردد. در یک پیام قابل اجرا باید مشخص باشد که چه کسی، باید چه اقدامی انجام دهد و چه چیزهایی باید تغییر کند. مثال: "هنگامی که با یک معاینه کامل کمر، خطرات و بیماری‌های اصلی رد گردد، باید به بیمار اطمینان خاطر داده و او را به فعالیت تشویق نماییم و به او بگوییم که به عکس‌برداری با اشعه X یا درمان با ورزش احتیاجی ندارد."

۲- به چه کسی؟

برای تعیین مخاطب (یا مخاطبین) پیام، چند سوال مفید می‌باشد. - پیام به چه کسی (یا چه کسانی) مربوط می‌گردد؟ - آگاهی از این دانش و یا نتایج این پژوهش خاص برای چه کسی (یا کسانی) مفید است؟ - چه کسی (یا کسانی) می‌تواند این دانش را (یا نتایج این تحقیق را) در عمل به کار گیرد؟ گروه مخاطب مستقیم گروهی است که با این سوال‌ها مشخص می‌شود و از دانش مطرح شده در وهله نخست (و بدون واسطه) استفاده خواهند کرد. علاوه بر این که باید مشخص کرد که این افراد چه کسانی هستند، برای این که گام‌های بعدی را بتوان درست طی کرد، خوب است خصوصياتی از این افراد مورد توجه قرار گیرد. نمونه‌ای از سوالات می‌تواند دید بهتری نسبت به شناخت این گروه بدهد در زیر آمده است.

(۱) در حال حاضر مخاطبین در موضوع مورد نظر، چگونه عمل می‌کنند و چه اقداماتی انجام می‌دهند؟ (۲) دستورالعمل‌ها و قوانین در این زمینه چگونه می‌باشد؟ (۳) آیا تصمیم‌گیری در این موضوع در حوزه اختیارات مخاطب مورد نظر می‌باشد؟ (۴) بین گروه‌های مختلف مخاطبین، انتقال پیام به کدامیک بیشترین احتمال موفقیت را دارد؟ (۵) از دیدگاه این مخاطبین، چه کسی پیام آور معتبری به شمار می‌آید به عبارت دیگر چه کسی می‌تواند بر

^۸ Effect

^۹ Cost-effectiveness

روی نظر این افراد تاثیر بگذارد؟ ۶) آیا شبکه‌ای وجود دارد که در آن محققین و گروه مخاطب با یکدیگر همکاری داشته باشند و آیا مخاطبین مورد نظر با این شبکه همکاری، مرتبط می‌باشند؟

۳ - توسط چه کسی؟

ما همه در شبکه‌ای از انسان‌ها زندگی می‌کنیم. اصولاً این خصوصیت مهم انسان هاست. افرادی در این شبکه‌های ارتباطی وجود دارند که روی بقیه بیشتر تاثیر می‌گذارند. چه خوب که پیام قابل انتقال شما توسط این افراد به بقیه منتقل شود. مهم اعتبار پیام رسان است. خصوصیات این افراد تاثیر گذار^{۱۰}، زمینه مطالعه در جوامع مختلف بوده اند. در مطالعه‌ای که در ایران و در شرایط بالینی صورت گرفته، مشخص شد که خصوصیات این افراد (مشابه با آن چه که در کشورهای غربی وجود داشته) عبارتست از "به روز بودن دانش فرد"، "برخورد انسانی توام با رعایت اخلاق حرفه ای"، "اهتمام فرد به انتقال دانشی که دارد" و "مشارکت دادن ذینفعان در تصمیم گیری ها" بوده است (Shokouhi et al.).

۴ - چگونه؟

اگر تعریف ترجمان دانش را مرور کنید مشخص می‌شود که تاکید آن بر تعامل است. تعامل بین تولید کننده دانش و تصمیم گیرنده (که قبلاً معرفی شد و در واقع همان گروه مخاطب است)، اگر ترجمان دانش فعال باشد امکان این که دانش منتقل شده منجر به تغییر رفتار تصمیم گیرنده شود بیشتر است. در بسیاری از شرایط ممکن است رفتارهای غیر فعال مانند انتشار مقاله و یا گزارش، تاثیر چندانی نداشته باشد. در چنین شرایطی روش‌های فعال می‌توانند در صورت پایداری، تغییرات مورد نظر را ایجاد کنند. از دسته ترجمان دانش فعال می‌توان به تهیه محتوی مناسب برای گروه مخاطب (که توضیح داده خواهد شد)، نشست‌های آموزشی مانند برگزاری کارگاه (که باید تعاملی باشند)، آموزش و ارایه عملی در محل ارایه خدمت^{۱۱}، استفاده از افراد تاثیر گذار (که در قسمت قبل گفته شد)، بازیابی و بازخورد^{۱۲} (مانند آن چه که در مصرف منطقی داروها با کنترل نسخ و ارسال بازخورد در خصوص داروهای استفاده شده) و یادآور ها^{۱۳} (با فواصل زمانی که محتوی ارایه شده را به فرد یادآوری می‌کند) اشاره کرد. البته این‌ها نمونه هایی از مداخله‌های ممکن هستند، بر حسب نوع تغییری که هدف پیام قابل انتقال است و شرایط گروه مخاطب، تاثیر متفاوت دارند. برای همین است که می‌گویند "طب مبتنی بر شواهد باید با به کارگیری مبتنی بر شواهد تکمیل گردد"^{۱۴}.

نکته مهمی که در خصوص تهیه محتوی برای گروه‌های مخاطب وجود دارد، تنوعی است که باید

¹⁰ Educational influencers or Opinion leaders

¹¹ Educational outreach

¹² Audit and feedback

¹³ Reminders

¹⁴ Evidence based medicine should be complemented by evidence based implementation

متناسب با گروه مخاطب باشد. جدول ۱ نشان می‌دهد که "مقاله پژوهشی"^{۱۵} محتوی مناسب برای پژوهش‌گران است که با ادبیات آن‌ها تهیه و تنظیم می‌شود (شامل خلاصه، مقدمه، روش کار، یافته‌ها، بحث و نتیجه‌گیری است). در مقالات روش کار و تجزیه و تحلیل داده‌ها با روال‌های خاص آن‌ها نگارش می‌شود. در حالی که محصولات مناسب‌تر برای سایر گروه‌های مخاطب وجود دارد که باید به آن‌ها توجه شود.

در خصوص تاثیر بسیاری از روش‌های درمانی شواهد محکم و کافی وجود ندارد. بخصوص در این موارد انتخاب روش درمانی حتماً باید با مشارکت بیمار باشد. کمک تصمیم بیمار^{۱۶}، ابزاری است که به بیمار کمک می‌کند تا با در نظر گرفتن ارزش‌های خود و با دانشی که در خصوص مزایا و معایب گزینه‌های درمانی به وی ارائه می‌شود، مشارکت فعال در تصمیم‌گیری در خصوص انتخاب شیوه درمانی خود داشته باشد. این ابزارها در قالب‌های مختلف، مانند لوح‌های فشرده ویدیویی، کامپیوتر شخصی، نوارهای صوتی، کتاب‌های کار صوتی، پمفلت‌ها و ... ارائه می‌شوند. این ابزارها علی‌رغم توسعه در برخی کشورها^{۱۷}، هنوز توسعه چندانی در ایران نیافته‌اند. مطالعه بر روی تهیه محتوای بومی و ارزیابی دیدگاه‌های پزشکان و بیماران در این زمینه صورت پذیرفته است (رشیدیان و همکاران).

جدول ۱ - محصول واجد محتوای دانشی مناسب، بر حسب گروه‌های مخاطب خاص

گروه مخاطب	محصول مناسب
پژوهش‌گران	مقاله پژوهشی
مردم و بیماران	محتوی آموزشی برای بیماران، رسانه‌های عمومی، کمک تصمیم بیمار ^{۱۸}
ارایه دندگان خدمات بالینی و بهداشتی	راهنمای بالینی ^{۱۹} و راهنمای ارایه خدمات سلامت ^{۲۰}
سیاست‌گذاران	خلاصه سیاستی ^{۲۱}

راهنمای بالینی و راهنمای ارایه خدمات سلامت از نظر شکل و شیوه تدوین شبیه به هم ولی برای گروه‌های مخاطب متفاوت هستند. این راهنماها با شیوه‌ای نظام مند تهیه می‌شوند که عبارتند از (۱) شکل‌گیری تیم مشتمل بر متخصصین رشته‌های مختلف و نمایندگان ذینفعان (مردم)، (۲) مشخص کردن سوال به صورت شفاف، (۳) مرور منظم شواهد، (۴) نقد و تفسیر و اجماع در مورد شواهد به دست آمده، (۵) تهیه پیش نویس توصیه‌ها، (۶) مرور توصیه‌ها توسط استفاده کنندگان بالقوه و ذینفعان خارج از گروه بوجود آورنده راهنما، (۷) بازنگری و (۸) تدوین برنامه توزیع و به کارگیری راهنما.

در زمینه تدوین راهنماهای بالینی در ایران اقدامات مهمی صورت گرفته و ولی به نظر می‌رسد که باید

¹⁵ Original article

¹⁷ <http://decisionaid.ohri.ca> نگاه کنید به

¹⁸ - Patient Decision Aid

¹⁹ - Clinical Guideline

²⁰ - Public Health Guidance

²¹ - Policy Brief

ارتقای کیفیت آن‌ها و رعایت مراحل تهیه مورد توجه قرار گیرد. در همین زمینه ابزار نقد راهنماهای بالینی^{۲۲} وجود دارد که استانداردسازی آن‌ها به فارسی صورت گرفته و برای بررسی کیفیت راهنماهای تولید شده و نیز کمک به رعایت فرایند صحیح تدوین می‌تواند مورد استفاده قرار گیرد (Rashidian et al.).

خلاصه سیاستی یک نوع نسبتاً جدید نگارش خواهد می‌باشد که در گزارشی کوتاه گزینه‌های ممکن را برای تصمیم‌گیران، همراه با سطحی از شواهد مربوط به مزایا و معایب آن گزینه، ارائه می‌کند. در ابتدای خلاصه توصیف مشکل ارائه شده، سپس خصوصیات هر گزینه ممکن را معرفی و آن‌ها را از نظر مزایا، معایب، هزینه، مقبولیت و یا سایر خصوصیات مقایسه می‌کند. در نهایت ملاحظات کاربردی هر کدام از گزینه‌ها مورد توجه قرار می‌گیرد. نکته این که این شکل گزارش در تعدادی مجلات بین‌المللی دارای مرور همتایان^{۲۳} نیز انتشار می‌یابد. این خلاصه‌ها زمینه تصمیم‌گیری را فراهم می‌کنند و گزینه‌های لازم را در اختیار سیاست‌گذاران قرار می‌دهند.

تدوین گزارش‌هایی که متناسب با گروه مخاطب تهیه می‌شود، موضوعی است که چند سالی است مورد توجه قرار گرفته است. اعتقاد بر این است که تدوین گزارش‌های متناسب گروه مخاطب با چند ده صفحه ساده‌تر از گزارش‌های چند صد صفحه‌ای متداول نیست. در مقابل شانس مورد توجه قرار گرفتن این گزارش‌ها بیشتر است. یکی از شیوه‌های نگارش این گونه گزارش‌ها به ۱:۳:۲۵ معروف است. این اعداد اشاره بر سه قسمت گزارش دارند، یک صفحه‌ای که باید حاوی پیام اصلی باشد، سه صفحه‌ای که خلاصه اجرایی را در بر دارد و بالاخره بیست و پنج که تعداد صفحات مناسب برای گزارش فنی است.

۵- با چه اثری؟

هدف این است که مشخص کنیم که چه اتفاقی اگر بیافتد، انتقال دانش به نتیجه رسیده است و دانش کاربردی شده است. استفاده دانش را سه گونه می‌دانند، استفاده‌های مستقیم و غیرمستقیم و استفاده نمادینی^{۲۴}... اگر دانش به شکل مناسب به گروه مخاطب برسد بتواند روی گروه مخاطب تأثیر بگذارد، نگرش، قصد و رفتار آن‌ها را تغییر دهد، استفاده مستقیم است. در این صورت و در نهایت ترجمان دانش بر روی سلامت افراد جامعه موثر خواهد بود. می‌توان این مراحل را زنجیره‌ای از رویدادها در نظر گرفت و بر اساس آن مشخص کرد که توقع از ترجمان دانش بدست آمده چیست. البته که بهترین حالت اندازه‌گیری تأثیر بر سلامت جامعه است ولی این پی‌آمد دیر ظهور کرده و انتساب سهم ترجمان دانش صورت گرفته به آن به راحتی صورت نمی‌گیرد. در نتیجه توصیه می‌شود که حداقل تا اندازه‌ای که روی رفتار تصمیم‌گیرنده تأثیر بگذارد، تأثیر ترجمان دانش مورد ارزیابی قرار گیرد. به عنوان مثال اگر شواهد نشان داده اند که دارویی باید به صورت وریدی تا حداکثر سه ساعت پس از شروع علائم سکته مغزی به بیماران تزریق شود و گروه مخاطب ما کارکنان اورژانس بیمارستان می‌باشند، ارزیابی آن این است که آیا در روند تریاژ بیماران تغییری ایجاد شده است.

در حالت غیر مستقیم، الزاماً به استفاده از شواهد به صورت نظیر به نظیر باز نمی‌گردد. به عنوان مثال طی

²² Appraisal of Guidelines for Research & Evaluation (AGREE)

²³ Peer-review journals

²⁴ Symbolic

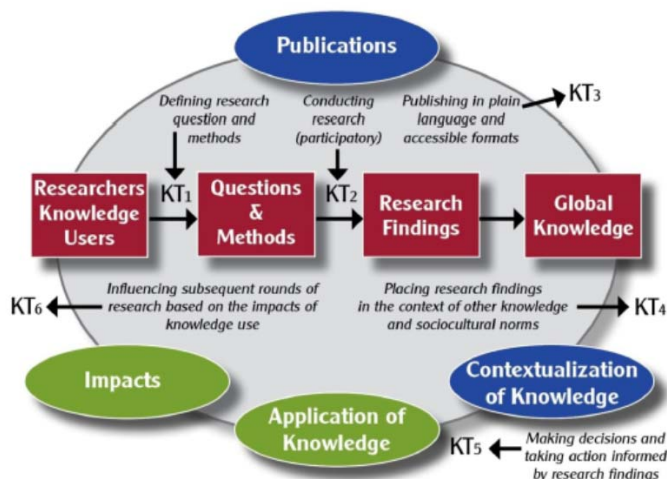
ارزیابی فناوری سلامت^{۲۵} که بر روی دستگاه هایپرباریک اکسیژن تراپی^{۲۶} صورت گرفت، دانشی تولید شد که برای درمان بیماران مبتلا به پای دیابتی به هفت دستگاه در کشور نیاز وجود دارد. تصمیم و خرید این تعداد دستگاه استفاده مستقیم این دانش می باشد. ولی این که سیاست گذاران به این باور می رسند که پس از این برای اینگونه تصمیم ها از ارزیابی فناوری سلامت استفاده کنند، اثر غیر مستقیم آن قلمداد می شود.

در شکل نمادینی، اصولاً هدف این نبوده که دانش به تغییر منجر شود. قبلاً تصمیم گرفته شده و صرف این که توجیهی وجود داشته باشد (که مبتنی بر شواهد است) و می خواهند وانمود کنند که دانش به کار گرفته شده است. بدیهی است که این اثر مد نظر ارزیابی نیست.

نتیجه این مرحله این است که توصیه می شود برای استفاده مستقیم دانش برای تغییرات حد واسط هم و نه فقط پی آمد بر شاخص های سلامت، برنامه ارزیابی طراحی کنیم.

ترجمان دانش در چرخه تولید و به کارگیری دانش

باید در نظر داشت که اگر می خواهیم به کارگیری دانش را تقویت کنیم باید از ابتدای انتخاب موضوع پژوهش این کار را شروع کنیم. به عبارت دیگر ترجمان دانش تنها مربوط به نحوه و زمان انتشار دانش نمی شود. شکل ۱ نشان می دهد که ترجمان دانش از مرحله تعیین سوال پژوهش و شیوه پاسخ گویی به آن آغاز می شود. این نقطه بنیادین باید با مشارکت فعال تصمیم گیرندگان (استفاده کنندگان از دانش) باشد. در مرحله بعد، اجرای پژوهش نیز با مشارکت ذینفعان صورت گیرد (در صفحات بعد در خصوص سطح مشارکت توضیح ارائه می شود). سپس انتشار نتایج پژوهش با زبان قابل فهم برای مخاطب و با چارچوبی است که در دسترس ایشان قرار گیرد.



شکل ۱ - مراحل ترجمان دانش در چرخه تولید و بهره برداری از دانش (نگاه کنید به منبع برای مطالعه بیشتر).

²⁵ Health Technology Assessment:

که در آن مداخله های سلامت مانند فناوری تجهیزات پزشکی و یا مداخله در نظام سلامت مانند وضع مالیات بر سیگار از نقطه کارایی، بی خطری، هزینه اثربخشی، منابع مالی، جنبه های اخلاقی، قانونی، مدیریتی و اجتماعی قبل از به کار گیری مورد بررسی قرار می گیرد.

²⁶ Hyper-Baric Oxygen-Therapy (HBOT)

مرحله چهارم قرار دادن یافته‌های پژوهش به اصطلاح "در بستر دانش‌های موجود و هنجارهای فرهنگی- اجتماعی" است. مفهوم این است که یافته یک پژوهش بتواند با مجموعه سایر دانش‌های موجود در آن زمینه درآمیخته شده و تبدیل به بدنه دانشی گردد. از سوی دیگر برای به کاربرد رساندن این دانش باید به بسترهای فرهنگی و اجتماعی نیز توجه کرد و بر این اساس دانش را متناسب با بستر موجود، آماده به کارگیری نمود. مرحله پنجم، تصمیم‌گیری و اجرا با اطلاع از یافته‌های پژوهشی است که نهایتاً منجر به کاربرد دانش و تاثیر آن بر سلامت جامعه می‌شود. در این مرحله ترجمان دانش، بر اساس تاثیری که استفاده از دانش بر پی آمد سلامت داشته است، برنامه ریزی برای مرحله بعدی پژوهش انجام می‌گیرد. برای همین است که ترجمان دانش در تمام مراحل فرایند تولید، به کارگیری و ارزیابی تاثیر دانش در جامعه کارایی دارد و مصداق می‌یابد.

مهارت‌های لازم برای ترجمان دانش

مدل دیگری وجود دارد که می‌تواند به بهبود کارکرد ترجمان دانش کمک کند. در این مدل راهبردهای ترجمان دانش به سه گروه اکتساب دانش^{۲۷} (فشار تصمیم‌گیرندگان در جذب و یا کسب دانش)، پیش راندن دانش^{۲۸} (که ترغیب تصمیم‌گیرندگان توسط تولید کنندگان دانش است) و گروه تعاملات^{۲۹} که بین تصمیم‌گیرندگان و تولید کنندگان دانش قرار می‌گیرد. نکته مهم در این تفکیک این است که هر یک از ما بر حسب جایگاهی که داریم می‌توانیم متوجه شویم که چه وظایفی برعهده ماست و چه مهارت‌هایی را برای ایفای این نقش بایستی کسب کنیم.

تصمیم‌گیرندگان

فعالیت‌های مورد نظر این دسته، آن‌هایی هستند که مرتبط با "اکتساب دانش" می‌باشند. یعنی در واقع اگر ما در سطح ارایه خدمات (به عنوان پرستار، پزشک، داروساز، دندانپزشک، ماما و یا ...) و یا در سطح اجرایی (به عنوان سیاست‌گذار، مدیر و یا کارشناس) و یا در سطح جامعه و به عنوان یک فرد برای سلامت خود و خانواده خود تصمیم‌گیری می‌کنیم باید این نوع مهارت‌ها را داشته باشیم. نخست) باید به پیام‌های حاصل از فرایندهای علمی دسترسی داشته باشیم، دوم) آن‌ها را بتوانیم ارزیابی کنیم، سوم) سازگاری آن را با شرایط ارایه خدمت خودمان (سنجیده و چهارم) شرایط به کاربرد رسیدن آن‌ها را فراهم کنیم.

این دسته فعالیت‌ها هم برای سطح فردی و هم سطح سازمانی یعنی جایی که در آن به کار مشغول هستیم مانند بیمارستان، مرکز بهداشتی درمانی و ... قابل انطباق است.

نخست) به دست آوردن پیام: به نظر نمی‌رسد که یک فرد ارایه‌کننده خدمت بتواند برای تمام تصمیم‌هایی که می‌خواهد بگیرد، پژوهش کند. در نتیجه باید بتواند به منابع دانشی که نتایج پژوهش‌ها را در اختیار وی قرار می‌دهد دسترسی داشته باشد. سوالی که باید در این مرحله از خود داشت این است که آیا دسترسی مطلوبی به منابع

²⁷ Pull

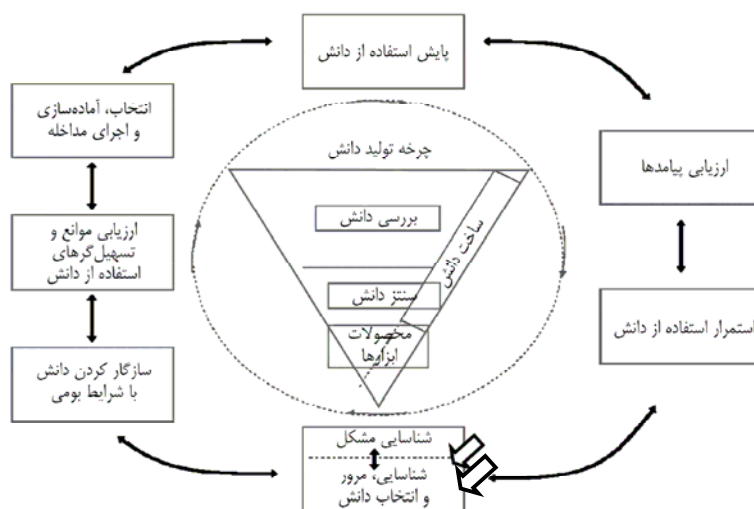
²⁸ Push

²⁹ Exchange

اطلاعاتی مانند راهنماهای بالینی، خلاصه‌های سیاستی، راهنماهای خدمات سلامت، کمک تصمیم بیمار، مقالات (به‌خصوص بررسی‌های مروری منظم و آن‌هایی که از سطح شواهد بالاتری برخوردارند) وجود دارد؟ در سطح سازمان، آیا میتوان سوالی که برای تصمیم‌گیری وجود دارد را با مجموعه‌ای از محققین مطرح کرد تا پاسخ مناسب برای آن به دست آید؟ ممکن است آن‌ها این کار را بر اساس منابع موجود و یا انجام پژوهش جدید انجام دهند. آیا با این گروه از مشاورین (یا محققین) ارتباط کاری (مانند برگزاری جلسات) منظم وجود دارد؟

دوم) ارزیابی: منابع اطلاعاتی همه از صحت لازم برای تصمیم‌گیری برخوردار نیستند. مهارت دومی که لازم است وجود داشته باشد، بررسی منابع برای اطمینان از این که با سوال مرتبط می‌باشند، صحت و پایایی مطالب ارایه شده در آن و بالاخره کاربرد آن در شرایط کاری است. توضیح این که هر یک از منابع دانشی معمولاً ابزار نقد مختص خود را دارند و می‌توان از آن‌ها برای ارزیابی صحت و سقم منبع استفاده کرد. در پنج مرحله ترجمان دانش که توضیح آن‌ها داده شد، در مرحله نخست به ابزار نقد مقالات اشاره شد (که یکی از متدوال‌ترین آن‌ها CASP است). در قسمت چهارم نیز که چگونگی ترجمان دانش مورد بحث قرار گرفت به ابزار AGREE برای ارزیابی راهنماهای بالینی اشاره شد که خوشبختانه نسخه فارسی آن نیز استانداردسازی شده است.

شکل ۲ چرخه دانش به عمل را نشان می‌دهد. حلقه بیرونی این شکل بخشی است که به تصمیم‌گیرندگان باز می‌گردد. پیکانی که در این شکل قرار گرفته نشان‌دهنده نقطه آغازین این چرخه است. همان‌گونه که مشخص می‌باشد نخستین گام در این چرخه شناسایی مشکل، شناسایی، مرور و انتخاب دانش است.



شکل ۲- چرخه دانش به عمل (برگرفته از دومین منبع برای مطالعه بیشتر همین گفتار)^{۳۰}.

سوم) سازگاری: در شکل ۲ این گام نشان داده شده است. موضوع این است که یافته‌ای که از یک منبع اطلاعاتی

³⁰ در آدرس اینترنتی <http://ktclearinghouse.ca/knowledgebase/knowledgetoaction> می‌توانید اطلاعات و توضیحات

بیشتری ملاحظه فرمایید. (آخرین دسترسی ۱۳۹۷/۷/۲۱).

به دست می‌آید باید با سایر منابع و نیز دیگر جنبه‌ها مورد ارزیابی قرار گیرد. مثلاً اگر دارویی در یک پژوهش توصیه شده است، استفاده از آن با توجه به شرایط ارائه خدمات در بیمارستان و یا مرکز بهداشتی درمانی ارائه خدمت، قابل انجام است؟ آیا از نظر اقتصادی هزینه زیادی را تحمیل نخواهد کرد؟ عوارضی ندارد؟ منع قانونی ندارد؟ آیا همکاران و بیماران می‌پذیرند که از این داروی جدید استفاده کنند و یا با شرایط فرهنگی و اجتماعی سازگاری دارد؟ **چهارم) کاربرد:** تغییر سخت است. لازمه تغییر پیدا کردن، آموزش افراد برای انجام کارهای جدیدی است که باید انجام دهند، ایجاد انگیزه در آن‌ها، اعمال فرایند تعریف شده و در مواردی ایجاد ساختار جدید لازم است. باید بدانیم که چه تسهیل‌کننده‌ها و موانعی بر سر راه تغییر وجود دارد تا با تحلیل آن‌ها تغییر را به نتیجه برسانیم. در این صورت است که دانش تولید شده به کاربرد می‌رسد. شکل ۲ ادامه چرخه دانش به عمل را که در آن باید این ملاحظات را داشته باشیم نشان می‌دهد.

تولید کنندگان دانش (محققین)

پیش راندن دانش^{۳۱} یا اقداماتی که توسط محققین بایستی صورت گیرد نیاز به مهارت‌های خاص خود را، می‌طلبند. این موضوع را هم می‌توان در قالب فردی و یا سازمانی مورد بحث قرار داد. عوامل موثر بر ترجمان دانش در ایران طی مطالعه‌هایی مورد بررسی قرار گرفته‌اند و بر اساس آن‌ها ابزاری جهت ارزیابی وضعیت ترجمان دانش در سازمان‌های پژوهشی تهیه شده است^{۳۲} (Gholami et al.). در این ابزار گروه محققین و ذینفعان یک مرکز تحقیقات و یا گروه پژوهشی می‌توانند طی جلسه و با مرور گزینه‌های مرتبط با ترجمان دانش وضعیت سازمان خود را از نظر ترجمان دانش مورد بررسی قرار داده و پیشنهادهای اجرایی برای مداخله برای بهبود آن ارائه دهند. به همین لحاظ است که این ابزار را اصلاحاً خودارزیابی می‌گویند. چهار موضوعی که باید هر پژوهشگر برای ترجمان دانش مورد توجه قرار دهد در زیر توضیح داده شده است.

نخست) اولویت بندی موضوعات پژوهشی: سوال پژوهشی مناسب است که امکان کاربردی کردن نتیجه پژوهش را افزایش می‌دهد. در تعیین اولویت پژوهش دو مقوله مهم هستند یکی شیوه تعیین اولویت که به نتیجه صحیح برسد و دومی مشارکت ذینفعان در تعیین اولویت‌ها. هر کدام از این دو که به درستی صورت نگیرد، شانس کاربردی شدن پژوهش کاهش پیدا می‌کند. در واقع مشارکت ذینفعان بخشی از اولویت بندی موضوعات پژوهشی است که باید مورد توجه قرار گیرد.

دوم) فعالیت در شبکه دانشی: این شبکه‌ها، ساختار (رسمی و یا غیر رسمی) از همکاری محققین، مدیران، سیاست‌گذاران، ارائه‌دهندگان خدمات و مردم برای همکاری است. در واقع از طریق این شبکه‌های همکاری می‌توان هم افزایی بین این اجزاء برای پیدا کردن موضوع پژوهش، تولید و به کارگیری دانش به وجود آورد. پس اصل مهم در این شبکه‌ها، افزایش مشارکت ذینفعان در زنجیره دانش است. مشارکت در تحقیق به شکل‌های مختلف دیده شده ولی در یک تقسیم بندی می‌توان آن را در سه سطح تعریف کرد.

^{۳۱} Push

^{۳۲} در پیوست مقاله‌ای که به عنوان منبع این قسمت آمده، ابزار هم به زبان فارسی و هم انگلیسی ارائه شده که از طریق اینترنت در دسترس می‌باشد.

حمایت گر صرف^{۳۳}: تصمیم گیران از فعالیتهای جاری تحقیق مطلع نیستند، از اهداف تحقیق حمایت می‌کنند، شرایط قانونی اجرای تحقیق را فراهم می‌کنند و دسترسی به منابع را تسهیل می‌کنند.

مستمع پاسخگو^{۳۴}: تصمیم گیر در حدی فعال است که پاسخگوی ایده‌های محقق بوده، اطلاعات مورد نیاز وی را فراهم کرده و مشاوره‌های مورد نیاز را ارائه می‌دهد. ارتباطات مورد نیاز را برقرار می‌کند، محقق از طریق گزارشات مکتوب، تصمیم گیر را در جریان فعالیتهای تحقیق قرار می‌دهد.

شریک اصلی و کامل^{۳۵}: تصمیم گیر (یا مخاطب) بطور کامل درگیر فرایند تحقیق بوده و شریک موثر در شکل‌گیری روند تحقیق است. تصمیم گیر به عنوان عضو موثر گروه تحقیق است، ارتباطات ابتدا از جانب تصمیم گیر بصورت برگزاری جلسات با محقق و تبادل نظر برقرار می‌شود. گزارشات تحقیق پس از هماهنگی و فعالیتهای مشترک بین محقق و تصمیم گیرنده تدوین می‌شود. در نتیجه تصمیم گیرنده در شکل‌گیری فرایند تحقیق و نتایج آن کاملاً موثر است.

لذا نوع سوم مشارکت با تعریف ترجمان دانش که در آن بر "تعامل" تاکید شده بود، انطباق بیشتری دارد^{۳۶}.

سوم) محصول محوری: قسمت مرکزی شکل ۲ که به صورت یک مثلث است، بخشی است که مربوط به محققین می‌باشد. سه قسمت در ساخت دانش (که این مثلث به نیت آن تصویر شده) وجود دارد که سه نسل از دانش را نشان می‌دهد. نخست لایه‌ای که تولید دانش صورت می‌گیرد، این‌ها منابع اطلاعاتی و یا پژوهش‌های اولیه می‌باشند که تولید دانش می‌کنند. لایه دوم که در این متن سنتز دانش نام گرفته، نسل دوم دانش (یا نتیجه پژوهش‌های ثانویه) است که بررسی مروری منظم، متا آنالیز و یا متاسنتز (مرور منظم مطالعه‌های کیفی) می‌باشند. بالاخره لایه سوم که محصولات و تولیدات دانشی است. شامل همان موارد خلاصه سیاستی، راهنماهای بالینی، رایحه خدمات و ... است که متناسب با گروه مخاطب تهیه شده اند و می‌توانند به تصمیم گیرندگان که استفاده کننده از این محصولات و تولیدات هستند برسند. نتیجه این که محققین و دانش پژوهان باید در تولید این نوع محصولات و یا تولیدات دانشی و برای ترجمان دانش به عمل برای تصمیم گیرندگان اهتمام کنند.

چهارم) مدیریت تغییر: قسمت چهارم مهارت‌هایی که در خصوص تصمیم گیرندگان به آن اشاره شد، کاربردی کردن دانش بود. اصولاً این گام خود به دانش خاص نیاز دارد که با تحلیل صحیح موانع و تسهیل کننده‌های تغییر رفتار گروه مخاطب به دست می‌آید. مناسب است بار دیگر به سوالاتی که هنگام شناسایی گروه مخاطب (چه کسی در صفحه ۲۲۴۴) توجه کنید. در واقع از همین رو است که به ترجمان دانش Implementation Science

³³ Formal supporter

³⁴ Responsive audience

³⁵ Integral partner

³⁶ محتوی این گفتار بیشتر در ارتباط با مباحث سلامت عمومی است. هم در خصوص مسایل سلامت جامعه و هم بخشی از نظام علمی که هدف اولیه آن خلق ثروت، نکته مهم وجود عناصر نهادی و سازمانی است که نقش‌های مختلف در حمایت از ایده تا محصول و یا بازار ایفا می‌کنند. این مجموعه را که به تقویت نوآوری می‌پردازد را در کلان کشور "نظام ملی نوآوری" می‌گویند. متناظر بخشی آن در حوزه سلامت را می‌توان "نظام نوآوری سلامت" نامید. اجزای این نظام شرکت‌های دانش بنیان، دفاتر ثبت پتنت و حفاظت از مالکیت فکری، پارک‌های علوم و فناوری، صندوق‌های سرمایه خطر پذیر، مراکز تولید کننده دانش، دانشگاه‌ها و موسسات آموزش عالی و ... هستند، که البته از اهداف آموزشی این فصل نمی‌باشند و تنها به این علت که شبکه‌های دانشی بخشی از آن می‌توانند قلمداد شود، به آن اشاره شد.

نیز می‌گویند.

واسطه‌های دانش^{۳۷}

هم در تعریف ترجمان دانش و هم در افراد و یا سازمان‌هایی که ارتباط بین تولید کنندگان دانش و تصمیم‌گیرندگان را تسهیل و تقویت می‌کنند واسطه‌های دانش وجود دارند. واسطه‌های دانش تعامل بین این دو گروه را آسان می‌کنند تا بتوانند اهداف و فرهنگ کاری یکدیگر را بهتر درک نموده و بر کار یکدیگر اثر گذارند. این افراد از یک سو باید موضوعات را از تصمیم‌گیرندگان گرفته و آن‌ها را به تولید کنندگان دانش برسانند. از سوی دیگر یافته‌های دانشی را که ممکن است با زبان سخت علمی تهیه شده باشند را با توجه به شرایط بومی تبدیل به محتوی مورد مناسب برای استفاده تصمیم‌گیرندگان نمایند. در کشور ما سازمان‌های مختلفی (مانند دبیرخانه‌های تحقیقات کاربردی) اولویت‌های تصمیم‌گیرندگان را شناسایی کرده و آن‌ها را در قالب فراخوان در اختیار پژوهشگران قرار می‌دهند. واحدهای پژوهشی سازمان‌ها و دانشگاه‌ها نیز با تامین منابع مالی از پیشنهادها پژوهشی حمایت می‌کنند. حتی دفاتر ارتباط دانشگاه‌ها با صنعت و سازمان‌های اجرایی به شناسایی ظرفیت طرفین می‌پردازند. اما این که محصولات و تولیدات دانشی به صورت منظم در اختیار تصمیم‌گیرندگان قرار گیرد خیلی توسعه پیدا نکرده است.

حیطه ترجمان دانش

ترجمان دانش همه حیطه‌های دانشی و نه فقط دانش حاصل از پژوهش را در بر می‌گیرد. در این جا سوالی که پیش می‌آید این است که دانش چیست و چه فرقی با اطلاعات دارد. /اطلاعات مجموعه‌ای از داده‌های مرتبط و سازماندهی شده می‌باشند که مورد تعبیر و تفسیر قرار گرفته‌اند و معنا و مفهوم مشخصی را به ذهن می‌رسانند. به‌طور مثال فهرستی از کارکنان سازمان که ۲۵ سال سابقه کار دارند به‌عنوان اطلاعاتی برای مدیر سازمان محسوب می‌شود. /دانش از تجزیه و تحلیل، درک و به خاطر سپردن اطلاعات به‌دست می‌آید. دانش مجموعه‌ای از قوانین و حقایق است که ممکن است طی سال‌ها تجربه به‌دست آمده باشند. پیتز دراکر، دانش را این‌گونه تعریف کرده‌است که "مجموعه /اطلاعاتی مفهوم داری /است که سبب تغییر یک چیز یا یک شخص می‌گردد" (چه با فراهم ساختن زمینه اقدام برای تغییر و چه با قادر ساختن یک فرد یا یک نهاد برای انجام یک عمل متفاوت نسبت به آن چه که در گذشته انجام می‌داده‌است).

بدیهی است که پژوهش اولیه می‌تواند یک منبع دانش باشد که در این متن به دفعات به آن اشاره شده است. اما ترجمان دانش منابع مختلف دانشی را، علاوه بر یافته‌های پژوهش‌های اولیه، در نظر می‌گیرد که عبارتند از پژوهش‌های ثانویه (نگاه کنند به صفحه ۲۲۵۲)، دانش نسل سوم (مانند راهنماهای بالینی)، دانش حاصل از نظام‌های ثبت داده‌ها، گزارش دهی و مراقبت^{۳۸} (نگاه کنید به فصل چهار گفتار از فصل هشتم) که انواع دانش

³⁷ Knowledge brokers

³⁸ System Surveillance

تصریحی^{۳۹} هستند و نیز دانش ضمنی^{۴۰}. در نتیجه مسایلی که در این گفتار گاهی در مورد ترجمان دانش حاصل از پژوهش گفته شده برای سایر انواع دانش نیز مصداق دارد.

خلاصه

هدف ترجمان دانش سلامت، به کارگیری دانش حاصل از منابع مختلف از جمله یافته‌های پژوهشی و نیز نظام مراقبت برای اهداف نظام سلامتی است. برنامه ریزی برای ترجمان دانش می‌تواند برگرفته از یک چارچوب مشتمل بر پنج سوال (۱) چه پیامی؟ (۲) به چه کسی؟ (۳) توسط چه کسی؟ (۴) چگونه؟ (۵) با چه اثری؟ باشد. مهمترین نکته در ترجمان دانش، تعامل بین تولید کنندگان دانش و تصمیم گیرندگان است. در نهایت باید توجه داشت که ترجمان دانش از ابتدای شکل‌گیری یک سوال شروع می‌شود و تا تعریف سوال جدید متعاقب ارزیابی تاثیر دانش انتقال یافته بر سلامت جامعه ادامه پیدا می‌کند.

پیوست یک- راهنمای تهیه گزارش مناسب مخاطب ۱:۳:۲۵

پیام اصلی (۱ صفحه ای): ابتدا به سه سوال باید پاسخ داد.

۱. چه کسی این گزارش را می‌خواند؟
 ۲. لازم است چه مطلبی را در مورد این پژوهش بداند؟
 ۳. چه چیزهایی از یافته‌های این مطالعه بر می‌آید؟
- سپس متن اصلی گزارش را کنار گذاشته شده و موارد زیر در مورد پیام اصلی نگارش می‌شود.
- نکاتی که مخاطب باید از آن آگاه شود به صورت فهرست وار، خلاصه نتایج ذکر نمی‌شود (این خلاصه مقاله نیست)، لازم نیست پیام حاوی توصیه‌های مشخص باشد، اگر نمی‌توان نتیجه گیری قطعی نمود سوال مشخصی را که باید به آن پاسخ داد، به صورت واضح مطرح می‌شود و از نوشتن "پژوهش‌های بیشتری مورد نیاز است" پرهیز می‌شود.

خلاصه اجرایی (۳ صفحه): نکات دارای اهمیت بیشتر در ابتدای متن و نکات کم اهمیت‌تر در ادامه می‌آید، نگارش با زبان شفاف و روشن به گونه‌ای که فرد نا آشنا به پژوهش آن را کاملاً درک نماید، اشاره به موضوع مورد بررسی و پاسخ‌های بدست آمده، روش اجرا و جزئیات تکنیکی در حد ۱-۲ سطر، یافته‌های طرح به صورت فشرده ارائه می‌شوند.

گزارش فنی (۲۵ صفحه): می‌تواند مشتمل بر این موارد باشد.

زمینه و سابقه: سوال پژوهش، پژوهش‌های قبلی و سهم این پژوهش در پاسخ به سوال،

³⁹ Explicit knowledge: دانشی که به کمک یک سری از نشانه‌ها (مانند حروف، اعداد و ...) در قالب نوشته، صدا، تصویر، عکس، نرم‌افزار، پایگاه داده و ... تدوین می‌شود. به همین دلیل به راحتی امکان به اشتراک‌گذاری دارد.

⁴⁰ Tacit knowledge: دانشی ذهنی و شخصی که مشتمل بر بینش، بصیرت، شعور و درک هر شخص و ترفندها و فوت و فن‌های به کار رفته توسط وی می‌باشد. از آن جایی که به آسانی قابل بیان، اشتراک و فرموله کردن نیست، به آسانی به دیگران انتقال نمی‌یابد.

مفاهیم: مفهوم یافته‌ها برای مدیر یا سیاست گذار، ذکر گستره تعمیم نتایج، تفکیک پیام‌ها، رویکرد: طراحی مطالعه، روش‌ها، منبع داده‌ها، جزئیات نمونه‌گیری، تکنیک‌های آنالیز و ...، نتایج: نگارش نتایج به صورت خلاصه و پررنگ نمودن پیام‌ها، استفاده از جداول و نمودارها، منابع بیشتر: سایر منابع که برای تصمیم‌گیرنده می‌تواند مفید باشد، پژوهش‌های بیشتر: فهرست نمودن شکاف‌های موجود، طرح پرسش‌های مشخص، مراجع و کتابشناسی: مشخص نمودن مواردی که مفیدتر است، پیوست: یافته‌هایی که مستقیماً به نتیجه‌گیری ارتباط ندارند، مواد و روش‌های تکنیکی.

منابع برای مطالعه بیشتر

- ۱- صدیقی ژ، مجدزاده ر، نجات س، غلامی ژ. ترجمه دانش و بهره‌برداری از نتایج پژوهش. انتشارات دانشگاه علوم پزشکی تهران، ۱۳۸۷.
- 2- Straus S, Tetroe J, Graham I. Knowledge Translation in Health Care. Moving from evidence to practice. 2009. Willey-Blackwell.
- 3- Majdzadeh R, Nedjat S, Fotouhi A, Malekafzali H. Iran's Approach to Knowledge Translation. Iranian Journal of Public Health 2009; 38(Supl.1): 58-62.

منابع

- ۱- رشیدیان ح، نجات س، مجدزاده رف موسوی س ج، رشیدیان ا. استفاده از ابزار کمک تصمیم‌بیماران در ایران؛ مانع‌ها و چالش‌ها، پایان‌نامه برای دریافت درجه کارشناسی ارشد اپیدمیولوژی از دانشکده بهداشت دانشگاه علوم پزشکی تهران، ۱۳۹۰.
- 2- Gholami J, Majdzadeh R, Nedjat S, Nedjat S, Maleki K, Ashoorkhani M, Yazdizadeh B. How should we assess knowledge translation in research organizations; designing a knowledge translation self-assessment tool for research institutes (SATORI). Health Res Policy Syst. 2011 Feb 22;9:10. (مقاله و نیز ابزار ارزیابی ترجمان دانش در سازمان‌های پژوهشی از پیوند زیر قابل دسترسی است) <http://www.health-policy-systems.com/content/9/1/10>
- 3- Rashidian A, Yousefi-Nooraie R. Development of a Farsi translation of the AGREE instrument, and the effects of group discussion on improving the reliability of the scores. J Eval Clin Pract 2011 Mar 16. doi: 10.1111/j.1365-2753.2011.01649.x.
- 4- Shokoohi M, Nedjat S, Golestan B, Soltani A, Majdzadeh R. Can criteria for identifying educational influentials in developed countries be applied to other countries? a study in Iran. J Contin Educ Health Prof 2011;31(2):95-102.

کتاب جامع

بهداشت عمومی

فصل ۱۴ / گفتار ۴ / دکتر انسیه جمشیدی، دکتر خندان شاهنده و

دکتر سیدرضا مجدزاده

توانمندسازی جامعه برای پژوهش های سلامت

فهرست مطالب

تعریف چند واژه کلیدی.....	۳۰۴۹
پژوهش مشارکتی مبتنی بر جامعه: ضرورت ها.....	۳۰۵۰
مبانی پژوهش مشارکتی مبتنی بر جامعه	۳۰۵۱
سطوح مشارکت در پژوهش و پیامدها.....	۳۰۵۱
توانمندسازی و سطوح آن.....	۳۰۵۴
انواع روش های پژوهش مبتنی بر جامعه	۳۰۵۵
مدل مفهومی پژوهش مشارکتی	۳۰۵۶
فنون پژوهش مشارکتی	۳۰۵۶
تجارب پژوهش مشارکتی در ایران و جهان	۳۰۵۷
منابع برای مطالعه بیشتر	۳۰۵۹
پیوست ها:.....	۳۰۶۰
فرم ارزیابی کیفیت مطالعات مشارکتی مبتنی بر جامعه (CBPR) - مطالعات کیفی	۳۰۶۱
فرم ارزیابی کیفیت مطالعات مشارکتی مبتنی بر جامعه (CBPR) - مطالعات مشاهده ای	۳۰۶۲
فرم ارزیابی کیفیت مطالعات (CBPR) بر جامعه - مطالعات مداخله ای	۳۰۶۴

توانمندسازی جامعه برای پژوهش های سلامت

Empowering Society for Health Sector Research

دکتر انسیه جمشیدی، دکتر خندان شاهنده و دکتر سیدرضا مجدزاده
مرکز تحقیقات پژوهش های مشارکتی مبتنی بر مشارکت جامعه و دانشکده بهداشت، دانشگاه
علوم پزشکی تهران

انتظار می رود فراگیرنده پس از مطالعه این گفتار، بتواند:

- پژوهش مشارکتی مبتنی بر جامعه را تعریف کند
- اهمیت این پژوهش ها را در دستیابی به اهداف سلامت برشمرد
- مبانی پژوهش مشارکتی مبتنی بر جامعه را نام ببرد
- ارتباط سطوح مشارکت جامعه را با پیامدهای اجتماعی و سلامت در یک مثال مشخص کند
- سطح مشارکت و توانمندسازی را در یک نمونه موردی تشخیص دهد
- روش ها و فنون پژوهش مشارکتی را شرح دهد
- سه نوع اصلی مطالعات مبتنی بر جامعه را با یکدیگر مقایسه کند
- نمونه تجربه های ایران و جهان از توانمندسازی جامعه در پژوهش مشارکتی را مورد نقد قرار دهد.

تعریف چند واژه کلیدی

مشارکت

«مشارکت» فراهم ساختن فرصت در جهت توانا ساختن همه اعضای جامعه برای شرکت فعالانه و تاثیر گذار در فرآیند توسعه و تقسیم عادلانه ماحصل آن است.

پژوهش مشارکتی مبتنی بر جامعه

«پژوهش مشارکتی مبتنی بر جامعه» رویکرد مشارکتی به پژوهش است که مردم، محققین و نمایندگان سازمانها سهم عادلانه و نقش فعالی در تمامی مراحل پژوهش دارند.

ارتقای سلامت

ارتقای سلامت توانمندسازی مردم است به گونه ای که بر عوامل مؤثر بر سلامت خود کنترل داشته باشند.

توانمندسازی

توانمندسازی به صورت فرایندی تعریف می گردد که شرایط ساختاری (سیاسی، اجتماعی، فرهنگی) و عاملیتی (ظرفیت ها، قدرت تصمیم گیری) و دسترسی (دسترسی به منابع مادی و غیر مادی موجود در جامعه) را برای قدرت یابی جامعه در جهت تغییر اجتماعی فراهم می کند.

پژوهش مشارکتی مبتنی بر جامعه: ضرورت ها

انجام پژوهش بر روی جامعه رویکرد جدیدی نیست. اما سابقه پژوهشی که با جامعه و با مشارکت آنها انجام می شود به ایده لوین^۱ در زمینه پژوهش عملیاتی در دهه ۱۹۴۰ بر می گردد. از ۲۵ سال پیش تاکنون موجی از بی اعتمادی بین محققین و جامعه خصوصا جوامع محروم از مزایای اجتماعی موجب شد تا پژوهش مشارکتی به عنوان یک راهکار برای افزایش اعتماد و درک متقابل محققین و جوامع مذکور شکل گیرد.

پژوهش مشارکتی مبتنی بر جامعه، رویکرد همکارانه به پژوهش است که ساختاری را برای مشارکت فعال افراد تحت تأثیر از موضوع شامل جامعه، نمایندگان سازمان ها و محققین در مراحل پژوهش اعم از تعیین موضوع، شناسایی نیازها، طراحی مطالعه، اجرا، تحلیل و انتشار نتایج فراهم می کند تا ارتقای سلامت از طریق اقدام و تغییر اجتماعی میسر گردد. این پژوهش، شرکای مختلف را با در نظر گرفتن توانایی های منحصر به فرد هر یک، کنار هم قرار می دهد.

پژوهش مشارکتی با یک سؤال پژوهشی در زمینه موضوع که برای جامعه اهمیت دارد، آغاز می شود. هدف این است که افراد جامعه طی این فرآیند به طور سیستماتیک توانمند شوند و قدرت تجزیه و تحلیل و ارائه راه حل برای مشکلات سلامت خود پیدا کنند. تلفیق دانش ایجاد شده با عمل می تواند به ارتقای سلامت جامعه، بالا بردن کیفیت زندگی، کاهش نابرابری ها و توسعه اجتماعی منجر شود.

پژوهش مشارکتی درصد ایجاد تعادل در قدرت و روابط از طریق تسهیل ارتباط بین شرکای مختلف است. از این طریق اطمینان حاصل می شود که موضوع تحقیق، دغدغه اصلی جامعه است. این پژوهش با هدایت کردن منابع سایر بخش ها در جهت نیازهای جامعه، به عدالت اجتماعی کمک می کند. فواید دیگر این نوع پژوهش شامل موارد ذیل می باشد:

- ارتقای کاربرد داده های پژوهش توسط شرکای پژوهش
- بهره گیری از دانش، مهارت و تخصص شرکای مختلف برای حل مشکلات پیچیده جامعه
- افزایش پایداری، مالکیت و مسئولیت نسبت به پژوهش

¹ Lewin

- افزایش کیفیت، اعتبار و حساسیت داده ها با در نظر گرفتن دانش محلی مشارکت کنندگان (بومی سازی)
 - افزایش احترام و اعتماد و تبدیل شدن جامعه از نمونه پژوهش به شریک پژوهش.
 - افزایش منابع از جمله منابع آموزشی، مالی و فرصت های شغلی برای جامعه مشارکت کننده
 - شنیده شدن صدای افراد و گروه های محروم و در حاشیه از نظر اجتماعی و تاثیر گذاری آنها بر سیاست ها
- بر اساس سودمندی های برشمرده شده می توان گفت هر برنامه توسعه ای یا ارتقای سلامت که به این روش طراحی و اجرا شود؛ مقبولیت را در میان افراد جامعه خواهد داشت و احتمال نهادینه شدن و موفقیت آن در دراز مدت افزایش خواهد یافت.

مبانی پژوهش مشارکتی مبتنی بر جامعه

- ✓ جامعه را به عنوان یک واحد هویتی (دارای هویت اجتماعی و فرهنگی) در نظر می گیرد.
- ✓ بر پایه نقاط قوت، توانمندی ها و ظرفیت های بالقوه و بالفعل جامعه و ارتباطات متقابل افراد (سرمایه اجتماعی) پایه ریزی می شود.
- ✓ مشارکت عادلانه اعضا در تمامی مراحل تحقیق را تسهیل می نماید.
- ✓ دانش و عمل را به برای نفع رساندن به شرکا با یکدیگر تلفیق می کند.
- ✓ فرآیند یادگیری متقابل (هم یادگیری) و توانمند سازی را ارتقا می بخشد.
- ✓ چرخه ای پایدار و مستمر از ارزیابی، تعریف مسئله، جمع آوری داده ها، تحلیل و تفسیر، توزیع یافته ها، اولویت بندی، تدوین مداخله، سیاست ها و ارزشیابی است.
- ✓ یافته های پژوهشی را بین همه شرکا و ذی نفعان نشر می دهد.
- ✓ فرایندی طولانی مدت بوده و مستلزم تعهد شرکاست.
- ✓ بر رویکرد اکولوژیک استوار بوده و به تاثیرات عوامل اجتماعی موثر بر سلامت توجه دارد.

سؤالاتی که در مداخلات پژوهش مشارکتی مبتنی بر جامعه مطرح هستند، عبارتند از:

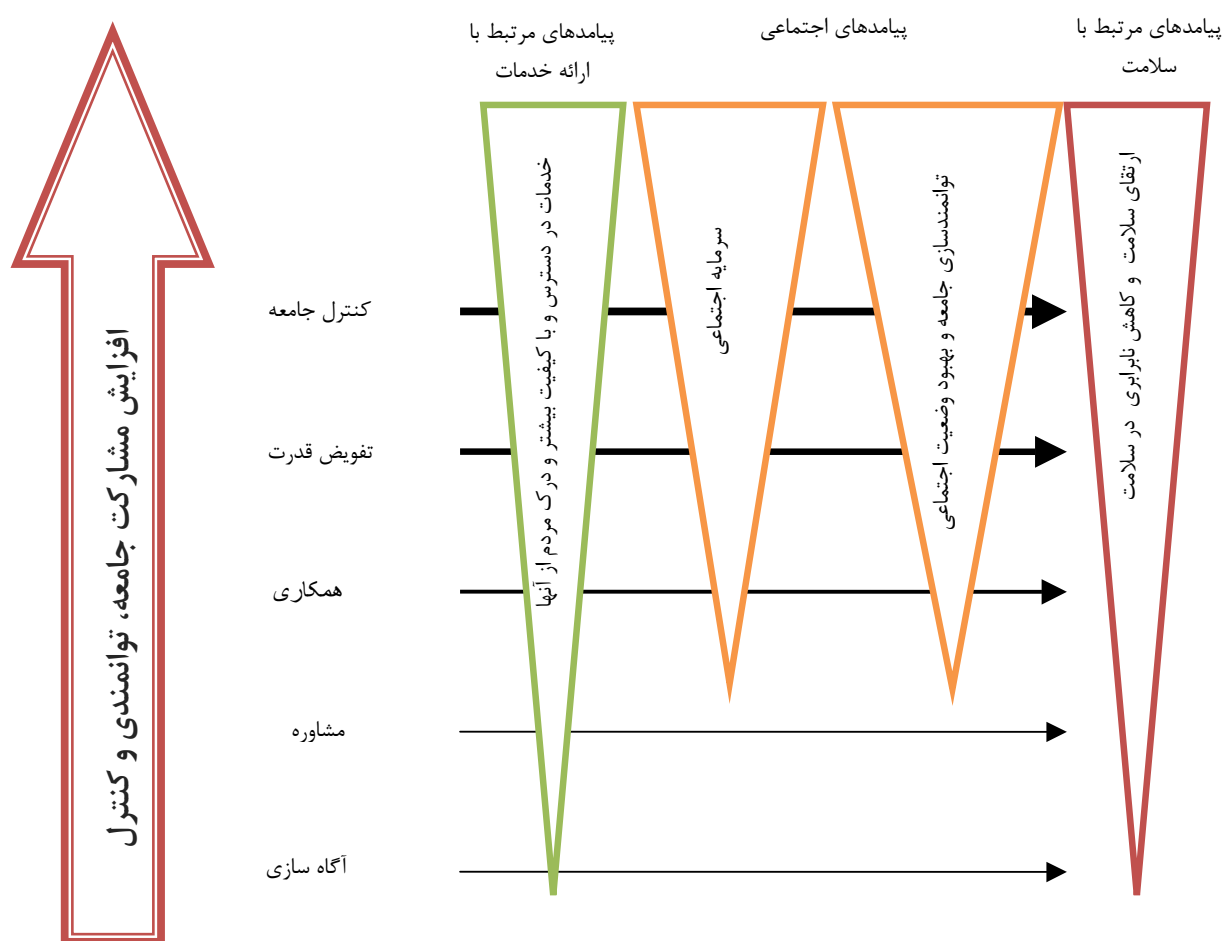
- در چه مرحله ای اعضا یا شرکا باید مشارکت کنند و تا چه حد؟
 - شرکای پژوهش چه سطحی از نفوذ و کنترل را داشته و بر تصمیمات موثرند؟
 - شرکای دانشگاهی درمقابل جامعه چه سطحی از تعهد را می پذیرند و آیا تعادل قدرت برقرار است؟
- در مورد سؤالات فوق باید دید سطوح مشارکت چیست و در هر سطح چه میزان کنترل و نفوذ مورد انتظار است.

سطوح مشارکت در پژوهش و پیامدها

در مدلی که راهنمای مبتنی بر شواهد مشارکت جامعه^۲ به آن استناد کرده است، نشان داده شده که با

² National Institute for Health and Clinical Excellence, Guidance on Community Engagement, 2010

افزایش سطح مشارکت جامعه از مرحله آگاهی دادن^۳ به سمت مشاوره^۴ همکاری (دستآورد مشترک)^۵، تفویض قدرت^۶ (مشارکت دادن جامعه در تصمیم گیری) و کنترل^۷ (حاکمیت برنامه یا سازمان توسط جامعه)، میزان توانمندی جامعه افزایش یافته و کنترل آنها بر تصمیمات موثر بر سلامت بیشتر می شود. حرکت در این مسیر، حرکت به سمت توانمندسازی جامعه است. همان گونه که در شکل ۱ نیز ملاحظه می گردد، هر چه سطح مشارکت افزایش یابد؛ دستیابی به پیامدهای مثبت اجتماعی نیز توأم با پیامدهای سلامت و دسترسی به خدمات افزایش می یابد.



شکل ۱: ارتباط افزایش سطوح مشارکت، توانمندی و کنترل جامعه با پیامدها

³ Informing

⁴ Consultation

⁵ Co-production

⁶ Delegation of Power

⁷ Community Control

در پژوهش مشارکتی، تا سطح «همکاری» از سطوح مشارکت، محقق بیشتر تصمیم گیرنده است و پس از آن نقش محقق کمرنگ می شود. به عنوان مثال در یک پژوهش مشارکتی به این نتیجه می رسیم که گرایش به مصرف غذاهای آماده در جوانان زیاد شده است و بر این اساس گروه اولیه شکل گرفته و با شناخت علل زمینه ای بر روی راهکارها تصمیم گیری می شود. تیم دانشگاهی برنامه های آموزشی را ترتیب داده و این برنامه را با همکاری جوانان اجرا می کنند و بدین ترتیب سطح مشارکت سطح «همکاری» خواهد بود.

این که در هر مرحله جامعه چقدر باید مشارکت داده شود به برخی عوامل نظیر آمادگی جامعه، زمینه، منابع و زمان وابسته است. بسته به شرایط ممکن است بیشتر نیاز به آگاه سازی باشد تا تفویض قدرت و کنترل. در مراجع مختلف طبقه بندی های متفاوتی از سطوح مشارکت ارائه شده است. در عمل، طبقه بندی های ساده تر شاید کارآمدتر باشند. در یک نوع از طبقه بندی، مشارکت به ۴ رده اسمی،^۸ ابزاری،^۹ نمایندگی^{۱۰} و متحول کننده^{۱۱} تقسیم شده است.

مشارکت اسمی: در این سطح از مشارکت، گروه های مردم صرفاً با هدف ورود به مجامع در فعالیتهای توسعه شرکت می کنند و مسئولین با شرکت مردم به فعالیتهای خود مشروعیت می دهند. این نوع از مشارکت در واقع نمایشی از مشارکت است. به عنوان مثال خانه سلامت، بودجه ای را دریافت کرده تا یکسری برنامه برای ارتقای سلامت زنان منطقه در هفته سلامت ترتیب دهد. این واحد با ثبت نام تعدادی از زنان، یک سخنرانی دو ساعته برگزار کرده و گزارشی را برای اداره سلامت ارائه می دهد.

مشارکت ابزاری: در این سطح، مردم به منظور بهره مندی از تسهیلات رفاهی در برنامه شرکت می کنند. از دیدگاه مسئولین، مشارکت مردم باعث کاهش هزینه ها و افزایش کارایی برنامه می شود در حالی که مردم هزینه زیادی از نظر کاری و زمانی صرف می کنند. به عنوان مثال در منطقه حاشیه شهر که بیشتر کشاورزان مزارع پسته در آن ساکن هستند، مردم از دوری مرکز بهداشتی درمانی ناراضی هستند. شورای شهر با مساعدت شبکه بهداشت و درمان شهرستان، مواد و مصالح ساختمانی لازم را برای تاسیس یک مرکز بهداشتی - درمانی در اختیار مردم قرار می دهد تا خود مردم در ساخت آن شرکت کنند. به این ترتیب احداث ساختمان با هزینه کمتری انجام می شود و مردم به خدمات مورد نیاز خود دسترسی پیدا می کنند.

مشارکت نمایندگی: در این سطح، مردم برای آن که فرصتی برای ابراز نظر و اهرمی برای اعمال نظرات خود بیابند، در برنامه توسعه شرکت می کنند و مسئولین برای آنکه به برنامه خود پایداری ببخشند مردم را تشویق به مشارکت می کنند. در یک شهرستان، انجمن غیر دولتی برای حمایت از زنان سرپرست خانوار تشکیل می شود. با بحثی که این انجمن با زنان منطقه دارد تصمیم گرفته می شود که مهدکودکی برای نگهداری از کودکان اقشار محروم تاسیس شود تا زنان بتوانند به فعالیت های اقتصادی بپردازند. مهدکودک تاسیس می شود. آنها اقدام به تشکیل شرکت تعاونی نیز می نمایند. با قدرت گرفتن تعاونی، هیئت مدیره آن موفق می شود نماینده خود را به

⁸Nominal⁹Instrumental¹⁰Representative¹¹Transformative

شورای شهر بفرستد تا درخواست های آنها را منعکس کند.

مشارکت متحول کننده: در این سطح، هدف مسئولین از جلب مشارکت مردم توانمندسازی آنهاست. مردم نیز برای آنکه خود توانمند شوند در برنامه توسعه شرکت می کنند. مشارکت مردم از یک سو وسیله ای برای دستیابی به اهداف و از سوی دیگر خود مشارکت نیز هدف نهایی برنامه توسعه است. هیئت امنای مسجد امام رضا (ع) روستای زیارت، مردم روستا را به مشارکت می طلبند تا یک خانه بهداشت در روستا تاسیس کنند. مردم این روستا از خدمات خانه بهداشت روستای اصلی و مرکز بهداشتی درمانی روستایی ناراضی هستند و از این پیشنهاد استقبال می کنند. هیئت امنای مسجد به مردم در اداره خانه بهداشت و دعوت از یک پزشک برای همکاری در ویزیت دوره ای کمک می کنند. در انتها مردم نه تنها خانه بهداشت، بلکه با تاسیس شورایی اداره کلی روستا را نیز خود برعهده می گیرند و موقعیت خانه بهداشت نیز در روستا تثبیت می شود.

توانمندسازی و سطوح آن

توانمندسازی به صورت فرایندی تعریف می گردد که شرایط ساختاری (سیاسی، اجتماعی، فرهنگی) و عاملیتی (ظرفیتها، قدرت تصمیم گیری) و دسترسی (به منابع مادی و غیر مادی موجود در جامعه) را برای قدرت یابی جامعه در جهت تغییر اجتماعی فراهم می کند. توانمندسازی افزایش ظرفیت ها و سرمایه ها برای امکان انتخاب های بیشتر در تصمیم گیری است. توانمندسازی ایجاد شده در اثر مشارکت متحول کننده، می تواند در سطوح مختلفی حاصل شود که در جدول ۱ آورده شده است:

جدول ۱: سطوح توانمندسازی

سطح	شاخص ها	نمونه
فردی	احساس ارزشمندی، همدلی و ادراک فرد از توانایی خود در کمک به دیگران و مسئولیت پذیری، تطابق روانی-عاطفی با تغییرات، توانایی تحلیل علت و علل مسائل، باور به توانایی خود در کنترل شرایط و ...	مطالعه نیازهای سلامت روان انجام شده در منطقه ای از تهران، نشان داد که زنان نیاز به تقویت مهارت های زندگی دارند. متعاقباً این دوره ها برگزار می شوند. خانمی که در کلاس آموزش مهارت های زندگی شرکت کرده است، در پایان دوره توانایی بیشتری در تحلیل مسائل و کنترل استرس های زندگی به دست آورده و احساس عزت نفس بیشتری دارد.
گروهی	فعالیت در شبکه های اجتماعی، مشارکت در تصمیم گیری های گروهی و سازمانی، حمایت و وابستگی های اجتماعی، توانایی دستیابی به توافق گروهی و ...	گروهی از مردان مبتلا به ایدز یک گروه حمایتی تشکیل داده و در قالب شبکه های اجتماعی، اقداماتی را برای حمایت از اعضای مبتلا به این بیماری و انگ زدایی اجتماعی ترتیب می دهند.
اجتماعی	بهبود شرایط اجتماعی و سلامتی نظیر ایجاد تغییر در سیاست ها، تغییر در سیستم ها، توانایی جامعه در کسب منابع برای حفظ جامعه سالم تر و ...	بر اساس نتایج مطالعه ارزیابی سریع محله، نا امنی پارک های محله به عنوان مانع مشارکت مردم در برنامه های ارتقای سلامت در زمینه فعالیت فیزیکی شناسایی شد. شورایاری محله، اهمیت موضوع را در جلسات شهرداری طرح کرده و این نهاد با همکاری شورای شهر و اداره تربیت بدنی، پارک ها را تجهیز کرده و مردم از برنامه های ورزش صبحگاهی در پارک ها استقبال کردند. این برنامه در بقیه محلات نیز گسترش پیدا کرد.

انواع روش های پژوهش مبتنی بر جامعه

پژوهش های مبتنی بر جامعه بر اساس میزان مشارکت دادن جامعه به انواع مختلفی تقسیم و نامگذاری می شوند که مقایسه سه نوع اصلی این نوع پژوهش ها به طور خلاصه در جدول ۲ آورده شده است:

جدول ۲: مقایسه سه روش پژوهش مبتنی بر جامعه

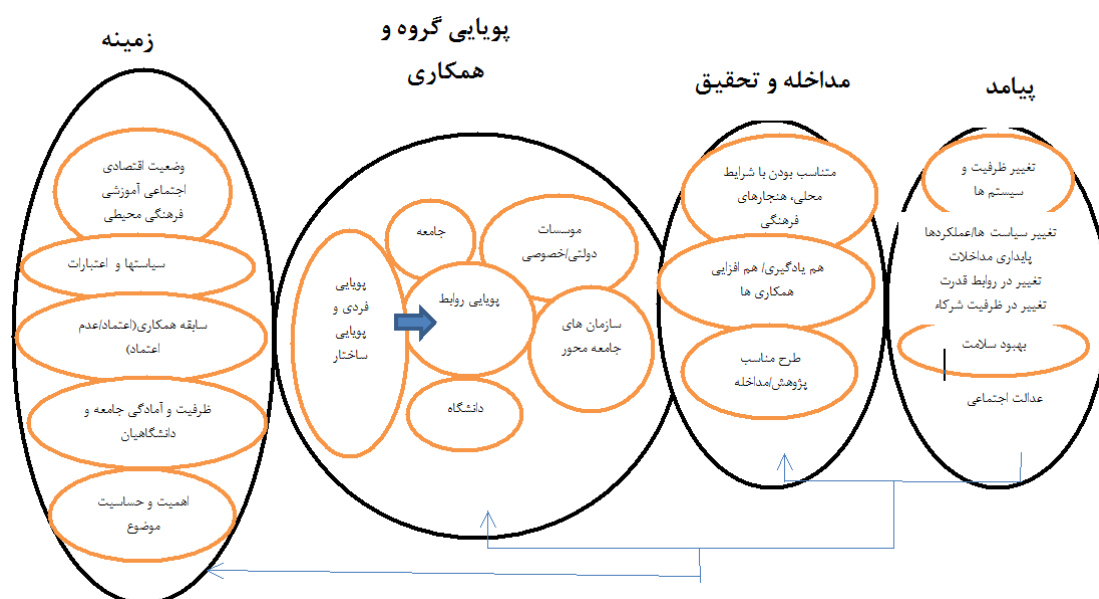
پژوهش مشارکتی مبتنی بر جامعه	پژوهش مشارکتی عملیاتی	پژوهش مبتنی بر جامعه	
سهام شرکا در پژوهش یکسان است پژوهشگر تسهیل گر است.	نقش پژوهشگر نسبت به نمایندگان جامعه پر رنگ تر است. پژوهشگر هدایت گر است.	پژوهشگر غالب است	نقش پژوهشگر و نمایندگان جامعه در فرایند پژوهش
توانمندسازی	هم یادگیری	مقطعی	دستآورد حاصل از همکاری شرکای پژوهش
تاکید روی تغییر اجتماعی است.	تاکید روی بازخورد حاصل از عمل است.	تاکید روی حل مشکل خاصی است	تمرکز
تیم پژوهش نیاز به مهارت های پژوهشی دارد. جامعه نیز پژوهشگر است.	جامعه به عنوان مشاور و یا عضو تیم پژوهش کیفی وارد می شود.	تیم پژوهش توسط پژوهشگر تعیین می گردد. افراد غالباً پژوهشگران خارج از جامعه هستند.	انتخاب تیم پژوهش
توسط نمایندگان جامعه	توسط پژوهشگر با در نظر گرفتن دغدغه مردم	توسط پژوهشگر	انتخاب موضوع پژوهش
طولانی	تا حدی طولانی	طولانی نیست	فرایند پژوهش

پژوهش مشارکتی یک رویکرد است. گرچه می توان در آن تلفیقی از انواع روش های کمی و کیفی^{۱۲} را به کار گرفت. اما نمی توان گفت که یک روش یا مجموعه ای از روش ها است. پژوهش مشارکتی یک رویکرد کاربردی است که هدف از آن ایجاد تغییر در سیستم ها، برنامه ها، سیاست ها و سلامت جامعه است.

¹² Mix Method

مدل مفهومی پژوهش مشارکتی

والریشترین و همکاران،^{۱۳} یک مدل مفهومی را برای درک عوامل پیش پینی کننده پیامدها در پژوهش مشارکتی مبتنی بر جامعه پیشنهاد کرده اند که در سال ۲۰۱۳ بازبینی شده است (شکل ۲).



شکل ۲: مدل مفهومی عوامل پیش پینی کننده پیامدها در پژوهش مشارکتی مبتنی بر جامعه

بر اساس مدل مفهومی، وجود عوامل زمینه ای، شکل گیری فرایندهای همکاری و تعاملات بین افراد، جوامع و دانشگاه و تصمیم گیری در این شبکه های همکاری می تواند بر طراحی مناسب پژوهش و مداخلات مبتنی بر جامعه تاثیر بگذارد. به طوری که شنیدن صدای شرکای پژوهشی می تواند در متناسب نمودن مداخلات با فرهنگ جامعه، در نظر گرفتن دانش محلی در طراحی مداخلات، روش ها و ابزارها، اجرا و انتشار نتایج موثر باشد. در تعامل بین عوامل زمینه ای، فرایندهای همکاری، مداخلات متناسب با فرهنگ جامعه، پیامدها رخ می دهند که می توانند شامل تغییر در ظرفیت ها و سیاست ها، تغییر در روابط قدرت، پایداری، ارتقای سلامت و کاهش نابرابری و عدالت اجتماعی باشند.

فنون پژوهش مشارکتی

در رویکرد پژوهش مشارکتی می توان از استراتژی های بسیج اجتماعی، مذاکره، چانه زنی، حمایت همه جانبه، شبکه سازی، انتقال دانش و اطلاع رسانی برای دستیابی به اهداف بهره برد. در انجام پژوهش مشارکتی می توان از فنون مختلف پژوهش مشارکتی استفاده کرد. فن اصلی در پژوهش مشارکتی تسهیلگری^{۱۴} است که به

¹³ Wallerstein N, et al

¹⁴ Facilitation

معنای آسان کردن موفقیت گروه در سایه همکاری است. گروهی که با هدفی خاص گرد هم آمده باشند. در مراحل مختلف پژوهش مشارکتی، ممکن است از چند تکنیک به صورت هم زمان استفاده شود. در مرحله /ارزیابی جامعه و نیازسنجی ممکن است از تکنیک های ارزیابی سریع نظیر مشاهده، مصاحبه و مرور مستندات به همراه شیوه های اجماع نظر نظیر بارش فکری استفاده شود. در این مرحله می توان از ابزارهای تحلیل ذینفعان، تحلیل اهمیت نهادهای محلی و ارتباطات آنها و تعیین اشتراک و تضاد منافع گروههای ذینفع بهره برد. در مرحله /اولویت بندی از تکنیک های اولویت بندی نظیر ماتریس مقایسه ای (ماتریس دو بعدی) و وزن دهی استفاده می شود. در مرحله برنامه ریزی می توان از تدوین برنامه عملیاتی و گانت چارت بهره برد. در مرحله پایش و /ارزشیابی پروژه می توان از انواع فنون کمی و کیفی برای سنجش فرایند و پیامدها استفاده کرد. به عنوان نمونه یکی از ابزارها معرفی می شود:

ماتریس زوجی اولویت بندی (ماتریس مقایسه ای)

کار گروهی جهت تعیین اولویت ها باتعدادی از افراد وگروه های ذی نفع انجام می شود. در این تکنیک، ابتدا لیست مشکلات/نیازها در ماتریس زوجی وارد می شود. سپس هر دو مشکل/نیاز دو به دو با هم مقایسه شده و در هر مقایسه بر اساس معیار اولویت بندی، رجحان یکی بر دیگری با اتفاق نظر جمع مشخص شده و در ماتریس وارد می شود. در نهایت تعداد دفعات تکرار مشکل/نیاز در جدول شمارش شده و مشکل/نیاز دارای الویت با رتبه کمتر انتخاب می شود. نمونه ماتریس اولویت بندی تکمیل شده در گروه های محلی در ذیل آورده شده است:

جدول ۳: ماتریس نمونه الویت بندی مشکلات

مشکلات	اعتیاد	کمی تسهیلات رفاهی	ناامنی	یافت فرسوده	تامین مسکن	حیوانات موذی	زیاله
اعتیاد		اعتیاد	ناامنی	اعتیاد	اعتیاد	اعتیاد	اعتیاد
کمی تسهیلات رفاهی			ناامنی	کمی تسهیلات رفاهی	تامین مسکن	کمی تسهیلات رفاهی	کمی تسهیلات رفاهی
ناامنی				ناامنی	ناامنی	ناامنی	ناامنی
یافت فرسوده					تامین مسکن	یافت فرسوده	یافت فرسوده
تامین مسکن						تامین مسکن	تامین مسکن
حیوانات موذی							زیاله
زیاله							

تجارب پژوهش مشارکتی در ایران و جهان

مطالعات متعددی در ایران و جهان انجام شده اند که جامعه به نوعی در مراحل مختلف پژوهش مشارکت

داده شده است. مرورهای سیستماتیک صورت گرفته توسط سلیمی و همکاران، دلاس نوسز و همکاران،^{۱۵} ویزواناتان و همکاران،^{۱۶} کوک و همکاران^{۱۷} مطالعات انجام شده در زمینه پژوهش مشارکتی مبتنی بر جامعه در جهان را مورد بررسی قرار داده اند که مطالعه آنها توصیه می شود.

مراکز تحقیقات توسعه اجتماعی و ارتقای سلامت که از سوی معاونت تحقیقات و فن آوری وزارت بهداشت در اکثر دانشگاه های علوم پزشکی تشکیل شدند. زیرساختی را برای انجام پژوهش مشارکتی فراهم کردند. در اکثر پروژه های صورت گرفته در این مراکز، جامعه در مراحل نیازسنجی و اولویت بندی مشارکت داشته اند. به عنوان مثال در دانشگاه علوم پزشکی استان چهارمحال و بختیاری، پس از اطلاع رسانی و جلب مشارکت، تیم توسعه فرخ شهر با همکاری شورای شهر و متخصصین شامل ۴۰۰۰ عضو فعال تشکیل شد. سپس ۱۰ کمیته شکل گرفته که شرح وظایف کمیته ها توسط مردم طراحی و تدوین شد. کارگاه های پژوهش مشارکتی برای توانمندسازی اعضای تیم توسعه برگزار گردید. این گروه ها با به کار گیری روش ارزیابی سریع و رویکرد برنامه ریزی شده به سلامت جامعه، مراحل ارزیابی جامعه، نیازسنجی و اولویت بندی را انجام دادند. بر اساس اولویت های بدست آمده با به کارگیری فنون مشارکتی پروژه های مداخله ای طراحی گردیده است.

این مطالعه در یک جامعه آماده برای تغییر و حساسیت درک شده نسبت به موضوعات و دارای بافت فرهنگی آموزشی مناسب انجام شده که سابقه همکاری و اعتماد مناسبی با دانشگاهیان داشته اند.

مرکز پژوهش های سلامت مبتنی بر مشارکت جامعه دانشگاه علوم پزشکی تهران، مطالعات متعددی را در زمینه پژوهش های مشارکتی در کشور انجام داده است که به عنوان نمونه می توان به انجام مطالعه «نیازسنجی با رویکرد مشارکتی در منطقه ۱۷» اشاره کرد. در این مطالعه، بر اساس تحلیل ذی نفعان، اطلاع رسانی و اعتمادسازی به منظور جلب مشارکت صورت گرفت. سپس ارزیابی جامعه و نیازسنجی به صورت کمی و کیفی انجام شد و بر اساس نیازهای حاصله، اولویت بندی با استفاده از فنون مشارکتی در گروههای محلی انجام شده، مجدداً نتایج به افراد، سازمان ها و گروههایی که متاثر از مشکلات در اولویت بودند یا می توانستند بر حل آن تاثیر گذار باشند، انعکاس داده شد. پس از تشکیل تیم محلی (شورایاری، افراد فعال محلی و هیات مدیره مردمی)، و سازمانی (شهرداری، تربیت بدنی، نیروی انتظامی) و متخصصین دانشگاهی برنامه های مداخله طراحی و اجرا گردید. تاثیرات این برنامه ها بر تغییرات محله پس از سه سال به دو روش کمی و کیفی از طریق بررسی نظرات مردم و مسئولین مورد ارزیابی قرار گرفت. مطالعات دیگری نیز صورت گرفته است که جامعه را در مداخله، اجرا و ارزشیابی مشارکت داده اند از جمله مشارکت جامعه در زمینه آمادگی در مقابل زلزله، مشارکت نوجوانان برای تاثیرگذاری بر عوامل اجتماعی موثر بر سلامت، رفتارهای پرخطر و آسیب های محیطی و....

بر اساس مطالعات انجام شده در ایران و جهان درس های آموخته به شرح ذیل می باشد:

¹⁵ De Las Nueces, et al.

¹⁶ Viswanathan, et al.

¹⁷ Cook, et al.

- ✓ دانشگاهیان باید به ارزش دانش محلی پی برده و از جامعه بیاموزند. آنها باید برای ارزش ها و باورهای جامعه احترام قائل شوند.
- ✓ بررسی زمینه های آمادگی جامعه و اعتمادسازی باید مقدم بر اجرای هر نوع مداخله ای باشد. استفاده ابزاری از مردم در پژوهش، موجب سلب اعتماد و عدم مشارکت آنها در برنامه های بعدی می شود.
- ✓ حضور الگوهای مرجع و خوشنام می تواند به موفقیت برنامه کمک کند.
- ✓ حمایت و تعهد سیاسی و اجتماعی سیاست گذاران از تلاش های مردم موجب تقویت انگیزش و دلگرمی آنها می شود.
- ✓ با بررسی انگیزه های مشارکت در گروههای مختلف جامعه، می بایست از مکانیسم های تشویقی مناسبی برای جلب مشارکت بهره برده شود.
- ✓ هر چقدر مشارکت مردم بیشتر باشد، احساس مالکیت و تلاش آنها در پایداری نتایج اقدامات بیشتر خواهد بود.
- ✓ توانمندسازی فرایندی طولانی است که در کوتاه مدت حاصل نمی شود. نیاز به تعریف پروژه های چندساله و تعهد به مشارکت در طولانی مدت از سوی شرکاء پژوهش مهم است.
- ✓ محقق می بایست در تمامی مراحل پژوهش از انتخاب سؤال پژوهش تا مرحله مداخله، اجرا و ارزشیابی جامعه را مشارکت دهد.
- ✓ محقق می بایست برای هر یک از مخاطبین (مردم، سیاست گذاران) در مراحل مختلف پروژه از زبان مناسب استفاده کند از جمله در انتشار نتایج.
- ✓ برای انجام پژوهش مشارکتی باید بیش از هر چیز به عوامل زمینه ای توجه داشت. باید دید در چه زمینه و بافت فرهنگی اجتماعی-اقتصادی و محیطی وارد خواهیم شد. سابقه همکاری و اعتماد چگونه است؟ آمادگی و حساسیت جامعه به موضوع و ظرفیت جامعه برای مشارکت چگونه است و دانشگاهیان چقدر ظرفیت و آمادگی برای کار با جامعه داشته و چقدر خوشنام هستند؟

☞ در صورتی که رویکرد پژوهش مشارکتی درست به کار گرفته شود، انتظار این است که به پایداری تاثیر مداخلات، توانمندسازی (فردی، گروهی و اجتماعی) و تغییر در وضعیت اجتماعی، اقتصادی، فرهنگی، افزایش سرمایه اجتماعی، تغییر در سیاست ها و افزایش عدالت اجتماعی منجر گردد.

منابع برای مطالعه بیشتر

1. Wallerstein N, Duran B, Oetzel J. G, Minkler M. Community-based participatory research for health: advancing social and health equity. 2017, John Wiley & Sons.
2. Israel B, Eng, E, Schulz A, Parker E. Methods for Community-Based Participatory Research for Health. 2012, Jossey-Bass.
3. Salimi Y, Shahandeh KH, Malekafzali H, Loori N, Kheiltash A, Jamshidi, E. Frouzan A.S, Majdzadeh R. Is Community-based Participatory Research (CBPR) Useful? A Systematic Review. International Journal of Preventive Medicine, June 2012, 3(6):386-393.

4. Viswanathan M, Ammerman A, Eng E, Gartlehner G, Lohr K N, Griffith D, Rhodes S, Samuel-Hodge C, Community-based participatory research: assessing the evidence. Evidence report/technology assessment, 2004(99):1-8.
 5. Cook, Won K. "Integrating research and action: a systematic review of community-based participatory research to address health disparities in environmental and occupational health in the USA." *Journal of Epidemiology & Community Health*, 2008, 62(8): 668-676.
 6. De Las Nueces D, Hacker K, D, Di Girolamo A, Le Roi S. A systematic review of community-based participatory research to enhance clinical trials in racial and ethnic minority groups." *Health services research*. 2012, 47(3pt2):1363-1386.
 7. Majdzadeh R, Setareh Forouzan A, F Pourmalek, Malekafzali H. Community-Based Participatory Research; an approach to Deal with Social Determinants of Health, *Iranian J Publ Health*, 2009,38(1):50-53
 8. Jamshidi E, Khedmati E, Shahandeh Kh.Majdzadeh R, Seydali E, Aramesh K, Loori N. Ethical Considerations of Community -Based Participatory Research: Contextual Underpinnings for Developing Countries, *International Journal of Preventive Medicine* October 2014, 5(10): 1328-1336.
 9. Pazoki R, Nabipour I, Seyednezami N, Imami SR. Effects of a community-based healthy heart program on increasing healthy women's physical activity: a randomized controlled trial guided by Community-based Participatory Research (CBPR), *BMC Public Health*, 2007, 7(1):216.
 10. Malekafzali H, Forouzan A, Baradaran Eftekhari M, Azizabadi Farahani M, Khoddami HR. Community-Based Participatory Research: How Do Academicians Rate Success in Iran? *Iranian J Publ Health*, 2009, 38(1):54-57.
 11. Jamshidi E, Majdzadeh R, Saberi Namin M, Ardalan A, Majdzadeh B, Seidali E. Effectiveness of Community Participation in Earthquake Preparedness: A Community-Based Participatory Intervention Study of Tehran, *Disaster Medicine and Public Health* Preparedness, 2016,10(2):211-218.
۱۲. بحرینی فرح سادات، جمشیدی انسیه، شاهنده خندان و همکاران پژوهش مشارکتی مبتنی بر جامعه، مرور یک تجربه در جمهوری اسلامی ایران. تهران: نشر معاونت تحقیقات و فن آوری وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی. چاپ اول ۱۳۸۴
۱۳. جمشیدی انسیه، شاهنده خندان، مجدزاده رضا و همکاران. کارگاه پژوهش مشارکتی، نشر معاونت پژوهشی، دی ماه ۸۵
۱۴. نوری نشاط سعید، جمشیدی انسیه، موسوی شندی پدram و همکاران. توانمندسازی اجتماع محور در جهت توسعه محلی، تهران: نشر برگ زیتون، چاپ اول ۱۳۸۹

پیوست ها:

- ۱ - فرم ارزیابی کیفیت مطالعات مشارکتی مبتنی بر جامعه (CBPR) - مطالعات کیفی
- ۲ - فرم ارزیابی کیفیت مطالعات مشارکتی مبتنی بر جامعه (CBPR) - مطالعات مشاهده ای
- ۳ - فرم ارزیابی کیفیت مطالعات (CBPR) بر جامعه - مطالعات مداخله ای



فرم ارزیابی کیفیت مطالعات مشارکتی مبتنی بر جامعه (CBPR) - مطالعات کیفی

مشخصات مقاله :

پژوهش اولیه..... (نویسنده - سال).....
 عنوان مقاله.....
 ارزیابی کننده.....

اجزای پژوهش

- شاخص نمره دهی

۱. عالی

۲. متوسط

۳. ضعیف

۱- سؤال پژوهش

a- ۱- آیا سؤال پژوهش بطور واضح و مشخص بیان شده است؟
 توضیحات: اگر پژوهشی بطور واضح و مشخص سؤال پژوهشی را عنوان نموده است: نمره ۳، اگر بصورت مبهم بود و یا بطور نامشخص اشاره کرده باشد نمره ۲، و در صورتی که سؤال پژوهشی عنوان نشده باشد، نمره ۱ می گیرد.

۲- جمعیت مورد مطالعه و اعتبار بیرونی

a ۲- آیا جمعیت مورد مطالعه به اندازه کافی توصیف شده است؟
 b ۲- آیا با توجه به سؤال پژوهشی جمعیت مورد مطالعه درست انتخاب شده اند؟
 c ۲- آیا جمعیت مورد مطالعه نماینده گویایی از کسانی که ممکن است نتایج به آنها تعمیم داده شود هستند؟
 d ۲- آیا با توجه به سؤال پژوهش، جمعیت مورد مطالعه به تعداد کافی انتخاب شده اند؟

توضیحات:

a ۲- در صورتی که پژوهش جمعیت مورد مطالعه را به خوبی توصیف کرده باشد نظیر توصیف گروه سنی، جنسی، قومیت، وضعیت اجتماعی، اقتصادی و... نمره ۳ می گیرد. اگر جمعیت مورد مطالعه به خوبی توصیف نشده باشد (فقط به یک یا دو مورد اشاره شده باشد) نمره ۲ می گیرد و در صورتی که جمعیت مورد مطالعه توصیف نشده باشد، نمره ۱ می گیرد.

b ۲- در صورتی که جمعیت مورد مطالعه درست انتخاب شده باشند، نمره ۳ می گیرد. در صورتی که رابطه بین سؤال پژوهش و جمعیت مورد مطالعه مبهم باشد، نمره ۲ می گیرد و اگر اشاره شده باشد، نمره ۱ می گیرد.
 c ۲- در صورتی که جمعیت مورد مطالعه نماینده گویایی از کل جامعه باشد، نمره ۳ می گیرد.

۳. جمع آوری و تحلیل داده ها

- ۳a - آیا شواهدی از راهنما یا ابزار ساختار یافته برای مصاحبه ها، بحث های گروهی متمرکز و مشاهدات وجود دارد؟
- ۳ b - آیا تناسب اجتماعی - فرهنگی بین مصاحبه کننده / مشاهده کننده / رهبر با شرکت کنندگان وجود دارد؟
- ۳ c - آیا از مصاحبه ها و مشاهدات مستند سازی صورت گرفته است؟
- ۳ d - آیا کد گذاری و تجزیه و تحلیل نظام مند داشته است؟

۴- منابع تأمین بودجه

- ۴a - آیا سوگرایی احتمالی بواسطه منبع تأمین بودجه وجود دارد؟ (آیا تضاد منافع وجود دارد؟) (بیشترین احتمال برای سو گرایی نمره ۱ می گیرد).

فرم ارزیابی کیفیت مطالعات مشارکتی مبتنی بر جامعه (CBPR) - مطالعات مشاهده ای

مشخصات مقاله :

پژوهش اولیه..... (نویسنده - سال).....

عنوان مقاله

ارزیابی کننده

اجزای پژوهش

- شاخص نمره دهی

۱. عالی

۲. متوسط

۳. ضعیف

۱- سؤال پژوهش

- a- ۱ - آیا سؤال پژوهش بطور واضح و مشخص بیان شده است؟
- توضیحات: اگر پژوهشی بطور واضح و مشخص سؤال پژوهشی را عنوان نموده است: نمره ۳، اگر بصورت مبهم بود و یا بطور نامشخص اشاره کرده باشد نمره ۲، و در صورتی که سؤال پژوهشی عنوان نشده باشد، نمره ۱ می گیرد.

۲- جمعیت مورد مطالعه و اعتبار بیرونی

- a ۲ - آیا جمعیت مورد مطالعه به اندازه کافی توصیف شده است ؟
- b ۲ - آیا با توجه به سؤال پژوهشی جمعیت مورد مطالعه درست انتخاب شده اند؟
- c ۲ - آیا جمعیت مورد مطالعه نماینده گویایی از کسانی که ممکن است نتایج به آنها تعمیم داده شود هستند؟

d ۲- آیا با توجه به سؤال پژوهش، جمعیت مورد مطالعه به تعداد کافی انتخاب شده اند ؟

توضیحات :

a ۲- در صورتی که پژوهش جمعیت مورد مطالعه را به خوبی توصیف کرده باشد نظیر توصیف گروه سنی، جنسی، قومیت، وضعیت اجتماعی، اقتصادی و... نمره ۳ می گیرد. اگر جمعیت مورد مطالعه به خوبی توصیف نشده باشد (فقط به یک یا دو مورد اشاره شده باشد) نمره ۲ می گیرد و در صورتی که جمعیت مورد مطالعه توصیف نشده باشد. نمره ۱ می گیرد.

b ۲- در صورتی که جمعیت مورد مطالعه درست انتخاب شده باشند، نمره ۳ می گیرد. در صورتی که رابطه بین سؤال پژوهش و جمعیت مورد مطالعه مبهم باشد، نمره ۲ می گیرد و اگر اشاره شده باشد، نمره ۱ می گیرد.

c ۲- در صورتی که جمعیت مورد مطالعه نماینده گویایی از کل جامعه باشد، نمره ۳ می گیرد.

۳. گروه مقایسه یا کنترل

a ۳- طرح مطالعه :

b ۳- آیا قبل از مداخله شرکت کنندگان قابل مقایسه هستند؟

c ۳- آیا ریزش در حین پی گیری وجود دارد ؟ (loss to follow up)

۴- مداخله

a ۴- آیا مداخله بطور مشخص بیان شده است؟

b ۴- آیا مداخله مورد ارزیابی قرار گرفته است؟

۵- اعتبار درونی

a ۵- آیا بین گروه های مقایسه، تمایز واضحی داده شده است ؟ (اجتناب از سرایت مداخله به گروه شاهد و یا استفاده از طرح متقاطع).

b ۵- آیا ابزار سنجش نشان دهنده سؤال پژوهش است؟

c ۵- آیا ابزار سنجش استاندارد شده اند؟

d ۵- آیا اعتبار و روایی ابزار سنجش مشخص شده است؟

۶- تحلیل آماری

a ۶- آیا تحلیل آماری با توجه به طراحی مطالعه مناسب است؟

b ۶- آیا تحلیل آماری برای کنترل مخدوش کنندگی مناسب است؟

۷- کورسازی (blinding)

a ۷- آیا تحلیل گر آماری blind بوده است؟

۸- منابع تأمین بودجه

a ۸- آیا سوگرایی احتمالی بواسطه منبع تأمین بودجه وجود دارد؟ (آیا تضاد منافع وجود دارد؟) (بیشترین احتمال برای سو گرایی نمره ۱ می گیرد).

فرم ارزیابی کیفیت مطالعات (CBPR) بر جامعه - مطالعات مداخله ای

مشخصات مقاله :

پژوهش اولیه..... (نویسنده - سال).....
عنوان مقاله
ارزیابی کننده

اجزای پژوهش

- شاخص نمره دهی

۱. عالی

۲. متوسط

۳. ضعیف

۱- سؤال پژوهش

a- ۱ - آیا سؤال پژوهش بطور واضح و مشخص بیان شده است؟

توضیحات : اگر پژوهشی بطور واضح و مشخص سؤال پژوهشی را عنوان نموده است : نمره ۳، اگر بصورت مبهم بود و یا بطور نامشخص اشاره کرده باشد نمره ۲، و در صورتی که سؤال پژوهشی عنوان نشده باشد، نمره ۱ می گیرد.

۲- جمعیت مورد مطالعه و اعتبار بیرونی

a ۲ - آیا جمعیت مورد مطالعه به اندازه کافی توصیف شده است ؟

b ۲ - آیا با توجه به سؤال پژوهشی جمعیت مورد مطالعه درست انتخاب شده اند؟

c ۲ - آیا جمعیت مورد مطالعه نماینده گویایی از کسانی که ممکن است نتایج به آنها تعمیم داده شود هستند؟

d ۲ - آیا با توجه به سؤال پژوهش، جمعیت مورد مطالعه به تعداد کافی انتخاب شده اند ؟

توضیحات :

a ۲ - در صورتی که پژوهش جمعیت مورد مطالعه را به خوبی توصیف کرده باشد نظیر توصیف گروه سنی، جنسی، قومیت، وضعیت اجتماعی، اقتصادی و... نمره ۳ می گیرد. اگر جمعیت مورد مطالعه به خوبی توصیف نشده باشد (فقط به یک یا دو مورد اشاره شده باشد) نمره ۲ می گیرد و در صورتی که جمعیت مورد مطالعه توصیف نشده باشد. نمره ۱ می گیرد.

b ۲ - در صورتی که جمعیت مورد مطالعه درست انتخاب شده باشند، نمره ۳ می گیرد. در صورتی که رابطه بین سؤال پژوهش و جمعیت مورد مطالعه مبهم باشد، نمره ۲ می گیرد و اگر اشاره شده باشد، نمره ۱ می گیرد.

c ۲ - در صورتی که جمعیت مورد مطالعه نماینده گویایی از کل جامعه باشد، نمره ۳ می گیرد.

۳. گروه مقایسه یا کنترل

- ۳a - آیا گروه ها به طور تصادفی (Randomized) انتخاب شده اند؟
 ۳b - آیا قبل از مداخله شرکت کنندگان قابل مقایسه هستند؟
 ۳c - آیا ریزش در حین پی گیری وجود دارد؟ (loss to follow up)

۴- مداخله

- ۴a - آیا مداخله بطور مشخص بیان شده است؟
 ۴b - آیا مداخله مورد ارزیابی قرار گرفته است؟
 ۴c - آیا اجرای مداخله در جمعیت بزرگتر قابل اجرا است؟
 ۴d - آیا مداخله آن گونه که طراحی شده بود، اجرا شده است؟

۵- اعتبار درونی

- ۵a - آیا بین گروه های مقایسه، تمایز واضحی داده شده است؟ (اجتناب از سرایت مداخله به گروه شاهد و یا استفاده از طرح متقاطع).
 ۵b - آیا ابزار سنجش نشان دهنده سؤال پژوهش است؟
 ۵c - آیا ابزار سنجش استاندارد شده اند؟
 ۵d - آیا اعتبار و روایی ابزار سنجش مشخص شده است؟

۶ - تحلیل آماری

- ۶a - آیا پژوهش با هدف Intention to treat انجام شده است؟
 ۶b - آیا تحلیل آماری با توجه به طراحی مطالعه مناسب است؟
 ۶c - آیا تحلیل آماری برای کنترل مخدوش کنندگی مناسب است؟

۷- کورسازی (blinding)

- ۷a - آیا فرآیند جمع آوری داده ها بعد از مداخله (blind) کورسازی شده است؟ (بخصوص مصاحبه ها کننده ها)
 ۷b - آیا تحلیل گر آماری blind بوده است؟

۸- منابع تأمین بودجه

- ۸a - آیا سوگرایی احتمالی بواسطه منبع تأمین بودجه وجود دارد؟ (آیا تضاد منافع وجود دارد؟) (بیشترین احتمال برای سو گرایی نمره ۱ می گیرد).

کتاب جامع

بهداشت عمومی

فصل ۱۴ / گفتار ۱۰ / دکتر حسین ملک افضلی - دکتر الهام الهی

اجتماعی شدن نظام سلامت

فهرست مطالب

اهداف درس	۳۰۶۷
مقدمه	۳۰۶۷
مفهوم اجتماعی شدن سلامت	۳۰۶۸
دلایل اغنا کننده برای مفید بودن رویکرد اجتماعی به نظام سلامت	۳۰۷۰
راهکارهای اجتماعی شدن سلامت	۳۰۷۱
راهکارهای اجتماعی شدن سلامت در حوزه بهداشت	۳۰۷۲
ساختار تشکیلاتی مجمع ملی سلامت	۳۰۷۲
شاخص‌های عدالت در سلامت	۳۰۷۴
فرآیند شکل‌گیری شاخص‌ها در دولت یازدهم	۳۰۷۵
ضوابط و معیارهای مورد تاکید در بازنگری شاخص‌های عدالت	۳۰۷۵
انتظار می‌رود این ابزار بتواند مسبب تغییرات زیر گردد:	۳۰۷۷
مداخلاتی که برای اجتماعی شدن، در بخش بهداشت باید صورت گیرد	۳۰۷۷
راهکارهای اجتماعی شدن سلامت در حوزه درمان:	۳۰۷۷
راهکارهای اجتماعی شدن سلامت در حوزه آموزش:	۳۰۷۸
راهکارهای اجتماعی شدن سلامت در حوزه پژوهش:	۳۰۷۸
پیوست ۱ - شاخص‌های عدالت در سلامت	۳۰۷۹
منابع:	۳۱۰۳

اجتماعی شدن نظام سلامت Socialization of the health system

دکتر حسین ملک افضلی، دکتر الهام الهی
* دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی تهران

اهداف درس

پس از یادگیری این مبحث، فراگیرنده قادر خواهد بود:

- مفهوم اجتماعی شدن نظام سلامت را بیان کند
- لزوم توجه و برنامه ریزی جهت اجتماعی شدن سلامت را متذکر شود
- اهداف اجتماعی شدن سلامت را توضیح دهد
- پتانسیل‌های خفته مرتبط با اجتماعی شدن سلامت را شرح دهد
- راهکارهای اجتماعی شدن سلامت را بیان کند
- ارتباط اجتماعی شدن نظام سلامت و استفاده به جا از فن آوری اطلاعات را یادآور شود
- تفاوت و مزایای دانشگاه‌های نسل چهارم، نسبت به سایر دانشگاه‌ها را توضیح دهد.

مقدمه

لازم است دو واژه Health Sector یا بخش سلامت و Health System یا نظام سلامت از یکدیگر تفکیک شوند:

وقتی می‌گوییم Health Sector یعنی وزارت بهداشت که محل کار افرادی است، که دارای مهارت‌های تخصصی خاصی می‌باشند؛ مثل پزشک، پرستار، کارشناس، کاردان، بهورز و غیره که در سازمانی به نام وزارت بهداشت، وظایفی را به عهده دارند. برای اینکه وظایف، درست انجام شود ساختار آن همراه با شرح وظایفی در نظر گرفته شده است که شامل خانه بهداشت، مراکز بهداشتی - درمانی روستایی و شهری، کلینیک سرپایی، بیمارستان‌های

عمومی و تخصصی و پایگاه‌های مدیریتی مثل شبکه و مرکز بهداشت شهرستان و استان، ستاد دانشگاه و ستاد وزارت بهداشت و ... که شامل بخش سلامت می‌باشد. در کنار واژه Health Sector واژه دیگری بنام Health System وجود دارد که مفهوم گسترده‌ای دارد. در مفهوم آن علاوه بر Health Sector، دو پایه دیگر هم وجود دارد: مردم که شامل جامعه مدنی و سازمان‌های مردم نهاد، است و نهادهای دولتی و خصوصی.

در این تعریف، کلیه نهادهای دولتی قرار می‌گیرد چرا که مثلاً وزارت بازرگانی می‌تواند با اتخاذ سیاست‌های درست، در جهت ارتقاء سلامت جامعه نقش داشته باشد یا آموزش و پرورش می‌تواند با آموزش درست در جهت ارتقاء سلامت جامعه نقش مهمی ایفا کند یا صدا و سیما با ارائه برنامه‌های مناسب و یا وزارت صنایع، بسته به این که خودروها را با چه کیفیتی تولید می‌کند، می‌تواند روی تصادفات جاده‌ای، نقش موثری ایفا کند. بخش خصوصی هم می‌تواند در فرآیند خرید و فروش، طوری عمل کند که به سلامت جامعه صدمه وارد نکند مثلاً از خرید و فروش سیگار، خودداری کند. به عبارت دیگر در رابطه با فعالیت‌های خود، مسئولیت اجتماعی داشته باشد.

خود مردم هم می‌توانند نقش داشته باشند که از خود و خانواده خود مراقبت کنند تا سلامتی خود را حفظ کنند و بیمار نشوند و در صورت بیماری، آگاهی داشته باشند که به کجا مراجعه کنند و در این ارتباط، توقع و تقاضای منطقی از مسئولین داشته باشند و فراتر از آن می‌توانند داوطلبانه در نهادهای رسمی مثل سَمَن‌ها (سازمان‌های مردم نهاد) شرکت کنند.

سازمان‌های بین‌المللی مثل سازمان جهانی بهداشت، یونیسف و نیز می‌توانند نقش مهمی در ارتقای سلامت مردم کشورها داشته باشند.

مفهوم اجتماعی شدن سلامت

وقتی از اجتماعی شدن نظام سلامت، سخن می‌گوییم منظور این است که علاوه بر افراد حرفه‌ای Health Sector، از پتانسیل‌های پیرامون بخش سلامت که به برخی از آن‌ها اشاره شد، نیز استفاده شود تا بتوانیم سلامت مردم را به صورت جامع یعنی در تمامی ابعاد جسمی، روانی، اجتماعی و معنوی تامین کنیم. نکته مهم این که استفاده از همه این‌ها عمدتاً باید در جهت ارتقا سلامت باشد یعنی اولویت اصلی باید ارتقای سلامت و پیشگیری باشد و نه صرفاً درمان و توانبخشی. بنابراین منظور از اجتماعی شدن نظام سلامت این است که:

- ۱ - پتانسیل‌های خارج از بخش سلامت را شناسایی کنیم.
- ۲ - به سازماندهی این پتانسیل‌ها مثل خیرین نظام سلامت، سَمَن‌ها، یا حتی رابطین بهداشت و رضاکاران که در کشور ما کم و بیش سازمان یافته می‌باشند، بپردازیم.
- ۳ - توانمند کردن افراد از طریق آموزش و کسب مهارت‌های لازم را مورد توجه قرار دهیم.
- ۴ - ارتقاء و پیشگیری، همواره در اولویت باشند.

علاوه بر اولویت ارتقاء و پیشگیری باید به اصل عدالت نیز توجه شود. یعنی از منابع موجود به نفع محرومین، استفاده شود. بنابراین اجتماعی شدن نظام سلامت، فرآیندی است که از شناخت، شروع می‌شود و تا مرحله به‌کارگیری به پیش می‌رود و در این فرآیند، باید همواره به Health Promotion و Health Prevention با پندار،

گفتار و کرداری عدالت‌محور و به دور از تعصبات قومی - قبیله‌ای، جناحی، سیاسی و مذهبی و اجتناب از عوامل مخرب دیگر، توجه داشته باشیم.

زمانی که این دو مقوله را وارد نظام سلامت کنیم؛ نظام سلامت، اجتماعی شده است. ولی تا زمانی که به کارهای تخصصی و نیروهای حرفه‌ای، اکتفا کنیم و منابع عظیم پیش‌گفت را به کار نگیریم این مشکلات سلامت به قوت خود باقی است و حتی تشدید هم خواهد شد. به عنوان مثال، بیماری که در بیمارستان بستری است اگر بعد از ترخیص، مسائل خانوادگی و اجتماعی او در نظر گرفته نشود امکان بازگشت بیماری او هست و عوامل ایجاد بیماری فرد، به قوت خود باقی خواهد بود و بیماری او عود خواهد کرد. در حالی که اگر بیمارستان، اجتماعی باشد بعد از ترخیص، با پیگیری‌های بعدی و حتی ویزیت در منزل، با کمک نهادهای اجتماعی و عمومی می‌توان از بیمار، حمایت اجتماعی هم کرد.

واحدیابی مثل خانه‌های بهداشت، پایگاه‌های بهداشتی که در محیط، قرار دارند و با مردم از نزدیک سروکار دارند، می‌توانند نقش زیادی در بالا بردن سواد سلامت مردم داشته باشند و در همراه کردن شهرداری و سایر سازمان‌های برون بخشی برای فراهمی شرایط محیط زیست سالم، موثر باشند و در جهت توانمندسازی مردم برای داشتن تغذیه مناسب و سایر مداخلات قابل انجام برای داشتن شیوه زندگی سالم را فراهم کنند. بنابراین ما انتظارمان اینست که این مفهوم به شکل برنامه‌های اجرایی درآمده و درهمه سطوح نظام سلامت، ادغام شود. یعنی اگر تا امروز در خانه بهداشت بر PHC، در مراکز بهداشتی درمانی به درمان سرپایی یا در بیمارستان‌ها به درمان‌های بستری، تاکید داشتیم حال به همه این‌ها اقدامات، جز پیشگیری کننده و ارتقا دهنده را بیفزاییم. از طرف دیگر با نفوذ در نزد افراد سیاستگذار و تصمیم گیر، بتوانیم قوانین و مقررات لازم را برای کمک به این مهم را، فراهم کنیم.

امروزه اکثر مردم می‌دانند که باید ورزش کنند ولی جایی برای ورزش کردن ندارند؟! مردم می‌دانند که روغن‌هایی که چربی ترانس ندارد باید مصرف کنند ولی به آن دسترسی ندارند؟! برای عملیاتی کردن این موضوع باید سازو کار لازم در محیط، فراهم شود و مردم نیز با حقوق شهروندی خود، اعم از حقوق بهداشتی، اقتصادی، اجتماعی و سیاسی، آشنا شده و در این خصوص، توانمند شوند تا با تعامل این دو نیرو، یعنی مردم و سازمان‌های دولتی بر مشکلات، فائق آیند.

بنابراین منظور ما از اجتماعی شدن نظام سلامت این است که تمام پتانسیل‌هایی موجود در کشور، در سطح جامعه و یا در سازمان‌های مختلف را برای تامین سلامت مردم به کار گیریم. تاکنون تا آنجایی که توانسته‌ایم در حوزه سلامت اقدام کرده و موفق هم شده‌ایم، ولی بیشتر اقدامات انجام شده از نوع اقدامات پزشکی بوده حتی در PHC نیز اگر واکسن زدیم و یا برای مبارزه با بیماری‌های اسهالی به لوله کشی آب آشامیدنی پرداخته و آب آشامیدنی سالم به دست مردم رساندیم و یا سایر اقداماتی که در راستای حفظ و ارتقای سلامتی مردم، انجام داده‌ایم، همگی با استفاده از فناوری‌های مختلف بوده است. اگرچه در کنار آن آموزش هم بوده است ولی عمدتاً جنبه پزشکی داشته است. اما هم اکنون قصد داریم در نظام سلامت کشور، پتانسیل‌های خفته را بیدار کرده و راهبردهای اجتماعی را در کنار راهبردهای پزشکی، به کار گیریم و از آن‌ها استفاده کنیم.

دلایل اغنا کننده برای مفید بودن رویکرد اجتماعی به نظام سلامت

- ۱ - اجتماعی شدن نظام سلامت به ارتقای سواد سلامت مردم می‌انجامد.
- ۲ - امروزه بسیاری از بیماری‌های واگیردار، تا حد زیادی کنترل شده‌اند و در حال حاضر، گرفتار بیماری‌های غیرواگیر و آسیب‌های اجتماعی هستیم که پایه بسیاری از بیماری‌ها و مشکلات هستند و از طرفی استرس و گرفتاری‌های موجود، نبود امکانات و محیط زیست نامناسب مثل آلودگی هوا، سموم میوه‌ها و غذاهای حاضری موسوم به فست فود و ... سبب شده که سبک زندگی ما در شهرها بگونه‌ای باشد که ما را در معرض بیماری‌های غیرواگیر جدی همچون بیماری‌های قلبی، عروقی و سرطان‌ها و سوانح و حوادث، مشکلات روانی و بیماری‌های مزمن تنفسی، قرار دهد. در حالی که درمان این بیماری‌ها هزینه‌بر و طولانی مدت است! در این شرایط، اجتماعی شدن نظام سلامت در پیشگیری از بیماری‌ها و حتی کاهش هزینه‌های درمان موثر خواهد بود، چرا که وقتی مردم آگاه باشند هم دیرتر بیمار می‌شوند و هم اگر بیمار شدند می‌توانند از خود مراقبت کنند. پس یکی از دلایل نیاز به اجتماعی شدن سلامت، این است که *پروفاایل بیماری‌های زمان حال با گذشته متفاوت شده است.*
- ۳ - تکنولوژی‌ها قبلاً ساده بود و امروزه در حال توسعه یافتن و گران شدن است. با پیشرفت و توسعه تکنولوژی و کمپانی‌ها که دستگاه‌های خود را به کشورهای جهان سوم می‌فروشد و وجود عده‌ای که سرمایه و نفوذ دارند و این تکنولوژی‌ها را تهیه می‌کنند، نظام سلامت، دچار فقر مالی می‌شود زیرا بودجه موجود را صرف خرید دستگاه‌های پرهزینه کرده و از مراقبت‌های اولیه ارزان و تاثیرگذار، غافل می‌شود و نهایتاً در سیکل حاضر، مردم محروم، محروم‌تر می‌شوند و بی‌عدالتی حاصل می‌گردد. چنانچه سلامت را اجتماعی کنیم با توجه به این که از خود مراقبت می‌کنیم نیاز به این تکنولوژی‌ها کاهش می‌یابد.
- ۴ - توسعه فناوری اطلاعات، مانند شمشیر دو لبه است! اگر سواد سلامت مردم بالا باشد این فناوری‌های مفید، مؤثر واقع می‌شود، اما اگر سواد سلامت، ناچیز باشد تأثیر مخرب خواهد داشت! این در حالی است که *اجتماعی شدن نظام سلامت، موجب افزایش سواد سلامت جامعه و استفاده به جا از فناوری اطلاعات خواهد شد.*
- ۵ - برنامه‌های تحول نظام سلامت اگر با سازماندهی و توانمندسازی مردم، توأم نباشد پایداری منابع با مشکل مواجه خواهد شد. آنچه باعث پایداری منابع طرح تحول سلامت می‌شود این است که مردم باید پای کار باشند. در غیر این صورت صرفاً با داشتن منابع مالی، تکنولوژی یا نیروهای تخصصی به نتیجه نمی‌رسیم. بنابراین برای ایجاد هر نوع تغییر و تحولی باید روی تعامل و همکاری و توانمندسازی مردم، حساب کنیم که این مهم نیز در قالب اجتماعی شدن نظام سلامت تحقق می‌یابد.
- ۶ - دانشگاه‌های نسل چهارم، دانشگاه‌هایی هستند که دیوار پیرامون خود را برداشته و با جامعه در ارتباطند و پاسخگوی نیازها و مسائل کشور خود می‌باشند. این مهم نیز در سایه اجتماعی شدن نظام سلامت در کشور ما صورت می‌گیرد که خود مفردی است برای اینکه آموزش‌ها در دانشگاه‌ها برخاسته از نیازهای جامعه و مردم باشد. چرا که در اینصورت جامعه خود فیلد آموزشی محسوب می‌شود و دانشجویان در این فیلد، آموزش‌های لازم را می‌بینند.
- ۷ - با اجتماعی شدن نظام سلامت، مردم سالاری و بخصوص مردم سالاری مبتنی بر اخلاق و معنویت، شکل می‌گیرد. به دلیل این که آگاهی مردم بالا می‌رود و تعامل و همبستگی بین جامعه ایجاد می‌شود از جرم و جنایت و

خشونت، کاسته می‌شود و اگر اخلاق درست شود مشکلات اجتماعی هم کاهش می‌یابد. یعنی اجتماعی شدن، قدم بزرگی است در جهت مردم سالاری و توسعه اخلاق دینی و فرهنگ ایرانی و این چیزی است که در سیاست‌های کلی نظام هم پیش‌بینی و ابلاغ شده است.

۸ - در اهداف توسعه پایدار (SDG) به سلامت، توجه زیادی شده است. برای دستیابی به آنچه که توسعه پایدار نامیده شده است، باید انسان سالم و پای کار داشته باشیم. اجتماعی شدن نظام سلامت نیز در واقع به حساب آوردن مردم و توانمند کردن آنان در جهت توسعه پایدار است.

۹ - هر گاه در ساختار سلامت، مردم را درگیر می‌کنیم انگیزه کارکنان ما نیز بالا می‌رود! رضایت و تشکر از طرف جامعه، انرژی فراوانی به پرسنل منتقل می‌کند.

۱۰ - در فرآیند اجتماعی شدن سلامت، پاسخگویی سازمان‌های دولتی بهبود می‌یابد. مثلاً در این فرآیند مردم صرفاً برای منافع شخصی به شهرداری‌ها مراجعه نمی‌کنند بلکه برای منافع جمعی، چنین اقدامی صورت می‌گیرد. اگر گروهی که دارای وجهه اجتماعی هستند و در راستای منافع جامعه فعالیت می‌کنند با مسئولین ذیربط، وارد گفت و گو شوند به درخواست آنان توجه می‌شود. به عبارتی فشار اجتماعی، مسئولین را به پاسخگویی تشویق میکند.

۱۱ - اگر قصد اصلاح شیوه‌های زندگی را داریم - که در سیاست‌های کلی نظام آورده شده است - باید حرکت جمعی انجام شود. وقتی در فضایی قرار می‌گیریم که همه همکاری می‌کنند و فعالیت آن‌ها مرتبط و مکمل با یکدیگر است، مجبوریم تغییر پیدا کنیم. یکی از شیوه‌های اصلاح زندگی این است که تغییرات باید جمعی باشد. هرچند تغییرات فردی، به مفهوم خودسازی، خودآگاهی و خودمراقبتی، لازمه تغییرات جمعی هستند ولی خصوصاً در جوانان و نوجوانان، به تنهایی، کارایی ندارند و این همان واقعیت معنوی و اجتماعی‌ای است که در کلام الهی نیز به چشم می‌خورد: **«تا از درون، تغییر نکنید آمادگی تغییرات گروهی و دسته جمعی را کسب نخواهید کرد و خداوند، سرنوشت هیچ جمعیتی را تغییر نخواهد داد مگر اینکه تک‌تک آن‌ها از درون تغییر کنند»**^۱.

در نهایت باید گفت اگر نظام سلامت کشور، خواهان داشتن یک جهش و نقطه عطف است باید بر روی اجتماعی شدن نظام سلامت، سرمایه‌گذاری نماید تا به توفیق برسد. بنابراین اجتماعی شدن نظام سلامت از فلسفه‌ای بسیار قوی برخوردار است و راهبردهای بسیار اساسی و شاخص‌های مشخصی دارد که در این گفتار به آن‌ها اشاره خواهد شد.

راهکارهای اجتماعی شدن سلامت

راهکارها باید در واقع در چهار حوزه بررسی شود:

۱ - حوزه بهداشت

۲ - حوزه درمان

۳ - حوزه آموزش

۴ - حوزه پژوهش

راهکارهای اجتماعی شدن سلامت در حوزه بهداشت:

برای این که مفهوم اجتماعی شدن نظام سلامت جا بیافتد در ارائه خدمات نباید تنها به محتوای PHC اکتفا کنیم. در کنفرانس آلماتا برای مراقبت‌های بهداشتی اولیه ۸ جزء بیان کرده‌اند که شامل:

- ۱ - آموزش بهداشت
- ۲ - تغذیه و غذای کافی
- ۳ - بهداشت محیط و آب آشامیدنی سالم
- ۴ - تنظیم خانواده و مراقبت‌های مادر و کودک
- ۵ - واکسیناسیون
- ۶ - درمان بیماری‌های شایع مثل اسهال و بیماری‌های حاد تنفسی
- ۷ - مبارزه با همه گیری‌های
- ۸ - تامین داروهای اساسی برای مراقبت‌های بهداشتی اولیه

ساختار تشکیلاتی مجمع ملی سلامت

در مراقبت‌های بهداشتی اولیه بر مشارکت مردمی و همکاری‌های بین بخشی و نظام آمار و اطلاعات مناسب تأکید شده بود که تا کنون در سیستم‌های بهداشتی ایران مغفول واقع شده است. حال اگر بخواهیم به این سه تا یعنی مشارکت مردمی، همکاری‌های بین بخشی و نظام آمار، اطلاعات شکل مناسب دهیم همان مفهوم ارتقاء سلامت را خواهد داشت که هدف اصلی بحث ما است. لذا باید به مراقبت‌های بهداشتی اولیه، تعیین کننده‌های اجتماعی را نیز اضافه کنیم یعنی در بهداشت، ساز و کار ادغام تعیین کننده‌های اجتماعی را با مراقبت‌های بهداشتی اولیه، رقم بزنیم. پدیده‌ای که نمونه آن در یزد، در محله ای بنام "اسکان"، پیداه شده است. بدین صورت که جمعیت تحت پوشش یک پایگاه، در حاشیه شهر را به خوشه‌های صد خانواری تقسیم کرده و در هر خوشه‌ای از طریق دموکراتیک، یک مرد و یک زن، انتخاب شدند. این محله ۱۴۰۰۰ نفر جمعیت دارد و اگر بعد خانوار را ۳/۵ در نظر بگیریم ۴۰۰۰ خانوار می‌شود و ۴۰ خوشه با ۴۰ نفر زن و ۴۰ نفر مرد (جمعاً ۸۰ نفر) می‌شود و کانون سلامت محله را تشکیل می‌دهد، کار را شروع کردیم. این افراد دوره دیده و توانمند شدند، خصوصاً روش‌های تحقیق کیفی را آموزش دیدند و توانسته‌اند نیازهای خوشه‌های خودشان را با مصاحبه با مردم مشخص و تعیین اولویت کنند. البته نه تنها اولویت بهداشتی، بلکه اولویت توسعه محله را استخراج کردند. بنابراین در آن هر چیزی می‌تواند باشد مثل اقتصاد، مسکن، اشتغال، سواد، فرهنگ و غیره. نمایندگان سایر بخش‌ها مثل شهرداری، آموزش و پرورش، بهزیستی، سمن‌ها (اگر در محل باشند) و افراد سرشناس محل، به این کانون اضافه می‌شوند و این کانون "مجمع سلامت محله" نامیده می‌شود.

پس مجمع سلامت محله در واقع همان نمایندگان مردم (کانون سلامت محله) به اضافه نمایندگان سازمان‌های دولتی و غیردولتی و دانشگاه و افراد ذی نفوذ هستند.

در مجمع سلامت محله یافته‌های استخراج شده از خوشه‌ها، براساس روش‌های علمی اولویت بندی

می‌شوند. مثلاً در یزد ۱۰ اولویت، استخراج کرده‌اند و سپس مردم برای هر اولویتی با سازمان دولتی مربوطه محله یک قرارداد یا به اصطلاح یک پیمان نامه یا عهدنامه تنظیم می‌کنند. به‌طور مثال اگر در محله مشکل جمع‌آوری زباله باشد وظایف و اقدامات مردم و شهرداری مشخص است، اگر بحث امنیت محل باشد مردم با نیروی انتظامی نشست می‌گذارند و پیمان نامه تهیه می‌کنند تا وظایف مردم و نیروی انتظامی برای حفظ امنیت مشخص شود.

نتایج این طرح نشان داد که مردم به صورت فعال در این فرایند حضور پیدا کردند. مثلاً کوچه‌ها را طی صحبتی که با شهرداری داشتند، آسفالت کردند. جمع‌آوری زباله‌ها را سامان دهی کردند که در آن مسئولیت مردم جداسازی زباله‌های تر و خشک و سر ساعت معینی زباله‌ها را در جایگاه مخصوص قراردادن بود و شهرداری هم مسئولیت جمع‌آوری زباله‌ها را برعهده گرفت.

در مورد تهیه فضای سبز برای مردم در روز درختکاری، وظیفه مردم آماده کردن فضا بود و طبق تعهد نهال‌های اهدایی شهرداری را کاشتند و آبیاری آن را به عهده گرفتند و یا اگر در مورد ایستگاه اتوبوس مشکلی وجود داشت با گفتگو با شرکت واحد، مساله را حل کرده‌اند. در مجموع این‌ها نمونه‌هایی از برنامه‌های خیلی موفق بوده است. این رویکرد جدیدی برای PHC است که در آن ما فقط واکسن نمی‌زنیم یا از مادر و کودک مراقبت نمی‌کنیم و یا به درمان بیماری‌های ساده و حاد تنفسی نمی‌پردازیم، بلکه در کنار همه این فعالیت‌ها، با حضور مردم توانمند شده و در تعامل و همکاری نزدیک با سایر بخش‌های مرتبط با سلامت، معضلات سلامت مردم را حل می‌کنیم.

دراساسنامه مجمع سلامت محله پیش‌بینی شده است که اگر مسئله‌ای هست که در سطح محله قابل حل نباشد آن را به سطح بالاتر یعنی **مجمع سلامت شهرستان** -که اختیارات بیشتری دارند- ارجاع می‌دهند و اگر در سطح شهرستان هم مسئله قابل حل نبود به **مجمع سلامت استان** ارجاع می‌شود. در نهایت اگر در استان هم حل نشد باید در **مجمع ملی سلامت** مطرح گردد. این یک سلسله مراتبی است که در محله و جامعه شکل می‌گیرد و آنچه قابل حل باشد حل می‌شود، بعد غربال می‌گردد و به سطح‌های بالاتر می‌آید. البته فعلاً نقایصی دارد ولی اگر در آینده به خوبی شکل بگیرد بهترین سیستم دموکراتیک که مردم در آن مداخله می‌کنند، خواهد بود که در آن مشارکت مردم همراه با توانمندی و آگاهی است چون مشارکتی که همراه با توانمندی و آگاهی نباشد ممکن است تقاضاهای غیر منطقی ایجاد کند. باید آگاهی مردم ارتقاء پیدا کند تا بتوانند نیازسنجی کرده و نیازهای استخراج شده را اولویت بندی کنند.

علاوه بر این آگاهی باعث می‌شود که بدینی مردم نسبت به سازمان‌های دولتی نیز از بین برود. وقتی مردم با سازمان‌های دولتی تعامل ندارند، ممکن است تصور کنند سازمان‌ها کم کاری می‌کنند و بودجه فراوانی که در اختیار دارند را تلف می‌کنند اما وقتی تعامل شفاف برقرار شد، خودشان از سازمان‌های دولتی دفاع می‌کنند از آنجا که بیشتر شایعات و سوء تفاهم‌ها به دلیل عدم شفافیت است، برای برطرف کردن سوء تفاهمات، علاوه بر **شفاف سازی**، توانمندی هم لازم است. چون اگر توانمندی نباشد با وجود شفاف سازی، ممکن است منابع در راه درست هزینه نشود. این یک مکانیزم است که به صورت پایلوت در یزد در حال اجرا است. حالا امیدواریم که این پروژه بتواند به همه کشور تعمیم داده شود.

امروزه ۴۰ سال از آغاز اجرای PHC می‌گذرد، آن زمان درمان مشکلات جامعه برقراری همین سیستم بود، چون بیماری‌های واگیردار، از شیوع بالایی برخوردار بودند و مراقبت‌هایی نظیر واکسیناسیون، برنامه‌های تنظیم خانواده یا مبارزه با بیماری‌های اسهالی یا حاد تنفسی تأثیر شگرفی داشته و مرگ و میر مادران و کودکان را به شدت کاهش داد. ولی امروزه با توجه به آسیب‌های اجتماعی و مسائل شهرنشینی و بیماری‌های غیرواگیر و ... ممکن است راه علاج، روش‌های مطرح شده در این بحث باشد که البته قدری پیچیده تر هستند. مواردی مثل حفظ محیط زیست، بهبود شیوه‌های زندگی، تغذیه خوب، فعالیت فیزیکی و ... مسائلی هستند که همه باید دست به دست هم بدهیم تا قابل حل باشد و تنها با تکنولوژی نمی‌شود آن‌ها را حل کرد. همان چیزی که در تعریف اجتماعی شدن نظام سلامت، مطرح کردیم.

شاخص‌های عدالت در سلامت

مسئله بعدی که در حال حاضر در حوزه بهداشت مطرح است، مسئله شاخص‌های عدالت در سلامت است. ما نباید شاخص هایمان را فقط در حوزه مرگ و میر، بیماری‌ها و ناتوانی ببینیم. بلکه آن‌ها را به حوزه مولفه‌های اجتماعی سلامت (SDH) ببریم. یعنی شاخص‌ها را از مرز بهداشت و درمان سنتی به حوزه‌های مسائل اقتصادی، اجتماعی، فرهنگی برده و برای آن‌ها هم شاخص‌هایی مثل وضعیت اشتغال، سواد، درآمد، مسکن، حمل و نقل، تغذیه، محیط زیست و وضعیت حضور مردم در فعالیت‌های اجتماعی، تعیین کنیم. یعنی باید شاخص‌هایمان را تغییر داده و با همکاری سازمان‌های دیگر آن‌ها را دائماً اندازه‌گیری کرده و پایش نماییم. هر جا دیدیم در قسمتی از شهرستان، استان یا کشور، بی‌عدالتی هست (بی‌عدالتی در یک منطقه یا حتی در یک گروه مثلاً روستا در مقایسه با شهر، زن در مقایسه با مرد، فقرا در مقایسه با اغنیا) باید سمت و سو و جهت برنامه‌ها را به جاهایی که نیاز بیشتری هست سوق دهیم. یعنی باید برنامه‌ها را به سمت **استقرار عدالت اجتماعی** هدف‌گذاری کنیم و از آن‌پس شاخص‌ها را برحسب مکان و حوزه‌های مختلف، توزیع کرده و تنها به میانگین، اکتفا نکنیم تا مداخلات ما منجر به تعدیل و نهایتاً حذف بی‌عدالتی شود.

شهرداری تهران از حدود ۱۰ سال پیش روی شاخص‌های عدالت در سلامت، فعالیت خود را آغاز کرده است. در حوزه اجتماعی شهرداری تهران و با حمایت سازمان جهانی بهداشت، پروژه Health Urban HEART (Equity Assessment Response Tools) بعنوان ابزاری برای سنجش بی‌عدالتی اجرا شد. بعدها وزارت بهداشت با همکاری سازمان‌های مختلف، آن را به ۵۲ شاخص تبدیل کرد که در هیأت وزیران، تصویب شد. سپس با حمایت سازمان برنامه و بودجه، شاخص‌ها کامل تر شده به ۶۹ شاخص رسید که اخیراً در شورای عالی سلامت غذا (ساغ) نیز تصویب گردید. شایان ذکر است که ۳۸ شاخص از این ۶۹ شاخص در حیطه سلامت است و سایر شاخص‌های آن در حیطه‌های زیر قرار می‌گیرد:

- حیطه توسعه انسانی و اجتماعی
- توسعه اقتصادی
- محیط فیزیکی و زیرساخت
- حیطه حکمرانی

فرآیند شکل‌گیری شاخص‌ها در دولت یازدهم

پس از شکل‌گیری ستاد مولفه‌های اجتماعی موثر بر سلامت، در وزارت بهداشت و سپردن بازنگری و اصلاح شاخص‌های عدالت در سلامت به معاونت اجتماعی سازمان مدیریت و برنامه ریزی، جلسات متعددی با نمایندگان سازمان‌ها و وزارت خانه‌های ذیل برگزار گردید:

وزارت کشور، وزارت آموزش و پرورش، وزارت ورزش و جوانان، وزارت جهاد کشاورزی، وزارت راه و ترابری، معاون اجتماعی و پیشگیری از وقوع جرم ... سازمان حفاظت و محیط زیست، معاونت توسعه امور علمی و فرهنگی، سازمان اوقاف و امور خیریه، سازمان تامین اجتماعی، سازمان ثبت احوال کشور، کمیته امداد امام خمینی(ره)، معاونت درمان، معاونت بهداشت، معاون امور اجتماعی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، ستاد مبارزه با مواد مخدر، سازمان شهرداری‌ها و دهیاری‌های کشور، سازمان پزشکی قانونی کشور، شورای عالی بیمه مرکزی جمهوری اسلامی ایران، سازمان بیمه سلامت ایران، سازمان بهزیستی کشور، مرکز آمار ایران، معاون اجتماعی و امور فرهنگی شهرداری تهران، شرکت مهندسی آب و فاضلاب کشور، مدیر عامل بنیاد برکت. سپس نظرات سازمان‌ها مبنی بر اصلاح شاخص‌ها جمع‌آوری و در نهایت، مقرر گردید کارگروه‌هایی در ۵ حیطه، تشکیل گردد و شاخص‌هایی که از دوره قبل با نظر متخصصان و خبرگان، جمع‌آوری شده بود مورد بحث و تبادل نظر قرار گرفته تا نسبت به اصلاح، افزایش و یا کاهش شاخص‌های عدالتی اقدام گردد.

در این راستا تاکید گردید در بازنگری شاخص‌های عدالت، ضوابط و معیارهای زیر مد نظر قرار گیرد.

ضوابط و معیارهای مورد تاکید در بازنگری شاخص‌های عدالت

۱. حتی الامکان شاخصی باشد که از نظام متداول جمع‌آوری اطلاعات حاصل شود.
۲. برای شاخص‌های نیازمند به پیمایش، از مواردی استفاده شود که قبلاً سابقه پیمایش داشته اند.
۳. شاخص در سطح جهانی تعریف و قابل مقایسه با شاخص‌های بین‌المللی باشد.
۴. از حساسیت لازم در برابر بی‌عدالتی برخوردار باشد.
۵. شاخص‌های انتخاب شده حتی‌الامکان برای هر شهرستان به تفکیک شهر و روستا و سایر عوامل اجتماعی، قابل احصاء باشد تا بتوان مداخلات لازم را انجام داد

پنج کارگروه ذیل تشکیل گردید:

- ❖ حیطه سلامت
- ❖ حیطه توسعه انسانی و اجتماعی
- ❖ توسعه اقتصادی
- ❖ محیط فیزیکی و زیر ساخت
- ❖ حیطه حکمرانی

حیطه ۱: این دسته شاخص‌ها شامل امید زندگی در بدو تولد، میزان مرگ و میر شیرخواران، میزان مرگ و میر کودکان زیر پنج سال، میزان مرگ و میر مادران، علل اختصاصی مرگ و میزان‌های ابتلاء (مثلاً ایدز، سل، دیابت) بر حسب مولفه‌های عدالت از قبیل محل سکونت، جنس، تحصیلات و غیره می‌باشد.

حیطه ۲: شامل نشانگرهایی است که مرتبط با تعیین کننده‌ها در توسعه انسانی و اجتماعی است. این‌ها شامل تحصیلات، تغذیه و امنیت غذایی و سایر خدمات اجتماعی می‌باشند. این نشانگرها عبارتند از: نرخ باسوادی، نسبت زنان سرپرست خانوار که از حمایت‌های اجتماعی طبق تعریف برخوردارند، درصد کودکان زیر پنج سال با کم وزنی متوسط تا شدید، درصد کودکان زیر شش ماه که تغذیه انحصاری با شیر مادر داشته‌اند، میزان باروری اختصاصی سنی زیر ۱۸ سال، ۱۸ تا ۳۵ و بالای ۳۵ سال و غیره

حیطه ۳: شامل نشانگرهای مرتبط با تعیین کننده‌های اقتصادی از قبیل اشتغال، درآمد، و نرخ بیکاری می‌باشند.

حیطه ۴: محیط فیزیکی و زیرساخت شامل شاخص‌های مربوط به آب و هوا، دفع فضولات و میزان باقی مانده آلاینده‌ها اعم از کود، سم و فلزات در محصولات کشاورزی، نسبت روزهای سال که طبق تعریف هوای سالم دارند.

حیطه ۵: شامل نشانگرهایی مرتبط با تعیین کننده‌ها در ارتباط با حکمرانی، از قبیل فرآیند مشارکت در تصمیم‌گیری و اولویت‌ها، تعداد اعضای فعال در سازمان‌های مردم نهاد و خیریه‌ها که در ارتباط با نظام سلامت فعالیت دارند، درصد بودجه نظام سلامت که توسط خیرین بصورت اهدا تامین شده است. در این راستا و با توجه به حیطه‌های ذکر شده، کارگروه‌ها تعریف شده و نمایندگان دستگاه‌ها برحسب مأموریت‌های دستگاهی خود در کارگروه‌های مرتبط تعیین شدند.

در هر کارگروه مربوط به هر حیطه، جلسات متعددی برگزار و شاخص‌های حیطه مرتبط، مورد بحث و تبادل نظر قرار گرفت و پس از اجماع، شاخص‌ها با تعریف و مسئول مشخص گردید.

ابزار به کار رفته برای این کار ابزاری است که از دو جزء سنجش و پاسخ‌گویی تشکیل شده است. سیاست‌گذاران با استفاده از جزء سنجش می‌توانند حیطه‌های اولویت‌دار مداخلاتی را شناسایی نمایند و از طریق جزء پاسخ‌گویی می‌توانند استراتژی‌هایی برای این حیطه‌ها بسته به نیاز مناطق، تعیین نمایند.

با سنجش شاخص‌های تعیین شده، سیاست‌گذار و تصمیم‌گیران قادر خواهند بود تا وضعیت نشانگرهای سلامت را به نحوی ترسیم نمایند که امکان مقایسه سریع آن‌ها بین شهرها در کشور (و نهایتاً با استانداردهای بین‌المللی) فراهم آید.

در نهایت، مجموعاً ۶۹ شاخص شامل ۳۸ شاخص حیطه سلامت، ۱۲ شاخص در حیطه محیط فیزیکی و زیرساخت، ۱۰ شاخص در حیطه توسعه انسانی و اجتماعی، ۴ شاخص در حیطه توسعه اقتصادی، ۵ شاخص در حیطه حکمرانی مشخص گردید.

۶۹ شاخص پیشنهادی که حاصل تبادل نظر متخصصان و خبرگان بیش از ۲۰ سازمان، وزارتخانه و بیش از ۲۰ جلسه مجموعاً ۷۰۰ نفر ساعت کارشناسی است در **پیوست شماره ۱** آورده شده است.

انتظار می‌رود این ابزار بتواند مسبب تغییرات زیر گردد:

- بهبود وضعیت اجتماعی و سلامتی مردمانی که در نواحی محروم و فقیر و یا نواحی حاشیه شهر زندگی می‌کنند؛
- بسیج جامعه به منظور ارتقاء عدالت در سلامت؛
- تاکید بر اهمیت تاثیر عوامل اجتماعی بر وضعیت سلامت جهت بهبود وضعیت عدالت در سلامت؛
- ارتقاء همکاری بین بخشی برای عدالت در سلامت؛
- تامین داده‌های قابل مقایسه و تحلیل ارزشمند در زمینه عدالت در سلامت؛
- اولویت بندی استراتژی‌ها/ مداخلات و اقداماتی که باید برنامه ریزی و اجرا شود.

تلاش ما این است تا این پروژه را بعنوان پایلوت در شهرستان ری در سال ۱۳۹۷ پیاده کنیم و الگویی برای تعمیم به کل کشور تهیه نماییم و نشان دهیم که با همکاری سازمان‌های مختلف چگونه می‌شود این شاخص‌ها را اندازه‌گیری کرده و منابع شهرستان را در جهت رفع بی‌عدالتی، هدفمند هزینه نمود.

ملاحظه می‌فرمایید این دو پروژه یعنی ادغام SDH در PHC و یکی هم شاخص‌های عدالت در سلامت، مکمل هم هستند و یک نگاه جامع دارند زیرا فقط به سلامت نگاه نمی‌کنند بلکه به تمامی حوزه‌های اجتماعی، اقتصادی و فرهنگی توجه دارد و بعد هم این نگاه، نگاه عدالت‌محور است یعنی متوجه محرومین و نیازمندان جامعه می‌شود. بنابراین علاوه بر اینکه یک حرکت توسعه‌ای است یک حرکت معنوی هم هست که خوشبختانه با آموزه‌های دینی و سیاسی ما هماهنگی زیادی دارد. این دو اولویت حوزه بهداشت است که باید به طور جدی مورد توجه قرار گیرد. بنابراین بطور خلاصه، می‌توان گفت در بخش بهداشت برای اجتماعی شدن باید دو مداخله صورت گیرد:

مداخلاتی که برای اجتماعی شدن، در بخش بهداشت باید صورت گیرد

- ۱ - ادغام تعیین کننده‌های اجتماعی در PHC که نمونه آن تحت عنوان طرح تبسم (توسعه بهینه سلامت محله) در شهر یزد در حال اجراست. در این برنامه جامعه توانمند می‌شود تا اولاً نیازهای خود را نه تنها در عرصه سلامت بلکه در عرصه توسعه، احصا کرده، آن‌ها را اولویت بندی کند و سپس با همکاری سازمان‌های مربوطه مداخلات لازم را انجام دهد و در نهایت برنامه اجرا شده را ارزشیابی کند.
- ۲ - شاخص‌های عدالت در سلامت که مصوبه هیات وزیران است را از طریق کارگروه سلامت و امنیت غذایی (ساغ) با ریاست فرمانداری شهرستان، اجرا نماید. این شاخص‌ها می‌تواند مبنای مداخلات هدفمند برای رفع بی‌عدالتی در شاخص‌های سلامت و عوامل اجتماعی، فرهنگی و اقتصادی باشد.

راهکارهای اجتماعی شدن سلامت در حوزه درمان:

در حوزه درمان، مداخله مناسب، انجام پروژه HPH (بیمارستان‌های ارتقا دهنده سلامت) است. در این پروژه ۴ اقدام عمده باید انجام شود:

- ۱ - اصلاح محیط بیمارستان از نظر ظاهر، دفع زباله بیمارستانی و پیشگیری از عفونت بیمارستانی
- ۲ - آموزش پرسنل بیمارستانی به عنوان الگوی مناسب از نظر سبک زندگی، برای بیماران
- ۳ - ارزیابی بیماران هنگام ترخیص از نظر مراقبت‌های پزشکی و اجتماعی و توانمندسازی آنان و اطرافیان برای مراقبت‌های لازم و در نهایت، حمایت از بیماران از طریق خیرین و سازمان‌های مرتبط مثل کمیته امداد امام خمینی(ره)، چنانچه نیاز به مراقبت‌های اجتماعی وجود داشته باشد.
- ۴ - یک جمعیت تعیین شده حدود ۵۰ هزار نفری را برای اجرای برنامه‌های ارتقاء سلامت و پیشگیری در این گروه هدف به بیمارستان سپرده و از این حوزه جمعیتی برای آموزش در عرصه به دانشجویان علوم پزشکی استفاده کنیم.

راهکارهای اجتماعی شدن سلامت در حوزه آموزش:

اجرای مداخله پرسابقه COME (آموزش پزشکی جامعه نگر)، که در آن دانشجویان فرصت می‌یابد در اجتماع حضور یابد و با مشکلات اجتماعی و راه‌های مداخله برای حل آن‌ها آشنا شود. این مهم در کارآموزی و کارورزی بهداشت و همچنین آموزش‌های درمان‌های سرپایی و بستری در رویکرد HPH قابل تحقق است.

راهکارهای اجتماعی شدن سلامت در حوزه پژوهش:

توسعه پژوهش‌های مشارکتی مبتنی بر جامعه (CBPR) است که در آن جامعه توانمند می‌شود و بعنوان همکار پژوهشی کنار تیم پژوهش دانشگاه، پروژه را به صورت مشارکتی اجرا می‌کند. اساس این نوع پژوهش، بر انتخاب موضوع پژوهش بر پایه نیاز جامعه، توانمندسازی جامعه و مداخلات جامع است که مستلزم همکاری بین مردم و سازمان‌های دولتی و خصوصی است. طرح تبسم که در بالا به آن اشاره شد نمونه‌ای از این نوع پژوهش هاست.

اقدام دیگری که میتوان اجتماعی شدن نظام سلامت را تسریع کند، بازنگری در شاخص‌های ارزیابی دانشجویان، اعضای هیات علمی و نهادهای خدماتی است. لازم است که به ملاک‌های ارزشیابی فعلی، شاخص‌هایی که برخاسته از مسئولیت‌های اجتماعی است، اضافه گردد. این شاخص‌ها در دادن پایه‌ها و ارتقا اعضای هیات علمی و ارزشیابی‌های آن‌ها در کنار سایر شاخص‌های متداول قرار گیرند. این مهم از سال ۱۳۹۷ در دانشگاه علوم پزشکی تهران، بعنوان اولین دانشگاه در سطح کشور، آغاز شده است.

منظور از اجتماعی شدن نظام سلامت این است که:

- ۱ - پتانسیل‌های خارج از بخش سلامت را شناسایی کنیم.
- ۲ - به سازماندهی این پتانسیل‌ها مثل خیرین نظام سلامت، سمن‌ها، یا حتی رابطین بهداشت و رضاکاران که شور ما کم و بیش سازمان یافته می‌باشند، بپردازیم.
- ۳ - توانمند کردن افراد از طریق آموزش و کسب مهارت‌های لازم را مورد توجه قرار دهیم.
- ۴ - ارتقاء و پیشگیری، همواره در اولویت باشند.

پیوست ۱ - شاخص‌های عدالت در سلامت

دوره زمانی تولید و به روز رسانی	سازمان متولی تولید شاخص (پاسخگو)	متغیرهای تفکیک کننده نابرابری	نحوه محاسبه شاخص		تعریف	نام شاخص	طبقه	توضیح
			مخرج کسر و ضریب	صورت کسر				
سالیانه	سازمان ثبت احوال کشور وزارت بهداشت	جنس، سطوح اقتصادی، تحصیلات مادر، سن مادر، محل سکونت (شهر/حاشیه شهر یا اسکان غیر رسمی و روستا) بر حسب شهرستان و استان	موالید زنده همان سال* ۱۰۰۰	تعداد مرگ نوزادان زنده به دنیا آمده که در هنگام مرگ سن آن‌ها ۴ هفته یا کمتر است در یکسال	احتمال مرگ نوزادان زنده به دنیا آمده از زمان تولد تا ۴ هفتهگی	میزان مرگ نوزادان	سلامت	۱
سالیانه	سازمان ثبت احوال کشور وزارت بهداشت	جنس، سطوح اقتصادی، تحصیلات مادر، سن مادر، محل سکونت (شهر/حاشیه شهر یا اسکان غیر رسمی و روستا) بر حسب شهرستان و استان	موالید زنده همان سال* ۱۰۰۰	تعداد مرگ کودکان زیر یک سال در طی یکسال	احتمال مرگ کودک رنده متولد شده از بدو تولد تا یک سالگی	میزان مرگ اطفال زیر یکسال	سلامت	۲
سالیانه	سازمان ثبت احوال کشور وزارت بهداشت	جنس، سطوح اقتصادی، تحصیلات مادر، سن مادر، محل سکونت (شهر/حاشیه شهر یا اسکان غیر رسمی و روستا) بر حسب شهرستان و استان	موالید زنده در همان سال* ۱۰۰۰	تعداد مرگ کودکان زیر ۵ سال در طی یکسال	احتمال مرگ کودک زنده متولد شده در فاصله تولد تا سن ۵ سالگی	میزان مرگ کودکان زیر ۵ سال	سلامت	۳

دوره زمانی تولید و به روز رسانی	سازمان متولی تولید شاخص (پاسخگو)	متغیرهای تفکیک کننده نابرابری	نحوه محاسبه شاخص		تعریف	نام شاخص	چهارچوب	رتبه
			مخرج کسر و ضریب	صورت کسر				
سالیانه	سازمان ثبت احوال وزارت بهداشت	سطوح اقتصادی، محل سکونت (شهر/حاشیه شهر یا اسکان غیر رسمی و روستا) سن مادر (متوفی)، تحصیلات مادر(متوفی) در استان	موالید زنده همان سال *۱۰۰۰۰۰	تعداد مرگ مادران به علت عوارض حاملگی و زایمان در طی یک سال	احتمال مرگ مادران در زمان بارداری، حین زایمان و یا ۴۲ روز اول پس از زایمان که ناشی از علل مرتبط با بارداری و یا تشدید شده به وسیله حاملگی باشد در طی یک سال	میزان مرگ مادران به دلیل حاملگی و عوارض آن	سلامت	۱
سالیانه	وزارت بهداشت، سازمان ثبت احوال	سن به فاصله ده سال، جنس، محل سکونت (شهر/ حاشیه شهر یا اسکان غیر رسمی و روستا)، سطوح اقتصادی و تحصیلات بر حسب شهرستان و استان	جمعیت وسط سال برای گروه سنی ۳۰ تا ۷۰ سال *۱۰۰۰۰	تعداد موارد مرگ به دلیل چهار گروه بیماری- دیابت- قلبی و عروقی، سرطان و بیماری‌ها ی مزمن تنفسی در گروه سنی ۳۰ تا ۷۰ سال در طی یکسال	میزان مرگ در گروه سنی ۳۰ تا ۷۰ سال به دلیل چهار گروه بیماری دیابت- قلبی و عروقی، سرطان و بیماری‌های مزمن تنفسی	میزان مرگ در گروه سنی ۳۰ تا ۷۰ سال به دلیل چهار علت اصلی (دیابت، قلبی، عروقی، سرطان، بیماری‌های مزمن تنفسی)	سلامت	۵

دوره زمانی تولید و به روز رسانی	سازمان متولی تولید شاخص (پاسخگو)	متغیرهای تفکیک کننده نابرابری	نحوه محاسبه شاخص		تعریف	نام شاخص	منبع	ردیف
			مخرج کسر و ضریب	صورت کسر				
سالیانه	مرکز آمار ایران سازمان ثبت احوال کشور وزارت بهداشت	جنس، سطوح اقتصادی، تحصیلات، محل سکونت (شهر/شهر حاشه یا شهر یا اسکان غیر رسمی و روستا) بر حسب شهرستان و استان	تکمیل جدول طول عمر بر اساس اطلاعات جمعیتی و مرگ و میر		تعداد سال‌هایی که یک کودک زنده به دنیا آمده زندگی خواهد کرد در صورتی که میزان‌های مرگ اختصاصی سنی در زمان تولد در تمام طول زندگی کودک به همان صورت فعلی باقی مانده باشند	امید زندگی در بدو تولد	سلامت	۶
سالیانه	وزارت بهداشت	سن، جنس، سطوح اقتصادی، تحصیلات، محل سکونت (شهر/حاشیه شهر یا اسکان غیر رسمی و روستا) بر حسب شهرستان و استان	جمعیت وسط سال کشور در همان سال* ۱۰۰	موارد جدید دیابت گزارش شده در طول سال	موارد جدید دیابت در طی یک سال	میزان بروز دیابت	سلامت	۷
سالیانه	وزارت بهداشت	سن، جنس، سطوح اقتصادی، تحصیلات، محل سکونت (شهر/حاشیه شهر یا اسکان غیر رسمی و روستا) بر حسب شهرستان و استان	کل بیماران* ۱۰۰	بیمارانی که در واحدها تحت مراقبت هستند	درصد بیمارانی که برابر پروتکل تعریف شده در واحدهای بهداشتی درمانی تحت مراقبت می‌باشند	نسبت بیماران دیابتیک که تحت مراقبت می‌باشند	سلامت	۸

دوره زمانی تولید و به روز رسانی	سازمان متولی تولید شاخص (پاسخگو)	متغیرهای تفکیک کننده نابرابری	نحوه محاسبه شاخص		تعریف	نام شاخص	منبع	ردیف
			مخرج کسر و ضریب	صورت کسر				
سالیانه	وزارت بهداشت	سن، جنس، سطوح اقتصادی، تحصیلات، محل سکونت (شهر/حاشیه شهر یا اسکان غیر رسمی و روستا) بر حسب شهرستان و استان	کل بیماران تحت مراقبت* ۱۰۰	بیمارانی که دیابت آن‌ها کنترل شده است	درصد افراد تحت پوشش مراقبت از دیابت که طبق تعریف دیابت آن‌ها کنترل شده است	اثر بخشی برنامه مراقبت دیابت	سلامت	۵
سالیانه	وزارت بهداشت	سن، جنس، سطوح اقتصادی، تحصیلات، محل سکونت (شهر/حاشیه شهر یا اسکان غیر رسمی و روستا) بر حسب شهرستان و استان	جمعیت وسط سال ۳۰ سال به بالای کشور در همان سال* ۱۰۰	تعداد موارد فشار خون بالا در جمعیت ۳۰ سال به بالا	میزان شیوع فشار خون بالا در گروه سنی ۳۰ سال به بالا	میزان شیوع فشار خون بالا	سلامت	۱۰
سالیانه	وزارت بهداشت	سن، جنس، سطوح اقتصادی، تحصیلات، محل سکونت (شهر/حاشیه شهر یا اسکان غیر رسمی و روستا) بر حسب شهرستان و استان	کل بیماران با فشار خون بالا* ۱۰۰	تعداد بیماران با فشار خون بالا تحت پوشش برنامه	درصد بیماران فشار خون بالا در جمعیت ۳۰ سال به بالا که برابر پروتکل تعریف شده در واحدهای بهداشتی درمانی تحت مراقبت می‌باشند.	نسبت بیماران فشارخون بالا که تحت مراقبت می‌باشند	سلامت	۱۱

دوره زمانی تولید و به روز رسانی	سازمان متولی تولید شاخص (پاسخگو)	متغیرهای تفکیک کننده ناابری	نحوه محاسبه شاخص		تعریف	نام شاخص	طبقه	ردیف
			مخرج کسر و ضریب	صورت کسر				
سالیانه	وزارت بهداشت	سن، جنس، سطوح اقتصادی، محل تحصیلات، محل سکو نت(شهر/حاشیه شهر یا اسکان غیر رسمی و روستا) و بر حسب شهرستان و استان	کل بیماران تحت پوشش * ۱۰۰	افراد تحت پوشش مراقبت فشارخون که طبق تعریف فشار خون آنها کنترل شده است.	درصد افراد تحت پوشش مراقبت فشارخون که طبق تعریف فشار خون آنها کنترل شده است.	اثر بخشی مراقبت از بیماران فشار خون بالا	سلامت	۱۲
سالیانه	وزارت بهداشت	جنس، تحصیلات ، سطوح اقتصادی، شغل ، محل سکونت(شهر/حاشه یه شهر یا اسکان غیر رسمی و روستا) بر حسب شهرستان و استان	جمعیت وسط سال کشور در همان سال * ۱۰۰۰۰۰	موارد جدید سل گزارش شده در طول سال	موارد جدید سل گزارش شده در جمعیت معین	میزان بروز سل	سلامت	۱۳
سالیانه	وزارت بهداشت سازمان پزشکی قانونی کشور	جنس، سن، سطوح اقتصادی، محل سکونت، محور حادثه، داخل شهر و خارج شهر (شهر/حاشیه شهر یا اسکان غیر رسمی و روستا) بر حسب شهرستان و استان	کل جمعیت کشور در همان سال * ۱۰۰,۰۰۰	تعداد مصدومین ناشی از حوادث ترافیکی به تفکیک منجر به فوت و بستری شدن در بیمارستان	میزان بروز حوادث ترافیکی به تفکیک منجر به فوت و بستری شدن در بیمارستان	میزان بروز حوادث ترافیکی(داخل شهر ، خارج شهر)	سلامت	۱۴

دوره زمانی تولید و به روز رسانی	سازمان متولی تولید شاخص (پاسخگو)	متغیرهای تفکیک کننده نابرابری	نحوه محاسبه شاخص		تعریف	نام شاخص	طبقه	ردیف
			مخرج کسر و ضریب	صورت کسر				
سالیانه	وزارت بهداشت سازمان پزشکی قانونی کشور	جنس، سن، سطوح اقتصادی، محل سکونت (شهر/حاشیه شهر یا اسکان غیر رسمی و روستا) بر حسب شهرستان و استان	کل جمعیت کشور در همان سال* ۱۰۰۰۰۰	تعداد مصدومین ناشی از حوادث غیر ترافیکی سقوط، سوختگی، نزاع خیابانی و سایر به تفکیک منجر به فوت و بستری شدن در بیمارستان	بروز حوادث غیر ترافیکی سقوط، سوختگی، نزاع خیابانی و سایر به تفکیک منجر به فوت و بستری شدن در بیمارستان	میزان بروز حوادث غیر ترافیکی و غیر شغلی	سلامت	۱۵
سالیانه	وزارت تعاون، کار و رفاه اجتماعی وزارت بهداشت سازمان پزشکی قانونی کشور	جنس، سن، سطوح اقتصادی، تحصیلات، نوع کار محل سکونت (شهر/حاشیه شهر یا اسکان غیر رسمی و روستا)، نوع کار، سابقه کار، سبب کمپانی (اندازه محل کار یا سطح محل کار) بر حسب شهرستان و استان	جمعیت کارگری کارخانجات فوق* ۱۰۰۰۰۰	کارگران آسیب دیده ناشی از کار در کارگاه‌ها ی مشمول قانون کار، به تفکیک منجر به فوت و بستری شدن در بیمارستان	بروز حوادث ناشی از کار در کارگاه‌های مشمول قانون کار، به تفکیک منجر به فوت و بستری شدن در بیمارستان	میزان بروز حوادث مرتبط با کار به تفکیک کشنده و غیر کشنده	سلامت	۱۶

ردیف	عنوان	نام شاخص	تعریف	نحوه محاسبه شاخص		متغیرهای تفکیک کننده نابرابری	سازمان متولی تولید شاخص (پاسخگو)	دوره زمانی تولید و به روز رسانی
				صورت کسر	مخرج کسر و ضریب			
۱۸	سلامت	میزان شیوع ده سرطان اول	میزان شیوع برای ده سرطان اول به تفکیک نوع سرطان در یکسال	موارد سرطان برحسب نوع سرطان ثبت شده در طول سال	جمعیت وسط سال* ۱۰۰۰۰۰	سن، جنس، سطوح اقتصادی، محل سکونت(شهر/حاشیه شهر یا اسکان غیر رسمی و روستا) بر حسب شهرستان و استان	وزارت بهداشت	سالانه
۱۷	سلامت	میزان شیوع اختلالات روانپزشکی به تفکیک نوع اختلال	میزان افراد مبتلا به اختلالات روانپزشکی به تفکیک نوع اختلال	تعداد افراد مبتلا به اختلالات روانپزشکی به تفکیک نوع اختلال	جمعیت وسط سال* ۱۰۰	سن، جنس، سطوح اقتصادی، محل سکونت(شهر/حاشیه شهر یا اسکان غیر رسمی و روستا) بر حسب شهرستان و استان	وزارت بهداشت	سالانه
۱۶	سلامت	میزان شیوع علائم و نشانه های اختلالات روانپزشکی	درصد افراد دارای علائم و نشانه های اختلالات روانپزشکی	تعداد افراد دارای علائم و نشانه های اختلالات روانپزشکی	جمعیت وسط سال* ۱۰۰	جنس، سن، تاهل، سطح اقتصادی، تحصیلات، شغل، ناحیه (شهر و روستا) بر حسب شهرستان و استان	وزارت بهداشت	سالانه

ردیف	عنوان	نام شاخص	تعریف	نحوه محاسبه شاخص		متغیرهای تفکیک کننده نابرابری	سازمان متولی تولید شاخص (پاسخگو)	دوره زمانی تولید و به روز رسانی
				صورت کسر	مخرج کسر و ضریب			
۱۰	سلامت	میزان شیوع موارد اقدام و فوت ناشی از خودکشی	تعداد افراد بستری شده به دلیل اقدام به خودکشی تعداد افراد فوت شده ناشی از خودکشی	تعداد افراد که در بیمارستان بستری شده اند به دلیل اقدام به خودکشی تعداد افراد فوت شده ناشی از خودکشی در بیمارستان	جمعیت وسط سال* ۱۰۰۰۰۰	سن، جنس، سطوح اقتصادی، تحصیلات، محل سکونت (شهر/حاشیه شهر یا اسکان غیر رسمی و روستا) بر حسب شهرستان و استان	وزارت بهداشت سازمان پزشکی قانونی کشور سازمان بهزیستی کشور	سالیانه
۱۱	سلامت	میانگین DMFT در جمعیت ۱۲ سال و ۶ ساله	میانگین تعداد دندانهای آسیب دیده (پوسیده+پر شده+افتاده) در کودکان ۱۲ ساله (پایه ششم ابتدایی) و ۶ ساله (پایه اول ابتدایی)	تعداد دندانهای (پوسیده+پر شده+افتاده) در کودکان ۱۲ ساله و ۶ ساله	کل کودکان ۱۲ ساله و ۶ ساله غربالگری شده از نظر سلامت دهان و دندان	جنس، سطوح اقتصادی، تحصیلات مادر یا سرپرست، محل سکونت (شهر/حاشیه شهر یا اسکان غیر رسمی و روستا) بر حسب شهرستان و استان	وزارت آموزش و پرورش	سالیانه

دوره زمانی تولید و به روز رسانی	سازمان متولی تولید شاخص (پاسخگو)	متغیرهای تفکیک کننده ناابرازی	نحوه محاسبه شاخص		تعریف	نام شاخص	تصویر	ردیف
			مخرج کسر و ضریب	صورت کسر				
سالیانه	ستاد مبارزه با مواد مخدر وزارت بهداشت وزارت آموزش و پرورش	به تفکیک طریقه مصرف، نوع ماده سن، جنس، سطوح اقتصادی، تحصیلات، محل سکونت س(شهر/حاشیه شهر یا اسکان غیر رسمی و روستا) بر حسب شهرستان و استان	جمعیت عمومی بالای ۱۲ سال کشور* ۱۰۰۰۰۰	میزان افراد بالای ۱۲ سال به بالا که در طی یکسال گذشته حداقل یک بار مصرف مواد داشته اند بر حسب موارد جدید و تکراری	میزان افراد بالای ۱۲ سال به بالا که در طی یکسال گذشته حداقل یک بار مصرف مواد داشته اند بر حسب موارد جدید و تکراری	بروز و شیوع مصرف مواد در جمعیت ۱۲ سال به بالا	سلامت	۱۲
سالیانه	وزارت بهداشت	سن، جنس، سطوح اقتصادی، تحصیلات، محل سکونت س(شهر/حاشیه شهر یا اسکان غیر رسمی و روستا) بر حسب شهرستان و استان	جمعیت بین ۶۴-۱۵ سال* ۱۰۰	افراد بین ۶۴ تا ۱۵ ساله که در طی یکسال گذشته مصرف الکل داشته اند.	درصد افراد بین ۱۵ تا ۶۴ ساله که در طی یکسال گذشته مصرف الکل داشته اند.	میزان شیوع مصرف الکل در جمعیت ۱۵ تا ۶۴ سال		۱۴

ردیف	عنوان	نام شاخص	تعریف	نحوه محاسبه شاخص		متغیرهای تفکیک کننده نابرابری	سازمان متولی تولید شاخص (پاسخگو)	دوره زمانی تولید و به روز رسانی
				صورت کسر	مخرج کسر و ضریب			
۱۴	سلامت	درصد مصرف کنندگانی از مواد که طبق پروتکل تحت درمان هستند	درصد مصرف کنندگان بالای ۱۲ سال که برابر پروتکل تعریف شده در واحدهای بهداشتی درمانی تحت مراقبت می باشند.	تعداد مصرف کنندگان بالای ۱۲ سال تحت پوشش برنامه	کل مصرف کنندگان بالای ۱۲ سال * ۱۰۰	سن، جنس، سطوح اقتصادی، تحصیلات، محل سکو (شهر/حاشیه شهر یا اسکان غیر رسمی و روستا) و بر حسب شهرستان و استان	وزارت بهداشت	سالانه
۱۵	سلامت	میزان ماندگاری در برنامه های درمان و کاهش آسیب اعتبار	درصد بیمارانی که بیش از ۱۲ ماه در برنامه درمان باقی مانده اند.	بیمارانی که بیش از ۱۲ ماه در برنامه درمان باقی می ماند.	جمعیت کل بیماراران مراجعه کننده به مراکز درمان * ۱۰۰	جنس، سن، سطوح اقتصادی، تحصیلات، شغل، محل سکونت (شهر/حاشیه شهر یا اسکان غیر رسمی و روستا)، نوع ماده، طریقه مصرف (تزریقی - غیر تزریقی)، نوع درمان، ماده اصلی مورد استفاده بر حسب شهرستان و استان	وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی دبیرخانه ستاد مبارزه با مواد مخدر سازمان بهزیستی	سالانه

دوره زمانی تولید و به روز رسانی	سازمان متولی تولید شاخص (پاسخگو)	متغیرهای تفکیک کننده ناابری	نحوه محاسبه شاخص		تعریف	نام شاخص	کد	توضیحات
			مخرج کسر و ضریب	صورت کسر				
سالیانه	وزارت بهداشت ستاد مبارزه با مواد مخدر	سن، جنس، سطوح اقتصادی، تحصیلات، محل سکو نت(شهر/حاشیه شهر یا اسکان غیر رسمی و روستا) و بر حسب شهرستان و استان	جمعیت گروه سنی در وسط سال*۱۰۰	تعداد افراد ۱۲ سال و بالتر که تاکنون حداقل ۱۰۰ نخ سیگار و یا معادل آن سایر مواد دخانی مصرف کرده اند و در حال حاضر از سیگار یا هر فرآورده دیگر دخانی استفاده می کنند	درصد افراد ۱۲ سال و بالتر که تاکنون حداقل ۱۰۰ نخ سیگار و یا معادل آن سایر مواد دخانی مصرف کرده اند و در حال حاضر از سیگار یا هر فرآورده دیگر دخانی استفاده می کنند	شیوع مصرف مواد دخانی در جمعیت ۱۲ سال و بالاتر	۱۲	سلامت
سالیانه	وزارت بهداشت	محل سکونت (شهر/ حاشیه شهر یا اسکان غیر رسمی و روستا) ، سطوح اقتصادی، جنس و تحصیلات مادر بر حسب شهرستان و استان	تعداد کل کودکان زیر ۵ سال* ۱۰۰	تعداد کودکان زیر ۵ سال دارای کم وزنی در زمان بررسی	درصد کودکان زیر ۵ ساله که وزن برای سن آن ها کمتر از منهای ۲ انحراف معیار از میانگین استاندارد می باشد	شیوع کم وزنی در کودکان زیر ۵ سال	۱۳	سلامت

ردیف	عنوان	نام شاخص	تعریف	نحوه محاسبه شاخص		متغیرهای تفکیک کننده نابرابری	سازمان متولی تولید شاخص (پاسخگو)	دوره زمانی تولید و به روز رسانی
				صورت کسر	مخرج کسر و ضریب			
۱۸	سلامت	شیوع کوتاه قدی در کودکان زیر ۵ سال	درصد کودکان زیر ۵ ساله که قد برای سن آنها کمتر از منهای ۲ انحراف معیار از میانگین استاندارد می باشد	تعداد کودکان زیر ۵ سال دارای کوتاه قد در زمان بررسی	تعداد کل کودکان زیر ۵ سال* ۱۰۰	مجل سکونت (شهر/ حاشیه شهر یا اسکان غیر رسمی و روستا)، سطوح اقتصادی، جنس و تحصیلات مادر بر حسب شهرستان و استان	وزارت بهداشت	سالیانه
۱۹	سلامت	شیوع اضافه وزن و یا چاقی در سنین ۱۸ ساله و بیشتر طبق تعریف	درصد افراد ۱۸ ساله ای و بیشتر که طبق تعریف اضافه وزن داشته و یا چاق هستند	تعداد افراد ۱۸ ساله و بیشتر دارای اضافه وزن و یا چاق طبق تعریف	تعداد جمعیت در همان گروه سنی (۱۸ ساله و بیشتر)* ۱۰۰	جنس، گروه سنی، سطوح اقتصادی، تحصیلات و محل سکونت (شهر/ حاشیه شهر یا اسکان غیر رسمی و روستا) بر حسب شهرستان و استان	وزارت بهداشت	هر ۵ سال
۲۰	سلامت	تغذیه انحصاری با شیر مادر در کودکان تا ۶ ماهگی	درصد نوزادانی که ۶ ماهه منحصراً از شیر مادر تغذیه شده اند	تعداد کودکان ۶ تا ۱۱ ماهه که منحصراً ۶ ماه با شیر مادر تغذیه شده اند	تعداد کل کودکان ۶ تا ۱۱ ماهه* ۱۰۰	سطوح اقتصادی، تحصیلات مادر، محل سکونت (شهر/ حاشیه شهر یا اسکان غیر رسمی و روستا)، شغل مادر بر حسب شهرستان و استان	وزارت بهداشت	سالیانه
۲۱	سلامت	نسبت تولد نوزادان با وزن کم هنگام تولد	درصد نوزادانی که هنگام تولد وزن آنها کمتر از ۲۵۰۰ گرم می باشد	تعداد نوزادان با وزن تولد کمتر از ۲۵۰۰ گرم در یک سال معین	تعداد کل موالید زنده در همان سال* ۱۰۰	سطوح اقتصادی، تحصیلات مادر، ناحیه (شهر/ حاشیه شهر یا اسکان غیر رسمی و روستا) و بر حسب شهرستان و استان	وزارت بهداشت	سالیانه

دوره زمانی تولید و به روز رسانی	سازمان متولی تولید شاخص (پاسخگو)	متغیرهای تفکیک کننده ناابری	نحوه محاسبه شاخص		تعریف	نام شاخص	کد	توضیحات
			مخرج کسر و ضریب	صورت کسر				
سالیانه	وزارت بهداشت	جنس، سن، سطوح اقتصادی، تحصیلات، ناحیه (شهر/ حاشیه شهر و روستا) بر حسب شهرستان و استان	افراد ۱۵ تا ۶۴ سال مورد بررسی* ۱۰۰	افرادی ۱۵ تا ۶۴ ساله ای که هر هفته ۵ روز و هر روز به مدت ۳۰ دقیقه فعالیت متوسط تا شدید دارند و یا ۲۰ دقیقه فعالیت شدید و یا ۱۰ دقیقه فعالیت مربوط به تقویت عضلات دارند	درصد افراد ۱۵ تا ۶۴ ساله ای که هر هفته ۵ روز و هر روز به مدت ۳۰ دقیقه فعالیت متوسط تا شدید دارند و یا ۲۰ دقیقه فعالیت شدید و یا ۱۰ دقیقه فعالیت مربوط به تقویت عضلات دارند	فعالیت فیزیکی	۱۴	سلامت
سالیانه	وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی	جنس، سن، تحصیلات، ت، سطوح اقتصادی، محل سکونت (شهر- روستا)، استان	جمعیت زوجهای آن گروه سنی در وسط سال* ۱۰۰	تعداد زوجهای نابارور	درصد زوجهایی در ستین باروری که در معرض حامله شدن هستند (از نظر جنسی اکتیو باشند. پیشگیری از بارداری نداشته باشند و در دوران شیردهی هم نباشند) و علیرغم تلاش برای بارداری موفق به بارداری نشدند	نرخ ناباروری	۱۴	سلامت

ردیف	موضوع	نام شاخص	تعریف	نحوه محاسبه شاخص		متغیرهای تفکیک کننده نابرابری	سازمان متولی تولید شاخص (پاسخگو)	دوره زمانی تولید و به روز رسانی
				صورت کسر	مخرج کسر و ضریب			
۲۴	سلامت	درصد افراد ناباروری که از خدمات باروری بهره مند شده اند	درصد زوجهای نابارور که به خدمات درمان نازایی دسترسی داشته اند و بهره مند شده اند به کل زوجهای نابارور	زوجهای نابارور که از خدمات درمان نازایی بهره مند شده اند	کل زوجهای نابارور در سن باروری* ۱۰۰	جنس، سن، تحصیلات، سطوح اقتصادی، محل سکونت (شهر-روستا)، استان	بنیاد برکت وزارت بهداشت	سالیانه
۲۵	سلامت	درصد بارداری های پرخطر	در صد بارداری های پر خطر در یکسال	تعداد بارداری ها ی پر خطر در یکسال	کل بارداریها در یک سال* ۱۰۰	سن، تحصیلات، سطوح اقتصادی، شغل، محل سکونت	وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی	سالیانه
۲۶	سلامت	نسبت خانوارهای دارای آمادگی عملکردی مطلوب در برابر بلایا	در صد خانوارهای دارای آمادگی عملکردی مطلوب در برابر بلایا	خانوارهای دارای آمادگی عملکردی مطلوب در برابر بلایا	کل خانوارها * ۱۰۰	سطوح اقتصادی، (شهر/حاشیه شهر یا اسکان غیر رسمی و روستا)	وزارت بهداشت	سالیانه
۲۷	سلامت	پوشش شناسائی اچ آی وی	درصد موارد اچ آی وی مثبت شناسائی شده	تعداد موارد اچ آی وی شناسائی شده	تخمین موارد اچ آی وی * ۱۰۰	جنس - سن - راه های انتقال بر حسب شهرستان و استان	وزارت بهداشت	سالیانه
۲۸	سلامت	پوشش درمان اچ آی وی	درصد افراد واجد شرایط درمان که تحت درمان قرار گرفته اند	تعداد موارد اچ آی وی تحت درمان	موارد اچ آی وی واجد شرایط درمان * ۱۰۰	جنس - سن - راه های انتقال بر حسب شهرستان و استان	وزارت بهداشت	سالیانه

ردیف	موضوع	نام شاخص	تعریف	نحوه محاسبه شاخص		متغیرهای تفکیک کننده نابرابری	سازمان متولی تولید شاخص (پاسخگو)	دوره زمانی تولید و به روز رسانی
				صورت کسر	مخرج کسر و ضریب			
۲۹	محیط فیزیکی و زیر ساخت	درصد خانوارهایی که به شبکه عمومی آب آشامیدنی (داخل یا خارج منزل) دسترسی دارند	مناطق روستایی: درصد جمعیتی که به شبکه عمومی آب آشامیدنی در منزل یا خارج از منزل با حداکثر نیم ساعت پیاده روی دسترسی دارند مناطق شهری: درصدی از جمعیت کل قلمرو مورد نظر که تحت پوشش شرکت های آب و فاضلاب می باشند	تعداد خانوارهای دارای دسترسی به شبکه آب آشامیدنی لوله کشی با حدکثر نیم ساعت پیاده روی و یا تحت پوشش شرکت آب و فاضلاب	تعداد کل خانوار* ۱۰۰	ناحیه (شهر/ حاشیه شهر یا اسکان غیر رسمی و روستا) و شهرستان	اصلی: وزارت نیرو، شرکت مهندسی آب و فاضلاب کشور همکار: وزارت بهداشت مرکز آمار ایران	سالانه
۴۰	محیط فیزیکی و زیر ساخت	نسبت موارد مطلوب نمونه های آب آشامیدنی از نظر باکتریوزیک	درصد مواردی که در نمونه برداری از آب در شبکه توزیع و یا مخازن ذخیره نتیجه آزمون باکتریولوژیک مطابق استاندارد ملی است .	تعداد نمونه با نتیجه مطلوب	تعداد کل نمونه* ۱۰۰	محل سکو نت (شهر/ حاشیه شهر یا اسکان غیر رسمی و روستا) و شهرستان	اصلی: وزارت بهداشت همکار: شرکت مهندسی آب و فاضلاب کشور و مرکز آمار ایران	سالانه
۴۱	محیط فیزیکی و زیر ساخت	نسبت موارد مطلوب نمونه های آب آشامیدنی از نظر نیترات	درصد تعداد مواردی که نتیجه نمونه برداری و آزمون نیترات در شبکه توزیع آب شرب کمتر از ۵۰ میلی گرم در لیتر باشد	تعداد نمونه با نتیجه مطلوب (نیترات کمتر از ۵۰ میلی گرم در لیتر)	تعداد کل نمونه* ۱۰۰	محل سکونت (شهر/ حاشیه شهر یا اسکان غیر رسمی و روستا) و شهرستان	اصلی: وزارت بهداشت همکار: شرکت مهندسی آب و فاضلاب کشور و مرکز آمار ایران	سالانه

ردیف	چشمه	نام شاخص	تعریف	نحوه محاسبه شاخص		متغیرهای تفکیک کننده نابرابری	سازمان متولی تولید شاخص (پاسخگو)	دوره زمانی تولید و به روز رسانی
				صورت کسر	مخرج کسر و ضریب			
۴۱	محیط فیزیکی و زیر ساخت	نسبت موارد مطلوب نمونه های آب آشامیدنی از نظر فلزات سنگین	درصد تعداد مواردی که نتیجه نمونه برداری و آزمون عامل های سنگین در شبکه توزیع آب شرب کمتر از حد مشخص شده در استاندارد ملی ایران باشد	تعداد نمونه برداشت شده با نتیجه مطلوب از نظر عوامل فلزات سنگین	تعداد کل نمونه* ۱۰۰	محل سکونت (شهر/ حاشیه شهر یا اسکان غیر رسمی و روستا) و نوع منطقه در شهرستان	اصلی: وزارت بهداشت همکار: شرکت مهندسی آب و فاضلاب کشور و مرکز آمار ایران	سالانه
۴۲	محیط فیزیکی و زیر ساخت	نسبت موارد مطلوب نمونه های آب آشامیدنی از نظر کل جامدات محلول TDS	درصد نمونه های برداشت شده از شبکه آب آشامیدنی از نظر شاخص کل جامدات محلول کمتر از ۱۰۰۰ میلی گرم در لیتر (حد مطلوب مندرج در استاندارد ملی ایران)	تعداد نمونه برداشت شده با نتیجه مطلوب	تعداد کل نمونه* ۱۰۰	محل سکونت (شهر/ حاشیه شهر یا اسکان غیر رسمی و روستا) و شهرستان	اصلی: وزارت بهداشت همکار: شرکت مهندسی آب و فاضلاب کشور و مرکز آمار ایران	سالانه
۴۳	محیط فیزیکی و زیر ساخت	نسبت خانوارهایی که در داخل خانوار دارای توالی بهداشتی، طبق تعریف می باشند	درصد خانوارهایی که در داخل خانوار دارای توالی بهداشتی طبق تعریف می باشند	تعداد خانوارهایی که توالی بهداشتی طبق تعریف دارند	تعداد کل خانوارها* ۱۰۰	روستا	وزارت بهداشت مرکز آمار ایران	سالانه

دوره زمانی تولید و به روز رسانی	سازمان متولی تولید شاخص (پاسخگو)	متغیرهای تفکیک کننده نابرابری	نحوه محاسبه شاخص		تعریف	نام شاخص	محل جمع‌آوری	ردیف
			مخرج کسر و ضریب	صورت کسر				
پنج ساله	اصلی: وزارت بهداشت همکار: وزارت نیرو شرکت مهندسی آب و فاضلاب کشور و مرکز آمار ایران	شهر، روستا و حاشیه شهر	تعداد کل خانوارها* ۱۰۰	تعداد خانوارهای ی که دارای سیستم دفع بهداشتی فاضلاب طبق تعریف هستند تعداد خانوارهای ی که به شبکه جمع‌آوری دفع بهداشتی فاضلاب خانگی متصل هستند	الف- درصد خانوارهایی که برای دفع فاضلاب خانگی از چاه جذبی استفاده می‌کنند. ب- درصد خانوارهایی که برای دفع فاضلاب خانگی از مخزن مدفوع (سپتیک تانک) استفاده می‌کنند و یا به شبکه جمع‌آوری فاضلاب وصل هستند.	نسبت خانوارهایی که برای دفع فاضلاب خانگی از روش‌های بهداشتی استفاده می‌کنند	محیط زیستی و زیرساخت	۴۵
سالیانه	استانداردها، شهرداری‌ها و دهیاری‌ها، مرکز آمار ایران	شهر، روستا و حاشیه شهر	تعداد کل خانوارها* ۱۰۰	تعداد خانوارهای ی که تحت پوشش سیستم جمع‌آوری پسماندها ی عادی می‌باشند	درصد خانوارهایی که تحت پوشش سیستم جمع‌آوری پسماندهای عادی استفاده می‌کنند.	نسبت خانوارهایی که تحت پوشش سیستم جمع‌آوری پسماندهای عادی (خانگی) می‌باشند.	محیط زیستی و زیرساخت	۴۶

ردیف	محل	نام شاخص	تعریف	نحوه محاسبه شاخص		متغیرهای تفکیک کننده نابرابری	سازمان متولی تولید شاخص (پاسخگو)	دوره زمانی تولید و به روز رسانی
				صورت کسر	مخرج کسر و ضریب			
۷۶	محیط فیزیکی و زیر ساخت	نسبت خانوارهایی که از سیستم دفع بهداشتی (باز یافت مواد و انرژی یا دفن بهداشتی) پسماندهای عادی (شهری- روستایی)	درصد استفاده از سیستم دفع بهداشتی (باز یافت مواد و انرژی یا دفن بهداشتی) پسماندهای عادی	تعداد خانوارهای ی که از سیستم دفع بهداشتی (باز یافت مواد و انرژی یا دفن بهداشتی) استفاده می کنند	تعداد کل خانوارها* ۱۰۰	شهر، روستا و حاشیه شهر	شهرداریها و دهیاری ها، مرکز آمار ایران	سالانه
۷۷	محیط فیزیکی و زیر ساخت	سرانه فضای سبز شهری عمومی	میزان مساحت فضای سبز شهری عمومی موجود برای هر نفر جمعیت شهری (به متر مربع)	میزان مساحت فضای سبز شهری عمومی موجود	جمعیت شهر	شهر، روستا و حاشیه شهر	سازمان شهرداریها و دهیاری های کشور مرکز آمار ایران	سالانه

ردیف	چشمه	نام شاخص	تعریف	نحوه محاسبه شاخص		متغیرهای تفکیک کننده نابرابری	سازمان متولی تولید شاخص (پاسخگو)	دوره زمانی تولید و به روز رسانی
				کسر صورت	کسر مخرج و ضریب			
۴۳	محیط فیزیکی و زیر ساخت	نسبت روزهای سال که طبق تعریف هوا سالم است	درصد از روزهای سال که کیفیت هوا در شهرهای هدف سنجش شده و مقادیر محاسبه شده در گزارش های روزانه طبق تعریف در محدوده هوای پاک و هوای سالم قرار دارند	تعداد روزهای دوره گزارش دهی (سه ماهه) که شاخص کیفیت هوا برای آلاینده ها ی در محدوده پاک باشد	تعداد روزهای که در دوره گزارش دهی (سه ماهه) سنجش آلاینده های هوا انجام شده است	شهرهایی که ایستگاه سنجش دارند	وزارت بهداشت سازمان حفاظت محیط زیست سازمان شهرداری ها و دهیاری های کشور	سه ماه یکبار به صورت فصلی
۵۰	محیط فیزیکی و زیر ساخت	میزان باقی مانده آلاینده ها اعم از کود ، سم و فلزات در محصولات کشاورزی	درصد نمونه های برداشت شده از محصولات کشاورزی تازه خوری و میوه باغی ، زراعی و گلخانه ای که از نظر شاخص بالاتر از حد مجاز تعریف شده سموم ، نیترات و یا فلزات سنگین باشند	تعداد نمونه برداشت شده با نتیجه نامطلوب	تعداد کل نمونه* ۱۰۰	شهر/ حاشیه شهر و شهرستان	اصلاح نباتات وزارت جهاد و کشاورزی و مرکز آمار ایران	سالانه
۵۱	توسعه اجتماعی و انسانی	میزان باروری اختصاصی سنی زیر ۱۸ سال، ۱۸ تا ۳۵ سال	میزان باروری اختصاصی سنی زیر ۱۸ سال، ۱۸ تا ۳۵ سال	تعداد موالید زنده در گروه سنی ۱۵ تا ۱۸ سال و ۱۸ تا ۳۵ سال و بالای ۳۵ سال در یکسال	جمعیت زنان آن گروه سنی در وسط سال	تحصیلات مادر(فرد)، ناحیه (شهر/ حاشیه شهر یا اسکان غیر رسمی و روستا)، سطوح اقتصادی بر حسب شهرستان و استان	مرکز آمار ایران وزارت بهداشت سازمان ثبت احوال کشور	هر ۵ سال

ردیف	چشمه	نام شاخص	تعریف	نحوه محاسبه شاخص		متغیرهای تفکیک کننده نابرابری	سازمان متولی تولید شاخص (پاسخگو)	دوره زمانی تولید و به روز رسانی
				صورت کسر	مخرج کسر و ضریب			
۵۲	توسعه انسانی و اجتماعی	نرخ جذب خالص پایه اول ابتدایی (۶ سال تمام)	نسبتی از جمعیت ۶ سال تمام که در پایه اول ثبت نام کرده باشند	تعداد دانش آموزان ۶ سال تمام پایه اول در سال تحصیلی	تعداد جمعیت کودکان ۶ ساله در سال تحصیلی	جنس، شهر، روستا، سطوح اقتصادی، استان (قابل ریز شدن تا سطح شهرستان نیست)	وزارت آموزش و پرورش مرکز آمار ایران سازمان ثبت احوال کشور	سالیانه
۵۳	توسعه انسانی و اجتماعی	امید فراغت از تحصیل دوره ابتدایی و متوسطه برای کودکان ورود به دبستان	درصدی از جمعیت ورود به دبستان که احتمال دارد دوره ابتدایی و متوسطه را به پایان برسانند	با استفاده از جدول طول عمر محاسبه شود		سن و جنس، محل سکونت، سطوح اقتصادی	اصلی: وزارت آموزش و پرورش همکار: ثبت احوال کشور و مرکز آمار ایران	سالیانه
۵۴	توسعه انسانی و اجتماعی	درصد کلاس اولی‌های با تجربه پیش دبستانی	درصد کودکانی که در کلاس اول دبستان ثبت نام کرده اند و قبلاً دوره پیش دبستان را گذرانده اند	تعداد کودکان که در کلاس اول دبستان ثبت نام کرده اند و قبلاً دوره پیش دبستان را گذرانده اند	تعداد کودکان که در کلاس اول دبستان ثبت نام کرده اند* ۱۰۰	جنس، سطوح اقتصادی، محل سکونت (شهر و روستا) بر حسب شهرستان و استان	اصلی: وزارت آموزش و پرورش همکار: سازمان ثبت احوال	سالیانه

ردیف	چشمه	نام شاخص	تعریف	نحوه محاسبه شاخص		متغیرهای تفکیک کننده نابرابری	سازمان متولی تولید شاخص (پاسخگو)	دوره زمانی تولید و به روز رسانی
				کسر صورت	کسر مخرج و ضریب			
۵۵	توسعه انسانی و اجتماعی	نسبت سالمندان که از حمایت‌های اجتماعی طبق تعریف برخوردارند	تعداد سالمندانی که از حمایت‌های سازمان بهزیستی، کمیته امداد امام خمینی (ره) و مستمری‌های بازنشستگی بهره‌مند می‌باشند.	تعداد سالمندان ی که از حمایت‌های سازمان بهزیستی، کمیته امداد امام خمینی (ره) و مستمری‌های بازنشستگی بهره‌مند می‌باشند	کل جمعیت سالمندان	جنس، سن، سطوح اقتصادی، تحصیلات، شغل، محل سکونت شهر/ حاشیه شهر یا اسکان غیر رسمی و روستا) در شهرستان سطح شهرستان	اصلی: سازمان بهزیستی کشور همکار: کمیته امداد امام خمینی (ره)، سازمان صندوق بازنشستگی کشور	سالیانه
۵۶	توسعه انسانی و اجتماعی	شیوع معلولیت به تفکیک خفیف، متوسط و شدید بر طبق تعریف	در صد معلولین بر حسب شدت طبق تعریف سازمان بهزیستی	تعداد معلولین موجود در کشور بر حسب شدت طبق تعریف سازمان بهزیستی	جمعیت وسط سال* ۱۰۰	جنس، سن، تحصیلات، شدت معلولیت، شهر و روستا بر حسب شهرستان و استان	سازمان بهزیستی مرکز آمار ایران	سالیانه
۵۷	توسعه انسانی و اجتماعی	بهره‌مندی معلولین از خدمات توانبخشی	درصدی از معلولین متوسط و شدید که از فرصت‌های لازم جهت دسترسی به امکانات و خدمات توانبخشی، اجتماعی و پیشگیری طبق تعریف در سطح جامعه بهره‌مند هستند.	تعداد معلولینی که طبق پروتکل از خدمات توانبخشی استفاده کرده‌اند	تعداد کل معلولینی که به خدمات توانبخشی نیاز دارند* ۱۰۰	شدت معلولیت، جنس، سن، تحصیلات، سطوح اقتصادی، ناحیه (شهر- روستا)، بر حسب شهرستان و استان	سازمان بهزیستی کشور	سالیانه

ردیف	چشمه	نام شاخص	تعریف	نحوه محاسبه شاخص		متغیرهای تفکیک کننده نابرابری	سازمان متولی تولید شاخص (پاسخگو)	دوره زمانی تولید و به روز رسانی
				صورت کسر	مخرج کسر و ضریب			
۵۸	توسعه انسانی و اجتماعی	نسبت زنان سرپرست خانوار که از حمایت های اجتماعی طبق تعریف برخوردارند	درصد زنان سرپرست خانواری که از حمایت های اجتماعی سازمان بهزیستی کشور و کمیته امداد امام (ره) بهره مند می باشند.	تعداد زنان سرپرست خانواری که از حمایت های اجتماعی سازمان بهزیستی کشور و کمیته امداد امام (ره) بهره مند می باشند.	کل زنان سرپرست خانوار نیازمند* ۱۰۰	جنس، سن، تحصیلات، سطوح اقتصادی، ناحیه (شهر-روستا)، استان	سازمان بهزیستی کشور	سالیانه
۵۹	توسعه انسانی و اجتماعی	نسبت تعداد مساجد، تکایا و حسینیه های برای ۱۰۰۰ نفر جمعیت	تعداد مساجد، تکایا و حسینیه های موجود در شهرستان طبق تعریف برای ۱۰۰۰ نفر جمعیت	تعداد مساجد، تکایا و حسینیه های موجود در شهرستان	جمعیت وسط سال* ۱۰۰۰	شهر، روستا	سازمان اوقاف و امور خیریه سازمان تبلیغات اسلامی	سالیانه
۶۰	توسعه انسانی و اجتماعی	نرخ باسوادی (حداقل سواد خواندن و نوشتن) در گروه سنی ۱۰ تا ۴۹	درصد جمعیت ۱۰ تا ۴۹ ساله ای که حداقل سواد خواندن و نوشتن دارند	تعداد جمعیت ۱۰ تا ۴۹ ساله ای که حداقل سواد خواندن و نوشتن دارند	کل جمعیت ۱۰ تا ۴۹ ساله* ۱۰۰	جنس، استان	اصلی: آموزش و پرورش - سازمان نهضت سواد آموزی همکار: ثبت احوال کشور و مرکز آمار ایران	پنج ساله مطالعات نمونه ای سالانه تا سطح شهرستان

ردیف	چشمه	نام شاخص	تعریف	نحوه محاسبه شاخص		متغیرهای تفکیک کننده نابرابری	سازمان متولی تولید شاخص (پاسخگو)	دوره زمانی تولید و به روز رسانی
				صورت کسر	مخرج کسر و ضریب			
۹۱	توسعه اقتصادی	نرخ بیکاری	طبق تعریف وزارت کار	تعداد افراد بیکار	جمعیت فعال اقتصادی	جنس، سن، سطوح اقتصادی، تحصیلات، محل زندگی، شهرستان	طرح آمارگیری نیروی کار سرشماری عمومی نفوس و مسکن	سالیانه
۹۲	توسعه اقتصادی	سهم هزینه های سلامت در هزینه های غیر خوراکی خانوار	در صد هزینه های سلامت در هزینه های غیر خوراکی خانوار	هزینه های سلامت در بودجه خانوار	کل هزینه های غیر خوراکی خانوار*۱۰۰	سطوح اقتصادی، شهر / روستا بر حسب شهرستان و استان	وزارت بهداشت (موسسه ملی تحقیقات سلامت) مرکز آمار ایران	پنج ساله
۹۳	توسعه اقتصادی	خط فقر مطلق	درصدی از جمعیت که طبق تعریف کشوری زیر خط فقر مطلق زندگی می کنند	جمعیتی که طبق تعریف کشوری زیر خط فقر مطلق زندگی می کنند	کل جمعیت کشور*۱۰۰	سن سرپرست، جنس سرپرست، تحصیلات سرپرست، خانوار، ناحیه، بر حسب شهرستان و استان	وزارت رفاه و تامین اجتماعی - دفتر مطالعات اجتماعی و فقر زدایی مرکز آمار ایران	پنج ساله
۹۴	توسعه اقتصادی	خط فقر شدید	درصدی از جمعیت که برابر تعریف کشوری زیر خط فقر شدید زندگی می کنند	جمعیتی که طبق تعریف کشوری زیر خط فقر شدید زندگی می کنند	کل جمعیت کشور*۱۰۰	سن سرپرست، جنس سرپرست، تحصیلات سرپرست، پرست خانوار، ناحیه (شهر و روستا) بر حسب شهرستان و استان	وزارت رفاه و تامین اجتماعی - دفتر مطالعات اجتماعی و فقر زدایی مرکز آمار ایران انستیتو تغذیه	پنج ساله
۹۵	حکمرانی	پوشش بیمه پایه	درصد جمعیت تحت پوشش بیمه پایه	تعداد جمعیت تحت پوشش بیمه پایه	کل جمعیت کشور	جنس، سن، سطوح اقتصادی، ناحیه (شهر - روستا) بر حسب شهرستان و استان	وزارت رفاه و تامین اجتماعی سازمان بیمه خدمات درمانی نیروهای مسلح کمیته امداد امام خمینی (ره)	سالیانه

ردیف	حیطه	نام شاخص	تعریف	نحوه محاسبه شاخص		متغیرهای تفکیک کننده نابرابری	سازمان متولی تولید شاخص (پاسخگو)	دوره زمانی تولید و به روز رسانی
				کسر صورت	مخرج کسر و ضریب			
۶۶	حکمرانی	پوشش بیمه مکمل	درصد جمعیت تحت پوشش بیمه مکمل؛ درصدی از جمعیت کشور می باشد که علاوه بر بیمه پایه از مزایای بیمه های تکمیلی نیز برخوردار می باشد	تعداد جمعیت تحت پوشش بیمه مکمل	کل جمعیت کشور	جنس، سن، تحصیلات، سطوح اقتصادی، ناحیه (شهر- روستا) بر حسب شهرستان و استان	وزارت رفاه و تامین اجتماعی بیمه مرکزی ایران	سالیانه
۶۷	حکمرانی	تعداد اعضای فعال در سازمان های مردم نهاد و خیریه ها که در ارتباط با نظام سلامت فعالیت دارند	تعداد اعضای فعال در سازمان های مردم نهاد و خیریه ها که در ارتباط با نظام سلامت فعالیت دارند به ازای هزار نفر جمعیت ۱۸ سال به بالا عضو فعال عضوی است که در سال آمارگیری برابر اساسنامه وظایف خود را انجام داده باشد.	تعداد اعضای فعال بالای ۱۸ سال در سازمان ها ی مردم نهاد و خیریه ها که در ارتباط با نظام سلامت فعالیت دارند	کل جمعیت کشور* ۱۰۰۰	شهر و روستا، شهرستان	اصلی: وزارت کشور همکار: وزارت بهداشت	سالیانه
۶۸	حکمرانی	درصد بودجه نظام سلامت که توسط خیرین بصورت اهدا تامین شده است	درصد بودجه نظام سلامت که توسط مردم و خیرین جهت ساخت تجهیز و ... بصورت اهدا تامین شده است	سهم مالی خیرین در تامین بودجه نظام سلامت	کل بودجه نظام سلامت	شهر و روستا، شهرستان	وزارت بهداشت وزارت کشور سازمان بهزیستی	سالیانه

دوره زمانی تولید و به روز رسانی	سازمان متولی تولید شاخص (پاسخگو)	متغیرهای تفکیک کننده ناابری	نحوه محاسبه شاخص		تعریف	نام شاخص	کد	کد
			مخرج کسر و ضریب	صورت کسر				
سالیانه	وزارت بهداشت	شهرستان	تعداد رابطین بهداشت که در سال بر رسی حد اقل ۶ ماه فعال بوده اند	تعداد خانوارهای تحت پوشش مراکز بهداشتی درمانی شهری	خانوارهای تحت پوشش مراکز بهداشتی درمانی شهری به تعداد رابطین بهداشت این مراکز که در سال بررسی شاخص‌ها حداقل ۶ ماه فعالیت داشته اند	نسبت خانوارهای تحت پوشش مراکز بهداشتی درمانی شهری به تعداد رابطین بهداشت این مراکز که در سال بررسی شاخص‌ها حداقل ۶ ماه فعالیت داشته اند	۵۳	۵۳

منابع:

این گفتار بر پایه مطالعات و تجربیات استاد عالیقدر جناب آقای دکتر ملک افضلی و بازخوردها و نظرات صاحب نظران به مشارالیه، طی مصاحبه سرکار خانم دکتر الهی با استاد، تدوین گردیده است.

جا دارد در انتهای افاضات استاد فرهیخته، در خصوص اجتماعی شدن سلامت و عدالت در سلامت و مداخلاتی که برای اجتماعی شدن، در بخش بهداشت باید صورت گیرد به **عدالت عمودی** یعنی "دسترسی به خدمات درمانی، براساس نیاز و پرداخت هزینه‌های درمانی، براساس توان و وسیع مالی" که در فرهنگ و تمدن هزاران سال قبل ایران به صراحت، مورد توجه و تاکید قرار گرفته است نیز اشاره‌ای بنماییم:

هزاران سال قبل، در کشور ایران، مترقی ترین نوع ارتباط مالی بین پزشک و بیمار، به وضوح در کتاب اوستا (فقره های ۴۱ تا ۴۳) بیان شده است! به گونه ای که **"عدالت عمودی"** به جای **"عدالت افقی"** به عنوان یک دستور مکتوب عقیدتی در این خصوص، حکمفرما بوده و طبق نص صریح اوستا در عین حال که کمیّت و کیفیت خدمات پزشکی، ربطی به طبقه اجتماعی و میزان درآمد افراد نداشته ولی پرداخت حق العلاج، به طرز کاملاً شفاف و قانونمندی، متناسب با میزان درآمد افراد بوده و به عبارت دیگر، **دسترسی به خدمات درمانی، براساس نیاز و پرداخت هزینه‌های درمانی، براساس توان و وسیع مالی، صورت می‌گرفته است**. البته از آنجا که معاملات به صورت پایاپای، انجام می‌شده است و به ازای ارائه خدمات و متناسب و معادل آن‌ها، تامین و دریافت مایحتاجی از قبیل حیوانات سواری، باربر، شیرده و تامین کننده مواد پروتئینی و همچنین، گندم و حبوبات و امثال این‌ها بوده در اسناد باقیمانده از آن زمان نیز همین مراودات و ارتباطات اقتصادی به وضوح، به چشم می‌خورد.

کتاب جامع

بهداشت عمومی

فصل ۱۴ / گفتار ۱۱ / دکتر سیّد علیرضا مرندی

عوامل اجتماعی سلامت

فهرست مطالب

۳۱۰۵.....	اهداف درس
۳۱۰۵.....	تعریف سلامت و عدالت در سلامت
۳۱۰۶.....	ابعاد سلامت و عوامل مؤثر بر آن
۳۱۰۶.....	علت تمرکز بر بعد بیولوژیک
۳۱۰۹.....	سلامت برای همه
۳۱۰۹.....	مشکلات سلامت از درون جوامع
۳۱۱۰.....	تحمل نئولیبرالیسم به کشورهای جنوب
۳۱۱۱.....	علل موفقیت بعضی از کشورها
۳۱۱۲.....	بی عدالتی در سلامت
۳۱۱۵.....	نقش فناوری پیچیده پزشکی در سلامت
۳۱۱۵.....	لزوم برنامه‌ریزی و نظارت بر بخش خصوصی
۳۱۱۷.....	مصوبات سال ۱۳۸۸ اجلاس سازمان جهانی بهداشت
۳۱۱۷.....	اشاره ای به مراقبت‌های اولیه سلامت
۳۱۱۸.....	اهداف توسعه پایدار که در سازمان ملل به تصویب رسیده است
۳۱۲۴.....	جابه‌جایی مرکز ثقل خدمات سلامت در غرب
۳۱۲۴.....	آموزش پزشکی
۳۱۲۴.....	نتیجه
۳۱۲۵.....	منابع:

عوامل اجتماعی سلامت Social Determinants of Health

دکتر سید علیرضا مرندي

استاد دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی و رئیس فرهنگستان علوم پزشکی کشور

اهداف درس

پس از یادگیری این مبحث، فراگیرنده قادر خواهد بود:

- واژه سلامت را با تغییرات جدید آن تعریف نماید
- ارتباط سلامت و حقوق بشر را متذکر شود
- مشکلات سلامت از درون جوامع را شرح دهد
- هدف‌های علمی (Knowledge networks) را توضیح دهد
- سیاست‌های موفق برخی از کشورها در زمینه سلامت را بیان کند
- علل تحمیل نتولیرالیسم را توضیح دهد
- علل موفقیت برخی از کشورها در اجرای عدالت در سلامت بازگو کند
- بی‌عدالتی در سلامت را تعریف نموده مثال‌هایی ارائه دهد
- اهداف توسعه پایدار را فهرست نموده هریک را شرح دهد.

تعریف سلامت و عدالت در سلامت

در اساسنامه سازمان جهانی بهداشت که در سال ۱۳۲۵ به تصویب رسید آمده است که مفهوم سلامت فقط بیمار نبودن نیست بلکه بالاترین حد سلامت جسم، روان و رفاه اجتماعی است. در سال ۱۳۶۲ هیئت اجرایی سازمان جهانی بهداشت به پیشنهاد نماینده کشور نروژ، بُعد معنوی سلامت را هم به عنوان چهارمین بعد سلامت مورد تصویب قرار داد. پس از آن این موضوع در اجلاس سالیانه سازمان جهانی بهداشت هم به تصویب رسید. اما اجلاس نتوانست تعریف مشترکی از سلامت معنوی به تصویب برساند و لذا توصیه کرد که همه کشورها برحسب شرایط فرهنگی و اجتماعی خود، سلامت معنوی را در سیاست‌ها و برنامه‌های خود منظور نمایند.

در طی دهه‌های اخیر و متعاقب مطالعات گسترده در جوامع و کشورهای مختلف، عدالت در سلامت به عنوان یک موهبت و ضرورت اجتناب ناپذیر مطرح شده است تا جایی که تأمین عدالت در سلامت به عنوان شاخصی برای سنجش ارزش‌گذاری دولت‌ها برای مردم کشورشان محسوب می‌شود. **مفهوم عدالت در سلامت** عبارت از **برخورداری آحاد مردم از حد/اعلای سلامت است** که طبیعتاً شامل همه ابعاد جسمی، روانی، معنوی و رفاه اجتماعی می‌باشد.

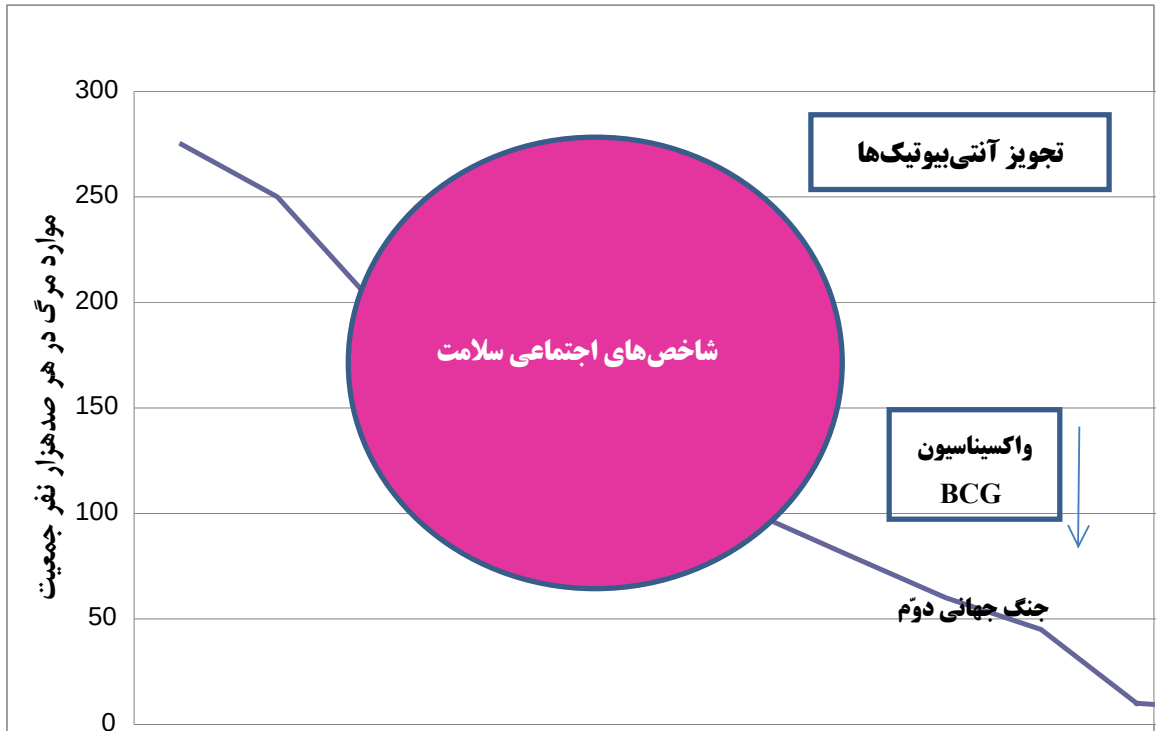
ابعاد سلامت و عوامل مؤثر بر آن

درک دنیا از سلامت و نیز تلاش جهانی برای تأمین، حفظ و ارتقاء سلامت، سیر تکاملی خود را ادامه می‌دهد. بحث سلامت می‌تواند مربوط به سلامت ژن، سلول، بافت، ارگان، انسان، خانواده و جامعه باشد و به مراحل مختلف یعنی پیشگیری، درمان و توانبخشی و غیره تقسیم شود. اما در طرح موضوع سلامت، پیوسته باید تأمین، حفظ و ارتقاء سلامت منظور نظر و هدف باشد و همیشه باید نسبت به سلامت نگاهی جامع و همه‌جانبه داشت. متأسفانه اغلب اینگونه نیست و در اکثر موارد تمرکز بر بعد بیولوژیک است، آن هم در قالب بیماری‌ها و از دیدگاه فوق تخصصی؛ و باز با کمال تأسف عین همین مطلب را در آموزش پزشکی، پژوهش، ارائه خدمات و تأمین و توزیع اعتبارات می‌توان مشاهده کرد. این در حالی است که در بین عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت، نقش عوامل بیولوژیک و ژنتیک فقط در حد ۱۵٪، سهم مجموع خدمات پزشکان، گروه پزشکی، سیستم ارائه خدمات بهداشتی - درمانی کشورها اعم از خصوصی و دولتی، دانشگاهها و وزارت بهداشت حدود ۲۵٪ است؛ و این در حالی است که نقش عوامل اجتماعی در سلامت انسان، حدود ۷۵٪ می‌باشد. لازم به ذکر است که در پاره‌ای مطالعات نقش عوامل اجتماعی را ۸۵٪ ذکر می‌کنند. **منظور از عوامل اجتماعی**، شرایطی است که انسان در آن متولد شده، رشد، زندگی و کار می‌کند و پا به سن می‌گذارد. عوامل اجتماعی اعم از عوامل اقتصادی، فرهنگی، زیست محیطی، اجتماعی و سیاسی است. ازجمله عوامل اجتماعی می‌توان از تکامل سال‌های اول زندگی (ECD) Early Child Development نام برد و نیز میزان تحصیلات افراد، اشتغال، محیط کار، جنسیت، فقر، تغذیه، مسکن، محل سکونت (همسایگی، محله، روستا، شهر، حاشیه شهر)، محیط زیست، حمل و نقل و تردد، تفریح، میزان نفوذ اجتماعی و ...

علت تمرکز بر بعد بیولوژیک

تحولاتی که در طی دهه‌های اخیر در فناوری پیچیده پزشکی و داروسازی به وجود آمده است، سرمایه‌گذاری‌های میلیاردی را در این صنایع به دنبال داشته است. شرکت‌های سازنده تجهیزات پزشکی و کارخانه‌های تولید کننده داروهای گران‌قیمت و نیز نمایندگی‌های آنها برای فروش هرچه بیشتر محصولات خود از هرگونه روش تبلیغی، از شیوه‌های معمولی تا روش‌های کاملاً غیر اخلاقی و غیر مشروع استفاده می‌کنند. از مؤثرترین روش‌های تبلیغ، قانع کردن پزشکان برای استفاده از محصولات مزبور است. طبیعی است تمام هزینه‌های تبلیغات از جیب مصرف کنندگان تأمین می‌شود. در عمل برخلاف تصور مردم و حتی پزشکان، این شرکت‌های سازنده و نمایندگی‌های تجهیزات پزشکی و داروهای گران‌قیمت هستند که در مورد استفاده از

تجهیزات پزشکی در کشورهای مختلف تصمیم می‌گیرند و نه مردم، مسئولین و یا حتی جامعه دلسوز پزشکی. مقالات عدیده‌ای به قلم صاحب‌نظران و اساتید سرشناس در مجلات مشهور پزشکی آمریکا و اروپای غربی در طی سالها و به خصوص ماههای اخیر به این مهم پرداخته است. آنها به این نتیجه رسیده‌اند که تداوم این وضع مقدور نیست و امکان پرداخت هزینه‌های ناشی از تحمیل تجهیزات پیچیده پزشکی و داروهای گران‌قیمت برای آنان وجود ندارد.



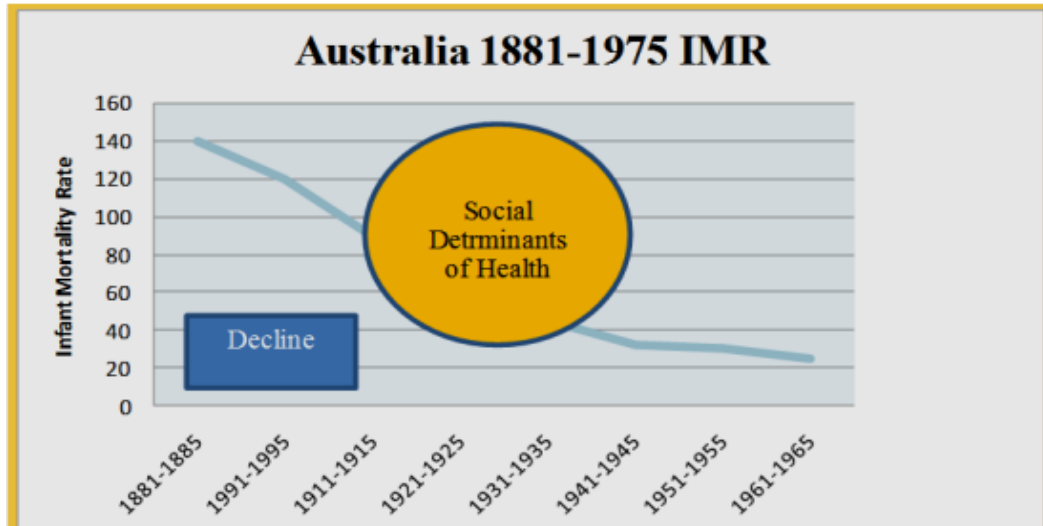
نمودار ۱ - روند موارد مرگ ناشی از سل در انگلستان، ۱۹۶۴-۱۸۵۵

طبق مطالعات کشورهای غربی، علیرغم همه تبلیغات گسترده و هزینه‌های طاقت‌فرسا، نقش فناوری پیچیده پزشکی در سلامت کمتر از ۴٪ است و این در حالی است که همانطوری که قبلاً اشاره شد، نقش عوامل اجتماعی سلامت بیش از ۷۵٪ می‌باشد.

نمودارهای شماره ۱ و ۲، نقش پررنگ عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت را نشان می‌دهد. منحنی اول مربوط به مطالعه میزان مرگ ناشی از بیماری سل در کشور انگلیس بین سالهای ۱۸۵۵ و ۱۹۵۶ میلادی است. نمودار نشان می‌دهد که کاهش سریع میزان مرگ ناشی از سل در انگلستان خیلی قبل از کشف آنتی‌بیوتیک‌ها و داروهای ضد سل و نیز واکسن BCG اتفاق افتاد.

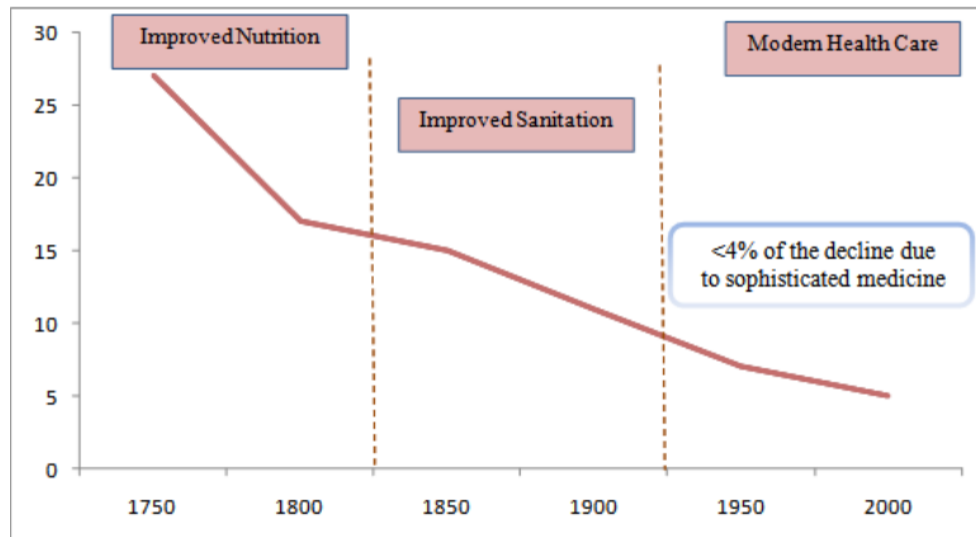
نمودار ۲ مربوط به کاهش میزان مرگ کودکان زیر یکسال (IMR) در کشور استرالیا در بین سالهای ۱۸۸۱ و ۱۹۷۵ میلادی است. این نمودار هم نشان می‌دهد که کاهش IMR در استرالیا خیلی قبل از زمان کشف انواع

واکسن‌ها و آنتی‌بیوتیک‌ها اتفاق افتاده است.



نمودار ۲ - روند میزان مرگ شیرخواران زیر یکساله، در استرالیا، ۱۹۶۵-۱۸۸۱

نمودار سوم که کاهش میزان مرگ را از سال ۱۷۵۰ تا ۲۰۰۰ میلادی نشان می‌دهد، حاکی از آنست که بهبود وضعیت تغذیه و بهداشت، از دیرباز و در دورانی پیشتر از دسترسی به خدمات مدرن پزشکی، مرگ و میر را کاهش داده و می‌دهد.



نمودار ۳ - تاثیر بهبود وضعیت تغذیه و بهداشت بر روند میزان مرگ

یادآور می‌شود که بهبود وضع تغذیه که به تعبیری می‌تواند به عنوان یکی از شاخص‌های وضعیت مناسب اقتصادی، در نظر گرفته شود، نه تنها بر ابعاد سلامت جسمی، روانی و اجتماعی بلکه بر بُعد معنوی سلامت نیز تاثیر دارد! به گونه‌ای که در حدیثی از پیامبر اعظم (ص)، نیز بر این واقعیت تاکید گردیده و فرموده‌اند "كَادَ الْفَقْرُ أَنْ يَكُونَ كُفْرًا"، وقتی فقر، از دری وارد شود، ذات اقدس الهی به عنوان منبع و منشأ معنویت فضیلت‌محور، از درِ

دیگر، خارج می‌گردد.

سلامت برای همه

نشست آلمه آتا در سال ۱۳۵۶ بینش نسبت به سلامت را تغییر داد و در محافل بین الملل آنرا بعنوان حقوق انسان‌ها قلمداد کرد. نشست مزبور هدف “سلامت برای همه تا سال ۲۰۰۰” را مطرح کرد. برای نیل به هدف مزبور، استراتژی تامین مراقبت‌های اولیه بهداشتی و برخورد با آن دسته از عوامل اجتماعی، اقتصادی و سیاسی که سلامت را خدشه دار می‌کنند در دستور کار قرار گرفت. ارتقاء سلامت که به معنی توانمند کردن مردم در کنترل هرچه بیشتر و بهبود بخشیدن سلامت خودشان است، بعنوان راهی برای دستیابی به “سلامت برای همه” مطرح شد. هرچند سلامت همیشه یک مبحث تکنیکی بوده و فهم ما هم از بیماری‌ها و علت، پیشگیری و درمان آنها بر علوم طبیعی استوار است، ولی درک ما از سلامت فقط بعنوان یک بحث تکنیکی نادرست است. تاثیر عواملی نظیر مسائل اقتصادی، سیاسی، حقوق انسان‌ها، توسعه و حتی امنیت ملی و جهانی، ما را مجبور می‌کند که در مورد سلامت به گونه دیگری فکر کنیم.

وقتی که بیماری سارس در هنگ کنگ بر سایر کشورها تاثیر می‌گذارد، آنگاه که موارد بیماری فلج اطفال در نیجریه، افغانستان و پاکستان، کشورهای عاری از فلج اطفال را در فواصل دور و نزدیک مورد تهدید قرار می‌دهد، وقتی HIV/AIDS ثبات کل قاره‌ای را این چنین تهدید می‌کند، دیگر نمی‌توان فقط به تعاریف بیومدیکال سلامت تکیه نمود و یا به راه حل‌هایی که از این طریق ارائه می‌شود بسنده کرد.

سلامت برای تامین امنیت شخصی و جمعی از اهمیت خاصی برخوردار است. مساله امنیت فقط به تهدیدهای بیولوژیک، محدود نمی‌شود فقر شدید علاوه بر اینکه خیلی از افراد را تهدید می‌کند ولی خود یک زمینه مساعدی برای سایر تهدیدها نظیر جنگ‌ها، تروریسم و خشونت می‌باشد. زمانی بود که در جریان جنگ‌ها و درگیری‌های مسلحانه، امکانات و تاسیسات مربوط به سلامت، مورد تعرض قرار نمی‌گرفت ولی بطور روزافزونی این امکانات و افرادی که در آن محل کار می‌کنند، مورد هدف قرار می‌گیرند. مراکز غیرنظامی و مرتبط با سلامت نظیر تصفیه خانه‌های آب آشامیدنی در معرض حمله قرار دارند که طبیعتاً آثار آن برای جامعه و بخصوص سلامت مردم بسیار زیاد است. پر واضح است که جوامعی که بیمار باشند توان لازم را در همه زمینه‌ها و ازجمله برای دفاع از خود از دست می‌دهند.

مشکلات سلامت از درون جوامع

Kenneth Newell از مدیران WHO در کتاب “Health by the People” می‌نویسد: ما با مطالعه اقدامات انجام شده در ارتباط با سلامت در آفریقا، آسیا و آمریکای جنوبی نشان دادیم که بسیاری از “علل” مشکلات معمولی در ارتباط با سلامت از خود جوامع نشات می‌گیرد و مداخله بخش بهداشت به تنهایی اغلب بی‌اثر است و اقدامات خارج از بخش سلامت شاید اثرات بیشتری داشته باشد تا مداخلات منحصرأ به بهداشتی. در همان سال سازمان جهانی بهداشت و یونیسف در زمینه راه‌های جایگزینی برای رسیدگی به نیازهای اولیه سلامت در

کشورهای در حال توسعه نشریه‌ای منتشر کرده و در آن توجه را به نقاط ضعف برنامه‌های عمودی مربوط به بیماری‌ها جلب کردند. در این قبیل برنامه‌ها به **فناوری** توجه شده ولی به عدم احساس مالکیت توسط جامعه بی‌توجهی بعمل آمده است. نشریه مزبور تاکید کرده که عوامل اجتماعی نظیر فقر، مسکن نامناسب و فقدان تحصیلات و آموزش، ریشه‌های واقعی رفتاری‌های مربوط به سلامت در کشورهای در حال توسعه است.

سلامت بصورت پیچیده‌ای با **وضع اقتصادی** مرتبط است. افراد سالم قدرت فراگیری بیشتری دارند، کسب درآمد برای آنان آسانتر است، به جامعه بیشتر منفعت می‌رسانند و بهتر می‌توانند از افراد سالمند و از کودکان مراقبت نموده و نیز سالم تر زندگی می‌کنند. افرادی که از درآمد بالاتری برخوردارند، طبیعتاً دسترسی بیشتری به اطلاعات بهداشتی، مراقبت‌های بهداشتی، درمانی، غذاهای مغذی، آب آشامیدنی سالم و دفع بهداشتی، فصولات داشته و در محیط‌های سالم تر، زندگی می‌کنند. آنان به محض بیمار شدن به مراقبت‌های لازم پزشکی و فناوری بالای تشخیصی و درمانی دسترسی دارند. افراد فقیر به پاره‌ای و یا تمام امکانات فوق فقط دسترسی محدودی دارند، هنگامی که بیمار شوند، دسترسی آنان به سیستم بهداشتی - درمانی با تاخیر صورت گرفته و اغلب بسیار اولیه است و اقدامات تشخیصی و درمانی، درصد خیلی بیشتری از درآمد خانواده را به خود اختصاص می‌دهد. تشخیص کسالت در مراحل پیشرفته تر بیماری صورت می‌گیرد، و در نتیجه آمار مرگ و میر افراد فقیر خیلی بالاتر است در بسیاری از نقاط جهان یک بیماری فاجعه‌انگیز قادر است خانواده‌هایی را که با زحمت می‌توانند زندگی معمولی داشته باشند به ورطه فقر بکشاند اثرات هم افزایی درآمد و سلامت، محدود به کشورهای در حال توسعه نیست. در کشورهای صنعتی بسیار پیشرفته هم همین امر در مورد افراد فقیرتر و در مورد اقلیت‌ها صحت دارد.

سلامت یک مساله سیاسی بوده و در حقیقت عنصر کلیدی بسیاری از سیاست‌ها است. عدم دسترسی به خدمات بهداشتی - درمانی می‌تواند موجب سلب اعتماد و حمایت مردم از مسئولین شود و یا برعکس موجب حمایت جدی مردم از دولت گردد. ارائه مراقبت‌های بهداشتی - درمانی، گران بوده تامین اعتبارات مورد نیاز پیوسته امر مشکلی است. صرفنظر از اینکه مقدار تولید ناخالص ملی چقدر باشد، بی‌عدالتی در دسترسی به خدمات بهداشتی - درمانی منجر به تهدید سلامت افراد می‌شود. آنان که از نظر اقتصادی، اجتماعی و سیاسی نفوذ کمتری دارند همان افرادی هستند که از حمایت‌های دیگر اجتماعی هم برخوردار نبوده و کمترین دسترسی را هم به خدمات بهداشتی درمانی دارند.

تحمیل نئولیبرالیسم به کشورهای جنوب

در دهه ۱۳۶۰ مدل نئولیبرالیسم اقتصادی که تاکید آن بر خارج کردن بازار از کنترل دولت‌ها و ترویج تجارت جهانی است، توسط دولت آمریکا، بانک جهانی و صندوق بین‌المللی پول مطرح شد. کشورهای در حال توسعه به اشکال مختلف و از جمله موقع دریافت وام تحت فشار قرار گرفتند تا این سیستم اقتصادی را در کشور خود پیاده کنند. این نسخه یکنواخت که با شرایط کشورهای در حال توسعه و از جمله با ضعف مدیریت کشورهای مزبور سازگاری نداشت منجر به کاهش اعتبارات بخش اجتماعی و از جمله سلامت، آموزش عمومی و رفاه اجتماعی شد که طبیعتاً تضعیف و تخریب بیشتر وضعیت بخش‌های مورد اشاره را در کشورهای مزبور به همراه داشت. وضع اقتصادی کشورهای مزبور هم نه تنها شکوفا نگردید بلکه بر شدت مشکلات اکثر آنها نیز افزوده شد.

مسئولین کشورهای در حال توسعه، بسیاری اوقات در سخنرانی‌ها اظهار می‌دارند که باید ارائه خدمات بهداشتی - درمانی را به روستاها و نقاط محروم کشور توسعه داد ولی در عمل، توجه بیشتر آنان و عمدتاً به مراکز درمانی شهرها و آن هم شهرهای بزرگتر معطوف است. اغلب این قبیل کشورها بیش از نیمی از اعتبارات ملی مربوط به سلامت را صرف بیمارستان‌ها و خرید تجهیزات و وسایل گران قیمت پزشکی می‌کنند که گیرنده اصلی این گونه خدمات اغلب طبقه مرفه تر جامعه است. ارائه خدمات از این قبیل، معمولاً تاثیر مثبتی در بهبود وضع سلامت مردم و بهبود شاخص‌های بهداشتی جامعه نخواهد داشت.

مراقبت‌های اولیه بهداشتی که در نشست آلمه آتا، سلامت برای همه تا سال ۲۰۰۰ نامیده شد بر اصول مهمی استوار می‌باشد که یکی از این اصول، استفاده از فناوری مناسب است. یعنی نوعی از فناوری که برای جامعه و کشور به راحتی قابل تامین و نگهداری و در دسترس عامه مردم بوده و جوابگوی نیازهای همگان باشد و نه اینکه فقط قشر متمکن و صاحب نفوذ جامعه به آن دسترسی داشته باشند. اصل اساسی دیگر از مراقبت‌های اولیه بهداشتی، ارتباط روشن و جدی بین سلامت و توسعه اجتماعی است. به خدمات بهداشتی نباید بعنوان یک مداخله زودگذر نگاه کرد بلکه این امر یک پدیده درازمدت برای اصلاح وضعیت زندگی مردم است و به همین دلیل همکاری‌های بین بخشی از ستون‌های مهم مراقبت‌های اولیه بهداشتی به حساب می‌آید تا از این طریق بتوان به عوامل اجتماعی و زیست محیطی سلامت پرداخت. اصل فوق‌العاده مهم دیگر که در کشور ما به آن توجه لازم نمی‌شود، مشارکت مردم است. در اینجا مقصود مطلقاً مشارکت مالی نیست بلکه مشارکت در برنامه‌ریزی، اجرا و نظارت یعنی عملاً در تمام مراحل مدیریتی است.

علل موفقیت بعضی از کشورها

در سال ۱۳۶۴ کنفرانسی تحت عنوان "Good health at low cost" (بهترین سلامتی با کم‌ترین هزینه) در بنیاد راکفلر برگزار شد. این کنفرانس سه کشور چین، کاستاریکا و سریلانکا و نیز یکی از ایالت‌های هندوستان یعنی کرالا را مورد بررسی قرار داد. این کشورها علیرغم تولید ناخالص داخلی پایین و سرانه بهداشتی که در مقایسه با کشورهای پردرآمد، ناچیز است توانسته بودند از وضعیت سلامت خیلی خوبی برخوردار شوند و شاخص‌های بهداشتی بسیار مناسبی داشته باشند. هرچند کشور کوبا در این کنفرانس مورد بررسی قرار نگرفت ولی این کشور هم علیرغم وضع اقتصادی نامناسب توانسته است به شاخص‌های بهداشتی قابل مقایسه و بعضاً بهتر از کشورهای متمکن توسعه یافته دست یابد. دلیل مشترک پیشرفت کشورهای مورد اشاره، ایجاد ارتباطات بین بخشی قوی جهت رسیدگی به عوامل اجتماعی موثر، در امر سلامت بود که از این طریق توانستند شاخص‌های سلامت جامعه را ارتقاء بخشند و بخصوص پاسخگوی نیازهای گروه‌های آسیب پذیر باشند.

فقرزدایی، اشتغال، رفع تبعیض‌ها از جمله رفع تبعیض علیه زنان و دختران، اجباری کردن تحصیلات و سوادآموزی همگانی بخصوص برای دختران و زنان، آموزش فراگیر مسائل مربوط به سلامت در طول دوران تحصیلات، گسترش و همگانی کردن خدمات بهداشتی و درمانی با تاکید خاص بر استفاده برابر و بدون تبعیض افراد فقیر و غنی از کلیه خدمات و امکانات بهداشتی، تشخیصی و درمانی، مشارکت جامعه در تصمیم گیری مسائل

مربوط به سلامت و از همه مهمتر تعهد واقعی مسئولین به سلامت به عنوان یک هدف اجتماعی و به حساب آوردن آن بعنوان جزء مهم توسعه از علل موفقیت این دسته از کشورها است.

باید به این حقیقت توجه داشت که پیشرفت و توسعه برای انسان بوده و در عین حال انسان خود، محور توسعه است و سلامت بیشترین تاثیر را در پیشرفت به طرف توسعه دارد. اگر اصلاحات لازم در وضعیت سلامت فقیرترین افراد جامعه بوجود نیاید پیشرفت عمده در رسیدن به اهداف توسعه و ازجمله اهداف توسعه پایدار غیرقابل تصور بنظر می‌رسد.

سلامت تحت تاثیر وضعیت اجتماعی است و حتی در ثروتمندترین کشورها، مردم فقیرتر بطور قابل توجهی طول عمر کوتاهتر و بیماری بیشتری نسبت به افراد ثروتمند دارند. این تفاوتها، حساسیت سلامت را نسبت به محیط اجتماعی نشان میدهد. در حقیقت سلامت مردم خیلی بیش از آنکه به مراقبت‌های پزشکی متکی باشد به عوامل و پدیده‌های اجتماعی ارتباط دارد. نظیر: امنیت غذایی و تغذیه، دسترسی به آب سالم و دفع بهداشتی فضولات، محیط و شرایط زندگی در اوائل دوران کودکی، مسکن و محل زندگی، حمل و نقل، اشتغال و وضعیت کار کردن، حمایت اجتماعی، جنگ و درگیری و غیره.

این امر غیرقابل انکار است که وضعیت اجتماعی مردم در سلسله مراتب اجتماعی که برپایه ثروت، تحصیلات، جنس، نژاد، محل سکونت (شهر، روستا، محله، حاشیه شهرها) و غیره استوار است، بصورتی جدی وضعیت سلامت آنان را شکل میدهد. برای مثال زنان، نوجوانان و کودکان در جهان در مجموع از سلامت نازل‌تری برخوردارند، که علت آن تبعیض اجتماعی و عدم برابری امکان دسترسی آنان به خدمات بهداشتی - درمانی است. زن و مرد از نظر بیولوژی و از نظر نقش و مسئولیتی که جامعه بعهده آنان می‌گذارد و نیز از نظر جایگاه آنان در خانواده و جامعه با هم تفاوت دارند. این نقش‌ها و مسئولیت‌ها تاثیر خیلی زیادی بر علل، عواقب و سیر بیماری‌ها و سلامت افراد دارد و باید پیوسته مورد توجه قرار گیرد.

بی عدالتی در سلامت

به دلیل تاثیر عوامل عدیده اجتماعی در امر سلامت، میزان برخورداری از موهبت سلامت در جوامع مختلف متفاوت بوده و در نتیجه شاخص‌های سلامت در بین کشورها و حتی در درون کشورها اختلاف فاحشی دارد. مثلاً اختلاف امید به زندگی بین بعضی کشورها مثلاً ژاپن با بعضی کشورهای آفریقایی چند ده سال می‌باشد. در داخل کشور آمریکا اختلاف امید به زندگی بین سیاه پوست‌های فقیر و سفید پوست‌های غنی بالغ بر ۲۰ سال است. در کشور استرالیا هم اختلاف امید به زندگی بین بومی‌های آن کشور و سفیدپوستان مهاجر حدود ۱۷ سال می‌باشد. چندین سال قبل در ایران محاسبات مرکز آمار ایران اختلاف بین استان تهران و سیستان و بلوچستان را حدود ۱۰ سال تخمین می‌زند. احتمالاً اختلاف بین پایین‌ترین طبقات اجتماعی استان سیستان و بلوچستان با جامعه متمکن‌تر تهرانی بیش از رقم مزبور است.

میزان مرگ و میر کودکان زیر ۵ سال در بسیاری از کشورهای آفریقایی حدود ۲۰۰ کودک در هر هزار تولد زنده است، در حالی که این شاخص در کشور ژاپن و بعضی از کشورهای اروپایی از انگلستان یک دست کمتر است. به عبارت دیگر هرچه سطح اجتماعی - اقتصادی در جامعه پایین باشد، مرگ زیر ۵ سال بیشتر است. مرگ

و میر زیر یکسال و زیر پنج سال در جمهوری اسلامی ایران هم نظیر همه کشورها تابع عوامل اجتماعی-اقتصادی است. همچنین وضع سوء تغذیه و کوتاهی قد هم تابع همان عوامل است.

جدول ۱ - رتبه بندی امید به زندگی در ۳۰ کشور پیشتاز جهان

۱. ژاپن	۱۱. اسپانیا	۲۱. هلند
۲. هنگ کنگ	۱۲. نروژ	۲۲. انگلستان
۳. ایسلند	۱۳. زلاندنو	۲۳. مالت
۴. سوئیس	۱۴. اتریش	۲۴. یونان
۵. استرالیا	۱۵. بلژیک	۲۵. کستاریکا
۶. سوئد	۱۶. آلمان	۲۶. امارات متحده عربی
۷. ایتالیا	۱۷. سنگاپور	۲۷. شیلی
۸. کانادا	۱۸. قبرس	۲۸. ایرلند
۹. رژیم صهیونیستی	۱۹. لوکزامبورک	۲۹. آمریکا
۱۰. فرانسه	۲۰. فنلاند	۳۰. کوبا

(From UNDP Human Development Report)

جدول ۲ - فهرست کشورها بر حسب امید به زندگی در سال ۲۰۱۵ (WHO، ماه می ۲۰۱۶)

۱. ژاپن	۱۲. کانادا	۲۳. بلژیک
۲. سوئیس	۱۳. لوکزامبورک	۲۴. یونان
۳. سنگاپور	۱۴. هلند	۲۵. آلمان
۴. اسپانیا	۱۵. نروژ	۲۶. اسلونی
۵. استرالیا	۱۶. مالت	۲۷. دانمارک
۶. ایتالیا	۱۷. زلاندنو	۲۸. قبرس
۷. ایسلند	۱۸. اتریش	۲۹. شیلی
۸. رژیم صهیونیستی	۱۹. ایرلند	۳۰. کاستاریکا
۹. سوئد	۲۰. انگلستان	۳۱. آمریکا
۱۰. فرانسه	۲۱. پرتغال	۳۲. کوبا
۱۱. کره جنوبی	۲۲. فنلاند	۳۳. چکسلواکی

ارتباط زیادی بین تولید ناخالص ملی و طول عمر وجود ندارد. مثلاً امید به زندگی در آمریکا که تولید

ناخالص ملی آن چند برابر کشورهای کوبا و کاستاریکا است با کشورهای مزبور تقریباً به یک اندازه است. حتی میزان هزینه کشورها برای امر سلامت، الزاماً به معنی بهتر شدن شرایط سلامت در کشورهای مزبور نیست. برای مثال، کشور ایالات متحده آمریکا بیشتر از هر کشوری در جهان برای سلامت هزینه می‌کند ولی همانطوری که در جدول شماره ۱ آمده است، آمریکا در سال ۲۰۰۳ میلادی از نظر امید به زندگی در بین ۳۰ کشور پیش‌تاز در این امر در ردیف ۲۹ قرار گرفت و این در حالی است که کشور کاستاریکا در ردیف ۲۵ و کوبا در ردیف ۳۰ قرار داشت.

همچنین در بررسی امید به زندگی در سال ۲۰۱۵ (طبق گزارش WHO در ماه می ۲۰۱۶) آمریکا در ردیف ۳۱ قرار دارد در حالی که کشور کاستاریکا در ردیف ۳۰ و کشور کوبا در ردیف ۳۲ قرار دارد (جدول ۲).

مهمترین خطری که سلامت و عدالت در سلامت را در کشور آمریکا تهدید می‌کند، اختلاف بین غنی و فقیر است. هرچه نابرابری اقتصادی بیشتر باشد وضعیت سلامت بدتر می‌شود. یعنی امید به زندگی کوتاه‌تر شده و مرگ و میر، افزایش می‌یابد. تمام کشورهایی که در درجه بندی فوق در رتبه بالاتری قرار داشته و از وضعیت بهتری برخوردارند کشورهایی هستند که در آن اختلاف درآمد کمتری بین افراد فقیر و غنی وجود دارد. به عبارت دیگر وضعیت عدالت در سلامت در کشورهایی که مساوات طلب هستند (نظیر کشورهای اسکاندیناوی) خیلی بهتر از کشورهای سرمایه داری نظیر آمریکا است.

همانطوری که قبلاً ذکر شد، بررسی وضعیت مرگ و میر ناشی از بیماری سل در انگلستان در طی یکصد سال نشان می‌دهد که عمده کاهش مرگ و میر در کشور مزبور متعاقب بهبود شرایط اجتماعی - اقتصادی جامعه اتفاق افتاده است. یعنی هرچه وضعیت غذا و تغذیه و شرایط زندگی مردم بهتر شد میزان مرگ و میر، به همان نسبت کاهش یافت. این کاهش خیلی قبل از کشف واکسن BCG و داروهای ضد سل به وقوع پیوست. بررسی مرگ و میر کودکان زیر یک سال در کشور استرالیا نیز در طی یکصد سال همین امر را به اثبات رساند. یعنی بهبود شرایط اجتماعی اقتصادی جامعه از جمله بهبود وضعیت غذا و تغذیه و شرایط زندگی خیلی زودتر از کشف واکسن‌ها و آنتی بیوتیک‌ها موجب کاهش مرگ و میر کودکان زیر یک سال استرالیا شد.

تلاش بخش سلامت فقط یکی از عوامل موثر بر سلامت است. در حالی که عمده‌ترین تاثیر از عوامل اجتماعی و اقتصادی، نشأت می‌گیرد که بر شرایطی که مردم در آن زندگی و کار می‌کنند اثر می‌گذارد. عوامل اجتماعی موثر بر سلامت، انعکاسی از وضعیت گوناگون مردم در پله‌های مختلف نردبان اجتماعی است که وضعیت مردم، خود نشأت گرفته از موقعیت، قدرت، درآمد و ثروت آنان است. *هرگاه سیاست‌های اجتماعی، سلامت انسان را در مرکز قرار دهد، منجر به سلامت بهتر و نابرابری کمتر در سلامت می‌گردد. راه اول، برخورد با نابرابری‌های سلامت، کنترل بیشتر بیماری‌های کشنده و اصلاح سیستم سلامت است. راه دوم برخورد با فقر است که اولین هدف از اهداف توسعه پایدار به حساب می‌آید. سومین اقدام که کاری بسیار مهم و مکمل دو اقدام قبلی است مربوط به عوامل اجتماعی موثر بر سلامت است و آن بهبود بخشیدن شرایطی است که مردم در آن زندگی و کار می‌کنند. نابرابری‌های سلامت و بی عدالتی، عوامل مشترک دارند. عدم توجه به عوامل پیچیده اجتماعی، مانع رسیدن به اهداف توسعه پایدار و نیز مانع رفع نابرابری‌های سلامت می‌شود.*

نقش فناوری پیچیده پزشکی در سلامت

نتایج مطالعات در کشورهای مختلف جهان حاکی از کاربرد و منفعت محدود فناوری پیچیده پزشکی در سلامت اقلیت کوچکی از افراد جامعه است. بررسی‌های مشابه در جمهوری اسلامی ایران هم حکایت از همین امر دارد. در ایالات متحده آمریکا که از GDP خیلی بالا و سرانه بهداشت و درمان چندین برابر کشور ما برخوردار است، از هر یک هزار نفر جمعیت کشور، سالیانه فقط یک نفر نیازمند بستری شدن در بیمارستانی می‌شود که مجهز به فناوری پیچیده پزشکی است. لذا نقش این نوع فناوری در سلامت عمومی جوامع و شاخص‌های سلامت کشورها ناچیز است. همچنین به دلیل اینکه این نوع فناوری سهم عظیمی از اعتبارات بهداشت و درمان کشور را می‌بلعد (فقط برای اینکه درصد بسیار محدودی از مردم که عمدتاً هم از قشر مرفه‌تر جامعه هستند از آن استفاده کنند)، میزان اعتبارات باقیمانده در سبد بودجه محدود بهداشت و درمان کشور برای عامه مردم ناکافی است. واضح است که این نوع هزینه کردن اعتبارات، نه تنها در راستای اقتصاد مقاومتی و تأمین عدالت در سلامت نیست، بلکه منجر به افزایش بی‌عدالتی در جوامع نیز می‌گردد.

لزوم برنامه‌ریزی و نظارت بر بخش خصوصی

بخش خصوصی می‌تواند در زمینه سلامت، نقش سازنده‌ای ایفا کند. لازمه این امر آن است که دولت بر برنامه‌ها و عملکرد بخش خصوصی، و نیز روابط اقتصادی مراجع کنندگان به بخش خصوصی و غیردولتی نظارت دقیق و مستمر داشته باشد. در صورتی که نظارت و کنترل لازم بر بخش خصوصی وجود نداشته باشد، سرمایه‌گذارهای هنگفت و غیر ضروری صرف خرید تجهیزات پیچیده پزشکی می‌شود و آنگاه سرمایه‌گذاران جهت جبران استهلاک وسائل و نیز تأمین درآمد بیشتر، تلاش برای القاء احساس نیازی را که غالباً فقط دلایل مادی دارد، شروع می‌کنند. این قبیل تلاش‌ها به دلیل منافعی که علاوه بر صاحبان سرمایه، نصیب کارخانه‌های سازنده، نمایندگی‌ها، واسطه‌ها و ویزیتورها می‌شود، با شدت ادامه و گسترش می‌یابد. امکان استفاده از این قبیل تجهیزات، امکانات و خدمات تقریباً منحصراً برای قشر مرفه جامعه که اقلیت کوچکی هستند مقدور است. سایر اقشار جامعه به دلیل محدودیت بضاعت مالی، یا از استفاده از امکانات مزبور محروم می‌شوند و یا مجبورند هزینه آنرا از جیب خود بپردازند که این خود دو اتفاق را در پی خواهد داشت: یکی اینکه اقشار بی‌بضاعت مجبور به استفاده از پس‌اندازهای احتمالی و فروش اموال ناچیز خود و نیز استقراض از دیگران می‌شوند که نتیجه آن سقوط به زیر خط فقر است. تجربه هم نشان داده است که آن دسته از افرادی که به دلیل مشکلات پزشکی به زیر خط فقر سقوط می‌کنند، عملاً هرگز از این ورطه هولناک نجات نمی‌یابند.

اتفاق دوم آنست که القای نیازهای کاذب به مردم نهایتاً موجب افزایش توصیه پزشکان به استفاده از چنین امکانات، آزمایشات و داروها می‌گردد و در نتیجه مردم که به راحتی امکان پرداخت این قبیل هزینه‌ها را ندارند، (بسیاری اوقات با هدایت و پیگیری فروشندگان و نمایندگی‌ها)، به شرکت‌های بیمه و دولت فشار می‌آورند که این قبیل هزینه‌ها یعنی داروهای گران قیمت، آزمایشات، معاینات و خدمات پرهزینه را تحت پوشش بیمه قرار دهند. دولت‌ها هم غالباً تحت فشارهای تبلیغاتی که بسیاری اوقات از طریق تریبون‌های مختلف و رسانه‌ها انعکاس یافته

و تشدید می‌شود، به جای پرداختن به امر بازسازی و گسترش شبکه بهداشتی - درمانی کشور و اجرای سیستم ارجاع که همگان را به گونه‌ای عادلانه تحت پوشش خدمات سلامت قرار داده، صرفه جویی اقتصادی هم به دنبال دارد و در حقیقت نوعی اصلاح الگوی مصرف است، تسلیم فشارهای مورد اشاره (که اغلب ریشه آن در مال‌اندوزی محدود افراد است) می‌گردد. این اقدام که ظاهری خدایسندانه دارد، موجب می‌شود که سازمان‌های بیمه به نوعی ورشکستگی دچار شده و به دلیل محدودیت اعتبارات دولت، عملاً از عهده پرداخت هزینه‌های ضروری‌تر که غالباً کم هزینه‌تر بوده و مورد نیاز اکثریت افراد جامعه است برنیایند که این امر خود موجب نارضایتی گسترده مردم می‌گردد. *طبیعی است که به دلیل صرف هزینه در این مسیر دولت از رسالت انقلابی و عدالت گستر خود که همانا احیاء و گسترش شبکه بهداشتی - درمانی کشور است باز می‌ماند.*

صاحبان سرمایه که پیوسته درصد مال‌اندوزی بیشتری هستند به این مقدار بسنده نکرده به فکر پدیده‌ای به نام **توریسم درمانی یا پزشکی** می‌افتند. لازمه توفیق در جذب این نوع توریست، صرف هزینه‌های بیشتر، باز هم برای خریداری تجهیزات بیشتر و گران قیمت‌تر پزشکی است. هر چند تعدادی از ایرانیان مقیم خارج و یا حتی تعدادی خارجی ممکن است به دلیل گرانی این نوع خدمات پزشکی در کشورهای محل اقامت به این کشور سفر کنند ولی قطعاً این میزان درآمد برای صاحبان سرمایه راضی کننده نیست و در نتیجه باز هم تبلیغات اقواکننده و القاءکننده گسترده‌تری برای ایجاد نیاز کاذب در ذهن مردم و حتی پزشکان ادامه می‌یابد و این حلقه معیوب که منجر به رضایت اقلیتی از افراد غالباً مرفه‌تر و صاحبان نفوذ در جامعه می‌گردد، موجب نارضایتی اکثریت مردم و بدتر از آن کاهش میزان سلامت عمومی و سقوط شاخص‌های بهداشت و سلامت جامعه می‌شود.

این مسیر نه تنها موجب تضعیف و اضمحلال شبکه بهداشتی - درمانی کشور شده و توده مردم را از دریافت مراقبت‌های اولیه سلامت که هدفی است متعالی باز می‌دارد، بلکه منجر به تشدید اختلاف درآمد بین پزشکان عمومی و خانواده، متخصصین داخلی، کودکان و روانپزشکان از یک طرف و صاحبان تخصص و فوق تخصص که اقدامات جراحی و یا پاره‌ای مداخلات درآمدزا را انجام می‌دهند می‌گردد. این امر خود موجب تشدید تخصص‌گرایی و فوق تخصص‌گرایی شده، کاهش رغبت پزشکان به ادامه خدمت در قالب پزشک عمومی، داخلی، اطفال و روانپزشکی می‌گردد. این در حالی است که حل مشکلات اساسی و زیربنایی سلامت جامعه و پرداختن به سلامت افراد به طور جامع‌تر و در عین حال کم هزینه‌تر توسط این دسته از پزشکان صورت می‌گیرد.

در نهایت، این نوع نگرش و عملکرد منجر به **افزایش روزافزون اختلاف طبقاتی** در جامعه می‌گردد. عده‌ای از افراد متمکن و صاحبان نفوذ اجتماعی از خدمات لوکس و مدرن بهره‌مند می‌شوند و در مقابل قاطبه مردم باید به امید اینکه شاید مراکز دولتی جواب‌گوی بخشی از نیازهای پزشکی آنان باشند به این قبیل مراکز مراجعه کنند و احتمالاً به دلیل این که سازمان‌های بیمه کننده و دولت حمایت مالی لازم و به موقع را از این قبیل مراکز نمی‌کنند، مردم مجبورند مبلغ قابل توجهی را از جیب خود پرداخت کنند و یا به احتمال زیاد به طور کلی از مراجعه صرفنظر نمایند. طبیعی است که نتیجه تأخیر یا عدم مراجعه و یا درمان ناقص این گروه کثیر از مردم به جز تداوم بیماری، بروز انواع معلولیت‌ها و یا احیاناً مرگ زود هنگام نخواهد بود.

جالب توجه اینکه افزایش روز افزون هزینه‌های کمر شکن فناوری پیچیده پزشکی از جمله دلایلی است که کشورهای آمریکا و اروپای غربی را وادار نموده است تا به طرف ارائه مراقبت‌های اولیه سلامت و توجه به

عوامل اجتماعی سلامت و اعمال عدالت در سلامت گرایش روزافزون نشان دهند و برای افزایش تعداد و نیز افزایش درآمد پزشکان عمومی، کودکان، داخلی و روانپزشک در مقایسه با سایر پزشکان تلاش کنند.

مصوبات سال ۱۳۸۸ اجلاس سازمان جهانی بهداشت

در اجلاس سازمان جهانی بهداشت که همه ساله در ماه می در مقر سازمان مزبور در شهر ژنو (سوئیس) و با حضور وزرای بهداشت همه کشورهای جهان برگزار می‌گردد، مسائل مهم سلامت در سطح جهان مورد بحث و بررسی قرار گرفته و در مورد مهمترین آنها که مورد اتفاق نظر وزرای کشورها است تصمیم‌گیری می‌شود. در اجلاس سال ۱۳۸۸ وزرای بهداشت همه کشورها تصویب نمودند که همه دولت‌ها، پوشش و ارائه مراقبت‌های اولیه سلامت را به آحاد مردم در دستور کار خود قرار دهند و جهت نیل به عدالت در سلامت، پرداختن به عوامل اجتماعی سلامت را که دست کم ۷۵٪ سلامت جامعه و افراد به آن وابسته است عملیاتی نمایند. آنان همچنین تصویب کردند که دولت‌ها تلاش کنند تا نوع و نحوه ارائه مراقبت‌ها براساس نیاز جامعه بوده و دولت‌ها پاسخگوی مردم باشند و تلاش کنند تا مدیران حوزه سلامت به جای اعمال مدیریت به صورت عمودی، از طریق جلب مشارکت مردم، مسائل سلامت را رهبری کنند. همچنین دولت‌ها مکلف شدند تا موضوع سلامت جامعه را در همه سیاست‌ها و مصوبات دولت لحاظ نموده و اعمال کنند.

اشاره ای به مراقبت‌های اولیه سلامت

همانطوری که قبلاً مطرح شد در سال ۱۳۵۶ در شهر آلمه اتای قزاقستان با حضور هزاران نفر کارشناس و نیز وزرای بهداشت همه کشورها و سپس در اجلاس سازمان جهان بهداشت در سال ۱۹۷۹ مسأله سلامت برای همه تا سال ۲۰۰۰ میلادی (HFA) Health For All by 2000 مصوب شد و ارائه مراقبت‌های اولیه سلامت (PHC) Primary Health Care که در حقیقت نوعی سطح‌بندی مراقبت‌های سلامت است به عنوان کلید "سلامت برای همه" به تصویب رسید.

از جمله اصول و در حقیقت ستون‌های اصلی PHC، باید از مشارکت فعال جامعه نام برد چون در همه زمینه‌ها، از برنامه‌ریزی تا اجرا و نظارت، مردم باید حضور فعال داشته باشند. از اصول دیگر PHC، همکاری‌ها و هماهنگی‌های بین بخشی است که با توجه به گستردگی عوامل اجتماعی سلامت و ارتباط آن با وزارتخانه‌ها، نهادهای و ارگان‌های گوناگون، بدون مشارکت و هماهنگی همه آنها نیل به مقصود ممکن نیست. اصل دیگر، استفاده از فناوری مناسب است یعنی آن دسته از فن‌آوری‌ها که برای جامعه، از نظر پرداخت، ساخت و یا حداقل تعمیر فوری و بازسازی و راه‌اندازی قابل دسترس و استفاده باشد.

از ستونهای دیگر، توسعه پژوهش‌های کاربردی و Health System Research است. برای این که مراقبت‌های اولیه سلامت هرچه فراگیرتر و کامل‌تر ارائه شده و آحاد جامعه از آن برخوردار شوند باید عوامل اجتماعی سلامت بخوبی در مراقبت‌های مزبور ادغام شده باشد. از این طریق هم نیل به عدالت در سلامت امکان پذیر می‌شود و هم امکان دسترسی به اهداف توسعه پایدار فراهم می‌گردد. لازمه نیل به این مقصود یعنی ارائه

مراقبت‌های اولیه سلامت به آحاد مردم، تعهد بالای سیاسی در دولت‌مردان و تصمیم‌سازان کشورها است و البته نتیجه چنین اقدامی، توزیع عادلانه امکانات، مراقبت‌های سلامت، ارتقاء سطح سلامت جامعه، بهبود شاخص‌های سلامت و برقراری عدالت در سلامت جامعه است.

اهداف توسعه پایدار که در سازمان ملل به تصویب رسیده و سال انتهایی آن ۲۰۳۰ می‌باشد:

هدف ۱- ریشه کنی فقر

ریشه کنی فقر در تمام اشکال آن از مهمترین چالش‌ها است. بین سال‌های ۱۹۹۰ تا ۲۰۱۵ یعنی زمانی که اهداف توسعه هزاره سوم (MDGs) مطرح بود تعداد افراد دچار فقر مطلق (آنان که روز را با کمتر از ۱/۲۵ دلار به شب می‌رسانند) به نصف کاهش یافت. این امر، عمدتاً به خاطر توسعه اقتصادی دو کشور چین و هند بود. هنوز بیش از ۸۰۰ میلیون نفر حتی از آب آشامیدنی سالم، غذای کافی و بهداشت محیط، بی‌بهره‌اند. زن‌ها به دلیل تحصیلات کمتر، عدم دسترسی به شغل و فقدان مکنت در وضع نامناسبتری به سر می‌برند. علاوه بر سایر مشکلات، درگیری‌ها، جنگ‌ها، تغییرات آب و هوا و عدم امنیت غذایی چالش‌های دیگری هستند که وضعیت را بدتر می‌کنند.

هدف ۲- حذف قحطی و قحطی‌زدگی

سرعت رشد اقتصادی و افزایش تولیدات کشاورزی در ظرف ۲ دهه گذشته موجب کاهش موارد سوء تغذیه به حدود نصف شده است ولی متأسفانه قحطی‌زدگی بسیار شدید و سوء تغذیه هنوز در بسیاری از کشورها مانع بزرگی برای توسعه به حساب می‌آید. در اثر تخریب محیط زیست و خشکسالی یا از دست رفتن امکان تنوع کاشت، بیش از ۹۰ میلیون کودک زیر ۵ سال به طور خطرناکی دچار کم وزنی هستند. هدف اهداف توسعه پایدار آن است که به تمام اشکال گرسنگی و سوء تغذیه تا سال ۲۰۳۰ خاتمه دهد و اطمینان حاصل شود که همه مردم و به ویژه کودکان در تمام طول سال، دسترسی لازم به مقدار کافی غذای مغذی داشته باشند. لازمه این کار ارتقاء اقدامات کشاورزی است: حمایت از صاحبان مزارع کوچک و ایجاد امکان دسترسی به زمین، فن‌آوری و بازارها. همچنین سرمایه‌گذاری در زیرساخت‌ها و فناوریهای لازم برای مولد شدن کشاورزی که در این راستا نیاز به همکاری‌های بین‌المللی است تا همراه با سایر اهداف منظور شده در این مجموعه بتوان به گرسنگی و قحطی‌زدگی تا سال ۲۰۳۰ پایان داد.

هدف ۳- سلامت و رفاه مردم

حدود ۵۰٪ مرگ و میر کودکان <۵ سال که قابل پیشگیری است در فاصله سال‌های ۱۹۹۰ تا ۲۰۱۵ کاهش یافته است. در طی همین مدت ۳۰٪ از موارد HIV-AIDS کاهش یافت و بیشتر از ۶/۲ میلیون نفر، از مرگ ناشی از مالاریا نجات یافته‌اند. ولی متأسفانه هنوز همه ساله بیش از ۶ میلیون کودک زیر ۵ سال فوت

می‌کنند. روزانه ۱۶۰۰۰ مادر به دلیل حاملگی و زایمان در شرایط نامناسب، جان خویش را از دست می‌دهند و فقط ۵۶٪ از زایمان‌ها توسط افراد ماهر انجام می‌شود. بیماری ایدز علت اصلی مرگ نوجوانان در کشورهای زیر صحرای آفریقا یا به اصطلاح، آفریقای سیاه است.

از طریق پیشگیری، درمان، آموزش، ایمن سازی، مراقبت‌های سلامت جنسی و باروری می‌توان از بسیاری از مرگ و میرها اجتناب نمود. SDGs متعهد است که همه گیری ایدز، سل، مالاریا و بقیه بیماری‌های واگیر را تا ۲۰۳۰ پایان بخشد. هدف، رسیدن به پوشش همگانی سلامت و دسترسی به داروها و واکسن‌های ایمن و ارزان برای همه است.

برخی از اهداف بهداشتی SDGs برای اطمینان از زندگی سالم و ارتقاء کامیابی همه در تمام سنین

- ۱ - کاهش مرگ و میر مادران در سطح جهان به کمتر از ۷۰ مورد در یکصد هزار تولد زنده (تا سال ۲۰۳۰)
- ۲ - پایان دادن به مرگ‌های قابل پیشگیری نوزادان و کودکان زیر ۵ سال، در حالی که همه کشورها برنامه ریزی کرده باشند که مرگ و میر نوزادان را دست کم تا حد ۱۲ در ۱۰۰۰ تولد زنده، و موارد مرگ کودکان زیر ۵ سال را حداقل تا حد ۲۵ در ۱۰۰۰ تولد زنده کاهش دهند (تا سال ۲۰۳۰)
- ۳ - پایان دادن به همه‌گیری ایدز، سل، مالاریا، و بیماری‌های گرمسیری به فراموشی سپرده شده و مبارزه با هپاتیت، بیماری‌های منتقله از طریق آب و سایر بیماری‌های مُسری (تا سال ۲۰۳۰)
- ۴ - کاهش مرگ‌های زود هنگام ناشی از بیماری‌های غیر واگیر به میزان یک سوم، با بهره‌گیری از اقدامات پیشگیرنده و درمانی و گسترش بهداشت و سلامت روان (تا سال ۲۰۳۰)
- ۵ - تقویت اقدامات پیشگیرنده و درمانی مرتبط با سوء مصرف مواد و از جمله مواد مخدر و الکل
- ۶ - کاهش موارد مرگ و آسیب‌های ناشی از تصادفات جاده‌ای به میزان ۵۰٪ (تا سال ۲۰۲۰)
- ۷ - فراهم کردن امکان دسترسی همگانی به خدمات بهداشتی - درمانی در خصوص بهداشت باروری و جنسی و از جمله برای تنظیم خانواده، اطلاعات و آموزش و گنجاندن بهداشت باروری در استراتژی‌ها و برنامه‌های ملی (تا سال ۲۰۳۰)
- ۸ - تامین پوشش همگانی، از جمله حفاظت در برابر ریسک مالی، دسترسی به خدمات با کیفیت بهداشتی - درمانی پایه و دسترسی به داروها و واکسن‌های ضروری ایمن، موثر، با کیفیت و مقرون به صرفه برای همه.
- ۹ - کاهش اساسی موارد مرگ ناشی از مسمومیت‌های شیمیایی و آلودگی آب، خاک و هوا (تا سال ۲۰۳۰).

هدف ۴ - تحصیلات با کیفیت

از سال ۲۰۰۰ با شعار آموزش دوره ابتدایی برای همه، پیشرفت‌های خیلی زیاد بخصوص در زمینه حضور دختران در مدارس ابتدایی حاصل شده است. البته در مناطقی که میزان فقر خیلی شدید است و یا مناطقی که درگیری و جنگ و یا فوریت‌های دیگری وجود داشته باشد نظیر منطقه غرب آسیا و شمال آفریقا وضع خیلی سخت تر می‌شود. در فقیرترین مناطق، هر کودک ۴ برابر بیشتر از سایر کودکان احتمال دارد که به مدرسه ورود

پیدا نکند. تحصیلات از قویترین و ثابت شده‌ترین وسائل برای توسعه پایدار است. طبق این هدف همه دختران و پسران باید تحصیلات ابتدایی و متوسطه را تا ۲۰۳۰ تکمیل کنند. همچنین باید آموزش حرفه‌ای برای همگان و به ویژه زنان و افراد بی‌بضاعت قابل دسترس و ارزان باشد.

هدف ۵ - برابری جنسیتی

توانمند کردن دختران و زنان، نقش چندین برابری در رشد اقتصادی و توسعه دارد. در حال حاضر دختران خیلی بیشتری و در بعضی مناطق جهان همه دختران به مدرسه ابتدایی می‌روند. خارج از بخش کشاورزی، حالا زنان ۴۱٪ در مشاغل مزدبگیر فعالند. ولی متأسفانه هنوز در بسیاری از نقاط جهان زنان از حقوق مساوی در امر اشتغال محرومند. هدف آن است که تبعیض در همه جا بر علیه زنان و دختران برداشته شود. هنوز در مناطقی زنان دسترسی مساوی به مشاغل در سطوح مختلف ندارند. خشونت جنسی و استثمار وجود دارد. داشتن حق مالکیت از جمله زمین برای زنان حیاتی است و نیز دسترسی به سلامت جنسی و باروری و امکان استخدام بیشتر زنان از طریق اصلاح قوانین و سیاست‌ها.

هدف ۶ - آب تمیز و بهداشت محیط

بیش از ۴۰ درصد مردم جهان در دسترسی به آب مشکل دارند که به نظر می‌رسد با توجه به گرم شدن کره زمین وضع، بدتر خواهد شد. غیر مطمئن بودن و وضعیت آب مسأله اساسی است. سال ۲۰۱۱ تعداد ۴۱ کشور کمبود جدی آب را تجربه کرده و ده کشور در حال از دست دادن آب تجدیدپذیر هستند. افزایش خشکسالی و بیابان زایی وضع را بدتر می‌کند. در ۲۰۵۰ یک چهارم مردم جهان دچار کمبود آب خواهند بود.

به منظور دسترسی همگان به آب آشامیدنی سالم و ایمن تا سال ۲۰۳۰ باید برای ساخت زیربنای کافی سرمایه‌گذاری شود و بر تأمین تسهیلات بهداشت محیط و تشویق رعایت بهداشت در همه سطوح، تأکید به عمل آید. لازمه جلوگیری از کمبود آب آنست که از اکوسیستم‌های مرتبط با آب نظیر جنگل‌ها، کوه‌ها، زمین‌های باتلاقی و رودخانه‌ها حراست شده و در صورت نیاز بازسازی شوند.

هدف ۷ - انرژی پاک و ارزان

بین سال‌های ۱۹۹۰ تا ۲۰۱۰ تعداد ۱/۷ میلیارد نفر دیگر از مردم به انرژی برق دسترسی یافتند. جمعیت در حال افزایش و نیاز به انرژی ارزان هم رو به فزونی است. اقتصاد دنیا متکی به انرژی فسیلی است و در نتیجه انتشار گازهای گلخانه‌ای، افزایش یافته و موجب تغییر خیلی جدی در سیستم جوی می‌گردد. از سال ۲۰۱۱ تلاش برای تأمین انرژی پاک موجب شده است که ۲۰٪ انرژی دنیا توسط منابع تجدید پذیر تولید شود. هنوز هم از هر ۷ نفر از مردم یک نفر به برق دسترسی ندارد و لازم است با توجه به تقاضای فزاینده، برای تولید قابل ملاحظه انرژی تجدید پذیر، تلاش خیلی بیشتری کرد. برای اطمینان از دسترسی همگان به انرژی برق ارزان قیمت تا سال ۲۰۳۰ باید سرمایه‌گذاری در انرژی‌های پاک نظیر خورشیدی، بادی و حرارتی صورت پذیرد.

انتخاب استانداردهای هزینه اثربخش برای فن‌آوری‌ها همچنین می‌تواند مصرف انرژی برقی دنیا را در

ساختمانها و در صنعت ۱۴٪ کاهش دهد. معنای این امر بی‌نیازی از ساخت ۱۳۰۰ واحد متوسط تولید برق است. باید تولید انرژی تمیز هدف همه کشورهای در حال توسعه باشد که هم به رشد کمک می‌کند و هم به محیط زیست.

هدف ۸ - شغل مناسب و رشد اقتصادی

طی ۲۵ سال گذشته تعداد افرادی که در شرایط فقر شدید زندگی می‌کنند به طور چشمگیری کاهش یافته است و این علیرغم وضع اقتصادی نامناسب در سال ۲۰۰۸ است که در آن سال بحران اقتصادی و رکود جهانی وجود داشت.

در کشورهای در حال توسعه طبقه متوسط، بیش از ۳۴٪ کل افراد شاغل را به خود اختصاص می‌دهد که این ۳ برابر سالهای بین ۱۹۹۰ و ۲۰۱۵ می‌باشد. اما در عین حال که اقتصاد دنیا به طرف بهبود پیش می‌رود، رشد کندتر و بی‌عدالتی گسترده‌تر و تعداد شغل مورد نیاز کمتر شده است. بر طبق گزارش سازمان بین‌المللی کار بیش از ۲۰۴ میلیون نفر در سال ۲۰۱۵ بی‌کار بودند. اهداف توسعه پایدار موجب ارتقاء رشد اقتصادی، افزایش تولید و فن‌آوری‌های مبتکرانه می‌شود. تشویق سرمایه‌گذاری توأم با خطر پذیری و ایجاد شغل، کلید این امر است همراه با مبارزه با کار اجباری، برده داری و قاچاق نیروی انسانی.

هدف ۹ - صنعت، ابداع و زیرساخت

سرمایه گذاری در زیرساخت‌ها و ابداعات، پیشران‌های مهم رشد اقتصادی و توسعه است. حمل و نقل، انرژی تجدید پذیر و رشد صنایع جدید و فن‌آوری‌های اطلاعات و ارتباطات از اهمیت زیادی برخوردار هستند. ایجاد شغل‌های جدید و انرژی بهره‌ور، صنایع تاب آور، سرمایه گذاری در پژوهش‌های علمی و ابداعات همه کارهای مهمی برای تسهیل رسیدن به توسعه پایدار است. هنوز ۴ میلیون نفر به اینترنت دسترسی ندارند که ۹۰٪ در کشورهای در حال توسعه هستند و حل این مشکل بسیار مهم است.

هدف ۱۰ - کاهش بی‌عدالتی‌ها

بی‌عدالتی در درآمد در حال افزایش است. به گونه‌ای که ۴۰٪ درآمدها به جیب ۱۰٪ متمکن‌ترها می‌رود، در حالی که فقط ۷٪-۲٪ درآمدها به ۱۰٪ فقیرترها تعلق دارد. لازمه اصلاح این وضعیت، انتخاب سیاست‌های خیلی روشن و قاطع به نفع طبقات پایین اقتصادی، همراه با از بین بردن تبعیض‌های نژادی، قومی و جنسیتی است. این امر یک مشکل جهانی بوده و نیازمند همکاری‌های بین‌المللی است.

هدف ۱۱ - شهرها و جوامع خودکفا

در حال حاضر بیش از نیمی از جمعیت دنیا و تا سال ۲۰۵۰ دو سوم این جمعیت در شهرها زندگی می‌کنند و لذا توسعه پایدار بدون پرداختن جدی به نحوه ساختن و مدیریت شهرها امکان پذیر نیست. رشد سریع مهاجرت و توسعه شهرها در کشورهای در حال توسعه کلان شهرها را از ۱۰ شهر در سال ۱۹۹۰ به ۲۸ شهر در

۲۰۱۴ رسانده است. فقر مطلق اغلب در شهرها دیده می‌شود. امنیت بخشیدن و خودکفا نمودن شهرها یعنی دسترسی به منازل امن و ارزان و ارتقاء بخشیدن وضعیت حاشیه نشینی شهرها، سرمایه گذاری در حمل و نقل عمومی، پارک‌ها و اصلاح برنامه‌ریزی و مدیریت شهری به صورت مشارکتی و فراگیر.

هدف ۱۲ - مصرف و تولید مسئولانه

برای رسیدن به رشد اقتصادی و توسعه پایدار باید بافوریت روش‌های تولید و مصرف کالاها و منابع را اصلاح کنیم. کشاورزی بیشترین مصرف آب را به خود اختصاص می‌دهد و آبیاری حدود ۷۰٪ آب را مصرف میکند. مدیریت مطلوب منابع طبیعی و نحوه دفع زباله‌های سمی و آلوده کننده‌ها از اقدامات مهم برای رسیدن به این هدف است. تشویق صنعت، بازار و مصرف کنندگان برای بازیافت و کاهش زباله و نیز اصلاح الگوی مصرف بسیار مهم است. مصرف جمعیت عظیمی از مردم دنیا حتی پاسخگوی نیازهای اولیه آنان نیست. اگر اتلاف مواد غذایی در جهان در سطح خرده فروشی و مصرف کننده به نصف برسد به امنیت غذا و کارایی منابع اقتصادی کمک می‌کند.

هدف ۱۳- تغییرات اقلیمی و اثرات بهداشتی آن

تغییرات آب و هوا همه کشورها را تحت تأثیر قرار داده است. انتشار گازهای گلخانه‌ای، روز افزون بوده و در حال حاضر ۵۰٪ بیش از سال ۱۹۹۰ می‌باشد. ادامه گرم شدن زمین موجب تغییرات طولانی مدت و ماندگار وضعیت آب و هوا و در نتیجه عواقب غیر قابل برگشت ناشی از آن میشود. خسارات ناشی از سونامی‌ها، گردبادهای شدید و سیل‌ها سالیانه بالغ بر صدها میلیارد دلار است. لذا باید تا سال ۲۰۲۰ بتوان همه ساله اعتباری بالغ بر یکصد میلیارد دلار برای تخفیف دادن خسارات بلایای ناشی از تغییرات آب و هوا در کشورهای در حال توسعه تأمین کرد. هنوز هم می‌توان اگر خواست سیاسی باشد از طریق طیف وسیعی از فناوری‌ها، افزایش درجه حرارت کره زمین را به ۲ درجه سانتی‌گراد بیش از درجه قبل از صنعتی شدن محدود کرد. لازمه آن خواست سیاسی و اقدام جمعی و فوری است.

هدف ۱۴ - زندگی در زیر آب

اقیانوس‌ها (درجه حرارت، ترکیب شیمیایی، جریان‌ها و زندگی در آنها) زمین را برای انسان قابل سکونت می‌کند. بیش از ۳ میلیارد نفر متکی به تنوع زیستی دریا و ساحل هستند. در عین حال، امروزه شاهد ۳۰٪ استفاده بیش از حد از منابع ماهیها در سطح جهان هستیم یعنی سطحی پایین‌تر از میزانی که برای ادامه بقا آنها ضروری است. اقیانوس‌ها همچنین ۳۰٪ از CO₂ تولید شده توسط انسان را جذب می‌کنند و حالا شاهد افزایش ۲۶٪ به درجه اسیدی آب اقیانوس‌ها هستیم. آلودگی که تقریباً همه آن از منابع خشکی است به حد مخاطره آمیزی رسیده است به طوری که در هر کیلومتر مربع آب اقیانوس ۱۳۰۰۰ قطعه پلاستیک مشاهده می‌شود. اهداف توسعه پایدار، در صدد مدیریت و حفاظت پایدار اکوسیستم ساحلی از آلاینده‌ها و اثرات اسیدی شدن آب اقیانوس‌ها و حراست از استفاده از منابع اقیانوس با وضع قوانین بین‌المللی است.

هدف ۱۵ - زندگی روی زمین

نباتات ۸۰٪ رژیم غذایی انسان را تشکیل می‌دهند و لذا انسان به کشاورزی به عنوان منبع مهم اقتصادی و مسیری به طرف توسعه، وابسته است. جنگل‌ها که ۳۰٪ سطح زمین را پوشانده‌اند یک اقامتگاه حیاتی برای میلیون‌ها گونه و منابع مهم برای هوای پاک و آب بوده و برای مبارزه با تغییرات اقلیمی نقشی فوق‌العاده دارد. امروزه ما بطور بی‌سابقه‌ای شاهد تخریب و از دست دادن زمین‌های قابل کشت هستیم، یعنی ۳۰ تا ۳۵ برابر تاریخ گذشته. همه ساله خشکسالی و بیابان‌زایی موجب از دست دادن ۱۲ میلیون هکتار میشود که آثار سوء آن متوجه جوامع فقیر است. از ۸۳۰۰ نوع حیوان شناخته شده ۸٪ منقرض شده و ۲۲٪ در خطر انقراض هستند. اهداف توسعه پایدار، حفظ و بازیابی اکوسیستم خشکی نظیر جنگل‌ها، باتلاق‌ها، سرزمین‌های خشک و کوه‌ها تا ۲۰۲۰ است. توقف جنگل‌زدایی برای توقف آثار تغییرات اقلیمی، امری حیاتی است. برای کاهش از دست دادن محل اسکان طبیعی و تنوع حیاتی باید اقدامات عاجل صورت پذیرد.

هدف ۱۶ - صلح، عدالت و مؤسسات توانمند

بدون صلح، ثبات، رعایت حقوق بشر و مدیریت مؤثر بر مبنای قانون نمیتوان به توسعه پایدار رسید. بعضی مناطق دنیا از صلح، امنیت و کامیابی برخوردارند و بعضی مناطق دیگر در حلقه‌های درگیری و خشونت بی‌پایان گرفتارند. خشونت‌های مسلحانه و ناامنی، نقش تخریبی بر پیشرفت کشورها و رشد اقتصادی کشورها داشته و آثار آن می‌تواند برای نسل‌ها ادامه داشته باشد. *خشونت جنسی، جرم، استثمار و شکنجه، هر جا که درگیری و بی‌قانونی باشد شایع‌تر است و کشورها باید از افراد آسیب‌پذیر در مقابل این مشکلات حفاظت کنند.* اهداف توسعه پایدار درصدد کاهش شدید انواع خشونت بوده و دولت‌ها و جوامع باید برای یافتن راه حل در مقابل درگیری‌ها و عدم امنیت، همکاری کنند. تقویت قوانین و ارتقاء حقوق بشر کلید این پدیده است باید از انتقال سلاح‌های غیر قانونی جلوگیری نموده و از کشورهای در حال توسعه برای مدیریت دنیا استفاده شود.

هدف ۱۷ - مشارکت در اهداف

موفقیت اهداف توسعه پایدار فقط به همکاری‌ها و مشارکت جهانی منوط است. اگر چه گزارش‌ها افزایش ۶۶٪ حمایت کشورهای توسعه یافته را بیان میدارد، ولی بحران‌های انسانی ناشی از درگیری‌ها و بلایای طبیعی، به منابع مالی و کمک‌های بیشتری نیاز دارد. دسترسی به تکنولوژی و علم روش مهمی برای مشارکت در دیدگاه‌ها و پرورش ابتکارات است و برنامه ریزی برای پرداخت بدهی کشورهای در حال توسعه. ارتقاء تجارت جهانی و کمک به کشورهای در حال توسعه برای افزایش دادن صادراتشان راه‌های دیگر ارتقاء همکاری‌ها است.

شایان ذکر است که هرچند طبق شواهد موجود، در نظام جمهوری اسلامی ایران در حال حاضر (نیمه اوّل سال ۲۰۱۹) که فقط سه سال از آغاز حرکت جهانی به سمت اهداف هفده گانه توسعه پایدار، می‌گذرد، در بسیاری از شاخص‌ها و بویژه هدف سوم که مربوط به سلامت مادر و کودک، کنترل، حذف و ریشه‌کنی برخی از بیماری‌ها است از بسیاری از کشورهای دیگر و متوسط جهانی جلوتر هستیم ولی زینده جمهوری اسلامی ایران

است که تمامی وزارتخانه‌ها، نهادها و مسئولین، به گونه‌ای برنامه ریزی و تلاش کنند که در تمامی اهداف هفده گانه با رعایت حدود شرع مقدس و متناسب با فرهنگ غنی ایرانی - اسلامی، اقدامات لازم، هماهنگ و به موقع به عمل آید تا کشور عزیزمان در همه ابعاد توسعه، الگویی برای سایر کشورهای جهان گردد.

جابه‌جایی مرکز ثقل خدمات سلامت در غرب

در اروپا و به ویژه آمریکا که تا همین اواخر، ارائه خدمات سلامت عمدتاً بر خدمات فوق تخصصی و مراقبت‌های ویژه متمرکز بود، مدتی است که این تمرکز به تدریج به طرف مراقبت‌های اولیه سلامت تغییر جهت داده است. مقررات جدید و جدی در ارتباط با فارماکوپه به ویژه در کشورهای اروپایی وضع و اعمال می‌شود. داروهای تجاری به خصوص آن دسته که گرانتر است جای خود را به داروهای ژنریک می‌دهند. و در آمریکا در سال‌های اخیر ۸۵ تا ۸۷٪ نسخه‌های پزشکان منحصراً داروی ژنریک است. دولت‌ها تلاش می‌کنند تا کلیه سیاست‌هایشان مبتنی بر سلامت باشد و با توجه ویژه به عوامل اجتماعی سلامت، برای کاهش بی‌عدالتی در سلامت تلاش می‌کنند. تربیت تعداد پزشکان خانواده در حال افزایش و تعداد فوق تخصص‌ها در حال کاهش است. آموزش سلامت در جامعه جدی‌تر و فراگیرتر شده و بر Self Care و Home Care تأکید بیشتری می‌گردد و جایگاه این نوع از مراقبت‌ها در سیستم ارائه خدمات از استحکام بیشتری برخوردار شده است. در آمریکا در طول سالهای اخیر با افزایش استفاده از مراکز day care، کاهش تخت روز بیمارستانی و نیز کاهش عفونت‌های بیمارستانی عملاً توانسته‌اند ۲۰٪ از تخت‌های بیمارستانی را تعطیل کنند.

آموزش پزشکی

جهت بهبود بخشیدن مراقبت‌ها و ارتقاء سلامت جامعه و به خصوص به منظور توفیق در اعمال هرگونه تحول زیربنایی در این امور، باید به نحوه و کیفیت آموزش پزشکی توجه کرده و در آن مداخله نمود. آموزش پزشکی باید بر مبنای مراقبت‌های اولیه سلامت متحول شود، همان‌گونه که در آمریکا و اروپای غربی این تغییر و تحول اتفاق افتاده و در حال شکل‌گیری است. در آموزش پزشکی باید عمدتاً تأکید بر ارتقاء سلامت جامعه، پیشگیری، بهداشت، آموزش بهداشت و شیوه زندگی و با توجه خاص به اخلاق پزشکی، مسائل معنوی و بعد معنوی سلامت باشد. با توجه به اینکه این روزها، علل عمده مرگ و میر مربوط به مسائلی از قبیل بیماریهای غیر واگیر و سوانح و حوادث است، تمرکز آموزش هم باید بیشتر بر این قبیل مسائل باشد. از جمله تحولات دیگری که در آموزش پزشکی در کشور ما مورد نیاز است، تأکید بر علوم رفتاری، مهارت‌های ارتباطی، خدمات اجتماعی و انسانی، آموزش مدیریت و اقتصاد سلامت، فناوری اطلاعات و آموزش کار گروهی است.

نتیجه

نیل به عدالت اجتماعی، هدف بسیار ارزشمند جمهوری اسلامی ایران است و عدالت در سلامت در حقیقت هسته مرکزی و زیربنای عدالت اجتماعی به شمار می‌رود. برای تأمین عدالت در سلامت انجام دو اقدام ضروری به نظر می‌رسد. اقدام اول عبارتست از احیاء و توسعه شبکه بهداشتی - درمانی کشور که در حقیقت هم

اصلاح الگوی مصرف در حوزه سلامت به حساب می‌آید و هم از طریق شبکه می‌توان اطمینان حاصل نمود که هشتاد میلیون ایرانی به گونه‌ای عادلانه از مراقبت‌های اولیه سلامت برخوردار می‌شوند. اقدام دوم، پرداختن هر چه بیشتر به عوامل اجتماعی سلامت است که سهم هفتاد و پنج درصدی در ارتقاء سلامت جامعه و افراد دارد. اجرایی نمودن این دو اقدام بسیار ارزشمند که موجب استقرار عدالت در سلامت می‌گردد، نیازمند عزم ملی، مشارکت مردم و همکاری‌های بین بخشی است.

به امید روزی که خورشید “عدالت در سلامت” در پرتو انوار مقدس خود، سراسر کشور و جهان را منور نماید انشا...!

منابع:

1. United Nations. Sustainable Development Goals. 17 goals to transform our world. Available from: <https://www.un.org/sustainabledevelopment/>. [Last accessed on 2019 February].
2. WHO. Progress towards the SDGs: A selection of data from World Health Statistics 2018. Available from: http://www.who.int/gho/publications/world_health_statistics/2018/EN_WHS2018_SDGhighlights.pdf?ua=1. [Last accessed on 2019 February].
3. WHO. From MDGs, Millennium Development Goals to SDGs, Sustainable Development Goals. World Health Organization 2015. Available from: <http://www.who.int/gho/publications/mdgs-sdgs/en/>. [Last accessed on 2019 February].
4. Transforming our world: the 2030 agenda for sustainable development. New York (NY): United Nations; 2015. Available from: <https://sustainabledevelopment.un.org/post2015/transformingourworld>. [Last accessed on 2019 February].
5. The World Health Report 2008, Primary Health Care Now More Than Ever. Available from: <http://www.who.int/whr/2008/en/index.html> [Last accessed on 2019 February].
6. World Health Organization, Equity, Social Determinants and Public Health Programmes. Edited By Erik Blas and Anand Sivasankara Kurup. Available from: http://whqlibdoc.who.int/publications/2010/9789241563970_eng.pdf [Last accessed on 2019 February].

کتاب جامع

بهداشت عمومی

فصل ۱۴ / گفتار ۱۲ / دکتر محسن ارجمند

روانشناسی سلامت

فهرست مطالب

۳۱۲۷	اهداف درس
۳۱۲۷	روانشناسی سلامت چیست؟
۳۱۲۹	مفاهیم سلامت، ناخوشی (Illness) و بیماری (Disease)
۳۱۳۰	مفهوم سلامت
۳۱۳۱	باورهای مربوط به سلامت، انگیزش و رفتار
۳۱۳۲	رفتارهای مرتبط با ارتقای سلامت، پیشگیری از بیماری‌ها و شیوه زندگی
۳۱۳۲	سطوح پیشگیری
۳۱۳۵	اهداف اصلی ارتقای سلامت
۳۱۳۷	رابطه پزشک و بیمار
۳۱۳۸	اثر دارونما
۳۱۴۰	استرس، مدارا و سلامتی
۳۱۴۳	استرس و دستگاه قلبی - عروقی
۳۱۴۳	استرس و عملکرد دستگاه ایمنی
۳۱۴۳	چشم انداز خدمات بهداشتی در سطح جامعه
۳۱۴۵	مراقبت در سطح جامعه
۳۱۴۵	نقش رسانه‌ها در سلامت
۳۱۴۶	طبقه اجتماعی و سلامت
۳۱۴۶	جنسیت و سلامت
۳۱۴۷	جنبه‌های اجتماعی پیری
۳۱۴۷	وضع مسکن، بی‌خانمانی و سلامت
۳۱۴۸	برچسب زدن و انگ‌گذاری
۳۱۴۸	سوالات بعد از مطالعه
۳۱۵۰	منابع

روانشناسی سلامت Health Psychology

نویسنده: دکتر محسن ارجمند

Euregio Klinik , Nordhorn, Universität Münster Germany

اهداف درس

پس از یادگیری این مبحث فراگیرنده قادر خواهد بود:

- روانشناسی سلامت را تعریف نموده محدوده فعالیت آن را بیان نماید
- شاخه‌های روانشناسی سلامت را فهرست نموده هریک را به اختصار توضیح دهد
- رفتار برنامه‌ریزی شده را شرح دهد
- انواع رابطه پزشک و بیمار را فهرست کرده بهترین نوع رابطه و محاسن آن را متذکر شود
- اثرات زیستی - روانی - اجتماعی استرس را بیان کند
- منابع تعدیل کننده استرس را معرفی نموده و توضیح دهد.

روانشناسی سلامت چیست؟

روانشناسی سلامت، یک شاخه علمی میان‌رشته‌ای است که از روش‌های پژوهشی و کاربردی روانشناسی برای رسیدن به اهداف زیر بهره می‌جوید:

- حفظ سلامت و ارتقاء آن
- پیشگیری و درمان بیماری‌ها
- شناسایی عوامل روانشناختی مؤثر در ایجاد بیماری
- شناسایی مؤلفه‌های روانشناختی مؤثر در ایجاد علایم بالینی و تشخیصی
- تجزیه و تحلیل و ارتقای نظام مراقب بهداشتی از دیدگاه روانشناسی
- تجزیه و تحلیل و صورت‌بندی خط‌مشی‌های بهداشتی (Health policy) از دیدگاه روانشناسی

برخی از سوالاتی که در روانشناسی سلامت مطرح میشود:

- رفتارهای مرتبط با حفظ سلامتی و پیشگیری از بیماری ها چگونه است ؟
- رفتار و نقش افراد در هنگام ابتلا به بیماری چه تغییراتی می کند؟
- ✓ چگونه مردم با بیماری های مزمن، کنار می آیند؟
- ✓ چه عواملی بر الگوی سالم غذا خوردن، مؤثر است؟
- ✓ استرس (فشار روانی) چه ارتباطی با بیماری قلبی دارد؟
- ✓ چرا اغلب افراد داروهای تجویز شده را درست مصرف نمی کنند؟

ارتباط بین جسم و روان از دیرباز در پزشکی نیاکان، به خصوص در کشورهای مشرق زمین مطرح بوده است. اما دانش نوین پزشکی که از اوایل قرن نوزدهم رو به پیشرفت نهاد نخست دیدگاهی تک بعدی در رویکرد به بیماری ها در پیش گرفت. دیدگاه پزشکی زیستی که به رغم کاستی هایش نقش مهمی در پیشرفت طب داشت تا اواسط قرن بیستم بر دانش پزشکی، مسلط بود. اما در این دوران رابطه مسائل هیجانی - عاطفی با وضع جسمی مجدداً مورد تأکید قرار گرفت و حاصل آن سربرآوردن رشته پزشکی روان تنی (Psychosomatic medicine) توسط الکساندر و دانبار بود. در این رشته به ارتباط استرس با بیماری هایی نظیر زخم معده، آسم، سردرد میگرنی ... تأکید و از روش های روانشناسی برای کمک به درمان این بیماری ها استفاده شد. در دهه ۱۹۷۰ که اوج شکوفایی رفتارگرایی بود، رشته پزشکی رفتاری (Behavioral medicine) مطرح شد که زیرشاخه پزشکی بود و رویکرد میان رشته ای به مسائل بیماری و سلامت داشت.

پس از آن رشته روانشناسی سلامت به عنوان زیرگروه روانشناسی، مطرح شد که از اصول روانشناسی برای رسیدن به اهداف پیش گفته، بهره می گیرد. در روانشناسی سلامت؛ موضوع هایی مثل علل روانی - اجتماعی سیگار کشیدن، استفاده از کمربند ایمنی، پابندی به رژیم غذایی و ... برای حفظ و ارتقای سلامت مطرح می شوند. همچنین روانشناسان این رشته می توانند به بیماران مبتلا به بیماری های وخیم کمک کنند تا با شرایط جدید خود کنار بیایند. بعلاوه در روانشناسی سلامت، ممکن است از دیدگاه کلان هم به موضوع هایی نظیر سبک زندگی افراد و اهمیت آن در سلامتی، تاثیر خدمات بیمارستانی و ارتباط آن با مؤلفه های روانشناسی و نقد سیاست های دولتی در رابطه با سلامت پرداخته شود.

به طور کلی روانشناسی سلامت را می توان به ۴ شاخه طبقه بندی کرد:

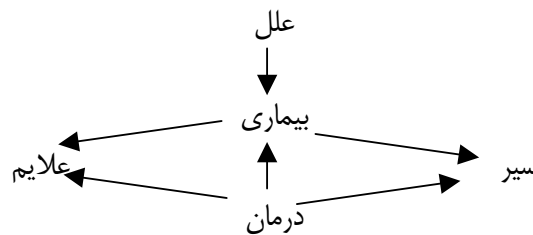
- (۱) روانشناسی سلامت بالینی (Clinical health psychology)
- (۲) روانشناسی سلامت عمومی (Public health psychology)
- (۳) روانشناسی سلامت جامعه نگر (Community health psychology)
- (۴) روانشناسی سلامت نقادانه (Critical health psychology).

در این گفتار، نخست به مفاهیم بیماری و سلامت و نقش فرهنگ و باورهای عمومی بر آنها می پردازیم. سپس بحثی در باره استرس، بیماری و سازگاری خواهیم داشت. پس از آن در دو مبحث جداگانه به رفتارهای مرتبط با ارتقای سلامت و یا بیماری اشاره خواهیم کرد، و در انتها نگاهی به مسائل اجتماعی مرتبط با

سلامت و بیماری و خدمات بهداشتی در سطح جامعه خواهیم داشت.

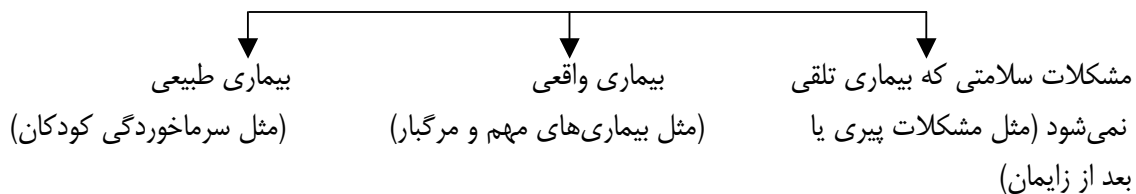
مفاهیم سلامت، ناخوشی (Illness) و بیماری (Disease)

مفاهیم سلامت و بیماری عمدتاً ابعاد اجتماعی دارند و در گروه‌های اجتماعی مختلف، تفاوت می‌کنند. منظور از ناخوشی، مفهوم بیماری در ذهن بیمار است. این مفهوم متشکل از مجموعه‌ای از بازنمودهای ذهنی یا افکار مرتبط با هم در باره علت، علایم، سیر بیماری و روش‌های درمان هستند (شکل ۱).



شکل ۱. مفهوم ناخوشی (یا بیماری)

وجهه عمومی بیماری



شکل ۲. وجهه عمومی بیماری

به عبارت دیگر با شنیدن کلمه فشار خون، حوزه‌های معنایی متعددی در رابطه با جنبه‌های فوق در ذهن بیمار روشن می‌شوند که توأم با بار هیجانی خاصی هستند. این حوزه‌های معنایی از کجا کسب شده‌اند؟ بخش زیادی از اطلاعات بیماران از طریق پزشکان و سایر افراد خدمات درمانی به بیمار داده می‌شود. بیماران دیگر، رسانه‌های عمومی کتاب‌ها و مجله‌ها هم منابع دیگر اطلاعات بیمار هستند. به این ترتیب مفهوم بیماری در ذهن یک بیمار ممکن است متغیر باشد و با کسب اطلاعات جدید تغییر کند. از سوی دیگر مفهوم بیماری، دارای بار اخلاقی است و با مسئولیت فرد در حفظ سلامتی خود گره می‌خورد. همچنین بیمار می‌تواند ابعاد اجتماعی یا فردی داشته باشد. اغلب افراد در هنگام مشاوره پزشکی ابتدا به **وجهه عمومی** (Public account) بیماری اشاره می‌کنند و از این منظر بسیاری از بیماری‌ها مثل سرماخوردگی کودکان را امری طبیعی تلقی می‌نمایند و برعکس ابتلا به بیماری‌های مزمن را دارای ارزش منفی و ناشی از سهل‌انگاری بیمار می‌دانند. از سوی دیگر بسیاری از مشکلات سلامتی ممکن است از وجهه عمومی، اصلاً بیماری تلقی نکنند (مثل پیری، یا مشکلات بعد از حاملگی) (شکل ۲).

مفهوم سلامت

مفهوم سلامتی بسته به افراد مختلف، فرهنگ ها و جوامع مختلف، مقاطع مختلف زندگی، یا جنسیت فرد ممکن است متفاوت باشد.

در طب سنتی، سلامتی را حالت تعادل بین اخلاط اربعه تلقی می کردند. در قرون وسطا که تفکر کلیسا حاکم بر جامعه بود بیماری را به عنوان تنبیه خداوند برای یک روح گناهکار می دانستند.

طب نوین که طبقه بندی و تعریف بیماری ها را مبتنی بر تغییرات آسیب شناختی، در اعضا توأم با پاره های علایم بالینی تعریف می کند سلامتی را حالت نبودن بیماری تعریف می کند، این تعریف متأسفانه از جنبه های فردی، فرهنگی و تاریخی غافل می ماند.

سازمان جهانی بهداشت، بر اساس مدل زیستی - روانی - اجتماعی، سلامت را احساس سلامتی کامل جسمی، روانی و اجتماعی تعریف کرده است. اما در واقع سلامت یک طیف مفهومی را در بر می گیرد که این تعریف تنها برای انتهای طیف به عبارت دیگر حالت ایده آل سلامتی مصداق دارد. بسیاری از افراد ممکن است تعدادی علایم بالینی داشته و حتی به درجاتی از معلولیت دچار باشند اما خود را سالم بدانند. از سوی دیگر محور قرار دادن مقبولیت اجتماعی در تعریف سلامت می تواند به ضرر پاره ای از گروه های اجتماعی مثل افراد قد کوتاه (کوتوله) یا معلول باشد. در هر حال باید در نظر داشت که طبقه بندی بیماری ها ساخته فکر انسان است و متکی بر ابزارهایی است که در هر دوره امکان شناخت بیماران و پژوهش را فراهم ساخته اند. این طبقه بندی ها بدون تغییر نیستند و با پیشرفت دانش طب دستخوش تغییر می شوند.

بیماری یک فرآیند پویا و در حال تحول در فردی است که خود لحظه به لحظه در حال تحول و دگرگونی است و محیط پیرامون وی نیز نظام دیگری با تحولات خاص خود است. تعریف نوعی^۱ بیماری در تمام موارد کل نمی تواند این جنبه ها را پوشش دهد. از سوی دیگر باید به تنوع بیماری ها در شرایط زمانی و جغرافیایی مختلف اشاره نمود. عمده دانش پزشکی از پژوهش های انجام گرفته در آمریکا و تا حدی در اروپا استخراج شده است و از همین مطالب برای آموزش پزشکان و کمک به بیماران با نژادها، شرایط جغرافیایی، فرهنگ، عادات تغذیه ای و رفتاری کاملاً متفاوت استفاده می شود، مسلماً این تفاوت ها بر سیستم بدن و سیر بیماری اثر می گذارند.

مفهوم سلامت همگام با رشد فرد نیز متحول می شود. پژوهش ها نشان داده اند که **مردان جوان** سلامت را بیشتر معادل آمادگی جسمانی می دانند و **زنان جوان** آن را معادل داشتن انرژی و توانایی مدارا تلقی می کنند. در **میان سالی**، سلامتی معادل احساس سالم بودن از نظر روانی و جسمی است و در **سنین پیری** سلامتی را معادل توانایی انجام کارها، خشنودی و رضایت می دانند.

تغییر مفاهیم سلامت و بیماری در ادوار مختلف

۴۰۰۰ سال قبل بیماری را بیشتر مجازاتی از سوی خدایان می دانستند و برای درمان آن دست به دعا شده و با اهداء قربانی و جادو و جنبل، سعی در علاج آن می نمودند. کم کم پزشکان ایرانی، هندی چینی و یونانی

از این دیدگاه فاصله گرفتند و نظریه‌ای به نام اخلاط یا طبایع چهارگانه را مطرح کردند که توسط بقراط، جمع‌بندی و به دست رازی و ابن‌سینا تکمیل شد. این نظریه تا ۲۰۰۰ سال بعد اساس مفهوم بیماری را تشکیل می‌داد و هنوز رد پای آن در رفتارها و گفته‌های ما به چشم می‌خورد. اعتقاد به گرمی و سردی غذاها، تجویز خلط‌آور، تجویز داروی قی‌آور و حجامت، اساساً مبتنی بر اخلاط چهارگانه‌اند.

به اعتقاد بقراط، بدن از ۴ خلط (خون، بلغم، صفرای زرد، صفرای سیاه) ساخته شده و برای داشتن سلامتی باید این ۴ خلط کاملاً با هم در تعادل باشند. بیماری محصول زیاد شدن صفرا یا بلغم یا رطوبت یا خشکی بیش از حد آن‌ها است. مثلاً بقراط تب را ناشی از زیاد شدن صفرا و درد قفسه سینه را ناشی از زیاد شدن بلغم می‌دانست. در بیماری‌هایی که علت آن‌ها را زیاد شدن صفرا و بلغم می‌دانستند با وادار کردن بیمار به استفراغ یا تنقیه سعی در کم کردن آن‌ها می‌کردند. در بیماری‌هایی که آن را ناشی از کم شدن صفرا یا بلغم می‌دانستند با گرفتن خون (از طریق فصد یا حجامت) سعی در برگرداندن تعادل اخلاط می‌کردند.

سرآغاز طب مدرن، پیشرفت کالبدشناسی در اوایل قرن نوزدهم بود. با منتسب دانستن بیماری به یک عضو خاص، مفهوم بیماری‌ها رو به دگرگون شدن نهاد. با طرح نظریه میکروب در اواسط قرن نوزدهم توسط لویی پاستور و جوزف لیستر، عملاً عصر نوین طب آغاز شد. پیشرفت بعدی در شاخه فیزیولوژی بود که باز هم مفاهیم بیماری‌ها را بسط داد. از نیمه دوم قرن بیستم دوباره پزشکی به دیدگاه کل نگر و سیستماتیک رجعت نمود و با طرح نظریه زیستی - روانی - اجتماعی، مفاهیم سلامت و بیماری دوباره دگرگون شدند.

امروزه سلامت و بیماری را حاصل تعامل سیستم‌های گوناگونی در سطح جسمی (خود متشکل از سیستم‌های سلولی، اعضای بدن، بیوشیمیایی، ...) روانی (متشکل از باورهای فرد، اطلاعات، تجربه‌های قبلی، افکار قالبی (Stereotypes)، طرحواره‌ها (Schema)، استعاره‌ها (Methaphore)، خانواده، دوستان، ...) می‌دانند. این مفهوم متغیر و پویا بوده و در شرایط مختلف اقلیمی، اجتماعی و مقاطع سنی و نژادهای گوناگون فرق می‌کنند.

باورهای مربوط به سلامت، انگیزش و رفتار

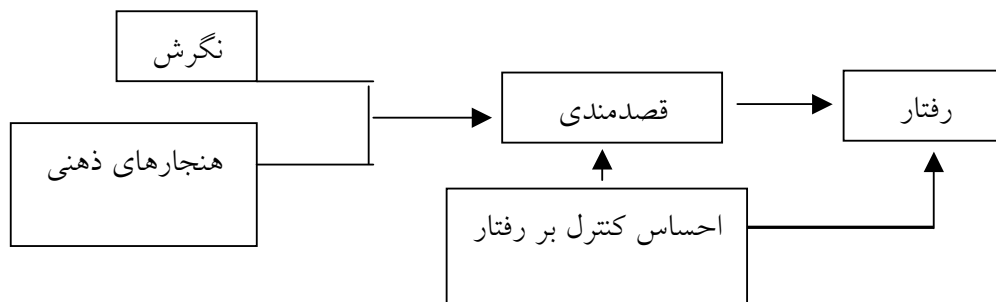
نظریه رفتار برنامه‌ریزی شده (Theory of planned behavior)

این نظریه می‌تواند به پیشگویی رفتارهای بیماران کمک کند. مثلاً براساس این نظریه، (Aizen, ۱۹۹۱) (شکل ۳) فردی که سیگار می‌کشد و به وی مضرات کشیدن سیگار توضیح داده می‌شود به شرطی رفتار خود را تغییر می‌دهد که انگیزه قوی یا قصدمندی (Intention) در وی ایجاد شود و از سوی دیگر احساس کند می‌تواند کنترل کافی بر کنار آمدن با علایم ترک سیگار و تغییر رویه داشته باشد. از سوی دیگر دو عامل در ایجاد قصدمندی مؤثرند: نگرش (Attitude) یا ارزیابی کلی فرد نسبت به فواید و مضرات و هنجارهای ذهنی (Subjective norms) یا برآورد فرد از مقبولیت رفتار جدید بین اطرافیان و دوستان و محیط اجتماعی پیرامون وی. به این ترتیب اگر فرد احساس کند سیگار به وی آرامش می‌دهد، ممکن است خطرات آن را هم به جان بخرد و

حاضر به ترک نباشد. یا فردی که جمع دوستان وی همه سیگاری هستند ممکن است ترک سیگار را مقبول جمع تلقی نکند.

بنابراین مثلاً برای اینکه فرد مبتلا به فشار خون که هیچ علامتی ندارد حاضر به گرفتن رژیم و مصرف دارو شود باید باورهای وی به گونه‌ای تغییر کند که سلامتی را امر مهمی بداند، باور کند که سلامتی وی تهدید می‌شود، و اینکه محدود کردن نمک در غذاها و مصرف دارو مؤثر است و خانواده و اطرافیانش نیز این تغییرات را می‌پذیرند و نیز وی قادر به انجام این کارها است.

برای آنکه احساس کنترل افراد زیاد شود باید در باره نحوه انجام کار به آنان اطلاعات کافی داده شود، و تشویق شوند که به توانایی‌هایی خود ایمان داشته باشند. بخصوص مثال و نمونه متعدد و مشابه برایشان توضیح داده شود و در نهایت مقدمه چینی‌های لازم تذکر داده شود (مثلاً برای استفاده از کاندوم باید قبل از مقاربت، موضوع را با شریک جنسی در میان بگذارند).



شکل ۳. نظریه رفتار برنامه‌ریزی شده

رفتارهای مرتبط با ارتقای سلامت، پیشگیری از بیماری‌ها و شیوه زندگی

امروزه مهمترین علل مرگ در کشور ایران، بیماری‌های قلبی عروقی، تصادفها و سرطانها هستند. این بیماری‌ها با رفتارهای خاصی نظیر کشیدن سیگار، زندگی کم‌تحرک، رفتارهای خطر جویانه و رژیم غذایی ارتباط تنگاتنگ دارند. بسیاری از این بیماری‌ها را می‌توان با تغییر عادات و رفتارها پیشگیری کرد.

سازمان بهداشت جهانی در سال ۲۰۰۹ عوامل اصلی مرتبط با مرگ در سطح جهان به شرح زیر معرفی کرد: فشارخون بالا (۱۳ درصد مرگها)، مصرف دخانیات (۹ درصد مرگها)، قند خون بالا (۶ درصد مرگها)، کم تحرکی (۶ درصد)، و چاقی و افزایش وزن (۵ درصد). تحقیقات نشان داده اند که با تغییر رفتار مرتبط با عوامل فوق می‌شود یک سوم از موارد مرگ ناشی بیماریهای شایعی مانند سکته قلبی و مغزی، بیماریهای تنفسی، دیابت را کم کرد.

رفتار سلامتی

Kasl و Cobb (۱۹۶۶) رفتار سلامتی را به این صورت تعریف کرده اند: هر فعالیتی که فرد با توجه به درک خود از سلامتی برای پیشگیری از بیماری یا تشخیص آن در مرحله بدون علامت انجام میدهد. در مطالعه مشهور و بزرگی که در Alameda کالیفرنیا انجام شد تاثیر هفت رفتار را به عنوان رفتارهایی که می‌تواند احتمال بروز

بیماری های را کم کند اثبات شد:

۱. خوابیدن ۷ تا ۸ ساعت هنگام شب
۲. پرهیز از کشیدن سیگار و مصرف دخانیات
۳. کم کردن قابل توجه مصرف نوشابه های الکلی
۴. فعالیت ورزشی منظم
۶. پرهیز از خوردن در فاصله وعده های اصلی غذایی
۷. خوردن صبحانه
۸. رعایت وزن در محدوده کمتر از ۱۰ درصد اضافه وزن

سطوح پیشگیری

اهداف پیشگیری و ارتقای سلامت در چهار سطح، مطرح می شوند. هدف از پیشگیری سطح اول، کاهش میزان بروز بیماری ها می باشد. روش مداخله دیگر، آموزش بهداشت است. هدف از پیشگیری سطح دوم، تشخیص و درمان به موقع بیماری ها است. به این ترتیب از افزایش میزان شیوع بیماری ها جلوگیری می شود. در این سطح، غربالگری بیماری ها، تشویق مردم برای مراجعه به پزشک به محض مشاهده علائم مطرح می شوند. هدف از پیشگیری سطح سوم، کاستن از عوارض دیرپا، ناراحتی ها و ناتوانی های ناشی از بیماری با انجام برنامه های توانبخشی و تشویق بیمار به حفظ یک زندگی فعال و پویا است و هدف از پیشگیری سطح چهارم، خودداری از انجام اقدامات تشخیصی - درمانی بیش از حد لازم و جلوگیری از تحمیل هزینه های غیرضروری به بیماران است که مخصوصاً در رابطه با بیماری های روان - تنی، در بسیاری از موارد، اتفاق می افتد.

تغییرات رفتاری مورد نیاز مرتبط با اهداف پیشگیری

برای رسیدن به اهداف پیشگیری سه سطح از تغییرات رفتاری لازم است.

- ۱) سیاستهای کلان دولت: پژوهش روی تولید محصولات کم چربی و گسترش فرآورده های کشاورزی، تأمین تسهیلات پوشش بیمه برای ارائه خدمات غربالگری توسط پزشکان و کادر پزشکی
- ۲) اجتماعی / محیطی: مثل آموزش عمومی بهداشت از طریق رسانه های جمعی، کتب و نشریات
- ۳) فردی: ایجاد انگیزه در افراد برای مراجعه جهت غربالگری، اقدام به ورزش، شرکت فعال در برنامه های توانبخشی.

غربالگری برای سلامت

غربالگری از راهبردهای ارزشمند در پیشگیری است. معاینه ماهانه توسط خود می تواند به تشخیص زودرس سرطان پستان یا بیضه کمک کند. تستهای آزمایشگاهی برای افرادی که در معرض خطر بیماری های خاص هستند می تواند در تشخیص به موقع مؤثر واقع شود. معمولاً چنانچه نتیجه آزمون، مثبت باشد (مثلاً تست ELISA برای عفونت HIV) تست های تکمیلی بعدی برای تشخیص قطعی انجام می شوند (مثل تست

Western blot برای عفونت HIV).

نقش کارکنان خدمات بهداشتی در ترغیب مردم برای شرکت در برنامه‌های غربالگری، کاهش اضطراب افرادی که تست آن‌ها مثبت می‌شود و ترغیب به ادامه روند، شرح و توضیح نتیجه منفی تست، کمک به افرادی که بیماری آن‌ها قطعی می‌شود در تصمیم‌گیری برای مداخله پزشکی یا تغییر سبک زندگی اهمیت بسزایی دارد. در این میان تلاش برای تغییر نگرش‌ها و باورهای غلط مردم از جایگاه خاصی برخوردار است.

تغییر باورها و نگرش‌های مردم

دو روش برای تغییر رفتار وجود دارد. اغلب می‌توان با **تغییر محیط** دست به تغییر رفتار مردم زد. تغییر پیامد یک رفتار یا تسهیل انجام آن می‌تواند منجر به تغییر رفتار شود. مثلاً با جریمه کردن رانندگانی که کمربند ایمنی نمی‌بندند، رفتار اغلب رانندگان تغییر می‌کند. روش دوم برای تغییر رفتار، **تغییر نحوه تفکر** افراد یا شناخته‌های (Cognitions) آنان است. مثلاً با دادن اطلاعات راجع به سرطان پستان و اهمیت تشخیص زودرس آن، باور زنان نسبت به سرطان تغییر کرده و احتمالاً در برنامه‌های ماموگرافی بهتر شرکت خواهند کرد. دادن پاره‌ای از اطلاعات علمی به تنهایی کافی نیست و لزوماً منجر به تغییر انگیزه افراد نمی‌شود.

براساس نظریه ناهمخوانی شناختی **فستینگر (Festinger)**، آگاهی از دو اندیشه (باورها یا نگرش‌ها) ناهمخوان موجب حالت ناخوشایند روانی شده و افراد برانگیخته می‌شوند تا با تغییر نحوه تفکر یکی از آن‌ها را حذف کنند.

از نظر شناختی، پیامدهای بهداشتی به دو گونه ممکن است در ذهن افراد تحلیل شوند. چنانچه فرد پیام را در ارتباط با دانسته‌های قبلی خود تحلیل کرده و وارد گفتگوی درونی شود احتمال اینکه مدت طولانی‌تری تحت تاثیر پیام قرار گیرد بیشتر است. اما چنانچه به دلیل وقت ناکافی، نفهمیدن محتوای پیام یا نامربوط دانستن آن، وارد تحلیل محتوایی آن نشود صرفاً ممکن است براساس قوانین ساده‌ای مثل **"درست بودن سخن اهل فن"** یا **"درست بودن آنچه همگان قبول دارند"**، پیام را بپذیرد ولی تاثیر آن ضعیف‌تر و کوتاه‌تر خواهد بود زیرا پیام به درون باورهای قبلی بیمار رسوخ نکرده است.

از قصد تا عمل

مسلماً قبل از دست دادن به یک عمل، باید قصد (intention) و نیت قبلی محکمی ایجاد شده باشد. بنابراین نخستین گام در ارتقای سلامت تشویق فرد به **تصمیم‌گیری** برای تغییر است یعنی ترغیب وی به قصد کردن برای انجام یک عمل.

برای آنکه قصد، به **"عمل"** منجر شود چندین شرط لازم است:

(۱) فرد احساس کند کنترل کافی دارد. مثلاً قصد کردن برای ترک سیگار به دلیل ایجاد در علایم ناخوشایند با شکست مواجه می‌شود اما استفاده از آدامس‌های نیکوتین برای کاهش علایم ترک یا گروه‌های حمایتی می‌تواند کنترل فرد را بالا ببرد (Fiore و همکاران، ۱۹۹۶)

(۲) به پشیمانی ناشی از انجام ندادن عمل فکر کند. مثلاً چنانچه فرد به احتمال رسوب چربی و گرفتن رگ‌های قلبی

و احساس ندامت در آینده بیشتر فکر کند احتمال روی آوردن وی به ورزش بیشتر است.

۳) مهارت‌های کافی داشته و زمینه چینی‌های لازم را انجام دهد. مثلاً برای استفاده از کاندوم باید در جاهای قابل دسترس باشد و بتوان بدون نگرانی یا خجالت آن را خریداری نمود، یا آنکه برای انجام ورزش باید زمان و مکان آن را معین کرده و کفش یا لباس مناسب را تهیه نمود

۴) انجام عمل را معنادار و به نفع خود بداند.

بافتار اجتماعی تغییر رفتار

برخلاف انتظار، مردم رفتارهای مخاطره‌آمیز را دوست دارند. بسیاری از رفتارهای تثبیت شده به صورت عادت درآمده و به طور خودکار، فارغ از افکار خودآگاهانه، انجام می‌شوند. بنابراین برای تغییر رفتار نمی‌توان صرفاً به تغییر نگرش‌ها یا باورها بسنده نمود. بافتار محیطی اجتماعی بروز رفتار نیز نقشی تعیین‌کننده دارد. صرفاً با دادن اطلاعات دربارهٔ مضرات اعتیاد نمی‌توان رفتار فرد معتاد را دگرگون کرد، رفتار او در شبکه اجتماعی خاصی شکل می‌گیرد که نقش مهمتری در کنترل رفتار فرد نسبت به افکار شخصی وی دارد. مثال دیگر کنترل سرعت در جاده‌ها است. کنترلی که در سال‌های اخیر توسط نیروی انتظامی در بزرگراه‌های بین‌شهری انجام گرفته، موجب کاهش چشمگیر آمار تصادف‌های جاده‌ای شده است.

اهداف اصلی ارتقای سلامت

سازمان جهانی بهداشت، سلامتی را به معنای نداشتن بیماری و داشتن احساس مثبت سالم بودن (Well being) توصیف کرده است. بنابراین اهداف ارتقای سلامت شامل دو چیز است: (۱) پیشگیری از بیماری، (۲) ایجاد احساس سالم بودن یا ارتقای سلامتی. زمینه‌های اصلی این اهداف در جدول ۱ آمده است. Tones و Tilford (۱۹۹۴) سه دیدگاه برای ارتقای سلامت توصیف کرده‌اند: (۱) مهندسی اجتماعی، (۲) پیشگیری فردی و (۳) توانمندسازی افراد.

دیدگاه مهندسی اجتماعی به حل پدیده‌های اجتماعی مثل فقر، شرایط بد زندگی، بیسوادی و تغییر باورهای فرهنگی نادرست و نیز اقدامات بهداشتی جمعی همچون افزودن فلوئور به آب آشامیدنی، افزودن ید به نمک و غنی کردن آرد نظر دارد.

در دیدگاه پیشگیری فردی، اعتقاد بر این است که با آموزش به افراد می‌توان رفتارهای مرتبط با سلامتی را تغییر داد. این آموزش بخصوص از طریق انتشار کتابچه‌های آموزشی امکان‌پذیر است.

جدول ۱. زمینه‌های اصلی ارتقای سلامت

- سیگار کشیدن
- رژیم غذایی و وزن
- پیشگیری از بارداری و HIV
- پایش فشار خون

- غربالگری سرطان
- سوء مصرف مواد و الکل
- مصرف مسوولانه داروها
- مراقبت از کودکان
- ورزش

تغییر رفتار فردی متأسفانه به این سادگی انجام پذیر نیست و مؤلفه‌های زیاد دیگری هم نقش دارند. در دیدگاه **توانمندسازی افراد** (Individual empowerment) بر اعطای مسئولیت و حق انتخاب افراد برای تصمیم‌گیری در باره تغییر شرایط اجتماعی و روش‌های مرتبط با سلامت تأکید می‌شود. براساس این دیدگاه مثلاً بیمار حق دارد در مورد جراحی یا مصرف دارو خود تصمیم بگیرد و در صورت عدم رضایت آگاهانه نمی‌توان چیزی را به وی تحمیل کرد. اما برای آگاه‌سازی افراد باز هم آموزش، حرف اول را می‌زند.

در عمل، آموزش افراد بیشتر از طریق پوستر، کتابچه و کتابهای آموزشی و رسانه‌های گروهی انجام می‌شود. اما تماسهای فردی بین کارکنان خدمات درمانی به ویژه پزشکان با بیماران و پرس‌وجوی منظم در باره مسائل جدول ۱ نیز اهمیت زیادی دارد.

پیام‌هایی که در رسانه‌های جمعی یا فردی به افراد داده می‌شوند اگر با برانگیختن ترس شدید همراه باشند ممکن است نتیجه معکوس بدهد زیرا فرد برای کاهش حس اضطراب و ترس ابتداً به پیام فکر نکرده و آن را از ذهن خود حذف می‌کند و چه بسا بیماران قلبی که اگر پزشک آنان را از سکتة بشدت بترساند دیگر به آن پزشک مراجعه نکنند.

رفتارهای مرتبط با بیماری

در هر روز چند درصد از مردم علایم بالینی بیماری‌ها را احساس کرده و چه تعداد از آن‌ها به پزشک مراجعه می‌کنند؟ رابطه بیمار با پزشک باید مبتنی بر چه الگویی باشد تا واجد بهترین اثربخشی باشد؟ اثر درمانی دارونما (پلاسبو) چه اهمیتی دارد؟ چگونه می‌توان بیمار را به رعایت دقیق درمان واداشت؟ چه مهارتهایی در برخورد با بیماران لازم است؟ تجربه بیمارستان چگونه است و چه استرس‌های خاصی در آنجا مطرح است؟ طیف مسائل مرتبط با رفتار بیماران، بسیار گسترده است و جنبه‌های روانشناختی آن از اهمیت بسزایی برخوردارند. در این گفتار سعی می‌کنیم به اختصار به مسائل فوق اشاره کنیم.

مراجعه به پزشک

در طی یک دوره ۲ هفته‌ای، حدود ۷۵٪ افراد یک یا چند علامت بالینی (Symptom) را احساس می‌کنند. حدود یک سوّم آنان هیچ اقدام خاصی انجام نمی‌دهند، یک سوّم آن‌ها دست به خوددرمانی و روی آوردن به روش‌های سنتی می‌زنند و تنها یک سوّم به پزشک مراجعه می‌کنند.

سه جنبه از علایم بر ادراک بیماران از علامت بالینی اثر می‌گذارند: شدت علامت، آشنا بودن آن و

دفعات تکرار آن. مثلاً اگر کسی دچار سردرد شدید و مداومی شود و قبلاً تجربه سردرد نداشته باشد احتمالاً به پزشک مراجعه می‌کند. اما کسی که از قبل سردردهای میگرنی داشته است فقط اگر دفعات یا کیفیت سردرد عوض شود به پزشک مراجعه می‌کند. پس از درک علامت، بیمار به سبک و سنگین کردن علامت، اهمیت آن، هزینه و منفعت پرداخته و در نهایت تصمیم به مراجعه یا عدم مراجعه می‌گیرد.

در دسترس بودن خدمات پزشکی همچون نزدیک بودن درمانگاه به محل زندگی، امکان قرار گذاشتن با تلفن، مناسب بودن زمان و رفتار دوستانه کارکنان خدمات درمانی هم در مراجعه تأثیر دارند. یکی از عوامل بسیار مهم برای مراجعه (در ۵۰٪ موارد) توصیه دوستان یا خانواده است و در این میان نقش خانواده مهمتر است.

رابطه پزشک و بیمار

چهار الگو می‌توان برای این رابطه فرض کرد:

۱ - رابطه پدرمآبانه (Paternalistic):

در این رابطه که شاید در حال حاضر رایج‌ترین نوع رابطه در کشورمان است، پزشک از بیمار سؤال می‌کند، تست درخواست می‌کند و بدون نظرخواهی از بیمار برای درمان تصمیم می‌گیرد. این فرآیند حالتی مکانیکی داشته و رویکرد پزشک، علامت - محور (Symptom centered) بوده و فاقد یک نگاه کل‌نگر و جامع است.

۲ - رابطه دوجانبه:

در رابطه دوجانبه تأکید بیشتری بر حق انتخاب بیمار و بخصوص آگاهی دادن به وی و توجه به باورهای وی می‌شود. این رابطه که شکل ایده‌آل رابطه پزشک و بیمار است بخصوص در بیماری‌های مزمن که بیمار نقش زیادی در برنامه‌ریزی و پیگیری درمان خواهد داشت، اهمیت زیادی دارد. رویکرد پزشک در این رابطه، "بیمار - محور" است.

۳ - رابطه مصرف‌کننده:

بیمارانی که توان مالی بالایی دارند ممکن است فارغ از مسائل بیمه، پزشک خود را انتخاب کنند، این رابطه در بخش خدمات درمانی خصوصی، بیشتر مطرح می‌شود.

۴ - رابطه "از سرباز کردن" (Default)

در مواقعی مطرح می‌شود که پزشک هیچ اساس جسمی برای مشکلات بیمار پیدا نمی‌کند و ریشه علایم را مشکلات اعصاب عنوان می‌کند.

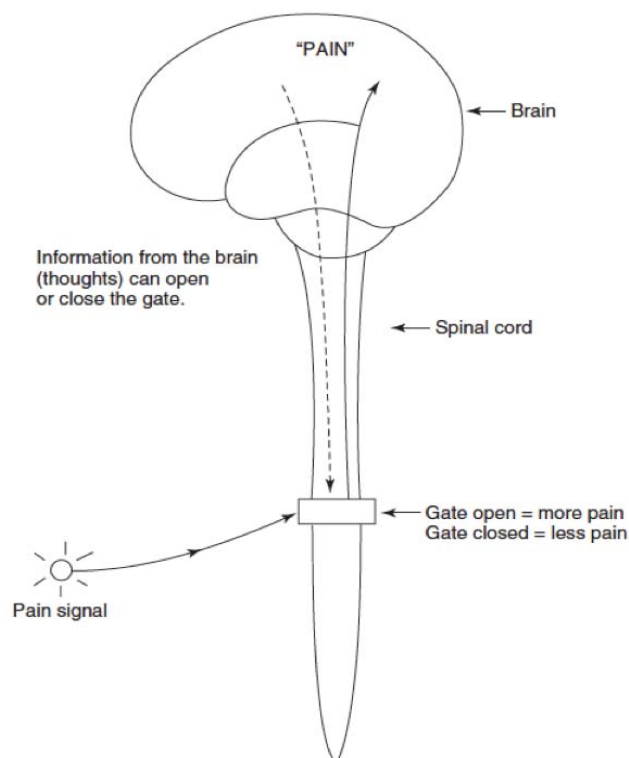
در مجموع بهترین نوع رابطه، رابطه "بیمار - محور" است و روابطی که با رویکرد "تکنولوژی - محور"، "پزشک محور"، "بیمارستان - محور" یا "بیماری - محور" باشند کارایی کمتری داشته و با اصول اخلاقی و علمی مغایرت دارد.

اثر دارونما

دارونما به قرص، شربت یا فرآورده‌ای می‌گویند که اثر مستقیم بر فرآیند بیماری ندارد ولی برای راضی کردن بیمار به اینکه دارو گرفته به وی داده می‌شود و شگفت آنکه تا حد قابل توجهی در درمان بیماری اثر دارد. اثر دارونما در رشته‌های مختلف پزشکی مثل جراحی، سرطان، دندانپزشکی و روانپزشکی ملاحظه شده است و بجز اثر درمانی با علایم ترک، خوگیری یا تحمل، و سایر خصوصیات دارویی همراه بوده است. تاثیر دارونما چندان به خصوصیات شخصیتی افراد ارتباط ندارد بلکه بیشتر به شرایط و نحوه عرضه آن به بیمار وابسته است، همچنین با شکل و رنگ آن هم ارتباط دارد. مثلاً آرامبخش‌های سبزرنگ مؤثرتر از آرامبخش‌های قرمز یا زردرنگ هستند. تجویز دارونما توسط یک پزشک مشهور یا مرکز درمانی دانشگاهی و معتبر، مؤثرتر از یک پزشک تازه کار یا درمانگاه کوچک است.

درد مزمن

درد حاد یا مزمن (دردی که بیش از سه ماه طول کشیده است) مشکل بسیار شایعی است. تجربه درد می‌تواند علاوه بر عوامل طبی تحت تأثیر عوامل روانشناسی همچون باورها، تجربیات قبلی، احساس یا توجه باشد. از این رو درمان‌های روانشناختی می‌توانند جایگاه مهمی در درمان درد بخصوص درد مزمن داشته باشند.



شکل ۴. نظریه کنترل دریچه ای درد

نظریه کنترل دریچه ای درد (Gate control theory) که توسط Melzack و wall در سال ۱۹۶۵ پیشنهاد شد معتقد است که گیرنده های درد در پوست و اندامها اطلاعات دریافتی را به دریچه هایی در نخاع منتقل می کنند (شکل ۴). این دریچه ها تحت تأثیر نورون های دیگری که با مراکز بالاتر مغزی در ارتباطند قرار می گیرند ، با این ترتیب شدت درد احساس شده بسته به اطلاعاتی که از مراکز مربوط به احساس یا تفکر می رسد می تواند تغییر کند.

رعایت درمان (Adherence) توسط بیمار

رعایت درمان توسط بیمار به معنای پیروی از توصیه های کارکنان خدمات درمانی توسط بیمار است. این توصیه ها شامل انجام اقدامات پیشگیری (مثل کاهش مصرف چربی)، مراجعه به پزشک (مثلاً برای چک آپ یا پیگیری، یا تعویض پانسمان) و مصرف صحیح داروها می باشند.

حدود ۴۵-۴۰ درصد بیماران، برنامه درمانی را درست رعایت نمی کنند (Ley، ۱۹۹۷) و تأثیر درمانهای موجود کمتر از ۵۰٪ پتانسیل واقعی است. حدس شود که ۲۵-۱۰ درصد موارد بستری در بیمارستان هم به دلیل عدم رعایت درمان است.

عدم رعایت درمان می تواند ناشی از ۵ گروه عوامل باشد:

۱. عوامل مرتبط با بیمار

عدم رعایت درمانی ممکن است به دلیل فراموشکاری، عدم درک توضیحات پزشک، عدم موافقت بیمار با درمان، یا ترس از عوارض جانبی باشد. بنابراین باید توصیه های درمانی با کلمات ساده و عامه فهم، با برنامه مشخص و ترجیحاً "کتبی به بیمار ارائه شده و وقت کافی برای شرح آن ها گذاشته شود و همچنین باورهای بیمار در باره سلامتی از وی سوال شود و با تأکید و برجسته سازی نکات مهم به ثبت آن ها در حافظه بیمار کمک شود

۲. عوامل مرتبط با درمانگر و تیم درمانی

توقعاتی که از بیمار می رود باید به روشنی برای وی شرح داده شود. آموزش نقش مهمی در رعایت درمان دارد. زمانی که وظیفه بیمار و نحوه انجام آن به روشنی مشخص شود و بیمار از پزشک و کادر درمانی رضایت داشته باشد، احتمال رعایت درمان بالا می رود.

۳. عوامل مرتبط با روش درمانی یا دارو

داروهایی که نیمه عمر طولانی داشته و یکبار در روز مصرف می شوند شانس رعایت درمان را زیاد می کنند. رنگ دارو و شکل بسته بندی می تواند در رعایت درمان تأثیر داشته باشد. عوارض جانبی داروها عامل مهم دیگری در پذیرش بیمار است.

۴. عوامل اجتماعی / اقتصادی

قیمت بالای دارو یا باورهای خاص فرهنگی می تواند بر رعایت درمان اثر بگذارد.

۵. عوامل مرتبط با خود بیماری

شدت بیماری و تأثیری که بر عملکرد فرد می‌گذارد میتواند بر رعایت درمان موثر باشد.

تجربه بیمارستان و آماده‌سازی برای جراحی

وقتی فردی در بیمارستان بستری می‌شود با مسائل خاصی مواجه می‌شود. گوفمان^۲ (۱۹۶۸a) گفته است بیمار بستری از دیدها نامرئی می‌شود و پرسنل درمانی فقط بیماری او را می‌بیند. به این ترتیب پزشکان و پرستاران به نحوی در حضور بیمار صحبت می‌کنند که گویی او وجود ندارد. همچنین بیمار با توقعات زیادی هم مواجه است. وی باید به پرسشهای زیادی به افراد متعدد پاسخ دهد، بخشهایی از بدن را طبق دستور حرکت دهد، ساعت خواب و بیداری را رعایت کند. بیمار آزادی خود را از دست می‌دهد، و زمان خورد و خواب خود را نمی‌تواند تعیین کند. همچنین وی نقشهای معمول و روزمره خود از جنبه اجتماعی، شغلی و خانوادگی را موقتاً باید کنار بگذارد. اصولاً برخورد کادر درمانی با همه بیماران یکسان نیست. بیماری که کم سؤال کند، کم درخواست کند و شکایتی نداشته باشد، "بیمار خوب" تلقی شده و فردی که پرتوقع و شاکی باشد "بیمار بد یا مزاحم" دسته بندی می‌شود. مشکل دیگر بیماران مسأله کنترل بر رفتارها، اطلاعات و تصمیم گیری است. اگر به بیمار اجازه داده شود نحوه پیشبرد یک اقدام طبی دردناک مثل تنقیه به اختیار خودش باشد، اضطراب وی کمتر می‌شود. همچنین اگر بیمار بتواند زمان انجام اقدام دردناک مثلاً تزریق را خود انتخاب کند، درد و ناراحتی کمتری حس خواهد کرد. دادن حداکثر اطلاعات ممکن برای همه بیماران مفید نیست. هدف در این کار باید حفظ آرامش و اطمینان بیمار از بهبودی باشد.

استرس، مدارا و سلامتی

استرس (stress) واژه ای قدیمی است که از قرن ۱۳ در زبان انگلیسی به معنای فشار و منابع فشار به کار رفته است. استرس یا فشار روانی از عوامل مؤثر در ایجاد بیماری‌ها است. کلمه استرس به ۴ چیز اطلاق می‌شود: (۱) محرک یا عامل استرس زا. (۲) ارزیابی استرس در ذهن فرد یا تجربه استرس، (۳) پاسخ فرد به استرس یا به تجربه خودش که دارای دو جزء روانشناختی (احساسها، رفتارهای خاص، مکانیسم‌های دفاع روانی) و فیزیولوژیک (واکنش هشدار یا alarm) است. (۴) فرآیند تعامل فرد با محیط یا فرجام^۳ که می‌تواند شامل تغییر موقعیت یا محرک باشد و نیز به عنوان یک خاطره و توقع برای موارد مشابه بعدی در حافظه فرد ثبت شود. از سوی دیگر حاصل تعامل می‌تواند افسردگی یا مشکلات جسمی مزمن باشد. مثلاً وقتی بعد از آزمایش خون به فرد می‌گویند که HIV مثبت است (محرک). فرد با توجه به دانسته و باورهایش راجع به ایدز درجاتی از خطر و تهدید را احساس می‌کند (ارزیابی) و سعی می‌کند وضع را توجیه کرده و در پی درمان برآید (پاسخ) و در نهایت ممکن است افسرده یا مبتلا به زخم معده، دردهای مزمن یا بیخوابی شده یا با وضع موجود کنار بیاید (فرجام). بنابراین هر محرکی برای همه افراد به یک درجه استرس‌زا نیست بلکه به ارزیابی فرد از موازنه میزان

2. Goffman

1. outcome

خطر و تهدید از یک سو، میزان منابع و توانمندی‌هایش از سوی دیگر بستگی دارد. تمامی عوامل استرس‌زا باید از فیلتر مغز عبور کند که متشکل از باورها، مدل‌های فرهنگی و تجارب قبلی واقعی یا کاذب است. مثلاً این باور که "زندگیم باید همواره سرشار از امنیت و رضایتبخش باشد" موجب می‌شود هر تهدیدی جنبه استرس به خود بگیرد.

عوامل مؤثر در ارزیابی یک تهدید

دو گروه عوامل در ارزیابی تهدید نقش دارند

۱ - عوامل فردی:

مثلاً کسانی که اعتماد به نفس بالایی دارند، تهدیدها را چالش تلقی می‌کنند. هوش و انگیزه‌های بالا یا صفحات شخصیتی محکم در برخورد با تهدیدها نقش دارند.

۲ - عوامل مربوط به موقعیت:

مثلاً رخدادی که برنامه ریزی و اقدامات زیادی می‌طلبد (مانند عمل جراحی) یا با تغییرات زیادی همراه است (تغییر محل زندگی، بازنشستگی) یا رویدادهایی که مبهم و ناخوشایند هستند با احساس فشار همراه‌اند. در این میان احساس داشتن کنترل بسیار مهم است. اگر فرد احساس کند بر موقعیت کنترل دارد دچار استرس کمتری می‌شود.

اثرات زیستی - روانی - اجتماعی استرس

استرس بر سه جنبه از حیات فرد تاثیر می‌گذارد:

۱ - جنبه زیستی:

نخستین بار والتر کانن واکنش بدن به شرایط اضطراری را تحت عنوان واکنش جنگ و گریز شرح داد. سپس در سال ۱۹۵۶ هانس سلیه سندرم سازگاری عمومی^۴ را در حیواناتی که در آزمایشگاه با حرارت کم و زیاد، تزریق انسولین و کار زیاد مواجه می‌شدند شرح داد. این حیوانات دچار بیماری‌های جسمی مثل زخم و خونریزی معده می‌شدند. در انسان واکنش زیستی ابتدا به صورت برانگیختگی فیزیولوژیک و همراه با افزایش هورمونهای آدرنالین و کورتیزول و افزایش فشار خون است. سپس با ادامه استرس چنانچه فرد مقاومت خود را از دست بدهد سیستم ایمنی بدن تضعیف می‌شود و ذخایر انرژی بدن مصرف می‌شوند و بیماری روان تنی مثل فشار خون، زخم معده، آسم و بیماری‌های ایمنی ممکن است تشدیدشده یا بروز کنند، اما اگر فرد بتواند با موقعیت جدید مدارا^۵ کند برانگیختگی فیزیولوژیک نسبتاً "مهار شده و کمتر دچار مسائل فوق می‌شوند.

۲ - جنبه روانی:

استرس می‌تواند موجب کاهش یا افزایش توجه و تمرکز شود و بر حافظه اثر بگذارد. همچنین با

2. General adaptation syndrome

3. Coping

احساسهای ترس (در مواجهه با تهدید)، هیجان (در مواجهه با چالش)، اندوه (در برابر از دست دادن عزیزان) یا عصبانیت (هنگام نومیدی) همراه باشد.

۳ - جنبه اجتماعی:

استرس بر رفتار افراد اثر می‌گذارد مثلاً بد رفتاری با کودکان موجب رفتارهای خشونت آمیز در کودک می‌شود.

خاستگاه‌های استرس

سه نوع خاستگاه برای استرس قابل تصور است:

۱ - **خاستگاه درون فردی:** مانند مبتلا شدن به بیماری و یا گرفتاری‌های دیگر که موجب تعارض بین دو موقعیت شود (مثل تعارض نقشها در مادری که به دلیل نیاز مالی باید کار کند و در عین حال باید از فرزند کوچکش نگهداری کند).

۲ - **خاستگاه درون خانوادگی:** مانند تولد فرزند جدید، داشتن کودک پردردسر، طلاق، گذر از مراحل رشد خانواده (مثلاً بزرگ شدن فرزندان و دانشگاه رفتن آنها می‌تواند برای پدر و مادر توأم با استرس باشد)، مسائل مالی، از دست دادن عزیزان.

۳ - **خاستگاه اجتماعی:** مانند مشکلات شغلی (بازنشستگی، حجم کار زیاد، بیکار شدن) یا موقعیت‌های محیطی (زندگی در محله پر سر و صدا) یا رقابت با گروه همسالان (مثل رقابت تحصیلی و ورزشی در مدرسه).

استرس مزمن

برخلاف رویدادهای زندگی که معمولاً حاد هستند ممکن است برخی عوامل استرس‌زا طی سالهای متمادی در طول زندگی فرد ادامه داشته باشند و با هیچ تغییری همراه نبوده ولی فشار روانی داشته باشند. نمونه این عوامل که عمدتاً اجتماعی هستند می‌تواند طبقه اجتماعی باشد. رنج ناشی از فقر می‌تواند به شیوه زندگی نادرستی منجر شود و خود یا تبعات آن، استرس‌زا باشند. نمونه دیگر نقشهای اجتماعی، دغدغه امنیت از زندگی در یک محله ناامن، و فشارهای روزمره مثل کارهای ناخوشایند روزمره (مثل پیدا کردن تاکسی یا کارهای خانه برای سالمندان) است.

منابع تعدیل کننده استرس

هر فرد سعی می‌کند شرایطی که موجب استرس شده‌اند را تعدیل کرده یا خود را با آن سازگار کند. منابع تعدیل کننده سه گروهند ۱ - **راهبردهای مدارا^۱** یعنی اعمالی که فرد برای تغییر موقعیت یا تغییر معنای عامل استرس‌زا و کاستن از بار تهدیدآمیز آن، یا کنترل پیامدهای جسمی اضطراب یا ناراحتی انجام می‌دهد. ۲ - **حمایت اجتماعی** ۳ - **احساس کنترل** نقش محوری در برخورد با استرس دارد. اگر فرد احساس چیرگی و تسلط بر شرایط داشته باشد راحت دست به عمل می‌زند و قدرتمندتر با مشکلات زندگی برخورد می‌کند.

استرس و دستگاه قلبی - عروقی

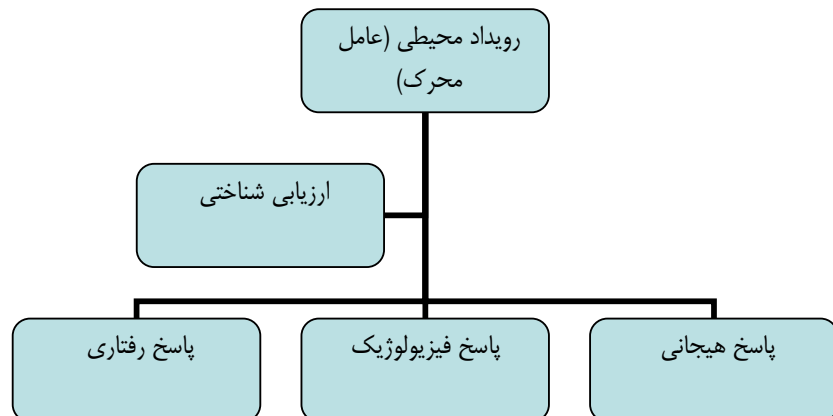
پاسخهای استرسی مداوم به مرور زمان به دستگاه قلبی - عروقی صدمه می‌زند. در میمون‌ها، استرس مزمن موجب کاهش HDL و افزایش LDL و افزایش سطح کورتیزول می‌شود که در درازمدت موجب رسوب کلسترول در دیواره رگهای قلبی می‌شوند. (Sapolsky, ۱۹۹۳). افراد متعلق به نوع شخصیتی A (جاه طلب، پرکار، متخاصم، رقابتی) پاسخهای قدرتمند و مکرری در برابر استرس دارند که موجب تغییرات مرضی در رگهای قلبی شده و احتمال وقوع حمله قلبی را جلو می‌اندازد.

استرس و عملکرد دستگاه ایمنی

پژوهش‌ها نشان داده‌اند که استرس موجب تضعیف عملکرد دستگاه ایمنی و تأخیر در بهبودی زخم می‌شود (Kiecolt و همکاران، ۱۹۹۵) مثلاً در مراقبان بیمار مبتلا به آلزایمر یا دانشجویان پزشکی که تحت استرس بوده‌اند. تعداد سلولهای لنفوسیت T و میزان تکثیر آنها کم می‌شوند. شواهدی در دست است که نشان می‌دهند، بین دستگاه عصبی و دستگاه ایمنی ارتباطی وجود دارند. در کسانی که پاسخ دستگاه عصبی آنها به استرس کمتر است، تضعیف عملکرد ایمنی هم کمتر است و برعکس.

استرس و رفتارهای مخاطره‌آمیز

استرس بر رفتار فرد اثر گذاشته و موجب رفتارهای ضد سلامتی همچون کشیدن سیگار، مصرف الکل و مواد مخدر، کاهش خواب، کاهش اشتها و عدم رعایت توصیه‌های پزشکی می‌شود. همچنین در افراد تحت استرس احتمال تصادف و سوانح هم زیاد می‌شود.



شکل ۵. مدل ساده‌ای از فرایند رویداد / استرس که توسط بک و سایر روان‌درمانگران ارائه شده است

مدیریت استرس

مدیریت استرس به طیف وسیعی از تکنیک‌ها و روش‌های روان‌درمانی اشاره دارد که به هدف کنترل

سطح **استرسی** فردی و به خصوص استرس مزمن، و بهبود عملکرد روزانه فرد طراحی شده‌اند. همانطور که در شکل ۵ مشاهده می‌کنید پاسخ به استرس می‌تواند در سه سطح رفتاری (مانند خستگی، رها کردن فعالیت‌های لذتبخش، تغییر رفتارهای مربوط به سلامتی) فیزیولوژیک (درد معده، تپش قلب و غیره) یا هیجانی (اضطراب مزمن، دلشوره، افسردگی و غیره) باشد. عامل محیطی بسته به اینکه فرد تهدیدهای محیطی و امکانات خود برای مقابله با آن را به چه شکلی ارزیابی کند می‌تواند اثر بگذارد. برای مثلاً تعمیم افراطی و فاجعه‌پنداری دو نمونه از شیوه‌های ارزیابی هستند که باعث می‌شود فرد تهدید محیطی را بسیار بالاتر از حد واقعی ارزیابی کرده و دچار استرس شود.

برای مدیریت استرس در هر یک از سه سطح رویداد، ارزیابی و پاسخ می‌تواند اقداماتی انجام داد. برای مثال حل مساله و کمک گرفتن از آشنایان، حل مشکلات بین فردی اقدام در سطح رویداد است. بازسازی شناختی، تغییر دیدگاه، آشنایی با توانمندی‌های فردی تغییر در سطح ارزیابی است. آرامسازی عضلانی، تمرین‌های توجه آگاهی، روان‌درمانی، انجام مجدد رفتارهای لذتبخش اقدام در سطح پاسخ است.

چشم‌انداز خدمات بهداشتی در سطح جامعه

انسان موجودی اجتماعی است. نگاه به سلامت در سطح فردی برای درک این مسأله مهم و برنامه‌ریزی‌های کلان کافی نیست. همزمان با نگاه در سطح فردی باید در سطح اجتماعی هم به مسأله سلامت و بیماری نگاه کرد.

مثلاً پیشرفته‌ترین دستگاه‌ها و فناوری پزشکی در کنار حاذق‌ترین پزشکان و کادر خدمات درمانی هرچند شرط لازم برای ارائه خدمات است اما کافی نیست و بدون وجود بیمه خدمات درمانی کامل، کارآمد و قوی، عملاً فلج می‌شوند. از طرف دیگر فرهنگ قومی، جنسیت، طبقه اجتماعی همگی در نگرش به سلامت اثر می‌گذارند. انگ‌گذاری برخی بیماری‌های مزمن مانند صرع که پدیده‌ای اجتماعی است چه بسا از خود بیماری پرعارضه‌تر و توان‌فرساتر است. بیکاری و بی‌خانمانی از مسائل اجتماعی دیگری هستند که بر سلامت اثرگذارند.

سازمان‌بندی خدمات بهداشتی

به طور کلی دو نوع سازمان‌بندی برای خدمات بیمه‌ای انجام می‌گیرد. در امریکا بیمه‌های درمانی عمدتاً **خصوصی** هستند. اغلب مردم چون هزینه بیمه‌ها را خود می‌پردازند، آزادند که پزشک، بیمارستان و خدمات درمانی را به سلیقه خود انتخاب کنند. آنان هزینه زیادی بابت درمان می‌پردازند. (سرانه ۳۹۱۲ دلار). تعداد محدودی از افراد فقیر تحت پوشش بیمه Medicaid هستند که هزینه‌اش را دولت فدرال می‌پردازد. افراد بالای ۶۵ سال هم تحت پوشش Medicare هستند که باز هم تحت حمایت دولت فدرال است. در این سیستم، لیست انتظار وجود ندارد، دسترسی به متخصصان به طور مستقیم است و قوانین بازار، رشد کیفی خدمات را تضمین می‌کند.

نوع دوم ارائه خدمات، بیمه **دولتی** است. در این سیستم که برای مثال در انگلستان و کانادا اجرا می‌شود؛ همه شهروندان بدون استثنا تحت بیمه دولتی هستند. در انگلستان هزینه خدمات درمانی از محل مالیات‌ها و در آلمان این هزینه از درآمد افراد و نیز بخشی از آن توسط دولت پرداخت می‌شود. هزینه سرانه درمان در انگلستان

۱۳۹۱ دلار و در آلمان ۲۳۶۴ دلار است. در این سیستم مسئولیت و حق انتخاب افراد محدود می‌شود. دسترسی افراد به متخصصان مستقیم نبوده و توسط پزشکان خط اول درمان و سیستم ارجاع انجام می‌شود. دسترسی به خدمات اورژانسی بسیار راحت و آسان و عدالت در عرضه خدمات چشمگیر است.

در ایران بیمه‌های دولتی صرفاً کارمندان دولت را تحت پوشش قرار می‌دهند. هزینه بیمه سایر افراد توسط کارفرما و خود فرد، مشترکاً تأمین می‌شود و شامل ۳۰٪ از درآمد فرد است. پوشش بیمه‌ها برای خدمات درمانی، کامل نیست به همین دلیل سایر شرکت‌های بیمه که اغلب دولتی هستند به ارائه پوشش بیمه تکمیلی می‌پردازند. ناراضایتی پزشکان و بیمارستانها از نوع قراردادهای سازمان‌های بیمه‌گذار و نحوه پرداخت آن‌ها و پوشش ناکافی بیمه‌ها از مسائل مهمی است که چالشی جدی برای برنامه‌های توسعه سلامت است.

مراقبت در سطح جامعه

امروزه ارائه خدمات بهداشتی برای سالمندان، بیماران روانی مزمن و معلولان ذهنی و جسمی در کشورهای توسعه یافته به سمت «مراقبت در سطح جامعه» رفته است. دلایل این گرایش متعدد بوده و شامل حمایت از مصرف‌کننده، کاهش هزینه‌ها، ارج گذاشتن به خانواده و عوامل سیاسی و نگرش‌های ضد مؤسسه‌های نگهداری می‌باشند. مسلماً اگر مراقبت خوبی در محیط زندگی طبیعی انجام گیرد، وضع خانه مناسب بوده و شبکه اجتماعی مناسبی در اطراف فرد سالمند یا معلول برقرار باشد، زندگی در سطح جامعه به مراتب بهتر از زندگی در آسایشگاه است.

مشکل اصلی در ارائه مراقبت در سطح جامعه، یکدست کردن و تلفیق خدمات بهداشتی و اجتماعی و ایجاد رویکرد چندرشته‌ای بین متخصصانی با دیدگاههای متفاوت است. در این رویکرد باید خدمات پزشکی، پرستاری، کاردرمانی، فیزیوتراپی، روانشناسی، مددکاری و شغلیابی به طور یکدست و هماهنگ ارائه شوند. البته مسلماً بار اصلی نگهداری از سالمند، بیمار روانی مزمن یا معلول بر دوش خانواده می‌افتد. پژوهش‌ها، مفید بودن ارائه مراقبت در سطح جامعه نشان داده‌اند (Trieman و همکاران ۱۹۹۹).

نقش رسانه‌ها در سلامت

رسانه‌های جمعی از منابع مهم اطلاعات در باره تمام جنبه‌های سلامت هستند. اما پژوهش‌ها نشان داده است که مردم شنودگانی پیچیده هستند و چشم و گوش بسته تحت تاثیر پیامهای بهداشتی قرار نمی‌گیرند. باورهای فرهنگی و اطلاعات حاصل از منابع دیگر (مثل در میان گذاشتن تجارب با دیگران) در مقابل پیامهای رسانه‌ها مقاومت می‌کنند. اگر چنین نبود با این همه تأکید تلویزیون بر نکشیدن سیگار، نخوردن چربی و مصرف میوه و سبزیجات، مشکل سیگار و تغذیه حل شده بود! بین آنچه مردم می‌دانند و آنچه انجام می‌دهند شکاف بزرگی وجود دارد.

نقش دیگر رسانه‌های جمعی، جمع‌آوری دانسته‌های عوام و مردم کوچه و بازار در باره مقوله سلامت است که با پخش مصاحبه‌های مردمی انجام می‌شود. رسانه‌ها در ایجاد و تحکیم باورهای کلیشه‌ای نقش مهمی

دارند مثل اینکه بیمار روانی فردی خشن است که به تبع آن ترس و انگ‌گذاری روی این افراد را در پی دارد. اهمیت دیگر رسانه‌ها در شکستن تابوها است. امروزه شاهدیم که با پخش برنامه‌های مختلف در باره ایدز، صحبت کردن در باره این بیماری و روش پیشگیری با کاندوم در سطح گسترده‌ای امکان‌پذیر شده است، چیزی که شاید در اوایل دهه هفتاد شمسی دور از ذهن بود. رسانه‌ها می‌توانند بحث در باره مسائل اخلاقی توسعه علمی و پزشکی را دامن بزنند.

طبقه اجتماعی و سلامت

شواهد محکم نشان می‌دهند که بین سلامت و شغل افراد، ارتباط وجود دارد. این ارتباط فقط به مخاطرات شغلی (مثلاً احتمال تصادف در رانندگان اتوبوس) مربوط نمی‌شود بلکه به تفاوت در شیوه زندگی، گروه‌های شغلی و طبقه اجتماعی هم بازمی‌گردد. طبقه اجتماعی که عمده‌تاً براساس شغل شکل می‌گیرد شاخص غیر مستقیمی از سطح تحصیلات، درآمد استانداردهای زندگی و شرایط محیطی و کاری است. حتی در جوامع توسعه‌یافته مثل انگلستان که آمار مرگ و میر و بیماری‌زایی آنان طی چند دهه اخیر کاهش داشته است، این کاهش در طبقات اجتماعی بالا مثل وکلا یا صاحبان شرکت‌های بزرگ به مراتب قابل‌توجه‌تر از طبقات پایین مثل کارگران بوده است.

جنسیت و سلامت

جنس (Sex) به تفاوت‌های جسمی و زیستی بین زن و مرد اطلاق می‌شود که از بدو تولد وجود دارند، اما **جنسیت (gender)** یا هویت جنسی به جنبه‌های اجتماعی و رفتارهایی که جامعه از زن و مرد توقع دارد گفته می‌شود. به عبارت دیگر این جامعه است که هنجارها، قواعد و توقعاتی که از هر جنس دارد را به آن‌ها تحمیل کرده و یک نوزاد مونث یا مذکر را به تدریج به زن یا مرد با هنجارها و خصوصیات متفاوت رفتاری تبدیل می‌کند. مرگ و میر در مردان بالاتر است. زنان در اغلب جوامع عمری طولانی‌تر از مردان دارند و این تفاوت حتی بین شیرخواران زیر یک سال هم مشهود است. عامل این تفاوت‌ها در سن کودکی عمده‌تاً بنیان زیست‌شناختی است اما در سن نوجوانی و بالاتر به علل اجتماعی مرگ همچون احتمال بالاتر برای آلودگی به مواد مخدر، کشیدن سیگار و همچنین خطرات شغلی باز می‌گردد. زنان بیشتر دچار بیماری‌ها می‌شوند و از خدمات بهداشتی و پزشکی هم بیشتر استفاده می‌کنند. زنان بیشتر به پزشک مراجعه می‌کنند اما بستری در بیمارستان بین مردان بیشتر است.

گروه‌های قومی و سلامت

قومیت مفهومی پیچیده و متشکل از فرهنگ، تاریخ، زبان، جغرافیا و چیزهایی از این قبیل است. هرکس به یک گروه قومی تعلق دارد. فرهنگ به معنای مدل‌های مشترک تفکر، باورها، ارزشها و نگرش‌ها بین گروهی از افراد است که به رفتار شکل و جهت می‌دهند. الگوهای سلامت و بیماری به شدت تحت تاثیر عوامل اجتماعی - اقتصادی، محیطی، ژنتیک و فرهنگی هستند و به همین لحاظ تفاوت‌های زیادی بین گروه‌های قومی مختلف

دارند. نژادپرستی و تبعیض‌های اجتماعی بیشتر دامنگیر گروه‌های قومی اقلیت شده و احتمال فقر در آنان بالاتر است. احتمال استفاده گروه‌های قومی اقلیت از خدمات بهداشتی هم کمتر است، زیرا آموزشها و سیاست‌گذاری‌های بهداشتی متناسب با فرهنگ آنان تنظیم نمی‌شوند.

جنبه‌های اجتماعی پیری

جامعه ما، جامعه جوانی است و اولویت‌بندی در سیاست‌گذاری‌های بهداشتی، متناسب با همین جامعه تنظیم شده است. اما آمار تولد کودکان و رشد جمعیت در سالهای اخیر کاهش چشمگیری یافته و امید به زندگی طی دو دهه نزدیک به ده سال بالاتر رفته است. به همین دلیل جامعه به سوی پیرشدن خواهد رفت و درصد سالمندان طی چند دهه رو به افزایش و درصد کودکان رو به کاهش خواهد گذاشت. به این ترتیب طی چند دهه بعد، در اولویت‌بندی سیاست‌گذاری‌ها باید گروه سالمندان را جایگزین کودکان کرد!

کلمه «پیری» یک باور قالبی است که برخاسته از ترس جامعه نسبت به بالا رفتن سن می‌باشد. گویی زیاد شدن سن تقویمی با افت گریزناپذیر قوای جسمی و روانی و توان کارکردن همراه است. اما پژوهش‌ها نشان داده که اغلب افراد سالمند خود را جوانتر از سن تقویمی احساس می‌کنند (در واقع بهتر است «پیری» را معادل حالت احساسی و رفتاری تلقی کنیم تا سن تقویمی) و همین مسأله باعث ناهمگونی بین انتظارات و توقع‌های جامعه و احساسات فرد می‌شود. افرادی که به زیبایی و جوانی خود اهمیت زیادی می‌دهند ممکن است با بالا رفتن سن بیشتر ناراحت شوند تا کسانی که برای دنیای درون خود (inner self) بیشتر اهمیت قائل می‌شوند. با زیاد شدن جامعه سالمندان و پیشرفت و پیچیده‌تر شدن جامعه، نقش‌های سنتی و باورهای کلیشه‌ای در مورد پیری رو به تغییر است. امروزه بسیاری از سالمندان همچنان به کارکردن و ادامه یک زندگی اجتماعی فعال و مستقل ادامه می‌دهند. بازتاب این تغییرات در فیلم‌های سینمایی یا رمان‌هایی که نقش سالمندان را برجسته می‌کند مشهود است.

وضع مسکن، بی‌خانمانی و سلامت

محیط خانه به طور مستقیم و غیرمستقیم بر سلامتی اثر می‌گذارد. متراژ کم و جمعیت زیاد، نامناسب بودن ساختمان، سروصدا و شلوغی، همسایگان بد، رطوبت و سرما یا گرما، تاثیر انکارناپذیری بر سلامت دارند. بنابراین سلامت صرفاً تحت تاثیر رفتار فرد نیست و مثلاً سیاست‌گذاری‌های کلان برای تأمین مسکن مناسب برای شهروندان می‌تواند اثر به مراتب مهمتری داشته باشد!

بیکاری و سلامت

تمامی پژوهش‌هایی که به مقایسه وضع سلامتی بین افراد شاغل و بیکار پرداخته‌اند نشان داده‌اند افراد شاغل به رغم مخاطرات شغلی از سلامتی بالاتری برخوردارند. میزان مرگ و میر هم در افراد بیکار بالاتر از افراد شاغل است. علل مرگ در افراد بیکار شامل بدخیمی‌ها، سوانح، مسمومیت و خشونت (به ویژه خودکشی) است. احتمالاً چهار مکانیسم در این تفاوت‌ها نقش دارند: ۱ - فقر ۲ - انزوای اجتماعی و کاهش اعتماد به نفس، ۳ -

رفتارهای صدمه‌رسان به سلامت مثل کشیدن سیگار، ورزش نکردن ۴ - استرس.

برچسب زدن و انگ‌گذاری

برچسب زدن و انگ‌گذاری به معنای ارزیابی منفی افراد یا گروه‌های خاصی توسط جامعه یا گروه‌های دیگر است. این مساله دو اهمیت از نظر بهداشتی دارد: ۱ - انگ‌گذاری جامعه در مورد بیماری‌هایی همچون صرع یا اسکیزوفرنی (روان‌گسیختگی) ۲ - برچسب زدن بیماری‌ها به دنبال تشخیص بیماری در فرد، مثلاً وقتی روانپزشک بیماری روان‌پریشی را تشخیص می‌دهد ممکن است بستری کردن بیمار در یک آسایشگاه روانی مقبول جلوه کند. بنابراین تشخیص‌گذاری ممکن است اثرات اجتماعی ناخواسته عمیقی برای فرد داشته باشد. این برچسب‌ها، رفتار دیگر افراد نسبت به بیمار را تغییر داده و تنظیم می‌کنند و بر رفتار خود فرد و خانواده وی هم اثر می‌گذارند. مثلاً فردی که درد قلبی دارد تنها وقتی که متوجه می‌شود رگ‌های قلبش تنگ شده‌اند و برچسب «تنگی عروق قلبی» به وی می‌خورد، دست از سیگار کشیدن برمی‌دارد، همسرش سعی می‌کند وی را عصبانی نکند و بقیه هم مراعات حال وی را می‌کنند.

انگ (stigma) به معنای برچسب بسیار منفی است. استیگما می‌تواند به دو شکل باشد: مخفی و آشکار. زنی که به دلیل سرطان پستان، تحت ماستکتومی قرار گرفته دارای انگ یا استیگمای مخفی است. غیر از نزدیکان، کسی از مسأله وی آگاه نیست و فرد رفتار خود را به گونه‌ای تغییر می‌دهد که دیگران متوجه نقص وی نشوند، مثلاً سعی می‌کند به استخر نرود و یا لباسهایی بپوشد که این عیب را مخفی کند. اما فرد معلول که روی صندلی چرخدار نشسته، استیگمای آشکار دارد و نمی‌تواند جلوی آگاه شدن دیگران را بگیرد.

سوالات بعد از مطالعه

- برخی تصور میکنند پیشرفت علمی پزشکی می‌تواند بیماری‌ها را ریشه کن کند اما بر خلاف انتظار، مراجعه مردم به بیمارستان و عمل‌های جراحی، هر سال زیادتر می‌شود. آیا انگاره‌های ذهنی مردم نسبت به سلامتی هم با پیشرفت علم پزشکی هر سال به سطح بالاتری ارتقا می‌یابد؟
- در سالهای اخیر، روی آوری مردم به طب مکمل (alternative medicine) بیشتر شده است. با توجه به اینکه طب مکمل شامل مقوله‌هایی مثل هومئوپاتی، طب سوزنی، طب فشاری و ... است. چرا علی‌رغم این همه پیشرفت در علم پزشکی، اقبال مردم به این روش‌ها که اغلب ریشه در طب سنتی دارند بیشتر شده است؟
- چرا درک باورهای بیمار راجع به بیماری و سلامتی در درمان وی اهمیت دارد؟
- در یکی از پیامدهای بهداشتی برای مبارزه با اعتیاد نوشته بودند: «اراده را جیغ بزنی تا اعتیاد فرار کند». به نظر شما این شکل از طرح پیام چه محاسن و معایبی دارد؟
- خانواده‌های ۵ نفره‌ای که در یک اتاق مرطوب و نیمه تاریک زیر زمین در حاشیه فقیر نشین شهر تهران زندگی می‌کنند. زندگی در چنین فضایی چه اثرات مستقیم و غیر مستقیمی بر سلامت کودکان دارد؟ آنان در معرض بروز چه بیماری‌های روانی یا جسمی هستند؟

- اغلب بیماران از این شاکی‌اند که پزشک در باره احساسات و دل‌نگرانی‌های آن‌ها سؤال نمی‌کند. اما برخی پزشکان معتقدند وظیفه آن‌ها درمان بیماری است و کاری با اینکه بیمار چگونه با وضع جدیدش کنار می‌آید ندارند. نظر شما چیست؟
- فرق بین آموزش سلامت، با ارتقای سلامت چیست؟
- اگر کتابچه آموزشی راجع به دیابت را بیمار از لابلائی مجله‌ها روی میز اتاق انتظار بردارد بیشتر مؤثر است یا اگر توسط پزشک در اتاق معاینه به بیمار داده شود بیشتر تاثیر دارد؟
- آیا کشیدن سیگار در سن نوجوانی با لذت قانون شکنی یا خطرجویی ارتباط دارد؟ نحوه برخورد پدر یا مادر با این مسئله چگونه باید باشد؟
- روی تمامی پاکت‌های سیگار نوشته‌اند مصرف سیگار برای تندرستی زیان‌آور است. این اجبار دولتی آیا در کاهش مصرف سیگار مؤثر بوده است؟
- فرض کنید بیمار مبتلا به فشار خون برای چک آپ به پزشک مراجعه کرده است و مشخص می‌شود فشار بالایی دارد. به نظر شما پزشک باید مقدار داروها را زیاد کند، یا داروها را عوض کند، یا باید در باره داروها، اثرات آن‌ها و عوارض احتمالی آن‌ها با بیمار صحبت کند؟
- به نظر شما حضور روانشناس و مشاور در بخشهای جراحی یا شیمی درمانی می‌تواند اثر بخشی درمانهای جراحی یا دارویی را بالا ببرد؟ حضور روانپرستار چطور؟
- اگر به فردی بگویند مبتلا به سرطان شده است بیشتر دچار اضطراب یا افسردگی می‌شود یا اگر بگویند دچار تنگی ۸۰٪ رگهای قلبی شده است؟ خانواده فرد سرطانی راحت‌تر می‌توانند راجع به تشخیص با بیمار صحبت کنند یا خانواده‌ی بیمار قلبی؟
- آیا الگوی رابطه پزشک - بیمار بین متخصصان جراحی، متخصصان داخلی و متخصصان اعصاب و روان مشابه است؟ با توجه به متن، چه نوع رابطه‌ای را در هر مورد توصیه می‌کنید؟
- پژوهش‌های دارویی مفصل و پرهزینه‌ای انجام می‌شود تا داروهای جدیدی با کارایی بالاتر تهیه شوند. با توجه به اینکه نیمی از بیماران داروهای تجویزی را درست مصرف نمی‌کنند آیا صرف هزینه در پژوهش‌های روانشناسی برای این مسئله مقرون به صرفه تر است؟ آیا ماهیت تجاری شرکت‌های دارویی در جهت گیری پژوهش‌ها نقش دارند؟
- در برخی مراکز برای جراحی‌هایی که با بیهوشی عمومی همراه نیست مثل عمل دیسک یا زایمان اجازه می‌دهند همسر بیمار در اتاق عمل حضور داشته باشد آیا نتیجه عمل جراحی در این موارد بهتر خواهد شد؟
- چرا احتمال ابتلا به سرطان در بیماران افسرده بالاتر است؟ این مسئله چه رابطه‌ای با دستگاه ایمنی بدن دارد؟
- برخی از افراد از سخنرانی در جمع دچار استرس می‌شوند و برخی از تنها ماندن در خانه. چرا موقعیت‌های استرس‌زا برای افراد مختلف فرق دارد؟ تجارب قبلی و انتظار فرد از نتایج موفقیت چه تاثیری

دارند؟

- آیا استرس همواره مضر است یا درجاتی از استرس باعث ترغیب فرد به حل مسائل می‌شود؟
- تغییرات زندگی با استرس همراه هستند. آیا خوشایند بودن یا ناخوشایند بودن تغییرات در میزان استرس تاثیر دارد؟ (برای مثال طلاق و ازدواج را مقایسه کنید)؟
- آیا می‌توان گفت که استرس می‌تواند مستقیماً زمینه ساز استرس‌های دیگر بوده و زنجیره‌ای از استرس‌ها را به دنبال داشته باشد (مثل طلاق) ← کاهش توان مالی ← مشکلات تربیت فرزند و نگهداری خانه ...؟
- به نظر شما سازمان‌بندی خدمات بهداشتی در ایران چه تغییراتی لازم دارد؟
- برخلاف انتظار، پیش‌آگهی بیماری اسکیزوفرنی در کشورهای جهان سوم بهتر از کشورهای پیشرفته است. هرچند امکانات پزشکی در کشورهای جهان سوم به مراتب کمتر است. چرا؟
- در بیماری‌های مزمن مثل زوال عقل، فشار زیادی از نظر جسمی و روانی به مراقبان آن‌ها می‌آید. آیا توجه کادر پزشکی به مراقبان می‌تواند به حل مسائل بیمار هم کمک کند؟
- مشخصات جمعیت‌شناسی جوامع، رو به تغییر است. درصد زیادی از افراد جامعه ما را طی چند دهه آینده، سالمندان تشکیل خواهند داد. به نظر شما از چه زمانی باید برنامه ریزی برای آن دوران آغاز شود؟ چه آموزش‌هایی برای سالم سازی سالمندان آینده، به جمعیت فعلی باید داد؟
- آمار جراحی زیبایی بینی در ایران بالاترین میزان نسبت به جمعیت را بین کشورهای جهان دارد. این مسئله چه ارتباطی با باورهای جامعه دارد؟
- برنامه‌های تلویزیونی چگونه می‌توانند به رفع انگ‌گذاری از بیماران مبتلا به صرع یا اسکیزوفرنی کمک کنند؟
- تاثیر پنی‌سیلین به صورت ویال بیشتر است یا به صورت قرص و کپسول و یا شربت؟ چرا آمپول روغنی که دردناکتر است مؤثرتر است؟
- ناراضی بودن پزشکان از نحوه قراردادهای پرداختی شرکت‌های بیمه چه تاثیری بر روابط پزشک - بیمار می‌گذارد؟
- ایران کشوری چند فرهنگی (multicultural) با قومیت‌های گوناگون و حتی زبانهای مختلف است. تهیه پیامهای بهداشتی برای استان هرمزگان چه تفاوتی با استان کردستان باید داشته باشد؟

منابع

1. Val Morrison and Paul Bennett. An Introduction to Health Psychology. 4th edition. Pearson Education Limited (print and electronic) 2016.
2. Thagard Paul, The Concept of Disease: structure and change, Communication and cognition 1996, vol. 29, 445-478.
3. Ajzen I 1991 The theory of planned behavior: Organizational Behavior and Human Decision

Processes 50:179-211.

4. Fiore MC, Bailey WC, Cohen SJ et al 1996 Smoking cessation. Agency for Health Care Policy and Research, US Department of Health and Human Services (clinical practice guideline No. 18, publication No. 96-0692), Rockville, MD.

5. Goffman E Stigma. Penguin, London. 1968.

6. Kiecolt-Glaser JK, Marucha PT, Marlakey WB, Mercado AM, Glaser R 1995 Slowing of wound healing by psychological stress. The Lancet 346: 1194-1196.

7. Ley P. Communicating with patients; improving communication, satisfaction and compliance. Stanley Thornes Publishers, Cheltenham. 1997.

8. Sapolsky RM. Endocrinology alfresco: psychoendocrine studies of wild baboons. Recent Progress in Hormone Research. 1993; 48: 437-468.

9. Tones K, Tilford S. Health education: effectiveness, efficiency and equity. Chapman & Hall, London. 1994.

10. Trieman N, Leff J, Glover G. Outcome of long stay psychiatric patients resettled in the community: prospective cohort study. British Medical Journal. 1999; 319: 13-16.

11. B. Alder et al, psychology and Sociology Applied to Medicine, Churchill Livingstone. 2004.

۱۲ - سارافینو، ادوارد، پ: روانشناسی سلامت، ترجمه دکتر سیدعلی احمدی ابهری و همکاران، انتشارات رشد، سال ۱۳۸۴.

۱۳ - ارجمند، محسن: استرس و فرهنگ، نشریه داخلی مرکز مطالعات علمی شناخت، رفتار و فرهنگ، شماره اول، سال ۱۳۸۴.

کتاب جامع

بهداشت عمومی

فصل ۱۴ / گفتار ۱۳ / دکتر لاله قدیریان و دکتر آزاده سیاری فرد

راهنمای سلامت عمومی

فهرست مطالب

۲	اهداف درس
۲	مقدمه
۲	ضرورت و اهمیت
۳	راهنمای سلامت عمومی
۴	روش شناسی تولید راهنما
۴	انتخاب موضوع دارای اولویت برای تولید راهنما
۵	تشکیل گروه
۶	تعیین گستره راهنما
۶	طراحی سوالاتی که راهنما در پاسخ به آنها توصیه‌ها را ارائه می‌دهد
۶	جستجوی منابع معتبر برای جمع‌آوری شواهد
۷	بررسی کیفیت شواهد و تحلیل یافته‌ها
۷	تدوین توصیه‌ها
۸	اجرایی سازی راهنما
۸	منابع برای مطالعه بیشتر
۸	منابع

راهنمای سلامت عمومی Public Health Guideline

دکتر لاله قدیریان و دکتر آزاده سیاری فرد

مرکز تحقیق و توسعه سیاست‌های دانشگاه، مرکز پژوهش‌های سلامت مبتنی بر مشارکت سلامت و مرکز تحقیقات بهره‌برداری از دانش سلامت، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی تهران

اهداف درس

انتظار می‌رود فراگیرنده پس از مطالعه این گفتار، بتواند:

- محصولات دانشی و انواع آن را بشناسد
- راهنمای سلامت عمومی را توصیف کند
- ضرورت استفاده از راهنمای سلامت عمومی را بشناسد
- رویکردهای مختلف انتخاب موضوعات سلامت دارای اولویت را بشناسد
- مراحل تولید راهنمای سلامت عمومی را توصیف کند
- سازمان‌های اصلی تولید کننده راهنماهای سلامت عمومی را بشناسد.

مقدمه

توسعه جوامع و گسترش نظام‌های سلامت در کنار رشد سریع علوم پزشکی و سلامت، بیش از پیش حس نیاز به وجود محصولاتی را به منظور کمک به مدیریت و ارائه هر چه بهتر خدمات مرتبط با سلامت، ایجاد کرده است. این محصولات دانشی در راستای ارتقا سطح کیفی و کمی ارائه خدمات و تدوین سیاست‌های کلان سلامت، از دانش روز و بر مبنای تصمیم‌گیری مبتنی بر شواهد، تهیه می‌شوند. این محصولات، ابزارهایی برای اجرایی و عملکردی نمودن یافته‌های پژوهش در عرصه ارائه خدمات، توسط تغییر دادن روش ارائه و معرفی این شواهد به ارائه‌کنندگان خدمت، بصورتی که متناسب با فضا و نوع کار آنان، قابل فهم و عملکردی باشد هستند. از این نوع ارائه دانش، اغلب با عنوان “دانش کاربردی” نیز نام برده می‌شود که دانش مرتبط با عمل بوده و به گونه‌ای طراحی و ارائه می‌گردد که بتوان به راحتی از آن برای تصمیم‌گیری در شرایط واقعی استفاده کرد.

مدیریت دانش^۱ بعنوان یک دیسیپلین، از سال ۱۹۹۱ بصورت فرایند جمع آوری، توسعه، به اشتراک گذاری و بکارگیری موثر دانش، شناخته شده است. مدیریت دانش مجموعه‌ای از رویکردهای سیستماتیک برای کمک به جریان اطلاعات و دانش برای استفاده بهتر افراد است که همچنین به دسترسی افراد به دانش و اطلاعات در زمان فرمت مناسب، کمک نموده و باعث بهبود عملکرد و افزایش اثربخشی عملکرد با صرف هزینه کمتر می‌گردد.

ضرورت و اهمیت

روزانه شواهد علمی بسیاری تولید می‌شود که اغلب آن‌ها بخاطر نحوه ارائه و انتشار، توسط افراد ارائه کننده مراقبت‌های سلامت بطور مستقیم قابل استفاده نبوده و به همین دلیل در بسیاری از موارد به کار گرفته نمی‌شود. برای اینکه دانش تولید شده توسط محققین، موثر و در عرصه عملی تأثیرگذار باشد، باید با شرایطی که قرار است در آن بکار گرفته شود همخوان شود، بصورتی که در عمل قابل اجرا باشد.

طراحی، تدوین و اجرایی‌سازی^۲ محصولات دانشی مورد نیاز در نظام سلامت، در زمره مهمترین ابعاد مدیریت نوین به شمار می‌آید و هم اکنون نیاز به وجود این محصولات به خوبی در کشور شناخته شده است و در همین راستا در دستور کار، قرار گرفته و انواع محصولات دانشی تولید شده در ایران شامل راهنمای سلامت عمومی، راهنمای بالینی، راهنمای تصمیم‌گیری بیماران، استاندارد خدمت، پروتکل، الگوریتم، مسیر بالینی، در سایت وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی کشور قابل دسترس می‌باشد.

راهنمای سلامت عمومی^۳

راهنمای سلامت عمومی، متشکل از توصیه‌هایی بر اساس ارزیابی جامع و عینی از شواهد علمی موجود و شرایط جامعه بوده و اطلاعاتی در مورد آنچه سیاست‌گذاران، ارائه دهندگان مراقبت‌های سلامت یا بیماران می‌توانند برای پیشگیری از بیماری یا بهبود سلامت انجام دهند، ارائه می‌کند. در واقع توصیه‌ها به تصمیم‌گیری آگاهانه ارائه دهندگان و گیرندگان مراقبت‌های بهداشتی و سایر ذی‌نفعان سلامت در انتخاب بین گزینه‌های مختلفی از مداخلاتی که بر سلامت تأثیر می‌گذارند و پیامد استفاده از منابع را نیز دارند، کمک می‌کنند. راهنمای سلامت عمومی می‌تواند برای یک جمعیت بزرگ مانند یک کشور (مانند پیشگیری از چاقی) و یا برای یک موضوع خاص (مانند مصرف سیگار یا مواد مخدر)، یک جمعیت خاص (مانند دانش آموزان) یا یک محیط خاص (مانند محل کار) تهیه شده باشد.

نکته قابل توجه این است که توصیه‌های مندرج در راهنما، مسئولیت فردی ارائه دهندگان مراقبت‌های سلامت برای تصمیم‌گیری مناسب در شرایط افراد یا جامعه را کنار نمی‌گذارد.

یکی از موارد دارای اهمیت کاربرد راهنماهای سلامت عمومی، کمک به اطمینان از عدم تبعیض در ارائه خدمات سلامت بین افراد به دلایلی مانند سن، ناتوانی، جنسیت، بارداری و زایمان، نژاد یا قومیت، وضعیت اجتماعی

¹ Knowledge management

² Implementation

³ Public Health Guidance

و اقتصادی و دیگر موارد و برابری تمام افراد یک جامعه در دسترسی به این خدمات است.

راهنماهای سلامت عمومی در تلاش هستند تا مردم را در تصمیم‌گیری‌های سلامت مربوط به خود دخیل نمایند. با مشارکت و راهنمایی اعضای جامعه، تولید کنندگان راهنمای سلامت، شناخت بهتری از عواملی که می‌توانند بر افزایش یا کاهش انجام موارد مرتبط با سلامت توسط افراد جامعه موثر باشند خواهند داشت. به نمونه‌هایی از این عوامل در زیر اشاره شده است:

- شناخت چالش‌های عملی، فیزیکی و عاطفی مرتبط با زندگی یا مراقبت از فردی با یک مشکل سلامت خاص (بعنوان مثال فردی با قصد ترک اعتیاد)
- شناخت نیازهای افراد جامعه از خدمات سلامت (به عنوان مثال، نیاز به ادامه حمایت از طرف سرویس‌های ارائه کننده خدمات پس از ترک اعتیاد)
- آگاهی از اینکه یک مداخله خاص برای ارتقای سلامت عمومی تا چه حد توسط مردم مورد قبول و پذیرش است (به عنوان مثال، دیدگاه عمومی در مورد مداخلات مربوط به کاهش سرعت و پیشگیری از حوادث ناشی از وسایط نقلیه موتوری)
- آگاهی از عوامل موثر بر ترجیحات افراد (به عنوان مثال، عوامل موثر بر انتخاب و مراجعه به مراکز مشاوره و خدمات سلامت روان)
- شناخت عواملی که بر علاقه و توانایی افراد در شرکت در یک فعالیت یا استفاده از یک خدمت خاص مرتبط با سلامت عمومی تاثیر گذار هستند (به عنوان مثال، موارد موثر بر نظر والدین و امکان استفاده آن‌ها از خدمات واکسیناسیون برای کودکان)
- آگاهی از نظرات یا نیازهای متفاوت افراد یک جامعه (به عنوان مثال، به علت تفاوت‌های اقتصادی - اجتماعی، نژادی، ناتوانی‌ها، محل زندگی،...)

روش شناسی تولید راهنما

در تولید محصولات دانشی ازجمله راهنماها، دو اصل مهم مبتنی بر شواهد علمی بودن و مشارکت تمامی ذی‌نفعان مانند ارائه دهنده خدمت، بیمار، جامعه هدف و ... در نهایی کردن تصمیمات باید مد نظر قرار گیرد. برای تولید راهنماها دو روش تدوین^۴ و بومی‌سازی^۵ وجود دارد که در هر دو روش، به کارگیری اصولی مشخص الزامی است. اغلب راهنماها در کشورهای با درآمد بالا^۶ که منابع انسانی و مالی بیشتری در اختیار نظام سلامت وجود دارد، به روش تدوین تهیه می‌شود. از آنجا که روش تدوین راهنما فرایندی پرهزینه و زمان‌بر است، صاحب‌نظران این حوزه معتقدند که در کشورهایی که در زمینه تدوین راهنماها پیشرو نیستند، به کارگیری روش بومی‌سازی راهنما مناسب‌تر است. مراحل اصلی تدوین راهنما شامل موارد زیر است:

۱. انتخاب موضوع دارای اولویت برای تولید راهنما

^۴ Guideline Development

^۵ Guideline Adaptation

^۶ High-income countries

۲. تشکیل گروه
۳. تعیین گستره^۷ راهنما
۴. طراحی سولاتی^۸ که راهنما در پاسخ به آن‌ها توصیه‌ها را ارائه می‌دهد
۵. جستجوی منابع معتبر برای جمع‌آوری شواهد
۶. بررسی کیفیت شواهد و تحلیل یافته‌ها
۷. تدوین توصیه‌ها

در روش بومی‌سازی، راهنماهای تدوین شده در کشورهای دیگر پس از ارزیابی مورد استفاده قرار می‌گیرند. توصیه‌ها و شواهد مربوط به هر توصیه از نظر قابلیت بومی‌سازی در کشور، مورد بررسی قرار گرفته و توصیه‌های نهایی تهیه خواهند شد. بنابراین وجه تمایز این دو روش، نحوه دستیابی به شواهد برای تدوین توصیه‌ها است و در روش بومی‌سازی از راهنماهای موجود به عنوان منبع شواهد قابل استناد، استفاده می‌شود.

انتخاب موضوع دارای اولویت برای تولید راهنما

مشکلات سلامت جامعه که برای غلبه بر آن‌ها وجود راهنمای سلامت عمومی می‌تواند کمک کننده باشد متعدد و متنوع بوده و از آنجا که فرایند تولید راهنما زمان‌بر و پرهزینه است، لازم است موضوعات دارای اولویت در سلامت جهت تولید راهنما انتخاب شوند. برای انتخاب این موضوعات راهکارهای مختلفی وجود دارد، بعنوان مثال موسسه تعالی سلامت عمومی انگلستان NICE^۹ برای شناسایی و انتخاب این موضوعات، از مشورت گروه‌های صاحب‌نظر و کلیدی در حوزه سلامت استفاده می‌نماید و طی جلساتی، موضوعات پیشنهادی را از نظر اولویت سلامت عمومی و مناسب بودن برای تهیه راهنما، مورد بحث و تبادل نظر قرار می‌دهد. در نهایت، انتخاب موضوع با استفاده از روش AHP^{۱۰} که یک آنالیز تصمیم‌گیری دارای چند معیار (MCDA^{۱۱}) است، صورت می‌گیرد. معیارهای اولویت بندی موضوعات می‌تواند شامل پرخطر بودن موضوع سلامت، شیوع یا بار قابل ملاحظه برای بیماری یا شرایط مرتبط، وجود اختلاف نظر یا تنوع دیدگاه و عملکرد در رابطه با موضوع مورد نظر، صرف منابع و هزینه زیاد در عملکرد کنونی، موضوعی که گروه‌های مختلف ارائه دهنده خدمات در نظام سلامت را پوشش دهد، احتمال تاثیر راهنما بر ارتقا کیفیت خدمات کنونی وجود داشته باشد و در مورد بومی‌سازی راهنما که قاعدتا باید راهنماهای مبتنی بر شواهد و با کیفیت در مورد آن موضوع وجود داشته باشد.

سازمان جهانی بهداشت (WHO^{۱۲}) به منظور انتخاب موضوعات سلامت دارای اولویت و با استفاده از رویکرد مشارکتی^{۱۳}، از گروه‌های مختلف صاحب‌نظر یا ذینفع، شامل مردم، سازمان‌های مردم‌نهاد و سیاستگذاران حوزه سلامت که در نهایت نقش اساسی در اجرایی سازی راهنمای سلامت تولید شده به عهده خواهند داشت،

^۷ Scope

^۸ Formulating questions

^۹ National Institute for Health and Care Excellence

^{۱۰} Analytic Hierarchy Process

^{۱۱} Multi Criteria Decision Analysis

^{۱۲} World Health Organization

^{۱۳} Participatory

کمک می‌گیرد.

تشکیل گروه

گروه‌های تدوین یا بومی‌سازی راهنما لازم است که متشکل از نمایندگانی از همه گروه‌های حرفه‌ای مرتبط با موضوع راهنما، مراقبین، بیماران، جامعه هدف و حتی سازمان‌های داوطلبانه باشند. مشارکت متخصصانی که مسلط به موضوع راهنما باشند و شامل طیف وسیعی از تخصص و وابستگی‌ها^{۱۴} که نمایندگان گروه‌های حرفه‌ای هستند که کاربران^{۱۵} راهنما خواهند بود، ضروری است. همچنین مشارکت بیماران و جامعه هدف که تحت تاثیر توصیه‌های راهنما قرار خواهند گرفت در فرایند تدوین یا بومی‌سازی راهنما کلیدی است. تجربه سازمان‌هایی چون NICE^{۱۶} در کشور انگلستان نشان داده است که جامعه هدف راهنما می‌تواند با دریافت آموزش و پشتیبانی نقش مهمی در فرایند تدوین راهنما داشته باشد. همچنین افراد آگاه از روش شناسی^{۱۷} تدوین یا بومی‌سازی راهنما و روش شناسی انجام پژوهش، مطالعات مروری منظم و متاآنالیز در گروه‌های تهیه کننده راهنما نقش کلیدی دارند. فرد اقتصاددان^{۱۸} نیز در گروه می‌تواند در مورد چگونگی تعیین هزینه‌های مرتبط با توصیه‌ها و استفاده از منابع، راهنمایی کند. نکته مهم دیگر این است که تعارض منافع^{۱۹} همه افراد شرکت کننده در فرایند تدوین یا بومی‌سازی راهنما باید شفاف و ثبت شود.

تعیین گستره راهنما

برای تعیین گستره راهنما، باید جامعه هدف و محیطی^{۲۰} که راهنما قرار است به کار گرفته شود مشخص شود. حیطه‌های اصلی موضوع مانند تشخیص بیماری یا بررسی وضعیت مسئله سلامت، مداخله درمانی یا مدیریتی مسئله سلامت و ... همچنین سوالات کلیدی که راهنما به آن‌ها پاسخ خواهد داد و رویکرد اقتصادی مورد استفاده در راهنما باید تعیین گردد.

طراحی سوالاتی که راهنما در پاسخ به آن‌ها توصیه‌ها را ارائه می‌دهد

برای طراحی سوالات باید دقت داشت که نیاز هست به چه نوع اطلاعاتی دست یابیم. معمولاً اطلاعات برای دو نوع سوال پیش زمینه^{۲۱} و پس زمینه^{۲۲} وجود دارد. سوالات پیش زمینه شامل اطلاعاتی در خصوص تعاریف، مفاهیم، علل، عوامل خطر و شیوع بیماری یا مسئله سلامت و مکانیسم‌های مداخله می‌شود. برای مثال "چگونه عفونت ویروس پاپیلومای انسانی با سرطان گردن رحم ارتباط دارد؟"

¹⁴ Affiliations

¹⁵ User

¹⁶ National Institute for Health and Clinical Excellence

¹⁷ Methodologist

¹⁸ Economist

¹⁹ Conflict of interest

²⁰ Setting

²¹ Background question

²² Foreground question

از طرف دیگر سوالات پس زمینه معمولاً شامل اطلاعاتی درباره اثربخشی مداخله و همچنین عواقب منفی، پذیرش اجتماعی و هزینه - اثربخشی مداخله می‌شود. در واقع به فراهم آوردن شواهد علمی برای ارزش‌ها، ترجیحات و پیامدهای اقتصادی که باید هنگام تهیه توصیه‌ها در نظر گرفته شود، کمک می‌کند. برای مثال "واکسیناسیون ویروس پاپیلومای انسانی چه تاثیری بر بروز سرطان دهانه رحم دارد؟" بنابراین سوالات از نوع پس زمینه در فرایند تولید راهنما به کار می‌روند. این سوالات باید به طریقی طراحی شوند که امکان انجام مرور منظم شواهد را فراهم نماید. فرمت مناسب برای سوال پس زمینه شامل چهار جزء (PICO) جامعه هدف^{۲۳}، مداخله^{۲۴}، مقایسه^{۲۵} و پیامد^{۲۶} می‌باشد. برای مثال "در یک جمعیت روستایی از یک کشور با درآمد پایین^{۲۷} (جامعه هدف)، آیا پرداخت حقوق بالاتر به ارائه دهنده خدمات سلامت (مداخله) در مقایسه با پرداخت استاندارد حقوق (مقایسه) می‌تواند منجر به افزایش تعداد ارائه دهندگان خدمت در آن منطقه روستایی شود (پیامد)؟"

جستجوی منابع معتبر برای جمع آوری شواهد

در روش تدوین در این مرحله باید مرور نظام‌مند برای دستیابی به شواهد بر اساس سوالات PICO انجام شود. ولی در روش بومی‌سازی جستجوی راهنماهای تهیه شده از پایگاه‌های ملی و تخصصی (مانند انجمن‌های علمی) مرتبط انجام می‌شود. موسسه ملی ارتقاء سلامت و مراقبت (NICE)^{۲۸} انگلستان، سازمانی مستقل است که در آدرس <http://www.nice.org.uk> قابل دسترس بوده و شامل اطلاعات جامعی در خصوص انواع راهنماهای تولید شده توسط این سازمان و مستندات مرتبط با چگونگی تولید راهنماها است. از پایگاه عرضه اطلاعات www.tripdatabase.com نیز می‌توان انواع راهنماهای تولید شده موجود را جستجو نمود.

نمونه‌هایی از راهنمای سلامت عمومی که برای کشور ایران تهیه شده باشند بسیار محدود بوده و بعنوان مثال می‌توان به "راهنمای سلامت عمومی ارتقای فعالیت فیزیکی نوجوانان با لحاظ کردن مفاهیم برنامه راهبردی ارتباطی" که با همکاری صندوق کودکان سازمان ملل متحد تهیه شده است و در آدرس https://health.sbm.ac.ir/uploads/22_1879_1507527707008_4.pdf قابل دسترس است و "راهنمای پیشگیری از سوء مصرف مواد برای دست اندر کاران رسانه‌های گروهی که در آدرس زیر قابل مشاهده می‌باشد اشاره کرد.

http://www.ssu.ac.ir/cms/fileadmin/user_upload/Moavenatha/MBehdashti/ravan/pdf/faaliyatha/pptfiles/Mass_Media_ETIAD.pdf

بررسی کیفیت شواهد و تحلیل یافته‌ها

در روش تدوین برای ارزیابی کیفیت شواهد از ابزارهای استاندارد ^{۲۹}GRADE (برای مطالعات

^{۲۳} Population

^{۲۴} Intervention

^{۲۵} Comparison

^{۲۶} Outcome

^{۲۷} Low- income country

^{۲۸} The National Institute for Health and Care Excellence

^{۲۹} Grading of Recommendations Assessment, Development and Evaluation

کمی) و ³⁰GRADE-CERQual (برای مطالعات کیفی) می‌توان استفاده نمود. کیفیت شواهد به این معنی است که بر اساس یافته شواهد تا چه میزان می‌توان مطمئن بود که اثربخشی یا ارتباط صحیح است. اطلاعات بیشتر در مورد نحوه استفاده از این ابزارها را از آدرس‌های زیر می‌توان کسب نمود:

<http://www.gradeworkinggroup.org>

<https://www.cerqual.org>

در روش بومی‌سازی برای ارزیابی کیفیت راهنما از ابزار ³¹AGREE می‌توان استفاده نمود. اطلاعات بیشتر در مورد این ابزار نیز در آدرس <https://www.agreetrust.org> موجود است.

تدوین توصیه‌ها

در این مرحله تدوین توصیه‌ها بر اساس درجه کیفیت شواهد، ارزشها و ترجیحات بیماران و جامعه، تجارب ارائه دهندگان خدمت، شرایط بومی، زیرساخت‌ها و به کارگیری منابع و هزینه‌های مورد نیاز انجام می‌شود. کیفیت شواهد (درجه اطمینان از اثربخشی) روی درجه توصیه ³²تاثیر می‌گذارد. اگر کیفیت شواهد پایین باشد، به این معنی است که عدم اطمینان در خصوص اثر مفید یا مضر مداخله وجود دارد و یک توصیه مشروط ³³ مطرح می‌شود و در صورتیکه کیفیت شواهد بالا باشد یک توصیه قوی ³⁴ مطرح می‌شود. ارزشها و ترجیحات بر اساس شواهد کیفی جمع آوری شده یا تجربه و عقاید ذی‌نفعان مختلف در گروه تدوین راهنما در نظر گرفته می‌شود. در روش بومی‌سازی مقایسه توصیه‌ها از راهنماهای مختلف از جنبه میزان اثربخشی و قابلیت بومی‌سازی انجام می‌شود.

اجرای سازی راهنما³⁵

شواهد نشان می‌دهند که اغلب راهنماها به کار گرفته نمی‌شوند. موفقیت در اجرای سازی راهنما بستگی به در نظر گرفتن موانع مختلف و استفاده از استراتژی‌های مناسب برای غلبه بر آنها دارد. موانع اجرایی شدن راهنماها را به دو دسته موانع درونی و خارجی تقسیم می‌کنند. موانع درونی به ساختار ضعیف راهنما و اشکالات روش شناسی تولید آن مرتبط است. ابزار ³⁶GLIA به شناسایی موانع درونی راهنما کمک می‌کند. موانع خارجی، به جوی که قرار است راهنما در آن اجرایی شود مرتبط بوده و میتواند شامل عوامل سازمانی (مانند عدم وجود مهارت کافی برای اجرای توصیه‌های راهنما، نبود تجهیزات و امکانات کافی)، مقاومت همکاران و رقبا (مانند زمانی که توصیه‌های ارائه شده متناسب با ترجیحات همکاران نیست و توافق کامل بر سر آنها حاصل نشده است)، عوامل فردی (مقاومت و ایجاد ممانعت از سوی افرادی که دانش، نگرش یا مهارت کافی ندارند) و مشکلاتی که میان بیمار و ارائه دهنده خدمت ایجاد می‌شود (مانند مشکلاتی که به علت عدم اطلاع رسانی کافی و صحیح به بیماران

³⁰ Confidence in Evidence from Reviews of Qualitative research

³¹ The Appraisal of Guidelines for Research and Evaluation

³² Strength of recommendation

³³ Conditional recommendation

³⁴ Strong recommendation

³⁵ Guideline Implementation

³⁶ Guideline Implementability Appraisal

ایجاد می‌شود) باشند.

جهت رفع موانع درونی باید از روش شناسی علمی و معتبر تدوین یا بومی‌سازی راهنما استفاده نمود. برخی از راهکارهای رفع موانع خارجی می‌تواند شامل استفاده از روش‌های تبلیغاتی موثر، ارائه آموزشهای گروهی و فردی، بهره‌گیری از کمک افراد ذی نفوذ در فراگیر نمودن استفاده از راهنما، حمایت سیاستگذاران سلامت از اجرایی سازی راهنما، برقراری مشوق‌های مختلف برای اجرای راهنما و اطلاع رسانی مناسب به بیماران و تغییر سطح دانش و نگرش آن‌ها باشد.

منابع برای مطالعه بیشتر

- Reddy BP, Kelly MP, Thokala P, Walters SJ, Duenas A. Prioritising public health guidance topics in the National Institute for Health and Care Excellence using the Analytic Hierarchy Process. *Public Health*. 2014 Oct;128(10):896-903
URL: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25369354>
- Mounesan L, Sayarifard A, Haghjou L, Ghadirian L, Rajabi F, Nedjat S. A manual for prioritizing the topics of clinical practice guidelines for family physicians. *Int J Prev Med* 2016; 7:64.
URL: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27141283>
- Hutchings A et al. A comparison of formal consensus methods used for developing clinical guidelines. *Journal of Health Services Research and Policy*, 2006, 11:218–224
URL: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17018195>
- Lo B, Field MJ. Conflict of interest in medical research, education and practice. *National Academy of Sciences*, 2009.
URL: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK22942/>

منابع

1. [Haughom J](#). Knowledge Management in Healthcare: It's More Important than You Realize. 2018; Health Catalyst.
URL: <https://www.healthcatalyst.com/enable-knowledge-management-in-healthcare>
2. Public Health Guidance.
URL: <https://www.health-ni.gov.uk/articles/nice-public-health-guidance>
3. Knowledge for development (K4D). 2016. The World Bank.
URL: <http://go.worldbank.org/8DG6O1F0I0>
4. WHO (2012) WHO Handbook for Guideline Development. Geneva: World health organization.
URL: http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/75146/9789241548441_eng.pdf;jsessionid=376D3322F5A584909DE3910C9E44D019?sequence=1 آخرین دسترسی ۱۳۹۷/۵/۲۷
5. NICE (2014) NICE: The guidelines manual. London: National institute for health and clinical excellence.
URL: <https://www.nice.org.uk/process/pmg20/resources/developing-nice-guidelines-the-manual-pdf-72286708700869> آخرین دسترسی ۱۳۹۷/۵/۲۷
6. SIGN (2015) SIGN50: guideline developer's handbook. Edinburgh: Scottish Intercollegiate Guideline Network.
URL: https://www.sign.ac.uk/assets/sign50_2015.pdf ۱۳۹۷/۵/۲۷ آخرین دسترسی
7. ADAPTE (2009): guideline adaptation: a resource toolkit. Guideline International Network.

URL: <https://www.g-i-n.net/document-store/working-groups-documents/adaptation/adapte-resource-toolkit-guideline-adaptation-2-0.pdf> آخرین دسترسی ۱۳۹۷/۵/۲۷

8. Brouwers MC, Kho ME, Browman GP, Burgers JS, Cluzeau F, Feder G, et al. AGREE II: advancing guideline development, reporting and evaluation in health care. [CMAJ](#). 2010 Dec 14;

URL: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20603348>

9. Qaseem A, Forland F, Macbeth F, Ollenschlager G, Phillips S, van der Wees P. Guidelines International Network: toward international standards for clinical practice guidelines. *Ann Intern Med* 2012; 156(7):525- 31.

URL: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22473437>

10. Munthe-Kaas H, Bohren MA, Glenton C, Lewin S, Noyes J, Tunçalp Ö, et al. Applying GRADE-CERQual to qualitative evidence synthesis findings—paper 3: how to assess methodological limitations. *Implementation Science*. 2018; 13(1):9.

URL: <https://implementationscience.biomedcentral.com/articles/10.../s13012-017-0690-9>

11. Ansari S, Rashidian A (2012) Guidelines for Guidelines: Are They Up to the Task? A Comparative Assessment of Clinical Practice Guideline Development Handbooks. *PLoS ONE* 7(11): e49864.

URL: <https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0049864>

کتاب جامع

بهداشت عمومی

فصل ۱۴ / گفتار ۱۴ / دکتر احمدعلی نوربالا

معنویت و سلامت

فهرست مطالب:

۳۱۶۳	اهداف درس
۳۱۶۳	مقدمه و تاریخچه
۳۱۶۶	تعریف معنویت:
۳۱۶۷	استنادات قرآنی بُعد معنوی والهی
۳۱۷۰	وجود بعد چهارم از ابعاد انسانی:
۳۱۷۱	ماهیت بعد چهارم و برخی مختصات آن:
۳۱۷۱	۱- بعد چهارم از جنس "روح" و ماهیت آن از نوع "امر" است.
۳۱۷۱	۲- ماهیت "امر" غیر از "خلق" است.
۳۱۷۱	۳- امر خدا همواره سنجیده و حساب شده است.
۳۱۷۱	۴- امر خدا همواره تحقق یافتنی است.
۳۱۷۲	۵- سرعت تحقق امر خدا، چون چشم به هم زدن ویا کمتر است.
۳۱۷۲	۶- امر خدا تنها با گفتن "باش یا بشو" تحقق می‌یابد.
۳۱۷۲	۷- همگی امر از آن خداست.
۳۱۷۳	۸- ملائکه و روح حاملین امر هستند.
۳۱۷۳	۹- علم آدمی نسبت به امر خدا قلیل والبته با اذن اوست.
۳۱۷۴	مصادیقی از امر خدا:
۳۱۷۵	درک مقطعی بعد معنوی:
۳۱۷۵	بعد معنوی و رابطه آن با آموزه های دینی:
۳۱۷۵	بعد معنوی و رابطه آن با سلامت:
۳۱۷۵	خسارت غفلت از بعد معنوی:
۳۱۷۶	دیدگاه برخی بزرگان و مسئولین نظام در مورد جامعه فعلی ما (بی اخلاقی).
۳۱۷۷	موضوعات مورد تاکید در معنویت درمانی:
۳۱۷۹	جنبه های کاربردی معنویت درمانی:
۳۱۷۹	نتیجه گیری:
۳۱۸۰	فهرست منابع:

معنویت و سلامت Spirituality and Health

دکتر احمدعلی نوربالا

دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی تهران

اهداف درس

پس از یادگیری این مبحث فراگیرنده قادر خواهد بود:

- مستندات قرآنی بُعد معنوی و الهی را توضیح دهد
- خسارت غفلت از بُعد معنوی را بیان کند
- خسارت کم توجهی بُعد معنوی در ایران را متذکر شود
- برخی از دیدگاه‌های مسئولین نظام در مورد بی‌اخلاقی در جامعه فعلی را تشریح کند
- موضوعات مورد تاکید در معنویت‌درمانی را بیان کند
- جنبه‌های کاربردی معنویت‌درمانی را متذکر شود.

مقدمه و تاریخچه

در اساسنامه سازمان بهداشت جهانی (۱۹۴۸)، "سلامت" به عنوان "نه فقط فقدان بیماری یا معلولیت" بلکه "حالت بهینه سلامت جسمی، روانی و اجتماعی" تعریف شده است. در این تعریف سه بعدی که مربوط به سال ۱۹۴۶ می‌باشد، بُعد مهم معنوی و روحانی و یا بُعد الهی انسان، مورد غفلت جدی قرار گرفته است. در حال حاضر، گرچه در منطقه مدیترانه شرقی سازمان جهانی بهداشت، برای بُعد معنوی اهمیت شایان توجهی قایل می‌شوند و بسیاری از واحدهای این سازمان جهانی، به مقوله معنوی و مذهبی و فرهنگی، توجه وافر دارند اما کماکان، به صورت رسمی، سازمان جهانی بهداشت، سه بعد زیستی، روانی و اجتماعی را در تعریف سلامت، مورد توجه و امعان نظر دارد.

اگر بخواهیم به سیر پرفراز و نشیب دیدگاه‌ها در مورد ابعاد انسانی در طول تاریخ بپردازیم مقاله مفصل و جداگانه‌ای را می‌طلبید که از حوصله این بحث در کتاب حاضر، خارج است. اما نویسنده، به صورت مختصر بنا دارد به سیر توجه به بُعد معنوی و روحانی آدمی از دیدگاه پزشکی، در زمان‌های قدیم تا به حال اشاره‌ای داشته باشد.

افلاطون (۳۴۷-۴۲۷ قبل از میلاد)، این فیلسوف بزرگ یونانی، انسان را ترکیبی از تن و جان و یا جسم و روح می‌داند که تأثیر متقابل روی یکدیگر دارند و توجه فزاینده به مقوله روح در برابر جسم دارد.

جالینوس (۱۳۰-۲۲ میلادی) که یک پزشک یونانی بوده و در دربار امپراتور روم به ارائه خدمات پزشکی اشتغال داشته است، با تلفیق و ترکیب سه چیز یعنی دانش قدیمی بقراط، روح‌گرایی افلاطون و سرانجام ماده‌گرایی اتمیست‌ها، اصول و قوانین طب جدیدی را در یونان طراحی کرده که تا هزار سال بعد از وی در اروپا جاویدان مانده است.

محمد بن زکریای رازی (۹۲۵-۸۶۵ میلادی)، که به طبیب المسلمین و جالینوس‌العرب (به خاطر آنکه اکثر کتب او به زبان عربی یعنی زبان علمی عالم اسلام در آن زمان نوشته شده) معروف است در دوران قرون وسطی ظهور کرد. او که یک طبیب و معلم اخلاق و شیمیدان و مسلط به فلسفه بود نه تنها اخلاط چهارگانه مزاج که توسط بقراط مطرح شده بود را قبول داشت بلکه اعمال و رفتار سقراط را مثل اعلی و اسوه حسنه‌ای می‌دانست که طبیب باید از آن پیروی کند. رازی با نوشتن کتاب **"الطب الروحانی"** نظریات اخلاقی خود را منعکس می‌کند و در فصل اول این کتاب به "برتری خرد و ستایش از آن" می‌پردازد.

ابوعلی سینا (۱۰۳۷-۹۸۰ میلادی)، فیلسوف شهیر و طبیب و حکیم نامور ایرانی که کتاب قانون در طب او صدها سال در دانشگاه‌ها و مدارس عالی اروپا تدریس می‌گردید، معتقد بود که خیلی از بیماری‌ها و اختلالات جسمی توسط ناراحتی‌ها و رنجش‌های هیجانی ایجاد می‌گردند. او علل چهارگانه (مادی، فاعلی، صوری و تمامی یا غائی) را برای بیماری‌ها توصیف نمود. آنگونه که از نوشته‌ها و مطالب این دانشمند برمی‌آید می‌توان گفت که ابوعلی سینا دیدی جامع و همه جانبه از جهات جسمی، روانی و اجتماعی نسبت به انسان داشته است و همه ابعاد و تعامل و تداخل آنها را در سلامت و بیماری دخیل می‌دانسته است. شاید بتوان از این بابت، ابوعلی سینا را در این نگرش جامع به انسان، به صورت مدون و علمی اولین پایه گذار نامید.

فرانکل^۱ (۱۹۰۵)، روانپزشک یهودی و اسیر نازی‌ها در جنگ جهانی دوم، پایه گذار مکتب **"لگوتراپی"** در کتاب انسان در جستجوی معنی: بر معنی هستی انسان و جستجوی او برای رسیدن به این معنی تأکید دارد. بنا بر اصول لگو تراپی، تلاش برای یافتن معنی در زندگی، اساسی‌ترین نیروی محرکه هر فرد در دوران زندگی اوست. لگوتراپی که به وسیله برخی نویسندگان **"مکتب سوم روان درمانی وین"** نیز خوانده شده است، توسط فرانکل بدین گونه افتراق از روانکاوی و یا دیگر مکاتب را مطرح نموده است. او می‌گوید: من از معنی جویی، به عنوان نیرویی متضاد با "لذت طلبی" که روانکاوی "فروید" بر آن استوار است و "قدرت طلبی" که مورد تأیید "آدلر" است سخن می‌گویم.

"در لگوتراپی بیمار نیازی به دراز کشیدن ندارد. ولی او می‌بایست به چیزهایی گوش کند که گاه شنیدنش کار آسانی نیست". لگوتراپی در مقایسه با روانکاوی، روشی است که کمتر به گذشته توجه دارد و به درون نگری هم ارج چندانی نمی‌نهد، در ازاء توجه بیشتری به آینده، وظیفه و مسئولیت و معنی و هدفی دارد که بیمار باید زندگی آتی خود را صرف آن کند.

^۱ - Frankel

روان تحلیل‌گران جدید مانند ریزاتو^۲ (۱۹۷۹)، کلز^۳ (۱۹۹۰)، معنویت را یکی از عمیق‌ترین لایه‌های وجودی انسان می‌دانند.

الکینز^۴ و همکاران (۱۹۸۸)، معنویت را دارای ساختاری چند بعدی می‌دانند که ۹ بخش عمده را در بر می‌گیرد:

- ۱- بعد روحانی یا فرامادی، به عنوان خدا، خود فراتر یا بعد فرامادی تجربه می‌شود.
 - ۲- معنا و هدف در زندگی، یعنی خلاء وجودی را می‌توان با زندگی معنادار پر کرد.
 - ۳- داشتن رسالت در زندگی، فرد معنوی نوعی احساس وظیفه و تعهد می‌کند.
 - ۴- تقدس زندگی، زندگی سرشار از تقدس است و فرد معنوی تجربه‌هایی نظیر حیرت و اعجاب، تحسین و شگفتی را حتی در موقعیت‌های غیر مذهبی نیز می‌تواند داشته باشد و دیگر این که سراسر زندگی مقدس است.
 - ۵- اهمیت ندادن به ارزش‌های مادی، رضایت نهایی را در مادیات نمی‌توان یافت، بلکه باید آن را در مسائل معنوی و روحی جست.
 - ۶- نوع دوستی، به معنای تحت تاثیر ناراحتی و رنج دیگران قرار گرفتن، داشتن احساس عدالت اجتماعی و این که همه ما آفریده خداوند هستیم.
 - ۷- آرمان‌گرایی، فرد جهان بهتری را تصور می‌کند و مایل است این آرمان را بر آورده سازد.
 - ۸- آگاهی از مصائب، درد، مصیبت و مرگ قسمتی از زندگی هستند و به زندگی روح می‌بخشند.
 - ۹- ثمرات معنویت، معنوی بودن واقعی موجب تغییر همه جنبه‌های بودن و نحوه زیستن می‌شود.
- کلز (۱۹۹۰)، در این مورد می‌گوید: "ما مخلوقاتی هستیم که در این دنیا خود را غریب، سرگردان یا در هوا احساس می‌کنیم و دنبال این هستیم که معنایی از اتفاقات این جهان به خود عرضه نماییم تا خود را از غربت نجات داده و اتصال خود را به مبدائی نشان دهیم تا بتوانیم خود را از تنهایی نجات دهیم. دوست داریم که بدانیم کجا هستیم، از کجا آمده‌ایم و به کجا می‌رویم و منزلگاه واقعی ما کجاست؟"
- بک^۵ (۱۹۹۲): ویژگی‌های انسان معنوی را اینگونه بیان می‌کند: شهود و درک، ارتباط معنی‌دار با هستی و انسان‌ها و گونه‌های دیگر هستی و ارتباط با خدا، تجربه عرفانی، بهت و حیرت در مقابل عظمت ربوبی، جوانمردی و شکرگزاری.
- روف^۶ (۱۹۹۳): معنویت راهی است به سوی شکوفایی و بیان آن چیزی که در وجود ما است و با احساساتمان و قدرت فوق‌العاده‌ای که از درون بر می‌خیزد و شناختی عمیق از درونی‌ترین لایه‌های وجودی‌مان در ارتباط است.

² - Rizzuto

³ - Coles

⁴ - Elkins

⁵ - Beck

⁶ - Roof,

پارگامنت^۷ (1997)، معتقد است که خدا، الوهیت، فراروندگی و حقیقت نهایی، نمونه‌هایی از عناصری هستند که زیر پوشش کلمه مقدس قرار می‌گیرند. کلمه مقدس، عنصری واحد در تعریف مذهب و معنویت است.

تعریف معنویت

برخلاف بعد زیستی و تا حدی بعد روانی و اجتماعی برای بعد روانی، تعریف ثابت و شفاف و یکنواختی تدوین نشده است. به همین جهت در زیر به برخی تعاریف با نقل قول از بزرگان، اشاره می‌شود:

استانارد^۸، سندو^۹، و پیتر^{۱۰} (۲۰۰۰)؛ لپز^{۱۱} و سیندر^{۱۲} (۲۰۰۳) و المر^{۱۳}، مک‌دونالد^{۱۴}، و فریدمن^{۱۵} (۲۰۰۳)، در افتراق بین مذهب و معنویت اینگونه اظهار نظر می‌کنند: علی‌رغم همپوشی بین مذهب و معنویت، توافق همگانی در مورد تمایز این دو وجود دارد: مذهب به تقدس درون تشکیلات نهادی توجه دارد و معنویت به عناصر معنا و تعالی (فراسو روی، فرا روندگی) که خود فرد باید آن‌ها را تجربه کند اشاره دارد.

هیل^{۱۶} و پارگامنت (2003)، معنویت را چنین تعریف کرده‌اند: جستجوی یک امر قدسی، فرآیندی که طی آن افراد با یک امر قدسی مواجه می‌شوند و در راستای رسیدن به آن امر قدسی زندگی خود را تغییر می‌دهند.

میلر^{۱۷} و تورسن^{۱۸} (2003)، بر این باورند که معنویت عبارت است از “اشتغال به آنچه فرد آن را مقدس، خدایی و ماورای زندگی مادی تلقی می‌کند.

پلنت^{۱۹} (۲۰۰۵): معنویت را چنین تعریف کرده است: رابطه فرد با خدا و قدرت متعالی، واگذاری امر به او، اعتماد به قدرت و هدایت همه جانبه او.

رابطه فرارونده و ایجاد وحدت با طبیعت، انسان‌ها و رسیدن به یگانگی و اتحاد با هستی.

جستجوی معنی در زندگی و هدفمند و جهت دار دیدن زندگی.

فراروندگی از خود و خود محوری، فرا رفتن از تمایلات و آرزوها و نیازهای نفسانی.

پرورش فضایل انسانی از قبیل عشق الهی، مهربانی، مودت و بخشایش‌گری.

مواجه شدن با وجود متعالی که موجب عشق، اعجاب، خشوع و حتی بیخودی فرد در مقابل آن نیرو گردد.

⁷ - Pargament

⁸ - Stanard

⁹ - Sandhu

¹⁰ - Painter

¹¹ - Lopez

¹² - Synder

¹³ - Elmer

¹⁴ - McDonald

¹⁵ - Freidman

¹⁶ - Hill

¹⁷ - Miller

¹⁸ - Thoresen

¹⁹ - Plante

قدسی پنداری طبیعت، هستی و معنایابی در زندگی.

دکتر مصطفی ملکیان، فیلسوف متفکر ایرانی، در پاسخ به معنویت چیست؟ معنویت را چنین تعریف می‌کند: در کاربردی که من از دو لفظ و اصطلاح "عقلانیت" و "معنویت" دارم، این دو وصف و محمول انسان‌اند، یعنی انسان است که یا عقلانی است یا غیر عقلانی، یا معنوی است یا غیر معنوی. مراد من از انسان معنوی انسانی است که زندگی نیک دارد و کسی دارای زندگی نیک است که اولاً: **مطلوب‌های اخلاقی** در او تحقق یافته باشند، یعنی مثلاً اهل صداقت، تواضع، عدالت، احسان، عشق و شفقت باشد، ثانیاً: **مطلوب‌های روانشناختی** در وی تحقق یافته باشند، بدین معنا که مثلاً دارای آرامش، شادی و رضایت از خود باشد و ثالثاً **برای زندگی خود معنا و ارزشی** قائل باشد. زندگی نیک، یعنی زندگی آرمانی و کمال مطلوب، زندگی‌ای است که واجد این سه شرط باشد، بدین معنا که هم مطلوب‌های اخلاقی در آن وجود و ظهور داشته باشد، هم مطلوب‌های روان شناختی و هم معنا و ارزش.

با این توضیح، مدعای نگارنده در جمع عقلانیت و معنویت این است که نه فقط عقلانی بودن و معنوی بودن به همان معنایی که گفتم با هم ناسازگاری ندارند، بلکه برای معنوی بودن به چیزی جز عقلانیت همه جانبه و عمیق نیازی نداریم و برخلاف رای کسان بسیاری در طول تاریخ، این امر دایر نیست میان اینکه یا عقلانیت داشته باشیم و دست از معنویت بشوئیم یا معنویت داشته باشیم و عقلانیت را از کف بنهیم و حتی بالاتر از این‌ها، عقلانیتی که با معنویت ناسازگار باشد در همان عقلانیت خود عیب و نقصی دارد و معنویتی که با عقلانیت ناسازگار باشد در همان معنویت خود بی‌عیب و نقص نیست. (ضمیمه روزنامه اعتماد شماره ۱۸۸۴، چهارشنبه ۱۶ بهمن ۱۳۸۷)

نظر به اینکه یکی از مهم‌ترین رسالت ادیان توحیدی و انبیای الهی، تاکید بر بعد روحانی و تقویت جنبه‌های معنوی آدمی با استفاده از آموزه‌های دینی است. بنابراین نگارنده بنا دارد در این قسمت به برخی استنادات قرآنی به عنوان کتاب قدسی وحی شده بر پیامبر اسلام حضرت محمد(ص)، در مورد بُعد معنوی انسان، برای خوانندگان گرامی اشاره نماید.

استنادات قرآنی بُعد معنوی و الهی

۱- انشاء دیگر در خلقت آدمی

آفریدگار دانا و حکیم، در قرآن مجید در ادامه داستان آفرینش آدمی، اینگونه اشارت دارد که پس از آراستن انسان به جنبه‌ای از گوشت و استخوان و سایر ویژگی‌های خاکی و مادی، خلقت دیگری را پدید آورد که آن خلقت جدید، همانا دمیده شدن "روح الهی" است. بدین منظور آیات ۱۲ تا ۱۴ سوره مومنون را مرور می‌کنیم: **وَلَقَدْ خَلَقْنَا الْإِنْسَانَ مِنْ سُلَالَةٍ مِنْ طِينٍ (۱۲) ثُمَّ جَعَلْنَاهُ نُطْفَةً فِي قَرَارٍ مَكِينٍ (۱۳) ثُمَّ خَلَقْنَا النُّطْفَةَ عَلَقَةً فَخَلَقْنَا الْعَلَقَةَ مُضْغَةً فَخَلَقْنَا الْمُضْغَةَ عِظَامًا فَكَسَوْنَا الْعِظَامَ لَحْمًا ثُمَّ أَنْشَأْنَاهُ خَلْقًا آخَرَ فَتَبَارَكَ اللَّهُ أَحْسَنُ الْخَالِقِينَ (۱۴).** یعنی: و یقیناً ما انسان را از عصاره و چکیده ای از گل آفریدیم، (۱۲) سپس آن را نطفه‌ای در

قرارگاهی استوار چون رحم مادر قرار دادیم. (۱۳) آن گاه آن نطفه را علقه گردانیدیم، پس آن علقه را به صورت پاره گوشتی درآوردیم و سپس پاره گوشت را استخوان‌هایی ساختیم و بر استخوان‌ها گوشت پوشانیدیم، آنگاه او را با آفرینشی دیگر پدید آوردیم؛ پس همیشه سودمند و بابرکت است خدا که نیکوترین آفرینندگان است (۱۴).

در مفردات راغب، کلمه انشاء به معنی ایجاد چیزی و تربیت آن آمده است، همچنانکه (ن ش ء) و نشاء به معنای احداث و تربیت چیزی است و از همین جهت به جوان نورس میگویند (ناشیء) بنا براین روح آدمی و یا جنبه معنوی آن آفرینش دیگری به جز پوست و گوشت و استخوان (جنبه‌های زیستی) است.

۲- دمیدن روح الهی در آفرینش آدمی

این آفرینش دیگر بر اساس آیات دیگر از جمله آیات ۷۱ و ۷۲ سوره ص، همانا روح خداوندی است: **إِذْ قَالَ رَبُّكَ لِلْمَلَائِكَةِ إِنِّي خَالِقٌ بَشَرًا مِّن طِينٍ (۷۱) فَإِذَا سَوَّيْتُهُ وَنَفَخْتُ فِيهِ مِن رُّوحِي فَقَعُوا لَهُ سَاجِدِينَ (۷۲).** یعنی: یاد کن هنگامی را که پروردگارت به فرشتگان گفت: همانا من بشری از گل خواهم آفرید. (۷۱) پس زمانی که اندامش را درست و نیکو نمودم و از روح خود در او دمیدم، او را سجده کنید. (۷۲). و نیز مشابه همین معنا در آیات ۲۶ تا ۲۹ سوره الحجر، **وَإِذْ قَالَ رَبُّكَ لِلْمَلَائِكَةِ إِنِّي خَالِقٌ بَشَرًا مِّن صَلْصَالٍ مِّن حَمَإٍ مَّسْنُونٍ «۲۸» فَإِذَا سَوَّيْتُهُ وَنَفَخْتُ فِيهِ مِن رُّوحِي فَقَعُوا لَهُ سَاجِدِينَ «۲۹»** سوره حجر، نیز تکرار شده است. بنابراین می‌توان نتیجه گرفت که دمیده شدن روح خداوندی، در حقیقت پدید آوردن خلقت دیگری (انشای الهی) برای موجود خاکی (جسمی) و قلبی (روانی) است که این مقوله سبب امتیاز آدمی بر ملائک شده است و شایستگی سجده آنان را بدنبال آورده است. و نیز همین موضوع، منجر به گفتن "تبارک الله" و "احسن الخالقین" از جانب خداوند منان شده است (آیه ۱۴ سوره مومنون).

۳- تداوم هدایت و حمایت الهی

سَبِّحْ اسْمَ رَبِّكَ الْأَعْلَى «۱» الَّذِي خَلَقَ فَسُوِّي «۲» وَالَّذِي قَدَّرَ فَهَدَى «۳» سوره اعلی، در این آیات پروردگار چنین می‌فرماید: ای پیامبر به نام خدای خود که برتر و بالاتر از همه موجودات است به تسبیح و ستایش مشغول باش، آن خدایی که عالم را خلق کرد و همه موجودات را به حد کمال سامان داد، و آن خدایی که هر چیز را قدر و اندازه‌ای داد و به راه کمالش هدایت کرد. به عبارتی آدمی به عنوان جزئی از خلقت، پس از آفرینش رها شده نیست و مشمول هدایت مستمر الهی است.

۴- حضور ناظر و مداوم خداوندی بر ابعاد آدمی

وَلَقَدْ خَلَقْنَا الْإِنْسَانَ وَنَعْلَمُ مَا تُوَسْوِسُ بِهِ نَفْسُهُ وَنَحْنُ أَقْرَبُ إِلَيْهِ مِنْ حَبْلِ الْوَرِيدِ «۱۶» سوره ق. یعنی: همانا انسان را آفریدیم و همواره آنچه را که باطنش [نسبت به معاد و دیگر حقایق] به او وسوسه می‌کند، می‌دانیم، و ما به او از رگ گردن نزدیک‌تریم.

يَا أَيُّهَا الَّذِينَ آمَنُوا اسْتَجِيبُوا لِلَّهِ وَلِلرَّسُولِ إِذَا دَعَاكُمْ لِمَا يُحْيِيكُمْ وَاعْلَمُوا أَنَّ اللَّهَ يَحُولُ بَيْنَ الْمَرْءِ وَقَلْبِهِ وَأَنَّهُ إِلَيْهِ تُحْشَرُونَ «۲۴» سوره انفال. یعنی: ای اهل ایمان! هنگامی که خدا و پیامبرش شما را به حقایقی که به شما حیات معنوی و زندگی واقعی می‌بخشد، دعوت می‌کنند اجابت کنید و بدانید که خدا میان آدمی و دلش حایل

می‌شود [تا حق را باطل و باطل را حق مپندارد] و مسلماً همه شما به سوی او محشور خواهید شد.

۵- توجه و درخواست آدمی در تنگناها به قدرت خداوندی

وَاِذَا مَسَّ النَّاسَ ضُرٌّ دَعَوْا رَبَّهُمْ مُنِيبِينَ اِلَيْهِ ثُمَّ اِذَا اَذْقَاهُمْ مِنْهُ رَحْمَةً اِذَا فَرِيقٌ مِنْهُمْ بِرَبِّهِمْ يَشْرَكُونَ (۳۳) **سوره روم**. یعنی: هنگامی که به مردم آسیبی برسد، پروردگارشان را در حالی که به سوی او روی آورده‌اند می‌خوانند، سپس زمانی که رحمتی از سوی خود [چون نعمت، ثروت، اولاد و امنیت] به آنان بپشاند، ناگهان گروهی از آنان به پروردگارشان شرک می‌ورزند.

وَاِذَا اُنْعَمْنَا عَلَى الْاِنْسَانِ اُغْرَضَ وَتَاىَ بِجَانِبِهِ وَاِذَا مَسَّهُ الشَّرُّ فَدُوْا دَعَاءَ عَرِیْضٍ (۵۱) **سوره فصلت**. یعنی: و هنگامی که به انسان نعمت عطا می‌کنیم از طاعت و عبادت روی بر می‌گرداند و با کبر و نخوت از ما دور می‌شود، و چون آسیبی به او رسد برای برطرف شدنش به دعای فراوان و طولانی روی می‌آورد.

وَاِذَا مَسَّكُمُ الضُّرُّ فِی الْبَحْرِ ضَلَّ مَنْ تَدْعُوْنَ اِلَّا اِيَّاهُ فَلَمَّا نَجَّاکُمْ اِلَى الْبَرِّ اُغْرَضْتُمْ وَكَانَ الْاِنْسَانُ كَفُوْرًا (۶۷) **سوره اسراء**. یعنی: و زمانی که در دریا سختی و آسیبی به شما برسد، هر که را جز او می‌خوانید ناپدید و گم می‌شود، و هنگامی که شما را با سوق دادنتان به سوی خشکی نجات دهد از خدا روی می‌گردانید. و انسان [با اینکه الطاف خدا را همواره در زندگی خود لمس می‌کند] بسیار ناسپاس است. «۶۷» آیا ایمن هستید از اینکه شما را در کنار خشکی در زمین فرو برد، یا بر شما توفانی از شن و سنگریزه فرستد، سپس برای خود حافظ و نگهبانی نیابید؟! «۶۸» یا ایمن هستید از اینکه بار دیگر شما را به دریا برگرداند، پس توفانی سخت که با خود ریگ و سنگ می‌آورد بر شما فرستد و به سبب اینکه ناسپاسی کردید غرقتان کند؟ آن گاه در برابر کار ما برای خود پی گیر و دفاع کننده‌ای نخواهید یافت «۶۹».

۶- بیماری و ناخوشی‌ها به عنوان آزمون الهی

وَلَنَبْلُوَنَّكُمْ بِشِیْءٍ مِّنَ الْخَوْفِ وَالْجُوعِ وَنَقْصٍ مِّنَ الْاَمْوَالِ وَالْاَنْفُسِ وَالثَّمَرَاتِ وَبَشِّرِ الصَّابِرِیْنَ (۱۵۵) **الذین** اِذَا اَصَابَتْهُمْ مُصِیْبَةٌ قَالُوا اِنَّا لِلّٰهِ وَاِنَّا اِلَيْهِ رَاجِعُونَ (۱۵۶) **اولئک** عَلَیْهِمْ صَلَواتٌ مِّنْ رَبِّهِمْ وَرَحْمَةٌ **وَأُولَئِکَ هُمُ الْمُهْتَدُونَ** (۱۵۷) **سوره بقره**. یعنی: و بی‌تردید شما را به چیزی اندک از ترس و گرسنگی و کاهش بخشی از اموال و محصولات [نباتی یا ثمرات باغ زندگی از زن و فرزند] آزمایش می‌کنیم. و صبرکنندگان را بشارت ده. «۱۵۵» همان کسانی که چون مصیبتی سخت به آنان رسد می‌گویند: **انا لله و انا الیه راجعون** «ما مملوک خداییم و یقیناً به سوی او بازمی‌گردیم» «۱۵۶» آنانند که درودها و رحمتی از سوی پروردگارشان بر آنان است و آنانند که هدایت یافته‌اند «۱۵۷».

۷- بعد معنوی و بازاری از اعمال خلاف در خلوت و جلوت

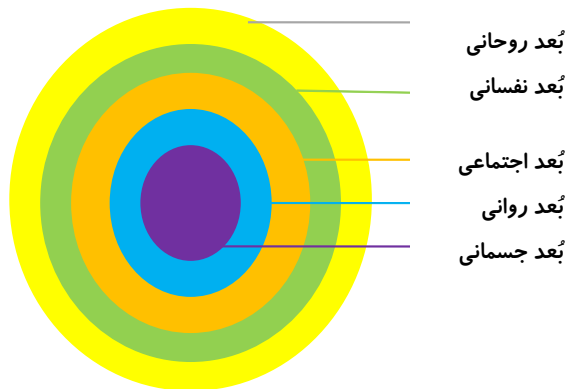
باور آدمی به حضور ناظر مستمر خداوندی و اعتقاد به هشدار الهی "فَمَنْ يَعْمَلْ مِثْقَالَ ذَرَّةٍ خَيْرًا يَرَهُ" (۷)

وَمَنْ يَعْمَلْ مِثْقَالَ ذَرَّةٍ شَرًّا يَرَهُ «۸» سوره زلزال ، پس هرکس هموزن ذره‌ای نیکی کند، آن نیکی را ببیند . «۷» و هرکس هموزن ذره‌ای بدی کند، آن بدی را ببیند. «۸» یعنی: او را از ارتکاب اعمال نادرست و خارج از موازین دینی، اخلاقی و عرفی در پیدا و نهان، باز می‌دارد و ماحصل این رفتار کمک به امر تأمین و ارتقای سلامت همه‌جانبه و امنیت جامعه می‌باشد.

وجود بعد چهارم از ابعاد انسانی

با توجه به شواهد بر شمرده مذکور، انکار بُعد چهارم انسانی، یعنی بعد الهی، روحی و یا معنوی، هم نوعی جهل و هم به نوعی جفا به آدمی است. جهل است چون معرفی انسان سه بعدی (زیستی، روانی، اجتماعی)، شناخت ناقصی از انسان را ارائه می‌کند. جفا است چون نگرش شناختی انسان‌های خداپرست را در مورد هضم عوامل ناخوشایند، به عنوان عوامل زمینه‌ای، آشکارساز و تداوم‌بخش تمام بیماری‌ها، چون آزمون الهی دانستن، نادیده می‌انگارد.

نمودار ابعاد انسانی از دیدگاه الهی (قرآنی)



در شکل فوق، ابعاد پنجگانه (زیستی، روانی، اجتماعی، معنوی و نفسانی) از دیدگاه الهی را مطرح نموده‌ایم. به نظر می‌رسد ابعاد بالاتر به گونه‌ای بر ابعاد پایینتر، کنترل و نظارت دارند. به گونه‌ای که مثلاً بعد روانی بر بعد جسمی و بعد اجتماعی بر بعد روانی و بعد روحانی بر همه ابعاد دیگر نظارت می‌کنند. بنابر این انسان این استعداد را دارد که نه تنها بر خویشتن نظارت کند بلکه از نظر اجتماعی نیز بر رفتار هموعان خویش نظارت نماید و این معنای نظارت همگانی است. نظارتی که همواره انبیا و صلحا که خود همیشه در خودسازی گوی سبقت را از دیگران ربوده‌اند، در این قسم اجتماعی نظارت نیز پیشقدم بوده‌اند و بسیار مبرهن است که چنین نظارتی ضامن سلامت و هدایت جامعه به سمت و سوی کمال است.

ماهیت بعد چهارم و برخی مختصات آن

۱- بعد چهارم از جنس "روح" و ماهیت آن از نوع "امر" است

وَيَسْأَلُونَكَ عَنِ الرُّوحِ قُلِ الرُّوحُ مِنْ أَمْرِ رَبِّي وَمَا أُوتِيتُمْ مِنَ الْعِلْمِ إِلَّا قَلِيلًا «۸۵» سوره اسراء. یعنی: و از تو در باره روح می‌پرسند، بگو: روح از "امر" پروردگار من است، و از دانش آن جز اندکی به شما نداده‌اند. وَكَذَلِكَ أَوْحَيْنَا إِلَيْكَ رُوحًا مِّنْ أَمْرِنَا مَا كُنْتَ تَدْرِي مَا الْكِتَابُ وَلَا الْإِيمَانُ وَلَكِن جَعَلْنَاهُ نُورًا نَّهْدِي بِهِ مَن نَّشَاءُ مِنْ عِبَادِنَا وَإِنَّكَ لَتَهْدِي إِلَى صِرَاطٍ مُسْتَقِيمٍ «۵۲» سوره شوری. یعنی: و همان گونه که بر پیامبران پیشین وحی کردیم روحی را از "امر" خود به تو نیز وحی نمودیم. تو پیش از وحی نمی‌دانستی کتاب و ایمان به آن چیست؟ ولی آن کتاب را نوری قرار دادیم که هر کس از بندگانمان را بخواهیم به وسیله آن هدایت می‌کنیم؛ بی‌تردید تو مردم را به راهی راست هدایت می‌نمایی.

۲- ماهیت "امر" غیر از "خلق" است

إِنَّ رَبَّكُمُ اللَّهُ الَّذِي خَلَقَ السَّمَاوَاتِ وَالْأَرْضَ فِي سِتَّةِ أَيَّامٍ ثُمَّ اسْتَوَىٰ عَلَى الْعَرْشِ يُغْشِي اللَّيْلَ النَّهَارَ يَطْلُبُهُ حَنِينًا وَالشَّمْسُ وَالْقَمَرُ وَالنُّجُومُ مُسَخَّرَاتٌ بِأَمْرِهِ إِلَّا لَهُ الْخَلْقُ وَالْأَمْرُ تَبَارَكَ اللَّهُ رَبُّ الْعَالَمِينَ «۵۴» سوره اعراف. یعنی: به یقین پروردگار شما خدا است که آسمان‌ها و زمین را در شش روز آفرید، سپس بر تخت [فرمانروایی و تدبیر امور آفرینش] مسلط شد، شب را در حالی که همواره با شتاب روز را می‌جوید بر روز می‌پوشاند، و خورشید و ماه و ستارگان را که مُسَخَّر فرمان اویند پدید آورد؛ آگاه باشید که آفریدن و "امر" [فرمان نافذ نسبت به همه موجودات] مخصوص اوست؛ همیشه سودمند و با برکت است، پروردگار عالمیان.

۳- امر خدا همواره سنجیده و حساب شده است

مَا كَانَ عَلَى النَّبِيِّ مِنْ حَرَجٍ فِيمَا فَرَضَ اللَّهُ لَهُ سِنَّةُ اللَّهِ فِي الَّذِينَ خَلَوْا مِنْ قَبْلُ وَكَانَ أَمْرُ اللَّهِ قَدَرًا مَّقْذُورًا «۳۸» سوره احزاب. یعنی: بر پیامبر در آنچه خدا برای او واجب کرده است منعی نیست، خدا این روش را درباره کسانی [از پیامبران] که پیش از این گذشته‌اند مقرر داشته است و همواره فرمان خدا نافذ و اندازه‌گیری شده است.

۴- امر خدا همواره تحقق یافتنی است

يَا أَيُّهَا الَّذِينَ آمَنُوا أَوْتُوا الْكِتَابَ آمِنُوا بِمَا نَزَّلْنَا مُصَدِّقًا لِّمَا مَعَكُمْ مِّن قَبْلِ أَنْ نَطْمِسَ وُجُوهًا فَنَرُدَّهَا عَلَىٰ أَدْبَارِهَا أَوْ نَلْعَنَهُمْ كَمَا لَعَنَّا أَصْحَابَ السَّبْتِ وَكَانَ أَمْرُ اللَّهِ مَفْعُولًا «۴۷» سوره نساء. یعنی: ای اهل کتاب! به آنچه بر پیامبر اسلام نازل کردیم که تصدیق کننده تورات و انجیلی است که با شماست ایمان آورید، پیش از آنکه چهره‌هایی را [از شکل و شخصیت انسانی] محو کنیم، و [به کیفر تکبر در برابر پیامبر اسلام و قرآن] به کفر و گمراهی بازگردانیم، یا چنان که اصحاب سبت را لعنت کردیم، لعنت کنیم؛ و فرمان خدا همواره شدنی است.

۵- سرعت تحقق امر خدا، چون چشم به هم زدن و یا کمتر است

وَلِلَّهِ غَيْبُ السَّمَاوَاتِ وَالْأَرْضِ وَمَا أَمْرُ السَّاعَةِ إِلَّا كَلَمْحِ الْبَصَرِ أَوْ هُوَ أَقْرَبُ إِنَّ اللَّهَ عَلَى كُلِّ شَيْءٍ قَدِيرٌ
 «۷۷» سوره النحل. یعنی: غیب آسمان‌ها و زمین ویژه خداست، و کار "امر" (برپا کردن) قیامت برای او جز مانند یک چشم بر هم زدن یا نزدیک‌تر از آن نیست، یقیناً خدا بر هر کاری توانا است.

۶- امر خدا تنها با گفتن "باش یا بشو" تحقق می‌یابد

مَا كَانَ لِلَّهِ أَنْ يَتَّخِذَ مِنْ وَلَدٍ سُبْحَانَهُ إِذَا قَضَىٰ أَمْرًا فَإِنَّمَا يَقُولُ لَهُ كُنْ فَيَكُونُ «۳۵» سوره مریم. یعنی: خدا را نسزد که هیچ فرزندی برای خود برگرد او منزّه است؛ چون "امر" پدید آمدن چیزی را اراده کند، فقط به آن می‌گوید: باش، پس بی‌درنگ موجود می‌شود.

هُوَ الَّذِي يُحْيِي وَيُمِيتُ فَإِذَا قَضَىٰ أَمْرًا فَإِنَّمَا يَقُولُ لَهُ كُنْ فَيَكُونُ «۶۸» سوره غافر. یعنی: اوست که زنده می‌کند و می‌میراند، و چون "امر" پدید آمدن چیزی را اراده کند، فقط به آن می‌گوید: باش. پس بی‌درنگ موجود می‌شود.

بَدِيعُ السَّمَاوَاتِ وَالْأَرْضِ وَإِذَا قَضَىٰ أَمْرًا فَإِنَّمَا يَقُولُ لَهُ كُنْ فَيَكُونُ «۱۱۷» سوره بقره. یعنی: بی‌سابقه ماده و مدت و نقشه پدیدآورنده آسمان‌ها و زمین است و هنگامی که فرمان به وجود آمدن چیزی (امر) را صادر کند فقط به آن می‌گوید: «باش». پس بی‌درنگ می‌باشد.

إِنَّمَا أَمْرُهُ إِذَا أَرَادَ شَيْئًا أَنْ يَقُولَ لَهُ كُنْ فَيَكُونُ «۸۲» سوره یس. یعنی: شأن او این است که چون پدید آمدن چیزی (امر) را اراده کند، فقط به آن می‌گوید: باش، پس بی‌درنگ موجود می‌شود.

۷- همگی امر از آن خداست

وَلَوْ أَنَّ قُرْآنًا سُيِّرَتْ بِهِ الْجِبَالُ أَوْ قُطِعَتْ بِهِ الْأَرْضُ أَوْ كَلِمَةٌ بِهِ الْمَوْتَىٰ بَلْ لِلَّهِ الْأَمْرُ جَمِيعًا أَفَلَمْ يَنبَأِ الَّذِينَ آمَنُوا أَنْ لَوْ يَشَاءُ اللَّهُ لَهْدَىٰ النَّاسَ جَمِيعًا وَلَا يَزَالُ الَّذِينَ كَفَرُوا تُصِيبُهُم بِمَا صَنَعُوا قَارَعَةٌ أَوْ تَحُلُّ قَرِيبًا مِّنْ دَارِهِمْ حَتَّىٰ يَأْتِيَ وَعْدُ اللَّهِ إِنَّ اللَّهَ لَا يُخْلِفُ الْمِيعَادَ «۳۱» سوره الرعد. یعنی: و اگر قرآنی بود که به وسیله آن کوه‌ها به حرکت می‌آمدند، یا زمین پاره‌پاره می‌گشت، یا به وسیله آن با مردگان سخن گفته می‌شد [باز هم این کافران لجوج، ایمان نمی‌آورند، زیرا وقتی با مشاهده قرآن که بزرگ‌ترین معجزه است ایمان نیاورند با مشاهده هیچ معجزه‌ای ایمان نمی‌آورند! کار هدایت و ایمان اینان ارتباطی به معجزه ندارد] بلکه همه "امر" فقط در اختیار خداست. پس آیا آنان که ایمان آورده‌اند، ندانسته‌اند که اگر خدا می‌خواست همه مردم را از روی اجبار هدایت می‌کرد؟! [ولی هدایت اجباری فاقد ارزش است] و همواره به کافران به کیفر آنچه که انجام دادند، حادثه‌ای کوبنده و بسیار سخت می‌رسد یا حادثه نزدیک خانه‌هایشان فرود می‌آید [که شهر و دیارشان و اطرافش را ناامن می‌کند] تا وعده قطعی خدا [که شکست کامل کافران و عذاب آخرت است] فرا رسد؛ بی‌تردید خدا از وعده تخلف نمی‌کند.

ثُمَّ أَنزَلَ عَلَيْكُم مِّن بَعْدِ الْغَمِّ أَمَنَةً نُّعَاسًا يَغْشَىٰ طَائِفَةً مِّنْكُمْ وَطَائِفَةٌ قَدْ أَهَمَّتْهُمْ أَنفُسُهُمْ يَظُنُّونَ بِاللَّهِ غَيْرَ الْحَقِّ ظَنَّ الْجَاهِلِيَّةِ يَقُولُونَ هَل لَّنَا مِنَ الْأَمْرِ مِنْ شَيْءٍ قُلْ إِنَّ الْأَمْرَ كُلَّهُ لِلَّهِ يُخَفُونَ فِي أَنفُسِهِمْ مَا لَا يُبْدُونَ لَكَ يَقُولُونَ لَوْ كَانَ لَنَا مِنَ الْأَمْرِ شَيْءٌ مَا قُتِلْنَا هَاهُنَا قُلْ لَوْ كُنْتُمْ فِي بُيُوتِكُمْ لَبَرَزَ الَّذِينَ كُتِبَ عَلَيْهِمُ الْقَتْلُ إِلَىٰ

مَصَاجِعِهِمْ وَلِيَبْتَلِيَ اللَّهُ مَا فِي صُدُورِكُمْ وَلِيُمَحَّصَ مَا فِي قُلُوبِكُمْ وَاللَّهُ عَلِيمٌ بِذَاتِ الصُّدُورِ «۱۵۴» **سوره آل عمران.** یعنی: سپس بعد از آن اندوه و غم، خواب آرام بخشی بر شما فرود آمد و گروهی از شما را [که بر اثر پشیمانی، دست از فرار برداشته به سوی پیامبر آمدید] فرا گرفت، ولی گروهی فکر حفظ جانشان آنان را [در آن میدان پر حادثه] پریشان خاطر و غمگین کرده بود، و درباره خدا گمان ناحق و ناروا هم چون گمان‌های زمان جاهلیت می‌بردند [که چون خدا وعده پیروزی داده پس پیروزی بدون هر قید و شرطی حق مسلم آنان است! اما وقتی شکست خوردند درباره وعده خدا دچار تردید شدند و] گفتند: آیا ما را در این امر [پیروزی] اختیاری هست؟ بگو: یقیناً اختیار همه "امرها" به دست خداست. [این نیست که چون خدا وعده پیروزی به شما داده بدون قید و شرط برای شما حاصل شود، پیروزی وعده داده شده، محصول صبر و تقوا، و شکست معلول سستی و نافرمانی است]. آنان در دل‌هایشان چیزی را پنهان می‌کنند که برای تو آشکار نمی‌سازند، می‌گویند: اگر ما را در این امر [پیروزی] اختیاری بود [و وعده خدا و پیامبر حقیقت داشت] در اینجا کشته نمی‌شدیم. بگو: اگر شما در خانه‌های خود هم بودید کسانی که کشته شدن بر آنان مقرر شده بود، یقیناً به سوی خوابگاه‌های خود [در معرکه جهاد و جنگ] بیرون می‌آمدند و [تحقق دادن این برنامه‌ها] به سبب این است که خدا آنچه را [از نیت‌ها] در سینه‌های شماست [در مقام عمل] بیازماید، و آنچه را [از عیوب و آلودگی‌ها] در دل‌های شماست، پاک گرداند؛ و خدا به آنچه در سینه‌هاست، داناست.

۸- ملائکه و روح حاملین امر هستند

تَنْزِيلُ الْمَلَائِكَةِ وَالرُّوحُ فِيهَا بِإِذْنِ رَبِّهِمْ مَن كُلُّ أَمْرٍ «۴» سَلَامٌ هِيَ حَتَّىٰ مَطْلَعِ الْفَجْرِ «۵» **سوره قدر.** یعنی: فرشتگان و روح در آن شب به اذن پروردگارشان برای [تقدیر و تنظیم] هر "امری" نازل می‌شوند. «۴» این شب تا برآمدن سپیده‌دم سراسر سلام و رحمت است.

۹- علم آدمی نسبت به امر خدا قلیل و البته با اذن اوست

وَيَسْأَلُونَكَ عَنِ الرُّوحِ قُلِ الرُّوحُ مِنْ أَمْرِ رَبِّي وَمَا أُوتِيتُمْ مِنَ الْعِلْمِ إِلَّا قَلِيلًا «۸۵» **سوره اسراء.** یعنی: و از تو درباره روح می‌پرسند، بگو: روح از امر پروردگار من است و از دانش آن جز اندکی به شما نداده‌اند. «۸۵»

إِنَّ رَبَّكُمُ اللَّهُ الَّذِي خَلَقَ السَّمَاوَاتِ وَالْأَرْضَ فِي سِتَّةِ أَيَّامٍ ثُمَّ اسْتَوَىٰ عَلَى الْعَرْشِ يُدَبِّرُ الْأَمْرَ مَا مِنْ شَفِيعٍ إِلَّا مِنْ بَعْدِ إِذْنِهِ ذَلِكَمُ اللَّهُ رَبُّكُمْ فَاعْبُدُوهُ أَفَلَا تَذَكَّرُونَ «۳» **سوره یونس.** یعنی: یقیناً پروردگارتان خدای یکتاست که آسمان‌ها و زمین را در شش روز پدید آورد، آن گاه بر تخت فرمانروایی و حکومت بر آفرینش چیره شد، همواره "امر" جهان را تدبیر می‌کند. در امر هیچ واسطه‌ای جز پس از اذن او نیست. این است خدا، پروردگار شما، پس او را بپرستید؛ آیا متذکر حقایق نمی‌شوید.

مصدیقی از امر خدا

۱- خلقت اولیه حضرت آدم (ع) و تولد حضرت عیسی (ع)

إِنَّ مَثَلَ عِيسَىٰ عِنْدَ اللَّهِ كَمَثَلِ آدَمَ خَلَقَهُ مِنْ تُرَابٍ ثُمَّ قَالَ لَهُ كُنْ فَيَكُونُ «۵۹» سوره آل عمران. یعنی: قطعاً داستان عیسی (ع) نزد خدا از نظر چگونگی آفرینش مانند داستان آدم است که پیکر او را از خاک آفرید، سپس به او فرمود: موجود زنده باش؛ پس بی‌درنگ موجود زنده شد.

قَالَتْ رَبِّ أَنَّىٰ يَكُونُ لِي وَلَدٌ وَلَمْ يَمَسِّنِي بَشَرٌ قَالَ كَذَلِكَ اللَّهُ يَخْلُقُ مَا يَشَاءُ إِذَا قَضَىٰ أَمْرًا فَإِنَّمَا يَقُولُ لَهُ كُنْ فَيَكُونُ «۴۷» سوره آل عمران. یعنی: مریم گفت: ای پروردگار من! چگونه برای من فرزندی خواهد بود، در حالی که هیچ بشری با من تماس نگرفته؟! خدا فرمود: چنین است که می‌گویی [ولی کار خدا همیشه مقید به علل و اسباب نیست] خدا هر چه را بخواهد [با مشیت مطلقه خود] می‌آفریند، چون "امری" را اراده کند جز این نیست که به آن می‌گوید: «باش» پس بی‌درنگ می‌باشد؛

فَاتَّخَذَتْ مِنْ دُونِهِمْ حِجَابًا فَأَرْسَلْنَا إِلَيْهَا رُوحَنَا فَتَمَثَّلَ لَهَا بَشَرًا سَوِيًّا «۱۷» سوره مریم. یعنی: و جدا از آنان پرده‌ای برای خود قرار داد، و ما روح خود را به سوی او فرستادیم، پس برای او به صورت بشری خوش اندام و معتدل نمودار شد. «۱۷»

وَمَرْيَمَ ابْنَتَ عِمْرَانَ الَّتِي أَحْصَيْنَا فَرْجَهَا فَنَفَخْنَا فِيهِ مِنْ رُوحِنَا وَصَدَّقَتْ بِكَلِمَاتِ رَبِّهَا وَكُتِبَ فِي الْكِتَابِ الْأَوَّلِ «۱۲» سوره تحریم. یعنی: و نیز مریم دختر عمران را مثل زده است که دامن خود را پاک نگه داشت و در نتیجه از روح خود در او دمیدیم و کلمات پروردگارش و کتاب‌های او را تصدیق کرد و از اطاعت‌کنندگان فرمان‌های خدا بود. «۱۲»

۲- ساختن کشتی نوح و فوران و فروکش آب روی زمین

فَأَوْحَيْنَا إِلَيْهِ أَنْ اصْنَعْ الْفُلْكَ بِأَعْيُنِنَا وَوَحَيْنَا إِذَا جَاءَ أَمْرُنَا وَفَارَ التَّنُّورُ فَاسْلُكْ فِيهَا مِنْ كُلِّ زَوْجَيْنِ اثْنَيْنِ وَأَهْلَكَ إِلَّا مَن سَبَقَ عَلَيْهِ الْقَوْلُ مِنْهُمْ وَلَا تَخَاطَبْنِي فِي الَّذِينَ ظَلَمُوا إِنَّهُمْ مُّغْرَقُونَ «۲۷» سوره مومنون. یعنی: در نتیجه به او وحی کردیم که زیر نظر ما و پیام ما کشتی بساز چون "امر" ما به هلاکت آنان بیاید و آن تنور از آب فوران کند از هر گونه‌ای از حیوان دو عدد یکی نر و دیگری ماده و نیز خانواده‌ات را وارد کشتی کن، جز افرادی از آنان که فرمان عذاب بر او گذشته و درباره او قطعی شده است، و در باره کسانی که [به سبب شرک و کفر ستم ورزیده‌اند، با من سخن مگوی، زیرا] همه آنان بدون تردید غرق شدنی‌اند. «۲۷»

حَتَّىٰ إِذَا جَاءَ أَمْرُنَا وَفَارَ التَّنُّورُ قُلْنَا احْمِلْ فِيهَا مِنْ كُلِّ زَوْجَيْنِ اثْنَيْنِ وَأَهْلَكَ إِلَّا مَن سَبَقَ عَلَيْهِ الْقَوْلُ وَمَنْ آمَنَ وَمَا آمَنَ مَعَهُ إِلَّا قَلِيلٌ «۴۰» سوره هود. یعنی: (روبارویی نوح و قومش هم‌چنان ادامه داشت تا هنگامی که "امر" ما فرا رسید و تنور فوران کرد، گفتیم: از هر نوع حیوانی یک زوج دوتایی یک نر و یک ماده و نیز خاندانت و آنان را که ایمان آورده‌اند، در کشتی سوار کن مگر کسی که پیش‌تر فرمان غرق شدن را بر ضد او لازم کرده‌ایم. و جز اندکی همراه او ایمان نیاوردند.

قَالَ سَاوِيَ إِلَىٰ جِبَلٍ يَغْصِمُنِي مِنَ الْمَاءِ قَالَ لَا عَاصِمَ الْيَوْمَ مِنْ أَمْرِ اللَّهِ إِلَّا مَنْ رَحِمَ وَحَالَ بَيْنَهُمَا الْمَوْجُ

فَكَانَ مِنَ الْمَغْرِقِينَ «۴۳» وَقِيلَ يَا أَرْضُ ابْلَعِي مَاءَكِ وَيَا سَّمَاءُ أَفْلَعِي وَغِيضَ الْمَاءِ وَقُضِيَ الْأَمْرُ وَاسْتَوَتْ عَلَى الْجُودَى وَقِيلَ بُعْداً لِلْقَوْمِ الظَّالِمِينَ «۴۴» **سوره هود.** یعنی: گفت: به زودی به کوهی که مرا از این آب نکه دارد پناه می‌برم. نوح گفت: امروز در برابر "امر" عذاب خدا هیچ نکه دارنده‌ای نیست مگر کسی که خدا بر او رحم کند. و موج میان آن دو حایل شد و پسر از غرق‌شدگان گردید. «۴۳» و [پس از هلاک شدن کافران] گفته شد: ای زمین! آب خود را فرو بر، و ای آسمان! از ریختن باران باز ایست، و آب کاستی گرفت و "امر" پایان یافت و کشتی بر کوه جودی قرار گرفت و گفته شد: دوری از رحمت خدا بر گروه ستمکاران باد. «۴۴»

درک مقطعی بعد معنوی

همه انسان‌ها به صورت فطری در برخی حالات هیجانی بخصوص در مواجهه با خطر و احساس ترس و یاس، توجهات ویژه همراه با درخواست کمک به مبداء و مقصدی معنوی، که او را مظهر علم، قدرت و حکمت مطلق (الله) می‌دانند پیدا می‌کنند و این همان احساس درک مقطعی بُعد معنوی به صورت ذاتی و فطری است و البته آموزه‌های دینی این درک مقطعی را به باور همیشگی تبدیل می‌نمایند.

بعد معنوی و رابطه آن با آموزه‌های دینی

آموزه‌های دینی توجهات ویژه مرتبط با باورهای فطری و درک مقطعی بُعد معنوی (روحی و یا الهی) را، اولاً از طریق "ذکر الهی" یادآوری و استمرار می‌بخشد، ثانیاً با تمرین از طریق انجام مناسک عبادی تقویت می‌نماید، ثالثاً با نهادینه کردن رفتار اخلاقی در خلوت و جلوت، این بعد را ساماندهی می‌نماید.

بعد معنوی و رابطه آن با سلامت

براساس پیش بینی کمیسیون تعیین کننده اجتماعی سلامت سازمان جهانی بهداشت (۲۰۰۸)، عوامل زیستی و ژنتیک، ۵٪، عوامل رفتاری ۳۰٪، نظام مراقبت از سلامت ۱۰٪، شرایط اجتماعی ۵۵٪ بر روس سلامت تاثیر گذارند.

بعد معنوی (روحی و یا الهی) روی تمامی عوامل مؤثر بر سلامت یعنی، عوامل زیستی، محیطی، نظام ارائه خدمات سلامت و بخصوص عوامل اجتماعی تاثیر اساسی و ماندگار به شکل مفید دارد. بنابراین انکار این بعد، خسران بزرگ بشری در رابطه با نظام سلامت محسوب می‌گردد.

تنها آموزه‌های دینی است که روی هر چهار بعد انسان و بخصوص بعد روحی (معنوی) تاثیر نافذ و بادوام می‌گذارد. بنابراین غفلت از این آموزه‌ها، نیز زیان جبران ناپذیری بر سلامت وارد می‌آورد.

خسارت غفلت از بعد معنوی

نادیده انگاشتن بعد معنوی (روحی، الهی) از جنبه انسانی که قطعاً دخیل در امر سلامت او می‌باشد غفلت بزرگ بین‌المللی محسوب می‌شود و در نتیجه خسارات سترگ حاکمیت غیر اخلاقی، بر جوامع بشریت را سبب

شده است. ماحصل این غفلت، انجام جنایات فجیع بشری در جریان جنگ‌های اول و دوم جهانی، جنگ‌های کره، ویتنام، کامبوج، اعراب و اسرائیل، نسل کشی در آمریکا، آفریقا و اروپا، جنگ‌های داخلی لبنان، جنگ عراق علیه ایران، اشغال کویت، افغانستان و عراق و انجام اعمال غیر انسانی در اردوگاه‌ها و بازداشتگاه‌های نازی‌ها، عراقی‌ها، صرب‌ها، آمریکائی‌ها و سایر کشورها گردید و متأسفانه این نهضت غیر اخلاقی با اسامی دیگر کماکان ادامه دارد.

خسارت و غفلت بعد معنوی در آمریکا (خودکشی و دیگرکشی)

در ایالات متحده آمریکا خودکشی یک معضل عمده سلامت ملی محسوب می‌شود. سالانه بیش از ۳۰۰۰۰ نفر بر اثر خودکشی و حدود ۲۰۰۰۰ نفر بر اثر دیگر کشی می‌میرند و بیش از ۶۰۰۰۰۰ نفر اقدام به خودکشی می‌نمایند. روزانه در آمریکا ۸۵ مورد خودکشی (تقریباً هر ۲۰ دقیقه یک مورد) روی می‌دهد. امروزه اکثر خودکشی‌ها بین سنین ۱۵ تا ۴۴ سال روی می‌دهد. میزان خودکشی در بین جوانان و بخصوص مردان ۱۵ تا ۲۴ ساله به سرعت در حال افزایش است. در طول دهه گذشته میزان خودکشی در بین مردان ۱۵ تا ۳۴ ساله تقریباً ۳۰٪ افزایش یافته است. خودکشی سومین علت مرگ در گروه سنی ۱۵ تا ۲۴ ساله است و پس از حوادث و دیگرکشی (قتل) قرار می‌گیرد. میزان خودکشی در این سنین سالانه ۱ تا ۲ میلیون مورد است.

خسارت کم توجهی بعد معنوی در ایران

کم توجهی و یا به فراموشی سپردن بعد معنوی در کشور ما نیز دستاوردهای غیر اخلاقی را به ارمغان آورده است که به مواردی از آن در زیر اشاره می‌شود:

- ۱ - رایج شدن حرمت شکنی به انسان‌ها در رسانه‌ها و سایت‌ها، همان انسانی که جانشین خداست و حرمتش چون کعبه واجب است.
- ۲ - افت قبح دروغ‌گویی و ریاکاری، این دو آفتی که بالاترین قبح را دارا می‌باشند.
- ۳ - رایج شدن قدرناشناسی و ناسپاسی به خدمات پیشینیان که عذاب شدید الهی را در پی دارد.
- ۴ - مشاهده سرقط علمی در سطح داخل و خارج، یعنی دزدان با چراغی که با آبروی کشور در سطح جهانی بازی می‌کنند.
- ۵ - سیر بالا رونده آسیب‌های اخلاقی و اجتماعی، یعنی همان‌هایی که زنگ خطر سلامت کامل جامعه را به صدا در می‌آورند.
- ۶ - حرکت به سوی جامعه غیر اخلاقی که در زیر به مواردی از این بی‌اخلاقی‌ها از دیدگاه مسئولین و بزرگان کشوری اشاره می‌شود:

دیدگاه برخی بزرگان و مسئولین نظام در مورد جامعه فعلی ما (بی اخلاقی)

آیت الله جوادی آملی، استاد مبرز حوزه علمیه: مشکل جامعه امروز ما بی قانونی و عدم آگاهی و کمبود علم نیست، بلکه مشکل اصلی بی‌اخلاقی‌ها است. (روزنامه آرمان روابط عمومی، ۳ مهر ۱۳۸۹).

آیت الله مظاهری، مدرس خارج فقه حوزه علمیه: تهمت به بزرگان به عنوان تهمت سیاسی، گناه بزرگی است که امروزه در کشور رایج شده است و باید از آن پرهیز شود. (روزنامه آرمان روابط عمومی، ۲۵ دی ۱۳۸۹).

آیت الله صادق لاریجانی، رئیس قوه قضائیه: متأسفانه حرف خلاف و دروغ دارد در جامعه شیوع پیدا می‌کند. خلاف گفتن، مال مردم خوردن، خیانت در امانت، در حال شیوع در جامعه است و دستگاه قضائی از این پرونده‌ها فلج می‌شود. (روزنامه آرمان روابط عمومی، ۸ مهر ۱۳۸۹). احساس می‌شود که متأسفانه، غیبت کردن، خلاف گفتن، افترا بستن و مسائل این چنین در جامعه رواج دارد و کسی به آن اعتناء نمی‌کند و از کنارش می‌گذرد. (روزنامه آرمان روابط عمومی، ۶ دی ۱۳۸۹)

موضوعات مورد تاکید در معنویت درمانی

هم اینک که به ضرورت و اهمیت بُعد معنوی و تا حدی تاثیر آن در سلامت اشاره نمودیم، بی‌مناسبت نیست که به برخی از موارد تاثیر آموزه‌های دینی و معنویت در درمان بیماری‌ها از جمله اختلال افسردگی که پیش بینی می‌شود تا سال ۲۰۳۰-۲۰۲۰، اولین و دومین رتبه بار کلی بیماری‌ها را در سطح جهان به خود اختصاص دهد به شرح زیر اشاره نماییم.

حاصل مطالعات و تحقیقات، نشان می‌دهد که علائق و التزام مذهبی و معنوی با شیوع کمتر افسردگی و علائم خفیف‌تر و سیر و پیش‌آگهی بهتر رابطه دارد، شاید بخشی از دلایل در ارتباط با آموزه‌های زیر باشد:

الف- امتحان الهی تلقی نمودن استرس‌های مزمن و فقدان‌های زندگی توسط فرد دیندار: که منجر به هضم و جذب این عوارض ناخوشایند (که تاثیر سبب شناختی در افسردگی دارند) و در نتیجه، شیوع کمتر و سیر و پیش‌آگهی بهتر اختلال می‌شود. این آموزه را در آیه ۱۵۵ سوره بقره می‌توان یافت: **وَلَبَلُّوْكُمْ بَشِيْءٍ مِّنَ الْخَوْفِ وَ الْجُوعِ وَ نَقْصٍ مِّنَ الْأَمْوَالِ وَ الْأَنْفُسِ وَ الثَّمَرَاتِ (بقره ۱۵۵)**. یعنی: و بی‌تردید شما را به چیزی اندک از ترس و گرسنگی و کاهش بخشی از اموال و محصولات [نباتی یا ثمرات باغ زندگی از زن و فرزند] آزمایش می‌کنیم.

ب- برخورد سازشی و صبر با حوادث ناخوشایند: در ادامه آیه قبلی خداوند می‌فرماید آن دسته از افرادی که در برابر موضوعات ناخوشایند (موضوعات امتحانی) پایداری نشان دهند پیروزمند این میدان آزمایش هستند **وَبَشِّرِ الصَّابِرِيْنَ (۱۵۵) الَّذِينَ إِذَا أَصَابَتْهُمُ مُصِیْبَةٌ قَالُوا إِنَّا لِلَّهِ وَإِنَّا إِلَيْهِ رَاجِعُونَ (۱۵۶) أُولَئِكَ عَلَيْهِمْ صَلَوَاتٌ مِّنْ رَبِّهِمْ وَرَحْمَةٌ وَأُولَئِكَ هُمُ الْمُفْتَخِرُونَ (۱۵۷) سوره بقره**. یعنی: همان کسانی که چون مصیبتی سخت به آنان رسد می‌گویند: **انا لله و انا الیه راجعون** «ما مملوک خداییم و یقیناً به سوی او بازمی‌گردیم» «۱۵۶» «آنانند که درووها و رحمتی از سوی پروردگارشان بر آنان است و آنانند که هدایت یافته‌اند.» «۱۵۷»

ج- نگرش مثبت توأم با عزت نفس و امیدوارانه به خود و زندگی: خداوند منان در آیه ۸ از سوره منافقون می‌فرماید که منافقین می‌گویند: اگر به مدینه باز گردیم، مسلماً کسی که به خاطر داشتن امکانات نیرومندتر است آن را که خوارتر است از آنجا بیرون می‌کند. در حالی که نیرومندی و اقتدار برای خدا و پیامبر او و مؤمنان است، ولی منافقان به این حقیقت آگاهی ندارند. «۸» **(... وَ لِلّٰهِ الْعِزَّةُ وَ لِرَسُوْلِهِ وَ لِلْمُؤْمِنِيْنَ (منافقون ۸)** و یا در آیه ۱۳۹ سوره آل عمران چنین می‌فرماید: **وَلَا تَهِنُوا وَ لَا تَحْزَنُوا وَ أَنْتُمْ الْأَعْلَوْنَ إِنْ كُنْتُمْ مُّؤْمِنِيْنَ (آل عمران**

۱۳۹). و [در انجام فرمان‌های حق و در جهاد با دشمن] سستی نکنید و [از پیش آمدها و حوادث و سختی‌هایی که به شما می‌رسد] اندوهگین مشوید که شما اگر مؤمن باشید، برترید.

د- پرهیز از نومیدی: قُلْ يَا عِبَادِيَ الَّذِينَ أَسْرَفُوا عَلَىٰ أَنْفُسِهِمْ لَا تَقْنَطُوا مِنْ رَحْمَةِ اللَّهِ إِنَّ اللَّهَ يَغْفِرُ الذُّنُوبَ جَمِيعًا (زُمر ۵۳)، بگو: ای بندگان من که [با ارتکاب گناه] بر خود زیاده روی کردید! از رحمت خدا نومید نشوید، یقیناً خدا همه گناهان را می‌آمرزد؛ زیرا او بسیار آمرزنده و مهربان است؛ «۵۳»
و لَا تَأْيِسُوا مِنْ رَوْحِ اللَّهِ إِنَّهُ لَا يَأْيِسُ مِنْ رَوْحِ اللَّهِ إِلَّا الْقَوْمُ الْكَافِرُونَ (یوسف ۸۷)، ای پسرانم! بروید آن گاه از یوسف و برادرش جستجو کنید و از رحمت خدا مأیوس نباشید؛ زیرا جز مردم کافر از رحمت خدا مأیوس نمی‌شوند

ه- بسنده نکردن به کراهت و رضایت ظاهری: كُتِبَ عَلَيْكُمُ الْقِتَالُ وَهُوَ كُرْهُ لَكُمْ وَعَسَىٰ أَنْ تَكْرَهُوا شَيْئًا وَهُوَ خَيْرٌ لَكُمْ وَعَسَىٰ أَنْ تُحِبُّوا شَيْئًا وَهُوَ شَرٌّ لَكُمْ وَاللَّهُ يَعْلَمُ وَأَنْتُمْ لَا تَعْلَمُونَ (۲۱۶) سوره بقره، جنگ با دشمن بر شما مقرر شده و حال آنکه برایتان ناخوشایند است و بسا چیزی را خوش ندارید و آن برای شما خیر است و بسا چیزی را دوست دارید و آن برای شما زیان دارد؛ و خدا مصلحت شما را در همه امور می‌داند و شما نمی‌دانید. «۲۱»

... وَعَاشِرُوهُمْ بِالْمَعْرُوفِ فَإِنْ كَرِهْتُمُوهُمْ فَعَسَىٰ أَنْ تَكْرَهُوا شَيْئًا وَيَجْعَلَ اللَّهُ فِيهِ خَيْرًا كَثِيرًا (۱۹) سوره نساء، و با آنان به صورتی پسندیده رفتار کنید. و اگر به علتی از آنان نفرت داشتید [باز هم با آنان به صورتی پسندیده رفتار کنید] چه بسا چیزی خوشایند شما نیست و خدا در آن خیر فراوانی قرار می‌دهد

و- عدم غمگینی و شادمانی به حوادث جاری مَا أَصَابَ مِنْ مُصِيبَةٍ فِي الْأَرْضِ وَلَا فِي أَنْفُسِكُمْ إِلَّا فِي كِتَابٍ مِنْ قَبْلِ أَنْ نَبْرَأَهَا إِنَّ ذَلِكَ عَلَى اللَّهِ يَسِيرٌ (۲۲) سوره حدید، هیچ آسیبی در زمین [چون زلزله، سیل، توفان و قحطی] و در وجود خودتان [چون بیماری، رنج، تعب و از دست رفتن مال و ثروت] روی نمی‌دهد مگر پیش از آنکه آن را به وجود آوریم در کتابی [چون لوح محفوظ] ثبت است، بی‌تردید این [تقدیر حوادث و فرمان قطعی به پدید آمدنش] بر خدا آسان است. «۲۲» تا [با یقین به اینکه هر آسیبی و هر عطا و منعی فقط به اراده خدا است و شما را در آن اختیاری نیست] بر آنچه از دست شما رفت، تأسف نخورید و بر آنچه به شما عطا کرده است شادمان نشوید، و خدا هیچ گردنکش خودستا را [که به نعمت‌ها مغرور شده است] دوست ندارد. خدا آرامش بخش روان است: الَّذِينَ آمَنُوا وَتَطْمَئِنُّ قُلُوبُهُمْ بِذِكْرِ اللَّهِ أَلَا بِذِكْرِ اللَّهِ تَطْمَئِنُّ الْقُلُوبُ (۲۸) سوره رعد، [بازگشتگان به سوی خدا] کسانی هستند که ایمان آوردند و دل‌هایشان به یاد خدا آرام می‌گیرد، آگاه باشید! دل‌ها فقط به یاد خدا آرام می‌گیرد. «۲۸»

۹- خدا اجابت کننده و رفع کننده بدی از درماندگان: أَمَّنْ يُجِيبُ الْمُضْطَرَّ إِذَا دَعَاهُ وَيَكْشِفُ السُّوءَ وَيَجْعَلُكُمْ خُلَفَاءَ الْأَرْضِ أَلَا إِلَهَ مَعَ اللَّهِ قَلِيلًا مَا تَذْكُرُونَ (۶۲) سوره النمل. [آیا آن شریکان انتخابی شما بهترند] یا آنکه وقتی درمانده‌ای او را بخواند اجابت می‌کند و آسیب و گرفتاری‌اش را دفع می‌نماید و شما را جانشینان دیگران در روی زمین قرار می‌دهد؟ آیا با خدا معبودی دیگر هست [که شریک در قدرت و ربوبیت او باشد؟!]. اندکی متذکر و هوشیار می‌شوند.

وَإِذَا سَأَلَكَ عِبَادِي عَنِّي فَإِنِّي قَرِيبٌ أُجِيبُ دَعْوَةَ الدَّاعِ إِذَا دَعَانِ فَلْيَسْتَجِيبُوا لِي وَلْيُؤْمِنُوا بِي

لَعَلَّهُمْ يَرْشُدُونَ «۱۸۶» سوره بقره، هنگامی که بندگانم از تو درباره من پرسند، [بگو:] یقیناً من نزدیکم، دعای دعا کننده را زمانی که مرا بخواند اجابت می‌کنم؛ پس باید دعوتم را بپذیرند و به من ایمان آورند، تا به حق و حقیقت راه یابند و به مقصد اعلی برسند.

جنبه‌های کاربردی معنویت درمانی

در این بخش پایانی مطلب، ضرورت دارد اشاره شود که "معنویت درمانی" را باید با رعایت نکات زیر در مورد بیماران به مرحله عمل درآورد:

۱- اگر مراجع، تجربه معنوی و باور معنوی دارد و تمایل دارد، می‌توان با یادآوری و تقویت این تجربه و باور (ذکر و عبادت)، او را تشویق و ترغیب به توجه و تمسک به آن مظهر متعالی کمال مطلق، یعنی خدا نمود تا از این طریق (دعا و توسل)، زندگی و به تبع آن، شرایط، مشکلات و بیماری فرد "معنی" یابد و با آن "کنار" (مواجهه نمودن) بیاید.

۲- اگر مراجع، تجربه معنوی دارد ولی باور معنوی ندارد و تمایل به استفاده دارد می‌توان با یادآوری فراوانی اینگونه تجربه (ذکر نعمت و موارد مشابه)، او را تشویق و ترغیب به مطالعه و تامل در مقوله بعد معنوی و معنای زندگی و آفرینش (توبه) نمود تا شاید به باور و تبعات بعدی آن نائل گردد.

۳- اگر مراجع، تجربه معنوی دارد و یا ندارد و باور معنوی ندارد و یا تمایل ندارد از این مقوله در مورد او به کار گرفته شود بهتر است از بعد معنوی در درمان این فرد صرف نظر نمود.

نتیجه گیری

برای شناخت کافی جهت تشخیص‌گذاری و کمک جامع درمانی، باید تمامی ابعاد زیستی، روانی، اجتماعی و روحی یا "معنوی" فرد را مورد توجه قرار داد و به همین جهت است که در فرهنگ ایران زمین در ازمنه تاریخ لفظ "حکیم"، یعنی "دانشمند فیلسوف درست‌کردار، راست‌گفتار و استوار و صاحب‌حکم" برای پزشک به کار می‌بردند و شاید هم یکی از دلایل موفق بودن و مشهور شدن دانشمندانی چون ابوعلی سینا و محمد بن زکریای رازی در امر طبابت، اشراف آنها به علوم طبیعی، روانشناسی، جامعه‌شناسی، فلسفه، مذهب و عرفان بوده است.

البته در وضعیت عصر حاضر به علت گسترده‌ی دانش‌های مورد اشاره، امکان مهارت‌آموزی فردی واحد در همه شاخه‌های علمی میسر نیست و به همین دلیل هرکسی در رشته خاصی توانایی آموختن را دارد، و این بدان معنی است که امروزه باید بپذیریم برای طبابت موثر و جامع لازم است از ابزار کار گروهی و تیمی استفاده شود که این تیم مرکب از پزشک متخصص، روانپزشک، روانشناس، جامعه‌شناس، عالم دینی و سایر تخصص‌های احتمالی مرتبط با بیمار و بیماری است و در برخی کشورها حرکت‌های امیدبخشی در زمینه تشخیص و درمان گروهی شروع شده است و یقیناً سیر تکاملی آن نیز امیدبخش خواهد بود.

در حال حاضر، در منطقه مدیترانه شرقی، برای بُعد معنوی اهمیت شایان توجهی قایل می‌شوند و بسیاری از

واحدهای سازمان جهانی بهداشت، به موضوع مقوله معنوی و مذهبی و فرهنگی، توجه وافری دارند به طوری که در سال ۱۳۶۲ هیأت اجرایی سازمان جهانی بهداشت به پیشنهاد نماینده کشور نروژ، **بعد معنوی سلامت** را هم به عنوان چهارمین بعد سلامت، مورد تصویب قرار داد. پس از آن این موضوع در اجلاس سالیانه سازمان جهانی بهداشت هم به تصویب رسید. اما اجلاس نتوانست تعریف مشترکی از سلامت معنوی به تصویب برساند و لذا توصیه کرد که همه کشورها برحسب شرایط فرهنگی و اجتماعی خود، سلامت معنوی را در سیاست‌ها و برنامه‌های خود منظور نمایند. به نظر می‌رسد، دیر یا زود بشر، این موجود ناشناخته (به تعبیر آلکسیس کارل)، به ابعاد بیشتری از ناشناخته‌های فعلی خود پی خواهد برد. که تا آن زمان خیلی دیر نیست.

به نظر نویسنده، در این موقعیت از تاریخ علم، زمان آن فرا رسیده است که مدل انسان را از جهت شکل‌گیری شخصیت و اسباب و علل بیماری‌های او به صورت پنج بعدی یعنی زیستی (خاکی و مادی)، روانی (قلبی و عاطفی)، اجتماعی (پیرامونی و اکتسابی) و معنوی (روحی) در زمینه استعداد و سازوکار اولیه (نفسانی)، به همان نحو که در شمای قبلی دیده می‌شود، معرفی نماییم و بر بُعد مورد غفلت واقع شده "معنوی" و "روحانی" در ارتقای سلامت بیش از گذشته توجه و عنایت مبذول داریم.

فهرست منابع:

۱. محمدبن زکریای رازی، الحاوی، جلد اول، بیماری‌های مغز و اعصاب و روان، ترجمه: دکتر سید محمود طباطبائی، موسسه

داروسازی الحاوی، ۱۳۶۹

۲. سمپوزیوم بررسی مسائل پسیکوسوماتیک (روان تنائی)، ۱۳۴۱، تهران، انتشارات دانشگاه تهران.

۳. شیخ الرئیس ابوعلی سینا، قانون درطب، کتاب اول، ترجمه: عبدالرحمن شرفکندی کتاب اول، چاپ ششم، انتشارات

سروش، تهران، ۱۳۷۰

۴. شیخ الرئیس ابوعلی سینا، قانون درطب، ترجمه: عبدالرحمن شرفکندی کتاب سوم - بخش اول، چاپ چهارم، انتشارات

سروش، تهران، ۱۳۷۰

۵. طباطبائی، سید محمد حسین، تفسیر المیزان (دوره ۲۳ جلدی)، ترجمه استاد سید محمد باقر موسوی همدانی، چاپ

پنجم، چاپخانه سپهر، ۱۳۷۰

۶. طریقتی، شکرالله (۱۳۶۷) مقدمه‌ای بر بیماریهای روان تنی (پسیکوسوماتیک)، تهران، انتشارات دانشگاه تهران.

۷. غباری بناب، باقر، کودک، نوجوان و معنویت، نشر یسپرون، ۱۳۸۷

۸. غباری بناب، باقر، مشاوره و روان درمانگری بارویکرد معنویت، انتشارات آرون، ۱۳۸۸

۹. قرآن حکیم (۱۳۸۸)، ترجمه مکارم شیرازی، قم، مرکز نشر قرآن جمهوری اسلامی ایران.
۱۰. علی پور، احمد. نوربالا، احمدعلی (۱۳۸۳) مبانی سایکونورواایمونولوژی (روان عصب ایمنی شناسی)، تهران، انتشارات دانشگاه علوم پزشکی تهران.
۱۱. عبدالباقی، محمد فواد، المعجم المفهرس، قم: نوید اسلام، ۱۳۸۳
۱۲. مجله دانشکده پزشکی دانشگاه ملی، ویژه نامه بیماری‌های روان تنی، تهران سال ۱۳۵۶
13. Alister Munro, editor: "Psychosomatic Medicine", 1973.
14. Ader R. editor: Psychoneuroimmunology, Academic Press, New york, 1981.
15. Levy S. editor: Biological Mediators of Stress and Disease: Neoplasia, Elsevier North Holland, New york, 1982.
16. Lipowski Z. J, Lipsitt D.R, Whybrow P.G, : Psychosomatic Medicine, Oxford Univ Press, New york, 1977.
17. Paine W.S, editor: Job, Stress and Burnout: Research, Theory and Intervention Perspectives, Sage, Beverly Hills, 1982.
18. ŠAdock,B.G, SadockV.S, P Ruiz. Kaplan & Sadock's Comprehensive text book of psychiatry. Wolters Kuwer/ Lippincott Williams & Wikins, Volume II, Ninth edition, 2009.

کتاب جامع

بهداشت عمومی

فصل ۱۴، گفتار ۱۵ / دکتر سید احسان بلادیان، دکتر حسین حاتمی

آشنایی با پزشک خانواده

Family physician

فهرست مطالب:

تاریخچه مختصری از بهداشت و درمان تا پزشک خانواده.....	۳۱۸۳
مقدمه:	۳۱۸۳
وضعیت پزشکی در ایران در سالهای اخیر	۳۱۸۴
تاریخچه پزشک خانواده.....	۳۱۸۵
آمریکا:	۳۱۸۵
انگلستان:	۳۱۸۶
آلمان:	۳۱۸۶
نگاهی به وضعیت کنونی پزشک خانواده در ایران:	۳۱۸۶
الف - برنامه پزشک خانواده و بیمه روستایی	۳۱۸۷
ب - برنامه پزشک خانواده در مناطق شهری	۳۱۸۸
ضرورت طرح پزشک خانواده	۳۱۹۳
مسئولیت پزشک خانواده	۳۱۹۴
نظام ارجاع	۳۱۹۵
بسته خدمات سلامت	۳۱۹۵
سطح بندی خدمات	۳۱۹۶
جامعه تحت پوشش	۳۱۹۷
دسترسی	۳۱۹۸
خلاصه‌ای از خدمات پزشک خانواده:	۳۱۹۸
تحول سلامت و پزشک خانواده	۳۱۹۹
منابع	۳۲۰۲

آشنایی با پزشک خانواده Family physician

دکتر سید احسان بلادیان*، دکتر حسین حاتمی**

* متخصص پزشکی اجتماعی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی

** دانشکده بهداشت و ایمنی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی

اهداف درس:

انتظار می‌رود فراگیرنده، پس از گذراندن این درس، بتواند:

- تاریخچه پزشک خانواده در سطح جهان و ایران را شرح دهد
- موفقیت برنامه در سایر کشورهای جهان را توضیح دهد
- پزشک خانواده را تعریف کند
- وضعیت فعلی پزشک خانواده در ایران را تشریح نماید
- سطح بندی خدمات را بیان نموده و هریک را با ذکر مثال، توضیح دهد
- نظام ارجاع را شرح دهد
- ارتباط تحول سلامت و پزشک خانواده را شرح دهد
- خلاصه‌ای از خدمات پزشک خانواده را بیان کند
- مواردی از اهمیت و ضرورت طرح پزشک خانواده را بیان نموده و با ذکر مثال، توضیح دهد.

تاریخچه مختصری از بهداشت و درمان تا پزشک خانواده

مقدمه:

شاید در این خصوص که توجه به سلامتی، از بدو خلقت انسان در مخیله او پدید آمده است تردیدی وجود نداشته باشد. گواه این مدعا وجود نشانه‌هایی از اقدامات پیشگیرانه در رابطه با خطرات، ایجاد حفاظ در مقابل سرما و عوامل آسیب رسان طبیعی و در ادامه، استفاده از گیاهان و سایر منابع طبیعی در دسترس به منظور درمان بیماری‌ها را می‌توان نام برد و این اقدامات به ظاهر ساده به تدریج نشر یافت و پایه‌ای شد برای شکل‌گیری طب

در چین، هند، ایران باستان. تا این که مجموعه افکار فلسفی، پزشکی و بهداشتی، در یونان باستان ایجاد مکاتبی در شاخه طب نمود که سبب معرفی افراد سرامدی چون بقراط، سقراط، افلاطون، ارسطو و ... شد. البته ایران باستان هم سرآمدهایی در زمینه پزشکی داشت. از جمله **حضرت زرتشت** (ع) که از طرف خدای یگانه، نوید آفرینش ده هزار گیاه دارویی را داد و ضمن اشاعه فرهنگ "**دارودرمانی**"، "**عمل جراحی**" و "**معنویت درمانی**"، روش سوم را بر دو شیوه دیگر ترجیح داد و بر دریافت حق ویزیت و مخارج درمانی، متناسب با میزان درآمد مردم تاکید کرد و بدینوسیله اولین منشور **حقوق بیماران** را در دورانی به فاصله چند هزار سال قبل از میلاد مسیح (ع) رقم زد و **عدالت عمودی (Vertical Equity)** در برخورداری یکسان از خدمات درمانی در مقابل پرداخت متناسب با میزان درآمد را ابلاغ نمود و دستورالعمل‌های مکتوبی را در خصوص رعایت موازین بهداشتی و احترام به عوامل پاک کننده‌ای همچون آب و آتش در کتاب اوستا به یادگار گذاشت و علاوه بر او افراد دیگری نظیر مانی، برزویه طبیب و ... نیز جزو طلایه داران پزشکی و بهداشت قبل از اسلام به حساب می‌آیند. اما اوج شکوفایی پزشکی و بهداشت در بزرگترین جهان شهر اسلام، یعنی ایران پس از ظهور دین مبین اسلام، روی داد و بزرگانی چون زکریای رازی، علی ابن عباس اهوازی، بوعلی سینا و حکیم جرجانی با بهداشت گرایی و پژوهش محوری برگرفته از فهم آیات قرآنی و بهره گیری از فرهنگ غنی پزشکی و بهداشت آن زمان را به گونه‌ای رقم زدند که قرن‌ها بعد زمینه تکامل پزشکی و بهداشت نوین را فراهم نمود.

وضعیت پزشکی در ایران طی سال‌های اخیر

در سال‌های اخیر در ایران وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی تاسیس گردید که نگاهی به سابقه این وزارتخانه تا رسیدن به برنامه پزشک خانواده، بی‌مناسبت نیست. در واقع فعالیت‌های نوین پزشکی در سطح کشور، از زمان امیرکبیر در دوران پادشاهی ناصرالدین شاه و فعالیت دارالشفای رسمیت پیدا کرد و اولین قانون مربوط به طبابت، مصوب ۱۲۹۰ می‌باشد و سال ۱۳۰۵ را می‌توان به عنوان سال ایجاد تشکیلات قانونی در ارتباط با فعالیت‌های بهداشتی و درمانی اعلام کرد. در اینجا فهرست وار بعضی از موارد قانونی که اثرات ساختاری و تشکیلاتی در ساختار سازمانی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی داشته است آورده شده است:

- تشکیل **اداره کل صحیه** با توجه به قانون تمرکز موسسات صحتی مملکتی، بهمن ماه ۱۳۰۵
- تبدیل اداره کل بهداری به **وزارت بهداری** طبق اصلاحیه قانون بودجه کل سال ۱۳۲۰ کشور مصوبه هشتم آبان ماه ۱۳۲۰
- واگذاری امور بهداری به مردم به موجب قانون مصوب اردیبهشت ۱۳۳۷
- تمرکز و هماهنگی امور درمانی کارمندان دولت به موجب قانون مصوب خرداد ماه ۱۳۴۴
- واگذاری موسسات و امور درمانی وزارت بهداری به **شیر و خورشید سرخ** یا **سازمان خدمات اجتماعی** و یا **بنگاه حمایت مادران و نوزادان** (طبق تبصره ۵۶ قانون بودجه سال ۱۳۴۴ کل کشور)
- تشکیل **وزارت بهداری و بهزیستی** به موجب قانون مصوب تیرماه ۱۳۵۵
- تشکیل **سازمان‌های منطقه‌ای بهداشت و درمان استان‌ها** یا **فرمانداری کل** طبق قانون مصوب ۱۳۵۵

- تصویب نمودار سازمانی بهداری و بهزیستی در سال ۱۳۵۸
- حذف بهزیستی از عنوان بهداری و بهزیستی و تشکیل سازمان بهزیستی کشور در سال ۱۳۵۸
- تشکیل وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی به موجب قانون تشکیل وزارت بهداشت در سال ۱۳۶۴
- تصویب قانون تشکیلات و وظایف وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی در سال ۱۳۶۷
- تصویب برنامه پزشک خانواده در سال ۱۳۸۴ و شروع برنامه از همان سال.

تاریخچه پزشک خانواده

تاریخچه پزشک خانواده به سال‌های پس از جنگ جهانی دوم برمی‌گردد. هنگامی که با افزایش تخصص‌های پزشکی، پزشکان عمومی به انزوا می‌رفتند برای حل این معضل، در سال ۱۹۶۹ در آمریکا بورد پزشکی خانواده به رسمیت شناخته شد و در سال ۱۹۷۲ آکادمی پزشک عمومی آمریکا به آکادمی پزشک خانواده تغییر نام داد. در پی این تحولات، کشورهای دیگری چون کانادا، انگلستان، چین، ویتنام، تایلند، ژاپن، عربستان، فلسطین و ۶۰ کشور دیگر نیز به این برنامه پیوستند که به اختصار به بعضی از کشورهایی که این طرح را با موفقیت به انجام رسانده‌اند، پرداخته می‌شود:

آمریکا:

در رابطه با کشورهای موفق در اجرای طرح پزشک خانواده می‌توان گفت که کشور آمریکا و آلمان دارای بهترین برنامه‌های پزشک خانواده هستند. براساس بررسی‌هایی که سازمان جهانی بهداشت در سال ۲۰۰۴ در آمریکا انجام داده است، ۹۳ درصد بیماران از توجه پزشکان به مسایل و مشکلات آنان، ۶۸ درصد آنان از امکان مساعدت پزشکان خانواده در همه مشکلات بیماران و ۹۷ درصد آنان از صداقت و همدلی پزشکان خانواده رضایت داشته‌اند. همچنین داده‌های مربوط به اجرای پزشک خانواده در آن کشور، نشان می‌دهد که به طور متوسط بیش از ۶۰ درصد از منابع عمومی برای مراقبت از بیماری‌های مزمن به پزشکان خانواده و عمومی اختصاص می‌یابد. براساس این مطالعه که نتایج آن در مقالات علمی تخصصی داخلی نیز منعکس شده است، در آمریکا از کل پزشکان همکاری کننده با طرح پزشک خانواده ۱۲ درصد، متخصص پزشک خانواده، ۱۳ درصد متخصص داخلی، ۵ درصد متخصص زنان و زایمان، ۳ درصد جراح عمومی و ۵۸ درصد بقیه را پزشکان عمومی و سایر تخصص‌ها تشکیل می‌دادند. در حالی که مطالعات داخلی در ایران نشان می‌دهد در حال حاضر تمامی پزشکان خانواده را پزشکان عمومی تشکیل می‌دهند.

همچنین در حالیکه فقط ۲۱ درصد جمعیت آمریکا در مناطق روستایی زندگی می‌کنند، مطالعه توزیع جغرافیایی پزشکان نشان دهنده این واقعیت است که ۲۴ درصد پزشکان خانواده در مناطق روستایی و بقیه در مناطق شهری آن کشور مشغول خدمت هستند. نکته مهم در رابطه با موفقیت طرح پزشک خانواده در آن کشور، حقوق بالای پزشکان در این طرح بوده است. به طوری که میزان درآمد سالیانه برای پزشکان عمومی پس از کسر مالیات ۱۱۶۰۰۰ دلار و پزشکان خانواده ۱۵۰۰۰۰ دلار است.

انگلستان:

انگلیس از سال ۱۹۴۲ تا کنون دارای یک نظام درمانی جامع ملی است که از طریق درآمدهای مالیاتی، تامین مالی شده و به وسیله یک بخش خصوصی کوچک و مستقل، همراهی می‌شود. عمده درآمد نظام از طریق مالیات بیمه‌ای است. این درآمد در اختیار پرداخت کنندگان شامل وزارت بهداشت و درمان، کمیته‌های پزشک خانواده و ادارات محلی قرار می‌گیرد. سیستم مورد اشاره، سه سطح خدمات پزشکی خانواده، خدمات ادارات بهداشتی محلی و خدمات بیمارستانی را شامل می‌شود. خدمات بهداشتی و درمانی خانواده‌ها از طریق ارائه دهندگان مستقل عرضه می‌شود. خدمات بهداشت و درمان جامعه و بستری نیز از طریق بیمارستان‌های عمومی و به وسیله افراد حقوق بگیر، ارائه می‌گردد. یک بخش کوچکتر اما در حال رشد مراقبت‌های بهداشتی و درمانی نیز وجود دارد که تامین مالی آن به وسیله پرداخت مستقیم و نیز از طریق بیمه خصوصی در چارچوب مدل میزان خدمات صورت می‌پذیرد.

هزینه‌های مالی بیمار نیز در آن کشور، مستقیماً توسط شرکت‌های بیمه خصوصی به خود وی پرداخت می‌شود. در سال ۱۹۸۹ یک رفرم با نام طرح کاغذ سفید در نظام بهداشتی و درمانی کشور انگلیس شکل گرفت. گرچه اصول اولیه سیستم نظام خدمات بهداشتی و درمانی ملی بویژه نحوه تامین مالی آن تغییرات عمده‌ای نکرده ولی در مالکیت مراکز درمانی و نحوه عملکرد پزشکان، تغییرات عمده‌ای حاصل شده است. پس از رفرم ۱۹۸۹ گسترش بخش خصوصی تشدید شد و بیمارستان‌ها و مراکز بهداشتی درمانی، از شکل انحصاری خارج گردیده و به مدل قراردادی نزدیکتر شدند.

آلمان:

در آلمان برنامه پزشک خانواده و نظام ارجاع براساس نظام تامین اجتماعی است که در آن گستره‌ای از سازمان‌های بیمه‌گر وجود دارد که از لحاظ سازمانی مستقل از فراهم آورندگان مراقبت‌های بهداشتی هستند و صندوق‌های بیمه در حقیقت بخشی از بیمه‌های اجتماعی می‌باشند.

هزینه‌های سرمایه‌ای عموماً توسط دولت تامین می‌شود. منبع درآمد نظام عموماً از طریق مالیات‌های عمومی، مالیات بیمه‌ای و حق بیمه‌های خصوصی و عمومی تحقق می‌یابد. شرکت بیمه‌گر خصوصی به صورت کارانه هزینه‌های بیمارستان‌های خصوصی و انتفاعی و همچنین پزشکان خود را پرداخت می‌کنند.

هر شهروند آلمانی موظف به داشتن نوعی بیمه است و در حدود ۹۰ درصد مردم آلمان تحت پوشش صندوق‌های بیمه هستند. حق بیمه درصد مشخصی از حقوق و دستمزد ناخالص است. کل مبلغ حق بیمه به طور یکسان بین کارگر و کارفرما تقسیم می‌شود و همچنین افراد غیرشاغل نظیر بازنشستگان، کشاورزان، از کار افتادگان و دانش آموزان نیز تحت پوشش بیمه قرار گرفته‌اند. بیماران، تنها بخش کوچکی از هزینه را در نظام بیمه‌ای پرداخت می‌کنند.

نگاهی به وضعیت کنونی پزشک خانواده در ایران:

شرایط کنونی کشور ما با توجه به وجود مشکلات بهداشتی و شیوع برخی بیماری‌های عفونی و قلبی - عروقی، حاکی از ضرورت توجه هر چه تخصصی‌تر به پزشکی خانواده است. از سوی دیگر، ظرفیت گشوده‌ای برای

توان بالقوه پزشکان عمومی بیکار است که با بازآموزی آنها می‌توان توان بیش از ۱۰ هزار نفر پزشک عمومی را به شکل تخصصی‌تر و کاراتری به کار گرفت. هزینه‌های بالای درمان و بستری شدن در بیمارستان‌ها و هزینه بالای رفت و آمد مردم روستا و شهرهای کوچک به شهرهای بزرگ، ضرورت نگاه تخصصی به پزشک خانواده است. حدود ۲۰ سال است که در ایران مسئولان به دنبال اجرای این طرح هستند، در حالی که کشورهایی مانند آمریکا، کانادا، ایتالیا، آلمان و انگلیس هر کدام به طور میانگین بیش از ۵۰ سال است که اجرای این طرح را آغاز کرده‌اند.

الف - برنامه پزشک خانواده و بیمه روستایی

در سال ۱۳۶۴ با شروع برنامه مراقبت‌های اولیه بهداشتی (PHC) در قالب نظام شبکه‌های بهداشتی - درمانی کشور، که با به کارگیری ۴ اصل بنیانی برقراری عدالت اجتماعی، همکاری بین بخشی، مشارکت مردمی و استفاده از تکنولوژی مناسب، منجر به ارتقاء چشمگیر شاخص‌های سلامت کشور گردید.

پس از گذشت دو دهه به منظور ارتقاء نظام سلامت و افزایش دسترسی به خدمات به استناد قانون بودجه سال ۱۳۸۴، سازمان بیمه سلامت ایران موظف گردید تا با صدور دفترچه بیمه سلامت ایران برای تمام ساکنین مناطق روستایی، عشایری و شهرهای زیر ۲۰ هزار نفر، امکان بهره‌مندی از خدمات سلامت را در قالب برنامه پزشک خانواده و از طریق نظام ارجاع فراهم آورد. با تصویب ماده ۹۱ در برنامه چهارم توسعه اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی کشور و بندهای ج و د ماده ۳۲، بند الف ماده ۳۵ و بند ج ماده ۳۸ در برنامه پنجم توسعه اقتصادی - اجتماعی و فرهنگی کشور نیز تأکیدی بر استقرار بیمه سلامت با محوریت پزشک خانواده و نظام ارجاع هستند. بدین ترتیب فرصتی جدید و مناسب به منظور تأمین سهولت دسترسی به خدمات سلامت برای ساکنین این مناطق پدید آمده است.

محورهای زیر، مهمترین محورهای اجرای برنامه پزشک خانواده در راستای پوشش بیمه‌ای جمعیت روستایی، عشایری و ساکنین شهرهای زیر ۲۰ هزار نفر خواهد بود:

- ساختار مناسب برای ارائه خدمات سلامت در قالب بیمه روستایی، شبکه‌های بهداشتی - درمانی کشور است. در مورد استقرار پزشک، ماما یا پرستار، ارائه دهندگان خدمات آزمایشگاهی، خدمات دارویی و سایر خدمات بهداشتی و درمانی، طرح‌های گسترش شبکه ملاک خواهد بود.
- وجود بسته خدمات سلامت سطح اول که امکان ارائه خدمات با کیفیت و کمیت مناسب را توسط تیم سلامت فراهم می‌کند.
- تعیین جمعیت معین برای یک تیم سلامت (پزشک خانواده) با انجام بررسی‌های به عمل آمده کارشناسی در برنامه کشوری اصلاح نظام سلامت و در نظر گرفتن بسته خدمات پزشک خانواده، جمعیتی در حدود ۲۵۰۰ تا ۴۰۰۰ نفر به ازای هر تیم پزشک خانواده مناسب خواهد بود. بسیار ضروریست که جمعیت‌های روستایی در قالب جمعیت‌های تحت پوشش خانه‌های بهداشت و بدون تغییر در طرح‌های گسترش شبکه، تحت پوشش پزشک خانواده قرار گیرند.
- تبیین مسیر ارجاع که یکی دیگر از محورهای اصلی پزشک خانواده است، در مناطق روستایی کشور

براساس شرایط منطقه، میزان دسترسی به خدمات تخصصی، طراحی راهکارهایی برای مدیریت اطلاعات از سطح متخصص به پزشک خانواده و شرایط ترابری روستایی متغیر خواهد بود. در چنین شرایطی باید ضمن رعایت کلیه نکات پیش‌گفت، مناسب‌ترین شکل ارجاع برای بیمار طراحی گردد.

- از مهمترین شیوه‌های ارزشیابی برنامه پزشک خانواده، سنجش میزان رضایت گیرندگان خدمت است که باید در مراحل طراحی، اجرا و ارزشیابی به عنوان یکی از محوری‌ترین شاخص‌های موفقیت برنامه بیمه روستایی و پزشک خانواده، مد نظر قرار گیرد.
- اصلی‌ترین محور اجرای برنامه پزشک خانواده، موضوع سازوکار پرداخت و فرایند پایش عملکرد پزشک خانواده باتوجه به شاخص‌های سلامت است.

شیوه استقرار برنامه پزشک خانواده در مناطق مجری بیمه روستایی

با تکیه بر اصل سطح بندی خدمات بهداشتی درمانی، تمامی مناطق روستایی و شهری کشور در قالب طرح‌های گسترش شبکه بهداشت و درمان قرار دارند. این بدان معناست که در دفترچه‌های طرح گسترش شبکه هر شهرستان، برای تمامی روستاها و شهرهای زیر ۲۰ هزار نفر و کلاً برای تمام مناطقی که جمعیت در آن، ساکن است، در سطح شهرستان، شیوه دریافت خدمت کاملاً تعیین شده است و در دفترچه طرح گسترش آن شهرستان مشخص می‌باشد که در روستای اصلی و روستای قمر، قدری متفاوت می‌باشد:

روستای اصلی: روستایی که طبق دفترچه‌های طرح گسترش، دارای خانه بهداشت یا پایگاه بهداشت روستایی است. روستای اصلی نام دارد. برخی از این روستاها می‌توانند محل استقرار مرکز بهداشتی - درمانی روستایی نیز باشند. معمولاً یک یا چند خانه بهداشت، تحت پوشش یک مرکز بهداشتی درمانی روستایی فعالیت می‌کنند. در صورت نزدیکی خانه بهداشت به منطقه شهری ممکن است آن خانه بهداشت تحت پوشش مرکز بهداشتی درمانی شهری قرار گیرد که در این شرایط به آن مرکز، مرکز شهری روستایی گفته می‌شود.

روستای قمر: روستایی که طبق دفترچه‌های طرح گسترش، محل استقرار مرکز بهداشتی درمانی روستایی یا خانه بهداشت نبوده ولی تحت پوشش خانه بهداشت می‌باشد و فاصله کمتر از شش کیلومتر با خانه بهداشت دارد.

ب - برنامه پزشک خانواده در مناطق شهری

۱ - مرحله اول

در سال ۱۳۸۹ نیز با عنایت به تدوین، تصویب و ابلاغ دستورالعمل پزشک خانواده و نظام ارجاع در مناطق شهری (نسخه ۰۱) پایلوت این برنامه در برخی از شهرهای ۲۰ تا ۵۰ هزار نفر سه استان خوزستان، چهارمحال و بختیاری و سیستان و بلوچستان آغاز گردید. مشکلات و نارسایی‌های برنامه با همکاری نزدیک مسئولین مربوطه در وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، وزارت تعاون، کار و رفاه اجتماعی و سایر صاحب نظران احصاء و طی جلسات و مطالعات کارشناسی راهکارهای مناسب برای رفع آن مشکلات و روان‌تر کردن نحوه اجرای برنامه طراحی و توافق کارشناسی صورت گرفت.

۲ - مرحله دوم

در سال ۱۳۹۱ (نسخه ۰۲) دستورالعمل اجرایی برنامه پزشک خانواده و نظام ارجاع شهری در راستای اجرای بندهای (ج) و (د) ماده ۳۲ و (الف) ماده ۳۵ قانون برنامه پنجم توسعه تدوین و در هیئت محترم وزیران طی تصویب نامه شماره ۱۰۳۶۲/ت/۴۷۹۷۱ هـ مورخ ۱۳۹۱/۱/۲۶ برای کل مناطق شهری کشور لازم الاجرا گردید. اما به دلایل نبود زیر ساخت‌های ضروری، ازجمله منابع مالی و نیروی انسانی لازم و بروز مشکلات اجرایی احتمالی، توسعه آن در کل کشور به سال‌های بعدی موکول گردید و در دو استان فارس و مازندران در قالب برنامه با دستور عمل فوق اجرایی گردید.

۳ - مرحله سوم

در سال ۱۳۹۳ با مهاجرت روستاییان به درون شهرها و طبقه بندی‌های نوین مناطق شهری (شهريت یافتن مناطقی که در گذشته روستا بودند) بسرعت در حال گسترش‌اند. در سایر شهرهای بزرگ نیز وضعیتی مشابه وجود دارد. به بیان دیگر، گستردگی قاعده هرم سنی جمعیت در سال‌های آغازین راه اندازی نظام شبکه‌ها (حدود ۳۰ سال قبل) بویژه در شهرهای بزرگ در حال انتقال به سطوح بالاتر هرم است و از طرف دیگر، مهاجرت روستاییان به شهرها به علت تفاوت‌های شرایط اقتصادی - اجتماعی زندگی بین شهر و روستا به شکلی مهار نشده ادامه دارد. واقعیات موجود نشان می‌دهند که نسبت جمعیتی شهری به روستایی کشور در حال تغییر و به نفع جمعیت شهری است و نیز تغییر در ساختار این جمعیت، برنامه‌های مورد نیاز اکثریت جامعه، شکلی متفاوت یافته است و به دنبال آن، نیاز به تغییر در ساختار شبکه‌ها احساس می‌شود.

موضوعات فوق و تغییر الگوی بیماری‌ها از بیماری‌های واگیردار به بیماری‌های غیرواگیر و تغییرات فرهنگی و اجتماعی و ... همه و همه لزوم تغییر ساختار در مراکز شهری را نشان می‌دهند. از اینرو استقرار برنامه گسترش مراقبت‌های اولیه سلامت برای جمعیت مناطق حاشیه و شهرها در دستور کار معاونت بهداشت وزارت متبوع در سال ۱۳۹۴ قرار گرفت و در دو فاز، اجرایی گردید:

فاز اول: مناطق حاشیه، سکونت گاه‌های غیر رسمی شهری و شهرهای بین ۲۰ تا ۵۰ هزار نفر

فاز دوم: شهرهای بالای ۵۰ هزار نفر

تعریف چند واژه کلیدی**پزشک خانواده^۱:**

عبارت است از پزشکی که آموزش‌های خاصی به منظور ارائه مجموعه‌هایی از خدمات و مراقبت‌ها برای جمعیت معینی که تحت پوشش خود دارد دیده است و برای این منظور قرارداد ویژه‌ای را امضا می‌کند و به طور سرانه بابت هر فردی که در پوشش خود دارد مبلغی ثابت دریافت می‌کند. پزشک خانواده در برنامه ملی میتواند از پزشک عمومی، متخصص اطفال و متخصص پزشکی اجتماعی انتخاب شود.

^۱ . Family physician

تیم سلامت^۲:

گروهی از صاحبان دانش و مهارت در حوزه خدمات بهداشتی درمانی یا توانبخشی که بسته خدمات سطح اول را در اختیار جامعه تعریف شده قرار می‌دهند. این تیم شامل پزشک، بهورز، ماما و ... می‌باشد.

ارجاع:

اگر فرد تحت پوشش به خدمتی نیازمند باشد که به هر دلیل از جمله به سبب پیچیدگی خدمات، امکان فراهم ساختن آن در واحد پزشک خانواده موجود نباشد، پزشک خانواده او را نزد متخصص یا سطوح تخصصی خدمات می‌فرستد. این امر، ارجاع نام دارد.

باز خورد:

کاری که انتظار می‌رود پزشک متخصص پس از پذیرفتن فرد ارجاع داده شده از سوی پزشک خانواده انجام دهد و در پایان کار، گزارش آن را به پزشک خانواده بدهد تا با این عمل پزشک خانواده در جریان وضعیت فرد ارجاع شده قرار گیرد.

سرانه:

مبلغی است که به ازای هر بیمه شده برای مدت معین در برابر ارائه بسته خدمت سلامت پرداخت می‌شود. برنامه پزشک خانواده از جمله اقدامات جدید و به روز وزارت بهداشت و درمان و آموزش پزشکی است که در کشور اجرا شده است. برنامه‌ای که اگر به طور کامل و صحیح اجرا گردد مطمئناً بسیاری از مشکلات بهداشتی را کاهش خواهد داد و در درازمدت، باعث کاهش هزینه‌های درمان نیز خواهد شد.

می‌دانیم که سلامت و امنیت جزو حقوق اولیه کلیه افراد جامعه بوده و دولت‌ها موظف به تأمین آن هستند. تفکر مراقبت‌های بهداشتی تفکری انقلابی است که در نظام ارائه خدمات مرتبط با سلامت شکل گرفته و زمینه طراحی، اجرا، گسترش و ارتقای آن در سطح کشور فراهم گردیده است. با مصوبه مجلس شورای اسلامی در سال ۱۳۸۴ در زمینه بیمه روستاییان و برنامه پزشک خانواده امکان پیوند این برنامه با بدنه عظیم شبکه‌های بهداشتی - درمانی کشور فراهم شد. در این اقدام اساسی، تیم سلامت و پزشک خانواده مسئولیت کامل سلامت افراد و خانواده‌های تحت پوشش آن‌ها را به عهده دارند. در همین راستا طرح ملی پزشک خانواده و بیمه روستایی براساس ماده ۹۱ قانون برنامه چهارم توسعه، از ابتدای سال ۸۴ در مناطق روستایی و شهرهای کمتر از ۲۰۰۰۰ نفر جمعیت اجرا شده است، افزایش رضایتمندی گیرندگان خدمت یکی از اهداف والای مراکز مجری طرح پزشک خانواده می‌باشد.

مناطق حاشیه شهری (سکونتگاه غیررسمی / غیرمجاز):

براساس تعریف ستاد ملی بازآفرینی شهری پایدار وزارت راه و شهرسازی^۳، "بافتهای فرسوده و تاریخی،

^۲ . Health team

^۳ تصویب نامه هیات وزیران به شماره ۴۸۶۰۱/۷۴۹۰۰ هـ.تاریخ ۱۳۹۳/۷/۲ راجع به سند بافتهای فرسوده و ناکارآمد شهری اداره کل امور اجتماعی وزارت راه و شهرسازی عمران و بهسازی شهری

کاربری‌های غیرمعمول شهری مانند زندان‌ها، خوابگاه‌ها، پادگان‌ها و ... مناطقی هستند که عمدتاً مهاجرین روستایی و تهیدستان شهری را در خود جای داده‌اند و بدون مجوز و خارج از برنامه‌ریزی رسمی و قانونی توسعه شهری (طرحهای جامع و تفصیلی) در درون یا خارج از محدوده قانونی شهرها بوجود آمده‌اند، عمدتاً فاقد سند مالکیت هستند و از نظر ویژگی‌های کالبدی و برخورداری از خدمات رفاهی، اجتماعی و فرهنگی و زیرساخت‌های شهری شدیداً دچار کمبود می‌باشند.^۴ جمعیت این مناطق براساس سرشماری سال ۱۳۹۳ وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی حدود ۱۰ میلیون نفر است.

شهرهای ۲۰ تا ۵۰ هزار نفر

براساس آمار اخذ شده از مرکز آمار ایران و برآورد انجام شده برای سال ۱۳۹۴ این دسته از شهرها در کلیه استان‌های کشور وجود دارد و برآورد جمعیتی بالغ بر ۵ میلیون نفر را شامل می‌گردد.

شهرهای بالای ۵۰ هزار نفر و کلانشهرها

براساس آمار اخذ شده از مرکز آمار ایران و برآورد انجام شده برای سال ۱۳۹۴ این دسته از شهرها در کلیه استان‌های کشور وجود دارد و برآورد جمعیتی بالغ بر ۳۷ میلیون نفر را شامل است.

خدمات سلامت:

فعالیت‌هایی است که منجر به ارتقاء سلامت، پیشگیری، تشخیص، درمان و مراقبت از ناخوشی و بیماری، جراحت و سایر اختلالات جسمی، روانی، اجتماعی و معنوی در انسان میشود. به عبارت دیگر، خدمات سلامت؛ مجموعه فعالیت‌ها و فرایندهایی است که بستر لازم به منظور حصول سلامت همه جانبه را برای فرد و اجتماع فراهم میکند. خدمات سلامت به طور اعم در برگیرنده امور مربوط به تغذیه، بهداشت، پیشگیری، تشخیص، درمان، بازتوانی، بیمه خدمات سلامت، آموزش و تحقیقات و فناوری در حوزه‌های ذیربط و همچنین، کنترل کیفیت و ایمنی مواد و فرآورده‌های دارویی، بیولوژیک، خورده‌نی، آرایشی، بهداشتی و ملزومات و تجهیزات پزشکی و اثربخشی فرآورده‌های دارویی و بیولوژیک میباشد.^۴

خدمات همگانی سلامت:

خدماتی که بدون توجه به سن، جنسیت، نژاد، ملیت، قومیت، معلولیت، دین و مذهب در دسترس آحاد مردم قرار داده میشود. خدمات همگانی به این معنا نیست که همه افراد، تحت پوشش تمامی خدمات قرار می‌گیرند؛ خدمات همگانی سلامت با سه بعد زیر تعریف میشوند:

۱ - چه کسی تحت پوشش است؟

۲ - چه خدماتی تحت پوشش هستند؟

⁴ http://www.who.int/healthsystems/hss_glossary/en/index2.html

۳ - چه میزان از هزینه تحت پوشش است؟

مراقبت‌های اولیه سلامت:

خدمات اساسی سلامت مبتنی بر روش‌های کاربردی، از نظر علمی معتبر و از نظر اجتماعی پذیرفتنی است، که از طریق مشارکت کامل افراد و خانواده‌ها در دسترس همگان قرار می‌گیرند، با هزینه‌ای که جامعه بتواند در هر مرحله از توسعه با روحیه خوداتکایی و خودگردانی از عهده آن برآید. این مراقبت‌ها، هم بخشی جدایی‌ناپذیر از نظام سلامت کشور و وظیفه محوری کانون اصلی توجه آن است و هم بخشی تفکیک‌ناپذیر از توسعه کلی اقتصادی و اجتماعی جامعه را تشکیل می‌دهند. این مراقبت‌ها اولین سطح تماس افراد، خانواده و جامعه با نظام سلامت کشور است و خدمات سلامت را تا آنجا که ممکن است به جایی که مردم در آن زندگی و کار می‌کنند، نزدیک می‌کند و نخستین جزء فرایند مراقبت مستمر سلامت را تشکیل می‌دهد (بند ۶ اعلامیه آلماتا)^۵.

خدمات بهداشت عمومی:

خدمات سلامت هستند که کل جمعیت را هدف قرار می‌دهند. همچون تحلیل وضعیت سلامت، نظام مراقبت سلامت، ترویج سلامت، خدمات پیشگیری، کنترل بیماری‌های واگیردار، بیماری‌های غیرواگیر، بهداشت محیط، آمادگی و پاسخ در بحران و بهداشت حرفه‌ای.

تحقیقات انجام شده حاکی از آن است که پزشکان خانواده، نقش زیادی در ارائه مراقبت اولیه از بیمار دارند و علاوه بر آن دسترسی وسیع به خدمات مورد نیاز با هزینه‌های کمتر را فراهم می‌کند. پس نقش مهمی که پزشک خانواده می‌تواند در ارائه مراقبت‌های اولیه و راه اندازی کامل سیستم ارجاع داشته باشد انکارناپذیر است که در صورتی که به نحو صحیح انجام پذیرد سبب کارایی و اثر بخشی برنامه می‌گردد. اما نکته مهمی که باید به آن دقت شود آن است که: عوامل موفقیت هر طرح اجرایی در نظام مراقبت سلامت، رضایت مندی ارائه دهنندگان خدمات و گیرندگان خدمات است که اگر به آن بی توجهی شود پس از مدتی باعث بی تفاوتی افراد خواهد شد به طوری که بر کمیت و مهم تر از آن، بر کیفیت خدمات آسیب جدی وارد خواهد آورد. به همین سبب با رشد و توسعه سیستم‌های بهداشتی به مقوله کیفیت ارایه‌ی خدمات، توجه شایانی مبذول می‌شود. و رضایت ذی نفعان که یکی از ابعاد ارزیابی کیفیت به شمار می‌رود مورد توجه زیادی قرار گرفته است. و مراجعین مراقبت‌های انجام شده را با استاندارد مقایسه و نتیجه‌گیری می‌کنند.

با توجه به سطح آگاهی و فرهنگ افراد، میزان رضایت به صورت کامل تا حداقل انتظار تعریف می‌شود و وقتی بین خدمات انجام گرفته و مورد انتظار تفاوت وجود داشته باشد، تغییر در رضایت به وجود خواهد آمد. نتایجی که از رضایت گرفته می‌شود می‌تواند بسیار سودمند و با ارزش باشد زیرا بعضی از واقعیت‌ها که به آسانی از بررسی‌های دیگر به دست نمی‌آید، (مانند توجه کافی به نیازها، مشارکت در تصمیم‌گیری، ارتباط با مراجعین و نحوه ارایه خدمات) با بررسی رضایت‌مندی قابل دسترسی خواهد بود. از طرف دیگر واضح است که رضایت ارائه دهنندگان خدمات بهداشتی درمانی و تأثیری که این مسئله در کارکرد، پایداری و دوام خدمات ارائه شده می‌گذارد،

^۳ شادپور کامل، پیله رودی سیروس. بهداشت برای همه و مراقبت‌های بهداشتی اولیه در قرن‌های ۲۰ و ۲۱. انتشارات تندیس. چاپ اول، ۱۳۸۱. صفحه ۹.

موضوعی است که در برنامه ریزی و ارائه خدمات بهداشتی درمانی با توجه به رویکرد تاثیر گذار است و لذا لازم است مشخص شود که پرسنل مجری برنامه‌ی پزشک «ارایه خدمات با کیفیت مطلوب» خانواده تا چه حد از روند کار رضایت دارند، تا از نتایج حاصله برای ارائه‌ی راهکارها به مسئولین ذیربط جهت کمک به ارتقا رضایت‌مندی و آموزش‌های مقتضی در موارد مورد نیاز بهره گرفته شود و شاید گامی در جهت بهبود اجرای این برنامه و افزایش پوشش بیمه‌ی همگانی خدمات درمانی برای مراقبت‌های پایه (پزشک خانواده) برداشته شود.

ضرورت طرح پزشک خانواده

سلامتی، محور توسعه اجتماعی، اقتصادی، سیاسی و فرهنگی کلیه جوامع بشری بوده و دارای اهمیت ویژه‌ای در توسعه زیر ساخت بخش‌های مختلف جامعه می‌باشد. هدف نهایی نظام ارایه خدمات بهداشتی و درمانی هر کشوری، ارتقای سطح سلامت آحاد مردم است تا بتوانند با برخورداری از سلامت کافی در فعالیت‌های اقتصادی، اجتماعی سهیم شوند. ارائه خدمات در قالب نظام شبکه‌های بهداشتی درمانی (PHC) اجرای موفقیت آمیز برنامه مراقبت‌های اولیه بهداشتی کشور، مدیران بخش سلامت را به این نتیجه منطقی رسانده است که اجرای هر برنامه و طرح دیگری در کشور زمانی موفق خواهد بود که از اصول حاکم بر مراقبت‌های اولیه بهداشتی پیروی کند. لذا همان ۴ اصل بنیانی نظام شبکه بهداشت و درمان کشور یعنی برقراری عدالت اجتماعی، همکاری بین بخشی، مشارکت مردمی و استفاده از تکنولوژی مناسب، به عنوان مهمترین اصول در تمامی مراحل اجرای برنامه پزشک خانواده قرار گرفتند که به شکلی اجرایی باید به آنها توجه داشت و از آنها فاصله نگرفت.

تحقیقات مختلف حاکی از این است که پزشکان خانواده نقش زیادی در ارائه مراقبت اولیه بیماران دارند. پزشک خانواده، ارائه خدمات پیشگیری مراقبت اولیه، فراهم آوردن دسترسی وسیع به خدمات مورد نیاز با هزینه‌های کم‌تر را فراهم می‌کند. در اینجا لازم است با بیان مصادیقی، اهمیت و ضرورت طرح پزشک خانواده برای دستیابی به اهداف سلامت در افق ۱۴۰۴ بیشتر روشن گردد:

۱. اجتناب از استفاده مکرر، بدون هدف و غیر ضروری از خدمات تشخیصی، همچنین جلوگیری از مراجعات مکرر، خودسرانه و بی‌فایده به پزشکان مختلف و کاهش مطالبه خدمات غیرعلمی به طور نامربوط از نیروهای گران قیمت متخصص و فوق تخصص.

۲. کاهش سهم مردم به حداکثر پرداخت ۳۰ درصد پوشش‌های بیمه‌ای و افزایش متناسب سطح و عمق و درصد تعمیم پذیری هرچه بیشتر پوشش بیمه‌های درمانی به خدمات پیشگیرانه و بهداشتی و نیز تشخیص و درمان زودرس بیماری‌ها با گسترش خدمات پیشگیری در سطوح اول و دوم که می‌تواند مانع صرف هزینه‌های بسیار سنگین درمانی برای بیماری‌های پیشرفته گردد.

۳. بکارگیری بهینه نیروهای تحصیل کرده و ماهر پزشک و پیراپزشک و جلوگیری از اتلاف منابع انسانی، صرفه جویی اقتصادی در صرف منابع و سرمایه‌ها و انجام مدیریت و کنترل بهتر هزینه‌ها با استفاده از سازوکارهای پیش‌بینی شده در طرح.
۴. کاهش بار مراجعات نامربوط و فرساینده به ارایه دهندگان خدمات تخصصی و فوق تخصصی در کنار پررنگ شدن نقش سطوح محیطی در تشخیص و درمان یا ارجاع بیماران به سطوح بالاتر با افزایش متناسب بار مراجعه به پزشکان خانواده.
۵. تقویت و ارتقاء نظام مراقبت‌های اولیه بهداشتی به پستوانه پزشک خانواده، امکان طراحی و تضمین اجرای مراقبت‌های مدیریت شده و همچنین بهبود نظام مراقبت و ثبت بیماری‌ها.
۶. ایجاد حس امنیت و رضایت خاطر در آحاد جامعه بخصوص اقشار آسیب‌پذیر به دلیل دسترسی عادلانه به خدمات با ثبات و اثربخش سلامت در سطح ملی و افزایش مشارکت ایشان در امور مربوط به سلامت فردی و اجتماعی و نیز امکان ادغام سایر مداخلات مثبت اجتماعی در خدمات گسترده سلامت.
۷. ارائه خدمات یکپارچه توسط تیم سلامت و اجتناب از انجام فعالیت‌های موازی و بعضاً در تقابل با یکدیگر توسط ارایه دهندگان خدمت و جلوگیری از سودجویی یا رانت خواری در حوزه سلامت، خصوصاً در ارایه خدمات تشخیصی یا درمانی تخصصی و فوق تخصصی.
۸. بهبود دانش، نگرش و عملکرد اقشار مختلف جامعه نسبت به بهداشت و سلامتی از طریق نقش ارزنده تیم سلامت خصوصاً پزشک خانواده به عنوان وکیل و مشاور مردم در امر سلامت.

مسئولیت پزشک خانواده

در اینجا لازم است بدانیم پزشک خانواده به چه کسی گفته می‌شود؟ فردی که دارای حداقل مدرک دکترای حرفه‌ای پزشکی و مجوز معتبر کار پزشکی است. پزشک خانواده در نخستین سطح خدمات، عهده دار خدمات پزشکی سطح اول است و مسئولیت‌های زیر را بر عهده دارد: تامین جامعیت خدمات، تداوم خدمات، مدیریت سلامت، تحقیق و هماهنگی با سایر بخش‌ها.

پزشک خانواده مسئولیت دارد خدمات سلامت را در محدوده بسته‌ی تعریف شده؛ بدون تبعیض سنی، جنسی، ویژگی‌های اقتصادی اجتماعی و خطر بیماری در اختیار فرد، خانواده، جمعیت و جامعه تحت پوشش خود قرار دهد. وی می‌تواند برای حفظ و ارتقاء سلامت، از ارجاع فرد به سطوح بالاتر استفاده کند ولی مسئولیت تداوم خدمات با او خواهد بود. پزشک خانواده مسئول اداره کردن تیم سلامت است. پس پزشک خانواده سلسله‌ای مشخص از خدمات بهداشتی - درمانی ارتقایی را به عنوان حداقل برای همه کسانی که تحت پوشش خود دارد

تعهد می‌کند و فراتر از این محدوده فنی، فرد را برای بهره‌گیری از خدمات تکمیلی تخصصی به سطوح دیگر ارجاع می‌دهد و سلامت‌نگری، محور فعالیت‌های او بوده و هدف کلی آن حفظ و ارتقاء سلامتی جامعه است. هرچند که در کشور ما متأسفانه، بیمارنگری محور فعالیت‌ها در این طرح است! ولی امید اصلاح آن می‌رود. از طرفی اجرای صحیح و موفق برنامه پزشک خانواده نیازمند مشارکت فعال کلیه افراد درگیر در برنامه می‌باشد. در این میان، مشارکت مردم به عنوان یکی از مهم‌ترین اصول تأمین و توسعه خدمات بهداشتی، امری است اجتناب‌ناپذیر که ضرورت توجه به آن در طراحی و انجام برنامه‌های سلامت، غیر قابل چشم‌پوشی می‌باشد. مطالعات مختلف نیز بیان می‌نماید که برنامه پزشک خانواده به منظور دستیابی به مدل یکپارچه و کارآمد، نیازمند ارتباط مؤثر با بیماران، خانواده‌ها و جامعه است.

نظام ارجاع

سوال مهم این است که چرا نظام ارجاع در این طرح مهم است؟ نظام ارجاع به گونه‌ای تبیین می‌گردد که کارکنان سطح پایین در صورتی که قادر به تشخیص یا درمان بیماران نباشند به سطح بالا تر که واجد کارکنانی در سطوح عالی‌تر تحصیلی بوده و قادرند خدمات تخصصی‌تری را در ابعادی وسیع تر و با استفاده از فناوری پیشرفته‌تری عرضه نمایند، ارجاع دهند. ایجاد و تقویت نظام ارجاع باید مبین تبادل دوسویه اطلاعات باشد. یعنی اولین سطح پذیرنده ارجاع، بیمار را با اعلام وضعیت و راهنمایی کارکنان علمی در باره طرز پیگیری و مراقبت از بیمار به واحد ارجاع دهنده عودت دهد. در این صورت نظام ارجاع ضمن اولویت بندی بیماران جهت دریافت خدمات تخصصی‌تر می‌تواند در آموزش و هدایت کارکنان محلی در راستای برخورد صحیح با مسائل و مواردی که باید ارجاع شوند، مؤثر باشد.

سازمان جهانی بهداشت تأکید دارد تقویت ارتباط بین مدیران مرتبط و تدوین یک برنامه اصولی و ایجاد تعامل مناسب بین دستگاه‌ها، شفاف سازی ارتباط‌های بین سازمانی و بررسی جزئیات فرایند جاری به منظور سالم سازی مسیر جریان ارجاع، اساس کار است و کمیته کارشناسی سازمان جهانی بهداشت در گزارشی مشکلات نظام ارجاع را به حجم زیاد کاری کارکنان بهداشتی، بعد مسافت، عدم اعتماد به مراقبت‌های بهداشتی در سطوح پایین سیستم عرضه خدمات، ناکافی بودن میزان اطلاعات ارسال شده از منابع ارجاع به بیمارستان‌ها و بالعکس، استفاده نامناسب از بیمارستان و عدم دسترسی افراد نیازمند، فقدان ارتباط بین بیمارستان و خدمات پزشکی جامعه نگر، فقدان یک نظام ارجاع خوب طراحی شده و کارآمد، فقدان پشتیبانی مدیریت و تعهد ناکافی در مورد اجرای این نظام، آموزش ناکافی و عدم وجود راهنما برای ملاک‌های ارجاع در سطوح مختلف عرضه خدمات بهداشتی درمانی و فقدان خدمات پشتیبانی از مراکز بهداشتی و درمانی توسط بیمارستان می‌دانند.

بسته خدمات سلامت^۶

خدمات بهداشتی درمانی، یا توانبخشی پایه و دارای اولویت که توسط پزشک خانواده یا تیم سلامت ارائه

^۶ . Health services package

یا فراهم می‌شود. کالاها یا خدماتی که در پوشش فهرست ملی انواع مراقبت‌ها، چه پیشگیرانه و چه درمانی، قرار دارند و هزینه آنها به سبب اساسی بودن یا برخورداری از اولویت توسط جامعه پرداخت می‌شود در حالی که هزینه سایر خدمات باید توسط فرد یا طرح‌های بیمه مکمل و به طور اختیاری تامین شود.

سطح بندی خدمات^۷

چیدمان خاص واحدهای تامین کننده خدمات و مراقبت‌های سلامت برای آنکه دسترسی مردم به مجموعه خدمات تا جایی که ممکن است سهل و سریع، عادلانه، با کمترین هزینه و با بیشترین کیفیت باشد. خدمات و مراقبت‌های سلامت در سه سطح در اختیار جمعیت و جامعه قرار می‌گیرد:

سطح یک

واحدی در نظام سلامت که به طور معمول در جایی نزدیک به محل زندگی مردم (جمعیت تحت پوشش) قرار دارد، و در آن نخستین تماس فرد با نظام سلامت از طریق پزشک خانواده یا تیم سلامت، اتفاق می‌افتد شامل خدمات/ مراقبت‌های اولیه سلامت فرد و جامعه است. خدمات فردمحور عبارتند از: پیشگیری و آموزش سلامت فردی، تشخیص و درمان بیماری‌ها براساس بسته خدمت و پیگیری نتیجه بیماری، تدبیر فوریت‌ها و مدیریت افراد تحت پوشش و خدمات جامعه محور (بهداشت عمومی) شامل خدمات بهداشت محیط و کار، بهداشت محیط مدارس، مبارزه با بیماری‌های واگیردار و غیرواگیر و آسیب‌ها و جراحات در اپیدمی‌ها و بلایا، پیشگیری و ترویج سلامت هستند که هدف آنها جامعه است. خدمات سطح اول در نقطه آغازین در واحدی با نام عمومی خانه بهداشت و پایگاه سلامت تعریف می‌شود که با استاندارد نیروی انسانی، فضای فیزیکی و تجهیزات مشخص مبتنی بر اصول ساختار و سطح بندی نظام شبکه بهداشت و درمان کشور، ارائه می‌گردند.

سایر خدمات سلامت مانند خدمات دارویی، پاراکلینیک (آزمایش‌ها و تصویربرداری‌های پزشکی) نیز در مراکز و موسسات دولتی و غیردولتی مانند داروخانه‌ها، آزمایشگاه‌ها و مراکز تصویربرداری ارائه می‌شوند.

پایگاه‌های سلامت به طور معمول در جایی نزدیک به محل زندگی گروه هدف این برنامه قرار دارند و در آن، نخستین تماس فرد با نظام سلامت از طریق تیم سلامت اتفاق می‌افتد. این دسته از خدمات با اولویت برونسپاری و خرید خدمت از بخش غیردولتی فراهم و ارائه می‌گردد. در صورت نبود داوطلب برای واگذاری ارائه خدمات در بخش غیردولتی، باید خدمات از طریق بخش دولتی ارائه شود.

مرکز سلامت جامعه با تبدیل مرکز بهداشتی درمانی موجود در منطقه (در صورت نبود، ایجاد)، پذیرای ارجاعات مربوط به بیماری‌های هدف (واگیر و غیرواگیر)، مشاوره تغذیه و روانشناسی بالینی از پایگاه سلامت خواهد بود و علاوه بر آن مدیریت پایگاه‌های سلامت تحت پوشش خود را بر عهده خواهد داشت. استاندارد نیروی انسانی، تجهیزات و فضای فیزیکی این مراکز در منابع ذیربط، توضیح داده شده است.

سایر خدمات از طریق ارجاع به سطح دوم و با پذیرش مسوولیت پیگیری و تداوم خدمات به بیمار توسط واحد ارائه دهنده خدمات سطح اول انجام می‌گیرد.

⁷ . Stratification of health services

سطح دو

شامل خدمات تخصصی میشود که توسط واحدهای سرپایی تخصصی و واحدهای بستری موجود در نظام سلامت ارائه میگردد. این خدمات شامل خدمات تشخیصی درمانی و توانبخشی/نوتوانی تخصصی، تدبیر فوریت‌های تخصصی، اعمال جراحی انتخابی و اورژانس، اقدامات بالینی، خدمات دارویی و فرآورده‌های مربوطه آزمایشگاهی و تصویربرداری هستند.

این دسته از خدمات در اختیار ارجاع شدگان از سطح اول خدمات قرار میگیرند. واحد خدمات سلامت سطح دوم موظف است با ارائه بازخورد کتبی، تیم سلامت ارجاع دهنده را از نتیجه، برنامه درمان و پیگیری بیمار یا پیشرفت کار مطلع سازد.

این خدمات در سطح تخصصی در نقطه ارجاع، در واحدهای دولتی و غیردولتی طرف قرارداد شکل میگیرند. اولویت با خرید خدمت از بخش دولتی است.

سطح سه

واحدی در نظام سلامت که خدمات فوق تخصصی سرپایی یا بستری دارای اولویت را در چارچوب بیمه‌های پایه در اختیار ارجاع شدگان از سطوح یک و دو قرار می‌دهد و بازخورد لازم را برای سطح ارجاع کننده فراهم می‌سازد. در این سطح نیز تعهدات از راه خدمات فوق تخصصی، تجویز دارو و دیگر محصولات پزشکی و درخواست انجام خدمات پاراکلینیکی صورت میگیرد.

جامعه تحت پوشش

پزشک خانواده، علاوه بر جمعیت تحت پوشش، برخی مسؤولیت‌ها در برابر سلامت محیط، مراکز تهیه و توزیع مواد غذایی، مدارس و دیگر اماکن عمومی نیز دارد که از آن‌ها به عنوان جامعه‌ی تحت پوشش پزشک خانواده یاد میشود.

جامعیت خدمات

نظام سلامت باید هر سه نوع خدمت پیشگیری، درمان و توانبخشی را فراهم کند تا بتوان از جامعیت خدمات سخن گفت. برای تامین این مقصود از سازوکار ارجاع، استفاده می‌شود. معنای دیگر جامعیت آن است که علاوه بر درمان بیماری جسمی، نیازهای روانی و اجتماعی شخص نیز در نظر گرفته شود. در بیمه خدمات سلامت، معنایی دیگر برای جامعیت خدمات قائل شده‌اند و آن اینکه وقتی تجمیع منابع و عرضه بیمه‌ای همه خدمات پیشگیرانه، درمان و توانبخشی کامل باشد، ساختار بیمه به عنوان خریداری آگاه دارای سازوکارهایی خواهد بود که پیشگیری را در عمل بر درمان، مقدم دارد. پیشگیری دست کم دو مزیت عمده دارد نخست هزینه اثربخشی این خدمات و دیگر ارتقای سلامت که سبب دیرتر بیمار شدن یا کمتر بیمار شدن می‌شود و از این راه امکان زندگی با کیفیت بهتر برای افراد فراهم می‌آید.

در اجرای دستورالعمل، کوشش می‌شود با پیگیری مفهوم نخست جامعیت، حقوق اجتماعی مردم در دست یافتن به مراحل پیشرفته خدمات تشخیص و درمان تامین شود.

دسترسی

فراهم بودن خدمت کافی نیست. باید مردم بی هیچ مانعی بتوانند از خدمات‌هایی که فراهم شده است استفاده کنند. در این حالت می‌توان گفت افراد به خدمات دسترسی یافته‌اند. مهمترین موانع دسترسی مردم به خدمات پزشکی عبارت است از:

- مانع جغرافیایی (دوری راه)
- مانع اقتصادی (پرهزینه بودن خدمت)
- مانع فرهنگی (ازجمله، زبان محاوره)
- مانع زمان (فهرست انتظار، معطلی)

خلاصه‌ای از خدمات پزشک خانواده

از پزشک خانواده انتظار می‌رود برای کار خود و فرد یا افرادی که با او در مرکز خدمات سلامت مجری برنامه پزشک خانواده و نظام ارجاع، کار می‌کنند برنامه ریزی کند، بر اجرای این برنامه‌ها نظارت کند و هدایت (رهبری) تیم را بر عهده گیرد. مجموعه این کارها به مدیریت سلامت تعبیر میشود.

نظام سلامت: نظام سلامت از اجزایی تشکیل می‌شود که با یکدیگر ارتباط دارند و مجموعه آنها بر سلامت مردم در خانه، محل کار و مکان‌های عمومی اثر می‌گذارد. مردم، دولت و سازمان‌های ارائه کننده خدمات بهداشت و درمان در بخش‌های دولتی، خصوصی و غیردولتی و سازمان‌های بیمه‌گر هر یک بخشی از نظام سلامت را تشکیل می‌دهند. نظام سلامت معمولاً در سطح‌های متفاوتی شکل می‌گیرد و از روستا تا شهر و از مراقبت‌های اولیه تا خدمات پیچیده تخصصی و فوق تخصصی را عرضه میکند.

الف - مدیریت سلامت:

- شناسایی محیط جغرافیایی محل خدمت
- شناسایی جمعیت تحت پوشش از نظر تعداد نفرات به تفکیک سن و جنس
- شناسایی معضلات و مشکلات بهداشتی منطقه تحت پوشش
- ثبت داده‌ها و مدیریت اطلاعات سلامت افراد و جمعیت تحت پوشش
- شناسایی چرخه کار مرکز و فعالیت واحدهای مختلف موجود در مرکز
- اقدام به حل مسائل بهداشتی از راه همکاری‌های درون بخشی و بین بخشی
- تلاش در حل مسائل سلامت جامعه از راه جلب مشارکت‌های مردمی
- همکاری در اجرای برنامه‌های استانی و کشوری
- همکاری در برنامه‌های مقابله با اثرات حوادث غیرمترقبه و عضویت در تیم‌های مذکور براساس

پروتکل‌های کشوری

➤ پایش و ارزشیابی خدمات تیم سلامت براساس دستورالعمل‌های موجود.

ب- آموزش و ارتقای سلامت

➤ آموزش سلامت

➤ ترویج شیوه زندگی سالم

ج- مراقبت از جامعه تحت پوشش با اجرای برنامه‌های سلامت تدوین و ابلاغ شده در نظام ارائه خدمات سلامت توسط تیم سلامت براساس کتاب / کتاب‌های مرجع وزارت بهداشت

نیاز پزشک خانواده به گذراندن دوره‌های عالی بهداشت عمومی (MPH)

از آنجا که اهداف زیربنایی پزشک خانواده را مدیریت سلامت، آموزش و ارتقای سلامت و مراقبت از جامعه تحت پوشش، تشکیل می‌دهد و از طرفی هیچیک از این عناوین به اندازه لازم و کافی در برنامه‌های آموزشی دوران پزشکی عمومی گنجانده نشده است لذا به منظور وصول به این اهداف و کسب آمادگی لازم، نیاز به گذراندن دوره‌های نیمه‌حضوری کوتاه مدت MPH (Master of Public Health) که هم اکنون در چند دانشگاه علوم پزشکی کشور، ارائه می‌شود را بیش از هر زمان دیگری مطرح می‌کند. زیرا با گذراندن این دوره‌ها به آموزش اصول، مبانی و جنبه‌های کاربرد بالینی اپیدمیولوژی، روش تحقیق، روش‌های آماری، اصول مدیریت و برنامه‌ریزی، اقتصاد بهداشت، اصول بهداشت محیط و بهداشت حرفه‌ای، بهداشت در حوادث و سوانح، آموزش بهداشت و ارتقاء سلامت، اپیدمیولوژی و کنترل بیماری‌های مُسری با تاکید بر نوپدید و بازپدید بیماری‌ها، بیماری‌های مرتبط با دفاع بیولوژیک و . . . پرداخته می‌شود. ضمناً در طول این دوره‌ها بر دانش نظری و مهارت‌های عملی فراگیران، به نحوی افزوده خواهد شد که قادر به انجام پژوهش‌های عرصه‌ای بالینی و آزمایشگاهی مرتبط با سلامت و بیماری، به کارگیری شیوه‌های مرتبط با حفظ و ارتقاء سلامت، کنترل و گزارش‌دهی صحیح همه‌گیری‌ها و مدیریت خدمات بهداشتی خواهند شد. نگاهی به اهداف اصلی و ویژه این دوره‌ها لزوم ارائه آن به پزشکان خانواده را روشن‌تر خواهد کرد:

اهداف اصلی دوره‌های MPH

- ۱ - کسب دانش و مهارت حفظ و ارتقاء سلامتی فرد و جامعه
- ۲ - فراگیری دانش و مهارت‌های مرتبط با پیشگیری سطح اول، دوم و سوم
- ۳ - فراگیری دانش و مهارت‌های مدیریتی در سیستم‌های بهداشتی
- ۴ - فراگیری دانش و مهارت‌های لازم به منظور انجام پژوهش در امر سلامت و بیماری
- ۵ - فراگیری دانش و مهارت نحوه بررسی، کنترل و گزارش‌دهی همه‌گیری‌ها

اهداف ویژه دوره های MPH

- ۱ - درک هرچه عمیق تر مفهوم بهداشت عمومی و آشنایی با وظایف و کاربردهای آن
 - ۲ - آشنایی با چشم انداز بهداشت عمومی از دیدگاه سازمان جهانی بهداشت در هزاره سوم میلادی
 - ۳ - یادگیری دامنه فعالیت های بهداشت عمومی
 - ۴ - کسب آگاهی و مهارت کافی در زمینه اپیدمیولوژی پایه و بالینی به منظور به کارگیری مطلوب آن در طول دوره اشتغال پزشکی و از جمله در عرصه های پزشکی خانواده
 - ۵ - تدوین و به کارگیری پرسشنامه های (Questionnaire) متناسب با شیوه های مختلف مطالعات اپیدمیولوژیک
 - ۶ - توانایی تشخیص اپیدمی ها و سامان دهی (Management) و کنترل آن ها
 - ۷ - کسب توانایی در زمینه آموزش به اقشار مختلف مردم و ارائه طرح های پژوهشی در زمینه بیماری ها
 - ۸ - آشنایی و به کارگیری اصول، مبانی، اهداف و فعالیت های بهداشت حرفه ای و بهداشت محیط که به طور مستقیم یا غیرمستقیم با این معیارها در حوزه بهداشت عمومی، تداخل و تشابه دارد و به کارگیری آن در راستای حفظ و ارتقای سلامت
 - ۹ - کسب توانایی شناخت مشکلات بهداشتی، مهارت های مدیریتی و روحیه کار گروهی به منظور ایجاد تغییر و توسعه در امر بهداشت عمومی
 - ۱۰ - تعیین نیازهای بهداشتی و شناسایی عوامل و خطراتی که سلامت فرد و جامعه را تهدید می کند
 - ۱۱ - کسب توانایی ارزشیابی وضعیت بهداشتی جامعه و یافتن نقاط قوت و ضعف آن و اولویت بندی نیازها
 - ۱۲ - تعیین سیاست ها و برنامه های کوتاه و درازمدت و هماهنگ با تدابیر سازمان جهانی بهداشت برای تامین، حفظ و ارتقای سلامت فرد و جامعه
 - ۱۳ - سالم سازی محیط زیست، افزایش سطح آگاهی های بهداشتی جامعه، بیماریابی و مهار بیماری های واگیر و پیشگیری از ابتلاء به بیماری ها
 - ۱۴ - ارتقاء سطح و تغییر سبک زندگی و اصلاح رفتارهای خطرناک فردی و اجتماعی در جهت تامین رفاه جسمی، روانی و اجتماعی برای تحقق، حفظ و ارتقای سلامت و توسعه جامعه.
 - ۱۵ - کسب مهارت های لازم به منظور برنامه ریزی، ساماندهی و مدیریت بحران در بلایا.
- آیا گذراندن این دوره ها و کسب دانش و مهارت های مورد اشاره، با عث ایجاد تحول اساسی در کیفیت خدمات پزشک خانواده نخواهد شد؟

تحول سلامت و پزشک خانواده

- معاونت بهداشت براساس تعهدات دولت در برنامه خود مبنی بر اجرای قانون برنامه پنجم توسعه و ایجاد تحول اساسی در نظام سلامت، با تحلیل وضعیت و با استفاده از خرد جمعی کارشناسان خبره و متعهد، طرح تحول حوزه بهداشت را مشتمل بر شش برنامه و چندین پروژه برای دستیابی به اهداف زیر تهیه کرده است:
- ارتقاء شاخص های سلامت

- افزایش رضایتمندی گیرندگان خدمت (مردم) و ارائه دهندگان خدمت
 - عدالت در سلامت از نظر دسترسی به خدمات، بهره‌مندی از خدمات ارائه شده و حفاظت مالی از آنان در بستر پوشش بیمه همگانی
 - بهبود کیفیت و کنترل قیمت خدمات سلامت
 - اصلاح رفتار گیرندگان و ارائه دهندگان خدمت
 - اصلاح نظام پرداخت و شیوه خرید خدمت
- با اجرایی شدن طرح تحول نظام سلامت، معاونت بهداشت نیز در راستای سیاست‌های کلان وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و به دنبال ماه‌ها کارفشرده کارشناسی و تبادل نظر با خبرگان، افراد مجرب حوزه سلامت و معاونین بهداشتی دانشگاه‌های علوم پزشکی سراسر کشور، طرح تحول در حوزه بهداشت کشور را در قالب ۱۵ برنامه ملی و ۱۰ پروژه پشتیبان تدوین نمود. اجرای این برنامه‌ها از سال گذشته در سطح دانشگاه‌های علوم پزشکی آغاز شده و به تدریج تا پایان دولت یازدهم در کل کشور توسعه می‌یابد.
- برنامه ارتقاء کمی و کیفی ارایه مراقبت‌های اولیه سلامت به روستاییان، شهرهای زیر بیست هزار نفر و عشایر در قالب پزشک خانواده روستایی
 - برنامه تامین و ارتقاء مراقبت‌های اولیه سلامت در قالب گسترش و تقویت شبکه بهداشت و درمان در مناطق جمعیت حاشیه نشینان شهری
 - برنامه ارتقاء مراقبت‌های اولیه سلامت در قالب گسترش و تقویت شبکه بهداشت و درمان در مناطق شهری برای جمعیت زیر ۵۰ هزار نفر و تداوم آن به سایر شهرها (شامل کلانشهرها)
 - تکمیل، توسعه و اصلاح برنامه پزشک خانواده و نظام ارجاع در مناطق شهری دو استان فارس و مازندران و ارتقای سواد سلامت جامعه با اجرای برنامه ملی ترویج و توسعه خود مراقبتی و توانمندسازی مردم
 - برنامه تقویت و نهادینه سازی همکاری‌های بین بخشی
 - برنامه بهداشت عمومی (آب سالم، غذای ایمن و رژیم غذایی سالم، هوای پاک)
 - برنامه تحول سلامت دهان و دندان
 - برنامه ملی پیشگیری و کنترل بیماری‌های غیرواگیر و عوامل خطر
 - برنامه جمعیت، ارتقای سلامت باروری و فرزندآوری
 - برنامه بهبود و اصلاح الگوی تغذیه جامعه
 - برنامه ارتقای سلامت روانی و اجتماعی
 - برنامه پیشگیری و کنترل بیماری‌های واگیر
 - برنامه کاهش رفتارهای پرخطر و HIV
 - برنامه سلامت در بلایای طبیعی و انسان ساخت

پروژه‌های پشتیبان برنامه تحول بهداشت

- توانمند سازی مدیران و کارکنان بخش بهداشت کشور
- تکمیل، تجهیز و توسعه شبکه بهداشتی درمانی کشور
- مشارکت و همکاری بخش‌های دولتی و غیردولتی در ارائه خدمات Public- Private Partnership (PPP)
- تهیه و تدوین بسته‌های خدمات بهداشتی درمانی سطح اول (مشمول بر ۱۱ بسته خدمت طبق دستورالعمل شرح خدمات سطح اول)
- ارتقای نظام فن آوری اطلاعات، ثبت اطلاعات و آمار بهداشتی در کشور، شبکه هوشمند بهداشت (شهاب)
- استقرار نظام پایش و ارزشیابی خدمات سلامت در کشور
- همکاری با مراکز آموزشی به منظور بهره مندی از ظرفیت آنها
- استقرار نظام دیده بانی حوزه سلامت
- ارائه خدمات فوریت‌های پزشکی پیش بیمارستانی (اورژانس ۱۱۵) به ساکنین مناطق روستایی، عشایری و شهرهای با جمعیت کمتر از ۵۰ هزار نفر
- همکاری با مراکز تحقیقاتی در جهت اجرای پژوهش‌های کاربردی.

منابع

1. Hatami H. Importance of water and water-borne diseases: On the occasion of the world water day (March 22, 2013). Int J Prev Med. 2013;4:243-5. Available from: <https://sites.google.com/site/drhatamilibrary4/activities/62-IMPORTANCE-OF-WATER.pdf> [Last cited on 2019 March 18].
2. Hatami H, Hatami M, Hatami N. The Religious and Social Principles of Patients' Rights in Holy books (Avesta, Torah, Bible, Quran) and Traditional Medicine Resources, International, J Relig Health, 2013; 52:223-234, DOI 10.1007/s10943-012-9619-4. Available from: <https://sites.google.com/site/drhatamilibrary4/activities/56-PATIENTS-RIGHTS.pdf> [Last cited on 2019 March 18].
3. Hatami H, Hatami M, Hatami N. Health Orientation, Research Centeredness and Realism in Avicenna's Canon of Medicine, Iran Red Crescent Med J 2012; 14(6):331-336. Available from: <https://sites.google.com/site/drhatamilibrary4/activities/46-HEALTH-ORIENTATION.pdf> [Last cited on 2019 March 18].
4. Jamshidi HR. Health system reform in Islamic Republic Iran. Public Health services insurance Journal 2005; 27(8): 14-16.
5. Hafezi Z, Asqari R, Momayezi M. Monitoring Performance of Family Physicians in Yazd, Journal of School Health, Yazd, 2009.
6. Davoudi S, Jamshidy H. Worry story of our family physician, Iran republic Islamic medical council. Available from: URL: <http://www.Irimc.org/News List.aspx?id=5522>
7. Asefzadeh S, Rezapour A, editors. Health administration. Hades Emroz press; 2005. [Persian].
8. Stange KC, Jaen CR, Flocke SA, Miller WL, Crabtree BF, Zyzanski SJ. The value of a family physician. J Fam Pract 1998; 5(46): 363-80.
9. Kersnik J. An evaluation of patient satisfaction with family practice care in Slovenia. Int J Qual Health Care 2000; 2(12): 143-47.
10. Hoveida H. Family physician, sarmayeh. Available from: <http://www.sarmayeh.net/ShowNews.php?28076>.

11. Shahdpour K, Pileroudi S. Health for all and primary health cares in 20 and 21st centuries, Ministry of Health and Medical Education, Nashreh Tends 1999; PP. 13-192.
12. Fung D, Cohen MM. Measuring patient satisfaction with anesthesia care: a review of current methodology. *Anesth Analg*. 1998; 5(87): 1089-98.
14. Kolta T. The determination of patient satisfaction as a part of quality management in hospital *Dtsch Med Wochen*. 1996; 121(28-29): 889-95.
15. Nasrollahpour SH, Ashrafian AH, Motlagh ME, Kabir MJ, Maleki Mohammad R, Shabestani MA, et al. Evaluation of the Function of Referral System in Family Physician Program in Northern Provinces of IRAN, JBUMS, 2008.
16. Williams B. Patient satisfaction: A valid concept. *Soc Sci Med* 1994; 4(38): 509-16.
17. WHO. The role of hospital in primary health care, reported of a conference sponsored by the Agakhan foundation, 1981; PP. 44-63.
18. Malekafzali H. Lack of Doctors justification family physician plan, Iran ministry of health. Available from: URL:<http://www.qudsdaily.com/archive/2007/page63.html>. [Persian]
19. Ghodarzi G, Azadi H. Determining of technical efficient on Iran universities hospital. *Proceeding of 5th National Congress of Healthcare Administration Student*; 2007 May 9-12; Iran, Tabriz. P.38. [Persian].
20. Ghoharinejhad S. Health system decentralization on Iran University and Medical science. *Proceeding of 5th National Congress of HealthCare Administration Student*; 2007 May 9-12; Iran, Tabriz. p.32. [Persian].
21. Gut kin Cal. Opportunities in the specialty of family medicine. *Can Fame Physician* 2008; (2) 54: 320.
- ۲۲ - دستورالعمل نظام ارجاع و پزشک خانواده در مناطق شهری نسخه ۱ + وزارت بهداشت و درمان و آموزش پزشکی وزارت رفاه و تامین اجتماعی و سازمانهای بیمه.
- ۲۳ - سیف ربیعی م ع، شهیدزاده ماهانی ع. رضایت بیماران بستری در بیمارستانهای دولتی تحت پوشش دانشگاه علوم پزشکی. ۲۷۱ - ۲۷۹، همدان و عوامل موثر بر آن، فصلنامه پایش، سال پنجم، شماره چهارم، پاییز ۱۳۸۵
- ۲۴ - ملک افضلی ح، کیقبادی ک. بررسی کارایی خانههای بهداشت شهرستان تنکابن از طریق محاسبه شاخصهای مرگ و تولد، ۴۱-۴۳، ۱۳۶۳، مجله دارو و درمان، سال اول، شماره ۴
- ۲۵ - خداویسی م، فتاحی ی. بررسی میزان رضایت روستاییان حومه شهر همدان از خانههای بهداشت، مجله علمی دانشگاه علوم. ۵۲-۵۵: پزشکی همدان، سال چهارم، شماره ۱۰، پائیز و زمستان ۱۳۷۵
- ۲۶ - اسماعیل مطلق، محمد، همکاران. رضایت اعضای تیم سلامت از کارکرد پزشکان خانواده در دانشگاههای علوم پزشکی، استانهای شمالی ایران، ماهنامه دانشکده پرستاری و مامایی ارومیه دوره نهم شماره سوم، پی در پی ۳۲، مرداد و شهریور ۱۳۹۰، ۱۸۷-۱۸۰
- ۲۷ - سیستم بسته خدمت تیم سلامت و پزشک خانواده: وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی.
- ۲۸ - دستورالعمل اجرایی برنامه پزشک خانواده و بیمه روستایی، وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، معاونت بهداشت، مرکز مدیریت شبکه، نسخه شماره ۱۶، سال ۱۳۹۵.
- ۲۹ - پزشک خانواده در نقشه نظام سلامت ۱۴۰۴ جمهوری اسلامی ایران
- ۳۰ - دستورالعمل برنامه "پزشک خانواده و نظام ارجاع" در منطبق شهری، وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، معاونت بهداشت، چاپ سوم، ۱۳۹۱.
- ۳۱ - برنامه تامین گسترش و مراقبتهای اولیه سلامت از طریق تقویت شبکه بهداشت و درمان در مناطق شهری، وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی (نسخه ۳ +)، معاونت بهداشت، مرکز مدیریت شبکه، ۱۳۹۴.
- توضیح این که این مطلب، برگرفته از پایان نامه دوره MPH نگارنده است.