

بازنگری نظام مراقبت‌های اولیه سلامت کشور بر اساس رویکرد تعیین‌کننده‌های اجتماعی سلامت - ارایه یک مدل

معصومه دژمان^۱، کتایون فلاح^۲، منیر برادران‌افتخاری^۲، زهره محمودی^۳، آمنه‌ستاره فروزان^۱، زهرا جرجران‌شوشتری^۱، حسین ملک‌افضلی^{۴*}

۱- مرکز تحقیقات عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی ۲- مرکز توسعه و هماهنگی تحقیقات و فن‌آوری وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و مرکز تحقیقات عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی ۳- مرکز تحقیقات عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی البرز ۴- گروه آمار حیاتی و اپیدمیولوژی، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی تهران
* نویسنده مسؤول: تهران، خیابان انقلاب، خیابان قدس، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تلفن: ۲۲۱۸۰۱۱۵ نامبر: ۲۲۱۸۰۱۱۵
پست الکترونیک: malek179@gmail.com

دریافت: ۹۳/۸/۱۵ پذیرش: ۹۳/۱۱/۱۵

چکیده

مقدمه: امروزه نظام سلامت به دلیل عواملی چون تغییرات سریع وضعیت اجتماعی و اقتصادی، شهرنشینی، تغییر در الگوی بیماری‌ها، افزایش بار بیماری‌های مزمن دچار چالش‌هایی گردیده و به منظور دستیابی به عدالت در سلامت نیازمند اصلاح و بازنگری با استفاده از رویکرد اجتماعی می‌باشد. هدف این مطالعه، بازنگری و ارتقای نظام مراقبت‌های اولیه سلامت کشور با رویکرد تعیین‌کننده‌های اجتماعی سلامت و طراحی و ارایه مدل درخصوص ساختارهای مورد نیاز و چگونگی ارتباط بین آنها بود. روش کار: این مطالعه با رویکرد کیفی به روش تحلیل محتوا و بر اساس نمونه‌گیری مبتنی بر هدف، با مشارکت کارشناسان صاحب‌نظر (۵ بحث‌گروهی متمرکز) و سیاست‌گزاران و مدیران نظام سلامت (۱۱ مصاحبه فردی) انجام شد.

یافته‌ها: تجزیه و تحلیل داده‌ها بیانگر سه مفهوم اصلی سطح ملی، سطح استان و سطح شهرستان بود و در ذیل هر مفهوم نیز دو زیرطبقه "بازنگری ساختارهای موجود" و "ساختارهای پیشنهادی" قرار گرفت. ساختارهایی که در زیر طبقه "بازنگری ساختارهای موجود" قرار گرفتند عبارت بودند از "نظام ارایه خدمات سلامت" و "شوراهای تصمیم‌گیری بین‌بخشی" و بخشی که در زیر طبقه "ساختارهای پیشنهادی" مطرح گردید "توانمندسازی جامعه و همکاری‌های بین‌بخشی و عدالت در سلامت" بود. در نهایت، مدل پیشنهادی نظام مراقبت‌های اولیه سلامت با رویکرد تعیین‌کننده‌های اجتماعی سلامت با تأکید بر مناطق شهری طراحی گردید.

نتیجه‌گیری: با توجه به اهمیت تعیین‌کننده‌های اجتماعی در ارتقای سطح سلامت جامعه، به نظر می‌رسد فراهم آوردن زیرساخت‌های لازم در جهت بازنگری نظام مراقبت‌های اولیه سلامت کشور با رویکرد تعیین‌کننده‌های اجتماعی سلامت، ضروری می‌باشد.

کلواژگان: نظام مراقبت‌های اولیه سلامت، تعیین‌کننده‌های اجتماعی سلامت، همکاری بین‌بخشی، مشارکت جامعه، عدالت در سلامت

مقدمه

مناسب می‌باشد. این مراقبت‌ها بخش اصلی نظام سلامت و توسعه اقتصادی اجتماعی هر کشوری را تشکیل می‌دهد (۱ و ۲). در سال‌های گذشته، این نظام به عنوان مهم‌ترین استراتژی

مراقبت‌های اولیه سلامت، نظام ارایه مراقبت‌های ضروری و اساسی سلامت برای کلیه افراد جامعه با تأکید بر اصول عدالت، مشارکت مردمی، همکاری بین‌بخشی و استفاده از تکنولوژی مجله تحقیقات نظام سلامت حکیم

است (۱۳ و ۱۴). تعیین‌کننده‌های اجتماعی مؤثر بر سلامت، شرایطی هستند که مردم در آن رشد کرده، زندگی و کار می‌کنند و بر سلامت افراد مؤثر بوده و نابرابری این شرایط منجر به بی‌عدالتی‌های سلامت می‌گردد (۱۵). تعیین‌کننده‌ها به دو دسته کلی تقسیم می‌گردند: تعیین‌کننده‌های ساختاری که شامل سیاست‌های اقتصادی اجتماعی کلان و موقعیت اجتماعی اقتصادی هستند و به عنوان عوامل تعیین‌کننده بی‌عدالتی در سلامت نیز یاد می‌گردند و تعیین‌کننده‌های واسطه‌ای که شامل عوامل زیست‌شناختی و رفتاری و عوامل روانی اجتماعی می‌باشند (۱۶). نظام مراقبت‌های اولیه سلامت با رویکرد تعیین‌کننده‌های اجتماعی مؤثر بر سلامت نه تنها پاسخگوی نیازهای بهداشتی جامعه بوده و تسهیلات لازم را برای مشارکت جامعه مهیا می‌کند و بر ارائه خدمات مناسب و تصمیم‌گیری در خصوص سیاست‌های مناسب بهداشتی تأکید دارد، بلکه با تکیه بر همکاری‌های بین‌بخشی و با دیدگاهی فراتر از حوزه سلامت، چگونگی تأثیر عوامل اجتماعی بر سلامت جامعه مانند توزیع منابع و قدرت و طبقه اجتماعی را مورد تجزیه و تحلیل قرار داده و با شناسایی گروه‌های آسیب‌پذیر و نیازهای آنان و اجرای مداخلات لازم در جهت ارتقای سلامت و کاهش بی‌عدالتی سلامت تلاش می‌کند (۲ و ۱۲).

با توجه به چالش‌های موجود نظام مراقبت‌های اولیه سلامت کشور و اهمیت تعیین‌کننده‌های اجتماعی، این مطالعه با هدف بازنگری و ارتقای نظام مراقبت‌های اولیه سلامت موجود در کشور با رویکرد تعیین‌کننده‌های اجتماعی سلامت، و طراحی و ارائه مدل مناسب در خصوص ساختارهای مورد نیاز و چگونگی ارتباط بین آن‌ها با استفاده از دیدگاه صاحب‌نظران انجام شده است تا با نهادینه نمودن مشارکت مردم و همکاری سایر بخش‌ها، دستیابی به اهداف نظام سلامت و عدالت در سلامت هموار گردد.

روش کار

این مطالعه به صورت کیفی با استفاده از روش تحلیل محتوا طراحی و اجرا شد. تحلیل محتوا در تحقیقات کیفی کاربرد گسترده‌ای دارد و برای فراهم نمودن شواهد توصیف روشن و خلاصه شده از موضوع مورد نظر، روش بسیار مطلوبی به شمار می‌آید (۱۷). جامعه مورد مطالعه در این تحقیق، کلیه کارشناسان، سیاست‌گزاران و مدیران صاحب‌نظر و فعال در زمینه نظام مراقبت‌های اولیه سلامت و تعیین‌کننده‌های اجتماعی سلامت کشور در سطوح مختلف ملی، استانی و شهرستان بود.

سازمان جهانی بهداشت در جهت تقویت نظام سلامت در بسیاری از کشورهای در حال توسعه به اجرا درآمده و در تغییر نگرش جهانی از درمان به پیشگیری و همچنین دستیابی به اهداف نظام سلامت مانند ارتقای سطح بهداشت، دسترسی یکسان و پاسخگویی مناسب نقش چشمگیری داشته است (۳ و ۴).

در ایران نیز با استناد به تجربیات گذشته و ضرورت بیانیه آلماتا، از سال ۱۳۵۸ ارائه خدمات اولیه سلامت با تأسیس خانه بهداشت روستایی و مراکز بهداشتی درمانی روستایی و پایگاه‌های بهداشت و مراکز بهداشتی درمانی شهری پایه‌گذاری شد و در نهایت در سال ۱۳۶۳، با استقرار شبکه‌های بهداشتی درمانی در شهرستان‌های کشور، نظام مراقبت‌های اولیه سلامت رسماً فعالیت خود را آغاز نمود (۵ و ۶). اگرچه این نظام تاکنون پاسخگوی نیازهای سلامت مانند افزایش پوشش واکسیناسیون و برنامه تنظیم خانواده، کاهش مرگ و میر مادران و نوزادان، افزایش زایمان توسط فرد دوره‌دیده و ریشه‌کنی و کنترل بیماری‌های واگیردار بوده است، در زمینه افزایش همکاری‌های بین‌بخشی و مشارکت مردم توفیق زیادی حاصل نشده است (۵). همچنین وجود نابرابری‌های آشکار در وضعیت سلامت و دسترسی به خدمات سلامت در مناطق مختلف کشور نیز غیرقابل انکار می‌باشد (۷). مرور مطالعات نیز بیانگر نقاط ضعف عملکردی و وجود چالش‌های متفاوت در نظام سلامت کشور است که متأثر از عواملی مانند تغییرات سریع وضعیت اجتماعی و اقتصادی، گسترش شهرنشینی، تغییرالگوی جمعیتی و افزایش جمعیت جوانان و میانسالان، تغییر در سبک زندگی و الگوی بیماری‌ها، افزایش بار ناشی از بیماری‌های غیر واگیر، گسترش بخش خصوصی و اضافه شدن تکنولوژی‌های پزشکی گران‌قیمت به مراقبت‌های بهداشتی درمانی و در نهایت عدم وجود یک رویکرد اجتماعی در ارائه خدمات در نظام سلامت کشور است و ضرورت اصلاح و بازنگری نظام سلامت را بیش از پیش مطرح می‌سازد (۸ و ۹). مرور تجربیات سایر کشورهای در حال توسعه که متأثر از رشد شاخص‌های بیماری و مرگ و میر ناشی از شهرنشینی و صنعتی شدن می‌باشد، نشان داده است که عوامل اجتماعی بسیار بیشتر از عوامل زیست‌شناختی سبب بیماری شده و نقش بسزایی در برقراری سلامت و دسترسی یکسان به خدمات سلامت دارد (۱۲-۱۰).

در همین راستا، سازمان جهانی بهداشت در گزارش سال ۲۰۰۸ خود با عنوان "مراقبت‌های اولیه سلامت: حالا بیشتر از هر وقت دیگر"، با تمرکز بر تعیین‌کننده‌های اجتماعی سلامت، بر اهمیت این رویکرد در دستیابی به عدالت در سلامت تأکید کرده

روش تجزیه و تحلیل: تحلیل داده‌ها به صورت دستی با استفاده از روش آنالیز محتوا (القایی - استقرایی) انجام شد. در ابتدا فایل‌های صوتی کلیه مصاحبه‌های انجام شده به دقت دست‌نویسی شدند. سپس متن‌های حاصل چندین بار مورد بازخوانی قرار گرفت و کدگذاری‌های لازم انجام شد. در مرحله بعد، کدهای مشابه به لحاظ مفهوم گروه‌بندی شدند و به همراه نتایج به دست آمده از مرور اسنادی تجزیه و تحلیل گردیدند. بر اساس نتایج به دست آمده از تجزیه و تحلیل داده‌ها و طبقه‌بندی آن‌ها، مدل اولیه طراحی شد و خدمات پیشنهادی در سطوح مختلف مدل تدوین گردید. سپس مدل و اجزای آن در جلسه‌ای با حضور ذی‌نفعان و صاحب‌نظران مطرح شد و پس از بحث و ارایه نظر، نظرات پیشنهادی شرکت‌کنندگان در مدل منظور گردید و در نهایت اجزای مدل نهایی شد. به منظور افزایش پایایی داده‌ها، کلیه کدها و طبقات حاصله از تحلیل، توسط گروه تحقیق چک متقابل شدند و نتایج با هم مقایسه شدند. به منظور اطمینان از اعتبار داده‌ها، در پایان هر مصاحبه، خلاصه آن جهت تأیید مصاحبه شونده‌گان ارایه گردید. جهت عینیت‌پذیری داده‌ها نیز از کدگذاری همزمان توسط دو محقق استفاده شد و کدها و طبقات با همدیگر مقایسه شدند.

ملاحظات اخلاقی: کسب رضایت آگاهانه جهت حضور در تحقیق و ضبط صدا به هنگام مصاحبه از کلیه شرکت‌کنندگان، رعایت حفظ بی‌نامی، محرمانه ماندن اطلاعات با حفظ شرایط رازداری و برخورداری از حق کناره‌گیری از مطالعه در تمامی مراحل اجرا در نظر گرفته شد. همچنین نتایج منتج از مطالعه به تمامی ذی‌نفعان ارسال گردید. لازم به ذکر است کلیه ملاحظات اخلاقی این مطالعه طی قرارداد EM/IRA2011/APW017 سازمان جهانی بهداشت به تأیید رسیده است.

نتایج

به طور کلی، ۴۵ نفر از کارشناسان، سیاست‌گزاران و مدیران صاحب‌نظر و فعال در زمینه نظام مراقبت‌های اولیه سلامت و تعیین‌کننده‌های اجتماعی سلامت کشور در این مطالعه شرکت کردند. در مصاحبه‌های فردی سیاست‌گزاران و مدیران، تعداد ۱۰ مرد و یک زن با میانگین سنی 8 ± 50 سال شرکت کردند. سابقه شغلی در حوزه سلامت این شرکت‌کنندگان بین ۱۵ تا ۳۰ سال با میانگین $20/8$ سال بود. سطح تحصیلات این گروه نیز از دکترا (PhD) تا فوق‌تخصص متغیر بود. از ۳۴ نفر شرکت‌کننده در بحث‌های گروهی متمرکز، ۲۰ نفر زن و ۱۴ نفر مرد و میانگین سنی این افراد $44 \pm 7/6$ بود. سابقه شغلی این گروه نیز

زمان اجرای مطالعه از اردیبهشت تا شهریور سال ۱۳۹۰ بود. در این مطالعه برای جمع‌آوری اطلاعات، از بحث‌های گروهی متمرکز و مصاحبه‌های فردی استفاده شد. دلیل انتخاب این روش، توانایی و قدرت آن در شناخت و کشف نظرات، عقاید و نگرش صاحب‌نظران در خصوص موضوعات خاص بود (۱۷). به منظور دستیابی به هدف مطالعه، انتخاب شرکت‌کنندگان به روش نمونه‌گیری مبتنی بر هدف شروع شد و تا اشیاع داده‌ها ادامه یافت. مصاحبه‌ها از نوع نیمه ساختار یافته و مکان اجرای آن‌ها در مراکز و مؤسسات نظام سلامت کشور در سطوح مختلف ستادی، استانی و شهرستان بود. مدت زمان اجرای بحث‌های گروهی متمرکز حدوداً یک ساعت و نیم تا دو ساعت و مصاحبه‌های فردی حدود یک ساعت تا یک ساعت و نیم متغیر بود. تعداد افراد شرکت‌کننده در هر بحث گروهی متمرکز به طور متوسط بین ۶ تا ۸ نفر بود. جهت اجرای مصاحبه‌ها از پرسشنامه‌های راهنمای بحث گروهی متمرکز و مصاحبه فردی استفاده گردید. این پرسشنامه‌ها بر اساس اهداف مطالعه، نظرات تیم تحقیق، مرور منابع و همچنین با در نظر گرفتن اولویت‌های ۱۴گانه تعیین‌کننده‌های اجتماعی کشور که توسط دبیرخانه تعیین‌کننده اجتماعی سلامت مستقر در وزارت بهداشت تعیین شده است طراحی گردید. محتوای سؤالات راهنما شامل بازنگری اجزای نظام مراقبت‌های اولیه سلامت، اجزای پیشنهادی، نحوه ارتباط سازمانی و ترکیب و شرح وظایف نیروی انسانی متناسب با هر اولویت در سطح مراکز سلامت شهری و خانه‌های سلامت شهری با رویکرد تعیین‌کننده‌های اجتماعی بود. روایی پرسشنامه از طریق انجام یک مطالعه پایلوت (انجام یک بحث گروهی متمرکز و یک مصاحبه فردی) توسط تیم تحقیق بررسی گردید. در مجموع، پنج بحث گروهی متمرکز با کارشناسان صاحب‌نظر در سطح وزارت بهداشت شامل کارشناسان دفاتر مدیریت شبکه، جوانان و نوجوانان، میانسالان، سالمندان و مرکز مدیریت بیماری‌ها به دلیل آشنایی و اطلاع ایشان از برنامه پزشکی خانواده و ۱۱ مصاحبه عمیق فردی با افراد صاحب‌نظر در حیطه‌های مختلف تعیین‌کننده اجتماعی، سیاست‌گزاران بخش بهداشت و مدیران معاونت بهداشت وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و معاونین بهداشتی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی چند استان صورت گرفت. در هر مصاحبه یک تسهیل‌گر و یک ناظر از اعضای تیم تحقیق حضور داشتند. با کسب اجازه شرکت‌کنندگان، تمامی مصاحبه‌ها همزمان ضبط و یادداشت‌برداری شد و در پایان هر مصاحبه، یادداشت‌ها با محتوای ضبط شده مرور و تکمیل گردید.

می‌دهند؛ ج) دبیرخانه شورای عالی سلامت و امنیت غذایی که محل استقرار آن در وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی می‌باشد. تجزیه و تحلیل داده‌ها نشان داد با اضافه نمودن شرح وظایف ذیل به لیست وظایف دبیرخانه، اتخاذ سیاست‌های مناسب توسط شورایی عالی سلامت در جهت ارتقای همکاری‌های بین‌بخشی و توانمندی سازمان‌ها و ارگان‌های پایین‌دست در بخش سلامت فراهم گردد: - برقراری ارتباط و همکاری با شورای سیاست‌گذاری وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی در جهت تسهیل فرایند اجرایی نمودن برنامه‌های راهبردی و آیین‌نامه‌های اجرایی در زمینه گسترش همکاری‌های بین‌بخشی در امر سلامت، امنیت غذایی و تغذیه؛ - اجرای مصوبات و دستورعمل‌های ابلاغ شده در زمینه عدالت در سلامت از طریق کارگروه تخصصی سلامت و امنیت غذایی شورای برنامه‌ریزی و توسعه استان / شهرستان؛ - نظارت بر اجرای مصوبات و دستورعمل‌های ابلاغ شده در زمینه عدالت در سلامت در ارگان‌ها و سازمان‌های مرتبط.

بر اساس مدل پیشنهادی، انتظار بر این است که در سطح ملی، شورای سیاست‌گذاری وزارت بهداشت و گروه تخصصی همکاری‌های بین‌بخشی و عدالت بر سلامت براساس شرح وظایف پیشنهادی، اقدام به تهیه راهنماها و دستورعمل‌ها در جهت انجام مطالعات مؤلفه‌های تعیین‌کننده سلامت و برنامه‌های شیوه‌های مداخلات مؤثر برای ارتقای عدالت در سلامت و ارزیابی آن‌ها کنند تا پس از تأیید و تصویب، از طریق شورای عالی سلامت و امنیت غذایی و شورای سیاست‌گذاری وزارت بهداشت در کلیه دستگاه‌ها و سازمان‌های ذی‌ربط به اجرا درآید.

ب) ساختار پیشنهادی نظام

ساختار توانمندسازی جامعه و همکاری‌های بین‌بخشی و عدالت در سلامت: نهاد پیشنهادی تعریف شده در این سطح، "گروه تخصصی توانمندسازی جامعه، همکاری‌های بین‌بخشی و عدالت در سلامت" است که زیر مجموعه شورای سیاست‌گذاری وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی می‌باشد. شرح وظایف پیشنهادی این گروه عبارتند از: - تهیه راهنما برای تقویت همکاری‌های بین‌بخشی، - تهیه راهنما برای جمع‌آوری داده‌ها، - تدوین مدارک و شواهد از شاخص‌های عدالت در سلامت، - انجام ارزیابی ملی و مطالعات بررسی تأثیر عوامل اجتماعی بر سلامت و ارائه نمونه‌هایی از شیوه‌های مداخلات مؤثر برای ارتقای عدالت در سلامت، - تهیه مدارک لازم برای ترویج و متقاعد کردن سیاستمداران، قانون‌گذاران و برنامه‌ریزان، از جمله

بین ۹ تا ۲۴ سال با میانگین ۱۸ سال و سطح تحصیلات آنان نیز بین کارشناسی ارشد تا دکترا (PhD) متغیر بود. تجزیه و تحلیل داده‌ها بیانگر سه مفهوم اصلی سطح ملی، سطح استان و سطح شهرستان بود و در ذیل هر مفهوم اصلی نیز دو زیر طبقه "بازنگری ساختارهای موجود نظام" و "ساختارهای پیشنهادی نظام" با رویکرد تعیین‌کننده‌های اجتماعی سلامت به شرح ذیل استخراج گردید.

ساختارهایی که در زیر طبقه "بازنگری ساختارهای موجود نظام" قرار گرفتند عبارت بودند از "ساختار ارائه خدمات سلامت" و "ساختار شوراهای تصمیم‌گیری بین‌بخشی" و "ساختارهای که در زیر طبقه "ساختارهای پیشنهادی نظام" به دست آمد "ساختار توانمندسازی جامعه و همکاری‌های بین‌بخشی و عدالت در سلامت" بود.

سطح ملی

الف) بازنگری ساختارهای موجود نظام

ساختار ارائه خدمات سلامت: وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، مسؤول نظارت بر مجموعه خود در سطوح مختلف و هدایت، تصمیم‌گیری، سیاست‌گذاری و نظارت و ارزشیابی در زمینه‌های مربوط به فعالیت خود با رویکرد عدالت در سلامت در سطح کشوری است و دستورعمل‌ها، بخشنامه‌ها و راهنماهای بالینی و منابع را تدوین و ابلاغ می‌کند (۱۸).

ساختار شوراهای تصمیم‌گیری بین‌بخشی: اجزای تعریف شده در این سطح که هم اکنون نیز موجود می‌باشند عبارتند از: الف) شورای عالی سلامت و امنیت غذایی که با ریاست رئیس‌جمهور و عضویت ۱۵ وزیر و رؤسای سازمان‌های مرتبط به منظور حفظ و ارتقای سلامت و بهبود کیفیت زندگی مردم، اتخاذ تدابیر مناسب، سیاست‌ها و راهبردهای کلان در جهت رسیدن به این هدف و همچنین نهادینه کردن مدیریت، سیاست‌گذاری، ارزشیابی و هماهنگی در قلمرو سلامت همگانی و امنیت غذا و تغذیه و برای گسترش هماهنگی و همکاری‌های بین‌بخشی با شرح وظایف مشخص تشکیل می‌گردد؛ ب) کمیسیون ویژه شورای عالی سلامت و امنیت غذایی که متشکل از نمایندگان تام‌الاختیار وزرای دستگاه‌های اجرایی عضو شورایی عالی و معاونین وزارت بهداشت است که با حکم وزیر بهداشت به مدت یک سال منصوب می‌گردند و با کمک دو کمیته تخصصی به نام‌های کمیته تخصصی سلامت و کمیته تخصصی غذا و دارو در مورد پیشنهاد و تدوین سیاست‌های بخش سلامت و امنیت غذایی بر اساس نیاز جامعه و نظرات دستگاه‌ها اقدام می‌کنند و مطالب را جهت تصویب به شورای عالی سلامت و امنیت غذایی ارائه

کمیته تخصصی با شرح وظایف پیشنهادی ذیل، زیر نظر رئیس دانشگاه علوم پزشکی فعالیت نماید: - توانمندسازی دست‌اندرکاران تخصصی کارگروه سلامت و امنیت غذایی استان جهت انجام وظایف ابلاغی از شورای عالی سلامت؛ - نظارت بر اجرای مصوبات و دستورعمل‌های ابلاغ شده در زمینه عدالت در سلامت در ساختارهای وابسته به نظام سلامت؛ - اطمینان از اعتبار داده‌های جمع‌آوری شده در زمینه عدالت در سلامت در سطح استان و شهرستان؛ - تحلیل اطلاعات جمع‌آوری شده بر اساس دستورعمل‌های ابلاغی؛ - همکاری با بخش سلامت و سایر بخش‌ها به منظور تدوین مداخلات استانی جهت کاهش بی‌عدالتی در سلامت؛ - ارایه گزارش عملکرد استان به گروه تخصصی کشوری با هدف اثرگذاری بر شورای عالی سلامت.

در این سطح انتظار بر این است که گروه تخصصی همکاری‌های بین‌بخشی و عدالت در سلامت استان که در دانشگاه علوم پزشکی استان تعریف شده است نقش فعالی در اجرایی شدن برنامه‌های عدالت در سلامت استان، توانمندی اعضای نظام سلامت و کارگروه تخصصی سلامت و امنیت غذایی، برقراری ارتباط و افزایش همکاری‌های بین‌بخشی (با در نظر گرفتن حضور رئیس دانشگاه علوم پزشکی استان در هر سه ساختار تعریف شده در سطح استان) داشته باشد. از سوی دیگر تعریف نقش‌هایی همچون همکاری با نظام سلامت و گروه تخصصی همکاری‌های بین‌بخشی و عدالت در سلامت استان در جهت اجرایی نمودن برنامه‌ها و نظارت بر آن‌ها برای کارگروه تخصصی سلامت و امنیت غذایی استان نیز می‌تواند موجب هم‌افزایی در اجرای کمی و کیفی برنامه‌های استانی عدالت در سلامت گردد.

سطح شهرستان

الف) بازنگری ساختارهای موجود نظام

ساختار ارایه خدمات سلامت: نهادهای فعال و بازنگری شده نظام مراقبت‌های اولیه سلامت در این سطح که در واقع سطح ارایه خدمات سلامت به جامعه در مناطق شهری می‌باشد عبارتند از: ستاد شبکه بهداشت شهرستان، مرکز بهداشت شهرستان، مرکز سلامت شهری و خانه سلامت شهری. شرح وظایف و اعضای آن‌ها به شرح ذیل می‌باشد:

- ستاد شبکه بهداشت شهرستان: این ستاد در واقع نماینده دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی استان و وزارت بهداشت در شهرستان است و مسؤولیت سازماندهی، هدایت و تأمین منابع بخش‌های خصوصی و دولتی زیرمجموعه خود را داراست. بر اساس رویکرد عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت، در

در بخش بهداشت، به منظور توجه به عوامل اجتماعی سلامت و توجه به نهادینه شدن موضوع عدالت در سلامت در برنامه‌های ملی توسعه، - ایجاد ارتباطات بین‌المللی به منظور حفظ روزآمدی دانش در زمینه عدالت در سلامت و تعیین کننده‌های اجتماعی سلامت، - ارایه پیشنهادات مصوب به دبیرخانه شورای عالی سلامت و امنیت غذایی از طریق مقتضی جهت بررسی و تصویب در این شورا و - نظارت و پایش مصوبات ابلاغ شده در ارتباط با ارتقای شاخص‌های عدالت در سلامت و گزارش آن به شورای عالی.

سطح استان

الف) بازنگری ساختارهای موجود نظام

ساختار ارایه خدمات سلامت: سطح استانی نظام سلامت در کشور توسط دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی استان کنترل و اداره می‌شود و مسؤول نظارت بر زیرمجموعه خود در اجرای دستورعمل‌ها و بخشنامه‌های ملی و استانی می‌باشد. بالاترین مقام مسؤول در این سطح رئیس دانشگاه علوم پزشکی است که مسؤول امور مالی، اداری و دانشگاه و تصویب مقررات می‌باشد (۱۸).

ساختار شوراهای تصمیم‌گیری بین‌بخشی: نهادی که در این سطح در نظر گرفته شده است "کارگروه تخصصی سلامت و امنیت غذایی استان" می‌باشد. این کارگروه در حال حاضر به عنوان یکی از کارگروه‌های تخصصی شورای برنامه‌ریزی و توسعه استان / شهرستان مشغول می‌باشد و رئیس دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی استان، دبیر این کارگروه می‌باشد. وظایف پیشنهادی این کارگروه، علاوه بر شرح وظایف فعلی آن عبارتند از: - همکاری با دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی استان و گروه تخصصی همکاری بین‌بخشی و عدالت در سلامت استان به منظور توانمندسازی اعضا در خصوص همکاری بین‌بخشی و شاخص‌های عدالت در سلامت، - اجرایی نمودن برنامه‌های عدالت در سلامت در سطوح وابسته مانند واحدهای تابعه در شهرستان و غیره و - نظارت بر اجرای مصوبات، دستورعمل‌ها و برنامه‌های ابلاغ شده در زمینه عدالت در سلامت در سازمان‌های تابعه.

ب) ساختار پیشنهادی نظام

ساختار توانمندسازی جامعه و همکاری‌های بین‌بخشی و عدالت در سلامت: نهاد پیشنهادی که در این سطح تعریف شده است، "گروه تخصصی همکاری‌های بین‌بخشی و عدالت در سلامت استان" می‌باشد. انتظار می‌رود این گروه به عنوان یک

خانه سلامت شهری با جمعیت ۲۴۰۰۰-۱۲۰۰۰ نفر را پوشش می‌دهد. وظایف پیشنهادی مرکز سلامت شهری بر اساس مدل ارائه شده در این مطالعه، علاوه بر شرح وظایف فعلی (۱۵) عبارتند از: - پایش و پیگیری اجرای برنامه‌های مداخله‌ای توانمندی جامعه و عدالت در سلامت در حوزه تحت نظارت، - مشارکت در نوآوری‌های جامعه و فعالیت‌های مرتبط با همکاری بین‌بخشی، و - هماهنگی با کمیته ارتقای سلامت و توسعه اجتماعی شهری در خصوص برنامه‌ریزی و تأمین منابع و اجرای برنامه‌های مداخله‌ای سلامت اجتماعی. به منظور ارائه خدمات تخصصی مرتبط با بیماری‌های خاص در کنار سایر خدمات به ازای هر ۹۶۰۰۰ - ۴۸۰۰۰ نفر جمعیت، یعنی چهار مرکز سلامت شهری، یک مرکز سلامت شهری ویژه پیشنهاد می‌شود که خدمات تخصصی مشاوره، تشخیص و درمان بیماران را در کنار سایر خدمات انجام دهد. به عبارت دیگر این مرکز، خدمات معمولی را برای ۲۴۰۰۰ - ۱۲۰۰۰ نفر ارائه می‌کند لیکن خدمات تخصصی از قبیل سل، بهداشت روان و ایدز را به ۹۶۰۰۰ - ۴۸۰۰۰ نفر ارائه خواهد کرد. در این مرکز علاوه بر اعضای ذکر شده در مرکز سلامت شهری، پزشک عمومی دوره‌دیده برای خدمات خاص (ایدز، سلامت روان، ...)، کارکنان آزمایشگاه تخصصی و متخصص عفونی یا داخلی (که به تناوب از مرکز بازدید و کارکنان را در انجام وظایفشان کمک می‌کنند) که دوره‌های مخصوصی را گذرانده‌اند مستقر بوده و خدمات تخصصی را ارائه می‌دهند.

- خانه سلامت شهری: اولین سطح ارائه خدمت نظام شبکه‌های بهداشتی درمانی در شهر می‌باشند. این خانه‌ها توسط مرکز سلامت شهری منطقه نظارت می‌شوند. بر اساس مدل با رویکرد تعیین‌کننده‌های اجتماعی سلامت، کارکنان پیشنهادی خانه سلامت شهری شامل کارشناس بهداشت عمومی، کارشناس ماما، کارشناس مددکار یا روانشناس و یا علوم اجتماعی، کارشناس بهداشت محیط، پرستار و مسؤول امور عمومی می‌باشد. هر خانه سلامت، ۸۰۰۰ - ۴۰۰۰ نفر را که تقریباً معادل ۱۰۰۰ تا ۲۰۰۰ خانوار می‌باشد پوشش می‌دهد. وظایف پیشنهادی علاوه بر خدمات فعلی (۱۵) عبارتند از: - جمع‌آوری، ثبت و گزارش فعالیت‌ها در خصوص شاخص‌های عدالت در سلامت، - شناسایی گروه‌های در معرض خطر از نظر سلامت اجتماعی و ارجاع، - همکاری با کمیته ارتقای سلامت و توسعه اجتماعی شهری جهت ارجاع مسایل اجتماعی از طریق مرکز سلامت شهری، - کنترل و طبقه‌بندی داده‌های جمعیتی، اجتماعی، بهداشتی و درمانی، - مشارکت در نیازسنجی و

شرح وظایف پیشنهادی این ستاد علاوه بر وظایف فعلی (۱۸) می‌توان به: - نظارت و پیگیری بر اجرای شاخص‌های عدالت در سلامت در شهر و روستا از طریق گروه تخصصی توانمندسازی جامعه، - همکاری‌های بین‌بخشی و عدالت در سلامت شهرستان، - ارتقای همکاری‌های بین‌بخشی با شوراهای سلامت شهرستان یا کارگروه تخصصی سلامت و امنیت غذایی در شورای برنامه‌ریزی و توسعه شهرستان و سایر نهادهای توسعه‌ای، سیاسی و اجتماعی منطقه و تقویت آنان به منظور ارتقای شاخص‌های عدالت در سلامت، - برنامه‌ریزی، اجرا و توسعه برنامه‌های توانمندسازی کارکنان نظام سلامت و جامعه در جهت کاهش بی‌عدالتی و ارتقای سلامت اجتماعی و - همکاری و هماهنگی با گروه تخصصی همکاری‌های بین‌بخشی و عدالت در سلامت شهرستان در جهت توانمندسازی و افزایش مشارکت جامعه اشاره نمود.

- مرکز بهداشت شهرستان: این مرکز عمدتاً درگیر نظارت و هماهنگی فعالیت‌های مراکز سلامت شهری/روستایی و خانه‌های سلامت شهری/روستایی، پیگیری موارد ارجاعی از سطوح پایین‌تر برای مراقبت سطح سوم و سازماندهی فعالیت‌های آموزش برای پرسنل بهداشتی در شهرستان می‌باشد. شرح وظایف پیشنهادی علاوه بر موارد قبلی (۱۸) شامل: - جمع‌آوری و تحلیل اطلاعات، - نظارت و پیگیری شاخص‌های عدالت در سلامت در شهرستان، - کمک به تشکیل گروه تخصصی همکاری‌های بین‌بخشی و عدالت در سلامت در ستاد شبکه سلامت شهرستان در جهت توانمندی دست‌اندرکاران و جامعه و برقراری هماهنگی بین واحدهای تابعه با تشکیل جلسات هماهنگی مسؤولان مراکز و خانه‌های سلامت شهری، - تکوین همکاری‌های بین‌بخشی و برقراری هماهنگی بین این مرکز با سایر بخش‌های توسعه، نهادهای رسمی و اجتماعی شهرستان از طریق تشکیل شوراهای سلامت یا کارگروه سلامت و امنیت غذایی شهرستان، - شرکت در جلسات هماهنگی شهرستان از جمله شورای اداری شهرستان، شورای آموزش و پرورش و کارگروه درمان و تأمین اجتماعی و - همکاری با کمیته ارتقای سلامت و توسعه اجتماعی شهرستان در جهت ارتقای سلامت اجتماعی می‌باشد.

- مرکز سلامت شهری: مراکز بهداشتی درمانی پیشین هستند که توسط پزشک عمومی (پزشک خانواده) و تعدادی از کارشناسان حیطه سلامت (حداقل در مقطع کارشناسی) با پنج سال سابقه کار، شامل دندان‌پزشک، امور دارویی، آزمایشگاه عمومی و تغذیه اداره می‌شوند. هر مرکز سلامت شهری، سه

همکاری مراکز بهداشت شهرستان، - تأمین و پایدارسازی منابع از طریق همکاری و هماهنگی با دیگر شوراهای تصمیم‌گیری بین‌بخشی شهرستان، و - ارزشیابی مداخلات و ارایه بازخورد به گروه تخصصی همکاری‌های بین‌بخشی و عدالت در سلامت شهرستان در نظر گرفته شده است. انتظار می‌رود این کمیته در هر منطقه از شهر با مشارکت نمایندگان سایر گروه‌ها در کمیته، پاسخگوی موارد ارجاع از خانه‌های سلامت شهری در خصوص مشکلات مرتبط با تعیین کننده‌های اجتماعی از سلامت افراد جامعه باشد.

ب) ساختار پیشنهادی نظام

ساختار توانمندسازی جامعه و همکاری‌های بین‌بخشی و عدالت در سلامت: این گروه در سطح شهرستان به عنوان یک کمیته تخصصی زیر نظر رئیس شبکه بهداشت شهرستان فعالیت می‌نماید. شرح وظایف پیشنهادی این گروه شامل توانمندسازی دست‌اندرکاران کارگروه تخصصی سلامت و امنیت غذایی در شورای برنامه‌ریزی و توسعه شهرستان و کمیته ارتقای سلامت و توسعه اجتماعی شهری، همکاری با ساختارهای ارایه خدمات سلامت و شوراهای تصمیم‌گیری بین‌بخشی شهرستان به منظور تدوین مداخلات مناسب جهت کاهش بی‌عدالتی در سلامت و ارتقای سلامت اجتماعی، همکاری با کارگروه تخصصی سلامت و امنیت غذایی در شورای برنامه‌ریزی و توسعه شهرستان جهت جمع‌بندی داده‌ها و ارایه گزارش در زمینه شاخص‌های عدالت در سلامت به استان برابر دستورعمل ابلاغی، و نظارت بر جمع‌آوری داده‌های معتبر در شهرستان می‌باشد.

بر اساس جمع‌بندی عقاید و نظرات حاصل از مطالعه انجام شده و مرور منابع، مدل ارایه خدمات سلامت در نظام مراقبت‌های اولیه سلامت با رویکرد تعیین کننده‌های اجتماعی سلامت با تأکید بر مناطق شهری پیشنهاد گردید (شکل ۱). در این مدل پیشنهادی، ساختار مرکزی شامل ساختار موجود نظام ارایه خدمات سلامت از سطح کشوری تا سطح شهری است و به همراه شرح وظایف پیشنهادی، برکمیت و کیفیت ارایه خدمات سلامت با تأکید بر تعیین کننده‌های اجتماعی توجه دارد. ساختار سمت چپ با عنوان "ساختار توانمندسازی جامعه و همکاری‌های بین‌بخشی و عدالت در سلامت" تشکل‌های پیشنهادی جدید تحت نظر شورای سیاست‌گذاری وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی را شامل می‌شود که به منظور گسترش همکاری‌های بین‌بخشی جهت برقراری عدالت در سلامت و توانمندسازی جامعه تعریف شده و نقش برنامه‌ریزی، تصمیم‌گیری و نظارت در خصوص شاخص‌های عدالت در

اولویت‌بندی مشکلات، - همکاری و مشارکت فعال در اجرای برنامه‌های مداخله‌ای توانمندی جامعه، و - همکاری با شورایاری محله.

ساختار شوراهای تصمیم‌گیری بین‌بخشی: ساختارهای پیشنهادی این مدل در این سطح شامل کارگروه تخصصی سلامت و امنیت غذایی شورای برنامه‌ریزی و توسعه شهرستان، کمیته ارتقای سلامت و توسعه اجتماعی شهری و شوراهای محلی شهری می‌باشد.

- کارگروه تخصصی سلامت و امنیت غذایی شهرستان: به منظور پیشبرد اهداف و انجام وظایف شورای سلامت و امنیت غذایی استان، کمیته‌های تخصصی مشابه با ریاست فرماندار در سطح شهرستان تشکیل شود که در راستای وظایف شورا در سطح استان فعالیت می‌کنند.

- شوراهای محلی شهری (شورایاری): نهادهایی مردمی، غیردولتی، غیرمتمرکز، غیرسیاسی، داوطلبانه و مشارکتی هستند و براساس اولویت‌های محلی و حجم مسایل و نیازها و تشخیص اعضاء تشکیل جلسه می‌دهند. از جمله وظایف پیشنهادی این شوراها بر اساس رویکرد این مدل می‌توان به: - شناسایی مشکلات، - اولویت‌بندی کمبودها، نیازها و امکانات و منابع در اختیار به منظور ارایه طرح و پیشنهاد، - تلاش در جهت ارتقای شاخص‌های عدالت در سلامت، - همکاری و هماهنگی با خانه‌های سلامت شهری در اجرای برنامه‌های مداخله‌ای و - توانمندسازی جامعه و همکاری با شورای اسلامی شهر در جهت رفع بی‌عدالتی در محله اشاره نمود.

- کمیته ارتقای سلامت و توسعه اجتماعی شهری: این کمیته یک نهاد پیشنهادی در ساختار شوراهای تصمیم‌گیری بین‌بخشی است و متشکل از سازمان‌های دولتی و غیردولتی فعال در منطقه می‌باشد که علاوه بر نیازسنجی سلامت مردم منطقه در همه ابعاد، وظایف تدوین برنامه و مداخلات متناسب، تأمین منابع، نظارت بر اجرای برنامه‌های مرتبط با سلامت را برعهده خواهد داشت و در مورد مؤلفه‌های اجتماعی سلامت از طریق تولید شواهد، جلب حمایت و رهبری تغییرات اجتماعی نقش خود را ایفا می‌کند. این کمیته با وظایف تعیین شده تابع قوانین، مقررات و استانداردهای اعلام شده ستاد شبکه بهداشت شهرستان، کارگروه تخصصی همکاری‌های بین‌بخشی و عدالت در سلامت و کارگروه تخصصی سلامت و امنیت غذایی شهرستان می‌باشد. وظایف این کمیته: - توانمندسازی جامعه محلی در زمینه سلامت، - نیازسنجی، اولویت‌بندی، طراحی و انجام مداخلات مشارکتی مؤلفه‌های اجتماعی سلامت در سطح منطقه با

اساسی نظام ارایه خدمات کنونی کشور است، اصل همکاری بین‌بخشی می‌باشد. سیستم مراقبت بهداشتی اولیه و تعیین‌کننده‌های اجتماعی سلامت، تمرکز ویژه‌ای بر همکاری بین‌بخشی دارند. سیستم مراقبت بهداشتی اولیه معتقد است که بخش سلامت تنها نهاد مؤثر در بهبود وضع سلامت نیست و تعیین‌کننده‌های اجتماعی سلامت به خوبی نشان می‌دهند که چگونه نابرابری در سلامت از طریق نابرابری‌های سایر بخش‌ها نظیر مسکن، آموزش، اشتغال و درآمد ایجاد می‌شود (۱۳ و ۲۱). اگرچه بخش سلامت نقش ویژه‌ای را در حرکت به سمت عدالت در سلامت و رهبری اقدام بین‌بخشی بر روی تعیین‌کننده‌های اجتماعی سلامت، که همه جامعه را شامل می‌شود، داشته است، بدون وجود رویکرد جامعه محور که نیازمند حضور کلیه ارکان جامعه و مشارکت مردم می‌باشد تحقق این امر امکان‌پذیر نخواهد بود. در این مدل پیشنهادی نیز با تکیه بر این اصل سعی شده است با استفاده از حمایت و نظارت کلیه شوراها و ارکان‌های سیاست‌گذار و تصمیم‌گیر جامعه در سطوح مختلف (ملی، استانی و شهرستانی) که نقش بسیار مهمی در توزیع و تخصیص منابع و امکانات را دارند، تعیین‌کننده‌های اجتماعی که مانع دسترسی عادلانه و مراقبت مبتنی بر نیاز و ارتقای سلامت جامعه می‌شوند را تحت نظر و چالش قرار داد و با برنامه‌ریزی، اجرا و ارزشیابی مداخلات مشارکتی به موقع با این تعیین‌کننده‌ها برخورد کرد و باعث کاهش بی‌عدالتی و ارتقای سلامت اجتماعی در جامعه شد. مرور منابع نیز نشان‌دهنده موفقیت نظام مراقبت‌های اولیه سلامت مناطق شهری کشور بنگلادش در ارایه خدمات سلامت است که تکیه بر اصل همکاری بین‌بخشی با مشارکت شهرداری‌ها و جامعه مدنی کشور انجام شده است (۱۳). همچنین در این مدل پیشنهادی، در کنار همه سطوح نظام مراقبت‌های اولیه از ستاد وزارت بهداشت تا خانه‌های سلامت شهری، ساختارهای بین‌بخشی با حضور و مشارکت مردم دیده شده است تا حمایت‌های اجتماعی در عرصه ارتقای سلامت و پیشگیری و مراقبت، به کمک این ساختارها و مشارکت مردم امکان‌پذیر گردد. در مدل پیشنهادی، برای توانمندسازی همکاران سایر بخش‌ها، مردم و کارشناسان عرصه سلامت ساختار "توانمندسازی جامعه و همکاری‌های بین‌بخشی" منظور شده است تا در این ساختار امکان توانمندسازی ذی‌نفعان، دست‌اندرکاران عرصه سلامت و عموم مردم در کنار هم فراهم آید. توانمندسازی جامعه در سطحی که مردم بتوانند نیازهای واقعی خود را تشخیص داده و اجازه داشته باشند در تصمیم‌گیری‌ها مشارکت کنند اصل بسیار مهمی است

بهداشتی یعنی خانه سلامت شهری که کارکنان آن از کارشناسان عرصه‌های مختلف در سطح کارشناسی از قبیل بهداشت محیط، بهداشت عمومی، پرستار، ماما، مددکار اجتماعی و روانشناس تشکیل شده است سپرده می‌شود و در سطح دوم، یعنی مرکز سلامت شهری، پزشک خانواده و کارشناسان مستقر در سطح دوم با حداقل ۵ سال سابقه کار جهت پذیرش موارد ارجاع شده و نظارت بر سطح اول منظور شده است. در کنار هر سه مرکز سلامت شهری، یک مرکز سلامت ویژه پیش‌بینی شده است تا خدمات نسبتاً تخصصی در سطح پزشک خانواده ارایه دهد و تا حد امکان از ارجاع موارد به سطح سوم یعنی کلینیک‌های تخصصی و بیمارستان کاسته شود. با توجه به تغییر در الگوی بیماری‌ها و افزایش بار ناشی از بیماری‌های غیرواگیر، حضور تیم کارشناسان و متخصصین حوزه‌های مختلف بهداشتی در این مراکز شهری که منجر به تشخیص، درمان و ارجاع به موقع و در نهایت افزایش پوشش افراد جامعه به خدمات بهداشتی تخصصی‌تر می‌شود، می‌تواند در کاهش بار بیماری‌ها، هزینه‌های گزاف تشخیص و درمان و توزیع عادلانه سلامت نقش چشمگیری داشته باشد. در این خصوص مطالعات دیگری نیز که در زمینه پزشک خانواده در ایران و برزیل انجام شده است، بر اهمیت این مسأله و بکارگیری کادر مجرب و آموزش یکپارچه آنان تأکید داشته است (۸، ۲۳ و ۲۴). از سوی دیگر، از آنجایی که در نظام ارایه خدمات کنونی، سیستم ارجاع سلامت اجتماعی و شرح وظایف متعارف جهت ارایه‌دهندگان خدمات در خانه‌های سلامت شهری وجود ندارد انتظار بر این است که با حضور تیم کارشناسان و متخصصان پیشنهادی با شرح وظایف مناسب در حوزه اجتماعی بتوان خدمات وسیع‌تری در این حوزه، از طریق ثبت اطلاعات مربوطه در پرونده خانوارها انجام داد. در این راستا، تشکیل و راه‌اندازی کمیته ارتقای سلامت و توسعه اجتماعی شهری و برقراری ارتباط و همکاری با این کمیته‌ها نیز می‌تواند زمینه‌های لازم را جهت ارجاع مسایل اجتماعی در جهت اجرای اقدام به موقع به وجود آورد. اجرای برنامه مشابه که با هدف تغییر نظام مراقبت سلامت کشور و لحاظ نمودن تعیین‌کننده‌های اجتماعی مانند آموزش و مسکن در کشور جمهوری بولیوار ونزوئلا انجام شد نیز حاکی از موفقیت برنامه در کاهش شدید نرخ مرگ و میر نوزادان و شیوع بیماری‌های کودکی و شناسایی و پیشگیری به موقع بیماری‌های مزمن بوده است (۲۳). یکی از مهم‌ترین نتایج این مطالعه که در مدل پیشنهادی نیز بر اهمیت آن با تعریف ساختار "شوراها" تصمیم‌گیری بین‌بخشی "پرداخته شده است و از چالش‌های

ناشی از بیماری‌ها و مشکلات روانی اجتماعی نیست و استفاده از یک رویکرد اجتماعی به منظور برخورد با مؤلفه‌های اجتماعی سلامت، امری ضروری به نظر می‌رسد. بر همین اساس، بازنگری، تقویت و ارتقای "ساختار ارائه خدمات سلامت"، با رویکرد تعیین‌کننده‌های اجتماعی سلامت، با تکیه بر اصول همکاری بین‌بخشی و مشارکت مردمی به منظور برقراری عدالت در سلامت و توانمندسازی جامعه پیشنهاد می‌گردد. مدل پیشنهادی حاصل از مطالعه، می‌تواند به سیاست‌گذاران نظام سلامت در بازنگری ساختارهای درمان‌محور و تعریف ساختارهای جدید با رویکرد اجتماعی در بدنه اصلی نظام سلامت کشور کمک کند و از طریق توانمندسازی و بکارگیری نیروهای متخصص در زمینه اقتصادی-اجتماعی و فرهنگی، امکان برنامه‌ریزی، اجرا و ارزشیابی برنامه‌های جدید با رویکرد تعیین‌کننده‌های اجتماعی مؤثر بر سلامت را مهیا سازد.

همچنین، با توجه به محدودیتی که مطالعات کیفی از لحاظ تعمیم‌پذیری نتایج به کل جامعه دارند توصیه می‌شود پس از بررسی امکان‌سنجی اجرایی، این مدل توسط تیمی از متخصصان و صاحب‌نظران امر با حضور سیاست‌گذاران وقت، به صورت پایلوت در چند نقطه کشور حداقل برای دو سال پیاده شود تا برپایه یافته‌های آن، به تدوین مجدد مدل و تهیه مدل‌های آموزشی اقدام گردد و پس از اصلاحات لازم در سراسر کشور به کار گرفته شود.

تشکر و قدردانی

این مقاله حاصل نتایج طرح تحقیقاتی مشترک با سازمان جهانی بهداشت با عنوان "مدل ادغام تعیین‌کننده‌های اجتماعی سلامت در نظام مراقبت‌های بهداشتی درمانی اولیه بر اساس ۱۴ اولویت تعیین شده" می‌باشد. نویسندگان ضمن تشکر و تقدیر از کلیه کارشناسان و صاحب‌نظران شرکت‌کننده در این مطالعه، همکاران طرح تحقیقاتی، نماینده محترم سازمان جهانی بهداشت و کارشناسان مجرب آن سازمان، امیدوارند که نتایج حاصل از این مطالعه بتواند گامی مؤثر در ایجاد بستری مناسب جهت ارتقای سطح سلامت کشور باشد.

References

- 1- Khayati F, Saberi M. Primary Health Care (PHC) an Ever Strategy for Health Equity Extension. Journal of Health Administration 2010; 12(35):33-41.
- 2- Walley J, Lawn JE, Tinker A, De Francisco A, Chopra M, Rudan I, et al. Primary health care: making Alma-Ata a reality. The Lancet 2008; 372(9642):1001-7.

(۲۵) که در ساختار و شرح وظایف مدل پیشنهادی مورد توجه بوده است. مرور منابع نیز بیانگر اهمیت توانمندسازی جامعه در ارتقای سطح سلامت جامعه می‌باشد (۱۳ و ۲۶). همچنین ساختاری که در این مدل پیشنهاد می‌شود عدالت‌محور است (مانند نظام مراقبت سلامت فعلی)، به گونه‌ای که با رویکرد جنسیتی، همه گروه‌های جامعه از خدمات آن برخوردار خواهند شد. لذا اولویت‌های اولیه عادلانه خدمات سلامت و جنسیت در این مدل پوشش داده می‌شود و خدمتی مجزا برای آن تعریف نمی‌گردد. رویکرد پژوهشی به مشکلات سلامت همراه با فرهنگ تصمیم‌گیری بر اساس شواهد و بالاخره توجه ویژه به عدالت در سلامت و شاخص‌های آن در جهت ارتقای سلامت، از دیگر مواردی است که در مدل ارائه شده مورد توجه است.

نتیجه‌گیری

این مطالعه کیفی، مدلی نظام‌مند در جهت ارتقای نظام مراقبت‌های اولیه سلامت موجود در کشور با رویکرد تعیین‌کننده‌های اجتماعی سلامت ارائه می‌دهد. بر اساس نتایج این مطالعه، لحاظ نمودن ساختار پیشنهادی "توانمندسازی جامعه و همکاری‌های بین‌بخشی و عدالت در سلامت" به همراه بازنگری ساختارهای "ارائه خدمات سلامت" و "شورای تصمیم‌گیری بین‌بخشی" که ساختارهای موجود نظام می‌باشند، می‌تواند نقش بسیار عمده‌ای در به چالش کشیدن و مداخله به‌موقع در خصوص تعیین‌کننده‌های اجتماعی سلامت داشته باشد. برنامه‌ریزی، اجرا و ارزشیابی مداخلات عدالت‌محور با رویکرد اجتماعی، با تکیه بر اصل همکاری بین‌بخشی و مشارکت مردمی و استفاده از حمایت و نظارت کلیه شوراها و ارکان‌های سیاست‌گذاری و تصمیم‌گیری جامعه در سطوح مختلف، بر کاهش بی‌عدالتی و ارتقای سلامت اجتماعی جامعه مؤثر می‌باشد.

کاربرد در تصمیم‌های مرتبط با سیاست‌گذاری

در نظام سلامت

نظام کنونی مراقبت‌های اولیه سلامت کشور پاسخگوی الگوی تغییر یافته بیماری‌ها، کنترل بیماری‌های غیرواگیر، افزایش بار

- 3- Kruk ME, Porignon D, Rockers P, Van Lerberghe W. The contribution of primary care to health and health systems in low-and middle-income countries: a critical review of major primary care initiatives. Soc Sci Med 2010; 70(6): 904-911.
- 4- Naghavi M, Abolhasani F, Pourmale F, Lakeh MM, Jafari N, Vaseghi S, et al. The burden of disease and injury in Iran 2003. Population Health Metrics 2009; 7(9):1-21.

- 5- Malekafzali H. Primary Health Care in Islamic Republic of Iran. 1st International Conference in partnership with World Health Organization. The foundation for health and wellbeing; 2008 November 1-4; Qatar, Doha. 2008.
- 6- Marandi A, Shadpour K, Damari B, Zeinaloo AA, Motlagh E, Shadpour k. Iran's 30 Years' Experience on Social Determinant of Health and Health Equity. Journal of Medical Council of Iran 2012; 30(3): 225-236.
- 7- Gressani D, Saba J, Fetini H, Rutkowski M, Maed M, Langenbrunnre J. Islamic Republic of Iran health sector review. The World Bank Group, Human Development Sector: Middle East and North Africa 2007: 1575-1581.
- 8- Moghadam MN, Sadeghi V, Parva S. Weaknesses and challenges of primary healthcare system in Iran: a review. The International Journal of Health Planning and Management 2012; 27(2):e121-e131.
- 9- Nasiripour AA, Rezaei B, Yarmahammadian MH, Maleki MR. A comparative study of primary health care management in selected countries and designing a model for Iran. Iranian Journal of Nursing and Midwifery Research 2009; 14(3):137-142.
- 10- Hefford M, Crampton P, Foley J. Reducing health disparities through primary care reform: the New Zealand experiment. Health Policy 2005; 72(1):9-23.
- 11- Burrows J. Inequalities and healthcare reform in Chile: equity of what?. J Med Ethics 2008; 34(9):e13.
- 12- Rasanathan K, Montesinos EV, Matheson D, Etienne C, Evans T. Primary health care and the social determinants of health: essential and complementary approaches for reducing inequities in health. J Epidemiol Community Health 2009; 65(8):656-60.
- 13- Marmot M, Friel S, Bell R, Houweling TAJ, Taylor S. Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health. The Lancet 2008; 372(9650):1661-1669
- 14- World Health Organization. The world health report 2008: primary health care now more than ever. World Health Organization: Switzerland, Geneva. 2009.
- 15- Blas E, Kurup AS. Equity, Social Determinants and public health programmes. World Health Organization: Switzerland, Geneva. 2010.
- 16- Solar O, Irwin A. A conceptual framework for action on the social determinants of health. Decision Paper for the Commission on Social Determinant of Health. World Health Organization: Geneva, Switzerland 2007.
- 17- Krippendorff K. Reliability in content analysis. Human Communication Research 2004; 30(3): 411-433.
- 18- Pileroudi S. *Urban Health Network*. Tehran: Razavieh; 1385:70-90
- 19- Malekafzali H. Primary Health Care Success and Challenges in Iran. WHO-Iran Quarterly Newsletter 2008; 4(3-4).
- 20- Alami A. Equity in health from social determinants of health's point of views. Journal of Research and Health 2011;1(1):7-9.
- 21- Pishvaei M, Moradi N, Armanmehr V, Armanmehr V, Bagheri P. Equity in health: From concept to application in healthcare system. Journal of Research & Health 2013; 3(2):333-334.
- 22- Irwin A, Valentine N, Brown C, Bagheri R, Solar O, Brown H, et al. The commission on social determinants of health: tackling the social roots of health inequities. PLoS Med 2006; 3(6):e106.
- 23- The Social Exclusion Knowledge Network of the Commission on Social Determinants of Health. Understanding and Tackling Social Exclusion, Final Report of the Social Exclusion Knowledge Network of the Commission on Social Determinants of Health. World Health Organization: Switzerland, Geneva. 2007.
- 24- Janati A, Maleki MR, Gholizadeh M, Narimani MR. Assessing the strengths & weaknesses of family physician program. Knowledge and Health 2010;4(4): 38-43
- 25- Baradaran Eftekhari M, Mirabzadeh A, Forouzan AS, Dejman M, Malekafzali H, Pwykari N. A qualitative study of Community-Based Health Programs in Iran: An experience of participation in IR IRAN. Int J Prev Med 2014; 5(6):679- 686.
- 26- Israel BA, Krieger J, Vlahov D, Ciske S, Foley M, Fortin, P, et al. Challenges and facilitating factors in sustaining community-based participatory research partnerships: lessons learned from the Detroit, New York City and Seattle Urban Research Centers. J Urban Health 2006; 83(6): 1022-1040.

Addressing Social Determinant of Health in Iranian Healthcare Network- A proposed Model

Dejman M¹ (MD, MPH, PhD), Falahat K² (MSc), Baradaran Eftekhari M² (MD, MPH, PhD), Mahmoodi Z^{1,3} (PhD), Forouzan AS¹ (MD, MPH), Jorjoran shushtari Z¹ (MSc), Malekafzali H^{4*} (MD, PhD)

¹ Social Determinant of Health Research Center, University of Social Welfare and Rehabilitation Sciences, Tehran, Iran

² Undersecretary for Research and Technology, Ministry of Health and Medical Education, Tehran, Iran

³ Social Determinant of Health Research Center, Albourz University of Medical Sciences, Karaj, Iran

⁴ Department of Epidemiology & Biostatistics, School of Public Health, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran

Original Article

Received: 6 Nov 2014, Accepted: 4 Feb 2015

Abstract

Introduction: Nowadays, healthcare systems has encountered challenges due to rapid changes in socioeconomic status, urbanization, changes in diseases' patterns and burden of chronic diseases. Health systems should be revised using a social approach to promote equity in health in communities. The purpose of this study was to revise Iran's existing primary health care network addressing social determinants of health approach and to design and propose a model with necessary structures, duties and intersectoral relationships.

Methods: This qualitative study with content analysis was conducted using purposive sampling method in 2011. The data were gathered using semi-structured interviews (11 interviews) and focus group discussions (5 FGDs) with experts, policymakers and managers of Iran's healthcare system.

Results: Data analysis revealed three main themes including "national level", "provincial level", and "district level", and two subthemes including "revising existing structure" and "proposed structure". The "revising existing structures" included "country healthcare network" and "intersectoral decision making councils". The "proposed structures" included "community empowerment, intersectoral cooperation and equity in health". Finally, the proposed model of healthcare network in Iran based on the social determinants of health was developed.

Conclusion: Considering the importance of social determinants of health in community health promotion, it is essential to provide necessary infrastructures in order to revise the healthcare network based on the social determinants of health.

Key words: primary healthcare, social determinants of health, community participation, intersectoral collaboration, equity in health

Please cite this article as follows:

Dejman M, Falahat K, Baradaran Eftekhari M, Mahmoodi Z, Forouzan AS, Jorjoran shushtari Z, et al. Addressing Social Determinant of Health in Iranian Healthcare Network- A proposed Model. *Hakim Health Sys Res* 2015; 18(1): 14- 25.

*Corresponding Author: Department of Epidemiology & Biostatistics, School of Public Health, Tehran University of Medical Sciences, Ghods Ave, Enghelab Ave, Tehran, Iran. Tel: +98- 21- 22180115, Fax: +98- 21- 22180115. E-mail: malek179@gmail.com

بهار ۹۴، دوره هجدهم، شماره اول، پیاپی ۶۸