



نقش وکارکرد نظام

مراقبت های اولیه سلامت
در مراقبت اجتماعی

بهبود دمازی و همکاران

بِسْمِ اللّٰهِ الرَّحْمٰنِ الرَّحِیْمِ

نقش و کارکرد

نظام مراقبت‌های اولیه سلامت

در مراقبت اجتماعی

عنوان و نام پدیدآور: نقش و کارکرد نظام مراقبت‌های اولیه سلامت در مراقبت اجتماعی/تحقیق و تالیف بهزاد دماري... [و ديگران].

مشخصات نشر: تهران: انتشارات طب و جامعه، ۱۳۹۶.

مشخصات ظاهري: ۸۸ص.: مصور(رنگي)، جدول(رنگي)، نمودار(رنگي).

شابک: 978-600-7222-21-8

وضعیت فهرست نویسی: فیبا

یادداشت: تحقیق و تالیف بهزاد دماري، حبيب‌اله مسعودی فرید، عباس و ثوق مقدم، احمد حاجبي.

موضوع: سلامت‌پروری -- ایران -- برنامه‌ریزی -- سیاست دولت

موضوع: Iran: Health promotion -- Planning -- Government policy

شناسه افزوده: دماري، بهزاد، ۱۳۵۲ -

رده بندی کنگره: ۱۳۹۶ ن۶۷ / RA/۸ ۴۲۷

رده بندی دیویی: ۶۱۳

شماره کتابشناسی ملی: ۴۹۷۹۶۰۶

نقش و کارکرد نظام مراقبت‌های اولیه سلامت در مراقبت اجتماعی

تحقیق و تألیف:

دکتر بهزاد دماري، دکتر حبيب‌اله مسعودی فرید، دکتر عباس و ثوق مقدم، دکتر احمد حاجبي

طرح جلد: سيما فتح الله زاده

صفحه‌آرایی: مرضيه خونانی

ناشر: انتشارات طب و جامعه

تیراژ: ۵۰۰ جلد

نوبت چاپ: اول

زمستان ۱۳۹۶

قیمت: ۲۴۰۰۰ تومان

شابک: ۹۷۸-۶۰۰-۷۲۲۲-۲۱-۸

ISBN: 978-600-7222-21-8

« کليه حقوق متعلق به مؤسسه ملی تحقیقات سلامت و

دفتر سلامت روانی اجتماعی و پیشگیری از اعتیاد وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی است.

E-mail: tbojameh@gmail.com - ۰۹۳۹۴۶۲۸۳۸۸

نحوه ارجاع به این مستند در صورت استفاده از آن:

کتاب:

دماري بهزاد، مسعودی فرید حبيب‌اله، و ثوق مقدم عباس، حاجبي احمد. نقش و کارکرد نظام مراقبت‌های اولیه سلامت در مراقبت اجتماعی.

انتشارات طب و جامعه، ۱۳۹۶

مقاله:

Montazeri A, Riazi-Isfahani S, Damari B. How to integrate social care services into primary health care? An experience from Iran. Medical journal of the Islamic Republic of Iran. 2016;30:408.

مشارکت کنندگان

طراحی نقش و کارکردهای شبکه مراقبت های اولیه سلامت در تدارک خدمات سلامت اجتماعی

این طرح با تصویب شورای پژوهشی مؤسسه ملی تحقیقات سلامت جمهوری اسلامی ایران در گروه تحقیقات مولفه های اجتماعی و محیطی سلامت انجام شده است.

تیم پروژه :

- زنده یاد دکتر کامل شادپور (بنیان گذار شبکه های بهداشتی درمانی کشور)
- دکتر عباس وثوق مقدم (عضو هیأت علمی وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی)
- دکتر حبیباله مسعودی فرید (مشاور و قائم مقام معاون اجتماعی سازمان بهزیستی)
- خانم فاطمه حاجنقی زاده (کارشناس ارشد رفاه اجتماعی)

اسامی افراد مشارکت کننده (مصاحبه شونده ها و کمیته راهبری):

- زنده یاد دکتر کامل شادپور (مشاور مستقل نظام سلامت)
- پروفیسور دکتر حسین باهر (عضو هیأت علمی دانشگاه شهیدبهشتی)
- دکتر حسین ملکافضلی (استاد ممتاز دانشگاه علوم پزشکی تهران)
- دکتر علی منتظری (عضو هیأت علمی گروه سلامت روان پژوهشکده علوم بهداشتی جهاد دانشگاهی)
- دکتر مصطفی اقلیما (رئیس انجمن مددکاری اجتماعی ایران)
- دکتر محمد شریعتی (رئیس ستاد اجرایی برنامه پزشک خانواده)
- دکتر حسن رفیعی (عضو هیأت علمی دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی)
- دکتر سیدموسی طباطبائی (ریاست اداره برنامه ریزی و هماهنگی بیمه های سلامت)
- دکتر حبیباله مسعودی فرید (قائم مقام معاونت اجتماعی سازمان بهزیستی کشور)
- دکتر امیر امیرخانی (مشاور معاونت درمان وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی)
- دکتر زجاجی (رئیس سازمان زندان های استان قزوین)
- دکتر ایرج اسماعیلی (دبیر شورای تحقیقات زندان های استان تهران)
- دکتر شیرین احمدنیا (عضو هیأت مدیره انجمن جامعه شناسی ایران)
- دکتر ابوعلی ودادهیر (عضو هیأت علمی دانشگاه تهران)
- دکتر علی اخوان بهیمانی (رئیس معاونت اجتماعی مرکز پژوهش های مجلس)
- حاجیان (رئیس دبیرخانه شورای اجتماعی کشور)
- نسرين گودرزی (کارشناس معاونت اجتماعی وزارت کشور)
- دکتر سید سعید صدقی اسکویی (معاون بهداشتی دانشگاه علوم پزشکی قزوین و رئیس مرکز بهداشت استان)
- افشین موسوی چلک (رئیس صنف مددکاران اجتماعی)

مجری :

- دکتر بهزاد دماری، عضو هیأت علمی دانشگاه علوم پزشکی

تدوین بسته خدمتی مراقبت های سلامت اجتماعی

در نظام مراقبت های اولیه سلامت ایران

این طرح با حمایت اعتباری دفتر سلامت روانی اجتماعی و پیشگیری از اعتیاد وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی و زیر نظر معاونت تحقیقات و فناوری دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی انجام شده است.

همکاران طرح (به ترتیب حروف الفبا):

- دکتر ایرج اسماعیلی، محقق و خبره حوزه سلامت زندان و پیشگیری از جرم
- سهیلا امیدنیا، رئیس اداره سلامت اجتماعی، دفتر سلامت اجتماعی روانی و پیشگیری از اعتیاد
- دکتر معصومه دژمان، عضو هیأت علمی دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی
- دکتر احمد حاجبی، دانشیار دانشگاه علوم پزشکی ایران
- دکتر حمیرا سجادی، عضو هیأت علمی دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی
- دکتر سهند ریاضی، محقق و متخصص پزشکی اجتماعی، مؤسسه ملی تحقیقات سلامت
- دکتر کامبیز عباچی زاده، عضو هیأت علمی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی
- دکتر زهرا عبدالهی، مدیرکل دفتر بهبود تغذیه جامعه، وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی
- دکتر حبیب مسعودی فرید، محقق و خبره حوزه آسیب های اجتماعی، سازمان بهزیستی کشور
- دکتر مرضیه نجومی، استاد دانشگاه علوم پزشکی ایران
- دکتر فرهاد نصرتی نژاد، عضو هیأت علمی دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی
- دکتر علیرضا نوروزی، عضو هیأت علمی دانشگاه علوم پزشکی ایران و رئیس اداره پیشگیری از مصرف مواد اعتیادآور
- دکتر مروه وامقی، عضو هیأت علمی دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی

تشکر ویژه از:

- دکتر احمد حاجبی، مدیرکل دفتر سلامت روانی اجتماعی و پیشگیری از اعتیاد
- دکتر علی منتظری، استاد پژوهشکده علوم بهداشتی جهاد دانشگاهی
- دکتر علیرضا خانکه، معاون محترم پژوهشی دانشگاه
- دکتر محمدی، رئیس مرکز تحقیقات عوامل اجتماعی موثر بر سلامت دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی
- دکتر جغتایی، رئیس وقت دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی
- دکتر باسختا، دانش آموخته رشته اقتصاد سلامت
- علی اسدی، معاون دفتر سلامت روانی اجتماعی و پیشگیری از اعتیاد
- صدیقه خادم، کارشناس دفتر سلامت روانی اجتماعی و پیشگیری از اعتیاد
- مرضیه خونانی، کارشناس گروه مؤلفه های اجتماعی سلامت مؤسسه ملی تحقیقات سلامت
- فاطمه خلیل ارجمندی، کارشناس گروه مؤلفه های اجتماعی سلامت مؤسسه ملی تحقیقات سلامت

مجری:

- دکتر بهزاد دماری، عضو هیأت علمی دانشگاه علوم پزشکی تهران

فهرست

۹	خلاصه
۱۳	بخش اول) طراحی نقش و کارکردهای شبکه‌های مراقبت‌های اولیه سلامت در تدارک خدمات سلامت اجتماعی
۱۴	▪ مقدمه
۱۵	▪ روش
۱۷	▪ یافته‌ها
۴۲	▪ بحث و نتیجه‌گیری
۴۵	بخش دوم) تدوین بسته خدمتی مراقبت‌های سلامت اجتماعی
۴۶	▪ مقدمه
۵۰	▪ روش
۵۲	▪ یافته‌ها
۶۹	▪ بحث و نتیجه‌گیری
۷۱	منابع بخش اول
۷۳	منابع بخش دوم
۷۹	پیوست‌های بخش اول
۷۹	▪ پیوست ۱) پرسشنامه و راهنمای مصاحبه
۸۰	▪ پیوست ۲) انتخاب صاحب نظران و کمیته راهبری
۸۲	▪ پیوست ۳) مهمترین شاخص‌های تعیین‌گر وضعیت سلامت اجتماعی در سطح اثر و پیامد
۸۳	▪ پیوست ۴) مروری بر نظام شبکه بهداشتی درمانی ایران
۸۶	پیوست بخش دوم
۸۶	▪ پیوست ۵) محتوای دفترک ضرورت ارایه خدمات سلامت اجتماعی از طریق نظام مراقبت‌های اولیه سلامت
۸۷	▪ پیوست ۶) مقاله منتشر شده

خلاصه

مطابق گزارشات مجمع تشخیص مصلحت نظام و انجمن جامعه شناسی ایران روند آسیب‌های اجتماعی مردم ایران در دو دهه گذشته رو به افزایش بوده است. مسائل اجتماعی اثر هم‌افزایی با مشکلات جسمی و روانی سلامت دارند و بدون رسیدگی به این مسائل دستیابی به سطح سلامت مطلوب برای افراد جامعه ممکن نخواهد بود. کشور ما در ایجاد نظام مراقبت‌های اولیه سلامت پیشرو و موفق بوده است و ظرفیتی برای ارائه خدمات اجتماعی محسوب می‌شود. این کتاب حاصل دو تحقیق زیر است :

۱. طراحی نقش و کارکردهای شبکه مراقبت‌های اولیه سلامت در تدارک خدمات سلامت اجتماعی

۲. تدوین بسته خدمتی مراقبت‌های سلامت اجتماعی در نظام مراقبت‌های اولیه سلامت ایران

هدف تحقیق اول تعیین نقش و کارکردهای نظام مراقبت‌های اولیه سلامت در تدارک خدمات سلامت اجتماعی و هدف تحقیق دوم تدوین بسته خدمتی قابل ارائه در مراکز بهداشتی درمانی بوده است. مهمترین دلایل برای انجام این دو مطالعه عبارت بود از:

■ ضرورت نگاه همه جانبه به موضوع سلامت و ابعاد فراموش شده آن در نظام ارائه خدمات از جمله بعد سلامت اجتماعی

■ تأثیر وضعیت سلامت اجتماعی فرد و خانواده در سلامت جسمی و روانی آنها در جمعیت‌های تحت پوشش و لزوم مراقبت اجتماعی

■ شکل‌گیری اداره سلامت اجتماعی وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی و ضرورت تعریف نقش عملیاتی و بسته خدمتی اختصاصی در شبکه بهداشت درمان کشور

■ استقرار ماده ۳۲ قانون برنامه پنجم توسعه کشور در ایجاد شبکه جامع و همگانی سلامت و شفاف نبودن وظایف تیم سلامت برای بعد سلامت اجتماعی

به طور خلاصه نتایج این دو مطالعه نشان می‌دهد که:

■ تجربیات ارزنده‌ای در سایر کشورها از جمله کشورهای اسکانندیناوی برای ارائه خدمات اجتماعی از طریق نظام مراقبت‌های اولیه وجود دارد.

■ از دیدگاه خبرگان و ذینفعان اجرایی ادغام خدمات اجتماعی در نظام مراقبت‌های اولیه سلامت امکان‌پذیر است که نقش‌ها و کارکردهایی نیز برای آن پیشنهاد شده است ولی برای استقرار آن الزاماتی چون تحول PHC،

حمایت‌طلبی، تشکیل ائتلاف فنی بین‌بخشی، تدوین بسته خدمتی و پایلوت و ارزشیابی لازم است.

■ چالش‌های پیش روی، ادغام چنین خدماتی را در شبکه بهداشتی درمانی دشوار می‌نماید؛ از اختلاف نظر در مورد تعریف و مفهوم سلامت اجتماعی گرفته تا چندپارگی خدمات اجتماعی در کشور، داشتن متولی‌های متعدد، ضعف قوانین مرتبط برای مداخلات در زمینه آسیب‌های اجتماعی و تأمین مالی خدمات توسط حاکمیت، تنها تعدادی از این چالش‌ها هستند.

■ در الگوی پیشنهادی خدمات سلامت اجتماعی در سطح یک خدمات (مراکز بهداشتی درمانی شهری/ روستایی) پیشنهاد شده است. در این سطح مداخلات ارتقای سواد سلامت اجتماعی در خانواده‌های تحت پوشش، شناسایی خانواده‌ها و افراد در معرض آسیب‌های اجتماعی، ارایه خدمات مشاوره اولیه و پایه برای افراد نیازمند و اقدامات جمعی با استفاده از دارایی‌های محلی (همکاری بین‌بخشی و مشارکت مردم) قابلیت اجرا دارد. خدمات پایه و ضروری برای کاهش آسیب‌های اجتماعی در این سطح که بیشتر بر پیشگیری اولیه و ثانویه تأکید دارد، رایگان خواهد بود.

■ با اینکه خدمات سازمان‌های مختلفی از جمله سازمان بهزیستی کشور، کمیته امداد امام خمینی(ره)، مؤسسات خیریه، سازمان‌های مردم‌نهاد و بسته‌های سیاستی دولت (در برخی مقاطع) برای کمک به نیازمندان و آسیب‌دیدگان وجود دارد اما دو چالش عمده وجود دارد:

■ اول اینکه این خدمات عموماً پس از بروز آسیب را شامل می‌شود.

■ دوم هماهنگی و همکاری بین خدمات این سازمان‌ها نظام‌مند و شفاف نیستند.

■ تجربه نظام مراقبت‌های اولیه در مناطق روستایی نشان داد که این شکل از مراقبت به دلیل مردمی بودن، فعال بودن، نزدیکی به خانوارها و تأکید بر بسته‌های ضروری توانست میزان قابل توجهی از مرگ‌های زیر یک سال، زیر پنج سال و مرگ مادران باردار را کاهش دهد؛ محوری‌ترین رویکرد در این خدمات، پیشگیری و شناسایی زودرس بوده است.

■ تجربیات جهانی حاکی از وجود تجربه‌های موفق در ادغام خدمات حمایت اجتماعی در نظام مراقبت‌های اولیه سلامت است.

■ ده مسأله اجتماعی اولویت‌دار ایرانیان در حال حاضر اعتیاد، طلاق، خشونت خانگی (کودک، همسر و سالمند)، بی‌سوادی و بازماندگان تحصیل، جرائم، امنیت غذایی خانوارها، بیکاری، فقر، خانواده‌های آسیب‌پذیر و تخریب محیط زیست است.

■ پنج خدمت قابل ارایه در مرکز بهداشتی درمانی برای کاهش مسائل اجتماعی عبارت است از:

۱. آموزش و حساس‌سازی فردی یا گروهی در مورد رفتارهای اجتماعی سالم در موقعیت‌های اختصاصی و عمومی

۲. شناسایی و صدور کارت خطرات سلامت در ابعاد اجتماعی

۳. مشاوره کوتاه در مورد چگونگی برون رفت از مشکل و شرکت در کلاس‌های آموزشی عمومی و اختصاصی

۴. هماهنگی، معرفی و ارجاع فرد به واحدهای ارائه خدمات حمایت اجتماعی و همچنین مشارکت در فعالیت‌های محله

۵. امکانات مجازی و الکترونیک برای مشاوره سلامت اجتماعی

■ دانش‌آموختگان مختلفی با دانش، نگرش و مهارت‌های مربوط به تدارک خدمات مشاوره و حمایت اجتماعی در کشور فارغ‌التحصیل شده‌اند؛ لذا از نظر نیروی انسانی امکان تدارک این خدمات در کشور وجود دارد، از سوی دیگر مراکز بهداشتی و درمانی به عنوان دروازه‌بان خدمات اجتماعی محسوب می‌شود، به دلیل وجود کارکرد رصدکنندگی پیشگیری، شناسایی افراد نیازمند و مراقبت از آنها و تداوم خدمات ممکن می‌شود.

■ سطح دوم خدمات عمدتاً بر دوش واحدهای سازمان بهزیستی، مراکز مشاوره تحت نظارت وزارت ورزش و جوانان و سازمان نظام روانشناسی و مشاوره و متخصصان روانپزشکی و روانشناسان بالینی، کمیته امداد امام خمینی(ره)، مؤسسات خیریه و برخی سازمان‌های مردم‌نهاد است که لازم است در سطح ملی توافقی برای این کار تیمی حاصل شود. ماده ۳۸ قانون برنامه پنجم توسعه کشور بر ایجاد سامانه خدمات جامع و همگانی سلامت تأکید دارد. محصول این طرح به عنوان یکی از اجزای خدمات سامانه مذکور قابل طرح و پایلوت است.

بخش اول

طراحی نقش و کارکردهای

شبکه مراقبت‌های اولیه سلامت

در تدارک خدمات سلامت اجتماعی

مقدمه

هدف کلی و محصول این پروژه تعیین نقش و کارکردهای نظام مراقبت‌های اولیه سلامت در تدارک خدمات سلامت اجتماعی است و مهمترین دلایل برای انجام این مطالعه به شرح زیر است:

- ضرورت نگاه همه جانبه به موضوع سلامت و ابعاد فراموش شده آن در نظام ارائه خدمات از جمله بعد سلامت اجتماعی
- تأثیر وضعیت سلامت اجتماعی فرد و خانواده در سلامت جسمی و روانی آنها در جمعیت‌های تحت پوشش و لزوم مراقبت از آن
- شکل‌گیری واحد سلامت اجتماعی وزارت بهداشت و ضرورت تعریف نقش عملیاتی و بسته خدمتی اختصاصی در شبکه‌های بهداشتی درمانی کشور
- استقرار سیاست نظام پزشک خانواده و ارجاع در کشور و شفاف نبودن وظایف پزشک خانواده در بعد سلامت اجتماعی

برای دستیابی به نقش و کارکردهای نظام مراقبت‌های اولیه اهداف اختصاصی زیر در این مطالعه تعیین شده است:

- تعیین مجموعه مداخلات ممکن برای ارتقای سلامت اجتماعی افراد مبتنی بر شواهد و تجربیات
- تعیین مجموعه خدمات سلامت اجتماعی ارائه شده توسط سایر بخش‌ها
- تعیین نظرات افراد مطلع در مورد نقش و کارکردهای نظام مراقبت‌های اولیه در سطوح پیشگیری سه گانه برای ارائه خدمات سلامت اجتماعی
- تعیین الزامات استقرار نقش‌ها و کارکردهای تعیین شده در حوزه سلامت اجتماعی از طریق نظام شبکه بهداشتی درمانی

انتظار می‌رود با استفاده از نتایج این طرح گزینه‌های سیاستی زیر توسط برنامه‌ریزان و سیاست‌گذاران مد نظر قرار گیرد:

- بسته خدمتی سلامت اجتماعی قابل ادغام در مراقبت‌های اولیه سلامت کشور و طرح پزشک خانواده طراحی و استقرار یابد.
 - تفاهم‌نامه همکاری بین‌بخشی با سازمان‌های مسؤول از جمله بهزیستی، کمیته امداد و ... برای ارائه خدمات هماهنگ و مشترک منعقد گردد.
- در درازمدت نیز استقرار بسته‌های خدمتی و تفاهم‌نامه همکاری، موجبات بهبود شاخص‌های سلامت اجتماعی فرد، خانواده و جمعیت خواهد شد.

روش

مطالعه توصیفی و تحلیلی بوده و در گردآوری اطلاعات از سه روش زیر استفاده شده است:

۱) مصاحبه با خبرگان و ذینفعان منتخب (سؤالات و فهرست افراد مصاحبه شده و راهنمای مصاحبه در پیوست ۱ آمده است).

۲) بررسی متون و اسناد (شامل تجربیات سایر کشورها، مرور وظایف و مداخلات دستگاه‌های مرتبط و گزارش سال ۲۰۰۸ سازمان جهانی بهداشت با عنوان مراقبت اولیه سلامت، اکنون بیش از هر زمان دیگر): مرور منابع با استفاده از جستجوی کلید واژه‌های مرتبط و مندرج در جدول زیر تهیه شده است.

Key words		Search engines & Data bases
<i>Social health care</i>	Primary healthcare , Primary care	Google scholar Google Pubmed مرکز پژوهش‌های مجلس Irandoc Magiran SID Iranmedex
<i>Social healthcare system</i>		
<i>Social health services</i>		
<i>Social health system</i>		
<i>Social history taking</i>		
<i>Social service</i>		
<i>Social work</i>		
<i>Social support</i>		
<i>Social planning</i>		
<i>Social programs</i>		
<i>Social welfare</i>		
<i>Social work</i>		
<i>Social service*</i>		
<i>Social worker*</i>		
<i>Community service*</i>		
سلامت اجتماعی و خدمات اجتماعی		

۳) دو جلسه بحث گروهی متمرکز در کمیته راهبری برای تعیین نقش و جایگاه شبکه بهداشتی درمانی (کمیته راهبری طرح حاصل تحلیل ذینفعان بوده است، پیوست ۲): اطلاعات جمع‌آوری شده از روش یک و دو در کمیته راهبری مرور شده و جدولی شامل نقش و جایگاه شبکه بهداشتی در سه حوزه پیشگیری اول، دوم و سوم با بحث گروهی متمرکز تکمیل شده است؛ سپس الزامات استقرار چنین نقش‌هایی در همان کمیته تعیین شده است.

مبنای تعریف سلامت اجتماعی مستندات منتشر شده اداره سلامت اجتماعی وزارت بهداشت در اولین همایش سلامت اجتماعی ایران بوده است. مشارکت افراد مطلع از دستگاه‌های ارایه‌کننده خدمات سلامت (که عضو کمیته راهبری بودند) و تحلیل ظرفیت‌های موجود آنها، نقاط ارتباط و همکاری شبکه بهداشتی در ارایه خدمات سلامت اجتماعی با این دستگاه‌ها را مشخص کرده است.

نتایج این مطالعه در سه بخش به شرح زیر ارایه شده است:

- مروری بر منابع
- مروری بر جمع‌بندی مصاحبه‌ها و نظرات ذینفعان و خبرگان مورد مصاحبه
- جدول نقش و کارکردهای شبکه بهداشتی درمانی در حوزه سلامت اجتماعی حاصل نظرات کمیته راهبری و داده‌های بخش اول و دوم

۱) مروری بر شواهد

مروری بر تعاریف و مفاهیم سلامت اجتماعی

طبق تعریف سازمان جهانی بهداشت که در سال ۱۹۴۸ منتشر شد سلامت عبارت است از رفاه کامل جسمی، روانی و اجتماعی و نه فقط نبود بیماری یا معلولیت، در این تعریف بعد اجتماعی سلامت نیز برای اولین بار معرفی شد [۱]. هر سه بعد سلامت اثرات متقابل بر هم دارند به عنوان مثال بعد اجتماعی سلامت اثرات پیشگیرانه بر روی دو بعد جسمی و روانی دارد.

از همان ابتدا در تعریف سلامت اجتماعی این سؤال مطرح بود که آیا بعد اجتماعی سلامت به وضعیت شخص تأکید دارد یا وضعیت محیط اجتماعی را نشان می‌دهد؟ آقای راسل در ۱۹۷۳ بعد سلامت اجتماعی را چنین تعریف کرد: بعدی از سلامت فرد که به چگونگی ارتباط شخص با دیگران، واکنش دیگران به وی، نحوه تعامل با سازمان‌ها و هنجارهای جامعه مربوط است [۲]. براساس این تعریف شاخص‌هایی برای سنجش وضعیت سه بعد سلامتی پیشنهاد کرد:

- **بعد جسمی:** ناتوانی، معلولیت، شرایط مزمن، شکایات و سطح انرژی
- **بعد روان:** بر اساس یک نشانگر ترکیبی ۸ قسمتی که ۵ سهم آن مربوط به احساسات منفی است و ۳ سهم از آن احساسات مثبت

- **بعد اجتماعی:** توانایی کار، رضایت از زندگی مشترک، اجتماعی بودن و مشارکت در جامعه

بعدها در سال ۱۹۸۰ ولینسکی و زوسمن وضع سلامت اجتماعی را به سنجش «نقش عملکردی» فرد تفسیر کردند که در کنار وضعیت بیولوژیک (برای بعد جسمی) و میزان نشاط یا شادکامی (برای بعد روانی) رویکردی تازه برای سنجش وضع سلامت مطرح شد [۳]. هم زمان مؤسسه رند در سال ۱۹۸۰ بعد اجتماعی سلامت را تعامل بین شخصی و فعالیت‌های مرتبط به مشارکت اجتماعی معرفی کرد [۴].

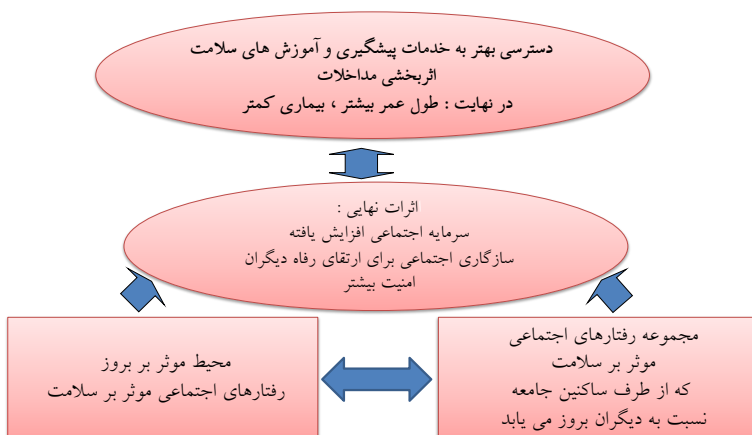
به همین اندازه در مورد سلامت اجتماعی در سطح جامعه هم بحث شده است. آقای راسل در سال ۱۹۷۳ جامعه‌ای را سالم دانسته که فرصت‌های برابر و قابل دسترسی در کالاها و خدمات اساسی برای ایفای نقش کامل شهروندی وجود دارد، مشخصه‌های چنین جامعه‌ای از نظر راسل عبارت است از: «وجود قانون، برابری در توزیع ثروت، دسترسی عمومی به فرایند تصمیم‌گیری و سطح سرمایه اجتماعی» [۴].

سلامت اجتماعی به عنوان حمایت اجتماعی دریافت شده از خانواده، دوستان و سایرین هم تعریف شده است، به عبارت دیگر حمایت اجتماعی به عنوان یک از مؤلفه‌های اصلی سلامت اجتماعی محسوب می‌شود و به انواع عاطفی (احساس با ارزش بودن، احساس دوست داشته شدن) ابزاری یا عملی (کمک‌های مادی یا ملموس مانند مراقبت از بچه، فراهم آوردن امکانات رفت و آمد، کمک مالی) و اطلاعاتی (هر گونه کمک اطلاعاتی به دیگران) تقسیم می‌شود.

معتقدند که سنجش وضعیت حمایت اجتماعی افراد می‌تواند تعیین‌گر وضعیت سلامت اجتماعی فرد باشد. در تعریف ارائه شده اولین همایش سلامت اجتماعی کشور (که حاصل اجماع انجمن‌های علمی کشور بوده است) سلامت اجتماعی عبارت است از: «ارزیابی و شناخت فرد از چگونگی عملکرد خود در اجتماع و کیفیت روابط او با افراد دیگر». تعیین‌کننده‌های وضعیت سلامت اجتماعی افراد از یک سو مشمول رفتارهای اجتماعی فردی است که اثرات شناخته شده و مثبتی بر سلامت جسمی و روانی وی داشته و موجبات ارتقای سازگاری اجتماعی و تعامل فرد با محیط پیرامون و در نهایت ایفای نقش مؤثر در تعالی و رفاه جامعه می‌شود و از سوی دیگر محیط مشوق و ظرفیت‌ساز برای ایفای نقش افراد جامعه را شامل می‌شود (نمودار شماره یک) [۵].

سلامت اجتماعی با شاخص‌های مختلفی قابل سنجش است؛ وضعیت شکوفایی اجتماعی^۱، همبستگی اجتماعی^۲، انسجام اجتماعی^۳، پذیرش اجتماعی^۴ و مشارکت اجتماعی^۵ از جمله این شاخص‌ها هستند [۶].

نمودار شماره یک : مدل مفهومی از تعریف سلامت اجتماعی ارایه شده در اولین همایش سلامت اجتماعی (منبع شماره پنج)



¹ Social Actualization

² Social coherence

³ Social integration

⁴ Social acceptance

⁵ Social contribution

با توجه به مطالب پیشگفت در تعریف سلامت اجتماعی هنوز اجماع جهانی وجود ندارد لذا اهمیت این مفهوم به طور مطلوب و شفاف در متون علمی بحث و مستند نشده است، اما مفهوم سرمایه اجتماعی که به عنوان یکی از شاخص‌های سلامت اجتماعی محسوب می‌شود، مطالعات مرتبط فراوانی دارد که ارتباط آن را با سلامت به شرح زیر تشریح می‌کند [۷]:

- بهره‌وری از مداخلات سلامتی با افزایش سرمایه اجتماعی بیشتر می‌شود.
 - مرگ نوزادان بیشتر کاهش می‌یابد.
 - طول عمر افزایش و میزان مرگ از علل اختصاصی کاهش می‌یابد.
 - دسترسی به آموزش و اطلاعات سلامت از طریق شبکه‌های اجتماعی بهتر می‌شود.
 - طراحی سیستم مراقبت بهتر انجام می‌شود.
 - عمل جمعی و همگانی برای ارتقای زیرساخت‌ها از طریق شبکه‌های اجتماعی تسهیل می‌شود.
 - استقرار پیشگیری‌ها (شیوه زندگی و پیشگیری) با اثربخشی بالایی رخ می‌دهد.
 - شبکه‌های اجتماعی در به وجود آمدن هنجارها و باورهای صحیح فرهنگی تعیین‌کننده برای سلامت مؤثرند.
- طبق تعریف ارائه شده در نمودار شماره یک تعیین‌کننده‌های وضعیت سلامت اجتماعی افراد از یک سو رفتارهای اجتماعی فردی است که موجبات ارتقای سازگاری اجتماعی و تعامل فرد با محیط پیرامون و در نهایت ایفای نقش مؤثر در تعالی و رفاه جامعه می‌شود و از سوی دیگر محیط مشوق و ظرفیت‌ساز برای ایفای نقش افراد جامعه می‌باشد. اگر آسیب‌ها (یا مسائل) اجتماعی را نتیجه کمبود سلامت اجتماعی (کاهش رفتارهای اجتماعی و محیط مخرب یا غیرمشوق) بدانیم در این صورت می‌توان برای پیشگیری از بروز و یا تخفیف آسیب‌ها راهکارهای عملی ارائه دهیم. خشونت، اعتیاد، فرار مالیاتی، مهاجرت، انواع جرم و بزهکاری، روسپیگری، قاچاق، شرارت و... از آسیب‌ها (مسائل) اجتماعی مهمی هستند [۸] که منشأ آنها در اکثریت موارد در دو حیطه رفتار افراد و محیط پیرامون تجمیع شده است. از نگاه مطالعات موجود در شهرداری تهران و انجمن علمی جامعه شناسی نیز روند آسیب‌های اجتماعی در تهران به طور کلی در حال افزایش است و اقدامات عاجلی برای آن لازم است [۹]. برای تغییر در وضعیت سلامت اجتماعی لازم است پس از تحلیل وضعیت موجود مسائل اجتماعی و مداخلاتی که تا کنون اجرا می‌شده، بسته خدمات جدید را بر اساس نیاز فعلی، مبتنی بر شواهد معتبر بومی و بین‌المللی طراحی و اجرا کرد. همانند سایر مشکلات اجتماعی، آسیب‌های اجتماعی نیز نیازمند کار بین‌بخشی و مشارکت مردم است و بدون همکاری سایر دستگاه‌ها و نهادها، موفقیت‌ها مقطعی (در مقابل پایدار) و سطحی (ریشه‌ای) خواهد بود.
- با توجه به بازمهندسی نظام شبکه بهداشتی درمانی در شهرها با رویکرد عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت [۱۰] و همچنین استقرار برنامه پزشک خانواده و نظام ارجاع لازم است تکلیف شیوه رسیدگی به این بعد از سلامت مشخص شود. ظرفیت‌های موجود در شبکه‌های بهداشتی درمانی کشور برای ارائه خدمات سلامت جسمی و روانی که در آن

مشارکت مردم از طریق رابطن بهداشتی و بهورزان تسهیل شده است از یک سو و امکانات و فرصت‌های سایر بخش‌ها برای مدیریت خدمات سلامت اجتماعی ایجاب می‌کند که نقش و کارکردهای اصلی و حمایتی نظام مراقبت‌های اولیه در زمینه ارایه خدمات سلامت اجتماعی تعیین گردد.

برخی از تعاریف عملیاتی در حوزه سلامت اجتماعی

آسیب اجتماعی: آسیب اجتماعی زمانی است که امری دارای کژکارکرد باشد و باعث نوعی بی‌نظمی و عدم تعادل در سیستم اجتماعی شود و بخش قابل توجهی از جامعه آن را زیان بار دانسته و نسبت به رفع آن احساس نیاز کند.

تهدید اجتماعی: تهدید اجتماعی نه تنها حاصل و باعث نوعی بی‌نظمی و عدم تعادل در جامعه است، بلکه به دلیل ابعاد، گستردگی، حجم یا بزرگی، شدت، فوریت، پیامدهای کلان، تأثیر بر ساختار اجتماعی، نحوه هزینه و ابزار مهار کردن، در سطحی وسیع‌تر از آسیب قرار دارد و به بی‌ثباتی نظام اجتماعی می‌انجامد.

به طور کلی در جامعه‌شناسی انحرافات و آسیب‌های اجتماعی سه دیدگاه عمده وجود دارد [۱۱]: «دیدگاه کارکردگرایی ساختی، دیدگاه کشمکش و دیدگاه کنش متقابل نمادین».

بر اساس دیدگاه کارکردگرایی، جامعه سیستمی از بخش‌های مرتبط است که هماهنگ با یکدیگر در جهت حفظ و تعادل و توازن اجتماعی کار می‌کنند. از منظر این دیدگاه هر یک از نهادهای اجتماعی نقش مهمی در جامعه ایفا می‌کنند و بر نهادهای دیگر تأثیر می‌گذارند. کارکردگرایان ساختی برای تعریف تأثیرات عناصر اجتماعی بر جامعه اصطلاحات کارکردی و کژ کارکردی را به کار می‌برند. اگر عناصر اجتماعی به ثبات جامعه کمک کنند کارکردی و اگر ثبات جامعه را مختل کنند کژکارکردی هستند. دو نظریه عمده مسائل آسیب‌ها و تهدیدات اجتماعی از دیدگاه کارکردگرایی ساختی نتیجه می‌شود از: «آسیب شناختی اجتماعی» و «بی‌سازمانی اجتماعی». بر اساس مدل آسیب‌شناسی اجتماعی مسائل اجتماعی نتیجه نوعی بیماری در جامعه است. اگر بخش‌هایی از جامعه‌ای از جمله عناصر ساختاری و فرهنگی درست عمل نکنند، بیماری حاصل خواهد شد. به عنوان مثال جرم، خشونت، فقر و نابرابری از فروپاشی نهاد خانواده و بی‌کفایتی در نهادهای اقتصادی، آموزشی و سیاسی حاصل می‌شود. این نظریه بیان می‌دارد بیماری اجتماعی زمانی به وجود می‌آید که افراد جامعه آنقدر جامعه‌پذیر نشده‌اند که هنجارها و ارزش‌های جامعه را بپذیرند. لذا برای پیشگیری از مسائل اجتماعی و حل آنها افراد باید به درستی جامعه‌پذیر شوند و آموزش‌های اخلاقی و فرهنگی مناسبی را دریافت کنند. در نظریه بی‌سازمانی اجتماعی تأکید می‌شود که تغییرات سریع اجتماعی هنجارهای جامعه را دچار اختلال می‌کند. وقتی هنجارها ضعیف یا با یکدیگر در تعارض باشند، جامعه در وضعیت بی‌سامانی یا بی‌هنجاری قرار می‌گیرد. بر اساس این نظریه راه حل مسائل اجتماعی کم کردن سرعت تحولات اجتماعی و قوت بخشیدن به هنجارهای اجتماعی است.

دیدگاه کشمکش برخلاف دیدگاه کارکردگرایی ساختی که جامعه را متشکل از بخش‌های مختلف می‌بیند، جامعه را به صورت گروه‌ها و منافع مختلفی می‌بیند که برای دستیابی به قدرت و منابع با هم رقابت می‌کنند.

در هر جامعه‌ای حداقل چهار خرده نظام فرهنگی، اجتماعی، سیاسی و اقتصادی وجود دارند [۱۲] که در هر یک از این حوزه‌ها کنش‌گران فردی و جمعی می‌توانند با رعایت اصول و قواعد عمل جمعی مورد قبول در آن حوزه‌ها به چهار نوع سرمایه یا منبع ارزشمند (سرمایه فرهنگی یا دانش، سرمایه اجتماعی یا تعهد و منزلت، سرمایه سیاسی یا قدرت و سرمایه اقتصادی یا ثروت) مورد نیاز هر جامعه دست یابند. هر نوع فعالیتی که خارج از اصول و قواعد عام عمل جمعی برای رسیدن به منابع ارزشمند صورت گیرد، کجروی محسوب می‌شود.

۱. آسیب‌های اجتماعی خرده نظام فرهنگی: نیزنگ و تزویر، دورویی، دروغ‌گویی، بی‌اعتمادی، گسست فرهنگی و...

۲. آسیب‌های اجتماعی خرده نظام اجتماعی: پرخاشگری و خشونت، خودکشی، جنگ، قتل، فرار از منزل و...

۳. آسیب اجتماعی خرده نظام سیاسی: رابطه گرایی، پارتی بازی، حذف رقیب، ترور شخصیت و...

۴. آسیب‌های اجتماعی خرده نظام اقتصادی: سرقت، رانت‌خواری، تکدی‌گری، اختلاس و کلاهبرداری، تخریب منابع و محیط زیست و...

در کشورهای در حال توسعه مسائل اجتماعی خرده نظام فرهنگی و سیاسی به دلایل عدیده از جمله نخبگان، قدرت‌های در سایه خرده نظام اجتماعی و اقتصادی در سطح خرد قرار می‌گیرد.

شاخص‌های مختلفی برای سنجش سلامت اجتماعی معرفی شده است، در مطالعه دکتر رفیعی سه شاخص فقر، خشونت و کنترل جمعیت [۱۳] به عنوان شاخص‌های سلامت اجتماعی مطرح شده است. از دیدگاه دکتر آرام سنجش سلامت اجتماعی جامعه مبتنی بر پنج دسته شاخص شامل موارد زیر است [۱۴]:

۱. شکوفایی اجتماعی^۱: باور به این که اجتماع سرنوشت خویش را در دست دارد و به مدد توان بالقوه‌اش مسیر تکاملی خود را کنترل می‌کند.

۲. همبستگی اجتماعی^۲: باور به این که اجتماع قابل فهم، منطقی و قابل پیش بینی است. دانستن و علاقمند بودن به جامعه و مفاهیم آن.

۳. انسجام اجتماعی^۳: احساس بخشی از جامعه بودن و این که فرد به جامعه تعلق دارد. احساس حمایت از طرف جامعه و سهم داشتن در آن.

۴. پذیرش اجتماعی^۴: داشتن گرایش‌های مثبت نسبت به افراد، پذیرفتن افراد علی رغم برخی رفتارهای سردرگم کننده و پیچیده آنها.

¹ Social Actualization

² Social Coherence

³ Social Integration

⁴ Social Acceptance

۵. **مشارکت اجتماعی**^۱: احساس این که چیز باارزشی برای ارایه به جامعه داریم و فعالیت‌های روزمره ما به وسیله جامعه ارزش‌دهی می‌شود.

در مطالعه طراحی سامانه سلامت اجتماعی وزارت بهداشت (۱۳۸۸) براساس مدل مفهومی صفحه قبل، مهمترین شاخص‌های تعیین‌گر وضعیت سلامت اجتماعی به شرح جدول پیوست ۳ در سطح اثر^۲ و پیامد^۳ تعیین شده است [۵]. آن در نوشته‌ی خود در سال ۲۰۱۲ نقدی بر چند تخصصی شدن و چندشاخگی طبابت که کار را بر نیازمندان خدمت، در دسترسی به خدمتی جامع و مراقبتی دلسوزانه دشوار می‌سازد، دارد. وی چاره‌ی کار را در این دیده است که به جای کلینیک‌های رنگارنگ و تخصصی امروز به دایر کردن جایی یا نهادی با نام «خانه‌ی پزشکی^۴» رو کنند که در آن مراقبت اولیه جامع و چندوجهی توسط پزشک یا پزشکان عمومی ارایه می‌شود [و علی‌القاعده مراجعان با عرضه‌کنندگان ثابتی سر و کار می‌یابند] نویسنده معتقد است چنین روشی نیازمند تغییر اساسی در نظام پرداخت به عرضه‌کنندگان خدمت است تا در آنان انگیزه‌ی خدمت را پدید آورد. برای این کار پرداخت سرانه Capitation را مورد تأکید قرار داده‌اند. مقاله «مددکار اجتماعی» را فرد کلیدی پا گرفتن و دوام این نظام می‌داند که دست کم ۵ شرط عمده دارد: «بیمارمحوری، جامعیت، هماهنگ بودن، دسترسی در حد اعلاء و داشتن نگاه سیستمی به سلامت و کیفیت». کسانی که در این خانه‌ها کار می‌کنند باید عینک و نگاه اجتماعی داشته باشند [۱۵].

وزارت امور اجتماعی و بهداشت فنلاند، در بروشوری به شرح مختصری از نوع خدمات اجتماعی ارایه شده، معرفی نهاد مسؤول ارایه این خدمات و هدف از ارایه‌ی آنها پرداخته است. بخش عمده این خدمات توسط شهرداری‌ها انجام می‌شود. مقررات ناظر بر این خدمات به طور عمده وجه متمرکز (مرکزی) دارد و در مواردی خاص از قوانین جداگانه و ویژه تبعیت می‌کند. خدمات اجتماعی مقرر بر حسب قانون مددکاری اجتماعی، راهنمایی کودک، مشاوره خانواده، خدمات در منزل، خدمات مسکن، خدماتی که باید به هر دلیل خارج از خانه (مثلاً بیمارستان) ارایه شود، Family Care و حمایت غیررسمی در مراقبت (مثلاً برای معلولان و سالمندان) می‌باشد. مراقبت از سوءمصرف مواد و بیماران روانی مشمول مقررات خاص است. هدف در خدمات اجتماعی سلامت اینست که به زندگی مستقل افراد کمک کند و از نظر مالی و غیر آن آنچه را برای انجام امور روزانه بدون وابستگی به دیگران ضرورت دارد فراهم سازد. کیفیت خوب خدمات از تأکیدهای قانونی در فنلاند است. پایش و نظارت بر خدمات را «وزارت امور اجتماعی و سلامت» بر عهده دارد. قوانین جاری به حکومت‌های محلی نیز این اجازه را می‌دهد که در استان‌ها بر کار شهرداری‌ها نظارت کنند [۱۶].

رابرتسون (۲۰۱۲) در مقاله خود با عنوان ادغام مراقبت‌های اجتماعی و سلامت مروری بر مدل‌ها و ادبیات موجود در این زمینه پرداخته است. نویسنده معتقد است در دست نبودن تعریف روشن از ادغام، یا وجود تعریف‌های بسیار متعدد و

¹ Social Contribution

² Impact

³ Outcome

⁴ Medical Home

متنوع خود دلیل بر اینست که استنباطها از ادغام، ابهام دارد. در این نوشته به برداشت‌های متعارف از ادغام (ادغام خدمات سلامت و خدمات اجتماعی سلامت، ارایه هماهنگ این دو توسط نهادهای جدا از هم، ارتباط میان سطوح اولیه و ثانویه خدمت، خدمات مشترک و هماهنگ درون‌بخشی واحد و ادغام پیشگیری و درمان) اشاره و استراتژی‌ها و رویکردها به ادغام فهرست شده است. پس از اشاره مفید به مدل‌های مختلف ادغام در کشورهای مختلف و گاهی متنوع درون هر کشور بر سنجش و ارزشیابی ادغام تأکید کرده‌اند. نوشته فهرستی از عامل‌های توفیق یا موانع ادغام را برشمرده و نتیجه گرفته است که: با وجود انبوهی از نوشته‌ها در این باره هنوز در خصوص تعریف واقعی ادغام اتفاق نظر وجود ندارد. بیشتر داورهای درباره فواید ادغام بر نکاتی چون هزینه، میزان بستری، مدت اقامت در بیمارستان، زمان انتظار و نظایر آن تأکید دارد. از کاستن بار بیماری و بهبود حال بیماران خبری نیست. معتقدند این کار به زمان و انرژی نیاز دارد ولی اغلب برنامه‌های ادغام کوتاه مدت و گذراست [۱۷].

لچزنینگ (۲۰۰۴) به گزارش یکی از طرح‌هایی که در اتحادیه اروپا برای ادغام خدمات سالمندان به اجرا درآمده است پرداخته است. وی ابتدا سعی کرده است رویکردهای گوناگون به ادغام خدمات و عوامل و افراد مؤثر بر ادغام و فراهم ساختن خدمات پایدار را بررسی و تجربه‌ی کشورهای شرکت‌کننده در تحقیق را تحلیل کند تا درس‌هایی را که می‌توان آموخت، معلوم باشد و بر اساس آن سیاست‌های موردنیاز پیشنهاد شود. در این مقاله به طور مختصر به رویکردهای گوناگون مانند Managed Care، رویکرد سلامت عمومی، رویکرد فردمحور (شخص محور) اشاره کرده‌اند. سپس استراتژی‌های ممکن مانند مدیریت یا مراقبت از فرد، استراتژی‌های مراقبت در سطوح بیمارستانی و در جامعه، حق انتخاب دادن به مصرف‌کنندگان خدمات، کار مشترک، ادغام خدمات جدا از هم (مانند سلامت، مسکن، رفاه و...) حمایت از مراقبت‌های غیررسمی در منزل و توجه به کیفیت خدمات توضیح داده شده است. در نهایت نویسنده نتیجه گرفته است که به سبب تفاوت‌های بسیار میان کشورها و درون هر کشور رسیدن به چشم‌اندازها، استراتژی‌ها و سیاست‌های ادغام خدمات سلامت و سلامت اجتماعی دشوار است. از سوی دیگر سیر رو به سالمندتر شدن جمعیت کشورها چنین ادغامی را طلب می‌کند و برای این منظور راه‌هایی را پیشنهاد کرده‌اند [۱۸].

اسکرودر در مقاله‌اش با عنوان «ما می‌توانیم بهتر عمل کنیم: ارتقای سلامت مردم آمریکا» می‌گوید آمریکا بیش از هر کشور دیگر برای سلامت خرج می‌کند اما وضعیت آن بهتر از دیگر کشورهای نیست، نویسنده کوشیده است جایگاه آمریکا را در IMR، MMR و L.E در جهان مشخص کند و مقایسه با بهترین کشور را میسر سازد. نویسنده از شاخص مرگ زودرس برای نشان دادن کارایی نظام استفاده کرده است که در آن سهم الگوی رفتاری (۴۰ درصد)، با اثر دیگر عامل‌ها مانند توارث (۳۰ درصد) شرایط اجتماعی (۱۵ درصد)، مراقبت سلامت (۱۰ درصد) مقایسه شده است. وی همچنین از تجربه‌های توفیق برنامه مبارزه با دخانیات برای نشان دادن تأثیر حرکات جمعی استفاده کرده است تا بگوید در موارد دیگر هم می‌توان چنین کرد. به نظر نویسنده وضعیت امروز سلامت در جامعه‌ی آمریکا ریشه در دو چیز دارد: یکی توجه عمده نظام سلامت به بیماری‌های شاخص همچون سرطان پستان و ایدز و مانند اینها و غفلت از

نابرابری‌ها و وضعیت سلامت طبقات فقیر و دوم، نقش کم رنگ دولت که دسترسی همگانی به خدمات را ناممکن می‌سازد. وی معتقد است همه‌ی دستاوردهای نظام سلامت تا کنون از پرداختن به مهمترین نیازهای کل جامعه بوده است (مانند مشکلات رفتاری، کاستن از تصادفات، افزودن فلوئور به آب و واکسیناسیون). امروز نیز باید به مشکلاتی مانند دخانیات و چاقی توجه کرد [۱۹].

اداره‌ی آموزش و توسعه دوران ابتدایی کودکی در ایالت ویکتوریای استرالیا در مستندی به طور عمده ادغام خدمات مربوط به کودکان و دانش‌آموزان را مطرح کرده است. چارچوبی که برای این ادغام پیشنهاد کرده‌اند ۴ رکن دارد:

۱. تکیه بر اصول مشترک در ارائه خدمت (مانند دسترسی همگانی، تکیه بر پیامدها، خدمات مبتنی بر شواهد و...)
۲. خدمات مشترک و مشابه (مانند ارتقای سلامت، پیشگیری اولیه، پایش سلامت، تشخیص زودرس مخاطرات و آسیب‌پذیری‌ها، مداخله‌ی زودرس و...)
۳. ارتباط قوی میان ارائه‌کنندگان خدمات مختلف و همکاری آنها (مانند درگیر کردن معلمان، مربیان، خانواده‌ها و...)

۴. رهبری مؤثر (نوعی از رهبری که تکیه خود را بر ارزش‌های همکاری و... قرار دهد)
در پیوست‌های مقاله سیاست‌های مورد نیاز برای تحقق این چارچوب و تنوع خدمات تامین‌کننده سلامت و رفاه گروه هدف آمده است [۲۰].

رازاناتان و همکاران (۲۰۱۰) در مقاله‌شان به وجوه مشابهت دو پارادایم مهم PHC و SDH در اثر گذاردن بر نابرابری‌های مردم و جامعه در برخورداری از سلامت پرداخته‌اند. در عین حال مقاله کوشیده است با ظرافت به تفاوت این دو نیز اشاره کند: PHC رویکردی است که در آن سازماندهی جامعه و نظام سلامت اصل و اساس است و از این راه است که به جلب همکاری دیگر بخش‌ها اقدام می‌کند. حال آن که در نگاه SDH نظام سلامت نیز خود یکی از تعیین‌کننده‌های اجتماعی سلامت است و فرقی با دیگر تعیین‌کننده‌ها ندارد. نویسندگان در پایان نتیجه گرفته‌اند که تکیه بر تفاوت‌های این دو ارزشی ندارد. رویکرد واقعی PHC بدون اتکا به SDH هرگز توفیق نخواهد یافت. برای این منظور باید در مجریان PHC و دیگر بخش‌ها آگاهی کافی درباره SDH به وجود آورد و به آنها قدرت تحلیل درباره نابرابری‌ها داد. مهم این است که این دو در تدوین سیاست‌ها به کار گرفته شود [۲۱].

در مقاله‌ی «مراقبت‌های اولیه سلامت و سلامت اجتماعی» در سال ۲۰۰۵ که توسط اداره سلامت، خدمات اجتماعی و امنیت عمومی ایرلند شمالی انتشار یافته‌است، سخن از تفاوت مراکز PHC در ایرلند شمالی با دیگر جاهای انگلستان است. هدف از این مقاله عنوان این موضوع است که آمیختن سلامت (مراقبت) اجتماعی با مراقبت سلامت خیلی مفید بوده است. چارچوبی استراتژیک هم برای بهبود وضعیت در آینده پیشنهاد کرده‌اند [۲۲].

انجمن مددکاران اجتماعی نیوفاندلند و لابرادور (۲۰۰۶) در مستند خود با عنوان مراقبت‌های اولیه سلامت و مددکاری اجتماعی به بازگویی تجربه‌ی یکی از ایالت‌های کشور کانادا درباره همکاری مددکاری اجتماعی با نظام PHC پرداخته

است. آنان معتقدند چون یکی از خصلت‌های مددکاران توجه به هر کس در محیط زندگی اوست و برای مددکار درآمد، وضعیت اجتماعی، اشتغال، شرایط محیط کار، فرهنگ، جنسیت و محیط اجتماعی فیزیکی اهمیت دارد، می‌تواند بازوی مفیدی برای پزشک باشد [۲۳]. اگر روزی بنا باشد مددکار از اعضای تیم پزشک خانواده قرار گیرد، رو کردن به این گونه تجربه‌ها ضرورت خواهد یافت. کین و همکاران (۲۰۰۱) در تحقیق خود به علل مراجعات مکرر بیماران به واحدهای عرضه خدمات پزشکی و خدمات اجتماعی و نیز دادگاه‌های کیفری پرداخته‌اند. موضوع به طور عمده درباره بیماران است که بیش از یک مشکل دارند و غالباً مراجعه‌های مکرر آنان به بخش تصادفات و اورژانس برای آن است که به دیگر واحدهای عرضه خدمت ارجاع شوند. در کل این مقاله مدل بسیار خوبی برای تحقیق مقایسه‌ای و بررسی شرایط است [۲۴].

جدول شماره ۲ مجموعه خدمات سلامت اجتماعی و اقدامات مرتبط را نشان می‌دهد [۲۵]، همان طور که در این جدول نشان داده شده است پراکندگی خدمات سلامت اجتماعی مشهود بوده و تمرکزی برای سیاست‌گذاری در ارتباط با خدمات سلامت اجتماعی وجود ندارد. با این که شورای اجتماعی کشور (جدول شماره ۳) موظف به انجام سیاست‌گذاری متمرکز است اما شورای عالی انقلاب فرهنگی، شورای فرهنگ عمومی کشور و بسیاری از نهادهای دیگر نیز سیاست‌ها و برنامه‌های مقطعی دارند و برای آن بودجه دریافت می‌کنند.

تحول در نظام مراقبت‌های اولیه [۲۶]

نظام مراقبت‌های بهداشتی در کشور ایران به طور خلاصه در پیوست ۴ آمده است. گزارش سال ۲۰۰۸ سازمان سلامت جهانی (WHO) به چهارویژگی اصلی اصلاحات در نظام مراقبت‌های اولیه تاکید می‌کند: مردم‌محوری، جامعیت، تداوم مراقبت و ورود منظم به نظام سلامت. این ویژگی‌ها به تمرکز بر نیازهای سلامت و رابطه مستمر میان دو شخص معین در نظام مراقبت‌های اولیه تاکید دارد. مراقبت جامع، مداوم و با محوریت فرد بیمار از دیگر خصوصیات الزامی در نظام مراقبت‌های اولیه است. مسؤولیت سلامت همگان در جامعه در همه چرخه حیات آنان و مسؤولیت برخورد با عوامل مؤثر بر ناخوشی از دیگر الزامات است و نهایتاً مردم شریک مدیریت سلامت خود و جامعه خویش هستند. از ضرورت‌های دیگر برای ورود حمایت‌های اجتماعی به نظام مراقبت‌های اولیه دو مورد زیر است:

■ ضرورت پوشش همگانی سلامت

■ تکمیل بسته خدمات سلامت از جمله خدمات مشاوره ضروری پایه برای سلامت اجتماعی

جدول ۱) خدمات سلامت اجتماعی دستگاه‌های کشور	
سازمان‌ها	مداخلات مستقیم
سازمان بهزیستی	راه‌اندازی ۴۰۰ پایگاه سلامت اجتماعی در کشور، پایگاه‌های پیشگیری از طلاق، مراکز اورژانس اجتماعی کشور که به خصوص در مورد کودک آزاری، طلاق و خشونت حضور فعال دارد، بسته‌های حمایت‌های اجتماعی از زنان سرپرست خانوار و ید سرپرست و بی سرپرست، وجود رساله دکتری بنام تعیین شاخص‌های سلامت اجتماعی و پیشنهاد تدوین برنامه ماتریسی و تقسیم وظایف هر سازمان، ۱۸ استان سند آسیب‌های اجتماعی دارد که در شورای اداری استان قرار است مطرح شود.
کمیته امداد خمینی (ره)	معاونت توسعه مشارکت‌های مردمی در ساختار، معاونت اشتغال و خودکفایی، معاونت حمایت و سلامت خانواده، طرح تکريم مردم و جلب رضایت ارباب رجوع در نظام اداری، طرح مفتاح الجنبه (بازدید از منازل مددجویان و دلجویی از آنان)، واگذاری سهام عدالت، پرداخت یارانه غیر نقدی، طرح مددجویی، طرح شهید رجایی (خانواده سالمندان)، طرح حمایت از خانواده زندانیان، طرح بیمه درمان نیازمندان مبتنی بر پزشک خانواده، خدمات فرهنگی و آموزشی، خدمات مسکن و ساختمان، خدمات اشتغال و خودکفایی، حمایت از گروه‌های خاص (سالمندان، زنان، کودکان، معلولان، جوانان و نوجوانان) طرح‌های حمایتی خاص (طرح اطعام و افطاریه محرومین، معافیت از سربازی فرزندان مددجویان، طرح کمک به عمران مناطق ویژه، پرداخت وام قرض الحسنه، حمایت از محرومان خارج از کشور)
نیروی انتظامی	واحد مشاوره در کالنتری‌ها، پلیس مبارزه با مواد مخدر، پلیس پیشگیری، معاونت اجتماعی (پلیس مشاوره و مددکار)، اداره کل مطالعات و تحقیقات اجتماعی، کنگره بین‌المللی کشف و آنالیز مواد مخدر
شهرداری‌ها	نگاه اجتماعی شهرداری در دوره اخیر که در کلیه واحدهای تابعه به صورت نگرش در حال رشد است، دستورالعمل طرح اجرایی ساماندهی آسیب‌دیدگان اجتماعی در مناطق شهر تهران، معاونت توسعه خدمات اجتماعی (افراد بی‌خانمان یا کارتن خواب‌ها، متکدیان، معتادین خیابانی پرخطر، کودکان خیابانی، خانواده‌های بی سرپناه)، برنامه سازمان رفاه و خدمات اجتماعی در سال ۱۳۸۹ به تفکیک ستاد و مناطق – فروردین ۱۳۸۹، طرح و دستورالعمل اجرایی مداخله در فوریت‌های اجتماعی شهر تهران
قوه قضاییه و دیوان عالی کشور، وزارت دادگستری	معاونت پیشگیری، حمایت از بزه‌دیدگان، مرجع ملی حقوق کودک، مرجع ملی مبارزه با فساد، قانون مسؤلیت مدنی، قانون مدنی، قانون اجرای احکام مدنی، قانون آئین دادرسی دادگاه‌های عمومی و انقلاب (در امور مدنی)، پایگاه‌های پیشگیری از طلاق (با کمک قوه قضاییه و بهزیستی راه‌اندازی شده و درخواست طلاق از این مسیر عبور می‌کند).
وزارت کشور	شورای اجتماعی کشور و کمیسیون‌های تخصصی، شوراهای اسلامی شهر و روستا و شهرداری‌ها
وزارت فرهنگ و ارشاد اسلامی	معاونت امور فرهنگی معاونت امور سینمایی و سمعی بصری، معاونت امور مطبوعاتی و اطلاع‌رسانی، مرکز توسعه فناوری اطلاعات و رسانه‌های دیجیتال، پژوهشگاه فرهنگ، هنر و ارتباطات، ستاد عالی کانون‌های فرهنگی، هنری مساجد، سازمان چاپ و انتشارات، نهاد کتابخانه‌های عمومی کشور
سازمان تبلیغات اسلامی	مؤسسه فرهنگی و اطلاع‌رسانی تبیان، انتشارات امیرکبیر، معاونت امور فرهنگی و تبلیغ، معاونت پژوهشی و آموزشی
صدا و سیما	مرکز تحقیقات صدا سیما جمهوری اسلامی ایران (برگزاری نشست‌های سبک زندگی، اندیشه‌های راهبردی در حوزه زن و خانواده)، معاونت آموزش و پژوهش، همایش امنیت پایدار

<p>دفتر مبارزه با قاچاق کالا و ارز، رسیدگی به تخلفات صنفی موضوع قانون نظام صنفی، رسیدگی به تخلفات بخش مسکن، رسیدگی به تخلفات بهداشتی، دارویی و درمانی، رسیدگی به جرایم قاچاق کالا و ارز، رسیدگی به تخلفات بخش دولتی مانند حامل‌های انرژی، سیمان، کارخانه‌ها، شورای تحول اداری؛ کارگروه‌های همت مضاعف و کارمضاعف، کارگروه هدفمندسازی پارانه‌ها، کارگروه اطلاع‌رسانی، کارگروه ارتقای سلامت اداری</p>	<p>سازمان تعزیرات حکومتی</p>
<p>معاونت اصلاح و تربیت، انجمن حمایت از زندانیان، ستاد حقوق بشر، شورای روان درمانی، امور زنان (بسیج زنان)، ستاد پیشگیری و کاهش آسیب رفتارهای پرخطر در زندان‌های کشور (با هدف ارتقای سلامت اجتماعی مددجویان در حین و بعد از خروج از زندان‌ها و مؤسسات کیفری)، برنامه‌های ارتقای سلامت اجتماعی خانواده زندانیان و فرزندان آنها</p>	<p>سازمان زندان‌ها و اقدامات تأمینی و تربیتی کشور</p>
<p>مدیریت سنجش سلامت اداری در ساختار سازمانی، دفتر نظارت، ارزیابی عملکرد و رسیدگی به شکایات، معاونت نظارت و بازرسی امور سیاسی قضایی، امور فرهنگی و اجتماعی، امور اقتصادی، امور زیربنایی، مقررات اداری و استخدامی سازمان بازرسی کل کشور</p>	<p>سازمان بازرسی کشور</p>
<p>کتاب‌های درسی، معاونت پرورشی و تربیت بدنی (مراکز مشاوره تحصیلی)، کنون پرورش فکری کودکان و نوجوانان، سازمان پژوهش و برنامه‌ریزی آموزشی و پژوهشگاه مطالعات، سازمان نهضت سوادآموزی</p>	<p>وزارت آموزش و پرورش</p>
<p>راه‌اندازی اداره سلامت اجتماعی، داشتن اداره اعتیاد، اداره سلامت روان، راه‌اندازی دبیرخانه مؤلفه‌های اجتماعی سلامت، تدوین برنامه ترویج رفتارهای سالم اجتماعی، تدوین مدل ژنریک مداخلات سلامت اجتماعی و اجرای آزمایشی آن، تدوین ابزار سنجش سلامت اجتماعی</p>	<p>وزارت بهداشت</p>

۲) نظرات ذینفعان و خبرگان مورد مصاحبه

سؤال اول) سازمان شما چه خدماتی از جنس خدمات سلامت اجتماعی به عموم مردم و یا مخاطبان ویژه سازمان شما ارائه می‌دهد؟

- در بیمه‌ها هیچ خدمتی به طور مستقیم به تامین سلامت اجتماعی برای مردم نمی‌پردازد ولی خدمات کنونی آنها، به طور غیر مستقیم سلامت اجتماعی را ارتقا می‌دهند، از طریق کاهش استرس ناشی از بار هزینه‌های بیماری، ارائه خدمات درمانی برای بیماری‌های روانی.
- در سازمان زندان‌ها خدمات سلامت بیشتر در قالب خدمات پزشکی برای زندانیان شناخته می‌شود، برای کارکنان زندان‌ها خدماتی برای ارتقای سلامت روان صورت می‌گیرد، همچنین آموزش حرفه‌هایی برای کسب درآمد در زندان و بعد از آزادی سلامت آنها را به نوعی تحت تأثیر قرار می‌دهند. در کانون اصلاح و تربیت که زندانیان زیر ۱۸ سال نگهداری می‌شوند، به بازگشت آنها برای زندگی سعادتمند از طریق آموزش مهارت‌های زندگی و مشاوره‌های مددکاران اجتماعی و تلاش برای جلب رضایت شاکی پرداخته می‌شود.
- در وزارت بهداشت، در قالب شبکه بهداشت و درمان، انتخاب بهورز از خود اجتماع خدمت گیرنده و استفاده از داوطلبان سلامت به نوعی مشارکت مردم در ارائه خدمات و به تبع ارتقای سلامت اجتماعی افراد در اجتماعات را به دنبال دارد. خدمات سلامت خانواده، بهداشت محیط، خدمات بهداشتی به شاغلین در محیط کار، خدمات بهداشتی در بیماری‌های واگیر و غیرواگیر، خدمات سلامت روانی و پیشگیری از اعتیاد شامل برنامه ارتقای سلامت روان و پیشگیری از خودکشی، ارتقای سلامت اجتماعی (آموزش مهارت‌های فرزندپروری، پیشگیری از کودک آزاری، خدمات روان درمانی) و پیشگیری از اعتیاد ارائه می‌شود.
- در سازمان بهزیستی خدمات متعددی در سه سطح پیشگیری ارائه می‌شود: در **سطح اول**، می‌توان از آموزش مهارت‌های زندگی و مهارت‌های اجتماعی به افراد، آموزش تسهیل‌گری، جذب مخاطبین، جذب منابع مالی، تسهیل‌گری محلی در قالب پایگاه‌های سلامت اجتماعی (۴۰۰ پایگاه در سطح کشور) و NGO همیاران سلامت روان در سطح کشور نام برد. در **سطح دوم**، پیشگیری می‌توان به ارجاع آسیب‌دیدگان برای درمان و مشاوره و خدمت‌رسانی از طریق خدمات سیار و خدمات تلفنی در قالب اورژانس اجتماعی برای موارد خودکشی، کودک آزاری، همسرآزاری، سالمندآزاری و دختران فراری اشاره کرد. در **سطح سوم**، مراکز مداخله در بحران در برگرداندن فرد آسیب‌دیده به محیط سالم و یا پیگیری‌های قانونی برای تغییر شرایط فرد آسیب‌دیده می‌پردازند. همچنین پایگاه‌های خدمات اجتماعی (۱۱۰ پایگاه در سطح کشور) عمدتاً در سکونتگاه‌های غیررسمی و مناطق آسیب‌خیز خدمات مددکاری اولیه و کارهای اجتماع محور ارائه می‌دهند.

- وزارت کشور بر اساس اصل ۱۳۸ قانون اساسی متولی مدیریت، نظارت، هماهنگی و برنامه‌ریزی بر حوزه‌های اجتماعی است. در واقع شورای اجتماعی کشور بر اساس اصل ۱۳۸ قانون اساسی شکل گرفت، شامل ۳۳ دستگاه است، ریاست آن وزیر کشور و دبیری آن بر عهده‌ی معاون اجتماعی وزیر کشور است. در سطح استان‌ها کارگروه تخصصی اجتماعی، فرهنگی متولی سلامت اجتماعی هستند. بیشتر فعالیت‌های این وزارتخانه در حوزه سلبی یعنی برخورد با آسیب‌های اجتماعی بوده است ولی طرح تحول اجتماعی با هفت محور که یکی از آنها محور ارتقای امنیت اجتماعی و سلامت اجتماعی بوده است، اولین قدم این وزارتخانه برای کار در حوزه ایجابی بوده است. وزارت کشور از طریق جلب مشارکت‌های مردمی در قالب سازمان‌های مردم نهاد و غیردولتی، ایجاد هماهنگی در دور از دسترس‌ترین مناطق کشوری از طریق دهیاری‌ها می‌تواند کمک کننده باشد. طرح تحکیم و تعالی بنیان خانواده یکی از طرح‌ها در ارتقای سلامت اجتماعی است.
- در وزارت تعاون، کار و رفاه اجتماعی، قانون ساختار جامع رفاه و تأمین اجتماعی مبنای بسیاری از برنامه‌های معطوف به سلامت اجتماعی می‌باشد. در طرح تجمیع خدمات سازمان بهزیستی که به صورت پایلوت در سه استان گلستان؛ چهارمحال و بختیاری و تهران اجرا شد، فرایند ارائه خدمات سلامت اجتماعی استخراج شده و مرکز مناسب برای ارائه هر خدمت شناسایی گردید.

سؤال دوم) فهرست خدمات سلامت اجتماعی اولویت دار قابل ارائه در کشور چه می‌تواند باشد؟ (توسط سازمان‌های مختلف)

- برای پرداختن به تمام شاخص‌های سطح اثر، رفتار و محیط می‌توان خدمتی را تعریف کرد.
- تهیه فهرستی از آسیب‌های اجتماعی که سلامت اجتماعی را به خطر انداخته است و تعریف خدمت یک راهکار است.
- تهیه فهرست بدون نیازسنجی امکان پذیر نیست.
- شاخصی ترکیبی برای همه سنین، کودکان (فقر در دوران کودکی، Child Infant Mortality Rate، Abuse)، بزرگسالان (بیکاری، منطقی کردن دستمزدها، تأمین پوشش بیمه سلامت)، جوانان (خودکشی، اعتیاد، ترک تحصیل)، سالمندان (فقر، Out Of Pocket، بهبود سلامت روان) و تمام سنین (قتل، مرگ از حوادث، ایمنی غذا، مسکن، نابرابری درآمد) می‌توان تعریف کرد.
- بر اساس شاخص‌های سطح محیط: آموزش مبانی سلامت اجتماعی در فرد، خانواده و جامعه در مقاطع مختلف و بر اساس وضعیت فیزیولوژیکی (دوره پیش از ورود به مدرسه، دوره بلوغ، قبل و بعد از ازدواج، دوره سالمندی)
- خدمات درمان اعتیاد، خدمات پیشگیرانه، خدمات مشاوره‌ای، خدمات Long Term Insurance، تأمین هزینه‌های دوره‌های نگهداری در اعتیاد، بیمه‌های عمر، بیمه‌های دوره‌ی سالمندی، بیمه‌های مراقبت دوره سالمندی، بهبود سبک زندگی، خدماتی در حوزه مشاوره اجتماعی، خدمات درمان در حوزه آسیب‌های اجتماعی،

خدمات توسعه مشارکت جامعه مثل برنامه‌های داوطلبانه، تشکیل گروه‌های خودیار، برنامه‌های محله‌محور، توسعه مسؤولیت‌های اجتماعی افراد در مرحله‌ها، افزایش نقش مدیریت اجتماعی پزشک خانواده، افزایش بسته‌های خدمتی حوزه روانی اجتماعی.

- تقویت بنیان‌های فرهنگی، ملی و دینی موجود در ایران و خانواده، تقویت روابط خانوادگی و تسهیل این روابط، ایجاد تسهیلات لازم برای خانواده، اعمال سیاست‌هایی برای تأمین سلامت اجتماعی در سطح فردی، در سطح اجتماعی ایجاد فرصت‌های برابر و عادلانه و استفاده از امکانات عمومی برای آحاد جامعه.
- آموزش ارتباطات بین فردی، حضور اجتماعی و مشارکت‌های اجتماعی، عضویت در NGOها، CBOها و تشکل‌های محلی، توانمندسازی افراد جامعه برای مشارکت، ارتباط مؤثر و Social Connectedness. آگاه‌سازی مسؤولین برای تأمین حمایت‌های اجتماعی، تسهیل تشکیل NGOها و CBOها و تسهیل دسترسی به انتخاب‌های سلامت محور Healthy Choices, Easy Choices.
- آموزش مهارت‌های زندگی، آموزش مشارکت، آموزش‌های جنسی، ارتباط، تفهیم، اخلاق گفت‌وایی، چگونگی برقراری رابطه صمیمی و غیررسمی، برقراری ارتباط مؤثر، خودشناسی و بروز دادن استعدادها، وقت‌شناسی، قدرت ارتباط با دیگران، عدم بی‌تفاوتی اجتماعی، چگونگی غنی‌سازی اوقات فراغت، روابط بین خانوادگی، حمایت اجتماعی، آموزش ارائه‌دهندگان در خصوص تعامل با بیمار، افزایش رویت اجتماعی، توجه به اینترسکشالیتهی عوامل با یکدیگر، داشتن نگاه مشارکتی، اتخاذ نگاه بیمار محور در مقابل پزشک محور، آموزش روش‌های قوم‌نگاری و مشاهده مشارکتی.
- تهیه لیست خدمات سلامت اجتماعی نیازمند شناسایی دقیق ویژگی‌های هر اجتماع به لحاظ فضایی- هندسی، جغرافیایی، قومیتی، زبانی، فرهنگی و اجتماعی است، انجام یک مطالعه Baseline Situation Analysis برای نیازسنجی در مرحله بعد ارائه طرح‌های آمیسی برای هر منطقه و ناحیه به صورت جداگانه. ایجاد Stakeholder Meetingهای واقعی از نمایندگان، باید فعالیت‌هایی که برای هر گروه از مردم ایجاد معنا می‌کند شناخته، جهان زیست آنها را بفهمیم.
- هر گونه خدمتی که به نوعی حق انتخاب افراد، درجه آزادی آنها، شانس‌های زندگی‌شان و امکان ایجاد فرصت‌های خلق شده توسط مردم را افزایش دهد.
- آموزش مهارت‌های زندگی، معاشرت و تعامل در جامعه، مواجهه با شرایط بحرانی و بروز احساسات، آموزش بیماری‌ها ناشی از ارتباطات جنسی، مشاوره در مورد مشکلات روانی و اجتماعی.
- آموزش وظایف و حقوق شهروندی، مهارت‌های زندگی، مشارکت عمومی، افزایش سرمایه و اعتماد اجتماعی، اصول اولیه زندگی شهری و اجتماعی، سلامت جنسی، ازدواج موفق، نحوه‌ی مطالبات حقوق از نهادهای مختلف، نحوه‌ی تعامل با نهادهای مختلف، ارتباطات بین فردی.

■ ارایه خدمات سلامت اجتماعی به گروه‌های آسیب‌پذیر شامل: خانواده‌های دارای بیماران روانی، خانواده‌های دارای عضو معتاد، خانواده زندانیان پرخشونت، زنان بی‌سرپرست، خانواده تحت پوشش کمیته امداد امام خمینی و بهزیستی، خانواده‌های دارای عضو اقدام‌کننده به خودکشی، حاشیه‌نشینان شهری، ساکنین شهرها و استان‌های مرزی، خانواده‌های دارای بیماران مزمن واگیر و غیرواگیر، زنان مطلقه و بیوه، کودکان دچار افت تحصیلی و خانواده‌های آنان، ساکنین محلات آسیب‌پذیر و فقیر، دختران و پسران فراری، کارگران جنسی، کارتن‌خواب‌ها، بی‌خانمان‌ها، ارایه خدمات سلامت اجتماعی به گروه‌های در معرض خطر و به عموم مردم. نوع خدمات قابل ارایه شامل: «شناسایی افراد پرخطر و ارایه بسترهای حمایتی مالی و روان شناختی بسته به آسیب‌های فردی و اجتماعی گروه‌ها شامل آموزش، پیگیری مطالبات آنها، ارایه خدمات درمانی و کاهش آسیب، تغییر قوانین قضایی ناقص حقوق انسانی، ارایه خدمات پیشگیرانه برای گروه‌های عمومی و در معرض خطر، ارایه خدمات درمانی برای گروه‌های آسیب‌پذیر و پرخطر».

■ مهارت‌های زندگی، آموزش (رسمی، مهارت‌های زندگی، مهارت‌های فنی و حرفه‌ای)، اشتغال، بیمه، مسکن، امنیت اجتماعی، اوقات فراغت، نشاط اجتماعی، رضایت از زندگی، روابط بین فردی، مشارکت اجتماعی، عدالت اجتماعی (دسترسی برابر به تسهیلات)، خانواده پایدار، عدالت جنسیتی، کاهش آسیب‌های اجتماعی و جرایم، آموزش مهارت‌های مقابله با مشکلات، مهارت‌های ارتباطی، خشنودی، پویایی اجتماعی، تعلق اجتماعی، اعتماد اجتماعی، سرمایه اجتماعی (آگاهی اجتماعی، مشارکت اجتماعی، اعتماد اجتماعی)، رعایت حقوق متقابل، نظام تأمین اجتماعی، حمایت اجتماعی از اقشار خاص و افراد دارای نیازهای خاص.

سؤال سوم) نقش و کارکردهای نظام مراقبت‌های اولیه در سطوح پیشگیری سه گانه چیست به عبارت دیگر خدمات قابل ارایه توسط وزارت بهداشت در برنامه‌های مختلف به ویژه برنامه پزشک خانواده و نظام ارجاع چیست؟

■ **سطح اول)** مهارت‌های زندگی، مهارت‌های اجتماعی، فراهم آوردن شرایط محیطی مشوق مشارکت، کمک به هم و اعتماد، آموزش حقوق شهروندی، هنر زندگی کردن، مشاوره، اصول مذاکره موفق، نیازسنجی، استفاده از پتانسیل مراکز جمعی مثل مدارس، فرهنگسراها و دانشگاه‌ها، اصول حل مسأله، پیشگیری از آسیب‌زایی‌ها، استفاده از پتانسیل رسانه‌های جمعی، مبشر و اعلام‌کننده آسیب‌ها، اجرای برنامه‌ها اجتماع محور برای تشکیل تیم ارتقای سلامت اجتماعی، شناسایی دغدغه‌های سلامت اجتماعی در اجتماع مورد بررسی و تعیین مداخلات، ارجاع آسیب‌ها به مراکز مربوطه (مثلاً اعتیاد به مراکز درمان اعتیاد، مسائل حقوقی به دادگاه‌ها)، برگزاری کمپین رسانه‌ای، برقراری پوشش بیمه سلامت، بررسی ژنتیک و سلامت قبل از ازدواج، حاکمیت نظم و احترام به قوانین، عدم تجاوز به حقوق دیگران، تقویت اجتماعات کوچک آپارتمانی، شناسایی نشانه‌های عدم وجود سلامت اجتماعی در زندگی فرد، فراهم آوردن زمینه حضور فعال فرد در اجتماع و شکل‌گیری فضای دوستی و همکاری

نظیر آنچه در شهرداری تحت عنوان سرای محله برقرار است) ایجاد امکان دستیابی به مشاوره‌هایی جهت رفع تنش‌ها، اختلافات میان فردی، ارتقای بهداشت روانی و اجتماعی خود با سایر افراد، آموزش، شبکه‌سازی، توانمندسازی، توسعه مسؤولیت‌های اجتماعی، بیمه عمر، آموزش ارتباطات مؤثر، خدمات آموزشی و آگاه‌سازی برای مخاطبین نهایی (افراد جامعه)، شناسایی اولیه موارد آسیب اجتماعی، شناسایی افراد و خانواده‌های پرخطر از نظر سلامت فردی، خانوادگی و اجتماعی و ارجاع آنها به مراکز بهداشتی درمانی، ارایه آموزش‌های پیشگیرانه به جمعیت عمومی، پیگیری مطالبات قانونی مردم به کمک خود آنها از طریق مراجع قانونی و ذیربط.

■ **سطح دوم)** شناسایی زودرس و زود هنگام علائم فقدان سلامت اجتماعی، فراهم کردن حمایت روحی و روانی، مشاوره، ارایه راه حل‌های بینابینی و فازی، ارزشیابی برنامه‌های اجتماع محور در سطوح پیرامونی، تغذیه علمی خانه‌های بهداشت، تأمین خدمات ویژه برای گروه‌های هدف ویژه، ارجاع به مراکز مربوطه مشاوره‌ها، درمان آسیب‌های اجتماعی، حمایت‌های اجتماعی، شبکه‌های حمایتی، آموزش‌های تخصصی تربیت مربی، NGO Leaders، نحوه‌ی مدیریت داوطلبان، تشکیل شبکه‌ها، مشاوره‌های معمولی و نه تخصصی. ارایه خدمات پیشگیرانه، درمانی و کاهش آسیب بسته به آسیب موجود، نظارت و پایش بر خانه‌های بهداشت، ارجاع به مراجع ذیربط در صورت مکفی نبودن خدمات ارایه شده، برقراری ارتباطات بین بخشی با سایر سازمان‌ها و ارگان‌ها.

■ **سطح سوم)** بازتوانی اجتماعی، توانبخشی، حکمیت محاکمه در دادگاه، تأمین هزینه‌های درمان آسیب‌های اجتماعی، توانبخشی اجتماعی، بازگشت به جامعه در هر سطح ابتدا باید Meeting هایی با حضور نمایندگان واقعی مردم برقرار شده و با یکدیگر همکاری کنند.

■ در سطح اول مهارت‌های اولیه، در سطح دوم افراد با مشکلات اجتماعی به مراکز تخصصی‌تر ارجاع شوند، در سطح بیمارستان‌ها فرد متخصص برای برخورد و حل مشکل اجتماعی مستقر باشد تا افراد مشکل دار در یک مرکز واحد بتوانند به حل مسأله و راه حل‌های آن دسترسی پیدا کنند. باید نیازهای هر منطقه در نظر گرفته شود و خدمات با توجه به نیاز هر ناحیه ارایه شود، پس در ابتدا باید نیازسنجی انجام شود چون مطالبات و خواسته‌ها در سطوح مختلف و نواحی متعدد، متفاوت است. ما می‌توانیم از ساختار مجتمع‌های خدمات بهزیستی در شهرها و روستاها به عنوان الگویی برای سطح بندی خدمات سلامت اجتماعی در مراکز بهداشت و درمان در مناطقی که این پایگاه‌ها وجود ندارند، استفاده نماییم. در قانون ساختار جامع تأمین اجتماعی و رفاه خدمات لازم در هر یک از سه سطح پیشگیری آمده است، ماده ۴ قانون بخش حمایتی بوده و در ماده ۹ اصول این خدمات آمده است.

سؤال چهارم) خدمات سلامت اجتماعی چگونه در برنامه پزشکی خانواده یا نظام ارایه مراقبت‌های اولیه ارایه شوند؟

- مهم نیست توسط چه نهادی ارایه بشود.
- داشتن تصویر جامع از مجموعه خدمات (مباحثه ذینفعان مختلف در وزارت بهداشت، بهزیستی، آموزش و پرورش و...)، شکستن خدمات به اجزاء ریز، تنظیم خدمات از ساده به پیچیده با توجه به نظام شبکه^۱، قرار دادن خدمات در جایگاه خودشان.
- تنظیم خدمات پایه (بر اساس جامعیت خدمت) و تکمیلی (بر اساس نیاز منطقه).
- کشف و شناسایی آسیب‌ها و سپس ارجاع در شبکه قابل انجام است.
- اجرای برنامه‌های اجتماع محور، استفاده از الگوهای جامعه محور در ارایه خدمات.
- خدماتی که دارای پس زمینه پزشکی هستند، در شبکه اجرا شوند و غیره به مراکز مربوطه ارجاع شوند.
- به صورت یک بسته خدمتی به همراه پزشکی خانواده ارایه شود.
- PHC فقط در روستاها و اجتماعات با جمعیت کم کارایی دارد، در شهرها نمی‌توان از PHC کمک گرفت و باید از پایگاه‌های مشارکتی بهره گرفت و یا NGOها.
- خدمات سلامت اجتماعی با زیرساخت‌های کنونی اعم از فرهنگ، اقتصاد و ساختارهای فیزیکی قابل ارایه در شبکه نیست. بهتر است صرفاً و به عنوان قدم شروع به درمان جنبه مرضی سلامت روان در شبکه بسنده کنیم، اقدام برای ارتقای سلامت اجتماعی نیاز به دولت رفاه دارد و از حیظه‌ی توانایی یک وزارتخانه خاص خارج است.
- وزارت بهداشت متولی کاهش آسیب‌های اجتماعی یا ارتقای سلامت اجتماعی نمی‌باشد، دخالت این وزارتخانه در حوزه اجتماعی موجب پزشکی شدن مسائل اجتماعی بوده و خطرناک است.

سؤال پنجم) توزیع نقش‌ها و کارکردهای پیشنهادی در سطح استان (مرکز بهداشت استان)، شهرستان، مرکز بهداشتی درمانی و خانه بهداشت چیست؟

- خانه بهداشتی درمانی نقطه ثقل برنامه باشد. باید دو سیستم ارجاع وجود داشته باشد: یکی برای ارجاع پزشکی و دیگری برای ارجاع اجتماعی.
- ابتدا فهرست آسیب‌های اجتماعی منطقه تهیه شود، سپس تبادل نظر کارشناسان بر روی راه‌حل‌ها صورت گیرد، تشکیل گروه‌هایی برای دیدن آموزش کاربردی و اعزام آنها با سطوح مختلف شبکه بهداشت و درمان.
- همانند خدمات سلامت جسمی، سطح‌بندی و نیازسنجی از مراکز سطح یک به بالا صورت پذیرد.

¹ Hierarchical

- برای بیمارستان‌ها خیلی نمی‌توان نقشی را متصور شد، مگر مشاوره‌های تخصصی توسط روانپزشک؛ در این سطح بیشتر همکاری‌های بین‌بخشی بین سطوح کلان مملکتی تا سطوح پیرامونی مطرح می‌شود.

سؤال ششم) الزامات استقرار نقش‌ها و کارکردهای شبکه بهداشتی درمانی در زمینه سلامت

اجتماعی چیست؟

- تولید در وزات بهداشت به خوبی شناخته شده باشد، تولید باید بر عهده یک شورای عالی باشد با ریاست شخص رئیس جمهور و عضویت وزرا، تولید باید بر عهده یک کمیته راهبری باشد (کمیته‌ای متشکل از وزارت بهداشت، رفاه و آموزش و پرورش)، تولید باید با شورای عالی سلامت باشد و در سطح شهرستان فرماندار و در استان، استاندار. تولید با وزارت تعاون، کار و رفاه اجتماعی، اجرا با وزارت بهداشت، سازمان بهزیستی، کمیته امداد، تولید می‌تواند با وزارت تعاون، کار و رفاه اجتماعی یا شهرداری‌ها باشد. سازمان نظام روانشناسی و مشاوره باید مشارکت کند.
- دانش مربوط به خدمات سلامت اجتماعی در شبکه تزریق شود.
- اطلاع‌رسانی، آموزش، تبلیغ و فرهنگسازی و تغییر نگرش افراد جامعه
- تقویت بازاریابی اجتماعی به صورتی که سلامت از مطالبات مردم گردد، ارائه‌دهندگان سلامت را وسیع ببینیم و نه فقط در قالب وزارت بهداشت
- تغییر نگرش مدیران، تصمیم‌گیران و سیاست‌گذاران تغییر نگرش از دیدگاه پزشکی به سمت و سوی اجتماعی؛ از بین بردن فقر دانش نظری، مبارزه با فقر برنامه‌ریزی و بودجه بندی در سیاست‌گذاری‌های مرتبط با این حوزه، نیاز به نگاه فرابخشی و همکاری بین‌بخشی، نهادینه‌سازی فرهنگی ایمنی
- قانون‌گذاری
- توانمندسازی کارکنان: کارکنان در سطح اول لیسانس مددکاری اجتماعی، استفاده از دانش‌آموختگان مددکاری اجتماعی و رفاه، آموزش افراد در زمینه ارزیابی و انجام آزمون‌های ساده در جهت شناسایی نشانه‌ها و تشخیص مشکلات حوزه سلامت اجتماعی، روانشناسی و جامعه‌شناسی در سطوح خدمت‌رسانی، سیاست‌گذاری و برنامه‌ریزی، ایجاد سطحی قبل از پزشک خانواده که دربرگیرنده تیمی ۵ نفره شامل مددکار، روانشناس، بهداشت محیط و بهداشت خانواده و بهداشت عمومی است، منابع انسانی با کیفیت و توانمند برای کار در Field، مدیریت جامع‌نگر و کل‌نگر دارای دید Holistic، مددکاران اجتماعی، جامعه‌شناسان با گرایش روانشناسی، بهورز اجتماعی، استقرار مددکاران اجتماعی در شبکه (مددکاران اجتماعی بهترین گزینه برای معرفی سلامت اجتماعی، استفاده از ساختارهای موجود برای بهره‌برداری، آشنایی به قوانین مربوط به حوزه اجتماعی می‌باشند).
- تعهد حاکمیت و تولید حاکمیت (نه دولت)، شناخت شبکه و پزشک خانواده، پرداخت مناسب (کارشناسی شده و عقلایی، ترجیحاً بر مبنای زمان‌سنجی و تعیین حجم وظایف محوله) و بهنگام، تنظیم رفتار با پزشک خانواده و

تیم او، تفکیک بین خدمات اجتماعی (خدمت‌رسانی جامعه به فرد) و عملکرد اجتماعی (آماده‌سازی فرد برای ایفای نقش در جامعه)، آموزش اجتماعی تیم پزشک و پزشکان خانواده.

- تقویت و تسهیل روابط مدرن مثل عضویت در NGOها و CBOها
- تأمین منابع مالی: بیمه‌ها، استفاده از NGOs و خیرین، بودجه‌های بین‌المللی، گردآوری درست داده‌ها و محاسبه روند شاخص‌ها توسط وزارت بهداشت و به وسیله بیمه‌ها، در صورت تعریف شدن درست و دقیق تقسیم کارها، بودجه‌بندی کارمشکلی نخواهد بود.
- بومی بودن الگوی مورد استفاده برای پیاده‌سازی برنامه و ارایه خدمات
- ایجاد شوراهایی در کنار سطوح مختلف شبکه بهداشت و درمان برای داشتن نقش تولییتی و حاکمیتی و تغذیه شبکه و جلب مشارکت اعضای جامعه و بهترین حربه برای جلب مشارکت مردم است.
- نیاز به یک صندوق فراگیر است، برقراری عزم ملی، تدوین برنامه‌ی بلندمدت و یک بودجه فرابخشی، با ترازبایی از کشورهای موفق در این حوزه و در نظر گرفتن تفاوت‌های ایران با سایر کشورها، همکاری بین‌بخشی قوی، بازنگری زبانی و نگرشی در گرداندگان جامعه، تدارک خدماتی که به لحاظ فرهنگی قابل قبول باشند، با توجه به نیازهای منطقه قابل انعطاف بوده و با مشکل و مسأله منطقه مرتبط باشد، برقراری نگاه مشارکتی، توجه به Public Understanding Of Health، برپایی یک نظام پاسخگویی، ایجاد شفافیت در خدمات یا نظام سلامت.
- در شبکه فقط می‌توان به درمان امراض روانی پرداخت، بدین منظور ابتدا باید مفهوم ذهنی متولیان تغییر کند و به سلامت روان و سلامت اجتماعی معطوف گردد. در قدم بعدی باید ارایه‌دهنده را برای مواجهه با موارد مختلف و همچنین برخورد با بیمار آموزش دهیم. برای بهورز باید شرح وظایف دقیق، شفاف و عینی تعریف شود و در مورد پزشکان خانواده کاریکولوم آموزشی با در نظر داشتن جنبه روانی و اجتماعی سلامت تدارک دیده شود. شیوه پرداخت همانند آنچه برای پزشک خانواده در نظر گرفته شده است، Per Patient و به صورت تنبیهی یا تشویقی باشد، در نهایت این که در مردم ایجاد انتظار و توقع برای دریافت این خدمات صورت گیرد. نهادی برای نظارت، شناسایی و پیگیری این مراکز ارایه‌دهندگان خدمت در نظر گرفته شود.
- نیاز به تدوین سندی بین‌بخشی با تولیگری وزارت بهداشت و تصویب در هیأت وزیران یا شورای اجتماعی کشور
- ادغام ارایه خدمات سلامت روان و سلامت اجتماعی در سطوح مختلف در مراکز بهداشتی درمانی
- بهترین متولی برای حوزه سلامت اجتماعی وزارت تعاون، کار و رفاه اجتماعی بوده و بهترین سازمان چه به لحاظ سابقه کار، بدنه اجرایی و تخصص سازمان بهزیستی می‌باشد.

سؤال هفتم) آیا شما موافق ارائه خدمات مستقیم و غیرمستقیم توسط PHC هستید؟

- چون Externality خدمات بالاست، ناگزیر باید به PHC که نهادی دولتی است واگذار شود.
- بستگی به مورد خدمت، موضوع خدمت، زمینه خدمت‌گیر و زمینه خدمت‌گذاری دارد (ولی وجود ایستگاه‌های خدمتی الزامی است).
- موافق به شرطها و شروطها (ده نفر از پاسخ‌دهندگان) موافق ارائه خدمات همه جانبه هستیم.
- در بلندمدت بله ولی در شرایط فعلی کشور نه، موافق ارائه خدمات سلامت روان هستیم و نه پیشگیری از مشکلات اجتماعی (این کار را در حوزه کاری وزارت بهداشت نمی‌دانند).

۳) جدول نقش و کارکردهای شبکه بهداشتی درمانی در حوزه سلامت اجتماعی حاصل

نظرات کمیته راهبری و داده‌های بخش اول و دوم

جدول شماره ۳: کارکردهای شبکه بهداشتی درمانی برای ارتقای سطح سلامت اجتماعی	پیشگیری
<p>(۱) ترویج رفتارهای اجتماعی سالم* و راه‌های پیشگیری از آسیب‌های اجتماعی به خانواده‌ها: خود مراقبتی در زمینه سلامت اجتماعی برای مخاطبان هدف‌گذاری شده و آموزش عموم</p> <p>(۲) فراهم آوردن مشارکت مردم در توسعه بومی به ویژه شکل‌گیری شورای محلات در گستره جمعیت تحت پوشش مرکز بهداشتی درمانی و مشارکت مرکز در این شورا و همچنین شوراهای اسلامی شهر و روستا</p> <p>(۳) معرفی زمینه‌ها و تسهیلات مشارکت به خانوارهای تحت پوشش مراکز</p> <p>(۴) ارزشیابی وضعیت مشارکت مردم در اجتماع (برای جمعیت‌های تحت پوشش) و ارائه راهکارهای توسعه مشارکت</p> <p>(۵) رصد وضعیت محیط زیست منطقه تحت پوشش و مشارکت در روز درخت کاری از طرق مقتضی</p> <p>(۶) حمایت‌طلبی برای ایجاد محیط مشوق رفتارهای اجتماعی سالم از جمله:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ تأمین حقوق شهروندی و آموزش شهروندی با همکاری شهرداری ▪ توسعه سازمان‌های مردم نهاد و سایر اشکال مشارکت مردم ▪ جشن‌ها و برنامه‌های ارتقای هویت ایرانی و برادری ▪ جذب سرمایه‌گذار برای ایجاد مراکز تفریحی و توسعه گردشگری منطقه تحت پوشش ▪ ایجاد مراکز مشاوره برای ارتقای درآمدزایی مشروع شهروندان، کاربابی، مسکن دار شدن خانواده‌ها، مشاوره حقوقی و بیمه‌ها ▪ تسهیلات و مداخلات برای افزایش زمان مطالعه شهروندان ▪ توسعه مهدهای کودک و مراکز آموزشی ویژه والدین 	نوع اول
<p>(۱) شناسایی فعال و مشاوره به خانواده‌های نیازمند حمایت که در معرض خطر آسیب‌های اجتماعی عمده زیر قرار دارند: فقر و بیکاری، اعتیاد، وقوع جرایم، خشونت خانگی (کودکان، زنان و سالمندان)، ترک تحصیل، طلاق، دختران فراری، کودک کار، بارداری در نوجوانی [بسته ضروری برای هر یک در سطح یک ارایه و در سطح دوم خدمات به صورت گسترده]</p> <p>(۲) ایجاد گروه‌های خودیار در آسیب‌های اجتماعی</p>	نوع دوم
<p>(۱) حمایت‌طلبی و مشارکت در برنامه‌های توانمندسازی خانواده‌های زندانیان، زنان سرپرست خانوار، کودکان کار، متکدیان، افراد مطلقه، فقرا و بیکاران</p> <p>(۲) ارائه خدمات ترک اعتیاد در سطح یک تا سه</p> <p>(۳) نظارت بر بهداشت خانه‌های سالمندان و سایر مراکز مرتبط به افراد آسیب‌دیده</p>	نوع سوم

****** برخی از رفتارهای قابل ترویج برای ارتقای سلامت اجتماعی عبارت است از: ترویج سن مناسب ازدواج، ازدواج صحیح و باورهای صحیح همسرداری، ترویج احترام به تنوع قومی، جمعیتی و اعتقادات، مهارت‌های کنترل خشم، رفتارهای پیشگیرانه پرخاشگری کلامی زنان، ترویج روابط مناسب خانوادگی، فرزندپروری و مناسبات نسلی، ترویج همدلی، قانون‌گرایی، رعایت حقوق دیگران و حق تقدم (در هر مکان و زمان به اقتضای خود) و مسؤلیت‌پذیری، ترویج اخلاقیات به عنوان هسته اصلی سلامت معنوی (از جمله راستگویی، امانت‌داری، وفای به عهد، خوش قولی، صداقت، نوع دوستی)، ترویج رعایت حقوق افراد در خانواده از جمله کودک، زن و سالمندان، کار داوطلبانه و اهدای خون، عیادت از بیماران و افراد ناتوان و کم توان، زیارت قبور اقوام، رفتار صرفه‌جویی و استفاده بهینه (استفاده از اموال عمومی، خرید و مصرف مؤثر، قناعت)، خودباوری و تعلق خاطر ملی و قومی، رفتار و آداب معاشرت با دیگران و دوستی مؤثر (اعضای خانواده، همسایه، فامیل، دوست، همکلاس، همکار، غریبه و... بزرگترها و کوچکترها)، تفریح و شادی، آپارتمان نشینی، حفظ امنیت شخصی و خانوادگی و جامعه، رفتار ترافیکی، رفتار زیست محیطی، نظم شهری، رفتار استفاده از تکنولوژی جدید مانند اینترنت - موبایل، رفتار کسب و کار سالم و حلال (برخورد با مشتری، کم و گران فروشی، کم کاری، کیفیت)، آینده‌نگری (رفتارهای پس‌انداز، بیمه، وصیت)، کارگروهی، رفتار مدیریت فردی و تعادل در زندگی، رفتار رقابت صحیح (الگو برداری درست به جای مدگرایی و تجمل‌گرایی)، اعتقاد فکری و عملی به توزیع عادلانه قدرت، بازگرداندن امانت، مشارکت‌های اجتماعی رسمی (انتخابات، عضویت شوراها، قبول مسؤلیت‌های اجرایی، نقد مؤثر، روابط مشروع جنسی، ارتباط مؤثر، مدیریت بحران مؤثر، وقت‌شناسی، عدم بی‌تفاوتی اجتماعی، ازدواج مؤثر، مطالبه حقوق).

۴) الزامات استقرار نقش و کارکردهای سلامت اجتماعی در شبکه‌های بهداشتی درمانی

الزام اول) توسعه خدمات فعال در شبکه‌های بهداشتی درمانی کشور و تحول در PHC

در حال حاضر شبکه‌های بهداشتی درمانی کشور با وجود توسعه فیزیکی مناسب در روستاها (با جمعیت ۳۰٪) و گستره شهرها (با جمعیت ۷۰٪)، برعکس روستاها، خدمات فعال و جامعی در شهرها ندارند. لازم است اعتقاد و نگرش نسبت به نظام مراقبت‌های اولیه تقویت شده و ویژگی‌های زیر در شبکه‌های بهداشتی درمانی کشور استقرار یابد:

- **مردم محوری:** این ویژگی وقتی به طور کامل استقرار می‌یابد که بر نیازهای سلامت مردم منطقه تمرکز کنیم، رابطه بین دو شخص معین برقرار شود، برخورد با عوامل ناخوشی مسؤولیت مرکز بهداشتی درمانی باشد و مردم در مدیریت سلامت خود شریک شوند؛ مراقبت با محوریت فرد بیمار استمرار یابد.
- **جامعیت خدمات:** جامعیت خدمات به این مفهوم است که در محل ورود افراد به نظام سلامت باید خدمات ارتقای سلامت، مداخلات پیشگیری کننده، تشخیص، درمان و یا ارجاع، مراقبت‌های مزمن و طولانی در منزل فراهم شود.
- **تداوم مراقبت:** کار مراقبت با بیرون رفتن بیمار از مرکز اتمام نمی‌یابد، به ویژه در مدیریت بیماری‌های مزمن، سلامت باروری، سلامت روان و پایش کودکان این موضوع اهمیت دارد.
- **محل ورود منظم:** دسترسی داشتن به تیمی ثابت در ارائه خدمات در طول زمان به برقراری رابطه آکنده از اعتماد میان افراد و ارائه‌کننده مراقبت کمک می‌کند. برقراری رابطه استوار به زمان نیاز دارد و بروز توان بالقوه چنین ارتباطی دو تا پنج سال طول می‌کشد.

الزام دوم) کاربست نتایج مطالعه و حمایت‌طلبی برای سیاست‌گذاران و برنامه‌ریزان

ایپیدی سه گانه بیماری‌های غیرواگیر، واگیر و مسائل اجتماعی ایجاب می‌کند تا خدمات جامع برای مردم ارائه شود، وجود بستر و ظرفیت شبکه‌های بهداشتی درمانی کشور به این کار سرعت می‌دهد. نتایج این مطالعه و مطالعات مشابه باید به زبان سیاست‌گذار معنی شده و از منظر فواید اقتصادی و کیفیت زندگی مردم برای ایشان حمایت‌طلبی شود.

الزام سوم) ایجاد یک ائتلاف فنی اجرایی برای تعیین الگوی ارائه خدمت سلامت اجتماعی

یکپارچه که نقش هر دستگاه در پیشگیری و کنترل آسیب‌های اجتماعی مشخص باشد.

در حال حاضر موضوع آسیب‌های اجتماعی، هم در زمینه سیاست‌گذاری و هم در زمینه اجرا در محیط، متولیان متعددی دارد. ساماندهی اجزای سیاست‌گذاری و اجرایی ضروری است. نظام سلامت با توجه به تعریف سلامت اجتماعی و هم‌افزایی این بعد از سلامت در ابعاد روانی و جسمی وظیفه خود می‌داند که خدمات پایه و ضروری را فراهم آورد، در این زمینه کشورهای اسکاندیناوی پیشرو بوده و به اندازه کافی شواهد علمی وجود دارد. لذا بر اساس نتایج جمع‌بندی شده این مطالعه نقطه ورود نظام سلامت در سطح یک ارائه خدمات مناسب خواهد بود. البته تولید شواهد اثرات ناگوار

آسیب‌های اجتماعی بر سلامت جسمی و روانی و حمایت‌طلبی در سطح کلان وزارت بهداشت برای سایر دستگاه‌ها و مراجع تصمیم‌گیری دیگر وظیفه قطعی نظام سلامت است.

الزام چهارم) تعریف بسته خدمتی پایه برای خدمات سلامت اجتماعی گام بعدی است.

آموزش فعال و خانه به خانه مردم برای خودمراقبتی سلامت در جمعیت تحت پوشش مرکز بهداشتی این فرصت را فراهم می‌آورد که رفتارهای اجتماعی سالم نیز از همین طریق ترویج داده شود، شناسایی زودرس افراد در معرض خطر از طریق بهورز و فرد مراقب سلامت جامعه گامی مثبت و رو به جلو است. حضور مددکار اجتماعی آموزش‌دیده برای ارائه بسته خدمتی پایه از طریق مرکز بهداشتی درمانی خدمات سطح یک را تکمیل می‌کند، در همین مرحله بسیاری از افراد در معرض خطر و حتی آسیب‌دیده نیازمند مشاوره روان‌شناختی هستند که این خدمت از طریق کارشناس روان مرکز قابل ارائه است. خدمت دیگر همکاری بین‌بخشی و مشارکت مردم برای مداخله جامعه محور در سطح جمعیت تحت پوشش مرکز بهداشتی درمانی است. محتوای هر یک از بسته‌ها فردی و اجتماعی باید مشخص شود، به عبارت دیگر باید معلوم شود که فرد در معرض طلاق چه مشاوره‌هایی بگیرد یا برای بازگرداندن فرد ترک تحصیل چه مشاوره‌هایی برای فرد، خانواده باید ارائه شود و سطح دوم خدمات عمدتاً بر دوش ظرفیت‌های سازمان بهزیستی، مراکز مشاوره تحت نظارت وزارت ورزش و جوانان و سازمان نظام روانشناسی و متخصصان روانپزشکی و روانشناسان بالینی است، که ارتباط بین سطح یک و دو در این زمینه باید مشخص شده و شیوه پرداخت در سطح دوم مشخص باشد. خدمات سطح یک در حیطه خودمراقبتی، شناسایی زودرس و ارائه مشاوره اولیه تقریباً برای جمعیت تحت پوشش رایگان است، اما برای سطح دوم محدوده‌ای از خدمات می‌بایست از طرق مختلف بیمه‌ای تضمین شود. سطح سوم ارائه خدمات در زمینه سلامت اجتماعی به اندازه کافی باید شفاف شود، به عنوان مثال تکلیف مراکز نگهداری آسیب‌دیدگان از جمله زنان ویژه، معلولان ذهنی، بیماران روان‌پریش، مراکز نگهداری کودکان کار، مراکز نگهداری

بی‌خانمان‌ها، زندان‌ها و ... در این طیف باید مشخص شود که در کدام سطح قرار دارند. نکته مهم در خدمات سطح یک، استفاده از تمام ظرفیت‌های منطقه است، بنابراین لازم است در ابتدای کار ارزیابی‌های^۱ منطقه انجام و از این ارزیابی‌ها استفاده شود.

مجموعه خدمات پیشنهادی برای اتاق سلامت اجتماعی مرکز بهداشتی درمانی سوری / روستای

- تشکیل شناسنامه کامل اجتماعی افراد غربال شده (دارای اندیکاسیون)
- تعیین مشاوره های لازم برای کاهش خطر آسیب اجتماعی . ارجاع درون و برون مرکز و پیگیری
- تعیین راهکارهای حمایت اجتماعی و جلب حمایت با استفاده از امکانات سطح دوم برای افراد آسیب دیده و پیگیری آنها (شناسایی ظرفیت های حمایتی در منطقه)
- دیده بان سلامت اجتماعی منطقه و حضور در مجامع خارج از مرکز جهت آگاه سازی و حمایت طلبی
- کمک به ارتقای امنیت غذایی خانوارها
- ارتباط و هماهنگی با اورژانس اجتماعی برای موارد فوریت ۱۲۳ (خودکشی . خشونت دیده ها . فرار از منزل)
- همکاری در ارائه آموزش های اجتماعی . فرزندپروری . مهارت های زندگی . رفتارهای اجتماعی سلامت

¹ Asset Assessment

الزام پنجم) پایلوت و ارزشیابی بسته خدمتی پایه

لازم است این پایلوت در یک شهرستان معین و هماهنگ با خدمات مراقبت‌های اولیه سلامت انجام شود. تأمین نیروی انسانی مددکار اجتماعی و رشته‌های مرتبط یکی از الزامات است. شاخص‌های قبل و بعد از مداخله باید اندازه‌گیری شود، برخی از شاخص‌های مهم به شرح زیر است:

- سواد سلامت اجتماعی مردم به چه میزان افزایش یافته است؟
- چه تعدادی از مردم نیازمند خدمات سطح یک دریافت کرده‌اند؟ میزان رضایت مردم از خدمات سطح یک چقدر بوده است؟
- تسهیلات و مشوق‌های محیطی برای ارتقای سلامت اجتماعی به چه میزان فراهم شده است؟
- کیفیت خدمات در سطح یک و سطح دو چگونه بوده است؟
- آسیب‌های اجتماعی مردم به ویژه خشونت خانگی، طلاق، جرایم و ترک تحصیل به چه میزان کاهش یافته است؟

بحث و نتیجه گیری

به طور خلاصه نتایج این مطالعه نشان می‌دهد که روند آسیب‌های اجتماعی رو به افزایش است، مسائل اجتماعی اثر هم‌افزایی با مشکلات جسمی و روانی سلامت دارند و بدون رسیدگی به این مسائل دستیابی به سطح سلامت مطلوب برای افراد جامعه ممکن نخواهد بود. تجربیات ارزنده‌ای در سایر کشورها برای ارائه خدمات اجتماعی از طریق نظام مراقبت‌های اولیه وجود دارد. کشور ما در ایجاد نظام مراقبت‌های اولیه پیشرو و موفق بوده است و ظرفیتی بی‌بدیل برای ارائه خدمات اجتماعی محسوب می‌شود. از دیدگاه خبرگان و ذینفعان اجرایی این کار تقریباً عملی است و نقش‌ها و کارکردهایی نیز برای آن پیشنهاد شده است که برای استقرار آن الزاماتی چون تحول PHC، حمایت‌طلبی کلان، تشکیل ائتلاف فنی بین‌بخشی و تدوین بسته خدمتی، پایلوت و ارزشیابی آن لازم است. چالش‌های پیش روی ادغام چنین خدماتی را در شبکه دشوار می‌نماید که چندپارگی خدمات در کشور، داشتن متولی‌های متعدد، ضعف قوانین مرتبط برای مداخلات در زمینه آسیب‌های اجتماعی و تأمین مالی خدمات توسط حاکمیت تنها تعدادی از این چالش‌هاست. نداشتن نیروی انسانی آموزش دیده بومی برای حیطه مددکاری اجتماعی از دیگر چالش‌ها است. به طور قطع اولین الزام تحول نظام مراقبت‌های اولیه است و اولویت با این اقدام است، تا زمانی که نظام مراقبت‌های اولیه در کشور پاسخگوی بار بیماری‌های فعلی نباشد و به نظام سلامت آشفته در شهرها نظم نبخشد، اضافه کردن خدمات اجتماعی کار دشواری خواهد بود.

آنچه کشورهای پیشرو نظیر فنلاند، سوئد و نروژ انجام داده‌اند، تفویض اختیار ارائه خدمات اجتماعی در کنار خدمات سلامت در بعد جسمی و روانی به شهرداری‌ها بوده است. در کشور ما هم شهرداری‌ها، دهیاری‌ها، شوراهای اسلامی شهرها و روستاها در یک دهه گذشته اختیارات و ظرفیت‌هایی کسب کرده‌اند که ادغام خدمات را تسهیل می‌کند. استفاده از ظرفیت‌های ممکن انجمن‌های علمی (انجمن مددکاری اجتماعی ایران)، سازمان شهرداری‌ها و دهیاری (برای در اختیار گذاشتن تسهیلات مشوق رفتارهای اجتماعی سالم مانند آنچه در کلان شهر تهران اتفاق افتاد)، تشکیل ائتلاف با مشارکت سازمان‌های مردم‌نهاد (۱۷ هزار سازمان مردم‌نهاد در کشور) و تصویب قوانین مرتبط از طریق مجلس شورای اسلامی می‌تواند، برخی از چالش‌ها را برطرف کند. تحول در نظام مراقبت‌های اولیه خود فرصتی را فراهم می‌کند که در تیم سلامت از حضور کارشناسان مسائل اجتماعی جهت مشاوره به مردم نیازمند استفاده شود و بر هم زمانی این ادغام تأکید می‌شود؛ به عبارت دیگر بهتر است هم اکنون که ماده ۳۲ قانون برنامه پنجم کشور بر ایجاد سامانه خدمات جامع و همگانی سلامت تأکید دارد، طراحی جامعی انجام داده و خدمات هر سه بعد جسمی روانی و اجتماعی را ملحوظ کرد.

یکی از انتقادهای وارد به نظام مراقبت‌های اولیه در یک دهه گذشته بی‌توجهی آنها به مؤلفه‌های اجتماعی سلامت بود، با این که تعریف و مفهوم سلامت اجتماعی و مؤلفه‌های اجتماعی سلامت متفاوت است و یکی از تعیین‌کننده‌های

وضعیت سلامت اجتماعی افراد مؤلفه‌های اجتماعی است، اما ادغام خدمات اجتماعی در نظام مراقبت‌های اولیه فرصتی طلایی برای پرداختن به برخی از جنبه‌های مؤلفه‌های اجتماعی سلامت فراهم می‌آورد، ایجاد همکاری بین‌بخشی و مشارکت مردم در سطح جمعیت تحت پوشش برای تأثیرگذاری در مؤلفه‌های اجتماعی مؤثر بر سلامت مردم گامی رو به جلو است؛ به عنوان مثال اگر مجموعه فعالیت‌های مرکز بهداشتی درمانی در سطح یک خدمات مشکل فقر، بیکاری یا مسکن تعدادی از خانوارها را رفع کند طرح موفق خواهد بود.

برای به کارگیری نتایج این مطالعه پیشنهادات زیر ارائه می‌شود:



- تبدیل نتایج مطالعه به صورت مستند حمایت‌طلبی و حمایت‌طلبی برای گروه‌های سیاست‌گذار از جمله شورای اجتماعی کشور، شورای عالی انقلاب فرهنگی، کمیسیون اجتماعی و فرهنگی مجلس شورای اسلامی و معاونت اجتماعی و پیشگیری قوه قضاییه و سازمان شهرداری‌ها و دهیاری‌ها
- تدوین بسته‌های خدماتی و راهنمای بالینی برای سطح یک خدمات
- انجام مطالعه برای تعیین فرایند ارجاع از سطح یک خدمات به سطح دو و سه و تعریف تسهیلات موجود در این سطوح در کل کشور
- برگزاری جلسات امکان‌سنجی ادغام خدمات اجتماعی در نظام مراقبت‌های اولیه

بخش دوم

تدوین بسته خدمتی

مراقبت‌های سلامت اجتماعی

در نظام مراقبت‌های اولیه سلامت ایران

تعریف سلامت اجتماعی، سنجها و اثرات آن

طبق تعریف سازمان جهانی بهداشت که در سال ۱۹۴۸ منتشر شد، سلامت عبارت است از: «رفاه کامل جسمی، روانی و اجتماعی و نه فقط نبود بیماری یا معلولیت»، در این تعریف بعد اجتماعی سلامت نیز برای اولین بار معرفی شد [۱]. هر سه بعد سلامت اثرات متقابل بر هم دارند به عنوان مثال بعد اجتماعی سلامت فرد اثرات پیشگیرانه بر روی دو بعد جسمی و روانی دارد.

از همان ابتدا در تعریف سلامت اجتماعی این سؤال مطرح بود که آیا بعد اجتماعی سلامت به وضعیت شخص تأکید دارد یا وضعیت محیط اجتماعی را نشان می‌دهد، آقای راسل در سال ۱۹۷۳ بعد سلامت اجتماعی را چنین تعریف کرد: «بعدی از سلامت فرد که به چگونگی ارتباط شخص با دیگران، واکنش دیگران به وی، نحوه تعامل با سازمان‌ها و هنجارهای جامعه مربوط است» [۲]. برسلو در سال ۱۹۷۲ شاخص‌هایی برای سنجش وضعیت سه بعد سلامت فرد پیشنهاد کرد:

- **بعد جسمی:** ناتوانی، معلولیت، شرایط مزمن، شکایات و سطح انرژی
- **بعد روانی:** بر اساس یک نشانگر ترکیبی ۸ قسمتی که ۵ سهم آن مربوط به احساسات منفی است و ۳ سهم از آن به احساسات مثبت مربوط بود.

- **بعد اجتماعی:** توانایی کار، رضایت از زندگی مشترک، اجتماعی بودن و مشارکت در جامعه

بعدها در سال ۱۹۸۰ ولینسکی و زوسمن وضع سلامت اجتماعی را به سنجش «نقش عملکردی» فرد تفسیر کردند که در کنار وضعیت بیولوژیک (برای بعد جسمی) و میزان نشاط یا شادکامی (برای بعد روانی) رویکردی تازه برای سنجش وضع سلامت مطرح شد [۳]. هم زمان مؤسسه رند در سال ۱۹۸۰ بعد اجتماعی سلامت را تعامل بین شخصی و فعالیت‌های مرتبط به مشارکت اجتماعی معرفی کرد [۴]. به همین اندازه در مورد سلامت اجتماعی در سطح جامعه هم گفتگو شده است. آقای راسل در سال ۱۹۷۳ جامعه‌ای را سالم دانسته است که فرصت‌های برابر برای دسترسی به کالاها و خدمات اساسی به منظور ایفای نقش کامل شهروند وجود دارد؛ ویژگی‌های چنین جامعه‌ای از نظر راسل عبارت است از وجود قانون، برابری در توزیع ثروت، دسترسی عمومی به فرآیند تصمیم‌گیری و سطح سرمایه اجتماعی [۴].

سلامت اجتماعی به عنوان حمایت اجتماعی دریافت شده از خانواده، دوستان و سایرین هم تعریف شده است. به عبارت دیگر حمایت اجتماعی به عنوان یک از مؤلفه‌های اصلی سلامت اجتماعی محسوب می‌شود. و به انواع عاطفی (احساس با ارزش بودن، احساس دوست داشته شدن)، ابزاری یا عملی (کمک‌های مادی یا ملموس مانند مراقبت از بچه، فراهم آوردن امکانات رفت و آمد، کمک مالی) و اطلاعاتی (هر گونه کمک اطلاعاتی به دیگران) تقسیم می‌شود. دانشمندان معتقدند که سنجش وضعیت حمایت اجتماعی افراد می‌تواند تعیین‌گر وضعیت سلامت اجتماعی فرد باشد.

بر پایه تعریف ارائه شده در اولین همایش سلامت اجتماعی کشور در سال ۱۳۸۹، که حاصل اجماع انجمن‌های علمی بود، سلامت اجتماعی عبارت است از: «کمیت و کیفیت ارتباط فرد با دیگران برای رفاه جامعه» یا «ارزیابی و شناخت فرد از چگونگی عملکرد خود در اجتماع و کیفیت روابط او با افراد دیگر است. تعیین‌کننده‌های وضعیت سلامت اجتماعی افراد از یک سو، مشمول رفتارهای اجتماعی فردی است که اثرات شناخته شده و مثبتی بر سلامت جسمی و روانی وی داشته و موجبات ارتقای سازگاری اجتماعی و تعامل فرد با محیط پیرامون و در نهایت ایفای نقش مؤثر در تعالی و رفاه جامعه می‌شود و از سوی دیگر محیط مشوق و ظرفیت‌ساز برای ایفای نقش افراد جامعه را شامل می‌شود» [۵].

اگر انسان سالم محور توسعه پایدار باشد، در این صورت سرمایه اجتماعی بالاتر موجبات سلامتی بیشتر افراد جامعه را فراهم می‌آورد که در نهایت روند توسعه پایدار (ویا تعبیر جدید مقام معظم رهبری که از آن به پیشرفت و تعالی جامعه یاد نموده‌اند) تسهیل و تسریع می‌یابد.

اثرات نهایی مثبت، حاصل از رفتارهای سالم اجتماعی و محیط مناسب «سرمایه اجتماعی افزایش یافته و سازگاری اجتماعی برای ارتقای رفاه دیگران» است. در صورتی که اثرات منفی حاصل از عدم یا ضعف اتخاذ رفتارهای سالم اجتماعی و محیط نامناسب مجموعه از بیماری‌ها و انحرافات اجتماعی است که از آن به عنوان «آسیب اجتماعی» و یا «مسأله اجتماعی» نام برده می‌شود.

سلامت اجتماعی با شاخص‌های مختلفی قابل سنجش است: وضعیت شکوفایی اجتماعی^۱، همبستگی اجتماعی^۲، انسجام اجتماعی^۳، پذیرش اجتماعی^۴ و مشارکت اجتماعی^۵ از جمله این شاخص‌ها هستند [۶]. با توجه به مطالب پیشگفت در تعریف سلامت اجتماعی هنوز اجماع جهانی وجود ندارد، لذا اهمیت این مفهوم به طور مطلوب و شفاف در متون علمی بحث و مستند نشده است اما مفهوم سرمایه اجتماعی که به عنوان یکی از شاخص‌های سلامت اجتماعی محسوب می‌شود. مطالعات مرتبط فراوانی دارد که ارتباط آن با سلامت را به شرح زیر تشریح می‌کند [۷].

با افزایش سرمایه اجتماعی:

- بهره‌وری مداخلات سلامت بیشتر می‌شود.
- مرگ نوزادان بیشتر کاهش می‌یابد.
- طول عمر افزایش و میزان مرگ از علل اختصاصی کاهش می‌یابد.
- دسترسی به آموزش و اطلاعات سلامت از طریق شبکه‌های اجتماعی بهتر می‌شود.
- طراحی سیستم مراقبت سلامت بهتر انجام می‌شود.

¹ Social Actualization

² Social Coherence

³ Social Integration

⁴ Social Acceptance

⁵ Social Contribution

- عمل جمعی و همگانی برای ارتقای زیرساخت‌ها از طریق شبکه‌های اجتماعی تسهیل می‌شود.
- استقرار سیاست پیشگیری (شیوه زندگی و خدمات پیشگیری) با اثربخشی بالایی رخ می‌دهد.
- شبکه‌های اجتماعی در به وجود آمدن هنجارها و باورهای صحیح فرهنگی تعیین‌کننده برای سلامت مؤثرند.

ضرورت ارایه خدمات سلامت اجتماعی از طریق شبکه جامع و همگانی سلامت چیست؟

روند آسیب‌های اجتماعی در ایران رو به افزایش است. از سوی دیگر مسائل اجتماعی اثر هم‌افزایی با مشکلات جسمی و روانی سلامت دارند و بدون رسیدگی به مشکلات اجتماعی افراد دستیابی به سطح سلامت مطلوب در جامعه ممکن نخواهد شد. تجربیات ارزنده‌ای در سایر کشورها از جمله کشورهای اسکاندیناوی و کانادا برای ارایه خدمات اجتماعی از طریق نظام مراقبت‌های اولیه سلامت وجود دارد. گزارش سال ۲۰۰۸ سازمان جهانی بهداشت، بر ورود منظم افراد جامعه به نظام ارایه خدمات سلامت، جامعیت خدمات، تداوم و مردم محوری آن تأکید دارد.

جمهوری اسلامی ایران در ایجاد و گسترش نظام مراقبت‌های اولیه سلامت در کشورهای منطقه و اسلامی پیشرو و موفق بوده است و ظرفیت بالقوه و بی‌بدیلی برای شروعی الهام بخش در ارایه خدمات سلامت اجتماعی در سطح اول خدمات و ارجاع ضروری برای سطوح تخصصی‌تر محسوب می‌شود.

تحقیقات انجام شده در کشور و اسناد بالادستی بر ارایه خدمات به صورت یکپارچه و سطح‌بندی شده تأکید دارد. البته اختلاف نظر در مورد تعریف سلامت اجتماعی، چندپارگی خدمات اجتماعی، داشتن متولیان متعددی، ضعف قوانین مرتبط برای مداخلات در زمینه آسیب‌های اجتماعی و تأمین مالی خدمات توسط حاکمیت از زمره چالش‌های اساسی برای استقرار این خدمات در شبکه‌های بهداشت و درمان (شبکه جامع و همگانی سلامت) کشور است که باید به تدریج از طریق همکاری بین‌بخشی و مشارکت مردم بر آنها فائق شد.

مهمترین دلایل برای انجام این مطالعه به شرح زیر است:

- ضرورت نگاه همه جانبه به موضوع سلامت و ابعاد فراموش شده آن در مراقبت‌های اولیه سلامت از جمله بعد سلامت اجتماعی
- تأثیر وضعیت سلامت اجتماعی فرد و خانواده در سلامت جسمی و روانی آنها در جمعیت‌های تحت پوشش و لزوم مراقبت از این بعد
- شکل‌گیری واحد سلامت اجتماعی وزارت بهداشت و ضرورت تعریف نقش عملیاتی و بسته خدمتی اختصاصی در شبکه‌های بهداشتی درمانی
- استقرار سیاست نظام پزشکی خانواده و ارجاع در کشور و شفاف نبودن وظایف پزشک خانواده در بعد سلامت اجتماعی



انتظار می‌رود با استفاده از نتایج این مطالعه:

- بسته خدمتی قابل ادغام در مراقبت‌های اولیه سلامت کشور و طرح پزشک خانواده پایلوت شود.
 - انعقاد تفاهم‌نامه همکاری بین‌بخشی با سازمان‌های مسؤول از جمله سازمان بهزیستی، کمیته امداد خمینی (ره) و ... برای ارایه خدمات هماهنگ و مشترک انجام گیرد.
- در نهایت شاخص‌های سلامت اجتماعی فرد، خانواده و جمعیت بهبود یابد و تأثیر خود را در ارتقای شاخص‌های سلامت جسمی و روانی بر جای بگذارد.

روش



هدف کلی این مطالعه طراحی بسته‌های خدمتی مراقبت‌های سلامت اجتماعی در مراقبت‌های اولیه سلامت بوده است و اهداف اختصاصی این طرح عبارت بود از:

۱. تعیین معرف‌ترین ذینفعان خبره و اجرایی جهت طراحی بسته
۲. تعیین اولویت‌های مراقبت سلامت اجتماعی در نظام مراقبت‌های اولیه سلامت

۳. تعیین فرایند اصلی ارایه خدمت سلامت اجتماعی در اولویت‌های تعیین شده

۴. تدوین بسته خدمتی بر اساس فرایند اصلی اجماع شده کمیته راهبری در هر اولویت

این بررسی از نوع طراحی الگو در نظام سلامت است؛ برای دستیابی به الگو که در این طرح بسته‌های خدمتی می‌باشند از سه روش برای جمع‌آوری داده‌ها استفاده شده است:

- جلسات بحث گروهی متمرکز با ذینفعان
- مرور اسناد و منابع مرتبط به خدمات سلامت اجتماعی در کشور
- نظرات خبرگان منتخب به صورت پرسشنامه کتبی

ابتدا بر اساس الگوی تحلیل ذینفعان (از نظر میزان تأثیر و تعهد) گروه‌های تخصصی خبره و ذینفعان برای تشکیل کمیته راهبری فنی شناسایی شدند، هم‌زمان اسناد مرتبط به وضعیت و خدمات سلامت اجتماعی در کشور تحلیل شد و پیشنهاد اولویت‌های سلامت اجتماعی برای ورود به بسته خدمات جهت بررسی کمیته راهبری فنی ارایه گردید؛ اولویت‌ها با تکنیک گروه اسمی نهایی شد.

بر اساس چارچوب زیر و در قالب پرسشنامه کتبی از هر خبره درخواست شد که به سؤالات مربوطه پاسخ دهد:

۱. نام شایسته برای بسته خدمتی
۲. مخاطبان خدمت
۳. نتایج قابل حصول از استقرار بسته در مخاطبان
۴. فرایند اصلی خدمت و زمان آن (ارزیابی وضعیت فرد، تحلیل و تشخیص، برنامه مراقبت، نحوه پیگیری و ارزشیابی نتایج)
۵. روال‌های هر مرحله از خدمت و استاندارد آن (فرم‌ها)

۶. نیازهای آموزشی ارایه‌کننده خدمت

۷. الزامات استقرار بسته در حوزه همکاری‌های بین‌بخشی و مشارکت مردم

۸. اطلاعات قابل ثبت در جریان فرایند اصلی خدمت

۹. حقایق مبتنی بر شواهد مرتبط به هر بسته جهت ارایه به مراجعان

پاسخ خبرگان ابتدا با «چک لیست ارزیابی محتوی و شکل»، ارزیابی شده و بازخورد داده شد و پس از اصلاح، متن مورد نظر در اختیار کلیه اعضای کمیته راهبری فنی قرار گرفت. با تشکیل جلسات کمیته راهبری پاسخ هر خبره در جمع ارایه شده و نظرات سایر اعضای کمیته راهبری در قالب فوق اعمال گردید.

استخراج و رفع هم‌پوشانی خدمات در فرایندهای تعریف شده یکی از اهداف تشکیل جلسات کمیته راهبری بود. در نهایت نوع نیروی انسانی مورد نیاز، ساختار ارایه خدمات و تحلیل هزینه‌های مورد نیاز برای اجرای این بسته‌ها، در قالب «جدول امکان‌سنجی استقرار» ارایه شد.

۱) عنوان و شرح خدمات قابل ارایه در مرکز بهداشتی درمانی در زمینه سلامت اجتماعی

ارایه خدمات سلامت اجتماعی پایه در سطح یک خدمات (مراکز بهداشتی درمانی شهری/ روستایی و خانه‌های بهداشت و پایگاه‌های بهداشتی وابسته آنها) پیشنهاد می‌شود. در این سطح مداخلات ارتقای سواد سلامت اجتماعی در خانواده‌های تحت پوشش، شناسایی افراد و خانواده‌های در معرض خطر آسیب‌های اجتماعی، ارایه خدمات مشاوره پایه برای افراد نیازمند و اقدامات جمعی با استفاده از دارایی‌های محلی (همکاری بین‌بخشی و مشارکت مردم) و همچنین ارجاع هم سطح و یا بالاتر در موارد ضروری براساس دستورالعمل‌ها و راهنماهای ملی قابلیت اجرا دارد. خدمات پایه و ضروری برای کاهش آسیب‌های اجتماعی در این سطح که بیشتر بر پیشگیری اولیه و ثانویه تأکید دارد، رایگان خواهد بود.

جدول ۱) شرح مشکلات اولویت‌دار و خلاصه مداخلات

مشکلات اولویت‌دار	شرح خلاصه مداخله (خلاصه راهنمای ملی)
خشونت خانگی (کودک، همسر و سالمند)	آموزش و مشاوره به فرد خشونت‌دیده، راهنمایی به همکاران داخل مرکز یا ارجاع به واحدهای بیرون مرکز، همکاری با ضابط قضایی و ...
بی‌سوادی، بازماندگان تحصیل	شناسایی و تلاش برای بازگرداندن بازمانده به مدرسه، ارزیابی فردی بازمانده و مشاوره‌های مرتبط، معرفی به نهضت سواد آموزی
اعتیاد	آموزش‌های افراد و خانواده‌های در معرض خطر، ترغیب و راهنمایی خانواده برای شروع درمان فرد معتاد و روش آن
طلاق	آموزش‌های پیشگیرانه برای افراد در معرض طلاق، آموزش و مشاوره افراد مطلقه برای رویارویی با شرایط جدید
جرایم	تشکیل شورای پیشگیری از جرایم در محله و آموزش خانواده‌های در معرض خطر
امنیت غذایی خانوارها	تکمیل پرسشنامه امنیت غذایی خانوارها با مشارکت مراقب سلامت، مداخله برای تأمین سبذ و آموزش‌های لازم
بیکاری، فقر و مسکن نامناسب	دیده‌بانی وضعیت بیکاری، فقر و مسکن در خانواده‌ها و مداخلات آموزشی، مشاوره و ارجاع، مشارکت در تخصیص هدفمندی پاره‌ها
خانواده آسیب‌پذیر *	شناسایی، ارجاع درون و برون مرکز، آموزش خانواده و فرد، حمایت‌طلبی اختصاصی و همگانی
رصد وضعیت محیط زیست منطقه	حساس‌سازی، آموزش‌های محیط زیست و مشارکت در روز درخت کاری، هوای پاک، تحدید زباله و فرهنگ بازیافت
* اعتیاد، معلولیت‌های جسمی (از جمله حرکتی، نابینایی و ناشنوایی) و روانی، ترک یا فرار از خانه (همسر، فرزند)، کودک کار، بارداری در نوجوانی، زندانی بودن عضو خانواده، بیماران کلیوی، سرطانی، ام‌اس، ایدز، سایر بیماران صعب‌العلاج	

۲) تیپولوژی مداخلات سلامت اجتماعی در مرکز بهداشتی درمانی

پنج نوع مداخله زیر در مرکز بهداشتی درمانی ارائه می‌شود:

۱) آموزش و حساس‌سازی فردی یا گروهی: در مورد رفتارهای اجتماعی سالم در موقعیت‌های خانه، مدرسه،

محل کار، مساجد و تفریح‌گاه‌ها و محل ارائه خدمات و رسانه‌های محلی (فیکسچرها، بیل بوردها و...) و پیشگیری از آسیب‌های اجتماعی به طور عمومی

۲) شناسایی و صدور کارت خطرات سلامت: در این مرحله ویژگی‌های فرد از نظر سواد، شغل، محدوده

درآمد، تحصیل، تأهل، مسکن، وجود شرایط آسیب‌پذیر در خانه (اعتیاد، معلولیت‌های جسمی و روانی، خشونت، ترک یا فرار از خانه، کودک کار، بارداری در نوجوانی، زندانی بودن عضو خانواده) ارزیابی می‌شود که غیرمستقیم مبین مسائل اجتماعی فرد و خانواده است. موارد شناسایی شده در کارت خطرات سلامت و پرونده فرد ثبت و نگهداری می‌شود و سپس در صورت شرایط قرمز یا زرد، فرد برای دریافت خدمات به کارشناس آموزش‌دیده سلامت اجتماعی در مرکز هدایت می‌شود.

۳) کارشناس سلامت روانی اجتماعی حداقل ۵ اقدام ضروری در سطح فردی انجام می‌دهد:

- تکمیل ارزیابی وضعیت سلامت اجتماعی فرد و اقدام متناسب با نتیجه ارزیابی (از جمله ارجاع برای مشاوره روانشناختی و شرکت در کلاس‌های آموزشی عمومی و اختصاصی از جمله مهارت‌های زندگی و مهارت‌های فرزندپروری)
- مشاوره کوتاه در مورد چگونگی برون رفت از مشکل بر اساس راهنماهای ملی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی
- هماهنگی، معرفی و ارجاع فرد به واحدهای ارائه خدمات تکمیلی سلامت اجتماعی در منطقه (سطح اول یا دوم خدمات) [شناسایی ظرفیت‌های موجود منطقه ضروری است].
- پیگیری فعال باکمک تیم سلامت و ثبت نتایج مداخلات
- خدمات بازدید در منزل

۴) امکانات مجازی و الکترونیک برای مشاوره سلامت اجتماعی: خط تلفن مشاوره در ساعات خاصی از

روز، اس ام اس، ایمیل، شبکه اجتماعی و تالار گفتگو در پورتال مرکز، پیام‌گیری (کارشناس روان یا کارشناس اجتماعی)

۵) مشارکت در فعالیت‌های ارتقای سلامت اجتماعی در سطح محله

۳) خدمات سلامت اجتماعی در سطح دوم

خدماتی که فرد معرفی شده از مرکز بهداشتی درمانی به منظور افزایش حمایت اجتماعی و خوداتکایی دریافت می‌کند، این خدمات عمدتاً در حیطه اختیارات سازمان‌های خارج از وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی است و برای مشکلات اولویت دار به طور عمده سازمان‌های زیر را در بر می‌گیرد:

- ۱) سازمان بهزیستی کشور
- ۲) مراکز مشاوره تحت نظارت وزارت ورزش و جوانان
- ۳) مراکز مشاوره‌ای که از سازمان نظام روانشناسی و مشاوره مجوز گرفته‌اند
- ۴) وزارت تعاون، کار و رفاه اجتماعی: سندیکای کارفرمایی و مراکز کارایی، سازمان آموزش فنی و حرفه‌ای
- ۵) کمیته امداد امام خمینی (ره)
- ۶) وزارت کشور: مؤسسات خیریه و سازمان‌های مردم‌نهاد
- ۷) وزارت کشور: شورای عالی استان‌ها و شورای اسلامی شهر و روستا
- ۸) وزارت کشور: نیروی انتظامی و کلانتری‌ها (مراکز مشاوره کلانتری)
- ۹) معاونت اجتماعی قوه قضائیه
- ۱۰) گروه‌های میانجی مشارکت مردم شامل هیأت‌های مذهبی، انجمن اولیاء و مربیان کشور، انجمن‌های اسلامی کار
- ۱۱) بنیاد مسکن
- ۱۲) نهضت سوادآموزی
- ۱۳) وزارت آموزش و پرورش
- ۱۴) سازمان محیط زیست
- ۱۵) سازمان منابع طبیعی

۴) مخاطبان خدمت

مخاطبان این خدمت در سطح شناسایی زودرس و آموزش‌های همگانی کلیه جمعیت تحت پوشش مرکز بهداشتی درمانی است که با تعداد خانوار سنجیده می‌شود. مخاطبان برای دریافت خدمات مشاوره و حمایت اجتماعی افراد یا خانواده‌هایی هستند که در غربالگری مشخصات زیر را دارند:

- ۱) زیر خط فقر هستند.
- ۲) بی‌سواد یا بازمانده تحصیلی هستند.
- ۳) بیکار هستند.
- ۴) در خانواده نامنی غذایی دارند.
- ۵) افراد خشونت دیده (عمدتاً همسرآزاری - کودک آزاری در بسته خدمات بهداشتی آمده است)
- ۶) مرد یا زن مطلقه زیر یک سال یا زوج در معرض طلاق
- ۷) خانواده‌های مجرمان زندانی
- ۸) فرد معتاد یا خانواده دارای فرد معتاد
- ۹) خانواده آسیب پذیر: وجود فرد معلول جسمی (از جمله حرکتی، نابینایی و ناشنوایی) و روانی، ترک یا فرار از خانه (همسر، فرزند)، کودک کار، بارداری در نوجوانی، بیماران کلیوی، سرطانی، ام‌اس، ایدز و سایر بیماران صعب‌العلاج

۵) نتایج قابل حصول از استقرار بسته

شاخص‌های کلی:

- ۱) افزایش سرمایه اجتماعی در جمعیت تحت پوشش
- ۲) افزایش نشاط در جمعیت تحت پوشش
- ۳) میزان رضایت مردم از کیفیت خدمات سطح یک و سطح دو اجتماعی

شاخص‌های اختصاصی:

- ۱) تعداد خانوارهای که از خط فقر خارج شده‌اند (خوداتکایی).
- ۲) تعداد بازماندگان تحصیلی کم شود و میزان افراد ترک تحصیلی که به مدرسه بازگشت داده شده است.
- ۳) کاهش افراد بیکار، به شکلی که به مدت یک سال اشتغال پایدار داشته‌اند.
- ۴) کاهش تعداد خانواده‌های دچار ناامنی غذایی
- ۵) کاهش فراوانی رخداد خشونت‌های خانگی در مزدوجین (در خانواده‌های دارای خشونت فعال و غیرفعال)
- ۶) کاهش عوارض ناشی از خشونت‌های خانگی در افراد آسیب‌دیده
- ۷) کاهش میزان طلاق به طور کلی و در زوج‌های در معرض طلاق
- ۸) کاهش عوارض ناشی از طلاق در مرد یا زن مطلقه زیر یک سال یا زوج در معرض طلاق
- ۹) افزایش حمایت اجتماعی از خانواده‌های مجرمان زندانی (آموزش، مشاوره مختصر، ارجاع اجتماعی و مشاوره تخصصی)
- ۱۰) کاهش شیوع مصرف مواد مخدر
- ۱۱) افزایش مراجعه افراد معتاد برای ترک
- ۱۲) بهبود شاخص‌های زیست محیطی مورد توافق در سطح شهرستان به ویژه:
 - افزایش تعداد درختان منطقه
 - بهبود فضای شهری به طوری که مشوق مردم برای احترام به محیط زیست باشد.
 - مدیریت علمی و پاسخگو برای پسماندهای عفونی و غیرعفونی (از جمله افزایش رفتار تفکیک زباله)
 - کاهش مصرف انرژی
 - کاهش آلاینده‌های آب‌های زیر زمینی، خاک و هوا توسط مردم و صنایع (بسته به صنایع منطقه متفاوت است).

۱۳) افزایش درصد پوشش خانواده‌های نیازمند از آموزش‌های جمعی، مشاوره‌های مختصر، ارجاعات اجتماعی و مشاوره تخصصی

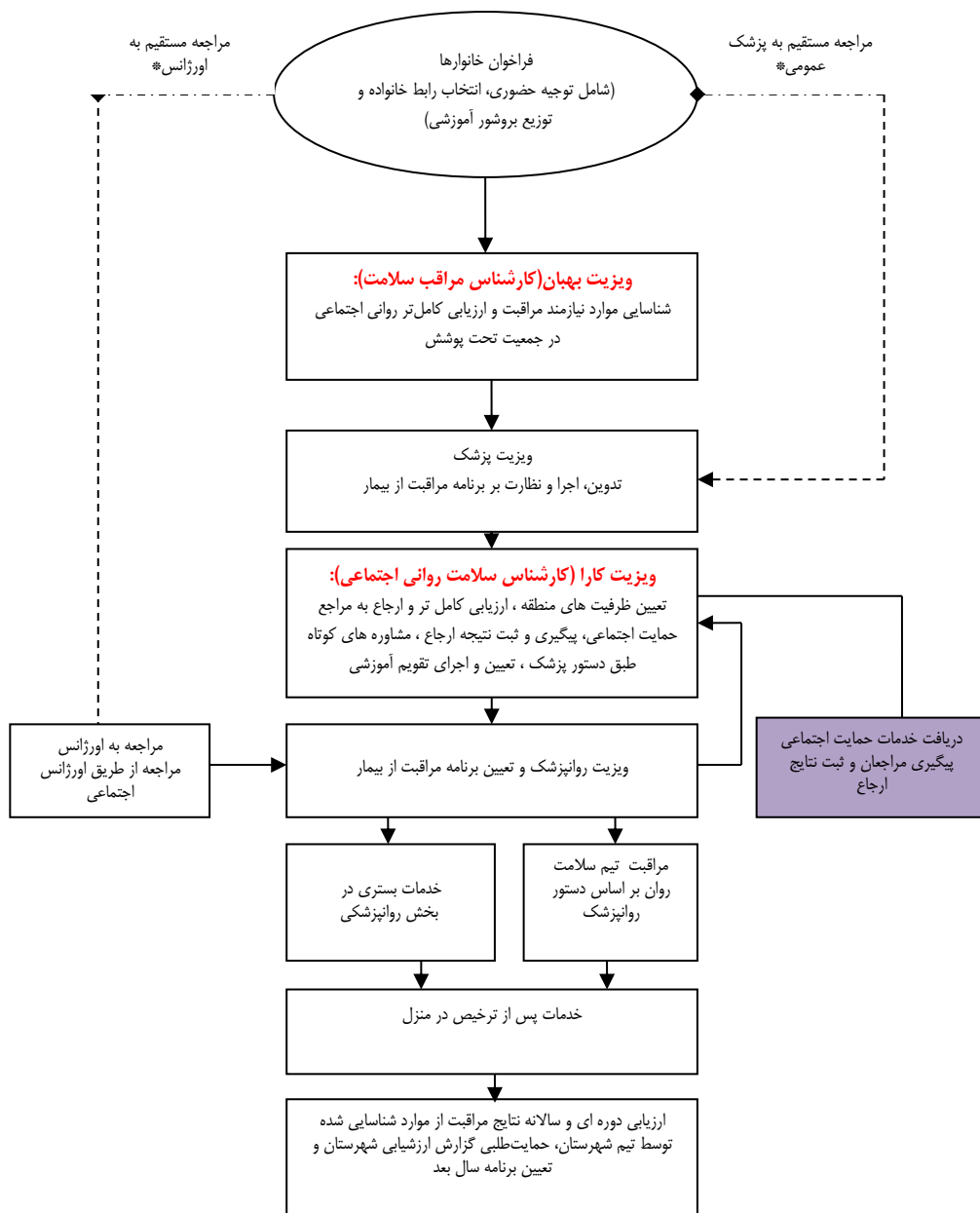
۱۴) افزایش آگاهی، نگرش و مهارت‌های زندگی اجتماعی

۱۵) افزایش تسهیلات و مشوق‌های محیطی برای ارتقای سلامت اجتماعی

توضیح: شاخص‌های پایش و ارزشیابی خدمات سلامت اجتماعی در مرکز بهداشتی و درمانی به شرح فوق خواهد بود و نظام دیده‌بانی شاخص‌های مربوط به سلامت اجتماعی توسط مرکز بهداشت استان و شهرستان طوری ایجاد می‌شود که بتواند:

- شاخص‌های اختصاصی سالانه توسط مراکز بهداشتی درمانی گزارش شده و در سطح شهرستان و استان جمع‌بندی شود.
- شاخص‌های کلان هر سه سال یکبار پیمایش شود.

۶) فرایند اصلی خدمات سلامت روان و اجتماعی شهرستان



۷) شیوه غربالگری و ارجاع بهیان

جدول زیر سؤالات مربوط به غربال اجتماعی را نشان می‌دهد؛ این سؤالات در بطن سؤالات غربالگری جسمی و روانی گنجانده شده و بخش عمده‌ای از این سؤالات به طور غیرمستقیم است، یعنی از فرد نمی‌پرسیم بیکاری یا شغل دارید می‌پرسیم شغل شما چیست و شخص شرح می‌دهد تا بهیان بتواند بیکار بودن یا نبودن فرد را علامت بزند. در مورد وضعیت طلاق و درآمد نیز همین منطق وجود دارد، در بخشی از سؤالات به ناچار از سؤالات مستقیم استفاده می‌شود: جرم، اعتیاد، خشونت، در معرض طلاق از این دسته هستند. برخی از سؤالات مثل ناامنی غذایی، باید از طریق دریافت اطلاعات از همکاران مرکز، تکمیل گردد. در هر صورت رویکرد بهیان در این سؤالات باید توأم با رازداری و اطمینان بخشی به مراجعه کننده باشد و در مورد این که سؤالات برای جلب حمایت پرسیده می‌شود.

جدول ۲) سؤالات مربوط به بهیان (ادغام شده با سؤالات غربال گری بعد جسمی و روانی)

سؤالات راهنمایی که بهیان از مراجعان به عمل می‌آورد	غربال مثبت و ارجاع
مشخصات کلی	وضعیت تأهل شما چگونه است؟ اگر طلاق گرفته از زمان طلاق سؤال می‌شود. و اگر زیر یک سال طلاق اتفاق افتاده است مثبت خواهد بود.
	سطح تحصیلات شما چیست؟
	شغل شما چیست؟
سؤالات اعتیاد	سن و جنس سرپرست خانوار، تعداد افراد خانواده، وضعیت مسکن و تعداد شاغلین خانواده
	سؤال اول) در طول عمر خود کدام یک از مواد زیر را تاکنون مصرف کرده‌اید؟ (مصرف غیر پزشکی) سؤال دوم) در سه ماه گذشته هر یک از مواد را چند وقت یکبار مصرف کرده‌اید؟ الف) ترکیبات افیونی (تریاک، شیره، سوخته، هروئین، کدئین، ترامادول و غیره) ب) حشیش (سیگاری، گراس بنگ و غیره) ج) محرک‌های آمفتامینی (شیشه، اکستازی، اکس، ریتالین و غیره) د) نوشیدنی‌های الکلی (آبجو، شراب، عرق و غیره) ه) آرام‌بخش‌ها یا قرص‌های خواب (دیازپام، آلپرازولام، فنوباریتال، غیره) و) نوشیدنی‌های الکلی (آبجو، شراب، عرق، غیره) ز) سایر - مشخص کنید:.....
سؤالات خشونت خانگی	برای غربال مثبت خشونت امتیاز بالای ده (مطابق جدول شماره دو) با استفاده از چهار سؤال: ۱) شریک زندگی هر چند وقت به شما صدمه فیزیکی می‌زند؟ ۲) شریک زندگی هر چند وقت به شما توهین کلامی می‌کند؟ ۳) شریک زندگی هر چند وقت شما را تهدید به آسیب‌رساندن می‌کند؟ ۴) شریک زندگی هر چند وقت بر سر شما داد و فریاد می‌زند؟ در صورت مثبت بودن غربال (بالای ده امتیاز) بلافاصله دو سؤال پرسیده می‌شود. یکی از موارد: - خشونت فعال پرخطر: ارجاع پزشک - خشونت غیرفعال کم خطر: ارجاع به کارا

	<p>مثبت باشد فعال محسوب می‌شود:</p> <p>۱) آیا شما در طول سال گذشته از شریک زندگی خود کتک یا سیلی خورده اید، و یا به صورت‌های دیگری صدمه دیده‌اید؟</p> <p>۲) آیا تا به حال از شریک زندگی خود وحشت کرده‌اید؟</p> <p>برای تعیین پرخطر بودن خشونت خانگی معیارهای سن، مصرف سیگار، مصرف مواد مخدر، مصرف الکل، شغل، وضعیت اقتصادی، سواد از سؤالات قبلی قابل استخراج است و چهار سؤال دیگر عبارت است از: مشکلات زناشویی، مشکلات جسمی و روانی (در همه موارد در مورد زن و همسر بررسی شود)، داشتن فرزند معلول در خانواده، چند همسری؛ اگر سه معیار مثبت باشد، خشونت فعال پرخطر است.</p>	
ارجاع به کارا	آیا تا به حال فکر یا اقدام جدی برای طلاق در یک سال گذشته داشته‌اید؟	طلاق
ارجاع به کارا	<p>سؤال از مراجعه کننده و کارشناس مادر و کودک مرکز؛ وجود یکی از موارد زیر ناامنی غذایی خانوار است:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ کودک زیر صدک ۳ منحنی وزن برای سن بعد از ۲ بار مراقبت پایش رشد ▪ مادر باردار با نمایه توده بدنی زیر ۱۸/۵ و وزن‌گیری نامطلوب بعد از ۲ بار مراقبت و یا هموگلوبین کمتر از ۸ ▪ نوجوان با BMI برای سن بین 1SD- و 2SD- ▪ سالمند مبتلا به سوءتغذیه 	سؤالات نامنی غذایی
ارجاع به کارا	آیا عضو خانواده زندانی است؟ در صورت مثبت بودن	جرایم
ارجاع به کارا	<p>هر یک از شرایط زیر از فرد مراجعه کننده سؤال می‌شود: وجود معلولیت‌های جسمی (از جمله حرکتی، نابینایی و ناشنوایی) و روانی، ترک یا فرار از خانه (همسر، فرزند)، کودک کار، بارداری در نوجوانی، بیماران کلیوی، سرطانی، ام اس، ایدز و سایر بیماران صعب‌العلاج.</p> <p>این موارد علاوه بر موارد هفت‌گانه شامل فقر، بی‌سوادی، بیکاری، ناامنی غذایی، خشونت خانگی، طلاق زیر یک سال، زندانی بودن عضو خانواده و اعتیاد می‌باشد.</p>	خانواده آسیب‌پذیر

۸) جدول خدمات کارا برای مسائل اجتماعی اولویت دار

کلیه ساکنان تحت پوشش مرکز بهداشتی درمانی پس از فراخوان و غربال اولیه وضعیت سلامت اجتماعی در صورت داشتن هر کدام از نه مسأله اجتماعی مندرج در جدول توسط کارشناس کارا مراقبت می‌شود.

جدول ۳) خدمات اختصاصی مرکز بهداشتی درمانی برای مسائل اجتماعی اولویت‌دار جمعیت تحت پوشش

شماره	مسأله اجتماعی	مداخله فرد به فرد در مرکز بهداشتی درمانی با محوریت کارشناس سلامت روانی اجتماعی (کارا) در موارد غربال مثبت	خدمات سلامت همگانی شامل آموزش‌های پیشگیرانه (*) و اطمینان از وجود الزامات محیطی به ویژه:
۱	فقر	<ul style="list-style-type: none"> - زیر خط فقر (در معرض خطر): دریافت یارانه، بن‌های ویژه، مسکن مهر، کمیته امداد امام خمینی(ره) - زیر خط فقر(پرخطر۱): دریافت یارانه، بن‌های ویژه، مسکن مهر، کمیته امداد امام خمینی(ره) - به علاوه دریافت خدمات ویژه برای افراد مددجوی درون خانواده 	<ul style="list-style-type: none"> - شناسایی ظرفیت‌های درآمدزایی منطقه و ایجاد مراکز کسب و کار - داشتن برنامه جذب سرمایه‌گذار و ایده‌پردازی برای ایجاد کسب و کار - استفاده از ظرفیت‌های گردشگری - وضعیت کیفی آموزش و پرورش، مراکز آموزش عالی و مراکز فنی و حرفه‌ای منطقه - توزیع عادلانه درآمدها
۲	بی‌سوادی	<ul style="list-style-type: none"> - بی‌سوادی: معرفی به نهضت سوادآموزی و تعیین رابط خانواده (پیگیری و ثبت سه ماهه نتایج) - بازماندگان تحصیلی: معرفی به انجمن اولیاء و مربیان شهرستان و جلب حمایت اجتماعی در رفع علل بازماندگی تحصیلی (فقر، معلولیت، کودک کار و اتباع بیگانه) (پیگیری و ثبت سه ماهه نتایج) 	<ul style="list-style-type: none"> - برنامه کاهش بازماندگان تحصیلی (استاندارد، فرمانداری و آموزش و پرورش) - ثبت نام مقطع دبستان برای کلیه کودکان واجد شرایط (همکاری ثبت احوال و آموزش و پرورش) - اطمینان از وجود سیستم مشاوره تحصیلی کار آمد در مدارس برای دانش‌آموزان دارای افت تحصیل
۳	بیکاری	<ul style="list-style-type: none"> - فرد بیکار ارجاع شده به کارا [۲] تعیین میزان آسیب‌پذیری، علت و پیامدهای بیکاری، تعیین ظرفیت‌های فردی و اجتماعی و اقدام برحسب علت نداشتن مهارت (اداره فنی و حرفه‌ای) ناآگاهی در زمینه چگونگی کارایی (اداره کار و مراکز کارایی و سندیکای کارفرمایی استان) نداشتن سرمایه برای راهاندازی کسب و کار (ارجاع به کمیته امداد امام خمینی (ره) و خیرین محلی) داشتن معلولیت (ارجاع به بهزیستی)، مخالفت خانواده (مذاکره با خانواده و معرفی به مشاوره، پرستاری از پدر یا مادر یا فرد معلول در خانواده (ارجاع به بهزیستی) 	<ul style="list-style-type: none"> - همکاری بین‌بخشی دستگاه‌های مسؤول در اشتغال زایی - تشکیل شناسنامه وضعیت افراد بیکار با همکاری یک مرکز کارایی - تبلیغات محیطی برای همکاری جمعی ذینفعان در کاهش بیکاری
۴	نامنی غذایی	<ul style="list-style-type: none"> - غربال مثبت نامنی غذایی خانوار [۳] - کمک‌های اختصاصی برای افراد دارای سوءتغذیه (کودک، مادر باردار و سالمند) - معرفی فهرست خانواده‌های ناامن غذایی به فرمانداری برای توزیع سبد کالای ویژه 	<ul style="list-style-type: none"> - وجود بانک اطلاعاتی افراد نیازمند به سبد غذایی حمایتی - تبلیغات محیطی پیشگیری از نامنی غذایی

۵	خشونت خانگی	<p>– غربال خشونت خانگی مثبت، فعال و پرخطر [۴]: ارجاع به پزشک مرکز</p> <p>– کارا: تعیین نیازهای مشاوره‌ای و آموزشی مطابق دستور پزشک و پیگیری</p> <p>– غربال خشونت خانگی مثبت ولی غیرفعال و کم خطر: ارجاع به کارا برای مشاوره آموزشی- روانی و اعتماد به نفس، معرفی خطوط تلفن، آرایه متن افزایش آگاهی، آموزش رفتارهای ایمن و آموزش رفتارهای پیشگیری از خشونت، مشاوره‌های مرتبط با عوامل پرخطر (۳)</p>	<p>– وجود خانه‌های امن برای زنان خشونت دیده در شهرستان</p> <p>– توجیه و هماهنگی نیروی انتظامی برای ارجاع موارد</p> <p>– تبلیغات محیطی پیشگیری از خشونت خانگی از جمله ترویج حقوق بانوان در موقعیت های مقتضی</p>
۶	طلاق	<p>– طلاق زیر یک سال، فکر یا اقدام جدی برای طلاق در یک سال گذشته = غربال مثبت و ارجاع به کارا</p> <p>– ارزیابی تکمیلی فرد در معرض خطر طلاق و ارزیابی وضعیت خانواده بعد از طلاق = مشاوره و حمایت در موارد</p> <p>– بیکاری، اعتیاد، مشکلات روانی، فقر، بیکاری، خشونت خانگی، مجرم در خانواده، مشکلات جنسی</p> <p>– ارجاع به مراکز مداخله در بحران یا پایگاه‌های مداخله طلاق سازمان بهزیستی ارجاع می‌شود.</p>	<p>– ارجاع معکوس از مراکز قضایی به مرکز بهداشتی درمانی</p> <p>– تبلیغات محیطی پیشگیری از طلاق</p>
۷	جرایم	<p>– ارجاع معکوس قربانیان و شاهدان جرم از کالنتری به کارشناس کارا، ارزیابی کامل و مشاوره مختصر [۵]</p>	<p>– تشکیل شورای پیشگیری از جرایم در محله و ترجیحاً مسجد محلات (مطابق پروتکل)</p> <p>– وجود نظام حمایتی زندانیان آزاد شده و تبلیغات محیطی پیشگیری از جرایم</p>
۸	اعتیاد	<p>– مشکوک به اعتیاد: ارزیابی کامل‌تر و شروع درمان سم‌زدایی توسط پزشک عمومی و ارجاع به مراکز سطح دو</p> <p>– فرد معتاد در خانواده: اورژانس: تماس با ۱۲۳ و ۱۱۵</p> <p>– غیراورژانس: مشاوره به خانواده برای انتقال وی جهت ترک اعتیاد، مداخله مستقیم کارا</p> <p>– ارجاع به دادگاه مواد خدمات قضایی موضوع تبصره ۲ ماده ۱۶ قانون مبارزه با مواد مخدر و پیگیری [۶]:</p>	<p>– همکاری نیروی انتظامی در کاهش عرضه و تجمع مراکز اعتیاد</p> <p>– وجود مراکز درمان، کاهش آسیب مرتبط به مصرف مواد اعتیادآور</p> <p>– مطالعات شیوع‌شناسی اعتیاد</p> <p>– انجام تکالیف و انتظارات بین بخشی برای پیشگیری از اعتیاد</p> <p>– تبلیغات محیطی کافی برای پیشگیری و افزایش مراجعه افراد معتاد برای ترک</p>
۹	خانواده آسیب‌پذیر	<p>– خانواده آسیب‌پذیر [۷]</p> <p>– تعیین شدت مشکلات و نیازهای خانواده و فرد آسیب‌پذیر</p> <p>– ارجاع برای استفاده از ظرفیت‌های منطقه تحت پوشش</p>	<p>– تبلیغات محیطی برای کمک به مددجویان</p> <p>– هدفمند شدن جلسات شورا یا کمیته متناظر کارگروه تخصصی فرهنگی و خانواده استانداری در شهرستان برای شناسنامه دار کردن وضعیت ارتقای خانواده‌های آسیب‌پذیر</p>
۱۰	محیط زیست	<p>– همکاری کارا با کارشناس بهداشت محیط و ترسیم برنامه مداخله برای ارتقای رفتارهای مطلوب احترام به محیط زیست</p> <p>– تهیه شناسنامه زیست محیطی منطقه با کمک همه ذینفعان</p>	<p>– تبلیغات محیطی برای احترام به محیط زیست</p> <p>– تشکیل هدفمند جلسات محیط زیست شهرستان</p>
۱۱	<p>ارزیابی، برنامه‌ریزی، اجرا و پایش وضعیت مسائل اجتماعی محلات با تشکیل شورای سرمایه اجتماعی: این مداخله توسط کارا در سطح محلات برنامه‌ریزی می‌شود. با کمک شورای اسلامی شهر و شهرداری بلوک‌بندی محلات شهر مشخص شده و بین کارشناسان کارا در مراکز بهداشتی درمانی شهرستان تقسیم می‌شود. سپس با فراخوان از مردم در مسجد محله انتخابات برگزار شده و شورای مردمی سرمایه اجتماعی محله تشکیل می‌شود. کارگاه یک روزه‌ای توسط کارا برگزار شده و مهمترین مسائل محله اولویت‌بندی شده و اقدامات اساسی برای این مشکلات طراحی و تقسیم کار می‌شود. کارشناس هر ماه یکبار جلسات مشترک نیم روزه با اعضای شورای سرمایه اجتماعی محله برگزار می‌کند. به طور سالانه وضعیت بهبود سرمایه اجتماعی محله توسط کارا و شورا ارزیابی شده و برای سال بعد برنامه‌ریزی می‌شود. همکاری این شورا با کمیته‌های متناظر کارگروه تخصصی فرهنگی و خانواده استانداری در شهرستان ضروری است.</p>		

توضیحات جدول خدمات اختصاصی مرکز بهداشتی درمانی برای مسائل اجتماعی اولویت‌دار جمعیت تحت

پوشش:

(*) منظور ده کارگاه آموزشی یک روزه با عناوین:

- (۱) اصول سلامت روان و مهارت تاب‌آوری شامل:
 - مهارت‌های احساسی^۱: داشتن اعتماد به نفس، صحبت مثبت با خود، داشتن دوستان حمایت‌کننده، پذیرش خود، کار هدفدار
 - مهارت نه گفتن^۲ برای مقابله با رفتارهای نامناسب در زمان بروز اثر همسالان^۳، گفتن دقیق علت نه گفتن، ارایه جایگزین برای پیشنهاد مقابل و استفاده از تن گفتار^۴
 - (۲) رفتارهای اجتماعی مطلوب
 - (۳) اصول و فنون برقراری ارتباط مؤثر، مدیریت فردی و کار تیمی و همکاری
 - (۴) مهارت‌های زندگی و نقش عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت فرد و خانواده (مدیریت تعارض، مدیریت استرس، پذیرش تنوع، سازگاری، دوستی و...)
 - (۵) مهارت‌های والدی، همسرمداری، دوستی و شهروندی
 - (۶) مهارت‌های بهبود تغذیه خانواده
 - (۷) مهارت‌های کارآفرینی و کاریابی
 - (۸) اصول و فنون پیشگیری از اعتیاد برای گروه‌های اختصاصی
 - (۹) حقوق شهروندی
 - (۱۰) مهارت‌های ارتقای امنیت خانواده و محله
 - (۱۱) اصول رفتار با محیط زیست
- [۱] زیر خط فقر پرخطر منظور داشتن فرد معلول، سالمند، کودک، زن باردار، معتاد، بیماری خاص و یا مزمن، سابقه بیماری ژنتیکی شدید و آسیب‌زا در خانواده
- [۲] منظور از آسیب‌پذیری در بیکاری: سرپرست خانوار بودن، وضعیت اقتصادی نامناسب داشتن، بعد خانوار بالا، وجود فرد خاص (معلول، سالمند و... در خانواده)
- منظور از ظرفیت سنجی فردی: تعیین پتانسیل‌های علمی، مهارتی، ورزشی، فرهنگی و هنری است و ظرفیت سنجی اجتماعی میزان حمایت خانواده، نظام خویشاوندی و نظام محله‌ای (مادی و غیرمادی)
- منظور از پیامدهای بیکاری: پیامدهای روانی (افسردگی، کاهش اعتماد به نفس، احساس بی‌ارزشی، گرایش به مواد مخدر و ...) پیامدهای خانوادگی (تنش‌های خانوادگی، طرد اجتماعی)
- [۳] غربال مثبت ناامنی غذایی خانوار یکی از موارد زیر است:
- کودک زیر صدک ۳ منحنی وزن برای سن بعد از ۲ بار مراقبت پایش رشد

¹ Mental And Emotional Skills

² Refusal Skill

³ Peer Effect

⁴ Body Language

- مادر باردار با نمایه توده بدنی زیر ۱۸/۵ و وزن‌گیری نامطلوب بعد از ۲ بار مراقبت و یا هم‌گلوبین کمتر از ۸
- نوجوان با BMI برای سن بین -1SD و -2SD
- سالمند مبتلا به سوء‌تغذیه

[۴] غربال مثبت به معنی کسب امتیاز بالای ده از چهار سؤال مربوطه به غربالگری است. برای فعال بودن خشونت یکی از دو سؤال تکمیلی مثبت باشد کافی است. عوامل خطر خشونت مثبت بودن حداقل سه مورد از یازده مورد است: سن، مصرف سیگار، مصرف مواد مخدر، مصرف الکل، شغل، وضعیت اقتصادی، سواد، مشکلات زناشویی، مشکلات جسمی و روانی (در همه موارد در مورد زن و همسر بررسی شود)، داشتن فرزند معلول در خانواده، چند همسری.

[۵] شرح وظایف کارا در ارتباط پیشگیری از جرایم منطقه تحت پوشش به شرح زیر است:

۱. تسهیل تشکیل شورای مردمی پیشگیری از جرایم در محلات تحت پوشش (این مورد در قالب شورای سرمایه اجتماعی محله قابل انجام است).
۲. آموزش (و یا مشارکت) و ترویج نکات پیشگیری از جرم، افزایش امنیت اجتماعی خانواده و آموزش حقوق شهروندی با کمک مشاورین انتظامی، قضایی و حقوقی و...

۳. مشاوره برای ارجاعات از کلانتری‌ها، شورای حل اختلاف، اورژانس اجتماعی و مراجعات فردی و یا از طریق رابطان بهداشتی

۴. بررسی میزان آسیب‌پذیری منطقه تحت پوشش برای جرایم به کمک نیروی انتظامی و کاربست نتایج آن با متولیان محلی

[۶] تمرکز اصلی بر ایجاد آمادگی و انگیزه از طریق مشاوره با خانواده و بیمار بوده و استفاده از فشار قانونی برای مراجعه بیمار به عنوان اقدام اولیه توصیه نمی‌شود. چارچوب قانونی پیش‌بینی شده در اصلاحیه قانون اصلاح قانون مبارزه با مواد مخدر و روانگردان مصوب مجمع تشخیص مصلحت نظام (۱۳۸۹) به شرح زیر است:

«ماده ۱۶- معنادان به مواد مخدر و روان‌گردان مذکور در دو ماده (۴) و (۸) فاقد گواهی موضوع ماده (۱۵) و متجاهر به اعتیاد، با دستور مقام قضایی برای مدت یک تا سه ماه در مراکز دولتی و مجاز درمان و کاهش آسیب‌نگهداری می‌شوند. تمدید مهلت برای یک دوره سه‌ماهه دیگر، در درخواست مراکز مذکور بلامانع است. با گزارش مراکز مذکور و بنابر نظر مقام قضایی، چنانچه معناد آماده تداوم درمان طبق ماده (۱۵) این قانون باشد، تداوم درمان وفق ماده مزبور بلامانع می‌باشد.

تبصره ۱- با درخواست مراکز مذکور و طبق دستور مقام قضایی، معنادان موضوع این ماده مکلف به اجرای تکالیف مراقبت بعد از خروج می‌باشند که بنابر پیشنهاد دبیرخانه ستاد با همکاری دستگاه‌های ذیربط، تهیه و به تصویب رییس قوه قضاییه می‌رسد.

تبصره ۲- مقام قضایی می‌تواند برای یک بار یا اخذ تامین مناسب و تعهد به ارایه گواهی موضوع ماده ۱۵ این قانون، نسبت به تعلیق تعقیب به مدت شش ماهه اقدام و معناد را به یکی از مراکز موضوع ماده مزبور معرفی نماید. مراکز مذکور موظفند ماهیانه گزارش روند درمان معناد را به مقام قضایی یا نماینده وی ارایه نمایند. در صورت تأیید درمان و ترک اعتیاد با صدور قرار موقوفی تعقیب توسط دادستان، پرونده بایگانی و در غیراین‌صورت طبق مفاد این ماده اقدام می‌شود. تمدید مهلت موضوع این تبصره با درخواست مراکز ذیربط برای یک دوره سه‌ماهه دیگر بلامانع است.

تبصره ۳- متخلف بدون عذر موجه از تکالیف موضوع تبصره ۲ این ماده به حبس از نود و یک روز تا شش‌ماه محکوم می‌شود. خانواده افراد فاقد آمادگی برای مراجعه درمانی می‌توانند با استفاده از تبصره ۲ ماده ۱۶ قانون، بیمار را با حکم قضایی به درمان ارجاع نمایند. مشاوره، حمایت و پیگیری‌های کارا در طی این مسیر می‌تواند کمک‌کننده باشد.

[۷] خانواده آسیب‌پذیر: وجود معلولیت‌های جسمی (از جمله حرکتی، نابینایی و ناشنوایی) و روانی، ترک یا فرار از خانه (همسر، فرزند)، کودک کار، بارداری در نوجوانی، بیماران کلیوی، سرطانی، ام‌اس، ایدز و سایر بیماران صعب‌العلاج. این موارد علاوه بر بر موارد هفت‌گانه شامل فقر، بی‌سوادی، بیکاری، ناامنی غذایی، خشونت خانگی، طلاق زیر یک سال، زندانی بودن عضو خانواده و اعتیاد می‌باشد.

جدول ۴) سوالات غربالگری خشونت خانگی جهت کاربرد در مرکز بهداشتی و درمانی

هیچ وقت	به ندرت (۱)	بعضی اوقات (۲)	گاه گاه (۳)	اغلب (۴)	مکرراً (۵)			
						شریک زندگی هر چند وقت به شما صدمه فیزیکی می‌زند؟	سوالات پایه	
						شریک زندگی هر چند وقت به شما توهین کلامی می‌کند؟		
						شریک زندگی هر چند وقت شما را تهدید به آسیب رساندن می‌کند؟		
						شریک زندگی هر چند وقت بر سر شما داد و فریاد می‌زند؟		
جمع امتیاز:						امتیاز بالای ۱۰ غربال مثبت خواهد بود.		
فعال بودن خشونت با مثبت بودن یکی از این دو سؤال مشخص می‌شود.						آیا شما در طول سال گذشته از شریک زندگی خود کتک یا سیلی خورده‌اید، و یا به صورت‌های دیگری صدمه دیده‌اید؟		تکمیلی
						آیا تا به حال از شریک زندگی خود وحشت کرده‌اید؟		

۹) نحوه تأمین و آموزش نیروی انسانی کارشناس سلامت اجتماعی

نیازهای آموزشی بهمان برای اجرای این بخش از غربالگری در بسته بهداشت و درمان آمده است، اما علاوه بر آن بسته موارد زیر باید به وی آموزش داده شود:

- ۱) شیوه اخذ شرح حال اجتماعی و الزامات مربوطه
 - ۲) آگاهی از وضعیت موجود آسیب‌های اجتماعی، علل مؤثر بر آن و مداخلات هزینه اثربخش
- نیازهای آموزشی کارشناس سلامت روانی اجتماعی (کارا) که طی یک دوره سه روزه ارائه می‌شود، در سه بخش، عبارت است از:

بخش اول: مبانی و مفاهیم (نیم روز)

- ۱) تعریف سلامت اجتماعی، مؤلفه‌های اجتماعی سلامت، شاخص‌ها و راهکارها
- ۲) وضعیت موجود آسیب‌های اجتماعی، علل مؤثر بر آن و مداخلات هزینه اثربخش
- ۳) آناتومی سازمان‌های جامعه که در ارتقای سلامت اجتماعی مؤثر هستند.
- ۴) شرح وظایف و آسیب شناسی عملکرد سازمان‌های جامعه در شهرستان‌ها
- ۵) روش‌های تعیین دارایی‌ها منطقه جغرافیایی برای ارجاعات نیازمندان

بخش دوم: اصول و فنون تأثیرگذاری در حوزه سلامت اجتماعی

- ۱) اصول و فنون همکاری بین‌بخشی و مشارکت مردم
- ۲) مهارت ظرفیت‌سنجی دارایی‌های منطقه
- ۳) اصول و فنون حمایت‌طلبی و بازاریابی اجتماعی
- ۴) مهارت ارزیابی جامعه برای کار با شورای محلات
- ۵) اصول و فنون ارتباط مؤثر و کار تیمی (مذاکره موفق، سخنرانی مؤثر، نقد مؤثر، مدیریت جلسه مؤثر، ارتباط بین فردی)
- ۶) اصول و فنون مشاوره
- ۷) اصول فنون ارزشیابی و نهادینه سازی برنامه‌ها
- ۸) اصول و فنون استقرار مؤثر برنامه‌ها
- ۹) اصول و فنون مددکاری اجتماعی
- ۱۰) اصول و فنون آموزش مؤثر گروه‌ها و تدوین پیام‌های ترویجی مؤثر

بخش سوم: بسته خدمتی سلامت اجتماعی

آشنایی با فرایند ارائه خدمات سلامت اجتماعی در مرکز بهداشتی و درمانی و نرم‌افزار ثبت اطلاعات و گزارش‌گیری

چه کسانی می‌توانند در جایگاه کارشناس سلامت روانی اجتماعی قرار گیرند؟

کلیه دانش‌آموختگان با مدرک معتبر در رشته‌های مددکاری اجتماعی، روانشناسی اجتماعی، پرستار جامعه، روانشناسی بالینی، مامایی، بهورز با سابقه و ... که دوره آموزشی سلامت اجتماعی را براساس کوریکولوم مصوب وزارت بهداشت، در مراکز آموزش عالی و پژوهش سلامت شهرستان گذرانده باشند.

۱۰) برآورد هزینه (نیروی انسانی)

جمعیت تحت پوشش برای هر مرکز بهداشتی درمانی ۱۲۵۰۰ نفر در نظر گرفته شده است. فراخوان از طریق رابطان بهداشت انجام می‌شود که هزینه‌ای ندارد و تشویق این افراد از طریق هدایای سازمان‌های شهرستان از قبیل شهرداری انجام می‌گیرد. بهبان به عنوان مراقب سلامت خانواده‌ها وظایف متعددی دارد که بخشی از آن غربالگری اجتماعی است و هزینه آن به ازای یک سال حدود ۳۰ میلیون تومان برآورد می‌شود. با توجه به این که ایشان مسؤول غربالگری بخش‌های جسمی و روانی هم هست این هزینه برای بسته‌های مختلف سرشکن می‌شود و حجم کار این بسته برای بهبان یک پنجم از کل کار برآورد شده است با احتساب هر ۳۰۰۰ نفر یا ۱۰۰۰ خانوار یک بهبان حدود ۲۵ میلیون تومان هزینه اختصاصی برای این بسته در جمعیت تحت پوشش یک مرکز است. کارشناس کارا به ازای هر ۱۲۵۰۰ نفر یک نفر تعیین شده است که هزینه‌ای معادل ۳۰ میلیون تومان به ازای یک سال خواهد داشت. کارا نیز هم زمان در بسته خدمات روانی ارایه خدمت می‌کند که نسبت این خدمات تقریباً ۵۰٪ است؛ لذا سهم بسته سلامت اجتماعی حدود ۱۵ میلیون تومان خواهد بود. مجموع هزینه استقرار این بسته برای هر دو کارشناس ۴۰ میلیون تومان است که با احتساب ۴۰۰۰ مرکز بهداشتی در کشور این عدد $۱۶۰/۰۰۰/۰۰۰/۰۰۰$ تومان خواهد بود. که برای مقایسه می‌توان گفت که هزینه مستقیم درمان سرطان در کشور ۲۰۰۰ میلیارد تومان در سال است!

سایر هزینه‌های اجرای این بسته شامل بروشورها و کتابچه‌های تغییر رفتار و تبلیغات محیطی که می‌تواند از منابع خارج بخش تأمین شود و یا سرانه آن بعد از اولین اجرای پایلوت محاسبه شود.

بحث و نتیجه گیری

به طور خلاصه در این مطالعه بر اساس اولویت‌های سلامت اجتماعی و شواهد علمی مربوط به برترین مداخلات بسته خدمتی شناسایی زودرس توسط بهبان، ارزیابی کامل، مشاوره مختصر و ارجاع به مراکز حمایت اجتماعی و مشاوره تخصصی توسط کارشناس سلامت روانی اجتماعی (کارا) طراحی شد. هر دو نفر در تیم سلامت مرکز بهداشتی و درمانی مستقر هستند و همراه با این بسته، خدمات دیگری را هم ارائه می‌دهند. برای ارائه این خدمات نیازمند دوره آموزشی اصول و فنون ارتقای سلامت اجتماعی در مرکز آموزش عالی سلامت شهرستان هستند. هزینه ارائه این خدمات در کل جمعیت شهری کشور حدود ۱۶۰ میلیارد تومان در سال است.

الگوی طراحی شده چند ویژگی به شرح زیر دارد:

- ۱) با سایر بسته‌های سلامت جسمی و روانی ادغام شده است لذا نگاه جامع‌تری به انسان و نیازمندی‌های وی دارد.
 - ۲) اولویت‌های سلامت اجتماعی و مؤلفه‌های اجتماعی سلامت را در جامعه کنونی هدف قرار داده است.
 - ۳) مرکز بهداشتی درمانی به عنوان دروازه‌بان دستگاه‌های مؤثر در حوزه اجتماعی عمل کرده است، بنابراین بر اساس همکاری بین‌بخشی استوار است و از انجام هر گونه موازی کاری ساختاری جلوگیری شده است.
 - ۴) از ظرفیت‌های بومی (دارایی‌های منطقه) منطقه برای حل مسائل اجتماعی استفاده کرده و در این مسیر از مردم در قالب شورای سرمایه اجتماعی محله مشارکت دریافت می‌کند.
 - ۵) ورود سایر دانش آموختگان به ویژه آشنا به اصول و فنون اجتماعی را ممکن کرده است.
 - ۶) رویکرد پیشگیرانه از طریق آموزش‌های همگانی اصول و فنون رفتارهای اجتماعی مطلوب در پیش گرفته است، با شناسایی افراد فقیر، بیکار، بازمانده تحصیلی و حمایت از آنها، پیشگیری از بروز آسیب‌های اجتماعی دیگر از قبیل اعتیاد، طلاق، خشونت و جرایم ممکن خواهد بود.
 - ۷) رویکرد کاهش آسیب برای مددجویان در الگو حاکم است تا مسیر خوداتکایی برای آنان فراهم شود.
 - ۸) برای ارتقای سلامت اجتماعی در جمعیت تحت پوشش صرفاً بر رفتار افراد تأکید نشده است بلکه تغییرات محیطی و همکاری‌های گسترده دولت و مردم در نظر گرفته شده است.
- این بررسی محدودیت‌هایی نیز دارد از همه متخصصان مرتبط و صاحب نظر کشور استفاده نشده است، مشارکت سازمان‌های سطح دوم در این بسته ملحوظ نشده است، به همین دلیل شیوه پرداخت مردم در سطح دوم خدمات (ارجاع شده از سطح یک) شفاف نشده است.

اجرای این بسته نیازمند پایلوت آن و ارتقای بسته است:

الف) برای تضمین ارایه خدمات کیفی در زمان ارجاع، در سطح ملی باید هماهنگی و همکاری بین‌بخشی با سازمان‌های درگیر در امور اجتماعی مردم انجام شود: سازمان بهزیستی کشور، وزارت کار تعاون و رفاه، کمیته امداد امام خمینی (ره)، وزارت کشور (همکاری سازمان‌های مردم‌نهاد و خیریه‌ها، همکاری شوراهای اسلامی شهرها و روستاها)، سندیکاهای کارفرمایی و ...

ب) بر اساس نیازهای آموزشی ذکر شده در این بررسی بسته آموزشی ویژه ای باید طراحی، اجرا و ارزشیابی شود.

ج) برای ثبت اطلاعات درون‌دادی و فرایندی و برون‌دادی نرم‌افزار ویژه‌ای باید طراحی گردد.

د) نظام پیمایش شاخص‌های کلان اجتماعی در سطح شهرستان باید طراحی گردد.

منابع بخش اول

1. *Constitution of the World Health Organization* as adopted by the International Health Conference, New York, 19-22 June, 1946; signed on 22 July 1946 by the representatives of 61 States [Official Records of the World Health Organization, no. 2, p. 100] and entered into force on 7 April 1948. Available on 21 Oct 2012 at <http://www.who.int/about/definition/en/print.html>.
2. Russell RD (1973). Social health: an attempt to clarify this dimension of well-being. *International Journal of Health Education* 16:74-82.
3. Breslow D. A quantitative approach to the World Health Organization definition of health: physical, mental and social well-being. *International Journal of Epidemiology* 1972; 1: 347-355.
4. Wolinsky FD, Zusman ME. Toward Comprehensive Health Status Measures. *Sociological Quarterly* 1980; 21: 607-622
5. Damari B, VosooghMoghaddam A, Salarianzadeh H, Shadpoor K. *What are Ministry of Health and Medical Education in Social Health?*. Collection of articles and lectures of the 1st social health congress. Ministry of Health and Medical Education Pub. 2011: 84-91. [Persian]
6. Samaram E. *Social Health and it's indices*. Collection of articles and lectures of the 1st social health congress. Ministry of Health and Medical Education Pub. 2011: 68-75. [Persian]
7. Morgan A, Swann C. *Social capital for health: issues of definition, measurement and links to health*. NHS.Health Development Agency. 2004 www.nice.org.uk/nicemedia/documents/socialcapital_issues.pdf
8. Strategic Research Center of expediency council. *Diagnosing social harms and threats of Iran at next decade*. 2007 [Persian] www.csr.ir
9. Eghlima M. *Comparison of social harms in Tehran to other risky cities in the world*. Iranian Association of Social workers. 2011. [Persian] www.swi.ir
10. Damari B, VosooghMoghaddam A, Salarianzadeh H, Shadpoor K. *Designing a Model for Urban Health management in a region*. Collection of full articles of Municipality as a Social System congress. Tisa Pub. Vol 4, 2011: 127-145. [Persian]
۱۱. اقلیما م. بررسی مقایسه‌ای وضعیت آسیب‌های اجتماعی در تهران و سایر شهرهای آسیب خیز جهان و چگونگی تأثیر امکانات تفریحی، ورزشی و اجتماعی بر کاهش آسیب‌های مزبور. انجمن علمی مددکاران اجتماعی ایران. ۱۳۸۹
۱۲. انجمن جامعه شناسی ایران. مجموعه مقالات آسیب‌های اجتماعی ایران. نشر آگه. سال ۱۳۸۸
۱۳. دکتر حسن رفیعی، گزارش تحقیقاتی تدوین شاخص ترکیبی سلامت اجتماعی در ایران، دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی، گروه پژوهشی رفاه اجتماعی. دی ۱۳۸۷
۱۴. سام آرام ع. سلامت اجتماعی و شاخص‌های آن. مجموعه مقالات و سخنرانی‌های اولین هم‌اندیشی سلامت اجتماعی. وزارت بهداشت. ۱۳۸۹
15. Allen, H (2012) *Is there a social worker in the house? Health care reform and the future of medical social work*. National association of social workers journal. 10. 183-186
16. Ministry of social affairs and health (2006) *Statutory social and health services in Finland*, Helsinki, Finland

17. Robertson, H (2011) integration of Health and social care, A review of literature and models, Implication for Scotland, Royal college of nursing Scotland
18. Leichsenring, K (2004) Developing integrated health and social care services for older persons in Europe, International journal of integrated care, 4 , 1-15
19. A. Schroeder, (2007) We can do better, improving the health of American people, The new England Journal of medicine, University of California
20. Department of education and early childhood development (2010) Towards a health and wellbeing service framework, A discussion paper for consultation, state of Victoria
21. Rasanathan, K.Montesinos, E. Matheson, D. Etienne, C. Evans, T (2010) Primary health care and the social determinants of health: essential and complementary approaches for reducing inequity in health, Journal of epidemiol community health
22. Caring for people beyond tomorrow(2005) primary health and social care: a strategic framework for individuals, families and communities, department of health, social services and public safety
23. Newfoundland and Labrador association of social workers (2006) Primary health care and social work
24. Keene, J. Swift, L. Bailey, S. Janacek, G (2001) *shared patients: Multiple Health and social care contact*, Journal of Health and social care in the community, Blackwell science Ltd. 9(4), 205-214

۲۵. دمازی ب. و ثوق مقدم ع. ناصحی ع. برای ارتقای سلامت اجتماعی ایرانیان چه کنیم؟ مروری بر وضع موجود، راهبردهای ملی و نقش وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی. مجله دانشکده بهداشت و انستیتو تحقیقات بهداشتی. جلد ۱۱ شماره ۱ صفحات ۴۵ تا ۵۸
۲۶. شادپور کامل. مراقبت اولیه سلامت اکنون بیش از هر زمان دیگر (گزارش ۲۰۰۸ سازمان جهانی بهداشت). انتشارات پیک ریحان. ۱۳۸۹ چاپ اول

1. *Constitution of the World Health Organization* as adopted by the International Health Conference, New York, 19-22 June, 1946; signed on 22 July 1946 by the representatives of 61 States [Official Records of the World Health Organization, no. 2, p. 100] and entered into force on 7 April 1948. Available on 21 Oct 2012 at <http://www.who.int/about/definition/en/print.html>.
2. Russell RD (1973). Social health: an attempt to clarify this dimension of well-being. *International Journal of Health Education* 16: 74-82.
3. Breslow D. A quantitative approach to the World Health Organization definition of health: physical, mental and social well-being. *International Journal of Epidemiology* 1972; 1: 347-355.
4. Wolinsky FD, Zusman ME. Toward Comprehensive Health Status Measures. *Sociological Quarterly* 1980; 21: 607-622
5. Damari B, Vosough Moghaddam A, Salarianzadeh H, Shadpoor K. *What are Ministry of Health and Medical Education in Social Health?*. Collection of articles and lectures of the 1st social health congress. Ministry of Health and Medical Education Pub. 2011: 84-91. [Persian]
6. Samaram E. *Social Health and its indices*. Collection of articles and lectures of the 1st social health congress. Ministry of Health and Medical Education Pub. 2011: 68-75. [Persian]
7. Morgan A , Swann C. *Social capital for health: issues of definition, measurement and links to health*. NHS.Health Development Agency. 2004 www.nice.org.uk/nicemedia/documents/socialcapital_issues.pdf

خشونت

1. Sherin KM¹, Sinacore JM, Li XQ, Zitter RE, Shakil A. HITS: a short domestic violence screening tool for use in a family practice setting. *Fam Med*. 1998 Jul-Aug;30(7):508-12.
2. Laing L. Routine screening for domestic violence in health services. Australian Domestic & Family violence Clearing house. 2003
3. Virginia A. Moyer, MD, MPH, on behalf of the U.S. Preventive Services Task Force*. Screening for Intimate Partner Violence and Abuse of Elderly and Vulnerable Adults: U.S. Preventive Services Task Force Recommendation Statement. 19 March 2013 *Annals of Internal Medicine* Volume 158 • Number 6
4. Heidi D. Nelson, MD, MPH; Christina Bougatsos, MPH; and Ian Blazina, MPH. Screening Women for Intimate Partner Violence. 5 June 2012 *Annals of Internal Medicine* Volume 156 • Number 11
5. Agency for Healthcare Research and Quality. U.S. Department of Health and Human Services 540 Gaither Road. Rockville, MD 20850. www.ahrq.gov .Screening Women for Intimate Partner Violence an Elderly and Vulnerable Adults for Abuse: Systematic Review to Update the 2004 U.S. Preventive Services Task Force Recommendation .AHRQ Publication No. 12-05167-EF-1 May 2012

6. Alison Gregory, Jean Ramsay, Roxane Agnew Davies, Angela Devine, Danielle Dunne, Sandra Eldridge, Annie Howell, Medina Johnson, Clare Rutterford, Debbie Sharp, Gene Feder. Primary care Identification and Referral to Improve Safety of women experiencing domestic violence (IRIS): protocol for a pragmatic cluster randomized controlled trial
7. Domestic violence in Iran: Risk Factors and Preventive Policies. WHO Country Office in the Islamic Republic of Iran and Emergency Management Center: Ministry of Health, Islamic Republic of Iran. By: Tehran Institute of Psychiatry, WHO Collaborating Centre for Mental Health. Tehran University of Medical Sciences. 2012. WHO – EMRO Supervisor and advisor of the project: Dr. G. Gururaj. Professor and Head, Department of Epidemiology WHO Collaborating Centre for Injury Prevention and Safety Promotion National Institute of Mental Health and Neuro Sciences, Bangalore 560 029, India
8. Rasoulian M, Habib S, Bolhari J, Hakim-Shooshtari M, Nojomi M, Abedi SH. Risk factors of domestic violence in Iran. J of Environ Public health 2014 ID352346

ارزیابی جامعه

۱. گزارش نهایی پروژه «اجرای مدل مداخلات سلامت اجتماعی در ۲ دانشگاه علوم پزشکی هرمزگان و سمنان»
۲. گزارش نهایی پروژه «اجرای مدل مداخلات سلامت اجتماعی در ۹ دانشگاه علوم پزشکی کشور»
۳. گزارش نهایی پروژه «تدوین شاخص‌های سلامت اجتماعی»
۴. برنامه و دستاوردهای ابتکارات جامعه محور در جمهوری اسلامی ایران ۱۳۸۷، وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی، مرکز سلامت محیط و کار
۵. متولیان عباس، سید ذوالفقار علی، عابد حسین «گزارش ارزشیابی ابتکارات جامعه محور د جمهوری اسلامی ایران». مرداد ۱۳۸۵
6. Martha bragin, The Community Participatory Evaluation Tool for psychosocial programs: a guide to implementation
7. Intervention 2005, Volume 3, Number 1, Page 03 – 24
8. World Health Organization, Regional Office for the Eastern Mediterranean. Concepts and methods of community-based initiatives (Community - Based Initiatives Series). Cairo. 2003.
9. Neal G Simon, Neurobiology of Aggression and Violence: Systems, Intervention, and Impact, Dept. of Biological Sciences, Lehigh University.
10. Christine Stephens” Health promotion A psychosocial Approach”2008,4-P:97-116

فقر

1. International Red Cross and Red Crescent Movement, Guidelines for cash transfer programming ICRC and International Federation of Red Cross and Red Crescent Societies 2007
2. National Institute of Statistics of Rwanda (NISR), Ministry of Finance and Economic Planning (MINECOFIN) [Rwanda], 2012. *Fourth Rwanda Population and Housing Census*. Thematic Report: **Measurement and mapping of non-monetary poverty**
3. Solar O, Irwin A. A conceptual framework for action on the social determinants of health. Social Determinants of Health Discussion, Paper 2 (Policy and Practice).

بیکاری

۱. هادیان ابراهیم. «بررسی تأثیر آموزش افراد جوای کار بر طول دوره بیکاری آنها (مورد مطالعه شهرستان شیراز)». تحقیقات اقتصادی، (۶۹)، تابستان ۱۳۸۴، ۲۳۸-۲۱۷.
۲. فیض پور محمدعلی. «دوره بیکاری و عوامل مؤثر بر آن شواهدی از بیکاران جوای کار استان یزد طی برنامه سوم توسعه»، رفاه اجتماعی، (۳۹)، ۱۰، زمستان ۱۳۸۹، ۳۲۷-۳۵۶.
3. Mossakowski Krysia. The Influence of Past Unemployment Duration on Symptoms of Depression Among Young Women and Men in the United States. Am J Public Health 2009; (10): 1826-32.
4. Roy-Byrne, Peter. Depression Leads to Unemployment and Income Loss. NEJM Journal Watch 2003; (23).
۵. کاسکلا کای، وینامای هیمو، نیسکانن لئو، کانتولا اسمو. «آثار بیکاری بر سلامت و آسایش روانی». رفاه اجتماعی، ۱ (۲)، زمستان ۱۳۸۰، ۶۵ - ۸۲.
۶. یارمحمدیان احمد عریضی سامانی سیدحمیدرضا. «رابطه بیکاری بر سلامت روانی با توجه به نقش تعدیلی تعهد به اشتغال در بین دانش آموزان ترک تحصیل کرده»، رفاه اجتماعی، (۲۰)، ۵، بهار ۱۳۸۵، ۱۱۷-۱۳۴.
7. Addiction Medicine. Parents' addiction, unemployment and divorce are risk factors for childhood abuse. Mental Health Weekly Digest (Jan 7, 2013): 94.
8. Weckström Sirpa. Self-assessed consequences of unemployment on individual wellbeing and family relationships: A study of unemployed women and men in Finland. Int J Soc Welf 2012; 21(4): 372-383.

اعتیاد

۱. مجمع تشخیص مصلحت نظام. (۱۳۸۹). قانون اصلاح قانون مبارزه با مواد مخدر و الحاق مواد d به آن مصوب سال ۱۳۷۶ به همراه اصلاحات و الحاقات بعدی در سال ۱۳۸۹. انتشارات ستاد مبارزه با مواد مخدر، تهران.
2. Garrett J, Landau-Stanton J, Stanton MD, Stellato-Kabat J, Stellato-Kabat D. (1997).ARISE: a method for engaging reluctant alcohol- and drug-dependent individuals in treatment. Albany-Rochester Interventional Sequence for Engagement. J Subst Abuse Treat. May-Jun;14(3):235-48.
3. Johnson V. (1986).Intervention, how to Help Someone who Doesn't Want Help: A Step-by-step Guide for Families and Friends of Chemically Dependent Persons. Johnson Institute Books.
4. Landau J, Stanton MD, Brinkman-Sull D, Ikle D, McCormick D, Garrett J, Baciewicz G, Shea RR, Browning A, Wamboldt F. (2004). Outcomes with the ARISE approach to engaging reluctant drug- and alcohol-dependent individuals in treatment. Am J Drug Alcohol Abuse. Nov;30(4):711-48.
5. Loneck B, Garrett JA, Banks SM. (1996). A comparison of the Johnson Intervention with four other methods of referral to outpatient treatment.Am J Drug Alcohol Abuse. May;22(2):233-46.
6. Meyers RJ, Miller WR, Hill DE, Tonigan JS.Community reinforcement and family training (CRAFT): engaging unmotivated drug users in treatment. J Subst Abuse. 1998;10(3):291-308.

7. Manuel JK, Austin JL, Miller WR, McCrady BS, Tonigan JS, Meyers RJ, Smith JE, Bogenschutz MP. (2012). Community Reinforcement and Family Training: a pilot comparison of group and self-directed delivery. J Subst Abuse Treat. Jul;43(1):129-36.
8. Stanton MD. (2004). Getting reluctant substance abusers to engage in treatment/self-help: a review of outcomes and clinical options. J Marital Fam Ther. Apr;30(2):165-82.

جرم

۱. صالحی، ا. (۱۳۸۷). ویژگیهای محیطی فضاهای شهری امن. تهران: مرکز مطالعات و تحقیقات شهرسازی و معماری، ۱۳۸۷.
2. Capobianco, L. Sharpening the lens private sector involvement in crime prevention. international center for the prevention of crime. 2005; pp9-13.
3. Czbansk, J. Estimate of cost of crime, history, methodologies, and implications, springer; 2008: pp10-11.
4. Kelling, J.G. Broken Windows and Police Discretion. Research report. U.S. Department of Justice Office of Justice Programs National Institute of Justice National Institute of Justice. 1999.
5. Sutherland, E. H. Principles of criminology. 1949; Chicago :Lippincott.
۶. موسوی چلک، س. اورژانس اجتماعی و نقش آن در پیشگیری از جرم. فصلنامه مطالعات پیشگیری از جرم. سال پنجم، شماره چهاردهم، بهار ۱۳۸۹. صص ۳۳-۳۸
۷. آیین نامه ارائه خدمات فوریت های اجتماعی، وزارت تعاون، کار و رفاه اجتماعی شماره ۲/۸۴۶-۵۵/ت۴۸۰-هـ ۱۳۹۲/۰۴/۱۰.

منابع برای مطالعه بیشتر مربیان و کارشناسان در ارتباط به پیشگیری از جرم

۱. کتاب های رهنمود عملی پیشگیری از جرم قابل دستیابی در تارنمای <http://www.ketabrah.ir>
۲. محمد نسل، غلامرضا. مدیریت پیشگیری از وقوع جرم و آسیب های اجتماعی. قابل دستیابی در سایت <http://www.ketabrah.ir/>
3. 24 Hour Helpline for social services www.211tampabay.org
4. Pinellas County Social/ Health & Human services www.pinellascounty.org/humanservices/default.htm
5. Area Agency on Aging www.agingcarefl.org
6. C.A.S.A (south county domestic violence shelter/center) www.casa-stpete.org
7. The Haven (north county domestic violence shelter/center) www.rcspinellas.org
8. Family Service Centers www.familyservicecenters.org
9. Community Law Program (legal aid) www.lawprogram.org
10. VINE (Victim Information Notification Everyday) www.vineline.com/vineline/siteInfoAction.do?siteId=10000
11. Pinellas County Victim Rights Coalition www.pcvrc.wordpress.com
12. FL Crime Victim Compensation Program (www.myfloridalegal.com/pages.nsf/Main/B371D29EBE5C97748525749C00518B58)
13. The Sixth Judicial Circuit of Florida www.jud6.org
14. National Organization for Victim Assistance www.trynova.org
15. The National Center for Victims of Crime www.ncvc.org/ncvc/Main.aspx

طلاق

الیسون کلارک و همکاران ترجمه سعید صادقی و همکاران. ۱۳۸۹. طلاق، علل و پیامدها. چاپ عارف

سواد

Maryam Rahbari, Fatemeh Hajnaghizadeh, Behzad Damari, and Behzad Adhami: Dropouts and Social Determinants of Health; Policy for the Prevention of School Dropout, Qualitative Study of the Causes and Interventions. *International Journal of Preventive Medicine*, Vol 5, No 11, November, 2014

سایر منابع

1. World Health Organization (2011). About WHO, Definition of health. Available from <https://apps.who.int/aboutwho/en/definition.html>.
2. McDowell I (2006). *Measuring Health: A Guide to Rating Scales and Questionnaires*, 3rd ed. Oxford University Press, New York, 520.
3. Rafeiey H (2011). The Social Health of Iranians: From a Consensus-based Definition to an Evidence-based Index. In: book of 1st National Symposium of Social Health. Eds, Hasan Rafeiey. Iran Ministry of health & Medical Education, Tehran, 15-30. (Persian document)
4. Russel RD (1973). Social health: an attempt to clarify this dimension of well-being. *Int J Health Education*, 16: 74-82.
5. Burnard P, Gill P, Stewart K, Treasure E, Chadwick B (2008). Analysing and presenting qualitative data. *British Dental Journal*. 204: 429-432.
6. Castel L, Williams K, Bosworth H, Eisen S, Hahn E, Irwin D, et al (2008). Content validity in the PROMIS social-health domain: A qualitative analysis of focus-group data. *Qual Life Res*. 17(5): 737-749.
7. Jordan A (2010). Evaluating a Measure of Social Health Derived from Two Mental Health Recovery Measures: The California Quality of Life (CA-QOL) and Mental Health Statistics Improvement Program Consumer Survey (MHSIP), *Community Ment Health J*, 47(4): 454-462.
8. Breslow L (1972). A quantitative approach to the World Health Organization definition of health: physical, mental and social well-being. *International Journal of Epidemiology*, 1(4): 347-355.
9. Brekke JS, Long JD, Kay DD (2002). The structure and invariance of a model of social functioning in schizophrenia. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 190(2), 63-72.
10. Dijkers MP, Whiteneck G, El Jaroudi R (2000). Measures of social outcomes in disability research. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 81(12 Suppl 2), S63-S80.
11. Henderson S, Duncan-Jones P, Byrne DG, Scott R (1980). Measuring social relationships. The interview schedule for social interaction. *Psychological Medicine*, 10(4), 723-734.
12. Birchwood M, Smith J, Cochrane R, Wetton S, Copestake S (1990). The social functioning scale. The development and validation of a new scale of social adjustment for use in family intervention programs with schizophrenic patients. *British Journal of Psychiatry*, 157, 853-859.

13. Keyes CM, Shapiro A (2004). Social well-being in the US: A descriptive epidemiology. In: *Healthing are you? A national study of wellbeing of midlife*. Eds, Brim G, Ryff C, Ryff D. Kessler D. 1st ed. University of Chicago Press, United States. 350-373.

14. Horowitz LM, Rosenberg SE, Baer BA, Ureno G, Villasenor VS (1988). Inventory of interpersonal problems: Psychometric properties and clinical applications. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 56(6), 885-892.

۱۵. دکتر حسن رفیعی، مرسده سمیعی، مصطفی امینی رارانی، مهدی اکبریان، سلامت اجتماعی ایران: از تعریف اجماع مدار تا شاخص شواهد مدار. نخستین هم اندیشی ملی سلامت اجتماعی مجموعه مقالات و سخنرانی ها. تهران، تیر ماه ۱۳۸۹

۱۶. گزارش فعالیت اداره سلامت اجتماعی، دفتر سلامت روانی، اجتماعی و اعتیاد، معاونت سلامت وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی، ۱۳۸۸.

۱۷. دماری بهزاد و همکاران. نظامی برای پایش و ارزشیابی مراکز درمان سوء مصرف مواد، فصلنامه پایش، آبان ۱۳۹۳

۱۸. دماری بهزاد و همکاران. ارزشیابی برنامه ملی پیشگیری از اعتیاد در محیط های کاری سازمان بهزیستی، فصلنامه پایش، سال سیزده. شماره دوم. ۱۳۹۳

۱۹. دماری ب و وثوق مقدم ع. بسته های خدمات سلامت اجتماعی، الگویی برای مداخله نظام مدیریت سلامت شهری. فصلنامه پایش سال دوازدهم. شماره خرداد ۱۳۹۲

۲۰. دماری ب و وثوق مقدم ع. برای ارتقای سلامت اجتماعی ایرانیان چه کنیم؟ مروری بر وضع موجود، راهبردهای ملی و نقش وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی. مجله دانشکده بهداشت و انستیتو تحقیقات بهداشتی. دوره ۱۱، شماره یک. بهار ۱۳۹۲

۲۱. دماری بهزاد و همکاران. کارکردهای وزارت بهداشت در ارتقای سلامت اجتماعی. مجموعه مقالات اولین همایش سلامت اجتماعی. ۱۳۸۹

۲۲. گزارش زمان سنجی و شرح مختصر فعالیت های کارشناسان ارا نه دهنده خدمات در حوزه سلامت روانی، اجتماعی و اعتیاد. دفتر سلامت روانی، اجتماعی و اعتیاد. ۱۳۹۳

۲۳. گزارش نهایی برنامه عوامل خطر و محافظتی سلامت اجتماعی. دفتر سلامت روانی، اجتماعی و اعتیاد. (زمستان ۱۳۹۲)

۲۴. گزارش نهایی اجرای برنامه پیشگیری از خشونت خانگی در نظام مراقبتهای بهداشتی اولیه. دفتر سلامت روانی، اجتماعی و اعتیاد. (۱۳۹۰)

۲۵. گزارش نهایی اجرای برنامه مداخلات اجتماعی محور در ارتقاء سلامت اجتماعی در ۹ محله حاشیه ای شهرهای کشور (۱۳۹۲)

پیوست‌های بخش اول

پیوست (۱) پرسشنامه و راهنمای مصاحبه

مؤسسه ملی تحقیقات سلامت جمهوری اسلامی ایران

دپارتمان مؤلفه‌های اجتماعی سلامت

پرسشنامه مصاحبه با ذینفعان و خبرگان

طراحی نقش و کارکردهای شبکه مراقبت‌های اولیه سلامت در تدارک خدمات سلامت اجتماعی

ضرورت:

- ضرورت نگاه همه جانبه به موضوع سلامت و ابعاد فراموش شده آن در نظام ارائه خدمات از جمله بعد سلامت اجتماعی
- تأثیر وضعیت سلامت اجتماعی فرد و خانواده در سلامت جسمی و روانی آنها در جمعیت‌های تحت پوشش و لزوم مراقبت از این بعد
- شکل‌گیری واحد سلامت اجتماعی وزارت بهداشت و ضرورت تعریف نقش عملیاتی و بسته خدمتی اختصاصی در شبکه‌های بهداشتی
- استقرار سیاست نظام پزشکی خانواده و ارجاع در کشور و شفاف نبودن وظایف پزشک خانواده در سلامت اجتماعی

اهداف کاربردی طرح:

- استفاده از نتایج این مطالعه در طراحی و استقرار بسته خدمتی قابل ادغام در مراقبت‌های اولیه سلامت کشور و طرح پزشک خانواده
- استفاده از نتایج این طرح در انعقاد تفاهم نامه همکاری بین‌بخشی با سازمان‌های مسئول از جمله بهزیستی، کمیته امداد و ... برای ارائه خدمات هماهنگ و مشترک
- استفاده از نتایج طرح برای بهبود شاخص‌های سلامت اجتماعی فرد، خانواده و جمعیت در صورت استقرار

هدف کلی و محصول پروژه:

- تعیین نقش و کارکردهای نظام مراقبت‌های اولیه سلامت در تدارک خدمات سلامت اجتماعی
- تعیین مجموعه مداخلات ممکن برای ارتقای سلامت اجتماعی افراد مبتنی بر شواهد و تجربیات
- تعیین مجموعه خدمات سلامت اجتماعی ارائه شده توسط سایر بخش‌ها
- تعیین نظرات افراد مطلع در مورد نقش و کارکردهای نظام مراقبت‌های اولیه در سطوح پیشگیری سه گانه برای ارائه خدمات سلامت اجتماعی
- تعیین الزامات استقرار نقش‌ها و کارکردهای تعیین شده در حوزه سلامت اجتماعی از طریق نظام شبکه بهداشتی درمانی

راهنمای مصاحبه:

تماس تلفنی با فرد مطلع و توضیح در مورد عنوان و اهداف مطالعه انجام شده و سپس وقت از ایشان گرفته می‌شود. در ابتدای مصاحبه برای ضبط صدا اجازه گرفته می‌شود و نامه درخواست مجری از مصاحبه‌شوندگان به ایشان تقدیم می‌شود. قبل از بیان سؤالات یکبار دیگر اهداف مطالعه بازگو شده و خلاصه‌ای از تعریف سلامت اجتماعی و مدل مفهومی آن را ارائه کنید. کارکردهای نظام مراقبت‌های اولیه سلامت و خلاصه‌ای از وظایف پزشک خانواده در نسخه صفر دو به صورت چند صفحه در اختیار مصاحبه شونده قرار گرفته و از ایشان بخواهید قبل از مصاحبه آن را مطالعه کنند. نکات مهم در طول مصاحبه نوشته می‌شود. در پایان مصاحبه گواهی تقدیر از طرف مجری را به ایشان ارائه کرده و هدیه‌ای تقدیم نمایید. در صورت صلاحدید مصاحبه شونده بعد از پیاده کردن متن آن را برای مرور ایشان ارسال نمایید.

سوالات مصاحبه:

۱. سازمان شما چه خدماتی از جنس خدمات سلامت اجتماعی به عموم مردم و یا مخاطبان ویژه سازمان شما ارائه می‌دهد؟ (سؤال ویژه برای خبرگان سازمان‌های متولی)
۲. فهرست خدمات سلامت اجتماعی اولویت‌دار قابل ارائه در کشور چه می‌تواند باشد؟
۳. نقش و کارکردهای نظام مراقبت‌های اولیه در سطوح پیشگیری سه گانه چیست به عبارت دیگر خدمات قابل ارائه توسط وزارت بهداشت در برنامه‌های مختلف به ویژه برنامه پزشک خانواده و نظام ارجاع چیست؟
۴. توزیع نقش‌ها و کارکردهای پیشنهادی در سطح استان (مرکز بهداشت استان)، شهرستان، مرکز بهداشتی درمانی و خانه بهداشت چیست؟
۵. الزامات استقرار نقش‌ها و کارکردهای شبکه بهداشتی درمانی در زمینه سلامت اجتماعی چیست؟

سایر توضیحات:

- منظور از نقش و کارکردها یکی است و در نهایت فهرستی از نقش‌ها یا کارکردها در مطالعه ارائه خواهد شد.

پیوست ۲) انتخاب صاحب نظران و کمیته راهبری

بر اساس تحلیل ذینفعان صورت گرفته در تیم پروژه سازمان‌های کشوری با دو معیار تعهد (وظایف قانونی) و نفوذ بالا در ارتباط با موضوع طرح تحلیل شد و موارد زیر انتخاب شدند، با سؤال از افراد مطلع در هر سازمان فهرست افراد و نحوه تماس با آنها مشخص شده است.

وزارت بهداشت:

۱) رییس مرکز توسعه شبکه و ارتقای سلامت و رییس ستاد برنامه پزشکی خانواده

۲) رییس مرکز بهداشت استان قزوین و معاون بهداشتی دانشگاه علوم پزشکی قزوین

وزارت رفاه (سازمان بهزیستی، کمیته امداد امام، اداره کار)

۳) قائم مقام و مشاور معاون اجتماعی سازمان بهزیستی

۴) مدیر در سازمان مرکزی کمیته امداد امام خمینی (ره)

۵) وزارت رفاه و رییس صنف مددکاران اجتماعی

۶) مشاور سازمان بیمه سلامت ایران

وزارت کشور و واحدهای تابعه

۷) کارشناس رابط وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی

شهرداری

۸) معاونت اجتماعی شهرداری

قوه قضاییه و سازمان زندان‌ها و نیروی انتظامی

۹) رییس سازمان زندان‌ها و اقدامات تأمینی استان قزوین

۱۰) پژوهشگر سازمان زندان‌ها

آموزش و پرورش، وزارت ورزش و جوانان و وزارت فرهنگ و ارشاد اسلامی

۱۱) رییس مرکز مشاوره وزارت آموزش و پرورش

مرکز پژوهش‌های مجلس (معاون اجتماعی)

۱۲) معاون اجتماعی مرکز پژوهش‌های مجلس

خبرگان و پیشکسوتان

- ۱۳) استاد ممتاز دانشگاه و از طراحان شبکه‌های بهداشتی درمانی کشور)
- ۱۴) مشاور مستقل نظام سلامت و از طراحان شبکه‌های بهداشتی درمانی کشور
- ۱۵) عضو هیأت علمی دانشگاه تهران و جامعه‌شناس سلامت
- ۱۶) محقق پزشکی اجتماعی و صاحب نظر سلامت اجتماعی
- ۱۷) محقق روانپزشکی و صاحب نظر سلامت اجتماعی
- ۱۸) محقق علوم سیاسی و صاحب نظر سلامت اجتماعی
- ۱۹) رییس انجمن علمی مددکاری اجتماعی
- ۲۰) رییس شاخه جامعه‌شناسی پزشکی انجمن جامعه‌شناسی
- کمیته راهبری** در مجموع علاوه بر یک تجربه، نماینده‌ای از هر یک سازمان‌های منتخب زیر (بر حسب بیشترین ارتباط موضوعی، دانش، تمایل و همکاری فرد منتخب) را شامل خواهد شد: «سازمان بهزیستی کشور، شهرداری، مرکز پژوهش‌های مجلس، آموزش و پرورش و وزارت کشور».

پیوست ۳) مهمترین شاخص‌های تعیین‌گر وضعیت سلامت اجتماعی در سطح اثر و پیامد

مهمترین شاخص‌های تعیین‌گر وضعیت سلامت اجتماعی در سطح اثر و پیامد	
سطوح	شاخص‌ها
اثر (Impact)	<p>سرمایه اجتماعی، امنیت، مهاجرت (خروج سرمایه‌ها، مهاجرت از روستا به شهر)، خانواده نابسامان (طلاق، بارداری در نوجوانی و فرار از منزل)، روابط فرا زناشویی، رضایت از زندگی و لذت از سکونت در منطقه، خودکشی، مدرسه (زورگویی بچه‌ها نسبت به هم، ترک تحصیل، فرار از مدرسه)، کودکان خیابانی و تکدی‌گری، نابرابری و بی‌عدالتی اجتماعی و انزوای اجتماعی، فقر، شاخص‌های سلامت کودکان از جمله مرگ زیر ۵ سال و زیر یک سال، جرم‌ها (انواع خشونت: علیه زنان، کودکان و سالمندان، قتل، درصد زندانی‌ها، بزهکاری کودکان، روسپیگری، کلاهبرداری و اختلاس، پارتی‌بازی، رشوه، تقلب، کودک کار، وندالیسم، قاچاق انسان، فرار مالیاتی (Tax Evasion)، شاخص‌های محیط زیست و تمایز نسلی</p>
رفتار	<p>کمیت ارتباط با دیگران (خانواده، فامیل، دوستان، همکاران، همسایه‌ها)، تعداد عضویت در گروه‌ها، شوراهای و شبکه‌ها، کیفیت ارتباط با دیگران (میزان اعتماد، احترام به عقاید دیگران، قبول تنوع، نقد پذیری)، افتخار به ملیت (هویت)، احساس تعلق، میزان کار داوطلبانه در طول هفته، مراقبت از دیگران در اشکال عاطفی و مادی، اجازه به مراقبت متقابل، اهدای داوطلبانه خون، تعادل کار، خانواده و تفریح، مشارکت اجتماعی در سطح محلی و ملی و سطوح آن در نردبان مشارکت (در امور سیاسی مانند رأی دادن، امور مذهبی، امور اجتماعی مانند انجمن اولیا و ...)، قانون‌گرایی (رعایت قانون و مقررات)، رعایت حقوق دیگران به ویژه زنان، کودکان و سالمندان، کار تیمی، تمایل و توانایی والدی، احترام به محیط زیست، معنویت کافی با تأکید بر جنبه‌های اخلاقی (گذشت، امانت داری، انصاف، صداقت، وفاداری، روراستی (عدم تظاهر، پرهیز از دور ورپی و تملق))، وقت‌شناسی، وجدان و تعهد کاری، میزان تلاش فرد برای رفاه جامعه، اعتماد اجتماعی به گروه‌ها و مشاغل مختلف، رسانه‌ها و مؤسسات (رازداری سازمان‌ها)، رفتارهای پس‌انداز و بیمه، شاخص تاب‌آوری</p>
پیامد (Outcome)	<p>تعداد تسهیلات در دسترس برای مشارکت اجتماعی خانواده‌ها، تعداد سازمان‌های مردم‌نهاد، شوراهای شهر و روستا، آموزش مهارت‌های سلامت اجتماعی در نظام آموزشی و سطح جامعه، میزان حمایت اجتماعی دولت، وضعیت جشن‌های ملی و استانی، برنامه‌های آشنایی اقوام و قومیت‌ها، تسهیلات گردشگری، تسهیلات تفریحی، ترویج و نظارت بر حقوق شهروندی و حقوق بشر، سیستم‌های نقدی و دیده‌بانی مستقل، پاسخگویی مسؤولان و منتخبان مردم و دستگاه‌ها، وضعیت شبکه‌های اجتماعی سنتی و روزآمدسازی آنها، تسهیلات برای آموزش مهارت‌های زندگی از جمله مهارت دوست‌یابی و کار تیمی، عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت (ازجمله تکامل دوران کودکی، آموزش، مسکن، اشتغال، خدمات سلامت، غذا، امنیت و قضا، ترابری)، نظام اداری و بوروکراسی روزمره، امکانات مشارکت سیاسی شهروندان مانند احزاب سیاسی و شیوه رأی‌گیری، روزنامه‌ها و کتابخانه، فرصت درآمد عادلانه، توزیع عادلانه ثروت و درآمد ملی، در دسترس بودن رایگان نشریات و کتب در همه نقاط شهر، میزان آموزش‌های جنسی نوجوانان و کل افراد جامعه، فرصت انتقاد و ...</p>

پیوست (۴) مروری بر نظام شبکه بهداشتی درمانی ایران^۱

شبکه بهداشتی درمانی به طور کلی نظام اجرایی عرضه‌ی خدمات بهداشتی اولیه است و پایگاه آموزشی، پژوهشی و خدماتی. شبکه بهداشتی درمانی محل تحقق اهداف پزشکی اجتماعی است. یک شبکه بهداشتی دارای چند واحد اصلی مدیریت و ارایه خدمات است که عبارتند از:

الف- مرکز بهداشتت: سرپرستی و نظارت بر عملکردهای تمامی واحدها و فعالیت‌های بهداشتی درمانی یک شهرستان بر عهده مرکز بهداشت می‌باشد و وظایف آن را می‌توان به شرح زیر طبقه‌بندی کرد:

۱. مدیریت و برنامه‌ریزی اجرایی طرح‌های بهداشتی
 ۲. نظارت و ارزشیابی مداوم عملکرد مراکز بهداشتی درمانی
 ۳. تدارک خدمات و تجهیزات پشتیبانی واحدها
 ۴. مشارکت در ارتقای کمی و کیفی ارایه خدمات بهداشتی درمانی
 ۵. انجام مطالعات اپیدمیولوژیک
 ۶. طراحی عملیات و نظارت فنی بر امور بهسازی محیط
 ۷. بررسی در مسائل مربوط به تولید و بهداشت موادغذایی
 ۸. بررسی، نظارت، سنجش و کنترل در امور بهداشت حرفه‌ای و اجرای ضوابط و روش‌های حفاظت فردی و جمعی
 ۹. اعمال ضوابط و مقررات بهداشتی درمانی
 ۱۰. انجام بررسی‌ها و فعالیت‌های آزمایشگاهی در زمینه بهداشت و تشخیص پزشکی
 ۱۱. آموزش بهورزان و سایر گروه‌های شاغلین
 ۱۲. انجام پژوهش‌های کاربردی به منظور بهبود روش‌های عرضه خدمات
 ۱۳. گردآوری، تدوین و تجزیه و تحلیل اطلاعات آماری
- ب- مرکز بهداشتی درمانی شهری:** این مرکز اساس در شهرها استقرار دارد و هر یک می‌تواند دارای چند مرکز شهری باشد که معمولاً عهده دار انجام خدمات زیر است:

۱. بیماریابی و درمان سریایی بیماران و آموزش بهداشت به بیماران
۲. خدمات دندانپزشکی و بهداشت دهان و دندان
۳. بهداشت مادر و تنظیم خانواده
۴. واکسیناسیون

^۱ اقتباس از: محسنی، منوچهر (۱۳۷۶)، جامعه‌شناسی پزشکی، انتشارات طهوری، چاپ پنجم، ۳۱۹-۳۱۵

۵. بهداشت مدارس
۶. بهداشت حرفه‌ای و کنترل ضوابط ایمنی
۷. آموزش بهداشت و مبارزه با بیماری‌ها
۸. بهداشت محیط
۹. بهداشت مواد غذایی
۱۰. انجام آزمایش‌های بهداشتی و تشخیص پزشکی
۱۱. مشارکت در آموزش نیروی انسانی پزشکی
۱۲. ضبط آمار، اطلاعات و مدارک پزشکی

ج- مرکز بهداشتی درمانی روستایی: این مرکز بیشتر نقش نظارت، کنترل و تأمین وسائل مورد نیاز خانه‌های بهداشت را بر عهده دارند و از نظر درمانی معمولاً پذیرای بیماران ارجاعی از طرف خانه‌های بهداشت روستایی هستند. از نظر بهداشتی فعالیت اساسی این واحدها مشارکت در اجرای طرح‌های مربوط به تأمین آب آشامیدنی و بهسازی محیط می‌باشد.

د- خانه بهداشت: معمولاً تعدادی از این خانه‌ها به مرکز بهداشتی درمانی روستایی وابسته است و به طور کلی کوچکترین واحد عرضه خدمات است. هر یک از خانه‌های بهداشت معمولاً جمعیت تعدادی از روستاهای اطراف خود را به عنوان روستاهای اقماری تحت پوشش دارند. در این مراکز معمولاً دو بهورز (زن و مرد) فعالیت دارند. وظایف خانه بهداشت عبارتست از:

۱. آمارگیری و سرشماری سالانه‌ی جمعیت روستاهای تحت پوشش
 ۲. آموزش بهداشت عمومی و جلب مشارکت مردم در زمینه خدمات بهداشتی
 ۳. ارائه خدمات مربوط به بهداشت خانواده و مادر و کودک و نیز تنظیم خانواده
 ۴. واکسیناسیون
 ۵. مبارزه با بیماری‌ها و بیماریابی
 ۶. کمک‌های اولیه و انجام درمان‌های علامتی
 ۷. کنترل بهداشت محیط
 ۸. کنترل بهداشت مواد غذایی
 ۹. بهداشت حرفه‌ای
 ۱۰. گردآوری و تهیه و ضبط آمار و اطلاعات پزشکی و بهداشتی
- در خانه‌ی بهداشت، بهورزان نقش عمده‌ای دارند. به گفته‌ی یکی از کارشناسان، «بهورزان» یعنی کارکنان تندرستی که از میان مردم برخاسته و در محیط زندگی خود و برای خدمت به مردم خویش تعلیم و تربیت یافته‌اند و در همان نقاط نیز انجام وظیفه می‌کنند، نقش اساسی در تأمین مراقبت‌های جامع تندرستی عهده‌دار می‌باشند که برنامه‌ریزی کشور باید اولویتی خاص برای آن قائل گردد. در انتخاب محتوای برنامه آموزشی بهورزان نکات زیر مورد توجه قرار می‌گیرد:
۱. تقاضا و نیاز جمعیت

۲. فراوانی بیماری و یا شرایط و موقعیت

۳. مسائل اجتماعی محلی

۴. خط مسائل فردی

۵. سهولت فنی و اجرایی برای بهورزان

۶. نتایج اقتصادی بیماری یا شرایط و موقعیت

۵- **بیمارستان:** این واحد درمانی قسمت‌هایی مانند بخش‌های درمانی، پلی‌کلینیک تخصصی، اتاق عمل، زایشگاه، اورژانس و سایر قسمت‌های تشخیصی را شامل می‌گردد. بیمارستان به طور کلی پذیرای بیمارانی است که از طریق مراکز بهداشتی درمانی شهری یا روستایی معرفی می‌شوند.

خلاصه کلام آن که در این مجموعه کوچکترین واحد ارائه خدمات در سطح روستا، خانه بهداشت است که چند واحد آن زیر نظر مرکز بهداشتی درمانی روستایی فعالیت دارد. در سطح شهرها ارائه خدمات بر عهده مرکز بهداشتی درمانی شهری است. در سطح دوم خدمات از طریق مرکز بهداشت و در ارتباط با واحدهای دیگری مانند بیمارستان، آزمایشگاه، رادیولوژی و مانند آن عرضه و هماهنگ می‌شود.

در ایران با توجه به اهداف فوق در طرح ریزی شبکه‌های بهداشتی درمانی گرایش کلی مبتنی بر این بوده است که اصول زیر مورد توجه قرار گیرد، هرچند که حصول به آنها در اکثر موارد با دشواری‌هایی همراه می‌باشد:

۱. فراهم آوردن سهل و سریع دسترسی به خدمات بهداشتی درمانی

۲. ایجاد هماهنگی در درون بخش بهداشت و میان این بخش و سایر بخش‌های توسعه

۳. تدارک و ارائه خدمات با هزینه مناسب

۴. از طریق برقراری تناسب و توازن بین «حجم کار» و «نیروی انسانی» کیفیت خدمات را بهبود بخشد و مشخص سازد که از هر رده به چه تعداد باید تربیت شود.

۵. فضاهای فیزیکی موردنیاز هر نوع از واحدهای عرضه خدمت را روشن سازد و از این طریق به شناسایی گونه‌های مناسب ساختمانی و جلوگیری از اتلاف فضا و سرمایه‌ها یاری دهد.

۶. خدمات را به صورتی جامع و کامل ارائه کند، یعنی خدمت گیرنده بر حسب نیاز بتواند از خدمات پیشگیری، درمانی و توانبخشی استفاده کند.

۷. مشارکت جامعه را در وسیع‌ترین شکل آن جلب و جذب کند.

۸. جایگاه مناسب برای آموزش و تربین نیروی انسانی باشد.

۹. پژوهش‌های کاربردی را توسعه دهد و از نتایج آن منظمماً برای تصحیح مسیر استفاده کند.

پیوست بخش دوم

پیوست ۵) محتوای دفترک ضرورت ارائه خدمات سلامت اجتماعی

از طریق نظام مراقبت‌های اولیه سلامت

مراقبت‌های اجتماعی در مرکز بهداشتی درمانی

۱. سلامت اجتماعی و بیندستی آن اصلی‌ترین آسیب‌های اجتماعی ارتباطی محسوب می‌شود. با توجه به گستردگی و وسعت آن در سلامت روان و سلامت فیزیکی دارد. به عنوان مثال کمال کیخار است و درآمد شخصی ندارد و کمال است از عمده هزینه‌های درمان خود را نگیرد و تجربه‌های مشکلات جسمی و روانی ندانند باشد.
۲. آسیب‌های اجتماعی بیشترین بار را بر سلامت کشور دارد و آسب‌های اجتماعی مانند اعتیاد، خشونت و خودکشی هزینه‌های نظام سلامت و هزینه‌های اجتماعی و اقتصادی را افزایش می‌دهد.
۳. تعداد زیادی از بیماران جسمی و روانی دارای مشکلات و محدودیت‌های اجتماعی هستند. به عنوان مثال یک بیماری که یکسپید و کلاً اجتماعی بود باعث مرگ و میر شد و بیشتر درمان می‌کرد.
۴. در بیماری‌های مزمن و آسیب‌های اجتماعی مشکلات جسمی و روانی بر او است و همچنین دارای خدمات در جایگاه‌های مختلف امکان‌پذیر می‌باشد.
۵. سیستم‌های حمایتی موجود که بر این خدمات جامع از پیش‌گرفتن، روان‌رسانی و همکاری‌های به‌داند.
۶. پایداری بسیاری از آسیب‌های اجتماعی بر بهترین وجه در نظام سلامت آشکار می‌شود. به عنوان مثال ظهور مسمول مشکلات کودکان و یا به‌سر آزار دیده در معاینات پزشکی مشخص می‌شود.
۷. مراکز بهداشتی درمانی منصف شخصی را تحت پوشش دارند. حرفه‌سازان در منصف‌های رزده‌ها و شرح حال پزشکی است. چنانچه خدمات سلامت به ارائه خدمات اجتماعی بهتر کرده و فرد امکان در منصف می‌تواند از طریق مرکز بهداشتی خود خدمات جامع سلامت (جسمی، روانی و اجتماعی) دسترسی داشته‌باشد.
۸. خدمات حمایتی قابلیت‌های گسترده‌ای در کنار توانی‌ها و ادراکات خدمات‌یابی‌کننده و نتیجه از سرگردانی مراجعان، درمان ناممکن و از آن‌ها برای خدمات اجتماعی جلوگیری می‌نماید. در حال حاضر به دلیل فقدان ارائه خدمات حمایتی و نقص تیم درمان بسیاری از دهنه‌های رایج ناممکن‌ها و یا در سر صحیح خود پیش نمی‌رود.
۹. خدمات حمایتی سلامت اجتماعی آموزش مداخلت‌های اولیه و اجتماعی مطلوب به افرادی که دچار آسیب اجتماعی شده‌اند و یا در معرض خطر آسیب‌های اجتماعی قرار دارند به‌گونه‌ای که این مشکلات کمک می‌کند.
۱۰. ارائه خدمات سلامت در کل سلامت افراد و سرمایه اجتماعی منصف را افزایش داده و باعث کاهش نرخ آسیب‌های اجتماعی می‌گردد.

عنوان مقاله: چگونه خدمات مراقبت اجتماعی در نظام مراقبت اولیه سلامت ادغام شود؟ (تجربه‌ای از ایران)

نویسندگان: دکتر علیرضا منتظری، دکتر سهند ریاضی اصفهانی و دکتر بهزاد دماری

مجله: *Medical Journal of the Islamic Republic of Iran (MJIRI) – Volume 30, Number 1 (1-2016)*

How to integrate social care services into primary health care? An experience from Iran

Abstract Background:

Social issues have prominent effects on the peoples' physical and mental health and on the health risk factors. In Iran, many organizations provide social care services to their target population. This study aimed to explore the roles and functions of Primary Health Care (PHC) system in providing social care services in Iran. Methods: This was a qualitative study, for which data were collected via three sources. A review of the literature, in-depth interviews and focus group discussions with experts and stakeholders. The main objective was to find a way to integrate social care into the Iranian PHC system. A conventional content analysis was performed to explore the data. Results. Overall, 20 experts were interviewed and the acquired data were classified into four major categories including priorities, implementation, requirements and stewardship. The main challenges were the existing controversies in the definition of social care, social service unit disintegration, multiple stewards for social care services, weaknesses of rules and regulations and low financing of the public budget. Social care services can be divided into two categories: Basic and advanced. Urban and rural health centers, as the first level of PHC, could potentially provide basic social care services for their defined population and catchment areas such as detecting social harms in high risk individuals and families and providing counseling for people in need. They can also refer the individuals to receive advanced services. Conclusion: Iran has a successful history of establishing the PHC System especially in rural areas. This network has an invaluable capacity to provide social health services. Establishing these services needs some prerequisites such as a reform PHC structure, macro support and technical intersectoral collaboration. They should also be piloted and evaluated before they could be implemented in the whole country.

Keywords. Social Harms, Primary Health Care, Social Care Services, Iran.

Cite this article as: Montazeri A. Riazi-Isfahani S. Damari B. How to integrate social care services into primary health care? An experience from Iran. *Med J Islam Repub Iran* 2016 (4 September). Vol. 30.408.



در حال حاضر مشکلات اجتماعی ایرانیان با عوامل خطر و بیماری‌های غیر واگیر و واگیر اثر هم‌افزایی دارند و بدون مراقبت یکپارچه دستیابی به شاخص‌ها برتر و عادلانه در حوزه سلامت دشوار و دیر هنگام خواهد بود. با اینکه خدمات سازمان‌های مختلفی از جمله سازمان بهزیستی کشور، کمیته امداد امام خمینی (ره) مؤسسات خیریه، سازمان‌های مردم‌نهاد و بسته‌های سیاسی دولت (دربریخی مقاطع) برای کمک به نیازمندان و آسیب‌دیدگان وجود دارد اما دو چالش عمده وجود دارد:

- اول اینکه این خدمات عموماً پس از بروز آسیب را شامل می‌شود.

- دوم هماهنگی و همکاری بین خدمات این سازمان‌ها نظام مند و شفاف نیست.

تجربه نظام مراقبت‌های اولیه در مناطق روستایی نشان داد که این شکل از مراقبت به دلیل مردمی بودن، فعال بودن، نزدیکی به خانوارها و تأکید بر بسته‌های ضروری، توانست میزان قابل توجهی از مرگ‌های زیر یک سال، زیر پنج سال و مرگ مادران را کاهش دهد؛ محوری‌ترین رویکرد در این خدمات پیشگیری و شناسایی زودرس بوده است. تجربیات جهانی نیز حاکی از وجود تجربه‌های موفق در ادغام خدمات مراقبت و حمایت اجتماعی در نظام مراقبت‌های اولیه سلامت است. کتاب حاضر حاصل دو تحقیق مجزا و مکمل بوده است که به سفارش دفتر سلامت روانی، اجتماعی و اعتیاد وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی و با همکاری مؤسسه ملی تحقیقات سلامت و سپس بسته خدماتی مذکور پیشنهاد شده است که حول ده مسأله اجتماعی اولویت‌دار ایرانیان شامل اعتیاد، طلاق، خشونت خانگی (کودک، همسر و سالمند)، بی‌سوادی و بازماندگان تحصیل جرائم، امنیت غذایی خانوارها، بیکاری فقر، خانواده‌های آسیب‌پذیر و تخریب محیط زیست است، به عبارت دیگر نظام مراقبت‌های اولیه سلامت می‌توان به عنوان دروازه بان سیستم حمایت اجتماعی عمل کرده و به اثر بخشی هر چه بیشتر خدمات و مراقبت‌های اجتماعی سایر سازمان‌ها و دستگاه‌ها کمک کند در حال حاضر الگوی حاصل از این دو تحقیق در سه شهرستان اسکو، بردسیر و قوچان به طور پیشگام استقرار یافته و پس از ارزیابی نتایج جهت تعمیم در اختیار تصمیم‌گیرندگان قرار می‌گیرد.



جمهوری اسلامی ایران
وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی
دفتر سلامت روانی، اجتماعی و اعتیاد



دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی تهران
مؤسسه ملی تحقیقات سلامت
گروه مؤلفه‌های اجتماعی سلامت



دانشگاه علوم پزشکی
و خدمات بهداشتی درمانی ایران
دانشکده علوم رفتاری و سلامت روان