

بسم تعالی

تدوین شده توسط اعضای هیئت علمی گروه پزشکی اجتماعی:

دکتر شهلا وزیری اسفرجانی

دکتر مصطفی آلبوکردی

دکتر فرشته جوانمردی

دکتر پروین درفشان

دکتر سارا ایازیان

دکتر مریم رستمی

اهداف دانشگاه در قبال جامعه

((لزوم حضور بیشتر دانشگاه در جامعه))

*قبل از طرح موضوع، سوالات ذیل مطرح می باشند :

- اولاً
- نقش و رسالت دانشگاه ، به خصوص علوم پزشکی در قبال جامعه چیست ؟
 - دانشگاه در قبال جامعه چه وظایف مهمی رابعهده دارد ؟
 - + آیا وظایفی به جز وظایف (آموزشی ، پژوهشی و خدماتی) برعهده دارد؟

- ثانیاً
- در انجام وظایف فوق الذکر چه اهداف مهمی رامی بایست دنبال کند؟
 - هدف نهایی چیست ؟
 - + آیا جزء **تامین رفاه کامل جسمی، روانی و اجتماعی** جامعه است ؟
 - + آیا **تامین این اهداف ، جزء تامین سلامتی** جامعه است ؟

*دانشگاهها چگونه می توانند نیازهای واقعی جامعه رادرک نمایند ؟

۱- با استفاده از منابع اطلاعاتی موجود : که ممکن است انطباق آن با واقعیت های موجود جامعه موردسوال یا بیشتر براساس حدس و گمان باشد.

۲- با حضور در جامعه : از طریق تماس نزدیک یا چهره به چهره با واحدهای تشکیل دهنده جامعه یا نمونه هایی از آن (تماس با خانواده ها).

این حضور ، یک حضور علمی است و در یک جامعه آماری . ← همراه با پژوهش

این حضور توام با کار و فعالیت در جامعه است . ← همراه با ارائه خدمت

آموزش نامتناسب "نیروهای انسانی بهداشتی" در کشورهای در حال توسعه

* یکی از نکات بسیار مهم و موثر در تربیت نیروهای انسانی بهداشتی، آموزش مناسب و منطبق بر نیازها و خواست های واقعی و اساسی جامعه است.

* با توجه به علل مرگ و میر و الگوی بیماری ها در کشورهای توسعه یافته، در مقایسه اثربخشی فعالیت های مختلف بهداشتی نسبت به فعالیت های درمانی و بیمارستانی، می بایست به فعالیت های بهداشتی اهمیت بیشتری داده شود.

* در این کشورها، تولید منابع انسانی بهداشتی به نحوی است که از طریق طب وارداتی، به خدمات بیمارستانی اهمیت بیشتری می دهد. این موضوع به مسئله توزیع نامتعادل منابع انسانی و همچنین فرار مغزها دامن میزند.

اعلامیه آما آتا

گزارش کنفرانس بین المللی (خدمات بهداشتی اولیه - PHC) معتبرترین نوشته در زمینه PHC و در حقیقت یکی از مهمترین اسناد بهداشتی و در واقع سیاسی اجتماعی جهان می باشد که به صورت اولین نشریه از سری نشریات سازمان بهداشت جهانی، تحت عنوان بهداشت برای همه منتشر گردیده است.

این گزارش با اعلامیه آما آتا شروع می شود که مفاد آن شامل ۱۰ ماده مختلف می باشد. همچنین شامل ۲۲ پیشنهاد عملی و یک گزارش مشترک سازمان جهانی بهداشت و یونیسف در مورد PHC می باشد.

ذیلاً به قسمتهایی از مفاد اعلامیه اشاره می شود (۱۱-۱۳-۱۴-۱۷)

در قسمتی از ماده یک آن، بهداشت یا سلامتی راحق اساسی بشر می داند.

- در ماده ۲ به تفاوت فاحش موجود بین وضع سلامتی مردم در کشورهای در حال توسعه و کشورهای توسعه یافته اشاره می کند.

- در ماده ۳ به ارتباط بین سلامتی و توسعه جامعه به عنوان دوازوی لازم و ملزوم برای همدیگر اشاره می نماید.

- در ماده ۴، بطور خلاصه حقوق و وظایف افراد و جوامع را در قبال بهداشت خودشان منعکس می نماید.

- در ماده ۵ هدف اجتماعی بهداشت برای همه تا سال ۲۰۰۰ را مشخص نموده و خدمات بهداشتی اولیه را به عنوان کلید رسیدن به این هدف نشان می دهد.

- در ماده ۶ شرح کاملی از تعریف خدمات بهداشتی اولیه آمده است.

- در ماده ۷، زمینه ها، محتوی، وظایف فنی و عملی خدمات بهداشتی اولیه را نمایش می دهد.

خدمات بهداشتی اولیه

شامل یک سری مراقبت های عملی و اساسی است که بر مبنای زمینه های علمی و فنی تنظیم گردیده ، از نظر اجتماعی قابل قبول (پذیرفتنی)، بطور وسیع و فراگیر در اختیار همه افراد و خانواده های جامعه قرار می گیرد . این خدمات از طریق مشارکت خود جامعه و با هزینه ای که جامعه و کشور قادر به تامین و پرداخت آن در تمام مراحل برنامه ریزی ، توسعه و تکامل می باشد فراهم می گردد. این خدمات از یک طرف جز جدانشدنی و کانون وهسته اصلی نظام خدمات بهداشتی درمانی کشور بوده و از جهت دیگر جزئی از بخش توسعه اقتصادی اجتماعی جامعه مربوط می باشد. این خدمات اولین سطح تماس افراد، خانواده ها و جامعه بانظام بهداشتی درمانی کشور بوده و مراقبت های بهداشتی درمانی را تا سر حد ممکن به نزدیکی محل زندگی و کار انسانها می برد و به این ترتیب اولین سطح تماس خدمات جامع و مداوم بهداشتی درمانی است .

منطق خدمات بهداشتی درمانی اولیه

خدمات یا مراقبت های بهداشتی اولیه نه تنها " توسعه و تکمیل " خدمات بهداشتی اساسی است ، بلکه خود، دارای ابعاد اجتماعی و توسعه ای بوده که هر گاه به نحو مناسبی بکار گرفته و اجرا گردد، بر فعالیت ها و اعمال کلیه سطوح نظام بهداشتی درمانی تاثیر خواهد گذاشت .

الف) ابعاد اجتماعی : مراقبت های بهداشتی اولیه ، کلیه بار اجتماعی فلسفی " اعلامیه جهانی آما آتا " و هدف بهداشت برای همه رابه دوش می کشد و در این زمینه بر چهار اصل متکی است .

اصل اول : نیاز احساس شده توسط فرد ، خانواده و جامعه و تقاضا برای رفع آنها و همچنین بهبود مراقبت های بهداشتی می باشد. اصولا خدمات بهداشتی درمانی اولیه در جوامع مختلف جهانی بر اساس مسائل ، مشکلات و نیازهای واقعی هر جامعه ، برنامه ریزی و ارائه می شود و از طرفی در مراقبت های بهداشتی اولیه با آموزش بهداشت همگانی ، افراد جامعه با نیازهای واقعی خود آشنا شده و سعی دارد " نیازهای " اساسی بهداشتی را به تقاضا و طلب جامعه تبدیل نماید .

بدیهی است که نیازهای اساسی بهداشتی در کشورهای مختلف جهان با توجه به الگوهای بیماری ، وضعیت بهداشتی ، شرایط اقتصادی اجتماعی و امکانات بهداشتی درمانی موجود با هم متفاوت بوده و مسلما تقاضا و نوع خدمات درخواستی مورد نیاز جامعه بین کشورهای توسعه یافته و در حال توسعه یا عقب نگه داشته شده با هم متفاوت است .

اصل دوم : " خط مشی دولت " در تعهد تسهیلات بهداشتی درمانی مناسب برای انسانها به خصوص در نواحی محروم می باشد. دولتها در برابر بهداشت و سلامتی مردم مسئولیت تام داشته که با فراهم ساختن امکانات اجتماعی و بهداشتی ، کافی و گسترده ، می توانند به مسئولیت و تعهد خود عمل نمایند.

بنابراین برای تامین بهداشت برای همه تنها تعهد وزارت بهداشت ، درمان و آموزش پزشکی کافی نیست ، بلکه تعهد سیاسی دولت در سطح کلی ضرورت داشته که چون این تعد در برابر اقشار جامعه است ، بنابراین می تواند متضمن توزیع عادلانه سهمی از منابع اجتماعی بین طبقات مختلف مردم ، به ویژه طبقات محروم جامعه باشد.

اگرچه مفهوم جامعیت بهداشت توجه شود ، ملاحظه می گردد که بهداشت علاوه بر خدمات بهداشتی درمانی ، شامل مجموعه ای هماهنگ از بخشهای اقتصادی و اجتماعی از قبیل کشاورزی، دامپروری، منابع غذایی ، منابع آب، مسکن ، کار، آموزش، ارتباطات و..... می باشد. بنابراین خط مشی دولت نه تنها در فراهم نمودن امکانات اجتماعی و بهداشتی مهم بوده بلکه ایجاد هماهنگی بین بخشی در این رابطه از اهمیت بسزایی برخوردار است که خود از اصول PHC می باشد.

اصل سوم: حق و وظیفه افراد و جوامع است که بطور فعالانه در طرح و برنامه ریزی و اجرای مراقبت های بهداشتی درمانی خودشان مشارکت داشته باشند. مردم با طرح نیازهای واقعی خود، بطور مستقیم یا توسط نمایندگان خود در قالب سازمانها (سازمان زنان ، جوانان و.....) یا گروههای صنفی (صنف تاکسیرانان ، چلوکبابی ها و.....). در برنامه های بهداشتی **مشارکت فعال** خواهند داشت و بدین طریق یکی دیگر از اصول مهم PHC تامین خواهد شد

اصل چهارم: الف: یک اصل مرکب است که شامل وضع اقتصادی ، سطوح آموزش و سواد با توجه خاص به میزان سواد زنان ، محیط فرهنگی و اجتماعی و ارزش انسانهاست .

ب: ابعاد توسعه ای - توسعه یعنی تغییر برای بهبودی و تکامل. به عبارت دیگر ، تغییراتی که در جهت بهبودی و تکامل باشد منجر به توسعه خواهد شد و توجه به روند حرکت تاریخی جوامع بشری نشان می دهد که جامعه بشری همیشه در حال اصلاح و تکامل بوده است. از آنجایی که بهداشت جزء جدانشدنی توسعه می باشد (قطعنامه مجمع عمومی سازمان ملل در سال ۱۹۸۰ میلادی) و خدمات بهداشتی اولیه کلید نیل به هدف بهداشت برای همه تا سال ۲۰۰۰ میلادی (سطح قابل قبولی از سلامتی جامعه) است ، بنابراین با استفاده از آن و از طریق PHC می توان به توسعه اقتصادی و اجتماعی جامعه یاری داد.

اجزاء چهارگانه PHC:

با توجه به تعریف PHC (ماده ۶ اعلامیه آما آتا) اجزای چهارگانه عبارتند از :

الف- PHC به عنوان یک فلسفه .

ب- PHC به عنوان یک استراتژی .

ج- PHC به عنوان سطحی از خدمات بهداشتی درمانی .

د- PHC به عنوان خدمات اساسی بهداشتی (۱۱ فعالیت اصلی)

در تحلیل فلسفه PHC می توان اجزاء زیر را برای آن قائل شد:

خدمات بهداشتی اولیه ، علاقمند به تضمین توزیع عادلانه خدمات بهداشتی درمانی و منابع اجتماعی بین طبقات مختلف مردم است. همانطوریکه در تعریف آمده ، این خدمات اولین سطح تماس فرد، خانواده، جامعه را با نظام بهداشتی درمانی کشور دربرداشته و خدمات را تا حد ممکن به محل زندگی و محل کار مردم نزدیک می نماید. بدین طریق در یک سطح گسترده و فراگیری بین همه مردم و نه فقط برای درصد ناچیزی از مردم ، تامین می گردد.

۱- بهداشت ، بخش جدانشدنی از کل سیستم توسعه بوده و از طرفی عوامل اجتماعی ، فرهنگی ، اقتصادی ، بیولوژیکی و محیطی، خود بر بهداشت موثر بوده و هر دوی بهداشت و توسعه بصورت یک چرخه ممتدی با هم در ارتباط می باشند. به عبارتی ، ارتقاء سطح بهداشتی جامعه باعث توسعه و توسعه جامعه باعث ارتقاء سطح بهداشتی آن خواهد شد و این روند ، همچنان ادامه ادرد .

۲- PHC متکی بر مشارکت مردم است. افراد ، خانواده و جامعه باید در یک محیط مملو از اعتماد به نفس و در یک جو همکاری ، با مشارکت خود موجبات ارتقاء سطح بهداشتی جامعه را فراهم نمایند . این مشارکت در تمام زمینه های برنامه ریزی و اجرا خواهد بود. مردم می توانند مسائل ، مشکلات و نیازمندیهای بهداشتی خود را مطرح نموده و آنها را طلب و تقاضا نمایند و بدین وسیله بطور فعالانه در برنامه های بهداشتی مشارکت نمایند.

PHC به عنوان یک استراتژی :

استراتژی PHC باید در جهت فلسفه فوق الذکر (عدالت اجتماعی ، بهداشت و توسعه و مشارکت مردم) بوده و موارد ذیل را شامل گردد:

- ۱- تغییرات لازم و ضروری را بر حسب نیاز در نظام بهداشتی درمانی جامعه بوجود آورد.
- ۲- با توجه به اینکه بهداشت و سلامتی جامعه به عنوان یک پایه و اساس برای توسعه اقتصادی و اجتماعی مطرح می باشد ، بنابراین اقدامات هماهنگ تمام بخش های مسئول و موثر در توسعه ملی ضرورت کامل داشته و لازم است سلامت انسانها به عنوان یک اولویت در توسعه ملی قلمداد گردد. به همین جهت در استراتژی PHC هماهنگی بین بخشی به عنوان یک اصل محسوب گردیده و برهماهنگی بین بخش های کشاورزی ، دامپروری ، صنعت و معدن ، آموزش و پرورش ، مسکن ، کار و امور اجتماعی ، ارتباطات و رسانه های گروهی ، امنیت و حمل و نقل و..... تاکید می وردد.
- ۳- احساس مسئولیت انفرادی و دسته جمعی در امور بهداشتی به عنوان یک اصل در فراهم نمودن زمینه مشارکت مردمی می باشد . تحقق این امر از طریق (استراتژی) دادن اطلاعات و آموزش همگانی بهداشت می باشد که خود به عنوان جزئی از اجزاء PHC می شود.

PHC به عنوان سطحی از خدمات بهداشتی درمانی :

خدمات بهداشتی اولیه رانبایستی به عنوان یک سطح محیطی نظام ارائه خدمات بهداشتی درمانی به حساب آورد، بلکه این خدمات از اولین سطح PHC (فرد ، خانواده ، جامعه) شروع گردیده و با تماس با دومین سطح PHC (اولین سطح رسمی یا محیطی یا خانه های بهداشت) ممکن است دامنه خدمات به سومین سطح PHC (مرکز بهداشتی درمانی روستایی یا شهری یا دومین سطح رسمی یا میانی) و حتی به چهارمین سطح آن (بیمارستانها ، انستیتوها و.....) برسد.

خدمات بهداشتی اولیه در حقیقت مجموعه ای از خدمات است که حتی برای ارائه هر یک از آن (واکسیناسیون ، مراقبت از مادران باردار ، کنترل بیماری ها و....) به درجات خاصی از مهارت های علمی و عملی نیاز می باشد. با توجه به اینکه این درجات مهارتی قابل دسته بندی و سطح بندی بوده و هر کدام از این سطوح با آموزش مناسبترین نیروهای انسانی قابل حصول می باشد ، بنابراین می توان با سطح بندی خدمات و تربیت نیروهای انسانی متناسب و همچنین تدارک و راه اندازی موسسات مختص آنان ، در یک نظام خدمات بهداشتی درمانی تصاعدیابنده ، این خدمات را به نحو مطلوب تری ارائه داد و در این نظام از یک طرف ، محیطی ترین سطح نظام ارائه خدمات بهداشتی درمانی و توانبخشی کشور (مراکز بهداشتی درمانی شهری ، روستایی ، بیمارستانها ، مراکز توانبخشی و تحقیقاتی و....) قرار دارند و هر سطحی از خدمات به منزله فیلتری برای سطوح بالاتر و بعدی بوده و فقط دسته خاصی از مراجعینی که احتیاج به خدمات سطوح بعدی دارند ،

از طریق نظام ارجاع به موسسات جامع تر راه می یابند و بدین طریق امکان دستیابی به بالاترین سطح خدمات بهداشتی ، درمانی و توانبخشی ممکن می گردد.

PHC و ۱۱ فعالیت اصلی به عنوان خدمات اساسی بهداشتی :

مضمون خدمات بهداشتی اولیه می تواند از کشوری به کشور دیگر متفاوت باشد ولی حداقل موارد ذیل را شامل می شود .

- آموزش همگانی جامعه در زمینه مسائل بهداشتی .
- بهبود منابع غذایی و تغذیه صحیح و کافی .
- تامین آب سالم و کافی و بهسازی های اساسی محیط .
- مراقبت های بهداشتی مادران و کودکان و تنظیم خانواده .
- ایمن سازی علیه بیماری های عمده عفونی
- پیشگیری از بیماری های شایع وبومی و کنترل آنها.
- درمان متناسب بیماریها و ضایعات و حوادث .
- پیش بینی و تدارک داروهای اصلی .
- بهداشت روانی .
- بهداشت دهان و دندان .
- بهداشت حرفه ای .

*این فعالیت ها بایستی به حد کافی و مناسب در دسترس مردم قرار گیرند و در صورتی که با هم و بطور کامل ارائه گردند ، می توان پذیرفت که مردم با برخورداری از یک زندگی سالم به قسمتی از حقوق اجتماعی خود دست یافته اند .

HEALTH

سلامتی

HEALTH سلامتی :

تاکنون معانی مختلفی برای HEALTH بکاربرده شده است ، بهداشت ، تندرستی ، سلامت ، صحت و....

تعریف سلامتی :

درک مفهوم سلامتی متفاوت و تاندازه ای مشکل است . در تاریخ پزشکی ، نظام های متفاوتی در قسمت های مختلف جهان بوجود آمده است . در هیچکدام از این نظام ها تعریف روشن و دقیقی از سلامتی ارائه نشده است .

در فرهنگ و دیدگاه عامیانه : سلامتی به مفهوم نبودن بیماری یا ناتوانی تعریف گردیده است . بطور معمول ، فردی که علایم ظاهری بیماری در او دیده نمی شود و فعالیت های خود را بطور عادی انجام می دهد سالم تلقی می شود .

از دیدگاه یک پزشک : سلامتی عبارت است از مطابقت شرایط کلی بدن با معیارهای معین . معمولاً وقتی شرایط کلی بدن انسان (فیزیولوژیک - آناتومیک) باشاخص های معین فیزیکی ، بیوشیمیایی ، فیزیولوژیکی و....مطابقت داشته باشد ، سالم تلقی می شود .

مسلماً این شاخص ها تابع شرایط و عوامل محیطی ، مثل کارواستراحت ، عادات ، شرایط جغرافیایی ، اجتماعی ، فرهنگی ، اقتصادی و.... می باشد . مثلاً ضربان قلب در حالت کارواستراحت متفاوت بوده ، فشارخون در نقاط پست و بلند متفاوت می باشد و....

برای سلامتی تعریف جامع تری ارائه شده است :

سلامتی حالتی از تعادل بین اعمال تن، روان و محیط است که شخص با وجود آن بتواند به راحتی زندگی کرده ، با اجتماع تطابق نموده ، برای جامعه مفید باشد ، این سلامتی را سلامتی عادی یا NORMAL HEALTH گویند . سازمان بهداشت جهانی (WHO) در اصل اول از اساسنامه خود ، سلامتی را به شرح ذیل تعریف نموده است :

((سلامت عبارت است از رفاه کامل جسمی ، روانی ، اجتماعی ، و نه فقط فقدان بیماری یا ناتوانی))

سلامت جسمی :

معمولاً به نبودن بیماری جسمی و نقص عضو ، سلامتی جسمی گفته می شود ، گاهی لازم است برای ارزیابی سلامت جسمی ، معاینات کلینیکی (بالینی) و پاراکلینیکی (آزمایشگاهی ، رادیولوژیکی) انجام گیرد .

در شرایط برخورداری از سلامت جسمی :

۱- نقص آنا تومیکی در فرد وجود ندارد .

۲- تعادل فیزیولوژیکی در احشاء مختلف بدن و همچنین بین آنها برقرار است .

بنا بر این شخص سالم از شرایط ذیل برخوردار است :

- ۱- دارای اشتباهی مناسب است .
- ۲- نیروی کافی برای انجام کاردارا می باشد .
- ۳- دارای خواب راحت و منظم است .
- ۴- متوجه اعمال اعضاء بدن خود نبوده ، از کار آنها بی خبر است .

سلامت روانی:

فرد در فرایندهای روانی خود ، از تعادل برخوردار بوده و در نتیجه دارای رفتارهای فردی و اجتماعی متعادل می باشد . افرادی که از نظر روانی سالم هستند ، احتمالاً دارای خصوصیات ذیل می باشند:

- ۱- با افراد خانواده ، دوستان و همکاران خود ، رفتاری متعادل ، صلح آمیز و باصمیمت دارد (خوش رفتار، خیراندیش) .
- ۲- با احترام به نظام اجتماعی و شئون شغلی ، مسئولیت و وظایف شغلی خود را با علاقه مندی و احساس مسئولیت به انجام می رساند .
- ۳- بدبین یا خوش باور نبوده ، بلکه واقعیت امور را با حقیقت مطلوب مقایسه می کند .
- ۴- اعتماد به نفس داشته ، در مقابل حوادث و وقایع به خوبی ایستادگی کرده و با آنها مقابله می کند .
- ۵- دارای تعادل شخصیتی می باشد (خودپسند و از خودراضی نبوده ، بلکه متواضع و متعادل می باشد) .
- ۶- سایر شاخص ها .

سلامت اجتماعی : انسان موجودی اجتماعی است که از یک طرف دیگر با عوامل محیطی (فیزیکی، شیمیایی ، بیولوژیکی ، اجتماعی ، اقتصادی) در ارتباط و واکنش متقابل می باشد.

سلامت یا رفاه اجتماعی :

* به میزان سازگاری و تطابق روانی فرد ، با سایر عناصر اجتماعی بستگی دارد.
مسئله افراد یک جامعه در شرایط زمانی ، مکانی ، و در دوران های مختلف زندگی ، در وضعیت و درجات مختلفی از سلامتی و بیماری بوده به عبارت دیگر سلامتی اجتماعی را می توان در طبقات مختلفی نشان داد که به آن " طیف سلامتی " گویند.

طیف سلامتی :

درحقیقت حالاتی بین سلامتی کامل تا اشراف به موت می باشد. بنابراین در یک انتهای طیف ، سلامت کامل بوده (هدف و آرزوی بشر) و در انتهای دیگر اشراف به موت می باشد :

سلامت کامل	} طیف سلامتی
سلامت نسبی	
بیماری پنهان (سلامت ظاهری)	
بیماری آشکار	
اشراف به موت	

وضعیت این طیف از جامعه ای به جامعه دیگر متفاوت می باشد. به عنوان مثال : درصد افرادی که از سلامت نسبی برخوردار بوده یا به درجات مختلفی از بیماری مبتلا هستند ، بین جوامع مختلف متفاوت می باشد . تمام افراد جامعه ، چه سالم و چه بیمار ، بالاخره در دسته ای از این طیف قرار خواهند گرفت . همه افراد جامعه در هر طبقه ای از طیف سلامتی که قرار می گیرند ، در هر مرحله ای از زندگی که باشند (از تکوین نطفه تا مرگ) نیازمندی هایی دارند که باید مورد توجه قرار گیرند :

افرادی که از سلامت کامل برخوردارند ، نیازمندند که از سلامتی آنها حفاظت شود (حفظ سلامتی) و ارتقاء سلامتی حاصل گردد. اگر دوران جنینی را می گذرانند ، نیازمند مراقبت های دوران بارداری است، اگر در حین زایمان است مراقبت های پس از زایمان ، اگر دوران نوزادی و طفولیت را می گذرانند ، نیازمند مراقبت های مخصوص اطفال می باشد (بهداشت کودکان ، تغذیه ، واکسیناسیون) .

اگر به مدرسه می رود به مراقبت دوران مدرسه نیازمند است (بهداشت مدارس) . اگر کارگروشاغل است (بهداشت حرفه ای) ، اگر سالمند است به بهداشت سالمندان نیازمند است . بالاخره باید به موقع آموزش داده شود (آموزش بهداشت) ، در محیطی سالم زندگی کند (بهداشت محیط) ، روانی آسوده داشته باشد (بهداشت روانی) ، حتی قبل از تکوین نطفه ، محتاج به مراقبت هایی است که در علم ژنتیک از آن بحث می شود . بعلاوه به خدماتی از قبیل پرستاری ، توانبخشی و نوتوانی ، به عنوان مکمل خدمات نیازمند است .

اگر در گروه " سلامت نسبی " باشد علاوه بر اقدامات فوق باید به ارتقاء سطح سلامتی و کیفیت زندگی فرد اندیشید. اگر "بیماری پنهان" باشد. باید تشخیص زودرس و درمان به موقع را شروع کرد.

گروه "بیماری آشکار" را باید درمان کرد و در عین حال بقیه را از طریق کنترل و پیشگیری، از بیماری ایمن نگه داشت.

باید "مشرین به مرگ" را با اقدامات مخصوص تجدید حیات و توانبخشی به زندگی بازگرداند و سلامتی آنان را تا رسیدن به سطح سلامتی کامل ارتقاء داد. در طیف سلامتی، رسیدن به سطح " سلامت کامل " آرزو و هدف بشر است.

* سلامت نسبی دارای سطوح و درجات مختلفی به شرح ذیل می باشد:

الف - سلامت عالی، این افراد ۹۰-۱۰۰٪ سلامت نرمال را دارند. این گروه بیماری یا نقص عضو خاصی نداشته و کارهای خود را با نشاط و میل انجام می دهند.

ب- سلامت خوب، این گروه ۸۰-۹۰٪ سلامت نرمال را دارند. گرچه بیماری یا نقص عضو خاصی نداشته و نسبت به گروه فوق الذکر از نشاط کمتری برخوردار می باشند.

ج- سلامت متوسط، این افراد ۶۰-۸۰٪ سلامت نرمال را دارند. این گروه نقص عضو خاصی ندارند ولی بی حال و بی نشاط بوده و شوق به زندگی و رغبت به کار در آنها بسیار کمتر از دو گروه قبلی است.

سلامت ظاهری (بیماری پنهان): این گروه حدود ۵۰-۶۰٪ سلامت نرمال را داشته، عمدتاً دارای بیماری مزمن یا نهفته ای هستند که با معاینات کلینیکی و پاراکلینیکی قابل کشف می باشند نمونه آنان گروهی از افراد ظاهراً سالم جامعه هستند که دچار آنمی، تالاسمی مینور، گواتر ساده، حاملین مزمن عفونت ها، و بسیاری از بیماری های مخفی یا مزمنی هستند که خود آنان از بیماری خود بی خبر می باشند.

بیماری آشکار: این گروه کمتر از ۵۰٪ سلامت نرمال را دارند. عمدتاً افرادی هستند که احساس بیماری نموده، جهت کسب مراقبت های پزشکی و بهداشتی، به مراکز و موسسات خصوصی یا دولتی ارائه دهنده خدمات بهداشتی درمانی مراجعه می نمایند.

اشراف به موت: شامل گروهی از افراد جامعه هستند که بشدت بیمار بوده و عمدتاً به مراقبت های ویژه پزشکی و پرستاری نیازمند بوده و در بخش های C.C.U یا I.C.U بستری بوده و معمولاً مراحل آخر زندگی را طی می نمایند. با انجام مراقبت ها خاص، فوری، به موقع و صحیح، ممکن است بتوان سلامتی این گونه افراد را مجدداً تامین و ارتقاء بخشید.

فرآیند مدیریت

سیاست ها و اولویت های بهداشتی کشور

سیاست ها و اولویت های بهداشتی کشور با اهداف تامین بهداشت برای همه تامین ، حفظ و ارتقاء سطح سلامت جامعه و با الهام از تعالیم عالییه اسلام و توجه به ارزش والای انسان در سرلوحه تنظیم هر ۲ برنامه اول و دوم توسعه اقتصادی ، اجتماعی و فرهنگی کشور قرار گرفته است :

در برنامه اول توسعه اقتصادی ، اجتماعی و فرهنگی کشور ، سیاستها و اولویت های مهم بخش بهداشت رami توان به شرح ذیل عنوان نمود :

۱- اولویت بهداشت بردرمان .

۲- اولویت درمان سرپایی بردرمان بستری (بیمارستانی) .

۳- اولویت درمان عمومی بردرمان تخصصی .

۴- اولویت روستا به شهر.

۵- اولویت گروههای آسیب پذیر جامعه نسبت به سایر اقشار.

۶- تمرکز در سیاست گذاری وعدم تمرکز در اجراء.

۷- ادامه سیاست توسعه بخش بهداشت و درمان در چارچوب نظام شبکه ای و بهبود و توسعه مراقبت های

اولیه بهداشتی .

۸- تعدیل نرخ رشد جمعیت و اصلاح ساختار جمعیتی .

برای رسیدن به اهداف تعیین شده ، خط مشی و استراتژی های تعیین شده به شرح ذیل می باشد :

- ایجاد و تقویت سیستم شبکه ای در جهت بهبود و توسعه خدمات اولیه بهداشتی .

- توسعه آموزش همگانی بهداشت در زمینه مراقبت های اولیه بهداشت (PHC) و تقویت مبانی علمی

و کاربردی آن .

- استفاده هرچه بیشتر از امکانات بالقوه در جهت افزایش نرخ بهره وری .

تعریف مدیریت :

تاکنون تعاریف زیادی برای مدیریت ارائه شده که با توجه به تنوع مشاغل ، وظایف و مسئولیت و بادر نظر گرفتن طبیعت ، محتوی و اهداف هر کدام از آنها ، شاید هر یک از آن تعاریف ، به نوبه خود درست بوده و بادر نظر گرفتن شرایط کلی ، تعریف مناسبی باشد. بعضی از تعاریف مناسب تر به شرح ذیل ارائه می گردد.

- مدیریت یعنی اختصاص دادن منابع ، امکانات و تجهیزات در جهت هدف . (منظور از منابع منابع انسانی و مالی است) .

- مدیریت عبارت است از برنامه ریزی ، سازمان دهی ، رهبری و کنترل .

- مدیر و سرپرست کسی است که مسئولیت اداره و هدایت عده ای از کارکنان به عهده او واگذار شده است

فرآیند مدیریت :

جریانی است که طی آن مرتباً کوشش می گردد تا بیشترین و بهترین بهره رادراهداف معین و مشخص یک نظام تعریف شده (بهداشتی درمانی ، صنعتی ، کشاورزی ، آموزشی ، اقتصادی ، اجتماعی ، فرهنگی یا.....) بدست آورد.

این فرایند از یک حالت پویایی ، ممتد و پیشرونده ای برخوردار بوده که بر شناخت ، انتخاب و اعمال مناسبترین تغییر و تحولات تاکید می ورزد . در این فرآیند ، مدیر همیشه و در هر زمان دنبال این مطلب است که بفهمد ، کدام جنبه یا چه قسمت یا بخشی از نظام را باید تغییر بدهد تا با کمترین هزینه ، بیشترین بهره دهی و اثربخشی را از منابع تضمین نمایند.

توسعه :

توسعه یعنی تغییر برای بهبودی و تکامل یا به عبارت دیگر تغییر به سمت بهبودی و تکامل . چه از نظر علمی و چه از دیدگاههای فلسفی ، در این جهان هستی هیچ چیزی نمی تواند ثابت و در حالت سکون باقی بماند ، فاسد شود و یا از بین برود . سیر حرکتی و تاریخی جوامع بشری ، جز در موارد معدود و محدود ، همیشه به سمت پیشرفت و تکامل بوده که خود ، در طول تاریخ و حتی در طول زندگی یک فرد ، در ابعاد مختلف مادی و معنوی موجب کمال انسان گردیده است . اگر یک زمان اجزاء کوچکترین ذره سازنده وجود اجزاء اتم ها و یا همچنین اجزای تشکیل دهنده جوامع بشری (انسانها) از حرکت و پویایی باز بمانند ، از همان لحظه است که سیر نزولی حرکت و انحطاط شروع خواهد شد . امام خمینی (ره) در یکی از سخنرانی های خود مطلبی را در یک جمله ساده ولی پر مغز ، جامع و بلند بدین مضمون می فرماید که زیاده خواهی انسان وقایع نشدن او و تلاش برای بدست آوردن متعلقات بیشتر ، در حقیقت حرکت به سمت کمال مطلق است . ولی خود او این مطلب را نمی داند و درک نمی کند . در آن سخنرانی این موضوع را به مخاطبین و همچنین رئیس جمهور آمریکا تذکر می دهد . شاعر و فیلسوف محمد اقبال لاهوری در یکی از ابیات خود چنین می گوید : ((هیچ چیز در این عالم استوار و پایدار نیست ، الا تغییر ممتد (continuous change) .

تعاریف و تعابیر دیگر :

- توسعه یا تکامل یا پیشرفت ، عبارتست از مجموع تغییرات کمی و کیفی مثبتی که در کلیه ابعاد اقتصادی و اجتماعی یک جامعه پدیدار گردد.

- توسعه یعنی نزدیکتر شدن یک نظام به اهداف خود از طریق تغییرات متعدد ، مفید و پیشرو .

- در حقیقت توسعه ، یک فرآیند ممتدی است که هیچ زمان پایان نمی یابد بلکه ، خود باعث پیشرفت و تکامل بیشتری می گردد. آنچه در توسعه مهم است مثبت بودن برآیند مجموعه تغییرات است که خود باعث بهبودی وضعیت و شرایط اجتماعی ، اقتصادی ، فرهنگی مردم کشور می گردد و مسلماً بهداشت و سلامتی که جزئی از آن بوده قابل تفکیک نخواهد بود . توسعه الزاماً به معنای صنعتی شدن ، مدرنیزه شدن ، غربی شدن با استفاده از تکنولوژی های خیلی پیشرفته نیست ، بلکه همانطوریکه گفته شد مهم این است که برآیند همه حرکت ها ، تغییرات ، تحولات در بطن یک نظام همسو و مثبت بوده و بتواند آنرا در یک یا چند پلکان بالاتر قرار دهد و او را به حصول هدف نزدیکتر نماید.

توسعه بهداشت و ارتباط آن با مدیریت :

باتوجه با تعاریف توسعه و بهداشت (سلامتی) بطور جداگانه و با در نظر گرفتن طیف و ابعاد سلامتی سلامتی کامل (عالی - خوب - متوسط) - سلامتی ظاهر (بیماری پنهان) - بیماری آشکار - بیماری مشرف به موت . توسعه بهداشت در حقیقت به مجموعه تغییرات کمی و کیفی مثبتی اطلاق می شود که در نظام اجتماعی و اقتصادی و بهداشتی یک جامعه بوجود می آید تا بتواند در حله اول نه تنها سطح سلامتی افراد سالم را حفظ کرده ، بلکه ارتقاء ببخشد و از طرف دیگر ، سلامتی افراد بیمار را تامین نموده و سپس حفظ کرده و ارتقاء بدهد. وقتی قرار است در یک یا چند زمینه بهداشتی توسعه ای بوجود آید. میزان اثربخشی این توسعه تابعی از دانش ، مهارت ، توانایی و انگیزه کسانی است که در موضع مدیریت قرار دارند. به عنوان مثال : اگر قرار است در یک جامعه فرضی مشخص ، خدمات بهداشتی جدیدی داده شود (تغییرات مثبت) یا اینکه نوع ، کیفیت یا میزان خدمات قبلی بهبود یابد (تغییرات) . درجه حصول به هدف یا به عبارتی درجه کسب موفقیت در برنامه ، بستگی به متغیرهای فوق الذکر دارد. مثلاً اگر قرار است با اجراء یک برنامه میزان پوشش واکسیناسیون سرخک را در یک منطقه مشخص از ۸۰٪ به ۹۵٪ برسانیم. در صورتیکه به غیر از خصوصیات ذکر شده در مدیر این برنامه (دانش ، مهارت و توانایی و انگیزه) تمام متغیرهای موثر بر اجراء برنامه ثابت فرض شود ، با یک مدیر لایق و مناسب ممکن است به همان نتیجه ۹۵٪ رسید. در حالیکه با حضور مدیر دیگر ممکن است کسب نتیجه و اثربخشی برنامه در حدود ۹۰٪ باشد.

فرآیند مدیریت برای توسعه بهداشت کشور :

درمباحث قبلی هر کدام ازواژه ها و عبارات : مدیریت ، فرآیند مدیریت ، توسعه ، توسعه بهداشت و... توضیح داده شد. با در نظر داشتن ودقت مجدد در آنها می توان گفت که درحقیقت کوشش دائمی و مداوم مدیر است که درجهت شناخت ، انتخاب و اعمال مناسبترین تغییرات در بستر نظام بهداشتی جریان داشته و منجر به ارائه طرح و قالب بندی جدیدی گردیده که خود مجدداً در یک موضع و پلکان بالاتری نسبت به قبل به جریان می افتد و دوباره همین سیکل طی می شود. نتیجه این فرآیند منتج به توسعه و تکامل بهداشت گردیده و به همین صورت این جریان دائمی ادامه پیدا خواهد کرد. بنابراین می توان گفت که فرآیند مدیریت برای توسعه بهداشت کشور یک جریان دائمی از برنامه ریزی سیستماتیک است که در هر بار با برنامه ریزی جدیدتری (تجدیدنظر در برنامه ها) روبرو بوده و خطاها ، اشتباهات ، موانع و مشکلات برنامه قبلی مرتفع می گردد و با اجراء برنامه جدید ، یک یا چند قدم جلوتر رفته و به هدف نزدیکتر می گردیم. این فرآیند چون دائمی و تکراری است (پویا و پیشرونده) مجدداً همان سیکل قبلی تکرار گردیده و با پایش ، نظارت و ارزشیابی برنامه جدید مجدداً اشکالات آن مرتفع گردیده و براین مبنی برنامه جدیدتری تدوین و به اجراء گذاشته خواهد شد که خود منجر به توسعه بیشتری می گردد. اگر این فرآیند و جریان مدیریتی را به شکل چرخه ای فرض کنیم که از برنامه ریزی (کلی و تفصیلی) شروع گردیده و بعد از آن مراحل اجراء نظارت و پایش ، ارزشیابی ، تجدیدنظر در برنامه (برنامه ریزی جدید) بیابند ، ملاحظه می شود که با ورود به هر مرحله از این فرآیند ، خود بخود مرحله بعدی را به دنبال داشته و چرخش این چرخ همچنان تداوم داشته و حرکت برداری به سمت جلو می باشد. این چرخ مانند چرخ یک اتومبیل می ماند که در عین حال که به دور یک محور می چرخد ولی خود باعث حرکت اتومبیل به سمت جلو می گردد و اتومبیل را در هر بار چرخیدن ، جلوتر و جلوتر می برد تا اینکه بالاخره به هدف و مقصد نزدیک می گردد. عوامل مهمی که این چرخه را از بیرون متاثر می سازد عوامل بودجه ای ، نظارت و پایش ، ارزشیابی ، سیاست ها و اولویت ها ، استراتژی برنامه هاست که خود آنها هم در یک نمای کامل تر روی هم اثر می گذارند و بنابراین به شکل متقاطع بر یکدیگر موثرند. به دیاگرام مدیریت برای توسعه بهداشت کشور توجه شود. بنابراین ملاحظه می شود که فرآیند مدیریت برای توسعه بهداشت کشور از جایگاه و اهمیت ویژه ای برخوردار بوده و جهت تحقق خود احتیاج به همکاری سایر بخش های توسعه دارد. اگر بخواهیم فرآیند را کلی تر ببینیم بطور کلی دارای چهار مرحله اساسی است :

۱- تنظیم سیاست ها و اولویت ها

۲- برنامه ریزی کلی و تبدیل سیاست ها به استراتژی های مناسب

۳- تهیه برنامه تفصیلی

۴- اجرای برنامه ها

مدیر می تواند کار خود را از هر جای این چرخه شروع کند. مسلماً مدیر اجرایی یا برنامه ریز یا ناظر یا ارزیاب ، برای شروع کار خود در هر یک یا تمام این بخش ها ابتدا باید بداند که:

۱- چه وظایف و مسئولیت هایی را به عهده دارد و مهمترین آنها کدام است ؟

بدیهی است که مهمترین وظیفه و مسئولیت ، تامین اهداف تعیین شده می باشد که لازم است هم اهداف اصلی و هم اهداف فرعی برنامه برای اوروشن گردد، مثلاً تامین بهداشت برای همه تا سال ۲۰۰۰ میلادی یا تامین پوشش کامل واکسیناسیون کودکان زیر یکسال در حوزه مسئولیت خود یا تامین آب آشامیدنی سالم برای ۱۰۰٪ مردم منطقه و.....

۲- سیاست ها و اولویت ها کدامند؟ به عبارت دیگر آیا سیاستگذاری و تنظیم سیاست ها منطبق و در راستای اهداف تعیین شده است. آیا مسئولین سیاسی کشور یا استان یا شهرستان یا منطقه از کار و برنامه او پشتیبانی می کنند؟ آیا تعهد سیاسی برای آغاز کار یا برنامه یا... وجود دارد؟ که در این مورد هم لازم است مصوبات ملی یا منطقه ای یا قوانین موجود (قانون اساسی ، مصوبات مجلس، مصوبات سطوح بالای مدیریت کشور مثل هیات وزیران ، مصوبات ، وزارتخانه مربوطه و...) توضیح داده و تشریح گردد. مثلاً برای او مشخص می شود که تامین آب آشامیدنی سالم برای تمام افراد جامعه ، از جمله منطقه تحت پوشش او در تعهد دولت بوده و طبق مصوبات مجلس اجراء آن بعهد وزارت متبوعه گذاشته شده است .

۳- خط مشی یا استراتژی یا استراتژی ها کدام است ؟

یا به عبارت دیگر از چه راه یا راههایی می شود به اهداف تعیین شده رسید و مناسبترین آنها کدام است ؟ یا اینکه کدام استراتژی از قبل تعیین گردیده است ؟ که در مورد مثال فوق الذکر: برای رسیدن به هدف بهداشت برای همه تا سال ۲۰۰۰ میلادی استراتژی PHC تعیین گردیده ، یا اینکه در مورد تامین آب آشامیدنی توضیح داده می شود که در قالب PHC و از طریق مثلاً لوله کشی یا بهسازی چشمه و چاههای منطقه برنامه اجراء خواهد شد.

۴- برنامه چیست ؟ یا اینکه می بایست چه برنامه ای تنظیم گردد؟ مسلماً بسته به سطوح مدیریت ممکن است لازم باشد که برنامه کلی یا تفصیلی تنظیم گردد (سطوح بالای مدیریت ، مثل مدیریت های کشوری یا استانی) یا اینکه اگر از قبل برنامه ای وجود دارد ، برای او تشریح و سپس اجراء گردد یا چنانچه لازم باشد حتی در این زمینه آموزش داده شود. مثلاً در مورد تامین آب آشامیدنی سالم از طریق لوله کشی منطقه ممکن است لازم باشد که نقشه های کلی و تفصیلی برنامه لوله کشی آب منطقه در اختیار او گذاشته شود یا اینکه برنامه ها و دستور العمل های اجرایی برنامه واکسیناسیون در اختیار او گذاشته شود.

جهت اجراء یا تنظیم برنامه یا ارزشیابی چه منابعی در اختیار دارد یا از کدام منابع می شود استفاده کرد ؟ اختیارات او چقدر است ؟ و بسیاری از سوالات دیگر . مسلماً در این زمینه هم باید Input مشخص باشد تا بتوانیم به Out out دلخواه و تعیین شده برسیم .

بنابراین بسته به اینکه مدیر قرار است از کدام مرحله " فرآیند مدیریت " وارد شود و مدیریت خود را آغاز نماید سوالات و مقدمات کار فرق می کند ولی وقتی وارد شد ، هم به مراحل قبلی وابسته یا در ارتباط است و هم با مراحل جدید در ارتباط می باشد و نتیجه این اقدامات به یک مرحله پنجم به نام برنامه ریزی مجدد منتهی می شود . همانطوریکه قبلاً اشاره شد چهار مرحله اساسی فوق الذکر باید متکی به اطلاعات قابل اعتماد بود ، بودجه برنامه ای و اجرایی و همچنین منابع پیش بینی و تامین گردند و تمام مراحل مورد ارزشیابی قرار گیرند .

۵- نظام (سیستم) خدمات بهداشتی درمانی

خدمات بهداشتی درمانی اصولاً شامل مجموعه ای از خدمات ارتقایی ، پیشگیری (اولیه) ، درمانی (پیشگیری ثانویه) و توانبخشی (پیشگیری ثالثیه) است که هدف اصلی و اساسی آن ، ارتقاء حفظ و تامین سلامتی جامعه است .

وضع فعلی خدمات بهداشتی درمانی جوامع روستایی در کشورهای صنعتی و رشد یافته و همچنین کشورهای در حال رشد ، ارتباط نزدیکی با وضعیت اقتصادی و اجتماعی آنها دارد . همچنین نوع و کیفیت سیستم های ارائه دهنده این خدمات بین کشورهای مذکور متفاوت می باشد . این موضوع روشن است که کشورهای توسعه یافته به دلیل برخورداری از شرایط بهتر اقتصادی و اجتماعی از سالها قبل توانسته اند بسیاری از مشکلات معضلات بهداشتی جامعه خود را که هنوز در کشورهای در حال توسعه وجود دارد مرتفع نموده و نیازمندیهای اساسی بهداشتی آنان را تامین نمایند . در این کشورها مهمترین مشکلات بهداشتی جامعه ، بیماریهای تغذیه ای ، روانی ، قلبی عروقی ، حوادث و همچنین مراقبت و نگهداری از سالمندان و بیمه ریه های مربوط به آنان است . بنابراین ملاحظه می شود که به تبع وضعیت خاص اقتصادی ، اجتماعی این کشورها ، مشکلات و نیازهای جوامع آنها و طبیعتاً سیستم های ارائه دهنده خدمات بهداشتی درمانی در مقایسه با کشورهای در حال توسعه کاملاً متفاوت است . بطور کلی : سیستم خدمات بهداشتی ، درمانی شامل یک سری عوامل و اجزاء پیوسته درون بخشی برون بخشی است که ضمن ارتباط با همدیگر ، همراه با خود جامعه ، اثر مشترک و واحدی بر سلامت مردم دارند . در جهان امروز سه نظام بنیادی برای مراقبت های بهداشتی درمانی وجود دارد :

- معاونت عمومی (Public Assistance)

- بیمه پزشکی (Health Insurance)

- طب ملی (National Health service)

بعضی از کشورها ترکیبی از سه نظام مذکور را به اجرا می گذارند (سوئد و انگلستان) در برخی دیگر نمونه هایی از اجزای دویا هر سه نظام در کنار هم دیده می شود، در این کشورها، سیستمی که اکثریت جمعیت کشور را در بر می گیرد به عنوان نظام غالب تلقی شده است.

نظام خدمات بهداشتی درمانی در ایران منطبق بر نظام معاونت عمومی است. به همین جهت این نظام توضیح داده می شود:

در نظام معاونت عمومی خدمات بهداشتی درمانی بطور عمده به شکل ارائه می شود:

- از طریق بیمارستانها و مراکز بهداشتی درمانی دولتی که ارائه خدمات را به اکثریت جامعه به ویژه طبقات کم درآمد به عهده دارند.

- مراقبت های درمانی به عنوان جزئی از برنامه های تامین اجتماعی، که گروههای محدود و خاصی را از قبیل کارگران و کارکنان صنایع، کارگاهها، کارمندان دولت در بر می گیرد. این سازمان خدمات خود را از طریق موسسات وابسته به خود و یا خرید ارائه خدمات از بخش خصوصی (طبق قراردادهای خاص) ارائه می نماید.

- خدمات درمانی که در بیمارستانها و درمانگاههای خصوصی عرضه می شود و به علت گرانی این نوع خدمات غالباً فقط اقشار مرفه و پردرآمد می توانند از آن استفاده نمایند. در نظام معاونت عمومی خدمات بهداشتی اکثراً رایگان و بعهده دولت است. موسسات دولتی در این نظام، عمدتاً با مشکلاتی از قبیل کمبود بودجه و کثرت مراجعان روبرو هستند، پزشکان در فعالیت های بخش خصوصی سهمیم و شاغلند، در نتیجه روش کار تمام وقت پزشکان در این سیستم ناموفق است و عملاً بصورت نیمه وقت خدمت می نمایند. این نظام در ۱۰۸ کشور جهان بایش از ۱۸۶۲ میلیون نفر جمعیت اجرا می شود. این کشورها اکثراً در آسیا، آفریقا و آمریکای لاتین قرار دارند. الجزایر، ترکیه، و شیلی، کاستاریکا..... و ایران از این نظام استفاده می کنند.

در ایران خدمات بهداشتی درمانی در **نظام شبکه ای** ارائه می شود در این نظام شبکه بهداشت و درمان شهرستان کوچکترین واحد مستقل نظام بهداشت و درمان کشور را تشکیل می دهد. محیطی ترین واحد ارائه دهنده خدمات در سطح روستا **خانه بهداشت** می باشد.

مرکز بهداشتی درمانی روستایی دومین سطح ارائه خدمات بهداشتی درمانی در منطقه روستا می باشد که معمولاً ۵ خانه بهداشت را تحت پوشش دارد (اولین سطح ارجاع)

اولین واحد ارائه دهنده خدمات به جمعیت شهری مرکز بهداشتی درمانی شهری است. هر مرکز شهری معمولاً جمعیتی حدود ۵۰۰۰ تا ۱۵۰۰۰ نفر را تحت پوشش دارد.

در هر شهرستان معمولاً یک مرکز بهداشت شهرستان وجود دارد که عهده دار نظارت و ارزشیابی خدمات پیشگیری، آموزش بهورزان، بازآموزی پرسنل، تدارکات، ارائه خدمات اداری و مالی و پشتیبانی از

کلیه خانه های بهداشت و مراکز بهداشتی درمانی موجود در شهرستان می باشد. به علاوه مرکز بهداشت جایگاه آزمایش های بهداشت محیط ، مواد غذایی و مطالعات اپیدمیولوژیک است .

در شهرستان یک آموزشگاه بهورزی (مرکز آموزش کادر کمکی) زیر نظر مرکز بهداشت وجود دارد. در نظام شبکه ای شهرستان ، بیمارستان عمومی با چهار بخش اصلی (داخلی ، جراحی ، اطفال و زنان و زایمان) وجود دارد که محل پذیرش بیماران ارجاعی از مراکز بهداشتی درمانی شهری و روستایی است. - در این نظام ستاد اداری شبکه بهداشت و درمان شهرستان با مسئولیت مدیر شبکه عهده دار هماهنگی خدمات بهداشتی درمانی ، جلب مشارکت مردم ، هماهنگی بین بخشی و نظارت بر بخش خصوصی می باشد. در شهرستان ، بخش خصوصی بسیار فعال بوده که بطور عمده در زمینه ارائه خدمات درمانی فعالیت دارند. در روستاها زایمان توسط ماما روستایی انجام می گیرد. این ماماها از میان مردم انتخاب می شوند و پس از ۶ ماه آموزش بطور خصوصی به کار زایمان می پردازند. در ارزیابی نظام شبکه بهداشت و درمان کشور یک سری نکات مثبت و منفی وجود دارد که بطور جداگانه قابل بحث خواهند بود.

مدیریت سیستم (نظام) خدمات بهداشتی درمانی و اهمیت آن :

در مباحث قبل تعاریفی برای مدیریت ارائه شد:

مدیریت یعنی اختصاص دادن منابع و امکانات و تجهیزات در جهت هدف و منظور از منابع ، منابع نیروی انسانی و منابع بودجه ای است . بعضی ها معتقدند که مدیریت یک علم و هنر است که در جهت بهره گرفتن حداکثر از حداقل امکانات و منابع بکار گرفته می شود. به هر حال آنچه در یک سیستم خدمات بهداشتی درمانی مهم است . نتیجه یا محصول یا هدفی است که در جهت آن کار و تلاش پیگیر و مستمر انجام می گیرد . همانطوریکه در بحث قبلی اشاره شد گرچه نظام های خدمات بهداشتی درمانی در جهان متفاوت بوده و ارتباط بسیار نزدیکی با وضعیت اقتصادی و اجتماعی آنها دارد ، ولی همگی آنها یک هدف مشترک را دنبال می کنند که ارتقاء ، حفظ و تامین سلامتی جامعه است . تفاوتی که بین محصول و نتیجه کار سیستم های خدمات بهداشتی درمانی با سایر سیستم ها و موسسات خدماتی وجود دارد، این است که سایر موسسات ، محصول محصول بطور واضح تر و راحت تر قابل اندازه گیری و یا حتی قابل رویت است (محصول یک موسسه صنعتی یا کشاورزی یا یک اداره خدماتی مثل مخابرات یا) یعنی می توان گفت که به چه تعداد یا چقدر محصول به دست آمده است . اما در نظام های خدمات بهداشتی درمانی ، تعیین مقدار یا تعداد محصول (سلامتی ، تندرستی) به راحتی و بطور خیلی دقیق قابل محاسبه یا اندازه گیری نمی باشد . در عین حال که برای تعیین وضعیت سلامتی شاخص هایی تعیین گردیده است ، اما در نظام خدمات بهداشتی درمانی برآورد و ارزیابی کاریک مدیر به دلایل فوق الذکر مشکل تر و پیچیده تر بوده و ممکن است جهت تعیین میزان موفقیت یک مدیر ،

حتی به گذشت زمان چندین سال نیاز باشد. بنابراین ملاحظه می شود که مدیریت درنظام خدمات بهداشتی درمانی از یک طرف به علت مهم و حساس بودن اهداف آن (سلامتی جامعه) و همچنین به دلیل دیررس بودن نتیجه کار و از طرف دیگر به دلیل لزوم انجام وظایف عام مدیریتی (برنامه ریزی، سازمان دهی، رهبری، نظارت و....) همچنین لزوم همکاری و هماهنگی سایر مدیریت های دولتی و خصوصی با آن و بالاخره بازار کار خصوصی برای بسیاری از رده های تحصیل کرده پزشکی و پیراپزشکی شاغل در آن، بسیار پیچیده تر، مهمتر و حساس تر از سایر سازمان ها و موسسات دیگر می باشد. سهل انگاری، تعلل، بی توجهی، بی دقتی، عدم برخورداری از مهارت و دانش مدیریتی ممکن است درنظام بهداشتی درمانی منجر به خسارات جانی یا ایجاد عوارضی در سلامتی جامعه شود که به هیچوجه قابل جبران نمی باشد، درحالیکه در سایر موسسات و سازمانها عمدتاً خسارات بصورت مالی و سرمایه ای بوده و مسلماً اگر چه بودجه و سرمایه در اقتصاد و شرایط زندگی جامعه موثر است، ولی هم در مقایسه با جان انسانها از اهمیت بسیار کمتری برخوردار است و هم قابل جبران است. بنابراین نقش مدیریت درنظام خدمات بهداشتی درمانی که مسئول انجام نه فقط یک وظیفه خدماتی بلکه مسئول انجام یک وظیفه زیربنایی (تامین سلامتی) است روشن بوده و لازم است در این زمینه توجه بیشتری معمول گردد.

مدیران خدمات بهداشتی درمانی (اشغال پست های مدیریتی):

دراکثر نظام های خدمات بهداشتی درمانی از جمله در ایران و سایر نقاط جهان تعدادی زیادی از پست های مدیریت موسسات و سازمانهای ارائه دهنده خدمات بهداشتی درمانی، توسط پزشکان، متخصصین گروه پزشکی یا تحصیل کرده های سایر رشته های پزشکی و پیراپزشکی اشغال شده است. دربررسی های بعمل آمده پیرامون تصدی کارکنان اموراداری و همچنین صاحبان مشاغل حرفه ای و تخصصی بهداشتی درمانی نشان داده شده که مشاغل مدیریتی محدود به افراد تحصیل کرده در رشته های اموراداری یا حسابداری (مالی) یا مدیریت نبوده، بلکه در بسیاری از واحدهای سیستم خدمات بهداشتی درمانی مثل بیمارستانها، درمانگاهها، سازمان تحقیقاتی، خدماتی، اداری و.... مشاغل مهم سرپرستی و مدیریتی بعهده کسانی است که در رشته های اداری یا مالی یا مدیریتی تحصیل نکرده اند و آنان علاوه بر این وظایف مهم سازمانی می بایست در رشته های فنی و تخصصی خود هم انجام وظیفه نمایند.

وظایف مدیران درنظام خدمات بهداشتی درمانی:

مدیران درنظام خدمات بهداشتی درمانی دو وظیفه مهم را بعهده دارند:

- وظایف عام مدیریت (وظایف شغلی یا سازمانی) مثل برنامه ریزی، سازماندهی و....
- وظایف مربوط به امور فنی، بهداشتی درمانی (وظایف رشته ای یا تخصصی).

حجم هر کدام از مسئولیت های فوق الذکر ، بستگی به سطوح سازمانی مدیریت داشته به نحوی که هر قدر سطح سازمانی مدیریت بالاتر باشد مسئولیت و حیطه نظارت مدیریت گسترده تر و بیشتر خواهد شد و طبیعتاً حجم مسئولیت مدیریتی او بیشتر خواهد بود و مدیر درعین اینکه بسیاری از وظایف فنی و اجرایی را به مدیران یا کارکنان سطوح پایین تر تفویض و محول می نماید ولی روی هم رفته وقت کمتری را به انجام امور رسته ای و تخصصی خود اختصاص داده و در حجم کمتری به آن می پردازد به عکس هر چه سطوح مدیریت پایین تر و محدودتر باشد، حجم وظایف مدیریت کمتری را به عهده داشته و بخش زیادتری از امور بهداشتی و درمانی را شخصا انجام می دهد .

بطور نظری مدیریت مبتنی بر "چهار فعالیت اساسی" است (وظایفی که مدیران در جریان پیاده کردن برنامه انجام می دهند) :

۱- طرح ریزی ۲- سازماندهی ۳- برقراری ارتباط ۴- پایش و کنترل

- در جریان اجراء برنامه ها به مجموع مرحله ۱ و ۲ ، مرحله راه اندازی ۳ مرحله بکارگیری و بهره برداری و به مرحله ۴ ، نظارت گفته می شود .

- این چهاروظیفه مدیریت ، اعم از اینکه مربوط به یک فعالیت ، یک پروژه ، یک واحد اداری یا نهاد یا برنامه باشد انجام می گردد.

طرح ریزی (Planning)

ممکن است در این مرحله طرح های کلی یا تفضیلی قبلاً تهیه شده باشد ولی لازم است محتوای کلیه فعالیت هایی را که می بایست انجام بگیرد به تفضیل و جزء به جزء روشن شود ، یا تصمیم گیری شود که چه کاری ، به وسیله چه کسی ، و چه موقع انجام شود . یا اینکه بودجه سالانه یا تفضیلی تهیه شود این مرحله ممکن است شامل برنامه ریزی مجدد هم گردد.

سازماندهی (Organizing)

در این مرحله بیشتر مساعی مدیریت وقف سازماندهی و به وجود آوردن تشکیلات برای شروع فعالیت های برنامه می گردد. در حقیقت مقدمات و تدارکات آنچه را به شکل برنامه ریزی روی کاغذ آمده فراهم می نماید . این مشتمل است بر: به کارگماردن کارکنان در واحدهای مختلف و مربوطه جهت انجام فعالیت های پیش بینی شده در برنامه (Staffing) ، آموزش آنان و کسب اطمینان از اینکه به خوبی وظیفه خود را درک کرده و آن را به انجام می رسانند . فراهم کردن ملزومات ، لوازم ، تجهیزات ، تسهیلات و همچنین بودجه و اعتبارات مورد نیاز (Bud/eting) ، برقراری راههای رسمی ارتباط برای جلب مشارکت بین بخشی و مردم محل (جامعه) و در حقیقت در این مرحله قول همکاری و مشارکت گرفته می شود .

برقراری ارتباط :

در این مرحله کلیه امکانات و منابع تهیه شده در جهت اهداف برنامه بکار گرفته می شوند ، و در حقیقت مورد بهره برداری قرار می گیرند .مدیر ، قسمت اعظم وقت خود را به وظایف زیر اختصاص می دهد :

- ترغیب پرسنل برای انجام موثر وظایف محوله

- برقراری ارتباط بیشتر با گروههای بین بخشی ، نمایندگان جامعه و افراد ذی نفوذ به منظور مشارکت فعال و همکاری ، پشتیبانی و سهیم نمودن آنان در اجرای برنامه .

- ایجاد هماهنگی در اجراء برنامه (Coordination) ، هدایت و رهبری (Directing) فعالیت ها و نهایتاً گزارش دهی (Reporting) فعالیت ها به مقامات ذیربط به منظور آگاه نگه داشتن مقامات سطوح مرکزی از وضع برنامه ها یا اجراء یا.....

- نظارت و کنترل (Control , Monitoring):

ضمن اجراء برنامه باید نظارت و کنترل انجام گیرد تا قابل قبول بودن و سلامت کار در رابطه با کیفیت و کمیت اجزاء برنامه تضمین گردد . این قسمت از فعالیت های اساسی مدیران ، دارای ارزش و اهمیت بالایی است که اکثراً نادیده گرفته می شود یا بطور سطحی با آن برخورد می گردد . در این مرحله باید مطمئن شد که کارها قدم به قدم طبق برنامه تنظیم شده پیش می رود (پیشرفت کار) ، از منابع و امکانات به خوبی استفاده می گردد (افت امکانات و منابع کم است) . کیفیت فنی و تخصصی کار در سطح مطلوب بوده ، عکس العمل ها در مقابل برنامه سنجیده و پایش شود ، راه حل های مناسب برای مسائل ، مشکلات به عمل آید.

چگونگی مدیریت حل یک مشکل بهداشتی

* مدل جامعه به عنوان یک درخواست کننده *

برای مدیریت حل یک مشکل بهداشتی در جامعه مدل‌های گوناگونی وجود دارد. ولی بنا به دلایلی از جمله تطابق بیشتر این مدل بازمینه های علمی دانشجویان علوم پزشکی (خصوصاً تجربه آنان در رابطه با آشنایی با ساختمان بدن، آسیب شناسی آن و چگونگی ایجاد بیماری توسط عوامل مختلف و بهم خوردن تعادل بدن و همچنین گرفتن شرح حال، انجام معاینه، تجزیه و تحلیل اطلاعات حاصل شده و تشخیص و درمان بیماران) مدل جامعه به عنوان یک درخواست کننده مناسب تر است و آنرا محوریت آموزش چگونگی مدیریت حل یک مشکل در سیستم ارائه خدمات مربوط به سلامتی H.D.S** قرار می دهیم.

در این مدل سه بخش عمده مطرح است:

۱- ساختار جامعه (مشابه ساختمان بدن) که می توان آن را به صورت چرخي دانست که از یک محور (بخش مرکزی) و هشت قسمت اطراف آن (ریزسیستم ها) تشکیل شده است (شکل ۲). در این حالت می توان آشنایی با ساختمان جامعه را مشابه آشنایی با بدن یک فرد سالم دانست.

۲- آسیب شناسی مشکل بهداشتی (مشابه آسیب شناسی بدن) که می توان ۳ قسمت برای آن مشخص نمود: اول سیستم دفاعی جامعه در برابر آسیب های وارده به سلامتی، دوم محرک ها یا عوامل آسیب زا (Stressor) و سوم میزان عکس العمل جامعه به محرک ها.

در این حالت به وجود آمدن یک مشکل بهداشتی برای چرخ جامعه متعادل و در نتیجه بهم خوردن تعادل آن را، می توان مشابه بوجود آمدن یک بیماری برای فرد سالم و بهم خوردن وضعیت سلامتی او دانست. روند آسیب شناسی مسئله بهداشتی و بررسی محرک (Stressor) مشابه با مرحله یافتن Etiology در فرد بیمار است.

۳- چگونگی مدیریت حل یک مشکل بهداشتی (مشابه مدیریت درمان یک بیمار) که می توان ۶ مرحله زیر را برای آن مشخص نمود:

الف) ارزیابی جامعه و سیستم ارائه خدمات بهداشتی درمانی "چرخ جامعه" شبیه گرفتن شرح حال بیمار و انجام معاینه او.

ب) تجزیه و تحلیل نتایج جمع آوری شده ارزیابی (شبیه تجزیه و تحلیل اطلاعات به دست آمده از شرح حال و معاینه و نتایج آزمایشگاهی).

* Community as client model *

** HEALTH DELIVERY SYSTEM

ج) تشخیص مشکلات بهداشتی و درمانی جامعه با توجه به محرک ها و میزان عکس العمل جامعه به آنها (شبيه مطرح نمودن تشخیص های افتراقی و یافتن جزئیات علل بیماری).

د) تدوین طرح مداخله ای برای رفع مشکل (مشابه تدوین طرح تدبیر اندیشیدن برای بیماری فرد بیمار).

ه) انجام مداخله درسه قسمت (پیشگیری اولیه، ثانویه، ثالثیه) مشابه انجام اقدامات لازم به منظور تدبیر اندیشی برای معالجه بیمار).

و) ارزشیابی طرح مداخله ای و بکارگیری نتایج آن برای جامعه (مشابه پیگیری نتایج بیمار). درصفحات بعدی توضیحات بیشتری در رابطه با این قسمت ها داده خواهد شد و همانطور که ذکر شد این گامها براساس مدلی است که آنرا مدل جامعه به عنوان یک درخواست کننده می نامند که نمودار آن در شکل نشان داده شده است (شکل ۱).

ساختار جامعه (چرخ جامعه) و ارزیابی آن Community Assesment - شکل ۲ جامعه دارای ۲ قسمت است:

۱- محور جامعه (محور چرخ) که مردم آن را می سازند و در این قسمت موضوعاتی مانند ارزشها، اعتقادات، تاریخ، و اطلاعات دموگرافیک مطرح می باشد.

۲- بخش های اطراف محور (زیرسیستم ها) که شامل ۸ قسمت می باشد عبارتند از:

الف: وضعیت زندگی در خانه ها (محیط فیزیکی)

ب: بهداشت و خدمات اجتماعی

ج: اقتصاد

د: سیاست و دولت

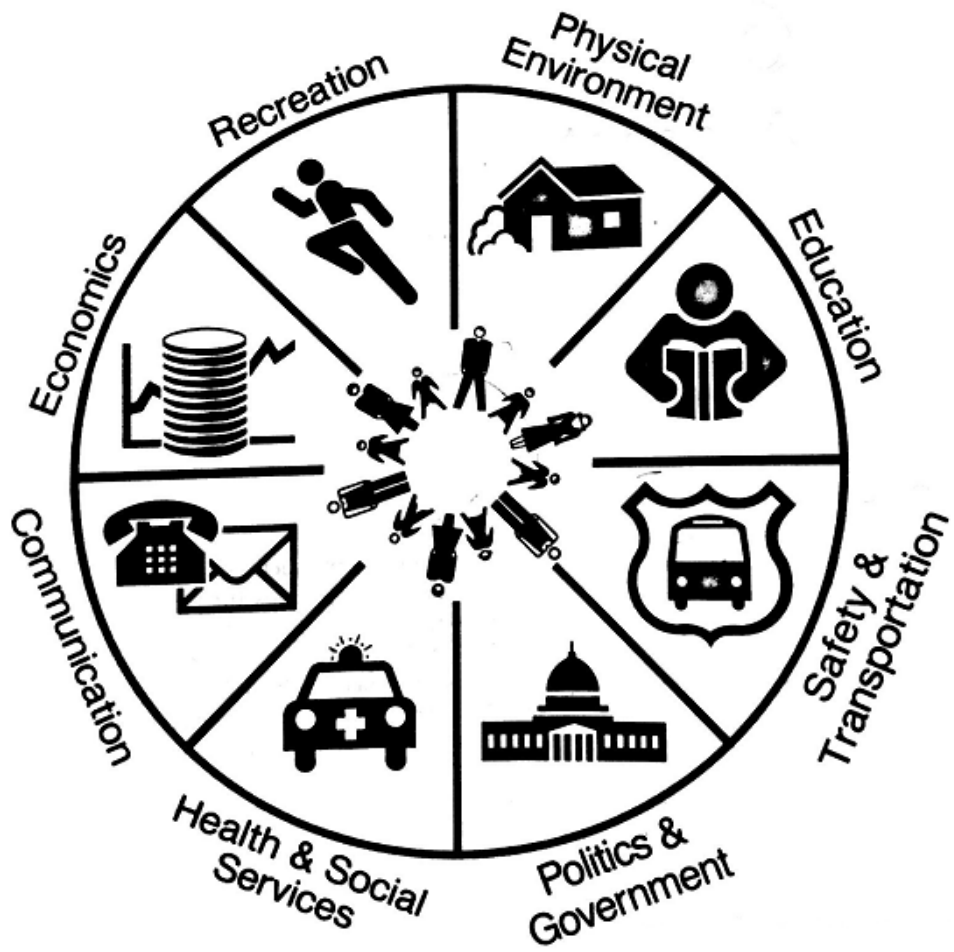
ه: ارتباطات

و: امنیت و حمل و نقل

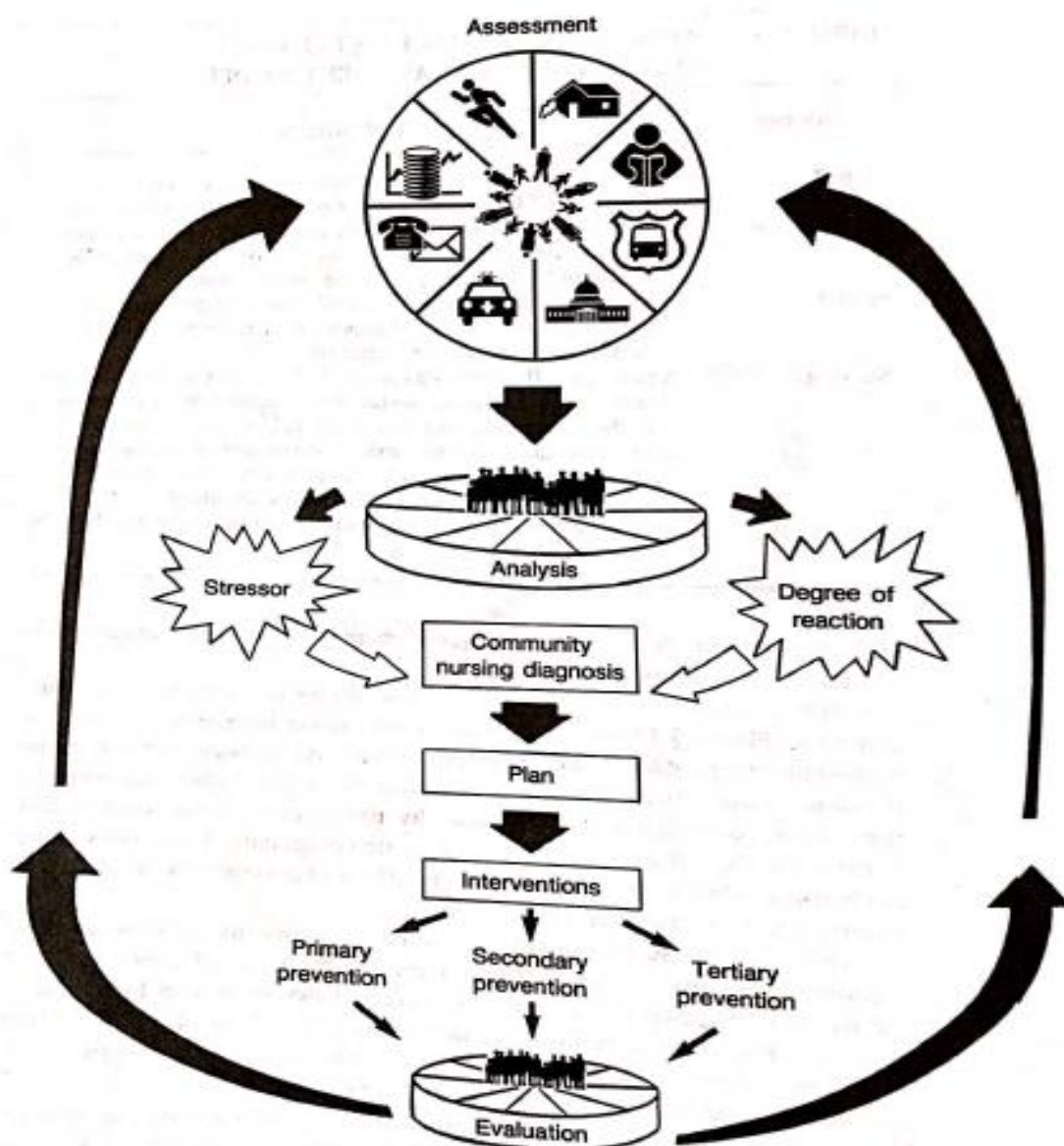
ز: آموزش

ح: تفریحات

* همه این زیر سیستم ها با یکدیگر در ارتباط هستند.



شکل ۱: ساختار جامعه (چرخ جامعه)



شکل ۲: ساختار جامعه (چرخ جامعه) و ارزیابی آن

۲- آسیب شناسی مشکل بهداشتی (شکل ۳)

برای اینکه از مشکلات بهداشتی جامعه سیمای روشنتری داشته باشیم ابتدا بایستی خطوط دفاعی جامعه، محرک های مختل کننده سلامت (Stressor) و بالاخره میزان عکس العمل جامعه درمقابل آن محرک ها موردتوجه قراردهیم.

۱-۲ خطوط دفاعی جامعه : سه نوع خطوط دفاعی وجود دارد .

الف : خط دفاعی طبیعی (که در شکل بصورت یک خط پیوسته محور جامعه و زیرسیستم های آن را احاطه کرده است) این خط دفاعی طبیعی ممکن است دربرگیرنده خصوصیات مثل بالا بودن میزان ایمنی و یا پایین بودن میزان مرگ و میر در نوزادان و..... باشد که ممکن است از قبل وجود داشته باشد و یا ایجاد شوند. مثلا داشتن یک کلینیک رایگان برای کشف و درمان بیماری های S.T.D برای جوانان .

ب: خط دفاعی قابل انعطاف (که در شکل بصورت خطوط منقطع محور جامعه و زیرسیستم های آن و خط دفاعی طبیعی را احاطه نموده است) . این خط نشان دهنده سطح متحول سلامتی جامعه است که نتیجه پاسخ های موقت به محرک ها (Stressor) می باشد. مثلا برای مبارزه با محرک های محیطی مثل سیل و زلزله و یا محرک های اجتماعی مثل بیکاری این خطوط دفاعی بصورت اتحادها و جنبش هایی بین همسایگان جامعه تشکیل گردد.

ج: در داخل جامعه خطوطی هم به نام خطوط مقاومتی وجود دارند . این خطوط معرف مکانیسم هایی داخلی هستند که بر علیه محرک ها عمل می کنند و در سراسر محدوده هر زیرسیستمی وجود دارند و نشان دهنده استحکام و قوت جامعه هستند (مثل تهیه یک برنامه تفریحی سالم بعد از ساعات مدرسه برای جوانان یا کاهش هزینه درمان بیماری های S.T.D جوانان).

توجه داشته باشید که در این شکل (شکل ۳) هشت زیرسیستم جامعه نیز توسط خطوط منقطع از یکدیگر مشخص شده اند و این بدان معنی است که هشت زیرسیستم بطور کامل از یکدیگر مجزا و مستقل نیستند ، بلکه هر کدام تحت تاثیر دیگری هستند.

۲-۲ محرک ها Stressors

عواملی هستند که برای جامعه بی ثباتی ایجاد می کنند (در بیماریهای انسان Etiology قلمداد می شود). محرک ها به دو گروه تقسیم می شوند :

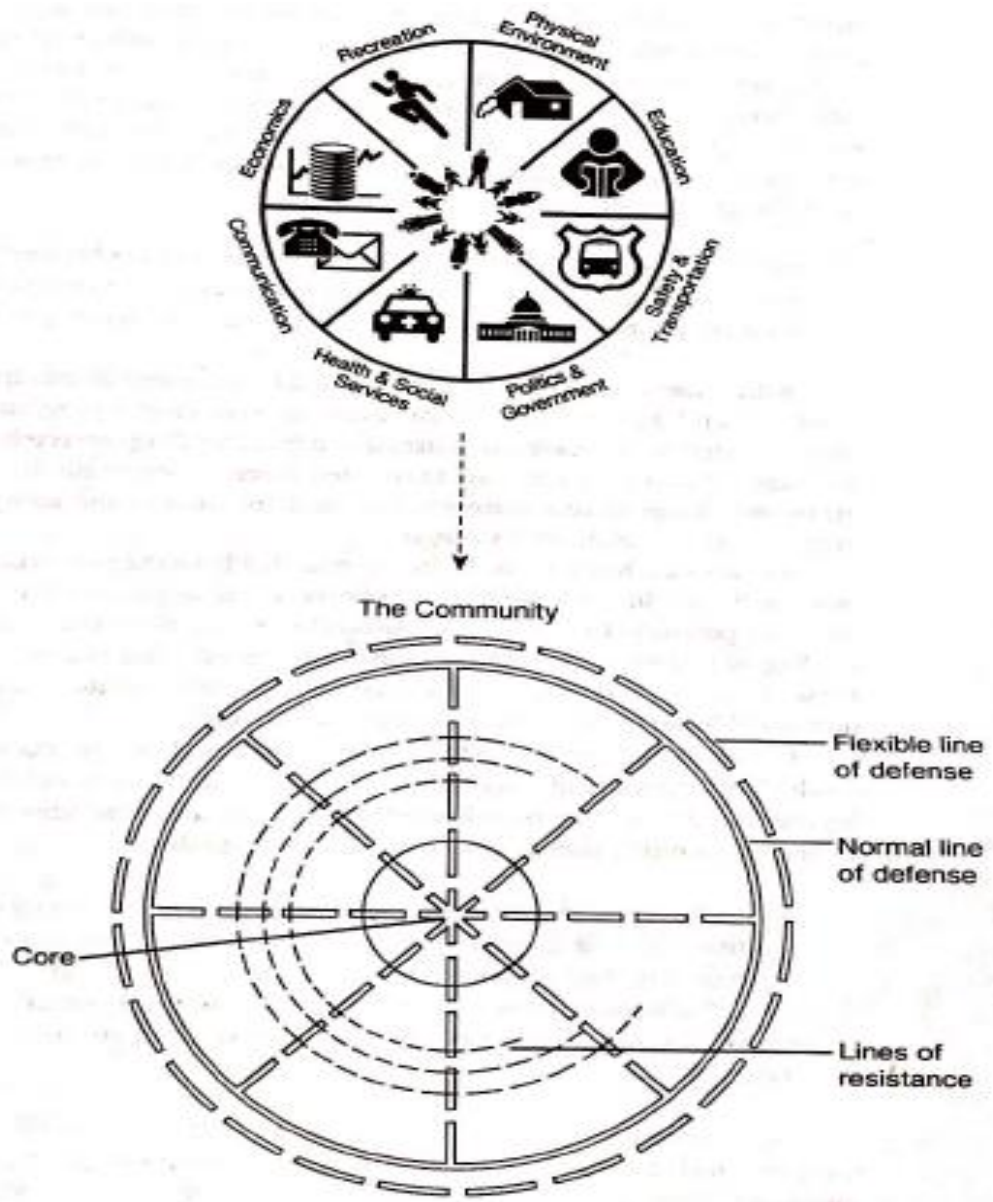
الف : محرک های داخلی INTERNAL STRESSORS : عواملی که از درون برای جامعه بی ثباتی ایجاد می کنند مانند تمامی ویروس ها و میکروب ها و یا بسته شدن یک مرکز بهداشتی .

ب: محرک های خارجی IXTERNAL STRESSORS : عواملی که از بیرون برای جامعه بی ثباتی ایجاد می کنند مانند آلودگی هوا و....

محرک ها می توانند در خطوط دفاعی طبیعی و قابل انعطاف نفوذ کرده و موجب شکاف و نا بسامانی در جامعه شوند. بطور کلی سرویسهای ناکافی ، ناقص ، نامناسب و غیر قابل دسترس محرک STRESSOR هستند و به مثابه تضعیف کننده های دفاع های بدن در فرد می باشند.

۲-۳ درجه عکس العمل جامعه به محرک ها :

میزان عدم تعادل و اختلالی که نتیجه تاثیر محرک ها بر روی خطوط دفاعی جامعه وارد شده را گویند که بصورت تغییر در میزان مرگ و میر - ناتوانایی ها - بیکاری و آمار جنایت ها و تغییر دزدشاکص های بهداشتی ظاهر می شود . نقشه قابل توجه این است که عکس العمل جامعه به این محرک ها همیشه منفی نخواهد بود و اغلب مثبت است . مثلا اگر جنایات افزایش یابد مردم اتحاد بیشتری برای چاره اندیشی خواهند پیدا خواهند کرد. برای ارزیابی این قسمت ها در جامعه می توان از چک لیستی که از محتویات بخش یک و، زیرسیستم های چرخ جامعه استخراج می شود Community assesment استفاده نمود .



شكل ٣: خطوط دفاعي جامع

۳- چگونگی مدیریت حل یک مشکل بهداشتی

همانطوریکه ذکر شد این بخش دارای ۶ مرحله به شرح ذیل می باشد:

۱- ارزیابی جامعه

۲- آنالیز اطلاعات و داده ها

۳- تشخیص مسایل مربوط به سلامتی جامعه

۴ و ۵- تدوین و اجرای طرح مداخله ای

۶- ارزشیابی

۱-۳، ارزیابی جامعه و سیستم ارائه دهنده خدمات بهداشتی درمانی Community assessment

خلاصه نکات مربوط به چگونگی گرفتن شرح حال و انجام معاینه جامعه بصورت زیر می باشد:

ارزیابی جامعه :

ارزیابی شامل مجموعه فعالیت هایی است که نسبت به شناخت یک جامعه انجام می شود. برای جهت دادن به این ارزیابی می توان از موارد زیر که مجموعه از فعالیت های یک جامعه رانشان میدهد استفاده کرد. این مجموعه شامل یک محور و تعدادی زیر سیستم است که آنرا احاطه کرده است .

الف : محور جامعه Community Core شامل :

- بررسی تاریخچه ، ارزش ها ، اعتقادات ، مذهب و رسوم جامعه .

- مطالعه دموگرافی و اطلاعات مربوط به سن ، جنس، نژاد و.....

- مطالعه انواع شکل خانواده ها (گروهی ، مجرد و....)

- مطالعه آمار مربوط به مرگ و میر ، موالید و بیماری های شایع منطقه .

ب: زیرمجموعه شامل :

۱- محیط فیزیکی : Physical Environmant

مشاهده وضعیت جغرافیایی منطقه ، امکانات عمومی ، مدارس، مراکز بهداشتی درمانی ، فضای سبز و خیابانها .

۲- بهداشت و خدمات اجتماعی Health and Social Service

بررسی سیستم های ارائه خدمات بهداشتی و اجتماعی .

۳- اقتصاد Economics

بررسی نوع مشاغل، خصوصیات مالی خانواده ها ، نیروی کار، طبقه بندی کارگران و وضعیت بازنشستگان

۴- سیاست و دولت Politics and Government

بررسی وضعیت ادارات ، نهادها و ارگانهای دولتی .

۵- امنیت حمل و نقل Safty and Transportation

بررسی خدمات بهسازی، پلیس، آتش نشانی و حمل و نقل عمومی جاده ها .

۶- ارتباطات Communication

بررسی وضعیت استفاده از وسایل ارتباط جمعی مثل روزنامه ها ، مجله ها ، رادیو تلویزیون و.....

۷- آموزش Education

بررسی میزان با سوادان، تعداد مدارس ، تعداد دانش آموزان به تفکیک دختر و پسر تعداد کودکانها و مهدهای کودک .

۸- تفریحات Recreation

بررسی وضعیت تفریحات سالم موجود در منطقه مثل کتابخانه ها ، پارک ها ، اماکن مذهبی و سالن ها و زمین های ورزشی .

۲-۳- آنالیز داده ها (تجزیه و تحلیل نتایج جمع آوری شده از ارزیابی) .

تعریف آنالیز : مطالعه و امتحان داده هاست که شامل موارد زیر خواهد بود :

۱- تعیین نیازهای مربوط به سلامتی جامعه (در رابطه با مسئله انتخاب شده برای حل) .

۲- روشن شدن نقاط قوت و ضعف در رابطه با آن مسئله .

۳- عوامل ایجاد کننده یا اقل موثر در ایجاد محرک ها .

۴- چگونگی عکس العمل جامعه .

۵- روند برخورد سیستم شبکه با مسئله مورد نظر.

به منظور آنالیزاطلاعات حاصل از ارزیابی جامعه مراحل زیربایستی انجام گیرد :

مرحله اول : دسته بندی اطلاعات جمع آوری شده .اطلاعات حاصل از ارزیابی جامعه به صورت زیر دسته بندی می شوند.

۱- مشخصات دموگرافیک : مثل شکل واندازه خانواده ، سن ، جنس، موقعیت وگروههای نژادی و....

۲- مشخصات جغرافیایی مثل حدود مرزها در سطح شهر وروستا ، تراکم خانه ها ، فضاهای عمومی وجاده ها .

۳- مشخصات اجتماعی ، اقتصادی مثل دسته بندی فعالیت ها ، مشاغل، درآمدها، میزان تحصیلات افراد ، وضعیت مالکیت ویا اجاره محل سکونت و.....

۴- مشخصات سرویس های خدماتی ومراکزبهداشتی درمانی مثل بیمارستانها ، کلینیک ها ومراکز بهداشت روانی و.....

بدین صورت هرکدام از زیرمجموعه های جامعه آنالیز خواهندشد واجزاءشركت کننده که هرکدام دارای نقشی دراین زیرمجموعه هستند ، یک دسته خاص را تشکیل می دهند وموردارزشیابی (Evaluation) قرار می گیرند.

مرحله دوم : شامل خلاصه کردن اطلاعات درهردسته است . دراین مرحله می توان داده ها (مطالب ومیزان ها) را بصورت جدول یا نمودارو.....مانند هرم سنی خلاصه نمود .

مرحله سوم : مشخص کردن خلاء های اطلاعاتی است که شامل مشخص نمودن اطلاعات ناهماهنگ وازقلم افتادگی ها می شود گاهی هم به نظر میرسد که اطلاعات نادرست است، بنابراین بررسی دوباره اعتبار منابع اطلاعاتی ضروری است . وجود خلاءهای اطلاعاتی یک امر اجتناب ناپذیر است مثل اشتباهاتی که درثبت اطلاعات اتفاق می افتد .

*شاید بهترین کاراین باشد که اطلاعات راازدید یک منتقد تجزیه وتحلیل نماییم وحتى الامکان ازبروز اشتباهات جلوگیری نماییم .

مرحله چهارم : آخرین بخش آنالیز مرحله نوشتن استنباطات است .دراینجا استنباط رامی توان روند استنتاج منطقی نتایج با استفاده ازشواهد، معنی نمود.

درمرحله استنباط است که تشخیص ها شکل می گیردوفردبرای تشخیص نهایی مسایل مربوط به سلامتی جامعه آماده می شود .

جدول ۱ و۲مثالی است از مراحل آنالیز هسته جامعه ویکی از زیر مجموعه های جامعه (زیرمجموعه امنیت حمل ونقل) که برای روشن تر موضوع شده است .

جدول شماره ۱- مثال برای آنالیز هسته جامعه

استنباطات	خلاصه مطالب و میزان ها	دسته بندی اطلاعات
حیات دوباره جامعه افتخارات جامعه	اختلافات فرهنگی وقومی ، تجدید و تعمیر ادارات و خانه ها ، روندانقلاب ووقایع غرورآفرین ووقایع نگران کننده دیگر	تاریخ آن جامعه
درصد بالای کودکان ونوجوانان نسبت بالای نیازمندی، درصد بالای افرادمسن درمقایسه بامناطق دیگر درصدزنان ومردان برابر است	۴۲٪/۵ جمعیت کمتر از ۱۹سال ۵۳٪ جمعیت کمتر از ۱۹سال وبیشتر از ۶۵سال ،۱۰٪ جمعیت بیشتر و مساوی ۶۵سال نیازبه اطلاعات ازسال ۱۳۶۰ برای مشخص کردن اینکه آیا اطلاعات ثابت بوده یا تغییر کرده ۴۸٪ جمعیت مردهستند ، ۴۵٪ جمعیت بین ، سنین ۲۰-۶۴ سال مردهستند	دموگرافی : سن خلاء اطلاعاتی جنس

جدول شماره ۲: مثال آنالیز زیرمجموعه امنیت و حمل و نقل

دسته بندی اطلاعات	خلاصه مطالب و میزانشها	استنباطات
مراقبت های بهداشتی آبهای جاری	در این منطقه صنعتی تستهای روتین برای وجود آرسنیک و فلزات سنگین در آب انجام نمی شود، فلوراید در آب آشامیدنی وجود ندارد	در نتیجه عدم تست های روتین برای وجود آرسنیک و فلزات سنگین ، عدم انجام آزمایشهای لازم و فقدان فلوراید در آب آشامیدنی ، بیماریهای مربوطه احتمال وقوع دارد.
دفع زباله	زباله ها هرروزه جمع آوری نمی شوند زباله ها یک تادوروز در پشت خانه ها باقی می مانند	افزایش آلودگی محیط زیست افراد جامعه و به ویژه کودکان در معرض مستقیم بیماریهای ایجاد شده توسط زباله ها هستند
امنیت سرویس های حفاظتی آتش نشانی و پلیس	۸ حادثه آتش سوزی در طول ۹۰ روز به علت بی احتیاطی افراد ، بیشترین موارد جرایم دزدی و سرقت خانه هادرشب	افزایش آتش سوزی ها که اکثراً به علت بی احتیاطی و عدم اطلاع و آموزش کافی مردم است

پس از طی کردن فاز تجزیه و تحلیل اطلاعات حاصله توضیحات و جداول بالا نوبت به تشخیص مسایل مربوط به سلامت که نتیجه جمع بندی تجزیه و تحلیل اطلاعات است ، پیش می آید که ذیلاً توضیح داده می شود.

۳-۳ تشخیص مسایل مربوط به سلامتی جامعه Community Health Problem Diagnosis

تعریف تشخیص :

تشخیص دستاوردی است که با ترکیب و ادغام اطلاعات آنالیز و دسته بندی شده حاصل می گردد ، به عبارت دیگر ، توصیف مسایل مشخص شده در جریان آنالیز است که در آن علایم (SING) و نشانه ها (Symptoms) بکار گرفته می شود تا علل ، معین گردد. خلاصه مراحل که در تشخیص مطرح هستند عبارتند از:

مرحله اول - توصیف داده ها و مستند نمودن شواهد ، علایم و نشانه ها .

مرحله دوم - تعیین علت که با عبارت " مربوط است به " بیان می شود .

مرحله سوم - بیان علایم و نشانه هایی که منعکس کننده تاثیر عوامل بر جامعه است و بصورت حساسیت ها ، نگرانی ها ، و ایجاد مسایل ظاهر می شود.

مثال : فلج اطفال در یک جامعه و مقایسه آن با فلج در یک فرد .

جدول ۳ (مثالی از جدول مربوط به قسمت تشخیص مسئله بهداشتی) و مقایسه چگونگی تشخیص در فرد یا جامعه .

مراحل فرد - جامعه	توصیف داده ها و مستند نمودن علایم و نشانه ها	تعیین علت	علایم و نشانه ها
فرد	لنگیدن ، لاغری پا ، شل پا ، و... که در بیمار به چشم می خورد	ویروس ... نیامدن بیمار برای واکسیناسیون به موقع	کشیدن پا موقع راه رفتن راه رفتن و یا کم بودن تعداد واکسنهایی که فرد دریافت داشته است
جامعه	تعداد بستری شدگان برای لنگیدن پا ، تعداد مراجعین به درمانگاه سرپایی ، تعداد مراجعات آنها برای دریافت کمک و درمان و... بر اساس گزارشات ثبت شده	کمی دانش مردم در رابطه با اهمیت واکسیناسیون و همچنین ضایعاتی که از بیماری حاصل می شود ، نبودن فرد واکسینه کننده ، کمبودهای زنجیره سرد و...	تعداد افرادی که می لنگند و یا تعداد افرادی که واکسن زده اند ، وضعیت زنجیره سرد و وجود واکسن ، استقبال از واکسیناسیون فلج اطفال

این تجزیه و تحلیل مربوط به اطلاعاتی است که از کل پارامترهای مربوط به جامعه (هسته جامعه ، زیرسیستم ها ، خطوط دفاعی و مقاوت ها ، محرک ها ، درجه عکس العمل جامعه به محرک ها) حاصل می شود. همانگونه که در این جدول مشاهده می شود چگونگی برهم خوردن سلامت جامعه با چگونگی اختلال در سلامت فرد قابل مقایسه است (این موضوع در طول دوره کارورزی واضح تر خواهد شد) .

پس از مشخص شدن مسایل (تشخیص) با توجه به امکانات و معیارهای تعیین اولویت و درجه بندی می شود (جدول ۴).

جدول ۴. معیارهای تعیین اولویت و درجه بندی

جدول ۴. معیارهای تعیین اولویت و درجه بندی

سایر معیارها									معیارهای وتو کننده			موضوع
جمع امتیازات	عدالت اجتماعی	مشارکت مردمی	کاربرد داشتن	همکاری بین بخشی	دوباره کاری	قابل اجرا بودن	با صرفه بودن	متناسب بودن با زمان	مرتبط بودن با اجزای PHC	ملاحظات اخلاقی	ملاحظات سیاسی	
	۳-۱	۳-۱	۳-۱	۳-۱	۳-۱	۳-۱	۳-۱	۳-۱				

متناسب بودن با زمان:

متناسب با زمان نیست ۱ امتیاز
تا حدودی متناسب با زمان است ۲ امتیاز
کاملاً متناسب با زمان است ۳ امتیاز

کاربرد داشتن:

شانس استفاده از نتایج وجود ندارد ۱ امتیاز
تا حدودی شانس استفاده از نتایج وجود دارد ۲ امتیاز
شانس خوبی برای استفاده از نتایج وجود دارد ۳ امتیاز

با صرفه بودن:

هزینه لازم با توجه به اثرات پیش بینی شده مطالعه بسیار بالا است ۱ امتیاز
هزینه لازم با توجه به اثرات پیش بینی شده مطالعه مناسب است ۲ امتیاز
هزینه لازم با توجه به اثرات پیش بینی شده مطالعه کم است ۳ امتیاز

همکاری بین بخشی:

به همکاری بین بخشی نیازی ندارد ۱ امتیاز
تا حدودی نیازمند همکاری بین بخشی است ۲ امتیاز
کاملاً نیازمند همکاری بین بخشی است ۳ امتیاز

قابل اجرا بودن:

با توجه به منابع موجود قابل اجرا نیست ۱ امتیاز
با توجه به منابع موجود قابل اجرا است ۲ امتیاز
با توجه به منابع موجود بسیار قابل اجرا است ۳ امتیاز

دوباره کاری:

مطالعات مشابه وجود دارد ۱ امتیاز
هر چند مطالعات مشابه وجود دارد ولی مسایل اصلی پوشش داده نشده است عدالت اجتماعی ۲ امتیاز
مطالعات مشابه وجود ندارد ۳ امتیاز

مشارکت مردمی:

اصلا نیازمند مشارکت مردمی نیست ۱ امتیاز
تا حدودی نیازمند مشارکت مردمی است ۲ امتیاز
کاملا نیازمند مشارکت مردمی است ۳ امتیاز

عدالت اجتماعی:

فقط بخشی از جمعیت تحت پوشش بهره مند خواهند شد ۱ امتیاز
تا حدودی تمام اقشار را بهره مند می سازد ۲ امتیاز
کلیه اقشار جامعه را تحت تأثیر قرار می دهد ۳ امتیاز

۴-۵ تدوین و اجراء طرح مداخله ای INTERVENTION

پس از انجام مراحل تشخیص مسئله مربوط به سلامتی جامعه قسمت بعدی که تدوین طرح مداخله ای مدیریتی است مطرح می گردد. لازم به ذکر است که چون دوره آموزشی دانشجویان (کارورزان) بسیار کوتاه است (یک ماه) بالطبع نمی توان برای کل مشکلات موجود طرح نوشت به همین علت ترجیحاً بر روی یکی از مسائلی که از طریق جدول مربوط به اولویت بندی مسایل بهداشتی در جایگاه انتخاب اول قرار می گیرد.

تشخیص خاص SPECIAL HEALTH PROBLEM DIGNOSIS صورت می پذیرد به عبارت دیگر یکی از مسائلی که حل آن در اولویت مدیریتی قرار دارد انتخاب شده و محرک ها (STRESSORS) مشخص و یکی از آنها که قابل برطرف کردن در طول دوره کارورزی می باشد، انتخاب و سپس طرح مداخله ای آن تدوین شده و به اجراء درمی آید و بقیه اطلاعات تحقیق در اختیار مسئولین و کارورزان بعدی قرار خواهد گرفت.

اگر مشکل حاصله از تشخیص مسایل بهداشتی جامعه بیماری نباشد طرح مداخله ای مرتبط رامی توان بر طبق اصول:

* Planning a health program تدوین و به مرحله اجراء درآورد که مراحل آن بطور خلاصه به شرح ذیل می باشد:

۱- تشکیل کمیته ویژه (درون بخشی و برون بخشی بامشارکت ارگانهای دولتی مثل جهاد و تشکیلات مردمی مثل شوراها و.....)

۲- تجزیه و تحلیل وضع موجود شامل بررسی مسایل ذیل می باشد:

الف) سیاست های مربوط به توسعه اجتماعی اقتصادی و سیاست های بهداشتی

ب) وضعیت اقتصادی اجتماعی

ج) وضعیت جمعیتی

د) وضعیت اپیدمیولوژیکی

ه) وضعیت امکانات بهداشتی درمانی

و) وضعیت خدمات بهداشتی درمانی

موارد فوق به عنوان اهداف طرح مداخله ای معین می گردند.

۳- پس از اینکه مشکل سلامتی جامعه مشخص شد اهداف مورد نظر برای رفع آن مشکل با یستی نوشته شود .

۴- پس از فرموله کردن اهداف قدم بعدی تنظیم استراتژی های بهداشتی و مشخص نمودن برنامه فعالیتها (Program activities) است.

یک استراتژی بهداشتی بایستی در جهت ارائه حجم معینی از فعالیت ها و مراقبت های بهداشتی اولیه که مستقیماً بانیل به اهداف بهبود وضعیت بهداشت ارتباط دارند، تنظیم شده باشد. کلیه استراتژی هایی که در نظر گرفته می شوند باید دارای خصوصیات ذیل باشند :

الف) با استفاده از تکنولوژی های موجود و قابلیت کاربرد عملی در سطح جامعه تعیین گردد.

ب) عمدتاً از امکانات موجود در جامعه ، منطقه، استان و یا کشور استفاده نماید .

ج) انعطاف پذیر باشد بطوریکه با توجه به شرایط محلی با راه حل های مختلف تطبیق نماید .

د) از نظر تکنولوژیک راه حل های عملی داشته باشد .

ه) باضوابط ، قوانین و سیاست های دولت سازگار باشد .

و) هماهنگی بین بخش های مختلف دولتی و سازمان های غیر دولتی رادر زمینه برنامه ریزی و اجرای مراقبت های بهداشتی اولیه ترویج نماید .

ز) مردم را به مشارکت فعال در مراحل تصمیم گیری و اجرای برنامه ها تشویق نمایند .(بررسی راههایی که در طی آن کارورز بتواند از مشارکت مردمی در اجرای طرح سلامتی خود به نحو احسن استفاده نماید (Collaboration) .

پس از اینکه عملی ترین استراتژی ها شناسایی شدند ، قدم بعدی این است که معلوم کنیم بهترین و موثرترین راه برای به اجراء آوردن استراتژی مورد نظر کدام است بنابراین :

۱- بادر نظر گرفتن موارد فوق نوشتن برنامه فعالیت ها (Program activity) به کارورز کمک می کند تا اقداماتی که در این طرح جهت ارتقاء سطح سلامتی می بایست انجام شود بصورت شماتیک درآید .

در نوشتن برنامه فعالیت ها نکات زیر بایستی رعایت شود.

الف) فعالیت ها باید بصورت متوالی و منظم نوشته شود بطوریکه انجام هر مرحله بتواند زمینه و راهگشا در جهت اجرای مرحله بعدی باشد .

ب) زمان اجرای هر فعالیت باید مشخص باشد . (تاریخ معین داشته باشد) .

۶- منابع وامکانات (پرسنلی ، تدارکاتی ، مالی و) و تخصیص منابع بررسی گردند .
کارورز باید درکنار هرهدف ، منابع و تجهیزات موردنیاز جهت اجرای طرح وتنگناها یی را که درسرا راه
اجرای آن قرار دارند مشخص نماید . زیرا معمولاً همه منابع و تجهیزات موردنیاز قابل دستیابی نیستند .
۷- کارورز یک باردیگر عنوان کامل طرح خودرا نوشته ودرکنارآن منابع قلیل دسترس وتنگناها رامی
نویسد . سپس کارورز باید سعی کند به منظور رفع تنگناها ازمنابع قابل دسترس به شکل مطلوب استفاده

نموده و یک برنامه اصلاح شده (Revised plan) در رابطه با آن بخش از طرح که به مانع برخورد کرده است ، بنویسد .

۸- در آخرین مرحله پس از نوشتن برنامه های اصلاح شده کارورز برنامه ریزی نهایی خود را ثبت نماید (Recording) . اما اگر مسئله مورد تشخیص " بیماری " باشد طرح مداخله ای متناسب با دوره آموزشی که دارای سه قسمت پیشگیری اولیه ، ثانویه و ثالثیه باشد تدوین و به اجرا درآید . به عنوان مثال انجام واکسیناسیون یک نوع پیشگیری اولیه برای جامعه است تا خطوط دفاعی آن را مستحکم کند و پیشگیری ثانویه زمانی مطرح می شود که یک محرک از دیوار دفاعی سلامت جامعه به دیوار دفاعی سلامت جامعه نفوذ کرده و بایستی اقدام صورت گیرد تا درجه تخریب آن را در جامعه کاهش دهیم مانند غربالگری برای فشارخون و کشف و ارجاع موارد بیماری برای درمان .

پیشگیری ثالثیه زمانی است که محرک از دیوار دفاعی عبور کرده و عوارضی را بر جای گذاشته و این پیشگیری انجام می شود تا میزان بی ثباتی و تخریب بیشتر نشود و ارتقاء به سمت سلامت و تعادل حاصل گردد . و اگر طرح مداخله ای (افزایش آگاهی های بهداشتی مردم در رابطه با مشکل مورد نظر بوده) طرح مداخله ای طبق اصول آموزش بهداشت تدوین شده و به اجرا درمی آید .

مراحل تدوین یک طرح مداخله ای را می توان به صورت زیر خلاصه نمود.

- تشکیل کمیته ویژه (درون بخشی و برون بخشی)
- تجزیه و تحلیل وضع موجود (اقتصادی ، سیاسی ، اجتماعی ، جمعیتی و.....)
- تعیین اهداف
- تنظیم استراتژی بهداشتی و نوشتن برنامه فعالیت ها
- بررسی منابع و امکانات و تخصیص منابع
- نوشتن برنامه اصلاح شده (Revised plan) با توجه به امکانات و تنگناها
- ثبت برنامه
- تدوین ارزشیابی
- اجراء
- اجراء ارزشیابی
- نکات مهم :

نکته بسیار حائز اهمیت این است که در کلیه مراحل بالاخص مرحله تدوین طرح مداخله ای توجه شود که چون فعالیت مدیریتی برای حل مسئله باید در بطن نظام شبکه ای درمانی باشد (مبتنی بر استراتژی P.H.C) الزاماً اصول و سطوح اجزاء P.H.C باید اساس تدوین طرح مداخله ای و اجرای آن باشد .

نکته دیگر اینکه این نوع مدیریت می تواند برای جوامع کوچکتری مانند مدرسه و خانه و غیره نیز انتخاب گردد.

۳-۶ چگونگی ارزشیابی طرح های مداخله ای بسیار مفصل است ولی در قالب آموزش یک ماهه کارورزی به توضیحات زیر بسنده می کنیم .

پس از اجرای طرح مداخله ای ، مرحله انجام ارزشیابی پیش می آید و در آن محرک هایی را که در نتیجه H.S.R به دست آمد و در راستای حل مسئله بهداشتی برای آنها طرح مداخله ای نوشته شد ، در نظر گرفته و اثرات طرح مداخله ای بر روی مشکل بهداشتی را ارزشیابی می کنیم ، تا میزان تاثیر مداخله معین گردد. مثلاً در مورد مثال های قبلی می توان افزایش واکسیناسیون ، موارد کشف و ارجاع فشارخون و کاهش ناتوانی ها را معیارهایی برای ارزشیابی قرار داد و یا اگر با توافق مسئولین شبکه محرک ها و مشکل بهداشتی انتخاب شدند ، قبل و بعد از مداخله یک بررسی مقایسه ای طبق اصول مربوط به روش تحقیق صورت گرفته و تفاوت آنها می تواند به عنوان ارزشیابی طرح مداخله ای ارائه گردد.