



گزارش سمپوزیوم علمی
ادغام خدمات مراقبت‌های اجتماعی
در نظام مراقبت‌های اولیه
گروه علمی سلامت اجتماعی





گزارش سمپوزیوم علمی

ادغام خدمات مراقبت‌های اجتماعی

در نظام مراقبت‌های اولیه

سرشناسه: سمپوزیوم علمی ادغام مراقبت‌های اجتماعی در نظام مراقبت‌های اولیه (۱۳۹۴: تهران)
عنوان و نام پدیدآور: گزارش سمپوزیوم علمی ادغام مراقبت‌های اجتماعی در نظام مراقبت‌های اولیه/ گردآوری و تألیف
سید حسن امامی‌رضوی، بهزاد دماری و همکاران؛ [به سفارش] فرهنگستان علوم پزشکی جمهوری اسلامی ایران،
گروه علمی سلامت اجتماعی.

مشخصات نشر: تهران: طب و جامعه، ۱۴۰۰.

مشخصات ظاهری: ۳۶ ص.

شابک: ۹۷۸-600-7222-44-7

وضعیت فهرست نویسی: فیبا

موضوع: مراقبت‌های اولیه بهداشتی -- ایران -- کنگره‌ها

موضوع: Primary health care -- Iran -- Congresses

موضوع: سلامت‌پروری -- ایران -- جنبه‌های اجتماعی -- کنگره‌ها

موضوع: Health promotion -- Social aspects -- Iran -- Congresses

موضوع: خدمات اجتماعی -- ایران -- کنگره‌ها

موضوع: Social service -- Iran -- Congresses

شناسه افزوده: امامی‌رضوی، سیدحسن، ۱۳۲۸-

شناسه افزوده: دماری، بهزاد، ۱۳۵۲-

شناسه افزوده: فرهنگستان علوم پزشکی جمهوری اسلامی ایران. گروه علمی سلامت اجتماعی

رده بندی کنگره: ۹/۹۷۴۲۷ RA

رده بندی دیویی: ۳۶۲/۱۷۶۰۹۵۵

شماره کتابشناسی ملی: ۷۶۳۴۲۳۱

اطلاعات رکورد کتابشناسی: فیبا

گزارش سمپوزیوم علمی

ادغام خدمات مراقبت‌های اجتماعی

در نظام مراقبت‌های اولیه

گردآوری و تألیف: دکتر سید حسن امامی‌رضوی، دکتر بهزاد دماری و همکاران

ویرایش: مرضیه خونانی و لیلا حسینی

طرح جلد و صفحه‌آرایی: مرضیه خونانی

ناشر: انتشارات طب و جامعه

تیراژ: ۵۰۰ جلد

نوبت چاپ: اول

بهار ۱۴۰۰

قیمت: اهدایی

(این کتاب به سفارش گروه علمی سلامت اجتماعی فرهنگستان علوم پزشکی چاپ شده است و قابل فروش نیست)

شابک: ۹۷۸-۶۰۰-۷۲۲۲-۴۴-۷

ISBN: 978-600-7222-44-7

«کلیه حقوق متعلق به گروه علمی سلامت اجتماعی فرهنگستان علوم پزشکی جمهوری اسلامی ایران می‌باشد»
نشانی: تهران، بزرگراه حقانی، مجموعه فرهنگستان‌های جمهوری اسلامی ایران - تلفکس: ۰۲۱-۸۸۶۴۵۵۱۳-۱۶

گروه مؤلفان

سخنران ها (به ترتیب ارائه سخنرانی)

- دکتر حسین ملک افضلی
- دکتر محمدتقی یاسمی
- دکتر احمد حاجبی
- دکتر حبیب اله مسعودی فرید
- دکتر بهزاد دماری

اعضای پانل (به ترتیب حروف الفبا)

- دکتر عزت‌الله سام آرام (عضو گروه سلامت اجتماعی فرهنگستان علوم پزشکی)
- دکتر مصطفی اقلیما (انجمن علمی مددکاری اجتماعی ایران)
- دکتر محمدهادی ابازی (وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی)
- دکتر حسین باهر (عضو گروه سلامت اجتماعی فرهنگستان علوم پزشکی)
- دکتر حمیدرضا برادران (عضو گروه سلامت اجتماعی فرهنگستان علوم پزشکی)
- دکتر امیرحسین تکیان (عضو گروه سلامت اجتماعی فرهنگستان علوم پزشکی)
- دکتر علیرضا حمیدی فر (مدیر کل اجتماعی نیروی انتظامی جمهوری اسلامی ایران)
- دکتر محمدمهدی حیدریان (وزارت تعاون، کار و رفاه اجتماعی)
- دکتر حمیدرضا خرم‌خورشید (دانشگاه علوم بهزیستی و توان‌بخشی)
- دکتر علی رمضانخانی (عضو گروه سلامت اجتماعی فرهنگستان علوم پزشکی)
- دکتر علی‌محمد زنگانه (معاونت پیشگیری و اجتماعی قوه قضائیه)
- دکتر مرتضی میرباقری (وزارت کشور)
- دکتر محمدعلی مسعودی اصل (مرکز پژوهش‌های مجلس شورای اسلامی)
- دکتر علی منتظری (عضو گروه سلامت اجتماعی فرهنگستان علوم پزشکی)
- دکتر فرهاد نصرتی‌نژاد (عضو گروه سلامت اجتماعی فرهنگستان علوم پزشکی)
- دکتر عباسعلی ناصحی (عضو گروه سلامت اجتماعی فرهنگستان علوم پزشکی)
- دکتر ابوعلی ودادهیر (عضو گروه سلامت اجتماعی فرهنگستان علوم پزشکی)

جمع‌بندی و نتیجه‌گیری

- دکتر سید حسن امامی‌رضوی

فهرست عناوین

۷	پیشگفتار
۹	برنامه سمپوزیوم
۱۱	افتتاحیه سمپوزیوم
۱۳	فصل اول) سخنرانی‌ها
۱۵	▪ ضرورت ادغام مراقبت‌های اجتماعی در نظام مراقبت‌های اولیه کشور
۱۹	▪ تجربیات جهانی ادغام خدمات اجتماعی در نظام مراقبت‌های اولیه
۲۱	▪ تجربیات ملی در زمینه ادغام مراقبت‌های اجتماعی در نظام مراقبت‌های اولیه سلامت
۲۳	▪ دارایی‌های ملی، استانی و شهرستانی برای تدارک مراقبت‌های اجتماعی مددجویان
۲۵	▪ بسته مراقبت‌های اجتماعی قابل ادغام در نظام مراقبت‌های اولیه سلامت
۲۹	فصل دوم) پانل
۳۵	فصل سوم) جمع‌بندی و نتیجه‌گیری

پیشگفتار

گروه علمی سلامت اجتماعی یکی از گروه‌های نوپا در فرہنگستان علوم پزشکی جمهوری اسلامی ایران است. ویژگی این گروه ترکیب متنوع متخصصان مرتبط به حوزه اجتماعی و توسعه پایدار است که رابہکده‌های متفاوت و جامعی را برای مسائل اجتماعی ارائه می‌دهند. فرہنگستان هر ساله بر اساس برنامه‌های عملیاتی هر گروه علمی از آن با حمایت کرده و سعی می‌کند نتیجہ به دست آمده از گفتان‌های گروه‌های علمی را بہ مسئولان ذی ربط در قوای سه‌گانه ارسال و حمایت طلبی کند. سوابق گروه نشان می‌دهد کہ در این مسیر موفق بوده است و موارد متعددی از جملہ تشکیل کارگروه کاهش ترک تحصیل، وزارت آموزش و پرورش، شکل‌گیری طرح‌های پیشگام در نظام مراقبت اجتماعی جامع در سازمان بہزیستی کشور و مصوبات شورای اجتماعی در زمینہ تدوین سیاست سلامت اجتماعی کشور نشان‌دهندہ این تاثیر است.

سموزیم یکی از برنامه‌های سالانہ این گروه بوده و ہر بار بہ یکی از موضوعات تخصصی می‌پردازد. انتشار محتوی مباحث ارائه شده کامی است برای بہ کارگیری نتیجہ این نوع گفتان در مجامع سیاست‌گذاری اجتماعی.

دکتر سید حسن امامی رضوی

رئیس گروه سلامت اجتماعی فرہنگستان علوم پزشکی

دکتر سید علیرضا مزیدی

رئیس فرہنگستان علوم پزشکی

برنامه سمپوزیوم

زمان برگزاری:

یازده اسفند ماه ۱۳۹۴ از ساعت ۸ لغایت ۱۲، طبقه سوم فرهنگستان علوم پزشکی جمهوری اسلامی ایران

مخاطبان:

دستگاه‌های ملی ذی‌نفع در تدارک حمایت‌های اجتماعی

هدف سمپوزیوم:

دستیابی به مستند حمایت‌طلبی در زمینه ضرورت و چگونگی ادغام خدمات اجتماعی در نظام مراقبت‌های اولیه سلامت

زمان	عناوین برنامه	
۸ - ۸:۳۰	تلاوت قرآن و سرود ملی، خیرمقدم رئیس فرهنگستان علوم پزشکی	
۸:۳۰ - ۱۰	<ul style="list-style-type: none"> - دکتر حسین ملک افضلی: ضرورت ادغام مراقبت‌های اجتماعی در نظام مراقبت‌های اولیه کشور - دکتر محمدتقی یاسمی: تجربیات جهانی ادغام خدمات اجتماعی در نظام مراقبت‌های اولیه - دکتر احمد حاجبی: تجربیات ملی در زمینه ادغام مراقبت‌های اجتماعی در نظام مراقبت‌های اولیه سلامت - دکتر حبیب اله مسعودی فرید: دارایی‌های ملی، استانی و شهرستانی برای تدارک مراقبت‌های اجتماعی مددجویان - دکتر بهزاد دمازی: بسته مراقبت‌های اجتماعی قابل ادغام در نظام مراقبت‌های اولیه سلامت 	سخنرانی‌ها
۱۰ - ۱۱	<ul style="list-style-type: none"> - دکتر محمدمهدی حیدریان (وزارت تعاون، کار و رفاه اجتماعی) - دکتر مرتضی میرباقری (وزارت کشور) - دکتر علیرضا حمیدی‌فر (نیروی انتظامی) - دکتر محمدهادی ایازی (وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی) - دکتر علی محمد زنگانه (معاونت پیشگیری و اجتماعی قوه قضائیه) - دکتر محمدعلی مسعودی اصل (مرکز پژوهش‌های مجلس شورای اسلامی) - دکتر حمیدرضا خرم‌خورشید (دانشگاه علوم بهزیستی و توان‌بخشی) - دکتر مصطفی اقلیما (انجمن علمی مددکاری اجتماعی ایران) 	نظرات اعضای پانل سمپوزیوم
۱۱ - ۱۱:۴۵	<ul style="list-style-type: none"> - دکتر حسین باهر، دکتر فرهاد نصرتی‌نژاد، دکتر امیرحسین تکیان، دکتر علی رضائیان، دکتر عباسعلی ناصحی، دکتر ابوعلی ودادهیر، دکتر مصطفی اقلیما، دکتر حمیدرضا برادران، دکتر عزت‌الله سام آرام، دکتر علی منتظری 	نظرات اعضای گروه سلامت اجتماعی فرهنگستان
۱۱:۴۵ - ۱۲	دکتر علیرضا مرنندی، دکتر سید حسن امامی‌رضوی، دکتر بهزاد دمازی	جمع‌بندی رئیس، نایب رئیس و دبیر علمی سمپوزیوم

اقتحاج سموزيوم

دکتر سيد حسن امامی رضوی رئيس گروه علمی سلامت اجتماعی فرهنگستان علوم پزشکی

عرض سلام و ادب می کنیم خدمت اساتید بزرگوار؛ ابتداً توضیح خلاصه‌ای عرض می‌کنم: گروه علمی سلامت اجتماعی فرهنگستان جزو گروه‌های نوپاست و سومین سال فعالیت خود را طی می‌کند. یکی از برنامه‌هایی که مدّ نظر بود و جزو دستور کار فرهنگستان هم بود، ارائه بحث‌های مسائل مطرح در بین صاحب‌نظران در قالب کارگاه، سخنرانی، و سمپوزیوم بود. ما مشابه این سمپوزیوم را سال گذشته داشتیم که بیشتر روی مفاهیم سلامت اجتماعی و تحقیقات انجام شده در حول و حوش آن بود. مباحث آن جلسه را جمع‌بندی کردیم و همین طور تحقیقاتی را که در گروه انجام شده بود را طی یک برنامه حمایت‌طلبی در شورای آینده‌نگاری فرهنگستان ارائه کردیم و مجموعه این بحث‌ها را چاپ کردیم. این بحث‌ها علاوه بر انتشار، به ذی‌نفعان و صاحب‌نظران و کسانی که ذی‌مدخل در مسائل اجرایی هستند هم منعکس می‌شود؛ یعنی مباحثی که در جلسه شورای آینده‌نگاری مطرح شده بود، طی نامه جناب آقای دکتر مرندي به رؤسای سه قوه منعکس و پیشنهادات مطرح شد. بعضی از قوا آن را به صورت جدی در دستور کار و برنامه قرار دادند و برخی هم در حال جریان است. یکی از بحث‌های حمایت‌طلبی، بحث پیگیری پیشنهادات اعضای گروه و فرهنگستان در بین نهادهای اجرایی هست که در این جهت هم گروه تلاشش را کرده است تا مؤثر واقع شود؛ همچنین مستنداتی که ما به عنوان پروژه‌های کاری جمع کرده بودیم، در همان مقاطعی که پروژه‌ها تکمیل می‌شد، نتیجه‌اش را گروه احصاء می‌کرد و به وزارتخانه‌های مربوطه منعکس می‌شد. حدود ۸ مورد را به خاطر هست که نامه نوشتیم و حداقل ۳ مورد را بازخورد داشتیم که از ورود فرهنگستان به این موضوعات تشکر کرده بودند و نیز درخواست پیگیری موضوعات را داشتند.

موضوعی که امروز در خدمت دوستان هستیم، این است که بحث سلامت اجتماعی چگونه در بستر شبکه ادغام شود. تلاش‌های زیادی برای گسترش شبکه چه در ابعاد کمی و چه در ابعاد کیفی انجام شده است.



در سیاست‌های کلی سلامت که در فروردین سال ۱۳۹۳ توسط مقام معظم رهبری ابلاغ شد، تأکید جدی شده که ارائه خدمات سلامت در بستر شبکه بهداشتی- درمانی باید صورت بگیرد و همه خدمات باید در این حوزه ادغام شود. آقای دکتر ملک افضلی اولین سخنران ما هستند، تشکر می‌کنیم که قبول زحمت فرمودند.

فصل اول

سخترانی ما

ضرورت ادغام مراقبت‌های اجتماعی

در نظام مراقبت‌های اولیه کشور

دکتر حسین ملک افندی، استاد دانشگاه علوم پزشکی تهران

از آقای دکتر امامی‌رضوی به خاطر برگزاری سمپوزیوم تشکر می‌کنم. نظام PHC ما، تقریباً ۴۰ ساله هست؛ یعنی قبل از انقلاب در سال‌های ۱۳۵۳-۱۳۵۲ شروع شد و بعد از انقلاب توسعه خوبی پیدا کرد و هنوز هم زنده هست. این نظام بر اساس انگیزه عدالت اجتماعی شکل گرفته است. اساساً در آن زمان هم که بحث مراقبت‌های بهداشتی اولیه^۱ مطرح شد، صدای آن از کشورهایی در آمد که به ظاهر تر عدالت اجتماعی داشتند؛ یعنی کشورهایی که مرام سوسیالیستی داشتند، اعلامیه آلماتا از همان جاها بوده است. بعد از آن در نظام اسلامی که بنیادش بر اساس عدالت اجتماعی است، این موضوع خیلی مورد توجه قرار گرفت و آن توسعه‌ای که بعد از انقلاب پیدا شد، انگیزه‌اش همان عدالت اجتماعی^۲ بود. این انگیزه نه تنها در حوزه بهداشت، بلکه در عرصه‌های دیگری، مثلاً عرصه آموزش، هم وجود داشت. مجموع این‌ها توانست آثار مثبتی داشته باشد. از زمانی که PHC در کشور شکل گرفت، هم به دلیل نیاز و هم به دلیل اعلامیه‌ای که در آلماتا صادر شده بود و روی ۸ عضو PHC تأکید داشت، رویکرد ما پاسخ به سلامت جسمی بود؛ یعنی ساختار PHC بر سلامت جسمی تأکید می‌کرد. علت این بود که در آن زمان، مشکل اساسی، به خصوص در گروه‌های آسیب‌پذیر جامعه مثل کودکان و مادران، مسائلی وجود داشت که در حوزه سلامت جسمی قرار می‌گرفت. مثل کودکانی که به علت بیماری‌های قابل پیشگیری به وسیله واکسن، از بین می‌رفتند یا بیماری‌های اسهالی یا حاد تنفسی و یا

^۱ Primary Health Care

^۲ Social Justice

مرگ و میر مادران و زایمان ایمن و یا آب آشامیدنی سالم و از این دست بحث‌ها، خلاصه اینکه درمان بیماری‌هایی که شایع بودند، اولویت داشت. بنابراین رویکرد، رویکرد سلامت جسمی بود. شاید آن زمان بیماری‌های غیر واگیر یا مسائل اجتماعی خیلی برجسته نبود به این دلیل که آن زمان شرایط، شرایط سنتی بود و زمینه‌سازهای افزایش مسایل اجتماعی به شدت حال حاضر نبود. ما PHC را در کشور با بهداشت خانواده شروع کردیم. در واقع هسته PHC ما، بهداشت خانواده بود و این نکته مثبتی بود. یعنی اولین بار مادر و کودک را به اصطلاح به شکل ادغام یافته و در PHC مطرح کردیم. حتی در درون خود وزارت بهداشت هم در مقابل تشکیل این تفکر، مقاومت بود. بعد از تلاش‌های زیادی که شد و نقش مهمی که آقای دکتر مرنیدی در رهبری این کار داشتند، اول بهداشت محیط و سپس مبارزه با بیماری‌ها وارد شد؛ یعنی در خود وزارت بهداشت، با این که وزیر و معاون هم می‌خواست، ولی دو اداره کل مقاومت می‌کردند و اعتقاد داشتند که باید خدماتشان را به صورت عمودی ارائه کنند، ولی به تدریج این اتفاق افتاد و این‌ها در PHC ادغام شدند. البته بعداً حرکت خوبی در کشور انجام شد، که ما از حوزه سلامت جسمی، به حوزه سلامت روانی^۱ رفتیم و آن را در نظام شبکه ادغام کردیم. که این کار در دنیا نمونه بود. مرحوم دکتر شاه محمدی، آقای دکتر محیط و آقای دکتر یاسمی نقش بسزایی در آن داشتند؛ ولی هیچ‌وقت بحث سلامت اجتماعی به شکلی که امروزه مطرح است، نبود. اما در خود مراقبت‌های بهداشتی اولیه زمانی که در آلمان‌ها اعلام شد، به دو اصل خیلی توجه شد: (۱) بحث مشارکت مردم؛ (۲) همکاری بین بخشی.

انجا اعلام شد که اگر بخواهیم سلامت مردم را تأمین کنیم، مردم خودشان باید در این فرایند مشارکت فعال داشته باشند. همچنین سایر بخش‌ها هم باید وارد شوند. غیر از بحث عدالت اجتماعی و آن نگاهی که در انقلاب وجود داشت، دو یا سه نکته دیگر هم وجود داشت، که رمز موفقیت ما بود:

(۱) کار ما مبتنی بر شواهد علمی^۲ بود. و اصل شواهد علمی ما، تجربه‌ی آذربایجان غربی بود که یک مستند بسیار قوی به شمار می‌رفت؛

¹ Mental Health

² Evidence-based

۲) همچنین به این دلیل که در دانشگاه‌های علوم پزشکی ادغام شده بودیم، می‌شد فضای علمی را در PHC استشمام کرد و افرادی بودند که نگاه علمی داشتند و توانستند در جاهای مختلف مستندات علمی ایجاد کنند. این ادغام‌هایی که اتفاق افتاد (در سل، مالاریا، سلامت روانی) همه این‌ها در واقع مبانی علمی لازم را داشت. یعنی یکی از برکات ادغام آموزش در نظام ارائه خدمات، همین بحث ساری و جاری شدن علم در PHC بود. البته مضراتی هم داشت.

۳) همان طور که اشاره کردم، رهبری و تعهدی که وجود داشت، نکته مهمی بود و بالاخره مسئله بعدی اینکه ما یک برنامه‌ی کلان داشتیم. دکتر پیله‌رودی و دکتر شادپور کسانی بودند که آن برنامه‌ی کلان را تهیه کرده بودند.

ما یک مشکل اساسی هم داشتیم، اینکه PHC ما از سطوح بالا حمایت نمی‌شد، در حالی که در سلامت اجتماعی واقعاً نمی‌شود بدون حمایت سطوح بعدی این کارها را انجام داد. فرض من در مورد ادغام سلامت اجتماعی در PHC، ۲ مورد هست:

۱) باید PHC ما طوری باشد که بتواند آسیب‌های اجتماعی را درمان کند. همچنین یک نظام پشتیبان هم باید داشته باشیم.

۲) ما باید رویکرد SDH داشته باشیم، یعنی برای جلوگیری از آسیب‌های اجتماعی، باید نگاهی به تعیین‌کننده‌هایی که به اصطلاح سلامت اجتماعی را موجب می‌شود یا از اینکه کسی گرفتار این مسائل شود، محافظت می‌کند، داشته باشیم.

بنابراین باید در ساختار PHC مان، تغییرات بنیادین رخ دهد. الان ساختار PHC ما، از نوع پزشکی است و باید آن را به نوع اجتماعی تغییر دهیم. همه ما در وزارت بهداشت پزشک هستیم؛ بنابراین در نیروی انسانی که در وزارت بهداشت هست، باید تحولاتی رخ دهد، افراد جدیدی باید وارد شوند. حتی باید واحدهای جدیدی ایجاد شود، ساختارهای جدیدی به وجود آید و این ساختارهای جدید بتوانند فعالیت داشته باشند؛ همچنین عملکردهای جدیدی باید انجام شود. ما اگر بخواهیم سلامت اجتماعی را در نظام شبکه ببینیم، باید توجه بیشتری به دانشگاه علوم بهزیستی داشته باشیم. از طرف دیگر بهزیستی هم امکانات خوبی را دارد و باید مورد توجه و استفاده قرار گیرد.

در جلسه‌ای که با روان‌پزشکان داشتیم، ما به یک ساختار رسیدیم، در این ساختار ما ۳ قسمت داریم. قسمت وسط، همان ساختار فعلی ماست. ما وزیر بهداشت داریم، رئیس دانشگاه داریم، رئیس شبکه داریم، بیمارستان و بخش خصوصی، مرکز بهداشت شهرستان و زیر آن مرکز بهداشت روستایی^۱، مرکز بهداشت شهری^۲ و بالاخره خانه بهداشت شهری^۳، خانه بهداشت روستایی^۴ و پایین‌تر در سطح جامعه، تعدادی داوطلب داریم که در شهرها فعال هستند و در روستاها فعال نبودند. ما در این ساختار فعلی فکر کردیم که دو تغییر باید انجام دهیم:

(۱) در هر شهرستانی باید یک مرکز آموزش^۵ داشته باشیم تا مردم، کارمندان بخش بهداشت و دیگر قسمت‌ها بیایند و آموزش ببینند. یعنی ما دانشگاه نسل سوم را باید در سطح شهرستان باز کنیم که همه افراد بروند آنجا و آموزش ببینند.

(۲) در شهرها در کنار مرکز بهداشت شهری، باید مراکزی برای مراقبت‌های خاص داشته باشیم. باید هم در سطح وزارتخانه، هم دانشگاه و هم در سطح شهرستان گروه خبره‌ای داشته باشیم که کار آن این باشد که به طور مرتب تحقیق کند و راهکارهای مشارکت مردم و همکاری بین‌بخشی را از نظر علمی پشتیبانی نماید؛ همچنین ساختارهایی باید به وجود آید شبیه آن چیزی که در تهران هست (شورای عالی سلامت و امنیت غذا). در کنار هر مرکز بهداشت روستایی، مرکز بهداشت شهری، خانه بهداشت روستایی و خانه بهداشت شهری، باید کمیته‌های مردمی وجود داشته باشد؛ در واقع، روح این پیشنهاد، حضور مردم در سیاست‌گذاری و تصمیم‌سازی است. در این سیستم دو نیرو مهم هستند: (۱) مددکاران اجتماعی و (۲) روان‌شناسان که باید به این سیستم تزریق شوند.

¹ Rural Health Center

² Urban Health Center

³ Urban Health House

⁴ Rural Health House

⁵ Training Centre

تجربیات جهانی ادغام خدمات اجتماعی

در نظام مراقبت های اولیه

دکتر محمد تقی یاسمی، دانشیار روان پزشکی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی

تعیین کننده های اجتماعی^۱ فیدبک مثبت با سلامت دارند، مثلاً فقر، در جوامعی که فقر زیاد می شود، تهاجم و خشونت زیاد می شود، خشونت اختلالات روانی را زیاد می کند، اختلالات روانی می تواند، اختلالات جسمی را زیاد کند و وقتی شخصی مریض شد، فقر می شود؛ همچنین خود اختلالات روانی می تواند علتی برای فقر باشد. بدون حل مسائل اجتماعی نمی توان بیماری ها را کنترل کرد.

مداخلات اجتماعی را باید نوعی مداخلات سطح کلان در نظر گرفت. به عبارتی «کاستن فقر در جامعه، کاستن نابرابری در جامعه، تأمین منابع انسانی و مالی لازم برای خدمات بهداشتی، افزایش سطح سواد مردم و...»، نوعی مداخلات اجتماعی هستند که باید در سطح کلان انجام شوند. این ها کارهایی است که بیشتر در زمینه SDH می شود.

در سطح جامعه^۲ هم اگر بخواهیم SDH را درست کنیم، همان کارهایی که در سطح Macro هست را می توانیم برای یک شهر یا روستا مطابقت دهیم. اما وقتی بخواهیم یک کار فرد محور^۳ در مورد مشکلات فرد کنیم، یعنی برای تک تک مراجعانی که می آیند، بخواهیم خدمات ارائه دهیم، دیگر ارتباط مستقیمی به سطح فقر در جامعه ندارد و ارتباط آن غیرمستقیم است. مشکل شخصی فرد باید به نحو شخصی حل شود. در این سطح است که ما منابع، مدل و شواهد علمی کافی نداریم.

¹ Social Determinant

² Community Level

³ Person Centered



درست است که ما در سیستم بهداشتی هستیم ولی باید یاد بگیریم همه پیامدهایمان بهداشتی نباشند، آیا ما مداخلات اجتماعی انجام می‌دهیم فقط برای اینکه مرگ و میر را کم کنیم؟ ما باید از این پیش داوری مرگ-محور خارج شویم. درست برعکس مورد بالا، در عوض برخی چیزها به عنوان تعیین‌کننده‌های اجتماعی معرفی نشده‌اند، ولی پیامدهای بهداشتی خیلی بهتری دارند، مثل «افزایش مالیات و کاهش مرگ و میر ناشی از مصرف دخانیات»؛ این یک مداخله اجتماعی-اقتصادی مهم است که پیامد بهداشتی خیلی خوبی دارد. از طرفی ما باید همیشه به پیامدها توجه کنیم تا پیامد فقط جسمانی یا روانی نباشد بلکه پیامد اجتماعی هم باشد (هم در مطالعاتمان هم در توصیه‌هایمان). در سطح جامعه، ایران در خیلی از موارد پیشتاز بوده است، ولی پاسخ‌گوی نیازهای فردی نیست. بنابراین نقضی که در اینجا هست، همین موضوع است.

الگوی من در سطح فردی، انتقال وظیفه^۱ هست، یعنی وظایفی را که متعلق به متخصصان بود، به غیرمتخصصان سپردیم. مثلاً روان‌پزشکی را با رویکرد عرفی ساده کردیم تا پزشک عمومی یاد بگیرد. مداخلات روانی را در حال ساده کردن هستیم، مداخلات اجتماعی را هم باید ساده کنیم. در مورد مداخلات اجتماعی، WHO هنوز حاضر به ساده کردن نشده است، اما می‌توانیم این کار را انجام دهیم. در انتقال وظیفه می‌توانیم مددکاری را ساده کنیم تا یک بهورز، کاردان یا کارشناس بتواند انجام دهد. در سطح خدمات، سه جزء برای ساده کردن این کار وجود دارد:

(۱) لیست کردن نیازهای اجتماعی برآورده نشده و تهیه لیست مشکلات یعنی هنگام معاینه بیمار بپرسیم که چه مشکلاتی دارد؛

(۲) شناسایی منابع: یعنی بررسی منابع حمایتی؛

(۳) وصل کردن این دو مورد به هم.

در عین حال، دو رویکرد را باید مد نظر داشته باشیم: «توانمندسازی»^۲ و «تقویت خودکفایی» تا فرد وابسته نشویم.

¹ Task Shifting

² Empowerment

تجربیات ملی در زمینه ادغام مراقبت‌های اجتماعی

در نظام مراقبت‌های اولیه سلامت

دکتر احمد حاجی، روان‌پزشک و عضو هیأت علمی دانشگاه علوم پزشکی ایران

یکی از بخش‌هایی که در معاونت بهداشت سهم بسیار زیادی در تحول دارد، حوزه سلامت روانی- اجتماعی و اعتیاد است. و یکی از حوزه‌هایی است که تغییرات در آن خیلی مهم و قابل توجه بوده است. ما کارشناس ارشد روان‌شناسی را به عنوان کارشناس سلامت روان جذب کردیم و به نظر من ورود این فرد، انقلاب دوم سلامت روان است. اکثر صحبت‌هایی که کردیم و وارد سیستم مراقبت‌های بهداشتی اولیه کردیم، مبتنی بر شواهد است. برخی‌شان ملی و برخی بین‌المللی بود که این موضوع یک نقطه قوت محسوب می‌شود. ما از سال ۱۳۸۷ بحث پیشگیری از خشونت خانگی (خشونت خانگی بر علیه همسر) را پایلوت کردیم و در چهار شهرستان پیش رفتیم؛ ۶۶٪ خانم‌ها گزارش کردند که خشونت خانگی را تجربه کرده‌اند. بنابراین باید روی این مسئله کار شود.

انتقال وظیفه، واقعا یکی از استراتژی‌های ما بوده است. تا الان ۵۳۰ کارشناس سلامت روان را در سراسر کشور جذب کردیم که شرح وظایف تعیین شده برای آن‌ها، در واقع شرح وظایف یک مددکار است. در گزارشی که سازمان جهانی بهداشت از کشور ما ارزشیابی کرد، یکی از ایرادهایی که به ادغام خدمات سلامت روان ما در نظام مراقبت‌های بهداشتی گرفت، این بود که خدمات ایران عمدتاً مبتنی بر درمان دارویی است و همچنین مبتنی بر پزشک است و ردی از خدمات غیر دارویی (روان‌شناختی و...) وجود ندارد. بنابراین کارشناس سلامت روان این فضا را به وجود آورد تا خدمات روان‌شناختی تعریف کنیم (مثلا ارائه CBT کوتاه شده). کاری که ما انجام دادیم و در سیستم داریم، این است که برای فردی که وارد نظام سلامت می‌شود، سؤالاتی برای غربالگری ریز فاکتورهای سلامت اجتماعی (وضعیت تأهل، خشونت خانگی، وضعیت اعتیاد همسر و...)، طراحی



شد. افرادی که در این غربالگری اولیه مثبت می‌شوند، به یک کارشناس سلامت روان ارجاع داده می‌شوند. در اینجا کارشناس سلامت روان، غربالگری کامل‌تری را انجام می‌دهد. هر کسی که از غربالگری ثانویه بیرون می‌آید، یک بسته ساده توانمندسازی را تحویل می‌گیرد که عمدتاً مبتنی بر Resiliency است. رویکرد رویکرد روان‌شناختی است. تلاش ما این است که این فرد با چند جلسه مشاوره بتواند Empowerment اش تقویت شود. مداخله دیگر ما، بحث خدمات مبتنی بر جامعه^۱ هست. یعنی بحث مداخلات اجتماعی به معنی توانمندسازی محله‌ها.

¹ Community Based Services

در اربابى هاى مى، استانى و شهرستانى

برائى تدارك مراقبت هاى اجتماعى مددجویان

دکتر حبيب المعودى فرید، متخصص پزشکی اجتماعى

ما در دو حیطه‌ی اصلی در سازمان بهزیستى فعالیت مى‌کنیم. که با موضوع سلامت اجتماعى ارتباط دارد:

(۱) ارتقای سلامت اجتماعى، کاهش بروز و شیوع آسیب‌هاى اجتماعى، حمایت و توانمندسازی افراد در معرض آسیب و آسیب دیده اجتماعى؛

(۲) پیشگیری از معلولیت‌ها و توان‌بخشى و توانمندسازی معلولان.

بخش‌هاىی که در سازمان بهزیستى در سطح ملی داریم که در حوزه سلامت اجتماعى کار مى‌کنند، در سه معاونت تخصصى قرار دارند: معاونت اجتماعى، معاونت پیشگیری و معاونت توان‌بخشى.

در معاونت اجتماعى، دفتر امور کودکان و نوجوانان را داریم. در آنجا امور مهدهاى کودک هست. ما ۱۷۰۰۰ مهد کودک داریم. از این تعداد، ۷ هزار مهد کودک در مناطق روستائى قرار دارد و درصد قابل توجهی از آنها از برنامه‌ی یک وعده غذای گرم برخوردارند.

در این دفتر امور کودکان و نوجوانان، امور شبه خانواده را داریم که مسؤلیت حمایت و توانمندسازی کودکان بی‌سرپرست و بدسرپرست را دارد. ما ۶۰۰ مرکز در کل کشور داریم که ۹۰۰۰ کودک در این مراکز حضور دارند. نکته مهم این است که ۸۵٪ این کودکان، از خانواده‌هاى بدسرپرست هستند. ما سند راهبردى مراکز شبه خانواده را تدوین کردیم که از سال آینده اجرا خواهد شد و هدف آن اجرای شبیه‌سازی خانواده برای این کودکان است.



دو گروه تخصصی در کل این خدماتی که در حوزه اجتماعی در حال ارائه دادن هستیم، وجود دارد: «روان‌شناسان» و «مددکاران اجتماعی». در حال حاضر ۴۰۰۰ روان‌شناس و مددکار داریم که در سازمان بهزیستی در حال فعالیت هستند.

دفتر دیگر ما، دفتر توانمندسازی خانواده و زنان هست که عمدتاً روی زنان سرپرست خانوار متمرکز است و طرح تأمین مالی خرد چندین سالی هست که برای زنان سرپرست خانوار در حال انجام است.

دفتر امور آسیب‌دیدگان اجتماعی ما با حوزه کودکان خیابانی، زنان در معرض خشونت، زنان آسیب‌دیده و مراکز کاهش طلاق در حال کار کردن است. در حال حاضر ۳۷ مرکز شبانه‌روزی برای کودکان خیابانی داریم. حدود ۹۰٪ کودکان خیابانی ما با پدر و مادر خودشان زندگی می‌کنند و بقیه آن‌ها هم با بستگان خودشان زندگی می‌کنند. مرکزی را در تهران در اختیار یک سازمان مردم‌نهاد قرار دادیم که خانم‌هایی که با فرزندانشان در بیرون هستند را اسکان می‌دهند. در حال حاضر ۳۵ خانم بی‌خانمان در این مرکز قرار دارند.

مراکزی برای زنان در معرض خشونت داریم به نام «خانه‌های امن»؛ در حال حاضر ۱۸ خانه امن در کشور داریم. در حال حاضر ۲۴ مرکز برای زنان آسیب‌دیده داریم. کسانی که به این مراکز مراجعه می‌کنند، کسانی‌اند که به قول معروف در آخر خط هستند.

در مراکز کاهش طلاق، هم مددکار اجتماعی و هم روان‌شناس داریم. با تفاهم‌نامه‌هایی که با قوه قضاییه انجام دادیم، این مراکز به کاهش دادن طلاق کمک می‌کنند.

یک مرکز دیگر در بخش معاونت اجتماعی، مرکز فوریت‌های اجتماعی است. این مرکز از سال ۱۳۷۸ شروع به کار کرد.

بسته مراقبت های اجتماعی قابل ادغام

در نظام مراقبت های اولیه سلامت

دکتر بهزاد داری، متخصص پزشکی اجتماعی و عضو هیات علمی دانشگاه علوم پزشکی تهران

هزینه‌ی خانوار برای تفریحات از صد درصد، ۲/۳٪ است. اما میانگین هزینه دخانیات، ۴/۸ است. حدود ۱۰ میلیون نفر بی‌سواد مطلق داریم. ۳/۵ میلیون نفر ترک تحصیلی داریم، که آمار مرکز پژوهش‌های مجلس است. در سال ۹۴، ۱۶۸ هزار نفر زوج طلاق گرفته‌اند. ۳۰۰ هزار نفر زندانی وجود دارد. ۱۵ میلیون نفر پرونده جاری در دادگستری داریم. عدد اعتیاد، ۴ میلیون نفر است. ۴۰٪ بانوان کشور دچار خشونت خانگی قرار گرفته‌اند. نمره سرمایه اجتماعی ما ۲/۲ از نمره کل ۵ است. در حوزه امنیت غذایی، کشور ما جزء مناطق پرخطر است. تا سال ۲۰۲۵، جزء کم‌آب‌ترین مناطق جهان خواهیم بود. در حوزه‌ی اجتماعی، تمام شاخص‌های ما روند نزولی داشته و در حوزه اقتصادی رشد کمی داشتیم. در حوزه محیط زیستی، و در شاخص پایداری زیست محیطی، رتبه‌ی ایران ۱۱۰ است.

الگوی استانی کار روی SDH:

این مدل را ما از سال ۱۳۸۷ در استان قزوین شروع کردیم، که حدود ۶ سال ادامه داشت و الان هم ادامه دارد. سال ۱۳۹۲ به صورت یک نظامنامه به کل کشور ابلاغ شد. ما الان در حال آموزش و آماده‌سازی استان‌ها، برای ایجاد الگوی کار روی SDH در سطح استانی هستیم؛ اما مدل مناسبی را برای شهرستان نداریم. خلاصه‌ی الگویی که تدوین شده، بدین شکل است که: مدل اول برای شهرستان است، مرکز بهداشتی-درمانی در نقش Gatekeeper است؛ Gatekeeper بدین معناست که یک کارشناس (کارشناس سلامت روانی-اجتماعی)، ارزیابی سلامت روانی-اجتماعی فرد را انجام می‌دهد و سطح خدمات تخصصی می‌شود مجموعه تمام سازمان‌هایی که با هماهنگی سازمان بهزیستی به نوعی حمایت‌های اجتماعی ارائه می‌دهند.

اگر یک کارشناس بخواهد ۳ میلیون تومان ماهانه در مرکز بهداشتی- درمانی دریافت کند، (۴ هزار مرکز شهری خواهیم داشت) در سال ۱۲ میلیارد تومان می‌شود.

ما در ۳ شهرستان، هماهنگی خدمات تخصصی را از طریق فرمانداری‌ها شروع کردیم. فرماندارها از حدود ۴ ماه تا به حال، حداقل ۴ روز آموزش داده شدند. که دبیرخانه‌ای در آنجا به نام دبیرخانه‌ی اقدام جامعه ایجاد شده است. در مدلی که طراحی شده است، مشکلات اولویت‌داری که ما در بسته خدمات قابل ارائه در مراکز بهداشتی - درمانی در نظر گرفتیم، این موارد هستند:

- خشونت خانگی که شامل کودک، همسر، و سالمند می‌باشد؛
- بی‌سوادی و بازماندگان تحصیل؛
- بیکاری؛
- اعتیاد؛
- طلاق (آموزش‌های پیشگیرانه برای افراد در معرض طلاق)؛
- جرائم (تشکیل شوراهای پیشگیری از جرائم)؛
- امنیت غذایی خانوار و مداخله برای تأمین سب و آموزش‌های لازم؛
- فقر و مسکن نامناسب؛ خانواده‌ی آسیب‌پذیر؛
- رصد وضعیت محیط زیست منطقه (یکی از شاخص‌های بسیار مهم سلامت اجتماعی، میزان آسیب افراد جامعه به محیط زیست است).

در این ۳ شهرستان، خدمات از ۱۲ بهمن کلید خورده و در حال ارائه شدن می‌باشد. پس ما مراحل آموزشی را گذرانیدیم.

چند مداخله وجود دارد:

- آموزش و حساس سازی فردی و گروهی؛
- شناسایی و صدور کارت خطرات سلامت (صرفاً یک آیتمی داریم به نام نیاز به مشاوره اجتماعی)؛

- کارشناس سلامت روانی - اجتماعی: تکمیل ارزیابی وضعیت سلامت اجتماعی فرد، اقدام متناسب با نتیجه ارزیابی، مشاوره‌ی کوتاه، هماهنگی، معرفی و ارجاع فرد به واحدهای ارائه خدمات سلامت اجتماعی در منطقه، پیگیری فعال با کمک تیم سلامت و ثبت نتایج مداخلات و خدمات بازدید در منزل؛
- خدمات اختصاصی مرکز شامل: مداخله فرد به فرد^۱، کارهایی که وظیفه فرمانداری و شورای فرمانداری است که در سطح شهرستان باید برای آن مشکل خاصی که وجود دارد، پیگیری کند و تأمین و آموزش نیروی انسانی کاشناس.

¹ Face to Face

فصل دوم

پائل

دکتر سید حسن امامی رضوی:

هر کدام از دوستان که در مورد سخنرانی‌های ارائه شده نظر دارند، ما در خدمتشان خواهیم بود تا نظرات یا انتقاداتشان را ارائه کنند.

دکتر حمیدرضا خرم خورشید:

نکته‌ای که می‌خواهم اشاره کنم، این است که: هر موردی را که می‌خواهیم به سیستم PHC اضافه کنیم باید به یاد داشته باشیم که میزان توانایی‌های افراد در آن سیستم را در نظر بگیریم. ما خیلی نمی‌توانیم به سیستم PHC به خصوص در سطوح اولیه بار اضافه کنیم قبل از اینکه توانایی و ظرفیت را در آن‌ها ایجاد کنیم. به خصوص در مورد آسیب‌های اجتماعی که نیازمند دانش خوب است. به نظر من آموزش‌های اولیه در روابط با این افراد، بسیار مهم بوده و کنترل‌های دائم و مرتب و نظارت و پیگیری، بسیار اهمیت دارد. به نظر من جا افتادن سیستم PHC در ابتدا به خاطر پایه‌ریزی خوب، آموزش‌های خوب، سیستم خوب، و سیستم پیگیری خوب بود. در رابطه با دانشگاه علوم بهزیستی و توان‌بخشی، ما توانایی اجرایی نداریم ولی در رابطه با توان فکری، آموزشی، و سیاست‌گذاری، می‌توانیم از دپارتمان‌های مختلفی که در دانشگاه وجود دارد، استفاده کنیم و در این زمینه آماده خدمت هستیم.

یکی از مشکلات کشور ما، همکاری بین‌بخشی می‌باشد که بسیار ضعیف است؛ حتی در یک وزارتخانه هم، همکاری بین معاونت‌ها وجود ندارد. بدون همکاری‌های بین‌بخشی، مسلماً نمی‌توانیم به این معضلات اجتماعی پاسخ‌گو باشیم.

دکتر علیرضا حمیدی‌فر:

من سلامت اجتماعی را از یک طرف به عنوان کاربر و بهره‌بردار می‌بینم و از طرف دیگر به عنوان بخشی از تولیدکننده سلامت اجتماعی.

در بخش اول (کاربر و بهره‌بردار): ما در نیروی انتظامی سلامت اجتماعی را تقریباً معادل امنیت اجتماعی یا بخشی از امنیت اجتماعی می‌بینیم؛ اما در تجزیه و تحلیلی که در صحبت‌های دوستان می‌کردم، به نظر می‌آید که شباهت‌ها و تفاوت‌هایی را با سلامت فردی دارد. در سلامت فردی، یک سری از سربازان مهاجم و یک

سری از سربازان مدافع با هم درگیر می‌شوند که بخشی از بدن را دچار مشکل می‌کنند ولی در سلامت اجتماعی به نظر می‌آید که این موضوع هم مسری‌تر و هم سریع‌تر است. علت این است که ما در سال‌های اخیر رشد زیاد اعتیاد را داشتیم، طلاق خیلی رشد کرده است، بنابراین سلامت اجتماعی بیشتر باید مورد توجه قرار گیرد. در صحبت‌هایی که مطرح شد، از اساتید می‌خواهم درخواست کنم که اگر راه‌حلی دارند، اضافه کنند. یک سری مشکلات الان در فضای مجازی در حال اتفاق افتادن است که به سلامت اجتماعی مرتبط است (مثل آبروی فرد). قبلاً وقتی فرزندان وارد مدرسه می‌شدند خیال ما راحت بود ولی الان در مدرسه هم خیلی ایمن نیستند، در دانشگاه هم همین‌طور است. در سربازخانه‌ها به نظر می‌رسد که سلامت اجتماعی تحت تأثیر مقوله‌های خاصی است. این موارد به هم پیوند خورده و مشکل ایجاد می‌کند. سلامت اجتماعی حتی در روستاها هم به خطر افتاده است. در حوزه مسائل سلامت اجتماعی، باید همه‌ی تخصص‌های اجتماعی وارد شوند. در حوزه تولید به عنوان بخشی از سلامت اجتماعی: نیروی انتظامی به عنوان یک نیروی دانش‌بنیانی است که از ۱۰ سال پیش به صورت جدی وارد حوزه اجتماعی شده و در حال حاضر در بیش از ۶۲۰ کلانتری، مددکاری اجتماعی مستقر داریم. حدود ۷۵٪ از مراجعات در خصوص مشکلات خانوادگی در همان جا به مصالحه می‌انجامد و آن‌ها به چرخه‌ی زندگی بر می‌گردند.

دکتر ابوالقاسم پوررضا:

اگر هدف ما از توسعه سلامت اجتماعی، توسعه اجتماعی و پایدار است، باید به دنبال توسعه متوازن هم باشیم. ما جامعه‌ی متوازی نیستیم. همچنین در جامعه ما، نابرابری به شدت افزایش پیدا کرده است. نابرابری بسیار فرساینده هست.

جایگاه سلامت اجتماعی در نظام آموزش ما خیلی مشخص نیست. یعنی ما برای تولید دانش در زمینه سلامت اجتماعی تقریباً هیچ کاری نداریم. اصلاحاتی که در نظام سلامت ما اقدام شده (به جز اولین Reform) ناکام بوده‌اند. عمدتاً به این دلیل که به مسئله، نگاه ساختاری نداریم. در نظام سلامت ما نگاه مسلط، نگاه بالینی است. ابعاد روانی سلامت، یا سلامت روان و ابعاد اجتماعی سلامت، تقریباً فراموش شده هست و خیلی جدی گرفته نمی‌شود. توجه به سلامت اجتماعی، توجه به پایین‌ترین لایه‌های هرم سلامت است. ما عمدتاً سلامت

اجتماعی را در سطح افراد میان سال می‌بینیم، ولی واقعیت این است که ما باید سلامت اجتماعی را از آموزش و پرورش شروع کنیم. متأسفانه آموزش و پرورش خیلی در این زمینه همکاری نمی‌کند. در نظام آموزش پزشکی ما باید تحول ایجاد شود. آموزش پزشکی ما به شدت از مفاهیم اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی به دور است.

دکتر حسین باهر:

مشکلات اجتماعی به وجود آمده، به دلیل چهار شکاف است که در جامعه‌ی ما پیدا شده است:

- ۱) شکاف عمیق بین فقر و غنا؛
- ۲) شکاف عمیق بین سنت و مدرنیته؛
- ۳) شکاف عمیق بین فرد و خانواده؛
- ۴) شکاف عمیق بین ملت و حاکمیت.

بنابراین سازمان برنامه و مدیریت و سازمان‌های دیگری که در جامعه ما متولی امور هستند، هم باید در این جلسات حضور پیدا کنند.

دکتر علی حائری:

در قدیم، در ایران خانه سالمندان، یا پدر رها شده و یا مادر تنها نداشتیم و همه با هم زندگی می‌کردیم. اما الان در سنین جوانی، از همدیگر جدا می‌شوند. به هر حال، تا حدی از تربیت اجتماعی و تعلیمات دینی دور شده‌ایم. و باید به صورت غیرمستقیم این تعلیمات را آموزش دهیم. و این موضوع باید در آموزش و پرورش هم تعمیم پیدا کند.

دکتر عباسعلی ناصحی:

در مورد ارائه خدمات جامعه محور به خصوص در حوزه سلامت، هم سازمان بهزیستی تجربه آن را دارد و هم وزارت بهداشت که نتایج خیلی خوبی هم داشته است و اگر ما این خدمات را توسعه دهیم، به نفع سیستم سلامت می‌باشد و به طور کلی باعث توسعه متوازن می‌شود. فواید این سیستم را به طور خلاصه عرض می‌کنم:

- ۱) ما نیازی به نیروی تخصصی ثابت نداریم. می‌توان از نیروهایی که در محل هستند به خوبی استفاده کرد. نیروهای بازنشسته‌ی محلی بهترین افراد برای سازمان‌دهی به منظور ارائه خدمات، ارائه مشاوره، و کمک به این سیستم هستند؛
- ۲) نیاز به اعتبار مالی زیادی ندارد و با اعتبارات مالی حداقلی و با استفاده از ظرفیت‌های مالی خود محل و منطقه می‌توان استفاده کرد؛
- ۳) افراد محل، مشکلات آن محل را بهتر تشخیص می‌دهند. مشکلات همه شهرها یکسان نیست و حتی اگر مشکلات یکسان باشد، راه‌حل‌ها یکسان نخواهد بود؛
- ۴) می‌توان از ظرفیت‌های خود محل، به نحو احسن استفاده کرد.

دکتر فرهاد نصرتی نژاد:

اگر ما می‌خواهیم که مداخله اجتماعی، یا مداخله‌ای انجام دهیم که از جنس اجتماعی است، سعی کنیم که به متخصصان امر واگذار کنیم؛ یعنی از مددکار اجتماعی، از روان‌شناس یا جامعه‌شناسان استفاده کنیم. نکته‌ی دیگر اینکه، اگر ما نهادی درست می‌کنیم، مراقب باشیم که خوب طراحی شده باشد و همه ابعاد آن در نظر گرفته شده باشد؛ چون اگر استقرار پیدا کرد، هیچ کس نمی‌تواند آن را تغییر دهد. نکته بعدی، بحث موازی‌کاری‌هاست که تا جای ممکن باید از آن پرهیز کنیم. نکته آخر، بحث پایش است که باید آن را جدی بگیریم و باید به صورت مستمر اتفاق بیفتد و افراد با نگاه‌های جدید را هم در این پایش مداخله دهیم.

دکتر حسین ملک افضلی:

مسئله سلامت اجتماعی، مسئله بسیار پیچیده‌ای است. در سطح ماکرو دولتمردان به منظور از بین بردن تبعیض و بی‌عدالتی وظایفی دارند که گاهی اوقات موفق‌اند و گاهی اوقات هم موفق نیستند. این موضوع را باید مدام گوشزد کرد و وظیفه فرهنگستان هم این است که این اطلاعات و دیتاهایی که آقای دکتر دارند، را به اطلاع مسئولان برساند. اما در سطح میزو، (که من تصور می‌کنم وزارت بهداشت) اگر تعهد سیاسی نداشته نباشد، این پروژه‌های محیطی نمی‌تواند مؤثر باشد. یعنی حتماً باید در خود وزارت بهداشت، وزیر و معاونان، ساختارها و نهادهایی باشد که دغدغه‌ی سلامت اجتماعی را داشته باشد. اگر ما در آنجا ساختارهای لازم و حمایت‌های



لازم را به وجود نیاوریم، این تلاش‌هایی که در محیط انجام می‌شود، از بین خواهد رفت. نکته بعدی هم این است که مردم باید کاملاً درگیر باشند. نکته آخر هم این است که در کنار این موارد، ما باید ارتقای سلامت داشته باشیم، در واقع باید برنامه‌هایی هم برای کل جامعه داشته باشیم که همان اصلاح شیوه‌های زندگی می‌شود.

دکتر محمدتقی یاسمی:

ما باید علاوه بر خبرگان، به سراغ مصرف‌کنندگان خدمات هم برویم و با آن‌ها هم صحبت و گفتگو داشته باشیم (مثلاً با معتادان).

دکتر بهزاد دمازی:

پیشنهاد من این است که یک کمیته راهبردی با نظر شما تشکیل دهیم. پیشنهاد دوم هم این است که ما از آقای دکتر فرید استفاده کنیم به منظور اینکه مسئولیت کمیته هماهنگی بین بخشی و طراحی مدل آن را قبول کند و نکته آخر این است که ما با آقای دکتر میرباقری وارد مذاکره شویم که در این مدل، مراکز بهداشتی-درمانی صرفاً گروه‌های معرفی کننده، کمک کننده، و تسهیل‌گرند و ایشان در شورای عالی اجتماعی، بقیه دستگاه‌ها را برای ارائه خدمات هماهنگ کنند.

فصل سوم

جمع بندی و نتیجه گیری



با توجه به سخنرانی‌های انجام شده و اعلام نظرهای اعضای حاضر به نظر می‌رسد، ضمن اینکه تجربیات موفق در ادغام موضوع سلامت اجتماعی در شبکه بهداشتی درمانی کشور داریم؛ اما هنوز راهی طولانی برای تحقق واقعی این ادغام وجود دارد.

به نظر می‌رسد می‌بایست این تجربیات موفق به مسئولان وزارت بهداشت منعکس و از آن‌ها درخواست شود کارگروهی را برای بررسی ابعاد و نحوه ادغام و توسعه تدریجی این موضوع در کشور ایجاد نمایند. راهی طولانی در پیش است؛ اما اگر همه ما معتقدیم که مسیر پوشش همگانی سلامت (UHC) از شبکه می‌گذرد، لازم است در این جهت ضمن برنامه‌ریزی طولانی مدت، قدم‌های کوچک را با دقت برداریم. موارد را پایلوت کنیم. از تجربه‌ها درس بگیریم و ضمن ارائه خدمات اجتماعی، در توانمندسازی مردم برای ایجاد یک جامعه سالم گام برداریم.

گروه علمی سلامت اجتماعی یکی از گروه‌های شانزده‌گانه فرهنگستان علوم پزشکی جمهوری اسلامی ایران است. این گروه متشکل از متخصصان جامعه‌شناس، جرم‌شناس، پزشکی اجتماعی، کارشناس انتظامی امنیتی روان‌پزشک، اپیدمیولوژیست، روان‌شناس اجتماعی، مددکار اجتماعی حقوق‌دان، اقتصاددان، روحانی و متخصص علوم سیاسی است.

گروه‌های علمی فرهنگستان پنج وظیفه رصد، ارائه نظریه و راهکار حمایت‌طلبی، تعامل با مردم متخصصان و شناسایی و حفظ ظرفیت‌های فرهیخته در این حوزه را برعهده دارد.

مجموعه فعالیت‌های گروه سلامت اجتماعی به شکل پروژه تحقیقاتی گزاره‌برگ حمایت‌طلبی، مکاتبه با ذی‌نفعان و برگزاری سمپوزیوم‌های علمی است.

گزارش حاضر مربوط به نتایج سمپوزیوم «ادغام خدمات مراقبت‌های اجتماعی در نظام مراقبت‌های اولیه» است که در تاریخ یازدهم اسفند ماه ۱۳۹۴ در فرهنگستان برگزار شده است.