



شیوه نامه اجرایی تقویت و ساماندهی تعیین کننده های اجتماعی سلامت در نظام شبکه بهداشت و درمان کشور

سازمان های مشارکت کننده

مرکز مدیریت شبکه وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی
دفاتر و مراکز معاونت بهداشت وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی
دبیرخانه شورای عالی سلامت و امنیت غذایی کشور
معاونت بهداشت دانشگاه علوم پزشکی تهران
شبکه بهداشت و درمان شهرستان اسلامشهر
معاونت های بهداشتی دانشگاه های علوم پزشکی اصفهان، تبریز، کردستان، گلستان، مراغه و یزد
دانشکده بهداشت دانشگاه علوم پزشکی تهران

مرکز تحقیقات عدالت در سلامت دانشگاه علوم پزشکی تهران

پاییز ۱۴۰۳

فهرست مطالب

۳	فهرست اصطلاحات و اختصارات انگلیسی
۵	تعریف واژگان
۹	مقدمه
۱۲	اهداف شیوه نامه
۱۲	هدف اصلی
۱۲	اهداف فرعی
۱۳	ساختار و محتوای شیوه نامه؛ مراحل اجرایی
مرحله اول؛ تشکیل کمیته های راهبری و اجرایی در سطح معاونت بهداشت و شبکه های بهداشت شهرستان؛ جلب مشارکت آنان جهت اجرای شیوه نامه	
۱۴	
۱۵	گام اول: تشکیل کمیته راهبری SDH در سطح معاونت بهداشت دانشگاه
۱۶	گام دوم: تشکیل کمیته اجرایی در سطح شهرستان
۱۷	نکات و توصیه های لازم در مورد کمیته های راهبری و اجرایی
۱۸	مرحله دوم: تبیین وضعیت شاخص های سلامت و نابرابری های سلامت در سطح مناطق شهرستان
۱۹	گام اول: تعیین شاخص های سلامت و وضعیت پروفایل سلامت در سطح شهرستان
۲۰	گام دوم: اولویت بندی شاخص های سلامت جهت سنجش نابرابری های سلامت در سطح شهرستان
۲۳	گام سوم: سنجش وضعیت نابرابری های سلامت
۲۴	گام چهارم: تحلیل بیشترین نابرابری ها در سطح شهرستان و تعیین شاخص های نیازمند ارتقاء
۲۶	مرحله سوم؛ شناسایی تعیین کننده های اجتماعی موثر بر شاخص های سلامت
۲۷	گام اول: شناسایی تعیین کننده های اجتماعی سلامت برای شاخص های با بیشترین نابرابری
۲۹	گام دوم: اولویت بندی تعیین کننده های اجتماعی سلامت
۳۱	مرحله چهارم: شناسایی و اولویت بندی مداخله های مرتبط با مدیریت و بهبود تعیین کننده های اجتماعی سلامت
۳۲	گام اول: طراحی مداخله برای تعیین کننده های اجتماعی سلامت به تفکیک تعیین کننده های شناسایی شده
۳۴	گام دوم: اولویت بندی مداخله ها در سطح مراکز خدمات جامع سلامت و شهرستان
۳۶	مرحله م: اجرای مداخلات مرتبط با بهبود وضعیت SDH در سطح منطقه
۳۹	مرحله ششم؛ پایش و ارزیابی مداخله ها
۴۰	مرحله هفتم؛ مستندسازی فرایند اجرای شیوه نامه
۴۲	جمع بندی
۴۴	منابع
۴۶	پیوست ها
۴۶	پیوست شماره یک: شناسایی ذینقشان و جلب مشارکت ایشان
۵۵	پیوست شماره دو: نمونه ای از شاخص های سلامت
۵۸	پیوست شماره سه: سایر منابع اطلاعاتی شناسایی شاخص های سلامت شهرستان و نحوه محاسبه آنها
۶۰	پیوست شماره چهار؛ شاخص های سلامت قابل ارتقاء در سطح کشور
۶۳	پیوست شماره پنج: روش های تحلیل و سنجش نابرابری های سلامت
۶۷	پیوست شماره شش: روش های شناسایی تعیین کننده های اجتماعی سلامت
۷۶	پیوست شماره هفت: روش های پایش و ارزیابی مداخلات سلامت (ارزیابی اثربخشی مداخلات)

فهرست اصطلاحات و اختصارات انگلیسی

اصطلاح و عبارت انگلیسی	اختصار	معادل فارسی
Absolute inequality	-	ناابرابری مطلق
Alterability	-	قابلیت تغییر
Brainstorming	-	بارش افکار
Burden of Diseases	-	بار بیماری ها
Capacity Building	-	توانمندسازی
Complex measures of health inequality	-	روش های پیچیده سنجش نابرابری های سلامت
Cost-Effectiveness Analysis	CEA	تحلیل هزینه-اثربخشی
Cross-sectional studies	-	مطالعات مقطعی
Death registry of MoHME	-	پایگاه های داده ای ثبت مرگ وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی
Determinant of Health	-	تعیین کننده های سلامت
Differences	-	میزان اختلاف
Disease Prevention and Control	-	پیشگیری و کنترل بیماری ها
Effective Resource Allocation	-	توزیع منابع بهینه
Focus groups	-	گروه های متمرکز
Health equity	-	عدالت در سلامت
Health Indicators	-	شاخص های سلامت
Health Inequalities	-	نابرابری های سلامت
Health Outcomes	-	پیامدهای سلامت
Health Profile	-	پروفایل سلامت
Health System	-	نظام سلامت
Healthcare Service Providers	-	ارائه دهندگان خدمات سلامت
Incidence	-	بروز
Increasing Public Awareness	-	افزایش آگاهی عمومی
Index of disparity	-	شاخص نابرابری
Intervention	-	مداخله
Longitudinal studies	-	مطالعات طولی
Medical Subject Headings	MeSH	کلیدواژه های مش
Monitoring & Evaluation	M&E	نظارت و ارزشیابی مستمر
Multi Criteria Decision Making	MCDM	مدل های تصمیم گیری چندمعیار
Need Identification	-	شناسایی نیازها
Policy-makers	-	سیاستگذاران
Prevalence	-	شیوع
Primary Access Point	-	اولین سطح دسترسی
Primary Health Care	PHC	مراقبت های اولیه
Primary Health Care centers	-	مراکز ارائه دهنده مراقبت های اولیه
Prioritization	-	اولویت بندی
Progress and Follow-up Analysis for Evaluating Health Interventions	-	روش تحلیل پیشرفت و پیگیری برای ارزیابی اثربخشی مداخلات سلامت
Public Acceptance	-	مقبولیت اجتماعی

Qualitative analysis	-	تحلیل کیفی
Quality of Life	-	کیفیت زندگی
Randomized Controlled Trial	RCT	مطالعات تصادفی کنترل شده
Relative inequality	-	ناابرابری نسبی
Relative Ratio	RR	میزان نسبی
Semi structured interview	-	پرسشنامه نیمه ساختار یافته
Sensitivity to Inequality	-	حساس بودن به بی عدالتی
Simple measures of health inequality	-	روش های ساده سنجش نابرابری های سلامت
Size Impact	-	اثر اندازه
Social Determinant of Health	SDH	تعیین کننده های اجتماعی سلامت
Stakeholder	-	ذینقشان
Strategic Committee	-	کمیته راهبری
Stratifiers	-	تفکیک کننده ها
WHO STEPwise approach to NCD risk factor surveillance (STEPS)	STEPS	مطالعه استپس
World Health Organization	WHO	سازمان جهانی سلامت

تعریف واژگان

- تعیین کننده های اجتماعی سلامت

تعیین کننده های اجتماعی سلامت^۱ (SDH) شرایطی را توصیف می کنند که مردم تحت آن شرایط متولد شده، بزرگ می شوند، زندگی و کار می کنند و پیر می شوند. تعیین کننده های اجتماعی سلامت شامل عوامل اقتصادی-اجتماعی (در سطح کلان جامعه)، ارزشهای فرهنگی و باورهای دینی، بیکاری، شغل نامناسب، فقر و نابرابری درآمدی، سطح تحصیلات، محرومیت جغرافیایی، حوادث و سوانح ترافیکی، تغذیه، محیط زیست، سرمایه اجتماعی/سلامت اجتماعی، سبک زندگی و نظام سلامت می باشد (۱). لیست کلی تعیین کننده های اجتماعی سلامت در زیر مشخص شده است. لازم به توضیح است این موارد نمونه هایی از تعیین کننده های اجتماعی سلامت می باشند:

سیاست های کلان بالادستی، وضعیت اجتماعی، اقتصادی، فرهنگی کشور
بیکاری، اشتغال
فقر و نابرابری درآمدی
سطح تحصیلات
محرومیت جغرافیایی
نظام سلامت
حوادث و سوانح ترافیکی
سوء تغذیه
محیط زیست
سرمایه اجتماعی / سلامت اجتماعی
تکامل کودکان در سال های اولیه زندگی
گروه های آسیب پذیر
سبک زندگی

در ادبیات جهانی از عبارت SDH به صورت های مختلفی یاد می شود (تعیین کننده های سلامت^۲، عوامل موثر بر سلامت، تعیین کننده های اقتصادی و اجتماعی موثر بر سلامت و ...)، که همه آنها در برگیرنده مفهوم ارائه شده در بالا می باشند.

- عدالت در سلامت

انجمن بین المللی عدالت در سلامت، عدالت در سلامت^۳ را این گونه بیان می نماید: عدالت در سلامت یعنی "فقدان تفاوت های نظام مند و بالقوه قابل برطرف کردن در یک یا چند جنبه از سلامت در یک جمعیت و زیرگروه های اقتصادی، اجتماعی، جمعیتی و جغرافیایی آن (2)". عدالت در سلامت به معنی برخورداری آحاد مردم فارغ از سن و جنس و نژاد و قومیت و منطقه زندگی و سطح درآمدی از حداکثر سلامت جسمی، روانی، روحی-اجتماعی است (۳، ۴).

1. Social Determinant of Health (SDH)

2. Determinant of Health

3. Health equity

- نابرابری های سلامت

نابرابری های سلامت^۴ اصطلاح کلی است که برای نشان دادن "اختلاف ها، تغییرات و ناهمسانی های موجود در سلامت افراد و یا دسترسی به خدمات سلامت توسط افراد یا گروه ها" استفاده می شود. بی عدالتی در سلامت به آن دسته از نابرابری هایی اشاره دارد که به نظر می رسد ناعادلانه باشند و یا به دلیل برخی خطاها یا سیاست های نادرست ایجاد شلاده باشند. بنابراین همه ناهمسانی ها در سلامت، بی عدالتی محسوب نمی شوند. برای نمونه، افراد جوان تر از پیرها سالم ترند و این نابرابری به هیچ وجه بی عدالتی نمی باشد(۵).

- مطالعه استپس (STEPS^۵)

یک روش ساده و استاندارد برای جمع آوری، تجزیه و تحلیل و انتشار داده ها در مورد عوامل اصلی خطر بیماری های غیرواگیر در کشورها است. ابزار مورد استفاده در این روش؛ به نظرسنجی در مورد عوامل خطر رفتاری کلیدی می پردازد، این عوامل عبارتند از مصرف تنباکو، مصرف الکل، عدم تحرک بدنی، رژیم غذایی ناسالم، و همچنین عوامل خطر بیولوژیکی کلیدی: اضافه وزن و چاقی، افزایش فشار خون، افزایش گلوکز خون، و چربی های غیر طبیعی خون(۶).

- مرکز خدمات جامع سلامت

مرکزی که در مناطق شهری و روستایی راه اندازی می شود و خدمات قابل ارائه در این مکان شامل خدمات پزشکی عمومی (یا پزشک خانواده)، ماما، پرستار، کارشناس سلامت روان، کارشناس تغذیه و رژیم درمانی، دندانپزشکی، خدمات آزمایشگاهی، رادیولوژی، بهداشت محیط و حرفه ای و نظارت بر مراقبت های بهداشتی ارائه شده در واحدهای تابعه شامل پایگاه سلامت و خانه بهداشت فعال است. نیروهای شاغل در مرکز خدمات جامع سلامت: پزشک، پرستار، دندانپزشک، کارشناس سلامت روان، کارشناس سلامت روان، کارشناس تغذیه، کارشناس بهداشت محیط و حرفه ای و بر حسب نیاز کارشناس علوم آزمایشگاهی و رادیولوژی است. متوسط جمعیت تحت پوشش مرکز خدمات جامع سلامت شهری ۴۰۰۰ نفر و مرکز خدمات جامع سلامت روستایی بین ۴۰۰ تا ۹۰۰ نفر است(۷).

- پایگاه سلامت شهری

واحد بهداشتی مستقر در شهر می باشد که زیر مجموعه مرکز خدمات جامع سلامت شهری است که در حالت استاندارد جمعیتی معادل ۱۲۵۰۰ نفر را تحت پوشش قرار می دهد.

- پرسشنامه نیمه ساختار یافته^۶

پرسشنامه های مورد استفاده در پژوهش های کیفی شامل پرسشنامه های ساختارمند، پرسشنامه های نیمه ساختاریافته و پرسشنامه های بدون ساختار می باشد. مصاحبه ساختارمند درست مانند یک پرسشنامه است با این تفاوت که پژوهشگر

^۴. Health inequalities

^۵. The WHO STEPwise approach to NCD risk factor surveillance (STEPS) is a simple, standardized method for collecting, analysing and disseminating data on key NCD risk factors in countries.

^۶. Semi structured questionnaire

به صورت حضوری سوالات را می‌پرسد و گزینه‌های انتخابی پاسخ دهنده را تیک می‌زند. در مصاحبه بدون ساختار نیز هیچ سوالی از پیش مطرح نمی‌شود و پژوهشگر اجازه می‌دهد در جریان مصاحبه سوالات مطرح شود. پرکاربردترین پرسشنامه مورد استفاده در مطالعات کیفی؛ پرسشنامه نیمه ساختاریافته است که سوالات اصلی مطرح شده و در صورت لزوم در جریان تحقیق نیز سوالات جدید مطرح می‌شود. مجموعه ای از سوالات باز در ارتباط با موضوع مصاحبه می باشد که در طول مصاحبه با شرکت کنندگان با ترتیب خاصی مطرح می شوند(۸).

- اولویت بندی

اولویت بندی^۷ عبارتست از تصمیم گیری در خصوص انتخاب فعالیتها، اقدامات یا مواردی که دارای اهمیت می باشد. محدودیت منابع و زمان باعث ضرورت اولویت بندی می شود(۹).

- مداخله

مداخله^۸ عبارتست از اقدام عمدی و برنامه ریزی شده برای تغییر یک وضعیت، با هدف بهبود آن یا جلوگیری از بدتر شدن آن(۱۰). مداخلات سلامت (و بهبود وضعیت SDH) می توانند از انواع مختلف در سطوح مختلفی اعمال شوند. این مداخلات می توانند بر روی عوامل اقتصادی، اجتماعی، فرهنگی و محیطی تأثیر بگذارند. در زیر انواع مداخلات قابل اعمال برای بهبود SDH آورده شده است:

مداخلات سیاسی

- ✓ تعیین سیاست‌های بهداشتی: توسعه و اجرای سیاست‌هایی که به توزیع عادلانه منابع بهداشتی کمک می‌کند.
- ✓ قوانین حمایتی: وضع قوانین برای حمایت از اقشار آسیب‌پذیر، مانند کاهش نابرابری‌های اقتصادی و اجتماعی.

مداخلات اقتصادی

- ✓ تسهیلات اقتصادی: ارائه کمک‌های مالی و منابع برای خانواده‌های کم‌درآمد.
- ✓ فرصت‌های شغلی: ایجاد برنامه‌های آموزشی و حرفه‌ای برای افراد بیکار یا کم‌درآمد.

مداخلات فرهنگی و اجتماعی

- ✓ آموزش و آگاهی‌بخشی: برنامه‌های آموزشی برای افزایش آگاهی در مورد مسائل بهداشتی و اجتماعی.
- ✓ تقویت شبکه‌های اجتماعی: ایجاد و تقویت گروه‌های محلی برای حمایت از سلامت و بهداشت.
- ✓ مداخلات محیطی
- ✓ بهبود زیرساخت‌ها: سرمایه‌گذاری در بهبود زیرساخت‌های بهداشتی، مانند آب و فاضلاب، حمل و نقل و مسکن.
- ✓ ایمنی و دسترسی: ایجاد محیط‌های امن و قابل دسترس برای افراد، به‌ویژه گروه‌های آسیب‌پذیر.

مداخلات سلامت

- ✓ گسترش خدمات بهداشتی اولیه: فراهم کردن دسترسی به خدمات بهداشتی و درمانی برای تمام افراد.
- ✓ برنامه‌های پیشگیری: توسعه برنامه‌های پیشگیری از بیماری و ترویج سبک زندگی سالم.

مداخلات بین بخشی

⁷. Prioritization

⁸. Intervention

✓ همکاری بین نهادها: همکاری بین بخش‌های مختلف (بهداشت، آموزش، کار و رفاه) برای یکپارچه‌سازی خدمات و ایجاد راهکارهای جامع.

- ذینقشان^۹

ذینقشان کسانی هستند که می‌توانند روی یک فعالیت تاثیر داشته باشند و یا این که به صورت مستقیم و یا غیرمستقیم تحت تاثیر آن فعالیت قرار بگیرند. ذینقشان همچنین ممکن است شامل افرادی باشند که به دلایل مختلف علاقه زیادی به یک فعالیت دارند، اگرچه خود آن‌ها، خانواده، دوستان و نزدیکان‌شان به صورت مستقیم از این فعالیت تاثیر نمی‌پذیرند. شناسایی کردن و مشارکت دادن ذینقشان می‌تواند بخش بزرگی از تضمین موفقیت یک فعالیت باشد.

^۹. Stakeholders

امروزه نقش و جایگاه تعیین کننده های اجتماعی سلامت (SDH)^{۱۰} در تعیین سطح سلامت افراد و جامعه بر کسی پوشیده نیست. تقریباً بیش از ده سال از زمانی که سازمان جهانی سلامت^{۱۱} اولین گزارش خود از SDH را منتشر کرده و آن‌ها را «علت العلل» و بازیگرهای اصلی در شکل گیری نابرابری‌ها و شکاف‌ها در سلامت جمعیت‌ها خوانده، می‌گذرد (۱۱). این گزارش آغازگر روندی جدید در نظام‌های سلامت بود، نگرش و دانش نسبت به بازیگران اصلی و موثر بر پیامدهای سلامت را گسترش داده و افق‌های جدیدی را برای متخصصین این حوزه آشکار نمود. امروزه در زمان طراحی مداخلات سلامت، بسیاری از نظام‌های سلامت نه تنها به دنبال بهبود کیفیت و کمیت خدمت، ساختارها و سازمان‌ها ی ارائه دهنده خدمات هستند، بلکه شناسایی، اندازه گیری و مدیریت این عوامل را نیز در دستور کار خود قرار می‌دهند و همواره سعی در پایه ریزی رویکردی با محوریت تمرکز بر SDH در تمامی لایه‌های نظام سلامت دارند. با این حال، برای اینکه این مداخلات کارا و اثرگذار باشند نیاز است تا بر پایه شواهد و مبتنی بر جامعه هدف بوده و از حمایتی قابل قبول در میان ذینقشان کلیدی برخوردار باشند؛ این اهداف را می‌توان با استفاده از افزایش آگاهی نسبت به SDH و اثرات آن در میان مردم و سیاستگذاران و همچنین اندازه گیری مستمر شاخص‌های SDH و ارائه آن به تصمیم گیرندگان تمامی نظام‌ها و ارگان‌ها ی مربوطه به دست آورد.

اثرات SDH اغلب به صورت محلی احساس شده (به خصوص در میان گروه‌های جمعیتی و بافتارهای کم برخوردار) و اندازه گیری می‌شود؛ بنابراین، هر اقدامی در جهت تغییر نیازمند پیشقدمی و حمایتی محلی است (۱۲). رسیدن به این هدف نیازمند همکاری و تعهد قوی محلی و داشتن دانشی جامع از نقش، تاثیرات و نحوه تاثیرگذاری این تعیین کننده ها بر سلامت و رفاه شهروندان است؛ هدفی که تنها با استفاده از برنامه‌های اطلاع رسانی و آموزشی گسترده و جامع قابل دستیابی است. بدون وجود چنین آگاهی و دانشی در بافتار اجتماع، پیاده سازی سیاست‌ها با هدف ادغام در مداخلات سلامت شانس کمتری برای موفقیت، ادامه یافتن و پذیرفته شدن خواهند داشت (۱۳). این نوع از برنامه‌های آموزشی با هدف افزایش آگاهی ذینقشان نسبت به جایگاه و نقششان در پیشبرد برنامه‌های مداخلاتی با رویکرد SDH در حال فراگیر شدن بوده و از سازوکارهای متنوعی برای آموزش با تمرکز بر زیرگروهی مشخص (مثلاً برای جوانان یا افراد مسن، بیماران زمینه ای، گروه‌های مختلف درآمدی و غیره) و یا برای عموم مردم استفاده می‌کنند (۱۲، ۱۴).

با اینکه آموزش جمعیت از اهمیت ویژه‌ای برخوردار است، اما آن‌ها تنها گروه هدف برای چنین برنامه‌هایی نیستند. متخصصین، اساتید، کارکنان، مدیران و تصمیم گیرندگان بخش سلامت و همچنین بخش دولتی (و بسیاری گروه‌های دیگر) همگی جزو گروه‌های بالقوه و حیاتی برای حمایت و کمک به پیاده سازی سیاست‌های SDH محور بوده و در نتیجه نیازمند آموزش‌های هدفمند متناسب با جایگاهشان در راستای پیشبرد این هدف می‌باشند (۱۵). این گروه‌ها یا

¹⁰. Social Determinant of Health (SDH)

¹¹. World Health Organization (WHO)

مستقیماً در بخش سلامت مشغول به کار بوده و وظیفه ارائه خدمت، تصمیم سازی در خصوص برنامه ها، بودجه ریزی و تخصیص های مربوط به بخش سلامت را بر عهده داشته و یا در دیگر ارگان های دولتی به صورت مستقیم یا غیرمستقیم بر مهمترین SDH، مانند اسکان، اشتغال، تحصیلات، و... تاثیر می گذارند. این امر نقش کلیدی و منحصر به فردی برای تک تک این ذینقشان در راستای اطمینان از ادغام SDH در سیاست های حاکم بر اجتماع در سطوح مختلف فراهم می کند (۱۶). بنابراین، ادغام جامع سیاست های SDH محور و تقویت جایگاه آن ها در فرآیندهای سیاستگذاری ذاتی میان بخشی داشته و نیازمند حمایت هم از سطوح بالا دستی و هم پایین دستی بسیاری از ارگان ها است.

یکی از کلیدی ترین بازیگران این عرصه برای افزایش آگاهی نسبت به SDH در میان تمامی گروه های درگیر و همچنین برای پیاده سازی تغییرات سیاستی در سطح جامعه می تواند مراکز ارائه دهنده مراقبت های اولیه بهداشتی^{۱۲} (PHC) باشد. PHC شبکه ای از ارائه دهندگان خدمات^{۱۳} سلامت است که با هدف خدمت به عنوان اولین سطح دسترسی^{۱۴} و ارتباط میان مردم و نظام سلامت^{۱۵} طراحی شده و خدمات اولیه سلامت را با رویکردی جامع نگر ارائه می دهد و در نتیجه در جایگاهی منحصر به فرد برای دستیابی به داده های سطوح پایین تر جمعیتی، شناخت شکاف های دانش و خدمت به عنوان پلی ارتباطی میان مردم و سیاستگذاران^{۱۶} قرار گرفته است (۱۷). در ایران، نظام PHC قدمتی بیش از چهار دهه داشته که با همکاری بخش دولتی و خصوصی به مناطق مختلف شهری و روستایی خدماتی از جمله واکسیناسیون، برنامه های بهبود سلامت روان، کنترل بیماری های مزمن و خدمات مراقبتی برای مادران باردار را ارائه می دهد (۱۸، ۱۹). با اینکه نظام PHC در سایر کشورها سال هاست که به عنوان پلی ارتباطی میان ذینقشان مختلف فعالیت می کند تا شکاف دانشی را کاهش داده و نقش SDH را، با استفاده از ارائه خدمات آموزشی و حمایتی به گروه های مختلف و همچنین حمایت طلبی برای جمعیت زیر نظرشان از سیاستگذاران و متخصصین سلامت، پررنگ کند، به دلایل مختلف از این ظرفیت کلان نظام PHC برای پیشبرد سیاست های SDH محور در ایران بهره کافی برده نشده است (۲۰-۲۳).

قانون اساسی جمهوری اسلامی ایران ضمن محوری شناختن سلامت انسان، بهداشت و درمان را از جمله نیازهای اساسی می داند و در اصول ۳، ۲۹ و ۴۳ دولت را مکلف نموده است تا تمامی امکانات خود را جهت سلامت افراد جامعه بسیج نماید. جلب مشارکت مردم یکی از اصول اساسی شبکه محسوب می شود که بر اساس آن ارتقاء دانش و عملکرد سلامت مردم و حرکت جامعه به سمت خوداتکایی و خودمراقبتی تحقق می یابد. همچنین هماهنگی درون بخشی مبنای ارائه خدمات سلامت ادغام یافته به صورت تیمی است. امروزه اعتقاد بر این است که افراد برای اینکه بتوانند در تغییر رفتار و ارتقاء سلامت خود موفق باشند باید بتوانند بر موانعی که مانع تغییر رفتار می شود غلبه نمایند.

12. Primary Health Care (PHC)

13. Healthcare Service Providers

14. Primary Access Point

15. Health System

16. Policy-makers

بدیهی است سیاستگذاری در مورد SDH و نابرابری‌های سلامت^{۱۷} باید در چارچوب سیاست‌های سلامت انجام شود و ایران تلاش‌های قابل توجهی در این راستا انجام داده است. تمرکز بر توسعه سیاست‌ها و راهبردهای سلامت بر اساس رویکرد SDH برای کشورمان یک اولویت فوری محسوب می‌شود. علاوه بر این، استقرار یک نظام نظارت بر عملکرد مبتنی بر اندازه‌گیری روند نابرابری سلامت بر اساس داده‌های نظام جاری اطلاعات و انجام بررسی‌ها و بهبودهایی در زیرساخت‌ها، ظرفیت‌سازی و منابع پایدار برای چنین نظامی در اولویت می‌باشد.

با عنایت به نقش مهم SDH بر دامنه گسترده‌ای از پیامدهای سلامت^{۱۸}، عملکرد، کیفیت زندگی^{۱۹} و عوامل خطر و همچنین تاکید مقام محترم وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی بر رصد مستمر و اصلاح SDH و تاکید مقام معظم رهبری بر تقویت و بازسازی شبکه بهداشت و درمان کشور، یکی از برنامه‌های اولویت دار وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی در سال ۱۴۰۳، ساماندهی SDH در نظام شبکه می‌باشد. در این راستا تیم پژوهش حاضر، به تدوین شیوه نامه ای جهت شناسایی و استفاده از ظرفیت‌های نظام PHC به منظور ارتقاء دانش و نگرش تیم سلامت، ذینقشان و عموم مردم در خصوص مدیریت SDH پرداخته است.

17. Health Inequalities

18. Health Outcomes

19. Quality of Life

اهداف شیوه نامه

هدف اصلی

رفع نابرابری های سلامت از طریق شناسایی و مدیریت تعیین کننده های اجتماعی سلامت در شبکه بهداشت و درمان شهرستان های کشور از طریق جلب مشارکت مردمی و همکاری های بین بخشی در سطح منطقه

اهداف فرعی

- ✓ شناسایی تعیین کننده های اجتماعی سلامت: شناسایی تعیین کننده هایی که بر سلامت جمعیت های مختلف تأثیر گذارند، از جمله عوامل اجتماعی، اقتصادی، فرهنگی و محیطی؛
- ✓ توسعه ابزارهای اندازه گیری نابرابری های سلامت: طراحی و توسعه ابزارها و شاخص هایی برای اندازه گیری نابرابری های سلامت که در سطح یک جامعه معین قابل اجرا هستند در جهت ارتقاء عدالت در سلامت؛
- ✓ بررسی نابرابری های سلامت: تجزیه و تحلیل نابرابری های موجود در سلامت، اعم از پیامدهای سلامت و دسترسی به خدمات سلامت و شناسایی گروه های آسیب پذیر برای توجه بیشتر به نیازهای آنها؛
- ✓ تعیین مداخلات اثرگذار: تعیین مداخلات اثرگذار بر SDH در سطح مراکز خدمات جامع سلامت شهرستان ها در جهت ارتقاء عدالت در سلامت؛
- ✓ آموزش و توانمندسازی: تقویت آگاهی عمومی و آموزش کارکنان سلامت درباره اهمیت عدالت در سلامت و راه های مدیریت عوامل مؤثر بر آن؛ توانمندسازی تیم سلامت در معاونت بهداشت و تیم سلامت شبکه بهداشت و درمان و مرکز خدمات جامع سلامت به منظور برنامه ریزی و اجرای مداخلات سلامت در جهت کاهش نابرابری های سلامت در سطح منطقه؛
- ✓ جلب مشارکت جامعه: تشویق مشارکت جوامع محلی در فرآیند شناسایی و مدیریت SDH تا به نیازهای واقعی و اولویت های آنها توجه شود؛
- ✓ ارزیابی و نظارت: ایجاد نظام ارزیابی و نظارت برای سنجش پیشرفت در زمینه بهبود سلامت و عدالت در سلامت و اجرای شیوه نامه ها؛
- ✓ توسعه همگرایی بین بخشی: ترویج همکاری و همگرایی بین بخش های مختلف (بهداشت، اجتماعی، اقتصادی و محیط زیست) به منظور مدیریت SDH؛
- ✓ تقویت همگرایی درون بخشی: تقویت همکاری و همگرایی سازنده بین واحدهای مختلف زیرمجموعه دانشگاه علوم پزشکی (معاونتهای زیرمجموعه دانشگاه، شبکه های بهداشتی، مراکز تحقیقاتی، دانشکده ها و بیمارستانها)
- ✓ تحقیق و توسعه: تشویق پژوهش ها و تحقیقات در زمینه SDH و نابرابری ها به منظور پایه ریزی علمی برای سیاست گذاری و اجرایی ساز در سطح عوامل اجرایی سلامت در شهرستان ها.

ساختار و محتوای شیوه نامه؛ مراحل اجرایی

با توجه به این حقیقت که SDH در گروه‌های جمعیتی، جغرافیایی و بیماری‌های مختلف متفاوت می‌باشند و سلامت افراد با توجه به مناطق مختلف جغرافیایی تحت تاثیر عوامل متفاوتی قرار می‌گیرد، این شیوه نامه سعی دارد تا یک روش کار مدون برای شناسایی SDH در یک منطقه مشخص معرفی نماید. در این شیوه نامه سعی شده است تا روش کار ارائه شده همراه با ارائه جزئیات و مثال‌های مشخص همراه گردد تا اجرای آن برای کاربران محترم شاغل در دانشگاه‌های علوم پزشکی و شبکه‌های بهداشت و درمان شهرستان تسهیل گردد.

مراحل اجرایی این شیوه نامه عبارتند از:

- مرحله اول؛ تشکیل کمیته‌های راهبری^{۲۰} و اجرایی در سطح معاونت بهداشت دانشگاه و شبکه‌های

بهداشت شهرستان؛ جلب مشارکت آنان جهت اجرای شیوه نامه

✓ گام اول: تشکیل کمیته راهبری در سطح معاونت بهداشت دانشگاه

✓ گام دوم: تشکیل کمیته اجرایی در سطح شبکه بهداشت و درمان

- مرحله دوم؛ تبیین وضعیت شاخص‌های سلامت^{۲۱} و نابرابری‌های سلامت در سطح منطقه شهرستان

✓ گام اول: تعیین شاخص‌های سلامت و وضعیت پروفایل سلامت^{۲۲} در سطح شهرستان

✓ گام دوم: اولویت بندی شاخص‌هایی جهت سنجش نابرابری‌های سلامت در سطح شهرستان

✓ گام سوم: سنجش وضعیت نابرابری‌های سلامت

✓ گام چهارم: تعیین شاخص‌ها و مراکز که نابرابری در سطح شهرستان در آنها بیشتر است

- مرحله سوم؛ شناسایی تعیین کننده‌های اجتماعی موثر بر شاخص‌های سلامت

✓ گام اول: شناسایی تعیین کننده‌های اجتماعی سلامت برای شاخص‌های با بیشترین نابرابری

✓ گام دوم: اولویت بندی تعیین کننده‌های اجتماعی سلامت

- مرحله چهارم: شناسایی و اولویت بندی مداخله‌های مرتبط با مدیریت و بهبود تعیین کننده‌های

اجتماعی سلامت

✓ گام اول: طراحی مداخله برای تعیین کننده‌های اجتماعی سلامت به تفکیک تعیین کننده‌های شناسایی

شده

✓ گام دوم: اولویت بندی مداخله‌ها در سطح مراکز جامع خدمات سلامت و شهرستان و دانشگاه

- مرحله پنجم: اجرای مداخلات مرتبط با بهبود وضعیت SDH در سطح منطقه

- مرحله ششم؛ پایش و ارزشیابی مداخله‌ها

- مرحله هفتم؛ مستند سازی و گزارش

20. Strategic Committee

21. Health Indicators

22. Health Profile

مرحله اول؛ تشکیل کمیته های راهبری و اجرایی در سطح معاونت بهداشت و شبکه های بهداشت شهرستان؛ جلب مشارکت آنان جهت اجرای شیوه نامه

مرحله تشکیل کمیته های راهبری و توانمندسازی^{۲۳} و جلب مشارکت تیم معاونت بهداشت و تیم سلامت شبکه بهداشت و درمان، به عنوان اولین مرحله از فرآیند شناسایی و مدیریت تعیین کننده های اجتماعی سلامت در سطح شهرستان، شامل چندین فعالیت کلیدی است که به منظور توانمندسازی این تیم ها برای شناسایی و مدیریت تعیین کننده های اجتماعی سلامت صورت می گیرد. این مرحله در حقیقت پایه و اساس همکاری و فعالیت های بعدی است. ایجاد ارتباط و هم افزایی میان کارشناسان و متخصصین مختلف بهداشتی در جهت ارتقاء آگاهی تیم های سلامت در سطوح مختلف دانشگاه و شبکه در مورد تعیین کننده های اجتماعی سلامت و تأثیر آن ها بر سلامت جامعه است تا با اشراف و اطلاعات کامل فرآیند اجرایی شیوه نامه برای شناسایی SDH در سطح شهرستان را تسهیل نمایند. تشکیل کمیته های راهبری و توانمندسازی به ارتقاء حس مسئولیت و تعهد در میان مدیران ارشد و میانی دانشگاه و شبکه برای مشارکت فعال در تصمیم گیری ها و اقدامات بهداشتی منتج از اجرای شیوه نامه را افزایش خواهد داد و تضمینی در جهت حصول نتایج بهتر و دستیابی به اهداف شیوه نامه خواهد بود.

این مرحله در دو گام قابل اجرا خواهد بود:

- ✓ گام اول: تشکیل کمیته راهبری در سطح معاونت بهداشت دانشگاه
- ✓ گام دوم: تشکیل کمیته اجرایی در سطح شبکه بهداشت و درمان شهرستان

²³. Capacity Building

کام اول: تشکیل کمیته راهبری SDH در سطح معاونت بهداشت دانشگاه

هدف	متولی/مشارکت کنندگان در اجرا	دوره زمانی اجرا
افزایش همکاری و هماهنگی بین ذینقشان مختلف سلامت برای پیشبرد اجرای شیوه نامه در سطح دانشگاه از طریق توانمند سازی	معاونین دانشگاه و نماینده دبیرخانه ساغ و کارگروه فرهنگی، اجتماعی، سلامت، زنان و خانواده استان و نماینده مرکز تحقیقات عوامل اجتماعی موثر بر سلامت دانشگاه و یک نفر از کارشناسان ترجیحا از گروه توسعه شبکه	یک هفته

ترکیب کمیته راهبری در سطح معاونت بهداشت دانشگاه:

- رئیس کمیته: رئیس دانشگاه
- جانشین رئیس کمیته: معاون بهداشت دانشگاه
- دبیر کمیته: معاون فنی معاونت بهداشت دانشگاه یا مدیر توسعه شبکه معاونت بهداشت دانشگاه
- اعضای کمیته: معاونین مرتبط دانشگاه، مدیران گروه های تخصصی معاونت بهداشت دانشگاه، رئیس دبیرخانه سلامت و امنیت غذایی (ساغ) دانشگاه، مرکز تحقیقات عوامل اجتماعی موثر بر سلامت دانشگاه (یا مرکز متناظر آن در دانشگاه)، یک نفر از کارشناسان ترجیحا از گروه توسعه شبکه به عنوان مسئول SDH

وظایف کمیته:

- ۱- آشنایی با شیوه نامه و ابلاغ آن به شبکه بهداشت و درمان شهرستان های تابعه.
- ۲- برگزاری جلسات با حضور مدیران شبکه بهداشت و درمان شهرستان های تابعه و توجیه آنها در خصوص چگونگی اجرا و دستیابی به اهداف شیوه نامه.
- ۳- شرکت در جلسات کشوری که در خصوص اجرای این شیوه نامه برگزار می شود.
- ۴- تعیین شرح وظایف اعضای جلسه بر مبنای مراحل اجرایی شیوه نامه.
- ۵- برنامه ریزی برای اجرای شیوه نامه در سطح شهرستان و مراکز خدمات جامع سلامت.
- ۶- برگزاری جلسات توجیهی برای مدیران شبکه بهداشت و درمان شهرستان های تابعه و سایر ذینقشانی که جلب مشارکت ایشان برای اجرا و دستیابی به اهداف شیوه نامه مهم می باشد.
- ۷- آموزش، هدایت، پایش و نظارت بر اجرای کلیه مراحل شیوه نامه در سطح شهرستان های تابعه.
- ۸- تهیه ^{۲۴} RFP (درخواست پروپوزال) برای سفارش طرح های تحقیقاتی مورد نیاز برای تقویت برنامه SDH از طریق شورای HSR معاونت بهداشت دانشگاه

²⁴. Request for proposal

گام دوم: تشکیل کمیته اجرایی در سطح شهرستان

هدف	متولی/مشارکت کنندگان در اجرا	دوره زمانی اجرا
افزایش همکاری و هماهنگی بین ذینقشان مختلف سلامت برای پیشبرد اجرای شیوه نامه در سطح شبکه/شهرستان	مدیر شبکه بهداشت و درمان در سطح شهرستان، معاون بهداشت شبکه، نماینده دبیرخانه ساغ و کارگروه فرهنگی، اجتماعی، سلامت، زنان و خانواده استان و نماینده مرکز تحقیقات عوامل اجتماعی موثر بر سلامت دانشگاه و یک نفر از کارشناسان ترجیحا از گروه توسعه شبکه	یک هفته

ترکیب کمیته اجرایی در سطح شهرستان:

- رئیس کمیته: مدیر شبکه بهداشت و درمان شهرستان
- دبیر کمیته: معاون بهداشت شهرستان یا کارشناس مسئول گسترش
- اعضای کمیته: کارشناسان مسئول گروه های فنی در شبکه، نماینده و اعضای اصلی کارگروه فرهنگی، اجتماعی، سلامت زنان و خانواده شهرستان،
- یک نفر از کارشناسان ترجیحا از گروه توسعه شبکه به عنوان مسئول SDH

وظایف کمیته:

- ۱- مطالعه شیوه نامه و آشنایی با مفاهیم و نکات فنی ارائه شده در آن.
- ۲- برنامه ریزی برای زمان بندی اجرای فعالیتها و مراحل شیوه نامه در سطح شهرستان و مراکز جامع سلامت.
- ۳- احصاء شاخص های تعیین شده بر اساس نظام مراقبت بیماری های واگیر و غیرواگیر- سلامت روان و بیماری های که بیشترین ناتوانی، بیشترین مرگ و میر و بروز و شیوع را در شهرستان دارند.
- ۴- مشارکت فعال در شناسایی SDH مربوط به شاخص های سلامت دارای اولویت.
- ۵- تعیین و اولویت بندی مداخله های مناسب برای بهبود وضعیت SDH چالش برانگیز در استان و شاخص های سلامت دارای اولویت.
- ۶- اجرای مداخله تعیین شده با ایجاد مشارکت بین بخشی بین ذینقشان مختلف

نکات و توصیه های لازم در مورد کمیته های راهبری و اجرایی

- ✓ افراد و نماینده های شرکت کننده در جلسات کمیته راهبری، به عنوان اعضای کمیته، باید بر اساس سابقه فعالیت در زمینه مراقبت های اولیه سلامت، تعیین کننده های اجتماعی سلامت، تجربه مدیریت و اجرای پروژه های سلامت مشارکتی انتخاب شوند.
- ✓ توصیه می شود برای تسهیل، تسریع و اجرای اثربخش شیوه نامه، در صورت اقدام به تعیین کمیته های فرعی تر با نظارت کمیته راهبری گردد.
- ✓ توصیه می شود در صورت لزوم از ساختارها و کارگروه های تعریف شده و نیز برنامه های جاری وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی مانند برنامه و سند همکاری های بین بخشی بهره گرفته شود.
- ✓ توصیه می شود از جدول شماره یک برای مشخص شدن اعضای کمیته راهبری، وظایف و نحوه همکاری ایشان در جلساتی که برگزار می شود استفاده شود (جدول ۱).
- ✓ توضیحات مرتبط با شناسایی ذینقشان این شیوه نامه و روش های جلب مشارکت ایشان در پیوست ارائه شده است (پیوست شماره یک).
- ✓ در صورتی که دانشگاه فاقد مرکز تحقیقات عوامل اجتماعی موثر بر سلامت بود، سایر مرکز تحقیقات با حیطه های کاری مشابه می توانند به عنوان شریک آکادمیک اجرای شیوه نامه در کمیته های راهبری دعوت شوند.

جدول ۱؛ نام و مشخصات سازمانی اعضای کمیته راهبری و اجرایی

ردیف	نام و نام خانوادگی	پست سازمانی	سازمان	وظایف	نحوه همکاری

مرحله دوم؛ تبیین وضعیت شاخص های سلامت و نابرابری های سلامت در سطح مناطق شهرستان

با توجه به متفاوت بودن مشکلات سلامتی و SDH در مناطق مختلف و همچنین محدود بودن منابع، مرحله دوم از این شیوه نامه به تبیین وضعیت شاخص های سلامت و نابرابری های سلامت در سطح منطقه و شهرستان پرداخته است تا مشکلات سلامت و عوامل موثر بر آن به صورت اختصاصی تر مورد بررسی قرار گیرند. شناسایی این شاخص ها از جنبه های زیر اهمیت دارد:

- ✓ شناسایی نیازها^{۲۵}: تحلیل شاخص های سلامت و نابرابری های موجود در آنها در سطح منطقه می تواند به شناسایی نیازهای خاص جمعیت های مختلف در یک منطقه کمک کند و همچنین نشان دهد که کدام گروه ها دسترسی کمتری به خدمات سلامت دارند.
- ✓ توزیع بهینه منابع^{۲۶}: با شناسایی نابرابری ها و تفاوت های موجود در سطح بخش های مختلف یک منطقه، می توان منابع سلامت را به گونه ای توزیع کرد که به برطرف کردن نابرابری ها کمک کند.
- ✓ ارزیابی سیاست ها و برنامه های اجرایی: آگاهی از وضعیت پروفایل سلامت در سطح یک منطقه می تواند به ارزیابی اثر سیاست های سلامت کمک کند و نشان دهد که آیا این سیاست ها به بهبود شرایط نابرابر کمک کرده اند یا خیر.
- ✓ افزایش آگاهی عمومی^{۲۷}: جمع آوری داده ها درباره SDH و نابرابری های سلامت می تواند به ایجاد حساسیت عمومی در این رابطه کمک کند و افراد را به مشارکت در بهبود این شرایط ترغیب کند.
- ✓ پیشگیری و کنترل بیماری ها^{۲۸}: با شناسایی عواملی که موجب نابرابری در سلامت می شوند، می توان برنامه های پیشگیرانه ای را طراحی کرد که به بهبود سلامت جمعیت های آسیب پذیر کمک کنند.

این مرحله در چهار گام قابل اجرا خواهد بود:

- ✓ گام اول: تعیین شاخص های سلامت و وضعیت پروفایل سلامت به تفکیک مرکز خدمات جامع سلامت در سطح شهرستان
- ✓ گام دوم: اولویت بندی شاخص های سلامت جهت سنجش نابرابری های سلامت در سطح شهرستان
- ✓ گام سوم: سنجش وضعیت نابرابری های سلامت
- ✓ گام چهارم: جمع بندی و تحلیل بیشترین نابرابری ها در سطح شهرستان

25. Need Identification

26. Effective Resource Allocation

27. Increasing Public Awareness

28. Disease Prevention and Control

گام اول: تعیین شاخص‌های سلامت و وضعیت پروفایل سلامت در سطح شهرستان

هدف	متولی/مشارکت کنندگان در اجرا	دوره زمانی اجرا
ارائه تصویر جامع و دقیق از وضعیت سلامت فعلی در جهت تعیین نقاط قوت و ضعف سلامت در سطح شهرستان	مدیر شبکه بهداشت و درمان در سطح شهرستان، با مشارکت: ✓ کارشناس مسئول واحدهای فنی در سطح شبکه ✓ مدیران گروه‌های واحدهای فنی در سطح معاونت بهداشت دانشگاه ✓ مرکز تحقیقات SDH دانشگاه و یا مراکز تحقیقات مرتبط	دو هفته

- در این گام وضعیت سلامت شهرستان با ارائه مهمترین شاخص‌های سلامت در سطح محله (مرکز خدمات جامع سلامت) شفاف خواهد شد. فعالیت‌ها و نکات زیر برای اجرای این گام پیشنهاد می‌شوند:
 - نمودن شاخص‌های سلامتی که در سطح شهرستان برای آنها داده وجود دارد؛
- جمع‌آوری داده‌های معتبر برای سنجش هریک از شاخص‌ها در سطح شهرستان (با مشخص نمودن آخرین سال سنجش شاخص، دوره زمانی سنجش، مشخص نمودن تفکیک کننده‌های^{۲۹} شاخص)؛
- تعیین میزان شاخص‌ها در سطح شهرستان به تفکیک مرکز خدمات جامع سلامت (ترجیحا روند حداقل ۵ سال قبل در نظر گرفته شود)؛
- برای اجرای فعالیت یک، پیش فرضی از شاخص‌های سلامت پیشنهاد شده است که برای مشخص نمودن شاخص‌های سلامتی در سطح شهرستان قابل استفاده می‌باشند (پیوست شماره دو)؛
- برای اجرای فعالیت یک و دو، بررسی منابع اطلاعاتی مختلف پیشنهاد می‌شود (پیوست شماره سه)؛
- برای اجرای فعالیت دو، جهت روایی و اعتبار داده‌ها، داده‌های جمع‌آوری شده با متولیان ثبت داده در سطح دانشگاه مشورت و چک شود.

²⁹. Stratifiers

گام دوم: اولویت بندی شاخص های سلامت جهت سنجش نابرابری های سلامت در سطح شهرستان

دوره زمانی اجرا	متولی/مشارکت کنندگان در اجرا	هدف
یک هفته	مدیر شبکه بهداشت و درمان در سطح شهرستان، با مشارکت: ✓ کارشناسان مسئول واحدهای فنی در سطح شبکه ✓ مدیر گروه های فنی در سطح معاونت بهداشت دانشگاه ✓ مرکز تحقیقات SDH دانشگاه و یا مراکز تحقیقات مرتبط ✓ مدیران مراکز خدمات جامع سلامت	شناسایی شاخص هایی که بیشترین اهمیت را در سلامت جمعیت تحت پوشش دارند و می توانند به تصویر کشیدن نابرابری های موجود کمک کنند.

در گام دوم، شاخص هایی که در گام سوم شناسایی شدند، با استفاده از چهار معیار (بار بیماری ها^{۳۰}، قابلیت تغییر^{۳۱}، مقبولیت اجتماعی^{۳۲} برای مداخله و حساس بودن به بی عدالتی^{۳۳}) اولویت بندی می شوند. برای این منظور از یک چک لیست استفاده می گردد. ردیف های این چک لیست شامل شاخص های سلامت و ستون های آن مربوط به معیارها می باشند (Error! Reference source not found.). فعالیت ها و نکات زیر برای اجرای این گام پیشنهاد می شوند:

۱. هر شاخص با استفاده از معیارهای ذکر شده ارزیابی می شود؛
۲. به تفکیک هر شاخص، به هر معیار بر اساس تعاریف ارائه شده در جدول ۳، امتیازی بین ۱ تا ۵ تعلق می گیرد؛
۳. شاخص هایی که بالاترین امتیاز را داشته باشند (بالاترین میانگین امتیاز شاخص) در اولویت قرار می گیرند؛
۴. این بررسی و اولویت بندی در جلسات کمیته راهبری شهرستان انجام می شود؛
۵. در این جلسات فردی به عنوان دبیر جلسه مسئول هدایت جلسه، نظرخواهی از تک تک افراد و در نهایت جمع بندی اظهارات اعضای حاضر در جلسه می باشد.
۶. این جلسات با استفاده از روش های گروه های متمرکز^{۳۴} و یا بارش افکار^{۳۵} برگزار و هدایت می شوند.
۷. تمامی محتوای جلسه ها ضبط و همچنین به صورت کتبی ثبت گردد؛
۸. دلیل اولویت بندی شاخص ها و انتخاب تعداد محدود از لیست شاخص ها برای سنجش نابرابری های سلامت، محدود بودن منابع (مالی، انسانی و زمانی) و تمرکز هدفمند بر شاخص های قابل ارتقاء شهرستان می باشد؛ (لازم به توضیح است معیارهای مندرج در جدول شماره ۲؛ با استناد به متون و مطالعات علمی مشابه (۲۴-۲۶) و نظرخواهی از دوازده نفر از کارشناسان و خبرگان نظام سلامت تعیین شده اند).

30. Burden of Diseases

31. Alterability

32. Public Acceptance

33. Sensitivity to Inequality

34. Focus groups

35. Brainstorming

۹. تعداد شاخص های اولویت دار بر اساس اجماع نظر اعضای کمیته راهبری شبکه و با در نظر گرفتن وضعیت شاخص های سلامت شهرستان و منابع مورد نیاز اجرای شیوه نامه در سطح شبکه تعیین می شود.
۱۰. تعاریف و تفکیک کننده های هریک از شاخص ها نهایی شده براساس اولویت بندی تعیین شود (جدول ۴).

نکته مهم: یک فرآیند تعیین و اولویت بندی شاخص های سلامت در سطح وزارت بهداشت انجام شده است که طی آن شاخص های سلامت قابل ارتقاء در کشور شناسایی شده است؛ در صورتی که محدودیت هایی برای اجرای گام اول و دوم این مرحله وجود داشت، می توانید از لیست این شاخص ها برای شروع کار در سطح شهرستان استفاده نمایید (پیوست شماره چهار).

جدول ۲: معیارهای اولویت بندی شاخص ها سلامت شهرستان

شاخص /معیار	بار بیماری ها	قابلیت تغییر	مقبولیت اجتماعی برای مداخله	حساس بودن به بی عدالتی	میانگین امتیاز شاخص
شاخص ۱					
شاخص ۲					
شاخص ۳					
شاخص N					
*معیار امتیازدهی: (۱: بسیار کم، ۲: کم، ۳: متوسط، ۴: زیاد، ۵: بسیار زیاد)					
*معیارهای مذکور در این جدول برگرفته از مرور ادبیات موجود در این زمینه و نظرات خبرگان می باشند.					

جدول ۳: مفاهیم و ابعادی که هنگام امتیازدهی به هریک از معیارها به تفکیک شاخص ها باید در نظر گرفت

- این شاخص چه تعداد از افراد را تحت تاثیر قرار می دهد؟ (اثر اندازه^{۳۶}) - بررسی داده های بروز^{۳۷} و شیوع^{۳۸} جمعیت تحت پوشش با استفاده از داده های مشابه در سایر جمعیت ها - تعیین مقادیر نسبی و مطلق (شیوع و بروز) در جمعیت - مقایسه مقادیر مذکور با سایر جمعیت ها یا میانگین کشوری یا استانی	بار بیماری
آیا شاخص مورد بررسی قابل تغییر است؟ شواهدی در حد بالا برای امکان تغییر وجود دارد (بالا)، شواهدی در حد متوسط برای امکان تغییر وجود دارد (متوسط)، شواهدی بسیار کم یا هیچ شواهدی برای امکان تغییر وجود ندارد (کم).	قابلیت تغییر

۳۶. Size Impact

۳۷. Incidence

۳۸. Prevalence

• چقدر زمان نیاز است تا شاخص بهبود یابد؟	
• معیار مقبولیت اجتماعی شاخص، به معنای ارزیابی و یک شاخص خاص چقدر توسط جامعه پذیرفته شده و مطلوب است و داده های مرتبط با آن گزارش می شود. در واقع، این معیار به ما کمک می کند تا از دید جامعه، آنچه که مهم و ضروری است را شناسایی کنیم. • همچنین آنچه که از نظر ایشان از منظر اجتماعی قبیح است و داده ای برای آن ثبت نمی شود، شناسایی می شود (مثل آمارهای مرتبط با معتادین، بیماری های جنسی و ...). • مداخلات و شاخص هایی که دارای مقبولیت اجتماعی بالایی هستند، بیشتر با موفقیت همراه می شوند و جامعه را به مشارکت در این مداخلات تشویق می کنند.	مقبولیت اجتماعی برای مداخله
معیار "حساس بودن به بی عدالتی" در اولویت بندی شاخص های سلامت به معنای توجه به نابرابری ها و تبعیض هایی است که می توانند بر دسترسی به خدمات سلامت و وضعیت سلامت جمعیت ها تأثیر بگذارند. این رویکرد به دنبال شناسایی و پرداختن به مسائل و چالش های خاص گروه های تحت فشار، حاشیه نشین یا آسیب پذیر در جامعه است. بعنوان نمونه با توجه به پوشش گسترده واکسن های بدو تولد در کشور می توان گفت دریافت این واکسن ها حساس به عدالت نمی باشند اما در مورد واکسن آنفلوآنزا این موضوع متفاوت می باشد زیرا این واکسن بطور رایگان ارایه نمی شود و فقط افراد دارای توان مالی قادر به دریافت آن می باشند. پس می توان گفت دریافت واکسن بدو تولد حساس به بی عدالتی نمی باشد اما دریافت واکسن آنفلوآنزا حساس به بی عدالتی است.	حساس بودن به بی عدالتی

جدول ۴؛ شاخص های نهایی شده، تعاریف و متغیرهای تفکیک کننده نابرابری

ردیف	نام شاخص	تعریف	متغیرهای تفکیک کننده نابرابری
۱	شاخص ۱		
۲	شاخص ۲		
...	...		
N	شاخص N		

گام سوم: سنجش وضعیت نابرابری های سلامت

دوره زمانی اجرا	هدف	متولی/مشارکت کنندگان در اجرا
یک ماه	شناسایی نابرابری هایی که در هریک از شاخص های سلامت اولویت دار شهرستان وجود دارد؛ ✓ تعیین نابرابری های سلامت در سطح مراکز خدمات جامع سلامت ✓ تعیین نابرابری های سلامت بر اساس تفکیک کننده هایی مانند سن، جنس و ... در سطح شهرستان	✓ مرکز تحقیقات SDH دانشگاه و یا مراکز تحقیقات مرتبط ✓ کارشناسان مسئول واحدهای فنی در سطح شبکه ✓ مدیران مراکز خدمات جامع سلامت

در این گام از شیوه نامه به تحلیل شاخص های سلامت و تعیین نابرابری های موجود پرداخته می شود. فعالیت ها و در نظر گرفتن نکات زیر جهت اجرای این گام پیشنهاد می شود:

۱. جمع آوری داده ها با مشارکت فعال مراکز خدمات جامع سلامت انجام شود؛
۲. صحت و اعتبار داده های جمع آوری شده و میزان شاخص ها با اداره ها و واحدهای متناظر در سطح معاونت دانشگاه و وزارت بهداشت چک شود؛
۳. برای سنجش وضعیت نابرابری در هریک از شاخص های نهایی شده از روش های ساده^{۳۹} و پیچیده^{۴۰} نابرابری های سلامت استفاده شود (پیوست شماره پنج)؛
۴. وضعیت شاخص ها در سطح شهرستان با میانگین شاخص ها در سطح استان و کشور مقایسه شود (جدول ۵).

نکته مهم: از فایل اکسل پیوست شده با عنوان "پلتفرم تحلیل داده ها" می توان برای تحلیل های ساده نابرابری بهره گرفت.

جدول ۵: مقایسه وضعیت شاخص ها در سطح شهرستان با میانگین استان و کشور

ردیف	نام شاخص	شهرستان ...					استان					کشور				
		۱۳۹۷	۱۳۹۸	۱۳۹۹	۱۴۰۰	۱۴۰۱	۱۳۹۷	۱۳۹۸	۱۳۹۹	۱۴۰۰	۱۴۰۱	۱۳۹۷	۱۳۹۸	۱۳۹۹	۱۴۰۰	۱۴۰۱
۱	شاخص ۱															
۲	شاخص ۲															
...	...															
N	شاخص N															

³⁹. Simple measures of health inequality

⁴⁰. Complex measures of health inequality

گام چهارم: تحلیل بیشترین نابرابری ها در سطح شهرستان و تعیین شاخص های نیازمند ارتقاء

دوره زمانی اجرا	هدف	متولی/مشارکت کنندگان در اجرا
سه هفته	✓ مشخص شدن مراکز خدمات جامع سلامتی که وضعیت نابرابری در آنها بیشتر است (بر اساس مقایسه بین مراکز، مقایسه مراکز با استاندارد ها) ✓ مشخص شدن شاخص های با بیشترین نابرابری بر اساس تفکیک کننده هایی مانند سن، جنس و ...	✓ کمیته راهبری شبکه ✓ مرکز تحقیقات SDH دانشگاه و یا مراکز تحقیقات مرتبط ✓ کارشناسان مسئول واحدهای فنی در سطح شبکه بهداشت و درمان ✓ مدیران مراکز خدمات جامع سلامت

در گام چهارم شیوه نامه، نابرابری های سلامت در سطح شهرستان بر اساس تحلیل های انجام شده در گام سوم، مشخص می شوند. فعالیت ها و نکات اجرایی در این گام به صورت زیر پیشنهاد می شوند:

۱. بهتر است در ابتدا سیمای جمعیتی و جغرافیایی شهرستان ترسیم شود (با مشخص شدن وسعت، جمعیت، تعداد بخش ها، مناطق، روستاها و ...)
۲. تعداد نیروی انسانی (به تفکیک پزشک، دندانپزشک، مراقب سلامت و ...)، مراکز و بخش های خصوصی ارائه دهنده خدمات سلامت در سطح شهرستان مشخص شود؛
۳. **فعالیت یک و دو** به شفاف شدن زیرساخت های شهرستان در جهت تحلیل و جمع بندی بهتر شاخص های سلامت کمک کننده می باشد؛
۴. **تصمیم گیری در مورد بیشترین نابرابری ها در سطح شهرستان بر اساس نتایج فعالیت های گام های دوم و سوم در گام چهارم انجام شود؛**
۵. نتایج و جمع بندی تحلیل ها در جدولی مانند جدول ۶ و جدول ۷ انجام شود.
۶. جدول ۷ باید برای هر شاخص به صورت مجزا تکمیل شود.
۷. تصمیم گیری راجع به اینکه روی چه تعداد و کدامیک از شاخص ها و در سطح چه جمعیت و منطقه ای مداخله صورت گیرد (وارد مراحل بعدی شیوه نامه بشوند) بر اساس تصمیم کمیته راهبری شهرستان و با در نظر گرفتن ملاحظاتمانند: وضعیت وخامت و چالش های شناسایی شده و منابع اختصاص یافته و در دسترس شبکه می باشد.
۸. انتظار می رود در انتهای این گام، با تحلیل و جمع بندی های انجام شده و بحث و تبادل نظر روی تحلیل ها در قالب جلسات کمیته راهبری، راجع به شاخص های قابل ارتقاء در سطح شهرستان و مناطق تحت پوشش تصمیم گیری شود.

جدول ۶: توصیف مقایسه ای شاخص ها به تفکیک مراکز خدمات جامع سلامت

مراکز خدمات جامع سلامت				عنوان شاخص ها
مرکز خدمات جامع سلامت N		مرکز خدمات جامع سلامت ۲	مرکز خدمات جامع سلامت ۱	
				شاخص ۱
				شاخص ۲
				...
				شاخص N

جدول ۷: توصیف مقایسه ای شاخص ها بر اساس تفکیک کننده های سلامت

میزان شاخص	تفکیک کننده ها	ابعاد تحلیل شاخص
	زن	جنسیت
	مرد	
	مرکز جامع خدمات سلامت ۱	مناطق جغرافیایی
	...	
	مرکز جامع خدمات سلامت N	
	شهر	محل سکونت
	روستا	
	سطح ۱	سطح اقتصادی-اجتماعی
		
	سطح N	
		سایر تفکیک کننده ها

مرحله سوم؛ شناسایی تعیین کننده های اجتماعی موثر بر شاخص های سلامت

با توجه به این مساله که وضعیت سلامت افراد جامعه متأثر از طیف وسیعی از عوامل می باشد، همانطور که در مقدمه شیوه نامه به این مساله پرداخته شد، رویکرد این شیوه نامه بهبود وضعیت شاخص های سلامت از طریق شناسایی تعیین کننده های اجتماعی موثر بر این شاخص ها و اعمال مداخله بر روی آنها است؛ تا بدینوسیله بتوانیم سلامت جامعه را ارتقاء دهیم. شناسایی تعیین کننده های اجتماعی سلامت به مسئولان کمک می کند با ایجاد همکاری بین بخش های مختلف (مثل سلامت، آموزش، شهرداری ها و ...) تصمیمات بهتری در زمینه سیاست گذاری و برنامه ریزی سلامت و در جهت بهبود کلی وضعیت سلامت اتخاذ شود. همچنین افزایش آگاهی عمومی و کارشناسان درباره تأثیر تعیین کننده های اجتماعی سلامت می تواند به تغییر رفتارها و بهبود نتایج سلامت در سطح جامعه منجر شود.

این مرحله در دو گام قابل اجرا خواهد بود:

✓ گام اول: شناسایی تعیین کننده های اجتماعی سلامت برای شاخص های با بیشترین نابرابری

✓ گام دوم: اولویت بندی تعیین کننده های اجتماعی سلامت

گام اول: شناسایی تعیین کننده های اجتماعی سلامت برای شاخص های با بیشترین نابرابری

دوره زمانی اجرا	متولی/مشارکت کنندگان در اجرا	هدف
یک ماه	✓ مرکز تحقیقات SDH دانشگاه و یا مراکز تحقیقات مرتبط ✓ کارشناسان مسئول واحدهای فنی در سطح شبکه ✓ مدیران مراکز خدمات جامع سلامت	شناسایی تعیین کننده های اجتماعی موثر بر سلامت به تفکیک شاخص هایی که در گام ششم تعیین شدند

پس از مشخص شدن وضعیت نابرابری های سلامت در سطح منطقه و مقایسه با استانداردها و میانگین های دانشگاهی و کشوری، انتظار می رود که شاخص های مشکل دار و چالش زا که در منطقه وجود دارند به صورت دقیق تر و مشخص تر، شناسایی شوند (بر اساس گام چهارم از مرحله دوم). در گام اول از این مرحله تعیین کننده های اجتماعی موثر بر شاخص های شناسایی شده در مرحله قبل؛ شناسایی می شوند. فعالیت ها و نکات زیر برای اجرای این گام پیشنهاد می شود:

۱. بررسی متون و مطالعات انجام شده (مثلا اگر شاخص "شیوع دیابت در سنین بالای ۳۰ سال" یکی از شاخص های هدف برای اعمال مداخله باشد، مطالعاتی که به شناسایی تعیین کننده های اجتماعی موثر بر شیوع دیابت پرداخته باشند، بررسی می شوند) (پیوست شماره شش مطالعه شود)؛
۲. شناسایی SDH مرتبط با هریک از شاخص ها از منظر تیم سلامت و کارشناسان فنی ستاد شبکه بهداشت شهرستان (پیوست شماره شش مطالعه شود)؛
۳. مصاحبه با مردم و مراقبین سلامت؛ با توجه به اینکه مراقبین سلامت از جمله افرادی هستند که با مردم جامعه بیشتر ارتباط را دارند، از مشکلات سلامت و مسائل اجتماعی موجود در منطقه بیشتر آگاهی را دارند، لذا یکی از منابع مهم اطلاعاتی برای شناسایی تعیین کننده های اجتماعی موثر بر شاخص های سلامت ایشان هستند. همچنین شناسایی دیدگاه و تجربیات مردم در این خصوص می تواند بسیار راهگشا باشد (پیوست شماره شش مطالعه شود)؛
۴. برای اجرا و جمع بندی فعالیت های بالا، پیش فرضی از مهمترین تعیین کننده های اجتماعی سلامت در کشور پیشنهاد شده است که برای مشخص نمودن تعیین کننده های اجتماعی موثر بر هریک از شاخص های سلامت در سطح شهرستان قابل استفاده می باشند (پیوست شماره شش مطالعه شود)؛
۵. انتظار می رود که در انتهای این گام تعیین کننده های اجتماعی موثر بر هریک از شاخص های اولویت دار سلامت در سطح شهرستان بر اساس فعالیت های بالا مشخص و جمع بندی شده باشند (جدول ۸).

جدول ۸: تعیین کننده های اجتماعی موثر بر هریک از شاخص های اولویت دار سلامت در سطح شهرستان

عنوان شاخص ها	تعیین کننده های اجتماعی موثر بر شاخص ها
شاخص ۱	- ... - ... -
شاخص ۲	- ... - ... -
...	- ... - ... -
شاخص N	- ... - ... -
مثال: شیوع دیابت در سنین بالای ۳۰ سال	✓ عوامل فردی: عدم تحرک، رژیم غذایی نامناسب، اضافه وزن، استرس، سواد سلامت فرد، فعالیت فیزیکی ناکافی، درآمد خانواده، وضعیت اقتصادی خانواده، هزینه های بالای درمان، عدم وجود پوشش بیمه ✓ عوامل ساختاری: دسترسی دشوار به تسهیلات درمانی، منطقه زندگی (حاشیه نشینی)، حمل و نقل نامناسب (دسترسی دشوار به مراکز بهداشتی و درمانی)؛ تعداد محدود مربیان ورزشی در باشگاههای منطقه، و تعداد محدود پزشکان دیابت، در مراکز خدمات جامع سلامت، ✓ عوامل اجتماعی: اعتقادات مردم در مورد سلامتی و بیماری، فرهنگ خانواده ها، حمایت افراد خانواده و دوستان از افراد دارای دیابت برای درمان مناسب بیماری خود

گام دوم: اولویت بندی تعیین کننده های اجتماعی سلامت

دوره زمانی اجرا	متولی/مشارکت کنندگان در اجرا	هدف
دو هفته	✓ کمیته راهبری شبکه ✓ مرکز تحقیقات SDH دانشگاه و یا مراکز تحقیقات مرتبط ✓ کارشناسان مسئول واحدهای فنی در سطح شبکه ✓ مدیران مراکز خدمات جامع سلامت	محدود کردن فهرست تعیین کننده های اجتماعی سلامت برای مدیریت بهتر و هدفمند تر آنها

در گام دوم از این مرحله؛ تعیین کننده های اجتماعی سلامت که به تفکیک هریک از شاخص ها در گام پیشین شناسایی شدند با استفاده از دو معیار (تعداد جمعیت، اهمیت تعیین کننده) اولویت بندی می شوند تا مداخلات و راهکارهای مناسب برای مرتفع نمودن مهمترین عوامل طراحی گردد. دلیل این امر محدود بودن منابع مالی و انسانی موجود می باشد بدین معنی که باید از منابع محدود استفاده بهینه نمود. فعالیت ها و نکات زیر برای اجرای این گام پیشنهاد می شود:

۱. چک لیست اولویت بندی تعیین کننده های اجتماعی سلامت به تفکیک هر شاخص تهیه شود. از جدول ۹ برای تهیه چک لیست استفاده شود؛

۲. هر تعیین کننده با استفاده از معیارهای ذکر شده، ارزیابی می شود؛

۳. به تفکیک هر تعیین کننده، به هر معیار بر اساس تعاریف ارائه شده در جدول ۱۰، امتیازی بین ۱ تا ۵ تعلق می گیرد؛

۴. تعیین کننده هایی که بالاترین امتیاز را داشته باشند (بالاترین میانگین امتیاز) در اولویت قرار می گیرند؛

۵. این بررسی و اولویت بندی در جلسات کمیته راهبری شهرستان انجام می شود؛

۶. در این جلسات فردی به عنوان دبیر جلسه مسئول هدایت جلسه، نظرخواهی از تک تک افراد و در نهایت جمع بندی اظهارات اعضای حاضر در جلسه می باشد؛

۷. تمامی محتوای جلسه ها ضبط و همچنین به صورت کتبی ثبت گردد؛

۸. تعداد تعیین کننده های اولویت دار بر اساس اجماع نظر اعضای کمیته راهبری شبکه صورت می گیرد.

جدول ۹: چک لیست اولویت بندی تعیین کننده های اجتماعی سلامت به تفکیک شاخص های اولویت دار

اولویت بندی تعیین کننده های اجتماعی شاخص (به عنوان مثال " شاخص شیوع دیابت در سنین بالای ۳۰ سال)						
میانگین امتیاز شاخص	اثر نهایی مورد انتظار	زمان لازم برای انجام مداخله	مقبولیت مداخله از نظر جامعه	امکان تامین منابع	تعداد جمعیت تحت تاثیر	معیار تعیین کننده ها
						تعیین کننده ۱
						تعیین کننده ۲
						تعیین کننده ۳
						...
						تعیین کننده N
معیار امتیازدهی: (۱: بسیار کم، ۲: کم، ۳: متوسط، ۴: زیاد، ۵: بسیار زیاد) *معیارهای مذکور در این جدول برگرفته از مرور ادبیات موجود در این زمینه و نظرات خبرگان می باشند.						

جدول ۱۰: مفاهیم و ابعادی که هنگام امتیازدهی به هریک از معیارها باید در نظر گرفت

تعداد جمعیت تحت تاثیر	✓ "تعداد جمعیت" که تحت تاثیر عامل تعیین کننده اجتماعی سلامت مورد نظر می باشند چقدر است؟ ✓ آیا گروه های جمعیتی آسیب پذیر از این عامل بیشتر متاثر می شوند؟ هر چقدر که تعداد جمعیت بیشتر و افراد متاثر از گروه های آسیب پذیر باشند، امتیاز بیشتری به این معیار تعلق می گیرد.
امکان تامین منابع	مواردی نظیر هزینه و منابع مالی، توان، ظرفیت تیم مداخله، همکاری بین بخشی سازمان ها. هر چقدر امکان تامین منابع برای اصلاح وضعیت آن تعیین کننده بیشتر باشد امتیاز بیشتری به آن تعلق می گیرد.
مقبولیت مداخله از نظر جامعه	آیا در شرایط کنونی، امکان انجام مداخله ای مورد پذیرش جامعه (مردم و سایر ذینقشان) می باشد، وجود دارد؟ هر چقدر میزان پذیرش بیشتر امتیاز بیشتری به آن تعیین کننده تعلق می گیرد.
زمان لازم برای انجام مداخله	زمان لازم برای انجام مداخله جهت بهبود وضعیت تعیین کننده مورد نظر مدنظر می باشد. اگر زمان لازم برای اصلاح تعیین کننده و رسیدن به نتیجه مطلوب طولانی (بیش از دو سال) باشد امتیاز کمتری به آن تعلق می گیرد.
اثر نهایی مورد انتظار	آیا در صورت اقدام برای ارتقاء وضعیت تعیین کننده مورد نظر، اثر مورد انتظار بر سلامت جمعیت را خواهد داشت؟

مرحله چهارم: شناسایی و اولویت بندی مداخله های مرتبط با مدیریت و بهبود تعیین کننده های اجتماعی سلامت

هدف اصلی از شناسایی و اولویت بندی مداخلات مرتبط با مدیریت SDH به شناسایی نیازهای واقعی و اولویت های جامعه تحت پوشش شهرستان کمک می کند، به طوری که منابع به طور مؤثرتر تخصیص یابند. اینکه مداخلات اثربخش مبتنی بر شواهد شناسایی شوند می تواند به رفع چالش ها و مشکلات سلامت و سایر تعیین کننده های اجتماعی سلامت کمک نماید، همچنین با اولویت بندی مداخلات، می توان بر روی اقداماتی تمرکز کرد که بیشترین تأثیر را بر سلامت عمومی دارند و به بهینه سازی منابع از جمله زمان و هزینه کمک می کند. همچنین، اولویت بندی مداخلات بر اساس نیازهای واقعی جامعه و مشکلات موجود به نهادهای سلامت کمک می کند که خدمات بهتری ارائه دهند و به تسهیل همکاری و هم افزایی بین نهادها، سازمان ها و جوامع مرتبط با سلامت کمک می کند تا در راستای اهداف مشترک همکاری کنند و از توانمندی های یکدیگر بهره مند شوند. شناسایی و اولویت بندی مداخلات می تواند موجب جلب توجه و مشارکت بیشتر جامعه در فرآیندهای سلامت شود و احساس مسئولیت را در بین اعضای جامعه افزایش دهد و در نهایت با تمرکز بر تعیین کننده های اجتماعی سلامت، می توان نابرابری های موجود در حوزه سلامت را کاهش داد، که به بهبود عدالت اجتماعی کمک می کند.

این مرحله در دو گام قابل اجرا خواهد بود:

- ✓ گام اول: طراحی مداخله برای تعیین کننده های اجتماعی سلامت به تفکیک تعیین کننده های شناسایی شده
- ✓ گام دوم: اولویت بندی مداخله ها در سطح مراکز خدمات جامع سلامت و شهرستان

گام اول: طراحی مداخله برای تعیین کننده های اجتماعی سلامت به تفکیک تعیین کننده های شناسایی شده

هدف	متولی/مشارکت کنندگان در اجرا	دوره زمانی اجرا
شناسایی بهترین و اثربخش ترین مداخله ها برای بهبود وضعیت تعیین کننده های اجتماعی سلامت	✓ مرکز تحقیقات SDH دانشگاه و یا مراکز تحقیقات مرتبط ✓ کارشناسان مسئول واحدهای فنی در سطح شبکه ✓ مدیران مراکز خدمات جامع سلامت	سه هفته

شناسایی مداخلاتی که بیشترین تأثیر مثبت را بر بهبود وضعیت تعیین کننده های اجتماعی سلامت به تفکیک تعیین کننده های شناسایی شده و در نهایت سلامت جامعه دارند، می تواند به بهبود سریع تر، هدفمندتر و مؤثرتر وضعیت سلامت منجر شود. برای اجرای موثر این گام فعالیت ها و نکات زیر پیشنهاد می گردد:

۱. بررسی برنامه ها و بسته خدمات سلامت موجود و تقویت آنها؛
۲. انجام مطالعات کیفی: مصاحبه ها با گروه های متمرکز متشکل از جامعه هدف، ذینقشان و مراقبین سلامت می تواند بینش هایی در مورد نیازها و مداخلات مؤثر انجام شود؛
۳. برگزاری جلسات مدون کمیته راهبری در سطح شبکه و معاونت بهداشت دانشگاه: در این جلسات نقاط قوت، ضعف، فرصت ها و تهدیدها در زمینه تعیین کننده های اجتماعی سلامت شناسایی شده و مداخلات مناسب آنها بحث و تبادل نظر صورت گیرد؛
۴. بررسی مطالعات و مرور متون: مطالعه و بررسی برنامه های موفق در دیگر جوامع یا کشورها به عنوان الگویی برای شناسایی مداخلات مؤثر انجام شود؛
۵. جلب مشارکت جامعه: ایجاد امکان مشاوره و همفکری با اعضای جامعه و سازمان های غیردولتی برای جمع آوری نظرات و ایده ها در مورد مداخلات ممکن به تفکیک هریک از تعیین کننده های اجتماعی سلامت؛
۶. از روش های اشاره شده در بالا به صورت ترکیبی استفاده شود تا مؤثرترین مداخلات بهبود وضعیت تعیین کننده های اجتماعی سلامت در سطح شهرستان و با در نظر گرفتن بافتار و امکانات منطقه مورد نظر شناسایی شوند؛
۷. نتایج فعالیت های بالا در قالب جدولی مانند جدول ۱۱ جمع بندی و خلاصه شوند.

نکته مهم: همانطور که در فعالیت یک از این گام اشاره شده است، پیش از اقدام برای شناسایی مداخله های مناسب لازم است لیستی از مداخله های موجود که پیشتر در شبکه طراحی و اجرا شده اند (و یا در حال اجرا می باشند) تهیه گردد. در صورت وجود چنین مداخله هایی ابتدا باید به بررسی آنها اقدام گردد بگونه ای که نحوه اجرای آنها و علل احتمالی عدم اجرای موفقیت آمیز آنها شناسایی گردد. سپس از طریق هم اندیشی نسبت به اصلاح و اجرای آن اقدام گردد. انجام این مهم به دلیل پیشگیری از موازی کاری و بهبود مداخلات و بسته های خدمتی جاری می باشد.

جدول ۱۱؛ فهرست مداخله های پیشنهاد شده جهت بهبود وضعیت تعیین کننده اجتماعی سلامت

ردیف	عنوان شاخص	تعیین کننده اجتماعی موثر بر آن شاخص	مداخله-۱	مداخله-۲	مداخله-۳	مداخله-۴	مداخله-۵
۱							
۲							
...							

گام دوم: اولویت بندی مداخله ها در سطح مراکز خدمات جامع سلامت و شهرستان

دوره زمانی اجرا	متولی/مشارکت کنندگان در اجرا	هدف
یک هفته	✓ کمیته راهبری شهرستان ✓ مرکز تحقیقات SDH دانشگاه و یا مراکز تحقیقات مرتبط ✓ کارشناسان مسئول واحدهای فنی در سطح شبکه ✓ مدیران مراکز خدمات جامع سلامت	اولویت بندی مداخلات در جهت انتخاب و اجرای اثربخش ترین مداخله ها برای بهبود وضعیت تعیین کننده های اجتماعی سلامت

با اجرای گام اول از این مرحله، انتظار می رود لیستی وسیع از مداخله ها برای بهبود وضعیت تعیین کننده های اجتماعی سلامت پیشنهاد شود. در این گام لازم است برای اینکه مداخلات قابل اجرا و اثربخش شناسایی شوند، مداخلات پیشنهادی شناسایی شده در گام پیشین اولویت بندی شوند. فعالیت ها و نکات زیر برای اجرای این گام پیشنهاد می شود:

۱. چک لیست اولویت بندی مداخله ها به تفکیک هریک از تعیین کننده های اجتماعی سلامت تهیه شود. (از جدول ۱۲ برای تهیه چک لیست استفاده شود)؛
۲. هر مداخله با استفاده از معیارهای ذکر شده ارزیابی می شود؛
۳. به تفکیک هر مداخله، به هر معیار بر اساس تعاریف ارائه شده در جدول ۱۳، امتیازی بین ۱ تا ۵ تعلق می گیرد؛
۴. جمع بندی و محاسبه میانگین امتیاز مداخله ها با در نظر گرفتن وزن هر معیار (جدول ۱۳) انجام می شود (لازم به ذکر است وزن معیارها بر اساس نظرات خبرگان در سطح وزارت بهداشت تعیین شده است، این وزن ها در سطح دانشگاه و شهرستان با توجه به مقتضیات و ملاحظات جمعیت تحت پوشش قابل تغییر می باشند؛
۵. مداخله هایی که بالاترین امتیاز را داشته باشند (بالاترین میانگین امتیاز) در اولویت قرار می گیرند؛
۶. این بررسی و اولویت بندی در جلسات کمیته راهبری شهرستان انجام می شود؛
۷. در این جلسات فردی به عنوان دبیر جلسه مسئول هدایت جلسه، نظرخواهی از تک تک افراد و در نهایت جمع بندی اظهارات اعضای حاضر در جلسه می باشد؛
۸. تمامی محتوای جلسه ها ضبط و همچنین به صورت کتبی ثبت می گردد؛
۹. بررسی مداخلات موجود هم راستا با مداخلات SDH: بدین معنی که بهتر است مداخله های موجود که در حال حاضر در شبکه در حال اجرا می باشند مورد بررسی قرار گیرند تا از دوباره کاری پرهیز شود. بدیهی است در صورت وجود مداخله های مشابه می توان اقدام به بازبینی آنها نمود یا اینکه در صورت عدم اجرای موفقیت آمیز آن اقدام به بررسی علل مربوطه و رفع آنها کرد.
۱۰. تعداد مداخله های اولویت دار بر اساس اجماع نظر اعضای کمیته راهبری شبکه صورت می گیرد.

جدول ۱۲؛ چک لیست اولویت بندی مداخله های پیشنهادی به تفکیک هریک از تعیین کننده های اجتماعی سلامت

اولویت بندی مداخله های تعیین کننده های اجتماعی سلامت						
میانگین امتیاز شاخص	مقبولیت اجتماعی مداخله	مطابقت با برنامه ها و سیاست های جاری	امکان انجام مداخله	زمان لازم برای رسیدن به نتیجه	اثربخشی مداخله	معیار مداخله ها
						مداخله ۱
						مداخله ۲
						مداخله ۳
						...
						مداخله N
معیار امتیازدهی: (۱: بسیار کم، ۲: کم، ۳: متوسط، ۴: زیاد، ۵: بسیار زیاد) *معیارهای مذکور در این جدول برگرفته از مرور ادبیات موجود در این زمینه و نظرات خبرگان می باشند.						

جدول ۱۳؛ مفاهیم و ابعادی که هنگام امتیازدهی به هریک از معیارها باید در نظر گرفت

نام معیار	وزن معیار	تعاریف و مفاهیم
اثربخشی مداخله	۰,۲۵	✓ اثربخشی مداخله به معنای توانایی آن مداخله در دستیابی به نتایج و اهداف مورد نظر است. به عبارت دیگر، اثربخشی نشان می دهد که آیا یک اقدام، برنامه یا رویکرد خاص می تواند بهبودهایی را در یک مسئله خاص ایجاد کند یا خیر. ✓ میزان موثر بودن مداخله در مرتفع نمودن شاخص مورد نظر و بهبود وضعیت عامل اجتماعی موثر بر سلامت مربوطه.
زمان لازم برای رسیدن به نتیجه	۰,۱۵	✓ مدت زمان پیش بینی شده برای تاثیرگذاری: برخی مداخلات ممکن است تأثیرات سریع تری داشته باشند، در حالی که دیگران ممکن است نیاز به زمان بیشتری برای نشان دادن نتایج داشته باشند. مداخلاتی که تأثیرات سریع تری دارند، در اولویت قرار گیرند. ✓ ضرورت و فوریت مسأله: اگر یک مسأله به شدت فوری و بحرانی باشد، مداخلاتی که سریعتر می توانند به نتایج قابل مشاهده منجر شوند، معمولاً در اولویت قرار می گیرند. ✓ پایداری نتایج: ارزیابی اینکه آیا نتایج قابل برداشت و ماندگار خواهد بود، در اولویت بندی اهمیت دارد. ✓ منابع و ظرفیت ها: اگر مداخله ای سریعاً قابل اجرا باشد و منابع کافی برای آن وجود داشته باشد، این می تواند یک مزیت باشد. ✓ به طور کلی، زمان لازم برای رسیدن به نتیجه نه تنها به خود مداخله وابسته است، بلکه به زمینه، وضعیت فعلی و نیازهای جامعه نیز بسیار موثر است.
امکان انجام مداخله	۰,۲۵	انجام مداخله برای بهبود وضعیت تعیین کننده های اجتماعی سلامت بستگی به مواردی نظیر هزینه و منابع مالی، توان، ظرفیت تیم مداخله، همکاری بین بخشی سازمان ها و ... دارد.
مطابقت با برنامه ها و سیاست های جاری	۰,۲	✓ آیا اجرای این مداخله و دستورالعمل های مرتبط با آن در چارچوب قوانین و سیاست های بالادستی قرار دارد؟ ✓ این مداخله با چه سیاست ها و دستورالعمل هایی در تضاد است؟ ✓ این مداخله چقدر با سایر برنامه ها و اقدامات جاری هم خوانی دارد؟
مقبولیت توسط جامعه	۰,۱۵	✓ آیا در شرایط کنونی، این مداخله مورد پذیرش کامل جامعه (مردم و سایر ذینقشان) می باشد؟ ✓ چقدر اقبال عمومی برای اجرای این مداخله وجود دارد؟

مرحله پنجم: اجرای مداخلات مرتبط با بهبود وضعیت SDH در سطح منطقه

هدف	متولی/مشارکت کنندگان در اجرا	دوره زمانی اجرا
کاهش نابرابری‌های سلامت و اجتماعی در جامعه؛ تلاش برای اطمینان از دسترسی برابر به خدمات سلامت، آموزشی و اقتصادی برای همه افراد، به ویژه اقشار آسیب‌پذیر و محروم در جهت بهبود کیفیت زندگی جامعه	✓ کمیته راهبری دانشگاه ✓ کمیته راهبری شهرستان ✓ اعضای اصلی کارگروه فرهنگی، اجتماعی، سلامت زنان و خانواده شهرستان ✓ کارشناسان مسئول واحدهای فنی در سطح شبکه ✓ مدیران مراکز خدمات جامع سلامت	با توجه به نوع مداخله اجرایی، دوره زمانی متفاوت می باشد.

مرحله پنجم از شیوه نامه به اجرای مداخلات اصلاحی وضعیت تعیین کننده های اجتماعی سلامت در سطح /مرکز خدمات جامع سلامت/ شهرستان/ دانشگاه/ کشور اختصاص دارد. پس از مشخص شدن مداخله مناسب، تیم سلامت باید اقدام به ایجاد تمهیدات مورد نظر برای اجرای مداخلات بپردازد. فعالیت ها و نکات زیر برای اجرای مداخلات پیشنهاد می گردد:

۱. ملاحظات زیر برای اجرای مداخله ها شفاف شوند:

- ✓ برای مداخله چه کسی مسئولیت را به عهده خواهد گرفت؟
 - ✓ جمعیت هدف برای مداخله چه کسانی هستند؟ و حدودا چه تعدادی هستند؟
 - ✓ آیا این مداخله به دست افراد کم برخوردار نیز می‌رسد؟
 - ✓ آیا مداخله کیفیت مورد قبول را دارد؟
 - ✓ چه کسانی مداخله را ارائه می‌دهند؟
 - ✓ سازمان‌های همکار کدامند؟
 - ✓ چه منابعی برای پیاده کردن مداخله لازم است؟
 - ✓ آیا می‌توان از منابع موجود به نحو متفاوتی برای اعمال تغییرات استفاده کرد؟
 - ✓ آیا سایر منابعی که قبلا به آن‌ها دسترسی نبود اکنون در دسترس هستند؟
۲. در حین اجرای مداخله لازم است موانع و خطرات در مقابل موفقیت پروژه و نحوه مدیریت آن‌ها مشخص شود؛
۳. باید دقت شود که هر مداخله متناظر با کدام هدف است؟ و کدام بخش از جمعیت هدف را پوشش می‌دهد؟
۴. فردی ناظر باید بر اجرای فعالیت ها، نظارت کند و هنگامی که جلسات پیشرفت کار برگزار می‌گردد گزارش پیشرفت و موانع موجود را جهت رفع موانع و ارائه راهکارهای مناسب به ذینقشان ارائه دهد؛
۵. کاربرگی برای مشخص کردن کلیات مرتبط با هر مداخله جهت تسهیل امور اجرایی و نظارت بر پیشرفت مداخله تهیه شود (جدول ۱۴)؛
۶. از جدول ۱۵ برای مدیریت روند اجرایی و پایش مداخلات می توان بهره گرفت؛
۷. بهتر است برای هر مداخله برنامه عملیاتی تهیه و تدوین گردد تا جزئیات اجرایی در آن بهتر مشخص شود (جدول ۱۶).

جدول ۱۴: کلیات مرتبط با هر مداخله جهت تسهیل امور اجرایی و نظارت بر پیشرفت مداخله

ردیف	مداخله	مسئول اصلی اجرا	همکاران	سطح مداخله	منابع مورد نیاز
۱	مداخله ۱				
۲	مداخله ۲				
۳	مداخله ۳				
...	...				

جدول ۱۵: مداخله و جدول زمان بندی برای اجرای آن ها

ردیف	مداخله	گروه هدف	محل اجرا	زمان بندی اجرایی										پایش روند اجرا	
				اصلی	همکار	فروردین	اردیبهشت	خرداد	تیر	مرداد	شهریور	مهر	آبان		آذر
۱															
۲															
⋮															

مداخله ۱:															
هدف اختصاصی:															
ردیف	نام فعالیت	فرد مسئول	زمان اجرا	بودجه و تامین اعتبار	شاخص دستیابی	جدول پیشرفت زمانی (ماهانه)									
						۲	۴	۶	۸	۱۰	۱۲				
۱															
۲															
....															
میزان تحقق هدف						درصد تحقق شاخص									
						سه ماهه اول						سه ماهه دوم		سه ماهه سوم	
						سه ماهه اول						سه ماهه دوم		سه ماهه سوم	
						چهارم									

توضیحات تکمیلی مربوط به تکمیل کاربرگ:

- هدف اختصاصی: هدف مداخله نوشته به صورت شفاف نوشته شود.
- نام فعالیت: فعالیت هایی که برای اجرای مداخله مورد نیاز هستند لیست شوند.
- فرد مسئول: فرد و یا سازمان مسئول اجرای هر یک از فعالیت ها مشخص شوند.
- بودجه و تامین اعتبار: بسیاری از فعالیت ها برای اجرا نیازمند تخصیص بودجه هستند. در این قسمت باید بودجه مورد نیاز اجرای فعالیت مشخص شود.
- شاخص دستیابی: اینکه ما چطور متوجه شویم یک فعالیت انجام شده است ی خیر، نیازمند تعریف یک شاخص معین دارد. لذا در این قسمت شاخص دستیابی برای هر فعالیت تعیین می کنیم. مثلا اگر فعالیتی که قرار است انجام شود، "قراردادن وسایل و امکانات ورزشی در فضاهای سبز شهر" می باشد، شاخص دستیابی می تواند "درصد فضاهای سبزی که با امکانات ورزشی تجهیز شده اند" باشد.
- جدول پیشرفت زمانی: این جدول برای پایش اجرای فعالیت در نظر گرفته شده است، فرد/نهاد متولی اجرای مداخله می تواند بر اساس دوره های زمانی معین، اقدام به پایش اجرای فعالیت ها و پیگیری پیشرفت اجرا شود.
- شاخص: در این قسمت یک شاخص کلی برای بررسی دستیابی به هدف اجرای مداخله مشخص می کنیم. مثلا اگر هدف اختصاصی "افزایش زیرساخت های ورزشی برای ارتقا فعالیت جسمانی در سطح شهر" باشد، شاخص می تواند "میزان زیرساخت های ورزشی در سطح شهر" باشد.
- میزان تحقق هدف: در این قسمت بر اساس نتایج پایش سالیانه، درصد پیشرفت اجرای مداخله مشخص می شود.
- درصد تحقق شاخص: در این قسمت بر اساس نتایج پایش دوره ای، درصد پیشرفت اجرای مداخله به صورت دوره ای و بر اساس جدول پیشرفت زمانی مشخص می شود.

مرحله ششم؛ پایش و ارزیابی مداخله ها

دوره زمانی اجرا	متولی/مشارکت کنندگان در اجرا	هدف
با توجه به نوع مداخله اجرایی، دوره زمانی پایش و ارزشیابی مداخله ها متفاوت می باشد.	✓ کمیته راهبری دانشگاه	پایش منظم، دوره ای و عمیق میزان تأثیر مداخلات
	✓ کمیته راهبری شهرستان	مختلف بر بهبود وضعیت تعیین کننده های
	✓ اعضای اصلی کارگروه فرهنگی، اجتماعی، سلامت زنان و خانواده شهرستان	اجتماعی سلامت و کاهش نابرابری های سلامت در
	✓ کارشناسان مسئول واحدهای فنی در سطح شبکه	جهت توسعه و طراحی راه حل های بهتر و کارآمدتر
	✓ مدیران مراکز خدمات جامع سلامت	که می توانند به بهبود کیفیت زندگی و سلامت در سطح جامعه کمک کنند.

بررسی اثربخشی مداخله به معنای ارزیابی و تحلیل تأثیرات یک مداخله (مانند درمان، برنامه آموزشی، سیاست یا فعالیت اجتماعی) بر نتایج مشخص سلامت و سایر عوامل و تعیین کننده های خارج از حوزه سلامت است. هدف از این بررسی این است که مشخص کنیم آیا مداخله مورد نظر واقعاً به بهبود وضعیت هدف (مانند سلامت جسمانی، کیفیت زندگی، یا دیگر شاخص های مهم) کمک می کند یا خیر. برای اجرای این مرحله در نظر گرفتن فعالیت ها و نکات زیر پیشنهاد می شود:

۱. تعیین اهداف: مشخص کردن اهداف و نتایج مورد نظر که مداخله باید به آنها دست یابد.
۲. جمع آوری داده ها: استفاده از روش های مختلف (مانند مطالعات تصادفی کنترل شده، نظرسنجی ها، مصاحبه ها و...) برای جمع آوری اطلاعات قبل و بعد از مداخله.
۳. مقایسه: بررسی تفاوت ها بین گروهی که مداخله را دریافت کرده اند و گروهی که این مداخله را دریافت نکرده اند (گروه کنترل).
۴. تحلیل تغییرات: بررسی تغییرات در نتایج مورد نظر و تشخیص اینکه این تغییرات ناشی از مداخله بوده است یا عوامل دیگر.
۵. استنتاج و گزارش: جمع بندی یافته ها و نتیجه گیری درباره اثربخشی مداخله، به همراه پیشنهادات برای بهبود برنامه یا سیاست های موجود.
۶. پیوست شماره هفت که در خصوص انواع روش های پایش و ارزشیابی مداخله ها، اثربخشی مداخله های سلامت و نحوه اجرای آنها می باشد مطالعه شود.

مرحله هفتم؛ مستندسازی فرایند اجرای شیوه نامه

هدف	متولی/مشارکت کنندگان در اجرا	دوره زمانی اجرا
افزایش قابلیت اطمینان و دسترسی به اطلاعات تا بتوان بهترین تصمیمات را گرفت و بهبودهای لازم را در فرآیند اجرای شیوه نامه اعمال کرد	✓ یکی از کارشناسان مسئول واحدهای فنی در سطح شبکه یا فردی از مرکز تحقیقات SDH یا سایر مراکز تحقیقات مرتبط	سه هفته

مستندسازی فرآیند به معنا ثبت و ضبط جزئیات و اطلاعات مربوط به یک فرآیند است. مستندات باعث می‌شوند سازمان‌ها اطلاعات خود را به بهترین نحو ممکن ثبت و نگهداری کنند. این اطلاعات می‌تواند شامل روش‌های انجام کار، فرآیندهای مورد استفاده، منابع مورد نیاز، نقاط قوت و ضعف و همچنین داده‌ها باشند. معتبرسازی فرآیند به سازمان‌ها کمک می‌نماید تا عملکرد خود را اصلاح و بازبینی کنند. با دسترسی به اطلاعات دقیق و جامع در مورد فرآیندهای خود، سازمان‌ها می‌توانند نقاط ضعف را پیدا کرده و راهکارهای مناسب برای بهبود آن‌ها بیابند. توصیه می‌شود از همان اولین گام‌های اجرای شیوه نامه، فردی برای ضبط و ثبت کلیه فعالیتها؛ فرد/افراد انجام دهنده، نحوه اجرای فعالیتها، دوره زمانی اجرای آن، منابع مورد استفاده مشخص شود. برای مستندسازی، لازم است به نکات ذیل توجه شود:

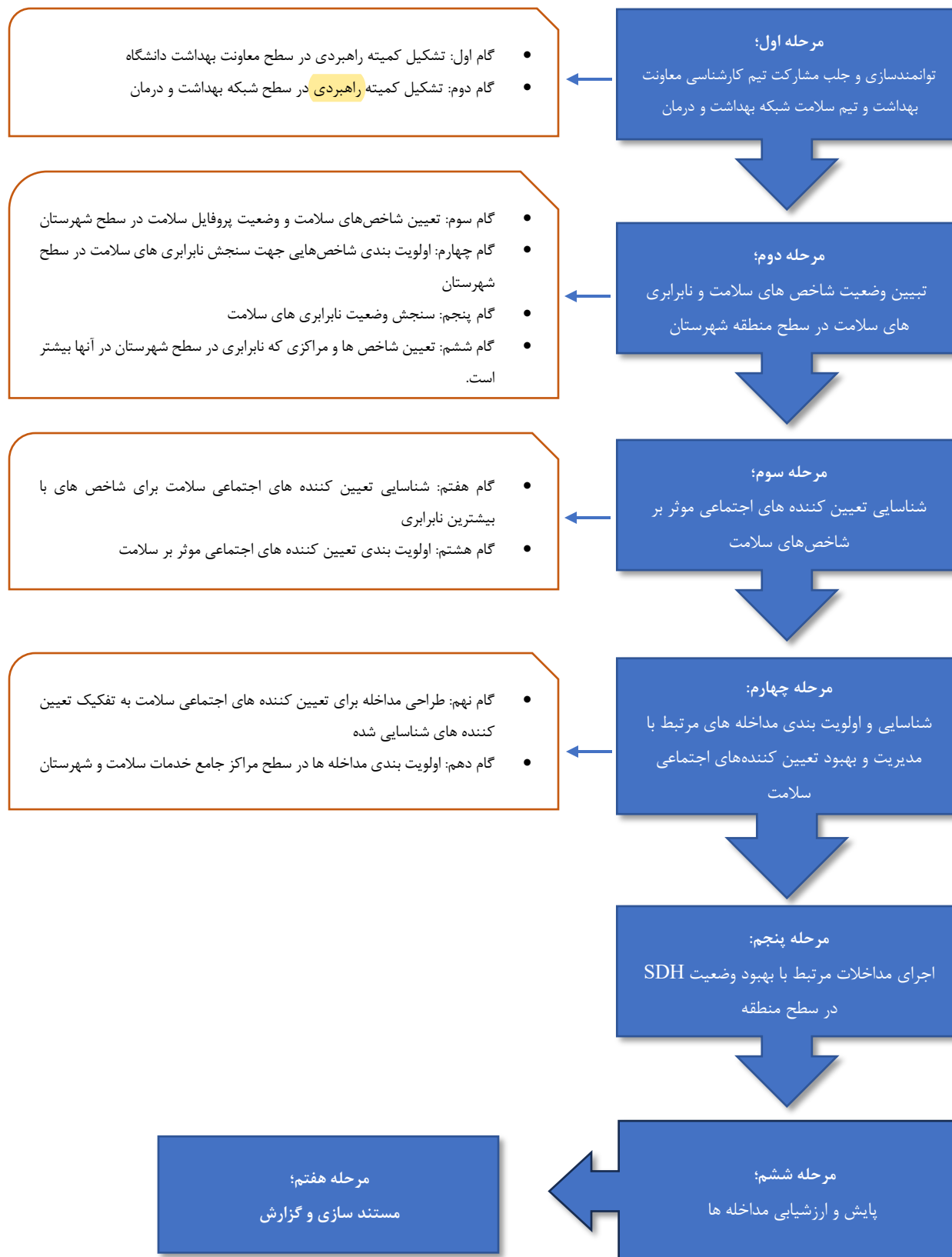
۱. تعیین قالب مستندات (گزارش، راهنما، چک‌لیست و غیره)؛
۲. طراحی ساختار مستندات شامل مقدمه، اهداف، مراحل اجرا، و نتایج؛
۳. حضور فرد مسئول مستندسازی در تمامی جلسات و مراحل اجرای شیوه نامه؛
۴. ثبت تمامی فعالیتها و تصمیم‌گیری‌های مهم از اولین مرحله شروع اجرای شیوه نامه؛
۵. ارتباط و تعامل مستمر با تک‌تک افراد مسئول در اجرای شیوه نامه به منظور رفع ابهامات احتمالی و ثبت دقیق اطلاعات و مستندات؛
۶. استفاده از امکانات مناسب برای ضبط جلسات، تهیه عکس؛
۷. بررسی مستندات تهیه شده توسط افراد دخیل در اجرای فرایند به منظور اطمینان از ثبت تمامی اقدامات و اطلاعات مهم؛
۸. نگارش متن مستندات بر اساس اطلاعات جمع‌آوری شده؛
۹. استفاده از زبان ساده و قابل فهم برای تمامی ذینفعان؛
۱۰. تدوین و جمع‌بندی مستندات در قالب یک گزارش؛
۱۱. بررسی مستندات توسط تیم‌های مختلف؛
۱۲. نظارت بر اجرای صحیح و جمع‌آوری بازخوردها؛
۱۳. اصلاح و بهبود مستندات بر اساس بازخوردها؛
۱۴. توزیع مستندات و راهنماها به تمامی افراد مرتبط؛

۱۵. شناسایی نقاط قوت و ضعف و بهبود مستندات بر اساس تجربیات؛
۱۶. تعیین زمان‌بندی برای به‌روزرسانی مستندات؛
۱۷. اطمینان از دسترسی آسان به مستندات برای تمامی ذینفعان.

در راستای بهبود وضعیت سلامت عمومی در یک منطقه، شناسایی SDH و به دنبال آن مداخلات اصلاحی و اولویت‌بندی آنها به عنوان یک استراتژی کلیدی شناخته می‌شود. این رویکرد با بهینه‌سازی منابع مالی و انسانی، تأثیرگذاری بیشتر بر روی چالش‌های سلامت و کاهش نابرابری‌های اجتماعی همراه است. شناسایی نیازهای واقعی جامعه و تمرکز بر گروه‌های آسیب‌پذیر، به نهادهای سلامت کمک می‌کند تا خدمات بهتری ارائه دهند و همکاری میان سازمان‌ها و جوامع را تسهیل کند. با ایجاد نظام‌های ارزیابی و بازخورد، روند پیشرفت مداخلات قابل پیگیری و بهبود خواهند یافت. در نهایت، این امر نه تنها موجب پایداری و استمرار اقدامات می‌شود، بلکه آگاهی و مشارکت عمومی را نیز افزایش می‌دهد، که همگی به بهبود سلامت جامعه کمک خواهد کرد.

در شکل زیر خلاصه ای از مراحل اجرایی شیوه نامه در قالب یک فلوچارت ارائه شده است (شکل ۱).

شیوه نامه اجرایی ادغام رویکرد تعیین کننده های اجتماعی سلامت در نظام شبکه بهداشت و درمان کشور



۱. Social determinants of health [Available from: https://www.who.int/health-topics/social-determinants-of-health#tab=tab_1.
۲. Ahangar A, Ahmadi AM, Mozayani A, FarajiDizaji S. Key health financing policies with approach risk-sharing to promote health systems in poor and developing countries; Africa and eastern Mediterranean (WHO) regions. Iranian Journal of Health Education and Health Promotion. 2018;6(2):200-2.
۳. Ahmadi AM, Mohammadzadeh Y, Sadeghi H, Hassanzadeh A. Measuring health inequalities and its importance in Total inequities in Iran. J Basic Appl Sci Res. 2013;3(9):392-402.
۴. Arcaya MC, Arcaya AL, Subramanian SV. Inequalities in health: definitions, concepts, and theories. Revista Panamericana de Salud Pública. 2015;38:261-71.
۵. Artiga S, Hinton E. Beyond health care: the role of social determinants in promoting health and health equity. Kaiser Family Foundation. 2018;10.
۶. STEPwise approach to NCD risk factor surveillance (STEPS) [Available from: <https://www.who.int/teams/noncommunicable-diseases/surveillance/systems-tools/steps>.
۷. [مرکز خدمات جامع سلامت] Available from: <https://fph.behdasht.gov.ir/%D9%85%D8%B1%DA%A9%D8%B2-%D8%AE%D8%AF%D9%85%D8%A7%D8%AA-%D8%AC%D8%A7%D9%85%D8%B9-%D8%B3%D9%84%D8%A7%D9%85%D8%AA>.
۸. Sadiqa A, Sahrakorpi T, Keppo I. Gender vulnerabilities in low carbon energy transitions: a conceptual review. Environmental Research Letters. 2023;18(4):043004.
۹. setting p. <https://www.merriam-webster.com/dictionary/set%20priorities>
۱۰. intervention. <https://dictionary.cambridge.org/dictionary/english/intervention>
۱۱. Organization WH. Closing the gap in a generation: Health equity through action on the social determinants of health: World Health Organization; 2008.
۱۲. Petteway RJ, González LA. Engaging Public Health Critical Race Praxis in Local Social Determinants of Health Research: The Youth Health Equity and Action Research Training Program in Portland, OR—yHEARTPDx. International Journal of Environmental Research and Public Health. 2022;19(13):8187.
۱۳. Raphael D. Educating the Canadian public about the social determinants of health: the time for local public health action is now! Global health promotion. 2012;19(3):54-9.
۱۴. Niederdeppe J, Bu QL, Borah P, Kindig DA, Robert SA. Message design strategies to raise public awareness of social determinants of health and population health disparities. The Milbank Quarterly. 2008;86(3):481-513.
۱۵. Mangold KA, Bartell TR, Doobay-Persaud AA, Adler MD, Sheehan KM. Expert consensus on inclusion of the social determinants of health in undergraduate medical education curricula. Academic Medicine. 2019;94(9):1355-60.
۱۶. Komakech MDC. From the Standpoint of Policymakers: An Institutional Ethnography Inquiry into the Policymaking Process to Address Health Equity and Social Determinants of Health in Canada. 2022.
۱۷. Organization WH. A vision for primary health care in the 21st century: towards universal health coverage and the sustainable development goals. Geneva: World Health Organization and the United Nations Children's Fund (UNICEF). 2018. 2020.
۱۸. Doshmangir L, Moshiri E, Farzadfar F. Seven decades of primary healthcare during various development plans in Iran: a historical review. Archives of Iranian medicine. 2020;23(5):338-52.
۱۹. Joudyian N, Doshmangir L, Mahdavi M, Tabrizi JS, Gordeev VS. Public-private partnerships in primary health care: a scoping review. BMC health services research. 2021;21(1):1-18.
۲۰. Almujaideh B. Increasing physician intention to address social determinants in primary health care: A qualitative inquiry and pilot RCT in Saudi Arabia. 2022.
۲۱. Almujaideh B, Adams A, Alquaiz A, Van Gorp G, Schuster T, Andermann A. Exploring social determinants of health in a Saudi Arabian primary health care setting: the need for a multidisciplinary approach. International Journal for Equity in Health. 2022;21(1):1-11.
۲۲. Kamble RU, Garg BS, Raut AV, Bharambe MS. Participation of Village Health Nutrition and Sanitation Committees (VHNSC) on Social determinants of health (SDH) in a District in Maharashtra. Indian Journal of Community Health. 2019;31(3):401-6.
۲۳. Moen M, Storr C, German D, Friedmann E, Johantgen M. A review of tools to screen for social determinants of health in the United States: a practice brief. Population health management. 2020;23(6):422. ۹-

- .^{٢٤} Choi BC, Maza RA, Mujica OJ, Group PSPA, Team PT. The Pan American Health Organization-adapted Hanlon method for prioritization of health programs. *Revista Panamericana de Salud Pública*. 2019;43.
- .^{٢٥} Baltussen R, Niessen L. Priority setting of health interventions: the need for multi-criteria decision analysis. *Cost effectiveness and resource allocation*. 2006;4:1-9.
- .^{٢٦} Ruliyandari R, Purwanti DI, Djanah SN, Solikhah S, Nuraisyah F. Prioritizing Health Problems In Dukuh Demangan, Bantul, Yogyakarta Using Community Diagnosis And Hanlon Method. *International Journal of Health and Pharmaceutical (IJHP)*. 2023;3(3):555-7.

پیوست شماره یک: شناسایی ذینقشان و جلب مشارکت ایشان

ذینقشان چه کسانی هستند؟

ذینقشان کسانی هستند که می‌توانند روی یک فعالیت تاثیر داشته باشند و یا این‌که به‌صورت مستقیم و یا غیرمستقیم تحت تاثیر آن فعالیت قرار بگیرند. ذینقشان همچنین ممکن است شامل افرادی باشند که به دلایل مختلف علاقه زیادی به یک فعالیت دارند، اگرچه خود آن‌ها، خانواده، دوستان و نزدیکان‌شان به‌صورت مستقیم از این فعالیت تاثیر نمی‌پذیرند. شناسایی کردن و مشارکت دادن ذینقشان می‌تواند بخش بزرگی از تضمین موفقیت یک فعالیت باشد.

برای جذب حمایت و همکاری ذینقشان در یک فعالیت، تنها شناسایی آن‌ها کافی نیست بلکه باید چرایی علاقه آن‌ها به یک فعالیت خاص را نیز شناخت. با درک این موضوع، می‌توان از آن‌ها برای مشارکت دعوت نمود، به دغدغه‌های آن‌ها پاسخ داد و به آن‌ها نشان داد چگونه فعالیت‌تان به آن‌ها سود می‌رساند. مدیریت ذینقشان به معنی نگهداری همکاری و حمایت از سوی آن‌ها است. چنین کاری با تحلیل ذینقشان به‌صورتی که میزان علاقه و نفوذ آن‌ها روی یک فعالیت را روشن می‌کند، راحت‌تر می‌شود. یکی از راه‌های تشخیص ذینقشان بررسی رابطه آن‌ها با فعالیت/شاخص مورد نظر است.

- **ذینقشان سطح اول:** افراد و یا گروه‌هایی هستند که به‌صورت مستقیم تحت تاثیر یک فعالیت/شاخص ویژه قرار می‌گیرند، چه به صورت مثبت و چه به صورت منفی. در بعضی موارد ذینقشان دست اول در هر دو سوی معادله قرار دارند: مقرراتی که برای یک گروه تاثیر مثبت به‌همراه دارد ولی برای گروه دیگر منفی است.
- **ذینقشان سطح دوم:** افراد و یا گروه‌هایی هستند که به‌صورت غیرمستقیم تحت تاثیر یک فعالیت/شاخص ویژه قرار می‌گیرند، چه به‌صورت مثبت و چه به صورت منفی.
- **ذینقشان کلیدی:** این ذینقشان که ممکن است عضو هر دو این گروه باشند یا نباشند، توانایی آن را دارند که تاثیری مثبت و یا منفی روی یک فعالیت/شاخص داشته باشند، و یا افرادی هستند که در یک موسسه، نهاد و سازمان مجری، جایگاه مهمی دارند.

برخی ذینقشان مرتبط با موضوع شیوه نامه حاضر به شرح ذیل می‌باشند:

مردم: بهبود وضعیت برخی از شاخص‌ها علاوه بر وجود تسهیلات و خدمات بهداشتی و درمانی، نیازمند مشارکت فعالانه عموم مردم می‌باشد. عبارت دیگر مشارکت صحیح مردم و بکارگیری توصیه‌های تیم سلامت تضمین کننده بهبود وضعیت سلامت و ارتقاء شاخص‌های سلامت خواهد بود. بعنوان نمونه چنانچه وضعیت یکی از مناطق در شاخص مرگ مادران در مقایسه با استاندارد کشوری نامطلوب باشد در این صورت مشارکت فعال مادران باردار و نیز همسران آن‌ها در برنامه‌های

آموزشی یکی از عوامل اثرگذار در بهبود وضعیت شاخص پیشگفت خواهد بود. آنچه مسلم است این است که گروه هدف مناسب برای هر شاخص تعیین و برای توانمندسازی آنان برنامه ریزی گردد.

تیم سلامت مرکز خدمات جامع سلامت: با توجه به اهمیت به روز بودن دانش کارکنان شبکه بهداشت و درمان و واحدهای زیرمجموعه آن، لازم است به روزرسانی دانش این گروه مورد توجه ویژه قرار گیرد. تیم سلامت شامل پزشک مسئول مرکز خدمات جامع سلامت شهری یا شهری-روستایی و کارشناسان/کاردانان مرکز (سلامت روان، تغذیه، بهداشت محیط و بهداشت حرفه‌ای)، یک نفر از مراقبین سلامت هر پایگاه سلامت و کارشناس مراقب ناظر می‌باشد.

تیم سلامت به دلیل ارتباط مداوم با جمعیت تحت پوشش خود، نیازمند آخرین دانش و مهارت در خصوص SDH و نحوه اثرگذاری آن‌ها بر سلامت مردم می‌باشند. برای تعیین موارد نیازمند آموزش در کارکنان می‌توان اقدام به سنجش سطح دانش آنان در خصوص SDH، شاخص‌های سلامت، نحوه تعیین نابرابری‌های سلامت نمود و سپس بر اساس سطح دانش آنان اقدام به تعیین محتوای آموزشی و برگزاری کلاس‌های آموزشی نمود.

اعضای تیم سلامت عبارتند از:

- یک پزشک عمومی یا پزشک خانواده (یکی از پزشکان که سابقه ماندگاری بیشتر و ترجیحاً مدرک تخصصی پزشک خانواده یا Mph دارد به عنوان رئیس مرکز تعیین می‌شود)
- کارشناس یا کارشناس ارشد سلامت روان (با مدرک روانشناسی بالینی)
- کارشناس یا کارشناس ارشد تغذیه
- کاردان یا کارشناس بهداشت محیط یا بهداشت حرفه‌ای
- مراقب سلامت ناظر
- یک نفر از مراقبین سلامت هر پایگاه سلامت (یکی از مراقبین ماما باشد)

وظایف تیم سلامت عبارتند از:

- ✓ آموزش سلامت در قالب برگزاری نشست‌ها و گردهمایی‌های برنامه‌های آموزشی به مردم و مسوولین منطقه (حضور/مجازی)
- ✓ هماهنگی با مسوولین منطقه تحت پوشش به منظور ایجاد محیط حامی سلامت، رفع عوامل خطرزای محیطی و مبارزه با اپیدمی‌ها
- ✓ نیازسنجی، اولویت‌بندی و طرح مسایل و تعیین‌کننده‌های اجتماعی سلامتی منطقه و یافتن راه حل‌های علمی و اجرایی برای آن‌ها
- ✓ جلب مشارکت عموم مردم در خودمراقبتی و حمایت از برنامه‌های سلامت عمومی
- ✓ آموزش و اطلاع‌رسانی درمورد وظایف، برنامه‌های سلامت و خدمات قابل ارائه در پایگاه‌های سلامت و مرکز

کارگروه فرهنگی، اجتماعی، سلامت، زنان و خانواده استان: نهادی بین بخشی متشکل از نمایندگان مختلف دستگاه‌های دولتی، سازمان‌های غیر دولتی و فعالان اجتماعی است که با هدف بهبود وضعیت فرهنگی، اجتماعی و سلامت جامعه، به ویژه زنان و خانواده‌ها در سطح استان تشکیل می‌شود. این کارگروه یکی از مهمترین بسترها برای بهبود وضعیت تعیین کننده های اجتماعی سلامت در سطح استان می باشد.

ترکیب اعضا:

- استاندار (رئیس کارگروه)
- رئیس دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی مرکز استان (دبیر کارگروه)
- رئیس سازمان مدیریت و برنامه ریزی استان
- مدیرکل سازمان صدا و سیما مرکز استان
- مدیرکل حفاظت محیط زیست استان
- رئیس سازمان جهاد کشاورزی استان
- مدیرکل دامپزشکی استان
- مدیرکل تعاون، کار و رفاه اجتماعی استان
- مدیرکل ورزش و جوانان
- مدیرکل آموزش و پرورش
- مدیرکل راه و شهرسازی
- مدیرعامل شرکت آب و فاضلاب استان
- رئیس دادگستری یا دادستان مرکز استان
- مدیرکل استاندارد استان
- اداره کل بازرسی استان
- مدیرکل صنعت، معدن و تجارت استان
- فرمانده نیروی انتظامی استان
- رئیس کمیته امداد امام خمینی استان

شرح وظایف کارگروه:

- ✓ بهبود ساز و کارهای مدیریت همه جانبه سلامت و تاثیرگذاری بر SDH با جلب مشارکت‌های بین بخشی و مردمی
- ✓ نظارت و تسهیل اجرای تصمیمات شوراهای مرتبط از جمله شورای عالی سلامت و امنیت غذایی

- ✓ بررسی، تطبیق و تلفیق برنامه‌های بخش‌های مرتبط با وظایف کارگروه در چارچوب برنامه‌های توسعه کشور، سیاست‌های ابلاغی دولت، طرح‌های آمایشی، توسعه و عمران استان
- ✓ بررسی و تصویب راهکارهای اجرایی یا ارائه پیشنهادهای مناسب در خصوص مسائل و شاخص‌های نهایی سلامت استان به کارگروه
- ✓ بررسی پیشنهادات و موضوعات ارجاع شده از سوی شورای برنامه‌ریزی و توسعه‌ی استان و اظهار نظر در حیطه‌ی وظایف کارگروه
- ✓ رسیدگی به گزارش‌های نظارتی در زمینه‌ی بهداشت محیط، کنترل مواد غذایی و بهداشتی، خدمات سلامت و امنیت غذایی
- ✓ پایش شاخص‌های اساسی سلامت و امنیت غذایی در استان
- ✓ نظارت بر حسن اجرای مقررات پیوست سلامت برای طرح‌های بزرگ توسعه‌ی استانی

کارگروه فرهنگی، اجتماعی، سلامت، زنان و خانواده شهرستان: نهادی بین بخشی متشکل از نمایندگان مختلف دستگاه‌های دولتی، سازمان‌های غیر دولتی و فعالان اجتماعی است که با هدف بهبود وضعیت فرهنگی، اجتماعی و سلامت جامعه، به ویژه زنان و خانواده‌ها در سطح شهرستان تشکیل می‌شود. این کارگروه یکی از مهمترین بسترها برای بهبود وضعیت تعیین کننده‌های اجتماعی سلامت در سطح شهرستان می باشد.

اعضا:

- فرماندار (رئیس مجمع سلامت شهرستان)
- مدیر شبکه بهداشت و درمان شهرستان (دبیر مجمع)
- بخشداران
- شهرداری و شورای شهر
- اداره آموزش و پرورش
- کمیته امداد امام خمینی
- اداره جهاد کشاورزی
- اداره دامپزشکی
- اداره حفاظت محیط زیست
- شرکت آب و فاضلاب شهری و روستایی
- دادستان
- اداره فرهنگ و ارشاد اسلامی
- اداره جمعیت هلال احمر
- اداره ورزش و جوانان

- اداره بهزیستی
- اداره راه و ترابری، مسکن و شهرسازی
- مسئول نیروی انتظامی
- نمایندگان بیمه خدمات درمانی و تامین اجتماعی
- نماینده صنعت، معدن و تجارت

وظایف:

- ✓ اولویت بندی برنامه‌های مداخله در SDH شهرستان
- ✓ بررسی پیشنهادات و برنامه‌های شبکه بهداشت و درمان یا مراکز خدمات جامع سلامت و تشکلات مردمی در مورد سلامت و امنیت غذایی
- ✓ عملیاتی ساختن مصوبات کارگروه تخصصی سلامت و امنیت غذایی استان
- ✓ بررسی گزارشاتی که دبیرخانه پس از پیگیری مصوبات مجمع ارائه می‌نماید

هیات امناء مراکز خدمات جامع سلامت: در تمامی شهرهای محل استقرار مراکز خدمات جامع سلامت، هیات امنایی متشکل از اعضای ذیل تشکیل می‌شود. (بر اساس دستور عمل اجرایی برنامه بیمه روستایی و پزشکی خانواده) لذا از این الگو در اجرای این برنامه نیز استفاده خواهد شد و برای مراکز مجری طرح هیات امناء تشکیل می‌شود.

اعضای هیات امناء مراکز:

- رئیس مرکز (پزشک) که سرپرستی این هیات را به عهده دارد
- بخشدار
- ۱ یا ۲ نفر از نماینده شورای اسلامی شهر
- ۱ نفر نماینده شورای حل اختلاف دادگستری
- نماینده/ نمایندگان مدارس/ مراکز آموزشی و دانشگاهی تحت پوشش مرکز
- نماینده سازمان‌ها ی مردم نهاد (که در حوزه سلامت فعالیت دارند)
- ۱ نفر بهورز (در صورت وجود)

وظایف:

- ✓ برگزاری نشست‌های جمعی با مردم به منظور اطلاع رسانی و آموزش برنامه توسط پزشک
- ✓ هماهنگی با بخشدار، فرماندار و اطلاع رسانی به آن‌ها در مورد شاخص‌های سلامت منطقه
- ✓ جلب مشارکت‌های مردمی/ خیرین و حل مشکلات اجرایی موجود در برنامه
- ✓ تعیین و اولویت‌بندی شاخص‌های نهایی سلامت بر اساس شاخص‌های منتخب مشارکت نمایند. مدیر مرکز می‌تواند با سازمان‌ها و ادارات منطقه و شهرداری‌ها برای ارتقاء شاخص‌های نهایی منطقه ارتباط برقرار کند.

تبصره: رییس مرکز بهداشت شهرستان / مدیر شبکه بهداشت و درمان شهرستان با طرح موضوع هیات امنای مراکز خدمات جامع سلامت شهری و شهری روستایی تحت پوشش در جلسات شورای اداری شهرستان یا کارگروه سلامت و امنیت غذایی شهرستان به معرفی اهداف، اعضا و وظایف هیات امنای مرکز می‌پردازد و از واحدهای مرتبط، تقاضای همکاری با مراکز مذکور را می‌نماید.

شناسایی ذینقشان و تحلیل خواسته‌های آن‌ها

ذینقشان را با بهره‌گیری از روش‌های مختلف می‌توان تشخیص داد. معمولاً استفاده از بیشتر از تنها یک روش، نتایج بهتری را به دست می‌دهد.

- ✓ همفکری کنیم. با اعضای سازمان و هم‌تیمی‌های خود، مسئولین و دیگر کسانی که تا کنون در کارها مشارکت کرده‌اند و یا از روند آن مطلع هستند، دور هم جمع شویم و یکی یکی اسامی و گروه‌های مختلف را نام ببریم.
- ✓ از افراد مطلع درباره اسامی و گروه‌ها سوال کنیم.
- ✓ با سازمان‌ها یی که در گذشته تلاش‌های مشابه انجام داده و یا در حال حاضر انجام می‌دهند و همچنین با دیگر نهادهایی که با افراد مورد نظر ما و یا در محدوده جغرافیایی مورد نظر ما کار می‌کنند، مشورت کنیم.
- ✓ از خود ذینقشانی که تا کنون شناسایی کرده‌ایم، در این باره ایده بگیریم.
- ✓ در صورت امکان، تبلیغ کنیم. می‌توانیم از طریق شبکه‌های اجتماعی در دسترس برای شناسایی ذینقشان مورد نظر استفاده نماییم.
- ✓ برای ارزیابی قدرت و علاقه ذینقشان می‌توان از جدول ۱۷ استفاده نمود.
- ✓ جدول ۱۷ را بر اساس تعاریف و مفاهیم ارائه شده در جدول ۱۸ تکمیل کنیم.

سپس برای رسیدن به نتایج بهتر می‌توانیم ذینقشان شناسایی شده را بر اساس میزان تاثیر در ارتقاء شاخص‌های سلامت دسته‌بندی نماییم (شکل ...).

جدول ۱۷؛ شناسایی ذینقشان و ویژگی‌های آنها

ذینقشان	نوع بخش	سطح	سطح قدرت / تاثیرگذاری	علاقه مندی	استراتژی همراه سازی

جدول ۱۸؛ تعریف و طبقه بندی ابعاد مورد بررسی در تحلیل ذینقشان

ابعاد مورد بررسی	تعریف و طبقه بندی
شناسایی ذینقشان	این جدول تمامی ذینقشان و ذینقشانی که ممکن است متاثر و یا تاثیرگذار بر سیاست مورد بررسی باشند مشخص می نماید. در این جدول، اطلاعات مربوط اینکه ذینقشان چه کسی هستند، چه کسی از سیاست حمایت می کند و چه کسانی مخالف هستند و موضع آنها ذکر می گردد.
سطح	در این قسمت مشخص می شود که ذینقشان متعلق به چه سطحی هستند: ملی، منطقه ای و محلی.
بخش	هریک از ذینقشان معرفی شده متعلق به بخش خاصی از جمله بخش دولتی، نیمه دولتی، بین المللی، رسانه ها، غیر دولتی و گروه های خاص سیاسیون می باشند.
قدرت	قدرت توانایی افراد یا اعضای یک گروه برای دستیابی به هدفها یا پیشبرد منافع خود است، در این قسمت شناسایی می شود که میزان تاثیر گذاری هریک از ذینقشان بر سیاست بسته خدمات پایه سلامت به چه میزان می باشد. ذینقشان به لحاظ قدرت در سه طبقه پایین، متوسط و بالا، دسته بندی شدند.
علاقه مندی	علاقه مندی، هدف و مقصود خاصی که ذینقشان یک سیاست سعی در اثر گذاری روی آن دارند را مورد تحلیل قرار می دهد، در این مطالعه هدف شناسایی علاقه مندی هریک از ذینقشان بر سیاست بسته خدمات پایه سلامت می باشد. نوع علاقه مندی به دسته های مالی، عقیدتی، سازمانی، انساندوستی، منافع شخصی، سیاسی و مذهبی تقسیم بندی می گردد.
فرصت ها	ارائه شرح مختصری از این فرصت. به عنوان مثال، ممکن است فرصت تغییر در رهبری، و یا یک منبع جدید حمایت مالی، و یا از دست دادن حمایت سیاسی در سطح بالا باشد. همچنین، در این کادر، خلاصه یک عمل است که می تواند استفاده از این فرصت را به منظور تحت تاثیر قرار دادن فرآیند سیاست و ایجاد حمایت از سیاست توصیف کنند.
چالش ها	ارائه شرح مختصری از موانع و چالش ها می باشد. همچنین، در این کادر، به طور خلاصه یک عمل که می تواند این مشکل را برطرف، برای نفوذ در روند سیاست گذاری و افزایش امکان سیاست خود را توصیف می کنند.

شکل ۱: دسته بندی ذینقشان بر اساس قدرت و علاقه به موضوع



روش های جلب مشارکت ذینقشان

جلب مشارکت ذینقشان برای اصلاح وضعیت SDH نیازمند رویکردهای مختلف و متنوع است. در ادامه به برخی از این روش‌ها اشاره می‌شود:

- ✓ آموزش و آگاهی‌بخشی: برگزاری سمینارها، کارگاه‌ها و دوره‌های آموزشی برای ذینقشان به منظور افزایش آگاهی درباره SDH و اهمیت آن‌ها.
- ✓ تسهیلگری و مشاوره: فراهم کردن فرصت‌ها برای ذینقشان برای بیان نظرات و تجربیات خود از طریق جلسات مشاوره و هم‌اندیشی.
- ✓ ایجاد شبکه‌های همکاری: تشکیل شبکه‌های محلی شامل نمایندگان مختلف از گروه‌های اجتماعی، دولتی، غیردولتی و دانشگاهی به منظور تبادل اطلاعات و تجربیات.
- ✓ استفاده از رسانه‌ها: اطلاع‌رسانی و ترویج مسائل مرتبط با SDH از طریق رسانه‌های محلی، رادیو، تلویزیون و شبکه‌های اجتماعی.
- ✓ تحقیقات و جمع‌آوری داده‌ها: انجام نظرسنجی‌ها و مطالعات محلی برای شناسایی نیازها و مشکلات مرتبط با SDH و استفاده از نتایج آن‌ها برای جلب توجه و مشارکت.
- ✓ مشارکت در تصمیم‌گیری: انجمن‌ها و گروه‌های مختلف را دعوت به مشارکت در فرایند تصمیم‌گیری و سیاست‌گذاری.

- ✓ تقدیر و شناسایی: شناسایی و تقدیر از فعالیت‌های مثبت و موثر افراد و سازمان‌ها که در زمینه SDH فعالیت می‌کنند.
- ✓ توسعه منابع مالی: جلب منابع مالی و اعتبار برای پروژه‌ها و برنامه‌هایی که در راستای بهبود SDH هستند.
- ✓ برنامه‌های مشترک: طراحی و اجرای برنامه‌های مشترک با ذینقشان برای مشخص کردن اولویت‌ها و راهکارهای عملی.
- ✓ مشارکت در اجرای مداخله‌ها و پروژه‌های اصلاحی: دعوت از ذینقشان به مشارکت مستقیم در برنامه‌های اجرایی و پروژه‌هایی که مرتبط با SDH هستند.

پیوست شماره دو: نمونه ای از شاخص های سلامت

عنوان شاخص	طبقه بندی شاخص ها
کودکان و بزرگسالان تحت درمان دارویی ضد ویروسی نسبت به تمامی کودکان و بزرگسالان مبتلا به HIV (%)	شاخص های بیماری های واگیر
تعداد تخمینی موارد جدید ابتلا به ویروس HIV	
بزرگسالان و کودکان مبتلا به HIV که ویروس سرکوب شده دارند (%)	
پوشش MMR (۱) (%)	
پوشش MMR (۲) (%)	
پوشش واکسن پنج ظرفیتی (پنتا۳) (%)	
نرخ فلج سست حاد غیر فلج اطفال در هر ۱۰۰,۰۰۰ نفر زیر ۱۵ سال	
نرخ سالانه موارد بیماری رد شده به عنوان غیر سرخک و سرخچه در هر ۱۰۰,۰۰۰ نفر (≥ 2)	
نرخ سالانه موارد بیماری رد شده به عنوان غیر سرخک و سرخچه در هر ۱۰۰,۰۰۰ نفر (≥ 2)	
نرخ اطلاع رسانی سل در هر ۱۰۰,۰۰۰ نفر	
پوشش درمان سل (در میان بیماران گیرنده درمان) (%)	
نرخ موفقیت درمان سل (در میان موارد تایید شده باکتریولوژیک جدید) (%)	
کودکان زیر پنج سال دچار کوتاهی قد (%)	شاخص های تغذیه
کودکان زیر پنج سال دچار کمبود وزن (%)	
کودکان زیر پنج سال دچار اضافه وزن (%)	
شیوع اضافه وزن (۵ تا ۱۸ سال) (%)	
شیوع چاقی (۵ تا ۱۸ سال) (%)	
کودکان ۱۲ ساله بدون پوسیدگی (%) کودکان بدون دندان های دائمی پوسیده، از دست رفته و پر شده	شاخص های بهداشت دهان
DMFT میانگین تعداد دندان های دائمی پوسیده، از دست رفته و پر شده در کودکان ۱۲ ساله	
تعداد درمان های وارنیش فلورایدی	
تعداد مسواک های انگشتی توزیع شده برای کودکان زیر ۲ سال	
تعداد کل کم وزنی هنگام تولد در میان نوزادان (%) (زیر ۲۵۰۰ گرم)	شاخص های سلامت جمعیت جوان، خانواده و مدرسه
تغذیه انحصاری با شیر مادر ۰ تا ۵ ماه (%)	
تعداد زایمان ها با حضور فرد دوره دیده (%)	
پوشش خدمات مراقبت های دوران بارداری (+۱ ویزیت)	
پوشش خدمات مراقبت های دوران بارداری (+۴ ویزیت)	
نسبت مرگ و میر مادران (به ازای هر ۱۰۰,۰۰۰ تولد زنده)	شاخص های بیماری های غیرواگیر
اضافه وزن (۱۸+ سال) (%)	
چاقی (۱۸+ سال) (%)	
فشار خون بالا ۱۴۰ (mm/hg) سیستولیک و/یا ۹۰ (mm/hg) دیاستولیک و بیشتر (۱۸+ سال) (%)	
مصرف تنباکو/دخانیت (۱۸+ سال) (%)	
فعالیت فیزیکی ناکافی (کمتر از ۶۰۰ MET (۱۸+ سال) (%)	
دیابت با قند خون ناشتا (۲۵ سال و بیشتر) (%)	
بروز سرطان در هر ۱۰۰,۰۰۰ نفر	
پوشش غربالگری سلامت روان (۱۵ تا ۵۹ ساله) (%)	شاخص های سلامت روان
پوشش غربالگری اولیه مصرف مواد مخدر و دخانیات در جمعیت دارای پرونده سلامت الکترونیک فعال (۱۵ تا ۵۹ ساله) (%)	
آموزش مهارت های فرزند پروری برای جمعیت عمومی هدف (به ازای هر متخصص سلامت روان در نظام خدمات اولیه) (%)	
آموزش مهارت های زندگی برای جمعیت عمومی هدف (به ازای هر متخصص سلامت روان در نظام خدمات اولیه) (%)	

شاخص های بهداشت محیط	دسترسی به آب آشامیدنی سالم - شهری
	دسترسی به آب آشامیدنی سالم - روستایی
	دسترسی به سرویس بهداشتی - شهری
	نظارت و بررسی فعالیت های توسعه بهداشت و خدمات درمانی
	درصد پوشش بازرسی های مراکز تهیه و توزیع مواد غذایی
	درصد پوشش بازرسی ها از مکان های عمومی
	درصد مراکز / موسسات پزشکی دارای شرایط مناسب بهداشتی و حفاظتی در برابر اشعه
	میزان کل مصرف دخانیات در گروه سنی بالای ۱۸ سال
	میزان کل مصرف دخانیات در مردان (بالای ۱۸ سال)
	میزان کل مصرف دخانیات در زنان (بالای ۱۸ سال)
	مصرف روزانه قلیان در گروه سنی بالای ۱۸ سال
	مصرف روزانه قلیان در مردان بالای ۱۸ سال
	مصرف روزانه قلیان در زنان بالای ۱۸ سال
	مصرف روزانه سیگار در گروه سنی بالای ۱۸ سال
	مصرف روزانه سیگار در مردان بالای ۱۸ سال
	مصرف روزانه سیگار در زنان بالای ۱۸ سال
	دسترسی به آب آشامیدنی سالم در HCFS
	بهبود فاضلاب و سرویس بهداشتی در HCF ها
	مدیریت پسماند در HCFS
	نظافت و نظافت محیطی در HCFS
	دسترسی به روشویی در HCFS
	درصد دانشگاه هایی که آزمایشگاه های آن ها حداقل ۷۰٪ یا بیشتر از الزامات سیستم مدیریت کیفیت را بر اساس چک لیست های مصوب مربوطه اجرا کرده اند (٪)
	درصد دانشگاه های منتخب که دستورالعمل های شبکه آزمایشگاه های سلامت را پیاده سازی کرده اند (٪)
شاخص های عدالت در سلامت؛ بخش سلامت	میزان مرگ نوزادان
	میزان مرگ اطفال زیر یکسال
	میزان مرگ کودکان زیر ۵ سال
	میزان مرگ مادران به دلیل حاملگی و عوارض آن
	میزان مرگ در گروه سنی ۳۰ تا ۷۰ سال به دلیل چهار علت اصلی (دیابت، قلبی عروقی، سرطان، بیماریهای مزمن تنفسی)
	امید زندگی در بدو تولد
	میزان بروز دیابت
	نسبت بیماران دیابتیک که تحت مراقبت می باشند
	اثر بخشی برنامه مراقبت دیابت
	نسبت بیماران فشارخون بالا که تحت مراقبت می باشند
	اثر بخشی مراقبت از بیماران فشار خون بالا
	میزان بروز حوادث ترافیکی (داخل شهر ، خارج شهر)
	میزان بروز حوادث غیر ترافیکی و غیر شغلی
	میزان بروز حوادث مرتبط با کار به تفکیک کشنده و غیر کشنده
	میزان شیوع ده سرطان اول
	میزان شیوع اختلالات روانپزشکی به تفکیک نوع اختلال
	میزان شیوع علائم و نشانه های اختلالات روانپزشکی
	میزان شیوع موارد اقدام و فوت ناشی از خودکشی

بروز و شیوع مصرف مواد در جمعیت ۱۲ سال به بالا	
میزان شیوع مصرف الکل در جمعیت ۱۵ تا ۶۴ سال	
درصد مصرف کنندگانی از مواد که طبق پروتکل تحت درمان هستند	
میزان ماندگاری در برنامه های درمان و کاهش آسیب اعتیاد	
شیوع مصرف مواد دخانی در جمعیت ۱۲ سال و بالاتر	
شیوع اضافه وزن و یا چاقی در سنین ۱۸ ساله و بیشتر طبق تعریف	
تغذیه انحصاری با شیر مادر در کودکان تا ۶ ماهگی	
نسبت تولد نوزادان با وزن کم هنگام تولد	
میزان فعالیت فیزیکی	
نرخ ناباروری	
درصد افراد ناباروری که از خدمات باروری بهره مند شده اند	
درصد بارداری های پرخطر	

پیوست شماره سه: سایر منابع اطلاعاتی شناسایی شاخص های سلامت شهرستان و نحوه محاسبه آنها

شناسایی شاخص های سلامت در سطح یک شهرستان فرآیندی سیستماتیک و تحلیلی است. در اینجا مراحل کلی برای انجام این کار آورده شده است:

در صورت وجود گزارش ها و مطالعات معتبر، استخراج اطلاعات مرتبط با شاخص های سلامت از طریق این منابع انجام می گردد. از جمله گزارش های معتبر می توان به گزارش های تهیه شده توسط معاونت بهداشت دانشگاه های علوم پزشکی و گزارش ها و مطالعات موجود در سامانه ⁴¹ STEPS اشاره نمود. در این مرحله، ابتدا اعضای کمیته راهبری شبکه اقدام به تعیین تعدادی از شاخص ها که اطلاعات معتبر در مورد آنها در گزارش ها و مطالعات وجود دارد می نمایند.

در صورت وجود پایگاه های داده ای معتبر و به روز می توان شاخص های سلامت مورد نظر را از این طریق تعیین نمود. در این صورت، اقدام به شناسایی پایگاه های رسمی که حاوی داده های سلامت جمعیت می باشند می گردد. برای این منظور کمیته راهبری اقدام به شناسایی پایگاه های داده ای مناسب جهت استخراج شاخص ها و داده های مورد نیاز تعیین می نمایند. از جمله منابع زیر برای این بررسی پیشنهاد می شود:

- شناسایی منابع معتبر مانند وزارت بهداشت، دانشگاه های علوم پزشکی، و سازمان های غیر دولتی که به بهبود سلامت کمک می کنند؛
- پایگاه های داده ای ثبت مرگ ⁴²، وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی؛
- سامانه های الکترونیک سطح یک، (شامل سامانه سیب، ناب و پارسا)، سامانه ایمان، سامانه نظام ثبت و طبقه بندی علل مرگ، سامانه مرگ و عوارض بارداری، سامانه ثبت داده های بیماران مبتلا به سل و پورتال وزارت بهداشت؛
- اداره ثبت احوال کشوری، مرکز آمار ایران،
- بررسی پایگاه های داده و آمارهای جمعیتی، مانند سرشماری عمومی و آمارهای ملی سلامت؛
- مشاوره با کارشناسان بهداشت، مسئولین محلی، و اعضای جامعه برای جمع آوری نظرات و بازخوردها بر روی شاخص ها؛
- استفاده از نظرات و تجربیات آنان برای بهبود معانی و درک شاخص های سلامت.

⁴¹. <https://vizit.report/portfolio/>

⁴². Death registry of MoHME

پیوست شماره چهار؛ شاخص های سلامت قابل ارتقاء در سطح کشور

ردیف	عنوان شاخص	تعریف	منبع داده ها	صورت شاخص		مخرج شاخص		متغیرهای تفکیک کننده نابرابری
				عنوان گزارش	کد گزارش	عنوان گزارش	کد گزارش	
۱	اثربخشی برنامه مراقبت دیابت	درصد بیماران دیابتی ویزیت شده که هموگلوبین A1C، > ۷٪ داشته اند.	سامانه های سطح یک	گزارش دوره ای ← دفتر مدیریت بیمارهای غیرواگیر ← اداره دیابت، پره دیابت ← تعداد افراد دیابتی مراقبت (کد A1C) شده توسط پزشک از نظر میزان هموگلوبین گزارش (۱۵۲۱۸) ← انتخاب کنترل مطلوب هموگلوبین تا ۷ درصد) و تعیین بازه زمان و واحد و 4 (A1C) جستجو	115218	گزارش دوره ای ← دفتر مدیریت بیمارهای غیرواگیر ← اداره دیابت، پره دیابت ← تعداد افراد دیابتی مراقبت (کد A1C) شده توسط پزشک فقط با نتیجه آزمایش (کد گزارش ۱۱۵۲۴۵) ← تعیین A1C بازه زمان و واحد و جستجو	115245	سن، جنس، محل سکونت (شهر/حاشیه شهر یا اسکان غیر رسمی و روستا)، ملیت
۲	درصد شیوع دیابت (بالای ۳۰ سال)	موارد کل بیمار دیابتی ثبت شده در جمعیت بالای ۱۸ سال	سامانه های سطح یک	در قسمت ICD انتخاب E10 و E11 و E11	در قسمت ICD انتخاب E10 و E11	گزارش دوره ای ← دفتر مدیریت بیمارهای غیرواگیر ← خطرسنجی دیابت و فشار خون ← جمعیت گروه هدف (کد گزارش ۱۱۰۰۰۱) ← انتخاب تمام گروه های سنی بالای ۳۰ سال و تعیین بازه زمان و واحد و جستجو	110001	سن، جنس، محل سکونت (شهر/حاشیه شهر یا اسکان غیر رسمی و روستا)
۳	شیوع اضافه وزن و یا چاقی در سنین ۱۸ ساله و بیشتر طبق تعریف	درصد افراد ۱۸ ساله ای و بیشتر که طبق تعریف اضافه وزن داشته یا چاق هستند	سامانه های سطح یک	کد ۱۱۳۶۱۴، کد ۱۱۳۶۱۹ و کد ۱۱۳۶۲۵	در قسمت گزارش دوره ای - دفتر بهبود تغذیه جامعه- گزارش نمایه توده بدنی جوانان و میانسالان و سالمندان در قسمت گزارش - انتخاب شاخص مربوطه (مبتلا به اضافه وزن و مبتلا به چاقی).	در قسمت فعالیت کاربران سامانه - خدمت: برای جوانان: ارزیابی نمایه توده (جوانان(کد ۶۶۶۴) - BMI بدنی) تعیین بازه زمانی - جستجو، برای میانسالان: فعالیت کاربران سامانه - خدمت: تن سنجی و ارزیابی الگوی تغذیه (کد ۷۹۸۲) - تعیین بازه زمانی - جستجو و برای سالمندان: فعالیت کاربران سامانه - خدمت: غربالگری تغذیه در سالمندان (کد ۶۴۲۳) - تعیین بازه زمانی - جستجو	کد ۶۶۶۴، کد ۷۹۸۲ و کد ۶۴۲۳	جنس، گروه سنی، محل سکونت (شهر/ حاشیه شهر یا اسکان غیر رسمی و روستا)، سن

ردیف	عنوان شاخص	تعریف	منبع داده‌ها	صورت شاخص		مخرج شاخص		ضریب	متغیرهای تفکیک کننده نابرابری
				کد گزارش	عنوان گزارش	کد گزارش	عنوان گزارش		
۴	شیوع لاغری در کودکان زیر ۵ سال	درصد کودکان زیر ۵ ساله که وزن برای قد آنها کمتر از منهای ۲ انحراف معیار از میانگین استاندارد می‌باشد	سامانه‌های سطح یک	کد ۱۱۳۵۷۴ و کد ۱۱۳۵۷۹ و کد ۱۱۳۵۸۰	آیتم گزارش دوره ای ← دفتر بهبود تغذیه گزارش قد/ وزن و وزن به قد کودکان کمتر از ۵ سال (کد ۱۱۳۵۷۴) ← انتخاب گزارش مورد نظر: مجموع تعداد کودکان زیر پنج سال مبتلاء به لاغری با کد ۱۱۳۵۷۹ و لاغری شدید با کد ۱۱۳۵۸۰ و تعیین بازه زمانی جستجو	کد ۱۱۵۲۰ و کد ۱۱۳۰۲۲	گزارش دوره ای-مرکز مدیریت شبکه- جمعیتی که حداقل یکی از خدمت های گروه سنی خود را توسط غیرپزشک را دریافت کرده اند (کد ۱۱۱۵۲۰) ← تعداد کودکانی که حداقل یکی از خدمت های گروه سنی خود را توسط غیر پزشک را دریافت کرده اند(کد ۱۱۳۰۲۲) ← تعیین بازه زمانی جستجو	*100	جنس، سن، محل سکونت(شهر/حاشیه شهر یا اسکان غیر رسمی و روستا) این شاخص فقط برای کل کودکان بدون تفکیک سن و جنس و ... تعیین می گردد.
۵	تعداد/درصد زایمان در منزل	تعداد زایمان که در منزل بدون نظارت فرد دوره دیده رخ داده است	سامانه‌های سطح یک	۱۱۰۹۷۹ و ۱۱۰۹۸۱	آیتم گزارش دوره ای ← دفتر سلامت خانواده، جمعیت و مدارس ← اداره سلامت مادران گزارش تعداد زایمان به تفکیک محل زایمان (کد ۱۱۰۹۷۹) ← انتخاب گزارش تعداد زایمان در منزل با کد ۱۱۰۹۸۱ تعیین بازه زمانی جستجو	۱۱۰۹۷۴ و ۱۱۰۹۸ و ۱۱۰۹۷۵	آیتم گزارش دوره ای ← دفتر سلامت خانواده، جمعیت و مدارس ← اداره سلامت مادران گزارش تعداد زایمان بر حسب نوع تولد و زایمان (کد ۱۱۰۹۷۴) ← انتخاب گزارش طبیعی با کد ۱۱۰۹۸۱ و سزارین با کد ۱۱۰۹۷۵ و تعیین بازه زمانی جستجو	*100	ملیت و سن
۶	نرخ باروری کل	متوسط تعداد فرزندان زنده ایی که یک زن در دوران باروری خود به دنیا می آورد	سامانه‌های سطح یک	۱۱۳۰۹۲ و ۱۱۳۰۸۹ و ۱۱۳۷۴۳ و ۱۱۳۰۸۸	آیتم گزارش دوره ای ← دفتر سلامت خانواده، جمعیت و مدارس ← اداره سلامت مادران گزارش تعداد مادر باردار به تفکیک گروه سنی (کد ۱۱۳۰۹۲) ← انتخاب گزارش تعداد مادران باردار بیش از ۳۵ سال با کد ۱۱۳۰۸۹ و تعداد مادران باردار کمتر از ۱۸ سال با کد ۱۱۳۰۸۸ و تعداد مادران باردار ۱۸ تا ۳۵ سال ۱۱۳۷۴۳ تعیین بازه زمانی جستجو		سامانه سطح یک	*1000	

ردیف	عنوان شاخص	تعریف	منبع داده‌ها	صورت شاخص	مخرج شاخص	ضریب	متغیرهای تفکیک کننده نابرابری
۷	میزان بروز سل	موارد جدید سل گزارش شده در جمعیت معین	سامانه ثبت داده‌های بیماران مبتلا به سل	تعداد موارد جدید سل گزارش شده	کل جمعیت وسط سال	*100000	جنس، محل سکونت(شهر/حاشیه شهر یا اسکان غیر رسمی و روستا) و ملیت
۸	میزان شیوع موارد اقدام به خودکشی	میزان افراد بستری شده به دلیل اقدام به خودکشی در یک دوره زمانی مشخص	پورتال وزارت بهداشت	تعداد افراد بستری شده به دلیل اقدام به خودکشی	کل جمعیت وسط سال	*100	سن، جنس، محل سکونت(شهر/حاشیه شهر یا اسکان غیر رسمی و روستا)
۹	میزان شیوع موارد فوت ناشی از خودکشی	میزان افراد فوت شده ناشی از خودکشی در دوره زمانی مشخص	پورتال وزارت بهداشت	تعداد افراد فوت شده ناشی از خودکشی	کل جمعیت وسط سال	*100	سن، جنس، محل سکونت(شهر/حاشیه شهر یا اسکان غیر رسمی و روستا)
۱۰	تعداد مرگ مادران به دلیل حاملگی و عوارض آن	احتمال مرگ مادران در زمان بارداری، حین زایمان و یا ۴۲ روز اول پس از زایمان که ناشی از علل مرتبط با بارداری و یا تشدید شده به وسیله حاملگی باشد در طی یک سال	سامانه مرگ و عوارض بارداری (دسترسی در سطح دانشگاه)	تعداد مرگ مادران در زمان بارداری، حین زایمان و یا ۴۲ روز اول پس از زایمان که ناشی از علل مرتبط با بارداری و یا تشدید شده به وسیله حاملگی باشد در طی یک سال	تعداد تولد زنده همان سال	*100000	محل سکونت(شهر/حاشیه شهر یا اسکان غیر رسمی و روستا) سن مادر (متوفی)، تحصیلات مادر(متوفی) و ملیت
۱۱	میزان مرگ کودکان زیر ۵ سال در ۱۰۰۰ تولد زنده	احتمال مرگ کودک زنده متولد شده در فاصله تولد تا سن ۵ سالگی	سامانه نظام ثبت و طبقه‌بندی علل مرگ	تعداد مرگ کودکان زیر ۵ سال	کل تولد زنده	*1000	جنس، محل سکونت(شهر/حاشیه شهر یا اسکان غیر رسمی و روستا) و ملیت
۱۲	نسبت تولد نوزادان با وزن کم هنگام تولد	درصد نوزادانی که هنگام تولد وزن آنها کمتر از ۲۵۰۰ گرم می باشد	سامانه ایمن	تعداد نوزادانی که هنگام تولد وزن آنها کمتر از ۲۵۰۰ گرم بوده است	کل تولد زنده	*100	سن مادر، محل سکونت (شهر/ حاشیه شهر یا اسکان غیر رسمی و روستا)

پیوست شماره پنج: روش های تحلیل و سنجش نابرابری های سلامت

برای سنجش نابرابری های سلامت، با توجه به نوع داده و کیفیت داده هایی که گردآوری شده است، می توان از دو رویکرد روش های ساده^{۴۳} و پیچیده^{۴۴} تحلیل نابرابری سلامت بهره گرفت. در ادامه به ابعاد این بررسی ها خواهیم پرداخت.

- روش های ساده توصیف نابرابری های سلامت

با توجه به متغیرهای تفکیک کننده می توان از روش های توصیفی مانند مقایسه میانگین ها، مقایسه کمترین و بیشترین با میانگین، تفاوت هریک از واحدهای مورد مطالعه با بهترین حالتی که وجود دارد، تحلیل واریانس ها و مقایسه واحدهای مورد مطالعه با میانه و میانگین مجموع داده ها بهره گرفت. عمده روش های مورد استفاده ساده در توصیف نابرابری ها عبارتند از میزان نسبی^{۴۵} (به عنوان نابرابری نسبی^{۴۶}) و میزان اختلاف^{۴۷} (به عنوان نابرابری مطلق^{۴۸}).

تحلیل نابرابری نسبی یا Relative Ratio (RR) ابزاری است که برای مقایسه نابرابری ها در نتایج سلامت میان گروه های مختلف جمعیتی به کار می رود. این شاخص به ما کمک می کند تا نسبت های سلامت گروه های مختلف را با یکدیگر مقایسه کنیم و بفهمیم که این گروه ها چگونه از یکدیگر متفاوت هستند. به زبان ساده، RR عبارت است از نسبت احتمال یا نسبت وقوع یک نتیجه خاص (مانند ابتلا به یک بیماری خاص) در یک گروه به احتمال یا وقوع همان نتیجه در گروه دیگر. برای مثال، فرض کنید که می خواهیم نابرابری در ابتلا به دیابت را بین مردان و زنان تحلیل کنیم. اگر احتمال ابتلا به دیابت در مردان ۱۰ درصد و در گروه زنان ۵ درصد باشد، می توانیم RR را به صورت زیر محاسبه کنیم:

$$RR = \frac{\text{احتمال ابتلا در مردان}}{\text{احتمال ابتلا در زنان}}$$

در این مثال، RR برابر با ۲ خواهد بود. این به این معنی است که مردان دو برابر بیشتر از زنان در معرض ابتلا به دیابت هستند. به این ترتیب، RR به ما کمک می کند تا بفهمیم که نابرابری های سلامت چگونه میان گروه های مختلف توزیع شده و کجا نیاز به مداخلات و بهبود وضعیت داریم.

تحلیل نابرابری مطلق یا Absolute Inequality روشی است برای ارزیابی نابرابری های سلامت با تمرکز بر تفاوت های عینی و ملموس در نتایج سلامت بین گروه های مختلف جمعیتی. در این نوع تحلیل، به جای نسبت ها، ما به اندازه تفاوت های

⁴³. Simple measures of health inequality

⁴⁴. Complex measures of health inequality

⁴⁵. Relative Ratio (RR)

⁴⁶. Relative inequality

⁴⁷. Differences

⁴⁸. Absolute inequality

واقعی بین گروه‌ها نگاه می‌کنیم. برای توضیح ساده‌تر، فرض کنیم که ما می‌خواهیم نابرابری در ابتلا به بیماری قلبی را بین دو گروه از افراد بسنجیم: گروه A (افراد تحت پوشش مرکز A) و گروه B (افراد تحت پوشش مرکز B).
فرض کنیم که:

- در گروه A، ۵ درصد از افراد به بیماری قلبی مبتلا هستند.
- در گروه B، ۱۵ درصد از افراد به بیماری قلبی مبتلا هستند.
برای محاسبه نابرابری مطلق، ما فقط تفاوت درصدها را محاسبه می‌کنیم:
تفاوت مطلق = درصد مبتلا در گروه B - درصد مبتلا در گروه A
این بدان معناست که افراد در گروه B (تحت پوشش مرکز B) ۱۰ درصد بیشتر از افراد در گروه A (تحت پوشش مرکز A) به بیماری قلبی مبتلا هستند.

جدول ۳، نمونه‌ای از گزارش وضعیت توصیف ساده نابرابری‌های سلامت در سطح کلی شهرستان و جدول ۴ نمونه‌ای از توصیف ساده نابرابری‌های سلامت بر اساس تفکیک‌کننده‌های سلامت و مقایسه مراکز خدمات جامع سلامت ارائه می‌دهد (با بیان مثالی از شاخص درصد نوزادان با وزن کم هنگام تولد). در گزارش دهی این جداول نکات زیر مد نظر قرار گیرد:

* تفکیک‌کننده‌های شاخص‌های سلامت با توجه به نوع شاخص و داده‌های جمع‌آوری شده در سامانه می‌توانند متفاوت باشند، این تفکیک‌کننده‌ها معمولاً شامل: سن، جنس، محل زندگی، تحصیلات و ... هستند.
* جداول ۳ و ۴ هر کدام برای یک شاخص مشخص تکمیل و گزارش می‌شوند.

* در فایل اکسل ارسال شده (با عنوان "پلتفرم تحلیل داده"), جداول خام تحلیل ارائه شده است، شما می‌توانید با قرار دادن اعداد در این جداول، تحلیل‌های مورد نظر را دریافت و با توجه به توضیحات ارائه شده در این پیوست تفسیر نمایید.

جدول ۳: توصیف ساده نابرابری‌های سلامت

Diff	RR	میزان شاخص	تفکیک کننده ها	ابعاد تحلیل شاخص
			زن	جنسیت
			مرد	
			مرکز خدمات جامع سلامت ۱	مناطق جغرافیایی
			...	
			مرکز خدمات جامع سلامت N	
			شهر	محل سکونت
			روستا	
			سطح ۱	سطح اقتصادی-اجتماعی
				
			سطح N	
				سایر تفکیک کننده ها

جدول ۱۹: توصیف ساده نابرابری‌های سلامت بر اساس تفکیک کننده‌های سلامت و مقایسه مراکز خدمات سلامت (مثال شاخص درصد نوزادان با وزن کم هنگام تولد)

درصد نوزادان با وزن کم هنگام تولد متغیر محل سکونت				درصد نوزادان با وزن کم هنگام تولد متغیر سن مادر			درصد نوزادان با وزن کم هنگام تولد متغیر جنسیت		درصد نوزادان با وزن کم هنگام تولد متغیر ملیت		نام مرکز خدمات جامع سلامت
حاشیه شهر	عشایر	روستایی	شهری	۳۰ الی ۵۴	۱۸ الی ۳۰	۱۰ الی ۱۸	مرد	زن	غیر ایرانی	ایرانی	
											مرکز سلامت ۱
											مرکز سلامت ۲
											مرکز سلامت ...
											مرکز سلامت N

- روش‌های پیچیده توصیف نابرابری‌های سلامت

یکی از روش‌های سنجش و توصیف نابرابری‌های سلامت، محاسبه "شاخص نابرابری"^{۴۹} می‌باشد. این شاخص به ما کمک می‌کند تا بفهمیم چگونه تفاوت‌ها و نابرابری‌ها در دسترسی به خدمات سلامت، موارد ابتلا به بیماری‌ها، یا نتایج سلامتی میان گروه‌های مختلف جامعه وجود دارد. به طور ساده، این شاخص معمولاً از مقایسه میانگین‌ها یا نسبت‌های یک یا چند شاخص سلامت در گروه‌های مختلف جمعیتی (مانند درآمد، نژاد، جنسیت) به دست می‌آید. برای مثال، اگر یک گروه با درآمد بالا نسبت به گروه با درآمد پایین، سلامتی بهتری داشته باشد یا بیشتر در معرض بیماری قرار گیرد، این نابرابری می‌تواند با استفاده از این شاخص اندازه‌گیری و تحلیل شود. هدف از استفاده از این شاخص، شناسایی و درک بهتر نابرابری‌ها است تا بتوان اقدامات مناسب‌تری برای بهبود عدالت اجتماعی و سلامت عمومی انجام داد. این شاخص از مجموع قدر مطلق تفاوت‌های بین نرخ‌ها در گروه‌های خاص (نواحی) در یک جمعیت (شهر) تشکیل شده است. به عنوان مثال، مرگ و میر کودکان در هر منطقه و نرخ در جمعیت مرجع (شهر) تقسیم بر نرخ در جمعیت مرجع، به صورت درصد بیان می‌شود. فرمول زیر (۱) برای محاسبه IDisp استفاده می‌شود:

$$ID_{isp} = \left(\sum_{j=1}^{J-1} |r_j - r_{ref}| / J \right) / r_{ref} \times 100$$

در فرمول (۱)

- ✓ IDisp: شاخص نابرابری
 - ✓ J: نشان دهنده تعداد زیرگروه‌های مورد مطالعه است
 - ✓ r_j: مقدار نشانگر در گروه مرجع
 - ✓ r_{ref}: نشاندهنده مقدار نشانگر (در این مطالعه متغیرهای مطالعه) در گروه‌زام
- شاخص نابرابری عددی بین ۰ تا ۱۰۰ خواهد بود و به صورت درصد بیان می‌شود. وجود روند کاهشی و نزدیک شدن شاخص نابرابری به عدد صفر نشان دهنده کمتر شدن بی‌عدالتی و تفاوت بین مناطق است.

پیشنهاد می‌گردد:

در این گام از شیوه نامه، عمدتاً از روش‌های ساده توصیف نابرابری بهره گرفته شود و ادامه اجرای شیوه نامه بر اساس یافته‌های این روش‌ها باشد. روش‌های پیچیده نابرابری به عنوان مطالعات تکمیلی استفاده شود.

⁴⁹. Index of disparity

پیوست شماره شش: روش های شناسایی تعیین کننده های اجتماعی سلامت

روش ها و منابع اطلاعاتی متعددی برای شناسایی تعیین کننده های اجتماعی موثر بر سلامت پیشنهاد می گردد. در این پیوست مهمترین روش های موجود در این زمینه برای اجرای گام هفتم شیوه نامه ارائه می شود:

۱. بررسی مطالعات و متون موجود

ابتدا سوال دقیق جستجوی مطالعات مشخص می شود (مثلاً مهمترین تعیین کننده های اجتماعی موثر بر شاخص دیابت کدامند؟). سپس جستجو در پایگاه های داده ای با استفاده از کلمات کلیدی مرتبط با سوال پژوهش انجام می شود. جستجو در پایگاه های داده ای شامل PubMed, Google Scholar Scopus انجام خواهد شد و با استفاده از عملگرهای AND و OR کلید واژه های مرتبط مورد جستجو قرار خواهد گرفت. بازه زمانی جستجو باید عنوان شده و زبان جستجو فارسی و انگلیسی خواهد بود، سعی بر این خواهد بود جستجو با استفاده از کلیدواژه های مش^{۵۰} انجام شود و همچنین بمنظور رسیدن به دامنه گسترده ای از مطالعات از سایر واژه های مرتبط استفاده شود.

پس از اتمام جستجو، دو نفر از اعضای تیم به انتخاب مطالعات مرتبط خواهند پرداخت. برای استخراج داده ها؛ یک فرم اولیه استخراج داده تشکیل خواهد شد و اطلاعات مطالعات یافت شده در آن درج خواهد شد. این اطلاعات شامل اطلاعات مربوط به اسامی نویسندگان و همچنین موارد مورد نیاز از قبیل عوامل اقتصادی، اجتماعی، فرهنگی و ساختاری موثر در تغییر وضعیت شاخص های مورد نظر خواهد بود. پس از استخراج متن کامل مقاله ها؛ اقدام به مطالعه و استخراج عوامل مورد نظر و درج آنها در جدولی مشابه جدول ۴ می شود.

جدول ۲۰؛ جدول استخراج داده از مطالعات بررسی شده

ردیف	عنوان مطالعه	نام نویسنده	کشور انجام دهنده مطالعه	سال مطالعه	تعیین کننده های اجتماعی مورد اشاره در مطالعه
مقاله ۱					
مقاله ۲					
مقاله ...					
مقاله N					

⁵⁰. Medical Subject Headings (MeSH)

۲. شناسایی تعیین کننده های اجتماعی موثر بر شاخص های سلامت از منظر کارکنان محیط و ستاد

شبکه بهداشت شهرستان

با توجه به اینکه کارکنان محیط و ستاد شبکه بهداشت شهرستان شناخت جامع و کاملی از شرایط شهرستان و آسیب ها، چالش های اجتماعی آن دارند، می توانند ارزیابی و نظرات ارزشمندی در خصوص مهمترین تعیین کننده های اجتماعی موثر بر شاخص های سلامت (شاخص های سلامت نیازمند ارتقاء در سطح شهرستان) داشته باشند. برای دریافت نظرات و تجربیات ایشان در این خصوص می توان جلسه ای با حضور این افراد برگزار نمود (این جلسه می تواند در قالب یکی از جلسات کمیته راهبری شهرستان برگزار شود).

برای این منظور، جلسه ای با حضور اعضای کمیته راهبری و رئیس اداره ها و کارشناسان شبکه بهداشت منطقه مورد نظر تشکیل شود. در ابتدای جلسه باید گزارشی از نتایج شناسایی و تحلیل شاخص های سلامت شهرستان ارائه شود و شاخص هایی که در سطح شهرستان نیازمند بهبود و مداخله هستند معرفی شوند. سپس از طریق هم اندیشی و بارش افکار اقدام به شناسایی SDH مربوط به این شاخص ها شود.

می توان برای مدیریت بهتر این جلسه فرم هایی از پیش طراحی شده تهیه نمود؛ این فرم ها شامل عنوان شاخص های سلامت و پیش فرضی از تعیین کننده های اجماعی موثر بر آن می باشند. این فرم ها بین اعضای جلسه توزیع می شوند و سپس به تفکیک هریک از شاخص ها در مورد تعیین کننده های اجتماعی آن بحث و تبادل نظر صورت گیرد. به عنوان مثال اگر مشخص شده است که شاخص "شیوع دیابت در جمعیت بالای ۳۰ سال" شاخصی است که اوضاع نامناسبی در سطح شهرستان دارد و نیازمند توجه و ارتقاء می باشد، ایشان بیان کنند که چه تعیین کننده های اجتماعی در سطح آن منطقه ممکن است باعث شده باشد که این شاخص وضعیت نابسامانی در منطقه داشته باشد.

بسیست دقیقه فرصت برای تکمیل فرم ها داده شود و پس از اتمام این زمان، از تک تک اعضا درخواست شود تا عوامل درج شده در فرم ها را بیان نموده و به ارائه توضیحات تکمیلی در صورت لزوم اقدام نمایند. در عین حال فردی به عنوان تسهیلگر اقدام به درج و دسته بندی عوامل ذکر شده بر روی وایت بورد نماید. بدین ترتیب همزمان با مشخص شدن SDH، ارتباط آن ها با یکدیگر و چگونگی برهمکنش آنها و تاثیر روی شاخص سلامت مورد نظر ترسیم شود.

نکته: موضوع بسیار مهم انتخاب تسهیلگر مناسب می باشد. لازم است فردی به عنوان تسهیلگر انتخاب شود که دارای تجربه و دانش لازم در خصوص SDH؛ قدرت تعامل مناسب با مخاطبان و قدرت مدیریت زمان باشد.

۳. مصاحبه با عموم مردم و مراقبان سلامت

هدف از مصاحبه با مردم و مراقبان سلامت این است که بتوانیم از منظر ایشان به مشکلات سلامت نگاه کنیم و کشف کنیم عوامل اقتصادی، اجتماعی، سبک زندگی و سایر تعیین کننده ها چگونه بر سلامت ایشان تاثیر گذار هستند. برای این منظور ابتدا اقدام به طراحی راهنمای مصاحبه و سوالات مورد نظر جهت پرسش از بیماران و مراقبان سلامت می نماییم. سپس اقدام به انجام مصاحبه خواهد شد. نحوه اجرای مصاحبه ها در فایل های پیوست توضیح داده شده است (پیوست شماره دو).

برای طراحی راهنمای مصاحبه و سوالات لازم است جلسه ای با حضور اعضای کمیته راهبری تشکیل گردد. در این جلسه اقدام به تهیه پیش نویس پرسشنامه باز و راهنمای مصاحبه می گردد. برای تسریع این امر پیشنهاد می گردد پیش نویس پرسشنامه نیمه ساختاریافته و راهنمای مصاحبه ابتدا توسط اعضای مرکز تحقیقات تهیه گردد و سپس در جلسه ای با حضور تمامی اعضای کمیته اقدام به تکمیل و نهایی سازی آنها گردد. با توجه به آشنایی اعضای شبکه بهداشت و درمان شهرستان با بافتار منطقه لازم است اعضای این شبکه مشارکت فعال در طراحی پرسشنامه داشته باشند تا متناسب ترین سوالات طراحی گردند.

پس از تدوین و نهایی سازی پرسشنامه های نیمه ساختاریافته اقدام به انجام هماهنگی های لازم برای انجام مصاحبه ها می گردد تا زمان و مکان مناسب برای انجام مصاحبه ها تعیین گردد. گام های کلی انجام مصاحبه ها به صورت زیر می باشد:

- ۱- تعیین گروه های مصاحبه (متشکل از ۲-۳ نفر) از اعضای کمیته و همکاران مرکز جامع
- ۲- ارایه آموزش های لازم جهت انجام مصاحبه ها و توزیع فرم مصاحبه
- ۳- انجام هماهنگی های لازم با شبکه بهداشت شهرستان جهت تعیین روز، ساعت و مرکز مورد نظر
- ۴- مراجعه به مرکز مورد نظر؛ معرفی مصاحبه کنندگان به مدیریت مرکز و کسب اجازه جهت انجام مصاحبه
- ۵- انجام مصاحبه با حداقل سه نفر از بیماران و یک نفر از اعضای تیم ارایه دهندگان خدمات سلامت
- ۶- پیاده کردن مصاحبه های انجام شده و استخراج مهمترین تعیین کننده های اجتماعی بر اساس مصاحبه های انجام شده

نحوه انجام مصاحبه ها نیز به صورت زیر خواهد بود:

- ۱- در مکان تعیین شده توسط همکاران مرکز خدمات جامع سلامت مستقر شوید.
- ۲- پس از ورود مصاحبه شونده، خودتان را معرفی کنید و توضیحی مختصر در مورد هدف از مصاحبه ارایه دهید، از واژه های قابل درک توسط مصاحبه شونده استفاده کنید و از به کار بردن اصطلاحات ناآشنا خودداری کنید.

۳- در مورد محرمانه ماندن مصاحبه و اطلاعات ارایه شده توسط مصاحبه شونده به او اطمینان دهید و سپس برای ضبط کردن مصاحبه از او اجازه بگیرید. در صورت عدم موافقت، از او اجازه بخواهید تا نکات مهم صحبتش را یادداشت کنید.

۴- تماس چشمی با مصاحبه شونده داشته باشید و در صورت راحت نبودن مصاحبه شونده، اصراری بر این کار نداشته باشید.

۵- به حالات مصاحبه شونده در حین پاسخ دادن به سوالات، حرکات بدن، نحوه پاسخ دادن به سوالات دقت کنید.

۶- بهنگام پرسیدن سوالات از واژه های قابل درک توسط مصاحبه شونده استفاده کنید و از به کار بردن اصطلاحات ناآشنا خودداری کنید.

۷- به مصاحبه شونده فرصت کافی برای پاسخ دادن به سوالات بدهید.

۸- اگر مصاحبه شونده متوجه سوال نشد سعی کنید با بیان نمونه هایی او را راهنمایی کنید اما مستقیماً پاسخ را به او القا نکنید.

۹- در انتهای مصاحبه از مصاحبه شونده بخواهید اگر موضوع دیگری حتی بدون ارتباط مستقیم با موضوع مصاحبه به ذهنش می رسد با شما در میان بگذارد (گاهی موضوعات ظاهراً غیرمرتبط تاثیر بالایی بر موضوع مورد نظر ما دارند)

در ادامه به ارائه نمونه ای از سوالات مصاحبه با مراقبین سلامت (ارائه کنندگان خدمت) و مردم پرداخته شده است. این راهنما در قالب یک مثال ارائه شده است (شناسایی تعیین کننده های اجتماعی موثر بر شاخص شیوع دیابت از منظر مراقبین سلامت و مردم)

راهنمای بازدید و مصاحبه برای شناسایی تعیین کننده های اجتماعی شاخص "شیوع دیابت در افراد بالای ۳۰ سال"

نام مرکز بازدید شونده:

تاریخ مراجعه:

مصاحبه کنندگان:

روش بازدید و مصاحبه:

- ✓ مصاحبه با ارائه دهندگان خدمت
- ✓ مصاحبه گروهی با مراجعه کنندگان (افراد مبتلا به دیابت و غیردیابتی ها)
- ✓ مشاهده سامانه ثبت پرونده های بیماران
- ✓ بازدید از محیط ارائه خدمت (بر اساس چک لیست نظارتی گسترش شبکه)

مصاحبه با ارایه دهندگان خدمت

عنوان ارایه دهنده خدمت: طول مدت اشتغال: جنسیت:

1 - بیماری دیابت به عنوان یکی از موضوعات اولویت دار برای بهبود و ارتقاء از سوی دانشگاه و وزارت بهداشت انتخاب شده است. به عنوان سوال اول لطفا کمی در مورد فرایند پیشگیری، غربالگری و شناسایی بیماران دیابتی و ارائه خدمت و پیگیری در این مرکز توضیح دهید (واکوی کنید: اکتیو یا پاسیو بودن فرایندها). به نظر شما عوامل موثر (تسهیل کننده، موانع) در این فرایندها کدامند؟

2 - به نظر شما عوامل مرتبط با بالا بودن شیوع و بروز دیابت/کنترل آن در جمعیت این منطقه چه می باشد؟ (می توانید بپرسید شیوع دیابت این عوامل چه ارتباطی دارد: سبک زندگی، سواد سلامت فرد، درک از بیماری، درآمد، هزینه های مسکن و ...، مشکل رفت و آمد، تحصیلات فرد، فرهنگ، اعتقادات، ارزشهای اجتماعی فرد و خانواده از جمله حمایت اجتماعی، عوامل مربوط به مرکز جامع سلامت مانند کمبود پزشک یا مراقب سلامت، جامعیت خدمت، فضای مرکز از نظر وسعت، تمیزی، تسهیلات، دوری از آزمایشگاه یا داروخانه، راحتی دسترسی، محدودیت ساعت ارائه خدمت، زمان انتظار، پیگیری، همکاری نهادها؟)

3 - به نظر شما عوامل موثر در مراجعه منظم/نامنظم بیماران مبتلا به دیابت چیست؟ (می توانید بپرسید شیوع دیابت این عوامل چه ارتباطی دارد: عوامل مرتبط با سبک زندگی، سواد سلامت فرد، درک از بیماری، درآمد، هزینه های مسکن و ...، مشکل رفت و آمد، تحصیلات فرد، فرهنگ، اعتقادات، ارزشهای اجتماعی فرد و خانواده از جمله حمایت اجتماعی، عوامل مربوط به مرکز جامع سلامت مانند کمبود پزشک یا مراقب سلامت، جامعیت خدمت، فضای مرکز از نظر وسعت، تمیزی، تسهیلات، دوری از آزمایشگاه یا داروخانه، راحتی دسترسی، محدودیت ساعت ارائه خدمت، زمان انتظار، پیگیری، همکاری نهادها)

4 - به نظر شما چه اقداماتی می تواند منجر به کاهش شیوع دیابت و کنترل آن در جمعیت این منطقه شود؟ لطفا اقدامات موثر را به تفکیک بخش سلامت و سایر بخش ها بیان کنید (واکوی کنید: بهبود فرایند پیشگیری، غربالگری و شناسایی بیماران دیابتی و ارائه خدمت و پیگیری، مراجعه و تبعیت/اثر بخشی درمان) به نظر شما چه سازمان هایی باید مسئول این اقدامات باشند؟

5 - به نظرتون بیشترین خدمات مرتبط با دیابت در مراکز وابسته به بخش خصوصی ارایه می شود یا دولتی؟ لطفا کمی توضیح دهید.

6 - چه موضوع دیگری هست که دوست دارید در موردش صحبت کنید؟

سن: جنسیت: میزان تحصیلات: شغل فرد: شغل همسر:

محور اول: پیشگیری

- ۱- در مورد بیماری دیابت چه می دانید؟
- ۲- به نظر شما رژیم غذایی مناسب برای اینکه به دیابت مبتلا نشویم چطوری باید باشه؟ (فرد توضیح می دهد و ما بعد از توضیح وی رژیم مناسب دیابتی ها را بیان می کنیم) شما چقدر از این رژیم (شامل سبزیجات و میوه، گوشت و مرغ، حبوبات، غلات) در وعده های غذایی استفاده می کنید؟
- ۳- به نظر شما چه عواملی باعث میشه که مردم نتونند رژیم غذایی مناسب در این منطقه داشته باشن؟
- ۴- به نظر شما فعالیت بدنی مناسب برای برای اینکه به دیابت مبتلا نشویم چطوری باید باشه؟ (فرد توضیح می دهد و ما بعد از توضیح وی میزان و نوع(شدت) فعالیت فیزیکی مناسب برای پیشگیری از دیابت را بیان می کنیم: فعالیت سنگین که باعث می شود بسیار شدیدتر از حالت عادی نفس بکشید مانند بلند کردن اجسام، حفاری، فعالیت متوسط که باعث می شود کمی تندتر از حالت عادی نفس بکشید مانند دوچرخه سواری، فعالیت سبک مانند پیاده روی نرم و ...). بعد می پرسیم: شما چقدر فعالیت بدنی در هفته (متوسط ساعت) و به طور روزانه (ساعت) دارید؟ چه نوع فعالیتی؟
- ۵- به نظر شما چه چیزهایی روی انجام فعالیت بدنی برای اینکه به دیابت مبتلا نشویم تاثیر می گذارد؟ (واکاوی کنید: آگاهی از خدمات، کمی دسترسی یا هزینه مکان ها و تسهیلات ورزشی مانند باشگاه/پیاده روها و فضای سبز و دستگاههای مرتبط، چند شغله بودن، حمایت و همراهی اعضای خانواده/دوستان، وجود سگهای ولگرد در محله، عدم اطلاع از اهمیت فعالیت بدنی و ...)
- ۶- به نظر شما کنترل اضطراب و دلشوره برای اینکه به دیابت مبتلا نشویم چطوری باید باشه؟ (فرد توضیح می دهد و ما بعد از توضیح فعالیت های مناسب برای کاهش استرس را بیان می کنیم: خواب کافی، ورزش، دوری از اخبار بد رسانه ها). بعد می پرسیم: شما چه کاری برای کم کردن اضطرابتون انجام می دهید؟
- ۷- به نظر شما برای کنترل اضطراب و دلشوره چه کارهایی باید انجام بشه؟ خانواده ها چیکار کنن؟ دولت چیکار کنه؟
- ۸- به نظر شما کنترل مصرف دخانیات/الکل برای اینکه به دیابت مبتلا نشویم چطوری باید باشه؟ (فرد توضیح می دهد و ما اقدامات مناسب برای کنترل مصرف دخانیات را بیان می کنیم: خواب کافی، ورزش، پیدا کردن جایگزین برای آن، ورزش، دور کردن مواد دخانی از دسترس، توضیح وی را بیان می کنیم). بعد می پرسیم: شما چه کاری می کنید؟
- ۹- به نظر شما چه کارهایی در این منطقه باید انجام بشه تا کسانی که دیابت دارند زودتر شناسایی بشوند؟
- ۱۰- چه مراکزی خدمات مربوط به دیابت رو در این منطقه ارائه می دهند؟(درمانگاه، مطب، مرکز بهداشت، مرکز خدمات جامع، بیمارستان) به نظرتون چرا مردم برای تشخیص زودتر دیابتشون به این مراکز مراجعه نمی کنن؟ (واکاوی کنید: تعامل/ارتباط بیمار و ارائه دهنده، هزینه های رفت و آمد، هزینه تست های تشخیصی؛ نداشتن وقت، داشتن فرزند کوچک، نداشتن همراه، دور بودن، نبود پل عابر پیاده)
- ۱۱- چه موضوع دیگری هست که دوست دارید در موردش صحبت کنید؟
- ۱۲-

جدول مشخصات شرکت کنندگان ارائه می شود:

سن: جنسیت: میزان تحصیلات: شغل: سابقه دیابت:

محور دوم: کنترل

1 - در مورد بیماری دیابت چه می دانید؟

2 - به نظر شما رژیم غذایی مناسب برای دیابتی ها چطوری باید باشه؟ (فرد توضیح می دهد و ما بعد از توضیح وی رژیم مناسب دیابتی ها را بیان می کنیم: مصرف کمتر نمک و همچنین گوشت قرمز فرآوری شده مثل سوسیس و کالباس. مصرف بیشتر میوه و سبزیجات و مصرف چربی های سالم تر مصرف کمتر شکر). بعد می پرسیم: شما چقدر از این رژیم مناسب در وعده های غذایی تون استفاده می کنید؟

3 - به نظر شما چه عواملی باعث میشه که مردم نتونند رژیم غذایی مناسب در این منطقه داشته باشن؟

4 - به نظر شما فعالیت بدنی مناسب برای دیابتی ها چطوری باید باشه؟ (فرد توضیح می دهد و ما بعد از توضیح وی میزان و نوع (شدت) فعالیت فیزیکی مناسب برای پیشگیری از دیابت را بیان می کنیم: فعالیت سنگین که باعث می شود بسیار شدیدتر از حالت عادی نفس بکشید مانند بلند کردن اجسام، حفاری، فعالیت متوسط که باعث می شود کمی تندتر از حالت عادی نفس بکشید مانند دوچرخه سواری، فعالیت سبک مانند پیاده روی نرم و ..). بعد می پرسیم: شما چقدر فعالیت بدنی در هفته (متوسط ساعت) و به طور روزانه (ساعت) دارید؟ چه نوع فعالیتی؟

5 - به نظر شما چه چیزهایی روی انجام فعالیت بدنی در بیماران دیابتی این منطقه اثر می گذارد؟ (واکاوی کنید: آگاهی از خدمات، کمی دسترسی یا هزینه مکان ها و تسهیلات ورزشی مانند باشگاه/پیاده روها و فضای سبز و دستگاه های مرتبط، چند شغله بودن، حمایت و همراهی اعضای خانواده/دوستان، وجود سگ های ولگرد در محله، عدم اطلاع از اهمیت فعالیت بدنی و ...)

6 - به نظر شما کنترل اضطراب و دلشوره در دیابتی ها چطوری باید باشه؟ (فرد توضیح می دهد و ما بعد از توضیح فعالیت های مناسب برای کاهش استرس را بیان می کنیم: خواب کافی، ورزش، دوری از اخبار بد رسانه ها). بعد می پرسیم: شما چه کاری برای کنترل اضطراب و دلشوره تون انجام می دهید؟

7 - به نظر شما برای کنترل اضطراب و دلشوره چه کارهایی باید انجام بشه؟ خانواده ها چیکار کنن؟ دولت چیکار کنه؟

8 - به نظر شما کنترل مصرف دخانیات/الکل در دیابتی ها چطوری باید باشه؟ (فرد توضیح می دهد و ما اقدامات مناسب برای کنترل مصرف دخانیات را بیان می کنیم: خواب کافی، ورزش، پیدا کردن جایگزین برای آن، ورزش، دور کردن مواد دخانی از دسترس، توضیح وی را بیان می کنیم). بعد می پرسیم: شما چه کاری برای پیشگیری انجام می دهید؟

9 - به نظر شما چه چیزهایی باعث میشه دیابتی ها به درستی کارهای مربوط به درمان و کنترل دیابتشون رو انجام بدهند؟ (واکاوی کنید: موانع فرهنگی، هزینه درمان، عدم امکان مراجعه منظم، نداشتن استقلال برای مراجعه، دسترسی دشوار به مرکز، نداشتن وقت کافی)

10 - اطلاع دارین که چه مراکزی خدمات مربوط به دیابت رو در این منطقه ارائه می دهند؟ (درمانگاه، مطب، مرکز بهداشت، مرکز خدمات جامع، بیمارستان) به نظرتون چرا مردم برای تشخیص درمان و کنترل دیابتشون به این مراکز مراجعه نمی کنن؟ (واکاوی کنید: تعامل/ارتباط بیمار و ارائه دهنده، هزینه های رفت و آمد، هزینه تست های تشخیصی؛ نداشتن وقت، داشتن فرزند کوچک، نداشتن همراه، دور بودن، نبود پل عابر پیاده)

11 - چه موضوع دیگری هست که دوست دارید در موردش صحبت کنید؟

۴. مهمترین تعیین کننده های اجتماعی سلامت در کشور

در این قسمت لیستی از مهمترین تعیین کننده های اجتماعی سلامت که بر اساس مطالعات برای کشور ما شناسایی شده اند ارائه می شود. این لیست می تواند مرجعی برای انتخاب تعیین کننده های اجتماعی موثر بر شاخص های سلامت در سطح شهرستان قرار بگیرد (جدول ۵).

جدول ۲۱؛ لیست مهمترین تعیین کننده های اجتماعی سلامت در کشور

تعیین کننده های اجتماعی سلامت	مصادیق و زیر مجموعه ها
سیاست های کلان بالادستی، وضعیت اجتماعی، اقتصادی، فرهنگی کشور	فاکتورهای بین المللی، تحریم، فاکتورهای سیاسی، تعارض منافع، عدم اجرایی شدن سیاست ها، عدم وجود برنامه ها و سیاست های بلند مدت، سیستم اقتصادی، تورم عمومی، تورم بخش سلامت، ارزش های فرهنگی
بیکاری، شغل	بیکاری، پوشش بیمه ای، مشاغل غیررسمی، امنیت شغلی، آسیب های شغلی
فقر و نابرابری درآمدی	سطح درآمد، ضریب جینی، فقر و مسکن، محرومیت اجتماعی
سطح تحصیلات	دسترسی آموزشی کیفیت آموزش، تحصیلات والدین
محرومیت جغرافیایی	شهرنشینی، نابرابری در مناطق جغرافیایی و استان ها، مرزنشینی، حاشیه نشینی
نظام سلامت	نابرابری در مشارکت مالی، هزینه های کمرشکن سلامت، هزینه های فقرزای سلامت، پرداخت از جیب بالا، سیاست های نامناسب در خصوص پوشش خدمات سلامت، سیاست های نامناسب در خصوص پوشش جمعیت بیمه شده، سیاست های نامناسب در خصوص پوشش هزینه خدمات سلامت، نابرابری در دسترسی، بهره مندی و توزیع خدمات سلامت، عدم توزیع عادلانه خدمات، توزیع مناسب منابع انسانی بخش سلامت، نا متوازن بودن تعداد و نسبت تختهای بیمارستانی، عدم توزیع برابر امکانات تخصصی سلامت
حوادث و سوانح ترافیکی	عوامل خطر مرتبط با فرد، شامل: سن و جنسیت، وضعیت اقتصادی، مصرف الکل، سرعت بالا، عدم استفاده از کمربند ایمنی و کلاه ایمنی، اختلال خواب و خستگی راننده، استفاده از تلفن همراه، دید ناکافی و عدم رویت کاربران. عوامل مرتبط با خودور یا وسایل نقلیه، شامل: عدم تناسب ابعادی و وزنی وسایط نقلیه تصادف کننده، استانداردهای ناکافی وسیله نقلیه، اندازه، شکل و رنگ خودرو و ایمنی آن شامل ترمز، کیسه هوا و وسایل محافظتی عوامل محیطی، شامل: کیفیت راه ها، دسترسی به خدمات فوریت های پزشکی، نشانه های اخطار دهنده، قانونگذاری در خصوص ساختار حمل و نقل ترافیکی
ناامنی غذایی	سوء تغذیه، محرومیت، فقر، سوء تغذیه کودکان، مصرف غذای ناکافی، عادت های نادرست غذایی، بیماری های عفونی و انگلی، کمبود آب سالم و سطح پایین بهداشت محیط در برخی مناطق، بارداری های مکرر و کم فاصله، روش های نادرست تغذیه کودکان و زنان، فعالیت های بدنی محدود و ضایعات مواد غذایی

محیط زیست	آلودگی هوا، آلاینده‌های بیولوژیکی و شیمیایی، پدیده گرد و غبار، نابرابری‌های استفاده از آب سالم، نابرابری‌های محیطی، آلودگی صوتی، دسترسی به مناطق سبز و تفریحی، در دسترس نبودن سوخت پاک و استفاده از سوخت جامد، بیماری‌های شغلی
سرمایه اجتماعی / سلامت اجتماعی	اعتماد، تعاون و احساس تعلق اجتماعی باعث نوعی نشاط و شادابی
تکامل کودکان در سال‌های اولیه زندگی	فقر، سوء تغذیه، بیماری‌های عفونی در زنان باردار، نوزادان و کودکان، سموم محیطی، استرس، مواجهه با خشونت، خطرات روانی اجتماعی، مراقبت مختل، فقدان والدین، والدین بیمار، واگذاری و ترک، ناتوانی‌ها و تأخیرات تکاملی
گروه‌های آسیب‌پذیر	کودکان کار، پناهندگان، کودکان/ سالمندان، معلولان و ناتوانی‌های جسمی-ذهنی، زنان سرپرست خانوار
سبک زندگی	فرآیند اجتماعی شدن، تغذیه تحرک بدنی، استرس، مصرف دخانیات و کیفیت خواب، بهداشت، آداب و رسوم، کار، بازی، سرگرمی، وقت‌گذرانی، روابط اجتماعی، طرز تفکر، رفتار، احساسات و عواطف، طرز تلقی‌ها، ارزش‌ها
سلامت روان، سلامت معنوی	استرس، اضطراب، خودآگاهی، خودکشی، افسردگی، ناامیدی

پیشنهاد می‌گردد:

- ✓ روش‌های مطرح شده در این پیوست برای شناسایی SDH شاخص‌های سلامت، روش‌های مطلوب می‌باشند که بهتر است همگی انجام شوند و نتایج هریک در کنار هم قرار گیرد، تحلیل شود و در کمیته راهبری نتیجه‌گیری نهایی در مورد تعیین‌کننده‌های اجتماعی هر شاخص سلامت تصمیم‌گیری شود.
- ✓ روش ساده‌تر برای اجرای این مرحله از شیوه‌نامه، استفاده از جدول ۵، به عنوان پیش‌فرضی از مهمترین SDH کشور، در جلسات کمیته راهبری برای تعیین SDH هر شاخص است؛ به این ترتیب که بحث شود کدامیک از این تعیین‌کننده‌ها بر شاخص سلامت مورد بررسی بیشترین تاثیر را دارند. مثلاً اگر شاخص مورد بررسی، شاخص شیوع دیابت است، بحث و تبادل نظر صورت گیرد که در منطقه تحت پوشش، کدامیک از این تعیین‌کننده‌ها هستند که بیشترین تاثیر را بر میزان شیوع دیابت دارند.

پیوست شماره هفت: روش های پایش و ارزیابی مداخلات سلامت (ارزیابی اثربخشی مداخلات)

هدف اصلی بررسی اثربخشی مداخله ها در فرآیند شناسایی SDH این است که بتوانیم دریابیم چگونه می توان با شناسایی و تحلیل این عوامل، به بهبود وضعیت سلامت جامعه کمک کرد. این مداخلات می توانند شامل برنامه های آموزشی، سیاست های سلامت، حمایت های اجتماعی و غیره باشند. ارزیابی اثربخشی مداخلات سلامت به روش های مختلفی انجام می شود که شامل رویه ها، ابزارها، و طراحی های مطالعه گوناگون است. در اینجا به برخی از روش های رایج ارزیابی اشاره می کنیم:

تحلیل پیشرفت و پیگیری

روش تحلیل پیشرفت و پیگیری برای ارزیابی اثربخشی مداخلات سلامت⁵¹ به بررسی تغییرات در وضعیت سلامت و تعیین کننده های اجتماعی قبل و بعد از مداخله، که می تواند شامل اندازه گیری شاخص های مشخص سلامت باشد، می پردازد.

۱. مراحل اجرایی

- ✓ تعیین هدف و سؤال ارزیابی: هدف مداخله و سؤالاتی که ارزیابی مداخله قصد پاسخگویی به آنها را دارد.
- ✓ تعیین نمونه: انتخاب جامعه هدف و روش نمونه برداری (تصادفی، غیردلخواه، یا جنبه های دیگر).
- ✓ تعریف متغیرها و معیارهای خروجی: شناسایی و تعریف متغیرهای مستقل (مداخله) و وابسته (نتایج) و تعیین معیارهایی برای اندازه گیری نتایج؛ مشخص کردن شاخص هایی که قرار است پیشرفت آنها مورد ارزیابی قرار گیرد.
- ✓ جمع آوری داده ها: طراحی ابزار جمع آوری داده ها (پرسش نامه، مصاحبه، یا اندازه گیری های فیزیکی) و انجام جمع آوری داده ها در مراحل مختلف (پیش از مداخله، در حین و پس از مداخله).
- ✓ تحلیل پیشرفت: بررسی پیشرفت انجام شده در مداخله نسبت به معیارهای از پیش تعیین شده. این شامل ارزیابی درجه ای است که مداخله به اهداف خود نزدیک می شود.
- ✓ پیگیری و جمع آوری داده های پیگیری: جمع آوری داده ها در زمان های تعیین شده برای پیگیری اثرات مداخله و اندازه گیری دوره های زمانی متفاوت (کوتاه مدت و بلندمدت).
- ✓ تحلیل داده ها: استفاده از روش های آماری مناسب برای تجزیه و تحلیل داده های جمع آوری شده و مقایسه نتایج پیشرفت شاخص در دوره های قبل و پس از مداخله.
- ✓ تفسیر نتایج و بازخورد: تفسیر نتایج دریافت شده و ارائه بازخورد به ذینقشان، شامل ارائه توصیه ها و راهکارها بر مبنای نتایج.
- ✓ مستندسازی و انتشار: ثبت تمامی مراحل و نتایج در یک گزارش جامع.

⁵¹. Progress and Follow-up Analysis for Evaluating Health Interventions

۲. نکات مهم

- ✓ مراقبت از داده‌ها: اطمینان حاصل شود که داده‌ها به‌طور مناسب و با رعایت حریم خصوصی جمع‌آوری و نگهداری شوند.
- ✓ اعتبار و پایایی: ابزارها و روش‌های جمع‌آوری داده‌های مورد استفاده باید معتبر و پایا باشند.

تحلیل‌های کیفی

روش‌های تحلیل کیفی^{۵۲} در ارزیابی اثربخشی مداخلات سلامت به جمع‌آوری و تجزیه و تحلیل داده‌هایی که به صورت غیرعددی هستند، می‌پردازند. استفاده از مصاحبه‌ها، گروه‌های متمرکز و دیگر روش‌های کیفی برای درک عمیق‌تر تجربیات و نظرات افرادی که تحت تأثیر مداخله قرار گرفته‌اند. این روش‌ها به مجریان کمک می‌کنند تا به درک عمیق‌تری از تجربیات، نگرش‌ها، و احساسات افراد بپردازند. در ادامه، مراحل و روش‌های مختلف تحلیل کیفی را توضیح می‌دهم:

۱. جمع‌آوری داده‌ها

- ✓ مصاحبه‌های عمیق: گفتگوی تفصیلی با شرکت‌کنندگان (گروه‌های هدف) برای کسب اطلاعات در مورد تجربیات و نظرات آن‌ها.
- ✓ گروه‌های متمرکز: بحث گروهی با شرکت‌کنندگان برای بررسی یک موضوع خاص و ایجاد تعامل بین آن‌ها.
- ✓ مشاهده: مشاهده مستقیم رفتار و تعاملات افراد در محیط مربوطه.
- ✓ تحلیل محتوا: بررسی مستندات، گزارش‌ها، یا متون مرتبط با مداخله.

۲. نقاط قوت

- ✓ توانایی در ارائه دیدگاه‌های عمیق و جامع از تجربیات افراد.
- ✓ قابلیت کشف جنبه‌های پیچیده مداخلات که ممکن است به‌سادگی در تحلیل‌های کمی قابل مشاهده نباشد.

۳. چالش‌ها

- ✓ زمان‌بر بودن جمع‌آوری و تحلیل داده‌ها.
 - ✓ نیاز به مهارت‌های خاص در تحلیل داده‌های کیفی و تفسیر یافته‌ها.
 - ✓ ممکن است نتایج کاملاً تعمیم‌پذیر نباشند، زیرا بر اساس نمونه‌های خاصی از افراد استوارند.
- با استفاده از این روش‌ها، تحلیل‌های کیفی می‌توانند به خنثی کردن جوانب غیر قابل اندازه‌گیری و مستقل از متغیرهای کمی کمک کنند و بر درک عمیق‌تری از مداخلات سلامت در جامعه تأثیرگذار باشند.

تحلیل هزینه-اثربخشی

⁵². Qualitative analysis

تحلیل هزینه-اثربخشی^{۵۳} یکی از روش‌های مهم در ارزیابی اثربخشی مداخلات سلامت است. تحلیل هزینه-اثربخشی ابزاری قدرتمند در ارزیابی اثربخشی مداخلات سلامت است که می‌تواند به تصمیم‌گیرندگان کمک کند تا منابع محدود را به بهترین نحو تخصیص دهند. هدف این روش، مقایسه هزینه‌های یک مداخله با نتایج و اثربخشی آن به منظور تعیین کارایی نسبت به دیگر گزینه‌ها است. در زیر به تشریح مراحل و نکات کلیدی در این روش می‌پردازیم:

۱. تعریف مداخله و مقایسه

- ✓ انتخاب مداخله: ابتدا مداخله‌ای که باید ارزیابی شود، مشخص می‌شود (مثلاً یک دارو، درمان، یا برنامه پیشگیری).
- ✓ شناسایی گزینه‌های مقایسه: گزینه‌های دیگری که به عنوان پایه یا مقایسه باید لحاظ شوند، درست تعریف و مشخص می‌شوند (مانند عدم مداخله یا مداخله‌های جایگزین).

۲. جمع‌آوری داده‌های هزینه

- ✓ هزینه‌های مستقیم: شامل هزینه‌های پزشکی (دارو، بستری، ویزیت پزشک) و هزینه‌های غیرپزشکی (حمل و نقل، از کارافتادگی).
- ✓ هزینه‌های غیرمستقیم: شامل هزینه‌های ناشی از کاهش تولید یا اثرات اجتماعی مداخله.

۳. جمع‌آوری داده‌های اثربخشی

- ✓ اندازه‌گیری نتایج: باید نتایج سلامت ناشی از مداخله پیگیری شود. این نتایج می‌تواند شامل بهبود کیفیت زندگی، کاهش مرگ و میر، یا بهبود وضعیت سلامت باشد.
- ✓ استفاده از معیارهای استاندارد: معیارهایی مانند سال‌های زندگی تعدیل شده با کیفیت (QALYs) یا سال‌های زندگی (LYS) معمولاً به عنوان استاندارد برای سنجش نتایج استفاده می‌شوند.

۴. محاسبه نسبت هزینه-اثربخشی

- ✓ با محاسبه هزینه‌های کل مرتبط با هر مداخله و تقسیم آن بر نتایج (مانند QALYs)، نسبت هزینه-اثربخشی به دست می‌آید.
- ✓ فرمول کلی:

نسبت هزینه-اثربخشی = هزینه‌های کل / نتایج حاصل

این نسبت نشان‌دهنده هزینه‌ای است که برای به دست آوردن یک واحد از نتیجه (مثلاً یک QALY) صرف می‌شود.

۵. نتیجه‌گیری و پیشنهادات

⁵³. Cost-Effectiveness Analysis (CEA)

- ✓ بر اساس نتایج به دست آمده، می‌توان پیشنهاداتی برای تصمیم‌گیری‌های سیاست‌گذاری، برنامه‌ریزی و تخصیص منابع ارائه داد.
- ✓ این نتایج می‌توانند به مقامات سلامت کمک کنند تا تصمیمات منطقی‌تری در مورد مداخلات اتخاذ کنند.

مطالعات مقطعی

مطالعات مقطعی^{۵۴} یک نوع طراحی ارزیابی مداخلات سلامت هستند که به‌طور هم‌زمان داده‌ها را از یک جمعیت خاص جمع‌آوری می‌کنند. این روش به ویژه در ارزیابی اثربخشی مداخلات سلامت کاربرد دارد.

مراحل اجرایی

۱. تعریف هدف مطالعه: شناسایی هدف از ارزیابی، مانند ارزیابی تاثیر یک مداخله خاص بر وضعیت سلامت جمعیت. انتخاب جمعیت مورد مطالعه:
 - ✓ انتخاب یک گروه مشخص که تحت مداخله قرار گرفته‌اند یا در معرض آن هستند.
 - ✓ این گروه می‌تواند شامل بیماران، گروه‌های خاص جمعیتی یا جمعیت عمومی باشد.
۲. جمع‌آوری داده‌ها:
 - ✓ داده‌ها معمولاً از طریق پرسش‌نامه‌ها، مصاحبه‌ها یا تجزیه و تحلیل سوابق پزشکی جمع‌آوری می‌شوند.
 - ✓ این داده‌ها می‌توانند شامل اطلاعات دموگرافیک، نشانه‌ها، کیفیت زندگی و معیارهای سلامت مربوط به مداخله باشند.
 - ✓ تحلیل داده‌ها:
 - ✓ با استفاده از روش‌های آماری، نتایج به‌دست‌آمده مورد تجزیه و تحلیل قرار می‌گیرند.
 - ✓ این تحلیل‌ها می‌توانند شامل مقایسه گروه‌های مختلف یا بررسی همبستگی میان متغیرها باشد.
۳. تفسیر نتایج:
 - ✓ نتایج باید با توجه به سوالات تحقیق و اهداف مطالعه تفسیر شوند.
 - ✓ باید به محدودیت‌های مطالعه توجه کرد، چرا که نتایج می‌توانند تحت تاثیر عوامل مختلفی قرار گیرند.
۴. استخراج نتیجه و پیشنهادات: نتیجه‌گیری بر اساس نتایج به‌دست‌آمده و پیشنهاد اقدامات مناسب برای بهبود وضعیت سلامت یا تغییر در مداخله مورد نظر.

مزایا

- ✓ امکان جمع‌آوری داده‌ها در زمان کوتاه.
- ✓ هزینه‌های کمتر نسبت به سایر طرح‌های ارزیابی مداخله.

⁵⁴. Cross-sectional studies

- ✓ این روش می‌تواند برای ارزیابی تأثیر مداخلات مختلف مانند برنامه‌های پیشگیری، درمان‌ها یا برنامه‌های آموزشی سلامت استفاده شود. به‌ویژه برای بررسی سطح پذیرش مداخله و تأثیرات فوری آن بر جامعه.
- ✓ مطالعات مقطعی به عنوان ابزاری مفید برای ارزیابی تأثیر مداخلات سلامت شناخته می‌شوند و می‌توانند بینش‌های مهمی در زمینه‌های مربوط به بهداشت عمومی ارائه دهند.
- ✓ شناسایی شیوع مشکلات سلامت در یک زمان مشخص.

چالش‌ها

- ✓ ناتوانی در تعیین علت و معلول (بدلیل ذات مقطعی).
- ✓ عدم انعطاف‌پذیری در مورد زمان (فقط یک نقطه زمانی را می‌سنجد).

مطالعات طولی

مطالعات طولی^{۵۵} به بررسی تغییرات در طول زمان می‌پردازند و می‌توانند به ما کمک کنند تا اثرات نهایی مداخلات را بسنجیم. مطالعات طولی، نوعی پژوهش هستند که اطلاعات را در طی زمان جمع‌آوری می‌کنند. این نوع مطالعات به‌خصوص در ارزیابی اثربخشی مداخلات سلامت بسیار کاربردی و مفید هستند. در ادامه، ویژگی‌ها و فواید مطالعات طولی در این زمینه توضیح داده می‌شود.

۱. تعریف و نوع‌شناسی

- ✓ این مطالعات شامل پیگیری یک گروه از افراد (کوورت) در یک بازه زمانی مشخص هستند و می‌توانند شامل داده‌های تکراری از همان افراد در نقاط مختلف زمانی باشند.
- ✓ انواع مطالعات طولی: می‌توانند شامل مطالعات آینده‌نگر (داده‌ها از آینده جمع‌آوری می‌شوند) و گذشته‌نگر (داده‌ها از گذشته جمع‌آوری می‌شوند) باشند.

۲. روش اجرا

- ✓ انتخاب نمونه: یک جمعیت خاص (مثلاً افراد مبتلا به یک بیماری خاص) انتخاب می‌شود.
- ✓ جمع‌آوری داده: داده‌ها از طریق نظرسنجی، آزمایش‌های بالینی، یا جمع‌آوری سوابق پزشکی در نقاط زمانی مشخص جمع‌آوری می‌شوند.
- ✓ پیگیری مستمر: افراد در فواصل زمانی مشخص پیگیری می‌شوند تا تأثیر مداخله و سایر متغیرهای مربوطه بررسی شوند.
- ✓ تحلیل داده‌ها: با استفاده از روش‌های آماری، نتایج به‌دست‌آمده مورد تجزیه و تحلیل قرار می‌گیرند.

⁵⁵. Longitudinal studies

۳. مزایا

- ✓ تعیین علت و معلول: به واسطه جمع‌آوری داده‌ها در چندین زمان، امکان شناسایی ارتباطات علت و معلولی بهتر وجود دارد.
- ✓ نظارت بر تغییرات: می‌توان تغییرات در وضعیت سلامتی شرکت‌کنندگان یا تأثیر مداخله را به وضوح مشاهده کرد.
- ✓ تجزیه و تحلیل الگوها: امکان شناسایی الگوهای زمانی و مدت تأثیر مداخله وجود دارد.
- ✓ کاهش سوگیری: با پیگیری یک جمعیت در طول زمان و جمع‌آوری داده‌ها، می‌توان سوگیری‌های مربوط به متغیرهای کنترلی را کاهش داد.
- ✓ مطالعات طولی می‌توانند برای ارزیابی تأثیر مداخلات مختلف مانند برنامه‌های بهداشت عمومی، تغییر در سبک زندگی، یا مداخلات درمانی فراهم آورند.
- ✓ این مطالعات به مجریان کمک می‌کنند تا برآورد بهتری از تأثیرات بلندمدت مداخلات داشته باشند و راهنمایی‌های بهتری برای سیاست‌گذاران به سلامت ارائه دهند.

۴. چالش‌ها

- ✓ هزینه و زمان: مطالعات طولی معمولاً نیاز به منابع مالی و زمان بیشتری نسبت به مطالعات مقطعی دارند.
- ✓ دروغ‌گویی و خروج از مطالعه: شرکت‌کنندگان ممکن است در طول زمان از مطالعه خارج شوند یا داده‌های نادرست ارائه دهند.
- ✓ پیچیدگی تحلیل‌ها: تحلیل داده‌های طولی به واسطه نیاز به در نظر گرفتن زمان و تغییرات آن پیچیده‌تر است.

مطالعات تصادفی کنترل شده (RCT)

مطالعات تصادفی کنترل شده^{۵۶}، یکی از معتبرترین و مؤثرترین روش‌های تحقیق در علوم پزشکی و اجتماعی برای ارزیابی اثربخشی مداخلات هستند. در این نوع مطالعه، شرکت‌کنندگان به‌طور تصادفی به دو یا چند گروه تقسیم می‌شوند: گروه مداخله و گروه کنترل.

۱. ویژگی‌های کلیدی RCT

- ✓ تصادفی‌سازی: شرکت‌کنندگان به‌طور تصادفی به گروه‌های مختلف اختصاص داده می‌شوند. این کار به کاهش سوگیری (بایاس) کمک می‌کند و اطمینان می‌دهد که تفاوت‌ها بین گروه‌ها به دلیل تصادف و نه انتخاب پیشینی است.

⁵⁶. Randomized Controlled Trial (RCT)

- ✓ وجود گروه کنترل: گروه کنترل معمولاً مداخله مورد بررسی را دریافت نمی‌کند و می‌تواند یک درمان جایگزین یا هیچ درمانی نباشد. این گروه به عنوان معیاری برای مقایسه با گروه مداخله عمل می‌کند.
- ✓ مداخله مشخص: مداخله‌ای که مورد بررسی قرار می‌گیرد (می‌تواند یک دارو، درمان، یا برنامه آموزشی باشد) به وضوح تعریف شده و به گروه مداخله ارائه می‌شود.
- ✓ نتایج: نتایج یا متغیرهای وابسته به طور دقیق تعریف می‌شوند و معمولاً شامل معیارهای کلیدی برای بررسی اثربخشی مداخله هستند.
- ✓ مراقبت از پیگیری: اطمینان از اینکه تمام شرکت کنندگان در طول دوره مطالعه تحت شرایط مشابه قرار دارند، پیگیری منظم انجام می‌شود.

۲. مزایا

- ✓ کاهش سوگیری: طراحی تصادفی سازی کمک می‌کند تا تأثیر مداخله را به طور دقیق تری ارزیابی کنیم.
- ✓ شواهد قوی: RCTها معمولاً به عنوان "استاندارد طلایی" برای تحقیقات بالینی شناخته می‌شوند و می‌توانند شواهد قوی برای تصمیم‌گیری‌های بالینی ارائه دهند.
- ✓ قابلیت تعمیم: اگر گروه نمونه به درستی انتخاب شده باشد، نتایج می‌توانند به جمعیت‌های بزرگ‌تر تعمیم یابند.

۳. چالش‌ها

- ✓ هزینه و زمان: انجام RCTها معمولاً هزینه‌بر و زمان‌بر است.
- ✓ مسائل اخلاقی: برخی از مداخلات ممکن است از نظر اخلاقی قابل توجیه نباشند، به ویژه اگر یکی از گروه‌ها به درمان مؤثری دسترسی نداشته باشد.
- ✓ پیچیدگی: طراحی و اجرای RCTها مستلزم دقت و مهارت‌های فنی بالاست.

روش نظارت و ارزشیابی مستمر در ارزیابی اثربخشی مداخلات

نظارت و ارزشیابی مستمر^{۵۷} (M&E) روشی است که به منظور بررسی فرآیندها و نتایج مداخلات به کار می‌رود. این روش به سیاست‌گذاران و تصمیم‌گیرندگان کمک می‌کند تا بر اساس شواهد و داده‌های واقعی، عملکرد مداخلات را سنجیده و بهبود دهند. در ادامه مراحل کلیدی، ابزارها و اهمیت این روش را بررسی می‌کنیم.

۱. تعاریف و اهداف M&E

- ✓ -نظارت: جمع‌آوری و بررسی مستمر داده‌ها به منظور پیگیری عملکرد مداخلات و تطابق آن با برنامه‌های از پیش تعیین شده.
- ✓ -ارزشیابی: سنجش اثربخشی، کارایی و تأثیرات مداخلات در مقاطع زمانی مشخص.

⁵⁷. Monitoring & Evaluation (M&E)

۲. مراحل انجام M&E

- ✓ تعیین اهداف و نتایج مورد نظر.
- ✓ شناسایی شاخص‌های کلیدی عملکرد و معیارهای سنجش.
- ✓ استفاده از روش‌های کیفی و کمی (نظرسنجی، مصاحبه، مشاهده) برای جمع‌آوری داده‌ها.
- ✓ انتخاب زمان‌بندی مناسب برای جمع‌آوری داده‌ها (مثلاً پیش از مداخله، حین مداخله و پس از آن).
- ✓ تجزیه و تحلیل داده‌ها با استفاده از نرم‌افزارها و روش‌های آماری.
- ✓ مقایسه نتایج با اهداف تعیین‌شده.
- ✓ تهیه گزارش‌های منظم برای ذینفعان شامل اطلاعات درباره پیشرفت، چالش‌ها و موفقیت‌ها.
- ✓ ارائه پیشنهادات برای بهبود مداخلات براساس داده‌های جمع‌آوری‌شده.

۳. ابزارها و روش‌ها

- ✓ نظرسنجی‌ها و پرسشنامه‌ها: برای جمع‌آوری داده‌های کیفی و کمی.
- ✓ گروه‌های متمرکز: برای درک عمیق‌تر تجارب و نظرات شرکت‌کنندگان.
- ✓ مشاهدات میدانی* برای بررسی واقعی رویدادها و فرآیندها در محل.
- ✓ سیستم‌های مدیریت داده: برای ذخیره‌سازی و تحلیل داده‌ها.

۴. مزایا

- ✓ شناسایی نقاط قوت و ضعف: امکان شناسایی مشکلات و موفقیت‌ها در مراحل مختلف مداخله.
- ✓ تصمیم‌گیری مبتنی بر شواهد: فراهم آوردن داده‌های واقعی و مستند برای تصمیم‌گیری بهتر و بهبود مداخلات.
- ✓ مسئولیت‌پذیری: افزایش شفافیت و مسئولیت‌پذیری در فرآیندهای تصمیم‌گیری و تخصیص منابع.

۵. چالش‌ها

- ✓ دسترسی به داده‌ها: ممکن است جمع‌آوری داده‌ها از برخی گروه‌ها یا جوامع دشوار باشد.
- ✓ هزینه و زمان: اجرای کامل M&E ممکن است نیاز به منابع مالی و زمانی قابل‌توجهی داشته باشد.
- ✓ آموزش و توانمندسازی: نیاز به آموزش تیم‌ها به منظور جمع‌آوری و تحلیل داده‌ها به صورت مؤثر.

پیشنهاد می گردد:

✓ روش های مطرح شده در این پیوست برای ارزیابی اثربخشی مداخلات، روش های مطلوب می باشند که استفاده از ترکیبی از این روش ها معمولاً می تواند به ارائه یک تصویر کامل تر و دقیق تر از اثربخشی مداخله کمک کند.

✓ روش ساده تر برای اجرای این مرحله از شیوه نامه، استفاده از روش مقایسه میزان یک شاخص قبل و بعد یک مداخله مشخص می باشد. مثلاً اگر یکی از مداخلات بین بخشی SDH محور برای بهبود شاخص شیوع دیابت، توسعه زیرساخت های ورزشی در فضاهای سبز با هدف بالابردن فعالیت فیزیکی افراد باشد، اثربخشی تاثیر این مداخله به این شکل خواهد بود که میزان شاخص دیابت قبل و بعد از انجام این مداخله مقایسه می شود. در صورت کم شدن شیوع دیابت، می توان یکی از دلایل بهبود شاخص را به این مداخله نسبت داد.

در صورت استفاده از چنین روشی حتماً ملاحظات زیر مد نظر قرار گیرد:

- مدت زمان بروز تاثیرات مداخلات و اثربخشی آنها، با توجه به نوع مداخله متفاوت می باشد. اثر یک مداخله می تواند کوتاه مدت، بلند مدت و میان مدت باشد. این مورد برای در نظر گرفتن زمان مقایسه میزان شاخص مهم می باشد.
- بهتر است که بیش از دو مقطع برای مقایسه روند تغییرات شاخص در نظر گرفته شود (چند مقطع زمانی قبل از اعمال مداخله و چند مقطع بعد از اعمال مداخله).
- در نظر گرفتن این نکته که ممکن است تغییرات شاخص مورد بررسی متاثر از مداخلات، تغییرات و تحولاتی غیر از مداخله اعمال شده شما باشد نیز مهم است.