





وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی



معاونت بهداشت

شیوه‌نامه اجرایی تقویت و ساماندهی مداخلات تعیین‌کننده‌های اجتماعی سلامت در نظام شبکه بهداشت و درمان کشور

مشارکت‌کنندگان:

مرکز مدیریت شبکه وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی
مرکز تحقیقات عدالت در سلامت دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی تهران
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 بهداشت دانشگاه/دانشکده‌های علوم پزشکی اصفهان، تبریز، کردستان، گلستان، مراغه و یزد
دانشکده بهداشت دانشگاه علوم پزشکی تهران

بهار ۱۴۰۴

شیوه‌نامه اجرایی تقویت و ساماندهی مداخلات تعیین‌کننده‌های اجتماعی سلامت در نظام شبکه بهداشت و درمان کشور

نویسندگان: علیرضا اولیایی منش، رحیم تقی‌زاده اصل، اردشیر خسروی، بتول ربانی، الهام رشیدیان، الهه کاظمی،
پرنیان کردشاکری، الهه گودرزی، عفت محمدی، حکیمه مصطفوی و فاطمه یافتیان

ویراستار: نوید جهدی

شمارگان: ۲۰۰۰ نسخه

چاپ اول: ۱۴۰۴

شابک: ۹۷۸-۶۲۲-۹۱۸۷۲-۱-۰

ناشر: انتشارات کیمیاخردپارس

تلفن: ۰۲۱-۴۴۹۹۱۱۶۷-۰۲۱ _____ دورنگار: ۰۲۱-۷۱۰۵۷۵۴۵

تارنما: www.kimiakherad.ir رایانامه: info@kimiakherad.ir

هر گونه تکثیر، انتشار و بازنویسی این اثر کلاً یا جزئاً، به هر صورت (چاپ، فتوکپی،
صوت، تصویر و انتشار الکترونیکی) بدون دریافت مجوز کتبی از ناشر ممنوع است.



مقدمه نویسندگان

سلامت، به‌عنوان یکی از حقوق اساسی بشر و تعیین‌کننده‌های اجتماعی آن، نقش برجسته‌ای در دستیابی به توسعه پایدار ایفا می‌کند. در ایران، تقویت و ساماندهی مداخلات مرتبط با تعیین‌کننده‌های اجتماعی سلامت در نظام شبکه بهداشت درمان کشور در سال‌های اخیر به‌عنوان یکی از اولویت‌های راهبردی نظام سلامت تعریف شده است. این اولویت نه تنها تأمین عدالت در سلامت و کاهش نابرابری‌های موجود را هدف قرار داده، بلکه راهی برای ارتقای سلامت عمومی و توسعه اجتماعی پایدار به شمار می‌آید.

کتاب حاضر، به‌عنوان شیوه‌نامه‌ای جامع، حاصل تلاش مشترک و همکاری بی‌وقفه متخصصین، سیاست‌گذاران و دانشگاهیان است. این شیوه‌نامه به سفارش وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و با حمایت و مشارکت فنی سازمان جهانی بهداشت، دفتر کشوری ایران، تهیه شده است. در تدوین و نگارش این شیوه‌نامه، مرکز تحقیقات عدالت در سلامت، دانشگاه علوم پزشکی تهران، به‌عنوان مشاور علمی همکاری داشته است.

این راهنما به‌منظور استانداردسازی و هماهنگ‌سازی مداخلات تعیین‌کننده‌های اجتماعی سلامت در نظام شبکه بهداشت و درمان کشور تدوین شده است و به دنبال فراهم کردن ابزاری علمی و عملی برای دستیابی به این اهداف بلندمدت است.

برنامه پایلوت اجراشده در هفت دانشگاه منتخب نشان‌دهنده تعهد ما به بهره‌گیری از روش‌های مبتنی بر شواهد علمی و استفاده از ظرفیت‌های مشارکت مردمی و هماهنگی بین‌بخشی است. ما معتقدیم که با پیاده‌سازی مراحل تدوین شده در این شیوه‌نامه، می‌توان به نتایجی پایدار در کاهش نابرابری‌ها، بهبود شاخص‌های سلامت، و پیشبرد عدالت اجتماعی دست یافت.

امید است این اثر بتواند راهنمایی مؤثر برای متخصصین حوزه سلامت، سیاست‌گذاران و تمامی ذی‌نفعان در سطوح کشوری و استانی/دانشگاهی باشد و در دستیابی به سلامت همگانی و پایدار برای تمامی اقشار جامعه نقش آفرین باشد.

نویسندگان و پدیدآورندگان شیوه‌نامه (به ترتیب حروف الفبا):

- دکتر علیرضا اولیایی منش، مرکز تحقیقات عدالت در سلامت دانشگاه علوم پزشکی تهران
- دکتر رحیم تقی‌زاده اصل، دفتر نمایندگی سازمان جهانی بهداشت در جمهوری اسلامی ایران
- دکتر اردشیر خسروی، مرکز مدیریت شبکه
- دکتر بتول ربانی، مرکز مدیریت شبکه
- الهام رشیدیان، مرکز مدیریت شبکه
- دکتر الهه کاظمی، مرکز مدیریت شبکه
- پرنیان کردشاکری، دفتر نمایندگی سازمان جهانی بهداشت در جمهوری اسلامی ایران
- الهه گودرزی، دفتر نمایندگی سازمان جهانی بهداشت در جمهوری اسلامی ایران
- دکتر عفت محمدی، مرکز تحقیقات عدالت در سلامت دانشگاه علوم پزشکی تهران
- دکتر حکیمه مصطفوی، مرکز تحقیقات عدالت در سلامت دانشگاه علوم پزشکی تهران
- فاطمه یافیتان، مرکز تحقیقات عدالت در سلامت دانشگاه علوم پزشکی تهران

با حمایت، راهنمایی و نظارت

آقایان دکتر علیرضا رئیسی، دکتر کوروش اعتماد، دکتر سعید تاملی و دکتر محمد آسایی اردکانی
و با سپاس فراوان از راهنمایی‌های استاد ارجمند جناب آقای دکتر حسین ملک افصلی

سایر سازمان‌ها، مرکز/دفاتر و دانشگاه‌ها و شبکه‌های بهداشت و درمان که در این امر همکاری
داشته‌اند عبارتند از:

- شورای عالی سلامت و امنیت غذایی
- دفاتر/ مراکز معاونت بهداشت وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی
- معاونت‌های بهداشتی دانشگاه‌های علوم پزشکی تهران، اصفهان، تبریز، کردستان، گلستان، مراغه و یزد
- شبکه بهداشت و درمان شهرستان‌های اسلامشهر، شاهین‌شهر، اسکو، دیواندره، بندر گز، مراغه، بافق

همکاران وزارت بهداشت و درمان آموزش پزشکی

نام و نام خانوادگی	مرکز/دفتر
دکتر زینب نصیری	حوزه وزارتی
دکتر عزیزاله عاطفی	حوزه معاونت بهداشت
دکتر بابک فرخی	
دکتر محمدرضا رهبر	
دکتر کوروش فرزین	
دکتر اصلاان نظری	مرکز مدیریت شبکه
دکتر مهشید احمدیان	
دکتر هما یوسفی	
دکتر حامد فتاحی	
دکتر محمدعلی ادیب‌فر	
دکتر مجید قاسمی	
دکتر حمیده جوادی‌نسب	
امین عطائی	
دکتر مهشید پدرام	
دکتر سید حسن امامی رضوی	دبیرخانه شورای عالی سلامت و امنیت غذایی
دکتر محمد اسماعیل مطلق	
دکتر شیوا مافی مرادی	
دکتر نرگس رستمی گوران	
خانم صفورا شاه‌مرادی	
دکتر صابر جبّاری فاروجی	مرکز جوانی جمعیت، سلامت خانواده و مدارس
سبحان ابراهیم‌پور	
دکتر ملیحه کیان‌فر	
دکتر محمد مرادی	
دکتر قباد مرادی	مرکز مدیریت بیماری‌های واگیر
دکتر شهنام عرشی	
دکتر علی گل محمدی	
دکتر مریم سرگلزایی مقدم	
دکتر سنا عیب‌پوش	
زهرا رجب‌پور	

دکتر جعفر جندقی	دفتر مدیریت بیماری‌های غیرواگیر
دکتر علیرضا مهدوی هزاه	
مریم بهشتیان	
دکتر محمدرضا شالبافان	دفتر سلامت روانی، اجتماعی و اعتیاد
دکتر سید حامد مصلحی	
دکتر طاهره زیادلو	
دکتر لیلا جمشیدی	
دکتر احمد اسمعیل زاده	دفتر بهبود تغذیه جامعه
الناز جعفروند گیگلو	
دکتر شهرام رفیعی‌فر	دفتر آموزش و ارتقاء سلامت
دکتر فرشید رضایی	
دکتر امیر نصیری	
دکتر زهرا قربانی	دفتر سلامت دهان و دندان
دکتر زهرا سید معلمی	
مهندس محسن فرهادی	مرکز سلامت محیط و کار
میترا دانش دوست	
مهرداد ضربایی	
دکتر کاظم وطن‌خواه یزدی	آزمایشگاه مرجع سلامت
دکتر کتابیون خداوردیان	

همکاران دانشگاه/دانشکده‌های علوم پزشکی

نام و نام خانوادگی	دانشگاه/دانشکده علوم پزشکی
دکتر مهرزاد ناصری	تهران
دکتر محمدرضا قیوم‌زاده	
دکتر امیرحسین تکیان	
دکتر عباس استاد تقی‌زاده (رییس دبیرخانه سلامت و امنیت غذایی دانشگاه علوم پزشکی)	
دکتر جمشید معتمد	
رویا نقوی	
نرگس سهامی	
دکتر انسیه جمشیدی	
دکتر محمدرضا مبینی‌زاده	
دکتر عباس وثوق	
دکتر علیرضا عباسی	
زهرا ربیعی	
آمنه بهفرد	
دکتر صدیقه مردانی	
دکتر بهناز قره‌خانی	
زهرا حاتمی	
دکتر مه‌آسا مازیار	
دکتر مرجان فتحی	
دکتر طیبه کاشی	
دکتر حمید گله‌داری (معاون بهداشت و رییس دبیرخانه سلامت و امنیت غذایی دانشگاه علوم پزشکی)	اصفهان
دکتر مصطفی رضایی	
دکتر سلمان باش‌زر	
اقدس محمدی	

نام و نام خانوادگی	دانشگاه/دانشکده علوم پزشکی
دکتر احمد کوشا (معاون بهداشت)	تبریز
دکتر غلامرضا نورآبادی (رییس دبیرخانه سلامت و امنیت غذایی دانشگاه علوم پزشکی)	
دکتر سید رسول هاشمی اقدم	
دکتر مهستی علیزاده	
ایلناز ایرانزاد	
ناصر راشدی	
قاسم خاصوانی	
سلماز راست‌منش	
صغری ناظمی	
پرینسا ملک‌زاده	
فاطمه رستمی	
دکتر فرزاد بیدارپور (معاون بهداشت)	کردستان
دکتر سیران نیلی (رییس دبیرخانه سلامت و امنیت غذایی دانشگاه علوم پزشکی)	
دکتر بهروز اخوان	
دکتر خالد رحمانی	
دکتر فرهاد مرادپور	
آسو اردلان	
دکتر کمال‌الدین کریمیان	
مهندس جمشید کرمی	
سینا گل محمدی	
دکتر محمد رضا هنرور (معاون بهداشت)	گلستان
دکتر رحمان بردی اوزون دوجی (رییس دبیرخانه سلامت و امنیت غذایی دانشگاه علوم پزشکی)	
دکتر علی صداقت	
دکتر ناهید جعفری	
دکتر سیده مریم هاشمی نسب	
زینب عرب عامری	
میشم مروجی	
منیره قاسمی	

نام و نام خانوادگی	دانشگاه/دانشکده علوم پزشکی
دکتر الهه حق‌گشانی (معاون بهداشت)	مراغه
دکتر صدیقه صلواتی (رییس دبیرخانه سلامت و امنیت غذایی دانشگاه علوم پزشکی)	
دکتر ادریس حسن‌پور	
دکتر سمیرا رنوفی	
محمدحسین قاسمی	
علی عبدی	
دکتر محمد هادی فرحزادی (معاون بهداشت و رییس دبیرخانه سلامت و امنیت غذایی دانشگاه علوم پزشکی)	یزد
دکتر مسعود شریفی	
دکتر محمد هادی فرحزادی	
دکتر جواد سهیلی	
سعیده انوری	
دکتر خاطره خانجانی	
دکتر مهدیه کوه‌گرد	
طیبه عسکری	
زهره گلشن‌زاده	
سید محمد جواد نظام‌الحسینی	



پیام دکتر محمدرضا ظفرقندی
وزیر بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

سلامت، به‌عنوان یکی از سرمایه‌های جوامع و شرط زیست شایسته انسان، حقی بنیادین است. این حق نه تنها از طریق درمان بیماری‌ها، بلکه با توانمندسازی اجتماعی، حمایت سیاستی، و طراحی محیط‌های حامی سلامت محقق می‌شود. تأمین و ارتقای عوامل تعیین‌کننده سلامت، به‌عنوان یکی از عناصر بنیادین توسعه‌یافتگی کشورها، از وظایف ذاتی هر دولت محسوب می‌شود.

امروزه با استناد به شواهد جهانی و تحلیل‌های ملی، آشکار است که تعیین‌کننده‌های اجتماعی سلامت (مانند وضعیت اقتصادی، تحصیلات، اشتغال، تغذیه، محیط زندگی و عدالت اجتماعی)، نقشی تعیین‌کننده در کیفیت و نابرابری‌های سلامت ایفا می‌کنند. بر اساس آموزه‌های دینی، قوانین و اسناد بالادستی کشورمان، عدالت و به تبع آن عدالت در سلامت، اصل اساسی راهنمای سیاست‌گذاری و اجرا در حوزه سلامت است؛ نه به‌عنوان شعار، بلکه به‌مثابه یک دستور کار ملی. عدالت در سلامت به معنای رفع تفاوت‌های قابل اجتناب در وضعیت سلامت، ایجاد فرصت‌های عادلانه دسترسی به خدمات، و ارتقای سلامت در میان همه گروه‌های جامعه است. تحقق این عدالت مستلزم شناسایی ریشه‌ای نابرابری‌ها، طراحی مداخلات هدفمند، و بازتوزیع منابع انسانی و مالی به نفع اقشار محروم و آسیب‌پذیر است.

در طی چهار دهه گذشته، وزارت بهداشت با بهره‌گیری از ظرفیت منحصربه‌فرد شبکه مراقبت‌های اولیه بهداشتی (PHC)، مسیری نوین در حکمرانی سلامت ترسیم کرده است؛ مسیری که در آن جامعه نه تنها مخاطب خدمات، بلکه شریک، ناظر و هم‌آفرین سیاست‌های سلامت است. حضور داوطلبان سلامت، خانه‌های مشارکت مردمی، شورای پیام‌گذاران سلامت، نمایندگان سازمان‌های مردم‌نهاد در اجرای این شیوه‌نامه، تجلی این دیدگاه راهبردی است. همچنین، کاهش نابرابری‌ها و ارتقای سطح رفاه و سلامت، تنها با همکاری مؤثر و یکپارچه دستگاه‌های فرابخشی ممکن است. آموزش و پرورش، وزارت کشور، وزارت تعاون، کار و رفاه اجتماعی، شهرداری‌ها، سازمان حفاظت محیط‌زیست، صداوسیما، وزارت صنعت،

معادن و تجارت، وزارت راه و شهرسازی، سازمان برنامه و بودجه، قوه قضائیه، نهادهای مدنی و رسانه‌ها، اجزای حیاتی این تحول هستند. تضمین‌کننده اجرای این شیوه‌نامه، همکاری بین‌بخشی و نهادهای مشارکت مردمی است تا بستری برای تقویت برنامه‌های محله‌محور در شهرستان‌های کشور فراهم گردد.

شیوه‌نامه حاضر حاصل همفکری متخصصان، دانشگاهیان، مدیران، سازمان جهانی بهداشت و ذینفعان است. این سند با ارائه نقشه‌راه برای شناسایی، تحلیل و اجرای مداخلات مؤثر بر تعیین‌کننده‌های اجتماعی سلامت در بستر نظام شبکه بهداشت، زمینه استقرار عدالت سلامت، پاسخگویی اجتماعی و تاب‌آوری نظام سلامت را فراهم می‌کند.

امیدوارم با اجرای مؤثر، هوشمندانه و مشارکتی این برنامه ملی، شاهد تحول پایدار در سلامت جامعه به‌ویژه اقشار آسیب‌پذیر باشیم و با تقویت همکاری‌های بین‌بخشی و نهادهای مشارکت مردم، گامی بلند در مسیر توسعه انسانی و پوشش همگانی سلامت برداریم.



پیام دکتر علیرضا رئیسی معاون بهداشت وزارت بهداشت درمان و آموزش

سلامت یکی از اساسی‌ترین نیازهای بشری است که همواره در کانون توجه جوامع و نظام‌های حکمرانی قرار داشته است. در این میان، تعیین‌کننده‌های اجتماعی سلامت، به‌عنوان عواملی که خارج از حوزه مستقیم خدمات سلامت قرار می‌گیرند، نقش بسزایی در شکل‌دهی وضعیت سلامت افراد و جامعه دارند. این عوامل شامل شرایط اقتصادی، اجتماعی، فرهنگی، محیطی و سیاسی هستند که نه تنها بر سلامت افراد تأثیر می‌گذارند، بلکه می‌توانند نابرابری‌های سلامت را تشدید یا کاهش دهند.

مداخلات تعیین‌کننده‌های اجتماعی سلامت در نظام شبکه بهداشت از اهمیت ویژه‌ای برخوردار است و از زمان شکل‌گیری این نظام، مورد توجه قرار داشته‌اند. این اقدامات می‌توانند به کاهش نابرابری‌های سلامت و ارتقای سطح سلامت عمومی کمک کنند. برای مثال، بهبود شرایط اقتصادی و اجتماعی در مناطق محروم -مانند افزایش دسترسی به فرصت‌های شغلی و ارتقای سطح درآمد افراد- می‌تواند به‌طور مستقیم در کاهش بیماری‌های مرتبط با فقر و افزایش وضعیت سلامت مؤثر باشد.

این شیوه‌نامه با هدف تعیین چارچوب‌ها و ضوابط به‌منظور بهینه‌سازی فرآیندهای مداخلات اجتماعی سلامت تدوین شده است. مأموریت راهبردی ما در این مسیر، ایجاد نظامی کارآمد و مؤثر برای ارتقای سلامت جامعه است. این شیوه‌نامه شامل بخش‌هایی همچون تعریف مفاهیم، چارچوب‌های اجرایی، روش‌های ارزیابی و نظارت، و توصیه‌های کاربردی است. برای نمونه، در بخش چارچوب‌های اجرایی، روش‌های هماهنگی بین‌بخشی و مشارکت مردمی برای بهبود شرایط اجتماعی مؤثر بر سلامت ارائه شده است.

در پایان، از تمامی مدیران و کارشناسان محترم در وزارت متبوع و دانشگاه/دانشکده‌های درگیر برنامه و دفتر نمایندگی سازمان جهانی بهداشت در جمهوری اسلامی که در تدوین و تنظیم این شیوه‌نامه نقش داشته‌اند و با تلاش‌های خود در مسیر بهبود و ارتقای سلامت جامعه گام برداشته‌اند، صمیمانه تشکر و قدردانی می‌نماییم. امید است که این اثر، گامی مؤثر در راستای ارتقای سلامت جامعه و تحقق عدالت در دسترسی به خدمات سلامت باشد.



پیام دکتر سید حسن امامی رضوی
مشاور وزیر و رئیس دبیرخانه شورای عالی سلامت و امنیت غذایی

در رویکرد «عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت» کلیه شرایطی که مردم با آن‌ها متولد می‌شوند، در آن رشد می‌کنند، کار و زندگی می‌کنند و دوران سالمندی خود را در آن می‌گذرانند به‌عنوان تعیین‌کننده شرایط سلامتی ایشان شناخته می‌شوند. از این رو، با توجه به گستردگی عوامل واقعیت این است که حداقل ۷۰ درصد عوامل مؤثر بر سلامتی فرد خارج از حوزه سلامت تعیین می‌شود. در هم تنیدگی این عوامل، نظام سلامت را ناگزیر می‌سازد تا در راستای افزایش اثربخشی اقدامات بهداشتی و درمانی خود، از نخستین مرحله مواجهه با جامعه، فعالانه عوامل ریشه‌ای مؤثر بر سلامت مراجعین را که حتی فراتر از وظایف قانونی خود دارد، شناسایی و برحسب مورد پیگیری، رازینی، ارائه مشاوره و جهت رفع آن‌ها اقدام نماید. مزیت منحصربه‌فرد نظام شبکه به‌عنوان اولین خط ارتباطی در دسترسی به آحاد مردم، امکان شناسایی سریع و دقیق نیازها و نیز تشویق و جلب مشارکت ایشان در طراحی و اجرای مؤثرتر مداخلات مربوط به خارج از حوزه سلامت را فراهم می‌سازد.

شورای عالی سلامت و امنیت غذایی به‌عنوان یک نهاد سیاست‌گذار و هماهنگ‌کننده در سطح ملی موظف است نقش مهمی در تقویت و بهبود عملکرد نظام شبکه بهداشت و درمان کشور ایفا کند. تدوین سیاست‌های یکپارچه در همکاری با وزارتخانه‌ها و دستگاه‌ها و تسهیل اشتراک‌گذاری نیازهای واقعی مردم بین ذینقشان و کمک به تأمین منابع انسانی و مالی برنامه‌هایی که اولویت نظام شبکه هستند از جمله راهکارهای این حمایت هستند. ارکانی همچون دبیرخانه‌های سلامت و امنیت غذایی دانشگاه‌ها و دستگاه‌ها، خانه‌های مشارکت مردم و شورای پیام‌گذاران سلامت به‌عنوان بازوان پرتوان اجرایی در خدمت طرح تقویت و ساماندهی تعیین‌کننده‌های اجتماعی سلامت در نظام شبکه بهداشت و درمان کشور خواهند بود. امید است این همکاری به کاهش نابرابری به‌عنوان اصل بنیادین پوشش همگانی سلامت بینجامد.



پیام دکتر سید جعفر حسین

نماینده سازمان جهانی بهداشت در جمهوری اسلامی ایران

با افتخار، شاهد انتشار اولین شیوه‌نامه ملی برای پرداختن به تعیین‌کننده‌های اجتماعی سلامت از طریق شبکه مراقبت‌های اولیه بهداشتی (PHC) در جمهوری اسلامی ایران هستیم. این دستاورد نه تنها نقطه عطفی برای ایران بلکه گامی پیشرو در سطح منطقه مدیترانه شرقی محسوب می‌شود. ایران با بهره‌گیری از گزارش کمیسیون تعیین‌کننده‌های اجتماعی سلامت (SDH) سازمان جهانی بهداشت در سال ۲۰۲۱، به عنوان یکی از کشورهای پیشگام منطقه، توانسته است توصیه‌های مبتنی بر شواهد را به اقداماتی عملی در سطح ملی و محلی تبدیل کند. این شیوه‌نامه ملی، گامی تحول‌آفرین است که با ترکیب دقت علمی، همکاری بین‌بخشی و مشارکت فعال جامعه، عدالت در سلامت را در بطن نظام سلامت نهادینه می‌سازد.

شبکه مراقبت‌های اولیه بهداشتی در ایران بستر توانمندی است تا از طریق ادغام عوامل ساختاری، اجتماعی، اقتصادی و زیست‌محیطی مؤثر بر سلامت در خدمات پایه بهداشتی به عوامل ریشه‌ای نابرابری‌های سلامت بپردازد. تعهد نهادهای ملی، دانشگاه‌های علوم پزشکی و جوامع محلی الگویی از تاب‌آوری، نوآوری و همکاری را به نمایش گذاشته است.

ما بایلم از همکاری مؤثر و نزدیک میان وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی جمهوری اسلامی ایران، دبیرخانه شورای عالی سلامت و امنیت غذایی، مرکز تحقیقات عدالت در سلامت دانشگاه علوم پزشکی تهران و تیم ارتقا سلامت دفتر کشوری سازمان جهانی بهداشت قدردانی کنم. این دستاورد برجسته، نماد تعهد مشترک ما به ارتقاء عدالت در سلامت است و بی‌شک منتظر مشاهده نتایج عملی این پروتکل ملی در بهبود شرایط اجتماعی مؤثر بر سلامت در سطح جامعه هستیم.

سازمان جهانی بهداشت همچنان متعهد به پشتیبانی از جمهوری اسلامی ایران در این مسیر تحول‌آفرین است. با همکاری یکدیگر، می‌توانیم اطمینان حاصل کنیم که عدالت در سلامت نه تنها یک اصل بلکه واقعیتی ملموس برای همه افراد و جوامع باشد.

فهرست مطالب

مقدمه نویسندگان	ز
نویسندگان و پدیدآورندگان شیوه‌نامه (به ترتیب حروف الفبا):	ح
پیام دکتر محمدرضا ظفرقندی	ن
پیام دکتر علیرضا رئیسی	ع
پیام دکتر سید حسن امامی رضوی	ف
پیام دکتر سید جعفر حسین	ص
فهرست اصطلاحات و اختصارات انگلیسی	۳
تعریف واژگان	۵
مداخلات سیاسی	۸
مداخلات اقتصادی	۹
مداخلات فرهنگی و اجتماعی	۹
مداخلات سلامت	۹
مداخلات بین بخشی	۹
مقدمه	۱۱
اهداف شیوه‌نامه	۱۵
هدف اصلی	۱۵
اهداف فرعی	۱۵
ساختار و محتوای شیوه‌نامه؛ مراحل اجرایی	۱۶
مرحله اول؛ تشکیل کمیته‌های راهبری و اجرایی در سطح معاونت بهداشت و شبکه‌های بهداشت و درمان شهرستان؛ جلب مشارکت آنان جهت اجرای شیوه‌نامه	۱۸
گام اول؛ تشکیل کمیته راهبری SDH در سطح معاونت بهداشت دانشگاه	۱۹
ترکیب کمیته راهبری در سطح دانشگاه:	۱۹
وظایف کمیته:	۱۹
گام دوم: (الف) تشکیل کمیته اجرایی در سطح شهرستان	۲۰
ترکیب کمیته اجرایی در سطح شهرستان:	۲۰
وظایف کمیته اجرایی:	۲۱
گام دوم: (ب) تشکیل تیم هیأت امناء در سطح مرکز خدمات جامع سلامت	۲۲
ترکیب تیم هیأت امناء در سطح مرکز خدمات جامع سلامت:	۲۲
وظایف تیم هیأت امناء:	۲۲
نکات و توصیه‌های لازم در مورد کمیته‌های راهبری و اجرایی	۲۳
مرحله دوم؛ تعیین وضعیت شاخص‌های سلامت و نابرابری‌های سلامت در سطح مناطق شهرستان	۲۵
گام سوم؛ تهیه سیمای (پروفایل) کامل شهرستان و تعیین شاخص‌های سلامت	۲۶
گام چهارم؛ اولویت‌بندی شاخص‌های سلامت جهت سنجش نابرابری‌های سلامت در سطح شهرستان	۲۸
گزینه اول اولویت‌بندی شاخص‌ها:	۲۸
گزینه دوم اولویت‌بندی شاخص‌ها:	۲۹

گام پنجم: سنجش وضعیت نابرابری‌های سلامت.....	۳۲
گام ششم: تعیین و تحلیل بیشترین نابرابری‌ها در سطح شهرستان و تعیین شاخص‌های نیازمند ارتقاء.....	۳۴
مرحله سوم: شناسایی تعیین‌کننده‌های اجتماعی مؤثر بر شاخص‌های سلامت.....	۳۶
گام هفتم: شناسایی تعیین‌کننده‌های اجتماعی با بیشترین سطح تأثیر برای شاخص‌های با بیشترین میزان نابرابری.....	۳۶
گام هشتم: اولویت‌بندی تعیین‌کننده‌های اجتماعی سلامت.....	۳۸
مرحله چهارم: شناسایی و اولویت‌بندی مداخله‌های مرتبط با مدیریت و بهبود تعیین‌کننده‌های اجتماعی سلامت.....	۴۱
گام نهم: طراحی مداخله برای تعیین‌کننده‌های اجتماعی سلامت به تکنیک تعیین‌کننده‌های شناسایی شده.....	۴۲
گام دهم: اولویت‌بندی مداخله‌ها در سطح مراکز خدمات جامع سلامت و شهرستان.....	۴۴
انتخاب نهایی مداخلات.....	۴۷
ماتریس تصمیم‌گیری.....	۴۷
مرحله پنجم: اجرای مداخلات مرتبط با بهبود وضعیت تعیین‌کننده‌های اجتماعی در سطح منطقه.....	۴۸
مرحله ششم: پایش و ارزیابی مداخله‌ها.....	۵۲
مرحله هفتم: مستندسازی فرایند اجرای شیوه‌نامه.....	۵۴
منابع.....	۵۶
پیوست‌ها.....	۵۸
پیوست شماره یک: شناسایی ذینقشان/ذینفعان و جلب مشارکت ایشان.....	۵۸
شناسایی ذینقشان/ذینفعان و تحلیل خواسته‌های آن‌ها.....	۶۴
روش‌های جلب مشارکت ذینقشان/ذینفعان.....	۶۸
پیوست شماره دو: نمونه‌ای از شاخص‌های سلامت.....	۶۹
پیوست شماره سه: سایر منابع اطلاعاتی شناسایی شاخص‌های سلامت شهرستان و نحوه محاسبه آن‌ها.....	۷۲
پیوست شماره چهار: شاخص‌های سلامت قابل ارتقاء در سطح کشور.....	۷۳
پیوست شماره پنج: روش‌های تحلیل و سنجش نابرابری‌های سلامت.....	۷۷
روش‌های ساده توصیف نابرابری‌های سلامت.....	۷۷
روش‌های پیچیده توصیف نابرابری‌های سلامت.....	۸۰
پیوست شماره شش: روش‌های شناسایی تعیین‌کننده‌های اجتماعی سلامت.....	۸۲
۱. بررسی مطالعات و متون موجود.....	۸۲
۲. شناسایی تعیین‌کننده‌های اجتماعی مؤثر بر شاخص‌های سلامت از منظر تیم سلامت و ستاد شبکه بهداشت شهرستان.....	۸۳
۳. مصاحبه با عموم مردم و رابطین/داوطلبین سلامت.....	۸۴
پیوست شماره هفت: روش‌های پایش و ارزیابی مداخلات سلامت (ارزیابی اثربخشی مداخلات).....	۹۴

فهرست اصطلاحات و اختصارات انگلیسی

معادل فارسی	اختصار	اصطلاح و عبارت انگلیسی
نابرابری مطلق	-	Absolute Inequality
قابلیت تغییر	-	Alterability
بارش افکار	-	Brainstorming
بار بیماری‌ها	-	Burden of Diseases
توانمندسازی	-	Capacity Building
روش‌های پیچیده سنجش نابرابری‌های سلامت	-	Inequality Health of Measures
تحلیل هزینه-اثربخشی	CEA	Cost-Effectiveness Analysis
مطالعات مقطعی	-	Cross-sectional Studies
پایگاه‌های داده‌ای ثبت مرگ وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی	-	Death registry of MoHME
تعیین‌کننده‌های سلامت	-	Determinant of Health
میزان اختلاف	-	Differences
پیشگیری و کنترل بیماری‌ها	-	Disease Prevention and Control
توزیع بهینه منابع	-	Effective Resource Allocation
گروه‌های متمرکز	-	Focus Groups
عدالت در سلامت	-	Health Equity
شاخص‌های سلامت	-	Health Indicators
نابرابری‌های سلامت	-	Health Inequalities
پیامدهای سلامت	-	Health Outcomes
سیمای سلامت	-	Health Profile
نظام سلامت	-	Health System
ارائه‌دهندگان خدمات سلامت	-	Healthcare Service Providers
بروز	-	Incidence
افزایش آگاهی عمومی	-	Increasing Public Awareness
شاخص نابرابری	-	Index of Disparity
مداخله	-	Intervention
مطالعات طولی	-	Longitudinal Studies
سرفصل‌های موضوعی پزشکی	MeSH	Medical Subject Headings

اصطلاح و عبارت انگلیسی	اختصار	معادل فارسی
Monitoring & Evaluation	M&E	نظارت و ارزشیابی مستمر
Multi Criteria Decision Making	MCDM	مدل‌های تصمیم‌گیری چندمعیار
Need Identification	-	شناسایی نیازها
Policy-makers	-	سیاست‌گذاران
Prevalence	-	شیوع
Primary Access Point	-	اولین سطح دسترسی
Primary Health Care	PHC	مراقبت‌های اولیه
Primary Health Care Centers	-	مراکز ارائه‌دهنده مراقبت‌های اولیه
Prioritization	-	اولویت‌بندی
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 کنترل‌شده
Relative Inequality	-	ناابرابری نسبی
Relative Ratio	RR	میزان نسبی
Semi Structured Interview	-	پرسشنامه نیمه ساختاریافته
Sensitivity to Inequality	-	حساس بودن به بی‌عدالتی
Simple Measures of Health Inequality	-	روش‌های ساده سنجش نابرابری‌های سلامت
Size Impact	-	اثر اندازه
Social Determinant of Health	SDH	تعیین‌کننده‌های اجتماعی سلامت
Stakeholder	-	ذینفعان/ذینفعان
Strategic Committee	-	کمیته راهبری
Stratifiers	-	تفکیک‌کننده‌ها
WHO STEP wise approach to NCD risk (factor surveillance (STEPS	STEPS	پیمایش عوامل خطر بیماری‌های غیر واگیر
World Health Organization	WHO	سازمان جهانی سلامت
Health Volunteer	-	داوطلب/رابط سلامت

تعریف واژگان

• تعیین‌کننده‌های اجتماعی سلامت

تعیین‌کننده‌های اجتماعی سلامت^۱ (SDH) شرایطی را توصیف می‌کنند که مردم تحت آن شرایط متولد شده، بزرگ می‌شوند، زندگی و کار می‌کنند و پیر می‌شوند. تعیین‌کننده‌های 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، محیط‌زیست، سرمایه اجتماعی/سلامت اجتماعی، سبک زندگی و نظام سلامت می‌باشد (۱). فهرست کلی تعیین‌کننده‌های اجتماعی سلامت در زیر مشخص شده است. لازم به توضیح است این موارد نمونه‌هایی از تعیین‌کننده‌های اجتماعی سلامت می‌باشند:

سیاست‌های 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
محیط‌زیست
سرمایه اجتماعی/سلامت اجتماعی
تکامل کودکان در سال‌های اولیه زندگی
گروه‌های آسیب‌پذیر
سبک زندگی

در ادبیات جهانی از عبارت SDH به صورت‌های مختلفی یاد می‌شود (تعیین‌کننده‌های سلامت^۱، عوامل مؤثر بر سلامت، تعیین‌کننده‌های اقتصادی و اجتماعی مؤثر بر سلامت و...) که همه آن‌ها دربرگیرنده مفهوم ارائه‌شده در بالا می‌باشند.

• عدالت در سلامت

انجمن بین‌المللی عدالت در سلامت؛ عدالت در سلامت^۲ را این‌گونه بیان می‌نماید: عدالت در سلامت یعنی «فقدان تفاوت‌های نظام‌مند و بالقوه قابل برطرف کردن در یک یا چند جنبه از سلامت در یک جمعیت و زیرگروه‌های اقتصادی، اجتماعی، جمعیتی و جغرافیایی آن»^(۲). عدالت در سلامت به معنی برخورداری آحاد مردم فارغ از سن و جنس و نژاد و قومیت و منطقه زندگی و سطح درآمدی از حداقل سلامت جسمی، روانی، معنوی و اجتماعی است^(۳، ۴).

• نابرابری‌های سلامت

نابرابری‌های سلامت^۳ اصطلاح کلی است که برای نشان دادن «اختلاف‌ها، تغییرات و ناهمسانی‌های موجود در سلامت افراد و یا دسترسی به خدمات سلامت توسط افراد یا گروه‌ها» استفاده می‌شود. بی‌عدالتی در سلامت به آن دسته از نابرابری‌هایی اشاره دارد که به نظر می‌رسد ناعادلانه باشند و یا به دلیل برخی خطاها یا سیاست‌های نادرست ایجاد شده باشند؛ بنابراین همه ناهمسانی‌ها در سلامت، بی‌عدالتی محسوب نمی‌شوند. برای نمونه، افراد جوان‌تر از پیرها سالم‌ترند و این نابرابری به‌هیچ‌وجه بی‌عدالتی نمی‌باشد^(۵).

• مطالعه گام به گام مراقبت عوامل خطر بیماری‌های غیر واگیر (STEPS)

با توجه به گسترش روزافزون بیماری‌های غیر واگیر در دنیا، سازمان جهانی سلامت در راستای اجرا و پیاده‌سازی مناسب نظام مراقبت عوامل خطر بیماری‌های غیر واگیر برای دسترسی به اطلاعات معتبر و قابل مقایسه از این عوامل خطر عمده، رویکرد گام‌به‌گام (STEPS) مراقبت عوامل خطر این بیماری‌ها را ابداع کرده است که این پیمایش، در همین راستا به اجرا درمی‌آید. رویکرد گام‌به‌گام مراقبت عوامل خطر بیماری‌های غیر واگیر

1. Determinant of Health

2. Health equity

3. Health inequalities

4. 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.

سازمان جهانی سلامت دارای سه سطح گردآوری اطلاعات است که سه گام اجرایی آن درگیرنده پرسشگری با پرسشنامه، تکمیل اطلاعات با سنجش‌های جسمی و سنجش‌های آزمایشگاهی است. (۶)

• مرکز خدمات جامع سلامت

مرکزی که در مناطق شهری و روستایی راه‌اندازی می‌شود و خدمات قابل ارائه در این مکان شامل خدمات پزشکی عمومی (یا پزشک خانواده)، ماما، پرستار، کارشناس سلامت روان، کارشناس تغذیه و رژیم‌درمانی، دندانپزشکی، خدمات آزمایشگاهی، رادیولوژی، بهداشت محیط و حرفه‌ای و نظارت بر مراقبت‌های بهداشتی ارائه‌شده 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 حرفه‌ای و برحسب نیاز کارشناس علوم آزمایشگاهی و رادیولوژی است. متوسط جمعیت تحت پوشش مرکز خدمات جامع سلامت شهری ۴۰۰۰۰ نفر و مرکز خدمات جامع سلامت روستایی بین ۴۰۰۰ تا ۹۰۰۰ نفر است (۷).

• پایگاه سلامت شهری

واحد بهداشتی مستقر در شهر می‌باشد که زیرمجموعه مرکز خدمات جامع سلامت شهری است که در حالت استاندارد جمعیتی معادل ۱۲۵۰۰ نفر را تحت پوشش قرار می‌دهد. ضمناً در پایگاه‌های سلامت مجری برنامه پزشکی خانواده، هر پایگاه سلامت با حداقل یک پزشک خانواده و دو مراقب سلامت، جمعیتی حدود ۳۰۰۰ نفر را تحت پوشش قرار می‌دهند.

• پرسشنامه نیمه ساختاریافته^۱

پرسشنامه‌های مورد استفاده در پژوهش‌های کیفی شامل پرسشنامه‌های ساختارمند، پرسشنامه‌های نیمه ساختاریافته و پرسشنامه‌های بدون ساختار می‌باشد. در مصاحبه

ساختارمند پژوهشگر به صورت حضوری/آنلاین سوالات را می‌پرسد و گزینه‌های انتخابی پاسخ‌دهنده را تیک می‌زند. در مصاحبه بدون ساختار 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 یا همان راهنمای مصاحبه است که سوالات اصلی مطرح شده و در صورت لزوم در جریان تحقیق سوالات جدید مطرح می‌شود. مجموعه‌ای از سوالات باز در ارتباط با موضوع مصاحبه می‌باشد که در طول مصاحبه با شرکت‌کنندگان با ترتیب خاصی مطرح می‌شوند (۸).

• اولویت‌بندی

اولویت‌بندی^۱ عبارت است از تصمیم‌گیری در خصوص انتخاب فعالیت‌ها، اقدامات یا مواردی که از نظر مجموعه مشخصی از معیارها دارای اهمیت می‌باشد. محدودیت منابع و زمان باعث ضرورت اولویت‌بندی می‌شود (۹).

• مداخله

مداخله^۲ عبارت است از اقدام عمدی و برنامه‌ریزی شده برای تغییر یک وضعیت، با هدف بهبود آن یا جلوگیری از بدتر شدن آن (۱۰). مداخلات سلامت (و بهبود وضعیت SDH) می‌توانند از انواع مختلف در سطوح مختلفی اعمال شوند. این مداخلات می‌توانند بر روی عوامل اقتصادی، اجتماعی، فرهنگی و محیطی تأثیر بگذارند. در زیر انواع مداخلات قابل اعمال برای بهبود SDH بیان 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.

1. Prioritization
2. Intervention

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، حمل‌ونقل 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

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

- **ذینقشان/ذینفعان^۱**

ذینقشان/ذینفعان افراد، گروه‌ها یا سازمان‌هایی هستند که می‌توانند روی پیامدهای یک پروژه، تصمیم یا سازمان تأثیر داشته باشند و یا این‌که به‌صورت مستقیم و یا غیرمستقیم تحت تأثیر آن‌ها قرار بگیرند. ذینقشان/ذینفعان 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 تأثیری نمی‌پذیرند. شناسایی کردن و مشارکت دادن ذینقشان/ذینفعان می‌تواند بخش بزرگی از تضمین موفقیت یک فعالیت باشد.

- **داوطلب/رابط سلامت**

داوطلبین/رابطین سلامت نمایندگان مردم در محله‌ها می‌باشند که به‌عنوان افراد تسهیلگر و رابط بین نهادهای متولی بهداشت و جامعه هدف؛ تأثیر بسزایی در اتخاذ رفتارها و شیوه‌های زندگی سالم، تغییر نگرش و برانگیختن تغییر رفتار در جامعه دارند.

مقدمه

امروزه نقش و جایگاه تعیین‌کننده‌های اجتماعی سلامت (SDH)^۱ در تعیین سطح سلامت افراد و جامعه بر کسی پوشیده نیست. تقریباً بیش از ده سال از زمانی که سازمان جهانی بهداشت^۲ اولین گزارش خود در مورد SDH را منتشر کرده و آن‌ها را «علت‌العلل» و بازیگرهای اصلی در شکل‌گیری 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 مؤثر بر پیامدهای سلامت را گسترش داده و افق‌های جدیدی را برای متخصصین این حوزه آشکار نمود.

امروزه بسیاری از نظام‌های سلامت در زمان طراحی مداخلات سلامت، نه تنها به دنبال بهبود کیفیت و کمیت خدمات، ساختارها و سازمان‌های ارائه‌دهنده خدمات هستند، بلکه شناسایی، اندازه‌گیری و مدیریت این تعیین‌کننده‌ها را نیز در دستور کار خود قرار می‌دهند و همواره سعی در پایه‌ریزی رویکردی با محوریت SDH در تمامی لایه‌های نظام سلامت دارند. بااین‌وجود، برای اینکه این مداخلات کارا و اثرگذار باشند نیاز است تا آگاه از شواهد و مبتنی بر جامعه هدف بوده و از حمایت قابل قبول ذینقشان/ذینفعان کلیدی برخوردار باشند؛ این اهداف را می‌توان با استفاده از افزایش آگاهی نسبت به SDH و تأثیرات آن در میان مردم و سیاست‌گذاران و همچنین اندازه‌گیری و تحلیل مستمر شاخص‌های SDH و ارائه نتایج آن به تصمیم‌گیرندگان تمامی نظام‌ها و ارگان‌های مربوطه به دست آورد.

اثرات SDH اغلب در سطح محلی مشاهده (به‌خصوص در میان گروه‌های جمعیتی و بافتارهای کم‌برخوردار) اندازه‌گیری می‌شود؛ بنابراین، هر اقدامی در جهت تغییر نیازمند مشارکت و حمایت محلی است (۱۲). رسیدن به این هدف نیازمند همکاری و تعهد قوی محلی و داشتن دانشی جامع از نقش، تأثیرات و نحوه تأثیرگذاری این تعیین‌کننده‌ها بر سلامت و رفاه شهروندان است؛ هدفی که تنها با استفاده از برنامه‌های اطلاع‌رسانی و آموزشی گسترده و جامع قابل دستیابی است. بدون وجود چنین آگاهی و دانشی در بافتار اجتماع، پیاده‌سازی سیاست‌ها باهدف ادغام در مداخلات سلامت شانس کمتری برای موفقیت، ادامه یافتن و پذیرفته شدن خواهند داشت (۱۳). این نوع از برنامه‌های آموزشی باهدف افزایش آگاهی ذینقشان/ذینفعان نسبت به جایگاه و نقششان در پیشبرد برنامه‌های مداخلاتی با رویکرد SDH در حال فراگیر شدن بوده و از سازوکارهای متنوعی

1. Social Determinant of Health (SDH)

2. World Health Organization (WHO)

برای آموزش با تمرکز بر زیرگروهی مشخص (مثلاً برای جوانان یا افراد مسن، بیماران زمینه‌ای، 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 تصمیم‌گیرندگان بخش سلامت و همچنین بخش دولتی (و بسیاری گروه‌های دیگر) همگی جزو گروه‌های بالقوه و حیاتی برای حمایت و کمک به پیاده‌سازی سیاست‌های SDH محور بوده و در نتیجه نیازمند آموزش‌های هدفمند متناسب با جایگاهشان در راستای پیشبرد این هدف می‌باشند (۱۵). این گروه‌ها یا مستقیماً در بخش سلامت مشغول به کار بوده و وظیفه ارائه خدمت، تصمیم‌سازی در خصوص برنامه‌ها، بودجه‌ریزی و تخصیص‌های مربوط به بخش سلامت را بر عهده داشته و یا در دیگر ارگان‌های دولتی به صورت مستقیم یا غیرمستقیم بر مهم‌ترین SDH، مانند اسکان، اشتغال، تحصیلات و... تأثیر می‌گذارند. این امر نقش کلیدی و منحصربه‌فردی برای تک‌تک این ذینقشان/ذینفعان در راستای اطمینان از ادغام SDH در سیاست‌های حاکم بر اجتماع در سطوح مختلف فراهم می‌کند (۱۶)؛ بنابراین، ادغام جامع سیاست‌های SDH محور و تقویت جایگاه آن‌ها در فرآیندهای سیاست‌گذاری ذاتی میان بخشی داشته و نیازمند حمایت هم از سطوح بالادستی و هم پایین‌دستی بسیاری از ارگان‌ها است.

از جمله بازیگران کلیدی این عرصه برای افزایش آگاهی نسبت به SDH در میان تمامی گروه‌های درگیر و همچنین برای پیاده‌سازی تغییرات سیاستی در سطح جامعه؛ افراد جامعه، رابطین/ داوطلبین سلامت و مراکز ارائه‌دهنده مراقبت‌های اولیه بهداشتی^۱ (PHC) باشد. PHC شبکه‌ای از ارائه‌دهندگان خدمات سلامت^۲ است که با هدف خدمت به عنوان اولین سطح دسترسی^۳ و ارتباط میان مردم و نظام سلامت^۴ طراحی شده و خدمات اولیه سلامت را با رویکردی جامع‌نگر ارائه می‌دهد و در نتیجه در جایگاهی منحصربه‌فرد برای دستیابی به داده‌های سطوح پایین‌تر جمعیتی، شناخت شکاف‌های دانش و خدمت به عنوان پلی ارتباطی میان مردم و سیاست‌گذاران^۵ 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، برنامه‌های بهبود سلامت روان، کنترل بیماری‌های مزمن و خدمات مراقبتی برای مادران باردار را ارائه می‌دهد (۱۸)، (۱۹). با اینکه نظام PHC در سایر کشورها سال‌هاست که به عنوان پلی ارتباطی میان ذینقشان/ذینفعان

1. Primary Health Care (PHC)
2. Healthcare Service Providers
3. Primary Access Point
4. Health System
5. Policy-makers

مختلف فعالیت می‌کند تا شکاف دانشی را کاهش داده و نقش SDH را، با استفاده از ارائه خدمات آموزشی و حمایتی به گروه‌های مختلف و همچنین حمایت‌طلبی برای جمعیت زیر نظرشان از سیاست‌گذاران و متخصصین سلامت، پررنگ کند، به دلایل مختلف از این ظرفیت کلان نظام PHC برای پیشبرد سیاست‌های SDH محور در ایران بهره کافی برده نشده است (۲۰-۲۳).

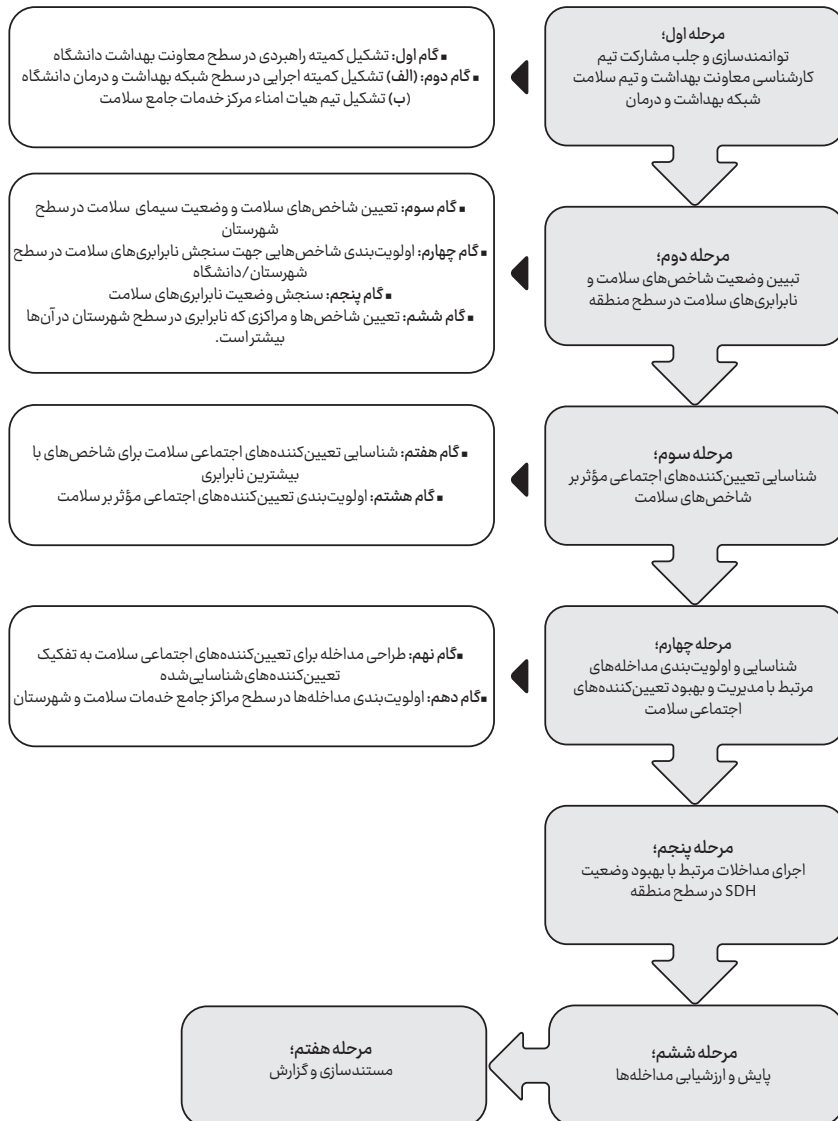
قانون اساسی جمهوری اسلامی ایران ضمن محوری شناختن سلامت انسان، بهداشت و درمان را از جمله نیازهای اساسی می‌داند و در اصول ۳، ۲۹ و ۴۳ دولت را مکلف نموده است تا تمامی امکانات خود را جهت تأمین و ارتقای سلامت جامعه بسیج نماید. جلب مشارکت مردم یکی از اصول اساسی شبکه محسوب می‌شود که بر اساس آن ارتقاء دانش و عملکرد سلامت مردم و حرکت جامعه به سمت خوداتکایی و خودمراقبتی تحقق می‌یابد. 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 می‌شود غلبه نمایند.

بدیهی است سیاست‌گذاری در مورد SDH و نابرابری‌های سلامت^۱ 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^۲، عملکرد، کیفیت زندگی^۳ و عوامل خطر و همچنین تأکید مقام محترم وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی بر رصد مستمر و اصلاح SDH و تأکید مقام معظم رهبری بر تقویت و بازسازی شبکه بهداشت و درمان کشور، یکی از برنامه‌های اولویت‌دار وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی در سال ۱۴۰۳، ساماندهی SDH در نظام شبکه می‌باشد. در این راستا تیم پژوهش حاضر، به تدوین شیوه‌نامه‌ای جهت شناسایی و استفاده از ظرفیت‌های نظام PHC به منظور ارتقاء دانش و نگرش تیم سلامت، ذینقشان/ذینفعان و عموم مردم در خصوص مدیریت SDH تدوین کرده است. در شکل یک خلاصه‌ای از مراحل اجرای شیوه‌نامه ارائه شده است.

1. Health Inequalities
2. Health Outcomes
3. Quality of Life

شیوه‌نامه اجرایی ادغام رویکرد تعیین‌کننده‌های اجتماعی سلامت در نظام شبکه بهداشت و درمان کشور



شکل ۱؛ فلوجارت مراحل اجرایی شیوه‌نامه

اهداف شیوه‌نامه

هدف اصلی

کاهش نابرابری‌های سلامت از طریق شناسایی و مدیریت تعیین‌کننده‌های اجتماعی سلامت در شبکه بهداشت و درمان شهرستان‌های کشور از طریق جلب مشارکت مردمی و همکاری‌های بین بخشی در سطح منطقه

اهداف فرعی

- طراحی ابزارهای اندازه‌گیری نابرابری‌های سلامت: طراحی ابزارها و شاخص‌هایی برای اندازه‌گیری نابرابری‌های سلامت که در سطح یک جامعه معین قابل اجرا هستند.
- بررسی نابرابری‌های سلامت: تجزیه و تحلیل نابرابری‌های موجود در سلامت، اعم از پیامدهای سلامت و دسترسی به خدمات سلامت و شناسایی گروه‌های آسیب‌پذیر برای توجه بیشتر به نیازهای آن‌ها؛
- شناسایی تعیین‌کننده‌های اجتماعی سلامت مؤثر: شناسایی تعیین‌کننده‌هایی که بیشترین تأثیر را بر شکل‌گیری نابرابری شناسایی شده داشته‌اند، از جمله عوامل اجتماعی، اقتصادی، فرهنگی و محیطی؛
- تعیین مداخلات اثرگذار: تعیین مداخلات اثرگذار بر SDH در سطح مراکز خدمات جامع سلامت شهرستان‌ها در جهت ارتقاء عدالت در سلامت (با مشارکت فعال داوطلبان و رابطین سلامت)
- آموزش و توانمندسازی: تقویت آگاهی عمومی (با همراهی رابطین سلامت) و آموزش کارکنان سلامت درباره اهمیت عدالت در سلامت و راه‌های 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 برنامه‌ریزی و اجرای مداخلات سلامت در جهت کاهش نابرابری‌های سلامت در سطح منطقه؛
- جلب مشارکت جامعه: تشویق مشارکت جوامع محلی (به ویژه رابطین/داوطلبین سلامت) در فرآیند شناسایی و مدیریت SDH تا به نیازهای واقعی و اولویت‌های آن‌ها توجه شود؛
- ارزیابی و نظارت: ایجاد نظام ارزیابی و نظارت برای سنجش پیشرفت در زمینه بهبود سلامت و عدالت در سلامت و اجرای شیوه‌نامه‌ها؛

- تقویت همکاری بین‌بخشی: تقویت همکاری و هماهنگی بین دستگاه‌های ذی‌نقش کلیدی در سطح شهرستان (بهداشت، اجتماعی، اقتصادی و محیط‌زیست) به منظور مدیریت SDH؛
- تقویت هماهنگی درون‌بخشی: تقویت همکاری و هماهنگی بین واحدهای مختلف زیرمجموعه دانشگاه علوم پزشکی (دبیرخانه‌های سلامت و امنیت غذایی، معاونت‌های تخصصی، شبکه‌های بهداشت درمان شهرستان، مراکز تحقیقاتی، دانشکده‌ها و بیمارستان‌ها)
- تحقیق و توسعه: توسعه پژوهش‌ها و تحقیقات در زمینه SDH و نابرابری‌ها به منظور تولید شواهد برای سیاست‌گذاری و اجرایی‌سازی در سطح عوامل اجرایی سلامت در شهرستان‌ها.

ساختار و محتوای شیوه‌نامه؛ 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 تأثیر عوامل متفاوتی قرار می‌گیرد، این شیوه‌نامه سعی دارد تا یک روش کار مدون برای شناسایی SDH در یک منطقه مشخص معرفی نماید. در این شیوه‌نامه سعی شده است تا روش کار ارائه‌شده 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 شیوه‌نامه عبارت‌اند از:

- مرحله اول؛ تشکیل کمیته‌های راهبری^۱ و اجرایی و تیم هیات امناء به ترتیب در سطح معاونت بهداشت دانشگاه و شبکه‌های بهداشت و درمان شهرستان و مراکز خدمات جامع سلامت؛ جلب مشارکت آنان جهت اجرای شیوه‌نامه
- « گام اول: تشکیل کمیته راهبری در سطح معاونت بهداشت دانشگاه
- « گام دوم: (الف) تشکیل کمیته اجرایی در سطح شبکه بهداشت و درمان دانشگاه
- (ب) تشکیل تیم هیات امناء مراکز خدمات جامع سلامت
- مرحله دوم؛ تبیین وضعیت شاخص‌های سلامت^۲ و نابرابری‌های سلامت در سطح منطقه شهرستان

1. Strategic Committee

2. Health Indicators

« گام سوم: تعیین شاخص‌های سلامت و وضعیت سیمای سلامت^۱ در سطح شهرستان

« گام چهارم: اولویت‌بندی شاخص‌هایی جهت سنجش نابرابری‌های سلامت در سطح شهرستان

« گام پنجم: سنجش وضعیت نابرابری‌های سلامت
« گام ششم: تعیین شاخص‌ها و مراکزی که نابرابری در سطح شهرستان در آن‌ها بیشتر است

- مرحله سوم؛ شناسایی تعیین‌کننده‌های اجتماعی مؤثر بر شاخص‌های سلامت
« گام هفتم: شناسایی تعیین‌کننده‌های اجتماعی سلامت برای شاخص‌های با بیشترین نابرابری

« گام هشتم: اولویت‌بندی تعیین‌کننده‌های اجتماعی سلامت
• مرحله چهارم: شناسایی و اولویت‌بندی مداخله‌های مرتبط با مدیریت و بهبود تعیین‌کننده‌های اجتماعی سلامت

« گام نهم: طراحی مداخله برای تعیین‌کننده‌های اجتماعی سلامت به تفکیک تعیین‌کننده‌های شناسایی شده
« گام دهم: اولویت‌بندی مداخله‌ها در سطح مراکز خدمات جامع 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؛ مستندسازی و گزارش

مرحله اول؛ تشکیل کمیته‌های راهبری و اجرایی در سطح معاونت بهداشت و شبکه‌های

بهداشت و درمان شهرستان؛ جلب مشارکت آنان جهت اجرای شیوه‌نامه

اولین مرحله از فرآیند شناسایی و مدیریت تعیین‌کننده‌های اجتماعی سلامت در سطح شهرستان، تشکیل کمیته‌های راهبری و توانمندسازی و جلب مشارکت ذینقشان/ذینفعان کلیدی از معاونت بهداشت، شبکه بهداشت و درمان و نیز دستگاه‌های ذینقش کلیدی در سطوح استانی و شهرستانی می‌باشد که، شامل چندین فعالیت کلیدی است که به‌منظور توانمندسازی این ذینقشان/ذینفعان برای شناسایی و مدیریت تعیین‌کننده‌های اجتماعی سلامت صورت می‌گیرد. این مرحله در حقیقت پایه و اساس همکاری و فعالیت‌های بعدی است. هدف از این مرحله، ایجاد ارتباط و هم‌افزایی میان ذینقشان/ذینفعان کلیدی از بدنه دولت در جهت ارتقاء آگاهی تیم‌های سلامت در سطوح مختلف دانشگاه و شبکه در مورد تعیین‌کننده‌های اجتماعی سلامت و تأثیر آن‌ها بر سلامت جامعه است تا با اشراف و اطلاعات کامل فرآیند اجرایی شیوه‌نامه برای شناسایی SDH در سطح شهرستان را تسهیل نمایند.

تشکیل کمیته‌های راهبری و حس مسئولیت و تعهد را در میان مدیران ارشد و میانی دانشگاه، شبکه و ادارات کل استانی مربوطه برای مشارکت فعال در تصمیم‌گیری‌ها و اقدامات بهداشتی منتج از اجرای شیوه‌نامه افزایش خواهد داد و تضمینی در جهت حصول نتایج بهتر و دستیابی به اهداف شیوه‌نامه خواهد بود. این مرحله در دو گام قابل اجرا خواهد بود:

- گام اول: تشکیل کمیته راهبری در سطح معاونت بهداشت دانشگاه
- گام دوم: (الف) تشکیل کمیته اجرایی در سطح شبکه بهداشت و درمان شهرستان
(ب) تشکیل تیم هیأت امناء مرکز خدمات جامع سلامت

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

هدف	متولی / مشارکت‌کنندگان در اجرا	دوره زمانی اجرا
همکاری و هماهنگی بین ذینقشان/ ذینفعان کلیدی مربوطه برای پیشبرد اجرای شیوه‌نامه در سطح دانشگاه	۱. معاونین دانشگاه ۲. رئیس دبیرخانه ساغ دانشگاه ۳. رئیس دبیرخانه کارگروه فرهنگی، اجتماعی، سلامت، زنان و خانواده استان (نماینده استاندار) ۴. رئیس مرکز تحقیقات SDH دانشگاه ۵. رئیس خانه مشارکت مردم در سلامت استان ۶. رئیس شورای پیام‌گزاران سلامت استان ۷. یک نفر از کارشناسان معاونت بهداشت دانشگاه ترجیحاً از گروه توسعه شبکه	یک هفته

ترکیب کمیته راهبری در سطح 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: این کمیته ترکیبی بین بخشی دارد و اعضای آن متشکل از معاونین دانشگاه، رئیس دبیرخانه ساغ دانشگاه، رئیس دبیرخانه، کارگروه فرهنگی، اجتماعی، سلامت، زنان و خانواده استان (نماینده استاندار)، رئیس مرکز تحقیقات SDH دانشگاه رئیس خانه مشارکت مردم در سلامت استان، رئیس شورای پیام‌گزاران سلامت استان، یک نفر از کارشناسان معاونت بهداشت دانشگاه ترجیحاً از گروه توسعه شبکه می‌باشد. با توجه به برخی تفاوت‌های مدیریتی و ساختاری در دانشگاه‌ها، ترکیب اعضای کمیته ممکن است با پیشنهادات فوق متفاوت باشد. بااین حال، توصیه می‌شود حضور اعضای اصلی تضمین شود.

وظایف کمیته:

۱. تسلط بر شیوه‌نامه و ابلاغ آن به شبکه بهداشت و درمان شهرستان‌های تابعه.
۲. برگزاری جلسات با حضور مدیران شبکه بهداشت و درمان شهرستان‌های تابعه و توجیه آن‌ها در خصوص چگونگی اجرا و دستیابی به اهداف شیوه‌نامه.

۳. تعیین شرح وظایف اعضای جلسه بر مبنای مراحل اجرایی شیوه‌نامه.
۴. برنامه‌ریزی برای اجرای شیوه‌نامه در سطح شهرستان و مراکز خدمات جامع سلامت.
۵. برگزاری جلسات توجیهی برای مدیران شبکه بهداشت و درمان شهرستان‌های تابعه و سایر ذینفعان/ذینفعانی که جلب مشارکت ایشان برای اجرا و دستیابی به اهداف شیوه‌نامه مهم می‌باشد.
۶. آموزش، هدایت، پایش و نظارت بر اجرای کلیه مراحل شیوه‌نامه در سطح شهرستان‌های تابعه.
۷. تهیه RFP (درخواست پروپوزال) برای سفارش طرح‌های تحقیقاتی مورد نیاز برای تقویت برنامه SDH (از طریق شورای HSR معاونت بهداشت دانشگاه یا هر نهاد/گروه مورد پیشنهاد کمیته راهبری)

گام دوم: (الف) تشکیل کمیته اجرایی در سطح شهرستان

هدف	متولی/مشارکت‌کنندگان در اجرا	دوره زمانی اجرا
همکاری و هماهنگی بین ذینفعان/ذینفعان کلیدی مربوطه برای پیشبرد اجرای شیوه‌نامه در سطح شبکه/شهرستان	۱. مدیر شبکه بهداشت و درمان شهرستان، ۲. معاون بهداشت شبکه، ۳. رئیس دبیرخانه ساغ دانشگاه ۴. رئیس دبیرخانه کارگروه فرهنگی، اجتماعی، سلامت، زنان و خانواده استان، ۵. رئیس خانه مشارکت مردم در سلامت شهرستان ۶. رئیس شورای پیام‌گزاران سلامت شهرستان ۷. نماینده مرکز تحقیقات SDH دانشگاه ۸. نماینده سازمان مدیریت و برنامه‌ریزی شهرستان ۹. یک نفر از کارشناسان ترجیحاً از گروه توسعه شبکه	یک هفته

ترکیب کمیته اجرایی در سطح شهرستان:

- رئیس کمیته: مدیر شبکه بهداشت و درمان شهرستان
- دبیر کمیته: رئیس مرکز بهداشت/معاون بهداشت شبکه یا کارشناس مسئول گسترش
- اعضای کمیته: این کمیته ترکیبی بین بخشی دارد و اعضای آن متشکل از مدیر شبکه بهداشت و درمان شهرستان، معاون بهداشت شبکه، رئیس دبیرخانه ساغ دانشگاه، رئیس دبیرخانه کارگروه فرهنگی، اجتماعی، سلامت، زنان و خانواده استان، رئیس خانه

مشارکت مردم در سلامت شهرستان، رئیس شورای پیام‌گزاران سلامت شهرستان، نماینده مرکز تحقیقات SDH دانشگاه، نماینده سازمان مدیریت و برنامه‌ریزی شهرستان می‌باشد.

وظایف کمیته اجرایی:

۱. تسلط بر شیوه‌نامه و مفاهیم و نکات فنی ارائه‌شده در آن.
۲. برنامه‌ریزی برای اجرای فعالیت‌ها و مراحل شیوه‌نامه در سطح شهرستان و مراکز جامع سلامت.
۳. احصاء شاخص‌های سلامت تعیین‌شده بر اساس نظام مراقبت بیماری‌های واگیر و غیرواگیر- سلامت روان و بیماری‌هایی که بیشترین ناتوانی، مرگ‌ومیر و بروز و شیوع را در شهرستان دارند.
۴. مشارکت فعال در شناسایی SDH مربوط به شاخص‌های سلامت دارای اولویت.
۵. تعیین و اولویت‌بندی مداخله‌های مناسب برای بهبود وضعیت SDH چالش‌برانگیز در استان و شاخص‌های سلامت دارای اولویت.
۶. هماهنگی برای اجرای مداخلات تعیین‌شده با مشارکت همه ذینفعان/ذینفعان کلیدی

گام دوم: (ب) تشکیل تیم هیات امناء در سطح مرکز خدمات جامع سلامت

دوره زمانی اجرا	متولی / مشارکت کنندگان در اجرا	هدف
سه ماه یکبار	- رئیس مرکز (پزشک) که سرپرستی این هیات را به عهده دارد - کارشناس مراقب سلامت ناظر (دبیر) - یکی از اعضای شورای اسلامی شهر یا نماینده شورای مذکور - شهردار ناحیه یا نماینده تام‌الاختیار - دبیر شورایاری محله - نماینده/ نمایندگان مدارس/ مراکز آموزشی و دانشگاهی تحت پوشش مرکز - یکی از مسئولین فنی پایگاه‌های سلامت تحت پوشش مرکز به انتخاب رئیس مرکز - نماینده ارائه‌دهندگان خدمات سلامت در بخش خصوصی در منطقه تحت پوشش مرکز به انتخاب نظام پزشکی شهرستان - نماینده سازمان‌های مردم‌نهاد (که در حوزه سلامت فعالیت دارند) به انتخاب خانه مشارکت مردم در سلامت شهرستان - نماینده رابطین سلامت محله به انتخاب خودشان - نماینده سفیران سلامت خانوار به انتخاب خودشان	همکاری و هماهنگی بین ذینفعان/ذینفعان کلیدی مربوطه برای پیشبرد اجرای شیوه‌نامه در سطح مرکز خدمات جامع سلامت / شهرستان

ترکیب تیم هیات امناء در سطح مرکز خدمات جامع سلامت:

- رئیس هیات امناء: رئیس مرکز (پزشک)
- دبیر هیات امناء: کارشناس مراقب سلامت ناظر
- اعضای کمیته: این تیم ترکیبی بین بخشی دارد و اعضای آن متشکل از رئیس مرکز خدمات جامع سلامت، یکی از اعضای شورای اسلامی شهر، شهردار ناحیه یا نماینده تام‌الاختیار، دبیر شورایاری محله، نماینده/ نمایندگان مدارس/ مراکز آموزشی و دانشگاهی تحت پوشش مرکز، یکی از مسئولین فنی پایگاه‌های سلامت تحت پوشش مرکز به انتخاب رئیس مرکز، نماینده سازمان‌های مردم‌نهاد، نماینده رابطین سلامت محله و نماینده سفیران سلامت خانوار

وظایف تیم هیات امناء:

۱. تسلط بر شیوه‌نامه و مفاهیم و نکات فنی ارائه شده در آن.

۲. برنامه‌ریزی برای زمان‌بندی اجرای فعالیت‌ها و مراحل شیوه‌نامه در سطح مراکز خدمات جامع سلامت.
۳. احصاء شاخص‌های سلامت تعیین شده بر اساس نظام مراقبت بیماری‌های واگیر و غیرواگیر - سلامت روان و بیماری‌هایی که بیشترین ناتوانی، بیشترین مرگ و میر و بروز و شیوع را در مرکز خدمات جامع سلامت دارند.
۴. مشارکت فعال در شناسایی SDH مربوط به شاخص‌های سلامت دارای اولویت.
۵. تعیین و اولویت‌بندی مداخله‌های مناسب برای بهبود وضعیت SDH چالش‌برانگیز در مرکز خدمات جامع سلامت و شاخص‌های سلامت دارای اولویت.
۶. هماهنگی برای اجرای مداخلات تعیین شده با مشارکت همه ذینفعان/ذینفعان کلیدی
۷. آموزش سلامت در قالب برگزاری نشست‌ها و گردهمایی‌های برنامه‌های آموزشی به مردم و مسئولین منطقه (حضور/مجازی)
۸. هماهنگی با مسئولین منطقه تحت پوشش به منظور ایجاد محیط حامی سلامت، رفع عوامل خطرزای محیطی و مبارزه با اپیدمی‌ها
۹. جلب مشارکت عموم مردم در خودمراقبتی و حمایت از برنامه‌های سلامت عمومی
۱۰. آموزش و اطلاع‌رسانی در مورد وظایف، برنامه‌های سلامت و خدمات قابل ارائه در پایگاه‌های سلامت و مرکز

نکات و توصیه‌های لازم در مورد کمیته‌های راهبری و اجرایی

- افراد و نمایندگان شرکت‌کننده در جلسات کمیته راهبری و اجرایی، به‌عنوان اعضای کمیته، باید بر اساس سابقه فعالیت در زمینه مراقبت‌های اولیه سلامت، تعیین‌کننده‌های اجتماعی سلامت، تجربه مدیریت و اجرای پروژه‌های سلامت مشارکتی انتخاب شوند.
- توصیه می‌شود برای تسهیل، تسریع و اجرای اثربخش شیوه‌نامه، در صورت نیاز به تشکیل کمیته‌های فرعی‌تر، با نظارت کمیته راهبری و اجرایی انجام گردد.
- توصیه می‌شود در صورت لزوم از ساختارها و کارگروه‌های تعریف شده و نیز برنامه‌های جاری وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی مانند برنامه و سند همکاری‌های بین بخشی بهره گرفته شود.

- توصیه می‌شود از جدول شماره یک برای مشخص شدن اعضای کمیته راهبری و اجرایی، وظایف و نحوه همکاری ایشان در جلساتی که برگزار می‌شود استفاده شود (جدول ۱).
- توضیحات مرتبط با شناسایی ذینقشان/ذینفعان این شیوه‌نامه و روش‌های جلب مشارکت ایشان در پیوست ارائه شده است (پیوست شماره یک).
- در صورتی که دانشگاه فاقد مرکز تحقیقات عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت می‌باشد، سایر مرکز تحقیقات با حیطه‌های کاری مشابه می‌توانند به عنوان شریک آکادمیک اجرای شیوه‌نامه در کمیته‌های راهبری و اجرایی دعوت شوند.

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

ردیف	نام و نام خانوادگی	سمت	سازمان	وظایف	نحوه همکاری

مرحله دوم؛ تعیین وضعیت شاخص‌های سلامت و نابرابری‌های 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 شیوه‌نامه به تعیین وضعیت شاخص‌های سلامت و نابرابری‌های سلامت در سطح منطقه و شهرستان پرداخته است تا مشکلات سلامت و تعیین‌کننده‌های مؤثر بر آن به صورت اختصاصی‌تر مورد بررسی قرار گیرند. تعیین وضعیت شاخص‌ها از جنبه‌های زیر اهمیت دارد:

- شناسایی نیازها^۱: تحلیل شاخص‌های سلامت و نابرابری‌های موجود در آن‌ها در سطح منطقه می‌تواند به شناسایی نیازهای خاص جمعیت‌های مختلف در یک منطقه کمک کند و همچنین نشان دهد که کدام گروه‌ها دسترسی کمتری به خدمات سلامت دارند.
- توزیع بهینه منابع^۲: با شناسایی نابرابری‌ها و تفاوت‌های موجود در سطح بخش‌های مختلف یک منطقه، می‌توان منابع سلامت را به گونه‌ای توزیع کرد که به برطرف کردن نابرابری‌ها کمک کند.
- ارزیابی سیاست‌ها و برنامه‌های اجرایی: آگاهی از وضعیت سیمای سلامت در سطح یک منطقه می‌تواند به ارزیابی اثر سیاست‌های سلامت کمک کند و نشان دهد که آیا این سیاست‌ها به بهبود شرایط نابرابر کمک کرده‌اند یا خیر.
- افزایش آگاهی عمومی^۳: جمع‌آوری داده‌ها درباره SDH و نابرابری‌های سلامت می‌تواند به ایجاد حساسیت عمومی در این رابطه کمک کند و افراد را به مشارکت در بهبود این شرایط ترغیب کند.
- پیشگیری و کنترل بیماری‌ها^۴: با شناسایی عواملی که موجب نابرابری در سلامت می‌شوند، می‌توان برنامه‌های پیشگیرانه‌ای را طراحی کرد که به بهبود سلامت جمعیت‌های آسیب‌پذیر کمک کنند.

این مرحله شیوه‌نامه در چهار گام قابل اجرا خواهد بود:

- گام سوم: تهیه سیمای (پرو فایل) سلامت شهرستان با جزئیات و به تفکیک شامل

1. Need Identification
2. Effective Resource Allocation
3. Increasing Public Awareness
4. Disease Prevention and Control

اطلاعات کلی جمعیتی، جغرافیایی، سلامت و سایر شاخص‌های عمومی شهرستان باشد و تصویر روشنی از مختصات منطقه ارائه نماید. در این گام فهرست کاملی از شاخص‌های سلامت (در سطح پیامد و برون داد) تهیه می‌شود.

- گام چهارم: اولویت‌بندی شاخص‌های سلامت جهت سنجش نابرابری‌های سلامت در سطح شهرستان
- گام پنجم: سنجش وضعیت نابرابری‌های سلامت
- گام ششم: جمع‌بندی و تحلیل بیشترین نابرابری‌ها در سطح شهرستان

گام سوم: تهیه سیمای (پروفایل) کامل شهرستان و تعیین شاخص‌های سلامت

هدف	متولی / مشارکت‌کنندگان 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: • کارشناسان 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

۱. ابتدا سیمای سلامت شهرستان و جزئیات موردنیاز را تهیه و تدوین نمایید. این جزئیات شامل مواردی از قبیل اطلاعات کامل جغرافیایی، جمعیتی، سلامت و سایر حوزه‌های اجتماعی، اقتصادی، آموزش، محیط طبیعی، کار و اشتغال، زیرساخت‌های شهری و مسکن می‌باشد. اطلاعات موردنظر تا حد امکان به تفکیک‌کننده‌های مناسب از جمله شهر و روستا، منطقه و ناحیه‌بندی شهری و روستایی و همچنین تا سطح شبکه و جمعیت/منطقه تحت پوشش مرکز خدمات جامع سلامت، جنسیت، سن و سایر تفکیک‌کننده‌های در دسترس تقسیم و با جزئیات ارائه شوند. توصیه می‌شود در صورت امکان ارائه آمار و اطلاعات در دوره‌های زمانی انجام شده و روند تغییرات مشاهده‌شده در فرایند زمان بیان شود.

به گروه‌های خاص جمعیتی آسیب‌پذیر و در معرض خطر و همچنین مخاطرات ویژه منطقه اشاره شود. بدین ترتیب وضعیت سلامت شهرستان با ارائه مهم‌ترین شاخص‌های سلامت در شهرستان به تفکیک مناطق جغرافیایی و پهنه‌بندی ارائه خدمات حوزه سلامت تبیین خواهد شد که این تصویر می‌تواند (در صورت وجود داده‌ها) تا سطح مرکز خدمات جامع سلامت ارائه شود. فهرستی از شاخص‌های سلامت پیشنهادشده است که در تهیه سیمای سلامت شهرستان قابل استفاده می‌باشند (پیوست شماره دو)؛

۲. برای تهیه سیمای سلامت شهرستان، بررسی منابع اطلاعاتی مختلف پیشنهاد می‌شود (پیوست شماره سه)؛

۳. جهت روایی و اعتبار داده‌ها لازم است، داده‌های جمع‌آوری شده با متولیان ثبت داده در سطح دانشگاه و سایر سازمان‌ها مورد مشورت و بازبینی قرار گیرد.

۴. پیوست دو به ارائه فهرست جامعی از شاخص‌های برون داد و پیامد سلامت پرداخته است. این فهرست را مرور کنید و شاخص‌هایی را که داده‌های آن در سطح شهرستان در دسترس بوده و قابل محاسبه است انتخاب کنید. در صورت نیاز کمیته شهرستان می‌تواند شاخص‌های برون داد و پیامد دیگری در حوزه سلامت یا خارج از این فهرست را اضافه کرده و وارد گام دوم مرحله دوم، اولویت‌بندی شاخص‌ها شوید.

گام چهارم: اولویت‌بندی شاخص‌های سلامت جهت سنجش نابرابری‌های سلامت در

سطح شهرستان

دوره زمانی اجرا	متولی / مشارکت‌کنندگان در اجرا	هدف
یک هفته	مدیر شبکه بهداشت و درمان در سطح شهرستان، با مشارکت: • کارشناسان مسئول واحدهای فنی در سطح شبکه • مدیر گروه‌های فنی در سطح معاونت بهداشت دانشگاه • نماینده مرکز تحقیقات SDH دانشگاه و یا مراکز تحقیقات مرتبط • سرپرستان مراکز خدمات جامع سلامت • رئیس خانه مشارکت مردم در سلامت شهرستان • رئیس شورای پیام‌گزاران سلامت شهرستان • یک نفر رابط/داوطلب سلامت محله	شناسایی شاخص‌هایی که بیشترین اهمیت را در سلامت جمعیت تحت پوشش دارند و می‌توانند به تصویر کشیدن نابرابری‌های موجود کمک کنند.

در گام چهارم، باید فهرست شاخص‌های سلامت جهت بررسی و سنجش نابرابری‌های سلامت اولویت‌بندی شوند. همان‌طور که در گام سوم توضیح داده شد در پیوست دو فهرست جامعی از شاخص‌های برون داد و پیامد سلامت ارائه شده و ممکن است شهرستان موردنظر این فهرست را با شاخص‌های دیگری تکمیل کرده باشد. با توجه به محدودیت منابع، توصیه می‌شود که فهرست نهایی شاخص‌ها پیش از استخراج داده‌ها و تحلیل آن‌ها، اولویت‌بندی شوند و شاخص‌های اولویت‌دار در ادامه برنامه مورد استفاده و استناد قرار گیرند. برای تهیه فهرست شاخص‌های اولویت‌دار یکی از دو گزینه زیر را انتخاب کنید:

گزینه اول اولویت‌بندی شاخص‌ها:

شاخص‌هایی که در پیوست دو ارائه شده‌اند (یا فهرست تکمیل شده در شهرستان) با استفاده از هفت ملاک ذکر شده در جدول دو، اولویت‌بندی می‌شوند. برای این منظور از جدول دو به عنوان ابزار اولویت‌بندی استفاده می‌گردد. ردیف‌های این جدول شامل شاخص‌های سلامت و ستون‌های آن مربوط به معیارها می‌باشند. یک شاخص نباید در اولویت قرار گیرد مگر اینکه راهکار اندازه‌گیری که شاخص با اعتبار (Valid)، با اعتماد (Reliable)، به هنگام (Timely)، و قابل مقایسه (Comparable) تولید نماید، وجود داشته باشد. فعالیت‌ها و نکات زیر برای اجرای این گام پیشنهاد می‌شوند:

۱. هر شاخص با استفاده از معیارهای ذکر شده ارزیابی می‌شود؛
۲. به تفکیک هر شاخص، به هر معیار بر اساس تعاریف ارائه‌شده در جدول ۳،
امتیازی بین ۱ تا ۵ تعلق می‌گیرد؛
۳. شاخص‌هایی که بالاترین امتیاز را داشته باشند (بالاترین جمع امتیاز شاخص) در
اولویت قرار می‌گیرند؛
۴. این بررسی و اولویت‌بندی در جلسات کمیته اجرایی شهرستان انجام می‌شود؛
۵. در این جلسات فردی به‌عنوان دبیر جلسه مسئول هدایت جلسه، نظرخواهی از
تک‌تک افراد و درنهایت جمع‌بندی اظهارات اعضای حاضر در جلسه می‌باشد.
۶. این جلسات با استفاده از روش‌های گروه‌های متمرکز^۱ و یا بارش افکار^۲ برگزار و
هدایت می‌شوند.
۷. تمامی محتوای جلسه‌ها ضبط و همچنین به‌صورت کتبی ثبت گردد؛
۸. دلیل اولویت‌بندی شاخص‌ها و انتخاب تعداد محدود از فهرست شاخص‌ها
برای سنجش نابرابری‌های سلامت، محدود بودن منابع (مالی، انسانی و زمانی)
و تمرکز هدفمند بر شاخص‌های قابل ارتقاء شهرستان می‌باشد؛ (لازم به توضیح
است معیارهای مندرج در جدول شماره دو؛ با استناد به متون و مطالعات علمی
مشابه (۲۴-۲۶) و نظرخواهی از دوازده نفر از کارشناسان و خبرگان نظام سلامت
تعیین شده‌اند).
۹. تعداد شاخص‌های اولویت‌دار بر اساس اجماع نظر اعضای کمیته اجرایی شهرستان
و با در نظر گرفتن وضعیت شاخص‌های سلامت شهرستان و منابع موردنیاز اجرای
شیوه‌نامه در سطح شبکه بهداشت و درمان شهرستان تعیین می‌شود.
۱۰. تعاریف و تفکیک‌کننده‌های هریک از شاخص‌های نهایی شده بر اساس
اولویت‌بندی تعیین شود (جدول ۴).

گزینه دوم اولویت‌بندی شاخص‌ها:

یک فرآیند تعیین و اولویت‌بندی شاخص‌های سلامت در سطح وزارت بهداشت انجام شده
که طی آن شاخص‌های سلامت قابل ارتقاء در کشور شناسایی شده است؛ در صورتی که

1. Focus groups
2. Brainstorming

محدودیت‌هایی برای اجرای گزینه اول و اولویت‌بندی شاخص‌ها وجود داشت، می‌توانید از فهرست این شاخص‌ها برای شروع کار در سطح شهرستان استفاده نمایید (پیوست شماره چهار).

جدول ۲: معیارهای اولویت‌بندی شاخص‌ها سلامت شهرستان

شاخص/معیار	کیفیت شاخص	قابلیت اعتماد	در دسترس بودن داده	اهمیت از نظر سلامت عمومی	شکاف موجود	امکان بهبود شاخص	امکان انجام مداخله	مقبولیت / اقبال عمومی	جمع امتیاز شاخص	توضیح
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 می‌باشند.										

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

عنوان معیار انتخاب / اولویت‌بندی شاخص	تعریف
کیفیت شاخص	شاخص مورد نظر مبانی نظری داشته، نسبتاً ساده و قابل فهم بوده و قابلیت تحلیل و تفسیر و امکان مقایسه داشته باشد. همچنین لازم است واقعه مهم مرتبط با سلامت را اندازه‌گیری نماید.
قابلیت اعتماد	در صورت تکرار محاسبات در شرایط یکسان، نتایج یکسان به دست آید. بدین معنی که لازم است نتایج محاسبات شاخص، قابل تکرار بوده و امکان دستکاری و اعمال سلیقه در محاسبه شاخص وجود نداشته باشد.
در دسترس بودن داده و تفکیک‌کننده‌ها	داده‌های مورد نیاز محاسبه شاخص به راحتی و با اطمینان قابل استخراج باشند. شاخص‌ها و داده‌هایی ارجحیت دارند که در برنامه‌های جاری و سامانه‌های الکترونیک موجود قابل دستیابی باشند و نیازی به انجام پیمایش/مطالعه، بررسی‌های مقطعی و ... نباشد. داده‌های صورت و مخرج شاخص به تفکیک متغیرهایی مانند سن، جنس، منطقه، ملیت و ... در دسترس باشند و در صورت نیاز با مقادیر شاخص در واحدهای جمعیتی مختلف قابل مقایسه باشد (مانند میانگین کشوری، استانی ...). این جمله پیر دراکر را هم می‌توان اضافه کرد که «چیزی که نمی‌توانید اندازه بگیرید، نمی‌توانید مدیریت کنید»

شاخص از نظر سلامت عمومی حائز اهمیت بوده و جمعیت زیادی را در بر بگیرد (اثر اندازه). همچنین شاخص مورد نظر با تعیین‌کننده‌های اجتماعی سلامت مرتبط باشد (اثر بر سلامت جمعیت). شاخص‌های وقایع حیاتی و ابتلا (میزان‌های مرگ، بروز، شیوع و ...) نمونه‌ای از شاخص‌های با اهمیت حوزه سلامت هستند و با تعیین‌کننده اجتماعی دسترسی به خدمات مرتبطند.	اهمیت از نظر سلامت عمومی
شاخص نشانگر شکاف شدید/تفاوت بزرگ با اهداف ملی/بین‌المللی یا تفاوت در بین گروه‌های مختلف است، متغیرهای زیادی بر شاخص نابرابری موردنظر تأثیر می‌گذارد و روند تغییرات شکاف در گذر زمان معنی‌دار است. معیار "حساس بودن به بی‌عدالتی" در اولویت‌بندی شاخص‌های سلامت به معنای توجه به نابرابری‌ها و تبعیض‌هایی است که می‌تواند بر دسترسی به خدمات سلامت و وضعیت سلامت جمعیت‌ها تأثیر بگذارد. این رویکرد به دنبال شناسایی و پرداختن به مسائل و چالش‌های خاص گروه‌های تحت فشار، حاشیه‌نشین یا آسیب‌پذیر در جامعه است. به‌عنوان نمونه با توجه به پوشش گسترده واکسن‌های بدو تولد در کشور می‌توان گفت دریافت این واکسن‌ها حساس به عدالت نمی‌باشند؛ اما در مورد واکسن آنفلوآنزا این موضوع متفاوت می‌باشد، زیرا این واکسن به‌طور رایگان ارائه نمی‌شود و فقط افراد دارای توان مالی قادر به دریافت آن می‌باشند. پس می‌توان گفت دریافت واکسن بدو تولد حساس به بی‌عدالتی نمی‌باشد (یا حساسیت کمی دارد)؛ اما دریافت واکسن آنفلوآنزا حساس به بی‌عدالتی است.	شکاف موجود، حساس بودن به بی‌عدالتی
امکان انجام مداخلات در حوزه‌های سلامت، آموزش، بهزیستی و سایر حوزه‌ها برای کاهش شکاف موجود و بهبود وضعیت شاخص وجود دارد. توجه به موضوعات زیر مهم هستند. آیا شاخص مورد بررسی، با اجرای مداخلات مبتنی بر شواهد قابل تغییر است؟ شواهدی در حد زیاد برای امکان تغییر وجود دارد (زیاد)، شواهدی در حد متوسط برای امکان تغییر وجود دارد (متوسط)، شواهدی بسیار کم یا هیچ شواهدی برای امکان تغییر وجود ندارد (کم). چقدر زمان نیاز است تا در صورت انجام مداخلات مبتنی بر شواهد، شاخص بهبود یابد؟	امکان انجام مداخله / امکان انجام تغییر شاخص
موضوع مورد نظر و شاخص مرتبط از نظر دیدگاه عموم مردم با اهمیت است و میزان نابرابری مشاهده شده در شکاف موجود معنی‌دار است. توجه به موضوعات زیر مهم هستند. - معیار مقبولیت اجتماعی شاخص، به این معنی است که یک شاخص خاص چقدر توسط جامعه پذیرفته شده و مطلوب است و داده‌های مرتبط با آن گزارش می‌شود. در واقع، این معیار به ما کمک می‌کند تا از دید جامعه، آنچه که مهم و ضروری است را شناسایی کنیم. - همچنین آنچه که از منظر اجتماعی غیر قابل قبول (قیح) است و داده‌ای برای آن ثبت نمی‌شود، شناسایی شود (مثل آمارهای مرتبط با معتادین، بیماری‌های جنسی و ...). مداخلات و شاخص‌هایی که دارای مقبولیت اجتماعی بالایی هستند، بیشتر با موفقیت همراه می‌شوند و جامعه را به مشارکت در این مداخلات تشویق می‌کنند.	مقبولیت / اقبال عمومی

جدول ۴؛ شاخص‌های نهایی شده، تعاریف و متغیرهای تفکیک‌کننده نابرابری

ردیف	نام شاخص	تعریف	متغیرهای تفکیک‌کننده نابرابری
۱	شاخص ۱		
۲	شاخص ۲		
...	...		
N	شاخص N		

گام پنجم: سنجش وضعیت نابرابری‌های سلامت

دوره زمانی اجرا	متولی/مشارکت‌کنندگان در اجرا	هدف
یک ماه	• نماینده مرکز تحقیقات SDH دانشگاه و مراکز تحقیقات مرتبط • کارشناسان مسئول واحدهای فنی در سطح شبکه • سرپرستان مراکز خدمات جامع سلامت • رئیس خانه مشارکت مردم در سلامت شهرستان (جنبه آموزشی و توانمندسازی)	شناسایی نابرابری‌های موجود در هریک از شاخص‌های سلامت اولویت‌دار شهرستان شامل: • تعیین نابرابری‌های سلامت در سطح مراکز خدمات جامع سلامت • تعیین نابرابری‌های سلامت بر اساس تفکیک‌کننده‌هایی مانند سن، جنس و... در سطح شهرستان

در گام پنجم از شیوه‌نامه به استخراج یا جمع‌آوری داده‌ها برای شاخص‌های اولویت‌دار اقدام نموده و به تحلیل شاخص‌های سلامت و تعیین نابرابری‌های موجود پرداخته می‌شود. توجه به نکات زیر در اجرایی نمودن گام پنجم پیشنهاد می‌شود:

۱. استخراج و جمع‌آوری داده‌ها با مشارکت فعال مراکز خدمات جامع سلامت و سایر ذینفعان برنامه و شاخص‌ها انجام شود؛
۲. برای تعیین شاخص‌ها از داده‌های معتبر در سطح شهرستان استفاده نمایید و آخرین سال سنجش شاخص، دوره زمانی سنجش، تفکیک‌کننده‌های شاخص را مشخص نمایید. در صورت امکان شاخص‌ها را تا سطح مراکز جامع سلامت تفکیک کنید.
۱. هرکدام از شاخص‌ها را حداقل برای بازه زمانی ۵ ساله استخراج و روند ۵ ساله را بیان کنید.

۲. برای استخراج شاخص‌ها، بررسی منابع اطلاعاتی مختلف پیشنهاد می‌شود (پیوست شماره سه)؛
 ۳. جهت روایی و اعتبار داده‌ها، داده‌های جمع‌آوری شده با متولیان ثبت داده در سطح دانشگاه مشورت و بازبینی داده‌ها و شاخص‌ها انجام شود.
 ۴. صحت و اعتبار داده‌های جمع‌آوری شده و میزان شاخص‌ها را اداره‌ها و واحدهای متناظر در سطح معاونت دانشگاه و وزارت بهداشت و همچنین در صورت لزوم سایر سازمان‌های ذینفع بررسی شود؛
 ۵. برای سنجش وضعیت نابرابری در هریک از شاخص‌های نهایی شده از روش‌های ساده^۱ و پیچیده^۲ نابرابری‌های سلامت استفاده شود (پیوست شماره پنج)؛
 ۶. وضعیت شاخص‌ها در سطح شهرستان با میانگین شاخص‌ها در سطح استان و کشور مقایسه شود (جدول ۵).
- نکته مهم: از فایل اکسل پیوست شده با عنوان "پلتفرم تحلیل داده‌ها" می‌توان برای تحلیل‌های ساده نابرابری بهره گرفت.

جدول ۵؛ مقایسه وضعیت شاخص‌ها 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															

1. Simple measures of health inequality
2. Complex measures of health inequality

گام ششم: تعیین و تحلیل بیشترین نابرابری‌ها در سطح شهرستان و تعیین شاخص‌های نیازمند ارتقاء

هدف	متولی / مشارکت‌کنندگان در اجرا	دوره زمانی اجرا
مشخص شدن مراکز خدمات جامع سلامتی که وضعیت نابرابری در آن‌ها بیشتر است (بر اساس مقایسه بین مراکز، مقایسه مراکز با استانداردها) مشخص شدن شاخص‌های با بیشترین نابرابری بر اساس تفکیک‌کننده‌هایی مانند سن، جنس و...	اعضای کمیته اجرایی شهرستان • نماینده مرکز تحقیقات SDH دانشگاه و یا مراکز تحقیقات مرتبط • کارشناسان مسئول واحدهای فنی در سطح شبکه بهداشت و درمان • سرپرستان مراکز خدمات جامع سلامت • رئیس کمیته دیده‌بانی سلامت شهرستان (در صورت تشکیل) • رابطین/ داوطلبین سلامت	سه هفته

در گام ششم شیوه‌نامه، نابرابری‌های سلامت در سطح شهرستان بر اساس تحلیل‌های انجام شده در گام پنجم، مشخص می‌شوند. فعالیت‌ها و نکات اجرایی در این گام به صورت زیر پیشنهاد می‌شوند:

۱. ابتدا به سیمای سلامت شهرستان شامل مختصات جمعیتی و جغرافیایی شهرستان رجوع کنید؛
۲. تعداد نیروی انسانی (به تفکیک پزشک، دندانپزشک، مراقب سلامت و...)، مراکز و بخش‌های خصوصی ارائه‌دهنده خدمات سلامت در سطح شهرستان را بررسی نمایید؛
۳. فعالیت‌های یک و دو به شفاف شدن زیرساخت‌های شهرستان در جهت تحلیل و جمع‌بندی بهتر شاخص‌های سلامت کمک می‌کند؛
۴. تصمیم‌گیری در مورد بیشترین نابرابری‌ها در سطح شهرستان بر اساس نتایج فعالیت‌های گام‌های چهارم و پنجم انجام شود؛
۵. نتایج و جمع‌بندی تحلیل‌ها در جدولی مانند جدول ۶ و جدول ۷ انجام شود.
۶. جدول ۷ باید برای هر شاخص به صورت مجزا تکمیل شود.
۷. تصمیم‌گیری راجع به اینکه روی چه تعداد و کدامیک از شاخص‌ها و در سطح چه

جمعیت و منطقه‌ای مداخله صورت گیرد (وارد مراحل بعدی شیوه‌نامه بشوند) بر اساس تصمیم کمیته اجرایی شهرستان و با در نظر گرفتن ملاحظات مانده وضعیت و خامت و چالش‌های شناسایی شده و منابع اختصاص یافته و در دسترس شبکه بهداشت و درمان شهرستان.

۸. انتظار می‌رود در انتهای این گام، با نمره دهی، تحلیل و جمع‌بندی‌های انجام شده و بحث و تبادل نظر روی تحلیل‌ها در قالب جلسات کمیته اجرایی شهرستان، راجع به شاخص‌های قابل ارتقاء در سطح شهرستان و مناطق تحت پوشش تصمیم‌گیری شود.

جدول ۶: توصیف مقایسه‌ای شاخص‌ها به تفکیک مراکز خدمات جامع سلامت

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

جدول ۷: توصیف مقایسه‌ای شاخص‌ها بر اساس تفکیک‌کننده‌های سلامت

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

مرحله سوم؛ شناسایی تعیین‌کننده‌های اجتماعی مؤثر بر شاخص‌های سلامت

با توجه به این مسئله که وضعیت سلامت افراد جامعه متأثر از طیف وسیعی از عوامل می‌باشد، همان‌طور که در مقدمه شیوه‌نامه به این مسئله پرداخته شد، رویکرد این شیوه‌نامه بهبود وضعیت شاخص‌های سلامت از طریق شناسایی تعیین‌کننده‌های اجتماعی مؤثر بر این شاخص‌ها و اعمال مداخله بر روی آن‌ها است؛ تا بدین وسیله بتوانیم سلامت جامعه را ارتقاء دهیم. شناسایی تعیین‌کننده‌های اجتماعی سلامت به مسئولان کمک می‌کند با ایجاد همکاری بین بخش‌های مختلف (مثل سلامت، آموزش، شهرداری‌ها و...) تصمیمات بهتری در زمینه سیاست‌گذاری و برنامه‌ریزی سلامت و در جهت بهبود کلی وضعیت سلامت اتخاذ نمایند. همچنین افزایش آگاهی عمومی و کارشناسان درباره تأثیر تعیین‌کننده‌های اجتماعی سلامت می‌تواند به تغییر رفتارها و بهبود نتایج سلامت در سطح جامعه کمک کند.

این مرحله در دو گام قابل اجرا خواهد بود:

- **گام هفتم: شناسایی تعیین‌کننده‌های اجتماعی سلامت برای شاخص‌های با بیشترین نابرابری**
- **گام هشتم: اولویت‌بندی تعیین‌کننده‌های اجتماعی سلامت**

گام هفتم: شناسایی تعیین‌کننده‌های اجتماعی با بیشترین سطح تأثیر برای

شاخص‌های با بیشترین میزان نابرابری

دوره زمانی اجرا	متولی / مشارکت‌کنندگان در اجرا	هدف
یک ماه	• نماینده مرکز تحقیقات SDH دانشگاه و یا مراکز تحقیقات مرتبط • کارشناسان مسئول واحدهای فنی در سطح شبکه • سرپرستان مراکز خدمات جامع سلامت • رئیس خانه مشارکت مردم در سلامت شهرستان • رئیس شورای پیام‌گزاران سلامت شهرستان • رابطین/داوطلبین سلامت	شناسایی تعیین‌کننده‌های اجتماعی مؤثر بر سلامت به تفکیک شاخص‌هایی که در مرحله پیشین تعیین شدند

پس از مشخص شدن وضعیت نابرابری‌های سلامت در سطح منطقه تحت پوشش مرکز خدمات جامع سلامت و مقایسه با استانداردها و میانگین‌های دانشگاهی و کشوری، انتظار می‌رود که

شاخص‌های مشکل‌دار و چالش‌زا که در منطقه وجود دارند به‌صورت دقیق‌تر و مشخص‌تر، شناسایی شوند (بر اساس گام ششم). در گام هفتم تعیین‌کننده‌های اجتماعی مؤثر بر شاخص‌های استخراج‌شده در مرحله قبل؛ شناسایی می‌شوند. فعالیت‌ها و نکات زیر برای اجرای این گام پیشنهاد می‌شود:

۱. بررسی متون و مطالعات انجام‌شده (مثلاً اگر شاخص "شیوع دیابت در سنین بالای ۳۰ سال" یکی از شاخص‌های هدف برای اعمال مداخله باشد، مطالعاتی که به شناسایی تعیین‌کننده‌های اجتماعی مؤثر بر شیوع دیابت پرداخته باشند، بررسی می‌شوند) (پیوست شماره شش مطالعه شود)؛
۲. شناسایی SDH مرتبط با هریک از شاخص‌ها از منظر تیم سلامت و کارشناسان فنی ستاد شبکه بهداشت شهرستان (پیوست شماره شش مطالعه شود)؛
۳. مصاحبه با مردم، داوطلبین/اربابین سلامت؛ با توجه به اینکه داوطلبین/اربابین سلامت از جمله افرادی هستند که با مردم جامعه بیشتر ارتباط را دارند، از مشکلات سلامت و مسائل اجتماعی موجود در منطقه بیشترین آگاهی را دارند، لذا یکی از منابع مهم اطلاعاتی برای شناسایی تعیین‌کننده‌های اجتماعی مؤثر بر شاخص‌های سلامت ایشان هستند. همچنین شناسایی دیدگاه و تجربیات مردم در این خصوص می‌تواند بسیار راهگشا باشد (پیوست شماره شش مطالعه شود)؛
۴. برای اشباع اطلاعات جمع‌آوری شده و همچنین جلب مشارکت سازمان‌ها و دستگاه‌های ذینقش، مصاحبه‌ای با مشارکت نمایندگان و صاحب‌نظران دستگاه‌های ذینقش دولتی و نهادهای مدنی نیز انجام بگیرد.
۵. برای اجرا و جمع‌بندی فعالیت‌های بالا، پیش‌فرضی از مهم‌ترین تعیین‌کننده‌های اجتماعی سلامت در کشور پیشنهاد شده است که برای مشخص نمودن تعیین‌کننده‌های اجتماعی مؤثر بر هریک از شاخص‌های سلامت در سطح شهرستان قابل استفاده می‌باشند (پیوست شماره شش مطالعه شود)؛
۶. انتظار می‌رود که در انتهای این گام تعیین‌کننده‌های اجتماعی مؤثر بر هریک از شاخص‌های اولویت‌دار سلامت در سطح شهرستان بر اساس فعالیت‌های بالا مشخص و جمع‌بندی شده باشند (جدول ۸).

جدول ۸: تعیین‌کننده‌های اجتماعی مؤثر بر هریک از شاخص‌های اولویت‌دار سلامت در سطح شهرستان

عنوان شاخص‌ها	تعیین‌کننده‌های اجتماعی مؤثر بر شاخص‌ها
شاخص ۱	...- ...- ...-
شاخص ۲	...- ...- ...-
...	...- ...- ...-
شاخص N	...- ...- ...-
مثال: شیوع دیابت در سنین بالای ۳۰ سال	• عوامل فردی و رفتاری: عدم تحرک، رژیم غذایی نامناسب، اضافه‌وزن، استرس، سواد سلامت فرد، فعالیت فیزیکی ناکافی، درآمد خانواده، وضعیت اقتصادی خانواده، هزینه‌های بالای درمان، عدم وجود پوشش بیمه • عوامل ساختاری: دسترسی دشوار به تسهیلات درمانی، منطقه زندگی (حاشیه‌نشینی)، حمل‌ونقل 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 خانواده‌ها، حمایت افراد خانواده و دوستان از افراد دارای دیابت برای درمان مناسب بیماری خود

گام هشتم: اولویت‌بندی تعیین‌کننده‌های اجتماعی سلامت

هدف	متولی/مشارکت‌کنندگان در اجرا	دوره زمانی اجرا
محدود کردن فهرست تعیین‌کننده‌های اجتماعی سلامت برای مدیریت بهتر و هدفمندتر آن‌ها و بالاترین شانس موفقیت پروژه در کوتاه‌ترین زمان ممکن	• اعضای کمیته اجرایی شهرستان • کارشناسان مسئول واحدهای فنی در سطح شبکه • سرپرستان مراکز خدمات جامع سلامت • رئیس خانه مشارکت مردم در سلامت شهرستان • رئیس شورای پیام‌گزاران سلامت شهرستان • نماینده مرکز تحقیقات SDH دانشگاه و یا مراکز تحقیقات مرتبط • نمایندگان مردم و نهادهای مدنی، نمایندگان سایر سازمان‌ها	دو هفته

در گام هشتم؛ تعیین‌کننده‌های اجتماعی سلامت که به تفکیک هریک از شاخص‌ها در گام پیشین شناسایی شدند با استفاده از معیارهای مندرج در جدول ۹ نمره دهی می‌شوند تا در قدم بعدی در با در نظر گرفتن امتیاز مداخلات و راهکارهای مرتبط و مناسب، بهترین تصمیمات برای مرتفع نمودن مهم‌ترین عوامل اتخاذ گردد. دلیل این امر محدود بودن منابع مالی و انسانی موجود و تضمین موفقیت پروژه می‌باشد بدین معنی که باید از منابع محدود استفاده بهینه نمود. فعالیت‌ها و نکات زیر برای اجرای این گام پیشنهاد می‌شود:

۱. تعیین‌کننده‌های اجتماعی شناسایی شده برای هر کدام از شاخص‌های اولویت‌دار را در جداول جداگانه، با استفاده از جدول ۹، امتیازبندی کنید. هر تعیین‌کننده با استفاده از معیارهای ذکر شده، ارزیابی می‌شود؛
۲. به تفکیک هر تعیین‌کننده، به هر معیار بر اساس تعاریف ارائه‌شده در جدول ۱۰، امتیازی بین ۱ تا ۵ تعلق می‌گیرد؛
۳. این بررسی و اولویت‌بندی در جلسات کمیته اجرایی شهرستان انجام می‌شود؛
۴. در این جلسات فردی به‌عنوان دبیر جلسه مسئول هدایت جلسه، نظرخواهی از تک‌تک افراد و درنهایت جمع‌بندی اظهارات اعضای حاضر در جلسه می‌باشد؛
۵. تمامی محتوای جلسه‌ها ضبط و همچنین به‌صورت کتبی ثبت گردد؛
۶. امتیاز هر کدام از تعیین‌کننده‌ها (جدول ۹) در مرحله بعدی و گام دهم، برای اولویت‌بندی مداخلات، در جدول ۱۲ مورد استفاده قرار خواهد گرفت.

جدول ۹؛ جدول امتیازدهی تعیین‌کننده‌های اجتماعی سلامت به تفکیک شاخص‌های اولویت‌دار

اولویت‌بندی تعیین‌کننده‌های اجتماعی شاخص...					
معیار	تعداد جمعیت تحت تأثیر	تطابق زمانی	تکرارپذیری	امکان تغییر/مداخله‌پذیر	جمع امتیاز تعیین‌کننده
تعیین‌کننده‌ها					
تعیین‌کننده ۱					
تعیین‌کننده ۲					
تعیین‌کننده ۳					
...					
تعیین‌کننده N					
معیار امتیازدهی: (۱: بسیار کم، ۲: کم، ۳: متوسط، ۴: زیاد، ۵: بسیار زیاد) *معیارهای مذکور در این جدول برگرفته از مرور مستندات موجود در این زمینه و نظرات خبرگان می‌باشند.					

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

تعداد جمعیت تحت تأثیر	"تعداد جمعیت" که تحت تأثیر عامل تعیین‌کننده اجتماعی سلامت موردنظر می‌باشند چقدر است؟ آیا گروه‌های جمعیتی آسیب‌پذیر از این عامل بیشتر متأثر می‌شوند؟ هرچقدر که تعداد جمعیت بیشتر و افراد متأثر از گروه‌های آسیب‌پذیر باشند، امتیاز بیشتری به این معیار تعلق می‌گیرد.
تطابق زمانی Temporal consideration	آیا تعیین‌کننده موردبحث، هم‌اکنون در جمعیت موردنظر، به شاخص سلامت موردبررسی مرتبط است؟
تکرارپذیری Replication	آیا ارتباط و تأثیر تعیین‌کننده موردبحث بر پیامد مورد هدف در منابع معتبر و متعدد ذکر شده است و مورد تأیید است؟
امکان تغییر/مداخله‌پذیر	بر اساس مستندات و شواهد علمی و با در نظر گرفتن شرایط موجود، تعیین‌کننده/متغیر موردنظر قابل مداخله و تغییر در سطح اجرایی موردنظر است.

مرحله چهارم: شناسایی و اولویت‌بندی مداخله‌های مرتبط با مدیریت و بهبود

تعیین‌کننده‌های اجتماعی سلامت

هدف اصلی شناسایی و اولویت‌بندی مداخلات مرتبط با مدیریت تعیین‌کننده‌های اجتماعی سلامت، کمک به شناسایی نیازهای واقعی و اولویت‌های جامعه تحت پوشش شهرستان است، به گونه‌ای که منابع به صورت مؤثرتر تخصیص یابند. شناسایی مداخلات اثربخش مبتنی بر شواهد می‌تواند به رفع چالش‌ها و مشکلات سلامت و سایر تعیین‌کننده‌های اجتماعی سلامت کمک کند. علاوه بر این، با اولویت‌بندی مداخلات می‌توان بر اقداماتی تمرکز کرد که بیشترین تأثیر را بر سلامت عمومی دارند و به بهینه‌سازی منابع، از جمله زمان و هزینه، کمک می‌کند. همچنین، اولویت‌بندی مداخلات بر اساس نیازهای واقعی جامعه و مشکلات موجود، با مشارکت مردمی و نهادهای ذی‌نقش، به نهادهای سلامت کمک می‌کند تا خدمات بهتری ارائه دهند. این رویکرد به تسهیل همکاری و هم‌افزایی میان نهادها، سازمان‌ها و جوامع مدنی مرتبط با سلامت کمک کرده و امکان استفاده بهینه از توانمندی‌های یکدیگر را در راستای اهداف مشترک فراهم می‌سازد. علاوه بر این، شناسایی و اولویت‌بندی مداخلات می‌تواند موجب جلب توجه و مشارکت بیشتر جامعه در فرآیندهای مرتبط با سلامت شود، احساس مسئولیت را در میان اعضای جامعه افزایش دهد و در نهایت، با تمرکز بر تعیین‌کننده‌های اجتماعی سلامت، نابرابری‌های موجود در حوزه سلامت را کاهش دهد؛ امری که به بهبود عدالت اجتماعی کمک می‌کند. این مرحله در دو گام قابل اجرا خواهد بود:

- گام نهم: طراحی مداخله برای تعیین‌کننده‌های اجتماعی سلامت به تفکیک تعیین‌کننده‌های شناسایی شده
- گام دهم: اولویت‌بندی مداخله‌ها در سطح مراکز خدمات جامع سلامت و شهرستان

گام نهم: طراحی مداخله برای تعیین‌کننده‌های اجتماعی سلامت به تفکیک

تعیین‌کننده‌های شناسایی شده

دوره زمانی اجرا	متولی / مشارکت‌کنندگان در اجرا	هدف
سه هفته	- مرکز تحقیقات SDH دانشگاه و یا مراکز تحقیقات مرتبط - کارشناسان مسئول واحدهای فنی در سطح شبکه - سرپرستان مراکز خدمات جامع سلامت - رئیس خانه مشارکت مردم در سلامت شهرستان - رئیس شورای پیام‌گزاران سلامت شهرستان - نماینده فرماندار / مسئول دبیرخانه اقدام جامعه در فرمانداری	شناسایی بهترین و اثربخش‌ترین مداخله‌ها برای بهبود وضعیت تعیین‌کننده‌های اجتماعی سلامت

شناسایی مداخلاتی که بیشترین تأثیر مثبت را بر بهبود وضعیت تعیین‌کننده‌های اجتماعی سلامت به تفکیک تعیین‌کننده‌های شناسایی شده و درنهایت سلامت جامعه دارند، می‌تواند به بهبود سریع‌تر، هدفمندتر و مؤثرتر وضعیت سلامت منجر شود. برای اجرای مؤثر این گام فعالیت‌ها و نکات زیر پیشنهاد می‌گردد:

۱. بررسی بسته خدمات سلامت فعلی و برنامه‌های جاری حوزه بهداشت و یا سایر سازمان‌ها ذینقش در بهبود وضعیت / توزیع تعیین‌کننده‌های اجتماعی اولویت‌دار شناسایی شده و تقویت آن‌ها؛
۲. انجام مطالعات کیفی: مصاحبه‌ها با گروه‌های متمرکز متشکل از جامعه هدف، ذینقشان/ذینفعان و مراقبین سلامت می‌تواند بینش‌هایی در مورد عوامل مؤثر و تعیین‌کننده‌های مرتبط با شاخص مورد هدف و مداخلات مؤثر انجام شود؛
۳. بررسی مطالعات و مرور متون: مطالعه و بررسی برنامه‌های موفق در دیگر جوامع یا کشورها به‌عنوان الگویی برای شناسایی مداخلات مؤثر انجام شود؛
۴. برگزاری جلسات مدون کمیته راهبری و اجرایی در سطح دانشگاه و شبکه بهداشت شهرستان: در این جلسات، تعیین‌کننده‌های اجتماعی سلامت شناسایی شده و مداخلات مناسب آن‌ها از نظر اجتماعی، اقتصادی، فردی، محیط‌زیست، سلامت، آموزشی مورد بحث و تبادل نظر قرار می‌گیرد؛

۵. جلب مشارکت جامعه: ایجاد امکان مشاوره و همفکری با اعضای جامعه و سازمان‌های غیردولتی برای جمع‌آوری نظرات و ایده‌ها در مورد مداخلات ممکن به تفکیک هریک از تعیین‌کننده‌های اجتماعی سلامت؛
۶. از روش‌های اشاره شده در بالا به صورت ترکیبی استفاده شود تا مؤثرترین مداخلات بهبود وضعیت تعیین‌کننده‌های اجتماعی سلامت در سطح شهرستان و با در نظر گرفتن بافتار و امکانات منطقه مورد نظر شناسایی شوند؛
۷. نتایج فعالیت‌های بالا در قالب جدولی مانند جدول ۱۱ جمع‌بندی و خلاصه شوند.

نکته مهم: همان‌طور که در فعالیت یک از این گام اشاره شده است، پیش از اقدام برای شناسایی مداخله‌های مناسب لازم است فهرستی از مداخله‌های موجود که پیشتر در شبکه طراحی و اجرا شده‌اند (و یا در حال اجرا می‌باشند) تهیه گردد. در صورت وجود چنین مداخله‌هایی ابتدا باید به بررسی آن‌ها اقدام گردد به گونه‌ای که نحوه اجرای آن‌ها و علل احتمالی عدم اجرای موفقیت‌آمیز آن‌ها شناسایی گردد. سپس از طریق هم‌اندیشی نسبت به اصلاح و اجرای آن اقدام گردد. انجام این مهم به دلیل پیشگیری از موازی کاری و بهبود مداخلات و بسته‌های خدمتی جاری می‌باشد.

جدول ۱۱: فهرست مداخله‌های پیشنهاد شده جهت بهبود وضعیت تعیین‌کننده اجتماعی سلامت

ردیف	عنوان شاخص	تعیین‌کننده اجتماعی مؤثر بر آن شاخص	مداخله-۱	مداخله-۲	مداخله-۳	مداخله-۴	مداخله-۵
۱		۱	۱-۱:	۲-۱:	۳-۱:	۴-۱:	
۲		۲	۱-۲:	۲-۲:	۳-۲:	۴-۲:	
...		۳	۱-۳:	۲-۳:	۳-۳:	۴-۳:	

گام دهم: اولویت‌بندی مداخله‌ها در سطح مراکز خدمات جامع سلامت و شهرستان

هدف	متولی / مشارکت‌کنندگان در اجرا	دوره زمانی اجرا
اولویت‌بندی مداخلات در جهت انتخاب و اجرای اثربخش‌ترین مداخله‌ها برای بهبود وضعیت تعیین‌کننده‌های اجتماعی سلامت	• کمیته اجرایی شهرستان • نماینده مرکز تحقیقات SDH دانشگاه و یا مراکز تحقیقات مرتبط • کارشناسان مسئول واحدهای فنی در سطح شبکه • سرپرستان مراکز خدمات جامع سلامت • رئیس خانه مشارکت مردم در سلامت شهرستان • رئیس شورای پیام‌گزاران سلامت شهرستان • رئیس / رابط ساغ شهرستان • نماینده فرماندار / مسئول دبیرخانه اقدام جامعه فرمانداری • رابطین / داوطلبین سلامت	یک هفته

با اجرای گام پیشین (گام نهم)، انتظار می‌رود فهرستی وسیع از مداخله‌ها برای بهبود وضعیت تعیین‌کننده‌های اجتماعی سلامت پیشنهاد شود.

در این گام (گام دهم) لازم است برای اینکه مداخلات قابل اجرا و اثربخش شناسایی شوند، مداخلات پیشنهادی شناسایی شده در گام پیشین اولویت‌بندی شوند. فعالیت‌ها و نکات زیر برای اجرای این گام پیشنهاد می‌شود:

۱. فهرست اولویت‌بندی مداخله‌ها به تفکیک هریک از تعیین‌کننده‌های اجتماعی سلامت تهیه شود. (از جدول ۱۲ برای تهیه فهرست استفاده شود)؛
۲. هر مداخله با استفاده از معیارهای ذکر شده ارزیابی می‌شود؛
۳. به تفکیک هر مداخله، به هر معیار بر اساس تعاریف ارائه‌شده در جدول ۱۳، امتیازی بین ۱ تا ۵ تعلق می‌گیرد و جمع‌بندی و محاسبه میانگین امتیاز مداخله‌ها (جدول ۱۲) انجام می‌شود (لازم به ذکر است، مداخله‌هایی که بالاترین میانگین امتیاز را داشته باشند در اولویت قرار می‌گیرند)؛
۴. این بررسی و اولویت‌بندی در جلسات کمیته اجرایی شهرستان انجام می‌شود؛
۵. در این جلسات فردی به‌عنوان دبیر جلسه مسئول هدایت جلسه، نظرخواهی از تک‌تک افراد و درنهایت جمع‌بندی اظهارات اعضای حاضر در جلسه می‌باشد؛

۶. تمامی محتوای جلسه‌ها ضبط و همچنین به صورت کتبی ثبت می‌گردد؛
۷. بررسی مداخلات موجود هم‌راستا با مداخلات SDH: بدین معنی که بهتر است مداخله‌های موجود که در حال حاضر در شبکه در حال اجرا می‌باشند مورد بررسی قرار گیرند تا از دوباره کاری پرهیز شود. بدیهی است در صورت وجود مداخله‌های مشابه می‌توان اقدام به بازبینی آن‌ها نمود یا اینکه در صورت عدم اجرای موفقیت‌آمیز آن، اقدام به بررسی علل مربوطه و رفع آن‌ها کرد.
۸. تعداد مداخله‌های اولویت‌دار بر اساس اجماع نظر اعضای کمیته اجرایی شهرستان تعیین می‌شود.

جدول ۱۲: فهرست اولویت‌بندی مداخله‌های پیشنهادی به تفکیک هریک از تعیین‌کننده‌های اجتماعی سلامت

اولویت‌بندی مداخله‌های تعیین‌کننده‌های اجتماعی سلامت								
معیار	اثربخشی مداخله	زمان لازم برای رسیدن به نتیجه	امکان تأمین منابع	امکان انجام مداخله	مطابقت با برنامه‌ها و سیاست‌های جاری	پذیرش مداخله در جامعه	امکان تکرار و ترویج مداخلات در سطوح دیگر	جمع امتیاز مداخله
مداخله‌ها								
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 می‌باشند.								

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

نام معیار	تعاریف و مفاهیم
اثربخشی مداخله	• اثربخشی مداخله به معنای وجود شواهد کافی دال بر توانایی آن مداخله در دستیابی به نتایج و اهداف موردنظر است. به عبارت دیگر، اثربخشی نشان می‌دهد که آیا یک اقدام، برنامه یا رویکرد خاص می‌تواند بهبودی در یک مسئله خاص ایجاد کند یا خیر. • تعیین‌کننده اجتماعی.
زمان لازم برای رسیدن به نتیجه	• مدت زمان پیش‌بینی شده برای تأثیرگذاری: برخی مداخلات ممکن است تأثیرات سریع‌تری داشته باشند، درحالی‌که سایر مداخلات ممکن است نیاز به زمان بیشتری برای نشان دادن نتایج داشته باشند. مداخلاتی که تأثیرات سریع‌تری دارند، در اولویت قرار گیرند. • ضرورت و فوریت مسئله: اگر یک مسئله به شدت فوری و بحرانی باشد، مداخلاتی که سریع‌تر می‌توانند به نتایج قابل مشاهده منجر شوند، معمولاً در اولویت قرار می‌گیرند. • پایداری نتایج: ارزیابی اینکه آیا نتایج قابل برداشت و ماندگار خواهد بود، در اولویت‌بندی اهمیت دارد. • منابع و ظرفیت‌ها: اگر مداخله‌ای سریعاً قابل اجرا باشد و منابع کافی برای آن وجود داشته باشد، این می‌تواند یک مزیت باشد. • به‌طورکلی، زمان لازم برای رسیدن به نتیجه نه تنها به خود مداخله وابسته است، بلکه به زمینه، وضعیت فعلی و نیازهای جامعه نیز بسیار مرتبط است.
امکان تأمین منابع	مواردی نظیر هزینه و منابع مالی، توان، ظرفیت تیم مداخله، همکاری بین بخشی سازمان‌ها. هرچقدر امکان تأمین منابع برای اصلاح وضعیت آن تعیین‌کننده بیشتر باشد امتیاز بیشتری به آن تعلق می‌گیرد.
امکان انجام مداخله	انجام مداخله برای بهبود وضعیت تعیین‌کننده‌های اجتماعی سلامت بستگی به مواردی نظیر هزینه و منابع مالی، توان، ظرفیت تیم مداخله، همکاری بین بخشی سازمان‌ها و... دارد.
مطابقت با برنامه‌ها و سیاست‌های جاری	• آیا اجرای این مداخله و دستورالعمل‌های مرتبط با آن در چارچوب قوانین و سیاست‌های بالادستی قرار دارد؟ • این مداخله با چه سیاست‌ها و دستورالعمل‌هایی در تضاد است؟ • این مداخله چقدر با سایر برنامه‌ها و اقدامات جاری هم‌خوانی دارد؟ و یا اینکه چنین مداخلاتی در برنامه‌های جاری پیش‌بینی شده است؟
پذیرش مداخله در جامعه	• آیا در شرایط کنونی، این مداخله مورد پذیرش کامل جامعه (مردم و سایر ذینفعان/ذینفعان) می‌باشد؟ • چقدر اقبال عمومی برای اجرای این مداخله وجود دارد؟
امکان تکرار و ترویج مداخلات در سطوح دیگر	• آیا مداخله موردنظر در شرایط دیگر (جغرافیا، جمعیت، ...) نیز قابل اجرا است؟ • آیا می‌توان مداخلات انجام شده در جمعیت یا مکان محدود را به سطح وسیع‌تری توسعه داد؟
پایداری	آیا تا زمان موردنظر برای حصول نتیجه نهایی امکان تداوم تأمین منابع فنی، انسانی، مالی، حمایتی به مدت مناسب و موردنیاز وجود دارد؟

انتخاب نهایی مداخلات

ماتریس تصمیم‌گیری

بر اساس جدول ۹ (امتیازدهی تعیین‌کننده‌ها) و جدول ۱۱ و ۱۲ (مداخلات پیشنهادی و امتیازدهی مداخلات پیشنهادی برای هرکدام از تعیین‌کننده‌ها) باید یک ماتریس تصمیم‌گیری و اولویت‌بندی مداخلات تشکیل شود که در جدول ۱۴ توضیح داده شده است.

ابتدا تمام مداخلات پیشنهادی را برای تمام تعیین‌کننده‌های شناسایی شده طبق جدول ۱۱، به جدول ۱۴ منتقل می‌کنیم. سپس امتیاز هرکدام از تعیین‌کننده‌ها و مداخلات را از جداول ۹ و ۱۲، استخراج و در جدول ۱۴ وارد می‌کنیم. اکنون حاصل ضرب امتیاز تعیین‌کننده و مداخله پیشنهادی تبدیل به امتیازی خواهد شد که برای تصمیم‌گیری نهایی مورد استفاده قرار می‌گیرد.

نکته: با توجه به اینکه تعیین‌کننده‌ها عموماً عواملی هستند که از همدیگر مستقل نبوده و تأثیرات متقابل بر همدیگر دارند، لذا حذف تعیین‌کننده‌ها صرفاً با امتیازبندی حاصل از جدول ۹ صحیح نیست. از طرف دیگر مداخلات پیشنهادی نیز ممکن است بین تعیین‌کننده‌ها مشترک باشند. لذا با ایجاد جدول ۱۴ و محاسبه حاصل ضرب امتیاز تعیین‌کننده‌ها و مداخلات، به رتبه‌بندی بهتری برای انتخاب مداخلات هدفمند می‌رسیم. با توجه به اینکه مداخلات ممکن است برای تعیین‌کننده‌های متعدد مشابه باشند، لذا در صورت امکان، موارد تکرار هر مداخله پیشنهادی در جدول ۱۴ را تعیین کرده و در اولویت‌بندی و تصمیم‌گیری نهایی در نظر بگیرد.

جدول ۱۴: ماتریس تصمیم‌گیری برای انتخاب مداخلات مرتبط با تعیین‌کننده‌های شناسایی شده

ردیف	تعیین‌کننده	امتیاز تعیین‌کننده (از جدول ۹)	مداخله پیشنهادی	امتیاز مداخله پیشنهادی (از جدول ۱۲)	نمره نهایی (مضرب)
۱					
۲					
۳					

مرحله پنجم: اجرای مداخلات مرتبط با بهبود وضعیت تعیین‌کننده‌های اجتماعی در

سطح منطقه

دوره زمانی اجرا	متولی / مشارکت‌کنندگان در اجرا	هدف
با توجه به نوع مداخله اجرایی، دوره زمانی متفاوت است.	• دبیرخانه شورای عالی سلامت و امنیت غذایی کشور (در صورت نیاز به هماهنگی بین بخشی در سطح هیئت دولت) • کمیته راهبری دانشگاه • کمیته اجرایی شهرستان • روسا و کارشناسان دبیرخانه سلامت و امنیت غذایی دانشگاه/ دانشکده/ رابطین ساغ • اعضای اصلی کارگروه فرهنگی، اجتماعی، سلامت زنان و خانواده شهرستان و سایر کارگروه‌های ذی‌ربط ذیل شورای برنامه‌ریزی و توسعه استان • کارشناسان مسئول واحدهای فنی در سطح شبکه • سرپرستان مراکز خدمات جامع سلامت • اعضای خانه مشارکت مردم در سلامت استان و شهرستان • اعضای شورای پیام‌گزاران سلامت استان و شهرستان • نماینده استانداری • نماینده فرمانداری	کمک به کاهش نابرابری‌های سلامت و اجتماعی در جامعه؛ تلاش برای ایجاد دسترسی عادلانه‌تر به خدمات سلامت، آموزشی و اقتصادی برای همه افراد، به‌ویژه اقشار آسیب‌پذیر و محروم در جهت بهبود کیفیت زندگی جامعه

مرحله پنجم از شیوه‌نامه به اجرای مداخلات اصلاحی وضعیت تعیین‌کننده‌های اجتماعی سلامت در سطح مرکز خدمات جامع سلامت/ شهرستان/ دانشگاه/ کشور اختصاص دارد. پس از مشخص شدن مداخله مناسب، تیم سلامت باید به ایجاد تمهیدات موردنظر برای اجرای مداخلات بپردازد. فعالیت‌ها و نکات زیر برای اجرای مداخلات پیشنهاد می‌گردد:

۱. ملاحظات زیر برای اجرای مداخله‌ها شفاف شوند:

- « برای مداخله چه کسی مسئولیت را به عهده خواهد گرفت؟ »
- « جمعیت هدف برای مداخله چه کسانی هستند؟ و حدوداً چه تعدادی هستند؟ »
- « آیا این مداخله به دست افراد کم برخوردار نیز می‌رسد؟ »
- « آیا مداخله کیفیت موردقبول 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 قبلاً به آن‌ها دسترسی نبود اکنون در دسترس هستند؟
۲. در حین اجرای مداخله لازم است موانع و خطرات اثرگذار بر 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. سازمان ناظر و نماینده آن باید بر اجرای فعالیت‌ها، 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/ذینفعان ارائه دهد؛ لازم به توضیح است در مورد مداخله‌هایی که دو یا چند سازمان متفاوت متولی نظارت بر مداخله می‌باشند هر سازمان می‌تواند فردی را به عنوان ناظر تعیین نماید.
۵. برای مداخلات منتخب، برنامه عملیاتی تهیه می‌شود. هدف از تهیه برنامه عملیاتی، تعیین مسئولیت‌ها، بودجه و زمان مورد نیاز، شاخص‌های پایش و نتایج مورد انتظار است (جدول ۱۵)؛
۶. جدول ۱۶ یک قالب مرسوم دیگر برای تهیه برنامه عملیاتی را نشان می‌دهد که می‌تواند مورد استفاده قرار بگیرد. در این قالب، برای هر مداخله، گام‌ها یا فعالیت‌های مورد نیاز با جزئیات بیشتر فهرست می‌شود.

جدول ۱۵؛ کلیات مرتبط با هر مداخله جهت تسهیل امور اجرایی و نظارت بر پیشرفت مداخله

ردیف	مداخله	سازمان مجری	سازمان (های) همکار	سازمان ناظر	منابع مالی		زمانبندی اجرایی						پایش روند اجرا		
					موجود	مورد نیاز	ماه اول	ماه دوم	ماه سوم	...	...	...	پایان دوره	پیشرفت اولیه	نشاندهنده
۱															
۲															
۳															
...															

پایش روند اجرا	زمان‌بندی اجرایی										همکار	مجری	محل اجرا	گروه هدف	مداخله	ردیف
	نتیجه و علت	شاخص موردنظر	شاخص اولیه	بهمن	دی	آذر	آبان	مهر	شهریور	مرداد	تیر	خرداد	اردیبهشت	فروردین		
																۱
																۲
																:

جدول ۱۶؛ کاربرگ نمونه برنامه عملیاتی مداخله‌های قابل اجرا

مداخله ۱: ...										
هدف اختصاصی: ...										
ردیف	نام فعالیت	فرد مسئول	تاریخ اجرا و مدت زمان	دست‌یافتنی و قابل اندازه‌گیری	جدول پیشرفت زمانی (ماهانه)					
					۲	۴	۶	۸	۱۰	۱۲
۱										
۲										
...										
شاخص:					میزان تحقق هدف	درصد تحقق شاخص				
					سه ماهه اول	سه ماهه دوم	سه ماهه سوم	سه ماهه چهارم		
توضیحات تکمیلی مربوط به تکمیل کاربرگ: - هدف اختصاصی: هدف مداخله به صورت شفاف نوشته شود. - نام فعالیت: فعالیت‌هایی که برای اجرای مداخله مورد نیاز هستند فهرست شوند. - فرد مسئول: فرد و یا سازمان مسئول اجرای هر یک از فعالیت‌ها مشخص شوند. - بودجه و تأمین اعتبار: بسیاری از فعالیت‌ها 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 یا خیر، نیازمند تعریف یک شاخص معین است. لذا در این قسمت شاخص دستیابی برای هر فعالیت را تعیین می‌کنیم. مثلاً اگر فعالیتی که قرار است انجام شود، "قرار دادن وسایل و امکانات ورزشی در فضاهای سبز شهر" می‌باشد، شاخص دستیابی می‌تواند "درصد فضاهای سبزی که با امکانات ورزشی تجهیز شده‌اند" باشد. - جدول پیشرفت زمانی: این جدول برای پایش اجرای فعالیت در نظر گرفته شده است، فرد/نهاد متولی اجرای مداخله می‌تواند بر اساس دوره‌های زمانی معین، اقدام به پایش اجرای فعالیت‌ها و پیگیری پیشرفت اجرا نماید. - شاخص: در این قسمت یک شاخص کلی برای بررسی دستیابی به هدف اجرای مداخله مشخص می‌کنیم. مثلاً اگر هدف اختصاصی "افزایش زیرساخت‌های ورزشی برای ارتقا فعالیت جسمانی در سطح شهر" باشد، شاخص می‌تواند "سرانه زیرساخت‌های ورزشی در سطح شهر" باشد. - میزان تحقق هدف: در این قسمت بر اساس نتایج پایش سالیانه، درصد پیشرفت اجرای مداخله مشخص می‌شود. - درصد تحقق شاخص: در این قسمت بر اساس نتایج پایش دوره‌ای، درصد پیشرفت اجرای مداخله به صورت دوره‌ای و بر اساس جدول پیشرفت زمانی مشخص می‌شود.										

مرحله ششم؛ پایش و ارزیابی مداخله‌ها

هدف	متولی / مشارکت‌کنندگان در اجرا	دوره زمانی اجرا
پایش منظم، دوره‌ای و عمیق میزان تأثیر مداخلات مختلف بر بهبود وضعیت تعیین‌کننده‌های اجتماعی سلامت و کاهش نابرابری‌های سلامت در جهت توسعه و طراحی راه‌حل‌های بهتر و کارآمدتر که می‌توانند به بهبود کیفیت زندگی و سلامت در سطح جامعه کمک کنند.	• اعضای کمیته راهبری دانشگاه • کمیته اجرایی شهرستان • روسا و کارشناسان دبیرخانه سلامت و امنیت غذایی دانشگاه/ دانشکده/ رابطین ساغ • اعضای اصلی کارگروه فرهنگی، اجتماعی، سلامت زنان و خانواده شهرستان و سایر کارگروه‌های ذی‌ربط ذیل شورای برنامه‌ریزی و توسعه استان • کارشناسان مسئول واحدهای فنی در سطح شبکه • سرپرستان مراکز خدمات جامع سلامت • اعضای خانه مشارکت مردم در سلامت استان و شهرستان • اعضای شورای پیام‌گزاران سلامت استان و شهرستان • استانداران • فرمانداران • رابطین/داوطلبین سلامت	با توجه به نوع مداخله اجرایی، دوره زمانی پایش و ارزشیابی مداخله‌ها متفاوت می‌باشد.

پایش برنامه به بررسی منظم روند برنامه‌ریزی، اجرا و پیشرفت برنامه‌ها می‌پردازد و ضمن سنجش پیشرفت برنامه بر اساس اهداف و شاخص‌های از پیش تعیین‌شده، تطابق روند اجرایی و نتایج حاصل با برنامه زمانی و سایر اجزای برنامه را رصد می‌کند. پایش ابزاری است برای مدیران و مجریان و صاحبان برنامه تا در مورد اصلاحات احتمالی و موردنیاز برنامه در حین اجرا تصمیم مقتضی بگیرند تا در زمان‌بندی موردنظر و با اجزای تعیین‌شده برنامه، به اهداف مشخص‌شده نائل آیند. حال اینکه ارزشیابی یا ارزیابی با نگاهی گذشته‌نگر، به بررسی حصول نتایج و دستاوردهای برنامه می‌پردازد.

ابزارهای پایش مداخلات باید هم‌زمان با تهیه برنامه عملیاتی (جدول ۱۵) با همفکری همکاران اجرایی تهیه و تدوین شود. سازمان ناظر (با همکاری سازمان مجری) وظیفه دارند تا به صورت ادواری (مثلاً در انتهای هر دوره سه ماهه اجرا) شاخص‌های پایش مداخله را سنجیده و با نتیجه مورد انتظار مداخله مقایسه کنند و در گزارش‌های ادواری به سایر اعضای کمیته ارائه دهند. یکی از مهم‌ترین ارکان پایش، جمع‌آوری مرحله به مرحله داده‌ها و سایر مستندات مرتبط (صورت جلسه‌ها، گزارش‌های پیشرفت، محتوای چند رسانه‌ای، گزارش‌های خبری و...) است. بدین

صورت، هزینه و زمان مورد نیاز برای جمع‌آوری داده‌ها و مستندات در انتهای اجرای مداخلات، کاهش می‌یابد و انجام مطالعات سنجش اثربخشی امکان‌پذیرتر می‌شود. گزارش‌های ادواری بهتر است در حد امکان با همه ذینفعان و ذینقشان از جمله نمایندگان مردم و نهادهای مردمی به اشتراک گذاشته شود.

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 تعیین‌کننده‌های خارج از حوزه سلامت است. هدف از این بررسی این است که مشخص کنیم آیا مداخله موردنظر واقعاً به بهبود وضعیت هدف (مانند سلامت جسمانی، کیفیت زندگی، یا دیگر شاخص‌های مهم) کمک می‌کند یا خیر. برای اجرای این مرحله در نظر گرفتن فعالیت‌ها و نکات زیر پیشنهاد می‌شود:

۱. تعیین اهداف: مشخص کردن اهداف و نتایج موردنظر که مداخله باید به آن‌ها دست یابد.
۲. جمع‌آوری داده‌ها: استفاده از روش‌های مختلف (مانند مطالعات تصادفی کنترل‌شده، نظرسنجی‌ها، مصاحبه‌ها و...) برای جمع‌آوری اطلاعات قبل و بعد از مداخله.
۳. مقایسه: بررسی تفاوت‌ها بین گروهی که مداخله را دریافت کرده‌اند و گروهی که این مداخله را دریافت نکرده‌اند (گروه کنترل).
۴. تحلیل تغییرات: بررسی تغییرات در نتایج موردنظر و تشخیص اینکه این تغییرات ناشی از مداخله بوده است یا عوامل دیگر.
۵. استنتاج و گزارش: جمع‌بندی یافته‌ها و نتیجه‌گیری درباره اثربخشی مداخله، به همراه پیشنهادات برای بهبود برنامه یا سیاست‌های موجود.
۶. پیوست شماره هفت که در خصوص انواع روش‌های سنجش اثربخشی مداخله‌های سلامت و نحوه اجرای آن‌ها می‌باشد مطالعه شود.

مرحله هفتم؛ مستندسازی فرایند اجرای شیوه‌نامه

هدف	متولی / مشارکت‌کنندگان 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 شیوه‌نامه اعمال کرد	- یکی از کارشناسان مسئول واحدهای فنی در سطح شبکه یا فردی از مرکز تحقیقات SDH یا سایر مراکز تحقیقات مرتبط - کارشناس مسئول مرکز اسناد و اطلاعات راهبردی سلامت دبیرخانه ساغ استان	مستندسازی باید در تمام مراحل برنامه‌ریزی و اجرای مداخلات انجام شود.

مستندسازی فرآیند به معنای 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. مستندسازی 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 شیوه‌نامه، 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 تیم و نقش اعضای تیم مستندساز در سطوح مختلف اجرا
۲. تعیین انواع و قالب محصولات دانشی قابل تولید (گزارش، راهنما، چک‌لیست و غیره)؛
۳. طراحی ساختار مستندات شامل مقدمه، اهداف، مراحل اجرا و نتایج؛
۴. حضور فرد مسئول مستندسازی در تمامی جلسات و مراحل اجرای شیوه‌نامه؛
۵. ثبت تمامی فعالیت‌ها و تصمیم‌گیری‌های مهم از اولین مرحله شروع اجرای شیوه‌نامه؛
۶. ارتباط و تعامل مستمر با تک‌تک افراد مسئول در اجرای شیوه‌نامه به منظور رفع ابهامات احتمالی و ثبت دقیق اطلاعات و مستندات؛
۷. استفاده از امکانات مناسب برای ضبط جلسات، تهیه عکس؛

۸. بررسی مستندات تهیه شده توسط افراد دخیل در اجرای فرایند به منظور اطمینان از ثبت تمامی اقدامات و اطلاعات مهم؛
۹. نگارش متن مستندات بر اساس اطلاعات جمع‌آوری شده؛
۱۰. استفاده از زبان ساده و قابل فهم برای تمامی ذینفعان؛
۱۱. تدوین و جمع‌بندی مستندات در قالب یک گزارش؛
۱۲. بررسی مستندات توسط تیم‌های مختلف؛
۱۳. نظارت بر اجرای صحیح و جمع‌آوری بازخوردها؛
۱۴. اصلاح و بهبود مستندات بر اساس بازخوردها؛
۱۵. توزیع مستندات و راهنماها به تمامی افراد مرتبط؛
۱۶. شناسایی نقاط قوت و ضعف و بهبود مستندات بر اساس تجربیات؛
۱۷. تعیین زمان‌بندی برای به‌روزرسانی مستندات؛
۱۸. اطمینان از دسترسی آسان به مستندات برای تمامی ذینفعان؛
۱۹. ارسال فایل مستندات به کمیته راهبری مرکز مدیریت شبکه وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی.

منابع

1. Social determinants of health [Available from: https://www.who.int/health-topics/social-determinants-of-health#tab=tab_1.
2. 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;200-2 (2):6.
3. 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;392-402 (9):3.
4. Arcaya MC, Arcaya AL, Subramanian SV. Inequalities in health: definitions, concepts, and theories. Revista Panamericana de Salud Pública. 2015;261-71 :38.
5. Artiga S, Hinton E. Beyond health care: the role of social determinants in promoting health and health equity. Kaiser Family Foundation. 2018;10.
6. STEPwise approach to NCD risk factor surveillance (STEPS) [Available from: <https://www.who.int/teams/noncommunicable-diseases/surveillance/systems-tools/steps>.
7. 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>.
8. Sadiqa A, Sahrakorpi T, Keppo I. Gender vulnerabilities in low carbon energy transitions: a conceptual review. Environmental Research Letters. 2023;043004 (4):18.
9. setting p. <https://www.merriam-webster.com/dictionary/set%20priorities> [
10. intervention. <https://dictionary.cambridge.org/dictionary/english/intervention> [
11. Organization WH. Closing the gap in a generation: Health equity through action on the social determinants of health: World Health Organization 2008.
12. 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;8187 (13):19.
13. 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;54-9 (3):19.
14. 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;481-513 (3):86.
15. 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;1355-60 (9):94.
16. 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.
17. 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.

18. 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;(5)23 : 338-52.
19. 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;(1)21 : 1-18.
20. Almujaidei B. Increasing physician intention to address social determinants in primary health care: A qualitative inquiry and pilot RCT in Saudi Arabia. 2022.
21. Almujaidei B, Adams A, Alquaiz A, Van Gurp 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;11 : (1)21.
22. 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;40(1-6) : (3)31.
23. 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;42(2-9) : (6)23.
24. 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.
25. Baltussen R, Niessen L. Priority setting of health interventions: the need for multi-criteria decision analysis. *Cost effectiveness and resource allocation*. 2006;1-9 : 4.
26. 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;55(5-7) : (3)3.

پیوست‌ها

پیوست شماره یک: شناسایی ذینقشان/ذینفعان و جلب مشارکت ایشان

ذینقشان/ذینفعان چه کسانی هستند؟

ذینقشان/ذینفعان کسانی هستند که می‌توانند روی یک فعالیت تأثیر داشته باشند و یا این‌که به‌صورت مستقیم و یا غیرمستقیم تحت تأثیر آن فعالیت قرار بگیرند. ذینقشان/ذینفعان 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 تأثیری نمی‌پذیرند. شناسایی کردن و مشارکت دادن ذینقشان/ذینفعان می‌تواند بخش بزرگی از تضمین موفقیت یک فعالیت باشد.

برای جذب حمایت و همکاری ذینقشان/ذینفعان 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 فعالیتشان به آن‌ها سود می‌رساند. مدیریت ذینقشان/ذینفعان به معنی نگهداری همکاری و حمایت از سوی آن‌ها است. چنین کاری با تحلیل ذینقشان/ذینفعان به صورتی که میزان علاقه و نفوذ آن‌ها روی یک فعالیت را روشن می‌کند، راحت‌تر می‌شود. یکی از راه‌های تشخیص ذینقشان/ذینفعان بررسی رابطه آن‌ها با فعالیت/شاخص موردنظر است.

- **ذینقشان/ذینفعان سطح اول:** افراد و یا گروه‌هایی هستند که به‌صورت مستقیم تحت تأثیر یک فعالیت/شاخص ویژه قرار می‌گیرند، چه به‌صورت مثبت و چه به‌صورت منفی. در بعضی موارد ذینقشان/ذینفعان دست اول در هر دو سوی معادله قرار دارند: مقرراتی که برای یک گروه تأثیر مثبت به همراه دارد ولی برای گروه دیگر منفی است.
- **ذینقشان/ذینفعان سطح دوم:** افراد و یا گروه‌هایی هستند که به‌صورت غیرمستقیم تحت تأثیر یک فعالیت/شاخص ویژه قرار می‌گیرند، چه به‌صورت مثبت و چه به‌صورت منفی.
- **ذینقشان/ذینفعان کلیدی:** این ذینقشان/ذینفعان که ممکن است عضو هر دو این گروه باشند یا نباشند، توانایی آن را دارند که تأثیری 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 ذینفشان/ذینفعان مرتبط با موضوع شیوه‌نامه 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. به عبارت دیگر مشارکت صحیح مردم و به‌کارگیری توصیه‌های تیم سلامت تضمین‌کننده بهبود وضعیت سلامت و ارتقاء شاخص‌های سلامت خواهد بود. به‌عنوان 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 برنامه‌ریزی گردد.

تیم سلامت مرکز خدمات جامع سلامت: با توجه به اهمیت به‌روز بودن دانش کارکنان شبکه بهداشت و درمان و واحدهای زیرمجموعه آن، لازم است به‌روزرسانی دانش این گروه موردتوجه 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 سلامت 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 به‌عنوان 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 مسئولین منطقه (حضور/مجازی)
- هماهنگی با مسئولین منطقه تحت پوشش به منظور ایجاد محیط حامی سلامت، رفع عوامل خطرزای محیطی و مبارزه با اپیدمی‌ها
- نیازسنجی، اولویت‌بندی و طرح مسائل و تعیین‌کننده‌های اجتماعی سلامتی منطقه و یافتن راه‌حل‌های علمی و اجرایی برای آن‌ها
- جلب مشارکت عموم مردم در خودمراقبتی و حمایت از برنامه‌های سلامت عمومی
- آموزش و اطلاع‌رسانی در مورد 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 غیردولتی و فعالان اجتماعی است که باهدف بهبود وضعیت فرهنگی، اجتماعی و سلامت جامعه، به‌ویژه زنان و خانواده‌ها در سطح استان تشکیل می‌شود. این کارگروه یکی از مهم‌ترین بسترها برای بهبود وضعیت تعیین‌کننده‌های اجتماعی سلامت در سطح استان می‌باشد.

ترکیب اعضا:

- استاندار (رئیس کارگروه)
- رئیس دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی مرکز استان (دبیر کارگروه)
- رئیس سازمان مدیریت و برنامه‌ریزی استان
- مدیرکل سازمان صداوسیما مرکز استان
- مدیرکل حفاظت محیط‌زیست 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 سازوکارهای مدیریت همه‌جانبه سلامت و تأثیرگذاری 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 اظهارنظر 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 غیردولتی و فعالان اجتماعی است که باهدف بهبود وضعیت فرهنگی، اجتماعی و سلامت جامعه، به‌ویژه زنان و خانواده‌ها در سطح شهرستان تشکیل می‌شود. این کارگروه یکی از مهم‌ترین بسترها برای بهبود وضعیت تعیین‌کننده‌های اجتماعی سلامت در سطح شهرستان می‌باشد.

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 محیط‌زیست
- 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 تأمین اجتماعی
- نماینده صنعت، معدن و تجارت

وظایف:

- اولویت‌بندی 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

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

اعضای هیئت امناء مراکز:

- رئیس مرکز (پزشک) که سرپرستی این هیئت 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 سازمان‌های مردم‌نهاد (که در حوزه سلامت فعالیت دارند)
- ۱ نفر بهورز (در صورت وجود)

وظایف:

- برگزاری نشست‌های جمعی با مردم به منظور اطلاع‌رسانی و آموزش برنامه توسط پزشک
- هماهنگی با بخشدار، فرماندار و اطلاع‌رسانی 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. مدیر مرکز می‌تواند با سازمان‌ها و ادارات منطقه و شهرداری‌ها برای ارتقاء شاخص‌های نهایی منطقه ارتباط برقرار کند.

تبصره: رئیس مرکز بهداشت شهرستان / مدیر شبکه بهداشت و درمان شهرستان با طرح موضوع هیئت 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 هیئت امنای مرکز می‌پردازد و از واحدهای مرتبط، تقاضای همکاری با مراکز مذکور را می‌نماید.

شناسایی ذینقشان/ذینفعان و تحلیل خواسته‌های آن‌ها

ذینقشان/ذینفعان 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 تاکنون در کارها مشارکت کرده‌اند و یا از روند آن مطلع هستند، دورهم جمع شویم و یکی‌یکی اسامی و گروه‌های مختلف را نام ببریم.
 - از افراد مطلع درباره اسامی و گروه‌ها سوال کنیم.
 - با سازمان‌هایی که در گذشته تلاش‌های مشابه انجام داده و یا در حال حاضر انجام می‌دهند و همچنین با دیگر نهادهایی که با افراد موردنظر ما و یا در محدوده جغرافیایی موردنظر ما کار می‌کنند، مشورت کنیم.
 - از خود ذینقشان/ذینفعانی که تاکنون شناسایی کرده‌ایم، دراین باره ایده بگیریم.
 - در صورت امکان، تبلیغ کنیم. می‌توانیم از طریق شبکه‌های اجتماعی در دسترس برای شناسایی ذینقشان/ذینفعان موردنظر استفاده نماییم.
 - برای ارزیابی قدرت و علاقه ذینقشان/ذینفعان 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/ذینفعان شناسایی شده را بر اساس میزان تأثیر در ارتقاء شاخص‌های سلامت دسته‌بندی نماییم (شکل ۲).

جدول ۱۷؛ شناسایی ذینقشان/ذینفعان و ویژگی‌های آن‌ها

ذینقشان/ ذینفعان	نوع بخش	سطح	سطح قدرت / تأثیرگذاری	علاقه‌مندی	استراتژی همراه‌سازی

جدول ۱۸؛ تعریف و طبقه‌بندی ابعاد مورد بررسی در تحلیل ذینقشان/ذینفعان

ابعاد مورد بررسی	تعریف و طبقه‌بندی
شناسایی ذینقشان/ ذینفعان	این جدول تمامی ذینقشان/ذینفعانی که ممکن است متأثر و یا تأثیرگذار بر سیاست مورد بررسی باشند مشخص می‌نماید. در این جدول، اطلاعات مربوط اینکه ذینقشان/ذینفعان چه کسی هستند، چه کسی از سیاست حمایت می‌کند و چه کسانی مخالف هستند و موضع آن‌ها ذکر می‌گردد.
سطح	در این قسمت مشخص می‌شود که ذینقشان/ذینفعان متعلق به چه سطحی هستند: ملی، منطقه‌ای و محلی.
بخش	هریک از ذینقشان/ذینفعان معرفی شده متعلق به بخش خاصی ازجمله بخش دولتی، نیمه‌دولتی، بین‌المللی، رسانه‌ها، غیردولتی و گروه‌های خاص سیاسیون می‌باشند.
قدرت	قدرت توانایی افراد یا اعضای یک گروه برای دستیابی به هدف‌ها یا پیشبرد منافع خود است، در این قسمت شناسایی می‌شود که میزان تأثیرگذاری هریک از ذینقشان/ذینفعان بر سیاست بسته خدمات پایه سلامت به چه میزان می‌باشد. ذینقشان/ذینفعان به لحاظ قدرت در سه طبقه پایین، متوسط و بالا، دسته‌بندی شدند.
علاقه‌مندی	علاقه‌مندی، هدف و مقصود خاصی که ذینقشان/ذینفعان یک سیاست سعی در اثرگذاری روی آن دارند را مورد تحلیل قرار می‌دهد، در این مطالعه هدف شناسایی علاقه‌مندی هریک از ذینقشان/ذینفعان بر سیاست بسته خدمات پایه سلامت می‌باشد. نوع علاقه‌مندی به دسته‌های مالی، عقیدتی، سازمانی، انسان‌دوستی، منافع شخصی، سیاسی و مذهبی تقسیم‌بندی می‌گردد.
فرصت‌ها	ارائه شرح مختصری از این فرصت. به‌عنوان 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 می‌تواند استفاده از این فرصت را به‌منظور تحت تأثیر قرار دادن فرآیند سیاست و ایجاد حمایت از سیاست توصیف کنند.
چالش‌ها	ارائه شرح مختصری از موانع و چالش‌ها می‌باشد. همچنین، در این کادر، به‌طور خلاصه یک عمل که می‌تواند این مشکل را برطرف، برای نفوذ در روند سیاستگذاری و افزایش امکان سیاست خود را توصیف می‌کنند.

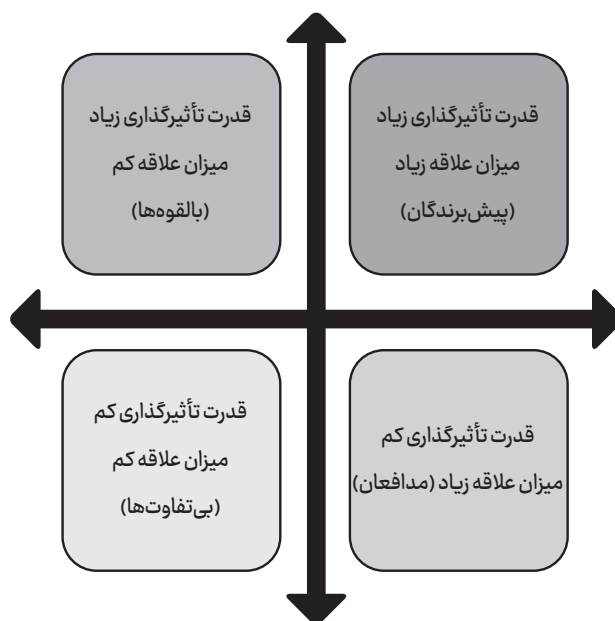
برای تجزیه و تحلیل ذینقشان/ذینفعان، می‌توان از ماتریس نفوذ-نفع (که شبکه قدرت- بهره نیز نامیده می‌شود) استفاده نمود. در این دسته‌بندی ذینقشان/ذینفعان به چهار گروه تقسیم می‌شوند که به خوبی در شکل شماره ۲ نمایش داده شده است و مبنای مهمی در طراحی استراتژی همراهمسازی (ستون آخر جدول ۱۷) می‌باشد.

۱. ذینقشان/ذینفعان با قدرت تأثیرگذاری بالا و میزان علاقه بالا (پیش‌برندگان)
اینها ذینقشان/ذینفعان کلیدی هستند که هم قدرت و هم علاقه به تأثیرگذاری قابل توجه بر فعالیت‌ها دارند.
استراتژی مواجهه: باید فعالانه در مراحل برنامه‌ریزی و اجرا درگیر گردند، در تصمیم‌گیری مشارکت داده شوند و به‌صورت منظم نظرات آن‌ها گرفته شود.
مثال: رهبران جامعه، سیاست‌گذاران سلامت، نهادهای نظارتی، یا مدیران اجرایی.

۲. ذینقشان/ذینفعان با قدرت تأثیرگذاری بالا و میزان علاقه کم (بالقوه‌ها)
این ذینقشان/ذینفعان قدرت دارند، اما علاقه محدودی به فعالیت‌های مورد نظر دارند. اگر نادیده گرفته شوند، می‌توانند به مانع تبدیل شوند.
استراتژی مواجهه: اطلاعات کافی برای جذب حمایت به ایشان داده شود، اما از تحت فشار قرار دادن آن‌ها خودداری گردد. به‌طور انتخابی در تصمیم‌گیری‌های پرتأثیر درگیر گردند.
مثال: نهادهای تأمین مالی، سازمان‌های نظارتی.

۳. ذینقشان/ذینفعان با قدرت تأثیرگذاری کم و میزان علاقه بالا (مدافعان)
این ذینقشان/ذینفعان به پروژه علاقه‌مند هستند، اما قدرت تأثیر مستقیم بر آن را ندارند. اگر به خوبی مدیریت شوند، می‌توانند مدافعان قوی باشند.
استراتژی مواجهه: به‌طور منظم با آن‌ها ارتباط برقرار گردد، در بحث‌ها مشارکت داده شوند و به نگرانی‌های آن‌ها به‌طور فعال رسیدگی گردد.
مثال: اعضای جامعه، سازمان‌های بهداشتی محلی.

۴. ذینقشان/ذینفعان با قدرت تأثیرگذاری کم و میزان علاقه کم (بی‌تفاوت‌ها)
این ذینفعان نه قدرت قابل توجهی دارند و نه علاقه شدیدی به پروژه دارند. آن‌ها به حداقل مشارکت نیاز دارند.
استراتژی مواجهه: مواضع آن‌ها رعایت گردد، به‌روزرسانی‌های کلی به آن‌ها ارائه گردد و فقط در صورت تغییر علاقه یا تأثیر درگیر گردند.
مثال: عموم مردم، تأمین‌کنندگان جزئی، یا تیم‌های جانبی.



شکل ۲: دسته‌بندی ذینقشان/ذینفعان بر اساس قدرت و علاقه به موضوع

روش‌های جلب مشارکت ذینقشان/ذینفعان

جلب مشارکت ذینقشان/ذینفعان 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/ذینفعان به منظور افزایش آگاهی درباره SDH و اهمیت آن‌ها.
- تسهیلگری و مشاوره: فراهم کردن فرصت‌ها برای ذینقشان/ذینفعان 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: دعوت به مشارکت انجمن‌ها و گروه‌های مختلف در فرآیند تصمیم‌گیری و سیاست‌گذاری.
- تقدیر و شناسایی: شناسایی و تقدیر از فعالیت‌های مثبت و مؤثر 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/ذینفعان برای مشخص کردن اولویت‌ها و راهکارهای عملی.
- مشارکت در اجرای مداخله‌ها و پروژه‌های اصلاحی: دعوت از ذینقشان/ذینفعان به مشارکت مستقیم در برنامه‌های اجرایی و پروژه‌هایی که مرتبط با SDH هستند.

پیوست شماره دو: نمونه‌ای از شاخص‌های سلامت

عنوان شاخص	طبقه‌بندی شاخص‌ها
پوشش MMR (۱) (%)	شاخص بیماری‌های واگیر
پوشش MMR (۲) (%)	
پوشش واکسن پنج ظرفیتی (پنتا ۳) (%)	
نرخ فلج سست حاد غیر فلج اطفال در هر ۱۰۰,۰۰۰ نفر زیر ۱۵ سال	
نرخ سالانه موارد بیماری رد شده به‌عنوان غیر سرخک و سرخچه در هر ۱۰۰,۰۰۰ نفر (≥ 2)	
نرخ اطلاع‌رسانی سل در هر ۱۰۰,۰۰۰ نفر	
پوشش درمان سل (در میان بیماران گیرنده درمان) (%)	
نرخ موفقیت درمان سل (در میان موارد تائید شده باکتریولوژیک جدید) (%)	
کودکان و بزرگسالان تحت درمان دارویی ضد ویروسی نسبت به تمامی کودکان و بزرگسالان مبتلا به HIV (%)	
تعداد تخمینی موارد جدید ابتلا به ویروس HIV	
بزرگسالان و کودکان مبتلا به HIV که ویروس سرکوب شده دارند (%)	
کودکان زیر پنج سال دچار کوتاهی قد (%)	شاخص‌های تغذیه
کودکان زیر پنج سال دچار کمبود وزن (%)	
کودکان زیر پنج سال دچار اضافه‌وزن (%)	
شیوع اضافه‌وزن (۵ تا ۱۸ سال) (%)	
شیوع چاقی (۵ تا ۱۸ سال) (%)	
کودکان ۱۲ ساله بدون پوسیدگی (%) کودکان بدون دندان‌های دائمی پوسیده، ازدست‌رفته و پر شده	شاخص‌های بهداشت دهان
DMFT میانگین تعداد دندان‌های دائمی پوسیده، ازدست‌رفته و پر شده در کودکان ۱۲ ساله	
درصد درمان‌های وارنیش فلورایدی	
درصد مسواک‌های انگشتی توزیع شده برای کودکان زیر ۲ سال	
درصد کم‌وزنی هنگام تولد در میان نوزادان (%) (زیر ۲۵۰۰ گرم)	شاخص‌های سلامت جمعیت جوان، خانواده و مدرسه
تغذیه انحصاری با شیر مادر ۰ تا ۵ ماه (%)	
تعداد زایمان‌ها با حضور فرد دوره دیده (%)	
پوشش خدمات مراقبت‌های دوران بارداری (۱+ ویزیت)	
پوشش خدمات مراقبت‌های دوران بارداری (۴+ ویزیت)	
اضافه‌وزن (۱۸+ سال) (%)	شاخص‌های بیماری‌های غیرواگیر
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	

عنوان شاخص	طبقه‌بندی شاخص‌ها
پوشش غربالگری سلامت روان (۱۵ تا ۵۹ ساله) (%)	شاخص‌های سلامت روان
پوشش غربالگری اولیه مصرف مواد مخدر و دخانیات در جمعیت دارای پرونده سلامت الکترونیک فعال (۱۵ تا ۵۹ ساله) (%)	
آموزش مهارت‌های فرزند پروری برای جمعیت عمومی هدف (به ازای هر متخصص سلامت روان در نظام خدمات اولیه) (%)	
آموزش مهارت‌های زندگی برای جمعیت عمومی هدف (به ازای هر متخصص سلامت روان در نظام خدمات اولیه) (%)	
دسترسی به آب آشامیدنی سالم - شهری	شاخص‌های بهداشت محیط
دسترسی به آب آشامیدنی سالم - روستایی	
دسترسی به سرویس بهداشتی - شهری	
نظارت و بررسی فعالیت‌های توسعه بهداشت و خدمات درمانی	
درصد پوشش بازرسی‌های مراکز تهیه و توزیع مواد غذایی	
درصد پوشش بازرسی‌ها از مکان‌های عمومی	
درصد مراکز / مؤسسات 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 HCFSها	
مدیریت پسماند در HCFS	
نظافت و نظافت محیطی در HCFS	
دسترسی به روشویی در HCFS	
درصد دانشگاه‌هایی که آزمایشگاه‌های آن‌ها حداقل ۷۰٪ یا بیشتر از الزامات سیستم مدیریت کیفیت را بر اساس چک فهرست‌های مصوب مربوطه اجرا کرده‌اند (%)	
درصد دانشگاه‌های منتخب که دستورالعمل‌های شبکه آزمایشگاه‌های سلامت را پیاده‌سازی کرده‌اند (%)	

عنوان شاخص	طبقه‌بندی شاخص‌ها
میزان مرگ نوزادان ۰ تا ۲۸ روزه در هزار تولد زنده	شاخص‌های عدالت در سلامت؛ بخش سلامت
میزان مرگ کودکان زیر یک سال در هزار تولد زنده	
میزان مرگ کودکان زیر ۵ سال در هزار تولد زنده	
میزان مرگ مادران به دلیل حاملگی و عوارض آن در صد هزار تولد زنده	
میزان مرگ در گروه سنی ۶۹-۳۰ سال به دلیل چهار بیماری اصلی غیر واگیر (دیابت، قلبی و عروقی، سرطان، بیماری‌های مزمن تنفسی)	
امید زندگی در بدو تولد	
میزان بروز دیابت	
نسبت بیماران دیابتیک که تحت مراقبت می‌باشند	
اثربخشی برنامه مراقبت دیابت	
نسبت بیماران فشارخون بالا که تحت مراقبت می‌باشند	
اثربخشی مراقبت از بیماران فشارخون 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 نشانه‌های 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 مصرف‌کنندگانی از مواد که طبق پروتکل تحت درمان هستند	
میزان ماندگاری در برنامه‌های درمان و کاهش آسیب اعتیاد	
شیوع مصرف مواد دخانی در جمعیت ۱۲ سال و بالاتر	
شیوع اضافه‌وزن 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 بهره‌مند شده‌اند	
درصد بارداری‌های پرخطر	

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

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

در صورت وجود گزارش‌ها و مطالعات معتبر، استخراج اطلاعات مرتبط با شاخص‌های سلامت از طریق این منابع انجام می‌گردد. از جمله گزارش‌های معتبر می‌توان به گزارش‌های تهیه‌شده توسط معاونت بهداشت دانشگاه/دانشکده‌های علوم پزشکی اشاره نمود. در این مرحله، ابتدا اعضای کمیته اجرایی شهرستان اقدام به تعیین تعدادی از شاخص‌ها که اطلاعات معتبر در مورد آن‌ها در گزارش‌ها و مطالعات وجود دارد می‌نمایند.

در صورت وجود پایگاه‌های داده‌ای معتبر و به‌روز می‌توان شاخص‌های سلامت موردنظر را از این طریق تعیین نمود. در این صورت، اقدام به شناسایی پایگاه‌های رسمی که حاوی داده‌های سلامت جمعیت می‌باشند می‌گردد. برای این منظور کمیته اجرایی شهرستان اقدام به شناسایی پایگاه‌های داده‌ای مناسب جهت استخراج شاخص‌ها و داده‌های موردنیاز تعیین می‌نمایند. از جمله منابع زیر برای این بررسی پیشنهاد می‌شود:

- شناسایی منابع معتبر مانند وزارت بهداشت، دانشگاه‌های علوم پزشکی و سازمان‌های غیردولتی که به بهبود سلامت کمک می‌کنند؛
- سامانه‌های مراقبتی پرونده الکترونیک سطح یک حوزه بهداشت (سیب، سینا، ناب و پارسا)، سامانه ایمان، سامانه مرگ و عوارض بارداری، سامانه ثبت داده‌های بیماران مبتلا به سل و پورتال وزارت بهداشت؛
- سازمان ثبت احوال، مرکز آمار ایران،
- مشاوره با کارشناسان بهداشت، مسئولین محلی و اعضای جامعه برای جمع‌آوری نظرات و بازخوردها بر روی شاخص‌ها؛
- استفاده از نظرات و تجربیات آنان برای بهبود معانی و درک شاخص‌های سلامت.

پیوست شماره چهار؛ شاخص‌های سلامت قابل ارتقاء در سطح کشور

متغیرهای تفکیک‌کننده ناابوابری	ضرب	مخرج شاخص		صورت شاخص		منبع داده‌ها	تعریف	عنوان شاخص	توضیح
		عنوان گزارش	کد گزارش	عنوان گزارش	کد گزارش				
سن، جنس، محل سکونت (شهر/ حاشیه شهر یا اسکان غیررسمی و روستا)	*۱۰۰	گزارش دوره‌ای دفتر مدیریت بیمارهای غیرواگیر اداره دیابت، پره دیابت تعداد افراد دیابتی مراقبت شده توسط پزشک فقط با نتیجه آزمایش A1C (کد گزارش ۱۱۵۲۴۵) تعیین بازه زمان و واحد	۱۱۵۲۴۵	گزارش دوره‌ای دفتر مدیریت بیمارهای غیرواگیر اداره دیابت، پره دیابت تعداد افراد دیابتی مراقبت شده توسط پزشک از نظر میزان هموگلوبین A1C (کد گزارش ۱۱۵۲۱۸) انتخاب کنترل مطلوب هموگلوبین A1C ۴ تا ۷ درصد) و تعیین بازه زمان و واحد	۱۱۵۲۱۸	سامانه مراقبتی پرونده الکترونیک سطح یک حوزه بهداشت - سبب	درصد بیمارهای دیابتی ویزیت شده که هموگلوبین A1C > ۷، داشته‌اند.	اثر بخشی برنامه مراقبت دیابت	۱
		گزارش دوره‌ای دفتر مدیریت بیمارهای غیرواگیر خطر سنجی دیابت و فشارخون جمعیت گروه هدف (کد گزارش ۱۱۰۰۰۱) انتخاب تمام گروه‌های سنی بالای ۳۰ سال و تعیین بازه زمان و واحد	۱۱۰۰۰۱	وقایع آمار بیماری‌های ثبت‌شده ورود کد E۱۰ و E۱۱ جداگانه در قسمت ICD و انتخاب بازه زمانی و انتخاب سن بالای ۳۰	در قسمت ICD انتخاب E۱۰ و E۱۱	سامانه مراقبتی پرونده الکترونیک سطح یک حوزه بهداشت - سبب	موارد کل بیمار دیابتی ثبت‌شده در جمعیت بالای ۳۰ سال	درصد شیع دیابت (بالای ۳۰ سال)	
سن، جنس، محل سکونت (شهر/ حاشیه شهر یا اسکان غیررسمی و روستا)	*۱۰۰								۲

متغیرهای تفکیک‌کننده ناپروبی	ضرب	مخرج شاخص		صورت شاخص		منبع داده‌ها	تعریف	عنوان شاخص	توضیح
		عنوان گزارش	کد گزارش	عنوان گزارش	کد گزارش				
سن، جنس، محل سکونت (شهر) حاشیه شهر یا اسکان غیررسمی و روستا)	*۱۰۰	در قسمت فعالیت کاربران سامانه - خدمت: برای جوانان: ارزیابی نمایه توده بدنی (BMI) جوانان (کد ۶۶۶۴) - تعیین بازه زمانی - جستجو، برای میانسالان: فعالیت کاربران سامانه - خدمت: تن‌سنجی و ارزیابی الگوی تغذیه (کد ۷۹۸۲) - تعیین بازه زمانی - جستجو و برای سالمندان: فعالیت کاربران سامانه - خدمت: غریالگری تغذیه در سالمندان (کد ۶۴۲۳) - تعیین بازه زمانی - جستجو	کد ۶۶۶۴، کد ۷۹۸۲ و کد ۶۴۲۳	در قسمت گزارش دوره‌ای - دفتر بهبود تغذیه جامعه - گزارش نمایه توده بدنی جوانان و میانسالان و سالمندان در قسمت گزارش - انتخاب شاخص مربوطه (مبتلا به اضافه‌وزن و مبتلا به چاقی).	کد ۱۱۳۶۱۴، کد ۱۱۳۶۱۹ و کد ۱۱۳۶۲۵	سامانه مراقبتی پرونده الکترونیکی سطح یک حوزه بهداشت - سبب	درصد افراد ۱۸ سال‌های و بیشتر که طبق تعریف اضافه‌وزن داشته یا چاق هستند	شیوع اضافه‌وزن و یا چاقی در سنین ۱۸ ساله و بیشتر طبق تعریف	۲
جنس، سن، محل سکونت (شهر) حاشیه شهر یا اسکان غیررسمی و روستا) این شاخص فقط برای کل کودکان بدون تفکیک سن و جنس و... تعیین می‌گردد.	*۱۰۰	گزارش دوره ای - مرکز مدیریت شبکه - جمعیتی که حداقل یکی از خدمت‌های گروه سنی خود را توسط غیر پزشک را دریافت کرده‌اند (کد ۱۱۵۲۰) تعداد کودکانی که حداقل یکی از خدمت‌های گروه سنی خود را توسط غیر پزشک را دریافت کرده‌اند (کد ۱۱۳۰۲۲) تعیین بازه زمانی جستجو	کد ۱۱۵۲۰ و کد ۱۱۳۰۲۲	آیتم گزارش دوره‌ای دفتر بهبود تغذیه گزارش قد/ وزن و وزن به قد کودکان کمتر از ۵ سال (کد ۱۱۳۵۷۴) مجموع انتخاب گزارش موردنظر: مجموع تعداد کودکان زیر پنج سال مبتلا به لاغری یا کد ۱۱۳۵۷۹ و لاغری شدید با کد ۱۱۳۵۸۰ و تعیین بازه زمانی جستجو	کد ۱۱۳۵۷۴ و کد ۱۱۳۵۷۹ و کد ۱۱۳۵۸۰	سامانه مراقبتی پرونده الکترونیکی سطح یک حوزه بهداشت - سبب	درصد کودکان زیر ۵ ساله که وزن برای قد آن‌ها کمتر از منهای ۲ انحراف معیار از میانگین استاندارد می‌باشد	شیوع لاغری در کودکان زیر ۵ سال	۴

متغیرهای تفکیک‌کننده نابرابری	ضرب	منبع شاخص		صورت شاخص		منبع داده‌ها	تعریف	عنوان شاخص	توضیح
		عنوان گزارش	کد گزارش	عنوان گزارش	کد گزارش				
ملیت و سن	*۱۰۰	آیتم گزارش دوره‌ای 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	۱۱۰۹۷۴ و ۱۱۰۹۸۱ و ۱۱۰۹۷۵	آیتم گزارش دوره‌ای 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	۱۱۰۹۷۹ و ۱۱۰۹۸۱	سامانه مراقبتی پرونده الکترونیک سطح یک حوزه بهداشت - سبب	تعداد زایمان که در منزل بدون نظارت فرد دوره‌بده رخ داده است	تعداد/ درصد زایمان در منزل	۵
				آیتم گزارش دوره‌ای دفتر سلامت خانواده، جمعیت و مدارس اداره سلامت مادران گزارش تعداد زایمان به تفکیک محل زایمان (کد ۱۱۳۰۹۲) انتخاب گزارش تعداد مادران بارداری بیش از ۳۵ سال با کد ۱۱۳۰۸۸ و تعداد مادران بارداری کمتر از ۱۸ سال با کد ۱۱۳۰۸۹ تعیین بازه زمانی جستجو	۱۱۳۰۹۲ و ۱۱۳۰۸۹ و ۱۱۳۷۴۳ و ۱۱۳۰۸۸	سامانه مراقبتی پرونده الکترونیک سطح یک حوزه بهداشت - سبب	متوسط تعداد فرزندان زنده‌ای که یک زن در دوران بارداری خود به دنیا می‌آورد	نرخ بارداری کل	۶

ردیف	عنوان شاخص	تعریف	منبع داده‌ها	صورت شاخص	مخرج شاخص	ضرب	متغیرهای تفکیک‌کننده 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	*۱۰۰۰۰۰	جنس، محل سکونت (شهر/حاشیه شهر) یا اسکان غیررسمی و روستا (روستا)
۸	میزان شیوع موارد اقدام به خودکشی در ۱۰۰ هزار	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	*۱۰۰۰۰۰	سن، جنس، محل سکونت (شهر/حاشیه شهر) یا اسکان غیررسمی و روستا (روستا)
۹	میزان شیوع موارد فوت ناشی از خودکشی در ۱۰۰ هزار	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	*۱۰۰۰۰۰	سن، جنس، محل سکونت (شهر/حاشیه شهر) یا اسکان غیررسمی و روستا (روستا)
۱۰	میزان 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	*۱۰۰۰۰۰	محل سکونت (شهر/حاشیه شهر) یا اسکان غیررسمی 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	*۱۰۰۰	جنس، محل سکونت (شهر/حاشیه شهر) یا اسکان غیررسمی و روستا (روستا)
۱۲	نسبت تولد نوزادان با وزن کم هنگام تولد	درصد نوزادانی که هنگام تولد وزن آن‌ها کمتر از ۲۵۰۰ گرم می‌باشد	سامانه ایمان	تعداد نوزادانی که هنگام تولد وزن آن‌ها کمتر از ۲۵۰۰ گرم بوده است	کل تولد زنده	*۱۰۰	سن مادر، محل سکونت (شهر/حاشیه شهر) یا اسکان غیررسمی و روستا (روستا)

پیوست شماره پنج: روش‌های تحلیل و سنجش نابرابری‌های سلامت

برای سنجش نابرابری‌های سلامت، با توجه به نوع داده و کیفیت داده‌هایی که گردآوری شده است، می‌توان از دو رویکرد روش‌های ساده^۱ و پیچیده^۲ تحلیل نابرابری سلامت بهره گرفت. در ادامه به ابعاد این بررسی‌ها خواهیم پرداخت.

روش‌های ساده توصیف نابرابری‌های سلامت

با توجه به متغیرهای تفکیک‌کننده می‌توان از روش‌های توصیفی مانند مقایسه میانگین‌ها، مقایسه کمترین و بیشترین با میانگین، تفاوت هر یک از واحدهای مورد مطالعه با بهترین حالتی که وجود دارد، تحلیل واریانس‌ها و مقایسه واحدهای مورد مطالعه با میانه و میانگین مجموع داده‌ها بهره گرفت. عمده روش‌های مورد استفاده ساده در توصیف نابرابری‌ها عبارتند از میزان نسبی^۳ (به‌عنوان نابرابری نسبی^۴) و میزان اختلاف^۵ (به‌عنوان نابرابری مطلق^۶).

تحلیل نابرابری نسبی یا RR (Relative Ratio) ابزاری است که برای مقایسه نابرابری‌ها در نتایج سلامت میان گروه‌های مختلف جمعیتی به کار می‌رود. این شاخص به ما کمک می‌کند تا نسبت‌های سلامت گروه‌های مختلف را با یکدیگر مقایسه کنیم و بفهمیم که این گروه‌ها 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 می‌خواهیم 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، می‌توانیم 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 می‌کند تا بفهمیم که نابرابری‌های سلامت چگونه میان گروه‌های مختلف توزیع شده و کجا نیاز به مداخلات و بهبود وضعیت داریم. تحلیل نابرابری مطلق یا Absolute Inequality روشی است برای ارزیابی نابرابری‌های

1. Simple measures of health inequality
2. Complex measures of health inequality
3. Relative Ratio (RR)
4. Relative inequality
5. Differences
6. Absolute inequality

سلامت با تمرکز بر تفاوت‌های عینی و ملموس در نتایج سلامت بین گروه‌های مختلف جمعیتی. در این نوع تحلیل، به جای نسبت‌ها، ما به اندازه تفاوت‌های 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 گزارش‌دهی این جداول نکات زیر مدنظر 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 هرکدام 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 موردنظر را دریافت و با توجه به توضیحات ارائه شده در این پیوست تفسیر نمایید.

جدول ۳: توصیف ساده نابرابری‌های سلامت

Diff	RR	میزان شاخص	تفکیک‌کننده‌ها	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 تفکیک‌کننده‌ها

جدول ۱۹: توصیف ساده نابرابری‌های سلامت بر اساس تفکیک‌کننده‌های سلامت و مقایسه مراکز جامع 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
شهر	روستایی	کشور	بین‌المللی	۲۰-۵۴	۱۸-۲۰	۱۰-۱۸	♀	♂	ایران	غیرایران	
											مرکز خدمات جامع سلامت ۱
											مرکز خدمات جامع سلامت ۲
											مرکز خدمات جامع سلامت...
											مرکز خدمات جامع سلامت N

روش‌های پیچیده توصیف نابرابری‌های سلامت

یکی از روش‌های سنجش و توصیف نابرابری‌های سلامت، محاسبه "شاخص نابرابری" 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. به‌طور 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. به‌عنوان مثال، مرگ‌ومیر کودکان در هر منطقه و نرخ در جمعیت مرجع (شهر) تقسیم بر نرخ در جمعیت مرجع، به‌صورت درصد بیان می‌شود. فرمول زیر (۱) برای محاسبه نابرابری استفاده می‌شود:

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

در فرمول (۱)

- ID_{isp} : شاخص نابرابری
- J : نشان‌دهنده تعداد زیرگروه‌های مورد مطالعه است
- r_j : نشان‌دهنده مقدار نشانگر (در این مطالعه متغیرهای مطالعه) در گروه j ام
- r_{ref} : مقدار نشانگر در گروه مرجع

شاخص نابرابری عددی بین ۰ تا ۱۰۰ خواهد بود و به‌صورت درصد بیان می‌شود. وجود روند کاهشی و نزدیک شدن شاخص نابرابری به عدد صفر نشان‌دهنده کمتر شدن بی‌عدالتی و تفاوت بین مناطق است.

پیشنهاد می‌گردد:

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

پیوست شماره شش: روش‌های شناسایی تعیین‌کننده‌های اجتماعی سلامت

روش‌ها و منابع اطلاعاتی متعددی برای شناسایی تعیین‌کننده‌های اجتماعی مؤثر بر سلامت پیشنهاد می‌گردد. در این پیوست مهم‌ترین روش‌های موجود در این زمینه برای اجرای گام هفتم شیوه‌نامه ارائه می‌شود:

۱. بررسی مطالعات و متون موجود

ابتدا سوال دقیق جستجوی مطالعات مشخص می‌شود (مثلاً مهم‌ترین تعیین‌کننده‌های اجتماعی مؤثر بر شاخص دیابت کدامند؟). سپس جستجو در پایگاه‌های داده‌ای با استفاده از کلمات کلیدی مرتبط با سوال پژوهش انجام می‌شود. جستجو در پایگاه‌های داده‌ای شامل، PubMed، Google Scholar Scopus انجام خواهد شد و با استفاده از عملگرهای AND و OR کلیدواژه‌های 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 کلیدواژه‌های مش^۱ انجام شود و همچنین به منظور رسیدن به دامنه گسترده‌ای از مطالعات از سایر واژه‌های مرتبط استفاده شود.

پس از اتمام جستجو، دو نفر از اعضای تیم به انتخاب مطالعات مرتبط خواهند پرداخت. برای استخراج داده‌ها؛ 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 موردنیاز از قبیل عوامل اقتصادی، اجتماعی، فرهنگی و ساختاری مؤثر در تغییر وضعیت شاخص‌های موردنظر خواهد بود. پس از استخراج متن کامل مقاله‌ها؛ اقدام به مطالعه و استخراج عوامل موردنظر و درج آن‌ها در جدولی مشابه جدول ۲۰ می‌شود.

جدول ۲۰: جدول استخراج داده از مطالعات بررسی‌شده

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

۲. شناسایی تعیین‌کننده‌های اجتماعی مؤثر بر شاخص‌های سلامت از منظر تیم

سلامت و ستاد شبکه بهداشت شهرستان

با توجه به اینکه کارکنان محیط و ستاد شبکه بهداشت شهرستان شناخت جامع و کاملی از شرایط شهرستان و آسیب‌ها، چالش‌های اجتماعی آن دارند، می‌توانند ارزیابی و نظرات ارزشمندی در خصوص مهم‌ترین تعیین‌کننده‌های اجتماعی مؤثر بر شاخص‌های سلامت (شاخص‌های سلامت نیازمند ارتقاء در سطح شهرستان) داشته باشند. برای دریافت نظرات و تجربیات ایشان در این خصوص می‌توان جلسه‌ای با حضور این افراد برگزار نمود (این جلسه می‌تواند در قالب یکی از جلسات کمیته اجرایی شهرستان برگزار شود).

برای این منظور، جلسه‌ای با حضور اعضای کمیته اجرایی و رئیس اداره‌ها و کارشناسان شبکه بهداشت منطقه مورد نظر تشکیل شود. در ابتدای جلسه باید گزارشی از نتایج شناسایی و تحلیل شاخص‌های سلامت شهرستان ارائه شود و شاخص‌هایی که در سطح شهرستان نیازمند بهبود و مداخله هستند معرفی شوند. سپس از طریق هم‌اندیشی و بارش افکار اقدام به شناسایی SDH مربوط به این شاخص‌ها شود.

می‌توان برای مدیریت بهتر این جلسه فرم‌هایی از پیش طراحی شده تهیه نمود؛ این فرم‌ها شامل عنوان شاخص‌های سلامت و پیش فرضی از تعیین‌کننده‌های اجتماعی مؤثر بر آن می‌باشند. این فرم‌ها بین اعضای جلسه توزیع می‌شوند و سپس به تفکیک هریک از شاخص‌ها در مورد تعیین‌کننده‌های 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 می‌باشد، ایشان بیان کنند که چه تعیین‌کننده‌های

اجتماعی در سطح آن منطقه ممکن است باعث شده باشد که این شاخص وضعیت نابسامانی در منطقه داشته باشد.

بیست دقیقه فرصت برای تکمیل فرم‌ها داده شود و پس از اتمام این زمان، از تک تک اعضا درخواست شود تا عوامل درج‌شده در فرم‌ها را بیان نموده و به ارائه توضیحات تکمیلی در صورت لزوم اقدام نمایند. در عین حال فردی به عنوان تسهیلگر اقدام به درج و دسته‌بندی عوامل ذکر شده بر روی تخته نماید. بدین ترتیب همزمان با مشخص شدن SDH، ارتباط آن‌ها با یکدیگر و چگونگی برهمکنش آن‌ها و تأثیر روی شاخص سلامت موردنظر ترسیم شود. نکته: موضوع بسیار مهم انتخاب تسهیلگر مناسب می‌باشد. 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 را داشته باشد.

۳. مصاحبه با عموم مردم و رابطین/داوطلبین سلامت

هدف از مصاحبه با مردم و رابطین/داوطلبین سلامت این است که بتوانیم از منظر ایشان به مشکلات سلامت نگاه کنیم و کشف کنیم عوامل اقتصادی، اجتماعی، سبک زندگی و سایر تعیین‌کننده‌ها چگونه بر سلامت ایشان تأثیرگذار هستند. برای این منظور ابتدا اقدام به طراحی راهنمای مصاحبه و سوالات موردنظر جهت پرسش از بیماران و رابطین/داوطلبین سلامت می‌نماییم. سپس اقدام به انجام مصاحبه خواهد شد. نحوه اجرای مصاحبه‌ها در فایل‌های پیوست توضیح داده شده است (پیوست شماره دو).

برای طراحی راهنمای مصاحبه و سوالات لازم است جلسه‌ای با حضور اعضای کمیته راهبری/اجرایی تشکیل گردد. در این جلسه اقدام به تهیه پیش‌نویس پرسشنامه باز و راهنمای مصاحبه می‌گردد. برای تسریع این امر پیشنهاد می‌گردد پیش‌نویس پرسشنامه نیمه ساختاریافته و راهنمای مصاحبه ابتدا توسط اعضای مرکز تحقیقات تهیه گردد و سپس در جلسه‌ای با حضور تمامی اعضای کمیته اقدام به تکمیل و نهایی‌سازی 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 متناسب‌ترین سوالات طراحی گردند.

پس از تدوین و نهایی‌سازی پرسشنامه‌های نیمه ساختاریافته اقدام به انجام هماهنگی‌های لازم برای انجام مصاحبه‌ها می‌گردد تا زمان و مکان مناسب برای انجام مصاحبه‌ها تعیین گردد.

گام‌های کلی انجام مصاحبه‌ها به صورت زیر می‌باشد:

۱. تعیین گروه‌های مصاحبه (متشکل از ۲-۳ نفر) از اعضای کمیته و همکاران مراکز خدمات جامع سلامت
۲. ارائه آموزش‌های لازم جهت انجام مصاحبه‌ها و توزیع فرم مصاحبه
۳. انجام هماهنگی‌های لازم با شبکه بهداشت شهرستان جهت تعیین روز، ساعت و مرکز موردنظر
۴. مراجعه به مرکز موردنظر؛ معرفی مصاحبه‌کنندگان به مدیریت مرکز و کسب اجازه جهت انجام مصاحبه
۵. انجام مصاحبه با حداقل سه نفر از بیماران و افرادی که آن مشکل را ندارند و یک نفر از اعضای تیم ارائه‌دهندگان خدمات سلامت
۶. پیاده کردن مصاحبه‌های انجام‌شده و استخراج مهم‌ترین تعیین‌کننده‌های اجتماعی بر اساس مصاحبه‌های انجام‌شده

نحوه انجام مصاحبه‌ها نیز به صورت زیر خواهد بود:

۱. در مکان تعیین‌شده توسط همکاران مرکز خدمات جامع سلامت مستقر شوید.
۲. پس از ورود مصاحبه‌شونده، خودتان را معرفی کنید و توضیحی مختصر در مورد هدف از مصاحبه ارائه دهید، از واژه‌های قابل درک توسط مصاحبه‌شونده استفاده کنید و از به کار بردن اصطلاحات ناآشنا خودداری کنید.
۳. در مورد محرمانه ماندن مصاحبه و اطلاعات ارائه‌شده توسط مصاحبه‌شونده به او اطمینان دهید و سپس برای ضبط کردن مصاحبه از او اجازه بگیرید. در صورت عدم موافقت، از او اجازه نخواهید تا نکات مهم صحبتش را یادداشت کنید.
۴. تماس چشمی با مصاحبه‌شونده داشته باشید و در صورت راحت نبودن مصاحبه‌شونده، اصراری بر این کار نداشته باشید.
۵. به حالات مصاحبه‌شونده در حین پاسخ دادن به سوالات، حرکات بدن، نحوه پاسخ دادن به سوالات دقت کنید.
۶. بهنگام پرسیدن سوالات از واژه‌های قابل درک توسط مصاحبه‌شونده استفاده کنید و از به کار بردن اصطلاحات ناآشنا خودداری کنید.

۷. به مصاحبه‌شونده فرصت کافی برای پاسخ دادن به سوالات بدهید.
 ۸. اگر مصاحبه‌شونده متوجه سوال نشد سعی کنید با بیان نمونه‌هایی او را راهنمایی کنید اما مستقیماً پاسخ را به او القا نکنید.
 ۹. در انتهای مصاحبه از مصاحبه‌شونده بخواهید اگر موضوع دیگری حتی بدون ارتباط مستقیم با موضوع مصاحبه به ذهنش می‌رسد با شما در میان بگذارد (گاهی موضوعات ظاهراً غیر مرتبط تأثیر بالایی بر موضوع مورد نظر ما دارند)
- در ادامه به ارائه نمونه‌ای از سوالات مصاحبه با مراقبین سلامت (ارائه‌کنندگان خدمت) و مردم پرداخته شده است. این راهنما در قالب یک مثال ارائه شده است (شناسایی تعیین‌کننده‌های اجتماعی مؤثر بر شاخص شیوع دیابت از منظر رابطین / داوطلبین سلامت و مردم)

راهنمای بازدید و مصاحبه برای شناسایی تعیین‌کننده‌های اجتماعی سلامت شاخص "شیوع دیابت در افراد بالای ۳۰ سال"

نام مرکز بازدید شونده:

تاریخ مراجعه:

مصاحبه‌کنندگان:

روش بازدید و مصاحبه:

- مصاحبه با ارائه‌دهندگان خدمت
- مصاحبه گروهی با مراجعه‌کنندگان (افراد مبتلا به دیابت و غیردیابتی‌ها)
- مشاهده سامانه ثبت پرونده‌های بیماران
- بازدید از محیط ارائه خدمت (بر اساس چک لیست نظارتی گسترش شبکه)

مصاحبه با ارائه‌دهندگان خدمت

عنوان ارائه‌دهنده خدمت: طول مدت اشتغال: جنسیت:

۱. بیماری دیابت به‌عنوان یکی از موضوعات اولویت‌دار برای بهبود و ارتقاء از سوی دانشگاه و شبکه بهداشت و درمان شهرستان انتخاب شده است. به‌عنوان سوال اول لطفاً کمی در مورد فرایند پیشگیری، غربالگری و شناسایی بیماران دیابتی و ارائه خدمت و پیگیری در این مرکز توضیح دهید (واکاوی کنید: اکتیو یا پاسیو بودن فرایندها). به نظر شما عوامل مؤثر (تسهیل‌کننده، موانع) در این فرایندها کدامند؟

۲. به نظر شما عوامل مرتبط با بالا بودن شیوع و بروز دیابت / کنترل آن در جمعیت این منطقه چه می‌باشد؟ (می‌توانید بپرسید شیوع دیابت این عوامل چه ارتباطی دارد: سبک زندگی، سواد سلامت فرد، درک از بیماری، درآمد، هزینه‌های مسکن و...، مشکل رفت‌وآمد، تحصیلات فرد، فرهنگ، اعتقادات، ارزش‌های اجتماعی فرد و خانواده از جمله حمایت اجتماعی، عوامل مربوط به مرکز خدمات 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؟)

۳. به نظر شما عوامل مؤثر در مراجعه منظم / نامنظم بیماران مبتلا به دیابت چیست؟ (می‌توانید بپرسید شیوع دیابت این عوامل چه ارتباطی دارد: عوامل مرتبط با سبک زندگی، سواد سلامت فرد،

درک از بیماری، درآمد، هزینه‌های مسکن و...، مشکل رفت‌وآمد، تحصیلات فرد، فرهنگ، اعتقادات، ارزش‌های اجتماعی فرد و خانواده از جمله حمایت اجتماعی، عوامل مربوط به مرکز خدمات جامع سلامت مانند کمبود پزشک یا مراقب سلامت، جامعیت خدمت، فضای مرکز از نظر وسعت، تمیزی، تسهیلات، دوری از آزمایشگاه یا داروخانه، دسترسی راحت، محدودیت ساعت ارائه خدمت، زمان انتظار، پیگیری، همکاری نهادها)

۴. به نظر شما چه اقداماتی می‌تواند منجر به کنترل بهتر دیابت در جمعیت این منطقه شود؟ لطفاً اقدامات مؤثر را به تفکیک بخش سلامت و سایر بخش‌ها بیان کنید (واکاوی کنید: بهبود فرایند پیشگیری، غربالگری و شناسایی بیماران دیابتی و ارائه خدمت و پیگیری، مراجعه و تبعیت/اثر بخشی درمان) به نظر شما چه سازمان‌هایی باید مسئول این اقدامات باشند؟
۵. به نظر تان بیشترین خدمات مرتبط با دیابت در مراکز وابسته به بخش خصوصی ارائه می‌شود یا دولتی؟ لطفاً کمی توضیح دهید.
۶. چه موضوع دیگری هست که دوست دارید در موردش صحبت کنید؟

مصاحبه گروهی با افراد غیردیابتی

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

محور اول: پیشگیری

۱. در مورد بیماری دیابت چه می‌دانید؟
۲. به نظر شما رژیم غذایی مناسب برای اینکه به دیابت مبتلا نشویم چطوری باید باشه؟ (فرد توضیح می‌دهد و ما بعد از توضیح وی رژیم مناسب دیابتی‌ها را بیان می‌کنیم) شما چقدر از این رژیم (شامل سبزیجات و میوه، گوشت و مرغ، حبوبات، غلات) در وعده‌های غذایی استفاده می‌کنید؟
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 اینکه به دیابت مبتلا نشویم چطوری باید باشه؟ (فرد توضیح می‌دهد و ما بعد از توضیح وی میزان و نوع (شدت) فعالیت فیزیکی مناسب برای پیشگیری از دیابت را بیان می‌کنیم: فعالیت سنگین که باعث می‌شود بسیار شدیدتر از حالت عادی نفس بکشید مانند بلند کردن اجسام، حفاری، فعالیت متوسط که باعث می‌شود کمی تندتر از حالت عادی نفس بکشید

- مانند دوچرخه‌سواری، فعالیت سبک مانند پیاده‌روی نرم و...). بعد می‌پرسیم: شما چقدر فعالیت بدنی در هفته (متوسط ساعت) و به‌طور روزانه (ساعت) دارید؟ چه نوع فعالیتی؟
۵. به نظر شما چه چیزهایی روی انجام فعالیت بدنی برای اینکه به دیابت مبتلا نشویم تأثیر می‌گذارد؟ (واکاوی کنید: آگاهی از خدمات، کمی دسترسی یا هزینه مکان‌ها و تسهیلات ورزشی مانند باشگاه/پیاده‌روها 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 باشد؟ (فرد توضیح می‌دهد و ما بعد از توضیح فعالیت‌های مناسب برای کاهش استرس را بیان می‌کنیم: خواب کافی، ورزش، دوری از اخبار بد رسانه‌ها). بعد می‌پرسیم: شما چه کاری برای کم کردن اضطراب خود انجام می‌دهید؟
۷. به نظر شما برای کنترل اضطراب و دلشوره چه کارهایی باید انجام بشه؟ خانواده‌ها چیکار کنن؟ دولت چیکار کنه؟
۸. به نظر شما کنترل مصرف دخانیات/الکل برای اینکه به دیابت مبتلا نشویم چطوری باید باشد؟ (فرد توضیح می‌دهد و ما اقدامات مناسب برای کنترل مصرف دخانیات را بیان می‌کنیم: خواب کافی، ورزش، پیدا کردن جایگزین برای آن، ورزش، دور کردن مواد دخانی از دسترس، توضیح وی ... را بیان می‌کنیم). بعد می‌پرسیم: شما چه کاری می‌کنین؟
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 می‌دهند؟ (درمانگاه، مطب، بهداشت، مرکز خدمات جامع سلامت، بیمارستان) به نظرتون چرا مردم برای تشخیص زودتر دیابتشون به این مراکز مراجعه نمی‌کنن؟ (واکاوی کنید: تعامل/ارتباط بیمار و ارائه‌دهنده، هزینه‌های رفت‌وآمد، هزینه تست‌های 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؟

مصاحبه گروهی با افراد دیابتی

جدول مشخصات شرکت‌کنندگان ارائه می‌شود:

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

محور دوم: کنترل

۱. در مورد بیماری دیابت چه می‌دانید؟
۲. به نظر شما رژیم غذایی مناسب برای دیابتی‌ها چطوری باید باشد؟ (فرد توضیح می‌دهد و ما بعد از توضیح وی رژیم مناسب دیابتی‌ها را بیان می‌کنیم: مصرف کمتر نمک و همچنین گوشت قرمز فرآوری شده مثل سوسیس و کالباس. مصرف بیشتر میوه و سبزیجات و مصرف چربی‌ها و مصرف کمتر شکر). بعد می‌پرسیم: شما چقدر از این رژیم مناسب در وعده‌های غذایی تون استفاده می‌کنید؟
۳. به نظر شما چه عواملی باعث میشه که مردم نتونند رژیم غذایی مناسب در این منطقه داشته باشند؟
۴. به نظر شما فعالیت بدنی مناسب برای دیابتی‌ها چطوری باید باشد؟ (فرد توضیح می‌دهد و ما بعد از توضیح وی میزان و نوع (شدت) فعالیت فیزیکی مناسب برای پیشگیری از دیابت را بیان می‌کنیم: فعالیت سنگین که باعث می‌شود بسیار شدیدتر از حالت عادی نفس بکشید مانند بلند کردن اجسام، حفاری، فعالیت متوسط که باعث می‌شود کمی تندتر از حالت عادی نفس بکشید مانند دوچرخه‌سواری، فعالیت سبک مانند پیاده‌روی نرم و...). بعد می‌پرسیم: شما چقدر فعالیت بدنی در هفته (متوسط ساعت) و به‌طور روزانه (ساعت) دارید؟ چه نوع فعالیتی؟
۵. به نظر شما چه چیزهایی روی انجام فعالیت بدنی در بیماران دیابتی این منطقه اثر می‌گذارد؟ (واکاوی کنید: آگاهی از خدمات، کمی دسترسی یا هزینه مکان‌ها و تسهیلات ورزشی مانند باشگاه/ پیاده‌روها 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 در دیابتی‌ها چطوری باید باشد؟ (فرد توضیح می‌دهد و ما بعد از توضیح فعالیت‌های مناسب برای کاهش استرس را بیان می‌کنیم: خواب کافی، ورزش، دوری از اخبار بد رسانه‌ها). بعد می‌پرسیم: شما چه کاری برای کنترل اضطراب و دلشوره تون انجام می‌دهید؟
۷. به نظر شما برای کنترل اضطراب و دلشوره چه کارهایی باید انجام بشود؟ خانواده‌ها چیکار کنند؟ دولت چیکار کند؟

۸. به نظر شما کنترل مصرف دخانیات /الکل در دیابتی‌ها چطوری باید باشد؟ (فرد توضیح می‌دهد و ما اقدامات مناسب برای کنترل مصرف دخانیات را بیان می‌کنیم: خواب کافی، ورزش، پیدا کردن جایگزین برای آن، ورزش، دور کردن مواد دخانی از دسترس، توضیح وی ... را بیان می‌کنیم). بعد می‌پرسیم: شما چه کاری برای پیشگیری انجام می‌دهید؟
۹. به نظر شما چه چیزهایی باعث می‌شود دیابتی‌ها به درستی کارهای مربوط به درمان و کنترل دیابتشون رو انجام بدهند؟ (واکوی کنید: موانع فرهنگی، هزینه درمان، عدم امکان مراجعه منظم، نداشتن استقلال برای مراجعه، دسترسی دشوار به مرکز، نداشتن وقت کافی)
۱۰. اطلاع دارید که چه مراکزی خدمات مربوط به دیابت را در این منطقه ارائه می‌دهند؟ (درمانگاه، مطب، مرکز بهداشت، مرکز خدمات جامع، بیمارستان) به نظرتون چرا مردم برای تشخیص درمان و کنترل دیابتشون به این مراکز مراجعه نمی‌کنند؟ (واکوی کنید: تعامل/ارتباط بیمار و ارائه‌دهنده، هزینه‌های رفت‌وآمد، هزینه تست‌های 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؟

مهم‌ترین تعیین‌کننده‌های اجتماعی سلامت در کشور

در این قسمت فهرستی از مهم‌ترین تعیین‌کننده‌های اجتماعی سلامت که بر اساس مطالعات برای کشور ما شناسایی شده‌اند ارائه می‌شود. این فهرست می‌تواند مرجعی برای انتخاب تعیین‌کننده‌های اجتماعی مؤثر بر شاخص‌های سلامت در سطح شهرستان قرار بگیرد (جدول ۲۱).

جدول ۲۱؛ فهرست مهم‌ترین تعیین‌کننده‌های اجتماعی سلامت در کشور

تعیین‌کننده‌های اجتماعی سلامت	مصادیق و زیرمجموعه‌ها
سیاست‌های کلان بالادستی، وضعیت اجتماعی، اقتصادی، فرهنگی کشور	فاکتورهای بین‌المللی، تحریم، فاکتورهای سیاسی، تعارض منافع، عدم اجرایی شدن سیاست‌ها، عدم وجود برنامه‌ها و سیاست‌های بلندمدت، سیستم اقتصادی، تورم عمومی، تورم بخش سلامت، ارزش‌های فرهنگی
بیکاری، شغل	بیکاری، پوشش بیمه‌ای، مشاغل غیررسمی، امنیت شغلی، آسیب‌های 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 استان‌ها، مرزنشین، حاشیه‌نشینی

تعیین‌کننده‌های اجتماعی سلامت	مصادیق و زیرمجموعه‌ها
نظام سلامت	نابرابری در مشارکت مالی، هزینه‌های کمرشکن سلامت، هزینه‌های فقرزای سلامت، پرداخت از جیب بالا، سیاست‌های نامناسب در خصوص پوشش خدمات سلامت، سیاست‌های نامناسب در خصوص پوشش جمعیت بیمه شده، سیاست‌های نامناسب در خصوص پوشش هزینه خدمات سلامت، نابرابری در دسترسی، بهره‌مندی و توزیع خدمات سلامت، عدم توزیع عادلانه خدمات، توزیع مناسب منابع انسانی بخش سلامت، نامتوازن 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 کمر بند ایمنی و کلاه ایمنی، اختلال خواب و خستگی راننده، استفاده از تلفن همراه، دید ناکافی و عدم رویت کاربران. عوامل مرتبط با خودرو یا وسایل نقلیه، شامل: عدم تناسب ابعادی و وزنی وسایل نقلیه تصادف‌کننده، استانداردهای ناکافی وسیله نقلیه، اندازه، شکل و رنگ خودرو و ایمنی آن شامل ترمز، کیسه هوا و وسایل محافظتی عوامل محیطی، شامل: کیفیت راه‌ها، دسترسی به خدمات فوریت‌های پزشکی، نشانه‌های خطراردهنده، قانون‌گذاری در خصوص ساختار حمل‌ونقل ترافیکی
ناامنی غذایی	سوءتغذیه، محرومیت، فقر، سوءتغذیه کودکان، مصرف غذای ناکافی، عادات‌های نادرست غذایی، بیماری‌های عفونی و انگلی، کمبود آب سالم و سطح پایین بهداشت محیط در برخی مناطق، بارداری‌های مکرر و کم فاصله، روش‌های نادرست تغذیه کودکان و زنان، فعالیت‌های بدنی محدود و ضایعات مواد غذایی
محیط‌زیست	آلودگی هوا، آلاینده‌های بیولوژیکی و شیمیایی، پدیده گردوغبار، 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، سوءتغذیه، 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 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، آداب‌ورسوم، 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 هر یک در کنار هم قرار گیرد، تحلیل شود و در کمیته راهبری/اجرایی نتیجه‌گیری نهایی در مورد تعیین‌کننده‌های اجتماعی هر شاخص سلامت تصمیم‌گیری شود.
- روش ساده‌تر برای اجرای این مرحله از شیوه‌نامه، استفاده از جدول ۲۱، به‌عنوان پیش‌فرضی از مهم‌ترین SDH کشور، در جلسات کمیته راهبری/اجرایی برای تعیین SDH هر شاخص است؛ به این ترتیب که بحث شود کدامیک از این تعیین‌کننده‌ها بر شاخص سلامت مورد بررسی بیشترین تأثیر 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 تأثیر را بر میزان شیوع دیابت دارند.

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

هدف اصلی بررسی اثربخشی مداخله‌ها در فرآیند شناسایی SDH این است که بتوانیم دریابیم چگونه می‌توان با شناسایی و تحلیل این عوامل، به بهبود وضعیت سلامت جامعه کمک کرد. این مداخلات می‌توانند شامل برنامه‌های آموزشی، سیاست‌های سلامت، حمایت‌های اجتماعی و غیره باشند. ارزیابی اثربخشی مداخلات سلامت به روش‌های مختلفی انجام می‌شود که شامل رویه‌ها، ابزارها و طراحی‌های مطالعه گوناگون است. در اینجا به برخی از روش‌های رایج ارزیابی اشاره می‌کنیم:

روش نظارت و ارزشیابی مستمر در ارزیابی اثربخشی مداخلات

نظارت و ارزشیابی مستمر^۱ (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 تعیین‌شده.
« ارزشیابی: سنجش اثربخشی، کارایی و تأثیرات مداخلات در مقاطع زمانی مشخص.

۲. مراحل انجام M&E

« تعیین اهداف و نتایج موردنظر.
« 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 تعیین شده.
- « تهیه گزارش‌های منظم برای ذینفعان شامل اطلاعات درباره پیشرفت، چالش‌ها و موفقیت‌ها.
- « ارائه پیشنهادات برای بهبود مداخلات براساس داده‌های جمع‌آوری شده.

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 قابل توجهی داشته باشد.

« آموزش و توانمندسازی: نیاز به آموزش تیم‌ها به منظور جمع‌آوری و تحلیل داده‌ها
به صورت مؤثر.

تحلیل پیشرفت و پیگیری

روش تحلیل پیشرفت و پیگیری برای ارزیابی اثربخشی مداخلات سلامت^۱ به بررسی تغییرات در
وضعیت سلامت و تعیین‌کننده‌های اجتماعی قبل و بعد از مداخله که می‌تواند شامل اندازه‌گیری
شاخص‌های مشخص سلامت باشد، می‌پردازد.

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 نمونه‌برداری (تصادفی، غیردلخواه، یا
جنبه‌های دیگر).

« تعریف متغیرها و معیارهای خروجی: شناسایی و تعریف متغیرهای مستقل
(مداخله) و وابسته (نتایج) و تعیین معیارهایی برای اندازه‌گیری نتایج؛ مشخص
کردن شاخص‌هایی که قرار است پیشرفت آن‌ها مورد ارزیابی قرار گیرد.

« جمع‌آوری داده‌ها: طراحی ابزار جمع‌آوری داده‌ها (پرسش‌نامه، مصاحبه، یا
اندازه‌گیری‌های فیزیکی) و انجام جمع‌آوری داده‌ها 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 درجه‌ای است که مداخله به اهداف خود نزدیک می‌شود.

« پیگیری و جمع‌آوری داده‌های پیگیری: جمع‌آوری داده‌ها در زمان‌های تعیین شده برای
پیگیری اثرات مداخله و اندازه‌گیری دوره‌های زمانی متفاوت (کوتاه مدت و بلندمدت).

« تحلیل داده‌ها: استفاده از روش‌های آماری مناسب برای تجزیه و تحلیل داده‌های
جمع‌آوری شده و مقایسه نتایج پیشرفت شاخص در دوره‌های قبل و پس از مداخله.

« تفسیر نتایج و بازخورد: تفسیر نتایج دریافت شده و ارائه بازخورد به ذینفعان/ذینفعان،
شامل ارائه توصیه‌ها و راهکارها بر مبنای نتایج.

« مستندسازی و انتشار: ثبت تمامی مراحل و نتایج در یک گزارش جامع.

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^۱ در ارزیابی اثربخشی مداخلات سلامت به جمع‌آوری و تجزیه و تحلیل داده‌هایی که به‌صورت غیر عددی 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 غیرقابل اندازه‌گیری
و مستقل از متغیرهای کمی کمک کنند و بر درک عمیق‌تری از مداخلات سلامت در جامعه
تأثیرگذار باشند.

تحلیل هزینه-اثربخشی

تحلیل هزینه-اثربخشی^۱ 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، ازکارافتادگی).
« 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 مرگ‌ومیر، یا بهبود وضعیت سلامت باشد.

« استفاده از معیارهای استاندارد: معیارهایی مانند سال‌های زندگی تعدیل شده با کیفیت (QALYs) یا سال‌های زندگی (DALYs) معمولاً به‌عنوان 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

« 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^۱ یک نوع طراحی ارزیابی مداخلات سلامت هستند که به‌طور هم‌زمان داده‌ها را از یک جمعیت خاص جمع‌آوری می‌کنند. این روش به‌ویژه در ارزیابی اثربخشی مداخلات سلامت کاربرد دارد.

مراحل اجرایی

۱. تعریف هدف مطالعه: شناسایی هدف از ارزیابی، مانند ارزیابی تأثیر 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.

۳. 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.

۴. 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 تأثیر عوامل مختلفی قرار گیرند.

۵. 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.
- « 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 به‌عنوان 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 (به دلیل ذات مقطعی).
- « عدم انعطاف‌پذیری در مورد زمان (فقط یک نقطه زمانی را می‌سنجد).

مطالعات طولی

مطالعات طولی^۱ 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 به‌دست آمده مورد تجزیه و تحلیل قرار می‌گیرند.

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^۱، 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 هدفمند است.

« وجود گروه کنترل: گروه کنترل معمولاً مداخله مورد بررسی را دریافت نمی‌کند و می‌تواند یک درمان جایگزین یا هیچ درمانی نباشد. این گروه به‌عنوان معیاری برای مقایسه با گروه مداخله عمل می‌کند.

« مداخله مشخص: مداخله‌ای که مورد بررسی قرار می‌گیرد (می‌تواند یک دارو، درمان، یا برنامه آموزشی باشد) به‌وضوح تعریف شده و به گروه مداخله ارائه می‌شود.

« نتایج: نتایج یا متغیرهای وابسته به‌طور دقیق تعریف می‌شوند و معمولاً شامل معیارهای کلیدی برای بررسی اثربخشی مداخله هستند.

« مراقبت از پیگیری: اطمینان از اینکه تمام شرکت‌کنندگان در طول دوره مطالعه تحت شرایط مشابه قرار دارند، پیگیری منظم انجام می‌شود.

۲. مزایا

« کاهش سوگیری: طراحی تصادفی‌سازی کمک می‌کند تا تأثیر مداخله را به‌طور دقیق‌تری ارزیابی کنیم.

« شواهد قوی: RCT ها معمولاً به‌عنوان «استاندارد طلایی» برای تحقیقات بالینی شناخته می‌شوند و می‌توانند شواهد قوی برای تصمیم‌گیری‌های بالینی ارائه دهند.

« قابلیت تعمیم: اگر گروه نمونه به‌درستی انتخاب شده باشد، نتایج می‌توانند به جمعیت‌های بزرگ‌تر تعمیم یابند.

۳. چالش‌ها

« هزینه و زمان: انجام RCT ها معمولاً هزینه‌بر و زمان‌بر است.

« مسائل اخلاقی: برخی از مداخلات ممکن است از نظر اخلاقی قابل توجیه نباشند، به‌ویژه اگر یکی از گروه‌ها به درمان مؤثری دسترسی نداشته باشد.

« پیچیدگی: طراحی و اجرای RCT ها مستلزم دقت و مهارت‌های فنی بالاست.

پیشنهاد می‌گردد:

- روش‌های مطرح شده در این پیوست برای ارزیابی اثربخشی مداخلات، روش‌های مطلوب می‌باشند که استفاده از ترکیبی از این روش‌ها معمولاً می‌تواند به ارائه یک تصویر کامل‌تر و دقیق‌تر از اثربخشی مداخله کمک کند.
- روش ساده‌تر برای اجرای این مرحله از شیوه‌نامه، استفاده از روش مقایسه میزان یک شاخص قبل و بعد یک مداخله مشخص می‌باشد. مثلاً اگر یکی از مداخلات بین بخشی SDH محور برای بهبود شاخص شیوع دیابت، توسعه زیرساخت‌های ورزشی در فضاهای سبز باهدف بالابردن فعالیت فیزیکی افراد باشد، اثربخشی تأثیر این مداخله به این شکل خواهد بود که میزان شاخص دیابت قبل و بعد از انجام این مداخله مقایسه می‌شود. در صورت کم شدن شیوع دیابت، می‌توان یکی از دلایل بهبود شاخص را به این مداخله نسبت داد.

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

- مدت زمان بروز تأثیرات مداخلات و اثربخشی آن‌ها، با توجه به نوع مداخله متفاوت می‌باشد. اثر یک مداخله می‌تواند کوتاه‌مدت، بلندمدت و میان‌مدت باشد. این مورد برای در نظر گرفتن زمان مقایسه میزان شاخص مهم می‌باشد.
- 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 موردبررسی متأثر از مداخلات، تغییرات و تحولاتی غیر از مداخله اعمال شده شما باشد نیز مهم است.