



دانشگاه علوم پزشکی و خدمات
بهداشتی درمانی گلستان



کتابچه خلاصه آثار

همایش کشوری

کارنامه اجتماعی سلامت

۲۴ آبان ۱۴۰۲

(دارای امتیاز فرهنگی)

مجربان: مرکز مطالعات و توسعه آموزش علوم پزشکی و دانشکده پرستاری و مامایی

با همکاری:

معاونت فرهنگی و دانشجویی

معاونت آموزشی

- رئیس همایش: دکتر جهانبخش اسدی
- دبیر علمی همایش: دکتر لیلا (مهستی) جویباری
- دبیر اجرایی همایش: دکتر مازیار رستمی

دبیران دانشجویی همایش:

- دبیران علمی: زهرا طالبی، فرزانه مختاری
- دبیران اجرایی: صبا پولائی، الهام فقیهی

کمیته علمی / داوری

- دکتر جهانبخش اسدی
- دکتر مازیار رستمی
- دکتر معصومه محمد رحیمی
- دکتر فاطمه مهرآور
- دکتر اکرم ثناگو
- دکتر لیلا جویباری

دانشجویان

- صبا پولائی: دانشجوی کارشناسی
- زهرا طالبی: دانشجوی دکترا
- الهام فقیهی: دانشجوی کارشناسی
- علی کاوسی: دانشجوی دکترا
- فرزانه مختاری: دانشجوی دکترا

کمیته اجرائی

- فرزانه مختاری: دانشجوی دکترا
- صبا پولائی: دانشجوی کارشناسی
- زهرا طالبی: دانشجوی دکترا
- الهام فقیهی: دانشجوی کارشناسی
- دکتر مازیار رستمی: جانشین مدیر EDC دانشگاه
- دکتر لیلا جویباری: سرپرست دانشکده پرستاری و مامایی
- دکتر معصومه محمد رحیمی: مدیر فرهنگی دانشگاه
- دکتر فاطمه مهرآور: هیات علمی
- علی کاوسی: دانشجوی دکترا
- علی جنتی عطایی: پشتیبانی فنی
- محمد رضا مخبریانی: پشتیبانی فنی
- صدیقه نوروزی: روابط عمومی و مکاتبات
- رقیه السادات حسینی: دبیرخانه
- سید علی سادات مدنی: دبیرخانه
- طیبه نوشک: تدارکات

فهرست سخنرانی ها

ردیف	صاحبان اثر	عنوان اثر	نوع ارائه
۱	محمد احمد پور، شهلا رحیمی، طاهر توکلی، زاهد رحیمی	تاسیس درمانگاه خیریه شفاگستر بانه	سخنرانی
۲	مریم مظاهری، مریم خرمی زاده	طراحی، اجرا و ارزشیابی برنامه آموزشی نسخه نویسی اجتماعی با تأکید بر عوامل اجتماعی موثر بر سلامت در برنامه درسی بهداشت	سخنرانی
۳	عبدالرحیم حزینی	طب تسکینی: حمایت و مراقبت از بیماران صعب العلاج	سخنران مدعو
۴	محمدحسین دلشاد، فاطمه پورحاجی، فهیمه پورحاجی، حسین ابراهیمی پور، عاطفه اسداله زاده، فرزانه یعقوبی، مرجان کمالی، نرگس بادب	طراحی، اجرا، استقرار و ارزشیابی پایگاه های آموزشی تحقیقات سلامت اجتماعی از طریق تعیین الگوی هماهنگ و مرجع محور در جهت عملیاتی سازی نظام آموزش پزشکی پاسخگو در کشور	سخنرانی
۵	لیلا جویباری	روایت پژوهی: روایت ها همه جا هستند!	سخنرانی
۶	جواد زارعی، مریم حدادزاده شوشتری، ماریا چراغی، بهاره قوامی حسین پور	ایجاد بانک اطلاعاتی برای پشتیبانی از تحقیقات در مورد COVID-19 در دانشگاه علوم پزشکی جندی شاپور اهواز	سخنرانی
۷	سودابه وطن خواه، اعظم چوپانی، سیدحسن ارکیان	مشارکت جامعه در شرایط پاندمی چگونه می تواند در روستاها به نظام سلامت کمک کند؟	سخنرانی
۸	زهرا سبزی	مشارکت داوطلبانه در فعالیت جامعه محور: هیات علمی به عنوان سفیر سلامت	سخنرانی

فهرست سایر آثار پذیرفته شده (پوستر / پروپوزال / فیلم)

ردیف	صاحبان اثر	عنوان اثر	نوع ارائه
۱	محمدحسین دلشاد، فاطمه پورحاجی، حسین ابراهیمی پور، عاطفه اسداله زاده، فرزانه یعقوبی، مرجان کمالی، نرگس بادب	بهره‌مندی از مشارکت‌های مسئولیت‌پذیری اجتماعی توسط شرکت‌ها و بنگاه‌های اقتصادی در حوزه عدالت و تعالی سلامت منطقه	پوستر
۲	محمدحسین دلشاد، فاطمه پورحاجی، حسین ابراهیمی پور، عاطفه اسداله زاده، فرزانه یعقوبی، مرجان کمالی، نرگس بادب	تولید محتواهای آموزشی چند رسانه‌ای جهت توانمندسازی و آموزش سمن‌ها و موسسات خیریه فعال در حوزه سلامت در شهرستان تربت حیدریه	پوستر
۳	محمدحسین دلشاد، فاطمه پورحاجی، حسین ابراهیمی پور، عاطفه اسداله زاده، فرزانه یعقوبی، مرجان کمالی، نرگس بادب	استقرار عملیاتی حوزه توسعه اجتماعی و ارتقاء سلامت دانشگاه: استراتژی میانجی و هماهنگ کننده برای دستیابی به سلامت همه جانبه در راستای نیل به توسعه مشارکت‌های اجتماعی دانشگاه علوم پزشکی	پوستر
۴	محمدحسین دلشاد، فاطمه پورحاجی، حسین ابراهیمی پور	بهبود کنترل و پیشگیری از COVID-19 از طریق بهره‌گیری از تاثیر مشارکت اجتماعی بخش تشکل‌های اجتماعی مردم نهاد در شهرستان تربت حیدریه	پوستر
۵	محمدحسین دلشاد، فاطمه پورحاجی، حسین ابراهیمی پور، عاطفه اسداله زاده، فرزانه یعقوبی، مرجان کمالی، نرگس بادب	بهبود سازی اردوهای جهادی در مناطق محروم به منظور محرومیت زدایی از اقشار آسیب‌پذیر جامعه از طریق ارائه خدمات سلامت رایگان درمانی و بهداشتی	پوستر
۶	سیده فاطمه رحیمی	یک تجربه موفق از پاسخگویی اجتماعی سلامت	پوستر
۷	حسین حشمتی، یوسف سادات، نگین شریفی	پاسخگویی اجتماعی و عدالت آموزشی (برپایی ایستگاه سلامت در سطوح مختلف شهری شهرستان بندرلنگه)	پوستر
۸	مریم عسکری زاده ماهانی، معصومه قاسمی، ندا محمدی نیا	طراحی اجرا و ارزیابی آموزش اخلاق حرفه‌ای به دانشجویان پرستاری کارورز در بخش اورژانس بر اساس رویکرد یادگیری مسئله محور با تاکید بر بازاندیشی	پوستر
۹	فاطمه ولی زاده، سیده فاطمه قاسمی، کبری کریمی، فاطمه محمدیپور، ماندانا ساکی	جشنواره مراقبت مشفقانه به نفع کودکان مناطق سیل‌زده: ادغام آموزش مسوولیت‌پذیری اجتماعی در دروس پرستاری کودکان	پوستر
۱۰	لیلی صالحی	کنترل همه‌گیری کرونا مصادف با موج اول: گروه هدف: عامه مردم	پوستر
۱۱	حبیبه سلطانی	خلاصه‌ای از فعالیتهای مددکار اجتماعی در موسسه خیریه بیمارستان	پوستر
۱۲	مسعود تراپ پور طرقي، سعید جلوای، محمد رضا الهی، یداله طاهری، محمود صادقی، جاسم صالحی	تجربه موفق استفاده از پتانسیل نیروی دانشجویی در بحران کووید-۱۹	پوستر

۱۳	علی اشرف عیوضی	کارنامه اجتماعی و تأثیر آن بر عملکرد حرفه ای استادان علوم سلامت	پوستر
۱۴	سارا محمدی زائر، محمد علی ترکمان عزیزی	نقش فعالیت‌های اجتماعی در حوزه درمان: تقویت شبکه‌های اجتماعی و حمایت اجتماعی	پوستر
۱۵	زهرا طالبی، غلام رضا محمودی شن	فعالیت های داوطلبانه یک مسئولیت اجتماعی	پوستر
۱۶	نبی الله مروی، زهرا سبزی، علی اکبر عبدالهی	نگرش پرستاران به سالمند و ارتباط آن با حساسیت اخلاقی آنها در مراکز آموزشی دانشگاه ...	پوستر
۱۷	لیلا مختاری، مریم قینرلو، مهسا محمود لویی، مینا شهبابی، زیبا سبحان وردی	تجربه آموزش به مادران در مدارس در راستای پیشگیری و کنترل شپش سر دانش آموزان و اعضای خانواده	پوستر
۱۸	مریم موسی زاده، شیرین حسینی	فعالیت طرح پایش سلامت ویژه جوانان و سلامت روان دانشجویان بین الملل (غیر ایرانی)	پوستر
۱۹	فاطمه باقرنژاد، زهرا واحدانی نیا	آموزش سلامت به کودکان در مهد کودک یک اقدام پژوهی	پوستر
۲۰	انسبیه جمشیدی، حسن افتخار اردبیلی، سیدرضا مجدزاده، حسین ملک افضل، احمدرئیسی، رویا صادقی، احمدعلی حنفی بجد	طراحی و بررسی اثربخشی برنامه ارتباطی در ارتقای همکاری ذی نفعان در حذف بیماری مالاریا در ایران	پوستر
۲۱	فاطمه مهر آور، نیلوفر مینایی، شریفه گری، کیمیا مجتهدی، زینب لک زایی، رثوف احمدی، معصومه محمدرحیمی، لیلا جویباری، اکرم ثناگو، الهام لطفعلی، حمیده منجری، غلامرضا محمودی، علی کاووسی، کوروش هلاکوئی نائینی	ارزیابی سلامت جامعه به منظور شناسایی مشکلات روستای ابراهیم آباد انجیراب: گامی در راستای تقویت پاسخگویی اجتماعی برنامه درسی کارآموزی پرستاری بهداشت جامعه	پوستر
۲۲	زهرا ناصحی، اکرم ثناگو، لیلا جویباری	می بینی خیلی از هم دور نیستیم! معرفتی یک دهه تجربه مشاوره های از راه دور برای بیماران با بیماری نادر	پوستر
۲۳	فاطمه رضایی، آرزو کردیان	همه آدم ها، شایسته یک زندگی خوب هستند : تجربه آموزش رایگان در فضای مجازی به کنکوری ها و استخدامی های وزارت بهداشت	پوستر
۲۴	فاطمه رضایی، آرزو کردیان	تجربه آموزش به بیماران به عنوان خدمتی داوطلبانه	پوستر
۲۵	هادی ساوری	مشاوره های رایگان پرستاری از دوران همه گیری کووید ۱۹ تا به کنون برای جامعه؛ خدمتی داوطلبانه، موثر و کارآمد با هدف ارجاع صحیح و به موقع مددجویان	پوستر
۲۶	صبا پولایی، فرزانه مختاری، اکرم ثناگو، لیلا جویباری	یک سفر تحول آفرین: روایتی از بودن در کمیته های پژوهشی دانشجویان	پوستر

۲۷	فرزانه مختاری	برای آموزش به بیمار هم وقت بگذاریم؛ تجربه فعالیت های آگاهی	پوستر
۲۸	فاطمه سوخک، زهرا سیفی، محمد رفیع بذرافشان	چالش های پذیرش واکسیناسیون COVID-19 در بین دانشجویان پیراپزشکی: یک مطالعه کیفی	پوستر
۲۹	غلامرضا محمودی شن، سارا سقالی، محمدتقی بادله	تأثیر راه رفتن گروهی در آب بر سطح شادکامی زنان سالمند	پوستر
۳۰	ملاحت علیجان زاده، نسربین نظری، یلدا موسی زاده	بررسی علل عدم مراجعه سالمندان بالای ۶۰ سال جهت دریافت مراقبت از مراکز جامع خدمات سلامت شهرستان خلخال	پوستر
۳۱	دکتر افشین احمدوند، راحله نظیری، فیروزه مقدسی، سمیه چراغی، دکتر سازور، لیلا نجفی تبار، فاطمه عبدلی، ملیحه سادات میرخباز، زهرا ملایی، مجید رئیسی	بازتوانی روانی اجتماعی در دانشگاه علوم پزشکی کاشان	پوستر
۳۲	قدیر پوربایرامیان	بررسی عوامل مؤثر بر پاسخگویی آموزش علوم پزشکی در مناطق روستایی با استفاده از مدل ساختاری تفسیری ISM	طرح پژوهشی
۳۳	فائزه خنجریان، رضا مرادی آزادبخت، فاطمه ولیزاده	ا دلک درمانی بر روند درمان و بهبودی و ارتقا روحیه کودکان بستری	فیلم
۳۴	فائزه خنجریان، رضا مرادی آزادبخت، فاطمه ولیزاده	حیوان درمانی بر میزان درد، استرس و اضطراب کودکان بستری در بخش اطفال	فیلم

سخنرانی

تجارب عملی حمایت طلبی در حوزه سلامت

تاسیسی درمانگاه خیریه شفاگستر بانه

(سخنرانی)

دکتر محمد احمدپور^۱، شهلا رحیمی، طاهر توکلی، زاهد رحیمی

۱. محمد احمدپور، دکترای آموزش و ارتقای سلامت، استادیار گروه بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی مراغه، مراغه،

ایران.

ایمیل: moahmadpour5885@gmail.com

مقدمه: شهرستان بانه یکی از شهرستانهای استان کردستان در غرب ایران است. جمعیت این شهرستان بر طبق سرشماری سال ۱۳۹۵، برابر با ۱۵۸۶۹۰ نفر بوده است

مشکلات سلامت شهرستان بانه شامل: وجود تعداد زیادی از بیماران خاص نیازمند کمکهای فوری که اکثراً به شهرستانهای مجاور مرجعه می کردند. وجود تنها یک بیمارستان عمومی در سطح کل شهرستان و مواجهه با حجم انبوه مسافری و عدم پاسخگویی به نیازهای موجود. کمبود تجهیزات پزشکی و درمانی از جمله دستگاه CT-Scan در نظر گرفته شد.

مراحل انجام حمایت طلبی جهت تاسیس انجمن حمایت از بیماران خاص به ترتیب شامل: تحلیل مخاطبان و موقعیت، برنامه ریزی استراتژیک و تدوین سند حمایت طلبی، بسیج منابع، اقدام، ارزشیابی و استمرار بود.

راهبردهای اساسی جهت تشکیل انجمن:

تشکیل ائتلاف با اداره بهزیستی و انجمن خیرین سلامت شهرستان

تدوین مستندات لازم و کافی جهت ارائه به ارگانهای مربوطه

استفاده از رسانه های محلی (خبرنامه شهرستان)

انجام لابی با فرماندار، شهردار و سایر مسئولین شهرستان

تاسیس درمانگاه خیریه شفاگستر شهرستان بانه	برگزاری سمینار مشکلات حوزه سلامت شهرستان با شرکت عموم مردم
	

در این درمانگاه ارائه کلیه خدمات درمانی به بیماران تحت پوشش انجمن و بستگان درجه یک آنان رایگان می باشد و خدمات دهی به سایر بیماران با تعرفه های مناسب انجام خواهد پذیرفت و عواید حاصل از درمانگاه پس از کسر هزینه های جاری صرف کمک به بیماران نیازمند و خرید تجهیزات جدید پزشکی می گردد .

اتاق بیماران تحت نظر	اتاق ویزیت بیماران
	

خرید دستگاه CT-Scan در سال ۱۳۹۰ (اوج تحریم ها) از طریق کمکهای مردمی



فعالیت های دیگر انجمن:

ارائه گزارش به مردم به منظور اعتماد سازی، برگزاری جلسه سالانه مجمع عمومی انجمن

تشکیل سایت انجمن



طراحی، اجرا و ارزشیابی برنامه آموزشی نسخه نویسی اجتماعی با تأکید بر عوامل اجتماعی موثر بر سلامت در برنامه درسی بهداشت کارورزان پزشکی دانشگاه علوم پزشکی دزفول

(سخنرانی)

مریم مظاهری^۱؛ مریم خرمی زاده^{۲*}

۱- مریم مظاهری، استادیار گروه پزشکی اجتماعی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی دزفول، دزفول، ایران.

۲*-مریم خرمی زاده، استادیار گروه فیزیولوژی پزشکی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی دزفول، دزفول، ایران.

Email: mkhorami76@yahoo.com

مقدمه: با توجه به نیازهای اجتماعی بیماران، ضرورت گنجانده شدن نسخه نویسی اجتماعی در سرفصل برنامه درسی دانشجویان پزشکی احساس و مطالعه حاضر با هدف آشنایی با دیدگاه SDH و شیوه ارجاع به افرادی که بتوانند مشکل فرد را اصلاح و شرایط زندگی او را ترمیم نمایند و اصول نسخه نویسی اجتماعی انجام شد.

گزارش تجربه: با استفاده از الگوی لوین، مداخله در فیلد بهداشت مقطع اینترنتی دانشجویان پزشکی در سالهای ۹۹-۹۷ برای ۳۸ کارورز در دانشگاه علوم پزشکی دزفول انجام گرفت. پس از برگزاری جلسات (plan phase)، یک کیس اجتماعی انتخاب و نسخه اجتماعی نگارش شد (act phase). سپس سایر دانشجویان نسخه تجویز شده را بررسی (observe phase) و نقاط ضعف و قوت مشخص گردید (reflect phase). نهایتاً نتایج توسط الگوی کرک پاتریک ارزشیابی شد.

نتیجه گیری: نتایج نشان داد در سطح reaction، ۶۳/۱۴ درصد با کاربردی بودن نسخه نویسی اجتماعی و ۶۸/۴۲ درصد با مفید بودن آن برای آینده کاری موافق بودند. ۹۷/۳۶ درصد آشنایی با بستر جامعه و ۷۸/۹۳ درصد بررسی SDH و نسخه نویسی اجتماعی را لازم می دانستند. در سطح learning، بیش از ۹۰ درصد نمره کل کسب گردید. نتایج سطح behavior شامل علاقمندی، دلسوزی و پیگیری مشکلات مردم و سطح results، توانمندسازی و ترمیم شرایط زندگی ناسالم افراد بود. نتایج مثبت امیدوار کننده نشان میدهد، نسخه نویسی اجتماعی، میتواند یکی از راههای حمایت از مراقبتهای اولیه بهداشتی معرفی شود.

چالش های تجربه: با توجه به اینکه کوریکولوم درسی دانشجویان به گونه ای است که فقط به مسائل درمانی پرداخته می شود، توجه به مسائل غیر پزشکی در ابتدا برای تعدادی از دانشجویان ممکن است خوشایند نباشد.

پیشنهادها: با توجه به اینکه این برنامه برای اولین بار در کشور برای دانشجویان پزشکی انجام شد، پیشنهاد می شود در کلاسهای بازآموزی پزشکان مد نظر قرار گرفته و برای دانشجویان سراسر کشور با حمایت وزارت بهداشت عملی گردد.

کلمات کلیدی: نسخه نویسی اجتماعی، عوامل اجتماعی موثر بر سلامت، دانشجویان پزشکی

طب تسکینی: حمایت و مراقبت از بیماران صعب‌العلاج

(سخنران مدعو)

دکتر عبدالرحیم حزینی
انکولوژیست، متخصص طب تسکینی

بخشی از سخنرانی آقای دکتر حزینی

در اجرایی کردن نظام سلامت یکی از نقص‌هایی که بسیار به این نظام وارد است، بحث درمان بیماران سرطانی است، ۱۸ سال قبل در تمام بیمارستان‌های انگلستان بحث "مراقبت‌های تسکینی" راه‌اندازی شد و بسیار مورد توجه قرار گرفت. اما در کشور ایران هنوز در نظام سلامت، طب تسکینی ادغام نیافته است.

نداشتن طب تسکینی در ایران، یک نقطه ضعف برای درمان و نجات بیماران سرطانی است. بسیاری از بیماران سرطانی در روند طولانی درمان مخصوصاً رادیوتراپی، متحمل هزینه‌های بسیاری می‌شوند، جدای از بحث مالی و اقتصادی، وقت، انرژی و یا هزینه‌های سوء بابت خدمات تشخیصی بیهوده، همه و همه به این دلیل رخ می‌دهد که فرد آگاهی پیدا نکرده است و این سیستم ارتباطی بین پزشک و بیمار ناقص است. بیماران سرطانی خودشان و خانواده‌شان به دلیل ترس از مرگ، از همان ابتدای تشخیص بیماری بسیار دگرگون می‌شوند و این امر ادامه درمان را با شکست مواجه کرده و فرد به سمت ناتوانی پیش می‌رود، زمانی که فرد و خانواده از نظر روحی، مالی، جسمی و ... زمین‌گیر شده است، باید مسائل و مشکلات بیمار و خانواده را نه از بعد علمی بلکه از بعد اجتماعی و انسانی مورد بررسی قرار دهیم. در خدمات تسکینی، پزشکان متخصص انکولوژیست، کار درمان بیماران سرطانی را به عهده دارند، سپس بیمار به تیم مراقبت‌های تسکینی که شامل یک پزشک عمومی، پرستار، روانشناس، متخصص تغذیه است، ارجاع داده می‌شود. طب تسکینی حلقه مفقوده درمان سرطان است و درمان سرطان بدون طب تسکینی، ناقص است، چرا که نکته مهم در درمان و شفای بیماران و بهبود شرایط آن‌ها، ناشی از تعاملات بیماران و خانواده آن‌ها با تیم طب سنتی است. در بسیاری از کشورهای دنیا، خدمات طب تسکینی به بیماران مزمن صعب‌العلاج مانند آلزایمر، سکته قلبی، بیماران آسمی و نارسایی مزمن کلیه و سرطانی، ارائه می‌شود. تیم طب تسکینی به بیمار و خانواده آن‌ها که تحت فشار روانی است می‌گوید: "شما تنها نیستید و ما در کنار شما هستیم"، و این حمایت سبب می‌شود که دلگرم به ادامه مسیر درمان باشند، و حتی اگر در لحظات پایانی مرگ بودند، مرگ راحتی داشته باشند. من با مراکز مختلف خیریه که به بیماران مبتلا به سرطان خدمات ارائه می‌دهند در ارتباط هستیم، به آن‌ها مشاوره می‌دهم، آموزش می‌

دهم و حتی به کارکنان و پرسنل این مراکز در خصوص نحوه برخورد با بیماران و خانواده آنها آموزش می دهد. خدمات طب تسکینی به نفع نظام سلامت است، چون خدمات بیهوده را کاهش می دهد، بسیاری از خدمات تشخیصی و تخصصی تنها به این دلیل است که بیماران آگاهی ندارند، اضطراب و استرس آن ها کنترل نمی شود، بسیاری از مسیرهایی را می روند به این دلیل که از همان ابتدا تشخیص اشتباه بوده است و اگر خیلی از بیماران مراقبت مناسب دریافت کنند، که این نوع مراقبت از نوع مراقبت تسکینی باشد، بسیار مطلوب خواهد بود. استقرار تیم طب تسکینی در بیمارستان ها است، اغلب افراد علاقمند در این واحد خدمت می کنند. در این واحد خدمات پزشکی، پرستاری، مددکاری و مراقبت معنوی ارائه می شود. آموزش لازم در مورد پیگیری درمان، آزمایشات ارائه می شود، به حفظ روحیه بیماران و همراهانشان بسیار کمک می شود.

طراحی، اجرا، استقرار و ارزشیابی پایگاه‌های آموزشی تحقیقات سلامت اجتماعی از طریق تعیین الگوی هماهنگ و مرجع محور در جهت عملیاتی سازی نظام آموزش پزشکی پاسخگو در کشور

(سخنرانی)

دکتر محمدحسین دلشاد^۱، دکتر فاطمه پورحاجی^۲، فهیمه پورحاجی^۳، دکترحسین ابراهیمی پور^۴، عاطفه اسداله زاده^۵، فرزانه یعقوبی^۶، مرجان کمالی^۷، نرگس با ادب^۸

آدرس نویسندگان:

۱ و ۲. استادیار آموزش بهداشت و ارتقا سلامت، گروه بهداشت عمومی، دانشکده بهداشت، مرکز تحقیقات علوم بهداشتی، دانشگاه علوم پزشکی تربت حیدریه.

آدرس ایمیل: Delshadmh1@thums.ac.ir

۳. دانشجوی دکتری تخصصی آموزش بهداشت و ارتقا سلامت، گروه آموزش بهداشت و ارتقا سلامت، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی مشهد.

۴. استاد مدیریت خدمات بهداشتی درمانی، گروه علوم مدیریت و اقتصاد سلامت، دانشکده بهداشت، مرکز تحقیقات عوامل اجتماعی موثر بر سلامت، پژوهشکده علوم پایه، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، رئیس دانشگاه علوم پزشکی تربت حیدریه.
۵ و ۷. واحد حوزه اجتماعی دانشگاه علوم پزشکی تربت حیدریه.

۶. واحد حوزه اجتماعی دانشگاه علوم پزشکی تربت حیدریه، دانشجوی پزشکی دانشگاه علوم پزشکی تربت حیدریه، مرکز تحقیقات عوامل اجتماعی موثر بر سلامت.

مقدمه: از آنجائی که سلامت موضوعی همه جانبه بوده و عوامل زیادی بر آن مؤثر است شکل گیری ساختاری که بتواند این عوامل را در مناطق تحت پوشش دانشگاه مدیریت نماید کاری دشوار ولی ممکن است. تحلیل وضعیت تولید در نظام سلامت نشان داده است که برای عملیاتی سازی سیاست‌ها در استان‌ها بستر مؤثر فراهم نیست و لازم است تا الگویی برای هماهنگی فرایندهای سیاست گذاری و برنامه ریزی سلامت برای سطح مناطق تحت پوشش دانشگاه ارائه شود. پیچیده بودن نظام سلامت و ضرورت سیاست گذاری مبتنی بر شواهد، ایجاب می‌کند تا نظام سیاست گذاری سلامت بر اساس ویژگی‌ها و معیارهای قابل قبول پایه گذاری شود. سلامت مردم یک جامعه وابسته به عوامل محیطی، ژنتیکی، شیوه زندگی و میزان دسترسی به خدمات بهداشتی درمانی است شرایط اجتماعی هر جامعه‌ای با تأثیر بر شرایط محیطی و شیوه زندگی مردم و حتی چگونگی بهره‌مندی از خدمات بهداشتی درمانی مهم‌ترین تأثیر را در وضعیت سلامت مردم دارد. بسیاری از تفاوت‌ها و نابرابری‌ها در سلامت مردم با بررسی شرایط اجتماعی قابل تفسیر و تبیین است. در راستای تحقق ارتقای سلامت مردم کمیسیون عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت

سازمان بهداشت جهانی پرداختن به عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت را توصیه نموده است تا بتوان با مشخص کردن نابرابری‌ها در سلامت گام‌هایی را برای گسترش عدالت در سلامت و در نهایت ارتقای سلامت مردم برداشت. بنابراین دانشگاه‌های علوم پزشکی پاسخگو، باید برنامه‌های آموزشی، پژوهشی و خدماتی خود را به شیوه‌ای مورد بازنگری قرار دهند که در آن اولویت سلامت جامعه، منطقه و کشور، تحت پوشش قرار گرفته باشند. زیرا پاسخگویی، جز لاینفک فلسفه وجودی مراکز آموزشی بوده و با هدف آنها که تربیت نیروی انسانی توانمند در راستای رفع آلام و پاسخگویی به نیازهای سلامت جامعه می‌باشد، آجین شده است. از سویی تحول در عدالت و تعالی نظام سلامت بدون شک یکی از بزرگترین و اثرگذارترین اقداماتی است که در هر کشوری می‌تواند ضامن رشد و توسعه پایدار در آن جامعه گردد، تا آنجا که آثار این تحول در شئون زندگی مردم نمایان شده و موجبات رضایتمندی جامعه را فراهم خواهد نمود. با عنایت به موارد مذکور و اهمیت مقوله پاسخگویی اجتماعی در نظام آموزشی علوم پزشکی، طراحی و راه اندازی نهادی مستقل در جهت پیگیری نظام مند فعالیت‌ها و اقدامات مصوب برای استقرار و پیاده سازی برنامه‌های آموزش پزشکی پاسخگو در زمینه سلامت اجتماعی امری ضروری و اجتناب ناپذیر است.

دبیرخانه دائمی آموزش پزشکی پاسخگو در این راستا به منظور ارتقای سطح پاسخگویی در دانشگاه‌های علوم پزشکی کشور در جهت دستیابی به اهداف بسته های تحول آموزش طرح ریزی گردید و همزمان با واگذاری مأموریت، طراحی و راه اندازی دبیرخانه دائمی آموزش پزشکی پاسخگو به منطقه دوم آمایشی، پیرو مصوبات بیانیه اولین همایش کشوری آموزش پزشکی پاسخگو در ۲۴/۰۵/۹۷ الی ۲۶/۰۵/۹۷، برنامه استراتژیک دبیرخانه براساس آنالیز SWOT، تدوین، بازبینی و تصویب شد و با انتصاب و تعیین اعضای کمیته‌های سیاست‌گذاری، علمی، اجرایی و دانشجویی کارگروه «دبیرخانه دائمی» تشکیل گردید تا با جلب و توسعه مشارکت سایر دانشگاه‌های علوم پزشکی مناطق آمایشی کشور، مأموریت محوله را محقق سازد. لذا پس از تأسیس مرکز تحقیقات عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت در دانشگاه علوم پزشکی تربت حیدریه، بر آن شدیم تا با یاری تمام محققین شهرستان اعم از اساتید مستقر در دانشگاه‌های شهرستان، محققین تمام دستگاه‌های شهرستان و دانشجویان فهیم تربت حیدریه و با اجرای پژوهش‌های کاربردی جلب همکاری همه سازمان‌های دولتی و غیردولتی دخیل و مؤثر در سلامت مردم گامی را در جهت گسترش عدالت در سلامت و در نهایت ارتقای سلامت مردم شریف شهرستان برداریم.

گزارش فعالیت اجتماعی انجام شده (سال اجرا و مکان اجرا و گروه هدف در این کار، روش های به کار رفته و نتایج به دست آمده و پیامدهای آن)

مساله/مشکل: تحلیل وضعیت تولید در نظام سلامت نشان داده است که برای عملیاتی سازی سیاست‌ها در استان‌ها بستر مؤثر فراهم نیست و لازم است تا الگویی برای هماهنگی فرایندهای سیاست گذاری و برنامه ریزی سلامت برای

سطح مناطق تحت پوشش دانشگاه ارائه شود. پیچیده بودن نظام سلامت و ضرورت سیاست گذاری مبتنی بر شواهد، ایجاب می‌کند تا نظام سیاست گذاری سلامت بر اساس ویژگی‌ها و معیارهای قابل قبول پایه گذاری شود. تغییرات جمعیتی و تغییر در سیمای بیماری‌ها و آسیب‌ها از یکسو، افزایش شکاف طبقاتی در جوامع چه در سطح ملی و چه در سطح بین‌المللی از سوی دیگر و نیز گرایش جوامع پزشکی به سمت ارائه خدمات تخصصی و وابسته به فناوری، لزوم بازنگری برنامه‌های آموزش علوم پزشکی را در جهان مطرح نموده است.

علیرغم این ضرورت، روند آموزش علوم پزشکی در ایران و جهان، بیانگر این واقعیت است که این آموزش‌ها، به تدریج از انتظارات و نیازهای جامعه و نظام ارائه خدمات سلامت، فاصله گرفته است با توسعه آموزش‌های علوم پزشکی و به ویژه توسعه فناوری در حوزه پزشکی، مفاهیم جدیدی که لازمه ارتقای سلامت آحاد جامعه می‌باشند، به برنامه‌های آموزشی راه یافته‌اند. علی‌رغم این امر، سهم این پیشرفت‌ها در ارتقای سطح سلامت و رفاه عمومی جامعه ناچیز بوده است. صاحب نظران نظام سلامت بر این باورند که پاسخگویی اجتماعی، چالش اصلی نظام سلامت است. به عبارت دیگر، پاسخگویی جزء جدانشدنی از فلسفه وجودی مراکز آموزشی از بدو شکل‌گیری آنها بوده و این فلسفه وجودی هرگز قابل اغماض و انکار نبوده است و نیست و این مقوله در دانشگاه‌های علوم پزشکی حائز اهمیت بیشتری است زیرا مسئولیت پاسخگویی به نیازها و انتظارات جامعه را از طریق نظام ارائه خدمات برعهده دارند.

یکی از اساسی‌ترین محورهایی که در تدوین بسته‌های تحول مد نظر بوده آموزش پزشکی پاسخگو می‌باشد که در قالب بسته تحول آموزش پاسخگو و عدالت محور تدوین و به دانشگاه‌های علوم پزشکی کلان مناطق کشور ابلاغ گردیده است.

راه اندازی پایگاه‌های تحقیقات سلامت اجتماعی، زیر مجموعه مرکز تحقیقات عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت با پشتیبانی معاونت بهداشتی دانشگاه، می‌تواند شبکه‌ای گسترده از مراکز تحقیقات سلامت اجتماعی در محدوده جمعیتی مراکز خدمات جامع سلامت، با تسهیل انجام پژوهش‌های کاربردی در حیطه سلامت اجتماعی و با تلفیق پژوهش در امر آموزش و مدیریت سلامت جامعه و هم‌چنین تأکید بر اصل عدالت در سلامت و کرامت انسانی در راستای تأمین، حفظ و ارتقای سطح سلامت جامعه نقش مؤثری را ایفا نماید.

شرح روش استفاده شده

پس از کسب مجوزهای مربوطه لازم پژوهشی و اخلاقی، چارت معتبر مطابق با سنج‌های اعتبار بخشی پایگاه‌های تحقیقات سلامت اجتماعی و برنامه‌های استراتژیک "راهبردی" و عملیاتی پایگاه‌های تحقیقات سلامت اجتماعی از طریق تشکیل کارگروه تخصصی مشترک حوزه اجتماعی دانشگاه "دبیرخانه مشارکت های اجتماعی دانشگاه"، دبیرخانه شورای سلامت و امنیت غذایی، مدیریت امور پژوهشی دانشگاه و معاونت بهداشتی و با برگزاری جلسات هم

اندیشی و بحث های گروهی تخصصی نگارش خواهد شد. سپس فضاها و تجهیزات مختص فعالیت های پژوهشی مرتبط با پایگاه های تحقیقات سلامت اجتماعی لیست و در جهت فراهم سازی آن از طریق دبیر اجرایی کمیته مشترک اقدام خواهد شد.

تعیین محل کاربرد و تخصیص بودجه های آموزشی حوزه اجتماعی دانشگاه در پایگاه های تحقیقات سلامت اجتماعی و راهنمای خط و مشی و روش اجرایی مختص سیستم آموزش پاسخگو، جامعه نگر، عادلانه و ادغام یافته در ارائه مراقبت های سلامت و کنترل و پایش آن در پایگاه های تحقیقات سلامت اجتماعی از طریق بحث گروهی در میان خبرگان کارگروه مشترک تعیین خواهد شد.

پرسشنامه "شاخص های تحقیقات سلامت اجتماعی" به عنوان ابزار کنترل و پایش در پایگاه های تحقیقات سلامت اجتماعی از طریق ادغام شاخص های تحقیقات سلامت اجتماعی طراحی و اعتبار سنجی خواهد شد. به منظور برآورد میزان روایی پرسش نامه و سوالات مطروحه در آن، از نظر خبرگان، کارشناسان و اساتید مسلط به موضوع تحقیق و پرسش نامه استفاده و اعمال نظر خواهد شد و در صورت نیاز، اصلاحات خبرگان و اساتید، محقق را از روایی پرسش نامه و تطابق موضوع با سوالات و قابلیت استفاده و به جا بودن سوالات مطروحه مطمئن ساخته و مشخص خواهد نمود که سوالات پرسش نامه تا چه اندازه قدرت توضیح دهی مدل و آزمون فرضیات را خواهند داشت. جهت محاسبه پایایی، از روش اجرای بازآزمون استفاده و آزمون های مربوط به اعتبار سنجی پرسشنامه را انجام داده و نهایتاً پرسشنامه متعبر خواهد شد.

در گام بعد ضوابط آئین نامه تاسیس پایگاه های تحقیقات سلامت اجتماعی به عنوان الگوی تحقیقات سلامت اجتماعی هماهنگ و مرجع محور که شامل درک درستی از شاخص های تحقیقات سلامت اجتماعی و مشارکت چندین متخصص در این حوزه خواهد بود و موجب ارتقای تحقیقات سلامت اجتماعی بین حرفه ای می گردد به روش دلفی با نظر خبرگان و متخصصان با تجربه طراحی، اجرا، استقرار و ارزشیابی خواهد شد.

سپس با تشکیل شورای ویژه "شورای راهبردی توسعه اجتماعی و ارتقای سلامت" در خصوص تعیین کننده های اجتماعی سلامت و سایر مشکلات اجتماعی سلامت به اولویت سنجی و گردآوری دادهای مرتبط با توسعه عوامل اجتماعی و ارتقای سلامت و تعیین کننده سلامت در پنج حوزه کلیدی اقتصاد، آموزش، بافت اجتماعی و جامعه، سلامت، محیط زیست و تاثیر آن بر سلامت از طریق اجرای پژوهش ها و مداخلات جامعه محور در جمعیت تحت پوشش پایگاه های تحقیقات سلامت اجتماعی خواهیم پرداخت.

در گام بعد با تشکیل دفتر شورای راهبردی توسعه اجتماعی و ارتقای سلامت در پایگاه های تحقیقات سلامت اجتماعی، ارتقای شایستگی علمی و فرهنگی از طریق توسعه و اجرای فعالیت های تحقیقات سلامت اجتماعی و ایجاد و تقویت

مشارکت های استراتژیک پژوهشی، مهارت ها و شایستگی های خاص محققین، دانشجویان و توسعه فعالیت های مبتنی بر شواهد در مسائل تحقیقات سلامت اجتماعی از طریق نیازسنجی آموزشی دوره ای (سه ماهه) در میان محققین، پرسنل، دانشجویان و جمعیت تحت پوشش به دنبال بهبود سلامت فردی و اجتماعی انجام و برنامه ریزی های آموزشی و بازآموزی برای هر یک از گروه های هدف انجام خواهد شد.

طراحی مطالعات هزینه اثر بخشی بلند مدت ارائه خدمات سلامت با کیفیت و جامعه محور و میان مدت تعیین اندازه اثر تحقیقات سلامت اجتماعی و تطبیق ابزارها و فرآیندهای سازمانی برای حمایت از مدل های جدید مبتنی بر شواهد سلامت از دیگر فعالیت های کمیته مشترک خواهد بود

مراحل شامل:

۱- تشکیل، راه اندازی و شروع به کار کارگروه تخصصی اعضای شورای راهبردی توسعه اجتماعی و ارتقای سلامت و اتاق فکر و سیاستگذاری برای افراد صاحب نظر

۲- بحث و توافق در خصوص اهداف مربوطه در جلسات کارگروه تخصصی، با توجه به لزوم استقرار و پیاده سازی سند استراتژیک دانشگاه و فعالیتها، اقدامات برنامه ای دانشگاه

۳- طراحی و برگزاری فراخوان همکاری محققان در حوزه اجتماعی سلامت

۴- ایجاد و دسته بندی اولویت های پژوهشی حوزه اجتماعی دانشگاه در زمینه ارزشیابی برنامه های آموزشی سلامت اجتماعی

۵- طراحی وب سایت اختصاصی پایگاه های تحقیقات سلامت اجتماعی دانشگاه

حمایت و هدایت طرح های تحقیقاتی جهت اجرا و برنامه ریزی ۶-

۷- برقراری تعاملات بین منطقه ای و بین المللی در جهت اشتراک گذاری و استفاده از تجارب دانشگاهی در سطح منطقه

۸- تدوین و انتشار بیانیه مشترک

۹- طراحی و چاپ نشریه اختصاصی با عنوان " گاهنامه حوزه اجتماعی دانشگاه " برای انتشار برنامه ها، دستاوردها و تجارب موفق مرتبط (تاکنون ۴ جلد منتشر گردیده است).

۱۰- درگیرسازی کارکنان مراکز خدمات جامع سلامت و دانشجویان رشته های مختلف سایر رشته های پیراپزشکی، پرستاری و بهداشت

۱۱- برگزاری جلسات اختصاصی مرتبط با مباحث پایگاه های تحقیقات سلامت اجتماعی به ویژه در هیات رئیسه

دانشگاه

نتیجه گیری نهایی و پیشنهادات:

نتایج حاصل از تجربه: انجام پژوهش‌های علمی کاربردی و نظام‌مند به منظور جوابگویی به نیازهای مدیران دانشگاه علوم پزشکی تربت حیدریه در مرکز یا برون‌سپاری پژوهش‌ها، در صورت ضرورت استفاده از ظرفیت‌های دانشی و فناوری افراد یا مراکز معتبر داخل و خارج دانشگاهی

ارتقاء مشارکت فعال نظام آموزشی در بررسی و بازنگری برنامه‌های درسی متناسب با نیازهای نظام سلامت و جامعه

ارتقاء مشارکت فعال نظام آموزشی در تنظیم برنامه‌های اعتباربخشی آموزشی متناسب با نیازهای آموزشی جامعه

ارتقاء کیفیت آموزش در عرصه و استقرار آموزش پزشکی در راستای سلامت اجتماعی

اصلاح استراتژی‌های آموزش و ارزیابی در راستای هدایت آموزش پزشکی در راستای سلامت اجتماعی

توسعه برنامه توانمندسازی اعضای هیئت علمی در زمینه‌ی آموزش پزشکی پاسخگو

مشارکت دادن جامعه در تدوین سیاست‌های کلی آموزش پزشکی به ویژه سلامت اجتماعی

ارتقاء مشارکت نظام آموزشی در اصلاح نظام عرضه خدمات

تدوین راهکارهای عملیاتی سازی آموزش پزشکی پاسخگو

اولویت‌بندی و انجام پروژه‌ها به صورت مشارکتی و با درگیر ساختن سفارش‌دهندگان و سایر ذی‌نفعان به صورتی که احساس مالکیت و تعلق سازمانی در آنان برای استفاده از نتایج در حوزه‌های کاری ایجاد گردد. (تحلیل ذی‌نفعان و رویکرد مشارکتی)

زمینه‌سازی و اولویت‌بخشیدن به کار تیمی با توجه به چندتخصصی بودن ماهیت اکثریت طرح‌ها

تأکید بر استفاده از بهترین شواهد علمی در دسترس در فعالیتهای مرکز (evidence based approach)، انتشار

منظم یافته‌ها و درس‌های آموخته شده از تحقیقات با توجه به اصول مدیریت دانش برای مخاطبین داخل و خارج از

مرکز در قالب سایت مرکز، انتشار خلاصه‌های سیاستی، مقاله، کتاب و گزارش، ارائه گزارش در شوراها و جلسات

دانشگاه، شرکت در اجتماعات علمی و برگزاری همایش‌ها و کنفرانس‌ها

کوشش در جلب توجه و همکاری انجمن‌های علمی، گروه‌های آموزشی، مراکز پژوهشی و سیاست‌گذاری مرتبط در

داخل کشور

فراهم نمودن شرایط مناسب برای تشویق پژوهشگران و صاحب‌نظران برجسته در همکاری با مرکز و استفاده از

ظرفیت‌های آنان

استفاده از ظرفیت فراهم شده در مرکز برای توسعه آموزش در رشته‌های مرتبط مانند مدیریت خدمات بهداشتی

درمانی، سیاست‌گذاری و اقتصاد سلامت، پزشکی اجتماعی، اپیدمیولوژی، ارزیابی فناوری سلامت، آینده‌پژوهی و...

همکاری علمی با مراکز پژوهشی، سیاست‌گذاری و آموزشی سایر کشورها و سازمان‌های بین‌المللی با رعایت قوانین و مقررات دولت جمهوری اسلامی ایران

توسعه منابع انسانی مرکز از طریق تقویت توانمندی‌های ضروری، ارزیابی مبتنی بر عملکرد، توجه به ارتقاء شغلی و حرفه‌ای، داشتن رویکرد حل مسئله و تقویت خلاقیت و نوآوری. ساختار و چارچوب همکاری پایگاه‌ها تولید متون و مقالات علمی طراحی و مانند تهیه اطلس سلامت دانشگاه

ارتقاء کیفیت آموزش در عرصه و استقرار آموزش پزشکی جامعه نگر با تدوین آیین نامه راه اندازی پایگاه‌های تحقیقات سلامت اجتماعی دانشگاه

مشارکت دادن جامعه در تدوین سیاست‌های کلی آموزش و حوزه سلامت

پیشنهادات: تعیین الگوی هماهنگ و مرجع محور شامل درک درستی از پایگاه‌های تحقیقات سلامت اجتماعی است و شامل مشارکت چندین متخصص خواهد بود و موجب ارتقای آموزش بین حرفه ای گردد.

تعیین الگوی عملی یکپارچه سازی سلامت اجتماعی در جامعه با تاکید بر ادغام توسعه یکپارچه سلامت روان در مراقبت های بهداشتی اولیه برای رفع بهتر نیازهای افراد دارای سلامت روان و مراجعین فاقد این موهبت و دارای رفتارهای پر خطر .

تعیین و تعدیل عوامل اجتماعی تعیین کننده سلامت در پنج حوزه کلیدی (تعیین کننده) اقتصاد، آموزش، بافت اجتماعی و جامعه، سلامت و محیط زیست و تاثیر آن بر سلامت از طریق اجرای پژوهش ها و مداخلات جامعه محور

تعیین و ارتقای شایستگی فرهنگی که به دنبال بهبود سلامت تحقیقات سلامت اجتماعی و ایجاد جوامع اجتماعی با آموزش ارائه دهندگان تحقیقات سلامت اجتماعی برای شناخت و رسیدگی به فرهنگ، زبان و سواد سلامت مصرف کنندگان رخ خواهد داد. آموزش در زمینه مسائل بهداشتی فعلی و نوظهور و نحوه مشارکت اجتماعی در امور اجتماعی سلامت به دانشجویان و کارکنان، تعیین اندازه اثر تحقیقات سلامت اجتماعی و تطبیق ابزارها و فرآیندهای سازمانی برای حمایت از مدل های جدید مبتنی بر تیم ارائه مراقبت سلامت، توسعه و اجرای فعالیت های پژوهشی و ایجاد و تقویت مشارکت های استراتژیک پژوهشی، مهارت ها و شایستگی های خاص کارکنان، دانشجویان و محققین، توسعه فعالیت های آموزشی مبتنی بر شواهد در مسائل تحقیقات سلامت اجتماعی، ارتقاء کیفیت آموزش در عرصه و استقرار آموزش پزشکی در راستای سلامت اجتماعی، اصلاح استراتژی‌های آموزش و ارزیابی در راستای هدایت آموزش پزشکی در راستای سلامت اجتماعی

توسعه و تثبیت برنامه توانمندسازی اعضای هیئت علمی در زمینه‌ی آموزش پزشکی پاسخگو، مشارکت دادن جامعه در تدوین سیاست‌های کلی آموزش پزشکی به ویژه سلامت اجتماعی، ارتقاء مشارکت نظام آموزشی در اصلاح نظام عرضه خدمات، استفاده از تجربیات موفق در دنیا در زمینه مشارکت اجتماعی سلامت محور، جذب منابع از سازمان‌های بین‌المللی

فراهم‌سازی عرصه پژوهش مشارکتی با وزارت بهداشت و سازمان‌های مرتبط با سلامت، فراهم‌سازی عرصه پژوهش مشارکتی با مراکز تحقیقات و دانشکده‌های تابعه دانشگاه، فراهم‌سازی عرصه پژوهش HSR و مبتنی بر جمعیت منطبق با نیازهای معاونت بهداشت و درمان برای پژوهشگران و نیز دید پژوهشی محققین، تعیین اولویت‌های تحقیقاتی در زمینه عوامل اجتماعی تعیین‌کننده سلامت در حوزه تحت پوشش دانشگاه، اطلاع‌رسانی در ارتباط با فعالیت‌های پایگاه تحقیقات سلامت اجتماعی به جامعه دانشگاهی، ترغیب پژوهشگران و دستیاران به انجام تحقیق، ارتقاء کمی و کیفی تحقیق، طراحی جدید سایت مرکز و سعی در به‌روزرودن مطالب، شناسایی ذینفعان و افزایش سطح آگاهی آنان، ترغیب ذینفعان درون و برون سازمانی در حمایت از انجام پژوهش‌ها، ترغیب ذینفعان به در نظر گرفتن عوامل اجتماعی تعیین‌کننده سلامت در تصمیم‌گیری‌های سازمانی

افزایش سطح آگاهی جامعه

حوزه دانشی: مشارکت اجتماعی سلامت محور

کلمات کلیدی: اپیدمیولوژی، آمار زیستی، عوامل اجتماعی، ژنتیک، مهندسی نرم افزار با تخصص مدل سازی

برنامه استراتژیک

مخاطبان، کاربران و موارد کاربرد این تجربه: خود، خانواده، محله / سازمان‌های مردم‌نهاد/ داوطلبان سلامت / دستیاران

تحقیق/ کارکنان علاقمند تحقیق در سلامت / اعضای هیات علمی و پژوهشگران/ کارشناس پژوهشی/ فنی پایگاه

زمان و محل وقوع تجربه: تیرماه ۱۴۰۰

روایت پژوهی: روایت ها همه جا هستند!

(سخنرانی)

دکتر لیلا جویباری

دانشکده پرستاری و مامائی، دانشگاه علوم پزشکی گلستان

jouybari@gmail.com

روایت پژوهی نوعی تحقیق کیفی است که در آن خود داستان ها به داده های خام تبدیل می شوند. این رویکرد در بسیاری از رشته ها برای کسب اطلاعات بیشتر در مورد فرهنگ، تجربیات تاریخی، هویت و سبک زندگی استفاده شده است. روایت پژوهی؛ مطالعه تجربه افراد از طریق داستان هایی که روایت می کنند، می باشد. در بستر تحقیقات روایت پژوهی، روایت به شکلی از پیام اشاره دارد که در آن رویدادها یا وقایع با استفاده از نقشه هایی به واحدهای موقتی تغییر شکل داده می شوند. تحقیقات روایتی به دو دسته تقسیم می شوند:

- روایتی پرادایمی، داستان ها را به عنوان داده هایش جمع آوری نموده تا با استفاده از روندهای تحلیلی پرادایمی، طبقه بندی و مقوله هایی از مولفه های مشترک در این پایگاه داده به دست بیاورد.
- روایتی نقل قول، به جمع آوری رویدادها و وقایع به عنوان داده هایش مبادرت ورزیده و با استفاده از روندهای تحلیلی نقل قولی، روایت های توصیفی را ایجاد می نماید.

طرح تحقیق برای گردآوری و تحلیل روایت افراد از تجربیاتشان در طول زندگی استفاده شده است و خروجی تحقیق، بیان تحقیق پژوهشی است که به صورت داستانی به مخاطب ارائه می شود. تفاوت قوم نگاری با پژوهش روایی؛ هدف مردم نگاری بررسی و درک فرهنگ و معنای آن براساس مشارکت کنندگان مختلف رفتار، ارزش، طرز تفکر و... است در حالی که در تحقیق روایی، هدف، شناخت تجربیات فردی و معنای آنهاست.

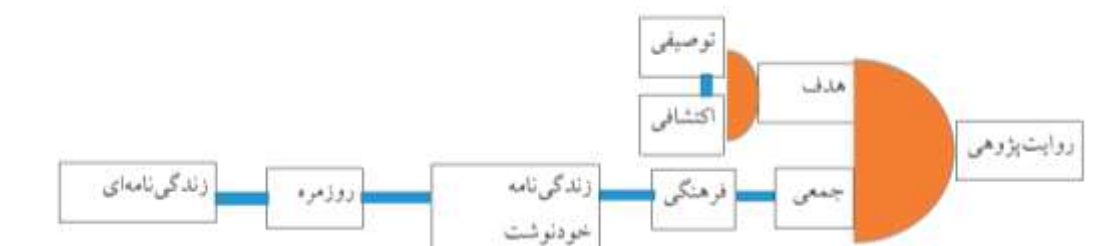
داده های روایی به روش های مختلفی مانند مصاحبه نیمه ساختار، زمینه های کامپیوتری، مکالمات نوشتاری، روش های قوم نگاری، جمع آوری می شوند. رویکرد روایی بر مبنای فرضیات و قضایایی بنیادین بنا شده است. مردم برای معنا بخشیدن به زندگی خود داستان هایی می سازند و درونی شان می کنند. این داستان های خود زندگینامه ای دارای معنای روانشناختی و قدرت بقای کافی به عنوان گزارش های روایی برای روایت به دیگران هست. این گزارش ها روایی پژوهشگران به دست روانشناسان زمینه های چون درونمایه های محتوا، ویژگی های ساختاری، صفات کارکردی و دیگر طبقه های معنای روانشناختی، اجتماعی و فرهنگی قابل تحلیل اند. پژوهشگر به منظور یافتن پاسخ برای سؤال تحقیق، به بررسی و کاوش عمیق داستان ها می پردازد زیرا هیچ پاسخ از پیش تعیین شده برای سؤالات مسئله تحقیق موجود نیست و یا اگر جوابی وجود داشت دیگر نیازی به انجام تحقیق در بافت اکتشاف نبود هرچند پژوهشگران بر اساس مطالعات و تجربیات پیشین، در ذهن خود برای سؤال تحقیق پاسخ هایی دارند.

تحقیقات روایتی در سلامت برای کمک به محققان در درک سلامت نسبی بیماران، روابط کارکنان پزشکی و بیمار یا سایر موضوعات مانند هویت و فرهنگ شخصی استفاده شده است. مسائل درمانی و بهداشتی را می توان از طریق فرآیند روایت بیان کرد. یک روایت و داستان باید سه بخش اصلی داشته باشد:

۱. زمانبندی ۲. علیت ۳. کشش و جذابیت

روایت در قالب پنج عنصر قابل ترسیم است. این پنج عنصر خط سیر اصلی داستان را می سازد.

شخصیت های داستان، محیط داستان، مسئله موجود در داستان، اقدامات شخصیت های داستان و رفع مشکل.



مراحل انجام تحقیق روایی با روش تحلیل کمی:

جمع آوری داده ها، به نوشتار درآوردن داده ها در صورت لزوم، ایجاد نظام کدگذاری، آموزش به کدگذاران و کدگذاری داده ها.

پیشنهاد به پژوهشگرانی که مصاحبه روایتی را به عنوان یکی از ابزارها گردآوری داده ها در روایت پژوهشی انتخاب می کنند:

۱. مطالعه بافت اجتماعی تاریخی زندگی مشارکت کنندگان قبل از مصاحبه
۲. توان تعامل با مشارکت کنندگان با سبک های ارتباطی مختلف
۳. جلوگیری از انجام مصاحبه با رویکرد تخلیه اطلاعاتی با کسب اطلاعات برای کنترل صحت اطلاعات ارائه شده توسط مشارکت کننده
۴. توجه به چارچوب زمانی و وقت مشارکت کننده و همچنین پژوهشگر در مصاحبه
۵. ایجاد جو اعتماد در مصاحبه
۶. ایجاد امکان برای مشارکت کنندگان جهت پرسیدن سؤال هایی درباره خودشان و پاسخ دادن به آن سؤال ها
۷. نمایش اهمیت و زمان و تلاشی که محقق برای انجام پژوهش متحمل شده است
۸. تسهیم برخی تفسیر و تعبیرها از مصاحبه با مشارکت کنندگان.

ایجاد بانک اطلاعاتی برای پشتیبانی از تحقیقات در مورد COVID-19 در

دانشگاه علوم پزشکی جندی شاپور اهواز

Design of a database to support research on COVID-19 at Ahvaz
Jundishapur University of Medical Sciences

(سخنرانی)

دکتر جواد زارعی^۱، مریم حدادزاده شوشتری^۲، ماریا چراغی^۲، بهاره قوامی حسین پور^۴

آدرس نویسندگان:

۱. دانشیار، دکترای گروه فناوری اطلاعات سلامت، دانشگاه علوم پزشکی جندی شاپور اهواز، اهواز، ایران
ادرس ایمیل: j.zarei27@gmail.com

۲. استادیار، مرکز تحقیقات آلودگی هوا و بیماریهای تنفسی، دانشگاه علوم پزشکی جندی شاپور اهواز، اهواز، ایران.

۳. استاد، مرکز تحقیقات عوامل اجتماعی موثر بر سلامت، دانشگاه علوم پزشکی جندی شاپور اهواز، اهواز، ایران.

۴. کارشناسی ارشد تکنولوژی آموزشی، معاونت آموزشی، دانشگاه علوم پزشکی جندی شاپور اهواز، اهواز، ایران.

مقدمه: همزمان با ورود بیماری کووید ۱۹ به استان خوزستان و اعلام پاندمی کووید ۱۹ از طرف سازمان جهانی بهداشت در اسفندماه ۱۳۹۹ تحقیقات در زمینه کووید ۱۹ به یکی از اولویتهای اصلی معاونت تحقیقات و فناوری اطلاعات وزارت بهداشت تبدیل شد. در همین راستا با توجه به فراخوان وزارت بهداشت و دانشگاه علوم پزشکی جندی شاپور برای تحقیقات در زمینه کووید ۱۹، درخواستهای متعدد از طرف اعضای هیئت علمی برای تحقیقات در خصوص کووید ۱۹، مطرح گردید. بررسی اولیه عناوین و پروپوزال این طرحها نشان داد که عملاً با توجه به نگرانیها و ترس زیادی که در آن زمان نسبت به این بیماری وجود داشت خیلی از طرحها به دلیل نیاز به حضور فیزیکی پژوهشگران در بیمارستان، در عمل امکان پذیر نیستند. لذا با توجه به اهمیت تحقیقات در مورد کووید ۱۹ و نیاز پژوهشگران به دادههای دقیق و جامع در مورد این بیماری نظام ثبت کووید ۱۹ در فروردین ماه سال ۱۳۹۹ در دانشگاه علوم پزشکی جندی شاپور اهواز طراحی و از اردیبهشت ۱۳۹۹ اجرایی گردید. هدف از این طرح ایجاد یک منبع اطلاعاتی برای پشتیبانی از تحقیقات در زمینه کووید ۱۹ بود. در این طرح اطلاعات بیماران مبتلا به کووید ۱۹ (موارد قطعی) و بیماران مشکوک به کووید ۱۹ ثبت می شدند.

گزارش فعالیت اجتماعی انجام شده

در اردیبهشت ماه سال ۱۳۹۹ با توجه به آمار پایین این بیماری، اطلاعات بیماران مبتلا در بیمارستان رازی و سینا اهواز (بیمارستان های معین بیماران کووید ۱۹) جمع آوری و ثبت فرم های کاغذی برنامه ثبت و سپس وارد سامانه الکترونیک شدند. اما با توجه به پاندمی سریع بیماری در ایران دو مشکل عمده در ارتباط با جمع آوری اطلاعات به شکل دستی مطرح گردید:

اول، افزایش قابل توجه تعداد بیماران از ۱۰۰ به ۱۰۰۰ مورد، جمع آوری داده ها از بیمارستان های رازی و سینا اهواز را با مشکل جدی رو به رو کرد و باتوجه به افزایش ناگهانی این آمار و افزایش چشمگیر حجم کار پرسنل بیمارستان، امکان جمع آوری کامل داده های بیماران فراهم نبود.

دوم، پس از شروع برنامه ثبت و تغییر برخی از سیاست های بهداشتی، نیاز به اطلاعات جدیدی در ارتباط با بیماری کووید ۱۹ ایجاد گردید. بدین منظور ۶ جلسه مشترک تشکیل و رویکردی ابتکاری به منظور تسهیل ورود داده ها پیشنهاد گردید. در این رویکرد، سامانه برنامه ثبت به نرم افزار سیستم اطلاعات بیمارستانی (HIS) دو بیمارستان معین پذیرش بیماران کووید ۱۹ در شهر اهواز متصل شدند و به صورت واکشی از وب امکان دریافت بسیاری از داده های بیماران مراجعه کننده به بیمارستان های هدف، مثل: اطلاعات هویتی، تلفن و آدرس، تاریخ پذیرش و ترخیص، نتایج آزمایش ها، داروها و لوازم مصرفی و کدهای تشخیصی بر اساس ICD-10 تنها با ثبت کد ملی بیمار فراهم گردید. با استفاده از این رویکرد مشکل ثبت اطلاعات بیماران تا حدود بسیاری زیادی حل و بخش زیادی از اطلاعات به صورت اتوماتیک دریافت می شد. برای جمع آوری سایر داده ها که در سیستم HIS بیمارستان وجود نداشتند) مثل علائم و نشانه ها و بیماری های زمینه ای)، فرم شرح حال تخصصی برای کووید ۱۹ طراحی شد و همزمان با پذیرش بیمار این فرم در پرونده بیمار قرار داده شد. بر اساس گزارش ارائه شده در مورد مشکلات ثبت داده های بیماران کووید ۱۹- در بیمارستان ها به معاونت درمان دانشگاه، فرم تخصصی شرح حال و خلاصه پرونده مخصوص بیماران کووید ۱۹ طراحی گردیدند.

مسئله مهم بعدی نوع درخواست ها برای اطلاعات از طرف پژوهشگران در حوزه تحلیل بقا و تعیین میزان مرگ و میر ناشی از کووید ۱۹ در بیماران مختلف بود. با توجه به تعداد زیاد بیمارستان های درگیر، نیاز به وجود سیستمی برای ترند اطلاعات بیماران و یکپارچه سازی داده های بیماران بود. همچنین تحلیل اولیه داده ها نشان داد که تعدادی از بیماران بیش از یکبار در طول سال ۱۳۹۹ مبتلا به کووید ۱۹ شده اند. بنابراین یک برنامه ثبت کووید ۱۹ به شکل کنونی قادر به ادامه نیست و نیاز به یک تغییر اساسی و خلاقانه در رویکرد جمع آوری اطلاعات بیماران دارد.

با هدف حل این مشکلات، تیم اجرایی برنامه اقدام به بررسی سامانه های موجود که در آن اطلاعات بیماران کووید ۱۹ ثبت می شدند، کردند. بررسی اولیه نشان داد که جدا از سیستم اطلاعات بیمارستان (HIS)، همزمان داده های بیماران کووید ۱۹ در سامانه های MCMC (سامانه مدیریت و پایش مراقبت های درمانی)، سامانه مدیریت بیماری های واگیر معاونت بهداشتی) و سامانه آزمایشگاه رفرنس (برای تست های کووید ۱۹ ثبت می گردد. در سامانه ثبت به منظور یکپارچه سازی داده ها و ایجاد بانک اطلاعاتی خروجی داده های سامانه MCMC (سامانه مدیریت و پایش مراقبت های درمانی)، خروجی سامانه مدیریت بیماری های واگیر و خروجی سامانه آزمایشگاه رفرنس (برای تست های کووید ۱۹) و خروجی HIS بیمارستان ادغام می گردیدند. یکپارچگی اطلاعات علاوه بر امکان ایجاد بانک اطلاعاتی بیماران کووید ۱۹، و امکان ثبت داده های تعداد زیادی از بیماران با حداقل هزینه ممکن، امکان مقایسه داده ها از منابع مختلف را فراهم کرده است.

روش های به کار رفته

- تشکیل تیم تخصصی و ایجاد نظام ثبت کووید ۱۹ و همچنین تشکیل کارگروه جهت برگزاری جلسات هم اندیشی به منظور تصمیم گیری
- اتصال سامانه ثبت به نرم افزار سیستم اطلاعات بیمارستان (HIS) در دو بیمارستان رازی و سینا و دریافت خودکار اطلاعات بیماران با استفاده از کد ملی و واکش از وب (WEB SERVICE) و بازنگری در فرم های کاغذی و طراحی فرم شرح حال بیمارستانی مخصوص بیماران کووید ۱۹
- دریافت خروجی از داده های بیماران کووید ۱۹ در سامانه MCMC (سامانه مدیریت و پایش مراقبت های درمانی)، خروجی سامانه مدیریت بیماری های واگیر و سامانه آزمایشگاه رفرنس (برای تست های کووید ۱۹) و یکپارچه سازی آنها در سامانه ثبت و ایجاد بانک الکترونیک بیماران کووید ۱۹
- فرآیند تصمیم گیری: برگزاری جلسات هم اندیشی، بررسی تجارب سایر کشورها، شناسایی سامانه های اطلاعاتی موجود

نتایج و پیامدهای تجربه

ایجاد بانک اطلاعات بیماران کووید ۱۹ که با یکپارچه سازی اطلاعات بیماران از سامانه MCMC (سامانه مدیریت و پایش مراقبت های درمانی)، خروجی سامانه مدیریت بیماری های واگیر و سامانه آزمایشگاه رفرنس (برای تست های کووید ۱۹) صورت گرفت منجر به جمع آوری اطلاعات ۱۴۳۸۰۰ بیمار گردید. در مجموع ایجاد بانک اطلاعاتی مزایایی زیر را داشت:

- امکان جمع آوری داده های بیماران در حجم گسترده و از کل بیمارستان های زیر مجموعه دانشگاه

- تجمیع اطلاعات یک بیمار در پذیرش های مختلف و منابع اطلاعاتی مختلف
 - امکان ترند بیماران و تحلیل بقا بیماران
 - امکان مقایسه داده های یک بیمار از منابع مختلف به شناسایی تناقض و مشکلات در ثبت داده های بیماران کووید-۱۹ در منابع مختلف
 - کاهش قابل توجه ریسک جمع آوری داده ها برای اعضای هیئت علمی و دانشجویان در بیمارستان های محل بستری بیماران کووید ۱۹ (به دلیل عدم نیاز به مراجعه حضوری پژوهشگران به بیمارستان ها)
 - کاهش قابل توجه هزینه های جمع آوری داده ها
 - صرفه جویی قابل ملاحظه در زمان جمع آوری و ثبت داده ها
 - چاپ ۹ مقاله و سابمیت ۳ مقاله دیگر
 - انجام ۸ طرح تحقیقاتی بر اساس داده های نام ثبت
 - انجام ۴ پایان نامه مقطع دکترای عمومی (۲ پایان نامه دکترای پزشکی و ۲ پایان نامه دکترای داروسازی)
 - انجام ۲ پایان نامه کارشناسی ارشد و ۱ پایان نامه دکترای PhD و ۱ پایان نامه دوره دستیاری
 - پیشنهاد ایجاد سامانه جامع ثبت بیماری ها و پیامدهای سلامت در دانشگاه
- نتیجه گیری نهایی و پیشنهادات:** نتایج حاصل از اجرای این فرایند نشان داد که به منظور پاسخگویی اجتماعی در حوزه پژوهش با توجه به نیازهای پژوهشگران در دانشگاه های علوم پزشکی کشور از یک سو و چالش های فراوان برای تحقیق در عرصه های بالینی، یکی از راه کارهای مفید ایجاد مخزن/بانک داده های بالینی با یکپارچه سازی اطلاعات در سیستم های اطلاعات سلامت مختلف است.
- کلمات کلیدی:** کووید- ۱۹، نظام ثبت بیماری، بانک اطلاعاتی، استان خوزستان

Disease registration system, Database, Khuzestan province Keywords: COVID- 19

مشارکت جامعه در روستاها در شرایط پاندمی چگونه می تواند به نظام سلامت کمک کند؟

How Can Community Engagement Help the Health System in controlling the COVID-19
Pandemic in Rural Areas?

(سخنرانی)

دکتر سودابه وطن خواه^۱، دکتر اعظم چوپانی*^۲، سیدحسین ارکیان^۳

آدرس نویسندگان:

۱ و ۳. دانشگاه علوم پزشکی ایران، دانشکده مدیریت و اطلاع رسانی پزشکی، پژوهشکده مدیریت سلامت.

۲. مرکز تحقیقات علوم مدیریت و اقتصاد سلامت، دانشگاه علوم پزشکی ایران، تهران.

پست الکترونیک: choopani.az@iums.ac.ir

مقدمه: مشارکت جامعه یکی از اصول اساسی مراقبتهای بهداشتی اولیه است که در بیانیه آلماتا آورده شده است و به معنی مشارکت مردم محلی در پروژه ها یا مداخلات و فعالیتهای بهداشتی می باشد و ابعاد زیادی از دادن اطلاعات تا مشارکتهای فعال را شامل می شود. هدف از مشارکت جامعه درگیرکردن مردم در تصمیم گیریها، برنامه ریزی ها، طراحی، حاکمیت و ارائه خدمت و سیاستها می باشد؛ بنابراین رویکرد مشارکت جامعه می تواند از طیف مشاوری تا شهروندان (تاثیر کم روی تصمیمات) تا شراکت و رهبری که در آن شهروندان حق تصمیم گیری دارند؛ گسترده باشد. رعایت اصولی مانند استفاده از افراد آشنا به اجتماع، بسیج منابع محلی، ایجاد یک چشم انداز موفقیت برنامه، مشارکت دادن افراد در نظارت به برنامه، تعهد سیاسی دولت و سازمانهای فراهم کننده خدمت برای اجرای موفق برنامه ها و توجیه مردم و ذینفعان در پیشبرد موثر و تداوم برنامه اهمیت دارند. در کشورهای با درآمد پایین و متوسط نوآوریهای مشارکت جامعه به عنوان یک توانمندساز حیاتی برای پاسخ به بیماریهای عفونی مطرح می شود؛ همچنین ظرفیتهای مشارکت مردم مخصوصا در جاهایی که نظام سلامت منابع کمی دارد به عنوان منبع کلیدی در تغییر رفتار و ارائه پیامدهای سلامتی عنوان می شود. در ایران نیز دسترسی به بهداشت و درمان مناسب برای همه مردم در قانون اساسی تاکید شده است و لذا توجه به مراقبتهای بهداشتی اولیه در کشور یک اولویت است؛ در این جهت مشارکت دادن نیروهای داوطلب به عنوان یک راهکار مناسب برای گسترش خدمات بهداشتی در جامعه مورد توجه قرار گرفته است. در ابتدای شروع پاندمی کرونا، در یکی از

روستاهای آذربایجان شرقی (روستای گلین قیه) نوآوری در خصوص مشارکت جامعه در کنترل بیماری با مشارکت جوانان، مرکز جامع سلامت و بسیج به وجود آمد که در مدت زمان اجرای این نوآوری موردی از مرگ و میر در آن روستا گزارش نشد، البته بعد از مدتی به دلایلی از جمله طولانی شدن مدت زمان پاندمی و لزوم بازگشت افراد به محیطهای کاری و ارتباطات گریز ناپذیر با بیرون از جامعه در جهت رفع نیازهای افراد و ... ادامه نوآوری انجام نشد و این روستا هم درگیر بیماری کرونا شد و تعدادی از افراد به این بیماری دچار و تعدادی نیز فوت کردند. در این مطالعه به بررسی نوآوریهای مشارکت جامعه در این روستا پرداخته شده و نتایج آن در مقاله ای به چاپ رسیده است.

گزارش فعالیت اجتماعی انجام شده (سال اجرا و مکان اجرا و گروه هدف در این کار، روش های به کار رفته و نتایج به دست آمده و پیامدهای آن)

این پژوهش یک مطالعه موردی است که با هدف بررسی تاثیر مشارکت جامعه در کنترل اپیدمی کرونا انجام شد. از روشهای مشاهده، مصاحبه و بررسی اسناد برای گردآوری داده ها استفاده شد. مصاحبه ها به صورت باز انجام و برای اینکه نظرات همه افراد ذینفع بررسی شود مسئولین روستا، مسئولین کمپین و مردم، در مصاحبه شرکت داده شدند. مصاحبه ها یادداشت برداری و پیاده سازی شدند، همچنین با حضور در محل و مشاهده نحوه انجام کار نسبت به گردآوری داده ها اقدام شد، علاوه بر آن بررسی اسناد مرتبط و پیگیری اخبار و گزارشات در شبکه های اجتماعی روستا انجام شد. داده ها پیاده سازی و کدگذاری و با تحلیل تماتیک تحلیل شدند که در نهایت ۴۵ کد، شش زیر تم و سه تم به دست آمد. تم های مدیریت که شامل زیر تم مدیریت و رهبری، تم اعتماد که شامل زیر تم های کار تیمی و اعتماد، و در نهایت تم شفافیت که شامل شفافیت و پاسخگویی بود.

یافته های بررسی در خصوص تم مدیریت نشان داد، مدیریت مشارکت از طریق دهیاری و شورای اسلامی روستا با هماهنگی مرکز بهداشتی و درمانی روستایی و همچنین مشارکت نیروهای بسیج و مردمی بود.

شماره حساب دهیاری و یکی از معتمدین روستا اعلام شد و از همه خواسته شد که در صورت تمایل به اندازه توان برای کمک به ضد عفونی کردن معابر و کنترل ورودیها و خروجیهای روستا کمک کنند، بخش بزرگی از مردم روستا، حتی افرادی که در حال حاضر در جایی دیگر زندگی می کردند، به اندازه توانایی شان به حساب اعلام شده پول واریز کردند.

یافته های مطالعه در تم اعتماد نشان داد که کانکس برای استقرار تیم در ورودی روستا، تب سنج و تانکر آب به صورت داوطلبانه از طرف ساکنان روستا در اختیار تیم قرار گرفت؛ همچنین هزینه حمل کانکس به محل تعیین شده و تهیه نهار و شام برای افراد کشیک از جمله از جمله مشارکتهای مردمی بود.

اعضای بسیج و جوانان روستا به صورت داوطلبانه و شیفتی در سه شیفت و ۲۴ ساعته در ورودی روستا مستقر شده و نسبت به اندازه گیری درجه حرارت افراد ورودی به روستا و ضدعفونی وسایل نقلیه آنها اقدام می کردند و در صورت داشتن تب، افراد به مرکز بهداشتی و درمانی هدایت می شدند.

همچنین جمعی از زنان روستا که در خیاطی مهارت داشتند توسط شورای اسلامی روستا و دهیاری در یکی از مدارس به کار دوخت ماسکهای پارچه ای برای مردم پرداختند که ماسکهای تولید شده پس از استریل شدن در بین مردم پخش شد.

و در نهایت تم شفافیت و پاسخگویی مسئولین، گزارشهای شفافی که از نحوه هزینه کرد مبالغ دریافتی ارائه می شد را نشان می داد، از محل منابع به دست آمده ، افرادی از مردم روستا برای ضدعفونی معابر اصلی و فرعی و خیابانهای روستا به کارگیری شدند. با نظارت کارشناسان بهداشت محیط مرکز بهداشتی و درمانی روستایی محلول ضدعفونی تهیه شده و برای ضدعفونی معابر استفاده شد؛ همچنین محلول ضدعفونی و الکل ۷۰٪ نیز از محل منابع جمع آوری شده خریداری شده و در درب منازل افراد تحویل داده شد و گزارشهای مالی و عملکرد جهت شفافیت به صورت دوره ای از طریق کانال روستا به مردم ارائه شد.

نتیجه گیری نهایی و پیشنهادات: از جمله مهمترین اقداماتی که از طریق این نوآوری مشارکت جامعه صورت گرفت، مشارکت اکثر افراد روستا در تامین مالی کمپین، بسیج نیروهای مردمی برای مقابله و کنترل اپیدمی کرونا، استقرار تیمهای اندازه گیری درجه حرارت و تب مسافران ورودی و ضدعفونی وسایل نقلیه در ورودی روستا، ضدعفونی مکرر معابر و خیابانهای روستا با استفاده از محلولهای ضدعفونی و همچنین آهک پاشی معابر اصلی، تهیه ماسک های پارچه ای و استریل کردن آنها و تحویل درب منازل مردم به تعداد اعضای خانوار ، تامین ماده ضدعفونی و الکل ۷۰٪ و تحویل درب منازل بود که با آموزشهایی که از طریق صدا و سیما و همچنین شبکه های اجتماعی به مردم داده می شد در خصوص حفظ فاصله اجتماعی، نحوه ضدعفونی وسایل منزل، لزوم ماندن در خانه و ... کمک بزرگی به کنترل بیماری در روستا نمود، همچنین شفافیت در ارائه گزارش های عملکرد ، نسبت به مسئولین و عملکرد آنها اطمینان ایجاد می نمود و بنابراین مردم در تامین مالی و قبول توصیه ها کمک می کردند. به نظر می آید که یکی از

عوامل موثر در مشارکت مردم ، زمینه فرهنگی، اجتماعی، اقتصادی مردم، بالابودن سطح سواد سلامت و احساس مسئولیت اجتماعی افراد در خصوص مراقبت از سلامت خود و سایر افراد باشد که در این زمینه نظام شبکه بهداشت و درمان در ایران سالهاست که تلاش می کند ، آموزشهای مستقیم توسط مراقبین سلامت و بهورزان، تربیت رابطین بهداشتی و در سالهای اخیر سفیران سلامت از جمله راهکارهای افزایش سواد سلامت در ایران بوده است.

یافته دیگری که در مطالعه وجود داشت وجود گزارشات و بازخوردهای مکرر و دقیق و شفاف در تمامی زمینه های همکاری به افراد بود که همین امر یکی از عوامل اطمینان مردم به کمپین و مشارکت داوطلبانه آنها در کمک به آن بود در این راستا ثمین صدیقی و همکاران شفافیت را یکی از معیارهای حاکمیت خوب بیان می کنند.

یکی دیگر از عواملی که در موفقیت این نوآوری به نظر می آید که موثر باشد، مشارکت افراد محلی و توانمندبودن افراد جامعه بوده است که به صورت داوطلبانه برای محافظت از سلامت خود و دیگران پیش قدم شده بودند و در تمام مدت برقراری کمپین هماهنگی بین دهیاری، بسیج، نیروهای مردمی و مرکز بهداشتی و درمانی وجود داشت و در نهایت ، اعتماد مردم به برگزارکنندگان کمپین توانست به موفقیت آن کمک کند. با توجه به یافته های مطالعه به نظر می رسد که استفاده از ظرفیتهای مشارکت جامعه در جوامع روستایی می تواند در کنترل شیوع بیماریهای واگیردار کمک کننده باشد که این امر به وضعیت فرهنگی، اجتماعی و اقتصادی افراد روستا می تواند مرتبط باشد. همچنین بالابودن سواد سلامت و احساس مسئولیت افراد در برابر سلامتی خود، در پیش برد این اهداف می تواند کمک کننده باشد. از طرف دیگر بسیج منابع محلی، حمایت های سیاسی و ارائه مشاوره های تخصصی توسط سیستم بهداشت و درمان اعتماد مردم را می تواند به دنبال داشته باشد و ارائه گزارشهای شفاف و دقیق برآگاهی و اطمینان مردم از انجام کارها کمک می کند. بنابراین به نظر می آید که در تصمیم گیری های وزارت بهداشت برای پیشگیری از شیوع بیماریهای واگیردار مثل کووید ۱۹ مشارکت جامعه به عنوان یکی از راههای کمک در برنامه ریزیهای آتی می تواند مد نظر قرار بگیرد.

کلمات کلیدی: مشارکت جامعه، مناطق روستای، بیماری های پاندمیک

keywords: community engagement- rural area- pandemic

مشارکت داوطلبانه در فعالیت جامعه محور: هیات علمی به عنوان

سفیر سلامت

(سخنرانی)

دکتر زهرا سبزی

دانشیار، دکترای تخصصی پرستاری، دانشگاه علوم پزشکی گلستان. گرگان.

پست الکترونیک: dr.sabzi@goums.ac.ir

مقدمه: لزوم دسترسی به منبع اطلاعاتی و سواد سلامت، نقش مهمی در خود مراقبتی افراد ایفا می کند. به همین منظور و در راستای افزایش سواد سلامت ایرانیان و توانمند سازی آنان برای خودمراقبتی، وزارت بهداشت از سال ۱۳۹۳ تربیت سفیر سلامت را آغاز کرده است. در این راهکار که در قالب برنامه ملی خود مراقبتی به عنوان پنجمین برنامه تحول نظام سلامت در حوزه بهداشت آغاز شده است مردم به طیف گسترده‌ای از خدمات پایه بهداشتی با کیفیت در زمینه ترویج، پیشگیری، درمان، توانبخشی و مراقبت تسکینی در محل زندگی، محل تحصیل و محیط کار دسترسی پیدا میکنند. لذا با شیوع بیمار نوپدید، این نقش برای دست اندرکاران حوزه آموزش دانشگاه در جهت ارتقا سلامت همه مردم جامعه ضروری و مهم تر می باشد. لذا با شیوع بیمار نوپدید کوید ۱۹، این نقش برای اساتید دانشگاه علوم پزشکی خصوصا اساتید/اعضای هیات علمی پرستاری در جهت اجرای وظایف آموزشی، فعالیت جامعه محور و ارتقا سلامت جامعه دو چندان میشود.

گزارش فعالیت اجتماعی انجام شده: همزمان با شیوع بیمار نوپدید کوید ۱۹ در اواخر سال ۱۳۹۸ و شروع سال جدید ۱۳۹۹ و توقف فعالیت دانشگاه ها، در راستای ارائه وظایف و مسئولیت های خود به عنوان یک عضو هیات علمی در کالسنتر دانشگاه (مرکز تلفنی پاسخگویی اجتماعی) به طور داوطلبانه در نوبت صبح و عصر حضور یافتیم. با حضور در این مرکز در کنار پرسنل مراکز بهداشتی، پاسخگوی تماس های مکرر مردم استان در خصوص بیماری کوید ۱۹ (عوارض، راه انتقال، مراقبت، احتیاطات، تغذیه، مراقبت در قرنطینه، مراقبت از سالمند، بارداری، واکسیناسیون و...) بودم. در آن شرایط پیچیده و توأم با استرس مربوط به ابتلای بالای بیماری، پنهان بود برخی ابعاد بیماری، قرنطینه، انتشار اطلاعات درست و غلط در شبکه های اجتماعی توانستم در این مرکز از طریق کانال ارتباطی تلفنی ایفای نقش آموزشی خود را به عنوان پرستار و استاد دانشگاه را نه تنها برای دانشجویان بلکه برای کلیه افراد جامعه داشته باشم.

تجربه بسیار خوب و لذت بخشی بوده است. از اینکه توانستم در کنار سایر همکاران بهداشتی به ارائه اطلاعات سلامت پیرامون مراقبت در بیماری و ارتقا خودمراقبتی داشته باشم بسیار خرسندم. نقش آموزشی - حرفه ای خود را به عنوان سفیر سلامت ایفا نمودم.

نتیجه گیری نهایی و پیشنهادات: این اقدام صرفاً حضور داوطلبانه نبوده است چرا که علاوه بر ایفای نقش حرفه ای به عنوان هیات علمی پرستاری، فرصتی برای مشارکت فعالانه در برنامه های نظام سلامت در محیط کاری غیر از کلاس درس - دانشجو و اثر گذاری در کنترل و پیشگیری از کرونا ویروس به عنوان "استاد سفیر سلامت" بوده است.

کلمات کلیدی: کووید ۱۹، جامعه محور، پرستار، سفیر سلامت، هیات علمی

Keywords: Covid 19, community oriented, nurse, Health Ambassador .faculty member

پوستر

بهره‌مندی از مشارک‌های مسئولیت‌پذیری اجتماعی توسط شرکت‌ها و بنگاه‌های اقتصادی در حوزه عدالت و تعالی سلامت منطقه

دکتر محمدحسین دلشاد^۱، دکتر فاطمه پورحاجی^۲، دکتر حسین ابراهیمی پور^۳، عاطفه اسداله زاده^۴، فرزانه یعقوبی^۵، مرجان کمالی^۶، نرگس با ادب^۷

آدرس نویسندگان:

۱ و ۲. استادیار آموزش بهداشت و ارتقا سلامت، گروه بهداشت عمومی، دانشکده بهداشت، مرکز تحقیقات علوم بهداشتی، دانشگاه علوم پزشکی تربت حیدریه.

آدرس ایمیل: Delshadmh1@thums.ac.ir

۳. استاد مدیریت خدمات بهداشتی درمانی، گروه علوم مدیریت و اقتصاد سلامت، دانشکده بهداشت، مرکز تحقیقات عوامل اجتماعی موثر بر سلامت، پژوهشکده علوم پایه، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، رئیس دانشگاه علوم پزشکی تربت حیدریه.

۴ و ۷. واحد حوزه اجتماعی دانشگاه علوم پزشکی تربت حیدریه.

۵. واحد حوزه اجتماعی دانشگاه علوم پزشکی تربت حیدریه، دانشجوی پزشکی دانشگاه علوم پزشکی تربت حیدریه، مرکز تحقیقات عوامل اجتماعی موثر بر سلامت.

خلاصه تجربه: نظام‌های سلامت با چالش‌های پیچیده و متعددی از جمله فرآیندهای اصلاحات، تغییر نیازهای بهداشتی مردم، افزایش سطح انتظارات عمومی، فقدان منابع کافی، لزوم توجه به منابع جدید تأمین مالی و ضرورت استفاده کارآمدتر از منابع موجود مواجه‌اند؛ از سوی دیگر ارائه خدمات سلامت توسط بخش دولتی با ویژگی‌هایی همچون نارضایتی بالای مراجعین، زمان انتظار طولانی، ارتباطات ضعیف و کیفیت پایین خدمات، ناکافی بودن پوشش و حمایت از اقشار فقیر جامعه، توزیع نامناسب منابع و عدم کارایی فنی و تخصیصی از مهم‌ترین نقاط ضعف عملکردی بخش دولتی در نظام سلامت شمرده می‌شوند؛ مشکلات ذکر شده به‌گونه‌ای حاکی از اهمیت و ضرورت اصلاحات در بیمارستان و سایر بخش‌های سلامت هستند، اصلاحاتی که ضمن افزایش رضایتمندی مراجعین، موجبات افزایش کارایی و اثربخشی خدمات را فراهم خواهد ساخت. لذا در پاسخ به چالش‌های بهبود ارائه خدمت با استفاده از بودجه‌های دولتی، انعقاد قرارداد با نهادهای غیردولتی، از قبیل سازمان‌های خصوصی، دانشگاه‌ها، پزشکان و شرکت‌های انتفاعی گزینه مناسبی می‌باشد. با وجود اینکه چندین دهه از این مفهوم می‌گذرد ولی هنوز در ایران جایگاه شایسته خود را پیدا نکرده و ضرورت آن به خوبی احساس نشده است. توسعه این مفهوم در شرایط کنونی می‌تواند راهگشای بسیاری از مشکلات اقتصادی و اجتماعی جامعه ایران باشد. مسئولیت اجتماعی بیانگر وظایف بنگاه اقتصادی در جهت حفظ و نگهداری محیط جامعه‌ای است که در آن زندگی می‌کنیم با رویکردی همه‌جانبه به امور اقتصادی، اجتماعی، تأمین نیازها و خواسته‌های ذینفعان، پیشرفت کیفیت زندگی شهروندان و... دیگر آن دوره که نیازهای جامعه صرفاً از طریق عرضه و تقاضای بازار تعیین گردد گذشته و بنگاه‌های اقتصادی با طیف وسیعی از مسئولیت‌های ورای بازار روبرو هستند.

اجرای مسئولیت‌پذیری اجتماعی به بهبود موفقیت شرکت‌ها در بلندمدت منجر می‌شود و در نهایت به رشد اقتصادی و افزایش توان رقابتی شرکت و بهبود عملکرد مالی آن منجر می‌گردد؛ در واقع مسئولیت‌پذیری اجتماعی شرکت‌ها، رویکردی متعالی به کسب‌وکار است که تأثیر اجتماعی یک سازمان بر جامعه، چه داخلی و چه خارجی را موردنظر قرار می‌دهد و هدف اصلی آن گرد هم آوردن تمام بخش‌ها، اعم از دولتی، خصوصی و داوطلبان، جهت همکاری با یکدیگر است.

توجه به مشکلات و نیازهای اجتماعی مردم و رفع آن‌ها، عدالت در سلامت و دریافت مراقبت‌های بهداشتی، پیشگیری از آسیب به مردم از جنبه‌های ابتکاری این برنامه می‌باشد. با توجه به کمبود منابع و عملکرد پایین‌تر از حد انتظار در بخش دولتی و همچنین منابع، فناوری، ظرفیت‌ها و سایر فرصت‌های موجود در بخش خصوصی، به نظر می‌رسد که مشارکت بخش خصوصی و دولتی یک راهکار نوین و مناسب در جهت ارتقای شاخص‌های عملکردی بخش سلامت باشد؛ تشکل‌های مردمی، مؤسسات خیریه، خیرین و افراد داوطلب بدون کوچک‌ترین مداخله مستقیم در درمان جسم و یا روان بیماران معرفی شده و صرفاً با رویکرد "ترمیم شرایط زندگی ناسالم بیمار" به شفا یافتن بیمار کمک شایانی می‌کنند.

با آشنایی و فرهنگ‌سازی شرکت‌ها و بنگاه‌های اقتصادی با مفهوم مسئولیت‌پذیری اجتماعی و سوق دادن کمک‌ها به حوزه سلامت، مجمع خیرین سلامت تربت‌حیدریه با همکاری دبیرخانه مشارکت‌های اجتماعی دانشگاه موفق به انعقاد سه قرارداد و جذب مشارکت به مبلغ ۹۰۹۰ میلیون ریال گردید.

مهم‌ترین اقدامات صورت گرفته در راستای دستیابی به این مهم شامل: ارائه گزارش مستمر از خدمات ارائه شده از جوه و ارزیابی شرکت در جهت اهداف مشخص، بسترسازی تبلیغاتی مناسب برای شرکت در قالب نصب پلاک در مراکز بهداشتی درمانی تحت حمایت طرح، ارائه مجوز ساخت و بهره‌برداری از تندیس معنوی مجمع برای شرکت/کارخانه، پیگیری بهره‌برداری شرکت/بنگاه از بسته‌های مشوقی مندرج در قرارداد، ارائه گزارش مشارکت اجتماعی (CSR report) داخلی و بین‌المللی در انتهای قرارداد.

حوزه تجربه: مشارکت‌های اجتماعی

کلمات کلیدی: مشارکت در توسعه جامعه، مسئولیت‌پذیری اجتماعی، شرکت‌ها و بنگاه‌های اقتصادی، عدالت و

تعالی سلامت

رویداد یا مسئله منجر به کسب تجربه

نظام‌های سلامت با چالش‌های پیچیده و متعددی از جمله فرآیندهای اصلاحات، تغییر نیازهای بهداشتی مردم، افزایش سطح انتظارات عمومی، فقدان منابع کافی، لزوم توجه به منابع جدید تأمین مالی و ضرورت استفاده کارآمدتر از منابع موجود مواجه‌اند. از سوی دیگر ارائه خدمات سلامت توسط بخش دولتی با ویژگی‌هایی همچون نارضایتی بالای مراجعین، زمان انتظار طولانی، ارتباطات ضعیف و کیفیت پایین خدمات، ناکافی بودن پوشش و حمایت از اقشار فقیر جامعه، توزیع نامناسب منابع و عدم کارایی فنی و تخصیصی از مهم‌ترین نقاط ضعف عملکردی بخش دولتی در نظام سلامت شمرده می‌شوند. مشکلات ذکر شده به‌گونه‌ای حاکی از اهمیت و ضرورت اصلاحات در بیمارستان و سایر بخش‌های سلامت هستند، اصلاحاتی که ضمن افزایش رضایتمندی مراجعین، موجبات افزایش کارایی و اثربخشی خدمات را فراهم خواهد ساخت.

امروزه شرکت‌های بزرگ و معتبر در فضای بین‌المللی مسئولیت خود در برابر محیط اجتماع را جزئی اصلی از استراتژی‌های سازمان خود تعریف می‌نمایند. مفهوم مسئولیت اجتماعی در اواسط قرن بیستم مطرح شد. با وجود اینکه چندین

دهه از این مفهوم می‌گذرد ولی هنوز در ایران جایگاه شایسته خود را پیدا نکرده و ضرورت آن به‌خوبی احساس نشده است. توسعه این مفهوم در شرایط کنونی می‌تواند راهگشای بسیاری از مشکلات اقتصادی و اجتماعی جامعه ایران باشد. در سال‌های گذشته مسئولیت اجتماعی مفهومی انتزاعی استنباط می‌شد و هنوز هم برای مدیران بسیاری از بنگاه‌ها حالتی ایدئالیستی و غیرواقع‌بینانه دارد. پروفیسور جان تینبرگرن (برنده نوبل ۶۹) می‌گوید ایده‌آل‌گرایان امروز، واقع‌گرایان فردا خواهند بود. استانداردهای مسئولیت اجتماعی یک ضرورت حیاتی در عصر جهانی امروز است. گزارش فعالیت اجتماعی انجام شده (سال اجرا و مکان اجرا و گروه هدف در این کار، روش‌های به کار رفته و نتایج به دست آمده و پیامدهای آن)

شرح تجربه (نحوه حل مشکل)

- ۱- تشکیل واحد مشارکت اجتماعی شرکت‌ها و بنگاه‌های اقتصادی در مجمع خیرین سلامت تربت حیدریه
 - ۲- تشکیل کارگروه CSR متشکل از متخصصین امر این حوزه
 - ۳- طراحی و ارائه بسته مشوق جهت مشارکت هر چه بیشتر شرکت‌ها و بنگاه‌های اقتصادی از جمله: ارائه معافیت مالیاتی طراحی لوگو CSR جهت درج بر روی محصولات شرکت‌ها (مابا) اهدای تندیس معنوی CSR و لوح تقدیر به شرکت‌های مشارکت‌کننده برجسته‌سازی مشارکت‌های اجتماعی شرکتی در سایر شعب مجمع خیرین سلامت در کشور و یا دانشگاه‌های علوم پزشکی با مشارکت وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی
 - ۴- برگزاری وبینارهای آموزشی و ارسال نامه‌نگ و رسانه‌های آموزشی به مجمع خیرین سلامت تربت حیدریه
 - ۵- طراحی و ارائه دست‌نویس‌العمل اجرایی و پیش‌نویس قرارداد به شرکت‌ها و بنگاه‌های اقتصادی جهت مشارکت مطلوب
 - ۶- برگزاری وبینارهای متعدد با مدیران عامل شرکت‌ها و بنگاه‌های اقتصادی جهت آشنایی با مسئولیت‌پذیری اجتماعی شرکت‌ها و بنگاه‌های اقتصادی و مشارکت هرچه بیشتر در این حوزه
- نتایج اجرای تجربه (تاثیر بر زمان، هزینه، ایمنی، کیفیت یا بهبود عملکرد)**
- تشریح نتایج حاصل از این فعالیت و این که فعالیت ارائه شده چگونه موفق شده است به اهداف خود دست یابد: گزارش مشارکت اجتماعی شرکتی

ردیف	نام شعبه	تعداد قرارداد	ارزش میلیون ریال
۱	تربت حیدریه	۳	۹۰۹۰

گزارش تفصیلی، شامل موضوع قرارداد و ارزش ریالی قرارداد مسئولیت‌پذیری اجتماعی در ذیل ارائه شده است. با آشنایی و فرهنگ‌سازی شرکت‌ها و بنگاه‌های اقتصادی با مفهوم مسئولیت‌پذیری اجتماعی و سوق دادن کمک‌ها به حوزه سلامت، مجمع خیرین سلامت تربت حیدریه با همکاری دبیرخانه مشارکت‌های اجتماعی دانشگاه موفق به جذب مشارکت به مبالغ زیر شد:

تربت حیدریه	
مدیرعامل مجمع خیرین	آقای مهندس کریمی
رئیس دبیرخانه مشارکت‌های اجتماعی دانشگاه	آقای دکتر محمد حسین دلشاد

نماینده مشارکت اجتماعی شرکتی	آقای محمد ناصر نوریان - شرکت کیمیا دشت تربت، آقای خیریه - شرکت گوهردشت، آقای حسن زاده - شرکت صنایع
تعداد قرارداد منعقد شده	سه
موضوع قرارداد	مشارکت پروژه اهداء زمین به مساحت ۱۶۰۰ متر مربع اراضی محمود آباد واقع در ۹ کیلومتر جاده تربت حیدریه مشهد واقع در ضلع شمالی پلیس راه جهت احداث پایگاه اورژانس جاده ای - کمک به سازمان های مردم نهاد - مادران باردار دارای فرزند زیر ۶ سال
ارزش ریالی مشارکت	یکصد میلیون ریال، دویست میلیون ریال و ۶۹۰۰ میلیون ریال
جمع کل	۹۰۹۰

مخاطبان، کاربران و موارد کاربرد این تجربه

خود، خانواده، محله و مردم شریف شهرستان تربت حیدریه /دانشگاه های علوم پزشکی

پیشنهاد ها و توصیه های حاصل از تجربه

شرکت های پیشرو، تداوم حیات و موفقیت خود را در گرو تعهد به مسئولیت اجتماعی می بینند و با نگاهی آینده نگر هزینه های مربوطه به سرمایه گذاری انسانی و اجتماعی را می پردازند. مسئولیت اجتماعی شرکتی، قرار نیست مشکلات جهان را حل کند. بلکه برای شرکت ها راهی را باز می کند که همانگونه که به خود منفعت می رسانند، به جامعه ای که در آن فعالیت می کنند نیز منفعت برسانند. بطور معمول، دلایل بکارگیری این مفهوم را می توان به صورت خلاصه به خلاقیت، کاهش هزینه ها، متمایز ساختن برند، نگرش دراز مدت، مشارکت مشتریان و کارمندان سازمان اشاره کرد. مسئولیت اجتماعی کمک می کند که تمرکز صرف بر سودگرایی نباشد. در واقع گرایش به سمت مسئولیت پذیری اجتماعی، واحد تجاری را ترغیب می کند برای سلامت جامعه، بهبود محیط زیست، استفاده از انرژی و مواد کمتر، مدیریت ضایعات و خدمات مورد نیاز جامعه تلاش کند. در نتیجه واحدهای تجاری می توانند بازده های بلند مدت خود را از طریق کاهش آثار منفی خود بر اجتماع به صورت اختیاری، حداکثر کنند. به طوریکه امروزه این تفکر در میان واحدهای تجاری به صورت روز افزون در حال شکل گیری است که موفقیت بلند مدت آن ها می تواند از طریق مدیریت کردن عملیات شرکت، همزمان با ایجاد اطمینان از حکایت محیطی و پیشرفت مسئولیت پذیری های اجتماعی شرکت تحقق یابد.

بر اساس دامنه تاثیرات یک شرکت و طیف ذی نفعان درون و برون شرکتی، حوزه های موضوعی متعددی برای مسئولیت اجتماعی شرکت وجود دارد. ایزو ۲۶۰۰۰ به عنوان مهم ترین استاندارد راهنما در موضوع مسئولیت اجتماعی شرکت هفت حوزه موضوعی را به شرح زیر بیان می دارد:

۱- حاکمیت سازمانی / شرکتی

حاکمیت سازمانی به معنای سیستمی است که شرکت به عنوان یک سازمان برای تصمیم گیری و اجرای تصمیم های خود و برای پیگیری اهداف خود از آن استفاده می کند. مسئولیت اجتماعی شرکت از طریق این سیستم در شرکت توسعه می یابد. در واقع، حاکمیت سازمانی مهم ترین عامل در توانمند کردن شرکت برای مسئولیت پذیری در قبال تاثیرات و پیامدهای تصمیم ها و فعالیت های آن و یکپارچه کردن این نوع مسئولیت در سراسر شرکت است. این مفهوم دربرگیرنده دو مکانیسم «رسمی» و «غیر رسمی» در سازمان است. مکانیسم رسمی، ساختار و فرآیندهای رسمی و

مشخص و قانونی سازمان را شامل می‌شود. مکانیسم غیررسمی نیز فرهنگ و ارزش‌های شرکتی (که معمولاً متأثر از رهبران شرکت است) را دربرمی‌گیرد.

برای جاری کردن مسئولیت اجتماعی و یکپارچه کردن آن در سراسر شرکت، از حاکمیت آن انتظار می‌رود اقدام‌ها و رویه‌های مشخصی را اجرایی کند از جمله:

- استراتژی‌ها و اهدافی تعیین کند که نشان‌دهنده تعهد شرکت به مسئولیت اجتماعی است.
- سیستمی از مشوق‌های اقتصادی برای عمل بر اساس مسئولیت اجتماعی در شرکت را تدارک ببیند و مشوق مشارکت تمامی سطوح شرکت در موضوع مسئولیت اجتماعی باشد.

- محیط و فرهنگی را در شرکت برای تمرین مسئولیت اجتماعی پدید آورد.
- از منابع شرکت (مالی، انسانی، طبیعی) استفاده بهینه داشته باشد و میان نیازهای شرکت و ذی‌نفعانش (نیازهای فعلی و نسل آینده) تعادل ایجاد کند.

- برای گروه‌های در حاشیه (زنان، اقلیت‌های قومی و نژادی) به‌منظور احراز مناصب بالاتر فرصت عادلانه فراهم سازد.
۲- فعالیت‌های نیروی کار و کارکنان

فعالیت‌های نیروی کار تحت پوشش شرکت به عنوان ذی‌نفعان درون‌شرکتی و محیط کار آنان حوزه موضوعی دیگری است که مسئولیت اجتماعی شرکت به آن توجه دارد. تصمیم‌ها و برنامه‌های فعالیت هر شرکتی خواه ناخواه شرایط کار و زندگی نیروی کار آن‌ها را تحت تاثیر قرار می‌دهد. واکنش شرکت به این تاثیرات می‌تواند در چارچوب مسئولیت اجتماعی آن و به عنوان اراده برای افزایش تاثیرات مثبت و کاهش یا حذف تاثیرات منفی ناشی از تصمیم‌ها و فعالیت شرکت مطرح شود. انتظار این است که چنین اراده‌ای در قالب اقدام‌های متعدد از جمله موارد زیر تجلی یابد:

- امنیت شغلی نیروی کار را به رسمیت بشناسد و از فرصت‌های برابر و عدم تبعیض برای همه کارگران اطمینان یابد.
- شرایط کاری مناسب (دستمزد، ساعات کار و...) را برای نیروی کار فراهم کند و برای تعادل بین کار و زندگی کارکنان (که قابل مقایسه با شرایط دیگر کارفرمایان باشد) اهتمام ورزد.

- سیستم‌های بهداشت، ایمنی و محیط زیستی را با مشارکت نیروی کار شناسایی و با در نظر داشتن احترام به حقوق آنان برقرار کند.

- امکان دسترسی نیروی کار به توسعه مهارت‌ها، آموزش و فرصت‌های پیشرفت شغلی را فراهم کند.

۳- محیط زیست

محیط زیست (اکوسیستم‌ها، گونه‌های گیاهی و جانوری، هوا، آب و خاک) حوزه موضوعی دیگر مسئولیت اجتماعی شرکت و تحت تاثیر تصمیم‌ها و فعالیت‌های آن است. در این حوزه نیز شرکت باید رویکردهای مسئولانه اتخاذ و به آن‌ها عمل کند. موارد زیر از آن جمله است:

جلوگیری از آلودگی محیط: به معنی پرهیز از انتشار آلودگی در هوا (آلاینده‌ها: سرب، جیوه، دی‌اکسید گوگرد، اکسید نیتروژن، ذرات مخرب ازون و...)، اجتناب از انتقال آلودگی‌ها به آب (محیط زیست دریایی، آب‌های سطحی یا زیرزمینی)، مدیریت پسماندها به‌ویژه پسماندهای خطرناک (پسماندهای رادیواکتیو)، دفع مواد شیمیایی خطرناک و سمی (طبیعی یا تولیدشده توسط انسان) و سایر اشکال آلودگی (صدا، بو، آلودگی بصری، ارتعاشات، تشعشعات، عوامل عفونت‌زا مانند ویروس یا باکتری و...) است.

استفاده پایدار از منابع: به این معنا که برای اطمینان از در دسترس بودن منابع در آینده، رویه‌های کنونی تولید و مصرف باید تغییر کنند و با ظرفیت‌های کره زمین هماهنگ باشند و همچنین جهت‌گیری شرکت باید به سوی منابع تجدیدپذیر (منابع پایدار) باشد.

کاهش تغییرات آب و هوایی: در این مورد عمده‌ترین عامل تغییر جهانی آب و هوا که دارای تاثیر بسزا بر طبیعت و محیط زیست بشر است، تولید و انتشار گازهای گلخانه‌ای (مانند دی‌اکسید کربن، متان، دی‌اکسید نیتروژن) است. پیامدهای این عامل می‌تواند سبب بالا رفتن دما، تغییر در الگوی بارش، افزایش رویدادهای جوی شدید، بالا آمدن سطح آب دریاها، بحران آب، تغییر در اکوسیستم‌ها، کشاورزی و شیلات و امثال آنها شود. از شرکت‌ها انتظار می‌رود در این زمینه اقدام‌های مسئولانه‌ای نظیر موارد زیر را انجام دهند:

- منابع مستقیم و غیرمستقیم خروجی‌های گازهای گلخانه‌ای و تعیین محدودیت مسئولیت خود در این زمینه را شناسایی کنند، همچنین مقیاس‌های بهینه برای کاهش چشمگیر و به حداقل رساندن خروجی گازهای گلخانه‌ای در حوزه کنترل خود را تعریف کنند.

- میزان و نوع سوخت‌های مورد استفاده و اجرای برنامه بهبود بهره‌وری را بررسی کنند.

- در مصرف انرژی (خرید کالاهای با بازده بالای انرژی) صرفه‌جویی کنند و آن را ترویج دهند.

• حفاظت و کمک به تجدید محیط طبیعی: در این محور، ترمیم و حفاظت از اکوسیستم‌ها و خدمات و کارکردهایی در زمینه تامین غذا، آب، سوخت، تنظیمات جوی، شکل‌گیری خاک، کنترل سیلاب، گرده‌افشانی و... اهمیت دارد. در این باره انتظار این است شرکت تاثیرات مضر بر اکوسیستم‌ها را شناسایی و این تاثیرات را حذف کند یا به حداقل برساند. همچنین به حفاظت از گونه‌ها یا زیستگاه‌های در معرض خطر و تاثیرپذیر همت گمارد و از روش‌های منجر به انقراض گونه‌ها و پخش یا تکثیر گونه‌های مهاجم بپرهیزد و همچنین بیشتر محصولات مورد نیاز خود را از تامین کنندگان تکنولوژی‌های پایدار خرید کند.

۴- مشارکت در توسعه جامعه

جامعه کل و به‌خصوص جوامع محلی از ذی‌نفعان بیرونی و مهم شرکت‌ها هستند. در این زمینه انتظار این است که مشارکت شرکت‌ها در توسعه جامعه، بخش جدایی‌ناپذیر توسعه پایدار قلمداد شود. برخی اقدام‌های مهم در این حوزه که در مسئولیت اجتماعی شرکت مورد تاکید قرار می‌گیرد، عبارت‌اند از:

• مشارکت با جامعه: مهم‌ترین وجه ارتباط شرکت و برنامه‌های مسئولیت اجتماعی آن با جامعه، موضوع مشارکت است. قاعدتاً شرکت‌هایی که نگاه و عمل مسئولانه را دنبال می‌کنند، رویکرد مشارکتی و ارتباط متقابل با ذی‌نفعان جامعه را دنبال می‌کنند. این مشارکت در ابعاد و موارد متعددی قابل تحقق است از جمله:

- با گروه‌های جامعه به‌ویژه گروه‌های آسیب‌پذیر و مورد تبعیض ارتباط برقرار کند و با آن‌ها به مشورت بنشیند و آنان را در تعیین اولویت‌های سرمایه‌گذاری اجتماعی و فعالیت‌های توسعه‌ای مشارکت دهد.

- مشارکت با انجمن‌های محلی برای کمک به اهداف عمومی مطلوب و توسعه را مورد توجه و عمل قرار دهد.

• آموزش و فرهنگ: یکی از مهم‌ترین موضوعات مورد نظر در چارچوب مسئولیت اجتماعی شرکت، پرداختن به توسعه آموزش و فرهنگ جامعه و به‌خصوص جوامع محلی است. انتظار از شرکت مسئول آن است که جهت‌گیری و اقدام مشخصی در این زمینه داشته باشد و به جنبه‌هایی نظیر جنبه‌های زیر توجه کند و اهتمام ورزد:

- به آموزش در همه سطوح، بهبود کیفیت و دسترسی به آموزش و ارتقای دانش محلی توجه داشته باشد و در از بین بردن بی‌سوادی مشارکت کند.

- به‌طور خاص به ترویج فرصت‌های یادگیری برای گروه‌های آسیب‌پذیر یا مورد تبعیض بپردازد.
- دانش سنتی و تکنولوژی جوامع محلی را ارتقا دهد.
- به فرهنگ‌های محلی و سنن ارج نهد و آنها را به رسمیت بشناسد و به ارتقای فعالیت‌های فرهنگی کمک کند.
- اشتغال‌زایی و توسعه مهارت‌ها: این محور از مهم‌ترین موضوعات است و در اغلب جوامع جزو تاثیرات و چالش‌های شرکتی محسوب می‌شود. معمولاً انتظار اصلی ذی‌نفعان جوامع محلی از شرکت حمایت در جهت ایجاد اشتغال یا توسعه توانمندی‌های حرفه‌ای آنان است. شرکت‌ها لازم است تاثیرات خود بر وضعیت اشتغال محلی را بررسی کنند و در جهت مدیریت تاثیرات مذکور و توسعه معیشتی ذی‌نفعان محلی گام بردارند. برخی اقدام‌های مورد انتظار در این خصوص شامل محورهای زیر است:
- تاثیرات تصمیم‌های سرمایه‌گذاری خود بر اشتغال‌زایی را بررسی کند و در شرایط مناسب به سرمایه‌گذاری مستقیم برای کاهش فقر در جامعه بپردازد.
- برنامه‌های توسعه مهارت در جوامعی را که این مهارت‌ها به قدر کافی و مناسب مورد توجه قرار نمی‌گیرد تدوین و اجرا کند.
- ثروت و درآمدزایی: شرکت‌ها می‌توانند نقش حیاتی در ایجاد درآمد و ثروت برای جامعه ایفا کنند. از آنها انتظار می‌رود از طریق اموری نظیر امور زیر به این موضوع بپردازند:
- تاثیرات اقتصادی و اجتماعی را هنگام ورود و خروج خود به یک جامعه (مانند تاثیر بر منابع اساسی مورد نیاز برای توسعه پایدار در جامعه) مدنظر قرار دهند.
- تامین کنندگان محلی محصولات و خدمات را در اولویت قرار داده و به آنها فرصت مشارکت بدهند و همچنین به گروه‌های محروم توجه داشته باشند.
- سلامت: تهدیدهای سلامت عمومی دارای اثر جدی بر جامعه است و می‌تواند در توسعه آن اختلال ایجاد کند. فعالیت‌ها و پروژه‌های شرکت‌ها ممکن است از عوامل مهم این تهدیدها باشد. مسئولیت اجتماعی شرکتی ایجاب می‌کند همه شرکت‌های کوچک و بزرگ به حق سلامت احترام بگذارند. در این زمینه انتظار این است که در پی از بین بردن اثرات منفی فرآیندهای تولید محصول و خدمات بر سلامت باشند و در جهت افزایش آگاهی نسبت به تهدیدهای سلامت و ارائه خدمات (دسترسی به خدمات بهداشتی و درمانی، آموزش شیوه‌های زندگی سالم، روش‌های پیشگیری، تغذیه کودکان و...) گام بردارند.
- سرمایه‌گذاری اجتماعی: این مفهوم سرمایه‌گذاری منابع شرکت در برنامه‌هایی را شامل می‌شود که هدفشان بهبود جنبه‌های اجتماعی زندگی است. برخی از انواع سرمایه‌گذاری اجتماعی عبارت‌اند از: پروژه‌های مربوط به آموزش، تحصیل، فرهنگ، مراقبت‌های سلامتی، اشتغال‌زایی، توسعه زیرساخت‌ها، دسترسی بهتر به اطلاعات و هر فعالیت دیگری که موجب توسعه اقتصادی و اجتماعی می‌شود.

۵- مسائل مربوط به مصرف‌کننده

شرکت‌ها در قبال مشتریان و مصرف‌کنندگان (به عنوان بخشی از ذی‌نفعان خود) مسئولیت دارند. اینها کسانی هستند که از خروجی تصمیم‌ها و فعالیت‌های شرکت استفاده می‌کنند. نیازهای مشروع مصرف‌کنندگان بر اساس اصول مورد نظر شرکت، ملل و میثاق بین‌المللی در ابعاد حقوق اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی عبارت‌اند از: امنیت، آگاهی، شنیده شدن، جبران خسارت‌ها، آموزش، محیط زیست سالم، احترام به حق حریم خصوصی، رویکرد پیشگیرانه در برابر

تهدیدهای محصول و ارتقای طراحی جهانی (طراحی محصول قابل استفاده برای همه بر اساس اصول مرتبط)، بنابراین لازم است این حقوق به طور جدی مورد توجه شرکت‌ها قرار گیرد. مسئولیت‌ها در زمینه مسائل مربوط به مصرف‌کننده متعدد است. برخی از آنها عبارت‌اند از:

آموزش و ارائه اطلاعات صحیح، استفاده از فرآیندهای قراردادی و بازاریابی عادلانه و شفاف، ارتقای مصرف پایدار، طراحی محصولات و خدمات قابل دسترس و برای همه بویژه گروه‌های آسیب پذیر، کاهش مخاطرات استفاده از محصولات یا خدمات از طریق رعایت اصول طراحی جهانی، حفاظت از اطلاعات و حریم خصوصی مشتریان و مصرف‌کنندگان، ساخت و توزیع مناسب، خدمات پشتیبانی، دستورعمل‌های استرداد و فراهوانی و...

۶- شیوه‌های عملیاتی عادلانه

این موضوع رفتارهای اخلاقی در ارتباط با سایر شرکت‌ها، شرکا، تامین‌کنندگان، پیمانکاران، رقبا و انجمن‌هایی را که شرکت عضو آنهاست دربر می‌گیرد و شامل شیوه‌هایی است که شرکت از خلال روابط خود با سایر شرکت‌ها برای ترویج نتایج مثبت و مسئولیت اجتماعی مورد استفاده قرار می‌دهد. برخی موارد مرتبط با این شیوه‌ها عبارت‌اند از: مبارزه با فساد، رقابت عادلانه، ارتقای مسئولیت اجتماعی در زنجیره ارزش و احترام به حقوق مالکیت. در خصوص این موضوع مسئولیت اجتماعی شرکت، انتظار این است که موارد بالا همواره در فعالیتهای شرکت مدنظر واقع شده و چندوچون آنها رعایت شود. مثلا در زمینه مبارزه با فساد، اشکال آن (رشوه، کلاهبرداری، پولشویی، اختلاس، پنهانکاری، نفوذ تجاری ناعادلانه و ...) را شناسایی و با موضعی قاطع با آنها برخورد کند. زیرا نتیجه و پیامد فساد نقض حقوق انسانی، صدمه به محیط کسب‌وکار، فقر جوامع و اختلال در رقابت، توزیع ثروت و رشد اقتصادی را در پی داشته و نهایتا کارایی و اعتبار شرکت را زیر سوال می‌برد.

۷- حقوق انسانی

حقوق انسانی حقوق اساسی است که تمام انسان‌ها از آن برخوردارند و شامل دو دسته حقوق «سیاسی و مدنی» و «اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی» است. در دسته نخست، حق زندگی، آزادی، برابری در مقابل قانون و آزادی بیان مطرح می‌شود و در دسته دوم، موضوعاتی همچون حق کار، تغذیه، بالاترین سطح بهداشت، تحصیل، امنیت اجتماعی مدنظر است. مسئولیت اجتماعی شرکت ایجاب می‌کند شرایط تهدیدکننده حقوق انسانی به طور دقیق بررسی شود و شرکت خط‌مشی مشخص و شفافی را در این زمینه و به عنوان راهنمایی سودمند برای کارکنان و افراد بیرون شرکت تعیین و آن را در سراسر شرکت یکپارچه جاری کند. برخی از انتظارات در رعایت حقوق انسانی توسط شرکت شامل موارد زیر است:

- به مشارکت یا روابط قراردادی جهت ارتکاب جرم و نقض یا سوءاستفاده از حقوق انسانی وارد نشود.
 - از خدمات و محصولات نهادهایی که از این خدمات و محصولات برای نقض حقوق انسانی به کار می‌گیرند، پرهیز کند.
 - باید مراقب بروز تبعیض در قبال افراد مرتبط با خود یا متاثر از فعالیت خود (کارکنان، شرکا، مشتریان، ذی‌نفعان، اعضا و افراد دیگر) باشد.
- لازم است خط‌مشی‌های استخدامی خود را مصون از تبعیض بر اساس نژاد، رنگ، جنسیت، مذهب، ملیت، ریشه اجتماعی، سن یا معلولیت قرار دهد. از گروه‌های آسیب‌پذیر مانند زنان و معلولان در محیط کار حفاظت و حمایت کند.

زمان و محل وقوع تجربه

شهرستان تربت حیدریه، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی تربت حیدریه، سال ۱۴۰۰

تولید محتوای آموزشی چند رسانه‌ای جهت توانمندسازی و آموزش سمن‌ها و موسسات خیریه فعال در حوزه سلامت در شهرستان تربت حیدریه

دکتر محمدحسین دلشاد^۱، دکتر فاطمه پورحاجی^۲، دکترحسین ابراهیمی پور^۳، عاطفه اسداله زاده^۴، فرزانه یعقوبی^۵، مرجان کمالی^۶، نرگس با ادب^۷

آدرس نویسندگان:

۱ و ۲. استادیار آموزش بهداشت و ارتقا سلامت، گروه بهداشت عمومی، دانشکده بهداشت، مرکز تحقیقات علوم بهداشتی، دانشگاه علوم پزشکی تربت حیدریه.

آدرس ایمیل: Delshadmh1@thums.ac.ir

۳. استاد مدیریت خدمات بهداشتی درمانی، گروه علوم مدیریت و اقتصاد سلامت، دانشکده بهداشت، مرکز تحقیقات عوامل اجتماعی موثر بر سلامت، پژوهشکده علوم پایه، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، رئیس دانشگاه علوم پزشکی تربت حیدریه.

۴ و ۷. واحد حوزه اجتماعی دانشگاه علوم پزشکی تربت حیدریه.

۵. واحد حوزه اجتماعی دانشگاه علوم پزشکی تربت حیدریه، دانشجوی پزشکی دانشگاه علوم پزشکی تربت حیدریه، مرکز تحقیقات عوامل اجتماعی موثر بر سلامت.

خلاصه تجربه: سازمان‌های مردم‌نهاد، نماد و واسط مشارکت مردم به عنوان یکی از بازوهای اصلی ارتقای سلامت، کاهش فقر و بی‌عدالتی در سلامت جوامع هستند. این سازمان‌ها به عنوان مجرای برای نهادینه ساختن این مشارکت‌ها، دارای سهم بزرگی در حوزه توسعه حقوق جهانی بشر می‌باشند. معرفی، شناساندن و توانمندسازی این سازمان‌ها یکی از مسائل مهم در جامعه می‌باشد. لذا بر آن شدیم تا با همکاری مرکز آموزش مجازی دانشگاه علوم پزشکی تربت حیدریه به تولید محتوای آموزشی چند رسانه‌ای ویژه‌ی تشکل‌های اجتماعی، سازمان‌های مردم‌نهاد، انجمن‌ها و موسسات خیریه فعال در حوزه سلامت بپردازیم و مهم‌ترین نتیجه طرح معرفی، شناساندن و آموزش سازمان‌های مردم‌نهاد می‌باشد.

حوزه تجربه: حوزه اجتماعی (دبیرخانه مشارکت‌های اجتماعی دانشگاه)

کلیدواژه‌ها: سازمان‌های مردم‌نهاد، محتوای آموزشی، آموزش، موسسات خیریه فعال در حوزه سلامت

گزارش فعالیت اجتماعی انجام شده (سال اجرا و مکان اجرا و گروه هدف در این کار، روش‌های به کار رفته و نتایج به دست آمده و پیامدهای آن):

رویداد یا مسئله منجر به کسب تجربه: امروزه شاهد استفاده از رسانه‌ها و فضای مجازی پرکاربرد توسط عموم مردم می‌باشیم و سازمان‌های مردم‌نهاد و سایر موسسات فعال در حوزه سلامت نیاز مبرمی به آموزش و شناساندن شدن به مردم دارند لذا بر آن شدیم تا در راستای این امر مهم با استفاده از فضای مجازی و همچنین سایت و آپارات حوزه‌ی اجتماعی دانشگاه علوم پزشکی تربت حیدریه جهت آموزش، توانمندسازی و همچنین شناساندن تشکل‌های اجتماعی، سازمان‌های مردم‌نهاد، انجمن‌ها و موسسات خیریه فعال در حوزه سلامت به عموم مردم جامعه گام برداریم.

شرح تجربه (نحوه حل مشکل): با همکاری حوزه اجتماعی دانشگاه علوم پزشکی تربت حیدریه و مرکز آموزش مجازی معاونت آموزش، تحقیقات و فناوری دانشگاه و سمن‌ها و مؤسسات خیریه به جهت توانمندسازی و همچنین معرفی و شناساندن تشکل‌های اجتماعی، سازمان‌های مردم‌نهاد، انجمن‌ها و مؤسسات خیریه فعال در حوزه سلامت به عموم مردم جامعه محتواهای آموزشی چند سانه‌ای ویژه‌ی تشکل‌های اجتماعی، سازمان‌های مردم‌نهاد، انجمن‌ها و مؤسسات خیریه فعال در حوزه سلامت تولید و در فضای‌های مجازی و سایت حوزه‌ی اجتماعی دانشگاه علوم پزشکی تربت حیدریه بارگذاری شد و در اختیار عموم مردم قرار گرفت. لازم به ذکر است نمایندگان از انجمن معتادان گمنام، انجمن نابینایان، سمن توسعه مهر پارسی (خانه فرهنگ کودک)، انجمن حمایت از بیماران کلیوی دیالیزی، انجمن الکلی‌های گمنام، سمن حامیان حریم طبیعت، سمن جمعیت مبارزه با استعمال دخانیات، مؤسسه خیریه صاحب الزمان و مؤسسه خیریه آوای فجر جهت تهیه محتوی ویدیویی با دانشگاه علوم پزشکی تربت حیدریه همکاری داشته‌اند.

نتایج اجرای تجربه (تاثیر بر زمان، هزینه، ایمنی، کیفیت یا بهبود عملکرد): در این طرح محتواهای اطلاع‌رسانی و آموزشی مورد تائید دبیرخانه مشارکت‌های اجتماعی دانشگاه علوم پزشکی تربت حیدریه اعم از ضبط فیلم با استاندارد زمانی مشخص از معرفی تشکل‌های اجتماعی، سازمان‌های مردم‌نهاد (سمن)، انجمن و مؤسسه خیریه حوزه سلامت و یا آموزش‌های مورد تقاضای این نهادها در مرکز آموزش مجازی معاون آموزش، تحقیقات و فناوری دانشگاه با هماهنگی با روابط عمومی دانشگاه به اجرا گذاشته شد و روابط عمومی حوزه اجتماعی دانشگاه به منظور معرفی محتواهای تهیه شده به مردم، نسبت به بارگذاری در سایت حوزه اجتماعی دانشگاه علوم پزشکی تربت حیدریه اقدام نمود.

مخاطبان، کاربران و موارد کاربرد این تجربه: سازمان‌های مردم‌نهاد و مؤسسات خیریه فعال در حوزه سلامت و عموم مردم شهرستان تربت حیدریه

پیشنهادها و توصیه‌های حاصل از تجربه: اینترنت و فضای مجازی منابع شگفت‌انگیز آگاهی و دانش هستند. با تغییرات اساسی که در اثر رشد و گسترش فناوری‌های نوین ارتباطی در عرصه‌های مختلف زندگی انسان‌ها رخ داده‌است، تعلیم و تربیت نیز از این قاعده‌ی تغییرات مستثنی نیست. در عصر ما دانش و فناوری با یکدیگر هم‌مسیر شده‌اند و نمی‌توان یکی از این دو را بدون دیگری تصور نمود. فضای مجازی با منابع و امکانات عظیمی که در زمینه علم و دانش در اختیار کاربران قرار می‌دهد و با ویژگی‌هایی چون بی‌زمانی، بی‌مکانی، تعاملی بودن و... قابلیت‌های زیادی در زمینه آموزش و پرورش در اختیار کاربران خود قرار می‌دهد و ما به عنوان مجموعه بزرگ دانشگاه علوم پزشکی می‌توانیم از این امکانات در راستای شناساندن و آموزش سمن‌ها و مؤسسات خیریه فعال در حوزه سلامت بهره ببریم. از جمله نقاط قوت این طرح می‌توان به استفاده از فضاهای مجازی پرکاربرد توسط عموم مردم جامعه، استفاده از ظرفیت‌های مرکز آموزش مجازی معاونت آموزش، تحقیقات و فناوری دانشگاه علوم پزشکی تربت حیدریه و همکاری با سایر حوزه‌های دانشگاه اشاره کرد و همچنین نقاط ضعف این طرح شامل: محدودیت برخی از امکانات دانشگاه و عدم همکاری برخی از حوزه‌ها جهت اطلاع‌رسانی بیشتر و باز نشر محتواهای تهیه شده می‌باشد.

زمان و محل وقوع تجربه: شهرستان تربت حیدریه، دانشگاه علوم پزشکی تربت حیدریه، زمستان ۱۴۰۰

استقرار عملیاتی حوزه توسعه اجتماعی و ارتقاء سلامت دانشگاه: استراتژی میانجی و هماهنگ کننده برای دستیابی به سلامت همه جانبه در راستای نیل به توسعه مشارکت های اجتماعی دانشگاه علوم پزشکی

دکتر محمدحسین دلشاد^۱، دکتر فاطمه پورحاجی^۲، دکتر حسین ابراهیمی پور^۳، عاطفه اسداله زاده^۴، فرزانه یعقوبی^۵، مرجان کمالی^۶، نرگس با ادب^۷

آدرس نویسندگان:

۱ و ۲. استادیار آموزش بهداشت و ارتقا سلامت، گروه بهداشت عمومی، دانشکده بهداشت، مرکز تحقیقات علوم بهداشتی، دانشگاه علوم پزشکی تربت حیدریه.

آدرس ایمیل: Delshadmh1@thums.ac.ir

۳. استاد مدیریت خدمات بهداشتی درمانی، گروه علوم مدیریت و اقتصاد سلامت، دانشکده بهداشت، مرکز تحقیقات عوامل اجتماعی موثر بر سلامت، پژوهشکده علوم پایه، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، رئیس دانشگاه علوم پزشکی تربت حیدریه. ۴ و ۷. واحد حوزه اجتماعی دانشگاه علوم پزشکی تربت حیدریه.

۵. واحد حوزه اجتماعی دانشگاه علوم پزشکی تربت حیدریه، دانشجوی پزشکی دانشگاه علوم پزشکی تربت حیدریه، مرکز تحقیقات عوامل اجتماعی موثر بر سلامت.

خلاصه تجربه: مهم ترین عامل مؤثر بر سلامت در جوامع، عوامل اجتماعی است. ۵۰ درصد عوامل مؤثر بر سلامت، عوامل اجتماعی است. مشارکت های اجتماعی فرآیندی است که به وسیله آن افراد درگیر موضوعاتی می شوند که در آن نگرانی یا نیاز مشترکی دارند و نیازمند پذیرش مسئولیت نسبت به سلامتی دارد. در سال های اخیر عوامل اجتماعی به یکی از مباحث مهم در محافل دانشگاهی تبدیل شده است. دلایل متعددی برای حرکت به سوی عوامل اجتماعی ذکر شده است که از جمله آنها می توان به موارد زیر اشاره کرد: بهبود کیفیت، رشد و توسعه منابع انسانی، انعقاد پیمان های راهبردی، تدوین اسناد راهبردی، رشد و توسعه فرهنگی - اجتماعی و فهم متقابل، ایجاد روابط راهبردی و رشد و توسعه و ارتقاء سلامت، پژوهش و دانش. دانشگاه با رسالت جلب مشارکت آحاد مردم، مشارکت بین بخشی، عدالت در سلامت و ارتقاء سواد سلامت مردم در اهداف، رویکردها، فرآیندها و ارائه خدمات سلامت و خدمات آموزشی و پژوهشی در راستای اهداف، سیاست ها و اولویت های توسعه دانشگاه بررسی و چشم انداز، مأموریت، ارزش های محوری، اهداف و استراتژی های توسعه سلامت اجتماعی تدوین گردیده است.

حوزه تجربه: توسعه اجتماعی و ارتقاء سلامت دانشگاه

زمان و محل وقوع تجربه: ۱۳۹۹-۱۴۰۰

کلمات کلیدی: سند راهبردی اجتماعی، حوزه اجتماعی، سازمان های مردم نهاد، حوزه توسعه اجتماعی و ارتقاء سلامت، هیئت امانا

رویداد یا مسئله منجر به کسب تجربه

دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی و درمانی تربت حیدریه سند راهبردی اجتماعی سازی سلامت را تدوین نموده است. پیش نویس سند راهبردی اجتماعی و روش تدوین آن به تفکیک حوزه های آموزش و پژوهش، درمان،

بهداشت، بهداشت و آموزش و ارتقاء سلامت، توسعه منابع، امور بین‌المللی و حوزه دانشجویی فرهنگی با توجه به ماهیت وظایف و اهداف اجتماعی متناسب با هر یک از معاونت‌ها و تدوین شد. سپس در طی جلسات مشترکی با حضور ذینفعان داخلی شامل معاونان و کارشناسان ارشد ادارات حوزه‌های مختلف دانشکده ابتدا در زمینه ماهیت اجتماعی‌سازی سلامت دانش‌افزایی انجام شد و سپس پیش‌نویس سند مورد بررسی ذینفعان قرار گرفت. پیش‌نویس سند و فرم‌های تدوین‌شده جهت تحلیل موقعیت در اختیار ذینفعان قرار گرفت و سپس با گردآوری نظرات ایشان، بر نسخه نهایی سند اجتماعی‌سازی سلامت به تفکیک حوزه‌ها توافق و اجماع حاصل گردید. بخش اول سند راهبردی اجتماعی‌سازی سلامت شامل اصول ارزشی، چشم‌انداز، تحلیل نقاط قوت، ضعف، فرصت‌ها و تهدیدات موجود بر سر راه دستیابی به اهداف اجتماعی‌سازی سلامت هر یک از حوزه‌ها می‌باشد. بخش دوم، شامل اهداف کلی و اهداف اختصاصی به تفکیک هر یک از اهداف کلی است. همچنین راهبردها و برنامه اجرایی و شاخص‌های پایش اهداف اجتماعی‌سازی سلامت دانشگاه نیز با توجه به اهداف اختصاصی و برای هر یک از معاونت‌ها تدوین شد. به طور خاص اهداف کلان اصلی تدوین‌شده برای حوزه امور اجتماعی و مشارکت‌های مردمی دانشکده شامل کاهش آسیب‌های سلامتی و اجتماعی ناشی از طلاق، اعتیاد و بیکاری، ایجاد و بکارگیری رویکرد سیستماتیک توسعه روابط بین بخشی در جهت بهبود سلامت و تعیین‌کننده‌های اجتماعی آن، ارتقاء عملکرد خیرین حوزه سلامت شهرستان و انجمن‌ها و سازمان‌های مردم‌نهاد، ارتقاء ایمنی محیط‌ها و اماکن شهری و روستایی، کاهش بار بیماری‌های غیرواگیر دیابت، فشارخون و بیماری‌های قلبی عروقی با راهبرد ارتقاء سواد سلامت می‌باشد. عمده راهبردهای مورد استفاده در جهت رسیدن به اهداف حوزه امور اجتماعی و مشارکت‌های مردمی نیز عبارتند از راهبرد تثبیت و توانمندسازی کانون‌های سلامت محلات، راهبرد تدوین و اجرای برنامه شهر سالم و ایمن، و راهبرد ارتقاء سواد سلامت می‌باشد. سند راهبردی اجتماعی‌سازی سلامت که با مشارکت ذی‌نفعان و پس از شناخت و تحلیل موقعیت انجام گرفت به عنوان نقشه راهی برای ساختارمند نمودن مشارکت‌های مردمی و مشارکت‌های بین‌بخشی به هدف بهبود سلامت جسمی، روانی، اجتماعی و معنوی جمعیت شهرستان تربت حیدریه استفاده خواهد شد.

گزارش فعالیت اجتماعی انجام شده (سال اجرا و مکان اجرا و گروه هدف در این کار، روش‌های به کار رفته و نتایج به دست آمده و پیامدهای آن)

شرح تجربه (نحوه حل مشکل): از آنجائیکه سلامت موضوعی همه‌جانبه بوده و عوامل زیادی بر آن مؤثر است شکل‌گیری ساختاری که بتواند این عوامل را در مناطق تحت پوشش دانشگاه مدیریت نماید کاری دشوار ولی ممکن است. تحلیل وضعیت تولید در نظام سلامت نشان داده است که برای عملیاتی‌سازی سیاست‌ها در شهرستان‌ها بستر مؤثر فراهم نیست و لازم است تا الگویی برای هماهنگی فرایندهای سیاست‌گذاری و برنامه‌ریزی سلامت برای سطح مناطق تحت پوشش دانشگاه ارائه شود. پیچیده بودن نظام سلامت و ضرورت سیاست‌گذاری مبتنی بر شواهد، ایجاد می‌کند تا نظام سیاست‌گذاری سلامت بر اساس ویژگی‌ها و معیارهای قابل قبول پایه‌گذاری شود. حوزه توسعه اجتماعی و ارتقاء سلامت دانشگاه، با هدف کمک به تصمیم‌گیری و سیاست‌گذاری مبتنی بر شواهد از طریق ارزیابی تصمیم‌ها و سیاست‌های مرتبط بر مبنای روش‌های معتبر علمی، ابداع یا بومی‌سازی روش‌ها و ابزارهای تصمیم‌سازی و تصمیم‌گیری مبتنی بر شواهد، در عرصه‌های سلامت اجتماعی، بر آن است تا با استفاده از ظرفیت‌های بالقوه خود شواهد علمی لازم را به منظور سیاست‌گذاری، ظرفیت‌سازی و همکاری‌های بین‌بخشی در حوزه سلامت و بررسی وضع موجود و تصمیم‌سازی برای ارکان دانشگاه (هیئت امضاء، شورای دانشگاه، هیئت رئیسه و رئیس دانشگاه) فراهم نماید.

اقدامات

- ۱- تشکیل، راه اندازی و شروع به کار کارگروه تخصصی اعضای شورای راهبردی توسعه اجتماعی و ارتقای سلامت و اتاق فکر و سیاستگذاری برای افراد صاحب نظر
- ۲- بحث و توافق در خصوص اهداف مربوطه در جلسات کارگروه تخصصی، با توجه به لزوم استقرار و پیاده سازی سند استراتژیک دانشگاه و فعالیتها، اقدامات برنامه‌ای
- ۳- ایجاد زبان مشترک در مورد مفاهیم اصلی پاسخگویی و تأمین مطالعات لازم در خصوص اقدامات و فعالیت‌های بسته و ترجمان برنامه‌های مربوطه
- ۴- طراحی وب سایت اختصاصی
- ۵- بررسی و بهره مندی از اسناد بالادستی کشور و منطقه و تدوین رسالت
- ۶- حمایت و هدایت طرح‌های فوق جهت اجرا و برنامه ریزی برای تعمیم آن
- ۷- برقراری تعاملات بین منطقه‌ای و بین المللی در جهت اشتراک گذاری و استفاده از تجارب دانشگاهی در سطح منطقه
- ۸- تدوین و انتشار بیانیه مشترک
- ۹- طراحی و چاپ نشریه اختصاصی با عنوان " گاهنامه حوزه اجتماعی دانشگاه " برای انتشار برنامه‌ها، دستاوردها و تجارب موفق مرتبط (تاکنون ۴ جلد منتشر گردیده است).
- ۹- درگیرسازی دانشجویان رشته‌های مختلف سایر رشته‌های پیراپزشکی، پرستاری و بهداشت
- ۱۰- تدوین نمونه وظایف:
 - حمایت از حوزه‌های مختلف سلامت به منظور طراحی و اجرای برنامه‌ها در حیطه مؤلفه‌های اجتماعی با رویکرد اجتماع محور
 - پیاده سازی رویکرد توانمند سازی اجتماع محور با همکاری سایر دستگاه‌ها و نهادها با هدف ایجاد نظام پایدار اجرای برنامه‌های مرتبط با مؤلفه‌های اجتماعی
 - شناسایی ارزیابی و معرفی سازمان‌ها نهادها و یا شرکت‌های خصوصی و دولتی موفق در پاسخگویی و تعهد به سلامت
 - حمایت طلبی به منظور پیگیری اهداف توسعه پایدار
 - حمایت طلبی به منظور پیاده سازی پیوست سلامت در انواع طرح‌های توسعه
 - انجام پایش و ارزشیابی شاخص‌های عدالت در سلامت و شاخص‌های سلامت
 - اجرای پروتکل جمع آوری داده‌های مرتبط با شاخص‌ها با مشارکت درون بین بخشی انجام پایش و ارزشیابی شاخص‌های سلامت
 - همکاری در تدوین اولویت‌ها و برنامه‌های مرکز مبنی بر آمایش سرزمین و اهداف پایدار و...
- ۱۱- برگزاری جلسات اختصاصی مرتبط با مباحث، برنامه سند توسعه سلامت منطقه با حضور معاونت محترم استاندار و فرماندار ویژه شهرستان و مجمع خیرین سلامت
- ۱۲- تدوین فرآیندها
- ۱۳- تدوین اطلس شاخص‌های اساسی سلامت
- ۱۴- تدوین آیین نامه‌های مختلف در بازه زمانی دوساله

۱۵- برگزاری جلسات اختصاصی مرتبط با مباحث مراکز خدمات جامع سلامت آموزشی دانشگاه، برنامه سند توسعه سلامت منطقه با حضور معاونت محترم استاندار و فرماندار ویژه شهرستان و مجمع خیرین سلامت
۱۶- طراحی، ایجاد و معرفی سامانه به اشتراک گذاری تجارب موفق در زمینه پایگاه‌های تحقیقات سلامت اجتماعی دانشگاه

۱۷- تهیه تفاهم نامه همکاری با معاونت بهداشت و ارسال آن جهت رایزنی بازخورد

۱۸- تنظیم و تکمیل فرم نظرسنجی فرآیند های آموزشی مزبور

۱۹- نظرسنجی و تنظیم و تکمیل فرم های نظرسنجی و نقد فعالیت ها

۲۰- بازنگری برنامه با تشکیل جلسات فوکوس گروپ حضوری در سطح منطقه معاونت بهداشت

۲۱- ارزیابی و پایش در حین اجرای پایلوت و رفع نواقص و در نهایت ارزشیابی پایانی

نتایج اجرای تجربه (تاثیر بر زمان، هزینه، ایمنی، کیفیت یا بهبود عملکرد)

برگزاری دوره های توجیهی در جهت انتقال تجارب

شیوه های نشر نوآوری اعم از کتاب/ سند راهنما

شواهد تعمیم نوآوری و نتایج آنها

ثبت طرح پژوهشی فرآیند در جشنواره مشارکت های اجتماعی وزارت بهداشت جهت ارائه مقاله و گزارش مبتنی بر شواهد

نقد خبرگان/ همکاران /مشتریان یا فراگیران

چاپ کتاب و ارسال آن به نشر ارگان های شهرستان جهت رایزنی بازخورد

مخاطبان، کاربران و موارد کاربرد این تجربه: محلات /دانشگاه های علوم پزشکی/ نهادهای اجتماعی

پیشنهاد ها و توصیه های حاصل از تجربه: با ارائه گزینه های سیاستی، رصد آینده و مشاوره های تخصصی از طریق روش شناسی علمی و مشارکت ذی نفعان، نقشی تأثیرگذار و کلیدی در توسعه و ترویج سیاست گذاری و تصمیم گیری مبتنی بر شواهد علمی در دانشگاه علوم پزشکی تربت حیدریه دارد و از این طریق منجر به ارتقای تعهد، پاسخگویی و کیفیت خدمات دانشگاه در حوزه های سلامت اجتماعی می شود و از طرق زیر به آنها می پردازد: ۱- تهیه گزینه های سیاستی مبتنی بر شواهد برای مسائل مهم دانشگاه که با استفاده از روش شناسی علمی و با در نظر گرفتن بستر و خصوصیات زمینه ای دانشگاه و نظرات ذی نفعان کلیدی تهیه شده و به موقع جهت اتخاذ سیاست های مناسب در اختیار تصمیم گیران و سیاست گذاران قرار گیرد، ۲- تدوین برنامه پایش و ارزیابی عملکرد دانشگاه، نظارت بر اجرای آن و تجزیه و تحلیل داده های آن جهت شناسایی نقاط تمرکز برای ارتقای عملکرد در دانشگاه، ۳- ثبت و مستندسازی فرآیندهای مهم دانشگاه، ۴- تدوین، پیگیری و پایش برنامه های درازمدت دانشگاه مانند برنامه ۴ ساله، ۵- افکارسنجی در مورد موضوعات کلیدی مورد نظر مدیریت ارشد دانشگاه، ۶- آینده پژوهی و جهت دهی به برنامه ها و سیاست های اتخاذ شده در دانشگاه به منظور بهره بردن از فرصت های آینده و کنترل تهدیدهای پیش رو با هدف دستیابی به آینده مطلوب در دانشگاه، اصول و چارچوب کاری آن در راستای اهداف خود، اصول زیر را در فعالیت هایش لحاظ می نماید: ۱- انجام پژوهش های علمی کاربردی و نظام مند به منظور جوابگویی به نیازهای مدیران دانشگاه علوم پزشکی تربت حیدریه در مرکز یا برون سپاری امور اجتماعی سلامت، در صورت ضرورت استفاده از ظرفیت های دانشی و فناوری افراد یا مراکز معتبر داخل و خارج دانشگاهی

۲- اولویت‌بندی و انجام پروژه‌ها به صورت مشارکتی و با درگیر ساختن سفارش‌دهندگان و سایر ذی‌نفعان به صورتی که احساس مالکیت و تعلق سازمانی در آنان برای استفاده از نتایج در حوزه‌های کاری ایجاد گردد. (تحلیل ذی‌نفعان و رویکرد مشارکتی)

۳- زمینه‌سازی و اولویت‌بخشیدن به کار تیمی با توجه به چندتخصصی بودن ماهیت اکثریت طرح‌ها

۴- تأکید بر استفاده از بهترین شواهد علمی در دسترس در فعالیتهای مرکز (evidence based approach)

۵- انتشار منظم یافته‌ها و درس‌های آموخته شده از تحقیقات با توجه به اصول مدیریت دانش برای مخاطبین داخل و خارج از مرکز در قالب سایت مرکز، انتشار خلاصه‌های سیاستی، مقاله، کتاب و گزارش، ارائه گزارش در شوراها و جلسات دانشگاه، شرکت در اجتماعات علمی و برگزاری همایش‌ها و کنفرانس‌ها

۶- کوشش در جلب توجه و همکاری انجمن‌های علمی، گروه‌های آموزشی، مراکز پژوهشی و سیاست‌گذاری مرتبط در داخل کشور، ۷- فراهم نمودن شرایط مناسب برای تشویق پژوهشگران و صاحب‌نظران برجسته در همکاری با مرکز و استفاده از ظرفیت‌های آنان

۸- استفاده از ظرفیت فراهم شده در مرکز برای توسعه آموزش در رشته‌های مرتبط مانند مدیریت خدمات بهداشتی درمانی، سیاست‌گذاری و اقتصاد سلامت، پزشکی اجتماعی، اپیدمیولوژی، ارزیابی فناوری سلامت، آینده‌پژوهی و...

۹- همکاری علمی با مراکز پژوهشی، سیاست‌گذاری و آموزشی سایر کشورها و سازمان‌های بین‌المللی با رعایت قوانین و مقررات دولت جمهوری اسلامی ایران

۱۰- توسعه منابع انسانی مرکز از طریق تقویت توانمندی‌های ضروری، ارزیابی مبتنی بر عملکرد، توجه به ارتقاء شغلی و حرفه‌ای، داشتن رویکرد حل مسئله و تقویت خلاقیت و نوآوری. در حال حاضر گروه‌های سیاست‌گذاری و برنامه‌ریزی؛ دیده‌بانی، پایش و ارزشیابی؛ آینده‌پژوهی و تعالی خدمات دانشگاه فعال هستند.

بهبود کنترل و پیشگیری از کووید-۱۹ از طریق بهره‌گیری از تاثیر مشارکت اجتماعی بخش‌های تشکلی اجتماعی مردم نهاد در شهرستان تربت حیدریه

دکتر محمدحسین دلشاد^۱، دکتر فاطمه پورحاجی^۲، دکترحسین ابراهیمی پور^۳

آدرس نویسندگان:

۱ و ۲. استادیار آموزش بهداشت و ارتقا سلامت، گروه بهداشت عمومی، دانشکده بهداشت، مرکز تحقیقات علوم بهداشتی، دانشگاه علوم پزشکی تربت حیدریه.

آدرس ایمیل: Delshadmh1@thums.ac.ir

۳. استاد مدیریت خدمات بهداشتی درمانی، گروه علوم مدیریت و اقتصاد سلامت، دانشکده بهداشت، مرکز تحقیقات عوامل اجتماعی موثر بر سلامت، پژوهشکده علوم پایه، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، رئیس دانشگاه علوم پزشکی تربت حیدریه.

خلاصه تجربه: نظام‌های سلامت با چالش‌های پیچیده و متعددی از جمله فرآیندهای اصلاحات، تغییر نیازهای بهداشتی مردم، افزایش سطح انتظارات عمومی، فقدان منابع کافی، لزوم توجه به منابع جدید تامین مالی و ضرورت استفاده کارآمدتر از منابع موجود مواجهند. کرونا ویروس - کوید ۱۹ با تحت الشعاع قرار دادن سیستم‌های بهداشتی درمانی، قربانیان بیشتری می‌گیرد و پایه‌های مشارکت اجتماعی را متزلزل کرده است. این بیماری همه‌گیر نه تنها میزان بالای مرگ و میر ناشی از عفونت ویروسی را به همراه دارد، بلکه باعث فاجعه انسانی در کل نقاط جهان شده است. پیاده‌سازی صحیح میزان ارتقاء مسئولیت مشارکت اجتماعی بخش‌های اجتماعی مردم نهاد و دولتی موجب کاستن از وظایف اجرایی دولت، ارتقای شاخص‌های عملکردی دانشگاه‌ها، افزایش رضایت گیرندگان خدمت، بهبود کارایی و کیفیت خدمات، افزایش بهره‌وری در تخصیص منابع و به‌طور کلی تقویت سیستم سلامت دولتی از طریق جریان منابع، تخصص‌ها و مهارت‌های فنی از بخش خصوصی می‌شود. ولی لازم به ذکر است که مشارکت بخش خصوصی و دولتی نیازمند حمایت‌های سیاسی لازم، اعمال یک روش سیستماتیک و یکپارچه اجرایی، تغییرات اجتماعی و فرهنگی، وضوح اهداف و درک صحیح طرفین از مشارکت، تخصیص منصفانه ریسک بین طرفین، انگیزش بخش خصوصی، مکانیسم روشن جهت مدیریت صحیح، کنترل و نظارت مداوم مشارکت بخش‌های اجتماعی مردم نهاد و دولتی و فراهم کردن بسترهای لازم در این زمینه است. توجه به مشکلات و نیازهای اجتماعی مردم و رفع آنها، عدالت در سلامت و دریافت مراقبت‌های بهداشتی، پیشگیری از آسیب به مردم، بیان موازین مشارکت اجتماعی از جنبه‌های ابتکاری این برنامه می‌باشد.

حوزه تجربه: حوزه مشارکت‌های اجتماعی / زمان و محل وقوع تجربه: در سال ۱۳۹۹-۱۴۰۰ بر روی ساکنان ۱۸-

۷۰ ساله شهرستان تربت حیدریه

کلمات کلیدی: کرونا ویروس - کوید ۱۹، مداخلات اجتماعی، پیشگیری از آسیب به مردم، تشکلی‌های اجتماعی مردم

نهاد

گزارش فعالیت اجتماعی انجام شده (سال اجرا و مکان اجرا و گروه هدف در این کار، روش های به کار رفته و نتایج به دست آمده و پیامدهای آن)

رویداد یا مسئله منجر به کسب تجربه: نظام های سلامت با چالش های پیچیده و متعددی از جمله فرآیندهای اصلاحات، تغییر نیازهای بهداشتی مردم، افزایش سطح انتظارات عمومی، فقدان منابع کافی، لزوم توجه به منابع جدید تامین مالی و ضرورت استفاده کارآمدتر از منابع موجود مواجهند. کرونا ویروس - کوید ۱۹ با تحت الشعاع قرار دادن سیستم های بهداشتی درمانی، قربانیان بیشتری می گیرد و پایه های مشارکت اجتماعی را متزلزل کرده است. این بیماری همه گیر نه تنها میزان بالای مرگ و میر ناشی از عفونت ویروسی را به همراه دارد، بلکه باعث فاجعه انسانی در کل نقاط جهان شده است. مداخلات اجتماعی یکی از راه پیشگیری از بیماری است. مشارکت اجتماعی راهبردی اساسی در برنامه ریزی برای کنترل این بیماری است.

شرح تجربه (نحوه حل مشکل): پیاده سازی صحیح میزان ارتقاء مسئولیت مشارکت اجتماعی بخش تشکل های اجتماعی مردم نهاد و دولتی موجب کاستن از وظایف اجرایی دولت، ارتقای شاخص های عملکردی دانشگاه ها، افزایش رضایت گیرندگان خدمت، بهبود کارایی و کیفیت خدمات، افزایش بهره وری در تخصیص منابع و به طور کلی تقویت سیستم سلامت دولتی از طریق جریان منابع، تخصص ها و مهارت های فنی از بخش خصوصی می شود. ولی لازم به ذکر است که مشارکت بخش خصوصی و دولتی نیازمند حمایت های سیاسی لازم، اعمال یک روش سیستماتیک و یکپارچه اجرایی، تغییرات اجتماعی و فرهنگی، وضوح اهداف و درک صحیح طرفین از مشارکت، تخصیص منصفانه ریسک بین طرفین، انگیزش بخش خصوصی، مکانیسم روشن جهت مدیریت صحیح، کنترل و نظارت مداوم مشارکت بخش تشکل های اجتماعی مردم نهاد و دولتی و فراهم کردن بسترهای لازم در این زمینه است. توجه به مشکلات و نیازهای اجتماعی مردم و رفع آنها، عدالت در سلامت و دریافت مراقبتهای بهداشتی، پیشگیری از آسیب به مردم، بیان موازین مشارکت اجتماعی از جنبه های ابتکاری این برنامه می باشد.

نتایج اجرای تجربه (تأثیر بر زمان، هزینه، ایمنی، کیفیت یا بهبود عملکرد): در این مطالعه مقطعی ساکنان ۷۰-۱۸ ساله شهرستان تربت حیدریه، با کسب رضایت از ایشان به عنوان مشارکت کنندگان مطالعه از هر دو جنس و با حداکثر تنوع موقعیت اجتماعی انتخاب و مورد مطالعه قرار گرفتند. روش انتخاب مشارکت کنندگان در ابتدا به صورت هدفمند انجام شد. در این روش، به منظور گردآوری داده ها از روش مصاحبه نیمه ساختارمند عمیق استفاده شد و سپس دسته بندی و تحلیل داده های کیفی با کمک نرم افزار MAXQDA صورت گرفت. بعد از تبیین مدل مفهومی طیف مشارکت اجتماعی در کووید-۱۹، پرسشنامه ای بر اساس مفاهیم و سازه های به دست آمده از مطالعه کیفی؛ طراحی و سپس روانسنجی شد. در ادامه انتخاب مشارکت کنندگان، تئوریک و بر اساس تحلیل داده های قبلی انجام و تمام متن ها بر روی نرم افزار ورد، کلمه به کلمه پیاده شد.

طیف مشارکت اجتماعی به ترتیب در عامل ۲ (اشتراک اطلاعات بیماری) حیطه ۱ با ۶۹/۳٪، عامل ۷ (مشاوره) حیطه ۳ با ۴۸/۸۸٪ و عامل ۴ (هماهنگی و همکاری) حیطه ۲ با ۴۵/۸۴٪ دارای بیشترین عملکرد مطلوب شدند. میزان ارتقاء مسئولیت مشارکت اجتماعی بین میانگین رتبه نمرات آنها مشهود بود ($P < 0/05$). کمترین عملکرد مطلوب به ترتیب به عامل ۵ حیطه ۲ (مسئولیت اجتماعی) با ۳۷٪، عامل ۲ حیطه ۱ (کنترل جامعه) با ۱۵٪ اختصاص یافت.

پیش از نیمی از شرکت کنندگان در گروه دارای عملکرد نسبتاً مطلوب و نامطلوب شدند. لذا با بهره گیری از این تحقیق، انتظار می رود ۱۰۰٪ مردم، موازین مشارکت اجتماعی را پس از یک دوره آموزش برنامه ریزی شده به کار گیرند.

مخاطبان، کاربران و موارد کاربرد این تجربه: خانواده، محله /دانشگاه های علوم پزشکی / نهادهای اجتماعی پیشنهادها و توصیه های حاصل از تجربه: می توان با پیاده سازی صحیح میزان ارتقاء مسئولیت مشارکت اجتماعی بخش تشکل های اجتماعی مردم نهاد و دولتی موجب کاستن از وظایف اجرایی دولت، ارتقای شاخص های عملکردی دانشگاه ها، افزایش رضایت گیرندگان خدمت، بهبود کارایی و کیفیت خدمات، افزایش بهره وری در تخصیص منابع و به طور کلی تقویت سیستم سلامت دولتی از طریق جریان منابع، تخصص ها و مهارت های فنی از بخش خصوصی شد.

بهینه سازی اردوهای جهادی در مناطق محروم به منظور محرومیت زدایی از اقشار آسیب پذیر جامعه از طریق ارائه خدمات سلامت رایگان درمانی و

بهداشتی

دکتر محمدحسین دلشاد^۱، دکتر فاطمه پورحاجی^۲، دکتر حسین ابراهیمی پور^۳، عاطفه اسداله زاده^۴، فرزانه یعقوبی^۵، مرجان کمالی^۶، نرگس با ادب^۷

آدرس نویسندگان:

۲۰۱. استادیار آموزش بهداشت و ارتقا سلامت، گروه بهداشت عمومی، دانشکده بهداشت، مرکز تحقیقات علوم بهداشتی، دانشگاه علوم پزشکی تربت حیدریه.

آدرس ایمیل: Delshadmh1@thums.ac.ir

۳. استاد مدیریت خدمات بهداشتی درمانی، گروه علوم مدیریت و اقتصاد سلامت، دانشکده بهداشت، مرکز تحقیقات عوامل اجتماعی موثر بر سلامت، پژوهشکده علوم پایه، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، رئیس دانشگاه علوم پزشکی تربت حیدریه.

۴ و ۷. واحد حوزه اجتماعی دانشگاه علوم پزشکی تربت حیدریه.

۵. واحد حوزه اجتماعی دانشگاه علوم پزشکی تربت حیدریه، دانشجوی پزشکی دانشگاه علوم پزشکی تربت حیدریه، مرکز تحقیقات عوامل اجتماعی موثر بر سلامت.

خلاصه تجربه: این طرح با جذب داوطلب در حیطه‌ی پزشکی، پرستار، دندانپزشک، ماما، چشم پزشکی، داروخانه، روانشناس و سایر داوطلبان و ارائه‌ی دستور کار مشخص به داوطلبین، سفیران معزز جهادی شامل دندانپزشک، روانپزشک و ماما، دانشجویان دانشگاه علوم پزشکی تربت حیدریه و سایر نیروهای داوطلب در مناطق محروم شهرستان تربت حیدریه انجام شد و خدمات درمانی مورد نیاز به مددجویان ارائه گردید. از جمله اقدامات دیگر انجام گرفته در طرح بهینه سازی اردوهای جهادی در مناطق محروم، برگزاری کارگاه‌های سبک زندگی سالم و تغذیه سالم از دیدگاه اسلام، کارگاه آموزش‌های بهداشتی و کنترل استرس به نوجوانان و جوانان و کارگاه مشاوره بهداشتی خانواده و فرزند آوری و همچنین ویزیت رایگان توسط پزشک، مشاوره زنان و مامایی و کنترل فشار خون و غربالگری قند خون با همکاری پایگاه شهید اژدری دانشگاه علوم پزشکی تربت حیدریه می‌باشد

حوزه تجربه: حوزه مشارکت های اجتماعی

کلید واژه ها: اردوهای جهادی، مناطق محروم، خدمت‌رسانی

گزارش فعالیت اجتماعی انجام شده (سال اجرا و مکان اجرا و گروه هدف در این کار، روش های به کار رفته و نتایج به دست آمده و پیامدهای آن)

رویداد یا مسئله منجر به کسب تجربه: با استناد به فرمایشات مقام معظم رهبری که می‌فرمایند، مسئله‌ی سلامت جزء مسائل درجه یک کشور است و مسئولان و دلسوزان کاری کنند که مردم جز درد بیماری درد دیگری نداشته باشند، خدمت‌رسانی به مناطق محروم باید از اولویت‌های دانشگاه علوم پزشکی باشد. همواره نیروهای جهادی جوانی

در صحنه حضور دارند و این وظیفه‌ی دانشگاه علوم پزشکی است که بتواند از این ظرفیت‌ها به نحو احسن بهره ببرد و با سامان‌دهی به این فعالیت‌ها امکان خدمت‌رسانی به مناطق محروم را فراهم آورد. در این طرح ارائه خدمات سلامت رایگان درمانی و بهداشتی به مناطق محروم (ارائه خدمات دندانپزشکی به ۵۰ نفر، ارائه خدمات بینایی سنجی به ۵۵ نفر، ویزیت توسط پزشک متخصص، تحویل داروی رایگان به ۱۶۵ نفر و مشاوره زنان و مامایی توسط دانشجویان دانشگاه علوم پزشکی تربت حیدریه)، برگزاری کارگاه‌های سبک زندگی سالم و تغذیه سالم از دیدگاه اسلام، کارگاه آموزش‌های بهداشتی و کنترل استرس به نوجوانان و جوانان و کارگاه مشاوره بهداشتی خانواده و فرزند آوری و همچنین کنترل فشار خون و غربالگری قند خون با همکاری پایگاه شهید اژدری دانشگاه علوم پزشکی تربت حیدریه انجام شد.

شرح تجربه (نحوه حل مشکل): با توجه به خطر پیر شدن جمعیت کشور نیاز به اقداماتی برای افزایش فرزند آوری می‌باشد که در راستای این مهم، در این مناطق کارگاه‌های مشاوره برگزار گردید. همچنین نظر به شیوع بالای بیماری‌های مزمن دیابت و فشارخون در این مناطق عدم دسترسی به خدمات بهداشتی مورد نیاز و کمبود نیرو وجود دارد بنابراین همکاری و همدلی دانشجویان، کارکنان دانشگاه و نیروهای داوطلب جهت خدمت‌رسانی به مردم مناطق محروم و همچنین استفاده از ظرفیت‌های نیروهای داوطلب جهت پیشبرد اهداف طرح لازم بود.

نتایج اجرای تجربه (تاثیر بر زمان، هزینه، ایمنی، کیفیت یا بهبود عملکرد): به کمک سفیران معزز جهادی شامل دندانپزشک، روانپزشک و ماما، دانشجویان دانشگاه علوم پزشکی تربت حیدریه و سایر نیروهای داوطلب در مناطق محروم شهرستان تربت حیدریه خدمات درمانی مورد نیاز به مددجویان ارائه گردید از جمله خدمات دندانپزشکی به ۵۰ نفر، ارائه خدمات بینایی سنجی به ۵۵ نفر، ویزیت توسط پزشک متخصص، تحویل داروی رایگان به ۱۶۵ نفر و مشاوره زنان و مامایی توسط دانشجویان دانشگاه علوم پزشکی تربت حیدریه، برگزاری کارگاه‌های سبک زندگی سالم و تغذیه سالم از دیدگاه اسلام، کارگاه آموزش‌های بهداشتی و کنترل استرس به نوجوانان و جوانان و کارگاه مشاوره بهداشتی خانواده و فرزند آوری و همچنین کنترل فشار خون و غربالگری قند خون با همکاری پایگاه شهید اژدری دانشگاه علوم پزشکی تربت حیدریه انجام شد.

مخاطبان، کاربران و موارد کاربرد این تجربه: اقشار نیازمند جامعه در مناطق محروم شهرستان تربت حیدریه

پیشنهادها و توصیه‌های حاصل از تجربه: از جمله پیشنهادهایی که میتوان برای اجرای هر چه بهتر طرح ارائه داد میتوان به افزایش تعداد پزشک متخصص و دندانپزشک جهت ویزیت رایگان و کمبود امکانات و تجهیزات پزشکی اشاره کرد.

زمان و محل وقوع تجربه: مناطق محروم شهرستان تربت حیدریه - سال ۱۴۰۰-۱۴۰۱

یک تجربه موفق از پاسخگویی اجتماعی سلامت

دکتر سیده فاطمه رحیمی

آدرس: دکترای آموزش بهداشت و ارتقای سلامت

پست الکترونیک: fateme.rahimi64@yahoo.com

مقدمه: جرقه این تجربه از پیدا کردن موضوع برای پایان نامه شروع شد. همیشه دغدغه این موضوع را داشتم که مشکلی از زنان جامعه را حل کنم. لذا جامعه هدف برای پایان نامه ام، هم در دوره ارشد و هم دوره دکترا، زنان بودند. استرس ناشی از تعارض میان کار و زندگی موضوعی بود که همیشه از زبان همکاران و دوستانم می شنیدم. دغدغه نبود تعادل بین زندگی کاری و زندگی خانوادگی زنان به یک معضل بزرگ برای زنان شاغل تبدیل شده بود. من یک دانشجوی بودم و در شرف انجام یک پژوهش، چه بهتر که مشکلی را حل می کردم از جامعه ای که به آن تعلق داشتم و حالا که می اندیشم آن را یک تجربه موفق از پاسخگویی اجتماعی داوطلبانه می دانم. من در انتخاب موضوع پایان نامه آزاد بودم اما خودم هم بخشی از همین جامعه با یک دغدغه مشترک بودم " استرس ناشی از تعارض میان کار و زندگی "

گزارش فعالیت اجتماعی انجام شده: پایان نامه ام با موضوع " بررسی تاثیر آموزش مبتنی بر مدل لازاروس و فولکمن بر مدیریت استرس در زنان شاغل دارای تعارض میان کار و زندگی " در سال ۱۴۰۰ تصویب شد. برای اولین قدم در اجرا باید به مصاحبه با جامعه هدف می پرداختم. این همان نیازسنجی اجتماعی یا اولین قدم در پاسخگویی اجتماعی و البته اولین قدم در انجام پایان نامه ام بود. باید می دانستم این گروه با این مشکل مشخص از من پژوهشگر چه می خواهند. گروه هدف زنان شاغل در دانشگاه علوم پزشکی بیرجند بودند، مراحل مصاحبه خیلی خوب پیش می رفت حرف های زیادی برای شنیدن بود و نیازهای آموزشی که زنان بابت کنترل استرس در شرایط تعارض میان کار و زندگی داشتند به شدت ملموس بود.

حرف ها را شنیدم، حرف ها را نوشتم و حرف ها را اولویت بندی کردم. این کار به روش تحلیل محتوای کیفی انجام شد. حالا باید به فکر تدوین یک برنامه آموزشی با جهت گیری اجتماعی و مبتنی بر جامعه و زمینه پژوهش می شدم. این دومین قدم از پاسخگویی اجتماعی بود. اکنون دیگر فقط به فکر پایان نامه ام نبودم. وقتی لרزش دستان یکی از همکارانم را می دیدم که با نگرانی می گفت " سه تا بچه دارم، شبانه روز بیدارم و باز همه... همه کارام نیمه تمامه هم توی اداره و هم توی خونه " می گفت "نمیتونم زمانم را مدیریت کنم، نمیدونم از کجا شروع کنم، گریه می کنم و قادر به کنترل هیجاناتم نیستم و حتی این موضوع باعث شده توی ارتباط با همسرم هم دچار مشکل بشم..." واقعا باید کاری برای این افراد می کردم. باید برنامه دقیق نوشته می شد تا سومین مرحله پاسخگویی اجتماعی یعنی تمرکز بر ارزشیابی و شیوه انجام ارزشیابی برنامه مشخص می شد. برای دومین مرحله از پژوهش ابزار استاندارد برای سنسجش روش مدیریت استرس در یک جامعه ۷۰۰ نفری از زنان شاغل دانشگاه ساخته شد و مراحل روایی و پایایی خود را گذراند. در مرحله سوم پژوهش با یک مطالعه مقطعی به توصیف مشکل و میزان گستردگی مسئله تعارض میان کار و زندگی در زنان شاغل در دانشگاه پرداختم. حالا گروهی را یافته بودم که همه دارای یک مشکل واحدند و

نیازمند حمایت . دریافت دوره آموزشی مدیریت استرس در شرایط تعارض میان کار و زندگی باید اثر بخشی این برنامه را در یک گروه کوچک می سنجیدم دو گروه ۵۰ نفری از این زنان به تصادف انتخاب شدند . یک گروه گروهی بود که مداخله آموزشی را دریافت می کرد و گروه دیگر نه ، و در نهایت تاثیر این مداخله در دو گروه با ابزار استاندارد سنجیده می شد .

یک برنامه آموزشی جامع توسط یک پانل تخصصی اجرا شد . ۱۲ جلسه آموزشی با اختصاص امتیاز آموزشی ، استقبال بی نظیر بود. محتوا متناسب با نیاز سنجی مرحله اول تدوین شد و روش اجرا از سخنرانی و بحث گروهی و پرسش و پاسخ گرفته تا اجرای نقش و بارش افکار بود. یاد گرفتند برنامه ریزی و اولویت بندی کنند ، مهارت مدیریت زمان را تمرین کردند . روش های کنترل هیجان را آموختند و مهارت های ارتباطی را در خود ارتقا دادند . در آخرین جلسه یک جاکلیدی با طراحی یک الکلنگ که یک سمت آن واژه کار و سمت دیگر واژه خانواده نوشته شده بود و این الکلنگ را در حالت تعادل نگه می داشت دریافت کردند . این جاکلیدی حکم یادآور برای عمل را داشت و از زنان خواسته شد کلید منزل و کلید محل کار خود را به آن بیاویزند .

نتیجه گیری: خروجی این پژوهش اجتماعی برای من بسیار دلچسب بود . آنالیز آماری از کاهش قابل توجه نمره تعارض میان کار و زندگی و استرس ادراک شده ۳ ماه بعد از دریافت آموزش ها در گروه مداخله حکایت داشت . روش های هیجانی مدیریت استرس کاهش پیدا کرده بود و نمره راه کارهای مسئله محور مدیریت استرس افزایش نشان می داد. در صورتی که در گروه کنترل خبری از این تغییرات نبود .

پیشنهادات: به عنوان یک پژوهشگر در حوزه اجتماعی به محققین و علاقه مندان پیشنهاد می کنم بر نامه مدیریت استرس را با مدل های مختلف آموزشی در گروه های مختلف اجتماعی و شغلی انجام دهند .

کلمات کلیدی: تعارض میان کار و زندگی ، مدیریت استرس ، زنان شاغل

پی نوشت: حالا ... من با این پایان نامه و با نمره عالی دفاع کرده ام. من دکترای آموزش بهداشت و ارتقای سلامت هستم و متعهد و پاسخگو در برابر جامعه. اولین قدم برای انجام این تعهدم این است که به امور بانوان دانشگاه محل کارم قول دادم سلسله کارگاه های مدیریت استرس در زنان شاغل دارای تعارض میان کار و زندگی را در سطح دانشگاه و برای همه زنان شاغل اجرا کنم و بارها به خود می گویم

تو مسئولی از آن وقتی که خالق آفریدت **چه می پرسی کسی دیدت، ندیدت**

پاسخگویی اجتماعی و عدالت آموزشی

(برپایی ایستگاه سلامت در سطوح مختلف شهری شهرستان بندر لنگه)

حسین حشمتی^۱، یوسف سادات^۲، نگین شریفی^۳

آدرس نویسندگان:

۱. مربی پرستاری داخلی - جراحی، گروه پرستاری، دانشکده پرستاری بندرلنگه، دانشگاه علوم پزشکی هرمزگان

Heshmati.hos@gmail.com

۲. استادیار گروه پرستاری دانشکده پرستاری بندرلنگه، دانشگاه علوم پزشکی هرمزگان

۳. کارشناس امور دانشجویی، دانشکده پرستاری بندرلنگه، دانشگاه علوم پزشکی هرمزگان

مقدمه: با توجه به نقش مهم آموزش علوم پزشکی در سلامت و توسعه جامعه، باید نظام آموزشی طوری برنامه ریزی شود تا هرچه بیشتر در جهت پاسخگویی به نیازهای جامعه حرکت کند. این سال ها پاسخگویی در آموزش شاهد تغییراتی عمده بوده است که از جمله مهمترین آنها حرکت از پاسخگویی قانونی به سمت پاسخگویی علمی، تغییر در پاسخگویی در مورد منابع به پاسخگویی در مورد پیامدها، پاسخگویی به مردم و دولت به جای صرفا دولت را می توان نام برد. همچنین لازمه دستیابی به پاسخگویی اجتماعی ایجاد زمینه بروز استعدادها و توانمندی ها است که مستلزم دسترسی همگان به امکانات آموزشی بدون در نظر گرفتن رشته تحصیلی، قومیت، جنسیت، مذهب و فرهنگ است که از آن به عدالت اجتماعی یاد می شود. اهمیت علاوه بر این دغدغه مند کردن دانشجویان دانشگاه های علوم پزشکی در مسیر خدمت به جامعه و جایگاه "پاسخگویی اجتماعی" بسیار ضروری و لازم می باشد. بنابراین مطالعه حاضر با هدف نشان دادن نقش پاسخگویی اجتماعی در رفع نیازهای سلامت جامعه صورت گرفته است.

گزارش فعالیت اجتماعی انجام شده: با توجه به شواهد عینی کسب شده از مراجعین (مددجویان و همراهان) به بیمارستان آموزشی شهرستان بندرلنگه در سال ۱۴۰۲ توسط دانشجویان رشته پرستاری در طول دوره کارآموزی مشخص گردید که آگاهی در خصوص روش های پیشگیری از ابتلا به بیماری فشار خون و شناسایی به موقع آن در میان عامه مردم در وضعیت مناسبی قرار ندارد به طوری که تعداد زیادی از مراجعین در بیان زمان آخرین باری که فشار خون خود را مورد بررسی قرار داده باشند دچار سردرگمی می شدند. زمانی که فشار خون تعدادی از همراهان بیمارستان توسط دانشجویان مورد بررسی قرار گرفت نتایج به نحوی بود که بخشی از این تعداد به علت میزان بالای فشارخون جهت بررسی های بیشتر به پزشک ارجاع داده شدند. دانشجویان پس از مشورت با مربیان خود در خصوص موضوع فوق الذکر به این نتیجه رسیدند که با برپایی ایستگاه سلامت در سالن انتظار بیمارستان و بخش های مختلف ادارات دولتی نسبت به اندازه گیری علائم حیاتی مراجعه کنندگان که عامه مردم می باشند اقدام کرده و علاوه بر ارتقای سواد سلامت عمومی، موارد غیر طبیعی را قبل از پیشرفت بیماری شناسایی و جهت بررسی های بیشتر به مراکز درمانی ارجاع دهند.

برگزاری دوره های کارآموزی زیر نظر مستقیم مربیان برای دانشجویان و احساس مسئولیت ویژه مربیان و دانشجویان نسبت به پاسخ گویی اجتماعی و عدالت آموزشی و غالب بودن این دیدگاه در بین این افراد که مسئولیت حفظ و ارتقا سلامت افراد جامعه اعم از افراد بیمار و سالم بر عهده کادر درمان بوده، از دلایل اصلی شکل گیری این تجربه می باشد به نحوی که مربیان و دانشجویان به این دیدگاه دست یافته اند که علاوه بر خدمت رسانی در مراکز درمانی به

بیماران باید به افراد سالم به خصوص افراد کمتر برخوردار نیز خدمت رسانی کرد تا از بروز بیماری های جدید در این دسته از افراد جلوگیری شود. همچنین قابل ذکر است که به منظور برپایی غرفه های سلامت از تجهیزات موجود در کارگاه مهارت های بالینی دانشکده و بیمارستان استفاده گردید که نشان داد بدون صرف هزینه های کلان نیز می توان به راحتی در جهت پاسخگویی به نیازهای جامعه اقدام نمود. دستاوردهای حاصل از تجربه شامل:

• ارتقا حیطة های شناختی مراجعین به غرفه ها در رابطه با سبک زندگی سالم به منظور پیشگیری و یا کنترل بیماری فشارخون

• ارتقا حیطة های عاطفی مراجعین به غرفه ها و ایجاد انگیزه در جهت پیشگیری و یا کنترل بیماری فشارخون

• ارتقا روانی - حرکتی مراجعین به غرفه ها و آموزش صحیح روش های پیشگیری و یا کنترل بیماری فشارخون
شناسایی چندین مورد بیماری در افرادی که هیچ اطلاعی از بیماری خود نداشتند و معرفی این افراد به مراکز درمانی جهت پیگیری روند درمان

نتیجه گیری نهایی و پیشنهادات: با توجه به نتایج مثبت حاصله از این تجربه پیشنهاد می گردد به صورت دائم پایگاه سلامتی در مراکز عمومی مستقر گردد تا بتوان از بروز بیماری هایی از این قبیل پیشگیری کرده و یا این دسته از بیماری ها را در سطوح اولیه شناسایی نمود چرا که علاوه بر جلوگیری از تحمیل هزینه های سنگین درمان به دولت و خانواده ها میتواند منجر به افزایش سطح کیفیت زندگی و رضایتمندی در جامعه گردد و زمینه را در جهت حمایت از قشر کمتر برخوردار که به دلیل ترس از هزینه به مراکز درمانی مراجعه نمی کنند فراهم آورد.

کلمات کلیدی: پاسخگویی اجتماعی و عدال آموزشی، ایستگاه سلامت، فشارخون

طراحی اجرا و ارزیابی آموزش اخلاق حرفه ای به دانشجویان پرستاری

کارورز در بخش اورژانس بر اساس رویکرد یادگیری مسئله محور (PBL) با تاکید بر بازاندیشی

مریم عسکری زاده ماهانی^۱، معصومه قاسمی^۲، ندا محمدی نیا^۳

آدرس نویسندگان:

۱. هیات علمی گروه داخلی جراحی دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی بم. M_askarymahai@yahoo.com
۲. هیات علمی گروه اطفال دانشکده پزشکی دانشگاه علوم پزشکی بم.
۳. هیات علمی گروه داخلی جراحی دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی بم.

مقدمه: آموزش بالینی یک عنصر اساسی یادگیری برای دانشجویان پرستاری است زیرا امکان استفاده از دانش نظری در یک محیط واقعی، آموزش مهارت های فنی از طریق تعامل با بیماران و کارکنان بهداشتی و توسعه نگرش های پرستاری را فراهم می کند. یکی از محیط های بالینی که دانشجویان را به توسعه شایستگی و صلاحیت خود تشویق می کند بخش اورژانس می باشد. بخش های اورژانس اغلب محیط های استرس زا هستند که در آن پرستاران اورژانس بیماران مبتلا به بیماری حاد را تحت شرایط محدود از نظر منابع و زمان مدیریت می کنند. کار در چنین شرایطی می تواند چالش های اخلاقی منحصر به فردی را در مراقبت از بیمار ایجاد کند، مسائلی که عمدتاً نگرانی های اخلاقی را به جای نگرانی های بالینی افزایش می دهند. همچنین تحقیقات نشان داده است که دانشجویان پرستاری نیاز به تأمل و بازاندیشی بیشتر در مورد معضلات اخلاقی و بحث در مورد آنها با همکاران و اساتید خود دارند. همچنین با توجه به اینکه تا به حال طبق جستجوی های انجام شده در پایگاه های معتبر علمی، پژوهشی یافت نشد که تاثیر این روش را در زمینه ی رفتارهای اخلاقی، مورد مطالعه قرار داده باشد، بر آن شدیم که با بکارگیری روش مسئله محور، به عنوان روش آموزشی نوآورانه بتوانیم مفاهیم مورد نظر در زمینه رفتارهای اخلاقی را به دانشجویان انتقال دهیم. در این راستا و با توجه به جدید بودن شرایط موجود لازم شد که ابتدا طراحی و سپس اجرا و ارزیابی ارائه دوره آموزشی اخلاق حرفه ای مبتنی بر رویکرد مسئله محور با تاکید بر بازاندیشی پرداخته شود. به امید آنکه گامی مهم در ارتقا سطح تعلق حرفه ای و رفتارهای اخلاقی و همچنین روش های آموزش در حرفه پرستاری برداشته شود.

روش کار: این فرایند در سه فاز انجام شده است. فاز اول: طراحی دوره آموزشی طراحی آموزشی مبتنی بر الگوی سیستمی ADDIE انجام شد. این دوره آموزشی طی یکسال تحصیلی در دو نیمسال تحصیلی (تیرماه ۱۳۹۷ الی تیرماه ۱۳۹۸) بر روی ۹۸ دانشجوی پرستاری کارورز در عرصه در بخش اورژانس انجام گردید.

¹ Emergency departments (ED)

در گام اول Analysis نیازسنجی انجام شد. بررسی مشکلات و چالشهای دانشجویان دوره های پیشین از طریق شفاهی و نیز بررسی اسنادبالادستی و کریکولوم های آموزشی در این مرحله انجام شد. در گام دوم: Design تیم تحقیق در خصوص انتخاب روش آموزش و رسانه های آموزشی و همچنین سرفصلهای آموزشی و نحوه تدوین سناریوها و چگونگی اجرای بازاندیشی بررسی انجام داد. فاز دوم: اجرای آموزش اخلاق حرفه ای در کارورزی بخش اورژانس بر اساس رویکرد یادگیری مسئله محور و بازاندیشی

- **Development** گام سوم: آماده سازی در این مرحله، در ابتدا جلسات آماده سازی، جهت آشناسازی فراگیران با فرایند آموزش در بالین برگزار شد.

- گام چهارم یا اجرا **Implementation** در این مرحله؛ دانشجویان به ۱۲ گروه هشت و نه نفره تقسیم شدند و جلسات گروهی کوچک برگزار شد. هر مورد اخلاقی به روش یادگیری مبتنی بر مسئله به مدت دو روز مورد بحث و بررسی قرار می گرفت. روز آخر برای شفاف سازی سوالات و به اشتراک گذاشتن افکار با کل گروه استفاده می شد. آموزش بر اساس رویکرد مسئله محور به صورت تکوینی در طول حضور در روتیشن بالینی بخش اورژانس و همچنین آموزش مبتنی بر بازاندیشی بر روی تجربیات خود فرد در بالین و همچنین تامل بر روی عملکرد مشاهده شده سایر ارائه دهندگان مراقبت استفاده شد. برای هر گروه تقریباً چهار مورد اخلاقی بالینی مورد بحث و بارش افکار دانشجویان قرار می گرفت. دانشجو موظف بود در پایان هر دو روز کارورزی تاملات کتبی و بازاندیشی نگارش یافته خود در رابطه با سناریو اخلاقی مطرح شده را به مربی تحویل دهد. کل دوره برای هر گروه به مدت ده روز و هر روز ۱ ساعت و ۴۰ دقیقه توسط مربی تدریس یا نظارت می شد. دانشجویان در روز اول مقدمه درس را دریافت می کردند. در ابتدای جلسه به فراگیران مقیاس توانایی تبعیض اخلاقی پرستاری لین^۲ که دارای ۹ سناریوی معضل اخلاقی در قالب ۴۱ سوال بر اساس طیف لیکرت ۵ درجه ای بودند داده میشد و از آنها خواسته شد با توجه به مطالبی که در واحد درسی اخلاق زیستی کسب کردند پس از خواندن دقیق سناریوها به آنها پاسخ دهند. همچنین به دانشجویان اطلاع داده شد که در پایان کارورزی، فرم نظر سنجی و رضایت از دوره را تکمیل کنند. در این رویکرد دانشجویان فرایند بازاندیشی فردی و گروهی را تجربه کردند. بدین منظور، ابتدا از دانشجو خواسته شد، بازاندیشی ساختارمند خود را که براساس مدل جانز (johns) (مدل بازتاب ساختاریافته) را تکمیل کند جانز از الگوهای شناخت باربارا کارپر^۳ در مدل خود استفاده کرد (کارپر ۱۹۷۸) که شامل موارد زیر است: زیبایی شناسی (هنر آنچه انجام می دهیم)،^۴ شخصی (خودآگاهی)،^۵ اخلاق (دانش اخلاقی)،^۶ تجربی (دانش علمی)،^۷ و همچنین بازتاب (چگونه با تجربیات قبلی ارتباط دارد). فاز سوم: گام پنجم یا ارزشیابی آموزشی منظر ارزشیابی از هر مکرک پاتریک استفاده شد. سطح اول هر مکرک پاتریک: نظرات فراگیران با استفاده از فرم نظر سنجی با ۵ سوال بسته پاسخ و ۳ سوال باز پاسخ جمع آوری شد. سطح دوم هر مکرک پاتریک: با استفاده از مقیاس توانایی تبعیض اخلاقی

² Lin

³ Barbara Carper's patterns of knowing

⁴ Aesthetics

⁵ Personal

⁶ Ethics

⁷ Empirics

⁸ Reflexivity

پرستاری لین و همکاران (۲۰۱۰) بود که با ایجاد اندکی تغییر در محتوای سناریوها به صورت قبل و بعد از آموزش اخلاق حرفه ای پرستاری استفاده شد.

نتیجه گیری: از ۹۸ دانشجوی شرکت کننده در این فرآیند، ۵۶٫۳٪ از مشارکت کنندگان زن و ۸۷٫۵٪ از آن ها مجرد بودند که از میان آن ها ۶۱٫۳٪ بومی بودند و میانگین سنی افراد مورد مطالعه $22,29 \pm 3,79$ بود. در این مطالعه ۸۳٫۸٪ از نمونه ها سهمیه مناطق، ۱۳٫۸٪ آزاد، ۱٫۳٪ ایثارگر و ۱٫۳٪ شاهد بودند. هیچ یک از دانشجویان، تجربه آموزشی مبتنی بر رویکرد مسئله محور و باز اندیشی نداشتند. رضایتمندی دانشجویان با میانگین $(70/12 \pm 17/09)$ در سطح خوب بود. نتایج ارزیابی نشان داد که، میانگین نمره تبعیض اخلاقی دانشجویان پرستاری قبل و بعد از دوره به ترتیب $4/32 \pm 137,72$ و $4/99 \pm 138,80$ بود. نتایج آزمون نشان داد که اختلاف بین دو مرحله معنی دار است ($p\text{-value} < 0.05$) و میانگین نمره بعد از دوره بیشتر از مرحله قبل از دوره می باشد.

پیشنهادات: اجرای برنامه مذکور در بخش های مختلف کارآموزی دانشجویان به صورت یکپارچه برنامه ریزی و اجرای یادگیری معضلات اخلاقی مبتنی بر موقعیت

کلید واژه ها: رویکرد مسئله محور (PBL)، بازاندیشی، اخلاق حرفه ای، دانشجوی پرستاری، بخش اورژانس

جشنواره مراقبت مشفقانه به نفع کودکان مناطق سیل زده: ادغام آموزش مسئولیت پذیری اجتماعی در دروس پرستاری کودکان

دکتر فاطمه ولی زاده

دکتری پرستاری، استادیار دانشگاه علوم پزشکی لرستان، خرم آباد.

ایمیل: valizadeh1352@yahoo.com

اعضای هیات علمی: دکتر فاطمه ولی زاده، دکتر سیده فاطمه قاسمی، دکتر کبری کرمی، دکتر فاطمه محمدی پور، دکتر ماندانا ساکی
دانشجویان کارشناسی پرستاری: فردین حیدری، سپیده میثاقی، سیدرضا حسینی فرد، اتابک حاتمی کیا، بهنام علیزاده، حسین معتمدی منش، محمدرضا همتی، فائزه کر نوکر، کردیار زمانی
دانشجویان کارشناسی ارشد پرستاری: مهناز حسن پور، سارا بیرانوند، مریم عبادار، زهرا شهسواری، عاطفه جدیدی، نسرين بهاروند، فاطمه سپهوند، شادی نظری، زهره حسینی، زهرا درگاهیان، حدیث گودرزی، مریم کریمی، آزاده نصراله نژاد، پروین ویسکرمی، عاطفه موسوی، مژگان بازگیری



مقدمه: از زمانی که آموزش پزشکی به سمت جامعه محوری و جامعه‌نگری سوق پیدا کرد، به مفهوم پاسخ‌گویی اجتماعی آموزش پزشکی توجه شایانی معطوف گردید (۱). دانشکده‌های پزشکی و پیراپزشکی باید از نظر اجتماعی پاسخ‌گو باشند و درجات خاصی از پاسخ‌گویی در قبال سلامت جامعه را بپذیرند (۲). مسئولیت اجتماعی اصلی است که انسانیت مشترک ما و تعهد متقابل ما برای بهبود سلامت افراد و جوامع را ارج می‌نهند (۳). دانشکده‌های پزشکی برای پاسخ‌گویی به اجتماع باید استراتژی "پاسخ به نیازهای سلامتی جاری و آتی و چالش‌های موجود در جامعه" را بکارگیرند (۴). از طرفی شواهد حاکی از آن است که برنامه‌های درسی آموزش پزشکی از نظر بینش‌های انسان‌گرایانه دچار فقر است. مفاهیمی همانند پزشک به عنوان وکیل مدافع جامعه و همچنین آموزش علوم اجتماعی که از الزامات پاسخ‌گویی اجتماعی‌اند در برنامه‌های درسی مغفول مانده‌اند (۵). مطالعه رضایی و همکاران ۱۳۹۳ روی دانشجویان دانشگاه علوم پزشکی جهرم نتایج نشان داد سرمایه اجتماعی دانشجویان پایین می‌باشد (۶). تجربه حاضر تلاش اساتید پرستاری گروه کودکان برای ادغام آموزش پاسخگو در دروس پرستاری کودکان در بلایا و حوادث (مقطع ارشد پرستاری

کودکان) و درس پرستاری کودک سالم (مقطع کارشناسی پرستاری) را شرح می‌دهد. این تجربه در دوبخش طراحی و اجرا شد.

- **برگزاری جشنواره مراقبت مشفقانه:** در تاریخ سه شنبه ۱۲ آذرماه، پس از یکماه تلاش و هماهنگی جشنواره مراقبت مشفقانه توسط گروه پرستاری کودکان با همکاری انجمن علمی دانشجویان پرستاری و واحد توسعه آموزش دانشکده پرستاری و مامایی خرم آباد در طبقه همکف پردیس دانشگاه علوم پزشکی لرستان به نفع کودکان مناطق سیل زده استان برگزار گردید. فعالیت های جشنواره به شرح ذیل بود:
- برپایی غرفه خیریه فروش غذا توسط دانشجویان کارشناسی ارشد با همکاری دانشجویان کارشناسی پرستاری
- غرفه فروش وسایل تزئینی تهیه شده توسط دانشجویان کارشناسی ارشد با همکاری دانشجویان کارشناسی پرستاری
- غرفه آموزشی کیف نجات (آموزش در مورد آمادگی برای بلایا) تهیه شده توسط دانشجویان کارشناسی ارشد
- غرفه جمع‌آوری اسباب بازی‌های اهدایی کارکنان و اعضای هیات علمی با همکاری دانشجویان کارشناسی پرستاری
- برگزاری نمایشگاهی از فعالیت‌ها و آثار خلاقانه و آموزشی دانشجویان پرستاری در درس پرستاری کودک سالم شامل پوستر، کتابچه، اسباب بازی‌های خلاقانه و نمایش های عروسکی برای ارتباط و آموزش به کودکان در زمینه رفتارهای بهداشتی و سلامت.
- برگزاری کارگاه ارتباط با کودک و والدین توسط دانشجویان کارشناسی ارشد پرستاری کودکان برای دانشجویان کارشناسی پرستاری (دارای حق ثبت‌نام)
- برگزاری کارگاه محاسبات دارویی در بخش‌های کودکان توسط دانشجویان کارشناسی ارشد پرستاری کودکان برای دانشجویان کارشناسی پرستاری (دارای حق ثبت‌نام)
- در پایان مبلغ چهار و نیم میلیون تومان با همکاری و مشارکت هیات رئیسه دانشگاه، اعضای هیات علمی، کارکنان و دانشجویان از فعالیتهای جشنواره به نفع کودکان مناطق سیل‌زده استان جمع‌آوری شد. مبلغ ۱,۵ میلیون تومان هم توسط یکی از اعضای هیات علمی برگزارکننده جشنواره اهدا و جمع مبلغ به ۶ میلیون تومان رسید.







۲- بازدید و ارایه خدمت در مناطق سیل زده : اعضای هیات علمی دانشکده پرستاری مامایی با همکاری دانشجویان کارشناسی ارشد در تاریخ ۹۸/۱۰/۲۳ در راستای ارایه خدمات و آموزش در مناطق سیل زده استان در روستاهای حیات الغیب، قالبی علیا و سفلی از توابع بخش ویسیان خرم آباد حضور پیدا کردند. فعالیتهای انجام شده در مناطق سیل زده به شرح ذیل بود.

- بررسی و نیازسنجی کودکان در مدارس بخش های سیل زده استان با هماهنگی مسوول خانه بهداشت روستا (آقای هوشمند عباسی) و سپس تهیه و اهدای ۳ دستگاه یخچال فریزر خریداری شده به مبلغ ۵ میلیون و هشتصد هزار تومان (از محل کمکهای جمع آوری شده در جشنواره مراقبت مشفقانه) به سه مدرسه امام سجاد(ع)، مقدار، و حر بن ریاحی
- اهدای اسباب بازی های جمع آوری شده در جشنواره به کودکان مدارس فوق
- اجرای برنامه های آموزشی در زمینه آمادگی برای سیل و بلایا، بهداشت فردی و تغذیه سالم توسط اساتید و دانشجویان ارشد در این مدارس
- مشاوره و آموزش در خانه بهداشت روستا





نتیجه‌گیری و پیشنهاد: میتوان این تجربه را یک کلاس درس بزرگ نامید. چون برای دانشجویان هم یادگیری حساسیت نسبت به نیازهای جامعه و اجرای فعالیتهای بشردوستانه و فعالیت در جهت خدمت به جامعه بحران زده بخصوص قشر آسیب‌پذیر کودکان را به همراه داشت؛ هم فعالیت علمی شامل سخنرانی؛ تهیه پوستر، پمفلت و نقشه مفهومی و.. برای آموزش کودکان در زمینه فعالیتهای لازم برای آمادگی در زمان سیل را در برداشت. در عین حال به علت درگیر شدن دانشجویان کارشناسی و کارشناسی ارشد کار تیمی را نیز تمرین کردند. از این رو نویسندگان برگزاری جشنواره‌هایی با ساختار پیشگفت را به عنوان یک مدل کاربردی آموزش پاسخ‌گویی اجتماعی به دانشجویان گروه علوم پزشکی پیشنهاد می‌دهند. همچنین وجود برنامه درسی منعطف که در شرایط بحرانی نیازهای آنی جامعه را رصد کرده و برای رفع آن چاره‌ای کاربردی بیندیشد نیز پیشنهاد می‌شود.

منابع :

1. Yamani N, Fakhar M. [Social Accountability of Medical Education Curriculum: Barriers and Implications]. Iranian Journal of Medical Education. 2014; 13(12):1082- 1098.[Persian]
2. Boelen C. Heck JE. Defining and measuring the social accountability of medical schools. WHO. [cited 2016 Jan 23]. available from: [ww.who.int/iris/handle/10665/59441](http://www.who.int/iris/handle/10665/59441)
3. Grandón KL, Reinoso LA. Social responsibility of healthcare organizations and the role of the nurse. In Handbook of Research on Social Entrepreneurship and Solidarity Economics 2016 (pp. 453-474). IGI Global
4. Global Consensus for Social Accountability of Medical Schools. [cited 2016 Jan 23]. available from: <http://healthsocialaccountability.org>
5. ثناگو، اکرم، جویباری، رضاپور اصفهانی، مونا، رضایی شه‌میرزادی. اجرای پانل صدای بیماران در اولین همایش کشوری دانشجویی بیماری‌های نادر و ژنتیکی ایران: تجربه‌ای از آموزش پاسخ‌گویی اجتماعی. مجله ایرانی آموزش در علوم پزشکی. ۲۰۱۵. Nov 10;15:508-9
6. رضایی ف، یاسری م، جهانگیری ج، نجات س. بررسی سرمایه اجتماعی در دانشجویان دانشگاه علوم پزشکی جهرم در سال ۱۳۹۳. مجله علمی دانشگاه علوم پزشکی رفسنجان. ۲۰۱۶. Jul 10;15(4):295-306

کنترل همه گیری کرونا مصادف با موج اول: گروه هدف: عامه مردم

دکتر لیلی صالحی

آدرس: دانشکده بهداشت ، دانشگاه علوم پزشکی البرز

پست الکترونیک: Leilisalehi83@yahoo.com

جهان در بهت و حیرت فرو رفته ، همه نگرانند، سخن از شیوع بیماری ناشناخته ای است که ماهیت آن هنوز نا مشخص است. مبدا پیدایش را کشور چین اعلام نموده اند. پروازها یکی پس از دیگری از مبدا و مقصد چین کنسل میگردد. سرعت برق آسای انتشار بیماری ناشناخته همه ذهن ها را مشغول خود نموده سرها را در گریبان فرو برده و پشت سرهم قربانی می گیرد. اینک سؤال این است که چه باید کرد و وظیفه هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی مخصوصا هنگامیکه وظیفه اصلیش آگاه سازی و تغییر رفتار مردم در راستای پیشگیری، حفظ و ارتقای سلامت چیست پاسخ به این سؤال بیش از پیش مرا همانند سایر همکاران و شاید بیش از سایر رشته ها و نگران کرده ، دانشگاه علوم پزشکی البرز با پوشش قرار دادن جمعیتی چند میلیونی در راستای عمل به وظیفه خطیر خود، کمیته کرونا را متشکل از رشته های مختلف مرتبط تشکیل میدهد و من هم به عنوان مسئول آموزش و آگاه رسانی به عامه مردم به عنوان نماینده ی دانشکده بهداشت انتخاب می شوم . در تلاش برای تشکیل گروه و کمیته پیشگیری در دانشکده بهداشت به عنوان سنگ بنای پیشگیری، تمام وقت و روز و شبم شده تفکر ، خواندن و سرژ در مورد این بیماری ناشناخته ، تمام مطالب و آموخته هایم را مرور می کنم.

ولی باید عملیاتی ، به موقع و سریع کار کرد ، مدارس و مراکز آموزشی همه تعطیل شده اند . تمام سازمانها و ارگانهای به همکاری آمده اند یعنی همان حمایت همه جانبه ، از سویی در تمامی فروشگاهها، ادارات و مراکز آموزشی ، مواد ضدعفونی رایگان به چشم می خورد که مصداق بارز مشارکت جامعه است مردم خودشان برای پرسیدن سئوالانشان پیشقدم می شوند که مصداق آموزش مبتنی بر نیاز سنجی است ، برای آگاهی مردم در قالب تیم دانشکده ای و دانشگاهی پوستر تراکت و پمفلت های گوناگون طراحی می گردد که در طرفه العینی به چاپ رسیده و توزیع می گردد روابط عمومی دانشگاه با همکاری صدا و سیما هفتگی برنامه ها و مصاحبه های آموزشی ترتیب میدهد که باعث می شود بالاترین میزان مصاحبه و آموزش رادیویی به مردم را به نام خودم ثبت کنم خانواده هم بیکار نیستند و تمام مدت طراحی پمفلت های آموزشی را که قرار است بین مردم توزیع شود را به عهده دارند و پیام های برانگیزنده و اثر بخش با توجه به راهنما های سازمان جهانی بهداشت ارائه می گردد. کادر در بهداشت و درمان همه با هم و در کنار هم در قالب رویکرد تیمی کار و تلاش می کنند که موجب میگردد که موج اول بیماری فرو کش کند و من به عنوان مسئول کار گروه دانشکده بهداشت مورد تقدیر قرار گیرم اگرچه کاهش نگرانی مردم و فرو کش کردن بیماری برای منی که رسالت آموزش و تغییر رفتار مردم را به عهده دارم ، بالاترین دستاورد است.

کلمات کلیدی: همه گیری، کرونا، آموزش، مردم ، کنترل

معرفی اجمالی موسسه خیریه بیمارستان ولایت دامغان

حبیبه سلطانی

آدرس: مددکار بهداشت و درمان بیمارستان ولایت دامغان، دانشگاه علوم پزشکی سمنان.
پست الکترونیک: sh136@yahoo.com

هدف از تاسیس موسسه:

به منظور ساماندهی خدمات عام المنفعه و امور نیکوکاری و بهره برداری از منابع حاصل از امور خیریه جهت تامین نیازهای دارویی، درمانی، حمایتی و تجهیزات مورد نیاز بیماران، همچنین ساخت و بازسازی بیمارستان، درمانگاههای تخصصی و نیز توسعه کمی و کیفی خدمات سلامت در بیمارستان.....، مؤسسه خیریه بیمارستان مذکور تاسیس می گردد.

نوع فعالیت موسسه خیریه

مؤسسه دارای ماهیت غیر سیاسی، غیر تجاری، غیرانتفاعی، غیردولتی، داوطلبانه و عام المنفعه بوده و تحت عنوان مؤسسه خیریه در موضوع امور خیریه و نیکوکاری و حمایت از بیماران با رعایت کامل قوانین و مقررات جمهوری اسلامی ایران و این اساسنامه فعالیت خواهد نمود. و همچنین محدوده فعالیت موسسه در سطح استان است.

اعضا هیات مدیره

- جناب آقای محمد علی ترابی - رئیس هیات مدیره
- جناب آقای دکتر غلامرضا محمدی - مدیرعامل
- جناب آقای مصطفی امینیان - عضو اصلی
- جناب آقای دکتر محمد عباسی - بازرس اصلی
- جناب آقای دکتر ابوالفضل فتاح - عضو اصلی
- جناب آقای محمد خطیب زاده - عضو
- جناب آقای ابوالفضل کلایی - عضو اصلی
- جناب آقای دکتر محسن دارابیان - عضو
- جناب آقای محمد تقی بنائیان - خزانه دار
- جناب آقای کمال الدین ناظمیان - بازرس علی البدل

اعضای غیر هیات مدیره

- جناب آقای محمد تقی پاشائی نژاد - حسابدار
- خانم حبیبه سلطانی - دبیر

عملکرد موسسه خیریه بیمارستان ولایت دامغان







- سال تاسیس موسسه: ۱۳۹۶
- آدرس: دامغان بیمارستان ولایت - میدان دانشجو بلوار چشمه علی بعد از دانشگاه آزاد اسلامی - کد پستی ۳۶۷۱۶۳۷۸۸۱ بیمارستان ولایت دامغان واقع است.
- شماره تماس: ۲۸ الی ۳۵۲۲۵۱۲۰-۲۳
- شماره حساب: ۰۱۱۱۴۹۰۴۲۴۰۰۳
- شماره کارت: ۶۰۳۷۹۹۱۷۵۶۱۹۱۰۵۶

تجربه موفق استفاده از پتانسیل نیروی دانشجویی در بحران کووید ۱۹

مسعود تراپ پور طرقي، سعيد جلوای، محمد رضا الهی، يداله طاهري، محمود صادقي و جاسم صالحی

آدرس : معاونت فرهنگی و دانشجویی دانشگاه علوم پزشکی آبادان

پست الکترونیک: m.torabpour@abadanums.ac.ir

مقدمه: با شروع پاندمی کووید ۱۹ معاونت فرهنگی و دانشجویی آبادان با کمک سایر معاونت‌ها و مدیران دانشگاه در جهت کمک برای پیشگیری و درمان بیماران برنامه‌ریزی لازم را برای حضور فعال، ایمن و داوطلبانه دانشجویان انجام داد که به طور خلاصه و با توالی زمانی، عنوان هر یک تقدیم حضور می‌گردد:

(۱) ۱۳ اسفند ۹۸ تا ۱۰ اردیبهشت ۱۳۹۹: غربالگری مبادی ورودی شهرهای آبادان و خرمشهر شامل چهار تا جاده ورودی، ایستگاه قطار و فرودگاه به صورت ۲۴ ساعته با دماسنج‌های لیزری و ارجاع افراد تبار به مراکز بهداشتی

[/http://www.mefda.ir/news/154739](http://www.mefda.ir/news/154739)

(۲) ۸ فروردین ۹۹ تا ۳۰ تیر ۹۹: راه اندازی و مدیریت مرکز نگاهتگاهی به نام مرکز نفس با همراهی اساتید و دانشجویان پرستاری با پرداخت حق الزحمه و لحاظ نمودن حضور دانشجویان به عنوان واحدهای کارورزی با برنامه‌ریزی ۲۴ ساعته.

[/http://www.mefda.ir/news/150995](http://www.mefda.ir/news/150995)

(۳) ۱۵ اردیبهشت ۹۹ تا اول دی ماه ۱۴۰۱: کمک به آزمایشگاه تشخیص مولکولی کووید_۱۹ به طور متوسط در هر شیفت ۴ دانشجو

[/http://www.mefda.ir/news/151510](http://www.mefda.ir/news/151510)

(۴) اول خرداد ۹۹ تا ۳۰ مرداد ماه ۹۹: همکاری با مرکز بهداشت آبادان، خرمشهر و شادگان در سامانه ۴۰۳۰ جهت کمک به پیشگیری و پیگیری بیماران

[/http://www.mefda.ir/news/149863](http://www.mefda.ir/news/149863)

(۵) اوایل خرداد ۹۹ تا پایان پاندمی کووید_۱۹: حضور دانشجویان رشته‌های پرستاری، اتاق عمل و هوشبری در بخش‌های بیمارستان با دریافت حق الزحمه و منظور شدن فعالیت‌ها به عنوان کارورزی به صورت شبانه روزی در هر سه تا شهرستان

(۶) اوایل اردیبهشت ۱۴۰۰ تا پایان مهرماه ۱۴۰۰: همکاری با مرکز مراقبت در منزل وابسته به مرکز بهداشت توسط دانشجویان پرستاری

[/https://snn.ir/fa/news/941190](https://snn.ir/fa/news/941190)

(۷) اوایل اردیبهشت ۱۴۰۰ تا پایان فرودین ۱۴۰۱: همکاری با مراکز نمونه گیری ۱۶ ساعته غربالگری کووید ۱۹

[/http://www.mefda.ir/news/218298](http://www.mefda.ir/news/218298)

(۸) اوایل اردیبهشت ۱۴۰۰ تا پایان فرودین ۱۴۰۱: با شروع طرح ملی واکسیناسیون کووید ۱۹ طراحی ساز و کار آموزشی و ارزشیابی دانشجویان با عنوان طرح گتواک (گروه تلقیح واکسن کووید_۱۹) ابتدا به صورت مجازی

آموزش‌های لازم در زمینه واکسیناسیون به دانشجویان پرستاری، هوشبری و اتاق عمل ترم ۴ به بالا داده شد و سپس با انجام آزمون غیر حضوری و کسب حداقل ۷۵٪ نمره به مراکز بهداشتی شهرستان محل زندگی جهت دو روز کارآموزی معرفی و با کسب حداقل ۷۵٪ از نمره ارزشیابی به عنوان نیروی آماده به کار به معاونت بهداشتی معرفی شدند. حدود ۴۵۰ نفر در این طرح با دریافت حق الزحمه و منظور نمودن به عنوان کارورزی شرکت کردند در اواخر دوران واکسیناسیون دانشجویان غیربالینی هم جهت ثبت اطلاعات در این طرح شرکت داده شدند.

<http://www.mefda.ir/news/219041>

<http://www.mefda.ir/news/235424>

۹ شهریور ماه ۱۴۰۰ و تزریق سرپایی رمدسیویر: با توجه به گسترش مراکز تزریق سرپایی رمدسیویر و نیاز به فضاهای بیشتر، مصلاهی آبادان به همین منظور و با فعالیت دانشجویان راه اندازی و تا پایان شهریور ماه همان سال ادامه یافت.

۱۰) کسب عناوین و جوایز ویژه در سطح ملی با عناوین زیر

▪ برگزیده شدن جاسم صالحی دبیر پویش دانشجویی مقابله با کرونا بعنوان دانشجوی فداکار در دهمین آیین اعطای تندیس ملی فداکاری به دانشجویان ایران

[/http://www.mefda.ir/news/201806](http://www.mefda.ir/news/201806)

▪ برگزیده شدن پویش دانشجویی مقابله با کرونا به عنوان گروه فداکار کشور در یازدهمین آیین اعطای تندیس ملی فداکاری به دانشجویان ایران

[/http://www.mefda.ir/news/287951](http://www.mefda.ir/news/287951)

▪ برگزیده شدن جاسم صالحی دبیر پویش دانشجویی مقابله با کرونا بعنوان دانشجوی فرشته سلامت وزارت بهداشت

[/http://www.mefda.ir/news/223489](http://www.mefda.ir/news/223489)

کلمات کلیدی: کووید ۱۹ _ پویش دانشجویی مقابله با کرونا _ گتواک

کارنامه اجتماعی و تأثیر آن بر عملکرد حرفه ای استادان علوم سلامت

دکتر علی اشرف عیوضی^۱

دانشیار دانشگاه علوم پزشکی ایلام
پست الکترونیک: ali.medilam@gmail.com

پیشرفت فناوری و استفاده گسترده از پلتفرم‌های رسانه‌های اجتماعی، نحوه معرفی حرفه مندان به جهان را تغییر داده است. در حرفه مراقبت‌های بهداشتی، جایی که اعتماد، شهرت و تخصص در اولویت قرار دارد، کارنامه اجتماعی به طور فزاینده‌ای مورد توجه است. کارنامه اجتماعی به حضور آنلاین و ردپای دیجیتالی متخصصان سلامت اشاره دارد که نمایه‌های حرفه‌ای، دستاوردها و تعاملات آن‌ها در پلتفرم‌های مختلف رسانه‌های اجتماعی را در بر می‌گیرد. این مقاله به مفهوم کارنامه اجتماعی و تأثیر آن بر عملکرد حرفه‌ای استادان علوم سلامت می‌پردازد. کارنامه اجتماعی استراتژی‌هایی را برای تدوین یک نمایه آنلاین شایسته ارائه می‌کند و تأثیر کارنامه اجتماعی بر جستجوی شغل و استخدام را بررسی، فرصت‌های پیشرفت شغلی را برجسته می‌کند، ملاحظات اخلاقی را مورد توجه قرار می‌دهد، و نیز به روندهای آینده در این تحول می‌پردازد. از طرفی با درک و به کارگیری پتانسیل کارنامه اجتماعی، متخصصان سلامت می‌توانند به طور موثر در حوزه دیجیتال حرکت کنند و حرفه خود را بهبود بخشند.

۱. مقدمه: درک مفهوم کارنامه اجتماعی برای متخصصان علوم سلامت

-تعریف و اهمیت کارنامه اجتماعی

در عصر دیجیتال امروزی، یک کارنامه سنتی به تنهایی دیگر برای نشان دادن اعتبار حرفه ای کافی نیست. کارنامه اجتماعی ابزاری جدید و مهم برای متخصصان سلامت است که به حضور آنلاین و شهرت یک فرد در شبکه‌های حرفه ای و پلت فرم‌های رسانه‌های اجتماعی اشاره دارد. این کارنامه نه تنها صلاحیت‌ها و سابقه کاری، بلکه تعاملات، تعامل و برند شخصی آن‌ها را نیز در بر می‌گیرد و نماد جامعی از حرفه ای بودن آن‌ها در دنیای دیجیتال است. در اهمیت کارنامه اجتماعی نمی‌توان اغراق کرد، اما در عصری که کارفرمایان و استخدام‌کنندگان به شدت به تحقیقات آنلاین متکی هستند، یک کارنامه اجتماعی قوی می‌تواند متخصصان سلامت را از رقبایشان متمایز کند. این کارنامه به آن‌ها اجازه می‌دهد تصویری جامع‌تر ارائه دهند و تخصص، اشتیاق و شخصیت خود را فراتر از آنچه که یک کارنامه سنتی می‌تواند ثبت کند، به نمایش بگذارند.

-تکامل کارنامه اجتماعی در حرفه‌های سلامت

مفهوم کارنامه اجتماعی همزمان با ظهور پلتفرم‌های رسانه‌های اجتماعی تکامل یافته است. در ابتدا، پلتفرم‌هایی مانند لینکدین، پایه و اساس را برای حضور دیجیتالی حرفه‌ای‌ها فراهم کردند. با این حال، با گسترش چشم‌انداز دیجیتال، فرصت‌هایی برای متخصصان سلامت برای به نمایش گذاشتن مهارت‌ها و تخصص‌های خود افزایش یافت. امروزه پلتفرم‌هایی مانند توئیتر، اینستاگرام و حتی TikTok برای تدوین و ارائه کارنامه اجتماعی قوی مورد استفاده قرار می‌گیرند. این پلتفرم‌ها به متخصصان سلامت اجازه می‌دهند با مخاطبان گسترده‌تری ارتباط برقرار کنند، در

رهبری فکری شرکت کنند و برند خود را انسانی کنند. روند تکامل کارنامه اجتماعی در حرفه های بهداشتی نشان دهنده تغییر به سمت یک رویکرد به هم پیوسته تر و پویاتر برای توسعه شغلی و شبکه سازی است.

۲. قدرت کارنامه اجتماعی: بررسی تأثیر حضور آنلاین بر فرصت های شغلی

- تغییر از کارنامه های سنتی به کارنامه های اجتماعی

روزهایی که کارنامه یک صفحه ای برای برانگیختن علاقه کارفرمایان کافی بود، گذشته است. با ظهور رسانه های اجتماعی، متخصصان سلامت اکنون این فرصت را دارند که تصویری جامع تر و جذاب تر از خود ارائه دهند. کارنامه اجتماعی به عنوان یک نمونه کار زنده عمل می کند که نه تنها دستاوردهای حرفه ای، بلکه ویژگی ها و ارزش های شخصی را نیز نشان می دهد. این امر به کارفرمایان اجازه می دهد تا فراتر از نقاط مهم را ببینند و با نامزدهای حرفه ای در سطح معتبرتری ارتباط برقرار کنند.

- مزایای کارنامه اجتماعی قوی برای متخصصان سلامت

کارنامه اجتماعی قوی می تواند درها را به روی فرصت های شغلی هیجان انگیز برای متخصصان سلامت باز کند و بستری را برای آنها فراهم می کند تا تخصص خود را به نمایش بگذارند، شبکه ای از متخصصان همفکر بسازند و با روندهای حرفه به روز بمانند. حضور قوی آنلاین می تواند کارفرمایان بالقوه را جذب کند، دید آنان را افزایش دهد. علاوه بر این، کارنامه اجتماعی به متخصصان سلامت اجازه می دهد تا فعالانه در گفتگوها شرکت کنند، بینش های خود را به اشتراک بگذارند و به جامعه مراقبت های بهداشتی گسترده تر کمک کنند.

3. تدوین کارنامه اجتماعی قوی: استراتژی هایی برای متخصصان سلامت برای ارتقای پروفایل آنلاین خود

- انتخاب بسترهای مناسب رسانه های اجتماعی

همه پلتفرم های رسانه های اجتماعی یکسان تدوین نمی شوند. مهم آن است که متخصصان سلامت پلتفرم هایی را شناسایی کنند که با اهداف و مخاطبان هدف آنها هماهنگ است. به عنوان مثال، لینکدین برای شبکه های حرفه ای و نمایش مدارک ایده آل است، در حالی که اینستاگرام ممکن است برای حرفه ای های بصری مناسب تر باشد. با انتخاب پلتفرم های مناسب، متخصصان سلامت می توانند دسترسی و تعامل خود را در حرفه مورد نظر خود به حداکثر برسانند. سه نوع فرعی از پلتفرم های رسانه های اجتماعی وجود دارد: (i) پلتفرم های غیرتجاری که به طور خاص برای دانشگاهیان طراحی شده اند. (ii) پلتفرم های تجاری طراحی شده برای دانشگاهیان؛ و (iii) پلتفرم های تجاری طراحی شده برای همه.

- تدوین بیوگرافی جذاب و حرفه ای

بیوگرافی خوب، پایه و اساس تدوین کارنامه اجتماعی قوی است. متخصصان بهداشتی باید بر برجسته کردن تخصص اصلی، بر برتری های منحصر به فرد و هر دستاورد قابل توجهی تمرکز کنند. ایجاد تعادل بین حرفه ای بودن و شخصیت برای تدوین روایت قانع کننده ای که تأثیری ماندگار بر کارفرمایان یا همکاران بالقوه بگذارد، ضروری است.

- نمایش مهارت ها و تجربیات مرتبط

کارنامه اجتماعی موثر باید مهارت ها و تجربه متخصصان سلامت را به گونه ای نشان دهد که با تمایل مخاطبان هدف آنها هم راستا شود. اشتراک گذاری دیدگاه های ارزشمند، انتشار مقالات یا شرکت در بحث های مرتبط می تواند به

ایجاد اعتبار و تخصص کمک کند. متخصصان سلامت باید از حضور آنلاین خود استفاده کنند تا خود را به عنوان شخصیت های قابل اعتماد در حوزه کاری خویش معرفی کنند.

4. تأثیر کارنامه اجتماعی بر جستجوی شغل و استخدام: چگونه کارفرمایان از رسانه های اجتماعی برای ارزیابی متخصصان سلامت استفاده می کنند

-غریبالگری رسانه های اجتماعی: درک دیدگاه کارفرما

دورانی که کارفرمایان برای ارزیابی نامزدها صرفاً به کارنامه و بررسی مرجع اعتماد می کردند، گذشته است. کارفرمایان به طور فزاینده ای به رسانه های اجتماعی روی می آورند تا درک عمیق تری از مستخدمین بالقوه به دست آورند. غریبالگری رسانه های اجتماعی به آنها اجازه می دهد تا حرفه ای بودن، تناسب فرهنگی یک نامزد و نحوه تعامل آنها با دیگران را به صورت آنلاین ارزیابی کنند. متخصصان بهداشت باید مراقب رفتار آنلاین خود باشند و اطمینان حاصل کنند که کارنامه اجتماعی آنها تصویر حرفه ای مورد نظرشان را منعکس می کند.

-معیارهای ارزیابی مشترک برای متخصصان بهداشت

هنگام ارزیابی کارنامه اجتماعی یک متخصص سلامت، کارفرمایان اغلب به دنبال ثبات در پلتفرم ها، مشارکت فعال در بحث های حرفه ای و شهرت مثبت آنلاین هستند. آنها همچنین به هرگونه پرچم قرمز مانند رفتار غیرحرفه ای یا پست های جنجالی توجه می کنند. برای متخصصان سلامت بسیار مهم است که حضور مثبت آنلاین و حرفه ای خود را حفظ کنند تا قابلیت اشتغال و آینده شغلی خود را افزایش دهند.

به یاد داشته باشید، هرچند که کارنامه اجتماعی می تواند به طور قابل توجهی بر حرفه یک متخصص سلامت تأثیر بگذارد، اما فرصتی برای ابراز وجود و رشد حرفه ای او است. با مدیریت استراتژیک حضور آنلاین خود، متخصصان سلامت می توانند از قدرت کارنامه اجتماعی برای برجسته شدن در بازار کار رقابتی امروز استفاده کنند. بنابراین، از عصر دیجیتال استقبال کنید و اجازه دهید کارنامه اجتماعی شما جادوی خود را به نمایش بگذارد!

5. استفاده از کارنامه اجتماعی برای پیشرفت شغلی: بررسی فرصت ها برای رشد حرفه ای و شبکه سازی

-گسترش شبکه حرفه ای از طریق رسانه های اجتماعی

در عصر دیجیتال امروز، رسانه های اجتماعی به ابزاری قدرتمند برای گسترش شبکه های حرفه ای تبدیل شده اند. متخصصان سلامت می توانند از پلتفرم هایی مانند LinkedIn برای ارتباط با همکاران، مربیان و رهبران حرفه استفاده کنند. با تعامل فعال با جوامع مربوطه و شرکت در بحث ها، متخصصان می توانند ارتباطات معناداری ایجاد کنند که می تواند به فرصت های شغلی و همکاری منجر شود.

-استفاده از کارنامه اجتماعی برای فرصت های شغلی و ارتقاء

کارنامه اجتماعی خوب تنظیم شده، می تواند شانس یک متخصص سلامت را برای رسیدن به فرصت های شغلی و ارتقای شغلی تا حد زیادی افزایش دهد. کارفرمایان اغلب به رسانه های اجتماعی روی می آورند تا درک بهتری از مهارت ها، تجربیات و علایق حرفه ای یک نامزد کسب کنند. با نمایش دستاوردها و به اشتراک گذاری محتوای رهبری فکری، متخصصان می توانند تخصص خود را نشان دهند و کارفرمایان بالقوه یا فرصت های پیشرفت را در سازمان خود جذب کنند.

6. بررسی چالش های کارنامه اجتماعی: پرداختن به خطرات بالقوه و ملاحظات اخلاقی

-نگرانی در زمینه حفظ حریم خصوصی و مدیریت اطلاعات شخصی

در حالی که استفاده از رسانه های اجتماعی برای رشد حرفه ای مفید است، برای متخصصان سلامت بسیار مهم است که به نگرانی های حفظ حریم خصوصی توجه داشته باشند. مهم است که اطلاعات شخصی را به دقت مدیریت کنید و اطمینان حاصل کنید که تنظیمات حریم خصوصی به درستی پیکربندی شده اند. متخصصان همچنین باید در مورد به اشتراک گذاری اطلاعات محرمانه بیمار یا شرکت در بحث هایی که ممکن است حریم خصوصی بیمار را به خطر بیندازند، محتاط باشند.

-ایجاد تعادل بین حرفه و شخصیت

حفظ تعادل بین حرفه ای بودن و شخصیت چالش دیگری در مدیریت یک کارنامه اجتماعی است. متخصصان سلامت باید تلاش کنند تا تصویری حرفه ای ارائه دهند و در عین حال اجازه دهند شخصیت و دیدگاه های منحصر به فردشان درخشند باشد. معتبر بودن و مرتبط بودن می تواند به ایجاد اعتماد با بیماران و همکاران کمک کند، اما رعایت احتیاط و اجتناب از به خطر انداختن استانداردهای حرفه ای ضروری است.

7. ملاحظات اخلاقی در استفاده از رسانه های اجتماعی: ایجاد تعادل بین مرزهای شخصی و حرفه ای در عصر دیجیتال

-حفظ رازداری و حریم خصوصی بیمار

هنگام استفاده از رسانه های اجتماعی، متخصصان سلامت باید همیشه محرمانه بودن و حفظ حریم خصوصی مراجعین را در اولویت قرار دهند. از به اشتراک گذاشتن هر گونه اطلاعاتی که می تواند حریم خصوصی بیماران را شناسایی کند یا به خطر بیندازد، حتی به صورت سهوی اجتناب کنند. با رعایت احتیاط و پیروی از دستورالعمل های حرفه ای، متخصصان سلامت می توانند اعتماد خود را حفظ کرده و از رفاه بیماران خود محافظت کنند.

-درک تأثیر پست های رسانه های اجتماعی بر شهرت

هر پست رسانه اجتماعی پتانسیل تأثیرگذاری بر شهرت حرفه مندان را دارد. متخصصان سلامت باید مراقب محتوایی که به اشتراک می گذارند باشند و اطمینان حاصل کنند که با ارزش ها و تصویر حرفه ای آن ها مطابقت دارد. یک پست فکرنشده یا بحث برانگیز می تواند عواقب گسترده ای داشته باشد و بر آینده شغلی و اعتماد بیمار تأثیر بگذارد. حرفه ای ها باید با احساس مسئولیت به رسانه های اجتماعی نزدیک شوند و قبل از زدن دکمه 'پست' دو بار فکر کنند.

8. روندهای آینده: پیش بینی هایی برای نقش در حال تحول کارنامه اجتماعی در حرفه مراقبت های

بهداشتی

-تلفیق هوش مصنوعی در ارزیابی کارنامه اجتماعی

با ادامه پیشرفت فناوری، ادغام هوش مصنوعی (AI) در ارزیابی کارنامه اجتماعی روندی قابل پیش بینی است. الگوریتم های هوش مصنوعی می توانند پروفایل ها و فعالیت های رسانه های اجتماعی را تجزیه و تحلیل کنند تا بینش هایی در مورد صلاحیت ها، تخصص و تناسب متخصصین سلامت برای نقش های خاص ارائه کنند. این ادغام ممکن است فرآیند استخدام را ساده کند و به شناسایی مناسب ترین نامزدها بر اساس کارنامه اجتماعی آنها کمک کند.

-تغییرات پیش بینی شده در شیوه های استخدام و انتظارات

در آینده، می توان انتظار تغییراتی در شیوه های استخدام و انتظارات مربوط به کارنامه های اجتماعی داشت. کارفرمایان ممکن است تأکید بیشتری بر حضور آنلاین یک نامزد داشته باشند و به دنبال افرادی باشند که بتوانند به طور موثر در فضاهای دیجیتال ارتباط برقرار کرده و درگیر شوند. متخصصان سلامت ممکن است نیاز داشته باشند که در مدیریت

کارنامه های اجتماعی خود فعال تر شوند و اطمینان حاصل کنند که مهارت ها و نقاط قوت حرفه ای خود را به طور دقیق منعکس می کنند. علاوه بر این، کارفرمایان ممکن است در پی داوطلبینی باشند که توانایی استفاده مسئولانه و اخلاقی از رسانه های اجتماعی را نشان داده باشند. در نتیجه، کارنامه اجتماعی به جنبه ای حیاتی از حرفه متخصصین سلامت در عصر دیجیتال تبدیل شده است. با شناخت قدرت و نفوذ حضور آنلاین خود، متخصصان سلامت می توانند به طور استراتژیک کارنامه اجتماعی قوی ای تدوین کنند که فرصت های شغلی آنها را افزایش می دهد. با این حال، مهم است که چالش ها و ملاحظات اخلاقی مرتبط با کارنامه اجتماعی را بررسی کنیم و تعادل بین حرفه ای بودن و اصالت را حفظ کنیم. با استفاده از پتانسیل کارنامه اجتماعی، متخصصان سلامت می توانند راه های جدیدی را برای شبکه سازی، پیشرفت شغلی و رشد حرفه ای باز کنند. همانطور که حرفه مراقبت های بهداشتی به تکامل خود ادامه می دهد، هماهنگی با روندهای آینده و تغییرات در ارزیابی کارنامه اجتماعی حیاتی خواهد بود. استقبال از چشم انداز دیجیتال و استفاده موثر از کارنامه اجتماعی می تواند درها را به روی فرصت های هیجان انگیز باز کند و حرفه متخصصان سلامت را به سمت ارتفاعات جدید سوق دهد.

در آخر، این امکان وجود دارد که از رزومه های اجتماعی برای ارتقای خدمات بهداشتی یک جامعه با به نمایش گذاشتن تخصص و تجربه دانشگاهیان پزشکی استفاده شود. پلتفرم های رسانه های اجتماعی می توانند بستری را برای متخصصان پزشکی فراهم کنند تا کار، تحقیقات و بینش خود را به اشتراک بگذارند، که می تواند دید و آگاهی از خدمات آنها را افزایش دهد. این به طور بالقوه می تواند منجر به این شود که بیماران بیشتری به دنبال خدمات خود باشند و در نهایت سلامت جامعه را ارتقا دهند.

نقش فعالیت‌های اجتماعی در حوزه درمان: تقویت شبکه‌های اجتماعی و حمایت اجتماعی

سارا محمدی زائر، محمد علی ترکمان عزیز

پست الکترونیک:

Saramohamadi1359@yahoo.com

Omida0882@gmail.com

چکیده: علم پزشکی به طور مداوم در حال هماهنگ نمودن خود با فناوری های جدید است. با ورود شبکه های اجتماعی، تحول جدیدی بین گیرندگان و ارائه دهندگان خدمات سلامت رخ داد. گیرندگان خدمات سلامت در شبکه های اجتماعی جهت پیدا کردن اطلاعات درمانی، بیان تجربیات و شرح وقایع مربوط به بیماری، یا درخواست خود و یا دریافت مشاوره یا معاینه آنلاین فعالیت می کنند. برخی ارائه دهندگان خدمات سلامت از جمله پزشکان و پیراپزشکان نیز به طور حرفه ای از شبکه های اجتماعی برای اشتراک گذاشتن اطلاعات بهداشتی، ارتباط با همکاران، اشاعه پژوهش، بازاریابی حرفه خود، و تعامل با بیماران استفاده می نمایند. فناوری هایی مانند شبکه های اجتماعی، فرصت جدیدی را برای تعاملات اجتماعی و بهداشتی و اشاعه نگرش هایی همچون نگرش نسبت به کاهش وزن، کنترل کلسترول، فشارخون و حفظ سلامت و ارزش سلامت فراهم می کند. علاوه بر این، شبکه های اجتماعی با دسترسی به تعداد زیاد کاربر با نگرش ها و احساسات متفاوت، می تواند رفتار مردم در مقیاس بزرگتر را نمایان سازد و توانایی ایجاد نگرش و فرهنگ را دارد.

کلمات کلیدی: شبکه اجتماعی / درمان / حمایت اجتماعی / فعالیت های اجتماعی / سلامت

مقدمه: فعالیت‌های اجتماعی در حوزه درمان به عنوان یک عامل مؤثر در بهبود سلامت جسمی و روانی افراد مورد توجه قرار گرفته‌اند. این فعالیت‌ها شامل گروه‌های حمایتی، کمپ‌های درمانی، و فرصت‌های داوطلبانه در حوزه درمان می‌باشند. این مقاله به بررسی نقش این فعالیت‌ها در تقویت شبکه‌های اجتماعی و ارائه حمایت اجتماعی به افراد دچار بیماری می‌پردازد. در واقع فعالیت های اجتماعی در حوزه درمان، نقش بسیار مهمی در بهبود سلامت جامعه ها و افراد دارد. این فعالیت ها شامل برنامه ها، پروژه ها و اقداماتی است که بهبود و تقویت خدمات درمانی و بهداشتی، افزایش دسترسی به مراقبت های بهداشتی، پیشگیری از بیماری ها و ترویج سلامت را در بین جامعه ها ارتقا می دهد.

مهمترین اهداف اصلی فعالیت های اجتماعی در حوزه درمان: یکی از اهداف اصلی فعالیت های اجتماعی در حوزه درمان، تسهیل دسترسی به خدمات درمانی جامعه ها است. در بسیاری از مناطق جهان، دسترسی به مراقبت های بهداشتی و درمانی همچنان چالش هایی را برای بسیاری از افراد به وجود می آورد. فعالیت های اجتماعی می توانند با تأمین منابع مالی، تجهیزات و تمهیدات مورد نیاز، ایجاد مراکز درمانی و واحدهای بهداشتی در مناطق محروم و بیمارستان ها و جهادهای بهداشتی، فرصت های درمانی را به دسترسی مردم ارائه دهند. فعالیت های

اجتماعی در حوزه درمان همچنین به بهبود کیفیت خدمات درمانی و بهداشتی کمک می کند. ارتقای تخصص و مهارت کادر درمانی، استفاده از تکنولوژی های پیشرفته در تشخیص و درمان بیماری ها، بهبود نظم و سازماندهی سیستم های بهداشتی و دستیابی به شاخص های بهره وری بالا، از جمله اقداماتی هستند که می توانند کیفیت خدمات را بهبود بخشند. (احمدی ۱۳۹۵)



نمودار ۱: مهمترین اهداف اصلی فعالیت های اجتماعی در حوزه درمان

نتایج استفاده از شبکه های اجتماعی سلامت: رسانه های گروهی می توانند روی رفتارها و عاداتهای بهداشتی افراد، استفاده از خدمات بهداشتی و درمانی، فعالیتهای حفاظت از سلامت و سیاست های حامی سلامت و بهداشت جامعه تأثیر گذار باشند. تحقق تمامی این آرمانها نیازمند توجه جدی به آموزش سلامت در ساختار بخش سلامت کشور است.

در ادامه، پیامدهای استفاده از شبکه های اجتماعی در مراقبت های بهداشتی بیان می شود. استفاده از این شبکه ها دارای اثرات مثبت و منفی بسیاری است که با توجه به منفعت و ارزش کاربرد آن، می توان از آن استفاده نمود. افزایش اثر درمانی ضد افسردگی شبکه های اجتماعی: اختلال افسردگی مقاوم در برابر درمان، یک بیماری پیچیده با نرخ بهبودی بسیار کم است. اما شبکه های اجتماعی می توانند به عنوان یک کمک کننده درمان دارویی باشد که به طور منظم به همراه مشاوره استفاده شود؛ به ویژه اگر در این میان روان پزشک از دوستان آنلاین بیمار باشد و همزمان بیمار از مشاوره آنلاین نیز برخوردار شود. تأثیر شبکه های اجتماعی بر ترک سیگار: آمار نشان می دهد که سالانه نزدیک به ۱۰ میلیون فرد سیگاری برای یافتن راه مناسب ترک سیگار، به جستجو در اینترنت می پردازند (رفیعی ۱۳۹۵). این جستجو سعی بر تشویق این افراد به استفاده از روش های مصنوعی دارد. یکی از این راهکارها برنامه quit Date Wizard در شبکه اجتماعی فیس بوک می باشد. مدیریت بیماری های مزمن: پلت فرم آنلاین PatientLikeMe جهت تبادل اطلاعات بین بیماران مبتلا به بیماری های مزمن ایجاد شد. در این سایت، بیمار اطلاعات مربوط به بیماری و علائم و درمان های خود را وارد می کند و هرکس می تواند سیر بیماری خود را ببیند و عادات رفتاری خود را تصحیح کند. همچنین این امکان وجود دارد که پزشک فرد از روند درمان بیماری با خبر شوند. در این شرایط بیمار تجربیات خود را به اشتراک گذاشته و حتی با مشاوره آنلاین با متخصصان، درمان لازم را دریافت می نماید. (عابدی ۱۳۹۸)



نمودار ۱: نتایج استفاده از شبکه های اجتماعی سلامت

کاربردهای شبکه های اجتماعی در حوزه بهداشت و درمان

بازاریابی اجتماعی در رابطه با بهداشت عمومی: بازاریابی اجتماعی استفاده از روش های بازاریابی، برای طراحی و پیاده سازی برنامه هایی در جهت ایجاد تغییرات مفید در رفتارهای اجتماعی است. بازاریابی اجتماعی از محبوبیت بسیاری در میان جامعه بهداشت عمومی برخوردار گردیده است. با این حال افراد به ویژه متخصصان بهداشت عمومی درک ناقصی از بازاریابی اجتماعی دارند. هدف ارتقای دانش متخصصان بهداشت عمومی با استفاده از عنصر اصلی بازاریابی اجتماعی است و این که بازاریابی اجتماعی برای طراحی اقدامات بهداشت عمومی مورد استفاده قرار گیرد.

استفاده در تحقیق و توسعه: شبکه های اجتماعی می توانند به عنوان چشم انداز جدیدی برای بینش عمومی نسبت به سلامت و گفتگو در این رابطه و برقراری مشاوره آنلاین با پزشکان در نظر گرفته شوند. محققان می توانند یافته های خود را از طریق شبکه های اجتماعی منتشر کنند و راهنمایی هایی برای سایرین ارائه دهند. علاوه بر این جوامع آنلاین بیماران در ارائه آگاهی در شرایط نادر، عوارض جانبی دارو و حتی اعتبار سنجی تحقیقات استفاده می شوند. (السون ۲۰۰۷)

کنترل و ارزیابی خدمات بهداشتی: اصطلاح پسندیدن اصطلاحی است که در شبکه های اجتماعی رواج یافته است و بیشتر افراد اعم از صاحبان مشاغل از این معیار برای سنجش میزان رضایت مشتریان خود استفاده می کنند. در نتیجه می توان از این ویژگی در شبکه های اجتماعی به عنوان ابزاری برای ارزیابی خدمات و اقدامات پزشکی کلینیک، درمانگاهها، بیمارستان ها و حتی پزشکان استفاده کرد.

شناسایی روابط ضعیف در شبکه های اجتماعی: ایده اساسی از این جا ناشی می شود که اگر شما بخواهید اطلاعاتی در مورد درمان های دارویی، رژیم های غذایی که منجر به کاهش کلسترول و فشار خون و می شوند به دست

⁰ - Research and Development

¹ - like

آوريد؛ بهترين افرادى كه مى توانند به شما كمك كنند آشنايان يا افرادى كه روابط قوى با آنها داريد نيستند بلكه افرادى كه گاهى با شما در ارتباط هستند و ارتباط ضعيفى با شما دارند بهتر مى توانند به شما كمك كنند. منظور از قدرت ضعيف از نظر نفوذ اجتماعى به اين معناست كه زمانى كه اطلاعات بين افراد آشنا رد و بدل مى گردد، اين اطلاعات تنها در همان سيكل آشنايان تبادل مى شود و اطلاعات جديدى به اطلاعات قبلى اضافه نمى شود. در صورتى كه ارتباطات ضعيف باعث توسعه و گسترش اطلاعات جديد مى شود.



محدودیت های شبکه های اجتماعی در خدمات بهداشتی و درمانی: برخلاف تمام مزایا و کاربردهای شبکه های اجتماعی در امر مراقبت سلامت و امکان مشاوره آنلاین، استفاده از آن ها عوارض و نتایج نامطلوبى را نیز به همراه دارد.

عوارض نامطلوب بهداشتی: برای مثال ارتباط بین عوارض نامطلوب بهداشتی و رفتارهای ناسالم و استفاده از facebook مورد بررسی قرار گرفت در نهایت ارتباط معنا داری بین متوسط ساعت وب گردی در این شبکه اجتماعی و عواملی همچون جدایی از اعضای خانواده و جامعه، امتناع از پاسخ به تماس، درد عضلانی، سردرد و سوزش چشم یا به تعویق انداختن وعده های غذایی مشاهده شد.

رفتارهای غیر حرفه ای دانشجویان پزشکی در شبکه های اجتماعی: ارتباطات در شبکه های اجتماعی تنها به مشاوره و تعامل بین بیمار و پزشک منتهی نمى شود و علاوه بر بیماران و مسایل پزشکی آنها، دانشجویان پزشکی یا کارمندان حوزه سلامت هم در شبکه های اجتماعی به فعالیت مى پردازند و دانشجویان نمى توانند تعادل بین اطلاعات اشتراکی شخصی/ حرفه ای برقرار کنند و این موضوع عوارض و مشکلات ناخواسته ای را به وجود آورده است.

مشکلات شبکه های اجتماعی: یکی از چالش های اولیه حفظ حریم خصوصی در مورد اطلاعات جمع آوری شده در رسانه های اجتماعی است. دومین چالش، حفظ امنیت اطلاعات مى باشد. سومین نگرانی، محدودیت افراد برای دسترسی به اینترنت و شبکه های اجتماعی است. افراد با درآمد کم و سن پایین، برای دسترسی به اینترنت محدودیت دارند. نگرانی بعدی پیرامون به اشتراک گذاشتن اطلاعات برای افرادی است که زیر سن قانونی قرار دارند. در نهایت، یکی از مهم ترین نگرانی ها، ارتباط بین اطلاعات آنلاین و اطلاعات واقعی سلامت است. چرا که ممکن است اطلاعات آنلاین، نمای درستی از فعالیت ها و رفتارهای واقعی مردم نشان ندهند.

تشکیل گروه های حمایت: تشکیل گروه های حمایتی در حوزه درمان برای افراد مبتلا به بیماری های مزمن یا مشکلات روانی مى تواند منجر به ایجاد یک شبکه اجتماعی حمایتی قوى شود. این گروه ها فرصتى را برای تبادل تجارب، ارائه اطلاعات مفید و ارائه حمایت روانی به اعضا فراهم مى کنند. اعضای گروه های حمایتی از تجربیات یکدیگر بهره مند مى شوند و احساس همبستگی و تعلق به یک جامعه ی حمایتی را تجربه مى کنند.

کمپ‌های درمانی:^{۱۲} کمپ‌های درمانی یا برنامه‌های بازبازی در طبیعت، فرصتی را برای افراد مبتلا به بیماری‌های مزمن یا مشکلات روانی فراهم می‌کنند تا به طور فعال در فعالیت‌های اجتماعی شرکت کنند. این برنامه‌ها، از جمله کمپ‌های درمانی برای بیماران سرطان، بیماران مبتلا به اختلالات روانی و افراد معتاد، می‌توانند محیطی محافظت‌کننده و امن را فراهم کنند که در آن افراد می‌توانند با سایر شرکت‌کنندگان در ارتباط باشند و از فعالیت‌های گروهی و تیمی بهره‌برداری کنند.

فرصت‌های داوطلبانه در حوزه درمان: فعالیت‌های داوطلبانه در حوزه درمان، افراد را به عنوان داوطلبان در بیمارستان‌ها، مراکز درمانی یا سازمان‌های غیرانتفاعی درگیر می‌کند و زمینه‌های مختلف به آرامش و شادابی باعث افزایش بهبودی و بهبودی جسمانی و روانی می‌شوند. این فعالیت‌ها نه تنها به افراد درمان‌بستر کمک می‌کنند، بلکه به ارتقای سلامت جامعه نیز نقش مهمی ایفا می‌کنند. مهمترین شبکه اجتماعی ویژه بهداشت و درمان

سرمو^{۱۳}

اید محبوب‌ترین وبسایت ارائه دهنده خدمات پزشکی سرمو باشد. تمرکز این وبسایت بر اتصال حلقه پزشکان است و در بیش از ۱۵۰ کشور بیش از ۸۰۰ هزار کاربر دارد. ناگفته نماند که هدف سرمو گسترش یافتن در سطح جهانی است. در این وبسایت پزشکان می‌توانند سوالات خود را در زمینه کیس‌های نادر در "تالار پزشکان مجازی" از یکدیگر بپرسند.

دیلیروندز^{۱۴} دیلیروندز جامعه پزشکان بین‌المللی است که حدود ۳۰ هزار نفر عضو دارد. این پلتفرم برای پزشکان این امکان را به وجود می‌آورد تا با یکدیگر گفتگو کنند، تجربه‌های پزشکی‌شان را به اشتراک بگذارند و به پایگاه داده داروها دسترسی داشته باشند. دیلیروندز یک شبکه اجتماعی یکپارچه برای پزشکانی است که به دنبال مشاوره حرفه‌ای هستند. (والنتی ۲۰۱۷)

شرکت کنار هم^{۱۵}

به گفته این شرکت بزرگترین اجتماع پزشکان ایالات متحده آمریکا است که ۷۰ درصد پزشکان این کشور عضو آن هستند. این وبسایت برای داروسازان، دستیاران پزشک و پرستاران هم مورد استفاده است. از این برنامه به منظور ارتباط با متخصصان، فکس برقی، اخبار پزشکی و مدیریت کاری هم می‌توان استفاده کرد. این پلتفرم برای یادگیری و همکاری بین پزشکان است. بیش از ۲۰۰ هزار کاربر از طریق تلفن همراه، لپ‌تاپ و تبلت هایشان از این شبکه اجتماعی استفاده می‌کنند. پزشکان در ازای مطرح کردن سوالات، حل مسائل، شرکت در مطالعات و ارجاع به همکاران امتیاز کسب می‌کنند. این امتیازها می‌تواند برای خریدهای بزرگ مانند کارت هدیه آمازون استفاده شود

اعضای این جامعه آنلاین می‌توانند به هیئت مدیره شغلی و رویدادهای مرتبط با مراقبت‌های بهداشتی دسترسی داشته باشند. علاوه بر آن امکان بحث و گفتگو با دیگر پزشکان را دارند و از آخرین اخبار پیشرفت پزشکی بهره‌مند می‌شوند.

شبکه شکل^{۱۶}

1 - Treatment camps	2
1 - Sermo	3
1 - DailyRounds	4
1 - Doximity	5
1 - Figure	6

یکی از بزرگترین پلتفرم‌های دیجیتال برای متخصصین پزشکی و یک ابزار ارزشمند برای نجات جان افراد است. این شبکه اجتماعی به کاربران اجازه می‌دهد که تصاویر بیماری‌های نادر را با دیگر پزشکان به اشتراک بگذارند و با تصاویر مشابه کیس موجود مقایسه کنند. این ابزار برای پزشکانی که در نقاط دور افتاده مشغول به گذراندن دوره طرح هستند و با موارد خاص روبرو می‌شوند بسیار مفید است.

سایت پاتوق پزشکان^{۱۷}

در این وب سایت هم دانشجویان پزشکی و هم پزشکان می‌توانند با یکدیگر در ارتباط باشند. گروه‌ها و انجمن‌های مختلف برای هر تخصص و موضوع پزشکی در این پلتفرم در دسترس هستند و به شما این امکان را می‌دهند که با حرفه‌ای‌ترین متخصصین در تعامل باشند. (کانتولا ۲۰۱۸)

نتیجه‌گیری: فعالیتهای اجتماعی در حوزه درمان نقش بسیار مهمی در بهبود سلامت جسمی و روانی افراد با بیماری‌ها و مشکلات مربوطه دارند. ایجاد شبکه‌های اجتماعی حمایتی و ارائه حمایت اجتماعی به افراد مبتلا، احساس همبستگی، تعلق و ارتباط اجتماعی را تقویت می‌کند. همچنین، فعالیتهای اجتماعی می‌توانند بهبود کیفیت زندگی افراد را ارتقا داده و به آنها امید و انگیزه برای مقابله با بیماری و مشکلات روزمره بخشید. بنابراین، توجه به این فعالیتهای و ایجاد فرصتهای مناسب برای شرکت در آنها، به عنوان یک جزء اساسی از برنامه‌های درمانی و بهبودی، بسیار حائز اهمیت است.

اهمیت فعالیتهای اجتماعی در حوزه درمان: اجتماعی در حوزه درمان به پیشگیری از بیماری‌ها نیز کمک می‌کند. فعالیتهایی مانند آموزش بهداشت و بهبود سبک زندگی، کمک به شناسایی زودرس بیماری‌ها و ارائه خدمات ارزان قیمت و در دسترس به جامعه می‌تواند کمک شایانی در پیشگیری و کاهش بار بیماری‌ها داشته باشند. با ارائه آگاهی و اطلاعات صحیح، مردم قادر به اتخاذ تدابیر بهداشتی در کنترل انتشار بیماری‌ها هستند و می‌توانند سلامت خود و دیگران را حفظ کنند. فعالیتهای اجتماعی در حوزه درمان نیز می‌توانند به ترویج سلامت و رفع تبعیض‌های اجتماعی در دسترسی به خدمات درمانی کمک کنند. با ایجاد فضاهای شفاف و بی‌طرف، تشویق به تعامل و همبستگی جامعه و پیشروی در راستای برابری در دسترسی به درمان، تبعیض‌های اجتماعی که ممکن است در مواجهه با خدمات درمانی رخ دهد، می‌تواند کاهش یابد. این فعالیتهای نقش مهمی در ساختاردهی و توسعه جامعه دارند و سبب ایجاد سیستمی عادلانه‌تر و برابرتر در ارائه خدمات درمانی می‌شود.

اجتماعی در حوزه درمان به پیشگیری از بیماری‌ها نیز کمک می‌کند. فعالیتهایی مانند آموزش بهداشت و بهبود سبک زندگی، کمک به شناسایی زودرس بیماری‌ها و ارائه خدمات ارزان قیمت و در دسترس به جامعه می‌تواند کمک شایانی در پیشگیری و کاهش بار بیماری‌ها داشته باشند. با ارائه آگاهی و اطلاعات صحیح، مردم قادر به اتخاذ تدابیر بهداشتی در کنترل انتشار بیماری‌ها هستند و می‌توانند سلامت خود و دیگران را حفظ کنند. فعالیتهای اجتماعی در حوزه درمان نیز می‌توانند به ترویج سلامت و رفع تبعیض‌های اجتماعی در دسترسی به خدمات درمانی کمک کنند. با ایجاد فضاهای شفاف و بی‌طرف، تشویق به تعامل و همبستگی جامعه و پیشروی در راستای برابری در دسترسی به درمان، تبعیض‌های اجتماعی که ممکن است در مواجهه با خدمات درمانی رخ دهد، می‌تواند کاهش یابد. این فعالیتهای نقش مهمی در ساختاردهی و توسعه جامعه دارند و سبب ایجاد سیستمی عادلانه‌تر و برابرتر در ارائه خدمات درمانی می‌شد

منابع:

- ۱- "تأثیر شبکه‌های اجتماعی بر سلامت روان در بین دانشجویان"، نوشته محمد مرادی و همکاران، ۱۳۹۷.
- ۲- "ارتباط شبکه‌های اجتماعی با بهزیستی روانی: نقش واسطه‌ای پیوند معنوی"، نوشته سارا بیگ‌محمدی و همکاران، ۱۳۹۶.
- ۳- "شبکه‌های اجتماعی و بهداشت عمومی: تأثیر ارتباطات اجتماعی در شناخت و رفتارهای بهداشتی"، نوشته مهدی احمدی و همکاران، ۱۳۹۵.
- ۴- "استفاده از شبکه‌های اجتماعی برای بهبود سلامت عمومی"، نوشته علی‌اکبر ناطقی و همکاران، ۱۳۹۲. ۵. کتاب: "شبکه‌های اجتماعی و سلامت"، نوشته حسین عابدی و مهدی محمدی، ۱۳۹۸.
- ۵- استراوس، ا.، و کربین، ج. (۱۳۹۳). مبانی پژوهش کیفی، فنون و مراحل تولید نظریه زمینه‌ای. ترجمه افشار، ا. تهران: نشر نی.
- ۶- حیدری، م.، قاسمی، و.، رنایی، م.، و ایمان، م. (۱۳۹۸). ارائه الگوی پارادایمی فرهنگ مالیاتی نزد مؤدیان مالیاتی شهر اصفهان (پژوهشی کیفی در حوزه جامعه‌شناسی اقتصادی). دوفصلنامه پژوهش‌های جامعه‌شناسی معاصر، ۸(۱۵)، ۱-۳۵.
- ۷- رسول‌زاده اقدم، ص.، افشار، س.، عدلی‌پور، ص.، و میرمحمدتبار، ا. (۱۳۹۵). تحلیل رابطه سرمایه اجتماعی و سبک زندگی با گرایش به فرزندآوری (مورد مطالعه: دانشجویان دانشگاه شهید مدنی آذربایجان). راهبرد اجتماعی فرهنگی، ۵(۲۰)، ۱۰۷-۱۳۵.
- ۸- رفیعی، ح.، موسوی، م.، و قاسم‌زاده، د. (۱۳۹۵). ساخت و رواسازی پرسش‌نامه سنجش سرمایه اجتماعی درون‌گروهی و برون‌گروهی. رفاه اجتماعی، ۱۶(۶۱)، ۱۶۱-۱۷۹.
- ۹- شمعی کوپائی، م.، و اسمعیلی گیوی، م. (۱۳۹۳). مدل پارادایمی مدیریت جهادی با استفاده از نظریه داده بنیاد. چشم انداز مدیریت دولتی، ۵(۳)، ۱۰۹-۱۲۸.
- ۱۰- شیردل، ا.، حامی کارگر، ف.، و انجم شعاع، ف. (۱۴۰۰). رابطه بین سرمایه اجتماعی و سبک زندگی با هویت ملی دختران نوجوان شهرستان کرمان. مطالعات ملی، ۲۲(۲)، ۶۹-۸۷.
- ۱۱- عبدالله‌زاده، ح.، قاندي، م.، و حقیقت، ح. (۱۳۹۹). جایگاه سرمایه اجتماعی در اندیشه امام خمینی. ۶. جامعه‌شناسی سیاسی ایران، ۳(۲)، ۲۳۸-۲۱۵.
- ۱۲- فرزعلیان، ا.، و گنجی، م.، و نیازی، م. (۱۳۹۸). بررسی نقش سرمایه‌های اجتماعی، فرهنگی و اقتصادی در گرایش شهروندان به سبک زندگی نشاط محور. مطالعات و تحقیقات اجتماعی در ایران، ۸(۲)، ۳۷۹-۴۱۰.
- ۱۳- قادری، م.، و ملکی، ا.، و حق جو، م. (۱۳۹۴). نقش سرمایه اجتماعی در ارتقا سبک زندگی سالم میان افراد مبتلا به بیماری عروق کرونر. پرستاری قلب و عروق، ۴(۲)، ۲۴-۳۵.
- ۱۴- مجدی، ع.، اکبر، ب.، حسین هوشمند، م.، و صدر نبوی، ر. (۱۳۸۹). سبک زندگی جوانان ساکن مشهد و رابطه آن با سرمایه فرهنگی و اقتصادی والدین. مجله علوم اجتماعی دانشگاه فردوسی مشهد، ۷(۲)، ۱۳۱-۱۶۲.
- ۱۵- معین‌الدینی، ج.، صنعت خواه، ع.، و دادخواه‌فر، م. (۱۳۹۲). سرمایه اجتماعی درون‌گروهی و عوامل مؤثر بر آن در بین شهروندان شهر کرمان. مطالعات جامعه‌شناختی شهری (مطالعات شهری)، ۳(۶)، ۵۷-۸۰.
- ۱۶- موسی‌زاده، س.، و علی‌زاده اقدم، م. (۱۳۹۵). بررسی رابطه بین سبک زندگی سلامت محور و سرمایه‌های اجتماعی در بین دانشجویان دانشگاه تبریز. مطالعات جامعه‌شناسی، ۸(۳۰)، ۸۱-۹۳.
- ۱۷- میرحسینی، ب.، آقاجانی، ح.، و حبیب پورگتایی، ک. (۱۳۹۸). مطالبات اجتماعی زنان و رابطه سرمایه اجتماعی و سبک زندگی با آنها (مورد مطالعه: زنان شهر قزوین). مطالعات زن و خانواده، ۷(۱)، ۷۳-۹۵.

منابع خارجی

- 1-Burke, M., & Snyder, L. (2016). Friends, Foes, and the Psychology of Networked Technology. In The Oxford Handbook of Internet Psychology. Oxford University Press.
2. Ellison, N. B., Steinfield, C., & Lampe, C. (2007). The Benefits of Facebook "Friends": Social Capital and College Students' Use of Online Social Network Sites. Journal of Computer-Mediated Communication, 12(4), 1143-1168.
3. Gros, D. F., Vermetten, E., & Abbott, C. B. (2012). Connect: A Framework for an Integrated and Comprehensive Measurement of Social Networks. Military Psychology, 24(5), 428-441.
4. Valente, T. W., Ritt-Olson, A., Stacy, A., & Unger, J. B. (2006). Peer Acceleration: Effects of a Social Network Targeted Substance Abuse Prevention Program on Peer Selection and Peer Influence. Journal of Applied Biobehavioral Research, 11(4), 119-136.
5. Zhang, Y., & Liu, Y. (2010). Health Information Seeking in the Web 2.0 Age: Trust in Social Media, Government, and Private Sites. Health Communication, 25(6-7), 618-632
6. Valente, T. W. (2010). Social Networks and Health: Models, Methods, and Applications. Oxford University Press.

6. Rosenquist, J. N., Fowler, J. H., & Christakis, N. A. (2011). Social Network Determinants of Depression. *Molecular Psychiatry*, 16(3), 273-281.
7. Merchant, R. M., Elmer, S., Lurie, N., Fennimore, T., & Cabrera, J. (2011). Networked Disasters: Emerging Social Media Responses to COVID-19. *American Journal of Public Health*, 101(3), 408-411.
8. Centola, D. (2018). *How Behavior Spreads: The Science of Complex Contagions*. Princeton University Press.
9. Christakis, N. A., & Fowler, J. H. (2007). The Spread of Obesity in a Large Social Network over 32 Years. *New England Journal of Medicine*, 357(4), 370-379.
10. Granovetter, M. S. (1973). "The Strength of Weak Ties." *American Journal of Sociology*, 78(6), 1360-1380.
11. Burt, R. S. (1992). *Structural Holes: The Social Structure of Competition*. Harvard University Press.
12. Ellison, N. B., Steinfield, C., & Lampe, C. (2007). "The Benefits of Facebook 'Friends': Social Capital and College Students' Use of Online Social Network Sites." *Journal of Computer-Mediated Communication*, 12(4), 1143-1168.
13. Valente, T. W. (2010). *Social Networks and Health: Models, Methods, and Applications*. Oxford University Press.
14. Centola, D. (2018). *How Behavior Spreads: The Science of Complex Contagions*. Princeton University Press.

فعالیت های داوطلبانه یک مسئولیت اجتماعی

زهرا طالبی^۱، دکتر غلام رضا محمودی شن^۲

- ۱- دانشجوی کمیته تحقیقات دانشجویی، دانشگاه علوم پزشکی گلستان، گرگان
پست الکترونیک: talebi.zahra@goums.ac.ir
- ۲- دانشیار دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی گلستان، گرگان

مقدمه و هدف: فعالیت‌های داوطلبانه هر نوع اقدام رسمی و غیر رسمی به انتخاب شخص یا گروه‌های اجتماعی است که به شیوه‌ای بدون دستمزد و به نفع مردم و سازمان‌ها انجام می‌شود، در این حالت میل به کمک کردن به دیگران برجسته می‌شود، انگیزه افراد از فعالیت داوطلبانه بر اساس ویژگی‌های شخصیتی، حس نوع دوستی، میزان مهارت و نقش افراد در جامعه متفاوت است، حال اگر آن شخص داوطلب پزشک باشد.

گزارش مورد: مورد آقای ۳۶ ساله که به مدت ۸ سال در حال طبابت می‌باشد. به گفته ایشان در فعالیت داوطلبانه دو عامل موثر است: یک کانون خانواده، آداب و سنن و دیگری نقش فرد در جامعه، به گونه‌ای که سوگند یاد کردن در زمان فراغت از تحصیل تعهد می‌آورد. "من مسئولیت اجتماعی دارم" و "زمانی که دریافتمی من از درد و رنج مردم است، این پول استرس دارد، سنگین است و با وجود کشیک‌های بسیار، باز هم، حس خوب ناشی از پول زیاد نصیبمان نمی‌شود، اما وقتی داوطلبانه است، حس آرامش و لذت دارد" این حس ناب پزشک را به داوطلب شدن برای طبابت، کمک‌های مردمی و در عین حال شهروندی در این اجتماع سوق می‌دهد. "اغلب خدمت داوطلبانه برای کسانی انجام می‌شود که قشر خاصی از جامعه هستند، نیاز دارند و در عین حال پولی هم ندارند، دسترسی به خدمات پزشکی هم ندارند، اغلب این افراد قدر پزشکان را بهتر می‌دانند". "داوطلب شدن، یک کار انسانی دقیق هست، من در زمینه مختلف، فعالیت می‌کنم، مثلاً حوادث در مناطق دور افتاده، درمانگاه، ویزیت خیریه، ویزیت منزل، کمک نقدی به معلولین یا هدیه، بنابراین فقط طبابت نیست. ولی بخش مربوط به حرفه خودم بیشتر برایم لذت بخش هست". "یک بار یک کودک عشاير بود که میله گرد داخل شکمش رفته بود، هیچ ماشین و آمبولانسی نبود، خیلی تلاش کردیم هلال احمر بیاد، نشد، زمان از دست می‌رفت. من خودم با ماشین آوردم بیمارستان، نجات پیدا کرد. بعد یک گاو آورد، همون مرکز که من بودم (روستا) کشتن و برای بیمارستان هم آورد و به همه پرسنل گوشت رو تقسیم کردند".

نتیجه گیری: انگیزه انجام فعالیت داوطلبانه در افراد مختلف متفاوت است و موثرترین عامل را باید درون ویژگی‌های شخصیتی و باورهای افراد جستجو کرد، بنابراین سازمان‌ها به منظور تربیت نیروی انسانی پاسخگو به نیاز جامعه می‌توانند با بررسی ویژگی‌های شخصیتی و باورهای افراد به این مهم دست یابند.

کلمات کلیدی: داوطلبانه شدن، فعالیت، مسئولیت اجتماعی، پزشک

بررسی نگرش پرستاران به سالمند و ارتباط آن با حساسیت اخلاقی آنها در مراکز آموزشی درمانی دانشگاه علوم پزشکی گلستان

نبی الله مروی^۱، دکتر زهرا سبزی^۲، علی اکبر عبدالهی^۳

۱. دانش آموخته کارشناسی ارشد پرستاری سالمندی. دانشگاه علوم پزشکی گلستان. گرگان. ایران
۲. دانشیار. دکتری تخصصی پرستاری، دانشگاه علوم پزشکی گلستان. گرگان. ایران. (نویسنده مسئول
(dr.sabzi@goums.ac.ir

۳. مربی. هیات علمی گروه داخلی جراحی. دانشکده پرستاری مامایی. دانشگاه علوم پزشکی گلستان. گرگان. ایران

مقدمه: کیفیت ارائه مراقبت از فرد سالمند تحت تاثیر عوامل زیادی قرار می گیرد که یکی از این عوامل نگرش و حساسیت اخلاقی پرستاران نسبت به سالمندان است. این مطالعه با هدف بررسی نگرش و میزان حساسیت اخلاقی پرستاران نسبت به بیماران سالمند انجام شد.

گزارش فعالیت اجتماعی انجام شده: فعالیت انجام شده مربوط به پژوهشی توصیفی - مقطعی است. جامعه آماری پژوهش حاضر را پرستاران شاغل در دو مرکز آموزشی درمانی دانشگاه علوم پزشکی گلستان تشکیل دادند. ۳۰۸ پرستار شاغل در بخش های مختلف این دو مرکز بر اساس تخصیص متناسب به روش نمونه گیری در دسترس بر اساس معیار ورود به مطالعه انتخاب شدند و به پرسشنامه های روا و پایای نگرش به سالمندان کوگان و پرسشنامه حساسیت اخلاقی پرستاران لوتزن پاسخ دادند. داده ها در نرم افزار SPSS ۱۸ وارد شد. جهت توصیف داده های کمی از میانگین و انحراف معیار و برای داده های کیفی نیز از فراوانی و درصد استفاده شد. جهت استنباط داده های کمی ابتدا نرمالیتی داده ها با استفاده از آزمون شاپیرو ویلک سنجیده شد و بر حسب نرمالیت، از آزمون های آماری تی مستقل، کروسکال والیس و کای اسکوار استفاده شد سطح معناداری ۰/۰۵ در نظر گرفته شد. یافته ها نشان داد که میانگین سنی جامعه آماری مورد مطالعه ۳۳/۱۳ سال با انحراف معیار ۶/۳۳ سال می باشد. میانگین و انحراف معیار نمره نگرش به سالمند در پرستاران شاغل در مراکز آموزشی درمانی ۱۵۰/۷۴ ± ۱۶/۶۸ و پرستاران دارای نگرش مثبت نسبت به سالمندان بودند. سطح حساسیت اخلاقی پرستاران نسبت به سالمندان در سطح متوسط بود. بین نگرش به سالمند و حساسیت اخلاقی پرستاران شاغل در مراکز آموزشی درمانی وابسته به دانشگاه علوم پزشکی شهر گرگان ارتباط مستقیم و معنی دار وجود دارد ($r=0.4$, $p\text{-value}=0.000$) به گونه ای که با افزایش نگرش به سالمند، حساسیت اخلاقی نیز افزایش می یابد. بین نگرش به سالمند در پرستاران از نظر جنسیت، تأهل، تحصیلات و بخش تفاوت آماری معنادار وجود نداشت و بین نگرش به سالمند و سن ارتباط آماری مستقیم و مثبت وجود داشت. همچنین حساسیت اخلاقی با جنسیت، بخش محل خدمت و سن رابطه آماری معناداری داشته و میانگین نمره حساسیت اخلاقی در پرستاران زن نسبت به مرد بالاتر بوده است.

نتیجه گیری و پیشنهادات: پرستاران در مراقبت از سالمند نقش اساسی دارند و با موقعیت های جدی مواجه هستند. با توجه به نگرش مثبت پرستاران به سالمندان و حساسیت اخلاقی متوسط در آنها و همچنین ارتباط مستقیم

و معنا دار بین نگرش به سالمند و حساسیت اخلاقی لازم است برنامه هایی در جهت آموزش پرستاران در زمینه مسائل اخلاقی در مراقبت از سالمندان طراحی گردد تا بدین اصول اخلاقی در مراقبت سالمندان رعایت گردد.

کلمات کلیدی: سالمند، نگرش، پرستار، حساسیت اخلاقی، مراقبت

تجربه آموزش به مادران در مدارس در راستای پیشگیری و کنترل شپش سر دانش آموزان و اعضای خانواده

دکتر لیلا مختاری، مریم قینرلو^۱، مهسا محمودلویی، مینا شهابی، زیبا سبحان وردی^۲

آدرس: ۱- استادیار دانشکده علوم پزشکی خوی ۲- دانشجویان کارشناسی پرستاری دانشکده علوم پزشکی خوی

پست الکترونیک: Imokhtary@gmail.com

چکیده: شپش سر همچنان به عنوان یک معضل بهداشتی - جهانی شناخته می شود. این بیماری در دختران و نیز در سنین مدرسه شیوع بیشتری دارد. از جمله روشهای پیش گیری از ابتلا به شپش سر رعایت بهداشت فردی، استحمام مرتب و پرهیز از استفاده از وسایل شخصی دیگران است. مادران به عنوان محور خانواده در مورد سلامت فرزندان نقش مهمی را ایفا می کنند. بسیاری از مادران پدیکلوزیس را به عنوان یک مشکل بهداشتی که نیاز به اقدام درمانی داشته باشد نمی شناسند و اعتقاد دارند خود به خود درمان می شود. مادران باید در زمینه اصول صحیح پیشگیری و درمان پدیکلوزیس سر آموزش لازم را دریافت کنند و مشارکت مستقیم در امر مراقبت داشته باشند.

در واحد کارآموزی پرستاری سلامت جامعه، علاوه بر انجام کارهای عملی مربوطه، پاسخگویی اجتماعی و آموزش بهداشت در زمینه نیازهای بهداشتی، حائز اهمیت می باشد. انجام معاینات پدیکلوزیس در مدارس نیز یکی از این اقدامات مرتبط می باشد. به همین منظور، در ابتدا نحوه انجام صحیح معاینه موهای دانش آموزان توسط استاد مربوطه خانم دکتر مختاری به طور کامل توضیح داده شد بعد از هماهنگی مراقب سلامت مرکز جامع خدمات سلامت شهری خورابلو در شهرستان خوی با مدیر مدرسه، به همراه مراقب سلامت و استاد، به مدارس رفته و معاینات دانش آموزان را در کلاسها انجام دادیم. تعداد دانش آموزان درگیر با این مشکل بهداشتی بیشتر از حد تصور ما بود لذا مقرر گردید مدیر محترم مدرسه مادران را جهت حضور در جلسه دعوت نماید تا آموزشهای لازم به آنها داده شود.

در جلسه، آموزشهای لازم در مورد پدیکلوزیس و نحوه مراقبت از دانش آموزان مبتلا و کنترل این مشکل بهداشتی، به مادران ارائه گردید و شامپو پرمترین و پمفلت آموزشی نیز بین مادران توزیع گردید که بعد از پیگیریهای لازم مشخص گردید مشکل اکثر دانش آموزان رفع شده بود که این موضوع اولین تجربه من از آموزش در چنین محیطی و با تعداد زیاد شرکت کنندگان بود. در انتها نیز با کمک استاد مختاری به سوالات مادران پاسخ داده شد. این تجربه برای من بسیار ارزشمند بود و حس مفید بودن در جامعه و توانائی پاسخگویی اجتماعی به نیازهای بهداشتی افراد را در من تقویت کرد.

کلمات کلیدی: تجربه، آموزش، مادران، دانش آموزان، خانواده

مقدمه: بهداشت و سلامت عمومی هر جامعه ای از اهمیت ویژه ای برخوردار است، به طوری که پیشرفت هر جامعه ای در گرو سلامت عمومی افراد آن است. از جمله موارد تهدید کننده سلامت جامعه، انگل های خارجی است که علی‌رغم ارتقای سطح بهداشت و آموزش علوم پزشکی، هنوز هم به عنوان یک معضل بهداشتی مطرح هستند (۱). شپش سر یا پدیکلوزیس شیوع جهانی داشته ولی در مناطق معتدله یافت می شود (۲) و باعث آلودگی میلیونها انسان بخصوص کودکان ۵ تا ۱۴ ساله می شود (۳).

آلودگی به پدیکلوزیس سر در کشورهایی همچون فرانسه، انگلیس، کانادا، برزیل و هندوستان نیز شایع است (۴). شیوع آن در مناطق مختلف ایران متفاوت می باشد و در اماکن با تراکم بالا، فقر مادی و عدم رعایت بهداشت بیشتر دیده می شود. در مطالعه ای در استان گیلان شیوع پدیکلوزیس در یکی از مدارس ۱۸/۸ (۵) در سمنان ۵/۲ درصد (۶) و در جوانرود ۸/۳ درصد (۷) گزارش شده بود.

شپش حشره کوچک، بدون بال و خونخواری است که می تواند تن، سر و عانه را در انسان آلوده نماید. شپش سر به شاخه بندپایان، رده حشرات، راسته آنوپلورا و خانواده پدیکولیده تعلق دارد که هر دو جنس نر و ماده آن خونخوار بوده و اکتویارزیت اجباری محسوب می شود (۸). از جمله روشهای پیش گیری از ابتلا به شپش سر رعایت بهداشت فردی، استحمام مرتب و پرهیز از استفاده از وسایل شخصی دیگران است. انتقال آلودگی از طریق تماس مستقیم و به صورت فرد به فرد یا به شکل غیرمستقیم از طریق اشیا و وسایل شخصی (از جمله روسری، لباس، مقنعه، برس و ...) صورت می گیرد (۹). آلودگی به شپش سر در افراد موجب احساس حقارت، ایجاد تحریکات روانی، افسردگی، بیخوابی، افت تحصیلی، از دست رفتن جایگاه اجتماعی فرد، ایجاد عفونتهای ثانویه، جدا شدن موها و بروز آلرژی می شود (۱۰).

آلودگی به این بیماری در دختران بیشتر از پسران دیده می شود (۶، ۱۱، ۱۲) و در مقطع ابتدایی شایع تر از سایر مقاطع است (۱۳). اوج شیوع پدیکلوزیس سر در آغاز سال تحصیلی یعنی فصل پاییز است (۳). والدین با اطلاع از ابتلای فرزندشان به شپش دچار استرس و نگرانی می شوند و در مواردی نیز پدیکلوزیس در فرزندان سب ایجاد احساس شرم و طرد اجتماعی در خانواده ها می شود (۱۴). هر چند مدارس پتانسیل بانی جهت شیوع آلودگی پدیکلوزیس به دلیل تماس نزدیک دانش آموزان با هم دارند؛ اما محیط مناسبی برای ارائه آموزش های بهداشتی لازم و در نتیجه پیشگیری و کنترل آلودگی به شپش سر هستند (۱۵).

بسیاری از مادران پدیکلوزیس را به عنوان یک مشکل بهداشتی که نیاز به اقدام درمانی داشته باشد نمی شناسند و اعتقاد دارند خود به خود درمان می شود و این آگاهی را ندارند که پدیکلوزیس یک بیماری فراگیر بوده و با ابتلای یک کودک در کلاس، سایر هم کلاسی های او در معرض خطر ابتلا بوده و به راحتی آلودگی را می توانند با خود به منزل برده و کل خانواده را درگیر این مسئله کنند (۱۶). مادران باید در زمینه اصول صحیح پیشگیری و درمان پدیکلوزیس سر آموزش لازم را دریافت کنند و مشارکت مستقیم در امر مراقبت داشته باشند (۵). با توجه به نقش مهمی که مادران به عنوان محور خانواده در مورد سلامت فرزندان بر عهده دارند و همچنین بر اساس جستجوهای که در سایت های معتبر داخلی و خارجی انجام شد مشخص گردید که در بیشتر موارد آموزش رفتارهای پیشگیرانه پدیکلوزیس تاکید بر خود دانش آموز بوده است.

اهمیت و ضرورت (هدف - چرایی): معاینه پدیکلوزیس یکی از اصول اساسی جهت شناسایی دانش آموزان مبتلا و پیشگیری از ابتلای سایر دانش آموزان در مدارس می باشد. تشخیص زودرس این مشکل بهداشتی و انجام به موقع اقدامات درمانی و بهداشتی مرتبط، می تواند نقش موثری در کنترل آن داشته باشد. با توجه به تعداد زیاد دانش

آموزان در یک کلاس درس، عدم تهویه مناسب کلاسها، میزان رطوبت بالا و استفاده از لباس گرم و مقنعه، بروز و شیوع پدیکلوزیس در مدارس دخترانه بالا می باشد. لذا معاینات پدیکلوزیس با هدف تشخیص زودرس این مشکل و آموزش اصول بهداشتی به مادران در مدارس انجام می گردد.

پیشینه: انجام مطالعات مختلف در زمینه پدیکلوزیس و کنترل آن، نه تنها باعث مشخص شدن وضعیت آلودگی موجود و تعیین ارتباط آن با عوامل مختلف می شود بلکه موجب تعیین بهترین و اصولی ترین روش مبارزه و کنترل آن می شود. در مطالعه گراوندی و همکاران (۱۳۹۴) مشخص گردید بین میزان آلودگی با تحصیلات پدر و مادر، شغل پدر و میزان دفعات استحمام ارتباط معنی داری وجود داشت (۷). در مطالعه کرمی جوشین و همکاران (۱۴۰۱) استفاده از سرکه قبل از مصرف شامپوی پرمترین در ۷۹٪ موارد در رفع آلودگی موثر بود (۹). در مطالعه شیرزادی و همکاران (۱۳۹۹) بر توجه ویژه به مدارس دخترانه و نیز خانواده های با سطح سواد پایین تاکید شده است (۶). لذا آموزش رفتارهای پیشگیرانه پدیکلوزیس به شیوه بحث گروهی به مادران، باعث کاهش میزان ابتلای دختران آنها به پدیکلوز سر می گردد (۵).

طرح مساله: در هر سال تحصیلی چندین بار معاینات پدیکلوزیس در مدارس، توسط مراقبین سلامت مراکز جامع خدمات سلامت و یا مدارس انجام می گردد. در واحد کارآموزی پرستاری سلامت جامعه، دانشجویان به همراه استاد مربوطه و مراقب سلامت مرکز جامع خدمات سلامت، به مدارس مراجعه نموده و معاینات پدیکلوزیس را انجام می دهند.

گزارش تجربه (روش کار)

در واحد کارآموزی پرستاری سلامت جامعه، در مراکز جامع خدمات سلامت، علاوه بر انجام کارهای عملی مربوطه، پاسخگوئی اجتماعی و آموزش بهداشت در زمینه نیازهای بهداشتی مراجعه کنندگان به مراکز، حائز اهمیت می باشد. در همین راستا، مراجعه به مدارس و انجام معاینات دوره ای دانش آموزان نیز یکی از اقدامات مرتبط با همین واحد می باشد. به همین منظور و جهت داشتن آمادگی لازم، در ابتدا نحوه انجام صحیح معاینه موهای دانش آموزان توسط استاد مربوطه خانم دکتر مختاری به طور کامل توضیح داده شد تا هم معاینات به درستی انجام گیرد و هم از ابتلای دانشجویان و سایر افراد نیز پیشگیری گردد. همچنین نحوه برخورد صحیح با دانش آموزان مبتلا نیز آموزش داده شد. بعد از هماهنگی مراقب سلامت مرکز جامع خدمات سلامت شهری خورابلو در شهرستان خوی با مدیر مدرسه، به همراه مراقب سلامت و استاد، به مدارس رفته و معاینات دانش آموزان را در کلاسها انجام دادیم.

تعداد دانش آموزان درگیر با این مشکل بهداشتی بیشتر از حد تصور ما بود و ما دانشجویان که برای اولین بار این کار را انجام می دادیم از اینکه توانسته بودیم یک مشکل بهداشتی را زودتر تشخیص دهیم خرسند و راضی بودیم. اما با توجه به ابتلای زیاد، قرار شد مدیر مدرسه با تمامی اولیاء تماس گرفته و آنها را جهت حضور در جلسه دعوت نماید تا آموزشهای لازم به آنها داده شود.

روز موعود فرا رسید و ما از قبل با راهنمایی خانم دکتر مختاری آموزش های مربوط به پدیکلوزیس را کنفرانس داده و تمرین کرده بودیم. آن روز هم به همراه استاد مختاری و مراقب سلامت مرکز به مدرسه مربوطه رفتیم. همراه خود شامپوهای پرمترین و پمفلت آموزشی که درست کرده بودیم را نیز بردیم. به نمازخانه مدرسه رفتیم و دیدیم مسئولین مدرسه و مادران زیادی آنجا حضور دارند. در ابتدا استرس داشتیم که آیا می توانم به مادران آموزشهای خوبی ارائه دهم؟ بعد از صحبت های اولیه مدیر مدرسه و تبیین اهداف این جلسه توسط استاد، من شروع به آموزش دادن کردم.

این اولین تجربه من از آموزش در چنین محیطی و با تعداد زیاد شرکت کنندگان بود. ابتدا خودم را معرفی کردم و سپس شروع به ارائه مطالب آموزشی کردم. در مورد مشکل بهداشتی پدیکلوزیس، عامل بیماری، نحوه تغذیه و تکثیر آن، علائم ایجاد شده و مشکلات بهداشتی همراه، نحوه درمان و استفاده صحیح از شامپوها و فرآورده های بهداشتی توضیحات لازم را دادم. سپس در مورد اهمیت جدا نمودن رشک ها از موها و رعایت موارد بهداشتی در دفع آن صحبت کردم و به مادران آموزش دادم که چگونه از ابتلای خود به پدیکلوزیس در حین مراقبت بهداشتی از دختران خود، پیشگیری نمایند.

در انتها نیز با کمک استاد مختاری به سوالات مادران پاسخ دادیم. این تجربه برای من بسیار ارزشمند بود و حس مفید بودن در جامعه و توانائی پاسخگویی اجتماعی به نیازهای بهداشتی افراد را در من تقویت کرد. به خودم قول دادم تا از دوران دانشجویی و از تجربیات اساتیدم حداکثر استفاده را نمایم تا بتوانم در آینده نیز در زمینه پاسخگویی اجتماعی، موفق عمل کنم.

نتیجه گیری (نتیجه و تأثیر تجربه با توجه به موضوع- نتیجه گیری محلی از تجربه): بعد از ارائه آموزشهای لازم و تاکید بر انجام اقدامات مرتبط، معاینات مجدد در طی دو مرحله با فاصله یک ماه انجام گردید که در اکثر موارد مشکل دانش آموزان مبتلا رفع شده بود.

پیشنهادها (در جهت پیشگیری از بروز مشکل یا ایجاد ضرورت)

توصیه می شود معاینات پدیکلوزیس ماهانه توسط مربی بهداشت مدارس انجام گردد تا در صورت ابتلا، در مراحل اولیه شناسایی و درمان گردد. همچنین دوره های آموزش به مادران بطور مرتب برگزار گردد و نحوه معاینه سر بطور عملی نشان داده شود و به لزوم تشخیص زودرس و درمان بموقع تاکید گردد.

منابع

1. Leung AK, Lam JM, Leong KF, Barankin B, Hon KL. Paediatrics: how to manage pediculosis capitis. *Drugs in Context*. 2022;11.
2. Hatam-Nahavandi K, Ahmadpour E, Pashazadeh F, Dezhkam A, Zarean M, Rafiei-Sefiddashti R, et al. Pediculosis capitis among school-age students worldwide as an emerging public health concern: a systematic review and meta-analysis of past five decades. *Parasitology Research*. 2020;119:3125-43.
3. لشکری، پوشا، حسن م، زاده ش، قانعیان، دهقانی، et al. بررسی وضعیت عوامل اکواپیدمیولوژیک پدیکلوزیس سر در دانش آموزان دختر ۱۰ تا ۱۲ سال شهرستان بیرجند در سال ۱۳۹۶. *طلوع بهداشت یزد*. ۲۰۲۰؛۱۹(۱):۸۴-۹۹.
4. Dagne H, Biya AA, Tirfie A, Yallew WW, Dagne B. Prevalence of pediculosis capitis and associated factors among schoolchildren in Woreta town, northwest Ethiopia. *BMC research notes*. 2019;12:1-6.
5. چگینی پگ، انوشه م، نژاد اک. بررسی تاثیر آموزش پیشگیری از پدیکلوزیس به مادران بر میزان ابتلای دختران آنها. *پایش*. ۲۰۱۷؛۱۶(۶):۷۸۵-۹۵.
6. شیرزادی، سینا، حیدریان، کیا، السادات ن، رهبر، et al. میزان شیوع شپش سر در دانش آموزان دبستانی شهر سمنان و ارزیابی اثر آموزش خانواده در پیشگیری از آن. *کومش*. ۲۰۲۰؛۲۲(۴):۵۹۶-۶۰۳.
7. گراوندی، جمشیدی، غزال، عبدالهی، سپاهی، شیدا، et al. بررسی شیوع آلودگی به شپش سر و عوامل خطر مرتبط با آن در دانش آموزان دبستان های دخترانه شهر جوانرود. *دو فصلنامه مراقبت امروز*. ۲۰۱۶؛۸(۲۸-۲۹):۳۸-۴۶.
8. Agany DD, Potts R, Hernandez JLG, Gnimpieba EZ, Pietri JE. Microbiome differences between human head and body lice ecotypes revealed by 16S rRNA gene amplicon sequencing. *Journal of Parasitology*. 2024;۱۱۴(۱):۱۰۶-۲۰.
9. جوشین ک، محرم، ایزانلو، حسن، ثقفی پور، عابدین، et al. مقایسه کارایی شامپو پرمترین ۱٪ و لوسینون دایمتیکون ۴٪/حشره کش های ضد شپش سر رایج در ایران: یک کارآزمایی بالینی. *مجله دانشکده پزشکی دانشگاه علوم پزشکی تهران*. ۲۰۲۲؛۷۷(۱):۴۱-۶.

۱۰. Fu Y-T, Yao C, Deng Y-P, Elsheikha HM, Shao R, Zhu X-Q, et al. Human pediculosis, a global public health problem. *Infectious Diseases of Poverty*. 2022;11(1):58.
۱۱. Husni L, Al-Waiz M. Topical ivermectin in the treatment of pediculosis capitis. *Our Dermatology Online/Nasza Dermatologia Online*. 2021;12(1):5-10.
۱۲. Jokar A, Gholamnia-Shirvani Z, Amin-Shokravi F. Commitment to Action: An Effective Construct on Increasing Effectiveness of an Educational Intervention to Control Pediculosis Capitis in Female High School Students. *Journal of Education and Community Health*. 2021;8(3):159-64.
۱۳. اردکانی* از، محمد، بارجین ف. فراوانی شپش سر در مدارس ابتدایی و مهدهای کودک شهر یزد در سال ۱۳۹۲. *مجله سلامت و بهداشت*. ۲۰۱۸;۸(۵):۵۸۷-۹۵.
۱۴. Hurst SK, Dotson JAW, Butterfield P, Corbett CF, Oneal G, editors. Stigma resulting from head lice infestation: A concept analysis and implications for public health. *Nursing forum*; 2020: Wiley Online Library.
۱۵. Mumcuoglu KY, Pollack RJ, Reed DL, Barker SC, Gordon S, Toloza AC, et al. International recommendations for an effective control of head louse infestations. *International journal of dermatology*. 2021;60(3):272-80.
۱۶. Barrett LT, Oppedal F, Robinson N, Dempster T. Prevention not cure: a review of methods to avoid sea lice infestations in salmon aquaculture. *Reviews in Aquaculture*. 2020;12(4):2527-43.

فعالیت در حوزه پیشگیری و بهداشت دانشجویان بین الملل کیش

اهم فعالیت طرح پایش سلامت ویژه جوانان و سلامت روان دانشجویان بین الملل

(غیر ایرانی)

مریم موسی زاده^۱، شیرین حسینی^۲

آدرس: دفتر امور پژوهش، کارگروه تحقیق و توسعه آموزش، دانشگاه علوم پزشکی تهران، پردیس بین الملل کیش، هرمزگان، کیش

پست الکترونیک: kish_tums_library@sina.tums.ac.ir

۱. رابط امور پژوهشی

۲. سرپرست امور اجرایی پردیس بین الملل

اهم فعالیت طرح پایش سلامت ویژه جوانان و سلامت روان دانشجویان بین الملل(غیر ایرانی):

- تهیه آیین نامه پیشگیری از حوادث و حفظ بهداشت فردی در خوابگاه سارا از واحد پدافند غیر عامل
 - تهیه و تنظیم پرونده سلامت جسمی و سلامت روان دانشجویان بین الملل از سال ۱۳۹۵ الی ۱۴۰۲
 - تهیه پوستر پیشگیری و درمان خود مراقبتی و ارتقاء خدمات مشاوره ای تغذیه از سوی مرکز بهداشت کیش برای دانشجویان
 - اطلاع رسانی دوره ای بیماری های واگیردار (اپیدمی کرونا از سال ۱۳۹۸ الی ۱۴۰۰ جواب تست دانشجویان مثبت و ناقل به علامت ، شروع قرنطینه تا بهبودی)
 - رعایت اصول بهداشتی خود مراقبتی و چکاب دوره ای تحت نظر پزشک بیمارستان فوق تخصصی کیش
 - برگزاری همایش های بین المللی حوزه سلامت جهانی به نمایندگی دانشگاه علوم پزشکی تهران در پردیس بین الملل کیش
 - ترویج و آشنایی سبک زندگی سالم با فرهنگ های تغذیه دانشجویی ایرانی در خوابگاه سارا
- اهداف و دورنمای برنامه های آتی حوزه سلامت پردیس کیش :
- ۱_ ارتقاء کیفیت محتوایی وب سایت انگلیسی حوزه بهداشت فردی و تغذیه ای دانشجویان با شاخص های بین المللی
 - ۲_ گسترش همایش بین الملل روز جهانی بهداشت با حضور اساتید برجسته دانشگاه های معتبر دنیا

مقدمه : مرحله نخست طرح سلامت وضعیت دانشجویان از سال ۱۳۹۵ با پذیرش اولین دانشجوی بین الملل غیر ایرانی از سوی کارشناسان محترم مرکز بهداشت کیش در ۴ میز همراه با کیت نمونه گیری در پیشگیری از بیماری ها و ویزیت عمومی سلامت روان و تشکیل پرونده اولیه پزشکی آغاز شد.

در بازه زمانی مشخص و اطلاع رسانی به دانشجویان بین الملل جهت آزمایش‌های غربالگری از سوی مرکز سلامت جزیره کیش همراه با واکسیناسیون یا مراجعه به بیمارستان تخصصی سلامت آنان کنترل می‌گردد. در صورت نیاز، مراقبت‌های درمانی بیشتر در واحد مجزایی در خوابگاه قرنطینه آنان در اپیدمی کرونا برای سلامت همه دانشجویان با پروتکل بهداشتی اقدامات لازم انجام شد. بررسی سلامت جسمی و سلامت روان ۱۴۰۲/۸/۱۸ با نام "طرح پایش سلامت ویژه جوانان" با حضور ۱۳۷ دانشجو از ۹ کشور طبق آنالیز آماری که جزء کارنامه اجتماعی سلامت این شعبه، قابل استناد است.

شاخص کیفی عملکرد پایش سلامت ویژه جوانان و سلامت روان:

بر طبق استاندارد حوزه بهداشت جهانی و شاخص کیفی در جامعه با ارائه خدمات سلامت جسمی، مراقبت ویژه جوانان و خانواده‌ها در تمام رده سنی، ایجاد روحیه نشاط و توانایی همه افراد جامعه دوری از ناامیدی و ترس از ناتوانی در میانسالی و پیری در ایران بسیار حائز اهمیت است.

اعتبار بخشی آن هر ساله از سوی وزارت بهداشت و حوزه آموزش بالینی تخصصی در بیمارستان‌ها جهت ارتقاء سیستماتیک بیمارستان، آموزش و توانمندسازی کادر درمان و کارشناسان مرکز بهداشت و دانشگاه‌ها در سراسر ایران با پویایی و شفافیت پاسخگویی در برابر جامعه با اهداف والا دنبال و برگزار می‌گردد.

مرکز بهداشت بوعلی کیش (آبان ماه ۱۴۰۲) تست مالاریا، تب دانگ، ایدز، سل از ۱۳۷ دانشجو حاضر به عمل آمد که نتیجه آن همه دانشجویان منفی اعلام شده است.

شواهد عینی

بر اساس ضوابط دانشگاه علوم پزشکی تهران اجرای هرچه بهتر طرح پایش سلامت جسمی ویژه جوانان دانشجویان بین الملل با هدف با انگیزه شادی و نشاط و موفقیت در آزمون علوم پایه هر ساله دنبال می‌شود. کارگاه آموزشی توسط کارشناس محترم مرکز بهداشت برای دانشجویان بین الملل و نحوه نمونه برداری جهت آزمایش سل، مدت زمان درمان و ارائه بروشور پیشگیری از بیماری به دانشجویان تحویل گردید.



آبان ماه ۱۴۰۲

خلاصه عملکرد کیفی در کارنامه اجتماعی سلامت پردیس بین الملل شعبه کیش

همایش دوازدهمین دوره بین المللی اورولوژی آسیایی حضور مدیران برجسته آسیایی ۲۰۱۴
اولین همایش بازننگری، ارزشیابی و برنامه ریزی دوره های تحصیلات تکمیلی بهداشت سلامت دانشجویان بین الملل

۲۰۱۴

همایش مشترک پژوهشگران بین المللی دستیابی به اهداف توسعه پایدار و پوشش همگانی سلامت جهانی به نمایندگی کشور ایران دانشگاه علوم پزشکی تهران آقای دکتر تکیان و نماینده سلامت کشور انگلستان، آمریکا، کانادا، آلمان، افغانستان ۲۰۱۶ (عکس)

برگزاری جلسه بررسی تدوین پروپوزال نویسی ظرفیت سازی سلامت آقای دکتر مجد و خانم دکتر سارا هاکس ۲۰۱۶
برگزاری جلسه مدیران کل وزارت بهداشت با مدیران مالی دانشگاه کل کشور طرح سلامت جوانان ۲۰۱۶
برگزاری کارگاه آموزشی پایش سلامت مدیریت استرس و کنترل ذهن دانشجویان بین الملل خانم دکتر تک زارع خانم دکتر دشتی، خانم دکتر تقوی، خانم دکتر کریمی ۲۰۱۸
برگزاری کنگره بین المللی خدمات سلامت، با همکاری مشترک دانشگاه علوم پزشکی تهران و سلیمان دمیرل ترکیه ۲۰۲۳ (عکس)

برگزاری طرح های پایش سلامت جسمی و سلامت روان هر سال از دانشجویان دوران کرونا ۲۰۲۳



همایش مشترک پژوهشگران بین المللی دستیابی به اهداف توسعه پایدار و پوشش همگانی سلامت جهانی در کیش ۲۰۱۶



کنگره بین المللی خدمات سلامت با مشارکت دانشگاه علوم پزشکی تهران و سلیمان دمیرل ترکیه در شهر اسپارتا ۲۰۲۳



مراقبت درمانی و پیگیری سلامت دانشجویان بین الملل در اپیدمی کرونا ۱۳۹۸ الی ۱۴۰۰
فعالیت اجتماعی، فرهنگی: آشنایی با فرهنگ بین الملل دانشجویان و جشنواره غذای سالم در پردیس



بین الملل کیش-جشنواره غذای سالم اردیبهشت ماه ۱۳۹۸



جشنواره غذای سالم دی ماه ۱۴۰۱

منابع

آرشیو تحقیق و توسعه آموزشی دانشگاه پردیس بین الملل

سایت دانشگاه علوم پزشکی تهران <https://tums.ac.ir>

سایت پردیس بین الملل <https://tums.ac.ir>

آموزش سلامت به کودکان در مهد کودک: یک اقدام پژوهی

دکتر فاطمه باقرنژاد^۱، زهرا وحدانی نیا^۲

آدرس: ۱- دکترای تخصصی آموزش بهداشت و ارتقای سلامت ۲- کارشناس ارشد آموزش پرستاری

پست الکترونیک: ftbagher@gmail.com

مقدمه: آموزش سلامت از ابعاد مهم مراقبتهای بهداشتی و اولین جزئی آن می باشد. گرین و کروتز (۱۹۹۹) آموزش سلامت را ترکیبی از تجارب یادگیری و آموزش طراحی شده برای تسهیل اعمال داوطلبانه منجر به سلامت تعریف کرده اند.

مواد و روش‌ها: این مطالعه با روش تحقیق عملکردی مشارکتی به عنوان شکلی از اقدام پژوهی انجام شد. در تحقیق عملکردی مشارکتی محقق با مشارکت دادن دیگر افراد به شناسایی مسئله پرداخته و بطور مشارکتی درصد رفع مشکل بر می آیند واضح و عملیاتی ساختن شرایط موجود در موقعیت عملکرد، امکان ایجاد فعالیت یا اقدام را به سایر بسترها فراهم می کند. این مطالعه در ۱۰ مهد کودک شهریبیرجند که وابسته به سازمان بهزیستی بودند اجرا شد.

در مرحله اول پس از بررسی وضعیت موجود به دلیل این که هیچگونه برنامه ریزی آموزشی در مهد کودک ها از طریق وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی انجام نشده بود و از طرفی مهد کودک ها بستر مناسبی برای آموزش کودکان بودند این برنامه با هدف آشنایی کودکان با سبک زندگی سالم اجرا شد.

چندین جلسه مذاکره در جهت جلب حمایت مسئولین اداره کل بهزیستی استان انجام شد و پس از عقد تفاهم نامه جهت هماهنگی بیشتر در طی دو جلسه جهت تعیین محتوای آموزشی نیاز سنجی صورت گرفت. به منظور انجام نیاز سنجی و تعیین محتوا علاوه بر جمع بندی نظرات کارشناسان بهداشتی (۶ نفر) و کارشناسان بهزیستی (۳ نفر) محتوای آموزشی موجود در مهد کودک ها بررسی گردید و در نهایت عناوین تغذیه سالم، ایمنی، بهداشت فردی به عنوان موضوعات آموزشی در مهد کودک انتخاب گردید. سپس با توجه به موضوعات آموزشی انتخاب شده بسته آموزشی که شامل آموزش موضوعات در قالب شعر، داستان، نقاشی و بازی بود طراحی گردید و مجموعه ای از فیلم های آموزشی که از تولیدات وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی بود گردآوری شد. سپس بسته آموزشی جهت بررسی بیشتر به کارشناسان بهزیستی داده شد و در کمیته بررسی رسانه های آموزشی معاونت بهداشتی دانشگاه علوم پزشکی بیرجند نیز بررسی شد و تغییرات لازم صورت گرفت. قبل از اجرای آموزش سلامت در مهد کودک ها جدول گانت آموزشی، طرح درس، چک لیست پایش و ارزشیابی نیز تهیه و به همراه بسته آموزشی به مهد کودک ها تحویل داده شد و در طی یک جلسه ۴ ساعته در سالن اجتماعات اداره بهزیستی شهرستان بیرجند مربیان کودکان پیش دبستانی آموزش های لازم را در خصوص گروههای غذایی و تغذیه، ایمنی، بهداشت فردی، نحوه اجرای برنامه آموزشی دریافت کردند.

در مرحله دوم اقدام پژوهی از مربیان خواسته شد مطابق با جدول گانت آموزشی و طرح درس و با استفاده از بسته آموزشی آموزش به کودکان را شروع نمایند. جهت پایش و ارزشیابی در طی اجرای برنامه بازدیدهایی از مهدکودک ها صورت گرفته و علاوه بر بررسی مستندات با مربیان مصاحبه صورت گرفته و از کودکان نیز سوالات ساختار یافته باز در رابطه با محتوای آموزشی قبل و بعد از آموزش پرسیده شد.

مربیان مهدکودک در حین فعالیت با تجارب پیش بینی نشده برخورد می کنند و تجارب جدیدی کسب می کنند. جهت ایجاد انگیزه بیشتر در مربیان مهد کودک، به مربیان شرکت کننده در جلسه آموزشی گواهی شرکت در جلسه آموزشی صادر گردید و به مربیان و مهد کودک هایی که آموزش را به صورت کامل و با کیفیت خوب اجرا کرده بودند تقدیر نامه صادر گردید.

در مرحله بعد بعد از گذشت شش ماه و اتمام اجرای برنامه آموزشی در مهد کودک ها، اعضای گروه (کارشناسان بهداشتی، کارشناسان بهزیستی) در طی جلسه ای دور هم گرد آمدند تا داده های حاصل از تجارب خود را به اشتراک گذارند در این مرحله با روش بحث گروهی و بررسی داده های جمع آوری شده (نتایج مصاحبه های انجام شده با کارشناسان بهداشتی، مربیان بهزیستی و سوالات ساختار یافته باز پرسیده شده از کودکان قبل و بعد از آموزش) تصمیمات در مورد ادامه اجرای برنامه در کلیه مهد کودک های استان و تغییرات لازم در زمان اجرا، محتوا گرفته شد و آموزش سلامت در کلیه مهد کودک های تحت پوشش بهزیستی در کل استان خراسان جنوبی نهادینه گردید.

بحث: شرکت کنندگان در اقدام پژوهی (تحقیق عملکردی) از طریق کار گروهی و باز اندیشی و ارزیابی آن توانستند وضعیت آموزش به کودکان را بهبود بخشند و گروه آموزش و ارتقای سلامت معاونت بهداشتی دانشگاه علوم پزشکی بیرجند به عنوان رهبر چالش های مربوط به اجرای برنامه را کاهش داده و با اجرای نقش نظارت بر حسن اجرای فعالیت ها امکان انجام بهتر آموزش را ایجاد می کردند و کارشناس آموزش سلامت شهرستان بیرجند و کارشناس برنامه کودکان بهزیستی شهرستان به عنوان تسهیلگر در اجرای برنامه بودند. مربیان پیش دبستانی مهد کودک در این اقدام پژوهی از طریق آموزش و سپس یادگیری در عمل، دانش خود را در حیطه آموزش سلامت به کودکان گسترش دادند. یکی از فواید این اقدام پژوهی، شناخته شدن و پررنگ تر شدن نقش آموزش، مربیان مهد کودک در ارتقای دانش، نگرش و عملکرد بهداشتی کودکان می باشد.

از دیگر نتایج این اقدام پژوهی تهیه یک بسته آموزشی، طرح درس، فیلم آموزشی جهت آموزش سلامت به کودکان بود که این اقدام علاوه بر این که مربیان مهد کودک در ستر سی آسان به محتوا و بسته آموزش داشتند، استفاده بهینه از زمان برای آموزش نیز بود و همچنین آموزش در کلیه مهد کودک ها به طور یکسان اجرا می شد لذا ارزشیابی با دقت و اعتبار بیشتری انجام می شد. یکی دیگر از تاثیرات مثبت و مهم این اقدام پژوهی این بود که علاوه بر آموزش کودکان که گروه هدف اولیه و مستقیم پژوهش بودند مربیان مهد کودک نیز علاوه بر دریافت آموزش، در طی ارائه آموزش ها به کودکان خود نیز دارای یادگیری عمیق تر و پایداری می شدند

در این مطالعه، محدودیت هایی به عنوان چالش های عمده در برابر اجرای برنامه آموزش سلامت در مهد کودک شناخته شد. مشکل کمبود زمان آموزش در مهد کودک ها با توجه به اجرای برنامه های آموزشی، تفریحی متنوع در مهد کودکیها، عدم حمایت کافی برخی از مدیران مهد کودک از اجرای برنامه، علاقه کم برخی از مربیان

مهد کودک به دادن آموزش سلامت به کودکان ، توانایی کم برخی از مربیان در انتقال مفاهیم آموزش سلامت به کودکان ، محدود بودن اعتبارات در تهیه بسته آموزشی

نتیجه گیری : مربیان مهد کودک شرکت کننده در این اقدام پژوهی با انجام مداخله مناسب (آموزش تغذیه سالم ، ایمنی و بهداشت فردی) به کودکان ۵-۶ سال نیازهای آموزشی کودکان را در رابطه با آنچه در رابطه با حفظ و ارتقای سلامت با ید بدانند برآورده کرده و باعث شناخته شدن نقش مهم آموزش مربیان مهد کودک در آموزش مفاهیم سلامت گردید. با وجود این جهت تداوم این اقدام پژوهی و تعمیم آن در کلیه مهد کودک ها توجه به محدودیت ها و مرتفع کردن آنها ضروری می باشد.

طراحی و بررسی اثربخشی برنامه ارتباطی در ارتقای همکاری ذی نفعان در حذف بیماری مالاریا در ایران

انسیه جمشیدی، حسن افتخار اردبیلی، دکترسید رضا مجدزاده، دکتر حسین ملک افزلی، دکتر احمد رئیسی، دکتر رویا صادقی، دکتر احمد علی حنفی بجد^۱

آدرس: گروه آموزش بهداشت و ارتقای سلامت دانشگاه علوم پزشکی تهران

پست الکترونیک: ensiyeh_jamshidi@yahoo.com

مقدمه: ارتباطات برای جلب حمایت همه جانبه به دنبال آن است که بر اساس برنامه ریزی مدون، مقوله سلامت را از طریق آگاه سازی، تأثیرگذاری و برانگیزاندن مخاطبان بخش های مختلف جامعه در دستور کار قرار دهد. با توجه به قرارگیری ایران در مرحله حذف بیماری مالاریا و کاهش آگاهی و حساسیت و همکاری ذی نفعان در این مرحله، این مطالعه با هدف طراحی برنامه ارتباطی و تعیین تأثیر آن بر همکاری ذی نفعان مرتبط با تعیین کننده در اولویت حذف مالاریا یا تردد مهاجرین و پناهندگان غیر قانونی و دسترسی آنها به خدمات بیماریابی طراحی و اجرا شد.

مواد و روش ها: ۱۲ شهرستان از شهرستان های آندمیک مالاریا انتخاب شد. از ۳۶۰ نفر از نمایندگان سازمان ها/گروه ها، سطح همکاری در برنامه به شیوه مصاحبه جمع آوری شد. به منظور تحلیل داده ها از نرم افزار UCINET نسخه ۶ بهره گرفته شد. مداخله با بهره گیری از رویکرد جلب حمایت همه جانبه و سیستمی و جلسه بحث با ذی نفعان طراحی گردید. در مرحله اجرا، در هر یک از شهرستان های مداخله، کارگاه هایی با ذی نفعان برای شکل دهی همکاری برگزار شد.

یافته ها: بیشتر این روابط در سطح شبکه بوده است. در شهرستان های دارای تعداد بیشتر موارد وارد مالاریا، مقادیر تراکم شبکه بیشتر بوده است. بین تراکم شبکه ($P=0.02$, $r=0.66$)، مرکزیت درجه شبکه ($r=0.65$)، مرکزیت بینابینی شبکه ($P=0.004$, $r=0.76$) و موارد مالاریای وارد ارتباط معنی داری وجود داشت. به طور کلی، مرکزیت درجه و مرکزیت بینابینی سازمان های بهداشت، بخشداری و امور اتباع و مهاجران خارجی بیشتر بود. در تمامی شبکه ها ۶۰ درصد روابط دوطرفه بوده است. در سطوح بالای از همکاری، مرکزیت کاهش یافته و ارتباطات متقابل افزایش یافته است. مداخله موجب شد اقدامات متعددی توسط ذی نفعان مختلف در شهرستان ها برای ارتقای بیماریابی در بین مهاجرین و پناهندگان انجام شود.

نتیجه گیری: با استفاده از برنامه ارتباطی می توان در جهت بهبود همکاری بین بخشی به منظور مراقبت و افزایش دسترسی به خدمات پیشگیری، تشخیص، درمان و مراقبت مالاریا در بین مهاجرین و پناهندگان در مرحله حذف بیماری مالاریا برنامه ریزی کرد.

واژگان کلیدی: حذف مالاریا، برنامه ارتباطی، همکاری بین بخشی، تحلیل شبکه، دسترسی به خدمات، مهاجرین،

پناهندگان

استفاده از کارآموزی پرستاری بهداشت جامعه به عنوان فرصتی برای ارتقای پاسخگویی اجتماعی: ارائه تجربه ای از شناسایی مشکلات روستای منطقه

Utilizing community health nursing internship as an opportunity for enhancing social responsiveness: Providing an experience of identifying issues in the rural area of the region

دکتر فاطمه مهرآور^۱، نیلوفر مینایی^۲، شریفه گری^۳، کیمیا مجتهدی^۴، زینب لک زایی^۵، رئوف احمدی^۶، دکتر معصومه محمدرحیمی^۷، دکتر لیلا جویباری^۸، دکتر اکرم ثناگو^۹، دکتر الهام لطفعلی نژاد^{۱۰}، دکتر حمیده منچری^{۱۱}، دکتر غلام رضا محمودی^{۱۲}، علی کابوسی^{۱۳}، دکتر کوروش هلاکوئی نائینی^{۱۴}

^۱ استادیار اپیدمیولوژی، گروه پرستاری بهداشت جامعه و روان، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی گلستان (نویسنده مسئول) Mehravar10261@yahoo.com
^۲ دانشجوی کارشناسی پرستاری، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی گلستان
^۳ دکتری تخصصی روابط بین الملل، مدیر فرهنگی دانشگاه علوم پزشکی گلستان
^۴ و ^۵ دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی گلستان
^۶ استادیار سالمندشناسی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی گلستان
^۷ استادیار آموزش پرستاری، گروه پرستاری بهداشت جامعه و روان، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی گلستان
^۸ دانشجوی دکتری پرستاری، کمیته تحقیقات دانشجویی، دانشگاه علوم پزشکی گلستان
^۹ استاد اپیدمیولوژی، گروه اپیدمیولوژی و آمار زیستی، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی تهران

مقدمه: ارتقاء و پیشرفت سلامت اعضای یک جامعه، بر پایه ارزیابی آن جامعه استوار است. پاسخ‌گویی اجتماعی برنامه درسی به منزله جهتی تمامی فعالیت‌های آموزش علوم پزشکی به سمت تربیت دانشجویانی است که قادر به مرتفع نمودن نیازهای سلامتی جامعه هدف باشند.

گزارش فعالیت اجتماعی انجام شده (سال اجرا و مکان اجرا و گروه هدف در این کار، روش‌های به کار رفته و نتایج به دست آمده و پیامدهای آن):

این مطالعه با هدف شناسایی و الویت‌بندی مشکلات و نیازهای آن با مشارکت مستقیم مردم روستای ابراهیم آباد انجیراب از توابع بخش مرکزی شهرستان گرگان در استان گلستان بر اساس مدل ۸ مرحله‌ای کارولینای شمالی در قالب دوره کارآموزی پرستاری بهداشت جامعه جهت دانشجویان ترم ۴ کارشناسی پرستاری در نیم سال اول تحصیلی ۱۴۰۲-۱۴۰۳ انجام شده است. ارزیابی نیازها و مشکلات این جامعه بر اساس مدل کارولینای شمالی بود. در این مدل فرآیند ارزیابی جامعه طی ۸ مرحله انجام گردید. در مرحله اول تیم ارزیابی جامعه تشکیل شد که فرآیند ارزیابی جامعه را بر عهده داشت. این تیم متشکل از ۵ دانشجوی کارشناسی پرستاری، بهروز خانه بهداشت، دهیار و شورای

روستا و یک عضو هیات علمی دانشکده به عنوان استاد ناظر و همراه دانشجویان بوده است. در مرحله دوم تیم ارزیابی با استفاده از بررسی مستندات موجود در خانه بهداشت، مصاحبه با افراد ساکن روستا و مشاهده به جمع آوری اطلاعات پرداختند. مصاحبه ها با استفاده از یک سوال باز و رو در رو انجام شد. از هر فرد خواسته شد نظرش را راجب مشکلات مهم سلامتی روستای ابراهیم آباد ابراز کند و توسط پژوهشگر این نظرات در یک برگه ثبت شد. داده های ثانویه (شاخص های سلامت، شاخص های دموگرافیک، وضعیت اجتماعی، اقتصادی) نیز بعد از ایجاد هماهنگی های لازم از خانه بهداشت لاملنگ، توسط اعضای تیم جمع آوری گردید. مرحله سوم در واقع مرحله تجزیه و تحلیل داده های جمع آوری شده از منابع ثانویه شامل شاخص های بهداشتی از جمله آمار ازدواج و طلاق، میزان مرگ و میر، توزیع جنسیت، بیماری های شایع، میزان باروری کل می باشد. تا تصویری از آنچه در جامعه در حال رخ دادن است بدست آید و در نهایت مشکلات احتمالی جامعه را تعیین نماید.

در مرحله چهارم داده های ثانویه که از خانه بهداشت لاملنگ به دست آمده بود با داده ها و نیازهایی که از مرحله ۲ و ۳ مصاحبه و مشاهده به دست آمده بود ترکیب و ارزیابی شد. بر این اساس تیم ارزیابی جامعه، شناختی جامع از مشکلات عمده روستای ابراهیم آباد بدست آورد و در نهایت فهرست مشکلات این جامعه روستایی با ترکیب نیازهای استخراج شده از مصاحبه ها و بررسی اطلاعات خانه بهداشت لاملنگ تعیین شد. در مرحله پنجم، تیم ارزیابی جامعه نتایج ارزیابی خود را که شامل لیست کلیه مشکلات سلامت روستای ابراهیم آباد بود را به صورت گزارش تهیه و ارائه نمود. سپس در مرحله ششم مشکلات شناسایی شده با استفاده از روش هانلون (Hanlon) الویت بندی شدند. در این روش فرم هایی بین اعضای گروه کار توزیع شد و اعضا به آیتم های این فرم ها که شامل وسعت مشکل، جدی بودن مشکل و قابلیت اصلاح پذیری مشکل می باشند، برای هر یک از عناوین امتیازی دادند.

در نهایت میانگین امتیازهای آیتم ها و میانگین امتیاز اعضای گروه برای هر عنوان محاسبه شده و فهرست مشکلات صوفیان به ترتیب بالاترین میانگین امتیاز لیست شدند. نیازی که مجموع امتیاز آن در سه جز وسعت مشکل، جدی بودن مشکل و قابلیت اصلاح مشکل، نسبت به سایر نیازها بیشتر شده بود به عنوان اولویت دارترین نیاز (نیاز شماره یک) انتخاب و سایر نیازها نیز به ترتیب شماره گذاری شدند.

در مرحله هفتم، تیم ارزیابی جامعه، گزارش ارزیابی جامعه را به اعضای جامعه شامل بهورز روستا، دهیار و شورای روستا، مدیر و معلم مدرسه و تعدادی از معتمدین روستای ابراهیم آباد ارائه نمود تا مسئولین و مردم روستا از فعالیت هایی که توسط تیم ارزیابی سلامت جامعه روستای ابراهیم آباد انجام شده و آنچه که در طول فرآیند ارزیابی به دست آمده، آگاه شوند و اعضای جامعه از طریق انتشار نتایج ارزیابی در این فرآیند بیشتر درگیر شوند و با کمک و هم فکری آنان برای حل مشکلات برنامه ریزی شود. در آخرین مرحله از این بررسی تیم ارزیابی جامعه برنامه های عملیاتی را برای حل مشکلی که بالاترین اولویت در بین سایر مشکلات در روستای ابراهیم آباد را داشت، ارائه داد.

در این مطالعه در مجموع برای روستای ابراهیم آباد انجیراب ۲۱ مشکل مختلف شناسایی شد. پس از الویت بندی مشکلات به روش هانلون، ۱۰ مشکل اصلی و الویت دار به ترتیب عبارت بودند از عدم وجود آب تصفیه شده لوله کشی (با نمره ۲۱/۰۱)، عدم وجود لوله کشی گاز (۲۰/۵۱)، اختلالات دیسک کمر و گردن (۲۰/۲۱)، بیکاری (۱۹/۳۸)، اختلالات سلامت روان (۱۸/۹۵)، انباشت زباله های بازیافتی در منازل (۱۷/۵۴)، مسکن غیرایمن و عدم اجازه شورا جهت بازسازی منازل مسکونی (۱۷/۱۴)، عدم وجود نانوائی در روستا (۱۵/۲۳)، آلودگی اکثر منازل روستا به کک و عدم سمپاشی موثر (۱۴/۶۵) و آسفالت نبودن جاده (۱۴/۰۲).

از بین این مشکلات، عدم وجود آب تصفیه شده لوله کشی به عنوان مشکل اصلی و با الویت اول تعیین و بررسی های اجمالی روی آن صورت گرفت. بررسی ها نشان داد که لوله کشی های غیراصولی و قدیمی، فرسودگی مخزن اصلی روستا و عدم دسترسی به منابع مالی جهت تعمیر یا تعویض منبع اصلی روستا، از جمله دلایلی هستند که مردم روستای ابراهیم آباد را از دسترسی به آب تصفیه شده لوله کشی محروم کرده است. سازمان آب و فاضلاب مخازن کوچکی را در نقاط مختلف روستا قرار داده و به صورت هفتگی دوبار با آب شرب پر می کند. اما این راهکار موقتی است و نیازمند اقدامات جدی تری می باشد.

نتیجه گیری نهایی و پیشنهادات: در مطالعه حاضر طیف وسیعی از مشکلات اجتماعی، فرهنگی، اقتصادی و بهداشتی شناسایی شدند. عدم وجود آب آشامیدنی و بهداشتی از مشکلات حائز اهمیت و دارای پیامدهای جدی است و لازم است در کنار راهکارهای موقت و غیراصولی انجام شده، راهکارهایی مانند تامین منابع مالی مورد نیاز، اجرای عملیات آبرسانی توسط سازمان آب و فاضلاب مد نظر قرار گیرد تا از بروز بیماری های ناشی از استفاده آب های آلوده و غیر بهداشتی پیشگیری گردد.

کلمات کلیدی: ارزیابی سلامت جامعه، پرستاری بهداشت جامعه، پاسخگویی اجتماعی، سلامت روستا

می بینی خیلی از هم دور نیستیم! : معرفی یک دهه تجربه مشاوره های از راه دور برای بیماران با بیماری نادر

You see, we are not far from each other!: Introducing a decade of remote consultation experience for patients with rare diseases

زهرا ناصحی^۱، دکتر اکرم ثناگو^۲، دکتر لیلا جویباری^۲

آدرس : ۱. انجمن حمایتی بیماران نوروفیبروماتوزیس ایران ۲. دانشگاه علوم پزشکی گلستان، گرگان

پست الکترونیک: jouybari@gmail.com

مقدمه: داشتن یک بیماری نادر همه جنبه های زندگی را تحت تأثیر قرار می دهد: تجربیات هزاران خانواده در سراسر جهان داستان مشابهی را روایت می کند. بیماران با بیماری نادر همراه بوده و متخصصان اندک و از نظر جغرافیایی پراکنده هستند، اطلاعات پیرامون بیماری ها مختصر، و دانش و اقدامات خوب محدود است. تحقیقات علمی اندک و پراکنده و به دلیل کمبود بودجه و منابع، تشخیص به کندی صورت گرفته یا اغلب نادرست است. تنها ۵ درصد از بیماری های نادر درمان های کافی دارند. ۸۰ درصد بیماری های نادر ژنتیکی هستند و بسیار ناتوان کننده اند و امید به زندگی را محدود و باعث اختلالات و ناتوانی شدید و پیچیده می شوند، استقلالی برای بیماران و خانواده هایشان وجود ندارد یا کم است. این بیماری ها پیامدهای عمیق اجتماعی و اقتصادی زیادی به همراه دارند.

همه حوزه های زندگی - مراقبت های بهداشتی، خدمات اجتماعی، مدارس، بیمه ها و اشتغال - باید با هم کار کنند. زندگی کل نگر است و مراقبت و حمایت نیز باید باشد. همکاری مشترک در سازمان های مردم نهاد این امکان را فراهم می کند. هر کس حق دارد از سطح زندگی مناسب برای سلامتی و رفاه خود و خانواده اش برخوردار باشد، امکاناتی از جمله مراقبت های پزشکی و خدمات اجتماعی مورد نیاز، حق برخورداری از امنیت در صورت ابتلا به بیماری، ناتوانی یا کمبود امکانات معیشتی در شرایطی که خارج از کنترل اوست در شمار این امکانات قرار دارد. سازمان های غیردولتی (NGO) فرصتی هستند تا دانش و حمایت لازم برای بیماری های نادر به عنوان یک اولویت در بهداشت جهانی، تحقیقات و مراقبت های اجتماعی را فراهم آورند. بیماری نادر نوروفیبروماتوز یکی از بیماری های نادر است که به دلیل نقصان در ژن نورفیبرومین، سبب اختلالاتی در سیستم پوستی و عصبی می شود.

گزارش فعالیت اجتماعی انجام شده (سال اجرا و مکان اجرا و گروه هدف در این کار، روش های به کار رفته و نتایج به دست آمده و پیامدهای آن):

از سال ۱۳۸۶ به دنبال ترجمه مطالب در باره ناشناخته ها، نویسنده با بیماری نادر نوروفیبروماتوز آشنا شد و به دلیل مراجعات بیماران به وبلاگ از کلاس درس تا جامعه، پست های متعددی در باره آشنایی با نوروفیبروماتوز منتشر شد.

در پی آشنایی نویسنده با بیماران نوروفیبروماتوزیس به پیشنهاد گروهی از بیماران وبلاگ تخصصی نوروفیبروماتوز در دی ۱۳۹۱ راه اندازی شد: <http://neurofibromatoza.blogfa.com/1391/10>

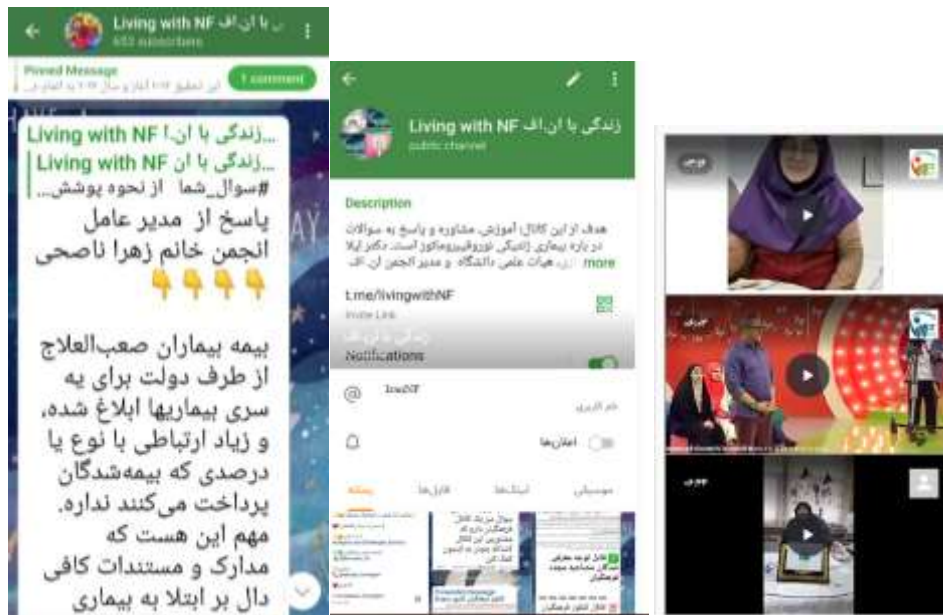
از همان زمان به سوالات بیماران از سراسر کشور و حتی ایرانی‌های ساکن خارج از کشور از طریق ایمیل و یا آنلاین و یا تلفنی به سوالات بیماران و خانواده‌های آنان در باره بیماری و خودمراقبتی پاسخ داده می‌شد و برای آگاه‌سازی جامعه در باره بیماری فعالیت‌هایی صورت می‌گرفت. برای آشنا ساختن دانشجویان با این بیماری اولین همایش دانشجویی بیماری نادر ژنتیکی با محور نوروفیبروماتوز در گلستان و توسط تیم دانشجویی و هلال احمر و با همکاری خیرین در آذر ۱۳۹۴ برگزار شد.

در اردیبهشت ۱۳۹۵ انجمن بیماری نوروفیبروماتوز تحت پوشش بنیاد بیماری‌های نادر ایران رسماً آغاز به کار کرد.



در این سال کانال زندگی با نوروفیبروماتوز نیز برای آموزش همگانی و تخصصی راه اندازی شد. در اسفند ۱۳۹۸ انجمن نوروفیبروماتوزیس به عنوان یک حمایتی ملی در وزارت کشور ثبت رسمی شد.

در تمام این دوران برای ایجاد آگاهسازی در میان مردم تولید محتوای صوتی و تصویری صورت گرفت و در برنامه‌های تلویزیونی مختلف (خندوانه، رادپو سلامت، شبکه‌های تلویزیونی) علاوه بر آگاه‌سازی جامعه در مورد کاهش استیگمای ناشی از بیماری نیز، سخنرانی‌هایی انجام شد. سال هاست که برای آموزش خودمراقبتی به سوالات جامعه هدف، از طریق غیرحضوری پاسخ داده می‌شود.



radioir.org
<https://radioir.org> | انجمن حمایت از بیماران نوروفیبروماتوز

انجمن حمایت از بیماران نوروفیبروماتوز - بنیاد بیماری های نادر ...
 Ordibehesht 26, 1399 AP — ریاست علم دکتر ابلا جرمی از شکل ...
 گرفت ... ناموس شد. بیمار ی نوروفیبروماتوز یک بیماری ژنتیکی است که ...

رسید
<https://raam.ir> | company | مؤسسه انجمن

مؤسسه انجمن حمایت از بیماران نوروفیبروماتوز پس ایران ...
 ... نوروفیبروماتوز . ایجاد بانک اطلاعاتی نوروفیبروماتوز به موجب مجوز شماره ۳۲۳۰۶ مورخ ۲۲/۰۲/۱۳۹۸ وزارت کشور ...
 است : از تاریخ ثبت به حجت نامحدود مرکز اصلی : تهران ...

radioir.org
<https://radioir.org> | cat | اخبار انجمن

اخبار انجمن نوروفیبروماتوز - بنیاد بیماری های نادر ایران
 Ordibehesht 27, 1397 AP — نوروفیبروماتوز شاید در نگاه اول کلمه پیچیده و دشواری حتی از نظر تلفظ به نظر نیاید. اما ...
 اگر آن را به سه بخش اصلی تشکیل دهنده این لغت تقسیم ...

ایسنا
<https://www.isna.ir> | اخبار | سلامت | انجمن

انجمن بیماری نادر "نوروفیبروماتوز" تشکیل می‌شود



Feedback

سازمان‌های غیردولتی فعال در زمینه بیماری‌های نادر از قبیل انجمن حمایتی نوروفیبروماتوزیس سبب ارتقای شناخت مردم در باره بیماری‌های نادر در سطح جهانی می‌شود، دانش در مورد بیماری‌های نادر گسترده و به اشتراک گذاشته شده و به نیازهای برآورده نشده بیماران پاسخ داده می‌شود. این امر سبب همسو کردن بیماری‌های نادر و قرار دادن آنها به عنوان یک اولویت جهانی در سیاست‌های بهداشت عمومی، تحقیقات و مراقبت‌های پزشکی و اجتماعی می‌گردد. **نتیجه گیری نهایی و پیشنهادات:** تجربه ما نشان داد از طریق تارنوشت‌ها، شبکه‌های مجازی، ملاقات‌های تلفنی/ ویدئویی و همچنین ملاقات‌های حضوری می‌توان خود مراقبتی را با کیفیت بالا آموزش داد. راه اندازی کلینک‌های آنلاین مشاوره در این حوزه پیشنهاد می‌شود.

کلمات کلیدی: مشاوره از راه دور، فعالیت داوطلبانه، آموزش به بیمار، بیماری نادر، سازمان مردم نهاد (سمن)

Keywords: tele-consultation, volunteerism, patient education, rare diseases, NGO

همه آدم ها، شایسته یک زندگی خوب هستند: تجربه آموزش رایگان در فضای مجازی به کنکوری ها و استخدامی های وزارت بهداشت

All people deserve a good life: the experience of training for entrance exams and recruitment of the Ministry of Health

آرزو کردیان^۱، دکتر فاطمه رضایی^۲

۱. دانشجوی دانشگاه آزاد اسلامی واحد بابل، مازندران، ایران ۲. دانشگاه آزاد اسلامی واحد بابل، مازندران، ایران

پست الکترونیک: Dr.f.rezaei@gmail.com

یک روز به کسی میگویند چرا ادامه تحصیل ندادی؟ میگویم خودکارم تموم شد!

این میتونه برای همیشه یه لطیفه باشه. اما بارها با چشم های خودم عملی شدن این جمله به ظاهر لطیفه اما در باطن کلی حرف رو دیدم. گاهی پیام هایی از بچه ها داشتم که علاقه به مطالعه دارند اما شرایط مالی بهشون اجازه نمیده که از مشاوره و خدماتم استفاده کنند به همین خاطر از سال ۹۷ تصمیم گرفتم پیجی در اینستاگرام راه اندازی کنم و مطالب مهم و کاربردی را در اختیار بچه ها به صورت پست و استوری قرار بدم و با تمام وجود به سوالاتشان پاسخ بدم. ۵ سال با تمام وجود بدون اینکه ذره ای تفاوت بین این افراد و دانشجویهای خودم قائل بشم، وقت گذاشتم و نتایجی که هر سال این افراد برام می فرستادند، من را بیشتر و بیشتر ترغیب میکرد تا فعالیت مجازی خودم را گسترش بدم تا بچه ها به راحتی بیشتری بتوانند از مطالب استفاده کنند و فعالیت خود را وارد تلگرام نیز کردم. حتی در ماه اخیر با وجود ضیق وقت برای خودم با وجود کارورزی ها و کمبود امکانات محیطی برای ضبط به مدت ۷ روز ویدئو رایگان برای بچه های استخدامی وزارت بهداشت برگزار کردم. نتیجه این مشاوره ها و نکات رایگان نمونه هایی از پیام هایی هستند که در ادامه ضمیمه شد. همچنین بعدها حتی خیلی از بچه ها را حضوری میدیدم که با نکات و مطالبی که براشون قرار میدادم به موفقیت های بزرگی رسیدند و حتی بعضی هاشون هیئت علمی دانشگاه ها شده بودند. در این مسیر شاید نیاز به صرف زمان داشتم اما با خودم فکر کردم که همه آدم ها، شایسته یک زندگی خوب هستند، و باید به تقسیم این موهبت، کمک کنم. امید است هم من و هم همکارانم در حوزه آموزشی در کنار فعالیت های خودمان، فعالیت های رایگان برای افرادی داشته باشیم که نیازمند فرصت برای ساختن بهترین ها هستند

کلمات کلیدی: آموزش، رایگان، فضای مجازی

Keywords: Education, free, virtual space

تجربه آموزش به بیماران به عنوان خدمتی داوطلبانه

The experience of public education as a voluntary service

آرزو کردیان^۱، دکتر فاطمه رضایی^۲

۱. دانشجوی دانشگاه آزاد اسلامی واحد بابل، مازندران، ایران ۲. دانشگاه آزاد اسلامی واحد بابل، مازندران، ایران

پست الکترونیک: Dr.f.rezaei@gmail.com

مقدمه: آموزش به بیمار فرایندی است که لازم است در چهار چوب استانداردهای مربوطه اجرا شود و این آموزش به بیمار متناسب با نیاز سنجی بیمار با توجه به نیازها و توانایی ها و تجربیات یادگیری انجام میشود. در آموزش به بیمار استانداردهای مربوط به آموزش و ارتباط با بیمار بسیار اهمیت دارد. یک مکان امن و خلوت یک رابطه درست و صمیمی با بیمار و گوش دادن به حرفهای بیمار در کنار صادق بودن و امین بیمار بودن در این راستا بسیار یاری دهنده است. بیماران در طی سفرشان در سیستم سلامت حق دارند آگاهی کامل از بیماری خود و عوارض دارویی داشته باشند و هر جا امکان داشته باشد بتوانند در تصمیم گیری در مورد درمانشان شریک شوند. با آموزش به بیماران و جامعه باعث ارتقا سلامت و آگاهی و در پی آن مشارکت بیشتر بیماران و جامعه در امر سلامت و افزایش رضایتمندی و جلب اعتماد بیشتر در مددجویان و کاهش اضطراب و هیجانات بیمار و درک بیشتر نیازهای فردی -ارتباط مثبت -اثرات پایا و مثبت بر سلامتی میشود.

گزارش فعالیت اجتماعی انجام شده (سال اجرا و مکان اجرا و گروه هدف در این کار، روش های به کار رفته و نتایج به دست آمده و پیامدهای آن):

از سال ۱۳۹۸ به دنبال قبولی در ازمون دکتری، با بیماری های نادر آشنا شدم و طی مسیر پایان نامه برای موفقیت در این مسیر با بیماران زیادی ملاقات داشتم. در بیمارستان در روستاها در خانه بیماران در درمانگاهها بیماران زیادی را ملاقات کردم و با آنها صحبت کردم در طی مسیر بیماران نادر و بیماران حاد و مزمن بسیاری را دیدم و آموزش به آنها رو جز وظیفه انسانی خودم دانستم با حضور در منزل بیماران آموزش های بسیاری را در مورد بیماریشان و عوارض دارویی و چک کردن آزمایشات انجام دادم و، پست های متعددی درباره بیماری های کودکان و بزرگسالان منتشر کردم و هدفم آگاهی همه اقشار جامعه در مورد خودمراقبتی و عوارض دارویی بودهاست حتی از همان زمان به سوالات بیماران از سراسر کشور و حتی ایرانی های ساکن خارج از کشور از طریق ایمیل و یا آنلاین و یا تلفنی به سوالات در باره بیماری و خودمراقبتی پاسخ داده می شد و برای آگاه سازی جامعه در باره بیماری فعالیت می شد..

نتیجه گیری نهایی و پیشنهادات: آموزش به بیمار، فرایندی است که با فراهم کردن فرصت یادگیری برای بیمار و خانواده های آن، امکان افزایش اطلاعات در مورد بیماری، عوارض و نحوه سازگاری با شرایط موجود، سلامتی را برای بیمار فراهم می کند. آموزش به بیمار زمانی موثر خواهد بود که بتواند موجب تغییر در نگرش و متعاقبا رفتار بیماران

گردد.

کلمات کلیدی: آموزش، بیماری، داوطلبانه

مشاوره های رایگان پرستاری از دوران همه گیری کووید ۱۹ تا به کنون برای جامعه؛ خدمتی داوطلبانه، موثر و کارآمد با هدف ارجاع صحیح و به موقع مددجویان

Nursing consultations for people from the Covid-19 Pandemic until now; Voluntary,
effective and efficient service

هادی ساوری

آدرس: دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی گلستان، گرگان

پست الکترونیک: hadi.savari@yahoo.com

مقدمه: داوطلبی یا خدمات داوطلبانه (volunteerism) داوطلبانه به این معنی است که شما برای تلاش و خدمات خود پولی دریافت نخواهید کرد. این بدان معنا نیست که شما چیزی از آن دریافت نخواهید کرد. داوطلب بودن مزایای زیادی دارد، می تواند در زندگی شما معنا و هدف بیاورد و در عین حال عزت نفس و رفاه شما را افزایش دهد. اکثر داوطلبان دلایل خاصی برای کاری که انجام می دهند دارند مانند: کسب مهارت های جدید، پیدا کردن دوستان جدید، سلامت و تندرستی روحی و جسمی، پس دادن چیزی، بهبود اعتماد به نفس. یکی از فعالیت های داوطلبانه که پرستاران می توانند انجام دهند مشاوره های حضوری/آنلاین/آفلاین است. مشاوره از راه دور یک ابزار ضروری برای استفاده در طول یک بیماری همه گیر است. در شرایطی که یک بیماری همه گیر اعلام می شود، احساس اضطراب و عدم اطمینان می تواند مردم را تحت الشعاع قرار دهد. مشاوره از راه دور امن و روشی موثر برای ارزیابی موارد مشکوک و هدایت تشخیص و درمان بیمار، به حداقل رساندن خطر انتقال بیماری است. مشاوره های راه دور بسیاری از موارد کلیدی خدمات بهداشتی را مقدور می سازد. مشاوره/حضور از راه دور به بیمار این امکان را می دهد که بدون حضور فیزیکی احساس کند که پرسنل بهداشتی درمانی حضور دارند. مفهوم اولیه سلامت از راه دور (telehealth) ارائه مراقبت های اولیه به بیماران روستایی و محروم بود. پذیرش و ادغام گسترده تر بهداشت از راه دور را می توان به عوامل متعددی نسبت داد. یکی از این عوامل، انتقال مراقبت های بهداشتی از مدل های هزینه در ازای خدمات به مدل هایی است که در آن بازپرداخت با نتایج بیمار و کیفیت مرتبط است. با تاکید و فشار روزافزون بر بیمارستان ها و ارائه دهندگان برای ارائه خدمات با کیفیت به بیمار و کاهش هزینه ها، سلامت از راه دور در تخصص ها و تنظیمات متعدد پزشکی مقبولیت و موفقیت یافته است.

مشاوره تشخیصی یا درمانی از طریق وسایل الکترونیکی. گزارش فعالیت اجتماعی انجام شده (سال اجرا و مکان اجرا و گروه هدف در این کار، روش های به کار رفته و نتایج به دست آمده و پیامدهای آن):

درست بعد از گذشت چند ماه از راه اندازی مرکز مشاوره و مراقبت پرستاری در منزل آرتا در شهر گرگان با همه گیری کووید ۱۹ مواجه شدیم و این مواجهه سبب شد تا مرکز پرستاری در منزل آرتا در شهر گرگان شناخته شود و به تبع آن مردم با خدمات و جایگاه پرستاری آشنا شوند و درک کنند که خدمات پرستاری دارای چنین ارزش و اهمیتی می باشد.

یکی از خدمات بسیار ارزنده و با اهمیت این مراکز، مشاوره های رایگان پرستاری با هدف ارجاع به موقع و صحیح بیماران در راستای نیل به اهداف درمانی توسط کارشناس ارشد پرستاری با سابقه بالینی تقریباً یک دهه است. نمونه هایی از مشاوره های رایگان پرستاری در زیر آورده شده است:

۱. آقا و خانمی که شنیده بودند گرما باعث از بین رفتن ویروس کرونا می گردد که با مرکز آرتا تماس تلفنی با هدف اخذ مشاوره در جهت تایید صحت این موضوع برقرار کردند و متوجه شدیم که این زوج میانسال برای عدم ابتلا به کرونا چند وقتیست که تمامی بخاری ها، سماور، شعله های اجاق گاز خود را در منزل روشن نگه می دارند تا دمای منزل به حداقل ۴۰ درجه سانتی گراد برسد که با مشاوره صحیح اینجانب راه های پیشگیری از ابتلا به ویروس کرونا به صورت تلفنی آموزش داده شد و موجب شد این زوج از این شرایط خارج شوند.

۲. اعضای یک خانواده که به دستور پدر خانواده، الزاماً باید روزانه چند لیوان آب نمک می نوشیدند؛ دختر بزرگ خانواده با مرکز آرتا تماس تلفنی برقرار کرد و این موضوع را با ما درمیان گذاشت که با مشاوره پرستاری پدر خانواده از ادامه این کار منصرف شد و اعضای خانواده کنترل فشارخون شدند و پدر و مادر جهت چک آزمایشات کلیوی ارجاع به ویزیت پزشک و انجام آزمایشات شدند.

۳. مادر خانواده ای که دارای بیماری زمینه ای دیابت و فشار خون و هیپرلیپیدمی بوده است و هیچ گونه تعهدی نسبت به درمان بیماری زمینه ای خود نداشته است و طی تماس تلفنی با مرکز آرتا درخواست تزریق آمپول دگزامتازون با هدف عدم ابتلا به ویروس کرونا را داشته است که با ارجاع به موقع بیماری زمینه ای وی کنترل و راه های پیشگیری از کرونا آموزش داده شد.

۴. همراه بیمار مبتلا به CVA (سکته مغزی) که به تازگی از بیمارستان مرخص شده بود جهت فیزیوتراپی با مرکز آرتا تماس برقرار کرد که پس از گرفتن شرح حال از شرایط مراقبت های پس از ترخیص، متوجه شدیم که اطلاعات او بسیار پایین است و مراقبت ها را به درستی انجام نمی دهد. برای ناکافی بودن اطلاعات مددجو می توان به مواردی از قبیل انجام گاوژ در پوزیشن طاق باز و بروز علائم آسپیراسیون و عدم استفاده از تشک موج و عدم کنترل فشارخون اشاره کرد. در گام اول به صورت تلفنی مراقبت های مربوط به سوند معده (NGT) شامل گاوژ در پوزیشن نیمه نشسته یا نشسته، تعویض به موقع سوند معده، تعیین حجم و نوع وعده های گاوژ و سرعت انجام گاوژ و کنترل اجابت مزاج آموزش داده شد و همچنین بر اصول جلوگیری از زخم بستر شامل استفاده از تشک موج و تغییر پوزیشن به موقع تاکید گردید. برنامه قرص های خوراکی فشارخون که دو قرص فشارخون را در یک زمان مصرف می کردند برنامه ریزی شد که با فاصله مصرف کنند و همچنین قرص فوروزماید که عصرها مصرف می کردند توصیه گردید صبح ها مصرف کنند. مددجو مستعد زخم بستر بودند که آموزش داده شد ناحیه ملتهب با روغن کنجد یا اسپری آلوئه ورا چرب گردد و ماساژ داده شود و فشار از ناحیه مستعد برداشته شود.

۵. همسر بیماری با تشخیص COPD که وابسته به اکسیژن بوده تماس گرفتند با صدایی که گویی به بن بست رسیده باشد اذعان کرد؛ پالس اکسیمتر بیمارم به درستی کار نمی کند و اعداد مربوط به اکسیژن و ضربان قلب را نشان نمی دهد و من نمی دانم شرایط بیمارم در چه وضعیتی است. نخست مددجو دعوت به آرامش شد و از ایشان پرسیده شد آیا بیمارتان تلاش تنفسی دارد؟ پاسخ دادند: خیر، حالشان مساعد می باشد در ادامه به ایشان مددجو را راهنمایی کردم باطری دستگاه پالس اکسیمتر را خارج کنند و مجدد جایگذاری نمایند، با انجام این کار دستگاه ریست شد و مجدد راه افتاد.

نتیجه گیری نهایی و پیشنهادات: مراقبت های بهداشتی مدرن پیچیده است و بیماران ممکن است برای مدیریت تشخیص و درمان، درک مزایای بیمه خود و دسترسی به خدمات و پشتیبانی مورد نیاز خود به کمک نیاز داشته باشند. حامیان یا داوطلبان به افراد کمک می کنند تا مراقبت های مورد نیاز خود را دریافت کنند، آنها را از طریق سیستم مراقبت های بهداشتی راهنمایی کنند، و مشکلات را در صورت بروز حل کنند. با توجه به پیامدهای قابل توجه مشاوره های پرستاری برای مردم، پیشنهاد می شود تا مسئولین دست اندرکار با حمایت از دفاتر خدمات پرستاری، دسترسی مردم به ویژه مناطق محروم/صعب العبور را به چنین خدمات ارزشمندی از طریق فناوری های سلامت از راه دور تسهیل نمایند.

کلمات کلیدی: مشاوره ، داوطلبی، پرستاری، پاسخگویی اجتماعی

Keywords: Nursing consultations, Voluntary, nursing, social responsiveness

یک سفر تحول آفرین: روایتی از بودن در کمیته های پژوهشی دانشگاهی

A Transformative Journey: A Narrative Of Serving In Academic Research Committees

صبا پولائی^۱، فرزانه مختاری^۲، دکتر اکرم ثناگو^۳، دکتر لیلا جویباری^۴

آدرس: ۲- دانشجوی کمیته تحقیقات و فناوری دانشجویی، دانشگاه علوم پزشکی گلستان، گرگان ۴۳- دانشگاه علوم پزشکی گلستان، گرگان

پست الکترونیک: Sabapoolae82@gmail.com

مقدمه: در این مطالعه، از روش روایت پژوهی استفاده می کنیم تا تجربیات و داستان های واقعی فردی که در کمیته تحقیقات به عنوان دبیر فعالیت داشته است را بررسی کنیم. این روش به ما امکان می دهد تا از تجربیات شخصی و دیدگاه های مختلف افراد استفاده کنیم تا یک تصویر جامع از تاثیرات و اثرات فعالیت در کمیته تحقیقات بر توسعه حرفه ای و شخصی آن ها بدست آوریم. ما به دنبال شناخت عمیق تر از تاثیرات و اثرات فعالیت در کمیته تحقیقات بر توسعه حرفه ای و شخصی افراد هستیم. با بررسی داستان ها و تجربیات واقعی افراد، ما قصد داریم تا الگوها، چالش ها، و موفقیت های آن ها را شناسایی کنیم و به دنبال روش های بهبود فعالیت در کمیته تحقیقات باشیم. در این راستا، ما با جمع آوری داستان ها و تجربیات یک دانشجوی فعال در کمیته تحقیقات، قصد داریم تا الگوهای موفقیت آن ها را شناسایی کرده و به دنبال عوامل موثر در توسعه حرفه ای و شخصی آن ها بپردازیم.

گزارش فعالیت اجتماعی انجام شده (سال اجرا و مکان اجرا و گروه هدف در این کار، روش های به کار رفته و نتایج به دست آمده و پیامدهای آن):

کار به عنوان دبیر یک کمیته تحقیقاتی برای من یک سفر تحول آفرین بوده است، شبیه حرکت از تاریکی به روشنایی. وقتی برای اولین بار این نقش را بر عهده گرفتم، با چالش ها و بلا تکلیفی مواجه بودم، در مراحل اولیه، ابهامات/تاریکی/دلهره ها نشان دهنده ناآشنایی با فرآیندهای پیچیده به عنوان دانشجو بودن و نقش آموزشی و در عین حال نقش پژوهشی داشتن در یک کمیته تحقیقاتی (چیزی فراتر از کلاس درس مورد انتظارم) بود. مسئولیت ها دلهره آور به نظر می رسید، و من احساس عدم اطمینان در مورد توانایی خود در انجام کارها وظایف کردم. با این حال، همانطور که در نقش غوطه ور شدم، شروع به درک تفاوت های ظریف در عملکرد کمیته کردم. ارتباط نقش مهمی در انتقال من ایفا کرد. در ابتدا، فقدان ارتباط موثر باعث ایجاد حس ابهام شد. همانطور که در مسئولیت های عمیق تر می شدم، درک عمیقی از چشم انداز تحقیق به دست آوردم، مهارت های سازمانی خود را بهبود بخشیدم و چیزهایی که زمانی طاقت فرسا به نظر می رسیدند کم رنگ تر شدند. "همکاری" یکی از عناصر کلیدی برایم در این سفر است. ساخت روابط قوی با اعضای کمیته، اساتید، کارکنان باعث ایجاد یک محیط حمایتی شد. به اهمیت کار گروهی (چیزی که همیشه از آن گریزان بودم) در دستیابی به اهداف پی بردم. بازخوردهای سازنده و تشویق اساتیدم، دانشجویان

دکترا و دانش آموختگان موفق در پژوهش به عنوان منتور برای من سبب شد تا بتوانم به جلو بروم نه این که عقب نشینی کنم، کمیته را به جلو سوق بدهم و به مرور شاهد تأثیر تلاش ها باشم.

قرار گرفتن در معرض دیدگاه های متنوع، امکانات جدیدی را برایم روشن کرد (از محیط دبیرستان به دانشگاه و آن هم به کمیته پژوهشی، جایی که باید با تنوعی از افراد در ارتباط باشم). کمیته پژوهشی برایم تبدیل شد به دیگ ذوب خلاقیت! و یاد گرفتم که از غنای که دیدگاه های مختلف روی میز آورده بود قدردانی کنم! (چیزی که همواره از آن گریزان بودم!). این تنوع نه تنها مرا از پوسته فردیتم خارج کرد (هنوز هم باید پوسته های خود را خارج کنم)، بلکه افق دید من را نیز گسترش داد (از نگاه کارمندی به کارآفرینی بروم!).

مسیر سفر من از فصل زیبای پاییزی شروع شد: (۱) مهر ماه سال ۱۴۰۱ در کمیته پژوهشی کارم را با نوشتن پروپوزال گزارش مورد شروع کردم و پیامد آن یادگیری نوشتن مقاله و ارسال آن به مجلات شد. (۲) اردیبهشت ماه سال ۱۴۰۲ در کنگره آموزش کشوری شرکت کردم و نتیجه آن آشنایی من با دنیایی بزرگتر و کمیته تحقیقات و گستره فعالیت های آن بود. (۳) تیر ماه ۱۴۰۱ شروع فعالیت به عنوان دبیر کمیته تحقیقات دانشکده پرستاری مامایی یادگیری های متعدد و شرکت در کارگاه های آموزشی متعدد. (۴) مهر ماه سال ۱۴۰۲ کنگره پژوهشی کشوری واقع در برج میلاد که برگزار کننده دانشگاه علوم پزشکی بقیه الله بود. آشنایی با فعالیت های اجرایی در کمیته تحقیقات و انجام فعالیت اجرایی و مستقل بودن، (۵) آبان ماه ۱۴۰۲ شروع دوره پژوهشی APS و با هدف آشنایی دانشجویان دانشگاه با موضوعات پژوهشی.

نتیجه گیری نهایی و پیشنهادات: به نظر می رسد تصدی جایگاه های اجتماعی که با فعالیت های تحقیق و آموزش مرتبط می باشد امکان فراگیری روش های برقراری ارتباط با سایر مراجع را فراهم نموده و جدیت و پیگیری مراحل مختلف کار نقش بسزایی در پیشرفت امور به همراه خواهد داشت. از آنجایی که همایش کارنامه اجتماعی سلامت به صورت غیر قابل انکاری نیازمند گسترش روش های تبادل اطلاعات و افزایش هم افزایی علمی همه پژوهشگران در این عرصه می باشد، استفاده بهینه از این تجربیات زمینه ساز دستیابی به نتایج مفید تر از این همایش را فراهم خواهد نمود.

کلمات کلیدی: کمیته تحقیقات، دبیر کمیته تحقیقات، مطالعه روایت پژوهی

Keywords: Research Committee, Committee Secretary, Narrative Inquiry Study

برای آموزش به بیمار هم وقت بگذاریم؛ تجربه فعالیت های آگاهی بخشی به بیماران و خانواده های آنها

فرزانه مختاری

آدرس: دانشجوی کمیته تحقیقات و فناوری دانشجویی، دانشگاه علوم پزشکی گلستان، گرگان

پست الکترونیک: Mokhtary.farzaneh882@gmail.com

مقدمه: آموزش به بیمار یکی از نقش های مهم کادر درمان از جمله پرستاران می باشد که باید آن را مورد توجه قرار داد. عوامل متعددی ضرورت آموزش به بیمار را دو چندان می نماید که از جمله مهم ترین آن ها می توان به پیشگیری از بیماری ها، بهبودی و کاهش درد وی، سازگاری با بیماری های مزمن و ناتوانی ها، کوتاه شدن مدت بستری، کاهش عود بیماری، بهبود کیفیت زندگی، اطمینان از تداوم مراقبت ها، کاهش اضطراب بیمار، کاهش بروز عوارض بیماری ها، افزایش شرکت در برنامه های مراقبتی و افزایش استقلال بیمار در فعالیت های روزانه اشاره نمود. از آن جاییکه پرستاران وقت زیادی را با بیماران می گذرانند و ارتباط نزدیک تری با آنان دارند، بنابراین عمده آموزش های لازم باید از سوی پرستاران به بیماران ارائه شود. در ادامه به شرح تجربه خود در زمینه آموزش به بیمار در بعد اجتماعی می پردازم.

شرح تجربه: من در مرکز قلب فعالیت می کردم. همه روزه با موارد زیادی از کسانی که کاندید جراحی قلب باز، آنژیوپلاستی و آنژیوگرافی بودند مواجه می شدم. خانواده ها و بیماران متحمل استرس و اضطراب بالایی می شدند که ناشی از کمبود آگاهی از نحوه برخورد و مراقبت های قبل و بعد از این پروسیجرها بوده است؛ "تو اتاق آنژیوگرافی همه ی بدنم دیده میشه؟ چیزی بدین من بتونم خودم بیوشونم، این فنری که برام تو رگم میزارن ممکنه تکون بخوره اگر جابجا شد خطر نداره؟ تو رو خدا مریضم مرخص نکنین تازه قلبش عمل کرده اینجا بمونه تا بهتر ازش مراقبت کنن ما نمی دونیم خونه چکار باید بکنیم! نمی دونیم چی بخوره چقدر فعالیت کنه؟ اگر حالش بد بشه ما چکار کنیم؟" این موارد تنها نمونه کوچکی از دغدغه ها و دل نگرانی های بیماران و خانواده هایشان بود که ما همه روزه با آن مواجه می شدیم. از طرفی دیگر آموزش های ما در بخش تحت تاثیر تعداد زیاد بیماران و حجم کاری بالا قرار داشته و نتیجه اش ارایه آموزش های ناکافی و گاهی با عجله و سر سری بوده است. قطعاً یکی از نقش های مهم پرستار ارایه آموزش

های لازم در جهت خود مراقبتی به بیماران می باشد. بارها این تجربه را داشته ام که چقدر بیماران و خانواده های آن ها از اینکه برایشان وقت می گذاریم و به سوالات شان در رابطه با مشکل سلامتی فعلیشان پاسخ می دهیم ابراز رضایت کرده و بسیار سپاسگزار هستند. برای حل مشکل مطرح شده، بر آن شدیم تا با همکاری سوپروایزر ارتقای سلامت مرکز، اقدام به برگزاری جلسات هفتگی آموزشی برای مددجویان و خانواده های آن ها بکنیم. سه شنبه های هر هفته راس ساعت یازده از بلندگو جهت شرکت در کلاس آموزشی در محل سالن غذاخوری مرکز، فراخوان داده می شد. بنده یکی از افرادی بودم که به ارایه مطلب در رابطه با مراقبت های بعد از آنژیوپلاستی و جراحی قلب می پرداختم. این تجربه برای من بسیار لذت بخش بود. روزهای آغازین کار، امکان ارایه تصویر برای حاضرین را نداشتیم اما با گذشت زمان و پیگیری های انجام شده، این امکان برقرار شد. بنده از تصاویر و ویدیوهای آموزشی جهت انتقال بهتر مطالب استفاده می کردم. در پایان هر جلسه فرصتی برای پرسش و پاسخ در نظر گرفته می شد. بررسی فرم نظر سنجی ها حاکی از استقبال گسترده حاضرین از این جلسات داشت.

در ادامه راه مشارکت در آموزش مراقبت های سلامتی به عموم جامعه، بنده اقدام به تهیه کلیپ های کوتاه آموزشی با محتوای روز گرامیداشت سالمندان و روز جهانی قلب کرده ام. (فایل ها به صورت پیوست خدمتتان ارسال می گردد.) این کلیپ های کوتاه که محتوای آموزشی دارند، در سالن انتظار درمانگاه به نمایش در می آید.

یکی دیگر از مسیرهایی که برای ارایه آموزش های همگانی استفاده کرده ام، تهیه پمفلت های آموزشی با گروه هدف بیماران و یا کارکنان ارایه دهنده خدمات سلامت و تهیه پوستر آموزشی که در برد سالن انتظار بخش مراقبت های ویژه قلبی نصب شده است، می باشد.



حضور و مشارکت در تیم های جهادی ارائه دهنده خدمات سلامتی نیز یکی دیگر از تجربیات شیرین بنده، بوده است؛ شرکت در طرح واکسیناسیون همگانی کووید (در نقش تلقیح کننده واکسن)، اردوی سفیران سلامت (حضور در روستاهای مختلف و مشارکت در طرح ویزیت رایگان) و حضور در خانه سالمندان مهرآوران شمال جهت همکاری در طرح ویزیت رایگان مثال هایی از این مورد می باشد.

تجربه ارایه خدمات داوطلبانه سلامت محور برای جامعه، برایم بسیار رضایت آفرین و ارزشمند بوده است. دیدن لبخند بیماری رنج دیده و یا خانواده هایی که ما می توانیم تنها نقطه امید آن ها باشیم، حسی از شور و انگیزه برای ادامه این مسیر به بنده می دهد.

نتیجه گیری: جلب مشارکت بیماران و خانواده های آنان در ارایه خدمات سلامتی، نتایج مناسب تری را به دنبال دارد. تجربه مطرح شده نشان می دهد، آموزش به بیمار می تواند یکی از راه های موثر در این زمینه باشد. ارایه آموزش و انجام اقدامات آگهی بخش به بیمار و خانواده وی منجر به کاهش اضطراب و احساس نگرانی آنان شده و حسی از رضایت را در آموزش دهنده و آموزش گیرنده فراهم می آورد. امید است با همراهی مسئولین و مدیران مربوطه، و فراهم نمودن امکانات مورد نیاز از جمله فضای فیزیکی مناسب جهت ارائه آموزش، فراهم نمودن لوازم سمعی و بصری و ... شاهد ارائه خدمات با کیفیت بالاتر باشیم.

کلمات کلیدی: آموزش به بیمار، تجربه، فعالیت، آگاهی بخشی، خانواده

چالش‌های پذیرش واکسیناسیون COVID-19 در بین دانشجویان

پیرایشکی: یک مطالعه کیفی

فاطمه سوخک، زهرا سیفی، محمد رفیع بذرافشان

گروه پرستاری، دانشکده پرستاری، دانشگاه علوم پزشکی لارستان، لارستان، ایران

*نویسنده مسئول: محمد رفیع بذرافشان، ایمیل seeder2007@gmail.com

زمینه و هدف: در سال‌های اخیر، اعتماد عمومی به واکسن‌ها رو به کاهش بوده است. این مطالعه با هدف تبیین چالش‌های پذیرش واکسیناسیون ویروس کرونا ۱۹ (COVID-19) توسط دانشجویان انجام شد.

روش کار: این پژوهش از نوع تحلیل محتوای کیفی است. نمونه‌ها دانش‌آموزانی بودند که قصد نداشتند علیه کووید-۱۹ واکسینه شوند. روش جمع‌آوری داده‌ها مصاحبه نیمه ساختاریافته بود. نمونه برداری تا رسیدن به اشباع داده‌ها ادامه یافت. برای تجزیه و تحلیل داده‌ها، ابتدا مصاحبه‌ها ضبط و کلمه به کلمه تایپ شد. سپس وارد نرم افزار MaxQ-10 شدند.

یافته‌ها: دو دسته اصلی از موانع فردی از تجزیه و تحلیل داده‌ها پدیدار شدند. دسته اول شامل آرامش کاذب و اشتباه پس از واکسیناسیون، عدم اعتقاد به اثربخشی واکسن، ترس از واکسن و عوارض آن، ابتلا به ویروس کرونا، تمایل به نشان دادن بی‌اهمیت بودن بیماری و تشدید آن بود. دسته دوم شامل موانع جمعی از جمله نداشتن اطلاعات مناسب از رسانه‌ها، توجه به ماهیت سیاسی واکسیناسیون، انتظار برای دسترسی به واکسن‌های ساخت ایران و جلوگیری از واکسیناسیون توسط خانواده بود.

نتیجه‌گیری: بر اساس نتایج این مطالعه، برای افزایش استقبال از واکسیناسیون کووید-۱۹، نیاز به رفع موانع داخلی و خارجی از طریق روش‌های مختلف از جمله اطلاع‌رسانی دقیق و به موقع جامعه از طریق رسانه‌های جمعی و تسهیل امور مردم همچنین دسترسی به واکسن‌های مختلف به ویژه واکسن ساخت ایران احساس می‌شود.

کلیدواژه‌گان: واکسن، کووید-۱۹، دانشجویان، ایران

تأثیر راه رفتن گروهی در آب بر سطح شادکامی زنان سالمند

دکتر غلامرضا محمودی شن^۱، سارا سقالی^۲، دکتر محمدتقی بادله^۳

۱. دانشیار دانشگاه علوم پزشکی گلستان، دانشکده پرستاری و مامایی mahmoodigh@yahoo.com

۲. کارشناس ارشد سالمندی، بیمارستان آل جلیل آقلا

۳. استادیار دانشگاه علوم پزشکی گلستان، گرگان

مقدمه: احساس شادکامی از ضروری ترین نیازهای روانی بشر به شمار می رود و پیاده روی در آب یکی از روش هایی است که احتمالاً موجب افزایش سطح شادکامی می شود لذا پژوهش حاضر با هدف تعیین تاثیر راه رفتن گروهی در آب بر سطح شادکامی سالمندان شهر گرگان پرداخته است.

روش کار: این کارآزمایی در عرصه روی ۶۲ زن سالمند شهر گرگان انجام شد. نمونه ها به روش در دسترس انتخاب و به طور تصادفی به دو گروه مداخله و کنترل تقسیم شدند. در گروه مداخله، برنامه پیاده روی به مدت ۸ هفته، و هفته ای ۳ جلسه به مدت ۲۰ دقیقه در آب انجام شد. در گروه کنترل مداخله ای انجام نشد. سطح شادکامی هر دو گروه، قبل و بعد از ۸ هفته به وسیله پرسشنامه آکسفورد که روایی و پایایی آن تایید شده ارزیابی شد. برای تجزیه و تحلیل داده ها از آزمون های ناپارامتریک، کای دو، تی، من ویتنی و ویلکاکسون استفاده شد. سطح معنی داری ۰/۰۵ بود.

یافته ها: میانگین و انحراف معیار سنی در گروه مداخله و کنترل به ترتیب $64/87 \pm 3/62$ و $64/12 \pm 3/11$ سال بود. میانگین سطح شادکامی زنان سالمند در گروه مداخله بعد از پیاده روی در آب افزایش یافته است ($p=0/001$). میانگین سطح شادکامی در گروه کنترل افزایش اندکی داشته است.

نتیجه گیری: نتایج این مطالعه نشان داد که برنامه پیاده روی منظم در آب بر افزایش شادکامی زنان سالمند اثرگذار است. بنابراین انتظار می رود تا پیاده روی منظم در آب به عنوان شیوه ای موثر و مکمل و به عنوان یک مداخله غیردارویی و کم عارضه در کنار دیگر درمان های رایج در افزایش شادکامی به کار گرفته شود. با افزایش جمعیت سالمندان و مشکلات حرکتی و روحی آنها، مسئولان و دست اندرکاران ورزش باید نسبت به فراهم کردن شرایط و امکانات دسترسی راحت برای فعالیت بدنی سالمندان اقدامات لازم را انجام دهند. پیشنهاد می شود کانون های بازنشستگی مربوط به ارگان ها و سازمان های مختلف نسبت به برگزاری کلاس های ورزشی متناسب با سالمندان بازنشسته توجه ویژه داشته باشند.

کلمات کلیدی: راه رفتن، آب، زنان سالمند، شادکامی

بررسی علل عدم مراجعه سالمندان بالای ۶۰ سال جهت دریافت مراقبت از مراکز جامع خدمات سلامت شهرستان خلخال

ملاحت علیجان زاده^۱، نسرين نظری^۲، یلدا موسی زاده^۳

۱. کارشناس سلامت میانسالان و سالمندان، معاونت بهداشتی، دانشکده علوم پزشکی خلخال، خلخال، ایران
 ۲. رئیس گروه مرکز جوانی جمعیت، سلامت خانواده و مدارس معاونت بهداشتی، دانشکده علوم پزشکی خلخال، خلخال، ایران
 ۳. استادیار گروه علوم پایه، دانشکده علوم پزشکی خلخال، خلخال، ایران (نویسنده مسئول)
- ایمیل: y.mousazadeh@yahoo.com

مقدمه: وقوع پدیده سالمندی جمعیت، که به دنبال افزایش امید به زندگی و کاهش مرگومیر در جوامع رخ می‌دهد، نشانه پیشرفت و توسعه کشورهاست اما چنانچه جوامع آمادگی لازم برای مقابله با نیازهای سالمندان روبه‌رشد و پاسخ‌گویی به تبعات پدیده سالمندی را نداشته باشند، با چالش‌های جدی روبه‌رو خواهند شد. یکی از چالش‌های مهم مرتبط با سالمندی جمعیت در کشورها، موضوع تهیه و تأمین خدمات سلامت برای سالمندان است. لذا مطالعه حاضر با هدف بررسی علل عدم مراجعه سالمندان بالای ۶۰ سال جهت دریافت مراقبت از مراکز جامع خدمات سلامت شهرستان خلخال طراحی و اجرا شد.

روش کار: مطالعه حاضر یک مطالعه توصیفی-مقطعی می‌باشد که در نیمه دوم سال ۱۴۰۱ در میان ۲۵۰ سالمند بالای ۶۰ سال شهرستان خلخال که به روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند، انجام شد. از دو پرسشنامه برای جمع‌آوری اطلاعات استفاده شد. اولین پرسشنامه، پرسشنامه دموگرافیک ۹ سوالی و دومین پرسشنامه پرسشنامه محقق ساخته مربوط به علت عدم مراجعه سالمندان به منظور دریافت مراقبت بهداشتی بود که ۸ بعد و ۳۹ سوال داشت. پرسشنامه بر اساس طیف لیکرت ۵ تایی نمره‌گذاری شده بود. روایی این پرسشنامه توسط متخصصان تایید شده بود. پایایی نیز به وسیله آلفای کرونباخ بررسی و نتیجه ۰,۸۵ به دست آمد. تجزیه و تحلیل داده‌ها با کمک SPSS نسخه ۲۵ انجام شد.

یافته ها: از ۲۵۰ نفر افراد شرکت کننده در مطالعه، بیشترین تعداد (۵۶٫۸ درصد) بی سواد بودند. بیشتر شرکت کنندگان متاهل (۷۲٫۸ درصد) و بیکار (۴۶ درصد) بودند. بیشتر افراد اظهار داشتند از نظر وضعیت اقتصادی و وضعیت سلامتی در رده متوسط قرار دارند. ترجیح بخش خصوصی نسبت به دولتی با نمره (۰٫۸۸) ۲٫۴۱ بیشترین علت عدم مراجعه سالمندان به مراکز جامع خدمات سلامت بود. در این خصوص شرکت کنندگان در مطالعه اظهار داشتند که خدمات بخش خصوصی تخصصی تر است. بعلاوه توان مالی لازم را دارند و ترجیح می دهند از خدمات پزشک متخصص استفاده نمایند. احساس عدم نیاز به خدمات بهداشتی با نمره (۰٫۹۶) ۲٫۰۴ رتبه دوم را در به دست آورد. داشتن تجهیزات اولیه بهداشتی شامل ترازو و فشارسنج و ...، استفاده از طب سنتی و دریافت آگاهی از رسانه های جمعی و فضای مجازی از جمله دلایل ذکر شده در این بعد بود. بعد ۳ یا مشکلات شخصی و خانوادگی با نمره (۰٫۷۶) ۱٫۹۸ سومین دلیل عدم مراجعه، طبق اطلاعات دریافتی از سالمندان بود. در این بعد اکثر سالمندان اظهار کردند مشکلات جسمانی برای مراجعه به مراکز داشتند و فرد کمکی برای حضور در مراکز بهداشتی نداشتند. در تمامی ابعاد ارتباط معناداری بین نمره به دست آمده و عدد ۳ به دست آمد.

نتیجه گیری: با علم به اینکه ایران، به ویژه در دو دهه بعدی، با رشد سریع پدیده سالمندی جمعیت و به دنبال آن افزایش هزینه های سلامت روبه رو خواهد شد، آشنایی با الگوی تقاضا و بهره مندی سالمندان از خدمات سلامت می تواند در پیشگیری از چالش های مهم نظام سلامت در سال های آینده مؤثر باشد.

کلمات کلیدی: سالمند، مرکز جامع خدمات سلامت، جمعیت، بهداشت سالمندان، خلخال

بازتوانی روانی اجتماعی در دانشگاه علوم پزشکی کاشان

دکتر افشین احمدوند،

آدرس: واحد بازتوانی اجتماعی، دانشگاه علوم پزشکی کاشان
ایمیل: rahelenaziry.ot@gmail.com

مسئول واحد بازتوانی: دکتر افشین احمدوند ، نویسنده: راحله نظیری

اعضای فعال واحد بازتوانی: دستیاران روانپزشکی، گروه کاردرمانی (فیروزه مقدسی، سمیه چراغی، راحله نظیری) گروه روانشناسی (دکتر سازور، لیلا نجفی تبار، فاطمه عبدلی) واحد مددکاری (ملیحه سادات میرخیابز)

برستار بازتوانی (زهرا ملایی) و واحد روابط عمومی (مجید رئیسی)

معرفی واحد: بازتوانی در روانپزشکی براین فرض استوار است که افراد آسیب دیده نیاز به خدمات کافی در زمینه دارو درمانی ، آموزش مهارتها برای ایجاد زندگی اجتماعی و مستقل و همچنین حمایت ها و منابع در محیط زندگی خود را دارند. بیماری های روانی در خیلی از موارد دارای ماهیت مزمن می باشند معمولا اقدامات درمانی مقطعی جوابگوی نیازهای بیمار برای تمام مدت زندگی نیست ضمن اینکه بیماریهای روانی جنبه های مختلفی از زندگی فرد از جمله شغل، روابط اجتماعی، روابط خانوادگی را در برمی گیرد، لذا بهبودی در روانپزشکی مفهومی گسترده تر از دارودرمانی صرف دارد. بسیاری از بیماران با دستیابی به خدمات مبتنی بر شواهد با کیفیت بالا و با ایجاد رابطه درمانی مناسب همراه با توانمند سازی و واقع بینی می توانند نقش قابل قبولی در زندگی اجتماعی داشته باشند . بدین ترتیب بازتوانی روانی مبتنی بر جامعه یک مهارت است. این مهارت ها شامل: آموزش به بیمار و خانواده، آموزش حمایت یابی به بیمار، برنامه ریزی و مدیریت سلامت روان منطقه تحت پوشش، توانایی برقراری ارتباط مناسب با مدیران ارائه دهنده خدمات، ... می باشد.

برای تحقق این هدف و تکمیل نمودن زنجیره درمان در فروردین ۱۳۸۷ و بدنبال رایزنی هایی که با دفتر سلامت روانی اجتماعی و اعتیاد و همچنین صاحب نظران این رشته انجام شد، ریاست وقت بیمارستان دستور تشکیل واحد بازتوانی روانی اجتماعی را در بیمارستان اخوان صادر کرد. در ابتدا تیمی مرکب از واحد های مختلف بیمارستان نظیر روانشناسی-کاردرمانی-مددکاری با افراد علاقمند و داوطلب تشکیل شد و مسئولیت پیگیری موضوع را به عهده گرفت. از آن جایی که دانش بازتوانی روانی اجتماعی در کشور عمر چندانی ندارد و در این زمینه افراد صاحب نظر زیاد نیستند قرار شد که این کمیته یک روز در هفته فقط به طرح موضوعات علمی در این زمینه بپردازد و یک روز هم برای بیماران و پیگیری کار آنان اختصاص یافت. در این راستا در ۲۷ مهر ۱۳۸۹ اولین سمینار کشوری در زمینه بازتوانی روانی اجتماعی در دانشگاه علوم پزشکی کاشان برگزار شد. بدنبال آن در تابستان ۱۳۹۰ اولین دوره آموزش درسی بازتوانی روانی اجتماعی توسط دکتر حمید طاهر خانی برای دستیاران روانپزشکی دانشگاه برگزار گردید.

فعالیت های بخش بازتوانی: خانواده درمانی، ویزیت در منزل، درمانگاه پیگیری، تفریح درمانی، کار درمانی، پیگیری تلفنی، حمایت یابی، آموزش بیماران، راهنمایی شغلی، مراقبت در منزل

گزارش عملکرد واحد بازتوانی

فعالیت های واحد :

- ایجاد نگرش ارتقا محور در دستیاران روانپزشکی
- طراحی برنامه مراقبت از بیماران با استفاده از امکانات موجود در جامعه
- تهیه، اصلاح و شرکت در تدوین بسته های آموزشی (بیمارستان، معاونت بهداشتی و ...)
- انجام پروژه های گوناگون در زمینه روانپزشکی جامع نگر توسط دستیاران
- آموزش تئوری و عملی دوره بازتوانی روانی شناختی برای کارورزان پزشکی
- مشارکت در ارزیابی شیوع اختلالات روانی در منطقه جهت برنامه ریزی جهت تدوین برنامه های پیشگیری و درمانی
- مشارکت در اجرا و پایش برنامه های خدمات سلامت روان در مراکز بهداشتی
- برگزاری کارگاه آموزشی بازتوانی روانی اجتماعی در زمینه بیماریهای اعصاب و روان
- شرکت و همیاری با NGO (خیرین سلامت روان) جهت جلب مشارکت جامعه در ارتقا سلامت روان با حضور دستیاران
- برگزاری جلسات آموزشی برای بیماران



- برگزاری جلسات آموزشی برای خانواده های بیماران
- بهرمندی از خیرین در جهت کمک به بیماران مزمن روان
- تشکیل جلسات هم اندیشی تیم بازتوانی و روانپزشکی جامع نگر از جمله دستیاران با پرسنل بهداشتی و درمانی در بیمارستان و مراکز تابع معاونت بهداشت و درمان
- ایجاد درمانگاه پیگیری (follow up) بیماران مزمن و انجام پیگیری های ضروری بصورت بازدید از منزل و پیگیری تلفنی توسط دستیاران
- ادغام تیم بازتوانی روانی اجتماعی آن در چارت سازمانی بیمارستان
- بررسی گزارش هفتگی پیگیری بیماران مزمن توسط تیم جامع نگر و دستیاران و مستند سازی موارد مربوطه



- اجرای کوریکولوم بازتوانی روانی اجتماعی شناختی و روانپزشکی جامع نگر در یک دوره سه ساله (برای دستیاران سال یک تا پایان سال سه)
- ارسال گزارش فعالیت ها به WAPR سال ۱۳۹۹
- حضور روانپزشکان در کارگاه آموزشی پیشگیری از اعتیاد ویژه پزشکان و کارشناسان سلامت روان
- حضور روانپزشکان و دستیاران روانپزشکی در کارگاه های آموزشی پیشگیری از خودکشی ویژه پزشکان، بهورزان و مراقبین روستایی
- همکاری روانپزشکان در پیمایش ملی سلامت روان
- برنامه های آموزشی و مداخله اجتماعی در معاونت بهداشتی دانشگاه علوم پزشکی کاشان (بازدید از مراکز روستائی و شهری، آموزش پرسنل درمانی، ویزیت بیماران مزمن روان، برنامه ریزی درمانی برای بیماران

مزمّن، کمک به پیگیری های درمانی، مداخلات اجتماعی برای ارتقا کیفیت زندگی بیماران مزمن و برنامه ریزی برای ارتقا روان در منطقه با کمک مولفه های اجتماعی و بسیج عوامل درون جامعه)

- جلسه بازتوانی روانپزشکی مبتنی بر پاسخ گویی به جامعه
- در روز یکشنبه مورخ ۵ مرداد ماه ۱۳۹۹ جلسه آماده سازی گروه روانپزشکی در خصوص معرفی بازتوانی روانپزشکی به عنوان ماموریت ویژه دانشگاه علوم پزشکی کاشان با حضور خانم دکتر میرحسینی مسئول طرح تحول آموزش دانشگاه، خانم دکتر قریشی ریاست بیمارستان، آقای دکتر احمدوند مدیر گروه، خانم دکتر عساریان معاون آموزشی، خانم دکتر سپهرمنش، آقای دکتر نوریان، خانم دکتر صادقی، خانم دکتر برنا؛ خانم ملایی و آقای کتابی برگزار گردید



- معرفی بازتوانی روانپزشکی به عنوان ماموریت ویژه دانشگاه علوم پزشکی کاشان
- در روز سه شنبه مورخ ۱۴ مرداد ماه ۱۳۹۹ دومین جلسه آماده سازی گروه روانپزشکی در خصوص معرفی بازتوانی روانپزشکی در سطح کشور به عنوان ماموریت ویژه دانشگاه علوم پزشکی کاشان با موضوع تهیه کوریکولوم آموزشی بازتوانی با حضور خانم دکتر میرحسینی مسئول طرح تحول آموزش دانشگاه، آقای دکتر دلاوری مسئول کارگروه توسعه راهبردی، خانم دکتر مطلبی مسئول ماموریت گرایبی، خانم دکتر کریمیان مدیر امور بین الملل، خانم دکتر قریشی ریاست بیمارستان، آقای دکتر احمدوند مدیر گروه و مسئول بازتوانی و روانپزشکی جامعه نگر، خانم دکتر عساریان معاون آموزشی، خانم دکتر برنا روانپزشک، خانم اسدی مسئول بهبود کیفیت، خانم ملایی دبیر بازتوانی و روانپزشکی جامعه نگر و آقای کتابی کارشناس اعتباربخشی آموزشی برگزار گردید



- همایش خانواده و اعضای تیم بازتوانی بیمارستان کارگرنژاد

➤ همایش خانواده و تیم بازتوانی بیمارستان با حضور خانواده های بیماران اعصاب و روان و اعضای تیم بازتوانی به همت بیمارستان کارگرنژاد و با همکاری خیرین محترم در سالن فرشتگان، روز یکشنبه مورخ ۱۶/۶/۱۳۹۹ برگزار شد.

➤ هدف از برگزاری این همایش افزایش تعامل با خانواده بیماران بود. جناب دکتر افشین احمدوند اظهار داشت: نحوه حفظ ارتباط خانواده و تیم درمان، ارتقا سلامت روان خانواده و بیمار، ارائه راهکارهایی از جمله انتخاب مکانی جهت گردهمایی خانواده ها، احداث سالن ورزشی، احداث مراکز روزانه، برگزاری مسابقات و تور های تفریحی و ... موضوعات مهم و قابل پیگیری می باشد. لازم به ذکر است در این همایش خانواده ها مشکلات و درخواست هایشان را بیان نمودند.



➤ کنفرانس اصول و روشهای بازتوانی روانی- اجتماعی، بیمارستان کارگرنژاد ۱۲ تیرماه ۱۴۰۱

➤ در این جلسه جناب آقای دکتر الوانی به بیان مشکلات، مبانی علمی، اهداف، اصول و روشهای بازتوانی پرداختند. ایشان به مواردی چون عدم شناخت پاتولوژی و ماهیت بیماری، ضعف سیستم درمانی، آسیب پذیری و استرس، یادگیری شناختی-اجتماعی، پایش رشد، انتخاب بهترین روش درمانی و تلفیق آن با دارو، فردی سازی درمان، مداخله خانواده، هماهنگی در ارائه خدمات، تکیه بر نقاط قوت، علایق و توانایی های بیمار، پشتکار بیمار، خانواده و درمانگر، عدم تعیین اهداف بلند پروازانه، شناسایی علایم هشدار و سرعت مناسب درمان اشاره نمودند و دستیابی بیمار به زندگی نرمال و با کیفیت را هدف نهایی بازتوانی دانستند.



➤ کنفرانس یک روزه توانبخشی روانی- اجتماعی- شناختی، بیمارستان کارگرنژاد ۵ تیرماه ۱۴۰۱

➤ در این جلسه جناب آقای دکتر احمدوند به بیان اهداف، اصول و مفهوم توانبخشی پرداختند. ایشان به مواردی چون نقش روانشناسان در شناسایی و ارجاع بیماران، شناسایی و آگاهی از بافت فرهنگی جامعه، شناسایی گروه های آسیب پذیر، همکاری تیمی در درمان، آموزش بیمار، خانواده و جامعه، استفاده از شیوه

های نوین در توانبخشی اشاره نمودند و در پایان ریکآوری بیماران پس از درمان را از نکات مهم اثر بخشی توانبخشی روانی، اجتماعی، شناختی برشمردند.



➤ تهیه کلیپ های آموزشی توسط روانپزشکان تیر ماه ۱۴۰۲



➤ برگزاری کارگاه بازآموزی برنامه های سلامت روان و اختلالات شایع روانپزشکی ویژه مراقبین سلامت و

بهورزان



➤ برگزاری جلسات بین بخشی سلامت روان



➤ ویزیت بیماران روانی عصبی توسط روانپزشک جامعه نگر در مراکز روستایی و شهرهای زیر ۲۰ هزار نفر و

آموزش تیم سلامت



➤ برگزاری کارگاه آموزشی توانمند سازی تیم سلامت (کارشناسان سلامت روان، پزشکان، مراقبین سلامت) در خصوص پیشگیری از خودکشی



➤ جلسه کمیته سلامت روان شهرستان



➤ ویزیت در منزل بیماران روانی عصبی توسط روانپزشک جامعه نگر



➤ آموزش پرسنل سایر ادارات در خصوص انگ زدایی، آشنایی با اختلالات روانپزشکی



ارائه به صورت پروپوزال

بررسی عوامل مؤثر بر پاسخگویی آموزش علوم پزشکی در مناطق روستایی با استفاده از مدل ساختاری تفسیری (ISM)

Investigating the factors affecting the responsiveness of Health science education in rural areas using the Interpretive Structural Model (ISM)

مجری طرح: قدیر پوربایرامیان

آدرس: استادیار آموزش پزشکی، مرکز مطالعات و توسعه آموزش پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی اردبیل، اردبیل، ایران.

پست الکترونیک: gh.pourbairamian@gmail.com

محور مربوطه: فعالیت های اجتماعی در حوزه آموزش

خلاصه طرح

این پروپوزال به بررسی عواملی که بر پاسخگویی آموزش علوم پزشکی در مناطق روستایی تأثیر می گذارند، می پردازد. این موضوع از اهمیت بسیاری برخوردار است، زیرا می دانیم که آموزش علوم پزشکی در مناطق روستایی به دلیل وجود مشکلات اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی، با چالش های بسیاری روبروست. برای مثال، کمبود پزشکان و سایر کادرهای درمانی، نبود تجهیزات پزشکی، نبود برنامه های آموزشی مناسب و غیره.

در این پروپوزال، برای بررسی عوامل مؤثر بر پاسخگویی آموزش علوم پزشکی در مناطق روستایی، از مدل ساختاری تفسیری (ISM) استفاده می شود. این مدل یک روش مفهومی برای مدل سازی روابط بین عوامل مختلف است که در آن، عوامل به شکل سلسله مراتبی و با توجه به اهمیت و نقششان در ساختار کلی مدل، مرتب می شوند. با استفاده از این مدل، می توان روابط بین عوامل را به دقت تحلیل کرد و نقش هر یک از آنها در پاسخگویی آموزش علوم پزشکی در مناطق روستایی را بررسی کرد.

به طور خلاصه، این پروپوزال به بررسی چالش های آموزش علوم پزشکی در مناطق روستایی و عوامل مؤثر بر پاسخگویی آن می پردازد و از مدل ساختاری تفسیری برای تحلیل روابط بین عوامل استفاده می کند.

کلمات کلیدی: آموزش پزشکی پاسخگو، آموزش جامعه نگر، مناطق روستایی، مدل ساختاری تفسیری

مقدمه و بیان مسئله: در کشورهای در حال توسعه، آموزش علوم پزشکی در مناطق روستایی به دلیل عدم تأمین تجهیزات و تکنولوژی‌های پزشکی، کمبود نیروی انسانی متخصص و عدم تأمین بودجه کافی، با چالش‌های بسیاری مواجه است. به عنوان مثال، در ایران، با وجود تلاش‌هایی برای بهبود آموزش علوم پزشکی در مناطق روستایی، هنوز هم برخی از مراکز بهداشتی و درمانی در این مناطق با مشکلاتی مانند کمبود نیروی انسانی متخصص، تجهیزات کم کیفیت و کمبود بودجه مواجه هستند. این مشکلات می‌تواند باعث کاهش کیفیت خدمات پزشکی در مناطق روستایی شود و از اهمیت این مسئله برای سلامت جامعه بیشتر کند. نتایج مطالعات انجام شده در ارتباط با کیفیت خدمات بهداشتی در مناطق محروم نشان داد که کیفیت خدمات پزشکی در بیمارستان‌های عمومی مناطق دورافتاده و روستایی به دلیل کمبود نیروی انسانی متخصص، تجهیزات کم کیفیت و کمبود بودجه کافی پایین است (۱-۳). همچنین مطالعاتی که به بررسی وضعیت آموزش علوم پزشکی در مناطق روستایی پرداخته‌اند، مشکلاتی مانند کمبود تجهیزات، نبود نیروی انسانی متخصص و همچنین کمبود بودجه را ذکر کرده‌اند (۴ و ۵).

بررسی‌ها نشان می‌دهد که دسترسی به خدمات پزشکی در مناطق روستایی و محروم، از نظر قیمت، فاصله و کیفیت، نسبت به شهرها کمتر است (۶). همچنین، نیازهای بهداشتی و درمانی افراد در مناطق روستایی و محروم متفاوت با شهرهاست (۷). علاوه بر این، تحقیقات نشان می‌دهد که آموزش علوم پزشکی در کشورهای در حال توسعه، به طور کلی برای پاسخگویی به نیازهای مناطق روستایی و محروم کافی نیست (۸). در مقابل، استفاده از روش‌های آموزشی مبتنی بر مشارکت به دانشجویان در تعیین نیازهای بهداشتی و درمانی خود، کمک می‌کند تا آموزش علوم پزشکی به نیازهای واقعی این مناطق پاسخگو باشد (۹).

از آنجایی که دسترسی به خدمات پزشکی در مناطق روستایی و محروم، یکی از چالش‌های اساسی در حوزه بهداشت و درمان در کشورهای در حال توسعه است، ضرورت شناسایی عوامل مؤثر بر پاسخگویی آموزش علوم پزشکی به نیازهای این مناطق، بسیار حائز اهمیت است. همچنین، آموزش علوم پزشکی از اهمیت بسیاری برخوردار است، اما پاسخگویی آموزش علوم پزشکی به نیازهای مناطق روستایی و محروم، همچنان یک چالش بزرگ است. برای حل این چالش، لازم است عوامل مؤثر بر پاسخگویی آموزش علوم پزشکی در مناطق روستایی، شناسایی شوند. به علاوه، بررسی عوامل مؤثر بر پاسخگویی آموزش علوم پزشکی در مناطق محروم، امری حیاتی به منظور بهبود سطح سلامت این مناطق است.

آموزش علوم پزشکی مناسب و پاسخگو به نیازهای سلامت جوامع روستایی اهمیت زیادی دارد تا بتواند کمبودهای نیروی انسانی سلامت و دسترسی محدود به خدمات درمانی را در این مناطق برطرف کند. مطالعات نشان داده است که دانشجویان علوم پزشکی که از زمینه‌های روستایی می‌آیند، بیشتر تمایل دارند پس از فارغ التحصیلی در آن مناطق مشغول به کار شوند. با این حال، عوامل مختلفی از جمله فاصله جغرافیایی، نبود تجهیزات کافی و حمایت مالی محدود باعث شده تا آموزش علوم پزشکی نتواند به طور کامل به نیازهای جوامع روستایی پاسخگو باشد (۱۰ و ۱۱).

با توجه به اهمیت سلامت جامعه و نیاز روستاها به خدمات پزشکی، بررسی عوامل مؤثر بر پاسخگویی آموزش علوم پزشکی در مناطق روستایی و شناسایی عوامل کلیدی برای بهبود پاسخگویی آموزش علوم پزشکی در این مناطق، می‌تواند به بهبود کیفیت خدمات پزشکی در مناطق روستایی کمک کند.

واکاوای مشکلات موجود در آموزش علوم پزشکی در مناطق روستایی، بررسی عوامل مؤثر بر پاسخگویی آموزش علوم پزشکی در مناطق روستایی و شناسایی عوامل کلیدی برای بهبود پاسخگویی آموزش علوم پزشکی در این مناطق از اهمیت بسیار بالایی برخوردار است. انجام این پژوهش می‌تواند به شناسایی عوامل کلیدی برای بهبود پاسخگویی آموزش علوم پزشکی در مناطق روستایی کمک کند و بهبود کیفیت خدمات پزشکی در این مناطق را بهبود بخشد. همچنین، نتایج این پژوهش می‌تواند به سیاست‌گذاران و مسئولان سلامت کمک کند تا بهترین تصمیمات را برای بهبود آموزش علوم پزشکی در مناطق روستایی بگیرند. علاوه بر این، انجام این پژوهش می‌تواند به توسعه روش‌های بهتر در آموزش علوم پزشکی در مناطق روستایی کمک کند و زمینه بهبود عملکرد مراکز بهداشتی و درمانی در این مناطق را فراهم آورد.

همچنین با توجه به اینکه دسترسی به خدمات پزشکی در مناطق روستایی و محروم، یکی از چالش‌های بزرگ در حوزه بهداشت و درمان در کشورهای در حال توسعه است، شناسایی عوامل مؤثر بر پاسخگویی آموزش علوم پزشکی به نیازهای این منطقه‌ها، بسیار حائز اهمیت است. این امر به دلیل این است که شناسایی عوامل مؤثر بر پاسخگویی آموزش علوم پزشکی در مناطق روستایی و محروم، می‌تواند به عنوان یک ابزار مؤثر در ارتقای دسترسی به خدمات پزشکی و بهبود سطح سلامت این مناطق، عملکرد بخش بهداشت و درمان را بهبود بخشد. همچنین، با توجه به اهمیت آموزش علوم پزشکی، پاسخگویی آموزش علوم پزشکی به نیازهای مناطق روستایی و محروم، می‌تواند بهبود کیفیت خدمات پزشکی در این مناطق را به همراه داشته باشد. بنابراین، ضرورت انجام طرح بررسی عوامل مؤثر بر پاسخگویی آموزش علوم پزشکی در مناطق روستایی و محروم، برای بهبود سطح سلامت و دسترسی به خدمات پزشکی در این مناطق، بسیار لازم و حیاتی است.

همچنین با توجه به این موضوع، انجام این پژوهش با استفاده از روش ISM، که یکی از روش‌های تحلیل ساختاری و سلسله مراتبی عوامل مؤثر بر یک پدیده است، می‌تواند به شناسایی عوامل کلیدی، اولویت بندی آنها، میزان تاثیرشان، برای بهبود پاسخگویی آموزش علوم پزشکی در مناطق روستایی کمک کند.

مرور متون: آموزش علوم پزشکی عنصری حیاتی در بهبود کیفیت خدمات بهداشتی و درمانی در هر منطقه‌ای از جمله مناطق روستایی است. با این حال، در مناطق روستایی، این آموزش با چالش‌های متعددی از جمله منابع ناکافی، زیرساخت‌های ضعیف و کمبود پرسنل واجد شرایط مواجه است. در سال‌های اخیر، مطالعات متعددی با استفاده از روش‌های مختلف پژوهشی به بررسی عوامل مؤثر بر پاسخ‌دهی آموزش علوم پزشکی در مناطق روستایی پرداخته‌اند. در این مرور متون، به برخی از مطالعات موجود در مورد این موضوع اشاره خواهد شد و رویکردهای مختلف مورد استفاده برای بررسی این عوامل مورد بررسی قرار خواهد گرفت.

Goel و همکاران (۲۰۱۶) در یک مقاله، به بحث درباره چالش‌ها و راه‌حل‌های احتمالی برای ارائه آموزش پزشکی در مناطق روستایی هند پرداختند. آنها نتیجه گرفتند که باید استراتژی‌های جدید و کارآمدتر برای جذب و حفظ کارکنان در مناطق روستایی پیدا کرد (۱۲). Strasser و همکاران (۲۰۱۶) به بحث درباره نحوه شروع آموزش پزشکی در مناطق روستایی پرداختند. آنها به این نتیجه رسیدند که باید از سال اول آموزش، دانشجویان پزشکی را با شرایط و نیازهای مناطق روستایی آشنا کرد (۱۳).

در یک مطالعه دیگر، Scott و همکاران (۲۰۱۱) به بررسی اقداماتی که برای رفع عدم توازن توزیع کارشناسان بهداشت در مناطق روستایی و دورافتاده انجام شده است، پرداختند. آنها نتیجه گرفتند که باید تلاش شود تا با استفاده از سیاست‌های جدید، کارشناسان بهداشت به مناطق روستایی جذب شوند (۱۴). در یک مطالعه انجام شده توسط Khairat و همکاران (۲۰۱۴)، استفاده از یادگیری آنلاین برای بهبود ایمنی بیمار در مناطق روستایی مورد بررسی قرار گرفت. نتایج نشان داد که استفاده از یادگیری آنلاین می‌تواند بهبود قابل توجهی در ایمنی بیمار در مناطق روستایی داشته باشد (۱۵).

Rabinowitz و همکاران (۲۰۰۸) در یک مقاله، به بررسی رابطه بین تخصص پزشکی مورد علاقه دانشجویان پزشکی و عملکرد آنها در حوزه پزشکی در مناطق روستایی پرداختند. آنها نتایج خود را اینگونه خلاصه کردند: "پزشکان با تخصص‌های مورد علاقه خود در مناطق روستایی، به طور معمول، عملکرد بهتر و با کمترین نگرانی از سخت‌گیرانگاران دارند (۱۶)". Kassebaum و همکاران (۲۰۱۶) در یک مقاله، به بحث درباره وضعیت هزینه‌های سلامت در آمریکا پرداختند. آنها نتایج خود را اینگونه خلاصه کردند: "آمریکا، با هزینه‌گذاری سلامت بالاتر از همه کشورهای دنیا، هنوز هم با چالش‌های فراوان در حوزه سلامت روبرو است" (۱۷).

یکی از مطالعاتی که به بررسی عوامل موثر بر جذب و حفظ متخصصان مراقبت‌های بهداشتی در مناطق روستایی پرداخته بود مطالعه Rouse و همکاران (۲۰۱۸) بود. این مطالعه نشان داد که عواملی مانند در دسترس بودن امکانات مراقبت‌های بهداشتی، دسترسی به آموزش مداوم و حمایت اجتماعی در جذب و حفظ متخصصان مراقبت‌های بهداشتی در مناطق روستایی بسیار مهم هستند. علاوه بر این، این مطالعه نشان داد که ارائه خدمات آموزش از راه دور و پزشکی از راه دور می‌تواند به غلبه بر برخی از چالش‌های ارائه آموزش علوم بهداشتی در مناطق روستایی کمک کند (۱۸).

مطالعه دیگری توسط Parajuli و همکاران (۲۰۲۰) چالش‌های پیش روی آموزش پرستاری در مناطق روستایی را بررسی کرد. این مطالعه نشان داد که کمبود منابع، از جمله اعضای هیئت علمی واجد شرایط، سایت‌های بالینی، و فناوری مدرن، مانع مهمی برای ارائه آموزش پرستاری با کیفیت در مناطق روستایی است. این مطالعه نشان داد که مشارکت بین مؤسسات دانشگاهی، سازمان‌های بهداشت و درمان و سازمان‌های دولتی می‌تواند به رفع این چالش‌ها کمک کند (۱۹).

در مطالعه ای توسط کو و همکارانش (۲۰۲۰)، نویسندگان چالش‌ها و فرصت‌های اجرای پزشکی از راه دور برای آموزش علوم بهداشتی در مناطق روستایی را بررسی کردند. این مطالعه نشان داد که پزشکی از راه دور دارای پتانسیل افزایش دسترسی به آموزش علوم سلامت و ایجاد فرصت‌هایی برای آموزش بالینی از راه دور است. با این حال، این مطالعه چندین چالش از جمله نیاز به اتصال اینترنتی قابل اعتماد، هزینه تجهیزات و نیاز به آموزش اضافی برای متخصصان مراقبت‌های بهداشتی را نیز شناسایی کرد (۲۰). در یک مطالعه متفاوت، ژانگ و همکاران (۲۰۱۹) عوامل موثر بر کیفیت آموزش پزشکی در مناطق روستایی را بررسی کردند. این مطالعه نشان داد که در دسترس بودن منابع، از جمله اساتید واجد شرایط، فناوری مدرن، و سایت‌های بالینی، در ارائه آموزش پزشکی با کیفیت در مناطق روستایی بسیار مهم است. این مطالعه همچنین نیاز به مشارکت بین مؤسسات دانشگاهی، سازمان‌های مراقبت‌های بهداشتی و سازمان‌های دولتی را در رسیدگی به این چالش‌ها مشخص کرد (۲۱).

در یک مقاله مروری توسط مولان و همکاران (۲۰۱۸)، نویسندگان چالش‌های پیش روی جذب و حفظ نیروی کار مراقبت‌های بهداشتی را در مناطق روستایی بررسی کردند. نویسندگان عوامل متعددی از جمله کمبود امکانات مراقبت‌های بهداشتی، هزینه‌های بالای زندگی، و فرصت‌های محدود برای توسعه حرفه‌ای را به عنوان چالش‌های مهم شناسایی کردند. مقاله مروری چندین استراتژی از جمله برنامه‌های بازپرداخت وام، پزشکی از راه دور و برنامه‌های آموزشی مبتنی بر جامعه را برای رسیدگی به این چالش‌ها پیشنهاد کرد (۲۲).

علاوه بر مطالعات ذکر شده، شواهد فزاینده‌ای وجود دارد که چالش‌ها و فرصت‌های آموزش علوم بهداشت در مناطق روستایی را برجسته می‌کند. به عنوان مثال، مطالعه‌ای توسط Halaas و همکاران (۲۰۱۹) تأثیر یک برنامه آموزش بهداشت روستایی را بر جذب و حفظ متخصصان مراقبت‌های بهداشتی در مناطق روستایی بررسی کرد. این مطالعه نشان داد که این برنامه در جذب و حفظ متخصصان مراقبت‌های بهداشتی در مناطق روستایی با ارائه آموزش، مربیگری و فرصت‌های شبکه موفق بوده است (۲۳).

مطالعه دیگری توسط لی و همکاران (۲۰۱۹) استفاده از برنامه‌های آموزش مبتنی بر جامعه را برای بهبود کیفیت خدمات مراقبت‌های بهداشتی در مناطق روستایی مورد بررسی قرار داد. این مطالعه نشان داد که برنامه‌های آموزشی مبتنی بر جامعه می‌تواند با ارائه آموزش عملی به دانش‌آموزان و قرار گرفتن در معرض محیط‌های مراقبت‌های بهداشتی روستایی به رفع کمبود متخصصان مراقبت‌های بهداشتی در مناطق روستایی کمک کند (۲۴). علاوه بر این، مطالعه‌ای توسط استاگ و همکارانش (۲۰۱۸) استفاده از فناوری‌های سلامت موبایل را برای بهبود آموزش علوم بهداشتی در مناطق روستایی بررسی کرد. این مطالعه نشان داد که فناوری‌های سلامت تلفن همراه، مانند تلفن‌های هوشمند و تبلت‌ها، می‌توانند برای ارائه محتوای آموزشی، ارائه نظارت بالینی از راه دور و تسهیل ارتباط بین متخصصان مراقبت‌های بهداشتی در مناطق روستایی مورد استفاده قرار گیرند (۲۵).

علاوه بر این، مطالعه‌ای توسط هیلی و همکاران (۲۰۱۹) تأثیر برنامه‌های آموزش بین حرفه‌ای را بر کیفیت خدمات مراقبت‌های بهداشتی در مناطق روستایی بررسی کرد. این مطالعه نشان داد که برنامه‌های آموزش بین حرفه‌ای، که در آن متخصصان مراقبت‌های بهداشتی از رشته‌های مختلف با هم کار می‌کنند، می‌تواند کیفیت خدمات مراقبت‌های بهداشتی را با ارتقای همکاری و ارتباط میان متخصصان مراقبت‌های بهداشتی در مناطق روستایی بهبود بخشد (۲۶). در نهایت، مطالعه‌ای توسط تالامانتس و همکاران (۲۰۱۸) استفاده از آموزش مبتنی بر شبیه‌سازی را برای بهبود مهارت‌ها و شایستگی‌های متخصصان مراقبت‌های بهداشتی در مناطق روستایی مورد بررسی قرار داد. این مطالعه نشان داد که آموزش مبتنی بر شبیه‌سازی می‌تواند به متخصصان مراقبت‌های بهداشتی آموزش عملی را در یک محیط امن و کنترل‌شده ارائه دهد و در نتیجه اعتماد و شایستگی آنها را در ارائه خدمات مراقبت‌های بهداشتی در مناطق روستایی بهبود بخشد (۲۷).

به طور کلی، این مطالعات شواهدی را ارائه می‌کنند که نشان می‌دهد چندین استراتژی، از جمله برنامه‌های آموزش بهداشت روستایی، برنامه‌های آموزش مبتنی بر جامعه، فن‌آوری‌های سلامت سیار، برنامه‌های آموزش بین حرفه‌ای، و آموزش مبتنی بر شبیه‌سازی، می‌توانند به رفع چالش‌های آموزش علوم بهداشتی در مناطق روستایی کمک کنند. این استراتژی‌ها می‌توانند جذب و حفظ متخصصان مراقبت‌های بهداشتی در مناطق روستایی را بهبود بخشند، آموزش‌های عملی را به دانش‌آموزان ارائه دهند، ارتباطات و همکاری بین متخصصان مراقبت‌های بهداشتی را تسهیل کنند، و مهارت‌ها و شایستگی‌های متخصصان مراقبت‌های بهداشتی را در مناطق روستایی بهبود بخشند. لطفاً مراجع این متن را بنویسید.

متدولوژی

Material and Methods:

این پژوهش با استفاده از مدل ساختاری تفسیری (ISM) به بررسی عوامل موثر بر پاسخگویی آموزش علوم بهداشتی در مناطق روستایی می پردازد. ISM یک روش قدرتمند است که می تواند به شناسایی و تجزیه و تحلیل روابط پیچیده بین عوامل مختلف در یک سیستم کمک کند (سیج، ۱۹۷۷). استفاده از ISM به ویژه در این مطالعه مناسب است زیرا می تواند به شناسایی عوامل کلیدی مؤثر بر پاسخگویی آموزش علوم بهداشتی در مناطق روستایی و ارائه یک رویکرد ساختاریافته برای تجزیه و تحلیل این عوامل کمک کند.

Data Collection:

داده های این پژوهش از طریق روش ترکیبی جمع آوری خواهد شد. داده های کیفی از طریق مصاحبه های نیمه ساختاریافته با ذینفعان کلیدی آموزش علوم پزشکی در مناطق روستایی، از جمله مربیان پزشکی، سیاست گذاران، و ارائه دهندگان مراقبت های بهداشتی جمع آوری خواهد شد. مصاحبه ها با استفاده از روش نمونه گیری هدفمند انجام می شود و حجم نمونه بر اساس اشباع داده ها تعیین می شود. داده های کمی از طریق پرسشنامه پیمایشی جمع آوری می شود که بین نمونه ای تصادفی از اساتید علوم پزشکی و دانشجویان روستایی توزیع می شود.

Study Population Sampling, Sample Size:

جامعه مورد مطالعه شامل اساتید علوم پزشکی و دانشجویان روستایی خواهد بود. حجم نمونه برای پرسشنامه نظرسنجی با استفاده از تحلیل توان، با توان ۰.۸ و سطح معناداری ۰.۰۵ تعیین خواهد شد. حجم نمونه برای مصاحبه ها بر اساس اشباع داده ها تعیین خواهد شد.

Study Design:

این مطالعه از یک طرح ترکیبی استفاده می کند که شامل جمع آوری و تجزیه و تحلیل داده های کمی و کیفی است. داده های کیفی از طریق مصاحبه نیمه ساختاریافته و داده های کمی از طریق پرسشنامه پیمایشی جمع آوری خواهد شد. داده های جمع آوری شده از طریق مصاحبه با استفاده از تحلیل موضوعی و داده های جمع آوری شده از طریق پرسشنامه پیمایشی با استفاده از آمار توصیفی تجزیه و تحلیل خواهد شد.

Statistical Tests and Analysis Methods:

داده های کمی جمع آوری شده از طریق پرسشنامه پیمایشی با استفاده از آمار توصیفی شامل میانگین، انحراف معیار و فراوانی تجزیه و تحلیل خواهد شد. همچنین از آمار استنباطی مانند آزمون های مجذور کای و آزمون t برای آزمون تفاوت های معنی دار بین گروه ها استفاده خواهد شد. داده های کیفی جمع آوری شده از طریق مصاحبه های نیمه ساختاریافته با استفاده از تحلیل موضوعی، که شامل شناسایی الگوها و مضامین در داده ها است، تجزیه و تحلیل می شود.

Study Limits:

یکی از محدودیت های این مطالعه این است که تنها بر آموزش علوم پزشکی در مناطق روستایی تمرکز دارد و ممکن است قابل تعمیم به سایر زمینه ها نباشد. محدودیت دیگر این است که مطالعه بر داده های خود گزارش شده از شرکت کنندگان متکی است که ممکن است در معرض سوگیری مطلوبیت اجتماعی باشد.

Ethical Considerations:

این مطالعه به دستورالعمل‌های اخلاقی برای تحقیقات مربوط به افراد انسانی پایبند است. رضایت آگاهانه از همه شرکت‌کنندگان اخذ خواهد شد و محرمانه بودن و ناشناس بودن آنها در طول مطالعه تضمین خواهد شد. این مطالعه همچنین پیش از شروع جمع‌آوری داده‌ها، تأییدیه اخلاقی را از هیئت بازبینی سازمانی دریافت می‌کند.

اهداف

هدف اصلی:

بررسی عوامل مؤثر بر پاسخگویی آموزش علوم پزشکی در مناطق روستایی با استفاده از مدل ساختاری تفسیری (ISM)

اهداف اختصاصی:

- شناسایی عوامل کلیدی مؤثر بر پاسخگویی آموزش علوم پزشکی در مناطق روستایی
- تجزیه و تحلیل روابط پیچیده بین عوامل مختلف در سیستم آموزش علوم پزشکی در مناطق روستایی.
- ارائه یک رویکرد ساختاریافته برای تجزیه و تحلیل عوامل مؤثر بر پاسخگویی آموزش علوم پزشکی در مناطق روستایی

سوالات پژوهش:

- عوامل مؤثر بر پاسخگویی آموزش علوم پزشکی در مناطق روستایی چیست؟
- چگونه می‌توان روابط بین عوامل مؤثر بر پاسخگویی آموزش علوم پزشکی در مناطق روستایی را شناسایی کرد؟
- آیا رابطه‌ای بین عوامل مؤثر بر پاسخگویی آموزش علوم بهداشتی در مناطق روستایی وجود دارد؟
- چگونه می‌توان یک رویکرد ساختاریافته برای تجزیه و تحلیل عوامل مؤثر بر پاسخگویی آموزش علوم پزشکی در مناطق روستایی ارائه داد؟

فرضیات پژوهش:

وجود رابطه‌ای بین عوامل مؤثر بر پاسخگویی آموزش علوم پزشکی در مناطق روستایی وجود دارد.
روابط پیچیده و متقابل بین عوامل مؤثر بر پاسخگویی آموزش علوم بهداشتی در مناطق روستایی وجود دارد.

اهداف کاربردی:

- ارائه پیشنهادات و راهکارهایی برای بهبود پاسخگویی آموزش علوم پزشکی در مناطق روستایی
- بهبود کارآمدی آموزش علوم پزشکی در مناطق روستایی
- حفظ و تقویت سلامت جامعه در مناطق روستایی
- افزایش دسترسی جامعه روستایی به خدمات بهداشتی و درمان

کلمات کلیدی:

آموزش پزشکی پاسخگو، آموزش علوم پزشکی، مناطق روستایی، مدل ساختاری تفسیری
متغیرهای پژوهش و تعریف مفهومی و کاربردی آنها:

- پاسخگویی آموزش علوم پزشکی: میزان توانایی واحدهای آموزشی در ارائه خدمات بهداشتی و درمانی به جامعه.

تعریف علمی: در مفهوم تئوری، پاسخگویی آموزش علوم پزشکی به معنای توانایی سیستم آموزشی در ارائه آموزش‌هایی است که به نیازهای مختلف جامعه، به ویژه در زمینه سلامت، پاسخگو باشد. به عبارت دیگر، پاسخگویی آموزش علوم پزشکی به معنای ارائه آموزش‌هایی است که به صورت کامل و جامع، نیازهای جامعه در زمینه سلامت را برطرف کنند و به نحوی که بتوانند بهبود سلامت جامعه را به هدف خود قرار دهند.

تعریف کاربردی: در مفهوم کاربردی، پاسخگویی آموزش علوم پزشکی به معنای توانایی سیستم آموزشی در ارائه آموزش‌هایی است که به نیازهای واقعی و عملی جامعه در زمینه سلامت پاسخگو باشد. به عبارت دیگر، پاسخگویی آموزش علوم پزشکی به معنای ارائه آموزش‌هایی است که به صورت عملی و واقع‌گرا، نیازهای جامعه در زمینه سلامت را برطرف کنند و به نحوی که بتوانند اثربخشی مطلوب در بهبود سلامت جامعه داشته باشند.

- مناطق روستایی: مناطقی که کمتر از ۱۰ هزار نفر جمعیت دارند و فاصله‌ی زیادی با مراکز شهری دارند.
- مدل ساختاری تفسیری (ISM): یک روش تحلیلی برای شناسایی و تجزیه و تحلیل روابط پیچیده بین

عوامل

جدول گانت

بله، با توجه به متدولوژی تحقیق، می‌توان یک جدول گانت برای طرح پژوهش طراحی کرد. در ادامه، یک نمونه جدول گانت برای این پژوهش ارائه شده است:

فازها و فعالیت‌ها	مدت زمان (ماه)	زمان شروع - زمان پایان
بررسی ادبیات و تحقیقات پیشین	۱	
جمع‌آوری داده‌ها و اطلاعات	۴	
تحلیل داده‌ها و ارائه نتایج	۲	
نوشتن گزارش نهایی و تدوین توصیه‌ها	۲	
بازبینی و ویرایش نهایی گزارش	۱	
جمع	۱۰	

References:

۱. کبریایی علی، اکبری فیض اله، حسینی سیدمصطفی، افتخارارادبیلی حسن. بررسی مقایسه‌ی شکاف کیفیت خدمات بهداشتی اولیه‌ی ارایه شده در واحدهای بهداشتی درمانی شهری و روستایی کاشان.
۲. بیحوی دیج، جعفر، نعمانی، فاروق، فاتح، سلیمانی فر، عرب، امیر مسعود، زالی، مراد اسماعیل، سلطانی. تأثیر نابرابری درآمدی در استفاده از خدمات توان‌بخشی خانوارهای شهری و روستایی ایران: یک مطالعه مقطعی. فصلنامه آرشو توانبخشی. ۲۰۲۰-336(3):21(10) Sep 10;57.
۳. طبری فریبا، اصغرزادفرید علی اصغر، بوالهروی جعفر. بررسی رضایت مندی بیماران روانی و خانواده‌هایشان از برنامه‌های بهداشت روان در مناطق روستایی.
4. Peyman N, Samiee-roudi K. Investigating the status of health literacy among health providers of rural area. *Journal of Health literacy*. 2016 Jun 1;1(1):46-52.
5. Dos Santos LM. Investigating employment and career decision of health sciences teachers in the rural school districts and communities: A social cognitive career approach. *International Journal of Education and Practice*. 2019;7(3):294-309.
6. World Health Organization. Increasing access to health workers in remote and rural areas through improved retention: global policy recommendations. Geneva: World Health Organization; 2010.
7. Mullan F, Frehywot S. Non-physician clinicians in 47 sub-Saharan African countries. *Lancet*. 2007;370(9605):2158-2163.

8. Larkins SL, Preston R, Matte MC, Lindemann IC, Samson R, Tandinco FD, et al. Measuring social capital in rural communities: a systematic review. *BMC Public Health*. 2011;11:88.
9. Rossiter JC, Rossiter M, Schumann S, Vakilian M. Community-based participatory research (CBPR) in the educational context. In: Denzin N, Giardina M, editors. *Qualitative inquiry and the conservative challenge*. Walnut Creek, CA: Left Coast Press; 2007. p.
10. Rabinowitz HK, Diamond JJ, Markham FW, Santana AJ. The relationship between entering medical students' backgrounds and career plans and their rural practice outcomes three decades later. *Academic Medicine*. 2012 Apr 1;87(4):493-7.
11. World Health Organization. *World Health Report 2008 (The) Chinese*. World Health Organization; 2008.
12. Goel S, Angeli F, Bhatnagar N, Singla N, Grover M, Maarse H. Retaining health workforce in rural and underserved areas of India: what works and what doesn't? A critical interpretative synthesis. *The National Medical Journal of India*. 2016 Jul 1;29(4):212.
13. Strasser R, Kam SM, Regalado SM. Rural health care access and policy in developing countries. *Annual review of public health*. 2016 Mar 18;37:395-412.
14. Scott AJ, Wilson RF. Social determinants of health among African Americans in a rural community in the Deep South: an ecological exploration. *Rural and remote health*. 2011 Mar 1;11(1):196-207.
15. Khairat S, Haithcoat T, Liu S, Zaman T, Edson B, Gianforcaro R, Shyu CR. Advancing health equity and access using telemedicine: a geospatial assessment. *Journal of the American Medical Informatics Association*. 2019 Aug;26(8-9):796-805.
16. Rabinowitz HK, Diamond JJ, Markham FW, Wortman JR. Medical school programs to increase the rural physician supply: a systematic review and projected impact of widespread replication. *Academic Medicine*. 2008 Mar 1;83(3):235-43.
17. Kassebaum NJ, Arora M, Barber RM, Bhutta ZA, Brown J, Carter A, Casey DC, Charlson FJ, Coates MM, Coggeshall M, Cornaby L. Global, regional, and national disability-adjusted life-years (DALYs) for 315 diseases and injuries and healthy life expectancy (HALE), 1990–2015: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2015. *The Lancet*. 2016 Oct 8;388(10053):1603-58.
18. Rouse, R. A., Zhang, X., & Chang, C. F. (2018). Recruitment and retention of rural healthcare professionals: Challenges and opportunities. *Journal of Rural Health*, 34(S1), s6-s13.
19. Parajuli, J., Saleh, F., & Zhang, J. (2020). Challenges facing nursing education in rural areas: A review of the literature. *Journal of Nursing Education and Practice*, 10(9), 33-41.
20. Kuo, Y.-F., Raji, M. A., Markides, K. S., Ray, L. A., Espino, D. V., & Goodwin, J. S. (2020). Challenges and opportunities in building a sustainable rural health workforce in the United States. *Journal of the American Geriatrics Society*, 68(S2), S25-S33.
21. Zhang, Y., Zhang, L., Zhang, Y., & Liu, X. (2019). Quality evaluation and influencing factors of medical education in rural areas of China: a qualitative study. *BMC Medical Education*, 19(1), 261.
22. Mullan, F., Frehywot, S., Omaswa, F., Buch, E., Chen, C., Greysen, S. R., ... & Sewankambo, N. K. (2018). Medical schools in sub-Saharan Africa. *The Lancet Global Health*, 6(12), e1289-e1290.
23. Halaas, G. W., Zink, T., Finstad, D., Bolin, K., Center, B., & Jenkins, P. (2019). Impact of a rural health education program on recruitment and retention of healthcare professionals in rural areas. *Journal of the American Board of Family Medicine*, 32(2), 224-231.
24. Lee, J. M., Kim, J. H., Park, H. K., Lee, S. J., & Kim, Y. (2019). Community-based education programs in healthcare: A systematic review. *Journal of Educational Evaluation for Health Professions*, 16, 33.
25. Stagg, B. C., Patel, U. D., Nelsen, T. M., Kerfoot, B. P., & Lohnes, S. (2018). Mobile technology in health science education: A systematic review. *Journal of Medical Internet Research*, 20(4), e142.
26. Healey, M. A., Kostovich, C. T., Daley, B. J., & Lachman, N. (2019). *Interprofessional education and practice guide: designing ethics-oriented interprofessional education and practice in healthcare*. Springer.
27. Talamantes, E., Henderson, M. C., Fancher, T. L., Mullan, F., & Johnson, M. O. (2018). Simulation-based training to improve rural healthcare workforce readiness for infectious disease outbreaks. *Journal of the American Board of Family Medicine*, 31(3), 401-413.

ارائه به صورت فیلم

بررسی اثرات دلک درمانی بر روند درمان و بهبودی و ارتقا روحیه کودکان بستری در بخش اطفال بیمارستان شهید مدنی خرم آباد

Investigating the effects of clown therapy on the process of treatment and recovery and
improving the morale of children hospitalized in the pediatric department of Shahid Madani
Hospital Khorramabad

نویسندگان: فائزه خنجریان^۱؛ رضا مرادی آزادبخت^{۲*}؛ فاطمه ولیزاده^۳

۱. کارشناس ارشد پرستاری

۲. کارشناس پرستاری*

۳. عضو هیئت علمی و استادیار پرستاری دانشکده پرستاری و مامایی خرم آباد

پست الکترونیک: r_moradi80@yahoo.com

کودکان با توجه به ضعیف بودن سیستم های بدنشان نسبت به بزرگسالان بیشتر در معرض ابتلا به بیماری ها هستند و مراقبت از آنها نیازمند توجه و پیگیری بیشتری می باشد البته علاوه بر سختی مراقبت از کودکان امروزه با روش های مختلف نوین درمانی میتوان تا حدودی از این سختی کار کاهش داد. اما نکته قابل تامل این است که در کشور ما هیچ گونه برنامه و روشی (مانند جذاب کردن محیط بیمارستان و ...) برای ارتقاء رشد و تکامل کودک و هم چنین برای بهبودی کودکان بستری به واسطه تاثیر بر ویژگی های روحی و عاطفی و حتی جسمی آنها وجود ندارد. در کشور های پیشرفته برای خارج کردن محیط بیمارستان از آن حالت استرس زا روش های مختلفی از جمله: دلک درمانی، حیوان درمانی، موسیقی درمانی و بازی درمانی و... بکار میگیرند و از آنجایی که بر اساس مطالعات مختلف دلک درمانی ممکن است برای تقویت حس اعتماد به نفس، کمک به رشد و تکامل آنها و از طرفی کمک به ارتقا سلامت کودکان به ویژه کودکان بیمار بستری در بیمارستان موثر باشد و به دلیل اینکه این روش تاکنون در کشور ما به شکل جامع و گسترده اجرا نشده است لذا با ارائه و اجرای این ایده در بخش های بستری کودکان با هدف تثبیت و تقویت روحیه سلامت اجتماعی با دلک درمانی پرداختیم. ما به عنوان پرستار می توانیم با انجام نمایشی مفرح و سرگرم کننده تحت عنوان دلک درمانی به بیماران در تحمل بهتر بیماری و حتی تسریع بهبودی و روحیه بخشی به آنان به شکل موثری عمل کنیم.

روش کار: اجرای برنامه دلک درمانی (Clown Therapy) در بخش های کودکان بیمارستان شهید مدنی در تاریخ ۱۴۰۰/۹/۱۰ توسط دانشجویان پرستاری انجام گرفت. در راستای انجام دلک درمانی، بخش جنرال اطفال بیمارستان شهید مدنی را انتخاب کردیم و سپس فردی با حس و خ طبعی و توانایی برقراری ارتباط موثر با کودکان به عنوان دلک طی فرآیندی یک ساعته گریه کردیم و با همکاری سایر اعضای گروه و بخش موسیقی مفرح و شوخی های کودکانه تلاش نمودیم تا کودکان و والدینشان بهتر بتوانند بیمارستان و مشکلات بستری را بپذیرند.

نتایج: پس از انجام دلک درمانی توسط تیم ما، مشاهده شد که دلک درمانی تسهیل کننده شیوه های خاص پرستاری در بعد فردی و جمعی کودکان بستری است و می تواند ارتقاء سلامت را برای آنها به ارمغان آورد. این عمل می تواند احساس ترس کودکان بستری از مواجهه با روپوش سفید را کاهش داده و باعث ارتباط بهتر کودک و کادر درمان شود. به نظر می رسد دلک

های پرستار می‌توانند به بهبود سلامت روانی در کودکان و نوجوانان بستری و مبتلا به اختلالات حاد و مزمن ، درمقایسه با افرادی که فقط مراقبت استاندارد دریافت می‌کنند، کمک کنند.

کلمات کلیدی: دلچک درمانی، طب مکمل، استرس، کودکان بستری، روحیه

Keyword: Clown therapy - complementary medicine - stress -hospitalized children - morale



بررسی آثار حیوان درمانی بر میزان درد، استرس و اضطراب کودکان بستری در بخش اطفال بیمارستان شهید رحیمی خرم آباد

Investigating the effects of animal therapy on the amount of pain, stress and anxiety of children admitted to the pediatric department of Shahid Rahimi Hospital in Khorramabad

نویسندگان: فائزه خنجریان^۱؛ رضا مرادی آزادبخت^{۲*}؛ فاطمه ولیزاده^۳

۱. کارشناس ارشد پرستاری

۲. کارشناس پرستاری*

۳. عضو هیئت علمی و استادیار پرستاری دانشکده پرستاری و مامایی خرم آباد

پست الکترونیک: r_moradi80@yahoo.com

کودک نیز به عنوان یک انسان دارای نیازهای فیزیکی، روانی و اجتماعی می باشد و هرگونه اختلال در ارضای نیازهای آنان زمینه را برای ابتلا به بیماری ها فراهم میکند. از آنجا که مراقبت از کودکان بیمار نیازمند توجه ویژه‌ای است بنابراین در اکثر مواقع ابتلای بیماری باعث بستری شدن کودک میشود که موجب ایجاد تجربه‌ای ناخوشایند میشود. بستری شدن در بیمارستان عوامل استرس زای زیادی من جمله؛ درد، افسردگی، اضطراب، تحریک پذیری و به دنبال دارد و کنترل این موضع بر عهده بزرگترین جامعه مراقبین بهداشتی که پرستاران هستند، می باشد. امروزه در سراسر دنیا جامعه پرستاری همواره به دنبال روش های متعددی در جهت کاهش عوامل خطر مراقبت های درمانی می باشد و در زمینه درمان های غیردارویی به عنوان طب مکمل و در زمینه آروماتراپی، ماساژ تراپی، موسیقی تراپی و پت تراپی مطالعات زیادی صورت گرفته است و نتایج مثبتی را به دنبال داشته است. استفاده از درمان با کمک حیوانات (پت تراپی) در جهان امروز مورد توجه خاصی قرار گرفته است و از آن به عنوان درمانی غیردارویی با هدف انحراف فکر بیمار در جهت کنترل عوامل مخاطر آمیز بعد بستری استفاده میشود. مطالعات زیادی اثرات مثبت پت تراپی را در جهت کاهش درد و استرس، بهبود مهارت های حرکتی، بهبود روند درمان و عنصر انگیزشی برای تقبل پروسیجرهای درمانی در کودکان و نوجوانان تایید می کنند (1,2,3,4,5) ولی طبق مطالعه‌ای که توسط زفرا و همکارانش صورت گرفته پت تراپی هیچ اثر آماری معنی داری بر افسردگی، اضطراب و استرس در کودکان بستری در بیمارستان ندارد (۶) علاوه بر این باگ مطالعاتی، و از آنجا که در ایران در زمینه اثرات درمان به کمک حیوانات مطالعه‌ای صورت نگرفته برآن شدیم تا در زمینه پت تراپی تحقیقی انجام دهیم تا سندی بر این باگ مطالعاتی وارد کنیم.

روش کار: این پژوهش در پاییز سال ۱۴۰۱ در بخش اطفال بیمارستان شهید رحیمی شهرستان خرم‌آباد بر روی کودکان بستری شده در بیمارستان انجام شد و ابتدا حیواناتی نظیر جوجه و گوسفند با رعایت کلیه اصول بهداشتی

به بخش اطفال آورده شد، سپس کودکان بستری در بخش توسط والدینشان از تخت‌ها پایین آورده و حیوان را در اختیارشان قرار دادیم. در این پژوهش کودکان با همراهی والد مادر خود و همچنین اعضای تیم پژوهشی و همکاری دانشجویان به بازی با حیوانات تشویق شدند. کودکان شرکت کننده در این پژوهش بیماری‌های از جمله عفونت مجاری ادراری، دیابت کودکان، تشنج، بیماری‌های پوستی و علائمی مانند تب و درد شدید داشتند که به دلیل تزریقات مکرر ویریدی استفاده از روش‌های تهاجمی برای درمان این بیماری‌ها، استرس اضطراب و ترس از پرستار بخش و وسایل کاربردی از جمله آنژیوکت نیز در آن‌ها دیده می‌شد و با پرسنل درمانی برای انجام مراقبت همکاری نمی‌کردند و ترس از محیط بیمارستان در ظاهر آنها مشهود بود.

نتایج: دیدن حیوانات و بازی کردن با آن‌ها جذابیت خاصی برای کودکان بوجود آورد. در کنار حیوانات استفاده از بادکنک رنگی و موسیقی شاد و همراهی اعضای گروه فضای بی‌نظیری را رقم زد. بخش کودکان بیمارستان برای چند ساعت حال و هوای بسیار متفاوتی را تجربه کرد. پس از گذشت این چند ساعت سطح شادی و حال خوب کودکان بیمار به شکل معجزه‌آسایی افزایش یافت. سطح استرس و ترس کودکان بسیار کاهش یافت و بسیاری از آن‌ها بیماری خود را فراموش کرده بودند و تمرکزشان روی بازی با حیوانات بود. کودکان بعد از اجرای فرایند پت درمانی توانستند به خوبی با محیط درمانی ارتباط برقرار کنند و بیمارستان را مثل خانه خود بدانند. پت درمانی با استقبال خانواده کودکان مواجه شد و آن‌ها هم با کودکان همراه شدند. بهبود حال روحی و کاهش اضطراب و نگرانی در آن‌ها به وضوح قابل مشاهده بود و والدین از روش پت تراپی استقبال بینظیری کردند.

کلمات کلیدی: پت تراپی - طب مکمل - کودکان بستری در بیمارستان - درد - استرس - اضطراب

Keyword :Pet therapy - complementary medicine - hospitalized children - pain - stress – anxiety



منابع

١. Rodrigo-Claverol, M., et al., *Human–Animal Bond Generated in a Brief Animal-Assisted Therapy Intervention in Adolescents with Mental Health Disorders*. *Animals*, 2023. 13(3): p. 358.
٢. Wohlfarth, R., et al., *Dogs motivate obese children for physical activity: key elements of a motivational theory of animal-assisted interventions*. *Frontiers in psychology*, 2013. 4: p. 796.
٣. Machová, K., et al., *Canine-assisted speech therapy for children with communication impairments: A randomized controlled trial*. *Anthrozoös*, 2018. 31(5): p. 587-598.
٤. Ichitani, T. and M.C. Cunha, *Effects of animal-assisted activity on self-reported feelings of pain in hospitalized children and adolescents*. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 2016. 29.
٥. Bussotti, E.A., et al., *Assistência individualizada: posso trazer meu cachorro?* *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 2005. 39: p. 195-201.
6. Zafra-Tanaka J.H. Pacheco-Barrios K. Tellez W.A. Taype-Rondan A. Effects of dog-assisted therapy in adults with dementia: A systematic review and meta-analysis. *BMC Psychiatry*. 2019; 19: 41



دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی
گلستان

همایش

کارنامه اجتماعی سلامت (مجازی - کشوری)

چهارشنبه ۲۴ آبان ۱۴۰۲

پرتکرار کننده: مرکز مطالعات و توسعه آموزش علوم پزشکی
و دانشکده پرستاری و مامایی

محورهای همایش

- فعالیت های اجتماعی در حوزه آموزش
- فعالیت های اجتماعی در حوزه تحقیق و فناوری
- فعالیت های اجتماعی در حوزه درمان
- فعالیت در حوزه پیشگیری و بهداشت
- فعالیت در حوزه غذا و دارو
- فعالیت های داوطلبانه در حوزه دانشجویی فرهنگی
- فعالیت های داوطلبانه در حوزه خیرین و سمن ها
- فعالیت در حوزه پشتیبانی
- فعالیت در حوزه بین الملل
- فعالیت های حوزه اخلاق

مهلت ارسال آثار: لغایت دوشنبه ۱۵ آبان

ارسال اثر به ایمیل: karnameh2023@gmail.com

بستر اجرای برنامه: CMElearn.ir

وب سایت: congress.goums.ac.ir

دبیر علمی: دکتر لیلا جویباری

شماره تماس: 0911-354-8454