



ارتقای سلامت و موانع موجود

دکتر سید محمد طاوسی

مقدمه

با توجه به نقش محوری سلامت در توسعه و رشد جوامع «علم بهداشت» جهت حفاظت از سلامت پدید آمد و رشد این علم در جهت تقویت و حفاظت از سلامت طراحی شد. رویکردهای متعددی برای حفاظت سلامت و تغییر در اهداف مداخله‌های سلامت مطرح شده است که مهم‌ترین این رویکردها تکیه بر طب پیشگیری به جای درمان و سپس حفاظت از سلامت و ارتقای سلامت به دنبال آن بوده است. هم‌چنین راهبرد فردگرایانه به جمع‌گرایانه و رویکردهای جزنگر به کل‌نگر تبدیل شده است. در این مقاله سعی می‌شود برخی چالش‌ها و مشکلات موجود و موانع فعلی بر سر راه ارتقای سلامت جامعه مورد بررسی قرار گیرد و راهکارهای مناسب جهت رفع آن‌ها پیشنهاد شود.

تعریف ارتقای سلامت (منشوراتاوا ۱۹۸۶)

مجموعه‌ای از اقدام‌ها و فرآیندها که افراد را قادر می‌سازد بهترین کنترل را روی مؤلفه‌های سلامت داشته باشند. در واقع ارتقای سلامت یعنی آموزش بهداشت به اضافه مداخله‌های سیاسی، اجتماعی و زیست محیطی. پس ارتقای سلامت فرآیند دستیابی به تغییر مثبت و پایدار در افراد، سازمان‌ها و جامعه در جهت بهبود سلامت و پیشگیری از بیماری است.

ارتباط بین توسعه و سلامت

همان طور که می‌دانیم سالم بودن، آثار مثبت اقتصادی برای فرد و جامعه دارد. افراد جامعه‌ای که سالم‌تر هستند از نظر اقتصادی منابع زیادی را صرفه‌جویی می‌کنند؛ اما WHO و منشور اتاوا می‌گوید، «سلامت» از حقوق اولیه بشر است، همان طور که آزادی و حیات یکی از حقوق اولیه بشر است. بنابراین همه دولت‌ها ملزمند تلاش کنند که حق اولیه افراد جامعه را تأمین کنند. در منشور بانکوک در سال ۲۰۰۵ تأکید شده است که ارتقای سلامت را به عنوان حق اولیه بشر در نظر بگیریم و رسیدن به سلامت را باید در مرکز توجه خود قرار دهیم.

به جز WHO که مهم‌ترین مرجع در زمینه سلامت است، سازمان ملل نیز با تعریف اهداف هزاره سوم تأکید زیادی روی سلامت دارد و از سلامت به عنوان محور توسعه یاد می‌کند.

سلامت، محور توسعه

همان طور که منشور بانکوک می‌گوید دولت‌ها باید تعهد کنند که «سلامت» محور «توسعه» باشد. اما سؤالی که مطرح می‌شود این است که چرا برای توسعه اقتصادی، اجتماعی و غیره باید «سلامت» محور باشد؟

پاسخ این است که جامعه سالم کارایی بیشتر، بهره‌وری بیشتر و تولید بهتری دارد. چه در سطح فردی، خانوادگی و اجتماعی افراد سالم منابع کمتری را برای درمان صرف می‌کنند و ما با منابع کمتری که در زمینه پیشگیری صرف می‌کنیم؛ می‌توانیم مبالغ هنگفتی از درمان صرفه‌جویی کنیم. افراد سالم طول عمر بیشتری دارند، پس بهتر می‌توانند برای جامعه خود مفید واقع شوند و از زندگی بهتری بهره‌مند شده و لذت ببرند. از آنجا که جوامع روزبه‌روز در حال مسن‌تر شدن هستند اگر به سلامت افراد جامعه توجه نداشته باشیم، هزینه‌های درمانی این افراد برای جامعه و دولت‌ها بسیار سنگین خواهد بود.

منشور بانکوک

منشور بانکوک تأکید صریح دارد که ارتقای سلامت باید محور توسعه باشد. پس باید همه سازمان‌ها و دولت‌ها در محور همه تصمیم‌گیری‌ها به سلامت جامعه توجه داشته باشند. به عنوان مثال در مورد احداث یک کارخانه باید ابتدا تأثیرات احداث کارخانه بر سلامت افرادی که در آن محل و یا حتی دورتر زندگی می‌کنند، مورد بررسی قرار گیرد و تنها به

جنبه‌های توجیه اقتصادی آن توجه نشود.

در واقع در تصمیم‌گیری‌هایی که در خارج از وزارت بهداشت اتخاذ می‌شود، باید افرادی از متخصصان در امر سلامت نیز حضور داشته باشند تا مسأله با محوریت سلامت مورد بررسی و تصمیم‌گیری قرار گیرد.

باید توجه داشت که ارتباط بین سلامت و توسعه یک ارتباط پیچیده و دوجانبه است. همان طور که تصمیم‌های توسعه بر روی سلامت تأثیر می‌گذارد، سلامت نیز بر توسعه تأثیرگذار است وقتی جامعه سالم‌تری داشته باشیم، اقتصاد پویاتری نیز خواهیم داشت.

در مورد بروز یک بیماری نیز فقط بعد اقتصادی و درمان مطرح نیست؛ بلکه باید ابعاد خانوادگی، روحی، اجتماعی و ناتوانی‌های پس از بروز آن را نیز در جامعه مدنظر داشت. وقتی تورم در جامعه‌ای بالا برود، مردم، هزینه‌های مربوط به سلامت را محدود می‌کنند. سازمان جهانی بهداشت دولت‌ها را از نظر تکنیکی و علمی حمایت می‌کند، چه خوب است که این هزینه کرد علمی‌تر و هدفمندتر باشد.

دلایل اقتصادی نیز مشوق خوبی است تا دولت‌ها روی سلامت سرمایه‌گذاری کنند. به عنوان مثال در مطالعه‌ای که در کانادا انجام شده است به ازای هر یک دلار که برای سلامت هزینه می‌شود، حدود ۲۵ دلار صرفه‌جویی اقتصادی انجام می‌شود.

نقش سلامت در جامعه امروزی

حال اگر به نقش و جایگاه سلامت در جامعه ایران نگاه کنیم، در می‌یابیم که از نظر عملی سلامت در جامعه امروز نقش محوری ندارد.

این نقش محوری زمانی خود را به خوبی نشان می‌دهد که ما در سیاستگذاری‌های اجتماعی، تبیین کارهای زیربنایی و نیز ورود کالا و خدمات در جامعه، پایه و اساس را بر سلامت عمومی افراد جامعه قرار دهیم و این نیازمند مداخله‌های کارشناسی بهداشتی در تمام زمینه‌های یاد شده است. از ورود کالا و قطعات به کشور گرفته تا انجام کارهای زیربنایی باید همگی با محوریت سلامت انجام شود. در این زمینه چالش‌های اساسی به شرح ذیل وجود دارد:

۱. آموزش نامناسب و غیرکاربردی: برای به دست گرفتن محوریت توسعه و اظهار نظر در این باب نیازمند دانش گسترده و عمیق و کاربردی هستیم. حال باید فکر کنیم که یک دانشجوی پزشکی یا بهداشت چقدر در مورد



۳. نبود متولی واحد برای سلامت جامعه؛ نبود متولی واحد برای سلامت جامعه سبب می‌شود، هزینه و وقت زیادی در بحث همکاری بین بخشی به هدر رود. از سوی دیگر هیچ ابزار اجرایی و قانونی در بسیاری از موارد وجود نداشته و نیز نظرات غیرکارشناسی ضمن هدر دادن منابع، آسیب‌های بسیاری به سلامت همگانی وارد می‌سازد. به عنوان مثال بنا به اذعان مسؤولان در بسیاری از برنامه‌های تلویزیونی وجود «آزبست» در لنت ترمز غیراستاندارد بسیاری از خودروها سبب شده است، میزان این آلاینده سرطان‌زا در هوای کلان شهرهایی مثل تهران به چندین برابر حد استاندارد جهانی برسد؛ در حالی که هیچ مسؤولی جوابگوی این مشکل به طور جدی نیست.

با توجه به اهمیت آلودگی هوا در شهرهای بزرگ و نقش آن در بروز بیماری‌های انسدادی مزمن ریوی، سرطان‌های سیستم تنفسی و نیز سرطان خون، ما هیچ نقش محوری در سازمان‌های شهرداری و نیز سازمان ترافیک از نظر

عوامل زیان‌آور محیطی نظیر آزبست^۱، رنگ‌های شیمیایی، آلاینده‌های زیست محیطی، مواد سرطان‌زا و ارتباط علمی آن با بروز بیماری‌ها آگاهی دارد.

نکته دیگر این که ما در دانشگاه‌ها چقدر اقتصاد سلامت را تدریس می‌کنیم و جایگاه آموزش «پیشگیری» یا بررسی سایر مطالعه‌های انجام‌شده در جهان کجاست؟

۲. وجود سازمان‌های بهداشتی در ارگان‌ها: در بسیاری از ارگان‌ها مانند ارتش، نیروی انتظامی، شرکت نفت و... سازمان‌های بهداشتی مستقل وجود دارند. در واقع این اجزای ارایه‌کننده خدمات سلامت به شکل سیستماتیک عمل نمی‌کنند، چرا که متولیان متفاوت و رویکردهای متنوعی دارند. در واقع افرادی که در بسیاری از جنبه‌ها از اداره استاندارد گرفته تا سایر ادارات در مورد سلامت اظهار نظر می‌کنند، هیچ ارتباط سازمانی با وزارت بهداشت ندارند و فقط از جنبه همکاری بین بخشی مسایل را پیگیری می‌کنند و برخی مسایل را انجام می‌دهند.

تأثیر بر سلامت مردم نداریم. به عنوان مثال با اجرای طرح‌های غیراستاندارد مانند نصب کوبه‌های سرعت‌گیر، تراش آسفالت‌ها، کیفیت نامناسب آسفالت‌های شهری، نصب قطعات دندان‌دار در مسیر حرکت خودروها باعث انتقال مقادیر زیادی ریزآلاینده‌ها و ذرات معلق جدا شده از لاستیک خودروها به هوای شهرها می‌شویم یا در بحث منابع جذب آلودگی اگر خودروهای سواری هر روز استانداردهای متفاوتی وضع می‌کنیم، یک بار برهه زمانی ۲ ساله و بار دیگر برهه زمانی ۵ ساله را برای بررسی این آلاینده‌ها در خودروها وضع می‌کنیم، در حالی که بحث این آلودگی مربوط به میزان کارکرد خودرو می‌شود نه سال تولید آن و دیگر این که بررسی آلاینده‌های خودروها در سطح وسیع نیازمند دستگاه‌های پیشرفته است که باز هم در سطح کشور وجود ندارد.

نکته بعد وجود سموم دفع آفات نباتی غیراستاندارد در صنعت کشاورزی است که به صورت غیرعلمی و سنتی در بسیاری از مزارع مورد استفاده قرار می‌گیرد. به یقین بسیاری از مطالعه‌کنندگان این مقاله، مسمومیت‌های با محصولات کشاورزی و باغی را حتی با رعایت موازین اولیه بهداشتی تجربه کرده‌اند. چقدر با استفاده از این سموم به صورت نابجا و تحویل آن‌ها طبق نظارت‌های دقیق توجه داشته‌ایم؟

چقدر نمونه‌برداری از سطح مزارع کشاورزی و باغ‌ها و بررسی این آلاینده‌ها که بعضی می‌توانند بسیار مضر و حتی سرطان‌زا

باشند را داریم؟

چقدر زمینه را از نظر مالی و اقتصادی برای کشاورزان جهت مبارزه بیولوژیک به جای استفاده از سموم غیراستاندارد فراهم کرده‌ایم؟

در بحث رنگ‌های شیمیایی برای استفاده نابجا از آن در بعضی میوه‌ها چقدر ورود این رنگ‌ها را محدود کرده‌ایم و چقدر استفاده از این رنگ‌ها و تحویل آن‌ها را تحت نظارت دقیق قرار داده‌ایم؟

از نظر سیاست‌گذاری و برای منظم‌سازی بازار و دستیابی به اهداف غیربازاری که همان توسعه سلامت همگانی است، چقدر ابزار اجرایی قوی برای برخورد با خطاکاران و تهدیدکنندگان سلامت عمومی جامعه داریم و این قوانین چقدر باز دارنده هستند؟

مسئله بعد ضعف در کارکردهای اقتصاد سلامت در جامعه ما است. به عنوان مثال طبق آمارهای رسمی حدود ۶۰ درصد جامعه ما بیمه هستند که به طور غیرمستقیم حدود ۷۰ درصد هزینه‌های درمان آن‌ها توسط بیمه پرداخت می‌شود و از آنجا که بیمه‌های درمانی ما دولتی هستند، باید گفت که این هزینه‌ها به طور غیرمستقیم از هزینه‌های دولتی تامین می‌شود. حال اگر بیماری مزمن انسداد ریه (COPD)^۲ را در نظر بگیریم که تحت تأثیر آلاینده‌های داخل و خارج منزل ایجاد می‌شود و یکی از عواملی که در ایجاد آن نقش کلیدی دارد بحث آلودگی خودروهای سواری است که ایجاد کننده بیش از ۷۰ درصد آلودگی‌های هوای شهرها هستند، طبق مطالعه‌های انجام شده در شهری مثل اصفهان شیوع بیماری ۷ درصد در جمعیت مردان بالای ۴۰ سال برآورد شده است و میزان هزینه‌ای که برای یک بیمار مزمن ریوی می‌شود، معادل یک میلیون و هفتصد هزار تومان در سال است. یا برای شهری مانند مشهد با جمعیت بیش از یک میلیون نفری مردان بالای ۴۰ سال این هزینه در سال حدود ۱۱۹ میلیارد تومان خواهد بود.

این رقم بیش از پیش توجه ما را به مسایل ترافیکی و تلاش در جهت توسعه وسایل حمل و نقل عمومی و نیز توسعه معابر عمومی جلب می‌کند. توسعه حمل و نقل عمومی نیز یک بعد قضیه بوده و بعد دیگر آن تلاش برای رفع موانع ترافیکی و نیز تعریض خیابان‌ها است که باید بیش از پیش به آن توجه کرد. باید گفت که طی تحقیقات صورت گرفته بیماری مزمن ریوی در سال ۲۰۲۰ سومین علت مرگ و میر را به خود اختصاص خواهد داد که این اهمیت توجه به مباحث فوق را در پی دارد.

ایجاد سیاست‌های حامی سلامت همگانی در این بخش از جمله محدود کردن عمر استفاده از وسایل نقلیه، محدودیت عبور وسایل نقلیه موتوری پرمصرف در سطح شهرها و حمایت از خودروهای کم مصرف و با آلاینده‌گی پایین داخلی و خارجی می‌تواند نقش مهمی در ارتقای سلامت جامعه داشته باشد.

نتیجه‌گیری

در پایان باید گفت نقش وزارت بهداشت به عنوان متولی سلامت جامعه باید در تمامی جوانب سیاسی و اجتماعی پررنگ‌تر باشد و لازمه این مسئله توجه بیشتر دولت‌ها به مقوله سلامت به عنوان محور توسعه در جامعه است و این محوریت نه تنها در سطح دولت‌ها بلکه در سطح جامعه و مردم نیز باید از طریق فرهنگ‌سازی و استفاده مؤثر از رسانه‌ها، رادیو، تلویزیون و کتب درسی مدارس انجام گیرد. تقویت فرهنگ پیشگیری و حفاظت از سلامت می‌تواند در ارتقای سطح سلامت جامعه نقش مؤثری ایفا کند. مسئله دیگر واگذاری کامل اختیارات به وزارت بهداشت به عنوان متولی سلامت جامعه در تمام زمینه‌ها است و باید ابزارهای اجرایی و قانونی قدرتمند نیز در اختیار متولیان قرار گیرد تا بتوانیم انتظار پاسخگویی واحد و مشخص را در مباحث مرتبط با سلامت جامعه داشته باشیم.

منابع

1. Health communication R.thomas. Health communication. 2006 springer
2. World health organization: Ottawa charter for health promotion 1986. WHO. geneva
3. The millennium development goals report United nations: the millennium development goals report 2008 UN.
4. World health organization: Bangkok charter for health promotion 2005. WHO
5. Health Deputy of iran moh. national study on disease burden in iran. ministry of health; 1386
6. A.S.Fauci, et. Al. Harrison's internal medicine; 2008 The McGraw_Hill: chapter 254. Chronic obstructive pulmonary disease.

پانویس

۱. آزبست (Asbestos) یا پنبه کوهی یا پنبه نسوز نام گروهی از ترکیب‌های معدنی منیزیم و سیلیسیم است که بیشتر در طبیعت به صورت الیاف معدنی و سنگ یافت می‌شود. این مواد به خاطر مقاومت زیادی که در برابر گرما و آتش دارند به عنوان مواد نسوز به کار می‌روند گاهی به این ماده «پشم شیشه» نیز گفته می‌شود، در طبیعت به رنگ‌های سفید، قهوه‌ای و آبی به چشم می‌خورد. این ماده سرطان‌زا و استفاده آن در اروپا و آمریکا ممنوع است.

2. COPD: chronic obstructive pulmonary disease بیماری مزمن انسدادی ریه



آشنایی با آنفلوانزا و راه‌های پیشگیری از آن

محمد حسن مسعودی کارشناس بیماری آنفلوانزا
معاونت بهداشتی دانشگاه علوم پزشکی مشهد

تعریف

آنفلوانزا بیماری ویروسی حاد دستگاه تنفسی است که با تب، سردرد، درد عضلانی، تعریق، آبریزش بینی، گلودرد و سرفه تظاهر می‌کند. سرفه اغلب شدید و برای مدتی ادامه می‌یابد؛ ولی سایر نشانه‌های بیماری بعد از ۲ تا ۷ روز خودبه‌خود بهبود پیدا می‌کند. شناسایی بیماری معمولاً براساس مشخصات اپیدمیولوژیک آن صورت گرفته و موارد تک‌گیر آن را فقط با کمک روش‌های آزمایشگاهی می‌توان تشخیص داد. آنفلوانزا در افراد مختلف ممکن است از سایر بیماری‌های ویروسی دستگاه تنفس قابل تشخیص نباشد. اشکال بالینی بیماری متفاوت بوده و ممکن است، نشانه‌هایی مثل سرماخوردگی، برونشیت، پنومونی ویروسی و بیماری‌های حاد غیرقابل افتراق دستگاه تنفسی را نشان دهد.

عامل بیماری

ویروس آنفلوانزا از خانواده ارتومیکسوویریده است که سه تیپ C و B و A دارد. آنفلوانزای تیپ A با زیرگونه‌های $H2N2$, $H3N2$, $H1N1$ توانسته است همه‌گیری‌ها و جهانگیری‌های بیماری را ایجاد کند. تیپ B ویروس با میزان کمتری مسؤول ایجاد همه‌گیری‌های منطقه‌ای یا گسترده و تیپ C در ایجاد موارد تک‌گیر و همه‌گیری‌های کوچک موضعی نقش داشته است.

روش انتقال، دوره واگیری و کمون

مهم‌ترین راه انتقال ویروس از طریق تماس با قطرات تنفسی بیمار است. انتقال در محیط‌های بسته و اماکن تجمعی و پرجمعیت مثل اتوبوس‌ها، دانشگاه‌ها، مدارس، زندان‌ها و سربازخانه‌ها بیشتر است. ویروس آنفلوانزا ممکن است ساعت‌ها در شرایط سرد و رطوبت کم در محیط، زنده بماند بنابراین انتقال ویروس از طریق ترشحات آلوده نیز صورت می‌گیرد. دوره کمون بیماری کوتاه بوده و معمولاً بین ۱ تا ۳ روز است. دفع ویروس در بالغان بین ۳ تا ۵ روز بعد از بروز نشانه‌های بالینی بیماری و در کودکان تا ۷ روز بعد از آن ادامه خواهد داشت.

واکسن آنفلوانزا

واکسن‌های موجود در جهان و ایران که از سوش‌های شایع همان سال تهیه می‌شود؛ در افراد سالم ۷۰ تا ۹۰ درصد در پیشگیری از بیماری مؤثر است، همچنین موارد بستری ناشی از آنفلوانزا را تا ۵۰ درصد کاهش می‌دهد. زمان ایده‌آل برای واکسیناسیون در نیمکره شمالی زمین از شهریور تا نیمه مهرماه است که کشور ایران نیز در نیمکره شمالی واقع شده است. واکسن آنفلوانزا در داروخانه‌ها موجود است و افراد «در معرض خطر» و «در معرض تماس» می‌توانند نسبت به تهیه و تزریق واکسن اقدام کنند.

افراد «در معرض خطر» بیماری آنفلوانزا شامل:

۱. بیماران ضعیف و ناتوان
۲. سالمندان (افراد بالای ۵۰ سال)
۳. ساکنان آسایشگاه‌ها و کارکنان آن
۴. بیماران مبتلا به بیماری‌های مزمن ریوی، قلبی عروقی، کلیوی و متابولیک
۵. کارکنان حرفه‌های پزشکی و بهداشتی به‌ویژه افراد در تماس مستقیم با بیمار
۶. خانم‌های بارداری که سه ماهه دوم و سوم حاملگی آنان مقارن با فصل شیوع آنفلوانزا باشد
۷. کودکان و نوجوانان ۶ ماهه تا ۱۸ ساله‌ای که تحت درمان طولانی مدت با آسپرین هستند
۸. مراقبان و سایر اعضای خانواده بیمارانی که جزو گروه در معرض خطر هستند
۹. کودکان ۶ تا ۵۹ ماهه

افراد «در معرض تماس» بیماری آنفلوانزا شامل:

کارکنان مراکز بهداشتی درمانی، اورژانس‌ها، نیروهای که در منازل افراد در معرض خطر ارایه خدمت می‌کنند، اعضای خانواده افراد در معرض خطر به‌ویژه کودکان

راه‌های پیشگیری و توصیه‌های بهداشتی در بیماری آنفلوانزا

- ▶ در صورتی که دارای نشانه‌های بیماری سرماخوردگی و آنفلوانزا شامل (تب، سرفه، گلودرد و بدن درد) هستید؛ از شرکت در اماکن تجمعی خودداری کنید.
- ▶ هنگام سرفه یا عطسه، بینی و دهان خود را با دستمال کاغذی بپوشانید.
- ▶ دستمال مصرف شده را فوری پس از استفاده به‌طور مناسب دفع کنید.
- ▶ دست‌های خود را به‌طور منظم، صحیح و به دقت ۲۰ تا ۳۰ ثانیه با آب و صابون بشویید.
- ▶ اگر مبتلا به آنفلوانزا هستید در منزل بمانید و ضمن استراحت از آب و مایعات گرم استفاده کنید.
- ▶ از بیماران مبتلا به آنفلوانزا حداقل ۱/۵ متر فاصله بگیرید.
- ▶ در صورت مشاهده نشانه‌های شبیه به آنفلوانزا فوراً به پزشک مراجعه کنید.
- ▶ هنگام احوال‌پرسی از درآغوش گرفتن، بوسیدن و دست دادن خودداری کنید.
- ▶ از تماس دست‌آلوده با چشم‌ها، بینی و دهان خودداری کنید.

منبع: دستورالعمل کشوری مراقبت آنفلوانزا



بهورز و پژوهش در خانه بهداشت

بهداشتی درمانی روستایی و همکاری مردم برنامه عملی برای رفع مشکل تهیه کنند.

۵. مشخص کنند که با اجرای این برنامه در مدت معین انتظار دارند چه مقدار از اندازه مشکل کاسته شود.

۶. برنامه تهیه شده را اجرا کنند.

۷. در پایان مجدداً مشکل را اندازه‌گیری کنند تا معلوم شود که اجرای برنامه تنظیم شده، مشکل را حل کرده است یا خیر.

اهمیت انجام پژوهش توسط بهورزان

۱. پژوهش سبب رشد علمی و فرهنگی می‌شود و حقایق و واقعیت‌ها را آشکار می‌سازد.

۲. مناسب‌ترین راه برای حل مسأله است و می‌توان از این راه بسیاری از مسایل و مشکلات بهداشتی را کاهش داد یا حل کرد.

۳. نوعی آموزش ضمن خدمت است و افراد درگیر در پژوهش در حین پژوهش به مهارت‌ها و دانش‌هایی دست می‌یابند که قبلاً با آن آشنا نبودند.

۴. پاسخ‌گویی به مشکلات جنبه علمی پیدا می‌کند.

۵. جهت ارتقای سطح علمی بهورزان توجه به پژوهش امری لازم و ضروری است.

۶. چون در پژوهش به دنبال حل مسأله هستیم؛ احتمال این که به نوآوری‌هایی دست یابیم بیشتر است.

تعریف تحقیق و پژوهش

تحقیق عبارت است از جمع‌آوری، بررسی و تفسیر نظام یافته داده‌ها به منظور پاسخ به یک پرسش یا حل مشکل خاص.

انواع تحقیق

از آنجا که از جهات مختلف می‌توان به پژوهش‌ها نگریست، دسته‌بندی‌های متفاوتی نیز ارائه شده است. در این بحث به یکی از این طبقه‌بندی‌ها که بیشتر استفاده می‌شود اشاره می‌کنیم.

خیلی‌ها فکر می‌کنند که پژوهش در انحصار اعضای هیأت علمی و پژوهشگران تربیت شده در دانشگاه‌ها است و هر قدر پژوهشی پیچیده‌تر باشد و در مجلات معتبر دنیا چاپ شده باشد از اعتبار بیشتر برخوردار است. بی‌تردید دانشگاهیان پیشرو امر پژوهش در کشور هستند و چاپ مقالات پژوهشی در مجلات معتبر خارجی شاخص خوبی برای توان علمی یک کشور به حساب می‌آید؛ اما عدالت اجتماعی حکم می‌کند که ما عمده پژوهش‌های خود را به سمت و سویی جهت دهیم که بیشترین فایده را برای مردم کشور خودمان داشته باشد.

برای رسیدن به این هدف مقدس، باید مدیران و کارکنان بهداشت درمان در هر سطحی که هستند باور داشته باشند که می‌توانند با پژوهش کیفیت مدیریت و خدمات خود را ارتقا بخشند و با کمک کارکنان سطوح بالاتر و مشارکت مردم به انجام پژوهش اقدام کنند. در جمعیت روستایی، بهورزان مراقبت‌های بهداشتی را در خانه‌های بهداشت به جمعیت آن روستا ارائه می‌دهند. ارائه خدمات سلامتی به مردم فقط قسمتی از کارهای ضروری برای ارتقای سلامت جامعه محسوب می‌شود. ۷۵ تا ۹۰ درصد سلامتی هر فرد در اختیار خود اوست. با تغییر نگرش سیاست‌گذاران و توجه به خدمات جمعی و ایجاد شوق در بهورزان می‌توان با منابع موجود، در کنار ارائه مراقبت‌های بهداشتی با طراحی ساختار مناسب و سیستم مؤثر خودارزیابی، خانه‌های بهداشت را از یک مرکز صرفاً خدماتی به کانون آموزش، پژوهش و حرکت‌های ارتقای سلامت تبدیل کرد.

بهورزان می‌توانند در گسترش فرهنگ تغذیه سالم، توسعه فردی جمعیت تحت پوشش، تغییر شیوه زندگی، توسعه محیط‌های سالم، تولید دانش و ارائه بازخورد به سیاست‌گذاران، نقش مهمی ایفا کنند و از پژوهش به شرح زیر استفاده کنند:

۱. مشکلات بهداشتی درمانی منطقه خود را شناسایی کنند.

۲. آن‌ها را به صورت عدد و رقم بیان کنند.

۳. علل مشکل را پیدا کنند.

۴. با توجه به علل مشکل و توان خود با راهنمایی کارکنان مرکز

الف. تحقیق بنیادی

این نوع تحقیقات در ظاهر مشکلی از مسایل روز جامعه را حل نمی‌کند و به‌طور مستقیم به یک موضوع کاربردی نمی‌پردازد.

ب. تحقیق کاربردی

تحقیقی است که بر اساس نیاز جامعه انجام گرفته و نتایج پژوهش گامی در جهت برطرف کردن این نیاز است و در واقع کاربرد و نتایج این نوع تحقیق در جامعه مشهود است.

ج. تحقیق بنیادی، کاربردی

برخی تحقیقات بینابینی است. به عبارت دیگر برخی نتایج آن‌ها کاربردی بوده و برخی نتایج آن‌ها بنیادی است.

گام‌های تحقیق در خانه بهداشت

گام اول: انتخاب موضوع (عنوان)

اولین عامل برای شروع یک کار تحقیقاتی احساس وجود مشکل یا پرسش در زمینه‌ای خاص است که موجب می‌شود محقق برای رفع مشکل و دستیابی به پاسخ تحقیق کند.

باید توجه کرد که موضوع به گونه‌ای انتخاب شود تا:

◀ از اولویت برخوردار باشد.

◀ قابل اجرا باشد.

◀ تناسب زمانی داشته باشد.

◀ از دوباره کاری پرهیز شود.

◀ با صرفه باشد.

برای مثال: آلودگی میکروبی آب می‌تواند یک مشکل اولویت‌دار به عنوان موضوع تحقیق در یک خانه بهداشت انتخاب شود.

گام دوم: بیان مسأله

پس از آن که مسأله را تشخیص دادیم و موضوع تحقیق تعیین شد، اقدام بعدی توجیه اهمیت حل مسأله (بیان مسأله) است. در این مرحله در واقع به بررسی علل بروز مشکل می‌پردازیم. در تحلیل مسأله به این نکته توجه می‌کنیم که چه چیز و چه کارهایی با یکدیگر در ارتباطند.

گام سوم: تعیین اهداف تحقیق

هدف یک تحقیق مشخص‌کننده مقصد کار است و شامل هدف کلی، اهداف اختصاصی و اهداف کاربردی است.

هدف کلی: آن چیزی است که در پایان تحقیق به آن خواهیم رسید. اهداف اختصاصی: اجزایی از هدف کلی است که در هر یک از مراحل اجرایی تحقیق باید به نتیجه یکی از آن‌ها دست یابیم.

هدف کاربردی

هدف کاربردی نشان می‌دهد که استفاده نهایی از تحقیق چیست و نتایج تحقیق چگونه می‌تواند در رفع مشکل مؤثر واقع شود.

گام چهارم: اجرای طرح

الف. گردآوری اطلاعات

برای گردآوری اطلاعات در خانه بهداشت می‌توان از اطلاعات زیج حیاتی، دفاتر مراقبت‌های بهداشتی، فرم‌های آمار ماهانه و اطلاعات شخصی بهورز در رابطه با رسومات محلی و مصاحبه با

اهالی روستا استفاده کرد.

ب. تعداد نمونه

برای این که تعداد افراد مورد نظر برای مصاحبه مشخص شود، اگر جمعیت گروه هدف زیاد نیست؛ بهتر است با کل جمعیت مصاحبه شود و اگر تعداد زیاد بود با همکاری تیم مرکز بهداشتی درمانی تعداد نمونه انتخاب شود.

ج. جدول فعالیت‌ها

برای انجام هر یک از فعالیت‌ها، مسؤول تعیین کرده و در جدولی زمان، مکان و تجهیزات لازم مشخص شود.

گام پنجم: تفسیر اطلاعات

در این گام عامل یا عوامل ایجادکننده مسأله تعیین می‌شود؛ چون تفسیر اطلاعات به مهارت کافی نیاز دارد بهتر است از همکاران با تجربه و مربیان کمک گرفته شود.

گام ششم: برنامه ریزی برای حل مسأله

پس از آن که عوامل ایجادکننده مسأله یا مشکل شناسایی شد باید برای رفع آن عوامل به منظور حل مسأله مداخله کرد. به این کار برنامه‌ریزی می‌گویند. برای حل یک مسأله ممکن است راه‌حل‌های متعددی وجود داشته باشد، بهتر است همه آن‌ها در نظر گرفته شود و با توجه به شرایط بهترین راه حل ممکن انتخاب شود.

گام هفتم: اجرا، پایش و کنترل برنامه

برنامه را مطابق جدول فعالیت‌ها اجرا کرده و همواره باید اجرای برنامه کنترل شود تا انحراف از برنامه و مشکلات حین کار مشخص شده و خللی در انجام کار پیش نیاید.

گام هشتم: ارزشیابی

در این مرحله باید دید نتایج برنامه مؤثر و مطلوب بوده است یا خیر؟ برای این کار می‌توان وضعیت موجود را با وضعیت قبل از مداخله با اعداد و ارقام مقایسه کرد این کار را ارزشیابی برنامه می‌گویند. برای مثال:

تعداد بیماران اسهالی مراجعه‌کننده به خانه بهداشت که قبلاً روزانه ۵ نفر بوده تقلیل پیدا کرده است.

آگاهی مادران نسبت به علل بروز بیماری‌های اسهالی و پیشگیری از آن افزایش یافته است.

گام نهم: تهیه گزارش نهایی

پس از اجرای طرح تحقیق، گزارش نهایی تهیه می‌شود. هدف از گزارش نویسی آگاه کردن مسؤولان از مشکل موجود در منطقه و آرایه راهکارها و پیشنهادها برای حل مشکل و جلب موافقت مسؤولان برای اجرای برنامه جهت رفع مشکل است. گزارش باید واضح و قابل فهم بوده و طولانی نباشد. همچنین باید گزارش کامل و مطلوب به ترتیب و منظم بیان شود.

منابع

◀ فصلنامه بهورز شماره ۴۰ پاییز ۱۳۷۸ (دکتر حسین ملک افضلی)

◀ فصلنامه بهورز شماره ۷۷ زمستان ۱۳۸۷

◀ فصلنامه بهورز شماره ۸۴ بهار ۱۳۹۱