

دوره اول، شماره ۱، پاییز ۱۳۹۳، صفحات ۱ تا ۱۰ http://ch.sbmu.ac.ir	سلامت اجتماعی مجله مرکز تحقیقات عوامل اجتماعی موثر بر سلامت	مقاله اصیل
---	--	---------------

معرفی شبکه پایگاه های تحقیقات جمعیتی وابسته به مرکز تحقیقات عوامل اجتماعی موثر بر سلامت دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی: ساختار و روش راه اندازی

علی اصغر کلاهی*

دانشیار پزشکی اجتماعی، مرکز تحقیقات عوامل اجتماعی موثر بر سلامت، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران
* نویسنده مسئول: تهران، ولنجک، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، مرکز تحقیقات عوامل اجتماعی موثر بر سلامت
a.kolahi@sbmu.ac.ir

تاریخ پذیرش: خرداد ۱۳۹۳

تاریخ دریافت: فروردین ۱۳۹۳

نحوه استناد به این مقاله:

Kolahi AA. Introduction of the Research Network of Defined Population Affiliated by the Social Determinants of Health Research Center of Shahid Beheshti University of Medical Sciences: Structure and Start up Methodology. Community Health 2014; 1(1):1-10.

چکیده:

زمینه و هدف: برای تعیین نیاز های سلامت واقعی مردم، محاسبه شاخص های درست و به هنگام و مراقبت از بیماری ها، ایجاد بستر پژوهشی مبتنی بر جمعیت، فراهم سازی بستر آموزش در فیلد و آموزش بدو خدمت و برنامه های بازآموزی، اجرای برنامه های آموزشی و انجام مداخله در جهت ترویج شیوه زندگی سالم، غربالگری و مداخلات درمانی، اجرای نظام ارجاع، تعیین الگوی ارائه خدمات مطلوب نیازمند به یک جمعیت تعریف شده هستیم. هدف این مقاله معرفی شبکه پایگاه های تحقیقات جمعیتی وابسته به مرکز تحقیقات عوامل اجتماعی موثر بر سلامت دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی از نظر ساختار و روش راه اندازی می باشد.

روش و مواد: این پروژه در سال ۱۳۹۱ با انتخاب ۱۰ مرکز بهداشتی درمانی در ۱۰ منطقه شهرداری آغاز شد. در سال های ۱۳۹۲ و ۱۳۹۳ دو مرکز دیگر نیز افزوده شد. در حال حاضر مجموع جمعیت تحت پوشش پایگاه های تحقیقاتی حدود ۴۰۰۰۰ نفر می باشد. ویژگی های انتخاب این جمعیت تشکیل یک جمعیت تعریف شده معرف جمعیت شهر تهران را داده است.

واژگان کلیدی: پایگاه تحقیقات جمعیتی، جمعیت معرف تهران، عوامل اجتماعی موثر بر سلامت

مقدمه

نمی شود، بطوریکه مطالعه کشوری بهره مندی از خدمات سلامت نشان داده است که ۳۱ درصد نیازها در تمام گروه های سنی برآورده نشده است و این نسبت در سالمندان بیش از ۶۵ سال به ۳۵ درصد نیز می رسد. همین مطالعه نشان داد که متوسط بار مراجعه به پزشک عمومی و دندانپزشک به ترتیب ۲/۲ و ۰/۲۹ بار در سال می باشد(۱). چون شاخص معتبری از میزان نیاز به پزشک عمومی در کشور در دسترس نمی باشد جهت مقایسه به آمار مراجعه به دندانپزشک اشاره می کنیم. می دانیم که حداقل مراجعه دوره ای در یکسال برای پیشگیری دو بار می باشد، در حالیکه میزان مراجعه به دندانپزشک حدود یک هفتم این عدد برای همه علل می

سه حیطه شاخص های حیاتی مرتبط با سلامت و بیماری، نیازهای واقعی سلامت و نظام ارائه خدمات و مراقبت از بیماریها از مهمترین ارکان مدیریت حفظ و ارتقاء سطح سلامت جامعه محسوب می شود. در شرایط فعلی فرایند تولید شاخص های حیاتی تنها انعکاس دهنده بخشی از واقعیت ها است، زیرا اکثر این شاخص ها از نیازهای ادراک شده و مورد تقاضا شده توسط مردم محاسبه می شود در حالیکه سهم بزرگی از نیازهای سلامت مربوط به عوامل خطر بیماریها می باشد که بطور معمول توسط عموم مردم درک نمی شود. حتی اگر همه نیازها به تقاضا تبدیل شود، همه آنها بطور کامل برآورده

فراهم نشده است.

در عرصه تحقیقات از یک طرف تعیین شیوع و بروز بیماری ها بدون داشتن تعداد افراد جامعه در معرض خطر (مخرج کسر) غیر ممکن است، از طرف دیگر پژوهش بر روی بیماران مراجعه کننده به مراکز درمانی دانشگاهی، دارای انواع سوگرایی بخصوص سوگرایی انتخاب بیماران در مرحله پیشرفته می باشد.

مشکل دیگر آموزش بالینی دانشجویان پزشکی در بیمارستان های تخصصی و فوق تخصصی است. این بیمارستان ها جهت آموزش برنامه دستیاری و فلوشیپ مناسب می باشند. بدیهی است که دانشجویان باید در جایگاهی آموزش ببینند که پس از فراغت از تحصیل باید در آنجا نقش آفرینی کنند.

موضوع دیگر کیفیت ارائه خدمات سلامت در مراکز بهداشتی درمانی شهری است. خدماتی که در حال حاضر در مراکز بهداشتی درمانی ارائه می شود، تنها به بخشی از نیازهای درک شده و مورد تقاضا به صورت غیر مسئولانه، غیر پاسخگو و با عدم رعایت حقوق مراجعین انجام می شود و با کیفیت مطلوب فاصله زیادی دارد. عوامل زیادی از جمله کمبود منابع، مشکلات نیروی انسانی نظیر کمبود و عدم تطابق با وظایف، عدم انطباق کارکرد های مراکز با نیازهای واقعی مردم و ضعف مدیریت برونی و درونی نظام سلامت دخالت دارد. اگر فرض کنیم که تنها با مدیریت صحیح بتوان کیفیت ارائه خدمات را ارتقاء داد، بدون شک این موضوع نمی تواند در کوتاه مدت و بطور ضربتی در همه مراکز و برای همه جمعیت تحت پوشش انجام شود. ولی می توان این اعمال مدیریت را بطور آزمایشی با جمعیت محدود آزمون نمود و با درس هایی که آموخته می شود، آن را به تدریج گسترش داد. پس یکی از اهداف پروژه تلاش در ایجاد حداقل دو مرکز بهداشتی درمانی از هر یک از پنج مرکز بهداشت تهران می باشد که آنها را به یک مرکز بهداشتی درمانی نمونه تبدیل نموده و خدمات مطلوب با کیفیت را ارائه داد. بعلاوه اگر بنا باشد روزی خدمات سلامت واگذار شود، به جای خدمات با کیفیت فعلی آن خدمات مطلوب آموخته شده واگذار شود.

برای پاسخ به همه این نیازها، یعنی تعیین نیازهای سلامت واقعی مردم، محاسبه شاخص های درست و به هنگام و مراقبت از بیماری ها، ایجاد بستر پژوهشی

باشد. برآورد می شود که بصورت کلی تنها یک چهارم نیاز های واقعی سلامت در همه سنین، در زمان مناسب درک و مورد تقاضا قرار می گیرد. در چنین شرایطی بخش عمده ارائه خدمات سلامت بر اساس ترکیبی از تقاضای واقعی و کاذب، شرایط بازار و سودجویی شرکت ها و بنگاه های اقتصادی شکل می گیرد. حاکمیت شرایط بازار چنان ماهرانه سیطره خود را بر نظام سلامت تحمیل می کند که تقاضای شکل داده شده، نیاز واقعی احساس می شود. فشار تقاضای عمومی و کارگزاران سیاسی و همچنین دیوانسالاری تخصیص منابع موجب می شود تا مدیران و دست اندر کاران تصمیم ساز سلامت جامعه نیز ناگزیر برای تامین منابع جهت نیازهای واقعی جامعه، به شرایط غلبه کننده، مغایر با عدالت اجتماعی و سلامت عمومی جامعه تن دهند. ماحصل این شرایط موجب می شود که در بین مدیران نظام سلامت به جای تلاش در جهت تامین نیاز های واقعی، ارزان و مؤثر سطح اول پیشگیری و ارتقاء سلامت، مسابقه هزینه کردن و گران تر کردن خدمات غیر ضروری سطح سوم در گیرد که نتیجه آن به جز سودسازی برای سازندگان تجهیزات پزشکی و شرکت های دارویی و کاهش سطح سلامت جامعه نیست. مثال بارز آن انجام سزارین های غیرضروری است. در حالیکه تنها حدود ۱۱٪ مادران از سزارین سود می برند و افزایش آن ۱۷٪ در سوئد افزایش زیادی محسوب می شود (۲)، آمار سزارین در بیمارستان های خصوصی تا ۷۵٪ در سال ۱۳۷۶ و ۶۵/۴٪ در سال ۱۳۷۸ بوده است (۳)، یعنی برای این همه سزارین اضافی تمام زیر ساخت ها و نیرو های انسانی و پشتیبانی مالی انواع بیمه ها فراهم شده است، در حالیکه خیلی از خدمات ضروری پیشگیری و ارتقاء سلامت در حوزه سلامت باروری و مادران به علت کمبود نیروی انسانی و منابع بطور کامل انجام نمی شود. این فرایند تنها اختصاص به اولویت درمان های گران قیمت و غیر ضروری ندارد، بلکه در مورد تربیت نیروی انسانی گروه پزشکی که وزارت بهداشت بیشتر از درمان، حاکمیت مدیریتی دارد، به جای تربیت نیروی های مورد نیاز در مقاطع کاردانی و کارشناسی بهداشت خانواده مبادرت به تربیت کارشناس مامایی یا پزشک عمومی می شود که یا برای همه آنها کاری وجود ندارد و یا امکان بکارگیری آنها

۱۴- تعیین الگوی ارائه خدمات مطلوب برای گسترش یا واگذاری

مطالعات مشابه در کشور:

دو برنامه مشابه در کشور انجام شده است که به اختصار به آنها اشاره می شود.

۱- مطالعه قند و لیپید تهران، که توسط مرکز تحقیقات غدد

درون ریز دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی با مشارکت ۱۷۰۰۰ نفر از ساکنان منطقه ۱۳ واقع در شرق تهران با هدف بررسی عوامل خطر ساز آترواسکلروز و پژوهش های مداخله ای به منظور پیشگیری اولیه با اعمال تغییرات ضروری در شیوه زندگی بر روی این جمعیت و طرح های پیشگیری ثانویه و ثالثیه در سال ۱۳۷۶ آغاز شده و همچنان ادامه دارد(۴). تفاوت های پروژه حاضر با مطالعه قند و لیپید تهران.

الف- از نظر موضوع تمام جنبه های سلامت را در نظر می گیرد، بنابراین بستر پژوهشی را برای همه مراکز تحقیقاتی و دانشکده های تابعه جهت برنامه های غربالگری، ارزیابی خطرات سلامت و مداخلات درمانی فراهم می کند.

ب- از نظر جغرافیایی تمام نقاط شهر تهران (جمعیت تحت پوشش ۱۲ مرکز بهداشتی درمانی از پنج مرکز شمیرانات، شمال، شمال غرب، شرق و غرب) و از نظر جمعیت بیشتر از آن (حدود ۴۰۰۰۰ نفر) را شامل می شود. این تفاوت به علت وضعیت اجتماعی اقتصادی ساکنین شهر تهران اهمیت قابل توجهی دارد.

ج- گستردگی جمعیت تحت پوشش امکان اجرای برنامه های مراقبت از بیماری ها (surveillance) و محاسبه شاخص های حیاتی (تولد، ازدواج، طلاق، مرگ و مهاجرت) و ابتلا را بصورت دقیق و به هنگام فراهم می کند.

د- به علت استفاده از امکانات گسترده شبکه مراکز بهداشتی درمانی تحت پوشش معاونت امور بهداشتی و وجود رابطین داوطلب بهداشت (۵) اجرای طرح، هزینه اندکی دارد. همچنین به دلیل اینکه این مراکز مورد مراجعه مردم هستند از نظر ارتباطات و مشارکت مردم مشکلات کمتری دارد.

مبتنی بر جمعیت، فراهم سازی بستر آموزش در عرصه و آموزش بدو خدمت و برنامه های بازآموزی، اجرای برنامه های آموزشی و مداخلات در جهت ترویج شیوه زندگی سالم، غربالگری و مداخلات درمانی، اجرای نظام ارجاع، تعیین الگوی ارائه خدمات مطلوب نیازمند به یک جمعیت تعریف شده هستیم.

هدف اصلی این مقاله معرفی شبکه پایگاه های تحقیقات جمعیتی وابسته به مرکز تحقیقات عوامل اجتماعی موثر بر سلامت دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی از نظر ساختار و روش راه اندازی می باشد.

برای اجرای این پروژه در مرحله اول ۱۰ مرکز بهداشتی درمانی در گستره شهر تهران انتخاب شد که بخشی از جمعیت تحت پوشش آنها تشکیل یک جمعیت تعریف شده معرف جمعیت شهر تهران را می دهد.

در مجموع با انجام این طرح اهداف زیر محقق خواهد شد:

- ۱- محاسبه شاخص های حیاتی واقعی و بروز کردن آنها
- ۲- اجرای نظام مراقبت از بیماری ها
- ۳- تعیین نیاز های آموزشی جمعیت تحت پوشش و اجرای برنامه های غربالگری
- ۴- اجرای برنامه های مداخله ای پیشگیری
- ۵- آموزش جمعیت تحت پوشش و ترویج شیوه زندگی سالم
- ۶- اجرای نظام ارجاع
- ۷- فراهم سازی بستر آموزش نظام مند در عرصه برای دانشجویان گروه پزشکی
- ۸- فراهم سازی بستر آموزش بدو خدمت و بازآموزی کارکنان حوزه بهداشتی
- ۹- فراهم سازی عرصه پژوهش HSR و مبتنی بر جمعیت
- ۱۰- فراهم سازی عرصه پژوهش مشارکتی با مراکز تحقیقات و دانشکده های تابعه دانشگاه
- ۱۱- فراهم سازی عرصه پژوهش مشارکتی با وزارت بهداشت و سازمان های مرتبط با سلامت
- ۱۲- جذب منابع از سازمان های بین المللی
- ۱۳- تهیه مدل اجرایی برای گسترش طرح و ادغام آن

۲. تنظیم و عقد تفاهم نامه همکاری، وظایف و تامین بودجه بین روسای پنج مرکز بهداشت و مرکز تحقیقات عوامل اجتماعی موثر بر سلامت و تأیید معاونت های امور بهداشتی و تحقیقات و فناوری دانشگاه

۳. برگزاری جلسات همفکری با کارشناسان ستادی معاونت امور بهداشتی به منظور توجیه برنامه، جلب مشارکت و هماهنگی

۴. انتخاب دو مرکز بهداشتی درمانی شهری از هر یک از پنج مرکز بهداشت تحت پوشش دانشگاه (شمال، شمال غرب، شرق، غرب و شمیرانات) و در مجموع ده مرکز بر اساس معیارهای تدوین شده.

معیارهای انتخاب مراکز بهداشتی درمانی:

- در مجموع معرف جمعیت شهر تهران
- تنوع وضعیت اقتصادی اجتماعی
- انتخاب فقط یک مرکز از هر منطقه شهرداری
- انتخاب از هر پنج مرکز بهداشت دانشگاه
- حداقل مهاجرت به درون و بیرون
- عدم قرار گیری در حاشیه جغرافیایی
- دارای فضای فیزیکی مناسب

به منظور تامین معیارهای تعیین شده بخصوص معیار معرف بودن جمعیت تحت پوشش، از یافته

های مطالعه سنجش عدالت در شهر تهران (TehranUrbanHEART) در سال ۱۳۸۸ استفاده

شد (۱۷). بر اساس این مطالعه شهر تهران به پنج بخش اقتصادی اجتماعی شمال، مرکز، شرق، غرب و جنوب تقسیم شده است. تهران دارای ۲۲ منطقه شهرداری است. به ترتیب در هر یک از بخش های شمال، مرکز و شرق چهار، غرب سه و جنوب هفت منطقه شهرداری قرار دارد. در این پروژه به منظور معرف بودن جمعیت انتخابی در هر یک از بخش های اقتصادی اجتماعی دو منطقه شهرداری انتخاب شد (جدول شماره ۱) و (شکل شماره ۱).

۲- برنامه پایگاه های تحقیقات جمعیت که با تولیت معاونت تحقیقات و فناوری وزارت بهداشت در سال ۱۳۷۹ در دانشگاه های کشور آغاز شد، هدف اصلی این طرح مشارکت جامعه در تعیین نیازهای احساس شده آنها بود. نظر به تنوع دانشگاه ها و محدودیت نظرات مردم در عمل هر کدام از مراکز در چند محدوده مربوط به بهداشت محیط طرح اجرا نموده و بین یک تا سه مقاله منتشر نمودند. فعال ترین پایگاه تحقیقات جمعیت مربوط به دانشگاه تهران می باشد که در سال ۱۳۸۰ در منطقه ۱۷ تهران آغاز شد (۶). این مطالعه فاقد جمعیت تعریف شده می باشد. برای انجام مطالعه اولیه ۱۱۲۱ خانوار با ۶۴ خوشه انتخاب شده است. در سال های بعد منطقه ۱۷ تهران عرصه فعالیت مرکز پژوهش های سلامت مبتنی بر جامعه وابسته به دانشگاه تهران قرار گرفت (۷). سایر پایگاه ها شامل: اراک (۸ و ۹)، کرمان (۱۰)، گرگان (۱۱)، چهار محال و بختیاری (۱۲)، گناباد (۱۳)، دنا (۱۴)، بندرعباس (۱۵)، علی آباد (۱۶) می باشد.

روش و مواد

مرحله اجرایی پروژه از ابتدای سال ۱۳۹۱ شروع شد. در آن زمان معاونت امور بهداشتی دو دانشگاه علوم پزشکی ایران و شهید بهشتی ادغام شده بود و ۱۶ منطقه شهر تهران در شمال، شرق، غرب، مرکز و جنوب تحت پوشش معاونت امور بهداشتی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی و پنج منطقه ۱۱، ۱۲، ۱۶، ۱۷، ۱۹، ۲۰ و بخشی از منطقه ۱۵ تحت پوشش دانشگاه علوم پزشکی تهران قرار داشت. به منظور اجرای پروژه مراحل زیر انجام شد.

الف- مراحل مقدماتی و آماده سازی

۱. تشکیل کمیته راهبردی با هدف سیاستگذاری و تدوین اهداف و استراتژی اجرایی. اعضای کمیته راهبردی شامل روسای پنج مرکز بهداشت شمال، شمال غرب، شرق، غرب و شمیرانات، معاون امور بهداشتی دانشگاه، معاون پژوهشی مرکز تحقیقات عوامل اجتماعی موثر بر سلامت می باشند.

جدول شماره ۱- توزیع مناطق شهرداری تهران بر حسب بخش های اقتصادی اجتماعی و مناطق منتخب

بخش	مناطق ۲۲ گانه شهرداری تهران				مناطق منتخب	
شمال	۱	۲	۳	۶	۱	۶
مرکز	۹	۱۰	۱۱	۱۲	۹	۱۲
شرق	۴	۷	۸	۱۳	۴	۸
غرب	۵	۲۱	۲۲		۵	۲۱
جنوب	۱۴	۱۵	۱۶	۱۷	۱۸	۱۹
					۲۰	۱۵
						۱۸

- محل سکونت نزدیک به مرکز
- ۹. تامین تجهیزات و برنامه نرم افزاری ثبت داده ها
- تهیه یک دستگاه کامپیوتر، یک دستگاه پرینتر و یک دستگاه اسکنر
- تامین دو خط مستقل تلفن برای هر مرکز
- تامین یک خط ADSL ۵۱۲ کیلو بایت برای هر یک از مراکز یا استفاده از خطوط موجود
- تهیه برنامه های نرم افزاری ثبت داده ها
- تهیه میز، صندلی، فایل و ملزومات دفتری

ب: مرحله اجرایی

- ۱- تهیه نقشه شهری هر یک از مراکز
- ۲- مشخص کردن محدوده جغرافیایی هر مرکز بهداشتی درمانی با جمعیت حدود ۸۰۰ خانواده
- ۳- رسم کروکی با جزئیات خیابان، کوچه، پلاک و طبقات ساختمان
- ۴- مراجعه به درب منازل محدوده، سرشماری جمعیت تعیین شده و جمع آوری داده های مقدماتی جمعیت شناختی خانواده ها توسط مصاحبه با مادر با همراهی رابطین بهداشتی
- ۵- شناسایی و جلب مشارکت رابطین داوطلب بهداشتی جدید
- ۶- اعلام برنامه و جلب مشارکت جمعیت تحت پوشش برای استفاده از خدمات سلامت مرکز
- ۷- شناسایی پرونده های محدوده پایگاه موجود و انتقال آنها به اطاق محل استقرار کمک پژوهشگر (پایگاه تحقیقات جمعیتی)
- ۸- برگزاری جلسات توجیه، جلب همکاری و مشارکت همه کارکنان مراکز بهداشتی درمانی در

۵. برگزاری جلسات همفکری و جلب مشارکت با کارشناسان ستادی مراکز بهداشت و روسای مراکز بهداشتی درمانی منتخب به منظور هماهنگی و توجیه برنامه
۶. تعیین یک اطاق برای استقرار کارشناس کمک پژوهشگر به عنوان اطاق پایگاه تحقیقات جمعیتی
۷. تعیین یک اطاق مستقل برای استقرار کارشناس مامایی همکار به منظور ارائه خدمات بهداشت خانواده
۸. سازماندهی و تامین و آموزش نیروی انسانی
- صدور احکام برای روسای مراکز بهداشت شمال، شمال غرب، شرق، غرب و شمیرانات به عنوان مدیر پایگاه های تحقیقات جمعیتی تحت پوشش
- صدور احکام برای رئیس هر مرکز بهداشتی درمانی منتخب به عنوان رئیس پایگاه تحقیقات جمعیتی با حفظ سمت
- بکارگیری یک نفر کارشناس بهداشت عمومی یا مامایی به عنوان کمک پژوهشگر برای هر پایگاه
- بکارگیری یک نفر کارشناس مامایی موجود به عنوان ارائه کننده خدمات بهداشت خانواده برای هر پایگاه
- جلب مشارکت رابطین داوطلب بهداشتی موجود معیارهای انتخاب کمک پژوهشگران پایگاه ها:
- خانم ترجیحاً متأهل
- گذراندن طرح نیروی انسانی در مراکز بهداشتی درمانی
- ترجیحاً دارای سابقه کار در مرکز
- دارای روابط عمومی بالا، صبور، خوش برخورد
- دارای انگیزه و علاقه
- داشتن مهارت های پایه ای کامپیوتر

مورد اهداف پروژه

۹- ثبت اولیه داده های مربوط به سلامت و بیماری جمعیت تحت پوشش در برنامه نرم افزاری داده ها
 ۱۰- تعیین نیازهای سلامت (پیشگیری، درمانی) زیرگروه های جمعیت تحت پوشش و نحوه تامین آنها
 ۱۱- ارجاع افراد نیازمند برای استفاده از خدمات سطوح دیگر نظام سلامت
 در ابتدای راه اندازی سال ۱۳۹۱ تعداد ده پایگاه در نظر گرفته شده بود. در سال ۱۳۹۲ پایگاه منطقه ۳ و در سال ۱۳۹۳ پایگاه منطقه ۷ اضافه شد. ستاد مرکزی پایگاه ها نیز در منطقه ۳ قرار دارد.

تمهیدات و اقدامات لازم به منظور تامین اهداف

پایگاه ها

تحقق اهداف تحقیقاتی این پروژه در گرو مشارکت فعالانه جمعیت تحت پوشش می باشد. هدف کلی ما این است که مراجعین از جمعیت تحت پوشش احساس کنند یک فرد آشنا و دلسوز در مرکز دارند. به منظور جلب مشارکت و اعتمادسازی تمهیدات و اقدامات زیر انجام گرفت (جدول شماره ۲).

جدول شماره ۲- لیست اقدامات برای افزایش جلب مشارکت مادران جمعیت تحت پوشش

وضعیت قبل	اقدامات مداخله ای
مشخص نبودن ساعت کار برای مراجعین	نصب ساعات کار مرکز
عموماً نامناسب	پذیرش مراجعین با برخورد مناسب
اولین برخورد با کارمند پذیرش و صندوق زیر دیپلم و حداکثر دیپلم و عموماً مرد صورت می گیرد.	اولین برخورد با یک کارشناس (کمک پژوهشگر) خوش برخورد، آموزش دیده و خانم صورت می گیرد.
در یک اتاق دو یا چند کارشناس مامایی مستقر هستند.	تعیین اتاق اختصاصی کارشناس مامایی با هدف تامین رعایت حریم خصوصی مراجعین
ورود آقایان ممنوع است.	تشویق به همراهی همسر
انتظار طولانی برای گرفتن خدمت	امکان هماهنگی تلفنی زمان برای حذف انتظار
به علت ازدحام کامل انجام نمی شود	امکان انجام آموزش چهره به چهره و معرفی منابع الکترونیکی
وجود نداشت	امانت دادن کتاب های آموزشی
عموماً وجود ندارد.	تشویق به مراجعه بموقع و پیگیری در صورت عدم مراجعه

برای هر پایگاه دو خط تلفن جدید تهیه شد. یک خط تلفن اختصاص به جمعیت تحت پوشش دارد که در زمان سرشماری و ثبت داده های جمعیت شناختی در اختیار مادران گذاشته شده است. تلفن دیگر جهت تماس و پیگیری ها توسط کمک پژوهشگر می باشد.

فرایند و گردش کار مراجعین به مرکز بهداشتی درمانی

همه خدمات برای جمعیت تحت پوشش از مسیر پایگاه تحقیقات جمعیتی انجام می شود. برای این منظور در پذیرش و همه واحد ها کרוکی محدوده تحت پوشش نصب شده است. در بدو مراجعه آدرس محل سکونت پرسیده می شود و چنانچه در محدوده پایگاه قرار داشته باشند به اتاق پایگاه راهنمایی می شوند. این فعالیت موجب می شود که امکان ارتباط کمک پژوهشگر با جمعیت تحت پوشش افزایش یابد. در این فرصت آموزش

های اختصاصی چهره به چهره انجام شده و داده های مربوط به سلامت نیز جمع آوری شود. برای آموزش های تکمیلی از کتاب های معتبر راهنمای مادران در مورد دوران بارداری، زایمان، پس از زایمان، تغذیه شیرخواران و کودکان، رشد و نمو و فرزند پروری منتشر شده وزارت بهداشت، دانشگاه و انجمن شیر مادر استفاده می شود. این کتاب ها به تعداد کافی تهیه شده و بطور امانت به مادران جمعیت تحت پوشش داده می شود. نمونه ای از کتاب ها نیز در ویتترین اطلاع رسانی در ورودی مراکز بهداشتی درمانی قرار داده شده است.

تصمیم گیری و ارزشیابی

جلسات کمیته راهبردی هر دو هفته یکبار در محل مرکز تحقیقات عوامل اجتماعی موثر بر سلامت تشکیل می شود. در این جلسات ضمن ارائه گزارش برای اقدامات جدید، پیشنهادات، مشکلات تصمیم گیری می شود. جهت معرفی پتانسیل های پروژه، جلب همکاری بطور معمول هر ماه یکبار کمیته راهبردی با حضور مسئولین وزارتخانه، دانشگاه و مراکز تحقیقاتی تشکیل می شود. همچنین به منظور هماهنگی و پایش بر حسن اجرای پروژه جلسات کمیته راهبردی هر دو ماه یکبار با شرکت رؤسای پایگاه ها بصورت دوره ای در هر یک از پایگاه ها تشکیل می شود. در این جلسات رئیس هر مرکز گزارش پیشرفت را ارائه و پیشنهادات و مشکلات اجرایی را مطرح و تصمیم گیری انجام می شود. ارزشیابی فعالیت ها با روش بازدید محسوس و نامحسوس و تکمیل چک لیست بطور مستمر انجام می شود.

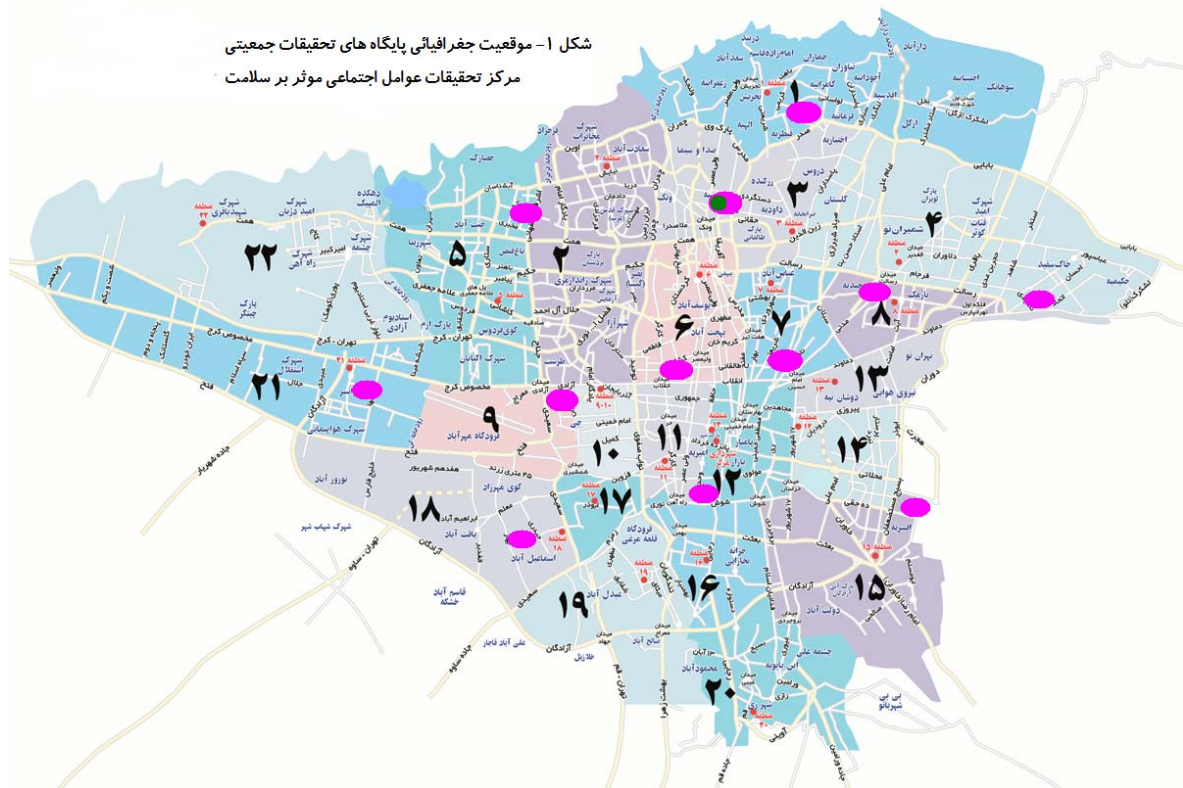
اطلاع رسانی

همه مطالب، اهداف پایگاه ها، موقعیت جغرافیایی، نام کارکنان، آدرس، کروکی و شماره های تماس در سایت مرکز تحقیقات با آدرس زیر قرار داده شده است. <http://sdh.sbmu.ac.ir> برای ارتباط با پایگاه ها و گزارش عملکرد روزانه و ماهانه، دستورالعمل ها و بلاگی در وب سایت مرکز طراحی شده است. به این وبلاگ فقط افراد ذینفع دسترسی دارند.

آموزش کمک پژوهشگران

به منظور توانمندسازی و افزایش انگیزه کارکنان بخصوص کمک به پژوهشگران و همچنین طرح مشکلات هر هفته سه ساعت برنامه توانمندسازی در محل مرکز تحقیقات اجرا می شود.

شکل ۱- موقعیت جغرافیایی پایگاه های تحقیقات جمعیتی مرکز تحقیقات عوامل اجتماعی موثر بر سلامت



موانع، مشکلات و محدودیت ها

مقاومت کارشناسان ستادی و کارکنان: بیشترین مقاومت در مقابل اجرای پروژه در زمان راه اندازی از سوی کارشناسان ستادی معاونت امور بهداشتی و کارشناسان

مراکز بهداشت وجود داشت. میزان مقاومت در بین رده های پایین به نسبت کمتر بود. با گذشت زمان مقامت ها کاهش پیدا کرده است، ولی هنوز همراهی عمومی احساس نمی شود. از عوامل مقاومت می توان به تازگی

مجوی برای استخدام وجود نداشت، این کارکنان بصورت قرارداد ساعتی، بدون حق مرخصی و بیمه مشغول فعالیت هستند. در حالیکه این کارکنان در مقایسه با سایر کارکنان مراکز بهداشتی درمانی حداقل دو برابر بیشتر کار می کنند، ولی در مقابل حق الزحمه کمتر دریافت می کنند.

برنامه های آتی:

الف- برنامه های اطلاع رسانی و جذب حمایت ها:

- شناسایی و جلب مشارکت رابطن بهداشتی جدید
- شناسایی مراکز ارائه دهنده خدمات پیشگیری، درمانی و توانبخشی و مذاکره و جلب مشارکت و همکاری آنها به منظور ارجاع افراد نیازمند در جمعیت تحت پوشش
- معرفی و جلب مشارکت شورا و معتمدین محل، شهرداری و سایر سازمان های درگیر در سلامت با هدف حمایت از طرح
- مذاکره با مراکز تحقیقاتی و دانشکده ها به منظور معرفی طرح، ارزیابی و انطباق فعالیت ها بر اساس نیازهای اطلاعاتی آنها
- مذاکره با دانشکده ها و گروه های آموزشی به منظور معرفی طرح، ارزیابی و انطباق فعالیت ها بر اساس نیازهای اطلاعاتی آنها
- مذاکره با مراکز درمانی تابعه دانشگاه با هدف پذیرش بیماران ارجاعی و امکان حضور اعضای هیات علمی در مراکز منتخب
- مذاکره با وزارت متبوع، وزارتخانه ها و سازمان های مرتبط با حوزه سلامت در مورد توانمندی برنامه و جلب حمایت و مشارکت آنها

ب- گسترش مراکز از نظر تعداد و جمعیت تحت پوشش

ج- راه اندازی پایگاه ها در جمعیت تحت پوشش شهرستان های تابعه دانشگاه

د- ایجاد کلینیک های پیشگیری و ارتقاء سلامت ضمیمه

تشکر و قدردانی

اعضای موسس مرکز تحقیقات وظیفه خود می دانند که از معاونین امور بهداشتی و تحقیقات و فناوری دانشگاه، روسای مراکز بهداشت تهران، روسای مراکز بهداشتی درمانی منتخب، کارشناسان ستادی معاونت امور بهداشتی و مراکز بهداشت تهران، کارکنان مراکز بهداشتی درمانی، رابطن بهداشتی و خانواده های عزیز جمعیت تحت پوشش به خاطر حمایت، همکاری و مشارکت نهایت تشکر و سپاسگزاری نمایند.

موضوع، تصور غیرقابل اجرا بودن آن و نحوه پیشنهاد پروژه اشاره کرد. بدنه کارشناسی به آشنایی با برنامه ها عادت کرده اند. باور به اینکه یک ایده ابتکاری از درون مجموعه برخیزد و ضمانت اجرایی داشته باشد، چندان آسان نمی نماید. روسای مراکز بهداشت تهران در ابتدا مقاومت اندکی نشان دادند. علل عمده مخالفت آنها کمبود فضای فیزیکی و تحمیل هزینه ها بود، ولی با حمایت کافی معاون امور بهداشتی دانشگاه، همکاری همه جانبه این افراد در این پروژه محسوس است.

با مطرح شدن پزشک خانواده مخالفت ها افزایش پیدا کرد، بطوریکه حتی در بین مسئولین نیز تردید به وجود آمد، زیرا تصور می شد که طرح پزشک خانواده کاری را که ما می خواهیم با دست خالی برای حداکثر ۸۰۰۰ خانواده یا ۳۲۰۰۰ نفر از جمعیت انجام دهیم، آن را برای ۱۰ میلیون نفر جمعیت استان تهران انجام خواهند داد و منابع مالی و حمایت کافی نیز در اختیار خواهند داشت. ولی نویسنده اطمینان کامل داشت که برنامه پزشک خانواده یک برنامه بلند پروازانه بوده که مجموعه شرایط کشور اجازه نمی داد که آن برنامه خوب اجرایی شود. در واقع آن برنامه جهت اجرا در ابتدا به تغییر نگرش تصمیم سازان و مدیران داخل و خارج نظام سلامت و نیاز به برنامه ریزی بلند مدت دارد، که به این زودی ها تحقق آن شرایط مقدور نیست.

تهدید دیگر استقلال مجدد دانشگاه علوم پزشکی ایران بود. هر چند به نظر انحلال آن دانشگاه یک کار غیر کارشناسی شده بود و احیاء آن کار مناسبی می باشد، ولی موجب تزلزل در اجرای برنامه شبکه پایگاه های تحقیقاتی در پنج پایگاه واقع در محدوده دانشگاه علوم پزشکی ایران شد. به نظر می رسد ارزش شبکه پایگاه ها بیشتر به معرف بودن جمعیت تحت پوشش برای کل شهر تهران است. هر چند تاکنون با مذاکره و حسن نیت، همکاری بین دو دانشگاه با محدودیت های اندکی ادامه دارد و تلاش ها معطوف به یک تفاهم نامه همکاری است، بطوریکه هر دو دانشگاه مشارکت همسان داشته و از مزایای پایگاه ها بطور همسان بهره مند شوند، ولی هنوز این هدف کاملاً تحقق نیافته است و همکاری کنونی نیز شکننده می باشد. مشکل دیگر نگهداشتن کمک پژوهشگران است. نظر به اینکه در سال های اخیر هیچ

REFERENCES

1. Naghavi M, Jamishidi HR. Utilization of health services in 2002 of Iran. Vice- chancellor for health, ministry of health and medical education, first edition, Tehran, Tandis 2005. (Text in Persian)
2. Gunnervik C, Sydsjö G, Sydsjö A, Selling KE, Josefsson A. Attitudes towards cesarean section in a nationwide sample of obstetricians and gynecologists. *Acta Obstet Gynecol Scand.* 2008;87(4):438-44.
3. Hajian K. The trend of cesarean section in public and private centers of Babol, 1994-99. *Journal of The Shahid Beheshti University of Medical Sciences And Health Services* 2002;26(3): 179-175.(Full Text in Persian)
4. Azizi F, Madjid M, Rahmani M, Emami H, Mirmiran P, Hadjipour R. Tehran Lipid and Glucose Study (TLGS): Rationale and design. *Iranian Journal of Endocrinology & Metabolism* 2000;2(6): 86-77. (Full Text in Persian)
5. Saadati N, Azizi F. Social relations in "Tehran prospective survey of lipid and sugar. *Journal of The Shahid Beheshti University of Medical Sciences And Health Services* 2001;25(3): 153-161. (Full Text in Persian)
6. Majd Zadeh SR, Jamshidi E, Ghajarieh Sepanlou S, Vafaei Zonooz A, Shahandeh Kh, Kamali SH, Efat Panah MR, Zarin Ara AR, Larijani B. A conceptual framework for population research centers: Health promotion programs. *Payesh, Journal of The Iranian Institute For Health Sciences Research* 2005;4(2): 89-8. (Full Text in Persian)
7. <http://cbpr.tums.ac.ir/page.aspx?id=975>. Accessed 24 Oct 2014.
8. Zarin-far N, Fani A, Chehrei A, Hadi MA, Vahedi S. Evaluation of demographic characteristics of people in Arak population research base, 2006. *Arak Medical University Journal (Rahavard Danesh) Summer* 2006; 28-35. (Full Text in Persian)
9. Saghebi F, Kahbazi M, Chehrei A, Mobaraki M. Comparison of different ways in drawing population participation of Imam Ali region, Arak 2005. *Arak Medical University Journal (Rahavard Danesh) Summer* 2006; 7-16. (Full Text in Persian)
10. Shamsi Meimandi M, Haghighi S, Iranmanesh F. Determination of effective factors to increase collaboration and participation among people of Baghodrat Jupari community research base, Kerman. *Arak Medical University Journal (Rahavard Danesh) Summer* 2006; 46-53. (Full Text in Persian)
11. Semnani Sh, Keshtkar AA. Assessing of equality on health care cost in Gorgan population laboratory study *Journal of Gorgan University of Medical Sciences* 2003;5(12): 53-59. (Full Text in Persian)
12. Khadivi R, Raeisi R, Habibi Sh, Gaderi S, Shirvani H, Yousefi H, Shams F, Ramazan Nejad P, Habibi A, Hemati A, Bigham H, Rasti S, Moghadasi J. Capacity building for priority setting in Farrokhsahr population. *Shahrekord University of Medical Sciences Journal* 2006;8: 45-37. (Full Text in Persian)
13. Delshad A, Salari H, Khajavi AJ, Shafaghi Kh, Marouzi P, Mohammad Pour A, Mansourian MR, Atarodi AR, Keramati A, Ekrami A. Certifying of the society felt needs based on community as partner model in Gonabad population lab boundaries. *Ofoogh-e-danesh, Journal of Gonabad University of Medical Sciences And Health Services* 2005;10(4): 22-15. (Full Text in Persian)
14. Rezaei N, Sadeghi HA, Mary Oriad H, Afshoon E. Preliminary need assessment in Dena population research center 2005. *Arak Medical University Journal (Rahavard Danesh)* 2006; 22-27. (Full Text in Persian)
15. Mahouri Kh, Zare SH, Khorami F. Immunization and growth monitoring status of infants and mothers' awareness regarding this issue in Bandar Abbas population in 2002 *Journal of Hormozgan University of Medical Sciences* 2006;10(3): 223-230. (Full Text in Persian)
16. Shakiba M., Jokar F., Ramezani M. Determine the Attitude about Community Based Participatory Research in People Residing in Ali Abad *Journal of Medical Faculty Guilan University of Medical Sciences* 2008;17(66): 8-14. (Full Text in Persian)
17. Fereshtehnejad S, Asadi-Lari M, Moradi Lakeh M, Vaez-Mahdavi MR, Motevalian, SA, Afkari ME. Estimation of Life Expectancy and its Association with Social Determinants of Health (SDH) in Urban Population of different districts of Tehran in 2008. *Teb va Tazkiyeh* 2010; 19 (2):25-40. (Full Text in Persian)

Editorial**Introduction of the Research Network of Defined Population Affiliated by the Social Determinants of Health Research Center of Shahid Beheshti University of Medical Sciences: Structure and Start up Methodology****Ali-Asghar Kolahi***

MD, MPH, Associate Professor of Community Medicine, Social Determinants of Health Center, Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran.

***Corresponding Author:** Ali-Asghar Kolahi; Social Determinants of Health Center, Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Velenjak, Tehran, Iran.Email: a.kolahi@sbmu.ac.ir

How to cite this article:

Kolahi AA. Introduction of the Research Network of Defined Population Affiliated by the Social Determinants of Health Research Center of Shahid Beheshti University of Medical Sciences: Structure and Start up Methodology. Community Health 2014; 1(1):1-10.

Abstract**Background and Objective:** A defined population is needed to determine the potential needs of society, calculate the correct indicators in the suitable time & health care activities and to do the population based study. It is also needed to provide the required education for training, to perform the educational program and intervention in promoting healthy lifestyles. In addition, a defined population is required for screening and treatment, implementing the referral system and to determine the optimal service. The aim of this study is to introduce the structure and start-up methodology of the research network of a defined population, affiliated by the social determinants of health research center of Shahid Beheshti University of Medical Sciences.**Materials and Methods:** The project started by choosing 10 health centers of 10 different areas in 2012. Two new centers have been added during years 2013 and 2014. Now the number of the covered population, by the network, has reached to 40000 people. The covered population is chosen based on the characters representing the total population of Tehran city.**Keywords:** Population based research network, Population representing Tehran city, Social determinants of health