

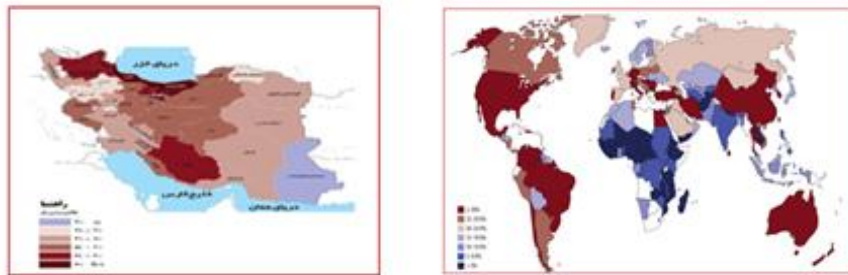
اپیدمی سزارین در ایران

خلاصه اجرایی

بیش از نیمی از زنان ایرانی نوزادانشان را با روش سزارین به دنیا می‌آورند (۴ برابر استاندارد سازمان بهداشت جهانی). سزارین‌های غیرضروری سلامت مادران و نوزاداران را به خطر انداخته و هزینه گزافی به نظام سلامت تحمیل می‌کنند. از این‌رو، اقداماتی برای کاهش سزارین غیرضروری در ایران بکار گرفته شد، ولی، موفقیت چشمگیری حاصل نشد. علل بروز این مشکل، پیچیده و تحت تأثیر عوامل مرتبط با مادر، ارائه دهنده خدمت و نظام سلامت است. همچنین، عوامل سیاسی، اقتصادی، اجتماعی و فناوری در ایجاد آن نقش دارند. از این‌رو، برای رفع آن استفاده از ترکیبی از راهکارها برای تقویت شش بلوک ساختاری نظام سلامت شامل حاکمیت و رهبری، تأمین مالی، نیروی انسانی، دارو و تجهیزات پزشکی، نظام اطلاعات سلامت و ارائه خدمات سلامت در سطوح گیرنده و ارائه‌دهنده خدمت، بیمارستان، دانشگاه علوم پزشکی و وزارت بهداشت ضروری است.

مشکل سیاستی

میزان سزارین در ایران در سال‌های اخیر افزایش زیادی داشته و از ۳۵ درصد در سال ۱۳۷۹ به ۵۶ درصد در سال ۱۳۹۲ رسید. این در حالی است که میانگین شاخص سزارین در دنیا در سال ۲۰۱۵ میلادی ۲۱ درصد بود (شکل ۲). برنامه ترویج زایمان طبیعی طرح تحول نظام سلامت با هدف ارتقای سلامت مادران و نوزادان در سال ۱۳۹۳ با بکارگیری اقداماتی نظیر بهینه‌سازی و توسعه بلوک‌های زایمانی و ارائه خدمات رایگان زایمان طبیعی در بیمارستان‌های دولتی، توانمندسازی ارائه‌دهندگان و گیرندگان خدمات زایمانی و کسر درجه اعتباربخشی بیمارستان‌های با میزان سزارین بالا اجرا شد. در نتیجه، شاخص سزارین در پایان سال ۱۳۹۷ به ۵۰ درصد رسید. قانون برنامه ششم توسعه، وزارت بهداشت را مکلف کرده که میزان سزارین را تا سال ۱۴۰۰ به ۴۲/۵ درصد کاهش دهد. ولیکن، میزان سزارین در سال ۱۴۰۰ برابر با ۵۴ درصد بود.



شکل ۲ - میزان سزارین در ایران و جهان

روش پژوهش

این مطالعه با عنوان **آینده پژوهی ترویج زایمان طبیعی در ایران تا سال ۱۴۰۴** با استفاده از روش ترکیبی در پنج مرحله انجام شد (شکل ۱). در مراحل اول و دوم از روش‌های کمی توصیفی و تحلیل سری زمانی برای تحلیل وضعیت موجود و آینده سزارین در کشور استفاده شد. در مراحل سوم و چهارم پژوهش، به ترتیب، از مرور چتری برای شناسایی علل سزارین‌های غیرضروری و از مرور نظام‌مند برای شناسایی راهکارهای موثر کاهش سزارین در جهان استفاده شد. در نهایت، در مرحله پنجم پژوهش، با انجام یک دلفی تعدیل‌شده، خبرگان سناریوهای ترویج زایمان طبیعی در ایران را تدوین نموده و راهکارهایی برای کاهش سزارین در کشور ارائه کردند.



شکل ۱ - مراحل مطالعه آینده‌پژوهی ترویج زایمان طبیعی در ایران

۱- وضعیت سزارین در ایران

- بیش از هفت میلیون زایمان در ایران در بازه زمانی ۱۳۹۳ تا ۱۳۹۷ انجام شد.
- ۵۰ درصد از زایمانها به روش سزارین هستند.
- ۴۸ درصد از بارداری های اول به روش سزارین انجام می شوند.
- ۵۲ درصد از کل سزارین ها، سزارین های تکراری هستند..

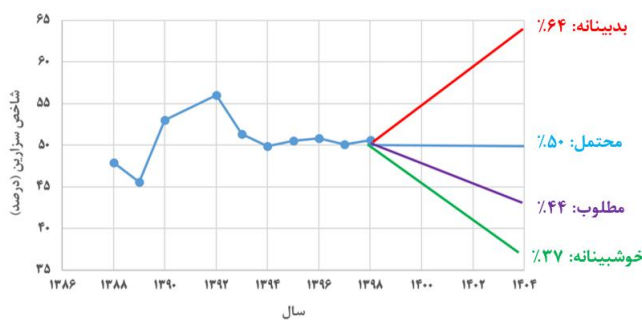
با توجه به میزان سزارین در دانشگاه ها و دانشکده های علوم پزشکی و تأثیر آن ها در افزایش سزارین در ایران، اولویت بندی برای برنامه ریزی جامع و اجرای راهبردهای موردنظر در دانشگاه های علوم پزشکی به شرح شکل زیر است:



شکل ۳- دانشگاه های علوم پزشکی تأثیرگذار بر میزان سزارین کشور

۲- پیش بینی میزان سزارین در ایران تا سال ۱۴۰۴

اگرچه محتمل است که میزان سزارین تا سال ۱۴۰۴ در حد ۵۰ درصد ثابت بماند، ولی، در خوش بینانه ترین و بدبینانه ترین حالت می تواند به ۳۷ و ۶۴ درصد برسد. با اجرای مداخلات سیستمی جامع می توان میزان سزارین در کشور را به ۴۴ درصد تا سال ۱۴۰۴ کاهش داد (سناریوی مطلوب).



نمودار ۱- پیش بینی میزان سزارین در ایران تا سال ۱۴۰۴ بر اساس سناریوهای مختلف

۳- علل سزارین

سزارین ها به علل پزشکی (ضروری) و غیر پزشکی (غیرضروری) انجام می شوند. عوامل درونی (مرتبط با مادر، ارائه دهنده و نظام سلامت) و بیرونی (عوامل سیاسی، اقتصادی، اجتماعی و فناوری) با انجام سزارین ها در ارتباطند.

جدول ۱- علل سزارین

اندیکاسورن قطعی		سازمان	تولید کننده
اندیکاسورن نسبی			
عوامل	فرقی	سازمان	تولید کننده
	اندیکاسورن		
ارائه دهنده	فرقی	سازمان	تولید کننده
	اندیکاسورن		
نظام سلامت	فرقی	سازمان	تولید کننده
	اندیکاسورن		
سیاسی	فرقی	سازمان	تولید کننده
	اندیکاسورن		
اقتصادی	فرقی	سازمان	تولید کننده
	اندیکاسورن		
اجتماعی	فرقی	سازمان	تولید کننده
	اندیکاسورن		
فناوری	فرقی	سازمان	تولید کننده
	اندیکاسورن		

۴- راهکارهای کاهش سزارین‌های غیر ضروری

تعداد ۱۸۸ راهکار برای کاهش سزارین غیر ضروری شناسایی شد که در شش بلوک ساختاری نظام سلامت شامل حاکمیت و رهبری، تأمین مالی، نیروی انسانی، دارو و تجهیزات پزشکی، نظام اطلاعات سلامت و ارائه خدمات دسته‌بندی شدند (شکل ۴).



شکل ۴ - تاکسونومی مداخلات موثر برای کاهش سزارین‌های غیر ضروری

۵- سناریوهای ترویج زایمان طبیعی در ایران ۱۴۰۴

چهار سناریوی خوش‌بینانه، مطلوب، محتمل و بدبینانه برای ترویج زایمان طبیعی در ایران در سال ۱۴۰۴ تدوین شدند (شکل ۵). سناریوی مطلوب، "تقدم با زایمان طبیعی" نام دارد و برای تحقق آن، بکارگیری راهکارهای جامع سیستمی توصیه می‌شوند.

سناریوی خوش‌بینانه: تولد سبز

- وجود سیاست و قوانین مرتبط با ترویج زایمان طبیعی در کشور
- نظارت مناسب
- اتخاذ رویکرد طبی نسبت به بارداری و زایمان، ارائه خدمات توسط ماماها
- وجود تجهیزات مناسب ارزیابی سلامت جنین
- مهارت ارائه‌کنندگان برای انجام زایمان طبیعی و اداره زایمان‌های سخت
- مراقبت‌های جامع دوران بارداری
- آموزش مناسب مادران باردار و جامعه
- مطلوب و محترمانه بودن خدمات زایمان طبیعی در بیمارستان‌ها
- انجام وی یک برای زنان با سزارین قبلی
- استفاده از روش‌های تسکین درد زایمان طبیعی
- تبادل اطلاعات و باور عمومی حاکی از غیر دشوار و ایمن بودن زایمان طبیعی
- کاهش مرگ و میر و عوارض کوتاه مدت و طولانی مدت مادری و نوزادی

شاخص سزارین ایران (۱۴۰۴): ۳۷ درصد

سناریوی بدبینانه: زخم ماندگار

- عدم وجود سیاست و قوانین مرتبط با ترویج زایمان طبیعی در کشور
- نظارت نامناسب
- اتخاذ رویکرد طبی نسبت به بارداری و زایمان، ارائه خدمات مربوطه توسط متخصص زنان و زایمان و به حاشیه راندن ماماها
- عدم وجود تجهیزات مناسب ارزیابی سلامت جنین
- عدم مهارت ارائه‌کنندگان برای انجام زایمان طبیعی و اداره زایمان‌های سخت
- مراقبت‌های غیر جامع دوران بارداری
- آموزش نامناسب مادران باردار و جامعه
- نامطلوب و غیر محترمانه بودن خدمات زایمان طبیعی در بیمارستان‌ها
- عدم انجام وی یک برای زنان با سزارین قبلی
- عدم استفاده از روش‌های تسکین درد زایمان طبیعی
- تبادل اطلاعات و باور عمومی حاکی از دشوار و غیر ایمن بودن زایمان طبیعی
- افزایش مرگ و میر و عوارض کوتاه مدت و طولانی مدت مادری و نوزادی

شاخص سزارین ایران (۱۴۰۴): ۶۴ درصد

سناریوی مطلوب: تقدم با زایمان طبیعی

- وجود سیاست و قوانین مرتبط با ترویج زایمان طبیعی در کشور
- نظارت پایدار و مؤثر
- تلاش برای اتخاذ رویکرد طبی نسبت به بارداری و زایمان، ارائه خدمات توسط متخصص زنان و زایمان و ماماها
- وجود تجهیزات مناسب ارزیابی سلامت جنین
- مهارت ارائه‌کنندگان برای انجام زایمان طبیعی و اداره زایمان‌های سخت
- مراقبت‌های جامع دوران بارداری
- آموزش مناسب مادران باردار و جامعه
- مطلوب و محترمانه بودن خدمات زایمان طبیعی در بیمارستان‌ها
- انجام وی یک برای زنان با سزارین قبلی
- استفاده از روش‌های تسکین درد زایمان طبیعی
- تبادل اطلاعات و باور عمومی حاکی از غیر دشوار و ایمن بودن زایمان طبیعی
- کاهش مرگ و میر و عوارض کوتاه مدت و طولانی مدت مادری و نوزادی

شاخص سزارین ایران (۱۴۰۴): ۴۴ درصد

سناریوی محتمل: میانبرش سرخ

- وجود سیاست و قوانین مرتبط با ترویج زایمان طبیعی در کشور
- نظارت محدود
- اتخاذ رویکرد طبی نسبت به بارداری و زایمان، ارائه خدمات مربوطه توسط متخصص زنان و زایمان و به حاشیه راندن ماماها
- عدم وجود تجهیزات مناسب ارزیابی سلامت جنین در تمامی بیمارستانها
- مهارت نسبی ارائه‌کنندگان برای انجام زایمان طبیعی و اداره زایمان‌های سخت
- مراقبت‌های غیر جامع دوران بارداری
- آموزش نامناسب مادران باردار و جامعه
- نامطلوب و غیر محترمانه بودن خدمات زایمان طبیعی در بیمارستان‌ها
- عدم انجام وی یک برای زنان با سزارین قبلی
- استفاده محدود از روش‌های تسکین درد زایمان طبیعی
- تبادل اطلاعات و باور عمومی حاکی از دشوار و غیر ایمن بودن زایمان طبیعی
- افزایش مرگ و میر و عوارض کوتاه مدت و طولانی مدت مادری و نوزادی

شاخص سزارین ایران (۱۴۰۴): ۵۰ درصد

شکل ۵ - سناریوهای ترویج زایمان طبیعی در ایران تا سال ۱۴۰۴

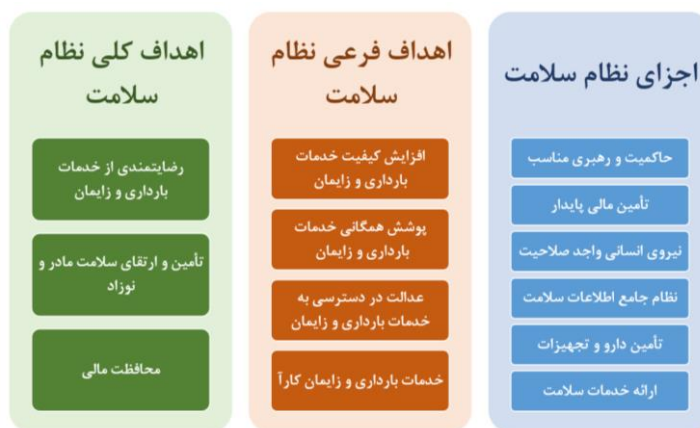
توصیه های سیاستی

با در نظر گرفتن مراحل مختلف مدیریت تغییر شامل انگیزش، بسترسازی، ترویج، اجرا و ارزشیابی، استفاده از راهکارهای زیر برای کاهش سزارین‌های غیرضروری و ترویج زایمان طبیعی در ایران توصیه می‌شوند:

- در نظر گرفتن سیاست ترویج زایمان طبیعی به‌عنوان یکی از برنامه‌های دولت سیزدهم در حوزه سلامت
- هدف‌گذاری کاهش سزارین در برنامه قانون هفتم توسعه کشور
- بکارگیری نظام پرداخت مبتنی بر عملکرد و ارزش محور
- برگزاری دوره‌های آموزشی به منظور توانمندسازی ارائه دهندگان خدمات زایمانی
- اخذ نظر متخصص دوم در موارد سزارین غیر اورژانسی
- نظارت مستمر بر عملکرد متخصصین زنان در بیمارستان‌ها
- ارائه مراقبت‌های مستمر بارداری و زایمان به روش مشارکتی (توسط ماما و متخصص زنان و زایمان) و مبتنی بر راهنماهای بالینی
- آگاهی‌بخشی در خصوص عوارض مادری و نوزادی سزارین‌های غیرضروری و ترویج فرهنگ طبیعی بودن بارداری و زایمان
- تأمین دارو و تجهیزات مربوطه جهت خدماتی مانند ارزیابی سلامت جنین، تسکین درد، زایمان و مراقبت از نوزاد
- ارائه خدمات وی بک و تسکین درد زایمان طبیعی، به ویژه در مراکز آموزشی و خصوصی

کاربست سیاست

با توجه به علل پیچیده سزارین‌های غیرضروری، به‌کارگیری اصلاحات افقی جامع و سیستمی با تقویت همه اجزای ساختاری نظام سلامت برای رفع این مشکل ضروری است. به‌کارگیری این مداخلات در چهار سطح گیرنده و ارائه‌دهنده خدمت، بیمارستان و وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، دسترسی به اهداف فرعی و اصلی نظام سلامت در خصوص سلامت مادران را تسهیل می‌نماید (شکل ۶).



شکل ۶ - سیستم کنترل سزارین‌های غیر ضروری در ایران

منابع

- Eslambolchi L, Mosadeghrad AM, Taheri S, Afshari M. Taxonomy of effective strategies to reduce unnecessary caesareans: a systematic review. Eastern Mediterranean Health Journal. 2021;27(8):826-49.
- Mosadeghrad AM, Tajvar M, Janbabai G, Parsaiian M, Babaey F, Eslambolchi L. Effect of Iran's normal delivery promotion plan on the cesarean delivery rates: An interrupted time series study. Hayat. 2020; 26 (2) :144-162. [in Persian]
- Mosadeghrad AM, Eslambolchi L. The futurology of normal birth promotion in Iran. Tehran University Medical Journal. 2019;77(4):272. [in Persian]

تهیه کنندگان

- دکتر علی محمد مصدق راد: استاد سیاستگذاری و مدیریت سلامت دانشگاه علوم پزشکی تهران
- دکتر لیلی اسلابلوچی: دکترای مدیریت خدمات بهداشتی و درمانی

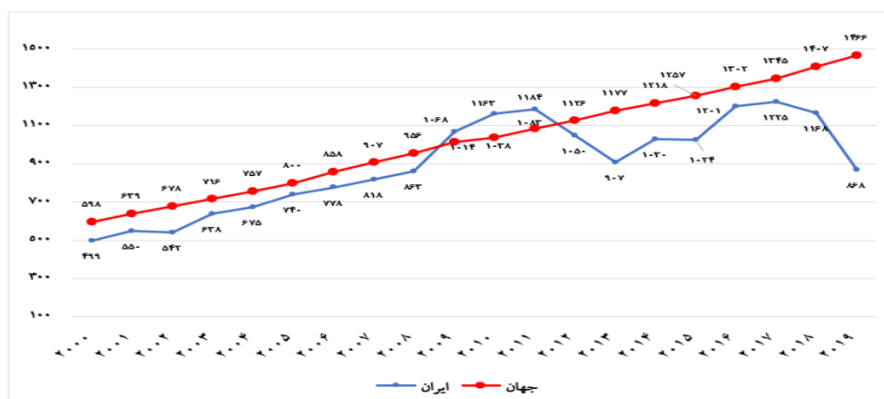
ارائه الگوی تأمین مالی پایدار برای سازمان بیمه سلامت ایران

خلاصه اجرایی

نظام تأمین مالی سلامت فرآیند جمع‌آوری، تجمیع و مدیریت منابع مالی به‌منظور خرید خدمات سلامت مورد نیاز مردم با هدف تأمین، حفظ و ارتقای سلامتی مردم و حمایت مالی از آن‌ها در مقابل هزینه‌های سلامت است. این پژوهش ترکیبی با هدف توسعه الگوی تأمین مالی پایدار برای سازمان بیمه سلامت ایران در سه مرحله انجام شد. تعداد **۶۲ راهکار تقویت نظام تأمین مالی سلامت** در کشورهای جهان شناسایی شد. سازمان بیمه سلامت ایران دارای نقاط قوتی مانند اجرای نسخه‌نویسی الکترونیک، مشارکت فعال در سطح اول مراقبت‌ها و کاهش هم‌پوشانی بیمه‌ای است. از طرفی، نقاط ضعف عمده سازمان بیمه سلامت ایران عبارتند از هزینه‌های اداری بالا، نظارت ناکافی و غیرکارآمد و عدم تولید شواهد لازم برای سیاست‌گذاری. **الگوی تأمین مالی مناسب برای سازمان بیمه سلامت ایران** شامل اجزای ساختاری، فرآیندی و پیامدی است. اجزای ساختاری مدل شامل حکمرانی، نظام اطلاعات و بسته خدمات؛ اجزای فرآیندی شامل جمع‌آوری منابع مالی، تجمیع منابع مالی و خرید خدمات سلامت و در نهایت، پیامدهای شامل منابع مالی کافی، تخصیص کارآمد منابع، محافظت مالی و دسترسی عادلانه مالی به خدمات سلامت هستند.

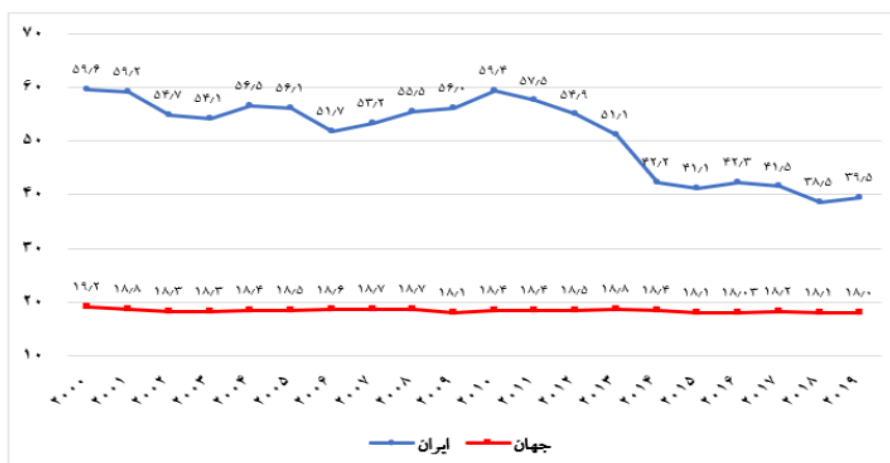
مشکل سیاستی

افزایش هزینه‌های سلامت چالش اصلی نظام سلامت کشورهای جهان است. سرانه هزینه‌های نظام سلامت در کشورهای دنیا از ۵۹۸ دلار آمریکا در سال ۲۰۰۰ میلادی به ۱۴۶۶ در سال ۲۰۱۹ رسیده است (شکل ۱). میانگین سرانه هزینه سلامت مردم ایران ۸۶۸ دلار آمریکا در سال ۲۰۱۹ میلادی بود (شکل ۱). نظام تأمین مالی سلامت ایران **اثربخش و کارآمد** نیست.



شکل ۱: سرنانه هزینه سلامت مردم ایران و جهان به دلار آمریکا

سهم پرداخت از جیب از کل هزینه‌های سلامت در ایران در سال ۲۰۱۹ میلادی حدود ۴۰ درصد بود. این در حالی است که میانگین جهانی این شاخص ۱۸ درصد بود (شکل ۲). سهم پرداخت مستقیم بیماران برای خدمات سلامت **بسیار زیاد** است.



شکل ۲: سهم پرداخت از جیب از کل هزینه‌های سلامت در ایران و جهان

بیمه‌های سلامت اجتماعی نقش مهمی در کاهش سهم پرداخت مستقیم مردم برای خدمات سلامت دارند. **سازمان بیمه سلامت ایران**، به‌عنوان یک سازمان بیمه اجتماعی سلامت در سال ۱۳۷۴ و پس از تصویب قانون بیمه همگانی سلامت تشکیل شد. این سازمان دارای صندوق‌های کارکنان دولت، بیمه همگانی، روستائیان، ایرانیان و سایر اقشار است. مجموع بیمه‌شدگان این سازمان در سال ۱۴۰۰ حدود ۴۲ میلیون نفر بود. افزایش هزینه‌های سازمان، ناپایداری منابع مالی و عدم تحقق کامل بودجه از مهمترین چالش‌های نظام تأمین مالی سازمان بودند. **هزینه‌های بخش درمان** در دو سال اخیر حدود **۶۰ درصد افزایش** داشته است و از ۱۲۷ هزار میلیارد ریال به ۲۰۶ هزار میلیارد ریال رسیده است. بخش عمده‌ای از روش‌های تأمین مالی سازمان پایدار نیستند. بنابراین، پژوهشی با هدف ارائه الگوی تأمین مالی پایدار سازمان بیمه سلامت ایران انجام شد.

روش پژوهش

این پژوهش ترکیبی در ۳ مرحله انجام شد. در مرحله اول یک مطالعه مرور حیطه‌ای به‌منظور شناسایی **روش‌های تأمین منابع مالی پایدار** نظام سلامت کشورهای جهان انجام شد. در مرحله دوم، **تحلیل استراتژیک** نظام تأمین مالی سازمان بیمه سلامت ایران با استفاده از سه روش مصاحبه نیمه‌ساختاریافته با متخصصین، تحلیل اسناد و بررسی داده‌های عملکردی سازمان انجام شد. در نهایت، در مرحله سوم **الگوی تأمین منابع مالی پایدار** برای سازمان بیمه سلامت ایران پیشنهاد شد.

یافته‌های پژوهش

۱- روش‌های تأمین منابع مالی پایدار نظام سلامت کشورهای جهان

مهمترین روش‌های پایدار جمع‌آوری منابع مالی در کشورهای دنیا شامل وضع مالیات بر کالاهای مضر و کالاهای لوکس و ایجاد بودجه اختصاصی برای پیشگیری و تشخیص زودهنگام بیماری بود. همچنین، روش‌هایی مثل مشارکت‌های عمومی - خصوصی، مدیریت ریسک و کنترل هزینه برای تقویت کارکرد تجمیع منابع مالی مناسب است. در نهایت، روش‌هایی مثل تفکیک خریدار و ارائه‌دهنده خدمت، استفاده از نظام ارجاع کارآمد بیماران، تخصیص منابع بر اساس عملکرد و خرید راهبردی خدمات سلامت برای تقویت کارکرد خرید خدمات سلامت مفید هستند.

۲- تحلیل استراتژیک نظام تأمین مالی سازمان بیمه سلامت ایران

نظام تأمین مالی سازمان بیمه سلامت ایران دارای نقاط قوتی مثل اجرای نسخه‌نویسی الکترونیک، مشارکت فعال در سطح اول مراقبت‌ها و حرکت به سمت حذف هم‌پوشانی بیمه‌ای است. از طرفی، نقاط ضعفی مانند هزینه‌های اداری بالا، نظارت ناکافی و غیرکارآمد و عدم تولید شواهد لازم برای سیاستگذاری مشاهده شد (جدول ۱).

جدول ۱: تحلیل استراتژیک تأمین مالی در سازمان بیمه سلامت ایران

نقاط قوت	نقاط ضعف	فرصت‌ها
اجرای برنامه حذف هم‌پوشانی بیمه‌ای، تعهد مدیران ارشد سازمان به پیاده سازی خرید راهبردی خدمات سلامت، اجرای نسخه نویسی الکترونیک و مشارکت فعال در سطح اول مراقبت‌های بهداشتی	عدم توجه کامل به شواهد در تصمیمات و برنامه‌ریزی‌ها، شفاف نبودن مکانیسم‌های حمایت از اقشار آسیب پذیر، هزینه‌های اداری بالا، نظارت غیرکارآمد و ناکافی، عدم سرمایه‌گذاری در مکانیسم‌های نوین جمع‌آوری منابع مالی، استفاده ناکافی از ارتباطات برون بخشی به منظور اثرگذاری بر تصمیمات، عدم تولید شواهد لازم برای سیاستگذاری مبتنی بر شواهد، کارآمدی پایین تحقیقات انجام شده	تعهد وزارت بهداشت به پوشش همگانی سلامت، تاکید بر اولویت پیشگیری بر درمان در سیاست‌های بالادستی، تمایل و تعهد نظام شبکه به پیاده سازی برنامه پزشکی خانواده شهری و نظام ارجاع، تاکید بر بهبود وضعیت نظام بیمه‌ای سلامت در اسناد بالادستی، تاکید بر تجمیع بیمه‌ها در اسناد توسعه، سابقه طولانی سازمان در مشارکت در طرح پزشکی خانواده روستایی
	تصمیم‌گیری‌های مرتبط با بیمه سلامت بدون پشتوانه علمی در سطح کلان، عدم وجود مرکزیت واحد در سیاستگذاری‌ها، نقش کم‌رنگ سازمان در شورای عالی بیمه، تفاوت در تعرفه خصوصی و دولتی، وجود تقاضای القایی، شفاف نبودن فرآیند تعیین بسته خدمات پایه، عدم اجرای صحیح پرونده الکترونیک سلامت و نظام ارجاع، غیرواقعی بودن حق بیمه‌ها، عدم الزام قانونی سازمان‌های به پرداخت مطالبات خود به سازمان، نوسانات سیاست‌های اقتصادی دولت، ناپایداری شرایط اقتصادی کشور	

۳- الگوی تأمین منابع مالی پایدار برای سازمان بیمه سلامت ایران

الگویی برای تأمین مالی سازمان بیمه سلامت ایران شامل سه بعد ساختار، فرآیند و پیامد پیشنهاد شد. اجزای ساختاری مدل شامل حکمرانی، نظام اطلاعات و بسته خدمات؛ اجزای فرآیندی شامل جمع‌آوری منابع مالی، تخصیص منابع مالی و خرید خدمات سلامت و در نهایت، پیامدهای احتمالی شامل منابع مالی کافی، تخصیص کارآمد منابع، محافظت مالی و دسترسی عادلانه مالی به خدمات سلامت هستند.



شکل ۳: مدل پیشنهادی نظام تأمین منابع مالی سازمان بیمه سلامت ایران

تعیین بسته خدمات سلامت مبتنی بر ارزش، اجرای راهنماهای بالینی، اصلاح تعرفه‌های خدمات سلامت، مشارکت مالی خیرین و استفاده از روش‌های پرداخت ثابت آینده‌نگر به ارائه‌کنندگان خدمات سلامت برای **تقویت پایداری نظام تأمین مالی بیمه سلامت ایران** مناسب هستند.

ابعاد	راهکارهای اجرایی
حکمرانی	الزام دولت به ارائه پیوست کارشناسی در برنامه‌ها و سیاست‌های مرتبط با بیمه سلامت؛ افزایش اختیارات و سهم سازمان‌های بیمه‌ای در شورای عالی بیمه؛ تشکیل شبکه ذی‌نفعان؛ استفاده از تجارب کشورهای موفق؛ کاهش تضاد منافع؛ تعهد ملی در ایجاد تغییرات؛ توسعه طرح‌های بیمه درمانی جدید با تمرکز بر جمعیت کم برخوردار؛ بکارگیری راهنماهای بالینی یکسان و جامع؛ گسترش مراقبت‌های سطح اول و استقرار نظام ارجاع؛ رصد مستمر شاخص‌های تأمین مالی سلامت؛ تعیین سقف پرداخت از جیب برای دریافت خدمات
نظام اطلاعات	شفافیت عملکردی؛ ایجاد سامانه پاسخگویی سازمان؛ گسترش سیستم‌های اطلاعاتی جامع برای شناسایی افراد نیازمند و فاقد بیمه؛ بهنگام و فراهم بودن داده‌ها؛ توسعه زیرساخت‌های الکترونیکی؛ اجرای نسخه‌نویسی الکترونیک؛ بهبود کیفیت نظام جامع اطلاعات سلامت؛ استفاده از ظرفیت دولت الکترونیک در بهبود فرآیندهای درونی سازمان
بسته خدمات	انجام مطالعات کارآیی و اثربخشی در مورد اقلام و خدمات مشمول بسته خدمات پایه؛ طراحی فهرست خدمات بیمه سلامت مبتنی بر اولویت‌بندی خدمات؛ منوط کردن افزایش حجم خدمات بسته پایه به تأمین مالی آن قبل از شروع طرح؛ تعیین تعرفه خدمات بر اساس متدولوژی مدون و مشخص؛ تعیین بسته خدمات با تاکید بر خدمات دارای کارآیی و اثربخشی بالا؛ حذف خدمات تخصصی و غیرکارآمد از بسته خدمات پایه
جمع‌آوری منابع مالی	الزام قانونی دولت به تخصیص کامل سهم تعیین شده خود در بودجه؛ اصلاح و نوسازی نظام مالیاتی کشور؛ متناسب سازی حق بیمه‌ها با هزینه‌ها و خدمات ارائه شده؛ افزایش سهم سلامت از تولید ناخالص داخلی؛ مالیات بر کالاهای آسیب‌رسان؛ مالیات بر گردشگری و مسافرت‌های لوکس؛ تقویت مشارکت بخش خصوصی و عمومی؛ سازماندهی مشارکت خیرین؛ اصلاح مبانی حق بیمه مبتنی بر توان مشارکت و به‌صورت تصاعدی؛ تدوین سیاست‌های کنترل هزینه
تجمع	تجمع منابع مالی پرداختی دولت به سازمان‌ها که ماهیت بیمه‌ای دارند و پرداخت آن به سازمان بیمه سلامت ایران؛ ممانعت از ورود سازمان‌های دولتی و شبه دولتی به بخش بیمه پایه سلامت؛ تجمع مجازی صندوق‌های بیمه پایه سلامت؛ هدفمند نمودن بارانه‌ها به نفع اقشار کم درآمد
خرید خدمات	استفاده بیشتر از شاخص‌های فرآیندی و پیامدی در نظارت‌ها، ایجاد بخش‌های نظارت بر اجرای قوانین؛ اصلاح نظام پرداخت و استقرار سازوکار پرداخت‌های آینده‌نگر؛ مدیریت تقاضا در استفاده از خدمات؛ استفاده از راهکارهای نوین برای کاهش اثر تقاضای القایی؛ استفاده از بودجه شناور در تأمین مالی بیمارستان‌ها؛ واگذاری اختیارات کافی به سازمان بیمه سلامت برای تقویت سیستم نظارت اجرای خرید راهبردی خدمات سلامت

توصیه های سیاستی

راهکارهای زیر برای تقویت پایداری منابع مالی سازمان بیمه سلامت ایران پیشنهاد می‌شود:

- ایجاد نظام جامع اطلاعات بیمه‌ای و تکمیل پرونده الکترونیک سلامت
- طراحی فهرست خدمات بیمه پایه سلامت کشور مبتنی بر اولویت‌بندی خدمات و نیازسنجی جمعیت
- استفاده از ارزشیابی‌های اقتصادی مثل هزینه-منفعت و هزینه-اثربخشی در تدوین بسته خدمات سلامت
- فرهنگ‌سازی و ارتقاء سواد سلامت جامعه
- همکاری با وزارت بهداشت در تقویت برنامه پزشکی خانواده و نظام ارجاع
- واقعی کردن حق بیمه‌ها مبتنی بر هزینه خدمات ارائه شده
- بودجه‌ریزی عملیاتی در ادارات استانی
- اصلاح نظام پرداخت و استفاده از پرداخت‌های آینده‌نگر مثل سرانه، گروه‌های تشخیصی وابسته و پاداش
- اصلاح سیستم نظارتی سازمان و بهره‌گیری از شاخص‌های پیامدی نتیجه‌ای
- استفاده از راهکارهای مدیریت ریسک و کاهش هزینه‌های اداری سازمان
- انتشار دوره‌های داده‌های عملکردی سازمان و ایجاد شواهد لازم برای سیاستگذاران

کاربست سیاست

بکارگیری راهکارهای پیشنهادی تقویت مدیریت منابع مالی سازمان نیازمند ایجاد اصلاحات ساختاری، فرآیندی و زمینه‌ای است. توانمندسازی و جلب مشارکت ذی‌نفعان درونی و بیرونی سازمان می‌تواند تعهد لازم را برای ایجاد تغییرات به وجود آورد. علاوه بر این، جلب حمایت مدیران ارشد نظام سلامت و بهره‌گیری از نظرات متخصصان و صاحب‌نظران می‌تواند اجرای این تغییرات را تسهیل نماید. در نهایت، اولویت‌بندی راهکارهای اصلاحی و تهیه نقشه راه اجرای اصلاحات یک گام ضروری برای دستیابی به اهداف است.

منابع

- Mosadeghrad AM, Abbasi M, Heydari M. Evaluation of Iran's health financing system. Journal of School of Public Health and Institute of Public Health Research 2022; 20 (2):111-132. [in Persian]
- Mosadeghrad AM, Khodayari R, Abbasi M, Karimi F. Sustainable Financing Strategies for the Iranian Health System: A Scoping Review. Journal of School of Public Health and Institute of Public Health Research. 2021;19(2):137-56.
- Mosadeghrad A M, Abbasi M, Ramandi S, Abbasi M. Strategic Analysis of the Iranian Health Financing System: A Scoping Review. Journal of School of Public Health and Institute of Public Health Research. 2021; 18 (4): 14-29. [in Persian]
- Akhavan Behbahani A, Alidoost S, Masoudi Asl I, Rahbari Bonab M. Investigating the performance of Iran's health insurance organization and providing solutions for improvement: A mixed method study. Iran Health Insurance Organization. 2018;1(3):88-96.

تهیه کنندگان

- دکتر علی محمد مصدق راد: استاد سیاستگذاری و مدیریت سلامت دانشگاه علوم پزشکی تهران
- مهدی عباسی: دانشجوی دکتری تخصصی مدیریت خدمات بهداشتی، دانشگاه علوم پزشکی تهران
- محیا عباسی: دانشجوی دکتری تخصصی مدیریت خدمات بهداشتی، دانشگاه علوم پزشکی تهران
- مهدیه حیدری: دانشجوی دکتری تخصصی مدیریت خدمات بهداشتی، دانشگاه علوم پزشکی تهران

تقویت تاب آوری نظام سلامت ایران در برابر اثرات تغییرات اقلیمی

خلاصه اجرایی

اقلیم (آب و هوا) به میانگین شرایط آب و هوایی یک منطقه جغرافیایی در یک دوره زمانی نسبتاً طولانی (حدود ۳۰ سال) گفته می‌شود. تغییر اقلیم هر گونه دگرگونی آب و هوایی است که طولانی‌تر از رخداد‌های منفرد آب‌وهوایی باشد؛ به طور مستقیم یا غیرمستقیم به فعالیت‌های انسانی نسبت داده شود؛ ترکیب جو جهانی را تغییر دهد و علاوه بر تغییرات آب و هوایی طبیعی است که در دوره‌های زمانی مختلف مشاهده شود. تغییر اقلیم یکی از مهمترین چالش‌های قرن جاری است. کنوانسیون چارچوب سازمان ملل متحد در مورد تغییر آب و هوا (۱۹۹۲) و پروتکل کیوتو (۲۰۰۳) دولت‌ها را ملزم به بکارگیری سیاست‌ها و استراتژی‌هایی برای کاهش اثرات نامطلوب تغییرات اقلیمی نموده است. جمهوری اسلامی ایران به شدت تحت تأثیر اثرات سوء سلامتی ناشی از تغییر اقلیم است. نظام سلامت نقش بسیار مهم در ارائه خدمات سلامت مورد نیاز افراد آسیب دیده از آب و هوای نامطلوب و خطرات ناشی از تغییر اقلیمی دارد و باید از سازگاری و تاب‌آوری بالایی نسبت به اثرات تغییر اقلیم برخوردار باشد. این مطالعه با روش ترکیبی در سه مرحله کیفی، مرور حیطه‌ای و بارش افکار به توسعه برنامه راهبردی ۵ ساله، برنامه عملیاتی سالانه و راهکارهایی برای تقویت تاب آوری نظام سلامت ایران در برابر اقلیم پرداخت.

مشکل سیاستی

کشور ایران واقع در غرب آسیا، به‌عنوان هفدهمین کشور بزرگ جهان و با وضعیت اقتصادی درآمد متوسط پایین و جمعیت نزدیک به ۸۵ میلیون نفر، به شدت تحت تأثیر تغییرات اقلیمی و پیامدهای منفی آن است. ایران از نظر ایندکس ارزیابی عملکرد تغییرات آب و هوایی در سال ۲۰۲۳ میلادی، رتبه آخر را از بین ۶۳ کشور مورد بررسی داشت. جدول ۱ وضعیت ایران را از نظر چهار حیطه ایندکس (انتشار گازهای گل‌خانه‌ای، استفاده انرژی تجدیدپذیر، استفاده از انرژی و سیاست آب و هوایی) نشان می‌دهد.

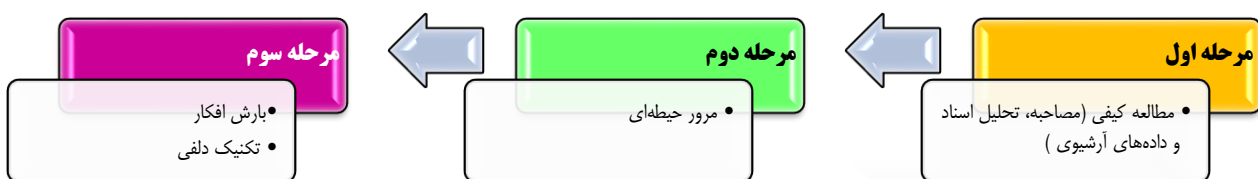
جدول ۱- وضعیت ایران از نظر ایندکس عملکرد تغییرات آب و هوا

شاخص	درجه	نمره	رتبه
۱. انتشار گازهای گلخانه‌ای	خیلی پایین	۴۰ از ۵/۲	۶۱
۲. انرژی قابل تجدید	خیلی پایین	۲۰ از ۱/۵	۶۱
۳. استفاده از انرژی	خیلی پایین	۲۰ از ۷/۱	۵۷
۴. سیاست اقلیم	پایین	۲۰ از ۵/۱	۴۹
شاخص عملکرد تغییر اقلیم	خیلی پایین	۱۰۰ از ۱۸/۸	۶۳

تغییرات اقلیمی به طور مستقیم با تغییر الگوی آب و هوا (گرمای شدید، سیل، طوفان و خشکسالی) و به طور غیرمستقیم با تغییر کیفیت آب، هوا و غذا بر سلامت انسان تأثیر می‌گذارد و منجر به بروز بیماری‌های جسمی و روحی می‌شود. حدود ۲۹ استان ایران در سال‌های اخیر تحت تأثیر پدیده گرد و غبار قرار گرفتند که باعث اختلالات تنفسی، اختلالات قلبی و عروقی، التهابات چشمی شده است.

روش پژوهش

این مطالعه ترکیبی در سه مرحله انجام شد (شکل ۱). در مرحله اول، یک مطالعه کیفی با استفاده از مصاحبه نیمه‌ساختار یافته با سیاستگذاران، مدیران، کارشناسان، پژوهشگران و خبرگان حوزه سلامت و تغییر اقلیم و تحلیل اسناد و داده‌های آرشیوی به تحلیل استراتژیک تاب‌آوری نظام سلامت ایران در برابر تغییرات اقلیمی پرداخت. در مرحله دوم، مرور حیطه‌ای با هدف شناسایی راهکارهای تقویت تاب‌آوری نظام سلامت در برابر اثرات تغییر اقلیم انجام شد. در مرحله سوم، از روش بارش افکار و تکنیک دلفی برای تدوین برنامه راهبردی و عملیاتی وزارت بهداشت برای تقویت تاب‌آوری نظام سلامت ایران در برابر اثرات اقلیم استفاده شد (شکل ۱).



شکل ۱- مراحل مطالعه تقویت تاب‌آوری نظام سلامت ایران در برابر اثرات تغییرات اقلیمی در ایران

یافته های پژوهش

۱- تحلیل استراتژیک تاب آوری نظام سلامت ایران در برابر اثرات تغییرات اقلیمی

از روش مصاحبه با ۳۲ نفر از ذی نفعان کلیدی، تحلیل اسناد و بررسی داده‌های آرشویی برای تحلیل استراتژیک و شناسایی نقاط قوت و ضعف و فرصت‌ها و تهدیدهای مرتبط با تاب آوری نظام سلامت ایران در برابر اثرات تغییرات اقلیمی استفاده شد. در بعد عوامل داخلی، تعداد ۲۸ قوت و ۵۶ ضعف برای نظام سلامت ایران از نظر تاب آوری نسبت به تغییرات اقلیمی شناسایی شد که در هفت بُعد حاکمیت و رهبری، تأمین مالی، کارکنان، تسهیلات، تجهیزات و داروها، سیستم اطلاعات سلامت، ارائه خدمات سلامت و نتایج کلیدی عملکردی قرار گرفتند. در بعد عوامل خارجی تعداد ۱۸ فرصت و ۸۳ تهدید برای نظام سلامت ایران از نظر تاب آوری نسبت به تغییرات اقلیمی شناسایی شد که در شش محور عوامل قانونی، زیست‌محیطی، اقتصادی، سیاسی، فناوری و اجتماعی - فرهنگی دسته بندی شدند (جدول ۲).

جدول ۲- تحلیل استراتژیک برنامه تاب آوری نظام سلامت ایران در برابر اثرات تغییرات اقلیمی

نقاط قوت	نقاط ضعف
<ul style="list-style-type: none"> وجود نظام مراقبت‌های بهداشتی اولیه قوی مشارکت خوب بین مراکز بهداشتی، جامعه و مقامات محلی وجود مراکز تحقیقاتی سلامت و اقلیم و پژوهشکده های محیط زیست ارتباطات موثر و هماهنگی با سازمان‌های مرتبط بین المللی ارزشیابی و اعتباربخشی سالیانه ایمنی بیمارستان‌ها عضویت وزارت بهداشت در مرکز ملی تغییر اقلیم سازمان حفاظت محیط زیست ارتباط مستمر مراکز هدایت عملیات بحران دانشگاه‌ها با سازمان‌های پیشگر وجود متخصصان علمی و برجسته در رشته‌های مختلف علوم پزشکی در کشور 	<ul style="list-style-type: none"> حمایت کم مدیران ارشد برای اجرای برنامه‌های تاب آوری نظام سلامت در برابر تغییرات اقلیم نداشتن متولی سلامت و اقلیم در دانشگاه‌های علوم پزشکی کمبود نیروی انسانی متخصص در حوزه تاب آوری نظام سلامت در برابر تغییرات اقلیم ثبات کم دوره مدیریت مدیران سطوح مختلف وزارت بهداشت و دانشگاه‌های علوم پزشکی نداشتن برنامه ملی تاب آوری نظام سلامت در برابر اثرات تغییرات اقلیم کمبود منابع پایدار مالی، فیزیکی، تجهیزات، ملزومات و ... برای افزایش تاب آوری نظام سلامت ایمنی پایین مراکز بهداشتی درمانی و تاب آوری کم تسهیلات بهداشتی در برابر تغییرات اقلیم کمبود دارو و تجهیزات و ضعف در حوزه زنجیره تامین و تخصیص آن‌ها
فرصت‌ها	تهدیدها
<ul style="list-style-type: none"> عضویت در کنوانسیون چارچوب سازمان ملل متحد در زمینه تغییرات آب و هوا وجود دفتر ملی تغییر اقلیم در سازمان حفاظت از محیط زیست وجود سازمان مدیریت بحران در کشور وجود شورای عالی سلامت و ایمنی مواد غذایی برای تقویت هماهنگی‌های بین بخشی تقاضای مردم برای افزایش آگاهی و بهبود سواد آب و هوایی وجود برنامه ملی کاهش خطر، آمادگی، پاسخ و بازتوانی در سطح کشور اجباری شدن بیمه حوادث برای اموال و زیرساخت‌های دستگاه‌های اجرایی قوانین حفاظتی مانند قانون هوای پاک، قوانین جامع سوخت، قوانین نظام مهندسی 	<ul style="list-style-type: none"> گرمایش جهانی و تغییرات شدید اقلیم تغییر الگوی بیماری‌ها در اثر تغییرات اقلیمی وضعیت و رتبه بد ایران در انتشار گازهای گلخانه‌های و علی‌الخصوص CO2 استفاده از انرژی‌های تجدیدناپذیر مثل گازوئیل و مازوت عدم تعریف چالش سلامت و اقلیم به عنوان یک اولویت در کشور حمایت و تعهد ناکافی سیاستگذاران در بحث کاهش اثرات تغییرات اقلیم بر سلامت عدم وجود عزم ملی، اجرا نشدن مفاد قوانین مقررات و آیین نامه های زیست به خطر افتادن امنیت غذایی در اثر از بین رفتن خشکسالی و کاهش تولید مواد غذایی

سپس، از ۳۲ نفر از سیاستگذاران، مدیران، کارشناسان، پژوهشگران و خبرگان حوزه سلامت و تغییر اقلیم با استفاده از پرسش‌نامه‌ای شامل ۸۴ عامل داخلی و ۱۰۱ عامل خارجی موثر بر تاب آوری نظام سلامت ایران نسبت به اثرات تغییر اقلیم نظرسنجی به عمل آمد. میانگین امتیاز عوامل داخلی و خارجی به ترتیب ۲/۴۷ و ۲/۱۲ از ۴ امتیاز بوده است (جدول ۳). نظام سلامت ایران از نظر تاب آوری نظام سلامت در برابر اثرات تغییر اقلیم در موقعیت استراتژیک V قرار دارد (نمودار ۱). بنابراین، به دلیل کم بودن نقاط قوت و غلبه تهدیدات خارجی پیشنهاد می‌شود با تمرکز بر استراتژی‌های احتیاطی تا حد امکان نقاط ضعف، کاهش و قابلیت‌های استراتژیک آن افزایش یابد.



نمودار ۱. ماتریس موقعیت استراتژیک نظام سلامت ایران از نظر تاب آوری در برابر اثرات تغییر اقلیم

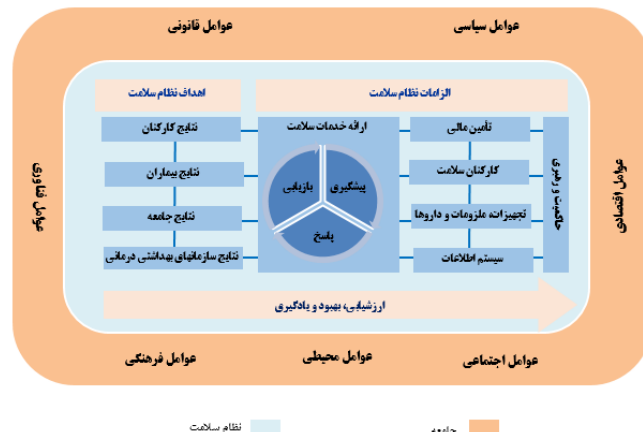
عوامل داخلی	میانگین	عوامل خارجی	میانگین
حکمرانی و رهبری	۲/۶۷	عوامل قانونی	۲/۵۰
تأمین مالی	۲/۰۳	عوامل زیست محیطی	۱/۶۷
کارکنان سلامت	۲/۲۸	عوامل اقتصادی	۱/۴۹
تسهیلات، تجهیزات و داروها	۲/۵۲	عوامل سیاسی	۲/۲۳
سیستم اطلاعات سلامت	۲/۳۶	عوامل فناوری	۲/۳۷
ارائه خدمات سلامت	۲/۵۸	عوامل اجتماعی فرهنگی	۲/۱۶
نتایج کلیدی عملکردی	۲/۳۴		
امتیاز عوامل داخلی	۲/۴۷	امتیاز عوامل خارجی	۲/۱۲

جدول ۳. نتایج تحلیل استراتژیک تاب آوری نظام سلامت ایران از نظر از نظر تغییرات اقلیمی از ۴ امتیاز

۲- راهبردها و اقدامات ایجاد نظام سلامت مقاوم نسبت به اثرات تغییرات اقلیم

در این مرحله با استفاده از روش مرور حیطه‌ای، تعداد ۱۰۵ مستند ملی و بین‌المللی یافت شد. تعداد ۱۲۲ راهکار برای ایجاد نظام سلامت مقاوم نسبت به تغییرات اقلیمی در این مستندات شناسایی شد و در قالب چارچوب شش بلوک ساختاری نظام سلامت گروه بندی شد.

تعداد راهکارها	الزامات نظام سلامت
۲۳	حاکمیت و رهبری
۹	تأمین مالی
۱۵	کارکنان سلامت
۱۱	تسهیلات، تجهیزات، ملزومات و داروها
۲۷	سیستم اطلاعات
۳۷	ارائه خدمات سلامت
۱۲۲	کل



جدول ۴- راهکارهای تقویت نظام سلامت در برابر تغییرات اقلیمی

شکل ۲- مدل تقویت تاب‌آوری نظام سلامت در برابر اثرات تغییرات اقلیم

۳- تدوین برنامه ملی راهبردی و عملیاتی تقویت تاب‌آوری نظام سلامت ایران در برابر اثرات تغییرات اقلیم

در این مرحله با استفاده از یافته‌های مرحله اول و دوم و همچنین، تکنیک بارش افکار و دلفی برنامه ملی راهبردی ۵ ساله و عملیاتی سال ۱۴۰۲ تقویت تاب‌آوری نظام سلامت ایران در برابر اثرات تغییرات اقلیم تدوین شد. مأموریت نظام سلامت تاب‌آور ایران در برابر اثرات تغییرات اقلیمی «تأمین و حفظ سلامت جامعه ایرانی از طریق ایجاد نظام سلامت سازگار، پایدار و تاب‌آور در برابر اثرات تغییر اقلیم» است. دورنمای نظام سلامت تاب‌آور ایران در برابر اثرات تغییرات اقلیم تا سال ۱۴۰۶ «یکی از ۳ نظام سلامت تاب‌آور در برابر اثرات تغییر اقلیم در منطقه مدیترانه شرقی سازمان بهداشت جهانی» می‌باشد. برنامه تقویت نظام سلامت تاب‌آور در برابر اثرات تغییرات اقلیم شامل ۷ هدف کلی، ۲۰ هدف اختصاصی و ۱۸۱ اقدام می‌باشد (جدول ۵).

جدول ۵- اهداف اصلی، اختصاصی و اقدامات برنامه تقویت تاب‌آوری نظام سلامت ایران در برابر اثرات تغییرات اقلیم

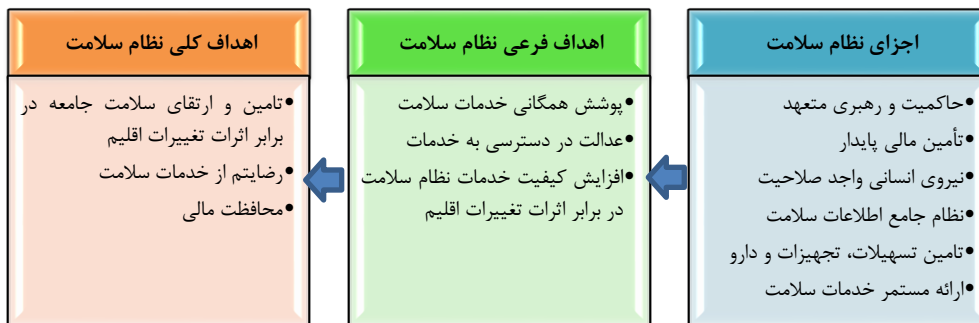
تعداد اقدام	تعداد اهداف اختصاصی	اهداف کلی
۳۳	۳	G1- تقویت حاکمیت و رهبری نظام سلامت تاب‌آور در برابر اثرات تغییرات اقلیم
۷	۲	G2- تأمین مالی پایدار نظام سلامت تاب‌آور در برابر اثرات تغییرات اقلیم
۱۸	۳	G3- تقویت کارکنان نظام سلامت تاب‌آور در برابر اثرات تغییرات اقلیم
۲۸	۳	G4- تقویت زیرساخت‌ها، تجهیزات و ملزومات نظام سلامت تاب‌آور در برابر اثرات تغییرات اقلیم
۳۶	۳	G5- تقویت سیستم اطلاعات نظام سلامت تاب‌آور در برابر اثرات تغییرات اقلیم
۴۰	۳	G6- تقویت سیستم ارائه خدمات نظام سلامت تاب‌آور در برابر اثرات تغییرات اقلیم
۱۹	۳	G7- بهبود عملکرد نظام سلامت تاب‌آور در برابر اثرات تغییرات اقلیم
۱۸۱	۲۰	۷

توصیه‌های سیاستی

- استفاده از راهکارهای زیر برای تقویت نظام سلامت تاب‌آور در برابر اثرات تغییرات اقلیم ایران توصیه می‌گردد:
- توسعه هماهنگی‌های بین بخشی و ایجاد مشارکت سازمان‌های دولتی، بخش خصوصی، دانشگاه‌ها و سازمان‌های بین‌المللی برای رسیدگی موثرتر به جنبه‌های سلامتی تغییر اقلیم
 - ارتقای سطح آموزش، اطلاع‌رسانی و ظرفیت انسانی و سازمانی در خصوص کاهش تغییرات اقلیم، سازگاری، کاهش تاثیرات و هشداردهی زودهنگام و بهسازی و گسترش مراکز ارائه خدمات سلامت با تقویت پدافند غیرعامل
 - بهبود و تقویت زیرساخت‌های مورد نیاز برای تولید فرآورده‌ها و مواد اولیه دارویی، واکسن، محصولات زیستی و ملزومات و تجهیزات پزشکی دارای کیفیت و استاندارد به منظور پشتیبانی از نظام سلامت تاب‌آور در برابر اثرات تغییرات اقلیم
 - برگزاری دوره‌های آموزشی توانمندسازی ارائه‌دهندگان خدمات سلامت در خصوص راهکارهای مقابله با خطرات سلامتی ناشی از تغییرات اقلیم
 - توانمندسازی مردم در شناسایی معضلات سلامتی و مداخله در سطح محلی برای کاهش خطر سلامتی ناشی از تغییرات اقلیم
 - تأمین دارو و تجهیزات مربوطه برای ارائه خدمات سلامت در شرایط بحران‌های تغییر اقلیم
 - حمایت از تحقیقات مرتبط با تغییرات اقلیم و سلامت و ارتقاء کمی و کیفی پژوهش‌های بین‌رشته‌ای

کاربست سیاست

با توجه به پیچیده بودن و چند سطحی بودن چالش‌های مرتبط با تقویت تاب‌آوری نظام سلامت ایران در برابر اثرات تغییرات اقلیمی، به‌کارگیری اصلاحات افقی جامع و سیستمی با تقویت همه اجزای ساختاری نظام سلامت برای رفع این مشکل ضروری است. به‌کارگیری این مداخلات در چهار سطح گیرنده خدمت، ارائه‌دهنده خدمت، بیمارستان و وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، دسترسی به اهداف فرعی و اصلی تاب‌آوری تقویت نظام سلامت در برابر تغییرات اقلیمی را تسهیل می‌نماید (شکل ۳).



شکل ۳- سیستم نظام سلامت تاب‌آور ایران در برابر اثرات تغییرات اقلیمی

منابع

- Burck J, Hagen U, Håuhne N, Nascimento L, Bals C. Climate change performance index. Bonn: Germanwatch, NewClimate Institute and Climate Action Network. 2023.
- Rocque RJ, Beaudoin C, Ndjaboue R, Cameron L, Poirier-Bergeron L, Poulin-Rheault R-A, et al. Health effects of climate change: an overview of systematic reviews. *BMJ open*. 2021;11(6):e046333.

تهیه‌کنندگان

- دکتر علی محمد مصدق‌راد: استاد سیاست‌گذاری و مدیریت سلامت دانشگاه علوم پزشکی تهران
- دکتر مهناز افشاری: استادیار سیاست‌گذاری سلامت دانشکده علوم پزشکی ساوه

تدوین خلاصه سیاستی در نظام سلامت



دکتر علی محمد مصدق راد
BSc, MSc, Mphil, PhD, PGDip, AHEA, and FCMI
استاد دانشگاه علوم پزشکی تهران
mosadeghrad@yahoo.com



Dr. Mosadeghrad. All rights reserved.

2

دکتر علی محمد مصدق راد



- دکترای تخصصی سیاستگذاری و مدیریت سلامت
- استاد دانشگاه علوم پزشکی تهران
- پژوهشگر، نظریه پرداز، مدرس، نویسنده، سخنران و مشاور مدیریت
- طراح و مدرس دوره‌ها و کارگاه‌های آموزشی کاربردی برای مدیران
- ۲۲ سال سابقه تدریس در رشته‌های سیاستگذاری، مدیریت و اقتصاد سلامت
- ۱۸ سال سابقه برنامه‌ریزی، اجرا و ارزشیابی پروژه‌های مدیریت استراتژیک و مدیریت کیفیت
- تدوین حدود ۱۹۰ برنامه استراتژیک برای سازمان‌های بهداشتی و درمانی
- استاد راهنما یا مشاور حدود ۱۶۰ دانشجوی دکترا و کارشناسی ارشد
- انجام حدود ۲۰۰ پژوهش
- مولف ۸ کتاب و حدود ۲۷۰ مقاله علمی

Dr. Mosadeghrad. All rights reserved.

اهداف کارگاه

- در پایان این جلسه شما باید قادر باشید تا:
 - ❖ **ضرورت** و اهداف پژوهش را بدانید.
 - ❖ انواع **روش‌های انتقال دانش** را بشناسید.
 - ❖ **ترجمان دانش** و اهداف آن را توضیح دهید.
 - ❖ **خلاصه سیاسی** و اهمیت آن را بیان کنید.
 - ❖ با **ساختار نوشتن خلاصه سیاسی** آشنا شوید.
 - ❖ یک **خلاصه سیاسی** از پژوهش خود تهیه کنید.



Dr. Mosadeghrad. All rights reserved.

4

تعریف پژوهش

- جستجوی **علمی** Scientific و **عینی** Objective برای دانش
- **جمع‌آوری و تحلیل** داده‌ها و اطلاعات به منظور **پاسخ** به **سوال**
- بررسی **نظام‌مند** برای **بیان حقایق** جدید، شناسایی **مشکلات**، **حل مشکلات**، **اثبات ایده‌های جدید**، **توسعه تئوری‌های جدید** با استفاده از **روش‌های علمی**



Dr. Mosadeghrad. All rights reserved.

اهداف پژوهش

- **توصیف** یک پدیده Description
- **توضیح** یک پدیده Explanation
- بررسی یک مشکل موجود Exploration
- **ارائه راه کار** برای یک مشکل Solution
- **اجرای یک راه کار** Action
- **مرور** و **سنجش دانش موجود** Review
- تولید **دانش جدید** Generation
- **ارتقای علمی** Promotion !

Publish or Perish

بنویس و زنده بمان



Dr. Mosadeghrad. All rights reserved.

نسل‌های دانشگاه‌ها



- دانشگاه نسل اول: آموزش
- دانشگاه نسل دوم: پژوهش
- دانشگاه نسل سوم: نوآوری
- دانشگاه نسل چهارم: حل مسایل اجتماعی و اقتصادی جامعه

Dr. Mosadeghrad. All rights reserved.

7

انتقال دانش

انتقال دانش Knowledge transfer

❖ فرایند تبادل دانش بین کاربران تحقیق و تولیدکنندگان محقق



Dr. Mosadeghrad. All rights reserved.

8

روش‌های انتقال دانش

نشر عمومی دانش Knowledge diffusion

نشر اختصاصی دانش Knowledge dissemination

بکارگیری دانش Knowledge implementation



Dr. Mosadeghrad. All rights reserved.

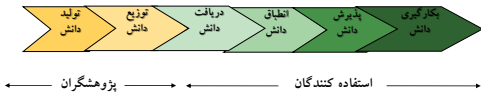
9

چالش‌های روش‌های انتقال دانش

- ❑ اعتبار کم پژوهشگران و عدم اطمینان علمی
 - ❖ شواهد پراکنده و غیر منسجم
 - ❖ کیفیت پایین دانش
 - ❖ دانش غیر کاربردی
 - ❖ اطلاعات زیاد
- ❑ فرایند طولانی انجام پژوهش
- ❑ محدودیت زمان سیاستگذاران
- ❑ اختیار محدود در استفاده از دانش
- ❑ کمبود منابع
- ❑ عدم آشنایی با پایگاه‌ها و منابع اطلاعاتی

ترجمان دانش

- ❑ فرایند تبادل، سنتز و استفاده از دانش از طریق تعامل بین پژوهشگران (تولیدکنندگان دانش) و استفاده‌کنندگان آن
- ❑ هدف ترجمان دانش کاهش شکاف بین تئوری و عمل است.



پیش

چشم‌انداز کلی از روش‌های انتقال دانش

این سند به منظور «ارائه راهنمای»

تولیدکننده علم از دانش سنتز کار و صورت به‌کارآمدی در محیط کار»

توسعه و به‌کارگیری در محیط کار و صنعت»

این سند به منظور «ارائه راهنمای»

تولیدکننده علم از دانش سنتز کار و صورت به‌کارآمدی در محیط کار»

توسعه و به‌کارگیری در محیط کار و صنعت»

پس

چشم‌انداز کلی از روش‌های انتقال دانش

این سند به منظور «ارائه راهنمای»

تولیدکننده علم از دانش سنتز کار و صورت به‌کارآمدی در محیط کار»

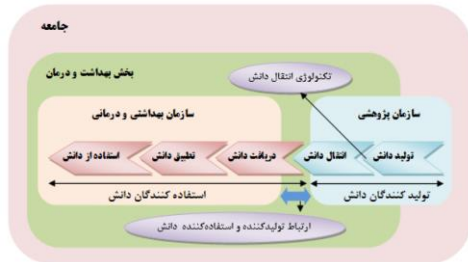
توسعه و به‌کارگیری در محیط کار و صنعت»

این سند به منظور «ارائه راهنمای»

تولیدکننده علم از دانش سنتز کار و صورت به‌کارآمدی در محیط کار»

توسعه و به‌کارگیری در محیط کار و صنعت»

تیبولوژی ترجمان دانش سیاستگذاری و مدیریت سلامت



(مصدقی راد، ۱۳۹۹)

Dr. Mosadeghrad. All rights reserved.

موانع ترجمان دانش سیاستگذاری و مدیریت سلامت

۷۶ موانع ترجمان دانش سیاست گذاری و مدیریت سلامت

❖ موانع مرتبط با ویژگی‌های **بخش بهداشت و درمان**

❖ موانع مرتبط با ویژگی‌های **سازمان بهداشتی و درمانی**

❖ موانع مرتبط با ویژگی‌های **دانش سیاستگذاری و مدیریت سلامت**

❖ موانع مرتبط با ویژگی‌های **تولید کننده دانش**

❖ موانع مرتبط با ویژگی‌های **استفاده کننده دانش**

❖ موانع مرتبط با ویژگی‌های **تکنولوژی انتقال دانش**

❖ موانع مرتبط با ارتباط بین **تولید کننده و استفاده کننده دانش**



Dr. Mosadeghrad. All rights reserved.

موانع مرتبط با ویژگی‌های بخش بهداشت و درمان

❖ بی ثباتی و **عدم اطمینان صنعت سلامت**

❖ **نامناسب بودن محیط درمانی** برای استفاده از دانش

❖ **ویژگی‌های بیماران**

❖ **پیچیدگی تشخیص و درمان بیماری‌ها**

Dr. Mosadeghrad. All rights reserved.

18

موانع مرتبط با ویژگی‌های سازمان‌های بهداشتی و درمانی

- ❖ **مقاومت نسبت به تغییر**
- ❖ فقدان اولویت مدیریتی
- ❖ خلاقیت و نوآوری کم
- ❖ رهبری و مدیریت ضعیف
- ❖ وقت کم مدیران
- ❖ مشارکت کم ذینفعان در پژوهش‌ها
- ❖ انگیزه کم مدیران
- ❖ **پار کاری زیاد کارکنان**
- ❖ انگیزه کم کارکنان
- ❖ استفاده کم کارکنان از دانش
- ❖ آگاهی و دانش ضعیف کارکنان
- ❖ آموزش ناکافی؛
- ❖ **ساختار سازمانی** متمرکز
- ❖ سلسله مراتب قدرت
- ❖ **چابجایی مدیران**
- ❖ زیرساخت‌های نامناسب
- ❖ کمبود منابع
- ❖ سیستم ارتباطات نامناسب
- ❖ فقدان فرهنگ حمایتی و مشارکتی
- ❖ فقدان فرهنگ تصمیم‌گیری مبتنی بر شواهد
- ❖ رقابت کم
- ❖ عدم شفافیت اهداف سازمانی
- ❖ فقدان برنامه‌ریزی
- ❖ **بروکراسی**

Dr. Mosaddeghrad. All rights reserved.

19

موانع مرتبط با ویژگی‌های دانش سیاستگذاری سلامت

- ❖ **پیچیدگی دانش**
- ❖ **ابهام دانش**
- ❖ شواهد پراکنده و غیر منسجم
- ❖ **کیفیت پایین دانش**
- ❖ دانش غیر کاربردی
- ❖ **اطلاعات زیاد**

Dr. Mosaddeghrad. All rights reserved.

20

موانع مرتبط با ویژگی‌های تولیدکننده دانش

- ❖ **روش نامناسب جمع‌آوری داده‌ها**
- ❖ عدم ارائه به موقع نتایج پژوهش
- ❖ تمایل صرف به چاپ مقاله در مجلات
- ❖ انگیزه پایین پژوهشگر برای تبادل دانش
- ❖ نداشتن وقت کافی برای تبادل دانش
- ❖ عدم شناخت استفاده کنندگان دانش
- ❖ فردگرایی و خست در انتقال دانش
- ❖ فقدان درک کافی از مفهوم ترجمان دانش
- ❖ کمبود منابع انجام پژوهش
- ❖ دسترسی ناکافی به پایگاه‌های معتبر اطلاعاتی
- ❖ توانایی کم پژوهشگر در استفاده از زبان بین‌المللی
- ❖ **آموزش ناکافی**
- ❖ فرایند طولانی انجام پژوهش
- ❖ انعطاف‌ناپذیری روش پژوهش

Dr. Mosaddeghrad. All rights reserved.

21

موانع مرتبط با ویژگی‌های استفاده‌کننده دانش

- ❖ **عدم درک ارزش شواهد پژوهشی**
- ❖ **نداشتن تمایل به تغییر**
- ❖ عادت به آزمون و خطا
- ❖ اختیار محدود در استفاده از دانش
- ❖ فشار همتایان
- ❖ کمبود وقت برای استفاده از دانش
- ❖ **آموزش ناکافی**
- ❖ عدم آشنایی با پایگاه‌ها و منابع اطلاعاتی
- ❖ **دسترسی محدود** به پایگاه اطلاعاتی و شواهد
- ❖ مهارت کم در استفاده از کامپیوتر
- ❖ عدم پذیرش و درک نتایج پژوهش‌ها
- ❖ توانایی و مهارت کم در ارزشیابی کیفیت و تفسیر اطلاعات علمی
- ❖ دسترسی کم به تحقیقات با کیفیت بالا
- ❖ **عدم علاقه به استفاده** از پژوهش

Dr. Mosaddeghrad. All rights reserved.

22

موانع مرتبط با ارتباطات بین تولیدکننده و استفاده‌کننده دانش

- ❖ **ضعف کار تیمی**
- ❖ **موانع زبانی**
- ❖ فقدان توافق دو طرف در استفاده از دانش
- ❖ عدم ارتباط مناسب بین پژوهشگران و سیاستگذاران و مدیران
- ❖ عدم اعتماد متقابل بین پژوهشگران و سیاستگذاران و مدیران
- ❖ فقدان انگیزش برای ارتباط محققان با سیاستگذاران و مدیران
- ❖ حمایت کم سیاستگذاران از محققان

Dr. Mosaddeghrad. All rights reserved.

23

موانع مرتبط با ویژگی‌های تکنولوژی انتقال دانش

- ❖ **کمبود تجهیزات مناسب انتقال و تبادل دانش**
- ❖ **فقدان سیستم‌های اطلاعاتی**
- ❖ **دسترسی محدود به کامپیوتر**
- ❖ کمبود سیستم‌های تحلیل اطلاعات

Dr. Mosaddeghrad. All rights reserved.

24

تسهیل‌کننده‌های ترجمان دانش سیاستگذاری و مدیریت سلامت

□ ۵۹ تسهیل‌کننده ترجمان دانش سیاستگذاری

❖ تسهیل‌کننده‌های مرتبط با ویژگی‌های **بخش بهداشت و درمان**

❖ تسهیل‌کننده‌های مرتبط با ویژگی‌های **سازمان بهداشتی و درمانی**

❖ تسهیل‌کننده‌های مرتبط با ویژگی‌های دانش سیاستگذاری و مدیریت سلامت

❖ تسهیل‌کننده‌های مرتبط با ویژگی‌های **تولید کننده دانش**

❖ تسهیل‌کننده‌های مرتبط با ویژگی‌های **استفاده کننده دانش**

❖ تسهیل‌کننده‌های مرتبط با ویژگی‌های **تکنولوژی انتقال دانش**

❖ تسهیل‌کننده‌های مرتبط با ارتباط بین تولید کننده و استفاده کننده د



Dr. Mosadeghrad. All rights reserved.

سیاست سلامت

❖ مجموعه **دستورالعمل‌هایی** که توسط سیاستگذاران و مدیران ارشد نظام سلامت در حوزه‌های **تأمین مالی، تولید منابع و ارائه خدمات سلامت** به‌منظور **تأمین، حفظ و ارتقای سلامتی مردم جامعه** تدوین می‌شود و **راهنمای تصمیمگیری و برنامه‌ریزی مدیران سطوح پایین** است.

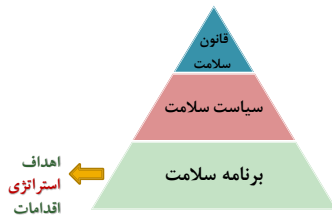
(مصدق راد، ۱۳۹۸).



Dr. Mosadeghrad. All rights reserved.

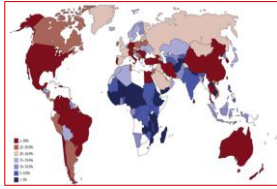
هدف سیاست‌های بهداشتی و درمانی

❖ **راهنمای تدوین برنامه‌های بهداشتی و درمانی**



Dr. Mosadeghrad. All rights reserved.

سیاست ترویج زایمان طبیعی



ایران رتبه نخست سزارین در منطقه:
سال ۹۲: پنجاه و شش درصد

Dr. Mosaddeghrad. All rights reserved.

برنامه ترویج زایمان طبیعی

- ❖ انجام زایمان طبیعی به طور رایگان در مراکز دولتی
- ❖ افزایش تعرفه زایمان طبیعی
- ❖ بهینه‌سازی، توسعه و تجهیز بلوک های زایمانی
- ❖ توانمندسازی مراجعین خدمات زایمانی
- ❖ توانمند سازی آرایه دهندگان خدمات زایمانی
- ❖ کاهش سالانه ۱۰ درصدی سزارین
- ❖ کسر درجه اعتباربخشی مراکز دارای آمار بالای سزارین

دستور العمل برنامه ترویج زایمان طبیعی

هدف گذاری سزارین در قانون برنامه ششم توسعه کشور

سال	۱۳۹۶	۱۳۹۷	۱۳۹۸	۱۳۹۹	۱۴۰۰
شاخص سزارین مورد انتظار	۴۶/۵	۴۵/۵	۴۴/۵	۴۳/۵	۴۲/۵

شاخص سزارین کشور

سال	سزارین کل
۱۳۹۲	۵۶/۱
۱۳۹۳	۵۱/۳
۱۳۹۴	۴۹/۹
۱۳۹۵	۵۰/۵
۱۳۹۶	۵۰/۸
۱۳۹۷	۵۰/۱
۱۳۹۸	۵۰/۶
۱۳۹۹	۵۲/۵
۱۴۰۰	۵۴/۲

Dr. Mosaddeghrad. All rights reserved.

سیاست‌گذاری مبتنی بر شواهد

□ سیاست‌گذاری مبتنی بر شواهد Evidence-based policymaking
✓ از بهترین شواهد معتبر پژوهشی موجود برای سیاست‌گذاری استفاده شود.

□ سیاست‌گذاری آگاه از شواهد Evidence-informed policymaking
✓ شواهد پژوهشی تنها یک ورودی در سیاست‌گذاری است. ملاحظات دیگر شامل فرهنگ سیاسی و اجتماعی، کمبود منابع و محدودیت‌های مالی و زمانی است.

Dr. Mosadeghrad. All rights reserved.

سیاست‌گذاری سلامت مبتنی بر شواهد

□ ترویج زایمان طبیعی و کاهش سزارین غیر ضروری
◆ افزایش تعرفه زایمان طبیعی

✓ افزایش تعرفه زایمان طبیعی موجب کاهش سزارین نشد.



Brazil
Chile
Mexico
China
South Korea

Dr. Mosadeghrad. All rights reserved.

پژوهش آینده پژوهی ترویج زایمان طبیعی

<p>۱. بررسی روند تغییرات شاخص سزارین در ایران</p>	<p>۲. پیش بینی شاخص سزارین در ایران تا سال ۱۴۰۴</p>	<p>۳. شناسایی علل سزارین در جهان و ایران</p>	<p>۴. شناسایی راهکارهای موثر کاهش سزارین</p>	<p>۵. تدوین سناریوهای کاهش سزارین و ترویج زایمان طبیعی در ایران</p>
---	---	--	--	---

میزان زایمان در ایران ۱۳۹۲-۱۳۹۸

سال	کل زایمان		زایمان طبیعی		سزارین	
	فراوانی	درصد	فراوانی	درصد	فراوانی	درصد
۱۳۹۲	۱۴۳۲۱۸۸	۶۲۹۱۲۱	۴۳/۹	۸۰۳۰۶۷	۵۶/۱	
۱۳۹۳	۱۴۳۱۴۷۹	۶۹۶۷۵۹	۴۸/۷	۷۳۴۷۲۰	۵۱/۳	
۱۳۹۴	۱۵۰۱۰۱۶	۷۵۲۵۲۶	۵۰/۱	۷۴۸۴۹۰	۴۹/۹	
۱۳۹۵	۱۴۸۶۷۳۸	۷۳۵۱۹۳	۴۹/۵	۷۵۱۵۴۵	۵۰/۵	
۱۳۹۶	۱۴۵۶۳۴۶	۷۱۶۰۴۰	۴۹/۲	۷۴۰۳۰۶	۵۰/۸	
۱۳۹۷	۱۳۵۷۰۳۲	۶۷۸۸۷۱	۴۹/۹	۶۷۹۱۶۱	۵۰/۱	
۱۳۹۸	۱۲۰۱۱۹۵	۵۹۳۹۱۶	۴۹/۴	۶۰۷۲۷۹	۵۰/۶	
شش ماهه اول ۱۳۹۹	۵۷۶۹۲۹	۲۷۳۹۲۲	۴۷/۵	۳۰۳۰۰۷	۵۲/۵	

Dr. Mosaddeghrad. All rights reserved.

سزارین در انواع بیمارستان ها ۱۳۹۲-۱۳۹۹

نوع بیمارستان	۱۳۹۲	۱۳۹۳	۱۳۹۴	۱۳۹۵	۱۳۹۶	۱۳۹۷	۱۳۹۸	شش ماهه اول ۹۹
دولتی آموزشی	۵۰/۸	۴۶/۱	۴۶/۸	۴۷/۷	۴۹/۳	۴۷/۸	۴۷/۹	۴۹
دولتی غیر آموزشی	۴۴/۷	۳۶/۹	۳۶/۱	۳۷/۱	۳۷	۳۶	۳۶/۵	۳۸/۱
تأمین اجتماعی	۴۷/۵	۴۴/۳	۴۲/۸	۴۵/۱	۴۴/۳	۴۴/۶	۴۴	۴۴/۲
خصوصی	۸۸	۸۷	۸۳/۷	۸۰/۹	۷۹/۲	۷۷/۶	۷۷/۹	۷۸/۵
تخیریه	۷۰/۱	۶۷/۳	۵۹/۱	۵۸/۶	۵۶/۵	۵۸	۵۹/۶	۵۸/۲
دانشگاه آزاد	۸۹/۷	۸۶/۵	۸۳/۵	۷۳/۵	۵۹/۶	۵۹/۲	۵۹/۸	۵۶/۷
سایر سازمانها	۶۷/۸	۶۰/۵	۵۴/۸	۵۵/۹	۵۹/۹	۵۸/۱	۵۷/۹	۵۹
کشور	۵۶/۱	۵۱/۳	۴۹/۹	۵۰/۵	۵۰/۸	۵۰/۱	۵۰/۶	۵۲/۵

Dr. Mosaddeghrad. All rights reserved.

سزارین در قطب ها: ۱۳۹۲-۱۳۹۹

قطب	۱۳۹۲	۱۳۹۳	۱۳۹۴	۱۳۹۵	۱۳۹۶	۱۳۹۷	۱۳۹۸	شش ماهه اول ۹۹
یک	۶۴/۲	۶۳/۲	۶۱/۶	۶۰/۸	۶۰/۲	۵۹/۵	۶۱/۷	۶۴/۳
دو	۵۶/۶	۵۲/۱	۵۰/۷	۵۱/۶	۵۳/۱	۵۳/۵	۵۵/۴	۵۸/۶
سه	۴۶/۸	۴۳/۹	۴۳	۴۴/۸	۴۴/۳	۴۳/۴	۴۳/۵	۴۵/۶
چهار	۴۶/۸	۴۳/۷	۴۴/۶	۴۵/۴	۴۵/۴	۴۴/۸	۴۵/۵	۴۷/۱
پنج	۵۴/۹	۴۹/۲	۴۷/۹	۴۸/۸	۵۰	۴۹/۱	۴۹/۷	۵۱/۸
شش	۵۵/۶	۵۱/۸	۴۹	۴۸/۴	۴۹/۶	۴۹/۵	۵۰/۶	۵۲/۷
هفت	۵۳/۹	۵۲/۱	۵۱/۱	۵۱/۳	۵۲/۴	۵۱/۷	۵۱/۴	۵۳/۹
هشت	۴۱/۱	۳۳/۱	۳۳/۴	۳۴	۳۴	۳۳/۸	۳۳/۸	۳۴/۲
نه	۴۸/۶	۴۶	۴۲/۱	۴۱/۸	۴۱/۲	۴۰/۲	۳۹/۷	۴۰/۷
ده	۷۳/۱	۷۰/۴	۶۸/۵	۷۰/۵	۷۰/۱	۶۸/۲	۶۸/۹	۷۱/۹
کشور	۵۶/۱	۵۱/۳	۴۹/۹	۵۰/۵	۵۰/۸	۵۰/۱	۵۰/۶	۵۲/۵

Dr. Mosaddeghrad. All rights reserved.

دانشگاه های موثر بر میزان سزارین قطب های ده گانه (۱۳۹۳-۱۳۹۷)

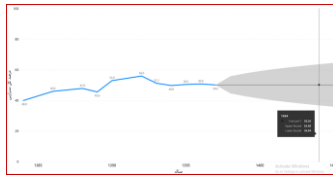
دانشگاه های موثر	تعداد دانشگاه ها	قطب
مازندران، گیلان و گلستان	۶	یک
تبریز، ارومیه و اردبیل	۷	دو
کرمانشاه، همدان و کردستان	۵	سه
اهواز، لرستان و دزفول	۶	چهار
شیراز، هرمزگان و بوشهر	۸	پنج
البرز، قم و قزوین	۷	شش
اصفهان، یزد و شهرکرد	۴	هفت
کرمان، زاهدان و جیرفت	۸	هشت
مشهد	۹	نه
ایران، شهید بهشتی و تهران	۳	ده

این دانشگاه ها نزدیک به ۸۰ درصد سزارین ها در قطب ها را تشکیل می دهند.

Dr. Mosadeghrad. All rights reserved.

آینده نگر ترویج زایمان طبیعی در ایران ۱۴۰۴

- بر اساس تحلیل روند سری های زمانی، احتمالاً میزان سزارین در سال ۱۴۰۴ حدود ۵۰ درصد خواهد بود.
- اگرچه می تواند در بدبینانه ترین حالت، به ۶۴ درصد و در خوش بینانه ترین حالت، به ۳۷ درصد برسد. میزان مطلوب سزارین حدود ۴۴ درصد برآورد شده است.



Dr. Mosadeghrad. All rights reserved.

پیش بینی افزایش چشمگیر سزارین در برخی از دانشگاه ها

دانشگاه	شاخص سزارین سه سال اخیر					۱۴۰۴		
	۱۳۹۵	۱۳۹۶	۱۳۹۷	۱۳۹۸	۱۳۹۹	خوش بینانه	محمل	بدبینانه
ایران	۷۰	۷۰/۶	۶۹/۴	۶۹/۸	۷۲/۳	۶۴/۱	۶۹/۵	۷۵
تهران	۶۸/۷	۶۷/۶	۶۵/۷	۶۷/۳	۶۸/۷	۴۹/۶	۶۵/۹	۸۲/۲
شهید بهشتی	۷۲/۵	۷۱/۴	۶۸/۷	۶۸/۸	۷۲/۶	۶۰/۸	۶۹	۷۷/۲
گیلان	۶۶/۹	۶۷/۲	۶۷/۵	۷۰/۵	۷۴/۹	۵۵/۹	۶۷/۵	۷۹/۰
مازندران	۶۹/۲	۶۸/۰	۶۷/۲	۶۷/۵	۶۵/۸	۵۵/۶	۶۷/۲	۷۸/۸
تبریز	۵۸/۲	۵۹/۶	۶۱/۳	۶۳/۷	۶۷/۰	۴۸/۴	۶۲/۰	۷۵/۶
شیراز	۵۵/۹	۵۷/۹	۵۷/۲	۵۸/۱	۶۰/۱	۴۲/۲	۵۷/۲	۷۷/۳
اصفهان	۵۵/۱	۵۵/۷	۵۵/۷	۵۴/۸	۵۶/۷	۴۸/۶	۵۵/۷	۶۲/۸

Dr. Mosadeghrad. All rights reserved.

علل سزارین در سطح متا (وزارت بهداشت)

- نظام پرداخت و تفاوت بین تعرفه زایمان طبیعی و سزارین
- نظام آموزش دستیاران زنان و زایمان
- تنوع گایدلاین ها برای انجام سزارین
- عدم وجود شرح شغل شفاف برای ماما و متخصص زنان و زایمان
- فقدان مراقبت های مناسب دوران بارداری
- عدم حمایت از متخصصین در برابر قانون

Dr. Mosadeghrad. All rights reserved.

علل سزارین در سطح ماکرو (دانشگاه علوم پزشکی)

- نبودن عزم، انگیزه و باور مسئولین ارشد برای اجرای برنامه
- ساختار اداری نامناسب
- عدم مشارکت درون بخشی و فرابخشی

Dr. Mosadeghrad. All rights reserved.

علل سزارین در سطح مزو (سازمان ارائه کننده خدمت)

- نوع و مالکیت بیمارستان ها
- کمبود منابع انسانی
- نبود پزشک آنکال
- کمبود منابع فیزیکی
- روش های مدیریت بیمارستان ها
- عدم نظارت بر عملکرد متخصصین
- رضایت بخش نبودن محیط بخش زایمان

Dr. Mosadeghrad. All rights reserved.

علل سزارین در سطح میکرو (تیم ارائه کننده خدمت)

- پزشکی تدافعی و سوق مادران به سزارین
- تعرفه کمتر زایمان طبیعی** نسبت به سزارین
- مشکلات قانونی شامل مراکز متعدد رسیدگی به خطاهای پزشکی
- نگرش نادرست به عوارض سزارین
- کاهش **توانمندی متخصصین زنان** و دستیاران تخصصی زنان
- کاهش مهارت پزشکان و ماماها در اداره زایمان طبیعی
- عدم اعتماد بین ماما و متخصص زنان و زایمان
- زمان بر بودن زایمان طبیعی
- استرس زیاد زایمان طبیعی** و و غیر قابل پیش بینی بودن آن
- ترجیح خود متخصص**
- برخورد نامناسب کارکنان اتاق زایمان

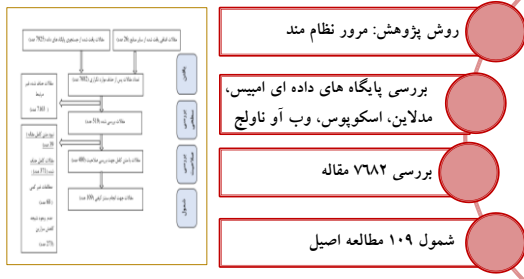
Dr. Mosadeghrad. All rights reserved.

علل سزارین در سطح میکرو (مادر)

- ویژگی‌های دموگرافیک** نظیر سطح تحصیلات، سن ازدواج، سن بارداری، وضعیت اقتصادی اجتماعی، مذهب، تعداد بارداری، منطقه زندگی، داشتن بیمه خوب
- سابقه ماماها:** سابقه سقط یا تولد مرده، سابقه نازایی، وزن تولد، محل تولد
- احساسی:** ترس، شرم، ناراحتی معاینه لگن و وضعیت زایمان، نگرانی، جلب توجه همسر، عدم وجود اعتماد به نفس، اعتماد به پزشک، تجربه قبلی زایمان،
- نگرشی:** عدم وجود اطلاعات کافی در خصوص روش های زایمان، عوارض و زمان نقاهت آن،
- همسر:** سن همسر، تمایل همسر، پرداخت هزینه نشانه عشق همسر به مادر،
- اطرافیان:** تجارب بد سایر مادران، توصیه سایر افراد
- جامعه:** تبلیغات نادرست رسانه‌ها، عدم حمایت قوانین خانواده از زنان، باور عمومی، مدرنیته، شیوع زیاد سزارین در جامعه
- طبی:** دیسترس جنینی، عدم پیشرفت، سزارین انتخابی، بستن لوله های رحمی، پرزانتاسیون غیرطبیعی، بیماری مادر و چند قلبی

Dr. Mosadeghrad. All rights reserved.

شناسایی راهکارهای موثر کاهش سزارین در جهان



Dr. Mosadeghrad. All rights reserved.

راهکارهای ترویج زایمان طبیعی در سطح ماکرو (دانشگاه علوم پزشکی)

- عزم، انگیزه و باور مسئولین ارشد دانشگاه
- پایداری دانشگاه به اجرای برنامه ترویج زایمان طبیعی
- وجود ساختار اداری مناسب برای ترویج زایمان طبیعی (اداره مامایی)
- اختیارات و مسئولیت های متناسب اداره مامایی برای اجرای برنامه ترویج زایمان طبیعی
- هماهنگی های درون بخشی
- ایجاد شبکه دانشگاه- بیمارستان
- تعامل با رسانه، سایر نهادها و افراد تاثیر گذار برای فرهنگ سازی ترویج زایمان طبیعی

Dr. Mosadeghrad. All rights reserved.

راهکارهای ترویج زایمان طبیعی در سطح مزو (سازمان ارائه کننده خدمت)

- بهبود سازی فضای فیزیکی** بخش زایمان
- امکان **حضور همراه مطلع** در کنار مادر
- اصلاح سهم ماما و متخصص زنان و زایمان از تعرفه زایمان و **افزایش سهم ماما**
- افزایش مسئولیت ماما** در خصوص زایمان طبیعی
- مدیریت و نظارت برای **عملکرد متخصصین زنان و زایمان**
- ممیزی** و ارایه بازخورد
- اجباری بودن نظر متخصص دوم** برای تصمیم گیری در خصوص سزارین

Dr. Mosadeghrad. All rights reserved.

راهکارهای ترویج زایمان طبیعی در سطح میکرو (ارائه دهنده خدمت)

- آموزش مداوم ارایه دهندگان** خدمات به ویژه متخصصین زنان و زایمان
- توانمند سازی ارایه دهندگان** خدمات زایمانی به ویژه ماماها
- افزایش مسئولیت ماما** در خصوص زایمان طبیعی
- ارایه خدمات انفرادی- یک به یک
- استفاده از کاتتر داخل رحمی
- مانیپولیشن الکترونیک ضربان قلب جنین

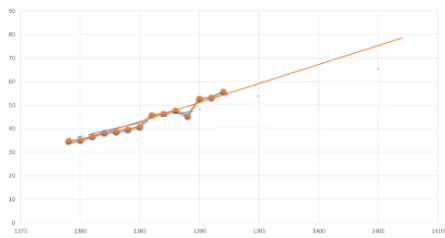
Dr. Mosadeghrad. All rights reserved.

راهکارهای ترویج زایمان طبیعی در سطح میکرو (گیرنده خدمت)

- ❑ **آموزش مادر** در خصوص مزایای زایمان طبیعی، عوارض مادری و نوزادی سزارین غیر ضروری، ماهیت درد زایمان و کاهش ترس ناشی از آن، در خصوص ورزش ها، تنفس ها و روش های تن آرامی
- ❑ **تغییر نگرش مادران** نسبت به زایمان طبیعی و توانمند سازی مادر، نزدیکان و جامعه میثی بر فرهنگ های گوناگون
 - ✓ اشتراک تجارب مادری که زایمان طبیعی داشتند.
 - ✓ آشنایی زنان با مسایل معنوی و مذهبی مرتبط با زایمان در طول دوران بارداری
 - ✓ تقویت باورهای رفتاری مثبت در زمان ارایه خدمات دوران بارداری
 - ✓ تقویت باورهای فرهنگی مثبت و ارزش های اجتماعی در خصوص زایمان طبیعی
- ❑ **تقویت مهارت های زندگی**
 - ✓ تشویق زنان به داشتن سبک زندگی سالم توسط ارایه دهندگان خدمات سلامت
 - ✓ کمک به زنان برای کسب دانش و مهارت در خصوص راهبردهای موثر حل مشکل با هدف تصمیم گیری صحیح در خصوص انتخاب روش زایمان
 - ✓ افزایش اعتماد به نفس دختران و مادران
 - ✓ تشویق زنان و اطعمیان بخشی در خصوص توانایی ایشان برای انجام زایمان طبیعی

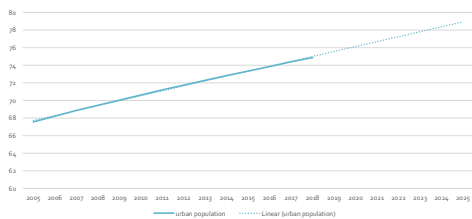
Dr. Mosadeghrad. All rights reserved.

پیش بینی سزارین در ایران



Dr. Mosadeghrad. All rights reserved.

درصد جمعیت شهری



Dr. Mosadeghrad. All rights reserved.

سناریوی بد بینانه: زخم ماندگار

در این سناریو، سطح تحصیلات زنان اشتغال ایشان و زندگی در شهرها افزایش یافته و ازدواج دیرهنگام و تمایل به تعداد کم فرزندان، یک هنجار انحصاری است. توسعه شهری و نظام ارائه خدمات سلامت خصوصی، منجر به تراکم پزشکان و بیمارستان های خصوصی در شهر های بزرگ شده و پوشش بیمه ای خدمات، دسترسی به خدمات تخصصی را تسهیل کرده است.

نظام اطلاعات سلامت کامل نیست و شاخص های سلامت مادران و نوزادان شفاف نیستند. اجرای سیاست توزیع زایمان طبیعی در کشور موفق شده و اولین مفرط نوزاد برای کاهش سزارین های غیر ضروری اعلام می شود. سیاست های سلامت، درمان محور و تخصص گرا است و مریض بر نظام پرداخت و استانداردهای خدمت، حرفه ای و با حاشیه ارائه است. بارداری و زایمان، پدیده ای طبیعی از نظر علمی می شود و زنان برای دریافت مراقبت های مربوطه به متخصصین و جراحان زنان و زایمان مراجعه می کنند.

پزشکان، خدمات زایمانی را بر اساس راهنماهای بالینی انجام نمی دهند و به علت عدم وجود تجهیزات مناسب از نظر سلامت جنین عدم اعتمادی در مهارت کافی برای انجام زایمان طبیعی و اداره زایمان های سخت و ترس از مشکلات پزشکی قانونی، ترجیح می دهند زایمان ها را به روش سزارین انجام دهند. اما علاوه بر این، تصمیم گیری در مورد فرآیند جراحی سزارین، مزایای مالی آن و عدم وجود تجهیزات موزن بر تمایل ایشان به انجام سزارین می افزاید. مراقبت های دوران بارداری جامع نیست و به دوران باردار در خصوص انواع روش های زایمانی، ورزش ها، تکنیک های تن آرامی و کنترل ترس آموزش داده می شود. خدمات زایمانی در بیمارستان ها نامطلوب و غیر محترمانه است. امکان انجام ویج کرفی زنان بارداری زایی و دست زدن به بیضه های زنان زایمان وجود ندارد. این شرایط نامطلوب، منجر به تجارب ناخوشایند بسیاری می شود.

تبادل اطلاعات در سطح جامعه شامل مجامع مادران و دوستان، اطرافیان، اعضای خانواده و پزشک حاکی از دشواری و غیر آیین بودن زایمان طبیعی و مشوق مادران و مشوق سزارین راسخ است. همچنین، اغلب مادران و خانواده ها از پرداخت پرست و معسری در مورد بارداری و زایمان ناراضد. ایشان از اهمیت شروع معسری زایمان برای سلامت نوزاد بی اطلاع بوده و به خود معسری دهند تا زمان تولد نوزاد خود را انتخاب کنند. در چنین شرایطی، ۴۰ درصد از زنان کشور، زنان خود را برای تولد نوزادشان به تبع جراحی می پندارند. این زنان در معرض خطرناک احتمالی این عمل جراحی غیر ضروری شامل افزایش خطر خونریزی و عفونت، طولانی مدت مادری و نوزادی خواهند بود.

زایمان طبیعی چیست؟
زایمان طبیعی چیست؟
زایمان طبیعی چیست؟

Dr. Mosadeghrad. All rights reserved.

سناریوی خوش بینانه: تولد سبز

در این سناریو، سطح تحصیلات زنان، میزان اشتغال ایشان و زندگی در شهرها افزایش یافته، اما زنان به اهمیت ازدواج و فرزندآوری واقف هستند. همزمان با توسعه شهرها و نظام ارائه خدمات سلامت خصوصی، توزیع مناسب پزشکان و بیمارستان های خصوصی وجود دارد. رشد اقتصادی و پیشرفت بیمه ای خدمات، دسترسی به خدمات باکیفیت سلامت را تسهیل کرده است.

نظام جامع اطلاعات سلامت وجود دارد و شاخص های سلامت های مادران و نوزادان به طور شفاف منتشر شده و در دسترس عموم و سیاست گذاران قرار می گیرد. قوانین، مقررات، سیاست های مطلع از شواهد و مداخلات مراقبت محور برای کاهش سزارین های غیر ضروری به کار گرفته می شود. سیاست های سلامت، پیش گیری محور، ارتقای و کارآ است. نظارت جدی، پایدار و موزن بر عملکرد پزشک و بیمارستان وجود دارد. اصلاحات نظام پرداخت خدمات و استانداردهای خدمت، موجب تقویت حرفه مامای شده است. رویکرد پزشکان و جامعه تغییر کرده و بارداری و زایمانی، پدیده ای طبیعی فرض می شود. پزشکان ماهر و توانمند به ایمنی زایمان طبیعی باور دارند. ایشان ضمن پایبندی به اخلاق و مسئولیت اجتماعی، احتمالی، تنها در موارد ضروری به سزارین مایل اقدام می کنند. زنان برای دریافت مراقبت های دوران بارداری و زایمان خود به ماماها ماهر و توانمند مراجعه می کنند. آن ها اطیبان دارند که با توجه به وجود نظام مناسب ارجاع، در صورت نیاز، دسترسی به خدمات تخصصی برایشان فراهم است. زنان از مراقبت های جامع دوران بارداری بهره مند می شوند و به ایشان در خصوص انواع روش های زایمانی، ورزش ها، تکنیک های تن آرامی و کنترل ترس آموزش داده می شود. خدمات زایمان طبیعی، وی یک و تکنیک دره با کیفیت و محترمانه در اکثر مراکز ارائه می شوند و مادران آن ها مطلع هستند. مادران و دوستان، اطرافیان، اعضای خانواده و پزشک نامطلوب و غیر آیین بودن زایمان طبیعی در مورد فرآیند جراحی سزارین غیر ضروری بوده و زنان را به انجام زایمان طبیعی تشویق می کنند. مادران و اعضای خانواده با اطلاعات درست و معتبری در مورد بارداری و زایمان دارند. ایشان از اهمیت شروع خودبخودی زایمان برای سلامت نوزاد خود مطلع هستند. در خود وایجب می دانند تا هنگام تولد نوزاد بمانند ۳۳ درصد از زنان به توانایی خود برای انجام زایمان طبیعی اعتماد دارند. این زنان تمایل به طور کلیه، در خصوص انتخاب روش زایمان خود مشارکت کرده و به فرزند خود، تولد سبز طبیعی را هدیه می دهند و از عوارض احتمالی آن بی عمل جراحی در امان هستند.

Dr. Mosadeghrad. All rights reserved.

سناریوی محتمل: میانبرش سرخ

در این سناریو، سطح تحصیلات زنان، اشتغال ایشان و زندگی در شهرها افزایش یافته و ازدواج دیرهنگام و تمایل به تعداد کم فرزندان، یک هنجار انحصاری است. توسعه شهری و نظام ارائه خدمات سلامت خصوصی، منجر به تراکم پزشکان و بیمارستان های خصوصی در شهر های بزرگ شده و پوشش بیمه ای خدمات، دسترسی به خدمات تخصصی را تسهیل کرده است.

نظام اطلاعات سلامت کامل شود، اما شاخص های سلامت مادران و نوزادان شفاف نبوده و در دسترس عموم قرار نمی گیرد. مقررات، سیاست های کاهش سزارین های غیر ضروری و نظارت بر عملکرد پزشک و بیمارستان تا حدی وجود دارد، اما اجزای این سیاست ها به علت مقررات قوی تعمان یا مشکلات جدی مواجه است. سیاست های سلامت، درمان محور و تخصص گرا است و مریض بر نظام پرداخت و استانداردهای خدمت، حرفه ای و با حاشیه ارائه می شود. هزینه های جراحی سزارین، مزایای مالی آن و عدم وجود نظارت موزن، بر تمایل ایشان به انجام سزارین می افزاید. مراقبت های دوران بارداری جامع نیست. برخی از مادران باردار در کلاس های آموزشی برای زایمان شرکت می کنند، اما به آن ها در خصوص روش های تکنیک دره و کنترل ترس آموزش داده نمی شود. خدمات زایمان طبیعی در بیمارستان ها نامطلوب و غیر محترمانه است. دسترسی زنان به خدمات وی یک و روانی های تکنیک درد زایمان طبیعی بسیار محدود است. این شرایط نامطلوب، منجر به تجارب ناخوشایند بسیاری از مادران از انجام زایمان طبیعی می شود.

تبادل اطلاعات در سطح جامعه شامل مجامع مادران و دوستان، اطرافیان، اعضای خانواده و پزشک حاکی از دشواری و غیر آیین بودن زایمان طبیعی و مشوق مادران و مشوق سزارین راسخ است. همین است. اما این معسری ناشی از اهمیت شروع خودبخودی زایمان برای سلامت نوزاد بی اطلاع بوده و به خود معسری می کنند. اما به آن ها در خصوص روش های تکنیک دره و کنترل ترس آموزش داده نمی شود. خدمات زایمان طبیعی در سزارین های غیر ضروری برای فرار از درد و تولد فرزند خود بر می گردند و خود و نوزادشان را در معرض عوارض ناخوشانه این جراحی غیر ضروری قرار می دهند.

Dr. Mosadeghrad. All rights reserved.

سناریوی مطلوب: زایمان طبیعی، مقدم

در این سناریو، سطح تحصیلات زنان، اشتغال ایشان و زندگی در شهرها افزایش یافته و ازدواج دیرهنگام و تمایل به تعداد کم فرزندان، یک هنجار اجتماعی است. توسعه شهری و نظام ارائه خدمات سلامت خصوصی، منجر به تراکم پزشکان و بیمارستان های خصوصی در شهرها بزرگ شده و پوشش بیمه ای خدمات، دسترسی به خدمات تخصصی را تسهیل کرده است.

نظام جامع اطلاعات سلامت موجود دارد و شاخص های سلامت از جمله شاخص های مادران و نوزادان به طور شفاف منتشر شده و در دسترس عموم و سیاست گذاران قرار می گیرد. قوانین، مقررات، سیاست های مطلع از شواهد و مداخلات اولویت محور برای کاهش سزارین های غیر ضروری به کار گرفته می شوند. نظارت جدی، پایدار و موثر بر عملکرد پزشکان و بیمارستان وجود دارد.

اگرچه قابلیت برنام ریزی و برابری مالی سزارین موجب تمایل پزشکان به انجام سزارین بوده و مقاومت ذی نفعان کماتکان وجود دارد، اما استفاده از قوانین و مقررات پشتیبان، توانمند سازی ارائه دهندگان خدمت، فراهم سازی تجهیزات ارزیابی سلامت جنین، تعامل با مراجع پزشکی قانونی، حمایت قطعی و اللذات روجس، اجرای این سیاست را تسهیل می کنند. روتینها زنان نسبت به بارداری و زایمان در حال تغییر است و برخی آن را پدیده ای طبیعی فرض می کنند. ایشان برای دریافت مراقبت های مربوطه از خدمات مشاوره ای و متخصصان زنان و زایمان استفاده می کنند. سیاست های مرتبط با نظام پرداخت خدمات و استانداردهای خدمت تا حدودی موجب تقویت حرفه ماما و غیر طبی شدن زایمان شده است. پزشکان موفقند تا مادران را به انجام زایمان طبیعی تشویق کنند. خدمات زایمان طبیعی، روی یک و تسکین درد زایمان با کیفیت مطلوب و احترامه در بسیاری از بیمارستان ها ارائه می شوند. وجود این شرایط و حمایت جسمی و روانی مستر از مادران توسط همراه و ماما در طول زایمان، منجر به تجارب خوشایند بسیاری از ایشان از انجام زایمان طبیعی می شوند.

تمایز اطلاعات در رسانه ها، احکامی از ایمنی و واقعی زایمان طبیعی برای مادر و نوزاد و غیر ایمنی و دشواری سزارین غیر ضروری است و مادران را به انتخاب زایمان طبیعی تشویق می کنند. مادران و خانواده ها تلاش می کنند تا به اطلاعات درست و معتبر در مورد بارداری و زایمان دست یابند. برخی از ایشان از اهمیت شروع خودبیمه زایمان برای سلامت نوزاد مطلعند و بر خود واجب می دانند تا منتظر تولد نوزاد بمانند. حدود ۶۶ درصد از زنان (بر اساس نظر خیرگان که میانگین شاخص خوش بینانه و محتمل را برای شاخص مطلوب می دانند) به توانایی خود برای انجام زایمان طبیعی اطمینان کرده و آن را به عنوان روش ارجح به دنیا آوردن فرزند خود بر می گیرند.

Dr. Mosadeghrad. All rights reserved.

راهکارهای کاهش سزارین در سناریوهای

شش بلوک ساختاری نظام سلامت	زخم ماندگار	تولد سبز	میانبر سرخ	زایمان طبیعی، مقدم
حاکمیت و رهبری				
تأمین مالی				
نیروی انسانی				
دارو تجهیزات				
نظام اطلاعات سلامت				
ارائه خدمات				

Dr. Mosadeghrad. All rights reserved.

فهرست منابع و مآخذ

A Taxonomy of Cesarean Reasons: An Updated Review

Abstract: **Systematic of effective strategies to reduce unnecessary cesarean section**

Background: Cesarean section (CS) is the most common surgical procedure performed during childbirth. The global prevalence of CS has increased significantly over the past few decades, reaching approximately 25% in many countries. This increase is largely driven by non-medical factors, such as maternal request, fear of pain, and convenience for the mother and family. However, CS is associated with higher risks of complications for both the mother and the baby compared to vaginal birth.

Objective: The purpose of this review is to identify and categorize the reasons for CS, and to evaluate the effectiveness of various strategies aimed at reducing unnecessary CS. We focus on the role of healthcare providers, patients, and the healthcare system in this process.

Methods: We conducted a systematic search of the literature using databases such as PubMed, Scopus, and Cochrane. We included studies that examined the reasons for CS and the impact of interventions designed to reduce CS rates. We excluded studies that did not provide sufficient data or were not relevant to our research question.

Results: Our review identified several key reasons for CS, including maternal request, fear of pain, and convenience. We also found that healthcare providers' attitudes and beliefs, as well as the availability of resources, play a significant role in the decision to perform a CS. Effective strategies to reduce unnecessary CS include providing comprehensive education and counseling to patients, promoting a culture of shared decision-making, and implementing evidence-based clinical guidelines.

Conclusion: Reducing unnecessary CS is a complex task that requires a multi-faceted approach. By addressing the underlying reasons for CS and implementing targeted interventions, we can help to reduce the rates of CS and improve the health outcomes for women and their babies.

Keywords: Cesarean section, maternal request, fear of pain, convenience, healthcare providers, patient education, shared decision-making, evidence-based guidelines.

Dr. Mosadeghrad. All rights reserved.

خلاصه سیاست

❑ سیاستگذاران **افرادی پرمشغله** هستند و احتمالاً در حوزه شما متخصص نیستند.

❑ آنها احتمالاً فقط چیزی را می‌خوانند که...



✓ **جذاب** به نظر می‌رسد.

✓ **جالب** به نظر می‌رسد.

✓ **کوتاه و خواندنی** است.

Dr. Mosadeghrad. All rights reserved.

76

خلاصه سیاستی

❑ خلاصه سیاست باید شامل **اطلاعات زمینه‌ای** برای فهم کامل خواننده از مسأله باشد.

❑ سیاستگذار را متقاعد به **ضرورت حل مسأله** کند.

❑ اطلاعات لازم را در زمینه **گزینه‌های حل مسأله** ارائه دهد.

❑ اطلاعات لازم را در زمینه **بهترین گزینه حل مسأله** ارائه کند.

❑ خواننده را به **اتخاذ تصمیم** تشویق کند.

Dr. Mosadeghrad. All rights reserved.

خلاصه سیاستی

❑ یک **سند مستقل**

❑ **تمرکز بر یک موضوع** واحد.

❑ **معمولاً یک صفحه** شامل ۷۰۰ تا ۱۰۰۰ کلمه است.

❑ بیشتر از ۴ صفحه (۱۵۰۰ کلمه) نباشد.



Dr. Mosadeghrad. All rights reserved.

ساختار خلاصه سیاست

- عنوان Title
- خلاصه اجرایی Executive summary
- مقدمه Introduction
- ❖ مشکل سیاسی Policy problem
- متن اصلی The body
- ❖ روش پژوهش Research methodology
- ❖ یافته‌های پژوهش Research findings
- توصیه‌های سیاستی Policy recommendations
- کاربردهای سیاست Policy implications
- نتیجه‌گیری Conclusions

Dr. Mosadeghrad. All rights reserved.

79

ساختار خلاصه سیاست

- باکس‌ها و ستون‌های کناری Boxes and sidebars
- مطالعات موردی Cases
- جداول Tables
- نمودارها Graphics
- عکس Photographs
- نویسندگان
- تقدیر و تشکر
- جزئیات انتشار
- منابع References

Dr. Mosadeghrad. All rights reserved.

80

تمرین

- عنوان یکی از پژوهش‌های اخیر خود را که امکان تهیه خلاصه سیاستی را دارد را بنویسید.

❖ آینده پژوهی ترویج زایمان طبیعی در ایران

Dr. Mosadeghrad. All rights reserved.

81

عنوان خلاصه سیاستی

- عنوان باید **کوتاه، جذاب و دقیق** باشد.
- ❖ **کوتاه:** سعی کنید آن را کمتر از ۱۲ کلمه نگه دارید. اگر امکانپذیر نیست، آن را به عنوان و زیرنویس تقسیم کنید.
- ❖ **جذاب:** باید توجه خواننده را جلب کند. سعی کنید کلمات کلیدی مرتبط را بگنجانید. از کلماتی استفاده کنید که در ذهن می‌ماند. استفاده از یک سوال برای عنوان هم خوب است.
- ❖ **مرتبط:** با موضوع باشد.

ابیدمی سزارین در ایران

Dr. Mosadeghrad. All rights reserved.

82

چکیده خلاصه سیاستی

- **چکیده در ابتدای خلاصه سیاستی** در قالب یک پاراگراف می‌آید یا در یک باکس با حروف بزرگتر به صورت سه یا چهار بولت پوینت بیان می‌شود.
- **«نکات اصلی که می‌خواهید سیاست‌گذاران آن‌ها را بدانند»** حتی اگر چیز دیگری نخوانند، چیست؟

Dr. Mosadeghrad. All rights reserved.

83

مشکل سیاستی

- مقدمه به **بیان مسأله** می‌پردازد:
 - ✓ موضوع را معرفی می‌کند.
 - ✓ اهمیت موضوع را توضیح می‌دهد.
 - ✓ هدف تحقیق را شرح می‌دهد.
 - ✓ به خواننده می‌گوید که چرا باید کاری در مورد آن انجام دهد.
- **ساختار مقدمه**
 - ✓ **مشکل:** مشکل چیست؟ و چرا مهم است؟
 - ✓ **زمینه:** چه اتفاقی می‌افتد، کجا و چه کسی درگیر است؟
 - ✓ **علل وضعیت فعلی:** چرا؟ شواهد یا مثال بیاورید.
 - ✓ **تأثیرات وضعیت فعلی:** چه تأثیراتی دارد؟ شواهد یا مثال هابی بیاورید.

Dr. Mosadeghrad. All rights reserved.

84

متن اصلی

- ❑ متن را به **شیوه ای منطقی** ساختار دهید.
- ✓ **روش پژوهش**
- ✓ **یافته های اصلی پژوهش**
- ❑ پاراگراف ها را کوتاه و محدود به یک ایده کنید.
- ❑ از **زیرعنوان های بیشتر** در صورت لزوم استفاده کنید. در یک خلاصه سیاستی چهار صفحه ای، باید حداقل شش عنوان فرعی داشته باشید.
- ❑ هر پاراگراف را دوباره بخوانید و **بازنویسی** یا حذف کنید.

Dr. Mosadeghrad. All rights reserved.

85

راهکارهای سیاستی

- ❑ **گزینه های سیاستی** مختلف برای حل مسأله را بیان کنید.
- ❑ مزایا و معایب هر گزینه سیاست را بنویسید
- ✓ مزایای بالقوه هر گزینه سیاستی چیست؟
- ✓ هزینه آن چقدر خواهد بود؟
- ✓ چه عوارض جانبی ممکن است که وجود داشته باشد؟

Dr. Mosadeghrad. All rights reserved.

86

توصیه های سیاستی

- ❑ توصیه های سیاستی را به وضوح و قابل درک بیان کنید.
- ❑ هر توصیه با یک فعل عملیاتی و **پررنگ کردن کلمات کلیدی** آن بیان شود.
- ❑ توصیه های سیاستی را **کوتاه** نگه دارید. پنج یا شش تا کافی است.
- ❑ توصیه های سیاستی را **واقع بینانه** بنویسید. سیاستگذاران بیشتر به توصیه هایی علاقه مند هستند که می توانند اجرا کنند و از نظر سیاسی، اقتصادی، اجتماعی و فنی امکان پذیر باشد.

Dr. Mosadeghrad. All rights reserved.

87

کار بست سیاستی

- نحوه **پکارگیری راهکارها و توصیه‌های سیاستی** در شرایط فعلی و با امکانات موجود توضیح داده شود.

Dr. Mosaddeghrad. All rights reserved.

88

باکس‌ها و ستون‌های کناری

- اطلاعاتی که در **متن اصلی** قرار نمی‌گیرند مثل **تعاریف، مطالعات موردی،** مثال‌هایی برای نشان دادن نکات در متن.
- باکسها باید **مستقل** باشند: خواننده باید بتواند آنها را بدون نیاز به خواندن متن اصلی درک کند.
- به هر باکس یک **عنوان** بدهید و در متن به آن **اشاره** کنید.
- کادرهای زیادی نداشته باشید: در هر صفحه **یک عدد** کافی است.

Dr. Mosaddeghrad. All rights reserved.

89

جداول

- جداول روش خوبی برای ارائه اطلاعات هستند. آنها را **ساده** نگه دارید.
- تعداد سطرها و ستون‌ها را به حداقل برسانید - **چهار ستون و شش سطر.**
- ستون‌هایی که می‌خواهید خوانندگان مقایسه کنند، در **کتاب هم** قرار دهید.
- سلول‌های جدول را **هابلایت** کنید تا دیدن اطلاعات مهم را آسان کنید.
- به جای جدول می‌توانید از **نمودار** هم استفاده کنید.
- **اعداد را روند** کنید مثلاً به جای ۲۴۵۶۷ بنویسید ۲۵۰۰۰
- **سطوح معنی‌داری آماری** را نیاورید مثل $p > 0.05$

Dr. Mosaddeghrad. All rights reserved.

90

گرافیک‌ها

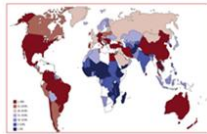
- ❑ **نمودارها** (نمودارهای میله‌ای، خطی و دایره‌ای) و **نقشه‌ها**
- ❑ گرافیک یک عنصر مهم در طراحی است. خوانندگان اغلب قبل از خواندن متن به آنها نگاه می‌کنند. پس آنها را **واضح و قابل فهم** بیان کنید.
- ❑ نوع گرافیکی انتخاب کنید که برای اطلاعاتی که ارائه می‌دهید، **مناسب** باشد.
- ❑ از نمودارهای میله‌ای یا دایره‌ای برای **مقایسه ارقام** استفاده کنید
- ❑ از نمودارهای خطی برای **سری‌های زمانی** استفاده کنید.
- ❑ گرافیک‌ها را **ساده** نگه دارید! فقط **مهمترین متغیرها** را نشان دهید.
- ❑ **عنوان** برای گرافیک‌ها بدهید.
- ❑ **رنگ‌ها و الگوهای** طراحی انتخاب کنید که به راحتی از یکدیگر متمایز شوند.

Dr. Mosaddeghrad. All rights reserved.

91

عکس‌ها

- ❑ عکس‌ها بیشتر از گرافیک، **توجه خواننده را** به خود جلب می‌کنند.
- ❑ اگر از عکس‌ها استفاده می‌کنید، برای ارسال پیام و همچنین جذاب‌تر کردن صفحه، آن‌ها را با دقت انتخاب کنید.



Dr. Mosaddeghrad. All rights reserved.

92

نام نویسندگان

- ❑ برخی از سازمان‌ها **نام نویسندگان** خلاصه سیاستی را زیر عنوان چاپ می‌کنند.
- ❑ برخی دیگر آنها را در پاورقی یا در **انتهای متن** قرار می‌دهند.
- ❑ برخی هم از افراد به عنوان نویسندگان نام نمی‌برند - زیرا خلاصه سیاستی توسط سازمان تهیه شده است.
- ❑ اگر از نویسندگان نام می‌برید، نام، سمت، موسسه و آدرس ایمیل آنها را برای مکاتبات وارد کنید.
- ❑ اگر نام نویسندگان را ذکر نمی‌کنید، حداقل یک آدرس ایمیل بدهید تا خوانندگان بتوانند برای اطلاعات بیشتر به آن نامه بنویسند.

Dr. Mosaddeghrad. All rights reserved.

93

قدردانی و جزئیات انتشار

- قدردانی از **حامیان مالی** و سازمانها و افرادی که سهم قابل توجهی در تهیه محتوای خلاصه سیاست داشتند.
- آدرسی که خوانندگان می توانند **اطلاعات بیشتری** در آن بیابند: ناشر و تاریخ
- اطلاعات مربوط به حق چاپ: آیا دیگران می توانند بدون اجازه مطالب را تکثیر کنند؟
- در صورت لزوم، **سلب مسئولیت** مبنی بر اینکه نظرات بیان شده در خلاصه سیاست، لزوماً منعکس کننده نظرات سازمان ناشر نیست.
-

Dr. Mosadeghrad. All rights reserved.

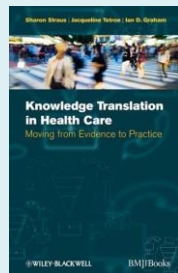
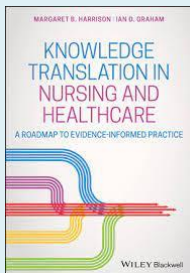
94

منابع و پاورقی ها

- گنجاندن **فهرست کامل منابع** لازم نیست.
- فقط به **یک تا چهار منبع** ارجاع دهید تا خوانندگان بتوانند اطلاعات بیشتری را بیابند.
- در صورت امکان **آدرس وب نشریات** را بدهید.
- در صورت امکان بهتر است از **پاورقی ها خودداری** کنید.
- اگر باید از پاورقی استفاده کنید، آنها را به **حداقل** برسانید.

Dr. Mosadeghrad. All rights reserved.

95



Dr. Mosadeghrad. All rights reserved.

96



Dr. Mosadeghrad. All rights reserved.

97

تحقق اهداف کارگاه



□ آیا شما قادرید تا:

- ✓ **ضرورت** و اهداف پژوهش را بدانید؟
- ✓ انواع روش‌های انتقال دانش را بشناسید؟
- ✓ ترجمان دانش و اهداف آن را توضیح دهید؟
- ✓ خلاصه سیاستی و اهمیت آن را بیان کنید؟
- ✓ با ساختار نوشتن خلاصه سیاستی آشنا شوید؟
- ✓ یک خلاصه سیاستی از پژوهش خود تهیه کنید؟

Dr. Mosadeghrad. All rights reserved.

98

منابع برای مطالعه بیشتر

- Bennett G, Jessani N, editors. The knowledge translation toolkit: Bridging the know-do gap: A resource for researchers. SAGE Publications India; 2011.
- Grimshaw JM, Eccles MP, Lavis JN, Hill SJ, Squires JE. Knowledge translation of research findings. Implementation science. 2012 Dec;7(1):1-7.
- Harrison MB, Graham ID. Knowledge translation in nursing and healthcare: a roadmap to evidence-informed practice. John Wiley & Sons; 2021.
- Keepnews DM. Developing a policy brief. Policy, Politics, & Nursing Practice. 2016;17(2):61-5.
- Mosadeghrad A, Isfahani P. Facilitators to health policy and management knowledge translation: A scoping review. Payesh. 2021; 20 (5) :529-548.
- Mosadeghrad AM, Parvaneh I. Barriers to Knowledge Translation in Health Policy and Management: A Scoping Review. Hakim Research Journal. 2020; 23 (1) :86-103. [in Persian]

Dr. Mosadeghrad. All rights reserved.

99

منابع برای مطالعه بیشتر

- ❑ Oborn E, Barrett M, Racko G. Knowledge translation in healthcare: A review of the literature. Cambridge Judge Business School, University of Cambridge; 2010 Oct 17.
- ❑ Straus SE, Tetroe J, Graham ID, editors. Knowledge translation in health care: moving from evidence to practice. John Wiley & Sons; 2013.
- ❑ Straus SE, Tetroe JM, Graham ID. Knowledge translation is the use of knowledge in health care decision making. Journal of clinical epidemiology. 2011 Jan 1;64(1):6-10.
- ❑ Wong SL, Green LA, Bazemore AW, Miller BF. How to write a health policy brief. Families, Systems, & Health. 2017;35(1):21.

Dr. Mosadeghrad. All rights reserved.

100

پرسش

❖ سوالات باقیمانده را می توانید به آدرس پست الکترونیکی زیر ارسال نمایید:

mosadeghrad@yahoo.com



Dr. Mosadeghrad. All rights reserved.

101