

کلید سلامت

با کلید سلامت
خود را معرفی کنید.
جهت سفارش آگهی با
شماره ۰۷۱۳۲۳۰۹۶۱۵
خانم ایزدی تماس
بگیرید.



در این شماره میخوانیم:

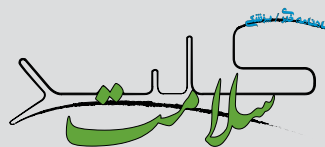
ارتباط بین احساس انسجام و افسردگی در بیماران مبتلا به درد مزمن

ارتباط بین بیماری پارکینسون و بیماری‌های خودایمنی (۱۳ می؛ روز جهانی پارکینسون)

برنامه پزشکی خانواده شهری در استان فارس در طی یک دهه اخیر: چالش‌ها و راهکارها (۱۹ می؛ روز جهانی پزشک خانواده)

فرسودگی شغلی درکادر درمان در طول همه‌گیری کووید-۱۹ (۲۸ آوریل؛ روز جهانی روانشناسی)

کلید سلامت
شماره شاپا:
۲۲۵۱-۶۰۱۸
سال سیزدهم - شماره ۱۴۲ - اردیبهشت ۱۴۰۲



با کلید سلامت
خود را معرفی کنید.
جهت سفارش آگهی با
شماره ۰۹۶۱۵۰۷۱۳۳۳۳
خانم ایزدی تماس
بگیرید.

ساحب امتیاز و مدیرمسئول

دکتر کامران باقری لنکرانی، رئیس مرکز تحقیقات سیاستگذاری سلامت



سردبیر

دکتر سعید شهابی، عضو هیأت علمی دانشگاه علوم پزشکی شیراز
ایمیل: saeedshahabi1@gmail.com تلفن: ۰۷۱۳۲۳۳۰۹۶۱۵ داخلی ۴۴۴۱



هیأت تحریریه این شماره

دکتر سعید شهابی، دکتر آرزو عزیزی، دکتر سجاد ثاقب دوست



طراحی و گرافیک

مجید بزم آرا



فهرست



۶

ارتباط بین بیماری پارکینسون و بیماری های
خودایمنی (۱۳ می؛ روز جهانی پارکینسون)



۴

ارتباط بین احساس انسجام و افسردگی
در بیماران مبتلا به درد مزمن



۱۲

فرسودگی شغلی درکادر درمان در
طول همه گیری کووید-۱۹ (۲۸ آوریل؛
روز جهانی روانشناسی)



۸

برنامه پزشکی خانواده شهری در استان
فارس در طی یک دهه اخیر: چالش ها و
راهکارها (۱۹ می؛ روز جهانی پزشک خانواده)



«دکتر صدیقه اعتماد سعید» دار فانی را وداع گفت

دکتر صدیقه اعتماد سعید، مدیر شبکه رادیویی سلامت به علت بیماری سرطان، ۲۵ فروردین دار فانی را وداع گفت. دکتر صدیقه اعتماد سعید نزدیک به ۱۰ سال بود که مدیریت رادیو سلامت را برعهده داشت، او خواهر شهید و در حوزه رسانه هم بسیار دلسوز و متعهد بود. پیش از مدیریت شبکه رادیو سلامت، دکتر اعتماد سعید عضو شورای سیاستگذاری سلامت صدا و سیما بوده و از سال ۹۲ تا زمان فوت در سمت قائم مقامی شورای سیاستگذاری سلامت نیز فعالیت می‌کرد.

از ویژگی‌های این مدیر این بود که اگر کسی مشکل بیماری پیدا می‌کرد خودش سعی می‌کرد مشکلات درمانی افرادی را که به طور شخصی به او مراجعه می‌کردند حل کند. او همواره به یکی از بیمارستان‌های جنوب تهران برای طبابت می‌رفت که به صورت خیریه و رایگان کار می‌کرد. ایشان در حوزه سوانح و حوادث ترافیکی نیز تلاش نمود تا با برگزاری چندین دوره جشنواره سوانح و حوادث، سطح اطلاعات و آگاهی جامعه و برنامه‌سازان را به منظور کاهش آمار ناشی از سوانح و حوادث ارتقا داده و راهکارهایی جدید برای کاهش آمار تلفات ناشی از حوادث ترافیکی، طبیعی و خانگی ارائه نماید.

دکتر اعتماد سعید در طی همه‌گیری کرونا در چند نوبت به شکل شدید کرونا گرفت و آخرین بار هم در ایام نوروز مبتلا به کرونا شد که دچار ضعف بدنی و سیستم ایمنی او شده بود. او ۲۴ ساعت قبل از فوت متوجه می‌شود که سرطان دارد و پزشکان تشخیص سرطان خون داده بودند و جمعه شب ۲۵ فروردین درگذشت. ایشان نقش بسزایی در ارتقای سواد سلامت و نیز فرهنگ‌سازی سلامت جامعه در سال‌های اخیر داشتند و مجاهدت‌های کم‌نظیر وی همواره در یادها و خاطره‌ها باقی خواهند ماند.

مرکز تحقیقات سیاستگذاری سلامت درگذشت این بانوی فرهیخته را به خانواده وی و جامعه رسانه‌ای کشور تسلیت عرض می‌کند.

ارتباط بین احساس انسجام و افسردگی در بیماران مبتلا به درد مزمن

- ↪ حس انسجام یک عامل مهم در سطوح افسردگی در بیماران مبتلا به درد مزمن است. هر چه حس انسجام قوی تر باشد، علائم افسردگی درک شده کمتر است.
- ↪ بیماران درد مزمن با سطح پایین حس انسجام دارای علائم افسردگی بیشتر، نرخ درد بالاتر، سطح عملکرد ضعیف تر، پذیرش کمتر و توانایی سازگاری کمتری می باشند.
- ↪ به نظر می رسد افراد با حس انسجام ضعیف کمتر خوش بین هستند و خودکارآمدی، سرسختی، کنترل، تسلط، عزت نفس، پذیرش ناتوانی و مهارت های اجتماعی کمتری را نشان می دهند.

Aguilar-Latorre A, et al. Association between sense of coherence and depression in patients with chronic pain: A systematic review and meta-analysis. Plos one. 2023 Jan 11;18(1):e0279959.

افسردگی به عنوان همبودی بیماران مبتلا به درد مزمن:

افسردگی یک اختلال عاطفی رایج در سراسر جهان است. سازمان جهانی بهداشت تخمین می زند که بیش از ۲۶۴ میلیون نفر در هر سنی از افسردگی رنج می برند و سالانه بیش از ۸۰۰ هزار نفر دست به خودکشی می زنند. افسردگی یکی از علل اصلی ناتوانی در سراسر جهان است. افسردگی مستلزم وجود علائمی مانند خلق افسرده، اختلالات چرخه خواب، خستگی و تمرکز ضعیف است، که با نوسانات طبیعی در خلق و خو و پاسخ های عاطفی به چالش های زندگی روزمره متفاوت است.

درد و افسردگی شرایط همبودی هستند و رابطه آنها به طور گسترده مورد مطالعه قرار گرفته است. داده ها نشان دهنده اهمیت این رابطه

درد مزمن:

درد مزمن طبیعتاً شکایت ناراحت کننده ای است که عواقب اذیت کننده برای کسانی که از آن رنج می برند، ایجاد می کند. دردی که بیش از سه ماه ادامه داشته یا عود می کند و می تواند به خودی خود به عنوان یک بیماری اولیه مانند سندرم درد اسکلتی-عضلانی مزمن یا کمردرد غیر اختصاصی یا ثانویه با بیماری های دیگر مثل سرطان، درد عصبی، درد احشایی، درد پس از جراحی، سردرد، درد دهان و صورت و اسکلتی-عضلانی تعریف شود. شیوع درد مزمن به طور میانگین ۳۱٪ گزارش شده است. عوامل روانی اجتماعی در بروز درد مزمن نقش دارند. تحقیقات نشان می دهند که بین اختلالات خلقی (افسردگی، اضطراب و پریشانی) و درد مزمن ارتباط وجود دارد.



همراه هستند، زیرا بین ۲۰ تا ۵۰ درصد از بیماران مبتلا به درد مزمن، افسردگی همزمان را تجربه می‌کنند و بیماری‌هایی که درد شدید دارند بیشتر احتمال دارد، افسرده شوند. شواهد نشان دهنده این هستند که درد و افسردگی ممکن است علائم جسمی و روانی را تشدید و مدت علائم را طولانی‌تر کنند.

افسردگی و احساس انسجام

توانایی فرد برای اصلاح سبک زندگی خود تحت تأثیر عوامل شخصی، بین فردی یا زمینه‌ای و حس انسجام است که به آنها اجازه می‌دهد

علیرغم وجود عوامل استرس‌زا، در وضعیت سلامت جسمی و عاطفی نسبتاً خوبی باقی بمانند. حس انسجام به توانایی فرد برای درک و مدیریت موثر محرک‌های استرس‌زا ناشی از محیط اشاره دارد و به این صورت تعریف می‌شود: «یک جهت‌گیری که بیانگر میزانی است که فرد دارای یک احساس اعتماد فراگیر، پایدار و پویا است که محرک‌ها برخاسته از محیط‌های درونی و بیرونی فرد در جریان زندگی، ساختارمند، قابل پیش‌بینی و قابل توضیح و درک و مدیریت است و این خواسته‌ها چالش‌هایی هستند که ارزش سرمایه‌گذاری و مشارکت را دارند.

حس انسجام یک عامل تعیین‌کننده در توسعه و حفظ سلامت است زیرا بر نحوه مدیریت استرس و سالم ماندن فرد تأثیر می‌گذارد. چندین مطالعه تأیید کرده‌اند که حس انسجام با افسردگی رابطه معکوس دارد و سطوح بالاتر حس انسجام با پیامدهای سلامت روان بهتر مرتبط است و ممکن است منبعی برای ارتقاء سلامت باشد. همچنین مشارکت مذهبی و معنوی ممکن است با ارائه معنا و امید به بیماران کمک کند تا بهتر با موقعیت‌های استرس‌زا کنار بیایند و منجر به سلامتی شوند.

افسردگی و حس انسجام در بیماران درد مزمن

بیمارانی که حس انسجام پایینی دارند، تمایل به پذیرش و سازگاری ضعیف‌تر با بیماری و علائم افسردگی بیشتر، سطح عملکرد ضعیف‌تر و درجه‌بندی درد بالاتر دارند. بنابراین، مشخص شده است که حس انسجام به انتخاب راهبردهای مقابله‌ای مؤثری مربوط می‌شود که به بیماران اجازه می‌دهد با بیماری‌های مزمن سازگار شوند. این افراد از طریق حس انسجام بالا به تعادل داخلی دست می‌یابند و پیامدهای این بیماری‌ها، مانند افکار منفی و علائم افسردگی را به حداقل می‌رسانند. افرادی که حس انسجام قوی‌تر دارند، داروی کمتری مصرف می‌کنند و درد را به‌عنوان شدت کمتری ارزیابی می‌کنند و تأثیر کمتری بر خلق و خوی آن‌ها دارند. این افراد اعلام کردند که می‌توانند درد را کنترل کنند و کمتر افکار فاجعه‌آمیز دارند.



ارتباط بین بیماری پارکینسون و بیماری های خودایمنی

۱۳ می؛ روز جهانی پارکینسون

- بیماری پارکینسون یک اختلال عصبی است، که اغلب در افراد مسن رخ می دهد.
- مطالعات ارتباط قوی بین برخی از بیماری های خود ایمنی و پارکینسون را نشان داده اند، بنابراین پزشکان باید از امکان همزیستی آنها هنگام تشخیص آگاه باشند.
- استفاده منظم از داروهای ضد التهابی ممکن است با کاهش خطر ابتلا به پارکینسون همراه باشد.

Li M, et al. The Association Between Parkinson's Disease and Autoimmune Diseases: A Systematic Review and Meta-analysis. *Frontiers in Immunology*.2023;14:111.

پارکینسون:

بیماری پارکینسون یک اختلال حرکتی-عصبی است که اغلب در افراد مسن رخ می دهد. این بیماری شامل علائمی از جمله لرزش به هنگام استراحت، آهستگی حرکات، سفتی و اختلالات وضعیتی و همچنین بسیاری از علائم غیرحرکتی است. این

بیماری یک تا دو نفر در هر ۱۰۰۰ نفر را تحت تاثیر قرار می دهد و شیوع آن با بالا رفتن سن، افزایش می یابد. علت بروز پارکینسون پیچیده است و در حال حاضر تصور می شود که به دلیل ترکیبی از عوامل ژنتیکی، محیطی و پیری باشد. شواهدی وجود دارد که اختلال عملکرد ایمنی را در بروز پارکینسون موثر می دانند و حتی ممکن است پارکینسون یک بیماری خود ایمنی باشد. برخی از مطالعات نشان داده اند که پاسخ ایمنی ناهنجار ممکن است سال ها قبل از تشخیص پارکینسون شروع شود.

ایدز و پارکینسون:

ایدز و پارکینسون یک مسیر ژنتیکی مشترک را طی می‌کنند که این امر نشان می‌دهد، سیستم ایمنی بر بیماری زایی پارکینسون تأثیر می‌گذارد. علاوه بر این، چندین مطالعه ارتباط بین پارکینسون و ایدز را نشان داده و نقشی را برای باکتری‌های نرمال روده، پاسخ ایمنی و ژنتیک یافته‌اند. با این حال، همچنان مکانیسم‌های بین پارکینسون و ایدز نامشخص است. شواهد نشان می‌دهند که بیماران مبتلا به پارکینسون خطر ابتلا به ایدز همراه را به طور قابل توجهی افزایش می‌دهند. پزشکان باید از همزیستی بالقوه پارکینسون و ایدز در هنگام تشخیص آگاه باشند. مطالعات بیشتری برای کشف مکانیسم‌های مولکولی بالقوه زیربنای تعامل بین پارکینسون و ایدز مورد نیاز است.

بولوس پمفیگوئید و پارکینسون:

احتمال ابتلا به پارکینسون در بیماران مبتلا به بولوس پمفیگوئید سه برابر بیشتر از سایر افراد است. برخی از مطالعات نشان داده اند که بولوس پمفیگوئید با سایر اختلالات عصبی مانند زوال عقل، ام اس، صرع، سکتة مغزی و اسکیزوفرنی نیز مرتبط است. اتوآنتی بادی (آنتی بادی‌هایی که آنتی ژن‌های موجود در سلول‌های قرمز خون خود فرد بیمار را هدف قرار می‌دهد) علیه بولوس پمفیگوئید در بیماران مبتلا به بیماری پارکینسون یافت می‌شوند.

بیماری التهابی روده و پارکینسون:

شواهد همچنین افزایش خطر بیماری التهابی روده همراه با پارکینسون را نشان داده‌اند. التهاب دستگاه گوارش و التهاب عصبی ممکن است از علل مهم پارکینسون به دلیل اختلالات محور روده‌مغز باشد. همچنین نشان داده شده است که بیماری التهابی روده و پارکینسون پروفایل‌های خطر ژنتیکی مشترکی دارند. بیماری التهابی روده یک اختلال معمولی دستگاه گوارش است، پاسخ ایمنی پیش التهابی و عدم تعادل در روده نقش مهمی در روند بیماری زایی این بیماری دارد.

سندرم شوگرن و پارکینسون:

افزایش خطر سندرم شوگرن همراه با پارکینسون ممکن است به دلیل نقش اتوآنتی بادی‌ها باشد. سندرم شوگرن توسط یک مکانیسم با واسطه ایمنی ایجاد می‌شود و اتوآنتی بادی‌ها که با اختلالات سیستم عصبی مرکزی مرتبط هستند، معمولاً در بیماران مبتلا به سندرم شوگرن شناسایی می‌شوند. مکانیسم با واسطه ایمنی بین سندرم شوگرن و پارکینسون فرض شده است و آنتی بادی‌ها در بیماران مبتلا به سندرم شوگرن ممکن است به سلول‌های عقده‌ای پایه آسیب رسانده و باعث پارکینسون شوند.

اختلال عملکرد تیروئید و پارکینسون:

مطالعات نشان داده‌اند که اختلال عملکرد تیروئید (به عنوان مثال، پرکاری تیروئید و کم کاری تیروئید) می‌تواند خطر ابتلا به پارکینسون را افزایش دهد. اختلال عملکرد تیروئید بر استرس اکسیداتیو (عدم تعادل بین رادیکال‌های آزاد و آنتی اکسیدان‌ها در بدن) تأثیر می‌گذارد، که به طور قابل توجهی به از بین رفتن سلول‌های عصبی دوپامین (انتقال دهنده عصبی) و پیشرفت پارکینسون کمک می‌کند. ممکن است بیماری گریوز نیز همراه با پارکینسون به علت بعضی از عوامل خطر مثل کمبود ویتامین دی رخ دهد.

آرتریت روماتوئید و پارکینسون:

مکانیسم محافظتی آرتریت روماتوئید در برابر پارکینسون می‌تواند به علت داروهایی باشد که معمولاً توسط بیماران مبتلا به آرتریت روماتوئید استفاده می‌شود، مثل داروهای ضد التهابی غیر استروئیدی و داروهای سرکوب کننده سیستم ایمنی و مطالعات همه گیرشناسی نشان می‌دهند که استفاده منظم از داروهای ضد التهابی ممکن است با کاهش خطر ابتلا به پارکینسون همراه باشد.



برنامه پزشکی خانواده شهری در استان فارس در طی یک دهه اخیر: چالش‌ها و راهکارها

۱۹ می؛ روز جهانی پزشک خانواده

دکتر سعید شهابی، عضو هیأت علمی دانشگاه علوم پزشکی شیراز



پزشکان خانواده همواره به عنوان نخستین خط ارائه خدمات مراقبت سلامت به عموم جامعه در نظر گرفته می‌شوند. بر اساس گزارش سازمان بهداشت جهانی، ارائه خدمات سلامت در قالب پزشک خانواده رویکردی مطلوب در مسیر ارتقای کیفیت خدمات مراقبت سلامت و نیز هزینه‌اثربخش معرفی شده است. در واقع، برنامه پزشک خانواده با تقویت نظام ارجاع باعث می‌شود تا پاسخگویی نظام سلامت و دسترسی به خدمات سلامت افزایش یافته و در کنار کاهش هزینه‌های غیرضروری، پوشش خدمات نیز افزایش قابل توجهی داشته باشد. بر اساس تعریف ارائه شده از سوی آکادمی اروپایی مدرسان پزشکان خانواده، پزشک خانواده اولین نقطه ارتباط مردم با نظام سلامت بوده و ارائه دهنده طیفی از خدمات از هنگام تولد تا مرگ دریافت‌کننده خدمت می‌باشد. بر اساس شواهد موجود، بسیاری از کشورها دریافته‌اند که داشتن برنامه پزشک خانواده مناسب‌ترین راهبرد در مسیر دستیابی به عدالت، کارایی و اثربخشی می‌باشد.

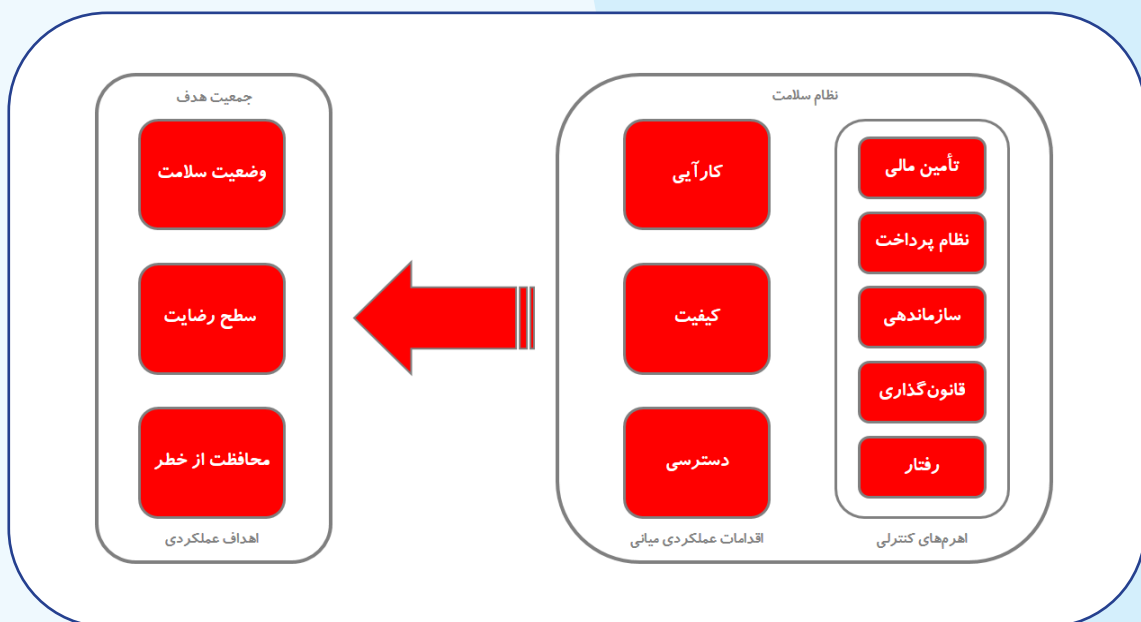
برنامه پزشکی خانواده در ایران برای نخستین بار در سال ۱۳۸۳ و در برنامه چهارم توسعه (بند ب ماده ۹۱) مورد تأکید قرار گرفت و در سال ۱۳۸۴، برنامه عملیاتی آن با هدف اصلاح و تقویت نظام ارجاع طراحی شد. به دنبال این طرح، ظرف مدت شش ماه تعدادی متعددی پزشک عمومی و ماما به منظور اشتغال در پایگاه‌های سلامت در راستای ارائه خدمات مراقبت سلامت در مناطق روستایی، عشایرنشین و شهری زیر ۲۰ هزار نفر استخدام شدند. در واقع، تلاش بر این بود تا با اجرای برنامه پزشکی خانواده، ضمن کاهش هزینه‌های نظام مراقبت سلامت، گام‌های مستحکم‌تری به منظور بهره‌مندی به موقع افراد از خدمات سلامت، پیشگیری از بسیاری از بیماری‌ها و نیز ارتقای کیفیت خدمات برداشته شود. در برنامه پزشکی خانواده، پزشک عمومی و تیم وی، مسئولیت کامل پایش وضعیت سلامتی افراد و نیز پیگیری وی پس از ارجاع به سطوح تخصصی‌تر را بر عهده دارند.

در گام بعدی و در سال ۱۳۸۹، برنامه پزشکی خانواده شهری بصورت پایلوت در ۱۷ شهر با جمعیت بین ۲۰ تا ۵۰ هزار نفر در سه استان خوزستان، سیستان و بلوچستان و چهارمحال و بختیاری به اجرا درآمد و مشکلات مربوطه شناسایی شدند. سپس، در سال ۱۳۹۱ و بر طرف نمودن چالش‌های یافت شده، برنامه پزشکی خانواده شهری در دو استان فارس و مازندران به اجرا درآمد. بر اساس قانون برنامه چهارم توسعه،

وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی مکلف شده بود که تا پایان برنامه چهارم توسعه، برنامه پزشکی خانواده را در سراسر کشور به اجرا در بیاورد. با این حال، وجود چالش‌های مختلف تأمین مالی، تولیدی، ساختاری و اجرایی باعث شد تا این هدف محقق نگردد. در پاسخ به چنین شرایطی، این مطالعه کیفی که از سوی مرکز تحقیقات سیاستگذاری سلامت وابسته به دانشگاه علوم پزشکی شیراز به انجام رسیده است، تلاش نموده است تا با انجام یک مطالعه ترکیبی (مروری بر مطالعات پیشین و انجام مطالعه کیفی با مدیران، تصمیم‌گیرندگان، سیاستگذاران (ملی و استانی)، تیم پزشکی خانواده و نیز ساکنین استان فارس) چالش‌های برنامه پزشکی خانواده را مورد بررسی قرار داده و راهکارهایی به منظور بهبود آن ارائه نماید.

یافته‌ها

یافته‌های این مطالعه بر اساس اجزای چارچوب پنج اهرمی کنترلی (شامل: تأمین مالی (financing)، سازماندهی (organization)، نظام پرداخت (payment)، رفتار (behavior) و قانون‌گذاری (regulation)) در ادامه ارائه خواهند شد. همچنین، خلاصه‌ای از مهمترین چالش‌های اجرای برنامه پزشکی خانواده شهری و نیز راهکارهای بالقوه به منظور بهبود آن در جداول ۱ و ۲ آمده‌اند.



چارچوب پنج اهرم کنترلی نظام سلامت

سازماندهی

در ارتباط با ساختار و سازماندهی این برنامه چالش‌های متعددی در این مطالعه یافت شد که به اختصار در ادامه به آنها اشاره می‌کنیم:

- ناپایداری در سیاست‌ها به دلیل تغییر مسئولین
- عدم وجود یک ستاد ملی در سطح وزارتخانه برای هدایت این برنامه
- عدم وجود یک زمانبندی منطقی در انجام اقدامات مربوطه (با اینکه برنامه پزشکی خانواده روستایی در سال ۱۳۸۳ شروع شد، اما ۱۰ سال هیچ خبری از آن نشد تا سال ۱۳۹۱ برنامه شهری شروع شد!)
- فقدان تجهیزات و وسایل کافی در مناطق کمتر توسعه یافته
- بالا بودن حجم کار و نیز ساعات کار
- وضعیت شغلی نامشخص برای کارکنان ارائه‌دهنده خدمت نبود ساختار انگیزی
- نبود برنامه‌های آموزشی ضمن خدمت برای ارائه‌دهندگان خدمت
- نظام ارجاع ضعیف
- عدم همکاری مناسب متخصصان پزشکی (Egoistic manner of medical specialties)

- نبود نظام ارزشیابی اثربخش
- عدم اجرای برنامه بصورت پایلوت پیش از اجرای کامل آن
- نبود همکاری کافی بین وزارتخانه‌های بهداشت و تعاون، کار و رفاه اجتماعی
- نبود همکاری نزدیک در میان معاونت‌های وزارتخانه بهداشت، درمان و آموزش پزشکی
- برنامه ریزی متمرکز
- عدم توجه به مشکلات موجود بیمه‌های سلامت
- عدم استفاده کافی از ظرفیت بالقوه بخش خصوصی در ارائه خدمات
- فقدان سیستم اطلاعات سلامت جامع و اثربخش
- عدم فرهنگ‌سازی مناسب
- عدم اعتماد عموم نسبت به خدمات ارائه شده از سوی پزشک خانواده و سایر اعضای کادر برنامه

راهکارهای پیشنهادی:

- تقویت نقش دولت در برنامه
- برنامه ریزی چند جانبه
- حمایت‌طلبی از گروه‌های سیاسی

- اجرای گام به گام برنامه
- مرور و روزآمد نمودن مستمر قوانین و مقررات مربوطه
- تقویت نظام ارجاع
- در نظر گرفتن دوره‌های آموزشی جامع برای ارائه‌دهندگان خدمات
- فراهم نمودن بستر امکان توسعه شغلی و فردی برای ارائه دهندگان خدمات
- ایجاد یک نظام اطلاعاتی جامع و اثربخش
- بهره‌گیری از فناوری‌های نوین نظیر خدمات آنلاین
- مشارکت دادن بخش خصوصی و نهادهای غیردولتی
- آموزش پزشکان و سایر ارائه‌دهندگان متناسب با برنامه پزشکی خانواده
- ایجاد نظام‌های پایش و ارزشیابی اثربخش
- در نظر گرفتن شاخص‌های عملکردی دقیق برای ارتقای کیفیت خدمات ارائه شده
- تسهیل تعاملات بین حرفه‌ای
- روش نمودن نقش و حیطه عملکردی هر حرفه در برنامه
- آماده سازی پروتکل‌ها و گایدلاین بالینی دقیق
- توسعه زیرساخت‌های فیزیکی و اطلاعاتی

تأمین مالی و پرداخت

تأخیر در پرداخت‌های مالی و مشکلات بیمه‌ای

به دنبال اجرای برنامه پزشکی خانواده، با توجه به اینکه تأمین مالی برنامه از طریق بودجه دولت و از طریق دو وزارتخانه بهداشت و تعاون، کار و رفاه اجتماعی به انجام می‌رسید، اما مشکلات مالی باعث شد تا پرداخت‌ها به ارائه دهندگان خدمات پزشکی خانواده با تأخیرهای گاه طولانی مدت همراه شوند.

اجرای نامناسب مکانیزم پرداخت سرانه (per capita)

مکانیزم پرداخت سرانه به عنوان روش پرداختی به ارائه‌دهندگان خدمات برنامه پزشکی خانواده در نظر گرفته شد. بر اساس این رویکرد، ارائه‌دهندگان خدمت می‌بایست تعداد بیماران مشخصی را تحت پوشش خود داشته باشند و بر اساس میزان خدمات ارائه شده به بیماران، پرداخت به آنها صورت می‌گیرد. همین امر زمینه را برای بروز تقاضای القایی (induced-demand) فراهم می‌آورد.

حقوق پائین

بر اساس یافته‌های این مطالعه، همواره حقوق و دریافتی پائین از سوی ارائه‌دهندگان خدمات پزشکی خانواده، به عنوان یکی از چالش‌های اساسی این برنامه ذکر شده است.

عدم ثبات اقتصادی جامعه

مشکلات اقتصادی جامعه در طی دهه‌های اخیر و وجود نرخ بالای تورم باعث شده است تا دریافتی ارائه‌دهندگان خدمات پزشکی خانواده با میزان تورم موجود هم‌خوانی نداشته باشد. علاوه بر این، وجود چنین مشکلات اقتصادی باعث شده است تا بودجه نظام سلامت نیز با محدودیت‌های جدی مواجه گردد.

پرداخت ناکافی به متخصصین

همچنین، بسیاری از مشارکت‌کنندگان اعتقاد داشتند که پرداخت ناکافی به متخصصین نظام سلامت باعث شده است تا آنها چندان رغبتی برای همکاری با برنامه پزشکی خانواده نداشته باشند.

راهکارهای پیشنهادی:

- در نظر گرفتن منابع مالی پایدار
- لزوم ستاره دار شدن بودجه‌های در نظر گرفته شده به منظور جلوگیری از هزینه‌کرد آنها در سایر برنامه‌ها
- تجمیع صندوق‌های بیمه‌ای
- تجمیع منابع اختصاص یافته برای برنامه پزشکی خانواده
- دریافت هم‌پردازی از دریافت‌کنندگان خدمات
- افزایش منابع اختصاص یافته از سوی دولت
- الزام همه بیمه‌های برای پایبندی به برنامه پزشکی خانواده
- بهره‌گیری از نهادهای غیردولتی و نیز خیریه‌ها به منظور تأمین مالی برنامه
- لزوم جدا کردن ارائه‌دهنده و خریدار خدمت در این برنامه
- پرداخت بر اساس عملکرد شاخص‌های عملکردی دقیق.
- پرداخت ترکیبی به پزشکان خانواده (سرانه، کارانه برای ویزی موارد خاص و پرداخت مبتنی بر عملکرد)
- تطبیق روش‌های پرداخت براساس جمعیت تحت پوشش، بسته خدمتی، تعداد افراد سالمند و کودک و زنان باردار تحت پوشش.

قانون‌گذاری

یافته‌های این مطالعه بیانگر دسته‌ای از چالش‌های مرتبط با قانون‌گذاری نیز بودند که از آن جمله می‌توان به (۱) نبود الزامات قانونی برای اجرای این برنامه، (۲) عدم وجود عوامل تسهیل‌کننده در قوانین، (۳) تأخیر در ابلاغ تفاهم‌نامه‌ها و (۴) عدم اجرای سیاست وضع شده مطابق با مفاد دستورالعمل‌ها و قوانین، اشاره کرد.

راهکارهای پیشنهادی:

- وضع قوانین و مقررات الزام‌آور

- مرور و بازبینی مستمر قوانین و مقررات
- لزوم وضع به موقع قوانین.

رفتار

بر اساس یافته‌های این مطالعه، چالش‌های متعددی نیز در ارتباط با رفتار بویژه رفتار کادر ارائه‌دهنده خدمات برنامه پزشکی خانواده مطرح شد. وجود **تداخلات در میان وظایف اعضای مختلف کادر برنامه پزشکی خانواده** از جمله چالش‌های مطرح شده در ارتباط با این برنامه بود. همچنین، بسیاری از مشارکت‌کنندگان معتقد بودند که **کار تیمی مناسبی** در فرآیند ارائه خدمات به گروه‌های هدف صورت نمی‌گیرد. همچنین، **بی‌انگیزگی** در میان کادر برنامه پزشکی خانواده باعث شده است تا میزان بهره‌وری آنها بصورت قابل ملاحظه‌ای کاهش یابد. **ناکافی بودن زمان معاینه دیگر** چالش مطرح شده بویژه از سوی کادر ارائه‌دهنده خدمات پزشکی خانواده بود. در واقع، بالا بودن تعداد مراجعان و بالا رفتن زمان انتظار باعث شده است تا پزشکان زمان معاینه کمتری را به هر مراجعه‌کننده اختصاص دهند. در کنار تمامی چالش‌های مذکور، از دیگر چالش‌های مطرح شده در این حوزه می‌توان به **عدم توجیه مناسب پزشکان** و سایر اعضای کادر برنامه پزشکی خانواده نسبت به این برنامه، **عدم آموزش کافی پزشکان نسبت به مسائل بهداشتی، عدم امکان انتخاب متخصص توسط خود بیمار، محدود بودن زمان دسترسی به پزشک، برخورد نامناسب برخی از مراجعه‌کنندگان با ارائه‌دهندگان خدمات برنامه پزشکی خانواده** و نیز **عدم اعتماد مراجعه‌کنندگان به خدمات ارائه شده از سوی پزشکان عمومی** حاضر در این طرح اشاره کرد.

راهکارهای پیشنهادی:

- ارتقای سطح فرهنگ و آگاهی عموم جامعه نسبت به برنامه پزشکی خانواده
- در نظر گرفتن مکانیزم‌های تشویقی به منظور ترغیب پزشکان و سایر حرفه‌ها برای مشارکت در این برنامه
- بهره‌گیری از مکانیزم‌های تشویقی به منظور ارائه برنامه‌های پیشگیرانه از سوی ارائه‌دهندگان خدمات
- تسهیل بهره‌گیری از شواهد علمی به روز از سوی ارائه‌دهندگان خدمات برنامه پزشکی خانواده
- افزایش مسئولیت‌پذیری ارائه‌دهندگان و نیز دریافت‌کنندگان خدمات
- در نظر گرفتن هم‌پردازی به منظور پیشگیری از تقاضای القایی
- تقویت مهارت‌های ارتباطی ارائه‌دهندگان خدمات.

فرسودگی شغلی در میان درمانگران در طول همه‌گیری کووید-۱۹

۲۸ آوریل؛ روز جهانی روانشناسی

❖ کارکنان مراقبت‌های بهداشتی خط مقدم در مقایسه با همکاران خط دوم خود در معرض خطر بالاتری برای تجربه فرسودگی شغلی هستند و اثرات آن نه تنها فرد، بلکه کل جامعه را به خطر می‌اندازد.

❖ کشورهای شمال آفریقا و خاورمیانه دارای شیوع فرسودگی شغلی بالاتری نسبت به اروپا یا آمریکای جنوبی هستند.

❖ اجرای مداخلات همراه با درک روند فرسودگی شغلی به نفع سلامت عمومی است. در واقع بهتر است که قبل از پیشرفت بیشتر اثرات آن، گام‌های مفیدی در مسیر کاهش بحران مراقبت‌های بهداشتی ناشی از فرسودگی شغلی انجام دهیم.

Macaron MM, et al. A Systematic review and Meta Analysis on Burnout in Physicians during the COVID-19 Pandemic: A Hidden Healthcare Crisis. *Frontiers in Psychiatry*.;13:3065.

مواجهه مستقیم با بیماران کووید-۱۹ تعریف می‌شوند. اگرچه هر دو گروه به دلیل ماهیت کارشان اثرات روانی را تجربه کرده‌اند، اما کارمندان خط مقدم به دلیل نزدیکی آنها با بیماران کووید-۱۹ آسیب پذیرتر هستند. علاوه بر این، فرسودگی شغلی بر روی پزشکان و پرستاران تأثیرات متفاوتی می‌گذارد. با توجه به اینکه پرستاران بیشتر در معرض بیماران قرار می‌گیرند، بنابراین استرس‌های مرتبط با کار بیشتری نیز تجربه می‌کنند. فرسودگی شغلی پرستاران با افزایش جابجایی که منجر به کمبود پرستار و نتایج ضعیف‌تر در مراقبت از بیمار می‌شود، مرتبط است. فرسودگی شغلی همچنین در میان متخصصان جوان زیر سی سال، احتمالاً به دلیل عدم تجربه و اعتماد به نفس، بروز بیشتری را نشان می‌دهد.

مطالعات نشان می‌دهند که بیش از نیمی از کارمندان مراقبت‌های بهداشتی، فرسودگی شغلی را در مقطعی از همه‌گیری تجربه کرده‌اند. افزایش سطح استرس با کاهش موفقیت شخصی و احساس عزت نفس پایین مرتبط است و این می‌تواند به دلیل افزایش حجم کار، تجهیزات محافظ شخصی ناکافی، افزایش خطر عفونت، فشار عاطفی مراقبت از بیماران و دشواری تصمیم‌گیری به دلیل تخصیص منابع کم باشد. کارمندان مراقبت‌های بهداشتی خط مقدم، هدف انگ زدن در جوامع خود قرار گرفته و مردم این گروه را به عنوان عامل احتمالی انتقال ویروس در نظر می‌گیرند. همچنین، با افزایش حجم کار، میزان بالایی از پیامدهای روانی مانند افسردگی، اختلال پس از سانحه و اضطراب را گزارش می‌دهند. کمبود کارمندان مراقبت‌های بهداشتی همچنین منجر به افزایش بار کاری کارمندان خط دوم می‌شود، که این امر سبب کیفیت خواب ضعیف و اضطراب در این گروه شده و افزایشی در شیوع کلی فرسودگی شغلی در موج دوم نسبت به موج اول ایجاد کرده است.

به تدریج نگرانی‌های مراقبت‌های بهداشتی جهانی در خصوص همه‌گیری کووید-۱۹ در حال کاهش بوده و به حل آن نزدیک می‌شود و اکنون توجه به سمت اثرات طولانی مدت ناشی از کووید-۱۹ معطوف شده است. یکی از این آثار فرسودگی شغلی است. سندرم روانی که از قرار گرفتن طولانی مدت در معرض عوامل استرس‌زا ناشی از کار ایجاد شده و به طور معمول در کارمندانی که با افراد دیگر تعامل دارند، رخ می‌دهد. اندازه‌گیری فرسودگی شغلی شامل سه بُعد کلیدی است:

خستگی عاطفی: که نشان‌دهنده بُعد استرس فردی و اصلی فرسودگی شغلی است و به افزایش احساس ناکارآمدی (عدم موفقیت شخصی) و تهی شدن ظرفیت عاطفی و فیزیکی اشاره دارد.

مسخ شخصیت: بصورت احساسات منفی و بدبینانه نسبت به خود و کسانی که با آنها تعامل دارند، مشخص می‌شود. این احساسات تحقیرآمیز اغلب با احساس تهی شدن عاطفی مرتبط است.

احساس کاهش موفقیت شخصی: نشان‌دهنده بُعد خودارزیابی فرسودگی شغلی بوده و به احساس بی‌کفایتی و بهره‌وری ناکافی در کار اشاره دارد.

در پزشکان، این اثر ممکن است به صورت خطاهای پزشکی، زمان بهبود طولانی‌تر و افزایش جابجایی پزشک به دلیل کاهش بهره‌وری در فرد ظاهر شود. در نتیجه، این اثرات مراقبت‌های بهداشتی را برای جایگزینی موقعیت‌های خالی ناشی از استعفا با هزینه بیشتری رو به رو می‌کند.

در طول همه‌گیری کووید-۱۹، خط مقدم و خط دوم در معرض مقادیر مختلفی از عوامل استرس‌زا قرار گرفتند. کارمندان خط مقدم افرادی هستند که مستقیماً با بیماران کووید-۱۹ کار می‌کنند، در حالی که کارمندان خط دوم به عنوان کارکنان مراقبت‌های بهداشتی بدون