

## نقش بیمارستان های دانشگاهی در پاسخگویی و مسئولیت پذیری اجتماعی

مهدی افکار<sup>۱</sup>، علیرضا خوشدل<sup>۲</sup>، فاطمه موسوی<sup>۳</sup>، نسترن لعل<sup>۱</sup>، ترمه ترجمان<sup>۱</sup>، آرزو چوهدری<sup>۱</sup>، پریسا شجاعی<sup>۱</sup>، سید منصور رضوی<sup>۴\*</sup>

### چکیده

زمینه و هدف: از رسالت های اصلی مدیریت هر بیمارستان، پاسخگویی اجتماعی است. مدیران بیمارستان ها باید با جنبه های اجتماعی حرف پزشکی آشنا باشند و از تأثیرات خدمات آنان بر جمعیت های تحت پوشش مطلع شوند و با برنامه ریزی، کیفیت خدمات و رضایت خدمت گیرندگان را ارتقا دهند. هدف از این مطالعه، ارائه راهکارهایی برای تقویت پاسخگویی اجتماعی مدیران و ارائه دهندگان خدمات در برابر مردم در بیمارستان ها و مسئولیت پذیری آن ها در قبال سلامت جامعه، همچنین بیماران و مراجعین در برابر سلامت خود است.

روش بررسی: این مطالعه با بهره گیری از روش کیفی و گام به گام تحلیل مضمون انجام شده است؛ با استفاده از مشاهدات و تجربیات میدانی، مشارکت در جلسات اتاق فکر وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، جلسات گزارش و نقد اسناد ملی، همچنین مطالعه مقالات و مطالب مندرج در وبگاه های سازمان های مرتبط، اقدامات راهبردی مربوط به موضوع پاسخگویی و مسئولیت پذیری اجتماعی، استخراج و طی مراحل تحلیل مضمون، فعالیت ها و راهکارهای مورد نیاز برای تحقق و پیاده سازی آن، فهرست، دسته بندی و تدوین گردید.

یافته ها: در این مطالعه، در ۸ حوزه و ۳۷ موضوع راهبردی، بیش از ۳۵۰ راهکار ارتقایی ارائه و پیشنهادهایی به مسئولین

سلامت ارائه گردیده است.

نتیجه گیری: پیشنهاد می شود، برای ارتقای شاخص های پاسخگویی اجتماعی بیمارستان ها، اقداماتی جهت فراهم سازی بستر آموزش های جامعه نگر، آینده نگاری، نیاز سنجی، تدوین شاخص ها و استانداردها، آموزش ارتباطات، تعاملات رفتاری، اخلاق حرفه ای و نحوه تامین و نظارت بر ایمنی و رعایت حقوق بیماران به فراگیران و کارکنان، آموزش و رعایت نکات مربوط به تشخیص، درمان، مراقبت و پیشگیری از بیماری ها و مدیریت بهینه فرایندهای آموزشی و خدمات بیمارستانی، همچنین نسخه نویسی اجتماعی انجام گردد.

کلمات کلیدی: پاسخگویی اجتماعی، مسئولیت پذیری اجتماعی، منشور حقوقی بیماران

۱. استادیار پزشکی اجتماعی، گروه پزشکی اجتماعی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی آزاد اسلامی تهران، تهران، ایران.

۲. استاد اپیدمیولوژی، گروه پزشکی اجتماعی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی آزاد اسلامی تهران، تهران، ایران.

۳. دانشیار پزشکی اجتماعی، گروه پزشکی اجتماعی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی آزاد اسلامی تهران، تهران، ایران.

\*۴. نویسنده مسئول. استاد بیماری های عفونی، گروه پزشکی اجتماعی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی آزاد اسلامی تهران، تهران، ایران.

مرکز تحقیقات تجویز منطقی دارو، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی تهران، تهران، ایران. Razavy@sina.tums.ac.ir

## مقدمه

دربحث پاسخگویی، ابتدا به تفاوت مفهوم دو اصطلاح پاسخگویی اجتماعی (Social Accountability) و مسئولیت پذیری اجتماعی (Social Responsibility) می پردازیم.

پاسخگویی اجتماعی به این معنی است که مقامات دولتی، سیاستمداران، مدیران و ارائه دهندگان خدمات در برابر مردم و کاربران خدمات برای رفتار و عملکرد خود پاسخگو هستند. سازوکار های پاسخگویی اجتماعی برای مشارکت دادن جامعه عبارتند از مشارکت دادن مردم در برنامه ریزی و توسعه، تنظیم بودجه در جهت بهره وری و اثربخشی، تعدیل هزینه ها و نظارت بر عملکرد پروژه ها. مسئولیت پذیری اجتماعی به این معناست که افراد و سازمان های مسئول، به نفع جامعه رفتار می کنند و یا حداقل به جامعه آسیب نمی رسانند. فرد یا سازمانی که به بهداشت محیط بی توجه است، مثلاً در محیط ته سیگار پراکنده می کند، یا فاضلاب خانه یا سازمان خود را به محیط بازمی کند و ...، در قبال جامعه مسئولیتی نپذیرفته است (۱).

تغییرات در جوامع مدرن امروزی ناشی از عوامل متعددی از جمله جهانی شدن اقتصادی و فرهنگی، پیشرفت علوم و فناوری، افزایش دسترسی به اطلاعات و مواردی نظیر آن می باشد. همه این تغییرات منشأ این درک است که رفتار اخلاقی در عملکردهای سازمان به ویژه در نحوه برخورد آنها با جنبه هایی مانند حقوق بشر و تعهد اجتماعی ضروری است. این موضوعات معمولاً زیر چتر مفهوم مسئولیت اجتماعی قرار می گیرند (۲).

از رسالت های اصلی مدیریت هر بیمارستان، پاسخگویی اجتماعی است (۳). مدیران، از جمله مدیران بیمارستان ها باید با جنبه های اجتماعی حرفه خود آشنا باشند و از تأثیرات سازمان خود بر جمعیت های تحت پوشش مطلع شوند (۴).

و به این منظور سیاست گذاری وزارت بهداشت در تعیین و ابلاغ شاخص های مرتبط به پاسخگویی اجتماعی بیمارستان ها با هدف ارائه خدمات ایمن به بیماران بسیار تعیین کننده است که از جمله به میزان بستری مجدد بیماران که مرتبط با ترخیص ایمن و در نظر گرفتن فاکتورهای اجتماعی موثر بر سلامت است می توان اشاره کرد (۳).

بیمارستان های آموزشی، خود محیطی اجتماعی هستند. و سیاست گذاری وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی در تعیین و ابلاغ شاخص های مرتبط به پاسخگویی اجتماعی بیمارستان ها با هدف ارائه خدمات ایمن به بیماران بسیار تعیین کننده است.

در زمینه مسئولیت پذیری بیمارستان در قبال نیازها و تقاضاهای جامعه نیز می توان به مثال های متعدد اشاره نمود؛ یکی از این مسئولیت ها، تامین ایمنی (Safety) و امنیت (Security) بیماران است. در این باره می توان به مسئولیت بیمارستان ها در قبال پیشگیری از اشتباهات هویتی، اشتباهات تشخیصی درمانی، خطاهای دارویی، خطاهای پروسیجرال و پیشگیری از خطاهای بیهوشی، جراحی، رادیاسیون، انتقال خون، سقوط، زخم بستر، ترومبوز وریدهای عمقی، فلیبیت های ناشی از تزریقات، عفونت های بیمارستانی، آنافیلاکسی، خودکشی، همچنین مراقبت از امنیت بیماران شامل پیشگیری از بروز جرایم در بیمارستان مانند دزدی، تجاوز، ربایش بیمار و نظایر آن و نیز مراقبت های اجتماعی مانند مراقبت بعد از ترخیص (فالوآپ)، تدوین قوانین تسهیل کننده برای هوم ویزیت و برنامه های مراقبت در منزل، همچنین آموزش نحوه مراقبت جسمی و روانی از بیماران، حادثه دیدگان و بازماندگان در بحران ها و حوادث و بلایای طبیعی و خدمات به آنان اشاره نمود (۵، ۶).

به طور خلاصه، بیمارستان ها و سایر سازمان های مراقبت های بهداشتی باید اصول حرفه ای و اخلاقی مشترکی را رعایت

ها (سایت‌ها)ی مرتبط مانند وبگاه سازمان جهانی بهداشت (WHO(World Health Organization; ) ملی سلامت انگلستان (National Health System;) و وبگاه شورای اعتباربخشی تحصیلات تکمیلی پزشکی آمریکا (NHS Accreditation Council for Graduate Medical Education; ACGME)، اقدامات راهبردی مربوط به موضوع استخراج گردید. جستجوی مقالات با کلید واژه های پاسخگویی اجتماعی، مسئولیت پذیری اجتماعی و منشور حقوقی بیماران در بیمارستان های دانشگاهی در پایگاه های گوگل اسکولار و جهاد دانشگاهی (SID)، انجام و تا دستیابی به اشباع نظری، تداوم داده شده است.

در گام دوم، فعالیت ها و راهکارهای مورد نیاز برای تحقق و پیاده سازی، فهرست، دسته بندی و تدوین گردید. برای طبقه بندی و استخراج مضامین اصلی از رویکرد استقرایی (Inductive) و روش جابجایی متن در فرآیندی رفت و برگشتی (Recursive) استفاده شده است.

سپس، در گام سوم، بازبینی مضامین اصلی و طبقه بندی راهکارها توسط اعضای گروه پژوهشی شامل متخصصین پزشکی اجتماعی، اپیدمیولوژی، عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت و بالینی انجام و تغییرات لازم اعمال گردید. در نهایت مضامین کلان بدست آمده نامگذاری و اقدامات مورد نیاز در جداول جداگانه تنظیم و در این مطالعه ارائه گردیده است.

### نتایج

با مطالعه و طبقه بندی متون، در می یابیم که برخی از اقدامات راهبردی و حوزه های فعالیتی برای دانشگاه های علوم پزشکی و بیمارستان های آموزشی تحت پوشش در مقوله "پاسخگویی و مسئولیت پذیری اجتماعی" می توانند موارد زیر باشند:

- فراهم سازی بستر آموزش های جامعه نگر در دانشگاه ها

کنند که شامل جنبه های زیر است که باید به آنها توجه ویژه مبذول گردد:

اجتناب از انجام اقدامات پرمخاطره، حمایت از جمعیت های خاص مثل زنان در دوران بارداری و شیردهی؛ کمک رسانی به معلولان؛ رفع نیازهای معنوی یا مذهبی بیماران؛ حمایت از برنامه های رفاه اجتماعی؛ توجه به پسماند های سمی بالقوه خطرناک برای انسان و حیوانات؛ حفظ محیط زیست (مثلا مدیریت فاضلاب بیمارستان) و ... (۴، ۷).

مشاهده می شود که برخی بیمارستان ها به مسایل اجتماعی مرتبط با سلامت کم توجه و برخی خدمت گیرندگان نیز، به موضوع مهم مسئولیت پذیری و مسئولیت های اجتماعی خود، به ویژه مسئولیت های مرتبط با سلامت زیاد واقف نیستند و با فرافکنی از این مسئولیت ها سر بازمی زنند؛ هدف از این مطالعه، ارائه راهکارهایی برای تقویت پاسخگویی اجتماعی مدیران و ارائه دهندگان خدمات در برابر مردم در بیمارستان ها و مسئولیت پذیری آن ها در قبال سلامت جامعه، همچنین بیماران و مراجعین در برابر سلامت خود است.

### روش شناسی

این مطالعه با بهره گیری از روش کیفی و گام به گام تحلیل مضمون یا تحلیل تماتیک (Thematic Analysis)، با رویکرد استقرایی (Inductive) در چهارگام انجام شده است (۸).

برای شروع، در گام اول، با استفاده از مشاهدات و تجربیات میدانی، مشارکت در جلسات اتاق فکر وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، جلسات گزارش و بررسی اسناد ملی شامل: "طبقه بندی، تعریف، کاربرد و استانداردهای راهنماهای خدمات سلامت" و "سند پاسخگویی اجتماعی در نظام سلامت" و همایش های مرتبط ملی آموزش پزشکی، پیرامون پاسخگویی و مسئولیت پذیری نظام سلامت و افراد در قبال سلامت خویش و جامعه، همچنین مطالعه مقالات و وبگاه

سال ها است که در آموزش پزشکی ایران صحبت از آموزش های جامعه نگر می شود ولی در اجرا، شاید به دلیل نبود بستر لازم، با مشکلاتی روبرو بوده است. فراهم سازی بستر آموزش جامعه نگر، نیازمند آینده نگاری، نیازسنجی، سیاستگذاری، تدوین استانداردها، تدوین کوریکولوم ها مبتنی بر نیازهای جامعه، هدفگذاری، برنامه ریزی، آگاه سازی، هماهنگی، جلب مشارکت جامعه، حمایت و اعتباربخشی مراکز ارائه خدمات سلامت است که در جدول شماره ۱ خلاصه شده اند.

### آموزش ارتباطات، تعاملات رفتاری، اخلاق حرفه ای و

**منشور حقوقی بیماران:** از مهمترین اقدامات بیمارستان های دانشگاهی در جهت ارتقای مسئولیت پذیری اجتماعی فراگیران و کارکنان، آموزش ارتباطات و تعاملات مناسب رفتاری با آحاد جامعه و رعایت اخلاق حرفه ای و منشور حقوقی بیماران است. اقدامات ضروری برای این موضوع در جدول شماره ۲ آورده شده اند.

- تاکید بر استانداردهای خدمات کیفی سلامت
  - آموزش ارتباطات، تعاملات رفتاری و اخلاق حرفه ای
  - پایش رعایت منشور حقوقی بیماران
  - آموزش و پایش رعایت نکات مربوط به تشخیص بیماری ها
  - آموزش و پایش نکات مربوط به درمان بیماری ها
  - آموزش نکات مربوط به تجویز منطقی دارو
  - آموزش پیشگیری از خطاهای دارویی
  - آموزش و پایش نکات مربوط به مراقبت و تامین ایمنی بیمار
  - مدیریت بهینه فرایندهای آموزشی و بیمارستانی
  - تهیه کارنامه فعالیت های اجتماعی برای دانشجویان
  - برخورد با بیماری ها، اختلالات و حوادث از دیدگاه پیشگیری
  - آموزش نسخه نویسی اجتماعی (Social Prescribing)
- با توجه به موارد فوق، ذیلا به طور خلاصه به اقدامات راهبردی و عملیاتی در حوزه های مختلف اشاره می نمایم:
- فراهم سازی بستر آموزش های جامعه نگر در دانشگاه ها:**

جدول ۱. فراهم سازی بستر آموزش های جامعه نگر در دانشگاه ها

اقدامات کلان	اقدامات زیر مجموعه
آینده نگاری	پیش بینی آینده بافت جمعیتی، اقتصاد، فرهنگ، فناوری، محیط زیست، و ...
نیازسنجی سلامت	تبیین نیازها، تدوین شاخص ها، ارزیابی وضعیت، تبیین و اولویت بندی مشکلات و عوامل خطر.
سیاستگذاری سلامت	تبیین برنامه های نظام سلامت درقبال: مشارکت مردم / مدیر محوری، ترویج سواد سلامت/ بی سواد، بیمه / پرداخت، رضایت مردم / نارضایتی، تولید / مصرف، و.....
هدفگذاری کلان سلامت	تبیین شاخص های هدف، تبیین راه دستیابی به تامین، حفظ و ارتقای شاخص های هدف
تعیین استاندارد های خدمات سلامت	تدوین استانداردهای خدمات در جهت خدمات نیازمحور، عادلانه، بیمارمحور، ایمن، بی خطر، کم هزینه، با صرفه، رضایتبخش، در دسترس، اثربخش و مفید، کارا و کارآمد، به موقع و متناسب با شرایط جمعیتی، اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی جامعه
راه اندازی رشته های تحصیلی مورد نیاز جامعه	نیازسنجی در جهت استقلال کشور، تدوین کوریکولوم ها شامل: تبیین مهارت ها و توانمندی های مورد انتظار، تبیین جایگاه شغلی دانش آموختگان، پیش بینی پیامدها، ارزیابی نیازهای نیروی انسانی، فضاهای مورد نیاز نظری، عملی، آزمایشگاهی، بالینی، اجتماعی، مجازی، تجهیزات، وسایل و مواد مورد نیاز و بودجه در اختیار
اقدامات کلان مدیریتی	تدوین قوانین، مقررات و آیین نامه ها، ترسیم فرایندهای کلان، انجام هماهنگی های بین بخشی، جلب مشارکت ذینفعان، آموزش، توجیه، پایش و نظارت بر عملکرد مدیران و مجریان برنامه ها، اعتباربخشی و حمایت

## جدول ۲. آموزش ارتباطات، تعاملات رفتاری و اخلاق حرفه ای

اقدامات کلان	اقدامات زیر مجموعه
آموزش و نظارت بر اجرای رفتار مثبت	شامل: سلام / پاسخگویی سلام، استقبال از بیمار با لبخند، ارتباط چهره به چهره و چشمی با بیمار، عذرخواهی از بیمار بابت منتظر ماندن، گوش کردن صحبت های بیمار، فرصت دادن به بیمار برای بیان شکایات، اعتراضات و توقعات، صحبت با زبان ساده، لحن محترمانه، زبان چهره و بدن مناسب، رفتار مودبانه، حتی در اوج خستگی، احترام به استقلال و انتخاب بیمار، استفاده از کلام مثبت والقای امیدواری، همدلی با بیمار (نه ترحم)، اعلام آمادگی برای پشتیبانی به بیمار، رفتار مهربانانه و محبت آمیز، قاطعیت و داشتن اعتماد به نفس در کارهای درست، دادن خبر بد به صورت اصولی و ....
آموزش و نظارت بر اجتناب از رفتار منفی	شامل: احم، بی اعتنائی، نگاه از بالا، خمیازه کشیدن در هنگام شنیدن صحبت های بیمار، قطع کردن صحبت بیمار، استفاده از کلمات تخصصی و نامفهوم برای بیمار، استفاده از لحن تند، تحقیر آمیز و غیرمودبانه، عصبانیت، بدخلقی و قهر، تحقیر، شماتت و تمسخر، ترحم، القای ناامیدی، نپذیرفتن مسؤلیت و حمایت، دادن غیر اصولی و خشن خبر بد به بیمار و اطرافیان و ....
تعیین، تصویب و پایش رعایت منشور حقوقی بیماران	شامل: احترام و تکریم، احترام به وقت، حق دسترسی به خدمات، بهره مندی از خدمات کیفی و ایمن، داشتن اطلاعات و آگاهی های کافی از بیماری خود، داشتن استقلال رای و حق انتخاب، اطمینان از حفظ حریم خصوصی، اطمینان از رازداری، رضایتمندی، درد نکشیدن، رعایت اقدامات پیشگیری کننده، حق دسترسی به اطلاعات پرونده پزشکی خود، داشتن حق شکایت، داشتن حق جبران خسارت و ....

**آموزش و پایش نکات مربوط به تشخیص بیماری ها:** کردن روند بیماری گردد. تشخیص به موقع پیش آگهی را بهبود می بخشد و موقعیت را دشوار نمی کند. نتایج مربوط به این موضوع نیز در جدول شماره ۳ خلاصه شده است.

تشخیص به موقع یک بیماری اجازه می دهد تا مداخلات هدفمند، قبل از اینکه آسیب بالقوه جبران ناپذیری برای بافت های بدن رخ دهد، شروع شده و منجر به کند کردن یا معکوس

## جدول ۳. آموزش و پایش رعایت نکات مربوط به تشخیص بیماری ها

اقدامات کلان	اقدامات زیر مجموعه
آموزش مراحل تشخیص به موقع بیماری ها	شامل: برقراری ارتباط، اخذ شرح حال، انجام معاینات بالینی، درخواست آزمایشات پاراکلینیکی، انجام پروسیجرهای تشخیصی، درخواست مشاوره های تخصصی، فهرست کردن یافته های مهم، ادغام یافته ها، تفسیریافته ها، تحلیل یافته ها، یافتن ارتباطات، استدلال بالینی، گذاشتن تشخیص اول، طرح تشخیص های افتراقی و ....
آموزش و پایش ایمنی تشخیص	شامل آموزش های پیشگیری از: اشتباهات هویتی، پاسخ اشتباه آزمایش، تفسیر اشتباه (Misinterpretation) آزمایش ها غلط تشخیص دادن (Misdiagnosis) مثل تشخیص اشتباه آرتیفکت ها و درمان اشتباه ناشی از آن، تشخیص ندادن (Missed diagnosis)، دیر تشخیص دادن، ایجاد عارضه ناشی از تشخیص دیر هنگام، پیشگیری از رادیاسیون اضافی (Over Radiation) به بیمار، اقدامات اضافی و تحمیل هزینه به بیمار، بیمارستان، دانشگاه و کشور، آزمایشات تکراری، ایجاد ناتوانی و حتی مرگ ناشی از مشکلات تشخیصی، پیشگیری از ایجاد جو بی اعتمادی در متقاضیان خدمت و ....
آموزش و پایش عملکردها	شامل: اندیکاسیون آزمایشات، نحوه نمونه گیری صحیح و کم آسیب، استفاده از لوله های آزمایش بارکد دار، کالیبراسیون دستگاه ها، انجام آزمایشات استاندارد و ....

فرایند توانمند سازی و مهارت آموزی در حوزه فعالیت های حرفه ای فردی، سازمانی و اجتماعی و فرایند های درمانی، تجویز منطقی دارو، نسخه الکترونیک، پیشگیری از خطاهای دارویی، استخراج و در جدول شماره ۴ آورده شده اند.

**آموزش و پایش نکات مربوط به درمان بیماری ها:** برای فراگیران علوم پزشکی، آموختن و تمرین مهارت های بالینی برای مراقبت موثر از بیمار حیاتی است (۹). لذا در تدوین کوریکولوم باید به آن توجه ویژه مبذول شود. در این مطالعه، نتایج مربوط به راهکارهای بهبود بخشی به

#### جدول ۴. آموزش و پایش نکات مربوط به درمان بیماری ها

اقدامات کلان	اقدامات زیر مجموعه
آموزش و پایش درمان در بخش فوریت ها و سرپایی	شامل آموزش و پایش: تریاژ سریع و کیفی بیمار، ویزیت سریع پزشک صف، انجام سریع مشاوره های تخصصی، تعیین تکلیف سریع بیمار، اندیکاسیون های بستری بیمار، رعایت استانداردهای خدمات سرپایی
آموزش و پایش تجویز منطقی دارو	پیشگیری از خطاهای تجویز شامل: نداشتن مشخصات، نداشتن تشخیص، نداشتن اندیکاسیون، بی توجهی به شرایط خاص بیمار (مثل سن، آلرژی های دارویی، بارداری و شیردهی، وضعیت کبد و کلیه و ...)، نگارش داروی نایاب و غیر قابل دسترسی، بی توجهی به کیفیت داروهای تجویزی، ناخوانا نوشتن، نگارش غلط، نگارش ناقص، نگارش برنند ها به جای نام ژنریک داروها، نگارش ناصحیح اختصارات، شکل دارویی نادرست، قدرت نادرست، دوز نادرست (کم، زیاد، حذف، بی توجهی به اعشاری ها)، فواصل مصرف نادرست، بی توجهی به رهش دارویی (فوری/ طولانی یا آهسته رهش)، مدت مصرف نادرست (کوتاه یا بلند)، راه مصرف نادرست، سرعت تزریق یا انفوزیون نادرست، نداشتن دستورمصرف، دستور نادرست، آماده سازی (Preparation) نادرست دارو، تجویز اقلام زیاد دارو، بی توجهی به پلی فارماسی، بی توجهی به تداخلات دارویی، نگارش عبارت « طبق دستور »، آموزش ندادن به بیمار و مطلع نکردن او از هشدارها و عوارض احتمالی، نداشتن مهر و امضا و ...
طراحی و راه اندازی سیستم نسخه نویسی الکترونیک	شامل: یک پارچه سازی و اصلاح مشکلات نسخ الکترونیک، پیشگیری از پلی فارماسی تا حد امکان، پیشگیری از طبی سازی بیش از حد (Over Medicalization)، پیشگیری از پدیداری فنومن مار کبری در جامعه و ...
آموزش و پایش ترنسکرپشن صحیح دارو	شامل آموزش محتوی و نحوه تکمیل کاردکس پرستاری و احتمال بروز مشکلات زیر: نقص مشخصات (نام، نام خانوادگی، تاریخ و زمان پذیرش، تاریخ تولد، جنسیت بیمار، شماره پرونده، کد بستری بیمار در بیمارستان، شماره اتاق و شماره تماس فرد معتمد بیمار)، نقص اطلاعات نام پزشک معالج، تشخیص پزشکی، ریسک فاکتورها، وزن، گروه خونی، کد بانک خون بیمار، نقص یادداشت نیازهای مراقبتی، ذکر نشدن ساعت رفت و برگشت بیمار به پاراکلینیک، ذکر نشدن تاریخ و ساعت درخواست و انجام مشاوره ها، نقص نگارش انجام پروسیجرها با ذکر دقیق تاریخ و ساعت انجام یا شروع و خاتمه، نقص نگارش نتایج آزمایشات، نقص ثبت مواردی مانند: حساسیت دارویی، قطع نمودن دارو، ابتلا به بیماری عفونی مثل هپاتیت، ایدز و ... ، فاویسم، خطر خودکشی، کم شنوایی، نابینایی و نظایر آن با خودکار قرمز، ثبت موارد ثابت مثل مشخصات با خودکار آبی، ثبت موارد متغیر با مداد، تیک خوردن در پرونده و وارد نشدن در کاردکس، تیک خوردن در پرونده و وارد شدن به کاردکس بیمار دیگر، پرسش از پزشک مسئول، در صورت هرگونه شک، نظارت مستمر بر انطباق دستورات پرونده با کاردکس
آموزش و پایش مصرف دارو	شامل پیشگیری از: مصرف در بیمار اشتباه، آماده سازی اشتباه، دوز، قدرت، راه مصرف، فواصل زمانی، مدت تجویز، سرعت تزریق اشتباه و دستور اشتباه، دادن دوز اکسترا، فراموش کردن دادن دارو، آموزش نحوه دادن دارو به بیمار خواب، آموزش مصرف داروهای پرخطر، آموزش اجتناب از دادن داروهای غیر مجاز، آموزش اجتناب از مصرف داروی تاریخ گذشته
آموزش مدیریت دارو در بیمارستان	شامل: توجیه شرح وظایف اعضای کمیته دارو و درمان بیمارستان، پایش تشکیل منظم جلسات کمیته، نظارت بر تامین کمی دارو، نظارت بر کیفیت داروها، نظارت بر نحوه چیدمان دارویی برای پیشگیری از مشکلات ناشی از تشابهات آوایی، شکلی و بسته بندی داروها، نظارت بر یخچال نگهداری دارو، نظارت بر دمای محل نگهداری داروها، نظارت بر رطوبت محل نگهداری داروها، نظارت بر انقضای تاریخ مصرف داروها، نظارت بر چیدمان دارو بر حسب تاریخ مصرف، نظارت بر فرایند درخواست و تامین داروهای مورد نیاز

### مدیریت بهینه فرایندهای آموزشی و بیمارستانی:

بیمارستان های آموزشی رسالت سنگین تربیت نیروی انسانی مسئولیت پذیر را به عهده دارند. اقدامات مورد نیاز برای انجام این رسالت، درحوزه مدیریت آموزش و خدمات، در جدول شماره ۶ خلاصه شده اند.

### آموزش و پایش نکات مربوط به مراقبت و تامین ایمنی

**و امنیت بیمار:** کوتاهی در تامین ایمنی بیمار (Patient Safety) و امنیت بیمار (Patient Security) در جریان اقدامات تشخیصی درمانی در بیمارستان ها، منجر به بروز بیش از ۴۰ آسیب و ضررمی شود که بایستی برای آن چاره اندیشید. برخی از اقدامات در جدول شماره ۵ آورده شده اند.

جدول ۵. آموزش و پایش نکات مربوط به مراقبت از بیمار و بیماری و تامین ایمنی و امنیت بیمار

اقدامات کلان	اقدامات زیر مجموعه
آموزش و پایش مراقبت از بیمار بستری	شامل: آموزش نکات خودمراقبتی مهم به بیمار، مراقبت حین بستری، گماردن همراه برای بیماران خطیرو ...
مراقبت از ایمنی بیماران	شامل مراقبت از ایمنی بیمار شامل پیشگیری از: اشتباه هویتی، اشتباه در تشخیص، خطاهای دارویی، خطاهای پروسیجرال، فلبیت های ناشی از تزریقات، خطاهای بیهوشی، خطاهای جراحی، خطاهای رادیاسیون، خطاهای انتقال خون، سقوط، زخم بستر، دی وی تی، عفونت های بیمارستانی، آنافیلاکسی، خودکشی و ....
مراقبت از امنیت بیماران	شامل مراقبت از امنیت بیمار شامل پیشگیری از: دزدی، تجاوز، ربایش بیمار، همکاری تنگاتنگ پلیس و ....
مراقبت های اجتماعی	شامل: گزارش بیماری ها به نظام سورولینس، مراقبت بعد از ترخیص (فالوآپ)، تدوین قوانین تسهیل کننده هوم ویزیت، برنامه ریزی برای مراقبت بیمار در منزل، توجه به سلامت روان بیماران، آموزش نحوه مراقبت جسمی و روانی از بیماران، حادثه دیدگان و بازماندگان در بحران ها و حوادث و بلایای طبیعی، رسیدگی به شکایات بیماران و همراهان و ....

جدول ۶. مدیریت بهینه فرایندهای آموزشی و خدمات بیمارستانی

اقدامات کلان	اقدامات زیر مجموعه
بهینه سازی فرایندهای آموزشی و پژوهشی	شامل برنامه ریزی برای: گزارش های صبحگاهی، آموزش بر بالین (راندهای کاری، آموزشی و گراند راندها)، آموزش های سرپایی، آموزش عملی ارتباطات بالینی و اخلاق حرفه ای، ژورنال کلاب، گزارش موارد، دیسچارج ریپورت، فالوآپ ریپورت، موربیدیته و مورتالیتی ریپورت، تمرینات آرشویی، الگوسازی بالینی، تحقیقات بالینی شامل: تعیین مشکل، تدوین پروپوزال، حمایت های آماری، مدیریت پژوهش ها و دفاع از پژوهش ها و پایان نامه ها، انجام پژوهش های اجتماعی و .....
بهینه سازی خدمات بیمارستانی	شامل برنامه ریزی برای فرایند های: تریاژ، پذیرش، مراقبت های اورژانس، بستری، درمان های دارویی و غیر دارویی، مراقبت های جسمی و روانی حین بستری، ترخیص، محاسبه هزینه ها، خدمات بیمه ای، فالوآپ بیماران و .....
برنامه داشتن برای مدیریت بحران ها و آموزش و کار در عرصه های اجتماعی	شامل: انجام هماهنگی های بین بخشی مثلا در زمان بحران، هماهنگی با خانه های سالمندان، آب و فاضلاب، مراکز ترک اعتیاد و ...، مراقبت از آسیب دیدگان در حوادث و بلایا، مشارکت داوطلبانه درپوشش های اجتماعی، تقویت عملکرد مددکاران اجتماعی و .....
پایش اجزای مدیریت آموزش و خدمات بیمارستانی	شامل: نیازسنجی، هدفگذاری مبتنی بر سیاست ها، نیازها و استانداردها، برنامه ریزی، توجیه، آموزش، تقسیم کار و هماهنگی، تشکیل تیم اجرایی، اجرای برنامه، پایش مستمر عملکردها، نظارت و ارزشیابی، اصلاح برنامه ها مبتنی بر نتایج ارزشیابی ها، تبیین معیارهایی برای بیمارستان های ارتقا دهنده سلامت، انتخاب بیمارستان های ارتقا دهنده سلامت در منطقه و .....



دارو بنویسند. در حالیکه می توان با تغییر نگاه ، نگرش ها را به سمت پیشگیری نیز سوق داد. تعدادی از فعالیت ها در این زمینه در جدول شماره ۷ آورده شده اند.

**برخورد با بیماری ها، اختلالات و حوادث از دیدگاه پیشگیری:** آنچه در جامعه پزشکی مشاهده می شود، تفوق درمان نگری و نگاه دارو نویسی بر پیشگیری است. گو اینکه پزشکان منتظرند، افراد جامعه بیمار شوند و آن ها برایشان

**جدول ۷. برخورد با بیماری ها، اختلالات و حوادث از دیدگاه پیشگیری**

اقدامات کلان	اقدامات زیر مجموعه
پیشگیری نخست (Primordial Pr.)	شامل: تسهیل و ایجاد قوانین مورد نیاز، شناسایی عوامل خطر سلامت در جامعه مثل: چاقی، فشارخون، افزایش چربی خون، کم تحرکی، رفتارهای پرخطر و .... آموزش های عمومی، آگاه کردن جامعه، ترویج رفتارهای سالم ، ترویج ورزش های همگانی، ورزش در مدارس و .... ترویج تغذیه سالم، فرهنگ سازی برای سبک زندگی سالم، شناسایی افراد های ریسک و ات ریسک، قرنطینه در موارد ضروری و ....
پیشگیری اولیه (Primary Pr.)	شامل: واکسیناسیون، شیمیوپروفیلاکسی، حفاظت فردی، ایزولاسیون، رژیم غذایی سالم (کم چرب، کم نمک، فیبر، آب و ....)، ورزش و تحرک و ....
پیشگیری ثانویه (Secondary Pr.)	شامل: غربالگری بیماری ها، بیماریابی و تشخیص به موقع بیماری ها، درمان به موقع بیماری ها و ....
پیشگیری ثالثیه (Tertiary Pr.)	شامل: باز توانی، نوتوانی و توانبخشی
پیشگیری سطح چهارم (Quaternary Pr.)	شامل پیشگیری از هرگونه اقدام غیر ضروری تشخیصی درمانی مثل: درخواست آزمایشات و تصویر برداری های غیر ضروری و تکرار (Over diagnosis)، تجویز داروهای غیر ضروری (Over medication)، مشاوره های غیر ضروری، پروسیجرهای اضافی و ....

(COME)، دانش آموختگان بایستی به شکلی تربیت شده باشند که پاسخگوی نیازهای جامعه باشند. درآموزش های جامعه نگر فراگیران باید به گونه ای تربیت شوند که در شکل ایده آل، برحسب ویژگی های رشته خود افرادی:

سلامت محور به جای درمان محور، حامی و مروج سلامت، جامع نگر، جامعه گرا، کنجکاو و جستجوگر، اخلاق مدار، آگاه به مسایل روز رشته تخصصی، توانمند، ماهر و حاذق درحوزه های پیشگیری، ایمنی، تشخیص، درمان و مراقبت ازبیماری ها، قادر به استفاده مناسب از فناوری اطلاعات و ارتباطات، کارا، متعهد و دلسوزو مسئولیت پذیر، مولد و نوآور، کارآفرین، یادگیرنده مادام العمر، حل کننده مشکل، با ارتباطات بین فردی و بین بخشی عالی، منظم، توجه به نکات مرتبط با هزینه

### نسخه نویسی اجتماعی (Social prescribing):

تجویز یا نسخه نویسی اجتماعی به دنبال رفع نیازهای مردم در رابطه با عوامل اجتماعی موثر بر سلامت ، به روشی جامع است. این رویکرد در برخی کشورها انجام می شود و تا حدودی موفق بوده است. در این رابطه، اقدامات کلان و خرد در جدول شماره ۸ خلاصه شده اند.

### بحث

در اینجا، در باره هر یک از اقدامات پیشنهادی، نکاتی مورد بحث قرار می گیرند.

**آموزش جامعه نگر:** در آموزش های جامعه نگر (Community Oriented Medical Education;)



حل مشکلات فردی و اجتماعی به مردم کمک کنند، و توانایی تطابق در پاسخگویی به نیازها، انتظارات و توقعات جامعه که دایما در حال تغییر و پیشرفت هستند را داشته باشند (۱۰-۱۲).

ها و تامین مالی خدمات، همکار فعال و موثر، پشتیبان و قابل اعتماد در تیم سلامت، رازدار، با توان مدیریت در رشته خود و تفکر علمی و سیستمی در نظام سلامت باشند، مقررات ملی و استانداردها را رعایت کنند تا بتوانند، بدون تبلیغات گمراه کننده و منفعت جویی، نیازهای واقعی جامعه را درک کنند، در

#### جدول ۸. راه اندازی نظام نسخه نویسی اجتماعی (Social prescribing) در جامعه

اقدامات کلان	اقدامات زیر مجموعه
فراهم نمودن بستر نسخه نویسی اجتماعی در جامعه	الف - تامین نیروی انسانی مانند: تربیت کارکنان رابط (Link Workers)، استخدام یا ارائه مجوز کار خصوصی برای افراد مورد تایید و ..... ب - تامین فضای کار: فراهم کردن محلی برای استقرار کارکنان مورد بحث، واحدهای خصوصی و ..... ج - شناسایی و ارتباط با افراد حقیقی مانند: متخصصین بهداشت و تغذیه، متخصصین پزشکی اجتماعی، متخصصین بیماری های جسمی، متخصصین داوطلب اختلالات روانی مثل: روانپزشکان، متخصصین اختلالات روان تنی، روانشناسان عمومی، بالینی و سلامت و متخصصین علوم رفتاری، خیرین سلامت، داوطلبین ارائه خدمات اجتماعی، مددکاران اجتماعی، مربیان ورزشی، هنرمندان، مقامات محلی د - شناسایی و ارتباط با مراکز و موسسات محلی مانند: آژانس های محلی، مطب ها و متخصصین داوطلب، داروخانه ها، بیمارستان های محلی، مراکز توانبخشی، انجمن های علمی مرتبط، سازمان های مردم نهاد، موسسات نیکوکاری، مراکز کار و کارایی، مراکز هنر آموزی مثل: نقاشی، طراحی، صنایع دستی، آشپزی و ..... ..... مراکز مشاوره، خدمات آتش نشانی، پلیس، خدمات مراقبت اجتماعی، تشکلات ورزشی، انجمن های مسکن، کمپ ها و مراکز ترک اعتیاد و .....
شناسایی افراد هدف در جمعیت تحت پوشش	افراد هدف می توانند، بسته به امکانات ارائه خدمات موارد زیر باشند: افراد ی که تنها و ایزوله اند و بی هدف زندگی می کنند، افرادی که مشکلات منتال مثل افسردگی، اضطراب و استرس، احساس ناخوشی (Low mood) و PTSD دارند، افرادی که در مسکنی زندگی می کنند که مشکلات ایمنی و بهداشت دارد، ولی درعین حال مزایایی نیز دارد ، افرادی که داغدارند و سعی می کنند با غم آن کنار بیایند، افرادی که مبتلا به بیماری های مزمن یا کوموربیدیتی هستند مثل: دیابت، فشارخون، بی تحرکی، چاقی، کنسر یا ....، کسانی که به تازگی و بطور خفیف به الکل، سیگار و مواد مخدر دیگرووی آورده اند و یا در حال ترک هستند، زنان بی سرپرست، افرادی که به یک همدم، هم صحبت و سرگرمی نیاز دارند، معلولین، سالمندان نیازمند، افرادی که دسترسی به امکانات یادگیری و توسعه مهارت ها ندارند، کسانی که توانایی تهیه غذای سالم را ندارند، افرادی که بطور مکرر به پزشک مراجعه می کنند و داروهای زیادی مصرف می کنند و ....
اقدامات عملی	نمونه هایی از اقدامات عملی در نسخه نویسی اجتماعی عبارتند از: ارزیابی سبک زندگی و طراحی نسخه انحصاری برای هر مددجو، تنظیم رژیم غذایی برای مددجویان، تعیین حرکات ورزشی برای مددجویان، توصیه به انجام کارهای هنری و صنایع دستی، باغبانی، آشپزی و نظایر آن ، شرکت دادن مددجویان در کارگاه های مهارت آموزی، ارجاع مددجویان به مراکز شغلی نظیر: خدمات مراقبتی، آتش نشانی، پلیس، شهرداری ها و ..... ارائه مشاوره های مربوط به مسکن، اشتغال، مدیریت مالی و نظایر آن به مددجویان، ارائه مشاوره ازدواج، مراقبت از بیماری، مراقبت دارویی و .... به مددجویان، انتقال تجربه در جلسات آموزشی به دیگران، توصیه و معرفی جهت مشارکت داوطلبانه در موسسات نیکوکاری و امور اجتماعی مثل: همراهی بیماران، کمک در سازمان هلال احمر، سازمان های مردم نهاد (NGOs)، توزیع غذا و هدایا بین محرومین و ....، ایجاد انگیزه در افراد برای شناسایی پتانسیل های خود و .....

لذا، در آموزش های جامعه گرا، نیازسنجی سلامت (Health Needs Assessment; HNA)، امر مهمی به شمار می رود. این اقدام، روشی سیستماتیک برای بررسی مسائل مرتبط با سلامت پیش روی یک جمعیت است که منجر به اولویت های مورد توافق و تخصیص منابع می شود و سطح سلامت را بهبود می بخشد و نابرابری ها را کاهش می دهد (۱۳). به عبارت دیگر، نیازسنجی فرآیندی از جمع آوری و تجزیه و تحلیل داده هاست که از درون آن نیازهای افراد، گروه ها و جوامع شناسایی می شوند و اساسی ترین گام در تدوین و اجرای برنامه های آموزشی (Curriculums) بشمار می رود (۱۴).

**توانمند سازی و مهارت آموزی:** توانمند سازی و مهارت آموزی فراگیران در جهت پاسخگویی به نیازهای جامعه، از اجزای مهم جامعه نگری است. سازمان ACGME توانمندی های محوری و مورد نیاز پزشکان را در ۶ حوزه ارتباطات بین فردی، (Interpersonal Skills Communication)، دانش و آگاهی (Medical Knowledge) به روز، مهارت های عملی (Medical Practices) مورد نیاز، عملکرد سیستمی (Systems Based Practice) و حرفه ای گرایی (Professionalism)، خلاصه کرده است (۱۵).

از اقدامات پیشنهادی مهم، قراردادن کارنامه مهارتی (Log book) و کارنامه فعالیت های اجتماعی در فرایند ارزیابی فراگیران است.

مثلا، صادقی و همکاران، در سند پاسخگویی اجتماعی به کارنامه فعالیت های اجتماعی اشاره کرده اند که کار موثر و جالبی است و در جدول شماره ۴ به آن اشاره شده است (۱۶).

**استانداردهای خدمات سلامت:** در زمینه پاسخگویی و مسئولیت پذیری اجتماعی، تاکید بر استانداردهای کیفی خدمات سلامت، اقدام مهمی به شمار می رود، بطوری که شاخص های زیر تضمین گردند؛ خدمات سلامت بایستی:

ایمن و بی خطر باشند (موجب زیان قابل پیشگیری نشوند)،

مناسب باشند (فایده شان بیشتر از ضررشان باشد)، کم هزینه باشند (عاری از هزینه های اضافی تحمیلی باشند)، قابل قبول باشند (رضایتبخش باشند)، در دسترس باشند (حداکثر با یک ساعت پیاده روی قابل حصول باشند)، اثر بخش و مفید باشند (هدف را برآورده کنند)، کارآمد باشند (خرجشان به دخلشان بیارزد)، عادلانه باشند (زشت و زیبا نداشته باشند)، نیازمحور و بیمارمحور باشند (در درجه ی اول نیاز ها را پاسخگو باشند)، تقاضا گرا باشند (به مطالبات نیز توجه کنند)، به موقع ارائه شوند (فرصت های طلایی از دست نروند)، با صرف بهینه منابع انجام شوند (ستانده هایشان بیشتر از داده هایشان باشد)، و متناسب با شرایط باشند (با مختصات جمعیتی، اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی جامعه انطباق داشته باشند) (۱۷-۱۹).

**آموزش در عرصه های اجتماعی:** با مشاهدات میدانی در می یابیم که آموزش های فعلی ما در ایران بیشتر " بیمارستان محور " است. از اقدامات مورد نیاز برای بستر سازی آموزش های جامعه نگر، تامین عرصه های اجتماعی مانند: خانه های سالمندان، مراکز ترک اعتیاد، مراکز بازپروری، مراکز بهداشتی درمانی، مراکز بهداشت محیط و محیط زیست (آب، فاضلاب، هوا، پسماند، اشعه، ریزگرد و...) و نظایر آن است. چنانچه فراگیران در این مراکز آموزش ببینند، بیشتر با مشکلات سلامت آشنا می شوند.

**ارتباطات، حقوق بیماران:** عبارات زیر، اظهاراتی هستند که برخی از بیماران در مورد پزشک یا پرستار خود ابراز می کنند. عده ای پزشک و پرستار خود را چنین توصیف می کنند:

او یک انسان به تمام معنا است، پیش سلام است و به آدم از بالا نگاه نمی کند، به سخنان من صبورانه گوش می دهد و به سوالاتم با زبان خودم پاسخ می دهد، متواضع است، محترم است، آرام، مهربان، همدل و دلسوز است، اصیل و با ادب است، هرکاری از دستش بر بیاید با عشق و بدون منت برای بیماران انجام می دهد، همیشه خنده رو است، امید می دهد، با دیدنش

**پاسخگویی در تشخیص بیماری ها:** در موضوع پاسخگویی و مسئولیت پذیری بیمارستان های دانشگاهی، آموزش و پایش رعایت نکات مربوط به " تشخیص بیماری ها " از موارد مهم بشمار می رود. این موضوع، در سه اقدام کلان، شامل: مراحل تشخیص بیماریها (۲۴)، ایمنی تشخیص (۵)، و پایش عملکرد آزمایشگاه های تشخیصی در قالب ۲۷ اقدام مرتبط در جدول شماره ۳ آورده شده است.

**پاسخگویی در درمان بیماری ها:** مهارت آموزی و توانمند سازی و آموزش های مرتبط با درمان بیماری ها در حوزه های مختلف آموزش و پایش درمان در بخش فوریت ها و سرپایی، فرایند های پذیرش، بستری، تجویز منطقی دارو و پیشگیری از خطاهای تجویز، نسخه نویسی الکترونیک، آموزش و پایش ترنسکریپشن (وارد کردن به کاردکس) صحیح داروها و دستورات، آموزش و پایش مصرف و مدیریت دارو در بیمارستان، ترخیص، پیگیری درمان، پیشگیری از باز بستری بیماران، از مسئولیت های اجتماعی کادر پزشکی است که در این مطالعه مورد بررسی قرار گرفته اند و اقدامات ضروری برای آن مشخص شده است. به عنوان مثال:

رضوی و همکاران در مطالعه ای خطاهای دارویی را با تاکید بر نکات پیشگیری از خطاهای تجویز (Prescription errors)، با هدف کاستن از مشکلات جسمی، روانی و اجتماعی بیماران و مراجعین به بیمارستان ها در بیمارستان های دانشگاهی مورد ارزیابی قرار داده اند (۲۵). و در کاری دیگر، شیوه جدیدی برای خودآموزی دانشجویان با هدف آموختن تجویز منطقی دارو، در راستای ارتقای مسئولیت پذیری اجتماعی در دانشجویان ارائه نموده اند (۲۶).

لعل و همکاران، در یک مطالعه مبسوط، اظهار کرده اند که آموزش بیماران در زمان ترخیص و پیگیری نتایج درمان، میزان بازبستری (Readmission) مبتلایان به نارسایی قلبی را کاهش می دهد (۱۴).

انرژی می گیرم و درد و غم را فراموش می کنم، حاذق و کاردان است، با بکارگیری دستوراتی که می دهد بهبودی را حس می کنم ، به حقوق انسانی بیماران واقف است و تنها خودرا محق نمی داند و .....

در مقابل، عده ای نیز در باره آن ها چنین داوری می نمایند: حتی جواب سلام مرا نمی دهد، وقتی به او مراجعه کردم، سرش رو بالا نکرد مرا ببیند، بد اخلاق و عبوس است و جرات نمی کنم چیزی از او بپرسم، نگاه و رفتارش تحقیر آمیز است، گویی من به او بدهکارم، هنوز من نگفته ام که چه مشکلی دارم برایم دارو می نویسد، کنار تخت من یک بند با دانشجویان حرف می زند که من یا هیچ نمی فهمم، یا بدتر مضطرب میشوم، حوصله شنیدن حرف های مرا ندارد، انگار نه انگار من آدم هستم، نه سلامی، نه علیکی، نه توضیحی!؛ برخوردش برخورد ارباب و رعیتی است و مرا از بالا نگاه می کند، وقتی می بینم برای پرسیدن یک سوال باید بدنبال پزشک بیمارم بدم احساس حقارت می کنم، لحنش بسیار بد و آزار دهنده است، به نظرم به کار خودش اعتماد ندارد، مرا در خوف و رجا نگه می دارد، حتی برای دیدن آزمایش درخواستی خود از من حق ویزیت دریافت می کند، می گوید با بیمه قرارداد ندارد، با او احساس محرمیت ندارم و .....

فارغ از درست یا اشتباه بودن مطالب فوق، بیمار به عنوان عضوی از جامعه در بیمارستان دارای حقوقی است که باید به این حقوق توجه ویژه مبذول گردد که مهمترین آن احترام و تکریم او است که این مهم با آموزش ارتباطات موثر و مناسب محقق می شود.

لذا، در این مطالعه، به نکات مهم ارتباط بین کارکنان پزشکی با بیمار، همراهان و جامعه اشاره شده است که در جدول شماره ۲ خلاصه شده اند (۲۰-۲۲)، از طرفی، بیماران دارای حقوقی هستند که فراگیران علوم پزشکی باید از آن تمکین نمایند. این حقوق نیز در جدول شماره ۲ آورده شده اند (۲۳).

همچنین در راستای پاسخگویی و مسئولیت‌پذیری اجتماعی، رضوی و همکاران، در بیش از ۱۵ مقاله، به ایفای نقش اجتماعی کادر پزشکی، بیمارستان‌ها و وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی در جنگ ۸ ساله بین ایران و عراق در قبال برخورد با ۱۵۰ نوع بیماری، اختلال و عارضه ناشی از استفاده غیر قانونی و ضد حقوق بشر از گاز خردل توسط ارتش عراق اشاره کرده‌اند (۲۷).

**پاسخگویی در مراقبت از بیماران:** در زمینه "مراقبت"، آموزش و پیش‌مراقبت از بیمار (Care) و بیماری (Surveillance)، مراقبت از ایمنی و امنیت بیماران و مراقبت‌های جسمی، روانی و اجتماعی، در جدول شماره ۵ به بیش از ۳۰ اقدام اشاره شده است (۵).

از مشکلات مهم در بخش‌های بستری بسیاری از بیمارستان‌ها، گم‌کردن "همراه اجباری" برای بیماران است. عامل بخشی از این اقدام، کمبود نیروهای پرستاری است. در این حالت، مشکلات عدیده‌ای مانند از کار افتادن، صرف هزینه‌های بالا برای تامین مراقب برای بیمار و ... برای خانوارها پیش می‌آید که باید برای آن چاره‌ای اندیشید.

**پاسخگویی در فرایندهای مدیریتی:** در حوزه بهینه‌سازی فرایندهای مدیریت بیمارستان‌ها، فرایندهای آموزشی، پژوهشی و خدماتی مورد بحث قرار گرفته است. به عنوان مثال، تشکیل کمیته‌های بیمارستانی از اقدامات مهم به شمار می‌رود.

این کمیته‌ها عبارتند از: کمیته‌های دارو، تجهیزات پزشکی، درمان، تغذیه، اخلاق پزشکی و رفتار حرفه‌ای، مدیریت اطلاعات سلامت و فناوری اطلاعات، مدارک پزشکی، پژوهش‌های کاربردی، ایمنی بیمار، کنترل عفونت‌های بیمارستانی، بهداشت محیط، حفاظت فنی و بهداشت کار، ترویج زایمان طبیعی و بهداشت مادر، نوزاد، شیرخوار و کودک، بررسی عوارض، مرگ و میر و آسیب‌شناسی، کمیته فوریت‌های

پزشکی، مدیریت بحران در حوادث و بلایا، طب انتقال خون، اقتصاد بیمارستان، و کمیته پایش، اعتبارسنجی و بهبود کیفیت (۲۸).

**برخورد با مشکلات سلامت از دیدگاه پیشگیری:** برای مقابله با مشکلات سلامت رویکردهای متعددی شامل مدل بیومدیکال (۲۹)، مدل بیوسایکوسوشیال (۳۰)، رویکرد مشارکت جامعه برای کاهش نابرابری‌های سلامت (۳۱)، رویکرد حل مسئله (۳۳، ۳۴)، رویکرد سلامت عمومی (۳۵)، رویکرد جمعیت (۳۶)، رویکرد One Health (۳۷)، رویکرد سندرمیک (۳۹)، رویکرد مراقبت‌های بهداشتی اولیه (۴۰)، وجود دارد. رویکرد دیگری را با تمرکز بر سطوح پیشگیری می‌توان پیشنهاد کرد. اقدامات مرتبط با این رویکرد در جدول شماره ۷ خلاصه شده است (۴۱، ۴۲).

رضوی و همکاران، در چندین مطالعه، به مسئولیت‌های اجتماعی پزشکان، کادر پزشکی، بیمارستان و مدیران در قبال پیشگیری از بیماری‌های قابل سرایت در تجمعات بزرگ (Mass gatherings) مثل حج پرداخته‌اند و جهت ایفای نقش پزشکان و کارشناسان بهداشتی در جامعه، راهکارهای عملیاتی ارائه نموده‌اند (۴۳).

همچنین، این محقق و همکاران، در یک مطالعه، به ۸۵ اقدام عملی از دیدگاه پیشگیری در برخورد با مشکلات سالمندان اشاره کرده‌اند که بخش عمده‌ای از آن به مسئولیت اجتماعی پزشکان و کارکنان پزشکی بر می‌گردد (۴۴).

همچنین همین محقق و همکاران، در مطالعه‌ای دیگر، به صورت مبسوط به پیشگیری از قصور احتمالی پزشکان (Malpractice) در سطوح مختلف پیشگیری پرداخته‌اند (۴۵).

**نسخه نویسی اجتماعی:** مکانیسمی دیگر در زمینه پاسخگویی و مسئولیت‌پذیری اجتماعی، نسخه‌نویسی اجتماعی است. توضیح اینکه، سلامت افراد اساساً توسط طیفی

- به دنبال ارتقای سلامت و کاهش نابرابری های سلامت در یک محیط اجتماعی، با استفاده از روش های غیر کلینیکال است
  - با برطرف کردن موانع مشارکت در امور اجتماعی، افراد را قادر می سازد تا نقش فعالی در این امور ایفا نمایند،
  - با هدف افزایش کنترل مردم بر سلامت و زندگی خود پیشنهاداتی را ارائه می نماید،
  - عموماً از دارایی های جامعه محلی در توسعه و ارائه خدمات استفاده می کند،
  - طیف وسیعی از آژانس های محلی، از جمله مطب های عمومی، مقامات محلی، داروخانه ها، تیم های چند رشته ای، تیم های ترخیص از بیمارستان، متخصصان بهداشتی، خدمات آتش نشانی، پلیس، مراکز کار، خدمات مراقبت اجتماعی، تشکلات ورزشی، انجمن های مسکن و ... را توسط کارکنان رابط (Link Workers)، در ارتقای سلامت مردم درگیر می کند (۴۷-۵۱).
- افراد هدف در نسخه نویسی اجتماعی عبارتند از افرادی که: تنها و ایزوله اند و بی هدف زندگی می کنند، عزت نفس (Self-esteem) و اعتماد به نفس (Self Confidence) پایین دارند، مشکلات منتال مثل افسردگی، اضطراب و استرس، احساس ناخوشی (Low mood) و PTSD دارند، در مسکنی زندگی می کنند که مشکلات ایمنی و بهداشت دارد، ولی درعین حال مزایایی نیز دارد، افرادی که داغدارند و سعی می کنند با غم آن کنار بیایند، مبتلا به بیماری های مزمن یا کوموربیدیتی هستند مثل: دیابت، فشارخون، بی تحرکی، چاقی، یا ...، کسانی که به تازگی و بطور خفیف به الکل، سیگار و مواد مخدر دیگر روی آورده اند و یا درحال ترک هستند (۵۱). زنان بی سرپرست، افرادی که به یک همدم، هم صحبت و سرگرمی نیاز دارند، معلولین، سالمندان، افرادی که دسترسی به امکانات یادگیری و توسعه مهارت ها ندارند، کسانی که توانایی

از عوامل اجتماعی، اقتصادی و محیطی تعیین می شود که به آن عوامل اجتماعی موثر بر سلامت (Social Determinants of Health; SDH) می گویند. لذا، تجویز اجتماعی به عنوان روشی جامع، به دنبال رفع نیازهای مردم در رابطه با این عوامل است. به عبارت دیگر، هدف تجویز اجتماعی، حمایت از افراد است تا کنترل بیشتری بر سلامت خود داشته باشند؛ لذا، از موضوعات مهم و مرتبط با سلامت محوری، نسخه نویسی اجتماعی (Social Prescribing) است. تجویز اجتماعی که گاهی به آن ارجاع اجتماعی (Community Referral) نیز گفته می شود، روشی است که پزشکان عمومی، پرستاران و متخصصان بهداشت و مراقبت را قادر می سازد تا افراد را برای ارتقای سلامت به طیف وسیعی از خدمات محلی و غیر کلینیکی ارجاع دهند (۴۶).

در سال های اخیر اصطلاحی به نام نسخه نویسی اجتماعی سبز (Green Social Prescribing; GSP) مطرح شده است. مطالعات نشان می دهد که طبیعت نقش مهمی در سلامت جسمی و روانی انسان ها دارد. داده های نظرسنجی از مردم نشان می دهد که در ژانویه سال ۲۰۲۲، ۹۰ درصد از بزرگسالان در انگلیس معتقدند که فضاهای سبز و طبیعی مکان های خوبی برای بهبود سلامت روان و رفاه هستند. به همین خاطر این اصطلاح، به عنوان یک راهکار مناسب پذیرفته شده و عملی است برای حمایت از افراد در مشارکت در مداخلات و فعالیت های مبتنی بر طبیعت برای بهبود سلامت روان (۴۷).

ملاحظه می شود که این رویکرد، با مفهوم پاسخگویی اجتماعی (Social accountability) کاملاً مرتبط است. ویژگی های تجویز یا نوشتن نسخه اجتماعی، شامل موارد زیر است؛ این رویکرد،

- یک رویکرد جامع، با تمرکز بر نیازهای فردی در محیط های غیر بالینی است،

تهیه غذای سالم را ندارند و بطور مکرر به پزشک مراجعه می‌کنند و داروهای زیادی مصرف می‌کنند (۵۲).

### چند نسخه اجتماعی پیشنهادی

ارزیابی سبک زندگی و طراحی نسخه انحصاری برای هر مددجو، تنظیم رژیم غذایی برای مددجویان، تعیین حرکات ورزشی برای مددجویان، توصیه به انجام کارهای هنری و صنایع دستی، باغبانی، آشپزی و نظایر آن (۵۱)، شرکت دادن مددجویان در کارگاه‌های مهارت‌آموزی، ارجاع مددجویان به مراکز شغلی نظیر: خدمات مراقبتی، آتش‌نشانی، پلیس، شهرداری‌ها و ... ، ارائه مشاوره‌های مربوط به مسکن، اشتغال، مدیریت مالی و نظایر آن به مددجویان (۵۲)، ارائه مشاوره ازدواج، مراقبت از بیماری، مراقبت دارویی و ... به مددجویان، انتقال تجربه در جلسات آموزشی به دیگران، توصیه و معرفی جهت مشارکت داوطلبانه در موسسات نیکوکاری و امور اجتماعی مثل: همراهی بیماران، کمک در سازمان هلال احمر، سازمان‌های مردم‌نهاد (NGOs)، توزیع غذا و هدایا بین محرومین و ...، ایجاد انگیزه در افراد برای شناسایی پتانسیل‌های خود.

برای کاهش عوارض معضلاتی مانند الکلیسم، مصرف سیگار و مواد مخدر، عوامل خطر متعدد جسمی مانند: چاقی، کم‌حرکی، دیابت، افزایش فشار شریانی، سوء تغذیه، مدیریت بدخیمی‌ها و معلولیت و عوامل روانی رفتاری مانند: پرخوری، پرخاشگری و خشونت و نظایر آن، همچنین برای مدیریت عوامل اجتماعی موثر بر سلامت (SDH) مانند: بیکاری در جامعه، بهره‌گیری از کلینیک‌های پیشگیری و ارتقای سلامت و بیمارستان‌های ویژه با عملکرد اجتماعی، با نام بیمارستان‌های ارتقا دهنده سلامت نیز می‌توانند کمک‌کننده باشند. نکته مهم اینکه، چنانچه این کلینیک‌ها و بیمارستان‌ها منحصرًا با هدف کسب درآمد ایجاد شوند، چه بسا موجب بی‌اعتمادی مردم شوند که خود از معضلات ریشه‌ای در جامعه

است.

**کارکنان رابط:** برای گوش دادن به مشکلات سلامت مردم، همدلی و توانایی حمایت از آنان، کارکنانی به نام کارکنان رابط (Link Workers)، به کار گرفته می‌شوند که با کار تیمی، در نقش‌های غیرکلینیکال در جامعه ایفای نقش می‌نمایند. این کارکنان به کاهش نابرابری‌های بهداشتی کمک می‌کنند و مردم را برای رفع مسائل پیچیده‌ای که بر رفاه آنها تأثیر می‌گذارد حمایت می‌کنند (۴۸).

کارکنان رابط (Link Workers) بایستی قادر باشند، نیازها و عوامل خطر سلامت را شناسایی، ارزیابی و مدیریت کنند، موسسات و آژانس‌های حامی را شناسایی کنند، با افراد، خانواده، موسسات و ... ارتباطات بین فردی و بین بخشی عالی برقرار کنند، بین بخش‌های مرتبط هماهنگی برقرار کنند، با الزامات ارجاع آشنا باشند، در کار تیمی و همکاری‌های متقابل و معطف تبحر داشته باشند، ایمنی و محرمانگی را رعایت کنند، با فناوری اطلاعات و ارتباطات آشنا باشند، با مراقبت‌های سلامت آشنا باشند، ساعات کاری معطف را بپذیرند، با هوم ویزیت، مقررات و الزامات آن آشنا باشند و ... (۴۹).

خلاصه اینکه، دانش آموختگان رشته‌های مختلف علوم پزشکی بایستی پاسخگوی نیازهای سلامت جامعه‌ای باشند که در آن زندگی می‌کنند. برای ارتقای پاسخگویی و مسئولیت‌پذیری افراد و سازمان‌های مرتبط با سلامت، نیازمند اتخاذ رویکردها و انجام اقداماتی هستیم که در بخش پیشنهادات به برخی از آن‌ها اشاره شده است.

### نتیجه‌گیری و پیشنهادات

از رویکردهای مهمی که می‌توان از طریق آن، به جنبه‌های مختلف عدالت اجتماعی در حوزه سلامت پرداخته شود، موضوع پاسخگویی و مسئولیت‌پذیری اجتماعی بیمارستان‌ها است. برای ارتقای شاخص‌های این دو مقوله، بایستی



- راه اندازی سیستم مراقبت در منزل و پرهیز اکید از نگاه تجاری به خدمات هدف و منفعت طلبی های مخرب

- راه اندازی بیمارستان های دوستدار و ارتقا دهنده سلامت و کلینیک های پیشگیری و ارتقای سلامت

- رضایت سنجی و ارزشیابی ۳۶۰ درجه

از محدودیت های این مطالعه می توان به ضعف جستجوی گسترده و نظام مند متون و اتخاذ روشی منظم و یکپارچه برای گردآوری داده ها از ذینفعان مختلف، شامل: مدیران ارشد و میانی، پزشکان و پیراپزشکان عرضه کننده خدمات، بیماران، مراجعین و گیرندگان خدمات اشاره نمود که پیشنهاد می شود در مطالعات بعدی به آن بیشتر توجه شود. همچنین با توجه به انعطاف پذیری تحلیل تماتیک، احتمال اثر گذاری نظرات و تجربیات محققین در نتایج وجود دارد که تا حد امکان تلاش شده است که از این موضوع اجتناب گردد.

### تشکر و سپاسگزاری

بر خود لازم می دانیم، از دبیرخانه شورای عالی برنامه ریزی علوم پزشکی، اعضای محترم اتاق فکر معاونت آموزشی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و کلیه اعضای تدوین کننده اسناد مرتبط با پاسخگویی دانشگاه ها سپاسگزاری نماییم.

### تعارض منافع

نویسندگان، در مورد این مطالعه با هیچ فرد یا ارگانی تعارض منافع ندارند.

اقداماتی جهت فراهم سازی بستر آموزش های جامعه نگر، آینده نگاری، نیاز سنجی، تدوین شاخص ها و استانداردهای خدمات، آموزش ارتباطات، تعاملات رفتاری، اخلاق و حقوق حرفه ای و نحوه تامین و نظارت بر ایمنی و امنیت بیماران، و رعایت نکات مربوط به تشخیص، درمان، مراقبت، پیگیری و پیشگیری از بیماری ها و مدیریت بهینه فرایندهای آموزشی و خدمات بیمارستانی، همچنین نسخه نویسی اجتماعی برای دریافت کنندگان خدمات انجام گردد.

برای دستیابی به آن، پرداختن به موضوعات زیر ضروری است.

- آینده نگاری
- نیاز سنجی سلامت
- تدوین استانداردها و شاخص های خدمات مبتنی بر نیازها
- ارزیابی و اعتبار بخشی های مبتنی بر نیازها و استانداردها
- برنامه ریزی در ابعاد مختلف با تاکید بر حال و آینده
- ایجاد نگرش مسئولیت پذیری در افراد و پرهیز اکید از فرافکنی و توجیه اشتباهات
- پایش و نظارت بر ارتباطات بین فردی و بین بخشی
- تاکید بر استفاده از رویکرد پیشگیری در برخورد با بیماری ها، اختلالات و حوادث
- تاکید بر توانمند سازی و مهارت آموزی
- تاکید بر تشکیل منظم کمیته های بیمارستانی و اتخاذ تصمیماتی به نفع جامعه تحت پوشش
- راه اندازی سیستم نسخه نویسی اجتماعی و کارکنان رابط مربوطه (Link Workers)



## منابع

1. Study Session 5 Social Accountability and Social Responsibility [Internet]. [Place unknown]: The Open University; 2016 [cited 5 jul 2022]. Available from: <https://www.open.edu/openlearncreate/mod/oucontent/view.php?id=80595&printable=1>.
2. Brandão C, Rego G, Duarte I, Nunes R. Social responsibility: a new paradigm of hospital governance? *Health Care Anal.* 2013;21(4):390-402.
3. Piroozi B, Mohammadi BAA, Moradi G. Assessing Health System Responsiveness after the Implementation of Health System Reform: A Case Study of Sanandaj, 2014-2015. *Iran. J. Epidemiology*, 2016, 11.4: 1-9. [Persian].
4. Gorji HA, Niknam N, Ghaedchukamei Z, Gharavinia A, Safari M, Elahi M, et al. Evaluation of social accountability in hospital managers. *J Educ Health Promot*, 2021, 10.1: 104.
5. Fact sheet: Patient Safety [Internet]. Geneva: World Health Organization; 13 September 2019 [cited 5 jul 2022]. Available from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/patient-safety>.
6. Pelzang R, Hutchinson AM. Patient safety issues and concerns in Bhutan's healthcare system: a qualitative exploratory descriptive study. *BMJ open.* 2018;8(7):e022788.
7. Stobierski T. Types of corporate social responsibility to be aware of [Internet]. [place unknown]: Harvard Business School; 8 April 2021 [cited 5 jul 2022]. Available at: <https://online.hbs.edu/blog/post/types-of-corporate-social-responsibility>.
8. Kiger ME, Varpio L. Thematic analysis of qualitative data: AMEE Guide No. 131. *Medical teacher.* 2020;42(8):846-54.
9. Khan F, Salahuddin S, Khan F. Importance of clinical skills exam: An opportunity for allied healthcare students. *Am J Exp Clin Res.* 2014;1(3).5-52:
10. Combes JR, Arespachochaga E. Physician competencies for a 21st century health care system. *J Grad Med Educ.* 2012;4(3):401-5.
11. Jonas S. Health-oriented physician education. *Prev Med.* 1981;10(6):700-9.
12. Kirch DG. Commentary: The Flexnerian legacy in the 21st century. *Acad Med.* 2010;85(2):190-2.
13. Cavanagh S, Chadwick K. Health needs assessment: a practical guide. London: NICE; 2005.
14. Laal N, Shekarriz-Foumani R, Khodaie F, Abadi A, Heidarnia MA. Effects of patient education and follow up after discharge on hospital readmission in heart failure patients. *Research in Medicine.* 2017;41(1):24-30. [Persian].
15. ACGME Competencies [Internet]. Baltimore: University of Maryland Medical Center 2022 ; [cited 5 jul 2022]. Available from: <https://www.umms.org/ummc/pros/gme/acgme-competencies>.
16. Draft document of social accountability in the health system. Tehran: Ministry of Health and Medical Education of the Islamic Republic of Iran; 2022. [Persian].



17. Global standards for quality health-care services for adolescents: a guide to implement a standards-driven approach to improve the quality of health care services for adolescents. Geneva:World Health Organization. 2015.
18. Classification, definition, application and standards of health service guidelines Tehran: Ministry of Health and Medical Education of the Islamic Republic of Iran. 2012. [Persian].
19. Aghamohammadi V. Quality management in healthcare [Internet]. [place unknown]: Health Care Service Management; 2015 [cited 5 jul 2022]. Available from: <http://hcs.m.ir/1394/03/3630>. [Persian].
20. Binsfield-BA-RN E. Seven Ways to Improve Communication with Patients [Internet]. [place unknown]: American Mobile; 2018 [Updated 16 september 2022; cited 17 oct 2022]. Available from: <https://www.americanmobile.com/nursezone/career-development/ways-improve-communication-with-patients/>.
21. Communication Skills [Internet]. Madison: Department of Family Medicine and Community Health, School of medicine and public health, University of Wisconsin; [date unknown] [cited 5 jul 2022]. Available from: <https://www.fammed.wisc.edu/aware-medicine/awareness/communication-skills/>.
22. Old J. Communicating bad news to your patients. *Fam Pract Manag*. 2011;18(6):31-5.
23. European Charter of Patients' Rights. Rome: Active Citizenship Network; 2002.
24. Steps to diagnosis [Internet]. [place unknown]: The Canadian Medical Protective Association; [date unknown] [cited 5 jul 2022]. Available from: [https://www.cmpa-acpm.ca/serve/docs/ela/goodpracticesguide/pages/manage\\_risk/The\\_diagnostic\\_process/steps\\_to\\_diagnosis-e.html](https://www.cmpa-acpm.ca/serve/docs/ela/goodpracticesguide/pages/manage_risk/The_diagnostic_process/steps_to_diagnosis-e.html).
25. Mousavi F, Razavi SM, Shojaei P. Evaluation of Medication Errors in Teaching Hospitals. *Patient Saf Qual Improv J*. 2020;8(3):127-37.
26. Razavi SM, Mousavi F, Tarjoman T, Mohammadnouri M, Shojaei P. Self-directed Learning (SDL) of Medication Safety Issues by Using a Dual Function (Educational & Supervisory) Checklist in Clinical Settings. *J of Clin Res Paramed Sci*. 2021;10(1).
27. Razavi SM, Razavi MS, Pirhosseinloo M, Salamati P. Iraq-Lran chemical war: calendar, mortality and morbidity. *Chin. J. Traumatol*. 2014;17(03):165-9.
28. Comprehensive guidelines for hospital committees. Shiraz: Shiraz university of medical sciences; 2020. [Persian].
29. Wade DT, Halligan PW. Do biomedical models of illness make for good healthcare systems? *Bmj*. 2004;329(7479):1398-401.
30. Lall MP, Restrepo E. The biopsychosocial model of low back pain and patient-centered outcomes following lumbar fusion. *Orthop Nurs*. 2017;36(3):213-21.
31. Hammatt ZH, Nishitani J, Heslin KC, Perry MT, Szetela C, Jones L, et al. Partnering to harmonize IRBs for community-engaged research to reduce health disparities. *J Health Care Poor Underserved*. 2011;22(4 Suppl):8.
32. Peay HL, Hollin I, Fischer R, Bridges JF. A community-engaged approach to quantifying caregiver preferences for the benefits and risks



- of emerging therapies for Duchenne muscular dystrophy. *Clin Ther.* 2014;36(5):624-37.
33. Rakich JS, Krigline AB. Problem solving in health services organizations. *Hosp Top.* 1996;74(2):21-7.
  34. Community health management: a problem-solving approach. Cairo, Egypt: World Health Organization, Regional Office for the Eastern Mediterranean. 2006.
  35. de Jong JT, Berckmoes LH, Kohrt BA, Song SJ, Tol WA, Reis R. A public health approach to address the mental health burden of youth in situations of political violence and humanitarian emergencies. *Curr Psychiatry Rep.* 2015;17(7):1-10.
  36. Cohen D, Huynh T, Sebold A, Harvey J, Neudorf C, Brown A. The population health approach: a qualitative study of conceptual and operational definitions for leaders in Canadian healthcare. *SAGE open medicine.* 2014;2:2050312114522618.
  37. One Health [Internet]. New York: CDC; 2017 [Updated 3 oct 2022; cited 17 oct 2022]. Available from: <https://www.cdc.gov/onehealth/index.html>.
  38. Conrad PA, Meek LA, Dumit J. Operationalizing a One Health approach to global health challenges. *Comp. Immunol Microbiol Infect Dis.* 2013;36(3):211-6.
  39. Sharma S, Tiwari S, Paliwal V, Mathur DK, Bhargava P. Study of patterns of sexually transmitted diseases using a syndromic approach in the era of human immunodeficiency virus from a tertiary care hospital of the Northern India. *Indian J Sex Transm Dis AIDS.* 2015;36(2):158.
  40. Freeling P. Health outcomes in primary care: an approach to the problems. *Fam Pract.* 1985;2(3):81-177:
  41. Jamouille M. The four duties of family doctors. Quaternary prevention: first, do no harm. *Hong Kong Pract.* 2014;36.
  42. Starfield B, Hyde J, Gervas J, Heath I. The concept of prevention: a good idea gone astray? *J Epidemiol Community Health.* 2008;62(7):580-3.
  43. Razavi SM, Mardani M, Salamati P. Infectious diseases and preventive measures during hajj mass gatherings: A review of the literature. *Arch Clin Infect Dis.* 2018;13(3).
  44. Razavi S, Razavi M, Pirhosseinlou M. A preventive approach to elderly people health problems. *J Gerontol Geriatr Res.* 2017;6(450):2.
  45. Razavi SM, Khajehnasiri F, Dabiran S. Prevention of Malpractice in the Field of Health, as the Other Type of Prevention. *Open J Prev.* 2017;7(09):183.
  46. Social prescribing – a highly practical way to address the social determinants of health [Internet]. Victoria: Larter Website; 2022 [cited 17 oct 2022]. Available from: <https://larter.com.au/social-prescribing-highly-practical-way-address-social-determinants-health/>.
  47. Social prescribing: applying All Our Health [Internet]. UK : GOV.UK; Office for Health Improvement and Disparities; 2022 [updated 27 January 2022; cited 5 jul 2022] . Available from: <https://www.gov.uk/government/publications/social-prescribing-applying-all-our-health/social-prescribing-applying-all-our-health>.
  48. Social Prescribing: the power of nature as

- treatment [Internet]. UK : GOV.UK; Blog Natural England; 2022 [updated 12 April 2022; cited 5 jul 2022]. Available from: <https://naturalengland.blog.gov.uk/2022/04/12/social-prescribing-the-power-of-nature-as-treatment/>.
49. Social prescribing link worker [Internet]. UK: NHS; [date unknown] [cited 5 jul 2022] . Available from: <https://www.healthcareers.nhs.uk/explore-roles/wider-healthcare-team/roles-wider-healthcare-team/clinical-support-staff/social-prescribing-link-worker/social-prescribing-link-worker>.
50. Job Description [Internet]. [place unknown]: North Kensington Social Prescribing Link Worker; [date unknown] [cited 5 jul 2022] . Available from: <https://www.kcsc.org.uk/sites/kcsc.org.uk/files/north-ken-splw-jd.pdf>.
51. Social Prescribing Team [Internet]. North Cumbria: Eden Medical Group; 30 April 2022 [cited 5 jul 2022]. Available from: <https://www.edenmedicalgroup.co.uk/social-prescribing-team/>.
52. Job profile, Social worker [Internet]. Bristol :Prospects; December 2021 [cited 5 jul 2022]. Available from: [https://www.prospects.ac.uk/job-profiles/social-worker?gclid=EAIaIQobChMI6o-QsPnW-AIViPhRCh3KIQAREAAAYASAAEgKbK\\_D\\_BwE](https://www.prospects.ac.uk/job-profiles/social-worker?gclid=EAIaIQobChMI6o-QsPnW-AIViPhRCh3KIQAREAAAYASAAEgKbK_D_BwE).

## The Role of University Hospitals in Social Accountability

Mehdi Afkar<sup>1</sup>, Alireza Khoshdel<sup>2</sup>, Fatemeh Mousavi<sup>3</sup>, Nashtaran Laal<sup>1</sup>, Termeh Tarjoman<sup>1</sup>, Arezoo Chouhdari<sup>1</sup>, Parisa Shojaei<sup>1</sup>, Seyed Mansour Razavi<sup>4\*</sup>

### Abstract

**Background and Aim:** Social accountability is one of the primary missions of every hospital. Hospital managers should be familiar with the social aspects of medical practices and be informed about their services' effects on the target populations and hereby improve the quality of services and the satisfaction of service recipients through planning. The purpose of this study is to provide solutions to strengthen the accountability of managers and service providers to the people in hospitals and their responsibility towards the health of society, as well as patients and clients towards their health status.

**Methods and Materials:** This study was conducted using the qualitative and step-by-step thematic analysis method and using field observations and experiences, participation in the think tank meetings of the Ministry of Health and Medical Education, participation in national documents criticizing sessions, as well as the study of the articles and contents contained in the websites of WHO, National Health System of England (NHS) and ACGME. Themes and strategic actions related to the topic were extracted and with qualitative analysis, the activities and solutions were listed, categorized, and edited.

**Results:** In this study, in 8 areas and 37 strategic issues, more than 350 Practical solutions and some suggestions have been presented to the health officials.

**Conclusion:** In order to improve the indicators of social responsibility of hospitals, it is suggested to provide an appropriate structure for community-oriented education, forecasting health changes, needs assessment, development of indicators and standards, training the communication skills, behavioral interactions, professional ethics and respect the rights of the patients to the learners and employees, training and monitoring of the points related to diagnosis, treatment, care and prevention of diseases and optimal management of educational processes and hospital services, as well as social prescribing.

**Keywords:** Social accountability, Social responsibility, Patients' rights

1. Assistant Prof. of Community Medicine, Department of Community Medicine, Faculty of Medicine, Islamic Azad University Tehran Medical Sciences, Tehran, Iran.
  2. Prof. of Epidemiology, Department of Community Medicine, Faculty of Medicine, Islamic Azad University Tehran Medical Sciences, Tehran, Iran.
  3. Associate Prof. of Community Medicine, Department of Community Medicine, Faculty of Medicine, Islamic Azad University Tehran Medical Sciences, Tehran, Iran.
  4. Corresponding Author, Prof. of Infectious Diseases, Department of Community Medicine, Faculty of Medicine, Islamic Azad University Tehran Medical Sciences, Tehran, Iran
- Rational Drug Prescription Research Center, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran. Razavy@sina.tums.ac.ir