

تأثیر عوامل اجتماعی در بستری مجدد بیماران (Readmission)

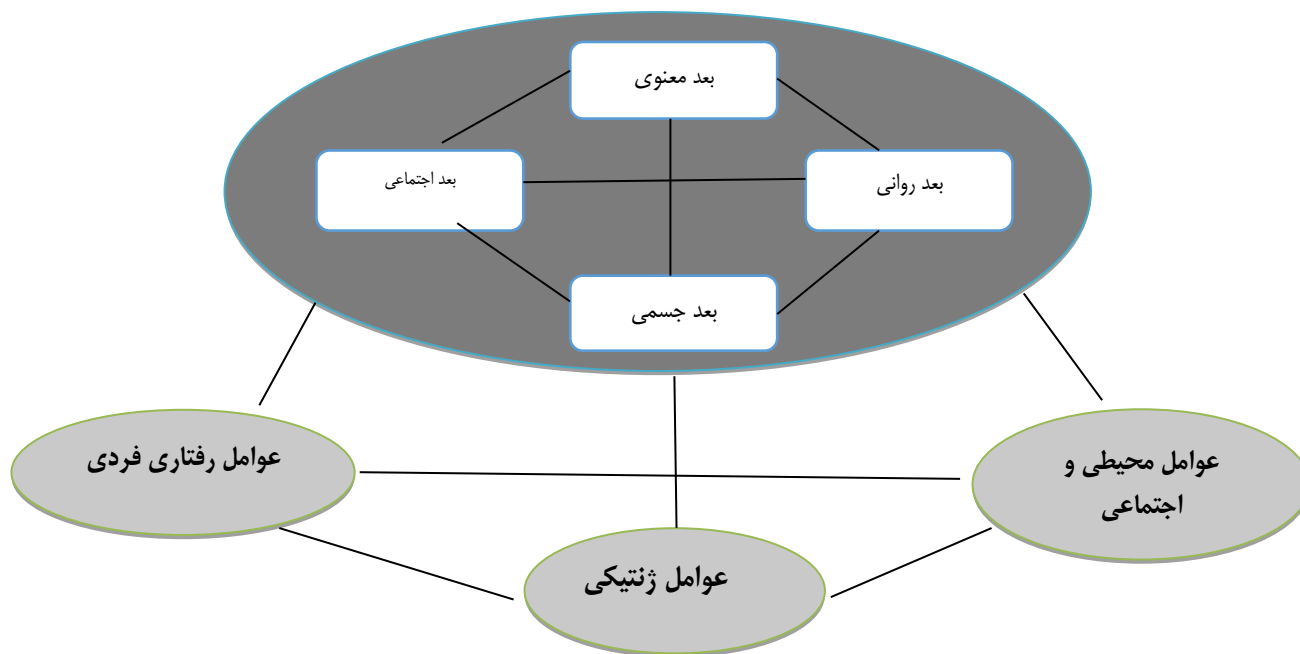
سلامت به مفهوم عام از جمله واژه‌هایی است که تعریف آن در حرفه‌های مختلف و حتی بین افراد مختلف از تفاوت‌های معنی‌دار برخوردار است. شاید دلیل اصلی این مهم ارتباط دائمی این مفهوم با تمامی افراد در همه شرایط باشد (۱). اختلاف نظر در مورد معنا و مفهوم سلامت رایج است، چراکه سلامت می‌تواند دارای بعد پزشکی، اجتماعی، اقتصادی، روانی و ... باشد (۲). واژه Health برگرفته از Heal به معنی صحت و آسایش است. در سال‌های اخیر تغییر پارادایمی نسبت به تفکرات پیرامون سلامت مشاهده می‌شود. پارادایم قدیم بر بیماری تأکید می‌کرد در حالی که **پارادایم جدید بر سلامت، عملکرد و بهزیستی (آسایش) تأکید می‌کند**. به‌طور کلی چهار مدل اصلی برای مفهوم‌سازی سلامت ارائه شده است (۳-۵)، (جدول شماره یک).

جدول شماره ۱. مدل‌های سلامت

مدل	تعریف
۱- مدل پزشکی	فقدان بیماری یا ناتوانی.
۲- مدل سازمان بهداشت جهانی	رفاه کامل جسمی، روانی و اجتماعی و نه فقط فقدان بیماری و نقص.
۳- مدل آسایش	ارتقاء سلامت و پیشرفت به‌سوی عملکرد، انرژی و آسایش بالاتر و انسجام ذهن، جسم و روان.
۴- مدل محیطی	سازگاری و تطابق با محیط‌های فیزیکی و اجتماعی - تعادلی فارغ از درد بی‌مورد، ناراحتی یا ناتوانی.

از سوی دیگر، ابعاد سلامت اثرات متقابل بر هم دارند (شکل شماره یک):

شکل شماره ۱: ابعاد سلامت و عوامل مؤثر بر آن





بعد اجتماعی سلامت از دو جنبه قابل بررسی است، یکی ارتباط سالم فرد با جامعه، خانواده، مدرسه و محیط شغلی و دیگری سلامتی کلی جامعه است، که با توجه به شاخص‌های بهداشتی قابل محاسبه، می‌توان آن را تعیین و باهم مقایسه کرد. فعالیت‌های بهداشتی قرن نوزدهم و بیشتر اقدامات زیر بنایی بهداشت عمومی نوین، همگی نشان‌دهنده آگاهی از **وابستگی بین موقعیت اجتماعی شرایط زندگی و پیامدهای سلامتی** مردم است. اساسنامه سازمان جهانی بهداشت که پیش‌نویس آن در سال ۱۹۴۶ تهیه شده، این حقیقت را مطرح می‌کند که بنیان‌گذاران این سازمان قصد داشته‌اند **در کنار مقابله با چالش‌های فراروی مراقبت‌های پزشکی و درمان‌های مؤثر، به ریشه‌های اجتماعی مشکلات سلامت** نیز توجه ویژه نمایند. عبارت خاص "عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت" در اواسط دهه‌ی ۱۹۹۰ به‌طور فزاینده‌ای مورد استفاده قرار گرفت. تارلوف^۱ در سال ۱۹۹۶ یکی از اولین کسانی بود که این اصطلاح را به‌طور نظام‌مند، بکار برد. تارلوف ۴ طبقه از عوامل مؤثر بر سلامت را تشخیص داد که شامل: عوامل زیستی و ژنتیکی، مراقبت پزشکی، رفتارهای فردی وابسته به سلامت و ویژگی‌های اجتماعی محل زندگی است. او معتقد بود که از میان این عوامل، ویژگی اجتماعی مهم‌ترین عامل است (۶).

سلامت اجتماعی به‌مثابه شرایط اجتماعی سلامت بخش، مطالعات نشان داده است که در بین تعیین‌کننده‌های سلامت، سهم هر دسته از عوامل حدوداً به‌قرار زیر است: سهم نظام ارائه خدمات سلامت ۲۵ درصد، سهم عوامل ارثی و زیستی ۱۵ درصد، سهم عوامل مادی محیط‌زیست و عوامل رفتاری ۱۰ درصد و **سهم عوامل اجتماعی ۵۰ درصد** (۷).

عوامل اجتماعی تعیین‌کننده سلامت (SDH) به شرایط اجتماعی که انسان‌ها در طول چرخه حیات‌شان در آن زندگی و کار می‌کنند توجه دارد. این مهم بر این تاکید دارد که مسئولیت تأمین سلامت افراد جامعه تنها بر عهده بخش درمانی نمی‌باشد و **بخش‌های مختلفی همچون مردم، خانواده، جوامع، جامعه مدنی، کشورها و سازمان‌های بین‌المللی می‌بایست در دستیابی SDH مشارکت** داشته باشند، در جوامع بین‌الملل به رسمیت شناخته شده است. عوامل مؤثر بر سلامت، هم در درون شخص و هم در بیرون از او قرار دارند. این عوامل بر هم اثر می‌کنند و از این تعامل ممکن است سلامت، ارتقاء یا کاهش یابد (۸).

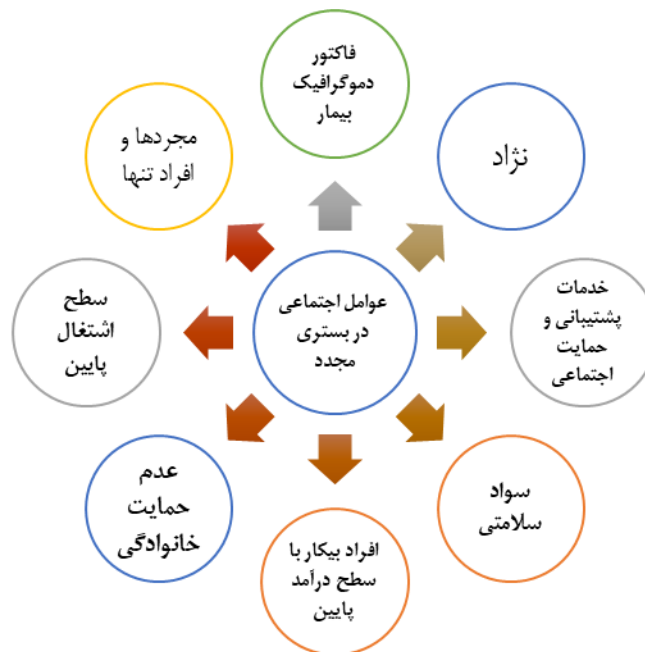
عوامل تعیین‌کننده سلامت، دامنه‌ای از انواع مختلف **عوامل شخصی، اجتماعی، اقتصادی و محیطی** هستند که عبارتند از: خانواده، اجتماع، درآمد، تحصیلات، جنسیت، نژاد/قومیت، موقعیت جغرافیایی و دسترسی به مراقبت بهداشتی. عوامل تعیین‌کننده در محیط‌های فیزیکی عبارتند از محیط‌های طبیعی و ساخته شده توسط ما. برخی عوامل اجتماعی، از جمله عوامل استرس‌زای فراگیر تعصب و فقر نیز می‌توانند منجر به وضعیت ضعیف بهداشت و سلامت شوند (۹).

^۱ Tarlof

عوامل اجتماعی و بستری مجدد بیماران

یکی از مشکلات مهم در مراکز درمانی **بستری شدن مجدد بیماران** است. به هر دلیلی، شرکت‌های بیمه‌ای و سایر پرداخت‌کنندگان گاهی اوقات بستری شدن های غیر برنامه‌ریزی شده بیمارستانی را هزینه‌های بیهوده می‌دانند. از مصادیق آن عفونت زخم به علت عدم مراقبت توسط بیمار و خانواده وی، عدم مصرف به‌موقع داروهای تجویزی، حضور در محیط‌های کاری و خانوادگی تنش‌زا و... نام برد. **کاهش پذیرش و بستری شدن غیرضروری در بیمارستان، به‌عنوان مؤلفه اصلی بهبود کیفیت مراقبت‌های بهداشتی و درمانی است.** میزان بالای بستری مجدد برای سیستم مراقبت‌های بهداشتی بسیار پرهزینه است و می‌تواند نشان‌دهنده مراقبت باکیفیت پایین در مدت اقامت در بیمارستان و یا بیرون از بیمارستان در زمان حضور بیمار در محیط اجتماعی باشد گاهی اوقات به **علت عدم وجود هماهنگی** در این دو بخش بر شدت آن افزوده می‌شود. روند نرخ بستری مجدد در بیمارستان‌ها در سال‌های اخیر رشد یافته است. همکاری بین تیم درمان **مسئولیت‌پذیر، برقراری ارتباط بین مراکز درمانی، برنامه‌ریزی برای ترخیص و پیگیری پس از ترخیص** از مؤلفه‌های مهم در کاهش بستری مجدد است (۱۰). در مطالعات قبلی، تمرکز بر ویژگی‌های محیط بیمارستانی از جمله نوع مالکیت، تعداد تخت، حجم کار، سطح توانایی کارمندان و... در بستری مجدد بیماران بوده است (۱۱).

عوامل اجتماعی در بستری مجدد (۱۲)



طی بررسی توسط Herrin (۲۰۱۴)، با عنوان رابطه بین فاکتورهای جامعه‌ای و بستری مجدد بیماران به این نتیجه رسید، ۵۸ درصد از کل تغییرات در نرخ بستری مجدد در طی ۳۰ روز پس از ترخیص بیمارستان قابل انتساب به ویژگی محیطی و اجتماعی است با بیان متفاوت، عملکرد بیمارستان تنها ۴۲ درصد از تغییر در نرخ بستری مجدد در سراسر ایالات متحده را شامل می‌شود. یکی از مهم‌ترین پیشرفت‌ها در نیم‌قرن اخیر، توجه به این موضوع بوده است که **بیماران در ارائه مراقبت‌های بهداشتی، دیگر به‌عنوان مشارکت‌کننده منفعل شرکت ندارند؛ بلکه نقش تأثیرگذاری در درمان خود ایفا می‌کنند (۶).**



عدم رعایت حقوق بیمار می‌تواند موجب به مخاطره افتادن سلامتی، جان و امنیت بیماران و همچنین تضعیف رابطه بین پزشکان و بیماران گردد که در نهایت منجر به کاهش اثربخشی خدمات برای بیماران می‌شود (۱۳). عدم رضایت بیمار و بی‌توجهی به نظرات او بهبودی بیمار و اخذ نتیجه مطلوب درمانی را خدشه‌دار می‌کند (۱۴). رعایت حقوق بیماران، آگاه نمودن و سهیم کردن آن‌ها در تصمیم‌گیری، بهبودی آن‌ها را تسریع می‌نماید و دوران بستری بودن در بیمارستان را کاهش می‌دهد و در مجموع رضایت بیمار، کادر درمانی و بیمارستان را به دنبال دارد. **عدم رعایت حقوق بیماران موجب پیامدهای نامطلوب** می‌شود، از جمله اینکه بی‌اعتمادی نسبت به کادر درمانی، عدم رضایت بیماران، اعتراض به مراجع قانونی و کاهش کیفیت مراقبت را به دنبال خواهد داشت (۱۵).

در حالی که رویکردهای نوین درمانی، بیماران و خانواده‌ها را تشویق به توانمند شدن می‌کنند و از آنها می‌خواهند مسئولیت بیشتری در خصوص وضعیت سلامتی‌شان بر عهده بگیرند، اما اغلب این بیماران و مراقبان آنها به دلیل فقدان دانش و یا به خاطر بحران‌ها و کاهش ظرفیت‌شان آسیب‌پذیر هستند (۱۶). **مراقبت بیمار محور (که از دیدگاه روانی اجتماعی نشئت گرفته) خدمات منحصر به فردی را به سیستم بیمارستانی** در تأمین نیازهای چندگانه بیمار، خانواده و مراقبانش را تأمین می‌کند. از جمله این خدمات می‌توان به ارائه مشاوره و مداخلات درمانی هدفمند با هدف کمک به فرد، خانواده و مراقبان برای تطابق با وضعیت بستری در بیمارستان اشاره کرد (۱۷). نظریات متعددی در مورد رابطه بین روابط اجتماعی و سلامت مطرح شده است. نظریه‌های اولیه در این زمینه مدیون جامعه‌شناسان و روانپزشکانی چون امیل دورکیم و جان بالبی می‌باشد. موج اصلی گسترش این مفاهیم توسط انسان‌شناسانی چون الیزابت بوت و جان بارنز و جامعه‌شناسان کمی نگر همچون کلود فیشر و ادوارد لومان به وقوع پیوست. این اقدامات به همراه کارهای همه‌گیرشناسانی همچون جان کاسل و سیدنی کوب به‌عنوان پایه‌ای برای تحقیقات مربوط حمایت‌های اجتماعی و سلامت بنیان گذاشته شد. حمایت جامعه، نقش مهمی در سلامت و در نهایت کیفیت زندگی افراد یک جامعه ایفاء می‌کند و انزوای اجتماعی به بیماری منجر می‌شود. از نظر محققان حمایت اجتماعی در دو نوع فرآیند بر کیفیت زندگی تأثیر می‌گذارد.

حمایت اجتماعی

الف) مدل تأثیر مستقیم یا تأثیر عمده: بر طبق مطالعات متأثر از این مدل، **افراد که در شبکه‌های حمایتی قرار دارند، کمتر مریض و افسرده‌اند** و عمدتاً سلامت روانی اجتماعی بهتری نسبت به افراد فاقد چنین شبکه‌های حمایتی دارا هستند.

ب) مدل حمایت اجتماعی به‌عنوان تعدیل‌کننده فشار روانی: بر طبق این مدل، **رابطه حمایت اجتماعی با کیفیت زندگی به سطح فشار روانی افراد بستگی دارد و حمایت اجتماعی** به‌صورت مستقیم هیچ تأثیری بر کیفیت زندگی ندارد اما با تعدیل آثار فشار روانی حاد و مزمن، به سلامتی افراد کمک می‌کند به‌عبارت‌دیگر اگر فشار روانی وجود نداشته باشد و یا سطح آن پایین باشد، حمایت اجتماعی با کیفیت زندگی ارتباطی ندارد ولی تحت شرایط فشارزا، حمایت اجتماعی به‌عنوان یک محافظ یا تعدیل‌کننده در مقابل اثرات زیان‌آور عامل فشار عمل می‌کند. **حمایت اجتماعی توانایی افراد را برای مقابله با عوامل فشارزا با حمایت‌های عاطفی و اطلاعاتی تقویت می‌کند** و این بهبود ممکن است منجر به علائم و بیماری‌های روانشناختی و جسمی کمتری شود.



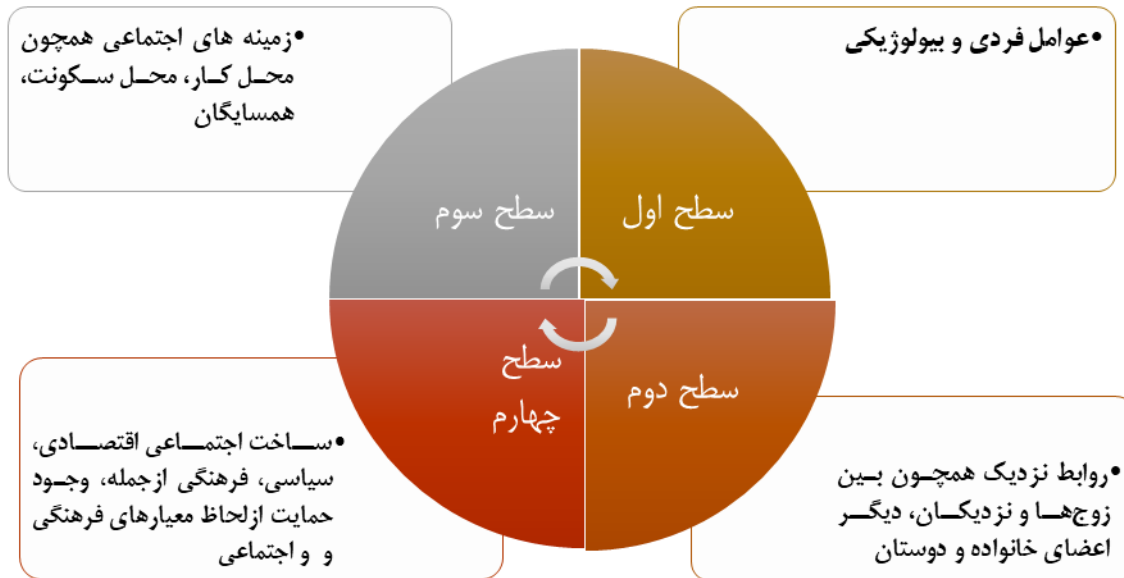
نظریه‌های بوم‌شناختی اجتماعی (۳). مهم‌ترین دلایل وقوع بستری مجدد را می‌توان بر اساس نظریه‌ها و مدل‌های که شامل نظریه‌های سطح کلان (ماکرو) که توضیح‌دهنده متغیرهای اجتماعی فرهنگی و هم نظریه‌های سطح خرد (میکرو) که شامل توضیحات مربوط به روان‌شناختی درون فردی و اجتماعی است، ارائه کرد. نظریه‌هایی که هم جنبه‌های کلان و هم سطح خرد را در بر می‌گیرند، به‌عنوان نظریه‌های چندبعدی شناخته می‌شوند، مانند **مدل اکولوژیکی اجتماعی** که بستری مجدد در قالب این مدل قابل تبیین است. این مدل به تأثیر عوامل محیطی و اجتماعی اشاره می‌کند و معتقد هستند که عوامل متعدد اجتماعی از قبیل محیط‌های خانوادگی، گروه همسالان، سیاست‌ها و ساختار و هنجارهای اجتماعی، ویژگی‌های جمعیتی و عوامل فردی در بستری مجدد افراد مؤثر می‌باشند (۱۴). در این رویکرد نیز وابستگی و تأثیر و تأثر متقابل محیط و انسان مورد مطالعه قرار می‌گیرد. منظور از محیط در این رویکرد هم **شامل محیط داخلی است و هم محیط خارجی و اصل تطابق، تعامل بی محیط و انسان** را تبیین می‌کند. انسان به‌منظور حفظ ثبات سیستم سعی می‌کند با عوامل محیطی تطابق پیدا کند. هر گونه تغییری در رابطه متقابل انسان و محیط می‌تواند بر تعادل فرد تأثیر بگذارد و بدین ترتیب سلامت اجتماعی یا عدم سلامت اجتماعی می‌تواند متأثر از محیط باشد (۱۳).

مدل اکولوژیکی اجتماعی، مدل مناسبی برای سطوح مختلفی که به‌طور مداوم در تعامل با بستری مجدد تأثیرگذاری را نشان می‌دهد. این مدل دارای چهار اصول مرکزی یا اساسی است:

- ۱- تأثیرات چندگانه بر رفتارهای بهداشتی خاص، از جمله عوامل میان فردی، بین فردی، سازمانی، جامعه‌ای و در سطح سیاست عمومی وجود دارد.
- ۲- تأثیرات رفتارها در این سطوح مختلف که باهم تعامل دارند.
- ۳- مدل‌های اکولوژیکی باید رفتار خاص را شناسایی کنند مناسب‌ترین تأثیرات بالقوه در هر سطح را نشان دهند.
- ۴- **مداخلات چند سطحی باید بیشترین اثربخشی را تغییر رفتار داشته باشند (۱۴).**

جمع‌بندی مباحث نظری و مطالعات پیشین

هریک از نظریه‌ها، مدل‌ها و محققان با توجه دیدگاه‌های نظری خود بر جنبه‌های خاصی از عوامل اجتماعی در بستری مجدد بیماران تأکید کردند در مجموع می‌توان تحقیقات را در ۴ سطح زیرموردبررسی قرارداد:





منابع

۱. سام آرام، عزت اله (۱۳۹۱)، نظریه‌های مددکاری اجتماعی، تهران، دانشگاه علامه طباطبایی
۲. ^۱ نیا وع، خوشنامی مس، جوادیان س. مددکاری اجتماعی بالینی و بهداشت روانی. تهران: انتشارات آوای نور؛ ۱۳۹۶.
۳. ^۱ خانی ف، و همکاران. تحلیل وضعیت سلامت اجتماعی در استان های کشور جمهوری اسلامی ایران. مجله مرکز تحقیقات عوامل اجتماعی موثر بر سلامت. ۱۳۹۵؛ ۳(۳): ۱۸۱-۹.
۴. Scruggs, Iyla, Allen, James. Social Stratification and Welfare Regimes for the ۲۱ Century. Revisiting the "Tree Worlds of Welfare Capitalism". Paper prepared for delivery at the ۱۵th International Conference of Europeanists. ۲۰۰۶; drake hotel, Chicago, March ۳۰, April
۵. WHO ۱۹۴۸
۶. رفیعی ح، علیپور ف، بهرامی ح، افقی ز، زمانی ن، قائدامینی غ. ساخت، رواسازی و هنجاریابی پرسشنامه سلامت اجتماعی در بزرگسالان شهر تهران دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی ۱۳۹۴.
۷. رفیعی ح، و همکاران. سلامت اجتماعی ایران: از تعریف اجتماعی مدار تا شاخص شواهد مدار. مسائل اجتماعی ایران. ۱۳۸۹؛ ۱(۲): ۳۰-۵۱.
۸. محقق ح، درزی ه. درآمدی بر مبانی نظری، مفاهیم، ابعاد و شاخص ها تهران انتشارات سخنوران؛ ۱۳۹۱.
۹. Gehlert, Sara, Browne, Terim. ۲۰۱۲, Handbook of health social work, New York: John Wilery and Sons.
۱۰. ۱ National Quality Forum. ۲۰۱۷
۱۱. ۱ Sarbaz M, Kimiafar K. Comparison of Patient's Rights in Developed Countries and Suggestion a Proper Model for Iran. Health Information Management. ۲۰۱۱؛ ۸(۲).
۱۲. ۱ Ahmadi B, Zivdar M, Rafeie S. The Rate of patient Satisfaction in Type One Tehran Medical University Hospitals. Payavard Salamat. ۲۰۱۰؛ ۴(۱،۲): ۴۴-۵۳
۱۳. موسایی م، فاطمی م، نیکبین ف. بررسی عوامل و راه کارهای رعایت حقوق بیمار. فصلنامه علمی-پژوهشی رفاه اجتماعی. ۱۳۸۹؛ ۱۰(۳۹): ۵۵.
۱۴. Ahmadi B, Zivdar M, Rafeie S. The Rate of patient Satisfaction in Type One Tehran Medical University Hospitals. Payavard Salamat. ۲۰۱۰؛ ۴(۱،۲): ۴۴-۵۳
۱۵. Aliakbari F, Tavakol K. Patient Rights and Responsibilities. Tehran :Boshra; ۲۰۰۹.
۱۶. Benner P. Enhancing patient advocacy and social ethics. American Journal of Critical Care. ۲۰۰۳؛ ۱۲(۴): ۳۷۴-۵.
۱۷. انجمن مددکاری اجتماعی استرالیا، ۲۰۱۶