

مسئولیت فردی در قبال سلامت در اولویت‌گذاری ارائه خدمات سلامت توسط سیاست‌گذاران عرصه بهداشت و درمان در ایران

چکیده

نادر شیخ‌الاسلامی کندلوسی^۱ / ندا نفری^۲ / سحر کوهستانی^۳

مقدمه: مسئولیت فردی در قبال سلامت و استفاده از آن به عنوان معیاری جهت تخصیص منابع کمیاب این بخش موضوعی است که امروز مورد توجه سیاست‌گذاران این حوزه قرار گرفته است لذا این مقاله با هدف بررسی نقش مسئولیت فردی سلامت در اولویت‌گذاری ارائه خدمات سلامت از دیدگاه متقاضیان اهدای عضو مراجعه‌کننده به مرکز اهدای عضو شهرستان مشهد در بهار ۱۴۰۰ انجام شده است.

روش پژوهش: این مطالعه توصیفی - تحلیلی در بین متقاضیان اهدای عضو انجام شده است. جمع‌آوری داده‌ها با استفاده از پرسشنامه استاندارد در رابطه با سنجش میزان تمایل اهدای عضو به دو بیمار متقاضی دریافت کبد صورت گرفته است. داده‌های پرسشنامه در نرم‌افزار جمع‌آوری و با استفاده از آمار توصیفی و آمار تحلیلی و در قسمت سوالات باز با استفاده از تحلیل محتوا آنالیز گردید.

یافته‌ها: در نهایت از بین ۲۱۴ پرسشنامه جمع‌آوری شده تحلیل‌ها بیانگر این بود که در بین پاسخ‌دهندگان تمایل به تخصیص کبد به متقاضیان دریافت عضوی که علت بوجود آمدن بیماریشان ارثی بوده ۵ برابر بیشتر از تخصیص کبد به متقاضیانی که اعتیاد باعث بوجود آمدن بیماریشان بوده، می‌باشد. همچنین ۱۴ درصد شرکت‌کنندگان به این اصل که این که افراد تا حدودی در سلامتی و بوجود آمدن بیماری‌شان نقش دارند معتقد بودند.

نتیجه‌گیری: مسئولیت‌پذیری می‌تواند معیار مهمی در تصمیم‌گیری برای اولویت‌گذاری در ارائه خدمات سلامت در بین سیاست‌گذاران باشد. با این وجود اجرایی شدن این اصل منوط به برنامه‌ریزی‌های بلندمدت و وجود زیرساخت‌ها و فرهنگ‌سازی‌های کلان و خرد در جامعه و محیط‌های بهداشتی درمانی و همچنین افراد جامعه می‌باشد.

کلیدواژه‌ها: مسئولیت سلامت، اولویت‌گذاری، سیاست‌گذاری سلامت، اهداء عضو.

۱- استادیار، گروه مدیریت دولتی، واحد تهران شمال، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران

۲- استادیار، گروه مدیریت دولتی، واحد تهران شمال، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران

۳- دانشجوی دکتری گروه مدیریت دولتی گرایش خط‌مشی‌گذاری، واحد کرمان، واحد تهران شمال، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران، (نویسنده

مسئول)، پست الکترونیک: sa.ku.hsm@gmail.com

مقدمه

از سویی در نظام‌های بهداشتی درمانی که دارای نظام بیمه‌ای هستند افراد به علت پشتوانه بیمه‌ای تمایلی به محدود کردن مصرف خود در دریافت خدمات بهداشتی درمانی ندارند که این مهم تحت عنوان مخاطرات اخلاقی شناخته می‌شود [۳].

دولت‌ها به منظور پوشش هر چه بهتر خدمات سلامت سازمان‌های بیمه‌ای را ایجاد کردند که برخورداری از منافع آنان و پوشش بیمه‌ای مربوطه منوط به این امر است که بیمارمسئولیت‌هایی را به انجام رسانند [۵-۶]. هم‌چنین بیماری‌هایی که بدلیل سبک زندگی افراد بوجود می‌آیند بخش مهمی از مشکلات سلامت را تشکیل ناشی می‌شوند و این روند همچنان رو به افزایش است. در همین رابطه بایکس استدلال میکند که تا زمانی مسائلی وجود دارد که وابسته به انتخاب شخصی افراد است (مانند سیگار کشیدن و ورزش نکردن) نمی‌توان از مسولیت سلامت بعنوان معیاری جهت اختصاص دادن منابع مراقبت سلامت استفاده نمود در نتیجه تلاش‌های زیادی باید در جهت تغییر محیط فرهنگی افراد و بهسازی اجتماعی رفتارهای مرتبط با سلامت و آگاه‌سازی افراد در مورد رفتارهای سلامتی انجام شود [۴-۵-۹]. در کشور ما نیز عامل بسیاری از مرگ و میرها، بیماری‌های قلبی عروقی، تصادف‌ها و سرطان‌ها هستند. این بیماری‌ها با رفتارهای خاصی نظیر کشیدن سیگار، زندگی کم تحرک، رفتارهای خطرجویانه و رژیم غذایی ارتباط تنگاتنگ دارند. بسیاری از این بیماری‌ها را می‌توان با تغییر عادت‌ها و رفتارها پیشگیری کرد [۱۰-۱۱].

مشاهدات پژوهشگر و بررسی‌های وی حاکی از آن است تحقیقات زیادی در رابطه با مسئولیت‌پذیری در قبال سلامت در ایران صورت نگرفته است. بنا براین با توجه به موارد مطروحه فوق و لزوم توجه به اصل مسئولیت فردی در تخصیص منابع و تدوین بسته خدمات و هم‌چنین محدودیت منابع در کشور ایران، بحث تخصیص اثر بخش منابع را پررنگتر می‌شود. بر همین اساس این پژوهش با هدف بررسی نقش مسئولیت فردی سلامت در اولویت‌گذاری ارائه

ارتقای سطح سلامت آحاد جامعه از اهداف مهم نظام سلامت هرکشوری است [۱]. اما نکته بارزی که می‌تواند موضوع استفاده از خدمات سلامت را دچار چالش نماید، مسئولیت افراد جامعه در قبال سلامت خود است. یکی از موارد تناقضی که در سیستم‌های بهداشتی درمانی جدید بوجود آمده این است که آیا بایستی منابع محدود بهداشتی درمانی صرف افرادی شود که می‌توانستند با تغییر سبک زندگی خود از بیماریشان اجتناب کنند یا خیر؟

در این باره بتاکورت در پژوهش خود چنین استدلال می‌نماید که در نظام‌های سلامتی که بدنبال برقراری عدالت در دسترسی به خدمات بهداشتی درمانی هستند (مثل نظام طب ملی انگلستان) آیا افراد حاضراند که پرداخت هزینه‌های رو به رشد بهداشت و درمان مخصوصا اگر این پرداخت‌ها ناشی از سبک زندگی نادرست و رفتارهای مخاطره‌آمیز دیگران باشد را تقبل نمایند و یا به عبارتی دیگر، فردی که خود مسئول بیماری‌اش بوده و باعث بوجود آمدن آن شده باید کمتر از فردی که در بیماریش دخالت نداشته خدمات دریافت کند یا خیر؟ (به طور مثال اولویت‌های یک عضو کم یاب مثلاً ریه به دو بیمار متقاضی که یکی از آن دو به علت رفتارهای پر خطر و مصرف مواد مخدر، اما فرد دیگر و به خاطر مسائل ژنتیک یا پزشکی دچار بیماری شده باشد) [۲].

در این زمینه تحقیق دیگری در نروژ نوشته بریگدال با نام "مسئولیت فردی سلامت برای اولویت‌گذاری: یک مطالعه مقطعی میان پزشکان نروژی" که با هدف رعایت اصل مسئولیت فردی سلامت در تدوین بسته خدمات بیمه‌ای انجام شده بود. از ۱۶۵۰ پزشک نروژی در مورد نظرشان در مورد رعایت اصل مسئولیت فردی در تدوین بسته خدمات بیمه سوال شد که گروه موافق بین ۱۷ تا ۲۶ درصد متغیر بودند [۳].

در این زمینه پژوهشی توسط ویتنبرگ انجام شده و پاسخ دهندگان معتقد بودند که تخصیص منابع باید بر اساس مسئول بیماری بودن صورت گیرد [۴].

در قسمت بعدی سوالی در رابطه با نحوه تخصیص کبد بین دو گروه نیازمند به پیوند که علت بیماریشان اعتیاد و گروه دیگر بیماری ارثی بود، مطرح گردید.

در قسمت چهارم به ارائه اطلاعات تکمیلی و نظر موافقان در رابطه با چرایی لزوم تخصیص کبد به هر گروه از بیماران پرداخته شده است تا پاسخ‌دهنده قدر باشد بدون جهت‌گیری بعد از آگاهی از این اطلاعات به سوال قبل پاسخ دهد.

در بخش بعدی پس از ارائه اطلاعات ذکر شده در بالا سوال قسمت سوم در رابطه با نحوه تخصیص کبد بین دو گروه نیازمند مجدد از شرکت کنندگان سوال گردید. در این پژوهش ابتدا نسخه اصلی پرسشنامه توسط یک گروه مسلط به زبان انگلیسی، به زبان فارسی ترجمه و سپس برای اطمینان از صحت ترجمه مجدداً توسط گروهی مستقل از مترجمان مرحله نخست و مسلط در حیطه خدمات بهداشتی به زبان انگلیسی ترجمه گردید. این نسخه جهت تأیید و تطابق با نسخه اصلی و تأیید روایی محتوا، در جلسه‌ای با حضور سه نفر از اعضای مسلط در این حوزه (مدیریت خدمات بهداشتی و درمانی) مورد بررسی قرار گرفت.

در نهایت یک نفر به عنوان هماهنگ‌کننده با کنار هم قرار دادن ترجمه‌های فارسی و انگلیسی به دست آمده و تطبیق آنها با نسخه اصلی، پرسشنامه به زبان فارسی را تهیه نمود. به منظور سنجش پایایی و ثبات درونی پرسشنامه مذکور طی دو مرحله به فاصله ۱۰ روز بین ۳۰ نفر از افراد مورد مطالعه قرار گرفت و در نهایت ضریب همبستگی آن ۰٫۹۱ بدست آمد.

یافته‌ها

از بین ۳۲۰ نفر مراجعه کننده نهایتاً ۲۱۰ پرسشنامه قابل قبول جمع‌آوری گردید، ۵۴٪ از شرکت‌کنندگان در پژوهش زن و مابقی مرد بودند که ۳۱٪ از آنها در رده سنی (۱۸-۲۴) سال، ۴۰٪ در رده سنی (۲۵-۳۴) سال و مابقی در رده سنی (۳۵-۵۴) سال بودند. ۵۴ درصد از شرکت‌کنندگان دارای تحصیلات کاردانی و کارشناسی، ۳۰ درصد بی سواد تا دیپلم و مابقی دارای

خدمات سلامت از دیدگاه متقاضیان اهدای عضو مراجعه‌کننده به مرکز اهدای عضو شهرستان مشهد انجام شده است انتظار می‌رود نتایج این پژوهش بتواند به عنوان راهنمای علمی و عملی جهت کمک به تدوین معیاری در الویت‌گذاری خدمات بهداشتی درمانی و در نتیجه هدف‌مندتر شدن در تخصیص منابع کم یاب در اختیار سیاست‌گذاران و برنامه‌ریزان بخش بهداشت و درمان قرار گیرد.

روش پژوهش

پژوهش حاضر یک پژوهش توصیفی تحلیلی می‌باشد، که در بهار سال ۱۴۰۰ در مرکز اهدای عضو بیمارستان منتصریه شهرستان مشهد انجام شده است. جامعه پژوهش را در این تحقیق متقاضیان اهدای عضو که برای عضویت به مرکز اهدای اعضای شهرستان مشهد واقع در بیمارستان پیوند اعضای منتصریه واحد فراهم آوری اعضای پیوندی در بهار ۱۴۰۰ مراجعه می‌نمایند، تشکیل می‌دهند.

تمام متقاضیانی که برای اهدای عضو به مرکز اهدای عضو شهرستان مشهد که در بیمارستان منتصریه واقع است مراجعه نمودند و در صورت رضایت برای شرکت در مطالعه، مورد بررسی قرار گرفتند. از بین ۳۲۰ نفر مراجعه‌کننده نهایتاً ۲۱۰ پرسشنامه قابل قبول جمع‌آوری گردید.

پرسشنامه استاندارد که در کشور آمریکا با عنوان "تصمیم‌گیری برای اولویت‌بندی و مسئولیت فردی برای بیماری: آیا نجات جان تمام بیماران اهمیت یکسان دارد" در این زمینه مورد استفاده قرار گرفت [۱۳].

پرسشنامه مذکور دارای هفت قسمت اصلی می‌باشد:

بخش اول شامل اطلاعات دموگرافیک (جنس، سن، سطح تحصیلات و وجود فرد معتاد در خانواده) می‌باشد.

بخش دوم این پرسشنامه به خواننده اطلاعات زمینه‌ای و ابتدایی در رابطه با کبد و همچنین پیوند عضو داده شده است تا فرد با هر طبقه اجتماعی قادر به درک مفاهیم و سوالات باشد.

افزایش یافته است. بنا بر این مداخله آموزشی ما در خصوص آگاه نمودن افراد در زمینه میزان مسئولیت پذیر بودن بیماران ارثی و معتاد موثر واقع شده است.

۲- در بخش بعدی تعیین میزان تمایل متقاضیان اهدای عضو به بیماری‌شان که بیماری‌شان به علت فاکتورهای ارثی است قبل و بعد از آگاهی دادن به آنان در رابطه با دیدگاه‌های متفاوت راجع به دو گروه بیماران مشاهده گردید که فراوانی کبدهای اختصاص داده شده به بیمار دارای زمینه ارثی قبل از ارائه اطلاعات ۵۰ و یا بیشتر از ۵۰ عدد کبد (درصد بالاتر کبدها) به افراد دارای بیماری ارثی بوده که بعد از ارائه اطلاعات، به تخصیص تعداد بیشتر کبدها به بیماران دارای زمینه ارثی افزایش یافته است.

از مقایسه این دو می‌توان به این نتیجه رسید که اگرچه قبل از دادن آگاهی به افراد تمایل بیشتری به تخصیص بین ۹۹-۵۱ درصد کبدها به بیماران ارثی در گروه افراد معتقد به اصل مسئولیت فردی در قبال سلامت وجود داشته، اما این نسبت بعد از دادن آگاهی افزایش چشم‌گیری یافته و تقریباً سه برابر شده است. بنا بر این مداخله آموزشی ما در خصوص آگاه نمودن افراد در زمینه مسئولیت پذیر بودن افراد موثر واقع شده است.

۳- در مورد بعدی تعیین میزان تمایل متقاضیان اهدای عضو به هر گروه معتاد یا ارثی بدون در نظر گرفتن علت بوجود آمدن بیماری‌شان قبل و بعد از ارائه اطلاعات به آنان در رابطه با دیدگاه‌های متفاوت راجع به دو گروه بیماران بررسی گردید.

قبل از دادن اطلاعات ۳۰ درصد افراد تمایل تخصیص مساوی کبدها بین بیماران را داشتند که این درصد بعد از ارائه اطلاعات به آنها به ۵۴ درصد افزایش یافت. به عبارتی نیمی از افراد بعد از ارائه اطلاعات در پرسشنامه تمایل به تخصیص مساوی کبدها را بین دو گروه بیماران دارند و علت بوجود آمدن بیماری برایشان مهم نیست.

دلایل مخالفت شرکت‌کنندگان در پژوهش حاضر با اصل اولویت‌بندی در تخصیص منابع بر اساس اصل مسئولیت فردی نیز عواملی از جمله هراس از هزینه

مدرک ارشد و بالاتر بودند. پس از تحلیل‌های بدست آمده از طریق رگرسیون چند متغیره دو مدل اصلی استخراج شد. این دو مدل از نسبت شانس تخصیص کبد به نسبت‌های متفاوت در افرادی که اعتقاد به مسئولیت فردی در قبال سلامت دارند در مقابل نسبت تخصیص ۵۰:۵۰ به شانس تخصیص کبد به نسبت‌های متفاوت در افرادی که اعتقاد به مسئولیت فردی در قبال سلامت ندارند در مقابل نسبت تخصیص ۵۰:۵۰ قبل و بعد از مداخله آموزشی بدست آمده است. (جدول ۱)

طبق جدول ۱ انواع حالت‌های دو مدل استخراجی عبارتست از:

۱- در رابطه با تعیین میزان تمایل متقاضیان اهدای عضو به بیماری‌شان که بیماری‌شان به علت اعتیاد به مواد مخدر است قبل و بعد از آگاهی دادن به آنان در رابطه با دیدگاه‌های متفاوت راجع به دو گروه بیماران، مشاهده گردید که تمایل اکثر افراد به تخصیص هیچ و یا کمتر از ۵۰ عدد کبد به افراد معتاد بود که این نسبت بعد از دادن اطلاعات به ۵۰ عدد نزدیک گردید. برای مقایسه قبل و بعد دو گروه آماری مربوطه به علت توزیع غیرنرمال داده‌ها از آنالیز ویلکاکسون (آزمون آماری ناپارامتری مقایسه دو گروه وابسته) استفاده شده که در آنالیز مربوطه $p < 0.001$ ($p = 0.000$) بدست آمده، در نتیجه تفاوت معنی‌دار است یعنی متوسط نسبت تخصیص کبد به افراد معتاد قبل و بعد از آگاهی داده به آنان یکسان نمی‌باشد. به این معنا که تمایل افراد بعد از خواندن اطلاعات به تخصیص تعداد بیشتر کبدها و یا هیچ کبد به افراد معتاد کاهش یافته و به تقسیم مساوی نزدیک گردید اما در مجموع تمایل تخصیص کبد به این دسته از بیماران کمتر از بیماران دارای زمینه ارثی بوده است.

از مقایسه این دو می‌توان به این نتیجه رسید که اگر چه قبل از دادن آگاهی به افراد تمایل بیشتری به تخصیص تمام کبدها به بیماران ارثی در گروه افراد معتقد به اصل مسئولیت فردی در قبال سلامت وجود داشته، اما با این وجود این نسبت بعد از دادن آگاهی

درمان، هم‌چنین نبود معیار مشخص برای تعیین علت بیماری، بوجود آمدن موقعیت ناعادلانه و ... بیان شد. یافته‌های حاصل از این پژوهش در قسمت تحلیل محتوا نشان می‌دهد که قرار دادن مشوق‌هایی از سوی دولت برای افزایش مسئولیت‌پذیری افراد جامعه در قبال سلامت‌شان امری کاملاً سودمند و کارساز می‌باشد. (نمودار ۱)

بحث و نتیجه‌گیری

اکثر شرکت کنندگان در این پژوهش از ابتدا تمایل زیادی به اهدای اکثریت اعضا (بین ۵۰ تا ۱۰۰) به افرادی که با سبک زندگی نادرست باعث بوجود آمدن بیماری‌شان شده‌اند نداشتند که به این معناست که افراد متقاضی اهدای عضو به اصل مسئولیت‌پذیری در قبال سلامت اعتقاد داشته و در صورتی که تمایل به اهدای عضو داشته باشند انتظار دارند که آن عضو در بدن فردی سالم قرار گیرد تا فردی که با سهل‌انگاری خود باعث بوجود آمدن بیماری شده است. هم‌چنین نظر افراد شرکت‌کننده بعد از خواندن اطلاعات ارائه شده در این باره مصمم تر گردید و تمایل آنها به اهدای عضو به بیماران معتاد کاهش یافت. علاوه بر این نسبت تخصیص کبد به صورت مساوی (۵۰-۵۰) بین دو گروه بیماران ارثی و معتاد از ابتدا بالا بوده و این نسبت بعد از آگاه شدن افراد (ارائه اطلاعات در مورد نظرات مختلف اهدای عضو به بیماران) به دو برابر رسیده است. در نتیجه افراد به این اصل که سلامتی و نجات جان همه بیماران به صورت یکسان اهمیت دارد و این مهم نیست که علت بوجود آمدن بیماری‌شان چه می‌باشد اعتقاد دارند.

مطابق با پژوهش صورت گرفته در نروژ اکثر پزشکان نروژی به علت متناقض بودن اصل مسئولیت فردی با منشور حقوق بیمار در نروژ با آن مخالفت کردند و بیان کردند که مسئولیت فردی به عنوان یک معیار اولویت‌گذاری مخالف اصل هم‌دردی و عدالت در علم پزشکی است [۱۵]. هم‌چنین در تحقیقی که توسط براون در سال ۲۰۱۵ تحت عنوان "اگر مسئولیت فردی ارزش‌گذاری شود چه سیاست‌هایی برای اولویت‌گذاری باید ارجحیت داشته باشد"

انجام شد چنین مطرح گردید که یک مشکل اصلی که در اجرایی شدن مسئولیت فردی بعنوان معیاری برای اولویت‌گذاری خدمات وجود دارد بحث علت و معلولی بیماری می‌باشد. به عبارت دیگر قبل از این که بیمار را مسئول حادثه رخ داده به حساب آوریم باید پی ببریم که دقیقاً چه رفتارهایی منجر به بروز یک بیماری یا معضل سلامتی می‌شوند. اما پی بردن به علت بیماری به دلیل چند فاکتوری بودن آن کار دشواری است که این مورد نیز می‌تواند به عنوان یکی از عقایدی که در رابطه با اهدای عضو وجود دارد مد نظر قرار گیرد [۸].

به همین علت در پژوهش حاضر ادراکات متفاوت و گوناگونی در رابطه با مسئولیت فردی (در غالب ارائه اطلاعات برای جلوگیری از جهت گرفتن ذهن پاسخ دهنده) مطرح گردید که همگی آنها در راستای بحث‌های جهانی در خصوص مسئولیت فردی در قبال سلامت هستند از جمله:

- مباحث مربوط به عدالت در مسئولیت فردی: مثلاً عادلانه نبودن تخصیص منابع به افرادی که خود باعث بوجود آمدن بیماری‌شان شده‌اند [۱۵].

- مسئولیت فردی بعنوان معیار اولویت‌گذاری: مثلاً اولویت تخصیص منابع به افراد دارای سبک زندگی سالم [۱۳، ۱۶].

- مسئولیت فردی و وظیفه دولت در قبال سلامت جامعه: به طور مثال این که دولت‌ها وظیفه دارند خدمات سلامت را برای تمام اقشار جامعه بدون توجه به علت بوجود آمدن بیماری‌شان ارائه دهند [۱۵].

از این دیدگاه‌ها برای اصلاح برداشت‌های نادرستی که ممکن بود در ذهن پاسخ‌دهندگان باشد استفاده گردید. مطرح نمودن این استدلال‌های همه‌جانبه و بی‌طرف باعث گردید تا چنانچه تصورات نادرستی در ذهن افراد وجود دارد از بین برود تا پاسخ دهندگان بتوانند با ذهنی باز و به دور از سوگیری به سوالات مطرح شده پاسخ دهند.

به طور کلی در دنیا تحقیقات بسیاری در رابطه با این موضوع انجام شده و مخالفان و موافقان با این اصل هرکدام دیدگاه خاص خودشان را دارند. موافقان این اصل اغلب کشورهایی دارای نظام سوسیالیستی با رویکرد عدالتی هستند (مانند اکثر کشورهای اروپایی) تشکیل می‌دهند که اعتقاد دارند پرداخت هزینه‌های بیمه‌ای به صورت یکسان

عادلان نیست و نباید هزینه‌های کسانی که دارای سبک زندگی نادرست هستند بدوش دیگران بیافتد [۱۷].

از سویی در کشوری با نظام سرمایه‌داری که بخش خصوصی در آنها فعال است بر این اصل اعتقاد دارند که هر کسی دارای اختیار و آزادی انتخاب رفتار در سبک زندگی خویش است و در صورت بروز معضل سلامتی خود افراد بایستی در صدد جبران آن بر آیند [۱۸].

سیستم‌هایی که از اصل مسئولیت فردی به عنوان یک اصل برای اولویت بندی استفاده کردند مثل مدیکیر در آمریکا و یا منشور حقوق بیمار در اسکاتلند به علت بوجود آوردن موقعیت ناعادلانه و فشار برای بیماران آسیب‌پذیر مورد انتقاد قرار گرفتند. مخالفان بر این عقیده بودند که رفتارهای مرتبط با سلامت مربوط به جنبه‌های شخصی افراد هستند و به خود آنها مربوط است و این یک حق فردی است که افراد در مورد نوع تغذیه و یا فعالیت‌های ورزشی و مصرف الکل انتخاب آزادانه داشته باشند [۱۹].

سیاست گذاری هر کشوری نقش مهمی در رعایت اصول و سوق دادن افراد جامعه به یک سمت مشخص دارد. مثلا در حال حاضر سیستم بهداشت و درمان ایران بصورت گسترده برای تمام اقشار جامعه در تمامی سطوح خدمات ارائه می نماید [۲۰، ۱۹].

همچنین نظام بیمه‌ای در ایران در بخش‌های دولتی و خصوصی مشغول بکار هستند که این عوامل به نوبه خود به افراد جامعه حق انتخاب وسیع و آزادانه را در دریافت خدمات بهداشتی و درمانی می‌دهد که بنظر می‌رسد این مساله باعث کم‌رنگ شدن نقش مسئولیت فردی در قبال سلامت برای افراد جامعه و عدم توجه مسئولین به این امر باشد. این درحالی است که در انگلیس و بسیاری از کشورهای توسعه یافته اروپا روند سیستم بهداشت و درمان دارای روال کاملا مشخص و یکسان است، علاوه بر این خدمات درمانی با قیمت بالا ارائه می‌شود و قطعا این مساله روی مسئولیت‌پذیری افراد در قبال سلامت‌شان تأثیری بیشتری خواهد داشت [۱۹].

اعتقاد به مسئولیت فردی سلامت به نوعی در تمام افراد جامعه وجود دارد اما گاهی برخی از افراد به دلیل شرایط محیطی، فرهنگی و اعتقادی خاص از ابراز آن جلوگیری می‌نمایند. با وجود پیشرفت تکنولوژی برای سهولت کارها هم‌چنین ترویج تغذیه نادرست و ... بیماری‌هایی که به دلیل سبک زندگی نادرست پدید می‌آیند رو به فزونی می‌باشد تا جایی که دولت‌ها را با وجود هزینه‌های بالای بهداشتی

درمانی و از طرفی کمبود منابع و داروهای کم یاب مجبور به جیره‌بندی خدمات می‌نماید. بنابراین استفاده از این اصل برای اولویت‌بندی خدمات امری معقول به نظر می‌رسد و مستلزم برنامه‌ریزی بلندمدت و بسترسازی عمقی دولت‌ها و سیاست‌گذاران می‌باشد. همان طور که از نتایج این پژوهش نیز مشاهده می‌شود تقریباً ۷۷ درصد افراد به اصل مسئولیت‌پذیری در قبال سلامتی‌شان اعتقاد دارند. اما بحثی که در اینجا مطرح است نحوه پیاده‌سازی و زمینه‌سازی این اصل می‌باشد. اگرچه در جامعه ما اعتقادات خاصی در زمینه کمک‌رسانی به تمام افراد بدون تبعیض وجود دارد اما واقعا استفاده از این اصل می‌تواند در افزایش مسئولیت‌پذیری افراد موثر واقع شود. بسیاری از بیماری‌ها بارعایت سبک زندگی درست و اهمیت دادن به سلامتی قابل پیشگیری است و استفاده از این اصل می‌تواند در افزایش مسئولیت‌پذیری مردم در قبال سلامتی‌شان موثر واقع شود. شایان ذکر است که پیاده‌سازی این اصل مستلزم فرهنگ‌سازی بلندمدت در جامعه می‌باشد و اما در زمینه چند عاملی بودن بوجود آمدن بیماری‌ها تنظیم گایدلاین‌های مشخص در زمینه درمان بیماری‌ها راه حل نسبتا مفیدی می‌باشد.

تنظیم و مشخص کردن دستورالعمل مشخص و ثابت در ارتباط با میزان مسئولیت سازمان‌های بیمه‌ای، سازمان‌های ارائه‌دهنده خدمات و هم‌چنین مردم در قبال سلامت برای جلوگیری از طفره رفتن و واگذاشتن مسئولیت هر کدام از آنها به دیگری به طور یقین کارساز خواهد بود. هم‌چنین بهتر است سرمایه‌گذاری روی سطح پیشگیری برای آموزش و جا انداختن فرهنگ مسئولیت‌پذیری در جامعه افزایش یابد.

علاوه بر موارد ذکر شده در بالا این امر نیازمند آموزش مداوم و اثر بخش اصولی از طریق رسانه‌ها، آموزش در مدارس، ساختن فضاهای سبز و رایگان و ترویج کردن ورزش و هم‌چنین اصلاح در الگوی تغذیه افراد جامعه می‌باشد.

عوامل بازدارنده متعددی برای استفاده از مسئولیت فردی بعنوان یک معیار اولویت‌گذاری در ارائه خدمات وجود دارد که بهتر است به جای نادیده گرفتن مسئولیت فردی در تدوین بسته در صدد ارائه راهکارهای قابل اجرا برآمد از جمله: داشتن یک لیست عوامل موثر در اولویت‌گذاری برای خدمات که مسئولیت فردی یکی از آنها باشد و رتبه‌بندی آنها بر اساس اهمیت‌شان و هم‌چنین برگزاری

کارکنان سازمان، برنامه‌ریزی‌های دقیق و بلندمدت در این زمینه توسط سیاست‌گذاران، برنامه‌ریزی جهت آموزش به افراد جامعه در زمینه مسئولیت پذیری آنها در قبال سلامت‌شان توسط دولت، وزارت بهداشت و درمان، بیمارستان‌ها و رسانه‌ها، اجرای طرح پزشک خانواده توسط دولت جهت انجام چکاب‌های دوره‌ای و پیشگیری از بیماری‌ها برای مردم، مشخص کردن معیارهای شفاف برای تدوین بسته خدمات بیمه‌ای می‌تواند بسیار کمک‌کننده باشد.

با توجه به کمبود شدید منابع به خصوص در بخش بهداشت و درمان، اهمیت و ضرورت اولویت‌بندی تخصیص منابع و یافتن معیاری شفاف برای ارائه آن، ارائه دستورالعمل‌ها و همچنین انجام پژوهش‌هایی از این قبیل برای پی بردن به میزان مقبولیت اصل مسئولیت فردی سلامت و در نهایت نهادینه کردن این اصل در جامعه از طرف مدیران و سیاست‌گذاران امری غیرقابل اجتناب و حائز اهمیت می‌باشد.

کلاس‌های آموزشی و مشاوره‌های رایگان برای افرادی که تحت پوشش بیمه هستند که در این زمینه برای افزایش مسئولیت‌پذیری آنها در قبال سلامت خود کارساز خواهد بود.

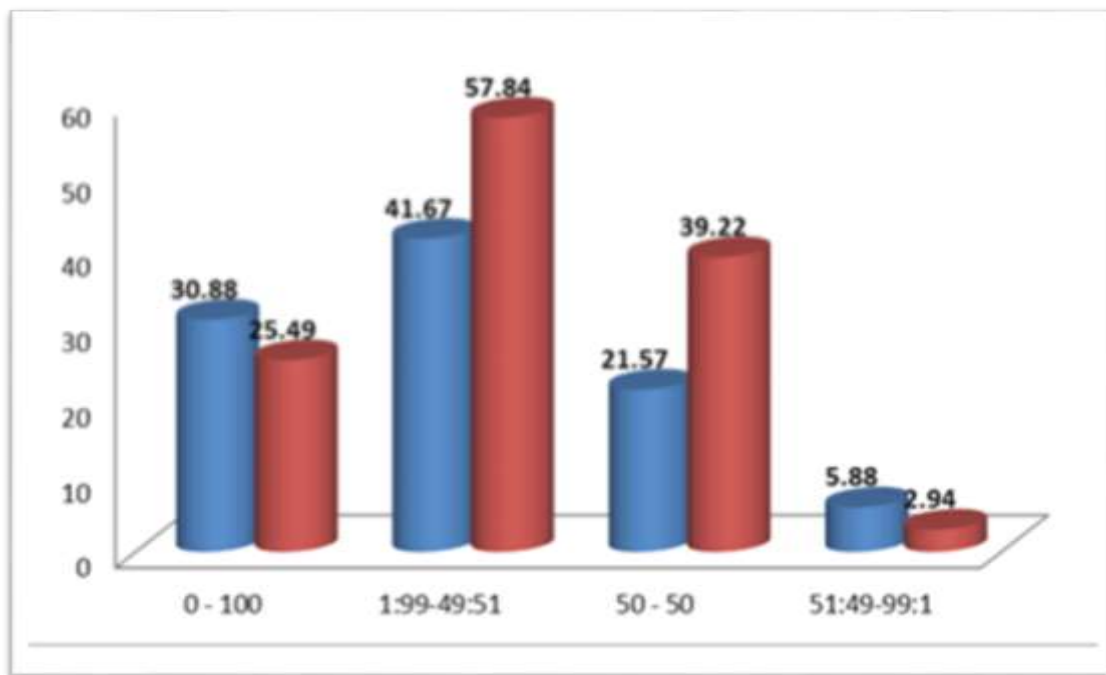
از طرفی تا زمانی که در ایران، سلامت به عنوان محور توسعه پایدار به همراه هماهنگی بین بخشی از سوی تمامی سازمان‌ها و بخش‌های جامعه به همراه وزارت بهداشت و درمان به رسمیت شناخته نشود در نظر گرفتن مسئولیت فردی به عنوان معیاری برای اولویت گذاری امری بهبوده است.

همچنین در این زمینه فرهنگ‌سازی در زمینه افزایش مسئولیت‌پذیری مردم توسط دولت و انتقال آن به سطوح پایین‌تر، تخصیص بودجه برای سطح پیشگیری اولیه برای کاهش بیماری‌ها و هزینه‌های بهداشت و درمان، ترویج مسئولیت فردی در قبال سلامت بوسیله تشویق و تنبیه در جامعه، ارائه دستورالعمل‌های کشوری به بیمه‌ها و بیمارستان‌ها جهت ترویج و بکار بردن مسئولیت فردی، تخصیص بودجه جداگانه برای بیمه‌ها و بیمارستان‌ها جهت آموزش و ترویج مسئولیت فردی سلامت بین مراجعین و

جدول ۱ - مدل‌های استخراجی پاسخ دهندگان متقاضی اهدای عضو

قبل از مداخله آموزشی	OR	95% CI
Response category 0:100	1.77	0.78-4.03
Response category 1:99-49:51	۳.۷۱	۱.75-18.41
Response category 51:49-99:1	۰.۵۵	0.28-1.06
بعد از مداخله آموزشی	OR	95% CI
Response category 0:100	4.26	1.33-13.63
Response category 1:99-49:51	۵.۲	۱.۴-۱۹.46
Response category 51:49-99:1	۰.70	0.2۹-۱.۰8

*NOTE: reference group=response category 50:50



نمودار ۱ - درصد تخصیص کبد قبل و بعد از ارائه اطلاعات

Reference:

- 1- Betancourt, R, Quinlan, J. Personal responsibility versus responsible options: health care, community health promotion, and the battle against chronic disease. *Preventing Chronic Disease*, 2017; 4(3): 1-3.
- 2- Wittenberg E, Goldie SJ, Fischhoff B, et al. Rationing decisions and individual responsibility for health: are all lives equal? *Med Decis Making*, 2013; 23: 194.
- 3- Bringedal, B, Feiring, E. On the relevance of personal responsibility in priority setting: a cross-sectional survey among Norwegian medical doctors. *J Med Ethics*, 2019; 37: 357e361.
- 4- Horn, J. A rationale and test for the number of factors in factor analysis. *Psychometrika*, 2019; 30: 179–185. doi:10.1007/BF02289447 Cross RefPubMed.
- 5- Buyx, A.M. we should criterion: why we don't like it and why maybe Personal responsibility for health as a rationing. *J Med Ethics*, 2017; 34: 871-874.
- 6- Van der Star, s, van den Berg, B. Individual responsibility and health-risk behaviour: A contingent valuation study from the ex ante societal perspective. *Health Policy*, 2017; 101: 300– 311.
- 7- Wikler, D. Personal and Social Responsibility for Health. *Ethics & International Affairs*, 2012; 16(2) :47-55.
- 8- Brown, A. If We Value Individual Responsibility, Which Policies Should We Favour? *Journal of Applied Philosophy*, 2015; 22(1): 24-45.
- 9- Brudney D. Are alcoholics less deserving of liver transplants? *Hastings Center Report*; 2017.
- 10- Minkler M. Personal responsibility for health: contexts and controversies. In: Callahan D, ed. *Promoting healthy behaviour*. Washington: Georgetown University Press; 2020: 1–22.
- 11- Feiring E. Lifestyle, responsibility and justice. *J Med Ethics*, 2018; 6: 33-34.
- 12- Schmidt, H. Bonuses as Incentives and Rewards for Health Responsibility: A Good Thing? *Journal of Medicine and Philosophy*, 2017; 33: 198–220.
- 13- Sharkey K, Gillam L. Should patient with self-inflicted illness receive lower priority in access to healthcare resources? Mapping out the debate. *J Med Ethics*, 2010; 36: 661-5.
- 14- Cappelen AW, Norheim OF. Responsibility in health care: a liberal egalitarian approach. *J Med Ethics*, 2015; 31: 476e80.
- 15- Senjam S, Amarjeet S. Study of sense of coherence health promoting behavior in north Indian students. *Indian J Med Res*, 2011; 134(5): 645–652.
- 16- Walker S N, Hill. Polerecky D M. Psychometric evaluation of the Health-Promoting Lifestyle Profile II. Unpublished manuscript, University of Nebraska Medical Center; 2009
- 17- Glanz KA, Rimer B, Viswanath K. *Health behavior and health education theory, Research and practice*. 4th ed. San Francisco: Josey- Bss publisher; 2018: 8-30.
- 18- Raieat A, Nourani Samiee Sibini F, Sadeghi T, Alimoradi Z, Study of health Promotion behavior in secondary school student in ghazvin, 2010. *Journal of Hygiene and Health*, 2018; 3(3): 46-53.
- 19- Yekaninejad MS, Akaberi A, Pakpour A. [Factors associated with Physical Activity in adolescents in Qazvin: an application of the theory of planned behavior]. *Journal of North Khorasan University of Medical Sciences*, 2017; 4(3): 449-456. (Persian)
- 20- Godin G, Kok G. The theory of planned behavior: A review of its applications to hearthrelated behaviors. *American Journal of Health Promotion*, 2019; 11(2): 87-98.

The Role of Individual Responsibility Towards Health in Prioritizing the Provision of Health Services by Health Policy Makers in Iran

Sheikholeslami N¹, Nafari N², Kouhestani S³

Abstract

Introduction: Aimed at investigating role of personal responsibility for health in prioritization of providing health services from the viewpoint of organ donors referring to the Center for Organ Donation in Mashhad, Iran, the present research has been conducted in spring 2021.

Methods: This is a descriptive – cross sectional study conducted among organ donors. Required data is collected via a standard questionnaire designed to measure tendency towards donating an organ to two patients seeking liver donation. Questionnaire data was fed into software where it was analyzed via descriptive and analytic statistics as well as content analysis for open questions.

Results: Finally, the analyses undertaken on 214 questionnaires collected indicated that, of total number of responders, the number of those who tended to donate their organs to patients with hereditary diseases was 4 – 5 times as large as the number of responders who tended to donate their organs to the drug addiction-resulted patients. Furthermore, 74% of the responders believed that, individuals actually take part in either their health or diseases.

Conclusion: Responsibility for health represented an important factor in making decisions regarding the prioritization of providing health services among the responders. Presentation of comprehensive and neutral reasoning contributed to the elimination of misconceptions within the responders' minds (if any), so that, with their minds opened, they can answer the questions in a non-biased manner. It is worth noting that, the responders had their opinions not significantly changed once they read the ideas raised in the questionnaire, and most of them still relied, in their choices, on the principle of responsibility for health.

Keywords Health responsibility, Health priorities, Health policy, Organ donation.

1- Assistant Professor, Department of Public Administration, North Tehran Branch, Islamic Azad University, Tehran, Iran

2- Assistant Professor, Department of Public Administration, North Tehran Branch, Islamic Azad University, Tehran, Iran

3- PhD, Department of Public Administration, Policy Making, Kerman Branch, North Tehran Branch, Islamic Azad University, Tehran, Iran, (Corresponding Author), nikpour2003@yahoo.com