

بیانیہ پایانی

نخستین ہمایش بین المللی

پوشش همگانی سلامت با برنامه سلامت خانواده و نظام ارجاع

ایران، تهران، اسفند ۱۴۰۲

البيان الختامي

المؤتمر الدولي الأول

مشروع صحة الأسرة و نظام الإحالة للتغطية الصحية الشاملة مع

ایران، طهران، شعبان ۱۴۴۵



بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

خلاصه بیانیه پایانی اولین همایش بین‌المللی
پوشش همگانی سلامت با برنامه **سلامت خانواده** و نظام ارجاع

ایران، تهران، اسفند ۱۴۰۲

ما نمایندگان و مسئولین سلامت کشورها، در ۱۵ و ۱۶ اسفندماه ۱۴۰۲ در تهران جمع شده‌ایم تا با تمرکز بر درک درست از مفاهیم بنیادین سلامت و خانواده، تلاش‌هایمان را برای تغییرات گفتمانی^۱ در دوازده حوزه زیر گسترش دهیم و متعهد شویم که مفاهیم کلیدی ذیل (که به تشریح در نسخه‌ی اصلی وجود دارد) را در اجرای برنامه‌ها در سطح کشورها مورد نظر قرار دهیم:

۱. سلامتی یک حق و مسئولیت همگانی است.

علاوه بر نگاه به سلامتی به عنوان حق هر انسان، آن را به عنوان امانتی مسئولیت آور تلقی کنیم. این دیدگاه دقیق و نشأت گرفته از تعالیم ادیان الهی است و باعث می‌شود سلامتی به عنوان یک مسئولیت همگانی، زمینه‌ساز رشد، تحول و حرکت به سوی سعادت باشد.

۲. راهکار اصلی توسعه عدالت در سلامت، محرومیت زدایی است.

با الهام از قطعنامه‌ی ۷۰/۱، ۲۵ سپتامبر ۲۰۱۵ مجمع عمومی سازمان ملل، تاکید کنیم که ابتدا باید به گروه‌هایی که محروم‌تر هستند رسیدگی شود. علاوه بر این ضمن تاکید بر رفع تبعیض متعهد می‌شویم که نباید سیاست‌های دولت‌ها در موضوعات معارض با خانواده طبیعی، موضوع این مساله‌ی اساسی قرار گیرد.

۳. خانواده، محور برنامه‌های مراقبت از سلامت است.

متعهد می‌شویم از آن جا که دستیابی به سلامت همه جانبه، خارج از کانون خانواده طبیعی بسیار دشوار است و خانواده‌ی ناشی از ازدواج زن و مرد تنها ساختار و تنها کانون کارآمدی است که افراد جامعه را در یک بستر سالم کنار یکدیگر به آرامش می‌رساند و فردگرایی در برنامه‌های سلامت، آسیبی بزرگ به مولفه‌های محافظت‌کننده سلامت است، بسته‌های خدمت را بر اساس واحدهای خانوادگی و در راستای تقویت خانواده طبیعی بازطراحی و اجرایی کنیم.

در این زمینه یک بازنگری اساسی مبتنی بر خانواده خصوصا در آرمان ۵ و ۱۰ سند توسعه پایدار نیاز است و خانواده محوری در توسعه و سلامت باید در صدر توجه قرار گیرد. هرچند به طور کلی کشورها با مشارکت فعال و مبتنی بر فرهنگ خود، مانع نگاه یک جانبه و سلطه جویانه‌ی فرهنگی اسناد بین‌المللی خواهند شد و به تدریج اجازه نگارش نسخه واحد مدیریت فرهنگی جهان را به گروه‌های خاص و سازمان‌های بین‌المللی وابسته به چند کشور با فرهنگ‌های معین خصوصا در عرصه سلامتی نمی‌دهند.

۴. سلامت معنوی، صرفا در چارچوب نگاه دینی و توحیدی تعریف می‌شود.

متعهد می‌شویم به دلیل نقش بی‌تردید معنویت به عنوان یکی از ابعاد سلامتی، و به دلیل اینکه معنویت، حوزه‌ی اساسی ادیان است و بر ارتباط با خدای یگانه تاکید دارد، برنامه‌های سلامت معنوی را مبتنی بر نگاه‌های توحیدی و براساس ادیان و مذاهب طراحی و دنبال کنیم.

۵. برنامه سلامت خانواده و نظام ارجاع، الگویی مبتنی بر خانواده برای پیشبرد اهداف نظام PHC است.

با الهام از برنامه مترقی سلامت خانواده و نظام ارجاع جمهوری اسلامی ایران، با شعار «هر خانواده ایرانی یک مراقب سلامت»، بر پیشگیری سطح چهارم، ارتقای سلامت جامعه، دسترسی عادلانه‌تر، کاهش پرداخت از جیب، افزایش کارائی و اثر بخشی نظام سلامت تمرکز کنیم.

۶. تبدیل رویکرد از فردمحور به خانواده محور، مفاهیم و تعاریف مهمی را در ادبیات سلامت تغییر می‌دهد.

با الهام از تجربیات مشاهده شده در این همایش، متعهد می‌شویم که به تعاریف جدیدی که خانواده محوری، ایجاب می‌کند پایبند باشیم. تجربه‌ی موفق مراقبت از «حق حیات جنین» و آغاز گروه‌های سنی از دوره‌ی جنینی باعث شده از مرگ و میر جنین در برنامه سلامت خانواده و نظام ارجاع، پیشگیری شود و بازتعریف درست «مادری» به جای تعریف «زن باردار»، مادری را به عنوان یک جایگاه رفیع اجتماعی مدنظر قرار داده است.

در این برنامه، سلامت روانی خانواده‌ها با طراحی برنامه‌ی «خانواده سالم و منسجم» پیگیری شده و به جای تمرکز بر نشانه‌های منفی و بیمارگون در عرصه جنسیت، برنامه‌های سلامت محورتری مانند «هویت‌یابی سالم نوجوانان» طراحی و در آستانه‌ی پایلوت است.

۷. برنامه سلامت خانواده الگویی برای کاهش نگرانی‌های جمعیتی در سطح بین‌المللی است.

ما متعهد می‌شویم که علاوه بر تاکید بر ارائه خدمات و مراقبت به سالمندان، به جبران چندجانبه نیاز جمعیتی و تکثیر نسل در نظام مراقبت‌های اولیه بهداشتی بپردازیم. علاوه بر این به استانداردسازی علمی و مبتنی بر شواهد غربالگری‌های دوره جنینی، مراقبت از حیات جنین، محدودیت دسترسی به سقط جنین غیرقانونی، مراقبت از افزایش غیراستاندارد سقط جنین قانونی، تلاش برای ازدواج به هنگام نیاز، باروری سالم، فرزندآوری به موقع و متعدد، ترویج و تسهیل زایمان طبیعی و ایمن، پیشگیری و تشخیص به هنگام ناباروری در کنار درمان ناباروری و توسعه پوشش بیمه برای زوجین نابارور و تامین امنیت غذایی برای مادران باردار و کودکان زیر ۵ سال متعهد خواهیم شد.

۸. ادغام آموزش و نظام سلامت، ساختاری تسریع‌کننده برای برنامه سلامت خانواده است.

بار دیگر متعهد می‌شویم تا ادغام را مورد تاکید قرار دهیم. ادغام آموزش تکمیلی و پژوهش در محیط ارائه خدمات سلامت، و بازطراحی آموزش‌ها مبتنی بر فرهنگ، دین و بوم ضامن ارتقای سلامت خانواده در همه‌ی ابعاد و به دور از استانداردهای خودساخته‌ی برخی از سازمان‌های بین‌المللی است.

۹. برنامه‌های خانواده محور سلامت ارتباط مستقیم با تقویت شبکه مراقبت‌های اولیه بهداشتی دارند.

ما متعهد می‌شویم که «شیکه بهداشتی» را که ارتباط مستقیم با «برنامه‌های سلامت خانواده» دارد، تقویت کرده و توسعه دهیم. برنامه سلامت خانواده سیستم PHC را از طریق ارائه مراقبت‌های یکپارچه بهبود می‌بخشد و ارتقای PHC سبب اجرای بهتر برنامه سلامت خانواده می‌شود.

۱۰. برنامه سلامت خانواده بر مردمی‌سازی نظام سلامت تاکید می‌کند.

از آن جا که سلامت، جز با مشارکت فعال مردم تحقق نمی‌یابد متعهد می‌شویم که با ارتقای سواد سلامت خانواده‌ها و آموزش خودمراقبتی، به ویژه با تمرکز بر مادران به عنوان سفیران سلامت خانواده، به مردمی‌سازی هرچه بیشتر سلامت بپردازیم.

۱۱. برنامه سلامت خانواده ادغام کننده ی تجربیات موفق در خصوص کنترل عوامل اجتماعی موثر بر سلامت است.

مجددا تاکید می‌کنیم عوامل اجتماعی و رویکردها و مداخلات بهداشتی به عنوان یک عامل اجتماعی می‌توانند تاثیر مثبت و منفی بر سلامت خانواده داشته باشند. امنیت، سطح تحصیلات، میزان درآمد، اشتغال، تغذیه و وضعیت اجتماعی می‌تواند عامل سلامتی و بیماری باشد که اگر نادیده گرفته شوند رسیدن به اهداف سلامتی و برقراری عدالت در سلامت را می‌توان محال دانست.

متعهد می‌شویم با التزام به تعریف خانواده محور سلامت در این زمینه، سه تهدیدکننده اساسی سلامت یعنی «ناپایداری خانواده و فقدان کیفیت ارتباطات خانوادگی»، «القای تعاریف ساختگی از خانواده و جنسیت» و «خارج کردن تأمین نیاز جنسی از انحصار روابط زناشویی داخل خانواده و استفاده رسانه‌ای و صنعتی از آن» را به مجموعه‌ی عوامل اجتماعی موثر بر سلامت الحاق کنیم و به طور جدی مورد مراقبت و کنترل قرار دهیم. ما بر همین اساس طرح ابتکاری «**جنبش بین المللی تعهد به خانواده طبیعی**»، را به‌عنوان یک دستور کار جهانی به ویژه در عرصه سلامتی مورد تاکید و توجه ویژه قرار می‌دهیم.

علاوه بر این متعهد می‌شویم که گفتمان جهانی در خصوص عوامل اجتماعی موثر بر سلامت، باید به سمت رایج تجربیات موفق کشورها کشیده شود.

بار دیگر تاکید می‌کنیم که سلامتی حق اساسی همه افراد است و دولت‌ها حق ندارند به دلیل تخاصم با همدیگر، مردم را تحت جنگ و تحریم‌های ظالمانه در عرصه سلامتی قرار دهند. علاوه بر این تاکید می‌کنیم که موضوع تهدیدکننده‌های اجتماعی موثر بر سلامت نباید دستاویزی برای اعمال سیاست‌ها به نفع یا علیه مردم کشورها قرار گیرد و وسیله‌ی بازنمایی‌های رسانه‌ای خصمانه از بعضی از کشورها قرار گیرد.

۱۲. برنامه سلامت خانواده با تضمین امنیت اطلاعات در بستر سلامت الکترونیک محقق‌شدنی است.

ما تاکید می‌کنیم که به کارگیری ابزارهای الکترونیک و هوش مصنوعی در ارتقای ارائه خدمات بهداشتی نقش انکارنشدنی دارد. با این حال سرعت رشد و بکارگیری تکنولوژی‌های ارائه‌دهنده خدمات بهداشتی به حدی زیاد بوده است که مجال پرداختن کافی به امنیت اطلاعات را نداده است. از آنجا که اطلاعات پرونده الکترونیک سلامت، نسخ الکترونیک، تصاویر پزشکی و ... همانند ذخایر ژنتیکی درون مرزهای جغرافیایی هستند ما متعهد می‌شویم که از انتقال ناایمن اطلاعات سلامت پیشگیری کنیم.

در پایان ضمن اظهار تاسف عمیق و همدردی نسبت به کشته شدن دیما عبداللطیف محمدالحج نماینده سازمان بهداشت جهانی در غزه به همراه همه خانواده و جمعی از اقوام و نزدیکانش در بمباران‌های رژیم اشغالگر قدس، ابراز نگرانی عمیق و هشدار خود را مبنی بر احتمال شکست UHC در منطقه خاورمیانه و عدم تحقق هدف شعار «سلامت برای همه» به واسطه جنگ‌افروزی رژیم اشغالگر قدس و حمله به امنیت و سلامت مردم تحت ظلم فلسطین اشغالی خصوصا در غزه اعلام می‌داریم.

بدینوسیله ما این اعلامیه نهایی و نسخه تفصیلی پیوست آن را فراخوانی برای جهش گفتمانی در جهت دستیابی به نتایج بهداشتی بهتر بر مبنای سلامت خانواده در سراسر جهان می‌دانیم.

بیانیه پایانی اولین همایش بین‌المللی

پوشش همگانی سلامت با برنامه **سلامت خانواده** و نظام ارجاع

ایران، تهران، اسفند ۱۴۰۲

ما نمایندگان و مسئولین سلامت کشورها، در ۱۵ و ۱۶ اسفندماه ۱۴۰۲ در تهران جمع شده‌ایم تا تأکید کنیم که برنامه‌ریزی سلامت مبتنی بر خانواده، پیش شرط، نتیجه و شاخص پیشرفت و عدالت جوامع در همه‌ی ابعاد اجتماعی، اقتصادی و زیست-محیطی است. ما با تأکید بر مسئولیت و حق بهره‌مند شدن هر فرد و خانواده از بالاترین سطح سلامت جسمی، روانی و اجتماعی بدون هر گونه تبعیضی تصریح می‌کنیم که دوازده حوزه زیر نیاز به یک تغییر گفتمانی^۱ نیاز دارد و متعهد به این تغییرات در اجرای برنامه‌ها در کشورها خواهیم شد:

۱. سلامتی یک حق و مسئولیت همگانی است.

سلامتی حق هر انسانی است و در سایر مجامع بین‌المللی نیز بدان تأکید شده است. علاوه بر این سلامتی یک امانت مسئولیت‌آور برای فرد، خانواده‌ها و جوامع است و همگان در قبال سلامت خود و دیگران مسئولیت دارند. این دیدگاه دقیق و نشأت گرفته از تعالیم ادیان الهی مبتنی بر باور به غیب است و باعث می‌شود سلامتی در چارچوب‌های علمی و فرهنگی به عنوان یک مسئولیت همگانی، زمینه‌ساز رشد و تحول و حرکت به سوی سعادت باشد.

۲. راهکار اصلی توسعه عدالت در سلامت، محرومیت زدایی است.

با الهام از قطعنامه‌ی ۷۰/۱، ۲۵ سپتامبر ۲۰۱۵ مجمع عمومی سازمان ملل، با هدف پایان محرومیت، تأکید می‌کنیم که ابتدا باید به گروه‌هایی که محرومتر هستند رسیدگی شود. برنامه پوشش همگانی سلامت باید با اولویت دادن به خانواده‌های محروم و فقیر، به محرومیت‌زدایی و توسعه عدالت در سلامت بپردازد.

در همین راستا آرمان اول سند توسعه پایدار ۲۰۳۰ و آرمان اول سند قبلی یعنی سند توسعه هزاره مبنی بر «ریشه‌کن کردن فقر شدید در میان همه مردم در همه‌جا تا ۲۰۳۰» که در هر دو برنامه با شکست مواجه شده و به هدف نرسیده است، باید جای خود را به برنامه‌های عمیق‌تر، عملیاتی‌تر و جدی‌تر بدهد. علاوه بر این تأکید می‌کنیم که گسترش عدالت بدون رفع تبعیض ممکن نیست ولی نباید سیاست‌های دولت‌ها در موضوعاتی مثل گرایش‌های جنسی خارج از چارچوب خانواده طبیعی، موضوع این مسأله‌ی مقدس را به خود اختصاص دهد.

۳. خانواده، محور برنامه‌های مراقبت از سلامت است.

مجدداً تأکید می‌کنیم که سلامتی در همه‌ی عرصه‌ها، مفهومی متعالی‌تر از نبود بیماری است و سلامتی در این معنا پیوند ناگسستنی با کانون خانواده دارد؛ چرا که دستیابی به سلامت همه‌جانبه، خارج از کانون خانواده طبیعی بسیار دشوار است. خانواده‌ی ناشی از ازدواج زن و مرد تنها ساختار و تنها کانون کارآمدی است که افراد جامعه را در یک بستر سالم کنار یکدیگر به آرامش می‌رساند که خود به عنوان زمینه و عامل محافظت‌کننده سلامتی شمرده می‌شود. فردگرایی و ابتدای برنامه‌های سلامت بر فرد، آسیبی بزرگ به مولفه‌های محافظت‌کننده سلامت خصوصاً در عرصه‌ی سلامت روانی و اجتماعی و همچنین برنامه‌های مرتبط با سلامت و جنسیت است.

تأکید می‌کنیم که مراقبت از سلامت خانواده در همه ابعاد، ساده‌ترین مسیر دولت‌ها برای سلامت اجتماعی است. برای مدیریت و کنترل انواع بیماری‌های واگیر و غیرواگیر خصوصاً فشار خون و دیابت، آسیب‌های اجتماعی همچون خودکشی، اعتیاد به مواد مخدر، الکل و دخانیات که نیازمند پیشگیری است، مراقبت از سلامت خانواده و تقویت بنیان آن و نیز طراحی برنامه‌های خانواده محور در این زمینه پیشگیری اولیه است که اساس PHC محسوب می‌شود. به عنوان نمونه دیگر تأکید می‌کنیم که کنترل بیماری‌های منتقله از راه ارتباط جنسی، می‌تواند اساساً مبتنی بر کاهش آسیب و بدون تلاش برای کاهش رفتارهای جنسی خارج از چارچوب خانواده طراحی شود و می‌تواند در مقابل، مبتنی بر کاهش رفتار جنسی خارج از خانواده به عنوان علت اصلی بروز بیماری طراحی شود.

بر همین اساس، در مقابل دیدگاه‌های فردمحور، «سلامت خانواده» به عنوان محور و مبنای مراقبت و پیشگیری در همه ی حوزه ها خصوصا در نظام مراقبتهای اولیه بهداشتی، مطرح است و در برنامه‌های سلامت خانواده، باید بسته‌های خدمت بر اساس تقویت خانواده طبیعی و سالمی که فرد متولد آن است و در آن زندگی می‌کند طراحی و اجرایی شوند.

در این زمینه یک بازنگری اساسی مبتنی بر خانواده خصوصا در آرمان ۵ و ۱۰ سند توسعه پایدار که در سال‌های گذشته نشان داد می‌تواند دستاویزی علیه خانواده محوری برنامه‌های سلامت باشد، نیاز است. برای نگارش آرمانهای جدید و امیدوارکننده تر در اسناد بین المللی برای دهه های پیش رو، خانواده محوری در توسعه و سلامت باید در صدر توجه قرار گیرد. هرچند به طور کلی کشورها با مشارکت فعال و مبتنی بر فرهنگ خود، مانع نگاه یک جانبه و سلطه جویانه ی فرهنگی اسناد بین‌المللی خواهند شد و به تدریج اجازه نگارش نسخه واحد مدیریت فرهنگی جهان را به گروه‌های خاص و سازمان‌های بین‌المللی وابسته به چند کشور با فرهنگ‌های معین خصوصا در عرصه سلامتی نمی‌دهند.



۴. سلامت معنوی، صرفا در چارچوب نگاه دینی و توحیدی تعریف می‌شود.

بدون تردید، معنویت یکی از ابعاد اساسی سلامتی است؛ معنویت حوزه ی اساسی ادیان است و بر ارتباط با خدای یگانه تاکید دارد. اگر معنویت و سلامت معنوی، از حوزه ادیان خارج شده و صرفا مبتنی بر نگاه های اخلاق گرایانه غیردینی و بر اساس کارکردگرایی نگاشته و طراحی شود، در واقع سکولار کردن مسئله سلامتی است که به نوعی نفی کردن دین از صحنه اجتماعی است. این موضوع به هیچ وضعی با نگاه‌های الهی ادیان سازگار نیست و بر همین اساس سلامت معنوی باید مبتنی بر نگاه های توحیدی و براساس ادیان و مذاهب باشد که بر حضور فعال و موثر ادیان و مذاهب در اداره اجتماعی به ویژه در عرصه سلامت تاکید می‌کند.

۵. برنامه سلامت خانواده و نظام ارجاع، الگویی مبتنی بر خانواده برای پیشبرد اهداف نظام PHC است.

به عنوان یک برنامه مترقی، برنامه سلامت خانواده و نظام ارجاع جمهوری اسلامی ایران، با شعار «هر خانواده ایرانی یک مراقب سلامت»، برنامه راهبردی نظام مراقبت‌های اولیه بهداشتی ایران در مناطق شهری الگویی قابل توجه است که بر ارتقا سلامت خانواده به عنوان هدف اصلی متمرکز است. بر اساس مراقبت‌های ادغام شده در نظام مراقبت‌های اولیه بهداشتی در ایران، هر مراقب سلامت می‌تواند به ۱۵۰۰ نفر مراقبت و خدمت ارائه دهد که به صورت فعال، جمعیت تحت پوشش خود را دنبال می‌کند. هر ۱۲۰۰۰ نفر جمعیت از بین ۴ پزشک آن مرکز خدمات جامع سلامت شهری، یک نفر را به عنوان پزشک اختصاصی خود انتخاب می‌نماید که به وی و اعضای خانواده اش برخی خدمات منتخب مراقبتی را به صورت رایگان ارائه خواهد داد و نظام سلامت، بهای آن خدمات را پرداخت می‌کند. بدهی است در صورت نیاز خانواده‌ها و یا هر یک از افراد، برای دریافت خدمات مراقبتی تکمیلی در زمینه‌های سلامت دهان و دندان، تغذیه، سلامت روان به صورت افقی به مرکز خدمات جامع سلامت شهری و در صورت نیاز به خدمات درمانی تخصصی، توسط پزشک به سطوح تخصصی بالاتر ارجاع خواهد شد. با استقرار نظام ارجاع، دریافت خدمات تخصصی تحت پوشش سازمان‌های بیمه صرفاً با کد ارجاع میسر است و این در واقع ضامن پیشگیری سطح چهارم یعنی فعالیت‌هایی در زمینه سلامت است که موجب کاهش یا اجتناب از عواقب اقدامات پزشکی غیرضروری و مفرط در نظام سلامت می‌گردد.

به نظر می‌رسد که این الگو می‌تواند ضمن ارتقای سلامت جامعه، ضامن دسترسی عادلانه‌تر، کاهش پرداخت از جیب، افزایش کارایی و اثربخشی نظام سلامت گردد.

۶. تبدیل رویکرد از فردمحور به خانوادهمحور، مفاهیم و تعاریف مهمی را در ادبیات سلامت تغییر می‌دهد.

خانواده محوری در سلامت، تغییرات مثبت مهمی را در تعاریف رقم زده است که نمونه‌ای از این تغییرات که به عنوان تجربه موفق در برنامه سلامت خانواده ایران محقق شده از این قرار است:

- تعریف و تجربه‌ی موفق مراقبت از «حق حیات جنین» باعث شده از مرگ و میر جنین در برنامه سلامت خانواده و نظام ارجاع، پیشگیری شود. در این برنامه، گروه‌های سنی، از جنینی آغاز می‌شود که یک بازنگری رو به جلو برای سلامتی مبتنی بر حقوق انسانی و مبتنی بر خانواده است.

- بازتعریف درست «مادری» به جای تعریف «زن باردار» مانع از شی‌انگاری جنین در عرصه‌ی سلامت و کشتن جنین‌های انسانی می‌گردد. در این نگاه، مادری به عنوان یک جایگاه رفیع اجتماعی مد نظر است و حقوق مادران با توجه به روابط انسانی مادر و جنین انسانی به جای توجه محض به رویدادهای فیزیولوژیک دوران بارداری مورد تکریم قرار گرفته است.

- در این برنامه به جای تمرکز صرف بر ابعاد منفی مانند خشونت علیه زنان و کودکان، به صورت گسترده‌تر برنامه‌های مراقبت از سلامت روانی خانواده‌ها و ارتباطات سالم در خانواده‌ها با عنوان برنامه «خانواده سالم و منسجم» طراحی و در آستانه‌ی پایلوت است.

- برنامه‌های توانمندسازی بانوان و تاکید بر رفع تبعیض مبتنی بر جنسیت که می‌تواند منجر به آسیب به خانواده شود، در این برنامه باید در چارچوب تقویت بنیان خانواده و مبتنی بر نقش‌های جنسیتی سالم بازتعریف می‌شود تا منجر به سوءاستفاده از مسائل سلامت زنان و توانمندسازی آنان با تحمیل مفاهیمی همچون آزادی‌های فردی مبتنی بر رفتار جنسی ناسالم و تضعیف خانواده نشود. چرا که به‌طور کلی، رفتار جنسی خارج از چارچوب خانواده، عامل خطر است و نباید در عرصه سلامت راه پیدا کند.

- در این برنامه به جای تمرکز بر نشانه‌های منفی و بیمارگون در عرصه جنسیت، برنامه‌های سلامت محورتری مانند «هویت‌یابی سالم نوجوانان» طراحی و در آستانه‌ی پایلوت است.

۹. برنامه‌های خانواده محور سلامت ارتباط مستقیم با تقویت شبکه مراقبت‌های اولیه بهداشتی دارند.

ما تاکید می‌کنیم که تقویت شبکه مراقبت‌های اولیه بهداشتی، ضامن دسترسی عادلانه به خدمات اولیه سلامت و کاهش پرداخت از جیب مردم است. «برنامه سلامت خانواده و نظام ارجاع» رابطه مستقیم با «تقویت شبکه» دارد. برنامه سلامت خانواده سیستم PHC را از طریق ارائه مراقبت‌های یکپارچه بهبود می‌بخشد و ارتقای PHC سبب اجرای بهتر برنامه سلامت خانواده می‌شود. سلامت خانواده PHC را هدفمندتر می‌کند و ارائه‌دهندگان خدمت را برای دستیابی به هدفی ملموس تشویق می‌کند و متقابلاً هرچه مراقبت‌های بهداشتی سیستم PHC که با هدف سلامت خانواده کار می‌کند از طریق انطباق محتوا با نیاز خانواده‌ها، کارآیی و کیفیت آن و ارائه صحیح و مداوم خدمات با دسترسی ساده تر و با محدودیت کمتر تقویت شود، سلامت خانواده و در نتیجه پوشش همگانی سلامت بیشتر خواهد بود.

گسترش مراکز بهداشت و افزایش ظرفیت نیروی انسانی توانمند و مسئولیت‌پذیر برای موفقیت برنامه سلامت خانواده و سیستم ارجاع بسیار مهم است و تا زمان اطمینان یافتن از دسترسی مناسب تمام خانواده‌ها به خدمات بهداشتی در سطح یک، باید مدنظر باشد. در این خصوص پوشش ابعاد مختلف سلامت خانواده و جامعیت خدمات ضروری به نظر می‌رسد.

علاوه بر این تاکید می‌کنیم که «تعهد دولت‌ها» به نظام مراقبت‌های اولیه که ضامن تامین منابع مالی و نیروی انسانی کیفی در این زمینه است، می‌تواند هزینه‌ی ۷.۵ تریلیون دلاری جهان برای سلامت را که ۱۰ درصد تولید ناخالص جهانی است و به طور متوسط یک سوم آن از پرداخت مستقیم از جیب مردم تامین می‌شود را کاهش دهد. موفقیت‌های شگرف مشاهده شده در شبکه بهداشتی ایران، ناشی از تعهد دولت‌ها به تقویت و توسعه‌ی شبکه بوده و هم اکنون مبتنی بر تحول و روزآمدسازی آن در برنامه سلامت خانواده و نظام ارجاع است.

۱۰. برنامه سلامت خانواده بر مردمی‌سازی نظام سلامت تاکید می‌کند.

تاکید می‌کنیم که سلامت، جز با مشارکت فعال مردم تحقق نمی‌یابد و این تاکید دیگری بر مردم محور کردن سلامت است که در بند ۲۵ قطعنامه ۱۰ اکتبر ۲۰۱۹ مجمع عمومی سازمان ملل (۲/۷۴) مورد تاکید بود. بر همین اساس شبکه بهداشتی ایران که در مناطق روستایی با بهورز در جهان شناخته می‌شود، یک الگوی اولیه مردم محور بود که امروز در برنامه سلامت خانواده به روزرسانی شده است. بهورز با ارتباط و آشنایی عمیقی که با جامعه هدف خود داشت می‌توانست برای رفع مشکلات بهداشتی و پیگیری و حمایت مراجعین از اعضای خانواده، اقوام، آشنایان و معتمدین محل حمایت طلبی کند و برای ارتقا سلامت خانواده، نقشی فراتر از اجرای دستورالعمل‌ها و کتابچه‌های آموزشی ایفا کند.

مردم علاوه بر این در برنامه سلامت خانواده و نظام ارجاع، در دریافت و ارتقا کیفیت ارائه خدمت نقش فعال دارند. یکی از راه‌های ایجاد احساس نیاز به دریافت خدمت در خانواده‌ها مشارکت آنها در برنامه‌ها و طرح‌های ارائه خدمت است که با ارتقای سواد سلامت مردم رخ می‌دهد. ما تاکید می‌کنیم که ارتقای سواد سلامت خانواده‌ها و به ویژه مادران، نقش کلیدی در استفاده از مراقبت‌های اولیه بهداشتی دارد.

آموزش و توانمندسازی هر خانواده برای خودمراقبتی، با تعیین سفیر سلامت خانواده آغاز می‌شود. سفیر سلامت نماینده خانواده است و مهارت‌های بهداشتی را آموزش می‌بیند تا سلامت اعضای خانواده را ارتقا دهد. در خانواده معمولاً مادر این مسئولیت را برعهده دارد. زیرا به بهترین نحو از سایر اعضای خانواده حمایت می‌کند و بیشترین تاثیر را بر سلامت اعضای خانواده دارد. مادر می‌تواند مفاهیم بهداشتی را در محیط خانه اجرایی کند و سطح سواد سلامت و نیز شاخص‌های بهداشتی در خانواده را ارتقا دهد. محور قرار دادن مادر در سلامت خانواده، آموزش بهداشت به مادر و تامین یک مراقب سلامت دغدغه‌مند در هر خانواده، تضمین کننده‌ی سلامت خانواده‌هاست. درک درست از جایگاه و نقش مادری با ارتقا سلامت خانواده، به حفظ و ارتقا سلامت جامعه کمک شایانی می‌کند. این الگو، طراحی خانواده محوری از بند ۲۰ بیانیه ۱۰ اکتبر ۲۰۱۹ مجمع عمومی سازمان ملل (۲/۷۴) مبنی بر توانمندسازی زنان و دختران به عنوان

مشارکت‌کنندگان کلیدی و مردمی است و در عین حال نقاط ضعف بسیاری از الگوهای دیگر در این زمینه که غالباً دو جنس مختلف را در مقابل همدیگر قرار می‌دهد، ندارد.

ما بر اساس تجربه‌ی تلخ کنترل جمعیت در ایران که از قبل از انقلاب اسلامی ایران آغاز شده بود ولی صرفاً با مشارکت مردم در حاکمیت و پس از انقلاب مردم به نتیجه رسید و نیز تجربه‌ی امروز جمهوری اسلامی ایران در برنامه سلامت خانواده و نظام ارجاع جهت جلوگیری از خطر هولناک بحران سالخوردگی جمعیتی با مشارکت مردمی به منظور حفظ و ارتقا سلامت و جوانی جمعیت، تاکید می‌کنیم که دستیابی به اهداف سلامت، صرفاً با مشارکت مردم، بر اساس ارتقای سواد سلامت مردم و به ویژه مادران به عنوان مشارکت‌کنندگان اصلی سلامت و نیز ارتباط مناسب مردم با دولت‌ها و حاکمیت‌ها قابل تحقق است.

این در حالی است که الگوهای پیش بینی شده در آرمان هفدهم توسعه پایدار که قبلاً نیز در آرمان هشتم توسعه هزاره مبنی بر «گسترش مشارکت جهانی برای توسعه» پیش‌بینی شده بود، بر اساس شواهد منتشر شده‌ی متعدد، یکی از مهمترین نقاط ضعف سند توسعه هزاره محسوب می‌شد و اهداف پیش بینی شده تا زمان حاضر دست نیافته است که ناشی از نگاه سطحی تنظیم‌کنندگان این اسناد به مشارکت است.

۱۱. برنامه سلامت خانواده ادغام‌کننده تجربیات موفق در خصوص کنترل عوامل اجتماعی موثر بر سلامت است.

تاکید می‌کنیم عوامل اجتماعی و رویکردها و مداخلات بهداشتی به عنوان یک عامل اجتماعی می‌توانند تاثیر مثبت و منفی بر سلامت خانواده داشته باشند. امنیت، میزان درآمد، سطح تحصیلات، شغل، تغذیه و وضعیت اجتماعی می‌تواند عامل سلامتی و بیماری باشد که اگر نادیده گرفته شوند رسیدن به اهداف سلامتی و برقراری عدالت در سلامت را می‌توان محال دانست. تاثیر این عوامل بر جامعه و خانواده و کنش اجتماعی نسبت به آن باید به صورت منطقه‌ای و بومی شناسایی و ارزیابی شود و راهکارهای تصحیح، ارتقا یا تقلیل اثر آن با در نظر گرفتن ملاحظات فرهنگی به شکل قابل پذیرش در جامعه هدف، در نظام مراقبت‌های بهداشتی اولیه ادغام شود و هماهنگی‌های بین بخشی لازم صورت گیرد.

در این زمینه تعریف خانواده محور سلامت، علاوه بر تاکید بر عوامل اجتماعی شناخته شده، تاکید می‌کند که وضعیت خانواده فرد، ثبات و پایداری آن و نیز وضعیت ارتباطات آن در یک جامعه، باید به مجموعه‌ی عوامل اجتماعی موثر بر سلامت اضافه شود. یکی از مهمترین عوامل اجتماعی تهدید کننده سلامت، تهدید ثبات خانواده، با تعاریف ساختگی از خانواده و جنسیت است. روایت‌های ساختگی از زوجیت و جنسیت، در حقیقت تلاش برای حذف مفاهیم متعالی مانند مادر، پدر و خانواده طبیعی است. تهدیدکننده‌ی دیگر سلامت خانواده محور، خارج کردن تأمین نیاز جنسی از انحصار روابط زناشویی و نیز استفاده از انگیزاننده‌های جنسی در فضای عمومی اعم از رسانه، تبلیغات و صنعت است که به طور جدی باید مورد مراقبت و کنترل قرار گیرد. ما تاکید می‌کنیم که کشورها برای حفظ و ارتقا سلامت در جامعه خود، باید برای حفظ کانون خانواده تلاش کنند، با سیاست‌های اشتباه مقابله کنند و تعهد به خانواده را محور اقدامات خود قرار دهند. سرمایه‌گذاری در برنامه‌های همگانی سلامت مبتنی بر خانواده را افزایش دهند، رفتارهای سالم خانواده محور را ترویج کنند و برای پیشگیری و کاهش آسیب‌های خانوادگی و اجتماعی براساس اولویت‌های بومی و ادغام برنامه‌های مرتبط در PHC برنامه‌ریزی کنند. ما بر همین اساس طرح ابتکاری جمهوری اسلامی ایران در زمینه‌ی «**جنبش بین المللی تعهد به خانواده طبیعی**»، را به عنوان یک دستور کار جهانی به ویژه در عرصه سلامتی مورد تاکید و توجه ویژه قرار می‌دهیم.



جنبش جهانی تعهد به خانواده

بار دیگر تاکید می‌کنیم که سلامتی حق اساسی همه افراد است و دولت‌ها حق ندارند به دلیل تخاصم با همدیگر، مردم را تحت جنگ و تحریم‌های ظالمانه در عرصه سلامتی قرار دهند. سلامتی، باید از دشمنی‌های سیاسی در امان قرار گیرد. چرا که مسایلی همچون جنگ، کشتار و آنچه در غزه شاهد آن هستیم به طور اساسی سلامتی را تهدید می‌کند. همچنان که تحریم‌های ظالمانه ی سیاسی-اقتصادی و ممانعت از ارسال دارو و تجهیزات به کشورهای مستقل، تهدیدکننده‌ی اساسی سلامتی افراد آن جوامع است.

علاوه بر این تاکید می‌کنیم که موضوع تهدیدکننده‌های اجتماعی موثر بر سلامت نباید دستاویزی برای اعمال سیاست‌ها به نفع یا علیه مردم کشورها قرار گیرد و وسیله‌ی بازنمایی‌های رسانه ای خصمانه از بعضی از کشورها قرار گیرد. در مقابل ما تاکید می‌کنیم که ما تاکید می‌کنیم که با هدف اثربخشی بیشتر یافته‌ها، گفتمان جهانی در خصوص عوامل اجتماعی موثر بر سلامت، باید به سمت ارزیابی تجربیات موفق کشورها کشیده شود. به طور نمونه توسعه‌ی مراکز بومی سراج، در برنامه سلامت خانواده و نظام ارجاع، به عنوان الگوی نوینی از ساختار تامین‌کننده خدمات سلامت روانی-اجتماعی و مشارکت مردم در سلامت با توسعه خانه‌های مشارکت مردم در سلامت، با هدف حل مساله توانسته عوامل اجتماعی موثر بر سلامت را در سطح فرد، خانواده و منطقه، کنترل کند. توسعه این الگو بر اساس مشارکت مردم و دستگاه‌های دولتی در سطح منطقه و محله با هدف تامین خدمات سلامت روانی، حل مسایل اجتماعی و تکمیل چرخه خدمت (از مراقبت مشارکتی، مراقبت پس از ترخیص، خدمات توانبخشی، مراقبت در منزل و پیگیری فعال در هر دو حوزه روانی-اجتماعی) صورت گرفته است و نتایج موفقیت‌آمیز آن منجر به توسعه ۴ برابری آن ظرف شش ماه در برنامه سلامت خانواده شد.

۱۲. برنامه سلامت خانواده با تضمین امنیت اطلاعات در بستر سلامت الکترونیک محقق شدنی است.

ما تاکید می‌کنیم که به کارگیری ابزارهای الکترونیک و هوش مصنوعی در ارتقای ارائه خدمات بهداشتی نقش انکارنشده‌ای دارد. پرونده سلامت اعضای خانواده در نظام مراقبت‌های بهداشتی اولیه به صورت الکترونیک ثبت و ارجاعات به صورت الکترونیک انجام می‌پذیرد. برنامه سلامت خانواده با کمک سامانه‌های ارائه خدمت و پلت فرم‌های نظارت با دقت بیشتر، کیفیت بالاتر و عادلانه‌تر اجرایی می‌شود و امکان ارزیابی و ارتقا برنامه بدین واسطه با سهولت و استمرار بیشتر انجام می‌پذیرد. پیگیری و انجام به موقع مراقبت‌های بهداشتی در بستر الکترونیک، با دقت بیشتر انجام می‌شود. ارجاع الکترونیکی ضمن افزایش مشارکت خانواده‌ها در برنامه‌های مراقبت بهداشتی، پیگیری خانواده تحت پوشش را پس از دریافت خدمات سطوح بالاتر نظام بهداشت آسان‌تر می‌سازد و زمینه ارتباط سازنده پرسنل بهداشتی و درمانی برای ارائه بهترین خدمات ممکن را فراهم می‌سازد.

با این حال سرعت رشد و بکارگیری تکنولوژیهای ارائه دهنده خدمات بهداشتی به حدی زیاد بوده است که مجال پرداختن کافی به امنیت اطلاعات را نداده است. از آنجا که سلامتی می‌تواند دستاویزی برای سوء استفاده سیاسی کشورها قرار گیرد و این تجربه‌ی تلخی است که در انتقال خونهای آلوده به بسیاری از کشورها و در حین جنگ سیاسی دولت‌های متخاصم با مردم این کشورها رخ داد، بر اهمیت حفظ اطلاعات سلامت کشورها تاکید می‌کنیم. دولت‌ها باید از انتقال ناایمن اطلاعات سلامت پیشگیری کنند. اطلاعات پرونده الکترونیک سلامت، نسخ الکترونیک، تصاویر پزشکی و ... همانند ذخایر ژنتیکی درون مرزهای جغرافیایی هستند و با پیشرفت تکنولوژی امکان سوءاستفاده از این داده‌های حیاتی توسط دستگاه‌های سیاسی و دولت‌های در تقابل با همدیگر افزایش یافته است. با از دست رفتن امنیت اطلاعات، سلامتی تحت‌الشعاع قرار می‌گیرد و کشورها باید به برقراری امنیت اطلاعات سلامت توجه ویژه داشته باشند.

در پایان ضمن اظهار تاسف عمیق و همدردی نسبت به کشته شدن دیما عبداللطیف محمدالحج نماینده سازمان بهداشت جهانی در غزه به همراه همه خانواده و جمعی از اقوام و نزدیکانش در بمبارانهای رژیم اشغالگر قدس، ابراز نگرانی عمیق و هشدار خود را مبنی بر احتمال شکست UHC در منطقه خاورمیانه و عدم تحقق هدف شعار «سلامت برای همه» به واسطه جنگ افروزی رژیم اشغالگر قدس و حمله به امنیت و سلامت مردم تحت ظلم فلسطین اشغالی خصوصا در غزه اعلام می‌داریم.

بدینوسیله ما این نسخه تفصیلی اعلامیه نهایی را فراخوانی برای جهش گفتمانی در جهت دستیابی به نتایج بهداشتی بهتر بر مبنای سلامت خانواده در سراسر جهان می‌دانیم.

البيان الختامي المؤتمر الدولي الأول للتغطية الصحية

الشاملة مع مشروع **صحة الأسرة** ونظام الإحالة

إيران، طهران، شعبان ١٤٤٥

نحن، ممثلي البلدان ومسؤولي الصحة في البلدان، اجتمعنا في طهران يومي ١٥ و١٦ مارس ٢٠٢٤ لكي نؤكد أن التخطيط الصحي المبني على الأسرة هو شرط مسبق ونتيجة ومؤشر لتقدم المجتمعات وعدالتها في كافة المجالات الاجتماعية والاقتصادية و البيئية. وتأكيداً على مسؤولية وحق كل فرد وأسرة في الاستفادة من أعلى مستويات الصحة البدنية والعقلية والاجتماعية دون أي تمييز، فإننا نذكر أن المجالات الثانية العشرة التالية تتطلب تغييراً في الخطاب و وسوف نلتزم بهذه التغييرات لتنفيذ البرامج في البلدان:

١. الصحة حق ومسؤولية على الجميع.

الصحة حق لكل إنسان، وقد تم التأكيد عليها في الاوساط الدولية الأخرى، وبالإضافة إلى ذلك، فإن الصحة أمانة ذومسؤولية للأفراد والأسر والمجتمعات، وكل فرد مسؤول عن صحته وصحة الآخرين. وهذه الواجهة النظر الدقيقة مستوحاة من تعاليم الأديان السماوية التي تركز على الإيمان بالغيب، وتجعل الصحة في الأطر العلمية والثقافية، مسؤولية عالمية، وأساساً للنمو والتطور نحو السعادة.

٢. الحل الرئيسي لتطوير العدالة في مجال الصحة هو القضاء على الحرمان.

واستلهاماً لقرار الجمعية العامة للأمم المتحدة رقم ٧٠،١، الصادر في ٢٥ سبتمبر ٢٠١٥، بهدف إنهاء الحرمان، فإننا نؤكد على ضرورة معالجة الفئات الأكثر حرماناً أولاً و. يجب أن يهتم برنامج التغطية الصحية الشاملة ازالة الحرمان وتطوير العدالة الصحية من خلال إعطاء الأولوية للأسر المحرومة والفقيرة.

وفي هذا الصدد، فإن الهدف الأول لوثيقة التنمية المستدامة ٢٠٣٠ والهدف الأول للوثيقة السابقة، أعني وثيقة التنمية للألفية، وهو "القضاء على الفقر المدقع بين جميع الناس في كل مكان بحلول عام ٢٠٣٠"، والذي فشل في كلا البرنامجين ولم ينجح. للوصول إلى الهدف، يجب أن يفسح المجال لبرامج أعمق وأكثر عملية وجدية.بالإضافة إلى ذلك، نؤكد أن توسيع العدالة غير ممكن دون القضاء على التمييز، لكن سياسات الحكومة بشأن قضايا مثل التوجه الجنسي خارج إطار الأسرة الطبيعية لا ينبغي أن تكون موضوع هذه القضية المقدسة.

٣. الأسرة هي محور برامج الرعاية الصحية.

ونؤكد مرة أخرى أن الصحة في كافة المجالات هي مفهوم أسمى من انعدام المرض، والصحة بهذا المعنى لها علاقة لا ينفصل بمركز الأسرة؛ لأنه من الصعب جداً تحقيق الصحة الشاملة خارج رحاب الأسرة الطبيعية. إن الأسرة الناتجة عن زواج رجل وامرأة هي البناء الوحيد والمركز الفعال الوحيد الذي يجمع أفراد المجتمع ليرتاحوا في مجال سليم، والذي يعتبر في حد ذاته الأساس والعامل الوقائي للصحة. إن الفردية وتركيز البرامج الصحية على الفرد يشكل ضرراً كبيراً على المكونات الوقائية للصحة، خاصة في مجال الصحة النفسية والاجتماعية، وكذلك ضرراً كبيراً للمشاريع المتعلقة بالصحة والجنس.

ونؤكد أن الاهتمام بصحة الأسرة بكافة أبعادها هو الطريق الأسهل للحكومات لتحقيق الصحة الاجتماعية. إدارة ومكافحة جميع أنواع الأمراض المعدية وغير المعدية، وخاصة ضغط الدم والسكري، والأضرار الاجتماعية مثل الانتحار وإدمان المخدرات والكحول والتبغ التي تحتاج إلى الوقاية، وكل هذه الامور تحتاج العناية بصحة الأسرة وتعزيز أساسها، وكذلك تصميم البرامج الخاصة للأسرة في هذا السياق، تعتبر الوقاية الأولية و هي أساس لـ PHC. ولنموذج آخر نؤكد على أن مكافحة الأمراض المنقولة جنسياً يمكن تصميمها بشكل أساسي على أساس خفض الاصابة و دون محاولة خفض السلوكيات الجنسية خارج الإطار الأسري، بل يمكن تخطيطها لخفض السلوكيات الجنسية خارج الأسرة التي هي السبب الرئيسي للأمراض.

وفقاً لهذا، وخلافاً للرؤى المتمحورة حول الفرد، فإن "صحة الأسرة" تعتبر محور وأساس الرعاية والوقاية في كافة المجالات، خاصة في نظام الرعاية الصحية الأولية، وفي مشروع صحة الأسرة، يجب أن تركز حزم الخدمات على تعزيز الأسرة الطبيعية والصحية التي يولد فيها الإنسان ويعيش فيها ينبغي تصميمها وتنفيذها. وفي هذا السياق، هناك حاجة إلى مراجعة جذرية على أساس الأسرة، خاصة في المهدفين الخامس والعاشر من وثيقة التنمية المستدامة، التي أظهرت في

السنوات الماضية أنها يمكن أن تكون حجة ضد تمحور البرامج الصحية حول الأسرة.

ومن أجل كتابة مُثُل جديدة وأكثر تفاعلاً في الوثائق الدولية للعقود القادمة، يجب أن تكون التنمية والصحة المتمركزة على الأسرة في قمة الاهتمام. ومع ذلك، بشكل عام، فإن الدول بمشاركها الفعالة واستناداً إلى ثقافتها، ستمنع النظرة الأحادية والمهيمنة للوثائق الدولية ولا تسنح الدول تدريجياً بكتابة النسخة الموحدة للإدارة الثقافية العالمية لمجموعات خاصة ومنظمات دولية التابعة لعدة دول ذات ثقافات معينة، خاصة في مجال الصحة.



٤. لا يتم تعريف الصحة الروحية إلا في إطار النظرة الدينية والتوحيدية.

مما لا شك فيه أن الروحانية هي إحدى الجوانب الأساسية للصحة؛ الروحانية هي المجال الأساسي للأديان وتؤكد على العلاقة مع الله. إذا تم إخراج الروحانية والصحة الروحية من نطاق الأديان وتم كتابتها وتصميمها بناءً فقط على وجهات نظر أخلاقية غير دينية وعلى أساس الوظيفية، تصبح العلمنة في الواقع هي مسألة الصحة، وهي نوع من نفي الدين من المشهد الاجتماعي. إن هذه المسألة لا توافق بأي حال من الأحوال مع وجهات النظر الإلهية للأديان، وعلى هذا الأساس يجب أن تكون الصحة الروحية مبنية على وجهات نظر التوحيدية وعلى أساس الأديان والمذاهب، مما يؤكد على الحضور الفعال والمؤثر للأديان والمذاهب في الإدارة الاجتماعية، وخاصة في المجال الصحي.

٥. يعد برنامج صحة الأسرة ونظام الإحالة نموذجًا قائمًا على الأسرة لتعزيز أهداف PHC.

كبرنامج تقديمي، يعد برنامج صحة الأسرة ونظام الإحالة في جمهورية إيران الإسلامية، تحت شعار "كل أسرة إيرانية هي مقدم رعاية صحية"، يعد البرنامج الاستراتيجي لنظام الرعاية الصحية الأولية في إيران في المناطق الحضرية مشروعاً رائعاً يركز على تعزيز صحة الأسرة كهدف رئيسي.

بناءً على الرعاية المتكاملة في نظام الرعاية الصحية الأولية في إيران، يمكن لكل مقدم رعاية صحية تقديم الرعاية والخدمة لـ ١٥٠٠ شخص، ويتابع بنشاط السكان التابعين لتغطيته. يختار كل ١٢٠٠٠ من السكان، واحدًا من الأطباء الأربعة في مركز الخدمة الصحية الحضرية الشاملة كطبيبهم المخصص، و الطبيب سيوفر لهم ولأفراد أسرهم بعض خدمات الرعاية المختارة مجاناً، وسيدفع النظام الصحي مقابلها ومن الواضح أنه إذا كانت الأسر أو الأفراد بحاجة إلى خدمات رعاية إضافية في مجالات صحة الفم والأسنان والتغذية والصحة العقلية يحول أفقياً إلى مركز الخدمة الصحية الحضرية

الشاملة وإذا كانت هناك حاجة إلى خدمات طبية متخصصة من قبل طبيب فسيتم إحالتها إلى أعلى المستويات المتخصصة. مع إنشاء نظام الإحالة، يمكن الحصول على الخدمات المتخصصة التي تغطيها مؤسسات التأمين برمز الإحالة فحسب، وهذا يضمن فعلياً المستوى الرابع من الوقاية، أي الأنشطة في مجال الصحة التي تقلل أو تتجنب العواقب الإجراءات الطبية غير الضرورية والمفرطة في النظام الصحي. ويبدو أن هذا النموذج يمكن أن يضمن الوصول إلى العدالة أكثر، ويقلل من المدفوعات المباشرة، ويزيد من كفاءة وفعالية النظام الصحي وتحسنه.

٦. يؤدي تغيير النهج من التركيز على الشخص إلى التركيز على الأسرة إلى تغيير المفاهيم والتعاريف المهمة في الأدبيات الصحية.

لقد أحدث النهج المتمركز على الأسرة في مجال الصحة تغييرات إيجابية مهمة في التعريفات، ومن الأمثلة على هذه التغييرات التي تم تحقيقها كتجربة ناجحة في برنامج صحة الأسرة في إيران ما يلي:

- التعريف والتجربة الناجحة لرعاية "حق الجنين في الحياة" حالت دون وفاة الجنين في برنامج صحة الأسرة ونظام الإحالة في هذا البرنامج، تبدأ الفئات العمرية من الجنين، وهو مراجعة تطلعية للصحة القائمة على حقوق الإنسان والصحة الأسرية.

- إعادة تعريف "الأمومة" بشكل صحيح بدلاً من تعريف "المرأة الحامل" يمنع تشييء الجنين في مجال الصحة وقتل الأجنة البشرية. ومن هذا المنطلق تعتبر الأمومة مكانة اجتماعية رفيعة، ويتم احترام حقوق الأم فيما يتعلق بالعلاقات الإنسانية بين الأم والجنين البشري بدلاً من الاكتفاء بالاهتمام بالأحداث الفسيولوجية أثناء الحمل.

- في هذا البرنامج، بدلاً من التركيز فقط على الجوانب السلبية مثل العنف ضد المرأة والطفل، تم تصميم برامج الصحة النفسية للأسرة والتواصل الصحي في الأسرة بشكل أوسع تحت عنوان برنامج "أسرة صحية ومتماسكة" و إنه تحت الاختبار والتجربة.

→ مشروع تمكين المرأة والتأكيد على إزالة التمييز على أساس الجنس الذي يمكن أن يؤدي إلى الإضرار بالأسرة، وينبغي إعادة تعريف تمكين المرأة في إطار تعزيز رحاب الأسرة وعلى أساس الأدوار الصحية بين الجنسين، بما لا يؤدي إلى إساءة معاملة المرأة والقضايا الصحية وتمكينها من خلال فرض مفاهيم مثل الحرية الفردية المبنية على السلوك الجنسي غير الصحي وإضعاف الأسرة. لأنه بشكل عام يعتبر السلوك الجنسي خارج الأسرة عامل خطر ويجب ألا يدخل في المجال الصحي.

- في هذا البرنامج، بدلاً من التركيز على الأعراض السلبية والمرضية في مجال الجنس، تم تصميم المزيد من البرامج الموجهة نحو الصحة مثل "التحديد الصحي للمراهقين" وهي على وشك التجربة.

٧. مشروعات صحة الأسرة هي نموذجية من المخاوف السكانية على المستوى الدولي.

ومع التأكيد على المخاوف التي أثبتت في الفقرة ١٣ من قرار الجمعية العامة للأمم المتحدة الصادر في ١٠ أكتوبر ٢٠١٩ (٧٤/٢) والذي مفاده "د- على الرغم من التقدم المحرز على المستوى العالمي، فإن العديد من النظم الصحية ليست مستعدة بما فيه الكفاية للاستجابة لاحتياجات شيخوخة السكان بسرعة". وبالتأكيد على الوثائق التمهيديّة الأخرى ذات الصلة التي تنصح البلدان بالاستعداد للتعامل مع شيخوخة السكان، نوضح أن هذا النموذج، على الرغم من ضرورته، ليس نموذجاً مثاليًا.

ونؤكد على أن برنامج صحة الأسرة، بالإضافة إلى التأكيد على تقديم الخدمات لكبار السن وتقديم الخدمات والرعاية لهم، قد عالج الاحتياجات المتعددة الأوجه للسكان وقام بتكاثف الأجيال في نظام الرعاية الصحية الأولية، ولحسن الحظ، بصفة تجربة ناجحة مع الالتزام السياسي العالي في إيران، أصبح قانوننا استراتيجياً.

واستناداً إلى هذه التجربة، ينبغي للبلدان التي تطبق برامج صحية المتمركزة على الأسرة بالتركيز على التوحيد العلمي والمبني على الأدلة لفحوصات ما قبل الولادة، ورعاية حياة الجنين، وتقييد الوصول إلى عمليات الإجهاض غير المشروع،

ورعاية الزيادة غير القياسية في حالات الإجهاض القانوني، والزواج عند الحاجة. ، الخصوبة الصحية، والإنجاب في الوقت المناسب والمتعدد، وتعزيز وتسهيل الولادة الطبيعية والأمنة، والوقاية من العقم وتشخيصه في الوقت المناسب إلى جانب علاج العقم، وتطوير التغطية التأمينية للأزواج الذين يعانون من العقم، والأمن الغذائي للأمهات الحوامل والأطفال دون سن 5 سنوات.

٨. الدمج بين التعليم والنظام الصحي هو بمثابة هيكل متسارع لبرنامج صحة الأسرة.

ونؤكد مرة أخرى أن دمج التعليم التكميلي والبحث العلمي في بيئة تقديم الخدمات الصحية يعد نموذجاً ناجحاً وقابلًا للتطبيق لتدريب الموارد البشرية وتقديم الخدمات الصحية المناسبة. في برنامج صحة الأسرة ونظام الإحالة، يتمثل الهدف الرئيسي في تصميم نماذج قائمة على الأدلة وموجهة نحو الأسرة، ويمكن تصميمها وتجربتها ودمجها في نظام الرعاية الأولية بسرعة أكبر في الحالة المتكاملة للنظام الصحي.

بالإضافة إلى ذلك، في حالة التكامل، يتم التأكيد على أن التعليم يجب أن يركز على الثقافة والدين والبيئة حتى يساعد في تقديم الخدمة من قبل المتعلم من أجل تحسين صحة الأسرة في جميع الأبعاد. إن الاهتمام بالاعتبارات الثقافية والدينية والأصلية لا يقل أهمية عن التدريب على المهارات للعاملين في مجال الصحة.



٩. ترتبط البرامج الصحية الموجهة للأسرة بشكل مباشر بتعزيز شبكة الرعاية الصحية الأولية.

ونؤكد على أن تعزيز شبكة الرعاية الصحية الأولية يضمن الوصول العادل إلى خدمات الرعاية الصحية الأولية ويقلل من المدفوعات المباشرة. "برنامج صحة الأسرة ونظام الإحالة" له علاقة مباشرة بـ "تعزيز الشبكة". يقوم برنامج صحة الأسرة بتحسين نظام الرعاية الصحية الأولية PHC من خلال توفير الرعاية المتكاملة وتحسين PHC يؤدي إلى تنفيذ أفضل لمشروع صحة الأسرة.

صحة الأسرة تجعل PHC أكثر هادفة وتشجع مقدمي الخدمة على تحقيق هدف ملموس. وبشكل متبادل، كلما تم تعزيز الرعاية الصحية في PHC الذي يعمل بهدف صحة الأسرة، من خلال تكييف المحتوى مع احتياجات الأسر وكفاءته وجودته، وتقديم الخدمات بشكل صحيح ومستمر بسهولة والوصول بقيود أقل، وستكون النتيجة تغطية صحية أكثر شمولاً.

إن توسيع المراكز الصحية وزيادة قدرة الموارد البشرية المختصة والمسؤولة أم مهم للغاية لنجاح برنامج صحة الأسرة ونظام الإحالة، ويجب أخذه في الاعتبار حتى تنال جميع العوائل على الوصول المناسب إلى الخدمات الصحية في المستوى الأول. وفي هذا الصدد يبدو من الضروري تغطية مختلف أبعاد صحة الأسرة وشمولية الخدمات.

إضافة إلى ذلك، نؤكد على أن "التزام الحكومات" بنظام الرعاية الأولية، الذي يضمن توفير الموارد المالية والموارد البشرية النوعية في هذا المجال، يمكن أن يخفف تكلفة الصحة في العالم إلى ٧,٥ تريليون دولار، أي ١٠٪ من الناتج الإجمالي العالمي، وتخفيض متوسطه ثلثه من المدفوعات المباشرة من جيوب الناس.

إن النجاحات الرائعة التي تمت ملاحظتها في الشبكة الصحية في إيران ترجع إلى التزام الحكومات بتعزيز الشبكة وتطويرها، وهي الآن معتمدة على تحويلها وتحديثها ضمن برنامج صحة الأسرة ونظام الإحالة.

١٠. يؤكد برنامج صحة الأسرة على تعميم النظام الصحي.

ونؤكد على أن الصحة لا يمكن أن تتحقق إلا بالمشاركة الفعالة للناس، وهذا تأكيد آخر على الصحة التي محورها الإنسان، وأكد عليه في الفقرة ٢٥ من قرار الجمعية العامة للأمم المتحدة الصادر في ١٠ أكتوبر ٢٠١٩ (٧٤/٢). وبناءً على ذلك، برنامج الصحة الإيرانية التي تعرف عالمياً باسم بهورز (موظف صحي في القرية) في المناطق الريفية، ويتمحور حول الناس هو نموذج اولي وتم تحديثها في برنامج صحة الأسرة اليوم.

وبفضل ارتباطه العميق ومعرفته بمجتمعه المستهدف، تمكن بهورز طلب الدعم من أفراد الأسرة والأقارب والمعارف والمقربين المحليين لحل المشاكل الصحية ومتابعة العملاء ودعمهم، وتعزيز صحة الأسرة. لوجود هذه الميزات استطاع بقيام دور الذي يتجاوز تنفيذ التعليمات والكتيبات وأداء الأنشطة التعليمية.

بالإضافة إلى ذلك، يلعب الناس دورًا نشطًا في في تلقي وتحسين جودة تقديم الخدمات لبرنامج صحة الأسرة ونظام الإحالة.. إحدى طرق خلق الشعور بالحاجة إلى تلقي الخدمات لدى الأسر هي مشاركتها في برامج وخطط تقديم الخدمات، وهو ما يحدث من خلال تحسين الثقافة الصحية لدى الناس. ونؤكد على أن تحسين الثقافة الصحية لدى الأسر، وخاصة الأمهات، يلعب دوراً رئيسياً في الاستفادة من الرعاية الصحية الأولية.

يبدأ تدريب وتمكين كل أسرة من أجل الرعاية الذاتية بتعيين سفير لصحة الأسرة. سفير الصحة الأسرة هو ممثلها ويقوم بتدريس المهارات الصحية لتعزيز صحة أفراد الأسرة.

عادة في الأسرة، تتحمل الأم هذه المسؤولية. لأنها تدعم أفراد الأسرة الآخرين بأفضل طريقة ولها أكبر الأثر على صحة أفراد الأسرة. تستطيع الأم تطبيق المفاهيم الصحية في البيئة المنزلية وتحسين مستوى الثقافة الصحية والمؤشرات الصحية في الأسرة.

إن التركيز على محورية الأم في صحة الأسرة، والتثقيف الصحي للأم وتوفير مقدم الرعاية الصحية المعني في كل أسرة، يضمن صحة الأسرة. إن الفهم الصحيح لمكانة ودور الأمومة يساعد في الحفاظ على صحة المجتمع وتحسينها من خلال تحسين صحة الأسرة. هذا النموذج منتج من الفقرة ٢٠ من بيان الجمعية العامة للأمم المتحدة بتاريخ ١٠ أكتوبر ٢٠١٩ (٧٤/٢) بشأن تمكين النساء والفتيات كمساهمين وأشخاص رئيسيين. إضافة لذلك لا يوجد بها نقاط ضعف العديد من الأنماط الأخرى في هذا المجال، النقاط التي تجعل جنسين مختلفين ضد بعضهما البعض.

استناداً إلى التجربة المريرة للسيطرة على السكان في إيران، التجربة التي بدأت قبل الثورة الإسلامية الإيرانية، ولكنها لم تتحقق إلا بمشاركة الشعب في الحكم وبعد ثورة الشعب، وكذلك تجربة الشعب جمهورية إيران الإسلامية اليوم في برنامج صحة الأسرة ونظام الإحالة من أجل منع الخطر الرهيب لأزمة شيخوخة السكان بمشاركة عامة من أجل الحفاظ على صحة وشباب السكان وتعزيزهما، نؤكد على أن تحقيق الصحة الأهداف، لا يمكن إلا بمشاركة الشعبو تحسين الثقافة الصحية لدى الناس خاصة الأمهات باعتبارهن المساهمات الرئيسية. وكذلك يمكن تحقيق الصحة بالتواصل السليم بين الناس والحكومات.

جدير بالذكر أن الأنماط التي تنبأت بها في الهدف السابع عشر للتنمية المستدامة، والتي سبق في الهدف الثامن من الأهداف الإنمائية للألفية المتمثل في "توسيع الشراكة العالمية من أجل التنمية"، تعد من أهم نقاط الضعف في الوثيقة وذلك استناداً إلى العديد من الأدلة المنشورة التي لم تتحقق حتى الآن.

١١. برنامج صحة الأسرة يدمج التجارب الناجحة فيما يتعلق بمكافحة العوامل الاجتماعية المؤثرة على الصحة. ونؤكد على أن العوامل الاجتماعية والنهج والتدخلات الصحية كعامل اجتماعي يمكن أن يكون لها تأثير إيجابي وسلي على صحة الأسرة.

الأمن والدخل ومستوى التعليم والوظيفة والتغذية والوضع الاجتماعي إذا تم تجاهلها، يمكن أن يكون سببا في الصحة والمرض وتحقيق الأهداف الصحية وتحقيق العدالة في الصحة يمكن أن يكون مستحيلا.

وينبغي تحديد وتقييم تأثير هذه العوامل على المجتمع والأسرة والعمل الاجتماعي تجاهها إقليميا ومحليا، ووضع الحلول لتصحيح أو تحسين أو تقليل تأثيرها مع مراعاة الاعتبارات الثقافية بشكل مقبول لدى المستهدف. المجتمع، في نظام الرعاية ينبغي دمج الخدمات الصحية الأولية وينبغي القيام بالتنسيق اللازم بين الإدارات.

وفي هذا السياق فإن تعريف الصحة المرتكز على الأسرة، بالإضافة إلى التأكيد على العوامل الاجتماعية المعروفة، يؤكد على ضرورة إضافة مكانة أسرة الشخص واستقرارها وكذلك مكانة علاقاتها في المجتمع للعوامل الاجتماعية المؤثرة على الصحة. من أهم العوامل الاجتماعية التي تهدد الصحة هو تهديد الاستقرار الأسري، مع التعريفات الخاطئة للأسرة والجنس.

إن الروايات المزيفة عن الزواج والجنس هي في الواقع محاولات للقضاء على المفاهيم المتعالية مثل الأم والأب والأسرة الطبيعية. ومن التهديدات الأخرى للصحة الأسرية، إزالة الحاجات الجنسية من احتكار العلاقات الزوجية واستخدام المحفزات الجنسية في الأجواء العامة من وسائل الإعلام والإعلان والصناعة، والتي يجب مراقبتها والسيطرة عليها بشكل جدي.

ونؤكد أنه من أجل الحفاظ على الصحة وتعزيزها في مجتمعاتنا، يجب على الدول أن تسعى للحفاظ على محور الأسرة، ومواجهة السياسات الخاطئة وجعل الالتزام تجاه الأسرة محور أعمالها. على الدول زيادة الاستثمار في برامج الصحة الأسرية الشاملة، وتعزيز السلوكيات الصحية الموجهة نحو الأسرة، والتخطيط لمنع وتقليل الأضرار الأسرية والاجتماعية على أساس الأولويات المحلية ودمج البرامج ذات الصلة في الرعاية الصحية الأولية. وعلى هذا الأساس، نؤكد ونولي اهتماما خاصا لمبادرة الجمهورية الإسلامية الإيرانية في مجال "الحركة الدولية للالتزام تجاه الأسرة الطبيعية" كأجدول أعمال عالمية وخاصة، في مجال الصحة.



الحركة العالمية للالتزام تجاه الأسرة

ونؤكد مرة أخرى أن الصحة هي حق أساسي لجميع الناس وليس من حق الحكومات إخضاع الناس للحرب والعقوبات القاسية في مجال الصحة بسبب العداء مع بعضها البعض. يجب ابتعاد وإمن الصحة من العداء السياسي. لأن قضايا مثل الحرب والقتل وما نشهده في غزة تهدد الصحة بشكل أساسي. كما أن العقوبات السياسية والاقتصادية الظالمة وحظر إرسال الأدوية والمعدات إلى الدول المستقلة تشكل تهديدا أساسيا لصحة شعوب تلك المجتمعات. بالإضافة إلى ذلك، نؤكد على أن مسألة التهديدات الاجتماعية التي تؤثر على الصحة لا ينبغي أن تستخدم كذريعة لتطبيق سياسات لصالح أو ضد شعوب الدول ووسيلة للتمثيل الإعلامي العدائي لبعض الدول.

ومن ناحية أخرى، نؤكد أنه بهدف جعل النتائج أكثر فعالية، ينبغي توجيه الخطاب العالمي بشأن العوامل الاجتماعية المؤثرة على الصحة نحو عرض التجارب الناجحة للدول. على سبيل المثال، تطوير المراكز المحلية سراج. تمكن برنامج صحة الأسرة ونظام الإحالة، تقديم خدمات الصحة النفسية والاجتماعية ومشاركة الناس في الصحة مع تطوير دور مشاركة الناس في الصحة.

. يعتمد تطوير هذا النموذج على مشاركة الأشخاص والجهات الحكومية على مستوى المنطقة والأحياء بهدف تقديم خدمات الصحة النفسية وحل المشكلات الاجتماعية واستكمال دورة الخدمة (من الرعاية التعاونية ورعاية ما بعد الخروج وخدمات إعادة التأهيل) والرعاية المنزلية والمتابعة النشطة في كل مجالين نفسيين واجتماعيين). أدت نتائجها الناجحة إلى تطويرها بمقدار ٤ أضعاف خلال ستة أشهر في برنامج صحة الأسرة.

١٢. يمكن تحقيق برنامج صحة الأسرة من خلال ضمان أمن المعلومات في منصة الصحة الإلكترونية

ونؤكد على أن استخدام الأدوات الإلكترونية والذكاء الاصطناعي له دور لا يمكن إنكاره في تحسين تقديم الخدمات الصحية. يتم تسجيل السجلات الصحية لأفراد الأسرة في نظام الرعاية الصحية الأولية إلكترونياً ويتم التحويل إلكترونياً.

يتم تنفيذ برنامج صحة الأسرة بمساعدة أنظمة تقديم الخدمات ومنصات المراقبة بدقة أكبر وجودة أعلى وأكثر عدالة، وبذلك يتم إمكانية تقييم البرنامج والارتقاء به بسهولة أكبر وبشكل مستمر. تتم المتابعة والرعاية الصحية في الوقت المناسب بشكل أكثر دقة في المنصة الإلكترونية

الإحالة الإلكترونية، مع زيادة مشاركة الأسر في برامج الرعاية الصحية، تسهل متابعة الأسرة المشمولة بعد حصولها على خدمات المستويات العليا في النظام الصحي، وتوفير الأساس للتواصل البناء بين الموظفين في مجال الصحة والعلاج و لتقديم أفضل الخدمات.

ومع ذلك، فإن سرعة النمو واستخدام التقنيات التي تقدم الخدمات الصحية كانت عالية جداً لدرجة أنها لم تسمح بمعالجة أمن المعلومات بشكل مناسب.

وبما أن الصحة يمكن أن تستخدم كذريعة للإساءة السياسية للدول وهذه تجربة مريرة حدثت في نقل الدماء الملوثة إلى العديد من الدول وأثناء الحرب السياسية للحكومات المعادية مع شعوب هذه الدول، فلنبدأ نؤكد على أهمية الحفاظ على الصحة المعلومات الصحية للبلدان.

يجب على الحكومات منع النقل غير الآمن للمعلومات الصحية، إن معلومات السجلات الصحية الإلكترونية والوصفات الإلكترونية والصور الطبية وغيرها هي بمثابة احتياطيات وهي كموارد الوراثية داخل الحدود الجغرافية، تقدم التكنولوجيا، زادت إمكانية إساءة استخدام هذه البيانات الحيوية من قبل المؤسسات السياسية والحكومات المتعارضة لهذا ينبغي للبلدان أن تولي اهتماما خاصا لإنشاء أمن المعلومات الصحية.

12. The family health program can be achieved by ensuring the security of information in the context of electronic health.

We emphasize that the use of electronic tools and artificial intelligence has an undeniable role in improving the provision of health services. The health records of family members in the primary health care system are registered electronically and referrals are made electronically too. The family health program is implemented with the help of service delivery systems and monitoring platforms with more accuracy, higher quality and fairer. The possibility of evaluating and upgrading the program is thereby done more easily and continuously. Following-up and timely health care is done more accurately on the electronic platform. Electronic referral, while increasing the participation of families in health care programs, makes it easier to follow up the covered family after receiving the services of the higher levels of the health system, and provides the basis for constructive communication between health and treatment personnel to provide the best possible services.

However, the speed of growth and use of technologies providing health services has been so high that it has not allowed to adequately address information security. Since health can be used as a pretext for political abuse of countries and this is a bitter experience that happened in the form of “transferring contaminated blood to many countries” and during the political war of hostile governments with the people of these countries, the importance of preserving the health information of countries is emphasized. Governments must prevent unsafe transmission of health related information. Electronic health record information, electronic prescriptions, medical images, etc. are like genetic reserves within geographical boundaries, and with the advancement of technology, the possibility of abusing these vital data by political institutions and governments in conflict with each other has increased. With the loss of information security, health is overshadowed, and countries should pay special attention to establishing health information security.

In the end, while expressing deep regret and sympathy for the death of Dima Abdul Latif Muhammad Al-Haj, the representative of the World Health Organization in Gaza, along with all her family and a group of her relatives and relatives in the bombings of the occupation regime of Jerusalem, we express our deep concern and warning about the possibility of failure. We declare UHC in the Middle East region and the failure to achieve the goal of the slogan and theme “health for all” due to the warmongering of the occupying Jerusalem regime and the attack on the security and health of the people under the oppression of occupied Palestine, especially in Gaza. We hereby consider this final declaration) as a call for a discourse leapfrog toward better health outcomes, based on family health worldwide.

strive to maintain the family foundation, to confront wrong policies, to make commitment to the family the center of their actions, to increase investment in universal family-based health programs, to promote family-based healthy behaviors, and having plan to prevent and reduce family and social harms based on local priorities and integrating related programs in PHC.

On this basis, we emphasize and pay special attention to the initiative of the Islamic Republic of Iran in the field of *“International Movement of Commitment to the Natural Family”* as a global agenda, especially in the field of health.



We emphasize once again that health is the basic right of all individuals and governments have no right to subject people to war and cruel sanctions in the field of health because of hostility with each other. Health should be protected from political enmity. Because issues such as war, killing and what we are witnessing in Gaza fundamentally threaten health status. Also, the oppressive political-economic sanctions and the prohibition of sending medicine and equipment to independent countries are a fundamental threat to the health of the people of those societies.

In addition, we emphasize that the issue of social threats affecting health should not be used as a pretext for applying policies in favor of or against the people of countries and as a means of hostile media representations of some countries. On the other hand, we emphasize that with the aim of making the findings more effective, the global discourse regarding social factors affecting health, should be drawn towards presenting the successful experiences of countries. For example, the development of SERAJ¹ local centers, in the family health program and the referral system, as a new model of the structure of providing psycho-social health services and people's participation in health with the development of people's participation house/center in health, with the aim of solving the problem of factors control the social impact on health at the level of the individual, family and region. The development of this model is based on the participation of people and government agencies at the regional and community levels with the aim of providing mental health services, solving social problems, and completing the service cycle (from collaborative care, post-discharge care, rehabilitation services, home care and active follow-up in both two psycho-social areas). The successful results led to its 4-fold development within six months in the family health program.

1 A word inspired from the Holy Quran - the holy book of Muslims - which means light.

health, providing health education to the mother, and providing a concerned compassionate health care provider in each family, would guarantee the health of the family. A proper understanding of the status and role of motherhood by improving the health of the family helps to maintain and improve the health of society. This model is a family-based design of paragraph 20 in the statement of October 10, 2019, of the United Nations General Assembly (74/2) regarding the empowerment of women and girls as key contributors and people, and at the same time, the weaknesses of many other models in this field that it often puts two different genders in front of each other.

We according to the bitter experience of population control in Iran, which started before the Islamic Revolution of Iran, but was only achieved with the participation of the people in the governance and after the people revolution, as well as the current experience of the Islamic Republic of Iran in the family health program and the referral system to prevent the terrible risk of population aging crisis with public participation in order to maintain and promote the health and youth of the population, we emphasize that the achievement of health goals, would be possible only via the participation of the people, based on improving the health literacy of the people and especially mothers as the main Health contributors, and also proper communication between people and governments.

This is despite the fact that the patterns predicted in the goal 17 of sustainable development, which was previously predicted in the goal 8 of the Millennium Development Goal of “expanding global partnership for development”, are one of the most important weakness points of the document, based on numerous published evidence. the Millennium development and the predicted goals have not been achieved until now, which is caused by the superficial viewpoint of the organizers of these documents to participation concept.

11. The family health program integrates successful experiences in addressing social determinants of health.

We emphasize again that social factors and health interventions can have both positive and negative impacts on family health. Factors such as Security, level of education, level of income, employment, nutrition, and social status can significantly influence health outcomes and be the cause of health and illness. If this is ignored, reaching health goals, and establishing justice in health may become impossible. The impact of these factors on society and the family and the social action towards it should be identified and evaluated regionally and locally, by taking into account cultural considerations in an acceptable form to the target society, the solutions for rectifying, improving or reducing the side effect in the care system primary health services should be integrated and necessary inter-departmental coordination should be performed.

In this context, the family-based definition of health, in addition to emphasizing the well-known social factors, emphasizes that the status of a person’s family, its stability and solidity, as well as the status of its relationships in a society, should be added to the set of social factors affecting health. One of the most important social factors threatening health is the threat of family stability, via applying false definitions of family and gender. In Fact, fake narratives of marriage and gender are some of attempts to eliminate transcendental concepts such as mother, father and natural family. Another threat to family-based health is removing sexual needs from the monopoly of marital relations, as well as the use of sexual stimuli in the public space, including media, advertising, and industry, which must be seriously monitored and controlled. We emphasize that in order to maintain and promote health in their society, countries must

9. Family- based health programs are directly related to strengthening the primary health care network.

We emphasize that strengthening the primary health care network guarantees fair access to primary health services and reducing out-of-pocket payments. “Family health program and referral system” has a direct relationship with “strengthening the network”. The family health program improves the PHC system by providing integrated care and the improvement of PHC leads to better implementation of the family health program. Family health makes PHC more targeted and encourages service providers to achieve a tangible goal. Reciprocally, as the efficiency, quality and correct and continuous provision of health care services of the PHC system - which works with the aim of family health - are strengthened and developed with easier access and less restrictions (through adapting the content to the needs of families), The health of the family will be more. As a result, universal health coverage will be greater too.

Expanding health centers and increasing the capacity of competent and responsible human resources is very important for the success of the family health program and the referral system, and it should be considered and monitored until all families have proper access to health services at the first level. In this regard, it seems necessary to cover various dimensions of family health and the comprehensiveness of services.

In addition, we emphasize that the “commitment of governments” to the primary care system, which guarantees the provision of financial resources and qualified human resources in this field, can reduce the cost of 7.5 trillion US dollars in the world for health. This is equal to 10% of the global gross product and on average, one-third of it would be covered by direct payments from people’s pockets -. The remarkable successes observed in Iran’s health network are due to the commitment of governments to strengthen and develop the network, and now it is based on its transformation and modernization in the family health program and referral system.

10. The family health program emphasizes the popularization of the health system.

We emphasize that health cannot be realized except with the active participation of people, and this is another emphasis on status of people-based health approach, which was emphasized in paragraph 25 of the resolution of October 10, 2019, of the United Nations General Assembly (74/2). Based on this, Iran’s health network, which is known in the world as Behwarz (social worker in rural areas), was an early people-based model that has been updated in the family health program nowadays. With her/his deep connection and familiarity with the target community, the Behwarz was able to seek support from family members, relatives, acquaintances, and local confidants to solve the client’s health related problems and to follow up it. Therefore, in order to promote the health of the family, she/he used to play a role beyond the implementation of instructions and booklets of educational activities.

In addition, people play an active role in the family health program and the referral system, in receiving and improving the quality-of-service delivery. One of the ways to create a feeling of need to receive services in families is their participation in programs and plans to provide services, which occurs by improving people’s health literacy. We emphasize that improving the health literacy of families, especially mothers, plays a key role in the use of primary health care.

Training, educating and empowering each family for self-care begins with appointing a family health ambassador. The health ambassador represents the family and teaches health skills to promote the health of family members. In the family, the mother usually takes this responsibility. Because it supports other family members in the best way and has the greatest impact on the health of family members. The mother can implement health concepts in the home atmosphere and improve the level of health literacy and health indicators in the family. Placing mother in the heart and center of family

7. The family health program is a model for reducing population concerns at the international level.

While emphasizing the concerns raised in paragraph 13 of the resolution of October 10, 2019 of the United Nations General Assembly (74/2) that “D- despite the progress achieved at the global level, many health systems are not sufficiently prepared to respond to the needs of rapidly aging population”, and emphasizing other relevant upstream documents that advise countries to prepare to deal with population aging, we clarify that this model, although is necessary, but it is not a perfect model.

We emphasize that the family health program, in addition to emphasizing on providing services to care for the elderlies, has addressed the multifaceted needs of the population and the multiplication of generations in the primary health care system. It is worth to mention that, fortunately, it is seen as a successful experience, with high political commitment in Iran became a strategic law.

Countries in family-based health programs should focus on scientific and evidence-based standardization of prenatal screenings, care of fetal life, restriction of access to illegal abortions, care for non-standard increase in legal abortions, marriage when needed, Healthy fertility, timely and multiple childbearing, promotion and facilitation of natural and safe childbirth, prevention and timely diagnosis of infertility along with infertility treatment, development of insurance coverage for infertile couples, food security for pregnant mothers and children under 5 years of age.



8. Integration of education and health system is a facilitatory structure for family health programs.

We emphasize once again that the integration of supplementary education and research in the situation of providing health services is a successful and applicable model for training human resources and providing appropriate health services. In the family health program and referral system, the main goal is to design evidence-based and family-based models, which can be designed, piloted, and integrated into the primary care system more quickly in the integrated state of the health system.

In addition, in the state of integration, it is emphasized that education should be based on culture, religion and environment so that it can help to provide service by the educated in order to improve the health of the family in all dimensions. Paying attention to cultural, indigenous and religious considerations is as important as the

5. The family health program and referral system represent a family-based model aimed at furthering the objectives of the primary health care (PHC) system.

Positioned as a forward-thinking initiative, the family health program and referral system in the Islamic Republic of Iran, guided by the slogan “Every Iranian family is a healthcare provider,” stands out as a strategic cornerstone of the country’s urban primary healthcare system. This innovative model places a strong emphasis on enhancing family health as a primary objective within an integrated care framework. Within Iran’s primary healthcare system, each healthcare provider is assigned a caseload of 1500 individuals whom they actively support and monitor. Every 12,000 residents select one of four doctors from the comprehensive urban health service center as their dedicated physician, ensuring access to selected care services at no cost, covered by the health system. In cases where additional services such as oral and dental health, nutrition, or mental health are required, families or individuals are seamlessly referred horizontally to the comprehensive urban health service center. For specialized medical needs, referrals are made to higher levels of care by physicians. The implementation of this referral system enables individuals to access specialized services covered by insurance organizations with a referral code, thereby safeguarding against unnecessary medical interventions and promoting the fourth level of prevention aimed at reducing adverse healthcare outcomes. This model holds promise in ensuring equitable access, minimizing out-of-pocket expenses, enhancing system efficiency and effectiveness, and ultimately elevating the overall health outcomes of society.

6. Changing the approach from person-based to family-based would change important concepts and definitions in health literature.

The adoption of a family-based approach to health has yielded substantial positive transformations in defining health. An exemplary illustration of this success can be observed in Iran’s family health program, where the following noteworthy changes have been implemented:

- The successful implementation of the “right to life of the fetus” has effectively reduced fetal mortality rates within the family health program and referral system. This groundbreaking initiative starts addressing health concerns from the embryonic stage, reflecting a progressive shift towards a human rights-based and family-centric healthcare model.
- Correctly redefining “motherhood” instead of defining “pregnant woman” prevents the objectification of the fetus in the field of health and killing of human fetuses. In this view, motherhood is considered as a high social position, and the rights of mothers are respected regarding the human relations between the mother and the human fetus instead of purely paying attention to the physiological events during pregnancy.
- In this program, instead of focusing only on the negative aspects such as violence against women and children, programs for the mental health of families and healthy communication in families are designed on a broader scale under the title of “Healthy and Cohesive Family” program. This comprehensive initiative is set to undergo a pilot phase.
- Women’s empowerment programs and emphasis on eliminating gender-based discrimination, which can lead to damage to the family, should be redefined in the framework of strengthening the family foundation and based on healthy gender roles. This redefinition can lead to preventing the abuse of women’s health issues and empowering them by imposing concepts such as individual freedoms based on unhealthy sexual behavior and weakening the family. Because, in general, sexual behavior outside the family framework is a risk factor and should not enter the health field.
- In lieu of focusing on negative and pathological gender-related symptoms, health-based programs like “adolescent health promotion” have been developed and are poised for pilot implementation within this program.

transmitted diseases can primarily aim to minimize harm without attempting to curtail sexual behaviors outside the family framework; conversely, it can strive to reduce such behaviors out of the family which is recognized as a primary determinant of disease.

Contrary to individual-centric perspectives, “family health” serves as the core and cornerstone of care and prevention across all domains, particularly within the primary healthcare system. Family health programs should be tailored to enhance the natural and wholesome family environment in which individuals are born and reside.

In this vein, a fundamental reevaluation centered on the family is imperative, particularly concerning goals 5 and 10 of the sustainable development agenda, which have previously hinted at challenging the family-centric nature of health programs. To write new and optimistic objectives in international frameworks for the forthcoming decades, a family-based approach in development and health must be paramount. While countries, through their active and culturally rooted contributions, will resist the unilateral perspective and cultural dominance in international documents, they must also prevent specific groups and international organizations aligned with certain cultural norms - particularly in the healthcare realm - from dictating the sole (and exclusive) narrative of global cultural governance.



4. Spiritual health is defined only in the framework of a religious and monotheistic view.

Undoubtedly, spirituality is one of the basic aspects of health; spirituality serves as a cornerstone of religious beliefs based on connection with a one GOD. If spirituality is detached from its religious roots and is written and designed solely based on non-religious moralistic views and based on functionalism, it is in fact, secularization of health issues, which is a kind of negation of religion from the social scene. Such an approach fundamentally contradicts the divine essence embedded in religious teachings under all circumstances. Therefore, spiritual health must be firmly grounded in monotheistic principles and religious doctrines, underscoring the vital role of faith traditions in societal governance, particularly within the realm of healthcare.

We, the health managers, and representatives of various nations have convened in Tehran on March 15 and 16, 2024 (1402 SH) to underscore the vital importance of family-based health planning as a fundamental prerequisite, outcome, and measure of societal progress and equity across all social, economic, and environmental spheres. Affirming the responsibility and right of every individual and family to access the highest level of physical, mental, and social health, without any discrimination, we hereby declare that the following 12 domains necessitate a shift in discourse, and we are dedicated to effecting these changes in program implementation across countries:

1. Health is a everyone right and everyone responsibility.

The right to health is inherent to every human being and has been underscored in various international fora. Moreover, health constitutes a shared responsibility for individuals, families, and communities, with each party accountable for their own health and that of others. This principled accurate and stance is rooted in the tenets of divine religions that espouse belief in the invisible realm and position health as a communal duty, a cornerstone for advancement, growth, and pursuit of bliss.

2. The main solution for the development of justice in health is to eliminate deprivation.

Drawing inspiration from UN General Assembly Resolution 70/1 on September 25, 2015, aimed at eradicating deprivation, we stress the imperative of prioritizing the most marginalized groups. The universal health coverage initiative must address deprivation and promote health equity by according to precedence to underprivileged and impoverished families.

In this context, the primary objective of the 2030 Sustainable Development Agenda and the initial goal of the preceding Millennium Development Goals - "to eliminate extreme poverty worldwide by 2030" - which remained unattained in both frameworks, necessitates more profound, actionable, and resolute strategies. Furthermore, we highlight that fostering equity is contingent upon eliminating discrimination; however, governmental policies concerning matters such as sexual orientation outside the purview of the natural family should not encroach upon this sacred realm.

3. The family stands as the central pillar of healthcare initiatives.

We reiterate that health, encompassing all dimensions beyond mere absence of illness, is intricately linked to the family unit. It is challenging to achieve holistic health outside the natural family construct. The union of man and woman in marriage forms the only essential and functional foundation that fosters societal harmony within a healthy context. This framework serves as the cornerstone and safeguard of health. An individualistic approach in health programs poses significant risks to protective health factors, particularly in mental and social health, along with initiatives addressing health and gender.

We stress that prioritizing family health across all dimensions presents the most straightforward path for governments to attain societal health. To effectively manage and control communicable and non-communicable diseases, notably hypertension and diabetes, as well as social issues like suicide, substance abuse, alcoholism, and tobacco use requiring preventive measures, focusing on family health, and fortifying its structure, alongside developing family-based programs, constitutes primary prevention - which is the basis of Primary Health Care (PHC). For instance, controlling sexually

**Final Declaration of the First International Congress
PHC for UHC Through**

Family Health Program

Iran, Tehran, March 2024

**IN
THE
NAME
OF
GOD**

Most Gracious, Most Merciful

