

فهرست

..... سلامت و بیماری

..... آموزش بهداشت

..... بهداشت محیط

..... بهداشت حرفه ای

..... بهداشت دهان و دندان

..... اصول و کاربردهای اپیدمیولوژی

..... اپیدمیولوژی و کنترل بیماری ها و حوادث و سوانح

..... ایمنسازی

..... بهداشت خانواده

..... بهداشت روان

سلامت و بیماری

تعریف سلامت (Health)

سلامت مفهوم وسیعی دارد و تعریف آن تحت تاثیر میزان آگاهی و طرز تلقی جوامع با شرایط گوناگون جغرافیایی و فرهنگی قرار می گیرد، ضمن اینکه سلامتی یک روند پویا است و با گذشت زمان نیز مفهوم آن تغییر خواهد کرد. قدیمی ترین تعریفی که از سلامتی شده است عبارتست از بیمار نبودن.

در طب سنتی برای انسان چهار طبع مخالف دموی، بلغمی، صفراوی و سوداوی قائل بودند و اعتقاد داشتند که هرگاه این چهار طبع مخالف در حال تعادل باشند فرد سالم است و زمانی که تعادل میان طبایع چهارگانه مختل شود بیماری عارض می شود. فرهنگ وبستر (Webster) سلامتی را وضعیت خوب جسمانی و روحی و بخصوص عاری بودن از درد یا بیماری جسمی می داند. فرهنگ آکسفورد (Oxford) سلامتی را وضعیت عالی جسم و روح و حالتی که اعمال بدن به موقع و مؤثر انجام شود می داند.

تعریف سلامت (نرمال) از دیدگاه آماری

معمولاً براساس توزیع فراوانی، افراد را به دو جمعیت طبیعی و غیر طبیعی (بیمار و سالم) تقسیم می کنند به فراوان ترین رویداد یا عادی ترین حالت، طبیعی اطلاق می شود. در الگوی آماری تمام مقادیر کمتر و بیشتر از دو انحراف معیار از میانگین، غیر طبیعی است (با فرض توزیع نرمال).

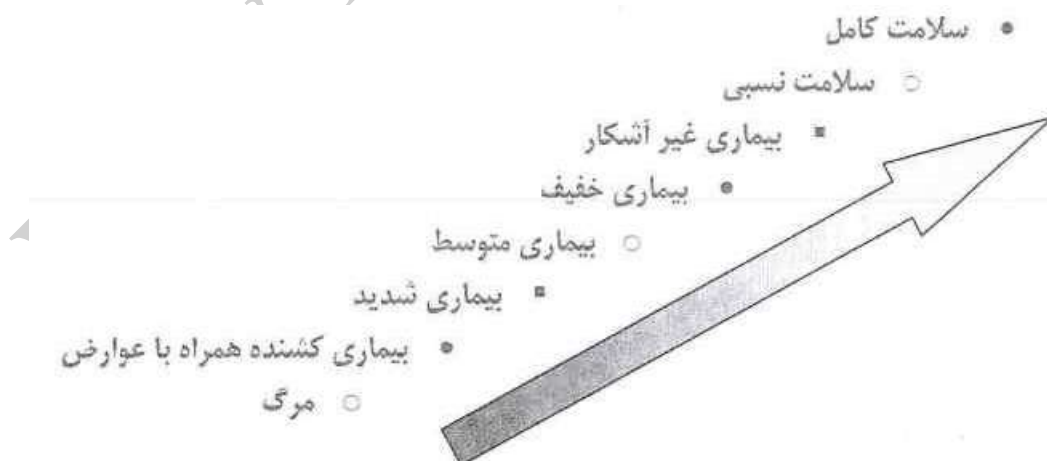
تعریف سلامت از دیدگاه سازمان جهانی بهداشت

سلامت عبارتست از برخورداری از آسایش کامل جسمی، روانی و اجتماعی و نه فقط نداشتن بیماری و نقص عضو. جالب توجه است که حکیم نظامی در کتاب پنج گنج خود، با بهره گیری از ایجاز شعر فارسی، تعریف طولانی سازمان جهانی بهداشت را با دو کلمه سلامت = آسودگی (سلامت به اقلیم آسودگیست) بیان نموده است.

تعریف سازمان جهانی بهداشت از سلامتی، یک تعریف ایده آل و عملا دست نیافتنی است زیرا با توجه به این تعریف نمی توان فردی را پیدا کرد که در هر سه بعد جسمی، روانی و اجتماعی کاملاً سالم باشد، ضمن اینکه در عمل هم نمیتوان مرزی بین سلامت و بیماری در نظر گرفت. در حقیقت این تعریف مشابه قله مرتفعی است که هیچ کس نمیتواند آن را فتح نماید ولی تلاش همه افراد باید به سمت آن باشد و از طرفی باید برای سطح سلامتی، طیفی قائل شد.

طیف سلامت و بیماری

چنانچه قبلاً گفته شد سلامتی و بیماری مرز مشخصی ندارند و در نتیجه بهتر است برای سلامتی طیفی در نظر بگیریم که یک طرف آن سلامت کامل و در طرف دیگر مرگ قرار دارد:



مسئله مهم اینست که در طب بالینی و بررسی های اپیدمیولوژیک باید مرز سلامت و بیماری را مشخص کرد، گرچه گاهی در این مرز بندی ممکن است بعضی از افراد سالم، بیمار و بالعکس عده ای از افراد بیمار، سالم تلقی شوند ولی عملاً ناچاریم به این مرز بندی تن دهیم.

عوامل موثر بر سلامتی (تعیین کننده های سلامتی – Defertinants of health)

با توجه به دامنه گسترده تعاریف مربوط به سلامتی تعیین کننده های سلامتی نیز بسیار گسترده و متنوع خواهد بود که در اینجا به مهم ترین آنها اشاره می شود.

۱- عوامل ژنتیکی و فردی

بسیاری از بیماریها تحت تاثیر خصوصیات ژنتیکی هستند. گرچه در مورد بیماریهایی که ظاهرا جنبه ژنتیکی ندارند نیز ممکن است خصوصیات ژنتیکی فرد زمینه مساعد کننده ای برای بیماری فراهم آورد.

عوامل فردی نظیر سن، جنس، شغل، طبقه اجتماعی، وضع تغذیه و ... نقش مهمی در سلامت افراد جامعه خواهد داشت که در اینجا بعنوان نمونه به شرح مختصر بعضی از عوامل فردی مؤثر بر سلامت اکتفا می شود.

سن: پیشتر حالات مربوط به سلامت و بیماری به نحوی با سن افراد مرتبط است. مثلا نوع بیماری ها، شدت بیماری ها و مرگ و میر ناشی از آن در سنین مختلف متفاوت است و بیماری های قابل انتقال در سنین پایین و بیماری های غیر قابل انتقال و مزمن در سنین بالا شیوع بیشتری دارد.

جنس: به طور کلی گزارش بیماری در زنان و مرگ و میر در مردان بیشتر است. به دلیل تفاوت های تشریحی، فیزیولوژیک و اجتماعی زن و مرد، نوع و شدت و فراوانی بیماری در دو جنس متفاوت است. در مورد فزونی مرگ و میر جنس مذکر در تمام موارد نمی توان دلیلی پیدا کرد ولی به طور کلی به نظر می رسد که نوع کار و حرفه و فعالیتهای اجتماعی یکی از علل عمده این تفاوت باشد.

شغل و طبقه اجتماعی: سلامت افراد جامعه به نحو مؤثری تحت تغییر شغل می باشد زیرا انتخاب حرفه خاص در بسیاری از موارد مستقیما فرد را در معرض عوامل بیماریزای مربوط به آن حرفه و بیماریهای ناشی از آن قرار می دهد ضمن اینکه با تاثیر گذاری بر سطح درآمد به صورت غیر مستقیم بر طبقه اجتماعی، تغذیه، وضع مسکن و سایر فعالیتهای فرد هم مؤثر خواهد بود که همه آنها به نحوی در سلامت نقش دارند.

۲- عوامل محیطی

محیط، نقش بسیار مهمی در وضعیت سلامت و بیماری خواهد داشت زیرا از یک طرف به عنوان یک عامل جداگانه بر سلامت فرد اثر می گذارد و از طرف دیگر روی خصوصیات فردی نظیر شیوه های زندگی، وضعیت ایمنی و خصوصیات رفتاری فرد تاثیر دارد. اثر عوامل محیطی نظیر آب، خاک و شرایط جغرافیایی بر سلامت نیز بر کسی پوشیده نیست و علاوه بر آن عوامل بیولوژیک محیط نظیر موجودات و جانوران محیط زندگی انسان نیز نقش مؤثری بر سلامت افراد جامعه خواهند داشت.

محیط اجتماعی - اقتصادی: عوامل اقتصادی و اجتماعی از طریق اثراتی که بر جسم و روان افراد خواهند داشت در سلامت افراد جامعه مؤثرند. شرایط زندگی، امکانات، تسهیلات آموزشی، نحوه ارتباطات، آگاهی ها، وضعیت اشتغال، درآمد، امنیت و ... همگی به طریقی بر سلامت فرد، اثرگذار هستند و از طرفی ارتباط نامناسب اجتماعی باعث افزایش عوامل استرس زا و نهایتا بیماری می شود.

۳- شیوه های زندگی مردم

نظیر عادات غذایی، تحرک و عدم تحریک نوع تفریحات و سرگرمی ها، نحوه ارتباط با سایر افراد جامعه می تواند در سلامت افراد مؤثر باشد گرچه برخی از شیوه های زندگی در ارتباط با محیط زندگی انسان شکل می گیرد.

۴- وسعت و کیفیت ارائه خدمات

سیاست های بهداشتی جامعه و نحوه ارائه خدمات نیز در سلامت افراد جامعه نقش اساسی دارد. اقدامات پیشگیری از طریق افزایش پوشش واکسیناسیون، بهسازی محیط، تامین آب آشامیدنی سالم، مراقبت گروههای آسیب پذیر جامعه مثل مادران و کودکان و نظایر آن و نیز توزیع عادلانه خدمات، نقش عمده ای در سلامت کلی جامعه خواهد داشت، توانمند ساختن مردم برای ارتقای سلامت خویش یکی از وظایف عمده مسئولین بهداشتی کشور است.

۵- عوامل دیگر

عوامل متعدد دیگری در سلامت افراد جامعه نقش دارند نظیر سطح سواد، وضعیت کشاورزی و تغذیه سیستم ارتباطات و وسائل ارتباط جمعی، وضعیت جاده ها و شرایط اقتصادی اجتماعی.

شاخص های سلامتی جامعه

با توجه به دیدگاه های متفاوت نسبت به سلامتی و گسترده بودن ابعاد سلامتی و تعیین کننده های آن، اندازه گیری و ارزیابی سلامتی کار ساده ای نخواهد بود. لذا شاخص های مختلفی برای ارزیابی سلامتی، مورد استفاده قرار می گیرد که توافق کلی در مورد اینکه کدامیک از آنها با اهمیت تر هستند وجود ندارد ولی باید متذکر شد آن دسته از شاخص های سلامتی که عینی، حساس و اختصاصی هستند برای ارزیابی سلامت مناسب تر می باشند.

اندازه گیری شاخص های سلامتی در موارد زیر مورد استفاده قرار می گیرد

- ارزیابی و مقایسه وضعیت سلامت جوامع مختلف
- کمک به برنامه ریزی خدمات بهداشتی و توسعه خدمات و نیروی انسانی
- اثبات مؤثر بودن فعالیتها
- مستند کردن فعالیتهای انجام شده

شاخص های سلامتی جامعه بسیار گسترده هستند و شامل شاخص های ابتلا، مرگ و میر، باروری و نیز انواع شاخص های اقتصادی فرهنگی می باشند. در اینجا مهمترین و رایج ترین شاخص هایی که در بررسی های جمعیتی و ارزیابی کلی جامعه عینی تر بوده و قابل محاسبه هستند مورد بحث قرار میدهم:

الف- میزان های ابتلاء (Morbidity Rates) میزان هایی که در ارتباط با بیماری هستند

۱- میزان بروز incidence Rate

$$\text{میزان بروز} = \frac{\text{معین مدت در بیماری یک جدید موارد تعداد}}{\text{زمان همان در بیماری آن معرض در جمعیت متوسط}} \times 10^n$$

۲- میزان شیوع (Prevalence Rate)

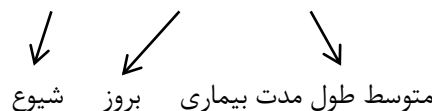
شامل میزان شیوع لحظه ای و میزان شیوع دوره ای است که معمولاً میزان شیوع لحظه ای بیشتر مورد استفاده قرار می گیرد.

$$\text{میزان شیوع لحظه ای} = \frac{\text{زمانی مقطع یک در بیماری یک موجود موارد تعداد}}{\text{زمانی مقطع همان در جمعیت کل}} \times 10^n$$

میزان بروز + میزان شیوع لحظه ای = میزان شیوع دوره های Period P.R

همانطور که در فرمول میزان بروز مشاهده می شود این میزان موارد جدید بیماری را در فاصله زمانی معین اندازه گیری میکند. بنابراین افزایش آن نشانه گسترش بیماری در جامعه می باشد. در صورتیکه تفسیر مقادیر به دست آمده از میزان شیوع، کمی پیچیده تر است زیرا میزان شیوع بیماری به دو عامل یکی بروز و دیگری مدت بیماری وابسته است.

$$P = I \times D$$



ضمناً باید متذکر شد چون میزان ها معمولاً کمتر از یک هستند برای بیان مناسب آنها اغلب از ضریب 10^n نیز استفاده می شود.

۳- به میزان بروز تجمعی (Cumulative Incident) (CI)

$$10^n \times \frac{\text{شوند می بیمار معین زمانی فاصله یک در که جامعه افراد تعداد}}{\text{زمانی فاصله همان ابتدای در جامعه آن افراد تعداد}} = \text{تجمعی بروز میزان}$$

بروز تجمعی بیان کننده نسبتی از افراد جامعه است که در فاصله زمانی معینی به بیماری مبتلا شده اند.

ب - میزان های مرگ و میر (Mortality Rates)

میزان هایی که در ارتباط با مرگ و میر ناشی از بیماری و یا سایر وقایع هستند.

۱- میزان مرگ خام (Crude death Rates)

$$\text{یکسال طی مرگ موارد تعداد} \times 10^n = \text{خام مرگ میزان} \\ \text{سال همان جمعیت متوسط}$$

۲- میزان مرگ شیرخواران (Infant Mortality Rate) (IMR)

$$\text{معین مدت در یکسال زیر کودکان مرگ موارد تعداد} \times 10^n = \text{شیرخواران مرگ میزان} \\ \text{مدت همان در زنده موالید تعداد}$$

۳- میزان مرگ نوزادان (Neonatal Mortality Rate)

$$\text{معین مدت در روز ۲۸ زیر نوزادان مرگ موارد تعداد} \times 10^n = \text{نوزادان مرگ میزان} \\ \text{مدت همان در زنده موالید تعداد}$$

۴- میزان مرگ مادران (Material Mortality Rate)

$$\text{معین مدت در زایمان و بارداری عوارض علت به مادران مرگ موارد تعداد} \times 10^n = \text{مادران مرگ میزان} \\ \text{مدت همان در زنده موالید تعداد}$$

ج- میزان های باروری (Fertility Rates)

میزان هایی که در ارتباط با ولادت و باروری می باشند.

۱- میزان تولد خام (Crude Birth Rate)

$$\text{یکسال معمولاً معین مدت طی موالید تعداد} \times 10^n = \text{خام تولد میزان} \\ \text{سال همان جمعیت متوسط}$$

۲- میزان باروری عمومی (General Fertility Rate)

$$\text{معین مدت طی موالید تعداد} \times 10^n = \text{عمومی باروری میزان} \\ \text{مدت همان در سال ۱۵ - ۴۴ زنان جمعیت متوسط}$$

۳- به میزان باروری کلی (Total Fertility Rate)

$$\text{سنی اختصاصی باروری میزانهای مجموع} \times 5 = \text{کلی باروری میزان} \\ 1000$$

$$\text{میزان مرگ خام} - \text{میزان تولد خام} = \text{میزان رشد جمعیت} \\ \text{DR} - \text{BR} = \text{GR}$$

تعریف بیماری

نظیر سلامتی در مورد بیماری هم تعاریف متعددی ارائه شده است. در حقیقت بیماری نقطه مقابل سلامتی است و با توجه به تعریف سلامتی، بیماری هر گونه انحراف از سلامت کامل جسمی یا روانی است که می تواند به صورت آشکار یا پنهان باشد.

تعریف فرهنگ Webster از بیماری

وضعیتی که در آن سلامت بدن کاهش یافته و از حالت سلامتی دور شده باشد به طوری که تغییر حالت بدن باعث قطع عملکرد اعمال حیاتی شود.

تعریف فرهنگ Oxford

حالتی که بدن یا بعضی از اندام های بدن دچار قطع عمل طبیعی شوند یا از کار بیفتند

تعریف بیماری از دیدگاه اکولوژی

اختلال عمل اندام های انسانی در رابطه با محیط زیست

Disease, Illness و Ill health اغلب به جای هم به کار برده می شوند ولی مفاهیم متفاوتی دارند. Disease مشتق می شود از dis و ease یعنی Disease, discomfort عبارتست از اختلال سلامتی به صورت عینی مثلا وقتی از نظر میکروسکوپی اختلال عمل سلولی مشخص شده که دلالت بر سرطان دارد. پس بیماری Disease عبارتست از وجود تغییرات پاتولوژیک یا غیر طبیعی بدن که قابل تشخیص است و ممکن است بدون نشانه های خاص باشد.

تجربه ذهنی بیماری (Illness)

احساس ناخوشی	احساس ناخوشی
دارای بیماری	بدون بیماری
Ill health	Malingering
احساس بهبودی	احساس بهبودی
دارای بیماری	بدون بیماری
Screening	Healthy

Illness: یک تجربه ذهنی فقدان سلامتی است که به صورت نشانه های خاص نظیر درد تظاهر می کند. برای روشن شدن مطلب به ذکر یک مثال می پردازیم: ممکن است برای فردی از طریق غربالگری تشخیص سرطان داده شود در حالیکه هیچ گونه علائمی ندارد در اینجا بدون اظهار هیچگونه ناراحتی این فرد مبتلا به بیماری است. (Disease) بالعکس ممکن است فرد علائمی را اظهار کند ولی در بررسی های بیشتر مشخص شود که هیچگونه عارضه ای ندارد (Illness) و بالاخره ممکن است فرد علائمی را اظهار کند و بعد از تجسس بیشتر مثلا انجام آزمایشات، بیماری وی به اثبات برسد. در این حالت واژه (Ill health) به کار می رود.

امید زندگی (Life expectancy)

او عبارتست از متوسط تعداد سال هایی که هر فرد در هر گروه سنی انتظار احتمال زنده ماندن را دارد در صورت ادامه میزان های اختصاصی سنی جاری) معمولا امید به زندگی در بدو تولد، بیشتر مورد استفاده قرار می گیرد.

شاخص سالیوان

امید زندگی بدون ناتوانی است. برای محاسبه آن باید مدت احتمالی بستری شدن و ناتوانی عملکرد فعالیت های عمده را از امید زندگی کسر کرد. این شاخص یکی از نشانگرهای نشان دهنده کیفیت زندگی نیز می باشد.

بهداشت عمومی (تعریف وینسلو - Winslow -)

عبارتست از علم و هنر پیشگیری از بیماری ها، طولانی کردن عمر و ارتقای سطح سلامت از طریق کوشش های سازمان یافته اجتماع به منظور سالم سازی محیط، کنترل بیماری ها، آموزش بهداشت، ایجاد اقدامات پزشکی و پرستاری جهت تشخیص زودرس و درمان بیماری ها و بالاخره ایجاد یک سیستم اجتماعی که در آن هر فرد دارای سطح زندگی مطلوبی برای حفظ سلامتی خود باشد، باید متذکر شد که تمام اقدامات مربوط به بهداشت فردی و بهداشت عمومی به منظور دست یابی به سلامتی است و بنابراین نباید تعریف بهداشت و سلامت را معادل یکدیگر در نظر گرفت.

کیفیت زندگی (Quality of life)

میزان رفاه جسمی، روانی و اجتماعی که به وسیله اشخاص درک می شود نظیر رضایت از زندگی احساس سلامت، دارا بودن شغل، داشتن همسر، موقعیت اجتماعی اقتصادی مناسب، خلاقیت، احساس مالکیت همکاری با دیگران و ... باید توجه داشت کیفیت زندگی با سطح زندگی متفاوت است سطح زندگی شامل معیارهای کاملاً عینی است مثل وضعیت اقتصادی، وضعیت مسکن، وضعیت شغل و... در صورتیکه کیفیت زندگی شامل دو جنبه عینی و ذهنی است. بنابراین طرز تلقی و نگرش فرد به زندگی در کیفیت زندگی و ارزیابی آن موثر است. کیفیت زندگی منعکس کننده اختلاف و فاصله (gap) بین امیدها و انتظارات یک فرد و تجربیات فعلی او می باشد.

نمونه ای از شاخص های ارزیابی کننده کیفیت زندگی

شاخص های اجتماعی مثل شاخص های مربوط به سلامتی: LBW، وضعیت سالمندان، میزان خودکشی و... شاخصهای مربوط به وضعیت اقتصادی: افراد شاغل و غیر شاغل جامعه، وضعیت درآمد جامعه و... شاخص های محیطی: وضعیت آلودگی هوا و آلودگی آب.

چنانچه قبلاً ذکر شد کیفیت زندگی با سطح زندگی کاملاً متفاوت است، سطح زندگی به مواردی نظیر وضع اقتصادی، وضع مسکن، شغل و نظایر اینها مربوط می شود که کاملاً قابل اندازه گیری است و همه اینها می تواند در کیفیت زندگی مؤثر باشد ولی کیفیت زندگی میزان بهره مندی فرد از امکانات با اهمیت زندگی وی را مشخص می کند و منعکس کننده میزان رضایت فرد از موهبتهای زندگی نیز می باشد.

تحولات PHC (Primary Health Care) قبل از سال ۲۰۰۰

بهداشت برای همه (HFA - Health for all)

در بیانیه رسمی سومین مجمع جهانی بهداشت در سال ۱۹۷۷ که به بیانیه آلماتا معروف است اعلام گردید که در دهه های آینده هدف اجتماعی و اصلی دولتها و سازمان جهانی بهداشت باید دستیابی همه مردم جهان در سال ۲۰۰۰ میلادی به سطحی از سلامتی (در ابعاد مختلف) باشد که امکان برخورداری از یک زندگی مؤثر و مولد را برای آنان فراهم آورد. در سال ۱۹۷۸ نیز کنفرانس مراقبت های اولیه بهداشتی در آلماتا (مرکز جمهوری قزاقستان) تشکیل گردید و روش دستیابی به بهداشت برای همه مراقبت های بهداشتی اولیه (Health Care PHC Primary) معرفی شد. در ماه می سال ۱۹۷۹ استراتژی جهانی بهداشت برای همه توسط سی و دومین اجلاس سازمان جهانی بهداشت مورد تصویب قرار گرفت و نمایندگان کشورهای عضو پذیرفتند که استراتژی های کشوری بهداشت برای همه را بر اساس مراقبت های اولیه بهداشتی، تدوین و به مرحله عمل در آورند.

در سال ۱۹۸۱ توسط سازمان جهانی بهداشت استراتژی جهانی HFA تکمیل شد (استراتژی جهانی یک چهارچوب جهانی فراهم نموده که اجرای آن توسط همه کشورهای عضو، مناسب و برای تطابق با شرایط و نیازهای گوناگون کشورها به اندازه کافی قابل انعطاف بوده است و به دنبال آن کشورهای عضو هریک استراتژی دستیابی به HFA را برای خود تنظیم نمودند).

هدف، اصول استراتژیک و شاخص های دستیابی به HFA:

بهداشت برای همه یک هدف واحد و محدود نیست بلکه جریانی است که به بهبود مداوم سلامت مردم منجر می شود. بهداشت برای همه به این معنی نیست که در سال های آتی میلادی دیگر کسی بیمار و ناتوان نخواهد بود و گروه پزشکی مراقبتهای پزشکی را برای یکایک مردم جهان و ناخوشی های آنان تامین خواهند کرد! بلکه بدان معناست که بهداشت پا می گیرد و در هر کجا که مردم زندگی و کار می کنند خدمات بهداشتی در اختیار آنان خواهد بود و مردم امکانات بهتری برای رشد و رسیدن به کهنسالی سالم و فعال را خواهند داشت و افراد و خانواده ها به شیوه قابل قبول و متناسب با توان و مشارکت خود به مراقبت های اساسی بهداشت دسترسی خواهند یافت.

شاخص های جهانی به منظور پایش و ارزیابی بهداشت برای همه در کشورها:

۱- سیاست بهداشت برای همه باید در بالاترین سطح اداری در کشورها مورد تایید باشد. به عنوان مثال مقامات طراز اول کشور در یک بیانیه رسمی، تعهد کشور را در مقابل بهداشت برای همه اعلام نموده، به گونه ای که امکانات به مقدار کافی و

عادلانه توزیع شود. مشارکت فعال مردم در برنامه ها تامین گردد و ساختار مناسب همراه با مدیریت مناسب برای توسعه بهداشت کشور فراهم شده باشد.

۲- حداقل ۵٪ تولید ناخالص ملی (Gross National Products - GNP) برای بهداشت صرف شود.

۳- تدابیر لازم به منظور جلب مشارکت مردم در اجرای استراتژی بهداشت برای همه اتخاذ و به مرحله اجرا درآمده باشد، به عبارتی دیگر شرایط لازم برای مطرح ساختن خواسته ها و نیازهای واقعی مردم فراهم آمده، سیاست عدم تمرکز در تصمیم گیری ها، تحقق یافته و نمایندگان گروه ها و سازمان های مختلفی چون سازمان زنان، گروه های صنفی و غیره در برنامه های بهداشتی مشارکت داشته باشند.

۴- درصد قابل قبولی از بودجه بهداشتی کشور به مصرف خدمات بهداشتی محلی برسد. بدین معنی که به منظور ارائه مراقبتها در اولین سطح تماس با جامعه (خانه بهداشت، مراکز بهداشت شهرستان، مراکز بهداشتی - درمانی روستایی و شهری) مورد استفاده قرار گیرد.

۵- توزیع عادلانه منابع و امکانات بهداشتی برای مناطق شهری و روستایی انجام گرفته باشد

۶- استراتژی بهداشت برای همه برای کشور تنظیم، تدوین و انتشار یافته و امکانات لازم برای اجرای برنامه فراهم شده باشد.

۷- آحاد جامعه به مراقبت های بهداشتی اولیه شامل موارد زیر دسترسی داشته باشند:

- آب سالم در منزل یا در فاصله ای که با ۱۵ دقیقه راهپیمایی دسترسی به آن حاصل آید
- ایمن سازی کودکان بر علیه شش بیماری واگیر دوران کودکی (دیفتری، کزاز، سیاه سرفه، سرخک، فلج اطفال و سل)
- مراقبت بهداشتی درمانی در محل شامل دسترسی به حداقل ۲۰ قلم داروی اساسی با یک ساعت پیاده روی با استفاده از وسیله نقلیه

• وجود کارکنان تعلیم دیده برای مراقبت از حاملگی، زایمان و مراقبت از اطفال تا حداقل یکسالگی

۸- وضعیت تغذیه کودکان که با معیارهای زیر سنجیده می شود:

• حداقل ۹۰ درصد نوزادان وزنی بالای ۲۵۰۰ گرم در هنگام تولد داشته باشند

• حداقل ۹۰ درصد کودکان از وزن مناسب برای سن، برخوردار باشند

۹- کاهش مرگ و میر کودکان زیر یکسال به کمتر از ۵۰ در هزار

۱۰- افزایش امید به زندگی در بدو تولد به بیش از ۶۰ سال

۱۱- رسانیدن میزان باسوادی برای زنان و مردان به بیش از ۷۰ درصد کل افراد جامعه

۱۲- افزایش سرانه افراد جامعه از تولید ناخالص ملی به بیش از ۵۰۰ دلار در سال.

مراقبت های بهداشتی اولیه (PHC)

مراقبت های بهداشتی اولیه مراقبت های بهداشتی اساسی می باشد که توسط نظام بهداشتی با یک روش عملی و علمی قابل قبول از نظر روش ها و تکنولوژی، قابل تحمل از نظر هزینه ها (برای جامعه و کشور) و با مشارکت کامل مردم و روحیه خود اتکایی به افراد و خانواده ها در سطح جامعه ارائه می گردد.

سازمان جهانی بهداشت مراقبت های بهداشتی اولیه را این چنین تعریف می کند:

مراقبت های بهداشتی اولیه مراقبت های اصلی در زمینه بهداشت هستند که باید برای همه افراد و خانواده های جامعه قابل دسترس باشند. این خدمات بخش اساسی نظام بهداشتی و توسعه اقتصادی اجتماعی کشور است. مراقبت های بهداشتی اولیه اولین سطح تماس فرد، خانواده و جامعه با نظام بهداشتی کشور بوده و خدمات را تا حد ممکن به جایی که مردم در آن کار و زندگی می کنند می برد.

هدف از ارائه این مراقبت‌ها حفظ، نگهداری و ارتقاء سطح سلامت افراد جامعه است و امروزه بر این نکته تاکید می‌شود که خدمات بهداشتی باید طیف کامل خدمات پیشگیری، درمانی و بازتوانی را پوشش دهد. برای مراقبت‌های بهداشتی اولیه و جوه فلسفی و استراتژیک به شرح زیر در نظر گرفته شده است:

۱- مراقبت‌های بهداشتی اولیه و جهی فلسفی دارد زیرا:

- بهداشت در تعریف، جامعیتی را در بر می‌گیرد که علاوه بر مراقبت‌های بهداشتی درمانی، آمیختگی و هماهنگی بخش اعظم اقتصادی - اجتماعی جامعه یعنی کشاورزی و دامپروری، نیرو، مسکن، کار، آموزش، ارتباطات و ... را شامل می‌شود،
- متکی بر مشارکت مردم است و می‌خواهد نیازهای اساسی بهداشت را به تقاضا و طلب جامعه تبدیل کند.
- متضمن توزیع عادلانه منابع اجتماعی بین طبقات مردم بویژه طبقات محروم جامعه است، چون می‌خواهد امکانات بهداشتی را تا حد ممکن به محل کار و زندگی مردم نزدیک کند.

۲- مراقبت‌های بهداشتی اولیه و جهی استراتژیک دارد زیرا:

- سلامتی را به عنوان محور توسعه شناخته که همواره باید از اولویت در سرمایه‌گذاری‌های توسعه کلی جامعه برخوردار باشد.
- عرضه مراقبت‌های اولیه بهداشتی در اولین سطح تماس جامعه با نظام بهداشتی کشور به صورت خدماتی هماهنگ و تلفیق یافته آغاز می‌شود و جامعیت خود را در سطوح بعدی تکامل می‌بخشد
- مشارکت مردم را در کلیه مراحل برنامه‌ریزی، اجرا و نظارت طلب می‌کند
- با سطح بندی خدمات و از طریق نظام ارجاع و همچنین بکارگیری تکنولوژی مناسب و متناسب با سنت‌ها و امکانات محلی باعث می‌شود که این خدمات با کمترین قیمتی که جوامع و دولت‌ها قادر به پرداخت آن هستند در دسترس همگان قرار گیرد
- برای وصول به هدفهای خود نیازمند نظام بهداشتی مناسبی است که تامین این هدف‌ها را ممکن سازد چنین نظامی باید با انجام پژوهش‌های کاربردی به اصلاح خویش بپردازد و تغییرات ضروری را برای هر مرحله پذیرا باشد

اصول مراقبت‌های بهداشتی اولیه (Principles of Primary Health Care)

به منظور تامین مراقبت‌های بهداشتی اولیه اصول زیر باید مورد توجه باشد:

- ۱- اصل هماهنگی بخش‌های توسعه اقتصادی - اجتماعی (linter-sectoral Approach): بهداشت به صورت مجرد وجود ندارد و تحت تاثیر ترکیبی از عوامل محیطی، اجتماعی و اقتصادی است که به صورت تنگاتنگ با یکدیگر در ارتباطند، بنابراین بخش‌های مختلف جامعه که بر سلامت افراد تاثیر دارند باید تلاشی هماهنگ داشته باشند.
- ۲- مشارکت مردم و اتکاء به خود (Community Participation): بدون همکاری و علاقه مردم به تامین و توسعه خدمات هیچگونه موفقیتی برای آن پیش بینی نمی‌شود این به عنوان «بهداشت به وسیله مردم» و «قراردادن سلامت مردم در دست خود آنها» توصیف شده است. بدین ترتیب بهداشت پدیده‌ای خودجوش است که باید انگیزه بر خورنداری از آن در مردم ایجاد گردد و علاوه بر بخش بهداشت، جامعه باید درگیر مراقبت از خود شوند. بعلاوه جوامع باید در موارد زیر مشارکت داشته باشند:

- ایجاد و نگهداری محیط بهداشتی
- ابقاء فعالیت‌های بهداشتی پیشگیری و ارتقایی
- ارائه اطلاعات مربوط به خواستها و نیازها به مسئولین سطح بالا
- به انجام رسانیدن اولویت‌های مراقبت‌های بهداشتی و اداره بیمارستان‌ها و کلینیک‌ها.

۳- روش‌های مناسب (Appropriate Methods): نه تنها در مراقبت‌های بهداشتی اولیه بلکه در تمامی سطوح ارائه خدمات بهداشتی درمانی باید از روش، ابزار، پرسنل، دارو، مواد و حتی سیستم اداری مناسب و منطبق با شرایط جامعه استفاده گردد. در ارائه خدمات به مردم باید از روش‌هایی استفاده شود که با فرهنگ جامعه مطابقت داشته و از ابزار و پرسنلی

استفاده گردد که با شرایط کار، هم آهنگ هستند. بنابراین فن آوری مناسب ترکیبی است که هم نیازهای مراقبت - بهداشتی و هم بافت اقتصادی - اجتماعی کشور را در نظر بگیرد. این موضوع شامل در نظر داشتن ملاحظات زیر است:

- هزینه (هم هزینه های سرمایه ای و هم هزینه های جاری)
 - کارایی و کارسازی فن آوری برای مقابله با مشکلات بهداشتی
 - قابل پذیرش بودن رویکرد هم برای جامعه هدف و هم از نظر ارائه کنندگان خدمات بهداشتی
 - قابل تحمل بودن رویکرد از جمله ظرفیت نگهداری تجهیزات
- بعلاوه ارائه دهندگان خدمات در سطوح مختلف برای استفاده از مناسب ترین و هزینه اثربخش ترین روش ها و ابزارها باید آموزش لازم را دیده باشند.

۴- **عدالت (برابری) (Equity):** منابع بهداشتی و خدمات مربوط به آن باید به صورت برابر در اختیار همه افراد جامعه قرار گیرد و مردم با نیازهای یکسان باید دسترسی برابر به مراقبت های بهداشتی داشته باشند. برای اطمینان از دسترسی برابر باید توزیع و پوشش مراقبت های اولیه بهداشتی در مناطقی بیشتر باشد که بیشترین نیازها وجود دارد. در جامعیت خدمات مراقبت های بهداشتی اولیه یک رویکرد جامع بر اساس مداخلات زیر است:

- مداخلات ارتقایی: برخورد مراقبت های بهداشتی اولیه در سطح جامعه با علل اساسی است که بر سلامت تاثیر می گذارد
 - مداخلات پیشگیری کننده: این مداخلات کاهش دهنده بروز بیماری ها با برخورد سریع با عللی است که برای فرد ایجاد مشکل نموده است.
 - مداخلات درمانی: این مداخلات سبب کاهش شیوع بیماری بوسیله توقف پیشرفت بیماری در بیمار است
 - مداخلات بازتوانی: این مداخلات سبب کوتاه نمودن پی آمد یا عوارض مربوط به مشکل سلامتی افراد می شود.
- رویکرد فوق به این دلیل که تاثیر زیادی بر بهبود وضعیت سلامت افراد دارد باید توسط جامعه حمایت گردد.
- رویکرد جامع مراقبت های بهداشتی اولیه نیازمند کارکنانی است که بتوانند در برخورد با مشکلات مربوط به سلامتی راه حل ارائه نمایند برای مثال: فقط مایع درمانی خوراکی برای کودک مبتلا به اسهال کافی نیست نگهداری سلامت کودک نیازمند ارائه آموزش به خانواده در مورد نحوه مراقبت از کودک و بهداشت محیط و بهبود تغذیه است.

اجزای مراقبت های بهداشتی اولیه

- آموزش بهداشت (آموزش در خصوص مشکلات معمول بهداشتی، پیشگیری و روش های کنترل بیماریها)
- بهبود تغذیه
- دسترسی به آب آشامیدنی سالم و بهسازی محیط
- بهداشت مادر و کودک و فاصله گذاری بین موالید
- واکسیناسیون بر علیه بیماری های عفونی قابل انتقال در دوران کودکی
- پیشگیری و کنترل بیماریهای عفونی (بیماریهای عفونی آندمیک محلی)
- درمان بیماری های معمول و جراحی ها
- دسترسی به داروهای اساسی

لازم به ذکر است که هشت فعالیت فوق، حداقل اقدامات لازم الاجرا برای همه جوامع بوده و هر جامعه ای باید براساس نیازها و اولویت بندی آن برای ارائه خدمات مورد نیاز مردم اقدام به برنامه ریزی و اجرا نماید در حال حاضر در ایران علاوه بر هشت جزء فوق مراقبت های بهداشت دهان و دندان و تا حدودی مراقبت های بهداشت روانی نیز به مردم ارائه می گردد.

سطوح مراقبت های بهداشتی

فلسفه اصلی مراقبت های اولیه بهداشتی را توزیع عادلانه منابع بهداشتی، تشکیل می دهد. این هدف وقتی تحقق می یابد که وسیعترین و اولیه ترین نیازهای بهداشتی جامعه تا حد امکان در محل کار و زندگی مردم به سهولت قابل دسترسی باشد. از

مرکز تخصصی خدمات آموزشی گروه پزشکی فرهنگ گستر نخبگان

طرفی مراقبت های بهداشتی اولیه براساس این واقعیت است که بسیاری از مشکلات مربوط به سلامتی جمع کثیری از مردم به سطوح پائین هرم PHC (مطابق با شکل ۱) اختصاص می یابد.



با این بینش، تأکید برنامه ریزان بهداشتی باید متوجه تقویت مراکز سطح اول ارائه مراقبت ها باشد. ارائه مراقبت ها در این سطح و زیر مجموعه آنها از نظر اقتصادی نیز بسیار هزینه اثر بخش تر از ارائه این خدمات توسط کارکنان تخصصی در بیمارستان ها است. بیمارستان محل ارائه خدمت به بیماران ارجاع شده از سطوح مراکز بهداشتی درمانی است که نتوانسته اند خدمات درمانی کافی را به لحاظ تخصصی شدن خدمات، دریافت نمایند. پس در توزیع باید توجه شود که هر سطح، کامل کننده خدمات سطح قبلی خود باشد نه تکرار در عین آن خدمت. قابل تاکید است که به دلیل اهمیت برخورداری تمامی مردم از مراقبت های بهداشتی اولیه باید توزیع واحدهای ارائه دهنده خدمات سطح اول به گونه ای باشد که هیچ جمعیتی خارج از محدوده عمل آنها قرار نگیرد.

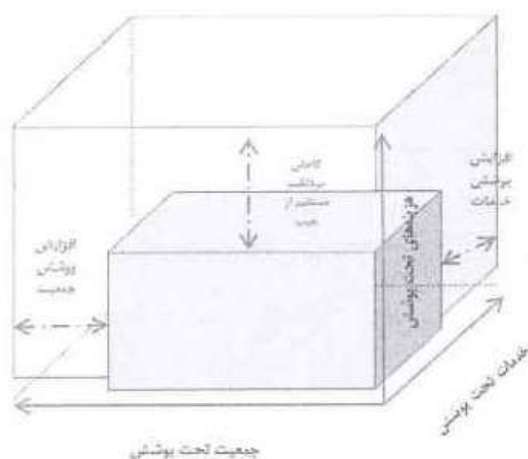
مقدمه

راهبرد **مراقبت های اولیه سلامت** از سوی سازمان جهانی بهداشت در سال ۱۹۷۸ کمک قابل توجهی به کشورها کرد تا بتوانند تلاش های خود را جهت تدوین برنامه های ملی، سازماندهی کنند. این تلاش ها اگرچه بهبود وضعیت کلی سلامت را به دنبال داشت، اما پیشرفت در وضعیت سلامت، نسبی بود و هدف **سلامت برای همه** به صورت کامل محقق نشد. از این رو سازمان جهانی بهداشت در سال ۲۰۰۰ مفهوم **تقویت نظام سلامت** را به کشورها معرفی و بر ضرورت آن برای دستیابی به اهداف نظام سلامت تاکید کرد. به دنبال آن، در سال ۲۰۰۵ و سپس ۲۰۰۸، **پوشش همگانی سلامت** را به عنوان آنچه کشورها باید در تقویت نظام سلامت جهت تأمین سلامت برای همه و عدالت در سلامت، مدنظر قرار دهند، پیشنهاد نمود. طبق تعریف: پوشش همگانی خدمات سلامت، عبارتست از "دسترسی آحاد مردم به مداخلات ایمن و با کیفیت اصلی سلامت، به نحوی که در پرداخت مالی آنها دچار سختی نشوند". ایران، همگام با جنبش جهانی برای اجرای پوشش همگانی سلامت، انجام این مهم را جزو تعهدات خود قرار داد. ضمن این که اجرای اجزای مختلف پوشش همگانی سلامت، هم راستا با سیاستهای کلی سلامت نیز هست.

در این گفتار، تلاش می شود ضمن مروری کوتاه بر تجربه کشورهای دنیا در دستیابی به پوشش همگانی سلامت، مهم ترین اقداماتی که تاکنون برای این هدف در ایران انجام شده است، معرفی گردد. سپس با ارزیابی وضعیت ایران در دستیابی به پوشش همگانی، مشخص شود تا چه اندازه اهداف مورد نظر، محقق شده است. در نهایت نیز با تبیین چالش های کنونی ایران برای تحقق پوشش همگانی سلامت، پیشنهادهایی برای تداوم دستاوردها و کسب موفقیت در اجرای گامهای بعدی تحقق پوشش همگانی سلامت، ارائه شود.

مفهوم پوشش همگانی سلامت

با توجه به تعریف سازمان جهانی بهداشت، پوشش همگانی سلامت به این معنا است که همه مردم خدمات سلامت موردنیاز خود را دریافت کنند؛ این خدمات مشتمل بر خدمات سلامت عمومی با هدف ارتقا سلامت (مانند کمپین های مبارزه با مصرف دخانیات و یا مالیات بر دخانیات)، خدمات پیشگیری (مانند واکسیناسیون)، خدمات درمانی، مراقبتهای توانبخشی و طب تسکینی می باشد. خدمات فوق باید با بهترین کیفیت و ایمنی به نحوی ارائه شوند که افراد با دریافت خدمات از نظر مالی دچار سختی نشوند یا به عبارتی هزینه های سلامت برای آنها کمرشکن نباشد. این تعریف به خوبی نشان می دهد هر آنچه از پوشش همگانی سلامت، مورد انتظار است، در سه جزء پوشش جمعیت، پوشش خدمات سلامت و پوشش هزینه های سلامت خلاصه می شود که همان سه بعد مکعب پوشش همگانی هستند (شکل ۱).



شکل ۱- مکعب پوشش خدمات سلامت

پیام این مکعب برای نظام های سلامت این است که باید برنامه های و اصلاحات خود را به گونه ای سازماندهی کنند که خدمات ضروری و موردنیاز سلامت را با کیفیت مناسب برای بخش بزرگی از جمعیت خود (و در حالت ایده آل همه جمعیت خود)، با بیشترین پوشش هزینه های مالی فراهم آورند. تأکیدی که پوشش همگانی سلامت بر محافظت مالی جمعیت دارد، وجه تمایز آن با راهبرد مراقبت های اولیه سلامت محسوب می شود. تامین این حفاظت مالی در کنار پوشش جمعیت و پوشش خدمات، عدالت در دسترسی به خدمات سلامت را تضمین می کند.

۱- پوشش خدمات سلامت:

جزء نخست بر عمق پوشش (Depth of coverage) دلالت دارد و نشان دهنده فهرستی از خدمات سلامت است که برای رفع نیازهای سلامتی، ضروری شناخته شده و با توجه به معیارهایی مانند هزینه اثربخشی، از طریق منابع عمومی دولت در بخش سلامت تأمین مالی می شوند. این فهرست همانی است که با نام بسته خدمات ضروری در نظام های سلامت طب ملی) و یا بسته خدمات بیمه سلامت پایه در نظام های سلامت بیسمارکی یا نظام بیمه های اجتماعی) می شناسیم، تعیین اینکه هر یک از بسته ها چه خدماتی را شامل می شوند، اقدامی مهم و چالش برانگیز در مسیر دستیابی به پوشش همگانی سلامت است. زیرا با نوعی تصمیم گیری و انتخاب از بین گزینه های مختلف روبرو است و نتیجه ی این انتخاب، نقش تعیین کننده ای در مصرف درست و بجای منابع و در نهایت بهبود عملکرد نظام سلامت و ارتقای شاخص های سلامتی هر کشور دارد. جستجو برای استفاده از یک روش منطقی برای اولویت بندی مداخلات سلامتی یکی از موضوعات اصلی مطالعات نظام سلامت

بوده و هست. خوشبختانه با تلاش هایی که در این زمینه انجام شده، روشهای عینی تر و علمی تری برای مقایسه گزینه های مختلف تصمیم گیری معرفی شده است. یکی از رایج ترین این روش ها، استفاده از تحلیل های اقتصادی و قضاوت براساس هزینه اثربخشی گزینه ها می باشد. روشی که در گزارش های اولویت های کنترل بیماری ها (Diseases Control) (DCP: Priorities) به کار رفته و براساس آن تلاش شده با توجه به بار بیماری ها، به روزترین شواهد در مورد کارآمدی مداخلات و اثربخشی برنامه های سلامت فراهم شود. جزء پوشش خدمات اگر با پوشش دو جزء دیگر همراه نباشد، دستیابی به پوشش همگانی سلامت را تحت الشعاع قرار خواهد داد. به علاوه مشخص کردن فهرست خدمت تحت پوشش باید با در نظر گرفتن تمهیداتی برای ارائه ی به موقع، جامع، یکپارچه و با کیفیت خدمات یا به عبارتی انتخاب چیدمان درست برای ارائه خدمات سلامت همراه باشد تا با پوشش مؤثر خدمات زمینه تحقق پوشش همگانی سلامت را فراهم نماید.

۲- پوشش جمعیت:

جزء دوم، وسعت پوشش (Breadth of coverage) را نشان می دهد و شامل درصدی از جمعیت است که زیر چتر برنامه های حفاظت اجتماعی دولت برای خدمات سلامت هستند. افزایش پیشرونده تعداد جمعیت تحت پوشش به ویژه در میان اقشار محروم و آسیب پذیر یکی از اجزای پوشش همگانی سلامت است. فرایندی که پیچیده است و به موازات پیشرفت حاصله در این قسمت پیچیده تر نیز می شود. دستیابی حداکثری به پوشش جمعیت به یک نظام بیمه ی سلامت خوب نیاز دارد. نظامی که بیشترین میزان انباشت خطر را داشته باشد و امکان پرداخت برحسب توان و دریافت خدمت براساس نیاز را فراهم آورد. با توجه به تجربه ای که بسیاری از کشورها، حتی در گروههای درآمدی متوسط، در پوشش ۱۰۰ درصدی جمعیت دارند، این دیدگاه که تحقق کامل این جزء پوشش همگانی امکان پذیر نیست رد می شود. البته این را نیز باید گفت که پوشش جمعیت (حتی در حالت کامل)، در غیاب پوشش دو جزء دیگر، ضامن دستیابی به هدف پوشش همگانی سلامت نمی باشد.

۳- پوشش هزینه های سلامت

سومین جزء مقدار/ ارتفاع پوشش (Height of coverage) را نشان می دهد و گویای درصدی از هزینه های سلامت است که از طریق منابع انباشت شده پوشش داده می شوند. منابع انباشت شده به دو صورت اشتراک خطر خسارت مالی بین گروههای مختلف جامعه (انباشت) و توزیع خطر در طول زمان (پیش پرداخت) حاصل می شوند. این منابع به گواه شواهد موجود، می توانند به کاهش مشکلات مالی ناشی از نیازهای سلامتی ناگهانی، حذف موانع دسترسی به خدمات سلامت و کاهش بروز مشکلات مربوط به بیماری کمک نماید. جزء پوشش هزینه های سلامت، به شدت مورد توجه کشورها برای تنظیم برنامه های اصلاحی نظام سلامت می باشد. البته مداخلات موردنیاز برای پیشرفت این جزء، بیشتر به اصلاح نظام تأمین مالی، به ویژه در دو بخش جمع آوری درآمد و خرید خدمات، با هدف کاهش سهم پرداخت مستقیم از جیب مردم برای خدمات سلامت می پردازد، ولی بعید است بدون انجام مداخلاتی در زمینه بهبود حاکمیت نظام سلامت و ساماندهی نظام ارائه خدمات سلامت، بتوان زمینه را برای پیشرفت بیشتر در این جزء فراهم کرد.

برنامه های ایران در دستیابی به پوشش همگانی سلامت

ایران تجربه ی خوبی در اجرای راهبرد مراقبت های اولیه سلامت (Primary Health Care: PHC) از طریق گسترش شبکه های بهداشت و درمان و سطح بندی خدمات سلامت داشت. بدون شک این کار مهم ترین اقدام کشور برای تأمین سلامت برای همه بود که ارائه خدمات سلامت را با پیاده سازی یک نظام ارجاع در سه سطح، مورد توجه قرار داده بود. شواهد زیادی وجود دارد که نشان دهنده بهبود شاخص های سلامت کشور در نتیجه این اقدام بود. پس از اعلام راهبرد پوشش همگانی سلامت در اواخر دهه هشتاد، این کشور برنامه هایی در راستای اجرای این راهبرد طراحی و اجرا نمود. طرح پزشک خانواده شهری، شکل گیری سازمان بیمه سلامت ایرانیان در راستای تجمیع سازمانهای بیمه گر سلامت و طرح تحول سلامت، نمونه هایی از این برنامه ها هستند.

مرکز تخصصی خدمات آموزشی گروه پزشکی فرهنگ گستر نخبگان

جدول : اهداف و مداخلات طرح تحول سلامت

اهداف هدف	مداخله
تأمین منابع پایدار مالی در بخش سلامت	<ul style="list-style-type: none"> • ایجاد منابع پایدار جدید و افزایش منابع موجود • انتقال منابع مالی به سازمان های بیمه گر برای خرید خدمت از وزارت بهداشت • مدیریت بهینه منابع و انضباط مالی • حمایت از داروهای تولید داخل و افزایش سهم داروهای تولید داخل از بازار دارویی
افزایش رضایتمندی مردم	حفاظت مالی برابر هزینه های سلامت
	افزایش دسترسی عادلانه به خدمات و مراقبت های سلامتی و باکیفیت
	بهبود عملکرد نظام ارائه خدمات
ارتقای فرای بخش سلامت	ارتقای نظام فناوری اطلاعات، ثبت اطلاعات و آمار در حوزه سلامت

البته دور از نظر نماند که قبل از این زمان برنامه هایی در نظام سلامت کشور پیاده شد که ماهیتاً در جهت دستیابی به پوشش همگانی سلامت بود. از این گروه برنامه ها و اصلاحات می توان به تصویب قانون تأمین اجتماعی و تشکیل سازمان تأمین اجتماعی، تصویب و اجرای قانون بیمه همگانی کشور و طرح پزشک خانواده ، استقرار نظام ارجاع و بیمه خدمات درمانی روستایی اشاره کرد. از میان برنامه های فوق، به نظر مهم ترین تجربه کشور در دستیابی به پوشش همگانی سلامت با اجرای طرح تحول سلامت به دست آمده باشد. این طرح یکی از مهم ترین اقدامات دولت در بخش سلامت بود که تدوین سیاست آن از مهرماه ۱۳۹۲ آغاز و پس از اخذ مصوبات قانونی لازم و ارائه بسته های پیشنهادی آن، از سال ۱۳۹۳ در حوزه های مختلف سلامت اجرایی شد. با توجه به وضعیت بحرانی نظام سلامت کشور در اوایل دهه ۱۳۹۰، این طرح تلاش داشت ضمن انجام اقداماتی سریع در راستای بازگشت اوضاع نظام سلامت به وضعیت عادی، گام های تکمیلی را برای ایجاد تغییرات پایدار در نظام سلامت بردارد. طرح تحول سلامت پنج هدف اصلی داشت که عبارت بودند از: تأمین منابع پایدار مالی در بخش سلامت، حفاظت مالی در برابر هزینه های سلامت، افزایش دسترسی به خدمات و مراقبت های سلامتی با کیفیت، بهبود عملکرد نظام شبکه های بهداشتی و درمانی و ارتقای عادلانه شاخص های سلامت. به منظور دستیابی به این اهداف، مداخلات متعددی اجرا شد که اهم آنها در جدول ۳ نشان داده شده است.

گذار اپیدمیولوژیک، گذار سلامت

اولین گذار اپیدمیولوژیک

بدون شک، جوامع اولیه انسانی از وسعت چندان بر خوردار نبوده و علیرغم پراکندگی آن امکان ارتباط سریع نیز بین آنان وجود نداشته و لذا احتمال بروز همه گیری های وسیع نیز ناچیز بوده است و به نظر می رسد تحت آن شرایط، زندگی در غارها مواجهه با اکتوپارازیتها را اجتناب ناپذیر می کرده و انسان اولیه از همان آغاز زندگی با اینگونه بلاها دست به گریبان بوده است و گیاهخواری و خامخواری و مصرف گوشت خام نیز مزید بر علت شده و باعث انتقال بیماری های ویژه ای می گردیده است.



شکل ۱- تصویری از دوران غارنشینی انسان

احتمالا اولین گذار اپیدمیولوژیک، حدود ده هزار سال قبل آغاز گردیده است. زیرا در آن زمان چرخش عظیمی در شیوه زندگی انسان آغاز شده و سپس شکار و کوچ گرایی، تا حدود زیادی جای خود را به اسکان در یک منطقه ثابت و تولید مواد غذایی مورد نیاز روزمره، داده و بدون شک در سازمان دهی اجتماعی انسان، عادات غذایی، ویژگی های دموگرافیک و عاداتی که منجر به تماس بیشتر انسان با حیوانات می گردیده نیز تاثیر عظیمی داشته و زمینه را برای ابتلاء به بسیاری از بیماری های مشترک بین حیوانات و انسانها (زئونوزها) مساعد نموده و شاید بیشترین علل مرگ و میر را به خود اختصاص داده است. اسکان گروه هایی از انسانها در یک منطقه و توسعه روابط اجتماعی و به تبع آن افزایش تماس مستقیم انسان ها زمینه را برای انتشار بیماری های مسری، مساعد نموده و انباشته شدن فضولات انسانی هم مزید بر علت گردیده موجبات افزایش ماکروپارازیت ها و عفونت های گوارشی را فراهم نموده است. تا اینکه با تسلط بر حیوانات و اهلی کردن حیواناتی نظیر بز، گوسفند، گاو، خوک ... و برخی از پرندگان، منابع جدیدی از بیماریهای مشترک، در تماس با انسان قرار گرفته و بیماری هایی نظیر توبرکولوز، آنتراکس، تب ... و بروسلوز به آسانی از طریق تماس و مصرف فراورده های حیوانی به انسان منتقل گردیدند و جای تعجب نیست اگر اینگونه فرخ شود که بیماری های اصلی و عوامل مهم منجر به مرگ انسان های آن زمان را زئونوزهای مرتبط با حیوانات اهلی تشکیل می دادند. ضمنا فعالیت های کشاورزی، باعث افزایش تماس با انگل های بدون ناقل (Vector) نظیر شیستوزوما و کرم های گوارشی که تخم آنها از طریق فضولات انسانی، به مزارع رسیده و باعث آلودگی فراورده های کشاورزی می شود، گردیده و انباشتن مواد غذایی نیز آغاز و احتمالا باعث طغیان های نسبتا وسیعی از مسمومیت های غذایی، شده است.

از طرف دیگر تماس بسیار نزدیک با علوفه به هنگام چیدن آنها انسان را در معرض گزش حشرات و ابتلاء به بیماری هایی نظیر تیفوس اسکراب، قرار داده و بر اساس عادات زندگی انسان ها بسیاری از حشرات ناقل نیز در تماس با وی قرار گرفتند و مثلا باعث انتقال تب زرد، تب دانگ و امثال اینها گردیدند.

با تکامل فکری و افزایش تجربیات انسان و بهره گیری بهتر از ابزارهای جدید، در عصر نوسنگی نیز بدون شک بیماری های جدیدی پا به عرصه وجود گذاشته و به دلیل افزایش جمعیت، گاهی بیماری های ناشی از کمبود غذا و سوء تغذیه نیز مزید بر

علت شده و زمینه را برای بروز بیماری های عفونی فراهم می کرده و از طرفی زندگی در آن شرایط باعث بوجود آمدن طبقات اجتماعی مختلفی شده و آثار و بقایای انسان ها در آن دوران و از جمله تغییرات موجود در استخوان های آنان حاکی از این واقعیت است که زنان و کودکانی که متعلق به طبقات اجتماعی ضعیف تری بوده اند در اولین مقدار اپیدمیولوژیک، از بیماری های بیشتری رنج می برده اند. تا آنجا که در دوران نوسنگی، مقایسه استخوان ها با موارد مشابه مربوط به اجداد آنان موارد مرگ و میر بیشتر، مشکلات دندانی و اختلال در رشد استخوانی در نسل جدید را نشان می دهد.

با افزایش جمعیت انسان ها و آغاز شهرنشینی، در مناطق مختلف، بر وسعت و شدت همه گیری ها افزوده شده و با گسترش شهرها بر تراکم جمعیت ها و بروز همه گیری های با منبع مشترک، افزوده گردیده و از جمله همه گیری های کلرا مصیبت های فراوانی به بار آورده و همه گیری های ناشی از بیماریهای واجد ناقل، نظیر طاعون و تیفوس باعث از هم پاشیدگی جوامع انسانی گردیده است و بدون شک طغیان ناشی از سرخک، اوریون، آبله و سایر عفونتهای ویروسی نیز به طور روزافزونی، مسئله ساز، واقع می شده و زمانی که همه گیری ها و طغیان های ناشی از بیماریهای عفونی باعث ابتلاء بزرگسالان می شده چرخ اقتصاد خانواده ها را نیز فلج می کرده است. تا آنجا که در دوره های بعدی، ابتلاء به سل باعث هلاکت یک سوم جمعیت بسیاری از کشورهای اروپایی گردیده و مرگ سیاه (طاعون) قرن سیزدهم باعث از بین بردن یک چهارم جمعیت اروپا شده است و مسافرت های بین شهری و بین قاره ای نیز باعث تماس بیشتر و انتشار وسیعتر برخی از بیماریها و از جمله موجب بروز همه گیری های مرگبار آبله، تیفوئید و امثال آنها شده است.

دومین گذار اپیدمیولوژیک

دومین گذار اپیدمیولوژیک، با آغاز انقلاب صنعتی، در اواسط قرن نوزدهم در اروپا و آمریکای شمالی، حادث گردیده و به نحو واضحی در کشورهای صنعتی باعث کاهش میزان مرگ ناشی از بیماریهای عفونی شده و پاندمیهای مرگبار بیماریهای عفونی، ظاهراً جای خود را به بیماری های دژنراتیو و ساخته دست بشر داده اند.

بدیهی است که کاهش میزان بروز بیماری های عفونی در قرن نوزدهم و بیستم، تحت تأثیر عوامل مختلف و از جمله، پیشرفت های جدید در علم پزشکی، تکنولوژی و ارتقاء سطح زندگی مردم، حاصل گردیده و سرانجام به کشورهای در حال توسعه نیز گسترش یافته است.

مراحل کاهش میزان مرگ ناشی از بیماریهای عفونی در اروپا

۱- مرحله اول از اواخر قرن هفدهم آغاز گردیده و تا آغاز قرن نوزدهم، ادامه یافته است به طوری که در این مرحله فقط همه گیری های پراکنده ای از طاعون، آبله و تیفوس رخ داده است.

۲- مرحله دوم از اواسط قرن نوزدهم شروع شده و در عرض سه دهه به وضوح باعث کاهش میزان مرگ ناشی از بیماریهای عفونی و افزایش امید به زندگی شده و علیرغم کاهش میزان موالیید، باعث افزایش توده جمعیت شده است.

۳- مرحله سوم با کشف آنتی بیوتیک ها در دهه ۱۹۴۰ آغاز گردیده و باعث کاهش هرچه بیشتر میزان مرگ ناشی از بیماریهای عفونی گردیده و تا اوائل دهه ۱۹۸۰ ادامه یافته است.

شایان ذکر است که کاهش میزان بروز بیماریهای عفونی در کشورهای صنعتی و کاهش بعدی میزان مرگ شیرخواران، نتایج پیش بینی نشده ای برای سلامت انسان ها به بار آورده و از جمله افزایش امید به زندگی باعث بروز بیماریهای مرتبط با سالخوردگی که تا قبل از آن از شیوع چندانی برخوردار نبوده، گردیده است. این بیماریها که امراض ناشی از صنعتی شدن نیز نامیده شده اند عبارتند از: سرطان، دیابت، بیماری های عروق کروتور و بیماریهای انسدادی ریه ها. صنعتی شدن جوامع مخصوصاً در شهرها باعث آلودگی آب و هوا و نهایتاً افزایش میزان بروز برخی از سرطان ها، بیماری های حساسیتی، اختلالات زایمانی و اختلال در رشد مغزی و اثرات سایکوسوماتیک گردیده، این معضلات نیز به مجموعه فوق، افزوده شد و میزان بروز بیماری هایی نظیر افزایش فشار خون، افسردگی، بی قراری و امثال اینها به طور روزافزونی افزایش یافت و همانگونه که در ارتباط با عصر پارینه سنگی و اولین گذار اپیدمیولوژیک نیز یادآور شد: در دومین گذار اپیدمیولوژیک نیز نابرابری های اجتماعی باعث تفاوت های فاحشی بین میزان بروز بیماری ها و مرگ ناشی از آنها در طبقات مختلف اجتماعی

گردیده است، به طوری که در جوامع کاملاً صنعتی، عوامل اقتصادی - اجتماعی، آزادی و حتی جنس انسان ها در ارتباط با میزان های متفاوتی از مرگ و میر ناشی از بیماری های عفونی و مزمن، بوده است و گویی همان شرایط غیر عادلانه ای که در اولین گذار اپیدمیولوژیک بر سرنوشت افراد فقیر جامعه، حکمفرما بوده همچنان در دومین گذار نیز به شکل دیگری در طبقات فقیر جوامع غنی، ادامه یافته است.

بعد از خاتمه جنگ جهانی دوم، دومین گذار اپیدمیولوژیک، اثرات شگرفی را در بسیاری از کشورهای توسعه نیافته، اعمال نموده باعث افزایش بهای کودکان و افزایش امید به زندگی گردید و بر خلاف گذار اپیدمیولوژیک که در اروپا و ایالات متحده، رخ داد، در این کشورها خدمات بهداشتی از قبیل تجویز سرم های خوراکی، واکسیناسیون و تجویز آنتی بیوتیک ها اثرات انکارناپذیری بر کاهش میزان مرگ، اعمال نمود. در این کشورها شهرنشینی سریع همراه با نابرابری های اجتماعی و پاسخگو نبودن شالوده بهداشت عمومی باعث افزایش میزان بروز بیماری های عفونی در افراد فقیر شهرنشین و بیماریهای دژنراتیو، در افراد متمول گردیده است.

سومین گذار اپیدمیولوژیک

در سومین گذار اپیدمیولوژیک، فرض بر این است که از میزان مرگ ناشی از بیماری های عفونی کاسته و بر میزان مرگ ناشی از بیماری های مزمن، افزوده شده است. در این رابطه از طرفی به برکت کنترل بیماری های عفونی، با کاهش مرگ و میر مادران و کودکان، مواجه گردیده و از طرف دیگر شاهد افزایش جمعیت، می باشیم و رعایت موازین بهداشتی، برخورداری از خدمات مربوطه و ارتقاء استانداردهای زندگی باعث افزایش امید به زندگی و پیر شدن جمعیت ها شده و بر راس هرم سنی جمعیت و به عبارت واضح تر بر جمعیت سالمندان، افزوده و باعث افزایش بروز بیماری های مزمن مرتبط با سالمندی و مرگ ناشی از این بیماری ها در این گروه سنی گردیده است، یادآور می شود که به مجموعه تغییرات اپیدمیولوژیک و دموگرافیک مورد اشاره، اصطلاحاً گذار سلامت (Health transition) گفته می شود.

راهکارهای ارتقای سلامت در جمهوری اسلامی ایران

در تعریف سلامت، معتقدیم تنها نبود بیماری مطرح نیست بلکه ارتقای سلامت نیز باید مد نظر باشد. همچنین سلامت را تنها در قالب بعد جسمی نمی شناسیم بلکه جامعیتی برای آن قائل هستیم که دوری از آن معرف نقصان عملکرد است. سلامت باید در ابعاد جسمی، روحی، اجتماعی و معنوی، مورد توجه قرار گیرد. این چهار بعد که مستلزم دیدگاه جامع (Comprehensive) بر امور برنامه ریزی و اجرای مختصات دیگری را نیز می طلبد مثل خدمات و مراقبت های ادغام یافته (Integration) و برنامه ریزی برای همه سنین اگر چه ممکن است اجراء برنامه ای را برای سن یا گروه خاصی شروع کنیم ولی برنامه ریزی و اجرا در همه زمینه ها برای هر دو جنس باید مد نظر باشد و در تمام برنامه های تامین و ارتقای سلامت باید هر دو جنس مورد عنایت قرار گیرند و هرگز حتی در موارد اختصاصی یک جنس به آن بسنده نکنیم. لهذا با چنین شناختی از سلامت برای ارتقای آن چهار چوب اجرایی زیر را پیشنهاد می کنیم:

تأمین و ارتقای سلامت در دو مقوله جداگانه و کاملاً مرتبط با هم دیده می شوند.

الف) بهبود شیوه زندگی (Life style)

ب) مراقبت از بیماری ها

موضوع توانبخشی را می توان شاخه سوم این عملکرد، شناخت ولی برای جلوگیری از اطاله کلام می توان آن را در مقوله های "الف" و "ب" ملاحظه کرد.

الف - بهبود شیوه زندگی

طبیعی است که برای ارتقای سلامت، نیازمند اصلاح شیوه زندگی هستیم، اگر ما بدانیم چگونه بنشینیم چطور بخوابیم، چه غذاهایی مصرف کنیم، چگونه به بیماری مبتلا نشویم، چطور با مردم و جامعه رابطه برقرار کنیم، چگونه محیط زیست خود را حفظ نماییم، چگونه هزینه کنیم، چطور پس انداز نماییم و ... یعنی شیوه زندگی خود را بهبود ببخشیم، آنگاه به ارتقای سلامت، دست یافته ایم. یادآور می شود که در تعریفی که سازمان جهانی بهداشت از ابعاد مختلف سلامت، ارائه داده است در مجموع، آسایش همه جانبه انسان را محور قرار داده و جالب توجه است که حکیم نظامی گنجوی هم در کتاب نفیس پنج گنج

خود، سلامت را حول همین محوره تعریف کرده و صراحتاً می گوید؛ سلامت به اقلیم آسودگیست (سلامت = آسودگی جسمی، روانی، اجتماعی ، ..) و بنابراین به منظور بهبود شیوه زندگی و دستیابی به اقلیم آسودگی، رعایت اصول زیر، از اهمیت والایی برخوردار است:

۱- توانمندسازی مردم به منظور تامین و ارتقای سلامت

۲- جلب همکاری های بین بخشی

بدون شک، این دو استراتژی، روش های مختلفی را برای پیاده شدن، می طلبد. برای توانمندسازی مردم علاوه بر انتقال آگاهی ضرورت دارد زمینه های اعتقاد و عمل هم فراهم آید تا مجموعاً به تغییر رفتار مناسب و توانمندانه، تبدیل شود.

تغییر رفتار → عمل + اعتقاد + علم

و برای ماندگاری این تغییر رفتار، ضرورت دارد عمل، به یک فرهنگ عمومی تبدیل شود تا عامل محرکه ای برای اجرای آن توسط افراد نیز تلقی گردد.

برای همکاری بین بخشی، تبیین فرایند سلامت ناشی از شیوه زندگی سالم، از اهمیت چشمگیری برخوردار است. به نحوی که همه بخش های مرتبط بتوانند جایگاه خود را در تامین سلامت پیدا کنند. بدیهی است ضرورت این همکاری، پذیرش سلامت به عنوان محور توسعه پایدار به طور قانونمند است و هر عامل دیگری که به عنوان محور توسعه پایدار، تلقی شود ممکن است در دراز مدت، برای تامین سلامت مردم، زیانبار باشد.

بدیهی است که اثر بخشی دو روش فوق، برای اصلاح شیوه زندگی، متفاوت است ولی معمولاً قانون مندی و رعایت آن با محوریت سلامت، از اهمیت بیشتری برخوردار می باشد. به عنوان مثال با توانمند سازی فرد و جامعه می توان مردم را به مصرف کمتر روغن، نمک، قند و ... ترغیب کرد، اما اگر با بهره گیری از قوانین اجتماعی بتوان روغنی را به بازار عرضه کرد که دارای ترانس کمتر و یا میزان اسید چرب اشباع شده استاندارد باشد اثرات زیانبار آن کمتر خواهد شد. حتی اگر مردم توانمندی اقدام را برای کمتر مصرف کردن آن پیدا نکرده باشند، مثلاً در کشور آمریکا با کاهش میزان ترانس روغن های مصرفی، مرگ و میر ناشی از بیماریهای قلبی عروقی به علت چربی را حدود ۵۰٪ کاهش داده اند.

همینطور اگر یارانه دولتی برای مواد قندی و چربی را حذف نموده به جای آن برای مواد غذایی دیگری نظیر میوه ها و سبزی ها یارانه مناسبی قائل شوند، اثرات سودمندتری بر سلامتی، اعمال خواهد شد. شایان ذکر است که اینگونه مثال ها برای حوادث ترافیکی و یا حوادث ناشی از بلایای طبیعی زلزله و سیل) گویاتر است. به طوری که اگر در حوادث ترافیکی، سرعت را کنترل کرده، فضاهای ترافیکی را از هم جدا نماییم و با اجرای قانون از رانندگی افراد خسته و خواسی آلوده و یا مست جلوگیری کنیم، اینگونه حوادث را تا حدود ۵۰٪ کاهش خواهیم داد و چنین استدلال هایی را در رابطه با اجرای قوانین ایمنی در احداث ساختمان ها به منظور مقابله با بلایای طبیعی نیز می توان به کار برد.

ب - مراقبت از بیماری ها

طبیعی است که مراقبت از بیماری ها می تواند موجبات ارتقای سلامت را فراهم آورد یعنی واقعا مقوله های بهبود شیوه زندگی به منظور بیمار نشدن و یا خوب درمان کردن بیماران از هم جدایی ناپذیرند. و لذا مراقبت (Surveillance) مناسب برای بیماری های اولویت دار و درمان صحیح آنها برای پیشگیری از بروز عوارض و یا ماندگاری آنها خود نوعی ارتقاء سلامت است.

تهیه پروتکل های علمی برای تشخیص و درمان بیماریها و تهیه برنامه های مراقبتی برای توجه کافی به آنها از اقداماتی است که سودی جز ارتقای سلامت ندارد. در وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، حوزه معاونت معاونت بهداشتی در تشکیلات جدید، این وظیفه را به عهده گرفته است. نکته مهم دیگر در مراقبت از بیماری ها آموزش نیروی انسانی بر حسب نیاز جامعه و انجام تحقیقات مناسب کاربردی برای توانمند کردن آن است.

واقعیت انکارناپذیر دیگری که در اینجا ذکر آن لازم به نظر می رسد اینست که: آنان که در صف مقدم جبهه های دفاع بهداشتی، مشغول حفظ و حراست از سلامتی و ارتقای آن هستند یعنی کارکنان حرفه های پزشکی و بهداشت اعم از دانشمندان و پژوهشگرانی که عمر خود را در سنگرهای پژوهش عرصه ای، آزمایشگاهی و بالینی می گذرانند تا حافظان ثغور

بهداشت و درمان، از دورافتاده ترین نقاط تا مراکز استانها اگر همواره با عشق و ایثار، در سنگرهای رفیع خدمت رسانی، نمی بودند و در این صفوف مقدم، حضور نمی داشتند بدون شک همه انسان ها به سرعت تسلیم حملات تهاجمی عوامل عفونتزا و سایر عوامل بیماریزا می شدند و نه تنها خبری از ارتقای سلامت نبود بلکه حفظ سلامتی و ادامه حیات نیز برای آنان غیر ممکن می بود و لذا وزارت بهداشت، ضمن درک جایگاه باعظمت و نقش رفیع سلامت آفرین این عزیزان، حق برخورداری از سلامت کامل و حفظ و ارتقاء سلامتی آنان را جزو حقوق مسلم آنها دانسته وظیفه خود می داند با برقراری و حفظ امنیت بهداشتی در محیط کار، تامین وسایل و تجهیزات حفاظت کارکنان، تشکیل پرونده بهداشتی، تزریق واکسن های لازم، معاینات و پیگیری های ادواری و نوآموزی و بازآموزی های مداوم، که در کتاب نوپدیدی و بازپدیدی بیماری ها و سلامت حرفه های پزشکی به آن پرداخته شده است، همواره شاهد سلامتی و شادابی این عزیزان باشد.

مقدمه

مردم در همه جا و در تمام طول زندگی خود با تعداد تقریباً بی شماری از خطرات تهدید کننده سلامت مواجه می شوند. این خطرات می توانند به شکل های گوناگونی از جمله بیماری های مسری یا غیر مسری، آسیبهای فرآورده های مصرفی، خشونت و یا بلایای طبیعی باشند. گاهی کل یک جامعه در معرض خطرات و گاهی تنها یک نفر، درگیر می شود. اکثر خطرات، در گروههای فقیر، تجمع می یابند. ضمناً هیچ خطری به تنهایی رخ نمی دهد و ریشه بسیاری از این خطرات در زنجیره های پیچیده وقایعی نهفته است که مدت های مدیدی به درازا می کشند. هر خطر، علت خاص خود را دارد و برخی از آنها چندین علت دارند. در این گفتار، "خطر" به این ترتیب تعریف می شود احتمال بروز یک واقعه نامطلوب یا عاملی که این احتمال را افزایش داده و سلامتی را به مخاطره می اندازد.

درک انسان ها از خطر و عکس العمل های آنها در مقابل آن براساس تجربه گذشته و اطلاعات و ارزش های دریافت شده از طریق منابعی نظیر خانواده، جامعه و حکومت، شکل می گیرد. این تجربه یک فرایند آموزشی است که از کودکی آغاز می گردد. مانند وقتی که کودکان یاد می گیرند با آتش بازی نکنند و آموخته های آنان طی دوران بلوغ نیز به طور مستمر روز آمد می شود. حضور و وقوع برخی از خطرات نظیر همه گیری بیماری هائ فراتر از حد کنترل فردی است ولی تقویت و حذف خطرات دیگر همچون سیگار کشیدن یا کنترل مصرف مواد ناسالم، در حیطة توان ما قرار دارد. بستن کمربند ایمنی یک اقدام فردی برای کاهش خطر آسیب است، اما تصویب قانونی که بستن کمربند ایمنی را اجبار می کند یک اقدام دولتی است که به نمایندگی از کل جمعیت انجام می گیرد.

دولت ها باید بتوانند به منظور حفاظت از مردم و کمک به آنها برای محافظت از خود، شدت خطرات را ارزیابی نمایند. تعریف ارزیابی خطر عبارتست از یک رویکرد نظام مند برای تخمین بار بیماری و آسیب ناشی از خطرات مختلف. این رویکرد شامل شناسایی بخش کمی و تعیین خصوصیات تهدیدات موجود علیه سلامت انسان است. ارزیابی خطر می تواند تصویری کلی و بسیار ارزشمند از نقش نسبی خطرات مختلف در سلامت انسان به دست دهد، می تواند با توجه و تاکید بر آن خطرات، امکان بالقوه دستیابی به فوائد بهداشتی را مشخص نماید و می تواند در طرح ریزی برنامه های پژوهشی و سیاستگذاری ها کمک کننده باشد. در این گفتار تصمیم داریم ضمن ایجاد تصویری روشن از معنای خطر و شاخص های ارزیابی آن به عوامل تهدید کننده سلامت در کشورمان بپردازیم و طی مقایسه مختصری با کشورهای در حال توسعه با مرگ و میر بالا، کشورهای در حال توسعه با مرگ و میر پایین و کشورهای توسعه یافته، وضعیت کشور خود را دریابیم و بتوانیم در حد توان به ارائه راهکارهای مناسب جهت کاهش این عوامل بپردازیم.

این گفتار به توصیف خطرات تهدید کننده سلامت در کشورمان می پردازد. به منظور محافظت از مردم و برای کمک به آنها جهت محافظت از خود، دولت ها باید قادر باشند خطرات را ارزیابی کرده و هزینه اثربخش ترین مداخلات ممکن را برای پیشگیری از وقوع خطرات انتخاب نمایند، تا به این لحظه میزان برخی از خطرات کاهش داده شده است ولی تغییر در الگوهای مصرف بخصوص مصرف غذا، الکل، دخانیات و مواد مخدر در گوشه و کنار جهان یک گذار خطر ایجاد کرده است. بیماری هایی نظیر سرطان ها، بیماری های قلبی، سگته مغزی و دیابت رو به افزایش هستند و این روند بخصوص برای بسیاری از کشورهای دارای درآمد پایین و متوسط بسیار جدی است و از این ها گذشته، هرچند به برکت بهبود شیوه های زندگی، ارتقاء آگاهیهای

بهداشتی مردم و همکاری در اجرای سیاست های بهداشتی سازمان جهانی بهداشت، از میزان بروز و شیوع بسیاری از بیماری های عفونی کاسته شده است ولی با توجه به نوپدیدی و بازپدیدی این بیماری ها و احتمال سوء استفاده افزون طلبان و ویژه خواهان، از عوامل بیولوژیک به منظور دستیابی به اهداف بیوتورویستی! هنوز مخاطرات ناشی از بیماری های عفونی پیشین به طور کامل، برطرف نشده است و خطرات ناشی از نوید یدی و بازپدیدی بیماریها و بیوتورویسم نیز مزید بر علت گردیده است و لذا ضمن پرداختن به بیماری های غیرواگیر، نباید مخاطرات ناشی از بیماریهای واگیر، به فراموشی سپرده شود.

تعاریف خطر و عوامل مرتبط با آن

مفهوم خطر در میان افراد مختلف معانی مختلفی دارد. در معنای متداولی که در این جا به آن اشاره می شود خطر به معنای احتمال یک پیامد نامطلوب و یا عاملی که این احتمال را افزایش می دهد می باشد.

- خطر می تواند به معنای **یک احتمال** باشد برای مثال پاسخ به این پرسش خطر ابتلا به ویروس نقص ایمنی ایدز در اثر تماس با یک سوزن آلوده چقدر است؟
- خطر می تواند به معنای **عاملی باشد که احتمال یک عارضه نامطلوب را افزایش می دهد** برای مثال خطرات عمده سلامت کودکان عبارتند از سوء تغذیه، آب ناسالم و آلودگی هوا در محیط های بسته.
- خطر می تواند به معنای یک پیشامد باشد برای مثال خطر ناشی از رانندگی در حین مستی چیست؟ (پاسخ: تصادف رانندگی)
- خطر می تواند به معنای **یک عارضه یا تهدید بالقوه** باشد برای مثال آیا راندن موتور سیکلت بدون استفاده از کلاه ایمنی خطر دارد؟

شیوع خطر

نسبتی از جمعیت که با یک خطر خاصی مواجه می شوند، مثلا شیوع مصرف سیگار در یک جمعیت خاص می تواند ۳۵٪ باشد. خطر نسبی (RR)، احتمال یک پی آمد نامطلوب سلامت در افرادی که با یک خطر خاص مواجهند در مقایسه با افرادی که مواجه نیستند. برای مثال اگر در یک زمان خاص احتمال ابتلای افراد سیگاری به سرطان ریه به طور متوسط ۱۵ برابر بیشتر از افراد غیرسیگاری باشد خطر نسبی آن ۱۵ است. البته از آنجا که محاسبه خطر نسبی، فقط در جمعیت های تعریف شده، امکان پذیر است، در جمعیت های تعریف نشده به دلیل نامشخص بودن تعداد افراد جمعیت در معرض خطر (مخرج کسر)، از معیار نسبت شانس (OR) که تخمینی از خطر نسبی است استفاده می شود.

عامل زیان بار

یک خصوصیت ذاتی و لاینفک مثلا در یک ماده شیمیایی که امکان آسیب را به همراه دارد.

خطر متناسب به جمعیت

نسبتی از بیماری در یک جمعیت که از یک خطر خاص تهدید کننده سلامت ناشی شده است.

بار قابل انتساب

نسبتی از بار فعلی بیماری یا آسیب که از مواجهه در گذشته ناشی شده است.

بار قابل اجتناب

نسبتی از بار آینده بیماری یا آسیب که در صورت کاهش سطح فعلی یا آتی مواجهه از طریق توزیع جایگزین (یا توزیع مجازی) قابل اجتناب است.

تاثیر کمی تعدادی از خطرات عمده بر سلامت

خطرات تهدید کننده سلامت و وضعیت اقتصادی اجتماعی

متأسفانه بیشترین بار خطرات تهدید کننده سلامت بر دوش ضعیف ترین افراد جامعه می باشد که تحصیلات رسمی اندک و مشاغل سطح پایینی دارند و با حقوق بهداشتی، اجتماعی و اقتصادی خود، آشنا نیستند و تحت تاثیر وابستگی های سیاسی - اقتصادی، به طرز روزافزونی بر آسیب پذیری آنان افزوده می شود و برخی از کشورهای صنعتی و متمدن جهان نیز با سوء استفاده از نقاط ضعف و جهل و فقر تحمیل شده بر اینگونه جوامع، با جنگ افزوری و حمایت از حکومت های دست نشانده، بر

تداوم و تشدید این چرخه معیوب و بقای مثلث شوم "جهل فقر و بیماری، دامن می زنند، به گونه ای که طی یورش وحشیانه عربستان بر یمن که با حمایت کشورهای متمدول و دست نشانده های آنان به وقوع پیوسته است تنها در سال ۲۰۱۸ میلادی، هزاران نفر به طور مستقیم، جان خود را از دست می دهند و عده کثیری هم به علت سوء تغذیه، ابتلاء به ویا (کلر)، دیفتری و سایر بیماریها قربانی می شوند و اعتراضات مکرر سازمان جهانی بهداشت و بعضی از سازمانهای غیر وابسته دیگر نیز راه به جایی نمی برد.

به منظور کاستن از عوامل تهدید کننده سلامت باید توسط سازمان جهانی بهداشت و دولتها تعادل برقرار گردد. این امر از طریق مقابله مستقیم با فقر، توجه به خطرات تهماسپید کننده سلامت در قشر آسیب پذیر، بهبود سلامت مردم و در نتیجه رشد اقتصاد عمومی و نهایتا بهبود سلامت مردم، امکان پذیر است. یکی از اجزای مهم راهبرد یاد شده این است که ابتدا دریابیم شیوع این خطرها در میان افراد محروم چقدر است. متاسفانه داده ها در این مورد در مناطقی که بیشتر به آن نیاز دارند اندک است. منطقه بندی عوامل خطر براساس فقر درباره موضوعات زیر صورت گرفته است.

- سوء تغذیه پروتئین - انرژی در کودکی
- آب و فاضلاب
- عدم تغذیه با شیر مادر
- روابط جنسی غیرایمن
- الکل
- دخانیات
- اضافه وزن
- آلودگی هوا در محیطهای بسته
- آلودگی هوای شهری

رابطه میان سطح عوامل خطر و فقر

از میان کم وزنی کودکان و فقر مطلق، همبستگی قوی و اثبات شده ای وجود دارد. به طوری که خطر نسبی در افرادی که با درآمد کمتر از یک دلار در روز زندگی می کنند در مقایسه با افرادی که بیش از دو دلار در روز درآمد دارند ۳-۲ برابر بیشتر است.

سیستم آب و فاضلاب نامناسب و آلودگی هوا در محیطهای بسته نیز ارتباط مستحکمی با فقر مطلق دارند در مورد آب و فاضلاب نامناسب، خطر نسبی برای خانواده هایی که کمتر از یک دلار در روز درآمد دارند در مقایسه با خانوارهایی که درآمدشان بالاتر از دو دلار است بین ۱/۷ تا ۱۵/۱ برابر متغیر بوده است.

رابطه فقر با مصرف دخانیات و الکل، عدم تغذیه با شیر مادر و روابط جنسی غیرایمن، ضعیف تر و متفاوت تر می باشد. همچنین در کشورهای در حال توسعه، گروه هایی که وضعیت اجتماعی - اقتصادی بهتری دارند از نظر وضعیت نامطلوب چربی، فشار خون بالا و اضافه وزن، نسبت به افراد دیگر مشکلات بیشتری دارند. با این حال اگر روند مشاهده شده در جهان صنعتی، تکرار شود این الگوها با افزایش توسعه اقتصادی معکوس خواهد شد.

تاثیر بالقوه تغییر توزیع فقر بر سطح عوامل خطر

اگر شیوع عوامل خطر در میان مردمی که با کمتر از ۲ دلار در روز زندگی می کنند با افرادی که بیش از ۲ دلار در روز درآمد دارند برابر شود، سوء تغذیه پروتئین انرژی، آلودگی هوا در محیطهای بسته و آب و فاضلاب نامناسب به ترتیب حدود ۳۷٪ و ۵٪ و ۵۱٪ کاهش خواهد یافت. چنانچه شیوع عوامل خطر در میان افراد آسیب پذیر، برابر با افرادی بوده است که دقیقا ۲ دلار در روز درآمد دارند و کسرهای تاثیر جمعیتی به ترتیب ۲۳٪، ۲۱٪ و ۳۶٪ کاهش می یافت.

تقسیم بندی آسیب های قابل انتساب به عوامل خطر

- ۱- کمبود تغذیه مادر و کودک و سایر خطرات مرتبط با رژیم غذایی
- ۲- عدم فعالیت فیزیکی، سایر خطرات مرتبط با رژیم غذایی

۳- خطرات تهدید کننده سلامت جنسی و باروری

۴- مواد اعتیادآور ها - خطرات محیطی- خطرات شغلی

۷- سایر خطرات تهدید کننده سلامت (اقدامات غیر قطعی در مراقبت سلامت، سوء رفتار و خشونت)

در این قسمت هر کدام از این خطرات و عمل اصلی آنها، میزان گسترش آنها در جهان و مشکلات سلامت ناشی از آن ها به اختصار شرح داده شده است نتایج اصلی از نظر مرگ و میر قابل انتساب به این خطرات، سال های از دست رفته و سال های زندگی تعدیل شده بر حسب ناتوانی Life Year Disability Adjusted DALY و همچنین سهم مربوط به هر عامل در ادامه ذکر می شود.

کمبود تغذیه مادر و کودک

کودکان و زنان در بسیاری از کشورهای در حال توسعه، دچار مشکلات تغذیه ای هستند که غالباً مربوط به کمبود اساسی پروتئین و انرژی می باشد و عوارض جانبی آن عمدتاً ناشی از کمبود ریز مغذی ها مانند ید، آهن، ویتامین A روی و عدم تغذیه با شیر مادر است.

کم وزنی

عمدتاً مربوط به وضعیت ضعیف تن سنجی (آنتروپومتریک) می باشد که ناشی از رژیم غذایی ناکافی و عفونت های مکرر است که باعث کمبود کالری، پروتئین، ویتامین ها و مواد معدنی می شود. کودکان کم وزن بیشتر در معرض خطر مرگ در اثر بیماریهای عفونی نظیر اسهال و پنومونی قرار دارند. مطالعات نشان میدهد که ۷۰٪- ۵۰٪ از بار بیماری های اسهالی، سرخک، مالاریا و عفونت های دستگاه تنفسی تحتانی در دوره کودکی مربوط به کمبود تغذیه است و حدود ۴۵٪ از مرگ و میرها در بین کودکان زیر ۵ سال، در ارتباط با سوء تغذیه می باشد که اغلب در کشورهای با درآمد کم و متوسط، رخ می دهد (جدول ۱).

جدول ۱ - بعضی از علل اصلی مرگ و میر دوران کودکی پس از دوران نوزادی (WHO, 2018)

درمان	پیشگیری	عوامل خطر	علل مرگ
ارائه خدمات بهداشتی - درمانی مناسب تجویز متناسب آنتی بیوتیکها تجویز اکسیژن در موارد شدید بیماری های تنفسی	واکسیناسیون تغذیه کافی تغذیه کامل با شیر مادر کاهش میزان آلودگی هوای منزل	کمبود وزن هنگام تولد سوء تغذیه عدم تغذیه با شیر مادر شرایط ازدحام جمعیت	پنومونی یا عفونت های حاد دستگاه تنفس
رفع کم آبی بدن از طریق مایعات و الکترولیت های خوراکی تجویز "روی" به عنوان مکمل	تغذیه کامل با شیر مادر تامین آب و غذای سالم رعایت موازین بهداشتی و فراهم کردن شرایط بهداشتی تغذیه کافی واکسیناسیون	عدم تغذیه با شیر مادر مصرف آب و غذای ناسالم پایین بودن سطح اقدامات بهداشتی سوء تغذیه	اسهال های دوران کودکی

کمبود ید

کمبود ید، شایعترین علت منفرد قابل پیشگیری عقب ماندگی ذهنی و آسیب مغزی است. کمبود ید با کم وزنی هنگام تولد، افزایش مرگ و میر نوزادی، ناهنجاری های شنوایی، اختلالات مهارت های حرکتی و نقص عملکرد عصبی همراه بوده است. ۲/۲ میلیارد نفر در دنیا در معرض کمبود ید قرار دارند و برآوردهای اخیر نشان می دهد که بیش از ۱ میلیارد نفر به گواتر مبتلا هستند. در کل دنیا، اختلالات کمبود ید باعث از دست رفتن ۲/۵ میلیون DALY میشود.

فقر آهن

آهن در تمامی بافت های بدن برای فعالیت های پایه ای سلولی، مورد نیاز است و بخصوص در عضله، مغز و گلبول قرمز خون اهمیت اساسی دارد.

فقر آهن یکی از شایعترین موارد کمبود مواد مغذی در دنیاست که حدود ۲ میلیارد نفر را گرفتار کرده است. به دلیل اینکه نیاز به آهن در دوران نوزادی و بارداری بالاست، کودکان کم سن، زنان باردار و زنانی که به تازگی زایمان کرده اند بیشتر و شدیدتر از دیگران به فقر آهن دچار می شوند. حدود یک پنجم از مرگ و میر حول و حوش زایمان و یک دهم از مرگ و میر مادران در کشورهای در حال توسعه، قابل انتساب به فقر آهن است. در مجموع ۰/۸ میلیون مورد مرگ و ۳۵ میلیون DALY در سراسر دنیا دیده می شود.

کمبود ویتامین A

کمبود ویتامین A در بسیاری از مناطق در حال توسعه جهان، باعث اختلال بینایی می شود و علت اصلی کوری اکتسابی در کودکان است در کل دنیا حدود ۲۱٪ از تمامی کودکان از کمبود ویتامین A که براساس پایین بودن غلظت سرمی رتینول تعریف می شود رنج می برند. همچنین کمبود ویتامین A باعث حدود ۱۶٪ از کل بار جهانی ناشی از مالاریا و ۱۸٪ از بار ناشی از بیماری های اسهالی نیز می گردد. در مجموع حدود ۰/۸ میلیون مرگ در سراسر دنیا از کمبود ویتامین A ناشی میشود.

کمبود روی

کمبود روی تا حدود زیادی به ناکافی بودن آن در رژیم غذایی با اختلال جذب روی از رژیم غذایی بستگی دارد. در اوایل قرن بیستم، کمبود شدید روی به عنوان وضعیتی تعریف شد که وجوه مشخصه آن عبارتست از: **قد کوتاه، هیپونادپ، اختلال عملکرد ایمنی، اختلالات پوستی، نقص عملکرد شناختی و بی اشتهایی**. کمبود شدید روی ممکن است باعث سرکوب سیستم ایمنی، اختلال فعالیت گلبول های سفید و افزایش میزان بروز بعضی از بیماریهای عفونی گردد و طبق بعضی از آمارهای موجود، مسئول ۱۶٪ از عفونت های دستگاه تنفسی تحتانی، ۱۸٪ مالاریا و ۱۰٪ بیماری های اسهالی است و در مجموع ۰/۸ میلیون از موارد مرگ و ۲۸ میلیون DALY در دنیا قابل انتساب به کمبود روی است.

عدم تغذیه با شیر مادر

شیر انسان حاوی مواد معدنی و مغذی برای ۶ ماه اول زندگی است، همچنین حاوی اجزای ایمن و سایر عوامل دفاع میزبانی میباشد که محافظت ضد باکتری، ضد ویروسی و ضد انگلی را برای خود تامین می کند براساس توصیه کارشناسان سازمان جهانی بهداشتی نوزاد باید در ۶ ماه اول زندگی منحصرا از شیر مادر تغذیه شود و در صورت امکان تا سال دوم زندگی خود نیز به خوردن شیر مادر ادامه دهد، تغذیه انحصاری با شیر مادر به معنای آن است که هیچ آب یا مایعات دیگر (یا غذا نباید به کودک داده شود عدم تغذیه با شیر مادر و مخصوصا عدم تغذیه انحصاری با شیر مادر در ۶ ماه اول زندگی از عوامل خطر مهم برای ناتوانی ها و مرگ و میرهای دوران نوزادی و کودکی است به طوری که خطر مرگ ناشی از اسهال، ۱۴ برابر و مرگ ناشی از عفونت تنفسی ۴ برابر بیشتر است.

سایر عوامل خطر مرتبط با رژیم غذایی و عدم فعالیت فیزیکی

فشار خون بالا

افزایش فشار خون، در اغلب موارد، بدون علامت است با این حال مقادیر بالای فشار خون باعث تغییرات ساختاری در شریان هایی می شود که به مغز، قلب، کلیه ها و قسمت های دیگر بدن خون میرسانند. اصلاح پذیر ترین علل فشار خون بالا عبارتند از رژیم غذایی بخصوص مصرف نمک، میزان ورزش، چاقی و افراط در نوشیدن الکل، تحلیل ها نشان می دهد که حدود ۶۲٪ از بیماری های عروقی مغز و ۴۹٪ از بیماری های قلب به نامطلوب بودن فشار خون قابل انتساب است. در کل، فشار خون بالا باعث ۷/۱ میلیون مورد مرگ و ۶۴/۳ میلیون DALY می شود که حدود ۱۳٪ از کل موارد مرگ است.

WHO تخمین زده است که ۶۰۰ میلیون نفر در سطح جهان در معرض خطر حوادث جدی قلبی - عروقی و از جمله سکته قلبی، سکته مغزی و نارسایی قلبی در اثر فشار خون بالا هستند.

کلسترول بالا

کلسترول یکی از اجزای کلیدی ایجاد آترواسکلروز است که از تجمع ذرات چربی در لایه داخلی شریانها پدید می آید تخمین زده می شود که در دنیا، کلسترول بالا عامل ایجاد ۱۸٪ از بیماریهای عروقی مغز و ۵۶٪ از بیماری های ایسکمیک قلب باشد. به طور کلی میزان ۴/۴ میلیون مورد مرگ (۷/۹٪ از کل موارد) و ۴۰/۴ میلیون DALY را در بر می گیرد

چاقی، اضافه وزن و بالا بودن شاخص توده بدن

شیوع اضافه وزن و چاقی، عموماً با استفاده از شاخص توده بدن (Body Mass Index) ارزیابی می شود. فرمول این شاخص، نسبت وزن بر حسب کیلوگرم به مجذور قد بر حسب متر است که ارتباطی قوی با میزان چربی بدن دارد. معیار سازمان جهانی بهداشت برای تعریف اضافه وزن، شاخص توده بدن بالاتر از ۲۵ کیلوگرم بر متر مربع و برای چاقی، شاخص توده بدن حداقل ۳۰ کیلوگرم بر متر مربع است. متوسط شاخص توده بدن بالغین در آفریقا و آسیا ۲۳-۲۰ کیلوگرم بر متر مربع است. در حالی که این مقدار در آمریکای شمالی و اروپا ۲۵-۲۷ کیلوگرم بر متر مربع برآورد می شود و در افراد میانسال و کهنسال افزایش می یابد. در حال حاضر بیش از یک میلیارد فرد بالغ در سراسر جهان اضافه وزن دارند و حداقل ۳۰۰ میلیون نفر آنها از نظر بالینی چاق هستند.

مصرف کم میوه جات و سبزیجات

میوه ها و سبزی ها به پیشگیری از بیماری های عمده نظیر بیماری های قلبی - عروقی و برخی سرطانها بخصوص در دستگاه گوارش کمک می کنند. میزان دریافت این مواد در کشورهای مختلف، بسیار متفاوت است که تا حدود زیادی منعکس کننده محیط غالب اقتصادی - فرهنگی و کشاورزی آن کشور است. سطح متوسط مصرف میوه و سبزی حدود ۱۸۹ گرم در روز تا ۴۵۵ گرم در روز برای هر نفر در کشورهای مختلف متغیر است. ۱۹٪ سرطان های دستگاه گوارش ۱۳٪ از بیماری های ایسکمیک قلب و ۱۱٪ از سگته های مغزی به جهت مصرف کم میوه ها و سبزیها است. در مجموع ۲/۷ میلیون ۴/۹٪ مرگ و ۲۶/۷ میلیون DALY را در دنیا سبب می شود.

عدم فعالیت فیزیکی

مردم در چهار حوزه عمده زندگی روزانه خود فرصتی برای فعالیت فیزیکی دارند: کار، رفت و آمد و وظایف خانگی یا در اوقات فراغت. در این جا منظور از عدم فعالیت فیزیکی، فعالیت بسیار کم یا عدم فعالیت فیزیکی در هر یک از این چهار چوب است. برآورد جهانی از عدم فعالیت فیزیکی در میان بالغین، ۱۷٪ است که در مناطق مختلف از ۱۱ تا ۲۴٪ متغیر می باشد در مورد کسانی که اندکی فعالیت دارند یعنی به طور متوسط، کمتر از ۲/۵ ساعت در هفته بین ۵۱ - ۳۱٪ و متوسط جهانی آن ۴۱٪ است. فعالیت فیزیکی خطر بیماری های قلبی - عروقی، برخی سرطان ها و دیابت نوع ۲ را کاهش میدهد. فعالیت فیزیکی متابولیسم گلوکز را بهبود می بخشد چربی بدن را کم می کند و فشار خون را پایین می آورد. فعالیت فیزیکی با تاثیر بر پروستاگلاندین ها، کاهش زمان گذر روده ای و بالا بردن سطح آنتی اکسیدان ها از خطر سرطان کولون می کاهد. همچنین باعث کاهش سرطان پستان می شود که در نتیجه متابولیسم هورمونی ایجاد می شود وزن بدن کنترل می شود، سلامت اسکلتی - عضلانی را ارتقاء می بخشد و نشانه های افسردگی را کاهش می دهد. در کل، تخمین زده می شود عدم فعالیت فیزیکی باعث ۱/۹ میلیون مورد مرگ در سراسر جهان میباشد.

سلامت جنسی و باروری

روابط جنسی غیر ایمن و عدم پیشگیری از بارداری، دو عاملی هستند که سلامت جنسی و باروری را با خطر، مواجه کرده اند.

روابط جنسی غیر ایمن

در سال ۲۰۱۸ ویروس نقص ایمنی انسانی (HIV) چهارمین عامل بزرگ مرگ و میر در کشورهای با وضعیت اقتصادی نامطلوب بوده است. در منطقه زیر صحرای آفریقا ۵۶٪ مردم دچار HIV/AIDS هستند و طبق گزارش سازمان جهانی بهداشت در سال ۲۰۱۷ میلادی تعداد ۲۷۰ هزار زن و ۳۰۰ هزار مرد در ارتباط با ابتلاء به این بیماری در این منطقه جان باخته اند و این در حالی است که زنان، بیش از مردان، تحت پوشش داروهای ضد رتروویروس می باشند. طبق همین گزارش، ۱۸/۲ میلیون مورد از کل ۳۶/۹ میلیون موردی که در کل جهان در قید حیات بوده اند را زنان و یک میلیون و هشتصد هزار

مورد آن را کودکان کم تر از ۱۵ ساله تشکیل می داده اند. عواقب این بیماری فراتر از مرگ است، به طوری که کودکان، یتیم می شوند و کل اقتصاد تحت تأثیر قرار می گیرد.

جنبه های مختلف اعمال جنسی پرخطر، عبارتند از تعداد شرکای جنسی، هویت شرکای جنسی و نوع فعالیت جنسی، میزان موارد منتقله از طریق تماس جنسی در مناطق مختلف جهان از وضعیت یکسانی برخوردار نمی باشد. به طوری که بیش از ۹۵٪ موارد جدید در اروپای شرقی، آسیای مرکزی، خاور میانه و شمال آفریقا از این طریق، انتقال یافته و این رقم در اروپای غربی و مرکزی و ایالات متحده ۹۰٪ و در آمریکای لاتین، ۷۷٪ موارد را تشکیل می داده است.

عدم پیشگیری از بارداری

بارداری های ناخواسته بعثت عدم استفاده کار آمد از روشهای پیشگیری از بارداری، اتفاق می افتد این روش ها به ۳ دسته تقسیم می شوند:

۱- مدرن (قرص ضد بارداری، روشهای مسدودکننده، ابزارهای درون رحمی یا عقیم سازی)

۲- سنتی (روش دوره ای)

۳- بدون روش

روش مدرن، با کمترین احتمال بارداری همراه می باشد. نسبت زنان ۱۵-۲۹ ساله که از یک روش مدرن استفاده می کنند بین ۶۲٪-۸٪ متغیر است و شیوع روش های سنتی، بین ۱۸٪-۳٪ می باشد. در سطح دنیا بارداری های بدون طرح قبلی، مسئول حدود ۹۰٪ از تولدهای ناخواسته بوده و مابقی موارد از روش پیشگیری ناشی شده اند. عدم پیشگیری از بارداری در سراسر دنیا باعث حدود ۱۴۹۰۰۰ (۰/۳٪) مرگ و ۸/۸ میلیون (۰/۶٪) DALY می شود.

مواد اعتیاد آور

دخانیات، الکل و داروهای غیرمجاز از مواد اعتیاد آور، عوامل مهمی هستند که ذیلا به آنها اشاره میشود:

مصرف سیگار و توتون خوراکی

برگ خشک شده گیاه نیکوتینا تابا کوم (*Nicotiana tabacum*) به صورت سیگار، جویدنی با انقیه مصرف می شود. مخاطرات ناشی از مصرف سیگار به عوامل متعددی بستگی دارد؛ از جمله سن شروع مصرف سیگار کشیدن، تعداد سیگار مصرف شده در روز، عمق فرو بردن دم و خصوصیات سیگار مثل میزان قطران و نیکوتین یا نوع ضعیف تر آن، با توجه به تنوع این عوامل ملاک مناسبی برای زیان های سیگار وجود ندارد ولی از شاخصی تحت عنوان نسبت تاثیر نهایی سیگار (Smoking impact ratio) استفاده می شود.

در کشورهای صنعتی ۹۰٪ از موارد سرطان ریه در مردان و حدود ۷۰٪ در زنان بعثت مصرف سیگار است. در سراسر جهان عامل ۸/۸٪ از موارد مرگ (۴/۹ میلیون) و ۴/۱٪ از DALY است.

مصرف الکل

مصرف الکل بواسطه ایجاد مسمومیت (مستی) وابستگی عادت، تکانشی، مصرف زیاد در طولانی مدت) و سایر اثرات بیوشیمیایی، عواقب خطرناک سلامتی و اجتماعی به همراه دارد. مسمومیت با الکل یکی از واسطه های قدرتمند در ایجاد نتایج حاد نظیر تصادفات رانندگی با خشونت خانوادگی است. در مجموع بین حجم متوسط مصرف الکل و بیش از ۶۰ نوع بیماری و آسیب، رابطه عمیقی وجود دارد. الکل در سراسر دنیا باعث ۳/۲٪ موارد مرگ (۱/۸ میلیون) و ۴٪ از موارد DALY (۵۸/۳ میلیون سال از دست رفته) می شود. تخمین زده می شود در سراسر جهان حدود ۳۰٪-۲۰٪ از هر کدام از موارد زیر ناشی از الکل باشد: سرطان مری، سرطان کبد، سیروز کبدی، دگرکشی، صرع و تصادفات وسایط نقلیه.

مصرف داروهای غیر مجاز

داروهای غیرمجاز، انواع داروهایی هستند که قوانین بین المللی، استفاده غیرطبی از آنها را ممنوع کرده است به جهت اینکه استفاده از این داروها غیر مجاز و مخفیانه است به دشواری می توان شیوع مصرف آنها و وقوع عوارض جانبی سلامت آنها را برآورد کرد. در دنیا ۰/۴٪ از موارد مرگ (۰/۲ میلیون) و ۰/۸٪ از DALY به مصرف کلی داروهای غیرمجاز منتسب میشود.

خطرات محیطی

خانه، محل کار، خارج از منزل، سیستم حمل و نقل به طرق مختلف برای سلامتی ما خطرناک هستند در زیر به پاره‌های از آنها اشاره می‌شود.

آب، فاضلاب و بهداشت فردی نامناسب

نداشتن فاضلاب، تماس با آب ناسالم، مصرف آب ناسالم، عدم دسترسی به آب بهداشتی، مدیریت نامناسب منابع و سیستم های آب از جمله در کشاورزی با عوارض نامطلوب سلامت همراه است. اسهال عفونی به تنهایی بیشترین سهم را از بار بیماری مربوط به آب، فاضلاب و بهداشت فردی نامناسب به خود اختصاص داده است. بیماری های شیستوزومیاز، تراخم، آسکاریاز، تریکوریاز و کرمهای قلابدار با آب ناسالم، دفع نامطلوب فاضلاب و رعایت نکردن بهداشت فردی ارتباط کامل دارند. نزدیک به ۳/۱٪ از موارد مرگ (۱/۷ میلیون) و ۳/۷٪ از DALY (۵۴/۲ میلیون) از دست رفته در سراسر جهان به آب، فاضلاب و بهداشت فردی نامناسب منتسب است.

آلودگی هوای شهری

آلودگی هوای ناشی از احتراق مواد سوختی، حتی در غلظت های پایین که عموماً در شهرهای اروپای غربی و آمریکای شمالی وجود دارد سلامت انسان را به طور جدی تهدید می‌کند. آلودگی هوای شهری به طور فزاینده ای نتیجه احتراق سوخت های فسیلی برای حمل و نقل، تولید نیرو و دیگر فعالیتهای انسانی است. فرآیندهای احتراق، ترکیبی پیچیده از آلاینده ها را تولید می‌کنند که شامل مواد پخش شده اولیه نظیر ذرات دوده دیزلی، سرب و همچنین محصولات تغییرات در جو (نظیر اوزون و ذرات سولفات که از سوختن سوخته‌های حاوی گوگرد بوجود می‌آیند می‌باشد. آلودگی هوا باعث حدود ۵٪ از موارد سرطان نای، برونش و ریه، ۲٪ از مرگهای مربوط به بیماریهای قلبی - ریوی و حدود ۱٪ از مرگ های ناشی از عفونتهای تنفسی در سطح جهان می‌باشد. این میزان شامل حدود ۰/۸ میلیون (۰/۱۴٪) مرگ و ۹/۷ میلیون (۰/۸٪) DALY از دست رفته است.

دود ناشی از سوخت های جامد در محیطهای بسته

آشپزی و گرمایش با سوخت های جامد، نظیر کود حیوانی، چوب، زایدات کشاورزی با زغال سنگ احتمالاً بزرگترین منابع آلودگی هوا در محیط های بسته در سطح جهان است. این سوخت ها حتی در اجاق های ساده آشپزی استفاده می‌شوند. مقادیر قابل توجهی از آلاینده ها از جمله ذرات قابل تنفس، مونوکسید کربن، اکسیدهای نیتروژن و گوگرد و بنزن را در خود متصاعد می‌کنند. نزدیک به نیمی از مردم جهان با سوخته‌های جامد، آشپزی می‌کنند. ۷۵٪ از مردم هند، چین و کشورهای نزدیک آنها و ۷۵٪-۵۰٪ از مردم آمریکای جنوبی و آفریقا. دود ناشی از سوخته‌های جامد در محیطهای در بسته باعث ۳۵/۷٪ از عفونت های حاد تنفسی تحتانی

۲۲ درصد بیماری های مزمن انسدادی ریه و ۱/۵٪ از سرطان های نای، برونش و ریه می‌باشد و

مواجهه با سرب

سرب، عمدتاً در هواء گرد و خاک زمین و آب وجود دارد. معمولاً از طریق گوارش با تنفس وارد بدن می‌شود. در حال حاضر حدود ۶۰ کشور استفاده از بنزین سرب دار را کنار گذاشته اند و در کل جهان ۸۵٪ یعتبرین عرضه شده، بدون سرب است. کنترل سایر منابع سرب مانند ظروف سرامیک سرب دار آشپزخانه، لوله های آب و رنگ های ساختمانی، دشوارتر است رشد سریع بار ترافیک، باعث افزایش سطح خونی سرب می‌شود. تخمین زده می‌شود که حدود ۱۲۰ میلیون نفر دارای سطح سرب بمیزان ۱۰-۵ میکروگرم در دسی لیتر باشند و به همین تعداد هم بالای ۱۰ میکروگرم در دسی لیتر می‌باشند و ۴۰٪ از کودکان دارای سطح خونی سرب بیشتر از ۵ میکروگرم در دسی لیتر هستند و در مجموع ۹۷٪ کودکان مبتلا در کشورهای در حال توسعه، زندگی می‌کنند. سرب عملاً تمام دستگاه های بدن را تحت تاثیر قرار می‌دهد و می‌تواند باعث کاهش ضریب هوشی، افزایش فشار خون و طیفی از اثرات رفتاری و تکاملی گردد. در موارد شدیدتر، کم خونی، آسیب های عصبی و اختلالات کلیه را در پی دارد سوب باعث حدود ۳۳۴۰۰۰۰ مورد مرگ (۰/۴٪) و ۱۲/۹ میلیون DALY می‌گردد.

تغییرات آب و هوایی

آخرین گزارش سازمان ملل متحد (۲۰۰۱) از نشست بین دولت ها در زمینه تغییر آب و هوا برآورد می‌کند که دمای متوسط دنیا در خشکی و سطح دریا نسبت به اواسط قرن ۱۹ به میزان ۰/۲ ± ۰/۶ درجه سانتیگراد افزایش یافته و بیشترین تغییر از

سال ۱۹۷۶ به بعد اتفاق افتاده است. الگوهای بارش هم تغییر کرده است. مناطق خشک و نیمه خشک، به وضوح خشک تر شده اند. در حالی که سایر مناطق، مرطوب تر می شوند. نشست بین دولت ها در زمینه تغییر آب و هوا نتیجه می گیرد که بیشترین بخش پدیده گرم شدن که در طی ۵۰ سال اخیر مشاهده شده است، از فعالیتهای انسانی ناشی می شود و رها شدن گازهای گلخانه ای از سوخت های فسیلی مهمترین عامل آن محسوب می گردد. همچنین نتیجه گرفته شده است که اگر هیچ اقدام خاصی برای کاهش و رها شدن گازهای گلخانه ای بعمل نیاید دمای کره زمین از سال ۱۹۹۰ تا ۲۱۰۰ احتمالاً بین ۴/۸-۱/۵ درجه سانتیگراد افزایش خواهد یافت. تخمین زده شده که تغییرات آب و هوا در سال ۲۰۰۰، مسئول نزدیک به ۲/۴٪ کل موارد اسهال در دنیا، ۶٪ موارد مالاریا در برخی از کشورهای دارای درآمد متوسط و ۷٪ از موارد تب در برخی کشورهای صنعتی بوده است. ۱۵۴/۰۰۰ مرگ (۳/۱۰٪) و ۵/۵ میلیون DALY از دست رفته ناشی از تغییرات آب و هوا بوده است.

سایر خطرات محیطی برای سلامت

ترافیک و حمل و نقل، یکی دیگر از اجزای خطرات محیطی را در جامعه تشکیل می دهند که هم آسیب های ناشی از تصادفات و هم آلودگی هوا را به دنبال دارد.

حوادث ترافیکی

طبق گزارش سازمان جهانی بهداشت در سال ۲۰۱۸، سالانه حدود ۱/۳۵ میلیون نفر به علت آسیبهای ترافیکی جاده ای، جان خود را از دست می دهند و بسیاری از این موارد در میان کودکان و جوانان ۲۹-۵ ساله روی میدهد و حدود ۵۰-۲۰ میلیون نفر نیز دچار آسیب های غیر کشنده و عوارض ناشی از آن می گردند و ۹۳٪ از موارد مرگ، در کشورهای با وضعیت اقتصادی متوسط و پایین رخ می دهد و این در حالی است که فقط ۶۰٪ وسایل نقلیه موتوری در این کشورها مورد استفاده قرار می گیرد.

و طبق تخمین سازمان جهانی بهداشت در صورتی که تدابیری اندیشیده نشود میزان مرگ ناشی از حوادث ترافیکی به سیر صعودی خود ادامه داده و تا سال ۲۰۲۰ به حدود ۱/۹ میلیون نفر در سال افزایش خواهد یافت. ولی اخیراً در دستور کار اهداف توسعه پایدار، یک هدف بلندپروازانه برای کاهش نیمی از مرگ و میر جهانی ناشی از سوانح ترافیکی راهها تا سال ۲۰۲۰ تعیین گردیده است.

در کشورهای در حال توسعه، نسبت بسیار بالاتری از مرگ های جاده ای در میان اقشار آسیب پذیر (عابرین پیاده، دوچرخه سواران، سایر موارد ترافیک غیر موتوری، موتور سواران و ترک سواران) و در میان مسافران اتوبوس و کامیون روی داده است.

آسیب های برنده در میان کارکنان مراقبت سلامت

از این کارکنان به دلیل مواجهه شغلی با خون و مایعات بدن، در معرض عفونت با عوامل بیماریزای منتقله از راه خون هستند. اکثر این تماس ها در اثر وسایل نوک تیز روی می دهند. عفونت های شایع که بیش از همه به کارکنان مراقبت سلامت منتقل می شود عبارتند از ویروس هپاتیت B و ویروس هپاتیت C و ویروس نقص ایمنی از میان ۳۵ میلیون نفر که در معرض تماس های پوستی با عوامل بیماریزای منتقله از راه خون قرار می گیرند. ۲ میلیون با هپاتیت B، ۰/۹ میلیون با هپاتیت C و ۱۷۰/۰۰۰ نفر با ویروس نقص ایمنی انسانی، این آسیب ها به ۱۵/۰۰۰ مورد عفونت هپاتیت C، ۷۰/۰۰۰ مورد عفونت هپاتیت B و ۵۰۰ مورد عفونت ویروس نقص ایمنی انسانی منجر می شوند و بیش از ۹۰٪ از این عفونت ها در کشورهای در حال توسعه روی می دهد.

بیماری های کرونر قلب و استرس شغلی

بیماری های کرونر قلب با استرس های شغلی ارتباط نزدیکی دارد. کنترل شغلی اندک، کار خارج از وقت اداری، تقاضاهای شدید روانی و کم بودن آزادی عمل در تصمیم گیری در میان مشاغل عالی نظیر مدیران، کنترل شغلی اندک عدم توازن میان تلاش و پاداش، کار طولانی مدت، محیط روانی - اجتماعی نامناسب در محل کار، انزوای اجتماعی - عدم فعالیت فیزیکی و خشونت شغلی با افزایش خطر بیماری قلبی همراه است.

و ساز و کارهای عمل عبارتند از اختلال در ریتم شبانه روزی، خستگی، افزایش سطح تری گلیسرید سرم و این واقعیت که شیفت شبانه سایر عوامل خطر بیماریهای قلبی را تشدید می کند. به طور کلی عوامل زیر در میان کارکنان باعث افزایش

بیماریهای کرونر قلبی می شود، محدود بودن اختیار عمل، کار خارج از وقت اداری، عدم توازن میان تلاش و پاداش، کار طولانی مدت، محیط روانی و اجتماعی نامناسب در محل کار، انزوای اجتماعی عدم فعالیت فیزیکی با خشونت شغلی.

خطرات شغلی

برخی از مخاطرات محل کار، عبارتند از: مواد شیمیایی، عوامل زیستی، شرایط نامطلوب ارگونومیک آلرژن ها، شبکه پیچیده ای از خطرهای ایمنی و عوامل روانی - اجتماعی متعدد و متنوع، مواجهه با این عوامل پیامدهای سلامتی مختلفی را بهمراه دارد. از جمله آسیب ها، سرطان، کاهش شنوایی، بیماری های تنفسی، اسکلتی و عضلانی، قلبی و عروقی، تولید مثلی، نوروتوکسیک، پوستی و روانی است.

عوامل خطر شغلی آسیب زا

کارگران صنعتی و کشاورزی در معرض بیشترین خطر قرار دارند ولی حتی کارمندان دفاتر، مغازه ها و مدارس هم در معرض خطر میباشند. سقوط از بلندی در محل کار، آسیب های ناشی از وسایط نقلیه موتوری و تماس با ماشین آلات، روزانه باعث هزار مرگ شغلی در سراسر جهان می شوند.

قریب مرگ های شغلی که از کشورهای در حال صنعتی شدن گزارش می شود حد اقل ۵-۳ برابر بیشتر از ضرایب کشورهای صنعتی است.

سرطان زهای شغلی

اکثر عوامل سرطان زا از ۱۵۰ ماده شیمیایی که در این خصوص طبقه بندی شده اند در اماکن شغلی وجود دارد. با جایگزین کردن مواد ایمن تره متوقف کردن بعضی فرایندها و تهویه مناسب، می توان از بروز تمام سرطان های شغلی پیشگیری نمود. سرطان های ریوی، شایعترین سرطان های شغلی می باشند.

مواجهه شغلی با ذرات معلق در هوا

میلیون ها کارگر در مشاغل مختلف نظیر معدن، ساخت و ساز و انفجارهای تخریبی در معرض ذرات میکروسکوپی معلق سیلیس، آزبست و خاک زغال هستند. تنفس این ذرات نه تنها ممکن است باعث سرطان ریه، نای و برونش شود، بلکه می تواند کلیه بیماری های تنفسی شیر بدخیم نظیر سیلیکوز، آزبستوز و پنوموکونیوز زغالی را سبب گردد.

استرس های ارگونومیک در محیط کار

کمردرد با بسیاری از استرس زهای ارگونومیک در محل کار، همراه است. از جمله این عوامل می توان موارد زیر را نام برد: بلند کردن و حمل بارهای سنگین، حرکات قدرتی، انجام کارهایی که نیازمند قدرت بدنی هستند، لرزش تمام بدن، خم شدن مکرر، پیچیدن در وضعیت های غیر مناسب.

میزان بالای کمردرد در گروههای خاصی از کارگران از جمله کشاورزان، پرستاران، متصدیان ماشین آلات و کارگران ساختمانی، گزارش شده است. کمردرد، یکی از دلایل عمده غیبت از کار است و در نتیجه ضرر اقتصادی بسیاری را تحمیل می کند.

آلودگی صوتی شغلی

یکی از شایعترین مخاطرات شغلی، سر و صدای بیش از حد می باشد. جدی ترین تاثیر این مسئله اختلال برگشت ناپذیر شنوایی است.

نقصان شنوایی در اثر آلودگی صوتی، معمولا در محدوده فرکانسهای صدای انسان آغاز می گردد و باعث اختلال در ارتباطات گفتاری می شود. مواجهه با سطوح بالاتر از ۸۵ دسی بل برای کارگران، مخاطره آمیز قلمداد می شود. در این تحلیل از تعریف سازمان جهانی بهداشت برای اختلال شنوایی، استفاده می شود که آستانه نقصان شنوایی را برای فرکانسهای ۵۰۰، ۱۰۰۰، ۲۰۰۰، ۴۰۰۰ هرتز را ۴۱ دسی بل تعیین کرده است.

فعالیت و حضور طولانی مدت در محیط آسیاب سنگ کارخانه های سیمان، چاپخانه ها، کارکردن با چکش بادی و امثال اینها پس از مدتی باعث کاهش غیرقابل برگشت شنوایی می شود. طی مطالعه ای که در ۴۸۱ نفر از کارکنان یکی از کارخانه های

ریسندگی و بافندگی ایران در سال ۱۳۹۴ انجام شده است کاهش شنوایی به میزان ۴۰٪ و ارتباط آن با سن، سابقه کار و میزان تحصیلات در آنان به اثبات رسیده است.

در محیطهای شغلی عموماً از آستانه ۲۵ دسی بل به عنوان آستانه نقصان شنوایی استفاده میشود در مجموع، آلودگی صوتی شغلی مسئول ۴/۲ میلیون DALY بوده است.

سوء رفتار و خشونت او در سال ۲۰۰۰ خشونت باعث ۷۰۰/۰۰۰ مورد مرگ در جهان گردیده که حدود ۵۰٪ از این موارد در اثر خودکشی ۳۰٪ در اثر خشونت های فردی و ۲۰ درصد در اثر خشونت های جمعی بوده است.

خشونت فردی

یعنی استفاده عمدی از زور و قدرت فیزیکی علیه شخص دیگر که منجر به جراحت، مرگ یا آسیب روانی، سوء تکامل یا محرومیت شود. این تعریف علاوه بر خشونت از سوی افراد غریبه و دوستان شامل سوء رفتار با کودکان، همسر، سالمندان و خشونت جنسی نیز می شود و ششمین عامل عمده مرگ در میان افراد ۴۴-۱۵ ساله می باشد.

سالانه حدود ۴۰ میلیون کودک، مورد سوء رفتار واقع می شوند. علاوه بر مرگ، آسیبهای عمیق بر سلامت روانی برای بسیاری از قربانیان و شاهدان خشونت وجود دارد. عوامل خطر در مقیاس فردی عبارتند از آزار و بی توجهی در دوران کودکی، سوء مصرف مواد، مرد بودن و جوان بودن. عوامل خطر در خانواده عبارتند از ناسازگاری زناشویی، اختلاف والدین و پایین بودن وضعیت اجتماعی - اقتصادی خانواده و در سطح جامعه پایین بودن سرمایه اجتماعی و میزان بالای جرم و جنایت در این امر نقش دارد.

خشونت جمعی

اصطلاحی عام تر از جنگ و دعوا است و زمانی بکار میرود که گروهی از خشونت علیه گروه دیگر استفاده ابزاری می کنند تا به هدفی دست یابند. تاثیرات غیر مستقیم خشونت جمعی ناشی از بیماریهای عفونی، سوء تغذیه، جابجایی جمعیتها، عواقب روانی، اجتماعی و تشدید بیماری های مزمن است بعنوان مثال میزان مرگ و میر در جمعیت هایی که در اثر خشونت های جمعی در رواندا، آواره شده بودند. ۸۰ برابر مرگ و میر در این کشور بود. عوامل خطر برای خشونت فراگیر عبارتند از دسترسی عمومی به سلاح های سبک، نابرابری در دستیابی به فرصت های آموزشی، اقتصادی و سیاسی و سوء استفاده از حقوق بشر.

****برای اطلاع از نحوه دریافت جزوات کامل با شماره های زیر تماس حاصل فرمایید.**

۰۲۱/۶۶۹۰۲۰۶۱-۶۶۹۰۲۰۳۸-۰۹۳۷۲۲۲۳۷۵۶

۰۱۳/۴۲۳۴۲۵۴۳ (لاهیجان)

خرید اینترنتی:

Shop.nokhbegaan.ir