

فصل 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 میگیرد 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 و بستر (Webster) سلامتی را وضعیت خوب جسمانی و روحی و بخصوص عاری بودن از درد یا بیماری جسمی میدانند فرهنگ آکسفورد (Oxford) سلامتی را وضعیت عالی جسم و روح و حالتی که اعمال بدن به موقع و مؤثر انجام شود میدانند.

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).

معایب تعریف آماری نرمال

- باید برای هر جامعه جداگانه تعیین شود خصوصیات مثل قد و وزن
- تمام صفات تابع توزیع نرمال نیستند
- گاهی شایع بودن یک صفت ناهنجار بخصوص در بعد روانی و یا اجتماعی باعث میشود که به عنوان یک وضعیت نرمال و طبیعی تلقی گردد.

به هر حال نهایتاً باید گفت مفهوم، سلامتی مطلق نبوده و نسبی است و هر فرد در مقایسه خود با شرایط قبلی اش و یا مقایسه خود با دیگران آنرا معنی میکند و در زمانها و مکانهای مختلف ممکن است مفهوم آن متفاوت باشد اگر بخواهیم یک تعریف عملی و عینی از سلامتی ارائه دهیم باید بگوییم سلامتی عبارتست از فقدان بیماری و داشتن تعادل جسمی و روانی.

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 عملاً دست نیافتنی است زیرا با توجه به این تعریف نمیتوان 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

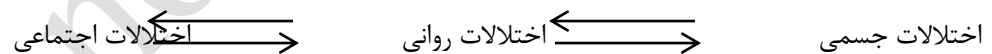
چنانچه قبلا گفته شد سلامتی و بیماری مرز مشخصی ندارند و در نتیجه بهتر است برای سلامتی طیفی در نظر بگیریم که یک طرف آن سلامت کامل و در طرف دیگر مرگ قرار دارد:



مسئله مهم اینست که در طب بالینی و بررسیهای 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 عملا ناچاریم به این مرز بندی تن دهیم.

ابعاد سلامتی

با توجه به تعریف سلامتی (تعریف WHO) متوجه میشویم که سلامتی یک مسئله چند بعدی است حتی امروزه علاوه بر بعد جسمی، روانی و اجتماعی جنبه معنوی را هم در نظر میگیرند و باید توجه داشت که ابعاد مختلف سلامتی و یا بیماری بر یکدیگر اثر کرده و تحت تاثیر یکدیگر قرار دارند چنانچه مشکلات جسمی بر روان فرد مشکلات روانی بر جسم او و نیز هر دوی آنها بر جامعه و اختلالات موجود در جامعه بر هر دو بعد دیگر سلامتی اثر میگذارند لذا اقدامات انجام شده برای ارتقای سلامتی باید به تمام جوانب سلامتی فردی (جسمی و روانی و معنوی) و سلامت کلی جامعه توجه داشته باشد.



در اینجا برای ساده کردن مطلب ابعاد مختلف سلامتی را جداگانه شرح میدهیم گرچه عملا قابل تفکیک از یکدیگر نیستند.

بعد جسمی

معمول ترین بعد سلامتی سلامت جسمی است که نسبت به ابعاد دیگر سلامتی ساده تر میتوان آنرا ارزیابی کرد سلامت جسمی در حقیقت ناشی از عملکرد درست اعضاء بدن است از نظر بیولوژیکی عمل مناسب سلولها و اعضاء بدن و هماهنگی آنها با هم نشانه سلامت جسمی است به عنوان نمونه بعضی از نشانه های سلامت جسمی عبارتست از :

ظاهر خوب و ،طبیعی وزن مناسب اشتهای ،کافی خواب راحت و منظم اجابت مزاج منظم جلب توجه نکردن اعضاء بدن توسط خود فرد اندام مناسب حرکات بدنی هماهنگ طبیعی بودن نبض و فشار خون و افزایش مناسب وزن در سنین رشد و وزن نسبتا ثابت در سنین بالاتر و ...

بعد روانی

بدیهی است سنجش سلامت روانی نسبت به سلامت جسمی مشکل تر خواهد بود در اینجا تنها نداشتن بیماری روانی مد نظر نیست بلکه قدرت تطابق با شرایط محیطی داشتن عکس العمل مناسب در برابر مشکلات و حوادث زندگی جنبه مهمی از سلامت روانی را تشکیل میدهد نکته دیگری که باید در اینجا به آن اشاره کرد اینکه بسیاری از بیماریهای روانی نظیر، اضطراب افسردگی و غیره بر روی سلامت جسمی تاثیر گذار است ارتباط متقابلی بین بیماریهای روانی و جسمی وجود دارد بعضی از نشانههای سلامت روانی عبارتست از:

سازگاری فرد با خودش و دیگران قضاوت نسبتا صحیح در برخورد با مسائل داشتن روحیه انتقاد پذیری و داشتن عملکرد مناسب در برخورد با مشکلات.

بعد معنوی

یکی از زمینه های عمده بیماریها و مشکلات روانی و عوارض جسمی و اجتماعی آن احساس پوچی بیهودگی و تزلزل روحی است که ناشی از فقدان بعد معنوی در افراد است، ایمان هدفدار بودن زندگی پای بندی اخلاقی تعاون داشتن حسن ظن و توجه بیشتر به مسائل معنوی زندگی باعث کاهش اضطراب تزلزل روحی و عوارض ناشی از آن میشود.

جنبه های معنوی زندگی باعث میشود فرد همواره برای اهداف عالیتر زندگی تلاش نماید و در مقابل کمبودها و مشکلات تحمل و بردباری بیشتری داشته و همواره از رضایت خاطر برخوردار باشد ضمن اینکه در ارتباط با افراد دیگر جامعه نیز رفتار مناسب خواهد داشت بنابراین تقویت جنبه معنوی به سلامت جسم و روح افراد و نهایتا سلامت جامعه بزرگ بشری کمک بسزایی خواهد کرد.

بعد اجتماعی

بعد اجتماعی سلامتی از دو جنبه قابل بررسی است یکی ارتباط سالم فرد با جامعه خانواده، مدرسه و محیط شغلی و دیگری سلامتی کلی جامعه که با توجه به شاخصهای بهداشتی قابل محاسبه میتوان سلامت جامعه را تعیین و با هم مقایسه کرد که بعدا در مورد شاخصهای سلامتی اجتماع بحث خواهیم کرد.

عوامل مؤثر بر سلامتی تعیین کنندههای سلامتی (Determinants of health)

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

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 میشود.

سن بیشتر حالات مربوط به سلامت و بیماری به نحوی با سن افراد مرتبط است مثلاً نوع بیماریها، شدت بیماری ها و مرگ و میر ناشی از آن در سنین مختلف متفاوت است و بیماریهای قابل انتقال در سنین پایین و بیماریهای 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 تفاوت‌های 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 نمیتوان دلیلی پیدا کرد ولی به طور کلی به نظر میرسد 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 میباشد زیرا انتخاب حرفه خاص در بسیاری از موارد مستقیماً فرد را در معرض عوامل بیماریزای مربوط به آن حرفه و بیماریهای ناشی از آن قرار میدهد ضمن اینکه با تاثیر گذاری بر سطح درآمد به صورت غیر مستقیم بر طبقه، اجتماعی، تغذیه، وضع مسکن و سایر فعالیت های فرد هم مؤثر خواهد بود که همه آنها به نحوی در سلامت نقش دارند.

۳- 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 میگذارد 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 سلامت افراد جامعه مؤثرند شرایط، زندگی، امکانات تسهیلات، آموزشی نحوه ارتباطات آگاهیها 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 نهایتاً بیماری میشود

۳- شیوه های زندگی مردم

نظیر عادات غذایی، تحرک و عدم تحرک نوع تفریحات و سرگرمیها نحوه ارتباط با سایر افراد جامعه میتواند 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

سیاستهای 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 دیدگاههای 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 شاخصهای مختلفی برای ارزیابی سلامتی مورد استفاده قرار میگیرد که توافق کلی در مورد اینکه کدامیک از آنها با اهمیت تر هستند وجود ندارد ولی باید متذکر شد آن دسته از شاخصهای سلامتی که، عینی حساس و اختصاصی هستند برای ارزیابی سلامت مناسب تر می باشند.

اندازه گیری شاخصهای سلامتی در موارد زیر مورد استفاده قرار میگیرد

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

شاخصهای سلامتی جامعه بسیار گسترده هستند و شامل شاخصهای ابتلا مرگ و میر باروری و نیز انواع شاخصهای اقتصادی فرهنگی میباشند در اینجا مهمترین و رایجترین شاخصهایی که در بررسیهای جمعیتی و ارزیابی کلی جامعه عینی تر بوده و قابل محاسبه هستند مورد بحث قرار میدهیم:

الف - میزانهای ابتلاء (Morbidity Rates) میزانهایی که در ارتباط با بیماری هستند

1- میزان بروز (Incidence Rate)

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

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 میگیرد.

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

میزان بروز + میزان شیوع لحظه ای = میزان شیوع لحظه ای Point P.R

همانطور که در فرمول میزان بروز مشاهده میشود این میزان موارد جدید بیماری را در فاصله زمانی معین اندازه گیری میکند بنابراین افزایش آن نشانه گسترش بیماری در جامعه میباشد 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.

$$D = \text{متوسط طول مدت بیماری} \times I \times \text{بروز} = P \text{ شیوع}$$

ضمناً باید متذکر شد چون میزانها معمولاً کمتر از یک هستند برای بیان مناسب آنها اغلب از ضریب 10^n نیز استفاده میشود.

۳- میزان بروز تجمعی (CI) (Cumulative Incidence)

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

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

ب- میزانهای مرگ و میر (Mortality Rates)

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

1- میزان مرگ خام (Crude death Rate)

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

۲- میزان مرگ شیر خواران (IMR) (Infant Mortality Rate)

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

۳- میزان مرگ نوزادان (Neonatal Mortality Rate)

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

۴- میزان مرگ مادران (Maternal Mortality Rate)

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

ج- میزانهای باروری (Fertility Rates)

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

۱- میزان تولد خام (Crude Birth Rate)

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

۲- میزان باروری عمومی (General Fertility Rate)

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

۳- میزان باروری کلی (Total Fertility Rate)

$$\text{میزان باروری کلی} = \frac{\text{مجموع میزانهای باروری اختصاصی سنی} \times ۵}{۱۰۰۰} \times 10^n$$

میزان مرگ خام - میزان تولد خام = میزان رشد جمعیت

$$GR = BR - DR$$

شاخصهای رفتار بهداشتی و شیوه زندگی نظیر:

- نسبت کسانی که سیگار میکشند
- نسبت کسانی که الکل مصرف می کنند
- نسبت کسانی که دارو مصرف میکنند
- نسبت کسانی که فعالیت بدنی کافی دارند
- نسبت کسانی که رژیم غذایی مناسب دارند
- نسبت کسانی که فعالیت جنسی مطمئن دارند
- نسبت کسانی که تنظیم خانواده را رعایت میکنند
- نسبت کسانی که اضطراب و افسردگی دارند
- نسبت کسانی که رضایت از زندگی دارند

شاخصهای محیطی

آب و هوا

مسکن

تراکم جمعیت

شاخصهای اجتماعی اقتصادی

درآمد سرانه

تفریحات و سرگرمیهای سالم

امید زندگی

مشارکت مردم در برنامه های ارتقاء سلامت

شاخصهایی که بیشتر جنبه ذهنی (Subjective) دارند نظیر

ارزیابی اعمال بدنی و حالت سلامتی فعال بودن فرد در، جامعه سطح انرژی خواب عکس العملهای هیجانی

ارزیابی وضعیت روانی: علائم اضطراب و افسردگی میزان رضایت از زندگی و شادمانی

ارزیابی وضعیت اجتماعی: میزان حمایت اجتماعی و فعالیتهای اجتماعی

ارزیابی کیفیت زندگی: امروزه به آن توجه بیشتری میشود ولی باید اذعان کرد ارزیابی کیفیت زندگی کار بسیار مشکلی است زیرا کیفیت زندگی حاصل تقابل شرایط، اجتماعی، بهداشتی، اقتصادی و محیطی است که بر توسعه انسانی اثر می گذارد.

شاخص های ارزیابی کننده کیفیت زندگی شامل شاخصهای اجتماعی، شاخصهای بهداشتی، شاخصهای اقتصادی و نیز شاخصهای مربوط به طرز تلقی فرد و جامعه نسبت به مفهوم کیفیت زندگی است. در خاتمه باید گفت استفاده از چند شاخص تعیین کننده، سلامت روش مؤثری در ارزیابی وضعیت سلامتی میباشد.

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 میتواند 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 اندامهای بدن دچار قطع عمل طبیعی شوند یا از کار بیفتند.

تعریف بیماری از دیدگاه اکولوژی

اختلال عمل اندامهای انسانی در رابطه با محیط زیست

Illness Disease و Ill health اغلب به جای هم به کار برده میشوند ولی مفاهیم متفاوتی دارند.

Disease مشتق میشود از dis و ease یعنی Disease discomfort عبارتست از اختلال سلامتی به صورت عینی 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 بدون بیماری Ill health	احساس ناخوشی بدون بیماری Malingering
احساس بهبودی دارای بیماری Screening	احساس بهبودی بدون بیماری Healthy

تشخیص بیماری (Disease)

Illness: یک تجربه ذهنی فقدان سلامتی است که به صورت نشانه‌های خاص نظیر درد تظاهر میک کند برای روشن شدن مطلب به ذکر یک مثال میپردازیم: ممکن است برای فردی از طریق غربالگری تشخیص سرطان داده شود در حالی که 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 بررسیهای بیشتر مشخص شود که هیچگونه عارضه ای ندارد (Illness) و بالاخره ممکن است فرد علائمی را اظهار کند و بعد از تجسس بیشتر مثلاً انجام آزمایشات بیماری وی به اثبات برسد. در این حالت واژه (Ill health) به کار میرود.

امید زندگی (Life expectancy)

عبارتست از متوسط تعداد سالهایی که هر فرد در هر گروه سنی انتظار (احتمال) زنده ماندن را دارد (در صورت ادامه میزانیهای اختصاصی سنی جاری) معمولاً 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 فعالیتهای 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 بیماریها طولانی کردن عمر و ارتقای سطح سلامت از طریق کوششهای سازمان یافته اجتماع به منظور سالم سازی، محیط کنترل بیماریها آموزش بهداشت، ایجاد اقدامات پزشکی و پرستاری جهت تشخیص زودرس و درمان بیماریها 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 میشود 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 میباشد.

نمونه ای از شاخصهای ارزیابی کننده کیفیت زندگی

شاخصهای اجتماعی مثل شاخصهای مربوط به سلامت LBW وضعیت سالمندان، میزان خودکشی و ... شاخصهای مربوط به وضعیت اقتصادی افراد شاغل و غیر شاغل، جامعه وضعیت درآمد جامعه و ... شاخصهای 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 میشود که کاملاً قابل اندازه گیری است و همه اینها میتواند در کیفیت زندگی مؤثر باشد ولی کیفیت زندگی میزان بهره مندی فرد از امکانات با اهمیت زندگی وی را مشخص میکند و منعکس کننده میزان رضایت فرد از موهبتهای زندگی نیز میباشد.

بهداشت برای همه و مراقبت های بهداشتی اولیه

تحولات (Primary Health Care PH) قبل از سال ۲۰۰۰

بهداشت برای همه (Health for all - HA)

در بیانیه رسمی سومین مجمع جهانی بهداشت در سال ۱۹۷۷ که به بیانیه آلتا 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 مراقبتهای اولیه بهداشتی در آلتا (مرکز جمهوری قزاقستان تشکیل گردید و روش دستیابی به بهداشت برای همه مراقبتهای بهداشتی اولیه (Primary Health Care- PHC) 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 استراتژیهای کشوری بهداشت برای همه را بر اساس مراقبتهای 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 هر یک استراتژی دستیابی به HFA را برای خود تنظیم نمودند).

هدف اصول استراتژیک و شاخصهای 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 سالهای آتی میلادی دیگر کسی بیمار و ناتوان نخواهد بود و گروه پزشکی مراقبتهای پزشکی را برای یکایک مردم جهان و ناخوشیهای آنان تامین خواهند کرد بلکه بدان معناست که بهداشت پا میگیرد و در هر کجا که مردم

زندگی و کار میکنند 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 مراقبتهای اساسی بهداشت دسترسی خواهند یافت.

شاخصهای 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 گیریها تحقق یافته و نمایندگان گروهها و سازمانهای مختلفی چون سازمان زنان گروههای صنفی و غیره در برنامههای بهداشتی مشارکت داشته باشند

۴- درصد قابل قبولی از بودجه بهداشتی کشور به مصرف خدمات بهداشتی محلی برسد. بدین معنی که به منظور ارائه مراقبتهای 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 مراقبتهای 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 یا 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 میشود:

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

مراقبتهای بهداشتی اولیه (PHC)

مراقبتهای بهداشتی اولیه مراقبتهای بهداشتی اساسی میباشد که توسط نظام بهداشتی با یک روش عملی و علمی قابل قبول از نظر روشها و تکنولوژی قابل تحمل از نظر هزینه ها برای جامعه و کشور و با مشارکت کامل مردم و روحیه خود اتکایی به افراد و خانوادهها در سطح جامعه ارائه میگردد.

سازمان جهانی بهداشت مراقبتهای بهداشتی اولیه را این چنین تعریف میکند:

مراقبتهای بهداشتی اولیه مراقبتهای 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 مراقبتهای 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 میکنند میبرد.

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 وجوه 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 سرمایه گذاریهای 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 برنامه ریزی اجرا و نظارت طلب میکند

با سطح بندی خدمات و از طریق نظام ارجاع و همچنین بکارگیری تکنولوژی مناسب و متناسب با سنت ها 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 پردازد 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 قرار دادن سلامت مردم در دست خود آنها» توصیف شده است بدین ترتیب بهداشت پدیدهای خودجوش است که باید انگیزه برخورداری 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)

کارآیی 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 مناسبترین و هزینه اثربخش ترین روشها 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 مراقبتهای بهداشتی داشته باشند. برای اطمینان از دسترسی برابر باید توزیع و پوشش مراقبتهای اولیه بهداشتی در مناطقی بیشتر باشد که بیشترین نیازها وجود دارد.

۵- جامعیت خدمات مراقبتهای بهداشتی اولیه یک رویکرد جامع بر اساس مداخلات زیر است:

مداخلات ارتقایی برخورد مراقبتهای بهداشتی اولیه در سطح جامعه با علل اساسی است که سلامت تاثیر میگذارد

مداخلات پیشگیری کننده این مداخلات کاهش دهنده بروز بیماریها یا 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 پیامد یا عوارض مربوط به مشکل سلامتی افراد میشود.

رویکرد فوق به این دلیل که تاثیر زیادی بر بهبود وضعیت سلامت افراد دارد باید توسط جامعه حمایت

رویکرد جامع مراقبتهای 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.

علاوه بر مشاوره در مورد تغذیه با شیر، مادر پایش رشد بازتوانی تغذیه ای و مراقبتهای لازم برنامه مراقبت باید شامل تغذیه کودک پس از بازگیری از تغذیه با شیر مادر با غذاهای در دسترس محلی نیز باشد. خدمات مراقبتهای بهداشتی اولیه برای مردم سالم (مثل مراقبتهای قبل از، تولد، واکسیناسیون آموزش بهداشت) باید هر چه زودتر در سطح جامعه برقرار گردد.

جدول ۱ - چهار چوب خدمات مراقبتهای اولیه در برخورد با مشکلات مرتبط با سلامت

مداخله در بیماری	مداخله ارتقایی	مداخله پیشگیری	مداخله درمانی	مداخله بازتوانی
اسهال (Diarrhea)	آب سالم بهداشت عمومی امنیت غذا آموزش بهداشت مراقبت کودکان	آموزش بهداشت فردی تغذیه با شیر مادر واکسیناسیون	مایع درمانی خوراکی حمایت تغذیه ای (درمان دارویی در صورت نیاز)	بازتوانی تغذیه ای مایع درمانی خوراکی
ذات الریه (Pneumonia)	تغذیه مناسب مسکن مناسب	واکسیناسیون تغذیه با شیر مادر	درمان دارویی	بازتوانی تغذیه ای

مرکز تخصصی خدمات آموزشی گروه پزشکی فرهنگ گستر نخبگان

		مکمل ویتامین A	هوای تمیز آموزش بهداشت	
بازتوانی تغذیه ای	درمان دارویی حمایت تغذیه ای	واکسیناسیون	تغذیه مناسب تهویه مناسب منزل آموزش بهداشت	سرخک (Measles)
بازتوانی تغذیه ای	درمان دارویی	استفاده از پشه بند (Mosquito nets) پیشگیری های دارویی	تغذیه مناسب کنترل ناقل بیماری آموزش بهداشت	مالاریا (Malaria)
بازتوانی تغذیه اس (رژیم غذایی پر آهن)	مکمل تغذیه ای تزریق خون حمایت تغذیه ای	غربالگری بیماران پیشگیری با تجویز آهن و اسید فولیک کرم زدایی	کنترل ناقل (پارازیت) تغذیه مناسب آموزش بهداشت	کم خونی (Anemia)
خدمات تلفیقی (Social integration)	درمان دارویی مشاوره فامیلی حمایت تغذیه ای	واکسیناسیون پیشگیری از تماس	تغذیه مناسب تهویه مناسب منزل آموزش بهداشت	سل Tuberculosis

اجزای مراقبتهای بهداشتی اولیه

آموزش بهداشت (آموزش در خصوص مشکلات معمول بهداشتی پیشگیری و روشهای کنترل بیماریها)

بهبود تغذیه

دسترسی به آب آشامیدنی سالم و بهسازی محیط

بهداشت مادر و کودک و فاصله گذاری بین موالید

واکسیناسیون بر علیه بیماریهای عفونی قابل انتقال در دوران کودکی

پیشگیری و کنترل بیماریهای عفونی (بیماریهای عفونی آندمیک محلی)

درمان بیماریهای معمول و جراحتهای

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 مراقبتهای بهداشت دهان و دندان و تا حدودی مراقبتهای بهداشت روانی نیز به مردم ارائه میگردد.

سطوح مراقبت‌های بهداشتی

فلسفه اصلی مراقبت‌های اولیه بهداشتی را توزیع عادلانه منابع، بهداشتی تشکیل میدهد. این هدف وقتی تحقق مییابد که وسیعترین و اولیهترین نیازهای بهداشتی جامعه تا حد امکان در محل کار و زندگی مردم به سهولت قابل دسترسی باشد از طرفی مراقبت‌های بهداشتی اولیه براساس این واقعیت است که بسیاری از مشکلات مربوط به سلامتی جمع کثیری از مردم به سطوح پائین هرم (HC) (مطابق با شکل ۱) اختصاص می یابد.



با این بینش تاکید برنامه ریزان بهداشتی باید متوجه تقویت مراکز سطح اول ارائه مراقبت‌ها باشد. ارائه مراقبت‌ها در این سطح و زیر مجموعه آنها از نظر اقتصادی نیز بسیار هزینه اثر بخش تر از ارائه این خدمات توسط کارکنان تخصصی در بیمارستانها 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 مراقبت‌های بهداشتی اولیه باید توزیع واحدهای ارائه دهنده خدمات سطح اول به گونه ای باشد که هیچ جمعیتی خارج از محدوده عمل آنها قرار نگیرد.

مراقبت‌های اولیه تا پوشش همگانی سلامت تجربه جمهوری اسلامی ایران ها ایران

مقدمه

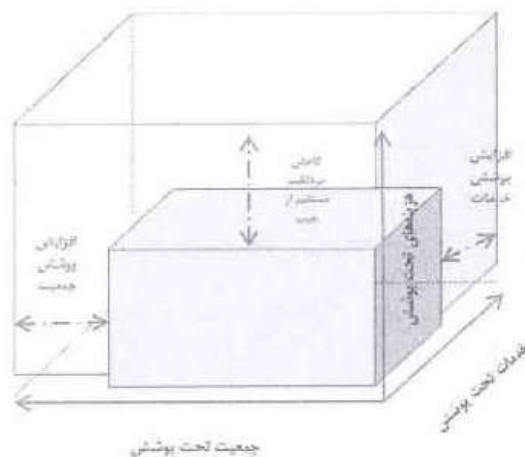
راهبرد مراقبت‌های اولیه سلامت از سوی سازمان جهانی بهداشت در سال ۱۹۷۸ کمک قابل توجهی به کشورها کرد تا بتوانند تلاشهای خود را جهت تدوین برنامه‌های ملی سازماندهی کنند این تلاشها اگرچه بهبود وضعیت کلی سلامت را به دنبال داشت اما پیشرفت در وضعیت سلامت نسبی بود و هدف سلامت برای همه به صورت کامل محقق نشد از 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 باکیفیت 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 میشود ضمن مروری کوتاه بر تجربه کشورهای دنیا در دستیابی به پوشش همگانی سلامت مهمترین 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 چالشهای 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 مورد نیاز خود را دریافت کنند؛ این خدمات مشتمل بر خدمات سلامت عمومی با هدف ارتقا سلامت مانند کمپینهای 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 میدهد هر آنچه از پوشش همگانی سلامت مورد انتظار است در سه جزء پوشش، جمعیت پوشش خدمات سلامت و پوشش هزینههای سلامت خلاصه میشود که همان سه بعد مکعب پوشش همگانی هستند (شکل ۱).



شکل ۱ - مکعب پوشش خدمات سلامت

پیام این مکعب برای نظامهای سلامت این است که باید برنامههای 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 تأکید می شود که پوشش همگانی محافظت مالی جمعیت دارد وجه تمایز آن با راهبرد

مراقبت‌های اولیه سلامت محسوب میشود. تأمین این حفاظت مالی در کنار پوشش جمعیت و پوشش خدمات عدالت در دسترسی به خدمات سلامت را تضمین می‌کند.

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 اثر بخشی از طریق منابع عمومی دولت در بخش سلامت تأمین مالی می‌شوند این فهرست همانی است که با نام بسته خدمات ضروری در نظامهای سلامت طب ملی و یا بسته خدمات بیمه سلامت پایه (در نظامهای سلامت بیسمارکی یا نظام بیمه های اجتماعی) می‌شناسیم تعیین اینکه هر یک از بسته ها چه خدماتی را شامل میشوند 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 شاخصهای 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 خوشبختانه با تلاشهایی که در این زمینه انجام شده روشهای عینیتر و علمیتری برای مقایسه گزینه های مختلف تصمیم گیری معرفی شده است یکی از رایج ترین این روشها استفاده از تحلیلهای اقتصادی و قضاوت بر اساس هزینه اثر بخشی گزینه ها میباشد روشی که در گزارشهای اولویتهای کنترل بیماری ها (Diseases Control Priorities: DCP) به کار رفته و براساس آن تلاش شده با توجه به بار بیماریها به روزترین شواهد در مورد کارآمدی مداخلات و اثر بخشی برنامههای 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 باکیفیت 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 میدهد و شامل درصدی از جمعیت است که زیر چتر برنامههای 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 است و به موازات پیشرفت حاصله در این قسمت پیچیده تر نیز می‌شود دستیابی حداکثری به پوشش جمعیت به یک نظام بیمه سلامت خوب نیاز دارد نظامی که بیشترین میزان انباشت خطر را داشته باشد و امکان پرداخت برحسب توان و دریافت خدمت بر اساس نیاز را فراهم آورد با توجه به تجربه ای که بسیاری از کشورها، حتی در گروه های درآمدی متوسط در پوشش ۱۰۰ درصدی جمعیت دارند این دیدگاه که تحقق کامل این جزء پوشش همگانی امکان پذیر نیست رد می‌شود 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 نمیباشد.

۳- پوشش هزینه های سلامت

سومین جزء مقدار ارتفاع پوشش (Height of coverage) را نشان میدهد و گویای درصدی از هزینه های سلامت است که از طریق منابع انباشت شده پوشش داده می‌شوند منابع انباشت شده به دو صورت اشتراک خطر خسارت مالی بین گروههای مختلف جامعه انباشت و توزیع خطر در طول زمان (پیش پرداخت) حاصل میشوند این منابع به گواه شواهد موجود میتوانند 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 میباشد. البته مداخلات مورد نیاز 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 میپردازد 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.

سنجش پیشرفت دستیابی به پوشش همگانی سلامت

در ارزیابی وضعیت دستیابی به پوشش همگانی سلامت دو حیطه اصلی پوشش مؤثر خدمات و حفاظت مالی که ارتباط مستقیم با اهداف پوشش همگانی سلامت دارد پایش و ارزیابی میشود و از آنجا که عدالت اهمیت زیادی در پوشش همگانی سلامت دارد توصیه شده برای هر یک از شاخصهای دو حیطه فوق حداقل سه جنبه نابرابری اقتصادی جنسیتی و محل اقامت در نظر گرفته شود.

شاخص های پوشش مؤثر در واقع به اجزای اول و دوم مکعب پوشش همگانی سلامت به صورت همزمان توجه میکنند این که پوشش خدمت ضروری چگونه است و با چه کیفیتی ارائه میشود پس مهم این است که چه نسبتی از افراد نیازمند توانسته اند از خدمتی که تغییر مورد نظر است بهره مند شوند و در آنها تغییر روی داده است (مثلاً تغییر سطح آنتی بادی در مورد واکسنها و یا بهبود سلامت در مورد داروها). شاخصهای پوشش مشتمل بر مورد میباشد و مجموع آنها نیز در یک شاخص ترکیبی با نام شاخص پوشش گزارش میشود در عین حال چون همزمان به جنبه نابرابری پوشش مؤثر در گروههای جمعیتی زنان مردان فقیر غنی و روستایی شهری میپردازد به جنبه عدالت نیز توجه می کند برای درک بهتر پوشش مؤثر شاخص پوشش درمان ضد ویروسی در بزرگسالان و کودکانی که با HIV زندگی میکنند را میتوان مثال زد. این شاخص تنها به این که چند درصد از افراد تحت پوشش درمان هستند توجه ندارد؛ بلکه توجه به این است که از کل کسانی که تخمین زده میشود واجد بیماری میباشند چند درصد تحت درمان هستند پس هم باید شناسایی شده باشند و هم تحت درمان باشند مثال دوم فراوانی جمعیت های در معرض خطر بالا که در ۱۲ ماه گذشته آزمایش HIV شده اند و نتایج آن را میدانند می باشد در این شاخص تنها فراوانی آزمایش مهم نیست، بلکه این که افراد در معرض خطر مشخص شده، آزمایش HIV انجام داده و نتیجه را بدانند، اهمیت دارد.

شاخصهای حفاظت مالی مردم در برابر هزینه های سلامت دو مورد هستند: نسبت (بروز) افراد مواجهه یافته با فقر بخاطر هزینه های سلامت و نسبت (بروز) افراد مواجهه یافته با هزینه های کمرشکن سلامت در شاخص نخست نسبت افرادی که به خاطر هزینه های سلامت به زیر خط فقر رفته اند محاسبه میشود که افراد مواجهه یافته با این هزینهها (فقرزا مشکل مالی و خیمرتی را نسبت به کسانی که دچار هزینه های کمرشکن شده اند تجربه میکند. کنند برای محاسبه شاخص دوم نیز آستانه های مختلف به عنوان هزینه های کمرشکن در نظر گرفته شده است در انتشارات اخیر بانک جهانی و سازمان جهانی بهداشت در صورتی که نسبت هزینه های سلامت فرد بیش از ده درصد و یا بیست و پنج درصد از کل هزینه های وی در این جا دو آستانه معرفی شده است شود فرد دچار هزینه های کمرشکن شده است معمولاً هزینه های فقرزا در خانوارهایی که پنجک و یا دهکهای اقتصادی ضعیف هستند روی میدهد اما هزینه های کمرشکن سایر گروههای اقتصادی بالاتر (غنیتر) را نیز می تواند تحت تأثیر قرار دهد.

در مورد شاخصهای حفاظت مالی ابعاد عدالتی آنها یعنی نگاه کردن به تفکیک دو متغیر وضعیت اقتصادی و محل زندگی اهمیت دارد در مورد جنسیت باید توجه داشت که هزینهها برای خانوار و نه برای فرد روی می دهند زیرا خانوار از نظر هزینه ها با هم هستند در نتیجه درآمد را نان آوران خانوار به عهده دارند و هزینه های سلامت به کل خانوار تسری مییابد به همین دلیل

شاخصهای مربوط به هزینه های فقرزا و کمرشکن مصداق عدالت جنسیتی ندارد مگر این که بخواهیم در خانوارهای با سرپرست خانوار زن با خانوارهای با سرپرست خانوار مرد مقایسه کنیم.

گذار اپیدمیولوژیک، گذار سلامت

اولین گذاری اپیدمیولوژی

بدون شک، جوامع اولیه انسانی از وسعت چندانی برخوردار 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 اکتوپارازیت ها را با اجتناب ناپذیری 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.

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 دموگرافی و عاداتی که منجر به تماس بیشتر انسان با حیوانات می گردیده نیز تاثیر عظیمی داشته و زمینه را برای ابتلا به بسیاری از بیماری های مشترک بین حیوانات و انسان ها (زئونوزها) مساعد نموده و شاید بیشترین علل مرگ و میر را به خود اختصاص داده 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 ظاهرا جای خود را به بیماریهای دژنراتیو و ساخته دست بشر داده اند.

نکته مهم: داوطلبین محترم توجه فرمایید که با تهیه این جزوات دیگر نیاز به خرید هیچ گونه

کتاب مرجع دیگری نخواهید داشت. برای اطلاع از نحوه دریافت جزوات کامل با شماره های زیر تماس حاصل فرمایید.

۰۳۷۲۲۲۳۷۵۶-۰۹۳۷۲۲۲۳۷۵۶-۰۶۶۹۰۲۰۳۸-۰۶۶۹۰۲۰۶۱-۰۶۶۹۰۲۱

(لاهیجان) ۰۱۳/۴۲۳۴۲۵۴۳

خرید اینترنتی

www.shop.nokh.ir