

کتاب جامع بهداشت عمومی

جلد ۱: فصل دوم: سلامت و بیماری

صفحه	عنوان	گفتار
۴۸	سلامت و بیماری دکتر محسن سید نوزادی	اول
۶۲	ژنتیک و سلامت دکتر سیدمحمد اکرمی، دکتر فروزان کریمی، دکتر خسرو رفائی شیرپاک، دکتر لاله حبیبی	دوم
۸۲	بهداشت برای همه و مراقبت‌های بهداشتی اولیه دکتر مریم محمدی، سمیه غفاری، دکتر ثریا سهیلی	سوم
۱۱۰	مراقبت‌های اولیه تا پوشش همگانی سلامت: تجربه ج ایران دکتر حانیه سادات سجادی و دکتر سیدرضا مجدزاده	چهارم
۱۲۸	گذار سلامت دکتر محمداسماعیل اکبری، دکتر حسین حاتمی	پنجم
۱۴۲	خطرات تهدیدکننده سلامت در جهان و ایران و راهبردهای آن دکتر حمیدرضا صادقیپور، دکتر مسعود خسروانی، دکتر حسین حاتمی	ششم
۱۷۲	سیمای سلامت در جهان و ایران دکتر علی اکبر سیاری، دکتر سید احسان بلادیان	هفتم
۲۰۴	اهم برنامه‌های حوزه معاونت بهداشتی دکتر علی اصغر فرشاد	هشتم
۲۲۲	آشنایی با فعالیت‌های سازمان بهزیستی کشور دکتر حبیب الله مسعودی فرید	نهم
۲۳۶	آشنایی با فعالیت‌های انستیتو پاستور ایران دکتر مصطفی قانعی، دکتر احسان مصطفوی، مصطفی عنایت راد	دهم
۲۵۴	آشنایی با جمعیت هلال احمر جمهوری اسلامی ایران دکتر احمدعلی نوربالا، دکتر مهدی نجفی، دکتر نادر اکرامی نسب (ره)	یازدهم
۲۷۲	نقش سازمان‌های فراملی در توسعه سلامت دکتر بیژن صدری زاده	دوازدهم

پیش‌آزمون فصل دوم :

- ۱ - سلامت و بیماری را تعریف کنید؟
- ۲ - ابعاد مختلف سلامتی را توضیح دهید؟
- ۳ - عوامل موثر بر سلامتی را نام برده برای هر یک مثال‌های مناسبی ارائه دهید؟
- ۴ - اهمیت علم ژنتیک در حفظ و ارتقای سلامت را شرح دهید؟
- ۵ - اختلالات کروموزومی را باختصار، توضیح دهید؟
- ۶ - پیشرفت‌های حاصله در ژنتیک مولکولی و اهمیت بهداشتی آن را بیان کنید؟
- ۷ - نقش درمانی ژنتیک را توضیح دهید؟
- ۸ - منظور از بهداشت برای همه را توضیح دهید؟
- ۹ - شاخص‌های دستیابی به بهداشت برای همه را بیان کنید؟
- ۱۰ - منظور از مراقبت‌های بهداشتی اولیه چیست؟
- ۱۱ - اصول مراقبت‌های بهداشتی اولیه را توضیح دهید؟
- ۱۲ - ارتباط برنامه مراقبت‌های بهداشتی اولیه و اهداف بهداشتی سند توسعه پایدار؟
- ۱۳ - گذار اپیدمیولوژیک و گذار بهداشتی را تعریف نموده تاریخچه آن را بیان کنید؟
- ۱۴ - عوامل موثر بر گذار سلامت را توضیح دهید؟
- ۱۵ - علل پیر شدن جمعیت‌ها را بیان کنید؟
- ۱۶ - آیا نوپدیدی و بازپدیدی فقط در بیماری‌های عفونی، رخ می‌دهد؟ با ذکر مثال توضیح دهید؟
- ۱۷ - راهکارهای ارتقای سلامت در جمهوری اسلامی را بیان کنید؟
- ۱۸ - عوامل اثرگذار بر سلامت را نام ببرید؟
- ۱۹ - وضعیت دسترسی به خدمات بهداشتی - درمانی در سطح جهان را متذکر شوید؟
- ۲۰ - نحوه دسترسی به خدمات بهداشتی - درمانی در سطح کشور را توضیح دهید؟
- ۲۱ - اقدامات مرتبط با کنترل بیماری‌های عفونی در سطح کشور را بیان کنید؟
- ۲۲ - اقدامات مرتبط با کنترل بیماری‌های غیرمُسری در سطح کشور را بیان نمایید؟
- ۲۳ - منظور از مقررات بهداشتی بین‌المللی چیست؟
- ۲۴ - وظایف و اهداف سازمان جهانی بهداشت را شرح دهید؟
- ۲۵ - نقش سیستم ملل متحد در توسعه سلامت در ایران را شرح دهید؟
- ۲۶ - برنامه‌های مهم حوزه معاونت بهداشتی را نام ببرید؟
- ۲۷ - برنامه مبارزه با دخانیات در سطح کشور را شرح دهید؟
- ۲۸ - رابطن بهداشت چه کسانی هستند و اهمیت همکاری آنان چیست؟
- ۲۹ - نقش سازمان بهزیستی جمهوری اسلامی در حفظ و ارتقای سلامت را توضیح دهید؟
- ۳۰ - نقش انسیتو پاستور ایران در شکل‌گیری اپیدمیولوژی و کنترل همه‌گیری‌ها را شرح دهید؟
- ۳۱ - نقش سازمان هلال احمر جمهوری اسلامی در حفظ و ارتقای سلامت را توضیح دهید؟

کتاب جامع

بهداشت عمومی

فصل ۲ / گفتار ۱ / دکتر محسن سیدنوزادی

سلامت و بیماری

فهرست مطالب

۴۹	اهداف درس
۴۹	بیان مسئله
۵۰	تعریف سلامت
۵۱	طیف سلامت و بیماری
۵۱	ابعاد سلامتی
۵۳	عوامل موثر بر سلامتی (تعیین کننده‌های سلامتی)
۵۴	شاخص‌های سلامتی جامعه
۵۵	اندازه‌گیری شاخص‌های سلامتی در موارد زیر مورد استفاده قرار می‌گیرد
۵۵	الف- میزانهای ابتلاء : میزانهایی که در ارتباط با بیماری هستند
۵۶	ب- میزانهای مرگ و میر
۵۷	ج- میزانهای باروری
۵۷	سایر شاخص‌های سلامتی
۵۸	تعریف بیماری
۵۹	تعریف بیماری از دیدگاه اکولوژی
۵۹	امید زندگی
۶۰	شاخص سالیوان
۶۰	بهداشت عمومی (تعریف وینسلو Winslow)
۶۱	منابع

سلامت و بیماری

Health and Disease

دکتر محسن سیدنوزادی

دانشگاه علوم پزشکی مشهد، بخش پزشکی اجتماعی

اهداف درس

پس از مطالعه این مبحث، فراگیرنده، قادر خواهد بود :

- مفهوم سلامت و بیماری را بیان کند
- طیف سلامت را توصیف نماید
- ابعاد مختلف سلامتی را مشخص کرده و توضیح دهد
- اثرات متقابل ابعاد مختلف سلامت را بر یکدیگر بیان کند
- عوامل موثر بر سلامتی را فهرست نماید
- شاخص‌های عمده سلامتی را توضیح دهد
- نقش و اهمیت شاخص‌های سلامتی را در ارزیابی و مقایسه وضعیت سلامت توضیح دهد
- کیفیت زندگی و نحوه ارزیابی آنرا توضیح دهد.

بیان مسئله

برخورداری از خدمات بهداشتی درمانی با هدف ارتقاء، حفظ و تامین سلامت افراد یکی از ارکان مهم پیشرفت هر جامعه‌ای را تشکیل می‌دهد. در اصول سوّم، بیست و نهم و چهل و سوّم قانون اساسی جمهوری اسلامی ایران به ضرورت تامین بهداشت و درمان به عنوان نیازهای اساسی مردم تاکید شده است. زیرا سلامت افراد جامعه وسیله‌ای برای تکامل انسان است.

یکی از اساسی‌ترین مسائل برای نیل به هدف دست یابی به سلامتی، آشنایی با مفاهیم مربوط به سلامت و بیماری و نگرش صحیح در مورد سلامتی است و از آنجا که برای شناخت هر علمی آگاهی از مفاهیم و

واژه‌های متداول در آن علم ضروری است لذا قبل از اینکه به سایر مباحث بهداشتی پرداخته در اینجا تعاریف و مفاهیم علم بهداشت بخصوص واژه‌های مربوط به سلامت و بیماری، طیف سلامتی، ابعاد سلامتی، شاخص‌های سلامتی و کیفیت زندگی و ارزیابی آن را مورد بحث قرار می‌دهیم زیرا کارکنان خدمات بهداشتی که در سطح ملی و بین‌المللی فعالیت دارند اگر برداشت یکسانی از مفاهیم مربوط به سلامت و بیماری نداشته باشند تعیین و تفسیر شاخص‌های مربوط به آن و نیز مبادله اطلاعات علمی بخوبی امکان پذیر نخواهد بود به امید آنکه از این طریق پژوهندگان و به طور کلی مجموعه افرادی که به طریقی با سلامت مردم در ارتباط هستند بتوانند با برداشت یکسان از این مفاهیم ارتباط بهتری با یکدیگر برقرار نمایند.

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

تعریف سلامت (نرمال) از دیدگاه آماری

معمولاً براساس توزیع فراوانی، افراد را به دو جمعیت طبیعی و غیرطبیعی (بیمار و سالم) تقسیم می‌کنند به فراوان ترین رویداد یا عادی ترین حالت، طبیعی اطلاق می‌شود. 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 (خصوصیاتی 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 بهره‌گیری 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 ایده‌آل 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 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:

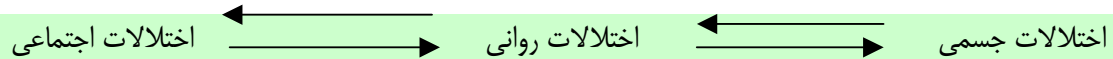


مسئله مهم اینست که در طب بالینی و بررسی‌های اپیدمیولوژیک باید مرز سلامت و بیماری را مشخص کرد، گرچه گاهی در این مرز بندی ممکن است بعضی از افراد سالم، بیمار و بالعکس عده‌ای از افراد بیمار، سالم تلقی شوند ولی عملاً ناچاریم به این مرز بندی تن دهیم.

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 عملاً 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 نشانه‌های 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 نسبتاً 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 و ارتباط متقابلی بین بیماری‌های روانی و جسمی وجود دارد. بعضی از نشانه‌های سلامت روانی عبارتست از: سازگاری فرد با خودش و دیگران، قضاوت نسبتاً صحیح در برخورد با مسائل، داشتن روحیه انتقاد پذیری و داشتن عملکرد مناسب در برخورد با مشکلات.

بعد معنوی

یکی از زمینه‌های 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.

جنبه‌های 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 نهایتاً 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 بعداً در مورد شاخص‌های سلامتی اجتماع بحث خواهیم کرد.

عوامل موثر بر سلامتی (تعیین کننده‌های سلامتی - Determinants of health)

با توجه به دامنه گسترده تعاریف مربوط به سلامتی تعیین کننده‌های سلامتی نیز بسیار گسترده و متنوع خواهد بود که 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 ظاهراً جنبه ژنتیکی ندارند نیز ممکن است خصوصیات ژنتیکی فرد زمینه مساعد کننده‌ای 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 بیماری‌ها 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 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 می‌گذارد و از طرف دیگر روی خصوصیات فردی نظیر شیوه‌های 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 موثری 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، آگاهی‌ها، وضعیت اشتغال، درآمد، امنیت و . . . همگی به طریقی بر سلامت فرد، اثرگذار هستند و از طرفی ارتباط نامناسب اجتماعی باعث افزایش عوامل استرس‌زا و نهایتاً بیماری می‌شود.

۳- شیوه‌های زندگی مردم

نظیر عادات غذایی، تحرک و عدم تحرک، نوع تفریحات و سرگرمی‌ها، نحوه ارتباط با سایر افراد جامعه می‌تواند در سلامت افراد موثر باشد گرچه برخی از شیوه‌های زندگی در ارتباط با محیط زندگی انسان شکل می‌گیرد.

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 عمده‌ای 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 جاده‌ها و شرایط اقتصادی اجتماعی.

شاخص‌های سلامتی جامعه

با توجه به دیدگاه‌های متفاوت نسبت به سلامتی و گسترده بودن ابعاد سلامتی و تعیین کننده‌های آن، اندازه‌گیری و ارزیابی سلامتی کار ساده‌ای 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 می‌باشند.

اندازه‌گیری 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 فعالیت‌ها
 - 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 رایج ترین 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

۱ - 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 لحظه‌ای و میزان شیوع دوره‌ای است که معمولاً میزان شیوع لحظه‌ای بیشتر مورد استفاده قرار می‌گیرد.

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

میزان بروز + میزان شیوه لحظه‌ای = میزان شیوع دوره‌ای Period P.R

همانطور که در فرمول میزان بروز مشاهده می‌شود این میزان موارد جدید بیماری را در فاصله زمانی معین اندازه‌گیری 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.

$$P = I \times D$$

↓ ↓ ↓
 شیوع بروز متوسط طول مدت بیماری

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)

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

بروز تجمعی بیان‌کننده نسبتی از افراد جامعه است که در فاصله زمانی معینی به بیماری مبتلا شده‌اند.

ب - میزان‌های مرگ و میر (Mortality Rates)

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

۱- 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 شیرخواران (IMR) (Infant Mortality Rate)

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

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)

میزان‌هایی که در ارتباط با ولادت و باروری می‌باشند.

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)

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

۳ - میزان باروری کلی (Total Fertility Rate)

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

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

$$\text{DR} - \text{BR} = \text{GR}$$

متوسط جمعیت منطقه

سایر شاخص‌های سلامتی

شاخص‌های رفتار بهداشتی و شیوه زندگی نظیر:

- نسبت کسانی که سیگار می‌کشند
- نسبت کسانی که الکل مصرف می‌کنند
- 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 برنامه‌های 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 می‌گذارد.

شاخص‌های 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

Disease، Illness و Ill health اغلب به جای هم به کار برده می‌شوند ولی مفاهیم متفاوتی دارند. Disease مشتق می‌شود از dis و ease یعنی Discomfort . Disease عبارتست از اختلال سلامتی به صورت عینی مثلاً 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 نشانه‌های خاص باشد.

تجربه ذهنی بیماری (Illness)

تشخیص بیماری (Disease)	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 نشانه‌های خاص نظیر درد تظاهر می‌کند. برای روشن شدن مطلب به ذکر یک مثال می‌پردازیم : 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 بررسی‌های بیشتر مشخص شود که هیچگونه عارضه‌ای 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 میزان‌های اختصاصی سنی جاری) معمولاً امید به زندگی در بدو تولد، بیشتر مورد استفاده قرار می‌گیرد.

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 می‌باشد.

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.

نمونه‌ای از شاخص‌های ارزیابی کننده کیفیت زندگی

شاخص‌های اجتماعی مثل شاخص‌های مربوط به سلامتی: 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 بااهمیت زندگی وی را مشخص می‌کند و منعکس کننده میزان رضایت فرد از موهبت‌های زندگی نیز می‌باشد.

منابع

1. Naidoo Jennie, Wills Jane. Health Promotion Foundations for Practice. Second Edition, Harcourt Publishers, 2000. PP. 5-64.
2. Kerr Joanne, Community Health Promotion Changes for Practice. Bailliere Tindal, 2000. PP. 5-23.
3. Naidoo Jennie and Wills Jane, Health Studies an Introduction. First Edition Antony Rowe Ltd, Chippenham Wilts . 2001. PP. 47-9.
4. K. Park: Park's Textbook of Preventive and Social Medicine, 20th edition, M/s Banarsidas Bhanot Publishers, India, 2009.
5. Detels R, Beaglehole R, et al. Oxford Textbook of Public Health. Fifth Edition, Oxford University Press, 2009 pp.101-119
6. Wallace Robert B. Wallace/ Maxcy-Rosenau-Last Public Health & Preventive medicine Fifth Edition Mc Graw Hill Medical, 2008 pp.39-48
7. Greenberg Raymond S. Daniel Stephen R. et al, Medical Epidemiology third edition, McGraw - Hill Companies, Inc 2001 PP. 16-20.
8. Taylor Robert B. Family Medicine Principles and Practice. 5th ed. New York, Inc Springer-Verlag, 1998. PP. 14-18.
9. Jekel James F., Katz David L. Epidemiology, Biostatistics and Preventive Medicine. Second Edition, W.B. Saunders Company, 2001. PP. 221-3.
10. Baggot Rob, Public Health Policy and Politics. Mac Millan press Ltd, 2000. PP. 99-100.
- ۱۱- سیدنوزادی . محسن، کلیات و اصول اپیدمیولوژی، انتشارات واقفی ۱۳۸۰ ص: ۱۱۴ - ۱۰۹.
- ۱۲- بیگل هول آر، بونیتا آر، کجلستروم تی: مبانی اپیدمیولوژی (ترجمه جانقربانی . محسن، ژیانپور . مطهره) چاپ اول. معاونت پژوهشی وزارت بهداشت درمان و پزشکی ۱۳۷۱ ص: ۵ - ۱۶۱.
- ۱۳- لست . جان م: فرهنگ اپیدمیولوژی (ترجمه ناصری . کیومرث) مؤسسه انتشارات و چاپ دانشگاه تهران ۱۳۶۷ ص: ۸۹-۹۰.

کتاب جامع

بهداشت عمومی

فصل ۲ / گفتار ۲ / دکتر اکرمی، دکتر کریمی، دکتر شیرپاک، دکتر حبیبی

ژنتیک و سلامت

فهرست مطالب

اهداف درس	۶۳
مقدمه	۶۳
ساختمان ژنتیکی انسان	۶۴
ژنوتیپ و فنوتیپ	۶۵
تقسیم سلولی	۶۶
طبقه بندی اختلالات ارثی	۶۶
بیماری های مربوط به کروموزوم های اتوزومال	۶۷
اختلالات مربوط به کروموزوم های جنسی	۶۸
اختلالات چند عاملی	۷۰
پیشرفت های حاصل شده در ژنتیک مولکولی	۷۲
ژنتیک جمعیت و تکامل	۷۴
غربالگری ژنتیک	۷۶
مشاوره ژنتیک	۷۶
نقش بالقوه مطالعات ژنتیکی در مراقبت های بهداشتی	۷۷
بیماری های تک ژنی	۷۷
بیماری های واگیر	۷۷
سرطان	۷۸
اختلالات رشد و عقب ماندگی ذهنی	۷۸
سالمندی	۷۸
ژن درمانی	۷۹
دستکاری ساختار ژنتیکی گیاهان و سلامت انسان	۷۹
پزشکی قانونی	۸۰
بیوتکنولوژی	۸۰
نتیجه گیری	۸۰

ژنتیک و سلامت Genetic & Health

دکتر سید محمد اکرمی*، دکتر فروزان کریمی**، دکتر خسرو رفائی شیرپاک***، دکتر لاله حبیبی*

* دانشکده پزشکی دانشگاه علوم پزشکی تهران
** دانشکده پزشکی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی
*** دانشکده بهداشت علوم پزشکی تهران

اهداف درس

انتظار می‌رود فراگیرنده، پس از گذراندن این درس، بتواند:

- دلیل اهمیت پرداختن به علم ژنتیک را برای دست اندر کاران سلامت جامعه توضیح دهد.
- ساختار ژنتیکی انسان را به اختصار شرح داده و مفاهیمی چون فنوتیپ، ژنوتیپ، تقسیم میتوز و میوز را توضیح دهد.
- طبقه بندی بیماری‌های ژنتیکی و تعدادی از شایع ترین اختلالات مربوط به آنها را نام برده و شرح مختصری از هر یک از آنها بیان کند.
- پیشرفت‌های حاصل شده در ژنتیک مولکولی را با شرح مختصری از هر کدام نام ببرد.
- ژنتیک جمعیت و تکامل را تعریف کرده و قانون Hardy- Weinberg و عوامل موثر بر ثبات ژن‌ها در جامعه را توضیح دهد.
- غربالگری ژنتیک و مشاوره ژنتیک را شرح دهد.
- نقش بالقوه مطالعات ژنتیکی را در مراقبت‌های بهداشتی توضیح دهد.

مقدمه

با کاهش بروز بیماری‌های واگیر و غیر ارثی که منجر به مرگ و میر نوزادان می‌گردند، اختلالات ژنتیکی، نسبت قابل توجهی از علل مرگ و میر نوزادان را در کشورهای توسعه یافته به خود اختصاص داده است. علاوه بر این پیشرفت‌های حاصل در علم ژنتیک، دانشمندان را قادر ساخته است با شناخت و تغییر در ساختار

ژنتیکی تک‌یاخته‌ها، گیاهان و جانوران به پیشرفت‌های قابل توجهی در پزشکی، کشاورزی، بهداشت محیط، تغذیه و ... نائل آیند. ساخت هورمون‌هایی نظیر انسولین و بازیافت زباله‌ها و فاضلاب‌ها توسط باکتری‌هایی که در ژنوم آن‌ها دستکاری شده است، ساخت بافت‌های انسانی با بهره‌گیری از موجودات دیگری نظیر موش، تولید بذرهایی که در مقابل آفت‌ها مقاومند و محصول شان نه تنها چند برابر انواع بذرهایی معمولی بلکه کیفیت غذایی بالاتری نیز دارند، جداسازی اسپرم‌هایی که گوساله‌های نر یا ماده ایجاد می‌کنند و تلقیح مصنوعی آن‌ها، کشف بیماری‌های کروموزومی یا ژنتیکی قبل و حین بارداری و پدیده کلونینگ فقط تعداد اندکی از نمونه‌های بسیار زیاد پیشرفت‌های حاصل شده در علم ژنتیک هستند.

این کشفیات و پیشرفت‌ها، همیشه مورد توافق همگان نبوده و در بعضی موارد معتقدند که نه تنها به رفاه و سلامت انسان نمی‌انجامد بلکه ممکن است مشکلات زیست محیطی، بهداشتی و اخلاقی فراوانی را به دنبال داشته باشد. برای مثال دستکاری در ترکیب ژن‌های گیاهان و امتزاج این ژن‌ها با گونه‌های دیگر گیاهی ممکن است منجر به پدید آمدن انواع خاصی از گیاهانی شود که اکوسیستم را با مخاطره و یا تغییرات جدی روبرو کند. همچنین پدیده‌هایی مثل کلونینگ (شبیه‌سازی) انسان با بحث‌های اخلاقی و چالش‌های بسیار زیادی روبرو شده است.

علم ژنتیک روز به روز جایگاه محکم‌تر و مهم‌تری را در سلامت و بیماری انسان به دست می‌آورد و روز به روز تخصصی‌تر شده و شاخه‌های مختلفی در این علم به وجود می‌آیند؛ مثل ژنتیک سلولی (Cytogenetic)، ژنتیک بیوشیمیایی، ژنتیک بالینی، ژنتیک ایمنی، ژنتیک میکروبی و ژنتیک جمعیت و بدیهی است که کار در این زمینه‌ها بستر مناسبی برای پیشگیری و درمان بسیاری از بیماری‌های ژنتیکی فراهم آورده است.

ساختار ژنتیکی انسان

برای درک بهتر ساختار ژنتیکی انسان، این ساختار را از کل به جز، بررسی می‌کنیم. در هسته سلول هر انسان ۴۶ عدد (۲۳ جفت) کروموزوم وجود دارد. ۲۲ جفت از این کروموزوم‌ها غیرجنسی و یک جفت جنسی (کروموزوم‌های X و Y) هستند. هر کروموزوم از زنجیره دو رشته‌ای DNA که توسط پروتئین‌های خاصی پوشیده شده تشکیل شده است. هر زنجیره DNA از توالی بازهای آلی به وجود آمده است. بازهای آلی موجود در هر رشته DNA فقط چهار نوع هستند به نام‌های آدنین (A)، گوانین (G)، سیتوزین (C) و تیمین (T). در دو رشته مقابل هم در یک مولکول DNA این بازها دو به دو با هم جفت می‌شوند. تیمین همیشه در مقابل آدنین و سیتوزین همیشه در مقابل گوانین قرار می‌گیرد.

هر ژن بعنوان واحد وراثتی قطعه‌ای از DNA می‌باشد. یعنی هر ژن، توالی خاصی از زوج‌های بازهای آلی است. همانطور که اشاره شد فقط چهار شکل از پیوند بازهای آلی قابل تصور است یعنی G-C، T-A، A-T و C-G. این تعداد محدود نمی‌تواند رموز بی‌شمار ژنتیکی را توجیه کند. اما وقتی بدانیم که هر ژن می‌تواند شامل هزاران زوج باز آلی باشد و کل DNA انسان تقریباً ۳ میلیارد زوج باز آلی دارد موضوع روشن خواهد شد. در هر ژن، هر سه زوج باز آلی مثل کلمه‌ای عمل می‌کند که وقتی کنار کلمات دیگر (ترکیب‌های سه زوجی دیگر از بازهای آلی) قرار می‌گیرند رمز ژنتیکی را می‌سازند که نهایتاً منجر به ساخت یک مولکول اسید آمینه خواهد شد.

این اسیدهای آمینه به نوبه خود ساخت هزاران نوع پروتئین از جمله آنزیم‌ها را به عهده خواهند داشت که در شکل‌گیری و تنظیم اعمال بدن نقش دارند و بر اساس اینکه دستور ژنتیکی چه می‌باشد بعضی سلول‌ها به سلول‌های عصبی، بعضی دیگر به عدسی چشم، تعدادی به دریچه‌های قلب و ... نهایتاً به یک انسان با خصوصیات منحصر به فرد تبدیل می‌شوند. در هر انسان حدود ۲۰-۲۵۰۰۰ ژن شناسایی شده است. پروژه ژنوم انسانی که شناسایی نقشه کامل ژنی انسان را بر عهده دارد در سال ۲۰۰۳ به پایان رسید. ساختار ژنتیکی انسان را می‌توان به کتابی تشبیه کرد:

فرض کنید این کتاب ۲۳ فصل به نام کروموزوم دارد. هر فصل هزاران داستان را به نام ژن‌ها در بر می‌گیرد. هر داستان از پاراگراف‌هایی تشکیل شده است. هر پاراگراف از کلماتی شکل گرفته‌اند که به نام کدون نامیده می‌شوند و هر کلمه از حروفی تشکیل می‌شود که به نام بازهای آلی نامیده می‌شوند. اگر کتاب ژنوم انسانی را با سرعت هر کلمه در یک ثانیه بخوانیم، به یک قرن فرصت احتیاج داریم تا آن را به پایان برسانیم و اگر هر حرف آن به فاصله یک میلی‌متر یک متر از هم ردیف کنیم طولی برابر ۱۲۰۰ کیلومتر پیدا خواهد کرد. کروموزوم‌ها در هسته سلول به صورت جفت جفت هستند بنابراین هر ژن بر روی یک کروموزوم با ژن مقابل خود بر روی کروموزوم دیگر جفت ژنی را تشکیل می‌دهد که اگر با هم مشابه باشند فرد را هموزیگوت (AA) و اگر مشابه نباشند فرد را برای آن ژن هتروزیگوت گویند. وقتی ژنی غالب نامیده می‌شود که اثر این ژن هم بر روی افراد هموزیگوت و هم بر روی افراد هتروزیگوت ظاهر شود و وقتی مغلوب نامیده می‌شود که اثرش فقط بر روی افراد هموزیگوت باشد. گاهی اوقات یک صفت خاص در انسان محصول عملکرد چند ژن به طور همزمان و با هم می‌باشد به این گونه ژن‌ها، ژن‌های متعدد (Multiple gene) اطلاق می‌شود. نمونه‌هایی از صفاتی که توسط چند ژن کنترل می‌شوند شامل رنگ پوست، قد، وزن، طول عمر، درجه مقاومت در برابر بیماری‌ها، فشار خون شریانی، میزان ضربان قلب و ... می‌باشند. این ژن‌ها ممکن است جایگاه‌های متفاوتی را بر روی کروموزوم‌ها اشغال کنند. بعضی از آن‌ها ممکن است به صورت گسترده‌ای بر روی زوج کروموزوم‌های متفاوتی (کروموزوم‌های غیرهمولوگ) پراکنده شده باشند. میزانی از یک صفت ژنتیکی خاص که در فرد مشخصی بروز می‌کند نفوذ ژن (Penetrance) نامیده می‌شود.

ژن‌ها معمولاً ثابت هستند اما گاهی ژن‌های طبیعی به ژن‌های غیرطبیعی تبدیل می‌شوند. این تغییر جهش (موتاسیون) نامیده می‌شود. جهش، جزو پدیده‌های منظم طبیعت محسوب می‌شود میزان جهش‌های طبیعی با مواجهه با جهش‌زایی (موتاژن) از قبیل اشعه ماوراء بنفش، رادیاسیون و سرطان‌زاهای شیمیایی، افزایش می‌یابد.

ژنوتیپ و فنوتیپ

ژنوتیپ به تمامی ساختار ژنتیکی هر فرد و فنوتیپ به تظاهرات خارجی این ساختار ژنتیکی اطلاق می‌شود. ژنوتیپ در زمان تشکیل سلول تخم (Zygote) مشخص می‌شود و در تمام طول زندگی ثابت باقی می‌ماند ولی فنوتیپ ممکن است از زمان جنینی تا بزرگسالی تغییر کند مثل قد، وزن، توده عضلانی، شکل بدن و ... بنابراین ژنوتیپ جنبه تغییرناپذیر و فنوتیپ جنبه تغییرپذیر مواد ژنتیکی انسان هستند. ماده ژنتیکی را می‌توان به

تکه‌ای از گل سفالگری تشبیه کرد: وزن، حجم، قوام و خصوصیات شیمیایی این تکه گل، ثابت است اما سفالگر می‌تواند آن را به اشکال مختلف در آورد. بنابراین گفته می‌شود که *پژشکی علم مدیریت فنوتیپ انسان است.*

تقسیم سلولی

تقسیم سلولی بر دو نوع است: میتوز و میوز.

میتوز: نوعی از تقسیم سلولی است که در طی آن هر کروموزوم سلولی از طول به دو کروموزوم خواهد به نام کروماتید تقسیم می‌شود و هر کدام از آن‌ها به یکی از سلول‌های دختر (سلول‌های در حال شکل‌گیری) می‌روند. در طی این روند هر سلول دختر درست همان مقدار و همان نوع از کروموزوم‌های خواهر را دارا خواهد بود. این نوع تقسیم در همه سلول‌ها به جز سلول‌های جنسی اتفاق می‌افتد. سلول‌های جنسی از طریق تقسیم میوز تکثیر می‌یابند.

میوز: در تقسیم میوز دو تقسیم سلولی و فقط یک تقسیم کروموزومی صورت می‌گیرد. این شکل از تقسیم را تقسیم کاهش‌ی نیز می‌نامند. حاصل این تقسیم سلول‌هایی هستند که تعداد کروموزوم‌های آن‌ها نصف کروموزوم‌های سلول اصلی می‌باشد. این نوع تقسیم در سلول‌های جنسی انسان (اسپرم و تخمک) اتفاق می‌افتد.

طبقه بندی اختلالات ارثی

اختلالات ارثی را می‌توان در سه گروه کلی دسته بندی کرد.

الف - اختلالات کروموزومی

ب - اختلالات تک ژنی

ج - بیماری‌های چند عاملی

اختلالات کروموزومی

اختلالات کروموزومی ممکن است در یکی از والدین وجود داشته باشد و به فرزندان منتقل شود ولی ممکن است بدون هیچ سابقه خانوادگی و در طی تشکیل تخمک به وقوع بپیوندند. ۵۰٪ جنین‌هایی که در زمان لقاح ناهنجاری‌های کروموزومی داشته باشند در سه ماهه اول خود سقط خواهند شد. باید به خاطر داشت که اختلالات کروموزومی می‌توانند در مراحل بعدی زندگی رخ دهند که البته ممکن است با اثرات سوئی بر سلامتی نیز همراه باشند.

اختلالات کروموزومی بسته به اینکه در کروموزوم‌های جنسی رخ دهند یا در کروموزوم‌های اتوزومال (غیرجنسی)، طبقه بندی می‌شوند و در هر یک از کروموزوم‌های جنسی یا اتوزومی انواع اختلالات چه از نظر ساختار و چه از نظر تعداد ممکن است رخ دهد. برخی از اشکال این اختلالات در زیر شرح داده شده‌اند.

۱ - جدانشدن (Non-disjunction)

در این نوع اختلال، یکی از جفت کروموزوم‌ها از هم جدا نشده و هر دو با هم به یک قطب هسته منتقل

می‌شوند و بنابراین سلول‌های دختر تعداد کروموزوم‌های نامساوی خواهند داشت مثلاً ۴۵ عدد برای یکی و ۴۷ عدد برای دیگری. اختلالات عددی کروموزوم که در آن تعداد کروموزوم‌ها درست برابر با تعدادهاپلوئید نباشند آنوپلوئیدی ($2n \pm 1$) نامیده می‌شوند. اگر جفت خاصی از کروموزوم به جای ۲ کروموزوم، ۳ کروموزوم داشته باشد تریزومی نامیده می‌شود و اگر در هر جفتی از کروموزوم فقط یک کروموزوم موجود باشد مونوزومی نام می‌گیرد.

۲ - جابجایی

گاهی در طی تقسیم هسته‌ای قسمتی از یک کروموزوم جدا شده و به کروموزوم دیگری که با کروموزوم اول، همگن (همولوگ) نیست می‌چسبد به این پدیده جابجایی می‌گویند.

۳ - حذف

در اینجا قسمتی از کروموزوم ممکن است جدا شده و از کاربوتیپ حذف شود. بنابراین یکی یا تعدادی از ژن‌ها از بین خواهند رفت. اگر این قسمت جدا شده بزرگ باشد ممکن است با ادامه حیات مغایرت داشته باشد.

۴ - دوتایی شدن

گاهی دو ژن در یک کروموزوم، همزمان ظاهر می‌شوند که به نام دوتایی شدن نامیده می‌شود.

۵ - واژگونی

گاهی اوقات قطعه‌ای از کروموزوم برعکس می‌شود و ردیف ژنی در این کروموزوم به هم می‌خورد.

۶ - ایزوکروموزوم‌ها

گاهی به خاطر تقسیم اشتباه یعنی تقسیم عرضی به جای تقسیم طولی کروموزوم‌هایی پدید می‌آیند که از نظر ساختمانی اشکالاتی دارند.

۷ - موزائیسیم (موزائیکی شدن)

در این شکل کروموزوم‌های سلول‌های بدن و بنابراین سلول‌های بدن از نظر ژنتیکی به دو یا چند دسته تقسیم می‌شوند. چنین پدیده‌ای ممکن است در طی جهش ژنتیکی و یا جدا نشدن در طی دوره جنینی یا دیرتر اتفاق بیفتد.

بیماری‌های مربوط به کروموزوم‌های اتوزومال

تریزومی ۲۱ (سندروم داون)

شایع‌ترین اختلال کروموزوم اتوزومی در انسان است. در همه نواحی دنیا و در میان همه گروه‌های

نژادی رخ می‌دهد و شیوع آن یک در هر ۷۰۰ تولد زنده است. میزان بروز آن با افزایش سن مادر افزایش می‌یابد. در ۲۰ سالگی میزان بروز آن به دو در هزار و پس از ۴۰ سالگی ۵-۲٪ است. در این اختلال یک کروموزوم ۲۱ اضافی در سلول‌های بدن وجود دارد یعنی مجموع کروموزوم‌ها ۴۷ عدد است. گاهی (در ۵٪ موارد) جابجایی کروموزوم ۲۱ رخ می‌دهد یعنی کروموزوم ۲۱ اضافی به یکی از کروموزوم‌های دیگر (مثل کروموزوم ۱۳، ۱۴، ۱۵، ۲۱ یا ۲۲) می‌چسبد و تعداد کلی کروموزوم‌ها ۴۶ عدد می‌باشد ولی اختلال، همچنان وجود دارد. در ۳٪ موارد، موزائیکسم وجود دارد یعنی بعضی از سلول‌های بدن بیمار تریزومی دارند و بعضی دیگر طبیعی هستند. علائم در این افراد خفیف‌تر است. در ۲۰ تا ۴۰٪ موارد یکی از والدین دچار جابجایی متوازن خواهند بود که در صورت تشخیص چنین امری، دیگر افراد درجه یک خانواده نیز باید مورد بررسی قرار گیرند تا کسی که در معرض خطر داشتن فرزند مبتلاست شناسایی شود.

این سندرم در کودکان با سن بالاتر و بالغین، به راحتی تشخیص داده می‌شود. قد کوتاه، سر گرد و کوچک، چشم‌های باریک و زاویه دار، گوش‌های غیرعادی، کف دست‌های کوچک، اندام‌های شل و سست، عقب ماندگی ذهنی و تعدادی اختلالات دیگر به خصوص اختلالات داخلی بدن مثل اختلالات قلبی، آترزی دستگاه گوارش از جمله علائم بیماری محسوب می‌گردد.

سایر تریزومی‌های اتوزومی

تریزومی‌های دیگر نیز در سایر کروموزوم‌ها نظیر کروموزوم ۱۳ (با میزان بروز ۱/۵۰۰۰) و کروموزوم ۱۸ (۱/۸۰۰۰) رخ می‌دهد. در این تریزومی‌ها خطر مرگ خود به خودی در رحم مادر بیشتر از تریزومی ۲۱ است. تعداد اندکی از متولدین نیز بیش از یک سال عمر می‌کنند و اغلب در دوران شیرخوارگی فوت می‌نمایند.

مونوزومی‌های اتوزومال

مونوزومی‌های اتوزومال، بسیار نادر هستند و معمولاً منجر به سقط جنین خواهند شد.

اختلالات مربوط به کروموزوم‌های جنسی

سندرم‌های زیر شناخته شده‌ترین سندرم‌های همراه با اختلالات کروموزوم‌های جنسی هستند.

سندرم ترنر

شایع‌ترین اختلال کروموزومی در انسان می‌باشد. اما حدود ۹۸٪ از تخم‌های با این اختلال سقط خواهند شد و ۲٪ باقی مانده که متولد می‌شوند، حدود یک در ۱۰۰۰۰ تولد زنده دختر هستند. این نوزادان در معرض خطر بالایی برای مرگ در دوران نوزادی می‌باشند. بیمارانی که از این سندرم رنج می‌برند دخترانی هستند با غدد جنسی رشد نکرده که به جای ۴۶ کروموزوم ۴۵ کروموزوم دارند. کروموزوم جنسی آن‌ها به جای XX به شکل XO است (در اینجا O نشان دهنده کروموزوم غایب است). چنین وضعیتی حاصل جدا نشدن (Non-disjunction) کروموزوم جنسی است. از نظر بالینی بیماران کوتاه قد و نازا بوده، آمنوره اولیه

دارند و اغلب به سایر ناهنجاری‌های مادرزادی شامل کوآرکتاسیون آئورت، انسداد شریان ریوی، ناهنجاری‌های کلیوی و عقب ماندگی ذهنی مبتلا هستند. احتمال بروز سندرم ترنر با افزایش سن مادر، افزوده نمی‌شود.

سندرم کلاین فلتز

یکی از آنپلوئیدی‌های شایع کروموزوم‌های جنسی است. شیوع آن یک در هزار تولد زنده نوزادان پسر می‌باشد و ظاهراً با افزایش سن مادر بر میزان بروز آن افزوده می‌شود. بیماران مردان غیرطبیعی هستند که یک کروموزوم Y و تعداد بیشتری کروموزوم X دارند (XXXY, XXY) ولی ۲۲ جفت کروموزوم اتوزوم شان عادی است. **تظاهرات اصلی** این بیماری به صورت زیر است: مردان خواهی هستند که بیضه آن‌ها غیرفعال است. در مایع منی، اسپرمی وجود ندارد و موهای صورت، زیر بغل و زهار بسیار کم هستند. این بیماران مبتلا به ژنیکوماستی و عقب ماندگی ذهنی می‌باشند.

سندرم XY

مردانی هستند که یک کروموزوم Y اضافه دارند. این مردان بلند قد (بیشتر از ۱۸۵ سانتی متر) و اغلب دارای اختلال شخصیتی هستند. وقوع این سندرم یک در هزار تولد زنده پسر است.

سندرم XXX

زنانی هستند که یک X اضافه دارند. این زنان نازا نبوده و فنوتیپ خاصی را از خود نشان نمی‌دهند. اما هر چه مقدار کروموزوم‌های X اضافی بیشتر شود احتمال عقب ماندگی ذهنی و ناهنجاری‌های مادرزادی مثل دستگاه تناسلی غیرطبیعی، رحم و واژن خوب رشد نکرده هم بیشتر می‌شود. میزان بروز این اختلال با افزایش سن مادر افزوده می‌شود.

بیماری‌های مندلی (Mendelian Disease)

به نام‌های اختلالات تک ژنی هم نامیده می‌شوند. گروهی از بیماری‌ها هستند که به واسطه حضور ژن جهش یافته ایجاد می‌شوند. جهش ژنی باعث می‌شود که اطلاعات مربوط به آن ژن تغییر کند. در این صورت آن ژن، یا پروتئین‌های ناقص تولید می‌کند و یا اصلاً پروتئینی تولید نمی‌کند و کمبود همین پروتئین باعث ایجاد علائم بیماری خواهد شد. جهش ژنی ممکن است از نسلی به نسل دیگر منتقل گردد و یا به صورت خودبخود در سلول زایا (اسپرم یا تخمک) ایجاد شود که در این صورت جهشی که در سلول زایای پدر یا مادر رخ داده است خود را در تمام سلول‌های بدن فرزند بروز می‌دهد.

اختلالات تک ژنی از پدر و مادر به فرزندان قابل انتقال هستند. چهار الگوی وراثت ممکن است رخ دهد. اتوزومال غالب، اتوزومال مغلوب و وابسته به جنس غالب و مغلوب (x-linked). همانگونه که قبلاً گفته شد هر سلول انسان دارای ۲۲ جفت کروموزوم اتوزومال و یک جفت کروموزوم جنسی می‌باشد. زنان دو کروموزوم جنسی X و مردان یک X و یک Y دارند. کپی دوم ژن‌ها بر روی یکی از زوج‌های کروموزوم قرار می‌گیرد و به نام آلل

نامیده می‌شود.

در **اتوزومال غالب** به ارث رسیدن فقط یک آلل جهش یافته برای بروز بیماری کافی است. افراد بیمار دارای یک آلل طبیعی و یک آلل جهش یافته هستند و به نام هتروزایگوت (heterozygous) شناخته می‌شوند. فرزند فرد مبتلا ۵۰ درصد شانس به ارث بردن آلل مبتلا و بیمار شدن را دارد.

در **اتوزومال مغلوب** اگر دو آلل جهش یافته (یک آلل از هر والد) به فرزند منتقل شود بیماری رخ می‌دهد به چنین فردی هموزایگوت (homozygous) گفته می‌شود. در این نوع از انتقال اگر فقط یک آلل جهش یافته به فرزند منتقل شود او هتروزایگوت خواهد بود ولی بیماری را بروز نمی‌دهد بلکه فقط حامل ژن معیوب می‌باشد و می‌تواند این ژن را به فرزندانش منتقل کند. اگر دو فرد هتروزایگوت که حامل ژن جهش یافته مغلوب هستند با هم ازدواج کنند در هر بارداری ۲۵ درصد شانس ابتلاء فرزند آن‌ها به بیماری، ۲۵ درصد شانس سالم ماندن و ۵۰ درصد شانس حامل شدن وجود دارد.

در اختلالات وابسته به جنس ژن جهش یافته بر روی کروموزوم X قرار دارد. از آنجایی که مردان فقط یک کروموزوم X دارند انتقال فقط یک X حامل ژن جهش یافته برای بیمار شدنشان کافی است. مردان مبتلا به نام همی زیگوت (hemizygous) نامیده می‌شوند. زنان دو کروموزوم X دارند و معمولاً سالم باقی می‌مانند چرا که بیشتر بیماری‌های وابسته به جنس مغلوب هستند و چون یک X خود را از پدر دریافت می‌دارند فقط در صورتی بیمار خواهند شد که پدرشان مبتلا به بیماری بوده و مادرشان نیز حامل ژن جهش یافته بر روی کروموزوم (های) X خود باشد.

در اختلالات وابسته به جنس اگر مرد بیمار با زن سالمی ازدواج کند ژن معیوب به همه دخترانش منتقل می‌شود، اما پسران، سالم می‌مانند. اما اگر دختر مبتلا (حامل) با مرد سالمی ازدواج کند، ۵۰ درصد دخترانش حامل ژن معیوب خواهند بود و ۵۰ درصد دیگر سالم خواهند ماند، ۵۰ درصد از پسرانش مبتلا می‌شوند و ۵۰ درصد دیگر سالم می‌مانند. شکل شماره ۱ الگوی وراثتی این نوع اختلالات را نشان می‌دهد. ضمناً جدول شماره ۱ برخی اختلالات شایع تک ژنی را نشان می‌دهد.

اختلالات وابسته به جنس غالب شیوع کمتری دارند. جهش ژنی در این دسته از بیماری‌ها معمولاً de novo است و در فرد بیمار رخ می‌دهد، به این معنی که جهش را از هیچکدام از والدین خود به ارث نبرده است و در زیگوت، اوایل دوران جنینی یا در حین تکامل اندام‌ها رخ می‌دهد. بسته به زمان ایجاد جهش، ممکن است تمامی سلول‌ها جهش را نشان ندهند. در این حالت گفته می‌شود که فرد برای جهش مورد نظر موزاییک است.

اختلالات چند عاملی

شواهدی وجود دارد که نشان می‌دهد بیشتر بیماری‌های شایع بالغین از جمله پرفشاری خون اولیه، اسکیزوفرنی، زخم اثنی عشر، بیماری‌های ایسکمی زودرس قلبی، دیابت، آلزایمر، انواع سرطان‌ها و برخی اختلالات مادرزادی مانند عقب ماندگی ذهنی، انواع دیسمورفی‌ها، اختلالات مادرزادی قلب جزء اختلالات چند عاملی محسوب می‌شوند. اختلالات چند عاملی به بیماری‌هایی گفته می‌شود که علاوه بر عوامل ژنتیکی، عوامل محیطی نیز در بروز آنها نقش دارند. این بیماری‌ها از الگوی توارثی خاصی پیروی نمی‌کنند و بروز آنها منوط به

اختلال در چند ژن و برهمکنش آنها با محیط است.

مطابق با اطلاعات موجود، عوامل محیطی مانند انواع مواد شیمیایی، سموم، فلزات سنگین، آلاینده‌های محیطی و برخی از عوامل عفونی، منجر به القاء استرس به سلول‌ها در ارگان‌های خاصی می‌شوند. این قبیل استرس‌های سلولی در نهایت منجر به ایجاد جهش در ژن‌های مختلف شده، در نتیجه عملکرد سلول و ارگان، تغییر می‌کند و منجر به بروز بیماری می‌شود.

در این میان پروفایل ژنتیکی افراد نیز می‌تواند نقش مهمی در واکنش فرد در برابر پاسخ به عوامل محیطی و بروز یا عدم بروز بیماری ایفاء کند. بدین معنی که برخی افراد با داشتن آلل‌های خاصی از برخی ژن‌ها، نسبت به بروز برخی بیماری‌ها مستعدتر هستند. شایان ذکر است که این ژن‌های مستعد کننده، ضرورتاً در سازوکار ایجاد بیماری، دخالت ندارند و صرفاً فرد را در واکنش به عوامل محیطی مستعد به بروز بیماری در طول حیات خود می‌کنند. به عنوان مثال، امروزه ثابت شده است که افرادی که دارای آلل‌های خاصی از ژن‌های HLA هستند نسبت به بروز برخی بیماری‌های خود ایمن مانند سلیاک و دیابت تیپ ۱ مستعد تر هستند.

ژن‌های HLA پروتئین‌هایی را بر روی سطح سلول‌های ایمنی، کد می‌کنند که در واکنش‌های مختلف ایمنی نقش بسزایی دارند. تغییرات نوکلئوتیدی در این ژن‌ها، بیماری‌زا نیستند بنابراین نقش دقیقی در بروز بیماری‌های خودایمن، ندارند و تنها همراهی و ایجاد استعداد در بروز بیماری‌های چند عاملی را به این دسته از ژنها نسبت می‌دهند. از جمله مثال‌های ژنهای مستعد کننده، آلل‌های مختلف ژن ApoE در بروز بیماری آلزایمر است. تحقیقات نشان می‌دهد که افرادی که دارای آلل E4 به صورت هموزیگوت از این ژن هستند احتمال بیشتری برای بروز آلزایمر دارند. ژن ApoE تولید کننده پروتئین متصل شونده به لیپید است که در نقل و انتقال کلسترول و سایر لیپیدها نقش بسزایی دارند، اما نقش مسقیم این پروتئین‌ها در مکانیسم بیماری زایی آلزایمر مشخص نمی‌باشد. نکته حائز اهمیت در زمینه ارتباط این ژن‌ها با بیمارهای چند عاملی این است که تغییرات در این ژن‌ها، ایجاد کننده بیماری نمی‌باشد و رابطه علت و معلولی ندارند، بلکه در عمل، ارتباط و همبستگی (Correlation) دارد.

در این میان، کسر کوچکی از سرطان‌ها واضحاً ارثی هستند (سندرم‌های سرطان فامیلی) که شامل پولیپوز فامیلی روده بزرگ، سرطان غیر پولیپوزی فامیلی روده بزرگ و بعضی از سرطان‌های تیروئید هستند. توارث در سرطان‌های روده بزرگ و پستان نیز نقش دارد، اگرچه به خاطر شیوع نسبتاً زیاد این سرطان‌ها، افتراق فامیلی بودن از غیر فامیلی بودن، قدری مشکل است. طریقه به ارث رسیدن اختلالات چند عاملی پیچیده است چرا که عوامل محیطی نیز نقش دارند. برای مثال عواملی چون سیگار، رژیم غذایی، چاقی، ورزش نکردن بر روی بیماری ایسکمی قلب موثر هستند. سهم نسبی عوامل محیطی و استعداد ژنتیکی در به وجود آوردن بیماری از فردی به فرد دیگر متفاوت است.

جدول ۱ - برخی اختلالات شایع تک ژنی

اختلال	فراوانی در ۱۰۰۰ تولد زنده	الگوی وراثت	ژن جهش یافته	خصوصیات
هموفیلی A	۰/۱	وابسته به جنس	فاکتور VIII	خونریزی غیرطبیعی
هموفیلی B	۰/۰۳	وابسته به جنس	فاکتور IX	خونریزی غیرطبیعی
دیستروفی عضلانی دوشن	۰/۳	وابسته به جنس	دیستروفین	تحلیل عضلانی
دیستروفی عضلانی بکر (Becker)	۰/۰۵	وابسته به جنس	دیستروفین	تحلیل عضلانی
سندرم X شکننده	۰/۵	وابسته به جنس	FMR1	عقب ماندگی ذهنی
بیماری هانتینگتون	۰/۵	اتوزومال غالب	هانتینگتین	زوال عقل (دمانس)
نوروفیبروماتوزیس	۰/۴	اتوزومال غالب	NF - 1,2	سرطان
تالاسمی	۰/۰۵	اتوزومال مغلوب	ژن گلوبین	کم خونی
بیماری سلول داسی شکل	۰/۱	اتوزومال مغلوب	بتاگلوبین	کم خونی - ایسکمی
فنیل کتونوری	۰/۱	اتوزومال مغلوب	فنیل آلانین هیدروکسیلاز	ناتوانی در متابولیسم کردن فنیل آلانین
فیروز کیستیک	۰/۴	اتوزومال مغلوب	CFTR	ضایعات پیشرونده ریه و دیگر علائم

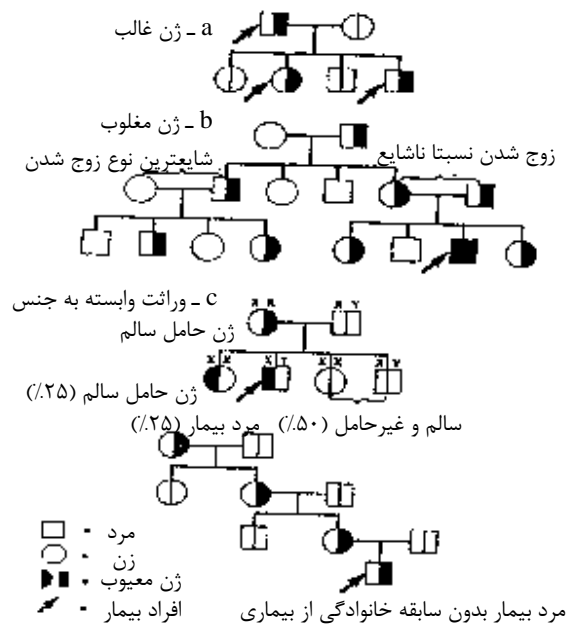
پیشرفت‌های حاصل شده در ژنتیک مولکولی

۱ - تکنولوژی DNA

- تکنیک‌های جدیدی که به پیشرفت در ژنتیک پزشکی نسبت داده می‌شوند به شرح زیر هستند:
- در حال حاضر می‌توان قطعاتی از DNA با ردیف‌های خاص ژنی ساخته و به قطعه‌ای دیگر از DNA که کامل کننده قطعه ساخته شده است متصل کرد. این کار به تشخیص ژنتیکی کمک بسیار می‌کند و با آزمایش ردیف‌های ژنی نزدیک به قطعه ساخته شده می‌توان تجزیه و تحلیل مناسب تری از DNA داشت.
 - روش‌هایی ابداع شده است که می‌توان ردیف‌های ژنی DNAهای شناخته شده را شناسایی کرد و جهش‌های احتمالی بر روی آن‌ها را که منجر به بیماری می‌گردد مشخص نمود.
 - روش‌های تشخیصی جدیدی به وجود آمده‌اند مثل استفاده از آنزیم‌های محدود کننده که می‌توانند DNA را منحصراً در ردیف‌های خاص قطع کنند و نیز روش (Polymerase Chain Reaction) یا

PCR برای بسط دادن ردیف‌های ژنی شناخته شده‌ای از DNA به وجود آمده است. چنین روش‌هایی این فرصت را فراهم می‌کند تا با استفاده از قطعات فوق‌العاده کوچک بافتی به تشخیص سریع و آسان دست یابیم. حتی این امکان وجود دارد که DNA موجود در تنها یک سلول را نیز مورد تجزیه و تحلیل قرار داد.

• تکنیک‌هایی ابداع کرده‌اند که ما را قادر می‌سازد ردیف‌های شناخته شده‌ای در DNA را تکثیر کنیم. ردیف‌های ژنی ایجاد شده از این طریق در تولید موارد درمانی مثل انسولین، اریتروپویتین و فاکتور VIII بسیار کمک کننده هستند. چنین تکنیکی همچنین می‌تواند در به وجود آوردن حیواناتی که از نظر ژنتیکی مخلوط هستند (Transgenic animals) و ژن درمانی، مورد استفاده قرار گیرد.



شکل ۱ - الگوی وراثتی کلاسیک مندلی

- با استفاده از نشانگرهای ژنتیکی (Genetic marker)، که در حال حاضر برای تمام ژنوم انسانی وجود دارند، می‌توان کلون‌های (clone) متفاوت DNA را مشخص نمود. چنین کاری مطالعه خانواده‌ها را بسیار آسان خواهد کرد. با استفاده از قطعات (probe) از پیش تعیین شده حتی می‌توان خویشاوندی‌های بسیار دور را مورد سنجش قرار داد و موقعیت ژن جهش یافته، در بیماری‌های حاصل از جهش‌های ژنتیکی را مشخص نمود.
- روش‌های آزمایشگاهی وجود دارد که می‌توان پروتئین‌های حاصل از ردیف‌های ژنی با عملکرد ناشناخته را مورد تجزیه و تحلیل قرار داد.

- تکنیک‌های جدید ژنتیک سلولی مثل Fluorescence In Situ Hybridization کمک می‌کند تا ارتباط بین ژن‌ها را در هسته سلول‌ها، مستقیماً مشاهده کنیم.
- مقایسه بین ردیف‌های متفاوت ژنی در گونه‌های مختلف قابل انجام است و به روشن شدن روند تکامل کمک می‌کند.
- می‌توان با وارد کردن ردیف‌های ژنی در DNA جنین حیوانات دیگر، حیوانات با ژن‌های مخلوط (Transgenic Animals) ایجاد کرد. این کار به ایجاد مدل‌های حیوانی از بیماری‌های انسان کمک می‌کند. وجود تکنیک‌های Transgenic و استفاده از ایجاد جهش‌های تجربی، در روشن نمودن نقش ژن‌ها در بیماری‌های چند عاملی بسیار ارزشمند است. در این بیماری‌ها ترکیبی از ژنوتیپ‌ها و عوامل محیطی، دخیل هستند و باید شناخته شوند.
- امکان وارد کردن قطعه‌ای DNA که حذف شده است و یا جدا کردن قطعه معیوب از DNA، از تکنیک‌های جدید دیگر است.

۲- ژن درمانی

ژن درمانی در واقع وارد کردن ردیفی از ژن‌ها، در داخل سلول است تا رفتار سلولی را آنچنان که باید، تغییر دهیم. چنین کاری برای مقاصد مختلف امکان پذیر است، برای مثال، اصلاح جهش ژنی (مثلاً در فیبروز کیستیک)، کشتن سلول‌ها (مثلاً در سرطان‌ها) و یا تغییر استعداد ژنتیکی برای بعضی از بیماری‌ها (مثلاً بیماری عروق کرونر قلب).

برای وارد کردن ژن‌های جدید به سلول ممکن است از ویروس (معمولاً رتروویروس یا آدنوویروس) استفاده شود و یا از لیپیدها یا چربی‌های خاصی به عنوان هدف استفاده گردد. در حال حاضر موافقت جهانی وجود دارد که وارد کردن ژن در سلول‌ها برای درمان بیماری، مشکل اخلاقی ندارد، و ژن درمانی باید در کنار دیگر اشکال درمانی در پزشکی وارد گردد.

۳- پروژه ژنوم انسانی

پروژه ژنوم انسانی تلاشی است بین المللی به منظور سازماندهی تحقیقاتی که بر روی تعیین نقشه ژنتیکی و جدا کردن ژن‌های انسانی انجام می‌شود. چنین تحقیقاتی در برخی کشورها از پیشرفت خوبی برخوردار بوده است. این کار به این منظور انجام می‌گردد تا یک نقشه منفرد از ژنوم انسانی تهیه گردد، نقشه‌ای که در آن هر رمز ژنتیکی، تعریف شده و جایگاه آن مشخص گردد. این پروژه در سال ۱۹۹۱ شروع شده است و قرار بود تا سال ۲۰۰۵ به پایان برسد. اما در سال ۲۰۰۰ دو پیش نویس از نقشه ژنی انسان آماده شد که در بسیاری موارد برای درمان‌ها و روشن ساختن جایگاه ژنتیکی نقایص کمک کرده‌اند.

ژنتیک جمعیت و تکامل (Population genetic and evolution)

ژنتیک جمعیت و تکامل، اتصال ناگسستگی دارند. ژنتیک جمعیت مطالعه کمی بر روی فراوانی آلل‌ها و

ژنوتیپ در جمعیت است در حالی که تکامل، تغییر در این فراوانی‌ها در طی زمان می‌باشد. عواملی که این فراوانی‌ها را تعیین می‌کند همان عواملی هستند که تکامل را به وجود می‌آورند. ژنتیک جمعیت بر پایه مطالعات مستقل Hardly در انگلستان و Weinberg در آلمان در سال ۱۹۰۸ صورت گرفت.

قانون Hardy-Weinberg

قانون Hardy-Weinberg می‌گوید بعد از امتزاج تصادفی در یک نسل، تعادلی در فراوانی ژن‌ها رخ می‌دهد و فراوانی ژنوتیپ‌های این جمعیت را می‌توان از فراوانی آلل‌های آن‌ها محاسبه کرد. موازنه‌ای که در فراوانی ژن‌ها رخ می‌دهد در غیاب نیروهایی که می‌تواند این فراوانی‌ها را به هم بزند از نسلی به نسل دیگر ثابت می‌ماند. به عبارت دیگر می‌توان از روی فراوانی آلل‌ها، به شرط اینکه ثابت بمانند، فراوانی ژنوتیپ‌ها را محاسبه کرد. اما همیشه عواملی می‌توانند بر روی فراوانی ژن‌ها تاثیر بگذارند. عواملی که بر روی فراوانی ژن‌ها تاثیر می‌گذارند عبارتند از:

انتخاب طبیعی: داروین مشاهده کرد که در طی تکامل موجودات، سالم‌ترین و قوی‌ترین آن‌ها زنده می‌مانند. این انتخاب به دست طبیعت صورت می‌گیرد. در واقع انتخاب طبیعی فرآیندی است که در طی آن ژن‌های مضر و معیوب از ذخیره ژنی حذف شده و ژن‌های مفید باقی مانده و به نسل‌های آینده منتقل می‌شوند.

جهش: جهش به تغییرات جدید و قابل توارث در مواد ژنتیکی انسان منجر می‌شود. بیشتر جهش‌ها به ایجاد ژن‌های مضر منجر می‌شوند اما گاهی جهش‌های ژنی بی اثر باقی می‌مانند و خنثی هستند. بعضی از عوامل محیطی مثل اشعه‌ها و مواد شیمیایی در رخداد جهش‌ها مؤثرند.

حرکت‌های جمعیت: به سبب صنعتی شدن، تسهیلات بیشتر برای کسب درآمد، آموزش و تجربه راه‌های دیگر زندگی، مردم از روستاها، گاهی در دسته‌های بزرگ، به شهرها مهاجرت می‌کنند. مهاجرت‌هایی نیز بین کشورها صورت می‌گیرد. چنین مهاجرت‌هایی ترکیب ژنتیکی جمعیت مقصد و همین‌طور خود مهاجرین را تغییر خواهد داد.

ساختار زاد و ولد: اگر همه ازدواج‌ها به طور تصادفی اتفاق بیفتد تعادل ژنتیکی در جمعیت حفظ خواهد شد. اما در عمل ازدواج‌ها بر اساس مذهب، مسائل اقتصادی، وضعیت تحصیلی و ارتباطات خانوادگی در زیرگروه‌های خاصی اتفاق می‌افتد. چنین ازدواج‌هایی ازدواج‌های انتخابی (Assortative Mating) نامیده می‌شود و ممکن است ساختار ژنتیکی جمعیت را تغییر دهند.

بهداشت عمومی: به سبب پیشرفت‌های کنونی در مراقبت‌های بهداشتی و بهداشت عمومی، بسیاری از افرادی که در گذشته قادر به زندگی نبوده‌اند، زنده می‌مانند. حاملین بیماری‌های ارثی، اختلالات ارثی و مادرزادی زنده مانده و ژن‌هایشان را به فرزندان خود منتقل می‌کنند. در واقع خدمات بهداشتی میزان انتخاب طبیعی را کاهش و بار ژنتیکی را افزایش داده است و بدیهی است تا زمانی که انسان، موفق به اصلاح اساسی اختلالات ژنتیکی نشده است این روند، ادامه خواهد یافت.

جدول ۲- خدمات غربالگری ژنتیکی جمعیت

فعالیت غربالگری یا پیشگیری	شرایط موجود	نوع
استفاده از گلوبین ضدآنتی ژن D بعد از زایمان واکسیناسیون دختران اضافه کردن فولیک اسید به رژیم غذایی مادر (که ممکن است از نقایص لوله عصبی بکاهد) کنترل دیابت مادری پرهیز از مواجهه با مواد جهش‌زا مثل الکل، بعضی داروها و شاید تنباکو سونوگرافی اندازه گیری آلفافیتوپروتئین خون مادر توجه به سن مادر هنگام حاملگی و سطح خونی بعضی مواد در خون مادر بررسی تاریخچه خانوادگی غربالگری حاملین برای هموگلوبینوپاتی و بیماری‌های ساکس	بیماری همولیتیک RH سرخجه مادرزادی نقایص مادرزادی نقایص مادرزادی نقایص کروموزومی بیماری‌های ارثی نقایص مادرزادی فنیل کتونوری هیپوتیروئیدی مادرزادی و بیماری سلول داسی شکل	پیشگیری اولیه غربالگری قبل از تولد غربالگری نوزادان
آزمایش نوزاد برای درمان به موقع (مثل دررفتگی مادرزادی مفصل هیپ) آزمایشات بیوشیمیایی برای درمان به هنگام		

غربالگری ژنتیک (Genetic Screening)

هدف از غربالگری ژنتیکی جمعیت مشخص کردن افرادی است که حامل بیماری‌های ژنتیکی هستند و یا افرادی که احتمال انتقال ژن‌های معیوب را به فرزندان شان دارند. با آگاهی از میزان خطر انتقال بیماری به فرزند، افراد می‌توانند در مورد بچه دار شدن تصمیمی آگاهانه بگیرند. برخی تکنیک‌هایی که برای مشخص کردن حاملین اختلالات تک ژنی به کار می‌روند عبارتند از: استفاده از نشانگرهای بیوشیمیایی، اتصالات ژنی (Genetic linkage)، تحلیل مستقیم جهش (Direct mutation Analysis)، تشخیص‌های قبل از تولد، غربالگری نوزادان تازه متولد شده، تشخیص بیماران قبل از ظهور علائم (جدول ۲).

مشاوره ژنتیک

از راه‌های پیشگیری از بیماری‌های ژنتیکی مشاوره ژنتیک است. مشاوره ژنتیک ممکن است گذشته نگر یا آینده نگر باشد.

الف: مشاوره ژنتیک آینده نگر

این نوع مشاوره برای پیشگیری از وقوع بیماری‌ها به کار می‌رود. چنین روشی نیازمند غربالگری و مشخص کردن افراد هتروزیگوت، برای هر نوع اختلال خاص می‌باشد. بعد از مشخص شدن این افراد باید برای آنان توضیح داد که چنانچه با فرد هتروزیگوت دیگری ازدواج کنند احتمال خطر بروز بیماری برای فرزندان شان وجود دارد. به عبارت دیگر کودک مبتلا به این اختلال ژنتیکی خاص، متولد خواهد شد. کم خونی داسی شکل و بتاتالاسمی مثال‌های خوبی در این مورد می‌باشند. ممکن است در آینده استفاده از این روش برای تعداد بیشتری از اختلالات مغلوب کاربرد پیدا کند.

ب: مشاوره ژنتیک گذشته نگر

در حال حاضر بیشتر مشاوره‌های ژنتیک، گذشته نگر هستند. مطالعه‌ای که توسط سازمان جهانی بهداشت صورت گرفته است نشان می‌دهد که مشاوره‌های ژنتیک عموماً مواقعی انجام می‌شود که مواردی از اختلالات مادرزادی، عقب ماندگی ذهنی و بیماری‌های روانی و نقایص متابولیسم مادرزادی (Inborn Error of Metabolism) رخ داده باشد و به ندرت به عنوان مشاوره قبل از ازدواج صورت می‌گیرد. سازمان جهانی بهداشت توصیه می‌کند که مراکز مشاوره ژنتیک در مناطقی که بیماری‌های عفونی و اختلالات تغذیه‌ای تحت کنترل در آمده‌اند و نیز در مناطقی که اختلالات ژنتیکی (مثل کم خونی داسی شکل و بتاتالاسمی) همیشه یکی از مشکلات بهداشت عمومی بوده، برقرار گردد.

نقش بالقوه مطالعات ژنتیکی در مراقبت‌های بهداشتی

بیماری‌های تک ژنی

از آنجایی که در حال حاضر آنالیز ژنی برای مشخص کردن بیماری‌های تک ژنی امکان پذیر می‌باشد شناسایی حاملین این بیماری‌ها و برقراری مشاوره ژنتیک با آنها امکان پذیر بوده و هر جا که لازم باشد با تشخیص‌های قبل از تولد نیز پیگیری می‌شوند.

بیماری‌های واگیر

مدارک خوبی وجود دارد که نشان می‌دهد شناخت ساختار ژنتیکی عوامل بیماری‌زا و ناقلین آنها نقش عمده‌ای در پیشگیری و درمان بیماری‌های عفونی ایفاء می‌کند. آگاهی از الگوی خاص ژنتیکی پاتوژن‌ها و تعیین ژن بیماری‌زا اهداف جدیدی را برای درمان‌های دارویی به وجود می‌آورد برای مثال همین بررسی‌ها منجر به

ساخت دسته دارویی جدیدی (Fosmidomycin) برای مقابله با گونه‌های مقاوم به درمان پلاسمودیوم فالسیپاروم (عامل مالاریا) شده است. رویکردهای مشابهی برای ساخت واکسن‌های جدید به وجود آمده است.

واکسن‌هایی که با تزریق قطعاتی از DNA مایکوباکتریوم توبرکولوزیس عمل می‌کنند در پیشگیری از بیماری در موش‌ها موفق بوده‌اند و نیز توانسته‌اند بیماری را در موش‌های مبتلا درمان کنند.

به غیر از این‌ها مطالعه بر روی سیستم ایمنی و ژن‌های کنترل کننده آن هم اهمیت دارد مثلاً اینکه چطور سلول‌های دندریتیک می‌توانند تحریکات میکروارگانسیم‌ها را حس کرده و آن‌ها را به نفوسیت‌ها منتقل کنند و یا چطور سیستم ایمنی آنتی ژن‌هایی را که قبلاً با آن‌ها تماس پیدا کرده است به یاد می‌آورد. مطالعه بر روی ناقلین نیز صورت گرفته است مثلاً می‌توان با تغییراتی در DNA پشه‌ها توانایی آن‌ها را برای انتقال مالاریا کاهش داد.

مطالعه بر روی ساختار ژنتیکی میزبان نیز می‌تواند واقعیاتی را در مورد اینکه چرا بعضی جمعیت‌ها نسبت به بعضی بیماری‌ها حساس تر یا مقاوم‌ترند نشان دهد. مثلاً جهش در رسپتور کموکین (یکی از رسپتورهای که HIV از طریق آن به سلول دسترسی پیدا می‌کند) مقاومت قابل توجهی را در مقابل AIDS به وجود می‌آورد.

سرطان

در حال حاضر روشن است که بسیاری از سرطان‌ها به دلیل موتاسیون‌هایی در ژن‌های خانه دار (house keeper Genes) که به نام سرطان‌زاهای سلولی نامیده می‌شوند ایجاد می‌گردند. تلاش‌های زیادی صورت گرفته تا بتوان مداخلاتی را در عملکرد این سرطان‌زاهای سلولی ایجاد کرد و امید می‌رود که در طولانی مدت رویکردهای مولکولی چه در طبقه بندی تومورها چه در درمان آن‌ها پیشرفت‌های خوبی را در درمان و کنترل سرطان‌ها ایجاد کند.

بیماری‌های چند عاملی

مدت درازی است که می‌دانیم بیماری‌های مزمن غیرواگیری مثل بیماری قلبی، سکته مغزی، دیابت، جنون‌ها و غیره از تاثیر عوامل محیطی، تاثیر سالمندی و ژنتیک حاصل می‌شوند. هدف ژنتیک مولکولی شناخت ژن‌های مختلفی است که در استعداد افراد به عوامل محیطی و سالمندی نقش دارند.

اختلالات رشد و عقب ماندگی ذهنی

رشد ژنتیک پزشکی کمک بسیاری در درک بیماری‌های زائی این بیماری‌ها کرده است. امید به پیشگیری و درمان این بیماری‌ها وابسته به تعیین عوامل محیطی و کشف اختلالات ژنتیکی قابل درمان متابولیسم مغزی و ژن‌درمانی‌های اختصاصی می‌باشد.

سالمندی

از آنجایی که به نظر می‌رسد بسیاری از بیماری‌های میان‌سالی و سالمندی مثل بیماری‌های قلبی حداقل در

مواردی مکانیسم‌هایی در ارتباط با سالمندی دارند، مطالعه بر روی پایه‌های زیست‌شناختی و ژنتیک پیری می‌تواند اطلاعات با ارزشی را در بیماری‌های زایی بسیاری از بیماری‌های شایع به دست دهد.

ژنتیک و داروها

شناخت ساختار ژنتیکی انسان و راه‌های متابولیسم و عملکرد داروها رویکردهای کاملاً جدیدی را در درمان، تعیین مقدار دارویی که هر شخص با توجه به وضعیت بیوشیمیایی خود می‌تواند تحمل کند، پیش رو می‌گذارد. در جوامعی که به خاطر استعداد ژنتیکی عوارض جانبی زیادی نسبت به داروهای بیماری‌های شایع وجود دارد غربالگری ژنتیک بی‌شک ارزش زیادی دارد.

ژن درمانی

اصطلاح ژن درمانی به رویکردهایی اطلاق می‌شود که با دخالت در ساختار ژنتیکی سلول، عضو یا فرد به درمان بیماری‌ها پرداخته می‌شود، رویکردهای متفاوتی در ژن درمانی وجود دارد.

الف - ژن درمانی در سطح سلول‌های زاینده: در این روش ساختار ژنتیکی سلول‌های زاینده تغییر کرده بنابراین تغییر حاصل شده به نسل‌های بعدی نیز منتقل می‌شود. در بیشتر کشورها استفاده از این روش ممنوعیت دارد.

ب - ژن درمانی در سطح سلول‌های غیرجنسی (Somatic): که عبارت است تغییر در ساختار ژنتیکی اعضاء یا بافت‌های فرد. در این نوع ژن درمانی تغییر حاصله فقط تا زمان مرگ فرد باقی می‌ماند و به نسل‌های بعدی منتقل نمی‌شود. بیشتر کمیته‌های اخلاق پزشکی این نوع درمان را چیزی شبیه پیوند عضو قلمداد کرده و مجاز شناخته‌اند.

درمان با Stem Cells

Stem cells دسته‌ای از سلول‌هایی هستند که در پاسخ به عوامل تنظیم‌کننده خاصی قابلیت تمایز به بافت‌های مختلفی دارند. مطالعاتی در حال انجام است تا دریابند چطور می‌توان این سلول‌ها را برای تمایز به بافت‌های دلخواه تحریک کرد. این رویکرد به نام شبیه‌سازی درمانی (Therapeutic Cloning) نامگذاری شده است که البته با شبیه‌سازی انسان یکی نیست و هدف از آن ساخت بافت‌های ویژه با مقاصد درمانی است.

دستکاری ساختار ژنتیکی گیاهان و سلامت انسان

اهداف اصلی از مطالعه بر ساختار ژنتیکی گیاهان افزایش ارزش غذایی آن‌ها و مقاوم کردن محصولات در مقابل آفات است برای مثال با مهندسی ژنتیک، گونه‌ای از برنج تولید شده است که حاوی پروویتامین A می‌باشد که می‌تواند در پیشگیری از بیماری‌های چشمی و عفونت در سراسر دنیا نقش مهمی داشته باشد. همچنین این امکان وجود دارد که با مهندسی ژنتیک دیگر ویتامین‌ها را نیز در گیاهان تولید کرد. امید می‌رود

بتوان برخی واکسن‌ها را از طریق گیاهان تولید کرد که بسیار ارزان‌تر تمام خواهند شد. مثلاً آنتی ژن سطحی ویروس هپاتیت B را در گیاهان ساخته‌اند که برای واکسیناسیون خوراکی می‌تواند کاربرد داشته باشد و یا ساخت واکسن نو ترکیب هپاتیت B در سیب زمینی در دست مطالعه می‌باشد.

پزشکی قانونی

DNA دارای بخش‌هایی است که ساختار بسیار متفاوتی در افراد مختلف دارد و هیچ دو نفری (به جز دوقلوهای همسان) از این جهت مشابه هم نیستند. بنابراین هر فردی اثر انگشت DNA منحصراً منحصر به خود (DNA fingerprints) را دارد. اثر انگشت DNA نقشی مهم در پزشکی قانونی ایفا می‌کند.

بیوتکنولوژی

پروپ‌های ژنی برای تشخیص‌های قبل از تولد (مثل تشخیص اختلالات هموگلوبین از جمله تالاسمی) ساخته شده‌اند. عوامل تشخیصی برای تعیین عامل بیماری‌زا نیز به تولید رسیده‌اند. استفاده از بیوتکنولوژی در ساخت برخی عوامل درمانی مثل انسولین، اریتروپویتین، هورمون رشد و غیره نیز به کار رفته‌اند.

نتیجه گیری

ماده ژنتیکی انسان پیچیدگی‌های زیادی داشته و اتمام پروژه ژنوم انسانی قدم بزرگی در راه کشف بیماری‌ها و مبارزه با آن‌ها خواهد بود. به جرأت می‌توان گفت که ژنتیک بر تمامی جوانب سلامت انسان سایه افکنده است و شاید نتوان هیچ جنبه‌ای از سلامت انسان را بی ارتباط با آن دانست. همه بیماری‌ها حتی شکستگی‌ها و سوختگی‌ها (در ارتباط با سرعت بهبود و تاثیر داروهای مصرفی و ...) به نوعی با وراثت و کیفیت ژنوم انسان در ارتباط هستند. لذا شناخت پایه‌های علم ژنتیک و تاثیرهای بالقوه آن بر سلامت انسان از ضروریات امروز در خدمات بهداشتی محسوب می‌گردد.

منابع

1. Gambino CM, Aiello A, Accardi G, Caruso C, Candore G. [Autoimmune diseases and 8.1 ancestral haplotype: An update](#). HLA. 2018 Jun 6. doi: 10.1111/tan.13305
2. Jewis Richi, Human Genetics – concepts and application 7th ed. McGraw-Hill, 2007.
3. Hickey G.I., Flecher HL, Winter P. Instant Notes in Genetics, 3rd ed. BIOS Scientific publication, 2006.
4. Berger, The Developing person – through childhood and adolescence, 6th ed. Worth publisher, 2003.
5. WHO, Advisory Committee of Health Research, Genomic and World Health, 2002. [Cited 2012 June]. Available from <http://whqlibdoc.who.int/hq/2002/a74580.pdf>

6. Human Genome Project Information, [Cited 2012 June] Available on:
http://www.ornl.gov/sci/techresources/Human_Genome/home.shtml

7. K. Park, Genetics and health. In: Park's Textbook of Preventive and Social Medicine, 20th edition, M/s Banarsidas Bhanot Publishers, India, 2009. pp. 724-33.

کتاب جامع

بهداشت عمومی

فصل ۲ / گفتار ۳ / دکتر مریم محمدی، سمیه غفاری، دکتر ثریا سهیلی
بهداشت برای همه و مراقبت‌های بهداشتی اولیه

فهرست مطالب

۸۳	اهداف درس
۸۴	تحولات PHC (Primary Health Care) قبل از سال ۲۰۰۰
۸۴	بهداشت برای همه (Health for all - HFA)
۸۴	هدف، اصول استراتژیک و شاخص‌های دستیابی به HFA:
۸۵	هدف بهداشت برای همه بر پایه سیاست‌های زیر استوار است:
۸۵	مراقبت‌های اولیه بهداشتی با مفاهیم و محتوای زیر کلید تحقق بهداشت برای همه است
۸۶	شاخص‌های جهانی به منظور پایش و ارزیابی بهداشت برای همه در کشورها:
۸۷	مراقبت‌های بهداشتی اولیه (PHC)
۸۸	اصول مراقبت‌های بهداشتی اولیه (Principles of Primary Health Care)
۸۸	اصولی که به منظور تامین مراقبت‌های بهداشتی اولیه باید مورد توجه قرار گیرد:
۹۰	اجزای مراقبت‌های بهداشتی اولیه
۹۱	سطوح مراقبت‌های بهداشتی
۹۲	تحولات PHC بعد از ۲۰۰۰
۹۲	انتقادات به مراقبت بهداشتی اولیه قبل از ۲۰۰۰
۹۴	دستاوردهای سلامت بر اساس اهداف توسعه هزاره
۹۸	برخی از نقاط قوت و ضعف اهداف توسعه هزاره:
۱۰۳	نگاهی گذرا به مراقبت‌های بهداشتی اولیه و بررسی نقاط ضعف، قوت، فرصت‌ها و تهدیدها در ایران
۱۰۵	نتیجه گیری:
۱۰۷	منابع:

بهداشت برای همه و مراقبت‌های بهداشتی اولیه

دکتر مریم محمدی*، سمیه غفاری*، دکتر ثریا سهیلی**
 * دانشکده بهداشت و ایمنی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی
 ** دانشگاه علوم پزشکی تهران

اهداف درس

انتظار می‌رود فراگیرنده، پس از گذراندن این درس، بتواند:

- بهداشت برای همه (HFA) را تعریف نماید
- هدف، اصول استراتژیک و شاخص‌های دستیابی به HFA را بحث نماید
- حداقل ۶ شاخص مورد استفاده برای پایش و ارزیابی بهداشت را توضیح دهد
- رویکرد مراقبت‌های بهداشتی اولیه را بیان نماید
- اصولی که به منظور تامین مراقبت‌های بهداشتی اولیه باید مورد توجه باشد را تحلیل نماید
- مداخلات ارتقایی، پیشگیری، درمانی و بازتوانی برای یک مشکل مربوط به سلامتی را طراحی کند
- اجزای مراقبت‌های بهداشتی را توضیح دهد
- سطوح مراقبت‌های بهداشتی را توضیح و از نظر پیچیدگی در ارائه مراقبت‌ها مقایسه نماید
- تحولات مراقبت‌های بهداشتی اولیه را بعد از ۲۰۰۰ توضیح دهد
- راهکارهای پیشنهادی در دستیابی به مراقبت‌های بهداشتی اولیه را بیان کند
- سیاست‌های سازمان جهانی بهداشت در مراقبت‌های بهداشتی اولیه را بعد از ۲۰۰۸ بیان نماید
- اهداف توسعه پایدار سلامت را به اختصار، بیان کند
- وضعیت کنونی ایران در دستیابی به اهداف توسعه پایدار سلامت را بیان کند
- اهداف بهداشتی توسعه پایدار تا سال ۲۰۳۰ را بشناسد
- ارتباط اهداف توسعه هزاره و توسعه پایدار، با سلامت را توضیح دهد
- تحلیلی از وضعیت کنونی ایران در دستیابی به مراقبت‌های بهداشتی اولیه و اهداف توسعه هزاره ارائه دهد
- چالش‌های اصلی ایران در دستیابی به مراقبت‌های بهداشتی را بشناسد
- راه‌های برخورد با چالش‌های مراقبت سلامت را تحلیل کند.

به دنبال افزایش نگرانی‌های کشورهای مختلف از روند توسعه، ازدیاد شتابان جمعیت، تخریب و تهی شدن سریع منابع، افزایش فقر و به هم خوردن چرخه‌های طبیعی حیات در کره زمین طی دهه‌های ۷۰ و ۸۰ میلادی، نگرانی‌ها در مورد وضعیت سلامت و اثرات سنگین آن بر اقتصاد و توسعه کشورها، خاصه کشورهای در حال توسعه رو به فزونی بوده به حدی که بسیاری از کارشناسان سازمان جهانی بهداشت بر ناکارآمد بودن نگرش‌های درمان محور در عرصه سلامت، اذعان داشتند و چرخش در این نگرش را اجتناب ناپذیر ارزیابی کردند. مجموعه این نگرانی‌ها در نهایت، در سال‌های پایانی دهه ۷۰، منجر به تغییر نگرش در عرصه سلامت شد و در ماه می ۱۹۷۷ در پایان سی امین اجلاس بهداشت، که در آلمان‌تای شوروی سابق، با شرکت ۱۳۴ کشور جهان تشکیل شده بود، تحت عنوان "بهداشت برای همه تا سال ۲۰۰۰" اعلام گردید: مهم‌ترین هدف اجتماعی دولت‌ها و سازمان جهانی بهداشت در دهه‌های آینده باید آن باشد که همه مردم تا سال ۲۰۰۰ میلادی به سطحی از سلامت دست یابند که زندگی آنان، از نظر اقتصادی و اجتماعی، ثمربخش و مفید باشد. از مهمترین رخدادهای تاریخی در این تحول، تصمیم سازمان ملل بر پذیرش روش مراقبت‌های اولیه سلامت (PHC) به منظور نیل به اهداف متعدد از جمله تحقق عدالت در دسترسی جامعه به خدمات سلامت اولیه است.

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 دهه‌های 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 آلماتا (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 درآورند.

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 شاخص‌های دستیابی به HFA:

بهداشت برای همه یک هدف واحد و محدود نیست بلکه جریانی است که به بهبود مداوم سلامت مردم

منجر می‌شود. 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 خانواده‌ها به شیوه قابل قبول و متناسب با توان و مشارکت خود به مراقبت‌های اساسی بهداشت دسترسی خواهند یافت.

هدف بهداشت برای همه بر پایه سیاست‌های زیر استوار است:

- بهداشت و تندرستی حق مسلم مردم است و تامین آن یک هدف اجتماعی در سراسر جهان است
- اختلاف موجود بین وضعیت بهداشتی مردم جهان، نگرانی مشترک تمام کشورهاست و باید به شدت کاهش یابد. بنابراین پایه و اساس استراتژی بهداشت برای همه توزیع عادلانه امکانات بهداشتی در بین کشورها و در درون کشورها به ترتیبی که به دسترسی عموم مردم به مراقبت‌های اولیه بهداشتی و خدمات پشتیبان آن بیانجامد می‌باشد
- حق و وظیفه مردم است که به صورت فردی و گروهی در برنامه ریزی و اجرای مراقبت‌های بهداشتی خودشان نقش داشته باشند. بنابراین مشارکت فعال مردم در شکل دادن به آینده بهداشتی و اقتصادی جامعه از عوامل اساسی در تحقق استراتژی‌های بهداشت برای همه است
- دولت‌ها در برابر بهداشت و تندرستی مردم که با فراهم نمودن امکانات اجتماعی و بهداشتی کافی امکان پذیر است مسئولیت تام دارند. بنابراین برای تامین بهداشت برای همه تنها تعهد وزارت بهداشت کافی نبوده و تعهد سیاسی دولت در سطح کلی ضرورت دارد
- بهداشت و تندرستی باید به عنوان پایه و اساس توسعه اقتصادی و اجتماعی باشد. بنابراین تنها تلاش وزارت بهداشت در این زمینه کافی نبوده، هماهنگی و همکاری سایر بخش‌ها که با توسعه اقتصادی کشور ارتباط دارند چون بخش‌های کشاورزی، دامپروری، صنعت، مسکن، آموزش و پرورش، ارتباطات، کار و امور اجتماعی و رسانه‌های گروهی نیز ضرورت کامل دارد
- همکاری فنی و اقتصادی بین کشورها در توسعه و اجرای استراتژی بهداشت برای همه نقش مؤثری دارد
- اگر قرار باشد دولت‌ها بهداشت برای همه را فراهم کنند باید در مسایل بهداشتی، متکی به خود بارآیند ولی این به معنای لزوم خودکفایی در بهداشت نیست زیرا برای تامین و توسعه استراتژی‌های بهداشتی و فایق آمدن بر مشکلات، همکاری و مسئولیت بین‌المللی، امری ضروری است.

مراقبت‌های اولیه بهداشتی با مفاهیم و محتوای زیر کلید تحقق بهداشت برای همه است

- مراقبت‌های بهداشتی درمانی نه فقط به صرفه و مؤثر، بلکه باید در حد استطاعت مردم و مورد قبول آنان باشد

- مراقبت‌های بهداشتی درمانی باید به صورت عادلانه برای تمامی مردم فراهم آید و نه اینکه بیشترین خدمات برای درصد کمی از مردم تامین، و در مقابل گروه زیادی از حداقل مراقبت‌های بهداشتی، درمانی، محروم مانند
- افراد و جوامع باید در برنامه ریزی، اجرا و ارزیابی برنامه‌های بهداشتی درمانی مشارکت داشته و بهداشت باید به عنوان بخشی از توسعه اقتصادی و اجتماعی تلقی گردد
- واحدهای ارائه کننده مراقبت‌های بهداشتی و درمانی باید خدمات پیشگیری، درمانی، توانبخشی و اعتلایی را بطور ادغام یافته ارائه نمایند.

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 برنامه‌ها 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 خواسته‌ها و نیازهای واقعی مردم فراهم آمده، سیاست عدم تمرکز در تصمیم‌گیری‌ها، 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 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 مراقبت‌های بهداشتی اولیه شامل موارد زیر دسترسی داشته باشند:

- آب سالم در منزل یا در فاصله‌ای که با ۱۵ دقیقه راهپیمایی دسترسی به آن حاصل آید
- ایمن‌سازی کودکان برعلیه 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 هزینه‌ها (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 خانواده‌های 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 وجهی 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 وجهی 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 (Inter-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، هم‌آهنگ هستند. بنابراین فن‌آوری 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 هزینه‌های سرمایه‌ای و هم هزینه‌های جاری)
- کارایی و کارسازی فن‌آوری برای مقابله با مشکلات بهداشتی
- قابل پذیرش بودن رویکرد هم برای جامعه هدف و هم از نظر ارائه‌کنندگان خدمات بهداشتی
- قابل تحمل بودن رویکرد از جمله ظرفیت نگهداری تجهیزات

بعلاوه ارائه‌دهندگان خدمات در سطوح مختلف برای استفاده از مناسب‌ترین و هزینه‌اثربخش‌ترین 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 براساس مداخلات زیر است:

- مداخلات ارتقایی: برخورد مراقبت‌های بهداشتی اولیه در سطح جامعه با علل اساسی است که بر سلامت تاثیر می‌گذارد
- مداخلات پیشگیری‌کننده: 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 پی‌آمد 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 گردد.

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 تغذیه‌ای 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 هرچه زودتر در سطح جامعه برقرار گردد.

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

مداخله در بیماری	مداخله ارتقایی	مداخله پیشگیری	مداخله درمانی	مداخله باز توانی
اسهال (Diarrhea)	آب سالم بهداشت عمومی امنیت غذا آموزش بهداشت مراقبت کودکان	آموزش بهداشت فردی تغذیه با شیر مادر واکسیناسیون	مایع درمانی خوراکی حمایت تغذیه‌ای (درمان دارویی در صورت نیاز)	باز توانی تغذیه‌ای مایع درمانی خوراکی
ذات الریه (Pneumonia)	تغذیه مناسب مسکن مناسب هوای تمیز آموزش بهداشت	واکسیناسیون تغذیه با شیر مادر مکمل ویتامین A	درمان دارویی	باز توانی تغذیه‌ای
سرخک (Measles)	تغذیه مناسب تهویه مناسب منزل آموزش بهداشت	واکسیناسیون	درمان دارویی حمایت تغذیه‌ای	باز توانی تغذیه‌ای
مالاریا (Malaria)	تغذیه مناسب کنترل ناقل بیماری آموزش بهداشت	استفاده از پشه بند (Mosquito nets) پیشگیری‌های دارویی	درمان دارویی	باز توانی تغذیه‌ای
کم خونی (Anemia)	کنترل ناقل (پارازیت) تغذیه مناسب آموزش بهداشت	غربالگری بیماران پیشگیری با تجویز آهن و اسید فولیک کرم زدایی	مکمل تغذیه‌ای تزریق خون حمایت تغذیه‌ای	باز توانی تغذیه‌ای (رژیم غذایی پراهن)
سل Tuberculosis	تغذیه مناسب تهویه مناسب منزل آموزش بهداشت	واکسیناسیون پیشگیری از تماس	درمان دارویی مشاوره فامیلی حمایت تغذیه‌ای	خدمات تلفیقی (Social integration)

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 جراحی‌ها
- دسترسی به داروهای اساسی

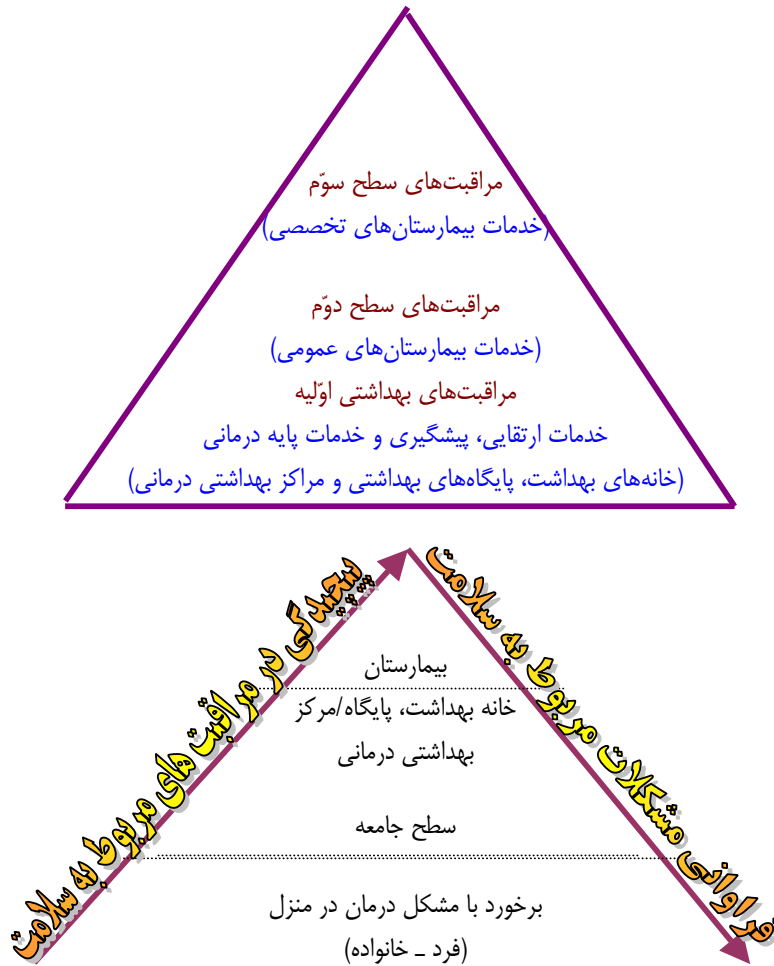
لازم به ذکر است که هشت فعالیت فوق، حداقل اقدامات لازم الاجرا برای همه جوامع بوده و هر جامعه‌ای باید براساس نیازها و اولویت بندی آن برای ارائه خدمات مورد نیاز مردم اقدام به برنامه ریزی و

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 اولیه ترین 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 PHC (مطابق با شکل ۱) اختصاص می‌یابد.



شکل ۱ - سطوح مراقبت‌های بهداشتی

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 بخش‌تر 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 نتوانسته‌اند 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 گونه‌ای باشد که هیچ جمعیتی خارج از محدوده عمل آن‌ها قرار نگیرد.

تحولات PHC بعد از ۲۰۰۰

به هرحال PHC طی دو دهه بعد از ۱۹۷۸، مسیر خود را به طرف کنترل بیماری‌ها، بهبود اثربخشی و اصلاحات مالی بخش سلامت منحرف نمود، اما پس از ۳۰ سال آهنگ PHC شروع به چرخش و برگشت به سیستم‌های حمایتی در مسیر اهداف اصلی PHC کرد.

انتقادات به مراقبت بهداشتی اولیه قبل از ۲۰۰۰

وارونگی مراقبت: مردم ثروتمندتر که نیاز آنان به مراقبت معمولاً کمتر است. بیشترین مراقبت را به خود جذب می‌کنند. حال آنکه افراد دارای کمترین توان مالی که با بیشترین مسائل روبرو هستند از کمترین مراقبت برخوردار هستند.

مراقبت ورشکست کننده: هر جا که مردم از حفاظت اجتماعی محروم‌اند و بخش عمده هزینه خدمات به طور مستقیم توسط مردم و در محل دریافت خدمت پرداخت می‌شود احتمال رو به رو شدن آنان با پرداخت‌های کمرشکن، وجود دارد.

مراقبت چند پاره و چند پاره ساز: تخصص گرایی افراطی ارائه کنندگان خدمات و تمرکز بر محدوده برنامه‌های مبارزه با بیماری‌ها راه را بر نگاه جامع آنان به افراد و خانواده‌هایی که با آنان سرو کار دارند می‌بندد و به ضرورت تداوم مراقبت توجهی نمی‌کند.

مراقبت نایمن: ضعف نظام سلامت که توان تضمین ایمنی خدمات و رعایت استانداردهای بهداشتی را ندارد سبب بسیاری از عفونت‌های بیمارستانی می‌شود و همراه با خطاهای تجویز دارو و دیگر اثرات نامطلوب که می‌توان از آن‌ها جلوگیری کرد.

مراقبت در جهت نادرست: تخصیص منابع حول خدمات درمانی پرهزینه، متمرکز است و از اینکه با پیش‌گیری اولیه و ارتقای سلامت می‌توان تا ۷۰ درصد از بار بیماری‌ها کاست غفلت می‌شود.

جهت نادرست: تخصیص منابع حول خدمات درمانی پرهزینه متمرکز است و از اینکه با پیش‌گیری اولیه و ارتقای سلامت می‌توان تا ۷۰ درصد از بار بیماری‌ها کاست غفلت می‌شود.

در سال ۲۰۰۳ در گزارش جهانی بهداشت، به ویژه روی مراقبت‌های اولیه سلامت، الگو و مدل نظام PHC مجدداً تاکید شده است. در سال ۲۰۰۴ مجمع جهانی بهداشت بر وجود کمیسیون جهانی بررسی عوامل

اجتماعی موثر بر سلامت، تاکید و در سال ۲۰۰۵ رسماً تشکیل شد. مقرر گردید در یک دوره زمانی سه ساله راهنمایی جهت سیاست‌گذاری در عرصه سلامت به منظور ارتقا وضعیت سلامت و کاهش نابرابری‌ها به ویژه در ارتباط با نقش عوامل اجتماعی ارائه دهد.

گزارش ۲۰۰۸ جهانی بهداشت با عنوان مراقبت‌های اولیه سلامت، بیشتر از هر وقت دیگر به PHC پرداخته و اهمیت و بر قابلیت اجرایی آن در همه کشورها تاکید کرده است. در گزارش، چنین آمده است: نسبت عظیمی از منابع برای خدمات درمانی خرج می‌شود در حالی که پیشگیری و ارتقا سلامت که می‌تواند ۷۰ درصد از بار جهانی بیماری را کم کند نادیده گرفته شده است.

جدول ۲- تغییر سیاست‌های PHC مطابق نظر سازمان جهانی بهداشت در سال ۲۰۰۸

توجه به کوششهای نخستین در اجرای PHC	آنچه اصلاحات کنونی PHC به آن توجه دارد
دسترسی گسترده تنگدستان روستایی به بسته خدمات پایه سلامت و داروهای اساسی	تحول نظام‌های کنونی سلامت و نظم دادن به آن‌ها با هدف تامین دسترسی همگانی و حمایت اجتماعی از سلامت
تمرکز بر سلامت مادر و کودک	پرداختن به سلامت همه افراد جامعه
تاکید بر چند بیماری منتخب در درجه اول حاد و عفونی	دادن پاسخ جامع به انتظارات و نیازهای مردم در طیفی گسترده از مخاطرات و بیماری‌ها
بهبود شرایط بهداشتی، آب، بهسازی محیط و آموزش بهداشت روستاها	ترویج روش سالمتر زندگی و کاستن از اثر مخاطره‌های اجتماعی و محیطی
فناوری‌های ساده برای کارکنان بهداشتی داوطلب و غیرماهر جامعه	تیمی از کارکنان سلامت که دسترسی به تکنولوژی‌ها داروها و استفاده مناسب از آن‌ها را تسهیل می‌کنند
مشارت به صورت بسیج منابع محلی و مدیریت مراکز بهداشتی درمانی با کمک کمیته‌های محلی سلامت	مشارکت نهادینه شده جامعه مدنی از طریق گفت و گو درباره سیاست‌ها و سازوکارهای مسئولیت پذیری
خدماتی که توسط دولت سرمایه گذاری و ارائه می‌شود با مدیریتی متمرکز و بالا به پایین	نظام‌های سلامت تکثرگرا که در چهارچوبی جهانی شده کار می‌کنند
مدیریت کردن کمبود فزاینده منابع و کوچ کردن ابعاد سازمانی دولت	هدایت رشد منابعی که به سلامت اختصاص می‌یابند در جهت تامین پوشش همگانی
کمک‌های دوجانبه و مساعدت فنی	وحدت جهانی و یادگیری مشترک
مراقبت اولیه به عنوان نقطه مقابل بیمارستان	مراقبت اولیه در جایگاه هماهنگ کننده پاسخ جامع نظام سلامت در همه سطوح
PHC ارزان تمام می‌شود و به سرمایه گذاری چندان نیاز ندارد	PHC ارزان نیست به سرمایه گذاری در خور توجه نیاز دارد اما در برابر پولی که برای آن هزینه می‌شود ارزشی بیش از هر روش دیگر تولید می‌کند

در این گزارش توصیه شده که کشورها سیستم سلامت را به وسیله چهار دسته اصلاحات کلی زیر که اصول PHC را معرفی می‌کند بسازند:

اصلاحات پوشش همگانی: اصلاحاتی که تضمین می‌کنند نظام‌های سلامت در درجه اول از راه حرکت به سوی

پوشش همگانی و محافظت اجتماعی سلامت در برقراری برابری، عدالت اجتماعی و پایان دادن به محروم ماندگی‌ها موثر خواهند بود.

اصلاحات ارائه خدمت: اصلاحاتی که خدمات سلامت را به شکل مراقبت اولیه یعنی حول محور نیازها و انتظارات مردم می‌شناسند. به نوعی که خدمات مناسب اجتماعی بیشتر پاسخگوی جهان در حال تحول باشند و همزمان پیامدهای بهتر و مطلوب‌تر به بار آورند.

اصلاحات سیاست عمومی: اصلاحاتی که از راه ادغام اقدام‌های بهداشت عمومی با مراقبت اولیه و از راه در پیش گرفتن سیاست‌های عمومی سالمتر در همه بخشها پدید آمدن جامعه‌ای سالمتر را تضمین می‌کنند.

اصلاحات رهبری: اصلاحاتی که رهبری فراگیر مشارکتی و بر پایه گفت و گو را که لازمه پیچیدگی نظام‌های کنونی سلامت است جایگزین تکیه بر فرماندهی و کنترل در یک سو و محروم شدن از آزادی دولت از سوی دیگر می‌کند.

با آغاز هزاره جدید، مهم‌ترین اجماع بین‌المللی در خصوص توسعه سلامت توسط ۱۹۱ کشور، تحت عنوان اعلامیه هزاره ملل متحد ۲۰۰۰، حاصل گردید. در این اجلاس اهداف توسعه هزاره (MDGs) برای بهبود شرایط سلامتی مستمندان در سراسر جهان و ایجاد گام‌های مثبت برای بهبود شرایط زندگی به وجود آمد. بر اساس اعلامیه هزاره، هشت هدف توسعه هزاره، کشورها را موظف می‌سازد. برای مبارزه با ۱ - فقر، ۲ - بی‌سوادی، ۳ - گرسنگی، ۴ - عدم دسترسی به امکانات آموزش و پرورش، ۵ - نابرابری جنسیتی، ۶ - مرگ و میر کودکان و مادران، ۷ - بیماری و ۸ - نابودی محیط زیست، دست به دست هم دهند و فعال‌تر و هماهنگ‌تر از سابق تلاش کنند. از این هشت آرمان، ۳ آرمان مستقیماً به سلامت انسان‌ها مرتبط می‌باشد و ۵ آرمان دیگر نیز در ارتباطی تنگاتنگ با آن هستند. این امر، نشانگر آن است که حفظ و ارتقای سطح سلامت هم اکنون نیاز اساسی جهانی است و برنامه‌های مرتبط با توسعه پایدار کشورها باید با تأمین سلامت افراد جامعه هماهنگی داشته باشد.

دستاوردهای سلامت بر اساس اهداف توسعه هزاره

آرمان ۱: ریشه کن کردن فقر شدید و گرسنگی

- فقر شدید به طور چشمگیری در دو دهه گذشته کاهش یافته است. در سال ۱۹۹۰، نزدیک به نیمی از جمعیت مناطق در حال توسعه با کمتر از ۱/۲۵ دلار در روز زندگی می‌کردند که این نسبت در سال ۲۰۱۵ به ۱۴ درصد کاهش یافته است.
- در سطح جهانی نیز تعداد افرادی که در فقر شدید زندگی می‌کنند از ۱/۹ میلیارد در سال ۱۹۹۰ به ۸۳۶ میلیون در سال ۲۰۱۵ رسیده است که به مقدار بیشتر از نصف کاهش یافته است؛ بیشترین پیشرفت در سال ۲۰۰۰ محقق شده است.
- تعداد افراد مشغول به کار با درآمد متوسط - در حال گذران زندگی با بیش از ۴ دلار در روز بین سال‌های ۱۹۹۱ و ۲۰۱۵ تقریباً سه برابر شده است. این گروه در حال حاضر نیمی از نیروی کار در مناطق در حال توسعه را تشکیل می‌دهند، در حالی که در سال ۱۹۹۱ تنها ۱۸ درصد را تشکیل می‌داده‌اند.

- از سال ۱۹۹۰ نسبت افراد دچار سوء تغذیه در مناطق در حال توسعه تقریباً به نصف تقلیل یافته است؛ از ۲۳/۳ درصد در سال‌های ۱۹۹۰-۱۹۹۲ به ۱۲/۹ درصد در سال‌های ۲۰۱۴-۲۰۱۶ رسیده است.

آرمان ۲: دستیابی همگانی به آموزش ابتدایی

- میزان خالص ثبت نام مدرسه ابتدایی در مناطق در حال توسعه، از ۸۳ درصد در سال ۲۰۰۰ به ۹۱ درصد در سال ۲۰۱۵ رسیده است.
- تعداد کودکانی که در سن تحصیل ابتدایی هستند اما به مدرسه نمی‌روند در سراسر جهان تقریباً به نصف کاهش یافته است، از ۱۰۰ میلیون نفر در سال ۲۰۰۰ به حدود ۵۷ میلیون نفر در سال ۲۰۱۵.
- از زمان تصویب اهداف توسعه هزاره تا به حال، کشورهای جنوب صحرای افریقا بهترین رکورد بهبود در آموزش ابتدایی را در میان تمام مناطق داشته‌اند. این منطقه در مقایسه با ۸ درصد در بین سال‌های ۱۹۹۰ و ۲۰۰۰، ۲۰ درصد افزایش نقطه ای میزان خالص ثبت نام در بین سال‌های ۲۰۰۰ تا ۲۰۱۵ را کسب کرده است.
- میزان باسوادی در میان جوانان ۱۵ الی ۲۴ ساله در سراسر جهان بین سال‌های ۱۹۹۰ و ۲۰۱۵ از ۸۳ درصد به ۹۱ درصد افزایش داشته است. اختلاف بین زنان و مردان نیز کمتر شده است.

آرمان ۳: ترویج برابری جنسیتی و توانمند سازی زنان

- در حال حاضر در مقایسه با ۱۵ سال پیش، تعداد بیشتری از دختران در مدرسه تحصیل می‌کنند. مناطق در حال توسعه به طور کلی به هدف از بین بردن نابرابری جنسیتی در آموزش دوران ابتدایی، راهنمایی و متوسطه نائل شده‌اند.
- در جنوب آسیا، در سال ۱۹۹۰ تنها ۷۴ دختر به ازای هر ۱۰۰ پسر در مدرسه ابتدایی ثبت نام می‌کردند. در حالی که امروزه ۱۰۳ دختر به ازای هر ۱۰۰ پسر ثبت نام می‌کنند.
- در حال حاضر، ۴۱ درصد از کارگران دستمزد بگیر خارج از بخش کشاورزی را زنان تشکیل می‌دهند که در مقایسه با ۳۵ درصد در سال ۱۹۹۰، افزایش داشته است.
- بین سال‌های ۱۹۹۱ و ۲۰۱۵، تناسب زنان شاغل در مشاغل آسیب پذیر به عنوان سهمی از کل زنان شاغل کاهش ۱۳ نقطه درصدی را شاهد بوده است. در مقابل، اشتغال مردان در مشاغل آسیب پذیر ۹ درصد کاهش داشته است.
- طبق داده‌های جمع آوری شده از ۱۷۴ کشور دنیا در طول ۲۰ سال گذشته، زنان در حدود ۹۰ درصد از این کشورها توانسته‌اند نمایندگی مجلس را به دست آورند.
- میانگین نسبت زنان نماینده مجلس در همین دوره تقریباً دو برابر شده است. با این حال هنوز زنان تنها یک پنجم اعضای مجلس را تشکیل می‌دهند.

آرمان ۴: کاهش مرگ و میر کودکان

- میزان مرگ و میر کودکان زیر پنج سال در جهان به کمتر از نصف رسیده است؛ کاهش از ۹۰ مورد مرگ به ۴۳ مورد مرگ به ازای هر ۱۰۰۰ تولد زنده در بین سال‌های ۱۹۹۰ و ۲۰۱۵.
- با وجود رشد جمعیت در مناطق در حال توسعه، تعداد مرگ و میر کودکان زیر پنج سال در سطح جهان از ۱۲/۷ میلیون نفر در سال ۱۹۹۰ به حدود ۶ میلیون نفر در سال ۲۰۱۵ کاهش یافته است.
- از اوایل دهه ۱۹۹۰، میزان مرگ و میر زیر پنج سال در سطح جهان کاهشی بیش از ۳ برابر داشته است.
- در کشورهای جنوب صحرای افریقا، میزان سالانه کاهش مرگ و میر کودکان زیر پنج سال در طول سال‌های ۲۰۰۵ تا ۲۰۱۳ بیش از پنج برابر سریعتر از این میزان در طول سال‌های ۱۹۹۰ تا ۱۹۹۵ بوده است.
- واکسن سرخک کمک کرده است تا از نزدیک به ۱۵/۶ میلیون مرگ بین سال‌های ۲۰۰۰ و ۲۰۱۳ جلوگیری شود. تعداد گزارش موارد سرخک در سطح جهانی در مدت مشابه ۶۷ درصد کاهش داشته است.
- در حدود ۸۴ درصد از کودکان در سراسر جهان حداقل یک دوز واکسن شامل واکسن سرخک را در سال ۲۰۱۳ دریافت کرده اند که در مقایسه با ۷۳ درصد در سال ۲۰۰۰، افزایش داشته است.

آرمان ۵: بهبود سلامت مادران

- از سال ۱۹۹۰، نسبت مرگ و میر مادران در سراسر جهان ۴۵ درصد کاهش داشته است که قسمت عمده این کاهش از سال ۲۰۰۰ رخ داده است.
- در جنوب آسیا، نسبت مرگ و میر مادران بین سال‌های ۱۹۹۰ و ۲۰۱۳، ۶۴ درصد کاهش یافته و کاهش این نسبت در کشورهای جنوب صحرای افریقا ۴۹ درصد بوده است.
- در سال ۲۰۱۴ بیش از ۷۱ درصد زایمانها در سطح جهان با حضور و کمک پرسنل سلامت ماهر انجام شده، که در مقایسه با ۵۹ درصد در سال ۱۹۹۰ افزایش داشته است.
- در شمال افریقا، نسبت زنان باردار که چهار مرتبه یا بیشتر تحت مراقبت (ویزیت) قبل از زایمان قرار گرفته اند، بین سال‌های ۱۹۹۰ و ۲۰۱۴ از ۵۰ درصد به ۸۹ درصد رسیده است.
- رواج روشهای جلوگیری از بارداری در سراسر جهان در زنان ۱۵ تا ۴۹ ساله، متاهل یا دارای شریک جنسی از ۵۵ درصد در سال ۱۹۹۰ به ۶۴ درصد در سال ۲۰۱۵ افزایش یافته است.

آرمان ۶: مبارزه با HIV / ایدز، مالاریا و سایر بیماری

- عفونت‌های جدید HIV با کاهش از حدود ۳/۵ میلیون نفر به ۲/۱ میلیون نفر بین سال‌های ۲۰۰۰ و ۲۰۱۳، حدود ۴۰ درصد افت داشته است.
- تا ماه ژوئن سال ۲۰۱۴، ۱۳/۶ میلیون نفر مبتلا به HIV در سطح جهانی درمان با داروهای ضد رتروویروسی (ART) دریافت کرده‌اند که افزایش قابل ملاحظه‌ای نسبت به ۸۰۰۰۰۰ نفر در سال ۲۰۰۳ داشته است. درمان ضد رتروویروسی از ۷/۶ میلیون مرگ ناشی از ایدز بین سال‌های ۱۹۹۵ و ۲۰۱۳ جلوگیری کرده است.

- از بیش از ۶/۲ میلیون مرگ در اثر مالاریا بین سال‌های ۲۰۰۰ و ۲۰۱۵ در وهله اول در کودکان زیر پنج سال در کشورهای واقع در جنوب صحرای افریقا جلوگیری شده است. تخمین زده شده میزان بروز مالاریا در سطح جهان ۳۷ درصد و میزان مرگ و میر ۵۸ درصد کاهش داشته است.
- بین سال‌های ۲۰۰۴ و ۲۰۱۴ بیش از ۹۰۰ میلیون پشه بند آغشته به حشره کش به کشورهای آندمیک مالاریا در جنوب صحرای افریقا تحویل داده شده است.
- بین سال‌های ۲۰۰۰ و ۲۰۱۳، پیشگیری، تشخیص و مداخلات درمانی مرتبط با بیماری سل، زندگی حدود ۳۷ میلیون نفر را نجات داده است. میزان مرگ و میر بیماری سل ۴۵ درصد و میزان شیوع آن ۴۱ درصد بین سال‌های ۱۹۹۰ و ۲۰۱۳ کاهش داشته است.

آرمان ۷: تضمین پایداری محیط زیست

- مواد مخرب لایه اوزون عملاً از سال ۱۹۹۰ حذف شده‌اند و انتظار می‌رود ترمیم لایه اوزون در اواسط همین قرن تحقق یابد.
- از سال ۱۹۹۰ مناطق حفاظت شده زمینی و دریایی در بسیاری از مناطق به صورت قابل ملاحظه‌ای افزایش یافته است. مناطق حفاظت شده زمینی در امریکای لاتین و حوزه کارائیب بین سال‌های ۱۹۹۰ تا ۲۰۱۴، از ۸/۸ درصد به ۲۳/۴ درصد افزایش یافته است.
- در سال ۲۰۱۵، ۹۱ درصد از جمعیت جهان از یک منبع آب آشامیدنی بهداشتی استفاده می‌کنند، در مقایسه با ۷۶ درصد در سال ۱۹۹۰.
- از ۲/۶ میلیارد نفر جمعیتی که از سال ۱۹۹۰ به آب آشامیدنی بهداشتی دسترسی پیدا کرده‌اند، ۱/۹ میلیارد نفر آب آشامیدنی لوله کشی در محل خود به دست آورده‌اند. در حال حاضر بیش از نیمی از جمعیت جهان (۵۸ درصد) از این سطح بالای خدمات برخوردار هستند.
- در سطح جهانی، ۱۴۷ کشور به هدف مربوط به آب آشامیدنی دست یافته‌اند، ۹۵ کشور هدف سیستم فاضلاب را محقق کرده و ۷۷ کشور نیز هر دو هدف را برآورده کرده‌اند.
- در سراسر جهان، ۲/۱ میلیارد نفر به سیستم فاضلاب بهداشتی دسترسی پیدا کرده‌اند. از سال ۱۹۹۰ نسبت افرادی که در فضای باز اجابت مزاج می‌کنند تقریباً به نصف کاهش یافته است.
- در مناطق در حال توسعه نسبت جمعیت شهری که در محله‌های فقیرنشین زندگی می‌کنند از حدود ۳۹/۴ درصد در سال ۲۰۰۰ به ۲۹/۷ درصد در سال ۲۰۱۴ کاهش یافته است.

آرمان ۸: بسط و گسترش مشارکت جهانی برای توسعه

- بین سال‌های ۲۰۰۰ و ۲۰۱۴ کمک‌های رسمی کشورهای توسعه یافته با هدف توسعه، ۶۶ درصد در شرایط واقعی افزایش یافته است و به ۱۳۵/۲ میلیارد دلار رسیده است.
- در سال ۲۰۱۴، دانمارک، لوکزامبورگ، نروژ، سوئد و انگلستان به کمک خود بالغ بر ۰/۷ درصد از درآمد

- ناخالص ملی جهت کمک‌های رسمی توسعه ای سازمان ملل متحد ادامه دادند.
- در سال ۲۰۱۴، ۷۹ درصد از واردات کشورهای توسعه یافته از کشورهای در حال توسعه بدون عوارض انجام گرفت که در مقایسه با سال ۲۰۰۰، ۶۵ درصد افزایش داشته است.
- تناسب خدمات بدهی خارجی نسبت به درآمد صادراتی در کشورهای در حال توسعه از ۱۲ درصد در سال ۲۰۰۰ به ۳ درصد در سال ۲۰۱۳ کاهش یافته است.
- همزمان با سال ۲۰۱۵، ۹۵ درصد از جمعیت جهان تحت پوشش شبکه تلفن همراه قرار گرفته اند.
- تعداد مشترکین تلفن همراه در ۱۵ سال گذشته تقریباً ده برابر شده است و از ۷۳۸ میلیون نفر در سال ۲۰۰۰ به بیش از ۷ میلیارد نفر در سال ۲۰۱۵ رسیده است.
- نفوذ اینترنت از تنها ۶ درصد از جمعیت جهان در سال ۲۰۰۰ به ۴۳ درصد در سال ۲۰۱۵ افزایش یافته است. در نتیجه، ۳/۲ میلیارد نفر با محتوا و برنامه‌های کاربردی شبکه جهانی ارتباط برقرار کرده اند.

با گذشت زمان می‌توان برخی از نقاط قوت و ضعف اهداف توسعه هزاره را اینطور بیان نمود:

اولین مورد این است که اهداف توسعه ی هزاره ساده هستند. تعداد ۸ آرمان ساده که می‌توانند در یک پوستر معرفی شوند. این ۸ آرمان به راحتی در ذهن افراد جای می‌گیرد. دومین مورد اینکه اهداف توسعه ی هزاره از لحاظ قانونی الزام یا تعهدی را برای کشوری فراهم نمی‌آورد بلکه مجموعه ای از تعهدات عملی و اخلاقی است. سومین مورد اینکه اهداف توسعه ی هزاره می‌تواند توسط شاخص هایی که توسط دولت، تجارت و جامعه قابل اندازه گیری هستند، دنبال شوند و فشار مضاعفی به دولت ها وارد نمی‌آورد. هر چند بعضی کشورها نتوانستند اهداف را اندازه گیری کرده و ارائه دهند، اما بسیاری کشورها پیشرفت های خوبی در این زمینه داشته اند.

سه انتقاد عمده نیز به اهداف توسعه ی هزاره وارد می‌شود که عبارت است از این که، اهداف توسط گروه کوچکی از کارشناسان تهیه و نهایی شد، دولت های عضو سازمان ملل در تعیین اهداف نقشی نداشتند و برخی موارد مانند شیوه های تولید مواد غذایی کاملاً نادیده گرفته شده است.

آرمان های هشت گانه توسعه ی هزاره، نتوانستند به ریشه یابی علت فقر، نابرابری جنسیتی یا ابعاد توسعه دست یابند. آرمان های توسعه ی هزاره به حقوق بشر یا توسعه ی اقتصادی توجه چندانی ندارد. در حالی که در تئوری، شاخص های توسعه ی هزاره به تمامی کشورها بسط داده می‌شد، در عمل به شاخص هایی برای کشورهای فقیر تبدیل شده است.

سیاستمداران و دولتمردان به اهمیت شاخص های اهداف توسعه ی هزاره، آگاه هستند و به رفع فقر گرسنگی و ادامه فعالیت های مرتبط بعد از سال ۲۰۱۵ اذعان دارند. این در حالی است که دنیای امروز با مشکلات دیگری مانند تغییرات آب و هوا و مشکلات و بیماری های محیط زیستی مواجه است و تفاهم در این امر وجود دارد که رفع معضلات محیط زیستی همانند کاهش فقر اهمیت دارد. نظر به اهمیت این موضوعات، اهداف توسعه ی پایدار مطرح گردیده و از سال ۲۰۱۶ آغاز شده و تا سال ۲۰۳۰ ادامه می‌یابد.

جدول ۳- دستاوردهای سلامت بر اساس اهداف توسعه هزاره در ایران

مجموع	زن	مرد	شاخص	اهداف توسعه هزاره (MDG)
۴/۰۸	۴	۵/۰۵	۱۰: شیوع کودکان زیر ۵ سال کم وزن	۱- ریشه کنی کامل فقر و گرسنگی
۹۶/۶۸	۹۷/۰۲	۹۶/۴۹	۲۰۱: نسبت ثبت نام در سطح ابتدایی	۲- آموزش ابتدایی همگانی
۹۶/۷۴	۹۷/۲۲	۹۶/۲۷	۲۰۲: نسبتی از دانش آموزان که مقطع ابتدایی را به اتمام رسانده اند	
۹۳/۷۶	۹۲/۹۹	۹۴/۴۸	۲۰۳: نسبت باسوادی در جمعیت ۱۵-۲۴ سال زنان و مردان	
۱/۰۱	۰/۹۸	۰/۹۸	۳۰۱: نسبت دختران به پسران در مقطع ابتدایی	۳- ارتقای برابری جنسیتی و توانمندی زنان
۰/۹۸			۳۰۱: نسبت دختران به پسران در مقطع راهنمایی	
۰/۹۸			۳۰۱: نسبت دختران به پسران در مقطع دبیرستان	
۲۲/۵۲	۲۱/۸۲	۲۳/۱۶	۴۰۱: میزان مرگ و میر کودکان زیر ۵ سال (به ازای ۱۰۰ تولد زنده)	۴- کاهش مرگ و میر کودکان
۲۰/۳۲	۱۹/۷۰	۲۰/۸۸	۴۰۲: میزان مرگ و میر شیرخواران زیر ۱ سال (به ازای ۱۰۰۰ تولد زنده)	
۹۴/۸۵	۹۴/۴۳	۹۵/۲۶	۴۰۳: نسبت کودکان ۱۸-۲۳ ماهه ای که علیه سرخک واکسینه شده اند	
۹۶/۴۲	۹۶/۴۲		۵۰۲: نسبت زایمانهایی که توسط پرسنل با مهارت انجام شده است	۵- ارتقای سلامت مادران
۷۷/۴۲	۷۷/۴۲		۵۰۳: میزان شیوع استفاده از روشهای پیشگیری از بارداری در بین زنان ازدواج کرده	
۹۶/۹۲	۹۶/۹۲		۵۰۵: درصد پوشش مراقبتهای پیش از تولد	
	۵/۶۹		۵۰۶: نیازهای برآورد نشده در تنظیم خانواده	
	۱۹/۶۲		۶۰۳: نسبتی از جمعیت ۱۵-۲۴ ساله با دانش و آگاهی صحیح جامع در باره HIV/AIDS	۶- متوقف کردن بیماریهای HIV/AIDS مالاریا و سایر بیماریها
۰/۰۶			۶۰۵: شیوع مالاریا	
مجموع	روستایی	شهری	۷۰۸: نسبتی از جمعیت که از منبع آب آشامیدنی سالم استفاده می کند (شهری، روستایی)	۷- تضمین پایداری محیط زیست
۹۶/۸۱	۹۲/۹۱	۹۸/۵۷		
۹۷/۸۹	۹۵/۶۶	۹۸/۹۰	۷۰۹: دفع صحیح فضولات (شهری، روستایی)	
				۸- گسترش مشارکت جهانی

سازمان ملل، در سال ۲۰۱۵، مجموعه‌ای از اهداف توسعه پایدار (SDGs) را به عنوان چهارچوب جانشین برای اهداف توسعه هزاره تدوین نمود.

توسعه پایدار به عنوان مفهومی با سابقه بیش از سه دهه در ادبیات توسعه، امروزه به یک قالب فکری عمده در بسیاری از کشورها، بالأخص کشورهای در حال توسعه، بدل شده است. با وجود آن که این مفهوم، مانند مفهوم توسعه، تعاریف و تفاسیر متعددی را به خود اختصاص داده، اما در سطح بین‌المللی دارای اجماعی علمی و عملی است که از طریق سازمان ملل و نهادهای مرتبط، به مثابه برنامه عملی توسعه کشورها پیشنهاد شده است. توسعه پایدار بر اساس تعریف کمیسیون جهانی محیط زیست و توسعه (کمیسیون برانت لند) عبارت است از: **توسعه‌ای که نیازهای کنونی را تأمین می‌کند، بدون آن که توانایی نسل‌های آینده را در برآوردن نیازهای خود، به مخاطره افکند.**

توسعه پایدار، توسعه‌ای کل نگر است و همه ابعاد اجتماعی، اقتصادی، فرهنگی، زیست محیطی و دیگر نیازهای بشری را در بر می‌گیرد.

به اعتباری، مهم‌ترین شاخصه و جاذبه توسعه پایدار در جامع‌نگری آن است. توسعه پایدار برآورنده نیازها و آرمان‌های انسان، نه فقط در یک کشور و یک منطقه، بلکه تمامی مردم سراسر جهان را در زمان حال و آینده در بر می‌گیرد.

از سوی دیگر، سلامت به عنوان رفاه کامل جسمی، روانی، اجتماعی و معنوی، عرصه‌ای است که پیوندی وثیق با سایر عرصه‌های سیاسی، اجتماعی، اقتصادی، فرهنگی، صنعتی و ... هر جامعه‌ای دارد و امروزه، در نتیجه پیچیده‌تر شدن ابعاد چالش‌های گوناگون توسعه‌ای بسیاری از کشورها، تأمین، حفظ و ارتقای سطح سلامت به محوری‌ترین دغدغه و چالش فرا روی سیاست‌گذاران، تصمیم‌سازان و مردم، تبدیل شده است.

SDGs متشکل از محدوده وسیعی از اهداف اقتصادی، اجتماعی و محیطی است و جوامعی صلح‌آمیزتر و فراگیرتر را فراهم می‌آورد. این برنامه که در ۲۳ سپتامبر سال ۲۰۱۵ مورد توافق ۱۹۳ کشور عضو سازمان ملل متحد قرار گرفت، تحت عنوان "تغییر جهان ما" دستور کار ۲۰۳۰ برای توسعه پایدار، مطرح شد. در این برنامه یک آرمان خاص همراه با ۱۷ هدف برای سلامت در نظر گرفته شده است که ۳ بعد از توسعه پایدار، در مورد مردم، زمین، رفاه، صلح و مشارکت را شامل می‌شود و از ۱۷ هدف بیان شده در این برنامه، هدف سوم، نقطه تمرکز جهت دستیابی به اهداف سلامت می‌باشد.

آرمان سلامتی عبارت است از: "تضمین زندگی سالم و ترویج رفاه برای تمام سنین" اهداف مرتبط با آرمان سلامتی (بند ۳) در SDG تا سال ۲۰۳۰ شامل موارد زیر می‌باشد:

- ۱-۳ کاهش مرگ و میر مادران در سراسر جهان به کمتر از ۷۰ درصد به ازای هر ۱۰۰ هزار نفر
- ۲-۳ پایان دادن به مرگ‌های قابل پیشگیری در نوزادان و کودکان زیر ۵ سال
- ۳-۳ پایان دادن به همه‌گیری‌های بیماری‌هایی نظیر: ایدز، سل، مالاریا و بیماری‌های نادیده گرفته شده (مغفول) ویژه مناطق گرمسیری و مبارزه با هیپاتیت، بیماری‌های منتقله از طریق آب و سایر بیماری‌های واگیردار
- ۴-۳ کاهش تعداد موارد مرگ‌های زود هنگام ناشی از بیماری‌های غیرواگیر از طریق پیشگیری، درمان و ترویج بهداشت روانی

- ۳-۵ تقویت پیشگیری و درمان سوءمصرف مواد مخدر و مشروبات الکلی
- ۳-۶ به نیمه رساندن تعداد مرگ‌ها و مصدومیت‌های ناشی از ترافیک جاده‌ای در سطح جهان
- ۳-۷ تضمین دسترسی جهانی به خدمات بهداشتی - درمانی در حوزه مسائل جنسی و باروری از جمله تنظیم خانواده، آموزش و اطلاع رسانی و ادغام بهداشت باروری در برنامه‌ها و راهبردهای ملی
- ۳-۸ تحقق هدف جهانی دسترسی به خدمات بهداشتی از جمله دسترسی بدون محدودیت و فشار مالی برای مردم و دسترسی امن، مؤثر، کیفی و مقرون به صرفه به داروها و واکسن‌های ضروری
- ۳-۹ کاهش چشمگیر تعداد مرگ و میرها و بیماری‌های ناشی از مواد شیمیایی خطرناک و آلودگی هوا، آب و خاک
- ۳- الف تقویت اجرای کنوانسیون چهارچوب سازمان جهانی بهداشت پیرامون کنترل تولید توتون و تنباکو در همه کشورها
- ۳- ب حمایت از پژوهش و تولید واکسن و دارو به منظور کنترل بیماری‌های واگیر و غیرواگیر و فراهم آوردن امکان دسترسی به داروها و واکسن‌های مقرون به صرفه
- ۳- ج افزایش چشمگیر کمک‌های مالی در حوزه بهداشت و استخدام، توسعه، آموزش و نگهداری نیروی کار بهداشت و درمان در کشورهای در حال توسعه
- ۳- د تقویت ظرفیت‌های همه کشورها به ویژه کشورهای در حال توسعه به منظور هشدار به هنگام، کاهش مخاطرات و مدیریت خطرات بهداشتی در سطوح جهانی و ملی

دستاوردهای جهانی اهداف SDG تا کنون

- در سال ۲۰۱۶، ۳۰۳۰۰۰ مورد از کل مرگ و میر زنان به علل ناشی از بارداری بوده است که تقریباً ۹۹ درصد از این میزان در کشورهای با درآمد پایین و متوسط اتفاق افتاده که تقریباً دو سوم آن (۶۴ درصد) در منطقه آفریقایی سازمان جهانی بهداشت گزارش شده است.
- تولد کودکان کمتر از ۵ سال، از ۹۳ در ۱۰۰۰ در سال ۱۹۹۰ به ۴۱ در ۱۰۰۰ در سال ۲۰۱۶ رسیده است.
- آمار بیماری ایدز از ۴۰ در ۱۰۰۰۰۰ در سال ۲۰۰۵ به ۲۶ در ۱۰۰۰۰۰ در سال ۲۰۱۶ رسیده است.
- بروز بیماری سل از ۱۷۳ در ۱۰۰ هزار در سال ۲۰۰۰ به ۱۴۰ در صد هزار در سال ۲۰۱۶ کاهش یافته است.
- شیوع بیماری هپاتیت B در سال ۲۰۱۵ از ۴/۳ درصد به ۳/۵ درصد کاهش یافته است.
- تخمین زده شده است در سال ۲۰۱۶، ۷۱ درصد (۴۱ میلیون) از کل مرگ و میرهای ناشی از بیماری‌های غیر واگیر (بیماری‌های قلبی (۴۴ درصد) سرطان (۲۲ درصد) بیماری‌های مزمن ریه (۹ درصد) و دیابت (۴ درصد) اتفاق افتاده است.
- مصرف مشروبات الکلی از ۶/۴ لیتر الکل خالص در هر شخص ۱۵ سال و بالاتر تا ۲۰۱۶ ثابت بوده

- است هرچند که در مناطق مختلف سازمان جهانی بهداشت این میزان متغیر می باشد.
- در سال ۲۰۱۶، ۱/۱ بیلیون افراد ۱۵ سال و بالاتر تنباکو مصرف می کنند (۳۴ درصد مردان و ۶ درصد زنان) که مصرف آن به عنوان مهمترین عامل خطر بیماری‌های قلبی، سرطان، بیماری‌های مزمن ریوی و پیامدهای منفی اقتصادی، اجتماعی و محیطی گزارش شده است.
- ۸۰۰ هزار مرگ در سال ۲۰۱۶ به علت خودکشی اتفاق افتاده که مردان ۷۵ درصد بیشتر از زنان در نتیجه خودکشی فوت نموده‌اند.
- جراحات ناشی از ترافیک ۲۴/۱ درصد در ۱۰۰ هزار نفر در کشورهای کم درآمد و ۹/۲ درصد در ۱۰۰ هزار نفر در کشورهای با درآمد بالا گزارش شده است.
- ۳۵ درصد از زنان، خشونت جنسی یا فیزیکی از شریک جنسی یا غیر جنسی را تجربه کرده‌اند.

با توجه به تغییرات ایجاد شده، شعار سازمان جهانی بهداشت برای سال ۲۰۱۸ تعیین شد.

شعار سال ۲۰۱۸ این سازمان عبارتست از:

"سلامت برای همه: پوشش همگانی سلامت برای همه، در هر مکان"

پوشش همگانی سلامت (Universal health coverage) عبارت است از اطمینان از اینکه همه افراد بتوانند به خدمات بهداشتی کافی در هر مکان و در هر زمانی که به آن‌ها نیاز دارند دسترسی داشته باشند. دریافت این خدمات باید بدون رنج سختی‌های مالی باشد. هیچ کس نباید بین سلامت خوب و نیازهای دیگر زندگی یکی را انتخاب کند.

دستیابی کشورها به پوشش همگانی سلامت متفاوت می‌باشد ولی همه کشورها به روش‌های مختلفی به آن دست خواهند یافت و هر کشوری می‌تواند کاری را برای پیشبرد پوشش همگانی سلامت انجام دهد. اما چرا پوشش همگانی سلامت؟

هنوز هم تعداد زیادی از مردم، از دست یابی به خدمات بهداشتی - درمانی محروم هستند و حداقل نیمی از مردم جهان در حال حاضر قادر به دریافت خدمات بهداشتی ضروری نیستند. تقریباً ۱۰۰ میلیون نفر به علت اجبار به پرداخت هزینه خدمات بهداشتی از جیب خود، به شدت تحت فشار فقر قرار می‌گیرند و مجبور به صرف روزانه فقط ۱/۹۰ دلار یا کمتر می‌باشند. بیش از ۸۰۰ میلیون نفر (تقریباً ۱۲ درصد از جمعیت جهان) حداقل ۱۰ درصد از بودجه خانوار خود را صرف هزینه‌های بهداشتی برای خود یا دیگر اعضای خانواده می‌کنند. آن‌ها به اصطلاح، متحمل "مصارف فاجعه آمیز" می‌شوند.

هزینه‌های فاجعه آمیز برای مراقبت‌های بهداشتی یک مشکل جهانی است. در کشورهای ثروتمند اروپایی، آمریکای لاتین و بخش‌هایی از آسیا که دسترسی به خدمات بهداشتی بالا را به دست آورده‌اند، تعداد افرادی که حداقل ۱۰ درصد از بودجه خانوار خود را صرف هزینه‌های بهداشتی می‌کنند در حال افزایش است. پوشش همگانی سلامت به این معنی است که همه افراد و جوامع، خدمات بهداشتی لازم را بدون تحمل رنج مالی

دریافت کنند

پوشش همگانی سلامت، همه را قادر می‌سازد تا خدماتی را که به مهمترین علل بیماری و مرگ مربوط می‌شوند، دریافت نمایند و از کیفیت خدماتی که دریافت می‌کنند، اطمینان داشته باشند. پوشش همگانی سلامت به معنی پوشش رایگان برای تمام مداخلات بهداشتی نیست. صرف نظر از هزینه، هیچ کشوری قادر به ارائه تمام خدمات سلامت رایگان به طور پایدار نمی‌باشد. پوشش همگانی سلامت در مورد حصول اطمینان از حداقل خدمات بهداشتی و نیز تضمین گسترش پوشش مداوم خدمات بهداشتی می‌باشد. پوشش همگانی سلامت فقط در مورد درمان‌های پزشکی برای افراد نیست بلکه شامل خدمات برای کل جامعه، مانند کمپین‌های سلامت عمومی می‌باشد برای مثال اضافه کردن فلوراید به آب و یا کنترل محیط‌های پرورش پشه‌هایی که باعث انتقال برخی از بیماری‌ها می‌شوند.

نگاهی گذرا به مراقبت‌های بهداشتی اولیه و بررسی نقاط ضعف، قوت، فرصت‌ها و تهدیدها در ایران

پس از انقلاب اسلامی سال ۱۳۵۷ در ایران و به دنبال کنفرانس آلماتا در سال ۱۹۸۷ میلادی با شعار **بهداشت برای همه تا سال ۲۰۰۰**، و یا PHC با رویکرد مراقبت‌های بهداشتی اولیه، سیاستگذاران عرصه سلامت برای رسیدن به این هدف بزرگ، اقدام به تصویب و اجرای قوانین مختلف در این زمینه کردند. با ایجاد تغییرات وسیع در ساختار سازمانی نظام سلامت در این راه قدم برداشتند. ادغام آموزش پزشکی در وزارت بهداشتی و تشکیل "وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی" در سطح ملی و راه اندازی "دانشگاه‌های علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی" در سطح استان‌ها از مهمترین تغییرات این دوره بود. همچنین در سطح محلی، "شهرستان" به عنوان معیار اداری جهت گسترش واحدهای بهداشتی درمانی پذیرفته شد. در این سطح، شبکه بهداشت و درمان شامل: مرکز بهداشت و بیمارستان و در سطح اول نیز مراکز بهداشتی درمانی شهری و روستایی به همراه پایگاه‌ها و خانه‌های بهداشت ایجاد گردید در سال‌های اخیر، وزارت بهداشت در خصوص اجرای طرح پزشک خانواده و نظام ارجاع در سال ۱۳۸۴ در روستاها و در سال ۱۳۹۱ در برخی از مناطق شهری اقدام کرده است. علیرغم این مهم، ساختار سازمانی در این بخش، بدون تغییر و به شکل سه دهه قبل باقیمانده است. اغلب مطالعات انجام شده در مورد نظام مراقبت بهداشتی اولیه در ایران دستاوردهای مختلف این نظام در بخش‌های مختلف را بررسی کرده‌اند. لیکن، با وجود دستیابی به موفقیت‌های فراوان، نقاط ضعف و چالش‌های این طرح، از جمله در حوزه ساختاری قابل تامل است.

مراقبت‌های بهداشتی اولیه همچنان پایدار هستند. به‌گونه‌ای که در کنفرانس اکتبر ۲۰۱۸ سازمان جهانی بهداشت، بر تقویت PHC و توسعه پایدار سلامت (SDG) و پوشش همگانی سلامت (UHC) تاکید شده است ...

جدول ۴ - نقاط ضعف و قوت PHC در ایران

	نقاط قوت	نقاط ضعف	فرصت‌ها	تهدیدها
سازمان دهی	شبکه PHC در کشور دسترسی کامل به جمعیت روستایی انتقال برنامه‌های غیرقابل اجرا از سطوح محیطی به سطوح بالاتر معرفی بهورز سازماندهی داوطلبان بهداشت در پست‌های بهداشتی توسعه برنامه پزشکی خانواده و سیستم ارجاع در روستاها ادغام مدیریت بیماری‌های غیرعادی در روستاها	ساختار سازمانی مکانیکی در سطح محلی عدم تغییر در ساختار PHC همراه با تغییر در نیازهای بهداشتی ساختار رسمی سیستم توسعه نامناسب PHC در مناطق شهری ضعف در سیستم اطلاعات جاری فقدان استراتژی منسجم و سرمایه گذاری کافی در سلامت الکترونیکی عدم برنامه ریزی منابع انسانی فقدان مدیریت استراتژیک در سازمان‌های مراقبت‌های بهداشتی عدم تحمل زندگی مدیریتی در سیستم فقدان سیستم انتخاب بر اساس شایستگی در مدیریت مرکزی سازی و عدم تأیید قدرت در سطح محلی ضعف در لحاظ تداوم و جامع بودن مراقبت	شبکه گسترده‌ای از خدمات تخصصی و خدمات سرپایی از طریق بیمارستان‌ها، حضور بخش خصوصی قوی در نظام مراقبت‌های بهداشتی	اجزای جداگانه اداره سلامت ارائه خدمات بهداشتی توسط سازمان‌های غیرمرتبط نبود ساختار سازماندهی تعریف شده برای مدیریت بلایا، سالمندان، مهاجرت به مناطق شهری، گذار سریع اپیدمیولوژیک و تغییر شیوه زندگی و افزایش میزان حوادث
مقررات	مقررات و برنامه‌های مناسب در پیشگیری از سلامت و بیماری وجود دستورالعمل‌های عملیاتی مبتنی بر شواهد در برنامه پزشکی خانواده	نامناسب بودن برخی از قوانین موجود در سلامت فقدان مقررات سند در برخی از نقاط عدم کنترل دوره ای اجرای سیاست‌ها عدم کنترل موثر بر ارائه خدمات بهداشتی عدم وجود قوانین مناسب و چشم انداز در مورد بخش خصوصی عدم وجود قوانین مربوط به سلامت الکترونیک ضعف در سیاست‌های دارویی عدم وجود استانداردهای به روز شده و تعریف شده در مورد تجهیزات پزشکی	توجه به سلامتی و عوامل تعیین کننده آن در قوانین بالادست	اختلاف بین سیاستگذاران و مدیران کم آگاهی مدیران و سیاست گذاران ملی در برخی پروژه‌های بهداشتی

<p>بهداشت</p>	<p>ارتباطات نزدیک و صمیمی اجتماعی میان بهورز و مردم محلی پیشرفت نگرش و رفتارهای سالم در جوامع محلی رضایت از جوامع در مورد عملکرد بهورز</p>	<p>عدم احساس مالکیت در میان اعضای جامعه نسبت به نظام سلامت مشارکت کم جامعه در حل مشکلات بهداشتی عدم انعطاف پذیری و پاسخگویی در نظام سلامت عدم آموزش کافی کارکنان بهداشتی در زمینه مهارت‌های ارتباطی و مشاوره</p>	<p>نرخ بالای سواد بزرگسالان افزایش تعداد دانشجویان دانشگاه، به خصوص زنان اهمیت سلامت در اسلام</p>	<p>عادت درازمدت استفاده از مواد مخدر در ایران فقدان آموزش جامع رابطه جنسی برای بزرگسالان نرخ بالای حوادث ترافیکی شیوه زندگی صحیح</p>
<p>بیماری</p>	<p>خدمات رایگان بیمه درمانی در برخی مناطق</p>	<p>سیستم‌های موازی تامین مالی در سیستم عدم هماهنگی در تامین مالی فقدان جدایی بین تامین مالی و ارائه خدمات نامناسب بودن و فقدان منابع مالی عدم وجود تداوم در منابع مالی توزیع نامناسب منابع عدم هماهنگی میان منابع مالی و بسته خدمات مورد نیاز فقدان سیستم بیمه برای پوشش کل جامعه</p>	<p>-</p>	<p>مشکلات اقتصادی اثرات منفی جنگ با عراق وابستگی بودجه دولتی به درآمد نفتی سرمایه گذاری نامناسب بخش خصوصی صرف هزینه‌های بیشتر در سطح دوم و سوم خدمات درمانی رشد هزینه‌های مراقبت بهداشتی بیماری‌های نوپدید در ایران پدیده سالمندی جمعیت بزرگ پناهندگان توزیع غیر یکنواخت جمعیت در مناطق دور افتاده</p>

نتیجه گیری:

PHC به چالش‌های جهان در حال تحول تا چه حد پاسخگو بوده است؟

در این فصل رویکرد مراقبت‌های بهداشتی اولیه، مورد بحث قرار گرفت. در مجموع تغییرات این حوزه از ۱۹۷۸ تا کنون نشان می‌دهد که پیشرفت در این مسیر، میسر است و حتی می‌توان آن را سرعت بخشید. نظام

سلامت نباید به حال خود گذاشته شود و از راه مراقبت اولیه سلامت می‌توان به سوی پوشش سلامت همگانی حرکت کرد.

امروزه مردم، سالم‌تر و ثروتمندتراند و طول عمر آنان بیش از ۳۰ سال پیش است. تعداد مرگ کودکان از ۱۲/۶ میلیون نفر در سال ۱۹۹۰ به ۵/۴ میلیون در سال ۲۰۱۷ کاهش یافته است. معضل تامین داروهای اساسی که روزی انقلابی بزرگ به حساب می‌آمد امروزه شدیداً از اهمیت آن کاسته شده است. در دسترسی به آب و بهسازی محیط و مراقبت از مادران، میزان پیشرفت‌ها و بهبودها اساسی بوده است.

منابع در اختیار سلامت، هیچ‌گاه بیشتر از امروز نبوده است. اقتصاد سلامت در جهان، سریع‌تر از تولید ناخالص داخلی در جهان از ۸ به ۸/۶ درصد رسانده است. از نظر قدر مطلق با در نظر گرفتن تورم، این سهم به معنای رشد ۳۵ درصدی هزینه‌های سلامت جهان در پنج سال یاد شده است.

اما روندهای دیگری نیز در کار است که نباید از آن‌ها غافل بود: نخست پیشرفت‌های اساسی حوزه سلامت در چند دهه اخیر، عمیقاً نابرابر بوده است. گرچه گرایش کلی به سوی بهبود سلامت در بخش وسیعی از جهان بوده است هنوز همزمان، شمار در خور توجهی از کشورها به نحو فزاینده‌ای لنگ لنگان حرکت می‌کنند یا حتی رشته کار را از دست داده‌اند. از این گذشته اکنون انبوهی از تدارکات که ۳۰ سال پیش در اختیار نبود، نشان دهنده حجم درخور توجه و رو به افزایش نابرابری در درون کشورها است. دوم طبیعت مسائل سلامت به گونه‌ای تغییر می‌یابد که تنها بخشی از آن را می‌شد پیش بینی کرد و با سرعتی تغییر می‌یابد که به کلی غیر منتظره است. سالمندی و اثرات مدیریت نادرست شهرنشینی و جهانی شدن، انتقال بیماری‌های واگیر دار را در جهان سرعت بخشیده و بار بیماری‌های مزمن و غیر واگیر را افزایش داده است. سوم نظام‌های سلامت از سرعت تغییر و تحول‌ها که ذاتی جهانی شدن در روزگار ما است مصون نیستند. بحران‌های سیاسی و اقتصادی نقش حکومت‌ها و موسسات را در تضمین دسترسی ارائه خدمات و تامین مالی به چالش می‌کشند.

اگر نظام سلامت به حال خود واگذار شود همانطور که در اعلامیه آلماتا تعیین شده بود به طور طبیعی از راه مراقبت اولیه به سوی هدف‌های سلامت برای همه حرکت نخواهد کرد.

داده‌ها و تحلیل ارائه شده در این گفتار، این موضوع را ثابت می‌کند که از طریق مداخلات هدفمند، استراتژی‌های هم‌صدایی، منابع کافی و اراده سیاسی، حتی فقیرترین کشورها می‌توانند پیشرفت چشمگیر و بی‌سابقه‌ای را تجربه کنند. البته دستاوردهای ناهماهنگ و نیز کمبودها را در بسیاری از مناطق تصدیق می‌کند. به هر حال، کار هنوز تمام نشده است و بنابراین باید آن را در عصر جدید توسعه ادامه داد. لیکن با تغییر در اهداف و راهبردهای نظام سلامت در سالیان اخیر به دلیل تغییرات گسترده در حوزه‌های مختلف اجتماعی، اقتصادی و سیاسی، و دگرگونی در نیازهای سلامت جامعه، این نظام، نیازمند ساختاری مناسب و متناسب با این شرایط می‌باشد.

اینگونه نیازمندی‌ها در سطوح محیطی که ارتباط مستقیم با مردم دارند و نقش اصلی را در رسیدن اهداف نظام سلامت بر عهده می‌گیرند، بیش از سطوح دیگر احساس می‌شود. در صورت انجام این مهم، نظام سلامت با قابلیت و سرعت بیشتری قادر به ارائه خدمات مختلف به مردم خواهد بود. علاوه بر این، رضایتمندی بدنه نظام به ویژه کارکنان بهداشتی در نقاط مختلف کشور نیز افزایش خواهد یافت. بدیهی است، بدون انجام این

مهم، نظام سلامت با مشکلات متعددی در عرصه ارائه خدمات بهداشتی روبرو خواهد شد. نارسایی در عملکرد، ارائه خدمات موازی و فقدان هماهنگی درون بخشی و بین بخشی، از جمله مشکلاتی خواهد بود که در نهایت باعث کاهش کیفیت و فقدان رضایت مردم از نظام سلامت خواهد گردید.

در نهایت با توجه به مطالب فوق می‌توان اینطور بیان نمود که مراقبت‌های بهداشتی اولیه همچنان پایدار هستند و در کنفرانس اکتبر ۲۰۱۸ سازمان جهانی بهداشت نیز، تاکید بر تقویت PHC و توسعه پایدار سلامت (SDG) و پوشش سلامت همگانی (UHC) می‌باشد.

منابع:

- 1- World Health Organization. Status Of The Health-Related SDGs .Available at: / http://www.who.int/gho/publications/world_health_statistics/2018/en
- 2- Trends in maternal mortality: 1990 to 2015. Estimates by WHO, UNICEF, UNFPA, World Bank Group and the United Nations Population Division. Geneva: World Health Organization; 2015 (<http://www.who.int/reproductivehealth/publications/monitoring/maternal-mortality-2015/en/>, accessed 20 March 2019).
- 3- Levels & Trends in Child Mortality. Report 2017. Estimates developed by the UN Inter-agency Group for Child Mortality Estimation. United Nations Children's Fund, World Health Organization, World Bank and United Nations. New York (NY): United Nations Children's Fund; 2017 (http://www.childmortality.org/files_v21/download/IGME%20report%202017%20child%20mortality%20final.pdf, accessed 20 March 2019).
- 4- AIDSinfo [online database]. Geneva: Joint United Nations Programme on HIV/AIDS (UNAIDS); 2017 (<http://aidsinfo.unaids.org/>, accessed 20 March 2019).
- 5- Global tuberculosis report 2017. Geneva: World Health Organization; 2017 (http://www.who.int/tb/publications/global_report/en/, accessed 20 March 2019).
- 6- Global Health Estimates 2016: Deaths by cause, age, sex, by country and by region, 2000–2016. Geneva: World Health Organization; 2018. (http://www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/estimates/en/index1.html).
- 7- WHO global report on trends in prevalence of tobacco smoking, 2nd edition. Geneva: World Health Organization; 2018 (upcoming).
- 8- Global status report on road safety 2015. Geneva: World Health Organization; 2015 (http://www.who.int/violence_injury_prevention/road_safety_status/2015/en/, accessed 20 March 2019).
- 9- World Health Day 2018: Universal health coverage: everyone, Everywhere, 2018. Available at: <http://www.who.int/campaigns/world-health-day/2018/en>.
- 10- Priorities: Health for all, 2018. Available at: <http://www.who.int/dg/priorities/health-for-all/2018/en>.
- 11- Primary Health Care (PHC) 2018: Available at: <http://www.who.int/primary-health/en/>

- 12- A child under 15 dies every 5 seconds around the world, 2018. <http://www.who.int/news-room/detail/18-09-2018-a-child-under-15-dies-every-5-seconds-around-the-world/2018>.
- 13- Tabriz J S, Pourasghar F, Gholamzadeh NikJoo R. Status of Iran's Primary Health Care System in Terms of Health Systems Control Knobs: A Review Article. *Iran J Public Health*, Vol. 46, No.9, Sep 2017, pp.1156-1166.
- 14- Taheri-Kharameh Z, Barati M, Khoshravesh S. Health Is the Key to the Realization of Sustainable Development Goals *Journal of Education and Community Health*. NO 13 Volume 4, Issue 3, 2017: 1-3.
- 15- Buse K, Hawkes S. Health in the sustainable development goals: ready for a paradigm shift? *Global Health*. 2015; 11:13.
- 16- Assembly UG. Report of the open working group of the general assembly on sustainable development goals. New York: General Assembly Document; 2014.
- 17- World Health Organization, London School of Hygiene & Tropical Medicine and South African Medical Research Council. Global and regional estimates of violence against women: prevalence and health effects of intimate partner violence and nonpartner sexual violence. Geneva: World Health Organization; 2013 (<http://www.who.int/reproductivehealth/publications/violence/9789241564625/en/>).
- 18- Kohn LT, Corrigan JM, Donaldson MS. *to err is human: building a safer health system*, editor. Washington (DC): National Academies Press (US). 2000.
- 19- Hanratty B, Zhang T, Whitehead M. How close have universal health systems come to achieving-equity in use of curative services? A systematic review. *International Journal of Health Services*, 2007, 37:89-109.
- 20- Dans A, et al. assessing equity in clinical practice guidelines. *Journal of clinical Epidemiology*, 2007.60:540-546.
- 21- Fries JF et al. reducing health care costs by reducing the need and demand for medical services. *New England Journal of Medicine*, 1993, 329:321-325.
- 22- *The World Health Report 2002 – Reducing risks, promoting healthy life*. Geneva, World Health Organization, 2002.
- 23- Moore G, Showstack J. Primary care medicine in crisis: towards reconstruction and Renewal. *Annals of Internal Medicine*, 2003, 138:244-247.
- 24- Park, Park's Textbook of Preventive and Social Medicine, 20th edition, M/s Banarsidas Bhanot Publishers, India, 2009.
- 25- Shiffman J. Has donor prioritization of HIV/AIDS displaced aid for other health Issues? *Health Policy and Planning*, 2008, 23:95-100.
- 26- Ilmer D. The incidence of public expenditures on health and education. Washington DC, The –World Bank, 2003 (background note for World development report 2004 – making services work for poor people).
- 27- *World development report 2004: making services work for poor people*. Washington DC, The World Bank, 2003.

- 28- Xu K et al. Protecting households from catastrophic health expenditures.
- 29- Starfi eld B. Policy relevant determinants of health: an international perspective. *Health Policy*, 2002, 60:201–218.
- 30- Washington DC, National Academy Press, Committee on Quality of Care in America, Institute of Medicine, 1999.
- 31- Colins, Charles, Management and Organization of Developing Health System, Oxford University Press, 1994.
- 32- Hart T. The inverse care law. *Lancet*, 1971, 1:405–412.
- ۳۳- مرندی علیرضا. وضعیت کشوری و جهانی اهداف سلامت توسعه هزاره و موضوع سلامت بعد از ۲۰۱۵، صفحه ۲۶.
- ۳۴- حسینی سید وحیده. پرستاری سلامت جامعه. ناشر: جامعه نگر، چاپ اول ۱۳۹۵.
- ۳۵- صاحبی سحر، رضایی علیرضا. اهداف توسعه ی پایدار پس از اهداف توسعه ی هزاره، حرکت به سوی دنیای بهتر با ۱۷ گام آمار، شماره ی ۱۳، مرداد و شهریور ۱۳۹۴ صفحه ۴۱-۴۴.
- ۳۶- زنگنه بایگی مهدی. سیدین سید حسام. رجیبی فرد مزرعه نو فاطمه. کوهساری خامنه، عباس. تطابق اهداف ابتدایی و ساختار سازمانی فعلی در نظام ارائه مراقبت بهداشتی اولیه در ایران: مطالعه ی مروری نظام مند. مجله دانشکده پیراپزشکی دانشگاه علوم پزشکی تهران پیآورد سلامت. دوره ۹ شماره ۵ آذر و دی ۱۳۹۴، ۴۵۸-۴۴۶.
- ۳۷- گرین اندرو. اصول برنامه ریزی بهداشت، ترجمه عبادی فرد و همکاران، ناشر: غاشیه، چاپ اول ۱۳۷۷.
- ۳۸- پیله رودی سیروس. شبکه بهداشت و درمان شهرستان، انتشارات عقیق، چاپ اول، ۱۳۷۶.
- ۳۹- صادقی حسن آبادی علی. کلیات بهداشت عمومی، چاپ هشتم، معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی شیراز، سال ۱۳۷۵.
- ۴۰- شادپور کامل. شبکه مراقبت‌های اولیه بهداشتی در ایران، ناشر وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، چاپ اول، سال ۱۳۷۲.

کتاب جامع

بهداشت عمومی

فصل ۲ / گفتار ۴ / دکتر حانیه سادات سجادی، دکتر سیدرضا مجدزاده
مراقبت‌های اولیه سلامت تا پوشش همگانی سلامت: تجربه جمهوری اسلامی ایران

فهرست مطالب

۱۱۱.....	اهداف درس
۱۱۱.....	مقدمه
۱۱۲.....	مفهوم پوشش همگانی سلامت
۱۱۳.....	۱ - پوشش خدمات سلامت
۱۱۳.....	۲ - پوشش جمعیت
۱۱۴.....	۳ - پوشش هزینه‌های سلامت
۱۱۴.....	سنجش پیشرفت دستیابی به پوشش همگانی سلامت
۱۱۸.....	تجربه کشورهای دنیا در دستیابی به پوشش همگانی سلامت
۱۱۹.....	وضعیت پیشرفت دنیا در دستیابی به پوشش همگانی سلامت
۱۲۰.....	برنامه‌های ایران در دستیابی به پوشش همگانی سلامت
۱۲۱.....	وضعیت نظام سلامت ایران در تحقق اهداف پوشش همگانی سلامت
۱۲۳.....	چالش‌های اصلی ایران در تحقق اهداف پوشش همگانی سلامت
۱۲۴.....	گام‌های بعدی برای تحقق پوشش همگانی سلامت در ایران
۱۲۶.....	نتیجه‌گیری
۱۲۷.....	منابع

مراقبت‌های اولیه تا پوشش همگانی سلامت: تجربه جمهوری اسلامی ایران From PHC to UHC: IR.Iran's Experience

دکتر حانیه سادات سجادی و دکتر سیدرضا مجدزاده

موسسه ملی تحقیقات سلامت جمهوری اسلامی ایران، مرکز تحقیقات بهره برداری از دانش سلامت و دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی تهران

اهداف درس

انتظار می‌رود فراگیرنده پس از مطالعه این گفتار بتواند:

- پوشش همگانی سلامت را تعریف کند و وجه تمایز آن با مراقبت‌های اولیه سلامت را درک نماید؛
- شیوه سنجش پیشرفت دستیابی به پوشش همگانی سلامت را توضیح دهد؛
- با تجربه‌ی دیگر کشورها در دستیابی به پوشش همگانی سلامت آشنا شود؛
- وضعیت دنیا در دستیابی به پوشش همگانی سلامت را بداند؛
- اقدامات مهم ایران برای دستیابی به پوشش همگانی سلامت را برشمرد؛
- تحلیلی از وضعیت کنونی ایران در دستیابی به پوشش همگانی سلامت ارائه دهد؛
- چالش‌های اصلی ایران در دستیابی به پوشش همگانی سلامت را بشناسد؛
- راهکارهای پیشنهادی برای دستیابی سریع‌تر به پوشش همگانی سلامت را بیان کند.

مقدمه

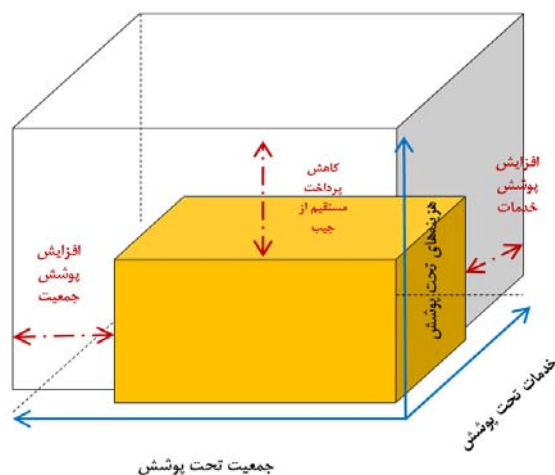
راهبرد مراقبت‌های اولیه سلامت از سوی سازمان جهانی بهداشت در سال ۱۹۷۸ کمک قابل توجهی به کشورها کرد تا بتوانند تلاش‌های خود را جهت تدوین برنامه‌های ملی، سازماندهی کنند. این تلاش‌ها اگرچه بهبود وضعیت کلی سلامت را به دنبال داشت، اما پیشرفت در وضعیت سلامت، نسبی بود و هدف سلامت برای همه به صورت کامل محقق نشد. 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 تأکید 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 این‌که اجرای اجزای مختلف پوشش همگانی سلامت، هم‌راستا 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 موردنیاز 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 می‌باشد. 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 هزینه‌های سلامت برای آن‌ها کمرشکن نباشد). این تعریف به‌خوبی نشان می‌دهد هرآنچه 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 گونه‌ای سازماندهی کنند که خدمات ضروری و موردنیاز سلامت را با کیفیت مناسب برای بخش بزرگی از جمعیت خود (و در حالت ایده‌آل همه جمعیت خود)، با بیشترین پوشش هزینه‌های مالی فراهم آورند. تأکیدی که پوشش همگانی سلامت بر 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 نشان‌دهنده فهرستی از خدمات سلامت است که برای رفع نیازهای سلامتی، ضروری شناخته شده و با توجه به معیارهایی مانند هزینه‌اثربخشی، 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 بیمه‌های اجتماعی) می‌شناسیم. تعیین اینکه هر یک از بسته‌ها چه خدماتی را شامل می‌شوند، اقدامی مهم و چالش‌برانگیز در مسیر دستیابی به پوشش همگانی سلامت است. زیرا با نوعی تصمیم‌گیری و انتخاب از بین گزینه‌های مختلف روبرو است و نتیجه‌ی این انتخاب، نقش تعیین‌کننده‌ای 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 اولویت‌بندی مداخلات سلامتی یکی از موضوعات اصلی مطالعات نظام سلامت بوده و هست. خوشبختانه با تلاش‌هایی که در این زمینه انجام شده، روش‌های عینی‌تر و علمی‌تری برای مقایسه گزینه‌های مختلف تصمیم‌گیری معرفی شده است. یکی از رایج‌ترین این روش‌ها، استفاده از تحلیل‌های اقتصادی و قضاوت براساس هزینه‌اثربخشی گزینه‌ها می‌باشد. روشی که در گزارش‌های اولویت‌های کنترل بیماری‌ها (Diseases Control Priorities: DCP) به کار رفته و براساس آن تلاش شده با توجه به بار بیماری‌ها، به‌روزترین شواهد در مورد کارآمدی مداخلات و اثربخشی برنامه‌های سلامت فراهم شود. جزء پوشش خدمات اگر با پوشش دو جزء دیگر همراه نباشد، دستیابی به پوشش همگانی سلامت را تحت‌الشعاع قرار خواهد داد. به‌علاوه مشخص کردن فهرست خدمت تحت پوشش باید با درنظر گرفتن تمهیداتی برای ارائه‌ی به‌موقع، 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 زیرچتر برنامه‌های حفاظت اجتماعی دولت برای خدمات سلامت هستند. افزایش پیشرونده تعداد جمعیت

تحت پوشش به ویژه در میان اقشار محروم و آسیب‌پذیر یکی از اجزای پوشش همگانی سلامت است. فرایندی که پیچیده است و به موازات پیشرفت حاصله در این قسمت پیچیده‌تر نیز می‌شود. دستیابی حداکثری به پوشش جمعیت به یک نظام بیمه‌ی 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 تجربه‌ای که بسیاری از کشورها، حتی در گروه‌های درآمدی متوسط، در پوشش ۱۰۰ درصدی جمعیت دارند، این دیدگاه که تحقق کامل این جزء پوشش همگانی امکان‌پذیر 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 هزینه‌های سلامت:

سومین جزء مقدار/ارتفاع پوشش (Height of coverage) را نشان می‌دهد و گویای درصدی از هزینه‌های سلامت است که از طریق منابع انباشت‌شده پوشش داده می‌شوند. منابع انباشت‌شده به دو صورت اشتراک خطر خسارت مالی بین گروه‌های مختلف جامعه (انباشت) و توزیع خطر در طول زمان (پیش‌پرداخت) 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 هزینه‌های سلامت، به‌شدت موردتوجه کشورها برای تنظیم برنامه‌های اصلاحی نظام سلامت می‌باشد. البته مداخلات موردنیاز برای پیشرفت این جزء، بیشتر به اصلاح نظام تأمین مالی، به‌ویژه در دو بخش جمع‌آوری 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

پایش و ارزیابی میزان پیشرفت در دستیابی به پوشش همگانی سلامت از زمان پذیرش این مفهوم موردتوجه جامعه جهانی بوده و اهمیت آن بعد از معرفی اهداف توسعه پایدار (SDGs) در سال ۲۰۱۵ و قرار گرفتن پوشش همگانی در فهرست این اهداف بیشتر نیز شد. تاکنون گزارش‌های مختلفی برای سنجش این پیشرفت از سوی سازمان جهانی بهداشت معرفی شده است که در آنها در مورد چگونگی پایش و ارزیابی و نیز وضعیت کشورهای مختلف دنیا که هر ساله به‌روز می‌شود، توضیحاتی آمده است. در این قسمت به معرفی شاخص‌هایی می‌پردازیم که در سطح بین‌المللی برای پایش و ارزیابی تحقق اهداف پوشش همگانی سلامت کشورها مورد استفاده قرار می‌گیرد. توصیه این است که هر کشوری با توجه به شرایط (مانند نوع بیماری و برنامه‌های مهم سلامت خود) شاخص‌های بیشتری را برای پایش و ارزیابی اختصاصی کشور خود تعریف نماید.

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 حیطة فوق، حداقل سه جنبه نابرابری اقتصادی، جنسیتی و محل اقامت در نظر گرفته شود.

شاخص‌های پوشش مؤثر در واقع به اجزای اول و دوم مکعب پوشش همگانی سلامت به صورت همزمان توجه می‌کند: این که پوشش خدمت ضروری چگونه است و با چه کیفیتی ارائه می‌شود. پس مهم این است که چه نسبتی از افراد نیازمند توانسته‌اند از خدمتی که تغییر موردنظر است، بهره‌مند شوند و در آن‌ها تغییر هدف روی داده است (مثلاً تغییر سطح آنتی‌بادی در مورد واکسن‌ها و یا بهبود سلامت در مورد داروها). شاخص‌های پوشش مشتمل بر ۱۶ 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 می‌کند. 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 جمعیت‌های در معرض خطر بالا که در ۱۲ ماه گذشته آزمایش HIV شده‌اند و نتایج آن را می‌دانند می‌باشد. 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 هزینه‌های سلامت دو مورد هستند: نسبت (بروز) افراد مواجهه‌یافته با فقر بخاطر هزینه‌های سلامت و نسبت (بروز) افراد مواجهه‌یافته با هزینه‌های کمرشکن سلامت. در شاخص نخست، نسبت افرادی که به خاطر هزینه‌های سلامت به زیر خط فقر رفته‌اند محاسبه می‌شود که افراد مواجهه‌یافته با این هزینه‌ها (فقرزا) مشکل مالی وخیم‌تری را نسبت به کسانی که دچار هزینه‌های کمرشکن شده‌اند، تجربه می‌کنند. برای محاسبه شاخص دوم نیز آستانه‌های مختلف به‌عنوان هزینه‌های کمرشکن در نظر گرفته شده است. در انتشارات اخیر بانک جهانی و سازمان جهانی بهداشت در صورتی که نسبت هزینه‌های سلامت فرد بیش از ده درصد و یا بیست و پنج درصد از کل هزینه‌های وی (در این جا دو آستانه معرفی شده است) شود، فرد دچار هزینه‌های کمرشکن شده است. معمولاً هزینه‌های فقرزا در خانوارهایی که پنچک و یا دهک‌های اقتصادی ضعیف هستند روی می‌دهد. اما هزینه‌های کمرشکن سایر گروه‌های اقتصادی بالاتر (غنی‌تر) را نیز می‌تواند 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 می‌دهند. زیرا خانوار از نظر هزینه‌ها با هم هستند، در نتیجه درآمد را نان‌آوران خانوار به عهده دارند و هزینه‌های سلامت به کل خانوار تسری می‌یابد. به‌همین دلیل شاخص‌های مربوط به هزینه‌های 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.

نکته مهم دیگری که در مورد شاخص‌های حفاظت مالی باید گفت این است که اندازه عددی شاخص بروز هزینه‌های فقرزا بسیار کوچک‌تر از اندازه عددی شاخص بروز هزینه‌های کمرشکن است. مثلاً در ایران بحث در مورد نسبت افرادی که دچار هزینه‌های فقرزای سلامت شده‌اند در هر هزار نفر و نسبت افرادی که دچار هزینه‌های کمرشکن شده‌اند (بر اساس آستانه تعریف) به صورت درصد بیان محاسبه می‌شود. البته این بحث نیز وجود دارد که هزینه‌های فقرزا متأثر از اقدامات بسیاری از بخش‌های توسعه و از جمله سلامت است و هزینه‌های کمرشکن سلامت اختصاصی‌تر به عملکرد نظام سلامت می‌باشد.

نکته پایانی در مورد شاخص‌های حفاظت مالی، به شاخص نسبت هزینه‌های پرداخت مستقیم از جیب مردم به کل هزینه‌های سلامت مربوط می‌باشد. این شاخص در دسته شاخص‌های هدف حفاظت مالی پوشش همگانی قرار ندارد. زیرا در واقع یک شاخص حد واسط برای روی ندادن دو شاخص اصلی حفاظت مالی است. اگر کشوری بتواند نسبت هزینه‌های پرداخت مستقیم از جیب به کل هزینه‌های سلامت را در حد کمتر از بیست درصد نگه دارد، می‌تواند دو شاخص اصلی کمرشکن و فقرزا را کنترل نماید. لازم است بدانیم اگرچه این سه شاخص (نسبت پرداخت مستقیم از جیب، کمرشکن و فقرزا) بسیار به هم همبستگی دارند، ولی الزاماً راهکارهای یکسانی برای روبرو شدن با آنها وجود ندارد و نیز مداخله‌های مختلف صورت گرفته حتماً همه آنها را به یک شکل تحت تأثیر قرار نمی‌دهد. در نتیجه ممکن است یک کشور بتواند با حمایت اختصاصی از طبقات بسیار ضعیف جامعه نسبت افرادی که دچار هزینه‌های فقرزای سلامت می‌شوند را کاهش دهد، ولی الزاماً نسبت پرداخت مستقیم از جیب به کل هزینه‌های سلامت را کاهش ندهد. و یا برعکس آن که در ایران کاهش قابل توجه در نسبت پرداخت مستقیم از جیب به واسطه طرح تحول سلامت وجود داشته، ولی کاهش چندانی در نسبت افراد مواجهه‌یافته با هزینه‌های فقرزای سلامت روی نداده است.

شایان ذکر است در ارزیابی‌های جدید پوشش همگانی سلامت دو حیطه فرعی دیگر شامل تقویت نظام سلامت و هزینه‌های سلامت که بیشتر ناظر بر کارکردهای نظام سلامت است، اضافه شده است. در حیطه تقویت نظام‌های سلامت با توجه به گزارش سال ۲۰۱۰ سازمان جهانی بهداشت در مورد پایش و ارزیابی اجزای سازنده‌ی نظام سلامت، ۱۶ شاخص پیشنهادی در شش جز حاکمیت، تامین مالی، منابع انسانی، ارائه خدمات، داروهای اساسی و محصولات سلامت و سیستم اطلاعات سلامت طبقه‌بندی شده است. حیطه دوم نیز ۶ شاخص مهم مربوطه به وضعیت هزینه‌های سلامت را در بردارد. به نظر می‌رسد اضافه کردن شاخص‌های این دو حیطه می‌تواند به سیاست‌گذار کمک کند تا تغییراتی را که نیاز است در نظام سلامت خود اعمال کند و از این طریق پوشش همگانی را محقق سازد، بهتر شناسایی نماید. زیرا همان‌گونه که تجربه‌ی کشورهای موفق در پوشش همگانی نشان می‌دهد، در نبود یک نظام سلامت با کارکردهای صحیح، انتظار دستیابی به اهداف تعیین شده غیرواقع‌بینانه است. برای اطلاع از شاخص‌های فعلی پایش و ارزیابی پوشش همگانی سلامت جدول ۱ را ببینید.

جدول ۱: شاخص‌های پایش و ارزیابی پوشش همگانی سلامت*

شاخص‌ها	حیطه
۱. پوشش خدمات تنظیم خانواده با استفاده از روش‌های مدرن	پوشش مؤثر خدمات
۲. پوشش مراقبت‌های دوران بارداری (حداقل ۴ بار)	
۳. پوشش واکسیناسیون سه‌گانه کودکان	
۴. درصد دریافت درمان در کودکان زیر پنج سال که نشانه‌های پنومونی دارند	
۵. پوشش درمان مؤثر سل	
۶. پوشش درمان ضد تروویروسی HIV	
۷. نسبت جمعیت در معرض خطر که به پشه‌بند آغشته به سم برای پیشگیری از مالاریا دسترسی دارند و در آن می‌خوانند	
۸. نسبت جمعیتی که به سیستم فاضلاب بهینه دسترسی دارند	
۹. شیوع فشار خون بالا در جمعیت بالای ۱۸ سال	
۱۰. شیوع دیابت (قند خون بالا) در جمعیت بالای ۱۸ سال	
۱۱. وجود برنامه ملی غربالگری سرطان رحم	
۱۲. شیوع مصرف دخانیات در جمعیت بالای ۱۵ سال	
۱۳. تعداد تخت بیمارستانی به ازای هر ۱۰ هزار نفر جمعیت	
۱۴. تعداد پزشک به ۱۰۰۰ نفر جمعیت	
۱۵. میانه فراهم بودن داروهای ژنریک منتخب در دو بخش دولتی و خصوصی	
۱۶. میانگین امتیاز ۱۳ ظرفیت اصلی اجرای مقررات سلامت بین الملل	
۱. نسبت خانوارهای مواجهه یافته با هزینه‌های کمرشکن سلامت (بروز هزینه‌های کمرشکن سلامت)	حفاظت مالی
۲. نسبت خانوارهای مواجهه یافته با هزینه‌های فقرزای سلامت (بروز فقر بخاطر هزینه‌های سلامت)	
۱. وجود برنامه/سیاست/راهبرد ملی بخش سلامت با اهداف به‌روز	تقویت نظام سلامت
۲. انجام پایش دوره‌ای برنامه/سیاست/راهبرد ملی بخش سلامت	
۳. وجود مصوبه قانونی برای پوشش همگانی سلامت	
۴. سهم منابع/کمک‌های خارجی از هزینه‌های کل سلامت	
۱. سهم هزینه‌های کل سلامت از تولید ناخالص داخلی	تأمین مالی
۲. سهم هزینه‌های سلامت در بخش عمومی از هزینه‌های عمومی دولت	
۳. سهم پرداخت مستقیم از جیب مردم از هزینه‌های کل سلامت	
۱. تعداد منابع انسانی متخصص سلامت به ازای هر ۱۰ هزار نفر جمعیت	منابع انسانی
۲. تعداد تخت بیمارستانی به ازای هر ۱۰ هزار نفر جمعیت	
۳. علل مرگ	
۱. میانه فراهم بودن داروهای ژنریک منتخب در دو بخش دولتی و خصوصی	داروهای اساسی و محصولات سلامت
۲. میانه قیمت مصرف کننده داروهای ژنریک منتخب در دو بخش دولتی و خصوصی	
۳. تعداد مراکز ارائه دهنده خدمات سلامت به ازای هر ۱۰ هزار نفر جمعیت	
۴. تعداد تجهیزات پزشکی منتخب به ازای جمعیت تعریف شده	
۱. پوشش ثبت تولد	اطلاعات سلامت
۲. پوشش ثبت مرگ	
۱. سهم هزینه‌های جاری سلامت از تولید ناخالص داخلی	هزینه‌های سلامت
۲. سرانه هزینه‌های جاری سلامت به دلار	
۳. سهم هزینه‌های سلامت بخش عمومی از تولید ناخالص داخلی	
۴. سهم هزینه‌های سلامت داخلی در بخش عمومی از هزینه‌های عمومی	
۵. سهم پرداخت مستقیم از جیب مردم از هزینه‌های جاری سلامت	
۶. سهم منابع خارجی از هزینه‌های جاری سلامت	

*تعاریف شاخص‌ها در گاه اینترنتی سازمان جهانی بهداشت موجود می‌باشد.

تجربه کشورهای دنیا در دستیابی به پوشش همگانی سلامت

کشورهای مختلف دنیا تلاش کرده‌اند برنامه‌ها و سیاست‌های متناسب با شرایط، منابع و امکانات خود را برای دستیابی به این هدف عملیاتی کنند. ذکر همه‌ی این موارد از حوصله این کتاب خارج است. برای همین در این بخش تنها به معرفی دو تجربه ترکیه و تایلند می‌پردازیم و در انتها درس‌آموخته‌های این تجربه‌ها را مرور می‌کنیم.

تایلند: مدل مالی تایلند و توانایی آن در گسترش سریع پوشش بیمه سلامت به کل جمعیت تجربه‌ای جالب را رقم زده است. این کشور در سال ۲۰۰۲ با معرفی یک طرح بیمه سلامت، با نام طرح پوشش همگانی، توانست با بیمه کردن حدود ۴۸ میلیون نفر افرادی که از طرح‌های دیگر بیمه (مانند طرح مزایای پزشکی کارکنان دولت و طرح تامین اجتماعی) بهره‌مند نبودند، به پوشش همگانی مراقبت سلامت برای جمعیت خود دست پیدا کردند. طرح پوشش همگانی، بسته مزایای جامعی برای افراد تحت پوشش خود فراهم کرد که شامل پوشش مراقبت‌های بستری و سرپایی، جراحی و دارو بود. این طرح با حمایت دولت مرکزی انجام گرفت و مکانیزم‌های مختلفی برای مشارکت در پرداخت هزینه‌ی ارائه مراقبت داشت. پرداخت‌های تکمیلی نیز برای برخی از درمان‌های پرهزینه در نظر گرفته می‌شود. سیستم نظارت و ارزیابی مداومی نیز برای طرح تعبیه شده بود. گزارش‌ها موجود حکایت از آن دارند که این طرح در مدت کمی بعد از شروع موفقیت‌های قابل توجهی، مانند بهبود دسترسی به خدمات مراقبت سلامت و کاهش هزینه‌های کمرشکن سلامت در میان خانوارها، به دست آورد. به این ترتیب تقریباً بعد از سه دهه از زمان آغاز یک طرح دولتی در جهت منافع فقرا، تایلند توانست به پوشش همگانی دست پیدا کند. توسعه تاریخی سیستم بیمه درمانی در تایلند، به سمت پوشش همگانی، می‌تواند درس‌های مفیدی برای سایر کشورها با درآمد پایین‌تر و متوسط داشته باشد.

ترکیه: پانزده سال قبل این کشور با چالش‌های زیادی در تأمین منابع مالی، نظام بیمه‌ای، زیرساخت‌ها و بی‌عدالتی در ارائه خدمات سلامت روبرو بود. با روی کار آمدن دولت جدید ترکیه بخش سلامت این کشور برنامه‌ای جامع را برای اعمال تغییرات اساسی در این کشور در دستور کار قرار داد. برنامه تحول سلامت افزایش دسترسی به خدمات سلامت را از طریق حذف عدم یکپارچگی در تأمین منابع مالی و برنامه‌های بیمه‌ای، تغییر و بازتعریف مؤلفه‌های جدید رهبری، سیاست‌گذاری و حاکمیتی وزارت بهداشت و سازمان‌دهی مجدد ارائه خدمات سلامت مدنظر داشت. این اصلاحات موفقیت‌هایی قابل توجهی را به همراه داشت. از آن جمله می‌توان به ارتقا پوشش جمعیتی به خدمات سلامت تا ۹۵٪ و بهبود برخی از مهم‌ترین پیامدهای سلامت اشاره کرد. تعهد و ثبات سیاسی و اقتصادی و مدیریتی بخش سلامت، تدوین برنامه‌ای جامع برای تحول سلامت و انتخاب هدفمند و هوشمندانه مداخلات از مهم‌ترین دلایل موفقیت کشور ترکیه در دستیابی به پوشش همگانی سلامت بوده است.

بررسی عمیق‌تر تجربه کشورها در دستیابی به پوشش همگانی سلامت نشان می‌دهد محتوای برنامه‌های این کشورها برای این هدف متفاوت بوده و هر کشور متناسب با وضعیت خود در ابعاد مختلف پوشش همگانی سلامت اقدام به اصلاحاتی در نظام سلامت خود کرده است. موفقیت در اصلاحات مربوط به پوشش همگانی سلامت در کشورها وجود چند عامل را به‌عنوان تسهیل‌گر این حرکت نشان داده که توجه به آن می‌تواند برای

دیگر کشورها مفید باشد. اهم این موارد عبارتند از:

- وجود رهبری قوی و سازگار ملی و محلی و تعهد بلندمدت برای پایداری در دستیابی به پوشش همگانی سلامت؛
- سرمایه‌گذاری در مراقبت‌های اولیه سلامت جهت افزایش دسترسی و بهبود مدیریت منابع؛
- تدوین مکانیزم‌های قانونی برای بازتوزیع منابع و کاهش تفاوت‌ها؛
- سرمایه‌گذاری در برنامه‌های دولتی سلامت؛
- تولید منابع و مدیریت هزینه‌ها به موازات افزایش پوشش؛
- تعدیل منابع انسانی سلامت؛
- مشارکت همه ذینفعان و گروه‌های تأثیرگذار؛
- داشتن سیستم و نظام قوی پایش و نظارت دستیابی به پوشش همگانی سلامت.

وضعیت پیشرفت دنیا در دستیابی به پوشش همگانی سلامت

براساس آخرین گزارش پیشرفت پوشش همگانی سلامت که وضعیت را در سال ۲۰۱۵ نشان می‌دهد، شاخص پوشش خدمات برای کل دنیا ۶۴٪ می‌باشد. در بین مناطق ششگانه سازمان جهانی بهداشت، منطقه آمریکا بیشترین و منطقه آفریقا کمترین مقدار شاخص را دارا هستند. بروز هزینه‌های کمرشکن با آستانه ۱۰٪ و ۲۵٪ به ترتیب ۱۱/۷ و ۲/۶ و بروز هزینه‌های فقرزا با دو خط فقر ۱/۹۰ و ۳/۱۰ دلار در روز به ترتیب ۱/۴ و ۱/۸ در سال ۲۰۱۰ بوده است (جدول ۲).

جدول ۲: وضعیت شاخص‌های پوشش همگانی سلامت در دنیا

نسبت افراد مواجهه یافته با فقر بخاطر هزینه‌های سلامت	نسبت افراد مواجهه یافته با هزینه‌های کمرشکن سلامت	شاخص پوشش موثر خدمات		مناطق سازمان جهانی بهداشت
		خط فقر ۱۰٪	خط فقر ۲۵٪	
خط فقر ۱۰٪ / ۱ دلار	خط فقر ۲۵٪ / ۳ دلار	۱۱/۷	۲/۶	کل دنیا
۱/۵	۱/۷	۱۰/۳	۲/۶	آفریقا
۰/۷	۰/۳	۱۱/۱	۱/۹	آمریکا
۳/۴	۳/۱	۱۲/۸	۲/۹	جنوب شرقی آسیا
۰/۲	۰/۱	۷/۰	۱/۰	اروپا
۱/۳	۰/۵	۹/۵	۱/۴	مدیترانه شرقی
۱/۸	۱/۱	۱۴/۸	۳/۹	غرب آقیانوس آرام

برنامه‌های ایران در دستیابی به پوشش همگانی سلامت

ایران تجربه‌ی خوبی در اجرای راهبرد مراقبت‌های اولیه سلامت (Primary Health Care: PHC) از طریق گسترش شبکه‌های بهداشت و درمان و سطح‌بندی خدمات سلامت داشت. بدون شک این کار مهم‌ترین اقدام کشور برای تأمین سلامت برای همه بود که ارائه خدمات سلامت را با پیاده‌سازی یک نظام ارجاع در سه سطح، مورد توجه قرار داده بود. شواهد زیادی وجود دارد که نشان‌دهنده بهبود شاخص‌های سلامت کشور در نتیجه این اقدام بود. پس از اعلام راهبرد پوشش همگانی سلامت در اواخر دهه هشتاد، این کشور برنامه‌هایی در راستای اجرای این راهبرد طراحی و اجرا نمود. طرح پزشک خانواده شهری، شکل‌گیری سازمان بیمه سلامت ایرانیان در راستای تجمیع سازمان‌های بیمه‌گر سلامت و طرح تحول سلامت، نمونه‌هایی از این برنامه‌ها هستند.

جدول ۳: 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 سازمان‌های بیمه‌گر 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
حفاظت مالی در برابر هزینه‌های سلامت	<ul style="list-style-type: none"> کنترل قیمت دارو و تجهیزات پزشکی بیمه کردن جمعیت بدون بیمه پایه سلامت کاهش میزان پرداختی بیماران بستری و سرپایی جلوگیری از بروز پرداخت‌های غیررسمی رایگان کردن زایمان طبیعی در مراکز ارائه خدمت مدیریت ارائه خدمات و حفاظت مالی برای مبتلایان به بیماری‌های صعب‌العلاج
افزایش دسترسی مردم عادلانه به خدمات و مراقبت‌های سلامتی باکیفیت	<ul style="list-style-type: none"> رفع بحران گرانی و کمبود دارو و تجهیزات پزشکی افزایش نیروی انسانی شاغل و تغییر شیوه قرارداد با پرسنل موجود در بخش دولتی راه‌اندازی واحدهای ارائه خدمات بهداشتی و درمانی ارتقای کیفیت خدمات سطح یک، دو و سه در بخش دولتی ارتقای سلامت محیط و حرفه‌ای
بهبود عملکرد نظام ارائه خدمات	<ul style="list-style-type: none"> طراحی برنامه‌های نوین و بازنگری برنامه‌های قبلی سلامت گسترش، حفظ و ارتقای نظام مقررات بهداشت بین‌المللی آموزش، ارتقا مهارت و توانمندسازی مدیران و کارکنان ارائه دهنده خدمات سلامت سطح اول ارتقای نظام فن‌آوری اطلاعات، ثبت اطلاعات و آمار در حوزه سلامت
ارتقای فرای بخش سلامت	<ul style="list-style-type: none"> بهره‌گیری از مشارکت جامعه در ارتقای سلامت تقویت و نهادینه‌سازی همکاری بین‌بخشی

البته دور از نظر نماند که قبل از این زمان برنامه‌هایی در نظام سلامت کشور پیاده شد که ماهیتاً در جهت دستیابی به پوشش همگانی سلامت بود. از این گروه برنامه‌ها و اصلاحات می‌توان 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 برنامه‌های فوق، به‌نظر مهم‌ترین تجربه کشور در دستیابی به پوشش همگانی سلامت با اجرای طرح تحول سلامت به‌دست آمده باشد. این طرح یکی از مهم‌ترین اقدامات دولت در بخش سلامت بود که تدوین سیاست آن از مهرماه ۱۳۹۲ آغاز و پس از اخذ مصوبات قانونی لازم و ارائه بسته‌های پیشنهادی آن، از سال ۱۳۹۳ در حوزه‌های 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، گام‌های 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 هزینه‌های سلامت، افزایش دسترسی به خدمات و مراقبت‌های سلامتی باکیفیت، بهبود عملکرد نظام شبکه‌های بهداشتی و درمانی و ارتقای عادلانه شاخص‌های سلامت. به منظور دستیابی به این اهداف، مداخلات متعددی اجرا شد که اهم آن‌ها در جدول ۳ نشان داده شده است.

وضعیت نظام سلامت ایران در تحقق اهداف پوشش همگانی سلامت

همان‌گونه که پیشتر اشاره شد ابعاد پوشش همگانی سلامت را می‌توان در گستره خدمات مورد نیاز، حفاظت مالی در مقابل هزینه‌های سلامت و پوشش جمعیتی آن‌ها عنوان کرد. با در نظر داشتن ابعاد سه‌گانه پوشش همگانی سلامت و تغییراتی که در نتیجه اجرای برنامه‌های مختلف در کشور ایجاد شده، می‌توان دریافت که برای تحقق بعد پوشش جمعیت، برنامه‌های مهمی در نظام سلامت رخ داده که با یا بدون تغییر در چیدمان حاکمیتی همراه بوده است. در مهم‌ترین این برنامه‌ها یعنی طرح تحول سلامت، از محل منابع مالی که در اختیار نظام سلامت قرار داده شد (و البته در سال‌های بعد از آن، کمتر و کمتر شد)، پوشش بیمه‌ای مردم افزایش چشمگیری پیدا کرد. به‌طوریکه حدود ۹۳ درصد جمعیت تحت پوشش بیمه پایه سلامت قرار گرفتند. اما همچنان ۷ درصد بدون پوشش بیمه پایه هستند. ضمن اینکه فراتر از پوشش بیمه‌ای بایستی به موضوع پوشش مؤثر نیز توجه کرد. زیرا تحت پوشش بیمه بودن نمی‌تواند دسترسی به مزایای بیمه را تضمین نماید.

در راستای پوشش خدمات، بیشتر برنامه‌ها تغییراتی در کارکردهای تولید منابع انسانی و ارائه خدمات ایجاد کرده‌اند. با وجود این اصلاحات هنوز میانگین شاخص‌های منتخب پوشش خدمات در ایران ۶۵ درصد است و ابعاد کیفیت، عدالت و کنترل هزینه‌ها در ارائه خدمات سلامت به نتیجه مطلوب نرسیده است.

برای پوشش هزینه‌های سلامت، اقدامات زیادی در سال‌های اخیر برای تأمین مالی بهتر بخش سلامت انجام شده است. این تلاش‌ها اگر چه سبب شد سهم منابع مالی عمومی که برای سلامت هزینه می‌شود افزایش یابد (رشد هزینه‌های عمومی سلامت از کل هزینه‌های سلامت از ۳۸ به ۵۱ درصد)، اما آنچه از گزارش حساب‌های ملی سلامت، استنباط می‌شود این است که اولاً کل منابع مالی که برای سلامت هزینه می‌شود، نسبت

به کشورهای مشابه، بالاتر است، اما در عین حال شاخص‌های حفاظت مالی به اندازه مورد هدف نیست. این یعنی نظام سلامت ما یک نظام سلامت کارا نیست. پولی که ما از منابع عمومی در قالب دولت هزینه می‌کنیم، به آن اندازه‌ای که باید به ما جواب نمی‌دهد. این را نیز باید در نظر بگیریم ایران در آینده صرف‌نظر از رشد جمعیتی که پیدا می‌کند، به خاطر تنها عامل مسن شدن جمعیتش (و مشکلاتی مثل بیماری‌های مزمن و نیازمند مراقبت‌های طولانی) منابع سلامت بسیار بیشتری را نیاز خواهد داشت. پیش‌بینی شده در سال ۲۰۵۰، کل هزینه‌های سلامت ما ۶۷ درصد افزایش می‌یابد که ۵۲ درصدش منحصر به علت پیر شدن جمعیت است. هنوز منابع مالی سلامت به مقدار زیادی از پرداخت‌های مستقیم از جیب مردم برای سلامت تأمین می‌شود. وقتی وضعیت خود را با کشورهایمانند تایلند، ترکیه و ... مقایسه می‌کنیم، متوجه می‌شویم این کشورها با وضعیتی مشابه کشور ما، پول کمتری از جیب مردم‌شان صرف سلامت می‌کنند. البته میزان پرداخت مستقیم از جیب مردم با اجرای طرح تحول از ۵۴/۸ درصد در سال ۱۳۸۸ به ۳۸/۱ درصد در سال ۱۳۹۴ رسیده ولی هنوز با میزان قابل‌قبول آن (۲۰ درصد) فاصله دارد. مهم‌تر آنکه پرداخت‌های مستقیم از جیب مردم متغیر واسطه‌ای است و آن چیزی که در پوشش همگانی سلامت مهم است این است که مردم به خاطر دریافت خدمات سلامت موردنیازشان دچار سختی نشده و فقیر نشوند. بااطلاع از اینکه براساس آخرین آمار هزینه‌های سلامت حدود ۱۶ و ۴ درصد جمعیت کشور از ۱۰٪ و ۲۵٪ کل هزینه‌های خانوار بیشتر است، متوجه وجود فاصله تا رسیدن به اهداف پوشش همگانی سلامت می‌شویم.

با توجه به این وضعیت می‌توان گفت کشور ما به مدد اقداماتی که در راستای استقرار راهبرد مراقبت‌های اولیه سلامت و سپس تحقق هدف پوشش همگانی سلامت انجام داده وضعیت نسبتاً مناسبی در تحقق اهداف نظام سلامت دارد. اما همچنان تا تحقق کامل پوشش همگانی سلامت فاصله دارد. اما چرا این فاصله وجود دارد؟ به نظر ما علت را فقط باید در نبود یک نظام سلامت قوی با عملکرد خوب جستجو کرد. لزوم وجود یک نظام سلامت کارآمد و اثربخش برای توسعه و ارتقای سلامتی در جامعه بر کسی پوشیده نیست. تغییراتی که در گذشته در کشور اجرا شده، یا تنها بر برخی از کارکردهای نظام سلامت متمرکز بوده و یا تغییرات پایدار را در کارکرد ایجاد نکرده است. متأسفانه در برخی موارد نیز شاهد تغییر کارکرد به سمت نامطلوب هم رفته است (نظام پرداخت به ازای خدمت). نتیجه اینکه ما پس از حدود ۵۰ سال تجربه اصلاحات، فاقد نظام سلامت قوی هستیم. حال سوالی که پیش می‌آید این است: چرا ما یک نظام سلامتی قوی در کشور نداریم؟ با توجه به ارتباط مثبت درجه توسعه‌یافتگی یک کشور و خوب بودن نظام سلامت آن شاید بتوان بخشی از ناکامی در داشتن یک نظام سلامت خوب را به وضعیت رشد و توسعه کشور نسبت داد. ولی ما معتقدیم نبود این نظام دو علت اصلی دیگر دارد. اول اینکه سلامت به جز در برخی مواقع، دغدغه اصلی سیاست‌گذاران و مدیران ارشد سیاسی کشور نبود و از حمایت و تعهد کافی برای اجرای برنامه‌هایش برخوردار نبوده است. دوم اینکه سکنداران هدایت نظام سلامت اگر چه از میان افراد برگزیده و توانمند علمی انتخاب شدند، ولی به جز در موارد معدودی، مهارت رهبری کافی برای آنکه بتوانند بیشترین همکاری بین‌بخشی و هماهنگی درون‌بخشی را فراهم نمایند و با حمایت‌طلبی و ارائه مسؤولانه عملکرد مجموعه تحت پوشش، مدیریت ارشد کشور را در حمایت و همراهی از برنامه‌های سلامت مجاب نمایند، نداشتند.

چالش‌های اصلی ایران در تحقق اهداف پوشش همگانی سلامت

چالش‌هایی که ایران در حال حاضر برای دستیابی به پوشش همگانی دارد، همانند تجربه‌ی بسیاری از کشورها، در سه موضوع تأمین منابع مالی، ارائه خدمات سلامت و حاکمیت سلامت خلاصه می‌شود. در موضوع تأمین منابع مالی، متأسفانه همچنان ناپایداری در تأمین منابع عمومی چالش بزرگی است. این ناپایداری که هم در مقدار اعتبارات تخصیص یافته و هم در به‌موقع بودن تخصیص اعتبارات به بخش سلامت است، سبب شده است تا سازمان‌های بیمه‌گر نتوانند هزینه‌های واحدهای ارائه دهنده خدمات سلامت (بیمارستان‌ها، داروخانه‌ها و شرکت‌های تأمین کننده مواد و تجهیزات) را به‌موقع بازپرداخت کنند. تاخیر در بازپرداخت هزینه‌های سلامت توسط سازمان‌های بیمه‌گر، تاخیرهای طولانی‌مدت در جبران خدمات منابع انسانی سلامت را موجب شده است. این تاخیرها نیز خود تهدیدی جدی برای رواج دوباره دریافت پرداخت‌های غیررسمی در بخش دولتی و به دنبال آن افزایش پرداخت‌های مستقیم از جیب باشد. ناپایداری منابع مالی به همین جا محدود نمی‌شود. نوسان‌های مداوم قیمت ارز که به واسطه مسایل کلان سیاسی وجود دارد، وابستگی به نفت و نوسانات درآمدهای ناشی از آن و تحریم‌ها و بحران‌های بین‌المللی، با شدتی بیشتر تأمین منابع مالی نظام سلامت را دستخوش ناپایداری می‌کند و به‌طور جدی سلامت مردم را تهدید می‌نماید.

چالش دوم، گستردگی خدمات تحت پوشش منابع عمومی و شیوه‌ی ناکارای ارائه خدمات است. خدمات تحت پوشش منابع عمومی فعلی بسیار گسترده بوده و بدون تبعیت از یک منطق اولویت‌بندی خاص، به تدریج وارد بسته شده‌اند. برخی از خدمات این بسته هزینه‌آثربخش نیستند و به نظر نمی‌رسد با شرایط کنونی منابع مالی سلامت، پوشش بیمه‌ای آنها به صرفه باشد. به عبارتی تخصیص منابع محدود به برخی خدمات این بسته کارایی تخصیصی ندارد و منابع سلامت در جایی هزینه می‌شود که نباید. علاوه بر این متناسب نبودن حق بیمه‌های تعیین شده برای پوشش خدمات بسته کنونی از یک سو و شیوه پرداخت به منابع انسانی که بر مبنای کارانه است، از سویی دیگر خطر رواج پرداخت‌های غیررسمی و یا ترویج تقاضای القایی را بیشتر نموده و هر دو اینها خود می‌تواند در افزایش سهم پرداخت مستقیم از جیب نقش داشته باشد. در خصوص همین چالش ارائه خدمات سلامت، موضوع دیگر به شیوه ارائه خدمات سلامت مربوط است. علیرغم توصیه بیش از یک دهه از مدل مطلوب ارائه خدمت (مانند پزشکی خانواده) و تحقق نظام ارجاع، هنوز این مهم محقق نشده است. پیش شرط در نظر گرفته شده در کشور، تحقق پرونده الکترونیک سلامت و نیز ارتباط تعریف شده بین سطوح ارائه خدمت است. در این خصوص نیز با وجودی اینکه چند سال از پایلوت‌های برنامه پزشک خانواده شهری در استان‌های مازندران، فارس و (به شکلی دیگر در) آذربایجان شرقی و نیز استقرار مراکز جامع خدمات سلامت می‌گذرد، تصمیم قطعی راجع به مدل و یا ترکیب مدل‌های ارائه خدمت در کشور وجود ندارد.

چالش‌های سوم مربوط به حاکمیت سلامت است که به سبب تأثیرپذیری از روابط درهم‌تنیده میان بازیگران مختلف نظام سلامت، ماهیتی بسیار پیچیده دارد. نظام سلامتی، که به اندازه مطلوب مطلع از شواهد اداره نمی‌شود و بیش از آنکه از شواهد بهره‌بردار، بسیاری از تصمیم‌ها بر اساس سلیقه فردی و یا تأثیر جریان‌های فرای بخش سلامت مانند درخواست و فشار نمایندگان مردم در مجلس و یا سیاست‌گذاران اتخاذ می‌شود. در موارد

محدودی هم که سیاست‌گذار خواهان شواهدی برای تصمیم‌گیری است متأسفانه به دلیل مشکلات مربوط به نظام تولیتی پژوهش و نیز مدیریت نظام‌های اطلاعاتی، شواهد به درستی و در زمان مناسب در اختیار تصمیم‌گیرنده قرار نمی‌گیرد. به همین دلیل شاهد سیاست‌ها و برنامه‌های مختلفی هستیم که یا اصول علمی یک برنامه‌ریزی برای تدوین آنها رعایت نشده و یا برنامه‌هایی که اگر چه طرح‌ریزی شده ولی در اجرا به خوبی و با وسواس عملیاتی نمی‌شوند. تعدد مراجع و بازیگران عرصه تصمیم‌گیری و ارائه خدمت مانند تنوع صندوق‌های بیمه‌ای، وجود انواع بیمارستان‌های بانک‌ها، شهرداری‌ها و ... انجام کامل مسوولیت در قبال تأمین سلامت مردم را دچار مشکل می‌کند. تفکیک وظایف تولیتی و ارائه‌دهنده خدمات موضوعی است که به کرات در اسناد بالادستی کشور اشاره شده ولی همچنان مغفول مانده است. نکته دیگر آنکه در این میان مردم و جلب مشارکت آنها در تدوین و اجرای برنامه‌های سلامت کمتر کانون توجه قرار گرفته است. نتیجه اینکه در خطوط فرماندهی، اجرا و پاسخدهی ابهاماتی وجود دارد. فعالیت بخش خصوصی در بازار سلامت و چگونگی مدیریت آن از دیگر موضوعات اصلی حاکمیتی فعلی است. در کشور ما بخش خصوصی با داشتن حدود ۸۰ درصد از ارائه خدمات در بخش سرپایی و ۲۰ درصد از ارائه خدمات در بخش بستری یکی از بازیگران تعیین‌کننده در بازار سلامت به شمار می‌رود. با این وجود در عمل نظارت قابل‌قبولی بر فعالیت این بخش نمی‌شود و اصولاً مکانیسم کنترلی خاصی چه برای کنترل تقاضای القایی و چه برای کنترل کیفیت خدمت این بخش وجود ندارد. مشکل مزمن دیگر حاکمیت نظام سلامت به تضاد منافع گروه‌های حرفه‌ای و انتظارات تجاری پول‌سازی که از خدمات سلامت وجود دارد، برمی‌گردد. تضاد منافع موجود یک بازدارنده قوی برای اجرای اصلاحات اساسی در نظام سلامت کشور است. به عنوان نمونه می‌توان به مساله اشتغال همزمان پزشکان اشاره کرد. با تمام تلاش‌هایی که برای حذف این پدیده در کشور انجام شده و با علم به درس‌های گرفته شده از کشورهایی که اثرات مثبتی از آن را دیده‌اند (مانند ترکیه)، و علیرغم فرصت طلایی که با تزریق منابع طرح تحول سلامت در سال ۱۳۹۳ فراهم شد، متأسفانه تضاد منافع اجازه حذف این پدیده را نداد و همچنان اثرات منفی رواج اشتغال همزمان بر نظام سلامت کشور سایه افکنده است. مسئله حاکمیتی دیگر به مردم و مدیریت انتظارات آنها مربوط است. با توجه به افزایش سطح آگاهی و توقعات مردم و نیز دسترسی آنها با انبوهی از اطلاعات، بعید می‌آید بدون داشتن برنامه‌ای برای همراه کردن آن و آگاه‌سازی آنها بتوان تصمیم‌های کلیدی در نظام سلامت را پیاده کرد. به عنوان نمونه می‌توان در اینجا به مطالبه مردم برای بهره‌مندی از تکنولوژی‌های پیشرفته (که ممکن است الزاماً موثر نباشد) و یا ارائه خدمات با هزینه-اثربخشی کم اشاره کرد که آگاه کردن آنها از اثرات اینگونه فناوری‌ها برای رفع مقاومت‌های عمومی و بحران‌های اجتماعی لازم است.

گام‌های بعدی برای تحقق پوشش همگانی سلامت در ایران

با توجه به چالش‌های گفته شده، و با در نظر داشتن اینکه دستیابی به پوشش همگانی سلامت برای بسیاری از کشورها و از جمله ایران یک تکلیف و نه یک انتخاب است، مراحل بعدی تحقق پوشش همگانی سلامت در اجرای مداخلات سختی خلاصه می‌شود که بدون عزم جدی و اقدام خردمندانه قابل تحقق نیستند. این مداخلات عبارتند از:

۱- توجه به اقتصاد مقاومتی در بخش سلامت و عملیاتی کردن آن: در شرایطی که تغییرات قیمت ارز و ناپایداری‌های مربوط به دیپلماسی بین‌المللی یک تهدید جدی است، مقاومت‌سازی بخش سلامت به ویژه در بخش تامین منابع مالی اجتناب‌ناپذیر می‌باشد. البته تحقق این امر با توجه به عادت کشور برای استفاده از درآمدهای نفتی سخت و دشوار اما امکان‌پذیر خواهد بود. نمونه‌ای از این جنس مداخلات تغییر سیاست‌های تامین منابع مالی سلامت از نفت به وضع عوارض بر محصولات و مواد و خدمات زیان‌آور سلامت از جمله مواد دخانی و نوشابه‌ها و نیز قطع وابستگی منابع به نفت است که مداخله فرابخشی ملی بزرگی به حساب می‌آید. پیشنهاد تامین منابع مالی سلامت از مالیات بر ارزش افزوده (افزون بر سطح فعلی)، به نحوی که مردم برایشان ملموس باشد عوارضی که پرداخت می‌نمایند هزینه برای رفع آلام خود ایشان می‌شود، مثال دیگری از مداخلات مربوط به اقتصاد مقاومتی در بخش سلامت است. نمونه دیگر افزایش سهم منابع بیمه‌ای سلامت است. تحلیل‌های صورت گرفته متعاقب تکانه‌های اقتصادی ناشی از تحریم و افزایش یکباره نرخ ارز در سال ۱۳۹۲ حاکی از این است که ناپایدارترین منابع مالی سلامت، پرداخت مستقیم از جیب و سپس منابع مالی دولت می‌باشد و جا دارد که این دو منبع به منابع صندوق‌های بیمه‌ای تغییر یابند.

۲- بازیابی خدمات بسته پایه بیمه سلامت و تعریف یک بسته خدمات معقول و هزینه‌اثربخش: لزوم بازنگری در فهرست خدمات موجود در بسته برکسی پوشیده نیست، اما آنچه انجام این مهم را با دشواری و تعلل روبرو کرده، سخت بودن تصمیم‌گیری در مورد ماندن برخی خدمات و خارج نمودن برخی خدمات دیگر است. سختی تصمیم‌گیری دو جنبه مهم دارد: اول در اختیار داشتن شواهد متقن و محکم برای تصمیم‌گیری و دوم حمایت‌طلبی وسیع برای اجرای تصمیم درست. جنبه اول بیشتر ناظر بر ابعاد فنی است. خوشبختانه در حال حاضر روش‌های پذیرفته شده زیادی تجربه شده که شاهد خوبی برای اولویت‌بندی خدمات در اختیار قرار می‌دهد. ارزیابی فناوری سلامت و یا ارزیابی‌های پیشرفته اقتصادی نمونه‌هایی از این روش‌ها هستند. اما جنبه دوم به نحوه حمایت‌طلبی و همراه‌سازی ذینفعان برای اجرای تصمیم مربوط می‌شود. تصور کنید اگر بر اساس هر یک از شیوه‌های علمی فوق یک خدمت و یا یک دارو از فهرست تحت حمایت بیمه بخواند خارج شود، چه مقاومتی از سوی مردم و گروه‌های تخصصی وجود خواهد داشت. مقاومتی که اگر بدرستی مدیریت نشود به بحران اجتماعی تبدیل خواهد شد. این حاکی از آن است که برای انجام این مهم، علاوه بر ابعاد فنی، بایستی ملاحظات مربوط به مشارکت ذینفعان (آگاه‌سازی، حمایت‌طلبی و همراه‌سازی) مدنظر قرار گیرد و با یک انسجام قوی اجتماعی و رهبری مدبرانه، تغییر اساسی را ایجاد و نهادینه ساخت.

۳- تغییر شیوه پرداخت به ارائه‌دهندگان خدمات سلامت: سال‌هاست که تغییر شیوه پرداخت از پرداخت به ازای خدمت به پرداخت بر اساس ارزش افزوده به عنوان یکی از اصلاحات اساسی نظام سلامت کشور مطرح می‌باشد. از آنجا که شیوه پرداخت کنونی به سبب ایجاد تقاضای القایی منشا افزایش بی‌مورد هزینه‌های سلامت است، بدون تغییر آن نمی‌توان انتظار شگرفی از منطقی کردن هزینه‌های نظام سلامت داشت. این مداخله نیز به آسانی قابل اجرا نمی‌باشد. به ویژه آنکه منابع انسانی سلامت کشور سال‌هاست به این روش عادت کرده است. برای این مداخله مهم توجه باید کرد که ارائه‌دهندگان خدمات در جایگاه‌های اجتماعی بسیار پر قدرت جامعه قرار

دارند. برخی خود از سیاست‌گذاران عرصه ملی (خارج از حوزه سلامت) می‌باشند و یا به شدت می‌توانند سیاست‌گذاران عالی رتبه کشور را تحت تاثیر قرار دهند. باورهای شکل گرفته برای افراد (علاوه بر تعارض منافع) جریان تغییر در شیوه پرداخت را مشکل می‌سازد و از این رو برای این تغییر مهم باید عزم ملی وجود داشته باشد. مسأله بعدی این است که شیوه پرداخت در کشور برای این به سمت کارانه رفت که بتوان از خدمات بیشتر کادر درمانی سود برد. تا زمانی که توزیع نیروی انسانی در کشور متوازن نباشد و در همه کشور نیروی لازم وجود نداشته باشد، این خطر وجود دارد که تغییر شیوه پرداخت باعث کاهش بهره‌مندی مردم برخی نقاط کشور از خدمات شود. بالاخره این که مراحل این تغییرات بحث‌های فنی جدی، مانند تغییرات لازم در کدبندی روش‌های تشخیصی درمانی به تفکیک بیماری‌ها را دارد و یا اتوماسیون منطبق با این دسته‌بندی.

۴- **برخورداری از حاکمیت خوب در سلامت:** اقدامات لازم در این زمینه ممکن است در نگاه نخست ساده به نظر آیند، ولی عملاً به راحتی قابل انجام نیستند. چهار مداخله‌ی مهم در این زمینه تفکیک وظایف تولیتی و ارائه خدمات، مدیریت تضاد منافع، نهادینه‌سازی نظام تصمیم‌گیری آگاه از شواهد و افزایش مشارکت مردم در تصمیم‌گیری‌های سلامت است. ساده‌انگاری است تصور کنیم منظور از تفکیک وظایف، تغییر جایگاه سازمانی بازیگران سلامت است، بلکه بیشتر به تعیین جایگاه و خطوط اختیار، مسؤولیت و پاسخگویی ذینفعان می‌پردازد. این تغییر فرایندی در وهله نخست ممکن است به سبب تغییر منابع قدرت به مذاق خوش نیاید ولی در درازمدت به نفع نظام سلامت کشور خواهد بود. تضاد منافع از طریق تجدیدنظر در ترکیب برخی شوراها اصلی سیاست‌گذار و تصمیم‌ساز تا حدی قابل کنترل است. کافی است اراده کنیم و تصمیم بگیریم افرادی را در مسند تصمیم‌گیری قرار دهیم که ذینفع تصمیم نباشند. اما تاثیرگذاری گروه‌های حرفه‌ای و نزدیک به قدرت همواره از چالش‌های مهم اصلاحات نظام سلامت است که بخشی از آن با آگاهی‌رسانی و داشتن برنامه حمایت طلبی قابل حل هست. به همین دلیل است که نقش نهادینه کردن تصمیم‌گیری آگاه از شواهد به جای تصمیم‌گیری سلیقه‌ای و تبدیل مسایل سلامت به مطالبه مردمی از طریق مشارکت دادن آن‌ها در تصمیم‌سازی‌ها اهمیت دارد. هر دو این موضوعات نیاز به فرهنگ سازی دارد. تغییر رویه‌های تصمیم‌گیری جریان یک شبه نیست. مشارکت مردم نیز وابسته به میزان توسعه اجتماعی و سیاسی می‌باشد. ایران در سال ۱۳۹۶ شاهد تشکیل نخستین مجمع ملی سلامت بود و هم اکنون مجمع سلامت در سطح استان‌ها در حال شکل‌گیری است. برنامه‌ی گسترده‌ای که با این وسعت برای نخستین بار در کشور انجام می‌شود و نهادینه شدن آن می‌تواند گامی مهم در جهت تحقق اهداف پوشش همگانی سلامت باشد.

نتیجه‌گیری

تجربه‌ی اجرای برنامه‌های مختلف در نظام سلامت کشورها نشان می‌دهد هر زمان اینگونه برنامه‌ها ایجاد تغییرات پایدار و متناسب با نیاز جامعه را در نظام سلامت هدف‌گذاری کرده؛ توسط مدیران و رهبران کاردان مدیریت و اجرا شد؛ و همراهی و تعهد سیاست‌گذاران ارشد را داشته، توانسته نتایج خوبی را به همراه داشته باشد. بنابراین لازم است هر تلاشی برای دستیابی به پوشش همگانی با تأکید بر طراحی برنامه‌های همه‌جانبه دستکاری فرایندهای کارکردی نظام سلامت صورت گیرد. از آنجا که این تغییرات، علاوه بر دانش تخصصی، به عزم ملی و

اراده قوی برای ایجاد و نهادینه کردن تغییر نیاز دارد و مستلزم اتخاذ تصمیم‌های حساس و راهبردی است، دقت در انتخاب سکنداران هدایت نظام سلامت، اهمیت زیادی دارد. نمونه موفق همراهی دانش و اراده در تجربه موفق کشور ما در گسترش مراقبت‌های اولیه سلامت دیده شد که امیدواریم بتوانیم با درس گرفتن از آن، گام‌های بلندی در مسیر اصلاحات پایدار نظام سلامت و تحقق اهداف پوشش همگانی سلامت برداریم.

منابع

1. World Health Organization. Tracking universal health coverage: first global monitoring report: World Health Organization, 2015.
2. Jamison DT, Breman JG, Measham AR, Alleyne G, Claeson M, Evans DB, et al. Disease control priorities in developing countries: The World Bank; 2006.
3. Van Lerberghe W. The world health report 2008: primary health care: now more than ever: World Health Organization; 2008.
4. دشمنگیر ل، رشیدیان آ، علیپور سخا م، دشمنگیر پ. مبانی و مفاهیم نظری پوشش همگانی سلامت. پوشش همگانی سلامت در ایران. مؤسسه ملی تحقیقات سلامت جمهوری اسلامی ایران، تهران: گزینه پارسیان طب، ۱۳۹۴: ۳۵-۱۸.
5. World Health Organization. The global health observatory: Universal health coverage. World Health Organization 2018. Available from: <http://apps.who.int/gho/portal/uhc-service-coverage-v3.jsp>. [Last accessed on 2018September 12].
6. World Health Organization. Monitoring the building blocks of health systems: a handbook of indicators and their measurement strategies, 2010.
7. دشمنگیر ل، رشیدیان آ، بازاریار م. دستیابی تایلد به پوشش همگانی سلامت: چگونگی و تجارب به دست آمده. مجله تحقیقات نظام سلامت حکیم. ۱۳۹۴؛ ۱۸ (۳): ۲۳۲-۲۱۷.
8. دشمنگیر ل، علیپور سخا م، ارزیابی موفقیت ترکیه در دستیابی به پوشش همگانی خدمات سلامت. مجله تحقیقات نظام سلامت حکیم. ۱۳۹۴؛ ۱۸ (۳): ۲۴۵-۲۳۳.
9. Reich MR, Harris J, Ikegami N, Maeda A, Cashin C, Araujo EC, et al. Moving towards universal health coverage: lessons from 11 country studies. *The Lancet*. 2016;387(10020):811-6.
10. World Health Organization. Tracking universal health coverage: 2017 global monitoring report. 2017.
11. گزارش حساب‌های ملی سلامت جمهوری اسلامی ایران، ۱۳۸۸.
12. گزارش حساب‌های ملی سلامت جمهوری اسلامی ایران، ۱۳۹۴.
13. World Health Organization. External Evaluation of the Islamic Republic of Iran's Health Transformation Plan. 2016
14. Sajadi HS, Majdzadeh R. Who would be the ideal minister to run the current health system of Iran? *International journal of preventive medicine*. 2017;8.
15. Sajadi HS, Ahmadnezhad E, Abdi Z, Ehsani-Chimeh E, Majdzadeh R. (in press). An overview of the health-system transformation plans toward Universal Health Coverage in Iran 2018.
16. Ahmadnezhad E, Sajadi HS, Abdi Z, Ehsani-Chimeh E, Majdzadeh R. (in press). Universal Health Coverage in Iran; A proposal on how to move forward.

کتاب جامع

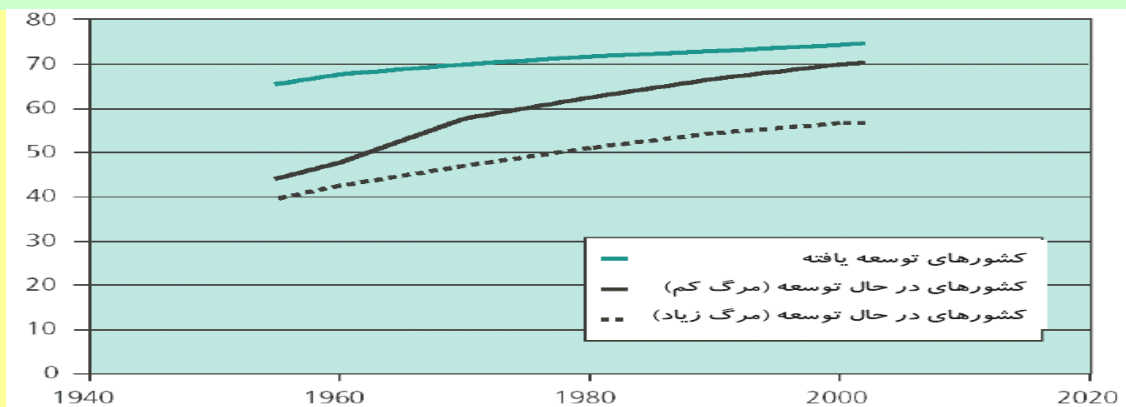
بهداشت عمومی

فصل ۲ / گفتار ۵ / دکتر محمداسماعیل اکبری، دکتر حسین حاتمی

گذار اپیدمیولوژیک، گذار سلامت

فهرست مطالب

اهداف درس	۱۲۹
مقدمه	۱۲۹
اولین گذار اپیدمیولوژیک	۱۳۰
دومین گذار اپیدمیولوژیک	۱۳۲
مراحل کاهش میزان مرگ ناشی از بیماری‌های عفونی در اروپا	۱۳۲
سومین گذار اپیدمیولوژیک	۱۳۳
نوپدیدگی بیماری‌های عفونی و امواج سه گانه گذار اپیدمیولوژیک	۱۳۶
نوپدیدگی‌های اخیر	۱۳۷
راهکارهای ارتقای سلامت در جمهوری اسلامی ایران	۱۳۹
الف - بهبود شیوه زندگی	۱۳۹
ب - مراقبت از بیماریها	۱۴۱
منابع	۱۴۱



گذار اپیدمیولوژیک، گذار سلامت Epidemiological transition, Health transition

دکتر محمداسماعیل اکبری، دکتر حسین حاتمی
دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی

اهداف درس

انتظار می‌رود فراگیرنده، پس از گذراندن این درس، بتواند:

- گذار اپیدمیولوژیک را تعریف نموده مثال‌های واضحی ارائه دهد
- گذار سلامت را توضیح دهد
- عوامل موثر بر گذار اپیدمیولوژیک را فهرست نموده و شرح دهد
- تاریخچه گذار اپیدمیولوژیک را توضیح دهد
- علل پیرشدن جمعیت‌ها را بیان کند
- راهکارهای ارتقاء سلامت در جمهوری اسلامی را شرح دهد
- راه‌های حفظ و ارتقاء سلامت حرفه‌های پزشکی را توضیح دهد.

مقدمه

نه گذار اپیدمیولوژیک به آن گونه‌ای که تصور می‌شد یک پدیده یک طرفه عبور از کنترل بیماری‌های عفونی و نهایتاً دستیابی به کنترل بیماری‌های غیرمسری است و نه نوپدیدگی و بازپدیدگی بیماری‌های عفونی، پدیده بدیعی است که هرگز در طول تاریخ، رخ نداده و صرفاً طی چهار دهه گذشته به وقوع پیوسته باشد! بلکه کل این پدیده‌ها به همراه تغییرات جمعیت‌شناختی، واقعیتی تحت عنوان گذار سلامت را تشکیل می‌دهند که در طول تاریخ نه به عنوان پدیده و واکنشی یک طرفه و ایستا! بلکه دوطرفه و پویا به وقوع پیوسته و همچنان ادامه خواهد یافت و هرچند بسیاری از این تغییرات، حاصل ارتباط متقابل انسان و محیط اکولوژیک و فرهنگی - اجتماعی اوست ولی گاهی تحت تاثیر عمیق حوادث طبیعی نوظهوری نظیر گرم شدن کره زمین، پدیده El Nino و امثال اینها نیز قرار گرفته و حوادث پیش بینی نشده‌ای به بار می‌آورد و بروز و شیوع هر دو نوع بیماری عفونی و غیرعفونی را تحت تاثیر قرار می‌دهد.

بدیهی است که تحولات ژنتیک و موتاسیون‌های مربوطه نیز می‌تواند از عوامل پیدایش بیماری‌ها باشد که آن‌هم با تغییرات محیط، در تعامل بوده و مجموعه این تغییرات (محیط و ژن) عاملی در تغییر رفتار انسان‌ها و شیوه زندگی آنان هستند و این در حالیست که تغییر رفتار انسان‌ها را می‌توان شایعترین دلیل گذار سلامت دانست. امروزه معضل بیماری‌های عفونی نوپدید، بسیاری از باورهای بهداشتی را تحت الشعاع، قرار داده و توجه جوامع علمی را به خود معطوف داشته است و جالب توجه است که بسیاری از دانشمندان براین عقیده‌اند که نوپیدید بیماری‌های مُسری، صرفاً یک پدیده جدید نیست بلکه بارها اتفاق افتاده و نقش عظیمی در تاریخ تحولات بهداشتی، ایفاء نموده است و حتی برخی از محققین، ادعا نموده‌اند که تا کنون با سه گذار اپیدمیولوژیک (E. Transition) عمده، مواجه بوده‌ایم، به طوری که اولین گذار، در اواخر دوره پارینه سنگی (Paleolithic) و دوران نوسنگی (Neolithic)، حادث گردیده و دومین گذار، با آغاز عصر جدید و انقلاب صنعتی، شکل گرفته و بالاخره سومین گذار که از حدود سه دهه قبل آغاز گردیده است همچنان ادامه دارد.

اولین گذار اپیدمیولوژیک

بدون شک، جوامع اولیه انسانی از وسعت چندانى برخوردار نبوده و علیرغم پراکندگی آن امکان ارتباط سریع نیز بین آنان وجود نداشته و لذا احتمال بروز همه‌گیری‌های وسیع نیز ناچیز بوده است و به نظر می‌رسد تحت آن شرایط، زندگی در غارها، مواجهه با اکتوپارازیت‌ها را اجتناب ناپذیر می‌کرده و انسان اولیه از همان آغاز زندگی با اینگونه بلايا دست به گریبان بوده است و گیاهخواری و خامخواری و مصرف گوشت خام نیز مزید بر علت شده و باعث انتقال بیماری‌های ویژه‌ای می‌گردیده 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، ویژگی‌های دموگرافیک و عاداتی که منجر به تماس بیشتر انسان با حیوانات می‌گردیده نیز تاثیر عظیمی داشته و زمینه را برای ابتلاء به بسیاری از بیماری‌های مشترک بین حیوانات و انسان‌ها (زئونوزها) مساعد نموده و شاید بیشترین علل مرگ و میر را به خود اختصاص داده است.

اسکان گروه‌هایی از انسان‌ها در یک منطقه و توسعه روابط اجتماعی و به تبع آن افزایش تماس مستقیم انسان‌ها زمینه را برای انتشار بیماری‌های مسری، مساعد نموده و انباشته شدن فضولات انسانی هم مزید بر علت گردیده موجبات افزایش ماکروپارازیت‌ها و عفونت‌های 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 بیماری‌هایی نظیر توبرکولوز، آنتراکس، تب Q . . . و بروسلوز به آسانی از طریق تماس و مصرف فراورده‌های حیوانی به انسان منتقل گردیدند و جای تعجب نیست اگر اینگونه فرض شود که بیماری‌های اصلی و عوامل مهم منجر به مرگ انسان‌های آن زمان را زئونوزهای مرتبط با حیوانات اهلی، تشکیل می‌دادند. ضمناً فعالیت‌های کشاورزی، باعث افزایش تماس با انگل‌های بدون ناقل (Vector) نظیر شیستوزوما و کرم‌های گوارشی که تخم آن‌ها از طریق فضولات انسانی، به مزارع رسیده و باعث آلودگی فراورده‌های کشاورزی می‌شود، گردیده و انباشتن مواد غذایی نیز آغاز و احتمالا باعث طغیان‌های نسبتا وسیعی از مسمومیت‌های غذایی، شده است.

از طرف دیگر تماس بسیار نزدیک با علوفه به هنگام چیدن آن‌ها انسان را در معرض گزش حشرات و ابتلاء به بیماری‌هایی نظیر تیفوس اسکراب، قرار داده و بر اساس عادات زندگی انسان‌ها 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 بهره‌گیری بهتر از ابزارهای جدید، در عصر نوسنگی نبر بدون شک بیماری‌های جدیدی پا به عرصه وجود گذاشته و به دلیل افزایش جمعیت، گاهی بیماری‌های ناشی از کمبود غذا و سوء تغذیه نیز مزید بر علت شده و زمینه را برای بروز بیماری‌های عفونی فراهم می‌کرده و از طرفی زندگی در آن شرایط باعث بوجود آمدن طبقات اجتماعی مختلفی شده و آثار و بقایای انسان‌ها در آن دوران و از جمله تغییرات موجود در استخوان‌های آنان حاکی از این واقعیت است که زنان و کودکانی که متعلق به طبقات اجتماعی ضعیف تری بوده‌اند در اولین گذار اپیدمیولوژیک، از بیماری‌های بیشتری رنج می‌برده‌اند. تا آنجا که در دوران نوسنگی، مقایسه استخوان‌ها با موارد مشابه مربوط به اجداد آنان موارد مرگ و میر بیشتر، مشکلات دندانی و اختلال در رشد استخوانی در نسل جدید را نشان می‌دهد.

با افزایش جمعیت انسان‌ها و آغاز شهرنشینی، در مناطق مختلف، بر وسعت و شدت همه‌گیری‌ها افزوده شده و با گسترش شهرها بر تراکم جمعیت‌ها و بروز همه‌گیری‌های با منبع مشترک، افزوده گردیده و از جمله همه‌گیری‌های کُلا مصیبت‌های فراوانی به بار آورده و همه‌گیری‌های 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 می‌شده و زمانی که همه‌گیری‌ها و طغیان‌های ناشی از بیماری‌های عفونی باعث ابتلاء بزرگسالان می‌شده چرخ اقتصاد خانواده‌ها را نیز فلج می‌کرده است. تا آنجا که در دوره‌های بعدی، ابتلاء به سبب باعث هلاکت یک سوّم جمعیت بسیاری از کشورهای اروپایی گردیده و مرگ سیاه (طاعون) قرن سیزدهم باعث از بین بردن یک چهارم جمعیت اروپا شده است و مسافرت‌های بین شهری و بین قاره‌ای نیز باعث تماس بیشتر و انتشار وسیعتر برخی از بیماری‌ها و از جمله موجب بروز همه‌گیری‌های 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 بیماری‌های دژنراتیو و ساخته دست بشر داده‌اند. بدیهی است که کاهش میزان بروز بیماری‌های عفونی در قرن نوزدهم و بیستم، تحت تاثیر عوامل مختلف و از جمله، پیشرفت‌های 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 اوّل از اواخر قرن هفدهم آغاز گردیده و تا آغاز قرن نوزدهم، ادامه یافته است به طوری که در این مرحله فقط همه‌گیری‌های پراکنده‌ای از طاعون، آبله و تیفوس رخ داده است.

۲ - مرحله دوّم 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 مولید، باعث افزایش توده جمعیت شده است.

۳ - مرحله سوّم با کشف آنتی بیوتیک‌ها 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 نشده‌ای برای سلامت انسان‌ها 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 شده‌اند عبارتند از: سرطان، دیابت، بیماری‌های عروق کرونر و بیماری‌های انسدادی ریه‌ها. صنعتی شدن جوامع مخصوصاً در شهرها باعث آلودگی آب و هوا و نهایتاً افزایش میزان بروز برخی از سرطان‌ها، بیماری‌های حساسیتی، اختلالات زایمانی و اختلال در رشد مغزی و اثرات سایکوسوماتیک گردیده، این معضلات نیز به مجموعه فوق، افزوده شد و میزان بروز بیماری‌هایی نظیر افزایش فشار خون، افسردگی، بی‌قراری و امثال اینها به طور روزافزونی افزایش یافت و همانگونه که در ارتباط با عصر

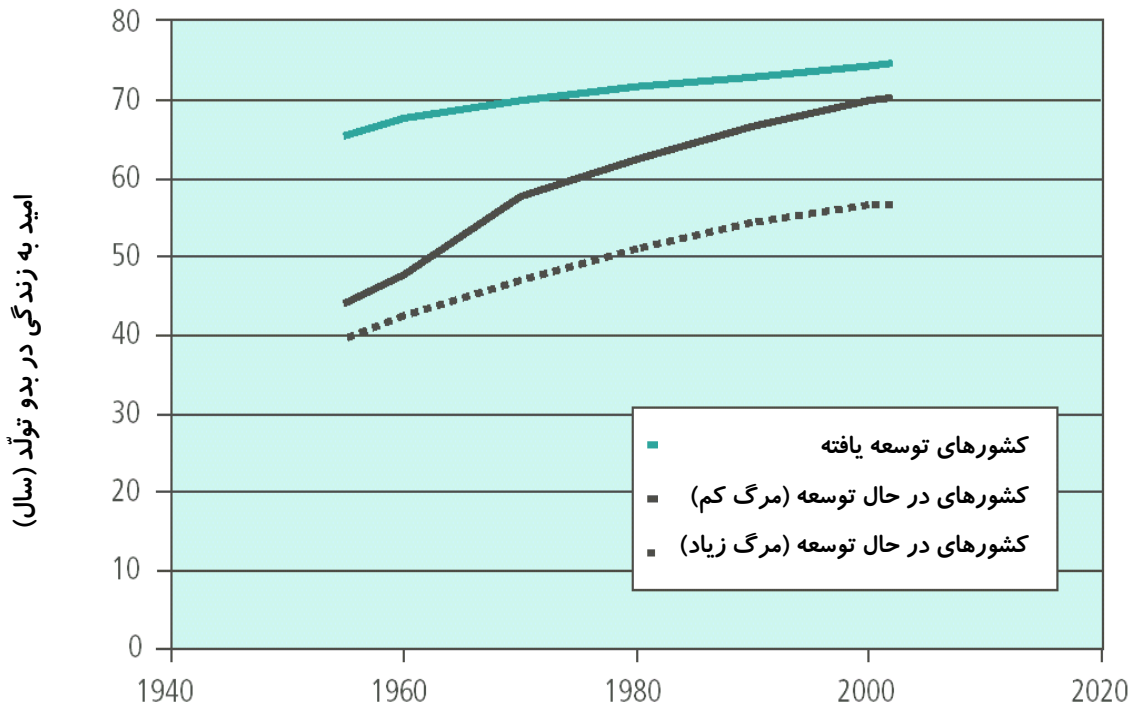
پارینه سنگی و اولین گذار اپیدمیولوژیک نیز یادآور شد: در دومین گذار اپیدمیولوژیک نیز نابرابری‌های اجتماعی باعث تفاوت‌های فاحشی بین میزان بروز بیماری‌ها و مرگ ناشی از آنها در طبقات مختلف اجتماعی گردیده است. به طوری که در جوامع کاملاً صنعتی، عوامل اقتصادی - اجتماعی، نژادی و حتی جنس انسان‌ها در ارتباط با میزان‌های متفاوتی از مرگ و میر ناشی از بیماری‌های عفونی و مزمن، بوده است و گویی همان شرایط غیرعادلانه‌ای 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 بقای 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 سرم‌های خوراکی، واکسیناسیون و تجویز آنتی بیوتیک‌ها اثرات انکارناپذیری بر کاهش میزان مرگ، اعمال نمود. در این کشورها شهرنشینی سریع همراه با نابرابری‌های اجتماعی و پاسخگو نبودن شالوده بهداشت عمومی باعث افزایش میزان بروز بیماری‌های عفونی در افراد فقیر شهرنشین و بیماری‌های دژنراتیو، در افراد متمول گردیده است.

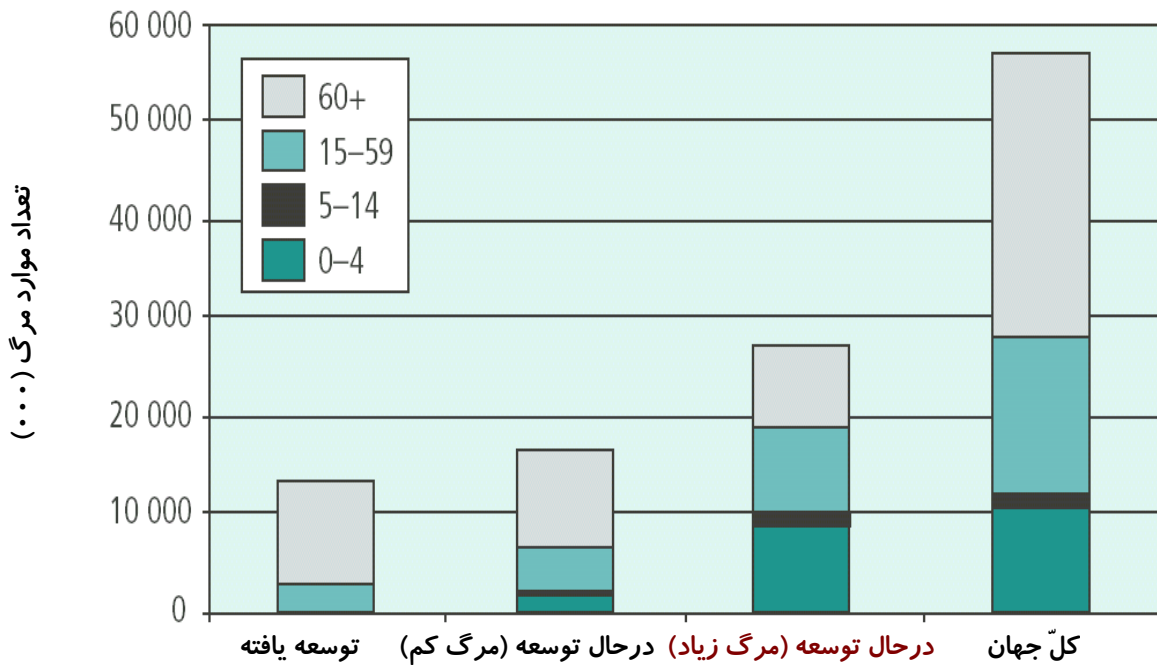
سومین گذار اپیدمیولوژیک

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

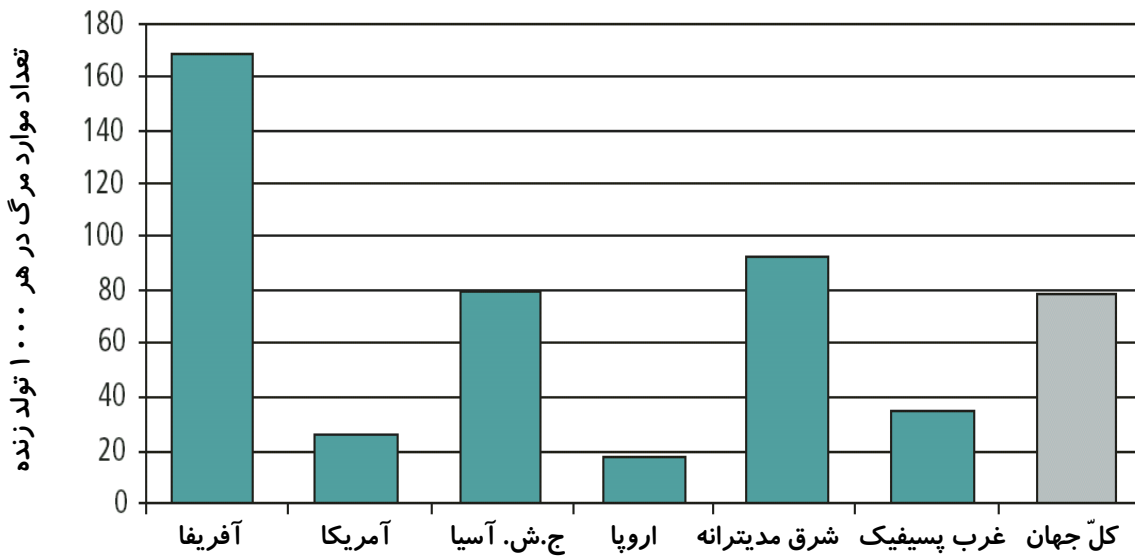
شایان ذکر است که هرچند براساس گزارش بهداشت جهانی در سال ۲۰۰۳ امید به زندگی در بدو تولد، در زنان ساکن کشورهای توسعه یافته، به ۷۸ سال رسیده است ولی این رقم برای مردان ساکن منطقه زیر صحرای آفریقا که شدیداً درگیر همه‌گیری HIV/AIDS هستند کمتر از ۴۶ سال می‌باشد و میلیون‌ها کودک در سطح جهان و مخصوصاً در آفریقا ممکن است هرگز شاهد پنجاهمین سالروز تولد خود نباشند؛ فاجعه فلاکت‌باری که احتمال وقوع آن در حال حاضر بیشتر از یک دهه قبل است و علت اصلی آن نیز تداوم معضل بیماری‌های عفونی قدیمی، نوپدید و بازپدید و اضافه شدن مشکل بیماری‌های غیرمُسری، می‌باشد و بنابراین ملاحظه می‌گردد که هرچند در سومین گذار اپیدمیولوژیک، از میزان مرگ ناشی از بیماری‌های عفونی کاسته شده و بر امید به زندگی در بدو تولد، افزوده گردیده است ولی این تغییرات مثبت، برای تمام مردم جهان، به هیچ وجه، یکسان نبوده است (نمودار ۱) و از اینها گذشته الگوی مرگ نیز در کشورهای مختلف جهان، با یکدیگر متفاوت بوده به طوری که از تعداد ۵۷ میلیون مورد مرگی که در سال ۲۰۰۲ رخ داده است حدود ۲۰٪ آن در نوجوانان و کودکان کمتر از



نمودار ۱ - روند امید به زندگی در بدو تولد در سطح جهان

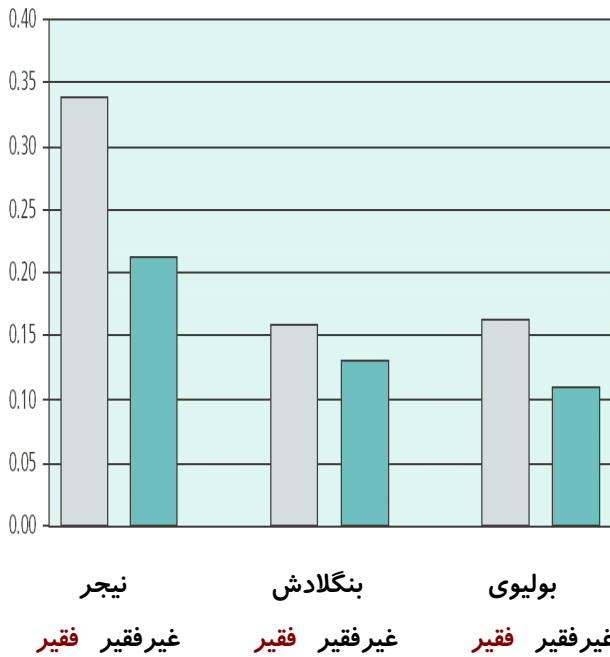


نمودار ۲ - توزیع سنی موارد مرگ در مناطق مختلف جهان



نمودار ۳ - موارد مرگ کودکان در مناطق ششگانه سازمان بهداشت جهانی در سال ۲۰۲۲

احتمال مرگ در سنین قبل از ۵ سالگی



نمودار ۴ - تاثیر شرایط اقتصادی - اجتماعی بر میزان مرگ کودکان در کشورهای در حال توسعه

جدول ۱ - علل اصلی مرگ کودکان در کشورهای در حال توسعه در سال ۲۰۲۲

درصد	علل مرگ
۲۳/۱	شرایط حول زایمان
۱۸/۱	عفونت‌های دستگاه تنفس تحتانی
۱۵/۲	بیماری‌های اسهالی
۱۰/۷	مالاریا
۵/۴	سرخک
۳/۸	نقایص مادرزادی
۳/۶	HIV/AIDS
۲/۹	سیاه سرفه
۱/۸	کزاز
۱/۳	سوء تغذیه (پروتئین / انرژی)
۱۴	سایر علل

۲۰ ساله آنهم عمدتاً (۹۸٪) در کشورهای در حال توسعه، حادث گردیده در حالیکه بیش از ۶۰٪ موارد مرگ در کشورهای توسعه یافته، در سنین ۷۰ سالگی به وقوع پیوسته است (نمودار ۲). همچنین احتمال مرگ کودکان کمتر از ۵ ساله نیز در مناطق مختلف جهان، متفاوت بوده ارتباط مستقیمی با فقر و وضعیت غیربهداشتی مردم، داشته است. تا آنجا که از ۲۰ کشور با بالاترین میزان مرگ، ۱۹ کشور در منطقه آفریقا واقع بوده، احتمال وقوع مرگ در سنین قبل از ۵ سالگی در کودکانی که در سیرالئون متولد می‌شوند ۳/۵ برابر کودکان هندی و بیش از یکصد برابر کودکان ایسلندی می‌باشد و این در حالیست که میزان مرگ کودکان در ژاپن، سنگاپور و سیزده کشور اروپایی، کمتر از ۵ نفر در ۱۰۰۰ نفر موالید زنده بوده است (نمودارهای ۳ و ۴) و جالب توجه است که عمده ترین علل مرگ در کشورهای در حال توسعه را بیماری‌های عفونی تشکیل می‌دهد (جدول ۱ و نمودار ۵).

جدول ۲ - مقایسه علل مرگ در تهران (سال ۱۳۵۰) و ۱۸ استان کشور (سال ۱۳۸۰)

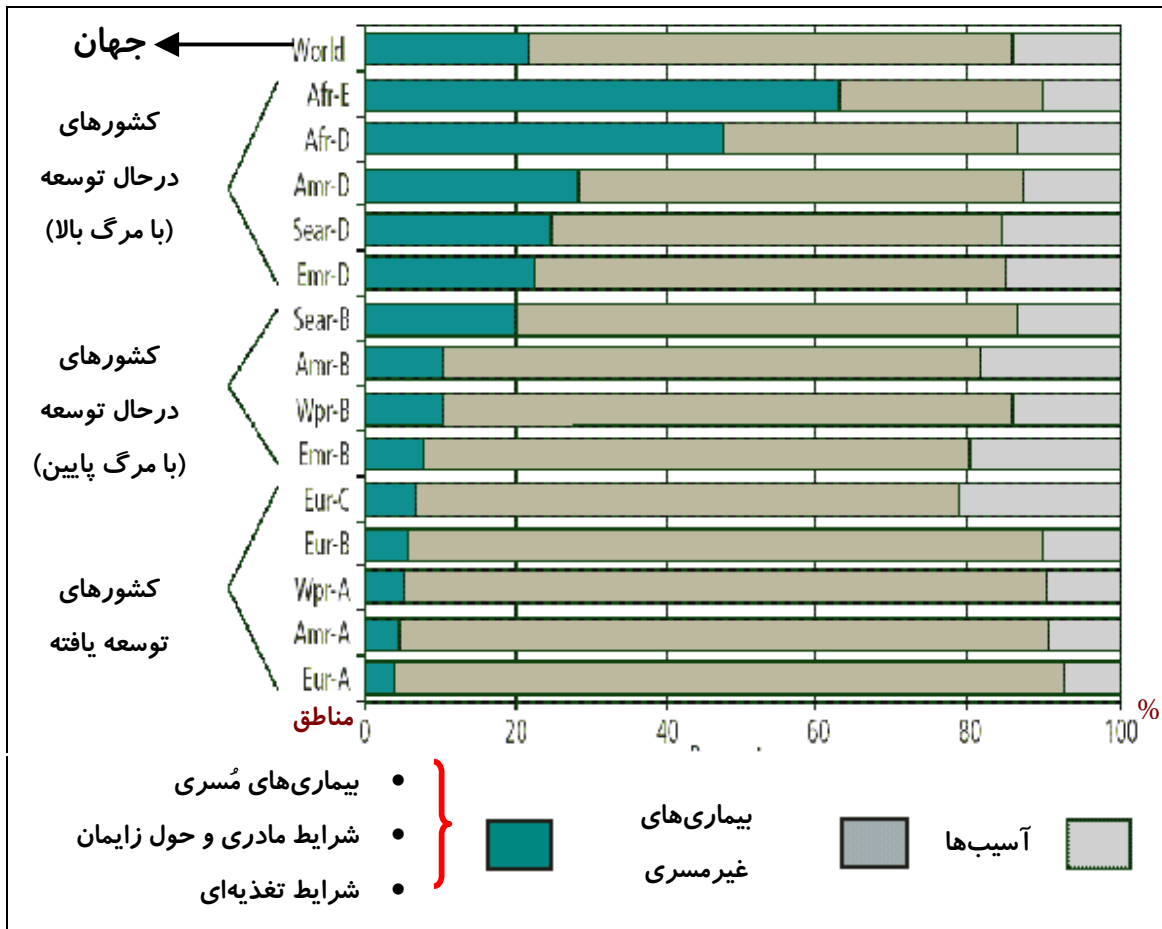
تهران در سال ۱۳۵۰ (در ۱۰۰۰۰ نفر)	۱۸ استان در سال ۱۳۸۰ (در ۱۰۰۰۰ نفر)
۶۲	۴/۷۷ ←
۴۶	۰/۹۶ ←
۱۲	۰/۷۶ ←
۹	۱/۲۲ ←
۵	۰/۰۲ ←
۲/۵	۰/۰۳ ←
۲/۵	۰ ←
۱	۰/۰۲ ←
۴۲	۱۴۸/۴ ←
۵۱	۶۹/۲ ←

نوپدیدی و بازپدیدی بیماری‌های عفونی و امواج سه گانه گذار اپیدمیولوژیک

پدیده نوپدیدی بیماری‌های عفونی در حال حاضر حاکی از وقوع سومین گذار اپیدمیولوژیک است که با سه موج عظیم، مشخص گردیده است :

- ۱ - بسیاری از بیماری‌هایی که قبلاً وجود نداشته است طی سه دهه گذشته پا به عرصه وجود گذاشته و مرگ و میر فراوانی در بالغین به بار آورده است
- ۲ - بر میزان بروز و شیوع بسیاری از بیماری‌هایی که تصور می‌رفت، تحت کنترل می‌باشند، افزوده شده است

۳ - بسیاری از بیماری‌هایی که قبلاً به آنتی بیوتیک‌های موجود، پاسخ می‌دادند با سرعتی بیش از زمان لازم برای تولید آنتی بیوتیک‌های موثر، نسبت به داروهای موجود، مقاوم شده‌اند. این روند با افزایش جهانی شدن، رو به افزایش بوده و نه تنها بر میزان تجارت‌های ملی و بین‌المللی، مهاجرت و تشکیل شبکه‌ها بلکه همگرایی اکولوژی بیماری‌های انسانی نیز اثرگذار بوده است.



نمودار ۵ - بار (DALYs) ناشی از بیماری‌ها در بالغین بالاتر از ۱۵ ساله جهان در سال ۲۰۰۲

نوپدیدی‌های اخیر

از سال ۱۹۷۳ تا کنون بیش از ۳۰ عامل بیماری‌زای جدید، شناسایی شده است به طوری که بسیاری از آن‌ها از قبل نیز وجود داشته ولی تشخیص داده نشده بوده و تعدادی از آن‌ها وجود نداشته و طی این مدت، پا به عرصه وجود گذاشته‌اند که از نظر تعریف کلی، تفاوتی بین این دو گروه نبوده و همگی جزو عوامل عفونت‌زای نوپدید، طبقه بندی می‌شوند. مثال بارزی که در این باره می‌توان ارائه داد لژیونلا پنوموفیلا است که در تعقیب همه‌گیری مرگباری که در سال ۱۹۷۶ ایجاد کرد تشخیص داده شد ولی بعداً به صورت گذشته نگر، مشخص شد

که قبل از آن هم وجود داشته و حدود ۶-۲ میلیون مورد مرگ نیز به بار آورده که به حساب پنومونی با علت نامشخص، گذاشته شده است.

مثال دیگر HIV/AIDS است که به عنوان بزرگترین تراژدی عفونی اواخر قرن بیستم به حساب می‌آید و در اغلب نقاط جهان و از جمله در کشور ممتولی نظیر ایالات متحده، به عنوان دومین عامل عفونی منجر به مرگ، شناخته شده است و به استثنای جهانگیری آنفلوآنزای سال ۱۹۱۸ که در کلیه نقاط جهان و از جمله در بعضی از کشورهای با وضعیت اقتصادی خوب، مرگ و میر فراوانی به بار آورد شاید تلفات و آسیب‌های اجتماعی ناشی از هیچ بیماری عفونی دیگری به اندازه ایدز نبوده است.

بازپیدی سل در بعضی از کشورهای ممتول را به کاهش هزینه‌های مرتبط با ادامه کنترل این بیماری و تساهل ناشی از پاسخگویی اقدامات کنترلی قبلی در این ممالک، نسبت داده‌اند. زیرا موفقیت نسبی در کنترل سل و موفقیت‌های اولیه ناشی از کنترل آبله و پولیومیلیت در دهه‌های ۱۹۵۰ و ۱۹۶۰ دنیای پزشکی غرب را به اشتباه انداخت و این شبهه را القاء کرد که وقت آن رسیده است که دیگر دفتر بیماری‌های عفونی را بسته و به معضلات روزافزون بیماری‌های دژنراتیو، پرداخته شود. ولی متأسفانه این دفتر، هرگز بسته نشده و حتی همواره فصول جدیدی نیز به آن اضافه گردیده تا آنجا که سل نه تنها در دنیای غرب بلکه در کل جهان طغیان کرده و بازپدید شده و بازپیدی دیفتری در شوروی سابق که حاصل توقف واکسیناسیون جامعه‌ای بود که به غلط تصور می‌شد برای همیشه در مقابل این بیماری، مصون گردیده‌اند، باعث بزرگترین همه‌گیری این بیماری در سرزمین گسترده شوروی سابق شده است.

شایان ذکر است که هرچند نوپیدی و بازپیدی بیماری‌های مُسری، پدیده‌ها و واقعیت‌های انکارناپذیری هستند که ریشه در قرون و اعصار گذشته دارند ولی مبدا از نوپیدی بیماری‌های غیرمُسری قلب و عروق، ناشی از استعمال دخانیات و حوادث و سوانح رانندگی و امثال اینها که زاینده تمدن و شهرنشینی و تغییر در شیوه زندگی هستند غافل گردیم و لذا ضمن مبارزه بی وقفه با اینگونه نوپیدی‌ها که بدون شک معضلات بهداشتی اصلی قرن حاضر را تشکیل می‌دهند از این واقعیت نیز غافل نماییم که آنچه که مد نظر کارگزاران بهداشتی است بدون شک، حذف و ریشه کنی بیماری‌های با مخازن انسانی و کنترل بیماری‌های با مخازن حیوانی است و هرچند این روند با آهنگ ظاهراً کندی به پیش می‌رود و تابحال فقط در مورد آبله، تحقق یافته است ولی به زودی شاهد ریشه کنی پولیومیلیت و در آینده‌ای نه چندان دوری شاهد حذف هپاتیت B، سرخک، سرخجه، دیفتری و بسیاری از بیماری‌های دیگر نیز خواهیم بود.

نکته قابل ذکر دیگر اینکه بدون شک، نوپیدی و بازپیدی بیماری‌ها از یک طرف بر آگاهی‌های پزشکی و علوم مرتبط با آن افزوده و از طرف دیگر نیازهای جدید تشخیصی، درمانی و کنترلی را برانگیخته است. همچنین هریک از بیماری‌های نوپید و بازپیدی که طی سه دهه گذشته حادث گردیده، حامل پیام‌های بهداشتی سازنده‌ای بوده است که به دقت باید مورد بازنگری قرار گرفته و از تجربیات حاصله، در پیشگیری از بروز و اداره و کنترل همه‌گیری‌های مشابه احتمالی، مورد استفاده قرار گیرد. مثلاً نوپیدی HIV/AIDS به عنوان سبب بیماری‌های نوپید منتقله از طریق خون و فراورده‌های آن، نوپیدی ویبریوکلرای O139 به عنوان شاخص بیماری‌های نوپید منتقله از طریق آب . . . و نوپیدی SARS-CoV به عنوان نمونه بارز بیماری‌های منتقله از

طریق ذرات قطره‌ای، همگی بدون شک حامل این پیام بهداشتی هستند که عوامل نوپدید و بازپدید نیز همچون عوامل عفونت‌زای شناخته شده، از طریق خون، پوست، مخاط، گوارش . . . و تنفس، منتقل می‌شوند و برای مبارزه با هریک از نوپدیدی‌های آینده در درجه اول نیاز به بازآموزی شیوه‌های کنترلی قدیمی و فعلی و در صورت امکان، نوآموزی شیوه‌های اختصاصی، می‌باشد و هرچند تصور و پیش بینی زمانی که درد و بیماری وجود نداشته باشد در حال حاضر، دور از ذهن به نظر می‌رسد ولی پیش‌گویی زمانی که انسان بتواند بروز بیماری‌ها، طغیان‌ها، همه‌گیری‌ها و جهانگیری‌ها را پیش بینی نموده و حتی قبل از وقوع به پیشگیری و مبارزه پرداخته و در صورت وقوع، به اقدامات درمانی و کنترلی کاملاً موثری بپردازد چندان دور از ذهن نمی‌باشد و بدون شک، *سرافراز، نصیب ملت‌هایی خواهد شد که با دوراندیشی‌های لازم به فکر حفظ و ارتقاء سلامت انسان‌ها، در آرزوی استقرار عدالت جهانی به منظور دستیابی کلیه انسان‌ها به مواهب موجود و از جمله نعمت سلامتی، باشند.*

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 بُعد جسمی نمی‌شناسیم بلکه جامعیتی برای آن قائل هستیم که دوری از آن معرّف 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 می‌طلبد مثل خدمات و مراقبت‌های ادغام یافته (Integration) و برنامه ریزی برای همه سنین اگر چه ممکن است اجراء برنامه‌ای را برای سن یا گروه خاصی شروع کنیم ولی برنامه ریزی و اجرا در همه زمینه‌ها برای هر دو جنس باید مد نظر باشد و در تمام برنامه‌های 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 چهارچوب اجرایی زیر را پیشنهاد می‌کنیم:

تامین و ارتقای سلامت در دو مقوله جداگانه و کاملاً مرتبط با هم دیده می‌شوند.

(الف) بهبود شیوه زندگی (Life style)

(ب) مراقبت از بیماری‌ها.

موضوع توانبخشی را می‌توان شاخه سوم این عملکرد، شناخت ولی برای جلوگیری از اطاله کلام می‌توان آن را در مقوله‌های "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 یافته‌ایم. یادآور می‌شود 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 محور، تعریف کرده و صراحتاً می‌گوید: 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 همکاری‌های بین بخشی

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

تغییر رفتار \Rightarrow عمل + اعتقاد + علم

و برای ماندگاری این تغییر رفتار، ضرورت دارد عمل، به یک فرهنگ عمومی تبدیل شود تا عامل محرک‌ای 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 بخش‌های 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 درازمدت، برای تامین سلامت مردم، زیانبار باشد.

بدیهی است که اثر بخشی دو روش فوق، برای اصلاح شیوه زندگی، متفاوت است ولی معمولاً قانون‌مندی و رعایت آن با محوریت سلامت، از اهمیت بیشتری برخوردار می‌باشد. به عنوان مثال با توانمندسازی فرد و جامعه می‌توان مردم را به مصرف کمتر روغن، نمک، قند و . . . ترغیب کرد، اما اگر با بهره‌گیری 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 روغن‌های مصرفی، مرگ و میر ناشی از بیماری‌های قلبی عروقی به علت چربی را حدود ۵۰٪ کاهش داده‌اند.

همینطور اگر یارانه دولتی برای مواد قندی و چربی را حذف نموده به جای آن برای مواد غذایی دیگری نظیر میوه‌ها و سبزی‌ها یارانه مناسبی قائل شوند، اثرات سودمندتری بر سلامتی، اعمال خواهد شد. شایان ذکر است که اینگونه مثال‌ها 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 خواب‌آلوده و یا مست جلوگیری کنیم، اینگونه حوادث را تا حدود ۵۰٪ کاهش خواهیم داد و چنین استدلال‌هایی را در رابطه با اجرای قوانین ایمنی در احداث ساختمان‌ها به منظور مقابله با بلایای طبیعی نیز می‌توان به کار برد.

ب - مراقبت از بیماری‌ها

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

تهیه پروتکل‌های علمی برای تشخیص و درمان بیماری‌ها و تهیه برنامه‌های 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 بیماری‌ها 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 می‌رسد اینست که: آنان که در صف مقدم جبهه‌های دفاع بهداشتی، مشغول حفظ و حراست از سلامتی و ارتقای آن هستند یعنی کارکنان حرفه‌های پزشکی و بهداشت اعم از دانشمندان و پژوهشگرانی که عمر خود را در سنگرهای پژوهش عرصه‌ای، آزمایشگاهی و بالینی می‌گذرانند تا حافظان ثغور بهداشت و درمان، از دورافتاده ترین نقاط تا مراکز استان‌ها اگر همواره با عشق و ایثار، در سنگرهای رفیع خدمت رسانی، نمی‌بودند و در این صفوف مقدم، حضور نمی‌داشتند بدون شک همه انسان‌ها به سرعت تسلیم حملات تهاجمی عوامل عفونتزا و سایر عوامل بیماریزا می‌شدند و نه تنها خبری از ارتقای سلامت نبود بلکه حفظ سلامتی و ادامه حیات نیز برای آنان غیرممکن می‌بود 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 می‌داند با برقراری و حفظ امنیت بهداشتی در محیط کار، تامین وسایل و تجهیزات حفاظت کارکنان، تشکیل پرونده بهداشتی، تزریق واکسن‌های لازم، معاینات و پیگیری‌های آدواری و نوآموزی و بازآموزی‌های مداوم، که در کتاب نوپدیدی و بازپدیدی بیماری‌ها و سلامت حرفه‌های پزشکی به آن پرداخته شده است، همواره شاهد سلامتی و شادابی این عزیزان باشد.

منابع

1. WHO, Shaping the Future, World, Health Report 2003, pp. 1-181.
 2. John C. Caldwell, Public Health in Transition, Bulletin of the World Health Organization, 2001; 79(2): 159-70.
 3. Binder S, Levitt AM, Sacks JJ, Emerging infectious diseases: Public health issues for the 21st century, Science, 1999; 284:1311-13.
 4. Barrett R, Kuzawa WC, McDade T, Armelagos GJ, Emerging and Re-Emerging Infectious diseases: The Third Epidemiologic Transition, Annu. Rev. Anthropol. 1998; 27:247-71.
- ۵ - اکبری، محمداسماعیل، راهکارهای ارتقای سلامت در جمهوری اسلامی ایران، دومین کنگره ملی بهداشت عمومی و طب پیشگیری، دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه، سال ۱۳۸۰.

کتاب جامع

بهداشت عمومی

فصل ۲ / گفتار ۶ / دکتر صادقی پور، دکتر خسروانی، دکتر حاتمی
خطرات تهدیدکننده سلامت در جهان و ایران و راهبردهای آن

فهرست مطالب

۱۴۳.....	اهداف درس
۱۴۳.....	مقدمه
۱۴۵.....	تعاریف خطر و عوامل مرتبط با آن
۱۴۶.....	تاثیر کمی تعدادی از خطرات عمده بر سلامت
۱۴۷.....	رابطه میان سطح عوامل خطر و فقر
۱۴۷.....	تاثیر بالقوه تغییر توزیع فقر بر سطح عوامل خطر
۱۴۷.....	تقسیم بندی آسیب‌های قابل انتساب به عوامل خطر
۱۴۸.....	کمبود تغذیه مادر و کودک
۱۵۰.....	سایر عوامل خطر مرتبط با رژیم غذایی و عدم فعالیت فیزیکی
۱۵۱.....	سلامت جنسی و باروری
۱۵۲.....	مواد اعتیاد آور
۱۵۳.....	خطرات محیطی
۱۵۵.....	سایر خطرات محیطی برای سلامت
۱۵۶.....	خطرات شغلی
۱۵۸.....	سوء رفتار و خشونت
۱۵۸.....	مهمترین علل مرگ در ایران سال ۱۳۷۹
۱۶۹.....	مواد اعتیادآور
۱۷۱.....	منابع

خطرات تهدیدکننده سلامت در جهان و ایران و راهبردهای آن

دکتر حمیدرضا صادقی پور*، دکتر مسعود خسروانی*، دکتر حسین حاتمی**
*دانشگاه علوم پزشکی تهران، **دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی

اهداف درس

انتظار می‌رود فراگیرنده، پس از گذراندن این درس، بتواند:

- خطر را تعریف نموده، عوامل مرتبط با آن را نام ببرد
- وظایف دولت‌ها در قبال حفظ سلامت مردم در مقابل خطرات را متذکر شود
- تاثیر وضعیت اقتصادی - اجتماعی، بر سلامت را توضیح دهد
- رابطه میان سطح عوامل خطر و فقر را شرح دهد
- آسیب‌های قابل انتساب به عوامل خطر را طبقه بندی کند
- خطرات ناشی از کمبود تغذیه مادر و کودک را شرح دهد
- راهبرد مبارزه با روابط جنسی غیرایمن را شرح دهد
- تاثیر شیوه زندگی بر راهبردهای کاهشدهنده خطر را متذکر شود
- نحوه مبارزه با خطر عواملی نظیر فشار خون و چربی بالا را شرح دهد.

مقدمه

مردم در همه جا و در تمام طول زندگی خود با تعداد تقریباً بی‌شماری از خطرات تهدیدکننده سلامت مواجه می‌شوند. این خطرات می‌توانند به شکل‌های گوناگونی از جمله بیماری‌های مُسری یا غیرمُسری، آسیب‌ها، فرآورده‌های مصرفی، خشونت و یا بلایای طبیعی باشند. گاهی کل یک جامعه در معرض خطرات و گاهی تنها یک نفر، درگیر می‌شود. اکثر خطرات، در گروه‌های فقیر، تجمع می‌یابند. ضمناً هیچ خطری به تنهایی رخ نمی‌دهد و ریشه بسیاری از این خطرات در زنجیره‌های پیچیده وقایعی نهفته است که مدّت‌های مدیدی به درازا می‌کشند. هر خطر، علّت خاص خود را دارد و برخی از آن‌ها چندین علّت دارند. در این گفتار، "خطر" به این ترتیب تعریف

می‌شود: *احتمال بروز یک واقعه نامطلوب یا عاملی که این احتمال را افزایش داده و سلامتی را به مخاطره می‌اندازد.* درک انسان‌ها از خطر و عکس‌العمل‌های آن‌ها در مقابل آن براساس تجربه گذشته و اطلاعات و ارزش‌های دریافت شده از طریق منابعی نظیر خانواده، جامعه و حکومت، شکل می‌گیرد. این تجربه یک فرایند آموزشی است که از کودکی آغاز می‌گردد. مانند وقتی که کودکان یاد می‌گیرند با آتش بازی نکنند و آموخته‌های آنان طی دوران بلوغ نیز به طور مستمر روزآمد می‌شود. حضور و وقوع برخی از خطرات نظیر همه‌گیری بیماری‌ها، فراتر از حد **کنترل فردی** است ولی تقویت و حذف خطرات دیگر همچون سیگار کشیدن یا کنترل مصرف مواد ناسالم، در حیطه توان ما قرار دارد. بستن کمربند ایمنی یک اقدام فردی برای کاهش خطر آسیب است، اما تصویب قانونی که بستن کمربند ایمنی را اجبار می‌کند یک **اقدام دولتی** است که به نمایندگی از کل جمعیت انجام می‌گیرد.

دولت‌ها 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 نظام‌مند 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 می‌تواند تصویری کلی و بسیار ارزشمند از نقش نسبی خطرات مختلف در سلامت انسان به دست دهد. می‌تواند با توجه و تاکید بر آن خطرات، امکان بالقوه دستیابی به فواید بهداشتی را مشخص نماید و می‌تواند در طرح ریزی برنامه‌های پژوهشی و سیاست‌گذاری‌ها کمک کننده باشد. در این گفتار تصمیم داریم ضمن ایجاد تصویری روشن از معنای خطر و شاخص‌های ارزیابی آن به عوامل تهدیدکننده سلامت در کشورمان پردازیم و طی مقایسه مختصری با کشورهای در حال توسعه‌ی با مرگ و میر بالا، کشورهای در حال توسعه با مرگ و میر پایین و کشورهای توسعه‌یافته، وضعیت کشور خود را دریابیم و بتوانیم در حد توان به ارائه راهکارهای مناسب جهت کاهش این عوامل پردازیم.

این گفتار به توصیف خطرات تهدیدکننده سلامت در کشورمان می‌پردازد. به منظور محافظت از مردم و برای کمک به آن‌ها جهت محافظت از خود، دولت‌ها باید قادر باشند خطرات را ارزیابی کرده و هزینه اثربخش‌ترین 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. بیماری‌هایی نظیر سرطان‌ها، بیماری‌های قلبی، سکنه 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 این‌ها گذشته، هرچند به برکت بهبود شیوه‌های زندگی، ارتقاء آگاهی‌های بهداشتی مردم و همکاری در اجرای سیاست‌های بهداشتی سازمان جهانی بهداشت، از میزان بروز و شیوع بسیاری از بیماری‌های عفونی کاسته شده است ولی با توجه به نوپدیدی و بازپدیدی این بیماری‌ها و احتمال سوء استفاده افزون‌طلبان و ویژه‌خواهان، از عوامل بیولوژیک به منظور دستیابی به اهداف بیوتروریستی! هنوز مخاطرات ناشی از بیماری‌های عفونی پیشین به طور کامل، برطرف نشده است و خطرات ناشی از نوپدیدی و بازپدیدی بیماری‌ها و بیوتروریسم نیز مزید بر علت گردیده است و لذا ضمن پرداختن به بیماری‌های 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 می‌شود خطر به معنای احتمال یک پیامد نامطلوب و یا عاملی که این احتمال را افزایش می‌دهد می‌باشد.
- خطر می‌تواند 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 می‌تواند به معنای عاملی باشد که احتمال یک عارضه نامطلوب را افزایش می‌دهد برای مثال خطرات عمده سلامت کودکان عبارتند از سوء تغذیه، آب ناسالم و آلودگی هوا در محیط‌های بسته.
 - خطر می‌تواند به معنای یک پیشامد باشد برای مثال خطر ناشی از رانندگی در حین مستی چیست؟ (پاسخ: تصادف رانندگی)
 - خطر می‌تواند به معنای یک عارضه یا تهدید بالقوه باشد برای مثال آیا راندن موتورسیکلت بدون استفاده از کلاه ایمنی خطر دارد؟

شیوع خطر

نسبتی از جمعیت که با یک خطر خاصی مواجه می‌شوند، مثلاً شیوع مصرف سیگار در یک جمعیت خاص می‌تواند ۲۵٪ باشد. خطر نسبی (RR)، احتمال یک پی‌آمد 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 جمعیت‌های تعریف شده، امکان‌پذیر است، در جمعیت‌های 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 می‌شود.

عامل زیان بار

یک خصوصیت ذاتی و لاینفک مثلاً 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 ضعیف‌ترین افراد جامعه می‌باشد که تحصیلات رسمی اندک و مشاغل سطح پایینی دارند و با حقوق بهداشتی، اجتماعی و اقتصادی خود، آشنا نیستند و تحت تاثیر وابستگی‌های سیاسی - اقتصادی، به طرز روزافزونی بر آسیب‌پذیری آنان افزوده می‌شود 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 جنگ‌افروزی و حمایت از حکومت‌های دست‌نشانده، بر تداوم و تشدید این چرخه معیوب و بقای مثلث شوم "جهل، فقر و بیماری"، دامن می‌زنند. به گونه‌ای که طی یورش وحشیانه عربستان بر یمن که با حمایت کشورهای متمدن و دست‌نشانده‌های آنان به وقوع پیوسته است تنها در سال ۲۰۱۸ میلادی، هزاران نفر به طور مستقیم، جان خود را از دست می‌دهند و عده کثیری هم به علت سوء تغذیه، ابتلاء به وبا (کلرا)، دیفتری و سایر بیماری‌ها قربانی می‌شوند و اعتراضات مکرر سازمان جهانی بهداشت و بعضی از سازمان‌های غیروابسته دیگر نیز راه به جایی نمی‌برد.

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 تهدید کننده سلامت در قشر آسیب‌پذیر، بهبود سلامت مردم و در نتیجه رشد اقتصاد عمومی و نهایتاً بهبود سلامت مردم*، امکان پذیر است. یکی از اجزای مهم راهبرد یاد شده این است که ابتدا دریا بیم شیوع این خطرها در میان افراد محروم چقدر است. متأسفانه داده‌ها 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.

- سوءتغذیه 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

میان کم‌وزنی کودکان و فقر مطلق، همبستگی قوی و اثبات شده‌ای وجود دارد. به طوری که خطر نسبی در افرادی که با درآمد کمتر از یک دلار در روز زندگی می‌کنند در مقایسه با افرادی که بیش از دو دلار در روز درآمد دارند ۲-۳ 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 خانواده‌هایی 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، ضعیف‌تر و متفاوت‌تر می‌باشد. همچنین در کشورهای در حال توسعه، گروه‌هایی 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 می‌کنند 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 ۵۰٪ و ۵۱٪ کاهش خواهد یافت. چنانچه شیوع عوامل خطر در میان افراد آسیب‌پذیر، برابر با افرادی بوده است که دقیقاً ۲ دلار در روز درآمد دارند و کسرهای تاثیر جمعیتی به ترتیب ۲۳٪، ۲۱٪ و ۳۶٪ کاهش می‌یافت.

تقسیم بندی آسیب‌های 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 تهدیدکننده سلامت جنسی و باروری
 - ۴ - مواد اعتیادآور
 - ۵ - خطرات محیطی
 - ۶ - خطرات شغلی
 - ۷ - سایر خطرات تهدیدکننده 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 آن‌ها به اختصار شرح داده شده است نتایج اصلی از نظر مرگ و میر قابل انتساب به این خطرات، سال‌های از دست رفته و سال‌های زندگی تعدیل شده بر حسب ناتوانی Disability Adjusted DALY

Life Year و همچنین سهم مربوط به هر عامل در ادامه ذکر می‌شود.

کمبود تغذیه مادر و کودک

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

کم وزنی

عمدتاً مربوط به وضعیت ضعیف تن‌سنجی (آنتروپومتریک) می‌باشد که ناشی از رژیم غذایی ناکافی و عفونت‌های مکرر است که باعث کمبود کالری، پروتئین، ویتامین‌ها و مواد معدنی می‌شود. 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 بیماری‌های اسهالی، سرخک، مالاریا و عفونت‌های 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 می‌باشد که اغلب در کشورهای با درآمد کم و متوسط، رخ می‌دهد (جدول ۱).

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

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

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، ناهنجاری‌های شنوایی، اختلالات مهارت‌های حرکتی و نقص عملکرد عصبی همراه بوده است. ۲/۲ میلیارد نفر در دنیا در معرض کمبود ید قرار دارند و برآوردهای اخیر نشان می‌دهد 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 بافت‌های بدن برای فعالیت‌های پایه‌ای 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 کرده‌اند بیشتر و شدیدتر از دیگران به فقر آهن دچار می‌شوند. 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 می‌شود.

کمبود ویتامین A

کمبود ویتامین A در بسیاری از مناطق در حال توسعه جهان، باعث اختلال بینایی می‌شود 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 می‌شود رنج می‌برند. همچنین کمبود ویتامین A باعث حدود ۱۶٪ از کل بار جهانی ناشی از مالاریا و ۱۸٪ از بار ناشی از بیماری‌های اسهالی نیز می‌گردد. 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 یا 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، هیپوگنادیسم، اختلال عملکرد ایمنی، اختلالات پوستی، نقص عملکرد شناختی و بی‌اشتهایی*. کمبود شدید روی ممکن است باعث سرکوب سیستم ایمنی، اختلال فعالیت گلبول‌های سفید و افزایش میزان بروز بعضی از بیماری‌های عفونی گردد و طبق بعضی از آمارهای موجود، مسئول ۱۶٪ از عفونت‌های دستگاه تنفسی تحتانی، ۱۸٪ مالاریا و ۱۰٪ بیماری‌های 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 می‌کند. براساس توصیه کارشناسان سازمان جهانی بهداشت، نوزاد باید در ۶ ماه اول زندگی منحصرأ 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 مخصوصاً عدم تغذیه انحصاری با شیر مادر در ۶ ماه اول زندگی از عوامل خطر مهم برای ناتوانی‌ها 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 شریان‌هایی می‌شود که به مغز، قلب، کلیه‌ها و قسمت‌های دیگر بدن خون می‌رسانند. اصلاح‌پذیرترین علل فشار خون بالا عبارتند از رژیم غذایی بخصوص مصرف نمک، میزان ورزش، چاقی و افراط در نوشیدن الکل. تحلیل‌ها نشان می‌دهد که حدود ۶۲٪ از بیماری‌های عروقی مغز و ۴۹٪ از بیماری‌های 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 می‌شود 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 می‌آید تخمین زده می‌شود که در دنیا، کلسترول بالا عامل ایجاد ۱۸٪ از بیماری‌های عروقی مغز و ۵۶٪ از بیماری‌های 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 می‌گیرد.

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 می‌شود. 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 حد اقل 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 ۲۷-۲۵ کیلوگرم بر متر مربع برآورد می‌شود و در افراد میانسال و کهنسال افزایش می‌یابد. 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

میوه‌ها و سبزی‌ها به پیشگیری از بیماری‌های عمده نظیر بیماری‌های قلبی - عروقی و برخی سرطان‌ها بخصوص در دستگاه گوارش کمک می‌کنند. 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٪ سرطان‌های دستگاه گوارش ۱۳٪ از بیماری‌های ایسکمیک قلب و ۱۱٪ از سکته‌های مغزی به جهت مصرف کم میوه‌ها و سبزی‌ها است. در مجموع ۲/۷ میلیون ۴/۹٪ مرگ و ۲۶/۷ میلیون DALY را در دنیا سبب می‌شود.

عدم فعالیت فیزیکی

مردم در چهار حوزه عمده زندگی روزانه خود فرصتی برای فعالیت فیزیکی دارند: کار، رفت و آمد، 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 چهارچوب است. برآورد جهانی از عدم فعالیت فیزیکی در میان بالغین، ۱۷٪ است که در مناطق مختلف از ۱۱٪ تا ۲۴٪ متغیر می‌باشد 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 بیماری‌های قلبی - عروقی، برخی سرطان‌ها و دیابت نوع ۲ را کاهش می‌دهد. فعالیت فیزیکی متابولیسم گلوکز را بهبود می‌بخشد چربی بدن را کم می‌کند و فشار خون را پایین می‌آورد. فعالیت فیزیکی با تاثیر بر پروستاگلاندین‌ها، کاهش زمان گذر روده‌ای و بالا بردن سطح آنتی اکسیدان‌ها از خطر سرطان کولون می‌کاهد. همچنین باعث کاهش سرطان پستان می‌شود که در نتیجه متابولیسم هورمونی ایجاد می‌شود وزن بدن کنترل می‌شود، سلامت اسکلتی - عضلانی را ارتقاء می‌بخشد و نشانه‌های افسردگی را کاهش می‌دهد. در کل، تخمین زده می‌شود 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 کرده‌اند.

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 باخته‌اند و این در حالی است که زنان، بیش از مردان، تحت پوشش داروهای ضد رتروویروس می‌باشند. طبق همین گزارش، ۱۸/۲ میلیون مورد از کل ۳۶/۹ میلیون موردی که در کل جهان در قید حیات بوده‌اند را زنان و یک میلیون و هشتصد هزار مورد آن را کودکان کم تر از ۱۵ ساله تشکیل می‌داده‌اند. عواقب این بیماری فراتر از مرگ است: به طوری که کودکان، یتیم می‌شوند و کل اقتصاد تحت تاثیر قرار می‌گیرد. جنبه‌های 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 نمی‌باشد! 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 می‌داده است.

عدم پیشگیری از بارداری

بارداری‌های ناخواسته بعلاوه عدم استفاده کارآمد از روش‌های پیشگیری از بارداری، اتفاق می‌افتد این روش‌ها به ۳ دسته تقسیم می‌شوند:

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 می‌باشد. نسبت زنان ۲۹-۱۵ ساله که از یک روش مدرن استفاده می‌کنند بین ۶۲٪-۸٪ متغیر است و شیوع روش‌های سنتی، بین ۱۸٪-۳٪ می‌باشد. در سطح دنیا بارداری‌های بدون طرح قبلی، مسئول حدود ۹۰٪ از تولدهای ناخواسته بوده و مابقی موارد از روش پیشگیری ناشی شده‌اند. عدم پیشگیری از بارداری در سراسر دنیا باعث حدود ۱۴۹۰۰۰ (۰/۳٪) مرگ و ۸/۸ میلیون (۰/۶٪) DALY می‌شود.

مواد اعتیاد آور

دخانیت، 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 تاباکوم (*Nicotiana tabacum*) به صورت سیگار، جویدنی یا انفیه مصرف می‌شود.

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 زیان‌های سیگار وجود ندارد ولی از شاخصی تحت عنوان نسبت تاثیر نهایی سیگار (Smoking impact ratio) استفاده می‌شود. در کشورهای صنعتی ۹۰٪ از موارد سرطان ریه در مردان و حدود ۷۰٪ در زنان بعلت 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 واسطه‌های قدرتمند در ایجاد نتایج حاد نظیر تصادفات رانندگی یا 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) می‌شود. تخمین زده می‌شود در سراسر جهان حدود ۳۰٪-۲۰٪ از هر کدام از موارد زیر ناشی از الکل باشد: سرطان مری، سرطان کبد، سیروز کبدی، دیگرکشی، صرع و تصادفات وسایط نقلیه.

مصرف داروهای غیرمجاز

داروهای غیرمجاز، انواع داروهایی هستند که قوانین بین المللی، استفاده غیرطبیعی از آنها را ممنوع کرده است به جهت اینکه استفاده از این داروها غیرمجاز و مخفیانه است به دشواری می‌توان 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 پاره‌ای 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 سیستم‌های 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. بیماری‌های 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 غلظت‌های 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 فزاینده‌ای نتیجه احتراق سوخت‌های فسیلی برای حمل و نقل، تولید نیرو و دیگر فعالیت‌های انسانی است. فرآیندهای احتراق، ترکیبی پیچیده از آلاینده‌ها 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 سوخت‌های 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 مرگ‌های ناشی از عفونت‌های تنفسی در سطح جهان می‌باشد. این میزان شامل حدود ۰/۸ میلیون (۱/۴٪) مرگ و ۷/۹ میلیون (۰/۸٪) DALY از دست رفته است.

دود ناشی از سوخت‌های جامد در محیط‌های بسته

آشپزی و گرمایش با سوخت‌های جامد، نظیر کود حیوانی، چوب، زایدات کشاورزی یا زغال سنگ، احتمالاً بزرگترین منابع آلودگی هوا در محیط‌های بسته در سطح جهان است. این سوخت‌ها حتی در اجاق‌های ساده آشپزی استفاده می‌شوند. مقادیر قابل توجهی از آلاینده‌ها 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 سوخت‌های جامد، آشپزی می‌کنند ۷۵٪ از مردم هند، چین و کشورهای نزدیک آن‌ها و ۷۵٪-۵۰٪ از مردم آمریکای جنوبی و آفریقا. دود ناشی از سوخت‌های جامد در محیط‌های در بسته باعث ۳۵/۷٪ از عفونت‌های حاد تنفسی تحتانی. ۲۲ درصد بیماری‌های مزمن انسدادی ریه و ۱/۵٪ از سرطان‌های نای، برونش و ریه می‌باشد.

مواجهه با سرب

سرب، عمدتاً در هوا، گرد و خاک، زمین و آب وجود دارد. معمولاً از طریق گوارش یا تنفس وارد بدن می‌شود. در حال حاضر حدود ۶۰ کشور استفاده از بنزین سرب دار را کنار گذاشته‌اند و در کل جهان ۸۵٪ بنزین عرضه شده، بدون سرب است. کنترل سایر منابع سرب مانند ظروف سرامیک سرب دار آشپزخانه، لوله‌های آب و رنگ‌های 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 دستگاه‌های 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، آسیب‌های عصبی و اختلالات کلیه را در پی دارد. سرب باعث حدود ۲۳۴,۰۰۰ مورد مرگ (۰/۴٪) و ۱۲/۹ میلیون DALY می‌گردد.

تغییرات آب و هوایی

آخرین گزارش سازمان ملل متحد (۲۰۰۱) از نشست بین دولت‌ها در زمینه تغییر آب و هوا برآورد می‌کند که دمای متوسط دنیا در خشکی و سطح دریا نسبت به اواسط قرن ۱۹ به میزان 0.2 ± 0.6 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 شده‌اند. در حالی که سایر مناطق، مرطوب تر می‌شوند. نشست بین دولت‌ها در زمینه تغییر آب و هوا نتیجه می‌گیرد که بیشترین بخش پدیده گرم شدن که در طی ۵۰ سال اخیر مشاهده شده است، از فعالیت‌های انسانی ناشی می‌شود و رها شدن گازهای گلخانه‌ای از سوخت‌های فسیلی مهمترین عامل آن محسوب می‌گردد. همچنین نتیجه گرفته شده است که اگر هیچ اقدام خاصی برای کاهش و رها شدن گازهای گلخانه‌ای بعمل نیاید دمای کره زمین از سال ۱۹۹۰ تا ۲۱۰۰ احتمالاً بین $0.8-1.4$ درجه سانتیگراد افزایش خواهد یافت. تخمین زده شده که تغییرات آب و هوا در سال ۲۰۰۰، مسئول نزدیک به $2/4\%$ کل موارد اسهال در دنیا، 6% موارد مالاریا در برخی از کشورهای دارای درآمد متوسط و 7% از موارد تب در برخی کشورهای صنعتی بوده است. $154/000$ مرگ (0.3%) و $5/5$ 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 می‌دهند که هم آسیب‌های ناشی از تصادفات و هم آلودگی هوا را به دنبال دارد.

حوادث ترافیکی

طبق گزارش سازمان جهانی بهداشت در سال ۲۰۱۸، سالانه حدود $1/35$ میلیون نفر به علت آسیب‌های ترافیکی جاده‌ای، جان خود را از دست می‌دهند و بسیاری از این موارد در میان کودکان و جوانان ۲۹-۵ ساله روی می‌دهد و حدود ۵۰-۲۰ میلیون نفر نیز دچار آسیب‌های غیرکشنده و عوارض ناشی از آن می‌گردند و 93% از موارد مرگ، در کشورهای با وضعیت اقتصادی متوسط و پایین رخ می‌دهد و این در حالی است که فقط 60% وسایل نقلیه موتوری در این کشورها مورد استفاده قرار می‌گیرد.

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 $1/9$ 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 مرگ‌های جاده‌ای در میان اقشار آسیب پذیر (عابرین پیاده، دوچرخه سواران، سایر موارد ترافیک غیرموتوری، موتورسواران و ترک سواران) و در میان مسافران اتوبوس و کامیون روی داده است.

آسیب‌های بُرنده در میان کارکنان مراقبت سلامت

این کارکنان به دلیل مواجهه شغلی با خون و مایعات بدن، در معرض عفونت با عوامل بیماری‌زای منتقله از راه خون هستند. اکثر این تماس‌ها در اثر وسایل نوک تیز روی می‌دهند. عفونت‌های شایع که بیش از همه به کارکنان مراقبت سلامت منتقل می‌شود عبارتند از ویروس هپاتیت B، ویروس هپاتیت C و ویروس نقص ایمنی. از میان ۳۵ میلیون نفر که در معرض تماس‌های پوستی با عوامل بیماری‌زای منتقله از راه خون قرار می‌گیرند. ۲ میلیون با هپاتیت B، ۰/۹ میلیون با هپاتیت C و ۱۷۰/۰۰۰ نفر با ویروس نقص ایمنی انسانی. این آسیب‌ها به ۱۵/۰۰۰ مورد عفونت هپاتیت C، ۷۰/۰۰۰ مورد عفونت هپاتیت B و ۵۰۰ مورد عفونت ویروس نقص ایمنی انسانی منجر می‌شوند و بیش از ۹۰٪ از این عفونت‌ها در کشورهای در حال توسعه روی می‌دهد.

بیماری‌های کرونر قلب و استرس شغلی

بیماری‌های کرونر قلب با استرس‌های شغلی، ارتباط نزدیکی دارد. کنترل شغلی اندک، کار خارج از وقت اداری، تقاضاهای شدید روانی و کم بودن آزادی عمل در تصمیم‌گیری 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 بیماری‌های قلبی همراه است.

سازوکار تاثیر استرس‌های شغلی بر بیماری‌های عروق کرونر قلب

- * اختلال در ریتم شبانه روزی،
- * خستگی،
- * افزایش سطح تری گلیسرید سرم،
- * تشدید سایر عوامل خطر بیماری‌های قلبی تحت تاثیر شیفت شبانه.

خطرات شغلی

برخی از مخاطرات محل کار، عبارتند از: مواد شیمیایی، عوامل زیستی، شرایط نامطلوب ارگونومیک، آلرژن‌ها، شبکه پیچیده‌ای از خطرهای ایمنی و عوامل روانی - اجتماعی متعدد و متنوع. مواجهه با این عوامل پیامدهای سلامتی مختلفی را بهمراه دارد. از جمله آسیب‌ها، سرطان، کاهش شنوایی، بیماری‌های تنفسی، اسکلتی و عضلانی، قلبی و عروقی، تولید مثلی، نورو توکسیک، پوستی و روانی است.

عوامل خطر شغلی آسیب‌زا

کارگران صنعتی و کشاورزی در معرض بیشترین خطر قرار دارند ولی حتی کارمندان دفاتر، مغازه‌ها و مدارس هم در معرض خطر می‌باشند. سقوط از بلندی در محل کار، آسیب‌های ناشی از وسایط نقلیه موتوری و تماس با ماشین‌آلات، روزانه باعث هزار مرگ شغلی در سراسر جهان می‌شوند. ضریب مرگ‌های شغلی که از کشورهای در حال صنعتی شدن گزارش می‌شود حد اقل ۵-۲ برابر بیشتر از ضرایب کشورهای صنعتی است.

سرطان زاهای شغلی

اکثر عوامل سرطان زا از ۱۵۰ ماده شیمیایی که در این خصوص طبقه بندی شده‌اند در اماکن شغلی وجود دارد. با جایگزین کردن مواد ایمن تر، متوقف کردن بعضی فرایندها و تهویه مناسب، می‌توان از بروز تمام سرطان‌های شغلی پیشگیری نمود. سرطان‌های ریوی، شایعترین سرطان‌های شغلی می‌باشند.

مواجهه شغلی با ذرات معلق در هوا

میلیون‌ها 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 می‌تواند کلیه بیماری‌های تنفسی غیر بدخیم نظیر سیلیکوز، آزبستوز و پنوموکونیوز زغالی را سبب گردد.

استرس‌های ارگونومیک در محیط کار

کمردرد با بسیاری از استرس‌زاهای ارگونومیک در محل کار، همراه است. از جمله این عوامل می‌توان 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 وضعیت‌های غیرمناسب. 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 می‌کند.

آلودگی صوتی شغلی

یکی از شایعترین مخاطرات شغلی، سر و صدای بیش از حد می‌باشد. جدی‌ترین تاثیر این مسئله اختلال برگشت ناپذیر شنوایی است.

نقصان شنوایی در اثر آلودگی صوتی، معمولاً در محدوده فرکانس‌های صدای انسان آغاز می‌گردد و باعث اختلال در ارتباطات گفتاری می‌شود. مواجهه با سطوح بالاتر از ۸۵ دسی بل برای کارگران، مخاطره آمیز قلمداد می‌شود. در این تحلیل از تعریف سازمان جهانی بهداشت برای اختلال شنوایی، استفاده می‌شود 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 کارخانه‌های سیمان، چاپخانه‌ها، کارکردن با چکش بادی و امثال این‌ها پس از مدتی باعث کاهش غیرقابل برگشت شنوایی می‌شود. طی مطالعه‌ای که در ۴۸۱ نفر از کارکنان یکی از کارخانه‌های 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

در سال ۲۰۰۰ خشونت باعث ۷۰۰/۰۰۰ مورد مرگ در جهان گردیده که حدود ۵۰٪ از این موارد در اثر خودکشی ۳۰٪ در اثر خشونت‌های فردی و ۲۰ درصد در اثر خشونت‌های 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 می‌شود و ششمین عامل عمده مرگ در میان افراد ۱۵-۴۴ ساله می‌باشد.

سالانه حدود ۴۰ میلیون کودک، مورد سوء رفتار واقع می‌شوند. 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

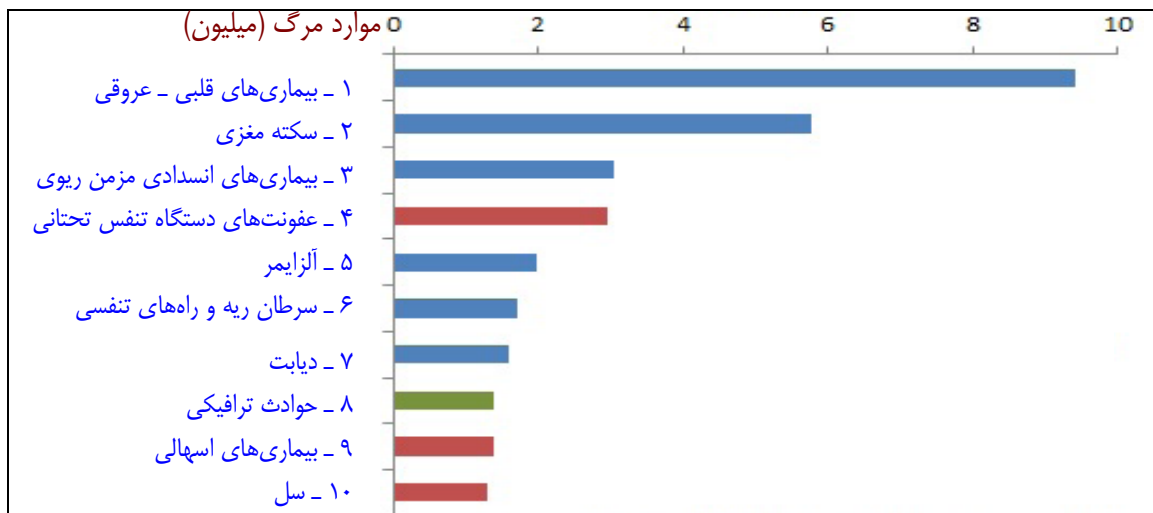
اصطلاحی عام تر از جنگ و دعوا است و زمانی بکار میرود که گروهی از خشونت علیه گروه دیگر استفاده ابزاری می‌کنند تا به هدفی دست یابند. تاثیرات غیرمستقیم خشونت جمعی ناشی از بیماری‌های عفونی، سوء تغذیه، جابجایی جمعیت‌ها، عواقب روانی، اجتماعی و تشدید بیماری‌های مزمن است بعنوان مثال میزان مرگ و میر در جمعیت‌هایی که در اثر خشونت‌های 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 سلاح‌های سبک، نابرابری در دستیابی به فرصت‌های آموزشی، اقتصادی و سیاسی و سوء استفاده از حقوق بشر.

مهمترین علل مرگ در سطح جهان سال ۱۳۹۵

طبق گزارش سازمان جهانی بهداشت، ۵۷٪ موارد مرگ‌های گزارش شده در سطح جهان در سال ۱۳۹۵ ناشی از ۱۰ علت اصلی بوده که به ترتیب عبارتند از:

- ۱ - بیماری‌های قلبی - عروقی
- ۲ - سکته مغزی
- ۳ - بیماری‌های انسدادی مزمن ریوی
- ۴ - عفونت‌های دستگاه تنفس تحتانی

- ۵ - آلزایمر
- ۶ - سرطان ریه و راه‌های تنفسی
- ۷ - دیابت
- ۸ - حوادث ترافیکی
- ۹ - بیماری‌های اسهالی
- ۱۰ - سل.



نمودار ۱ - ده علت اصلی مرگ در سطح جهان، سال ۱۳۹۶



نمودار ۲ - ده علت اصلی مرگ در کشورهای با وضعیت اقتصادی نامطلوب، سال ۱۳۹۶

در این گزارش بر این واقعیت تاکید شده است که بیماری‌های قلبی - عروقی و سکته مغزی، طی پانزده سال گذشته، همواره کشنده‌ترین بیماری‌ها را در سطح جهان تشکیل می‌داده‌اند. به گونه‌ای که در سال ۱۳۹۵ حدود ۱۵ میلیون و ۲۰۰ هزار نفر را از نعمت حیات، محروم کرده‌اند. لازم به ذکر است که در کشور ایران نیز این دو بیماری، عامل بیش از ۴۰٪ موارد مرگ در سال ۱۳۹۶ بوده است.

توزیع ده علت اصلی مرگ در سطح جهان بر اساس وضعیت اقتصادی کشورهای مختلف، نشان دهنده الگوی متفاوتی از نقش عوامل مختلف در ایجاد بیماری‌ها و مرگ ناشی از آنها می‌باشد. به طوری که بیش از نیمی از کل موارد مرگ در کشورهای با وضعیت اقتصادی نامطلوب را عوامل گروه ۱ یعنی بیماری‌های عفونی، علل مادری در دوران بارداری و زایمان و مسائل مربوط به غذا و تغذیه، تشکیل می‌دهد و این در حالیست که این شرایط در کشورهای با وضعیت اقتصادی مطلوب فقط عامل ۷٪ کل مرگ‌ها می‌باشند و تنها وضعیت مشترک بین شرایط اقتصادی مختلف را عفونت‌های دستگاه تنفس تحتانی تشکیل می‌دهند. به طوری که در شرایط اقتصادی مختلف، وضعیت تقریباً یکسانی دارد.

هرچند بیماری‌های غیرعفونی در سطح جهان، عامل ۷۱٪ کل موارد مرگ می‌باشند ولی توزیع آنها بر حسب وضعیت اقتصادی کشورها، متفاوت است. به طوری که در کشورهای با وضعیت اقتصادی نامطلوب، بالغ بر ۳۷٪ موارد و در کشورهای با وضعیت اقتصادی مطلوب، ۷۸٪ موارد مرگ را به خود اختصاص داده‌اند. ضمناً حوادث ترافیکی در کشورهای با وضعیت اقتصادی نامطلوب، رقم خیلی بالاتری از مرگ و میر را شامل می‌شوند و حال آن که در کشورهای با وضعیت اقتصادی مطلوب، جزو ۱۰ علت اصلی مرگ، نمی‌باشند.

مهمترین علل مرگ در ایران سال ۱۳۹۶

همانطور که در جدول ۲ نشان داده شده است، شایعترین علل مرگ در ایران براساس آمار سال ۱۳۹۶ شامل: بیماری عروق تاجی قلب، حمله مغزی Stroke، حوادث ترافیکی، آلزایمر / دمانس، پُرفشاری خون، آنفلوآنزا و پنومونی، بیماری‌های ریوی، دیابت، سرطان معده و بیماری‌های کلیوی بوده است. شایان ذکر است که مطالعات انجام شده در جمعیت‌های منتخب، نیز در بعضی از موارد، منطبق بر همین نتایج بوده است. مثلاً طی مطالعه‌ای که در سال ۱۳۹۳ در تعداد ۱۱۳۱۵ نفر از دانش آموزان منتخب ایرانی و خانواده‌های آنان انجام شده، مشخص گردیده است که شایعترین علل مرگ در بین آنان به ترتیب، شامل: بیماری‌های قلبی - عروقی (۲۶/۴٪)، حوادث ترافیکی (۱۷/۸٪)، سرطان‌ها (۱۱/۴٪)، آسیب‌های غیرعمدی (۶/۴٪)، آسیب‌های عمدی (۶/۱٪)، سکته مغزی (۸/۲٪)، عفونت‌های دستگاه تنفس تحتانی (۲/۲٪)، دیابت (۱/۸٪) و سایر علل (۲۵/۱٪) بوده است (نمودار ۳).

به طور کلی ۱۰ علت اصلی مرگ در کشورهای با وضعیت اقتصادی نامطلوب، به ترتیب فراوانی عبارتند از: ۱ - عفونت دستگاه تنفس تحتانی ۲ - بیماری‌های اسهالی ۳ - بیماری‌های قلبی - عروقی ۴ - HIV/AIDS ۵ - سکته مغزی ۶ - مالاریا ۷ - سل ۸ - عوارض ناشی از زایمان زودهنگام ۹ - خفگی (آسفیکسی) و ضربه‌های هنگام تولد ۱۰ - حوادث ترافیکی.

جدول ۲ - علل مرگ و میر (۵۰ علت اول از کل علل) در کشور ایران به ترتیب فراوانی (سال ۱۳۹۶)

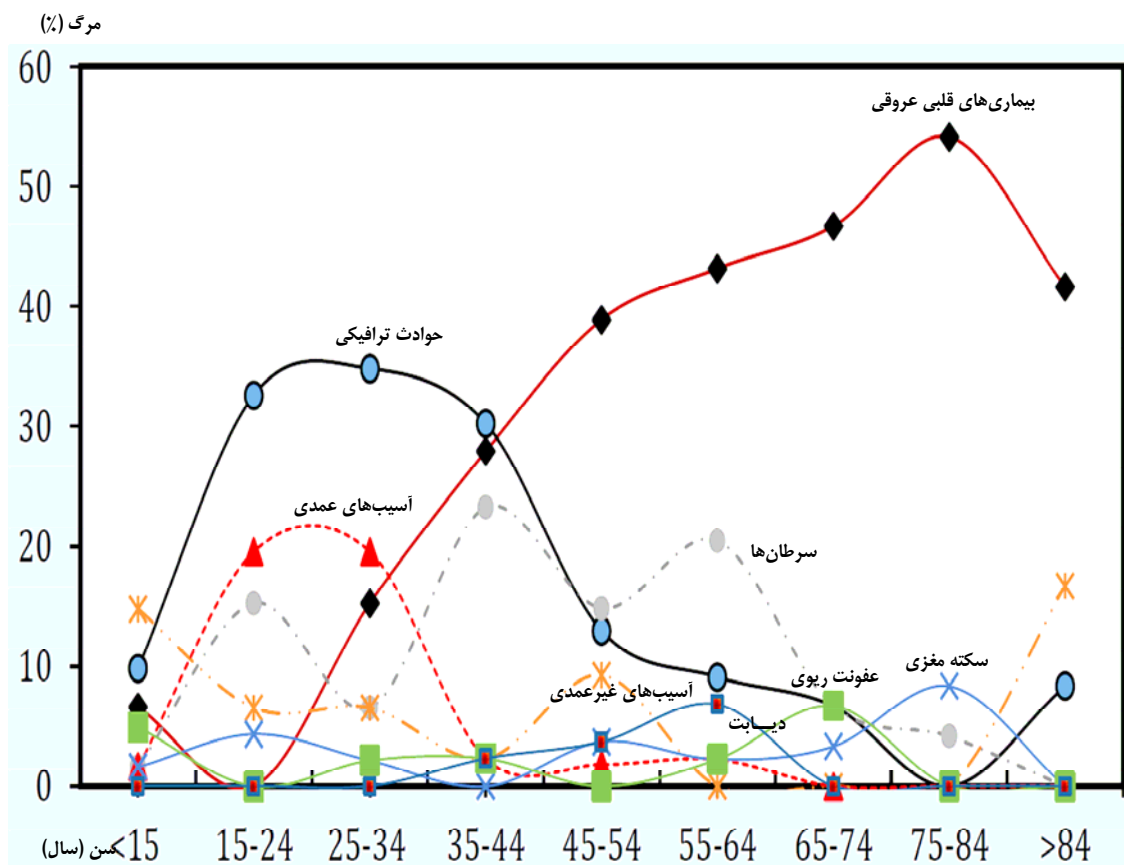
رتبه	علل مرگ	درصد	رتبه	علل مرگ	درصد
۰۱	بیماری‌های قلبی عروقی	27.47	۲۶	سرطان پروستات	0.77
۰۲	سکته مغزی	13.06	۲۷	سرطان مثانه	0.76
۰۳	حوادث ترافیکی	6.83	۲۸	التهابی / قلبی	0.74
۰۴	آلزایمر / دمانس	5.29	۲۹	اعتیاد دارویی	0.65
۰۵	پرفشاری خون	5.06	۳۰	آتش سوزی	0.64
۰۶	آنفلوآنزا و پنومونی	3.44	۳۱	سقوط	0.6
۰۷	بیماری‌های ریوی	2.99	۳۲	سرطان کبد	0.48
۰۸	دیابت قندی	2.86	۳۳	بیماری‌های اسهالی	0.45
۰۹	سرطان معده	2.73	۳۴	اختلالات غدد درون ریز	0.45
۱۰	بیماری‌های کلیوی	2.18	۳۵	زخم معده	0.44
۱۱	سرطان مری	1.63	۳۶	جنگ	0.43
۱۲	سرطان ریه	1.48	۳۷	سل	0.41
۱۳	کمبود وزن هنگام تولد	1.45	۳۸	سرطان پانکراس	0.37
۱۴	سرطان روده بزرگ و رکتوم	1.45	۳۹	سرطان تخمدان	0.36
۱۵	اختلالات مادرزادی	1.31	۴۰	مسمومیت	0.35
۱۶	آسم	1.3	۴۱	سرطان ناحیه دهان	0.26
۱۷	بیماری‌های کبدی	1.2	۴۲	غرق شدگی	0.24
۱۸	HIV/AIDS	1.2	۴۳	مننژیت	0.24
۱۹	سرطان پستان	1.09	۴۴	سایر سرطان‌ها	0.24
۲۰	لنفوم	1.08	۴۵	هپاتیت B	0.15
۲۱	خشونت Violence	1	۴۶	صرع	0.14
۲۲	سرطان خون (لوسمی)	1	۴۷	سرطان پوست	0.12
۲۳	سایر آسیب‌ها	0.94	۴۸	سرطان دهانه رحم	0.12
۲۴	خودکشی	0.87	۴۹	بیماری رماتیسمی قلب	0.1
۲۵	آسیب‌های هنگام تولد	0.8	۵۰	بیماری پارکینسون	0.09

۷۱/۵٪

<https://www.worldlifeexpectancy.com/country-health-profile/iran/2017>

بیماری‌های قلبی - عروقی، سالانه در کشور ما جان بیش از ۹۰/۰۰۰ نفر (۸۹۱۱۶ نفر در سال ۱۳۹۶) را می‌گیرد. با شناسایی عوامل تشدید کننده می‌توانیم با ارائه راهبردهای علمی باعث کاهش این عوامل و متعاقبا

کاهش مرگ و میر و عوارض اقتصادی - اجتماعی ناشی از آن گردیم. در جدول ۳ به این عوامل پرداخته شده است. لازم به توضیح است که کشور ایران در گروه کشورهای در حال توسعه با مرگ و میر پایین طبقه بندی می‌شود. ۴۹٪ بیماران قلبی عروقی که فوت کرده بودند دارای فشار خون بالا، ۵۶٪ افزایش کلسترول خون ۲۱٪ دارای افزایش وزن، ۲۲٪ دچار عدم فعالیت فیزیکی ۱۳٪ دارای سابقه مصرف ناکافی سبزی‌ها و میوه‌ها ۱۲٪ دارای سابقه استعمال دخانیات بوده‌اند.



نمودار ۳ - علل عمده مرگ در یک جمعیت منتخب ایرانی بر حسب سن وقوع، سال ۱۳۹۳

همانطور که در جدول ۴ ملاحظه می‌کنید در سال ۲۰۰۰ حدود ۵۵/۸۴۰/۰۰۰ مورد مرگ در جهان اتفاق افتاده است که از این تعداد ۲۶/۴۱۲/۰۰۰ مورد مربوط به کشورهای در حال توسعه با مرگ و میر بالا، ۱۵/۹۵۷/۰۰۰ مورد در کشورهای در حال توسعه با مرگ و میر پایین و ۱۳/۴۹۱/۰۰۰ مورد در کشورهای پیشرفته، اتفاق افتاده است و تنها ریسک فاکتور افزایش فشار خون منجر به مرگ ۱/۹۶۷/۱۴۲ نفر در کشورهای گروه اول ۲/۲۰۳/۴۹۱ نفر در کشورهای گروه دوم و ۲/۹۶۲/۵۲۹ نفر در کشورهای پیشرفته شده است. در همین سال ۹ هزار نفر فقط به علت افزایش فشار خون جان خود را از دست داده‌اند.

جدول ۳- مهمترین علل مرگ در زیرگروه‌ها در ده استان کشور به ازاء هر ۱۰ هزار نفر جمعیت

علت مرگ	میزان بروز $\times 10000$	علت مرگ	سهم عمر از دست رفته
سکته قلبی	۶/۴	حوادث ترافیکی	۱۳/۴
کهولت بدون زوال عقل	۵	سکته قلبی	۱۰/۶
حوادث ترافیکی	۳	ناشی از طول حاملگی	۵/۱
سکته مغزی	۲/۶	سکته مغزی	۳/۷
فشار خون	۱/۴	خودکشی	۳/۳
نارسایی قلبی	۱/۱	کهولت بدون زوال عقل	۳/۰
ناشی از حاملگی	۰/۹	قتل و خشونت	۲/۰
سرطان معده	۰/۸	سوختن با دود شعله و مواد داغ	۲/۰
خودکشی	۰/۶	نارسایی قلبی	۱/۷
سرطان ریه	۰/۵	اختلالات تنفسی و عروقی در نوزاد و جنین	۱/۷
آسم	۰/۵	لوسمی	۱/۵
سوختن با دود شعله و مواد داغ	۰/۴	سرطان معده	۱/۴

جدول ۴- عوامل تهدیدکننده بیماری‌های قلبی و عروقی برحسب سطح توسعه و جمعیت سال ۲۰۰۰

کشورهای پیشرفته	کشورهای در حال توسعه با مرگ و میر پایین		کشورهای در حال توسعه با مرگ و میر بالا (به هزار)		
	مردان	زنان	مردان	زنان	
	مردان	زنان	مردان	زنان	کل مرگ‌ها
۶۶۰۱	۶۸۹۰	۷۳۷۳	۸۵۸۴	۱۲۶۵۴	۱۳۷۵۸
۲۳/۹	۲۰/۱	۱۵/۱	۱۲/۷	۷/۵	۷/۴
۱۷/۶	۱۴/۵	۵/۶	۵/۱	۵/۷	۵/۰
۱۱/۶	۹/۶	۵/۶	۴/۲	۲/۰	۱/۱
۷/۴	۷/۶	۴/۸	۵/۰	۳/۵	۳/۶
۶/۷	۶	۳/۲	۲/۸	۲/۳	۲/۳
۹/۳	۲۶/۳	۲/۹	۱۲/۲	۱/۵	۷/۵

جدول ۵ - امید زندگی در ایران و رتبه جهانی ۶ - امید زندگی در ایران و رتبه جهانی در سنین
 طی سال‌های ۹۵-۱۳۴۰ (سال ۱۳۹۶) مختلف (سال ۱۳۹۶)

رتبه جهانی		در ایران		سن (سال)
زن	مرد	زن	مرد	
88	47	76.9	74.6	بدو تولد
86	44	78.1	75.8	۵
86	44	78.2	75.9	۱۰
86	44	78.2	76	۱۵
86	44	78.4	76.2	۲۰
86	43	78.5	76.5	۲۵
88	43	78.6	76.8	۳۰
90	44	78.7	77.1	۳۵
92	47	78.9	77.3	۴۰
93	48	79.1	77.6	۴۵
97	56	79.3	78	۵۰
100	59	79.7	78.6	۵۵
103	65	80.2	79.3	۶۰
106	75	81	80.2	۶۵
114	82	82.2	81.5	۷۰
128	92	83.8	83.4	۷۵
117	102	86.6	86.2	۸۰
121	99	89.7	89.5	۸۵

سال	کشور ایران			رتبه جهانی	
	مرد	زن	جمع	مرد	زن
۱۳۴۰	48.5	48.5	48.5	96	105
۱۳۵۰	54.2	54	54.1	95	111
۱۳۶۰	58.3	59.7	58.9	103	117
۱۳۷۰	63.7	65.9	64.8	100	114
۱۳۸۰	69.4	71.2	70.3	66	102
۱۳۹۰	72.7	75.6	74.1	52	88
۱۳۹۵	74.6	76.9	75.7	47	88

همانگونه که در نمودار ۵ مشاهده می‌شود امید زندگی در ایران طی ۵ دهه گذشته، از ۴۸/۵ به ۷۵/۷ افزوده شده و رتبه جهانی نیز بهبود یافته است.

همانطور که در نمودار ۶ ملاحظه می‌گردد، رتبه جهانی امید زندگی مردان و زنان ایرانی در سنین مختلف، متفاوت می‌باشد.

راهبردهای کاهش خطرات تهدید کننده سلامت

آنچه که در ارائه راه حل‌های رفع خطر و یا عامل تهدید کننده ای نقش اساسی را ایفا می‌کند تحلیل effectiveness analysis (هزینه اثربخشی) است. که در سازمان ملل بعنوان پروژه Interventions that are cost Effective) CHOICE نام برده می‌شود برای پاسخ دادن به سوالات اصلی که در عرصه سیاستگذاری بهداشتی برای مقابله با تهدیدات سلامت، پیش می‌آید مقایسه هزینه‌ها و اثر بخشی مداخلات با وضعیت حاصل از عدم انجام مداخله بهداشتی الزامی است. چنانچه مداخلاتی که در جامعه صورت می‌گیرد، دارای معایبی همچون عدم اثربخشی، خطرناک بودن و بار مالی زیاد باشند. دولت باید راهبردهایی را برای تشویق مردم در جهت به کارگیری هرچه بهتر منابع موجود، ارائه دهد، حتی اگر منابع مالی این برنامه را تامین نکرده باشد.

بعضی از فعالیت‌ها موجب ارتقای سلامت می‌شوند ولی هدف اولیه آن‌ها بهبود سلامت نبوده است مانند کاهش فقر، بهبود وضعیت مسکن، وسیله نقلیه و آموزش. در این جا بیشتر به مداخلاتی که هدف اولیه آن‌ها بهبود سلامت است اشاره می‌شود، راهبردها را می‌توان به طور کلی به دو دسته تقسیم کرد: ۱- مداخلاتی که در

جهت کاهش خطرات بر روی عموم جامعه، اعمال می‌شوند ۲- مداخلاتی که افراد خاصی را در جامعه مورد هدف قرار می‌دهند. گروه اول مداخلات، شامل قانونگذاری، تشویق‌های نقدی یا مالیاتی و نیز راه‌حل‌های مهندسی نظیر نصب کمربند ایمنی در وسایل نقلیه و لوله کشی آب و بسیج امکانات، جهت ارتقای سلامت عمومی برای عموم افراد جامعه می‌شود. گروه دوم راهبردها جهت تغییر رفتارهای بهداشتی افراد، انجام می‌شود و اغلب از طریق متقابل مابین ارائه‌کننده خدمات بهداشتی با گیرنده خدمت صورت پذیرفته و عمدتاً متکی بر شیوه‌ها و برقراری ارتباط و رفتار ارائه‌کنندگان خدمت است.

شیوه زندگی (Life style)

تغییر رفتار، اغلب جزئی از راهبردهای کاهشدهنده خطر محسوب می‌شود. حتی راه‌حل‌های مهندسی نظیر فراهم سازی سیستم لوله کشی آب آشامیدنی، اگر به همراه اقبال عمومی جهت استفاده از این منابع جدید نباشد منجر به بهبود وضعیت بهداشتی نخواهند شد. دانشمندان علوم اجتماعی پیدا کردن باور را نخستین مرحله تغییر رفتار می‌دانند، برخی از تمایلات و خصوصیات فردی، موجب پدید آمدن اختلاف در نحوه تبدیل یک باور به یک رفتار بهداشتی می‌شوند از آن جمله می‌توان به میزان بیزاری افراد نسبت به خطرات تهدید کننده سلامت و نیز اینکه آن‌ها چقدر نقصان‌های سلامت را در مقایسه با سایر گزینه‌های زندگی از قبیل رفاه و شیوه زندگی بها می‌دهند اشاره نمود. این تمایلات بوسیله میزان آگاهی فرد مشخص شده و تحت تاثیر آگهی‌های تجارتي و نیز بازاریابی‌ها قرار دارند. ممکن است میان درک خطر از سوی یک فرد و مفاهیم فرهنگی پذیرفته شده درباره خطر در جامعه تفاوت وجود داشته باشد برای مثال هر چند ممکن است از نظر یک جامعه رانندگی بدون کمربند ایمنی آنقدر غیرقابل قبول باشد که قانونگذار را ناچار به اجباری نمودن آن نماید افراد درون این جامعه ممکن است خطر موجود در برابر خود را ناچیز بشمرند و از کمربند ایمنی استفاده نکنند زمانی که مسئله خطرات تهدید کننده سلامت مطرح می‌شود افراد و جوامع گاهی اوقات ترجیح می‌دهند که از مزایای یک فعالیت در زمان حال بهره مند شوند بدون اینکه به هزینه‌های احتمالی آن در آینده فکر کنند. برای مثال مصرف زیاد انواع خاصی از غذاها با وجود اثرات مخرب بر سلامت از دید برخی افراد لذتبخش است و این افراد به این خطرات بها نمی‌دهند زیرا در آینده اتفاق خواهد افتاد که میزان ارزش و توجهی که افراد نسبت به پیامدهای نامطلوب احتمالی در آینده نشان می‌دهند تفاوت قابل ملاحظه‌ای دارد. مجموعه‌ای از عوامل دیگر نیز بر نحوه پاسخ دهی افراد به مداخلات کاهش خطر، تاثیر دارند. حتی زمانی که مردم این پیام را بشنوند و بفهمند که پشه بندها حاوی حشره کش از گزش پشه‌ها جلوگیری می‌کند و تمایل به استفاده از این تورها داشته باشند تا از آزار پشه‌ها و خطر مالاریا در امان بمانند. برخی عوامل می‌توانند مانع از انجام این کار توسط آن‌ها شوند این عوامل عبارتند از دسترسی و قدرت خرید پشه بندها در آن منطقه و محل خواب آن‌ها (در منزل یا خیابان). یکی از عوامل تعیین کننده، فرهنگ و شبکه‌های حمایتی اجتماعی موجود است که گاهی اوقات سرمایه اجتماعی نامیده می‌شود. نحوه تامین منابع مالی نظام سلامت (برای مثال از طریق بیمه یا پرداخت وجه) و یا شیوه سازمان دهی این نظام نیز بر رفتار و در نتیجه بر هزینه‌ها و اثر بخشی مداخلات تاثیر می‌گذارد.

مراقبت‌های اولیه سلامت (PHC)

در اجلاس جهانی سلامت در سال ۱۹۷۷ راهبرد مراقبت‌های اولیه سلامت به تصویب رسید و در بیانیه آلماتا در سال ۱۹۷۸ در خصوص سلامت برای همه، مقرر شد فعالیت‌های زیر را هرچند به مقدار بسیار کم به انجام برسانند. آموزش با توجه به مشکلات بهداشتی رایج و پیشگیری و کنترل آن مشکلات، ارتقای تامین غذا و تغذیه مناسب، آب سالم و فاضلاب مناسب، مراقبت از سلامت مادر و کودک که شامل تنظیم خانواده، ایمن سازی علیه بیماری‌های عفونی مهم، پیشگیری و PHC (Primary health care) درمان بیماری‌های شایع منطقه، درمان مناسب بیماری‌ها و آسیب‌های شایع و تامین داروهای ضروری. مراقبت‌های اولیه سلامت، بیش از بیماری‌ها بر حوزه‌های برنامه ریزی شده تاکید دارد و مشارکت و اعتماد به نفس عمومی و فردی را مورد تشویق قرار می‌دهد و بر پیشگیری و رویکردهای چند بخشی پافشاری می‌کند.

کمبود تغذیه دوران کودکی

راهبرد:

- ۱- مشاوره مادران جهت تغذیه تکمیلی مناسب و اهمیت ادامه تغذیه با شیر مادر در یک جلسه
- ۲- آموزش تهیه غذاهای مناسب هر ۲ ماه یکبار توسط کارکنان بهداشت جهت کلیه شیرخواران ۶ ماهه تا ۱ ساله
- ۳- جلسه توجیهی فشرده برای کارکنان بهداشتی درباره تغذیه تکمیلی مناسب و اهمیت تغذیه با شیر مادر و لزوم ویژگی‌های ۳ ماهه و رسم منحنی رشد
- ۴- اطلاع دادن به والدین در صورت هرگونه انحراف از وزن مورد انتظار
- ۵- کلیه کودکان ۶ ماهه تا ۱ ساله که افزایش وزن نامناسب و یا کم وزنی دارند به سطوح بالاتر (پزشک عمومی و متخصص اطفال) ارجاع شود.

فقر آهن

راهبرد:

- ۱- غنی سازی آهن (معمولا ترکیب آهن و اسید فولیک به حامل‌های غذایی که به آسانی در دسترس کل جامعه هستند اضافه می‌شود). آرد غلات رایج ترین حامل غذایی است که ترکیبات آهن دار به آن اضافه می‌شود.
- ۲- مکمل آهن به همه زنان باردار در دوران بارداری تجویز شود، به میزان ۶۰ میلی گرم آهن روزانه در ۶ ماه بارداری و ۳ ماه بعد از زایمان.

کمبود ویتامین A

راهبرد:

- الف - تغذیه تکمیلی با ویتامین A:* در مراکز بهداشتی به کودکان زیر ۵ سال سالانه دو نوبت مکمل ویتامین A به صورت خوراکی داده شود. دوز ویتامین A برای کودکان در بدو تولد ۲۰۰/۰۰۰ واحد بین المللی است.
- ب - غنی سازی با ویتامین A:* به نظر میرسد شکر حامل مناسبی باشد. نتیجه تحلیل تعدادی از برنامه‌های غنی

سازی در آمریکای مرکزی نشان دهنده کاهش نسبی به میزان ۶۰٪ در شیوع کمبود ویتامین A است. غنی سازی با ویتامین A همانند آهن، بسیار هزینه اثر بخش تر از تهیه مکمل‌های حاوی ویتامین A است.

کمبود روی

راہبرد:

الف - تغذیه تکمیلی با روی : طی اولین ایمنسازی در نوزادان، کارکنان بهداشتی گلوکونات یا سولفات روی را (۱۰mg محلول) به طور معمول، تجویز می‌کند. پس از مراقبت کودک، ترکیبات روی دار را روزانه در منزل تا سن ۵ سالگی به کودک ارائه نمایند. اثر بخشی این مداخله بستگی به مداومت مصرف روزانه مکمل دارد. ب - غنی سازی با روی : خصوصیات این مداخله مشابه ویژگی‌های غنی سازی با ویتامین A است با این تفاوت که در این برنامه بجای شکر از گندم استفاده می‌شود.

برخی راهبردهای فردی جهت کودکان زیر ۵ سال

دو راه جهت کاهش خطر مرگ بر اثر عوامل خطرزا مطرح می‌شود:

الف) کارکنان بهداشتی مایع درمانی خوراکی را بیاموزند و برای ارزیابی و اصلاح دهیدراتاسیون ناشی از اسهال کودکان زیر ۵ سال از یک الگوریتم استفاده نمایند اقدامات و توصیه‌های انجام این مداخله به صورت برنامه ریزی شده تقریباً موجب کاهش ۳۶ درصدی میزان مرگ و میر ناشی از اسهال می‌شود.

ب) درمان موردی پنومونی، کارکنان بهداشتی از نظر ارزیابی و اداره دیسترس تنفسی در کودکان، تحت آموزش قرار گیرند و برحسب علائم یا به بیمارستان ارجاع شوند یا تحت یک دوره ۵ روزه درمان با آنتی بیوتیک قرار گرفته و پیگیری‌های لازم بعمل آورند. تجزیه و تحلیل آمارها نشان می‌دهد این روش باعث ۵۰٪ کاهش در مرگ و میر ناشی از پنومونی شده است.

فشار خون و کلسترول بالا

رویکردهای جامع در زمینه کنترل بیماری‌ها قلبی - عروقی شامل مجموعه‌ای از کنترل مرتب عوامل خطر مرتب چون فشار خون بالا، کلسترول بالا، مصرف دخانیات، شاخص توده بدن، کم تحرکی، رژیم غذایی و دیابت می‌شود. از این رویکردها در دو سطح عمومی و فردی استفاده می‌گردد و در کشورهایی که دارای سیاستگذاری‌های جامع هستند باعث کاهش چشمگیر مرگ و میر ناشی از بیماری‌های قلبی - عروقی شده است.

فشار خون بالا

راہبرد:

کاهش مصرف نمک در کل جامعه:

الف - همکاری بین بخشی دولت و کارخانجات مواد غذایی جهت نصب برچسب‌های نشان دهنده

محتوای نمک موجود در محصولات و کاهش گام به گام نمک موجود در غذاهای آماده که استفاده بیشتری در جامعه دارند.

ب - برخورد قانونی جهت حتمی کردن کاهش نمک موجود در غذاهای فن آوری شده و نصب برچسب‌های مناسب

درمان و آموزش بر افراد در معرض فشار خون بالا: براساس رژیم استاندارد آتلولول به مقدار ۵۰ میلی گرم در روز (بتا - بلاکر) و هیدروکلروتیازید به مقدار ۲۵ میلی گرم در روز (دیورتیک) برآورد شده اند. سالیانه ۴ ویزیت توسط کارکنان بهداشتی جهت معاینه پزشکی و نیز ۱/۵ معاینه سرپایی جهت آموزش‌های بهداشتی مورد نیاز است. همچنین به انجام سالیانه آزمون‌های عملکرد کلیوی، آزمایش‌های مربوط به چربی و قند خون نیاز خواهد بود.

کلسترول بالا

راهدرد:

آموزش همگانی بهداشت از طریق رسانه‌های گروهی: انتظار می‌رود که آموزش بهداشت از طریق رسانه‌های مکتوب در رادیو - تلویزیون موجب کاهش ۲ درصدی سطح کلسترول در سرتاسر مناطق شود.

در مورد درمان و آموزش فردی دو نوع رویکرد وجود دارد ۱ - کلسترول بالای ۲۲۰ و کلسترول بالای ۲۴۰ میلی گرم در دسی لیتر مصرف ۳۰mg لوواستاتین در روز ۲ - ارزیابی بیمار توسط مراقب بهداشتی طی ۴ جلسه سالیانه و ۱/۵ جلسه سرپایی جهت آموزش بهداشتی.

مصرف کم میوه‌ها و سبزی‌ها

راهدرد:

افزایش مصرف میوه‌ها و سبزی‌ها منجر به کاهش خطرات بیماری‌های ایسکمیک قلبی، سکته مغزی و سرطان‌های کولون، رکتوم، معده، ریه و مری می‌شود. در برنامه‌ای که به نام ۲ وعده میوه ۵ وعده سبزی در روز در استرالیای غربی و انگلستان انجام پذیرفت از راهبردهای چندگانه استفاده می‌شد. این راهبردها شامل تبلیغات فشرده و کوتاه سالیانه و آموزش همگانی از طریق تسهیلات بهداشتی، خرده فروشان و ارائه کنندگان خدمات غذایی می‌شود.

بهداشت باروری و HIV/AIDS

بیماری ایدز یا ابتلا به عفونت ناشی از ویروس نقص ایمنی انسانی

راهدرد:

- ۱ - آموزش برای جوانان و تسهیلات سرپایی برای داوطلبین مشاوره
 - ۲ - بهره گیری از رسانه‌های همگانی با استفاده از تلویزیون - رادیو و روزنامه
 - ۳ - آموزش مطالبی در مورد ایدز در مدارس برای جوانان بین ۱۸-۱۰ ساله
- الف - آموزش ابتدایی زنان و هم‌تایان آن‌ها و در اختیار قرار دادن کاندوم

ب - علاوه بر موارد فوق یک نظام ارجاع جهت انجام آزمایشات و درمان احتمالی عفونت‌های آمیزشی را شامل می‌شود.

۴ - درمان عفونت‌های آمیزشی

۵ - جلوگیری از انتقال بیماری از مادر به کودک

به زنانی که در دوران بارداری خواستار مراقبت‌های پیش از تولد می‌شوند اطلاعات و امکانات لازم داده شود.
۶ - درمان‌های ضد ویروس. نظام‌های سلامت باید در نهایت از نظر درمان ضد رتروویروسی قادر به پوشش دادن نسبتی از جمعیت مبتلا که در حال حاضر تحت پوشش مراقبت‌های دوران بارداری قرار دارند، باشند.
۷ - تلفیق مداخلات تاثیرات و هزینه‌های تلفیق همه مداخلات فوق الذکر به طرق گوناگون مورد بررسی قرار گرفت. این ارزیابی باید زیر بنای تمام راهبردهای واقعی برای کاهش خطر روابط جنسی غیرایمن باشد.

مواد اعتیادآور

استعمال دخانیات

راهبرد:

در بسیاری از کشورها، دولت قوانین و مالیات‌هایی را برای کنترل مصرف دخانیات به اجرا گذاشته است. کشورهایی که برنامه‌های کنترلی فراگیر شامل ترکیبی از مداخلات را اتخاذ کرده‌اند به موفقیت‌های چشمگیری نائل شده‌اند.

۱- **وضع قوانین مالیاتی:** وضع قوانین مالیاتی، موجب افزایش قیمت محصولات دخانیات می‌شود و در نتیجه میزان مصرف آن‌ها کاهش می‌یابد

۲- **وضع قوانین در رابطه با تمیز نگهداشتن هوای اماکن عمومی:** قوانینی که در ابتدا جهت ممنوعیت استعمال دخانیات اجرا شد به عنوان اقداماتی جهت جلوگیری از آتش سوزی و بهداشت مواد غذایی بود ولی با گذشت زمان این قوانین بیشتر به شواهد محکم دال بر مضر بودن تنفس هوای آلوده به دود سیگار که از آن بیشتر به عنوان سیگار کشیدن غیرفعال یاد می‌شود توجه کرده است.

۳- **ممنوعیت جامع تبلیغ دخانیات از طریق وضع قانون:** با وضع چنین قوانینی تبلیغ مصرف دخانیات از طریق رسانه‌های مکتوب، رادیو، تلویزیون و سایر رسانه‌های گروهی و نیز تابلوهای اعلانات و در محل فروش کالا ممنوع است. همچنین در فعالیتهای ورزشی و فرهنگی دیگر نمی‌توان نام شرکت‌های تولید کننده سیگار را تبلیغ کرد. توزیع نمونه‌های دخانیات به صورت مجانی و همچنین توزیع وسایلی نظیر تی شرت که آرم و نشانه‌های شرکت را نشان می‌دهد نیز ممنوع است.

۴- **آموزش خطرات استعمال دخانیات:**

الف - فراهم کردن شرایط آموزشی بهداشتی برای عموم جامعه در مورد خطرات استعمال دخانیات و چگونگی ترک آن

- ب - آموزش بهداشت در زمینه خطرات استفاده از دخانیات در مدارس
- ج - آموزش ویژه افراد در معرض خطر بالا
- ۵ - درمان جایگزین نیکوتین: این روش معطوف به سیگاری‌های بین ۶۰-۲۰ سال است. وابستگی به نیکوتین یکی از موانع اصلی دستیابی به ترک موفقیت آمیز دخانیات به شمار می‌رود. برخی از روش‌های درمانی جایگزین عبارتند از: الف - برچسب‌های پوستی، ب - آدامس حاوی نیکوتین، ج - اسپری‌های استنشاقی نیکوتین، د - قرص‌های مکیدی، ه - اسپری‌های آئروسل (و) برخی از داروهای ضد افسردگی مثل بوپروپیون (Bupropion).

عوامل خطر محیطی

آب، فاضلاب و بهداشت فردی مناسب

راهبرد

- ۱ - اهداف توسعه هزاره به نصف رساندن تعداد افرادی است که به آب سالم دسترسی ندارند و در این زمینه حق تقدم با کسانی است که از فاضلاب مطلوب بهره مند شده اند
- ۲ - به نصف رساندن تعداد افرادی که به آب سالم و فاضلاب اولیه دسترسی ندارند
- ۳ - تامین آب و فاضلاب سالم با استفاده از فن آوریهای پایین
- ۴ - تامین آب و فاضلاب سالم از طریق ضد عفونی در محل استفاده
- ۵ - تامین آب و فاضلاب سالم با استفاده از فن آوریهای پیشرفته.

عوامل خطر شغلی

راهبرد

- کاهش آسیب‌های ناشی از تصادفات وسایل نقلیه موتوری
- الف - نصب کمربند ایمنی
 - ب - استفاده از کلاه ایمنی
 - ج - قوانین مربوط به معاینه وسیله نقلیه
 - د - استفاده اجباری از چراغ‌های جلو در زمان‌هایی که دید خوب وجود ندارد
 - ه - سرعت گیرها و راه‌های انحرافی
- کاهش کمر دردهای شغلی
- الف - ارائه آموزش به کارمندان در جهت بالا بردن آگاهی آن‌ها نسبت به خطرات و ارتقای توانایی آن‌ها در مقابله با مشاغل زیان آور
 - ب - کنترل مهندسی که شامل اقدامات فیزیکی در جهت مهار میزان تماس با عوامل زیان آور
 - ج - یک برنامه کامل جهت تلفیق کار و محیط کار با ویژگی‌ها و نیازهای شغلی.

منابع

1. WHO. Road traffic injuries, Fact sheet November 2018. Available from: <https://www.who.int/en/news-room/fact-sheets/detail/road-traffic-injuries>
2. WHO. Preterm birth, Fact sheet February 2018. Available from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/preterm-birth>
3. WHO. Children: Reducing mortality. February 2018. Available from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/children-reducing-mortality>
4. WHO. Malnutrition, Fact sheet February 2018. Available from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/malnutrition>
5. UNAIDS Data 2018. Joint United Nations Programme on HIV/AIDS Joint United Nations Programme on HIV/AIDS (UNAIDS). http://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/unaids-data-2018_en.pdf .
6. Saadat S, Yousefifard M, Asady H, Moghadas Jafari A, Fayaz M, Hosseini M. The most important causes of death in Iranian population; a retrospective cohort study. *Emergency*. 2015;3(1):16-21.
7. World Health Rankings. Ir.Iran. Available from: <https://www.worldlifeexpectancy.com/country-health-profile/iran> . [Accessed 2019, January]
8. Khoshakhlagh AH, Ghasemi M. Occupational Noise Exposure and Hearing Impairment among Spinning Workers in Iran. *Iran Red Crescent Med J*. 2017 May; 19(5):e42712. doi: [10.5812/ircmj.42712](https://doi.org/10.5812/ircmj.42712).
9. Rose G. Sick individuals and sick populations. *International Journal of Epidemiology* 1985; 4:32-8.
10. Krummel DA. *Journal of Nutrition Education and Behavior* 2002; 34(1): 38-46.

۱۱ - گزارش جهانی سلامت سال ۲۰۰۲، سازمان جهانی بهداشت.

۱۲ - سیمای مرگ در ده استان سال ۱۳۷۹، وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، معاونت بهداشتی.

کتاب جامع

بهداشت عمومی

فصل ۲ / گفتار ۷ / دکتر علی اکبر سیّاری، دکتر سیّد احسان بلادیان

سیمای سلامت در جهان و ایران

فهرست مطالب

۱۷۳	اهداف درس
۱۷۳	بیان مسئله
۱۷۴	شاخص‌ها و موفقیت‌ها
۱۷۴	وضعیت دسترسی مردم به خدمات اولیه بهداشتی
۱۷۵	دسترسی به آب آشامیدنی سالم
۱۷۶	امید زندگی
۱۷۷	مرگ کودکان زیر یکسال
۱۷۹	مرگ مادران به ازای یکصد هزار تولد زنده
۱۸۰	اهداف استراتژیک:
۱۸۰	وضعیت موجود:
۱۸۱	پوشش واکسیناسیون کودکان زیر ۵ سال
۱۸۱	وضعیت بیماری تالاسمی بتا در جهان
۱۸۲	اپیدمیولوژی بیماری تالاسمی بتا در کشور
۱۸۲	کنترل بیماری‌های عفونی
۱۸۳	ریشه کنی فلج اطفال
۱۹۱	کنترل بیماری‌های غیر واگیر
۱۹۷	تغییرات جمعیتی
۱۹۹	امنیت و تغذیه
۲۰۱	هزینه‌های بخش بهداشت
۲۰۲	منابع

سیمای سلامت در جهان و ایران Health status in the world and Iran

دکتر علی اکبر سیّاری، دکتر سید احسان بلادیان

دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی

اهداف درس

انتظار می‌رود فراگیرنده، پس از گذراندن این درس، بتواند:

- سلامت را تعریف کند
- عوامل اثر گذار بر سلامت را بیان نماید
- وضعیت دسترسی به خدمات بهداشتی درمانی را در جهان و ایران مقایسه نماید
- وضعیت بهداشتی کشورها را با توجه به شاخص‌های آن تفسیر نماید
- وضعیت بیماری‌های واگیر دار را در کشور و جهان توصیف نماید
- وضعیت امنیت غذا و تغذیه را در کشور و جهان شرح دهد
- تغییرات جمعیتی را توصیف نماید
- وضعیت منابع مالی صرف شده در نظام سلامت در سطح ملی و بین‌المللی را تفسیر نماید
- قادر به مقایسه وضعیت موجود سلامت با وضعیت مطلوب و موقعیت جهانی آن باشد.

بیان مسئله

سلامت به معنی برخورداری از رفاه کامل جسمی، روانی، اجتماعی و معنوی است و تنها به مفهوم نبود بیماری، معلولیت و ناتوانی نمی‌باشد. سلامت به عنوان یکی از عمده ترین حقوق انسانی تلقی می‌شود و در نتیجه همه مردم باید به منابع مورد نیاز برای تامین سلامت، دسترسی داشته باشند. عوامل اثرگذار بر سلامت، شامل عوامل اقتصادی - اجتماعی، محیط فیزیکی، شیوه‌های زندگی و عوامل ژنتیکی و دسترسی به خدمات بهداشتی درمانی است. برای بررسی وضعیت سلامت در جهان از شاخص‌های مربوط به سلامت و عوامل اثرگذار بر آن استفاده می‌شود. نتایج پژوهش‌ها نشان می‌دهد علی‌رغم تفاوت‌های اساسی و مهم در امور مالی،

سازماندهی و آرایه خدمات بهداشتی درمانی در کشورهای مختلف همه کشورها با چالش‌های تقریباً مشابهی روبرو بوده‌اند. این چالش‌ها در بخش بهداشت و درمان شامل حصول اطمینان از برقراری عدالت در دسترسی به خدمات درمانی، افزایش کیفیت خدمات، توسعه و بهبود نتایج درمانی، قابل تحمل نمودن هزینه‌ها برای عموم مردم، توسعه کارایی، مسئولیت پذیری و پاسخ‌گویی بیشتر و بهتر نظام درمانی، دخالت دادن هر چه بیشتر مردم در تصمیم‌گیری‌های بهداشتی درمانی و کاهش موانع بین سلامتی و مراقبت‌های اجتماعی بوده است، البته پاسخ‌های وارده به این چالش‌ها در کشورهای مختلف متأثر از شرایط مختلف تاریخی، سیاسی، اجتماعی و فرهنگی می‌باشد(بوش^۱، ۲۰۰۲).

شاخص‌هایی که در این فصل به آن پرداخته شده شامل شاخص‌های دسترسی به خدمات اولیه بهداشتی، امید زندگی، مرگ و ابتلا به بیماری‌ها، جمعیت، تغذیه و اقتصاد بهداشت است. سیمای مرگ و بیماری از نظر سن و جنس در جهان، بسیار متفاوت است. **چرایی موضوع**؛ مربوط به عوامل اثرگذار بر سلامت می‌شود، ولی در این گفتار، در حد شاخص‌های بهداشتی به موضوع پرداخته شده است و بدیهی است که برای چرایی موضوع باید به منابع دیگر رجوع نمایید.

شاخص‌ها و موفقیت‌ها

یکی از عواملی که براساس آن وضعیت عدالت اجتماعی را در جوامع می‌سنجند میزان دسترسی مردم به خدمات مورد نیاز از قبیل خدمات آموزشی، بهداشتی، درمانی و ... می‌باشد که بر مبنای "شاخص" بیان می‌شود و مواردی از آن به شرح زیر است:

وضعیت دسترسی مردم به خدمات اولیه بهداشتی

دسترسی یکسان به خدمات بهداشتی - درمانی همواره مورد توجه محققان در کشورهای مختلف جهان بوده است (هندریکس^۲، ۲۰۱۱). در واقع دسترسی عادلانه همه افراد جامعه به خدمات بهداشتی درمانی باعث ارتقای سطح سلامت برای انجام فعالیت‌های اجتماعی شده و باعث ایجاد فضای رشد و توسعه در جامعه می‌گردد. بنابراین دسترسی به خدمات بهداشتی و درمانی، پیش‌زمینه ایجاد عدالت در جامعه است و حق برخورداری از مراقبت‌های بهداشتی و درمانی باعث ایجاد فرصت‌های برابر در جامعه خواهد شد (گولیفورد^۳، ۲۰۰۳).

سازمان جهانی بهداشت، اهداف نظام‌های سلامت را در سه محور اساسی ارتقاء سطح سلامت، پاسخ‌گویی و مشارکت عادلانه مردم در پرداخت هزینه‌ها دانسته است. نظام‌های سلامت در دنیا در چهار حیطه تولید و توسعه منابع انسانی و غیرانسانی برای سلامت، تامین مالی برای پرداخت هزینه‌های سلامت و نهایتاً ارائه خدمات، اقدام به تحقق سه هدف اساسی فوق می‌نمایند. (دکتر رهبر و همکاران، ۱۳۹۴). جدول ۱ برخی از شاخص‌های دسترسی به مراقبت‌های بهداشتی اولیه را نشان داده است.

¹ - Busse R

² - Hendryx M

³ - Gulliford M

در سال ۱۳۸۴ با اجرایی شدن طرح پزشک خانواده روستایی، برگ دیگری از ارزیابی خدمات به ساکنان روستاها ورق خورد و سرانجام در اوایل سال ۱۳۹۳، برای اولین بار در کشور، با اجرای طرح تحول نظام سلامت، دولت گامی مهم و بلند در راستای دستیابی به ابعاد پوشش همگانی سلامت، از جمله کاهش میزان پرداخت از جیب و تلاش برای افزایش کیفیت خدمات برداشت.

جدول ۱ - شاخص‌های دسترسی به مراقبت‌های بهداشتی اولیه

واحد/درصد پوشش	تعداد/درصد
تعداد خانه‌های بهداشت (۱۳۹۴) وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی	۱۷۸۸۴
پایگاه بهداشتی شهری (۱۳۹۴) وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی ^۴	۴۱۱۱
پایگاه بهداشتی روستایی (۱۳۹۴) وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی ^۵	۳۸۷۳
مرکز بهداشتی درمانی شهری (۱۳۹۴) وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی ^۶	۲۵۳۴
در صد پوشش مراقبت‌های اولیه بهداشتی شهری (۱۳۹۳) وزارت بهداشت	۱۰۰
در صد پوشش مراقبت‌های اولیه بهداشتی روستایی (۱۳۹۳) وزارت بهداشت	۹۵

دسترسی به آب آشامیدنی سالم

دسترسی به آب آشامیدنی سالم و تسهیلات بهداشتی یکی از نیازهای اساسی انسان به شمار می‌آید. این در حالیست که متأسفانه در بسیاری از نقاط دنیا، انسان‌ها در شرایطی زندگی می‌کنند که از این خدمات بهره‌مند نمی‌باشند. براساس آخرین گزارش‌های انتشار یافته از طریق سازمان جهانی بهداشت حدود ۷۴۸ میلیون نفر به منابع توسعه یافته آب آشامیدنی دسترسی ندارند. از سوی دیگر ۲/۵ میلیارد نفر (بیش از یک سوم جمعیت جهان) فاقد دسترسی به تسهیلات بهداشتی فاضلاب می‌باشند.

در فاصله سالهای ۱۹۹۰ تا ۲۰۱۲، بیش از ۲/۳ میلیارد نفر در سراسر جهان به منابع مطمئن آب آشامیدنی دسترسی پیدا کردند. در همین مدت تعداد کودکانی که در اثر بیماری‌های اسهالی تلف می‌شوند - که عموماً مرتبط با وضعیت نامناسب آب آشامیدنی، دفع فاضلاب و ضعف بهداشت می‌باشند - از حدود ۱/۵ میلیون نفر به ۶۰۰ هزار نفر کاهش یافته است.

براساس نتایج آخرین سرشماری ملی در سال ۱۳۹۰، ۹۵ درصد از مردم کشور به منابع مطمئن آب آشامیدنی و حدود ۹۸ درصد نیز به تسهیلات بهداشتی دفع فاضلاب دسترسی دارند. همچنین در پایان سال ۱۳۹۳، ۷۶/۶ درصد از جمعیت روستایی کشور تحت پوشش شرکت‌های آب و فاضلاب گزارش شده‌اند. (شقایق، ۱۳۹۵)

^۴ - پایگاه سلامت که خدمات جدید ارزیابی می‌کنند در این تعداد لحاظ گردید است.

^۵ - این تعداد شامل مراکز بهداشتی درمانی در مناطق روستایی و شهرهای زیر ۲۰ هزار نفر جمعیت مجری برنامه پزشک خانواده می‌شود.

^۶ - مرکز بهداشتی درمانی و مرکز سلامت جامعه

امید زندگی

امید زندگی، معیاری برای تشخیص متوسط طول عمر افراد یک جامعه است. این معیار به ما نشان می‌دهد که هر فرد باید حداقل توقع چند سال زندگی در کشوری که در آن به دنیا آمده، را داشته باشد (جدول ۲). اصطلاح امید زندگی سالم نیز برای توصیف سالهایی است که فرد، انتظار داشتن سلامتی نسبی را داشته باشد. عوامل متعدد و متنوعی بر شاخص «امید زندگی» تاثیر می‌گذارند. عواملی که با بهینه سازی و جدی گرفتن هر کدام می‌توان امیدزندگی هر کشوری را افزایش داد.

ژاپن یکی از کشورهایی است که بعد از جنگ جهانی دوم، شاخص "امیدزندگی" آن به طرز چشمگیری افزایش یافته است، به طوری که یک دهه بعد از جنگ، نرخ امید زندگی ژاپنی‌ها ۱۳/۷ سال بیشتر شد. دولت ژاپن در سال‌های بعدی نیز توانست با افزایش سطح خدمات بهداشتی درمانی، آموزش سبک زندگی سالم و به ویژه اصلاح الگوهای تغذیه‌ای شاخص "امیدزندگی" را در این کشور افزایش دهد. هند نیز یکی دیگر از کشورهایی است که در دهه اخیر توانسته شاخص "امیدزندگی" را به خوبی ارتقاء دهد. هندی‌ها در سال ۲۰۰۴ امید زندگی شان ۶۳/۹ سال بود موفق شدند این رقم را در سال ۲۰۱۴ به ۶۹/۶ برسانند.

نرخ «امید زندگی» در کشورهای مختلف به عوامل متعدد و متنوعی بستگی دارد. شیوه ارائه خدمات بهداشتی و درمانی، سطح آموزش سلامت در رسانه‌های فراگیر، سبک زندگی رایج، کمیت و کیفیت استرس‌های فردی و اجتماعی، میزان شادی مجاز و عمومی، سلامت محیط زیست و شرایط اقتصادی کشور را می‌توان از مهمترین عوامل موثر بر شاخص «امید زندگی» نامید. با این حال، عوامل دیگری نیز می‌توانند بر طول عمر ما تاثیر بگذارند؛ به عنوان نمونه ژنتیک، نژاد و حتی جنسیت از عوامل تاثیرگذار در این حوزه تلقی می‌شوند. در تمام کشورهای جهان، «امید زندگی» زنان بیشتر از مردان است ولی این قاعده در ۳ کشور صدق نمی‌کند: اردن، مالی و افغانستان.

در سال ۲۰۱۱ نیز تحقیقی جامع درباره نرخ «امید زندگی» در کشورهای کم درآمد و پردرآمد جهان نشان داد که میانگین نرخ «امید زندگی» در کشورهای کم درآمد حدود ۶۰ سال و در کشورهای پردرآمد حدود ۸۰ سال است. این نتیجه، نشان دهنده نقش پررنگ شرایط اقتصادی در «امید زندگی» ساکنان یک کشور است. سازمان جهانی بهداشت در پایان سال ۲۰۱۳، آمار «امید زندگی» را در ۲۲۲ کشور جهان منتشر کرد:

کشور کوچک «موناکو»، دومین کشور کوچک جهان، با میانگین سنی ۸۶/۵ سال در صدر جدول «امید زندگی» قرار گرفته است. ژاپن، آندورا، سنگاپور و هنگ کنگ با میانگین‌های سنی ۸۴/۶، ۸۴/۲، ۸۴، ۸۳/۰۸ سال رتبه‌های دوم تا پنجم جدول «امید زندگی» را به خود اختصاص داده اند. کانادا که در تبلیغات خود، زیاد بر شاخص «امید زندگی» در این کشور تاکید می‌کرد با میانگین سنی ۸۲/۵ سال در رتبه دوازدهم جدول هستند. قطر اگرچه یکی از ثروتمندترین کشورهای جهان محسوب می‌شود، با میانگین سنی ۷۵/۵ سال در رتبه ۶۸ جدول "امیدزندگی" قرار گرفته است و چینی‌ها با میانگین سنی ۷۴/۲ سال در رتبه نود و هفتم.

ایران با ۷۳/۵ سال "امید زندگی" در رتبه ۱۰۶ جدول قرار گرفته است این درحالی است که "امیدزندگی" مردان ایرانی ۷۲ سال و "امید زندگی" زنان ایرانی ۷۶ سال است. کشور سیرالئون با میانگین سنی ۴۷/۵ سال

کمترین "امیدزندگی" را درجهان دارد. این درحالی است که رتبه آخر جدول در سال‌های گذشته به چاد تعلق داشته است.

جدول ۲- مقایسه امید زندگی در مناطق سازمان جهانی بهداشت

امید زندگی سالم از بدو تولد			امید زندگی از بدو تولد			سال	منطقه WHO
مرد	زن	هر دو جنس	مرد	زن	هر دو جنس		
۴۹	۵۱	۵۰	۵۷	۶۰	۵۸	۲۰۱۳	آفریقا
			۴۸	۵۲	۵۰	۱۹۹۰	
۶۵	۶۹	۶۷	۷۴	۸۰	۷۷	۲۰۱۳	آمریکا
			۶۸	۷۵	۷۱	۱۹۹۰	
۵۸	۶۰	۵۹	۶۶	۷۰	۶۸	۲۰۱۳	جنوب شرقی آسیا
			۵۸	۶۰	۵۹	۱۹۹۰	
۶۴	۷۰	۶۷	۷۳	۸۰	۷۶	۲۰۱۳	اروپا
			۶۸	۷۵	۷۲	۱۹۹۰	
۵۸	۶۰	۵۹	۶۷	۷۰	۶۸	۲۰۱۳	شرق مدیترانه
			۶۱	۶۳	۶۲	۱۹۹۰	
۶۶	۷۰	۶۸	۷۴	۷۸	۷۶	۲۰۱۳	غرب اقیانوس آرام
			۶۷	۷۲	۶۹	۱۹۹۰	
۶۰	۶۴	۶۲	۶۸	۷۳	۷۱	۲۰۱۳	جهانی
			۶۲	۶۷	۶۴	۱۹۹۰	

(منبع سازمان جهانی بهداشت)

مرگ کودکان زیر یکسال

در خصوص شاخص نرخ مرگ و میر کودکان زیر یکسال، پیشرفت‌های اساسی در جمهوری اسلامی ایران حاصل شده است. همانطور که در جدول ۳ و ۴ نشان داده شده است در انتهای دهه ۱۳۵۰، میزان مرگ و میر کودکان زیر یکسال ۱۱۰ مورد مرگ در هر هزار تولد زنده بوده است این میزان از ۵۲/۵ مرگ در هر هزار تولد زنده در سال ۱۳۶۹ به ۲۰ مورد مرگ در سال ۱۳۸۹ و به کمتر از ۱۴ مورد در سال ۱۳۹۴ کاهش یافته است. با مقایسه دو شاخص مرگ زیر ۵ سال و زیر یکسال مشاهده می‌شود که نزدیک به ۹۰ درصد مرگ‌های زیر پنج‌سال در سال نخست زندگی رخ داده است که این نکته به خوبی اهمیت توجه به کنترل و کاهش مرگ و میر کودکان را در این گروه سنی نشان می‌دهد.

جدول ۳- روند کاهش مرگ کودکان زیر یکسال در جمهوری اسلامی ایران در ۴۰ سال اخیر

۱۳۹۴	۱۳۹۲	۱۳۹۱	۱۳۸۹	۱۳۶۹	انتهای دهه ۵۰	مرگ در ۱۰۰۰ تولد زنده
۱۳٫۸	۱۴	۱۵	۲۰	۵۲	۱۱۰	زیر یکسال

جدول ۴- مقایسه آمار مرگ کودکان زیر یک سال

مرگ کودکان زیر یک سال در ۱۰۰۰ تولد زنده	مرگ نوزادان در ۱۰۰۰ تولد زنده	منطقه/کشور
۱۳٫۸	۱۰	ایران
۳۲	۱۹	متوسط جهانی
۵	۳	مناطق توسعه یافته
۳۵	۲۱	مناطق در حال توسعه
۴۱	۲۹	منطقه آسیای جنوبی ^۷
۱۹	۱۲	منطقه آسیای غربی ^۸
۰٫۹۶	۰٫۴۶	آندورا
۲	۱	ژاپن
۲	۱	سنگاپور

(منبع سازمان جهانی بهداشت)

مرگ کودکان زیر پنج سال

نسبت مرگ و میر کودکان زیر پنج سال^۹ از مهمترین شاخص‌هایی است که نشان دهنده توسعه کشورها می‌باشد (جدول ۵ و ۶). علت انتخاب این شاخص به عنوان نمایه توسعه، تاثیر عوامل مختلف اجتماعی و اقتصادی در کاهش یا افزایش آن است. کاهش آن از تعهدات مهم کشورها است و به همین منظور براساس اهداف توسعه هزاره^{۱۰} که در سال ۲۰۰۰ میلادی مورد تعهد کشورهای جهان قرار گرفت، نسبت مرگ و میر کودکان در این کشورها تا سال ۲۰۱۵ میلادی می‌بایست ۷۵ درصد نسبت به سال ۱۹۹۰ کاهش می‌یافت و خوشبختانه جمهوری اسلامی ایران قبل از سال ۲۰۱۵ به این هدف، دست یافت.

^۷ - افغانستان، بنگلادش، بوتان، هندوستان، ایران، مادیو، نپال، پاکستان، سریلانکا^۸ - بحرین، عراق، اردن، کویت، لبنان، عمان، قطر، عربستان، فلسطین، سوریه، ترکیه، امارات، یمن^۹ - U5MR^{۱۰} - Millennium Development Goals

جدول ۵- روند کاهش مرگ کودکان زیر ۵ سال در ۴۰ سال اخیر

مرگ در ۱۰۰۰ تولد زنده	انتهای دهه ۵۰	۱۳۶۹	۱۳۸۹	۱۳۹۱	۱۳۹۲	۱۳۹۴
زیر ۵ سال	>۱۷۰	۱۴۰	۶۸	۲۲	۱۸	۱۷

جدول ۶- مقایسه آمار مرگ کودکان زیر ۵ سال

منطقه / کشور	مرگ کودکان زیر ۵ سال در ۱۰۰۰ تولد زنده
ایران	۱۶
متوسط جهانی	۴۳
مناطق توسعه یافته	۶
مناطق در حال توسعه	۴۷
منطقه آسیای جنوبی	۵۱
منطقه آسیای غربی	۲۲
ژاپن	۳
سنگاپور	۳

(منبع سازمان جهانی بهداشت)

مرگ مادران به ازای یکصد هزار تولد زنده

روزانه حدود ۸۰۰ مادر در دنیا بر اثر عوارض قابل اجتناب بارداری و زایمان، جان خود را از دست می‌دهند. تخمین زده می‌شود که در دنیا به ازای هر مورد مرگ مادر، حدود ۲۰ زن دچار عوارض بارداری^{۱۱} می‌شوند. تقریباً یک چهارم از این‌ها عوارض شدیدی هستند که زنان ممکن است طولانی مدت از آن رنج ببرند^{۱۲}. برای اندازه گیری مرگ مادر از شاخصی به نام نسبت مرگ مادران^{۱۳} یا به اختصار MMR استفاده می‌شود که این شاخص تعداد مرگ مادران در اثر عوارض بارداری و زایمان به ازاء هر ۱۰۰۰۰۰ تولد زنده را نشان می‌دهد قبل از سال ۲۰۱۵، براساس اهداف توسعه هزاره که در سال ۲۰۰۰ میلادی مورد تعهد کشورهای جهان قرار گرفت، نسبت مرگ و میر مادران در کشورها تا سال ۲۰۱۵ میلادی، باید ۷۵ درصد نسبت به سال ۱۹۹۰ کاهش می‌یافت. بعد از سال ۲۰۱۵، براساس اهداف توسعه پایدار (SDGs)^{۱۴} و آخرین بیانیه سازمان جهانی بهداشت که در سال ۲۰۱۴ منتشر شده شاخص‌های زیر برای کاهش عادلانه مرگ مادری بعد از سال ۲۰۱۵ تعیین شده است:

^{۱۱} - Maternal Morbidity^{۱۲} - Severe Maternal Morbidity^{۱۳} - Maternal Mortality Ratio^{۱۴} - Sustainable Development Goals

شاخص جهانی:

تا سال ۲۰۳۰ میلادی، متوسط نسبت مرگ مادری^{۱۵} در جهان به کمتر از ۷۰ در صد هزار تولد زنده برسد و در هیچ کشوری بیشتر از ۱۴۰ در صد هزار تولد زنده یعنی بیشتر از ۲ برابر میانگین جهانی نباشد.

شاخص در کشورها:

در کشورهایی که نسبت مرگ مادر در سال ۲۰۱۰ کمتر از ۴۲۰ در صد هزار تولد زنده بوده است (یعنی بیشتر کشورهای دنیا از جمله ایران)، رقم این شاخص تا سال ۲۰۳۰ حداقل به اندازه دو سوم آن در ۲۰۱۰ کاهش یابد.

در کشورهایی که نسبت مرگ مادران در سال ۲۰۱۰ بیشتر از ۴۲۰ در صد هزار تولد زنده بوده است کاهش این شاخص باید سیر نزولی بیشتری داشته و در سال ۲۰۳۰ در هیچ کشوری بیشتر از ۱۴۰ در صد هزار تولد زنده نباشد. برای دستیابی به شاخص فوق، هدف و استراتژیهای زیر توسط سازمان جهانی بهداشت توصیه شده است:

هدف نهایی: پیشگیری از (پایان دادن به) مرگهای قابل اجتناب مادران^{۱۶}.

اهداف استراتژیک:

- رفع بی عدالتی در دسترسی و کیفیت خدمات سلامت باروری، مادری و نوزادی
- اطمینان از پوشش جامع خدمات سلامت باروری، مادری و نوزادی
- توجه به تمام علل مرگهای مادری، عوارض مادری و باروری، ناتوانیهای مرتبط با آن
- تقویت سیستمهای سلامتی برای پاسخ به نیازها و اولویتهای زنان و دختران

وضعیت موجود:

در سال ۲۰۱۵ حدود ۳۰۳۰۰۰ مرگ مادر در دنیا رخ داده است که ۴۴ درصد نسبت به سال ۱۹۹۰ کمتر شده است

مناطق در حال توسعه حدود ۹۹ درصد کل مرگهای مادری دنیا را به خود اختصاص داده اند. نسبت مرگ مادران، در مناطق در حال توسعه (۲۳۹) حدود ۲۰ برابر مناطق توسعه یافته (۱۲) می باشد (جدول ۸).

جدول ۷- روند MMR در ایران براساس آخرین گزارش سازمان جهانی بهداشت

سال میلادی (سال شمسی)	۱۹۹۰	۱۹۹۵	۲۰۰۰	۲۰۰۵	۲۰۱۰	۲۰۱۵
نسبت مرگ مادران (MMR)	۱۲۳	۸۰	۵۱	۳۴	۲۷	۲۵

^{۱۵} - MMR

^{۱۶} - Ultimate Goal : Ending Preventable Maternal Mortality

طبق همین گزارش، کشور ایران با حدود ۸۰ درصد کاهش، جزو کشورهای موفق در دستیابی به هدف توسعه هزاره اعلام شده است (جدول ۷).

جدول ۸ - شاخص‌های MMR و Life time Risk of Maternal death در مناطق مختلف دنیا براساس تقسیم بندی سازمان جهانی بهداشت

منطقه	تخمین نسبت مرگ مادر در سال ۲۰۱۵		
	متوسط	حداقل	حداکثر
افریقا	۵۴۲	۵۰۶	۶۵۰
آمریکا	۵۲	۴۹	۵۹
اروپا	۱۶	۱۵	۱۹
آسیای جنوب شرقی	۱۶۴	۱۴۱	۱۹۹
مدیترانه شرقی (EMRO)	۱۶۶	۱۴۲	۲۱۶
کشور ایران	۲۵	۲۱	۳۱
دنیا	۲۱۶	۲۰۷	۲۴۹
مناطق توسعه یافته	۱۲	۱۱	۱۴
مناطق در حال توسعه	۲۳۹	۲۲۹	۲۷۵

پوشش واکسیناسیون کودکان زیر ۵ سال

براساس گزارش سال ۲۰۱۴ سازمان جهانی بهداشت، سالانه حدود ۶ میلیون کودک زیر ۵ سال فوت می‌کنند. که از این تعداد ۱۷ درصد در اثر تولد نوزاد نارس، ۱۵ درصد عفونت‌های تنفسی، ۱۱ درصد شرایط و عوارض حول زایمان، ۹ درصد اسهال و ۷ درصد مالاریا است. پوشش جهانی واکسن‌ها در سال ۲۰۱۴: ثلاث ۸۶ درصد، فلج اطفال ۸۶ درصد، سرخک (نوبت دوم) ۵۶ درصد و برای هیپاتیت B ۸۲ درصد بوده است. در سال ۲۰۱۴ پوشش نوبت دوم واکسن سرخک در ایران ۹۹ درصد بوده، این میزان در جهان ۵۶ درصد، در آمریکا ۵۱ درصد، در آفریقا ۱۱ درصد، در منطقه مدیترانه شرقی ۶۶ درصد، در منطقه غرب اقیانوس آرام ۹۳ درصد، در منطقه جنوب شرقی آسیا ۵۹ درصد و در منطقه اروپا ۸۴ درصد بوده است. تا سال ۱۳۵۶، در ایران ۶ واکسن DTP، پولیو، سرخک، BCG با پوشش ۳۰ درصد تزریق می‌شد. تا سال ۱۳۹۳، سه واکسن هیپاتیت B، سرخچه، اوریون اضافه شد، و در سال ۱۳۹۳، دهمین واکسن جدید یعنی هموفیلوس آنفلوانزای تایپ b به برنامه واکسیناسیون کودکان ایران افزوده شد و همراه با واکسن هیپاتیت B و DTP تحت عنوان "پنتاوان" نامیده شد.

وضعیت بیماری تالاسمی بتا در جهان

پراکندگی جغرافیایی: بطور اولیه بیماری تالاسمی بیماری محدود به مناطق خاصی از جهان بوده است. در حال حاضر تالاسمی در نواحی مدیترانه، آفریقا، خاورمیانه، آسیا، اروپا و آمریکا منتشر می‌باشد. تالاسمی در

آسیا، نواحی جنوب شرقی، همچنین نواحی جنوبی چین، هند، بنگلادش، تایلند، مالزی، اندونزی و در خاورمیانه شامل ایران، پاکستان تا سواحل شمالی آفریقا و آمریکای جنوبی و در اروپا بویژه جنوب و مرکز اروپا، شامل پرتغال، اسپانیا، ایتالیا، یونان تا بخش‌های جنوبی شوروی سابق، پراکنده است. در حال حاضر مهاجرت و ازدواج‌های بین افراد از جمعیت‌ها و قومیت‌های مختلف باعث شده تا تالاسمی حتی در کشورهای اروپای شمالی نیز به وقوع بپیوندد. براساس مستندات علمی مختلف بین ۱/۵ تا سه درصد جمعیت جهان، ناقل ژن تالاسمی بتا هستند. در ناحیه جنوب شرقی آسیا شیوع ناقلین بتا تالاسمی به ۱۰ تا ۲۰ درصد می‌رسد.

تخمین زده می‌شود شیوع بیماری و مرگ ناشی از آن در جهان، در حدود ۸۰ تا ۹۰ میلیون ناقل تالاسمی بتا می‌باشد. همچنین تخمین زده می‌شود سالانه حداقل ۶۰/۰۰۰ مورد جدید تالاسمی بتا، در جهان متولد شوند. پیشینه این موارد در کشورهای در حال توسعه رخ می‌دهد. همچنین در حال حاضر برآورد می‌شود که ۲۰۰/۰۰۰ بیمار تالاسمی بتا در قید حیات هستند و در مراکز مرتبط ثبت نام نموده‌اند. با توجه به میزان بروز بیماری تالاسمی بتا، کم شماری در فراوانی گزارش شده بیماران به آن دلیل است که تعداد زیادی از آنها حتی قبل از تشخیص و ثبت، در کشورهایی که امکانات لازم درمانی را فراهم نمی‌آورند، جان خود را از دست می‌دهند.

اپیدمیولوژی بیماری تالاسمی بتا در کشور

پراکندگی جغرافیایی بیماری: تالاسمی بتا شایع‌ترین بیماری ارثی ایران است. در ایران تالاسمی بتا بویژه در مناطق ساحلی جنوبی و شمالی کشور پراکنده است. این پراکندگی با نقشه شیوع مالاریای فالسیپارم در گذشته در این مناطق تطبیق دارد. با وجود این به دلیل وقوع مهاجرت و ازدواج‌های بین گروهی و جمعیتی، تالاسمی بتا در تمام مناطق کشور دیده می‌شود.

شیوع و بروز بیماری، تخمین زده می‌شود بطور متوسط بین ۴ تا ۵ درصد جمعیت ایران ناقل ژن بتا تالاسمی باشند. تعداد بیماران ایران براساس ثبت موارد در مراکز تزریق خون سراسر کشور حدود ۱۸/۰۰۰ نفر است. در صورت عدم مداخله پیشگیرانه، بروز مورد انتظار تالاسمی بتا در ایران در هر سال بطور متوسط یک مورد در ۱۰۰۰ تولد زنده است ولی در شرایط اجرای برنامه‌های پیشگیری و کنترل بیماری، بروز به تناسب موفقیت برنامه در هر استان و در نتیجه در کل کشور کاهش می‌یابد. در حال حاضر با توجه به موفقیت برنامه پیشگیری از بروز بتا تالاسمی ماژور، میزان بروز این بیماری از ۴/۶ در ده هزار تولد به ۱ مورد در ده هزار تولد زنده طی سال‌های ۱۳۷۷ تا ۱۳۹۲ کاهش یافته است. میزان بروز باقی مانده مربوط به مناطقی از کشور است که الگوی علل بروز در آن‌ها متفاوت از سایر نقاط کشور بوده و استراتژی‌های پیشگیرانه‌ی ویژه‌ای متناسب با تحلیل علل بروز توسط اداره ژنتیک وزارت بهداشت و دانشگاه‌های علوم پزشکی مربوطه طراحی و به مرحله اجرا گذاشته شده است. (سموات، عظیمی، ۱۳۹۴)

کنترل بیماری‌های عفونی

در خصوص برنامه‌های مرتبط با بیماری‌های عفونی، اشاره‌ای به برنامه‌های مبارزه با فلج اطفال، سرخک، کزاز نوزادان، سل، مالاریا و بیماری‌های نوپدید و بازپدید و از جمله HIV/AIDS خواهیم کرد:

ریشه کنی فلج اطفال

مجمع جهانی بهداشت در سال ۱۹۸۸، ریشه کنی فلج اطفال تا سال ۲۰۰۰ را تصویب نمود در آن زمان، فلج اطفال در ۱۲۵ کشور جهان حالت بومی داشته و سالانه بیش از ۳۵۰۰۰۰ مورد از این بیماری در جهان رخ می‌داد. آخرین مورد فلج اطفال در ایران در سال ۱۳۷۹ گزارش شد و از آن زمان کشور ایران عاری از فلج اطفال است. در حال حاضر ویروس فلج اطفال تنها در دو کشور افغانستان و پاکستان بومی است و طبق برآوردهای سازمان جهانی بهداشت، ریشه کنی این بیماری از ابتدا ده میلیون نفر به فلج اطفال جلوگیری کرده است. روند بیماری در سطح جهان، رو به کاهش بوده و در سال ۲۰۱۴، تعداد ۳۵۹ مورد و در سال ۲۰۱۵، ۷۴ مورد در دنیا گزارش شده است.

سرخک

هدف برنامه سرخک، کاهش موارد مرگ ناشی از سرخک به میزان ۹۵ درصد، تا سال ۲۰۱۵ بوده است از سال ۲۰۰۰ تا ۲۰۱۴ تعداد موارد ابتلا به سرخک ۷۳ درصد و تعداد مرگ ناشی از این بیماری ۷۹ درصد کاهش یافته است. در جهان در سال ۲۰۰۰، ۸۵۳۴۷۹ نفر مبتلا به سرخک شدند ۳۸۵۹۲ نفر در منطقه مدیترانه شرقی ساکن بودند از این تعداد حدود ۵۴۷۰۰۰ نفر فوت کردند که ۵۴۳۰۰ نفر ساکن منطقه مدیترانه شرقی بودند.

جدول ۹ - روند پنج ساله سرخک در سطح کشور، طی سال‌های ۹۴-۱۳۹۰

سال	تعداد موارد تب و بثورات ماکولوپاپولار شناسایی شده	تعداد موارد تایید شده آزمایشگاهی سرخک
۱۳۹۰	۳۱۵۰	۳۰
۱۳۹۱	۴۲۱۷	۲۳۴
۱۳۹۲	۳۹۵۶	۱۰۰
۱۳۹۳	۴۴۰۱	۱۴۲
۱۳۹۴	۶۱۴۰	۴۵۰

در سال ۲۰۱۴، ۲۶۷۴۸۲ نفر مبتلا به سرخک شدند که ۱۸۱۲۹ نفر در منطقه مدیترانه شرقی ساکن بوده‌اند. از این تعداد در سال ۲۰۱۴، ۱۱۴۹۰۰ نفر فوت کردند که ۱۳۹۰۰ نفر ساکن منطقه مدیترانه شرقی بوده‌اند. روند پنج ساله موارد گزارش شده سرخک در جمهوری اسلامی، در جدول ۹ مشخص گردیده است. طبق برآورد انجام شده واکسیناسیون سرخک در سال‌های ۲۰۱۴-۲۰۰۰ از مرگ ۱۷ میلیون نفر در اثر ابتلا به سرخک جلوگیری کرده است.

در سال ۲۰۰۴ (۱۳۸۳) و ۲۰۱۰ (۱۳۸۹) به ترتیب یک مورد مرگ در اصفهان در کودک زیر یکسال

ایرانی و یک مورد در زاهدان در کودک ۳ ساله پاکستانی اتفاق افتاد که از هر دو نمونه آزمایشگاهی تهیه نشده است.

در سال ۲۰۱۲ (۱۳۹۱) یک مورد مرگ در کودک زیریکسال ایرانی در شهرستان چابهار و در سال ۲۰۱۵ (۱۳۹۳) در طغیان سرخک یک مورد مرگ در کودک ۳ ساله افغانی در شهرستان جیرفت اتفاق افتاد هر دو مورد نتیجه آزمایشگاهی سرخک تایید شده داشتند.

کزاز نوزادی

سالانه ۵۰۰۰۰ مورد مرگ ناشی از کزاز نوزادی در جهان (عمدتاً در ۳۴ کشور جهان) رخ می‌دهد. ایران از سال ۱۹۹۵ موفق به حذف این بیماری شده است. در سال ۱۳۹۳، سه مورد و در سال ۱۳۹۴، چهار مورد کزاز نوزادی در ایران رخ داده است ولی خوشبختانه موردی از مرگ ناشی از این بیماری در کشور گزارش نشده است. این درحالی است که تا قبل از سال ۱۳۶۰، حدود ده هزار نوزاد به علت کزاز نوزادی فوت می‌کردند.

سل

تاکنون ۲ میلیارد نفر در دنیا به عفونت سلی، مبتلا شده‌اند. سالانه حدود ۹ میلیون مورد جدید سل در دنیا بروز می‌کند و همه ساله ۱/۵ میلیون نفر بر اثر ابتلا به سل فوت می‌کنند این رقم در سال ۱۹۹۰ دو میلیون نفر بوده است. بیماری سل، حدود ۳ درصد علت مرگ را تشکیل می‌دهد. روند سل در آینده مبهم است میزان ابتلا جهانی سل ۱۳۳ (۱۴۱-۱۲۶) مورد به ازای یکصد هزار نفر جمعیت می‌باشد، براساس برآورد سازمان جهانی بهداشت میزان بروز سل در ایران ۲۲ (۲۶-۱۸) مورد در یکصد هزار نفر جمعیت گزارش شده است. متأسفانه تنها ۶۳٪ از موارد سل تخمینی طی سال گذشته از سوی کشورهای جهان شناسایی و به سازمان جهانی بهداشت گزارش شده‌اند.

آلودگی همزمان به ویروس ایدز خطر ابتلا به بیماری سل را به طور معناداری افزایش می‌دهد. کشورهای با شیوع بالای HIV، به ویژه کشورهای واقع در افریقای زیر صحرأ، شاهد افزایش چشمگیر تعداد بیماران مبتلا به سل و افزایش ۲ تا ۳ برابر میزان‌های بروز گزارش شده سل در دهه ۹۰ بوده‌اند. در سال ۲۰۱۵، میزان شیوع عفونت HIV در میان بیماران مبتلا به سل در جهان ۱۲٪ تخمین زده شده است.

با توجه به اجرای استراتژی داتس^{۱۷} در کشور و ثبت موارد تعداد موارد از ۱۴۲ مورد به ازای یکصد هزار نفر در سال ۱۳۴۳ به ۱۲/۹ مورد در سال ۱۳۹۳ کاهش یافته است (بیش از ده برابر کاهش) که موفقیت بزرگ بهداشتی در سطح کشور است.

روند سل در سطح جهانی به علت بروز ایدز رو به گسترش است و خطر بزرگی که بوجود آمده مقاومت میکروب سل به داروهای رایج ضد سل است به طوری که هزینه درمان موارد مقاوم بسیار گران و سرسام آور است. در حال حاضر هزینه درمان هر مورد سل، کمتر از ۴۵۰ هزار تومان بوده ولی این هزینه برای هر یک از موارد سل

¹⁷ -Directly Observed Strategy

مقاوم به درمان بین ۴۰ تا ۲۵۰ میلیون تومان برآورد می‌گردد. سل در سال ۱۹۹۰ هفتمین علت مرگ در دنیا بوده است و پیش بینی می‌شود تا سال ۲۰۲۰ تغییر نکند. سیاست سازمان جهانی بهداشت در کنترل سل اجرای استراتژی داتس درمان کوتاه مدت^{۱۸} تحت نظارت مستقیم است که یک ساختار موثر برای تشخیص (مشاهده اسمیر خلط با میکروسکوپ نوری) را هم شامل می‌شود.

مالاریا

با عنایت به مصوبات هفتمین جلسه شورای عالی سلامت و امنیت غذا در تاریخ ۱۳۸۹/۲/۱ و به دنبال تاکید انجام شده طی نشست مزبور مبنی بر تلاش بی وقفه در خصوص حذف مالاریا در افق ۱۴۰۴، اقدامات همه جانبه‌ای توسط همکاران ستادی، مدیران و کارشناسان استانی - شهرستانی شاغل در دانشگاه‌های علوم پزشکی زاهدان، ایرانشهر، بندرعباس، کرمان و جیرفت به منصفه ظهور رسیده که نتایج ارزشمندی را بدنبال داشته است. در سال ۱۳۸۷ در کشور ۱۱۳۳۳ مورد مالاریا گزارش شده، درحالی‌که در سال ۱۳۹۰ مجموعاً ۱۲۴۰ مورد بومی مالاریا گزارش شده است.

در سال ۱۳۹۳ مجموعاً ۲۴۶ مورد بومی مالاریا در کشور گزارش گردیده که ۱۲ مورد در استان هرمزگان، ۲۳۳ مورد استان سیستان و بلوچستان و فقط یک مورد مالاریای بومی در استان کرمان گزارش گردیده است. در سال ۱۳۹۴ مجموعاً ۲۱۲ مورد بومی مالاریا در کشور گزارش شده است که ۲۱ مورد آن فالسیپارم بوده است. (همگی موارد فالسیپاروم بومی متعلق به سیستان - بلوچستان بوده، که مربوط به شهرستانهای سراوان، سرباز، کنارک و چابهار میباشد. این شهرستان‌ها در نوار مرزی با ایالت بلوچستان پاکستان قرار دارند، که براساس آخرین تخمین‌های سازمان جهانی بهداشت از آلوده‌ترین مناطق جهان محسوب می‌شوند.)

وضعیت نا همگون انتقال مالاریا و توقف انتقال محلی بیماری در ۹۰ درصد مناطق کشور، این بیماری را در بسیاری از استان‌ها به یک مشکل فراموش شده مبدل نموده است. از سوی دیگر وجود مهاجرت‌های کنترل نشده از مرزهای شرقی و گستردگی آثار آن به تمامی استان‌ها شرایط را برای حذف مالاریا بسیار دشوار کرده است. البته با مدیریت صحیح منابع، تلاش موثر کارشناسان و حمایت همه جانبه مدیران استانی این مشکل نیز علیرغم عدم بهره‌مندی از ردیف اختصاصی بودجه‌ای، به شکل قابل‌تقدیری جبران گردیده و زمینه حذف مالاریا در کنار ایالت بلوچستان پاکستان که از آلوده‌ترین مناطق جهان محسوب می‌شود، فراهم نموده است.

هم اکنون حذف مالاریا در یک کشور بزرگ منطقه که سالهای طولانی در تصور کارشناسان و مدیران خبره سازمان جهانی بهداشت نمی‌گنجد است، در جمهوری اسلامی ایران در شرف به بار نشستن می‌باشد.

با تصویب مجمع عمومی سازمان جهانی بهداشت هر ساله در تمامی کشورهای عضو مراسمی در روز ۲۵ آوریل با عنوان روز جهانی مالاریا برگزار میشود، و طی آن متولیان سلامت، مدیران عالی‌رتبه و نمایندگان سازمانهای بین‌المللی برای حمایت از فعالیتهای و برنامه‌های مبارزه با مالاریا گرد هم می‌آیند.

بیماری‌های عفونی نوپدید^{۱۹} و بازپدید^{۲۰}

علیرغم پیشرفت‌های برجسته در تحقیقات پزشکی و درمان در طی قرن بیستم، بیماری‌های عفونی هنوز به عنوان یکی از علل عمده مرگ در دنیا باقیمانده‌اند و این مسئله ناشی از نوپدیدی بیماری‌های عفونی جدید و بازپدیدی بیماری‌های عفونی قدیمی، می‌باشد. **بیماری‌های عفونی نوپدید** ناشی از عوامل عفونی می‌باشند که طی سه چهارم دهه‌ی اخیر، شناسایی شده (ایدز، سارس) و یا از قبل نیز وجود داشته ولی عامل مسبب آنها طی این دوره زمانی، شناسایی گردیده (هپاتیت C) و یا علیرغم قدمت بیماری، عامل مسبب آنها طی این دوره زمانی نسبت به بسیاری از آنتی‌بیوتیک‌ها مقاوم گردیده (سل مقاوم به چند دارو) و یا علیرغم وجود آن در بسیاری از نقاط جهان، برای اولین بار طی سه چهارم دهه اخیر در یکی از مناطق یا حتی یکی از استان‌های کشور، شناسایی شده است (فاسیولیاژیس انسانی در کرمانشاه) ... از سوی دیگر **بیماری‌های عفونی بازپدید** آن دسته از بیماری‌ها می‌باشند که قبلاً شناخته شده‌اند ولی در طول زمان و تحت تاثیر بهبود شیوه زندگی و اقدامات پیشگیرنده، از میزان بروز و شیوع آنها به شدت کاسته شده به نحوی که دیگر به عنوان مشکل بهداشتی عمده و اولویت‌داری مطرح نمی‌شده‌اند ولی تحت تاثیر عوامل مختلفی نظیر، جنگ، مهاجرت، پناهندگی، حوادث طبیعی و امثال این‌ها طی سال‌های اخیر مجدداً شعله‌ور شده‌اند (بازپدیدی سل و لیشرمانیوز احشایی در زمینه ایدز، بازپدیدی دیفتتری در شوروی سابق و در خوزستان). بطور کلی در طی ۴ دهه اخیر حداقل بیش از ۴۰ نوع بیماری جدید ظهور کرده‌اند که این مسئله بار مضاعفی را بر بار جهانی بیماری‌های واگیر تحمیل می‌نمایند. تعدادی از بیماری‌های عمده تاثیرگذار بر سیستم بهداشتی جهان تا زمان نگارش شامل بیماری آنفلوانزای پرندگان، بیماری کورونا، ویروس عامل MERS، بیماری ابولا، عامل ZIKA، بیماری چیکن گونیا، بیماری تب دنگ، هپاتیت‌های C و E می‌باشند. عوامل زیادی بر نوپدیدی و بازپدیدی بیماری‌های عفونی تاثیر گذار می‌باشند که عمده ترین آنها به شرح زیر می‌باشد:

عوامل مرتبط با عامل بیماریزا: تغییر در بیماری‌زایی عامل بیماری - افزایش مقاومت دارویی (ناشی از تجویز داروی اشتباه، عدم پذیرش بیمار، تجویز مقدار نامناسب دارو، داروی تقلبی، استفاده نامناسب دارو در حیوانات و گیاهان، از بین رفتن اثربخشی دارو) - مقاومت به عوامل حشره کش و ضد عفونی کننده‌ها و گندزدها

عوامل مرتبط به میزبان: تغییرات دموگرافیک جمعیتی، تغییر رفتارهای انسانی، حساسیت انسانی به عوامل بیماریزا، فقر و نابرابری‌های اجتماعی.

عوامل مرتبط به محیط و اقلیم: تغییرات آب و هوایی و اکوسیستم (گرم شدن زمین، پدیده ال نینو)، افزایش استفاده از زمین و توسعه اقتصادی، صنعتی شدن و تکنولوژی، مسافرت‌های بین المللی و تجارت جهانی، از بین رفتن ساختارهای بهداشتی (جنگ، افزایش جمعیت، آشوب‌های اجتماعی)، نقص و فقدان حمایت‌های سیاسی.

عوامل مرتبط به حیوانات: انتقال عوامل بیماریزا از حیوانات به انسان (حدود ۱۴۱۵ عامل عفونت‌زای حیوانی برای انسان نیز آلوده کننده می‌باشند و حدود ۶۱ درصد این میکروب‌ها بیماری مشترک انسان و حیوان را ایجاد

¹⁹ . Emerging

²⁰ . Re-emerging

می‌نمایند و همچنین حدود ۷۰ درصد پاتوژن‌هایی که جدیداً شناسایی گردیده‌اند منشا حیوانی دارند، جابجایی حیوانات به علت تغییرات اقلیمی.

از عمده ترین بیماری‌های بازپدید می‌توان به بروز بیماری دیفتری در اوایل دهه ۱۹۹۰ میلادی در شوروی سابق، بیماری وبا با سوش جدید O139 در بنگال و بعضی دیگر از کشورهای آسیایی، بیماری طاعون در ۱۹۹۴ در هند بدنبال ۳ دهه خاموشی بیماری، افزایش موارد بیماری تب دنگ بعد از ۴۰ سال در طی سالهای ۱۹۹۰ تا ۱۹۹۸ در دنیا اشاره نمود.

از سوی دیگر احتمال سوء استفاده و بکارگیری عوامل بیماری‌زای نوپدید و بازپدید توسط افراد مخالف و گروه‌های تروریستی نیز وجود دارد که بیوتروریسم نامیده می‌شود. زیرا به دلیل تولید آسان‌تر، هجوم گسترده‌تر بیماری، سخت بودن شناسایی و گزارش دهی آنها، ایجاد ترس گسترده و اختلالات وسیع اجتماعی، عوامل بیولوژیک ابزار مناسبی برای ترور می‌باشند و اگر از عوامل عفونت‌زای ریشه‌کن شده‌ای نظیر عامل آبله استفاده شود نوپدیدی و اگر از عوامل کنترل شده‌ای نظیر باسیل طاعون و تولارمی سوء استفاده گردد، بازپدیدی به حساب می‌آید و لذا از این منظر نیز توجه به بیماری‌های نوپدید و بازپدید باید به دقت مورد توجه قرار گیرد.

شایان ذکر است که در کنار اصطلاحات نگران کننده نوپدیدی و بازپدیدی بیماری‌ها اصطلاح نویدبخش "ناپدیدی" هم ابداع شده است که منظور از آن ریشه‌کنی کامل یک بیماری در سطح جهان است. مثلاً ریشه‌کنی آبله که در سال ۱۹۷۷ در سطح جهان تحقق یافته و در سال ۱۹۸۰، توسط سازمان جهانی بهداشت، اعلام گردیده و یا بیماری‌هایی نظیر هپاتیت B، پولیومیلیت ... و سرخک که به دلیل تک مخزنی بودن و دارا بودن واکسن موثر، کاندید ریشه‌کنی و محکوم به ناپدیدی می‌باشند.

از بیماری‌های نوپدید در ایران می‌توان به ایدز و عفونت ناشی از HIV اشاره کرد که در سال ۱۳۶۵ اولین مورد آن در یک کودک مبتلا به هموفیلی، به اثبات رسیده و هپاتیت E که اولین همه‌گیری آن در زمستان ۱۳۶۹ و بهار ۱۳۷۰ شمسی در کرمانشاه، اتفاق افتاد و بطور همزمان در فریدون شهر اصفهان نیز با وسعت خیلی محدودتری حادث گردیده و اولین همه‌گیری فاسیولیازیسی انسانی در غرب کشور که در سال ۱۳۷۹ در کرمانشاه و اولین همه‌گیری ارلیشبیوز انسانی استان مازندران که در سال ۱۳۸۲ رخ داده است و از آنجا که واژه نوپدیدی به ظهور سویه‌های مقاوم به دارو نیز اطلاق می‌گردد به همه‌گیری مقطعی و گذرای تب روده ناشی از سالمونلاهای مقاوم به چند دارو در سال‌های گذشته در سطح کشور و به موارد تویرکولوز مقاوم نیز اشاره نماییم. ضمناً موارد انگشت شماری از آنفلوآنزای پرندگان H5N1 هم در سطح کشور، رخ داده است ولی هیچ مورد ثابت شده‌ای از SARS یا MERS و یا ZIKA تا زمان نگارش این گفتار، در سطح کشور، وجود نداشته است.

از جمله بیماری‌های بازپدید کشور، می‌توان به همه‌گیری دیفتری و سالک، در استان خوزستان، تب پاپاتاسی در بین رزمندگان اعزامی از نقاط مختلف کشور به اطراف کرمانشاه طی دوران جنگ عراق با ایران ... و همه‌گیری فاسیولیازیسی استان گیلان که با ابتلاء حدود ده هزار نفر از ساکنین آن منطقه، بزرگترین اپیدمی ثبت شده بیماری در طول تاریخ پزشکی به حساب می‌آید! اشاره کرد.

از بیماری‌های ناپدید کشور، علاوه بر آبله که آخرین مورد آن در سال ۱۳۵۱ در شیراز رخ داده است،

می‌توان به **دراکونکولیا‌زیس**، اشاره کرد که براساس اعلام رسمی WHO در سال ۱۹۹۶ سال‌ها است که حتی یک مورد جدید آن گزارش نشده است و **جذام** که تعداد موارد آن در سال‌های اخیر به کمتر از یک مورد در هر ده هزار نفر جمعیت رسیده و طبق اعلام رسمی سازمان جهانی بهداشت، به سطح حذف، رسیده‌ایم و **هپاتیت B** و **پولیومیلیت** که طبق برنامه‌های سازمان جهانی بهداشت به سوی حذف و ریشه‌کنی آنها به پیش می‌رویم.

HIV/AIDS^{۲۱}

بیش از سه دهه از شناخت ویروس عامل ایدز یا HIV و نوپیدیدی بیماری ایدز می‌گذرد. جهانگیری ایدز یکی از بزرگ‌ترین چالش‌ها را در زندگی فردی و اجتماعی انسان به خصوص نوجوانان و جوانان تشکیل می‌دهد. در سطح جهان بالغ بر ۳۶ میلیون نفر از جمله بیش از دو میلیون کودک با آلودگی به این عفونت یا بیماری ویروسی، زندگی می‌کنند. طی ۱۵ سال گذشته مرگ و میر ناشی از ایدز در میان نوجوانان سه برابر شده است، به طوری که بیماری ایدز اولین عامل مرگ و میر نوجوانان در آفریقا و دومین علت فوت این رده سنی در سطح جهان به حساب می‌آید. اثرات سوء اقتصادی، اجتماعی و بهداشتی ایدز بر جوامع بشری و به ویژه اثر بر سلامت انسان باعث شده است تا ایدز مورد توجه دانشمندان قرار گیرد. از این رو امروزه پیشرفت‌های زیادی در عرصه تشخیص و درمان این بیماری حاصل شده است.

چه خدماتی در رابطه با ویروس HIV در کشور وجود دارد؟

با وجود آن که در حال حاضر درمان قطعی که ویروس را از بین ببرد وجود ندارد، اما درمان‌های موجود می‌تواند از تبدیل عفونت به بیماری، جلوگیری کند و در واقع بیماری را تحت کنترل در آورده و باعث بهتر شدن کیفیت زندگی افراد مبتلا و افزایش طول عمر آنها شود. از سوی دیگر مصرف داروی ضد HIV در فرد مبتلا باعث کاهش مقدار ویروس در بدن وی شده و در صورت تداوم رفتارهای پرخطر مرتبط با ایدز، احتمال انتقال بیماری به طرف مقابل کاهش می‌یابد و همه‌گیری و گسترش بیماری را کنترل می‌کند. به علاوه مصرف داروی ضد HIV توسط مادر مبتلا باعث کاهش خطر انتقال ویروس در طی دوران بارداری و زایمان به نوزاد وی می‌شود. لذا درمان عفونت ناشی از HIV، کلید پیشگیری است. اگر افراد مبتلا به HIV، هر چه زودتر از ابتلای خود آگاه شوند، می‌توانند سریعتر از خدمات مراقبتی و درمانی مناسب استفاده کنند که این باعث می‌شود نه تنها طول عمر بیشتر و کیفیت زندگی بهتری داشته باشند، بلکه خطر انتقال بیماری از آنها به دیگران به خصوص همسر/ شریک جنسی نیز کم می‌شود. از این رو توصیه می‌شود افرادی که خود یا همسر/ شریک جنسی آنها سابقه رفتارهای پرخطر مرتبط با ایدز دارند (سابقه ارتباط جنسی محافظت نشده و بدون کاندوم، سابقه زندان، سابقه تزریق مواد با سرنگ و سوزن

مشترک)، افراد در مشاغلی که با خون و ترشحات مواجهه دارند، افرادی که به واسطه نوع شغل خود، مدت طولانی دور از منزل و خانواده هستند و همسر/ شریک جنسی آنها، با مراجعه به نزدیک‌ترین مرکز مشاوره بیماری‌های رفتاری محل سکونت خود با انجام "به موقع مشاوره و آزمایش HIV"، هر چه سریع‌تر از وضعیت ابتلای خود مطلع شوند تا بتوانند از خدمات درمانی و مراقبتی مناسب و به موقع در این مراکز بهره‌مند شوند. در این مراکز کلیه خدمات شامل آموزش، مشاوره، آزمایش HIV و وسایل پیشگیری از انتقال بیماری و داروی ضدویروس به صورت رایگان و با رعایت رازداری ارائه می‌شود. این مراکز تحت نظارت دانشگاه‌های علوم پزشکی در سراسر کشور فعالیت می‌نمایند.

HIV چگونه منتقل می‌گردد؟

این ویروس می‌تواند در خون، مایع منی، ترشحات واژن و شیر مادر یافت شود و به یکی از چهار طرق زیر ممکن است منتقل گردد:

از طریق تماس جنسی با فرد مبتلا

از مادر مبتلا به فرزندش (قبل از تولد یا در حین زایمان و یا از طریق شیردهی پس از تولد)

از طریق خون یا فرآورده‌های خونی آلوده (مانند انتقال خون و یا پیوند عضو)

از طریق استفاده از سوزن، سرنگ و دیگر وسایل تزریق آلوده به ویروس (مانند استفاده از سرنگ مشترک در معتادان تزریقی و یا در هنگام خالکوبی)

احتمال ابتلای فرد به عفونت HIV، بر حسب نوع مواجهه متفاوت می‌باشد. خطر عفونت در اثر انتقال خون آلوده، بسیار بیشتر از خطر عفونت در اثر فرو رفتن تصادفی سوزن آلوده است. برای کاهش خطر ابتلا، افراد باید در مورد نحوه انتقال آگاه گردند.

هم اکنون در سطح جهان، بیشتر موارد انتقال HIV، از طریق ارتباط جنسی محافظت نشده صورت می‌گیرد. درحالی که احتمال انتقال ویروس با یک بار تماس جنسی نسبتاً کم است ولی در تماس‌های جنسی مکرر، خطر ابتلا افزایش می‌یابد.

این ویروس می‌تواند از طریق خون و فرآورده‌های خونی آلوده، وسایل تزریق آلوده، استفاده‌ی مشترک از سرنگ‌های آلوده، وسایل جراحی استریل نشده، پیوند عضو از فرد مبتلا و یا استفاده از وسایل استریل نشده در خالکوبی، ختنه و یا سایر اعمال جراحی صورت پذیرد.

انتقال از مادر به فرزند، در زمان بارداری، زایمان و یا شیردهی ممکن است رخ دهد. در کشورهای در حال توسعه، احتمال انتقال ویروس HIV از مادر به فرزند ۲۵ تا ۴۰ درصد می‌باشد. در حین بارداری و زایمان عواملی همچون سلامت مادر، پارگی پرده‌های پوشاننده جفت و جنین، زایمان زودرس و خونریزی از جمله عواملی بوده که می‌توانند در عفونت فرزند دخیل باشند. اغلب نوزادانی که در حین زایمان آلوده می‌شوند، با خون مادر یا ترشحات دهانه رحم که حاوی ویروس بوده، مواجهه داشته‌اند. در صورتی که میزان بار ویروس در خون بالاتر باشد و یا اینکه مادر در مرحله بیماری ایدز قرار داشته باشد، احتمال انتقال از مادر به کودک افزایش می‌یابد. پس از زایمان، شیردهی مهمترین عامل انتقال بیماری محسوب می‌گردد. از روی ظاهر فرد نمی‌شود تشخیص داد که مبتلا به

HIV/AIDS است یا خیر. HIV در جریان رفتارهای پرخطر از فردی که مبتلا به این ویروس است به فرد دیگر قابل انتقال می‌باشد.

باید به خاطر داشت که HIV از طرق زیر منتقل نمی‌شود:

- ✓ دست دادن و صحبت با فرد مبتلا به عفونت HIV؛ بغل کردن یا بوسیدن فرد مبتلا؛
- ✓ نشستن کنار فرد مبتلا در محیط‌های عمومی مثل مدرسه یا محل کار؛
- ✓ خوردن و نوشیدن و یا استفاده از ظروف مشترک؛
- ✓ استفاده از تلفن عمومی؛
- ✓ تماس پوست سالم با مایعات و ترشحات بدن؛
- ✓ استفاده از توالت، حمام و استخر شنای عمومی؛
- ✓ گزش حشرات و نیش پشه
- ✓ عطسه و سرفه

شایع‌ترین راه ابتلا به ویروس در جهان، رفتار پرخطر و محافظت نشده جنسی است ولی در ایران شایع‌ترین راه ابتلا به ویروس HIV، هنوز در مجموع، استفاده از وسایل تزریق مشترک در بین مصرف‌کنندگان تزریقی مواد مخدر می‌باشد. بررسی مبتلایان در ایران نشان می‌دهد که در سال‌های اخیر، تعداد افرادی که به واسطه ارتباط جنسی محافظت نشده مبتلا شده‌اند، رو به افزایش است. مصرف مواد مخدر، الکل، مواد محرک و روان‌گردان شامل شیشه و قرص اکستازی قدرت تصمیم‌گیری فرد را برای پرهیز از رفتار پرخطر و محافظت نشده جنسی مختل می‌کند. پس مهم است که بدانیم ایدز یک بیماری ناشی از انجام رفتارهای پرخطر است. ایدز بیماری افراد یا گروه‌های خاصی از جمعیت نیست و هر فردی چه مرد و چه زن در هر سنی اگر رفتارهای پرخطر مرتبط با ایدز داشته و مراقب نباشد، می‌تواند به آن مبتلا شود.

راه‌های پیشگیری از ابتلای به ویروس HIV عبارتند از:

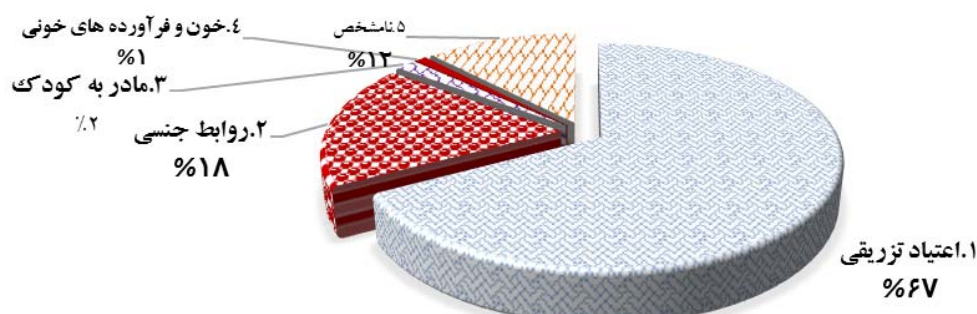
خویشترداری و پرهیز از روابط جنسی در زمان مجرد و فاداری به همسر و پرهیز از روابط جنسی خارج از چارچوب خانواده به هنگام تاهل استفاده از کاندوم و داشتن روابط جنسی محافظت شده در تماس جنسی با افراد مبتلا، افراد در معرض خطر و افرادی که از وضعیت ابتلای آن‌ها اطلاع در دست نیست پرهیز از مصرف مواد مخدر، محرک و روان‌گردان عدم استفاده از وسایل تیز و برنده مشترک (از جمله سرنگ و سوزن و سایر وسایل تزریق، تیغ اصلاح، سوزن خالکوبی) ارائه مراقبت‌های لازم، تجویز داروهای ضد ویروس (ویروس HIV) در دوران بارداری و پرهیز از شیردهی در مادران مبتلا به منظور پیشگیری از ابتلای نوزاد باید همواره به یاد داشت "کاندوم" مهم‌ترین وسیله محافظت افراد از انتقال ویروس HIV در طی تماس جنسی است.

در جهان از سال ۱۹۸۰ تاکنون ۷۸ میلیون نفر به اچ آی وی مبتلا شده اند. مرگ ۳۹ میلیون نفر تاکنون گزارش شده است. ۷۵٪ موارد شناسایی شده اچ آی وی در سال ۲۰۱۳ در ۱۵ کشور زندگی می‌کردند. در سال ۲۰۱۴ در سطح جهان ۳۶/۹ میلیون مبتلا به ایدز بودند. ۲۲ میلیون نیازمند درمان بوده و ۱۷/۱ میلیون نفر مبتلا به عفونت هستند که از ابتلای خود بی اطلاعند.

براساس نظام جامع مدیریت داده‌های الکترونیک HIV کشور، تا تاریخ ۱۳۹۴/۱۰/۱ مجموعاً ۳۰۷۲۷ نفر مبتلا به اچ آی شناسایی، ثبت و گزارش شده است که ۸۵٪ آنان را مردان و ۱۵٪ را زنان تشکیل می‌دهند. ۵۵٪ موارد ثبت شده در گروه سنی ۲۱ تا ۳۵ سال هستند. براساس این نظام گزارش دهی از کل موارد شناخته شده تعداد ۷۵۵۳ نفر فوت شده‌اند و ۹۷۲۹ نفر نیز وارد مرحله ایدز شده‌اند.

علل ابتلا در بین کل مواردی که از سال ۱۳۶۵ تاکنون در کشور به ثبت رسیده‌اند به ترتیب، تزریق با وسایل مشترک در مصرف کنندگان مواد (۶۷ درصد)، رابطه جنسی (۱۸ درصد) و انتقال از مادر به کودک (۲ درصد) بوده است. راه انتقال در ۱۲٪ از این گروه نامشخص مانده است. لازم به ذکر است که راه انتقال ۱ درصد از این موارد مربوط به خون و فرآورده‌های خونی در سال‌های پیش از اجرای سیاست پالایش صد در صدی خون سالم توسط سازمان انتقال خون می‌باشد.

این در حالی است که الگوی انتقال و درصد ابتلای زنان و مردان در سال‌های اخیر تغییر کرده است به گونه‌ای که از کل موارد شناسایی و گزارش شده در نه ماه اول سال ۱۳۹۴ حدود ۳۴٪ موارد ثبت را زنان و ۶۶٪ آنها را مردان تشکیل می‌دهند و راه احتمالی انتقال در ۳۹٪ موارد اعتیاد تزریقی، ۴۱٪ روابط جنسی، ۴٪ مادر به



نمودار ۱ - وضعیت انتقال ویروس HIV

کودک و در ۱۶٪ راه احتمالی ابتلا بیان نشده است. ضمناً هیچ مورد ابتلا جدیدی از طریق خون و فرآورده‌های خونی، ثبت نشده است.

کنترل بیماری‌های غیرواگیر

بیماری‌های مزمن و غیرواگیر، اصلی‌ترین عوامل مرگ و میر و ناتوانی در دنیای امروز به شمار می‌روند. عبارت بیماری‌های غیرواگیر به مجموعه‌ای از بیماری‌ها اطلاق می‌شود که اساساً توسط یک عفونت حاد ایجاد

نمی‌شوند، اثرات مرتبط با آنها دراز مدت بوده، و عموماً نیاز به درمان و مراقبت طولانی مدت دارند. عمده این بیماریها عبارتند از انواع سرطانها، بیماریهای قلبی - عروقی، دیابت و بیماریهای مزمن دستگاه تنفسی. بیماریهای مزمن و غیرواگیر، تنها به عوامل فوق الذکر محدود نشده و میتوانند موارد دیگری همچون سوانح و حوادث، و اختلالات روحی روانی را نیز شامل شوند. با تصور طیف وسیع بیماریهای غیرواگیر و گستردگی این شرایط اهمیت توجه به این دسته از انواع بیماریها دوچندان میشود. بسیاری از بیماریهای غیرواگیر میتوانند با کنترل عوامل خطری همچون مصرف دخانیات، مصرف الکل، عدم فعالیت جسمی کافی، و رژیمهای غذایی نامناسب، پیشگیری و کنترل شوند.

شیوع و بروز چشمگیر بیماریهای غیرواگیر خصوصاً در دهه‌های اخیر سبب بروز نگرانی‌هایی در سیستم‌های سلامت کشورهای جهان و دست اندرکاران نظام سلامت در دنیا شده است. سازمان ملل متحد و سازمان جهانی بهداشت از جمله ارگان‌هایی هستند که تاکنون برنامه‌های مدونی برای پیشگیری و کنترل بیماریهای غیرواگیر در جهان تنظیم کرده و در جهت ارتقاء سلامت در این بخش در تلاش هستند. در مجموع، میتوان چنین نتیجه گرفت که بحث بیماریهای غیرواگیر، محدود به یک کشور یا یک منطقه نبوده و معضلی است که نظام سلامت همه کشورهای جهان با آن دست به گریبان هستند.

چنین برآورد می‌شود که بیماریهای غیرواگیر، سالانه سبب ۳۵ میلیون مورد مرگ در دنیا میشوند. که این رقم چیزی در حدود ۶۰ درصد از کل مرگ‌ها در سطح جهان را شامل میشود. از آمار یادشده چیزی در حدود ۸۰ درصد آن در کشورهای در حال توسعه، اتفاق می‌افتد که این امر نیاز به توجه بیش از پیش به مقوله بیماریهای غیرواگیر را در کشورهای در حال توسعه و خصوصاً کشور ما دوچندان میکند. در حال حاضر، بیماریهای غیرواگیر مسوول بیش از ۵۳٪ بار بیماریها در سراسر جهان هستند و انتظار می‌رود تا سال ۲۰۲۰ این عوامل سبب ۶۰٪ کل بار بیماریها و ۷۳٪ تمام موارد مرگ شوند که از این میزان مرگ، ۸۰٪ آنها در کشورهای در حال توسعه رخ می‌دهد. در این میان، بیش از ۷۶٪ کل بار بیماریها در ایران به بیماریهای غیرواگیر، اختصاص دارد. پایه پیشگیری از بیماریهای غیرواگیر، شناسایی عوامل خطر اولیه و عمده آنها و پیشگیری و کنترل این عوامل است که هدف از این کار، جلوگیری از وقوع همه‌گیریها و همچنین، کنترل آنها تا حد امکان، در محل بروز است.

چهار عامل خطر رفتاری مصرف سیگار (مصرف روزانه سیگار ۱۰/۹۱ درصد - گزارش سال ۱۳۹۰)، الکل، غذای ناسالم (۸۸/۱۵ درصد افراد کمتر از ۵ واحد میوه یا سبزی در روز مصرف می‌کنند - گزارش سال ۱۳۹۰) و کم تحرکی (۴۰/۱۲ درصد از افراد، فعالیت جسمانی کمی دارند- گزارش سال ۱۳۹۰)، و چهار عامل خطر بیولوژیک قند (درصد افراد با قندخون بالا ۷۹- گزارش سال ۱۳۹۰) و چربی خون بالا (درصد افراد با کلسترول خون بالا ۲۸/۴۳)، اضافه وزن (درصد افراد چاق ۱۶/۸۴) و فشار خون بالا، عوامل چهار بیماری‌کننده هستند.

استراتژی جهانی سازمان جهانی بهداشت کنترل تنها چهار بیماری غیرواگیر را در اولویت قرار میدهد که این چهار بیماری عبارتند از: ۱ - بیماریهای قلبی - عروقی، ۲ - انواع سرطانها، ۳ - دیابت و چاقی و ۴ - بیماریهای تنفسی مزمن. با این حال باید در نظر داشت که این اولویت بندی، نباید اذهان سیاستگذاران حوزه را از سایر بیماریهای مزمن و غیرواگیری همچون اختلالات روانی، بیماریهای اسکلتی - عضلانی، بیماریهای دهان و دندان و سوانح و حوادث، دور کند.

با گذشت زمان، افراد در معرض عوامل محیطی و اجتماعی متعددی قرار میگیرند که آنها را در نهایت به سوی شیوه زندگی ناسالم و غیر ایمن سوق میدهند. اگرچه کنترل عوامل خطر همچون مصرف دخانیات، عدم فعالیت بدنی مناسب، رژیم غذایی نامناسب و ... میتواند نقش بسزایی در پیشگیری و کنترل بیماریهای غیرواگیر ایفا کند، اما در این بین نباید از نقش مداخلاتی همچون فعالیتهای مرتبط با ارتقای سطح دانش افراد جامعه و تغییر نگرش آنان نسبت به عوامل خطر غافل شد. از آنجایی که بخش اعظم بار بیماریها در کشور ما به بیماریهای غیرواگیر مربوط میشود، باید در نظر داشت که پیشگیری و کنترل بیماریهای غیرواگیر میتواند یکی از موثرترین راهکارها جهت کاهش بار بیماریهایی باشد که به نظام سلامت کشور تحمیل میشوند.

یکی از دلایل این افزایش میتواند افزایش امیدزندگی در بسیاری از کشورها باشد که در نتیجه آن شمار افراد مسن و در نتیجه احتمال ابتلا به انواع بیماریهای غیرواگیر و مزمن بیشتر میشود. دلیل دیگر آن است که الگوهای زندگی و رفتاری مردم به سرعت دگرگون میشود و این دگرگونی، فرد را مستعد ابتلا به انواع بیماریهای غیرواگیر میکند.

تقریباً سه چهارم مرگ و میرهای ناشی از بیماریهای غیرواگیر (۲۸ میلیون نفر) در کشورهای کم درآمد و با درآمد متوسط رخ میدهد. شانزده میلیون مرگ ناشی از بیماریهای غیرواگیر قبل از سن ۷۰ سالگی رخ میدهد؛ ۸۲ درصد از این مرگ و میرهای "زودرس" مربوط به کشورهای کم درآمد و متوسط است. عمده ترین دلیل مرگ و میر ناشی از بیماریهای غیرواگیر بیماریهای قلبی-عروقی محسوب میشوند که عامل ۱۷/۵ میلیون مرگ در سال هستند، و پس از آنها، سرطان (۸/۲ میلیون)، بیماریهای تنفسی (۴ میلیون)، و دیابت (۱/۵ میلیون) قرار دارند. این چهار گروه از بیماریها، عامل ۸۲٪ از کل مرگ و میرهای ناشی از بیماریهای غیرواگیر محسوب میشوند. مصرف دخانیات، عدم فعالیت بدنی، مصرف الکل، و رژیم غذایی ناسالم همگی خطر مرگ ناشی از بیماریهای غیرواگیر را افزایش میدهند.

تحت رهبری سازمان جهانی بهداشت، بیش از ۱۹۰ کشور در سال ۲۰۱۱ بر روی مکانیسمهای جهانی کاهش بار بیماریهای غیرواگیر قابل اجتناب از جمله بر روی برنامه «اقدام جهانی برای پیشگیری و کنترل بیماریهای غیرواگیر ۲۰۱۳-۲۰۲۵» توافق کردند. این برنامه به دنبال این است که تا سال ۲۰۲۵ تعداد مرگ و میرهای زودرس ناشی از بیماریهای غیرواگیر را از طریق ۹ هدف داوطلبانه جهانی به میزان ۲۵٪ کاهش دهد. این ۹ هدف هر کدام بر روی بخشی از عواملی مانند مصرف دخانیات، سوء مصرف الکل، رژیم غذایی ناسالم و عدم فعالیت فیزیکی، تمرکز می نمایند که این عوامل، خطر بروز این بیماریها در میان افراد را افزایش میدهند.

اهداف ۹ گانه سازمان جهانی بهداشت به شرح زیر هستند:

- کاهش ۲۵٪ از خطر مرگهای زودرس ناشی از بیماریهای غیرواگیر (قلب و عروق، سرطان، دیابت، بیماریهای مزمن تنفسی)
- کاهش ۲۰٪ از میزان تحرک بدنی ناکافی
- کاهش ۱۰٪ از مصرف الکل
- کاهش ۳۰٪ از میزان مصرف نمک سدیم

- کاهش ۳۰٪ از شیوع استعمال دخانیات
- کاهش ۲۵٪ از شیوع پرفشاری خون
- جلوگیری از افزایش بیشتر چاقی و دیابت جمعیت
- دسترسی ۱۰۰٪ جمعیت به داروهای مناسب و فناوری‌های پایه و ضروری برای درمان بیماریهای غیرواگیر
- دسترسی حد اقل ۷۰٪ به دارو و مشاوره لازم برای پیشگیری از بیماریهای قلبی عروقی و حملات عروقی مغزی.

بر همین اساس و در راستای نیل به اهداف فوق، تفاهم نامه‌هایی بین عالی‌ترین مقامات وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و سایر دستگاه‌ها و سازمان‌های ذیربط برای اجرای اقدامات سلامت محور با هدف پیشگیری و ارتقای مداخلات کنترلی بیماریهای غیرواگیر مبادله می‌گردد.

این برنامه یک منو از «بهترین گزینه‌ها» و یا مداخلات با تاثیر بالا و مقرون به صرفه را ارائه مینماید که این گزینه‌ها اهداف جهانی داوطلبانه ۹ گانه را محقق می‌سازند. بعضی از گزینه‌ها عبارتند از ممنوعیت تمام اشکال تبلیغات تنباکو و مشروبات الکلی، جایگزینی چربیهای ترانس با چربیهای اشباع نشده، ترویج و حمایت از تغذیه با شیر مادر و جلوگیری از سرطان دهانه رحم از طریق غربالگری.

در سال ۲۰۱۵، کشورها شروع به تنظیم اهداف ملی نموده و میزان پیشرفت خود را در مقایسه با مقادیر پایه سال ۲۰۱۰ می‌سنجند، که این مقادیر پایه در «گزارش وضعیت جهانی بیماریهای غیرواگیر ۲۰۱۴» آمده است. مجمع عمومی سازمان ملل، سومین نشست مقامات ارشد در خصوص بیماریهای غیرواگیر را در سال ۲۰۱۸ برگزار مینماید تا میزان پیشرفت ملل در رسیدن به اهداف داوطلبانه جهانی تا سال ۲۰۲۵ را ارزیابی نماید.

درحال حاضر بیماری ایسکمیک قلبی، درد کمر، سوانح جاده‌ای، اختلال افسردگی ماژور و سکتة مغزی دارای بیشترین بار در سال ۲۰۱۰ در ایران بوده اند که این الگو بیش از آن که شبیه الگوی بیماری‌ها در کشورهای در حال توسعه باشد؛ به الگوی بیماری‌ها در کشورهای توسعه یافته شباهت دارد.

بیماریهای قلبی عروقی، اولین عامل مرگ در سراسر جهان هستند و سالانه، افراد بسیاری در اثر ابتلا به این بیماری‌ها جان خود را از دست می‌دهند. در سال ۲۰۱۲، حدود ۱۷/۵ میلیون نفر در اثر ابتلا به این بیماری فوت کرده‌اند که ۳۱٪ تمامی مرگ‌ها در جهان را شامل میشوند. از این میزان مرگ، ۷/۴ میلیون نفر به دلیل بیماری کرونری قلب و ۷/۶ میلیون نفر در اثر سکتة مغزی، تلف شده‌اند. سه چهارم مرگهای ناشی از بیماری کرونری قلب در کشورهای با درآمد کم تا متوسط رخ میدهد.

۱۶ میلیون مرگ زیر ۷۰ سال ناشی از بیماریهای غیرواگیر بوده است که ۸۲٪ آنها در کشورهای با درآمد کم و متوسط روی داده و ۳۷٪ آنها به دلیل بیماریهای قلبی عروقی بوده است.

براساس آمارهای موجود بیشترین میزان مرگ و میر در سال ۲۰۱۰ به واسطه عوامل خطر مربوط به عوامل تغذیه‌ای رخ داده است. در بحث عوامل خطر تغذیه‌ای و کمبود یا عدم فعالیت فیزیکی؛ ایران در مقایسه با متوسط جهانی از وضعیت نامساعد تری برخوردار است. در مقایسه با متوسط جهانی، عوامل خطری همچون مصرف سیگار و توتون در وضعیت بهتری قرار دارند. عوامل خطری همچون کمبود یا عدم فعالیت فیزیکی و مصرف سیگار روندی کاهشی در دنیا و نیز در ایران از خود نشان می‌دهند.

در حال حاضر اهمیت توجه به بیماریهای غیرواگیر در دنیا و به خصوص در کشورهای در حال توسعه بیش از پیش نمایان بوده و کشور ما نیز از این قاعده مستثنی نیست. ضرورت توجه همه جانبه به بیماریهای غیرواگیر مسئولان امر را بر آن داشته تا با تشکیل کمیته‌ای ملی با عنوان «کمیته ملی پیشگیری و کنترل بیماریهای غیرواگیر جمهوری اسلامی ایران» با تمرکز بر بحث بیماریهای غیرواگیر در جهت پیشگیری و کنترل هرچه بیشتر این دسته از بیماریها و عوامل خطر مرتبط با آنها تلاش کرده و فعالیتهای موجود در این زمینه را به نحو مقتضی جهت دهد. این کمیته؛ مجموعه‌ای متشکل از خبرگان نظام سلامت کشور در حوزه بیماریهای غیرواگیر است. وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی کشور با تکیه بر دانش نیروهای متخصص خود در معاونتهای مختلف از خردادماه سال ۱۳۹۴ اقدام به تهیه و تدوین سند ملی پیشگیری و کنترل بیماریهای غیرواگیر و عوامل خطر مرتبط در جمهوری اسلامی ایران نموده است که در چارچوب اهداف نه گانه پیشنهادی سازمان جهانی بهداشت و با هدف کنترل بیماریهای غیرواگیر و مرگ و میر ناشی از این بیماریها و کاهش بار بیماریها تا سال ۲۰۲۵ میلادی، تهیه شده است. این سند، اهداف دیگری را نیز با توجه به اولویتهای موجود کشور در بحث بیماریهای غیرواگیر، تعریف نموده است. نسخه اول این سند در نشست کمیته فنی دفتر منطقه‌ای سازمان جهانی بهداشت در بیروت مورد بحث و بررسی قرار گرفته و براساس نظرات کارشناسان، اصلاح شده است. این سند در شورایی عالی سلامت و امنیت غذایی کشور به تصویب و توسط ریاست محترم جمهوری، جهت اجرا ابلاغ شده است و کنترل در چهار شهرستان به صورت پایلوت تحت عنوان "ایراپن" در دست اجرا می‌باشد.

اهداف نه گانه در ایران بر مبنای اهداف سازمان جهانی بهداشت عبارتند از:

۱. کاهش ۲۵٪ از خطر مرگهای زودرس ناشی از بیماریهای غیرواگیر (قلب و عروق، سرطان، دیابت، بیماریهای مزمن تنفسی)
۲. کاهش ۱۰٪ از میزان تحرک بدنی ناکافی
۳. کاهش ۱۰٪ از مصرف الکل
۴. کاهش ۳۰٪ از میزان مصرف نمک سدیم
۵. کاهش ۳۰٪ از شیوع استعمال دخانیات
۶. کاهش ۲۵٪ از شیوع پرفشاری خون
۷. جلوگیری از افزایش بیشتر چاقی و دیابت
۸. دسترسی ۸۰٪ جمعیت به داروهای مناسب و فناوریهای پایه و ضروری برای درمان بیماریهای غیرواگیر
۹. دسترسی حد اقل ۷۰٪ به دارو و مشاوره لازم برای پیشگیری از بیماریهای قلبی عروقی و حملات عروقی مغزی

اهداف الحاقی در ایران عبارتند از:

۱. رساندن میزان اسیدهای چرب ترانس در روغنهای خوراکی و مواد غذایی در حد صفر
۲. کاهش نسبی ۲۰٪ در مرگ و میر ناشی از تصادفات جاده ای
۳. کاهش نسبی ۲۰٪ در میزان مرگ و میر ناشی از مصرف مواد مخدر

۴. افزایش دسترسی ۲۰٪ بیماران روانی به درمان بیماری‌های روانی
تحلیلی بر اهداف نه گانه سازمان جهانی بهداشت و امکان دستیابی به آن در جمعیت کشور جمهوری اسلامی ایران:

تعداد موارد مرگ به دلیل بیماری‌های قلبی عروقی، سرطان‌ها، دیابت و بیماری‌های مزمن تنفسی در هر دو جنس و در گروه سنی ۳۰ تا ۷۰ سال و در سال ۲۰۱۰ برابر ۷۵۱۵۰ مرگ است. براساس نرخ رشد سال ۲۰۰۶ نسبت به سال ۱۹۹۶ و ۱۹۸۶ به ترتیب تعداد ۱۰۷۶۰۲ و ۱۰۳۲۳۹ مرگ به دلیل بیماری‌های قلبی عروقی، سرطان‌ها، دیابت و بیماری‌های مزمن تنفسی در گروه سنی ۳۰ تا ۷۰ سال در سال ۲۰۲۵ رخ خواهد داد. در صورت ۱۰۰ درصد اجرایی شدن تمامی اهداف ۲ تا ۹، تعداد ۲۰۴۷۵ مورد مرگ، کاهش پیدا خواهد کرد.

کمیته ملی پیشگیری و کنترل بیماری‌های غیرواگیر

سند ملی پیشگیری و کنترل بیماری‌های غیرواگیر و عوامل خطر مرتبط در جمهوری اسلامی ایران، برنامه راهبردی کشور جمهوری اسلامی ایران برای پیشگیری و کنترل بیماری‌های غیرواگیر و عوامل خطر مرتبط است که به مدت ۱۰ سال (تا سال ۲۰۲۵)، راهبردهای وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی را برای پیشگیری و کنترل بیماری‌های غیرواگیر و عوامل خطر مرتبط مشخص میکنند. برای اجرای برنامه مذکور، کمیته‌ای با نام کمیته ملی پیشگیری و کنترل بیماری‌های غیرواگیر و عوامل خطر تشکیل شده است که برای اجرای وظایف قانونی وزارت بهداشت و با هدف یکپارچگی در سیاستگذاری، برنامه ریزی و نظارت بر تمامی فعالیت‌ها در زمینه بیماری‌های غیرواگیر و عوامل خطر مرتبط در جمهوری اسلامی ایران تشکیل شده است.

تشکیل این کمیته مطابق با وظایف وزارت بهداشت است. کمیته ملی، یک کمیته سیاستگذاری، نظارتی، علمی و برنامه ریزی است که دارای زیرکمیته‌های لازم برای اجرای وظایف خود می‌باشد و در تمام زمینه‌های کنترل بیماری‌های غیرواگیر و عوامل خطر مرتبط فعالیت میکند و به عنوان مرجع تصمیم‌گیری وزارت بهداشت در این مورد در نظر گرفته میشود. به دلیل اهمیت این گروه از بیماری‌ها و با توجه به تعهد بین‌المللی جمهوری اسلامی ایران به اقدام برای کنترل بیماری‌های غیرواگیر و عوامل خطر مرتبط در کشور، این کمیته با ریاست وزیر محترم بهداشت و درمان شکل گرفته است. کمیته مزبور، با کمک تجربه‌های ارزشمند جهانی و نیازهای واقعی کشور در حوزه بیماری‌های غیرواگیر و عوامل خطر مرتبط، سند ملی کنترل بیماری‌های غیرواگیر را که عمدتاً ناظر بر سیاست‌های کلان و راهبردهای اصلی کنترل بیماری‌های غیرواگیر و در عین حال ناظر بر حسن اجرای برنامه‌ها و راهبردها و سیاست‌های درون و برون بخشی است تدوین نموده است. اهداف کمیته باید براساس شرایط و منابع موجود در کشور تعریف شده و به سوی آنها گام برداشت. برنامه پزشک خانواده و ادغام آموزش پزشکی با بخش بهداشت و درمان در وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی کشور از جمله فرصت‌های موجود سیستم بهداشت و درمان کشور برای پیشگیری و کنترل بیماری‌های غیرواگیر در ایران به شمار می‌روند. در کل باید این نکته را در نظر داشت که:

اهداف سازمان‌های جهانی باید برای شرایط بومی کشورهای مختلف به شکل جداگانه تعریف شوند؛

رسیدن به تمامی اهداف سازمان جهانی بهداشت بسیار خوشبینانه به نظر میرسد؛

حتی با انجام تمام پیشنهادات سازمان جهانی بهداشت کاهش میزان مرگ و میر کمتر از میزان قابل انتظار این

سازمان خواهد بود.

بیماری‌های روانی

شیوع بیماری‌های روانپزشکی نیز مشابه سایر کشورهای جهان رو به افزایش است. براساس پیمایش ملی سلامت روان، در سال ۱۳۹۰، ۲۳/۶ درصد افراد بالای ۱۵ سال در کشور مبتلا به یک یا چند اختلال روانپزشکی هستند که البته حدود یک سوم آنها شدید می‌باشند. شایع‌ترین اختلال، شامل افسردگی احساسی با شیوع ۱۲/۷ درصد می‌باشد که در خانم‌ها دو برابر آقایان است.

تغییرات جمعیتی

ایران همچون بسیاری از کشورهای دنیا، پس از جنگ جهانی دوم مراحل انتقال جمعیتی را با کاهش اساسی و مستمر مرگ و میر آغاز کرد، اما در فاصله سال‌های ۱۳۳۰ تا ۱۳۶۰ با رشد بی سابقه و شتابان جمعیت مواجه شد، به گونه‌ای که معدل رشد سالانه جمعیت در این چهار دهه به رقمی حدود سه درصد رسید. رشد سالانه سه درصد سبب شد، جمعیت ایران از رقمی کمتر از نوزده میلیون نفر در سال ۱۳۳۵، به رقمی نزدیک به پنجاه میلیون نفر در سال ۱۳۶۵ برسد و در سال ۱۳۹۰ به حدود ۷۵ میلیون نفر افزایش یابد. پیشرفت بهداشت و گسترش آن و به تبع آن کاهش میزان‌های مرگ و میر، به ویژه در نوزادان و اطفال، نقشی اساسی و تعیین کننده در شتاب رشد جمعیت ایران داشته است. روند رشد جمعیت ایران از گذشته تا به حال نشان می‌دهد که متوسط میزان رشد سالانه جمعیت در دهه ۱۳۳۵-۱۳۴۵ برابر با ۳/۱ درصد در سال بوده است؛ لیکن در دهه پس از آن، یعنی در فاصله سال‌های ۱۳۴۵-۱۳۴۵ با کاهش، رو به رو شده و میزان رشد جمعیت ایران به ۲/۷۱ درصد در سال رسیده است. در دهه ۱۳۶۵-۱۳۵۵ به سبب تحولات سیاسی - اجتماعی این دهه، رشد جمعیت کشور افزایش یافت و به ۳/۹ درصد در سال رسید. در سال ۱۳۶۰ TFR حدود ۷ و در سال ۱۳۸۰ به ۳/۱ کاهش یافت و در سال ۱۳۹۰ به ۱/۸ فرزند رسیده است. در این دهه، نرخ رشد جمعیت از ۳/۹ درصد در دهه ۱۳۶۵-۱۳۵۵ به ۱/۹۶ درصد در دهه ۱۳۷۵-۱۳۶۵ کاهش یافت و در دهه ۱۳۷۵-۱۳۶۵ به نرخ رشد ۱/۶۱ درصد و در دهه ۱۳۸۵-۱۳۹۰ به حدود ۱/۲۹ درصد رسید. تجزیه و تحلیل‌های جمعیت شناختی نشان می‌دهد که کشور ایران پس از تجربه کاهش باروری، وارد مرحله جدیدی در تغییرات جمعیتی شده است (مشفق، ۱۳۹۱)، اکنون کشور در بهترین ایام جمعیت یا در دوران پنجره جمعیت است. ۷۰٪ جمعیت در سنین ۱۵ تا ۶۴ سال و یک سوم در سنین ۱۵-۲۹ سال زندگیشان را می‌گذرانند. ۱۰ سال از این دوران گذشته و ۳-۴ دهه دیگر باقی مانده است اگر سرمایه گذاری و استقبال انجام نشود این فرصت به تهدید جمعیتی تبدیل خواهد شد. اکنون سالانه بالای یک میلیون به جمعیت کشور، افزوده می‌شود این در حالی است که سن ازدواج بالا رفته و موارد طلاق در کشور رو به افزایش است. همچنین با ازدیاد تعداد خانوارهای تک فرزندی ضرورت دارد سیاست‌های جمعیتی ابلاغی از سوی مقام معظم رهبری هرچه زودتر عملیاتی شود تا در یک برنامه اغنایی جوانان در سن ازدواج، خانواده تشکیل دهند و ضمن سازگاری پایدار در خانواده فرزند آوری در کشور ترویج پیدا کند.

یکی از مهمترین وجوه گذار جمعیتی، گذار باروری است. در حال حاضر کشورها از نظر وضعیت گذار

باروری به چهار دسته تقسیم میشوند:

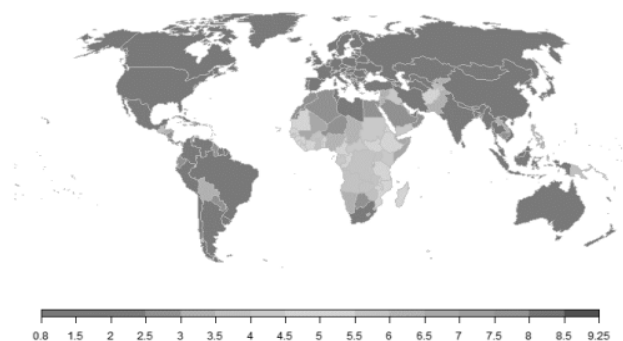
الف) کشورهای با باروری خیلی پایین: این گروه کشورها، سطح باروری کلشان کمتر از ۱/۵ است. همانطور که نقشه باروری جهان در سال ۲۰۱۲ نشان میدهد، کشورهای اروپایی و برخی کشورهای آسیایی همچون ژاپن و کره جنوبی در چنین وضعیتی قرار دارند.

ب) کشورهای با باروری پایین: این دسته از کشورها، سطح باروری کلشان کمتر از ۲/۱ است. همانطور که نقشه باروری جهان در سال ۲۰۱۲ نشان میدهد کشورهای امریکای شمالی، برخی کشورهای امریکای جنوبی، روسیه، چین و ایران در چنین وضعیتی قرار دارند.

ج) کشورهای با باروری متوسط: این کشورها سطح باروریشان میان ۲/۱ تا ۳ است. برخی کشورهای شمال آفریقا مثل مراکش، الجزایر و برخی کشورهای امریکای جنوبی در چنین وضعیتی هستند.

د) کشورهای با باروری بالا: این دسته از کشورها سطح باروریشان بالاست و در حال حاضر برخی از این کشور که عمدتاً در قاره آفریقا قرار دارند، هنوز در مراحل اولیه گذار باروری هستند. کشورهایی چون نیجر، مالی و چاد، سطح باروری بالایی دارند.

2010-2015 median total fertility projection



Source: United Nations, Department of Economic and Social Affairs, Population Division (2013): World Population Prospects: The 2012 Revision. New York

نقشه ۱- سطوح میزان باروری کل در جهان در سال ۲۰۱۲

اگر وضعیت جمعیتی کشورهای مختلف دنیا به لحاظ وضعیت انتقال باروری و ساختار سنی، مشاهده کنیم خواهیم دید که بیشتر کشورهای توسعه یافته مراحل انتقال جمعیتی را طی نموده‌اند یعنی باروری شان به سطح حداقل ۱/۶-۱/۱ رسیده و نیز رشد جمعیت آنها به طرف صفر و حتی رشد منفی، میل نموده است. به عبارتی موازنه جمعیتی در این کشورها به هم خورده است (جدول ۱۰).

این وضعیت از یک سو ناشی از اعمال برخی از سیاست‌های تعدیل رشد جمعیت و از سوی دیگر ناشی از وقوع برخی تغییرات اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی در فرآیند تحول تاریخی این کشورها بوده است. به هم خوردن موازنه جمعیتی در این کشورها برخی از پیامدهای منفی جمعیتی را به دنبال داشته است.

جدول ۱۰- تقسیم بندی کشورها براساس مراحل مختلف انتقال جمعیت براساس میزان تقریبی باروری کل و میانه سنی جمعیت

مرحله	میزان باروری کل	میانه سنی
مرحله اول انتقال (برخی از کشورهای آفریقایی: نیجر، سومالی، اوگاندا و ...)	۸-۶/۸	۲۲-۱۵
مرحله دوم (پاکستان؛ عمان، بوتان و ...)	۷-۶/۷	۲۷-۲۳
مرحله سوم (مصر، نیکاراگوئه، مراکش و ...)	۹-۴/۳	۳۲-۲۸
مرحله چهارم (ازبکستان، پرو، سری لانکا و ...)	۹-۲/۲	۳۷-۳۳
مرحله سقوط جمعیتی (تونسی، روسیه، آلمان، ایتالیا، اسپانیا و ...)	۶۹-۱/۱	۵۴-۳۸

امنیت و تغذیه

در حال حاضر کشورهای جهان و ایران دوران گذار اپیدمیولوژیک تغذیه را طی می‌کنند. به طوری که از یک طرف سوءتغذیه پروتئین انرژی در کودکان زیر ۵ سال و کمبود ریزمغذی‌ها بویژه کمبود آهن، روی، ید و ویتامین در گروه‌های سنی مختلف شایع است و از سوی دیگر سوءتغذیه ناشی از اضافه دریافت انرژی به صورت اضافه وزن و چاقی در همه گروه‌های سنی، روندی رو به افزایشی دارد. اضافه وزن و چاقی با پیامدهای زیانبار ناشی از آن از جمله افزایش خطر ابتلا به دیابت، بیماری‌های قلبی عروقی و انواع سرطانها از مهمترین مشکلات سلامت به شمار می‌رود.

براساس آخرین آمار منتشره سازمان جهانی بهداشت و سایر سازمان‌های بین المللی، در سال ۲۰۱۱ میلادی، ۲۶ درصد کودکان زیر ۵ سال دچار کوتاه قدی تغذیه‌ای متوسط و شدید، ۱۶ درصد کودکان دچار کم وزنی متوسط و شدید و ۸ درصد کودکان جهان مبتلا به لاغری بوده‌اند. در ایران شیوع سوءتغذیه براساس شاخص وزن برای سن (کم وزنی)، قد برای سن (کوتاه قدی) و وزن برای قد (لاغری) به ترتیب ۴/۰۸ درصد، ۶/۸ درصد و ۴ درصد می‌باشد. مطالعات انجام شده طی دو دهه حاکی از کاهش بیش از ۵۰ درصدی کم وزنی، کوتاه قدی و لاغری در کودکان کشور می‌باشد. در عین حال باید توجه داشت که هم چنان در مناطق محروم کشور درصد بالایی از کودکان، دچار سوءتغذیه پروتئین انرژی هستند.

شیوع اضافه وزن و چاقی در کودکان، روندی افزایشی نشان می‌دهد. براساس گزارش سازمان جهانی بهداشت در سال ۲۰۱۰ بیش از ۴۲ میلیون نفر کودک زیر پنج سال در جهان دارای اضافه وزن بوده که نزدیک به ۳۵ میلیون نفر از این تعداد در کشورهای در حال توسعه زندگی می‌کردند. شیوع جهانی اضافه وزن و چاقی دوران کودکی از ۴/۲ درصد در سال ۱۹۹۰ به ۶/۷ درصد در سال ۲۰۱۰ افزایش یافته است، که انتظار می‌رود این روند تا سال ۲۰۲۰ به ۹/۱ درصد (معادل ۶۰ میلیون نفر) برسد. در ایران نیز شیوع اضافه وزن و چاقی در کودکان زیر ۵ سال روندی افزایشی نشان داده است.

نتایج بررسی کشوری، حاکی از آن است که ۴/۵ درصد کودکان زیر ۵ سال روستایی و ۳/۹ درصد کودکان شهری در سال ۱۳۷۷ دچار اضافه وزن یا چاقی بوده‌اند و در سال ۱۳۸۷ این ارقام در مناطق روستایی و شهری به ۶/۵ درصد و ۷/۱ درصد افزایش یافته است. اطلاعات موجود حاکی از آن است که حدود ۲۰ درصد دانش آموزان کشور نیز دچار اضافه وزن و چاقی هستند.

نتایج دومین بررسی ملی وضعیت ریزمغذی‌ها در سال ۱۳۹۱ نشان داده است که در حدود ۱۷٪ کودکان ۲۳-۱۵ ماهه دچار کم خونی و ۱۰/۵٪ دچار کمبود آهن بودند و در مقایسه با سال ۱۳۸۰ شیوع کم خونی و کمبود آهن در کودکان این گروه سنی حدود ۵۰ درصد کاهش یافته است. شیوع کمبود روی در کودکان این گروه سنی در حدود ۱۹٪ و بدون تغییر باقی مانده است. کمبود ویتامین D در کودکان زیر ۲ سال از حدود ۳/۷ درصد در سال ۱۳۸۰ به حدود ۲۳ درصد در سال ۱۳۹۱ افزایش یافته است.

شیوع کم خونی در کودکان ۶ ساله از ۱۸/۲ درصد در سال ۱۳۸۰ به ۱۱/۳ درصد در سال ۱۳۹۱ کاهش یافته است. برخلاف گروه سنی ۲۳-۱۵ ماهه، وضعیت کمبود روی در طی این سال‌ها در کودکان ۶ ساله بهبود یافته و از ۳۱ درصد به ۱۳/۴ درصد کاهش یافته است. هم‌چنین کمبود روی در نوجوانان ۲۰-۱۴ ساله کشور از ۲۸ درصد به حدود ۱۱ درصد کاهش یافته و در مادران باردار نیز کمبود روی از حدود ۴۰ درصد در سال ۱۳۸۰ به ۲۸ درصد در سال ۱۳۹۱ کاهش یافته است. اجرای برنامه ملی غنی‌سازی آرد با آهن و اسید فولیک، مکمل‌یاری آهن مادران باردار، کودکان زیر ۲ سال و آهن‌یاری هفتگی دختران دبیرستانی و برنامه‌های مدون آموزشی برای کارکنان بهداشتی درمانی و بسیج‌های آموزش همگانی تغذیه در بهبود روند ریزمغذی‌ها در کشور نقش عمده‌ای داشته است.

کمبود ویتامین D در حال حاضر از مشکلات شایع بشمار می‌رود. به طوری که شیوع کمبود ویتامین D از حدود ۲۴ درصد در کودکان ۵۱-۲۳ ماهه تا ۸۶ درصد در مادران باردار متغیر است. در مدت ده سال کمبود ویتامین D در کشور ۱۰ برابر شده است، مکمل‌یاری با مکمل ۵۰ هزار واحدی ویتامین D برای دختران و پسران دبیرستانی، غنی‌سازی شیر مدرسه با ویتامین D، مکمل‌یاری میانسالان و سالمندان با مکمل ۵۰ هزار واحدی ویتامین D از سال ۱۳۹۳ از طریق شبکه‌های بهداشتی درمانی کشور به مورد اجرا گذاشته شده است. اصلاح برنامه مکمل‌یاری نوزادان از ۱۵ روزگی به ۳-۵ روزگی هم‌چنین غنی‌سازی آرد با ویتامین D علاوه بر آهن و اسید فولیک از دیگر راهکارهایی است که به منظور پیشگیری و کنترل کمبود این ویتامین در نظر گرفته شده است.

کمبود ید و اختلالات ناشی از آن که از مشکلات تغذیه‌ای شایع در سطح کشور بوده است، با افزودن ید به نمک‌های خوراکی به میزان قابل ملاحظه‌ای کاهش یافته است به طوری که شیوع گواتر از ۶۸ درصد در سال ۱۳۶۸ به ۵/۷ درصد در سال ۱۳۸۶ کاهش یافت و کشور ایران از سوی سازمان جهانی بهداشت به عنوان تنها کشور عاری از کمبود ید در منطقه مدیترانه شرقی معرفی گردیده است. آخرین بررسی ملی انجام شده در سال ۱۳۹۳ حاکی از آن است که میانه یدادرار دانش‌آموزان ۱۰-۸ ساله که معرف کفایت دریافت ید در جمعیت منطقه می‌باشد در حد مطلوب قرار دارد و بیش از ۹۸ درصد مردم کشور از نمک یددار استفاده می‌کنند. پوشش مصرف نمک یددار در جهان ۷۵ درصد و در کشورهای کمتر توسعه یافته ۵۰ درصد است.

چاقی و اضافه وزن در حال حاضر در جهان و در ایران از شیوع بالایی برخوردار است. در سال ۲۰۱۴،

بیش از ۱/۹ میلیارد نفر از مردم جهان دچار اضافه وزن بوده‌اند و از این تعداد ۶۰۰ میلیون نفر چاق گزارش شده‌اند. در منطقه مدیترانه شرقی شیوع چاقی در زنان از ۷۴ درصد تا ۸۶ درصد در کشورهای مختلف متغیر است و در مردان نیز از ۶۹ تا ۷۷ درصد دچار اضافه وزن و چاقی هستند. در ایران، شیوع اضافه وزن یا چاقی در جمعیت ۶۴-۱۵ ساله حدود ۴۴ درصد و شیوع چاقی ۱۶/۸۴ درصد گزارش شده است. در حال حاضر، مصرف قند، نمک و چربی که از مهمترین عوامل خطر بیماری‌های غیرواگیر از جمله دیابت، بیماری‌های قلبی عروقی و سرطان‌ها می‌باشند، بیشتر از مقدار توصیه شده است. از سوی دیگر مصرف کم سبزی و میوه، شیر و لبنیات از مشکلات الگوی غذایی مردم کشور بشمار می‌رود. تغییر الگوی غذایی مردم بصورت مصرف بی رویه فست فودها، نوشابه‌های گازدار، غذاهای چرب و سرخ شده، مصرف زیاد مواد قندی و شیرین و نداشتن تحرک بدنی کافی ۳۷-۳۳ درصد جمعیت ۶۴-۱۵ سال کشور کم تحرکی دارند ۸۸ درصد تغذیه ناسالم که منجر به بروز اضافه وزن و چاقی در کشور شده است. بررسی‌های انجام شده حاکی از آن است که در حدود ۵۰ درصد جمعیت ۶۴-۱۵ ساله کشور دچار اضافه وزن یا چاقی هستند.

شیوع اضافه وزن و چاقی در کشورهای صنعتی و در کشورهای در حال توسعه مصرف نمک که مهمترین عامل فشار خون بالا و ۱۹ درصد جمعیت ۶۴-۱۵ فشار خون بالا دارند. بیماری‌های قلبی عروقی می‌باشد در حال حاضر براساس متاآنالیز مطالعات انجام شده مصرف نمک در کشور حدود ۱۰/۸ گرم است که در مقایسه با مقدار توصیه شده ۲ برابر بیشتر است. بازنگری استاندارد قند، نمک و چربی و کاهش میزان آنها در محصولات غذایی، فرهنگسازی و بسیج‌های آموزش همگانی برای کاهش مصرف قند، نمک و چربی و افزایش مصرف سبزی و میوه از جمله اهداف راهبردی در سند ملی تغذیه و امنیت غذایی است.

کمبود ریزمغذی‌ها در گروه‌های سنی مختلف طی دو بررسی ملی در سال‌های ۱۳۸۰ و ۱۳۹۱ مطالعه شده است. کمبود آهن و کم خونی در حال حاضر علاوه بر مشکل سوء تغذیه پروتئین انرژی که در برخی از مناطق محروم کشور در کودکان زیر ۵ سال وجود دارد و کمبود ریزمغذی‌ها در گروه‌های سنی مختلف، در اثر پدیده شهرنشینی و روند رو به افزایش آن، تغییر شیوه زندگی و تغییرات الگوی مصرف غذا، کشور با روند رو به گسترش و هشدار دهنده بیماری‌های غیرواگیر مرتبط با تغذیه مواجه است.

هزینه‌های بخش بهداشت

هزینه‌های بهداشتی در طول چند دهه گذشته همراه با رشد استاندارد و رفاه زندگی در جوامع گوناگون، از افزایش قابل توجهی برخوردار بوده است. نگاهی بر روند افزایش هزینه‌های بهداشت در کشورهای مختلف مشخص می‌سازد این تغییرات در کشورهای مختلف به شدت با یکدیگر ناهمگون می‌باشند. همانطور که در جدول ۱۱ مشاهده می‌شود در سال ۱۳۹۰ پرداخت از جیب در ایران در مقایسه با سایر کشورهای جهان، بالاترین نسبت را دارا بوده است این در حالی است که با اجرایی شدن برنامه تحول سلامت از سال ۱۳۹۳ شاهد کاهش چشم گیر پرداخت از جیب بوده‌ایم. مطالعه حیدریان در ۱۳۹۴ نشان داد که پرداخت‌های مستقیم به وسیله دریافت کنندگان خدمات در ۹ ماه ابتدایی سال ۱۳۹۲ با میانگین ۱۷/۴۳ کاهش داشته است.

جدول ۱۱ - هزینه‌های بهداشت و درمان در جهان

منطقه WHO و بعضی از کشورها و مناطق	هزینه‌های عمومی		هزینه‌های خصوصی		سایر موارد
	دولت	بیمه‌های اجتماعی	بیمه خصوصی	پرداخت از جیب	
آمریکا	۱۴	۳۵,۵	۲۸,۵۳	۱۵,۲	۶,۷۷
اروپا	۳۶,۵	۳۷,۹۵	۵,۴۳	۱۷,۸۸	۲,۲۴
آسیای جنوبی شرقی	۳۱,۷	۵	۳,۳	۵۳,۳۵	۶,۶۵
منطقه اقیانوس آرام	۲۰,۱	۴۵	۳,۳۵	۲۷,۳۵	۴,۲
مدیترانه شرقی	۳۸,۹	۱۲,۱	۳,۶۴	۴۳,۵۶	۱,۸
آفریقا	۴۴,۴۵	۳,۸۵	۱۶,۳۸	۲۹,۲۵	۶,۰۷
کشورهای پر درآمد	۲۱,۲۳	۴۰,۱۲	۱۸,۹۳	۱۴,۵۲	۵,۲
کشورهای کم درآمد	۳۷,۲۳	۱,۶۷	۰,۹۱	۴۶,۵۵	۱۳,۶۴
کشورهای با درآمد متوسط به بالا	۳۰,۶	۶	۲۸,۸	۵۵,۲۲	۵,۴
کشورهای با درآمد متوسط به پایین	۲۷,۹۵	۲۸,۲۵	۷,۵۲	۳۲,۵	۳,۷۸
ایران	۲۳,۱	۱۴,۴	۳,۳	۵۹,۰۳	۰,۱۷
دنیا	۲۳,۲	۳۵,۶۵	۱۵,۷	۲۰,۴۵	۵

منبع: گزارش سازمان جهانی بهداشت در سال ۲۰۱۴. این آمار توسط سازمان جهانی بهداشت از حساب‌های ملی سلامت کشورها استخراج شده است.

منابع

۱. گزارش "اپیدمیولوژی بیماری تالاسمی بتا در ایران و جهان"، اداره ژنتیک معاونت بهداشت وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی سال ۱۳۹۵.
۲. گزارش "دسترسی به آب آشامیدنی سالم" وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی، معاونت بهداشت، دفتر سلامت محیط و کار، اداره آب و فاضلاب، ۱۳۹۵.
۳. بسته "آموزشی و اطلاعاتی امید زندگی" وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی، معاونت بهداشت، دفتر آموزش و ارتقاء سلامت، ۱۳۹۲.
۴. گزارش "مرگ کودکان زیر یکسال و ۵ سال" وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی، معاونت بهداشت، دفتر سلامت جمعیت خانواده و مدارس، اداره سلامت کودکان، ۱۳۹۵.
۵. گزارش "وضعیت دسترسی به مراقبت‌های بهداشتی اولیه" وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی، معاونت بهداشت، مرکز مدیریت شبکه، ۱۳۹۵.
۶. گزارش "مرگ مادران به ازای یکصد هزار تولد زنده" وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی، معاونت بهداشت، دفتر سلامت جمعیت خانواده و مدارس، اداره سلامت مادران، ۱۳۹۵.
۷. گزارش "پوشش واکسیناسیون در ایران"، وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی، معاونت بهداشت، مرکز مدیریت بیماری‌های واگیر، اداره مبارزه با بیماری‌های قابل پیشگیری با واکسن، ۱۳۹۵.
۸. گزارش "بیماری سل"، وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی، معاونت بهداشت، مرکز مدیریت بیماری‌های واگیر، اداره مبارزه با بیماری‌های سل و جذام، ۱۳۹۵.
۹. گزارش "بیماری‌های نوپدید و بازپدید"، وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی، معاونت بهداشت، مرکز مدیریت بیماری‌های واگیر، اداره مراقبت بیماری‌های واگیر، ۱۳۹۵.

۱۰. حیدریان ناهید، شقایق وحدت. "تاثیر اجرای طرح تحول سلامت بر پرداخت از جیب"، مجله علمی نظام پزشکی ج.ا.ا. دوره ۲۳، شماره ۳ پاییز ۱۳۹۴
۱۱. گزارش "امنیت و تغذیه" وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی، معاونت بهداشت، دفتر بهبود تغذیه جامعه ۱۳۹۵.
۱۲. مشفق محمود، حسینی قربان. "آینده پژوهی تغییرات جمعیتی ایران طی دوره ۱۳۹۰ تا ۱۴۴۰"، معرفت فرهنگی اجتماعی، سال چهارم، شماره اول، زمستان ۱۳۹۱، ص ۴۲-۲۱
۱۳. رهبر محمدرضا، جعفری ناهید، نوائیان ناهید. "آشنایی با نظام سلامت و مراقبت‌های اولیه در ایران"، وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی، معاونت بهداشت، مرکز مدیریت شبکه ۱۳۹۴.
۱۴. حاتمی حسین. نوپدیدی و بازپدیدی بیماری‌ها و سلامت حرفه‌های پزشکی، وزارت بهداشت، انتشارات صدا، جلد اول، چاپ اول، سال ۱۳۸۲ صفحات ۳۹۷-۱، قابل دستیابی در سایت گوگل در آدرس:

https://sites.google.com/site/emergingreemergingdisappearing/emerging_ebook/emerging_index-htm & <https://sites.google.com/site/drhatamilibrary/>

15. Hendryx M, Ahern M, Lovrich N, McCurdy, A. Access to health care and community social capital. *Health Serv Res* 2002; 37(1): 85
16. Gulliford M, Morgan M. Access to health care: Routledge. London: New Fetler LAN; 2003
17. Sharifi v, Amin-Esmaeil M, Hajebi A, Motavalian A, Goodarzi R, Hefazi M, Rahimi-movaghar A. Twelve-Month Prevalence and Correlates of Psychiatric Disorders in Iran: The Iranian Mental health survey .2011 *Archives of Iranian Medicine*, vol. 18, No.2, Feb.2015, 76-84.
18. Busse R. Health care systems in eight countries: Trends and challenges, Netherlands. European observatory on health care systems. [On line 002]. Available from: www.euro.who.int/observatory/Netherlands.

کتاب جامع

بهداشت عمومی

فصل ۲ / گفتار II / دکتر علی اصغر فرشاد

اهم برنامه‌های حوزه معاونت بهداشتی

وزارت بهداشت

فهرست مطالب

۲۰۵.....	اهداف درس
۲۰۶.....	۱ - آموزش و ارتقای سلامت
۲۰۷.....	۲- برنامه ملی پیشگیری و کنترل بیماری‌های غیرواگیر و عوامل خطر مرتبط
۲۰۸.....	۳- بهداشت حرفه ای
۲۱۰.....	۴- بهداشت محیط
۲۱۱.....	۵- تغذیه
۲۱۲.....	۶- بیماریهای واگیر
۲۱۴.....	۷- سلامت خانواده
۲۱۶.....	۸- بهداشت دهان و دندان
۲۱۷.....	۹- بهداشت مدارس و جوانان
۲۱۷.....	۱۰- گسترش شبکه‌های بهداشتی درمانی
۲۰	- برنامه ارائه خدمات و مراقبت‌های اولیه بهداشتی درمانی (خدمات نوین سلامت) و نظام ارجاع به روستاییان، شهرهای زیر
۲۱۷.....	هزار نفر و عشایر
۲۰	- برنامه ارائه خدمات و مراقبت‌های اولیه بهداشتی درمانی (خدمات نوین سلامت) و نظام ارجاع به حاشیه نشینان و شهرهای
۲۱۸.....	۵۰ هزار نفر و برنامه ارائه خدمات و مراقبت‌های اولیه بهداشتی درمانی به شهرهای بالای ۵۰ هزار نفر و کلان‌شهرها
۲۱۹.....	بخش دوم: اجتماعی شدن سلامت بعنوان رویکردی نوین در نظام سلامت کشور
۲۲۰.....	تشکیل معاونت اجتماعی در وزارت بهداشت و انحلال آن در اواخر سال ۱۳۹۷
۲۲۱.....	منابع:

اهمّ برنامه‌های حوزه معاونت بهداشتی

دکتر علی اصغر فرشاد

استاد دانشگاه علوم پزشکی ایران

اهداف درس

انتظار می‌رود فراگیرنده، پس از گذراندن این درس، بتواند:

- حداقل ۲۰ برنامه از برنامه‌های حوزه معاونت بهداشتی را نام ببرد
- هریک از برنامه‌های حوزه معاونت بهداشتی و اجتماعی را به طور مختصر، توضیح دهد
- برنامه کنترل دخانیات را شرح دهد
- برنامه‌های عمده در زمینه تغذیه را توضیح دهد
- دبیرخانه شورای عالی سلامت و امنیت غذایی به طور کامل توضیح دهد
- اجتماعی شدن سلامت را شرح دهد
- اهمیت بیماریهای غیر واگیر را توضیح دهد
- کانون‌های سلامت محله و مجمع سلامت در سطوح مختلف محله، شهرستان و استان را شرح دهد
- اهمیت و نقش سایر دستگاهها در ارتقای سلامت را توضیح دهد
- برنامه‌های جاری بهداشت حرفه‌ای را شرح دهد
- برخی برنامه‌های مهم بهداشت محیط را شرح دهد
- فهرستی از برنامه‌های مفیدی که باعث حفظ و ارتقاء سلامتی جامعه می‌شود تهیه کند

این برنامه‌ها شامل: ۱ - آموزش بهداشت و ارتقای سلامت، ۲ - برنامه ملی پیشگیری و کنترل بیماری‌های غیرواگیر و عوامل خطر مرتبط، ۳ - بهداشت حرفه‌ای، ۴ - بهداشت محیط، ۵ - تغذیه، ۶ - بیماری‌های واگیر، ۷ - سلامت خانواده، ۸ - بهداشت دهان و دندان، ۹ - بهداشت مدارس، ۱۰ - گسترش شبکه‌های بهداشتی - درمانی.

۱ - آموزش و ارتقای سلامت

برنامه ملی خودمراقبتی

همزمان با گذار بیماری‌ها از واگیر به غیر واگیر و حرکت از درمان قطعی بیماری به مراقبت مادام العمر، نقش مردم در مراقبت از سلامت خود و اعضای خانواده برای سالم زیستن، مدیریت ناخوشی‌های جزئی، مدیریت بیماری‌های مزمن و حاد، روز به روز در حال افزایش است به گونه‌ای که طبق برآوردها ۶۵ تا ۸۵ درصد تمام مراقبت‌ها از جنس خودمراقبتی است.

خودمراقبتی فردی:

هدف از برنامه خودمراقبتی فردی، تربیت یک نفر سفیر سلامت به ازای هر خانوار است. سفیر سلامت، عضوی از اعضای خانواده است که حداقل ۸ کلاس سواد خواندن و نوشتن دارد و به صورت داوطلبانه، مسوولیت انتقال مطالب آموخته شده در حوزه سلامت و مراقبت فعال از سلامت خود و اعضای خانواده و جامعه را بر عهده دارد.

خودمراقبتی سازمانی:

هدف در این رویکرد، ایجاد محیط کار سالم از طریق اجرای برنامه‌ها و خط مشی‌های ارتقای سلامت در محل کار، خلق محیط فیزیکی و فرهنگ حمایتی و تشویق شیوه زندگی سالم با همکاری کارکنان و کارفرمایان است.

خودمراقبتی اجتماعی

هدف در این رویکرد، توانمندسازی جوامع مختلف برای توسعه محیط‌های سالم است. برای تحقق این هدف، شوراهای شهری و روستایی و شورایی‌ها می‌توانند نقش مهمی در جلب مشارکت اجتماع برای کنترل بر عوامل تعیین کننده سلامت داشته باشند

برنامه تربیت سفیران سلامت دانش آموز

بسیاری از بیماری‌های قلبی و سرطان‌هایی که عامل مرگ‌ومیر بزرگسالان هستند، ناشی از رفتارهای پرخطر نظیر استعمال دخانیات، کم تحرکی، تغذیه ناسالم، مصرف الکل و رفتارهای جنسی خارج از چارچوب است که معمولاً از دوران کودکی و نوجوانی شروع شده و شکل گرفته‌اند که می‌توانند زمینه را برای بروز این بیماری‌های مرگبار در بزرگسالی فراهم کنند. رفتارهای پرخطر، سلامت را تهدید می‌کنند و می‌توانند موجب آسیب، بیماری و مرگ نابهنگام شوند. بیشتر رفتارهای پرخطر در این ویژگی‌ها اشتراک دارند:

- در دوران نوجوانی شروع می‌شوند؛
- عوارض و عواقب بهداشتی، آموزشی و اجتماعی توامان دارند؛

- قابل پیشگیری هستند؛ و
- در دوران جوانی ادامه پیدا می‌کنند؛

با توجه به شیوع بالای عوامل خطر ساز در بین گروه سنی کودکان و نوجوانان کشورمان و اهمیت پیشگیری از بیماری‌ها، توانمندسازی دانش آموزان برای مراقبت از سلامت خود و دیگران امری ضروری است. به همین منظور برنامه ملی خودمراقبتی در مدارس سراسر کشور از سال ۱۳۹۳ پیرو تفاهم نامه ارتقای سلامت مدارس منعقد بین وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و وزارت آموزش و پرورش و بر اساس توافق نامه اجرایی برنامه خودمراقبتی در مدارس با همکاری دو وزارت اجرا گردید. در این برنامه علاوه بر تهیه راهنماهای خودمراقبتی متناسب با هر مقطع تحصیلی، از هر ده دانش آموز یک نفر به عنوان سفیر سلامت به طور داوطلب انتخاب و تربیت می‌شود که تاکنون ۱،۲۰۰،۰۰۰ سفیر سلامت دانش آموز در سراسر کشور آموزش دیده اند. این برنامه بر پایه رویکرد آموزش همسانان است و این فرصت را در اختیار دانش آموزان قرار می‌دهد تا آگاهی‌های لازم در موضوعات سلامت و محیط زیست را با استفاده از ارزش‌های تعاملی و مشارکتی کسب و آن را به سایر همسانان منتقل کنند.

۲- برنامه ملی پیشگیری و کنترل بیماری‌های غیرواگیر و عوامل خطر مرتبط

برنامه ایران (IraPEN)

پیشگیری و درمان بیماری‌های قلبی عروقی، سرطان، آسم و دیابت در این برنامه پیش بینی گردیده است. بسته خدمات ایران شامل دستورالعمل ارایه خدمات، پروتکل آموزشی همگانی ویژه آموزش عموم جامعه و محتوای آموزشی بیماری‌ها و عوامل خطر ویژه بهورز/ کارشناس مراقب سلامت و دستورالعمل انجام تست‌های تشخیصی و اندازه گیری است.

گروه هدف برای خطر سنجی ده ساله قلبی عروقی، شامل افراد با سن ۳۰ سال و بالاتر دارای یکی از عوامل خطر (ابتلا به دیابت، فشارخون بالا، دور کمر مساوی یا بیش از ۹۰ سانتی متر، مصرف دخانیات، مصرف الکل، سابقه بیماری در افراد درجه یک خانواده (یعنی دیابت، حوادث قلبی عروقی زودرس و سابقه نارسایی کلیه و افراد با سن ۴۰ سال و بیشتر) است.

پیشگیری از بروز سکنه‌های قلبی و مغزی و نارسایی کلیوی از طریق مراقبت‌های ادغام یافته با غربالگری گروه هدف، ارزیابی و مدیریت خطر ۱۰ ساله بروز حوادث قلبی و عروقی، آموزش و مراقبت و درمان مبتلایان به بیماری قلبی عروقی، فشارخون بالا، دیابت و کلسترول خون بالا (بر اساس دستورالعمل‌های کشوری) و پیگیری و مراقبت افراد مبتلا بر اساس دستورالعمل‌های برنامه‌های کشوری انجام می‌شود و ارزیابی مجدد خطر قلبی عروقی طبق تواتر برنامه زمانی میزان خطر قلبی عروقی که برای فرد محاسبه شده است و برحسب دارا بودن عامل خطر - انجام می‌گیرد.

برنامه ملی جامعه ایمن

مفهوم جامعه ایمن به معنی مشارکت مستمر بخشی سازمان‌ها برای ارتقاء ایمنی و پیشگیری از حوادث است. این مفهوم بیش از دو دهه قبل توسط سازمان جهانی بهداشت مطرح شد. مدل جامعه ایمن، الگویی است متکی بر همکاری‌های بین بخشی تمام سازمان‌های دولتی و خصوصی ذیربط، مشارکت مردم و مسئولین محلی و سازمان‌های مردم نهاد در یک شهرستان یا یک جامعه که با همکاری یکدیگر برای پیشگیری از حوادث و ایجاد حفظ و ارتقاء ایمنی تلاش می‌کنند. این برنامه منجر به ایجاد استانداردهای بالای زندگی و حوادث و مرگ‌های کمتر و افزایش احساس ایمنی برای ساکنین جوامع ایمن می‌شود. این برنامه همچنین هزینه‌ها را از چندین جنبه مانند هزینه‌های بیمارستانی، خدمات اجتماعی و پرداخت بیمه‌ها را کاهش می‌دهد. جامعه ایمن می‌تواند یک شهرستان یا یک منطقه شهرداری از یک شهر یا یک روستا باشد.

شاخص‌های جهانی جامعه ایمن

- ۱- ایجاد تشکیلاتی مبتنی بر مشارکت مردمی و همکاری بین بخشی که هر کدام از سازمان‌ها مسئولیت اجرای برنامه جامعه ایمن را در حیطه اختیارات خود قبول کنند.
- ۲- وجود برنامه‌ای مستمر و درازمدت که هر دو جنس، تمام گروه‌های سنی و همه محیط‌ها و همه انواع حوادث را تحت پوشش قرار دهد.
- ۳- وجود برنامه‌ای که هدفش ارتقاء ایمنی گروه‌ها و محیط‌های در معرض خطر باشد
- ۴- وجود برنامه‌ای که بر اساس شواهد و مستندات، طراحی شده باشد
- ۵- وجود برنامه‌ای که تعداد مصدومین و علل حوادث را ثبت و مستند سازی کند
- ۶- وجود نظام ارزشیابی که مراحل اجرای برنامه و تاثیر تغییرات آن را مورد بررسی قرار دهد
- ۷- شرکت مستمر در شبکه ملی و جهانی جامعه ایمن.

۳- بهداشت حرفه ای

ارائه مراقبت‌های بهداشتی به کارگران

به منظور دسترسی کارگران به حداقل شرایط بهداشتی و تامین امکانات درمان سرپایی، خانه‌های بهداشت کارگری و ایستگاه به‌گر در واحدهای تولیدی، مشمول (۵۰ تا ۵۰۰ نفر خانه بهداشت کارگری و ۲۰ تا ۴۵ نفر ایستگاه به‌گر) تاسیس و راه اندازی می‌شود. شایان ذکر است که بهداشتیاران کار و به‌گران که مسئولین خانه‌های بهداشت کارگری و ایستگاه به‌گر می‌باشند از واحدهای تولیدی، انتخاب و پس از آموزش توسط مراکز بهداشتی درمانی در سطح کشور در محل کار به انجام خدمات، اقدام می‌نمایند

برنامه طب کار و معاینات شاغلین

این برنامه با هدف حفظ و ارتقای سلامت کارگران و به منظور شناسایی و بیماریابی بیماری‌های شغلی و ساماندهی نظام ثبت و گزارش دهی، انجام می‌گیرد

برنامه ارگونومی مدارس

- پیشنهاد، پیگیری و تصویب بندهای قانونی مرتبط با ارگونومی مدارس در سند تحول بنیادین آموزش و پرورش کشور به عنوان یک سند بالا دستی در شورای عالی آموزش و پرورش و شورای عالی انقلاب فرهنگی به عنوان بستر سازی قانونی این موضوع در کشور انجام شد.
- کمیته فنی "استانداردسازی ارگونومی میلمان و تجهیزات آموزشی مدارس" با عضویت فعال اعضای هیئت علمی، دستگاه‌های ذیربط و متخصصین برجسته ارگونومی کشور تشکیل شد؛
- کمیته فنی "بهینه سازی وضعیت موجود ارگونومی مدارس کشور" با عضویت فعال اعضای هیئت علمی، دستگاه‌های ذیربط و متخصصین برجسته ارگونومی کشور تشکیل گردید؛
- اجرای پروژه ملی ایجاد بانک اطلاعات آنتروپومتریکی (ابعاد بدن) دانش آموزان کشور در مقاطع مختلف تحصیلی و دو جنس پسر و دختر به منظور بهره‌گیری از ابعاد و اندازه‌های دانش آموزان ایرانی در طراحی و اجرای فضاها و تجهیزات آموزشی آنان که برای نخستین بار در کشور اتفاق می‌افتد؛
- همکاری مشترک با سازمان استاندارد و تحقیقات صنعتی ایران جهت استاندارد ملی نمودن بانک اطلاعات آنتروپومتریکی دانش آموزان ایرانی.

برنامه کاهش و کنترل عوامل شیمیایی خطرناک در محیط کار (جیوه، سرب و...)

این برنامه به منظور کاهش و کنترل اثرات زیانبار جیوه و سرب بر سلامت شاغلین از طریق اجرا و پیاده‌سازی استراتژی حذف تدریجی یا کاهش مرحله‌ای این مواد و کلیه محصولات و فرایندهای مربوطه در صنایعی که جیوه و سرب را مصرف و یا به نوعی در محیط رها یا منتشر می‌نمایند تدوین و به دانشگاه‌های کشور جهت اجرا ابلاغ شد. پس از پذیرش سند حقوقی جیوه توسط کشور ایران و تصویب آن در هیئت دولت به منظور فراهم سازی مقدمات لازم الاجرا شدن این سند در کشور، اقدامات لازم از جمله: برگزاری نشست‌های تخصصی با سازمان‌های مربوطه جهت توجیه برنامه انجام شد و یک برنامه اقدام ملی جهت کاهش مرحله‌ای آمالگام دندانپزشکی و حذف تدریجی تجهیزات پزشکی وسایل اندازه گیری مانند ترمومترها و فشارسنج‌ها و دفع بهداشتی پسماندهای جیوه، تدوین و در حال پیگیری می‌باشد بعلاوه برای وسایل آرایشی بهداشتی دارای جیوه حدود مجاز تعیین گردید و اطلاع رسانی‌های لازم به ذینفعان از جمله شرکت‌های صادر کننده و وارد کننده این محصولات

انجام شد.

۴- بهداشت محیط

برنامه دفاتر خدمات سلامت و ممیزی بهداشتی از واحدهای صنفی

یکی از وظایف مهم وزارت بهداشت ارائه هر چه بهتر خدمات بهداشتی در سطح جامعه و افزایش نظارت‌های بهداشتی می‌باشد:

- استناد به - تبصره ۳ قانون اصلاح ماده ۱۳ قانون مواد خوردنی، آشامیدنی، آرایشی و بهداشتی و مواد ۲۴ و ۲۵ و ۴۱ آیین نامه اجرایی ماده ۱۳ قانون اصلاح مواد خوردنی، آشامیدنی، آرایشی و بهداشتی بر آن شد که بدون افزایش بار مالی بر دولت درصد پوشش بازرسی از مراکز و اماکن عمومی را افزایش داده و ارتقاء وضعیت بهداشتی مراکز تهیه و توزیع مواد غذایی و اماکن عمومی را ایجاد نماید
- در این راستا مرکز سلامت محیط و کار، در جهت انجام برنامه ممیزی بهداشت محیط از طریق دفاتر خدمات سلامت، برنامه ریزی نمودند.

برنامه بهداشت آب

آب یکی از نعمات بزرگ پروردگار، منشا حیات و سرآغاز زندگی موجودات زنده است. دسترسی به منابع مطمئن آب از دیدگاه کمی و کیفی برای حیات انسان ضروری است. امروزه با افزایش جمعیت، گسترش صنایع و کشاورزی، مصرف آب افزایش یافته است. از سوی دیگر با توجه به اینکه کشور ما در منطقه خشک و نیمه خشک قرار دارد کمبود منابع آب به عنوان یک چالش جدی مطرح شده و حتی در برخی از مناطق، مانع رشد و پیشرفت کشاورزی، صنعتی و حتی اجتماعی شده است.

از سوی دیگر فقدان آب سالم و دفع غیربهداشتی فاضلاب، به عنوان عامل ۸۰ درصد از بیماری‌ها در کشورهای در حال توسعه بیان می‌شود. دسترسی به آب سالم از حقوق اولیه انسان‌ها است. هر سال بیش از دو میلیون نفر از بیماری‌های اسهالی در کشورهای در حال توسعه که بیشتر آنان کودکان هستند جان خود را از دست می‌دهند. این بیماری‌ها همچنین باعث از بین رفتن میلیون‌ها روز کاری در هر سال برای افراد بزرگسال می‌شوند. لذا با توجه به موارد پیش‌گفت، کاهش منابع آب و عدم کارآیی فرایندهای تصفیه رایج در حذف برخی آلاینده‌ها از آب، اهمیت حفاظت از منابع و پیشگیری از تغییر کیفیت آن به عنوان یکی از وظایف جوامع را نمایان می‌کند.

برنامه بهداشت محیط بیمارستان‌ها

با هدف ارتقای سطح بهداشت محیط بیمارستان‌ها از سال ۱۳۷۶ در سطح کلیه بیمارستان‌های کشور به اجرا درآمده است. این برنامه در اجرای طرح تفکیک زباله‌های بیمارستانی، (زباله‌های عفونی جدا و زباله‌های قابل

بازیافت بهداشتی در فرآیند تعیین و تبدیل) مورد استفاده قرار می‌گیرند.

برنامه کنترل دخانیات

در اجرای اصل یکصد و بیست و سوم (۱۲۳) قانون اساسی جمهوری اسلامی ایران، قانون جامع کنترل و مبارزه ملی با دخانیات که با عنوان طرح جامع کنترل و مبارزه ملی با دخانیات به مجلس شورای اسلامی تقدیم گردیده بود، در جلسه علنی مورخ ۱۳۸۵/۶/۱۵ و تأیید شورای محترم نگهبان به تصویب رسید. طبق ماده ۱ این قانون، به منظور برنامه‌ریزی برای مبارزه با مصرف مواد دخانی و حفظ سلامت عمومی، ستاد کشوری کنترل و مبارزه با دخانیات، تشکیل گردید.

۵- تغذیه

برنامه امنیت غذا و تغذیه در استان‌های کم برخوردار

عوامل متعددی در ایجاد ناامنی غذایی موثرند که در صورت بی‌توجهی به آنها احتمال گرسنگی، فقر و ناامنی غذایی تشدید می‌شود. به عنوان مثال وضعیت اشتغال در جامعه، هزینه غذا و وضعیت تامین اجتماعی از مهم‌ترین عوامل تعیین کننده توان اقتصادی افراد جامعه هستند. تنها وجود غذا و یا خوردن غذا برای تامین امنیت غذا و تغذیه، کافی نیست بلکه باید تبدیل غذای خورده شده به مواد مغذی در بدن به طور مطلوب صورت گیرد. با فراهم شدن اینگونه شواهد علمی طی سه دهه اخیر، تعاریف امنیت غذا تغییرات زیادی کرده است که نشان‌دهنده سیر تحولات تفکر رهبران جهان نیز بوده است.

یکی از مهمترین تغییرات، توجه به امنیت تغذیه‌ای (Nutrition Security) به عنوان یک پیامد از امنیت غذایی (Food Security) است که بعد از سال ۱۹۹۶ در تعاریف سازمان خواروبار و کشاورزی (FAO) مطرح شد و امنیت غذا و تغذیه براساس توافق‌های بین‌المللی عبارتست از دسترسی اقتصادی و فیزیکی همه مردم در تمام اوقات به غذای کافی، سالم با مطلوبیت اجتماعی و فرهنگی و بهره‌مندی تمام سلول‌ها از مواد مغذی کافی برای دستیابی به زندگی سالم و فعال. چهار بعد موثر در امنیت غذا و تغذیه عبارتند از: دسترسی فیزیکی، دسترسی اقتصادی، ارتقاء فرهنگ و سواد تغذیه‌ای و تامین سلامت. بهبود تغذیه و امنیت غذایی به عنوان هدف اصلی سیاست‌های توسعه و از محورهای اصلی تامین سلامت جامعه به شمار می‌آید و برنامه بین بخشی بهبود امنیت غذا و تغذیه با مشارکت کلیه بخش‌های رفاه و توسعه اجتماعی قابل اجرا است. مسئولیت "برنامه بین بخشی بهبود تغذیه و امنیت غذایی استان بر عهده استاندار" با تشکیل ۶ کمیته (سلامت، تولید غذای سالم، دسترسی فیزیکی به غذای سالم، توانمندسازی جوامع محلی، ارتقاء فرهنگ و سواد و حمایت تغذیه‌ای) است.

در ۷ استان کم برخوردار شناسایی شده براساس مطالعه سمپات (کرمان، ایلام، سیستان و بلوچستان، بوشهر، کهگیلویه و بویر احمد، خوزستان و هرمزگان)، با حمایت سازمان برنامه و بودجه و با مشارکت کلیه دستگاه‌های مرتبط از سال ۱۳۹۳ اقدام به طراحی و اجرای مداخلات مؤثر جهت ارتقاء سلامت تغذیه‌ای خانوارها و

رفع موانع ناامنی غذایی توسط دفتر بهبود تغذیه جامعه شده است.

برنامه ارتقاء فرهنگ و سواد تغذیه‌ای جامعه

آموزش و فرهنگ‌سازی تغذیه صحیح نقش مهمی در ارتقاء سلامت جامعه و پیشگیری و کنترل بیماری‌ها دارد. بر اساس مطالعات انجام شده در دنیا تا ۸۰ درصد موارد ابتلا به دیابت نوع دو، ۵۰ درصد بیماری‌های قلبی و عروقی و ۳۰ درصد سرطان‌ها با تغذیه صحیح قابل پیشگیری است. از بین عوامل تاثیر گذار در شیوع بیماری‌های غیر واگیر، تغذیه نقش بسیار مهمی در این روند دارد. در واقع سبک زندگی شهرنشینی و افزایش عرضه مواد غذایی آماده و دسترسی آسان به مواد غذایی دارای چربی، قند و نمک بالا روز به روز بر تعداد افراد مبتلا به اضافه وزن و چاق می‌افزاید. طبق آمار سازمان جهانی بهداشت در سال ۲۰۱۶، بیش از ۱٫۹ میلیارد بزرگسال ۱۸ سال و بالاتر دارای اضافه وزن بوده‌اند که از این تعداد بیش از ۶۵۰ میلیون نفر بزرگسال چاق می‌باشند. استراتژی به کار رفته در ارتقاء فرهنگ و سواد تغذیه‌ای عبارتست از آموزش، جلب همکاری‌های درون بخشی و برون بخشی و پایش و ارزشیابی.

برنامه بهبود و اصلاح الگوی تغذیه جامعه به عنوان یکی از ۱۵ برنامه اصلی در برنامه تحول نظام سلامت در حوزه بهداشت در نظر گرفته شده است.

۶- بیماری‌های واگیر

برنامه کنترل سل

۱- فرآیند اجرای برنامه شامل:

- گروه هدف: عموم مردم (شامل عموم مردم، دانش آموزان، سربازان، رابطین بهداشتی)

۰ گروه‌های پرخطر و در معرض خطر

- مبتلایان به سرفه مزمن مراجعه کننده به مراکز ارائه دهنده خدمات بهداشتی درمانی
- افراد HIV مثبت شناسائی شده، خانواده بیمار
- افراد در تماس نزدیک با فرد مبتلا به سل اسمیر مثبت
- مبتلایان به دیابت تحت پوشش
- بیماری‌های مزمن کلیوی

- دریافت کنندگان پیوند
- مبتلایان به سیلیکوزیس شناخته شده
- زندانیان
- افراد ساکن در آسایشگاه‌های معلولین و سالمندان
- افراد بی خانمان
- ساکنین اردوگاه‌های مهاجرین
- مبتلایان به سل ریوی حساس به دارو (اعم از اسمیر مثبت، اسمیر منفی، خارج ریوی)
- مبتلایان به سل مقاوم به درمان
- 0 جمعیت تحت پوشش: تمامی استان‌های کشور**
- 0 دانشگاه‌های مجری برنامه: تمامی دانشگاه‌های علوم پزشکی کشور**

برنامه پیشگیری و کنترل HIV/AIDS و بیماری‌های آمیزشی

- ۱- فرآیند اجرای برنامه شامل:
- گروه هدف: جمعیت عمومی
- گروه‌های در معرض خطر (جوانان، زندانیان،...)
- گروه‌های پرخطر (مصرف کنندگان تزریقی مواد، زنان خیابانی، همسران مصرف کنندگان مواد، افرادی که به رفتارهای جنسی پرخطر مبادرت دارند) - مبتلایان به HIV و همسران و فرزندان آنها
- نوع خدماتی که ارائه می‌شود: آموزش و اطلاع رسانی (جلب مشارکت و توانمندسازی رسانه‌ها، همکاری با وزارت آموزش و پرورش، بسیج‌های اطلاع رسانی، تهیه مطالب آموزشی ویژه گروه‌های مختلف شامل روحانیون، والدین جوانان، رسانه‌ها، راه اندازی خطوط مشاوره تلفنی) مشاوره و آزمایش تشخیصی رایگان، خدمات رایگان کاهش انتقال از طریق تزریق مواد (درمان متادون، توزیع

سرنگ و سوزن)، کاهش انتقال از طریق تماس جنسی، پیشگیری از انتقال از مادر مبتلا به نوزاد، مراقبت و درمان بیماری‌های آمیزشی، مراقبت و درمان HIV و ایدز (شامل معاینات دوره‌ای، آزمایش‌های لازم، بیماری‌های فعال سل، واکسیناسیون شامل کزاز، هپاتیت B، پنوموکوک، آنفلوآنزا، درمان اختصاصی ویروس شامل حداقل سه دارو از اقلام: زیدوودین، لامیوودین، افایویرنز، کلترا، ... تا پایان عمر، پیشگیری و درمان عفونت‌های فرصت طلب، خدمات سلامت باروری کلیه این خدمات بصورت رایگان ارائه می‌شود و بیماران تا پایان عمر تحت پیگیری باید باشند) تقویت نظام آزمایشگاهی تشخیصی بیماری، پیشگیری پس از تماس‌های تصادفی و تماس‌های شغلی، برنامه باشگاه‌های مثبت جهت توانمندسازی مبتلایان و افزایش حمایت اجتماعی.

دانشگاه‌های مجری برنامه: کلیه دانشگاه‌های علوم پزشکی سراسر کشور مکلف به انجام برنامه کنترل HIV/AIDS هستند.

۷- سلامت خانواده

برنامه پیشگیری از حوادث و سوانح در کودکان

در تمامی جوامع، کودکان از آسیب پذیرترین افراد در برابر حوادث هستند، ارتقاء سلامت کودکان از مهم ترین شاخص‌های سطح سلامت یک جامعه بوده و پیشگیری از وقوع حادثه در کودکان، مستلزم رعایت نکات ایمنی است. کودکان قادر به درک خطرات پیرامون خود نبوده و در برابر بسیاری از خطرهای آسیب پذیری بیشتری دارند. حوادث دوران کودکی علاوه بر مرگ و میر، با میزان بالای ناتوانی نیز همراه می‌باشند و هزاران کودک ناچارند به دلیل آسیب‌های ناشی از سوانح، مابقی عمر خود را با معلولیت و ناتوانی سپری کنند. آسیب‌های ناشی از حوادث، از علل اصلی معلولیت، ناهنجاری‌های دائمی و مرگ در کودکان بالای یک سال است.

تبعات غیر مستقیمی که در اثر سوانح بر کودکان کشور تحمیل می‌گردد متعدد است. یکی از آن‌ها فشارهای اقتصادی و اجتماعی بر خانواده‌هایی است که ناگزیرند از معلولین سوانح مراقبت کنند. کودکی که دچار مصدومیت جدی است نیاز دارد که والدین، هر دو، از او مراقبت کنند. این زیان، درآمد از دست رفته والدین را بر فرصت تحصیلی از دست رفته کودک می‌افزاید.

در این راستا مجموعه‌های آموزشی پیشگیری از سوانح و حوادث در کودکان، با هدف توانمندسازی والدین و مراقبان کودک، پرسنل بهداشتی درمانی و خود کودک برای آموزش اصول ایمنی و پیشگیری از سوانح و حوادث در کودکان تدوین گردیده است.

برنامه تغذیه مناسب کودکان در سنین مختلف

سال‌های ابتدای کودکی دوران بسیار حیاتی برای ارتقای رشد و تکامل کودکان، شکل‌گیری ترجیحات غذایی و الگوهای غذایی آنان به شمار می‌رود. مطالعات متعددی نشان داده‌اند که بیشترین میزان اختلال رشد،

کمبود ریز مغذی‌ها و بیماری‌های شایع کودکان در این سنین رخ می‌دهند. به طوری که تغذیه نامطلوب در سال‌های اول زندگی از علل مرگ و میر و تاخیر رشد ذهنی و جسمی کودکان بوده و در دراز مدت این کمبودهای تغذیه‌ای موجب آسیب عملکرد ذهنی، ظرفیت کاری و سلامتی دوران نوجوانی و بزرگسالی می‌گردد.

بهبود الگوی تغذیه کودکان از طریق تغذیه انحصاری با شیر مادر، تغذیه تکمیلی مناسب و تداوم تغذیه با شیر مادر تا دو سالگی و تغذیه مناسب در سنین مختلف، از مداخلات پیشگیرانه و موثر در بهبود تغذیه کودکان به شمار می‌روند. بدیهی است برای بهبود بخشیدن به الگوی تغذیه کودکان، راهنمایی و مشاوره با مادران امری ضروری است.

برنامه رشد و تکامل همه جانبه دوران ابتدای کودکی

دوران کودکی خصوصاً سال‌های اولیه زندگی، حیاتی‌ترین مرحله‌ی تکامل شخصیت و پرورش توانایی‌ها و استعدادهای انسان است و نیازمند برنامه‌ریزی با رویکردی جامع می‌باشد. در رویکرد جامع مورد نظر خانواده اولین و اصلی‌ترین مسئول وضعیت زندگی کودک است. اما از آنجا که خانواده به تنهایی توانایی‌های لازم برای پشتیبانی از کودک و تامین کلیه نیازهای رشد و تکامل کودک را ندارد و نخواهد داشت، دولت‌ها موظفند نسبت به تدوین سیاست‌ها و اجرای برنامه‌های لازم برای پشتیبانی و کمک به خانواده‌ها و مراقبان کودکان اقدامات ضروری را به عمل آورند.

برنامه کلاسهای آمادگی برای زایمان

برنامه کلاس‌های آمادگی زایمان و بیمارستان‌های دوستدار مادر از سال ۱۳۸۷ توسط اداره سلامت مادران در بیمارستان‌های حوزه درمان آغاز شده و تاکنون در حال اجرا است. از سال ۱۳۹۳ این برنامه به حوزه بهداشت تعمیم داده شد.

کلاس‌های آمادگی برای زایمان از هفته ۲۰ تا هفته ۳۷ بارداری برای مادران طی ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای برگزار می‌شود که در آن مطالب مرتبط با بهداشت فردی، تغذیه‌ای، سلامت روان، علائم هشدار، مراحل زایمان، روش مناسب زایمان، شیردهی، مراقبت از نوزاد و بهداشت پس از زایمان، آموزش داده می‌شود. برای تقویت عضلات و افزایش توانمندی مادر در انتخاب روش مناسب زایمان، کاهش ترس از درد زایمان و پیشگیری از صدمه به عضلات کف لگن، ورزش‌های بارداری، اصلاح وضعیت و تن آرامی برای مادر انجام می‌شود. ضمناً دو جلسه آموزش نیز برای پدر در نظر گرفته شده است.

هدف کلی:

ترویج زایمان طبیعی با رویکرد علمی مبتنی بر شواهد در راستای افزایش نرخ باروری و توانمندسازی مادران برای انتخاب روش زایمان ایمن

بهداشت روان

این برنامه با هدف تامین و حفظ و ارتقاء سطح سلامت افراد جامعه انجام می‌گیرد و از طریق آموزش مردم، بیماریابی، ارجاع، درمان و پیگیری در این راستا فعالیت می‌کند. قابل ذکر است که ۱٪ مرگ و میر در جهان ناشی از بیماری‌های روانی و ۱۱٪ بار بیماری‌ها در جهان ناشی از این بیماری‌ها است. ضمناً مراکز مشاوره و آموزش بهداشت روان و نیز کلینیک‌های مشاوره و بهداشت روان کودک نیز تاسیس گردیده که هدف این مراکز ترویج و ارتقاء سطح بهداشت روان کودکان و نوجوانان، با محور قرار دادن خانواده و فعالیت در سطوح اول و دوم پیشگیری، بوده که در واقع می‌توانند از پیدایش و افزایش اختلالات رفتاری کودکان و نوجوانان، جلوگیری کنند.

۸- بهداشت دهان و دندان

- برنامه کشوری ارتقای سلامت دهان و دندان دانش آموزان ابتدایی
DMFT/dmft هدف: دانش آموزان مقطع ابتدایی، بهبود شاخص

- آموزش:

- تهیه بسته‌های آموزشی مرتبط برای والدین، دانش آموزان و هماهنگ کنندگان برنامه در مدارس ابتدایی.
- برگزاری جلسات توجیهی و کارگاه‌های آموزشی برای والدین، دانش آموزان و هماهنگ کنندگان برنامه در مدارس ابتدایی.
- هماهنگی‌های بین بخشی (نیروهای درگیر در وزارت بهداشت و وزارت آموزش و پرورش)
- تهیه وسایل کمک آموزشی.

- پیشگیری:

- تکمیل شناسنامه الکترونیک سلامت دهان و دندان دانش آموزان.
- تامین وارنیش فلوراید جهت دانش آموزان.
- ارائه خدمات وارنیش فلوراید.
- استفاده از یونیت سیار در مدارس.

- درمان:

- ارائه کلیه خدمات تحت پوشش بیمه‌های پایه دندانپزشکی بر اساس مصوبه هیئت دولت در مراکز بهداشتی، درمان دولتی و با تعرفه‌های مصوب.
- برنامه ارائه خدمات دهان و دندان در قالب بیمه‌های روستایی:
با اجرای این برنامه، سطح یک و دو خدمات دندانپزشکی در روستاهای کشور برای اولین بار برای گروه‌های هدف به صورت رایگان ارائه خواهد شد و همچنین کمبودهای موجود در زمینه نیروی انسانی در این مراکز

رفع میشود. همچنین ارائه خدمات پیشگیری و درمانی در سطح یک و دو خدمات در مراکز ارائه دهنده خدمات در شهرهای زیر بیست هزار نفر نیز (مشمول بیمه روستایی) برای گروه‌های هدف، رایگان می‌باشد و ارائه خدمت به سایر گروه‌های سنی بر اساس دستورالعمل اجرایی مربوطه صورت خواهد گرفت.

۹- بهداشت مدارس و جوانان

برنامه مدارس مروج سلامت

مدرسه مروج سلامت، یک حرکت جهانی و منشاء و مبداء آن ابتکار و برنامه " سلامت برای همه تا سال ۲۰۰۰ Health for all" سازمان جهانی بهداشت است که در سال ۱۹۷۸ اعلام شده است. این برنامه در سال ۱۹۹۰ با برنامه "آموزش برای همه" یونسکو پیوند یافت. در سال ۱۹۹۵ میلادی مجدداً توسط سازمان جهانی بهداشت، در قالب «برنامه جامع سلامت مدارس» مطرح گردید. سپس در سال ۲۰۰۱ میلادی سازمان جهانی بهداشت در تعاملی چند جانبه با دست اندرکاران بین‌المللی ذینفع، برنامه "مراقبت مدرسه محور" را با هدف روزآمد نمودن اطلاعات سلامت در دانش آموزان، والدین و کارکنان، آغاز نمود.

مدرسه مروج سلامت یک حرکت جهانی و نظامی است برای ارتقاء سلامت که با مشارکت فعالانه اولیاء، مربیان و دانش آموزان اجرا می‌گردد. در این برنامه، نه فقط تعلیم و تربیت، بلکه تمامی جنبه‌ها از جمله سلامت جسمی، روانی، اجتماعی و معنوی دانش آموزان، مورد توجه است.

طرح مداخلات پیشگیری از مرگ جوانان به واسطه حوادث حمل و نقل

مطابق با بررسی‌های انجام شده و با استناد به آمارهای موجود در کشور، بیشترین علت مرگ در گروه سنی ۱۸ تا ۲۹ سال عموماً به حوادث حمل و نقل و در درجات بعدی به خودکشی، خشونت به وسیله دیگران، سکنه‌های قلبی، اختلال جسمی و روانی در نتیجه سوء مصرف مواد و ... اختصاص یافته است همچنین به استناد گزارش ۲۵ اردیبهشت ماه ۹۳ سازمان جهانی بهداشت، علت مهم مرگ و میر جوانان در دنیا، تصادفات رانندگی می‌باشد و لذا منطقی است طرح مداخلات پیشگیرانه از حوادث حمل و نقل با رویکرد کاهش میزان مرگ جوانان، بر پایه اولویت‌های تعیین شده و به استناد آمارهای موجود، طراحی و اجراء گردد.

هدف کلی: کنترل مرگ جوانان از طریق انجام مداخلات سلامت محور

۱۰- گسترش شبکه‌های بهداشتی درمانی

– برنامه ارائه خدمات و مراقبت‌های اولیه بهداشتی درمانی (خدمات نوین سلامت) و نظام ارجاع به روستاییان، شهرهای زیر ۲۰ هزار نفر و عشایر

در سال ۱۳۸۴ مقرر شد که برنامه پزشک خانواده با استفاده از سیاست پوشش بیمه همگانی سلامت در مناطق روستایی، عشایر و شهرهای با جمعیت زیر ۲۰ هزار نفر و امکان دسترسی و بهره‌مندی افراد تحت پوشش از خدمات سلامت از طریق نظام ارجاع فراهم آید. در این برنامه امکان دسترسی فراگیر و فعال تمام افراد تحت پوشش به خدمات ترویجی، پیشگیرانه، درمانی و بازتوانی با کیفیتی که متضمن تأثیر آن باشد مورد نظر قرار گرفت. مدیریت خدمات سلامت در نخستین سطح ارائه خدمات بر عهده پزشکان خانواده است. بر این اساس می‌بایست خدمات سلامت در محدوده بسته تعریف شده ارائه شود و در صورت نیاز نسبت به ارجاع بیمار به سطوح بالاتر اقدام گردد. پزشک خانواده مسئول تداوم و استمرار خدمات است و بر این امر نظارت دارد. در راستای گسترش برنامه‌های بهداشتی و ادغام بسته خدمت کاملتر در نظام شبکه و بهره‌مندی بیشتر جمعیت از خدمات درمانی و دارویی.

– برنامه ارائه خدمات و مراقبت‌های اولیه بهداشتی درمانی (خدمات نوین سلامت) و نظام ارجاع به حاشیه نشینان و شهرهای ۲۰ تا ۵۰ هزار نفر و برنامه ارائه خدمات و مراقبت‌های اولیه بهداشتی درمانی به شهرهای بالای ۵۰ هزار نفر و کلان‌شهرها

از آنجاکه مأموریت وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی؛ تامین سلامت همه جانبه جسمی، روانی، اجتماعی و معنوی آحاد جمعیت ساکن در پهنه جغرافیایی جمهوری اسلامی با اولویت مناطق کم برخوردار است، لذا انجام مداخلاتی به منظور ارتقاء وضعیت سلامت مناطق مختلف کشور با توجه به اسناد بالادستی بویژه قانون اساسی، الگوی اسلامی ایرانی پیشرفت، سند چشم‌انداز ۱۴۰۴، سیاست‌های کلی سلامت ابلاغی مقام معظم رهبری، جمعیت، اصلاح الگوی مصرف، اصل ۴۴ قانون اساسی، نقشه جامع علمی کشور، ضرورت دارد.

همچنین، بند (ج) ماده (۳۲) قانون برنامه پنجم توسعه اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی کشور، وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی را موظف نموده است " سامانه خدمات جامع و همگانی سلامت " را مبتنی بر خدمات اولیه سلامت، محوریت پزشک خانواده و نظام ارجاع، خرید راهبردی خدمات، واگذاری امور تصدی‌گری با رعایت ماده ۱۳ قانون مدیریت خدمات کشوری و با تأکید بر پرداخت مبتنی بر عملکرد، بازطراحی و برنامه‌اجرایی آن را با اولویت بهره‌مندی مناطق کمتر توسعه‌یافته به‌ویژه روستاها، حاشیه شهرها و مناطق عشایری تصویب و عملیاتی کند.

بخش دوم: اجتماعی شدن سلامت بعنوان رویکردی نوین در نظام سلامت کشور

تاریخچه و تکامل موضوع مشارکت و اجتماعی شدن در اسناد بالادستی

پیشینه تاریخی شکل‌گیری بستر اولیه همکاری بین‌بخشی در حوزه سلامت به سال ۱۳۲۹ باز می‌گردد که برای اولین بار شورایی تحت عنوان «شورای عالی بهداشت» با هدف اظهار نظر در امور مربوط به بهداشت عمومی کشور با تصویب مجلس شورای ملی شکل گرفت. سپس به استناد اصل یکصد و سی و هشتم قانون اساسی، در سال ۱۳۷۰، «شورای غذا و تغذیه» برای هماهنگ نمودن فعالیت‌های تحقیقاتی، آموزشی، برنامه‌ریزی و اجرایی در امر غذا و تغذیه کشور و در سال ۱۳۸۲، «شورای عالی سلامت کشور و برنامه اصلاحات در نظام سلامت»، به منظور تأمین، حفظ و ارتقای سلامت مردم ایران، به‌عنوان یکی از اولویت‌های دولت، گسترش همکاری‌های بین‌بخشی و مشارکت مردمی و حمایت از طرح‌های جدید به‌عنوان مرجع سیاستگذاری در زمینه نظام سلامت کشور تشکیل شدند.

نگاهی به اسناد بالادستی در ایران نشان می‌دهد که اساساً سلامت به مثابه یک امر اجتماعی، مطرح شده است. در قانون اساسی جمهوری اسلامی در اصل ۵۶ مطرح می‌شود که "حاکمیت مطلق بر جهان و انسان از آن خداست و هم او، انسان را بر سرنوشت خویش حاکم ساخته است. هیچ کس نمی‌تواند این حق الهی را از انسان سلب کند یا در خدمت منافع فرد یا گروه خاص قرار دهد و ...". بنابراین اصل تصمیم‌گیری در مورد سرنوشت سلامت هر فرد نیز بر عهده خود فرد است و هیچ کس نباید این اختیار را از او سلب کند.

همچنین اصل ۱۹ قانون اساسی جمهوری اسلامی ایران می‌گوید "مردم ایران از هر قوم و قبیله که باشند از حقوق مساوی برخوردارند. رنگ، نژاد و زبان و ... سبب امتیاز نخواهد بود"، ما به دنبال این عدالت و تساوی در سلامت هستیم.

طبق اصل ۲۹ قانون اساسی "برخورداری از تأمین اجتماعی از نظر بازنشستگی، بیکاری، پیری، ازکارافتادگی، بی‌سرپرستی، در راه ماندگی، حوادث و سوانح، نیاز به خدمات بهداشتی درمانی و مراقبت‌های پزشکی به صورت بیمه و غیره، حقی است همگانی. دولت موظف است طبق قوانین از محل درآمدهای عمومی و درآمدهای حاصل از مشارکت مردم، خدمات و حمایت‌های مالی فوق را برای یک یک افراد کشور تأمین کند" و اصل ۴۳ قانون اساسی "برای تأمین استقلال اقتصادی جامعه و ریشه کن کردن فقر و محرومیت و برآوردن نیازهای انسان در جریان رشد، با حفظ آزادگی او، اقتصاد جمهوری اسلامی ایران بر اساس ضوابط زیر استوار می‌شود: تأمین نیازهای اساسی: مسکن، خوراک، پوشاک، بهداشت، درمان، آموزش و پرورش و امکانات لازم برای تشکیل خانواده برای همه و ...". از برخورداری آحاد مردم به خدمات بهداشتی صحبت شده است.

بر اساس ماده (۸۴) قانون برنامه چهارم توسعه اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی کشور (۱۳۹۰-۱۳۸۴) دو شورای مذکور ادغام شده و «شورای عالی سلامت و امنیت غذایی کشور» شکل گرفت. به استناد بند (الف) ماده

۳۲ قانون برنامه پنجم توسعه (۱۳۹۰-۱۳۹۵) فعالیت شورا در طول سال‌های اجرای قانون مذکور ادامه می‌یابد. آیین‌نامه اجرایی این شورا در سال ۱۳۹۰ به تصویب هیئت وزیران رسیده است. در بند ۶ سیاست‌های کلی جمعیت، رهبر معظم انقلاب اسلامی توجه را بر ابعاد اجتماعی سلامت جلب می‌کند. در این بند آمده است: "ارتقاء امید به زندگی، تأمین سلامت و تغذیه سالم جمعیت و پیشگیری از آسیب‌های اجتماعی، به ویژه اعتیاد، سوانح، آلودگی‌های زیست محیطی و بیماری‌ها." در سیاست‌های کلی سلامت در بند ۲ نیز تأکید بر رویکرد همه جانبه در مورد سلامت شده است تا ایران با ارتقاء شاخص‌های سلامت به جایگاه اول در منطقه آسیای غربی برسد. " بند ۲: تحقق رویکرد سلامت همه جانبه و انسان سالم در همه قوانین، سیاست‌های اجرایی و مقررات با رعایت :

- ۱-۲- اولویت پیشگیری بر درمان.
- ۲-۲- روزآمد نمودن برنامه‌های بهداشتی و درمانی.
- ۲-۳- کاهش مخاطرات و آلودگی‌های تهدید کننده سلامت مبتنی بر شواهد معتبر علمی.
- ۲-۴- تهیه پیوست سلامت برای طرح‌های کلان توسعه‌ای.
- ۲-۵- ارتقاء شاخص‌های سلامت برای دستیابی به جایگاه اول در منطقه آسیای جنوب غربی.
- ۲-۶- اصلاح و تکمیل نظام‌های پایش، نظارت و ارزیابی برای صیانت قانونمند از حقوق مردم و بیماران و اجرای صحیح سیاست‌های کلی."

همچنین در بند ۱۱ سیاست‌های کلی سلامت به مشارکت ساختارمند و فعال هر فرد به منظور ارتقاء سلامت اشاره می‌شود: "افزایش آگاهی، مسؤولیت پذیری، توانمندی و مشارکت ساختارمند و فعالانه فرد، خانواده و جامعه در تأمین، حفظ و ارتقاء سلامت با استفاده از ظرفیت نهادها و سازمان‌های فرهنگی، آموزشی و رسانه‌ای کشور تحت نظارت وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی"

تشکیل معاونت اجتماعی در وزارت بهداشت و انحلال آن در اواخر سال ۱۳۹۷

بر همین اساس، معاونت اجتماعی به عنوان نهاد محوری در پیشبرد فرایند اجتماعی شدن نظام سلامت، به ایفای نقش در طراحی و اجرای مدل بومی جلب مشارکت‌های مردمی، سازمان‌های مردم‌نهاد و خیریه‌ها در حوزه سلامت، سیاست‌گذاری به منظور افزایش نقش مردم در مدیریت حوزه سلامت و ارائه راهکارهای علمی و قانونی جهت کاهش تصدی‌گری دولت، فرهنگ‌سازی در جهت تشویق و ترغیب آحاد مردم برای مشارکت و گسترش فعالیت‌های خیرین در حوزه سلامت (هبه، نذر سلامت، فعالیت داوطلبانه، اهدای اختصاصی به بخش سلامت و ...)، ارتباط با فرهیختگان و اصحاب فرهنگ و هنر برای بهره‌گیری از ظرفیت‌های آن‌ها جهت تقویت بخش سلامت، برنامه‌ریزی برای ساماندهی، شناسایی و جذب منابع غیردولتی و بهره‌گیری از حداکثر توان مردمی داخل کشور و استفاده از ظرفیت‌های مردمی ایرانیان مقیم خارج از کشور برای توسعه خدمات سلامت، حمایت‌های قانونی و اجرایی از فعالیت خیرین و بخش غیردولتی در حوزه سلامت، تعامل، هماهنگی و همکاری با دستگاه‌های دولتی و نهادهای عمومی به منظور بهره‌گیری از تمامی ظرفیت‌ها در توسعه مشارکت مردمی و پیش‌بینی پیوست

مشارکت‌های مردمی در کلیه طرح‌ها و پروژه‌های حوزه سلامت می‌پردازد. بدیهی است که در خصوص مأموریت‌های اصلی معاونت مورد اشاره و ادارات و مسئولیت‌های آنها، شورای عالی سلامت و امنیت غذایی کشور و ادارات کل امور اجتماعی سلامت، سازمان‌های مردم‌نهاد سلامت، اداره کل خیرین و مؤسسات خیریه سلامت، اداره مددکاری اجتماعی و سایر امور مرتبط نیز برنامه‌ریزی‌های لازم، انجام گردید ولی با توجه به این که ابعاد چهارگانه سلامت جسمی، روانی، اجتماعی و معنوی، به یکدیگر گره خورده و برنامه‌های مرتبط با حفظ و تامین آنها جزو وظایف معاونت بهداشتی وزارت بهداشت، می‌باشد ضمن تاکید بر توجه به کلیه ابعاد مورد اشاره، لزوم معاونت‌های جداگانه برای نیل به اهداف تفکیک شده در روزهای پایانی سال ۱۳۹۷، غیرضروری، تشخیص داده شد.

منابع:

اسناد، منابع و مستندات موجود در وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی تا اواخر سال ۱۳۹۷.

کتاب جامع

بهداشت عمومی

فصل ۲ / گفتار ۴ / دکتر حبیب الله مسعودی فرید

آشنایی با سازمان بهزیستی کشور

فهرست مطالب

۲۲۳.....	اهداف درس
۲۲۳.....	مقدمه
۲۲۴.....	لایحه قانون راجع به تشکیل سازمان بهزیستی کشور
۲۲۴.....	سازمان‌هایی که وظایف آنها به سازمان بهزیستی، منتقل شده است:
۲۲۶.....	معاونت‌های تخصصی سازمان بهزیستی
۲۲۶.....	معاونت توسعه پیشگیری
۲۲۷.....	فعالیت‌های معاونت توسعه پیشگیری
۲۲۷.....	۱ - پیشگیری از معلولیت‌ها
۲۲۷.....	۲ - پیشگیری و درمان اعتیاد
۲۲۹.....	۳ - مشاوره
۲۲۹.....	۴ - پیشگیری از آسیب‌های اجتماعی
۲۳۰.....	معاونت امور اجتماعی و فرهنگی
۲۳۰.....	فعالیت‌ها و خدمات معاونت امور اجتماعی
۲۳۰.....	۱ - دفتر امور کودکان و نوجوانان:
۲۳۰.....	۲ - دفتر توانمندسازی خانواده و زنان:
۲۳۱.....	۳ - دفتر امور آسیب دیدگان اجتماعی:
۲۳۲.....	معاونت امور توانبخشی
۲۳۵.....	دفا تر معاونت امور توانبخشی
۲۳۵.....	منابع :

آشنایی با سازمان بهزیستی کشور WELFARE-ORGANIZATION

دکتر حبیب الله مسعودی فرید

متخصص پزشکی اجتماعی و معاون امور اجتماعی سازمان بهزیستی کشور

اهداف درس

انتظار می‌رود فراگیرنده، پس از گذراندن این درس، بتواند:

- تاریخچه و اهداف سازمان بهزیستی کشور را توضیح دهد
- استراتژی‌ها و راهکارهای رسیدن به اهداف سازمان بهزیستی را نام ببرد
- فعالیت‌های معاونت توسعه پیشگیری سازمان بهزیستی را لیست نماید
- مهم‌ترین فعالیت‌های معاونت امور فرهنگی و اجتماعی را نام ببرد
- فعالیت‌های معاونت امور توانبخشی سازمان بهزیستی را توضیح دهد
- فعالیت‌های مرکز مشارکت‌های سازمان بهزیستی را شرح دهد.

مقدمه

هر روز با شتاب گرفتن تحولات محیطی و تغییر و تنوع در ساختار و فرهنگ جوامع، بر میزان ابهام و عدم قطعیت شرایط موجود و نیز پیچیدگی آسیب‌ها و مشکلات اجتماعی افزوده می‌شود و نقش عوامل خانوادگی و اجتماعی، علاوه بر عوامل فردی، هم در ایجاد و گسترش این آسیب‌ها و هم اتخاذ رویکردهای اجتماعی در پیشگیری و کنترل آنها پر رنگ‌تر و ملموس‌تر می‌گردد. لذا حیات، پایایی، پویایی و موفقیت سیاست‌ها و سازمان‌ها در محیطی که به طور دایم در حال دگرگونی است مستلزم اتخاذ رویکردها، روش‌ها و ابزارهایی است که امکان انعطاف و تطبیق آگاهانه، مبتنی بر دانایی و خلاق را با سرعت، روانی و چابکی لازم با آن بدهد.

سازمان بهزیستی کشور در سال ۱۳۵۹ با تلاش‌های جدی دکتر فیاض بخش و تصویب شورای انقلاب، تشکیل گردید و افتخار خدمت به نیازمندان، خانواده‌های بی‌سرپرست، ایتام، توانخواهان، سالمندان، معلولین و سایر اقشار آسیب پذیر کشور را دارد. قبل از تأسیس سازمان بهزیستی، انجمن‌ها و سازمان‌های مختلفی در حوزه رفاه و حمایت از معلولین، سالمندان و افراد بی‌سرپرست یا بدسرپرست، فعالیت می‌نمودند اما به دلیل عدم هماهنگی در

انجام امور و موازی بودن برخی فعالیت‌ها در بعضی از موارد، در ۲۴ خرداد ۱۳۵۹ این سازمان تأسیس گردید.

لایحه قانون راجع به تشکیل سازمان بهزیستی کشور

«در جهت تحقق مفاد اصول ۲۱ و ۲۲ قانون اساسی جمهوری اسلامی ایران و به منظور تأمین موجبات برنامه ریزی، هماهنگی، نظارت و ارزشیابی و تهیه هنجارها و استانداردهای خدماتی و توسعه دامنه اجرای برنامه‌های بهزیستی در زمینه حمایت از خانواده‌های بی‌سرپرست و نیازمند و آرایه خدمات مختلف به کودکان و تدارک امکانات پیشگیری و توانبخشی حرفه‌ای و اجتماعی معلولین جسمی و روانی و تجدید تربیت منحرفین اجتماعی و حمایت و نگهداری از کودکان بی‌سرپرست و معلولین غیر قابل توانبخشی و سالمندان و آموزش نیروی انسانی خدمات بهزیستی و توانبخشی و تأمین موجبات تشویق، جلب مشارکت و فعالیت‌های گروه‌های داوطلب و موسسات غیردولتی، سازمان بهزیستی کشور تشکیل می‌شود.»

سازمان‌هایی که وظایف آنها به سازمان بهزیستی، منتقل شده است:

پس از تصویب این لایحه، وظایف سازمان‌های زیر به همراه کلیه کارکنان، به سازمان بهزیستی کشور منتقل گردید.

۱. سازمان ملی رفاه خانواده ایران
۲. سازمان بهزیستی و آموزش کودکان و نوجوانان
۳. انجمن ملی حمایت از کودکان
۴. جمعیت حمایت از اطفال بی‌سرپرست
۵. انجمن حمایت از معلولین
۶. سازمان ملی رفاه ناشنوایان ایران
۷. سازمان ملی بهزیستی ناشنوایان ایران
۸. واحد حمایت از خانواده‌های بی‌سرپرست سازمان شاهنشاهی خدمات اجتماعی سابق
۹. سازمان ملی رفاه نابینایان
۱۰. کلیه خانه‌های فرهنگ روستایی که قبلاً تحت نظر وزارت کشاورزی اداره می‌شد.
۱۱. واحدهای تربیتی شهرداری‌های سراسر کشور

در ابتدا کمیته امداد امام خمینی (ره) و بنیاد شهید انقلاب اسلامی نیز در سازمان بهزیستی کشور ادغام گردیدند اما بعدها با تصویب مجلس شورای اسلامی از سازمان بهزیستی جدا شدند.

طی سال‌های اخیر، حیطة فعالیت‌های سازمان بهزیستی توسعه یافته است. به ویژه با توجه به نگاه ویژه کلیه ارکان کشور به مقوله آسیب‌های اجتماعی و سلامت اجتماعی، به ویژه از طرف مقام معظم رهبری و نیز عنایت ویژه شورای اجتماعی کشور و حضور سازمان بهزیستی در تمامی این موارد به عنوان یکی از دستگاه‌های اصلی و اثربخش و نیز بازنگری قانون حمایت از حقوق معلولین در سال ۱۳۹۶، افق‌های جدیدی را در راستای مأموریت سازمان بهزیستی به تصویر کشیده است. یکی از مستندات مهم توجه به مسایل اجتماعی و فعالیت‌های

سازمان بهداشتی، قانون برنامه ششم توسعه (۱۴۰۰-۱۳۹۶) و قانون احکام دائمی برنامه‌های توسعه کشور مصوب سال ۱۳۹۵ در مجلس شورای اسلامی است.

مهمترین مواد برنامه ششم توسعه در رابطه با سازمان بهداشتی:

۱. ماده ۷۵ در رابطه با مشاوره ژنتیک قبل از ازدواج و نیز آزمایش‌های ژنتیک
۲. ماده ۷۸ و جدول شماره ۱۵ در خصوص تحقق عدالت اجتماعی و حمایت از اقشار آسیب‌پذیر و بسط پوشش‌های امدادی، حمایتی و بیمه‌ای و پیشگیری و کاهش آسیب‌های اجتماعی.
۳. ماده ۸۰ در مورد کنترل و کاهش آسیب‌های اجتماعی از جمله توسعه مراکز فوریت‌های اجتماعی (اورژانس اجتماعی) برای شهرهای بالای ۵۰ هزار نفر و در سایر شهرها به تناسب جمعیت و میزان آسیب‌های اجتماعی، بهبود کیفیت زندگی ساکنین سکونتگاه‌های غیررسمی، ساماندهی معتادین، توانمندسازی زنان سرپرست خانوار، استفاده از ظرفیت سازمان‌های مردم‌نهاد و همچنین ساماندهی و توانبخشی سالمندان و بیماری روانی مزمن می‌باشد.
۴. ماده ۱۰۲ و ۱۰۴ درباره تحکیم بنیان خانواده و کاهش طلاق می‌باشد.

همچنین در **قانون احکام دائمی برنامه‌های توسعه کشور** مصوب دهم بهمن ماه ۱۳۹۵ مجلس شورای اسلامی، جزء ۸ بند "پ" ماده ۵۷، سازمان بهداشتی به عنوان **متولی سلامت اجتماعی**، شناخته شده و وظایف دیگری به شرح ذیل به عهده بهداشتی گذاشته شده است:

- سازمان بهداشتی کشور، متولی سلامت اجتماعی با رویکرد پیشگیری از آسیب‌های اجتماعی و مداخله در بحران‌های اجتماعی، ارائه خدمات حمایتی و توانبخشی به کلیه معلولان، مددجویان و گروه‌های آسیب‌پذیر از قبیل زنان، کودکان و سالمندان نیازمند جامعه می‌باشد. همچنین مرجع صدور پروانه تأسیس و فعالیت در امور زیر می‌باشد.

مهدهای کودک، مراکز نگهداری شبانه روزی کودکان بی‌سرپرست و خیابانی، خانه سلامت دختران و زنان، مجتمع‌ها و مراکز خدمات بهداشتی، کلینیک‌ها و اورژانس‌های مددکاری اجتماعی و روانشناسی، مراکز خدمات مشاوره اجتماعی و روان شناختی اجتماعی، مراکز توانبخشی معلولان، مراکز حرفه آموزی معلولان، مراکز توانبخشی و نگهداری سالمندان، مراکز توانبخشی و درمانی بیماران روانی مزمن، مراکز خدمات مشاوره ژنتیک، مراکز درمانی و بازتوانی معتادان و نیز انجمن‌ها و مؤسسات غیردولتی و خیریه که در راستای اهداف سازمان بهداشتی کشور فعالیت می‌کنند.

با توجه به موارد فوق، در این بخش، به بیان خلاصه‌ای از فعالیت‌های معاونت‌ها و بخش‌های اصلی سازمان بهزیستی می‌پردازیم. برای اطلاعات بیشتر می‌توانید به درگاه اینترنتی سازمان بهزیستی کشور به آدرس www.behzisti.ir مراجعه نمایید.

معاونت‌های تخصصی سازمان بهزیستی

۱. معاونت توسعه پیشگیری
۲. معاونت امور اجتماعی و فرهنگی
۳. معاونت امور توانبخشی

معاونت توسعه پیشگیری

این معاونت؛ طراحی، نظارت و اجرای فعالیت‌های پیشگیری از معلولیت‌ها و آسیب‌های اجتماعی جهت دستیابی به جامعه سالم (سلامت فرد، خانواده و جامعه) و اهداف زیر را دنبال می‌کند.

۱. شناسایی علل بروز معلولیت‌ها و آسیب‌های اجتماعی
۲. کاهش مداوم بروز، توسعه و شدت معلولیت‌ها و آسیب‌های اجتماعی
۳. اصلاح یا تغییر عوامل محیطی که بطور غیر مستقیم در بروز معلولیت‌ها و آسیب‌های اجتماعی، تأثیر دارند، از طریق اقدام برای سلامت اجتماعی و پیشرفت همه‌جانبه و اقدام برای گسترش توانمندی‌های افراد اعم از زیست‌شناختی، روانشناختی و جامعه‌شناختی
۴. تقویت و یا ایجاد منابع موثر در پیشگیری.

راهبردها

۱. توجه و تأکید بر ابعاد زیستی، روانی، جامعه‌شناختی و معنوی انسان
۲. هدف‌گیری ۱۰۰٪ جامعه مورد نظر
۳. سازگاری برنامه‌ها با شرایط اجتماعی، اقتصادی و فرهنگی
۴. استفاده از مشارکت جامعه اعم از انجمن‌های علمی، سازمان‌های مردم‌نهاد و تشکل‌های محله‌ای
۵. ارتباط، هماهنگی و همکاری با همه بخش‌های مرتبط

راهکارها

- ایجاد شبکه پیشگیری از طریق اعمال مدیریت هماهنگ و عدم تمرکز در برنامه ریزی و اجرا
- تأمین نیروی انسانی متخصص
- تأمین تأمین اطلاعات از طریق شناسایی و برقراری ارتباط با منابع اطلاعاتی، پژوهشی خصوصاً پژوهش‌های همه‌گیر شناختی و سبب‌شناختی و شناسایی و تعیین گروه هدف در هر عملیات پیشگیری

- شناسایی و بکارگیری ابزار مناسب پیشگیری و ایجاد ابزارها و رویکردهای جدید پیشگیری با اثربخشی بیشتر
- طراحی برنامه‌های پیشگیری با رعایت انعطاف، تنوع و تعدد لازم
- نظارت بر حسن اجرای برنامه‌های پیشگیری از طریق ارزشیابی حسن اجرا و بررسی تأثیرات برنامه و مقایسه آن با اهداف پیش بینی شده
- تدارک و اجرای برنامه‌های ارایه بازخورد به جامعه، بخش‌های مرتبط و شبکه پیشگیری.

فعالیت‌های معاونت توسعه پیشگیری

با استناد به اهداف، استراتژی‌ها و راهکارهای فوق، فعالیت‌های این معاونت در ۴ دفتر پیشگیری از معلولیت‌ها، پیشگیری از آسیب‌های اجتماعی، مشاوره و خدمات روانشناختی و پیشگیری و درمان اعتیاد ارایه می‌شود.

۱ - پیشگیری از معلولیت‌ها

افزایش سطح آگاهی گروه مخاطب و همچنین طراحی و اجرای برنامه‌های غربالگری از اهم فعالیت‌های این بخش، می‌باشد. طرح‌های پیشگیری از آمبلیوپی در کودکان ۳ تا ۶ ساله، پیشگیری از ناشنوایی نوزادان و شیرخواران، طرح آموزش به منظور کاهش بروز معلولیت‌ها و مرگ در اثر انفجار مین در مناطق جنگی کشور، پیشگیری از اختلالات ژنتیک، آموزش پیشگیری از معلولیت‌ها و آسیب‌های اجتماعی برای مناطق روستایی و شهری، آموزش پیشگیری از معلولیت‌ها و آسیب‌های اجتماعی در سواد آموزان نهضت سوادآموزی از جمله فعالیت‌های این حوزه می‌باشد. تأسیس مراکز مشاوره ژنتیک از دیگر اقدامات معاونت پیشگیری سازمان بهداشتی به شمار می‌رود. هم اکنون در تمامی استان‌های کشور، این مراکز مشغول ارایه خدمت هستند. برگزاری دوره‌های آموزشی مشاوره ژنتیک برای پزشکان و دیگر متخصصین گروه پزشکی از دیگر فعالیت‌های این معاونت است.

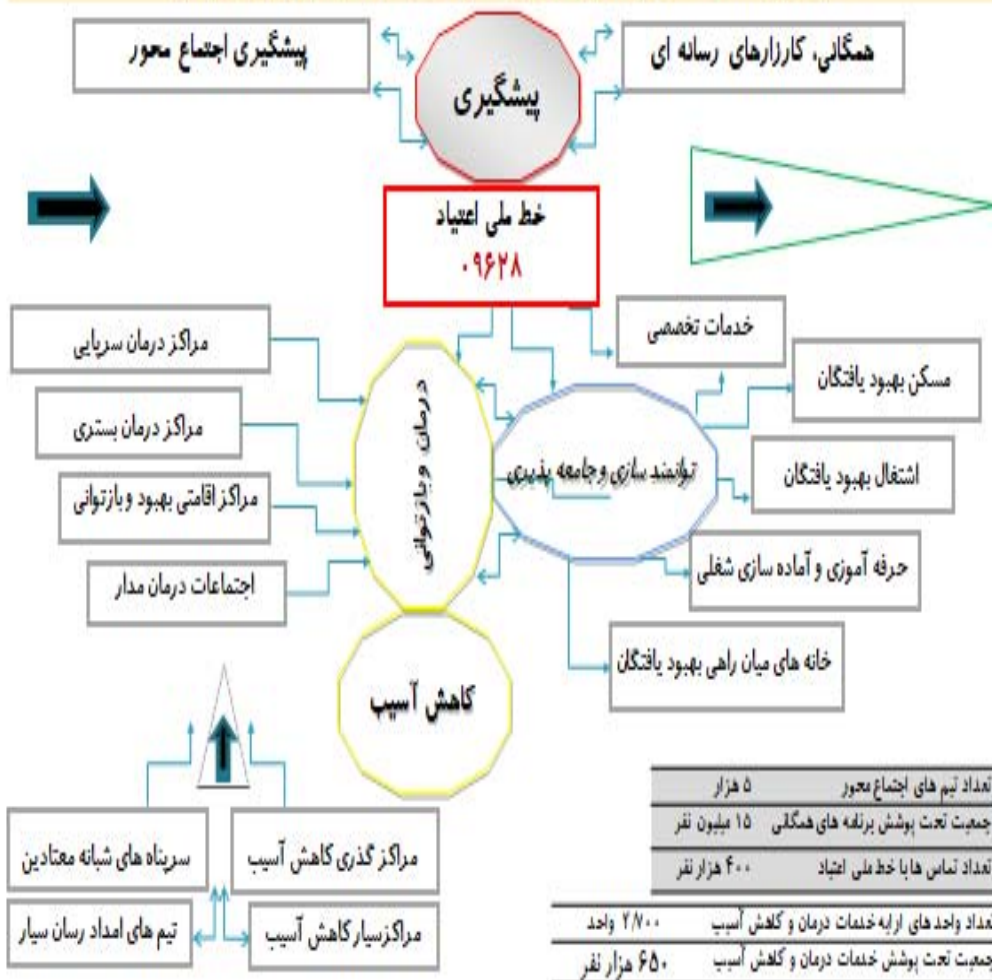
پیشگیری از ۱۵۰۰ معلولیت شدید در سال، از طریق انجام مشاوره‌های ژنتیک، یکی از اقدامات اثربخش دفتر پیشگیری از معلولیت‌ها می‌باشد.

۲ - پیشگیری و درمان اعتیاد

با توجه به اینکه سوء مصرف مواد به عنوان یکی از بزرگترین معضلات اجتماعی اساسی، اقتصادی، امنیتی و بهداشتی کشور بوده و تأثیر عمیقی بر روی روند توسعه و سلامت کل جامعه می‌گذارد، سازمان بهداشتی کشور یکی از فعالیت‌های عمده خود را به موضوع پیشگیری، درمان و انجام پژوهش‌های کاربردی در مورد اعتیاد، اختصاص داده است و هم اکنون برنامه‌ها و طرح‌های زیادی در حال انجام می‌باشد که از جمله می‌توان به طرح

پیشگیری از اعتیاد در مدارس، پیشگیری از اعتیاد در محله‌های شهری و روستایی، پیشگیری از اعتیاد مبتنی بر خانواده، پیشگیری از اعتیاد در محله‌های کار، طرح‌های پیشگیری از عود اعتیاد، سم زدایی معتادان با داروها و روش‌های مختلف و توانمندسازی معتادان بهبود یافته، رویکردهای کاهش آسیب و نیز مراکز میان‌مدت درمان و بازتوانی معتادین (مراکز ماده ۱۵) و نیز مراکز نگهداری و درمان معتادان متجاهر و بی‌خانمان (ماده ۱۶) اشاره نمود. لازم به ذکر است که تامین بیش از ۷۰٪ خدمات درمانی و بازتوانی افراد دارای اعتیاد در کشور توسط سازمان بهزیستی و مراکز تحت پوشش آن صورت می‌گیرد. همچنین با توجه به اهداف برنامه ششم توسعه کشور (ماده ۸۰ و سایر مواد مرتبط)، سازمان بهزیستی کشور به طور جدی به تسهیل توسعه مشارکت بخش خصوصی و نیز سمن‌ها در پیشگیری و درمان اعتیاد، اقدام نموده است. خط تلفن ۰۹۶۲۸ (خط ملی اعتیاد) نیز یکی از خدمات ویژه سازمان بهزیستی جهت راهنمایی و مشاوره تماس‌گیرندگان با این شماره می‌باشد. در شکل ۱ نمای کلی خدمات بهزیستی در حوزه اعتیاد، آورده شده است.

شکل ۱ - پیشگیری، حمایت‌های اجتماعی، درمان و کاهش آسیب اعتیاد در سازمان بهزیستی کشور



۳ - مشاوره

ارایه خدمات مشاوره حضوری و تلفنی در مورد مسایل روانی، عاطفی، خانوادگی و اجتماعی از دیگر فعالیت‌های این معاونت می‌باشد. هم اکنون تلفن ۱۴۸۰ در سراسر کشور، آماده ارایه خدمات مشاوره تلفنی به هم‌وطنان عزیز بوده و این سامانه دائماً در حال پیشرفت و توسعه می‌باشد تا بتواند پاسخگوی سیل عظیم تماس‌های تلفنی با مرکز باشد. در سال ۱۳۹۶ ظرفیت پاسخ به تماس‌ها در تهران به ۲ برابر افزایش داده شد. سالانه این خط به بیش از یک و نیم میلیون تماس مرتبط، مشاوره می‌دهد. خدمات مشاوره تلفنی با خط ۱۴۸۰، رایگان است و مخابرات هیچ هزینه‌ای از فرد تماس گیرنده دریافت نمی‌کند. همچنین بیش از ۳۰۰۰ مرکز مشاوره حضوری عمومی و تخصصی، تحت نظر سازمان بهزیستی در سراسر کشور، فعال می‌باشند. این دفتر در همکاری با قوه قضاییه و نیز شورای عالی انقلاب فرهنگی و نیز وزارت بهداشت در طرح آموزش‌های حین ازدواج، بر اساس برنامه کنترل و کاهش طلاق، مسئولیت بخش آموزش‌های روانشناختی حین ازدواج به زوجین را بر عهده دارد.

۴ - پیشگیری از آسیب‌های اجتماعی

با افزایش تماس‌های اجتماعی و ورود متغیرهای زیاد در این واکنش‌ها، تغییرات سریع اجتماعی و فرهنگی که حاصل تکامل طبیعی فرهنگ‌ها می‌باشد و فروریختن مرزهای فرهنگی و اجتماعی، آسیب‌های اجتماعی متعددی به وجود آمده و یا آسیب‌های اجتماعی قبلی به شکل دیگری پدیدار گردیده‌اند. به همین دلیل در بحث ارتقای سلامت، توجه به سلامت روانی و اجتماعی از راهبردهای مهم در پیشگیری اولیه از آسیب‌های اجتماعی، محسوب می‌شود. به همین دلیل سازمان بهزیستی یکی از فعالیت‌های خود را پیشگیری از آسیب‌های اجتماعی، قرار داده است که در این راستا برنامه‌های متعددی در حال اجرا می‌باشد. برنامه آموزش مهارت‌های زندگی، یکی از برنامه‌های مهم این دفتر است.

این مهارت‌ها شامل انواع مهارت‌های فردی و روابط بین فردی، مهارت‌های شناختی و جسمانی می‌گردد. در این برنامه، مهارت‌هایی از قبیل مهارت خودآگاهی، مهارت ارتباط موثر، روابط بین فردی، مهارت تفکر خلاق / تفکر انتقادی، مهارت حل مشکل / تصمیم‌گیری و مهارت مقابله با استرس / مقابله با هیجانات منفی، به گروه مخاطب، آموزش داده می‌شود. این آموزش‌ها برای کودکان پیش دبستانی تا مقطع دانشگاه، تدوین گردیده و به صورت کارگاهی برای مخاطب نهایی اجرا می‌گردد. مطالعات متعددی اثربخشی مهارت‌های زندگی را در ارتقای سلامت اجتماعی و پیشگیری از آسیب‌های اجتماعی نشان داده است. برنامه آموزش زندگی خانواده و برنامه همیاران سلامت روان، طرح ماد (مشارکت اجتماعی دانش آموزان) و پایگاه‌های سلامت اجتماعی از دیگر برنامه‌ها در این حوزه می‌باشند.

در برنامه همیاران سلامت روان، همیاران که افراد داوطلب می‌باشند پس از آموزش کافی، زیر نظر کارشناسان سازمان بهزیستی به فعالیت جهت ارتقای سلامت روان محله خود می‌پردازند. طرح رصد آسیب‌های اجتماعی نیز از طرح‌های مهم این دفتر می‌باشد.

معاونت امور اجتماعی و فرهنگی

این معاونت، مسئول ارایه و انجام برنامه‌های خدمات اجتماعی بشرح زیر می‌باشد.

فعالیت‌ها و خدمات معاونت امور اجتماعی

۱ - دفتر امور کودکان و نوجوانان:

فعالیت‌های این دفتر شامل دو بخش اصلی یعنی حمایت و نگهداری از کودکان بی‌سرپرست و ارایه خدمات به کودکان زیر سن دبستان (از قبیل مهدهای کودک و غیره) می‌باشد. در حال حاضر حدود ۱۰۵۰۰ کودک بی‌سرپرست در ۶۴۰ مرکز در سراسر کشور، نگهداری می‌شوند. رویکرد مؤسسه زدایی (یعنی توسعه فرزندخواندگی و تلاش برای حضور کودکان در خانواده زیستی - بیولوژیک - خود و یا در خانواده جایگزین) به منظور رشد عاطفی بهتر کودکان و تبدیل مؤسسات موجود به مراکزی با تعداد کودک کمتر و به نوعی شبیه‌سازی خانواده (شبه خانواده) و توانمندسازی همه جانبه این کودکان و توجه به رشد و تکامل همه جانبه آن‌ها از راهبردهای اصلی این دفتر می‌باشد. بیش از ۶۰۰ مرکز از مراکز فوق، توسط خیرین و مؤسسات غیر دولتی و تحت نظارت سازمان بهزیستی انجام می‌شود. سیاست‌های فوق به همراه قانون سال ۱۳۹۲ مجلس شورای اسلامی و آیین‌نامه‌های مصوب آن در هیئت دولت در سال ۱۳۹۴ موجب تسهیل امر فرزندخواندگی و افزایش تعداد فرزندخواندگی به میزان ۳۰٪ سال‌های قبل از آن گردید.

کودکان زیر سن دبستان نیز از گروه‌های بسیار مهم در اکثر کشورها می‌باشند به طوری که در گزارش هشتمین کنفرانس ارتقای سلامت در سال ۲۰۱۳ در کشور فنلاند اعلام می‌گردد که در کشورهای اسکانداوی و برخی کشورهای توسعه یافته صنعتی در دنیا بین ۲ تا ۴ درصد تولید ناخالص داخلی (GDP) صرف رشد و تکامل همه‌جانبه کودکان زیر سن دبستان می‌گردد. لذا در سازمان بهزیستی نیز رشد و تکامل همه‌جانبه کودکان از سیاست‌های اصلی بوده و تلاش‌های زیادی برای رسیدن به این مهم انجام می‌شود. اجرای این امر نیاز به همراهی و هماهنگی کامل بین وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، سازمان بهزیستی و وزارت آموزش و پرورش دارد. در حال حاضر طرح **تاک (تکامل اوان کودکی)** در سه استان کشور، در حال اجرای آزمایشی (پایلوت) می‌باشد. اکنون بیش از ۱۷ هزار مهد کودک در کشور، فعال می‌باشد. یکی از رویکردهای این دفتر حمایت از کودکان مناطق کم برخوردار و حاشیه‌ای است. لذا طرح **"یک وعده غذای گرم"** با هدف رساندن ۱۲۰۰ کیلوکالری به کودکان مهد کودک‌های این مناطق اجرا می‌گردد. تمامی روستامهدها و مهدهای حاشیه شهرها در استان‌های ایلام، خوزستان، کهگیلویه و بویر احمد، هرمزگان، بوشهر، کرمان و سیستان و بلوچستان، مشمول این طرح بوده و نیز بیش از ۸۰٪ این قبیل مهدها در سایر استان‌ها تحت پوشش این طرح می‌باشند. بررسی‌های انجام شده توسط متخصصین تغذیه و بهداشت، حاکی از کاهش ۵۰ درصدی سوء تغذیه در کودکان مشمول این طرح طی یک دوره سه ساله بوده است.

۲ - دفتر توانمندسازی خانواده و زنان:

خانواده‌های نیازمند، به ویژه خانواده‌های زن سرپرست از گروه‌های هدف این دفتر می‌باشند.

توانمندسازی این خانواده‌ها، سیاست اصلی ما می‌باشد. بر اساس سرشماری سال ۱۳۹۵، بیش از سه میلیون و یکصد هزار خانواده زن سرپرست در کشور وجود دارد که حدود یک میلیون و سیصد هزار خانواده از این گروه، تحت پوشش نهادهای حمایتی از جمله سازمان بهزیستی می‌باشند. البته با توجه به قانون بودجه سال ۱۳۹۷، در این سال تعداد زیادی از خانواده‌های نیازمند زن سرپرست پشت نوبتی نیز، تحت حمایت قرار گرفتند. توانمندسازی همه جانبه این خانواده‌ها از قبیل سلامت، سواد، حرفه آموزی و آماده‌سازی شغلی، مهارت‌های زندگی، بازاریابی، بیمه، مسکن، درآمد و سایر مؤلفه‌های مهم، مورد توجه قرار می‌گیرد. توجه به بیمه تأمین اجتماعی زنان سرپرست خانوار نیز از اقدامات مهم این دفتر می‌باشد به طوری که بیش از یکصد و ده هزار خانواده زن سرپرست تحت پوشش سازمان، بیمه سازمان تأمین اجتماعی و نیز بیمه روستایی و عشایری می‌باشند. در حال حاضر (نیمه دوم سال ۱۳۹۷) بیش از دویست هزار خانواده زن سرپرست، که با افراد تحت تکفل آنها بالغ بر ششصد هزار نفر می‌شوند تحت پوشش سازمان بهزیستی می‌باشند.

راه اندازی کلینیک‌های مددکاری اجتماعی و برون‌سپاری بسیاری از خدمات مربوطه به این کلینیک‌ها، از اقدامات مهم این دفتر می‌باشد. در حال حاضر بیش از ۴۸۰ کلینیک مددکاری اجتماعی در کشور فعال می‌باشند.

۳- دفتر امور آسیب دیدگان اجتماعی:

این دفتر شامل دو بخش اصلی آسیب دیدگان اجتماعی و فوریت‌های اجتماعی (اورژانس اجتماعی) می‌باشد ساماندهی کودکان خیابانی، بازپروری و توانمندسازی زنان آسیب دیده، حمایت از دختران در معرض آسیب، حمایت از زنان در معرض خشونت خانگی (خانه امن)، راکز مداخله به منظور کاهش طلاق، و حمایت اجتماعی و مددکاری اجتماعی از سایر افراد در معرض خطر از فعالیت‌های اصلی این دفتر می‌باشد. اورژانس اجتماعی یکی دیگر از فعالیت‌های اصلی این دفتر است.

اورژانس اجتماعی با ارایه خدمات تخصصی و به موقع به گروه‌های آسیب دیده و در معرض خطر شامل افراد در معرض خشونت‌های خانگی (همسرآزاری، کودک آزاری، سالمندآزاری، معلول آزاری و غیره)، اقدام به خودکشی، فرار از منزل، کودکان خیابانی، و سایر مشکلات حاد و اورژانسی خانوادگی می‌باشد. اورژانس اجتماعی شامل ۴ خدمت متفاوت می‌باشد.

- خط تلفن اورژانس اجتماعی (۱۲۳): در حال حاضر بیش از ۳۶۰ شهر کشور خط تلفن ۱۲۳ دارند.

- خدمات سیار: در صورت نیاز به حضور کارشناسان در محل و انجام بررسی‌ها و اقدامات بیشتر، خدمات سیار شامل یک خودروی مجهز به همراه یک مددکار اجتماعی و یک روانشناس به محل اعزام می‌شوند. در صورتی که نیاز به انتقال فرد در معرض آسیب یا آسیب دیده باشد، با همکاری نیروی انتظامی در صورت نیاز و نیز هماهنگی با دادستانی شهرستان مورد نظر، مجوزهای لازم را به صورت اورژانسی کسب نموده و اقدامات لازم را انجام می‌دهند.

- مرکز مداخله در بحران: بخش سوم اورژانس اجتماعی می‌باشد. مرکز مداخله در بحران، محلی است برای نگهداری موقت افراد انتقال داده شده، به منظور حفظ امنیت آنان و پیگیری موارد مربوط به آنها. حداکثر مدت زمان مجاز نگهداری افراد در مرکز مداخله، سه هفته می‌باشد که البته در صورت نیاز، یک دوره سه هفته‌ای دیگر نیز قابل تمدید می‌باشد. در این مدت باید اقدامات لازم برای ساماندهی فرد، چه به صورت برگشت فرد به خانواده (در صورت مصلحت فرد) و یا ارجاع به سایر مراکز تحت پوشش سازمان به منظور ارائه خدمات طولانی مدت انجام گیرد.

- پایگاه خدمات اجتماعی: مراکزی می‌باشند در مناطق آسیب خیز و حاشیه شهرها که با هدف نیازسنجی و شناسایی به موقع آسیب‌های اجتماعی در این مناطق و استفاده از ظرفیت‌های محلی به منظور مداخله برای کاهش آسیب‌های اجتماعی عمل می‌نمایند. پایگاه‌ها در واقع به عنوان بخش قمر مراکز مداخله در بحران عمل می‌کنند.

در حال حاضر بیش از ۳۶۰ مرکز اورژانس اجتماعی در سراسر کشور، مشغول به خدمت رسانی به مردم عزیز کشورمان هستند.

معاونت امور توانبخشی

توانبخشی با هدف یکپارچه سازی و عادی نمودن زندگی معلولین بعنوان شهروندان فعال جامعه، اقدامات خود را به انجام می‌رساند و به همین جهت در چندین محور اساسی و گسترده در جهت ایجاد فرصت‌های مساوی برای معلولین گام بر می‌دارد، تا فرد معلول با کسب ارتقاء لازم و اطمینان کامل و شناخت مسئولیت‌ها، به عنوان عضوی از اعضاء جامعه بتواند از حقوق مساوی چون سایر افراد جامعه بهره مند شود. در این یکسان سازی فرصت‌ها و شرایط، مشارکت مردم نقش تعیین کننده‌ای را دارا می‌باشد. بازنگری قانون جامع حمایت از معلولین و تصویب آن توسط مجلس شورای اسلامی در سال ۱۳۹۶ و رویکردهای تخصصی به حیطة معلولین از جمله توسعه خدمات روزانه، ویزیت در منزل، توسعه خدمات توانبخشی مبتنی بر جامعه از روستاها به محیط‌های شهری از جمله اقدامات اساسی این معاونت می‌باشد.

مهمترین فعالیت‌ها و خدمات معاونت امور توانبخشی

۱ - خدمات توانبخشی اجتماعی

فعالیت‌های زیر در خدمات توانبخشی اجتماعی صورت می‌پذیرد: خدمت مددکاری به صورت تشکیل پرونده و بررسی وضعیت اجتماعی و اقتصادی خدمت گیرندگان و خانواده‌های آنها و راهنمایی و مشاوره مددکاری

- مناسب سازی محیط شهری و اماکن عمومی
- مناسب سازی محیط مسکونی معلولین

- خدمات مشاوره و راهنمایی از طریق روانشناسی
- خدمات آموزشی پیش دبستانی جهت کودکان دارای معلولیت شدید
- کمک به تحصیل و تحصیلات تکمیلی جهت معلولین
- ارائه خدمات و کمک‌های مالی از قبیل مسکن، وام بانکی، هزینه ازدواج، تهیه لوازم ضروری زندگی و
- ارائه آموزش‌های خاص جهت ناشنوایان و نابینایان و عقب ماندگان ذهنی (در قالب مراکز روزانه آموزشی توانبخشی)
- رسیدگی به امور معلولین جسمی - حرکتی و سالمندان
- خدمات نگهداری و شبانه روزی سالمندان و معلولین (جسمی - حرکتی و عقب ماندگان ذهنی)، که در این مراکز، معلولین و سالمندانی که قادر به انجام امور شخصی نبوده و یا بی‌سرپرست و یا عقب ماندگان ذهنی که بهداشت روانی خانواده را به خطر می‌اندازند و یا خدمت گیرندگان مجهول‌الیهویه نگهداری می‌شوند.

۲- خدمات توانبخشی حرفه ای

آن قسمت از مراحل تدریجی، پیوسته و هماهنگ شامل تدارک گروهی از خدمات حرفه‌ای یعنی راهنمایی حرفه ای، آموزش حرفه‌ای و نیز گزینش حرفه مناسب، که برای مدد دادن به معلولین به منظور پیدا کردن و حفظ شغل در نظر گرفته شده است، می‌باشد.

بنابراین خدمات توانبخشی حرفه‌ای باید مقدماتی فراهم آورد تا افرادی که دارای معلولیت‌هایی هستند بتوانند استقلال اقتصادی و اجتماعی کسب کرده و شأن و احترام خویش را بدست آورند. در این بخش بر اساس تعریف فوق، فعالیت‌های ذیل در توانبخشی حرفه‌ای انجام می‌پذیرد :

- ارزشیابی حرفه‌ای معلولین جويا و متقاضی کار و خدمات توانبخشی حرفه ای
- مشاوره و راهنمایی حرفه‌ای معلولین
- آموزش فنی و حرفه‌ای در کارگاه‌های تحت پوشش سازمان
- معرفی جهت آموزش فنی و حرفه‌ای به خارج از سازمان ارائه خدمات سنجش علایق شغلی و استعداد حرفه‌ای - روان سنجی و غیره
- آموزش مهارت‌های سازگاری اجتماعی و ارتباطی
- ارتباطات مستمر بین سازمانی و خارج از دستگاه‌های دولتی جهت فراهم نمودن زمینه اشتغال معلولین
- آگاه سازی جامعه در جهت آشنایی با توانایی‌های حرفه‌ای معلولین
- ارزشیابی تشخیصی جهت تعیین تکلیف معلولین از دیدگاه آموزش و اشتغال فنی و حرفه ای

۳- خدمات توانپزشکی

خدمات توانپزشکی شامل خدمات پزشکی و توانبخشی بوده و این خدمات در جهت خودکفایی معلولین می‌باشد. خدمات توانپزشکی در کلینیک‌های توانبخشی بصورت تیمی امکان پذیر بوده و علاوه بر پزشک که کارهای درمانی را انجام می‌دهد، بر طبق نیاز معلولین، گروه‌های دیگر توانبخشی در تیم شرکت می‌نمایند. این گروه‌ها شامل فیزیوتراپی، کاردرمانی، شنوایی شناسی، ارتوپدی فنی، پرستاران و روانشناسان می‌باشند.

در خدمات توانپزشکی از وسایل ساده و پیشرفته جهت توانبخشی معلولین استفاده می‌گردد. در کنار تجهیزات، یکسری فعالیت‌ها از طریق تکنیک‌ها و روش‌های مشاوره‌ای می‌باشد. مانند کاردرمانی، گفتار درمانی و شنوایی شناسی (در زمینه تربیت شنیداری)

در خدمات توانبخشی و توانپزشکی معلولین، گهگاه ناگزیرند از وسایل کمک توانبخشی، استفاده نمایند مانند سمک، ویلچر، عصا (زیربغل، آرنجی) تشک موج و نیز گاهی جهت ارتقاء فعالیت از ارتزها و پروتزها (مانند کفش طبی، انواع بریس‌ها، اندام مصنوعی و) استفاده می‌شود. در این بخش بر اساس نظرات فوق، فعالیت‌های ذیل در خدمات توانپزشکی انجام می‌پذیرد :

- تشکیل بانک اطلاعاتی در خصوص تجهیزات توانبخشی
- تهیه استاندارد جهت کلینیک‌های توانبخشی از لحاظ نیرو، فضا، مکان و تجهیزات توانبخشی
- نظارت بر کار کلینیک‌های توانبخشی
- نظارت بر کار پزشکان و پرستاران و گروه‌های توانبخشی در مراکز نگهداری
- نظارت بر بهداشت و تغذیه و داروی مراکز نگهداری
- بررسی نیازهای تجهیزاتی و وسایل کمک توانبخشی
- تهیه بولتن‌های آموزشی جهت استفاده از وسایل کمک توانبخشی و آموزش مسائل توانبخشی
- برگزاری همایش‌های آموزشی و اجرایی جهت یکسان سازی فعالیت‌های کلینیک‌های توانبخشی

۴- خدمات تربیت بدنی معلولین و حمایت از حضور معلولین تحت پوشش در صحنه‌های جهانی از جمله

مسابقات پارا المپیک و سایر مسابقات جهانی.

بارور نمودن اوقات فراغت معلولین و توسعه و تقویت و حمایت از فعالیت‌های ورزشی به منظور تأمین سلامت، نشاط روحی و بازتوانی جسمی آنان مهمترین اهداف تربیت بدنی معلولین در این حوزه می‌باشد. در این راستا، آگاهسازی و ارتقاء دانش مربیان و معلولین و خانواده‌های آنان، برگزاری دوره‌های آموزشی و تربیت مربی ورزش ویژه معلولین، تألیف کتب جزوات و نوارهای آموزشی، برگزاری اردوها و مسابقات ویژه معلولین جسمی، ذهنی و نابینا و ناشنوا و تأمین وسایل ویژه از مهمترین اقدامات این بخش می‌باشد.

۵- توانبخشی مبتنی بر جامعه

راهبرد توانبخشی مبتنی بر جامعه به عنوان روشی برای پیوستن توانبخشی به خدمات بهداشتی درمانی و تکمیل فرآیند ارائه این خدمات و توسعه در جامعه محلی مطرح گردیده است. اقدامات برای انجام توانبخشی مبتنی بر جامعه در کشور از سال ۱۳۷۲ با ترجمه مجموعه ۳۰ کتابچه آموزشی سازمانی جهانی بهداشت آغاز و با مساعدت معاونت امور بهداشتی وزارت بهداشت و درمان و آموزش پزشکی در دو منطقه بیارجمند و میامی شهرستان شاهرود آغاز و هم اینک در تمامی استان‌های کشور در حال انجام است.

مهمترین اقدامات در توانبخشی مبتنی بر جامعه عبارتند از:

- آموزش تسهیلگران محلی و شناسایی افراد درای معلولیت
- ارجاع موارد معلولیت نیازمند به خدمات تخصصی تر به سطوح بالاتر
- ارائه خدمات تخصصی با همکاری درمانگران بهزیستی در سطح شهرستان
- تأمین وسایل کمک توانبخشی مورد نیاز معلولین
- تلاش برای مناسب سازی محیط مسکونی معلولین
- تشکیل شورای توانبخشی محلی در سطح روستا و بخش
- تلاش برای حل مشکل اشتغال معلولین شناسایی شده و نیازمند شغل
- حمایت مالی از معلولین شناسایی شده نیازمند

دفتر معاونت امور توانبخشی

- ۱- دفتر امور مراکز توانبخشی مراقبتی: کلیه مراکز شبانه روزی معلولین و سالمندان تحت پوشش این دفتر می‌باشد. سیاست گذاری، برنامه ریزی و نظارت بر این مراکز از وظایف این دفتر می‌باشد.
- ۲- دفتر امور مراکز توانبخشی روزانه و توانپزشکی: کلیه مراکز روزانه و نیز خدمات توانپزشکی و تأمین وسایل توانپزشکی معلولین نیازمند به عهده این دفتر می‌باشد.
- ۳- دفتر توانمندسازی معلولین: این دفتر اقدامات اساسی جهت توانمندسازی معلولین از قبیل حرفه آموزی و اشتغال، توانبخشی مبتنی بر جامعه و سایر خدمات مرتبط را انجام می‌دهد که شرح آن در بخش‌های قبلی آمده است.

منابع:

- ۱- سالنامه آماری سازمان بهزیستی کشور ۱۳۹۷.
- ۲- قانون برنامه پنج ساله ششم توسعه کشور (۱۴۰۰-۱۳۹۶).
- ۳- قانون احکام دائمی برنامه‌های توسعه کشور مصوب مجلس شورای اسلامی.
- ۴- گزارش هشتمین کنفرانس ارتقای سلامت در فنلاند (۲۰۱۳).

کتاب جامع

بهداشت عمومی

فصل ۲ / گفتار ۱۰ / دکتر مصطفی قانعی، دکتر احسان مصطفوی، مصطفی عنایت راد

انستیتو پاستور ایران

فهرست مطالب

۲۳۷	اهداف درس
۲۳۷	سرآغاز
۲۳۸	تاریخچه تأسیس
۲۳۹	بخش‌های تحقیقاتی و خدماتی انستیتو
۲۴۱	نقش انستیتو پاستور ایران در کنترل بیماری‌های واگیر
۲۴۳	سایر فعالیت‌های ماندگار
۲۴۳	راه اندازی واحد انتقال خون در ایران
۲۴۳	ضد عفونی کردن آب شهر تهران
۲۴۳	تأسیس دهکدهٔ جذامی‌ها
۲۴۳	کنترل بیماری‌های عفونی در سایر کشورها
۲۴۴	استفاده از سیستم اطلاعات جغرافیایی در مطالعات میدانی
۲۴۵	تولید واکسن و راه‌اندازی واکسیناسیون‌های عمومی
۲۴۶	شعب انستیتو پاستور ایران
۲۴۷	سنت وقف برای انستیتو پاستور ایران
۲۴۸	سیاست‌های فعلی انستیتو پاستور
۲۴۸	تحقیقات و فناوری:
۲۵۰	وضعیت فعلی علمی انستیتو پاستور ایران
۲۵۰	نکته پایانی
۲۵۱	منابع:

انستیتو پاستور ایران Pasture Institute of IRAN

دکتر مصطفی قانعی* دکتر احسان مصطفوی**، مصطفی عنایت راد**
* ریاست سابق انستیتو پاستور ایران (۹۶-۱۳۹۰)
** بخش اپیدمیولوژی و آمار زیستی انستیتو پاستور ایران

اهداف درس

پس از یادگیری این مبحث، فراگیرنده قادر خواهد بود:

- تاریخچه انستیتو پاستور ایران را باختصار، بیان کند
- اهداف و رسالت انستیتو پاستور را توضیح دهد
- بخش‌های تحقیقاتی انستیتو پاستور را نام ببرد
- نقش زیربنایی، افتخار آفرین و آموزنده انستیتو پاستور در کنترل همه‌گیری‌ها را شرح دهد
- بر نقش سازنده تحریم‌های ناشی از جنگ جهانی و قطع کمک‌های خارجی، در شکوفایی استعداد های بومی و تکامل و توسعه و خودکفایی انستیتو پاستور ایران تاکید نماید
- واکسن‌های تولیدی انستیتو پاستور در سالیان گذشته و در حال حاضر را لیست نماید
- نقش عوامل اجتماعی فرهنگی - عقیدتی اثرگذار بر سلامت، نظیر سنت وقف و همکاری مردم در شکل‌گیری و رشد و توسعه انستیتو پاستور ایران را متذکر شود
- نقش انستیتو پاستور در دستیابی به اهداف بهداشتی توسعه پایدار و عدالت در سلامت را یادآور شود.

سرآغاز

انستیتو پاستور ایران قدیمی‌ترین مرکز تحقیقاتی پزشکی و بهداشتی کشور می‌باشد که در سال ۱۲۹۹ با هدف تامین بهداشت و سلامت جامعه تأسیس شد. این انستیتو ضمن انجام تحقیقات مرتبط با کنترل بیماری‌های عفونی مختلف، در زمینه تولید محصولات بیولوژیک (واکسن، فراورده بیولوژیک و کیت‌های تشخیصی) نیز

گام‌های بزرگی در پیشگیری و کنترل بیماری‌های عفونی برداشته است. در طول یکصد سال اخیر، این انستیتو نقش مهمی در کنترل بیماری‌های عفونی نظیر هاری، طاعون، فلج اطفال و وبا داشته است.

تاریخچه تأسیس

پس از جنگ جهانی اول، با توجه به اینکه کشور ایران درگیر قحطی و گسترش بیماری‌های واگیر شده بود؛ برای ارتقای علم پزشکی و تحقیقات در زمینه انواع بیماری‌های واگیر که مشکل اصلی بهداشتی به حساب می‌آمد، به فکر برقراری روابط علمی با کشور فرانسه برآمد (۱). در اول آبان سال ۱۲۹۸ شمسی مذاکرات بین هیئت ایرانی و رئیس انستیتو پاستور پاریس صورت گرفت و موافقت نامه ای با وزیر امور خارجه ایران به امضاء رسید و بدین ترتیب دهمین انستیتو پاستور در شبکه بین‌الملل انستیتو پاستور در ایران تأسیس شد (۲-۴). شبکه بین‌الملل انستیتو پاستور با عضویت ۳۳ موسسه در سراسر جهان بیش از یک قرن در خط مقدم مبارزه با بیماری‌های عفونی قرارداد (۵، ۶).



تصویر ۱ - اعضای انستیتو پاستور ایران در آغاز تأسیس

از چپ: دکتر مهدی ذوالریاستین، سیدرضا (کارشناس آزمایشگاه)، تیمور دولتشاهی، دکتر سیدحسین میردامادی، دکتر عبدالله حامدی، دکتر احمد نجم آبادی (۸).

روسای انستیتو از ابتدای تأسیس

در سال ۱۲۹۹ ه.ش دکتر ژوزف منار فرانسوی به‌عنوان اولین رئیس انستیتو پاستور به ایران آمد. ایشان با همکاری افرادی از قبیل دکتر ابوالقاسم بهرامی، دکتر حسین مشعوف، دکتر احمد نجم آبادی و تیمور دولتشاهی و دکتر یحیی پویا انستیتو پاستور ایران را در ساختمانی اجاره‌ای در خیابان استخر کنونی تأسیس نمودند و شروع به تولید واکسن و سرم کردند (۴، ۷) (تصویر ۱). در سال ۱۳۰۴ ه.ش دکتر ژان کراندل، به‌عنوان دومین رئیس فرانسوی انستیتو پاستور ایران انتخاب شد. دکتر کراندل در سال ۱۳۱۳ ه.ش در تهران درگذشت. یک سال بعد، از طرف انستیتو پاستور پاریس، پرفسور رنه لگرو به‌عنوان مدیر علمی انستیتو پاستور ایران تعیین شد (۲، ۳). از سال‌های ۱۳۱۸ تا ۱۳۲۴ ه.ش بر اثر جنگ جهانی دوم رابطه انستیتو پاستور ایران با انستیتو پاستور

پاریس قطع شد و این مؤسسه به ریاست دکتر ابوالقاسم بهرامی همچنان به فعالیت‌های خود ادامه داد (۱). پس از خاتمه جنگ جهانی دوم، در سال ۱۳۲۵ موافقتنامه همکاری‌های علمی و فنی بین انستیتو پاستور پاریس و انستیتو پاستور ایران به امضاء رسید و یکی از متخصصین فرانسوی به نام **دکتر مارسل بالتازار** به‌عنوان سومین رئیس فرانسوی انستیتو پاستور ایران انتخاب شد (۱، ۷). دکتر بالتازار تا سال ۱۳۴۰ ه.ش رئیس انستیتو پاستور ایران بود و بعد از آن تا سال ۱۳۴۵ به سمت مشاور علمی رئیس انستیتو پاستور ایران ادامه خدمت داد.

دکتر مهدی قدسی در سال ۱۳۴۱ به ریاست انستیتو پاستور ایران انتخاب شد و این مسئولیت را تا سال ۱۳۴۸ به عهده داشت (۱، ۳). بعد از دکتر قدسی به ترتیب آقایان دکتر مصطفی ناموری (۱۳۵۰-۱۳۴۸)، دکتر صبار میرزا فرمانفرما (۱۳۵۰-۱۳۵۶)، دکتر امیر منصور سرداری (۱۳۵۷-۱۳۵۶)، دکتر فرخ مدیر (۱۳۵۷)، دکتر رسول پورنکی (۱۳۵۷)، دکتر مصطفی پور تقوا (۱۳۵۷)، دکتر منصور شمسا (۱۳۵۸)، دکتر هادی ولایی (۱۳۵۸)، دکتر علی رحمانی (۱۳۵۹)، دکتر احد میلانی نیا (۱۳۷۰-۱۳۶۲)، دکتر محمدرضا زالی (۱۳۷۲-۱۳۷۰)، دکتر مرتضی آذر نوش (۱۳۷۹-۱۳۷۲)، دکتر محمد تقی خانی (۱۳۸۴-۱۳۷۹)، دکتر عبدالحسین روح‌الامینی (۱۳۸۷-۱۳۸۴)، دکتر محمدحسین مدرسی (۱۳۸۹-۱۳۸۷)، دکتر مصطفی قانعی (۱۳۹۲-۱۳۹۰)، دکتر سعید بوذری (۱۳۹۲) و دکتر مصطفی قانعی (از ۱۳۹۲ تا ۱۳۹۶) و دکتر علیرضا بیگلری (۱۳۹۶ تاکنون) مسئولیت ریاست انستیتو پاستور ایران را بر عهده داشته‌اند (۱-۳).

بخش‌های تحقیقاتی و خدماتی انستیتو

بخش‌های انستیتو پاستور ایران در ۵۰ سال اولیه تأسیس شامل بخش‌های مایه‌کوبی، اپیدمیولوژی، آبله، ویروس‌ها، سل، شیمی و ملحقات آن، هاری، میکروشناسی و واکسن‌سازی و ب.ث.ژ بوده است. هریک از بخش‌ها برحسب احتیاجات کشور، یکی بعد از دیگری به وجود آمده است.

یکی از اهداف اولیه تأسیس انستیتو پاستور در ایران، تدارک واکسن و ترویج واکسیناسیون بود. با تأسیس این انستیتو، تهیه مایه واکسن آبله و آبله‌کوبی با شیوه جدید در تهران متداول شد. در سال ۱۳۰۱ **بخش ضد هاری** در انستیتو پاستور ایران دایر شد.

بخش BCG نیز بعد از اتمام جنگ جهانی دوم، توسط دکتر بالتازار تأسیس شد و خیلی زود جنبه بین‌الملل پیدا کرد.

هاری و آبله از نخستین روز تأسیس انستیتو پاستور ایران مورد مطالعه این مؤسسه بوده است. بعد از اتمام بنای بزرگ انستیتو پاستور ایران، در سال ۱۳۳۲ نمونه‌های فراوانی از خون مردم نقاط مختلف ایران، افغانستان و ترکیه جمع‌آوری شد و فراوانی بیماری‌های ویروسی، تب‌های خونریزی دهنده، ریکتزایوزها و ویروس‌های منتقله از بندپایان را در ایران و کشورهای همسایه در این نمونه‌ها نشان داده شد. براساس نتایج این مطالعه، وزارت بهداشتی وقت، مبارزه با فلج اطفال را در اولویت برنامه‌های خود قرارداد.

همزمان با تأسیس انستیتو پاستور ایران بررسی میکروبی سل نیز آغاز شد. پس از آنکه انستیتو پاستور ایران در سال ۱۳۳۱ مسئله مبارزه با سل را عنوان کرد، سازمان مبارزه با سل، در کشور راه‌اندازی شد (۲، ۸).

بخش واکسن‌های کشته و میکروپوشناسی نیز ده‌ها وظایف سنگینی را توأم انجام داد. مهمترین بیماری میکروبی بومی ایران بیماری حصبه بود که انستیتو پاستور ایران از همان سال‌های اول تأسیس، میکروپوشناسی را با واکسن ضد حصبه توأم نموده و واکسن ضد حصبه را در اختیار مأمورین وزارت بهداشت نهاد.

در پنجاه سال اول تأسیس انستیتو پاستور ایران لااقل پنج بار اپیدمی وبا در ایران اتفاق افتاد. از همین رو در انستیتو پاستور ایران باکتری عامل وبا به دقت و با سرعت مطالعه شد و بخش میکروپوشناسی و واکسن‌سازی انستیتو پاستور ایران به کارخانه بزرگی مبدل شد که به تدارک مقادیر زیادی مایه ضد وبا می پرداخت (۲، ۸).

بخش اپیدمیولوژی نیز به همت دکتر بالتازار در سال ۱۳۲۵ به وجود آمد و فعالیت‌های علمی جدیدی در کشور ایران آغاز کرد. این بخش یک مرکز تعلیمات علمی و عملی علم اپیدمیولوژی بوده است و پیوسته دانشجویان دانشکده پزشکی و دیگر داوطلبان و محققان جهان را با هیات‌های تحقیقاتی خود به مناطق تحت مطالعه می‌برد و شیوه مطالعات و کاوش‌های علمی خود را به آنها می‌آموخت (۲، ۳، ۸).

یکی از بیماری‌های واگیری که در زمان جنگ جهانی دوم به صورت پاندمی، منتشر شد و در کشورهای مختلف جنگ زده و از جمله ایران باعث تلفات زیادی گردید، بیماری تب راجعه شپشی بود. تحقیقات مستمر در بخش اپیدمیولوژی، رازهای زیادی از این بیماری را روشن کرد و باعث کنترل بیماری در کشور شد (۲، ۸).

در سال ۱۳۲۵، در کردستان طاعون شایع شد. بخش اپیدمیولوژی انستیتو پاستور ایران با انتخاب کارشناسان علمی و آموزش تکنسینهای لایق و ساخت آزمایشگاه صحرایی و خرید وسایل نقلیه و ایجاد پرورشگاه کک توانست طی سال‌های متوالی در سراسر کردستان مطالعات وسیعی را انجام دهد و اسرار علمی با ارزشی را در رابطه با این بیماری روشن کردند (تصویر ۲).



تصویر ۲ - دوره آموزشی بین‌الملل طاعون در پایگاه تحقیقاتی بیماری‌های نوپدید و بازپدید، اکنلو، همدان؛ سال ۱۳۴۹ (ایستاده از راست: دکتر بیوک سیدیان، دکتر محمود بهمنیار، دکتر هوشنگ مجد تیموری، دکتر یونس کریمی (در حال سخنرانی) (۸).

همزمان با تاسیس بخش شیمی نیز یک فعالیت مستمر شبانه روزی برقرار شد که با تدارک سرم‌های مصنوعی به مؤسسات درمانی و بیمارستان‌های تهران کمک کردند. واحد خون وابسته به بخش شیمی بود و این فعالیت از زمانی در این انستیتو آغاز شد که استفاده از خون انسان به صورت تجارتي در تهران مرسوم شد. وسایل انتقال خون به زحمت از خارج از کشور وارد شد و بخش ذخیره پلاسما و تهیه محلول‌های لازم و استریل کردن وسایل انتقال خون، فراهم شد. متعاقباً یک واحد مطالعه خون هم در بخش شیمی به وجود آمد که به بررسی‌های علمی در این مبحث می‌پرداخت (۲، ۸).

با گذشت زمان، بر بخش‌های تحقیقاتی انستیتو پاستور ایران افزوده شده است. در حال حاضر این انستیتو از شش گروه تحقیقاتی اصلی، تشکیل شده است که هر یک از گروه‌ها خود دارای بخش‌های تحقیقاتی مختلف می‌باشند. در عین حال فعالیت‌های تحقیقاتی انستیتو در شعب و پایگاه‌های تحقیقاتی این انستیتو نیز دنبال می‌شود.

نقش انستیتو پاستور ایران در کنترل بیماری‌های واگیر

به طور کلی در سال‌های قبل از جنگ جهانی دوم که تعداد آزمایشگاه‌ها خیلی محدود و فعالیت‌های آنها احتیاجات کشور را برآورده نمی‌کرد، بیشتر مسائل بهداشتی کشور که در حوزه مسئولیت اداره کل صحتیه مملکتی (وزارت بهداشت و درمان وقت) بود از طریق انستیتو پاستور ایران برطرف می‌شد که یکی از آن فعالیت‌ها بررسی بهداشتی قرنطینه‌های کشور بود. انستیتو پاستور ایران با تلاش مسئولین وقت و رؤسای وقت صحتیه کل مملکتی مبارزه با بیماری‌های واگیر به خصوص وبا را در کشور به خوبی انجام داد و از سال ۱۳۱۵ ه.ش به بعد که مؤسسه بهداشت وزارت بهداری نیز تشکیل شد تلاش‌های انستیتو پاستور ایران در اجرای اینگونه خدمات، بسیار مؤثر بود (۱).



تصویر ۳ - دکتر منصور شمس، دکتر مارسل بالتازار، دکتر یونس کریمی؛ مأموریت مطالعات طاعون در استان همدان؛ روستای اکنلو، سال ۱۳۴۱ (۳).

دامنه‌ی تحقیقات گروه‌های انستیتو پاستور ایران در زمینه طاعون با مدیریت دکتر مارسل بالتازار و به همراه گروه ایرانی انستیتو پاستور بخصوص دکتر یونس کریمی، دکتر محمود بهمنیار، دکتر منصور شمس، دکتر بیوک سیدیان، دکتر مصطفی پورتقوا و دکتر عبدالله حبیبی، بسیار گسترده بود. این گروه، اپیدمی‌های طاعون را در غرب و شمال غربی کشور کنترل نمودند، به شناسایی جوندگان حساس و مقاوم به طاعون پرداختند و نشان دادند جوندگان مریون در حفظ و انتقال طاعون نقش اساسی دارند (تصویر ۳) (۹، ۱۰). گروه مطالعاتی طاعون انستیتو پاستور ایران برای اولین بار مشخص کردند که عامل طاعون می‌تواند سال‌ها پس از مرگ جونده آلوده در خاک بقا پیدا کند. ایشان اولین دستورالعمل تشخیص آزمایشگاهی باسیل طاعون را نیز به نگارش درآوردند (۱۱). در اپیدمی‌های بیماری طاعون طی سال‌های ۱۳۲۵ تا ۱۳۴۴ در کردستان و آذربایجان، تعداد زیادی از افراد مبتلا به طاعون توسط گروه‌های اعزامی انستیتو پاستور ایران از مرگ نجات یافتند (۱۲). تلاش‌های بی‌وقفه و وسیع تیم‌های تحقیقاتی انستیتو پاستور ایران در پایگاه تحقیقاتی اکنلو در غرب ایران، در مرز استان‌های همدان، کردستان و زنجان، در رابطه با طاعون باعث شد این پایگاه به عنوان یکی از مراکز رفرانس جهانی این بیماری مطرح گردد (۱۳).

هاری نیز قرن‌ها به‌عنوان یک مشکل جدی بهداشت عمومی در ایران محسوب می‌شد. با درمان کلاسیکی که در آن زمان در دنیا و ایران دنبال می‌شد بازم حدود ۳۰٪ از هارگزیدگان در اثر بیماری می‌مردند (۱۴). در آن زمان روش تزریق ایمونوسرم برای پیشگیری از هاری اجرا شده بود ولی هیچگونه مطالعه‌ای برای اثبات اثربخشی آن انجام نشده بود. در تابستان سال ۱۳۳۳ در زمان برداشت محصولات کشاورزی، یک گرسه هار به کشاورزان حمله کرده و منجر به زخمی شدن ۲۷ نفر از آنها شده بود. این حادثه زمینه مناسبی برای بررسی و ارزشیابی روش سرم تراپی در پیشگیری هاری را فراهم کرد و روش توآمان سرم و واکسن در دستورالعمل درمان و پیشگیری سازمان بهداشت جهانی قرار گرفت و این نتایج تأثیری ماندگار در درمان و پیشگیری هاری در جهان باقی گذاشت (۱۵).

انستیتو پاستور ایران در سال ۱۳۲۶ کمر همت به مهار کردن تب راجعه که تا آن زمان در ایران شیوع زیادی داشت بست (۱۶-۱۸). این تحقیقات بر روی تب راجعه کنه‌ای ادامه یافت (۳). دکتر یونس کریمی برای اولین بار بوریلیا بالتازاردی را در سال ۱۳۵۵ در اردبیل گزارش کرد (۱۹).

در رابطه با بیماری آبله نیز گروه‌های تحقیقاتی انستیتو پاستور ایران کشت واریولا ویروس‌ها را در سلول‌های بافت‌های مختلف تحت بررسی قرار دادند و برای اولین بار موفق به کشت واریولا ویروس‌ها در بافت کلیه خرگوش شدند (۲۰). در عین حال تشخیص افتراقی آبله انسانی، آبله گاوی و آبله مرغان برای اولین بار در انستیتو پاستور ایران راه اندازی شد.

گروه‌های تحقیقاتی انستیتو پاستور ایران در دهه‌های اول تاسیس، مطالعاتی را بر روی سایر بیماری‌های عفونی شایع در ایران نظیر تیفوئید، سل، تولارمی، وبا نیز انجام دادند. مطالعه تولارمی در سراسر کشور، باعث اولین گزارش این بیماری در شمال غربی و شرق کشور در دام‌های اهلی و حیات وحش گردید (۲۱). همچنین موارد انسانی در زابل و مریوان (۲۲) شناسایی شد.

سایر فعالیت‌های ماندگار

انستیتو پاستور ایران در طول دوره خدمت خود، پایه گذار موسسات و حرکات علمی زیادی بوده است که در ذیل به بعضی از آن‌ها اشاره می‌شود:

راه اندازی واحد انتقال خون در ایران:

از سال ۱۳۲۹، آندره و ژوئل بوئه^۱ زوج پزشک فرانسوی وارد انستیتو پاستور ایران شدند. با ملی شدن صنعت نفت و کمبود ارز خارجی، واردات بسیاری از محصولات و از جمله سرم‌های بسیار ضروری در بیمارستان‌ها که از خارج وارد می‌گردید، مختل شد. دکتر آندره به دکتر بالتازار، رییس وقت انستیتو، پیشنهاد کرد تا ساخت این سرم‌های تزریقی را در انستیتو پاستور ایران برعهده گیرد. علیرغم تنگناهای مالی، این بخش در زیرزمین انستیتو پاستور، آغاز به کار کرد. سرم‌های مصنوعی، مواد لازم برای خونگیری و جداکردن پلاسما فراهم شد. این سرم‌ها بعد از سال‌ها یکی از محصولات خوب انستیتو پاستور به شمار می‌رفت و به مقدار چند تن در ماه تولید می‌شد. **واحد انتقال خون** برای اولین بار با همت این دو زوج و با حمایت‌های دکتر بالتازار، راه‌اندازی شد و خانم دکتر ژوئل بوئه فرانسوی به عنوان رییس آن انتخاب شد (۲۳).

ضد عفونی کردن آب شهر تهران:

تا قبل از سال ۱۳۳۰ از قنات به‌عنوان منبع آب آشامیدنی استفاده می‌شد و این باعث انتقال بیماری‌هایی نظیر حصبه و وبا از طریق آب آشامیدنی می‌گردید (۲۴). انستیتو پاستور ایران آب‌های معدنی چشمه‌های اطراف تهران را در بخش شیمی خود تجزیه کرد و به‌وسیله یک سازمان ملی که از جانب شهرداری حمایت می‌شد افزودن کلر را به آب صاف قنات‌ها متداول کرد و این آب‌ها را در بشکه‌های فلزی شیردار بزرگی که روی یک گاری اسبی قرار داشت به شهر رساند و به این وسیله ضد عفونی کردن آب شهر تهران توسط انستیتو پاستور ایران آغاز شد (۲، ۸). این فعالیت، بسیار مؤثر بود. به گونه‌ای که به مدت چهار سال آب با کیفیت در اختیار مردم قرار گرفت و به‌دنبال آن از طریق یک شرکت فرانسوی، کارخانه‌های تصفیه آب در تهران تأسیس شدند.

تأسیس دهکده جذامی‌ها:

انستیتو پاستور ایران در دهه ۴۰ شمسی با کمک انستیتوهای تحقیقاتی فرانسه، آمریکا و روسیه مراکزی برای پذیرش و درمان بیماران جذامی در مشهد، تبریز و تهران راه‌اندازی کرد (۲۴).

کنترل بیماری‌های عفونی در سایر کشورها:

کارشناسان و محققان طاعون انستیتو پاستور ایران تحقیقات و فعالیت‌های خود را در کشورهای مختلفی مانند ترکیه، سوریه (۲۵)، عراق و یمن (۲۶)، هندوستان (۱۰)، اندونزی و تایلند (۲۷)، برزیل (۲۸-۳۰)، برمه (۳۱)،

¹. Andre and Joelle Boue

(۳۲)، زئیر و تانزانیا (۲۹) انجام دادند و همچنین به آموزش و انتقال تجربیات خود به کشورهای مختلف پرداختند (۱۰، ۲۸، ۲۹، ۳۱-۳۷). دکتر منصور شمس‌به‌دعوت سازمان جهانی بهداشت و به مأموریت از انستیتو پاستور ایران عازم کشور پاکستان شد و برای کنترل و حذف بیماری آبله اقدامات قاطعی به عمل آورد (۲، ۸).

در زمان ریاست دکتر بالتازار بر انستیتو پاستور ایران، حوزه مصرف واکسن‌های تولیدی انستیتو پاستور ایران، بسیار وسیع‌تر از مرزهای کشور بود. واکسن‌های تولیدی آبله در انستیتو پاستور ایران، کشورهای عراق، افغانستان و مصر را هم تحت پوشش خود قرارداد. با واکسن ساخته شده و با در تهران، کمبود واکسن در انستیتو پاستور پاریس هم جبران شد. این که کشورهای پیشرفته‌ای نظیر فرانسه برای تهیه واکسن و با به انستیتو پاستور ایران روی آورده بودند، یک موفقیت بزرگ برای صنعت واکسن‌سازی کشور محسوب می‌شد. تحت نظارت صندوق حمایت از کودکان سازمان ملل متحد (یونیسف)، ۲۳۸ میلیون کودک از ۲۲ کشور جهان از واکسن ب.ث.ژ ساخت ایران استفاده کردند (۲۴).

استفاده از سیستم اطلاعات جغرافیایی در مطالعات میدانی:

با شروع مطالعات سیستماتیک طاعون به محوریت پایگاه تحقیقاتی انستیتو پاستور ایران واقع در اکنلو همدان، تیم‌های تحقیقاتی انستیتو پاستور ایران از نقشه‌های هوایی مناطق غربی کشور که برای مطالعات بهداشتی در سال ۱۳۳۵ تهیه شده استفاده کردند و به این شکل، اولین مطالعات بهداشتی با استفاده از ابزار سیستم اطلاعات جغرافیایی (GIS) در کشور شکل اجرایی به خود گرفت (۳). استفاده از این نقشه‌ها در مطالعات میدانی، زمینه ساز استفاده از این نقشه‌ها در سایر مطالعات در کشور بود.



تصویر ۴ - خودرو واژگون شده در حین مأموریت صحرائی برای مطالعات طاعون ۱۳۴۲

شهادت در راه سلامت مردم:

تعدادی از کارکنان انستیتو پاستور ایران در حین مأموریت‌های میدانی بهداشتی یا تحقیقاتی خود در اقصی نقاط کشور شهید شده‌اند که از آن جمله می‌توان به مرحوم عباس آذرنیا (ببرزاده) و مرحوم میرعظیم قاسمی که در

ماموریت‌های صحرائی مرتبط با مطالعات طاعون و مرحوم غلامرضا کتابی که در مطالعات هاری فوت کرده‌اند اشاره کرد. آقای محسن حسن زاده نیز در اثر ابتلا به طاعون در آزمایشگاه، درگذشت. بعضی کارمندان انستیتو پاستور ایران نظیر اسدالله برندک، محمد خیرالله زاده و میرعظیم قاسمی نیز در ماموریت‌ها به طاعون مبتلا ولی درمان شدند.

تولید واکسن و راه‌اندازی واکسیناسیون‌های عمومی

انستیتو پاستور ایران در کنار موسسه رازی، یکی از ارکان تولید واکسین‌های انسانی بوده است و واکسن‌های تولیدی ب.ث.ژ، آبله، وبا، حصه و امروزه هپاتیت ب تولیدی این موسسه در ارتقای سطح بهداشت و ایمنی مردم، نقش مهمی ایفا کرده است.

واکسن BCG:

پس از پایان جنگ جهانی دوم در سال ۱۳۲۵ و طی حضور نمایندگان انستیتو پاستور فرانسه در ایران، مقرر شد تا بخش تولید واکسن ب.ث.ژ در ایران ایجاد گردد. اولین سوش ب.ث.ژ در بهار سال ۱۳۲۶ به ایران آورده شد و سپس واکسن ب.ث.ژ تهیه و تولید و اولین عملیات واکسیناسیون ب.ث.ژ ساخت ایران از سال ۱۳۲۶ در تهران شروع گردید (۳۸).



تصویر ۵ - اجرای برنامه واکسیناسیون همگانی ب.ث.ژ براساس واکسن تولیدی انستیتو پاستور ایران از سال ۱۳۲۶ در کشور (۳، ۸).

واکسن آبله:

انستیتو پاستور ایران از سال ۱۳۳۲ مبادرت به تولید و واکسیناسیون علیه آبله کرد. با راه‌اندازی کمیته ملی پاسخ سریع برای ریشه‌کنی آبله، ۱۲۰ گروه بهداشتی با خودروهای جیب، راهی مناطق دور و نزدیک کشور شدند. دو سال بعد، از طرف سازمان جهانی بهداشت، این مدل به‌عنوان الگو در کشورهای همسایه نیز به مورد اجرا گذاشته شد (۲۰).

واکسن وبا:

در زمان اپیدمی وبا در ایران و کشورهای همسایه شرقی، هرروز حدود ۴۰۰ هزار دوز واکسن در انستیتو پاستور ایران آماده می‌شد و در زمانی محدود، حدود ۲۴ میلیون دوز واکسن وبا تولید گردید (۲۴).

واکسن حصبه:

بخش واکسن‌های کشته و میکروپ‌شناسی انستیتو پاستور ایران از سال‌های اول تأسیس، اقدام به تولید واکسن کلاسیک حصبه (TAB) نمود (۲، ۸). گروه‌های تحقیقاتی انستیتو پاستور ایران در واکسن‌شناسی عمومی علیه تیفوئید در ایران نیز شرکت فعال داشتند.

واکسن هاری دامی:

پس از ریشه کنی آبله در سال ۱۳۵۸ و توقف تولید این واکسن، تهیه واکسن هاری دامی در دستور کار انستیتو پاستور ایران قرار گرفت و تولید این واکسن هنوز ادامه دارد.

واکسن هیپاتیت ب:

از سال ۱۳۸۶ خط تولید واکسن هیپاتیت B با کمک کوبا در ایران راه اندازی شد و در حال حاضر نیز تولید این واکسن در انستیتو ادامه دارد.

شعب انستیتو پاستور ایران

شعبه شمیرانات:

در زمان ریاست دکتر منار در انستیتو پاستور ایران یک شعبه در شمیرانات تهران در سال ۱۳۰۳ در منطقه زرگنده جهت تشخیص و درمان بیماری‌های انسان و حیوانات اهلی دایر گردید. این شعبه همچنین در زمینه حشرات ناحیه شمیرانات، تحقیقاتی انجام داد تا حیواناتی که ناقل بیماری می‌باشند را شناسایی کرده و از انتقال بیماری، پیشگیری به عمل آورند. در شعبه شمیرانات در زمینه بیماری‌های طاعون، حصبه، سیفیلیس، سل، سیاه زخم، دیفتری، ورم مغز، کزاز، سوزاک، ورم ریه و سموم گزندگان، نیز خدماتی ارائه می‌شد. این شعبه بعد از چندی و با گسترده تر شدن فعالیت‌های دفتر اصلی انستیتو پاستور ایران، فعالیت خود را متوقف کرد.

پایگاه تحقیقاتی بیماری‌های نوپدید و بازپدید:

در سال ۱۳۳۱ و همزمان با اپیدمی طاعون در غرب کشور، انستیتو پاستور ایران اقدام به تأسیس پایگاهی تحقیقاتی بهداشتی در روستای اکنلو واقع در مرز استان‌های زنجان، کردستان و همدان نمود. با شکل‌گیری این مرکز، گروه‌های تخصصی انستیتو پاستور ایران با انجام اقدامات مؤثر بر روی انسان‌ها و جوندگان، توانستند همه‌گیری طاعون را در این منطقه کنترل نمایند. در این پایگاه تحقیقاتی، دکتر بالتازار و همکاران ایرانی ایشان،

تحقیقات وسیعی را در رابطه با طاعون انجام دادند و این پایگاه را به‌عنوان یکی از مراکز رفرانس جهانی طاعون مطرح کردند (۱-۳، ۳۰، ۳۹، ۴۰).

از سال ۱۳۹۱ دور جدید فعالیت‌های پایگاه، آغاز شده و با حمایت‌های مرکز مدیریت بیماری‌های واگیر وزارت بهداشت، ساختمان‌های جدیدی ساخته شده و ساختمان‌های قدیمی بازسازی گردیدند. در سال ۱۳۹۳ این پایگاه تحقیقاتی موفق به کسب مرجعیت کشوری برای تشخیص بیماری‌های طاعون، تولاومی و تب Q شد و در عین حال مطالعاتی را در زمینه پایش سایر بیماری‌های نوپدید و بازپدید انجام می‌دهد (۱).

مجتمع تولیدی تحقیقاتی کرج:

با توجه به نیاز روزافزون به فرآورده‌هایی همچون انواع نوترکیب، محلول‌های تزریقی، واکسن‌ها و تأمین نیازهای مرتبط تحقیقاتی، مسئولان وقت وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و انستیتو پاستور ایران را بر آن داشت تا به تأسیس مجتمعی تولیدی - تحقیقاتی، همت بگمارند. این مجتمع در سال ۱۳۶۷ فعالیت خود را آغاز نمود. فعالیت‌های این مجتمع در راستای ارتقاء سطح سلامت جامعه، جلوگیری از واردات فرآورده‌های یادشده و توسعه صادرات فرآورده‌های زیستی انجام می‌شود (۱). در حال حاضر قریب ۵۰۰ نفر در این مجتمع مشغول خدمت می‌باشند و بعد از مرکز انستیتو پاستور ایران در تهران، مجتمع تولیدی تحقیقاتی کرج، بزرگترین شعبه انستیتو محسوب می‌شود.

پایگاه امل:

این پایگاه در زمینی که تقریباً ۴۵۰۰ متر مربع آن فضای فیزیکی، آزمایشگاه‌های تشخیص تخصصی و پژوهشی می‌باشد در سال ۱۳۷۳ در شهرستان امل تأسیس گردید. مأموریت سازمانی این پایگاه، ارائه خدمات پژوهشی، آموزشی، تولیدی، تشخیص تخصصی، مرکز رشد و رایانش زیستی به ۵ استان شمالی یعنی اردبیل، گیلان، مازندران، گلستان و سمنان می‌باشد.

شعبه تجریش:

شعبه تجریش انستیتو پاستور ایران پس از وقف توسط مرحوم دکتر صبار فرمانفرما و پس از ساخت یک واحد واکسیناسیون در آبان سال ۱۳۸۶ شروع به کار کرده است (۱).

سُنّت وقف برای انستیتو پاستور ایران

یکی از مراکز مهم کشور که خیرین بسیاری در آن به امر وقف روی آورده‌اند، انستیتو پاستور ایران است که از این نعمت از سال‌های دور برخوردار بوده است.

مرحوم عبدالحسین میرزا فرمانفرما در سال ۱۳۰۲ ه.ش (۱۹۲۳ میلادی) زمینی که محل فعلی انستیتو پاستور ایران است را به متراژ ۱۰ هزار متر مربع از اموال شخصی خود وقف احداث یک ساختمان جدید برای

انستیتو پاستور کرد و مبلغ ۱۰ هزار تومان پول برای احداث بنا در اختیار انستیتو پاستور ایران قرارداد (۲-۴). مرحوم فرمانفرما در این وقف نامه توضیح داد که بیماری‌های واگیری مثل آبله، طاعون، وبا، دیفتیری، هاری، سیفیلیس و سوزاک که در ایران اپیدمی شده‌اند، با تاسیس انستیتو پاستور ایران و به‌وسیله تزریق واکسن و سرم درمان خواهند شد. دولت وقت ایران نیز ۱۵ هزار تومان برای کمک به تجهیز بنا و تهیه ملزومات آن، پرداخت کرد (۴، ۷).

در سال ۱۳۳۲ و همزمان با اپیدمی طاعون در غرب کشور، زمینی به متراژ ۳۵۷۶ متر مربع و اعیان آن توسط مرحوم منوچهر قره گزلو در روستای اکنلو واقع در مرز استان‌های زنجان، کردستان و همدان وقف گردید. در متن وقفنامه آمده است که انستیتو پاستور ایران مادام که مطالعات طاعون را تمام نکرده است و این مطالعات را با همکاری علمی انستیتو پاستور پاریس انجام می‌دهد می‌تواند از این موقوفه استفاده نماید. مرحوم منوچهر قره گزلو در دوره‌ی نوزدهم مجلس شورای ملی نماینده مردم همدان در مجلس بود. در احیا و بازسازی این پایگاه در سال ۱۳۹۱ نیز شعبه تجریش انستیتو پاستور ایران توسط مرحوم دکتر صبار میرزا فرمانفرما پسر میرزا عبدالحسین به مساحت ۴۸۴۳ مترمربع شامل یک قطعه باغ به انضمام چهار باب مغازه در سال ۱۳۸۴ ه.ش به انستیتو پاستور ایران وقف گردید.

پایگاه آمل انستیتو پاستور ایران نیز با همت گروهی از خیرین شهرستان آمل در زمینی بالغ بر ۲۳۰۰۰ متر مربع در سال ۱۳۷۳ در شهرستان آمل تاسیس شد. زمینی به متراژ ۱۳۱۲ مترمربع هم توسط خانم تاجر مشائی در سال ۱۳۷۴ وقف گردید.

منزل مسکونی مرحوم مُمیززاده در حوالی خیابان خالد اسلامبولی در تهران نیز به متراژ حدود ۳۰۰ متر مربع در سال ۱۳۸۹ وقف انستیتو پاستور ایران گردید.

سیاست‌های فعلی انستیتو پاستور

تحقیقات و فناوری:

در حال حاضر سیاست تحقیقاتی‌ای که توسط انستیتو پاستور ایران پیگیری میشود انجام تحقیقات پایه و کاربردی در زمینه تحقیق و تشخیص و ارائه روش‌های کنترل بیماری‌های مختلف با تمرکز بر بیماری‌های عفونی و بیماری‌های عفونی نوپدید و بازپدید؛ انجام تحقیقات پایه و کاربردی در مورد ساخت محصولات بیولوژیک و آزمایشگاهی، انجام تحقیقات در زمینه علوم پایه پزشکی و انجام پروژه‌های تحقیقاتی و آموزشی مشترک با مراکز مشابه در داخل و خارج از ایران می‌باشد.

این انستیتو در حال حاضر دارای سه مرکز تحقیقات (بیوتکنولوژی، میکروب شناسی و بیماری‌های نوپدید و بازپدید)، سه مجله علمی (که به زبان انگلیسی چاپ می‌شود) و بیو بانک (بانک میکروبی، بانک سلولی، بانک قارچی و بانک ناقلین) می‌باشد.

انستیتو پاستور ایران در حال حاضر یکی از مراکز برتر در حوزه بیوتکنولوژی در کشور نیز محسوب می‌شود و در زمینه‌های مرتبط با حوزه زیست‌فناوری بخصوص تولید داروهای نو ترکیب پیشرفت‌های چشمگیری به دست آورده است.

تولیدات:

فعالیت‌های تولیدی فعلی انستیتو شامل تولید مواد دارویی فعال نظیر اریتروپویتین، استرپتوکیناز، اینترفرون آلفا ۲-ب و واکسن هپاتیت B نوترکیب، آب خالص و آب تزریقی، فرمولاسیون محصولات نوترکیب، واکسن‌ها به صورت مایع و لیوفیلیزه تحت شرایط آسپتیک، تولید واکسن لیوفیلیزه BCG، تولید مایع غلیظ اینتراوزیکال BCG، تهیه حلال BCG، کیت تشخیص HIV/AIDS، گلیکوپروتئین نوترکیب gp63 لیشمانیا ماژور، تولید هفت نوع محلول تزریقی با حجم زیاد (LVP) و ۹ نوع محلول تزریقی با حجم کم، تکثیر و پرورش حیوانات آزمایشگاهی مختلف، ساخت محیط‌های کشت سلولی و میکروبی، تولید انواع آنتی‌ژن تست ویدال و آنتی‌ژن رزبنگال و آنتی بروسلا آبورتوس می‌باشد (۱).

مراکز رشد و شرکت‌های دانش بنیان:

تا ابتدای سال ۱۳۹۶ بیش از ۵۰ شرکت دانش بنیان در انستیتو پاستور ایران مستقر شده اند. انستیتو پاستور ایران دارای سه مرکز رشد شامل مرکز رشد مجتمع تولیدی تحقیقاتی کرج، مرکز رشد تهران و مرکز رشد شمال واقع در آمل است. این شرکت‌ها در حوزه تولید واکسن‌های انسانی، داروها، کیت‌های تشخیصی، تجهیزات پزشکی و خدمات تخصصی فعالیت می‌کنند.

خدمات تخصصی سلامت:

در حوزه خدمات تخصصی انستیتو پاستور ایران، فعالیت‌های مختلفی در قالب خدمات آزمایشگاهی تشخیصی انجام می‌گیرد. آزمایشگاه‌های انستیتو به عنوان آزمایشگاه همکار سازمان جهانی بهداشت فعالیت می‌نماید. آزمایشگاه‌های مرجع کشوری انستیتو پاستور ایران شامل آزمایشگاه‌های Ecoli، آربو ویروس و تب‌های خونریزی دهنده ویروسی، بیوشیمی، مالاریا، سیاهسرفه، طاعون، تولارمی، تب کیو، پروتئین شیمی، تشخیص پیش از تولد و هاری می‌باشد. در عین حال این انستیتو دارای آزمایشگاه‌های همکار مرجع هپاتیت و ایدز و آنفلوآنزا می‌باشد. انستیتو پاستور ایران در عین حال در حوزه تشخیص و تحقیقات روی بیماری‌های دیگری نظیر سل، لیشمانیوز، توکسوپلاسموز، بوریلیوز، سیاه زخم، بوتولیسم، بروسلوز، بیماری‌های قارچی و بیماری‌های ژنتیکی فعالیت می‌نماید. در عین حال بعضی حوزه‌های انستیتو پاستور ایران نیز روی بیماری‌های غیرواگیر نظیر سرطان‌ها و بیماری‌های ژنتیکی مطالعه و تحقیق می‌کنند.

بخش واکسیناسیون انستیتو پاستور ایران نیز از ابتدای تأسیس این موسسه مشغول به فعالیت بوده است. این بخش در زمینه مشاوره در مورد واکسیناسیون، واکسیناسیون بین‌الملل، واکسیناسیون هپاتیت ب، واکسیناسیون هاری و واکسیناسیون اطفال و بزرگسالان فعال می‌باشد.

آموزش دوره‌های تحصیلات تکمیلی:

در حال حاضر انستیتو پاستور ایران در مقطع دکتری تخصصی رشته‌های زیست فناوری دارویی، زیست

فناوری پزشکی، زیست فناوری سیستماتیک، ژنتیک پزشکی، باکتری شناسی پزشکی، دکترای تخصصی پژوهش محور و همچنین در مقطع کارشناسی ارشد ناپیوسته میکروب شناسی پزشکی به آموزش دانشجویان و پژوهشگران مرتبط میپردازد (۱).

وضعیت فعلی علمی انستیتو پاستور ایران

بر اساس نتایج مطالعه که به مقایسه انستیتو پاستور ایران و سایر انستیتو پاستورهای عضو شبکه انستیتو پاستور پرداخته است، انستیتو پاستور ایران رتبه اول را از نظر شاخص تعداد مقاله به ازای هر عضو هیات علمی و رتبه سوم را از نظر شاخص های وبومتری از بین ۳۳ انستیتو پاستور عضو شبکه انستیتو پاستور کسب کرده است (۴۱).

در عین حال این موسسه در سال ۱۳۹۴ رتبه اول بین دانشگاه های علوم پزشکی تیپ دوم و در سال ۱۳۹۵، رتبه اول بین موسسات پژوهشی علوم پزشکی کشور را داشته است. این موسسه از نظر دو شاخص، بالاترین تعداد مقاله به ازای هر عضو هیات علمی و تعداد استناد به هر مقاله چاپ شده، بالاترین رتبه را در بین تمام دانشگاه ها و مراکز تحقیقاتی علوم پزشکی کشور دارد. مجتمع تولیدی تحقیقاتی انستیتو پاستور ایران نیز تاکنون در بخش فراهم سازی زیرساخت ها، جذب و توسعه شرکت های دانش بنیان، مقام نخست کشور را کسب کرده است.

نکته پایانی

تأسیس انستیتو پاستور ایران در حدود یک قرن پیش، اثرات مثبت فراوانی بر بهداشت و سلامت عمومی و جغرافیای پزشکی بیماری های واگیر در ایران داشته است. این موسسه با فعالیت های درخشان خود در حوزه تشخیص، تحقیق و کنترل بیماری های واگیر و تولید واکسن و فرآورده های دیگر پزشکی، گامی بزرگ در جهت پیشگیری و کنترل بیماری های واگیر برداشته و باعث ارتقاء سلامت عمومی جامعه گردیده و اعتبار و وجهه قابل توجهی را با این خدمات در سطح ملی و بین الملل کسب کرده است. انستیتو پاستور ایران با این سابقه درخشان میتواند به عنوان یکی از اعضای اصلی نظام بهداشت و پژوهش، نقش مهم خود را در ارائه خدمت برای کنترل بیماری ها در جامعه، انجام تحقیقات پیشرو و کاربردی و دستیابی به اهداف چشم انداز کشور، ایفا نماید.

توضیح:

این فصل کتاب، مختصر شده مقاله "نگاهی به تاریخچه و خدمات انستیتو پاستور ایران" می باشد که در فصلنامه پژوهش در تاریخ پزشکی (سال ششم، شماره ۴) (۴۲) منتشر شده است.

منابع:

1. Pasteur Institute of Iran introduction. Tehran: Pasteur Institute of Iran; 2016 [Available from: <http://fa.pasteur.ac.ir>].
2. Ghodssi M. The History of the Fifty Years of the Services of the Pasteur Institute of Iran. 1 ed. 15, editor. Tehran: Pasteur Institute of Iran; 1971. 80 p.
3. Baltazard M. Institut Pasteur Iran seen by Marcel Baltazar [in French]. Tehran: Institut Pasteur Iran; 2004.
4. Kavooosi Iraqi MH. List of supporting documents Qajar. 1st edition ed. Tehran: Foreign Affairs Publication; 2002.
5. Dejman M, Habibi E, Baradarn Eftekhari M, Falahat K, Malekafzali H. Pasteur Institute of Iran--an evaluation model. Iran Biomed J. 2014;18(3):189-95.
6. Institut Pasteur International Network. [Available from: <http://www.pasteur-international.org/ip/easysite/pasteur-international-en/institut-pasteur-inter-national-network/the-network>].
7. Karami Z, Kasiri M. The influence of Pasteur Institute on the control of epidemics in early twentieth century Iran. Medical Ethics and History of Medicine. 2016;9(2):1-12.
8. Ghodssi M. The memories of school days and years of service at the Pasteur Institute of Iran. Tehran: GAP nashr; 2016.
9. Baltazard M, Bahmanyar M, Mofidi C, Seydian B. [The Plague Home of Kurdistan]. Bulletin of the World Health Organization. 1952;5(4):441 [Article in French].
10. Baltazard M, Bahmanyar M. [Research on plague in India]. Bull World Health Organ. 1960;23:169-215.
11. Baltazard M, Davis DH, Devignat R, Girard G, Gohar MA, Kartman L, et al. Recommended laboratory methods for the diagnosis of plague. Bull World Health Organ. 1956;14(3):457-509.
12. Mostafavi E, Esmaeili S, Amiri FB, Tabrizi AMA, KhakiFirouz S. Seroepidemiological Survey of Crimean-Congo Hemorrhagic Fever Among Sheep in Mazandaran Province, Northern Iran. J Vector-Borne Zoonotic Dis. 2012;12(9):739-42.
13. Mahdavi S, de Almeida AM, Mostafavi E. Scientists and Science Advocates: Dr. Younes Karimi (1929-2008), the Prominent Iranian Physician in the Field of Plague and Other Infectious Diseases. Iran Biomed J. 2018:0-.
14. Baltazard M, Ghodssi M. [Prevention of human rabies]. Rev Immunol. 1953;17:366 [Article in French].
15. Baltazard M, Bahmanyar M, Ghodssi M, Sabeti A, Gajdusek C, Rouzbehi E. [Practical test of antirabies serum in rabid wolves]. Bulletin of the World Health Organization. 1955;13(5):747 [Article in French].
16. Baltazard M, Mofidi C, Bahmanyar M, Seydian B. Modifications in the Behaviour of Strains of Spirochaeta recurrentis passaged through Rodents. Comptes Rendu de l'Academie des Sciences. 1947;225(1):82-4.

17. Baltazard M, Mofidi C, Bahmanyar M. [Test of reclassification of certain recurrent spirochetes]. *Bull Soc Path Ex.* 1948;41:399–405 [Article in French].
18. Baltazard M, Bahmanyar M, Mofidi C. [Recurrent fevers, transmitted by both ornithodoros and lice]. *Ann Inst Pasteur Microbiol.* 1947;73:1066-71 [Article in French].
19. Tahmasebi SMG F, Mostafavi E, Moradi M, Piazak N, Mozafari A, Haerie A, et al. Molecular epidemiology of Crimean-Congo hemorrhagic fever virus genome isolated from ticks of Hamadan province of Iran. *J Vector Borne Dis.* 2010;47:211–6.
20. Baltazard M, Boue A, Siadat H. Study of the Behaviour of Variola Virus in Tissue Culture. *Ann Inst Pasteur.* 1958;94(5):560-70.
21. Arata A, Chamsa H, Farhang-Azad A, Mescerjakova O, Neronov V, Saidi S. First detection of tularaemia in domestic and wild mammals in Iran. *Bull Wld Hlth Org.* 1973;49(6):597-603.
22. Telmadarraiy Z, Moradi AR, Vatandoost H, Mostafavi E, Oshaghi MA. Crimean-Congo hemorrhagic fever: A seroepidemiological and molecular survey in Bahar, Hamadan province of Iran. *Asian J Anim Vet Adv.* 2008;3:321-7.
23. Gilgenkrantz S, Junien C. André Boué (1925–2012). *European Journal of Human Genetics.* 2013;21(9):893.
24. Mainbourg J, Yousefi Behzadi M, Mostafavi E. Marcel Baltazard: Adventure of Plague. Tehran, Iran.: Andishmand Press.
25. Baltazard M, Seyedian B. [Survey on the conditions of plague in the Middle East]. *Bull Wld Hlth Org.* 1990;23:157-67 [Article in French].
26. Bahmanyar M. Human plague episode in the district of Khawlan, Yemen. *Am J Trop Med Hyg.* 1972;21(2):123-8.
27. Baltazard M, Bahmanyar M. [Research on plague in Java]. *Bull World Health Organ.* 1960;23:217-46.
28. Karimi Y, de Almeida CR, de Almeida AR. [The experimental plague in rodents in Brazil. Epidemiological deductions]. *Bull Soc Pathol Exot Filiales.* 1974;67(6):591-601 [Article in French].
29. Karimi Y, Eftekhari M, de Almeida CR. [On the ecology of fleas implicated in the epidemiology of plague and the possible role of certain hematophagus insects in its transmission in north-east Brazil]. *Bull Soc Pathol Exot Filiales.* 1974;67(6):583-91 [Article in French].
30. Karimi Y AC, Almeida A, Keyvanfar A, Bourdin M. Particularities of *Yersinia pestis* strains isolated in northeastern Brazil. *Ann Microbiol (Paris).* 1974 Feb-Mar;125A(2):213-6.
31. Bahmanyar M. Assignment report on epidemiology and control of plague in Burma, 16 December 1971-25 February 1972. 1972.
32. Bahmanyar M. Assignment report on epidemiology and control of plague in Burma, 9 November 1968-13 April 1969. 1970.
33. Karimi Y, Rodrigues de Almeida C, Petter F. [Note on rodents in northeastern Brazil]. *Mammalia.* 1976;40(2):257-66 [Article in French].
34. Rust Jr J, Miller B, Bahmanyar M, Marshall Jr J, Purnaveja S, Cavanaugh D. The role of domestic animals in the epidemiology of plague. II. Antibody to

Yersinia pestis in sera of dogs and cats. The Journal of Infectious Diseases. 1971;124(5):527-31.

35. Baltazard M, Seydian B. [Investigation of plague conditions in the Middle East]. Bull World Health Organ. 1960;23:157-67.

36. Baltazard M, Bahmanyar M, Mofidi C, Seydian B. [Kurdistan plague focus]. Bull World Health Organ. 1952;5(4):441-72 [Article in French].

37. Karimi Y, Teymori H, Eftekhari M. [Determination of natural foci of plague by serological study in foxes of Iran]. Cong Int Méd Trop, Athènes. 1973;53:[Article in French].

38. Azizi MH, Bahadori M. A brief history of tuberculosis in Iran during the 19th and 20th centuries. Arch Iran Med. 2011;14(3):215-9.

39. Mollaret H, Karimi Y, Eftekhari M, Baltazard M. [Over the fousissement]. Bull Soc Pathol Exot. 1963;56:1186-93 [Article in French].

40. Baltazard M, Karimi Y, Eftekhari M, Chamsa M, Mollaret HH. [C. Interepizootic conservation of the plague in inveterate reservoir. Hypotheses and work. 1963]. Bull Soc Pathol Exot. 2004;97 Suppl:72-86 [Article in French].

41. Mostafavi E, Bazrafshan A. Research and collaboration overview of Institut Pasteur International Network: a bibliometric approach toward research funding decisions. Int J Health Policy Manag. 2014;2(1):21-8.

42. Enayatrads M, Mostafavi E. Pasteur Institute of Iran: History and Services. Journal of Research on History of Medicine. 2017;6(4 Nov).

کتاب جامع

بهداشت عمومی

فصل ۲ / گفتار ۱۱ / دکتر احمدعلی نوربالا، دکتر مهدی نجفی، دکتر نادر اکرامی نسب (ره)

آشنایی با جمعیت هلال احمر جمهوری اسلامی ایران

فهرست مطالب

۲۵۵.....	اهداف درس.....
۲۵۵.....	مقدمه.....
۲۵۶.....	آشنایی با نهضت جهانی صلیب سرخ و هلال احمر.....
۲۵۷.....	معانی و مفاهیم اصول هفتگانه صلیب سرخ و هلال احمر.....
۲۵۸.....	تاریخچه جمعیت هلال احمر جمهوری اسلامی ایران.....
۲۵۸.....	۱- بروز و نهفتگی (۱۳۰۱-۱۲۸۴).....
۲۵۹.....	۲- تاسیس و تثبیت (۱۳۲۷-۱۳۰۱).....
۲۵۹.....	۳- رشد و شکوفایی (۱۳۲۷-۱۳۵۷).....
۲۶۰.....	۴- سوء تفاهم و کم مهری (۱۳۵۷-۱۳۵۹).....
۲۶۱.....	۵- ایثار و از خودگذشتگی (۱۳۶۷-۱۳۵۹).....
۲۶۲.....	۶- بازسازی و ایستادگی (۱۳۶۷-۱۳۷۸).....
۲۶۳.....	۷- تحول و توسعه (۱۳۷۸ - تا کنون).....
۲۶۴.....	آشنایی با سازمان امداد و نجات جمعیت هلال احمر.....
۲۶۸.....	معاونت بهداشت، درمان و توانبخشی.....
۲۶۸.....	سازمان تدارکات پزشکی.....
۲۶۶.....	سازمان داوطلبان هلال احمر.....
۲۶۷.....	سازمان جوانان هلال احمر.....
۲۷۱.....	کمیته حقوق بشر دوستانه.....

آشنایی با جمعیت هلال احمر جمهوری اسلامی ایران Red Crescent Society of the Islamic Republic of Iran

دکتر احمدعلی نوربالا، دکتر مهدی نجفی، دکتر نادر اکرامی نسب (ره)
جمعیت هلال احمر جمهوری اسلامی ایران

اهداف درس

انتظار می‌رود فراگیرنده، پس از گذراندن این درس، بتواند:

- اصول هفتگانه نهضت جهانی صلیب سرخ و هلال احمر را شرح دهد
- تاریخچه جمعیت هلال احمر (شیر و خورشید سرخ) را بیان کند
- سازمان‌ها و معاونت‌های اصلی جمعیت هلال احمر را به اختصار معرفی کند
- اهداف کمیته آموزش عالی علمی - کاربردی هلال احمر ایران را توضیح دهد

مقدمه

جمعیت هلال احمر ایران در طول تاریخ پر افتخار خود از روز آغازین تاکنون با پرچم سفید صلح در شاهراه انسانیت، سرافراز و پرافتخار، نقش آفرین صحنه‌هایی با شکوه از فداکاری و از خودگذشتگی بوده است. گردآوری مجموعه‌ای از تلاشها، موفقیتها و خدماتی که جمعیت هلال احمر به آسیب دیدگان، دردمندان و بینوایان، ارائه کرده و بیان لحظه‌های باشکوه نوع دوستی و ایثار و تصویر نمودن چهره‌های متبسم امدادگرانی که همواره آغوش پرمهر خود را به روی نیازمندان و مددجویان گشوده و نور زندگی را بر دل ناامیدان تابانده‌اند، کارآسانی نیست. این مجموعه مختصر، بیانگر خدمات بخشهایی از جمعیت، مانند سازمان امداد و نجات، جوانان، داوطلبان، تدارکات پزشکی، معاونت بهداشت، درمان و توانبخشی و معاونت آموزش و پژوهش و فناوری است که با بهره‌گیری از دانش نظری و عملی و تواناییهای فنی موجب هرچه پربارتر شدن درخت تناور جمعیت هلال احمر شده‌اند.

جمعیت هلال احمر که عضوی از نهضت بین‌المللی سرخ و هلال احمر است اگر چه به مسائل ملی توجهی خاص مبذول داشته اما همواره با در نظر داشتن اصل جهانشمولی، فعالیت‌های گسترده‌ای را در زمینه

درمانی و امدادرسانی در مناطق محروم جهان با موفقیت به انجام رسانده است. بدون تردید این برگی از کتاب پرافتخار نهضت بین‌المللی صلیب سرخ و هلال احمر است که در آن کوله باری از تجربه‌های گرانبهای انسانهای شریفی نهفته است که پیوسته کوشیده‌اند تا همچون هانری دونان طلایه دار این نهضت عظیم، انسانیت را پاس بدارند و در حفظ صلح و دوستی از هیچ تلاشی فروگذار نکنند و همواره کوشیده‌اند تا در سخت‌ترین شرایط امید به زندگی را برای انسانهای نیازمند و درمانده به ارمغان آورند.

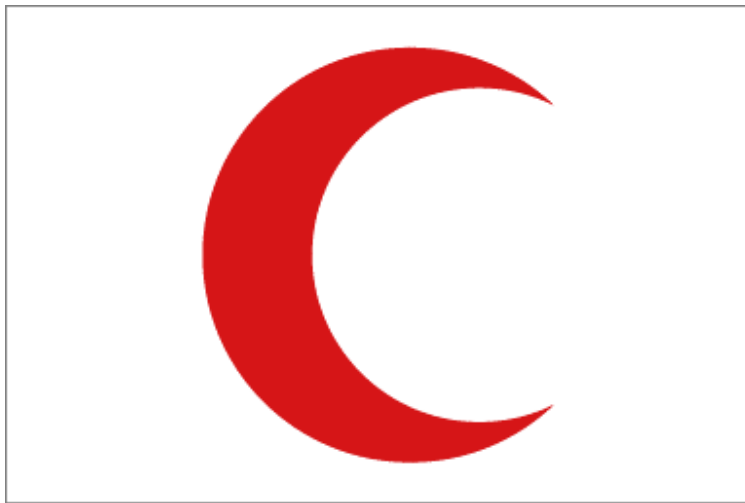
آشنایی با نهضت جهانی صلیب سرخ و هلال احمر

در بیست و چهارم ژوئن ۱۸۵۹ میلادی ارتشهای امپراطوری اتریش و امپراطوری فرانسه جنگی خونین را در منطقه‌ای بنام سولفورینو در شمال کشور ایتالیا آغاز نمودند و شدت فاجعه به حدی بود که در مدت ۱۶ ساعت نبرد، چهل هزار تن کشته و زخمی شدند. در صحنه نبرد، مجروحین زیادی بدون هیچگونه رسیدگی و امدادرسانی مرگ خود را به انتظار نشسته بودند. در این میان بازرگانی جوان از کشور سوئیس بنام هانری دونان که اتفاقاً از آن منطقه عبور میکرد تحت تاثیر شرایط دهشتناک و رقت انگیز مصدومین و مجروحین، اقدام به سازماندهی داوطلبانی از روستاهای اطراف نمود و گروه‌های امدادی و درمانی را برای کمک به آسیب دیدگان تشکیل داد و با کمک این گروه‌ها جمع کثیری از مجروحین از مرگ حتمی نجات یافتند.

هانری دونان پس از این واقعه و تحت تاثیر خاطرات تلخ و اندوهبار جنگ، در سال ۱۸۶۲ کتابی را با نام خاطرات سولفورینو منتشر نمود. در این کتاب دو پیشنهاد مشخص مطرح گردیده بود اول: تامین گروه‌های امدادی و درمانی داوطلب در کشورهای مختلف، به نحوی که در زمان صلح، آموزش ببینند و بتوانند در زمان جنگ به یاری مجروحین بپردازند و دوم: تصویب یک معاهده بین‌المللی که براساس آن دولتها متعهد به حمایت و محترم شمردن چنین گروه‌های امدادی شدند.

کتاب یادشده با استقبال مردم و دولت کشور سوئیس و دیگر کشورها مواجه شد. پیشنهاد نخست هانری دونان منجر به تشکیل جمعیت‌های ملی صلیب سرخ و هلال احمر گردید که امروزه به ۱۸۶ کشور جهان، گسترش یافته است و پیشنهاد دوم، منجر به تصویب قراردادهای حقوق بین‌المللی بشردوستانه موسوم به قراردادهای ژنو شد که اولین این قراردادها در سال ۱۸۶۴ به تصویب رسید. کاملترین مقررات حقوق بشردوستانه بین‌المللی بنام کنوانسیون چهارگانه ژنو در سال ۱۹۴۹ به تصویب اکثریت دولتهای جهان از جمله دولت ایران رسید و الحاق به پروتکل‌های الحاقی آن مصوب ۱۹۷۹ در حال حاضر جریان دارد.

در ۲۳ اکتبر ۱۸۶۳ اولین کمیته بین‌المللی صلیب سرخ با نمایندگان ۱۶ کشور در ژنو تاسیس و تشکیل شد و نشان صلیب سرخ که در واقع معکوس رنگهای پرچم کشور سوئیس میباشد به عنوان نشان کمیته بین‌المللی انتخاب گردید. با تلاشهای این کمیته در اجلاس سال ۱۸۶۴ در ژنو، با شرکت ۱۵ کشور اروپایی اولین کنوانسیون ژنو در مورد کمک رسانی به مجروحین جنگهای زمینی به تصویب رسید. در سال ۱۸۷۶ دولت عثمانی (ترکیه فعلی) نشان هلال قرمز در زمینه سفید را بجای نشان صلیب سرخ، انتخاب نمود که بعدها بسیاری کشورهای اسلامی به تبعیت از آن از این نشان استفاده نمودند.



شکل ۱ - آرم جمعیت هلال احمر

با گسترش ارتباطات بین‌المللی و توجه بیشتر به مسائل اجتماعی و بهداشتی در اوایل قرن بیستم و به پیشنهاد رییس صلیب سرخ آمریکا، اتحادیه جمعیت‌های ملی صلیب سرخ در سال ۱۹۱۹ در شهر پاریس تشکیل شد که با افزایش کشورهای عضو اتحادیه در سال ۱۹۹۱ فدراسیون بین‌المللی صلیب سرخ و هلال احمر تشکیل گردید.

فدراسیون بین‌المللی صلیب سرخ و هلال احمر، امروزه ۱۸۶ عضو دارد که با داشتن مبانی حقوق بین‌المللی جهانشمول و داشتن بیش از یک صد میلیون عضو داوطلب در سراسر جهان با پای بندی به اصول هفتگانه: بشردوستی، بی غرضی، بی طرفی، عدم وابستگی، خدمات داوطلبی، یگانگی و جهان شمولی، بزرگترین شبکه و تشکیلات بشردوستانه در سراسر جهان به شمار می‌آید.

کمیته بین‌المللی صلیب سرخ، فدراسیون بین‌المللی جمعیت‌های صلیب سرخ و هلال احمر و جمعیت‌های ملی صلیب سرخ و هلال احمر، ارکان نهضت بین‌المللی صلیب سرخ و هلال احمر را تشکیل می‌دهند.

معانی و مفاهیم اصول هفتگانه صلیب سرخ و هلال احمر

بشردوستی: تکیه بر انسانیت، و حفظ و احترام به عزت و کرامت انسانها.

بی غرضی: ارائه خدمات بشردوستانه بدون هیچگونه تبعیض از نظر نژاد، جنس، مذهب و عقاید سیاسی و طبقاتی

بی طرفی: عدم جانبداری از طرفهای درگیر در مخاصمه به منظور سهولت دسترسی به قربانیان.

استقلال و عدم وابستگی: استقلال عمل در انجام خدمات بشردوستانه و عدم وابستگی به دولتها و دیگر مراجع که استقلال را خدشه دار سازد.

خدمات داوطلبانه: خدمات بشردوستانه در جمعیت‌های صلیب سرخ و هلال احمر به صورت غیرانتفاعی و

بدون چشمداشت مادی و مالی و به صورت داوطلبانه است.

وحدت و یگانگی: در هر کشور مستقل، تنها یک جمعیت صلیب سرخ یا هلال احمر میتواند تاسیس گردد. چنین جمعیتی می بایست به طور رسمی از سوی دولت آن کشور به مراجع رسمی بین‌المللی معرفی گردد.

جهانشمولی: جمعیت صلیب سرخ و هلال احمر، محدود به مرزها و حوزه جغرافیایی خاصی نیست و اهداف و فعالیت‌های آن در سراسر جهان قابل گسترش است.

تاریخچه جمعیت هلال احمر جمهوری اسلامی ایران

جمعیت هلال احمر (شیر و خورشید سرخ سابق) یادگار بزرگ انسانهای نیک نفسی است که با تاسی به آیه کریمه **وَ تَعَاوَنُوا عَلٰی الْبِرِّ وَ التَّقْوٰی** و شعر زیبای سعدی علیه الرحمه:

بنی آدم اعضای یک پیکرند	که در آفرینش زیک گوهرند
چو عضوی به درد آورد روزگار	دگر عضوها را نماند قرار

آن را تاسیس نمودند.

تاریخچه تاسیس و گسترش جمعیت شیر و خورشید سرخ یا هلال احمر فعلی از ابتدا تاکنون در هفت

دوره زیر بیان شده است:

- ۱- بروز و نهفتگی (۱۳۰۱-۱۲۸۴)
- ۲- تاسیس و تثبیت (۱۳۰۱-۱۳۲۷)
- ۳- رشد و شکوفایی (۱۳۲۷-۱۳۵۷)
- ۴- سوء تفاهم و کم مهری (۱۳۵۹-۱۳۵۷)
- ۵- ایثار و از خودگذشتگی (۱۳۶۷-۱۳۵۹)
- ۶- بازسازی و ایستادگی (۱۳۶۷-۱۳۷۸)
- ۷- تحول و توسعه (۱۳۷۸ تا کنون)

۱- بروز و نهفتگی (۱۳۰۱-۱۲۸۴)

نخستین کوشش ایرانیان برای پیوستن به کنوانسیون‌های بین‌المللی در مورد تشکیلات بین‌المللی صلیب سرخ به دوران پادشاهی ناصرالدین شاه قاجار باز میگردد. ایران در زمان حکومت او و در دسامبر سال ۱۸۷۴ / شوال ۱۲۹۱، کنوانسیون مصوب ۱۸۶۴ ژنو را پذیرفت اما عملاً برای دهها سال پس از این تاریخ هیچ گونه اقدامی برای تاسیس موسسه، یا سازمانی که عامل اجرایی این کنوانسیون در ایران باشد صورت نگرفت.

در سال ۱۲۸۴ شمسی، عبدالصمد ممتازالسلطنه سیاستمدار و وزیر مختار وقت ایران در پاریس، توانست موافقت کنفرانس را در پذیرش نشان شیر خورشید سرخ به عنوان نشان رسمی دولت ایران برای جمعیت خود اخذ نماید.

این نشان چند سال بعد از این زمان مورد تایید کنفرانس دیپلماتیک صلیب سرخ در ژنو نیز قرار گرفت. اگرچه، همچنان هیچ نهادی از سوی دولت ایران برای انجام وظایف مربوط به صلیب سرخ به وجود نیامد.

فعالیت‌های مربوط به این موسسه تنها در اثر کوشش‌های شخصی افراد و به صورت غیر متواتر انجام میشد که از آن جمله تلاش‌های دکتر امیرخان اعلم (مشهور به امیراعلم، از جمله دانش آموختگان ایرانی در اروپا در رشته پزشکی و از بنیانگذاران چند بیمارستان به سبک غربی در ایران) در خلال جنگ‌های داخلی ایران بین مستبدین و مشروطه خواهان در سال‌های پس از پیروزی انقلاب مشروطیت ایران بود.

۲- تاسیس و تثبیت (۱۳۲۷-۱۳۰۱)

نخستین رویکرد تشکیل موسسه خیریه امدادی در ایران تحت حمایت دولت در سال ۱۳۰۱ ش / ۱۹۲۲ میلادی صورت گرفت. در این سال به کوشش دکتر امیر اعلم، اقداماتی برای تاسیس شیر و خورشید سرخ با حمایت دولت، صورت گرفت. جمعیت شیر و خورشید سرخ، نخستین و بزرگترین جمعیت خیریه ایران است که عهده دار وظایف مهم و متعددی در مسائل مربوط به امدادرسانی در حوادث غیرمترقبه و امدادی، تاسیس بیمارستان و درمانگاه، تهیه دارو و تجهیزات پزشکی، تربیت پرستار، نگهداری از کودکان بی سرپرست، ارائه برنامه‌های ویژه برای جوانان و برخی فعالیت‌های عمرانی در داخل و خارج از کشور بوده است.

کلّیه فعالیت‌های این جمعیت، از بدو پیدایش آن در ایران براساس کنوانسیون‌ها، پروتکل‌های الحاقی به این کنوانسیون‌ها و قراردادهای بین‌المللی مختلفی بوده است که در ادوار مختلف، برای تشکیلات بین‌المللی صلیب سرخ و نیز در زمینه همکاری‌های بین‌المللی تهیه شده است.

در سال ۱۳۰۱، دکتر امیراعلم مقررات وضع شده از سوی صلیب سرخ جهانی برای جمعیت‌ها را ترجمه نمود و در اختیار احمدشاه قاجار، پادشاه وقت ایران قرارداد تا شاه آن را مطالعه کرده و مقدمات تشکیل جمعیت فراهم شود. براساس این متن ترجمه شده، نظامنامه اساسی (اساسنامه) جمعیت شیر و خورشید سرخ ایران تهیه و در حوت ۱۳۰۱ شمسی به امضای ولیعهد، محمد حسن میرزای قاجار رسید.

اگر چه تا ۱۳۰۳ هیچگونه اقدامی در جهت سازماندهی این تشکیلات انجام نشد. در این سال‌ها، نخستین حرکت امدادی جمعیت، کمک به زلزله زدگان تربت حیدریه بود که در زمانی که هنوز هیچگونه امکاناتی در اختیار جمعیت نبود، به همت دکتر امیر اعلم، صورت گرفت. از سال ۱۳۰۴ به بعد اندک اندک اقدام‌های موثری برای شکل دهی این جمعیت در ایران صورت گرفت.

طی سال‌های بعد تشکیلات جمعیت، رو به گسترش گذاشت و بسته به موقعیت افراد عضو جمعیت به کمک سانحه دیدگان و نیز نیازمندان میشتافت. از جمله این موارد، کمک رسانی به زلزله زدگان شیروان در سال ۱۳۰۸ ش، بود. در همین سال نیز کنفرانس دیپلماتیک ژنو در باره صلیب سرخ بین‌المللی، نشان شیر و خورشید سرخ را در کنار نشان‌های هلال احمر و صلیب سرخ به عنوان نشان امدادی و دارای مصونیت در میدین نبرد به رسمیت شناخت. ضمناً اساسنامه جمعیت، در سال ۱۳۱۵ مجدداً بررسی و با تغییراتی به تصویب رسید.

۳- رشد و شکوفایی (۱۳۵۷-۱۳۲۷)

در ۱۳۲۷ ش، اساسنامه جدید جمعیت، طراحی و در مجمع عمومی جمعیت در همان سال به تصویب

رسید. در مقدمه این اساسنامه محمدرضا پهلوی ریاست عالی جمعیت را به خواهر خود شمس محول نمود. در اردیبهشت ۱۳۲۸ ش، دکتر حسین خطیبی نوری، به عنوان مدیر عامل جمعیت، برگزیده شد. او تا هنگام پیروزی انقلاب اسلامی و تغییر در ساختار جمعیت، این سمت را بر عهده داشت.

در سال‌های پس از سال ۱۳۲۸ حمایت دولت از جمعیت، تقویت منابع مالی و حسن مدیریت دکتر خطیبی باعث شد جمعیت به سرعت رشد نماید.

طی سال‌های چهل شمسی ارائه خدمات بهداشتی - درمانی به اقشار مختلف مردم و نیز سرپرستی افراد بیخانمان و بی‌بضاعت با گرایش کودکان و نوجوان، به عنوان رویکردی مهم مورد نظر رؤسای جمعیت بود. در سال ۱۳۴۶ به منظور یکسان سازی فعالیت‌های مختلف مربوط به جوانان در سراسر کشور، خانه‌های جوانان شیر و خورشید سرخ به عنوان مهمترین بخش اجرایی شورای عالی جوانان، آغاز به کار نمودند.

در سال ۱۳۴۹ و به دستور شاه بیش از ۱۰۰ بیمارستان و درمانگاه وابسته به وزارت بهداشتی در شهرستانها، بخشها و روستاها به شیر و خورشید سرخ واگذار شد تا از محل اعتبارات دولتی اداره گردد. در همین سال‌ها، برای رسیدگی بهتر به وضع بهداشتی - درمانی ساکنان جزیره‌های ایرانی خلیج فارس، یک کشتی بیمارستانی برای جمعیت، خریداری گردید و در سال ۱۳۵۰ ش، به نشانه دوستی دو ملت ایران و امارات متحده عربی، بیمارستان جمعیت در دبی تاسیس گردید.

در اواخر دهه چهل، اداره خدمات انتقال خون به منظور فعالیت و نظارت بر امور مختلف مربوط به تهیه و انتقال خون در سراسر کشور به وجود آمد. مهمترین و گسترده ترین عملیات کمک رسانی جمعیت در دهه چهل شمسی، کمک رسانی به زلزله زدگان زلزله بویین زهرا در شهریور ۱۳۴۱ ش بود. در سال‌های دهه پنجاه تا زمان پیروزی انقلاب اسلامی مهمترین حیطه گسترش جمعیت در بخش بهداشت و درمان بود، به طوری که مقارن پیروزی انقلاب اسلامی، جمعیت بیش از ۷۰۰ موسسه امدادی، درمانی، بهداشتی، خیریه، تربیتی و اجتماعی از قبیل بیمارستان، مراکز امدادی و درمانی، اندرزگاه، آموزشگاه حرفه ای، پرورشگاه، شیرخوارگاه، مهدکودک، آموزشگاه پرستاری و بهیاری، مرکز انتقال خون، مراکز مبارزه با سل و سرطان، تاسیسات نوتوانی و دست و پا سازی مصنوعی ایجاد نمود به طوری که تعداد تخت‌های بیمارستانی جمعیت به ۱۵۰۰۰ واحد می رسید.

اساسنامه جمعیت در این دوره در دو مرحله در سال‌های ۱۳۲۷ و ۱۳۵۳ بازنگری و اصلاح شد. جمعیت در آن سال‌ها توانست اعتبار ویژه‌ای از نظر بین‌المللی کسب و به عضویت کمیته مشورتی بهداشت منصوب گردید. در همین راستا و در سال ۱۳۵۲ بیستمین کنفرانس بین‌المللی صلیب سرخ که عالی ترین مجمع تصمیم گیری نهضت بین‌المللی به حساب می آید، با حضور بیش از ۱۳۰ عضو در تهران برگزار شد.

۴- سوء تفاهم و کم مهری (۱۳۵۹-۱۳۵۷)

یکی از پرافتخارترین دوران فعالیت کارکنان و امدادگران جمعیت شیر و خورشید سرخ، خدماتی بود که بیمارستانها و درمانگاه‌های تابعه در دوران پراشتهای قیام ملت مسلمان کشورمان در طول انقلاب اسلامی سال ۱۳۵۷ به مردم و انقلابیون ارائه میدادند. کارکنان فداکار و زحمتکش شیر و خورشید سرخ در چند صد مرکز درمانی

در طول شبانه روز، زخمیها و مصدومین انقلاب را مداوا یا پرستاری میکردند و آمبولانسهای جمعیت پی در پی میان تظاهرکنندگان در حال گشت زنی بودند. با پیروزی انقلاب اسلامی، ایران تغییرات وسیعی در ساختار، ماهیت و وظایف جمعیت به وجود آمد، نخستین تغییر اساسی پس از پیروزی انقلاب در ساختار جمعیت، تفکیک مراکز بهداشتی - درمانی از جمعیت بود. براساس مصوبه دولت موقت، در اسفند ماه سال ۱۳۵۷، کلیه موسسات درمانی و بهداشتی (شامل ۲۲۴ بیمارستان، ۱۷۳ درمانگاه مستقل و مرکز اورژانس، ۷۷ اندرزگاه، ۱۵ مرکز مستقل انتقال خون و ۳۰ مرکز آموزش پرستاری، مامایی، بهیاری و پزشکی به همراه چندین پرورشگاه و خانه کودک) از جمعیت منتزع و با حفظ مالکیت جمعیت به وزارت بهداری و بهزیستی وقت منتقل گردید. این مصوبه باعث شد تا سیاستهای کلی جمعیت نیز تغییر یافته و کلیه فعالیت‌های درمانی - حمایتی آن متوقف گردد.

همچنین برابر چند مصوبه دیگر هیئت دولت موقت، مراکز مختلف پژوهشی - حمایتی جمعیت از جمله جمعیت مبارزه با سرطان و سازمان انتقال خون جملگی به وزارت بهداری و بهزیستی واگذار گردیدند و برخی از امکانات ترابری هوایی و دریایی جمعیت، از جمله هواپیماهای آن به سایر نهادها واگذار شد.

تشابه ظاهری نشان جمعیت با آرم شاهنشاهی و تصور عمومی مبنی بر وابستگی جمعیت به رژیم سابق در سال‌های آغازین انقلاب، باعث شد بسیاری از اموال و املاک آن (حتی برخی از املاک وقفی) توسط نهادهای انقلاب تصرف گردد.

اولین اساسنامه جمعیت بعد از انقلاب، در سال ۱۳۵۹ به تصویب رسید. مهمترین تغییر انجام یافته در اساسنامه، اعطای ریاست عالی به رییس جمهور، حذف فعالیت‌های درمانی و ایجاد پست رئیس جمعیت بود که با پیشنهاد وزیر بهداری و تایید هیئت دولت منصوب می‌شد و این در حالی است که در اساسنامه مزبور، امور مربوط به تربیت کادر پیراپزشکی و انتقال خون، همچنان در حوزه فعالیت جمعیت قرار داشت ولی بعدها همین فعالیت‌ها نیز از جمعیت سلب و اکثر پرورشگاه‌ها و شیرخوارگاه‌ها به سایر سازمانها واگذار شد.

۵- ایثار و از خودگذشتگی (۱۳۶۷-۱۳۵۹)

با وجود کم لطفی‌های متعددی که در سال‌های آغازین پس از پیروزی انقلاب اسلامی نسبت به جمعیت صورت گرفت. جمعیت هلال احمر چه در جریان مقابله با حوادث طبیعی و چه در جریان جنگ تحمیلی عراق علیه ایران به ارائه خدمات متنوع و بسیار مهمی پرداخته است. در جریان جنگ تحمیلی، جمعیت هلال احمر یکی از درخشان‌ترین خدمات امدادی و درمانی را به رزمندگان اسلام و هموطنان جنگ زده، ارائه نمود. برخی از این فعالیت‌ها عبارتند از:

- آموزش امدادگران جهت یاری به مجروحان
- اعزام امدادگران به جبهه‌ها
- نجات مصدومین بمباران مناطق مسکونی در سراسر کشور
- انتقال و بستری نمودن مجروحان در بیمارستانها
- حمایت از اسرا و مفقودین ایرانی و خانواده آنها

• جمع آوری، بسته بندی و ارسال کمکهای مردمی به جبهه‌ها

همچنین جمعیت هلال احمر در همان سال‌ها صدها امدادگر شهید، جانباز، آزاده و مفقود تقدیم انقلاب نمود. در دی ماه ۱۳۶۲ برابر ماده واحده مصوب مجلس شورای اسلامی، عنوان جمعیت به جمعیت هلال احمر جمهوری اسلامی ایران تغییر یافت و ایران از کلیه حقوق بین‌المللی خود برای استفاده انحصاری از نشان شیر و خورشید سرخ صرف نظر کرد و نشان مذکور بلافاصله از آیین نامه و اساسنامه تشکل بین‌المللی جمعیت‌های صلیب سرخ و هلال احمر حذف گردید. اما به دلیل اینکه این نشانه در کنفرانس دیپلماتیک جمعیت‌های صلیب سرخ و هلال احمر به تصویب هیئت‌های دیپلماتیک کشورهای مختلف رسیده بود، لغو آن نیز باید در اجلاس مشابه صورت می‌پذیرفت و از آنجایی که برپایی چنین اجلاسی تاکنون در دستور کار تشکل بین‌المللی جمعیت‌های صلیب سرخ و هلال احمر، نبوده است، این نشانه همچنان در اسناد مربوط به کنوانسیون‌های چهارگانه ژنو و پروتکل‌های الحاقی آنها به کار برده می‌شود.

۶- بازسازی و ایستادگی (۱۳۶۷-۱۳۷۸)

با حذف مجمع عمومی از ارکان جمعیت، تصویب آخرین اساسنامه وقت جمعیت در اردیبهشت ماه سال ۱۳۶۷ توسط مجلس شورای اسلامی انجام شد و به این ترتیب هرگونه تغییر احتمالی در اساسنامه نیز قاعدتاً در حوزه اختیارات مجلس قرار گرفت.

طبق اساسنامه مذکور اداره جمعیت، توسط رئیس و با نظارت هیات اجرایی متشکل از: رئیس، دبیر کل، نماینده ولی فقیه، نماینده وزیر بهداشت و خزانه دار، انجام می‌شد. در عین حال انتصابی، و نه انتخابی بودن رئیس و هیئت اجرایی و مواردی از این دست، باعث سوق یافتن جمعیت از شکل مردمی آن به سوی دولتی و به دنبال آن بروز انتقادهایی در سطح بین‌المللی از جمعیت هلال احمر جمهوری اسلامی ایران شد.

از سوی دیگر با تبدیل جمعیت به یکی از واحدهای وابسته به وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی از نظر بودجه عمومی نیز به شدت وابسته به کمکهای دولتی گردید و استقبال مردمی نسبت به اعطای کمکهای مالی و اهدای املاک به آن نسبت به گذشته کاهش یافت.

جمعیت، طی این سال‌ها و به ویژه هنگام جنگ میان ایران و عراق، زلزله ۱۳۶۹ منجیل، زلزله قائنات، هجوم پناهندگان عراقی و آذری، سیل‌های بزرگ سال‌های ۷۱ و ۷۴ به ویژه در مناطق جنوبی کشور، خدمات ارزنده‌ای ارائه نمود.

در این دوره بخشی از فعالیت‌های سازمان جوانان که قبلاً از سازمان منتزع و در قالب مراکز پرورش اسلامی جوانان هلال احمر، فعالیت میکرد توسعه و جایگاه سازمانی آن به معاونت فرهنگی، ارتقاء پیدا نمود و در بعد بین‌المللی نیز ضمن ادامه فعالیت بیمارستان جمعیت در دبی، عجمان و فجیره، چندین مرکز درمانی در کشورهای غنا، مالی، نیجر، نخجوان، بوسنی و کنیا تاسیس شد.

در همین دوره سازمان، تدارکات و تولید لوازم پزشکی همچنان نسبت به تامین وسایل و تجهیزات پزشکی و همچنین داروهای کمیاب در سطح کشور ادامه داد و با تاسیس چندین کارخانه از جمله کارخانه سرنگ سازی هلال احمر ایران (سها)، مجتمع دارویی، بهداشتی، آرایشی (سها - هلال) و مجتمع تهرانپارس (شامل بخشهای

مختلف درمانی) و همچنین افزودن داروخانه‌های تخصصی در مشهد و کیش نقش مهمی در تامین نیازهای دارویی کشور در دوره‌های مختلف ارائه نمود.

۷- تحول و توسعه (۱۳۷۸ - تا کنون)

در سال ۱۳۷۸، تحولات و تغییرات وسیعی در ابعاد مختلف به وقوع پیوست. این دوره جمعیت که از آن به عنوان دوران تحول و توسعه یاد میشود، شامل تغییرات وسیع در ساختار و تشکیلات، جایگاه و ارتباطات بین‌المللی، نیروی انسانی، قوانین و مقررات و بهبود روشهاست.

در این دوره با توجه به عزم جمعیت نسبت به تقویت امور امدادی، معاونت امداد به سازمان امداد و نجات ارتقا یافت و تجهیزات جدیدی از جمله خودرو، آمبولانس و چرخبال به آن اضافه شد. همچنین سیستم مخابراتی سازمان به امکانات مدرن تر، مجهز شد. امدادگران این سازمان، طی این سالها نقش مهمی در کمک رسانی به آسیب دیدگان سیل نکا (۱۳۷۹)، سیل گلستان (۱۳۸۰)، زلزله قزوین (۱۳۸۱)، زلزله بم (۱۳۸۲) و دهها حادثه بزرگ و کوچک داخلی و خارجی دیگر از جمله سیل پاکستان (۱۳۸۹)، قحطی سومالی (۱۳۹۰) و فاجعه میانمار (۱۳۹۶) ایفا نمودند.

سازمان داوطلبان نیز در راستای اهداف نهضت بین‌المللی صلیب سرخ و هلال احمر، مجدداً تشکیل و تقویت شد و دستورالعملهای دقیقی پیرامون نحوه ارائه خدمات به نیازمندان تدوین شد و در راستای اهداف امدادی جمعیت، کمک به بازماندگان بلایای طبیعی در اولویت خدمات حمایتی جمعیت قرار گرفت. هم اکنون حدود ۲ میلیون نفر در رده‌های مختلف تخصصی و عادی به صورت داوطلب با جمعیت همکاری می کنند. از سوی دیگر با فراهم شدن فضای مطلوبتر در جمعیت برای بانوان و استقبال آنان از انجام امور خیریه، برنامه‌های مهمی در زمینه‌های امداد رسانی، بهداشتی و حمایتی توسط آنان به اجرا در می‌آید.

معاونت فرهنگی که عهده دار اداره مراکز پرورش اسلامی جوانان بود با سازمان جوانان که ساختاری دانش آموزی داشت ادغام شد و سازمان جوانان با ساختار جدید شکل گرفت. در عین حال قراردادهای جدیدی با آموزش و پرورش، آموزش عالی و دانشگاه آزاد اسلامی منعقد گردید و در همین راستا کانون‌های دانشجویی جوانان هلال احمر در دانشگاه‌ها و موسسات آموزش عالی تشکیل شد. تشکیل کانون‌های دانشجویی که با استقبال فراوان و غیرمنتظره دانشجویان مواجه شد، از بزرگترین موفقیت‌های جمعیت هلال احمر حتی در بین سایر جمعیت‌های دنیا تلقی می‌شود. (هم اکنون جمعیت در بسیاری از دانشگاه‌ها، کانون دانشجویی تشکیل داده است که بیش از یکصد هزار نفر در آنها مشغول فعالیت هستند).

با تشکیل معاونت حقوقی، برنامه ریزی و امور مجلس، اقدامات وسیعی در جهت بازگرداندن جایگاه حقوقی و همچنین اعتبار و اموال و املاک جمعیت به عمل آمد. همچنین با افزودن واژه بهداشت و درمان به عنوان معاونت توانبخشی، ضمن تقویت فعالیت‌های توانبخشی، امور مربوط به درمان که تقریباً به فراموشی سپرده شده بود، دوباره مطرح شد.

به منظور تربیت نیروهای کارشناس و کاردان در امور امدادی و مدیریت سوانح، مرکز آموزش و تحقیقات

جمعیت که از سال ۱۳۷۴ شروع به کار نموده بود، در سال ۱۳۸۱ با پذیرش دانشجوی در شش رشته کاردانی و کارشناسی و نیز با رسیدن به معیارهای مورد نظر در آموزش عالی، به موسسه آموزش عالی علمی کاربردی هلال ایران ارتقاء یافت.

جمعیت در سال ۱۳۸۰ موفق شد مجدداً پس از ۲۰ سال مسئولیت هیات پزشکی حج را به دست آورد، ضمن اینکه برنامه‌هایی را نیز برای زائران سوریه و عتبات در دست اقدام دارد.

پیگیری امور حقوقی و بازپس‌گیری املاک و اموال جمعیت طی این سال‌ها شدت گرفت و جمعیت توانست با حمایت مجلس و قوه قضائیه تعداد زیادی از ساختمانهای خود را بازپس گیرد و طرح ویژه‌ای برای نحوه تعیین مالکیت و تولی املاک وقفی و غیروقفی جمعیت پیشنهاد نماید. در همین دوران، طرح پیشنهادی جمعیت مبنی بر ایجاد تغییر در اساسنامه، در جهت مردمی کردن آن از طریق نمایندگان محترم در مجلس شورای اسلامی به تصویب رسید.

در سطح بین‌المللی نیز، فعالیت‌های فراوانی در زمینه احیای جایگاه جمعیت صورت گرفت و در همین راستا سومین اجلاس منطقه‌ای جمعیت‌های صلیب سرخ و هلال احمر غرب آسیا و شمال آفریقا با حضور نمایندگان ۴۰ کشور و سازمان بین‌المللی به میزبانی جمعیت هلال احمر در اردیبهشت ماه سال ۱۳۸۰ در تهران برگزار شد. در حاشیه این اجلاس، شرکت کنندگان از توانمندی‌های جمعیت، بازدید کردند و مسئولین فدراسیون بین‌المللی جمعیت‌های صلیب سرخ و هلال احمر از ایران به عنوان قطب اول امدادی در جهان و از نظر توانبخشی و تولیدات دارو و تجهیزات پزشکی جزو رده‌های نخستین یاد کردند. از سوی دیگر طی این دوره، ده‌ها محموله کمک شامل اقلام امدادی و دارویی به کشورهای خارجی و نیازمند، از جمله فلسطین ارسال شد. به دنبال افزایش اعتبار بین‌المللی جمعیت، سرانجام پس از ۲۳ سال در سال ۱۳۸۰ جمعیت توانست به عضویت هیات حاکمه فدراسیون، انتخاب و به عنوان عضوی از معدود کشورهای اهداکننده در منطقه شناخته شود. همچنین جمعیت در جریان درگیری‌های افغانستان (در سال ۱۳۸۰) و بحران عراق به عنوان یکی از قطبها و مراکز مهم امداد بین‌المللی برگزیده شد.

طی همین مدت و به موجب مصوبه هیات دولت کمیته ملی حقوق بشردوستانه به ریاست جمعیت و با عضویت نمایندگان قوه قضائیه، وزارتخانه‌های امور خارجه، بهداشت و دادگستری تشکیل شد تا حول محورهای معاهدات بین‌المللی حقوق بشردوستانه، آموزش حقوق بشردوستانه در بین مردم و نیروهای مسلح، پیگیری مسائل پناهندگان، آوارگان، اسرا و مجروحین سلاح‌های معاهده‌ای و بالاخره نقض حقوق بشردوستانه، موضع‌گیری نماید. در سال‌های اخیر پایگاه اطلاع رسانی جمعیت، با نشانی www.ics.ir راه اندازی شده است. جمعیت در حال حاضر دارای یک روزنامه به نام "شهروند"، یک نشریه داخلی با عنوان "پیام هلال" و یک نشریه علمی - پژوهشی به زبان فارسی با عنوان "فصلنامه علمی - پژوهشی امداد و نجات" و یک نشریه علمی - پژوهشی به زبان انگلیسی، تحت عنوان "Iranian Red Crescent Medical Journal" است.

سازمان امداد و نجات

جمعیت هلال احمر به عنوان بزرگترین سازمان فعال در امر امداد و نجات در داخل کشور شناخته شده

است. نخستین آیین نامه خدمات امدادی در سال ۱۳۴۷ شمسی به تصویب هیأت مرکزی جمعیت رسید. به موجب این آیین نامه مسئولیت امدادی- درمانی به آسیب دیدگان جنگ و همچنین ارائه خدمات امدادی به آسیب دیدگان حوادث و سوانح در زمان صلح به جمعیت محول شد. نخستین تشکیلات رسمی امداد در سال ۱۳۵۰ به صورت منظم با استخدام نیروهای تمام وقت جهت اداره مرکزی امداد کل و زیر نظر هیات کمک به آسیب دیدگان آغاز به کار نمود

پس از پیروزی انقلاب اسلامی و با آغاز جنگ تحمیلی، ساختار تشکیلاتی امداد مورد تجدید نظر قرار گرفت و ارائه خدمات امدادی به آوارگان مناطق جنگی و بمباران شده نیز در زمره خدمات جمعیت قرار گرفت. در سال ۱۳۷۹ با اضافه شدن واژه «نجات» به سازمان امداد، وظایف این سازمان وارد مرحله تازه ای شد و تغییراتی در ساختار، تشکیلات و نیروی انسانی آن به وجود آمد.

فعالیت‌های امداد و نجات جمعیت هلال احمر برابر آیین نامه ها، دستور کار امدادی و طرح جامع امداد و نجات کشور در سه مرحله قبل از حادثه (آمادگی)، حین حادثه (پاسخگویی) و بعد از حادثه (عادی سازی) خلاصه می شود و وظیفه ارائه خدمات امدادی در هنگام بروز سوانح طبیعی مثل سیل، زلزله، خشکسالی، توفان و ... در داخل و خارج از کشور، بر عهده این سازمان می باشد. هر یک از شعب جمعیت هلال احمر در سر تا سر کشور دارای تیم‌های امدادی آموزش دیده رسمی و داوطلب هستند که با استفاده از امکانات و تجهیزات امداد و نجات و با همکاری سایر سازمان‌ها در زمینه‌های جستجو و نجات آسیب دیدگان، ارائه کمک‌های اولیه، انتقال مصدومان و مجروحان به مراکز درمانی، اسکان موقت و تغذیه اضطراری بازماندگان فعالیت می نمایند.

این سازمان در زمینه امداد رسانی، پس از انقلاب اسلامی تا کنون توانسته است در تمامی حوادث و بلاها از جمله در هشت سال جنگ تحمیلی عراق و ایران، ورود پناهندگان عراقی و آذربایجانی در سال ۱۳۷۰، وقوع سیل‌های مهیب سال‌های ۷۱، ۷۴، ۷۷ و ۷۸ به ویژه در شهر نکا در استان مازندران، سیل گلستان و همچنین زلزله‌های مخرب رودبار، قائن، قزوین، بم، زرنند، مازندران، لرستان، کرمانشاه و ... به یاری آسیب دیدگان بشتابد. این سازمان با برخورداری از انبارهای امدادی در سراسر کشور، پایگاه‌های امداد و نجات جاده ای، پست‌های امداد و نجات ساحلی، پایگاه‌های امداد و نجات دریایی در سواحل شمالی و جنوبی کشور، پایگاه‌های امداد و نجات کوهستان، مراکز نگهداری و آموزش سگ‌های تجسس و به کارگیری امدادگران زن و مرد آموزش دیده در قالب تیم‌های امداد و نجات سازماندهی شده و سیستم‌های مجهز مخابراتی و ارتباطات رادیویی، ناوگان ترابری امدادی شامل بالگرد، آمبولانس، وانت عملیاتی و خودروهای سبک و سنگین به امر خطیر امداد و نجات در داخل و خارج از کشور می پردازد.

حضور فعال در حوادث و سوانح منطقه ای و بین‌المللی نظیر زلزله‌های ترکیه، هند، پاکستان، اندونزی، چین و هائیتی، سونامی در اندونزی، سیل در سریلانکا، میانمار و بنگلادش، قحطی در سومالی و همچنین بحران‌های سیاسی منطقه ای در افغانستان و عراق و میانمار نمونه‌های از تلاش‌های امداد رسانی بین‌المللی سازمان امداد و نجات جمعیت هلال احمر به شمار می رود.

سازمان داوطلبان هلال احمر

سازمان داوطلبان جمعیت هلال احمر در سال ۱۳۳۸ شمسی تاسیس گردید. این اقدام به منظور احیاء و تحقق یکی از اصول اساسی نهضت بین‌المللی صلیب سرخ و هلال احمر یعنی خدمات داوطلبانه صورت پذیرفت که این امر دقیقاً با استراتژی و خط مشی فدراسیون صلیب سرخ و هلال احمر و سایر جمعیت‌های ملی نیز تطابق دارد. این سازمان وظیفه دارد در حوزه وظایف جمعیت هلال احمر، توان اقشار و افرادی که داوطلبانه به عضویت افتخاری جمعیت پذیرفته شده اند را سازماندهی و در راستای اجرای وظایف جمعیت هلال احمر خصوصاً تأمین احتیاجات معنوی و مادی نیازمندان و آسیب دیدگان در زمان وقوع حوادث و یا در شرایط عادی بهره‌گیری نماید. عضویت افتخاری صدها هزار نفر داوطلب در جهت تحقق اهداف مورد اشاره فوق صورت پذیرفته است.

سازمان داوطلبان که با شعار داوطلب محوری و به عنوان حلقه اتصال توان توانمندان و نیاز نیازمندان تاسیس شده است از توان اعضاء، داوطلبان، خیرین و نیکوکاران جامعه در سطوح داخلی و بین‌المللی برای پاسخگویی به نیاز محرومان و نیازمندان جامعه استفاده می‌نماید. کلیه اقشار توانمند جامعه که دارای استعداد و توانمندی خاصی باشند در سازمان داوطلبان پذیرفته شده و پس از قرار گرفتن در هر یک از گروه‌های چهارگانه داوطلبی شامل رسته هدایت، مهارت، حمایت و مشارکت اقدام به برطرف نمودن نیازهای محرومان جامعه می‌نمایند.

سازمان داوطلبان جمعیت هلال احمر بر اساس ماموریت سازمانی خود سه هدف راهبردی را دنبال می‌نماید که عبارتند از:

- ۱- شناسایی، جذب، سازماندهی، ساماندهی و بهره‌گیری از خدمات اعضا و داوطلبان جمعیت هلال احمر در راستای حمایت از اقشار آسیب دیده از حوادث و سوانح و اقشار آسیب پذیر.
- ۲- جمع‌آوری، هدایت و توزیع کمک‌های نقدی و غیر نقدی مردمی در هنگام بروز حوادث و سوانح مختلف ملی و بین‌المللی.

۳- ارائه خدمات حمایتی و اجتماعی به افراد آسیب دیده و آسیب پذیر جامعه.

لذا به منظور دستیابی به اهداف فوق اقدامات لازم و ضروری از سوی سازمان داوطلبان در جهت جذب خیرین و نیکوکاران صورت می‌پذیرد تا با جمع‌آوری و هدایت کمک‌های مردمی اعم از حمایت‌های مادی و معنوی گامی در جهت برآورده نمودن مهم‌ترین نیازهای مردم محروم کشور برداشته شود.

تعامل با تشکل‌های غیردولتی و سازمان‌های مردم‌نهاد، اجرای پروژه‌های داوطلبانه در مناطق محروم و پرفشار، جمع‌آوری کمک‌های مردمی و اعانات به خصوص در زمان حوادث و سوانح، اهدای خون سالم و مستمر، اجرای برنامه‌های همای رحمت در ایام ماه مبارک رمضان، اجرای طرح فرشتگان رحمت، راه‌اندازی کاروان‌های سلامت و اعزام آنها به مناطق دور افتاده و کم‌برخوردار، تهیه جهیزیه برای زوج‌های جوان نیازمند، راه‌اندازی بانک امانات تجهیزات پزشکی و راه‌اندازی خانه‌های داوطلب در مراکز استان‌ها و شعب جمعیت و ... تنها بخش کوچکی از خدمات داوطلبان می‌باشد که به نفع نیازمندان و برای دستگیری از محرومان جامعه در سطح کشور اجرا می‌گردد.

سازمان جوانان هلال احمر

سازمان جوانان در سال ۱۳۱۳ به پیشنهاد اتحادیه جمعیت‌های صلیب سرخ و هلال احمر بر اساس ماده ۶۴ اساسنامه جمعیت در قالب تشکیلات جوانان شیر و خورشید سرخ و با شعار «خدمت‌گزار» پی‌ریزی شده و عملاً در آبان ماه سال ۱۳۲۶ تاسیس گردید. آن چه در بدو امر موجب تاسیس این سازمان گردید، ریشه در یک تفکر و احساس انسانی و انگیزه بشردوستانه داشت تا با برخورداری از نیروی جوان، فعال، خود جوش و داوطلب همواره در شرایط مختلف و به منظور ایجاد و تعمیق حس نودوستی و مشارکت آنان با سازماندهی فعالیت‌های مربوط به آنها پردازد.

پس از پیروزی انقلاب اسلامی طبق اساسنامه مصوب جمعیت، هدف اصلی این سازمان، اداره امور جوانان، توسعه مشارکت جوانان در تصمیم‌گیری‌ها و فعالیت مربوط به آنها، تربیت و آموزش آنان به منظور آماده سازی برای انجام خدمات امدادی و عام‌المنفعه اعلام شده است.

به منظور تحقق اهداف مندرج در اساسنامه جمعیت، سازمان جوانان اقدام به برنامه‌ریزی و ارائه راهبردهایی به شرح ذیل نموده است:

۱- بر اساس راهبرد جذب، این سازمان اقدام به جذب جوانان علاقه‌مند به جمعیت هلال احمر می‌نماید. سازمان جوانان در حال حاضر با بیش از دو میلیون نفر عضو داوطلب جوان در هفت شاخه دانش‌آموزی، دانشجویی، کانون غنچه‌های هلال، کانون طلاب و روحانیون، کانون روستایی، کارگری و آزاد در هزاران کانون به انجام فعالیت‌های امدادی و عام‌المنفعه مشغول می‌باشد.

۲- بر اساس راهبرد آماده‌سازی، سازمان جوانان با برنامه‌ریزی انجام شده، موضوع آموزش جوانان جذب شده به جمعیت را در دستور کار خود قرار داده است.

۳- بر اساس راهبرد سازماندهی، سازمان جوانان دو نوع فعالیت در قالب گروه‌های عام‌المنفعه و تیم‌های امدادی پیش‌بینی نموده است تا جوانان علاقه‌مند با عضویت در یکی از آنها با رهبری و مشارکت خود از طریق انجام انتخابات بتوانند ضمن مشارکت در تصمیم‌گیری‌های جمعیت به فعالیت بشردوستانه در سطوح داخلی و بین‌المللی پردازند.

۴- سازمان جوانان بر اساس راهبرد به کارگیری و نگهداری از طریق تعریف فعالیت‌های عام‌المنفعه و بشردوستانه در زمینه فعالیت‌های زیست محیطی، بهداشتی، سلامتی و حمایتی و همچنین امدادی از قبیل مانور و برگزاری دوره‌های بازآموزی، جوانان را در انجام فعالیت‌های بشردوستانه و امدادی تشویق و ترغیب می‌نماید. این سازمان با انجام برنامه‌های مختلف شامل برگزاری اردو و مشارکت هزاران نفر عضو در جشنواره‌ها و مسابقات (ادبی، ورزشی، قرآنی، امدادی، هنری)، انجمن‌های مختلف (ادبی، هنری، حرفه‌آموزی، معارف و امور اجتماعی و ورزشی) و همچنین اجرای طرح‌های مختلف، در جهت حفظ و نگهداری اعضای خود فعالیت می‌نماید. لازم به ذکر است سازمان جوانان به منظور بهره‌برداری اعضای جوان خود در سراسر کشور از تسهیلاتی همانند کتابخانه، اماکن ورزشی، سینما، سالن آمفی تئاتر و اردوگاه‌های کشوری متعلق به جمعیت هلال احمر استفاده می‌نماید.

سازمان تدارکات پزشکی

با توجه به وظایف جمعیت در راستای مبارزه با بیماری‌ها، در سال ۱۳۰۵ اولین داروخانه سیار با یک دستگاه خودرو راه اندازی شد. همچنین جمعیت وقت با راه اندازی دو مطب رایگان در خیابان نصریه در مرکز و جنوب شهر تهران، ضمن ویزیت مراجعین، به آنان داروی مجانی ارائه می‌داد. در سال ۱۳۱۵ نیز تاسیس داروخانه‌های ثابت و سیار مد نظر جمعیت قرار گرفت.

با توجه به نیاز کشور، در سال ۱۳۷۴ سازمان تدارکات پزشکی و تولید لوازم پزشکی و دارویی از ادغام دو مرکز «فوریت‌های دارویی» و «سازمان تدارکات درمانی» به وجود آمد. این سازمان در سال ۱۳۸۱ با تغییر ساختار و با تبیین اصول و روش‌های بازرگانی در راستای تقویت و توسعه نظام سلامت کشور به «سازمان تدارکات پزشکی» تغییر نام داد. این سازمان با بهره‌گیری از:

- ۱- کارخانه تولید لوازم و تجهیزات یک بار مصرف پزشکی
- ۲- کارخانجات داروسازی
- ۳- کارخانه فرآوری گیاهان دارویی
- ۴- مراکز خدمات درمانی
- ۵- داروخانه‌های تخصصی و تک نسخه ای

ضمن تولید انواع تجهیزات پزشکی، وسایل یکبار مصرف پزشکی، داروهای شیمیایی، داروها و فرآورده‌های گیاهی و مواد اولیه دارویی، با بهره‌گیری از جایگاه و اعتبار بین‌المللی از طریق دفاتر فعال خود در خارج از کشور، در تعامل با شرکت‌های معتبر داروسازی، اقلام دارویی و تجهیزات پزشکی مورد نیاز کشور را با بهترین کیفیت تهیه و در زمان کوتاه از طریق داروخانه‌های وابسته به خود و سایر مراکز معتبر، به بازار مصرف عرضه نموده و در اختیار نیازمندان قرار می‌دهد.

معاونت بهداشت، درمان و توانبخشی

شیر و خورشید سرخ ایران در سال ۱۳۰۵ اقدام به تاسیس درمانگاه‌ها و مطب‌های رایگان کرد. اولین مرکز ارتوپدی فنی جمعیت به صورت فنی و کارآمد به منظور تولید وسایل مورد نیاز اقشار آسیب دیده و معلول کشور در سال ۱۳۴۱ تاسیس شد.

امروزه فعالیت‌های توانبخشی جمعیت به استناد ماده ۳ قانون اساسنامه و در چهارچوب وظایف مصوب فدراسیون بین‌المللی جمعیت‌های صلیب سرخ و هلال احمر تحت عنوان کمک به امر توانبخشی در دو بعد برون مرزی و درون مرزی پایه ریزی شده است.

مهمترین فعالیت‌های معاونت بهداشت، درمان و توانبخشی جمعیت را می‌توان به شرح زیر خلاصه نمود:

الف) وظایف درمانی

همان گونه که پیشتر اشاره شد بر اساس مفاد اساسنامه، وظایف درمانی جمعیت کمک به امور درمانی داخل کشور به صورت غیرمستقیم و اجرای پروژه‌های درمانی خارج از کشور به صورت مستقیم است.

اداره کل بهداشت و درمان معاونت جهت ارائه خدمات درمانی به محرومان و نیازمندان در برخی از استان‌های کشور اقدام به تاسیس درمانگاه نموده است که با استفاده از پزشکان متخصص و کادری مجرب نیازهای درمانی بیماران را برطرف می‌نماید. همچنین واکسیناسیون حجاج (مننژیت و آنفلونزا) در بیشتر پایگاه درمانی در سراسر کشور صورت می‌پذیرد.

ب) فعالیت‌های دارویی و لوازم پزشکی:

نظارت بر فعالیت داروخانه‌های جمعیت در بیش از ۳۶ مرکز دارویی در سراسر کشور، تامین دارو و لوازم پزشکی مورد نیاز درمانگاه‌های خارج کشور و تامین دارو و تجهیزات پزشکی تیمهای عملیاتی و واحدهای درمانی جمعیت در مناطق آسیب دیده از حوادث، از مهمترین فعالیت‌های دارویی و لوازم پزشکی معاونت بهداشت، درمان و توانبخشی به شمار می‌رود.

ج) فعالیت‌های بهداشتی:

تامین امکانات در زمینه ارائه تسهیلات بهداشت عمومی، هدایت و نظارت بر فعالیت‌های مقابله با آلودگی به ویروس ایدز در سطح کشور در قالب خدمات مشاوره و آموزش و توجه به نیازهای بهداشت باروری در حوادث از مهم ترین فعالیت‌های بهداشتی جمعیت می‌باشند.

د) فعالیت‌های خارج از کشور:

جمعیت هلال احمر به منظور تسکین آلام بشری اقدام به تاسیس و راه اندازی چهار بیمارستان در کشورهای امارات متحده عربی، لبنان، افغانستان و یمن و ۱۷ مرکز درمانی مجهز از جمله در کشورهای افغانستان، ازبکستان، آذربایجان، تاجیکستان، زیمبابوه، سودان، ساحل عاج، غنا، سیرالئون، کنیا، مالی، نیجر و کومور نموده که نیازهای این مراکز از نظر دارو و لوازم پزشکی و نیروهای متخصص پزشکی و غیره توسط اداره کل سلامت خارج از کشور جمعیت هلال احمر تامین و ارسال می‌گردد.

ه) فعالیت‌های توانبخشی:

این فعالیت‌ها در ۱۱۹ مرکز جامع توانبخشی، در قالب خدمات ارتوپدی در ۲۴ مرکز در ۲۰ استان و در حوزه توانبخشی فیزیکی در ۵۶ مرکز فیزیوتراپی در ۲۹ استان، ۱۹ مرکز کار درمانی در ۱۳ استان، ۵ مرکز شنوایی شناسی در ۵ استان، ۱۳ مرکز گفتار درمانی در ۱۰ استان و ۲ کلینیک کم‌بینایی در ۲ استان، انجام می‌پذیرد.

معاونت آموزش، پژوهش و فناوری

این معاونت از سه اداره کل آموزش عمومی، پایه و همگانی، اداره کل آموزش تخصصی و ضمن خدمت و اداره کل پژوهش و فناوری تشکیل شده است. اداره کل آموزش عمومی، پایه و همگانی، عمدتاً وظیفه آموزش عموم مردم را در زمینه آمادگی در برابر مخاطرات بر عهده دارد. این اداره کل از سال ۱۳۹۵ با اجرای برنامه ملی خانواده آماده در مخاطرات (خادم)، ضمن آموزش گروه‌های مختلف جامعه، رهبران اجتماعات محلی و گروه‌های

مرجع، با مراجعه به درب منازل و آموزش خانه به خانه، اقدام به آموزش خانواده‌ها در مناطق آسیب‌پذیر نموده است. این اداره کل همچنین با راه‌اندازی پایگاه آموزشی خادم به نشانی khadem.ir آموزش‌های آمادگی در برابر مخاطرات را از طریق فضای مجازی، در اختیار عموم قرار داده است. اداره کل آموزش تخصصی و ضمن خدمت، با استفاده از مربیان تربیت شده در رشته‌های مختلف امداد و نجات، اقدام به آموزش داوطلبان در این رشته‌ها جهت حضور در میدان‌های عملیات می‌نماید. این اداره کل همچنین با برگزاری دوره‌های ضمن خدمت، کارکنان جمعیت را برای ارائه بهتر خدماتشان، آموزش می‌دهد. اداره کل پژوهش و فناوری نیز با انجام پژوهش‌های کاربردی، اقدام به یافتن راه‌حل‌های علمی برای مسائل جمعیت می‌نماید. این اداره کل همچنین برای توسعه فناوری‌های مربوط به وظایف جمعیت برنامه‌ریزی و اقدام می‌کند.

مؤسسه آموزش عالی علمی - کاربردی هلال ایران

در اساسنامه جمعیت هلال احمر جمهوری اسلامی ایران به امر برنامه ریزی و اقدام لازم جهت آمادگی مقابله با حوادث و سوانح و آموزش‌های عمومی در این زمینه‌ها و تربیت کادر امدادی و نیروی انسانی مورد نیاز تاکید شده است. این جمعیت از دیرباز، یعنی از سال ۱۳۳۰ آموزش نیروی انسانی را به شکل تربیت بهیاران و پرستاران در آموزشگاه پرستاری جمعیت شیر و خورشید سرخ ایران آغاز کرد که نهایتاً با اضافه شدن دانشکده پزشکی به آن، آموزشگاه به مجتمع آموزش پزشکی جمعیت شیر و خورشید سرخ ایران مبدل گردید. در سال‌های پس از انقلاب با محول شدن این وظیفه به وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، آموزش‌ها به نوعی دیگر در قالب آموزش‌های کوتاه مدت امدادی، و نیز آموزش‌های خاص علوم اداری-مددکاری و ... ادامه یافت تا این که در سال ۱۳۷۴ جمعیت هلال احمر در راستای انجام وظیفه خطیر خود مرکز آموزش و تحقیقات را با هدف آموزش نیروی انسانی متخصص و تحقیق و پژوهش در زمینه پیشگیری و آمادگی مقابله با حوادث و سوانح و امداد تاسیس کرد.

اهداف کلی مؤسسه آن گونه که در اساسنامه آمده است عبارت اند از:

- آموزش تکنیک‌ها و علوم جدید برای جلوگیری و مواجهه با سوانح
- آموزش مدیران، کارکنان و امدادگران در زمینه برنامه ریزی در امور مختلف مرتبط با فعالیت‌های جمعیت
- آموزش امدادگران معرفی شده از سوی سازمان‌های مختلف
- آموزش عمومی به منظور تعمیم و توسعه فرهنگ ایمنی و درک خطر در شرایط بحرانی و ارتقاء فرهنگ خود امدادی در جامعه
- تعیین روش‌های علمی و عملی به منظور ارزیابی سوانح و بلایا
- ارتقاء سطح فکری نیروی انسانی
- آموزش‌های تخصصی بلند مدت کاردانی و کارشناسی به منظور ارتقاء سطح علمی مدیران و کارشناسان جمعیت در زمینه‌های مرتبط با فعالیت‌های جمعیت هلال احمر

در تابستان سال ۱۳۸۱ نیز با اخذ موافقت قطعی وزارت علوم، تحقیقات و فناوری، نام مرکز به طور رسمی به موسسه آموزشی عالی - علمی کاربردی هلال ایران وابسته به جمعیت هلال احمر و تحت نظارت دانشگاه جامع علمی کاربردی ارتقاء یافت.

این موسسه یک مرکز آموزشی و پژوهشی غیر انتفاعی است که ارکان آن را هیات امناء، شورای موسسه و رییس موسسه تشکیل می دهند و اهم وظایف آن عبارتند از:

- ارتقاء کیفی فعالیت‌های مربوط به پیشگیری، مقابله و بازسازی سوانح در پرسنل و مدیران جمعیت هلال احمر و تربیت نیروی انسانی متخصص، ایجاد مهارت‌های شغلی به منظور افزایش بهره‌وری و ایجاد هماهنگی بین مهارت و دانش کار در زمینه‌های مرتبط با فعالیت‌های جمعیت هلال احمر

- ارتقاء و انتقال دانش کاری در زمینه‌های مربوط به اصول و اهداف جمعیت.

موسسه آموزش عالی علمی کاربردی هلال ایران، در حال حاضر دارای ۳۳ مرکز در ۳۱ استان کشور است.

کمیته حقوق بشردوستانه

کمیته‌های ملی حقوق بشردوستانه تقریباً تمام وظایفی را که دولت‌ها در رابطه با مقررات بشردوستانه به خصوص کنوانسیون‌های چهارگانه ۱۹۴۹ ژنو بر عهده دارند، انجام می‌دهند. موفق‌ترین این کمیته‌ها در سطح جهان کمیته‌هایی بوده‌اند که تحت ریاست و نظر جمعیت‌های ملی تشکیل شده‌اند. در سال ۱۳۷۵ رئیس وقت کمیته بین‌المللی صلیب سرخ، رسماً از طریق وزارت امور خارجه تقاضا کرد که ایران نسبت به تشکیل کمیته ملی حقوق بشردوستانه اقدام نماید. نهایتاً کمیته ملی حقوق بشردوستانه در سال ۱۳۷۸ هجری شمسی (۱۹۹۹ میلادی) طبق مصوبه هیات وزیران و با عضویت وزارتخانه‌های امور خارجه، دفاع، بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، کشور و دادگستری و به ریاست جمعیت هلال احمر تشکیل گردید. کمیته بنا بر ضرورت جلسات عادی و اضطراری درباره موضوعات گوناگون تشکیل می‌دهد. منابع

منابع:

منابع موجود در جمعیت هلال احمر جمهوری اسلامی ایران

با درود به روان پاک استاد فقید، زنده یاد، دکتر اکرامی نسب و آرزوی مزید توفیقات و عمر با عزت و سرافرازی و پویایی برای اساتید عالیقدر، آقایان دکتر نوربالا و دکتر نجفی که زحمت بازنگاری این مبحث را تقبل فرمودند.

کتاب جامع

بهداشت عمومی

فصل ۲ / گفتار ۱۲ / دکتر بیژن صدری زاده

نقش سازمان‌های فراملی در توسعه سلامت

فهرست مطالب

۲۷۳	اهداف درس
۲۷۳	مقدمه
۲۷۵	نقش سیستم ملل متحد در توسعه سلامت
۲۷۵	سازمان‌ها، برنامه‌ها و صندوق‌های ملل متحد
۲۷۶	سازمان جهانی بهداشت
۲۷۸	صندوق کودکان ملل متحد
۲۷۸	صندوق جمعیت ملل متحد
۲۷۹	سازمان آموزشی، علمی و فرهنگی ملل متحد
۲۸۰	اداره کمیساریای عالی ملل متحد
۲۸۰	برنامه محیط زیست ملل متحد
۲۸۰	گروه بانک جهانی
۲۸۰	سازمان بین‌المللی کار و کارگر
۲۸۱	سازمان بین‌المللی تجارت
۲۸۱	سازمان منع سلاح‌های شیمیایی
۲۸۱	برنامه غذای جهانی
۲۸۲	سازمان‌های غیر دولتی بین‌المللی و توسعه سلامت
۲۸۲	نقش سیستم ملل متحد در توسعه سلامت در ایران
۲۸۲	۱ - سازمان جهانی بهداشت
۲۸۵	۲ - صندوق کودکان ملل متحد
۲۸۵	۳ - صندوق جمعیت ملل متحد

نقش سازمان‌های فراملی در توسعه سلامت

The role of international organizations in health development

دکتر بیژن صدری زاده

وزارت بهداشت، مشاور وزیر بهداشت در امور بهداشتی و بین الملل

اهداف درس

انتظار می‌رود فراگیرنده، پس از گذراندن این درس، بتواند:

- با مقررات بهداشتی بین المللی آشنایی داشته باشد
- ضمن آشنایی با سوابق، وظایف و اهداف سازمان جهانی بهداشت، از نقش سازمان مزبور در توسعه سلامت جهانی باخبر باشد
- از نقش سیستم ملل متحد در توسعه سلامت آگاه باشد
- با سوابق، ساختار، اهداف و برنامه‌های مربوط به سازمان‌های بین المللی وابسته به ملل متحد، آشنایی کامل داشته باشد و از نقش آنها در توسعه سلامت، باخبر باشد

مقدمه

بیماری حد و مرز نمی‌شناسد. در گذشته‌ای نه چندان دور جمعیت‌ها ساکن بودند و آمیزش جوامع با یکدیگر کمتر اتفاق می‌افتاد. با گذشت زمان، ضمن کشف سیستم‌های ارتباطی سریع و قابل اطمینان و آگاهی بیشتر از راه‌های انتقال بیماری‌های عفونی به نقش همکاری‌های بین‌المللی در زمینه سلامت بیش از پیش پی برده شد.

از سال ۱۸۵۱ به بعد به منظور مبارزه با انتشار وبا، تب زرد، طاعون، آبله و تیفوس در دنیا گردهمایی‌های بین‌المللی بسیاری در زمینه سلامت برگزار شد و عهدنامه‌ها و مقررات عدیده‌ای تدوین گردید. مهمترین رویدادهای تاریخی مربوط به همکاری‌های بهداشتی بین‌المللی به شرح زیر می‌باشند:

۱۸۵۱ اولین کنفرانس صحت بین‌المللی به منظور تهیه عهدنامه صحت بین‌المللی در پاریس برگزار می‌شود ولی شکست می‌خورد.

۱۹۰۲ اداره صحت بین‌المللی (International Sanitary Bureau) که بعداً به اداره صحت پان آمریکن (Pan American Sanitary Bureau) تغییر نام می‌دهد در واشنگتن تاسیس می‌گردد. این اداره طلایه‌دار سازمان بهداشت پان آمریکن (Pan American health organization) است که نقش اداره منطقه‌ای سازمان جهانی بهداشت برای آمریکا را نیز عهده دار می‌باشد.

۱۹۰۷ اداره بین‌المللی بهداشت عمومی (l'Office International d'Hygiene Publique) در پاریس تاسیس می‌شود. این اداره دارای یک دبیرخانه و یک کمیته دائمی است که اعضای آن مقامات بهداشتی ارشد دولت‌های عضو می‌باشند.

۱۹۱۹ اتحادیه ملل (League of Nations) به منظور رسیدگی به امور پیشگیری و کنترل بیماری‌ها تشکیل می‌گردد. سازمان بهداشتی اتحادیه ملل (Health Organization of League Nations)، به موازات اداره بین‌المللی بهداشت عمومی در ژنو مستقر می‌شود.

۱۹۳۸ آخرین کنفرانس صحت بین‌المللی در پاریس برگزار می‌شود.

۱۹۴۶ کنفرانس بهداشت بین‌الملل در نیویورک، اساسنامه سازمان جهانی بهداشت (WHO) را تصویب می‌کند.

۱۹۴۸ اساسنامه سازمان جهانی بهداشت (WHO) در ۷ آوریل (روز بهداشت جهانی) با امضاء ۶۱ کشور عضو جنبه اجرایی پیدا می‌کند. بعداً، اولین مجمع بهداشت جهانی با شرکت نمایندگان ۵۵ دولت که به عضویت سازمان در آمده بودند، در ژنو برگزار می‌شود.

۱۹۵۱ تصویب متن جدید مقررات صحت بین‌المللی به وسیله چهارمین مجمع بهداشت جهانی.

۱۹۶۹ مقررات صحت بین‌المللی، در حالیکه تیفوس شپشی و تب راجعه از آن حذف می‌شود و فقط وبا، طاعون، ابله و تب زرد در آن باقی می‌ماند، به مقررات بهداشتی بین‌المللی تغییر نام می‌دهد.

۱۹۷۴ سازمان جهانی بهداشت برنامه توسعه ایمن سازی (Expanded Programme on Immunization) - را به منظور محافظت کودکان در برابر فلج اطفال، سرخک، دیفتیری، سیاه سرفه، کزاز و سل راه اندازی می‌کند.

۱۹۷۸ کنفرانس بین‌المللی مشترک بین سازمان جهانی بهداشت و یونیسف در آلماتای شوروی، اعلامیه مراقبت‌های اولیه بهداشتی را به عنوان کلید نیل به هدف سلامت برای همه تا سال ۲۰۰۰ تصویب می‌کند.

۱۹۷۹ در حالیکه آخرین مورد طبیعی ابله در سال ۱۹۷۷ اتفاق افتاده است، ریشه کنی ابله در دنیا به وسیله یک کمیسیون جهانی گواهی می‌شود.

۱۹۸۱ استراتژی جهانی سلامت برای همه تا سال ۲۰۰۰ پذیرفته می‌شود و به وسیله مجمع عمومی ملل متحد مورد تایید قرار می‌گیرد. مجمع عمومی ملل متحد ضمن تصویب استراتژی، سایر سازمان‌های بین‌المللی را به همکاری با سازمان جهانی بهداشت دعوت می‌نماید.

۱۹۸۸ چهلمین سالگرد تاسیس سازمان جهانی بهداشت جشن گرفته می‌شود. چهل و یکمین اجلاس مجمع بهداشت جهانی ریشه کنی فلج اطفال تا سال ۲۰۰۰ را تصویب می‌کند.

نقش سیستم ملل متحد در توسعه سلامت

سلامت انسان‌ها هدف اصلی بسیاری از سازمان‌های بین‌المللی می‌باشد. نگاهی ساده بر اعضای (Organs) اصلی سیستم ملل متحد نشان می‌دهد که تقریباً همه سازمان‌ها، برنامه‌ها، صندوق‌ها و کمیسیون‌های مربوطه از نوعی مسئولیت برای ارتقای سلامت در سطوح جهانی، منطقه‌ای و ملی برخوردارند. اعضای مختلف سیستم ملل متحد به طور مستقیم یا غیرمستقیم در ارتقای سلامت در سطح جهانی مشارکت دارند. بعضی از این اعضا ممکن است جنبه‌های خاصی از بخش سلامت را مورد توجه قرار دهند. مثلاً بانک جهانی به جنبه‌های مالی و اقتصادی سلامت می‌پردازد، برنامه محیط زیست ملل متحد (United Nations Environmental Programme : UNEP) حفاظت از محیط زیست را عهده دار می‌باشد و غیره. سازمان جهانی بهداشت (WHO)، صندوق کودکان ملل متحد (UNICEF) و صندوق جمعیت ملل متحد (UNFPA) در برابر سلامت جهان و جهانیان هر یک دارای وظایف و تعهدات ویژه‌ای می‌باشند که در جای خود به آن خواهیم پرداخت.

سازمان‌ها، برنامه‌ها و صندوق‌های ملل متحد

۱ - سازمان‌ها و صندوق‌هایی که مستقیماً در توسعه سلامت نقش دارند، شامل

- ۱-۱ سازمان جهانی بهداشت (World Health Organization : WHO)
- ۲-۱ صندوق کودکان ملل متحد (United Nations Children's Fund : UNICEF)
- ۳-۱ صندوق جمعیت ملل متحد (United Nations Population Fund : UNFPA)
- ۴-۱ سازمان آموزشی، علمی و فرهنگی ملل متحد (United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization: UNESCO)

۲ - سازمان‌ها و برنامه‌هایی که به طور غیر مستقیم با سلامت در ارتباط می‌باشند

- ۱-۲ برنامه عمران ملل متحد (United Nations Development Programme : UNDP)
- ۲-۲ اداره کمیساریای عالی ملل متحد (Office of the United Nations High Commissioner for Refugees : UNHCR)
- ۳-۲ برنامه محیط زیست ملل متحد (United Nations Environmental Programme : UNEP)
- ۴-۲ گروه بانک جهانی (World Bank Group)
- ۵-۲ سازمان بین‌المللی کار (International Labour Organization: ILO)

۶-۲ سازمان بین‌المللی تجارت (World Trade Organization: WTO)

۷-۲ سازمان منع سلاح‌های شیمیایی

(Organization of the Prohibition of Chemical Weapons: OPCW)

۸-۲ سازمان غذا و کشاورزی ملل متحد

(Food and Agriculture Organization of United Nations: FAO)

۹-۲ برنامه غذایی جهانی (World Food Programme : WFP)

ذیلا در باره آن گروه از سازمان‌ها و صندوق‌هایی که مستقیماً در توسعه سلامت نقش دارند به بحث بیشتری می‌پردازیم و پس از آن به اهداف کلی سازمان‌ها و برنامه‌هایی که به طور غیر مستقیم با توسعه ملی سلامت ارتباط دارند، اشاره خواهیم کرد.

سازمان جهانی بهداشت (WHO)

سازمان جهانی بهداشت یکی از سازمان‌های تخصصی سیستم ملل متحد است که نقش اصلی آن هدایت و هماهنگی برنامه‌های سلامت در سطح بین‌المللی می‌باشد. هدف سازمان جهانی بهداشت دست یافتن به بالاترین سطح ممکن سلامت برای همه مردم دنیا است. مهمترین مسئولیت‌های این سازمان بین‌المللی عبارتند از:

- ایجاد انگیزه برای ریشه کنی بیماری‌های همه گیر، بومی و سایر بیماری‌ها.
- ارتقای وضع تغذیه، مسکن، بهسازی محیط، شرایط کار و دیگر جنبه‌های بهداشت محیط.
- ترویج همکاری بین گروه‌های علمی و حرفه‌ای مسئول پیشبرد سلامت.
- ترویج و هدایت پژوهش در زمینه سلامت.
- تعیین استانداردهای بین‌المللی برای غذا، مواد بیولوژیک و فرآورده‌های دارویی.
- کمک به ایجاد یک اعتقاد عمومی در بین همه مردم در باره امور بهداشتی.

اجرای موفقیت آمیز این وظایف نیاز به تکنولوژی جدید و پیشرفته‌ای داشت که می‌بایستی در شرایط میدانی محک زده شود و این به نوبه خود به پژوهش بیشتر برای یافتن پاسخ‌های موثر مربوط می‌شد. با تصویب استراتژی جهانی سلامت برای همه تا سال ۲۰۰۰ در سی و چهارمین اجلاس مجمع بهداشت جهانی که در ماه مه ۱۹۸۱ در ژنو تشکیل شد، وظایف این سازمان ابعاد تازه‌ای یافت.

منظور از هدف سلامت برای همه تا سال ۲۰۰۰ همانطور که در کنفرانس بین‌المللی آلماتا در مورد مراقبت‌های اولیه بهداشتی آمده این است که کلیه مردان و زنان بتوانند بر اساس ۸ رکن اصلی مراقبت‌های اولیه بهداشتی از نظر اقتصادی و اجتماعی زندگی مولد و پرباری داشته باشند. این ارکان عبارتند از: آموزش در باره مشکلات بهداشتی شایع و راه‌های شناسایی و پیشگیری از آنها، ترویج تدارک غذا و تغذیه مناسب، دسترسی به آب آشامیدنی سالم و دفع بهداشتی فضولات، مراقبت از سلامت مادران و کودکان از جمله تنظیم خانواده (MCH including family planning) ایمن سازی بر علیه بیماری‌های عفونی مهم، پیشگیری و کنترل بیماری‌های بومی شایع، درمان مناسب سوانح و بیماری‌های رایج و دسترسی به داروهای اساسی.

امروزه سیاست مورد قبول سازمان جهانی بهداشت بر تلاش پیگیر و سازمان یافته همه کشورها برای تامین سلامت کلیه افراد جامعه تاکید دارد. از نظر اساسنامه سازمان جهانی بهداشت "سلامت" عبارت است از "برخورداری کامل از سلامت جسمی، روانی و اجتماعی و نه صرفاً فقدان بیماری یا ناتوانی" . فائق آمدن بر موانع مربوط به سلامت شامل محیط آلوده، غذای ناکافی یا ناسالم، فقدان آموزش، و کمبود یا ضعف مراکز ارائه خدمات بهداشتی درمانی از دیگر مسائلی است که مورد تاکید سازمان جهانی بهداشت می‌باشد.

از نظر این سازمان بین‌المللی (WHO) سلامت یک مسئولیت مشترک است که افراد، خانواده، جامعه و ملت را در بر می‌گیرد. تلاش‌های بخش سلامت باید به وسیله بسیاری دیگر از بخش‌های مربوط از قبیل کشاورزی، آب و بهسازی محیط، اقتصاد، برنامه ریزی، ارتباطات و آموزش، حمایت و تقویت شوند.

در سال ۱۹۷۷ مجمع بهداشت جهانی تصمیم بر این گرفت که هدف اجتماعی کشورها و سازمان جهانی بهداشت دستیابی همه مردم دنیا تا سال ۲۰۰۰ به درجه‌ای از سلامت و تندرستی باشد که به همه آن‌ها اجازه دهد از نظر اقتصادی و اجتماعی زندگی مولد و پرحاصلی داشته باشند، و این تولدی بود برای جنبش "سلامت برای همه تا سال ۲۰۰۰".

در سال ۱۹۷۸ کنفرانس بین‌المللی مشترک بین سازمان جهانی بهداشت و یونیسف در باره مراقبت‌های اولیه بهداشتی اعلامیه آلماتا را پذیرفت. در سال ۱۹۸۱ مجمع بهداشت جهانی (گردهمایی سالانه هیئت‌های نمایندگی کشورهای عضو که معمولاً در ژنو تشکیل می‌شود) استراتژی جهانی سلامت برای همه تا سال ۲۰۰۰ را تصویب کرد. استراتژی مورد بحث بر ایجاد یک نظام سلامت با شروع مراقبت‌های اولیه بهداشتی برای ارائه برنامه‌های کشوری فراگیر و قابل دسترسی به وسیله همه مردم، تاکید دارد. این برنامه‌ها شامل اقداماتی است برای ارتقای سلامت، پیشگیری از بیماری‌ها، تشخیص، درمان و توانبخشی. استراتژی مذکور، اقداماتی را که باید به وسیله افراد، خانواده‌ها، جوامع و واحدهای ارائه خدمت در سطوح اولیه و پشتیبانی صورت گیرد مشخص می‌کند، همچنین نقش سایر بخش‌ها را تعیین می‌کند. از خصوصیات دیگر استراتژی این است که تکنولوژی مناسب برای کشورهای مربوطه را انتخاب می‌نماید.

تکنولوژی انتخابی باید از نظر علمی معتبر باشد، و با توجه به منابع و امکانات کشور قابل تحمل باشد. استراتژی مورد بحث، نظارت اجتماعی بر ساختار سلامت و تکنولوژی را از طریق مشارکت فعال جامعه ضروری می‌داند، همچنین به نقش اقدامات بین‌المللی در تقویت عملیات کشوری از طریق تبادل اطلاعات، ارتقای پژوهش و توسعه، کمک فنی، آموزش، تامین هماهنگی درون و برون بخشی و ترویج و تقویت عناصر اصلی مراقبت‌های اولیه بهداشتی در کشورها تاکید دارد.

علیرغم پیشرفت‌های حاصله در زمینه سلامت، مشخص شد که هدف سلامت برای همه تا سال ۲۰۰۰ به دلایل مختلف از جمله تغییرات جهانی و چالش‌های سیاسی، اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی مربوطه که بر روی نظام سلامت تاثیر می‌گذارند، دست یافتنی نمی‌باشند. در این ارتباط، سازمان جهانی بهداشت با همکاری کشورهای عضو، استراتژی سلامت برای همه را برای قرن بعدی (قرن بیست و یکم) تجدید کرد.

صندوق کودکان ملل متحد (UNICEF)

یونیسف بخشی از ملل متحد است که منحصرًا به کودکان اختصاص یافته است. این سازمان در سال ۱۹۴۶ به عنوان جزئی از سیستم ملل متحد به منظور تسکین آلام کودکان به دنبال جنگ جهانی دوم پایه گذاری شد. یونیسف یک تجلی از روحیه رایج زمان یعنی تعهد برای رویارویی و حل مشکلات به طور دسته جمعی بود. از سال ۱۹۵۰ که مجمع عمومی ملل متحد اختیارات و تعهدات یونیسف را وسیعتر کرد، این سازمان در کشورهای در حال توسعه برای کودکانی که آینده آن‌ها به واسطه فقر، بیماری‌های قابل پیشگیری، سوء تغذیه و فقدان فرصت‌های آموزشی به مخاطره افتاده است در تلاش بوده است.

یونیسف به وسیله پیمان نامه حقوق کودک که در سال ۱۹۸۹ به تصویب مجمع عمومی ملل متحد رسیده است هدایت می‌شود و با کمک همدستانش برای ساختن یک دنیای دوستدار کودک در جهت اهداف زیر تلاش می‌کند:

- ارتقا و رعایت حقوق کودکان و حقوق انسانی خصوصاً زنان.
- هدایت قوانین، سیاست‌ها و اقدامات مربوط به کودکان به وسیله اصولی که بیشترین منابع را برای کودکان در بر دارند.
- فراهم کردن حداکثر امکان رشد برای کودکان به طوری که بتوانند سالم زندگی کنند و زندگی فعالی داشته باشند، همچنین از فرصت‌های زیادی برای یادگیری و مشارکت در تصمیماتی که رفاه آنها را متأثر می‌سازد برخوردار باشند.
- رعایت عدالت اجتماعی در تدوین سیاست‌ها و برنامه‌های مربوط به کودکان.

از دیگر وظایف یونیسف، همکاری با سازمان‌های بشر دوستانه در محافظت و کمک رسانی به کودکانی است که در شرایط جنگی قرار گرفته‌اند. هیئت اجرایی یونیسف در سال ۱۹۹۶ طی بیانیه ویژه‌ای (E / I C E F / 1. 2 / AB / 1996) مأموریت یونیسف در محافظت از کودکان در فوریت‌ها را مشخص کرده است. یونیسف متعهد است از کودکانی که در شرایط نامساعدی قرار دارند (کودکان جنگ، بلایا، فقر مطلق، انواع خشونت و استثمار) محافظت نماید. همچنین در فوریت‌ها، یونیسف از حقوق کودکان محافظت می‌کند.

صندوق جمعیت ملل متحد (UNFPA)

صندوق جمعیت ملل متحد که تابع مجمع عمومی ملل متحد می‌باشد یکی از بزرگترین منابع مالی بین‌المللی برای کمک به جمعیت در کشورهای در حال توسعه است. این صندوق در سال ۱۹۶۹ شروع به کار کرد و کشورهای در حال توسعه را در امور مربوط به بهداشت باروری و جمعیتی از جمله سیاست‌های جمعیتی یاری می‌نماید.

صندوق جمعیت ملل متحد به وسیله اصول برنامه عملیاتی مربوط به کنفرانس بین‌المللی جمعیت و توسعه (۱۹۹۴) که به روابط بسیاری بین جمعیت و توسعه تاکید داشته و به تامین نیازهای زنان و مردان بیش از

اهداف جمعیتی اهمیت می‌دهد، هدایت می‌شود. صندوق مذکور در زمینه همکاری با دولت‌ها، بخش‌های مختلف سیستم ملل متحد، بانک‌های توسعه، سازمان‌های کمک دهنده، سازمان‌های غیردولتی بین‌المللی و جامعه مدنی کاملاً متعهد می‌باشد. شورای اجتماعی و اقتصادی ملل متحد در سال ۱۹۷۳ مسئولیت‌های صندوق جمعیت ملل متحد را به شرح زیر تعیین کرده است:

- آگاه سازی و ظرفیت سازی برای پاسخگویی به نیازهای جمعیت و تنظیم خانواده.
- ارتقا سطح آگاهی در کشورها اعم از توسعه یافته و در حال توسعه در مورد مشکلات مربوط به جمعیت و راهکارهای مقابله با این قبیل مشکلات.
- کمک به کشورهای در حال توسعه برای حل مشکلات جمعیتی، در قالب نیازها و شرایط کشور درخواست کننده.
- به عهده گرفتن نقش رهبری در سیستم ملل متحد در ارتقای برنامه‌های جمعیتی و هماهنگ کردن پروژه‌هایی که توسط صندوق حمایت می‌شوند.

سازمان آموزشی، علمی و فرهنگی ملل متحد (UNESCO)

هدف اصلی یونسکو مشارکت در صلح و امنیت در جهان است از طریق ارتقای همکاری در بین ملل در زمینه آموزش، علم، فرهنگ و ارتباطات، به منظور تحقق احترام عالمگیر برای عدالت، حاکمیت قانون، حقوق انسانی و آزادی‌های اساسی برای همه مردم دنیا بدون برتری نژاد، جنس یا مذهب، به تریبی که در منشور ملل متحد آمده است. به منظور نیل به این اهداف، یونسکو وظایف پنجگانه زیر را عهده دار می‌باشد:

- بررسی‌های آینده نگر: چه شکلی از آموزش، علم، فرهنگ و ارتباطات برای دنیای فردا؟
- پیشرفت، انتقال و سهم بردن از دانش: با تکیه بر فعالیت‌های پژوهشی، آموزشی و آموختنی.
- اقدام برای تعیین استانداردها: تهیه و تصویب اسناد بین‌المللی و توصیه‌های قانونی.
- ارائه نظریه فنی: به کشورها برای تدوین سیاست‌ها و تهیه پروژه‌های مربوط به توسعه در قالب "همکاری فنی".
- تبادل اطلاعات تخصصی.

برنامه عمران ملل متحد (UNDP)

برنامه عمران ملل متحد، نهاد اصلی برای هماهنگ کردن کار عمران ملل متحد می‌باشد. بودجه سالانه برنامه مذکور ۲/۳ میلیارد دلار است و با این ترتیب بزرگترین سهم را در امر توسعه در سطح جهانی دارا می‌باشد. برنامه عمران ملل متحد در سیاستگذاری و ظرفیت سازی برای رشد اقتصادی کشورها نقش مهمی را ایفا می‌نماید، ضمناً از طریق همکاری با بخش‌های دولتی و خصوصی امکان استفاده هرچه بیشتر از منابع کمکی را در مقابله با چالش‌ها و فرصت‌های حاصله از "جهانی شدن" فراهم می‌نماید.

اداره کمیساریای عالی ملل متحد (UNHCR)

وظیفه اصلی اداره کمیساریای عالی ملل متحد که در سال ۱۹۵۰ تاسیس شد، هدایت و هماهنگی اقدامات بین‌المللی برای محافظت از آوارگان جهان و حل مشکلات آن‌ها می‌باشد. اداره مذکور از بدو تاسیس تاکنون به ۵۰ میلیون آواره کمک کرده و برنده دو جایزه نوبل در سال‌های ۱۹۵۴ و ۱۹۸۱ بوده است. مهمترین مسئولیت اداره کمیساریای عالی ملل متحد تحت عنوان "محافظت بین‌المللی" تضمین احترام به حقوق اساسی آوارگان است از جمله حفظ حق پناهندگی و عدم برگشت اجباری (غیرداوطلبانه) آوارگان به کشوری که امکان شکنجه و آزار در آن وجود دارد. ترویج موافقتنامه‌های بین‌المللی مربوط به آوارگان، پایش رعایت قوانین بین‌المللی به وسیله کشورها و دادن کمک‌های اساسی از قبیل غذا، پناهگاه و مراقبت‌های دارویی به غیر نظامیان فراری از دیگر وظایف اداره کمیساریای عالی ملل متحد می‌باشند.

برنامه محیط زیست ملل متحد (UNEP)

برنامه محیط زیست ملل متحد در سال ۱۹۷۲ بنیان نهاده شد. مأموریت این برنامه رهبری و جلب مشارکت در مراقبت از محیط زیست است، این مهم از طریق توانمندسازی ملت‌ها و مردم برای بهبود کیفیت زندگی بدون مصالحه کردن منافع نسل آینده تحقق می‌یابد. برنامه محیط زیست ملل متحد، ضمن تعیین خط مشی و دستور کار محیط زیست در سطح جهانی، اجرای ابعاد محیطی توسعه پایدار را در سیستم ملل متحد بهبود می‌بخشد و به عنوان یک مرجع معتبر در توسعه جهانی محیط، عمل می‌نماید.

گروه بانک جهانی (World Bank Group)

بانک جهانی شامل گروهی مشتعل بر پنج موسسه است: بانک بین‌المللی برای نوسازی و توسعه (تاسیس در ۱۹۴۵)، شرکت دارایی بین‌المللی (۱۹۵۶) انجمن بین‌المللی توسعه (۱۹۶۰)، آژانس تضمین سرمایه‌گذاری چند جانبه (۱۹۸۸) و مرکز بین‌المللی برای تسویه منازعات سرمایه‌گذاری (۱۹۶۶). هدف مشترک کلیه موسسات فوق، کاهش فقر در سرتاسر جهان از طریق تقویت اقتصاد ملت‌های فقیر می‌باشد. گروه بانک جهانی دارای ۱۱۰۰۰ کارمند است و بودجه سالیانه آن حدود ۱/۴ میلیارد دلار می‌باشد.

سازمان بین‌المللی کار (ILO)

سازمان بین‌المللی کار، یک آژانس تخصصی است که مسئولیت اصلی آن ارتقای عدالت اجتماعی و حفظ حقوق انسانی کارگر می‌باشد. این سازمان در سال ۱۹۱۹ تاسیس شد و در سال ۱۹۴۶ به اولین آژانس تخصصی ملل متحد تبدیل گردید. مهمترین وظایف سازمان بین‌المللی کار و کارگر عبارتند از:

- تعیین سیاست‌ها و برنامه‌های بین‌المللی برای کمک به بهبود شرایط کار و زندگی
- ایجاد استانداردهای بین‌المللی به عنوان راهنمای مقامات کشوری در اجرایی کردن این سیاست‌ها
- اجرای یک برنامه وسیع همکاری فنی برای کمک به دولت‌ها در جهت موثر سازی سیاست‌ها و مشارکت

در برنامه‌های آموزشی و پژوهشی به منظور پیشبرد این فعالیت‌ها. سازمان بین‌المللی کار از این نظر که نمایندگان کارگر و کارفرما با نمایندگان دولت در تعیین سیاست‌ها صدای یکسان دارند، در بین سازمان‌های جهانی، بی‌همتا می‌باشد.

سازمان بین‌المللی تجارت (WTO)

سازمان بین‌المللی تجارت در سال ۱۹۹۵ تاسیس و جانشین قرارداد کلی در باره تعرفه عمومی و تجارت (GATT) شد، که به نوبه خود تنها مجموعه بین‌المللی بود که با قوانین جهانی تجارتی در بین ملت‌ها سروکار داشت. سازمان بین‌المللی تجارت، یک موسسه تخصصی نیست ولی با ملل متحد تشریک مساعی می‌کند، و هدف آن هموارسازی راه تجارت از طریق حل و فصل منصفانه منازعات تجاری در بین ملت‌ها بر اساس قوانین موجود می‌باشد. (در این ارتباط، بیش از ۶۰ موافقتنامه وجود دارد که زمینه را از نظر قانونی برای تجارت بین‌الملل و سیاست‌های بازرگانی مهیا می‌سازد).*

سازمان منع سلاح‌های شیمیایی (OPCW)

هدف اصلی سازمان منع سلاح‌های شیمیایی اجرای پیمان نامه منع تهیه، تولید، ذخیره و مصرف سلاح‌های شیمیایی و انهدام آن‌ها است. پیمان نامه مذکور که در ۲۹ آوریل ۱۹۹۷ جنبه اجرایی پیدا کرد اولین پیمان خلع سلاح بین‌المللی است که امکان حذف کلیه سلاح‌های تخریبی را فراهم می‌کند.

سازمان غذا و کشاورزی ملل متحد (FAO)

سازمان غذا و کشاورزی ملل متحد نقش رهبری در توسعه روستایی را عهده دار می‌باشد. هدف اصلی این سازمان مبارزه با فقر و گرسنگی از طریق ترویج کشاورزی، بهبود تغذیه و پیگیری امنیت غذا است (دسترسی همه مردم در همه اوقات به غذایی که برای یک زندگی فعال و سالم به آن نیاز دارند). سازمان غذا و کشاورزی در جریان یک کنفرانس در شهر کوبک (Quebec) در ۱۶ اکتبر ۱۹۴۵ بنیان نهاده شد و از همان تاریخ، این روز به روز جهانی غذا معروف شده است.

برنامه غذایی جهانی (WFP)

برنامه غذای جهانی سیستم ملل متحد که بزرگترین سازمان بین‌المللی در زمینه کمک‌های غذایی است سالیانه ۳ میلیون تن مواد غذایی توزیع می‌نماید. هدف اصلی برنامه غذای جهانی که در سال ۱۹۶۳ تاسیس شده، کمک به مردم فقیر کشورهای در حال توسعه از طریق مبارزه با فقر و گرسنگی در جهان است. برنامه مذکور علاوه بر کمک‌های غذایی برای توسعه اقتصادی و اجتماعی، در زمان فوریت‌ها نیز به کمک قربانیان جنگ و بلایا می‌شتابد و نیازهای غذایی آنان را تامین می‌نماید. برنامه غذا و کشاورزی بیش از ۵۰۰۰ نفر کارمند دارد که بیش از نیمی از آن‌ها در استخدام موقت می‌باشند. این برنامه در سال ۱۹۹۹، ۳/۴ میلیون تن غذا به ۸۹ میلیون

نفر در ۸۲ کشور اهدا نمود. (کل هزینه‌ها بالغ بر ۱/۵ میلیارد دلار بوده است).

سازمان‌های غیر دولتی بین‌المللی و توسعه سلامت

سازمان‌های غیردولتی (NGOs) بین‌المللی تحت عناوین مختلف از قبیل سازمان، انجمن، اتحادیه، آژانس، کمیسیون، گروه مشورتی، جمعیت، مرکز، مجمع و فدراسیون در توسعه سلامت ملی و بین‌المللی نقش مهمی ایفا می‌نمایند. تا این تاریخ، ۱۸۹ سازمان غیر دولتی بین‌المللی مرتبط با سلامت توسط سازمان جهانی بهداشت به رسمیت شناخته شده‌اند. با توجه به زیاد بودن تعداد سازمان‌های غیر دولتی بین‌المللی، بحث در باره وظایف و مسئولیت‌های سازمان‌های مذکور و نقش آن‌ها در توسعه سلامت از حوصله این مقاله خارج است.

نقش سیستم ملل متحد در توسعه سلامت در ایران

در بین سازمان‌ها، صندوق‌ها و برنامه‌های وابسته به سیستم ملل متحد، سازمان جهانی بهداشت (WHO)، صندوق کودکان ملل متحد (UNICEF) و صندوق جمعیت ملل متحد (UNFPA) بیش از سایر موسسات مربوط به ملل متحد در توسعه سلامت در ایران نقش دارند. لذا به طور خلاصه به ذکر فعالیت‌های اصلی سه موسسه مذکور در کشور می‌پردازیم.

۱ - سازمان جهانی بهداشت (WHO)

با توجه به نقش ویژه سازمان جهانی بهداشت در توسعه سلامت ملی و بین‌المللی، پس از مروری کوتاه بر تاریخچه، ساختار، تصمیم‌گیری و منابع مالی سازمان، به مهمترین برنامه‌ها و فعالیت‌های سازمان جهانی بهداشت در جمهوری اسلامی ایران اشاره خواهیم کرد.

با گذشت بیش از ۵۰ سال از عمر سازمان جهانی بهداشت، تعداد کشورهای عضو از ۶۱ کشور (در سال ۱۹۴۸) به ۱۹۲ کشور (در حال حاضر) افزایش یافته است. سازمان مذکور، از سه سطح عملیاتی (اداره مرکزی، ادارات منطقه‌ای و ادارات کشوری) تشکیل شده و دارای ۳۵۰۰ نفر کارمند ثابت می‌باشد. اداره امور سازمان جهانی بهداشت را سه هیئت اصلی شامل مجمع بهداشت جهانی، هیئت اجرایی و دبیرخانه، عهده دار می‌باشند. مجمع بهداشت جهانی از نمایندگان کلیه کشورهای عضو تشکیل می‌شود و وظیفه اصلی آن سیاست‌گذاری، تصویب بودجه و انتصاب مدیر کل است. اجلاس مجمع بهداشت جهانی همه ساله در ماه مه در ژنو برگزار می‌شود. هیئت اجرایی شامل ۳۲ نفر عضو می‌باشد که توسط مجمع از بین کشورهای عضو برای مدت سه سال انتخاب می‌شوند. جلسات هیئت اجرایی سالی دوبار (ژانویه و مه) تشکیل می‌شود. رسیدگی به امور فنی، تهیه برنامه کار مجمع و بررسی بودجه سازمان از اهم وظایف هیئت اجرایی می‌باشند.

سازمان جهانی بهداشت دارای شش منطقه (اروپا، آمریکا، آفریقا، آسیای جنوب شرقی، غرب اقیانوس آرام، مدیترانه شرقی) و ۱۴۱ اداره کشوری می‌باشد. بودجه جاری سازمان برای سال‌های ۲۰۰۰-۲۰۰۱ مبلغ ۸۴۲ میلیون دلار و مشارکت جمهوری اسلامی ایران بالغ بر ۱/۳۲۸/۷۰۰ دلار بوده است.

کمک‌های فنی سازمان جهانی بهداشت در چارچوب زیر صورت می‌گیرد:

- اعزام متخصص یا مشاور به کشورها.
- کمک به آموزش نیروی انسانی پزشکی و بهداشتی کشورها از طریق برگزاری دوره‌های آموزشی داخلی یا خارجی و یا اعزام نیروها به خارج از کشور به منظور بازآموزی یا طی دوره‌های تکمیلی در زمینه برنامه‌های بهداشتی.
- تامین لوازم و تجهیزات اساسی مورد نیاز برنامه‌ها.
- کمک به برنامه‌های پژوهشی خصوصاً پژوهش‌های کاربردی.
- برگزاری گردهمایی‌های بین کشوری یا منطقه‌ای.
- کمک به تبادل اطلاعات در زمینه مسائل پزشکی و بهداشتی.

کمک‌های فنی سازمان جهانی بهداشت به جمهوری اسلامی ایران در قالب برنامه‌های دو ساله و بر اساس برنامه ریزی مشترک تحقق می‌یابد. اعتبارات تخصیص یافته برای سال‌های ۲۰۰۲-۲۰۰۳ مبلغ ۲/۱۰۳/۰۰۰ دلار بوده است. ۷۵ درصد از اعتبارات موجود برای کمک به هشت برنامه در اولویت به شرح زیر اختصاص یافته است:

- اصلاحات در بخش سلامت
- برنامه اثربخشی مدیریت
- نظام اطلاع رسانی سلامت
- مبارزه با بیماری‌های غیرواگیر (NCD) از جمله بهبود شیوه‌های زندگی و ارتقای سلامت
- توسعه نیروی انسانی مربوط به سلامت
- تامین داروهای اساسی
- بهبود کیفیت
- پژوهش در زمینه نظام سلامت

علاوه بر این، برنامه دو ساله (۲۰۰۲-۲۰۰۳) مشترک بین دولت جمهوری اسلامی ایران و سازمان جهانی بهداشت برای فعالیت‌های زیر اهمیت ویژه‌ای قائل شده است:

- تقویت برنامه نیازهای اساسی توسعه (BDN)
- بهبود کیفیت داروهای اساسی و منطقی کردن مصرف آنها
- خودکفایی در تولید واکسن با کیفیت مطلوب
- تربیت نیروی انسانی بر اساس نیازهای واقعی جامعه از طریق توسعه برنامه‌های آموزش پزشکی جامعه نگر (COME) و آموزش مداوم پزشکی (CME)

- وسعت بخشیدن به پژوهش‌های مربوط به نظام سلامت به طوری که کارکنان بهداشتی در اجرای پژوهش به عنوان یک ابزار حل مشکل، نقش مستقیم و موثری داشته باشند.
- اصلاح نظام اطلاع رسانی سلامت به تریبی که از اطلاعات موجود بتوان برای تصمیم‌گیری به موقع استفاده نمود.

در بین سایر برنامه‌هایی که مورد حمایت سازمان جهانی بهداشت می‌باشند، برنامه مبارزه با بیماری‌های واگیر از اهمیت بیشتری برخوردار است. این برنامه شامل عناوین زیر می‌باشد:

- ریشه‌کنی فلج اطفال
- حذف سرخک
- حذف کزاز نوزادان
- سل
- مالاریا
- ایدز و بیماری‌های آمیزشی
- حذف جذام
- بیماری‌های گرمسیری
- بیماری‌های قابل انتقال بین انسان و حیوان (Zoonotic Diseases)
- کنترل حشرات
- مراقبت و کنترل بیماری‌ها

با توجه به جلسات برنامه‌ریزی مشترک بین سازمان جهانی و وزارت بهداشت که از ۹ تا ۱۳ اکتبر ۲۰۱۱ (برابر با ۱۷ تا ۲۱ مهر ماه ۱۳۹۰) انجام شده، حق‌السهم ایران برای سازمان جهانی بهداشت در طی سال‌های ۲۰۱۰ و ۲۰۱۱ به ترتیب ۸۳۵/۰۰۰ و ۱/۰۸۲/۱۰۰ دلار، و اعتبارات تخصیص یافته برای کشور در سال‌های ۲۰۱۳-۲۰۱۲ برابر با ۱/۰۰۹/۰۰۰ دلار بوده است.

براساس استراتژی کشوری همکاری بین سازمان جهانی بهداشت و جمهوری اسلامی ایران (۲۰۱۰-۲۰۱۴) مهمترین جهات راهبردی برای همکاری سازمان مذکور با کشور در طی سال‌های ۲۰۱۰ تا ۲۰۱۴ به شرح زیر تعیین شده‌اند:

- بهبود بخشیدن عدالت در سلامت و تعیین کننده‌های سلامت (Social Determinants of Health)
- تقویت مراقبت‌های اولیه سلامت (PHC)
- افزایش دسترسی به خدمات سلامت و ایجاد عدالت در پرداخت هزینه‌های مربوط به سلامت
- بهبود بخشیدن رهبری و حاکمیت در نظام سلامت
- تقویت امنیت سلامت

- مقابله با پیامدهای گذر دموکراتیک و گذر اپیدمیولوژیک
- تقویت مشارکت و همکاری برای توسعه

۲ - صندوق کودکان ملل متحد (UNICEF)

صندوق کودکان ملل متحد (یونیسف) از سال ۱۳۶۳ در ایران شروع به فعالیت نموده است. در سال ۱۳۷۹ دولت جمهوری اسلامی ایران و یونیسف برنامه پنج ساله جدیدی را همزمان با برنامه سوم توسعه کشور (۱۳۸۳-۱۳۷۹) آغاز کردند. برنامه حمایتی یونیسف همچنین با دوره‌های برنامه‌های صندوق جمعیت و برنامه عمران ملل متحد همزمانی دارد.

برنامه ریزی روش مند فعالیت‌ها با امضای برنامه‌های عملیاتی مربوط به پروژه‌های سالیانه مشترک بین یونیسف و همکاران کشوری برای اولین بار در سال ۱۳۷۹ رسمیت یافته است.

برنامه حمایتی یونیسف مربوط به سال‌های ۱۳۸۳-۱۳۷۹ شامل پنج برنامه بخشی به شرح زیر می‌باشد:

- پیشگیری از سوء تغذیه
- بهبود کیفیت خدمات
- کاهش نابرابری‌ها
- کودکان نیازمند حمایت ویژه
- ارتقا و پایش عهدنامه حقوق کودک

منابع مالی تخصیص یافته برای اجرای فعالیت‌های مربوط به برنامه‌های فوق در سال ۱۳۸۱ حدود هشتصد هزار دلار بوده است.

حق عضویت کشور برای صندوق کودکان ملل متحد (یونیسف) در سال‌های ۲۰۱۰ و ۲۰۱۱، برای هر سال ۵۳/۵۰۰ دلار بوده است. بودجه جاری پنج ساله ۲۰۰۹-۲۰۰۵ صندوق کودکان ملل متحد (یونیسف) برای ایران ۷/۰۸۸/۰۰۰ دلار، و بودجه غیرجاری آن (سایر منابع) ۵/۵۰۰/۰۰۰ دلار بوده است.

۳ - صندوق جمعیت ملل متحد (UNFPA)

رشد جمعیت در ایران در سال‌های ۱۳۶۵-۱۳۵۵ روندی تکان دهنده داشته است. در آن دوران، داشتن خانواده‌ای بزرگ مایه برکت محسوب می‌شد، ولی ازدواج زودرس، باروری در سنین بالا، بی‌سوادى و عدم دسترسی کافی به وسایل پیشگیری از بارداری موجب افزایش نگران کننده جمعیت در ایران شد. در آن هنگام، داشتن فرزندان زیاد، امری غیرمعمول نبود و بین اولین فرزند و آخرین فرزند یک خانوار تفاوت سنی چشمگیری وجود داشت که گاهی به بیست سال یا بیشتر بالغ می‌شد. به عبارت دیگر، بخش اعظمی از سنین باروری زنان صرف به دنیا آوردن اطفال و پرورش آن‌ها می‌گردید. در طی دوران مزبور، رشد سریع جمعیت آثار زیانباری در ساختارهای اقتصادی و اجتماعی بر جای نهاد، تعادل اقتصادی را بر هم زد و در روند توسعه اقتصادی کشور

موانعی ایجاد کرد. بنابراین توجه عموم به ضرورت فوری کنترل جمعیت جلب گردید.

سابقه فعالیت‌های صندوق جمعیت در ایران به اواخر دهه ۱۳۴۰ بر می‌گردد. این صندوق بین سال‌های ۱۳۴۹ تا ۱۳۶۷ کمک‌هایی را در اختیار سازمان‌های ذیربط دولتی قرار داد. فعالیت‌های عمده صندوق در طی دوره مزبور عبارت بود از:

- کمک به تحقیقات در زمینه‌های تنظیم خانواده، رشد جمعیت، آموزش مدیران بهداشت خانواده و کارکنان بهداشتی و مسئولان تنظیم خانواده
- تامین وسایل پیشگیری از بارداری و وسایل پزشکی
- برگزاری کارگاه‌های آموزشی جهت ارتقای مهارت‌های مدیریتی کارکنان دولت و بهبود بخشیدن به امور مربوط به اطلاعات، آموزش، ارتباطات و تنظیم خانواده.

در سال ۱۳۶۸ بنا به تقاضای دولت جمهوری اسلامی ایران صندوق جمعیت، اولین برنامه موقتی کشوری را با تخصیص اعتباری به مبلغ ۴ میلیون دلار برای یک دوره دو ساله از دی ماه ۱۳۶۹ تصویب نمود ولی زمان اجرای این برنامه تا پایان سال ۱۳۷۲ تمدید شد. این برنامه جنبه مقدماتی داشت و منظور از اجرای آن این بود که زمینه لازم را برای اجرای یک برنامه جامع و بلند مدت جمعیتی در جمهوری اسلامی ایران فراهم سازد. صندوق جمعیت پس از پایان برنامه موقتی مزبور برنامه جامعی را برای یک دوره ۵ ساله ۱۳۷۷-۱۳۷۳ با تخصیص اعتباری به مبلغ ۱۰ میلیون دلار تصویب کرد.

دومین برنامه کشوری صندوق جمعیت به ترتیبی طراحی شده که دولت جمهوری اسلامی ایران را در دستیابی به اهداف مرتبط با مسایل جمعیت و توسعه به شرح مندرج در برنامه عمرانی پنج ساله دوم جمهوری اسلامی ایران ۱۳۷۳-۱۳۷۷ یاری دهد.

دومین برنامه کشوری صندوق جمعیت با برنامه عمرانی پنج ساله سوم جمهوری اسلامی ایران (۱۳۷۹-۱۳۸۳) همزمان بوده و با اعتباری به مبلغ ۱۱ میلیون دلار به مرحله اجرا درآمده است.

کمک صندوق جمعیت در جهت تکمیل برنامه‌های دولت برای ارتقای حقوق و بهداشت باروری، برابری حقوق زن و مرد و اجرای برنامه‌های بهداشت جمعیت و باروری از جمله تنظیم خانواده برنامه ریزی شده است. به منظور ایجاد هماهنگی با اولویت‌های دولت، فعالیت‌های مربوط به برنامه صندوق جمعیت عمدتاً بر روی مناطق محروم و دور افتاده کشور متمرکز شده است.

برنامه کشوری صندوق جمعیت اهداف زیر را دنبال می‌کند:

- بهبود وضعیت بهداشت باروری و تامین حقوق باروری برای کلیه افراد
- دست یافتن به موازنه پایدار بین جمعیت، رشد اقتصادی و منابع
- ایجاد محیط مناسب برای کاهش نابرابری حقوق زن و مرد
- ترویج بیشتر شرایط مساعد برای بهداشت باروری و تنظیم خانواده

حق عضویت کشور برای صندوق جمعیت ملل متحد در سال ۲۰۰۸ مبلغ ۳۴۴۸۳ یورو و برای سال ۲۰۱۱،

مبلغ ۱۰۰/۰۰۰ دلار بوده است. بودجه سالانه صندوق جمعیت ملل متحد برای ایران در سال ۲۰۱۰، ۱/۴۷۰/۰۰۰ دلار و برای سال ۲۰۱۱، ۱/۰۰۵/۰۰۰ دلار بوده است.

منابع

1. WHO, The World Health Report 2008, Primary Health Care Now More Than Ever [2019, March 23],
Available on: <http://www.who.int/whr/2008/en/index.html>
2. Report of the Joint Government/WHO Programme Review and Planning Mission, 16 September-10 October 2009.
3. Country Cooperation Strategy (CCS) for Islamic Republic of Iran, 2010-2014.
http://www.whoiran.org/pdf-files/CCS_Iran_2010-2014.pdf
4. Global Strategy for Health for All by the year 2000, 1981. [2019, March 23],
Available on: <http://whqlibdoc.who.int/publications/9241800038.pdf>
5. Basic Facts about the United Nations, 2001. [2019, March 23], Available on:
http://www.uncitral.org/pdf/english/texts/general/06-50941_Ebook.pdf
6. The Work of WHO in the Eastern Mediterranean Region, 2002.
7. World Health Organization, Basic Documents, 2003.

