به نام خدا

# اصول و کلیات خدمات سلامت

**تابستان ۱۳۹۹**

**مقدمه:**

## فهرست:


۱- مقدمه
۲- کلیات و تاریخچه خدمات سلامت در جهان و ایران
۳- مفاهیم سلامت و بیماری و سطوح پیشگیری
۴- سلامتی به عنوان حق عمومی
۵- نظام های سلامت در ایران و جهان
۶- مراقبت های اولیه سلامت
۷- عوامل اجتماعی مرتبط با سلامت
۸- آموزش و ارتقای سلامت
۹- اصول و کلیات ایمن سازی
۱۰- سلامت و ایمنی محیط کار
۱۱- اصول مدیریت خدمات سلامت
۱۲- سازمان های بین المللی، ملی و محلی مرتبط با سلامت
۱۳- سنجش وضعیت سلامت در جمعیت ها: مروری بر وضعیت ایران و جهان
۱۴- حقوق دریافت کنندگان خدمات سلامت
۱۵- رویکرد اقتصادی به خدمات سلامت
۱۶- ملاحظات اخلاقی در خدمات سلامت عمومی

به نام خدا

# کلیات و تاریخچه خدمات سلامت در ایران و جهان

دکتر محمد خواجه دلویی

استاد پزشکی اجتماعی

**اهداف**

با مطالعه این فصل انتظار می رود فراگیر قادر باشد:

- تاریخچه پزشکی در جهان و تحولات تاثیرگذار آن را بشناسد.
- تاریخچه پزشکی در ایران، در دو دوره قبل و بعد از اسلام بشناسد.
- تغییر رویکردها و مفاهیم در خدمات سلامت در دو قرن اخیر را توضیح دهد.
- مفاهیم علمی واژه های سلامت، بیماری، ناخوشی و مریضی را بیان نماید.
- نهضت جهانی در خدمات سلامت عمومی و تحولات عمده مرتبط با آن را توضیح دهد.
- مفهوم مهندسی اجتماعی و تاثیر آن بر سلامت عمومی را توضیح دهد.
- مفهوم عدالت در سلامت و وجوه تعیین کننده آن را توضیح دهد.

**مقدمه**

## تاریخچه پزشکی[1] جهان

در باره تاریخچه پزشکی شاید بتوان گفت که کهن ترین تاریخ بشری است. بشر از ابتدای خلقت شاهد این بوده است که عواملی در محیط، چه بصورت طبیعی و یا ساخته دست خود او، وجود دارند که می توانند حیات او را از نظر کمی و کیفی تهدید نمایند. این نگرانی از ابتدای تاریخ زندگی بشر برای او وجود داشته است. رفع این نگرانی همواره جزو نیازهای اساسی انسان بوده است.

در هر دوره ای، با توجه به علم و دانش خود راه هایی برای غلبه بر این نگرانی انتخاب می کرده است. در دوران کهن که هنوز هیچ دانش و شناختی از این عوامل (بیماری ها) نداشت، همانند تمامی موضوعات و پدیده هایی که بشر شناختی از آن ندارد، آن را به مفاهیم ماورای طبیعی و خرافات نسبت می داد، و با روش هایی بر همین اساس، مثل افسون، طلسم، قربانی کردن و راندن ارواح پلید توسط کاهنان و جادوگران با آن مقابله می نمود.

به تدریج، با شناختی تجربی که از تاثیر ریشه، پوست و برگ گیاهان بدست آورد، آن را با روش های ماورایی کاهنان و جادوگران توام نمود، و تا حدود ۷ هزار سال قبل پزشکی آن دوران که به پزشکی قبل از تاریخ معروف است، آمیخته ای از این روش های تجربی و خرافات و جادوگری بوده است.

[1] Medicine

به تدریج، با شکل گیری تمد های بشری در مناطق مختلف دنیا همچون، هندوستان، چین، بین النهرین، روم، یونان و مصر، و رونق و توسعه این تمدن ها در حیطه های علمی، فرهنگی، اخلاقی، هنری و مدنی، پزشکی نیز به تاثیر از این حیطه ها پیشرفت نمود. به تدریج حکیم های سنتی در این جوامع شکل گرفتند و بر پایه ترکیبی از باورهای فرهنگی، جادگری و تجربه های ناشی از مشاهدات درمان بیماری ها را به عهده گرفتند. در سیر تکوینی جوامع در این تمدن ها، هر چند که پزشکی و مداواهای حکیم های سنتی به عنوان یک حرفه رسمی و امرار معاش نبود ولی به تدریج سامان دهی و نظام مند شدن خدمات و عملکرد این حکیم ها، پزشکی به عنوان حرفه شناخته شد.

این دوران شاهد ظهور حکیم ها و پزشکان برجسته و پیشرفت های قابل توجهی در پزشکی همچون، نظام پزشکی آیورودا[۲] در هند، اصول یانگ[۳] و یین[۴]، و ایمن سازی آبله انسانی در چین (۱۰۰۰ ق م)، ایجاد شاخه های فرعی در پزشکی (مثل چشم پزشک، پزشک سر و دندانپزشک)، مجموعه منحصر به فرد از حدود ۷۰۰ داروی گیاهی موثر و ابداع عمل های جراحی در قسمت های مختلف بدن به ویژه جمجمه در مصر، تدوین ضوابط و رعایت بهداشت همگانی و تدوین مجموعه ای از قوانین ناظر بر عملکرد و نحوه ارایه خدمات پزشکی (قوانین حمورابی) در بین النهرین، ظهور و آموزش دو رویکرد و فلسفه در خدمات

پزشکی، یکی "پزشکی درمانی" به نام پاناسه آ[۵] و دیگری "پزشکی پیشگیری" با نام هیژیا[۶]، خرافه زدایی در پزشکی و ابداع رویکرد اکولوژیک بیماریها (نظام علت و معلولی)، تدوین و گردآوری مقاله های بقراط در کتوب "مجموعه بقراطی"، ارایه فرضیه عناصر چهارگانه و براساس آن مزاج های چهارگانه و فرضیه برقراری سلامت بر پایه مزاج های چهارگانه، ایجاد مرکز عظیم پزشکی دانشگاهی "اسکندر" با کتابخانه ای دارای ۷۰۰۰ جلد کتاب در یونان بود.

## تاریخچه پزشکی در ایران

به نظر می رسد تاریخ پزشکی ایران، کهن ترین تاریخ جهان باشد و از ایرانیان و خدمات آنان به این علم بسیار یاد شده است. تاریخ پزشکی در ایران را می توان به سه دوره، ایران باستان، بعد از ورود اسلام، و بعد از قرن نوزدهم تقسیم نمود.

کهن ترین آگاهی ها در باره چگونگی پزشکی و درمان بخشی در ایران را می توان از متون اوستایی به دست آورد. در ایران باستان، زرتشتیان اهمیت خاصی برای بهداشت محیط، به ویژه بهداشت آب و خاک (زمین) قائل بودند و اصول و قوانینی برای مجازات کسانی که این اصول را رعایت نمی کردند، تدوین نموده بودند. در آئین زرتشتیان بهداشت همگانی(حفظ الصحه) و همچنین بهداشت شخصی (فردی) و بهداشت محیط از وظایف بزرگ مذهبی بوده است. در اوستا کتاب مقدس زرتشتیان سه نوع طبیب مشخص شده است. آن که با کارد بهبود می بخشد (جراح)، دیگری که با گیاهان درمان بخش مداوا می کند (طبیب) و سوم آن که با کلام الهی شفا می دهد (کاهن).

در حدود ۲۰۰۰ سال قبل از میلاد حمورابی فرمانروای بابل مجموعه ای را تحت عنوان "قانون حمورابی[۷]" تنظیم نمود که بر نحوه عملکرد پزشکان و ارایه خدمات پزشکی آنان نظارت می نمود. در این قانون ظوابطی در مورد قصور در درمان، دستمزد

[2] Ayu
[3] Yang
[4] Yin
[5] Panasea
[6] Hygia
[7] Hammurabi's law

قابل پرداخت به پزشکان، جریمه های مربوط به خطاهای درمانی ارایه گردیده بود. این مجموعه از اولین قوانین مدون مربوط به عملکرد حرفه پزشکی است.

تاریخ پزشکی در ایران با پادشاهان هخامنشی راه خود را از مفاهیم ماوراء الطبیعه، افسونگری و طلسم و تعویذ جدا می کند و این شاهان حاذق ترین پزشکان مصری و یونانی را به مشاوره می گیرند. در این دوران دانشگاه جندی شاپور ساخته شد. در این دانشگاه علاوه بر آموزش علوم حکمت، فلسفه و ریاضی، دانشکده پزشکی و بیمارستان دانشگاهی وجود داشت که یکی از مراکز بزرگ پزشکی دوران خود بود.

طب ایرانی پس از ورود اسلام، با چند مقوله علمی و تاریخی روبرو شد، از جمله: تلفیق طب یونانی با طب ایرانی، ترجمه کتب پزشکی یونانی به زبان سریانی و عربی که در نتیجه این تلفیق طب بقراطی و جالینوسی نفوذ خاصی در طب ایرانی حاصل نمود، ولی به تدریج پزشکان اند یشمند ایرانی تالیفاتی در پزشکی ارایه نمودند که نه تنها با تالیفات یونانی ها برابری می نمود، بلکه به عنوان منابع برجسته علمی در سطح جهان تدریس می شدند. در این دوران پزشکان برجسته ای همچون محمد

زکریای رازی[۸] (صاحب کتاب الحاوی و طب منصوری و ...)، علی بن علی اهوازی ارجانی[۹] (صاب کتاب الملکی)، ابوابراهیم اسماعیل جرجانی[۱۰] (صاحب ذخیره خوارزمشاهی) و ابوعلی سینا[۱۱] ظهور نمودند. ابن سینا نابغه ای بود که فرهنگ پزشکی شامل بیست و یک جلد به نام "قانون طب" فراهم آورد که موجب ارتقای پزشکی ایرانی تا باندمرتبه ترین درجات در قرون وسطی گردید.

از عهد صفویه تا عهد قاجار پزشکی ایرانی دوره فترت را سپری نمود و نوابقی همچون دوران پیش از آن ظهور نکردند. از عهد قاجار به بعدبا اعزام محصلین به کشورهای غربی، تاسیس دارالفنون، ایجاد هیات حفظ الصحه و موسسات صحیه، ورود اساتید و پزشکان اروپایی به ایران، تصویب قوانین حرفه ای پزشکی از سوی مجلس های قانون گذاری، توسعه روش های علمی در درمان بیماران، ایجاد انستیتو پاستور و دانشکده پزشکی باعث گردید که پزشکی نوین با تمامی ابعادش در تاریخ اجتماعی فرهنگی ایران رسوخ نماید.

**تغییر مفاهیم و رویکردهای خدمات سلامت**

پیشرفت های شگرف در علوم پزشکی در فرایند تولید علم در این رشته و به تبع آن پیشرفت عظیم تکنولوژی های پزشکی در قرن بیستم، درک عمیق تر از فرایندهای بیولوژیک، تکنیک های حساس و اختصاصی برای تشخیص، داروهای جدید مؤثر و سودمند و روشهای درمانی اثربخش و خارق العاده ای را ایجاد کرده است. این موفقیت های خارق العاده انواع بسیاری از بیماریها و آسیب ها را برای میلیون ها نفر از مردم جوامع مختلف درمان و بهبودی بخشیده است، ولی هنوز
میلیاردها نفر را با بسیاری از همان بلایا و بیماری هایی که پدربزرگ و مادربزرگ آنها از آنها رنج می بردند، و بیماری های جدید تنها گذارده است.

[8] Razi
[9] Ahvazi Arjani
[10] Jorjani
[11] Avicenna

از نیمه ی دوم قرن بیستم، هزینه های مراقب تهای پزشکی در بسیاری از کشورها سر به فلک گذاشته است. پیشرفت های تکنولوژی پزشکی امکان درمان بیماریها و ناتوانی های هرچه بیشتری را به کمک تجهیزات پیچیده، هم برای مقاصد تشخیصی و هم مقاصد درمانی فراهم ساخته است.

علاوه بر این، معجزه ی پزشکی و جراحی هم اکنون می تواند بیشتر بیماران مبتلا به بیماریها و آسیب های شدید را به مدت طولانی، اغلب تا سنین بالاتر زنده نگه دارد، که باعث تحمیل هزینه های بیشتر به جامعه میشود. هرچه که این بیماران بیشتر عمر کنند، برای ارائه ی توانبخشی و مراقبت طولانی مدت از این درصد رو به افزایش جمعیت، پول بیشتر، نیروی انسانی تخصصی بیشتر و تجهیزات بیشتری مورد نیاز است. بنابراین سهم تولید ناخالص ملی[۱۲] که صرف خدمات پزشکی در حیطه های درمانی و توانبخشی[۱۳] می شود، به طور مستمر در بسیاری از کشورها در حال افزایش است. برنامه های ارتقای سلامت[۱۴] و پیشگیری[۱۵] در مراحل نخستین( قبل از وقوع عوامل خطر سلامت و بیماری )می تواند برای تمامی گروه های جمعیتی هزینه اثربخش باشد .این برنامه ها که افزایش هزینه های درمان را متوقف می کنند و یا به حداقل می رسانند، با هدف ارتقای سلامت و به حداکثر رساندن توانایی های خودمراقبتی[۱۶] و سلامتی افراد جامعه، اهمیت فزاینده ای پیدا می کنند.

یک گرم پیشگیری، هم ارزش یک کیلو درمان است .مطالعات متعدد مشخص کرده اندکه ملاحظات پیشگیرانه، سودمندتر، عملی تر، ارزانتر و پایدارتر هستند .در حال حاضر آنها منطقی ترین، عملی ترین و کارآمدترین راهنما برای بهبود سلامت افراد در قرن 21 هستند. برای همه آشکار است که پیشگیری از بیماری یا یک ترومای خارجی همیشه بهتر از درمان آن است. پیشگیری افراد و خانواده ها آنها را از درد، رنج، کاهش عملکرد، معلولیت طولانی مدت، هزینه ی اقتصادی بیشتر و در نهایت مرگ زود هنگام محافظت میکند. بسیاری از برنامه های پیشگیری، براساس برنامه مورد نظر، جمعیت هدف، نوع بیماری و پیامدهای کوتاه مدت و بلند مدت اجتماعی آن، باعث کاهش هزینه ها میشود .در حال حاضر که هزینه مراقبت های پزشکی و به ویژه مراقبت های با تکنولوژی های پیشرفته افزایش چشمگیری داشته است، این یک راهکار ارزشمند برای افراد، خانواده ها و کشورها است.

تنها مواردی که هزینه ی پیشگیری گران تر از درمان می باشد، زمانی است که بیماری یا آسیب نادر است و قبل از اینکه هزینه های زیادی را تحمیل نماید به سرعت به سمت مرگ پیشرفت می کند. اما این استدلال در مورد پیشگیری های در مراحل نخستین و قبل از وقوع بیماری نمی تواند و نباید با رویکرد اقتصادی مطرح شود. هرچند که مرگ و میر ناشی از بیماری های ایسکمی قلبی[۱۷] از سال 1970 افت شدیدی داشته است( کاهش 30 تا 50 درصدی در برخی کشورهای توسعه یافته)، ولی در عمل هزینه ی درمان هر بیمار مبتلا به ایسکمی قلبی به دلیل هزینه ی تکنولوژی های جدید درمانی و تشخیصی به مراتب افزایش یافته است .علاوه بر این، با توجه به هزینه ی تربیت تعداد متخصصین قلب و عروق رو به افزایش، سود اقتصادی کلی قابل چشم پوشی است.

علیرغم این، با اذعان به پیشرفت های سودمند و کارآمد خدمات پزشکی و موفقیت های تخصصی پزشکی، دلیل توجه و تأکید بر پیشگیری این است که مراقبت های پیشگیرانه علاوه بر مزیت های اقتصادی، رنج ناشی از بیماری و نیز معلولیت و

[12] Growth National Production
[13] Rehabilitation
[14] Health Promotion
[15] Prevention
[16] Self- Management
[17] Ischemic Heart Disease

ناتوانی[18] های آن را کاهش می دهد و طول عمر همراه با سلامتی را افزایش می دهد .همچنان که پروفسور جفری رز[19] در سال 1992 به آن اشاره میکند : "بهتر است سالم باشیم تا اینکه بیمار باشیم یا بمیریم .این ابتدا و انتهای تنها دلیل واقعی و مکفی برای اهمیت پیشگیری در پزشکی است."

سیاست گذاران حوزه ی سلامت و همچنین عموم مردم بایستی در نظر داشته باشند که برخی بیماری ها یا معلولیت ها با اینکه قابل پیشگیری هستند ولی به هیچ طریقی قابل درمان نیستند، یکی از نمونه های بارز این موارد که در قرن بیستم فوراً به ذهن می آید ایدز است. مشکلاتی همچون آسیب های ناشی از حوادث عروقی مغز، تصادفات وسایل نقلیه که منجر به معلولیت می شوند، یا آسیب ریوی ناشی از مصرف سیگار بایستی وزن بیشتری بگیرند. برای سیاست گذاران و متخصصین سلامت اجتناب ناپذیر است که بپذیرند، پیشگیری تنها "درمان" در دسترس برای این ناخوشی های ویرانگر است.

**مفاهیم سلامت و بیماری**

**سلامتی**

وقتی از مردم خواسته می شود مهمترین مسایلی که خود یا خانواده شان در حال حاضر با آن روبرو هستند نام ببرند، دغدغه

های مالی غالبا در صدر و سلامت بلافاصله بعد از آن قرار می گیرد. در یک سوم جمعیت نیمی از کشورهای جهان، نگرانی های مربوط به سلامت (بیماری، هزینه های مراقبت های سلامت، کیفیت مراقبت ها) اصلی ترین نگرانی های مردم هستند.

در هر جامعه ای براساس فرهنگ آن جامعه، سلامتی مفهوم خاصی دارد. در بسیاری از فرهنگ ها، هنوز "سلامتی به معنی بیمار نبودن" است. در غالب جوامع سلامت به عنوان نعمت در نظر گرفته می شود و ارزش آن به درستی شناخته نمی شود، مگر زمانی که از دست برود.

پس از جنگ جهانی دوم و با تشکیل سازمان ملل و تدوین بیانیه حقوق بشر[20]، سلامتی به عنوان یک حق بشری و یک هدف اجتماعی در جهان به رسمیت شناخته شد. این موضوع به مفهوم آن بود که برای تامین و پاسخگویی به نیازهای اساسی انسان[21] لازم است و بایستی برای همه انسان ها در دسترس باشد. با توجه به این رویکرد که سلامتی را به عنوان حق فردی و هدف اجتماعی معرفی می کند، لازم بود تعریفی شفاف و صریح ار آن در دسترس باشد. علیرغم اینکه سلامتی از واژه هایی است که بسیاری از مردم معتقدند که معنی و تعریف آن را می دانند، ولی در بسیاری موارد مفهومی صریح و قابل بیان از آن ندارند. تعاریف متعددی از سلامتی ارایه گردیده است، ولی تعریفی که بیش از همه بر پذیرش آن مفاهمه است، تعریف ارایه شده در اساسنامه سازمان جهانی بهداشت[22] (۱۹۴۸) به شرح زیر است:

"سلامتی برخورداری از رفاه[23] کامل جسمی[24]، روانی[25] و اجتماعی[26]، و نه فقط نبود بیماری و ناتوانی، است"

---

[18] Disability
[19] Jeffrey Rose
[20] Declaration of Human Rights
[21] Basic Human Needs
[22] World Health Organization
[23] Welfare
[24] Physical
[25] mental

در چند سال اخیر رفاه در بعد معنوی[۲۷] نیز به این تعریف اضافه شده است. هر چند که نقدهای زیادی از جمله، واقع بینانه نبودن این تعریف و آرمانی بودن آن، بر این تعریف وارد است، ولی علیرغم این نقدها، این تعریف ارمان مردم و هدف اجتماعی است که بایستی ملت ها برای آن بکوشند.

**بیماری، ناخوشی، مریضی (کسالت)**

از دیدگاه جامعه شناسان پزشکی، اختلال در سلامت می تواند در سه حوزه کلیدی، یعنی: پزشکی، ذهنی[۲۸] و کارکردی[۲۹] تاثیرگذار باشد. اختلال در سلامت در حوزه پزشکی منعکس کننده مفهوم بیماری[۳۰]، در حوزه ذهنی مفهوم ناخوشی[۳۱]، و در حوزه کارکردی مفهوم کسالت یا مریضی[۳۲] است. هر چند که در محاورات عامیانه و حتی در مواردی در محاورات پزشکان این سه واژه با تساهل به جای همدیگر بکار میروند، ولی در واژه شناسی پزشکی مفاهیم متفاوتی دارند.

**بیماری**

علیرغم اینکه بیماری از نظر تاریخی همزاد بشر بوده است، تلاش های بسیار و تعاریف متعددی برای آن ارایه شده است. مطابق فرهنگ وبستر، بیماری عبارت است از: "حالتی که طی آن سلامتی بدن کاهش یافته و از وضعیت سالم دور شده باشد،

و تغییر وضعیت بدن موجب قطع عملکرد اعمال حیاتی شود". در این تعریف مفهوم بیماری، در گرو مفهوم سلامت است، و این خود چرخه ای از ابهام را بوجود می آورد، و از طرفی برای بیماری های خفیف که موجب قطع اعمال حیاتی نمی شود، کاربردی ندارد.

از نظر لغوی، بیماری ترجمه واژه مرکب Disease (Dis – ease) ، یعنی نقطه مقابل ease به معنی سهولت و راحتی است، و بیماری به معنی عدم وجود راحتی در بدن است. تعریفی کاربردی و عمل گرایانه از بیماری بر مبنای روند تشخیص بیماری توسط پزشکان، ارایه شده است. پزشکان برای تشخیص بیماری در پی یافتن علایم[۳۳] و نشانه[۳۴] های غیر طبیعی در شرح حال[۳۵]، معاینه بالینی[۳۶] و نتایج پاراکلینیک بیماران هستند. پس بیمار[۳۷] کسی است که علایم و نشانه های غیرطبیعی دارد و بیماری وجود علایم و نشانه های غیر طبیعی در فرد خواهد بود. بر این اساس بیماری عبارت است از: "انحراف از حالت طبیعی جسمی، روانی و اجتماعی که همراه با یک سلسله ازعلایم و نشانه های مشخص ناشی از عامل ایجاد کننده است" .

**ناخوشی**

ناخوشی، حالت ذهنی نامطلوبی است که فرد احساس می کند بر اثر بیماری، جایی در بدنش درست کار نمی کند.

---

[26] Social
[27] Spiritual
[28] Subjective
[29] Functional
[30] Disease
[31] Illness
[32] Sickness
[33] Sign
[34] Symptom
[35] History
[36] Physical examination
[37] Patient

**مریضی (کسالت)**

مریضی ناتوانی و اختلال در کارکردهای ذهنی و جسمی فرد است که منجر به اختلال در کارکرد و نقش اجتماعی فرد می گردد.

**نهضت جهانی در خدمات سلامت عمومی**

یکی از رخدادهای مهم تاریخی در سیر پیشرفت پزشکی "جنبش بزرگ بهسازی[۳۸]" از اواسط قرن نوزدهم بود که از کشور انگلستان شروع و به تدریج به دیگر کشورهای جهان گسترش یافت. انقلاب صنعتی در قرن هیجدهم مشکلات عدیده اجتماعی و سلامتی شامل، ایجاد مناطق حاشیه نشین محروم و کم برخوردار در اطراف شهرها، تراکم جمعیت در مناطق کم برخوردار، تجمع زباله ها و پسماندها در شهرها و شهرک ها، افزایش میزان های بیماری در زنان و کودکان، گسترش بیماریهای عفونی همچون سل و وبا و بسیاری از مشکلات اجتماعی تهدید کننده سلامتی که میانگین امید به زندگی[۳۹] را به حدود ۳۵ سال، و در طبقات محروم جامعه حتی به ۲۲ سال رسانده بود، بوجود آورده بود. این مشکلات منجر به تدوین و تصویب "قانون سلامت عمومی[۸]" در سال ۱۸۴۸ در انگلستان و پیامدهای آن یعنی پذیرش مسئولیت مستقیم دولت در سلامتی مردم شد. این حرکت سرآغاز گسترش آن به سایر کشورها و شروع نهضتی جهانی در سلامت عمومی و تحولات ثانوی مهم زیر شد:

**وضع مقررات بهسازی محیط[۴۰]**

فقدان دسترسی به آب آشامیدنی سالم، دفع نامناسب پسماندها و فاضلاب خانگی و تجاری، همجواری محل سکونت خانوارها با دام و حیواناتشان موجب ظهور و گسترش همه گیری های وسیع بیماری هایی همچون طاعون، وبا، سل و آبله در بسیاری از شهرها، حتی در کشورهای توسعه یافته امروزین، می گردید. با توجه به شناختی که کم کم از عوامل محیطی تاثیرگذار در وقوع بیماری بوجود آمد، ابتدا در کشورهای اروپایی و سپس در کشورهای در حال توسعه ضوابط و مقررات بهسازی محیط مقرر و منابع مورد نیاز برای بهسازی محیط زیست فراهم گردید. هدف از این اقدامات مبارزه با یک بیماری خاص نبود، چرا که نیاز به آگاهی فنی برای مبارزه با یک بیماری خاص داشت، که وجود نداشت. با این وجود این تدابیر تاثیر ارزشمندی در بهبود وضعیت سلامت مردم از طریق مبارزه با بیماری ها و کاهش مرگ و میر بخشید.

**ارتقای سلامت عمومی از طریق ارتقای سلامت فردی**

یکی از پیامدهای "قانون سلامت عمومی" پذیرش مسئولیت مستقیم دولت ها در قبال سلامتی مردم بود. در اوایل قرن بیستم به این موضوع توجه شد که خدمات سلامت عمومی، با توجه به تعهد دولت ها در برابر سلامت افراد جامعه، بایستی سلامت شهروندان را به عنوان فرد مد نظر قرار دهد، و بر همین اساس ارتقای سلامت فردی به عنوان یک هدف جزو اهداف سلامت عمومی قرار گرفت.

به منظور تحقق این هدف، مراقبت های سلامت فردی، مانند خدمات سلامت مادر و کودک، سلامت مدارس، سلامت حرفه ای، سلامت روانی و خدمات سلامتی در سایر حیطه های فردی پایه گذاری شد.

**گسترش مباحث سلامت عمومی در محیط های دانشگاهی**

در نیمه اول قرن بیستم بخش های بهداشت عمومی در بسیاری از دانشگاه ها گسترش یافتند و به موضوعات بهداشتی و سلامت عمومی از منظر علمی و آکادمیک پرداخته شد. جزو پیامدهای این رویکرد، تعریف سلامت عمومی به عنوان "علم و

[38] Great improvement movement
[39] Life Expectancy
[40] Public Health Law

هنر پیشگیری از بیماری، طولانی کردن عمر و ارتقای سلامت و کارآیی از طریق تلاش سازمان یافته جامعه" بود. همچنین خدمات یا مراقبت های اساسی سلامت[۴۱] و تدارک این خدمات در مراکز بهداشتی[۴۲] و واحدهای فرعی آن تعریف شد.

**مهندسی اجتماعی[۳] برای سلامت عمومی**

با پیشرفت قابل توجه در زمینه پیشگیری از بیماریهای عفونی در نیمه اول قرن بیستم مثل، کشف انتی سپتیک ها و انتی بیوتیک ها و ابداع واکسیناسیون، کاهش چشمگیری در وقوع و گسترش این بیماری ها بوجود آمد. ولی، با تغییرات وسیعی که در الگوی زندگی، تغذیه و الگوهای رفتاری در جوامع پیشرفته و به دنبال آن در کشورهای در حال پیشرفت بوجود آمد، گروهی دیگر از بیماریها، یعنی بیماری های غیرواگیر[۴۳] و مزمن ظهور و گسترش یافتند به گونه ای که امروزه، هنگامی که مردم و دست اندرکاران مراقبت های سلامت جامعه، در باره علل مرگ و میر فکر می کنند، بلافاصله دلایلی مثل بیماری های قلبی عروقی، سرطان ها، بیماری های ریوی و سوانح را به ذهن می آورند.

آنچه در مورد این بیماری ها به عنوان علل اصلی مرگ و میر مهم است، عوامل زمینه ساز این بیماری ها (مثل مصرف سیگار، تغذیه نامطلوب، کم تحرکی، مصرف الکل و ....) هستند که مرتبط با الگوی زندگی، الگوهای تغذیه و رفتاری است. این عوامل خطر و الگوها نیز ارتباط بسیار نزدیکی با و ضعیت اجتماعی اقتصادی[۴۴] و فرهنگی و سطح سواد افراد جامعه دارند. لذا اگر جامعه ای قصد کنترل این بیماری ها و عوامل خطر آنها را داشته باشد، بایستی به سمت اصلاح مبانی اجتماعی، اقتصادی، فرهنگی جامعه برود. به عبارت دیگر، کنترل این بیماری ها نیاز به بازنگری و جهت دهی اهداف اجتماعی، اقتصادی و فرهنگی دارد، رویکردی که از آن به عنوان "مهندسی اجتماعی" نام برده می شود. هدف این رویکرد اصلاح الگوهای رفتاری و ایجاد سبک زندگی سالم و به تبع آن عدم شکل گیری عوامل خطر این بیماری ها است.

**سلامتی برای همه**

علیرغم پیشرفت های چشمگیر در وضعیت سلامت در جهان در پایان ربع چهارم قرن بیستم، ولی این پیشرفت ها عمیقا نابرابر بوده است. براساس مستندات، کشورهای فقیر دنیا با ۸۴ درصد جمعیت دنیا، تنها ۱۸ درصد درآمد کل جهان را داشته اند و همزمان ۹۳ درصد باربیماری دنیا را تحمل کرده اند. این در حالی است که فقط ۱۱ درصد هزینه های سلامت در دنیا در این کشورها هزینه شده است. این وضعیت نابرابر را جان برایان[۴۵] در کتاب خود تحت عنوان "سلامتی و جهان رو به پیشرفت" چنین توصیف می کند: "بسیاری از مردم، و شاید بیش از نیمی از مردم جهان، یا به هیچ نوع مراقبت سلامتی دسترسی ندارند و عده بسیاری از آنها هم که دسترسی دارند، خدمات ارایه شده پاسخگوی دشواری های آنها نیست". این در حالی است که مدیر کل وقت سازمان جهانی بهداشت اعلام نمود که: "اگر بتوانیم فقط ۲ دلار بر هزینه های سلامتی هر نفر در کشورهای در حال توسعه اضافه کنیم، خواهیم توانست تمام کودکان آنها را واکسینه کنیم، بیماری فلج اطفال را ریشه کن کنیم، و برای تمام بیماران مبتلا به اسهال، عفونت های ریوی، سل، مالاریا، شیستوزومیا و بیماریهای آمیزشی داروی لازم تهیه و در اختیارشان قرار دهیم".

با توجه به این وضعیت، در سال ۱۹۸۱ کشورهای عضو سازمان جهانی بهداشت خود را به برنامه آرمان گرایانه ای تحت عنوان "سلامتی برای همه[۲]" با هدف رسیدن تمامی مردم دنیا به سطحی از سلامتی، که زندگی مولد اجتماعی و اقتصادی داشته باشند، متعهد نمودند.

---

[41] Basic Health Services
[42] Health centers
[43] No communicable Disease
[44] Socioeconomic Status
[45] John Brian

**عدالت در سلامت[۴۶]**

مردم وقتی بیمار می شوند در انتظار مراقبت های موثر هستند. مردم دلشان می خواهد چنین مراقبتی را از کسی دریافت کنند که در باره مشکل آنان یکپارچه و با در نظر گرفتن بیشترین منافع آنان، عادلانه و صادقانه، همرا با دانش و مهارت عمل می کند. ولی، امروزه بیشتر مراقبت های سلامت[۴۷]، چه در بخش دولتی و چه خصوصی، حول آنچه ارایه کنندگان آنها را موثر و راحت می پندارند سازمان می یابد و آنچه برای مراجعین اهمیت دارد کمتر مورد توجه قرار می گیرد.

عدالت در سلامت می تواند در سه مفهوم "برابری در دسترسی به خدمات سلامت" ، "برابری در برخورداری و مصرف خدمات سلامت" و "برابری در فرصت های سالم زیستن" ارزیابی و تفسیر شود. به یقین مصداق واقعی عدالت در سلامت، برابری در فرصت های سالم زیستن است. ولی، برابری در سالم زیستن، علاوه بر عدالت در دسترسی و برخورداری از خدمات سلامت، به عوامل مختلف دیگر همچون امکانات آموزش، اشتغال، درآمد اقتصادی، مسکن مناسب، تغذیه مناسب، آب آشامیدنی سالم، امنیت اجتماعی و عوامل بسیار دیگری دارد که خارج از حیطه عملکرد نظام سلامت است و بر عهده سایر بخش های توسعه اجتماعی می باشد. ولی، آنچه که مستقیما بر عهده نظام سلامت است، تضمین عدالت در دسترسی و برخورداری از خدمات سلامت برای تمامی افراد جامعه است.

تضمین عدالت در برخورداری از خدمات و مراقبت های سلامت، وابسته به رعایت برخورداری مردم از خدمات و مراقبت های سلامت متناسب با نیاز(افراد بیمارتر برخورداری بیشتر) و رعایت مشارکت مالی مردم در پرداخت هزینه های خدمات سلامت بر حسب تمکن و بضاعت مالی، فارغ از میزان مصرف خدمات است.

**توجه به تعیین کننده های اجتماعی سلامت**

با توجه به نتایج و مستندات مطالعات انجام شده، ریشه بی عدالتی در سلامت، نابرابری در قشربندی اجتماعی اقتصادی و بی عدالتی سیاسی است، که همه آنها بیرون از محدوده عملکرد و اختیارات نظام سلامت قرار دارد. مهم ترین این عوامل سطح درآمد، وضعیت اجتماعی، جایی که مردم در آن زندگی می کنند، اشتغال، سبک زندگی فردی، حمایت اجتماعی[۴۸]، پوشش بیمه، سطح سواد و وضعیت محیط کار هستند، آنچه به عنوان "تعیین کننده های اجتماعی سلامت[۴۹]" نامیده می شود.

این موضوع مشخص کننده اهمیت محیط اجتماعی به عنوان یک عامل مهم و تاثیرگذار بر وضعیت سلامت است. بر همین اساس صاحب نظران توصیه می کنند که سیاست های سلامت عمومی[۵۰] از شکل درمانی، فردی و مبتنی بر مشکلات مشخص، به شکل نگاه جامعه شناسی به جمعیت تغییر کند. در چنین رویکردی تفاوت بین افراد از نظر وضعیت سلامت نه تصادفی، بلکه براساس وضعیت اجتماعی اقتصادی تفسیر و توجیه می شود.

**نتیجه گیری:**

قدمت بیماری، به قدمت تاریخ بشر است. در دوران کهن که بشر هنوز هیچ دانش و شناختی از این بیماری ها نداشت، آن را به مفاهیم ماورای طبیعی و خرافات نسبت می داد. به تدریج، با شکل گیری تمد ن ها و سیر تکوینی دانش بشری در جوامع دنیا در حیطه های مختلف، پزشکی نیز به تاثیر از این حیطه ها پیشرفت نمود.

[46] Health Equity
[47] Health care
[48] Social support
[49] Social determinants of health
[50] Public health policies

اختلال در سلامت در حوزه پزشکی منعکس کننده مفهوم بیماری، در حوزه ذهنی مفهوم ناخوشی، و در حوزه کارکردی مفهوم کسالت یا مریضی است. هر چند که در محاورات عامیانه و حتی در مواردی در محاورات پزشکان این سه واژه با تساهل به جای همدیگر بکار میروند، ولی در واژه شناسی پزشکی مفاهیم متفاوتی دارند.

در طی یک قرن گذشته، به ویژه بعد از جنگ جهانی دوم، در کنار پیشرفت های چشمگیر در زمینه بهداشت عمومی و پزشکی، تغییرات وسیعی در زمینه مفاهیم سلامت و جنبه های مختلف آن، همچنین فلسفه سلامت به ویژه سلامتی به عنوان یک حق انسانی، و نیز تغییر رویکرد در ارایه خدمات مربوط به سلامت ایجاد شده است. امروزه به نقش تعیین کننده های اجتماعی در سلامت و بیماری افراد، خانواده ها و جوامع توجه خاصی می شود، و مهندسی اجتماعی، به عنوان یک اقدام بنیادین برای ارتقای سلامت جامعه و نیز تحقق عدالت در سلامت مورد توجه است.

**منابع:**


1- Gebrezgi Gidey, Sadik Taju, Ato Seifu Hagos, Introduction to Public Health, LECTURE NOTES For Health Science Students,
2- Introduction to Public Health, Instructor name Title Organization, Centers for Disease Control and Prevention, available in http://www.cdc.gov | Contact CDC at: 1-800-CDC-INFO or http://www.cdc.gov/info
3- Judy Orme, Jane Powell, Pat Taylor and Melanie Grey, Public Health for the 21st Century, Second edition published 2007, Open university press McGraw-Hill education 2007.
4- Public Health, Innovation and intellectual property rights, Wrld Health Organization, 2006.

۵- حمید کاویانی پویا، پزشکی و سیر تحول درمان در ایران باستان، فصلنامه تاریخ پزشکی، سال دوم، شماره سوم، تابستان ۱۳۸۹.

۶- زهره زرشناس، پزشکی در ایران باستان، فصلنامه تاریخ پزشکی سال اول، شماره اول، زمستان ۱۳۸۸.

۷- کبری نودهی، مسعود کثیری، تاثیر آموزه های بهداشتی زرتشت در طب خوراک ایرانیان باستان، مجله طب سنتی ایران و اسلام، سال چهارم، شماره ۴، زمستان ۱۳۹۲.

۸- ابوالحسن ندیم، تاریخچه بهداشت عمومی در ایران،

۹- سریل الگود : تاریخ پزشکی ایران، ترجمه محسن جاویدان، نشر اقبال تهران ۱۳۵۲

۱۰- تاریخ طب ایران، محمود نجم ابادی، انتشارات هنربخش، ۱۳۴۱

۱۱- تاریخ طب و طبابت در ایران (جلد ۱و۲)، محسن روستایی، سازمان اسناد و کتابخانه ملی ایران، ۱۳۸۲

۱۲- تاریخ تمدن (جلد اول)، ویل دورانت، ترجمه احمد آرام، انتشارات علمی و فرهنگی، ۱۳۸۱

# مفاهیم سلامت و بیماری و سطوح پیشگیری

دکتر محمدرضا سهرابی
استاد پزشکی اجتماعی

**اهداف**

با مطالعه این فصل انتظار می رود فراگیر قادر باشد:

- تعاریف سلامت و ابعاد آن را بشناسد.
- مفهوم پیشگیری را بیان کند و سطوح پنج گانه آن را بشناسد
- در هریک از سطوح پیشگیری، هدف و راهکارهای رسیدن به آن هدف را بیان نماید.
- سطوح پیشگیری را با مراحل سیر طبیعی بیماری تطبیق دهد.
- غربالگری را تعریف و نمونه هایی از برنامه های غربالگری در نظام سلامت کشور بیان نماید.

**مقدمه**

از دیر باز درمان بیماری ها یکی از دغدغه های اصلی جوامع بوده و با پیشرفت علم و به دنبال آن افزایش دانش عمومی و سواد سلامت، پیشگیری از بیماری ها مورد توجه قرار گرفته است. با توجه به ماهیت متفاوت اقدامات انجام شده در حوزه سلامت، سطوح پیشگیری تعریف و به تدریج به تعداد این سطوح افزوده شد. برای سلامت تعریف های مختلفی ارایه شده است اما علیرغم توجه عمومی به سلامت تعریف مورد توافقی برای آن وجود ندارد. در این فصل به بررسی تعاریف موجود برای سلامت و بیماری، ابعاد سلامت و همچنین سطوح پیشگیری می پردازیم.

**سلامت[۵۱]**

*تعریف سلامت*: دراولین و ساده ترین تعریف سلامت عبارت است از نبودن بیماری. ، ناخوشی و جراحت ها. این تعریف علیرغم سادگی به دلیل برداشت های مختلف از مفهوم بیماری در طول زمان تغییرات زیادی داشته است. قرن ها پیش بیماری را فقط در جسم می دیدند؛ به تدریج احساس ناخوشی و درک فرد از وضعیت سلامت و وضعیت روانی وی نیز مورد توجه قرار گرفت. در مرحله بعد متخصصین سلامت متوجه بعد اجتماعی سلامت شدند به طوری که در سال ۱۹۴۸

[۵۱] Health

سازمان جهانی بهداشت[۵۲] در اساسنامه خود سلامت را "رفاه کامل جسمی، روانی و اجتماعی و نه فقط نبود بیماری" تعریف کرد(۱).

تعریف سازمان جهانی بهداشت بسیار آرمانی تنظیم شده و غیر قابل دسترس است زیرا معیارهای رفاه کامل از سه بعد جسمی، روانی و اجتماعی تعریف نشده است؛ از طرف دیگر هر درجه ای از رفاه و سلامت را در نظر بگیریم درجه ای بالاتر قابل تعریف است، لذا رفاه کامل قابل دستیابی نیست. این پایان کار نبود و تعریف دیگری مبنی بر سلامت به معنی قدرت تطابق فرد با همه تقاضاهای زندگی روزمره مطرح شد. در این تعریف فردی سالم تلقی می شود که قدرت تطابق با شرایط را داشته باشد. تعریف سوم برای سلامت هم در سال های اخیر مطرح شده و سلامت را به معنی وضعیت تعادل بین فرد و محیط فیزیکی و اجتماعی اش بیان می کند. در حال حاضر هر سه تعریف معتبر هستند و به کار می روند. (۲) البته تعاریف دیگری نیز از سلامت ارایه شده که فرد سالم را فردی می داند که مولد است و در جامعه منشا تولید و درآمدزایی است. این تعریف بیشتر بعد اقتصادی را در نظر می گیرد و فردی که توانایی کسب درآمد و تولید را دارد سالم فرض می کند.

برای فهم بهتر تعریف های مختلف سلامت باید توجه شود که هیچ تعریفی کامل نیست و موارد استثنا وجود دارد. به عنوان مثال فردی که دچار نقص عضو است مطابق تعریف از نظر جسمی سالم نیست. اما این فرد می تواند خود را با این وضعیت تطبیق داده و شرایطی را فراهم آورد که زندگی طبیعی خود را داشته باشد. این فرد خود را سالم می داند و هیچ احساس کمبودی نمی کند. حتی در عملکرد اجتماعی و سلامت روان از بعضی افرادی که جسم سالم دارند ممکن است بالاتر باشد. در مقابل فردی که از نظر جسمی و روانی سالم است اما قدرت اداره زندگی خود را ندارد، آیا سالم است؟ کسی که قدرت تطابق با محیط اطراف خود را ندارد آیا فرد سالمی است؟ پس معیارهای مختلفی از دیدگاه های متفاوت مطرح است که قضاوت در مورد سلامت را پیچیده می کند.

در تعریف سلامت جنبه ها یا ابعاد مختلفی نیز قابل بررسی و تعریف است که در ادامه به آن می پردازیم:

*ابعاد سلامت*: سازمان جهانی بهداشت در اساسنامه خود سه بعد زیر را برای سلامت تعریف کرده است:

*بعد جسمی*: قابل درک ترین و معمول ترین بعد سلامت است. سلامت جسمی به معنای وجود و عملکرد مناسب ارگان های بدن است. وقتی سلول ها و ارگان های بدن به صورت کامل وجود دارند و به صورت متعادل و هماهنگ عمل می نمایند و وظایف خود را به درستی و کامل انجام می دهند فرد از نظر جسمی سالم است.

*بعد روانی*: وضعیت تعادل روانی، واکنش مناسب به تغییرات محیطی و مشکلات زندگی، نداشتن بیماری های روانی از معیارهای سلامت روان هستند. این بعد بر خلاف بعد جسمی که عینی است، بیشتر ذهنی است و قضاوت در خصوص سلامت روان مشکل است و در وضعیت های مختلف می تواند متفاوت باشد.

*بعد اجتماعی*: فرد در جامعه زندگی می کند و یک بعد از سلامت او در این ارتباط است. ارتباط سالم افراد جامعه با هم، تعامل آنان با نهاد های اجتماعی، مشارکت در فعالیت های اجتماعی از معیارهای سلامت اجتماعی است. در این بعد نیز معیارهای ذهنی بیشتر از عینی است.

[۵۲] World Health Organization

*بعد معنوی*: در دهه های اخیر پیشنهاد شد که بعد معنوی نیز به ابعاد سلامت اضافه شود. افرادی که اعتقاد به خداوند و ماوراء الطبیعه دارند نسبت به افرادی که این اعتقاد را ندارند سلامت بهتری دارند. از آنجا که قدرت انسان محدود است، اعتقادات دینی می تواند قدرت آنها در پذیرش محدودیت ها و تلاش برای تعالی و پیشرفت تقویت نماید. عزم و اراده ناشی از ایمان به خداوند باعث رضایت خاطر فرد از زندگی و تمکین در برابر مشیت الهی می شود. امید به رحمت پروردگار و دعا برای بهبودی، پذیرش بیماری را راحت تر نموده و میزان افسردگی پس از بیماری و خودکشی در موارد حاد را کم می کند. حتی اعتقاد به معاد پذیرش مرگ را راحت تر کرده و اضطراب و تنش ناشی از ترس از مرگ را کاهش می دهد.

لازم به ذکر است ابعاد مختلف سلامت از هم مجزا نیستند و ارتباط تنگاتنگی دارند. به عنوان مثال یک بیماری مزمن جسمی مانند دیابت یا قطع عضو به دنبال عوارض آن باعث آسیب سلامت روان و درجاتی از افسردگی می شود و فرد را از حضور در جامعه و ایفای نقشی موثر و مولد باز می دارد. از طرف دیگر اختلال در سلامت روان نیز می تواند باعث تشدید یا ایجاد بیماری های جسمی شود. به عنوان مثال کارمندی که با رییس خود مشاجره می کند احساس کمردرد می کند یا خانمی که با همسر یا فرزند خود بحث طولانی می کند احساس درد در قفسه سینه می کند. این احساس ها گاهی هیچ مبنای پاتوفیزیولوژیکی ندارند و تنها جسمی شدن یک بیماری روانی است و گاه موجب بیماری جدی جسمی مانند سکته قلبی یا مغزی به دنبال تنش شدید می شود. فردی که در جامعه فعال نیست نیز دچار افسردگی و اضطراب شده و سلامت روان و جسم او نیز تحت تاثیر قرار می گیرد. افرادی که اعتقادات دینی ندارند هم از اضطراب زیاد و احساس پوچی رنج می برند و هم سایر ابعاد سلامت آنان می تواند تحت تاثیر قرار گیرد. پس در مدیریت سلامت باید همه جنبه ها در کنار هم دیده شوند.

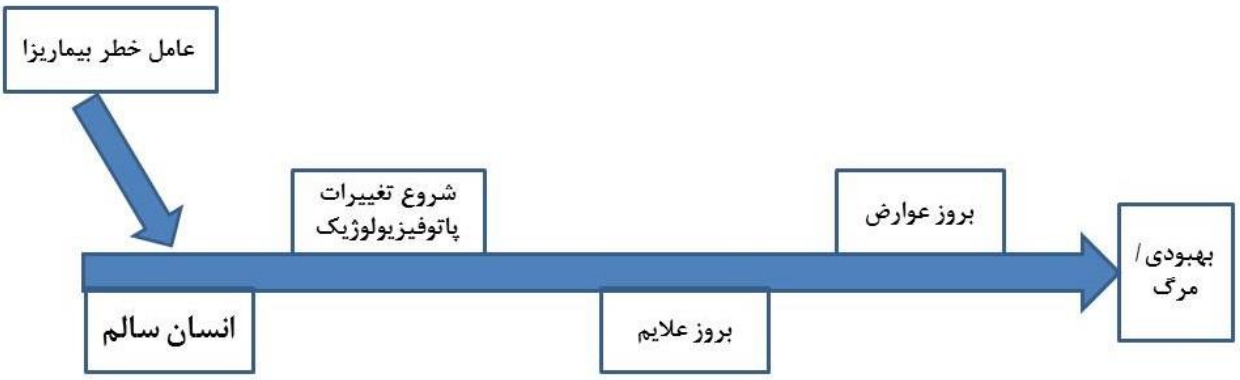
با توجه به مفاهیم و تعاریف بالا، اقداماتی که برای تامین، حفظ و ارتقای سلامت انجام می شوند بسیار گسترده و متنوع هستند. یکی از طبقه بندی هایی که این اقدامات را به صورت منظم و هدفمند طبقه بندی می کند، سطوح پیشگیری است. فلسفه سطوح پیشگیری، در درجه اول حفظ وضع موجود و پیشگیری از بدتر شدن آن ودر درجه بعد تلاش برای بهبود و ارتقای وضعیت موجود است. با این فلسفه همه اقدامات انجام شده در حوزه سلامت حتی درمان بیماری ها نوعی پیشگیری از وضعیت بدتر است. در ادامه به تشریح سطوح پیشگیری می پردازیم.

## سطوح پیشگیری[۵۳]

با توجه به تغییر ماهیت الگوی بیماری ها از واگیر به  غیر واگیر مزمن ، و با در نظر گرفتن نبودن علاج قطعی برای بسیاری از بیماری های مزمن و غیر واگیر، اهمیت توجه به عوامل خطر در عصر حاضر دو چندان شده است. عامل خطر، عاملی است که وجود آن احتمال بروز بیماری را افزایش می دهد. این عامل خطر می تواند یک میکروارگانیسم (باکتری، قارچ، ویروس یا پروتوزوآ)، یک رفتار (سیگار کشیدن، خشونت)، سبک زندگی ( تغذیه نامناسب، بی تحرکی، استرس)، عوامل محیطی (آب، هوا، نور و ...)، عوامل اقتصادی، اجتماعی (تحصیلات، اشتغال، اعتیاد، جنسیت، و ...) باشد. بر این مبنا تعریف سطوح پیشگیری نیز توسعه یافته و براساس راهبرد نظام سلامت در مقابله با عوامل خطر سطوح پیشگیری جدیدی ارایه شده است:

[۵۳] Prevention

برای فهم بهتر باید ابتدا با محور سلامت و بیماری آشنا باشیم. در ابتدای این محور انسان سالم قرار دارد که در معرض عوامل خطر تهدید کننده سلامت قرار دارد. این عوامل خطر با اثر روی فرد باعث تغییرات داخل سلولی و شروع روند بیماری می شوند. به تدریج تغییرات به حدی می رسد که فرد احساس ناراحتی نموده و علایمی در وی ظاهر می شود. علایم در صورت عدم بهبودی پیشرفت نموده و باعث بروز عوارض می گردد. این عوارض نیز می تواند به بهبودی یا مرگ و ناتوانی منجر گردد (شکل ۱).




شکل ۱: محور سلامت و بیماری

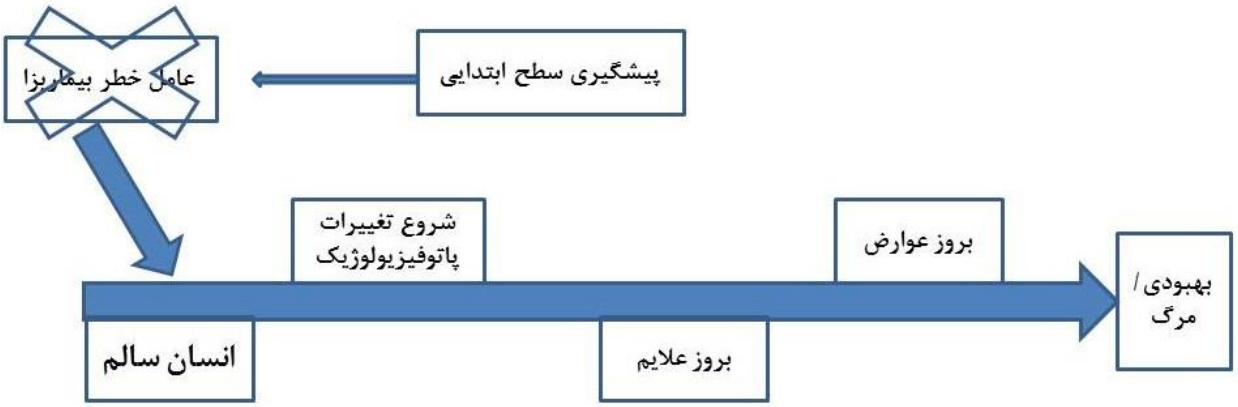
*پیشگیری سطح ابتدایی*: در اولین سطح پیشگیری که پیشگیری ابتدایی[۵۴] یا بدوی است، هدف عدم شکل گیری عامل خطر است. در این سطح عامل خطری به بوجود نمی آید و به این طریق از بروز بیماری پیشگیری می شود (شکل ۲). مثال هایی از این سطح پیشگیری به قرار زیر است:

۱. بهسازی محیط : در تمامی اقدامات بهسازی محیط، هدف عدم شکل گیری عوامل خطر مثل آلاینده های هوا، آلودگی های آب ها و خاک با آلاینده های شیمیایی و فیزیکی و به دنبال آن عدم وقوع بیماری است.

۲. افزایش دانش و آگاهی: پائین بودن سطح دانش و آگاهی و سواد سلامت زمینه ساز شکل گیری بسیاری از عوامل خطر و به دنبال آن بیماری است. افزایش سطح دانش و آگاهی افراد منجر به انتخاب سبک زندگی سالم فردی، تغذیه صحیح و الگوهای رفتاری صحیح می گردد، و در این الگوهای صحیح زندگی، تغذیه و رفتاری عامل خطری شکل نمی گیرد و به تبع آن از بروز بیماری هم جلوگیری می شود.

[۵۴] Primordial Prevention

۳. ریشه کنی بیماری ها: در مواردی مانند آبله که به دنبال واکسیناسیون و ریشه کنی بیماری، سرانجام آخرین نمونه های آزمایشگاهی این میکروارگانیسم نیز از بین برده شد نیز پیشگیری ابتدایی انجام داده ایم. دقت نمایید که مراحل قبل از ریشه کنی و واکسیناسیون جزو این سطح نیست.




شکل ۲: پیشگیری سطح ابتدایی

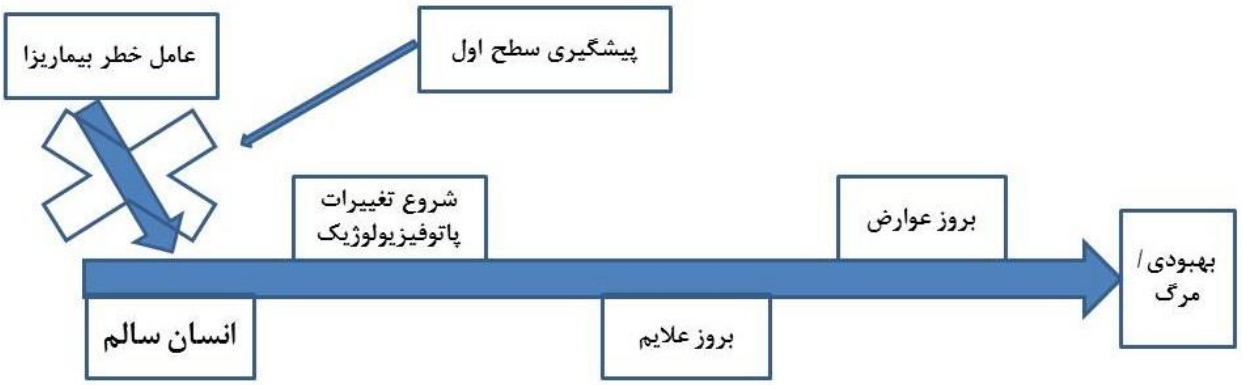
*سطح پیشگیری اول:* در سطح پیشگیری اول[۵۵] هدف جلوگیری از ایجاد بیماری است. در این مرحله در حالیکه عامل خطر وجود دارد یا آن را از بین می بریم یا اثر آن را کنترل و یا تعدیل می کنیم (شکل ۳). سه راهکار اصلی برای پیشگیری اولیه وجود دارد:

۱. از بین بردن و حذف عامل خطر: به عنوان مثال استفاده از مواد ضد عفونی کننده سطوح برای از بین بردن عوامل بیماری زا مثل ویروس ها، باکتری ها و سایر عوامل بیماری زا، باعث از بین رفتن عامل خطر، و در نتیجه جلوگیری از وقوع بیماری است.

۲. استفاده از وسایل محافظتی: استفاده از وسایل محافظتی فیزیکی مانند ماسک، گان، عینک دندانپزشکان و تکنسین های لیزر درمانی، لباس های آتش نشانی، یا مواد محافظ پوست مثل کرم های ضد آفتاب، وازلین و غیره که باعث جلوگیری از مواجهه فرد با عامل بیماریزا و در نتیجه عدم بروز بیماری می گردد.

۳. مصئونیت افراد در مقابل عامل خطر: در این روش افراد با عامل خطر مواجهه دارند، ولی با روش هایی مثل واکسیناسیون فرد را در مقابل بیماری ایمن می کنیم.

[۵۵] Primary Prevention




شکل ۳: پیشگیری سطح اول

*پیشگیری سطح دوم*[۵۶]: در این سطح عامل خطر بیماریزا روی انسان سالم اثر گذاشته و باعث شروع روند پاتوفیزیولوژیک بیماری می شود. در ابتدای این روند معمولا فرد متوجه علایم نمی شود و بیماری در سطح سلولی پیشرفت نموده و باعث واکنش سیستم های دفاعی بدن شده و واسطه های شیمیایی آزاد شده و در خون و سایر ترشحات بدن ظاهر می شوند یا در صورت وجود سطح آنان تغییر می کند. به عنوان مثال در نمونه خون متوجه بالارفتن تعداد گلبول های سفید، بالا رفتن CRP، افزایش سطح فریتین، بالا رفتن سرعت سدیمان خون (ESR) می شویم. گاهی نیز آزمایش های تخصصی مانند تغییر سطح خونی هورمون های تیرویید یا سایر غدد را مشاهده می کنیم. در مواردی نیز مشاهده لام تهیه شده از نمونه بافتی تغییرات سلولی را نشان می دهد. این تغییرات در مواردی مانند سرطان دهانه رحم یا پروستات می تواند کمک کننده باشد. در این مرحله بیماری شروع شده است، ولی در مرحله پیش بالینی[۵۷] است.

پیشگیری سطح دوم عبارت است از کشف بیماری در مراحلی که تغییرات پاتوفیزیولوژیک شروع شده اما بیمار علامتی ندارد که موجب ناراحتی و مراجعه برای بررسی علت شود. به عبارت دیگر در دوره نهفتگی بیماری آن را تشخیص می دهد. پیشگیری سطح دوم اغلب با استفاده از روش های غربالگری[۵۸] انجام می شود. غربالگری نیز گاه در سطح کل جمعیت و گاه در میان افراد پرخطر برای ابتلا به یک بیماری خاص انجام می شود.

نمونه هایی از پیشگیری سطح دوم در زیر آمده است:

۱. مطابق دستوالعل کشوری پیشگیری و کنترل دیابت، این بیماری در افراد با خطر بالا یعنی افرادی که سابقه فامیلی دیابت دارند یا نمایه توده بدنی بالاتر از ۲۵ دارند باید از سن ۳۰ سالگی با آزمایش قند خون ناشتا یا هموگلوبین A1c بررسی شوند. غربالگری این بیماری در کل جمعیت نیز بعد از سن ۴۵ سال، صرف نظر ازداشتن عامل خطر توصیه می شود.

---

[۵۶] Secondary prevention
[۵۷] Subclinical
[۵۸] Screening

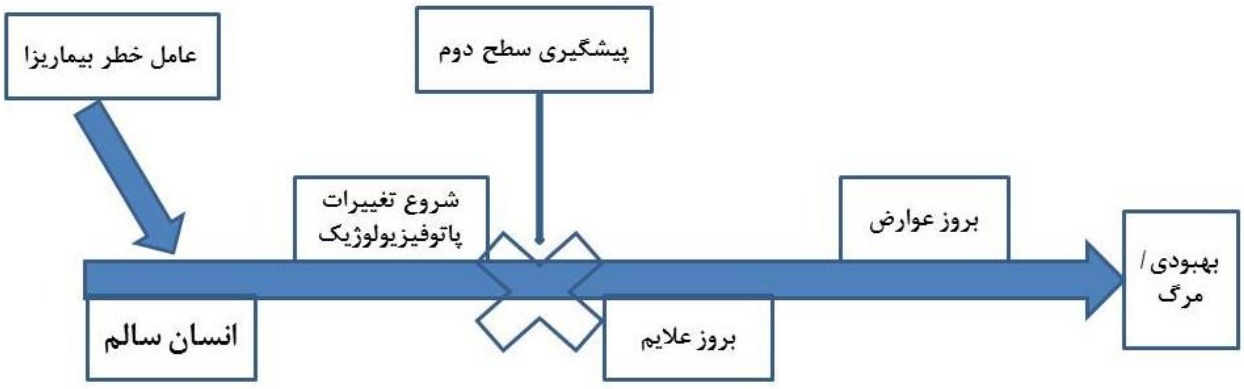
۲. سرطان دهانه رحم در زنان از زمان شروع تغییرات داخل سلولی تا بروز علایم زمانی بین ۵ تا ۱۵ سال نیاز دارد. با انجام آزمایش ساده پاپ اسمیر یا آزمایش HPV[۵۹] به راحتی بیماری در مراحل اولیه و قبل از دست اندازی به بافت های مجاور یا دوردست تشخیص داده شده و به طور کامل قابل درمان است. در حالی که در صورت بروز علایم و دست اندازی به سایر ارگان ها درمان قطعی ندارد.

۳. کم کاری تیرویید و فنیل کتونوریا در نوزادان باعث تاخیر رشد در سیستم اعصاب مرکزی و عقب افتادگی ذهنی می شوند. با غربالگری نوزادان در ابتدای نوزادی و تشخیص به موقع این بیماری ها از عقب افتادگی ذهنی می توان پیشگیری کرد. این غربالگری برای همه نوزادان در کشور انجام میشود.

۴. کودکان ۴ تا ۶ سال قبل از ورود به مدرسه از نظرتنبلی چشم یا آمبلیوپی غربالگری می شوند. درمان تنبلی چشم قبل از ۶ سالگی با درمان ساده شامل بستن چشم سالم به راحتی امکانپذیر است اما در سنین بالاتر نیاز به عمل جراحی دارد. با غربالگری و تشخیص زودرس بیماری می توان از انجام یک عمل جراحی پیش گیری کرد.

۵. غربالگری دمانس در سالمندان با استفاده از پرسشنامه مینی تست دمانس انجام می شود.

همانگونه که ملاحظه می شود ابزارهای مختلفی مانند پرسشنامه، آزمایش خون، مدفوع، نمونه بافتی، معاینه ، مشاهده و ... برای غربالگری استفاده می شود. هدف از این سطح پیشگیری تشخیص زودرس و درمان به هنگام است (شکل ۴)




شکل ۴: پیشگیری سطح دوم

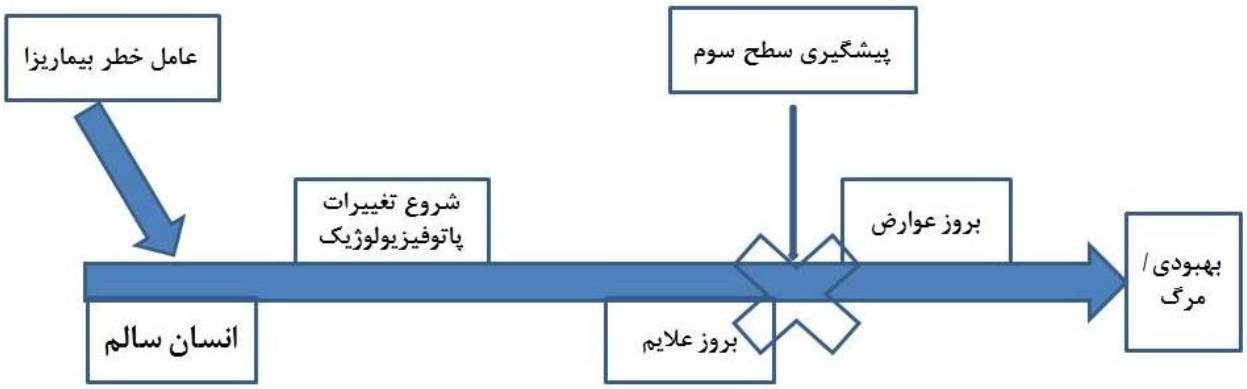
د. *پیشگیری سطح سوم*[۶۰]: اگر غربالگری انجام نشود و فرد با علایم مراجعه نماید نشان دهنده پیشرفت بیماری است. در این مرحله نیز درمان و پیشگیری از عوارض مد نظر است.

به عنوان مثال اگر فردی با علایم پرنوشی و پرادراری مراجعه نمود به دیابت شک می کنیم. پس از انجام آزمایش در صورت بالابودن قند خون بلافاصله اصلاح سبک زندگی و در صورت نیاز درمان دارویی شروع می شود. با توجه به آنکه این فرد حداقل چند سال قند خون بالا داشته تا در زمان حاضر علایم ظاهر شده است و در این مدت سایر ارگانها از

[۵۹] Human Papilloma Virus
[۶۰] Tertiary prevention

جمله قلب و عروق، کلیه ها، اندام ها و چشم تحت تاثیر تغییرات ناشی از بیماری بوده اند، لذا در زمان تشخیص باید این ارگان ها از نظر میزان تاثیرگذاری بیماری بررسی شده و در صورت وجود عوارض درمان و در صورت عدم یافتن شواهد عوارض علاوه بر اقدامات پیشگیرانه، به صورت دوره ای بررسی و در صورت بروز شواهد فورا مداخلات شروع شود.

در مواردی که بیماری منجر به معلولیت شود مانند سکته مغزی یا بی تحرکی طولانی مدت نیاز به توانبخشی نیز وجود دارد که در این سطح پیشگیری قرار می گیرد. در این سطح پیشگیری هدف درمان هرچه سریعتر و پیشگیری از عوارض است (شکل ۵)




شکل ۵: پیشگیری سطح سوم

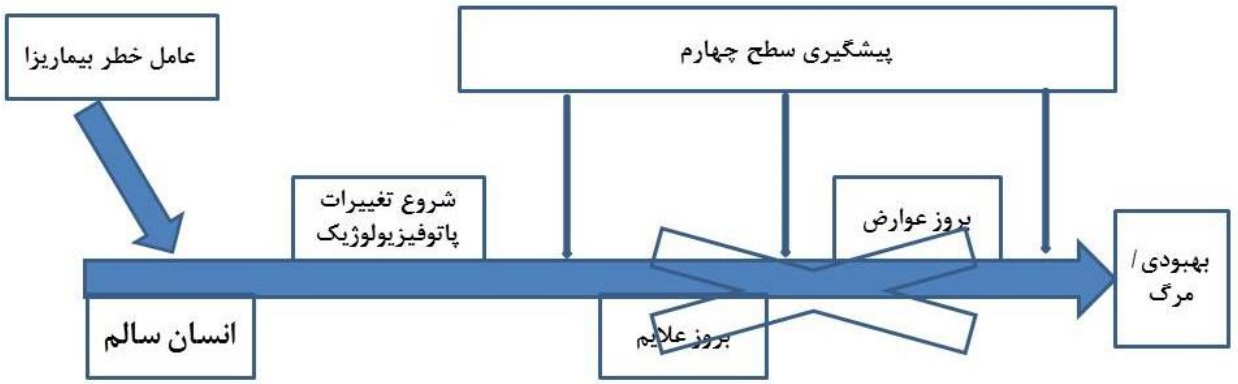
ه. *پیشگیری سطح چهارم*[۶۱]: سال های سال تصور بر این بود که پزشکی رشته ای درجهت حفظ سلامت مردم است. در آغاز هزاره جدید شواهدی منتشر شد که نشان می داد تعداد زیادی از مردم هر ساله از اقدامات غیرضروری و اضافی پزشکی آسیب میبینند. این سطح پیشگیری به منظور پیشگیری از تشخیص و درمان های غیرضروری و اضافی در سال ۲۰۰۵ معرفی شد.

موارد زیادی از درمان های غیر ضروری مانند استفاده از آنتی بیوتیک های نسل سوم برای خط اول درمان بیماری سینوزیت یا استفاده از آنتی بیوتیک در درمان سرماخوردگی ویروسی، استفاده از داروهای کورتیکواستروئید در بیماری های مختلف، استفاده زودرس از روش های تشخیص مهاجم در تشخیص بیماریها مانند آندوسکوپی یا کولونوسکوپی در اولین مراجعه بیمار با سوزش سر دل، انجام سی تی اسکن یا ام آر ای در سردردهای بدون عارضه گزارش شده است. این موارد علاوه بر تحمیل هزینه اضافه به نظام سلامت باعث ایجاد عارضه های متعدد در مصرف کنندگان نیز می شود. تشخیص های اضافی و غیرضروری نیز باعث دریافت خدمات اضافی و آسیب سلامت فرد و تحمیل هزینه های غیر ضروری می شود.

[۶۱] Quaternary prevention

برای پیشگیری در سطح چهارم تدوین راهنماهای بالینی بر اساس شواهد معتبر لازم است. این راهنماها باید معیارهای تشخیص را به وضوح بیان کند و مراحل تشخیص، درمان و بازتوانی را بر اساس شدت بیماری تبیین کند. به عنوان مثال برای سردرد با ماهیت فشاری بدون علایم خطر محتمل ترین تشخیص سردرد تنشی است. درمان اولیه با مسکن های معمول خواهد بود. در مرحله اول نیازی به مسکن های قوی، کورتیکواستروییید ها و ... نیست؛ به عبارت دیگر نیاز به تجویز اضافی نیست. از طرف دیگر با توجه به نبود علایم خطر و شیوع سردرد تنشی نیازی به تشخیص های اضافی مانند ناهنجاری های عروقی یا توده های سیستم اعصاب مرکزی نیست. در صورت مصرف مسکن های ساده و عدم کنترل ان در زمان قید شده در راهنمای بالینی درمان های بعدی و روش های تشخیصی دیگر مورد استفاده قرار خواهند گرفت.

هدف از این سطح پیشگیری، پیشگیری از درمان غیرضروری و بیش از حد[۶۲] و تشخیص غیرضروری و بیش از حد[۶۳] است (شکل ۶).




شکل ۶: پیشگیری سطح چهارم

در پایان باید توجه داشت که بعضی اقدامات بر اساس گروه هدف می تواند در سطوح مختلف پیشگیری جای داشته باشد. درمان یک بیمار مبتلا به سل که با خلط خونی مراجعه نموده، برای فرد بیمار پیشگیری سطح سه است اما برای اطرافیان بیمار پیشگیری سطح اول محسوب می شود.

## نتیجه گیری

سلامت فقط نبودن بیماری نیست بلکه مواردی مانند رفاه کامل، قدرت تطابق با محیط و مولد بودن نیز در آن نقش دارد. برای سلامت چهار بعد جسمی، روانی، اجتماعی و معنوی تعریف شده است که با هم ارتباط تنگاتنگی دارند. برای تامین، حفظ و ارتقای سلامت سطوح پنج گانه پیشگیری با هدف حذف و کنترل عوامل خطر، تشخیص زودرس بیماری و درمان به هنگام و پیشگیری از عوارض و درمان ها و تشخیص های غیر ضروری تعریف شده است.

---

[۶۲] Over-treatment
[۶۳] Over-diagnosis

**منابع**


۱. Constitution of the World Health Organization. In: World Health Organization: Basic documents. 45th ed. Geneva: World Health Organization; 2005.

۲. Sartorius N. The meanings of health and its promotion. Croat Med J. 2006;47(4):662–664.

3. Pandve HT. Quaternary prevention: need of the hour. J Family Med Prim Care. 2014;3(4):309–310.

4. Kisling LA, M Das J. Prevention Strategies. [Updated 2019 Jan 31]. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2019 Jan-. Available from: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK537222/

# سلامتی به عنوان حق عمومی

دکتر علی پاشا میثمی

استاد پزشکی اجتماعی

**اهداف**

با مطالعه این فصل انتظار می رود فراگیر بتواند:

- سابقه تعریف سلامتی به عنوان یک حق برای آحاد مردم را شرح دهد.

- دلایل اینکه سلامتی یکی از حقوق غائی برای انسان ها در جوامع بشری است را شرح دهد.

- راهبردهای مختلف در تأمین سلامتی برای همه را طبق اصول ارائه مراقبت های سلامت بیان کند.

- اقتصاد سبز و نقش کلیدی آن در تأمین سلامتی برای همه را شرح داده و اصول آن را بیان کند.

- اهداف توسعه پایدار و ارتباط آن با پوشش همگانی سلامت را شرح دهد.

- استراتژی لازم در تأمین پوشش سلامت همگانی را شرح داده و دلایل ضرورت استفاده از این استراتژی را بیان کند.

**مقدمه**

دیر زمانی نیست که بشر با مقوله سلامتی به عنوان محور توسعه آشنا شده است. تا آن هنگام که عوامل بیماری زا، ارتباط عوامل مختلف با سلامتی، تأثیر سلامتی بر رشد و توسعه و چگونگی بیماری زائی توسط عوامل مختلف چندان توسط بشر شناخته نشده بود، مقوله سلامتی به عنوان یک حق عمومی کمتر مورد توجه قرار می گرفت. لکن با افزایش دانش بشر در این حوزه، توجه به حفظ و ارتقاء سلامتی آحاد بشر منجر به درک این حقیقت شد، که سلامتی یک حق عمومی است و باید برای تمامی آحاد جامعه فراهم آید.

**سلامتی و توسعه**

با ارائه تعریف سلامتی توسط سازمان جهانی بهداشت، پس از پایان جنگ جهانی دوم، که رفاه کامل در تمام جنبه های موجود در زندگی بشری را شامل شد، ارتباط میان توسعه و سلامتی مورد توجه قرار گرفت. در حقیقت تمامی اجزاء لازم برای زندگی بشر بر سلامت انسان تأثیرگذار است و سلامت انسان نیز بر توسعه جوامع انسانی مشخصاً تأثیرگذار خواهد بود.

رشد اقتصادی که می تواند به عنوان مهمترین عامل در توسعه جوامع انسانی مطرح باشد، از عوامل مهم تأثیرگذار بر سلامت است و سلامت نیز بر آن تأثیر دارد. جامعه ای که از نظر سلامت در سطح مطلوب نیست، یقیناً در مولد بودن و رشد اقتصادی در وضعیت ایده آل و مناسب قرار نخواهد داشت. از این رو مطالعات متعددی بر مقوله سرمایه گذاری در حوزه سلامت به عنوان یک فعالیت اقتصادی به منظور ارتقاء رشد و توسعه جوامع تاکید داشته اند. مشخصاً سرمایه گذاری بر روی سلامت می

تواند با پیشگیری از بروز بیماری ها و عوارض آنها، تولید و توسعه اقتصادی و اجتماعی را موجب شود. اگر بهره مندی از حقوق مختلف اقتصادی، اجتماعی و سیاسی برای افراد در جوامع مطرح می شود، سلامت یکی از مهمترین پیش زمینه ها در تأمین دیگر حقوق نیز خواهد بود. مطالعات نشان داده اند که هر ۱۰٪ افزایش در امید به زندگی در بدو تولد در جوامع حداقل می تواند منجر به رشد اقتصادی در حد ۰,۳ تا ۰,۴ شود.

**ابعاد مختلف سلامتی**

با مرور تعریف سازمان جهانی بهداشت از سلامتی و در نظر گرفتن تمامی جنبه های مرتبط با سلامت انسان، نه تنها جنبه های سلامت جسمی، که جنبه های سلامت روحی، روانی، اجتماعی، عاطفی، معنوی و عملکردی که بتواند منجر به یک زندگی مولد و پویا برای انسان شود باید در نظر گرفته شود. اگر به جمیع حقوقی که برای انسان ها مانند دسترسی به دانش و اطلاعات، غذا، شغل، مسکن، پوشاک و دیگر موارد در شأن انسانی در جوامع توجه شود، در حقیقت تمامی این موارد برای تأمین سلامتی انسان در نظر گرفته شده است. به مفهوم دیگر اگر تأمین سلامتی انسان ها به عنوان حق برای او در نظر گرفته شود، این حق به تنهایی می تواند مدافع دیگر حقوق او در همه جوامع باشد.

**بیانه آلماآتا**

در سال ۱۹۷۸، در کنفرانس بین المللی آلماآتا برای نخستین مرتبه موضوع سلامتی به عنوان حق عمومی و ضرووت تأمین آن برای تمامی انسان ها توسط دولت ها مطرح و مورد تصویب قرار گرفت. شعار سلامتی برای همه[۶۴] به عنوان یک هدف اجتماعی مطرح و راهکار های مختلف دستیابی به آنها مورد بررسی قرار گرفت. همانگونه که ملاحظه می شود، این هدف (سلامتی برای همه) به عنوان حق هر انسان به منظور دستیابی به حداقل نیازهای تأمین سلامتی، به عنوان یک هدف اجتماعی تعریف شده و مسئولیت آن بر عهده دولت ها و نه منحصراً نهاد خاص سلامت در کشورها مثلاً وزارت بهداشت کشورها گذاشته شده است.

همانگونه که در فصول دیگر مورد اشاره قرار گرفته است، سلامتی یک مقوله اجتماعی است و مهمترین عوامل تعیین کننده سلامتی، عوامل اجتماعی می باشند.

**عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت**

تأمین سلامتی یک هدف اجتماعی و وظیفه دولت ها است. دولت در هر کشوری باید تمامی مساعی را در تأمین سلامتی فرد فرد انسان ها در آن جامعه به کار بندد. امکان تصمیم سازی و مداخله در جهت حفظ و ارتقاء سلامت جوامع تنها در اختیار دولت ها بوده و سازمان ها و نهادهای محدود نمی توانند تمامی عوامل را مورد بررسی، مداخله و ارزیابی قرار دهند. با مرور عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت که بیش از ۵۰ درصد از پیامدهای سلامت را متأثر می سازند، در می یابیم که مداخله در عواملی چون وضعیت اقتصادی-اجتماعی، آموزش و تحصیلات، تجارب دوران کودکی، اشتغال و عوامل شغلی مؤثر بر سلامت، سلامت محیط شامل تأمین آب آشامیدنی سالم و دیگر موارد مرتبط، تأمین غذا و محصولات کشاورزی غذائی سالم، تأمین شبکه های حمایت اجتماعی و دیگر موارد که از مهمترین عوامل تعیین کننده اجتماعی سلامت می باشند، تنها از عهده دولت مردان هر کشور بر خواهد آمد و مجموعه دولت ها باید در تأمین این موارد به منظور حفظ و ارتقاء سلامت افراد جامعه تلاش

[64] Health For All

کنند. لذا حقوق مختلف موجود برای انسان ها در هر جامعه به نوعی ارتباط تنگاتنگ با سلامتی آنها داشته و نادیده انگاشته شدن حتی یکی از آنها می تواند مانع در تحقق سلامتی به عنوان نتیجه نهایی تلاش ها گردد.

**مراقبت های سلامت در تأمین سلامت**

نکته بسیار مهم در مقوله تأمین نیازهای سلامتی، تلاش هایی است که دولت ها در مورد ارائه مراقبت های سلامت در جوامع انجام داده و آن را در راستای تأمین این حق برای مردمان قلمداد می کنند. باید توجه داشت که کلیه مراقبت های سلامت ارائه شده در مورد درمان و تشخیص بیماری ها در نظام های سلامت تنها می توانند تأمین کننده حداکثر ۲۵٪ از سهم سلامت در جوامع مختلف باشند. و همانگونه که اشاره شد عدم توجه به مقوله عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت که بیش از ۵۰٪ تعیین کننده سلامت افراد جامعه می باشند و تمرکز صرف بر ارائه مراقبت های سلامت، یک انحراف در تأمین حقوق مردم در مقوله سلامت است و تلاش های دولت مردان باید در تمام ارکان مبتنی بر حفظ و ارتقاء سلامت افراد جامعه باشد.

**چالش های توسعه با سلامت**

بسیاری از عوامل تعیین کننده سلامتی مرتبط با رشد و توسعه اقتصادی در جوامع اند. به عنوان مثال کارآفرینی، رونق تولید و اشتغال که می توانند منجر به بهبود وضعیت اقتصادی افراد جامعه به عنوان مهمترین عامل اجتماعی تأثیرگذار بر سلامت باشد و علاوه بر آن با تغییر وضعیت شغلی افراد از بیکار به شاغل موجبات بهبود وضعیت سلامتی آنها را فراهم آورده و با ایجاد مشاغل ایمن تر و مناسب تر، عوامل شغلی تأثیرگذار بر سلامت را کنترل کرده و همچنین وضعیت اجتماعی را نیز بهبود بخشیده و از این جنبه نیز منجر به ارتقاء سلامتی افراد شود و در کنار این همه با ایجاد جو آموزش عمومی و تخصصی مرتبط با شغل، ارتقاء دانش در افراد را در جامعه در راستای یکی دیگر از عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت موجب شود، می تواند خود با ایجاد تخریب در محیط زیست، تولید آلاینده های مختلف در منابع آب، خاک، هوا و محصولات غذائی و کشاورزی، تهدیدی جدی بر سلامت افراد همان جامعه به شمار آید. در حقیقت یکی از موانع مهم توسعه در کشورهای در حال توسعه عدم توجه به همین جنبه های منفی توسعه بوده که با اثرگذاری منفی بر سلامت فرد و جامعه می تواند روند توسعه را کند کرده و یا حتی کاهش دهد. چرا که همانگونه که بحث شد، سلامتی بر توسعه مؤثر است و اگر روند توسعه منجر به کاهش سطح سلامتی افراد جامعه شود، نتیجه عکس بر خود توسعه مورد انتظار خواهد بود.

**اقتصاد سبز- راه حل تأمین حقوق انسان ها در تأمین سلامت**

یکی از محوری ترین مسائل این روزها در زندگی بشر توسعه بدون آسیب به محیط و تخریب طبیعت و ایجاد عوامل مضر و مخل سلامتی انسان ها است. این رویکرد که هر فعالیت اقتصادی و مولد باید واجد سند سلامت و حفظ و تأمین محیط زیست و دارای تضمین عدم آسیب به محیط باشد، به عنوان اقتصاد سبز شناخته می شود که متأسفانه در کشورهای در حال توسعه کمتر مورد توجه قرار می گیرد. در حقیقت به بهای سود اندک کوتاه مدت تولید کننده و کارآفرین، نباید هزینه هنگفت غیر قابل جبران آسیب به منابع طبیعی و محیطی که تا نسل ها جبران ناپذیر خواهد بود را به جان خرید. علاوه بر عوامل محیط زیستی، توجه به عوامل محیط اجتماعی نیز باید در این مقوله مورد توجه قرار گیرد. لذا در اقتصاد سبز، پویایی اقتصاد و تولید بدون خدشه به محیط زیست طبیعی و همچین بدون آسیب به محیط زیست اجتماعی و روابط انسانی مورد توجه قرار می گیرد.

توجه به نقطه نظرات انسان ها در سطوح مختلف از کارفرما تا کارکن، ایجاد جو تعلق کار و تولید در همه ی کارکنان با مکانیسم موجود اقتصادی و روانی- اجتماعی محیط کار، تقویت زمینه همدلی، کار گروهی و ایجاد حس رشد در افراد با موفقیت دیگران و تلاش در ایجاد مسئولیت پذیری عمومی، همگی از مثال های بسیار مهم و مؤثر از مقوله اقتصاد سبز در تأمین سلامت محیط اجتماعی و پویایی جامعه است. لذا شاید ایجاد یک ساختار اقتصادی سالم که در آن رقابت صحیح، خلاقیت و نوآوری و نه موارد مفسده انگیز اصل است به همراه پیوست های تصمین کننده حفظ سلامت محیط زیست می تواند بشر را از بسیاری از عوامل زمینه ساز بیماری ها و تهدید کننده سلامت نجات دهد.

**استراتژی تأمین سلامت برای همه**

به دنبال طرح شعار سلامتی برای همه و هدف گذاری تأمین سلامت برای همه انسان ها توسط دولت ها در تمامی جوامع راهکارهای مختلف دستیابی به این هدف مورد بررسی قرار گرفت. استراتژی و راهبرد مورد قبول توسط تمامی کشورهای شرکت کننده در این اجلاس، رویکرد برقراری نظام مراقبت های اولیه سلامت[۶۵] یا PHC می باشد. در حقیقت بر اساس این نظام دولت ها موظفند ساختاری را فراهم آورند تا مراقبت های سلامت ضروری و مورد نیاز هر یک از افراد را در جوامع خود فراهم آورند. بر اساس این رویکرد باید مراقبت های سلامت اثربخش، برای تمامی موارد مورد نیاز پایه و ضروری، به نحوی در دسترس، قابل تأمین از نظر هزینه و قابل پذیرش برای جامعه و افراد (مقبولیت) ارائه شود. این مراقبت ها ابتدائی ترین نیازهای سلامت بشر در راستای حفظ و ارتقاء سلامت را شامل می شود، و اجزاء مشخص آن بر اساس اصول مربوطه می بایست ارائه شوند. یکی از مهم ترین راهبردها در ارتقاء سلامت جوامع در طی اعصار گذشته که توانسته در حوزه های کنترل بیماری ها و همچنین افزایش امید به زندگی مؤثر باشد، همین راهبرد ارائه مراقبت های اولیه سلامت بوده است.

**اصول ارائه مراقبت های سلامت**

شاید مهمترین اصل در تأمین حقوق انسان ها عدالت و برابری است. در مورد تأمین نیاز های سلامتی انسان نیز به عنوان حق، مهمترین اصل کاهش نابرابری ها و تأمین عادلانه مراقبت ها است. تمامی اصولی که در ارائه مراقبت های سلامت مورد بحث قرار می گیرند در حقیقت در تلاش تأمین خدمات برای انسان ها به صورت عادلانه و برابر اند. در اینجا توزیع عادلانه یا برابر خدمات، توزیع متناسب با نیاز آنها خواهد بود.

این اصول که در هر طراحی و اجرای هر برنامه سلامتی باید مورد توجه قرار گیرند و بدون رعایت آنها، حق انسان ها به صورت عادلانه ادا نشده است، به عنوان محور فکری و فلسفی در تدوین راهبردهای سلامتی به شمار می روند.

**دسترسی، دسترسی مستمر و تأمین هزینه به طور مستمر**

خدمات تعریف شده در هر بخش از نظام سلامت، باید در دسترس باشند، یعنی تمامی افرادی که به این خدمت نیاز دارند بتوانند به آن دسترسی داشته و از آن استفاده کنند. در عمل با تعریف زمان دسترسی بر حسب نوع خدمت از نظر فوریت استانداردهایی برای این اصل تعریف می شود که باید در تأمین مراقبت ها در نظر گرفته شود. این اصل، دسترسی برای همه، با اصل مهم دیگر یعنی توان اقتصادی در دریافت مراقبت سلامتی در ارتباط تنگاتنگ است. اگر خدمت در محلی نزدیک به فرد نیازمند ارائه می شود اما او قدرت خرید آن خدمت را ندارد، عملاً دسترسی به آن خدمت را نداشته است. قدرت خرید نه

[65] Primary Health Care System

تنها در زمان حاصر بلکه در طول زمان باید وجود داشته باشد و تأمین خدمت از نظر هزینه برای افراد جامعه باید در طول زمان و به صورت مستمر[۶۶] ممکن باشد.

علاوه بر این مراقبت ها باید در طول زمان ارائه شوند یعنی نظام سلامت باید برنامه ریزی مشخصی از نظر اجرائی و تأمین منابع لازم جهت ارائه خدمت در طول زمان داشته باشد. ارائه مراقبت های سلامت به صورت مقطعی و عدم برنامه ریزی جهت استمرار ارائه مراقبت ها در طول زمان، از عدم ارائه مراقبت ها از ابتدا بدتر است. چرا که در حالت اول اعتماد عمومی و سلامت روانی اجتماعی در حوزه ارائه مراقبت های سلامت مخدوش شده و دیگر مراقبت ها نیز مورد پذیرش قرار نخواهند گرفت.

## تناسب[۶۷] و کارآئی

خدمت باید متناسب با نیاز باشد، یعنی اگر مشکل سلامتی خاصی وجود دارد باید خدمتی که طبق شواهد در حل آن مشکل سلامتی است ارائه شود. این اصل با اصل بسیار مهم دیگر یعنی کارآئی خدمت و مراقبت ها در ارتباط تنگاتنگ است. یعنی نه فقط خدمت باید بتواند در حل مشکل مؤثر باشد بلکه باید بتواند با کمترین هزینه و بیشترین تأثیر در حل مشکل سلامتی مؤثر باشد. سطوح مختلف اثرگذاری مراقبت های سلامت را می توان به سه سطح طبقه بندی کرد. در درجه اول یک مراقبت باید مؤثر باشد، اثرگذاری[۶۸] به مفهوم وجود تأثیر در شرایط مطالعاتی و ایده آل بر روی نمونه ای منتخب از بیماران یا افراد است. در درجه دوم یک خدمت مؤثر در شرایط ایده آل باید تواند در شرایط معمول و در محیط عادی ارائه مراقبت ها نیز مؤثر باشد. بنابراین اثربخشی[۶۹] به مفهوم وجود اثر در شرایط عادی ارائه خدمت و برای عموم گیرندگان خدمت است. در آخرین سطح، کارآئی[۷۰] در مورد یک مراقبت به این مفهوم است که می تواند با کمترین هزینه بیشترین تأثیر را داشته باشد. کارآئی به مفهوم ارزان بودن از نظر قیمت نیست. ممکن است یک خدمت ارزان اثربخشی اندکی داشته باشد، کارآئی به مفهوم حداکثر تأثیر در قبال حداقل هزینه است. شاید یکی از مهمترین نکات در تأمین مراقبت های سلامت، در نظر گرفتن کارآئی خدمت در مقایسه با دیگر خدمات مشابه و یا در همان حوزه و انتخاب مناسب ترین خدمت است. به عنوان مثال اگر یک واکسن بر روی افراد داوطلب در پیشگیری از بروز بیماری مؤثر است، این واکسن اثرگذار است. اگر پس از توزیع واکسن در شبکه و استفاده از آن در خانه های بهداشت تأثیر واکسن مورد قبول بود، اثربخش نیز هست. در مورد اثربخشی عوامل محیطی مانند رعایت زنجیره سرد نگه داری واکسن، نحوه تزریق، رعایت موارد تجویز به طور صحیح و دیگر عوامل نقش خواهند داشت. حداکثر میزان مورد انتظار از اثربخشی همان اثرگذاری است. اگر هزینه کلی یک واکسن در مقایسه با واکسن های مشابه به منظور پیشگیری از مرگ و میر ناشی از یک بیماری به میزان مشخص کمتر باشد، این واکسن کارآ[۷۱] نیز هست.

### در نظر گرفتن سلامت جامعه، مشارکت جامعه

در مقوله ارائه مراقبت های سلامت باید به سلامت جامعه توجه کرد. به این مفهوم که باید در اولویت بندی مسائل سلامت به منظور پاسخگوئی به اهمیت آنها در جامعه و میزان تأثیر آنها بر سلامت جامعه توجه کرد. در موارد متعددی مراقبت های بسیار پر هزینه که ممکن است در حل مشکل سلامتی افراد معدودی نقش داشته باشد، در اولویت قرار گرفته و مراقبت های

[66] Sustained
[67] Relevancy
[68] Efficacy
[69] Effectiveness
[70] Efficiency
[71] Efficient

کم هزینه که تقریباً سلامت تمام افراد جامعه با آنها گره خورده است، فراموش می شوند. در حقیقت در تعیین بار و اهمیت هر بیماری باید ابعاد آن در جامعه لحاظ شود و تأمین سلامت برای جامعه اولویت باشد. مشارکت جامعه در ارائه مراقبت های سلامت از اصول مهم دیگر است. افراد جامعه باید هم در تعیین مشکلات سلامت، هم در اولویت بندی، هم در تعیین راهبردهای عملی حل مشکل سلامت و هم در ارائه مراقبت ها و اجرای برنامه ها مشارکت داشته باشند. اگر چه در هر یک از مراحل سهم و چگونگی مشارکت متفاوت خواهد بود، لکن تضمین اجرائی شدن خدمات و مراقبت ها در گرو همین مشارکت اجتماعی است.

**مشارکت چندبخشی، همکاری بین مراکز**

حل بسیاری از مشکلات سلامتی از عهده یک نهاد و سازمان به تنهایی خارج است. ضروری است در ترسیم نقشه راه در حل مشکلات سلامت، پازل مربوطه به طور کامل در نظر گرفته شود و با حمایت طلبی از تمامی ذی نفعان و تقسیم وظایف مرتبط با هر بخش اقدام به تدوین راهبرد کرد. به عنوان مثال در حل مشکل مرگ و میر ناشی از تصادفات، هیچ نهادی به تنهایی نمی تواند به طور کارآ عمل کند. همکاری بین بخش های مختلف از شهرداری، راه و ترابری، صنعتف، راهنمایی و رانندگی، وزارت بهداشت، صنف رانندگان و نمایندگان مسافران و نمایندگان جامعه و انجمن های علمی در این مقوله می تواند راهگشا باشد. علاوه بر این در ارائه یک مراقبت سلامت استفاده از ظرفیت های موجود در سازمان ها، نهادها و مراکز مختلف و تعریف مراکز همکار، در کاهش هزینه ها و ارائه به موقوع خدمات بسیار کمک کننده خواهد بود. مثلاً در افزایش پوشش واکسیناسیون بر علیه بیماری فلج اطفال می توان از همکاری هلال احمر، امور مساجد، شهرداری ها و خانه های سلامت و دیگر ظرفیت های موجود علاوه بر ساختار شبکه بهداشت استفاده کرد.

**جامع بودن، مبتنی بر خانواده و جامعه**

خدمات ارائه شده باید جامع باشند. به این مفهوم که پاسخ برای مشکلات مختلف سلامتی افراد و جامعه همراه با هم ارائه شود و نه مجزا و نیازمند به زمان های جداگانه، ویزیت های جداگانه و حتی در مکان های مجزا. جامع بودن خدمات منجر به افزایش کارائی در ارائه مراقبت ها خواهد شد. علاوه بر این خدمات نباید به صورت انفرادی  بلکه باید به صورت مبتنی بر خانواده و جامعه طراحی و ارائه شوند. این اصل به مفهوم عدم ارائه خدمت به افراد مجرد نیست، بلکه به مفهوم استفاده از فرصت تأثیرگذاری یک مداخله در دیگر افراد خانواده و جامعه با ایجاد ساختار ارائه خدمت بر این اساس است.

**اصول ارائه مراقبت های سلامت در راستای تأمین حق سلامتی**

مرور تمامی اصول ارائه مراقبت های سلامت که پیش از این انجام شد، نشان می دهد که اگر ادای حق انسان ها در حوزه سلامتی مد نظر است، بدون این اصول امکان پذیر نیست. با تنوع و تکثری که در مشکلات سلامت در جوامع مختلف وجود دارد و با توجه به محدودیت منابع و کثرت جمعیت، اگر رویکردهای کارآئی و تناسب و دیگر اصول که منجر به افزایش بهره وری در نظام ارائه خدمات می شوند رعایت نشود، دسترسی عادلانه و برابر برای افراد جامعه ممکن نخواهد شد.

**برابری و عدالت در ارائه مراقبت ها**

برابری و عدالت در ارائه مراقبت های سلامت، دارای دو وجه در این مهم است. وجه اول در خصوص ارائه خدمات و برخورداری از خدمات است. به این مفهوم که تمامی افراد دارای نیاز سلامتی مشابه باید دسترسی به خدمات مربوطه را داشته باشند. این

برابری هم باید افقی (افراد متعلق به یک گروه و طبقه اجتماعی و اقتصادی) و هم به صورت عمودی (افراد از گروه های مختلف اقتصادی- اجتماعی با نیاز یکسان) فراهم شود. یعنی هیچ مانعی در دستیابی به مراقبت های سلامتی وجود نداشته باشد.

وجه دوم در تأمین منابع جهت ارائه مراقبت های سلامت است. برخلاف وجه قبلی که برابری در دریافت خدمات مطرح است، مشارکت در تامین هزینه ها باید عادلانه و متناسب با سطح تمکن مالی و طبقه اقتصادی و اجتماعی افراد باشد. مشارکت عادلانه در تأمین هزینه های نظام سلامت که تضمین کننده حق انسان ها در دستیابی به مراقبت های سلامت است، باید به صورت افقی برابر باشد، یعنی افراد دارای سطح اقتصادی و اجتماعی مشابه، مشارکت مشابه داشته باشند و به صورت عمودی باید به صورت عادلانه باشد، یعنی افراد برخوردارتر و دارای سطح اقتصادی اجتماعی بالاتر، سهم و مشارکت بیشتری داشته باشند.

این مقوله ممکن است در مواردی محل بحث قرار گیرد. اما اگر به موضوع اقتصاد سبز باز گردیم و جنبه اجتماعی و عدالت اجتماعی در حوزه اقتصاد را به عنوان یکی از سه پایه مهم در توسعه به عنوان تأمین کننده و تضمین کننده سلامت انسان ها در نظر بگیریم، نابرابری های اجتماعی و اقتصادی یکی از عوامل مهم در خروج جامعه از تعادل و توازن و سلامتی است، اگر جامعه پویا و مولد مد نظر است، مشارکت افراد برخوردارتر در رساندن جامعه به سطح تعادل و نه با فاصله طبقاتی و تبعیض باید بیشتر باشد. این تعادل و توازن در نهایت به نفع تمامی افراد و زیرگروه های جامعه خواهد بود، و زندگی کردن در یک جامعه ناسالم هزینه های قابل توجهی بیش از همه برای طبقه برخوردار در شرایط تبعیض به همراه خواهد داشت. در حقیقت تمامی تلاش ها در جهت ادای حق سلامتی انسان ها متمرکز بر کاهش نابرابری ها است. یکی از مهمترین رویکردها در کاهش نابرابری ها، کاهش فاصله ها با تعریف تأمین مشارکت عادلانه در هزینه ها است.

**سلامتی، حق انسان ها، پاسخگویی به نیازها**

تا هنگامی که که سلامتی به عنوان حق انسان تعریف می شود، پاسخگوئی به نیازهای سلامت به عنوان یکی از عملکردهای نظام سلامت مطرح می شود. اکنون سؤال این است که نیازهای متعدد و کثیری به عنوان نیازهای سلامت در جوامع مطرح است و پاسخگوئی به آنها چگونه باید انجام شود؟ آیا باید برای تمامی موارد تقاضا و نیاز دسترسی به مراقبت تعریف کرد؟

بدیهی است که محدودیت منابع انسانی، مالی، تجهیزات، زمانی و غیره مانع از تحقق پاسخگوئی به تمامی نیازها و موارد تقاضا خواهد بود. اولویت بندی نیاز ها راه چاره این مسئله است.

*انواع نیاز*

نیازهای سلامتی دارای انواع خاصی می باشند، که توجه به آنها در تعیین اولویت ها و راهبردهای ارائه مراقبت های سلامت ضروری است.

*نیازهای ضروری*

این نیاز های سلامتی بر اساس شواهد و مستندات علمی معقول بوده و باید پاسخ داده شوند.

*نیازهای درک شده*

افراد دارای نیازهای سلامت ممکن است از نیاز خود اگاه نباشند. اگر فرد دارای نیاز سلامت، متوجه نیاز خود شد، در این مرحله قرار دارد. این افراد ممکن است درخواستی برای خدمت نداشته باشند اما از وجود نیاز سلامتی خود آگاه بوده و به طور بالقوه می توانند درخواست خدمات را داشته باشند.

*نیازهای بیان شده (تقاضا)*[۷۲]

اگر نیازهای درک شده منجر به درخواست دریافت خدمات سلامت در افراد شود به عنوان نیازهای ابراز شده و تقاضا در نظر گرفته خواهند شد. در واقع کثیری از مراقبت های سلامت به عنوان پاسخ به تقاضای افراد ارائه می شوند.

*نیازهای القائی/رقابتی*

این نیازها از نظر علمی و بر اساس شواهد و مستندات ضروری نبوده و منجر به ارتقاء سلامت فرد نمی شوند، اما با توجه به القاء و یا مشاهده در گروه های همسان (همکاران، دوستان و ...) در فرد ایجاد شده اند. مثلاً اگر یک فرد به خال صورت خود توجهی نداشته و در معاشرت های اجتماعی و خانوادگی و از نظر ذهنی برای فرد دغدغه ای ایجاد نکرده است لکن در مراجعه به پزشک به او پیشنهاد می شود که می تواند آن را لیزر کند، همین پیشنهاد منجر به القاء نیاز و ایجاد تقاضا در فرد خواهد شد.

در مواردی فرد مشکلی از نظر علمکرد قلبی ندارد، اما چون همکار و یا یکی از آشنایان عمل قلب باز انجام داده است، دچار نیاز رقابتی شده و به جستجوی خدمات مربوطه بر می آید. در بررسی ها تنگی عروق کرونر او به حدی که نیاز به مداخله داشته باشد نیست، اما به پزشک اصرار می کند که برای او نیز جراحی قلب باز انجام دهد و ممکن است پزشک با در نظر گرفتن احتمال رخداد حادثه قلبی- عروقی و پیشگیری از ملاحظات قانونی این عمل جراحی را برای او انجام دهد.

**روند پاسخگویی به نیاز ها در نظام های سلامت**

در نظام های سلامت غیر نوین، مراقبت ها درمانی بر اساس پاسخ به نیاز های بیان شده و یا همان تقاضا است. لذا مشاهده می شود که در کشورهای در حال توسعه با ساختار نظام سلامت غیر نوین، انبوه مراکز تشخیصی و درمانی و تجهیزات و امکانات تشخیصی و درمانی و بیمارستان ها وجود دارد و با وجود این همه، صف انتظار طولانی و تقاضای بالا هنوز پابرجاست. برنامه ریزی در تأسیس و تجهیز بیمارستان های جدید، تأمین مراکز تشخیصی و درمانی جدید و متعدد و اعطای تمامی مجوز ها به هر ارائه کننده خدمت از هر نوع، در این نظام های سلامت منجر به کاهش تقاضا نشده و باز هم صف پا برجا خواهد بود.

در حقیقت اعطای مجوزهای افسار گسیخته، واردات تجهیزات پیشرفته متعدد و تأسیس مراکز درمانی و نشخیصی جدید، به طور معمول تقاضای القائی[۷۳] و کاذب خود را به همراه خواهند داشت و به ویژه اگر نظام پرداخت هزینه های خدمات سلامت ناکارآمد باشد، بستر بسیار مناسبی برای ارائه مراقبت های غیر کارآمد اما سود آور برای ارائه کنندگان خدمت را فراهم خواهد آورد. اگر اصول و معیارهای بحث شده در ارائه مراقبت های سلامت مطرح نباشد، و سود فردی مبنای ملاحظات اجتماعی در یک جامعه قرار گیرد، ارائه خدمت به کسانی که واقعاً به آن خدمات بر اساس نیاز سلامت خود، نیاز نداشته اند، متأسفانه بسیار جالب به نظر می رسد، در این موارد مسئولیت ویژه ای نیست اما با افزایش تعداد خدمات، درآمد و سودآوری در حد بسیار

[72] Demand
[73] Induce demand

بالایی اتفاق می افتد. همان گونه که اشاره شد اگر عدالت در تامین هزینه ها به صورت عمودی در پرداخت مالیات و حق بیمه وجود نداشته باشد، کسب درآمد به ساده ترین شکل رخ خواهد داد.

**نظام های سلامت نوین**

در نظام های سلامت نوین، اصول بحث شده در ارائه مراقبت های سلامت در تأمین حق مردم رعایت می شود. عدول از این اصول به عنوان تخطی از راهبرد تأمین حق مردم بوده و بر اساس اصول طرح شده، نیازهای منطقی و ضروری سلامت باید در اولویت باشند. به عنوان یک قاعده کلی، مراقبت های پیشگیرانه هزینه- اثربخش ترین و کارآترین مراقبت ها در مورد هر مشکل سلامت هستند. در یک نظام سلامت نوین، حتی اگر نیازهای سلامت پیشگیرانه که کارآیی مراقبت ها در مورد آنها به اثبات رسیده است، توسط مردم درک نشده باشند و تقاضایی برای آنها وجود نداشته باشد، در اولویت اند. برنامه ریزی جهت اگاه سازی جامعه و ارائه این مراقبت ها در رأس برنامه های سلامت است و ارائه این مراقبت ها برای عموم مردم با کمترین هزینه و با دسترسی در حداکثر سطح ممکن اصلی ترین برنامه های سلامت است.

با این رویکرد به همراه رویکردهای مبتنی بر کنترل هزینه ها و تقاضای القائی، می توان از یک سو میزان بروز بیماری ها و تقاضای تشخیصی و درمانی را کنترل کرد و همچنین با تشخیص زودهنگام بیماری، فرایند تشخیص و درمان را به کم هزینه تر، کوتاه تر و با احتمال بالاتر از بهبودی و احتمال کمتر از رخداد عوارض تبدیل کرد و از سوی دیگر، بار کاذب نیاز به خدمات تشخیصی و درمانی را کاست.

در این نظام های سلامت، هر رویکردی که تخصص گرایی و نیاز به خدمات پیچیده را در سطحی غیر از سطح مورد نیاز قرار دهد، مورد حمایت قرار نمی گیرد. مراقبت ها مبتنی بر جمعیت و جامعه بوده و هدف ارتقاء سلامت و نه فقط تشخیص و درمان و ویزیت بیماران است. تلاش در این نظام، به عوض تأسیس بیمارستان های متعدد و در هر نقطه، ارائه مراقبت ها خارج از بیمارستان و حتی در منزل است. این رویکردها در کاهش هزینه های مراقبت های سلامت بسیار راهگشا است. سطح بندی خدمات سلامت و طراحی نظام ارجاع و ارائه مراقبت ها بر اساس رویکرد پزشک خانواده و مسئول سلامت جمعیت تعریف شده، از رویکردهای مهمی است که با وجود تعداد مشخص از مراکز تشخیصی و درمانی و بیمارستان های غیر متکثر، امکان دستیابی به خدمات تخصصی، فوق تخصصی و پیچیده را برای افرادی که به این خدمات به طور واقعی نیاز دارند فراهم می آورد.

**نظام سطح بندی ارائه خدمات سلامت**

اگر هدف در تأمین سلامت آحاد جامعه بر اساس رویکرد نوین است، سطح بندی ارائه خدمات سلامت و برقراری نظام ارجاع از ضروریات است. در حقیقت در این رویکرد خدمات سلامت در سه سطح از نظر پیچیدگی و دسترسی تعریف می شوند. در سطح اول، مراقبت های پیشگیرانه و تشخیص و درمان بیماری ساده و شایع قرار خواهد داشت. در این سطح دسترسی تمام افراد جامعه در نظر گرفته شده و تمامی افراد به این خدمات در زمان و نوبت دهی مشخص بر اساس فوریت مشکل دسترسی داشته و در بسیار موارد خدمات با پیگیری فعال مراقبان سلامت و حتی در صورت عدم وجود نیاز در افراد ارائه می شود. این بخش مبتنی بر جمعیت است.

در سطح دوم، مراقبت های پیچیده که نیازمند ارائه در مراکز مجهز و بیمارستان های عمومی می باشند قرار خواهند گرفت. دسترسی به این مراکز تنها با تأیید پزشک مسئول مراقبت سلامت در سطح اول به جز در موارد فوریت ها و حوادث مقدور خواهد بود. به این ترتیب موارد بسیاری از نیاز های القایی و غیر ضروری و غیر نیازمند به مراقبت های پیچیده و پر هزینه در سطح یک مدیریت شده و موارد مشخصی به سطح دوم ارجاع خواهند شد.

راهنماهای بالینی[۷۴] و دستورالعمل های مشخص با پایش و ارزشیابی روند ارجاعات در طول زمان، در بهیه سازی و یکسان سازی عملکرد در نظام سلامت و روند ارجاع از سطح اول به دوم در این نظام نقش کلیدی خواهند داشت.

در سطح سوم خدمات فوق تخصصی و پیچیده در بیمارستان های تخصصی و فوق تخصصی و مراکز مربوطه برای افرادی که در سطح دوم نیاز به این خدمات برای ایشان تشخیص داده شده است، ارائه خواهد شد.

### پوشش همگانی خدمات سلامت[۷۵]

اگر حق سلامتی برای تمامی افراد یک جامعه به رسمیت شناخته شده باشد، تغییر شعار و هدف از سلامتی برای همه به پوشش همگانی خدمات سلامت که فعال تر به نظر می رسد می تواند یک راهبرد باشد. این هدف در اصول و روش ها از تمامی موارد ذکر شده به همراه تقویت روند و نظام ارجاع و تسهیل انتقال افراد دارای نیاز سلامتی پیچیده و تخصصی به مراکز مربوطه به منظور دسترسی تمامی افراد به هر نوع خدمتی که نیازمند آن هستند، تبعیت خواهد کرد. رویکرد عمومی در این راهبرد تأسیس مراکز مجهز در هر منطقه حتی مناطق روستائی نیست و تمرکز بر پیشگیری و تشخیص زودهنگام و ارجاع به هنگام به عنوان راهبرد اصلی در کنار تأسیس و تجهیز مراکز در صورت نیاز بر اساس محاسبات خواهد بود.

### راهبردهای اهداف توسعه پایدار

در سالا ۲۰۱۵ در مجمع عمومی سازمان ملل متحد اهداف ۱۷ گانه توسعه پایدار برای کشورهای جهان ترسیم و تصویب گردید. این اهداف در برگرینده تمامی موارد مورد در دستیابی به اقتصاد سبز و توسعه همه جانبه در راستای تأمین سلامتی به عنوان حق برای مردمان در جوامع مختلف است.

فقر زدائی (تلاش در جهت اشتغال پایدار)، کاهش گرسنگی به حد صفر (تأمین غذای ایمن برای همه)، سلامت و رفاه برای همه، آموزش با کیفیت، عدالت جنسیتی (حذف تبعیض های جنسیتی)، آب آشامیدنی سالم و بهسازی محیط، انرژی پاک و ارزان، شغل در شأن و رشد اقتصادی، صنعتی شدن تؤام با نوآوری و توجه به زیرساخت ها، کاهش نابرابری ها، شهرها و جوامع پایدار، تولید و مصرف مسئولانه، اقدام در برابر تغییرات آب و هوائی، حیات در دریاها، حیات در خشکی، صلح و عدالت مبتنی بر ساختار سازمانی مستحکم و مشارکت در دستیابی به اهداف، ۱۷ هدف در نظر گرفته شده می باشند. اگر به دقت به این موارد نگاه کنیم، تمامی موارد در راستای تأمین حق سلامتی برای انسان ها در نظر گرفته شده اند.

---

[74] Clinical Guideline
[75] Universal Health Coverage

## نتیجه گیری

سلامتی حق انسان ها است. این حق تأمین نخواهد شد مگر دیگر حقوق اجتماعی، اقتصادی و سیاسی انسان ها تأمین شده باشد. تأمین سلامتی مسئولیت تمامی دولت ها است. راهبرد اصلی در تأمین سلامتی برای انسان ها باید از اصولی تبعیت کند که عدم رعایت آن اصول حق انسان ها را ضایع خواهد ساخت. اگر روش های نوین ارائه خدمات سلامت که تمرکز بر پیشگیری، ارتقاء سلامت، سطح بندی خدمات، کاهش هزینه ها، کاهش نیاز های القائی، ارائه خدمات خارج از بیمارستان ها و دوری از روند معمول پاسخ به تقاضا دارند در نظر گرفته نشوند، حق سلامتی تمامی افراد جامعه که به عنوان شعار جدید در نظر گرفته شده است، تأمین نخواهد شد. عدالت در خدمات، در وجه تأمین هزینه ها باید به سمت کاهش نابرابری ها حرکت کند تا تضمین کننده حق سلامتی برای همگان باشد. اقتصاد سبز، کلید راهگشای زندگی سالم برای بشریت است.

## منابع


1- 17 goals to transform the world for persons with disabilities, Department of Economic and Social Affairs, https://www.un.org/development/desa/disabilities/envision2030.html
2- Jeffrey L. Sturchio,The Road to Universal Health Coverage: Innovation, Equity, and the New Health Economy, Jeffrey L. Sturchio, Ilona Kickbusch, Louis Galambos, Tedros Adhanom Ghebreyesus, Christian Franz, Johns Hopkins University Press; 1 edition, 2019.
3- Rice T, Unruh L (2016) The economics of health reconsidered (4th edn.), Arlington VA: Health Administration Press.
4- Olubanke Babalola, Consumers and Their Demand for Healthcare, J Health Med Econ. Vol. 3 No. 1:6.

به نام خدا

# نظام های سلامت در ایران و جهان

دکتر محمد خواجه دلویی

استاد پزشکی اجتماعی

**اهداف**

با مطالعه این فصل انتظار می رود فراگیر قادر باشد:

- چگونگی شکل گیری سازمان ها بطور کلی، و سازمان های مرتبط با سلامت را توضیح دهد.
- تاریخچه شکل گیری نظام های سلامت در جهان و ایران را بیان نماید.
- اهداف و عملکرد نظام های سلامت را از دیدگاه سازمان جهانی بهداشت بیان نماید.
- انواع نظام های سلامت، و ویژگی های کلی هر کدام را توضیح دهد.
- عوامل اصلی در تفاوت نظام های سلامت در کشورهای مختلف را بیان نماید.
- سیاست های مورد تاکید در نظام شبکه مراقبت های بهداشتی کشور را بیان نماید.
- ضرورت اصلاحات در نظام سلامت، و دلایل این ضرورت را توضیح دهد.

**مقدمه**

وجه افتراق انسان، همانند تمامی مخلوقات، از خالق نیازمندی است. انسان مثل همه مخلوقات از بدو خلقت خود را نیازمند دیده است. نیاز به خوراک، سرپناه، پوشاک، امنیت و ..... در زندگی بشر اولیه که هنوز جوامع شکل نگرفته بودند و انسان بدوی به صورت فردی زندگی می کرد، هر فرد خود مسئول تامین نیازهای خود بود. ولی به تدریج با شکل گیری جمعیت ها و جوامع، نیازهای بشری هم از نظر تعدد و هم از نظر تنوع دستخوش تغییر شده و افزایش یافتند، به گونه ای که هر فرد خود توانایی پاسخگویی به تمامی نیازهای خود نداشت.

راه حلی که در جوامع اولیه برای این مشکل انتخاب گردید، این بود که جمعیت را به زیر گروه های کوچکتر تقسیم می نمودند و هر یک از افراد جامعه جزو یکی از این زیر گروه ها قرار می گرفت. هر یک از این زیر گروه ها مسئول تامین یکی از نیازهای جامعه مثل، خوراک، پوشاک، مسکن، آموزش، امنیت و .... بودند. به این ترتیب جامعه به تمامی نیازهای اعضای خود پاسخگو بود، و از طرفی هر فرد فقط در حیطه پاسخگویی به یکی از نیازها مسئولیت داشت.

تنها نکته ای که بایستی مشخص می گردید این بود که، هر یک از افراد جمعیت بر چه اساسی در یکی از این زیر گروه های تامین نننده نیازها قرار گیرند؟ مبنای تخصیص افراد به هر یک از زیر گروه ها، در ابتدا توانایی های فردی و ذاتی افراد بود، و سپس با گذر زمان توانایی های اکتسابی نیز مبنا قرار گرفت. به عنوان مثال، افرادی که در شکار و کشاورزی تجربه و مهارتی داشتند، در زیر گروه تامین کننده غذای جامعه، افرادی که از توانایی جسمی بالا و ورزیدگی برخوردار بودند، در زیر گروه تامین کننده امنیت و حفاظت جامعه، افراد با تجربه و به نوعی ریش سفیدان جامعه در زیر گروه آموزش دهندگان قرار می گرفتند. به همین سیاق هر یک از اعضای جامعه به عنوان عضوی از زیر گروه های تامین کننده نیازهای جامعه قرار می گرفتند. به این طریق، در هر جامعه واحدها و زیر گروه های جمعیتی شکل می گرفت که مسئول پاسخگویی به یکی از نیاز های جامعه بود. به تدریج در هر یک از این زیر گروه ها، برای مباحثی همچون تقسیم وظایف بین افراد، روابط بین فردی،

سلسله مراتب افراد در زیر گروه، حقوق و امتیازات هر فرد، قواعد و ضوابطی تعیین و تدوین گردید، و بر اساس آن امور هر یک از این واحدهای پاسخگوی به نیازهای جامعه، ساماندهی و مدیریت شدند.

به این ترتیب، جوامع شاهد شکل گیری نهادها و واحدهای پاسخگوی به نیاز های جامعه بودند، و در سیر تکوینی خود، این نهادها نظام مند و دارای سلسله تدابیر و قواعدی برای اداره امور خود شدند، و به تدریج سازمان های متولی و پاسخگو به نیازهای جامعه ایجاد، و شکل گرفتند. به دیگر سخن، می توان گفت که مبنای شکل گیری سازمان ها و نهادها در جوامع، پاسخگویی به نیازهای جامعه بوده است.

### پاسخگویی به نیازهای سلامت[۷۶]

بشر از ابتدای زندگی فردی و سپس اجتماعی خود شاهد بوده است که عواملی در طبیعت، چه به صورت طبیعی و یا به صورت ساخته دست خود بشر، وجود دارند که می توانند حیات او را چه از نظر کمی و یا کیفی (سلامتی) تهدید نمایند. لذا، یکی از ابتدایی ترین دغدغه ها و نیازهای بشری رفع نگرانی از این تهدید بوده است. در زندگی بدوی بشر، که بصورت فردی بوده است، هر فرد مسئول رفع این نیاز و نگرانی بوده است. ولی، با شکل گیری جمعیت ها و جوامع، همان تدبیری که برای پاسخگویی به سایر نیازها لحاظ گردید، در مورد سلامتی نیز، به عنوان یکی از ابتدایی ترین نیازها، اتخاذ شد و افرادی از جامعه که تجربه، مهارت، مقبولیت و صلاحیت بیشتری در کنترل این عوامل تهدید کننده داشتند، مسئول پاسخگویی به این نیاز چامعه، یعنی حفاظت از سلامتی افراد جامعه، شدند. این زیر گروه همانند سایر زیر گروه های پاسخگوی نیازهای جامعه، سیر تکوینی، ساماندهی، قاعده مندی و سازمان دهی را طی کرد تا آن که کم کم تلاش های بشر به صورت اگاهانه برای حفظ سلامت و درمان بیماری ها منجر به شکل گیری نهادها و سازمان های متولی سلامت جامعه، یعنی نظام های سلامت[۷۷] گردید.

### سلامتی به عنوان حقوق انسانی

سلامتی در مستندات بین المللی و در بسیاری از جوامع به عنوان حق انسان ها پذیرفته شده است و عدم برخورداری از آن با پذیرفتن آن به عنوان حق[۷۸]، منافات دارد.

در اعلامیه جهانی حقوق بشر[۷۹] تاکید شده است که؛ تمامی آحاد بشر حق دارند که در سلامتی زندگی کنند. همچنین در اساسنامه سازمان جهانی بهداشت[۸۰] آمده است که "سلامتی حق مثبتی است که مردم می توانند آن را مطالبه کنند، و دولت ها مکلف به تامین آن هستند". در بیانیه آلماتا نیز بر حق سالم زیستن به عنوان مهم ترین هدف اجتماعی تاکید شده است.

از نظر تاریخی حق سالم بودن یکی از قدیمی ترین حقوقی است که در قانون اساسی بسیاری از کشورهای جهان، اعلام شده است. در سطح بین المللی هم در ماده ۲۵ اعلامیه جهانی حقوق بشر قاطعانه اعلام شده است که؛ هر کسی حق دارد استانداردهای کافی زندگی از نظر سلامت و رفاه برای خود و خانواده اش داشته باشد. در مقدمه اساسنامه سازمان جهانی بهداشت هم تائید شده است که سلامت از حقوق اساسی هر یک از افراد بشر است تا از بیشترین استاندارد قابل دسترسی

[76] Health needs
[77] Health system
[78] Right
[79] Declaration of human rights
[80] World Health Organization

سلامت برخوردار باشد. در شمار رو به افزایشی از جوامع، سلامتی نه به عنوان حق یا مزیت یک عده ای اندک، بلکه به عنوان درخواست برای همه مردم پذیرفته شده است. با وجود این هر گاه منابع محدود باشد (مثلا در بیشتر کشورهای رو به پیشرفت) دولت همه نیازهای خدمات سلامت را نمی تواند ارائه کند و در این شرایط باید درخواست های مردم با ارایه حق دسترسی و برخورداری برابر به خدمات و مراقبت های سلامت پاسخ داده شود.

**شکل گیری ساختاری نظام های سلامت**

از زمانی که جوامع به صورت آگاهانه تلاش خود را برای حفظ سلامت و درمان بیماره ها شروع نمودند، نظام های سلامت نیز شکل گرفتند، اما تا یک قرن قبل نظام های سلامت سازمان یافته که با هدف فایده رساندن به کل جامعه شکل گرفته باشند، وجود نداشت.

در اواخر قرن نوزدهم و با وقوع انقلاب صنعتی و تغییر الگوی زندگی، موضوع سلامت کارگران در برخی از کشورهای اروپایی تا حد یک مسئله سیاسی نمود یافت. بیسمارک صدراعظم آلمان برای مقابله با این وضعیت، قانونی را در سال ۱۸۸۳ به تصویب رسانید که براساس آن کارفرمایان موظف بودند که کارگران خود را برای خدمات بهداشتی درمانی تحت پوشش قرار دهند. استقبال عمومی کارگران از این قانون موجب شد که قوانین مشابهی در سال ۱۸۹۴ در بلژیک، سال ۱۹۰۹ در نروژ و سال ۱۹۹۱ در انگلستان وضع گردد. پس از جنگ جهانی اول الگوی آلمان در خارج مرزهای اروپا نیز گسترش یافت. ژاپن در سال ۱۹۹۲ مزایای بهداشتی را به مزایای کارگران اضافه نمود.

جنگ جهانی دوم گر چه زیرساخت های سلامت را در بسیاری از کشورها تخریب نمود، اما راه را برای ورود انواع دیگر نظام های سلامت هموار کرد. نیوزلند در سال ۱۹۳۸ اولین کشوری بود که نظام ملی خدمات سلامت را ارایه نمود. کاستاریکا مبانی بیمه فراگیر سلامت را تا سال ۱۹۴۱ بنا نهاد. در کشور مکزیک موسسه تامین اجتماعی و وزارت سلامت هر دو در سال ۱۹۴۳ تاسیس شدند. سازمان ملی خدمات اولیه سلامت انگلستان در سال ۱۹۴۸ تاسیس شد. ژاپن و شوروی نیز پس از جنگ، نظام های سلامت خود را توسعه دادند تا تمامی جمعیت خود و یا اکثر آنان را پوشش دهند؛ همین اتفاق در نروژ، سوئد، مجارستان، و سایر کشورهای اروپا و همچنین شیلی اتفاق افتاد.

نظام های سلامت امروزه الگویی از یک یا چند طراحی اولیه اند که در اواخر قرن نوزدهم شکل گرفته اند و به تدریج اصلاح شده اند. یکی از این الگوها، پوشش اکثریت یا همگانی جمعیت در صندوق های بیمه اجتماعی[۸۱] و یا بیمه خدمات سلامت[۸۲] از طریق پرداخت های اجباری کارفرمایان یا کارگران است، که با روش ارایه خدمت به دو شیوه ارایه کننده خصوصی و دولتی انجام می پذیرد. یکی دیگر از این الگوها که اندکی جدیدتر است، برنامه ریزی، تامین مالی و ارایه خدمات درمانی، به گونه ای مرکز گرا و عمدتا متکی بر درآمدهای مالیاتی و به عهده دولت است. در الگوی سوم، مشارکت دولت ها محدودتر، ولی هنوز قابل توجه است و معمولا تنها برخی گروه های خاص جمعیتی را پوشش می دهد، و بقیه افراد جمعیت به صورت خصوصی خدمات را دریافت می نمایند.

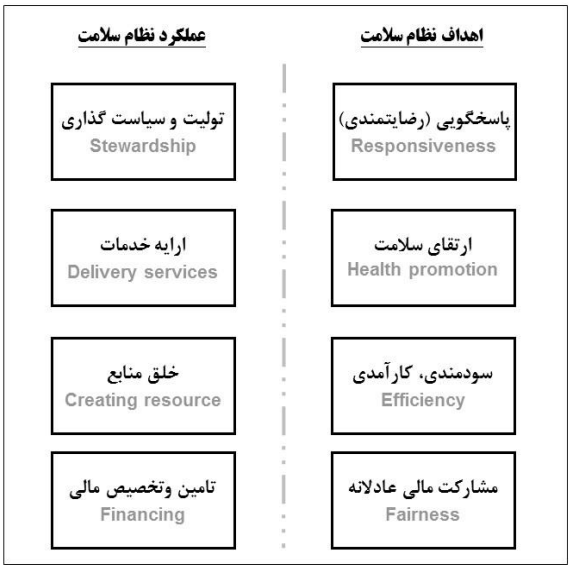
الگوی سوم بطور عمده در کشورهای ثروتمند مشاهده می شود، در کشورهای با درآمد متوسط (به ویژه در کشورهای امریکای لاتین) نظام های سلامت تمایل دارند که ترکیبی از دو یا هر سه الگو باشند. بحث های زیادی در این مورد که کدام یک از

[81] Social assurance
[82] Health care assurance

نظام های سلامت از دیگری بهتر است، صورت گرفته است، ولی انچه در باره ساختار نظام های سلامت اهمیت بیشتری دارد این است که، این ساختار تا چه اندازه توانسته است با توجه به عملکردهای نظام سلامت، اهداف نظام های سلامت را محقق سازد.

**اهداف و عملکرد نظام سلامت**

سازمان جهانی بهداشت برای تمامی نظام های سلامت جهان، فارغ از تفاوت های ساختاری آنها، چهار هدف و چهار عملکرد برای تحقق این اهداف تعیین نموده است (شکل ).




همچنین به استناد این اهداف، شاخص هایی استخراج شده است و نحوه عملکرد نظام سلامت در کشورهای مختلف ارزشیابی می گردد.

**اهداف**

**ارتقای سلامت**[۸۳]: رسالت و فلسفه وجودی تمامی نظام های سلامت، پاسخگویی به نیازهای سلامت جامعه، یعنی تامین، حفظ و ارتقای سلامت جامعه است. تمامی فعالیت ها و اقداماتی که توسط نظام سلامت انجام می گیرد، هدف نهایی آن ارتقای سلامت جامعه است.

**پاسخگویی**[۸۴]: تمامی مراجعین و گیرندکان خدمات سلامت از واحدهای مختلف ارایه کننده این خدمات، علاوه بر مطالبات و خواسته های بهداشتی درمانی که منجر به ارتقای سلامت آنان می گردد، مطالبات و خواسته های غیر بهداشتی درمانی از جمله رعایت و حفظ حرمت فردی و کرامت انسانی افراد، کاهش آسیب به شأن، استقلال، و منزلت اجتماعی آنان دارند، که نظام های سلامت ملزم به پاسخگویی و ایجاد رضایتمندی[۸۵] در این حیطه هستند.

[83] Health promotion
[84] Responsiveness
[85] Satisfaction

**مشارکت مالی عادلانه در پرداخت هزینه های خدمات سلامت:** با توجه به هزینه بالای خدمات سلامت، و از طرفی ارتباط تنگاتنگ فقر اقتصادی و بیماری، و همچنین کاهش درآمد اقتصادی افراد در هنگام ناخوشی و بیماری به دلیل از کارافتادگی، به ویژه در بیماری های مزمن، عدالت در شیوه پرداخت و تقبل و تحمل عادلانه هزینه های مراقبت های سلامت از دیگر اهداف نظام های سلامت است. عادلانه بودن پرداخت هزینه های خدمات سلامت هنگامی وجود دارد که مشارکت مالی در پرداخت هزینه های خدمات سلامت، بر حسب میزان درآمد و تمکن مالی افراد، فارغ از میزان برخورداری و مصرف خدمات سلامت، توسط آنان باشد.

**سودمندی[۸۶] (کارآمدی) خدمات:** هر چند مقدار منابع مالی که هر کشور برای هزینه در نظام سلامت اختصاص می یابد، به یقین در وضعیت سلامت جامعه تاثیرگذار است، ولی همیشه هزینه بیشتر در نظام سلامت، الزاما باعث کارآیی بیشتر آن نمی شود. کشورهای مختلف در سطح دنیا، بین ۱ تا ۱۸ درصد تولید خالص ملی خود را به طور متفاوت به خدمات اختصاص می دهند. ولی، طبق مستندات برخی از کشورها که حدود ۱۰ درصد تولید خالص ملی خود را در مقایسه با کشورهای که حدود ۱۸ درصد تولید ملی را به خدمات سلامت اختصاص می دهند، بر اساس شاخص های سلامت، از وضعیت مشابهی برخوردارند. این حقایق نشان می دهد که نحوه هزینه کرد و تخصیص منابع در نظام های سلامت، در افزایش و کاهش هزینه ها موثر بوده، و تعیین کننده کارآمدی نظام سلامت است.

**عملکرد**

**ارایه خدمات سلامت[۸۷]:** شایع ترین، بدیهی ترین و ملموس ترین عملکرد نظام سلامت، ارایه خدمات سلامت است. بسیاری از پیامدهای نظام سلامت در رابطه با نوع و نحوه ارایه این خدمات است. این خدمات را می توان از جنبه های مختلف، بطور مثال سرپایی و بستری، و یا براساس سطوح پیشگیری، در سطوح پیشگیری اساسی، اولیه، ثانویه و ثالثیه تقسیم بندی نمود.

**تولیت[۸۸]:** تولیت به مفهوم مسئولیت و پاسخگویی در قبال سلامت جامعه به همراه اختیارات متناسب با این مسئولیت است. نظام سلامت در قبال سلامتی جامعه مسئول است و بایستی پاسخگو باشد. باتوجه به این مسئولیت مهم، اختیارت در سه حیطه یعنی سیاست گذاری در حوزه سلامت، حاکمیت درون بخشی در بخش سلامت، و رهبری بین بخشی در موضوعات مربوط به سلامت، به نظام سلامت داده شده است.

**خلق منابع[۸۹]:** نظام سلامت برای عمل به وظایف خود، از جمله اصلی ترین آن یعنی ارایه خدمات سلامت، نیازمند منابعی همچون نیروی انسانی با صلاحیت، تجهیزات مختلف (دارو، واکسن، تجهیزات مصرفی، تکنولوژی های نوین تشخیصی و درمانی)، دانش فنی برای توسعه تکنولوژی های تشخیصی درمانی و غیره است. در بسیاری از این موارد تامین و ایجاد این منابع، مثل تربیت نیروی انسانی، تولید داروها، واکسن و سایر تجهیزات مصرفی، پژوهش ها برای تولید علم و دانش فنی برای توسعه تکنولوژی های تشخیصی درمانی، توسط خود نظام سلامت انجام می پذیرد.

---

[86] Efficiency
[87] Health services
[88] Stewardship
[89] Resource creating

**تامین و تخصیص مالی**[۹۰]: بخش سلامت[۹۱] یکی از پر هزینه ترین بخش ها در قریب به اتفاق جوامع است. تامین این منابع مالی یکی از اصلی ترین و پرچالش ترین عملکردهای نظام سلامت است. در این فرایند نظام سلامت پول را از منابع مختلف (مالیات عمومی، بیمه های احتماعی، بیمه های درمانی، منابع حاصل از فروش دارایی های عمومی و ....) تامین، و در رساندن خدمات سلامت به مردم هزینه می کند.

**انواع نظام های سلامت**

نحوه ارایه خدمات سلامت و ساختار نظام سلامت در هر کشور تحت تاثیر عوامل مختلفی از جمله عوامل سیاسی[۹۲]، اقتصادی[۹۳]، فرهنگی[۹۴] و اجتماعی[۹۵] آن کشور است. هر چند نوع نظام سلامت هیچ گاه در دو کشور یکسان نیست، ولی به هر حال تشابه گروهی از عوامل، از جمله عوامل فوق، و به ویژه نظام سیاسی کشور، باعث می شود که بتوان آنها را در یک گروه دسته بندی کرد. دسته بندی نظام های سلامت براساس عواملی مثل منطقه جغرافیایی، میزان توسعه یافتگی، امکان پذیر است، ولی در دسته بندی های اخیر نظام های سلامت براساس سه ویژگی مهم؛ نقش دولت در:

- سیاست گذاری های سلامت[۹۶]،
- ارایه خدمات سلامت،
- تامین و تخصیص مالی خدمات سلامت،

تقسیم بندی می شوند. یکی از این دسته بندی ها، که بسیار ساده و مفهوم است، تقسیم بندی فیلد (Field 1989) است که مورد تائید سازمان جهانی بهداشت نیز می باشد. براساس این تقسیم بندی نظام های سلامت در پنج گروه زیر قرار می گیرند:

- مبتنی بر بازار آزاد — Emergent
- تکثرگرا — Pluralistic
- بیمه تامین اجتماعی — Insurance/Social security
- خدمات سلامت ملی — National Health Services
- سوسیالیستی — Socialized

**نظام های مبتنی بر بازار آزاد:** در این نظام های سلامت قوانین بازار آزاد بر بازار ارایه خدمات سلامت حاکم است و خدمات سلامت شبیه سایر کالاها و خدمات ارایه شده در سایر بازارها است. در این نوع نظام ارایه خدمات محدودیت های رقابتی وجود ندارد. کارکرد سیستمی و هماهنگ وجود ندارد و اکثر ارایه کنندگان خدمات سلامت به صورت انفرادی فعالیت می کنند.

ضوابط و قواعد حاکم بر این سیستم ارایه خدمات توسط اتحادیه های صنفی تعیین می گردد و دولت نقش بسیار کمی در سیاست گذاری های سلامت دارد. تمامی خدمات سلامت توسط بخش خصوصی ارایه می گردد و رابطه مالی ارایه کنندگان و گیرندگان خدمت، مستقیم است.

---

[90] Financing
[91] Health sector
[92] Political
[93] Economic
[94] Cultural
[95] Social
[96] Health policy making

**نظام های تکثرگرا:** در نظام های ارایه خدمات تکثرگرا، بازار ارایه خدمات نوعی بازار اقتصاد آزاد است ولی توسط اتحادیه های صنفی و تا حدی دولت، مدیریت می شود. هنوز قواعد و ضوابط ناظر بر عملکرد ارایه کنندگان خدمت توسط اتحادیه های صنفی تعیین می گردد ولی دولت به طور غیر مستقیم و به میزان کم در سیاست گذاری ها دخالت می کند.

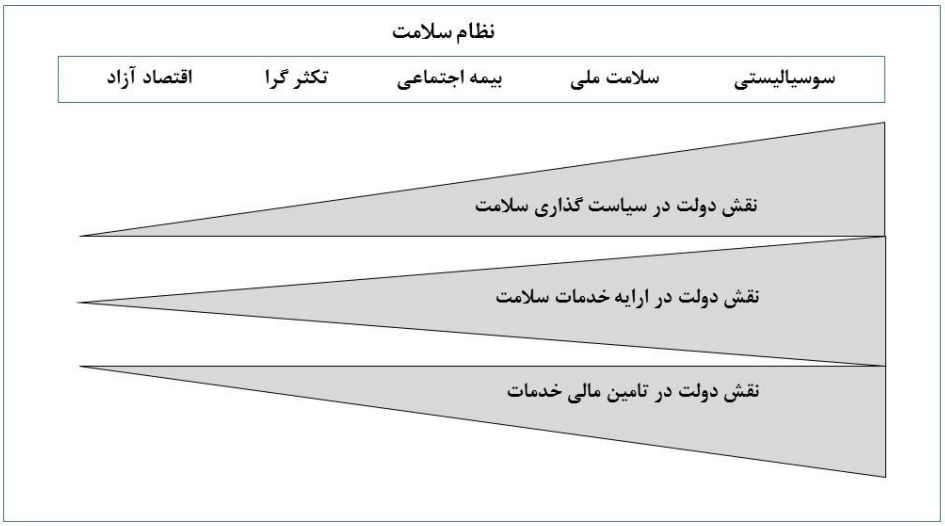
بخش اعظم خدمات توسط بخش خصوصی ارایه می گردد، ولی ممکن است دولت ها درصد کمی از خدمات، به ویژه در سطح پیشگیری اولیه، را ارایه دهند. ساختارهای بیمه در این نظام های ارایه خدمات، بیشتر به صورت بیمه های خصوصی و در حد بسیار کمی دولتی، وجود دارند ولی رابطه مالی ارایه کنندگان و گیرندگان خدمات سلامت می تواند هم مستقیم و هم غیر مستقیم باشد. این نظام های ارایه خدمات را تحت عنوان بازارهای مدیریت[۹۷] شده هم می نامند.

**نظام های مبتنی بر بیمه اجتماعی:** در این نظام ارایه خدمات نقش دولت به ویژه در تامین و تخصیص مالی خدمات پر رنگ می شود. دولت نقش کمی در ارایه خدمات داردو خدمات سلامت بیشتر توسط بیمه های درمانی و اجتماعی ارایه می شوند. هر چند نقش اتحادیه های صنفی پر رنگ است و پزشکان به صورت انفرادی و یا تحت پوشش اتحادیه فعالیت می نمایند، ولی نقش اتحادیه های صنفی در حد دو نظام تکثرگرا و مبتنی بر بازار آزاد نیست. با پر رنگ شدن نقش دولت در این نظام ارایه خدمات از طریق کنترل تامین و تخصیص مالی خدمات سلامت، پرداخت هزینه خدمات به صورت غیر مستقیم و از طریق بیمه های دولتی صورت می گیرد.

**نظام های خدمات سلامت ملی:** در نظام های سلامت ملی دولت در ارایه خدمات سلامت دخالت مستقیم دارد و به نوعی دولت خود ارایه کننده خدمات است و بسیاری از پزشکان در بخش دولتی فعالیت می کنند. تامین و تخصیص مالی خدمات نیز توسط دولت و از طریق سیستم مالیات است. با توجه به اینکه بسیاری از مراکز ارایه خدمات سلامت، دولتی هستند و تامین و تخصیص مالی خدمات نیز توسط دولت انجام می شود، نقش دولت در این نظام ارایه خدمات بسیار محوری و مستقیم است.

**نظام های سوسیالیستی:** در این نظام سلامت، سلامتی حق مردم و دولت مکلف و تضمین کننده ارایه خدمات سلامت است. همه مراکز ارایه خدمات سلامت دولتی هستند و تمامی کارکنان ارایه خدمات سلامت در استخدام دولت می باشند. هیچ رابطه مالی مستقیم بین ارایه کنندگان و گیرندگان خدمات وجود ندارد و تمامی پرداخت ها غیر مستقیم و از طریق مالیات است. در این نظام سلامت تشکل های صنفی نقش چندانی ندارند و نقش دولت در نظام سلامت مطلق است.

[97] Managed market




در تطبیق با تقسیم بندی فیلد، در قانون اساسی ایران سلامتی به عنوان حق مردم پذیرفته شده است، که این منطبق بر ویژگی های نظام های سوسیالیستی است. ولی، در قانون اساسی ایران الزامی بر ارایه خدمات سلامت ذکر نگردیده است، بلکه قانون بیمه همگانی برای شهروندان کشور ارایه شده است، این ویژگی منطبق بر نظام های مبتنی بر بیمه اجتماعی است. بخشی از خدمات سلامت، یعنی مراقبت های اولیه سلامت در نظام سلامت ایران به صورت دولتی تعهد شده و ارایه می گردد، این ویژگی نیز منطبق بر نظام های خدمات سلامت ملی است. از طرفی در نظام سلامت ایران، قست عمده ای از خدمات سلامت توسط بخش خصوصی بسیار یزرگی ارایه می گردد، که این منطبق بر نظام های سلامت تکثرگرا است. علاوه بر این، پرداخت نسبت قابل ملاحظه ای از هزینه های خدمات سلامت به صورت پرداخت مستقیم از جیب استف این ویژگی نیز منطبق بر نظام های مبتنی بر بازار آزاد است. بدین ترتیب می توان گفت، نظام سلامت ایران منطبق بر مدل واحدی نیست، بلکه ویژگی هایی از هر یک از مدل ها در نظام سلامت ایران مشاهده می شود.

**نظام سلامت در ایران**

تا اواخر دوران قاجار هیچ گونه تشکیلات منظم و ساختارمندی برای مدیریت خدمات سلامت در کشور وجود نداشت. وضعیت نامطلوب بهداشت، همه گیری های متعدد از بیماریهای واگیر، قحطی در اکثر نقاط کشور مشهود و تنها تعدادی بیمارستان معدود، که آنها هم توسط کشورها و بنیادهای خرجی اداره می شدند، در برخی نقاط وجود داشت. اولین اقدام در تشکیل یک نهاد قانونی برای رسیدگی به امور سلامتی مردم در سطح کشوری، توسط امیرکبیر، و با استفاده از حضور دکتر تولوزان به عنوان پزشک مخصوص ناصرالدین شاه، برداشته شد. به همت امیرکبیر و با استفاده از نظریات دکتر تولوزان شورایی به نام "هیات صحیه" در مدرسه دارالفنون تشکیل شد. تشکیل سازمان رسیدگی کننده به امور قرنطینه[۹۸] و واکسیناسیون های عمومی از اقدامات این شورا بود و در سال های بعد بودجه دولتی به موازات اقدامات بهداشتی و درمانی آن تخصیص یافت.

[98] Quarantine

در سال ۱۳۰۰ وزارت جدیدی تحت عنوان وزارت صحیه و فواید عامه تاسیس، ولی بعد از ۳ماه تعطیل شد. در سال ۱۳۰۲ مجدد این وزارت بازگشایی و هیات صحیه در آن ادغام گردید و نام آ به شورای عالی صحیه تغییر یافت. در سال ۱۳۰۵ سازمان جدیدتری به نام اداره کل صحیه عمومی به جای شورای عالی جایگزین گردید، ولی هنوز هم وظایف و عملکرد این اداره کل رسیدگی کننده به امور قرنطینه و واکسیناسیون های عمومی بود، و امور بهداشتی همچون نگهداری و اداره شیرخوارگاه ها و یتیم خانه ها، بهداشت حمام های عمومی و حتی اداره تیمارستان ها جزو وظایف شهرداری ها (بلدیه) بود.

در سال ۱۳۲۰ وزارت بهداری با تشکیلات جدید تاسیس گردید و از این تاریخ امور بهداشتی و درمانی ـ هرچند به صورت ناقص ـ در چارچوب وظایف قانونی آن قرار گرفت. علیرغم این، تا سال ۱۳۴۶ و شروع برنامه چهارم توسعه ای کشور، هیچ گونه اهداف مشخصی برای برنامه های بهداشت درمانی، که جزو وظایف این وزارت بود، وجود نداشت. روند برنامه ریزی علمی و صحیح برای امور بهداشت و درمان کشور از این سال و با برنامه چهارم توسعه کشور شروع گردید و در برنامه های پنجم و ششم ادامه یافت.

در سال ۱۳۵۵ وزارت بهداری به وزارت بهداری و بهزیستی تغییر عنوان داد. در سال ۱۳۵۹ مجدد به وزارت بهداری و در سال ۱۳۶۳ بار دیگر به وزارت بهداری و بهزیستی، و در نهایت در سال ۱۳۶۴ با انفکاک امور آموزش پزشکی از وزارت علوم و ادغام آن در وزارت بهداری، به وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی تغییر نام یافت.

بعد از انقلاب اسلامی، با توجه به تحلیل وضعیت موجود بهداشت و درمان کشور که نشان دهنده:

- برخورداری نامتناسب جمعیت کشور از خدمات بهداشتی درمانی به ویژه در مناطق روستایی که بیش از ۷۰ درصد جمعیت کشور را تشکیل می دادند.
- وضعیت نامناسب شاخص های پیامد سلامت[۹۹]، همچون میزان مرگ کودکان زیر یکسال ۱۰۴ در هزار تولد زنده، امید به زندگی ۵۷ سال
- کمبود نیروی انسانی ارایه کننده خدمات[۱۰۰] به میزان ۱/۴ نفر به ازای هر هزار نفر جمعیت کشور
- توزیع نامتناسب نیروی انسانی خدمات پزشکی به نسبت های یک به ده، در مناطق روستایی به شهری
- درصد بسیار کم دسترسی به آب آشامیدنی سالم و حداقل کالری مورد نیاز

بود، در راستای تفکر مراقبت های اولیه سلامت[۱۰۱]، پس از چندین سال کار کارشناسی و برنامه ریزی (که برنامه های مطالعاتی آن حتی از سال ۱۳۵۱ در طرح آذربایجان غربی شروع شده بود) در سال ۱۳۶۴ طرح "تشکیل و استقرار نظام شبکه مراقبت های بهداشتی" به عنوان اصلاحات نظام سلامت کشور تصویب و اجرا شد. سیاست های مورد تاکید در این برنامه اصلاحی، عبات بودند از:

- اولویت خدمات بهداشتی به عنوان یک سرمایه گذاری طولانی مدت و رعایت این اولویت در تمام مراحل تامین سلامت جامعه
- اولویت مناطق محروم تر و روستاها در تخصیص و توزیع منابع و توجه ویژه به گروه های آسیب پذیر حامعه
- تامین درمان افراد جامعه به صورت بیمه مستقیم دولتی از محل درآمدهای عمومی و درآمدهای حاصل از مشارکت مردم

[99] Health impact indicator
[100] Health workforce
[101] Primary health care

- تربیت نیروی انسانی با تاکید بر گزینش افراد بومی و پیوند دادن آموزش با سطوح مختلف عرصه خدمات
- ارایه خدمات تلفیق یافته بهداشت و درمان و توام ساختن آموزش و خدمت
- هماهنگ ساختن سرمایه گذاری های بهداشتی درمانی با مجموعه برنامه های توسعه و رفاه اجتماعی
- توسعه سیاست های عدم تمرکز در مسیر خودکفا ساختن مناطق با توجه به پتانسیل موجود
- فراهم آوردن امکان مشارکت فعال و سازمان یافته نردم در همه سطوح برنامه ریزی و اجرا

**اصلاحات[۱۰۲] در نظام های سلامت**

در سیر تاریخی بسیاری از نظام های سلامت تغییرات مکرر سریع و یا تدریجی را می توان مشاهده کرد. عوامل متعددی این تغییرات و اطلاحات را ضروری و اجتناب ناپذیر می سازند. اصلی ترین این عوامل فلسفه وجودی و رسالت نظام های سلامت، یعنی پاسخگویی به نیازهای سلامت جامعه است. نیازهای سلامت جوامع ایستا نیست و به دلایل گوناگون از جمله؛

- گذر اپیدمیولوژیک بیماری ها و و تغییر مشکلات سلامتی نیازمند پاسخگویی در جوامع،
- گذر جمعیتی و افزایش نسبت قابل توجه و رو به فزونی سالمندان به دلیل افزایش امید به زندگی در کشورهای مختلف و مشکلات و نیازهای خاص سلامتی این گروه جمعیتی،
- توجه روز افزون به کیفیت زندگی در کنار کمیت زندگی در جوامع مختلف و تغییر و تنوع در خدمات سلامت که تامین کننده این بعد زندگی هستند.
- تغییرات اجتماعی و فرهنگی جوامع که از طرفی مطالبات و خواسته های مردم در خدمات سلامت را تغییر می دهد و از طرفی عوامل خطر سلامت را در جوامع تغییر می دهد.
- تغییرات اقتصادی شتابان در کشورهای مختلف، هم در جهت رشد اقتصادی و هم در جهت رکود اقتصادی، که به یقین در ساختار، نحوه و نوع خدمات سلامت ، و میزان پوشش خدمات سلامتتاثیر گذار است.
- تغییرات در نظام و ساختار سیاسی کشورها که بر سیاست ها و خط مشی های کلی نظام سلامت در هر کشوری تاثیرگذار است.
- نابرابری های سلامت[۱۰۳] در بین جوامع و حتی در درون جوامع مختلف، که تقاضا برای تغییر و بهبود را به دنبال دارد.

تغییر می کند، این تغییرات در نوع و ویژگی های نظام های سلامت تعیین کننده است و اصلاحات را اجتناب ناپذیر می سازد.

**نتیجه گیری**

مبنای شکل گیری سازمان ها و نهادها در جوامع، پاسخگویی به نیازهای جامعه بوده است. سلامتی نیز، همواره یکی از ابتدایی ترینآ اساسی ترین و ضروری ترین نیازهای بشر بوده است. نظام های سلامت سازمان ها و نهادهایی برای پاسخگویی به این نیاز جوامع و رفع نگرانی انسان ها از تهدیدات سلامتی هستند.

سازمان جهانی بهداشت برای تمامی نظام های سلامت جهان، فارغ از تفاوت های ساختاری آنها، چهار هدف و چهار عملکرد برای مشترک را تعریف نموده است، و عملکرد نظام های سلامت در کشورهای مختلف نیز براساس همین اهداف و عملکردها ارزیابی می شود. نحوه ارایه خدمات سلامت و ساختار نظام سلامت در هر کشور تحت تاثیر عوامل مختلفی از جمله عوامل

[102] Reform
[103] Health inquality

سیاسی، اقتصادی، فرهنگی و اجتماعی آن کشور است. هر چند نوع نظام سلامت هیچ گاه در دو کشور یکسان نیست، ولی به هر حال تشابه گروهی از عوامل، از جمله عوامل فوق، و به ویژه نظام سیاسی کشور، باعث می شود که بتوان آنها را در یک گروه دسته بندی کرد.

براساس تقسیم بندی، نظام های سلامت در جهان، در پنج گروه: مبتنی بر بازار آزاد، تکثرگرا، بیمه تامین اجتماعی، خدمات سلامت ملی، و سوسیالیستی قرار می گیرند. می توان گفت، نظام سلامت ایران منطبق بر مدل واحدی نیست، بلکه ویژگی هایی از هر یک از مدل ها در نظام سلامت ایران مشاهده می شود.

مشاهدات در سیر تاریخی نظام های سلامت در کشورهای مختلف نشان می دهد که بسیاری از نظام های سلامت تغییرات مکرر سریع و یا تدریجی داشته اند. عوامل متعددی این تغییرات و اطلاحات را ضروری و اجتناب ناپذیر می سازند. اصلی ترین این عوامل فلسفه وجودی و رسالت نظام های سلامت، یعنی پاسخگویی به نیازهای سلامت جامعه است. نیازهای سلامت جوامع ثابت نیستند، و با تغییرات اجتماعی، اقتصادی، فرهنگی و اکولوژیک جوامع تغییر می کنند. نهادی که مسئول پاسخگویی به این نیازها است، ناگزیر به تغییر در راستای تغییر نیازها است.

**منابع:**


۱- نظام های بهداشتی درمانی تطبیقی، تالیف: ایروان مسعودی اصل، علی اخوان بهبهانی، سازمان بیمه سلامت ایران، ۱۳۹۵
۲- شبکه مراقبت های اولیه بهداشتی در ایران، کامل شادپور، وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، ۱۳۷۲
۳- مراقبت های اولیه سلامت، اکنون بیش از هر زمان دیگر، گزارش سال ۲۰۰۸ سازمان جهانی بهداشت، ترجمه کامل شادپور، نشر پیک ریحان، ۱۳۸۹
۴- جامعه شناسی پزشکی، ویلیام سی کاکرهام، ترجمه محمد خواجه دلویی، هما زنجانی زاده و همکاران، انتشارات دانشگاه علوم پزشکی مشهد، ۱۳۹۱
5- Health care system around the world, Sarah E. Boslaugh, SAGE Publication Inc, 2013
6- Everybody's business: strengthening health systems to improve health outcomes. WHO's framework for action. Geneva, World Health Organization, Available atttp://who.int/healthsystems/strategy/everybodys_business.pdf
7- Goals of a health system, Western Pacific Regional Strategy for Health Systems Based on the Values of Primary Health Care, Available at www.who.int /whois/whostat2007

بسمه تعالی

# مراقبت های اولیه سلامت

دکتر محمد شریعتی

دانشیار پزشکی اجتماعی

## اهداف

در پایان این فصل انتظار می رود فراگیران بتوانند:

- مفهوم مراقبت های سلامت، اهداف و ابعاد آن را بیان نمایند.
- مراقبت های اولیه سلامت را تعریف و جامعیت این خدمات را توضیح دهند.
- اصول و اجزای مراقبت های اولیه سلامت در ایران را بیان نمایند.
- مفهوم مراقبت های سطح بندی شده، و سطوح مراقبت ها را شرح دهند.
- نظام شبکه مراقبت های سلامت کشور، ویژگی و اهداف هر یک از واحدهای آن را توضیح دهند.
- اهداف شکل گیری برنامه پزشک خانواده را بیان نمایند.

## مقدمه

مراقبت های سلامت[۱۰۴] طیفی از خدمات ارایه شده برای افراد، خانواده ها و جوامع است که توسط کارکنان (تیم) مراقبت های سلامت به منظور تامین، نگاهداری، پایش و افزایش سطح سلامت انجام می گیرد. امروزه تاکید می‌شود که با توجه به ضرورت جامعیت خدمات سلامت، مراقبت های سلامت باید طیف کامل خدمات پیشگیری، درمانی و بازتوانی را پوشش دهد.

برای دست یابی به این هدف، در هر کشوری با توجه به وضعیت موجود و مشکلات و نیازهای سلامت مردم، بسته ای از خدمات سلامت تعیین می شود، و نظام سلامت آن کشور متعهد می گردد که این خدمات را به تمامی مردم، فارغ از هر گونه تفاوت اجتماعی، اقتصادی و فرهنگی آنها ارایه نماید. اجزای این بسته خدمتی تحت عنوان "اجزای مراقبت های اولیه سلامت" نامیده می شود.

## تعریف نظام مراقبت های اولیه سلامت[۱۰۵]

مراقبت های اولیه سلامت براساس تعریف عبارتند از مراقبت های سلامتی که به وسیله ارائه دهندگان خدمات سلامت در نخستین سطح تماس با مردم ارائه می گردند. این خدمات پاسخی به نیازهای اساسی و اولیه مردم بوده و تا حد ممکن در جایی که مردم در آنجا کار و زندگی می‌کنند ارائه می گردد. هدف از ارائه این مراقبت‌ها تأمین، حفظ و ارتقاء سطح سلامت افراد و جامعه است و امروزه بر این نکته تاکید می‌شود که مراقبت های سلامت باید طیف کامل خدمات پیشگیری[۱۰۶]، درمانی[۱۰۷] و بازتوانی[۱۰۸] را پوشش دهد.

---

[104] Health care
[105] Primary Health Care
[106] Prevention
[107] Treatment
[108] Rehabilitation

ارائه دهندگان خدمات سلامت در نخستین سطح تماس به نیازهای اساسی نظیر ایمن سازی، مراقبت از کودکان، درمان‌های سرپایی، بهداشت محیط و غیره پاسخ داده، و در صورت نیاز افراد را برای دریافت خدمات پیچیده تر به سطوح تخصصی تر ارجاع می دهند.

در سال ۱۹۷۸، مراقبت های اولیه سلامت (PHC) به عنوان کلید دستیابی به هدف **سلامت برای همه** تا سال ۲۰۰۰ میلادی پذیرفته شد و از آنجا که دستیابی به این هدف نیازمند همکاری همه افراد و بخش‌ها بود لذا استراتژی و شعار **همه برای سلامت** مورد توجه قرار گرفت. با ورود به قرن بیست و یکم، بر اصالت و ضرورتPHC جهت پاسخگویی به مسائل جاری و نیازهای آینده، ارتقاء سطح سلامت و نیز دستیابی به عدالت در سلامت تأکید شد. در اعلامیه بهداشت جهانی برای قرن بیست و یکم، و نیز گزارش توسعه انسانی سازمان ملل در سال ۲۰۰۳ نیز PHC مورد بحث و موافقت جهانی قرارگرفته، و گزارش 2008 بهداشت جهانی به آن اختصاص یافت. دولت ها در این مسیر با چالش هایی همچون کمبود نیروی انسانی، ناکافی بودن منابع مالی و تجهیزات، و غیره مواجه اند، جهت آمادگی و برخورد با این چالش ها راهکارهایی چند قابل توجه می باشد، از جمله: تأمین زیرساختها و استفاده از تکنولوژی مناسب روزآمد، سازماندهی مجدد PHC، تحول در آموزش نیروی انسانی، ایجاد هماهنگی و انگیزه در کارکنان، توانمندسازی و مجهز نمودن مردم برای حفاظت از سلامت خود و دیگران و تعامل همه بخش های مختلف مرتبط با سلامت جامعه به منظور ایجاد محیط حامی سلامت.

اجزای این مراقبت ها براساس توصیه سازمان بهداشت جهانی[۱۰۹] حداقل می بایست شامل ۸ خدمت باشد که در سطوح مختلف نظام شبکه مراقبت های سلامت باید پاسخی کامل به آنها داده شود. که در کشور ما اجزای دیگری به آنها اضافه شده است. مراقبتهای اولیه سلامت اصول و اجزایی به شرح زیر دارند:

**اصول مراقبت های اولیه سلامت**

۱- هماهنگی بخش های توسعه اقتصادی- اجتماعی[۱۱۰]: بهداشت و سلامت تحت تأثیر ترکیبی از عوامل محیطی، اجتماعی و اقتصادی است که به صورت تنگاتنگ با یکدیگر در ارتباط هستند. بنابر این برای تأمین سلامت افراد و جامعه کلیه بخش های توسعه باید همکاری هماهنگ داشته باشند.

۲- مشارکت مردمی[۱۱۱] : بدون همکاری و علاقه مردم به تأمین و توسعه خدمات سلامت هیچ موفقیتی برای آن پیش بینی نمی شود، چرا که اگر مردم توانمند نشوند و در تأمین سلامتی مشارکت نداشته باشند نه مشکلات و نیازهای سلامتی به درستی درک می شوند، نه می توان مناسب ترین راه حل را یافت و نه اجرا و بهره برداری مناسب از راهکارها مقدور خواهد بود. باید انگیزه برخورداری از خدمات بهداشتی و سلامت در مردم ایجاد گردد تا علاوه بر بخش سلامت، جامعه هم درگیر مراقبت از خود شود. بدون مشارکت و همکاری کلیه افراد نمی توان به پوشش کامل و جامع مراقبت های اولیه سلامت دست یافت.

۳- روش های مناسب[۱۱۲] : باید روش ها و ابزار ارائه از نظر علمی درست بوده و ضمن بروز بودن متناسب با نیازها، امکانات و الزامات بومی و محلی باشد. همچنین از منظر ارائه دهنده و گیرنده خدمت قابل قبول باشد و کشور قدرت پرداخت هزینه های آن را داشته باشد.

---

[۱۰۹] World Health Organization
[۱۱۰] inter-sectoral Approach
[۱۱۱] community Participation
[۱۱۲] Appropriate Methods

۴- عدالت[۱۱۳] : منابع و خدمات سلامت باید عادلانه و متناسب با نیاز در اختیار همه افراد جامعه قرار گیرد. به عبارت دیگر افراد با نیازهای یکسان باید دسترسی و بهره مندی مشابه به مراقبت های سلامت داشته باشند. تفاوت های قابل اجتناب در دسترسی و بهره مندی از خدمات سلامتی بی‌عدالتی است. بدین ترتیب خدمات سلامتی باید متناسب با نیاز(نه متناسب با پرداخت) به افراد ارائه گردد.

برخی از صاحب نظران به موضوع "جامعیت خدمات[۱۱۴]" و نیز "تعهد سیاسی دولت ها[۱۱۵]" در کنار اصول فوق اشاره می نمایند.

**اجزای مراقبتهای اولیه سلامت در جمهوری اسلامی ایران**

۱- آموزش سلامت
۲- بهبود تغذیه
۳- دسترسی به آب آشامیدنی سالم و بهسازی محیط
۴- بهداشت مادر و کودک و باروری سالم
۵- ایمن سازی و واکسیناسیون
۶- مبارزه با بیماریها (بیماریهای واگیر و غیر واگیر)
۷- درمان مناسب بیماری و جراحت ها
۸- دسترسی به داروهای اساسی
۹- بهداشت دهان و دندان
۱۰- سلامت روان
۱۱- بهداشت حرفه ای
۱۲- مدیریت و کاهش خطر بلایا و پیشگیری از سوانح و حوادث

یادآور می شود موارد فوق فقط اجزای کلی مراقبت‌های اولیه سلامت هستند، درحال حاضر حدود یکصد برنامه سلامت کشوری در شبکه بهداشت کشور در حال اجرا است که خدمات مربوط به هر برنامه سلامت متناسب با سن، جنس و وضعیت سلامت یا بیماری مبتنی بر سامانه های الکترونیک هوشمند به افراد تحت پوشش ارائه می گردد.

مراقبت های اولیه سلامت، زیربنای اصلی نظام ارائه خدمات سلامت به شمار می آید که به اعتقاد کارشناسان ارائه خدمات مرتبط با آن و پوشش هر چه بیشتر جامعه، دستاورد های با ارزشی از جمله کاهش هزینه های اقتصادی و اجتماعی در همه بخش ها را به همراه دارد. در سال‌های گذشته این نظام به عنوان مهمترین استراتژی سازمان بهداشت جهانی در جهت تقویت نظام سلامت دربسیاری از کشورهای در حال توسعه به اجرا درآمده است. در بیانیه رسمی سوّمین مجمع جهانی بهداشت در سال ۱۹۷۷ که به بیانیه آلماآتا [۱۱۶]معروف است اعلام گردید که هدف اجتماعی و اصلی دولت‌ها و سازمان بهداشت جهانی باید دستیابی همه مردم جهان در سال ۲۰۰۰ میلادی به سطحی از سلامتی (سلامتی جسمی، روانی و اجتماعی) باشد که امکان برخورداری از یک زندگی مؤثر و مولد را برای آنان فراهم آورد. در سال ۱۹۷۸ نیز کنفرانس مراقبت‌های اوّلیه سلامت در آلماآتا تشکیل گردید و روش دستیابی به مراقبتهای اولیه سلامت معرفی شد. در سال ۱۹۷۹ استراتژی جهانی سلامتی برای

[۱۱۳] Equity
[۱۱٤] Comprehensive services
[۱۱٥] Commitment of governments
[۱۱٦] Declaration of Alma Ata

همه مورد تصویب قرار گرفت و مقرر گردید استراتژی‌های کشوری سلامتی برای همه براساس مراقبت‌های اوّلیه سلامت تدوین و به مرحله اجرا گذاشته شود.

**اهمیت و ضرورت مراقبت های اولیه سلامت**

سلامت به عنوان یک حق اساسی و یک دارایی و سرمایه ارزشمند برای تمامی افراد در سطوح و طبقات مختلف اجتماع است. تمامی کشورها نیز از این حق به عنوان اساسی ترین حق مردم کشور خود نام برده اند و حکومت ها حفظ و ارتقای آن را جزءِ مهمترین تلاش های زندگی روزمره محسوب نموده اند. اکنون سلامت نه به عنوان یک نیاز، بلکه به عنوان یک تقاضا از سوی جمع کثیری از مردم مورد مطالبه قرار گرفته و از این رو است که بسیاری از دولت مردان در برنامه های انتخاباتی خود این مسئله را به عنوان یک اصل، عنوان می نمایند. اگرچه هدف اصلی هر نظام سلامت عبارتست از: تامین، حفظ و ارتقاء سلامت ولی علاوه بر این وظایف، می توان وظایف دیگری را نیز برای نظام های سلامت همانند: ارتقای امید به زندگی سالم، پاسخ دهی به انتظارات معقول مردم، کاهش نابرابری بین گروه های مرفه و مستمند جامعه و همچنین محافظت مالی در برابر هزینه های بیماری، متصور شد.

**سطح بندی و سطوح مراقبتهای سلامت**

در ارائه مراقبتهای اولیه سلامت یکی از مهم ترین موارد دسترسی به خدمات است، با توجه به پراکندگی جمعیت در مناطق روستایی دسترسی جغرافیایی از اهمیت بسزایی برخوردار است. بدین ترتیب نظام سلامت می بایست در مناطق دور دست و کم جمعیت نیز ارائه خدمت نماید. آیا نظام سلامت می تواند در هر روستا یک مرکز تخصصی دایر کند؟ خیر، چون نخست، منابع (نیروی انسانی، تجهیزات، پول و ...) کافی برای این کار ندارد و دوم، یک روستا جمعیت و بیمار کافی برای پر کردن وقت مرکز تخصصی با نیرو ها و تخصص های مختلف را نداشته و موجب هدر رفتن منابع می شود، و سوم اینکه حتی اگر منابع کافی برای این کار وجود داشته باشد نیروهای تخصصی مربوطه به علت عدم برخورد با موارد بیماریِ تخصصی کم کم توان تخصصی خود را از دست داده و امکان ارائه خدمات مناسب را نیز از دست میدهند، بدین ترتیب نظام سلامت برای رعایت اندازه اقتصادی[۱۱۷] واحدهای ارائه دهنده خدمت، نسبت به تربیت نیروهای چند پیشه و سطح بندی خدمات اقدام نموده است.

مراقبت‌های اولیه سلامت شامل ارتقای سلامت، پیشگیری از بیماریهای واگیر و غیرواگیر، و خدمات درمانی پایه و ... در سطح یک (شامل خانه های بهداشت، پایگاه های سلامت و مراکز خدمات جامع سلامت) ارائه می گردد. یادآور می شود حتی خدمات داخل سطح یک هم از سطح بندی برخوردار است، به گونه ای که خدمات بهداشتی، پیشگیری (همانند واکسیناسیون و ...) و درمان های ساده و علامتی در خانه بهداشت توسط بهورز یا پایگاه سلامت توسط مراقب سلامت و خدمات تکمیلی و درمان پزشکی در مراکز خدمات جامع سلامت ارائه می گردد.

مراقبت های سطح دوم شامل خدمات تخصصی‌تر پزشکی در بیمارستان های عمومی شهرستان و خدمات تخصصی و فوق تخصصی در بیمارستان های(آموزشی) مراکز استان ارائه می شود.

**تاریخچه طراحی و توسعه شبکه های مراقبت های بهداشتی- درمانی در ایران**

[۱۱۷] economic scale

در سال ۱۳۵۱ طرح تحقیقاتی نحوه توسعه خدمات پزشکی و بهداشتی در ایران با همکاری سازمان بهداشت جهانی، دانشکده بهداشت دانشگاه تهران، در استان آذربایجان غربی با هدف استقرار نظام ارائه خدمات و استفاده از نیروهای غیر پزشک در واحدهای محیطی به اجرا درآمد. همزمان با اجرای این طرح، پروژه های مشابه دیگری در سایر نقاط کشور به اجرا درآمد که از جمله می توان طرح تربیت بهدار روستا در دانشگاه شیراز که در کوار فارس اجرا شد، طرح های سازمان خدمات اجتماعی در فارس و تهران و «طرح سلسله» در الشتر لرستان را نام برد. این برنامه ها صرفاً در حد پایلوت در برخی نقاط اجراشد و تا سال ۱۳۵۸ وضعیت ارائه خدمات بهداشتی درمانی و شاخص های بهداشت و درمان نامناسب بود، به گونه ای که میزان مرگ و میر کودکان زیر یک سال ۱۰۴ در هزار تولد زنده، امید به زندگی ۵۷ سال و میزان دسترسی به آب سالم و غیره در ایران، در مقایسه با بسیاری از کشورهای جهان نسبتی تأسف بار داشت.

جمهوری اسلامی ایران در اولین سال های پس از پیروزی انقلاب اسلامی و تقریباً همزمان با کنفرانس مراقبت‌های اوّلیه سلامت در آلماآتا سیاست های اساسی برای برنامه های بهداشت و درمان را تدوین کرد. به رغم جنگ تحمیلی عراق با ایران و بمباران شدید شهرها، کلیه ضوابط برای سازماندهی اجزای نظام شبکه، به طور مشروح به وسیله دو تن از اساتید تلاشگر آن، آقایان مرحوم دکتر سیروس پیله رودی و دکتر کامل شادپور در کتابی تحت عنوان «نگرشی بر بهداشت، درمان و آموزش پزشکی» تدوین شد. این کتاب در سال های بعد، اساس تدوین طرح‌های گسترش شبکه های بهداشتی- درمانی کشور قرار گرفت. با کوشش این دو تن و به کمک کارکنان علاقه‌مند و زحمتکش استان ها طرح های گسترش شبکه بهداشت، به تفکیک شهرستان های کشور تا سال ۱۳۶۳ مهیا گردید. بر این اساس آنچه که به عنوان طرح گسترش شبکه های بهداشتی درمانی تدوین و پیرو آن به مورد اجرا گذاشته شد حاصل بهره گیری از تحقیقات و برنامه های قبلی انجام شده توسط بسیاری از اساتید بهداشت و درمان کشور، حمایت سیاسی مجلس و دولت، وزیر، معاونین، مدیران وقت وزارت و همکاری، صبر و پشتکار کارشناسان ستاد گسترش شبکه های بهداشتی کشور بود.

در اسفند ماه ۱۳۶۳ مجلس شورای اسلامی برای راه اندازی شبکه بهداشت و درمان در یک شهرستان از هر استان اعتبار لازم را در اختیار وزارت بهداری وقت قرار داد. برای هزینه کردن این اعتبار و در واقع گسترش شبکه های بهداشت و درمان، وزارت اقدام به تشکیل واحدی به نام ستاد گسترش شبکه های بهداشتی- درمانی کشور نمود که پس از گذشت سال ها این واحد همچنان (با نام مرکز مدیریت شبکه) به فعالیت خود ادامه می دهد. در نهایت ستاد گسترش شبکه با ایجاد خانه های بهداشت و مراکز بهداشتی-درمانی اقدام ارزشمندی برای افزایش دسترسی مردم به خدمات سلامت انجام داده و همچنان ضمن تضمین ارائه خدمات سلامت برنامه های جدیدی را در دست اجرا دارد.

کارشناسان براساس شواهد متعدد معتقدند هرچه میزان پوشش مراقبت های اولیه سلامت در جامعه بالاتر باشد، سطح سلامت مردم نیز ارتقا می یابد، بیماری های آنها کنترل می شود و احتمال ابتلای آنها به انواع بیماری ها کاهش می یابد. لذا نیاز به مراقبت های سطوح دوم و سوم کاهش یافته و نیاز به ایجاد بیمارستان ها و اتاق های عمل با تجهیزات و داروهای گران قیمت به میزان قابل توجهی کاهش می یابد .

بررسی انجام شده توسط نهادهای بین‌المللی بر این موضوع تاکید دارد که جمهوری اسلامی ایران با توسعه یک نظام مراقبت های اولیه سلامت (PHC) اما قوی توانسته پوشش خدمات سلامت را به شکلی بسیار مناسب به ویژه در مناطق روستایی فراهم کند که نتایج ارزشمندی به همراه داشته به طوری که امید به زندگی ایران در بدو تولد بیشتر از کشورهایی است که

درآمد سرانه قابل مقایسه با ایران دارند. به همین ترتیب، ایران در کاهش میزان مرگ و میر مادران، نوزادان و کودکان بسیار موفق بوده است.

دستیابی به پوشش کامل سلامت[۱۱۸] نیازمند اصلاح و تکمیل نظام سلامت است، و به این منظور در دو دهه گذشته، کشور با ایجاد زیرساخت ها و فناوری های لازم، حرکت به سمت UHC را آغاز کرده است. پروژه های مختلف اصلاحات در بخش سلامت باعث حرکت به طرف خدمات با کیفیت بالاتر، پاسخگویی و عدالت در سلامت شده است. در این مسیر نظام سلامت برای اصلاح نیازمند تغییر پارادایم[۱۱۹] است، یکی از ابزارهای مناسب برای اصلاح نظام سلامت استفاده از اهرم های کنترل[۱۲۰] نظام سلامت (تأمین مالی، نظام پرداخت، سازماندهی، وضع مقررات و رفتار) می باشد.

**وضعیت کنونی مراقبت های اولیه سلامت در ایران**

جمهوری اسلامی ایران با مساحتی در حدود ۱,۶۴۸,۰۰۰ کیلومتر مربع، شانزدهمین کشور بزرگ دنیا است. این گستردگی و پراکندگی جمعیت به همراه مناطق کوهستانی صعب‌العبور، مناطق کویری و دورافتادگی بسیاری از مناطق، ارائه خدمات سلامت را به ویژه در مناطق دور دست بسیار دشوار کرده است، با این همه نظام ارائه خدمات سلامت تدابیر لازم را برای خدمت رسانی اندیشیده و با استفاده از شبکه گسترده بهداشت و درمان تمامی مناطق را تحت پوشش برده است. در جمهوری اسلامی ایران سلامت به عنوان یک حق در قانون اساسی شناخته شده است. اصول متعددی در قانون اساسی بر این مسئله تاکید دارد:

اصل بیست و نهم ـ برخورداری از تامین اجتماعی از نظر بازنشستگی، بیکاری، پیری، از کار افتادگی، بی سرپرستی، در راه ماندگی، سوانح و حوادث، نیاز به خدمات بهداشتی درمانی و مراقبت های پزشکی بصورت بیمه و غیره، حقی است همگانی. دولت موظف است از محل درآمدهای عمومی و درآمدهای حاصل از مشارکت مردم، خدمات و حمایت های مالی فوق را برای یک یک مردم افراد کشور تامین کند.

اصل چهل و سوم ـ برای تأمین استقلال اقتصادی جامعه و ریشه کن کردن فقر و محرومیت و برآوردن نیازهای انسان در جریان رشد، باحفظ آزادگی او، اقتصاد جمهوری اسلامی ایران براساس ضوابط زیر استوار میشود : تأمین نیازهای اساسی؛ مسکن، خوراک، پوشاک، بهداشت، درمان، آموزش و پرورش و امکانات لازم برای تشکیل خانواده.

تلاش های زیادی نیز در کشور برای استقرار یک نظام سلامت خوب که بتواند به تمامی نیازهای جامعه پاسخ دهد صورت گرفته است. مهم ترین این تلاش ها، طراحی و استقرار نظام شبکه های بهداشتی درمانی کشور بوده است که در زمان خود تحول چشمگیری را در ارائه خدمات سلامت ایجاد نمود. در این شبکه اصول و ضوابط زیربنایی زیر به عنوان سیاست های طراحی و برنامه‌ها در نظر گرفته شده بود:

۱- تقدم خدمات پیش‌گیری بر درمان
۲- تقدم مناطق دوردست و غیر برخوردار روستایی بر مناطق شهری در تخصیص منابع و برخورداری

[۱۱۸] Universal Health Coverage
[۱۱۹] paradigm shift
[۱۲۰] control knobs

۳- تقدم خدمات سرپایی بر بستری

۴- تمرکز زادیی با هدف خود اتکایی مناطق

همچنین ویژگی ها و ضوابط اصلی نظام ارائه مراقبت‌های بهداشتی-درمانی ایران عبارتند از:

۱- شبکه‌ای با سطح‌بندی خدمات: منظور از سطح بندی خدمات، ارائه خدمت به صورت زنجیره ای مرتبط و تکامل یابنده است. سطح بندی خدمات، هزینه ارائه خدمت را کاهش می دهد.

۲- ادغام خدمات مختلف برای گروه‌های سنی، جنسی مختلف. این بدان مفهوم است که گیرنده خدمت در زمان واحد می تواند چندین خدمت را در رابطه با مشکلات سلامت متنوع دریافت کند. به عنوان مثال یک کودک در هنگام مراجعه نزد بهورز هم خدمت مرتبط با تغذیه و رشد را دریافت می‌کند و هم خدمت مربوط به ایمن سازی، علاوه بر این کودک هنگام مراجعه از نظر سایر موارد سلامت نظیر وضعیت رشد روانی حرکتی و سایر بیماری ها که در آن سن احتمال وقوع آنها هست، بررسی می شود و در صورت لزوم خدمات مورد نیاز را دریافت می کند.

۳- مبتنی بر جمعیت‌های تعریف شده به نحوی که مناسب ترین شکل دسترسی این جمعیت به تسهیلات فراهم آید.

۴- دارای دستورالعمل‌ها و معیارهای استاندارد برای ارائه خدمات به ویژه در نخستین سطح.

۵- دارای برنامه‌ای استاندارد برای تربیت نیروی انسانی (به عنوان مثال برای خانه های بهداشت بهورز و برای مراکز خدمات جامع سلامت پزشک خانواده و... ) برای ارائه خدمات ادغام یافته.

۶- برخورداری از یک نظام اطلاعاتی معتبر (در گذشته دفاتر مراقبت، فرم های گزارش، پرونده خانوار و زیج حیاتی کاغذی و هم اکنون سامانه های یکپارچه بهداشت که خدمات سلامت را مبتنی بر فناوری ارتباطات اطلاعاتی[۱۲۱] ICT ارائه نموده و همزمان با ارائه خدمات سلامت داده ها ثبت، ذخیره، بازیابی و تحلیل می شوند. این سامانه ها نه تنها ابزار ارائه خدمات بوده بلکه ارائه دهندگان را در ارائه صحیح‌تر، به موقع‌تر و مناسب خدمات یاری می کنند( به عنوان سیستیم پشتیبانی تصمیم گیری بالینی[۱۲۲]) و همزمان به عنوان سیستم اطلاعاتی مدیران[۱۲۳] نیازهای اطلاعاتی آنان را برای تصمیم گیری فراهم می کند.

۷- دسترسی جغرافیایی: هدف از دسترسی جغرافیایی این است که تمامی افراد جامعه حتی از دورترین نقاط به محیطی ترین واحد بهداشتی-درمانی دسترسی داشته باشند، به نحوی که، حداکثر فاصله افراد از این واحدها حداکثر به میزان یک ساعت پیاده روی باشد و از طرفی محل استقرار واحدهای بهداشتی-درمانی تا حد امکان در مسیر حرکت طبیعی مردم باشد.

۸- دسترسی فرهنگی: عدم وجود برخوردها و اختلافات قومی، فرهنگی و مذهبی، به طریقی که جمعیت مشخص شده بتوانند در کنار یکدیگر با رعایت شأن و احترام به اعتقادات مذهبی آنان از خدمات واحد بهداشتی-درمانی بهره‌مند شوند.

۹- وجود تناسب بین حجم خدمات و نیروی انسانی: این موضوع از این نظر اهمیت دارد که از طرفی نیروی انسانی با ازدحام مراجعه کنندگان روبرو نباشد و مراجعه کننده برای گرفتن خدمت در نوبت نباشد و از طرفی، تعداد کم جمعیت تحت پوشش منجر به بیکاری خدمت دهنده و در نتیجه هزینه بالای خدمات نگردد.

۱۰- هزینه خدمات: ارائه خدمات باید به نحوی طراحی شود، که خدمات پیشگیرانه و سلامت عمومی رایگان و در مورد سایر خدمات هزینه تمام شده خدمات برای فرد، خانواده و جامعه قابل تحمل بوده و با مکانیسم بیمه (پیش پرداخت) پوشش داده شود، استفاده مشترک از منابع و استفاده از نیروهای چندپیشه هزینه ها را کاهش خواهد داد.

---

[۱۲۱] information communication technology

[۱۲۲] clinical decision supporting system

[۱۲۳] management information system

۱۱- فراهم کردن خدمات تخصصی در قالب نظام ارجاع: سطح اول، جمعیت معینی را تحت پوشش قرار می دهد و مراکز خدمات جامع سلامت پشتیبانی از خانه های بهداشت و پایگاه های سلامت را انجام داده و در صورت نیاز بیماران را به بیمارستان عمومی و در صورت ضرورت به بیمارستان های تخصصی و فوق تخصصی ارجاع می نمایند. این زنجیره ارائه خدمات از سطح اول به سطوح بالاتر را نظام ارجاع می نامند. استفاده از نظام ارجاع امکان استفاده از کارکنان غیرپزشک را برای ارائه خدمات سلامت و کمک های اولیه فراهم می سازد و سطوح تخصصی را از پرداختن به خدمات ساده غیرتخصصی باز می دارد، تا برای پرداختن به خدمات تخصصی وقت بیشتری را فراهم می آورد. همچنین از ارائه خدمات به شکل تکراری (دارو، آزمایش و سایر ارزیابی های تشخیصی مکرر) جلوگیری کرده و هزینه خدمات را به نحو چشمگیری کاهش می دهد.

پس از استقرار مراقبت های اولیه سلامت که نتیجه آن راه اندازی خانه های بهداشت و بدنبال آن مراکز بهداشتی درمانی روستایی در سطح روستاها و همچنین پایگاه های بهداشت و مراکز بهداشتی درمانی شهری در سطح شهرها و سایر ساختارهای نظام سلامت بود، شاهد پیشرفت هر ساله شاخص های سلامت که نتیجه تلاش و موفقیت همه جانبه طراحان برنامه در جلب نظر سیاستمداران بود، هستیم. این پیشرفت چنان سریع بود که تعدادی از نواقص و نقاط ضعف برنامه (که بطور کامل استقرار نیافته بود) نیز آشکار نشد و یا در پس پرده موفقیت های طرح مسکوت ماند. علی رغم پیشرفت سریع نظام و بدست آمدن خیل عظیم دست آوردها بعد از گذشت چندین سال از ابتدای شروع برنامه، بتدریج با تغییر الگوی بیماری ها از سمت بیماریهای واگیر به سمت بیماری های غیرواگیر، تغییر هرم سنی جمعیت از یک هرم با قاعده‌ای پهن به هرمی با قاعده کوچک شده (کاهش جمعیت جوان و افزایش جمعیت میانسال و سالمند) و نیز افزایش شهرنشینی، بیماریهای نوپدید(مانند ایدز) و بازپدید (مانند سل) درکنار افزایش انتظارات مردم از نظام سلامت (به دلایل؛ افزایش تمایل و توان پرداخت مردم، افزایش انتظارات در اثر بهبود وضع اقتصادی، مقایسه کشور با کشورهایی که سرانه سلامت بیشتری دارند و استفاده از نظام سلامت به عنوان ابزار انتخاباتی) و نیز ارتقای دانش بشر و روشن‌تر شدن اهمیت سبک زندگی و تعیین کننده های اجتماعی سلامت، نیاز شدیدی به یک تحول در نظام ارائه خدمات سلامت احساس می شود، چرا که تغییرات فوق، باعث تغییر در نیاز و تقاضای مردم در زمینه مسائل مربوط به سلامت شده است که نیاز به تغییر در نظام سلامت ایران، همانند سایر نظام های سلامت در دنیا، احساس گردید که در جای خود به آنها می پردازیم.

حق برخورداری از مراقبت‌های سلامت برای تمامی شهروندان همراه با توزیع عادلانه خدمات سلامت که در قانون اساسی برآن تأکید شده موجب گردیده تا نظام سلامت کشور بر مبنای خدمات اساسی که از منابع عمومی تأمین اعتبار می‌شوند، آحاد مردم را از مراقبت های اولیه سلامت بهره‌مند گرداند. در همین حال خدمات سطح دوم و سوم که عمدتاً مشتمل بر خدمات درمان تخصصی و توانبخشی است در اغلب موارد از طریق بیمه‌های اجباری نظیر تأمین اجتماعی برای کارکنان بخش‌های غیر دولتی و وابستگان آنان، بیمه خدمات درمانی برای کارکنان رسمی دولت، خانوارهای روستایی توسط بیمه روستایی (که حق بیمه آن توسط دولت تأمین و پرداخت می شود،) و بیمهٔ خدمات درمانی نیروهای مسلح، برای خانواده‌های نظامی و وابستگان آنها و افراد تحت پوشش دستگاههای حمایتی مانند کمیته امداد امام خمینی (ره) توسط دستگاه مربوطه و سایر شاغلین که به صورت خویش- فرما بیمه می‌شوند، تأمین می‌شود.

**واحدهای ارائه خدمات سلامت در کشور:**

خانه بهداشت: محیطی‌ترین واحد ارائه خدمات روستایی در نظام شبکه بوده و جمعیتی در حدود ۱۰۰۰ نفر را در روستای اصلی و غالباً چند روستای دیگر (روستاهای قمر) را پوشش می‌دهد. معمولاً یک زن و مرد بومی همان روستا که دوره آموزشی

مربوط را گذرانده‌اند و بهورز نامیده می‌شوند در خانه بهداشت اشتغال دارند. وظیفه اصلی این کارکنان ارائه مراقبت‌های اولیه سلامت به جمعیت تحت پوشش است.

پایگاه سلامت: به عنوان محیطی ترین واحد بهداشتی در مناطق شهری است که معمولا جمعیت حدود ۱۲۵۰۰ نفر را تحت پوشش قرار می دهد. پایگاه سلامت می تواند جدا یا در مجاورت مرکز خدمات جامع سلامت مستقر باشد. در پایگاه های سلامت مراقبین سلامت و مراقب سلامت ماما مشغول به ارائه خدمات اولیه سلامت می باشند.

مرکز خدمات جامع سلامت روستایی : واحدی مستقر در روستا است که معولاً یک خانه بهداشت را در همان روستا و غالباً چند خانه بهداشت از روستاهای دیگر را تحت پوشش خود دارد. جمعیت تحت پوشش مرکز خدمات جامع سلامت روستایی حدود ۹ هزار نفر می‌باشد.

مرکز خدمات جامع سلامت شهری : واحدی مستقر در شهر بوده و جمعیتی حدود ۵۰ هزار نفر را پوشش می دهد.

در مراکز خدمات جامع سلامت پزشک عمومی یا متخصص پزشکی خانواده، دندانپزشک، کارشناس تغذیه، کارشناس سلامت روان، داروساز یا دارویار، کاردان یا کارشناس بهداشت محیط و حرفه ای، کارشناس یا کاردان آزمایشگاه و کارکنان پذیرش و خدمات مشغول خدمت می باشند.

تسهیلات زایمانی: واحدی است مستقر در منطقه روستایی که در مناطق فاقد دسترسی به بیمارستان واقع شده و جمعیتی به طور متوسط ۴۰ هزار نفر را پوشش می‌دهد. این واحد مسئول ارائه خدمات زنان و مامایی بوده و ماما ها در آن واحد ارائه خدمات می کنند. واحد واجد آمبولانس و راننده جهت اعزام زنان باردارِ نیازمند ارجاع به بیمارستان می باشد.

در نظام شبکه مراقبت های سلامت، واحدهای دیگری مانند پایگاه مراقبت مرزی و ... نیز وجود دارد.

**ادغام مراقبت های اولیه سلامت و بیمه سلامت با اجرای برنامه پزشک خانواده و نظام ارجاع**

کشورهای پیشرو دربرنامه پزشک خانواده و نظام ارجاع توانسته‌اند با رویکرد سلامت نگر، کل نگر و توجه به همه ابعاد سلامتی و ریشه‌یابی علل بیماری در روش و محیط زندگی و نیز تشخیص و درمان به موقع بیماری‌ها همراه با کاهش پرداخت مستقیم از جیب مردم، ضمن ارتقای سلامتی فرد، خانواده و اجتماع با هزینه کرد کارا و اثربخش منابع، منجر به عدالت در سلامت و در نهایت ارتقای سلامت و رضایت مردم و ارایه کنندگان خدمات سلامتی شوند. این برنامه که در برخی کشورها سابقه‌ای بیش از۷۰ سال دارد، یکی از مهم ترین و موثرترین روش های افزایش دسترسی و بهره‌مندی عادلانه آحاد مردم از خدمات سلامت است. برنامه پزشک خانواده می تواند مانع سوء استفاده از نیازهای سلامت مردم توسط ارائه دهندگان خدمات سلامت شده و یکی از روش های اصلاح نظام ارائه خدمات سلامت تلقی می گردد.

به منظور کمک به اصلاح نظام سلامت، در سال ۱۳۸۰ تیمی از تمامی سازمان های بیمه گر و کارشناسان بخش‌های مختلف دخیل در سلامت در وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی تشکیل گردید و پس از مطالعه جامع درباره نظام‌های مختلف سلامت در دنیا و با الگوبرداری از نظام‌های سلامتِ برخی از این کشورها از جمله کانادا و انگلستان اقدام به تشکیل تیم اجرایی اصلاح نظام سلامت گردید. از اقدامات اجرایی این تیم، طراحی دوره های آموزشی به منظور بسترسازی به ویژه در زمینه تربیت نیروی انسانی مورد نیاز بود. در همین رابطه دوره‌های آموزشی توسط کارشناسان برجسته دنیا در زمینه اصلاح نظام سلامت برگزار گردید، و با هماهنگی سازمان های عمده بیمه‌گر، چهار استان در کشور به عنوان پایلوت در استقرار نظام جدید

سلامتی مبتنی بر پزشک خانواده تعیین شدند. با وجود برنامه ریزی های روشن، برآورد نیازهای مالی و انسانی در استان های پایلوت و رسیدن به توافق جمعی مسئولان وزارت بهداشت، سازمان مدیریت و برنامه‌ریزی وقت کشور و سازمان‌های بیمه‌گر به سبب اجرا نشدن تعهدات مالی اقدام عملی برای اجرای برنامه‌های مدون اصلاحات در استان ها برداشته نشد.

ولی براساس قانون بودجه سال ۱۳۸۴، سازمان بیمه سلامت ایران موظف گردید تا با صدور دفترچه بیمه سلامت ایران برای تمام ساکنین مناطق روستایی، عشایری و شهرهای با جمعیت کمتر از ۲۰ هزار نفر امکان بهره مندی از خدمات سلامت را درقالب برنامه پزشک خانواده و نظام ارجاع فراهم آورد. بدین ترتیب فرصتی مناسب به منظور تامین دسترسی مناسب‌تر به خدمات پزشکی برای ساکنین این مناطق پدید آمد.

### پیشینه پزشک خانواده[۱۲۴] در ایران

در قانون برنامه سوم توسعه اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی جمهوری اسلامی ایران، اصلاح نظام سلامت در سرلوحه سیاست‌ها و برنامه‌های وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی قرار گرفت و به برنامه‌های چهارم، پنجم و ششم نیز تسری یافت. یکی از موارد پیش بینی شده در قانون برنامه چهارم توسعه اقتصادی اجتماعی و فرهنگی کشور به منظور افزایش اثربخشی نظام ارائه خدمات سلامت، تقویت و توسعه نظام بیمه خدمات درمانی روستایی بود. بر این اساس ماده ۹۱ قانون برنامه چهارم توسعه تصریح داشت که تا پایان برنامه چهارم توسعه، شورای عالی بیمه خدمات درمانی تمهیدات لازم جهت استقرار بیمه سلامت[۱۲۵] با محوریت پزشک خانواده و نظام ارجاع را فراهم نماید. به منظور اجرای این ماده قانونی و پس از اقدام مجلسِ هفتم در تصویب اعتبار لازم برای اجرای برنامه بیمه روستاییان، عشایر و مردم ساکن در نقاط شهری با جمعیت کمتر از ۲۰ هزار نفر در قانون بودجه سال ۱۳۸۴ مسئولین وزارتخانه های بهداشت درمان و آموزش پزشکی و رفاه و تأمین اجتماعی تصمیم گرفتند تا از این موقعیت به منظور ایجاد یک فرصت برای اجرای توأم برنامه بیمه روستایی و پزشک خانواده استفاده کنند. این برنامه علی‌رغم نواقص از نیمه دوم سال ۸۴ تاکنون در مناطق روستایی کشور در حال اجرا است.

برنامه پزشک خانواده و نظام ارجاع همانند مراقبت های اولیه سلامت (PHC) اصول، اجزا، فلسفه و اهداف روشنی دارد که اجرای برنامه پزشک خانواده و نظام ارجاع بدون توجه به این اصول پوسته‌ای خالی از محتواست، که نه الزامات علمی را پوشش می‌دهد و نه مشکلات مردم را حل می کند، و نه نظام سلامت را به اهداف مندرج در سند چشم‌انداز سلامت می رساند. برنامه پزشک خانواده و نظام ارجاع یکی از مهم‌ترین راهبردهای اصلاح نظام سلامت است و برای استقرار مناسب به الزاماتی نظیر علم و آگاهی پزشک به رسالت خود و توانمندی های مدیریتی و نیز استفاده بجا و منطقی از اهرم های کنترل نظام سلامت نیاز دارد.

در شرایطی که نظام پرداخت در سطوح ۲ و ۳ به صورت کارانه‌ای[۱۲۶] بوده (یعنی پرداخت به ارایه کنندگان خدمات براساس تعداد خدمت ارایه شده) و افراد بدون رعایت نظام ارجاع و بدون اینکه نیاز به خدمات تخصصی داشته باشند می تواند به چند متخصص یا فوق تخصص مختلف مراجعه کرده و هرکدام از این پزشکان(در غیاب پرونده الکترونیک سلامت در سطح ۲ و ۳) بدون اطلاع از اقدامات و درخواست های پزشک قبلی و بدون مشارکت در ریسک مالی تحمیلی به بیمار و بیمه، درخواست های متعدد و تکراری پاراکلینیک را انجام داده و داروهای مختلف تجویز نماید؛ بیمه ها ناتوان از جبران هزینه ها شده و در

[۱۲۴] Family doctor
[۱۲۵] Health Assurance
[۱۲۶] fee for service

نهایت منابع ملی بجای هزینه در بخش پیشگیری به بخش درمان های تخصصی و فوق تخصصی (و اغلب مواد مصرفی و تجهیزات پاراکلینیک) تخصیص می یابد. در این وضعیت استفاده درست و بجا از اهرم های کنترل نظام سلامت می تواند به اصلاح نظام سلامت کمک کند.

همچنین تناسب ناکافی خدمات تحت پوشش بیمه با نیازهای مردم و توجه اندک به خواسته ها و انتظارات پزشکی و غیرپزشکی بیماران، در کنار بیمارستان محوری و تخصص گرایی در مردم و مسئولین، تجاری‌سازی طب و پرداخت در ازای خدمت و کارانه که زمینه‌ساز ایجاد تقاضای القایی[۱۲۷] است؛ در بستر تعرفه های ناعادلانه که منابع را از جزءِ بالینی خدمت به جزءِ فنّی آن سوق می‌دهد؛ همه و همه منجر به استفاده ناکارآمد از منابع و افزایش بیش از پیشِ پرداخت مستقیم از جیب مردم شده است. از طرف دیگر دگرگونی سیمای سلامت و تغییر الگو بیماری‌ها به بیماری‌های غیرواگیر و مزمن که حاصل سبک زندگی ناسالم و کم‌توجهی به عوامل تعیین کننده اجتماعی سلامت می باشد، ضرورت اصلاح نظام سلامت و اجرای برنامه پزشک خانواده و نظام ارجاع را دو چندان کرده است. هرچند مهمترین دلیل پیگیری اجرای برنامه پزشک خانواده و نظام ارجاع مصوبات قانونی بوده است، اما در واقع الزامات منطقی و ضرورت های علمیِ اجرای برنامه پزشک خانواده است که قانونگذار را بر آن داشته که الزامات قانونی را برای فراهم کردن بستر اجرای آن پدید آورد.

اجرای موفق برنامه پزشک خانواده و نظام ارجاع در کشور نیازمند تعهد سیاسی و اجرایی در سطح ملی (مثل مجلس، دولت، وزارتخانه‌های مرتبط) و استانی بوده و طی این مسیر نیازمند قوانین و آیین نامه های مناسب، تأمین و توزیع عادلانه منابع، وجود مدیریت منسجم و یکپارچه در به‌کارگیری منابع به همراه تامین زیرساخت های لازم (مانند به کارگیری پرونده الکترونیک سلامت خانواده و غیره) می‌باشد.

اهداف اصلی نظام سلامت که با اجرای برنامه پزشک خانواده و نظام ارجاع قابل تحقق است، عبارتند از:

- تأمین، حفظ و ارتقای سلامت،
- افزایش امید به زندگی[۱۲۸] سالم،
- پاسخگویی به نیازهای بهداشتی-درمانی مردم،
- عدالت در سلامت و عدالت در مشارکت مالی (دریافت خدمات متناسب با نیاز، مشارکت مالی متناسب با درآمد)
- افزایش پاسخگویی در بازار خدمات سلامت،
- افزایش دسترسی به خدمات سلامت ضروری،
- کاهش هزینه های غیر ضروری در بازار خدمات سلامت
- حذف تقاضای القایی[۱۲۹] برای خدمات
- منطقی کردن بهره‌مندی از خدمات تخصصی سرپایی
- سلامت نگر[۱۳۰] کردن بیمه ها
- منطقی کردن تجویز دارو و خدمات پاراکلینیک

[۱۲۷] Provider-Induced Demand
[۱۲۸] Life expectancy
[۱۲۹] Induce demand
[۱۳۰] Health oriented

**برنامه پزشک خانواده و نظام ارجاع در مناطق روستایی و شهرهای با جمعیت کمتر از ۲۰ هزار**

در این برنامه (پزشک عمومی یا پزشک متخصص پزشکی خانواده به عنوان) پزشکِ خانواده، مسئول هماهنگی و هدایت تیم ارائه دهنده خدمات سلامت اعم از خدمات بهداشتی و درمانی در منطقه تحت پوشش خود می باشد، و حتی پس از ارجاع فرد به سطوح تخصصی مسئولیت پیگیری پیامد ارجاع به عهده پزشک و تیم سلامت است. بنابراین یکی از مهم ترین وظایف پزشک خانواده ارائه خدمات و مراقبتهای اولیه سلامت است. کلیه خدمات سلامت در برنامه پزشک خانواده به جمعیت تحت پوشش به شکل فعال (یعنی اگر فردی برای دریافت خدمات بهداشتی، غربالگری یا درمانی لازم مراجعه نکرد بهورز موظف است با او یا خانواده اش حضوری، تلفنی یا با استفاده از پیامک سامانه یکپارچه بهداشت تماس گرفته و از آنان برای مراجعه و دریافت خدمت دعوت کند) ارائه می‌گردد. در اجرای برنامه پزشک خانواده پزشکان و ماماها در مراکز خدمات جامع سلامت روستایی و شهری- روستایی در کنار سایر کارکنان این مراکز مستقر شده و به ارائه خدمات پزشکی، خدمات پرستاری، مامایی، خدمات دارویی، خدمات رادیولوژی و آزمایشگاهی سطح ۱ به همراه ارائه خدمات مختلف بهداشتی می‌پردازند. از جمله اهداف برنامه پزشک خانواده افزایش پاسخگویی در بازار خدمات سلامت، افزایش دسترسی مردم به خدمات سلامت، پوشش خدمات سلامت، و از همه مهم تر ارتقای سلامت و رضایتمندی مردم است.

ارزشیابی برنامه پزشک خانواده و نظام ارجاع در مناطق روستایی و شهرهای زیر ۲۰ هزار نفر نشان داده است که موفق ترین نتیجه این برنامه کاهش قابل توجه در میزان مرگ و میر کودکان زیر یک سال بوده به گونه ای که توانسته است طی هفت سال از ۲۵۵۰ مورد مرگ در این گروه سنی جلوگیری کند. به این ترتیب، با احتساب امید به زندگی ۷۴ سال برای ایرانیان و ارزش گذاری معادل ۳ برابر تولید ناخالص داخلی برای سال های عمر هر فرد، می توان ادعا نمود که برنامه پزشک خانواده روستایی توانسته است از به هدر رفتن بودجه هنگفتی در کشور جلوگیری کند.

از دیگر کارکردهای موفق برنامه پزشک خانواده روستایی می‌توان به افزایش بهره مندی مردم از خدمات سلامت اشاره کرد. با اجرای این برنامه پوشش بیمه از ۸۳ درصد به ۹۶ درصد افزایش یافته و این افزایش پوشش بیمه دسترسی بیشتر به پزشک، افزایش تعداد ویزیت پزشکان عمومی، و مراجعه به مراکز دولتی را در پی داشته است. در بخش خدمات سرپایی تغییرات الگوی بهره‌مندی به صورت افزایش سهم پزشک عمومی و سهم پزشک متخصص از کلیه خدمات ارائه شده بوده است. از سوی دیگر کاهش سهم داروخانه از کلیه خدمات ارائه شده و کاهش نسبت تعداد مراجعه به داروخانه به تعداد مراجعه به پزشک عمومی دیده می‌شود، که بیانگر آن است که با افزایش دسترسی به پزشک در مناطق روستایی بیماران به جای مصرف خودسرانه دارو بیشتر به پزشک مراجعه کرده‌اند و همچنین به دلیل سیستم ارجاع مناسب‌تر و پوشش بیمه بالاتر استفاده از خدمات پزشکان متخصص (به دلیل عدم دسترسی قبلی روستائیان به خدمات تخصصی) افزایش یافته است. یکی از نقاط قوت این برنامه رضایتمندی بالای مردم از اجرای برنامه پزشک خانواده روستایی بوده‌است. میزان رضایتمندی مردم از این برنامه ۸۵ درصد بوده است. یادآور می شود آنچه در روستا ها به عنوان برنامه پزشک خانواده و نظام ارجاع اجرا می شود، به علل مختلف از جمله کمبود منابع و دلایل دیگر واجد کاستی هایی بوده که با اصلاحات و رفع کاستی های آن بایستی مشکلات آن رفع گردد.

**چگونگی گسترش برنامه پزشک خانواده و نظام ارجاع در مناطق شهری**

پس از اجرای برنامه پزشک خانواده در مناطق روستایی و شهرهای با جمعیت کمتر از ۲۰ هزار نفر، مسئولین و کارشناسان حوزه سلامت و بیمه ها برآن شدند که ضمن ارتقای برنامه پزشک خانواده روستایی نسبت به گسترش برنامه به مناطق شهری

نیز اقدام کنند. لذا با محوریت مرکز مدیریت شبکه و مشارکت تنگاتنگ کارشناسان ارشد وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی، بیمه‌ی خدمات درمانی، بیمه‌ی تامین اجتماعی، بیمه‌ی نیروهای مسلح و بیمه‌ی کمیته حضرت امام(ره)، مدیران ارشد دستگاه های فوق در سال ۱۳۹۰ پس از اجرای آزمایشی (بر اساس نسخه ۰۱) و ارزشیابی برنامه پزشک خانواده و نظام ارجاع شهری مشکلات برنامه از منظر مردم، از منظر ارائه‌دهندگان خدمت، از منظر مدیران و سایر صاحبنظران احصاء شد و طی مطالعات کارشناسی راهکارهای مناسب جهت حل مشکلات برنامه طراحی، و طی فرآیند چند مرحله‌ای با کمک روش های ایجاد و سنجش توافق (پانل خبرگان)[۱۳۱] بررسی و مورد توافق قرار گرفت، و در نهایت منجر به تدوین نسخه ۰۲ دستورالعمل برنامه پزشک خانواده و نظام ارجاع در مناطق شهری شد. این نسخه از برنامه پس از طی مراحل مختلف و تائید و تصویب آن توسط کارشناسان، مدیران و وزرای وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی، تعاون کار و رفاه اجتماعی و دفاع و پشتیبانی نیروهای مسلح، به تأیید شورای عالی بیمه و شورای عالی سلامت رسید و در نهایت در اوایل سال ۱۳۹۱ توسط دولت برای اجرا ابلاغ شد. یادر آور می شود نسخه ۰۲ دستورالعمل برنامه پزشک خانواده و نظام ارجاع با استفاده از تجارب داخلی و بین‌المللی و مبتنی بر قانون برنامه پنجم توسعه تهیه شده و در آن تدابیر لازم برای پوشش و ارائه خدمات مورد نیاز همه مردم در هر زمان و مکان حتی در سفر دیده شده‌بود. این برنامه تمام حالات سلامت و بیماری را در تمام سطوح با استفاده کامل از بخش غیردولتی، غیردولتی و خصوصی پوشش می‌دهد. نکته قابل توجه در این دستورالعمل تعریف ستاد اجرایی کشوری برای مدیریت اجرا، نظارت بر اجرا و اصلاح دستورالعمل می باشد. این برنامه که قرار بود در کل کشور اجرا شود، به دلیل عدم تأمین منابع، فقط در استان های فارس و مازندران آن هم با کاستی هایی اجرا گردید. با این حال سازمان های ذیربط همچنان در تلاش هستند که ضمن اصلاح و تکمیل برنامه پزشک خانواده و نظام ارجاع آن را به کل کشور توسعه دهند.

یکی از نیازهای برنامه پزشک خانواده وجود نیروی انسانی مناسب است لذا دوره تخصصی پزشکی خانواده در سال ۱۳۹۰ توسط مرکز مدیریت شبکه درخواست، و پس از تدوین برنامه آموزشی و طی فراز و نشیب فراوان تصویب شده و بالاخره در سال۱۳۹۴ آزمون اولین دوره پذیرش دستیار آن برگزار و در همان سال این دوره تخصصی در دانشگاه علوم پزشکی تهران آغاز و متعاقب آن در سال ۹۵ در تعداد دیگری از دانشگاه های علوم پزشکی شروع شد. همچنین یکی دیگر از زیرساخت های ضروری برای اجرای برنامه پزشکی خانواده پرونده الکترونیک سلامت می باشد که نسخه اولیه آن در سال ۱۳۹۱ در برنامه پزشک خانواده استفاده شده و در سال ۱۳۹۴ نسخه جدید آن تحت عنوان سامانه یکپارچه سلامت (سیب) پس از اصلاح، تکمیل و اجرای آزمایشی موفق و در معاونت بهداشت دانشگاه علوم پزشکی تهران، از طریق وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی به کل کشور ابلاغ گردید، به طوریکه در حال حاضر کلیه واحدهای حوزه معاونت بهداشت (شامل کلیه خانه های بهداشت، مراکز خدمات جامع سلامت و مراکز بهداشت شهرستان و استان و ستاد معاونت بهداشت وزارتخانه) و برخی از واحدهای حوزه درمان از این پرونده الکترونیک سلامت برخط استفاده می‌نمایند. این سامانه در طرح غربالگری فشارخون و نیز غربالگری کووید-۱۹ موفقیت‌های چشمگیری نصیب وزارت بهداشت و کشور نموده است.

سامانه های پرونده الکترونیک سلامت در حوزه بهداشت شامل دو سامانه محلی که هر کدام یک استان را پوشش داده اند و یک سامانه یکپارچه کشوری(سیب) است که سایر مناطق کشور را تحت پوشش دارد و امید است با فراهم شدن شرایط پرونده الکترونیک در بخش خصوصی و بیمارستان ها نیز بطور کامل راه اندازی و با سامانه های مذکور یکپارچه شوند.

[۱۳۱] Experts Panel

یادآور می شود پزشکی خانواده در جمهوری اسلامی ایران (مانند بسیاری از کشورهای پیشرو در این زمینه) صرفاً یک درجه تحصیلی نیست بلکه یک جایگاه شغلی بوده که برحسب شرایط می تواند پزشکان مختلف (پزشکان عمومی، پزشکان عمومی دارای گواهینامه MPH ، و پزشکان دارای تخصص پزشکی خانواده و سایر پزشکان متخصص پس از طی دوره تکمیلی) می توانند در آن جایگاه ارائه خدمت نمایند.

**نتیجه گیری**

مراقبت های اولیه سلامت پاسخی به نیازهای اساسی و اولیه سلامتی مردم است که به وسیله ارائه دهندگان خدمات سلامت در نخستین سطح تماس با نظام ارایه خدمات سلامت، به مردم ارائه می گردند. مراقبت های سلامت بایستی طیف کامل خدمات پیشگیری، درمانی و بازتوانی را پوشش دهند. مراقبت های اولیه سلامت شامل اصول و اجزایی است که این اجزا می تواند در جوامع مختلف حسب نیاز و امکانات افزایش داشته باشد.

در کشور ما نیز با ایجاد ساختار نظام شبکه مراقبت های سلامت، و استقرار مراقبت های اولیه سلامت در این ساختار تحول چشمگیری در وضعیت سلامت، به ویژه در مناطق روستایی کشور بوجود آمده است. ولی با توجه به نقصان های این برنامه، و نیز تغییرات دموگرافیک و گذر جمعیتی کشور، گذر اپیدمیولوژیک بیماریها، تغییرات وسیع نسبت جمعیت شهری و روستایی که باعث تغییر نیازهای سلامت جامعه می گردد، برنامه پزشک خانواده و نظام ارجاع از اوایل دهه ۱۳۸۰ برای پاسخگویی به این نیاز های در حال تغییر شکل گرفت.

برنامه پزشک خانواده ابتدا با پوشش جمعیت روستایی کشور شروع، و بعد با هدف گرفتن جمعیت حاشیه نشین کشور و مناطق شهری کوچک، در نهایت پوشش کامل جمعیت کشور را مد نظر دارد. ولی بایستی در نظر داشت که پزشکی خانواده علاوه بر اینکه یک جایگاه حرفه ای در ارایه خدمات سلامت است، به عنوان یک رویکرد در ارایه مراقبت های سلامت نیز مطرح است.

**منابع**


1-Gressani, D., Larbi, H., Fetini, H., Jorgensen, S., Maeda, A., Langenbrunner, J., & Basmenji, K. (June 2008). *Islamic Republic of Iran: Health Sector Review Report No.: 39970 – IR, The World Bank Group, Human Development Sector, Middle East and North Africa.* The World Bank Group.

2-Rahbar, M., Raeisi, A., & Shariati, M. (2018). *Introduction to An Iranian Experience in Moving from PHC towards UHC.* Tehran: Ministry of Health and Medical Education Deputy for Health.

3-Roberts, M., Hsiao, W., Herman, P., & Reich, M. (2008). *Getting Health Reform Right A GUIDE TO IMPROVING PERFORMANCE AND EQUITY.* New York: OXJFORD UNIVERSITY PRESS.

4-Sajadi, H., & Majdzadeh, R. (2019). From Primary Health Care to Universal Health Coverage in the Islamic Republic of Iran: A Journey of Four Decades. *Archives of Iranian Medicine*, 262-268.

۵-اردلان, ع., شریعتی, م., کندی, م., & صادقی‌قطب آبادی, ف. (۱۳۹۰). *ارزیابی خطر بلایا در نظام شبکه بهداشتی درمانی*. تهران: رازنهان.

۶-پیله رودی, س. (۱۳۸۵). *شبکه بهداشت و درمان شهرستان*. تهران: رضویه.

۷-حاتمی, ح., رضوی, س., افتخاراردبیلی, ح., & مجلسی, ف. (۱۳۹۲). *کتاب جامع بهداشت عمومی* (نسخه سوم). تهران: ارجمند.

۸-شادپور, ک. (۱۳۷۲). *شبکه مراقبتهای اولیه بهداشتی در ایران*. تهران: ناشر وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی.

۹-شریعتی, م. (۱۳۹۳). برنامه پزشک خانواده و نظام ارجاع. در ع. مرندی, ف. عزیزی, ب. لاریجانی, ح. جمشیدی, & همکاران, *سلامت در جمهوری اسلامی ایران ۱۳۵۷-۱۳۹۳* (ص. ۴۵۲). تهران: اطلاعات.

۱۰-شریعتی, م., & دادگری, ع. (۱۳۸۷). *طراحی، کاربرد و تحلیل پژوهش های کیفی در حوزه سلامت و علوم پزشکی*. تهران: حیان-اباصالح.

۱۱-شریعتی, م., & رهبر, م. (۹۳). توسعه شبکه و ارتقاء سلامت. در ع. مرندی, ف. عزیزی, ب. لاریجانی, ح. جمشیدی, & همکاران, *سلامت در جمهوری اسلامی ایران ۱۳۵۷-۱۳۹۳* (ص. ۴۱۸-۴۵۲). تهران: اطلاعات.

۱۲-شریعتی , م. (۱۳۸۹). اصلاحات نظام سلامت چرا؟ و چگونه؟. *مجله دانش و تندرستی*, صفحه ۲۰ تا صفحه ۲۱. بازیابی از www.SID.ir

فرزادفر, ف., آردم, ع., & خواجوی, ع. (۱۳۹۴). *کتاب ارزشیابی جامع برنامه پزشک خانواده در مناطق روستایی و شهرهای زیر ۲۰ هزار نفر جمعیت*. تهران: نوآوران سینا.

۱۳-گروه مولفین. (بهار ۱۳۹۱). *دستورالعمل برنامه پزشک خانواده و نظام ارجاع در مناطق شهری-نسخه ۰۲*. تهران: وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی.

۱۴-مرندی, ع., عزیزی, ف., لاریجانی, ب., جمشیدی, ح., & همکاران. (۱۳۹۳). *سلامت در جمهوری اسلامی ایران ۱۳۵۷-۱۳۹۳* (نسخه دوم). تهران: اطلاعات.

۱۵-مولفین, گ. (۱۳۸۸-۱۳۹۸). *دستورعمل ها و مستندات وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی*. تهران: وزارت بهداشت.

۱۶-مولفین, گ. (۱۳۹۲). *یادنامه دکتر کامل شادپور، بزرگ مرد بهداشت*. تهران: وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، معاونت بهداشت، دفتر آموزش و ارتقای سلامت.

۱۷-نائلی, ج., & مقیمی, د. (۱۳۸۶). *سند سیاست ارتقاء مراقبت‌های اولیه سلامت*. تهران: دبیرخانه شورای سیاست گذاری و اصلاح نظام سلامت.

## عوامل اجتماعی مرتبط با سلامت

دکتر مرضیه مولوی نجومی
ا ستاد پزشکی اجتماعی

**اهداف**

انتظار می رود در پایان این فصل فراگیر قادر باشد:

- مفهوم سلامت را با توجه به ابعاد آن بیان نماید.
- با شناخت عوامل اجتماعی مرتبط با سلامت، تاثیر آنها را بر سلامت فرد، خانواده و جامعه بیان نماید
- تعریف موقعیت اجتماعی – اقتصادی و تعیین کننده های آن را بیان نماید.
- با شناخت عوامل موثر بر ایجاد محرومیت اجتماعی، تاثیر آن بر سلامت را بیان نماید.
- اهمیت سیاست گذاری های سلامت با تاکید بر تعیین کننده های اجتماعی سلامت را توضیح دهد.
- اقدامات مورد تاکید در سیاست گذاری های ارتقای سلامت کودکان را بیان نماید.

**مقدمه**

در تعریف سلامت، نه تنها بیمار نبودن، بلکه رفاه جسمی، روانی و اجتماعی مطرح شده است. در واقع سلامت دارای ابعاد متعددی است که یکی از مهمترین آنها، جنبه اجتماعی آن است. این جنبه ها که امروزه سلامت معنوی نیز به آن اضافه شده است، در مجموع سطح سلامت یک فرد را تشکیل می دهند. وقتی سلامت دارای ابعاد متعدد می باشد، عوامل متعددی هم در کنار هم می توانند روی آن تاثیر گذار باشند.

محیطی که فرد در آن زندگی می کند یکی از عواملی است که می تواند روی سلامتی افراد تاثیر بگذارد. در واقع جایی که افراد زندگی می کنند، شرایط محیط، ژنتیک، درآمد، سطح تحصیلات، روابط با دوستان و خانواده همه اثرات مهمی روی سلامت دارند. علاوه بر آن، عوامل دیگری مانند دسترسی به خدمات مراقبت سلامت نیز نقش قابل توجهی در سلامتی افراد دارند.

به واقع تا مدت ها مهم ترین عوامل تعیین کننده سلامت افراد، عوامل فردی و به ویژه میکروارگانیسم های بیماریزا با ایجاد بیماری های عفونی شناخته شده بودند. شاید برای اولین بار رودولف ویرچو[۱۳۲] پزشک آلمانی که از او به عنوان پدر پزشکی اجتماعی یاد می کنند، به نقش عوامل دیگری غیر از عوامل فردی موثر بر سلامت اشاره کرد. او پزشکی را علمی اجتماعی تلقی می کرد و برای مقابله با بیماری و فقر تغییرات اجتماعی را پیشنهاد کرد.

پس از آن، بعد از جنگ جهانی دوم، مشکلات ایجاد شده برای دولت ها از جمله ایجاد رفاه و سطح زندگی مناسب برای افراد، اهمیت عوامل محیطی و اجتماعی را در ارتباط با سلامت بیشتر نشان داد.

با نگاهی به تاریخ پزشکی، مشاهده می کنیم زمانی بروز بیماری سل کنترل شد که ارتباط چندانی با کشف آنتی بیوتیک بر علیه مایکوباکتریوم نداشت و بیشتر مرتبط با ارتقای سطح زندگی و شرایط اجتماعی جمعیت ها بود.

در این فصل با توجه به اهمیت عوامل اجتماعی مرتبط با سلامت، به بررسی نقش آنها پرداخته می شود و انتظار می رود با خواندن این بخش از کتاب، دانشجویان به نقش عوامل اجتماعی تعیین کننده سلامت، اهمیت آنها و چگونگی توجه به آنها در رویکرد به بیماران پی ببرند.

**عوامل اجتماعی**

[۱۳۲] Rudolf Virchow

شواهد نشان می دهند که ارتباط نزدیکی بین سلامت افراد و شرایط زندگی و کار که تشکیل دهنده محیط اجتماعی آنها است وجود دارد. عواملی مانند وضعیت اجتماعی اقتصادی، شرایط شغلی، حمایت های اجتماعی و میزان آنها، که در مجموع تعیین کننده های اجتماعی سلامت[۱۳۳] شناخته می شوند در کنار هم سلامت افراد و جمعیت ها را تحت تاثیر قرار می دهند. سازمان بهداشت جهانی[۱۳۴] این تعیین کننده ها را اینگونه تعریف می کند:

شرایطی که در آن افراد رشد می کنند، زندگی می کنند، و بزرگ می شوند و در آن با بیماری مقابله می کنند. شرایط اجتماعی، اقتصادی و سیاسی که زندگی انسان ها را تشکیل می دهد وآنها در آن شرایط بدنیا آمده و سپس می میرند (CSDH 2008)[۱۳۵].

بر طبق تعریف سازمان بهداشت جهانی، نابرابری اجتماعی[۱۳۶] دلیل اصلی و قابل اجتناب اختلاف در پیامد های سلامتی و امید به زندگی دراین گروه های مختلف در جوامع است. در سال ۲۰۱۵، میزان مرگ از همه علل برای افراد در پایین ترین گروه اجتماعی اقتصادی یک و نیم برابر بیشتر از این میزان در بالاترین گروه در استرالیا بود. در سال ۲۰۱۱ مردان و زنان استرالیایی با پایین ترین سطح اجتماعی اقتصادی به ترتیب ۵/۷ و ۳/۳ سال کمتر از مردان و زنان مشابه در بالاترین گروه اجتماعی اقتصادی عمر کردند.

شواهد دلالت از آن دارد که اکثر بار بیماریها و نا برابری های سلامت ناشی از عوامل اجتماعی است. به عنوان مثال، یک زن ژاپنی در حدود ۴۰ سال بیش از یک زن اهل سیرالئون عمر می کند. میزان مرگ مادر[۱۳۷] در زنان افغانی در حدود ۷۰ برابر زنان استرالیایی است، که عمده آن مربوط به شرایط اقتصادی اجتماعی آنان است.

نابرابری نه تنها در بین کشورهای مختلف، که در یک کشور در بین مناطق مختلف هم دیده می شود. به عنوان مثال، یک مرد بومی استرالیایی ۱۷ سال کمتر از سایر مردان آن کشور عمر می کند. مرگ مادر در بین زنان فقیر اندونزی ۴ برابر بیشتر از زنان ثروتمند آن کشور است.

در انگلستان ۶ طبقه اجتماعی از کارگر ساده تا افراد متخصص حرفه ای وجود دارد که با امید به زندگی ارتباط مستقیم دارد و هر چه طبقه اجتماعی بالاتراست امید به زندگی بیشتر است.

مرگ کودکان زیر ۵ سال که شاخصی از سلامت جوامع است در کشور ۱۴ به ازای هر هزار تولد زنده است، در حالی که این میزان در استان سیستان و بلوچستان در حدود ۲۰ گزارش شده است (۲). یکی از علل این اختلاف تفاوت سطح اجتماعی اقتصادی بین شهرهای مختلف کشور و میزان بیشتر این شاخص در مناطق کمتر برخوردار می باشد.

به هر حال، عوامل اجتماعی، اقتصادی و سیاسی در کنار هم وقتی به طور متناسب و ناهمگون قرار بگیرند می توانند منجر به سطح متفاوت سلامت در بین افراد یک جامعه شوند. از این عوامل می توان به محل اقامت (شهر یا روستا، مناطق مختلف در یک شهر، شهرهای مختلف در یک کشور و..)، نژاد، شغل، جنس (نابرابری های جنسیتی)، تحصیلات، فرهنگ و ارزش ها و سرمایه اجتماعی اشاره کرد.

**موقعیت اجتماعی اقتصادی**

موقعیت اجتماعی اقتصادی می تواند بوسیله معیارهایی مانند دستیابی به تحصیل، درآمد و شغل تعریف شود. به طور کلی هر تغییر سطح اجتماعی افراد به پله بالاتر مرتبط با ارتقای وضعیت سلامتی است. این ارتباط دو طرفه است، سطح سلامتی پائین

---

[۱۳۳] Social Determinant of Health
[۱۳۴] World Health Organization (WHO)
[۱۳۵] Commission on social determinants of Health
[۱۳۶] Social inequalities
[۱۳۷] Maternal Mortality Rate (MMR)

می تواند هم نتیجه وضعیت اجتماعی اقتصادی بدتر باشد و هم سطح اجتماعی اقتصادی پائین منجر به وضعیت بدتر سلامتی شود.

وضعیت اجتماعی اقتصادی می تواند از همان ابتدای تولد بر سلامت فرد تاثیر بگذارد. در واقع سلامت بالغین از زمان جنینی دوره پری ناتال و ابتدای کودکی پایه گذاری می شود. ابعاد مختلف تکامل ابتدای کودکی (شامل جسمی، اجتماعی/هیجانی، زبانی و شناختی) به طور بسیار قوی روی موفقیت تحصیلی، مشارکت های اجتماعی اقتصادی و سلامت افراد تاثیر می گذارد.

امروزه مشاهده شده مصرف سیگار در گروه های سطح پایین اجتماعی اقتصادی بیش از سطوح بالای جوامع است. سیگار عامل خطر شناخته شده بسیاری از بیماری های غیر واگیر می باشد و بنا بر این نسبتی از شیوع این بیماری در گروه های ذکر شده را به عهده می گیرد.

افرادی که به مدت طولانی در خانواده های با محدودیت های اجتماعی اقتصادی (نداشتن امنیت شغلی، تحصیلات پایین، مسکن نامناسب و..) زندگی می کنند در معرض ابتلای بسیاری از بیماری های جسمی و روانی هستند. شواهد نشان می دهد مرگ زودرس و انواع بیماری ها در افراد بیکار و خانواده های آنها بیشتر دیده می شود. حتی اضطراب ناشی از نداشتن امنیت شغلی خود می تواند زمینه ساز بسیاری از بیماری های روانی باشد.

نارضایتی از شغل نیز می تواند با سلامتی افراد مرتبط باشد. بنابر این، تامین شرایط شغلی مناسب از نظر فضای فیزیکی و روانی می تواند روی سلامت افراد تاثیر بگذارد. فراهم کردن محیط همراه با آرامش و بدون استرس برای کارکنان، استفاده از مشارکت آنان در تصمیم گیری ها، فراهم کردن فرصت های ارتقای شغلی، تامین شرایط رفاه و تفریح خانواده های آنان، در نظر گرفتن پاداش و حمایت اجتماعی می توانند روی سلامت تاثیر بسزایی داشته باشند.

از طرف دیگر افراد نیاز به حمایت اجتماعی دارند. رعایت حقوق شهروندی، احترام به افراد، تامین تسهیلات رفاهی و تفریحی برای شهروندان، حمایت های مالی دولت از خانواده ها، تامین هزینه های سلامت منجر به ارتقای حس تعلق افراد به جامعه ای که در آن زندگی می کنند شده و منجر به افزایش سطح سلامتی می شود. زمانی که سطح سلامت فرد افزایش پیدا کند، سطح سلامتی جامعه ارتقا پیدا کرده و در نهایت از آنجایی که سلامتی محور توسعه است، توسعه کشور رخ می دهد. این توسعه خود را در سطح اقتصادی، سیاسی، اجتماعی، فرهنگی، و ... نشان خواهد داد. نشان داده شده کشورهایی که دارای سطح بالایی از نابرابری هستند، انسجام اجتماعی کمتری بین مردمان آنها دیده می شود و نتیجه دارای خشونت بیشتری هستند.

### محرومیت های اجتماعی[۱۳۸]

محرومیت اجتماعی به صورت عدم برخورداری از مزایا، حمایت، فرصت ها، مشارکت و مهارت های اجتماعی تعریف می شود. محرومیت اجتماعی از طریق تبعیض و احساس ننگ می تواند منجر به آسیب روحی روانی به علت اضطراب و استرس طولانی مدت شود. وقتی سطح سلامتی پائین می افتد، نیز می تواند منجر به محرومیت اجتماعی شود.

گروه های خاصی از جامعه ممکن است در معرض محرومیت اجتماعی بیشتری باشند، مانند زنان، افراد بالای ۶۵ سال، مهاجرین، افراد دارای ناتوانی یا مبتلا به بیماری های مزمن، افرادی که در دبستان ترک تحصیل می کنند، افراد مجرد، خانواده های تک والد، و خانواده هایی که مسکن اجاره ای دارند (۳).

[۱۳۸] Social exclusion

**اشتغال و استخدام**

استرس ناشی از عدم اشتغال می تواند روی سلامت جسمی و روانی افرد تاثیر بسزایی داشته باشد. وقتی فرد اشتغال داشته باشد، مشارکت در انجام کار و حس اعتماد به نفس و فرصت انجام فعالیت اجتماعی همه در کنار هم می توانند منجر به ارتقای سلامتی و حس خوب بودن شود. بنا بر این دولت ها با ایجاد فرصت های شغلی مناسب برای افراد ۱۵ سال به بالا، می توانند در ارتقای کیفیت زندگی و سلامت افراد قدم برداشته و در نهایت منجر به ارتقای سلامت جامعه شده و به عنوان محور توسعه یک کشور عمل کنند. در سال ۹۳ نرخ بیکاری در کشور در حدود ۱۲ درصد گزارش شده است که در بین افراد ۱۵ تا ۲۹ سال، در حدود ۲۵ درصد بیکار بوده اند (۴). این نرخ بیکاری به عنوان یک مولفه اجتماعی اقتصادی مهم می تواند روی سلامت فرد و جامعه تاثیر گذار باشد. در سطح فردی منجر به انواع بیماری های جسمی و روانی و در سطح جامعه منجر به خشونت و ناهنجاری های اجتماعی شود .

**مسکن و محل زندگی**

دسترسی به مسکن مناسب، ایمن و در شان افراد می تواند منجر به کاهش محرومیت و انزوای اجتماعی به علت بی خانمانی، بیماری جسمی و اختلال روانی ناشی از آن شود.

محل اسکان نامناسب و با کیفیت پایین می تواند روی سلامت جسمی و روانی تاثیر بگذارد. افراد جوان، افراد با ناتوانی درازمدت، افرادی با درآمد پایین و افرادی که شاغل نبوده و منبع درآمد ندارند در خطر بیشتر زندگی در خانه های نامناسب می باشند. طبق آمار منتشر شده توسط خبرگزاری مهر در سال ۱۳۹۳، در حدود ۱۵ هزار بی خانمان در تهران زندگی می کردند که ۸۰ درصد آنها معتاد به انواع مواد مخدر بودند. در حدود ۱۵ درصد این افراد را زنان تشکیل می دهند. بیشترین گروه سنی آنان افراد ۳۵ تا ۴۰ سال هستند. این سن تولید و اشتغال کسانی است که کارتن خوابی می کنند و در توسعه و حرکت چرخه اقتصادی کشور نه تنها نقش نداشته که بازدارنده هستند. اعتیاد، فقر، اختلالات و مشکلات خانوادگی از علل عمده بی خانمانی این افراد است (۵).

**محیط مناسب**

یک روش برای فراهم آوردن شرایط مناسب اجتماعی اقتصادی، ایجاد محیطی جهت رشد و شکوفایی افراد می باشد. این محیط شرایطی برای انجام فعالیت های اجتماعی ایجاد کرده و از طریق ایجاد منابع مناسب، ایمنی و رفتار هنجار می تواند روی عدالت در سلامت تاثیر بگذارد. این محیط می تواند روی سایر مولفه های اجتماعی سلامت شامل شرایط زندگی، دسترسی به فرصت های شغلی و آموزشی نیز تاثیر بگذارد. محیط های شهری با امکانات تفریحی، فرهنگی و فضای سبز کافی می توانند زمینه ایجاد فعالیت فیزیکی، تعاملات اجتماعی و دسترسی به غذای سالم را فراهم کرده و در نهایت در ارتقای سلامت روان مفید باشند.

در شهر کانبرای استرالیا در حدود ۹۸ درصد افراد در محلی زندگی می کنند که حدکثر ۴۰۰ متر با نزدیکترین فضای عمومی سبز و تفریحی فاصله دارد.

سرانه متوسط فضای سبز در شهر تهران در حدود ۱۵ متر می باشد که با میزان در راستای کاهش آلودگی هوا (۵۰ متر) فاصله قابل توجه دارد (۶). آلودگی هوا و کاهش سرانه فضای سبز از بازدارنده های ایجاد محیط شهری امن و مناسب برای شهروندان است، و می تواند در ایجاد انواع بیماری های جسمی و روانی موثر باشد. ارتباط آلودگی هوا با بیماری تنفسی و قلب و عروق شناخته شده و مولفه ای مهم از عوامل تعیین کننده سلامت محیطی است.

**سلامت بهتر از طریق مداخله در مولفه های اجتماعی**

اقدام روی عوامل اجتماعی تعیین کننده سلامت روشی مناسب برای پیشگیری از بی عدالتی در سلامت است. نشان داده شده اگر عملکرد دولت ها روی مولفه های اجتماعی سلامت متمرکز شود، فاصله سلامتی بین طبقات مرفه و محروم کمتر شده، از بسیاری از بیماری های مزمن پیشگیری شده و هزینه سالانه بیمارستان ها کاهش پیدا می کند.

کمیسیون مولفه های اجتماعی سلامت سازمان بهداشت جهانی توصیه می کند همه کشورها با سیاست گذاری مناسب و مشارکت همه سازمان ها رویکرد به سمت ارتقای این مولفه ها داشته باشند. شواهد نشان می دهند عملکرد روی چهار حیطه اصلی (تکامل ابتدای کودکی، اشتغال مناسب، حمایت اجتماعی و محیط زندگی) که از مولفه های مهم اجتماعی هستند می تواند بیشترین تاثیر را روی سلامت افراد داشته باشد (۷).

اگر سیاست های یک کشور نتواند مولفه های اجتماعی سلامت را مورد توجه قرار دهد، فراهم آودرن عدالت در سلامت برای مردم بسیار مشکل خواهد بود.

زندگی انسان ها شامل مراحل گذر بسیار مهمی است، تغییرات هیجانی و جسمی در ابتدای کودکی، شروع به اشتغال، ترک خانه و تشکیل زندگی خانوادگی، تغییر شغل و یا اخراج، و بالاخره شروع دوران بازنشستگی. هر یک از این مراحل می تواند روی سلامت فرد تاثیر بگذارد و او را در وضعیت بهتر یا بدتر قرار دهد. افرادی که در وضعیت بدتر سلامتی قرار دارند، با هر تغییر در مراحل زندگی در خطر بیشتری برای مخاطره افتادن سلامتی هستند. بنا بر این سیاست های رفاهی دولت لازم است در این موارد شبکه حمایتی مناسب ایجاد کرده و قبل از ایجاد مخاطرات سلامتی افراد را مورد توجه قرار دهد. این سیاست ها از قبل باید تدوین و قوانین منتج از آنها ضمانت های اجرایی داشته باشند. به عنوان مثال، برقراری حقوق بیکاری برای افرادی که شغل خود را از دست می دهند. در این موارد، حمایت از خانواده و فرزندان برای ایجاد استانداردهای حداقل زندگی تاثیر بسیار زیادی روی سلامتی دارد. جوامعی که امکان مشارکت فعال و مفید شهروندان را فراهم می کنند، منجر به ارتقای سطح زندگی اجتماعی اقتصادی آنان شده و جامعه سالم تری خواهند داشت.

از حوزه های مهم عملکرد دولت ها برای محیط سالم تر، فضای مدارس است. محیط ایمن، شاد و آرام مدارس می تواند روی سلامت جسمی و روانی دانش اموزان بسیار موثر باشد. محیطی که حس شکوفایی و خلاقیت را در دانش آموزان ایجاد کرده و احساس تعلق در انها ایجاد کند. با ایجاد احساس تعلق به هر جامعه یا سازمانی، افراد مشارکت اجتماعی بیشتری برای بهبود وضعیت آن جامعه یا سازمان خواهند داشت.

دولت ها باید برنامه های رفاهی خود را روی هر دو جنبه های سلامت جسمی و روانی متمرکز کنند. دولت ها باید خانواده های با فرزندان کودک و نوجوان را مورد حمایت قرار دهند. افراد را تشویق به مشارکت در فعالیت های اجتماعی کرده و در عین حال حمایت های اجتماعی ایجاد کنند.

مطالعات متعدد مشاهده ای و مداخله ای نشان می دهند که بنیان سلامت بالغین در دوران ابتدای کودکی و قبل از تولد نهاده می شود. کندی رشد و تکامل و حمایت ناکافی هیجانی و روانی در دوران کودکی می تواند سلامتی جسمی و روانی افراد بالغ را به مخاطره انداخته و منجر به اختلال عملکرد شناختی و هیجانی انان شود (۸).

شرایط نامناسب در دوران بارداری مانند تغذیه نامناسب، استرس، مصرف سیگار، الکل و یا مواد توسط مادر، عدم تحرک و فعالیت فیزیکی، و دریافت نامناسب مراقبت های این دوره می تواند منجر به کندی رشد و نمو جنین شود. بدنبال آن روی رشد و نمو دوران کودکی تاثیر گذاشته و در نهایت زمینه ساز انواع بیماری های جسمی و روانی در هنگام بلوغ و بزرگسالی خواهد شد. در دوران کودکی مغز باید محرک های مناسب را از محیط دریافت کند تا در بزرگسالی بتواند واکنش مناسب را

نشان دهد. این محرک ها اگر در یک خانواده در سطح مناسب از نظر اجتماعی، اقتصادی و فرهنگی در موقعیت و زمان مناسب دریافت شود، زمینه سلامت روحی و جسمی اینده را فراهم می کند.

**فقر**

فقر و محرومیت اجتماعی می توانند اثر چشمگیری روی سلامتی و مرگ زودرس داشته باشند. فقر مطلق ( نداشتن امکانات اولیه زندگی ) حتی در برخی کشورهای ثروتمند اروپایی نیز دیده می شود. افراد بیکار، گروه های قومی در اقلیت، و افراد بی خانمان در خطر فقر می باشند.

فقر نسبی به معنای درامد کمتر از ۶۰ درصد میانه جمعیت می باشد. زندگی در فقر نسبی منجر می شود که افراد دسترسی به مسکن، آموزش و حمل و نقل مناسب نداشته باشند. این موارد در کنار هم منجر به محدودیت مشارکت این افراد در فعالیت های اجتماعی نیز می شود. همچنین دسترسی و استفاده از خدمات سلامت نیز محدود شده و در نهایت سلامتی فرد به خطر می افتد. استرس بدنبال زندگی در فقر به ویژه برای مادر در دوران بارداری، نوزادان، کودکان و افراد سالمند مخاطره آمیز تر است. در برخی کشورها حدود یک چهارم کل جمعیت (و نسبت بیشتری از کودکان) در فقر نسبی زندگی می کنند. این نسبت در کشورهای اسکاندیناوی در کمترین میزان قرار دارد (۸).

محرومیت های اجتماعی همچنین می توانند بدنبال تبعیض نژادی، نژاد پرستی، احساس ننگ و لکه دار شدن، خصومت ها و بیکاری ایجاد شوند. این عوامل منجر به محدودیت مشارکت اجتماعی و استفاده ناکافی از خدمات اجتماعی می شود و بدنبال آن به دلیل عدم کسب آگاهی کافی، در نهایت سلامتی آنها به مخاطره می افتد.

هر چه افراد بیشتر در این موقعیت ها زندگی کنند، سلامتی آنها بیشتر به خطر می افتد به ویژه ابتلای به بیماری های قلبی عروقی. فقر و محرومیت های اجتماعی می تواند خطر طلاق، ناتوانی، بیماری و اعتیاد را افزایش داده و این پیامد ها خود نیز می توانند منجر به فقر و محرومیت اجتماعی شوند و یک چرخه معیوب اتفاق می افتد.

اگرچه سیاست گذاری روی مالیات، فراهم آوردن آموزش، ایجاد اشتغال، و مدیریت اقتصاد و غیره، روش هایی هستند که دولت ها برای پیشگیری از فقر به کار می برند، ولی اغلب آنها در ایجاد توزیع مناسب درآمد ها ناتوان هستند. به هر حال، با فراهم آوردن حداقل امکانات زندگی و دسترسی به خدمات توسط دولت ها، تا حد زیادی می تواند در ایجاد شرایط مناسب اقتصادی اجتماعی برای مردم کمک کننده باشد.

**سیاست گذاری با تمرکز بر عوامل اجتماعی تعیین کننده سلامت**

مخاطرات رشد و نمو دوران کودکی در بین کودکانی که در جوامع با سطح اجتماعی اقتصادی پایین رشد می کنند با شدت بیشتری تاثیر می گذارد. در همین جوامع می توان با ارایه خدمات پیشگیری قبل از اولین بارداری برای مادر و جنین، تاسیس مراکز ارایه خدمات مرتبط با سلامت برای کودکان و دانش آموزان، ارتقای سطح آموزش در مدارس، و افزایش آگاهی والدین از این مخاطرات پیشگیری کرد.

اجرای این اقدامات آموزشی و خدمات سلامت با ارتقای سلامت مردم ارتباط مستقیم دارد. این برنامه ها آگاهی والدین را در مورد نیازهای فرزندانشان افزایش می دهد و منجر به جستجوی خدمات توسط آنها برای سلامت فرزندان می شود. آگاهی والدین وقتی از منبع صحیح تامین شود می تواند منجر به شناسایی نیاز های واقعی روحی روانی فرزندان شود و ازآسیب رسیدن به آنها توسط والدین نا آگاه پیشگیری می شود.

برخی افراد ناآگاه که خود را مروج طب سنتی می دانند با تبلیغ علیه واکسیناسیون در بسیاری از مناطق منجر به کسب آگاهی غلط توسط والدین شده وسلامت کودکان را به خطر می اندازند. بنا بر این، حتی مهم است به والدین آموزش داده شود که اطلاعات صحیح را از چه منبعی کسب کنند. این موضوع با توجه به گسترش شبکه های اجتماعی در جوامع حاضر از اهمیت ویژه ای برخوردار است.

سیاست های ارتقای سلامت در ابتدای کودکی باید بر موارد زیر متمرکز باشد:

- ارتقای سطح کلی آموزش و فراهم آوردن فرصت های برابر دستیابی به آموزش برای همه که در نهایت منجر به سلامتی مادر و کودک خواهد شد
- فراهم آودرن تغذیه مناسب، آموزش سلامت، تسهیلات خدمات سلامت و پیشگیری، و منابع اجتماعی و اقتصادی کافی قبل از اولین بارداری، در حین بارداری، و در دوران کودکی که منجر به رشد و نمو طبیعی خواهد شد. همچنین در ابتدای کودکی باید در جهت کاهش مخاطرات سلامتی برنامه ریزی کرد.
- اطمینان از اینکه ارتباط مناسب بین والدین و کودک از ابتدای تولد ایجاد شده و حمایت شود. می توان از طریق ویزیت های در منزل و ارتباط نزدیک بین مراقبین سلامت و خانواده ها از این ارتباط اطمینان حاصل کرد. همچنین در مورد دانش آموزان می توان از طریق مدارس ارتباط مناسب با خانواده را فراهم کرده و از حمایت والدین در مورد کودکان خود اطمینان حاصل کرد.

**نتیجه گیری**

عوامل اجتماعی تعیین کننده سلامت با اثرات غیر مستقیم و موثر بر روی سلامتی می تواند تعیین کننده سطح سلامت یک جامعه باشد. دولت ها موظفند حداقل شرایط اجتماعی اقتصادی مناسب را برای همه شهروندان ایجاد کنند تا سطح سلامت فردی و در نهایت سلامت جامعه ارتقاء پیدا کند.

شرایطی که فرد در آن متولد شده، بزرگ شده، زندگی، تحصیل و کار می کند از نظر فیزیکی و روانی می تواند تعیین کننده سطح سلامت فرد باشد و برای حفظ و ارتقای سلامتی لازم است در درجه اول به آنها توجه کرد. بدون توجه و در نظر گرفتن این عوامل، حفظ و ارتقای سلامتی ممکن نیست.

**منابع**


1. Australian institute of health and welfare 2018. Australian’s health series no 16. AUS 221. Canberra: AIHW
2. Derakhshanzadeh N, Karami M, Heidarimoghadam R, Mohammadi Y, et al. Estimation of child mortality rate in Sistan and Baluchistan province, Eastern Iran, from 1962 to 2015, HealthScope. 2018;7:e83052

3. Brotherhood of St Laurence & Melbourne Institute 2017. Social exclusion monitor. Melbourne:
4. Archives of news of Iran Amar Center. Available at: https://www.amar.org.ir/news/ID/101. Oct 2019
5. Fifteen thousand homeless in country. Available at: http://www.mehrnews.com Oct 2019
6. Green environment in Tehra. Available at: http://titreshahr.com/fa/news/6341 oct 2019
7. Saunders M, Barr B, McHale P & Hamelmann C. Key policies for addressing the sociel determinantsof health and health inequities. 2017, Copenhagen: World health Organization Regional Office Europe.
8. Socila determinanta of Health, The Solid Facts. Second edition. Richard Wilkenson and Michael Marmot. WHO, 2003

# آموزش و ارتقای سلامت

دکتر مهستی علیزاده

ا ستاد پزشکی اجتماعی

## اهداف آموزشی

در پایان این فصل انتظار می رود فراگیر بتواند:

- ارتقای سلامت را تعریف کنند.
- تاریخچه ارتقای سلامت را شرح دهند.
- ابعاد ارتقای سلامت را توضیح دهند.
- رویکردهای ارتقای سلامت را در مداخلات آموزشی تشخیص دهند.
- کاربرد مدل های ارتقای سلامت را شرح دهند.
- مراحل مختلف مدل پرسید پروسید را در یک پروژه آموزشی تشخیص دهند.
- مراحل مختلف مدل مراحل تغییر را شرح دهند.
- ابعاد مختلف مدل باور سلامتی را شرح دهند.
- آموزش سلامت را تعریف کنند.
- مراحل برنامه ریزی آموزشی را شرح دهند.

## مقدمه

در سال های اخیر بیشترین بار بیماری ها در کشور مربوط به بیماری های غیرواگیر مانند بیماری های قلبی عروقی، آسیب ها و سوانح، دیابت و سرطان ها بوده است. عوامل خطر این بیماری ها بیشتر عوامل رفتاری مانند زندگی کم تحرک و کمبود فعالیت بدنی، تغذیه ناسالم، تنش و عدم کنترل استرس، عدم رعایت بهداشت در روابط جنسی و عدم رعایت قوانین و ایمنی رانندگی است. عواملی که می توان آنها را با آموزش و تغییر رفتار متعاقب آن، کنترل نمود.

علاوه بر عوامل رفتاری که کنترل آنها با آموزش صحیح و مستمر ممکن است ، یکی دیگر از اسای ترین و ریشه ای ترین علل بیماری ها عوامل و تعیین کننده های اجتماعی اقتصادی هستند. کنترل این عوامل نیازمند هماهنگی بین بخشی و درگیر شدن تمام بخش های جامعه و نه فقط بخش سلامت است. ارتقای سلامت و راهکارهای آن « در راستای توانمند سازی مردم و بخش های مختلف جامعه برای نیل به سلامت به معنای واقعی مفاهیم و اصولی دارد.

در این فصل به مفاهیم و اصول ارتقای سلامت و آموزش به عنوان یکی از اصلی ترین مباحث مورد نیاز برای پزشکان و سایر ارائه دهندگان خدمات سلامت پرداخته خواهد شد.

## تعریف ارتقای سلامت[۱۳۹]

ارتقای سلامت ، فرآیندی است که مردم را قادر می سازد که بر سلامتی خود کنترل داشته باشد و آن را بهبود بخشند.

[۱۳۹] Health Promotion

**تاریخچه کنفرانس های ارتقای سلامت**

نخستین کنفرانس بین المللی ارتقای سلامت در سال ۱۹۸۶ در اتاوای کانادا برگزار شد . این کنفرانس در پاسخ به انتظارات جهانی برای یک پویش سلامت در جهان بود. در این کنفرانس فعالیت هایی توسط چندین کشور دنیا مصوب شد که در نهایت هدف آنها " سلامت برای همه[۱۴۰] " تا سال ۲۰۰۰ و پس از آن بود.

استراتژی های اصلی ارتقای سلامت در منشور اوتاوا به قرار زیر بود:

- حمایت[۱۴۱] : جهت دهی شرایط اقتصادی ، اجتماعی و محیطی در راستای ارتقای سلامت
- توانمندسازی[۱۴۲]: توانمند کردن مردم برای رسیدن به عدالت در سلامت
- میانجی گری[۱۴۳] : مشارکت بین تمام بخش ها برای ارتقای سلامت و نه فقط بخش سلامت
-

بر اساس بیانیه این کنفرانس، سلامت ، بعنوان منبع زندگی روزمره است و نه هدف زندگی . شرایط اصلی و منابع سلامتی عبارتند از: صلح، سرپناه، آموزش، غذا، درآمد، اکوسیستم پایدار، عدالت اجتماعی. بنابراین ارتقای سلامت فقط مسئولیت بخش سلامت یا وزارت سلامت نیست و چیزی فراتراز شیوه زندگی سالم است.

بعد از کنفرانس اوتاوا به تبع آن هر چند سال یک بار کنفرانس های ارتقای سلامت برگزار می شود. آدلاید(۱۹۸۸)، ساندسوال(1991)، جاکارتا(۱۹۹۷)مکزیکوسیتی(۲۰۰۰)،بانکوک(۲۰۰۵)، نایروبی(۲۰۰۹)هلسینکی (۲۰۱۳)، شانگهای(۲۰۱۶).

در آدلاید نمایندگان دولت های مختلف توافق کردند که تمام بخش های دولت از جمله کشاورزی، تجارت، آموزش ، صنعت و ارتباطات باید سلامت را به عنوان یک عامل اساسی در سیاستگذاری هایشان در نظر بگیرند. یا در بیانیه ی سانسوال[۱۴۴] به فقر و محرومیت اشاره شده است که میلیون ها نفر را در جهان در بر می گیرد. افرادی که در شرایط تهدیدزا برای سلامتی شان زندگی می کنند.

در جاکارتا هم فقر، وضعیت نامناسب زنان، خشونت خانگی به عنوان برخی از تهدیدهای سلامتی مطرح شدند. در بیانیه مکزیک به تعیین کننده های اجتماعی سلامت به عنوان عوامل تسهیل کننده نیل به اهداف توسعه هزاره اشاره شد. منشور بانکوک چهار تعهد را برای ارتقای سلامت تعیین کرد:

الف) ارتقای سلامت هسته مرکزی توسعه جهانی است

ب) مسئولیت محوری تمام دولت هاست

پ) تاکید کلیدی جوامع و جامعه مدنی است

ت) لازمه ی همکاری و مشارکت خوب است

در نایروبی هم تاکید بر رهبری در نظام سلامت و نیروی کار، و همچنین اهمیت توانمندسازی جوامع و افراد و افزایش مشارکت آنها بود .

---

[۱۴۰] Health For All
[۱۴۱] Advocate
[۱۴۲] Enable
[۱۴۳] Mediate
[۱۴۴] Sundsvall

در سال ۲۰۱۳ در هلسینکی مفهوم نسبتا جدیدی تحت عنوان "سلامت در همه سیاست ها"[۱۴۵] مطرح شد. یعنی سلامت در تمام سیاستگذاری ها باید به نحوی دیده شود و در این راستا راهکارهایی ارائه شد. بالاخره در شانگهای به اهمیت شهرها در ارتقای سلامت و سلامت عمومی اشاره شد و ارتباط بین سلامت مردم و محل زندگی آنها مورد بحث قرار گرفت.

**ابعاد ارتقای سلامت**

سه بعد اصلی ارتقای سلامت عبارتند از:

**۱)حکمرانی خوب**[۱۴۶]

ارتقای سلامت نیازمند سیاست گذارانی در تمام بخش های دولتی است که سلامت را در راس سیاست های خود قرار دهند. بدین معنی که تاثیرات سیاست های خود را روی سلامتی در نظر بگیرند و تصمیم های خود را بر این اساس اولویت بندی کنند، تا به این ترتیب سلامت جامعه ارتقا یابد و مردم کمتر بیمار شوند. این سیاست ها توسط قوانین و مقررات حمایت شوند. به عنوان مثال افزایش مالیات تولیدات غیر سالم مانند سیگار یا الکل یا مواد غذایی با نمک و قند و چربی زیاد، یا قوانین بستن کمربند و استفاده از وسایل نقلیه عمومی برای کاهش آلودگی هوا.

**۲)سواد سلامت**[۱۴۷]

مردم نیازمند کسب دانش ، مهارت و اطلاعات برای انتخاب های سالم هستند. به عنوان مثال داشتن اطلاعات و دانش و مهارت اولیه برای انتخاب نوع ماده غذایی سالم و یا دریافت خدمات سلامت.

**۳)شهرهای سالم**[۱۴۸]

شهرها نقش کلیدی در ارتقای سلامت دارند. رهبری و تعهد قوی در سطح شهرداری ها برای برنامه ریزی شهری سالم و اقدامات پیشگیری و تسهیلات مراقبت های اولیه سلامت، اساسی هستند. شهرهای سالم لازمه کشورهای سالم و جهانی سالم اند.

**رویکردهای ارتقای سلامت**

بر اساس نظریه اسکریون[۱۴۹] پنج رویکرد برای ارتقای سلامت وجود دارد. در زیر این پنج رویکرد همراه با مزایا و معایب هریک بحث می شوند:

۱. **رویکرد پزشکی**[۱۵۰]

تعریف: درمان شرایط مرتبط با سلامتی به منظور ارتقای سلامت و پیشگیری از بیماری ها

---

[۱۴۵] Health in All Policies
[۱۴۶] Good Governance
[۱۴۷] Health Literacy
[۱۴۸] Healthy Cities
[۱۴۹] Scriven
[۱۵۰] Medical Approach

مثال: واکسیناسیون

مزایا: اثرات آن به راحتی قابل سنجش است، مثلا می توان گفت که چند درصد از مردم واکسن زده اند، یا میزان آنتی بادی تولید شده در بدن آنها چقدر است؟

معایب: تعیین کننده های وسیع تر سلامت را در نظر نمی گیرد و در این رویکرد، تعریف سلامتی، نداشتن بیماری است.

۲. **رویکرد تغییر رفتار**[۱۵۱]

تعریف: تشویق افراد به تغییر رفتارهایشان به منظور تشویق به سلامتی

مثال: برنامه های ترک سیگار

مزایا: در ابتدا سنجش موفقیت آسان است. اینکه افراد چقدر آگاه یا رفتارشان نسبت به قبل از آموزش تغییر کرد.

معایب: نمی توان به راحتی نشان داد که ارتباطی بین مداخله و هرگونه تغییر بعدی وجود دارد. نقص دیگر این است که وابسته به افراد کارشناس در مراحل مختلف تغییر رفتار است.

۳. **رویکرد آموزشی**[۱۵۲]

تعریف: تاکید این رویکرد بر نقش آموزش در افزایش دانش افراد برای قادر ساختن آنها به تغییر نگرش و رفتار مرتبط با سلامت است.

مثال: برنامه های آموزشی در مورد افزایش آگاهی در مورد منافع ترک سیگار

مزایا: توانمند کردن افراد در راستای افزایش دانش و تغییر نگرش

معایب: وقت گیر است و ممکن است افراد علیرغم داشتن آگاهی ، انتخاب های درست نکنند.

تفاوت این رویکرد با رویکرد تغییر رفتار این است که افراد را مجبور به انجام یک رفتار خاص نمی کند، بلکه به آنها در تصمیم گیری آگاهانه کمک می کند و آنها را در انتخاب هایشان حمایت می کند. در این رویکرد داشتن دانش و آگاهی به تنهایی الزاما باعث تغییر نمی شود؛ تغییر در نگرش نیز مهم است. یعنی ممکن است فردی آگاهی و دانش کافی در مورد مضرات سیگار داشته باشد ولی اعتقاد و باوری به ترک آن برای کاهش مضرات ندارد.

۴. **رویکرد توانمندساز و مراجع-محور**[۱۵۳]

تعریف: این رویکرد با بقیه رویکردها فرق دارد؛ در این رویکرد، تاکید بر دیدگاه های افراد و کمک به آنها در تشخیص نیازهای سلامتی شان و قادرساختن آنها به رفع این نیازها است. این رویکرد می تواند در سطح فردی یا در جامعه انجام شود.

مثال: صحبت با یک فرد دارای اضافه وزن که نمی خواهد تغییری در تغذیه اش بدهد و فقط می خواهد فعالیت بدنی اش را افزایش دهد.

مزایا: موضوع را از منظر مراجعه کننده می بیند و به آنها اجازه تصمیم گیری می دهد.

معایب: تغییر دادن رفتار وقت گیر است.

---

[۱۵۱] Behavior change Approach
[۱۵۲] Educational Approach
[۱۵۳] Empowerment/Client-centered Approach

منظور از توانمند سازی کمک به افراد و جوامع در ارتقای دانش و مهارت هایشان و افزایش اعتماد به نفس شان برای اقدام به تغییر است. به عنوان مثال در یک منطقه که یکی از مشکلات سلامتی چاقی کودکان است، ممکن است متخصصین و کارشناسان سلامت تاکید بر تغییر رفتار دانش آموزان برای افزایش فعالیت بدنی داشته باشند، در حالیکه نیاز اصلی مردم آن منطقه نبود زمین ورزشی مناسب برای کودکان است.

در این رویکرد با همکاری کارشناسان و متخصصین سلامت، مردم نیازهایشان را تعیین می کنند، خود مردم راهکارهایی برای رفع نیازها مطرح می کنند، و با کمک مردم راهکارها پیاده می شوند.

**۵. رویکرد تغییر اجتماعی[۱۵۴]**

تعریف: تاکید این رویکرد بر اجتماع است و اینکه جامعه چگونه برای تسهیل ارتقای سلامت باید تغییر کند.

مثال: جریمه مصرف سیگار در اماکن عمومی.

مزایا: بیشتر به موضوعات اجتماعی و سیاست گذاری توجه دارد. گاهی قوانین و مقررات سخت گیرانه می توانند در تغییر رفتار کمک کننده باشند.

معایب: یک رویکرد بالا به پایین[۱۵۵] است.

برای درک بهتر مفاهیم ارتقای سلامت، چند سناریو و مثال زیر کمک کننده است:

**سناریوی لیلا:**

*لیلا دختری ۶ ساله است که فعالیت بدنی کمی دارد. بیشتر مواقع جلوی تلویزیون است یا با کامپیوتر یا گوشی خود بازی می کند. مادر و پدرش از هم جدا شده اند و لیلا با مادرش که کارمند است در یک خانه اجاره ای زندگی می کنند. به دلیل اینکه مادر لیلا کارمند است و دوشیفت کار می کند، بیشتر وقت ها غذاهای آماده یا غذاهای سرخ کرده می خورند. بیشتر همکلاسی های لیلا هم علاقه ای به فعالیت بدنی ندارند. اخیرا مربی بهداشت مدرسه یک پروژه در مورد تغذیه سالم و فعالیت بدنی در مدرسه اجرا کرده است. در بخشی از این پروژه که والدین دعوت هستند آموزش پخت غذاهای سالم و سریع داده می شود و هفته ای یک بار روزهای تعطیل حیاط مدرسه برای انجام ورزش برای بچه ها در کنار مادرانشان آماده شده است. به علاوه وزن و قد همه بچه ها گرفته شده و در کلاس در چارت هایی نصب می شود تا بدانند که همه با هم فرق دارند و خودآگاهی بچه ها هم افزایش پیدا کند. والدین هم در جریان این چارت قرار می گیرند. مادر لیلا می بیند که لیلا جزو چاق ترین بچه های کلاس است و با مربی بهداشت در این مورد صحبت می کند که چطور می توانند وزن لیلا را کم کنند. برنامه کاهش وزن لیلا توسط مربی بهداشت و مادر لیلا بطور مشترک تنظیم می شود.*

کدامیک از رویکردهای ارتقای سلامت در این مورد به کار رفته است؟

ارتقای سلامت در مورد لیلا به قرار زیر می تواند باشد:

۱- رویکرد تغییر رفتار : کمک به لیلا و مادرش که بتوانند عادات غذایی شان را تغییر دهند.

۲- رویکرد تغییر اجتماعی: اندازه گیری اجباری وزن و ثبت آن بطور اجباری.

۳- رویکرد پزشکی: غربالگری وزن و تشخیص افراد چاق و افراد دارای اضافه وزن.

**مدل های (الگوهای) ارتقای سلامت**

---

[۱۵۴] Social Change Approach

[۱۵۵] Top-down approach

مدل یا الگو بر اساس مطلعات مختلف و جمع بندی نظرات و تجربیات و مشاهدات طراحی می شوند. بر اساس این مدل ها ، نحوه آموزش و تغییر رفتار و چگونگی مداخلات تعیین می شوند. هر پروژه یا مداخله ی آموزشی باید بر اساس یک مدل یا الگو یا نظریه باشد. وقتی مراحل یک مداخله یا پروژه یا برنامه آموزشی بر اساس یک الگو یا نظریه مشخص باشد نیازی به آزمون و خطا نیست.

در این بخش مدل های زیر معرفی می شوند و جنبه های کاربردی آنها ارائه می شود.

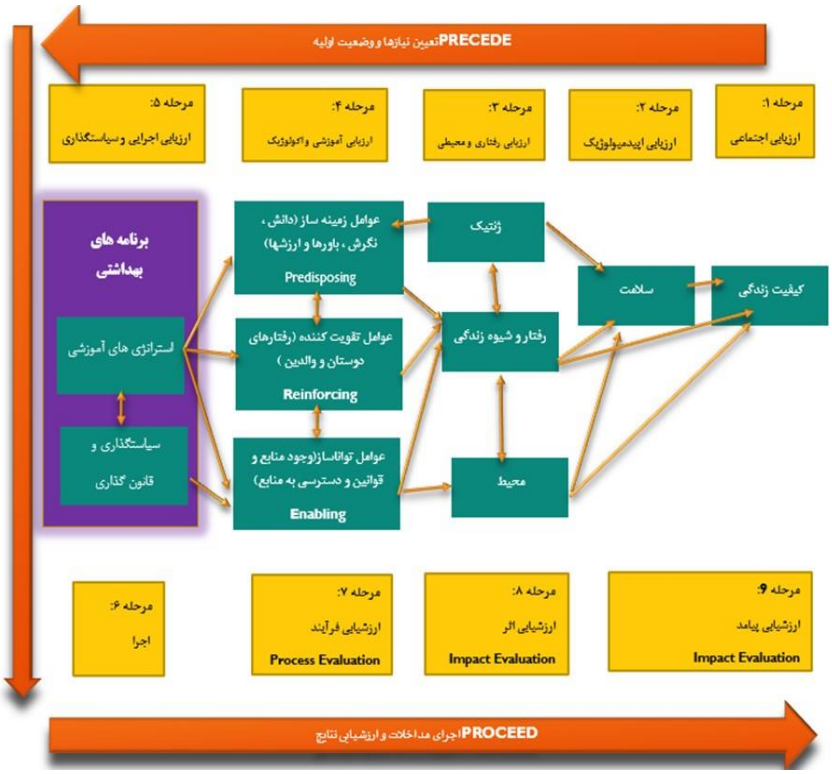
۱- مدل پرِسید- پروسید[۱۵۶]
۲- مدل مراحل تغییر[۱۵۷]
۳- مدل باور سلامتی[۱۵۸]

مدل اول برای برنامه ریزی و ارزشیابی برنامه های سلامت در یک جمعیت استفاده می شود، و مدل های دوم و سوم برای تغییر رفتار در افراد و پیش بینی رفتارها کاربرد دارد.

**مدل پرِسید- پروسید**

این مدل توسط لارنس گرین و مارشال کروتر در سال ۱۹۸۰ بعنوان فرایندی که برای تغییر رفتار استفاده می‌شود، ارائه شد.

در این مدل که شامل ۹ مرحله است. از ابتدا نیازسنجی و برنامه ریزی انجام می شود و سپس اجرا و ارزشیابی اجرا انجام می شود. این مدل برای طراحی برنامه آموزشی جامعه مناسب است و در آن از اصول و روش های اپیدمیولوژی، علوم رفتاری، اجتماعی، مدیریت و سیاستگذاری آموزش بنا شده است. (شکل ۱)




[۱۵۶] PRECEDE-PROCEED
[۱۵۷] Stages of Change Model
[۱۵۸] Health Belief Model

شکل ۱: مراحل مدل پرسید- پروسید

مرحله اول : تشخیص اجتماعی یا ارزیابی کیفیت زندگی.

در این مرحله عوامل اجتماعی مانند رفاه، بیکاری، سرمایه اجتماعی، خدمات اجتماعی و سایر عوامل و تعیین کننده های اجتماعی که بر کیفیت زندگی اثر گذارند سنجش می شوند. می توان در این مرحله با استفاده از پرسشنامه یا مشاهده و مصاحبه به این شاخص ها دست یافت .

مرحله دوم: ارزیابی اپیدمیولوژیکی

در این مرحله آمار و ارقام اپیدمیولوژیک مانند بروز و شیوع بیماری ها، بار بیماری ها، مرگ و میر، شاخص های مربوط به شخص و مکان و زمان در بیماری ها و آسیب ها بررسی می شوند.

مرحله سوم: ارزیابی رفتاری و محیطی

در این مرحله شاخص های رفتاری شامل رفتارهای مصرف دارو ، پذیرش توصیه ها، خودمراقبتی و غیره بررسی می شوند و عوامل محیطی شامل بررسی محیط اقتصادی، نحوه دسترسی، محیط جغرافیایی و سایر عوامل می باشد. بعنوان مثال: آیا افراد از امکانات بهداشتی استفاده می کنند؟ مثلا واکسیناسیون یا پاپ اسمیر؟ میزان استفاده از خدمات چقدر است؟

مرحله چهارم: ارزیابی آموزشی و اکولوژیک

این مرحله ضروری ترین قسمت مدل است که برای آموزش و تغییر رفتار مورد استفاده قرار می گیرد. بر اساس تحقیقاتی انجام شده به این نتیجه رسیده اند که سه عامل بالقوه بر روی رفتار بهداشتی اثر دارند، که عبارتند از:

۱ -عوامل زمینه ساز[۱۵۹]: عواملی هستند که انگیزه یا دلیل اساسی را برای رفتار فراهم می کنند. این عوامل شامل معلومات، نگرش ها، دانش هستند

۲ -عامل تقویت کننده[۱۶۰] :شامل حمایت های اطرافیان، والدین، دوستان، همسانان ، معلمین وارائه دهندگان خدمات سلامت هستند

۳ -عوامل توانمندساز[۱۶۱]: شامل عواملی مانند دسترسی به خدمات، وجود منابع و قوانین و مقررات برای انجام یک رفتار مثل افزایش مالیات سیگار، هستند.

مرحله پنجم: ارزیابی اجرایی و سیاست گذاری

در این مرحله زمینه های اجرا با تعیین اهداف و برنامه آموزشی مشخص می شود. بر اساس نیازسنجی در مراحل قبلی و همچنین ارزیابی وضعیت مدیریتی و سیاست گذاری می توان برنامه ریزی از نظر اجرا و سیاست ها را انجام داد که شامل تعیین روند کار، بودجه بندی و تعیین نیروی انسانی است.

مرحله ششم: اجرا

در این مرحله مداخلات آموزشی بر اساس ارزیابی که در مرحله قبل برنامه تعیین شده، اجرا می شود.

---

[۱۵۹] Predisposing factors
[۱۶۰] Reinforcing factors
[۱۶۱] Enabling factors

مرحله هفتم: ارزشیابی فرآیند

روند انجام مراحل مختلف برنامه با استانداردهای مشخص شده مقایسه می گردد. در شکل شماره ۱ ارزیابی آموزشی ارایه شده است. به عبارتی در این مرحله ارزشیابی در مورد نحوه انجام فرآیند آموزشی و اینکه آیا این آموزش توانسته بر عوامل توانمندساز، تقویت کننده و زمینه ساز اثر کند، بررسی می شود. تشخیص زودرس و به موقع مشکلات اجرایی باعث می شود که مدیران برنامه مشکلات را قبل از گسترده شدن برنامه اصلاح و کنترل نمایند.

ب) ارزشیابی اثر: روی اثرات فوری برنامه آموزشی متمرکز است . پاسخ به سوال "آیا برنامه روی رفتار و محیط اثر گذاشته یانه" مورد ارزیابی قرار می گیرد.

ج) ارزیابی پیامد: به دنبال این است که ببیند آیا برنامه در درازمدت روی میزان های بروز و شیوع تاثیر داشته است یا خیر؟ موضوعات مورد ارزشیابی شامل نشانگرهای کیفیت زندگی و وضعیت بهداشتی هستند.

## مدل مراحل تغییر[۱۶۲]

نام دیگر آن Transtheoretical Model (TTM) است. در این مدل ، تغییر رفتار افراد مستلزم طی مراحلی است. ابداع کنندگان این مدل Prochaskaو DiClemente (۱۹۸۲) بودند. ایشان در ابتدا این مدل را بصورت خطی مطرح کردند ولی به تدریج با تجربیات بیشتر این مدل شکل دایره ای و سپس مارپیچی به خود گرفت.

در این مدل نشان داده شده است که افراد قبل از تغییر رفتار مراحلی را به شرح زیر باید طی می کنند: (شکل ۲)

۱- مرحله پیش از قصد یا پیش از تفکر[۱۶۳]
۲- مرحله قصد یا تفکر[۱۶۴]
۳- مرحله آمادگی[۱۶۵]
۴- مرحله عمل[۱۶۶]
۵- مرحله تداوم[۱۶۷]
۶- بازگشت[۱۶۸]

در مرحله **پیش قصد** ،فرد هیچ قصدی برای در پیش گرفتن رفتار سلامتی ندارد. به عبارتی قصد و تفکری برای مثلا ترک سیگار ندارد. در این مرحله باید آگاهی را افزایش داد به فرد مراجعه کننده مشکلات سلامت مربوط به رفتار را توضیح داد. مثلا عوارض وزن زیاد یا مصرف سیگار و اینکه امکان ترک سیگار یا کاهش وزن وجود دارد.

در مرحله **قصد،** فرد قصد دارد طی یک مدت زمان مشخص مثلا ۶ ماه آینده رفتار مورد نظر را تغییر دهد. یعنی می گوید"من می خواهم سیگارم را ترک کنم ولی فعلا نمی تونم". در این مرحله بهتر است منافع ترک رفتار، مثلا ترک سیگار یا کاهش وزن را توضیح داد.

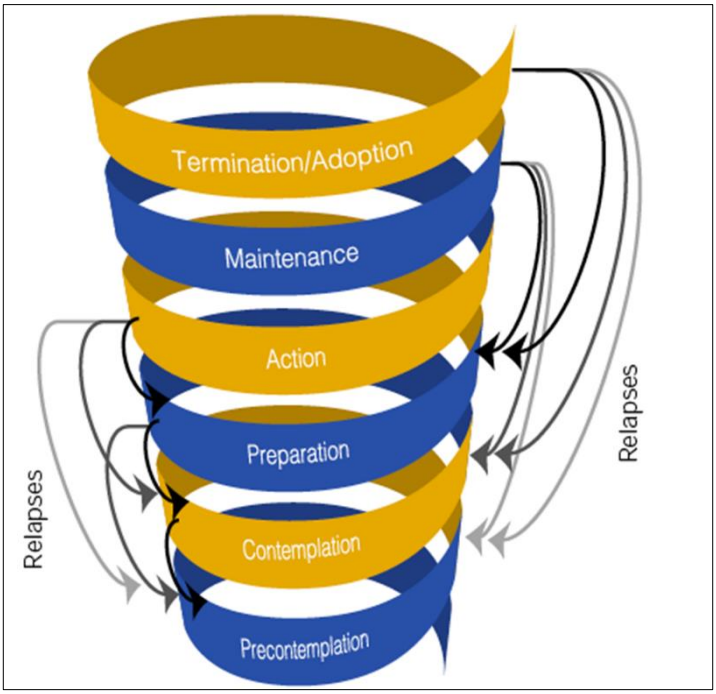
---

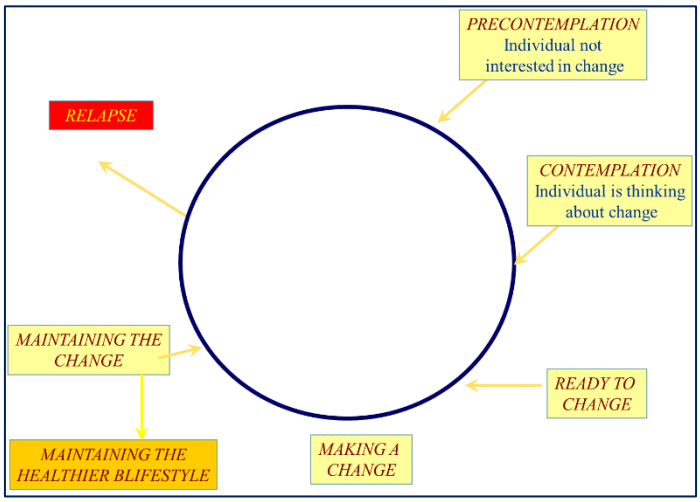
[۱۶۲] Stages of Change Model
[۱۶۳] Precontemplation
[۱۶۴] Contemplation
[۱۶۵] Preparation
[۱۶۶] Action
[۱۶۷] Maintenance
[۱۶۸] Relapse

در مرحله **آمادگی**، فرد علاوه بر قصد که در مرحله ی قبل داشت، آماده تغییر است و تا یک ماه آینده می تواند اقدام کند. در این مرحله ، موانع ترک رفتار تعیین و راه های غلبه بر آنها توضیح داده می شود. مثلا نحوه نه گفتن به تعارف سیگار از جانب همسانان یا تنظیم برنامه ورزشی بر اساس برنامه روزانه فرد.

در مرحله **عمل**، فرد تغییر رفتار مورد نظر را انجام داده است و کمتر از ۶ ماه است که رفتار را ادامه می دهد. مثلا ۳ ماه است که سیگار را ترک کرده است. در این مرحله پس از دادن برنامه عملی به مراجعه کننده، باید مرتب وی را پایش نمود.

در مرحله **تداوم**، فرد بیش از ۶ ماه است که رفتار مورد نظر را انجام می دهد. و در این مرحله نیز پیگیری و در نظر گرفتن شرایط بازگشت دوباره را باید بحث کرد.




شکل ۲: مدل مراحل تغییر به دو شکل حلقوی و مارپیچی

### مدل باور سلامتی[۱۶۹] (اعتقاد بهداشتی)

در ابتدا این مدل علل و عواملی را که افراد جامعه را به سمت اقداماتی مانند واکسیناسیون و یا غربالگری سوق می دادند مطرح کرد، و سپس برای سایر رفتار های سلامت نیز به کار گرفته شد. بر اساس این مدل گروهی از باور ها هستند که انجام یک رفتار سلامتی را باعث می شوند. این باورها عبارتند از:

۱- آسیب پذیری شخص نسبت به بیماری یا عامل خطر[۱۷۰]

۲- بروز عواقب جدی بالقوه ناشی از عدم انجام رفتار سلامت[۱۷۱]

۳- باور به اینکه اقداماتی وجود دارند که می توانند آسیب پذیری و جدیت عوارض را کم کنند[۱۷۲]

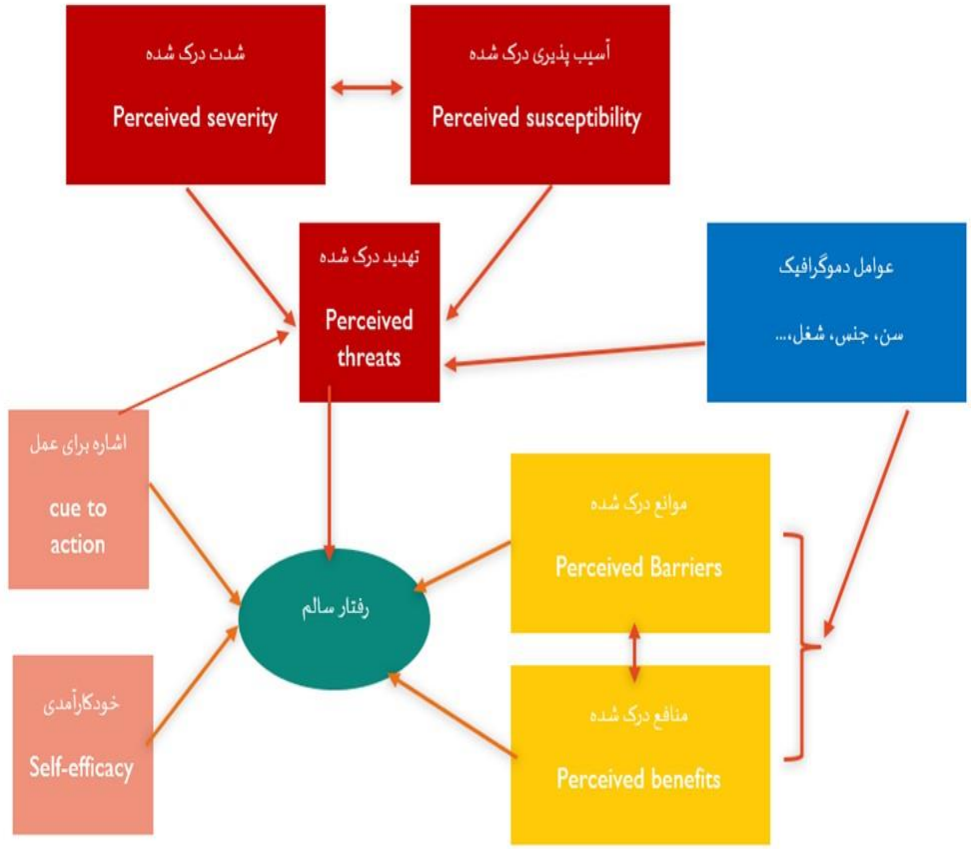
---

[169] Health Belief Model
[170] Perceived susceptibility
[171] Perceived seriousness

۴- باور به اینکه منافع اقدام به انجام یک رفتار سالم بیش از هزینه رفع موانع اقدام به آن است[۱۷۳]

بنابراین باور به اینکه انجام رفتار منافعی برای سلامتی[۱۷۴] دارد و عدم انجام آن برای سلامتی تهدید کننده[۱۷۵] است، باعث می شود فرد به سمت انجام رفتار سوق پیدا کند.

در این راستا علاوه بر باورها یک سری راهنماهایی در اطراف وجود دارند که می توانند فرد را به سمت رفتار مورد نظر سوق دهند، یا اینکه برعکس مانع از انجام رفتار سالم شوند. مانند رسانه ها (Cue to action). به این مفاهیم یک واژه مهم را نیز باید افزود، خودکارآمدی[۱۷۶] که همانا باور فرد به توانایی های خودش در انجام یک رفتار است. شکل ۳ شمایی از این مدل را نشان می دهد.




شکل ۳: مدل باور سلامتی یا اعتقاد بهداشتی

---

[172] Perceived benefits

[173] perceived barriers
[174] Perceived benefits
[175] Perceived threats
[176] Self-Efficacy

## تفاوت ارتقای سلامت و آموزش سلامت

آموزش سلامت ، زیر مجموعه ی ارتقای سلامت است. آموزش سلامت آگاهی ها را بالا می برد، تا در نهایت رفتار های نا سالم تغیر کنند. ارتقای سلامت شامل عملکرد سازمان ها و بخش های مختلف دولتی و غیر دولتی است. مثلا وضع قوانین مربوط به مالیات بر سیگار ، تامین امکانات ورزش و فعالیت بدنی رایگان برای بانوان، یا اقداماتی از این دسته را می توان مثال زد. همانطور که قبلا هم توضیح داده شد ارتقای سلامت به معنی توانمند کردن مردم به منظور افزایش کنترلشان بر بهبود سلامتی است تا به رفاه کامل جسمی ، روانی و اجتماعی برسند. ارتقای سلامت مجموعه ای از فرآیندهای اجتماعی و سیاسی است که نه تنها در پی تقویت مهارت ها و قابلیت های افراد است، بلکه به دنبال تغییرات شرایط محیطی، اجتماعی و اقتصادی تاثیرگذار بر سلامت است.

## تعریف آموزش سلامت

تعاریف متعددی از آموزش سلامت[۱۷۷] شده است. گریفیت[۱۷۸] آموزش سلامت را از بین بردن شکاف بین آنچه به عنوان سلامتی مطلوب تلقی می شود و آنچه واقعا وجود دارد، می داند. سیموند تعریف دقیق تری دارد. به نظر وی آموزش سلامت به دنبال تغییر رفتارهای منجر شونده به سلامتی در افراد، گروه ها و جمعیت هاست.

آموزش سلامت در محل های مختلف مانند جوامع، مدارس، مراکز سلامت و بیمارستان ها و محل کار و غیره قابل انجام است. عوامل مختلفی آموزش سلامت را تحت تاثیر قرار می دهند که عبارتند از : عوامل فردی ، عوامل بین فردی ، عوامل سازمانی ، عوامل اجتماعی و عوامل مرتبط با سیاست گذاری.

بطور کلی هدف از آموزش سلامت ، تغییر رفتار افراد و جوامع در راستای جامعه ای سالم است. یکی از مهم ترین پایه های آموزش، برقراری ارتباط است؛ یا به عبارتی فرآیند ارسال پیام از جانب فرستنده و دریافت و فهم آن از جانب گیرنده. ارتباط بهداشتی[۱۷۹] یک استراتژی کلیدی برای آگاه سازی جامعه است و شامل آموزش از طریق رسانه ها، چاپ مطالب مرتبط با سلامت، ارتباط های چهره به چهره و بازاریابی اجتماعی است.

## ویژگی های ارتباط موثر در آموزش سلامت

۱- درستی پیام : پیام باید واقعی و درراستای اهداف آموزشی باشد.
۲- دسترسی: مخاطب باید بتواند به پیام سلامت دسترسی داشته و آن را دریافت کند.
۳- تناسب: پیام باید متناسب با افراد و مکان ها و زمان های مختلف باشد.
۴- پایایی: کلیات پیام باید در طول زمان غیر قابل انکار باشد.
۵- مبتنی بر شواهد: پیام باید بر اساس منابع و شواهد معتبر و به روز تهیه شده باشد.
۶- به موقع بودن: پیام باید در زمانی ارائه شود که بیشترین تاثیر را داشته باشد.

## برنامه ریزی آموزشی

قبل از آموزش سلامت در یک جمعیت باید به سوالات زیر پاسخ دهیم:

---

[۱۷۷] Health Education
[۱۷۸] Griffiths
[۱۷۹] Health Communication

- آموزش را به چه کسانی می خواهیم بدهیم؟
- آیا قصد ما افزایش آگاهی آنها نسبت به یک موضوع است؟
- آیا باید نگرش و باور آنها را تصحیح کنیم؟
- آیا مهارت انجام یک رفتار بهداشتی را به آنها بیاموزیم؟

مراحل برنامه ریزی آموزشی به شرح زیر است:

۱) بررسی وضعیت موجود : مطالعه امکانات و شرایط و وضعیت دانش و نگرش و عملکردهای جمعیت هدف.
۲) تعیین اهداف آموزشی: اهداف آموزشی جملاتی هستند با افعال عینی و قابل سنجش که بر اساس نیازسنجی اولیه تنظیم می شوند. به عنوان مثال در جمعیتی که وضعیت بهداشت دهان و دندان را بررسی کرده ایم متوجه می شویم که درصد قابل توجهی هیچ آگاهی در مورد اهمیت مسواک زدن صحیح ندارند و اصلا از نخ دندان استفاده نمی کنند. بنابراین هدف در این مداخله آموزشی افزایش آگاهی در مورد اهمیت مسواک زدن و افزایش درصد استفاده از نخ دندان در جمعیت می تواند باشد. در هر دو هدف از فعلی عینی استفاده شده ( افزایش آگاهی) یا ( افزایش درصد استفاده کنندگان).
۳) تعیین روش های آموزشی : پس از تعیین اهداف، باید روش ها و تکنیک های آموزشی مشخص شوند. به عنوان مثال اگر هدف آموزشی افزایش آگاهی و دانش جامعه در مورد اهمیت مسواک زدن باشد، روش های آموزشی باید متناسب با آن شامل سخنرانی، توزیع پمفلت آموزشی ، تهیه فیلم آموزشی، استفاده از مجله و یا روزنامه باشد. در مورد افزایش درصد استفاده کنندگان از نخ دندان باید از روش های انگیزشی ، و آموزش چهره به چهره و حتی روش هایی مانند دراختیار قرار دادن رایگان نخ دندان و غیره استفاده کرد.
۴) اجرا: در این مرحله بعد از تعیین روش آموزشی، مراحل اجرایی آن تعیین می شوند. این مراحل شامل تعیین مجری یا فرد و افراد اجرا کننده آموزش ها و تخمین تعداد نیروی انسانی، تخمین بودجه برای تهیه مواد آموزشی و تعیین محل و زمان مناسب آموزش است تا بر اساس این برنامه عملیاتی مراحل به ترتیب اجرا شوند.
۵) ارزشیابی : در این مرحله میزان تحقق اهداف تعیین می شود. و اینکه آیا مراحل کاری طبق آنچه در برنامه عملیاتی آمده است اجرا می شود یا نه؟ به عنوان مثال مراحل انجام کار شامل تهیه پمفلت، چاپ پمفلت، توزیع آن، انجام تست قبل از آموزش ، انجام تست بعد از آموزش می باشد. تک تک مراحل و شیوه اجرا مورد ارزشیابی قرار می گیرد که البته به ارزیابی مراحل اجرایی کار، پایش[۱۸۰] می گویند.

در ادامه بر نکات عملی آموزش سلامت تاکید بیشتری خواهیم داشت و نکاتی را در مورد روش های مختلف آموزشی و کاربرد آنها ارائه می دهیم.

**مشاوره**

در فرآیند مشاوره فردی که مراجعه می کند(مراجع) و فردی که مشاوره می دهد(مشاور) با یکدیگر ملاقات و بحث می کنند و مراجع نسبت به توانایی های خود برای حل منطقی مشکل ، مهارت کسب می کند. مشاوره یک فرآیند دوطرفه و تعاملی و پویا است. مشاوره نسخه نویسی نیست. مشاور باید مراجع خود را خوب بشناسد تا بتواند وی را در کسب خودکارآمدی و اعتماد به نفس و حل مسئله یاری نماید.

[۱۸۰] monitoring

اصول و قواعد مشاوره:

۱- همدلی[۱۸۱] به معنی توانایی درک احساسات و تجربیات مراجعین است. به عبارتی مشاور مسائل را از زاویه دید مراجع ببیند.
۲- صداقت
۳- احترام
۴- توجه به نیازهای مراجع
۵- درک موقعیت اجتماعی و اقتصادی مراجع
۶- تهیه برنامه مشاوره و تعیین اهداف
۷- دانش و مهارت کافی در روانشناسی و مشاوره
۸- نداشتن پیش فرض و قضاوت نکردن در مورد مراجع
۹- داشتن مهارت های کلامی و غیرکلامی مانند تماس چشمی، خوب گوش کردن
۱۰- رازداری و حفظ حریم خصوصی مراجع
۱۱- ارائه اطلاعات به زبان مراجع

**سخنرانی**

رایج ترین روش آموزش می باشد. روشی است که ارائه دهنده می تواند از انتقال دادن مفاهیم پایه به مخاطبان مطمئن باشد. سخنران می تواند برنامه را زمان بندی و بر اساس آن پیش رود. در این روش به گروههای بزرگ با تعداد زیاد می توان مطالب را منتقل کرد.

معایب این روش عبارتند از : غیرفعال بودن مخاطبان، خسته کنندگی و کسالت آور بودن، برای اهدافی که مربوط به کسب مهارت هستند( نحوه مسواک زدن) مناسب نیستند، نیازمند مهارت های کلامی کافی است.

بهتر است برای اثربخش تر کردن سخنرانی از روش های تعاملی و مداخله دادن فراگیران مانند سوال و جواب ، فعالیت فراگیران در گروه های کوچک استفاده کرد.

سایر روش های تعاملی تر:

ایفای نقش، بحث گروهی، بارش افکار

**آموزش غیر مستقیم** با استفاده از وسایل ارتباط جمعی ( رادیو، تلوزیون، روزنامه و مجلات، پوستر، پمفلت، جزوات آموزشی و ... )

**آموزش از طریق شبکه های اجتماعی**

در سالهای اخیر این روش با استفاده از اینترنت و کاربرد وبلاگ ها، صفحات وب، شبکه هایی مانند تلگرام، اینستاگرام، فیس بوک، توییتر وسایر شبکه ها افزایش پیدا کرده است و میزان دسترسی افراد روز به روز در حال افزایش است.

**نتیجه گیری**

در این فصل به مفاهیم و اصول ارتقای سلامت و آموزش سلامت اشاره ای مختصر شد. تعاریف ارتقای سلامت و تاریخچه آن و اینکه در طول زمان کنفرانس های ارتقای سلامت در سازمان بهداشت جهانی به نقش تعیین کننده های اجتماعی و

[۱۸۱] Empathy

نقش سلامت در همه سیاست ها پرداخته است، اشاره شد. در مورد اهمیت مداخلات مبتنی برجمعیت و نقش تئوری ها بحث شد و اینکه هر یک از تئوری ها می توانند راهنمایی برای طراحی آموزشی یا مداخلات آموزشی فرد و جامعه باشند. بطوری که تئوری پرسی- پروسید برای مداخلات آموزشی در سطح جامعه الگویی عملی ارائه می دهد و مدل هایی مانند مراحل تغییر و باور سلامت بر فرد تاکید دارند و مراحل مختلف تغییر رفتار را در فرد نشان می دهند.

در ادامه به تفاوت و ارتباط ارتقای سلامت و آموزش سلامت پرداخته شد و اینکه آموزش سلامت چه روش ها و مراحلی دارد.

این مطالب برای پزشکان، متخصصین پزشکی اجتماعی و سایر افراد در سطوح مختلف ارائه خدمات سلامت از مطالب و اصول اساسی است و تمامی این افراد باید اصول آموزش و ارتقای سلامت را بدانند و آن را بتواند به کار ببرند.

**منابع:**


1)Sanjiv Kumar and GS Preetha, Health Promotion: An Effective Tool for Global Health. Indian J Community Med. 2012 Jan-Mar; 37(1): 5–12.

2) https://www.who.int/features/qa/health-promotion/en/

3) Nutland, W.Cragg,L.Health Promotion Practice.Open University Press. Second edition, 2015

4)Nutbeam D,Harris E. Theory in a Nutshell . Mc Graw.Hill , second edition.2007

5) Battel-Kirk B1, Barry MM1. Has the Development of Health Promotion Competencies Made a Difference? A Scoping Review of the Literature. Health Educ Behav. 2019 Oct;46(5):824-842.

6)Sadeghi R. Heshmati H. Innovative methods in teaching college health education course: A systematic review.J Educ Health Promot. 2019; 8: 103.

7) Edelman, Carole., and Carol Lynn Mandle. Health Promotion Throughout the Lifespan. 9th ed. St. Louis, Mo.: Mosby Elsevier, 2018.

8) Fertman C.Allensworth D.Health Promotion Programs , from theory to practice.2nd edition, Jossy -Bass Willey ,2017

## اصول و کلیات ایمن سازی

دکتر زهرا رام پیشه
استادیار پزشکی اجتماعی

اهداف

در پایان مطالعه این فصل انتظار می رود فراگیر:

- تقسیم بندی ایمنی (مصونیت) را با ارائه مثال بیان کند.
- ایمن سازی و واکسن را تعریف کند.
- تاریخچه پیدایش واکسن را بیان نماید.
- اهمیت برنامه ایمن سازی و نکات تمایز این برنامه از سایر برنامه های حفظ و ارتقاء سلامت را برشمارد.
- دلایل لزوم برنامه ریزی بومی واکسیناسیون برای کشور را توضیح دهد.
- واکسن های لازم و برنامه جاری برای یک نوزاد سالم را بر اساس آخرین راهنمای ایمن سازی مصوب کشوری نام ببرد.

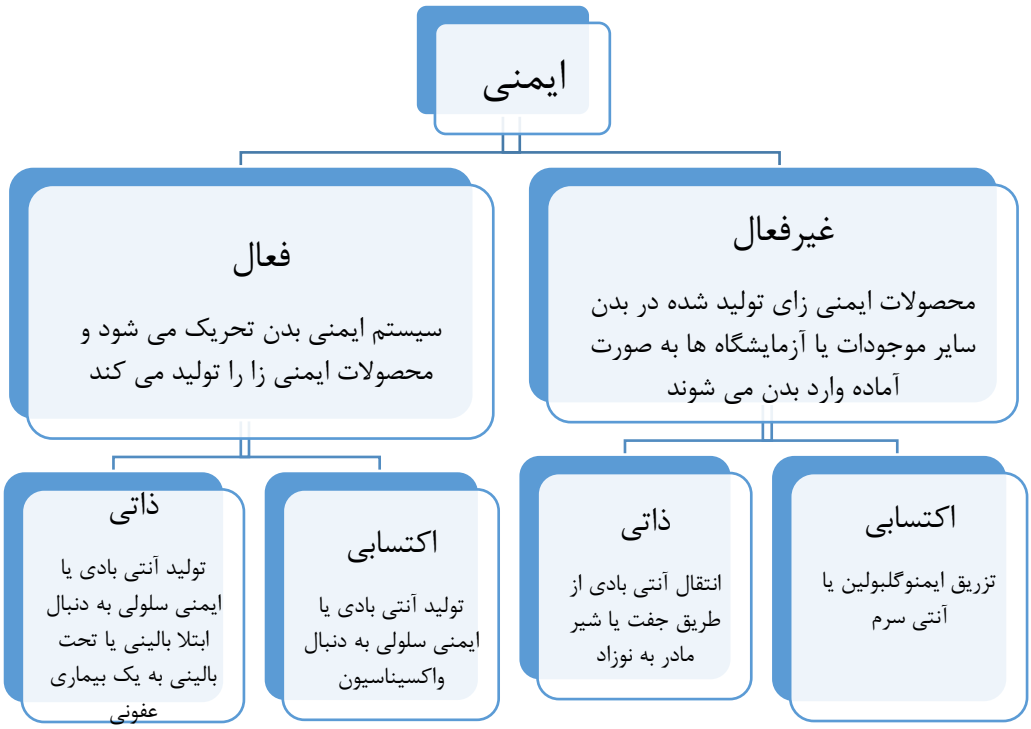
**مقدمه**

به طور کلی مصونیت[۱۸۲]، توانایی بدن انسان در افتراق اجزاء داخلی (خودی) از اجزاء مهاجم خارجی تعریف می شود که در حالت طبیعی منجر به حفظ ساختار بدن و شناسایی عوامل ایجاد بیماری های عفونی نظیر میکروب ها به عنوان عوامل بیگانه و از بین رفتن آن ها توسط سیستم ایمنی می شود. این ساختار هم اجزاء عمومی شامل سدهای پوست، مخاط و سلول های ایمنی مستقر در این لایه‌ها را دارد و هم از اجزاء اختصاصی مثل آنتی بادی خاص یک ارگانیسم برخوردار است.

در شکل زیر انواع ایمنی بدن با بیان یک مثال برای هر کدام، خلاصه شده است.

---

[۱] Immunity




شکل ۱: انواع ایمنی

ایمن سازی[۱۸۳]: فرآیند ایمن یا مقاوم شدن یک شخص در برابر یک عامل بیماریزای عفونی را می گویند. به بیان دیگر هرگونه اقدامی که به منظور جلوگیری از بروز عفونت و یا تخفیف شکل طبیعی بیماری در فردی با تجویز آنتی بادی یا آنتی ژن بعمل آید ایمن سازی خوانده می شود.

واکسن[۱۸۴]: فرآورده بیولوژیک تحریک کننده سیستم ایمنی بدن برای ایمن سازی در برابر یک بیماری خاص. ایمنی حاصل از واکسن، یک ایمنی فعال اکتسابی است به این مفهوم که با وارد کردن عوامل شبیه عامل اصلی بیماری یا اجزای آن به بدن، سیستم ایمنی در حالت مشابه مواجهه با عامل اصلی قرار می گیرد، آن را به عنوان یک مهاجم خارجی شناسایی می کند و تحریک به ارائه پاسخ برای محافظت از خود می شود. این پاسخدهی در حافظه سیستم ایمنی باقی می ماند و در صورت مواجهه های آتی شناسایی و پاسخ دهی سریع تر و موثرتر اتفاق خواهد افتاد.

عوامل بسیاری پاسخ ایمنی به واکسن را تحت تاثیر قرار می دهند که از آن جمله می توان به حضور آنتی بادی های مادری، ماهیت و دوز آنتی ژن، راه تجویز و وجود ادجونت ها (مثل آلومینیوم برای بهبود ایمنی زایی واکسن) اشاره کرد. همچنین ویژگی های میزبان نظیر سن، وضعیت تغذیه ای، ژنتیک و وجود بیماری های همزمان بر پاسخ دهی سیستم ایمنی به واکسن اثر می گذارند.

واکسیناسیون[۱۸۵] یکی از موثرترین و هزینه اثربخش ترین روش های پیشگیری از بیمار یها در میان مداخلات طراحی و اجراء شده برای حفظ و ارتقاء سلامت در دنیا می باشد. پس از تامین آب آشامیدنی سالم، واکسیناسیون بیشترین تاثیر را در کاهش مرگ و میر به ویژه مرگ و میر کودکان و به دنبال آن افزایش امید زندگی و رشد جمعیت داشته است. به طوری که به

---

۲ Immunization
۳ Vaccine
۱۸۵ Vaccination

عنوان مثال در طی سال‌های ۲۰۰۰ الی ۲۰۱۶ میلادی، واکسیناسیون سرخک توانسته از مرگ ۲۰ میلیون کودک در جهان جلوگیری کند.

براساس گزارش سازمان جهانی بهداشت در سال ۲۰۱۵ میلادی (۱۳۹۴ شمسی) سالانه تعداد زیادی از کودکان دنیا در اثر بیماری‌های قابل پیشگیری با واکسن فوت می کنند؛ به طوری که ۶۳ هزار نفر در اثر سیاه سرفه، ۱۱۲ هزار نفر در اثر سرخک، ۵۸ هزار نفر در اثر کزاز نوزادی، ۱۰۵ هزار نفر در اثر هموفیلوس آنفلوانزا، ۴۰۰هزار نفر در اثر اسهال‌های ویروسی، ۸۸۷ هزار نفر در اثر هپاتیت ب و ۹۲۰ هزار نفر به دلیل پنومونی، قربانی می‌شوند. مجموع این تعداد معادل ۲۵ درصد کل مرگ‌های کودکان زیر ۵ سال در دنیا است که البته به راحتی با واکسن قابل پیشگیری هستند.

طبق گزارش سازمان بهداشت جهانی در سال ۲۰۱۹ میلادی، در حال حاضر ایمن سازی سالانه از ۳-۲ میلیون مورد مرگ در دنیا پیشگیری می کند که در صورت بهبود وضع پوشش مداخله، ۱/۵ میلیون مورد دیگر هم به این تعداد اضافه خواهد شد.

همچنین در مطالعات طولی معتبری که در زمان های مختلف در کشورهای مختلف دنیا انجام شده است، نشان داده شده با اجرای برنامه واکسیناسیون در قالب برنامه های ملی، میزان های بروز بیماری های هدف برنامه، میزان های بستری بیمارستانی ناشی از آن ها و متعاقبا میزان های مرگ و میر به علت آن ها، کاهش چشمگیری داشته است؛ این کاهش به خصوص در مواردی که در مطالعه روند بروز بیماری ها، همه شرایط نظیر بهبود وضعیت بهداشتی، افزایش دسترسی به خدمات سلامت و داروها و ارتقاء دانش جمعیت را هم در نظر بگیریم همچنان در مقایسه با حالت عدم انجام واکسیناسیون معنادار خواهد بود. برای مثال در امریکا مطالعه سیر شاخص ها بین سال های ۲۰۰۵-۱۹۳۵ ، نشان می دهد حدود ۹۲ درصد تعداد موارد ابتلا و حدود ۹۹ درصد مرگ های ناشی از دیفتری، اوریون، سیاه سرفه و کزاز کاهش یافته است. به علاوه مطالعات مرکز کنترل و پیشگیری از بیماری ها در این کشور برآورد کرده است، واکسیناسیون کودکان در فاصله سال های ۱۹۹۴ تا ۲۰۱۳ موجب پیشگیری از ۳۲۲ میلیون مورد بیماری و ۲۱ میلیون مورد بستری شده است؛ و به جلوگیری از ۷۳۲ هزار مورد مرگ کمک کرده است، و در نتیجه منجر به صرفه جویی حدود ۱/۳۸ تریلیون دلار از مجموع هزینه های اجتماعی (شامل ۲۹۵ بیلیون دلار هزینه مستقیم) شده است. این آمار جالب توجه، تاثیر برنامه واکسیناسیون ملی علیه این بیماری ها را نشان می دهد. مطالعات و گزارشات مشابهی نیز از سایر کشورها نظیر کانادا، استرالیا، ایتالیا، چین و... وجود دارد که موید تاثیر قابل توجه واکسیناسیون بر سلامت جمعیت است.

در ایران، پس از گذشت حدود ۳۵ سال از آغاز برنامه توسعه ایمن سازی[۱۸۶]، کشور عاری از بیماری فلج اطفال است، بیماری های سرخک و سرخجه مادرزادی درمرحله حذف قرار دارند، کزاز نوزادی حذف شده و بیمار یهای دیفتری، سیاه سرفه و اوریون کنترل شده اند. در حال حاضر کلیه کودکان کشور علیه بیمار یهای سل، هپاتیت ب، فلج اطفال، دیفتری، سیاه سرفه، کزاز، هموفیلوس آنفلوانزای تیپ ب ، سرخک، سرخجه و اوریون واکسینه می شوند. همچنین تحقیقات در مورد واکسن های جدید در حال انجام است و براساس نتایج حاصله، اقدامات لازم برای ادغام آن ها در برنامه ایمن سازی کشور انجام خواهد شد.

### تاریخچه واکسیناسیون

شواهدی وجود دارد که چینی ها در سالهای ۱۰۰۰ میلادی ، از تلقیح آبله[۱۸۷] استفاده می کردند. این کار قبل از گسترش در قاره های اروپا وآمریکا در آفریقا و ترکیه نیز انجام می شده است.

---

[۱۸۶] Expanded Program on Immunization (EPI)

[۱۸۷] Variolation

ادوارد جنر[۱۸۸]، پزشک انگلیسی پس از اینکه مشاهده کرد زنان شیر دوش که با ضایعات آبله گاوی تماس مستمر دارند به بیماری آبله مبتلا نمی شوند، در سال ۱۷۹۶میلادی بوسیله مواد گرفته شده از ضایعات آبله گاوی پسری را در برابر این بیماری واکسینه کرد. این بیماری مانند بیماری آبله ولی کم‌خطرتر از آن است. پس از آنکه جنر میکروب بیماری آبله را به آن پسر تزریق کرد؛ چون واکسن آبله گاوی در وی مصونیت ایجاد نموده بود، به بیماری آبله مبتلا نگردید. بدین ترتیب ایجاد ایمنی علیه آبله آغاز شد، به سرعت گسترش پیدا کرد و طی حدود۲۰۰ سال در نتیجه تلاش جمعی و تحولات پزشکی و فناوری سرانجام منجر به ریشه کن شدن آبله شد.

معرفی واکسن هاری در سال ۱۸۸۵ میلادی توسط لویی پاستور[۱۸۹] دومین موردی بود که به گواهی تاریخ بر الگوی بیماری انسان تأثیر بسزایی گذاشت.

پیدایش و پیشرفت علوم باکتری شناسی، ویروس شناسی، ایمنی شناسی و همدوش آن ها علوم بالینی موجب شد آنتی توکسینها و واکسنها علیه دیفتری ، کزاز ، سیاه زخم ، وبا ، طاعون ، حصبه ، سل و موارد دیگر تا دهه ۱۹۳۰ توسعه یابند. اواسط قرن بیستم پویاترین برهه برای تحقیق و توسعه واکسن بود. روش های رشد ویروس ها در آزمایشگاه منجر به کشف سریع و نوآوری ها ، از جمله ایجاد واکسن برای فلج اطفال شد. محققانی از جمله موریس هیلمن[۱۹۰]، سایر بیماریهای رایج دوران کودکی مانند سرخک ، اوریون و سرخجه را هدف قرار دادند و ایمن سازی با واکسن، بار این بیماری ها را به شدت کاهش داد.

سازمان بهداشت جهانی برنامه گسترش ایمن‌سازی در جهان را با هدف ایجاد مصونیت فعال در کودکان گروه سنی زیر یکسال در برابر شش بیماری قابل پیشگیری با واکسن شامل دیفتری، کزاز، سیاه سرفه، سرخک، فلج اطفال و سل از سال ۱۹۷۴ میلادی آغاز کرد. در ایران نیز این برنامه از سال ۱۳۶۳شمسی شروع شد.

برای دسترسی به پوشش کامل کودکان و سایر گروه‌های هدف، ارائه خدمات ایمن‌سازی به وسیله تدوین برنامه عملیاتی ایمن-سازی کشور، برگزاری دوره‌های آموزشی و بازآموزی برای کارکنان سلامت، تأمین واکسن‌های ایمن و توسعه زنجیره سرمای مطمئن به سرعت توسعه یافت.

در سال ۱۳۷۲ نیز برنامه ایمن‌سازی هپاتیت ب در برنامه گسترش ایمن‌سازی ادغام شد. از سال ۱۳۸۳ نیز پس از انجام ایمن-سازی سراسری سرخک و سرخجه، واکسن سرخک- سرخجه- اوریون[۱۹۱] جایگزین واکسن سرخک در ایمن‌سازی جاری شد و واکسن هموفیلوس آنفلوانزا تیپ ب در قالب واکسن پنتاوالان[۱۹۲] از سال ۱۳۹۴ در برنامه ایمن سازی کودکان کشور اضافه شد. واکسن تزریقی فلج اطفال نیز برای تقویت سطح ایمنی کودکان و در راستای مراحل انتهایی ریشه کنی جهانی فلج اطفال، از شهریورسال ۱۳۹۴ به برنامه ایمن‌سازی کودکان اضافه شد.

در سال ۱۹۸۸ میلادی (۱۳۶۷ شمسی)، ۱۰ سال پس از موفقیت در ریشه کنی جهانی بیماری آبله، کشورهای عضو سازمان جهانی بهداشت متعهد شدند که برای ریشه کنی جهانی بیماری فلج اطفال اقدام کنند. تحت پوشش قرار گرفتن همه کودکان و واکسیناسیون کامل به همراه انجام عملیات ایمن سازی تکمیلی فلج اطفال از استراتژی‌های اصلی دستیابی به این هدف بودند. اقدامات واکسیناسیون وسیع انجام شده در طی این سال‌ها سبب شده تا شیوع این بیماری بیش از ۹۹/۹ درصد در دنیا

[۱۸۸] Edward Jenner
[۱۸۹] louis pasteur
[۱۹۰] Maurice Ralph Hilleman
[۱۹۱] Measles,Mumps,Rubella (MMR)
[۱۹۲] Pentavalent

کاهش یابد و از ۳۵۰ هزار مورد در سال به ۲۲ مورد رسیده است و اکنون این بیماری تنها در کشورهای معدودی از جمله افغانستان و پاکستان وجود دارد.

در حال حاضر، تکنیک های نوآورانه با فناوری DNA نوترکیب[۱۹۳] و روش های جدید دانشمندان را در مسیرهای جدید تولید واکسن ها هدایت می کند. تعداد بیماری های هدف برنامه های واکسیناسیون روز به روز در حال گسترش است و حتی برخی از تحقیقات واکسن در حال تمرکز بر روی شرایط غیر عفونی مانند اعتیاد و آلرژی هستند.

ایمن‌سازی دوران کودکی، سرمایه‌گذاری جهانی برای نجات زندگی سالیانه چند میلیون نفر در دنیا است و با وجود پیشرفت-های بسیار خوب در سطح جهانی، متاسفانه براساس گزارش سازمان جهانی بهداشت در سال ۲۰۱۷ میلادی (۱۳۹۶ شمسی)، همچنان سالیانه ۱۹ میلیون کودک در دنیا از دریافت واکسن محروم هستند که اکثر آنها در کشورهای در حال توسعه زندگی می‌کنند.

لازم به ذکر است که نقاط قوت ذکر شده در زیر، این برنامه را از سایر مداخلات سلامت متمایز می کند و موجب می شود در اولویت بندی برنامه های سلامت، همواره مد نظر قرار گیرد.

- ایمن سازی، ابزار اثبات شده ای برای کنترل، حذف و ریشه کنی بیماری های عفونی تهدید کننده حیات است و از این طریق مرگ و معلولیت را کاهش می دهد و حتی به کاهش نابرابری ها در جوامع کمک می کند.
- یک سرمایه گذاری هزینه اثربخش در حوزه سلامت است چرا که علیرغم تاثیرات زیاد، به آموزش های طولانی و پیچیده برای تربیت نیروی تخصصی نیاز ندارد و از وسایل گران قیمت استفاده نمی کند.
- با راهکارهای ساده و قابل اجرا می تواند برای جمعیت های آسیب پذیر و دور از دسترس، قابل استفاده و دسترسی باشد. با تدابیر ساده می تواند از طریق فعالیت های امدادی[۱۹۴] به افراد عرضه شود.
- گروه هدف بزرگ و تعریف شده ای دارد.
- نیاز به ایجاد تغییرات زیاد در شیوه زندگی افراد ندارد.
- در مقایسه با سایر مداخلات حوزه سلامت، تاثیر آن بر شاخص های ساده و پیچیده مطرح سلامت در عرصه های ملی و بین المللی نظیر میزان های مرگ و میر در گروه های سنی مختلف، بار بیماری ها، امید زندگی و ... چشمگیر و غیر قابل انکار است.
- از طریق ساختار شبکه های بهداشتی- درمانی، ارائه این خدمت تا دورترین نقاط سکونت مردم مقدور شده است، که یکی از مزیت های موجود در نظام سلامت کشور ما است.

**اهداف برنامه گسترش ایمن سازی**

با توجه به اهمیت و کارایی واکسیناسیون، سازمان بهداشت جهانی در سال ۱۹۷۴ میلادی با تصویب برنامه گسترش ایمن سازی در کشورهای عضو، واکسیناسیون کودکان زیر یک سال علیه شش بیماری عفونی را در دستور کار قرار داد که پیش تر هم به آن اشاره شد.

منظور از واژه گسترش[۱۹۵] در این برنامه:

- تعداد بیماری های تحت پوشش برنامه
- تعداد کودکان و اعضای جمعیت هدف تحت پوشش برنامه

[۱۹۳] Recombinant DNA technology
[۱۹۴] outreach
[۱۹۵] Expanded

- پوشش جغرافیایی تمام گوشه و کنار کشورها با تاکید بر دسترسی به گروه هایی که نیازهای سلامت بیشتری دارند و بیشتر در معرض خطر بیماری ها به خصوص عفونت ها هستند.

ا هداف و راهبردهایی این برنامه:

- کاهش میزان های مرگ و میر ناشی از شش بیماری عفونی کودکان
- کاهش هزینه ها و زحمت های درمان
- دستیابی به پوشش صد در صدی
- ادغام برنامه در بسته خدمات مراقبت های اولیه سلامت[۱۹۶] (PHC)
- توسعه نظام مراقبت بیماری ها و خدمات برای رصد شاخص های مرتبط
- پرورش نسل های جدید سالم

بومی سازی این برنامه جهانی برای هر کشور:

با وجود اعلام برنامه های سلامت از طریق سازمان بهداشت جهانی به کشورهای عضو، لازم است علی رغم اصول مشترک، این برنامه ها در هر کشور منحصر به فرد هم باشند. زیرا:

- اپیدمیولوژی بیماری ها، ساختار ژنتیکی افراد و سطح ایمنی عمومی در کشورهای مختلف با یکدیگر متفاوت است.
- سیاستگذاری و تصمیم سازی برای اینکه کدام واکسن ها در برنامه های ملی قرار بگیرند متاثر از تفاوت در اولویت

های سلامت و منابع مالی موجود برای تامین آن ها و همچنین تفاوت های تاریخی، سنتی و فرهنگی کشورها متفاوت عمل می کند.

بنابراین مقایسه برنامه های ایمن سازی متداول با واکسن در کشورهای مختلف در مواردی چون نوع واکسن های مشمول برنامه، سن مناسب تجویز هر واکسن و یادآورهای آن، تعداد نوبت های توصیه شده برای هر واکسن و انواع واکسن های توصیه شده برای جمعیت های خاص تفاوت هایی نشان می دهد که سازمان بهداشت جهانی مجموعه این برنامه ها را گردآوری و قابل مشاهده کرده است.

**برنامه کشوری واکسیناسیون در ایران**

همانطور که برنامه بر حسب مکان های مختلف نیاز به بازبینی دارد، در طول زمان هم بازنگری هایی را بر اساس تغییرات شرایط و متعاقب آن نیازها می طلبد.

به روزترین نسخه این برنامه در ایران در حال حاضر تحت عنوان "برنامه و راهنمای ایمن سازی" توسط کمیته کشوری ایمن سازی در مرکز مدیریت بیماری های واگیر معاونت بهداشت وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی تالیف و به وسیله صندوق کودکان سازمان ملل متحد (یونیسف) در سال ۱۳۹۴ منتشر شده است.این راهنما در هفت فصل شامل اصول کلی واکسیناسیون، فرایند واکسیناسیون ایمن، برنامه ایمن سازی کشوری، واکسیناسیون در شرایط و گروه های خاص، نکات کاربردی در خصوص واکسن ها، واکسیناسیون در سفر و ایمن سازی غیرفعال تهیه شده است، که در اینجا به ارائه خلاصه ای از فصول یک تا سه می پردازیم.

در جدول زیر نام فارسی و انگلیسی واکسن های مصوب برنامه، علامت اختصاری آن ها و نام بیماری های قابل پیشگیری توسط هر واکسن درج شده است.

---

[۱۹۶] Primary Health Care

جدول ۱– واکسن های برنامه گسترش ایمن سازی کشوری

| بیماری | نام واکسن | | نام انگلیسی واکسن | علامت اختصاری |
|---|---|---|---|---|
| سل (توبرکلوزیس) | ب.ث.ژ | | Bacille Calmette- Guerin | BCG |
| دیفتری – کزاز | دوگانه خردسالان | | Diphtheria,Tetanus | DT |
| | دوگانه بزرگسالان | | Tetanus, Reduced diphtheria | Td |
| کزاز | توکسوئیدکزاز | | Tetanus Toxoid | TT |
| فلج اطفال | فلج اطفال خوراکی | سه ظرفیتی | Trivalent Oral Polio Vaccine | tOPV |
| | | دو ظرفیتی | Bivalent Oral Polio Vaccine | bOPV |
| | فلج اطفال تزریقی | | Inactivated Polio Vaccine | IPV |
| سرخک – سرخجه– اوریون | سرخک– سرخجه– اوریون | | Measles, Mumps, Rubella | MMR |
| هپاتیت ب | هپاتیت ب | | Hepatitis B | HepB |
| دیفتری – کزاز– سیاه سرفه | سه گانه (ثلاث) | | Diphtheria, Tetanus, Whole cell Pertussis | DTP |
| دیفتری – کزاز–سیاه سرفه– هپاتیت ب – هموفیلوس آنفلوانزای تیپ ب | پنج گانه | | Diphtheria,Tetanus, Pertussis (DTP)+ Hepatitis B + Haemophilus Influenzae type b | Pentavalent (DTP + Hib+ HepB) |
| هموفیلوس آنفلوانزای تیپ ب | هموفیلوس آنفلوانزای تیپ ب | | Haemophilus Influenzae type b | Hib |

برنامه حاضر، برای تمام نوزادان سالم متولد شده در کشور لازم به اجرا می باشد.

و اما گروه های خاص:

با توجه به اهمیت سیستم ایمنی بدن افراد در پاسخدهی به واکسن ها، گروه هایی که اختلالی در این سیستم بدن داشته باشند جزو گروه های خاص برنامه طبقه بندی می شوند و لازم است در مورد هر یک از شرایط به نکات ویژه مندرج در برنامه رجوع شود و تفاوت های موجود با برنامه متداول مد نظر قرار گیرد. مثال این گروه ها، نوزادان تب دار، مبتلا به زردی، نارس، دارای نقایص ایمنی، دارای ضایعات مغزی و متولد شده از مادران HBsAg مثبت و HIV مثبت و... می باشند.

به علاوه در مواردی واکسن های دیگری هم برای استفاده در برخی از این گروه ها توصیه شده که در جدول زیر خلاصه شده است.

جدول ۲ – واکسن های گروه های خاص

| بیماری | نام واکسن | نام انگلیسی واکسن | علامت اختصاری |
|---|---|---|---|
| اسهال روتاویروسی | روتاویروس | Rotavirus Vaccine | RV |
| عفونت های پنوموکوکی | پنوموکوک پلی ساکاریدی ۲۳ ظرفیتی | Pneumococcal Polysaccharide Vaccine 23-Valent | PPSV23 |
| | پنوموکوک کنژوگه ۱۳ظرفیتی | Pneumococcal Conjugate Vaccine 13-Valent | PCV13 |
| آبله مرغان | آبله مرغان | Varicella | VAR |
| آنفلوانزا | آنفلوانزا | Inactivated Influenza Vaccine | IIV |
| منتژیت | منتگوکوک کنژوگه | Meningococcal ACYW-135 Conjugate Vaccine | MCV4 |
| | منتگوکوک پلی ساکاریدی چهار ظرفیتی | Meningococcal ACYW-135 Polysaccharide Vaccine | MPSV4 |
| | منتگوکوک پلی ساکاریدی دو ظرفیتی | Polysaccharide Meningococcal A+C Vaccine | MPSV2 |
| هاری | هاری | Rabies Vaccine | Rabies |
| تب زرد | تب زرد | Yellow fever Vaccine | YF |

*طبقه بندی واکسن ها:*

واکسن ها به دو دسته اصلی "زنده ضعیف شده" و "غیرفعال" تقسیم می شوند.

واکسن های زنده ضعیف شده چه ویژگی هایی دارند؟

۱- این واکسن ها فرم ضعیف شده ای از ویروس یا باکتری وحشی هستند. این تضعیف توسط مواد شیمیایی خاص و فرایندهای مخصوص بیولوژیک صورت گرفته است.

۲- ارگانیسم های موجود در این واکسن ها توانایی رشد، تولید مثل و ایجاد پاسخ ایمنی را دارند که بالقوه مشابه پاسخ به عفونت واقعی ولی با شدت کمتر است.

۳- به جز انواع خوراکی، معمولا ایمنی با یک دوز از این واکسن ها تا حد قابل قبولی ایجاد می شود.

۴- احتمال بروز واکنش های شدید ناخواسته با تزریق آن ها وجود دارد.

۵- در برابر تغییرات محیطی به ویژه گرما و نور حساسند و می بایست به دقت نگهداری شوند.

واکسن های زنده ضعیف شده خودشان به دو دسته تقسیم می شوند:

- ویروسی : سرخک، سرخجه، اوریون، آبله، آبله مرغان و زونا، تب زرد، روتا ویروس، فلج اطفال خوراکی، آنفلوآنزای داخل بینی
- باکتریایی: ب ث ژ، تیفوئید خوراکی

*ویژگی های واکسن های غیرفعال:*

۱- نمی توانند تکثیر شوند.

۲- کمتر از واکسن های زنده ضعیف شده تحت تاثیر و تخریب آنتی بادی های در گردش خون ،منتقل شده از راه جفت یا از طریق تزریق خون، قرار می گیرند.

۳- همیشه به چند دوز از آن ها نیاز است.

۴- در اکثر مواقع، پاسخ ایمنی ایجاد شده توسط آن ها هومورال است.

۵- تیترآنتی بادی تولید شده در نتیجه استفاده از آن ها به مرور زمان کاهش می یابد؛ بنابراین به دوزهای مکمل یادآور نیاز دارند.

*انواع واکسن های غیرفعال:*

- واکسن حاوی سلول کامل: که خود می تواند حاوی ویروس یا باکتری باشد.

  ویروسی: پولیو، هپاتیت A، هاری، آنفلوآنزا

  باکتریایی: سیاه سرفه، حصبه، وبا و طاعون

- واکسن حاوی اجزاء ارگانیسم:

  بر پایه پروتئین:

  زیرواحدی از ساختمان ارگانیسم: هپاتیتB، آنفلوآنزا، سیاه سرفه فاقد سلول، ویروس پاپیلومای انسانی، سیاه زخم

  توکسوئید: دیفتری، کزاز

  بر پایه پلی ساکارید:

  پلی ساکارید خالص: پنوموکک، منینگوکک و سالمونلا تیفی

  این واکسن ها در کودکان با سن کمتر از۲ سال ایمنی دائم ایجاد نمی کنند، به یادآور پاسخ نمی دهند و آنتی بادی کارایی تولید نمی کنند؛ در نتیجه ایمنی زایی آن ها با کنژوگاسیون بهبود می یابد.

  پلی ساکارید کنژوگه: هموفیلوس آنفلوآنزای نوع b ، پنوموکک و منینگوکک

- واکسن های نوترکیب[۱۹۷]: از طریق فناوری مهندسی ژنتیک تولید می شوند. مثل واکسن های ویروسی هپاتیت B، پاپیلوما ویروس انسانی و آنفلوآنزا و واکسن باکتریایی سالمونلا تیفی

در راهنمای ایمن سازی کشوری، موارد فوق در قالب دو جدول زیر خلاصه شده اند.

[۱۹۷] Recombinant vaccines

جدول ۳- انواع واکسن های زنده و راه تجویز و مقدار تجویز آن‌ها

| نام واکسن | ماهیت واکسن | راه تجویز | مقدار تجویز |
|---|---|---|---|
| ب.ث.ژ | باسیل زنده ضعیف شده کالمت گرن | داخل جلدی | ۰/۰۵ میلی لیتر |
| فلج اطفال خوراکی | ویروس زنده ضعیف شده | خوراکی | ۲ قطره |
| تب زرد | ویروس زنده ضعیف شده | زیر جلدی | ۰/۵ میلی لیتر |
| MMR | ویروس زنده ضعیف شده سرخک، اوریون و سرخجه | زیر جلدی | ۰/۵ میلی لیتر |
| آبله مرغان | ویروس زنده ضعیف شده | زیرجلدی یا عضلانی | ۰/۵ میلی لیتر |

*واکسن های زنده باکتریایی و ویروسی در طبقه فوقانی یخچال و دمای ۸-۲ درجه سانتیگراد نگهداری می شوند.

جدول ۴- انواع واکسن های غیر فعال و راه تجویز و مقدار تجویز آن ها

| نام واکسن | ماهیت واکسن | راه تجویز | مقدار تجویز |
|---|---|---|---|
| پنج گانه (پنتاوالان) | توکسوئیدکزاز، توکسوئید دیفتری، باکتری کشته شده سیاه سرفه، آنتی ژن سطحی ویروس هپاتیت ب، پروتئین کنژوگه با پلی ساکارید کپسول هموفیلوس آنفلوانزای تیپ ب | عضلانی | ۰/۵ میلی لیتر |
| سه گانه | توکسوئیدکزاز، توکسوئید دیفتری، باکتری کشته شده سیاه سرفه | عضلانی | ۰/۵ میلی لیتر |
| دوگانه | توکسوئیدکزاز، توکسوئید دیفتری | عضلانی | ۰/۵ میلی لیتر |
| هموفیلوس آنفلوانزای تیپ ب | پروتئین کنژوگه با پلی ساکارید کپسول باکتری | عضلانی | ۰/۵ میلی لیتر |
| توکسوئیدکزاز | توکسوئیدکزاز | عضلانی | ۰/۵ میلی لیتر |
| فلج اطفال تزریقی | ویروس غیرفعال | زیرجلدی یا عضلانی (ترجیحا عضلانی) | ۰/۵ میلی لیتر |
| هپاتیت ب | آنتی ژن سطحی ویروس | عضلانی | ۱۰ سال و کمتر، ۰/۵ میلی لیتر بالای ۱۰ سال، ۱ میلی لیتر (در بزرگسالان دیالیزی و بزرگسالان مبتلا به نقایص سیستم ایمنی با دز ۲ برابر تزریق شود) |

ادامه جدول ۴- انواع واکسن های غیر فعال و راه تجویز و مقدار تجویز آن ها

| نام واکسن | | ماهیت واکسن | راه تجویز | مقدار تجویز |
|---|---|---|---|---|
| آنفلوانزا | | پروتئین‌های سطحی ویروس | عضلانی | ۶ تا ۳۵ ماه، ۰/۲۵ میلی لیتر<br>۳۶ ماه و بالاتر، ۰/۵ میلی لیتر |
| پنوموکوک | کنژوگه | پروتئین کنژوگه با پلی ساکارید کپسول باکتری | عضلانی | ۰/۵ میلی لیتر |
| | پلی ساکاریدی | پلی ساکارید کپسول باکتری | زیرجلدی یا عضلانی | ۰/۵ میلی لیتر |
| مننگوکوک | کنژوگه | پروتئین کنژوگه با پلی ساکارید کپسول باکتری | عضلانی | ۰/۵ میلی لیتر |
| | پلی ساکاریدی | پلی ساکارید کپسول باکتری | زیرجلدی | |
| هاری | | ویروس غیرفعال | عضلانی | ۰/۵ میلی لیتر |

*واکسن های غیرزنده (غیر فعال) باکتریایی و ویروسی در طبقه میانی یا پایینی یخچال و در دمای ۸-۲ درجه سانتیگراد نگهداری می شوند.

**برنامه واکسیناسیون کودکان از سال ۱۳۹۴**

| سن | نام واکسن‌ها |
|---|---|
| بدو تولد | **سل (ب ث ژ)، قطره خوراکی فلج اطفال، هپاتیت ب** |
| ۲ ماهگی | **قطره خوراکی فلج اطفال، پنج گانه** |
| ۴ ماهگی | **قطره خوراکی فلج اطفال، فلج اطفال تزریقی، پنج گانه** |
| ۶ ماهگی | **قطره خوراکی فلج اطفال، پنج گانه** |
| ۱۲ ماهگی | **MMR** |
| ۱۸ ماهگی | **MMR ، قطره خوراکی فلج اطفال، سه گانه** |
| ۶ سالگی | **قطره خوراکی فلج اطفال، سه گانه** |
| هر ۱۰ سال | **دو گانه بزرگسالان** |

اگر کسی یادش رفت، واکسن نبود یا هر شرایطی که نشد واکسن در موعد مقرر به کودک عرضه شود:

خوشبختانه در تدوین برنامه، احتمال وقوع این موارد که با وجود جمعیت بزرگ هدف بعید هم به نظر نمی رسد، دیده شده است. بسته به سن کودک در هنگام مراجعه، حداقل فاصله مجاز بین نوبت های یک واکسن و امکان تجویز همزمان واکسن ها برنامه های جایگزینی در اختیار مراجعه کننده قرار می گیرد تا کودک هر چه سریع تر به زمان معمول واکسیناسیون یا سطح مطلوب ایمنی برسد. این برنامه ها در قالب جداول زمان بندی در کتاب راهنما قابل مطالعه هستند.

### پایش[۱۹۸] برنامه واکسیناسیون

برای پایش هر برنامه، شاخص های کمی و کیفی متعددی تعریف می شود. برای مقایسه شرایط در طول زمان و یا در مناطق مختلف معمولا یک یا چندتا از این شاخص ها که ساده تر، گویاتر و فراگیر تر هستند انتخاب می شوند.

در مورد برنامه ایمن سازی در سطح ملی، با توجه به اینکه ارائه هر خدمتی از بسته مراقبت های اولیه سلامت در دفاتر مراکز ارائه خدمت (و در حال حاضر در سامانه های الکترونیک مستقر در مراکز) ثبت می شود، تهیه گزارش های لازم مقدور می باشد. در سطح بین المللی نیز از سال ۲۰۰۰ میلادی، سازمان بهداشت جهانی و صندوق کودکان سازمان ملل متحد شاخص پوشش واکسیناسیون[۱۹۹] را سالانه برای کشورهای عضو برآورد و اعلام می نمایند.

برای محاسبه این شاخص در یک سال، تعداد کودکان زیر یک سال که تحت سه نوبت واکسیناسیون با واکسن سه گانه، یک نوبت واکسن ب.ث.ژ، یک نوبت واکسن سرخک و سه نوبت قطره فلج اطفال خوراکی قرار گرفته اند به کل جمعیت کودکان یک ساله هر کشور تقسیم می شود و برحسب درصد بیان می گردد. در سال ۲۰۱۸ میلادی، این شاخص ۸۶ درصد در کل دنیا و ۹۹ درصد در ایران برآورد شده است.

البته محاسبه شاخص پوشش برنامه در سال اول زندگی برای یک نوبت ب.ث.ژ و یک نوبت سرخک هم محاسبه می شود؛ ولی از آن جا که هر چه تعداد دفعات یک مداخله در طول زمان بیشتر شود، احتمال ریزش جمعیت هدف و عدم تداوم برنامه هم بیشتر خواهد شد، شاخص سه نوبتی گویای وضعیت واقعی تری از اجرای برنامه می باشد.

### عوارض جانبی[۲۰۰] واکسن ها

هر چند واکسن ها جزو ایمن ترین فرآورده های پزشکی هستند، ولی باید به خاطر داشت که هیچ فرآورده ای نیست که کاملا بدون عارضه باشد. طیف عوارض واکسیناسیون از یک واکنش موضعی به صورت التهاب و قرمزی محل تزریق، بروز تب خفیف و بی قراری تا بروز شوک آنافیلاکسی (واکنش حساسیتی شدید) و مرگ، گسترده است. هر چند عوارض وخیم بسیار نادر هستند، می بایست امکانات اولیه مقابله با آن ها در محل عرضه خدمات واکسیناسیون مهیا باشد.

### نکات مورد تاکید در اجرای برنامه واکسیناسیون

پیشرفت دانش و تکنولوژی در طول زمان منجر به طراحی و اجرای مداخلات حفظ و ارتقاء سلامت جوامع شده است. یکی از انواع این مداخلات که کم هزینه، ایمن و موثر می باشد، واکسیناسیون است. برای حفظ و تداوم موفقیت هایی که واکسن ها در جوامع موجب شده اند توجه به چند نکته ضروری است:

- در برنامه های مبتنی بر جمعیت همواره می بایست "آموزش " و "جلب مشارکت" ارائه دهندگان و گیرندگان خدمت مد نظر قرار گیرد. با وجود اینکه گسترش حوزه ارتباطات به خصوص در قالب مجازی، دسترسی به اطلاعات را برای مردم تسهیل کرده است و سطح کلی سواد و سواد سلامت نیز رو به افزایش است، ارائه اطلاعات ناقص و نامعتبر با سرعت انتشار بالا هم از تهدیدهای گریبان گیر این حوزه است که می تواند روند پیشرفت موفق یک برنامه را معکوس کند.

---

[۱۹۸] Monitoring
[۱۹۹] Vaccination coverage index
[۲۰۰] Side effects

- برای برنامه ریزی و سیاست گذاری مبتنی بر شواهد علمی، نیاز است نظام جمع آوری داده های سلامت از جمله واکسیناسیون، دقیق، سازماندهی شده و کم نقص عمل کند تا ارائه اطلاعات معتبر و به روز به متولیان و صاحب نظران حوزه سلامت به درستی صورت گیرد.
- با توجه به موقعیت جغرافیایی ایران از نظر قرار گرفتن در بین کشورهایی که به دلایلی مثل جنگ، شاخص های سلامت مطلوبی از نظر بیماری های عفونی و اجرای برنامه واکسیناسیون ندارند و همچنین وجود پدیده مهاجرت از این کشورهای همسایه به کشور ما، استقرار و تقویت نظام های پایش بیماری ها و برنامه های مرتبط با کنترل آن ها اجتناب ناپذیر می نماید.

**نتیجه گیری**

ایمن سازی، فرآیند ایمن یا مقاوم شدن یک شخص در برابر یک عامل بیماریزای عفونی است، و واکسن ها فرآورده های بیولوژیک تحریک کننده سیستم ایمنی بدن هستند که برای ایمن سازی در برابر یک بیماری خاص استفاده می شوند. هر چند که براساس شواهد موجود واکسیناسیون قدمتی از سالهای ۱۰۰۰ میلادی دارد، ولی سازمان بهداشت جهانی برنامه گسترش ایمن‌سازی در جهان را با هدف ایجاد مصونیت فعال در کودکان گروه سنی زیر یکسال در برابر شش بیماری قابل پیشگیری با واکسن شامل دیفتری، کزاز، سیاه سرفه، سرخک، فلج اطفال و سل از سال ۱۹۷۴ میلادی آغاز کرده است و در ایران نیز این برنامه از سال ۱۳۶۳شمسی شروع شده است.

تعداد بیماری های هدف برنامه های واکسیناسیون روز به روز در حال گسترش است، ولی سیاست گذاری و تصمیم سازی برای اینکه کدام واکسن ها در برنامه های ملی هر کشور قرار بگیرند متاثر از تفاوت در اولویت های سلامت و منابع مالی موجود برای تامین آن ها و همچنین تفاوت های تاریخی، سنتی و فرهنگی کشورها است.

برنامه واکسیناسیون، مانند هر برنامه دیگری نیازمند پایش و ارزشیابی است. مهمترین شاخص پایش و ارزشیابی برنامه واکسیناسیون، شاخص پوشش واکسیناسیون اسن که در کشور ایران، معادل ۹۹ درصد برآورد شده است.

**منابع**


۱- کتاب برنامه و راهنمای ایمن سازی. مصوب کمیته کشوری ایمن سازی، ویرایش هشتم، ۱۳۹۴

۲- کتاب مبانی سلامت واکسن- درسنامه آموزشی. ترجمه زهرایی، سید محسن و همکاران، وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، مرکز مدیریت بیماری ها، ۱۳۹۴

۳- رضایی پور، افسر؛ گرانمایه، مهرناز و همکاران. ارزیابی برنامه گسترش ایمن سازی مادران وکودکان زیر دو سال شهرستان شهریار، حیات، ۱۳۸۳ ،شماره ۲۰، صفحات ۶۲-۵۲

۴- روزبروزی، زهرا. بیماری‌هایی که از کشور پاک شدند. خبرگزاری دانشجویان ایران (ایسنا). کد خبر97102915745 : انتشار: ۳۰ دی ۱۳۹۷.

https://www.isna.ir/news/97102915745/

5. WHO Library Cataloguing-in-Publication Data. Global manual on surveillance of adverse events following immunization. World Health Organization, 2014, available on the WHO website (www.who.int)

6. Immunization, Vaccines and Biologicals. available at: https://www.who.int/immunization/en

7. Strengthening routine immunization. available at: https://www.who.int/immunization/diseases/poliomyelitis/endgame_objective2/routine_immunization/en

8. Vaccine Ingredients. U.S. Department of Health & Human Services, last reviewed: December2017. available at: https://www.vaccines.gov/basics/vaccine_ingredients

9. Immunology of Vaccine-Preventable Diseases. Epidemiology and Prevention of Vaccine-Preventable Diseases, Principles of Vaccination. National Center for Immunization and Respiratory Diseases, Page last reviewed: April 15, 2019. available at: https://www.cdc.gov/vaccines/pubs/pinkbook/prinvac.html

10. 20 million children miss out on lifesaving measles, diphtheria and tetanus vaccines in 2018. last reviewed: 15 July 2019. available at: https://www.who.int/news-room/detail/15-07-2019-20-million-children-miss-out-on-lifesaving-measles-diphtheria-and-tetanus-vaccines-in-2018

11. Andre FE, Booy R, Bock HL et al. Vaccination greatly reduces disease, disability, death and inequity worldwide. Bulletin of the World Health Organization 2008;86:140–146.

12. The History of Vaccines. The College of Physicians of Philadelphia. available at: https://www.historyofvaccines.org/timeline/all

13. Diphtheria tetanus toxoid and pertussis (DTP3) immunization coverage among 1-year-olds, 1980–2018 (%): 2018. Global Health Observatory (GHO) data, available at: https://www.who.int/gho/immunization/dtp3/en/

14. McIntyre P, Amin J, Gidding H, Hull B, Torvaldsen S, Tucker A, et al. Vaccine preventable diseases and vaccination coverage in Australia, 1993-1998. Communicable diseases intelligence. 2000;Suppl:v-83.

15. Menzies R, Turnour C, Chiu C, McIntyre P. Vaccine preventable diseases and vaccination coverage in Aboriginal and Torres Strait Islander people, Australia 2003 to 2006. Communicable diseases intelligence quarterly report. 2008;32 Suppl:S2-67.

16. Mokhort H, Kovalchuk A, Sokolovska O, Higgs S. Contribution of Vaccination to the Reduction of Infectious Mortality in Ukraine in the Second Half of the 20(th) and Early 21(st) Century: A Comparative Population-Based Study of the Dynamics and Structure of Infectious Mortality and Incidence. Viral immunology. 2018;31(10):695-707.

17. Okwo-Bele JM, Cherian T. The expanded programme on immunization: a lasting legacy of smallpox eradication. Vaccine. 2011;29 Suppl 4:D74-9.

18. Yu W, Lee LA, Liu Y, Scherpbier RW, Wen N, Zhang G, et al. Vaccine-preventable disease control in the People's Republic of China: 1949-2016. Vaccine. 2018;36(52):8131-7.

بسمه تعالی

# سلامت و ایمنی محیط کار

دکتر مژگان کاربخش

دانشیار پزشکی اجتماعی

## اهداف

با مطالعه این فصل انتظار می رود فراگیر بتواند:

- تعریف سلامت شغلی و اهداف آن را بیان نماید.
- مفهوم و تفاوت های دو واژه مخاطره و خطر را توضیح دهد.
- ابعاد مختلف محیط کار و تاثیر آن بر سلامتی نیروی کار را توضیح دهد.
- تقسیم بندی انواع مخاطرات شغلی را بر اساس انواع بیماری های شغلی ذکر نماید.
- مفهوم و تفاوت های دو واژه بیماری های شغلی و بیماری های مرتبط با شغل را بیان نماید.
- اهمیت تشخیص زودرس بیماری های شغلی و پیامدهای تاخیر در آن را توضیح دهد.
- سطوح پیشگیری در بیماری های شغلی را توضیح دهد.

## مقدمه

سلامت و ایمنی، دغدغه حیاتی صدها میلیون انسانی است که در سراسر دنیا کار می کنند ولی اهمیت این موضوع، فراتر از افراد و خانواده ی آنهاست؛ زیرا سلامت افراد، برای تداوم توسعه و مولّد بودن جوامع ضرورت دارد. در واقع، محیط کار سالم و مولّد، یک پشتوانه‌ی کلیدی در توسعه اجتماعی و اقتصادی هر کشور محسوب می شود.

داشتن یک شغل مناسب آرزوی بیشتر انسان هاست و اشتغال افراد اهمیت بسیاری در رشد، پویایی و توسعه هر جامعه دارد. اشتغال، نقش مهمی در کسب هویت و اعتماد به نفس انسان دارد؛ به او حس زنده بودن می‌دهد و نظم چرخش روز، هفته، ماه و سال را قابل لمس می کند. حتی شغلی که درآمدی نداشته باشد مانند کار داوطلبانه، یا نگهداری از سالمند و کودک در خانواده هم می تواند (در مقایسه با بیکاری)، برای روحیه ی انسان مفید باشد.

در عین حال محیط کار ممکن است افراد را با انواع مخاطرات مواجه کند. بنابراین سلامت افراد می تواند تحت تاثیر شغل آن ها به خطر بیافتد و علاوه بر آن، بعضی بیماری ها ممکن است است در شرایط نامطلوب شغلی، تشدید شوند. از سوی دیگر، محیط کار، محلی است که می توان به افراد دسترسی پیدا کرد و رفتارهای سالم را بین آنها شناسایی و تقویت کرد؛ رفتارهایی که می تواند به سبک زندگی سالم تر منجر شود و فقط مرتبط با پیشگیری از آسیب های شغلی نباشد. در سال های اخیر به ویژه در کشورهای توسعه یافته، تاکید فزاینده‌ای بر روی ایجاد محیط های کاری وجود دارد که افراد سالمند و کسانی که بیماری های مزمن و ناتوان کننده دارند را در خود پذیرا باشند و از اشتغال آنها حمایت کنند. هدف این فصل، بیان تعریف، اهمیت و تاریخچه ی سلامت شغلی، تبیین انواع مخاطرات شغلی، پیامدهای آن ها و سطوح پیشگیری مرتبط با آن است.

**سلامت شغلی**[۲۰۱]

*تعریف:* سلامت شغلی، یک دانش چند تخصصی است که اهداف زیر را در بر می گیرد:

۱ ) حفظ و ارتقاء سلامت کارکنان با پیشگیری و کنترل بیماری ها و آسیب‌های شغلی با حذف، کاهش یا کنترل عوامل شغلی که سلامت و ایمنی در محل کار را به مخاطره می‌اندازند؛

۲ ) توسعه و ارتقای محیط کار سالم و ایمن؛

۳ ) تقویت سلامت جسمی، ذهنی، روانی و اجتماعی کارکنان و حمایت از حفظ و بهبود توان کار و نیز توسعه حرفه ای و اجتماعی در محل کار؛

۴ ) توانمند کردن کارکنان برای داشتن یک زندگی مولّد از نظر اجتماعی و اقتصادی و مشارکت مثبت در توسعه ی پایدار.

قبلاً سلامت شغلی بیشتر بر بهبود شرایط محیط فیزیکی کار تمرکز داشت، ولی در حال حاضر رفتارهای سالم و عوامل اجتماعی-روانشناختی هم در این علم مورد توجه قرار می‌گیرد. به عبارت دیگر، در گذشته برنامه های سلامت شغلی عمدتاً به این منظور طراحی می شدند که از ایجاد بیماری‌های حاد و مزمن و آسیب‌های شغلی جلوگیری کنند. کم کم این برنامه‌ها اختصاصی تر شد و کنترل پیامدهای مرتبط با سلامت را در بر گرفت. در حال حاضر هدف این برنامه ها، ارتقاء سلامت افراد با کنترل عوامل آسیب رسان در محیط کار و ارتقای توانایی شغلی و ارتقای سلامت عمومی کارکنان و بهبود سبک زندگی آنهاست.

*اهمیت:* سالانه ۲,۳ میلیون نفر در دنیا جان خود را در اثر آسیب ها و بیماری های شغلی از دست می دهند که از این افراد ۲هزار نفر کودک هستند. این به معنای از بین رفتن روزانه ۶۳۰۰ نفر در اثر بیماری های شغلی می باشد. علاوه بر این، بیش از ۳۰۰ میلیون نفر در دنیا دچار آسیب های شغلی هستند که موجب ناتوانی و از دست رفتن توان کاری و بهره‌وری در آنها و جامعه می‌شود. این در حالی است که بیشتر آسیب های شغلی، قابل پیشگیری هستند. بیماریهای شغلی در جهان با توجه به شیوع، کشندگی، عوارض و از کار افتادگی، باعث هدر رفتن حدود ۴ درصد تولید ناخالص ملی کشورها می‌شود. بار این بیماری ها در کشورهای با درآمد کم و متوسط بیشتر است، زیرا مقررات مربوط به سلامت شغلی به خوبی اجرا و پیگیری نمی شود.

*تاریخچه:* سازمان جهانی بهداشت[۲۰۲] (WHO) و سازمان بین المللی کار[۲۰۳] (ILO) در بیانیه های متعددی به اهمیت سلامت و ایمنی کارکنان پرداخته اند ولی اهمیت دادن به سلامت شغلی موضوع جدیدی نیست.

در کدهای حمورابی که به ۲۵۰۰ سال پیش از میلاد مسیح برمی‌گردد، شواهدی از پرداختن به این موضوع مشاهده شده است. بقراط -پدر علم پزشکی- و سایر پزشکان یونانی و رومی که بین سال‌های ۳۰۰ تا ۴۰۰ میلادی طبابت می کردند، در مورد سلامت افرادی که با فلزات کار می‌کردند دغدغه های خود را مکتوب کرده اند. از جالینوس- پزشکی رومی که در سده ی دوم میلادی زندگی می‌کرد-، در مورد خطرات مواجهه با بخارات اسید در معادن مطالبی به یادگار مانده است. اولین کتاب مربوط به بیماری های شغلی توسط یک پزشک ایتالیایی به نام برناردو رامازینی در حدود سال های ۱۷۰۰ میلادی و با نام "بیماری های کارگران"[۲۰۴] منتشر شده؛ از این رو از وی، به عنوان پدر سلامت شغلی یاد می‌کنند. او در کتاب خود توصیه کرده که هنگام شرح حال گرفتن از بیمار در مورد پیشه و شغلش هم حتما سوال شود. بعد از انقلاب صنعتی، مواجهه با فلزات سمی و خطرناک مثل جیوه و سرب شایع تر شد و به این ترتیب سلامت شغلی وارد مرحله جدیدی از رشد و تکامل خود شد.

---

[۲۰۱] Health Occupation
[۲۰۲] World Health Organization
[۲۰۳] International Labour Organization
[۲۰۴] De morbis artificum diatriba

### مقایسه ی دو اصطلاح مخاطره[۲۰۵] و خطر[۲۰۶]

دو اصطلاح مخاطره و خطر ممکن است در زبان فارسی مفهوم یکنواختی داشته باشند، ولی در علم سلامت شغلی این دو مفهوم از یکدیگر جدا هستند. مخاطرات سلامت عواملی هستند که به صورت فوری یا در طول زمان، اثرات نامطلوبی بر سلامت انسان ها می گذارند ولی خطر، احتمال ایجاد بیماری و اختلال، در اثر مواجهه با مخاطرات سلامت است. سازمان جهانی بهداشت، قدم های اصلی در ارزیابی مخاطرات سلامت را مشخص کرده است که شامل شناسایی خطر[۲۰۷]، تعیین مختصات[۲۰۸] آن، ارزیابی مواجهه[۲۰۹] ، و تخمین خطر[۲۱۰] می باشد. پس از ارزیابی عامل خطر، اقدامات کنترلی با حذف آن عامل یا جایگزینی آن یا اقدامات مهندسی در محیط انجام می پذیرد. در اولویت بندی و برنامه ریزی برای ارتقاء سلامت شغلی باید، احتمال ایجاد پیامد های بالقوه در اثر مواجهه با مخاطرات سلامت و شدت این پیامد ها را با هم در نظر گرفت. به عنوان مثال احتمال ابتلا به اچ آی وی در اثر فرو رفتن سوزن آلوده به دست کم است ولی در صورت ابتلاء، شدت این بیماری بالا است و می تواند کشنده باشد؛ بنابراین پیشگیری از ابتلا به اچ آی وی به عنوان یک بیماری شغلی در پرسنل پزشکی اهمیت قابل توجهی پیدا می کند. شکل ۱ یکی از ماتریس های دو بعدی ارزیابی خطر را نشان می‌دهد. برخی صاحب نظران بر این باورند که یک بُعد سوم یعنی فراوانی مواجهه را هم باید در ارزیابی خطر اضافه کرد:.

### محل کار سالم[۲۱۱]

محل کار سالم، جایی است که کارکنان و مدیران با هم مشارکت می‌کنند تا سلامت، امنیت و رفاه پرسنل حفظ شود و ارتقا یابد و این فرایند رو به بهبود باشد و تداوم داشته باشد. این امر بر اساس توجه به نیازهای ذیل پیگیری می‌شود:

دغدغه های سلامت و ایمنی در محیط فیزیکی کار

دغدغه های های سلامت و ایمنی در محیط روانی اجتماعی

دسترسی به منابع سلامت فردی

مشارکت اجتماعی در سطح سازمان

### محیط فیزیکی کار

منظور از محیط فیزیکی کار، ساختار، هوا، ماشین آلات، تجهیزات، مبلمان، محصولات و فرآیندهای تولیدی در محل کار هستند که می‌توانند بر سلامت جسمی، روانی، اجتماعی و ذهنی کارکنان تاثیرگذار باشند. در شرایطی که فرد، فعالیت های شغلی خود را در یک وسیله نقلیه ارائه می‌دهد (مانند راننده تاکسی یا کارگری که در قطار کار می کند) یا در محیط غیر سربسته (فضای باز) به فعالیت شغلی مشغول است (مانند کشاورز و دامپرور)، این مکان ها هم بخشی از محیط فیزیکی کار محسوب می شوند.

مخاطرات محیط فیزیکی کار، بیشترین قابلیت ایجاد آسیب و مرگ را برای کارکنان در بر دارند؛ از این رو، بیشتر کُدها و قوانین سلامت شغلی در دنیا بر این عوامل تمرکز دارند. این مخاطرات به شکل زیر طبقه بندی می شوند:

---

[۲۰۵] hazard
[۲۰۶] risk
[۲۰۷] hazard identification
[۲۰۸] hazard characterization
[۲۰۹] exposure assessment
[۲۱۰] risk estimation
[۲۱۱] healthy workplace

*فیزیکی:* مانند حرارت زیاد، سر و صدا، ارتعاش، نور، تشعشع یونیزان( با اشعه ی ایکس و گاما)، تشعشع غیر یونیزان( با اشعه ی ماوراء بنفش و مادون قرمز) ، ( افزایش یا کاهش) فشار اتمسفری

*شیمیایی:* مانند حلال ها، حشره کش ها، پنبه نسوز، دود سیگار

*زیستی(بیولوژیک):* مانند هپاتیت، مالاریا، اچ آی وی، سل، قارچ،عدم دسترسی به آب سالم و سرویس بهداشتی مناسب

*ارگونومی:* مانند فعالیت هایی که به نیروی زیاد یا حرکات تکراری نیاز دارد، بلند کردن اجسام سنگین، وضعیت نامناسب موقع کار

*مکانیکی:* مانند کار کردن با لولا ها و اهرم ها

*انرژی:* مانند برق گرفتگی، سقوط از ارتفاع

*حرکت:* مانند رانندگی در شرایط طوفان و و لغزندگی جاده یا شرایط ناآشنا برای راننده، رانندگی با وسیله ی نقلیه ی غیر ایمن

**محیط روانی اجتماعی**

محیط روانی اجتماعی شامل فرهنگ سازمانی، نگرش ها، ارزش ها، باورها و رفتارهایی است که بر سلامت جسمی و روانی کارکنان تاثیرگذارند. مثال هایی از مخاطرات روانی اجتماعی در محیط کار عبارتند از انتظارات زیاد از افراد( نامتناسب با توانمندی ها و/یا شرح وظایف)، تحت فشار بودن از نظر وقت، عدم شفافیت مسئولیت ها، تداخل بین وظایف افراد، عدم حمایت از طرف بالادستی ها، خشونت و تهدید، انگشت‌نما شدن به خاطر بیماری، تبعیض جنسیتی یا قومیتی، عدم حمایت از رفتارهای سالم در محل کار و عدم امنیت شغلی.

**منابع سلامت فردی**

این منابع شامل خدمات سلامت، اطلاعات، منابع، فرصت‌ها و محیط حمایتگری است که انگیزه کارکنان را برای سالم زیستن افزایش می دهد و رفتارهای سالم را تقویت می کند. به عنوان مثال عدم فعالیت بدنی مناسب کارکنان ممکن است به دلیل ساعات طولانی کار، هزینه ی قابل توجه ثبت نام در کلاس های ورزشی، گران بودن تجهیزات ورزشی، عدم انعطاف در زمان استراحت و عدم اختصاص آن به ورزش باشد. به عنوان مثالی دیگر، عدم تغذیه مناسب در محیط کار ممکن است به خاطر نبودن یخچال در محل کار، عدم آگاهی، محدودیت منابع مالی یا کمبود وقت باشد.

**مشارکت اجتماعی در سطح سازمان**

منظور از مشارکت اجتماعی در سطح سازمان، فعالیت های مشوّق سلامت است که سازمان در آن درگیر می شود و منابعی را در اختیار کارکنان می‌گذارد که سلامت جسمی، روانی و اجتماعی آنها را حفظ و ارتقاء دهد. مثلاً، یک سازمان ممکن است برای پرسنل خود و خانواده آنها خدمات رایگان سلامت فراهم کند، درصدی از هزینه های درمانی را به صورت یارانه پوشش دهد یا برای استفاده از وسایل نقلیه ی عمومی، تخفیفاتی را برای کارکنان در نظر بگیرد تا این رفتار را در آنها تقویت کند.

**تقسیم بندی دیگر در مورد خطرات شغلی**

در بالا به تقسیم بندی رایج در مورد انواع مخاطرات شغلی[۲۱۲] اشاره شد. سازمان جهانی بهداشت در رویکرد دیگری، خطرات شغلی[۲۱۳] را بر حسب بیماری‌های شغلی، به شرح ذیل طبقه بندی کرده است:

---

[۲۱۲] occupational hazards
[۲۱۳] occupational risks

۱. *بیماری های واگیر*: که مهم ترین آنها شامل عفونت های تنفسی ( مانند ابتلا به سل در پرسنل بهداشتی درمانی)، عفونت های روده ای (در کشاورزان به دلیل استفاده از فاضلاب های خانگی بجای کود)، ابتلا به مالاریا (در افرادی که به دلیل شغلی خود شغل خود از مناطق با شیوع کم به مناطق با شیوع بالای این بیماری سفر می‌کنند)، HIV/AIDS ( به دلیل آسیب های مرتبط با سر سوزن[۲۱۴] می باشند.

۲. *بیماریهای غیر واگیر*: این بیماری ها ۷۰ درصد بار بیماری‌های شغلی را به خود اختصاص می‌دهند و مهم ترین آن ها عبارتند از:

۲-۱) سرطان ها: به طور متوسط ۲ تا ۸ درصد سرطان ها مرتبط با مواجهات شغلی هستند. از جمله مهمترین سرطان هایی که در ارتباط با مواجهات شغلی ایجاد می شوند می توان به سرطان ریه، نای و برونش ها اشاره کرد که در محیط کار، دراثر مواجهه با پنبه نسوز، گاز رادون و دود دست دوم سیگار ایجاد می‌شوند و ۲۵ درصد بار آن، منتسب به شغل است. ۶۳ درصد بار بیماری مزوتلیوما هم شغلی است که در اثر مواجهه با آزبست ایجاد می شود. از جمله سرطان های دیگر که نقش مواجهات شغلی در آنها تایید شده می توان به سرطان حنجره ( در معدن کاران، آهنگران، کارگران ساختمانی، کارگران لاستیک سازی و ...)، خون( در صنایع لاستیک سازی، کار با بنزن، برخی آفت کش ها و علف کش ها و ...)، نازوفارنکس ( در مواجهه با گرد و غبار چوب بُری)، مثانه ( در نقاشی، صنایع نساجی، خشکشویی، آرایشگری، صنایع پرینت و چاپ، پلاستیک سازی، لاستیک سازی، مواجهه با اگزوز دیزل و ...)، ملانوما ( در مواجهه با اشعه ی فرابنفش هنگام کار در فضای باز زیر نور خورشید، مواجهه با دوده، آرسنیک و ...) و معده( لاستیک سازی)، اشاره کرد.

۲-۲) بیماری های مزمن انسدادی ریه(COPD): ۱۲ درصد بار این بیماری، شغلی است که در کارگران معادن سنگ و ذغال سنگ، کشاورزان، کارگران ساختمانی، جوشکاری، کارگران در صنایع لاستیک و پلاستیک، نساجی، حمل و نقل با ماشین های سنگین بیشتر مشاهده می شود.

۲-۳) آسم: ۹,۷ درصد بار بیماری آسم، شغلی است. در واقع ۱۸ درصد موارد آسم که در بزرگ سالی شروع شود، با شغل افراد ارتباط دارد. مواجهه با دود سیگار دست دوم، مواد شوینده، گندزداها، آنزیم ها، قهوه، آرد، آلرژن های حیوانی و گیاهی، گرد و غبار چوب و فلزات می‌تواند باعث آسم شغلی شود.

۲-۴) پنوموکونیوز: در این بیماری، مواجهه با گرد و غبار، سیلیس، یا آزبست باعث فیبروز بافت ریه می شود. به عنوان مثال پنوموکونیوز معدن کاران در ۱۰۰ درصد موارد شغلی است.

۲-۵) درگیری های عضلانی اسکلتی: ۲۰ درصد بار کمر درد، ۱۶ درصد آرتریت روماتوئید (در اثر مواجهه با گرد و غبار سیلیکا، آزبست و ارتعاش) و ۲۰ درصد استئوآرتریت، شغلی است. گردن درد در مشاغلی که انتظارات بالایی از افراد در ارائه خدمات دقیق و باکیفیت در زمان محدود[۲۱۵] وجود دارد و حمایت اجتماعی و شغلی کم است بیشترمشاهده می‌شود. همچنین عدم امنیت شغلی، طراحی نامناسب محل کامپیوتر و پوزیشن نامناسب موقع کار با آن و ساعت طولانی نشسته از عوامل خطر شغلی درد گردن به شمار می روند.

۲-۶) آسیب ها: در این گروه می‌توان به آسیب های جاده ای (در راننده ها و کسانی که به دلیل شغل خود باید بسیارسفر کنند)، سقوط (در کارگران ساختمانی و صنایع)، سوختگی (در کشاورزان، کارگران صنعتی، کارگران ساختمان و آتش نشانان)، غرق شدگی (در ماهیگیران، کارکنان کشتی و قایق)، مسمومیت ( با آفت کش ها در

---

[۲۱۴] needle-stick injuries
[۲۱۵] high demand

کشاورزان، با مواد شیمیایی درصنعت کاران)، مواجهه با نیروهای مکانیکی (در کار با ماشین آلات، گاز گرفتن یا نیش حیوانات، برق گرفتگی و خفگی) اشاره کرد.

۲-۷) اختلالات روانی عصبی و رفتاری: تخمین زده می شود که ۱۰,۹ درصد بار افسردگی و ۱۵,۸ درصد مصرف مواد و الکل با مواجهات شغلی مرتبط باشد. استرس شغلی، انتظارات بالا از کارکنان، کم بودن کنترل در محل کار، فشارهای شغلی برای انجام کار، محدود بودن اختیارات و قدرت تصمیم گیری، حمایت اجتماعی محدود و عدم تعادل کار با زندگی می‌تواند باعث اضطراب و افسردگی در شاغلین شود.

۲-۸)کاهش شنوایی: ۲۵ در صد بار کاهش شنوایی در دنیا، شغلی است. هر چند که مهمترین مواجهه ی شغلی که باعث کاهش شنوایی می‌شود، سر و صدای زیاد است، مواجهه با برخی مواد سمّی شیمیایی در محیط های صنعتی هم می تواند باعث کاهش شنوایی شود.

**بار بیماری های شغلی بر حسب بیماری و جنسیت**

حداقل ۲,۱ درصد همه مرگ ها و ۲,۷ درصد بار بیماری ها در دنیا منتسب با محیط کار افراد است. بیشترین بار بیماری های شغلی در اثر آسیب ها و حوادث شغلی، کمردرد و درد گردن، سرطان ها، بیماری های انسدادی مزمن ریه، اُفت شنوایی، افسردگی، HIV/AIDS، مصرف الکل و مواد ایجاد می شود.

بار بیماری های شغلی در مردان بیش از زنان است که دلیل اصلی آن حضور بیشتر آنها در عرصه های شغلی است. در مقابل، زنان بیشتر احتمال دارد در شرایط نامطلوب شغلی قرار بگیرند و دسترسی کمتری به اشتغال باکیفیت دارند. زنان، کمتر حمایت اجتماعی در محیط کار دریافت می کنند و در شرایط توانمندی های مساوی، درآمد کمتری نسبت به مردان دارند.

**مقایسه ی دو اصطلاح بیماریهای شغلی[۲۱۶] و بیماریهای مرتبط با شغل[۲۱۷]**

بعضی بیماری ها مثل آزبستوزیس یا مزوتلیوما در اکثریت قریب به اتفاق، ناشی از شغل هستند. این در حالی است که برخی بیماری‌های دیگر مثل کمردرد تنها به دلیل شرایط نامساعد شغلی ایجاد نمی شوند؛ بلکه عوامل دیگر مانند سبک زندگی ناسالم و تحرک ناکافی هم می‌توانند در ایجاد و تشدید آن نقش داشته باشند.

**علل اصلی غیبت از کار به دلیل بیماری[۲۱۸]**

سرماخوردگی، آنفلوآنزا و سردرد شایع‌ترین علل غیبت از کار هستند. بین کارگران در مشاغل وابسته به دست[۲۱۹] (یَدی)، درگیری های عضلانی- اسکلتی، کمر درد و سپس استرس (بعد از بیماریهای فوق الذکر)، شایع ترین علل غیبت از کار می باشند. بین کارکنان مشاغل غیر یَدی، استرس دومین علت مهم غیبت کوتاه مدت از محل کار است و بعد از آن درگیری های عضلانی- اسکلتی و کمردرد قرار دارند. شایعترین علت غیبت طولانی مدت از کار، بیماری‌هایی مثل سرطان وسکته ی قلبی و مغزی، درگیری های عضلانی- اسکلتی، اختلالات سلامت روان و کمردرد می باشند. بین کسانی که در بخش عمومی کار می کند ( مثل کارمندان ادارات و سازمان های دولتی) استرس و اختلالات عضلانی- اسکلتی علل اصلی غیبت طولانی_مدت از کارمی باشد.

---

[۲۱۶] Occupational
[۲۱۷] Work-related
[۲۱۸] sickness absenteeism
[۲۱۹] manual

در حال حاضر، نقش اختلالات سلامت روان در ایجاد و تشدید ناتوانی های شغلی بیشتر شده و این اختلالات می توانند خود، باعث ایجاد انواع بیماریها و آسیب های (حوادث) شغلی شوند.

**اختلالات مرتبط با بیکاری**

بین افراد بیکار، احتمال سیگار کشیدن، مصرف الکل و رفتارهای پرخطر جنسی بیشتراست. آنها بیش از افراد شاغل، از خدمات بهداشتی درمانی استفاده می کنند، دارو مصرف می کنند و در بیمارستان های روانپزشکی بستری می شوند. این افراد (با اینکه ممکن است به نظر برسد وقت آزاد بیشتری دارند،) ولی معمولاً کمتر فعالیت بدنی انجام می دهند، میزان چاقی در آنها بیشتر است و در ترک سیگار کمتر موفق هستند.

**اهمیت تشخیص به موقع بیماری های شغلی**

هر چند تشخیص زودرس بیماری های شغلی، احتمال درمان کامل و بازگشت به کار را بیشتر فراهم می کند ولی به دلایل مختلف، نقش محیط کار در ایجاد بیماریهای شغلی معمولاً در نظر گرفته نمی شوند و فراموش می‌شوند. از جمله این دلایل عبارتند از:

۱. شواهد بالینی و آسیب شناختی برخی بیماری‌های شغلی عیناً شبیه بیماریهای غیر شغلی به نظر می رسند. به عنوان مثال مواجهه با ایزوسیانات در برخی مشاغل مانند نقاشی، تولید صندلی اتومبیل، مبلمان وتشک فومی می تواند علائم آسم ایجاد کند ولی پزشک یا خود بیمار ممکن است تصور کنند که این علائم به خاطر آلودگی هوا یا سایر عوامل غیر شغلی ایجاد شده است.

۲. بیماریهای شغلی ممکن است زمانی ایجاد شوند که مواجهه با مخاطرات شغلی خاتمه پیدا کرده باشد؛ مثلاً فردی ممکن است ۳۰ تا ۴۰ سال بعد از مواجهه با پنبه نسوز، دچار مزوتلیوما شود.

۳. شواهد بالینی بیماری های شغلی مرتبط با دوز و مدت زمان مواجهه با عوامل بیماری زا می باشند؛ مثلاً جیوه در غلظت بالا به شدت برای ریه آسیب رسان است؛ در صورتی که در دوزهای پایین اثر مخرب چندانی بر ریه ندارد. در حالی که مواجهه مزمن با جیوه برسیستم اعصاب مرکزی و محیطی اثرات مخربی دارد.

۴. تاثیر عوامل شغلی می توانند در کنار عوامل غیر شغلی تشدید شوند مثلاً مواجهه با پنبه نسوز در غیر سیگاری ها احتمال مرگ ناشی از سرطان ریه را حدود ۵ برابر می کند ولی اگر این مواجهه همراه با سیگار کشیدن باشد این احتمال ۲۸ برابر می‌شود.

**سطوح پیشگیری از بیماریهای شغلی**

*پیشگیری سطح اول*

استراتژی های پیشگیری اولیه افرادی را هدف می‌گیرد که در حال حاضر دچار بیماری و ناخوشی نیستند تا با ارتقای سطح زندگی سالم از ایجاد بیماری در این افراد جلوگیری کند. این مداخلات می‌تواند شامل برنامه‌های آموزش سلامت، سیاست‌گذاری‌ها، دستورالعمل‌ها و ایمن‌سازی باشد. از مثال های اختصاصی در مورد این سطح از پیشگیری می توان به برنامه‌های ترک سیگار، دستورالعمل های تغذیه ای و دستورالعمل های شغلی مثلا در مورد نحوه صحیح بلند کردن اجسام سنگین اشاره کرد. این برنامه ها معمولاً بسیار کم هزینه هستند و عواقب و عوارضی ندارند.

بنابراین در این سطح پیشگیری، کاهش خطر ابتلاء با کاهش میزان یا شدت مواجهه با مخاطرات شغلی حاصل می شود. حذف یا کاهش مخاطرات یا جایگزینی مواد آسیب‌رسان با مواد بی خطر یا کم خطر، محدود کردن مواجهه با کمک کنترل های مهندسی، استفاده از تجهیزات فردی و برقراری دوره چرخشی کارکنان از اقدامات مربوط به پیشگیری اولیه است.

از جمله اقدامات مهندسی، می توان به تدارک تهویه مناسب برای خارج کردن گاز های سمّی در محیط های صنعتی و استفاده از سیستم بی خطر کردن سوزن در مراکز بهداشتی- درمانی اشاره کرد. منظور از سیستم بی خطر کردن سوزن[۲۲۰] ، استفاده از دستگاهی است که پرسنل بهداشتی درمانی، سر سوزن را بعد از استفاده در آن قرار می دهند و دستگاه، سر تیز سوزن را تبدیل به سر غیر بُرنده می کند. در صورت عدم وجود این دستگاه، ممکن است پرسنل بخواهند سر سوزن را پس از استفاده، مجدداً روی آن جا گذاری کنند (re-cap) که خطر آسیب با سر سوزن را به همراه دارد؛ یا بخواهند سوزن را بدون هیچ اقدامی در سطل زباله بیندازند که کارگران بیمارستان موقع جمع آوری زباله ممکن است دچار آسیب مشابه شوند.

از تجهیزات ایمنی فردی برای کارگرانی که با گرد و غبار مواجهه دارند، می توان به ماسک و رسپیراتور اشاره کرد. تفاوت ماسک با رسپیراتور این است که رسپیراتور معمولاً امکانات بیشتری نسبت به یک ماسک معمولی فراهم می‌کند. رسپیراتور ممکن است یک بار مصرف[۲۲۱] یا چند بار مصرف[۲۲۲] باشد. برخی از آنها، بخشی برای پوشاندن چشم ها دارند؛ برخی در مقابل روغن هم مقاومت دارند ( گروه P) و برخی دارای فیلتر هپا[۲۲۳] هستند. این در حالی است که ماسک معمولی(از جمله ماسک جراحی) فقط جلوی عبور برخی ذرات را می‌گیرد و بسیاری از ذرات به راحتی از آن عبور می کنند و ضمناً از کناره‌های آنها هم ممکن است گرد و غبار وارد شود. از دیگرتجهیزات ایمنی فردی، به چکمه ایمنی[۲۲۴] و کلاه ایمنی[۲۲۵] می توان اشاره کرد. یکی از انواع کلاه ایمنی، کلاه سخت[۲۲۶] است که انواع مختلفی دارد و بر حسب نوع، از آسیب های ناشی از برق گرفتگی، سقوط اجسام سخت یا برنده بر سر و ...جلوگیری می کند.

*پیشگیری سطح دوم*

این سطح از پیشگیری با شناسایی اختلالات سلامتی قبل از اینکه بیماری از نظر بالینی بارز و آشکار شود و فرد احساس ناخوشی کُنَد، همراه است. گروه هدف معمولاً افرادی هستند که یک یا چندین عامل خطر دارند ولی بیمار نیستند. قطعاً پیدا کردن بیماری در مراحل اولیه، شانس درمان پذیر بودن را بسیار افزایش می‌دهد و از عارضه دار یا مزمن شدن آن جلوگیری می کند. این امر با برقراری نظام مراقبت[۲۲۷] بیماریهای شغلی تامین می‌شود؛ به این صورت که یک نظام ثبت و گزارش دهی منظم برای معاینات دوره ای کارکنان و پیگیری و انجام مداخلات لازم فراهم باشد. سنجش سطح سرب خون در کارکنانی که در محیط کار با این ماده سروکار دارند، از مثال های این سطح از پیشگیری است.

*پیشگیری سطح سوم*

این سطح از پیشگیری وقتی به کار گرفته می شود که استراتژی های پیشگیری اولیه و ثانویه موفقیت‌آمیز نبوده اند، یا اصلاً به کار گرفته نشده اند. در این مرحله، علائم بیماری شغلی خود را نشان داده اند و ما با اقدامات و مداخلات سطح سوم قصد

---

[۲۲۰] safe needle
[۲۲۱] disposable
[۲۲۲] reusable
[۲۲۳] High Efficiency Particulate Air filter
[۲۲۴] safety boot
[۲۲۵] helmet
[۲۲۶] hard hat
[۲۲۷] surveillance

داریم از بدتر شدن بیماری جلوگیری کنیم و عملکرد طبیعی بدن را تا حد امکان باز گردانیم و از ایجاد عوارض جلوگیری کنیم. مثلا برای فردی که به دلیل مواجهه با سرب در محیط کار دچار کم خونی، درد مفاصل و استخوان، و سردرد شده، لازم است اقداماتی انجام شود که از آسیب‌های بعدی جلوگیری کند ( مثل جابجا کردن محل کار) و بازتوانی در حد امکان انجام شود.

*پیشگیری سطح چهارم*

این سطح با سایر سطوح اشاره شده در بالا متفاوت است و به پیشگیری از استفاده ی بیش از حد از منابع و مداخلات سلامت اشاره دارد. گروه هدف پیشگیری سطح چهارم، افرادی هستند که احساس ناخوشی می‌کنند و مراجعات مکرر برای دریافت خدمات سلامت دارند و داروهای مختلفی مصرف می کنند ولی بررسی‌های پزشکی بیماری قابل تشخیصی را در آنها نشان نمی دهد. از جمله مثال های پیشگیری سطح چهارم، استفاده از دستورالعمل های درمان طولانی مدت با داروهای مخدر است که طبق آنها اگر به دنبال مصرف مخدر ها، کنترل درد و بهبود عملکرد در بیماری مشاهده نشود لازم است دوز بالای مخدر به تدریج کاهش ( و نه افزایش) یابد.

**نتیجه گیری**

بعد از خانه، "محل کار" جایی است که بالغین بیشترین وقت را در آن می گذرانند. طی این زمان، آنها ممکن است با عوامل متنوع و بالقوه خطرناکی مواجهه داشته باشند که مواجهه با این مخاطرات، پیامدهای بالقوه نامطلوبی در بر دارد. این مخاطرات ممکن است اختصاصی- شغلی و یا غیر اختصاصی باشند. سلامت و ایمنی در محیط کار یک دانش چند تخصصی است که به پزشکی، اقتصاد، علوم اجتماعی، بهداشت عمومی و سیاستگذاری مرتبط است. طبق بیانیه مشترک سازمان جهانی بهداشت و سازمان بین المللی کار، سلامت شغلی باید حفظ و ارتقاء بالاترین سطح سلامت جسمی ذهنی و اجتماعی کارکنان را هدف قرار دهد. همچنین پیشگیری از اختلالاتی که به دلیل شرایط شغلی ممکن است ایجاد شود، حفاظت از خطرات ناشی از عوامل آسیب رسان به سلامت، جایابی و حفظ افراد در محیط های شغلی متناسب با توانمندی های بیولوژیک و روانشناختی آنها و به طور خلاصه تطبیق کار برای انسان و انسان برای کار، از اهداف علم سلامت شغلی به شمار می روند.

تعریف محیط کار ایمن و سالم در دهه‌های گذشته طرح تحول چشمگیری را تجربه کرده است. در گذشته توجه منحصراً بر مدیریت خطرات فیزیکی، شیمیایی، بیولوژیک و ارگونومیک متمرکز بود ولی در حال حاضر، توسعه ی سبک زندگی سالم با توجه به عوامل روانی اجتماعی و ارتباط با جامعه هم در این تعریف می‌گنجد. بنابراین محیط کار سالم عبارت است از جایی که افراد با هم تعامل می‌کنند تا یک بینش مورد توافق در مورد سلامت و رفاه کارکنان و جامعه ای که در آن زندگی می کنند را پیش ببرند. این محیط شرایطی را از نظر جسمی، روانشناختی، اجتماعی و سازمانی فراهم می‌کند که سلامت و ایمنی را مورد حمایت قرار دهد و ارتقاء دهد. این محیط مدیران و کارکنان را توانمند می کند که کنترل بیشتری بر سلامت خود داشته باشند، آن را بهبود دهند و در محیط کار و زندگی پر انرژی تر مثبت تر و راضی تر حاضر شوند.

در برخی مشاغل افراد – بیش از بقیه ی شغل ها- در معرض ابتلا به بیماری ها و آسیب های شغلی قرار می‌گیرند مانند کار در معدن، مشاغل ساختمانی، کشاورزی و تولیدی. از سوی دیگر، برخی گروه‌های شغلی، اختصاصاً در معرض برخی بیماری‌ها قرار دارند؛ مثلاً کارمندان بخش اداری بیش از بقیه دچار استرس و درگیری های عضلانی- اسکلتی می شوند و پرسنل بهداشتی درمانی در معرض ابتلا به عفونت سل، هپاتیت و آنفلوآنزا هستند. بیشترین بار بیماری مرتبط با محیط کار، در اثر بیماری‌های غیر واگیر و آسیب ها (حوادث) می باشند و عمدتاً درکشورهای در حال توسعه رخ می دهند. کاهش مواجهه با مخاطرات سلامت شغلی می تواند بار این بیماری‌ها را به طور چشمگیری کاهش دهد.

چالش های آینده در مورد سلامت شغلی در جهان شامل درصد قابل توجه کارکنان غیر رسمی و افزایش میانگین سنی شاغلین (به دلیل روند سالمندی جمعیت) است.

شکل ۱. ماتریس دو بعدی ارزیابی خطر( برگرفته از منبع ۷)

| احتمال خطر | **شدت پیامد** [در صورت وقوع] | | | |
|---|---|---|---|---|
| | **خانمان برانداز [کشنده ]** (catastrophic) | **شدید** (Serious) | **خفیف** (Slight) | **جزیی** (Minimal) |
| **محتمل** (Probable) | بالا | بالا | متوسط | متوسط |
| **ممکن** (Possible) | بالا | بالا | متوسط | کم |
| **غیرمحتمل** (Unlikely) | متوسط | متوسط | کم | کم |
| **قابل اغماض** (Negligible) | متوسط | کم | کم | کم |

**منابع:**


1. Wolf J, Prüss-Ustün A, Ivanov I, Mudgal S, Corvalán C, Bos R et al. Preventing disease through a healthier and safer workplace. Geneva: World Health Organization; 2018. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.
2. World Health Organization. Occupational health: a manual for primary health care workers. World Health Organization. Regional Office for the Eastern Mediterranean; 2002.
3. Waldron HA, Edling C. Occupational Health Practice. 4th edition. Oxford: Butterworth-Heineman; 1997.
4. Theodore BR. Primary and Secondary Prevention of Illness in the Workplace. In: Gatchel RJ, Schultz IZ, editors. Handbook of occupational health and wellness. New York, NY: Springer; 2013, :405-422
5. Snashall D, Patel D, editors. ABC of occupational and environmental medicine. John Wiley & Sons; 2012.
6. Friend MA, Kohn JP. Fundamentals of occupational safety and health. 4th edition. Lanham, MD: The Scarecrow Press, 2007.
7. Jensen RC. Risk-reduction methods for occupational safety and health. New York: Wiley; 2012.

8. Markowitz SB, Levin SM, Miller A, Morabia A. Asbestos, asbestosis, smoking, and lung cancer. New findings from the North American insulator cohort. American journal of respiratory and critical care medicine. 2013 Jul 1;188(1):90-6.
9. Ponsonby W. Global occupational health. Occupational Medicine. 2017 Jul 1;67(5):331-3.

# اصول مدیریت خدمات سلامت

دکتر مهستی علیزاده

استاد پزشکی اجتماعی

## اهداف

در پایان این فصل انتظار می رود خوانندگان بتوانند:

- مدیریت را تعریف کنند
- رهبری را تعریف کنند
- سبک های رهبری را شرح دهند
- تفاوت های مدیریت و رهبری را برشمارند
- توانمندی های مدیران و رهبران را برشمارند
- مراحل برنامه ریزی را لیست کنند
- مراحل پایش و ارزشیابی را شرح دهند

## مقدمه

مدیریت خدمات سلامت[۲۲۸] ، در برگیرنده اصول و مفاهیم و روش هایی است که به رهبری و هدایت سازمان های ارائه دهنده خدمات سلامت یاری می رساند. سازمان های ارائه دهنده خدمات سلامت از کلینیک ها و مراکز بهداشتی و داروخانه ها گرفته تا بیمارستان ها سازمان هایی پیچیده و پویا هستند و به همین دلیل مدیر و رهبر این سازمان ها باید مهارت ها و توانمندی های لازم در خصوص مدیریت و رهبری این سازمان ها را داشته باشد.

آنچه که در این فصل آمده است ، مرور و خلاصه ای از اهم نکات عملی در مدیریت و رهبری سازمان هاست که پس از تعاریف اولیه به تعیین نیازهای سازمان ، اولویت بندی و مراحل برنامه ریزی پرداخته شده است. به کار گیری اصول و روش های مدیریت و رهبری نیازمند طی دوره ها و توانمندسازی و کسب مهارت هایی است که در این مجال نمی گنجد. بااین وجود اشاره ای به اصول می تواند در این راستا کمک کننده باشد.

## تعاریف:

*مدیریت:* مدیریت برای حمایت و هماهنگی خدمات ارائه شده در سازمان های مراقبت سلامت مورد نیاز است. مدیریت فرآیند و فعالیت هایی است که در سازمان به وقوع می پیوندد و هدف آن نیل به اهداف از پیش تعیین شده از طریق نیروی انسانی و سایر منابع است.

[۲۲۸] Health Services Management

*برنامه ریزی*[۲۲۹]: تنظیم مسیر سازمان و تعیین آنچه که باید برای رسیدن به اهداف انجام شود. شامل اولویت بندی نیازها و تعیین اهداف و خط مشی و برنامه های عملیاتی است.

*سازمان دهی*[۲۳۰]: طراحی یک سازمان و اجزای آن و تعیین نحوه ارتباطات بین اجزا و افراد سازمان را گویند. تعیین پست ها و سمت و جایگاه ها ، کارهای تیمی و تفویض اختیار و مسئولیت در سازمان ها از جمله اجزای سازمان دهی است.

*مدیریت نیروی انسانی*[۲۳۱]: جذب و حفظ نیروی انسانی ، توانمندسازی و توسعه فردی افراد با روش های مختلف را گویند.

*کنترل*: پایش فعالیت ها و عملکرد کارکنان و اقداماتی برای اصلاح فعالیت ها به منظور ارتقای عملکرد آنها تشکیل دهنده اجزای کنترل در سازمان است.

*توانمندی های مورد انتظار مدیران*: مدیرانی که در سازمان بخواهند هریک از اقدامات فوق را انجام دهند باید توانمندی هایی داشته باشند . توانمندی های کلیدی یک مدیر شامل موارد زیر است:

- توانمندی های ذهنی[۲۳۲]

  مهارت هایی مانند تحلیل مشکل ، حل مشکل، تصمیم گیری و تفکر نقادانه
- توانمندی های فنی[۲۳۳]

  قابلیت انجام اموری مانند استفاده از فن آوری اطلاعات
- توانمندی های بین فردی[۲۳۴]

  مهارت هایی برای ارتباط با دیگران از جمله پرسنل و مدیران و سایر بخش ها.

*فرهنگ سازمانی*: هر سازمانی فرهنگ خودش را دارد که شامل باورها و نگرش ها و رفتارهای اعضای آن سازمان است. فرهنگ سازمانی عبارتست از : خصوصیات شخصیت و تجربه ها در سازمان و یا در واقع ماهیت و آنچه سازمان را شکل می دهد. فرهنگ یک سازمان توسط تیم مدیریتی تعریف شده و شکل می گیرد. رهبران یک سازمان در تثبیت فرهنگ سازمان و تغییر یا تداوم آن نقش دارند. فرهنگ سازمان توسط ارزش ها ، رسالت و دورنما نیز تعیین می شود.

**ارزش ها، رسالت و دورنمای سازمان:**

ارزش ها[۲۳۵] اصولی هستند که سازمان به آنها اعتقاد دارد و شکل دهنده اهداف و مقاصد سازمان هستند.

رسالت[۲۳۶] سازمان در حقیقت فلسفه وجودی سازمان است و آن مطلوبی است که سازمان می خواهد به آن برسد.

دورنما یا چشم انداز[۲۳۷] دورنما یا افق دلخواه آتی سازمان است و آن چیزی است که سازمان می خواهد در آینده به آن شناخته شود.

---

[۲۲۹] Planning
[۲۳۰] Organizing
[۲۳۱] Human resource management
[۲۳۲] Conceptual Competencies
[۲۳۳] Technical Competencies
[۲۳٤] Interpersonal Competencies
[۲۳٥] values
[۲۳٦] Mission
[۲۳۷] Vision

بیانیه رسالت و چشم انداز و ارزش های سازمان بخش مهمی از برنامه استراتژیک سازمان ها هستند.

## رهبری[۲۳۸] و مدیریت

در هر سازمانی باید رهبر و مدیر وجود داشته باشند . حال این سوال مطرح است که آیا این دو نقش را باید یک نفر ایفا کند ؟ لزوما نه! رهبرانی هستند که که در عین حال مدیر خوبی هم می توانند باشند و بالعکس مدیرانی که می توانند نقش رهبری را نیز ایفا کنند. در سازمان های ارائه دهنده خدمات سلامت مانند بیمارستان ، مراکز بهداشتی ، بیمه ، داروخانه ها و کلینیک ها، مدیران و رهبران باید سازمان را رو به جلو حرکت دهند در عین حال فعالیت ها و اقدامات جاری را نیز حفظ کنند.

حال ببینیم تفاوت رهبری با مدیریت در چیست؟ رهبران به طور معمول نگاه به خارج سازمان و موقعیت سازمان در محیط دارند و مدیران توجه داخل سازمانی دارند. رهبران بیشتر به مذاکره و هماهنگی های بین بخشی می پردازند و مدیران داخل سازمان را هماهنگ می کنند . انواع رهبر در یک سازمان تعریف شده است:

رهبر استراتژیک[۲۳۹]: که اهداف و دورنمای سازمان را تعریف کند و افراد را در جهت آنها هدایت کند.

رهبر شبکه[۲۴۰]: افراد را از طریق ادارات و بخش های مختلف سازمان به هم مرتبط می کند.

رهبر عملیاتی[۲۴۱]: این رهبران بیشتر به داخل سازمان تمرکز دارند و مانند مدیران به دنبال انجام درست فعالیت های داخل سازمانی هستند.

### توانمندی های مورد نیاز رهبران:

رهبران نیز نیاز به توانمند سازی و کسب مهارت هایی دارند. رهبر باید بتواند دورنمای سازمان را ترسیم کند ، در کارکنان انگیزش ایجاد کند ، با ذینفعان و افراد مرتبط با اهداف سازمان ارتباط برقرار کند . رهبر مانند ناخدایی است که کشتی خود را در دریا هدایت می کند . اما مدیر موظف است از انجام درست کارها توسط کارکنان اطمینان حاصل نماید.

در جدول شماره ۱ مقایسه توانمندی های رهبر و مدیر نشان داده شده است:

جدول ۱ : مقایسه توانمندی های رهبر و مدیر در یک سازمان

| توانمندی های رهبر | توانمندی های مدیر |
|---|---|
| تنظیم رسالت و دورنما و ارزش های سازمان | هدایت و کنترل کارکنان |

[۲۳۸] Leadership
[۲۳۹] Strategic Leader
[۲۴۰] Network leader
[۲۴۱] Operational leader

| | |
|---|---|
| ایجاد انگیزش در کارکنان و سایر ذینفعان | اطمینان از انجام فرآیندها |
| سخنگویی تاثیرگذار | کنترل منابع |
| تعیین استراتژی های آینده سازمان | نظارت بر خدمات |
| شبکه سازی | نظارت بر اجرای مقررات |

**سبک های رهبری**

سبک های رهبری به انواع زیر تقسیم می شود:

- دموکراتیک[۲۴۲]: هریک از اعضای سازمان نقشی در تصمیم گیری دارند و رهر برای اتخاذ تصمیم نهایی نظرات کارکنان و ذینفعان را جویا می شود.
- خودکامه[۲۴۳] : تصمیمات بدون شنیدن نظرات دیگران گرفته می شود . کارکنان نقشی در تصمیم ها ندارند.
- آزادی خواهانه[۲۴۴] این اصطلاح فرانسوی یعنی " اجازه دادن به بقیه" ، رهبران با این سبک ، تمام قدرت خود را بین کارکنان تقسیم می کنند .
- استراتژیک[۲۴۵] : رهبر همواره به دنبال ایجاد شرایط کاری پایدار بر اساس اهداف و استراتژی ها و ارزش های سازمان است .
- تحولی[۲۴۶] : رهبران از طریق مدیران به کارکنانی که وظایف خود را انجام می دهند ، پاداش می دهند. اصطلاح دیگر این سبک مدیریتی ، رهبری معامله ای است. در رهبری عملیاتی ، رهبر نقش و مسئولیت مشخصی برای کارکنان تعریف می کند. کارمندان به نحوی تربیت می شوند که حداقل کار خود را در حیطه توانایی هایشان انجام دهند.
- بوروکراتیک یا اداری[۲۴۷]: این رهبران با روش های مستند و مکتوب از قبل تعیین شده پیش می روند . نحوه رهبری سازمان با شیوه های ابداعی کارکنان سازگاری ندارد، زیرا پای بند روش های قدیمی است.

**برنامه ریزی**

برنامه ریزی روشی نظام مند ( سیستماتیک) برای نیل به اهدافی مشخص برای آینده از طریق استفاده از منابع در دسترس حال و آینده است. برنامه ریزی یکی از اجزای اصلی مدیریت خدمات سلامت است. برنامه ریزی در سازمان های ارائه دهنده خدمات به دلایل زیر انجام می شود:

محدودیت منابع ، تغیرات مداوم در اهداف و رسالت های سازمان ها به دلیل پویایی بخش سلامت و تغییر در نیاز ها، اهمیت پیش بینی آینده و تخصیص منابع در راستای نیازهای حال و آینده. مهم ترین علت برنامه ریزی محدودیت منابع است.

---

[۲۴۲] Democratic
[۲۴۳] Autocratic
[۲۴۴] Laissez-Faire
[۲۴۵] Strategic
[۲۴۶] Transformational
[۲۴۷] Bureaucratic

هر سازمانی باید برنامه خاص خودش را داشته باشد و نمی توان برنامه یک کشور یا منطقه یا سازمانی را برای سازمان یا منطقه یا کشوری دیگر استفاده کرد زیرا تصمیم گیری در مورد اولویت های سلامت در شرایط سیاسی و اجتماعی خاص هر کشور صورت می گیرد.

**اجزای برنامه ریزی:**

برنامه ریزی به سوالات زیر پاسخ می دهد:

- به کجا می رویم؟ ( اهداف)
- با چه چیزی؟( منابع)
- چگونه؟( روشهای مناسب و کارآمد)
- تا چه زمانی؟( آینده)

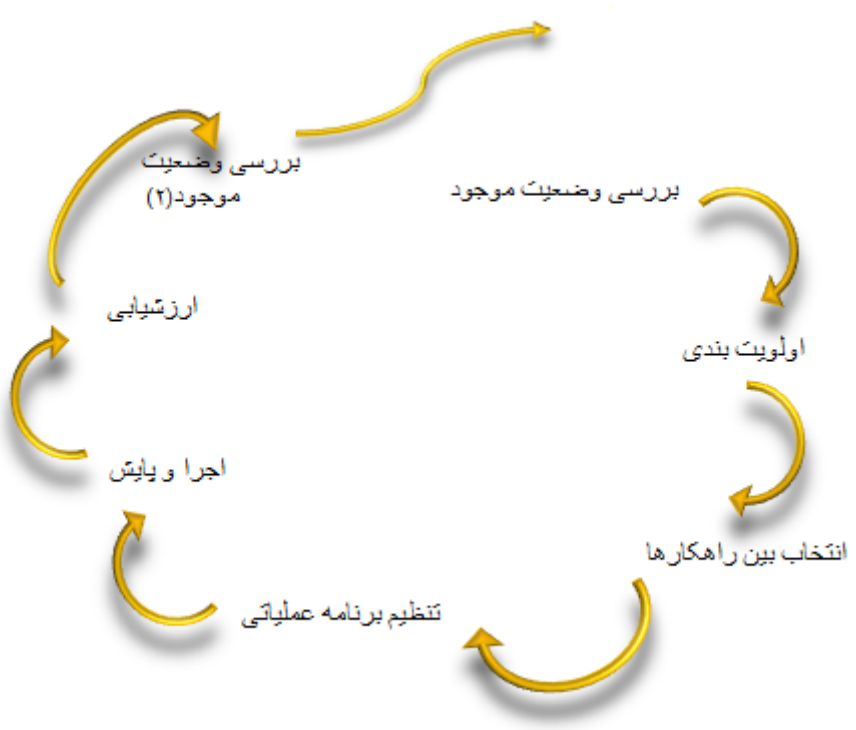
نقدی که بر برنامه ریزی وارد می کنند این است که در دوره هایی از عدم قطعیت و عدم ثبات ، برنامه ریزی ممکن نیست . از طرف دیگر عده ای نیز معتقدند که برنامه ریزی ابزاری برای مقابله با عدم قطعیت است. نکته دیگر این است که در بسیار از سازمان ها برنامه ریزی انجام می شود ولی اجرا نمی شود که علل آن عبارتند از : سیستم سخت[۲۴۸] و انعطاف ناپذیر برنامه ریزی، به عنوان مثال وقتی برنامه پنج ساله برای سازمانی تنظیم شود و امکان سنجی انجام آن و آینده نگاری لازم در مورد پیشامدهای احتمالی در نظر گرفته نشود. علت معمول دیگر برای عدم اجرای برنامه ها، تنظیم برنامه هایی متمرکز و از بالا به پایین است. مثلا زمانی که برنامه کشوری کنترل یک بیماری یا آسیب خاصی در وزارت بهداشت تنظیم می شود ولی شرایط اقلیمی ، اقتصادی و اجتماعی شهرها و روستاهای دورافتاده و کوچک در نظر گرفته نمی شود. علت سوم برای عدم اجرای برنامه ها، عدم تطابق فرآیند برنامه ریزی با سایر فرآِندهای تصمیم گیری در یک سازمان مانند فرآیند استخدام و بودجه بندی می باشد. سایر علل عبارتند از : عدم استفاده از نظرات افراد متخصص در فرآِیند برنامه ریزی، در نظر نگرفتن جنبه های سیاسی و زمینه ای در سازمان و نبود مهارت های فنی برنامه ریزی .

**مراحل برنامه ریزی:**

مدل های مختلفی برای نشان دادن مراحل برنامه ریزی پیشنهاد شده اند. برخی از مدل ها مراحل برنامه ریزی را در یک چرخه نشان داده اند . در اینجا مدل مارپیچی[۲۴۹] شرح داده می شود. در مدل مارپیچی ، آخرین مرحله هر چرخه می تواند شروع چرخه دیگر باشد در سطحی بالاتر باشد. یعنی وقتی در مرحله اول ارزشیابی انجام می شود می تواند تعیین کننده نیازسنجی باشد ولی این بار در سطحی بالاتر و با در نظر گرفتن تمام جوانب زمینه ای .

در شکل ۱ مارپیچ برنامه ریزی نشان داده است.

[۲۴۸] Rigid
[۲۴۹] Spiral




شکل ۱: مارپیچ برنامه ریزی

### ۱- بررسی وضعیت موجود[۲۵۰]:

اولین مرحله فرآیند برنامه ریزی است که به بررسی وضعیت حاضر می پردازد. وضعیت موجود شامل موارد زیر است:

- خصوصیات دموگرافیک جمعیت
- خصوصیات فیزیکی و اقتصادی و اجتماعی منطقه و زیرساخت های آن
- محیط سیاسی و خط مشی های نظام سلامت
- نیازهای سلامت جمعیت
- خدمات سلامت که توسط بخش سلامت یا خارج از بخش سلامت ارائه می شوند
- بررسی منابع و کارآیی[۲۵۱]، اثربخشی[۲۵۲]، عدالت[۲۵۳] و کیفیت[۲۵۴] خدمات

### ۲- اولویت بندی و هدف گذاری[۲۵۵]

[۲۵۰] Situational Analysis
[۲۵۱] Efficiency
[۲۵۲] Effectiveness
[۲۵۳] Equity
[۲۵۴] Quality
[۲۵۵] Priority Setting

این مرحله به دنبال بررسی وضعیت موجود می آید زیرا بر اساس نتایج آن باید اولویت ها و سپس اهداف برنامه تعیین شوند . پس از اینکه نیازهای سلامت تعیین شدند، با استفاده از معیارهای اولویت بندی مانند ، بار مشکل یا شیوع و بروز و مرگ و میر ناشی از مشکلات ، هزینه مشکل ، قابلیت حل مشکل و تعدادی دیگر از معیارها ، مشکلات و نیازهای سلامت اولویت بندی می شوند و به دنبال آن در این مرحله سلسله اهداف یا آنچه سازمان می خواهد به آن برسد تعیین می شود:

اهداف و مقاصد سازمان عبارتند از موارد زیر هستند:

مقصد[۲۵۶]، یا اهداف[۲۵۷] یا هدف نهایی[۲۵۸]

*مقصد*: وضعیت هایی هستند که برنامه قصد دارد به آنها برسد و باید برسد، به عنوان مثال در سند ملی پیشگیری و کنترل بیماری های غیر واگیر برخی از مقاصد تا سال ۱۴۰۴ عبارتند از : ۳۰٪ کاهش نسبی در متوسط مصرف نمک،۳۰٪ کاهش نسبی در شیوع استعمال دخانیات در افراد بالاتر از ۱۵ سال، ۲۵٪ کاهش نسبی در شیوع فشارخون بالا، ثابت نگه داشتن میزان بیماری دیابت و چاقی.

*اهداف:* برای هر مقصد ممکن است اهداف متعددی وجود داشته باشد، یعنی برای رسیدن به مقصد به هدف های متعددی باید رسید. اهداف به طور مستقیم با فعالیت ها در ارتباط هستند. نحوه تنظیم اهداف بسیار مهم است چون باید عینی و قابل اندازه گیری باشد. در نوشتن اهداف باید اصل SMART[۲۵۹] رعایت شود.

*اختصاصی و مشخص بودن :* هدف باید واضح و مشخص باشد، در غیر این صورت نمی‌توان تلاش‌ها را متمرکز کرد. موقع هدف گذاری، باید بدانیم که دقیقا به چه چیزی می خواهیم برسیم . هدف نباید کلی باشد.

*قابلیت اندازه‌گیری:* اهداف باید قابلیت سنجش داشته باشند، یعنی مشخص شود دقیقا به چه مقداری یا درصدی می خواهیم برسیم.

*دست‌یافتنی:* هدف باید واقع‌گرایانه و در دسترس هم باشد. به عبارت دیگر، باید توانایی‌های سازمان را بسط دهد ولی همچنان امکان‌پذیر نیز بماند.

*مرتبط بودن:* اطمینان از اینکه این هدف واقعا اهمیت دارد و اینکه با سایر اهداف مرتبط هم در یک راستا است.

*محدود به زمان:* زمان رسیدن به هدف بایستی مشخص باشد تا مهلت مشخصی برای تمرکز روی آن و انگیزه‌ای برای حرکت رو به جلو باشد. یعنی باید مشخص شود میزان مورد انتظار تا چه زمانی باید به دست آید.

در مثال زیر که بخشی از برنامه استراتژیک کشوری ایدز است، سطوح مختلف اهداف آمده است.

*هدف نهایی:*

به صفر رساندن موارد جدیدابتلا به عفونت اچ آی وی و مرگ ناشی از آن

---

[۲۵۶] Target
[۲۵۷] Objectives
[۲۵۸] Goal
[۲۵۹] Specific, Measurable, (Achievable, Attainable), (Relevant, Reasonable, Realistic), Time-bound

*مقاصد:*

تا پایان سال ۱۳۹۸ شیوع ابتلا به عفونت HIV در جمعیت عمومی کشور کمتر از۰,۱۵ ٪باقی بماند.

تا پایان سال ۱۳۹۸ شیوع ابتلا به عفونت HIV در مصرف کنندگان تزریقی کشور به کمتر از ۱۳ ٪کاهش یابد.

تا پایان سال ۱۳۹۸ شیوع ابتلا به عفونت HIV در افراد در معرض خطر انتقال جنسی کمتر از ۵ ٪باقی بماند.

تا پایان سال ۱۳۹۸ میزان بروز عفونت HIV در نوزادان زنده متولد شده از زنان باردارمبتلا به اچ آی وی به میزان ۹۰ ٪کاهش یابد

*اهداف:*

اهداف یکی از مقاصد در زیر آورده شده است:

*مقصد ۱:* تا پایان سال ۱۳۹۸ شیوع ابتال به عفونت HIV در جمعیت عمومی کشور کمتر از ۰,۱۵ ٪باقی بماند.

۱- تا پایان سال ۱۳۹۸ حداقل ۳۰٪افراد۱۵ تا ۴۹ ساله بتوانند هم روش های پیشگیری از انتقال اچ آی وی را به درستی تشخیص دهند و هم باورهای غلط مهم درخصوص انتقال اچ آی وی را رد کنند.
۲- تا پایان سال ۱۳۹۸ حداقل۶۵٪افراد در بالای ۱۵ سال که در ۱۲ ماه گذشته با بیش از یک نفر تماس جنسی داشته اند در آخرین تماس جنسی خود از کاندوم استفاده کنند.
۳- تا پایان سال ۱۳۹۸ حداقل ۸۰ ٪افراد دارای علائم بیماریهای مقاربتی ، به مراکزاستاندارد ارائه دهنده خدمات مراقبتی مراجعه کرده باشند.
۴- تا پایان سال ۱۳۹۸ انتقال اچ آی وی از طریق دریافت خون صفر باقی بماند.

## ۳- انتخاب بین راهکارها[۲۶۰]

در این مرحله بعد از انتخاب یک یا چند مشکل اولویت دار، استراتژی ها و راهکارهای حل مشکل مورد نظر برای رسیدن به هدف مورد نظر تعیین می شود. با توجه به اینکه برای رسیدن به هدف ممکن است راهکارهای متعددی باشد ، باید از بین راهکارها بهترین را انتخاب کرد. یعنی اینجا هم اولویت بندی و انتخاب بهترین راهکار انجام می شود. به عنوان مثال اگر یکی از اهداف کاهش ۲۵ ٪ در شیوع سوء تغذیه تا پاسان سال باشد ، راهکارهای مختلفی مانند توزیع تغذیه تکمیلی، دادن یارانه به خانواده ها، بهبود وضعیت کشاورزی منطقه، نظارت بر اجرای برنامه های توسعه تغذیه می تواند پیشنهاد شود، ولی از بین اینها باید قابل اجراترین، کم هزینه ترین و اثربخش ترین انتخاب گردد. لذا برای اولویت بندی این راهکارها می توان از معیارهای زیر استفاده کرد:

- تاثیر مداخله یا راهکار بر اهداف سلامت، مثلا این راهکار چقدر می تواند شیوع سوء تغذیه را کاهش دهد. پاسخ این پرسش از شواهد و مطالعات قبلی می تواند به دست آید.

[۲۶۰] Option Appraisal

- منابع مورد نیاز یا هزینه ها در قبال نتیجه بدست آمده. به عبارتی هزینه – اثربخشی مداخله ها با هم مقایسه شود. هر مداخله ای که با هزینه کمتر بتواند درصد بیشتری از اهداف را تامین کند در اولویت است. در اینجا نیز با استفاده از مطالعات قبلی یا انجام تحلیل هزینه اثربخشی می توان تصمیم گرفت.
- قابلیت و امکان انجام راهکار: امکان انجام راهکار با توجه به مقبولیت آن در جامعه ، سیاست های نظام سلامت ، جو سیاسی در کشور و سایر شرایط اجتماعی و اقتصادی بررسی می شود.

### ۴- برنامه عملیاتی و بودجه بندی[۲۶۱]

در مرحله قبلی، استراتژی یا راهکار اولویت دار انتخاب شد و در این مرحله بر اساس استراتژی انتخاب شده مراحل عملیاتی و فعالیت ها تعیین می شوند. مراحل زیر در تنظیم برنامه عملیاتی طی می شود

- فهرست کردن مقصدها و اهداف
- رسم جدول فعالیت[۲۶۲] برای هریک از اهداف
- نوشتن فعالیتهایی که باید انجام شود به ترتیب تقدم
- مشخص کردن افراد، زمان، مکان ،منابع لازم، چگونگی اجرا، شیوه های پایش و ارزیابی هریک از فعالیتها

به عبارتی در این مرحله برای هر فعالیت به سوالات زیر پاسخ داده می شود:

- چه کسی(Who)
- چه کاری(What)
- در چه زمانی(When)
- در کجا (Where)
- چگونه (How)
- میزان اعتبار مورد نیاز ؟ و از چه محلی می توان آن را تامین نمود؟

به دنبال تهیه جدول برنامه عملیاتی باید جدول زمان بندی[۲۶۳] نیز تهیه شود که زمان شروع و پایان هر فعالیت را و مدت زمان آن را مشخص می کند. در مرحله بعد بر اساس موارد فوق بودجه مورد نظر تعیین می شود . سه عنصر کلیـدی در بودجه بندی عملیاتی عبارتند از : اهـداف قابـل سـنجش، استراتژی ها و راهکارها و جدول برنامه عملیاتی. در بودجه بندی عملیاتی، بودجه بـر اسـاس وظـایف برنامـه هـا و حجـم عملیات و پروژه هایی که سازمان بر عهده دارد اختصاص می یابد. ارقام پیش بینی شده در بودجه بندی عملیاتی باید مسـتند و بر اساس قیمت تمام شده فعالیت ها باشد.

### ۵- اجرا و پایش[۲۶۴]:

در این مرحله آنچه که بر روی کاغذ آمده ، به اجرا گذاشته می شود و مراحل مختلف اجرا پایش می شود.

---

[۲۶۱] Programming
[۲۶۲] Activity
[۲۶۳] Time table
[۲۶۴] Implementation and Monitoring

## ۶- ارزشیابی[۲۶۵]

بررسی اینکه برنامه تا چه حد به اهدافش رسیده است.

در زیر توضیحات بیشتری در مورد پایش و ارزشیابی ارائه می شود.

### پایش و ارزشیابی

پایش به معنی رصد و پیگیری منظم اجرای یک برنامه می باشد. فعالیتی است که از داخل سازمان به منظور مشخص نمودن منابع در دسترس و استفاده صحیح از آنها و پیشرفت فعالیت ها در راستای اهداف برنامه انجام می گیرد. پایش نوعی ارزیابی منظم ومداوم پیشرفت بخشی از یک کار در طول زمان جهت تشخیص نقاط قوت و ضعف برنامه است. هدف آن کمک به افراد دست اندرکار جهت تصمیم گیری های به موقع و مناسب در راستای ارتقای کیفیت امور می باشد.

پایش شامل جمع آوری ، تجزیه و تحلیل وانتقال اطلاعات به افراد دخیل در یک کار و استفاده از اطلاعات برای تصمیم گیری مناسب است.

پایش به سوالات زیر پاسخ می دهد:

- آیا افراد مناسبی جهت اجرای برنامه انتخاب شده اند؟
- آیا از منابع مورد انتظار در برنامه استفاده شده است؟
- آیا فعالیت های مورد نظر انجام شده اند؟
- آیا فعالیت های برنامه منجر به برون دادهای[۲۶۶] مورد انتظار می شوند؟
- آیا برون دادها منجر به دستاوردهای[۲۶۷] مورد انتظار می شوند؟

سه سوال اول در مورد تطابق نحوه اجرای برنامه با طراحی آن است. دو سوال آخر در مورد نیل به نتایج مورد نظر است. ارزشیابی مستمر یا پایش نیازمند جمع آوری و گزارش مداوم داده ها و اعتماد به نظام اطلاعات سلامت می باشد.

ارزشیابی فرآیندی است جهت تعیین مناسبت[۲۶۸]، اثربخشی و تاثیر نهایی برنامه. ارزشیابی به جمع آوری منظم اطلاعات در مورد طراحی ، اجرا و نتایج یک برنامه اطلاق می شود. ارزشیابی مشخص می کند که میزان تغییرات (خواسته یا ناخواسته)

---

[۲۶۵] Evaluation
[۲۶۶] Output
[۲۶۷] outcome

ایجاد شده چقدر است و آیا تغییرات مشاهده شده بدلیل اجرای برنامه ایجاد شده اند. ارزشیابی ، تاثیر مداخله را با استفاده از جمع آوری و تحلیل داده ها مشخص می نماید.

پایش و ارزشیابی عملکرد مدیران را در موارد زیر یاری می دهند:

- طراحی پروژه ها ( در صورت نیل به اهداف چگونه می توان موفقیت را نشان داد؟)
- کنترل و مدیریت ( آیا به اهدافمان رسیده ایم؟ آیا پاسخگو بوده ایم؟ به چه چیزهایی دست یافته ایم؟)
- یادگیری سازمانی ( چه عواملی در موفقیت یا عدم موفقیت موثر بوده اند و چرا؟)
- مدیریت ذینفعان[۲۶۹] (اثربخشی عملکرد خود را باید به چه کسی نشان دهیم و با چه شواهدی آن را به آنها ثابت کنیم؟)
- تخصیص منابع[۲۷۰] ( براساس دستاوردهای کنونی ، منابعمان را باید در چه راستایی صرف کنیم؟)
- ظرفیت سازی (آیا توانسته ایم توانمندی افرادمان را در یادگیری و مدیریت ارتقا دهیم؟ آیا ظرفیت خودارزیابی و یادگیری در آنها ایجاد شده است؟)
- مدیریت قراردادها ( آیا مفاد قرارداد ها توسط پیمانکار و خودمان رعایت شده است؟)
- ایجاد زبان و درک مشترک از پروژه ( آیا در خصوص چگونگی اجرا و ماهیت پروژه توافق وجود دارد؟ آیا ارتباط موثر بین افراد در برنامه وجود دارد؟)
- بقای سازمانی ( من چگونه می توانم از نظام پایش برای حفظ موقعیت و علائق خود استفاده نمایم؟)

*طرح نظام پایش :*

طرح پایش برای یک پروژه ، برنامه یا سیاستگذاری باید در بر گیرنده موارد زیر باشد:

- اطلاعات مورد نیاز: چه نتایجی با چه نشانگرهایی پایش شوند؟
- استفاده کنندگان از اطلاعات چه کسانی هستند؟
- پایش با چه هدفی انجام می گیرد( چه تصمیم هایی براساس اطلاعات پایش گرفته می شوند؟)
- اطلاعات هر چند وقت یکبار مورد نیاز است؟

---

[۲۶۸] relevancy
[۲۶۹] stakeholders
[۲۷۰] Resource allocation

- آیا نیاز به جمع آوری روتین داده ها از طریق داده های موجود در سیستم است یا روش غیر جاری و روتین نیاز است؟
- چه کسی مسئول جمع آوری و آنالیز و تفسیر داده هاست؟
- چه اقداماتی برای اطلاع رسانی نتایج انجام می گیرد؟
- یافته ها چگونه پیگیری خواهند شد؟

ارزشیابی برنامه یک فرآیند یادگیری سازمانی برای مرور، ارزیابی و سیاستگذاری برنامه ها یا مداخلات است که با هدف برآوردن یک نیاز یا حل یک مشکل انجام می شود. ارزشیابی سیاست ها و برنامه ها را می توان به دو حیطه وسیع تقسیم کرد :

ارزشیابی فرآیند و ارزشیابی تاثیر(دستاورد)




در هرسیستمی ابتدا دروندادهای سیستم طی فرآیندهایی منجر به برونداد یا محصول می شوند که در مراحل بعدی محصول منجر به پیامد ها یا نتایج می شود و این پیامد منجر به یک اثر در سطح جامعه[۲۷۱] می شود.

به عنوان مثال در برنامه ایمن سازی ، دروندادها شامل کارمند بهداشتی، واکسن و تجهیزات آن، یخچال و زنجیره سرد می باشد. فرآیند ایمن سازی شامل مراحل مختلف ساخت و توزیع واکسن و نحوه نگهداری و تجویز و آموزش مراجعین است، و برونداد درصد کودک واکسینه شده می تواند باشد، و پیامد یا نتیجه میزان آنتی بادی ایجاد شده در بدن کودک یا کاهش شیوع سرخک است که منجر به یک اثر یا کاهش مرگ و میر کودکان می شود.

ارزشیابی فرآیند : درون دادها، فعالیت ها و برون دادها رابه منظور تعیین پیشرفت به سمت اهداف و مشکلات موجود در این راستا می سنجد، که بر اساس آن می توان فعالیت های اصلاحی انجام داد. این نوع ارزشیابی بر فعالیت های جاری یک برنامه جهت ارتقای مدیریت برنامه تاکید دارد.

ارزشیابی فرآیند را ارزشیابی تکوینی[۲۷۲] نیز می گویند.

ارزشیابی اثر را ارزشیابی تجمعی[۲۷۳] می گویند.

---

[۲۷۱] impact
[۲۷۲] Formative evaluation

**انتخاب معیارها**

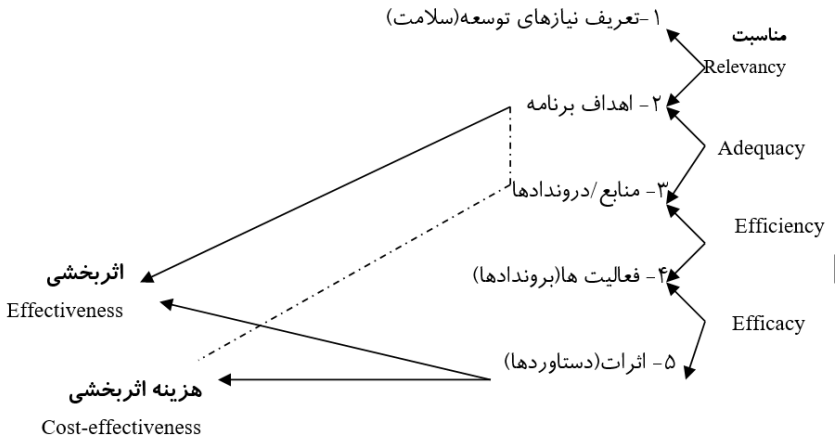
معیار[۲۷۴]: : " استانداردی که توسط آن می توان در مورد چیزی قضاوت یا تصمیم گیری کرد"

راننده تاکسی وسیله نقلیه خود را بر اساس ظرفیت حمل مسافر بیشتر در مقابل هزینه استهلاک کمتر انتخاب می کند. در مقابل مسافران تاکسی را بر اساس راحتی و امنیت بیشتر برمی گزینند. رانندگان تاکسی و مسافران معیارهای متفاوتی برای انتخاب وسیله نقلیه براساس دیدگاه ها و خواسته های خود دارند.

معیارها وسیله ای برای قضاوت و تصمیم گیری هستند. بنابراین هنگام انتخاب معیارها در نظر گرفتن نظرات تمام افرادی که به نحوی تحت تاثیر برنامه هستند مهم است.

پایش و ارزشیابی خوب برنامه معیارهای تمام گروه های درگیر را در نظر می کیرد. در زیر معیارهای مختلف ذینفعان مختلف آورده شده است:

اگر پنج جز اصلی برنامه سلامت را در نظر بگیریم می توانیم معیارهای مربوط به آنها را همانند آنچه در شکل زیر نشان داده شده است تعریف کنیم:




معیارهای ارزشیابی به ارتباط بین زوج ها در ۶ مورد زیر اطلاق می شود:

مناسبت:relevancy: اهداف برنامه باید در برگیرنده نیازهای جمعیت باشد( ارتباط بین ۱و۲)

Adequacy: منابع برنامه ریزی شده و در دسترس باید برای نیل به اهداف کافی باشند ( ارتباط بین ۲ و۳)

---

[۲۷۳] Summative evaluation
[۲۷٤] criteria

Efficiency: فعالیت های انجام شده باید هزینه و تلاش قابل قبول و منابع متناسبی را صرف کنند (ارتباط بین ۳و۴)

Efficacy: تاثیر نهایی برسلامت باید با انجام فعالیت های برنامه ریزی شده حاصل گردد( ارتباط بین ۴و۵)

Effectiveness: اهداف برنامه باتوجه به دستاوردها ی آن باید پوشش داده شوند(ارتباط بین ۲و ۵)

هزینه – اثربخشی: دستاوردهای برنامه باید اهداف را پوشش دهندو در قبال هزینه ها نیز ارزیابی گردند(ارتباط بین ۲و۳و۵)

**انتخاب نشانگرهای[۲۷۵] مناسب**

نشانگر وسیله ای برای سنجش و اندازه گیری است. میزان و چگونگی نیل به آنچه که در پی آن هستیم را نشان می دهد. بعبارت دیگر نشانگر یک سنجش عینی است. از نشانگرها می توان به عنوان ابزاری جهت سنجش غیرمستقیم ، زمانی که اطلاعات کافی در دسترس نباشد استفاده کرد. مثال: نشانگر وضعیت اجتماعی اقتصادی اندازه منزل افراد می باشد.

مثالها:

| اهداف برنامه | معیار | نشانگر فعالیتها | نشانگر بروندادها | نشانگر دستاوردها |
|---|---|---|---|---|
| کاهش مرگ و میر به ۲۵/۱۰۰۰ | اثربخشی | تعداد کلینیک های تنظیم خانواده ساخته شده | درصد زوجین محافظت شده | تغییر در میزان خام تولد |
| کاهش مرگ و میر به ۲۵/۱۰۰۰ | efficiency | هزینه هر کلینیک تنظیم خانواده | هزینه هر فرد پذیرش شده | |
| وجود ماما در هر روستای اصلی | equity | اطلاعات مربوط به فرستادن ماماها به تمام روستاها | نسبت ماما ها در روستاهای محروم به مناطق دیگر | افزایش درصد زنانی که توسط ماما وضع حمل می کنند |
| وجود ماما در هر روستای اصلی | مشارکت | حمایت از ماما ها در هرروستا | رضایت گروههای زنان در روستاها | حمایت مستمر از ماماها |

یک نشانگر مفید برای پایش و ارزشیابی باید شرایط زیر را داشته باشد:

معتبر، صحیح[۲۷۶]: نشانگری صحیح و درست است که آنچه را که بناست بسنجد بدرستی سنجش نماید

[۲۷۵] indicators

قابل اطمینان و تکرار[۲۷۷]: نشانگری قابل اطمینان و تکرار پذیر است که نتایج مشابهی را در هربار سنجش علیرغم اینکه جمع آوری کنندگان داده ها یکسان نباشد بدست آورد.

حساس[۲۷۸]: قادر به نشان دادن تغییرات و تفاوت ها در هر شرایط باشد

اختصاصی[۲۷۹] : فقط تغییراتی را که در ارتباط با معیارهای مورد نظر است بسنجد.

قابلیت اجرا[۲۸۰] **:** جمع آوری و استفاده از داده ها ساده و راحت باشد.

**استانداردگذاری**

استاندارد ارزشی است که بر اساس نشانگرهای منتخب در مورد آن به توافق شده است. نقطه مرجعی است که ما را در قضاوت در مورد یک عمل یاری می دهد. استانداردهای خاص بر اساس توافق های بین المللی تنظیم می شوند. بعنوان مثال:۸۰ درصد میانه وزن برای سن استاندارد، نشانگر سوتغذیه است. سایر استانداردها با درنظر گرفتن شرایط زمینه ای و دسترسی منابع برنامه در نظر گرفته می شوند. بعلاوه شرایط محلی باید در استانداردگذاری در نظر گرفته شوند.

استانداردها باید انعطاف پذیر و منعکس کننده مرحله برنامه باشند . بعنوان مثال: استاندارد بازدید نظارتی از کارکنان عرصه ( زمانی که نشانگر " تعداد بازدیدهای سالانه" است ) باید در روزهای اول برنامه زمانی که کارکنان نیازمند حمایت و پس خوراند بیشتر از مدیران هستند بیشتر باشد. در مراحل بعدی می توان بازدید ها را کمتر در نظر گرفت. استانداردها را باید بر اساس فعالیت تهیه نمود. اگر استانداردها در سطح پایینی انتخاب شوند باعث ایجاد رضایت خواهد شد و فعالیت بیشتری جهت بهبود امور صورت نخواهد گرفت. اگر استانداردها در سطح بالایی انتخاب شوند به معیار قضاوت دست نخواهیم یافت و نا امید کننده خواهد بود.

**طراحی، جمع آوری داده ها و تحلیل داده ها:**

ارزشیابی فرآیند و پایش به وجود داده های جاری بعنوان بخشی از مدیریت برنامه وابسته اند. ارزشیابی دستاورد بیشتر نیازمند بررسی ها و مطالعات و جمع آوری بیشتر داده ها است. روش های مورد استفاده در ارزشیابی ها بطور معمول یکی از انواع زیر هستند:

۱-توصیفی[۲۸۱]: توصیف مداخله یا اجرای یک فرآیند . مثال: مطالعات رضایتمندی مشتریان یا ارزیابی کارآیی بیمارستان در یک منطقه

۲-بازرسی[۲۸۲] : مقایسه آنچه انجام می شود در مقابل استانداردها . مثال: ارزیابی کیفیت خدمات سلامت یا کیفیت آموزش ها

---

[۲۷۶] Valid
[۲۷۷] Replicable, Reliable
[۲۷۸] Sensitive
[۲۷۹] Specific
[۲۸۰] Feasible
[۲۸۱] Descriptive
[۲۸۲] Audit

۳-قبل و بعد[۲۸۳] : مقایسه قبل و بعد یک مداخله. مثال: مطالعات شبه تجربی، مطالعه مقایسه درمان، هزینه تحمیل شده به بیمار

۴-مقایسه ای تجربی[۲۸۴]: مقایسه قبل و بعد در دو گروه از مردم که مداخلات مختلف را دریافت می کنند. مثال: مقایسه هزینه و تاثیر استفاده از پزشک در مقابل کارمند بهداشتی در برخی از خدمات.

۵-مطالعات تجربی تصادفی شاهددار: مقایسه مداخله ای قبل و بعد در افرادی که بطور تصادفی به دو گروه تقسیم شده اند در مقابل یک دارونما RCT داروها

**نتیجه گیری**

در این فصل اصول و برخی روش های مدیریت خدمات سلامت بحث شد. تعاریف خلاصه ای از مدیریت، سازماندهی، برنامه ریزی، کنترل و سازماندهی ارائه شد. سپس به تعریف رهبری و تفاوت آن با مدیریت اشاره ای شد. در ادامه مهارت ها و توانمندی های مورد نیاز یک مدیر و رهبر ارائه شدند. برنامه ریزی و مراحل آن به دلیل اهمیت موضوع و کاربردی بودن مطلب قدری بیشتر توضیح داده شد. تعاریف برنامه ریزی و اجزای آن و مارپیچ برنامه ریزی و توضیح هریک از مراحل ، بخصوص مرحله پایش و ارزشیابی مورد بحث قرار گرفت.

**منابع:**


1. Sharon B. Buchbinder and Nancy H. Shanks. Introduction to Health Care Management. Jones & Bartlett Learning; 2 edition. 2012
2. Ali Algahtani. Are Leadership and Management Different? A Review. Journal of Management Policies and Practices. 2014, 2(3), 71-82
3. Gagan Deep Sharma, Richa Aryan, Sanjeet Singh and Tavleen Kaur, 2019. A Systematic Review of Literature about Leadership and Organization. Research Journal of Business Management, 13: 1-14.
4. Robert Jones.Fiona Jenkins. Key Topics in Healthcare Management,Understanding the big picture. Taylor &Francis Group. 2nd Edition. 2016
5. Andrew Green. An Introduction to Health Planning for Developing Health Systems. Oxrford University Press. 3rd edition. 2007
6. Stephen Bell, Peter Aggleton.Monitoring and Evaluation in Health and Social Development. Routledge.1st edition, 2015


۲۸۳ Before – after
۲۸٤ Experimental

# سازمان های بین المللی، ملی و محلی مرتبط با سلامت

دکتر محمدرضا سهرابی
استاد پزشکی اجتماعی

**اهداف**

با مطالعه این فصل انتظار می رود فراگیر بتواند:

- تعریف و اهمیت اقدامات سلامت بین الملل را بیان نماید.
- مهمترین اقدامات در حوزه سلامت بین الملل را ذکر نماید.
- سازمان های بین المللی مرتبط با سلامت را با رسالت هر کدام بیان نماید.
- فلسفه شکل گیری و رسالت سازمان جهانی سلامت را توضیح دهد.
- ساختار سازمان جهانی سلامت و مناطق شش گانه آن را ذکر نماید.
- وظایف اصلی سازمان جهانی سلامت را توضیح دهد.
- نقش و ویژگی های سازمان های داوطلب و مردم نهاد مرتبط با سلامت را بیان نماید.

**مقدمه**

مرزهای سیاسی حدفاصل بین شهرها، استانها وکشورها را تعیین می کند. افراد برای عبور از مرزهای بین کشورها باید روادید گرفته و مقرراتی را رعایت نمایند. البته در سرحدهای مرزی کشورها رفت و آمد مرزنشینان گاهی آزاد و مطابق این مقررات نیست. عوامل بیماری زا تابع مرزهای سیاسی نیستند و به راحتی از کشوری به کشور دیگر گسترش می یابند. گسترش بیماری ها به ویژه بیماری های واگیر توسط مرزهای جغرافیایی و طبیعی محدود می شود. این سدها می توانند رشته کوه ها، رودها، دریاها، اقیانوس و جنگل ها باشند. سختی عبور از این موانع هرچه بیشتر باشد نقش آنها در کنترل بیماری بیشتر خواهد بود.

عدم تبعیت گسترش بیماری ها از مرزهای قراردادی سیاسی نیاز به سازمان های هماهنگ کننده محلی، ملی و بین المللی برای رصد وضعیت سلامت، فراهم آوری نظام مراقبت و تبادل اطلاعات را در صدر توجه نظام های سلامت قرار داده است. تبادل اطلاعات و برنامه ریزی و هماهنگی توسط سازمان های بیطرف بین الملل می تواند نقش مهمی در کنترل اپیدمی ها و ممانعت از پیشرفت آنها داشته باشد. نمونه های این امر در کنترل موارد اپیدمی آنفلوآنزا در دهه گذشته مشاهده شد. اپیدمی های آنفلوآنزای تیپ آ در گذشته دور همیشه با مرگ و میر چند ده میلیونی همراه بودند، اما همکاری های بین المللی چند مورد اخیر مانند آنفلوآنزای پرندگان و H1N1 را با مرگ و میر کمتر از یک هزار نفر کنترل کرد.

از آنجا که در بعد ملی مهمترین سازمان متولی سلامت، وزارت بهداشت آن کشور است و وظایف و ساختار و عملکرد آن در سایر فصل ها مورد بحث قرار می گیرد. در ادامه سازمان های بین الملل مرتبط با سلامت و همچنین بعضی سازمان های محلی که می توانند در سلامت تاثیرگذار باشند مورد بحث قرار خواهند گرفت. اما قبل از بررسی این سازمان ها، ابتدا باید با اقدامات سلامت بین الملل آشنا شویم.

**اقدامات سلامت بین الملل**[۲۸۵]

سازمان های بین الملل مرتبط با سلامت تنها وظیفه کنترل اپیدمی ها را ندارند و در مواردی مانند پژوهش، تقویت زیرساخت ها و استاندارد سازی محصولات سلامت نیز فعالیت دارند که در ادامه توضیحات بیشتری داده خواهد شد.

**کنترل اپیدمی و بیماریهای مسری شایع:** یکی از مهمترین اقدامات بین المللی مرتبط با سلامت کنترل اپیدمی و ممانعت از گسترش بیماری های واگیر است. یکی از اولین اقدامات در این زمینه در ایران انجام قرنطینه در زمان امیرکبیر است. بیماری هایی که در کشورهای همسایه شیوع می یافت برای قرنطینه پیشنهاد می شد. برای انتخاب بیماری های مورد قرنطینه نیاز به اطلاعات کشورهای دیگر به ویژه کشورهای همسایه بود. با گذشت زمان و استفاده از فنآوری های جدید رفت و آمد بین کشورها بسیار سریع شده و در کمتر از یک روز از جنوب شرق آسیا می توان به آمریکای شمالی رسید. این امر انتقال بیماری ها را نیز تحت تاثیر قرار داده و بیماری در حالیکه هنوز در دوره نهفتگی است و بیمار علامتی ندارد در چندین کشور منتشر شود.

همکاری های بین المللی اگرچه نمی تواند انتقال را به صفر برساند اما می تواند به میزان چشمگیری آن را کاهش دهد. یک مثال ان در مقدمه در خصوص آنفلوآنزا ذکر شد. مثال دیگر در چند سال اخیر حضور زایرین اربعین در جمعیتی جند میلیونی در کشور عراق و بازگشت آن ها بعد از چند روز به کشور است. اطلاعات مربوط به موارد اسهال در عراق به عنوان یک بیماری هشدار دهنده برای پیشگیری از اپیدمی التور در ایران مورد استفاده قرار می گیرد. با استفاده از این آمار در چند سال اخیر هیچ گونه اپیدمی التور در کشور نداشته ایم.

**تبادل اطلاعات و تجربیات سلامتی:** اطلاعات سلامت تنها منحصر به بیماری های واگیر نیست. کلیه اطلاعات سلامت چه در زمینه بیماری های واگیر، غیرواگیر و مزمن، سلامت روان، سلامت اجتماعی و سلامت معنوی می تواند بین کشورها مبادله شود. کشورها می توانند وضعیت موجود و روند عومل موثر بر سلامت و بیماری ها را بررسی و با کشورهای دیگر مقایسه کنند. در مواردی که کشورهای دیگر وضعیت نامطلوبی دارند، از تجربیات کشورهای موفق استفاده و سطح سلامت جامعه خود را ارتقا دهند. در مواردی که سایر کشورها وضعیت بهتری دارند، تجربیات خود را در اختیار آنان قرار دهند و سلامت منطقه ای را ارتقا دهند. باید توجه داشت که ارتقای سلامت اثرات بیرونی[۲۸۶] دارد؛ به این معنی که کمک به بالا بردن سطح سلامت کشورهای دیگر توسط یک کشور، خود آن کشور را نیز مصون از آن بیماری یا عامل خطر می کند و اقدامی برد- برد است.

به منظور انسجام بخشی به تبادل اطلاعات بین کشورها نیاز به سازمان هایی داریم که به صورت بی طرفانه و فارغ از اختلافات و منافع سیاسی با در نظر گرفتن سلامت عمومی اطلاعات را جمع آوری و مبادله نماید.

**استاندارد کردن آمار حیاتی، فراورده های بیولوژیک و داروهای خطرناک:** دارو، واکسن، مواد بیولوژیک متعددی در سراسر جهان تولید می شوند که هرکدام با کیفیت و اثر بخشی متفاوت وارد بازار سلامت می شوند. لازم است بین کشورها و کارخانجات متفاوت تولید کننده آنها هماهنگی باشد و معیارهایی به عنوان حداقل سطح قابل قبول تعیین شود و رقابت بین شرکت ها برای کیفیتی فراتر از حداقل ها باشد و جامعه با اطمینان از داروها، موارد بیولوژیک و واکسن ها استفاده کند.

---

[285] International health

[286] Externality

**پژوهشهای مشترک:** همیشه دغدغه های کشورها در حوزه سلامت همپوشانی زیادی دارد. برای پاسخدهی به این سوالات و دغدغه ها به گونه ای که قابل استفاده برای همه کشورها باشد، نیاز به پژوهش هایی داریم که نمونه از کشورهای ذینفع را در بر داشته باشد و قابلیت تعمیم آن پژوهش را تضمین کند. این اقدام بین الملل نیز به هماهنگ کننده ای قوی از نظر برنامه ریزی، هماهنگی و حمایت مالی دارد. در حال حاضر نیز مطالعات مختلفی در زمینه بیماریهای قلبو عروق و عوامل خطر آنان یا سلامت کودکان در سطح بین الملل در حال انجام است.

**کمک به برنامه ریزی و مدیریت نظام سلامت و آموزش کارکنان:** آموزش کارکنان به عنوان یکی از اقدامات زیربنایی برای توانمندسازی نظام های سلامت مطرح است. با توجه به تغییر نیازهای سلامت در زمان های مختلف دانش کارکنان نظام سلامت باید در بازه های زمانی مشخص یا بر اساس ضرورت به روز شود. تجربیات و قدرت آموزش با همکاری های بین المللی کیفیت آموزش را دوچندان می کند. استفاده از تجربیات دیگران مدیران نظام سلامت را قادر می سازد با حداقل زمان و هزینه بهترین کارایی را برای سازمان خود به ارمغان بیاورند.

- **توصیه به دولت ها و مسئولین در مورد مسایل حایز اهمیت:** برای تامین، حفظ و ارتقای سلامت در سطح بین الملل لازم است برنامه ریزی های هدفمندی صورت گیرد و همه کشورها تعهد کافی برای عمل به توصیه ها را داشته باشند. برنامه های واکسیناسیون که در کشورهای مختلف انجام می شود از جمله این موارد است. در چند دهه گذشته این برنامه ریزی ها منجر به ریشه کنی آبله و حذف عامل بیماریزای آن شد و پس از آن برنامه ریزی برای ریشه کنی فلج اطفال انجام شد که تنها در تعداد معدودی از کشورهای درگیر بحران و جنگ های داخلی موفق نبوده است. ایران از سال ۲۰۰۰ میلادی گزارش فلج اطفال صفر داشته است. لازم به ذکر است که کشورهای افغانستان، پاکستان و عراق از جمله کشورهایی هستند که فلج اطفال در آنها ریشه کن نشده است. همکاری های بین المللی به ایران کمک می کند تا گزارش صفر را حفظ کند.
- **جنبه های بین الملل داروهای مخدر:** تجارت مواد مخدر یکی از سودآورترین تجارت های غیرقانونی دنیاست. چند دهه گذشته این مواد منحصر به تریاک و مشتقات آن می شد اما امروزه مواد مخدر صنعتی با اثرات مخرب چندین برابر در مقایسه با تریاک و غیر بازگشت روی سیستم عصبی و سلامت فرد نیاز به توجه ویژه ای در این حوزه را می طلبد. این تجارت نه تنها سلامت عمومی را به خطر می اندازد بلکه با درگیر نمودن نیروهای جوان و مولد جامعه میزان تولید ناخالص داخلی و به تبع آن رفاه جامعه را کاهش می دهد. از آنجا که کشورهای خاصی تولید کننده این مواد هستند و توزیع آن توسط شبکه های پیچیده مافیایی در کشورهای مختلف انجام می شود، مقابله با آن نیازمند همکاری بین المللی است. اطلاع رسانی در خصوص مواد مخدر به جامعه، توانمندسازی جامعه و به ویژه جوانان و نوجوانان در برخورد با این مواد، تبادل تجربیات برای جامعه عاری از مواد مخدر و مبارزه با توزیع این مواد از موارد همکاری بین المللی است.
- **کمک های بین الملل در بلایا**[۲۸۷]: در مناطق مختلف جهان انواع بلایا در شکل های مختلف به صورت بلایای ساخته دست بشر و بلایای طبیعی رخ می دهد. یکی از خصوصیات مهم بلایا وسعت گرفتاری آنهاست. در مواردی که گرفتاری در حد وسیعی مانند شهر، استان یا کشور رخ می دهد، معمولا امکانات موجود ملی پاسخگوی نیازهای فوری آسیب دیدگان حادثه نمی باشد. در مواردی که پایتخت و مرکز حاکمیت یک کشور دچار بلایا می شود این مشکل دوچندان است و نیاز به همکاری های بین المللی است. در ایران نیز انواع بلایای طبیعی وجود دارد. به عنوان

[287] Disaster

مثال هر ۱۰ سال یک زلزله بزرگ در ایران رخ می دهد. زلزله بم در سال ۱۳۸۳ یکی از مخرب ترین زلزله های چند دهه گذشته بوده و طی آن بیش از چهل هزار نفر از هموطنان جان خود را از دست دادند. با آنکه بم یک شهر کوچک بود اما شدت خرابی و تلفات انسانی به حدی بود که نیاز به کمک های بین الملل را ضروری کرد. این کمک ها در جهت رفع نیازهای روزانه آسیب دیدگان، کمک های پزشکی، توانمندسازی کارکنان نظام سلامت، حمایت های روانی از بازماندگان، اسکان موقت و دایم آنها، بازسازی تاسیسات زیربنایی مثل شبکه آب، برق و گاز و ... بود.

**بیوتروریسم:** در سال های اخیر بحث بیوتروریسم با توجه به رشد چشمگیر فنآوری ها یکی از تهدیدهای مهم سلامت عمومی شده است. همکاری های بین المللی می تواند به کشورهای کمتر توسعه یافته کمک کند تا خود را در مقابل این خطرات مقاوم سازند.

موارد بالا اقدامات سلامت بین الملل است. این اقدامات باید توسط سازمان هایی انجام پذیرد که دارای مقبولیت بین همه کشورها باشند و بهتر است ماهیتی مستقل داشته باشند تا در تضاد منافع کشورها خود ابزاری برای فشار و بهره برداری سیاسی و اقتصادی نباشند.

تا قبل از پایان جنگ جهانی دوم تعداد سازمانهای بین الملل متولی سلامت انگشت شمار بود. سازمان بهسازی تمام آمریکا[۲۸۸] و دفتر بین المللی سلامت عمومی در پاریس، سازمان بهداشت مجمع ملل متحد[۲۸۹] از جمله این سازمان ها بودند.

## سازمان جهانی سلامت*[۲۹۰]

با پایان جنگ جهانی دوم و تشکیل سازمان ملل متحد در ۱۹۴۵، در حین نگارش اساسنامه ملل متحد دو کشور برزیل و چین پیشنهاد تشکیل سازمان سلامت ویژه ای در سازمان ملل را دادند. این پیشنهاد مورد پذیرش قرار گرفت و در سال ۱۹۴۶ کمیته ای ۱۸ نفره به دبیری رنه سند و مخبری بروک چیسهلم پیش نویس اساسنامه سازمان جهانی سلامت را تهیه کردند. این اساسنامه که ۶۱ عضو سازمان آن را امضا نمودند و در هفتم آوریل ۱۹۴۸ اجرایی شد. این اساسنامه بسیار کامل بوده و تا کنون تغییری نیافته است، به جز اینکه اعضای هیات اجرایی به ۲۴ نفر افزایش یافتند.

در این اساسنامه به جنبه های سه گانه سلامت (جسمی، روانی و اجتماعی) اشاره شده و بر توسعه عادلانه در سلامت کشورها، اهمیت رشد سالم کودکان، نیاز به آموزش سلامت، نیاز به پشتیبانی عمومی از سلامت، وتلقی سلامت به عنوان یک حق اساسی و الزام حکومت ها به تامین آن تا حد ممکن تاکید شده است.

هدف سازمان جهانی سلامت نیل به بالاترین سطح سلامت برای همه مردم ذکر شده است. این هدف اگرچه بسیار ایده‌آل است اما قابل دستیابی نیست زیرا با توجه به محدودیت منابع، مدیریت ناکارآمد و ورود روزافزون فن آوری های پرهزینه این هدف قابل حصول نیست. از طرف دیگر بالاترین سطح سلامت قابل تعریف نیست چرا که با وجود

---

* متاسفانه ترجمه فارسی واژه "Health" در نام این سازمان "بهداشت" آورده شده و اشتباه مصطلح شده است. برای فرهنگ سازی در این نوشتار از معادل صحیح فارسی آن یعنی سلامت استفاده شده است.

4 Pan American Sanitary Organization
5 The Health ORG. of the League of nation
6 World Health Organization

جنبه های مختلف سلامت هر سطحی تعریف شود، سطح بالاتری نیز قابل تعریف است. با این توضیحات یک هدف منطقی برای این سازمان نیل به بالاترین سطح سلامت قابل دسترس خواهد بود.

**ساختار سازمان جهانی سلامت:** این سازمان شامل مجمع سلامت جهانی، هیات اجرایی و دبیرخانه است.

مجمع سلامت جهانی[۲۹۱] : هر عضو سازمان جهانی سلامت دارای سه نماینده در این مجمع است. این مجمع به صورت سالانه تشکیل جلسه داده و خط مشی و بودجه سازمان را تعیین می کند. سهم هر کشور در بودجه سازمان بر اساس جمعیت و درآمد سرانه آن تعیین می شود. از ایران نیز وزیر بهداشت به همراه دو تن از معاونین یا مشاورین در این جلسات حضور می یابند. هفتم آوریل روز جهانی سلامت نامگذاری شده است و به منظور تاکید بر موضوعات مرتبط به حوزه سلامت همه ساله سازمان جهانی سلامت شعاری را تعیین و به کشورها ابلاغ می کند. این شعار به نوعی اولویت و خط مشی آن سازمان در آن سال را مشخص می کند. به عنوان مثال در سال ۲۰۱۹ شعار این سازمان "*مراقبت‌های اولیه سلامت برای پوشش همگانی سلامت*" بوده است. پوشش همگانی سلامت متضمن این نکته است که تمامی افراد و جوامع بتوانند در هرزمان و هر مکانی که به خدمات سلامت با کیفیت نیاز داشته باشند، بدون بارمالی به آن دسترسی داشته باشند. این امر شامل طیف وسیعی از خدمات مورد نیاز در سراسر عمر از ترویج و ارتقا سلامت تا پیشگیری، درمان، بازتوانی ومراقبت های تسکینی در کنار بهبود غذا و تغذیه است و به بهترین نحو بر پایه یک سیستم قوی مراقبت های سلامت اولیه، قابل عرضه می باشد.

هیات اجرایی: وظیفه این هیات اجرای سیاستهای مصوب مجمع جهانی سلامت است. همچنین بودجه مصوب سازمان را بین مناطق و اعضا تقسیم می کند. این هیات ۲۴ عضو از ۲۴ کشور دارد که ۱۶ نفر آنها ثابت و ۸ نفر در هر سال تغییر می کنند.

دبیرخانه: دبیرخانه تحت نظر دبیرکل سازمان جهانی سلامت فعالیت می کند.

مرکز این سازمان در ژنو است و دارای شش منطقه[۲۹۲] تحت پوشش است. این مناطق شامل:

- منطقه آسیای جنوب شرقی[۲۹۳] : مرکز آن در دهلی نو است
- منطقه مدیترانه شرقی[۲۹۴] : مرکز آن در قاهره است
- منطقه آمریکا[۲۹۵]: مرکز آن در واشنگتن است
- منطقه پاسیفیک غربی[۲۹۶]: مرکز آن در مانیل است
- منطقه آفریقا[۲۹۷]: مرکز آن در برازاویل است
- منطقه اروپا[۲۹۸]: مرکز آن در کپنهاک است

سازمان جهانی سلامت در هر کشور عضو، یک دفتر دارد که معمولا در وزارت سلامت آن کشور مستقر است. این دفتر دارای یک مسوول و واحدهای مختلفی است که بر اساس نیاز آن کشور تعیین می گردد. در بعضی کشورها ساختار این

[291] World health Assembly
[292] Headquarter
[293] SEARO
[294] EMRO
[295] AMRO
[296] WPRO
[297] AFRO
[298] EURO

سازمان محدود و واحدهای کمی دارد و در بعضی کشورهای محروم و درگیر مشکلات متعدد سلامت ساختاری بزرگ با واحدهای متعدد دارد. این واحدها در زمینه بیماری های واگیر، غیرواگیر، بلایا و فوریت ها و .. فعالیت دارند. ارتباط مستقیم این واحدها با وزارت سلامت است.

کار اصلی اصلی سازمان جهانی سلامت عبارت است از:

- مراقبت مربوط به اپیدمی ها و قرنطینه
- استاندارد کردن مواد بیولوژیک از جمله آنتی بیوتیکها ، آمار و نامگذاری ها

- خدمات مستقیم به کشورها بنا به پیشینهاد و همکاری فعال با آنها
  - تقویت خدمات سلامتی در سطح ملی
  - اقدام بر ضد بیمارهای واگیر به خصوص سل و مالاریا
  - آموزش و تربیت کارکنان
  - پشتیبانی از پژوهش
- آموزش و نشر اطلاعات توسط کمیته و هیات های مشورتی

هر سال دفتر سازمان جهانی سلامت در جلساتی با وزارت بهداشت اولویت های مشترک را تعریف و در این زمینه پروژه هایی را تحت حمایت قرار می دهد. این پروژه ها در زمینه پژوهش، توانمندسازی کارکنان یا تقویت زیرساخت ها است. زبان رسمی سازمان جهانی سلامت در ابتدا انگلیسی و فرانسه بود که به تدریج زبان های چینی، روسی و اسپانیولی و عربی به آن اضافه شدند.

این سازمان گزارش های مرتبط با سلامت و بیماری و بلایا را از کشورهای عضو دریافت نموده و برای هر کشور یک صفحه در وبسایت خود ایجاد نموده و این اطلاعات در آن صفحه قابل دسترسی است. همچنین کتابخانه ای حاوی گزارش ها، کتاب ها و مستندات قابل استفاده برای کارکنان، مدیران، و سیاست گذاران نظام سلامت به صورت برخط دایر نموده است.

همکاری کشورها در قالب تجربه های موفق[۲۹۹] به سایر کشورها معرفی می شود. تجربیات ایران در زمینه سلامت روان، استقرار نظام مراقبت های اولیه و سلامت مادران از تجربه های موفق بوده است.

صندق کودکان ملل متحد[۳۰۰] (UNICEF)

صندوق کودکان ملل متحد همانگونه که از نامش پیداست زیر نظر سازمان ملل و برای گروه هدف کودکان فعالیت می کند. تفاوت آن با سازمان جهانی سلامت این است که یونیسف بیشتر با سازمان های مردم نهاد و غیر دولتی همکاری می کند. این سازمان با بیش از ۱۹۰ کشور همکاری دارد.

فعالیتهای این سازمان شامل موارد زیر است:

[299] Success stories

[300] United Nations International Children's Emergency Fund

- حمایت از کودکان: هر کودکی حق دارد در محیطی رشد کند که از خدمات ایمن و جامع بهره مند گردد. یونیسف در جهت ایجاد سیاست های حمایتی و دسترسی کودکان به خدمات تلاش می کند.
- هر کودکی حق حیات دارد: یونیسف برای دستیابی به کودکان آسیب پذیر و حمایت از آنها در هر کجای دنیا کمک می کند تا مرگ و میر کودکان کاهش یابد.
- هر کودکی حق یادگیری دارد. یونیسف آموزش با کیفیت را برای هر دختر و پسر در هر نقطه از جهان حمایت می کند؛ به ویژه افرادی که بیشتر احتمال دارد نادیده گرفته شوند.
- حمایت از کودکان در فوریت ها: یونیسف قبل، حین و بعد از فوریتها در صحنه است و کمک های نجات بخش و یاری طولانی مدت برای کودکان و خانواده خواهد داشت.
- هر دختری حق دارد به قابلیت هایش برسد. یونیسف برای توانمندسازی دختران و زنان برای مشارکت کامل در عرصه های اقتصادی، سیاسی و اجتماعی در تمام دنیا فعالیت می کند.
- یونیسف از نوآوری ها در پیشرفت برای بهبود وضعیت کودکان حمایت می کند.
- فراهم آوری و پشتیبانی: دسترسی پایدار به ملزومات مورد نیاز برای نجات جان کودکان به ویژه در مناطقی که نادیده گرفته می شوند.
- پژوهش: از پروژه هایی که منجر به بهبود وضعیت کودکان شود حمایت می کند.

پونیسف برای انجام امور مرتبط با سلامت کمیته ای مشترک با سازمان جهانی سلامت دارد.

**صندوق جمعیت ملل متحد[۳۰۱] (UNFPA)**

این سازمان که در سال ۱۹۶۹ تاسیس شد، در خصوص سلامت باروری[۳۰۲] و سلامت جنسی فعالیت دارد. ماموریت آن این است که همه بارداری ها در جهان به صورت خواسته و برنامه ریزی شده، همه زایمان ها ایمن و هر فرد جوان به همه قابلیت هایش برسد.

این سازمان موارد زیر را حمایت می کند.

۱- سلامت باروری برای زنان و دختران در ۱۵۰ کشور که بیش از ۸۰ درصد جمعیت دنیا را شامل می شوند.
۲- سلامت زنان باردار به ویژه یک میلیون زنی که با خطرات تهدید کننده سلامت مواجه هستند.
۳- دسترسی قابل اعتماد به وسایل تنظیم خانواده مدرن در بیست میلیون زن در سال
۴- آموزش هزاران نفر از کارکنان نظام سلامت برای اطمینان از انجام حداقل ۹۰ درصد زایمان ها توسط افراد دوره دیده
۵- پیشگیری از خشونت های مرتبط با جنسیت که برای یک نفر از هر سه زن رخ می دهد.
۶- قطع ختنه دختران که سالانه سه میلیون دختر را درگیر می کند.
۷- پیشگیری از بارداری در نوجوانان که عوارض آن یکی از علل اصلی مرگ و میر دختران سنین ۱۵ تا ۱۹ سال است.
۸- تلاش برای قطع ازدواج کودکان که در ۵ سال آینده می تواند ۷۰ میلیون دختر را تحت تاثیر قرار دهد.
۹- تحویل تجهیزات نجات دهنده زندگی و زایمان ایمن در بلایا وحوادث
۱۰- سرشماری، جمع آوری و تجزیه و تحلیل داده ها برای برنامه ریزی

[301] United Nation Population Fund
[302] Reproductive health

**دفتر بین المللی کار**[۳۰۳] **(ILO)**: هر فرد حداقل نیمی از زمان بیداری خود را در محیط کار می گذراند. شرایط کار نقش تعیین کننده ای در سلامت فرد دارد. این شرایط شامل:

- عوامل مرتبط با محیط مانند آب و هوا، درجه حرارت، تابش نور خورشید، سر و صدا، میزان روشنایی، آلودگی هوا و ...
- عوامل مرتبط با ابزار و وسایل کار مانند استاندارد بودن وسایل از نظر ارگونومی یا به عبارتی سازگار بودن کار با بدن و بدن با کار که موارد زیادی را در بر می گیرد. این موارد بسته به شغل می تواند بسیار متفاوت باشد. مطابقت صندلی با آناتومی بدن، زاویه دید مانیتور رایانه، ابزارها و دستگاه های مناسب برای برداشتن بارهای سنگین
- عوامل مرتبط با فرد مانند دارا بودن حداقل های لازم برای احراز یک شغل. برای مثال برای کار در معدن نداشتن بیماری های تنفسی شرط است، یا برای خلبانی داشتن شرایط ویژه تحمل استرس و سلامت کامل شرط لازم است.

این سازمان با ۱۸۷ عضو تا این تاریخ وظیفه برقراری معاهدات برای تامین شرایط مناسب کار را به عهده دارد. حداقل استانداردها و سیاست گذاری ها برای مشاغل مختلف و محیط های کار متفاوت توسط این سازمان تعیین می شود.

**سازمان غذا و کشاورزی**[۳۰۴] **(FAO)**: این سازمان به صورت تخصصی برای راهبری اقدامات جهانی برای مبارزه با گرسنگی تاسیس شده است. هدف آن تامین امنیت غذایی برای همه و اطمینان از دسترسی منظم همگانی به غذای کافی با کیفیت بالاست که منجر به زندگی سالم شود. این سازمان در حال حاضر ۱۹۴ عضو دارد و این سازمان در ۱۳۰ کشور فعالیت دارد.

یکی از موارد تاثیرگذار بر سلامت محتوای تغذیه ای فرد است. امروزه عوامل خطر بسیاری از بیماریها از طریق تغذیه و مواد کشاورزی منتقل می شوند. برای مثال عدم رعایت استانداردهای کوددهی به محصولات کشاورزی و استفاده بیش از حد از کودهای نیتراته باعث تجمع بیش از حد نیترات در محصولات کشاورزی شده و بعد از خوردن فرد را مستعد سرطان های دستگاه گوارش می نماید. کود اضافه با باران و آبیاری شسته شده و با نفوذ به منابع آب زیرزمینی نیز می تواند از طریق آب آشامیدنی خطر مضاعفی داشته باشد. نمونه دیگر میزان آفلاتوکسین در محصولاتی مانند پسته است. این سم با اثر تجمعی باعث بروز سرطان کبد می شود. بخش سلامت در ارتباط با گمرک ها وظیفه بررسی میزان آفلاتوکسین را دارند و پس از اطمینان از سلامت محصول اجازه ورود می دهند.

این سازمان با تعیین استانداردهای مربوط به محصولات کشاورزی به تامین سلامت افراد کمک می نماید.

**یونسکو**[۳۰۵] **(UNESCO)**: پونسکو سازمان فرهنگی ملل متحد است. ارتباط آن با سلامت از طریق ماموریت آن سازمان در آموزش پزشکی و سلامت است.

**کمیساریای عالی پناهندگان**[۳۰۶]**(UNHCR)**: این سازمان از زیر مجموعه های سازمان ملل، در سال ۱۹۵۰ برای حمایت از افراد آواره بازمانده از جنگ جهانی دوم تشکیل شد. این سازمان در موارد بحران ها وظیفه حمایت از آوارگان ناشی از جنگ و سایر حوادث را به عهده دارد. از وظایف این سازمان حمایت مالی، تغذیه ای، اسکان و ارایه خدمات سلامت به آوارگان است.

---

[303] International Labor Organization
[304] Food and Agricultural Organization
[305] United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization
[306] United Nations High Commissioner for Refugees

**سازمانهای داوطلب مرتبط با سلامت:** این سازمان ها در چند دسته زیر تقسیم بندی می شوند:

- **تشکیلات مذهبی:** در نقاط مختلف دنیا افراد و سازمان ها با انگیزه های مذهبی و کمک به همنوع تشکیلاتی در سطوح مختلف محلی، ملی و بین المللی تاسیس و ارایه خدمات می نمایند. در ایران نیز سازمان های مختلفی در بخش خیریه فعالیت می کنند. این گستره از یک درمانگاه در یک محله فقیرنشین تا سازمان بزرگی مانند کمیته امداد امام خمینی (ره) که در سطح ملی فعالیت می کند را شامل می شود. یکی از وظایف کمیته امداد امام خمینی (ره) ارایه خدمات بیمه سلامت به جمعیت تحت پوشش است. این خدمات می تواند تا حدودی از هزینه های کمرشکن سلامت که موجب آسیب های غیرقابل جبران به خانواده ها می شود جلوگیری کند. هزینه کمرشکن سلامت تخصیص بیش از ۴۰ درصد هزینه های غیرخوراکی خانوار به سلامت است.
- انجمنهای امداد : عمدتا انجمن های امداد در صلیب سرخ[۳۰۷] و هلال احمر[۳۰۸] خلاصه می شود. هلال احمر در کشورهای مسلمان و صلیب سرخ در کشورهای غیر مسلمان وظیفه ارایه خدمات به خصوص در بلایا را دارند. این سازمان ها عمدتا غیر دولتی هستند. البته در ایران هلال احمر بودجه دولتی دارد و رئیس آن توسط رییس جمهور منصوب می شود. این امر باعث افزایش قدرت این سازمان شده به طوری که در اکثر بلایا در کشور نقش موثری را ایفا نموده و به عنوان اولین سازمان در صحنه حضور می یابد. این سازمان ها علاوه بر ماموریت ارایه خدمت در کشور خود به سایر کشورها نیز در صورت نیاز کمک رسانی می کنند. نمونه هایی از کمک صلیب سرخ جهانی و هلال احمر سایر کشورها در زلزله های بزرگ کشورمان بوده است. هلال احمر ایران نیز در سیل هایی که در کشور پاکستان اتفاق افتاد یا زلزله ترکیه و موارد بسیار دیگر به کشورهای منطقه یا سایر مناطق کمک رسانی نموده است. هلال احمر علاوه بر بلایا در حوادث جاده ای نیز نقش مهمی در امدادرسانی دارد.

  اصول هفت گانه حاکم بر نهضت صلیب سرخ و هلال احمر به شرح زیر است:

۱. بی غرضی[۳۰۹]: نهضت هیچ گونه جهت‌گیری نسبت به ملیت، نژاد، عقیده مذهبی، طبقه یا عقاید سیاسی ندارد. نهضت تلاش می‌کند تا با توجه به نیاز افراد، رنج ایشان را التیام بخشد و موارد حیاتی‌تر را ترجیح دهد.
۲. بی طرفی[۳۱۰] : به منظور بهره‌بردن از اطمینان همگانی، نهضت در درگیری‌ها از هیچ طرفی جانبداری نمی‌کند و در هیچ زمانی در مناقشه‌های سیاسی، نژادی، مذهبی و یا ایدئولوژی شرکت نخواهد کرد.
۳. استقلال[۳۱۱] : نهضت مستقل است. نمایندگان محلی ضمن آنکه در خدمت انسان‌دوستانه دولت‌های خود نقش کمکی را ایفا خواهند کرد و منطبق با قوانین کشور متبوع خود خواهند بود باید همواره استقلال خود را حفظ کنند تا بتوانند منطبق با اصول نهضت عمل کنند.
۴. خدمت داوطلبانه[۳۱۲] : خدمت در نهضت داوطلبانه است و در هیچ شرایطی سودآوری مشوق آن نخواهد بود.
۵. بشردوستی[۳۱۳] : نهضت بین‌المللی صلیب سرخ و هلال احمر که با ایده کمک بی‌طرفانه به مجروحان جنگی شکل گرفت. با پشتوانه ملی و بین‌المللی خود تلاش می‌کند تا رنج را در هر کجای جهان التیام بخشد و از آن جلوگیری

[307] Red Cross
[308] Red Crescent
[309] Impartiality
[310] Neutrality
[311] Independence
[312] Voluntary Service
[313] Humanity

کند. هدف نهضت، محافظت از جان و سلامتی نوع بشر و تضمین کرامت آن است. نهضت درک متقابل، دوستی، همکاری و صلح پایدار را در میان ملت‌ها ترویج می‌کند.

۶. یگانگی[۳۱۴] : در یک کشور، تنها یک جمعیت صلیب سرخ و یا هلال احمر می‌تواند وجود داشته باشد. این جمعیت باید برای استفاده عموم باشد. این جمعیت باید فعالیت‌های انسان دوستانه را در سرزمین خود انجام دهد.

۷. جهان شمولی[۳۱۵] : همه جمعیت‌ها در نهضت بین‌المللی صلیب سرخ و هلال احمر از موقعیت یکسان برخوردارند و مسوولیت‌ها و وظایف یکسانی را در کمک به یکدیگر دارند.

**سازمان های مردم نهاد:** سازمان های مردم نهاد نیز از سازمان های موثر بر سلامت هستند. افرادی با هدف حمایت طلبی برای سلامت درسطوح مختلف تحصیلات گرد هم می ایند و از سلامت به صورت عمومی یا سلامت گروهی خاص حمایت می کنند. نمونه این انجمن ها در بیماری هایی مانند دیابت، مولتیپل اسکلوزیر، بیماری EB، صرع و ... دیده می شود. این سازمان ها از طریق حمایت مالی، تسهیل دریافت خدمات، ارایه اطلاعات و مشاوره در زمینه دریافت خدمات مرتبط، ارایه خدمات کمک درمان، حمایت طلبی در جهت تصویب قوانین و مقررات برای پوشش بیمه ای و تسهیلات بیشتر فعالیت می کنند.

**آژانس های طبی یا سلامت عمومی:** بنیادهای مختلف چند منظوره: بسیاری از سازمان ها ماموریت های متفاوتی دارند و در زمینه های مختلف فعالیت می نمایند که یکی از آنها در زمینه سلامت است. این سازمانها در کشور خود یا سایر کشورها خدمات داوطلبانه سلامت ارایه می دهند.

**انجمن های تخصصی و فنی:** این انجمن ها نیز با ماموریت های مرتبط با سلامت در حیطه های محلی، ملی و بین المللی فعالیت می کنند. انجمن پزشکی جهانی[۳۱۶]، انجمن بین المللی پرستاران[۳۱۷] و پزشکان بدون مرز[۳۱۸] در این دسته قرار می گیرند.

### نتیجه گیری

سلامت امری بین بخشی است. عوامل بسیاری در تامین، حفظ و ارتقای آن دخالت دارند. برای این مهم لازم است برای تامین سلامت در جامعه جهانی همکاری های بین المللی وجود داشته باشد، چرا که سلامت از عواملی خارج از اختیار دولت ها تاثیر می پذیرد.

سازمان های مهمی در زیرمجموعه سازمان ملل متحد بدون داشتن سوگیری در حوزه سلامت فعالیت می کنند و هماهنگی بین کشورها برای ارایه اطلاعات و تبادل تجربیات را انجام می دهند. با پیشرفت فن آوری این همکاری ها هم لزوم بیشتری می یابد هم تسهیل می شود. نظام های سلامت در کشورهای مختلف باید خود را با وضعیت تطبیق داده و همکاری لازم را با جامعه جهانی داشته باشند.

---

[314] Unity
[315] Universality
[316] World Medical Association
[317] International Association of Nurses
[318] Doctors Without Borders

سلامت حق همه افراد جامعه است و این همکاری ها چه در قالب سازمان های بین الملل چه سازمان های مردم نهاد در هر سطحی می تواند اثرات مثبتی داشته باشد.

**منابع**


1. www.who.int
2. https://www.unicef.org/what-we-do
3. https://www.unfpa.org/about-us
4. https://www.ilo.org/global/lang--en/index.htm
5. http://www.fao.org/about/en/
6. https://en.unesco.org/
7. https://www.unhcr.org/history-of-unhcr.html
8. http://rcs.ir/

# سنجش وضعیت سلامت در جمعیت ها: مروری بر وضعیت ایران و جهان

دکتر مازیار مرادی لاکه

استاد پزشکی اجتماعی

**اهداف**

با مطالعه این فصل انتظار می رود فراگیر قادر باشد:

- با انواع و مفاهیم سنجه های [۳۱۹] وضعیت سلامت آشنا شده و بتواند آنها را توضیح دهد.
- انواع و کاربرد شاخص های سلامت را بشناسد.
- ویژگی های یک شاخص مناسب سلامت را با توجه به کاربرد آن بشناسد.
- با پرکاربردترین شاخص های تعیین کننده وضعیت سلامت عمومی و نحوه محاسبه آنها آشنا باشد.
- مفهوم بار بیماری و شاخص های تعیین کننده آن را بشناسد.
- وضعیت سلامتی جهان را براساس شاخص های بار بیماری توضیح دهد.
- وضعیت سلامتی ایران را براساس شاخص های بار بیماری توضیح دهد.
- عوامل خطری را که در جهان دارای بیشترین بار بیماری قابل انتساب هستد، بشناسد.
- عوامل خطری را که در ایران دارای بیشترین بار بیماری قابل انتساب هستند، بشناسد.

**مقدمه**

جمعیت های انسانی، مجموعه ای از افراد با یک یا چند ویژگی مشترک هستند. برای دانستن وضعیت سلامت در جمعیت ها، نیازمند در اختیار داشتن تعدادی شاخص (یا نمایانگر) با تعریف مشخص هستیم که بتوانند به خوبی تغییر در وضعیت سلامت یا تعیین کننده های سلامت[۳۲۰] را منعکس کنند، ساده و قابل درک باشند و اندازه گیری یا برآورد آنها، از دیدگاه فنی و وجود منابع و هزینه های لازم برای متولیان سلامت جمعیت، شُدنی باشد. در یک شرایط فرضی، که همه افراد تحت پوشش خدمات سلامت قرار گرفته باشند و ما از وضعیت سلامت تک تک آنها آگاهی داشته باشیم و داده های آنان به شکل مناسب برای تجزیه و تحلیل در دسترس ما باشد (مانند پرونده الکترونیکی سلامت)، می توان بخشی از شاخص های وضعیت سلامت جمعیت را تعیین کرد؛ اما حتی در این حالت فرضی هم، نیاز به داده های دیگری مانند وضعیت آلاینده های هوا داریم که جزو ویژگی های منطقه جغرافیایی محل سکونت افراد است و نمی توان داده های آن را در پرونده سلامتی افراد پیدا کرد.

برای اینکه دیدگاه درستی از وضعیت یک شاخص سلامت در جمعیت داشته باشیم، باید علاوه بر دانستن مقدار شاخص در کل جمعیت، مقدار آن را در زیرگروه های جمعیتی (مانند جمعیت استان های مختلف، زیرگروه های شهری یا روستایی، زنان و مردان، زیرگروه های جمعیتی یا دهک های درآمدی) هم بدانیم. سنجش وضعیت شاخص ها در این طبقات جمعیتی، می تواند متولیان سلامت جمعیت را در سنجش وضعیت نابرابری ها و جستجوی راه کارهای مناسب برای دستیابی به عدالت در سلامت راهنمایی نماید.

---

[319] Measures
[320] Determinants

در این فصل، ابتدا نگاهی به مفهوم شاخص های سلامت می کنیم و تعریف برخی از شاخص های مهم را که در سنجش سلامت جمعیت ها کاربرد بیشتری دارند، مرور می کنیم. سپس، با بررسی تعدادی از شاخص های سلامت، وضعیت سلامتی را در ایران و جهان بررسی می نماییم.

**شاخص های سلامت**

شاخص، واژه ای است که در فارسی به عنوان ترجمه ای برای دو واژه Indicator و Index به کار می رود. در ادامه، به معنی و تفاوت این دو واژه پرداخته می شود ولی در ادامه این فصل از کتاب، واژه شاخص در مورد هر دوی آنها به کار می رود مگر آنکه با استفاده از واژه انگلیسی، تفاوت آن ها تصریح شده باشد.

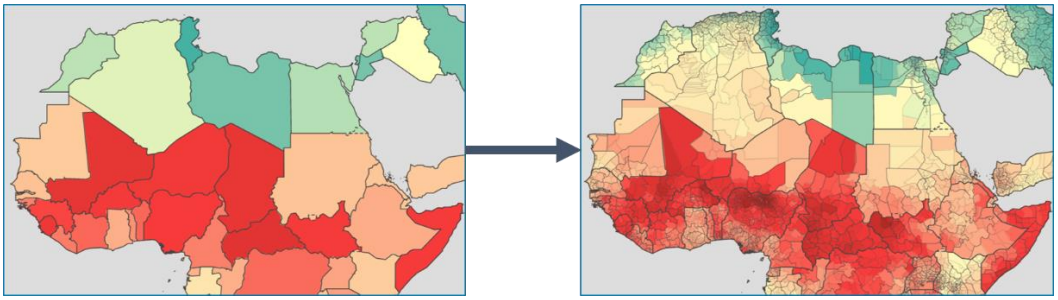
Indicator، یک واژه عمومی است که در بسیاری از شاخه های علم مانند شیمی، اقتصاد، علوم سلامت و نیز در زندگی روزمره کاربرد دارد و در علوم مرتبط با جمعیت، به مفهوم آن چیزی است که وضعیت یا سطح و مقدار یک متغیر جمعیتی را نشان می دهد؛ متوسط تعداد سال های تحصیل در افراد بالغ یک جمعیت، می تواند تا حدی سطح دانش و آگاهی یک جمعیت را نشان دهد، هر چند که این دو را نمی توان معادل هم دانست.

Index از دیدگاه کاربرد، شباهت فراوانی با Indicator دارد ولی از نظر محاسباتی، یک آماره ترکیبی است که برای محاسبه آن، نیاز به ترکیب کردن چند Indicator با استفاده از فرمولی خاص است. به عنوان نمونه، شاخص توسعه انسانی[۳۲۱] (HDI)، سه جنبه مهم در توسعه جمعیت های انسانی یعنی وضعیت سلامتی، دانش و برخورداری از یک سطح معقول رفاهی را به طور همزمان مورد توجه قرار می دهد؛ برای این کار، شاخص های امید زندگی در بدو تولد (به عنوان شاخص وضعیت سلامتی)، سال های منتظره برای تحصیل هر فرد و متوسط سال های تحصیل در جامعه (به عنوان شاخص های وضعیت دانش) و سرانه درآمد ناخالص ملی[۳۲۲] (به عنوان شاخص وضعیت رفاهی) را با استفاده از یک فرمول ترکیب می نماید.(1)

شاخص ها در بهداشت عمومی، جنبه های مثبت یا منفی سلامت را اندازه گیری می کنند و کاربردهای فراوانی دارند، که از بین آنها می توان به موارد زیر اشاره کرد:

- *توصیف وضعیت سلامت یک جمعیت:* گزارش میزان های مرگ و میر، یا میزان بروز بیماری ها، نمونه ای از این گونه توصیف ها هستند. برای توصیف بهتر، معمولا باید شاخص ها را در زیرگروه های جمعیتی (مانند زنان و مردان، یا جمعیت روستایی و شهری) نیز بررسی کرد. این مساله اهمیت زیادی در شناسایی نقاطی دارد که نیازمند مداخله هستند. به عنوان نمونه، نمودار سمت چپ شکل ۱، میزان مرگ و میر کودکان زیر ۵ سال را در کشورهای شمال آفریقا نشان می دهد، که در آن رنگ های متفاوت، میزان های مختلف مرگ را نشان می دهند. شکل سمت راست، همان میزان ها را در مناطق جغرافیایی کوچکتر نشان می دهد؛ همان گونه که مشاهده می شود، در درون هر کشور نیز تفاوت های قابل توجهی در میزان این شاخص وجود دارد که تنها با نگاه کردن به شاخص های سطح ملی، نمی توان از آنها آگاهی پیدا کرد.

[321] Human Development Index
[322] Gross National Income

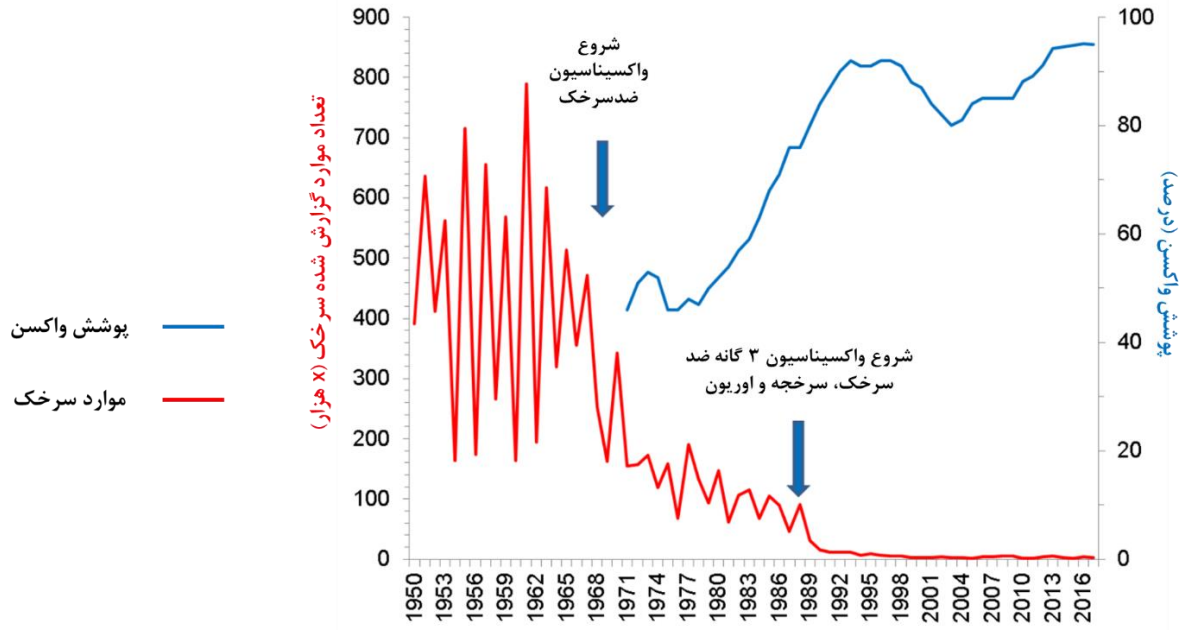


شکل ۱. میزان مرگ و میر کودکان زیر ۵ سال در کشورهای شمال آفریقا؛ سطح ملی (چپ) و سطوح شهرستانی (راست)

- *پیش بینی رخ دادهای آینده:* این کار ممکن است در سطح فردی، برای بررسی احتمال برخی از پی آمد ها برای یک بیمار صورت گیرد[۳۲۳]. به عنوان نمونه می توان با در اختیار داشتن برخی از شاخص های سلامتی فرد مانند فشار خون، تعداد تنفس در دقیقه و وضعیت هوشیاری، به سرعت پیش بینی کرد که فردی که به بخش اورژانس بیمارستان آورده شده، نیاز به یک اقدام فوری برای پیش گیری از مرگ و میر دارد یا فرصت بیشتری برای رسیدگی به وی وجود دارد. در سطح جمعیت نیز با در اختیار داشتن برخی از شاخص ها، می توان وضعیت سلامتی در آینده را با فرض تداوم وضع موجود یا تحت شرایطی متفاوت، پیش بینی کرد[۳۲۴]. به عنوان نمونه، جمعیتی که در آن شیوع مصرف دخانیات، کم تحرکی، بیش وزنی و چاقی، فشارخون بالا و دیابت بالاتر است، در آینده میزان بالایی از بروز بیماری های قلبی-عروقی (مانند سکته قلبی و سکته مغزی) را تجربه خواهد کرد. در صورت در اختیار داشتن داده ها و اطلاعات کافی، می توان این محاسبات را به شکل کمی (عددی) نیز انجام داد.

*ارزشیابی برنامه ها و مداخله ها:* بررسی وضعیت شاخص های سلامت در طول زمان می تواند به ما نشان دهد که اجرای یک مداخله (مانند اجرای یک برنامه ایمن سازی عمومی) چقدر تاثیر داشته است. برای ارزشیابی، معمولا روند تغییرات یک شاخص پیش از اجرای مدخله با روند آن پس از اجرای مداخله مقایسه می گردد و یا با یک منطقه شاهد که مداخله در آن اجرا نشده، مقایسه می شود. به عنوان نمونه، با مراجعه به شکل ۲ با اطمینان نسبتا بالایی می توان نتیجه گرفت که اجرای برنامه واکسیناسیون در انگلستان، در کاهش موارد بیماری سرخک موفق بوده است.(2)

[323] Prognosis
[324] Forecast




شکل ۲.پوشش واکسیناسیون سرخک در انگلستان و تغییر در موارد گزارش شده بیماری سرخک

- *حمایت طلبی:* شاخص های سلامت از طریق نشان دادن وضعیت کنونی یا آینده سلامت یا تعیین کننده های سلامتی، می توانند برای حمایت طلبی[۳۲۵] به کار گرفته شوند. حمایت طلبی می تواند به منظور جلب نظر افراد تصمیم گیر یا سیاست گزاران صورت گیرد. به عنوان نمونه، می توان با نشان دادن شیوع مصرف دخانیات، موارد مرگ و بیماری قابل انتساب به مصرف دخانیات و هزینه درمان این بیماری ها، برای افزایش مالیات بر فروش سیگار (و در نتیجه، کاهش مصرف آن)، حمایت طلبی کرد.
- *هدف گزاری و ارتقای کیفیت:* یک از کاربردهای مهم شاخص ها، استفاده از آنها برای هدف گزاری و ارتقای کیفیت نظام های سلامت است. مقادیر هدف[۳۲۶] شاخص ها و زمان لازم برای رسیدن به آنها بر اساس معیارهای مختلفی از جمله وضعیت موجود و منابع در دسترس تعیین می گردد. از آن پس، تمامی فعالیت ها در راستای رسیدن به اهداف جهت دهی می شوند. این کار می تواند با هدف مند کردن تلاش ها، احتمال دستیابی به اهداف را با حداقل هزینه و در زمان مشخص، افزایش دهد.

### ویژگی های یک شاخص مناسب

برای سنجش هر جنبه از سلامت، ممکن است بتوان شاخص های مختلفی تعریف کرد. به عنوان نمونه، تصادف های جاده ای در ایران و بسیاری از کشورها، یک عامل مهم مرگ و میر، بستری در بیمارستان و معلولیت به شمار می روند. موارد زیر، تنها نمونه ای از شاخص هایی هستند که می تواند برای سنجش پی آمد های سلامتی تصادف های جاده ای به کار روند:

- تعداد مرگ ناشی از تصادف جاده ای

[325] Advocacy
[326] Target

- میزان مرگ ناشی از تصادف های جاده ای به ازای ۱۰۰ هزار نفر جمعیت
- نسبت (درصد) مرگ های ناشی از تصادف های جاده ای به کل موارد مرگ
- کسر مرد به زن[۳۲۷] در میان کشته شدگان ناشی از تصادف های جاده ای
- مرگ ناشی از تصادف های جاده ای به ازای تعداد وسایل نقلیه شماره گذاری شده
- مرگ ناشی از تصادف های جاده ای به ازای وسیله نقلیه-کیلومتر طی شده
- میزان بستری در بیمارستان به دنبال تصادف های جاده ای به ازای ۱۰۰ هزار نفر جمعیت
- میزان بروز معلولیت به دنبال تصادف های جاده ای به ازای ۱۰۰ هزار نفر جمعیت
- نسبت (درصد) مرگ های خارج بیمارستانی به کل مرگ های ناشی از تصادف های جاده ای
- کشندگی آسیب های ناشی از تصادف جاده ای تطبیق داده شده با شدت آسیب[۳۲۸]

تصمیم گیری در مورد اینکه کدام شاخص یا مجموعه شاخص ها باید انتخاب شوند، به عامل های مختلفی بستگی دارد. مهم ترین مساله، هدف از بررسی است: آیا هدف، بررسی کارآیی سیستم اورژانس پیش بیمارستانی یا سیستم مراقبت بالینی است؟ آیا هدف، بررسی ایمنی جاده ها یا ایمنی وسایل نقلیه یا توانایی رانندگی ایمن توسط رانندگان است؟ آیا هدف، پیدا کردن گروه های در معرض خطر بالاتر مرگ در اثر تصادف های رانندگی و اجرای مداخلات یش گیرانه است؟ آیا هدف، بررسی روند تغییرات پی آمد در طول زمان است؟ هر یک از این اهداف، ممکن است شاخص ویژه خود را نیاز داشته باشد.

علاوه بر مورد بالا، بهتر است شاخص هایی انتخاب گردند که داده های مورد نیاز آنها به طور معمول و همزمان با ارئه خدمات و مراقبت های سلامت، با دقت قابل قبولی گردآوری می شوند و نیاز به راه اندازی یک سیستم جدید برای گردآوری داده ندارند. قابل درک بودن و تفسیرپذیری ساده شاخص ها از نقاط قوت آنها است. شاخص هایی که محاسبه و تفسیر آنها پیچیده است، در عمل کمتر مورد استفاده قرار می گیرند. شاخص ها باید نسبت به تغییراتی که قرار است منعکس کننده آنها باشند، حساس باشند؛ به عنوان نمونه، شاخص کسر مرگ مادران[۳۲۹] (MMR)، قرار است معرف وضعیت سلامت مادران و کیفیت مراقبت های دوره بارداری و زایمان باشد. وقتی موارد مرگ مادران در یک کشور بسیار کاهش می یابد، MMR دیگر نمی تواند تغییر در وضعیت سلامت مادران را به خوبی انعکاس دهد و شاید نیاز باشد با شاخص دیگری، مانند کسر موارد نزدیک به مرگ مادران[۳۳۰] جایگزین یا همراه گردد. موارد نزدیک مرگ، پی آمدهای شدید ولی غیرکشنده ای هستند که برای مادران رخ می دهند؛ اگر چه این پی آمد ها منجر به فوت وی نمی شوند ولی با افزایش کیفیت مراقبت ها باید از آنها پیشگیری کرد.

برای آنکه برداشت یکسانی از تعریف، اجزای داده های مورد نیاز برای محاسبه شاخص و روش های اندازه گیری یا برآورد آن وجود داشته باشد، نیازمند متادیتا[۳۳۱] هستیم. متادیتا اجزای مختلف یک شاخص را به کاربران معرفی می کند و با استفاده از یک متادیتای خوب، همه کاربران، شاخص را به شکل یکسانی اندازه گیری خواهند کرد. به عنوان نمونه، وقتی می خواهیم شاخص شیوع مصرف دخانیات را بررسی کنیم، باید مشخص باشد منظور از دخانیات چیست (آیا فقط سیگار است، یا قلیان، چپق، پیپ، تنباکوی جویدنی و سیگار الکترونیکی را هم در بر می گیرد؟)، چه تواتری مد نظر است (آیا منظور مصرف لااقل روزانه است یا لااقل هفتگی یا ماهانه یا حداقل یک بار در طول عمر؟)، چه گروه سنی یا جنسی مد نظر است (فقط بالغین یا نوجوانان یا همه سنین، مردان یا زنان یا هردو؟)، منابع مناسب داده ها کدامند (آیا داده ها از یک پیمایش جمعیتی به دست

[327] Male to Female ratio
[328] severity-adjusted fatality
[329] Maternal Mortality Ratio
[330] Maternal Near-Miss Ratio
[331] Metadata

می آیند یا از پرونده های سلامت افراد؟)، شاخص را باید هر چند وقت یکبار اندازه گیری کرد (آیا نیاز به اندازه گیری سالانه است یا هر ۳ سال یک بار کفایت می کند؟) و روش گردآوری داده ها و انجام محاسبات برای برآورد شاخص چیست؟ پاسخ همه این سوالات باید در متادیتا مشخص باشد. بدون در اختیار داشتن این جزئیات، ممکن است گزارش های مختلفی در مورد شاخص شیوع مصرف دخانیات موجود باشد، اما منظور آنها از این شاخص متفاوت باشد و در نتیجه مقایسه آنها با هم کاری دشوار یا ناممکن باشد.

**تقسیم بندی شاخص های سلامت عمومی**

سازمان ها و مراجع مختلف، بسته به نیاز و منابع در دسترس خود، فهرست های متفاوتی را از شاخص های سلامت عمومی تهیه می کنند. با این وجود، برخی از فهرست های بین المللی، روی شاخص های ضروری تر که در عین حال سنجش یا برآورد آنها برای بیشتر کشورها امکان پذیر باشد، تاکید می کنند. به عنوان نمونه، سازمان جهانی بهداشت، مجموعه شاخص هایی را تحت عنوان شاخص های محوری سلامت[۳۳۲] معرفی کرده که در چهار شاخه اصلی و تعدادی زیرشاخه دسته بندی شده اند (شکل ۳). در ادامه می توان نمونه هایی از شاخص های هر یک از این زیرشاخه ها را یافت.

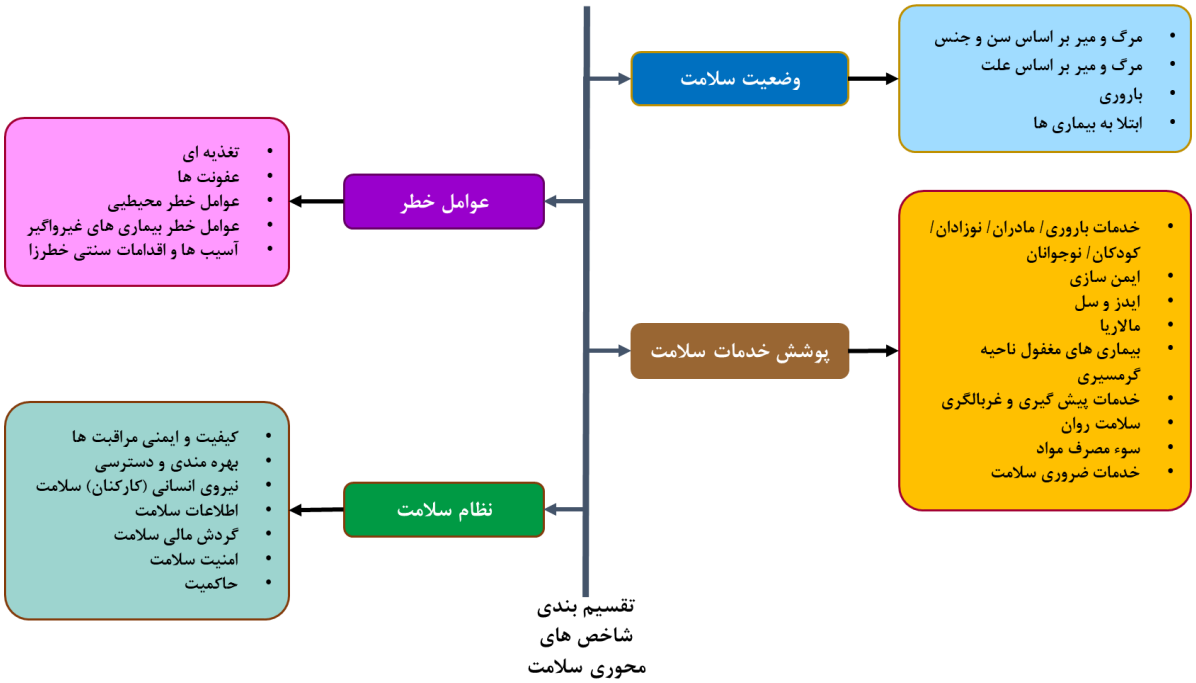
[332] Core Health Indicators

*جدول ۱* فرمول محاسباتی تعدادی از این شاخص ها را که به شکل سنتی بیشتر استفاده می شوند، نشان می دهد:

الف) وضعیت سلامت

- *شاخص های مرتبط با تعداد مرگ و میر*: در این گروه از شاخص ها، تعداد و گاهی سن یا جنس افراد فوت شده، اهمیت دارد ولی علت مرگ در آنها تاثیری ندارد، مانند امید زندگی در بدو تولد، میزان مرگ نوزادان[۳۳۳] (NMR)، میزان مرگ شیرخواران[۳۳۴] (IMR)، میزان مرگ کودکان زیر ۵ سال[۳۳۵] (U5MR)، میزان مرگ نوجوانان، میزان مرگ بالغین بین ۱۵ تا ۶۰ سالگی عمر و میزان مرده زایی. ممکن است میزان مرگ نوزادان در دو کشور مشابه هم باشد ولی علت های مرگ نوزادان با هم تفاوت زیادی داشته باشد.
- *شاخص های مرتبط با علت مرگ و میر*: این گروه از شاخص ها، علل منجر به مرگ را مورد توجه قرار می دهند، مانند کسر مرگ ماردان (MMR)، میزان مرگ ناشی از سل، میزان مرگ ناشی از مالاریا، مرگ قابل انتساب به آلودگی هوای داخل منزل یا فضای بیرون و میزان خودکشی.
- *شاخص های مرتبط با ابتلا به بیماری ها*: این گروه از شاخص ها، ابتلا به بیماری را فارغ از این که منجر به مرگ شده یا خیر، مورد توجه قرار می دهند، مانند میزان بروز آلودگی با HIV (ویروس نقص ایمنی انسانی)، میزان بروز سرطان ها به تفکیک نوع سرطان، شیوع آنتی ژن سطحی هپاتیت ب[۳۳۶] و میزان بروز سل.
- *شاخص های مرتبط با باروری*: مانند میزان تولد در مادران نوجوان و میزان باروری کلی[۳۳۷] (TFR).

333 Neonatal Mortality Rate
334 Infant Mortality Rate
335 Under 5 Mortality Rate
336 HBs antigen
337 Total Fertility Rate




شکل ۳. شاخه های اصلی و فرعی برای تقسیم بندی شاخص های محوری سلامت (Core Health Indicators) سازمان جهانی بهداشت

ب) عوامل خطر

- *شاخص های مرتبط با تغذیه*: مانند شروع زودهنگام تغذیه با شیر مادر در نوزادان، شیوع کم وزنی در کودکان زیر ۵ سال، شیوع بیش وزنی و چاقی در کودکان زیر ۵ سال و شیوع کم خونی در کودکان.

- *شاخص های مرتبط با بیماری های عفونی*: مانند پیشگیری از عفونت HIV در جمعیت های کلیدی (یا جمعیت های در معرض خطر بالاتر برای ابتلا به عفونت)

- *شاخص های مرتبط با عوامل خطر محیطی*: مانند درصدی از جمعیت که به آب آشامیدنی سالم دسترسی دارد و سطح آلودگی هوا در شهرها

- *شاخص های مرتبط با عومل خطر بیماری های غیرواگیر*: مانند درصد مصرف دخانیات در افراد ۱۵ سال و بالاتر، درصد فشار خون بالا در بالغین، درصد قند خون بالا/ دیابت در بالغین و درصد فعالیت فیزیکی ناکافی (کم تحرکی) در بالغین

- *شاخص های مرتبط با آسیب ها و اقدام های سنتی خطرزا*: مانند میزان آسیب های شغلی، شیوع خشونت از سوی شریک جنسی و شیوع آسیب زدن/ قطع بخشی از ناحیه تناسلی در دختران (که به نام ختنه دختران نیز شناخته می شود)

ج) پوشش خدمات

در این گروه، شاخص های پوشش جمعیتی[۳۳۸] که تابعی از فراهمی[۳۳۹] خدمات سلامت و دسترسی به آنها[۳۴۰] هستند، قرار می گیرند. از جمله این شاخص ها می توان به این موارد اشاره کرد: پوشش مراقبت های دوره بارداری، پوشش مراقبت های پس از زایمان برای زنان، پوشش مراقبت های بعد از تولد برای نوزادان، پوشش مکمل یاری با ویتامین آ، پوشش واکسیناسیون برای هر یک از واکسن های موجود در فهرست ملی ایمن سازی، پوشش درمان ضد رتروویروسی[۳۴۱] برای مبتلایان به ایدز، پوشش درمان سل، پوشش خدمات مراقبتی ویژه مبتلایان به اختلال های شدید سلامت روان و شاخص ترکیبی (ایندکس) پوشش خدمات ضروری سلامت[۳۴۲].

د) نظام سلامت

شاخص های این گروه، به نحوه عملکرد نظام سلامت مانند کیفیت و ایمنی مراقبت های سلامت، بهره مندی از مراقبت های سلامت، نظام های اطلاعات سلامت و گردش مالی آن مرتبط هستند. نمونه هایی از این شاخص ها عبارتند از: میزان مرگ حوالی عمل جراحی[۳۴۳]، بهره مندی از خدمات سرپایی، تراکم و توزیع کارکنان سلامت، نسبت کودکان زیر ۵ سال که تولد آنها در ثبت احوال مستند شده، مجموع هزینه های جاری سلامت به تولید ناخالص ملی[۳۴۴] (درصد) و درصد جمعیتی که سهم هزینه های سلامت به مجموع هزینه های خانوار آنها (یا مجموع درآمد خانوار) بالاتر از حد مشخصی از درآمد خانوار است.

[338] Coverage
[339] Availability
[340] Accessibility
[341] ARV therapy
[342] Essential Health Care index
[343] Perioperative
[344] Current Health Expenditure to Gross Domestic Product (GDP)

*جدول ۱. فرمول محاسباتی تعدادی از شاخص های پرکاربرد در سلامت عمومی*

| شاخص | فرمول محاسباتی |
|---|---|
| میزان مرگ نوزادان (NMR) | $\frac{Number\ of\ children\ who\ died\ during\ the\ first\ 28\ days\ of\ life.}{Number\ of\ live\ births} \times 1000$ |
| میزان مرگ شیرخواران (IMR) | $\frac{Number\ of\ children\ who\ died\ before\ their\ first\ birthday}{Number\ of\ live\ births} \times 1000$ |
| میزان مرگ کودکان زیر ۵ سال (U5MR) | $\frac{Number\ of\ deaths\ among\ children\ aged\ 0-59\ months}{Number\ of\ live\ births} \times 1000$ |
| میزان مرگ نوجوانان | $\frac{Number\ of\ deaths\ among\ adolescents\ aged\ 10-19\ years}{Number\ of\ adolescents\ aged\ 10-19\ years} \times 1000$ |
| میزان مرگ بالغین بین ۱۵ تا ۶۰ سالگی | $\frac{Number\ of\ deaths\ between\ ages\ 15\ and\ 60\ in\ the\ synthetic\ life\ table\ population}{Population\ alive\ at\ exact\ age\ 15\ in\ the\ synthetic\ life\ table\ population} \times 1000$ |
| میزان مرده زایی | $\frac{Number\ of\ fetuses\ born\ with\ no\ sign\ of\ life\ after\ 28\ weeks\ gestation\ ,or\ weighing\ 1000g}{Total\ births} \times 1000$ |
| کسر مرگ مادران (MMR) | $\frac{Number\ of\ maternal\ \ deaths}{Number\ of\ live\ births} \times 100{,}000$ |
| میزان باروری احتصاصی سنی (ASFR) | $\frac{Number\ of\ births\ to\ women\ of\ age\ group\ "a"\ during\ a\ year}{Number\ of\ women\ of\ age\ group\ "a"\ during\ the\ same\ year} \times 1000$ |
| میزان باروری در نوجوانی | $\frac{number\ of\ live\ births\ to\ women\ aged\ 15-19\ years\ during\ a\ period\ of\ time}{number\ of\ person-years\ lived\ by\ women\ aged\ 15-19\ years\ during\ the\ same\ period\ of\ times} \times 1000$ |
| میزان باروری کلی (TFR) | $\sum_{\alpha=15-19}^{45-49} \frac{Age\ specific\ Fertility\ Rate\ _{\alpha} \times 5}{1000}$ |
| میزان مرگ حوالی جراحی | $\frac{Number\ of\ deaths\ among\ patients\ having\ one\ or\ more\ procedures\ in\ an\ operating\ theatre\ during\ the\ admission}{Total\ number\ of\ surgical\ procedures} \times 1000$ |

**انواع سنجه ها برای شاخص های سلامت عمومی**

وضعیت سلامت عمومی را بسته به ماهیت متغیر مورد بررسی به شکل های مختلفی می توان سنجید. برخی از انواع سنجه های شایع در بین شاخص های سلامت عمومی در ادامه معرفی می گردند:

*تعداد مطلق:* برخی از شاخص ها به تعداد افراد یا تعداد پی آمدها اشاره دارند، مانند تعداد موارد گزارش شده مالاریا (در یک سال و مکان مشخص)

*کسر (Ratio):* فراوانی یک متغیر را به فراوانی متغیری دیگر (که ممکن است از همان جنس هم نباشد)، نشان می دهد. مانند کسر مردان به زنان[۳۴۵] یا کسر تخت بیمارستانی به جمعیت یا کسر مرگ مادران (تعداد مرگ مادران به ازای صدهزار تولد زنده)

*نسبت (Proportion):* نوعی کسر است که در آن صورت جزئی از مخرج است، مثل نسبت شیوع بیماری که نسبت افراد مبتلا به بیماری را به کل جمعیت در یک زمان خاص نشان می دهد.

*میزان (Rate):* نوعی کسر است که در آن، صورت کسر، فراوانی موارد جدیدی از یک پی آمد است که در دوره زمانی مشخصی در جمعیت مخرج کسر پدید آمده است. به عنوان نمونه، اگر ۱۰۰۰ نفر در ابتدای سال فاقد بیماری دیابت باشند و در طول یک سال، ۲۰ نفر از آنها مبتلا به دیابت گردند، میزان بروز سالانه بیماری، ۲۰ در هزار است.

افزون بر موارد پیش گفت، تعداد زیادی شاخص های ترکیبی با فرمول های اختصاصی وجود دارد. از این گروه، موارد زیر به عنوان نمونه های پرکاربرد این گروه ارائه می شوند، ولی فهرست آنها فراتر از این است:

*شاخص های مبتنی بر یک هم گروه (کوهورت) فرضی:* برخی از شاخص های سلامت، به جای نگاه مقطعی به وضعیت سلامت (مانند یک سال خاص)، ناظر به وضعیت سلامت در طول دوره ای از عمر افراد یا سراسر عمر آنها هستند. اما پی گیری کردن افراد برای دوره ای طولانی، کاری زمان بر و پرهزینه است و چنین روشی برای اندازه گیری مقدار شاخص ها، کاربردی نیست. به همین دلیل، برای این کار، از هم گروه های فرضی استفاده می شود: به عنوان نمونه، برای اندازه گیری امید زندگی در بدو تولد[۳۴۶] (به عبارت دیگر، امید ریاضی زندگی) برای افرادی که در یک سال خاص متولد می شوند، «فرض» می شود که این افراد در طول عمر خود، با میزان های مرگ و میری مواجه باشند که در آن سال خاص در گروه های سنی مختلف وجود دارد. به این ترتیب، فرض می شود فردی که در سال ۱۴۰۰ متولد می شود در سن ۱۰ سالگی خود (که در سال ۱۴۱۰ رخ خواهد داد)، از میزان های مرگ و میر کودکان ۱۰ ساله در سال ۱۴۰۰ (که ۱۰ سال زودتر از وی متولد شده اند)، تبعیت کند. این فرض ممکن است فرض صحیحی نباشد، چرا که با پیشرفت علم و تغییرات الگوی بیماری ها، ممکن است متولدین سال ۱۴۰۰، در طول عمر خود با میزان های متفاوتی از مرگ و میر مواجه گردند، اما این روش به ما اجازه می دهد تا امید زندگی یا سال هایی را که انتظار می رود متولدین هر سال با در نظر گرفتن چنین فرضی زنده بمانند، محاسبه کنیم. اگر امید زندگی در بدو تولد برای متولدین یک سال خاص، ۷۵ سال باشد، مفهوم آن این است که اگر متولدین سال مزبور، در سراسر عمر خود با میزان های مرگی که در آن سال خاص در گروه های سنی مختلف جمعیت وجود داشته مواجه گردند، انتظار می رود که ۷۵ سال عمر کنند. شبیه همین کار را می توان برای سنین دیگر هم انجام داد و به عنوان نمونه، به جای امید زندگی در بدو تولد، امید زندگی در ۶۵ سالگی را محاسبه کرد. بدیهی است که اگر امید زندگی در بدو تولد ۷۵ سال باشد، امید زندگی در ۶۵ سالگی می تواند خیلی بیش از ۱۰ سال باشد، چرا که افرادی که هم اکنون به ۶۵ سالگی رسیده اند، تمام عللی را که می توانسته منجر به مرگ آنها بین زمان تولد تا ۶۵ سالگی شود، به سلامت پشت سر گذاشته اند. بنابراین محاسبه شاخص امید زندگی، بر پایه ساختن یک هم گروه فرضی از متولدین یک سال خاص شکل گرفته است و برای محاسبه آن، نیاز است که از میزان های مرگ و میر در گروه های سنی مختلف در آن سال خاص آگاهی داشته باشیم.

[345] Male to Female ratio
[346] Life expectancy at birth

*شاخص های مربوط به انتساب مرگ و میر (یا موارد بیماری) به یک عامل خطر:* عوامل خطر[۳۴۷] احتمال بروز یک پی آمد مانند بیماری یا مرگ را افزایش می دهند ولی عموما رابطه یک به یک بین عوامل خطر و پی آمد ها وجود ندارد. به عنوان نمونه، آلودگی شدید هوا، احتمال پی آمدهایی مانند بستری شدن و مرگ به دلیل مشکلات تنفسی و بیماری های قلبی-عروقی را افزایش می دهد، ولی این گونه نیست که همه افرادی که با هوای آلوده مواجهه پیدا می کنند، دچار چنین پی آمدهایی شوند و افرادی هم که دچار چنین پی آمدهایی شده اند، لزوما به دلیل مواجهه با هوای آلوده نبوده است. در این موارد مرسوم است که بخشی از پی آمدها را که قابل انتساب[۳۴۸] به آلودگی هواست، برآورد می کنند. چنین برآوردی نیازمند اطلاعاتی در مورد شدت ارتباط بین عامل خطر و پی آمد مورد بررسی و نیز شدت و گستردگی مواجهه با عامل خطر در سطح جمعیت است.

**ترکیب شاخص های مرگ و میر و ابتلا برای بیان وضعیت بیماری ها در جمعیت**

همان گونه که پیشتر اشاره شد، شاخص های مرگ و میر و ابتلا جزء گروه شاخص هایی هستند که برای سنجش وضعیت سلامت یک جمعیت به کار می روند. یکی از اهداف استفاده از این شاخص ها آن است که از طریق آنها، بتوان اهمیت نسبی بیماری های مختلف در یک جمعیت را مقایسه کرد و برای بیماری هایی که مشکلات بیشتری ایجاد می کنند، راه حلی پیدا کرد.

فرض کنید در یک جمعیت ۱۰۰۰ نفری، نیمی از مردم دچار مشکل پوسیدگی دندان هستند و ۱۰ درصد افراد دیابت دارند. در طول سال گذشته، ۵ نفر در اثر ابتلا به سرطان فوت کرده اند و ۲۵ درصد جمعیت نیز دچار مشکلات عضلانی- اسکلتی (به ویژه درد ناحیه ستون فقرات و استئوآرتریت) متوسط یا شدید هستند، هر چند این مشکلات عضلانی-اسکلتی منجر به مرگ هیچ فردی در سال گذشته نشده است. سوال این است که آیا پوسیدگی دندان در این جمعیت مشکل مهم تری است یا دیابت؟ سرطان یا مشکل عضلانی- اسکلتی؟ یک مورد پوسیدگی دندان و یک مورد دیابت مانند هم نیستند؛ شدت مشکلاتی که هر یک از آنها برای فرد و جامعه ایجاد می کنند و طول مدت ابتلای به آنها، با هم متفاوت است. از طرفی، برخی از بیماری ها کشنده هستند ولی تعداد دیگری، سبب مرگ و میر نمی شوند، بنابراین تعداد موارد مرگ ناشی از بیماری ها هم برای مقایسه آنها کافی نیست. همان گونه که ملاحظه می شود، نمی توان به تنهایی از شاخص های شیوع یا میزان های بروز یا مرگ ناشی از بیماری ها برای پاسخ به سوال های بالا استفاده کرد.

برای رفع این مشکل، واحد مشترکی پیشنهاد شده که بتوان با استفاده از آن، بار[۳۴۹] تحمیل شده از جانب بیماری ها را بر جمعیت سنجید و این واحد، از جنس سال های عمر است. بیماری های مختلف، می توانند به دلیل مرگ یا مشکلات جسمی یا روانی غیرکشنده که برای افراد ایجاد می کنند (و در قالب واژه ای کلی، ناتوانی[۳۵۰] نامیده می شوند)، سبب از بین رفتن سال های عمر آنان شوند. واحد سال های از دست رفته عمر به دلیلی ناتوانی یا مرگ زودرس یا DALY[۳۵۱]، واحدی است که می تواند برای سنجش بار بیماری های مختلف استفاده شود. مزیت آن این است که یک DALY ناشی از پوسیدگی دندان برابر یک DALY ناشی از دیابت یا سرطان یا مشکلات عضلانی- اسکلتی است. واحد DALY، حاصل جمع سال های ازدست رفته

[347] Risk factors
[348] Attributable
[349] Burden
[350] Disability
[351] Disability Adjusted Life Years

به علت مرگ زودرس[۳۵۲] (یا YLL) و سال های از دست رفته به علت ناتوانی[۳۵۳] (یا YLD) است. اگر فردی فوت نماید، سال هایی به اندازه امید زندگی در آن سن خاص را، از دست می دهد. افرادی که مبتلا به یک عارضه غیرکشنده بیماری هستند، تمام سال هایی که با بیماری زندگی می کنند را ازدست نمی دهند، بلکه بخشی از آن را از دست می دهند. این مساله که چه بخشی از این زمان را از دست می دهند، به شدت بیماری (یا ضریب ناتوانی) بستگی دارد. اگر ضریب ناتوانی برای حالت سلامتی کامل، صفر و برای مرگ، ۱ در نظر گرفته شود، هر عارضه غیرکشنده بیماری، ضریبی بین صفر و ۱ دارد و هر چه بیماری شدیدتر باشد، ضریب ناتوانی آن به ۱ نزدیک تر است. این ضریب مشخص می کند که چه سهمی از عمر طی شده با یک بیماری را باید از دست رفته تلقی کرد (YLD). به این ترتیب، اگر فردی ۳ سال از عمر خود را با یک بیماری به ضریب ناتوانی ۰/۴ زندگی کند، ۱/۲ از سال های عمر وی در اثر ناتوانی از دست رفته است (YLD=۱/۲).

در مورد هر بیماری، DALY= YLD + YLL است. به این ترتیب، تعداد و همین طور میزان سال های از دست رفته عمر به دلیل مرگ زودرس یا ناتوانی (به طور کلی و برای هر یک از بیماری ها) و نیز سال های از دست رفته عمر قابل انتساب به عوامل خطر مختلف، تبدیل به شاخص های پرکاربردی برای بررسی وضعیت سلامت جهانی، و نیز وضعیت سلامت در کشورها و مناطق مختلف جهان شده اند.(3–5)

### نگاهی به وضعیت سلامتی در ایران و جهان

بررسی روند تغییرات شاخص های سلامت در چند دهه اخیر، نشان می دهد که سلامت ساکنان کره زمین در مجموع رو به بهبود بوده است. شاخص امید زندگی در بدو تولد در سطح جهان که در سال ۱۹۶۰ کمتر از ۵۳ سال بود، در سال ۲۰۱۹ به حدود ۷۳ سال رسیده و پیش بینی می شود تا سال ۲۰۵۰ به بیش از ۷۷ سال برسد.(6,7) با این وجود، شرایط در کشورهای مختلف و حتی در بخش های مختلف کشورها به شدت متفاوت است. در سال ۲۰۱۹، امید زندگی در ژاپن و بخش هایی از چین (هنگ کنگ و ماکائو) بیش از ۸۸ سال و در کشورهایی مانند جمهوری آفریقای مرکزی، چاد، لسوتو، نیجریه و سیرالئون کمتر از ۵۵ سال بود. افزایش امید زندگی در ایران، در مقایسه با جمعیت کل جهان، رشد سریع تری داشته و از حدود ۴۵ سال در سال ۱۹۶۰ به بیش از ۷۶ سال در سال ۲۰۱۹ رسیده است. امید زندگی در بدو تولد در بیشتر جمعیت ها، در زنان بیشتر از مردان است؛ در سال ۲۰۱۹، امید زندگی در زنان و مردان برای کل جمعیت دنیا، به ترتیب حدود ۷۵ و ۷۰ سال بود.(6) اگر چه جمعیت کلی زنان و مردان در دنیا کم و بیش یکسان است، ولی کسر مرد به زن در دوره های مختلف زندگی متفاوت است. این کسر معمولا در بدو تولد بیش از یک است (به عبارت دیگر تعداد نوزادان پسری که متولد می شوند، بیش از تعداد نوزادان دختر است)، ولی الگوی مرگ و میر در دو جنس به نحوی است که به تدریج تعداد زنان از مردان پیشی می گیرد و در دوره سالمندی، تعداد زنان از مردان بیشتر می شود.(6)

تغییراتی که در امید زندگی رخ داده، یکی از علل افزایش جمعیت در دهه های گذشته بوده است، چرا که سبب شده تا افراد برای دوره طولانی تری زندگی نمایند. جمعیت جهان از حدود ۳ میلیارد نفر در سال ۱۹۶۰ به ۷/۷ میلیارد نفر در سال ۲۰۱۹ رسیده است. افزایش جمعیت، کم و بیش در همه کشورها رخ داده است. این در حالی است که در طول این سال ها، میزان باروری کلی (TFR) در سطح جهانی و در همه کشورها کاهش داشته است. در سطح جهانی و طی دوره زمانی ۲۰۱۹-۱۹۶۰، میزان باروری کلی در ابتدا افزایش مختصری یافت ولی پس از سال ۱۹۶۵ تا کنون به طور مداوم کاهش یافته، از بیش از ۵

[352] Years of Live Lost
[353] Years Lived with Disability

فرزند در طول عمر هر زن، به حدود ۲/۵ در سال ۲۰۱۹ رسیده است. با این وجود، تفاوت های قابل توجهی بین کشورهای مختلف دنیا وجود دارد. در سال ۲۰۱۹، میزان باروری کلی در منطقه آفریقای زیرصحرا، ۴/۶ برآورد شده است، در حالی که در منطقه استرالیا و نیوزلند، اروپا و آمریکای شمالی از سال ۱۹۹۰ به این سو، کمتر از ۲ فرزند در طول عمر هر زن بوده است.(6,8)

جمعیت ایران در سال ۱۹۶۰، حدود ۲۲ میلیون نفر بود و طی ۶۰ سال به حدود ۸۲ میلیون نفر رسیده است. میزان کلی باروری که در سال ۱۹۶۰ نزدیک به ۷ بود تا میانه دهه ۷۰ میلادی با شیب آهسته ای کاهش یافت ولی پس از آن، تا یک دهه رو به افزایش گذاشت. سپس، هم زمان با اجرای برنامه های کنترل جمعیت، میزان باروری با شیب تندی کاهش یافت و از حدود سال ۲۰۰۰ به این سو، به کمتر از ۲ رسید. در چند سال اخیر، دوباره سیاست های جمعیتی به نحوی تغییر یافته که باروری در جمعیت راتشویق نماید و بر اساس برآوردهای برخی از سازمان های جهانی، به نظر می رسد باروری در ایران رو به افزایش گذاشته است.(6,9) نباید فراموش کرد که افزون بر مرگ و میر و باروری، عامل دیگری که بر جمعیت کشورها و مناطق مختلف اثر می گذارد، مهاجرت است که بسته به جهت آن، می تواند سبب افزایش یا کاهش جمعیت گردد.

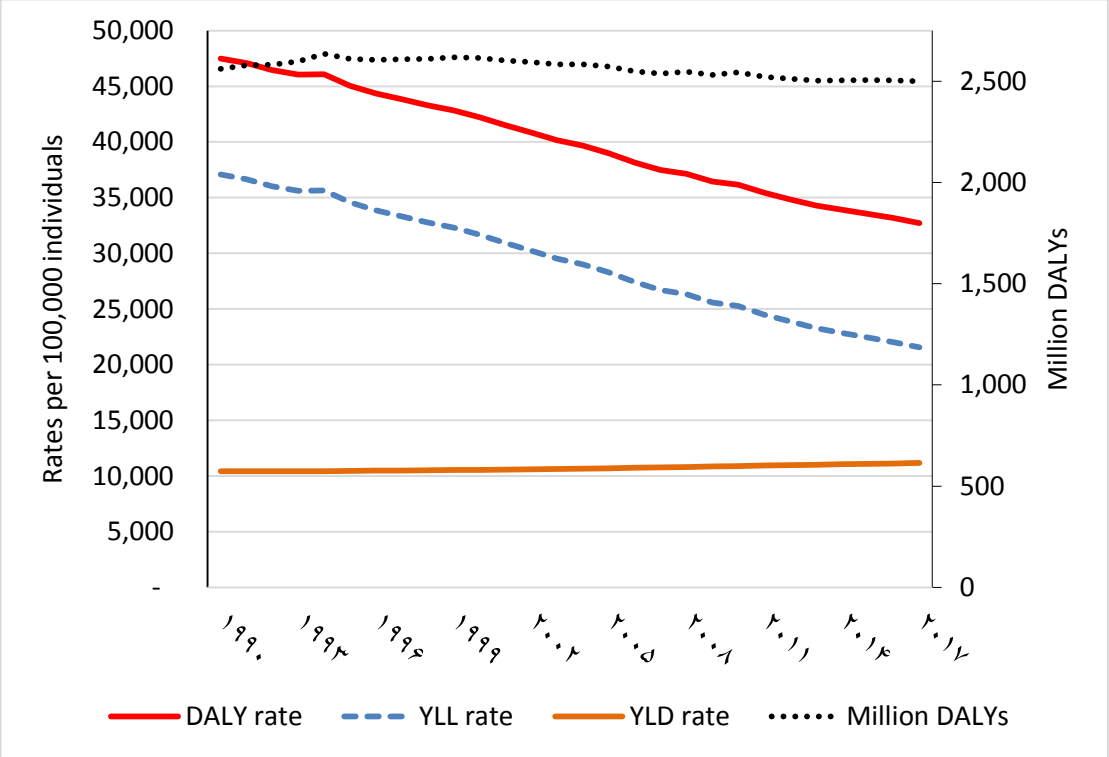
برآیند مجموع عوامل موثر بر جمعیت در بیشتر کشورهای جهان، منجر به افزایش سن جمعیت و بیشتر شدن نسبت سالمندان شده است. با توجه به مشکلات ویژه دوره سالمندی از جمله بالاتر بودن شیوع بیماری ها و مشکلات سلامتی در این گروه، نگرانی در مورد سلامت آینده جمعیت های انسانی رو به فزونی است.

بررسی مجموع سال های از دست رفته عمر به دلیل مرگ زودرس یا ناتوانی (DALYs)، فارغ از نوع بیماری یا آسیب، نشان می دهد که در فاصله سال های ۲۰۱۷-۱۹۹۰، با وجود افزایش جمعیت ، تعداد سال های از دست رفته عمر در سطح جهان تقریبا ثابت مانده است ولی اگر میزان آنها در هر سال به ازای جمعیت[۳۵۴] را در نظر بگیریم، روندی کاهش یابنده داشته است.(3) اگر روند تغییرات عناصر تشکیل دهنده DALY یعنی YLL و YLD را به شکل مجزا ببینیم، روند YLL کاهش یابنده و روند YLD تقریبا ثابت و حتی با شیب بسیار ملایمی، افزایش یابنده است. (شکل ۴) این مساله نشان می دهد که جمعیت های انسانی در کنترل تعداد موارد مرگ و به تاخیر انداختن آن، موفق تر عمل کرده اند (همان گونه که اثر آن در افزایش شاخص امید زندگی نیز مشاهده گردید) ولی افرادی که زنده می مانند، در مجموع با بیماری های بیشتری دست و پنجه نرم می کنند. این مساله، تا حد زیادی به پدیده افزایش سن جمعیت و بیشتر شدن بیماری های مزمن، مرتبط است، به نحوی که اگر بجای مقایسه میزان YLD به ازای جمعیت در طول زمان، میزان استاندارد شده سنی آن را در طول زمان بررسی کنیم و به این ترتیب اثر مسن شدن جمعیت را حذف نماییم، روند آن را با شیب بسیار ملایمی در حال کاهش می یابیم.(3–5) استانداردسازی سنی با استفاده از روش های مختلفی انجام می شود. با روش های مزبور، می توان مقدار یک شاخص سلامتی را با فرض اینکه ساختار سنی و جنسی جمعیت، مشابه یک جمعیت استاندارد باشد، محاسبه کرد. در ایران نیز، با کنار گذاشتن سال های ۱۹۹۰ و ۲۰۰۳ که در آنها به دلیل وقوع زلزله های مرگبار، الگوی مرگ و میر و DALY تغییر نمود، می توان گفت که تعداد کلی DALY در سال های بین ۲۰۱۷-۱۹۹۰ تقریبا ثابت مانده است، در حالی که میزان آن به ازای جمعیت، روندی کاهش یابنده داشته است. همانند روند کلی جهانی، تغییرات اجزای تشکیل دهنده آن (YLL rate و YLD rate) در دو جهت متفاوت بوده است.

[354] DALY rates

علاوه بر میزان های کلی سال های از دست رفته عمر، الگوی بیماری های منجر به از دست رفتن این سال ها نیز در طول زمان، تغییر کرده است. برای درک بهتر این مساله، علل منجر به از بین رفتن سال های عمر، در ۳ گروه کلی طبق بندی می شوند:

۱. بیماری های عفونی واگیر همراه با بیماری های دوره بارداری، زایمان و نوزادی و مشکلات تغذیه ای (مانند سل، مالاریا، ایدز، عوارض زایمان برای مادر، زایمان پیش رس نوزاد، سوء تغذیه پروتئین- انرژی و آنمی ناشی از فقر آهن)؛ در ادامه این فصل، این گروه را به عنوان بیماری های گروه ۱ می نامیم.
۲. بیماری های غیرواگیر (مانند بیماری های قلبی و عروقی، بیماری های تنفسی مزمن، سرطان ها و دیابت)
۳. آسیب های خارجی (مانند آسیب های ناشی از تصادف جاده ای، خودکشی، جنگ و قتل)



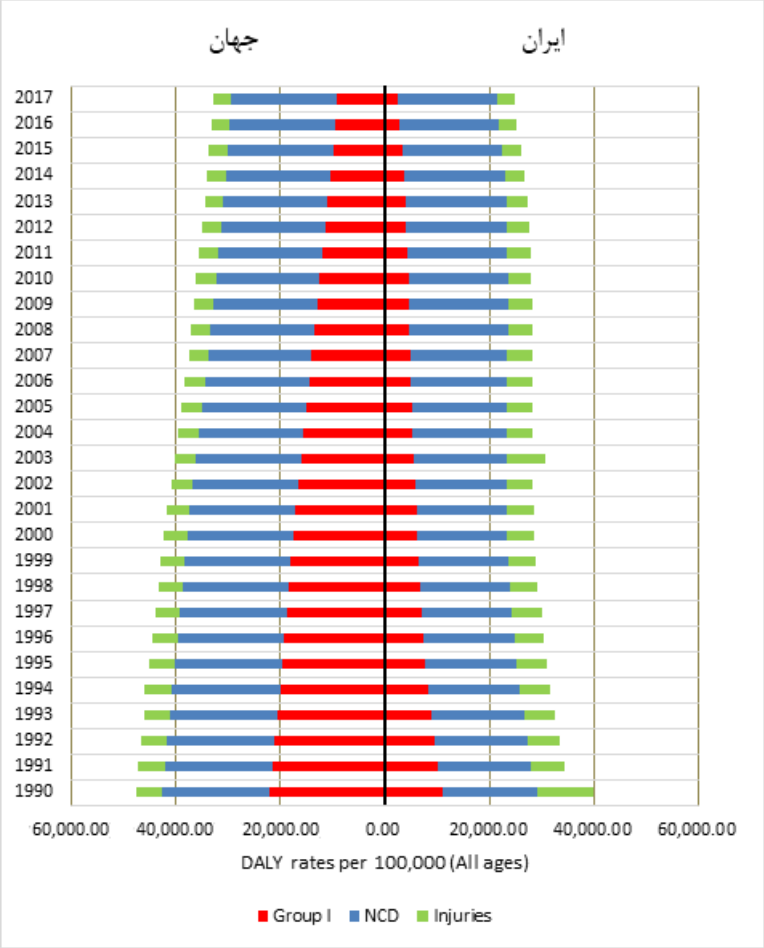

شکل ۴. روند تغییرات سال های از دست رفته عمر در جهان، میزان آن به ازای جمعیت و عناصر تشکیل دهنده آن (مطالعه بار جهانی بیماری ها)

هم در کل جهان و هم در ایران، بار ناشی از بیماری های گروه ۱ در دهه های گذشته، کاهش قابل توجهی یافته است؛ بخش عمده این کاهش، ناشی از بهبود شرایط عمومی زندگی (مانند دسترسی بیشتر به آب آشامیدنی سالم، توالت بهداشتی و بهبود شرایط اسکان افراد)، اقدام های پیشگیری و کنترل بیماری های واگیر (به ویژه واکسیناسیون) و گسترش مراقبت های دوره بارداری و زایمان (و در پی آن، بهبود سلامت مادران و نوزادان) بوده است. بیماری های گروه ۱، به طور معمول در کشورهای با درآمد کم، در مقایسه با کشورهای دارای وضعیت اقتصادی بهتر، بار بیشتری را به جامعه تحمیل می کنند. در همه کشورها، طبقاتی از جامعه که از نظر اقتصادی-اجتماعی، در موقعیت ضعیف تری قرار دارند، در برابر بیماری های گروه ۱، آسیب پذیرتر هستند، هر چند که این بیماری ها، محدود به آنان نیست.

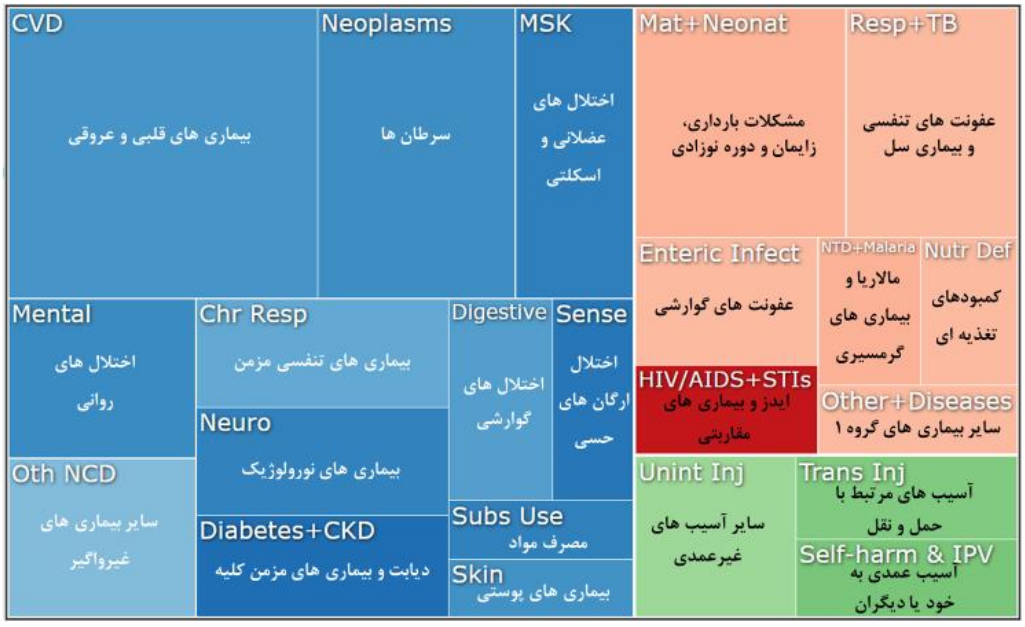
همانگونه که در شکل ۵ مشاهده می گردد، میزان سال های از دست رفته عمر به ازای جمعیت[۳۵۵] در ایران در دوره زمانی ۲۰۱۷-۱۹۹۰ به طور کلی کمتر از میزان جهانی آنها بوده است، اما وضعیت در مورد سه گروه اصلی بیماری ها و آسیب ها، قدری تفاوت داشته است. میزان سال های از دست رفته عمر به دلیل آسیب ها در طول این دوره در ایران همواره بالاتر از میزان جهانی آن بوده است، در حالی که در مورد بیماری های گروه ۱ و نیز بیماری های غیرواگیر، میزان جهانی سال های از دست رفته عمر، بیش از ایران بوده است. بخشی از این اختلاف ها، به دلیل تفاوت ساختار جمعیت ایران با جمعیت جهان است؛ ایران در مجموع جمعیت جوانی دارد، به همین دلیل هم آسیب ها (به ویژه تصادف های رانندگی) که در جوانان بیشتر دیده می شود، در ایران بالاتر است. اما این تمام مساله نیست، به نحوی که حتی با استانداردسازی سنی (و از بین بردن تاثیر تفاوت در ساختار سنی جمعیت ها)، باز هم میزان های آسیب ها در ایران، به ویژه در دهه ۱۹۹۰ و ۲۰۰۰ میلادی، بالاتر از میزان جهانی آنها بوده است.

اگر ۳ گروه اصلی بیماری ها و آسیب ها را تقسیم بندی جزئی تری کنیم، تصویر دقیق تری از آنچه در ایران و جهان می گذرد، به دست خواهد آمد. شکل ۶ و شکل ۷ سهم بیماری های مختلف را از مجموع بار بیماری ها (بر اساس DALY) به ترتیب در جهان و ایران نشان می دهد. در این تصویر، مستطیل هایی که با رنگ های طیف قرمز نشان داده شده اند، زیرشاخه گروه ۱، رنگ های طیف آبی، زیرشاخه بیماری های غیرواگیر و رنگ های طیف سبز، زیرشاخه آسیب ها هستند. در هر طیف رنگی، پر رنگ بودن، نشانه آن است که بار بیماری مربوطه در مقایسه با سایر بیماری ها در حال افزایش است. در هر دو شکل، بیشترین سهم به بیماری های قلبی- عروقی اختصاص دارد؛ بیماری های قلبی- عروقی شامل طیف وسیعی از بیماری ها هستند که بیماری های ایسکمیک قلبی (ناشی از درجات مختلف تنگی یا گرفتگی در شریان های کرونری قلب) و سکته مغزی (به دلیل گرفتگی رگ های مغز یا خونریزی از آنها) در زمره مهم ترین آنها به شمار می روند. در ایران، اختلال های روانی (به ویژه اختلال های افسردگی و اضطرابی)، اختلال های عضلانی- اسکلتی (از جمله درد ناحیه تحتانی کمری)، اختلال های نورولوژیک (به ویژه سردردهای میگرنی)، سرطان ها، آسیب های مرتبط با حمل و نقل (و در راس آنها، آسیب ناشی از تصادف های جاده ای)، مشکلات دوره نوزادی (به ویژه زایمان پیش رس)، اختلالات مصرف مواد (از جمله مواد اپیوئیدی) در کنار دیابت از جمله علت های مهم از بین رفتن سال های عمر هستند.

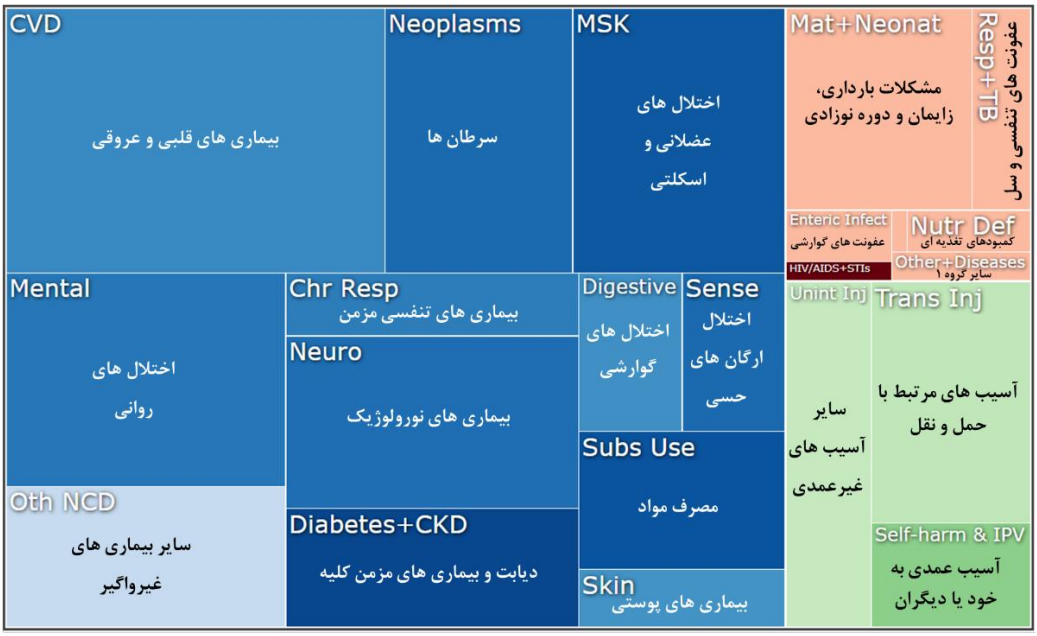
[355] DALY rate




شکل ۵. مقایسه میزان سال های از دست رفته عمر به ازای جمعیت (DALY rates) در اثر گروه های اصلی بیماری ها و آسیب ها در ایران و جهان




شکل ۶. سهم بیماری ها و آسیب های مختلف از مجموع بار بیماری ها بر اساس واحد DALY در جهان (سال ۲۰۱۷)




شکل ۷. سهم بیماری ها و آسیب های مختلف از مجموع بار بیماری ها بر اساس واحد DALY در ایران (سال ۲۰۱۷)

همان گونه که پیشتر اشاره شد، مواجهه با برخی از عوامل، می تواند احتمال ایجاد، تداوم یا پیشرفت بیماری ها در انسان ها را افزایش دهد که به آنها، عامل خطر گفته می شود. عوامل خطر را می توان در سه گروه بزرگ جای داد:

- عوامل خطر رفتاری، که از رفتار انسان ها نشأت می گیرند (مانند مصرف دخانیات، کم تحرکی فیزیکی، عوامل خطر تغذیه ای و رابطه جنسی غیرایمن)؛ باید توجه داشت که گاهی رفتار انسان ها تابعی از قرار گرفتن آنان در یک محیط خاص است، به همین دلیل فردی که در یک منطقه محروم که بیشتر ساکنان آن را افراد کم درآمد، با تحصیلات پایین و وضعیت اشتغال نامناسب تشکیل می دهند، احتمال بیشتری دارد که رفتاری مانند مصرف مواد را از خود نشان دهد.
- عوامل خطر متابولیک، که ناشی از اختلال در فرآیندهای بیوشیمیایی و سوخت و ساز بدن افراد هستند (مانند فشارخون بالا و بالا بودن کلسترول سرم)
- عوامل خطر محیطی، که ناشی از ویژگی های فیزیکی، شیمیایی، زیست شناختی یا اجتماعی محیط هستند (مانند آلاینده های هوا، آب آشامیدنی ناسالم و عوامل خطر شغلی)

برخی از عوامل، می توانند خطر چندین بیماری مختلف را افزایش دهند؛ به عنوان نمونه، مصرف دخانیات (و حتی مواجهه با دود ناشی از مصرف دخانیات توسط دیگران)، عامل خطر شناخته شده ای برای بسیاری از بیماری های قلبی- عروقی، تعداد زیادی از سرطان ها، بیماری های تنفسی مزمن و بسیاری از بیماری های دیگر است. اطلاع از وضعیت عوامل خطر، یکی از گام های مهم در راستای پیش گیری از بیماری هاست، چرا که با کاهش مواجهه افراد با عوامل خطر، احتمال بروز بیماری ها در آنان در آینده کاهش می یابد. همان گونه که پیشتر اشاره شد، می توان با استفاده از ترکیب داده های مربوط به بار بیماری ها (از جمله سال های از دست رفته عمر به دلیل مرگ زودرس یا ناتوانی)، شدت ارتباط بین هر عامل خطر با بیماری (یا بیماری های مختلف) و در اختیار داشتن شیوع و شدت مواجهه با عوامل خطر در یک جمعیت، برآورد کرد که چه بخشی از سال های از دست رفته عمر در آن جمعیت، قابل انتساب به هر یک از عوامل خطر است. جدول ۲ مهم ترین عامل های خطر

برای از دست رفتن سال های عمر (DALY) در ایران و جهان را نشان می دهد که بیشترین بار قابل انتساب بیماری ها، مربوط به آن هاست. عوامل خطر تغذیه ای، که در هر دو جمعیت در رتبه دوم قرار گرفته اند، گروه متنوعی از عوامل خطر را در بر می گیرند. مهم ترین عوامل خطر تغذیه ای در جهان، مصرف ناکافی غلات کامل[۳۵۶]، دریافت بالای سدیم، مصرف ناکافی میوه، مصرف ناکافی آجیل و مغزها و مصرف ناکافی سبزیجات بودند. در ایران، مصرف ناکافی غلات کامل، مصرف ناکافی آجیل و مغزها، مصرف ناکافی اسید چرب امگا-۳ با منشا دریایی، دریافت بالای سدیم و مصرف ناکافی میوه مهم ترین عوامل خطر تغذیه ای بودند.

ذکر این نکته اهمیت دارد که برخی از عوامل خطر، احتمال مواجهه با سایر عوامل خطر را هم زیاد می کنند، به عنوان نمونه، کم تحرکی فیزیکی، می تواند احتمال افزایش نمایه توده بدنی (یا بیش وزنی و چاقی)، قند خون بالا (یا دیابت و پیش دیابت) و فشار خون بالا را افزایش دهد.

جدول ۲. ده عامل خطر مهم برای از دست دادن سال های عمر به دلیل مرگ زودرس یا ناتوانی در ایران و جهان (۲۰۱۷)

| رتبه | جهان | ایران |
|---|---|---|
| ۱ | سوء تغذیه مادران و کودکان | فشار خون بالا |
| ۲ | عوامل خطر تغذیه ای | عوامل خطر تغذیه ای |
| ۳ | فشار خون یالا | قند خون بالا |
| ۴ | مصرف تنباکو | نمایه توده بدنی بالا |
| ۵ | قند خون بالا | مصرف تنباکو |
| ۶ | نمایه توده بدنی بالا | سوء تغذیه مادران و کودکان |
| ۷ | آلودگی هوا | کلسترول LDL بالا |
| ۸ | مصرف الکل | مصرف مواد |
| ۹ | کلسترول LDL بالا | آلودگی هوا |
| ۱۰ | آب ناسالم، دفع نامناسب فاضلاب و شست و شوی ناکافی دست ها | عملکرد نامناسب کلیه |

LDL: Low Density Lipoprotein

**پیش بینی روند بیماری ها**

با تغییراتی که در ساختار جمعیت به وقوع پیوسته (که به گذار جمعیت شناختی یا دموگرافیک تعبیر می شوند) و تغییراتی که در مورد بیماری ها رخ داده (به ویژه کاهش بیماری های گروه ۱ و افزایش سهم بیماری های غیرواگیر از مجموع بار بیماری ها در بیشتر کشورهای دنیا که با گذار اپیدمیولوژیک شناخته می شوند)، انتظار می رود که در آینده نیز بیماری های مزمن غیرواگیر گسترش یابند. این مساله را می توان بر اساس شیوع بالای عوامل خطر تغذیه ای، فشار خون بالا، مصرف تنباکو، قند خون بالا و نمایه توده بدنی بالا (یا همان بیش وزنی و چاقی) در بیشتر مناطق جهان پیش بینی کرد(10). همچنین مشکل آلودگی هوا و بیماری های مرتبط با آن در برخی از نقاط جهان به حد خطرناکی رسیده و چنانچه اقدام

[۳۵۶] whole grain

موثری در مورد آن صورت نگیرد، می تواند آسیب های غیرقابل جبرانی را هم به انسان ها و هم به زیست بوم کره زمین وارد کند. یکی از مسائلی که در صورت غفلت، ممکن است بسیاری از دستاوردهای پیشین در زمینه بهبود سلامتی انسان ها را به عقب برگرداند، مساله تغییر اقلیم است؛ این مشکل که به عقیده بیشتر دانشمندان، ناشی از مصرف نامتعادل انرژی و سایر منابع کره زمین توسط انسان هاست، پی آمدهای مختلفی همچون گرم شدن کره زمین، آب شدن یخ های قطبی و بالا آمدن سطح آب های آزاد، تغییرات شدید دمایی و جوی (در هر دو سوی طیف تغییرات، مانند سرما و گرمای خارج از حد انتظار هوا و خشکسالی و سیل های گسترده)، آتش سوزی و از بین رفتن جنگل ها و کاهش منابع غذایی در خشکی و دریا را به دنبال دارد که می توانند وضعیت سلامتی انسان ها را دستخوش تغییر نمایند(11).

در رابطه با بیماری های عفونی واگیر، مخاطرات مختلفی ممکن است رخ دهد که بروز بیماری های عفونی بازپدید[۳۵۷] (بیماری های که در گذشته به خوبی کنترل شده اند ولی به دلایلی مانند سست شدن اقدام های کنترلی، دوباره گسترش می یابند) و عفونت های نوپدید[۳۵۸] (که در گذشته وجود نداشته اند یا مشکل عمده ای محسوب نمی شدند) از جمله آنهاست. به عنوان نمونه، همزمان با شروع سال ۲۰۲۰ میلادی، بیماری نوپدید کووید-۱۹[۳۵۹]منجر به یک همه گیری گسترده در سطح جهان گردید. در کنار اینها، مشکل مقاومت آنتی بیوتیکی که ناشی از مصرف نامناسب آنتی بیوتیک هاست، مشکلی رو به گسترش و تهدیدی نگران کننده در زمینه کنترل بیماری های واگیر به شمار می رود.

رخ دادهای طبیعی مانند سیل و زلزله و بلایای انسان ساخت مانند جنگ، می توانند علاوه بر اثرگذاری مستقیم بر سلامت (مانند افزایش موارد مرگ ناشی از آسیب ها)، به طور مستقیم و غیرمستقیم سایر بیماری ها را هم تحت تاثیر قرار دهند و در سایه آنها، بیماری های واگیر، اختلال های روانی و حتی بیماری های مزمن غیرواگیر، ممکن است از کنترل خارج گردند(12,13).

## نتیجه گیری

همانگونه که در این فصل مشاهده گردید، برای سنجش وضعیت سلامت جمعیت، نیازمند داشتن شاخص هایی مناسب، با تعریفی واضح و روشی استاندارد برای اندازه گیری یا برآورد هستیم. شاخص ها باید به شکلی انتخاب شوند که بتوانند جنبه های مهم و مختلف سلامتی یک جمعیت و نحوه عملکرد نظام سلامت را بسنجند. برای بررسی وضعیت بیماری ها، به طور معمول از شاخص هایی که بر مرگ ناشی از بیماری ها یا ابتلا به آنها و نیز مواجهه با عوامل خطر بیماری تمرکز دارند، استفاده می شود، ولی شاخص های دیگری هم وجود دارند که می توانند سال های از دست رفته عمر در اثر مرگ زودرس یا ناتوانی را برآورد کنند و امکان مقایسه ساده تر بیماری ها را فراهم نمایند.

بررسی شاخص های سلامت، به ویژه شاخص های امید زندگی در بدو تولد و میزان سال های از دست رفته عمر به ازای جمعیت، نشان می دهد که وضعیت سلامت مردم در کره زمین در مجموع رو به بهبود است و عملکرد ایران نیز از متوسط جهانی بهتر است. با این وجود، این احتمال وجود دارد که این روند رو به بهبود، به دلایل مختلفی تغییر کند؛ ممکن است شتاب آن افزایش یابد، کند یا متوقف شود یا حتی با احتمال کمتر به سوی بدتر شدن پیش رود. افزایش سن جمعیت، که خود یکی از پی آمدهای بهبود سلامتی است (در کنار عامل دیگر، که کاهش باروری است)، سبب افزایش شیوع بیماری های

[357] Re-emerging
[358] Emerging
[359] COVID-19

مزمن غیرواگیر در آینده خواهد شد. اگر چه در طول قرن ها و دهه های گذشته، بیماری های واگیر و مشکلات سلامت مادران و نوزادان، کاهش پیدا کرده اند، ولی روند کنونی از سوی بیماری های عفونی بازپدید و نوپدید و مشکلاتی مانند مقاومت به آنتی بیوتیک ها، تهدید می شود. ضمن آنکه، هر گونه بی ثباتی سیاسی یا امنیتی، از جمله جنگ و آوارگی جمعیت و نیز تغییرات اقلیمی، می توانند وضعیت سلامتی در کشورهای درگیر را به شدت تحت تاثیر قرار دهند.

**منابع**


1. Phua KH, Yap M-T, Khilji SUS, Lee H-P. Development of public health in economic transition: the middle-income countries [Internet]. Oxford University Press; [cited 2019 Dec 15]. Available from: https://oxfordmedicine.com/view/10.1093/med/9780199661756.001.0001/med-9780199661756-chapter-4

2. Lucas C. Uk Measles and Rubella elimination strategy 2019. :77.

3. GBD 2017 DALYs and HALE Collaborators. Global, regional, and national disability-adjusted life-years (DALYs) for 359 diseases and injuries and healthy life expectancy (HALE) for 195 countries and territories, 1990-2017: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2017. Lancet Lond Engl. 2018 10;392(10159):1859–922.

4. GBD 2017 Disease and Injury Incidence and Prevalence Collaborators. Global, regional, and national incidence, prevalence, and years lived with disability for 354 diseases and injuries for 195 countries and territories, 1990-2017: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2017. Lancet Lond Engl. 2018 10;392(10159):1789–858.

5. GBD 2017 Causes of Death Collaborators. Global, regional, and national age-sex-specific mortality for 282 causes of death in 195 countries and territories, 1980-2017: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2017. Lancet Lond Engl. 2018 10;392(10159):1736–88.

6. United Nations, Department of Economic and Social Affairs, Population Division. World population prospects Highlights, 2019 revision Highlights, 2019 revision. 2019.

7. United Nations. Life expectancy at birth, total (years) | Data [Internet]. 2019 [cited 2019 Dec 8]. Available from: https://data.worldbank.org/indicator/SP.DYN.LE00.IN?end=2017&start=1960&view=chart

8. GBD 2017 Population and Fertility Collaborators. Population and fertility by age and sex for 195 countries and territories, 1950-2017: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2017. Lancet Lond Engl. 2018 10;392(10159):1995–2051.

9. Fertility rate, total (births per woman) - Iran, Islamic Rep. | Data [Internet]. [cited 2019 Dec 8]. Available from: https://data.worldbank.org/indicator/SP.DYN.TFRT.IN?locations=IR

10. GBD 2017 SDG Collaborators. Measuring progress from 1990 to 2017 and projecting attainment to 2030 of the health-related Sustainable Development Goals for 195 countries and territories: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2017. Lancet Lond Engl. 2018 10;392(10159):2091–138.

11. Watts N, Amann M, Arnell N, Ayeb-Karlsson S, Belesova K, Boykoff M, et al. The 2019 report of The Lancet Countdown on health and climate change: ensuring that the health of a child born today is not defined by a changing climate. Lancet Lond Engl. 2019 16;394(10211):1836–78.

12. El Bcheraoui C, Jumaan AO, Collison ML, Daoud F, Mokdad AH. Health in Yemen: losing ground in war time. Glob Health. 2018 25;14(1):42.

13. Massahikhaleghi P, Tehrani-Banihashemi A, Saeedzai SA, Hossaini SM, Hamedi SA, Moradi-Lakeh M, et al. Burden of Diseases and Injuries in Afghanistan, 1990-2016: Findings From the Global Burden of Disease 2016 Study. Arch Iran Med. 2018 01;21(8):324–34.

# حقوق دریافت کنندگان خدمات سلامت

دکتر علی پاشا میثمی

استاد پزشکی اجتماعی

**اهداف**

انتظار می رود در پایان این فصل فراگیربتواند:

- مفهوم حقوق گیرندگان خدمات سلامتی را بر اساس ابعاد مختلف آن شرح دهند.
- راهکارهای مختلف در اندازه گیری و مدیریت ایمنی و کیفیت مراقبت های سلامتی را شرح داده و به کار گیرند.
- ابعاد مختلف کیفیت ارائه خدمات را شرح داده و راهکارهای تضمین آنها را در حیطه ارائه مراقبت های سلامتی به کار بندند.
- روند تحلیل شاخص های مختلف مرتبط با کیفیت مراقبت های سلامتی را شرح داده و انجام دهند.
- چرخه ارتقاء کیفیت خدمات سلامتی را به کار بندند.

**مقدمه**

ارائه مراقبت های سلامت در هر جامعه می بایست منجر به ارتقاء سلامتی آحاد مردم در آن جامعه شود. در ارائه مراقبت های سلامت موارد مختلفی از جمله اصول، اجزاء و دیگر خصوصیت ها در نظر گرفته می شود. از ملاحظات اخلاقی مهم در ارائه مراقبت های سلامت لحاظ کردن حقوق دریافت کنندگان خدمات است. در این فصل بر آن خواهیم بود تا نکاتی کاربردی در تعریف و اصول چگونگی پایش و ارزیابی حقوق گیرندگان خدمات سلامت را مرور کنیم.

## جنبه های مختلف در مورد حقوق دریافت کنندگان خدمات سلامت

کیفیت و ایمنی[۳۶۰]: در مورد حقوق مختلفی که می توان برای دریافت کنندگان خدمات سلامت در نظر گرفت، موارد مختلفی قابل ذکر است. اما به طور کلی می توان این موارد را در دو اصل مهم دریافت خدمت با کیفیت و حفظ ایمنی در دریافت خدمات خلاصه کرد. اگر چه در این مورد ممکن است مواردی چون کمیت و نحوه دسترسی مقوله ای متفاوت به نظر برسد، اما پس از این خواهیم دید که این موارد نیز اجزائی از کیفیت ارائه مراقبت ها بوده و در هر روند قابل ارزیابی می باشند.

به عنوان یک اصل و تعهد، نظام سلامت و ارائه کنندگان مراقبت های سلامت ملزم به ارائه خدمات با کیفیت و ارتقاء کیفیت خدمات در طول زمان بر اساس نظام جمعی می باشند که این روز ها به عنوان حاکمیت بالینی شناخته می شود. علاوه بر این در هر خدمت و مراقبت سلامت خطراتی می تواند همراه باشد، این مخاطرات هم برای ارائه کننده خدمت و هم برای دریافت کننده خدمت وجود دارد. از آنجا که سلامت ارائه کننده خدمت بر سلامت گیرنده خدمت می تواند تأثیرگذار باشد، محافظت از خطر در ارائه خدمت از اجزاء مهم حفظ حقوق گیرندگان خدمت نلقی می شود.

[360] Quality and safty

**تعریف استانداردها در فرایندهای ارائه خدمات سلامتی**

در مورد ارائه هر یک از مراقبت های سلامت استانداردهای مختلفی وجود داشته و باید رعایت شوند. این استانداردها شامل استانداردهای محیط ارائه خدمت، ارائه کننده خدمت، وسایل و تجهیزات، اجزاء خدمت و پیگیری و مراقبت های لازم پس از دریافت خدمت از جمله آموزش است. عدم رعایت هر یک از استانداردها می تواند منجر به ارائه خدمت بدون کیفیت و تضعیع حقوق خدمت گیرنده شود. لذا از موارد پایه و اساسی در هر نظام سلامت تعریف استاندارد خدمات است. این استانداردها به اجزاء پایه و ترجیحی تقسیم شده و می بایست در طول زمان و در راستای ارتقاء کیفیت به طور دوره ای بازبینی شوند.

مسئولیت پذیری و پاسخگوئی[۳۶۱]: به منظور حفظ حقوق گیرندگان خدمت و ارائه خدمات باکیفیت و ایمن، اصل مهم در نظام ارائه خدمت توجه به مسئولیت پذیری و پاسخ گوئی است. دسترسی شفاف به اطلاعات، برقراری جریان صادقانه اطلاعات مرتبط با خدمات، انتقال اطلاعات به گیرندگان خدمت از هر طریق ممکن و قابل فهم برای ایشان و ایجاد ساز و کار لازم به منظور نقد روندهای موجود در ارائه خدمت و پاسخگوئی در قبال شکایت ها و انتقادها و همچنین خطاهای رخ داده و موارد با نتایج نامطلوب در ارائه خدمت، در فرایند ارائه مراقبت های باکیفیت و حفظ حقوق گیرندگان خدمت باید به طور نظام مند وجود داشته باشد. این موارد که مبتنی بر اولین اصل از حقوق افراد در دریافت خدمات که دانستن و آگاهی است اگر به درستی در نظر گرفته نشود، دیگر اصول و موارد نیز فاقد کارآئی و اثر خواهند بود.

کاهش خطر[۳۶۲]: در هنگام ارائه هر خدمت سلامتی، تمامی تمهیدات لازم به منظور کاهش خطر و آسیب احتمالی برای گیرنده خدمت و همچنین ارائه کننده خدمت باید در نظر گرفته شود. به طور مشخص به عنوان یکی از مهمترین حقوق افراد، سودرسانی[۳۶۳] به افراد باید تصمین شود و اولین تلاش ها در سودرسانی باید متمرکز بر کاهش آسیب، محافظت افراد در برابر آسیب های احتمالی و درس گرفتن از روند موجود در پیشگیری از رخداد مجدد خطاها و آسیب ها است.

طراحی و اجرای نظام مشخص در هر مجموعه ارائه کننده مراقبت های سلامتی به منظور رصد کردن موارد خطا و آسیب و انجام مکانیسم های ضروری به منظور پیشگیری از وقوع مجدد و جبران آنها از موارد ضروری در تضمین حقوق گیرندگان خدمات است.

**خودمختاری حرفه ای[۳۶۴] و نظام های خود تنظیم در ارائه مراقبت های سلامت**

از مواردی که در ارتقاء کیفیت ارائه مراقبت های سلامت و کاهش خطر می تواند چالش برانگیز باشد، تداخل محتمل میان دستورالعمل های ارائه مراقبت، استانداردهای مربوطه و چهارچوب های تعیین شده در نظام سلامت با خودمختاری گروه های ارائه کننده مراقبت های سلامت، به ویژه پزشکان است. انتظار می رود که پزشکان بتوانند طبق صلاحدید دستورات پیشگیرانه و درمانی را برای بیماران خود در نظر بگیرند، که این امر همان خودمختاری در تصمیم گیری برای پزشکان است. از طرف دیگر دستورالعمل های بالینی و راهنماها می توانند در این مقوله ایجاد محدودیت نمایند. بدیهی است محدودیت های اعمال شده برای تجویز اقلام مختلف تشخیصی و درمانی، که ممکن است تداخلی با آزادی عمل پزشکان و یا دیگر مراقبان سلامت داشته باشند بر اساس شواهد و بر اساس مستنداتی که نشاند دهنده حمایت از حقوق گیرندگان خدمت در عرصه سودرسانی و

[361] Responsibility and accontability
[362] Risk reduction
[363] beneficence
[364] Professional autonomy

یا کاهش خطر است، تنظیم شده و می شوند. در صورتیکه شواهد جدید مرتبط با تجویز مراقبت ها و اقدام های جدید و یا حتی قدیمی در راستای تجدید نظر در موارد طرح شده در راهنماهای بالینی وجود داشته باشد، در نظام های خود تنظیم قابل اعلام و اعمال در راهنماهای بالینی خواهد بود. طیف موارد قابل انتخاب برای گیرندگان خدمات سلامتی نیز در راهنماهای بالینی معمولاً مشخص می شوند و آزادی انتخاب پزشکان و دیگر مراقبان سلامت در آن چهارچوب محفوظ خواهد بود. لذا اولویت به حقوق گیرندگان خدمت در این مقوله مشخصاً باید در نظر گرفته شود.

**ویژگی های مجموعه های ارائه کننده خدمات با کیفیت**

اگر تعهد و مسئولیت پذیری در هر مجموعه ارائه مراقبت های سلامت در ارائه مراقبت های با کیفیت و بدون خطر، به عنوان مهمترین ویژگی این مجموعه ها در نظر گرفته شود، باید انتظار داشت که در به کار گیری اصول مربوطه این مجموعه ها با جدیت عمل کرده و این اصول را در تمامی ارکان مجموعه خود نهادینه و سازماندهی کنند. علاوه بر این، این مسئولیت پذیری و تعهد در تمامی ارائه کنندگان خدمات سلامت در مجموعه ها باید وجود داشته باشد، و مورد حمایت قرار گرفته و تقویت شود. اعتماد، تقویت اعتماد و ایجاد جو قابل اعتماد از ضروریات در گزارش دهی و پیگیری ریشه ای موارد خطا بوده که به عنوان یک ویژگی مهم این مجموعه باید در نظر گرفته شود. برقراری ارتباط مثبت و سازنده از ویژگی های دیگری است که باید بین مدیران و ارائه کنندگان مراقبت سلامت در این مجموعه وجود داشته باشد.

**اندازه گیری کیفیت به منظور مدیریت کیفیت**

قادر به مدیریت چیزی که قادر به اندازه گیری آن نیستیم، نخواهیم بود. لذا به منظور مدیریت کیفیت ضروی است آن را اندازه گیری کنیم. اساس فعالیت ها در روند حفظ و ارتقاء کیفیت و کاهش خطر در ارائه خدمات سلامت به منظور حفظ حقوق گیرندگان خدمت، اندازه گیری کیفیت خدمات است. در این مقوله چاره ای جز تعریف شاخص های مختلف به منظور اندازه گیری و بیان کیفیت نخواهد بود، شاخص هایی بالینی که می بایست به منظور تحقق حاکمیت بالینی اندازه گیری شده و مورد بررسی و تفسیر قرار گیرند تا راهکارهای ارتقاء کیفیت خدمات بر اساس آن شکل گیرد.

**پایه های مدیریت کیفیت سلامت**

در استقرار نظام مدیریت کیفیت خدمات سلامتی می بایست به اصول چهارگانه ذیل توجه داشت.

*دیدگاه ها و ارزش های گیرندگان خدمت*: اگر هدف در کیفیت مراقبت ها، احترام به حقوق گیرندگان خدمات است، احترام به دیدگاه، نقطه نظرات و انتظارات و در کل لحاظ کردن نظام ارزشی گیرندگان خدمات در ارائه خدمات از پایه های اصلی ارتقاء کیفیت خدمات سلامت است. به این منظور اندازه گیری شاخص های اختصاصی در این حوزه و پایش و رصد آنها و تلاش در راستای ارتقاء آنها ضروری است.

*ارزشیابی کارآیی خدمات سلامتی*: مراقبت های سلامت به این منظور ارائه می شوند که بتوانند مشکلات سلامتی گیرندگان خدمت را مرتفع سازند. اگر حقوق گیرنده خدمت مد نظر است، اثربخشی و مهم تر از آن کارآئی که با در نظر گرفتن هزینه، تضمین اثربخشی خدمت را مطرح می کند باید در مورد هر خدمت وجود داشته و تآمین شود. ارائه خدمتی که فاقد تأثیر است و یا ارائه خدمتی گران و پر هزینه که تأثیر آن با خدمت ارزان قابل مقایسه است، در راستای حفظ حقوق گیرندگان خدمت نیست. ارزیابی و ارزشیابی کارآئی خدمات سلامت در راستای ارتقاء کیفیت خدمات که توسط نظام سلامت با شفافیت باید

انجام شود، از موارد بسیار مهم در تضمین حقوق گیرندگان خدمات است که با توجه به تخصصی بودن و عدم اشراف گیرندگان خدمات به دانش تخصصی آن، از جایگاه ویژه ای برخوارد می باشد.

*کاهش خطر*: در ارائه هر خدمت، سود رسانی باید لحاظ شود و این حق از گیرندگان خدمت محقق نخواهد شد مگر خدمت بدون خطر و یا با خطر بسیار اندک، اندازه گیری و کنترل شده ارائه شود. لذا مدیریت فرایند کاهش خطر در ارائه خدمات سلامتی از ارکان ارتقاء کیفیت خدمات است.

*مدیریت و توسعه حرفه ای*: ارائه مراقبت های سلامت یک حرفه است. دانش، نگرش و عملکرد مراقبان سلامت و ارائه کنندگان خدمت و تمامی عوامل محیطی، اقتصادی و اجتماعی حاکم بر کارآئی خدمات تأثیرگذار خواهند بود. از مهم ترین مواردی که می بایست در ارتقاء کیفیت خدمات سلامت در استای تأمین حقوق گیرندگان خدمت مد نظر قرار داد، بررسی و برنامه ریزی در جهت اصلاح تمامی عوامل محیطی مؤثر بر این حرفه است. توسعه حرفه به مفهوم افزایش تمام ظرفیت های فکری، نگرشی، دانشی، ساختاری و عملکردی است که بتواند در ارتقاء کیفیت خدمات نقش کلیدی ایفا کند.

**اجزاء نظام مدیریت کیفیت خدمات سلامتی**

به منظور تأمین و ارتقاء کیفیت مراقبت های سلامت، ضروری است ساختار و نظام مربوطه شکل گیرد. این ساختار که همان ساختار مرتبط با حاکمیت بالینی است حداقل دارای بخش های چهارگانه ذیل خواهد بود:

تشکیل کمیته: کمیته ای متشکل از نمایندگان گروه های مختلف مدیریتی و ارائه کننده خدمات در هر مجموعه باید تشکیل شود. وظیفه این کمیته تدوین چهارچوب ها، سیاست گذاری، تصمیم گیری در خصوص نحوه ارزیابی، نظارت و مدیریت ارزیابی ها و گزارش دهی است. ضروری است در این کمیته افراد خبره از حوزه های مختلف سلامت عمومی و پزشکی اجتماعی به منظور استفاده صحیح از شاخص ها، تحلیل مناسب داده ها و در نظر گرفتن تمامی عوامل تأثیرگذار بر توسعه فردی و حرفه ای به منظور ارتقاء کیفیت خدمات حضور داشته باشند.

سیاست گذاری[۳۶۵]: تدوین سیاست های کلی در راستای ارتقاء کیفیت و هدف گذاری از مهمترین اجزاء در ایجاد نظام ارتقاء کیفیت خدمات سلامت است. ضروری است سیاست ها واقع بینانه، مبتنی بر شواهد درونی و بیرونی بر اساس ارزیابی های انجام شده در داخل سازمان و مرور مستندات علمی مبنی بر تأیید سیاست ها به عنوان سیاست های ارتقاء دهنده کیفیت و قابل اجرا باشند. تدوین سیاست های غیر مرتبطف غیر واقعی، غیر مبتنی بر شواهد و سیاست هایی که مورد توافق همه نیستند یقیناً منجر به اخلال در روند ارتقاء کیفیت مراقبت ها و خدمات خواهند شد. معمولاً سیاست ها باید به طور شفاف و در قالب بیانه رسال مجموعه برای تمامی ذی نفعان ارائه شده و در دسترس قرار گیرد. این سیاست ها باید در جای جای فعالیت های مجموعه نمود عینی یافته و در برنامه راهبردی به عنوان محور برنامه ریزی لحاظ شده باشند.

ارزیابی کارآئی: از مهمترین بخش های نظام مدیریت کیفیت خدمات، ارزیابی کارآئی خدمات است. این بخش که در حقیقت فرایندی را شامل می شود که در طول زمان و به صورت مکرر و به منظور ارزیابی و ارتقاء کیفیت می بایست انجام شود، شامل جمع اوری داده های مرتبط با شاخص های کارآئی، تحلیل و گزارش دهی و تصمیم گیری بر مبنای نتایج و انجام اقدام و

[365] Policymaking

ارزیابی نتایج مربوط به هر اقدام و تکرار چرخه خواهد بود. در حقیقت این بخش همان فرایند ارتقاء کیفیت است که می بایست به طور مکرر تا حصول نتیجه مورد انتظار تکرار شده و مد نظر قرار گیرد.

گزارش دهی: ارائه بازخورد و گزارش از اقدامات انجام شده و نتایج آنها یکی از ارکان و اجزاء اصلی در طراحی و اجرای نظام ارتقاء کیفیت است. این امر نه فقط به منظور تعیین نتایج اقدامات صورت گرفته و در جهت برنامه ریزی برای فعالیت های آتی مد نظر است، بلکه یکی از اقدامات بسیار مهم در تغییر جو سازمانی، ایجاد اعتماد، تغییر نگرش و توسعه حرفه ای سازمان به شمار می رود.

گزارش دهی باید به صورت دوره ای منظم و در موارد لزوم به صورت موردی مد نظر قرار گیرد. نظام گزارش دهی باید شامل بخش های جمع آوری بازخورد از این مرحله و تمامی دیگر فرایندهای منجر به تهیه گزارش باشد. این بازخورد ها یکی از مهم ترین منابع اطلاعات در ارتقاء کیفیت در هر سازمان ارائه کننده خدمت به شمار می رود.

### مدل های ارتقاء کیفیت FOCUS-PDCA

مدل های متفاوتی جهت ارتقاء کیفیت ارائه شده اند. اما شاید تمامی آنها از ساختار اختصاری FOCUS-PDCA تبعیت می کنند. این مدل ها همانگونه که پیشتر اشاره شد در بخش ارزیابی کارآئی از نظام ارتقاء کیفیت خدمات مورد استفاده قرار گرفته و چهارچوب عملیات جاری را مشخص می کنند و در FOCUS-PDCA عنوان می شود، که ابتدا باید فرایند دارای مشکل را پیدا[۳۶۶] کرد، سپس آن را سازماندهی[۳۶۷] کرد، یعنی اجزاء و مراحل کاری در فرایند را مشخص کرد، در مرحله بعد روشن سازی و شفاف سازی[۳۶۸] از وضعیت اجزاء و کارکرد های هر یک از اجزاء فرایند باید صورت پذیرد، سپس باید به درک[۳۶۹] مشکلات و نقش هر یک از اجزاء در ایجاد مشکل در کل فرایند پرداخت، و در انتهای این مرحله اقدام به انتخاب[۳۷۰] فعالیت معیوب جهت ارتقاء کرد. در چرخه بعدی بر اساس تمامی اطلاعات و شواهد و دلایلی که منجر به انتخاب فراگرد[۳۷۱] معیوب شده است، باید برنامه ارتقاء آن فعالیت یا فراگرد را تدوین[۳۷۲] کرد ، این بخش مانند هر برنامه دیگری باید دارای اجزاء کامل اهداف، روش انجام، نیروی انسانی، ملزومات و تجهیزات مورد نیاز، زمان و هزینه ها باشد و استانداردهای هر یک را شامل شود. سپس باید این برنامه اجرا[۳۷۳] شود و مانند هر برنامه ای باید مورد پایش (ارزیابی رعایت استانداردهای برنامه در هر مرحله) و ارزشیابی (تعیین میزان دستیابی به اهداف از پیش تعیین شده در برنامه) قرار گیرد. این بخش اصطلاحاً Check نامیده می شود. آخرین بخش از چرخه دوم اقدام[۳۷۴] بر اساس نتایج پایش و ارزشیابی به منظور ارتقاء برنامه تعریف شده واصلاح ان در صورت نیاز است. چرخه دوم PDCA ممکن است ده ها بار تکرار شود تا در نهایت نتایج مورد انتظار در ارتقاء کیفیت حاصل آید.

### شاخص های ارزیابی کارآئی و کیفیت

---

366 Find
367 Organize
368 Clarify
369 Understand
370 Select
371 Procedure
372 Plan
373 Do
374 Act

در مرحله Find از چرخه اول از FOCUS-PDCA که پیش از این صحبت شد، ضروری است فرایندهای نیازمند ارتقاء شناسایی شوند. این امر که یکی از اجزاء اصلی نظام ارتقاء کیفیت در هر مجموعه و سازمان ارائه خدمات سلامت است و باید به صورت جاری به ارزیابی کارآئی و کیفیت خدمات بپردازد، نیازمند جمع آوری اطلاعات و داده ها در مورد شاخص های مختلف مرتبط با کارآئی و عملکرد فرایندهای مختلف ارائه خدمات سلامت است. این شاخص ها بر اساس رویکرد فرایندی می توانند مربوط به خود فرایند[۳۷۵] ، ساختار[۳۷۶] و یا خروجی ها[۳۷۷] باشند. مثلاً اگر ارائه خدمتی مانند واکسیناسیون مد نظر باشد، شاخص هایی که به ارزیابی کیفیت واکسن، نحوه نگه داری واکسن، نوع و دوز واکسن مورد نیاز می پردازند مربوط به ساختار ارائه خدمت می باشند. شاخص هایی که مربوط به نحوه صحیح تعیین اندیکاسیون، نحوه صحیح تجویز، محل صحیح تجویز و دوز در زمان تجویز بر حسب سن و وزن می باشند، شاخص های فرایند خواهند بود. و شاخص های تعیین کننده میزان ایجاد ایمنی در افراد واکسینه شده ویا تعداد افراد دریافت کننده واکسن در یک جمعیت بر اساس انتظار اجرای برنامه به عنوان شاخص های خروجی شناخته خواهند شد.

یا در مورد مراقبت از بیماران دیابتی، شاخص های مرتبط با وجود برنامه و راهنمای بالینی مراقبت از بیمار دیابتی برای گروه های مختلف مراقبین سلامت، وجود تجهیزات آزمایشگاهی و داروها در حد مورد نیاز برای ارائه خدمت مربوط به ساختار این فرایند می باشند. نحوه ارائه مراقبت ها مانند نحوه انجام ویزیت اولیه بیماران، نحوه تعیین ویزیت های ثانویه توسط متخصصین در خصوص عوارض چشمی و کلیوی و پای دیابتی برای بیماران، نحوه تنظیم قند خون بیماران، نحوه ارائه مراقبت در مورد سایر عوامل خطر مانند فشار خون و چربی خون در بیماران همگی شاخص های مرتبط با فرایند می باشند. و شاخص های مرتبط با میزان کنترل قند خون، میزان کنترل فشار خون، میزان کنترل چربی خون، میزان بروز پای دیابتی، میزان بروز رتینوپاتی دیابتی و یا نارسایی کلیه در بیماران همگی از شاخص های برونداد و یا خروجی فرایند ارائه مراقبت برای بیماران دیابتی می باشند.

**ویژگی شاخص های ارزیابی کارآیی و کیفیت**

*داده:* تقریباً تمامی شاخص های مورد استفاده در ارزیابی کارائی و کیفیت مراقبت ها داده های جمع آوری شده و یا اطلاعات محاسبه شده می باشند. این داده ها به خودی خود ممکن است ارزشی نداشته باشند و در حقیقت تنها تعیین کننده وضعیت خواهند بود و به عنون یک معیار یا علامت مورد استفاده قرار خواهند گرفت، مثلاً وضعیت مطلوب یا در حد انتظار و یا کمتر از حد انتظار است. هیچ یک از شاخص ها تعیین کننده علت نخواهند بود و نیازمند تفسیر توسط کمیته های مربوطه به منظور شناسائی علت ها خواهند بود.

*کارکرد:* کارکرد شاخص ها همان گونه که اشاره شد، تنها تعیین وضعیت است. از شاخص ها به تنهایی، بیش از این نمی توان انتظار داشت.

*پاسخ:* اینکه در مورد هر یک از شاخص های محاسبه و براورد شده چه پاسخی باید ارائه شود، از خود شاخص بر نخواهد آمد و تفسیر شاخص بر اساس دیگر اطلاعات و داده ها باید مبنا قرار گیرد.

[375] Process Indicators
[376] Structure Indicators
[377] Output Indicators

دقت: دقت در نحوه برآورد شاخص ها از نکات قابل تأمل است. میزان دقت در برآورد شاخص های ارزیابی کارآئی و کیفیت باید متناسب با حساسیت آن شاخص ها باشد. مثلاً اگر یک شاخص برونداد مرتبط با مرگ و میر و یا عوارض حاد یک بیماری است، دقت بالا در این مورد اهمیت دارد. اما اگر مرتبط با ساختار میزان نسبی داروی مورد نیاز و تعیین موجود بودن آن است با دقت کمتری در برآورد نیز می تواند قابل قبول باشد. یک دقت نسبی در مورد شاخص ها که کاربردی بودن آن را تحت تأثیر قرار ندهد مناسب تر از دقت بسیار بالا در برآورد است که هزینه و زحمت قابل توجهی را در سازمان ایجاد کند.

*مبتنی بر شواهد:* شاخص های انتخاب شده جهت تعیین وضعیت کارآئی و کیفیت مراقبت ها باید بر اساس شواهد مرتبط با کیفیت و کارآئی مراقبت باشند. به عنوان مثال اگر در فهرست ارزیابی نظارتی از یک مجموعه رنگ پرده های اطاق معاینه به عنوان یک شاخص در نظر گرفته شده است، باید شواهد مرتبط با رنگ پرده در اطاق معاینه و تأثیر آن بر کیفیت مراقبت ها بر اساس مطالعات و پژوهش های قبلی موجود باشد و صرف سلیقه ناظران در این امر پذیرفته نیست.

*تعداد:* در یک رویکرد آرمان گرایانه برای تمامی اجزای هر فرایند می توان تعداد نامتناهی از شاخص ها را در نظر گرفت. لکن هزینه و زحمت جمع آوری داده های این شاخص ها از یک سو و فرصت و امکان تفسیر تمام انها از سوی دیگر نیز باید در نظر گرفته شوند. تعداد محدود و مشخصی از شاخص ها که در تعیین وضعیت و تحلیل علت عملکرد هر فرایند کافی به نظر برسد، منطقی ترین میزان برای تعداد شاخص ها خواهد بود.

**انواع شاخص های ارزیابی کارآیی و کیفیت**

همانگونه که اشاه شد انواع مختلفی از شاخص ها وجود دارند. هر یک از این شاخص ها کاربردهای مختلفی خواهند داشت.

مرتبط با ساختار ارائه خدمت: این شاخص ها تعیین کننده وجود بستر و شرایط لازم برای انجام فرایند می باشند. معمولاً فرایند بدون وجود این شاخص ها در حد استاندارد قادر به حصول نتایج کارائی و یا کیفیت نخواهد بود.

مرتبط با فرایند ارائه خدمت: این شاخص ها تعیین کننده نیاز های مرتبط با نیروی انسانی اعم از آموزش، ارتقاء دانش و مهارت و یا نیاز به تدوین و بازآموزی راهنماهای بالینی را مطرح می کنند. عدم حصول این شاخص ها در حد مطلوب و استاندارد نیز منجر به کیفیت و کارائی مطلوب در مورد فرایند نخواهد شد.

مرتبط با برون دادهای خدمات: این شاخص ها به عنوان اولین شاخص ها در مورد هر فرایند ارزیابی می شوند. در حقیقت اگر این شاخص ها در حد مطلوب باشند، نشان دهنده وضعیت مطلوب در سطح شاخص های ساختار و فرایند نیز خواهند بود. در حقیقت شاید مناسب است ابتدا شاخص های مرتبط با برونداد اندازه گیری و بررسی شوند و در صورت وجود وضعیت کمتر از حد انتظار در هر فرایند، شاخص های فرایندی و ساختاری آن فرایندها اندازه گیری شود. در حقیقت این شاخص ها نشان دهنده وضعیت کلی فرایند اند. اما شاخص های ساختاری و فرایندی نشان دهنده محل احتمالی مشکل در ساختار و یا در فرایند خواهند بود. اگر مدیریت فرایند جمع آوری داده های لازم، به منظور برآورد شاخص ها به صورت چند مرحله ای (ابتدا داده های مربوط به برونداد و سپس در صورت نامطلوب بودن جمع آوری داده های مربوط به فرایند و ساختار) دشوار باشد، داده ها همزمان جمع آوری و محاسبات و تحلیل ها به صورت چند مرحله ای انجام خواهند شد.

*اختصاصی برای بیماری:* برخی شاخص ها مخصوص یک بیماری خاص می باشند و به منظور تعیین وضعیت کارآئی و کیفیت خدمات برای یک بیماری خاص استفاده می شوند.

*غیر اختصاصی*: برخی شاخص ها ژنریک و غیر اختصاصی برای یک بیماری خاص بوده و مثلاً بیانگر خدمات لازم در جهت پیشگیری و کنترل گروه بیماری ها مثلاً گروه بیماری های غیرواگیر و یا قلبی عروقی مورد استفاده قرار می گیرند. ممکن است به منظور دستیابی به شاخص های غیر اختصاصی از تلفیق و ترکیب شاخص های اختصاصی بیماری های مختلف استفاده شود. مثلاً اگر شاخص های اختصاصی برونداد در مورد بیماری های دیابت، قلبی، فشار خون، تنفسی و سرطان ها در یک مجموعه ارائه خدمت برآورد شده اند، تلفیق شاخص های این بیماری می تواند در تعیین براورد شاخص های برونداد در مورد پیشگیری و کنترل بیماری های غیرواگیر مورد استفاده قرار گیرد.

**برآورد شاخص ها بر حسب ویژگی های گیرندگان خدمت**

در تعیین بسیاری از وضعیت های مرتبط با کیفیت ارائه خدمات لازم است تحلیل و محاسبه شاخص های مختلف بر اساس عوامل مختلفی صورت گیرد. این عوامل می تواند فردی مانند سن و جنسیت باشد و یا دموگرافیک مانند شغل و وضعصت محل سکونت و وضعیت تأهل و میزان درآمد و یا جغرافیایی بر اساس نژاد و کشور محل تولد و یا حتی عوامل مرتبط با بیماری و وضعیت سلامتی مانند شدت بیماری و یا مصرف دخانیات در نظر گرفته شود.

*ابعاد کیفیت*: مرور کردیم که با درنظر گرفتن هدف تأمین حقوق گیرندگان خدمات، ارائه خدمات ایمن و با کیفیت باید مبنا قرار گیرد. کیفیت در ارائه خدمات سلامت باید دارای ابعاد مختلفی باشد که در ذیل به آن خواهیم پرداخت.

*ایمنی*: هر خدمت با کیفیت باید ایمن باشد، یعنی همانگونه که پیشتر اشاره شد باید فاقد خطر و آسیب احتمالی باشد. تمامی شرایط لازم به منظور محافظت خدمت گیرنده و ارائه دهنده خدمت از اسیب های احتمالی حین ارائه خدمت باید در نظر گرفته شود. جبران در مورد آسیب های احتمالی نیز از مواردی است که در ارتقاء کیفیت ارائه خدمات و به نظر حفظ حقوق گیرندگان خدمت در صورت رخداد در نظر گرفته خواهد شد.

*طبقه بندی انواع خطر*: در روند حفظ و ارتقاء کیفیات خدمات سلامت طبقه بندی خطر بر اساس شدت خطر باید به منظور مدیریت خطر انجام شود. رخداد هر یک از حوادث در حین آماده سازی، ارائه خدمت و یا پس از آن تا زمانی که گیرنده خدمت در مجموعه ارائه مراقبت سلامتی قرار دارد، نیازمند بررسی است. فوریت بررسی حادثه نیازمند طبقه بندی شدت حادثه رخ داده و خطر موجود در رخداد است. فقدان طبقه بندی حوادث و خطر در گزارش دهی موارد خطر می تواند منجر به خطا در تفسیر و اشتباه در اقدام شده و کیفیت خدمات را مخدوش کند.

گروه یک: این حوادث و رخداد بسیار شدید بوده و باید بلافاصله گزارش شده و بلافاصله مورد توجه و پیگیری توسط کمیته ارتقاء کیفیت قرار گیرند. مرگ و یا جراحت های شدید در این گروه قرار می گیرند.

گروه دو: حوادث و رخداد های شدید اما با شدت کمتر از مورد قبلی را شامل می شوند. این موارد در صورتیکه که مواردی با شدت طبقه بندی قبل وجود نداشته باشند در اولویت بررسی هستند. مانند بروز عفونت در محل جراحی، توقف قلبی تنفسی در حین جراحی در بیمار با خطر متوسط.

گروه سه: حوادث غیر جدی و غیر مهم در این گروه طبقه بندی شده که در فرصت جاری و بدون فوریت مورد بررسی قرار خواهند گرفت.

**گزارش حوادث نامطلوب**

تمامی موارد حوادث نامطلوب مرتبط با ارائه خدمت باید گزارش شوند. روند گزارش در مورد هر یک از طبقه بندی این حوادث می تواند متفاوت از فوری و بلافاصله، سریع و معمولی باشد. گزارش ها باید دقیق و شامل زمان و مکان رخداد همچنین مشخصات فرد یا افراد مسئول در حین رخداد حادثه باشد.

از موارد مهم در گزارش دهی حوادث نامطلوب، تحلیل گزارش ها در طول زمان و تحلیل روند در مورد هر یک از حوادث و همچنین حوادث تجمعی بر اساس گروه حادثه است. تحلیل روند رخداد هر حادثه چه در مورد گیرندگان خدمت و چه ارائه کنندگان می تواند در تعیین علت های احتمالی مثلاً تغییر شیفت، تعویض پرسنل، تغییر محل نگه داری وسایل و تجهیزات، تغییر در برند ماده شوینده و یا تغییر در قفسه بندی و نحوه نگهداری اقلام کمک کننده باشد.

**گزارش وقایع نزدیک به حوادث نامطلوب**

در گزارش رخدادها و حوادث نامطلوب اگر هدف پیشگیری از رخدادها و ارتقاء کیفیت باشد، موارد نزدیک به رخداد حادثه[۳۷۸] نیز باید در نظر گرفته شود. هر چقدر حادثه ای که در شرف رخداد بوده است خطیرتر و حادتر باشد، گزارش آن و پیگیری علت های مرتبط با آن در ارتقاء کیفیت نقش مؤثرتری خواهد داشت.

شرایط لازم جهت گزارش حوادث نامطلوب: اگر به منظور ارتقاء کیفیت مراقبت ها خطاها و حوادث نامطلوب باید گزارش شوند، زمینه های گزارش فعال و کارآمد این موارد در سازمان باید فراهم باشد. در غیر اینصورت کم گزارش دهی و واکنش های غیر منطقی در صورت گزارش حادثه قطعاً منجر به به ارتقاء کیفیت خدمات و حذف علل ریشه ای نخواهند شد. از موارد بسیار مهم در این امر آن است که باید علل ریشه ای حوادث مشخص شوند تا بتواند چاره اصلی به منظور پیشگیری از رخداد مجدد آنها را پیدا کرد. در روند تحلیل علل ریشه ای[۳۷۹] نیاز به بررسی تمامی اجزاء فرایندی در فرایند جاری و تمامی فرایندهای قبل از فرایند جاری و مصاحبه شفاف با افراد مسئول و افراد در گیر فرایند و ترسیم جریان مرتبط عملیات در فرایند است، اگر پیش شرط لازم در گزارش موارد خطا و حادثه وجود نداشته باشد، این تحلیل به نتیجه نرسیده و مداخلات بر معلول ها و نه علت ها تمرکز خواهند یافت.

*آموزش*: اولین نکته در ایجاد ساختار مناسب جهت گزارش خطا و حوادث در هر مجموعه ارائه خدمت، آموزش تمامی پرسنل و ایجاد دانش و نگرش مناسب نسبت به این امر در راستای بیانیه و رسالت ارتقاء کیفیت سازمانی است که پیش از این تدوین و در معرض عموم قرار گرفته است. تمامی اصول مرتبط با ارتقاء کیفیت خدمات باید به پرسنل آموزش داده شده و علت سؤال ها و بازخوردها و پیگیری برای همگان باید روشن شود. اگر این آموزش ها کامل، صحیح و همه چانبه نباشند، سوئ تفاهم ها و نگرانی روند ارزیابی و تحلیل و اقدام در راستای ارتقاء کیفیت را مختل خواهند کرد.

*گفتگوی باز*: جو گفتگوی آزاد و باز و بدون پیش داروی و قضاوت باید در سازمان وجود داشته باشد. این جو باید با تمرین، ممارست و مشارکت نزدیک و صمیمی مدیران ایجاد شود و به عنوان مثال مدیران باید از گزارش روزمره خطاهای جاری خود و اعتراف و تلاش در جهت یافتن را ه حل منطقی جبران و پیشگیری از تکرار در جمع در جهت ایجاد این جو استفاده کنند.

[378] Near to miss
[379] Root Cause Analysis

ایجاد بحث در غیاب افراد در مورد خطاهای احتمالی ایشان، تمسخر و شوخی کردن با موارد خطا و حادثه و ایجاد جو روانی و سیاسی بر اساس خطا و حادثه رخ داده، یقیناً در روند اعتلای کیفیت خدمات در هر مجموعه تأثیر منفی بسیار قابل توجه و غیر قابل جبرانی داشته و باید از آن اجتناب شود.

*جو بدون سرزنش و تنبیه*: تضمین عملی در هر سازمان باید برای عدم وجود تنبیه و سرزنش به دلیل اعتراف به خطاها و گزارش حوادث وجود داشته باشد. این مورد به مفهوم عدم وجود غرامت و یا تنبیه برای قصور نیست. لکن اعتراف به قصور و یا گزارش موارد خطا نباید برای فرد گزارش دهنده تنبیه و یا سرزنش و یا جو منفی مثلاً مرتبط با خبرچینی را به همراه داشته باشد. نکته مهمی که در این روند در برخی سازمان ها و همچنین قوانینی مورد توجه قرار می گیرد، تخفیف مجازات به علت اعتراف به خطا است. این رویه، این جو را تقویت می کند که افراد تمایل به صحبت کردن در مورد خطاها داشته و از حمایت سازمانی در راستای منش ارتقای کیفیت خود برخوردار شوند.

*رسیدگی و بازخورد*: گزارش موارد خطا و بحث در خصوص یافتن علت های ریشه و ایجاد جو امن به منظور تبادل نظر شفاف در مورد تمامی فرایندهای احتمالی درگیر تا یافتن علت اصلی بسیار مهم بوده و باید منجر به اقدام در این مورد شود، به نحوی که علت اصلی اصلاح شده و پس از آن با پایش و ارزشیابی نتیجه اقدام مشخص شود.

اقدام مؤثر در جهت حذف علت اصلی و گزارش دهی به همه به مفهوم عام خود در مورد بررسی و اقدام انجام شده با رعایت محرمانگی در موارد ضروری و حفظ حریم افراد در موارد لازم از نکات کلیدی در تثبت فرایند و استمرار مؤثر فرایندهای گزارش دهی و اعلام حوادث و خطاها است. در حقیقت از عوامل مهم تقویت کننده روند گزارش دهی و پیگیری ها و شفافیت، اطلاع از اقدام و اصلاح به موقع است.

اگر اقدام صحیح انجام نشود و یا اقدام انجام شده و اطلاع رسانی صحیح از آن صورت نپذیرد، مانعی بزرگ در استمرار این فرایندها و ارتقاء ایمنی در ارائه خدمات ایجاد خواهد شد. این مانع ناشی از جو بی فایده بودن گزارش ها و بی اثر بودن اقدامات خواهد بود.

مثلاً اگر مشخص شود علت فوت یک بیمار ناشی از خرابی دستگاه شوک بوده و در نهایت مشخص شود که آن دستگاه قابل تعمیر نبوده و باید با دستگاه دیگری جایگزین شود، اما مراقبان سلامت شاهد باشند که این دستگاه هنوز در اطاق احیاء وجود دارد و تعویض نشده است، پیگیری موارد مشابه و اقدام جهت ایجاد تغییر در بین پرسنل و مراقبان سلامت تا چه زمان ادامه خواهد یافت؟ اقدام مؤثر باید به هنگام انجام شده و اطلاع رسانی به تمامی همکاران مثلاً در گزارش هفتگی مسائل مجموعه ارائه خدمت انجام شود که بلافاصله پس از مشخص شدن مشکل اصلی، اقدام جهت برطرف کردن آن صورت گرفته و دستگاه با نمونه سالم جایگزین شده و کارآئی آن در موارد مورد نیاز بعدی مورد پایش قرار گرفته است.

**اثربخشی**

بعد دوم در مورد کیفیت اثربخشی است. مراقبت ارائه شده باید در حل مشکل سلامتی مؤثر باشد. در مواردی خدمات ارائه شده اثربخش نیست. این رخداد نشاندهنده فقدان کیفیت در مراقبت ها است. مثلاً در کنترل فشار خون بیماران باید درمان داروئی تا حداکثر دوز ممکن تا رسیدن به فشار خون هدف در نظر گرفته شود. و یا دردرمان دیابت باید دارودرمانی همراه با تغییر سبک زندگی و رژیم غذایی تا دستیابی به سطح قند خون مطلوب بر اساس شرایط بیماری تجویز شود. اگر داروی

کنترل فشار خون مناسب با دوز و مقدار اندک و یا بدون نظارت کافی در مورد نحوه مصرف تجویز شود، این مراقبت غیر مؤثر خواهد بود. اگر مقدار دارو و یا توصیه های لازم در جهت تغییر سبک زندگی در جهت رسیدن قند خون به مقدار مورد انتظار مؤثر نباشد، اثربخشی مداخله تأمین نشده است.

*شاخص های برون داد اختصاصی بر اساس بیماری یا غیر اختصاصی*

معمولاً به عنوان مهمترین شاخص در تعیین اثربخشی هر خدمت، شاخص های برونداد مورد بررسی قرار می گیرند. مثلاً اگر در مورد بیماران دیابتی میانگین قند خون بیماران همگی در حد مطلوب باشد و یا درصد بیماران با قند خون کنترل شده از حد مطلوب و مورد انتظار بالاتر باشد، این شاخص نشان دهنده اثربخش مداخلات ارائه شده خواهد بود.

همانگونه که پیش از این اشاره شد، اگر این شاخص های برونداد در حد مطلوب و مورد انتظار نباشند، باید شاخص های ساختار (مثلاً فراهمی داروهای کنترل قند) و یا فرایند (تجویز و اقدام صحیح مراقبان سلامت) مبنای تصمیم گیری در مورد محل اشکال در فرایند باشند.

**متناسب بودن**

به عنوان بعد سوم از کیفیت خدمات سلامت، متناسب بودن خدمات با نوع بیماری مطرح است. اشاره شد که مراقبت ارائه شده باید در حل مشکل سلامت مؤثر باشد. منظور از حل مشکل سلامت همان مشکل سلامتی است که مراجعه کننده و خدمت گیرنده به آن منظور مراجعه داشته است. مثلاً تجویز واکسن آنفولانزا به جای ارائه مراقبت های شفاف آموزشی در مورد بیماری ایدز به نوجوانان و یا تجویز آنتی بیوتیک در مورد یک سرماخوردگی ویروسی و یا تجویز داروی گران قیمتی که طبق شواهد در کنترل روند بیماری آنفولانزا تاثیری نخواهد داشت، همگی مثال های از عدم تناسب مداخله با مشکل سلامت و ارائه خدمت بی کیفیت و در نظر نگرفتن حقوق بیمار به شمار می روند. مثلاً اگر در درمان بیماری دیابت در مواجهه با چربی خون بالا از نوع کلسترول با دانسیته کم ویتامین ب ۱ تجویز شود حال آنکه باید داروی مؤثری چون آتورواستاتین تجویز می شد، مثال دیگری از این نقیصه در ارائه خدمات متناسب و با کیفیت است.

*دستورالعمل نحوه ارائه خدمت*

در مواردی خدمت ساده بوده و فاقد پیچیدگی است و مثلاً در درمان گلودرد چرکی تجویز آنتی بیوتیک پنی سیلین می تواند در پیشگیری از بروز تب رماتیسمی مؤثر باشد و تشخیص خدمت متناسب چندان پیچیده به نظر نمی رسد. لکن در اغلب موارد خدمات مورد نیاز در جهت حل مشکل سلامتی پیچیده و چندگانه بوده و حتی در مثال قبل نیز با توجه به سن و وزن می تواند ظرائف خاصی را در برگیرد. به منظور یکسان سازی و دستیابی به جزئیات تعیین کننده در یک مراقبت متناسب با مشکل سلامتی، راهنماها و دستورالعمل های ارائه مراقبت سلامت راه گشا هستند. در حقیقت این راهنماها هم برای آموزش ارائه کنندگان خدمت و هم به منظور یک فهرست بررسی توسط ناظران ارزیابی کیفیت خدمات در حوزه تناسب خدمت کاربرد خواهند داشت.

*استانداردهای ارائه خدمت*

استانداردهای ارائه خدمت که معمولاً در راهنماهای بالنی مورد اشاره قرار می گیرند از دیگر شاخص های مهم در تعیین تناسب خدمت با مشکل سلامتی به شمار می روند. مثلاً در راهنمای بالینی مراقبت از بیمار دیابتی، تعداد ویزیت، دفعات و فاصله زمانی ارزیابی قند خون توسط آزمایشگاه و یا انجام آزمایش HBA1c و همچنین ارجاعات تخصصی ضروری به منظور کنترل عوارض بیماری دیابت مشخص شده است. اگر این استانداردها در ارائه خدمت به یک بیمار رعایت شده باشد، خدمت متناسب بوده است. عدم رعایت استانداردها منجر به عدم تناسب خدمت با نیاز خدمت گیرنده و عدم کارائی و کیفیت آن خواهد شد.

*شاخص های همه یا هیچ*

تا زمانی که در مورد یک مشکل سلامتی مجموعه ای از خدمات طبق استادارد تعریف شده باشد، عدم ارائه حتی یکی از مراقبت ها می تواند منجر به عدم تناسب و کارایی خدمت شود. یکی از کاربردی ترین شاخص ها در تعیین تناسب خدمات، شاخص های همه یا هیچ هستند. به این نحو که اگر گیرنده خدمت تمامی خدمات مورد نیاز را طبق استاندارد دریافت کرده به عنوان همه در نظر گرفته می شود. اما اگر حتی یکی از مراقبت های لازم کمتر از استاندارد ارائه شده باشد، به عنوان هیچ و عدم تناسب درج می شود. این رویکرد اگرچه سخت گیرانه به نظر می رسد اما واقع بینانه و کاربردی است. مثلاً اگر یک بیمار دیابتی فقط در یک نوبت از ویزیت از نظر پای دیابتی معاینه نشده باشد اما تمامی خدمات دیگر در مورد کنترل فشار خون و قند خون و ارجاعات تخصصی و آزمایشات را طبق استاندارد داهنمای بالینی دریافت کرده باشد، هیچ تلقی می شود، چرا که همین یک مورد می تواند منجر به از دست دادن تشخیص پای دیابتی و رخداد عارضه پای دیابتی و خطای مراقبت سلامت در ارائه خدمات سلامت در حدی جبران ناپذیر شود.

*ممیزی بالینی*

اگرچه مکانسیم های مختلف گزارش دهی در مورد خطاها و همچنین کیفیت مراقبت ها می تواند در ارتقاء کیفیت خدمات موثر باشد، اما سرکشی و ممیزی و مقایسه دوره ای مراقبت ها و خدمات ارائه شده با استانداردها از موارد مهم در ارزیابی تناسب و همچنین روند خطا و حوادث نامطلوب در حین مراقبت است. در حقیقت به منظور اطمینان از روند کیفی ارائه مراقبت ها و رعایت استاندارد و اطمینان از گزارش تمامی موارد حوادث نامطلوب باید بررسی فعال دوره ای حداقل در مورد سهم مشخصی از مستندات ارائه مراقبت ها و گیرندگان خدمات صورت پذیرد.

این ارزیابی ها باید مستقل از مستندات گزارشات مراقبان سلامت باشد. مثلاً بررسی دوره ای درصدی از بیماران یک مراقبت سلامت بیماران دیابتی به منظور ارزیابی تعداد موارد پای دیابتی رخ داده در این گروه از بیماران.

*چرخه ممیزی بالینی در ارتقاء کیفیت*

فرایند ممیزی بالینی در ارتقاء کیفیت از همان اجزاء و مراحلی تبعیت می کند که در چرخه FOCUS PDCA مورد اشاره قرار گرفت و در منابع مختلف ممکن است نام و ترتیب برخی مراحل متفاوت باشد، و یا برخی از مراحل ادغام شده باشند. اما اصول کلی در ارائه این فرایند و پیگیری فعالیت ها در چرخه مشابه است.

*شاخص های مرتبط با نظام ممیزی بالینی*

در خصوص ممیزی بالینی در راستای ارتقاء کیفیت شاخص های اختصاصی با عنوان شاخص های نظام ارتقاء کیفیت[۳۸۰] قابل بررسی بوده و می بایست مد نظر قرار گیرند. این شاخص ها به بررسی حوزه های مختلفی که مرتبط با نظام حاکمیت بالینی و ارتقاء کیفیت می باشند، خواهند پرداخت. مثلاً میزان حمایت از مراقبین سلامت در ارتقاء کیفیت، میزان به هنگام بودن پاسخ دهی در هنگام گزارش موارد خطا، میزان تلاش در جهت تأمین استانداردهای ارائه خدمت و دیگر مسئولیت هایی که بر عهده مدیریت مجموعه و سازمان ارائه خدمت جهت ارائه خدمات سلامتی با کیفیت است در این گروه قرار خواهند گرفت.

توجه و ارزیابی این شاخص ها می تواند اطلاعات مفیدی را در راستای جستجوی علت های ریشه ای و حاکمیتی در عدم توفیق تلاش ها در راستای ارتقاء کیفیت مراقبت ها در دسترس قرار دهد.

**مقبولیت**

بعد چهارم از کیفیت مراقبت های سلامت مقبولیت و قابل پذیرش بودن خدمت توسط گیرندگان خدمت است. خدمات اثربخش و متناسب و ایمن اگر مقبول گیرندگان خدمت نباشند، کارآئی نخواهند داشت. عدم تبعیت از دستورات و مراقبت ها به دلیل عدم پذیرش توسط گیرندگان خدمت یک مثال ساده از این مورد است.

**پیمایش نظرات دریافت کنندگان خدمت**

شاخص های مختلف مرتبط با نظرات گیرندگان خدمت، تعیین کننده میزان مقبولیت خدمات خواهد بود. لذا در هر مجموعه و یا سازمان ارائه خدمات سلامت، نظام و ساختاری مشخص به منظور پیمایش نظرات گیرندگان خدمت در راستای راتقاء کیفیت خدمات باید وجود داشته باشد. این پیمایش باید ابعاد مختلف ذیل را پوشش دهد.

رضایت از محیط ارائه خدمت: محیط فیزیکی و روانی اجتماعی محیط ارائه خدمت از شاخص های مهم ارزیابی در پیمایش نظرات گیرندگان خدمت در راستای ارزیابی مقبولیت خدمات است. مواردی شامل زمان انتظار، اطلاعات ارائه شده در خصوص ویزیت و ملاقات با مراقب سلامت، محیط فیزیکی و شرایط روانی اجتماعی حاکم بر اطاق انتظار، اطلاعات ارائه شده در مورد دیگر خدمات قابل ارائه در مرکز، مدت زمان صرف شده با مراقب سلامت، نگرش مراقبان و پرسنل و هزینه خدمات حداقل گزینه های ضروری از ارزیابی در این بخش می باشند.

رضایت از خدمات: در مورد این بخش و میزان رضایت از خدمت ارائه شده، حداقل حوزه های ذیل باید مورد پرسشگری قرار گیرند. اطلاعات علمی ارائه شده در مورد مشکل سلامت، علاقه و پیگیری نشان داده شده توسط مراقب سلامت، مهارت موجود در مراقب سلامت، میزان مؤثر بودن در حل مشکل سلامت، ایجاد توانایی در مراقبت از خود توسط مراقب سلامت.

میزان توجه به نیازهای ویژه: اگر کیفیت مراقبت های سلامت مد نظر است توجه ببه نیاز های ویژه در برخی گیرندگان خدمت که از نظر فرهنگی و زبان و یا به علت مشکلات جسمی دارای معلولیت می باشند باید مد نظر قرار گیرد. مثلاً اگر امکان ورود افراد با صندلی چرخ دار در یک مرکز وجود نداشته باشد، این معیار رعایت نشده است. دو حیطه محدودیت های زبان و فرهنگی و فیزیکی، حداقل سؤالات در این حوزه در پیمایش از افراد می باشند.

[380] System Indicators

بررسی شکایت ها و پیشنهادات: علاوه بر وجود نظام پیمایش نظرات گیرندگان خدمت در ارزیابی مقبولیت، شکایات و پیشنهادات از منابع دیگر اطلاعات در تعیین میزان مقبولیت و همچنین به منظور ارتقاء کیفیت خدمات به شمار می رود. طراحی و اجرای این نظام به منظور بررسی شکایات و پیشنهادات گیرندگان خدمت از اجزای مهم در ارتقاء کیفیت خدمات به مشار می رود.

**نظام بازخورد در بررسی شکایت ها و پیشنهادات**

نظام طراحی و اجرا شده در بررسی شکایات و یشنهادات باید دارای مشخصات ویژه ای باشد. صرف نصب صندوق پیشنهادات و انتقادات که در بسیار ی از مراکز مرسوم است و مرور موارد توسط برخی از افراد که ممکن است از نکات درج شده به نحوی غیر علمی و غیر حرفه ای در مقاصد دیگری به جز ارتقاء کیفیت خدمات استفاده کنند، ایجاد نظام بررسی شکایات و پیشنهادات و بازخورد در این خصوص نخواهد بود.

*در دسترس بودن*: در طراحی این نظام و اجرای آن ارسال شکایت ها و پیشنهادات باید برای تمامی گیرندگان خدمت ممکن، مقدور و آسان باشد، اگر دسترسی تنها برای برخی از گیرندگان خدمات چه در مورد ارسال نظرات و چه در مورد دریافت بازخوردها وجود داشته باشد، نظام طراحی شده کارامد نخواهد بود.

*پاسخگو بودن*: پاسخگوئی به شکایات و پیشنهادات ارائه شده به نحو مقتضی و متناسب با هر مورد باید وجود داشته باشد. به این منظور باید نظام خاصی جهت بررسی وجود داشته باشد. طبقه بندی و اولویت بندی در مورد شکایات و پیشنهادات جهت رسیدگی و نحوه رسیدگی به انها توسط کمیته مربوطه و همراهی تمامی ذی نفعان در موارد طرح شده در تمام مراحل از نکات کلیدی در دستیابی به اهداف ارتقاء کیفیت است.

*شفافیت*: اطلاعات ارائه شده باید به طور شفاف و بدون استفاده از کنایه، تعبیر و پنهان کاری مورد بررسی و رسیدگی قرار گیرند، مثلاً اگر در مورد نحوه برخورد یکی از پرسنل شکایت یا شکایاتی واصل شده، بررسی موارد بدون حضور فرد مربوطه و بدون بررسی شواهد مرتبط با شاهدان احتمالی و در نظر گرفتن تمامی جنبه های مختلف مرتبط با موضوع نمی تواند الگوی شفافی از مشکل موجود و علت شکایت درج شده را در اختیار قرار دهد.

*محرمانگی*: اگرچه شفافیت از اصول مهم در روند بررسی شکایات و پیشنهادات است، محرمانگی نیز از نکات مهم است. در مواردی ممکن است بررسی یک مورد از شکایات با لحاظ کردن اصل شفافیت منجر به آشکار شدن هویت گیرنده خدمت ایجاد مشکلاتی برای او در مراجعات بعدی شود. لذا در کمیته بررسی شکایات و پیشنهادات می بایست تمامی ملاحظات لازم جهت حفظ محرمانگی اطلاعات در کنار حفظ شرایط برای دستیابی شفاف به اطلاعات جهت تصمیم سازی صحیح و مستند در نظر گرفته شود.

*گزارش دهی*: مشابه دیگر موارد بحث شده در ارتقاء کیفیت در مورد شکایات و پیشنهادات نیز گزارش دهی و اطلاع رسانی بسیار اهمیت دارد. نحوه و چگونگی اطلاع رسانی بسیار اهمیت دارد و در موارد مختلف باید با رعایت ظرافت های لازم پیگیری شود. به عنوان مثال اگر افتتاح آزمایشگاه در یک مرکز پیرو پیشنهادات گیرندگان خدمت صورت گرفته می تواند با درج یک بنر اطلاع رسانی شود. اما اطلاع رسانی تغییر مسئول پذیرش به دلیل شکایت های صورت گرفته از نحوه برخورد ایشان با مراجعان، اخلاقی به نظر نمی رسد.

علاوه بر این تحلیل موارد شکایت و پیشنهادات، اقدامات صورت گرفته بر اساس آنها و تأثیر این اقدامات بر کیفیت کلی خدمات باید مد نظر قرار گرفته و به درستی اطلاع رسانی شود. لذا ضروری به نظر می رسد که مکانیسم های متفاوت گزارش دهی برای گیرندگان خدمت، مراقبین سلامت و مدیران و اعضاء کمیته ارتقاء کیفیت مراکز در نظر گرفته شود.

**شاخص های مرتبط با شکایت ها و پیشنهادات**

تعداد شکایت ها و پیشنهادات به طور فصلی، تعداد شکایت های بررسی نشده، تعداد شکایت ها و پیشنهادات اقدام نشده، تعداد موارد شکایت منجر به خسارت در سال، طبقه بندی شکایت ها بر اساس نوع و آنالیز روند آنها به دنبال اقدامات صورت گرفته و طبقه بندی میزان شدت و جدی بودن شکایت ها و پیشنهادات از نظر خطر سلامتی از شاخص های مهم قابل ارزیابی در خصوص شکایت ها و پیشنهادات می باشند که در ارتقاء کیفیت خدمات راه گشا خواهند بود.

*دسترسی*

بعد پنجم در کیفیت خدمات میزان دسترسی به خدمات سلامتی است. اگر چه شاخص های دسترسی به خدمات باید بر اساس تعداد جمعیت تحت پوشش و جمعیت نیازمند خدمت به طور دقیق محاسبه شوند. لکن با توجه به اطلاعات موجود در هر مرکز و اطلاعات کلی جامعه تحت پوشش می توان تخمین های قابل قبولی از میزان دسترسی را ارئه کرد. در حقیقت در این بخش اغلب به میزان عدالت در دسترسی به مراقبت ها و خدمات توجه می شود تا دسترسی برای تمامی افراد نیازمند خدمت.

دسترسی یکسان بر اساس ویژگی های فردی، دموگرافیک و جغرافیایی

اگر میزان خدمات مختلف ارائه شده برای گیرندگان خدمت بر اساس ویژگی های فردی، دموگرافیک و جغرافیایی نشان دهنده نابرابری در مقایسه با نسبت زیر گروه ها در جامعه مرجع باشد، این بعد از کیفیت مراقبت ها نیازمند ارتقاء خواهد بود. مثلاً اگر انتظار تفاوت قابل توجه در تعداد مردان و زنان دیابتی در جامعه نمی رود، اما ۸۰٪ بیماران دیابتی مراقبت شده در مرکز را مردان تشکیل می دهند، به نظر می رسد که مراقبت ارائه شده با محدودیت هایی برای زنان همراه بوده و یا شرایط ارائه خدمت بر اساس جنسیت در مرکز متناسب و مشابه نیست، و دسترسی برای خدمت مربوطه به طور یکسان وجود نداشته است. اگر میزان افراد مهاجر در یک منطقه برای خدمات مثلاً حدود ۱۰٪ جمعیت بوده و هیچ فرد مهاجری در مرکز در جهت دریافت خدمت مراجعه نداشته است، محدودیت های جدی در این مورد در حصوص کیفیت ارائه خدمات در حوزه دسترسی وجود داشته است. در مثالی دیگر اگر افراد بر حسب شغل به طور نامتوازن به دریافت خدمات پرداخته باشند و مثلاً افراد فاقد شغل بیشتر و دارای شغل سهم بسیار کمتری از مراجعان جهت دریافت خدمات پیشگیرانه از سرطان خاص را به خود اختصاص داده باشند، نشان از دسترسی نامناسب شاغلین به دلایل مختلف از این خدمت سلامت خواهد داشت.

*میزان تقاضا*

شاخص مهم دیگر در تعیین دسترسی که این بار میزان واقعی تناسب خدمت با نیاز موجود در جامعه را نشان می دهد، ارزیابی تقاضا و صف انتظار است. اگر صف های طولانی چند ماهه جهت دریافت برخی از خدمات ایجاد شده است، نشان دهنده عدم تناسب در ارائه خدمات با تقاضای موجود در جامعه بوده و نیازمند مداخله و اقدام بر اساس بررسی و علت یابی در جهت ارتقاء می باشد.

محاسبه میزان تقاضا به تفکیک خدمات تخصصی و همچنین بر اساس نوع خدمت ارائه شده می تواند الگوی مشخصی در راستای موارد مورد نیاز جهت مداخله را فراهم آورد. بدیهی است تحلیل نیاز و تقاضا نیز دارای پیچیدگی های خاص بوده و نمی توان انتظار داشت که به سادگی با بالا بودن تقاضا اقدام به افزایش ارائه خدمات را به عنوان راه حل برگزید. در موارد مختلف ممکن است تقاضای القائی و یا نیازهای رقابتی منجر به ایجاد تقاضایی شده باشند که پاسخگویی به آن به هدر رفت منابع و کاهش کیفیت مراقبت ها منجر خواهد شد.

*کارآمدی*

آخرین بعد در کیفیت کارامدی است. کارامدی که اثربخشی با در نظر گرفتن هزینه انجام شده است و در حقیقت مادامی به بالاترین سطح خود رسیده است که با کمترین هزینه بیشترین خدمت فراهم شده است، به نظر می رسد در صورت تأمین دیگر ابعاد کیفیت که پیش از این بحث شد و با به حداقل رساندن هزینه ها حاصل خواهد شد. در تعیین میزان کآرآمدی هر مرکز یا نظام ارائه خدمت می بایست محاسبات دقیق هزینه تمام شده خدمات و نتایج سلامتی حاصل شده از خدمات را در تحلیل های خاص وارد کرد. اما شاخص های ساده ای به منظور ارزیابی کارآمدی ار مجموعه نیز می تواند مبنای تصمیم گیری قرار گیرد.

علاوه بر این طبقه بندی تقاضا بر اساس نوع خدمت: فوری، ارجاعی و یا خدمات غیر فوری و معمول می تواند در تحلیل سریع نوع و علت تقاضا و اقدام مناسب در جهت ارتقاء کیفیت مراقبت ها کمک کننده باشد.

*عدم مراجعه*: میزان عدم مراجعه جهت دریافت خدمت یکی از ساده ترین شاخص ها در نشان دادن نا کارآمدی یک مجموعه در ارائه خدمات با کیفیت است. عدم مراجعه یک گیرنده خدمت به هر دلیل به هدر رفت منابع منجر شده و انگیزه ها و استقبال از دریافت دیگر خدمات را نیز تحت تأثیر قرار خواهد داد.

*هدر رفت منابع*: میزان هزینه انجام شده به ازاء هر خدمت و یا هزینه تمام شده هر خدمت می تواند تخمینی از میزان هدر رفت منابع بر اساس تخمین های موجود از هزینه متعادل در ارائه هر خدمت مشابه را به همراه داشته باشد. مثلاً استفاده از نوع خاصی از دستکش در جراحی های سرپایی که دوام نداشته و منجر به افزایش تعداد مصرف به ازای هر خدمت می شود می تواند به هدر رفت منابع منجر شود اگر چه در ابتدا خرید این نوع دستکش مقرون به صرفه تر به نظر می رسیده است. یا مراقبت سلامت با دانش و تجربه ناکافی با درخواست آزمایشات مکرر و متعدد و تجویز داروهای غیر مؤثر می تواند هزینه کلی تشخیص و درمان یک بیماری را تا چند برابر مورد انتظار افزایش دهد.

*هزینه به ازاء خدمت*: مقایسه هزینه درآمد به ازاء هر خدمت نیز می تواند شاخص دیگری در ارزیابی کارآئی مراقبت ها باشد. نکته بسیار مهم در تعیین هزینه ها و درآمد ها آن است که منابع مختلف تأمین هزینه ها مانند بیمه های پایه و تکمیلی و منابع عمومی نباید از فهرست هزینه ها خارج شوند. در حقیقت کیفیت اراءه مراقبت های سلامتی باید در کل جامعه دیده شود و تمامی هزینه ها از هر یک از منابع موجود در جامعه که می تواند در ارتقاء سلامت افراد مختلف جامعه نقش کلیدی داشته باشند باید حراست شده و در محاسبات کارآمدی حدمات به درستی محاسبه و لحاظ شوند.

همپوشانی در ابعاد کیفیت در مراقبت های سلامت

همانگونه که اشاره شد، ابعاد بحث شده در خصوص کیفیت دارای همپوشانی با یکدیگر بوده و بسیاری از موارد را نمی توان با مرز بندی مشخصی از یکدیگر به طور کامل جدا کرد. مثلاً اثربخشی، متناسب بودن و کارآمدی خدمات دارای همپوشانی زیادی با یکدیگر می باشند.

## نتیجه گیری

رعایت حقوق گیرندگان خدمت از اصول مهم در ارائه مراقبت های سلامت است. تا زمانی که خدمت ایمن و با کیفیت ارائه نشود، حقوق گیرندگان خدمت رعایت نشده است. تلاش جهت ارائه مراقبت های ایمن و با کیفیت باید بر اساس نظام حاکمیت بالینی در تمامی عرصه های ارائه مراقبت های سلامت و بر اساس توجه به تمامی ابعاد شش گانه در حفظ و ارتقاء کیفیت خدمات سلامت متمرکز شود. توجه به اصول چهارگانه مطرح شده در تدوین نظام حاکمیت بالینی می تواند تضمینی در جهت به بار نشستن فعالیت ها در این عرصه باشد.

## منابع


1- Lynne Currie, Clinical governance in a changing NHS. Edited by Myriam Lugon and Jonathan Secker-Walker London: The Royal Society of Medicine Press Ltd, 2006.

2- Massoud, R., K. Askov, J. Reinke, L. M. France, T. Bornstein, E. Knebel, and C. MacAulay. 2001. A Modern Paradigm for Improving Healthcare Quality. QA Monograph Series 1(1). Bethesda, MD: Quality Assurance Project (for USAID).

3- Draft Report of Technical Consultation of Effective Coverage in Health Systems (27–29 August 2001, Rio De Janeiro, Brazil). Geneva: WHO.

4-David Hunter, An Introduction to Clinical Governance and Patient Safety, David Hunter, Elizabeth Haxby, Siân Isobel Jaggar, OUP Oxford, 2010.

به نام خدا

# رویکرد اقتصادی به خدمات سلامت

دکتر محمد خواجه دلویی

استاد پزشکی اجتماعی

## اهداف

با مطالعه این فصل انتظار می رود فراگیر قادر باشد:

- مفهوم کالای عمومی، و سلامتی به عنوان کالای عمومی را بیان نماید.
- تاثیر متقابل سلامت بر رشد اقتصادی، و رشد اقتصادی بر سلامت را توضیح دهد.
- وضعیت تخصیص منابع مالی به بخش سلامت در کشورهای مختلف جهان را توضیح دهد.
- مفهوم واژه های اقتصاد و اقتصاد سلامت را توضیح دهد.
- دلایل ضرورت رویکردی اقتصادی به خدمات سلامت را بیان نماید.
- تاثیر نابسامانی در نظام های سلامت بر اقتصاد سلامت توضیح دهد.
- تفاوت های اصلی بازار اقتصاد سلامت، با سایر بازارهای اقتصادی بیان نماید.

## مقدمه

مردم وقتی بیمار می شوند یا صدمه می بینند در انتظار مراقبتی موثر هستند. مردم می خواهند چنین مراقبتی را از کسی دریافت کنند که در باره مشکل آنان بطور جامع و با در نظر گرفتن بیشترین منافع آنان، عادلانه، صادقانه و همراه با دانش و مهارت عمل می کند. در نظر مردم، توقع جامعیت، قابلیت و مهارت امری جزیی یا پیش پا افتاده نیست. مردم همچنین در باره روشی که جامعه آنان به سلامت و مراقبت سلامت می پردازد توقعاتی دارند. آنان عدالت بیشتری را در سلامت و رفاه آرزو دارند و هر روز بیش از پیش در برابر محروم ماندن از خدمات بی تابی نشان می دهند، حتی اگر میل نداشته باشند خود در خصوص این ارزش ها عملی انجام دهند.

مردم از مسئولان سلامت، چه در دولت و چه در دیگر نهادها، انتظار دارند برای حفظ حقوق آنان در باره سلامت بیشتر کار کنند. انتظار مردم این است که خانواده های آنان و تمامی مردم در برابر مخاطرات زیان بار سلامت محافظت شوند. مردم می خواهند مراقبت از سلامت افراد جامعه با قبول حقوق آنان همراه باشد، نه به صرف اینکه هدف این یا آن برنامه یا بهره مند شوندگان از امور خیریه باشند. مردم می خواهند به کارکنان خدمات پزشکی احترام بگذارند و به نوبه خود، در محیطی آکنده از اعتماد متقابل، احترام ببینند.

مطالعات نشان داده اند که در بسیاری از کشورها دغدغه های سلامتی (در جمع یکی از سه نگرانی اصلی، مشکلات مالی، مسکن و سلامت) قرار می گیرد. در ۵۰ درصد کشورهای جهان بیماری و هزینه های مراقبتی آن، اولویت اول یک سوم

جمعیت کشور بوده است. به همین دلیل عملکرد نامطلوب نظام سلامت و نارضایتی مردم از آن، یکی از عوامل بی ثباتی کشورها و نگرانی دولت ها محسوب می گردد.

### سلامتی به عنوان کالای عمومی[۳۸۱]

امروزه مردم بیشتر گرایش به این دارند که سلامت را کالا، و یک کالای عمومی تلقی کنند. کالای عمومی، کالایی است که توسط همه مردم به صورت جمعی استفاده می شود. کالای عمومی غیر قابل تقسیم است به طوری که کسی نمی تواند دیگری را از آن محروم کند و مصرف یک نفر اثری بر مصرف دیگری ندارد، مانند هوای پاک و یا امنیت اجتماعی. کالای عمومی علاوه بر سود و فایده فردی، منافع قابل توجهی برای جامعه دارد، به همین جهت برای برخی از کالاهای عمومی نمی توان هزینه ای مطالبه کرد.

به عنوان مثال، واکسیناسیون فلج اطفال بیشتر یک کالای عمومی است، زیرا هزینه مصرف هر دوز آن بسیار ناچیز است و هر چند می توان از افراد هزینه واکسیناسیون را مطالبه کرد، ولی از نظر اقتصادی این کا چندان مطلوب نیست زیرا مزایا و اثرات واکسیناسیون متوجه کل جامعه است و نه فقط مصرف کننده. یا مراقبت از یک بیماری عفونی توسط مرکز کنترل بیماری ها در معاونت بهداشتی یک دانشگاه برای شناسایی به موقع یک اپیدمی یک کالای عمومی است. چرا که، اگر این سازمان وظیفه خود را به خوبی انجام دهد اپیدمی کمتری رخ می دهد. ولی تحت هیچ عنوان نمی توان از افراد به خاطر پیشگیری از یک اپیدمی مخاطره آمیز که اتفاق نیافتاده است، هزینه ای طلب کرد.

### نقش متقابل سلامت و رشد و توسعه اقتصادی[۳۸۲]

تفکرات سنتی اقتصادی در تشریح ارتباط آشکار سلامت ـ ثروت بر رشد درآمد به عنوان عامل کلیدی برای بهبود وضعیت سلامت جامعه تاکید دارد. درآمدهای بالاتر کمک می کنند تا بسیاری از کالاها و خدمات مانند تغذیه بهتر، آب آشامیدنی سالم، امکانات رفاهی و دسترسی به خدمات بهداشتی با کیفیت بالا، وضعیت سلامت را بهبود بخشد. امروزه بسیاری از صاحب نظران اقتصادی بر این باورند که به تدریج از نقش و اهمیت سرمایه فیزیکی کاسته شده و توجه به سرمایه انسانی[۳۸۳]، به عنوان عامل کلیدی رشد اقتصادی، افزایش یافته است. بنابراین، اهمیت روزافزون سرمایه انسانی موجب شده است که نقش کمیت و به ویژه کیفیت نیروی کار بیشتر مورد توجه و بررسی قرار گیرد تا سهم و تاثیر این عامل مهم بر رشد اقتصادی به درستی مشخص شود. آموزش و سلامت ابعاد اصلی سرمایه انسانی به شمار می آیند. در حقیقت سرمایه گذاری در آموزش و سلامت سرمایه انسانی منجر به ارتقای بهره وری افراد در بازار کار می شود.

سلامت یکی از نیازهای اساسی[۳۸۴] انسان و پایهٔ همه فعالیت ها است. سلامت به عنوان یکی از منابع اصلی بهره وری است و می تواند نشانگری برای کیفیت نیروی کار باشد. افزایش منابع مالی بخش سلامت در اقتصاد اکثر کشورها، می تواند نشان دهنده سرمایه گذاری کشورها در حیطه سرمایه انسانی جامعه باشد. سلامت بهتر به رشد اقتصادی کمک می کند و از زیان های تولید که در اثر بیماری نیروی کار به وجود می آید، جلوگیری می نماید و اجازه نمی دهد که نقصان در سلامت، مانع اجرای مطلوب برنامه های تولید و رشد اقتصادی گردد. علاوه بر این سلامت بهتر، منابعی را که در صورت عدم وجود سلامت،

---

381 Public good
382 Economic development
383 Humman capital
384 Basin needs

صرف درمان بیماری ها می شود، به استفاده های دیگر می رساند. آشکار ترین مزایای سلامت بهتر، تعداد روزهای کمتر از کارافتادگی و غیبت از کار، و افزایش کیفیت کار و بهره وری در روزهای کاری است. مطالعات ارتباط مستقیمی بین رشد پایای بهره وری به عنوان عنصر کلیدی توسعه اقتصادی و بهبود وضعیت سلامت و آموزش نشان داده اند. به همین دلیل در طی سال های اخیر کشورها سهم هر چقدر بیشتری از منابع اقتصادی خود را به بخش های آموزش و سلامت اختصاص داده و می دهند.

**سهم اختصاص یافته از منابع اقتصادی به بخش سلامت[۳۸۵]**

در هر کشور منابع اقتصادی (منابع مالی) به صورت ادواری (معمولا سالیانه یا در برنامه های چند ساله) به بخش های مختلف توسعه جامعه مانند صنعت، آموزش، کشاورزی و سایر بخش ها از جمله سلامت در قالب بودجه تخصیص می یابد. هر چند که نسبت و سهم تخصیصی به هر بخش تابع موقعیت و وضعیت کشور در آن دوره و مقطع زمانی است، ولی در نهایت نشان دهنده دیدگاه و اولویت سیاست گذاران، برنامه ریزان و متولیان جامعه است.

با توجه به ارتباط آشکار متقابل سلامت و رشد و توسعه اقتصادی، بر اساس مستندات در قریب به اتفاق کشورهای جهان هزینه های سلامت و سهم بخش سلامت از درآمد ملی در حال افزایش است. در فاصله سال های ۱۹۹۵ تا ۲۰۰۵ هزینه های سلامت در سطح جهان تقریبا دو برابر شده و از ۲/۶ به ۵/۱ تریلیون دلار رسیده است. نرخ رشد نیز رو به افزایش است؛ در فاصله سال های ۲۰۰۰ تا ۲۰۰۵ ، کل آنچه در همه جهان صرف سلامت می شد، به طور متوسط سالانه حدود ۳۳۰ میلیارد افزایش یافت. حال آن که این رقم در ۵ ساله پیش از آن، به طور متوسط ۱۹۷ میلیارد دلار در سال بوده است. هزینه های سلامت سریع تر از تولید خالص ملی و سریع تر از جمعیت افزایش می یابد. نتیجه خالص افزایش هزینه ها این است که، به جز چند مورد استثنا، سرانهٔ آنچه در جهان صرف سلامت می شود با نرخی بیش از ۵ درصد در حال افزایش است. علیرغم رشد همگانی هزینه های سلامت، تفاوت چشمگیری در سرانه هزینه در کشورهای مختلف جهان وجود دارد که از کمتر از ۲۰ دلار تا بیش از ۶۰۰۰ دلار، یعنی ۳۰۰ برابر و بیشتر می رسد.

در مجموع، امروز مردم سالم تر و ثروتمندتر هستند و بیش از ۳۰ سال پیش عمر می کنند. اگر کودکان امروز نیز به میزان سال ۱۹۷۸ می مردند، در سال ۲۰۰۶ می بایست ۱۶/۲ میلیون مرگ کودک در جهان اتفاق می افتاد. حال آن که در سال ۲۰۰۶ فقط ۹/۵ میلیون کودک جان خود را از دست داده ند. این ۶/۷ میلیون اختلاف بدان معنی است که در هر روز از مرگ ۱۸۳۲۹ کودک جلوگیری شده است. در بسیاری از شاخص ها و پیامدهای سلامت دیگر نیز بهبود چشمگیر بوده است. این نشان می دهد که پیشرفت میسر است و می توان حتی آن را سرعت بخشید. منابع در اختیار سلامت، هیچ گاه بیشتر از امروز نبوده است. اقتصاد سلامت[۳۸۶] در جهان سریع تر از تولید ناخالص داخلی رشد کرده است و در فاصله سال های ۲۰۰۰ تا ۲۰۰۵ سهم خود را تولید ناخالص داخلی[۳۸۷] از ۶/۸ درصد به ۸ درصد رسانده است. از نظر قدر مطلق، با در نظر گرفتن تورم، این سهم به معنی رشد ۳۵ درصدی هزینه های سلامت جهان در پنج سال یاد شده است.

ولی هر چند که هزینه کردن بیشتر برای سلامت با دست یافتن به پیامدهای بهتر همراه است، اما شدت آن تابع گزینه های سیاست گذاری و نحوه خرج کردن است. به دیگر سخن، آیا می توان تصور کرد که هزینه های بیشتر، به تولید سلامت بیشتر

[385] Health sector
[386] Health economic
[387] Gross domestic production

بیانجامد؟ پاسخ مشخص است: "بستگی دارد چه گونه خرج کنیم". نکته دیگری که بایستی در نظر داشت، این است که تا کجا می توان سهم بخش سلامت را از تولید ناخالص داخلی افزایش داد؟ اگر منابع مالی جامعه نامحدود بود، شاید می توان گفت، تا هر نسبتی که نیاز باشد. ولی، بایستی در نظر داشت که، لازمه افزایش سهم سلامت از تولید ناخالص داخلی، نیازمند کاستن از سهم سایر بخش ها، مثل آموزش، کشاورزی، صنعت، فرهنگ و سایر بخش های توسعه جامعه است که خود از تعیین کننده های اجتماعی سلامت هستند. به ناچار بایستی رویکردی اتخاذ نمود که: "بتوانیم از منابع محدود بخش سلامت، به بیشترین و بهترین پیامدهای سلامت برسیم؟" ، و اقتصاد سلامت شاخه ای از علم اقتصاد است که به این موضوع می پردازد.

**دلایل ضرورت رویکرد اقتصادی در خدمات سلامت**

عوامل متعددی در طی دو دهه اخیر باعث افزایش قابل توجه هزینه در نظام های سلامت شده اند، که با توجه افزایش نیازهای سلامت و از طرفی محدودیت در افزایش منابع سلامت، رویکرد اقتصادی و سیاست گذاری ها و برنامه هایی که با هزینه کمتر منجر به پیامدهای بیشتر و بهتر سلامت شوند، را ضروری می سازد. مهمترین این عوامل عبارتند از:

*پیشرفت های روزافزون دانش وتکنولوژی دررشته های بهداشت ودرمان*

از اوایل قرن حاضر رقابت شتابانی در روند انجام پژوهش های زیست پزشکی[۳۸۸] به عنوان ابزاری برای تولید علم و دانش فنی در کشورهای مختلف شروع شده است. این رقابت شتابان به گونه ای بوده است که زمان دو برابر شدن علوم پزشکی را از ۲۰ ماه در سال۲۰۰۱ به ۷۶ روز در سال ۲۰۱۶ رسانده است. پیامد این تولید دانش فنی، تکنولوژی های نوین تشخیصی درمانی و همچنین داروهای جدید به ویژه در بیماری های مزمن بوده است. یکی از ویژگی های این تکنولوژی های نوین هزینه بسیار بالای آن است، که در برخی موارد علیرغم تقاضای جامعه، تامین آن برای نظام های سلامت چالش زا است.

*تغییرالگوی بیماریها ونیازهای سلامتی مردم*

با پیشرفت های چشمگیر بهداشت عمومی از اوایل قرن بیستم در حیطه های بهسازی محیط، ارتقای بهداشت فردی و مطرح شدن مباحث بهداشتی در محیط های دانشگاهی، و از طرفی پیشرفت قابل توجه در زمینه پزشکی، همچون پیدایش آنتی بیوتیک ها و واکسیناسیون، بسیاری از بیماری های واگیر به عنوان مشکلات اصلی سلامتی جوامع، کنترل و در برخی موارد ریشه کن شدند. از طرفی به دلیل تغییر الگوی زندگی، تغییر الگوی تغذیه، و همچنین پیدایش عوامل خطر فیزیکی و شیمیایی ناشی از تغییرات اکولوژیک، گروهی دیگر از بیماریها یعنی بیماری های غیرواگیر همچون بیماری های قلبی عروقی، دیابت، سرطان ها، و پرفشاری خون گسترش یافتند. ویژگی اصلی این بیماری ها طولانی بودن دوره ابتلا و در نتیجه مراقبت های آنها و از طرفی هزینه بالای درمان و مراقبت این بیماری ها است.

*تغییرات الگوی جمعیتی و سالمندی*

سالمندی جمعیت توجه جهانی را به موضوعی جلب کرده است که با سازماندهی ارایه خدمات سلامت ارتباط نزدیک دارد: افزایش همزمان ابتلا به چند بیماری. در جهان صنعتی ۲۵ درصد از جمعیت ۶۵ تا ۶۹ سال و ۵۰ درصد ۸۰ تا ۸۴ سال همزمان، به دو بیماری مزمن یا بیشتر مبتلا هستند. در توزیع سلامت و بیماری جابه جایی از جوان ترها به سالمندان و از

[388] Biomedical research

بیماری های عفونی و حوادث حول تولد به سمت بیماری های غیرواگیر مزمن د یده می شود. این تغییرات جمعیتی و الگوی بیماری های ناشی از آن، چرخش به سوی بیماری های مزمن را ضروری می سازد. مراقبت و درمان بیماری های مزمن سالمندان و مراقبت های توانبخشی و بازتوانی این بیماران هزینه بالایی برای نظام های سلامت در بر دارد.

*تغییرشیوه زندگی و ساختار فرهنگی اجتماعی*

۴۰ سال قبل، حدود ۳۸ درصد جمعیت جهان در شهرها زندگی می کردند؛ در سال ۲۰۰۸ این نسبت به بیش از ۵۰ درصد رسیده است و ۳/۳ میلیارد نفر را شامل می شود. تا سال ۲۰۳۰ حدود ۵ میلیارد نفر از مردم روی کره زمین ساکن شهرها خواهند بود. بیشتر این افزایش در شهرهای کوچک کشورهای در حال توسعه و کلان شهرها با حجم و پیچیدگی بی سابقه در جنوب و شرق آسیا اتفاق خواهد افتاد. امروزه یک سوم جمعیت ساکن شهرها، بیش از یک میلیارد نفر، در نواحی حاشیه شهری زندگی می کنند: در جاهایی که مسکن بادوام، فضای کافی برای زندگی، آب سالم، فاضلاب و سوخت مطمئن ندارند. نواحی حاشیه ای شهرها به شدت مستعد آتش سوزی، سیل و رانش زمین هستند. ساکنان آنها به شدت در معرض آلودگی، سوانح، مخاطرات محل کار و خشونت شهری هستند. از میان رفتن پیوندهای اجتماعی و جهانی شدن شیوه های زندگی ناسالم، سبب پدید آمدن محیطی می شود که مساعد سلامت نیست. بایستی در نظر داشت که مشکلات سلامتی، و هزینه های مراقبت های آن در این گروه های جمعیتی از جمعیت های روستایی بسیار زیادتر است.

این شهرها در جاهایی قرار دارند که نزدیک به ۲۰۰ میلیون نفر از مهاجران بین المللی جهان در آنجا زندگی می کنند. این گروه در بیش از ۴۰ کشور جهان دست کم ۲۰ درصد جمعیت را تشکیل می دهند. برخی از کشورها که در تامین دسترسی مردم کشورشان به خدمات سلامت گام های درخشانی برداشته اند در تامین همین حق برای ساکنان غیرخودی ناکام بوده اند. با شدت گرفتن مهاجرت های بین المللی به رسمیت شناختن استحقاق ساکنان غیر بومی و توانمندی نظام سلامت برای حل عادلانه و موثر مسئله این گروه های جمعیتی موضوعی کم اهمیت و حاشیه ای نیست.

*بیمارستان محوری*

در چند دهه گذشته بیمارستان ها با فناوری فوق تخصص های خود در نظام های سلامت همه جهان نقشی اساسی یافته اند. امروزه تکیه نامتناسب بر بیمارستان ها و فوق تخصص ها به مهم ترین منبع ناکارایی و بی عدالتی نظام های سلامت تبدیل شده است، هر چند که عاملی اصلاح پذیر است. ممکن است مسئولان سلامت از این موضوع ابراز نگرانی کنند، ولی جریان فوق تخصص ها همجنان به گسترش خود ادامه می دهد. به عنوان مثال، در کشورهای عضو پیمان همکاری اقتصادی و توسعه (OECD)[۳۸۹] در فاصله سال های ۱۹۹۰ تا ۲۰۰۵ افزایش تعداد متخصصان ۵۰ درصد در مقابل فقط ۲۰ درصد افزایش پزشکان عمومی بوده است. در کشور تایلند در ۴۰ سال پیش فقط ۳۰ درصد پزشکان متخصص بودند، ولی در سال ۲۰۰۳ این نسبت به ۷۰ درصد رسیده است.

[389] Organisation for Economic Co-operation and Development

نیروی محرکه این رشد، گرایش و علاقمندی های حرفه ای و نیز وزن و جایگاه قابل توجه صنعت پزشکی، تکنولوژی و صنایع دارویی هستند. تجربه کشورهای صنعتی نشان داده است که تاکید مفرط و نامتناسب بر ارایه خدمات تخصصی و سطح سوم ارزش افزوده چندانی ندارد. بیمارستان محوری از نظر وابستگی به صنعت پزشکی و نیز ایجاد بیماری های با منشاء بیمارستانی، بسیار پر هزینه است و ابعاد انسانی و اجتماعی سلامت را نادیده می گیرد. ضمن اینکه این نوع خدمات نوعی هزینه فرصت ها نیز هست. به عنوان مثال، لبنان به نسبت جمعیت بیشتر از آلمان واحد جراحی قلب دارد، اما فاقد برنامه هایی است که هدف آنها کاستن از عوامل خطر بیماری های قلبی عروقی باشد.

*افزایش جمعیت*

بررسی های کمی جمعیت جهان نشان می دهد که در چند دهه اخیر، جمعیت به سرعت در حال افزایش بوده است و از ۲/۵ میلیارد نفر در سال ۱۹۵۰ به ۶/۶ میلیارد در سال ۲۰۰۶ و بیش از ۷/۷ میلیارد در ابتدای سال ۲۰۲۰ رسیده است. پیش بینی می شود در سال ۲۰۵۰ یعنی ۳۰ سال دیگر، با نرخ رشد ۱/۱ درصد جمعیت جهان به بیش از ۹ میلیارد نفر برسد.

طبق برآوردها توزیع این جمعیت در جهان در سال ۲۰۵۰ ، نامتناسب با منابع به گونه ای است که حدود ۱۱ تا ۱۷ درصد آن در کشورهای توسعه یافته جهان و حدود ۸۰ تا ۹۰ درصد آن در کشورهای در حال توسعه و فقیر جهان (افریقا ۱۹/۸ درصد، آسیا ۵۹/۱ درصد و امریکای لاتین ۹/۱ درصد) خواهد بود. با توجه به نیازهای زیرساختی جمعیت همچون آموزش، اشتغال، مسکن، سیستم حمل و نقل و تردد، آب آشامیدنی سالم، خدمات سلامت و سایر زیرساخت های اساسی زندگی، علاوه بر ضرورت افزایش خدمات و زیر ساخت های زندگی سالم برای این جمعیت فزاینده به طور عام، رشد چشمگیر جمعیت در کشورهای فقیر و محدود از نظر منابع خواهد بود و اکثر این جمعیت ها در نواحی حاشیه شهری و کم برخوردار مستقر خواهند شد که مشکلات آنان به ویژه مشکلات اجتماعی و سلامتی، برای بخش ها و سازمان های مسئول از جمله نظام سلامت چالش زا خواهد بود.

*نابسامانی و آشفتگی نظام های سلامت*[۳۹۰]

در چند دهه گذشته، نظام های سلامت در باره توانایی خود به پیش بینی تغییرات، و سازمندی برخورد یا حتی غلبه بر آنها، حتی وقتی که به یک واقعیت روزمره تبدیل می شوند، شواهد چندانی بروز نداده اند. این امر نگران کننده است زیرا میزان تغییرات رو به فزایش است. پدیده هایی همچون جهانی شدن، شهرنشینی و شهرگرایی و سالمند شدن جمعیت ها با اثرات دیگر جهانی شدن[۳۹۱] مانند تغییرات اقلیمی ترکیب می شوند و می توان انتظار داشت که اثر آنها بر جمعیت های آسیب پذیر کشورهای فقیر بسیار بیشتر شود. پیش بینی اینکه این تغییرات در سال های آینده دقیقا چگونه بر سلامت مردم تاثیر خواهند گذاشت، قدری دشوار است. ولی تغییر سریع بار بیماری، رشد نابرابری های سلامت، از هم گسیختن پیوندهای اجتماعی و برگشت پذیری و بهبود نظام های سلامت را می توان انتظار داشت.

390 Health systems
391 Globalization

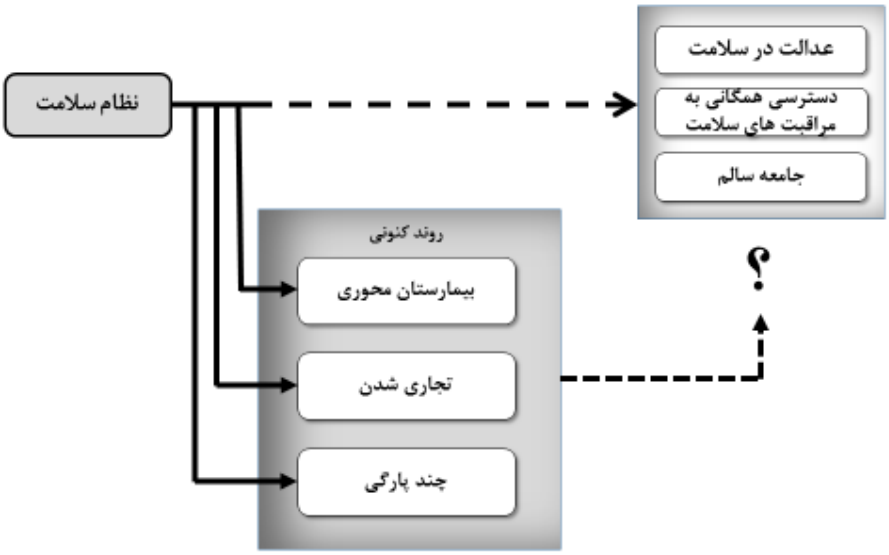
بحران اخیر غذا نشان داد که متولیان سلامت در جهان تا چه حد در برابر تغییرات در سطح گسترده ای فاقد آمادگی هستند، حتی پس از آن که دیگر بخش ها زنگ خطر تغییر را از مدت ها قبل به صدا درآورده اند. در بسیاری از موارد، سرعت گرفتن تغییرات و ابعاد جهانی آنها و چالشی که برای سلامت می آفرینند با پاسخ کند و وارفته نظام های سلامت کشورها در تعارض است.

از مداخلات سلامت عمومی برای رفع عوامل عمده خطر بیماری ها، حتی وقتی مداخله ها کاملا اثربخشند، غفلت می شود. این گونه مداخله ها قادرند از مرگ های زودرس تا ۴۷ درصد بکاهند و امید به زندگی در جهان را تا ۹/۳ سال افزایش دهند. به عنوان مثال، مرگ های زودرس مرتبط با دخانیات که به صورت بیماری قلبی عروقی، بیماری های عروقی مغز، بیماری های انسدادی مزمن ریه، سرطان ها و دیگر بیماری ها بروز می کند، پیش بینی می شود از ۵/۴ میلیون مورد در سال ۲۰۰۴ به ۸/۳ میلیون در سال ۲۰۳۰ افزایش یابد. ۸۰ درصد این موارد در کشورهای در حال توسعه خواهد بود. با این وجود، از هر ۳ کشور دو کشور سیاستی برای کنترل دخانیات ندارند یا آنچه دارند در کمترین حد است.

متولیان سلامت اغلب در ارزیابی به هنگام تاثیر تغییرات بر محیط سیاسی نیز که خود بر ظرفیت بخش سلامت برای پاسخگویی اثر می گذارد ناتوان بوده اند. سیاست گذاران جهانی و کشورها، معمولا فقط با در نظر گرفتن مسایل حوزه سلامت به مداخله های شتاب زده و گسسته دست می زنند. مانند تغییرات ساختاری، تمرکز زدایی، سیاست های کم اثر تجاری، شیوه های جدید اخذ مالیات، سیاست های مالی و تعویض دولت. شیوه ثبت و ردگیری رویدادها توسط مسئولان سلامت برای اثر گذاردن بر این حوادث ضعیف به نظر می رسد و تا به امروز نتوانسته است به بخش سلامت به عنوان اهرم اقتصادی وزن دهد. برخورد با بسیاری از موضوعات سیستمی که بر سلامت اثر می گذارند نیازمند مهارت ها و قابلیت هایی است که در نهادهای پزشکی و سلامت عمومی یافت نمی شود. ناتوانی در تشخیص نیاز به توان کارشناسی در حد فراتر از ظوابط سنتی، نظام سلامت را به چنان ناکارآیی و ضعف غیر متعارف محکوم ساخته است که جوامع به سختی آن را تحمل می کنند. ویژگی های مشخص امروزین نظام های سلامت، که به آشفتگی و نابسامانی آنها در پاسخ به رسالت شان می انجامد عبارتند از:

- تاکید افراطی بر مراقبت های تخصصی و سطح سوم بیمارستانی
- چند پارگی، که به معنی تعدد بسیار زیاد برنامه ها و طرح ها است
- تجاری شدن فراگیر مراقبت های سلامت در نظام های عاری از نظم و نظارت

شکل: انحراف نظام های سلامت از ارزش های وجودی خود




*رکود اقتصادی*[۳۹۲]

آنچه به نحوی تکان دهنده در بین کشورهای در حال توسعه، به ویژه کشورهای فقیر، جهان در چهار دهه گذشته مشترک بوده و آنها را از کشورهای توسعه یافته متمایز می کند؛ توام بودن توقف رشد اقتصادی، ناامنی سیاسی و فقدان پیشرفت نسبی در امید زندگی است. این کشورها واجد ویژگی هایی هستند که همه آنها مانع بهبود سلامت است. سواد آموزی، به ویژه در بین دختران، بسیار به کندی پیش می رود. این گفته در باره دسترسی به ارتباطات مدرن و کارهای مبتنی بر دانش فراوان نیز صادق است که در دیگر نقاط جهان ذهن و فکر مردم را وسعت بخشیده است.

مردم با مخاطرات محیطی و دیگر تهدید کننده های سلامت بیشتر سروکار دارند و بیشتر صدمه می بینند. در روزگار جهانی شده امروز تهدید کننده های سلامت، مخاطرات شیوه زندگی، مانند سیگار کشیدن، چاقی و خشونت های شهری، را دربر می گیرد. این مردم از امنیت اقتصادی لازم برای اختصاص آن به نیازهای سلامتی خود برخوردار نیستند و دولت های آنان نیز فاقد منابع و نیز تعهد مورد نیاز برای سرمایه گذاری دولتی هستند. این مردم بسیار بیشتر از کشورهای ثروتمند در معرض جنگ و برخوردهای داخلی قرار دارند. بدون رشد اقتصادی، دست یافتن به صلح دشوارتر است و بدون صلح نیز رشد کشور متوقف می شود. به طور متوسط، هر جنگ داخلی رشد کشور را تا حدود ۲/۳ درصد در سال، برای دوره ای حدود ۷ سال، کاهش می دهد و کشور را ۱۵ درصد فقیرتر می کند.وضعیت، مدیریت کردن بودجه های انقباضی دولت و کاهش سرمایه گذاری سلامت چالش زا است.

[392] Downturn

کارآیی[۳۹۳]

کارآیی در عرصه خدمات سلامت وقتی حاصل می شود که با مصرف منابع معین، پیامدهای مفیدتر به دست آید. با توجه به عوامل مختلفی که باعث افزایش هزینه در نظام های سلامت می شوند، و در فوق به آن اشاره شد، و از طرفی محدودیت منابع در دسترس نظام های سلامت، سازمان جهانی بهداشت در چند سال اخیر"کارآیی" را به اهداف نظام های سلامت افزوده است.

در حوزه اقتصاد سلامت معمولا دو نوع کارآیی را از هم متمایز می کنند: کارآیی فنی و کارآیی تخصیصی. کارآیی فنی به مفهوم انجام فعالیت های مورد نظر با استفاده از کمترین منابع ممکن - یا انجام بیشترین فعالیت های ممکن با استفاده از حجم مشخصی از منابع – است. به عنوان مثال، اگر پزشک روش های کلینیک خود را به نحوی تغییر دهد که بتواند تعداد بیمارانی را که ویزیت می کند افزایش دهد (به فرض ثابت ماندن کیفیت)، در این صورت کارایی فنی کلینیک خود را افزایش داده است. (اگر همین کلینیک تعداد بیمار بیشتری را ویزیت کند ولی خدمات با کیفیت کمتری به هر بیمار ارایه کند، در آن صورت میزان فعالیت را افزایش داده است ولی کارایی را احتمالا کاهش داده است).

کارآیی تخصصی به معنی هدایت منابع به سوی مصارفی با بیشترین بهره وری است. در مراقبت های سلامت، کارآیی تخصصی به معنی ارزیابی این موضوع است که کدام مداخله بیشترین دستاورد سلامتی را برای سرمایه گذاری مفروض از منابع دارد، تا بتوان روی آن فعالیت متمرکز شد. بیمارستانی ممکن است به لحاظ تکنیکی کارآیی داشته باشد، و همه روش های کار آن با حداقل مصرف منابع لازم صورت گیرد. ولی، ممکن است روی فعالیت هایی تمرکز داشته باشد که به لحاظ تخصصی ناکارآمدند. به طور مثال، فعالیت های پرهزینه مرتبط با تکنولوژی پیشرفته که به نفع بیماران محدودی است، نه فعالیت هایی که دستاوردهای سلامتی چشمگیر تری دارند.

در مجموع، به طور معمول هزینه کردن بیشتر برای سلامت با دست یابی به پیامدهای بهتر سلامتی همراه است، ولی در شرایط فوق آنچه مهم تر است، نوع سیاست ها و نحوه خرج کردن منابع مالی است، که ضرورت رویکردی کارشناسانه و اقتصادی در هزینه های سلامت (اقتصاد سلامت) را به طور مضاعف تاکید می کند.

**اقتصاد سلامت**

اقتصاد که ترجمه واژه یونانی ایکونومیکوس است، از ترکیب دو واژه ایکوس به مفهوم خانه و نوموس به مفهوم تدبیر و ظوابط است، در ریشه لغوی به معنی مباحثی در باب تدبیر و اداره منزل است. این علم شاخه ای از علوم انسانی است که در برگیرنده مطالعه فعالیت انسان ها برای پاسخگویی به نیازها و خواسته های افراد است. اقتصاد علم اتخاذ روش های مناسب برای تخصیص بهینه منابع محدود است. محدودیت مهم ترین موضوع در اقتصاد است و به نوعی فقط علم اقتصاد است که به موضوع محدویت منابع می پردازد. گاهی گفته می شود اقتصاد دانان فرزندان کمیابی و محدودیت هستند. کمیابی به این مفهوم که امکانات محدود و خواسته های بشر نامحدود است.

اقتصاد سلامت که به مطالعه چگونگی تخصیص منابع به بخش سلامت و توزیع آن بین فعالیت های مختلف در این بخش می پردازد، شاخه ای به نسبت جدید در علم اقتصاد است (البته عده ای آن را شاخه ای از پزشکی اجتماعی می دانند) و سابقه آن

[393] efficiency

به دهه ۱۹۵۰ برمی گردد. ولی کاربرد سیستماتیک مفاهیم اقتصادی در شاخه اقتصاد سلامت به نسبت جدید است و به دهه ۱۹۷۰ برمی گردد.

اقتصاد سلامت تخصیص و بهره وری مطلوب از منابع موجود، همراه با جلب مشارکت موثر افراد، خانواده ها، جوامع محلی، ملی و بین المللی در تمام سطوح با رعایت کامل عدالت و دسترسی و برخورداری از خدمات سلامت به عنوان یک اصل مهم در تامین، حفظ و ارتقای سلامت انسان ها را مورد توجه قرار می دهد. بهره وری مطلوب از منابع محدود مستلزم توجه به تمامی شرایط و عوامل موثر بر سلامت انسان می باشد.

یکی از مهم ترین نقش های اقتصاد تحلیل شیوه و نحوه کار بازارها به عنوان محیطی است که در آن خرید (تقاضا[۳۹۴]) و فروش (عرضه[۳۹۵]) کالا و خدمات انجام می شود. در ارایه خدمات سلامت نیز ویژگی های بازار، شامل عرضه و تقاضا و کالای مورد فروش وجود دارد، که مشخصه بازار خدمات سلامت است. گر چه بازار خدمات سلامت، ویژگی های انفرادی مشترکی با دیگر بخش های اقتصادی دارد، ولی از دیدگاه اقتصادی بخش سلامت با بخش های دیگر تفاوت هایی دارد. این تفاوت ها عبارتند از:

- نیاز اجتناب ناپذیر همه افراد به خدمات سلامت و کالای ارایه شده در این بازار؛
- عدم امکان پیش بینی نیاز به خدمات و کالای ارایه شده در این بازار؛
- غیر قابل ذخیره بودن کالای ارایه شده در بازار خدمات سلامت؛
- عدم تقارن اطلاعات و دانش ارایه کنندگان خدمات (فروشنده) و مشتریان (بیمار)؛
- هرچند مشتری (گیرنده خدمات)حق انتخاب دارد ولی تصمیم گیرنده اصلی فروشنده (ارایه کننده خدمات) است؛
- محدودیت در رقابت (محدودیت در تبلیغات، رعایت تعرفه)؛
- محدودیت در ورود و خروج از بازار؛
- تفکر انسانی بودن خدمات سلامت (برخورداری از خدمات سلامت حق بشری است و می توان کسی را به دلیل نداشتن امکانات مالی از آن محروم کرد)؛
- ترویج تفکر غیرانتفاعی بودن خدمات سلامت؛
- بدون طی دوره آموزشی لازم و کسب صلاحیت های لازم و اخذ مجوز ورود به بازار امکان کار در بخش سلامت نیست؛
- قسمت اعظم هزینه در این بازار مربوط به نیروی انسانی و تکنولوزی های پیشرفته است؛
- تجلی اثربخشی و منافع حاصل از خدمات سلامت در خاج از بخش سلامت؛

لازم به ذکر است که هر کدام از این ویژگی ها در سایر بخش ها و بازارهای اقتصادی وجود دارند، ولی به ندرت گستردگی و اهمیتی را که در بخش سلامت دارند، پیدا می کنند.

[394] Demand
[395] Supply

## نتیجه گیری

سلامت یکی از نیازهای اساسی انسان و پایهٔ همه فعالیت ها است. سلامت به عنوان یکی از منابع اصلی بهره وری است و می تواند نشانگری برای کیفیت نیروی کار باشد. سلامت بهتر به رشد اقتصادی کمک می کند و از زیان های تولید که در اثر بیماری نیروی کار به وجود می آید، جلوگیری می نماید و نیز منابعی را که در صورت عدم وجود سلامت، صرف درمان بیماری ها می شود، به استفاده های دیگر می رساند. مطالعات ارتباط مستقیمی بین رشد اقتصادی و بهبود وضعیت سلامت نشان داده اند. به همین دلیل در طی سال های اخیر کشورها سهم هر چقدر بیشتری از منابع اقتصادی خود را به بخش سلامت اختصاص داده و می دهند.

ولی هر چند که هزینه کردن بیشتر برای سلامت با دست یافتن به پیامدهای بهتر همراه است، اما شدت آن تابع گزینه های سیاست گذاری و نحوه خرج کردن است. امروزه عوامل متعددی باعث افزایش نیازهای سلامت شده اند که با توجه به محدودیت منابع در دسترس حوزه سلامت، رویکرد اقتصادی و سیاست گذاری ها و برنامه هایی که با هزینه کمتر منجر به پیامدهای بیشتر و بهتر سلامت شوند، را ضروری می سازد. اقتصاد سلامت تخصیص و بهره وری مطلوب از منابع موجود، برای رسیدن به حداکثر بهره وری مطلوب از این منابع محدود، با توجه به تمامی شرایط و عوامل موثر بر سلامت انسان است.

هر چند که جنبه های اقتصادی ارایه خدمات سلامت، ویژگی های انفرادی مشترکی با دیگر بخش های اقتصادی دارد، ولی از دیدگاه اقتصادی بخش سلامت با سایر بخش های اقتصادی تفاوت هایی دارد که حتما بایستی مد نظر قرار گیرد.

## منابع


۱- اقتصاد سلامت، اصول و جریان منابع. توماس ای کترن، ترجمه دکتر محمود نکویی مقدم، انتشارات پارسا، ۱۳۸۷

۲- اقتصاد سلامت، ایرج کریمی، انتشارات گپ، ۱۳۸۱

۳- اقتصاد بهداشت برای کشورهای در حال توسعه (راهنمای عملی)، سوفی ویتر، ترجمه ابوالقاسم پوررضا، انتشارات موسسه عالی آموزش و پژوهش مدیریت و برنامه ریزی، ۱۳۹۳

۴- اقتصاد سلامت، محمد حاجی زاده، نشر جامعه نگر، ۱۳۸۷

۵- سیده مرضیه فاطمی ابهری، میثم موسایی. ارزیابی اقتصاد سلامت و سلامت اجتماعی در ایران، گذشته، حال و آینده. فصلنامه اقتصاد و بانکداری اسلامی، شماره ۱۶، پاییز ۹۵- ص ۲۵۶-۲۳۱

6- Murray- Christopher JL , DEFINING AND MEASURING FAIRNESS IN FINANCIAL CONTRIBUTION TO THE HEALTH SYSTEM, World Health Organization, GPE Discussion Paper Series : No.24.

**بسمه تعالی**

# ملاحظات اخلاقی در خدمات سلامت عمومی

دکتر مژگان کاربخش
دانشیار پزشکی اجتماعی

## اهداف

با مطالعه این فصل انتظار می رود فراگیر قادر باشد:

- تعریف سلامت عمومی، و تغییراتی را که در دهه های اخیر در آن لحاظ شده بیان نماید.
- خدمات ضروری در عرصه سلامت عمومی را بیان نماید.
- مفاهیم اخلاق، اخلاق زیستی، اخلاق پزشکی و اخلاق سلامت عمومی را توضیح دهد.
- تفاوت های اخلاق پزشکی و اخلاق سلامت عمومی را توضیح دهد.
- چالش ها و تعارضات موجود در زمینه رعایت اصول اخلاقی در خدمات سلامت عمومی را توضیح دهد.
- اصول اخلاقی مورد تاکید در پژوهش های عرصه خدمات سلامت عمومی را بیان نماید.
- مراحل (قدم های) تحلیل اخلاقی تصمیم ها و اقدامات در خدمات سلامت عمومی را بیان نماید.

## مقدمه

مهمترین دغدغه اخلاقی در سلامت عمومی، ایجاد تعادل بین احترام گذاشتن به آزادی های فردی و مسئولیت دولت ها برای حفظ و ارتقای سلامت شهروندان است. در مقایسه با سایر عرصه های اخلاق زیستی[۳۹۶] ( شامل بر اخلاق پزشکی[۳۹۷] و اخلاق در پژوهش[۳۹۸]) اخلاق در سلامت عمومی نسبتاً نوپا است؛ بنابراین بسیاری از دست اندرکاران سلامت عمومی ممکن است با مفاهیم و دستورالعمل های آن عرصه ها بیشتر آشنا باشند تا با مبانی اخلاق در سلامت عمومی. در آن عرصه ها، چهار اصل سودرسانی، ضرر نرساندن، احترام به آزادی فکر، نگرش و عملکرد انسانها و عدالت، محوریت دارند. هر چند این چهار اصل در سلامت عمومی هم مطرح هستند ولی با توجه به موضوعات خاص سلامت عمومی لازم است این مبانی تطبیق داده شوند و مصادیق آنها بررسی شود. در این فصل ابتدا به تعریف سلامت عمومی و سپس اخلاق در سلامت عمومی پرداخته می شود و در ادامه، جنبه های کلیدی اخلاق در سلامت عمومی با اشاره به یک رویکرد در تحلیل اخلاقی موضوعات مرتبط با سلامت عمومی مورد بحث قرار می گیرند.

### تعریف سلامت عمومی[۳۹۹]

یکی از تعاریف تاریخی سلامت عمومی را وینسلو در سال ۱۹۲۰ ارائه کرده که بخشی از آن به این شرح است: " سلامت عمومی، هنر و علم پیشگیری از بیماری‌ها، طولانی کردن عمر انسان ها، و ارتقای سلامت جسمی و کارایی آنها از طریق تلاش های سازمان یافته اجتماعی است...". البته سازمان جهانی بهداشت در سال ۱۹۶۴ عرصه سلامت را فراتر از سلامت جسمی و

396 Bioethics
397 Medical ethic
3 Research ethic
4 Public health

شامل بر رفاه کامل جسمی، ذهنی، روانی و اجتماعی تعریف کرد و تاکید کرد که سلامت فقط نبود بیماری و ناتوانی نیست، بلکه رفاه در ابعاد مختلف زندگی را در بر می گیرد.

"عمومی" را می توان " مبتنی بر جمعیت" یا "جامعه محور" لحاظ کرد که به "سلامت جمعیت"، "درگیر کردن جامعه در فرایندها" و "مشارکت دادن آنها در درک اهمیت ارتقای سلامت" اشاره دارد.

در عمل، سلامت عمومی بر اساس فعالیت هایی که انجام می دهد شناخته می‌شود مانند نظام مراقبت[۴۰۰] ، بهسازی محیط، تامین ایمنی غذا و محیط کار، پیشگیری و کنترل بیماری‌ها و ارتقاء رفتارهای سالم.

خدمات ضروری سلامت عمومی معمولاً در ۱۰ گروه به شرح ذیل طبقه بندی می شوند:

۱. پایش وضعیت سلامت برای مشخص کردن مشکلات سلامت جامعه و حل آنها؛
۲. تشخیص و بررسی مشکلات و مخاطرات سلامت در جامعه؛
۳. ارائه اطلاعات، آگاه کردن و توانمند سازی مردم در مورد موضوعات سلامت؛
۴. جلب همکاری های اجتماعی برای مشخص کردن مشکلات سلامت و حل آنها؛
۵. تدوین سیاست ها و برنامه هایی که از تلاش های افراد و جمعیت ها در راستای حرکت به سمت سلامت حمایت کند؛
۶. تقویت قوانین و مقرراتی که سلامت را حفظ و ایمنی را تضمین کند؛
۷. ایجاد راه های ارتباطی بین مردم و پرسنل ارائه دهنده خدمات سلامت فردی به طوری که این خدمات در دسترس مردم قرار گیرند؛
۸. تامین نیروی انسانی توانمند برای ارائه خدمات سلامت فردی و اجتماعی سلامت؛
۹. ارزشیابی اثربخشی، در دسترس بودن و کیفیت خدمات سلامت در سطح فرد و جامعه؛ و
۱۰. انجام پژوهش ها برای کسب دیدگاه های جدید و دست یابی به راه حل های نوآورانه برای مشکلات سلامت.

پژوهش به عنوان یکی از خدمات ده‌گانه طبقه بندی شده ولی با تمام کارکردهای نظام سلامت در ارتباط است. به عبارت دیگر، می توان از طریق پژوهش در زمینه ی هر یک از ۹ خدمت ضروری دیگر، راهکارهای نوآورانه ای به دست آورد.

ضمناً خدمات ضروری ده گانه، زیر چتر کارکردهای سه گانه نظام سلامت قرار می‌گیرند که عبارتند از ارزیابی، سیاست‌گذاری و اطمینان بخشی(تضمین) که طی یک فرایند چرخه ای، موارد ده گانه بالا را در بر می‌گیرند. در واقع، عملکرد نظام سلامت، ارائه این خدمات ده گانه در سطح محلی، منطقه‌ای و ملی است.

**تعریف مختصر چند واژه ی مرتبط با اخلاق**

اخلاق از واژه یونانی "ethos" بر گرفته شده که به معنی رفتار است. دغدغه ی اخلاق، پرداختن به این سوال است که چه چیزی درست و چه چیزی نادرست است. در عرصه هایی که بالقوه، تضادی بین ارزش ها[۴۰۱] وجود دارد، اخلاق وارد می شود که بتواند راهکار مناسبی در تمیز مسیر درست و نادرست فراهم کند.

اخلاق پزشکی فقط به ملاحظات اخلاقی در عرصه ی پزشکی بالینی می‌پردازد. در مقابل واژه وسیع تری داریم به نام اخلاق زیستی[۴۰۲] که به جنبه‌های اخلاقی حفظ سلامت برای تمامی موجودات زنده و نه فقط انسان ها دلالت دارد.

**اخلاق در خدمات سلامت عمومی**

---

[400] Surveillance
[401] Values
[402] Bioethics

یکی از تعاریفی که برای اخلاق در سلامت عمومی مطرح شده عبارت است از "یک فرایند سیستماتیک برای شفاف‌سازی، اولویت‌بندی و توجیه اقدامات ممکن برای مداخلات سلامت عمومی، بر اساس اصول اخلاقی، ارزش ها و باورهای ذی نفعان و مبانی علمی".

اخلاق در خدمات سلامت عمومی بر تمامی جنبه‌های اخلاقی که در عرصه ی ارائه خدمات سلامت عمومی ممکن است مطرح شوند دلالت دارد؛ به ویژه در زمینه هایی که دستورالعمل های اختصاصی اخلاقی وجود ندارد (به عنوان مثال در بخش پژوهش، دستورالعمل‌های وجود دارد که با جزئیات، جنبه‌های مختلف و ملاحظات متنوع اخلاق در پژوهش را مورد بررسی قرار داده اند).

**تفاوت های اخلاق در سلامت عمومی با اخلاق پزشکی**

در عرصه ی خدمات سلامت عمومی و پزشکی پیشگیری، مردم برای ترک رفتار ناسالم، پیشه کردن رفتار سالم و شرکت در برنامه‌های واکسیناسیون یا غربالگری تشویق می‌شوند ولی در پزشکی بالینی معمولاً بیمار به دلیل احساس ناخوشی، خودش به پزشک یا مراقب سلامت مراجعه می کند. بنابراین در پزشکی پیشگیری سعی می کنیم ضمن ارائه ی اطلاعات ضروری و مرتبط به افراد، آنها را تشویق کنیم که در برنامه‌های سلامت شرکت کنند؛ ولی در واقعیت، معمولاً امکان اینکه اطلاعات وسیعی پیش از ارایه ی خدمات سلامت عمومی به افراد ارائه شود فراهم نیست( مثلا پرداختن به این موضوعات که وقتی فردی در برنامه ی غربالگری شرکت می کند، احتمال مرگ از آن بیماری چقدر کمتر می شود؟ یا چند درصد احتمال وجود دارد که این واکسن عارضه ی جدی در فرد ایجاد کند؟ اثربخشی آن چقدر است؟ و ....)

موضوع دیگر این است که هدف سلامت عمومی، کاهش مرگ و میر بیماری ها در جمعیت با در نظر گرفتن هزینه- اثربخشی مداخلات است. ولی به نظر برخی افراد جامعه ممکن است هزینه ها، محدودیت ها و دردسر های مرتبط با این برنامه های جامعه محور، بیش از سود آنها برای تک تک افراد باشد. به عنوان مثال برخی از افراد، با افزودن فلوئور به آب یا یددار کردن نمک طعام مخالفند و این اقدامات را باعث اتلاف هزینه های سلامت، مسبب برخی عوارض در بدن در مصرف دراز مدت و موجب سلب امکان انتخاب آزادانه ی افراد می دانند. اخلاق در سلامت عمومی می کوشد با تحلیل این چالش ها، به سیاستگذاران نظام سلامت در اتخاذ تصمیم گیری های صحیح کمک کند. در جدول ۱، جنبه های کلیدی اخلاق پزشکی و اخلاق در سلامت عمومی مقایسه شده اند.

در ادامه، به چالش های اخلاقی کلیدی در برخی فعالیت های مهم خدمات سلامت عمومی اشاره می شود. برخی سوالات مطرح شده در این بخش، جهت تبیین اهمیت و ابعاد موضوع مطرح شده اند و این فصل، قصد ندارد ( و نمی تواند) در این مجال به تک تک این چالش ها پاسخ قطعی و نهایی ارایه دهد.

**پیشگیری و کنترل بیماری های واگیر**

در پیشگیری از انتقال یک بیماری از طریق درمان فرد بیمار یا واکسیناسیون افراد سالم، ذینفعان ما فراتر از فرد بیمار و دربرگیرنده افراد جامعه می باشند. یکی از چالش ها که اخلاق در سلامت عمومی به آن می پردازد این است که آیا ما مجاز هستیم برای حفظ سلامت جامعه، آزادی عمل و اختیارات افراد را محدود کنیم. در ذیل به چند مصداق از چالش های اخلاقی در عرصه ی پیشگیری اشاره می شود:

جدول ۱. مقایسه ی اخلاق در سلامت عمومی و اخلاق پزشکی ( برگرفته از منبع ۲)

| تمرکز و تمایل اخلاق در سلامت عمومی | تمرکز و تمایل اخلاق پزشکی |
|---|---|
| پیشگیری از بیماری‌ها و آسیب‌ها | درمان بیماری ها و آسیب ها |
| طیفی از مداخلات قابل ارائه توسط کارکنان نظام سلامت | مداخلات پزشکی قابل ارائه توسط پزشکان |
| سود رساندن به جامعه و ضرر نرساندن در اقدامات جامعه محور | سود رساندن به بیمار و ضرر نرساندن به او بر اساس تعهد اخلاقی و الزام آور پزشک برای ارائه بهترین خدمات |
| آزادی نسبی اعضای جامعه | احترام برای تک تک بیماران |
| تعهد به اجتماع برای پرداختن به دغدغه های سلامت آنها که حل آنها نیازمند اقدام جمعی است | تعهد حرفه ای برای اولویت دادن به سود بیماران در مقابل نفع پزشک |
| اختیار و اقتدار قانونی که بر اساس آن سیاست گذار حق دارد مقررات سلامت را وضع کند | اختیار و اقتدار پزشک بر پایه ی اعتماد بیمار به وی بر اساس اعتبار حرفه پزشکی |
| رضایت جامعه از طریق گفت‌وگو و تعامل و همکاری با مردم | کسب رضایت آگاهانه از بیمار برای مداخلات پزشکی |
| عدالت اجتماعی در زمینه سلامت و رعایت برابری در نظام سلامت | درمان عادلانه و بدون تبعیض بیماران و تضمین دسترسی تک تک بیماران به خدمات درمانی |

- سل: در مورد بیماری سل، در مواردی درمان اجباری و حتی با زور قابل توجیه است؛ به این صورت که فرد بیمار در حضور پرسنل بهداشتی درمانی باید دارو را مصرف کند و اگر از این کار امتناع کند، به زور بستری خواهد شد. در واقع درمان سل در درجه اول، به نفع خود بیمار است ولی انگیزه اصلی اجبار یا تهدید، حفظ سلامت جامعه است. اگر بیمار مبتلا به سل درمان نشود می تواند بقیه را آلوده کند. این درمان اجباری یا گاه با زور و تهدید در ظاهر، با خودمختاری[۴۰۳] بیمار تعارض دارد؛ بنابراین یک سوال مهم در مورد درمان اجباری این است که در صورت سرباز زدن بیمار از درمان، چه میزانی از احتمال ابتلا، اطرافیان و جامعه را تهدید می کند؟ البته لازم به ذکر است که سل از این نظر یک استثنا محسوب می شود و بیماری‌های عفونی زیادی نداریم که چنین تداخلی بین آزادی فرد بیمار و سلامت جامعه ممکن است رخ دهد.

[403] Autonomy

- سارس: در سال‌های ۲۰۰۲ و ۲۰۰۳ و همزمان با همه گیری نشانگان شدید حاد تنفسی[۴۰۴] (SARS) در سطح دنیا دنیا (پاندمی)، مسئولین بهداشتی در برخی مناطق آسیا و آمریکای شمالی از استراتژی هایی مثل تعطیلی موقت مدارس، ممنوعیت برگزاری گردهمایی ها و همایش ها و قرنطینه افراد مشکوک به عفونت برای کنترل سریع بیماری استفاده کردند. ارزشیابی های انجام شده بعد از کنترل همه گیری ها نشان داد که بعضی از این مداخلات گسترده واقعاً ضرورت نداشتند و بدون آنها هم بحران سلامت عمومی قابل مدیریت بود؛ در این حال وقتی پیامدهای بالقوه یک بیماری برای علم پزشکی ناشناخته و بالقوه خانمان برانداز است، اقدامات محدود کننده ی آزادی های فردی توجیه بیشتری دارند. البته این در صورتی است که وسعت و شدت این محدودیت ها مبتنی بر شواهد علمی و متناسب با تهدید سلامت باشد و ضمناً با رعایت شأن انسانی و به طور محدود (در زمان اوج بحران) اجرا شوند.
- HIV/AIDS: یک مثال دیگر مربوط به تایید اثربخشی تجویز داروهای ضد رتروویروسی برای افراد آلوده به HIV در کاهش ریسک انتقال بیماری به شریک جنسی[۴۰۵] یا شریک سرنگ[۴۰۶] آنها است؛ این در حالی است که ممکن است این دارو برای خود فرد آلوده اثر بالینی مثبت واضحی نداشته باشد. حال در صورت محدودیت منابع و کم بودن دسترسی به دارو کدام گروه برای دریافت داروهای ضد رتروویروسی اولویت دارند: شریک جنسی فرد آلوده به HIV که هنوز مبتلا نشده و این شانس را دارد که در صورت مصرف دارو سالم بماند یا فرد بیمار مبتلا به ایدز که اگر این دارو را دریافت نکند وضعیتش بدتر می‌شود و ممکن است خطر مرگ وی را تهدید کند. در واقع اگر قرار باشد بین پیشگیری از ابتلاء یک فرد سالم به HIV و زنده نگهداشتن یک بیمار مبتلا به ایدز یکی را انتخاب کنیم، انتخاب صحیح و اخلاقی کدام است؟
- سیفلیس: فرض کنید که بیمارمبتلا به یک بیماری مقاربتی مهم مثل سیفلیس حاضر نیست در مورد بیماری خود چیزی بگوید و اصرار دارد که او و همسرش سالهاست که با یکدیگر ارتباط جنسی ندارند. در این شرایط گزینه‌های مختلفی پیش رو است که بهتر است با اقدامی شروع شود که تا حد امکان به اختیار و انتخاب بیمار هم احترام گذاشته شود. به عنوان مثال می‌توان از ابتدا به فرد اطلاعات تکمیلی ارائه کرد و به وی در مورد رعایت رازداری اطمینان داد اجازه داد که خودش( به تنهایی یا در حضور و با کمک یکی از پرسنل بهداشتی درمانی) همسرش را از این موضوع مطلع کنند. اگر در متقاعد کردن بیمار موفق نباشیم، باید به سایر اقدامات فکر کرد مثلاً یک اقدام تشویقی برای بیمار در صورت مطلع کردن همسرش، تهدید به اجرای برخی محدودیت ها برای بیمار( مثل ایزولاسیون)، یا در مرحله بعد، اقدام برای اطلاع دادن به همسر فرد بیمار بدون اطلاع و کسب اجازه از وی. هر کدام از این اقدامات بر حسب شرایط قابل بررسی هستند. سوالاتی که در این موضوع خاص باید لحاظ شود شامل موارد زیر است:

◄ آیا اقدام مورد نظر می تواند ما را به هدف مطلع کردن همسر و انجام آزمایش برای وی، بدون ایجاد آسیب یا پیامدهای خطرناکی مثل( مثل خشونت خانگی، قطع کردن نفقه، بیرون کردن از منزل،...) برساند؟

◄ آیا دغدغه جدی در مورد احتمال آسیب به سایر افراد( مثلاً فرزندان) وجود دارد؟ آیا بار بیماری و منافع اقدام ما به طور عادلانه توزیع می‌شوند؟( مثلاً اگر همسر بیمار را مطلع کنید و برای وی آزمایش درخواست کنیم ولی به هر دلیل نتوانیم برای فرزندان، آزمایش انجام دهیم، به این معنی است که آنها در احتمال بیمار شدن سهیم هستند ولی از اقدام ما سود نمی‌برند.)

---

[404] Sever Acute Respiratory Syndrome
[405] Sexual partner
[406] needle-sharing partner

◄ در مجموع چه اقدامی ارجح است که سلامت جامعه و خانواده حفظ شود و تا حد امکان اعتماد فرد و خانواده و جامعه به نظام سلامت هم تامین شود.

- واکسیناسیون: واکسیناسیون معمولا به سود فردی است که واکسینه می شود ولی از طریق ایمنی گروهی هم می تواند به سود بقیه افراد جامعه باشد. در بعضی کشورها ارائه پرونده واکسیناسیون کامل برای ثبت نام در مدرسه ضروری است. حال اگر کودکی واکسینه نشده باشد و والدینش به دلیل باورهای خود حاضر به واکسیناسیون فرزندشان نباشند و نتوان آنها را به این کار متقاعد کرد، آیا اخلاقی است که کودک به این دلیل از شرکت در مدرسه و حق تحصیل محروم شود؟ در مقابل حقوق این کودک برای تحصیل، حقوق کودکان دیگر برای بیمار نشدن مطرح است. پاسخ به این سوالات همیشه آسان نیست ولی اگر اپیدمی یک بیماری قابل کنترل با واکسن( مثل سرخک) ایجاد شود، محدود کردن آزادی فردی با واکسیناسیون اجباری کودک( علیرغم مخالفت والدین) در جهت حفظ سلامت جامعه، قابل توجیه و اخلاقی به نظر می رسد. البته برخی این موضوع را مطرح می‌کنند که وقتی یک کودک واکسینه نشده بیمار شود و به مدرسه برود، اگر بقیه دانش‌آموزان واکسینه شده باشند و واکسیناسیون اثربخش باشد قاعدتاً نباید بقیه مبتلا شوند بنابراین در ظاهر به نظر می‌رسد که آزادی فردی ( و انتخاب والدین در واکسینه نشدن فرزندشان) با حق سلامت بقیه دانش‌آموزان تداخل نداشته باشد؟ آنچه این موضوع را پیچیده تر می کند این است که بپرسیم آیا فقط حق سلامت بقیه ی دانش آموزان اینجا مطرح است یا حق سلامت کودکی که چنین والدینی دارد هم باید مورد دفاع قرار گیرد؟ اصولاً چه کسی برای سلامت و رفاه کودک صلاحیت و ارجحیت تصمیم گیری دارد: والدین یا دولت؟ اگر تصمیم والدین به ضرر سلامت کودک باشد، در چه مواقعی باید دولت درراستای تامین حق کودک اقدام کند؟

**غربالگری**

گاهی آزمایشات تشخیصی برای افراد به ظاهر سالم الزامی در نظر گرفته می شود، مثلا قبل از استخدام و مهاجرت. به نظر می رسد که در این موارد آزادی های فردی افراد تحت الشعاع قرار می گیرند. اگر سودی که از نظر سلامت برای جامعه به دست می آید بیش از این محدودیت در آزادی فردی باشد نه آزادی های فردی، قابل توجیه است . مثال دیگر در مورد غربالگری اختلالات تیروئید در بدو تولد است. در بسیاری از کشورها، انجام آزمایش از نظر سلامت تیروئید برای نوزادان الزامی است به این صورت که این غربالگری به عنوان دستورالعمل کشوری تدوین شده و طبق قانون برای گرفتن شناسنامه برای کودک ارائه گواهی انجام این آزمایش ضروری است[۴۰۷].(لازم به ذکر است که در مقابل این رویکرد، رویکرد دیگری قرار دارد که افراد در صورت تمایل یک آزمون غربالگری را انجام دهند[۴۰۸]). حال اگر قبل از نمونه گیری به والدین یک فرم رضایت آگاهانه ارائه کنیم و ذکر کنیم که ممکن است نمونه ی کودک شما بعداً بدون نام برای تعیین شیوع اختلالات تیروئید در جامعه مورد استفاده قرار گیرد، آیا والدین همچنان حاضر می‌شوند این آزمایش را برای نوزادشان انجام دهیم؟

**ارتقای سلامت**

به نظر می‌رسد که انسانها - تا زمانی که به دیگران مستقیماً آسیب نرسانند- مختارند رفتارهای ناسالم پیشه کنند. به عنوان مثال، علیرغم اینکه اکثر مردم با پیامدهای نامطلوب سیگار آشنا هستند، متاسفانه درصد قابل توجهی از بالغین سیگار می کشند. حال این سوال اخلاقی مطرح است که دولت ها تا چه حد الزام اخلاقی دارند که سیاست هایی را در نظام سلامت تدوین و اجرا کنند که آسیب های ناشی از مصرف سیگار( مانند آلودگی هوا، انواع سرطان ها، بیماری های قلبی - عروقی و

[407] Opt out model
[408] Opt in model

...) را در جمعیت کاهش دهند. آیا نظام سلامت مجاز است از مالیاتی که مردم می پردازند برای اجرای مداخلات در جهت کاهش مصرف سیگار یا کاهش بار پیامدهای آن استفاده کند؟

**نظام مراقبت سلامت**

در اواسط دهه ۱۹۸۰، برخی کشورها بر روی نمونه‌های خون که از بررسی های بالینی (مثل سنجش سطح قند یا چربی خون) اضافی باقی مانده بود، -به صورت بی‌نام- آزمایش HIV انجام دادند تا شیوع عفونت با این ویروس در جامعه تخمین زده شود. در آن سال‌ها که درمانی برای عفونت HIV وجود نداشت، این اقدام قابل توجیه بود؛ زیرا سودی که در سطح جامعه از تخمین شیوع عفونت بر اساس ارزیابی نمونه های موجود به دست می آمد بر هر گونه ضرر احتمالی برتری داشت. از این رو این نوع نظام مراقبت، اخلاقی تلقی می شد. طی دهه های اخیر که درمان‌هایی برای کنترل این عفونت در اختیار است، تست کردن نمونه هایی که افراد به منظور دیگری تحویل آزمایشگاه داده اند، از نظر اخلاقی مورد تایید نیست؛ زیرا وقتی نمونه بدون نام باشد، دیگر نمی توان در صورت تشخیص عفونت، فرد را پیدا کرد و به او اطلاع داد که به دنبال درمان برود. بدیهی است که بر روی نمونه‌های موجود قبل از حذف اطلاعات هویتی هم نمی‌توان چنین بررسی انجام داد، چون از این افراد موقع انجام آزمایش برای چنین بررسی های احتمالی (به خصوص از نظر یک بیماری حساس مانند HIV) اجازه گرفته نشده است. این نشان می دهد که سیاست گذاری در سلامت عمومی یک فرایند پویا است و اخلاق در سلامت عمومی در طول زمان ممکن است در مورد یک سوال واحد، پاسخ های متفاوتی ارائه کند.

**اپیدمی ها، فوریت ها و بلایا**

اپیدمی بیماری های عفونی، بلایای طبیعی یا انسان ساز از مواردی هستند که اهمیت برقراری سلامت عمومی فراتر از احترام به آزادی های فردی است. در این شرایط با تصمیمات اخلاقی دشواری مانند تخصیص منابع محدود مواجه هستیم . به عنوان مثال فرض کنید یک همه‌گیری آنفولانزا در منطقه ایجاد شده و داروهای ضد ویروسی، ونتیلاتور و واکسن های در اختیار محدود هستند. در این شرایط چه کسی برای دریافت این داروها اولویت دارد؟ دشواری وقتی بیشتر می‌شود که به‌خاطر آوریم در زمان بحران ها زمان ما محدود است و مجبور به تصمیم گیری و اقدام فوری هستیم. یک مثال دیگر وقتی است که یک طغیان شدید یا سیل قریب‌الوقوع در منطقه پیش‌بینی شده و دستور تخلیه فوری منطقه به مردم اعلام شده است. حال کسانی هستند که به هر دلیل حاضر به ترک خانه و کاشانه خود نیستند. آیا باید با این افراد با زور و تهدید برخورد کرد؟ حال اگر آنها حاضر به تخلیه ی محل نشدند و و سپس دچار آسیب شدند آیا باید برای انتقال، نجات و درمان آنها اقدام کرد؟ آیا کسانی که به دلیل بیماری نمی تواند حرکت کنند و حرکت دادن آنها پرهزینه است باید به حال خود رها شوند؟ سوالات مهم و چالش برانگیز در زمینه ی برخورد اخلاقی با موقعیت های بحرانی در سلامت عمومی هستند.

**انگ خوردن**

احتمال انتقال عمودی HIV (از مادر مبتلا به نوزاد) را می‌توان با تغذیه ی کودک با شیر خشک بجای شیر مادر و استفاده از داروهای ضدرتروویروسی در مادر بسیار کاهش داد ولی در بعضی مناطق آفریقا اگر مادر نوزاد را با شیر خود تغذیه نکند، این نگرانی وجود دارد که همسرش شک کند که وی HIV مثبت است و ممکن است او را مورد خشونت قرار دهد، از خانه بیرون کند یا او و کودک را رها کند. در این شرایط و با در نظر گرفتن اینکه کودک و مادر ممکن است بی خانمان و آواره شوند، آیا پزشک باید با پافشاری، بیمار را متقاعد کند که نوزاد را به جای شیر مادر با شیر خشک تغذیه کند و داروی ضدرتروویروسی مصرف کند؟ در واقع چاره ی این مشکل در دراز مدت، رشد فرهنگ جامعه، و کاهش انگ HIV و توانمندسازی دختران و زنان است.

**مشوق های سلامت**

گاهی در نظام سلامت برای تشویق یک رفتار سالم مشوق های مالی در نظر گرفته می شوند یا برعکس، با مالیات سنگین بر سیگار و الکل، افراد به عدم مصرف آنها ترغیب می شوند. به نظر می‌رسد که این مشوق‌ها تداخلی با آزادی فردی نداشته باشند چون در نهایت این خود فرد است که تصمیم می گیرد چه رفتاری اتخاذ کند. ولی گاهی بین این رفتارها و باورهای فرهنگی جامعه تضاد وجود دارد و این امر، سیاست گذاری را با چالش اخلاقی مواجه می کند. به عنوان مثال در برخی مناطق هند که زنان بیشتر در منزل و بدون نظارت پرسنل بهداشتی درمانی زایمان انجام می‌دادند، مشوق‌های مالی برای انجام زایمان در مرکز بهداشتی درمانی لحاظ شده بود. در یک گزارش، یک خانم باردار که علیرغم فشار خانواده ی همسر تصمیم می‌گیرد برای دریافت مشوق مالی در مرکز درمانی زایمان کند، هم متاسفانه فرزند خود را از دست می‌دهد و وقتی به روستا برمی‌گردد، خانواده ی همسر او را نمی‌پذیرند. بنابراین باید همواره در نظر بگیریم که مشوق های مالی در چه شرایط فرهنگی و اجتماعی مطرح می‌شوند و آیا حساسیتی در آن زمینه به طور خاص وجود دارد یا خیر.

**پژوهش**

هدف پژوهش در سلامت عمومی این است که در راستای ارتقاء سلامت جامعه به تولید شواهد علمی دقیق و معتبر کمک کند. از جمله چالش های اخلاقی که در این راستا قابل طرح هستند عبارتند از:

- آیا پژوهش مورد نظر برای جامعه‌ای که شرکت کنندگان در تحقیق از آن نمونه گیری شده اند ارزش و سودی دارد؟
- آیا رفتار ما با زیرگروه های مختلف جمعیت در این پژوهش، مبتنی بر عدالت بوده است؟ (مثلا در مرحله انتخاب نمونه ها، یا تخصیص افراد به یکی از دو گروه و ...)
- آیا حقوق و رفاه شرکت کنندگان در پژوهش تامین شده است؟
- آیا موضوع پژوهش به‌طور اخلاقی انتخاب شده است؟ آیا هدف پژوهش تهیه داروهای جدید و گران قیمتی است که تنها طبقه مرفه جامعه می توانند آنها را تهیه کنند یا بر ارتقاء سلامت گروههای آسیب پذیر و محروم جامعه تمرکز دارد؟ (انجام پژوهش برای حل مشکلات سلامت جمعیت های فقیر، جذابیت چندانی برای صنایع منفعت طلب دارویی ندارد و این امر به گسترش نابرابری بین فقیر و غنی دامن می زند).
- در صورتی که پژوهش منفعت مستقیمی برای شرکت‌کنندگان ندارد و قصد دارد با جمع آوری اطلاعات از آنها سلامت جامعه را بهبود دهد، آیا این موضوع موقع کسب رضایت آگاهانه برای بیماران به طور شفاف توضیح داده شده است؟
- آیا این موضوع که در یک کارآزمایی بالینی ۵۰ درصد احتمال دارد که یک بیمار در گروه کنترل قرار بگیرد (و در این صورت علیرغم رفت و آمد های متعدد، صرف وقت و مشارکت در تمامی مراحل و پر کردن پرسشنامه ها،عملاً همان درمان معمول رادریافت کند، در ابتدا به طور کامل و شفاف برای وی توضیح داده شده است؟
- آیا به شرکت کنندگان در پژوهش توضیح داده شده که هر زمان بخواهند و به هر دلیلی می توانند از پژوهش خارج شوند، بدون اینکه از دریافت خدمات معمول سلامت متناسب با بیماری خود محروم شوند؟

در مورد این سوالات و بسیاری سوالات دیگر در زمینه ی پژوهش در سلامت، بیانیه ی هلسینکی به عنوان یک دستورالعمل معتبر در زمینه ی پژوهش های زیست پزشکی، مورد استناد قرار می گیرد و به این سوالات با جزئیات کامل پاسخ می‌دهد.

**یک رویکرد قدم به قدم در تحلیل اخلاقی سلامت عمومی**

*قدم اول:* ابعاد اخلاقی موضوع سلامت عمومی و شرایط زمینه ای را بررسی کنید:

- احتمالات، خطرات و دغدغه ها کدامند؟
- در نظر گرفتن چه اهدافی در این شرایط مناسب و قابل قبول است؟
- شرایط از نظر قوانینی که در این حیطه کارفرما است چگونه است؟ چه مقرراتی در این زمینه وجود دارد؟
- هنجارهای اخلاقی و انتظارات ذینفعان چیست؟ چقدر این هنجارها و توقعات، جدی هستند؟
- آیا قبلاً مواردی در حوزه اخلاقی یا قانونی این موضوع مطرح شده یا رخ داده که بتوان بر اساس آن هنجارهای اخلاقی بالقوه را مشخص کرد؟
- چه ویژگی های اجتماعی، فرهنگی و تاریخی جامعه به این موضوعات مرتبط است؟

*قدم دوم:* راه های دیگری برای این اقدام را تعیین کنید و ابعاد اخلاقی آنها را ارزشیابی کنید:

- بر اساس موضوع و شرایط زمینه‌ای که در قدم اول عرضه شد، گزینه‌های کوتاه‌مدت و بلندمدتی قابل انتخاب هستند؟
- ابعاد اخلاقی و چالش های هر کدام از این گزینه ها چیست؟

◄ *سودمندی:* آیا اقدام مورد نظر در عرصه سلامت عمومی می‌تواند بهترین تعادل بین سود و ضرر را با در نظر گرفتن هزینه ها فراهم کند؟

◄ *برابری و عدالت:* آیا این اقدام در راستای برقراری برابری است؟ آیا بار این مشکل و فواید حل آن، به طور عادلانه ای بین افراد توزیع شده اند؟( عدالت توزیعی)مشارکت مطلوب اجتماعی از جمله مشارکت زیر گروه های درگیر در مشکل جلب شده است؟( عدالت در رویه)

◄ *احترام به دغدغه ها و علایق فرد و جامعه:* آیا اقدام مورد نظر با احترام به خودمختاری افراد و حقوق انسانی آنها و از سوی دیگر حقوق شهروندی و ارزش های اجتماعی منطبق است؟

◄ *سایر ملاحظات اخلاقی در سلامت عمومی:* آیا ملاحظات اخلاقی دیگری هم هست که در سطح عمومی باید در نظر بگیریم مثلا یک جانبه نبودن تلاش های مردم و پر رنگ بودن نقش نظام سلامت در حمایت و ایجاد یک رابطه ی دو طرفه[۴۰۹] ، انسجام[۴۱۰]، حفظ محرمانگی، راز داری، عمل کردن به وعده ها و تعهدات، سهیم شدن صادقانه ی اطلاعات، شفافیت در گفتار و عملکرد.

*قدم سوم:* بررسی اینکه آیا یک تصمیم خاص در عرصه سلامت عمومی توجیه کافی دارد.

◄ *اثربخشی:* آیا بر اساس شواهد، این اقدام در سلامت عمومی به نظر اثربخش می رسد؟

◄ *متناسب بودن:* اگر برای انجام این اقدام به یک هنجار و ملاحظه اخلاقی بی توجهی شده، آیا فواید احتمالی برای جامعه فراتر از این بی توجهی است؟

◄ *ضرورت:* آیا انجام این اقدام، ضروری است؟ آیا بی توجهی به یک هنجار اخلاقی در راستای یک هدف مهم سلامت عمومی انجام شده است؟

◄ *کمترین نادیده گرفتن حقوق انسانی:* آیا این اقدام کمتر از سایر گزینه ها برای حقوق انسانی و آزادی های فردی محدودیت ایجاد می کند؟

◄ *توجیه عمومی:* آیا تصمیم سازان می‌توانند در شرایط سیاسی و اجتماعی موجود، ذینفعان، عموم جامعه و افرادی که بیش از همه درگیر این مشکل هستند را به طور مناسب توجیه کنند تا آنها این اقدام را قابل قبول بدانند؟

---

[409] reciprocity
[410] solidarity

## نتیجه گیری

تعریف های متنوعی از سلامت در طول تاریخ ارائه شده است که معروف ترین آنها تعریف سازمان جهانی بهداشت به عنوان رفاه کامل، جسمی، روانی، و اجتماعی و نه فقط نبود بیماری و ناتوانی است. ، سلامت عمومی بر اساس فعالیت های جامعه محورکه با هدف حفظ و ارتقای سلامت در سطح جامعه انجام می شوند شناخته می‌شود مانند پیشگیری و کنترل بیماری‌ها، نظام مراقبت، بهسازی محیط، تامین ایمنی غذا و محیط کار و ارتقاء رفتارهای سالم. اخلاق در خدمات سلامت عمومی به عنوان یک شاخه ی تقریباً نوپا در عرصه اخلاق زیستی به سرعت در حال رشد و توسعه است و مهمترین دغدغه ی آن، ایجاد تعادل بین احترام گذاشتن به آزادی های فردی و مسئولیت دولت ها برای حفظ و ارتقای سلامت شهروندان است. یکی از مثال های مهم و شایع در این تعادل، برنامه های پزشکی پیشگیری است که حفظ سلامت جامعه به قیمت محدود کردن آزادی های فردی به دست می آید (مثل قانون منع رانندگی حین مصرف الکل، الزام بستن کمربند ایمنی و ...). از دیگر کارکردهای سلامت عمومی که ملاحظات اخلاقی کلیدی دارند، به پیشگیری و کنترل بیماری های واگیر(شامل واکسیناسیون، غربالگری، ارتقای سلامت، نظام مراقبت، مدیریت اپیدمی ها و بلایا) می توان اشاره کرد که در این فصل با ذکر مثال هایی به هر حیطه پرداخته شده است.

یکی از دلایل پیچیدگی های اخلاقی موضوعات سلامت عمومی این است که اطلاعات مبتنی بر شواهد برای ارزیابی معتبر در مورد سود و زیان بسیاری از این مداخلات بسیار محدود است.

در مجموع می توان گفت که سلامت عمومی یک عرصه ی جذاب برای بحث های اخلاقی است چون ما را به چالش می کشد تا فراتر از قراردادهای استوار و تایید شده ی اخلاق زیستی فکر کنیم، و برای تصمیم گیری صحیح به مبانی پایه ای اخلاق رجوع کنیم. اخلاق در سلامت عمومی به سیاستگذاران ما کمک می کند تا تصمیماتی که برای بهداشت و درمان جامعه گرفته می‌شود، مبتنی بر شواهد، بر مبنای ارزش‌های مقبول و استانداردهای درست باشد.

## منابع


1World Health Organization (WHO). Global health ethics—key issues, http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/164576/1/9789240694033_eng.pdf (2015, accessed 4 Jan 2019)

1. Barrett DH, Ortmann LH, Dawson A, Saenz C, Reis A, Bolan G, editors. Public health ethics: cases spanning the globe. Springer Open; 2016.
2. Strech D, Hirschberg I, Marckmann G, editors. Ethics in public health and health policy: concepts, methods, case studies. Springer Science & Business Media; 2013.
3. Coughlin SS. Case studies in public health ethics. American Public Health Association; 2009.
4. Harris DM. Ethics in health services and policy: A global approach. John Wiley & Sons; 2011.
5. Krebs J. The importance of public-health ethics. Bulletin of the World health organization. 2008; 86:579.

Goldberg DS. Public health ethics and the social determinants of health. Springer; 2017.

**واژه نامه:**