

بخش اول

نظام ارائه خدمات سلامت (بهداشت)

سرگروه تدوین:

دکتر علیرضا مرندي

دکتر حمیدرضا جمشیدی

دکتر علیرضا مصداقی نیا

- ◀ توسعه شبکه و ارتقاء سلامت
- ◀ آموزش و ارتقاء سلامت
- ◀ مبارزه با بیماری‌های واگیر
- ◀ مبارزه با بیماری‌های غیر واگیر
- ◀ سلامت محیط و کار
- ◀ سلامت جمعیت، خانواده و مدارس
- ◀ بهبود تغذیه جامعه
- ◀ پیشگیری از بلایا و حوادث غیر مترقبه
- ◀ سلامت روان
- ◀ عوامل اجتماعی تعیین کننده سلامت و همکاری‌های بین بخشی

توسعه شبکه و ارتقاء سلامت

مقدمه

حق برخورداری از مراقبت‌های سلامت برای تمامی شهروندان همراه با توزیع عادلانه خدمات سلامت، در قانون اساسی کشور تبلور می‌یابد. در عمل چنین تفکری موجب گردیده است تا نظام سلامت کشور بر مبنای خدمات اساسی که از منابع عمومی تأمین اعتبار می‌شوند، آحاد مردم را از مراقبت‌های اولیه بهداشتی - درمانی که توسط وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی عرضه می‌گردند، بهره‌مند گردانند. در همین حال خدمات سطح دوم و سوم که بیش‌تر شامل خدمات درمانی و توانبخشی است، در اغلب موارد از طریق بیمه‌های اجباری نظیر بیمه تأمین اجتماعی، خدمات درمانی، خویش‌فرما و نیروهای مسلح تأمین می‌شود. در سال‌های اخیر بیمه خدمات درمانی بر طبق مصوبه مجلس شورای اسلامی تحت عنوان بیمه روستایی اقدام به پوشش تمامی ساکنین روستاها که از سایر بیمه‌ها برخوردار نبوده‌اند، کرده است.

نظام سلامت متشکل از تمام سازمان‌ها، مؤسسات و منابعی است که به‌طور مستقیم یا غیرمستقیم در سلامت جامعه نقش ایفا می‌کنند و وزارت بهداشت یکی از آن‌ها است بدین ترتیب نظام سلامت از اجزایی تشکیل می‌شود که با یک دیگر ارتباط دارند و مجموعه آن‌ها بر سلامت مردم در خانه، محل کار و مکان‌های عمومی اثر می‌گذارد مردم، دولت و سازمان‌های ارائه‌کننده خدمات بهداشت و درمان در بخش‌های دولتی، خصوصی و غیردولتی و سازمان‌های بیمه‌گر هر یک بخشی از نظام سلامت را تشکیل می‌دهند. نظام سلامت در سطوح مختلف شکل گرفته و از روستا تا شهر و مراقبت‌های اولیه تا خدمات پیچیده تخصصی و فوق تخصصی را در برمی‌گیرد.

ساختار نظام سلامت در وزارت بهداشت متشکل از معاونت‌های مختلف در بالاترین سطح است. در سطح استان‌ها، دانشگاه‌های علوم پزشکی و خدمات بهداشتی - درمانی مسئولیت تربیت نیروی انسانی و ارائه‌ی خدمات سلامت را بر عهده دارند.

در برخی از استان‌های کشور مانند تهران بیش از یک دانشگاه علوم پزشکی وجود دارد. علاوه بر آن، دانشگاه‌های علوم پزشکی دیگری نظیر دانشگاه‌های آزاد اسلامی، ارتش و سپاه (بقیه‌الله) و

نیروی هوایی و ... در کشور وجود دارد که عمدتاً فقط در محورهای تربیت نیروی انسانی فعالیت می‌کنند. بیمارستان‌های آموزشی و غیرآموزشی، مراکز بهداشتی - درمانی شهری و روستایی و خانه‌ها و پایگاه‌های بهداشتی تحت نظارت دانشگاه‌های علوم پزشکی وابسته به وزارت بهداشت هستند.

تاریخچه

در سال‌های پس از جنگ جهانی دوم، گروه‌های سیار مبارزه با بیماری‌های مالاریا، سل، جذام، آبله در کشور شکل گرفت. در این گروه‌ها، غالباً از افرادی با تحصیلاتی در حد ۶-۱۲ سال آموزش رسمی همراه با گذراندن دوره‌های خاص استفاده می‌شد، که بعدها این افراد برای بیماریابی و واکسیناسیون نیز مورد استفاده قرار گرفتند.

جهت تأمین نیروی انسانی مورد نیاز روستاها، در سال ۱۳۱۹ طرح «تربیت بهدار» در مشهد آغاز به کار کرد. این نیروها بعد از گذراندن دوره چهارساله آموزش نظری، عملی و کارآموزی، در روستاها و مراکز بخش‌ها فعالیت می‌کردند ولی در سال‌های دهه ۱۳۴۰ عملاً کار آموزشگاه‌های تربیت بهدار متوقف شد و تمام فارغ‌التحصیلان پس از اتمام تعهد خدمت روستایی به تدریج به دانشکده‌های پزشکی راه یافتند و با گذراندن حداقل سه سال آموزش تکمیلی، به دریافت دکترای پزشکی نائل آمدند.

از سال ۱۳۴۳ قانون سپاه بهداشت در ایران، به اجرا درآمد. برابر این قانون، فارغ‌التحصیلان دانشکده‌های پزشکی و پیراپزشکی و نیز تعدادی از دیپلمه‌های دبیرستانی مازاد بر احتیاج ارتش، خدمت وظیفه خود را در وزارت بهداری می‌گذراندند. فارغ‌التحصیلان دیپلمه زیر نظر پزشک، در واحدهای روستایی به کار درمان و بهداشت می‌پرداختند. علی‌رغم خدمات مثبت سپاهیان بهداشت، به دلیل عدم آشنایی این نیروها با فرهنگ روستا، عدم استقرار کامل و ثابت نبودن تعداد نیروها، بهره‌گیری کامل از وجود آنان با مشکل مواجه شد.

در سال ۱۳۵۱ طرح تحقیقاتی نحوه توسعه خدمات پزشکی و پیراپزشکی در ایران با همکاری سازمان جهانی بهداشت^۱، دانشکده بهداشت و انستیتو تحقیقات بهداشتی، دانشگاه تهران و وزارت بهداری، در استان آذربایجان غربی با هدف استقرار نظام ارائه خدمات و استفاده از

^۱ World Health Organization

نیروهای غیرپزشک در واحدهای محیطی، به اجرا درآمد. هم زمان با اجرای این طرح، پروژه‌های مشابه دیگری در سایر نقاط کشور اجرا شد که از جمله می‌توان، طرح تربیت بهدار روستا در دانشگاه شیراز که در کوار فارس اجرا شد، طرح‌های سازمان خدمات اجتماعی در فارس و تهران و «طرح سلسله» در الشتر لرستان را نام برد.

در سال ۱۳۵۸ وضعیت شاخص‌های بهداشت و درمان نامناسب بود به‌طوری که میزان مرگ و میر کودکان زیر یک سال ۱۰۴ در هزار تولد زنده، امید زندگی ۵۷ سال، میزان دسترسی به آب سالم و تأمین حداقل کالری لازم در ایران در مقایسه با بسیاری از کشورهای جهان، نسبتی تاسف بار داشت.

در اولین سال‌های پس از پیروزی انقلاب اسلامی، سیاست‌های اساسی برای برنامه‌های بهداشت، درمان و آموزش پزشکی تدوین گردید. اولین دولت پارلمانی در اواسط سال ۱۳۵۸ تشکیل شد و در سال ۱۳۵۹ شورایی به نام شورای بررسی برنامه‌ها و تشکیلات در وزارت بهداشت ایجاد شد. این شورا نیز به تشکیل چندین کمیته تخصصی اقدام کرد و اولین گزارش خود را در زمینه سیاست‌ها، خط‌مشی‌ها و اولویت‌ها در سال ۱۳۶۰ به شورای معاونین وزارتخانه ارائه کرد. به رغم جنگ تحمیلی عراق با ایران و بمباران شدید شهرها، کلیه ضوابط لازم برای سازماندهی اجزای نظام شبکه مراقبت‌های بهداشتی - درمانی به‌طور مشروح در جلسه شورای معاونین وزارتخانه مطرح و به وسیله چند تن از کارشناسان تلاش‌گر وزارتخانه در کتابی تحت عنوان «نگرشی بر بهداشت، درمان و آموزش نیروی انسانی پزشکی» گردآوری شد. این کتاب بعداً اساس تدوین طرح‌های گسترش شبکه‌های بهداشتی - درمانی کشور قرار گرفت. در این کتاب، انتخاب شهرستان به‌عنوان واحد اداری، جغرافیایی گسترش شبکه‌های بهداشتی - درمانی، مورد تأکید قرار گرفت و با کوشش کارشناسان ستادی و به کمک کارکنان پرحوصله و زحمتکش استان‌ها، طرح‌های گسترش، به تفکیک شهرستان‌های کشور، تا سال ۱۳۶۳ مهیا گردید.

در اسفند ماه ۱۳۶۳ مجلس شورای اسلامی برای راه‌اندازی شبکه بهداشت و درمان در یک شهرستان از هر استان، اعتباری معادل ۲/۵۰۰/۰۰۰/۰۰۰ ریال در اختیار وزارت بهداشتی وقت قرار داد. برای به هزینه گرفتن این اعتبار و در واقع گسترش شبکه‌های بهداشت و درمان، وزارت بهداشتی، اقدام به تشکیل واحدی به نام ستاد گسترش شبکه‌های بهداشتی - درمانی

کشور کرد که پس از گذشت سال‌ها این واحد هم‌چنان به فعالیت خود ادامه می‌دهد.

نظام ارائه خدمات سلامت

این نظام شامل تمام خدمات پیشگیری، درمانی و توانبخشی مورد تأیید وزارت بهداشت است که این خدمات در قالب بسته خدمتی و در سه سطح به شرح زیر ارائه می‌شود: منظور از سطوح سه گانه ارائه خدمات، سطوح خدمات سلامت موجود در نظام بهداشت و درمان کشور، شامل خدمات عمومی، تخصصی و فوق تخصصی است.

سطح بندی خدمات

چیدمان خاص واحدهای تأمین‌کننده خدمات و مراقبت‌های سلامت برای آن که دسترسی مردم به مجموعه خدمات تا جایی که ممکن است سهل و سریع، عادلانه، با کم‌ترین هزینه و با بیش‌ترین کیفیت باشد. خدمات و مراقبت‌های سلامت در سه سطح در اختیار جمعیت و جامعه گذارده می‌شود:

سطح یک ارائه خدمت

محل ارائه خدمات سطح یک، خانه بهداشت و مرکز بهداشتی- درمانی روستایی در روستاها و پایگاه بهداشتی و مرکز بهداشتی- درمانی شهری در شهرها است که به‌ورزان و کاردanan و یک پزشک مسئولیت آن را به عهده دارد و به‌طور معمول در جایی نزدیک به محل زندگی مردم (جمعیت تحت پوشش) قرار دارد و در آن نخستین تماس فرد با نظام سلامت از طریق پزشک یا تیم سلامت، اتفاق می‌افتد خدمات ارتقاء سلامت، پیشگیری و درمان‌های اولیه، ثبت اطلاعات در پرونده سلامت و ارجاع و پیگیری بیمار، اجرای برنامه‌های آموزشی برای ارتقاء سلامت عمومی، عمده خدمات این سطح را تشکیل می‌دهد که در چارچوب اقدامات پیشگیرانه، ارائه درمان‌های اولیه، تجویز دارو، درخواست انجام خدمات پاراکلینیک، درخواست مشاوره، ارجاع بیماران و پیگیری بیماران ارجاعی و هم‌چنین ثبت و ضبط اطلاعات بیماران در پرونده سلامت آن‌ها است.

پزشکان موظفند، ارزیابی، برنامه‌ریزی و ارزشیابی سلامت فردی، خانوادگی و اجتماعی جمعیت

تحت پوشش خود را برای ارائه خدمات مناسب پیشگیری، تشخیصی، درمانی و توانبخشی را در زمان و مکان مناسب انجام دهند و بر استمرار ارائه خدمات و دریافت گزارش از سطوح بالاتر نظارت نمایند و پس از ثبت کلیه اقدامات و خدمات، در پرونده افراد تحت پوشش، مراتب را به ستاد شهرستانی ارائه نمایند.

سطح دو ارائه خدمت

واحدی تخصصی در نظام سلامت است که خدمات درمانی و توانبخشی تخصصی سرپایی یا بستری را بر اساس بسته خدمتی و راهنماهای عملی ارائه شده از سوی وزارت بهداشت در اختیار ارجاع شدگان از سطح یک قرار داده و پس از انجام معاینات و اقدامات درمانی لازم، در صورت نیاز فرد را به سطح بالاتر یا سطح هم‌تراز ارائه خدمت ارجاع نموده و نتیجه تمامی اقدامات و خدمات ارائه شده به فرد مزبور را به پزشک مرکز بهداشتی درمانی ارجاع‌کننده منعکس می‌نماید.

سطح سه ارائه خدمت

شامل خدمات درمانی و توانبخشی فوق تخصصی سرپایی یا بستری، تأمین دارو و دیگر اقلام پزشکی و خدمات پاراکلینیک بر اساس بسته خدمتی و راهنماهای عملی ارائه شده از سوی وزارت بهداشت است. لازم است تا بازخورد خدمات این سطح در اختیار سطح ارجاع‌کننده و پزشک مرکز بهداشتی درمانی فرد قرار گیرد.

ارجاع

ارجاع، مجموعه فرآیندهایی است که به‌منظور تأمین جامعیت و تداوم خدمات سلامت، ارتباط فرد با سطوح سه گانه ارائه خدمت را برقرار می‌کند. اطلاعات راجع به استفاده فرد از خدمات نظام سلامت در نهایت در پرونده سلامت شخص نزد پزشک یا تیم سلامت از طریق ارسال پس‌خوراند از سطوح بالاتر، ثبت می‌شود.

منظور از نظام ارجاع، ویزیت بیماران یا مراجعین نظام بهداشتی- درمانی توسط پزشک عمومی، پزشک متخصص و پزشک فوق تخصص، برحسب ضرورت و نیاز است. یعنی همواره اولین سطح ملاقات و خدمات، پزشک عمومی است و در صورت نیاز، بیماران توسط پزشک عمومی به

سطوح بالاتر ارجاع می‌شوند. این نظام، ارجاع بیماران و سطح‌بندی خدمات را به وجود می‌آورد که به ترتیب در مراکز بهداشتی- درمانی شهری یا روستایی و مطب پزشکان خانواده (سطح اول) بیمارستان‌های شهرستان (سطح دوم) و بیمارستان‌های فوق تخصصی دانشگاهی و مراکز استان‌ها (سطح سوم) قابل انجام است.

شبکه ارجاع (نظام ارجاع)

تمام پزشکان در سطح اول ارائه خدمات، به همراه مراکز دولتی، غیردولتی و خصوصی که در سطح دوم و سوم به ارائه خدمات بهداشتی، تشخیصی، درمانی و توانبخشی سرپایی یا بستری می‌پردازند، شبکه ارجاع را تشکیل می‌دهند. این مراکز به‌عنوان همکاران اعضاء شبکه ارجاع خوانده می‌شوند.

ارجاع عمودی: حرکت بیمار از یک سطح به سطح بالاتر مانند ارجاع پزشک خانواده به پزشک متخصص/ بیمارستان عمومی/ بیمارستان تخصصی/ بیمارستان فوق تخصصی است.

ارجاع افقی: حرکت بیمار از واحد ارائه‌کننده خدمات در یک سطح به واحد ارائه‌کننده خدمت در همان سطح، مانند ارجاع از یک پزشک متخصص به پزشک متخصص دیگر که با هماهنگی پزشک خانواده انجام شده است و برگه ارجاع مربوطه بعداً توسط پزشک خانواده به سطح پایین‌تر ارجاع خواهد شد.

برگشت ارجاع (بازخوراند): انتقال اطلاعات لازم از نحوه ارائه خدمات و پیگیری بیمار، از سطح ارجاع شده به ارجاع‌دهنده را برگشت ارجاع (بازخوراند ارجاع) می‌نامند. این اطلاعات باید شامل شرح بیماری، اقدامات انجام شده، داروهای تجویز شده، خدمات پاراکلینیکی مورد نیاز، اقداماتی که احیاناً پزشک خانواده باید انجام دهد، نحوه پیگیری، تعیین تاریخ مراجعه مجدد بیمار و... باشد.

مراقبت‌های اولیه بهداشتی - درمانی (PHC)^۱

مراقبت‌های اولیه بهداشتی - درمانی براساس تعریف عبارتند از مراقبت‌های سلامتی که به وسیله ارائه‌دهندگان خدمات سلامت در نخستین سطح تماس با مردم ارائه می‌گردند. این

¹ Primary Health Care

ارائه‌دهندگان خدمات سلامت در نخستین سطح تماس، به نیازهای اساسی نظیر ایمن‌سازی، مراقبت از کودکان، بهداشت محیط و ... پاسخ می‌دهند و در صورت نیاز افراد را برای رفع نیازهای پیچیده‌تر به سطوح تخصصی‌تر ارجاع می‌دهند. اجزای این خدمات براساس توصیه سازمان جهانی بهداشت، حداقل می‌بایست شامل ۸ خدمت باشد که در سطوح مختلف نظام شبکه باید پاسخی کامل به آن‌ها داده شود. برای تحقق این مراقبت‌ها رعایت ۳ اصل عدالت، مشارکت جامعه و همکاری بین بخشی ضروری است. بر این اساس ساختار مراقبت‌های اولیه بهداشتی درمانی شامل اجزاء، سطوح و اصولی است که در تصویر نمایش داده شده است. اجزای مراقبت‌های اولیه بهداشتی - درمانی براساس منابع قابل تحصیل در یک کشور ممکن است افزایش یافته و ارائه‌دهندگان این خدمات نیز ممکن است سطح متفاوتی از تحصیلات را داشته باشند. در ایران در حال حاضر اجزاء مراقبت‌ها به ۱۰ جزء افزایش یافته است. ساختار فعلی ارائه خدمات سلامت و نظام ارجاع در ایران در نمودار صفحه بعد نمایش داده شده است.



شمای شماره ۲- ساختار ارائه خدمات سلامت و نظام ارجاع در ایران

وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی مسئول آموزش نیروی انسانی پزشکی و سایر رده‌های کارکنان سلامت و نیز ارائه خدمات سلامت به مردم است. در هر استان حداقل یک دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی - درمانی موضوعات فوق را تولید می‌نماید. بر این اساس علاوه بر شبکه آن، دانشکده‌های مختلف و بیمارستان‌های آموزشی نیز، بخش مهمی از منابع در اختیار وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی را تشکیل می‌دهند. به‌عنوان نتیجه‌ای از این نوع سازماندهی از ادغام بخش‌های ارائه خدمات و آموزش دانشگاهی، عوامل علمی دانشگاه‌ها به‌طور کم و بیش درگیر مدیریت، ارزشیابی، تحقیق و طراحی برنامه‌های ارائه خدمت هستند. امید است با همکاری میان بدنه‌های علمی و اجرایی، حرکت به سوی یک نظام کارا، عدالت محور و پاسخ‌گو در ارائه خدمات همواره بیش از پیش ارتقاء یابد.

چارچوب سیاست‌ها و راهبردها

در راستای تحقق اصل ۲۹ قانون اساسی مبنی بر ضرورت تضمین دسترسی و برخورداری تمامی افراد از خدمات سلامت، وزارت بهداشت تلاش کرد تا شبکه‌ای از تسهیلات بهداشتی را با تخصیص عادلانه‌ای از منابع، شکل‌دهی نماید. از آغاز شکل‌گیری این شبکه، اصول زیربنایی زیر، به‌عنوان سیاست‌های طراحی برنامه‌ها اعلام گردیدند:

- ۱- تقدم خدمات پیشگیری بر درمان
 - ۲- تقدم مناطق دوردست و غیر برخوردار روستایی بر مناطق شهری در تخصیص منابع با در نظر گرفتن امکان بهره‌مندی گروه‌های آسیب‌پذیر مانند مادران و کودکان از خدمات
 - ۳- تقدم خدمات سرپایی بر بستری
 - ۴- تمرکز زدایی با هدف خود اتکایی مناطق
- خصوصیات اصلی نظام ارائه مراقبت‌های اولیه بهداشتی - درمانی ایران را می‌توان در جملات زیر به تصویر کشید:

- شبکه‌ای با سطح‌بندی خدمات
- با ادغام خدمات مختلف برای گروه‌های هدف
- مبتنی بر جمعیت‌های تعریف شده (به نحوی که مناسب‌ترین شکل دسترسی این جمعیت به تسهیلات فراهم آید).
- دارای دستورالعمل‌ها و معیارهای استاندارد برای ارائه خدمات خصوصاً در نخستین سطح
- دارای برنامه‌ای استاندارد برای تربیت نیروی انسانی در خانه‌های بهداشت (بهورزان)
- برخورداری از نیروی انسانی مناسب در خانه‌های بهداشت (که ادغام برنامه‌های مختلف را در نظام شبکه ممکن ساخته است).
- برخورداری از یک نظام اطلاعاتی معتبر و شاخص‌های مرتبط با محیط روستایی کشور

طرح گسترش

در هر شهرستان، طرحی تحت عنوان «طرح گسترش» برای تخصیص واحدهای بهداشتی - درمانی وجود دارد. طرح گسترش محل استقرار تسهیلات بهداشتی و درمانی در سطح هر شهرستان را مشخص می‌کند. توزیع این تسهیلات در مناطق مختلف سطح شهرستان تابع دو

عامل اساسی است؛ عامل نخست تعداد جمعیت و عامل دوم وضعیت پراکندگی و دسترسی جغرافیایی این جمعیت است. به منظور تدوین طرح گسترش، کارشناسان مرکز بهداشت شهرستان باید اطلاعات مربوط به استقرار جمعیت در نواحی مختلف را گردآوری و آن‌ها را بر روی نقشه‌های توپو گرافیک علامت‌گذاری کنند. این نقشه‌ها تمامی دسترسی جغرافیایی جمعیت را به وضوح به تصویر می‌کشند. راه‌ها و مسیر حرکت جمعیت برای دسترسی به سایر مناطق (نظیر شهرها) نقش اساسی در اختصاص واحدهای ارائه خدمت به روستاییان دارد. با چنین شیوه‌ای دولت توانست بیش از ۹۵ درصد جمعیتی را که در بیش از ۶۵ هزار روستای کشور پراکنده‌اند، تحت پوشش قرار دهد. این در حالی است که متوسط جمعیت برای هر روستای کشور، کمتر از ۳۵۰ نفر و متوسط فاصله میان دو روستا، بیش از ۲۵ کیلومتر است.

شبکه بهداشت شهرستان

به منظور تحقق سیاست‌ها، شبکه بهداشت شهرستان به عنوان واحد مدیریتی مستقل برای مدیریت سلامت در سطح شهرستان انتخاب گردید. نقش شبکه بهداشت شهرستان تحقق انتظارات دولت که در وزارت بهداشت تعیین می‌شود و هدایت راهبردهای آن، در سطح شهرستان است. شبکه‌های بهداشت شهرستان‌ها مسئول ارزیابی نیازهای سلامت در جمعیت تحت پوشش هستند. آن‌ها علاوه بر این مسئول ارائه خدمات پشتیبان و سایر امور اجرایی شبکه سلامت هستند. این مراکز، منابع مالی خود را از طریق دولت و بودجه‌های عمومی و براساس سرانه جمعیت تحت پوشش دریافت می‌کنند.

مرکز بهداشت شهرستان

مرکز بهداشت شهرستان مسئولیت برنامه‌ریزی و نظارت بر فعالیت مراکز بهداشتی - درمانی (و نیز مراکز آموزش بهورزی و خانه‌های بهداشت) و پشتیبانی از آن‌ها را به عهده دارد و در آن به طور عمده پزشک عمومی با آموزش یا تجربه خدمات بهداشتی و مجموعه‌ای از کارشناسان خدمات بهداشتی و آزمایشگاه منظور شده‌اند.

وظایفی که این واحد به عهده دارد عبارتند از:

- برنامه‌ریزی

- آموزش و پژوهش
 - پشتیبانی فنی و تدارکاتی از مراکز بهداشتی- درمانی
 - ارائه خدمات خاص بهداشتی که انجام آن‌ها توسط مراکز بهداشتی- درمانی مقدور نیست.
 - انجام خدمات پاراکلینیکی و آزمایش‌های لازم از نمونه‌های آب، فاضلاب و مواد غذایی
 - انجام بررسی‌های همه‌گیر شناسی (اپیدمیولوژیک) در زمینه بیماری‌های شایع و بومی
 - اجرای مقررات بین‌المللی در مورد بیماری‌های قرنطینه‌ای در نقاط مرزی
 - اعمال ضوابط و مقررات بهداشت محیط
 - تهیه نقشه، نظارت و کمک فنی در اجرای آن‌ها برای توسعه برنامه‌های بهداشت محیط
 - کنترل ضوابط حفاظتی وسایل کار و عوامل زیان آور محیط کار
 - کنترل گزارش‌های رسیده از مراکز بهداشتی - درمانی و تحلیل آن‌ها
- هر شهرستان به‌عنوان یک واحد جغرافیایی در نظر گرفته می‌شود. در شبکه بهداشتی- درمانی هر شهرستان، به‌طور عمده سه نوع واحد اصلی شامل خانه بهداشت در روستا و پایگاه بهداشتی در شهر، مراکز بهداشتی - درمانی شهری و روستایی و بیمارستان وجود دارد.

جدول شماره ۱- واحدهای ارائه خدمات سلامت در کشور
خانه بهداشت: خانه بهداشت واحدی است مستقر در روستا که غالباً چند روستای دیگر (روستاهای قمر) با جمعیتی برابر با ۱۵۰۰-۱۰۰۰ نفر را پوشش می‌دهد. دو نفر بهورز زن و مرد در آن خدمت می‌کنند که وظیفه اصلی آنان ارائه مراقبت‌های اولیه بهداشتی - درمانی به مردم تحت پوشش است. بهورزان یک دوره آموزشی ۲ ساله را در آموزشگاه بهورزی طی می‌کنند.
پایگاه بهداشت: عبارت است از واحدی وابسته یا ضمیمه مرکز بهداشتی - درمانی شهری در شبکه بهداشتی درمانی، که معمولاً جمعیت ۱۲۵۰۰ نفر را تحت پوشش قرار می‌دهد. پایگاهی که در مجاور یا درون محل مرکز بهداشتی درمانی مستقر است، پایگاه ضمیمه و بقیه موارد پایگاه‌های وابسته نامیده می‌شوند. به‌طور معمول حداکثر هر ۵ پایگاه بهداشت شهری تحت نظر و وابسته به یک مرکز بهداشتی درمانی هستند. در این پایگاه ۳ کاردان بهداشتی، یک کاردان بهداشت محیط و یک ماما خدمت می‌کنند.
مرکز بهداشتی درمانی روستایی: واحدی مستقر در روستاست که یک خانه بهداشت را در همان روستا و غالباً چند خانه بهداشت از روستاهای دیگر را در پوشش خود دارد. جمعیت تحت پوشش مرکز بهداشتی- درمانی روستایی، حدود ۱۰۰۰۰-۶۰۰۰ نفر است. در این مرکز حداقل یک پزشک عمومی، چند کاردان بهداشتی و یک ماما خدمت می‌کنند.

مرکز بهداشتی درمانی شهری: به واحدی اطلاق می‌شود که مستقر در شهر بوده و به‌طور متوسط ۵-۳ پایگاه بهداشتی با جمعیتی حدود ۶۰-۴۰ هزار نفر را پوشش می‌دهد. در این مرکز کاردان و کارشناسان بهداشتی خدمت می‌کنند و دو پزشک عمومی به منظور نظارت بر پایگاه‌های بهداشتی و پذیرش ارجاعات در این مرکز اشتغال دارند.
درمانگاه: درمانگاه مرکز خدمات سرپایی است شامل دو یا چند اتاق مجهز به سرویس‌های عمومی درمانی سرپایی، که تحت نظر یک یا چند پزشک عمومی و متخصص اداره می‌شود.
کلینیک: کلینیک درمانگاهی است که در یک نوع تخصص به درمان سرپایی بیماران اقدام می‌کند.
پلی کلینیک: پلی کلینیک درمانگاهی است که در چند نوع تخصص به درمان سرپایی بیماران اقدام می‌کند.
مرکز جراحی محدود سرپایی: به مراکزی اطلاق می‌شود که پس از انجام اعمال جراحی مینور کلینیک (بدون بیهوشی و با بی‌حسی موضعی) یا جراحی ماژور پلی کلینیک (با بیهوشی)، بیمار حداکثر ظرف مدت چند ساعت قادر به ترک مرکز بوده و نیازی به بستری شدن نداشته باشد.
بیمارستان: تمام مراکز درمانی اعم از بیمارستان، زایشگاه که مجهز به تخت درمانی هستند.
مرکز توانبخشی: اقدام به ارائه خدمات بازتوانی معلولیت‌ها خصوصاً انواع حرکتی می‌کند. توانبخشی پزشکی (توانپزشکی) به مجموعه اقداماتی اطلاق می‌شود که به منظور بازگرداندن بخشی از عملکرد از دست رفته و حفظ توانمندی‌های بالقوه افراد دارای ناتوانایی‌های مختلف، انجام می‌گیرد.
تسهیلات زایمانی: واحدی است مستقر در منطقه روستایی که در مناطق فاقد دسترسی به بیمارستان، جمعیتی به‌طور متوسط ۴۰ هزار نفر را تحت پوشش قرار می‌دهد. این واحد مسئول ارائه خدمات زنان و مامایی است.
مرکز طب کار: واحدی است که مسئولیت ارائه خدمات پزشکی به شاغلین را بر عهده دارد. ارزیابی‌های مراکز طب کار شامل ارزیابی‌های تاریخچه شاغلین و ارزیابی وضعیت سلامت جسمی آن‌ها و ارائه نظر در زمینه امکان تداوم فعالیت‌های شغلی است.
مرکز بهداشت کار (شرکت بهداشت حرفه‌ای): مسئول ارائه خدمات مختلف مرتبط با بهداشت شغلی از جمله سنجش و ارائه راه کارهای کنترل عوامل فیزیکی، شیمیایی، بیولوژیک و ارگونومیک در محیط کار است.
داروخانه: داروخانه به محلی اطلاق می‌شود که طبق مجوز وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی به منظور عرضه، ساخت و مشاوره دارویی به وجود آمده است.
آزمایشگاه: واحد آزمایشگاهی به واحدی گفته می‌شود که در آن آزمایش‌های مربوط به انسان از قبیل خون، ادرار، نسوج، غدد و انواع آزمایش‌های اختصاصی انجام می‌گیرد.

ارائه‌دهندگان خدمات بهداشتی - درمانی در روستا - بهورزان

روح خدمات مراقبت‌های اولیه بهداشتی - درمانی در نظام شبکه سلامت ایران در محیطی‌ترین سطح ارائه خدمات آن، یعنی خانه‌های بهداشت، که به وسیله بهورزان اداره می‌شود، نهفته است. بهورزان از دیر باز در موفقیت نظام مراقبت‌های اولیه بهداشتی - درمانی کشور نقش اساسی داشته‌اند. عامل اساسی در تحقق این امر، رابطه معنی‌دار بهورزان با جامعه خود است.

انتخاب بهورزان از جامعه‌ای که قرار است به آن خدمت نمایند، از آغاز به‌عنوان یک سیاست برای ایجاد ارتباط معنی‌دار با مردم در فکر و عمل طراحان نظام شبکه مدنظر قرار گرفت. بهورزان، ارائه‌دهندگان خدمات چند پیشه‌ای هستند که مهارت‌های کافی برای ارائه خدمات بهداشتی - درمانی خصوصاً در زمینه‌های بهداشت باروری، مراقبت از بیماری‌ها و بهداشت محیط را دارند.

دوره دو ساله بهورزی نمونه‌ای بارز از استفاده از فن‌آوری مناسب برای آموزش است که در آن شیوه‌هایی بر خلاف اصول آموزشی سنتی و رایج مدرسه‌ای به کار گرفته می‌شود. در این شیوه حفظ کردن دروس و تعلیمات مربیان از طریق ارائه سخنرانی برچیده شده و در عوض مهارت آموزی از طریق مباحثات گروهی، ایفاء نقش و کار عملی در خانه بهداشت نمونه در مراکز آموزش بهورزی، در جریان است. در نظام خدمات بهداشت - درمان، مرکز آموزش بهورزی مکانی پراهمیت و حساس است. اهمیت مرکز آموزش بهورزی در آن است که جمعی از فرزندان محروم‌ترین نقاط کشور، برای خدمت به مردم همان نواحی توسط کسانی که قاعداً باید از علاقه و دلسوزی کافی برخوردار باشند با روشی مناسب تربیت می‌شوند. دانش‌آموز بهورزی حداقل در طول مدت آموزش خود با مربیان معدود مرکز آموزش بهورزی پیوندی دائمی و تعیین‌کننده دارد، از آنان تعلیم می‌گیرد، توسط آنان هدایت می‌شود و با راهنمایی آنان برای خدمت به جامعه ساخته می‌شود.

مراکز آموزش بهورزی چند وظیفه مشخص دارند

- مشارکت کامل و فعال در جریان ارتباط با مردم روستاها، معرفی خدمات بهورزی به مردم و کمک به انتخاب بهورزان
 - آموزش نظری و عملی دانش آموزان بهورزی و سرپرستی آنان در مراحل کارآموزی
 - تأمین محیط سالم اجتماعی برای آموزش بهورزان
 - نظارت بر کار دانش آموزان بهورزی
- هر مرکز آموزش بهورزی علاوه بر مدیر مرکز، حداقل ۵ مربی دارد. مدیر و مربیان مرکز آموزش، شورای مربیان آن مرکز را تشکیل می‌دهند.

نظام اطلاعاتی مراقبت‌های اولیه بهداشتی - درمانی

اساساً نظام اطلاعاتی شبکه مراقبت‌های بهداشتی - درمانی، مبتنی بر گردآوری اطلاعات از جمعیت‌های تعریف شده تحت پوشش واحدهای ارائه خدمات می‌باشد. در حال حاضر بیش از ۹۵ درصد جمعیت روستایی، تحت پوشش خانه‌های بهداشت می‌باشد، علاوه بر این درصد جمعیت تحت پوشش پایگاه‌های بهداشتی نیز در حال افزایش است. با انجام سرشماری بهداشتی سالیانه اطلاعات مورد نیاز در مورد جمعیت و گروه‌های هدف به دست می‌آید.

از آن جا که گردآوری تمام داده‌های مورد نیاز از طریق نظام ثبتی مقدور نیست، داده‌های مورد نیاز برخی از شاخص‌های سلامت، با انجام مطالعات دوره‌ای گردآوری می‌شود. به‌عنوان نمونه وضعیت تأثیر برنامه‌های سلامت بر جمعیت تحت پوشش، از این طریق مورد سنجش قرار می‌گیرد.

عناصر نظام اطلاعات در شبکه سلامت

الف - نظام ثبت اطلاعات جاری

- پرونده خانوار
- زیج حیاتی
- دفاتر مراقبت و پیگیری
- فرم‌های گزارش ماهانه، فصلی و سالانه
- نرم‌افزارهای نظام شبکه

ب - انجام مطالعات دوره‌ای

ج - سرشماری‌ها

- در شروع هر سال به وسیله کارکنان واحدهای محیطی ارائه خدمات (در خانه بهداشت و پایگاه بهداشتی)
- هر ۱۰ سال یک بار توسط مرکز آمار ایران (در حال حاضر هر ۵ سال یک بار انجام می‌شود)

ثبت و گزارش اطلاعات بهداشتی

یکی از ویژگی‌های قابل توجه شبکه مراقبت‌های اولیه بهداشتی - درمانی در ایران، نظام ثبت گزارش اطلاعات بهداشتی است. نظام اطلاعات شبکه مراقبت‌های اولیه بهداشتی در ایران، بر ثبت روزانه فعالیت‌ها (پرونده خانوار و دفاتر فعالیت‌ها)، زیج حیاتی، گردونه آماری و فرم‌های گزارش ماهانه تکیه دارد.

مشارکت مردمی در شبکه‌های بهداشتی - درمانی کشور (برنامه رابطین سلامت)

در طول ۵۰ سال گذشته، مشارکت مردمی یکی از مفاهیم ثابت در گفتمان توسعه بوده است. مشارکت عنصر اساسی پروژه‌های توسعه و کاهش فقر است و در کنفرانس آما آتای سازمان جهانی بهداشت، به‌عنوان قسمت اساسی از سیاست‌های بهداشتی، شناخته شده است. در ایران از سال ۱۳۶۹ برنامه رابطین بهداشت با تفکر جلب مشارکت مردم، جهت تأمین و ارتقاء سطح سواد در مناطق حاشیه نشین شهری اجرا گردیده است. در این طرح که نتایج آن در سال ۱۳۷۴ مورد ارزیابی قرار گرفت، افرادی از بین مردم بومی محلات انتخاب شده‌اند و این افراد ارتباط بین کارکنان مراکز بهداشتی - درمانی و مردم را فراهم می‌کنند. رابطین در اغلب موارد از میان زنان علاقه‌مند به اجرای خدمات بهداشتی انتخاب می‌شوند. این افراد به‌عنوان پل ارتباطی میان پایگاه‌های بهداشتی و مراکز بهداشتی - درمانی با مردم عمل می‌کنند. وظایف اساسی رابطین به شرح ذیل است:

- ۱- آموزش بهداشت به خانواده‌ها
 - ۲- گردآوری گزارش‌ها در زمینه‌های وقایع حیاتی از جمله موالید، مرگ و مهاجرت
 - ۳- راهنمایی و ترغیب مردم به بهره‌مندی مناسب از خدمات بهداشتی - درمانی
 - ۴- کمک به توانمندسازی جامعه و ترغیب برای شکل‌گیری و توسعه نهادهای مردم محور
 - ۵- پیگیری بیماری‌ها
 - ۶- تهیه گزارش در زمینه افراد در معرض خطر بیماری‌ها و تحویل آن به مسئولین بهداشتی
 - ۷- کمک به توسعه مشارکت مردم در زمینه تأمین منابع بیش‌تر برای سلامت
- بررسی‌های انجام شده نشان داده است که عملکرد رابطین بهداشتی تأثیر بسیار مثبتی بر آگاهی جامعه نسبت به مسائل بهداشتی داشته است. در حال حاضر ۱۵۰۰۰۰ رابط در نظام

شبکه سلامت کشور در مناطق شهری خدمت می‌کنند. به غیر از برنامه رابطین برنامه‌های متعدد دیگری در زمینه توانمندسازی اجتماعی و ترغیب مشارکت مردمی در دست اجراست که ذکر آن‌ها در این مجمل نمی‌گنجد. این برنامه‌ها با هدف ارتقاء سلامت محیط، کار، مبارزه و کنترل اعتیاد، سلامت خانواده و باروری و سایر موضوعات شکل گرفته است.

نقاط قوت نظام سلامت کشور

نظام شبکه مراقبت‌های بهداشتی - درمانی در کشور با برخورداری از نقاط قوت مختلفی توانسته است سبب موفقیت سیاست‌گذاران و طراحان برنامه در اجرای بسیاری از برنامه‌های خود موفق گردد. بارزترین شاخص‌های این نقاط قوت عبارتند از:

- ۱- وجود شبکه‌ای کارا و عدالت محور برای ارائه کلیه مراقبت‌های اولیه بهداشتی - درمانی.
- ۲- وجود مدل موافقی از تربیت نیروی انسانی برای خانه‌های بهداشت (بهورز) برای ارائه خدمات در محیط با کارایی بالا و عدم تمرکز
- ۳- ادغام آموزش پزشکی با ارائه خدمات سلامت (به‌نحوی که وزارت بهداشت با مدیریت واحد دو بخش آموزش دانشگاهی و طراحی و ارائه خدمات سلامت در کنار یکدیگر، نقش مؤثر در ارتقاء عملکرد خود به دست آورد).
- ۴- وجود یک واحد اختصاصی با عنوان مرکز توسعه شبکه و ارتقاء سلامت که به‌طور مستقیم مسئولیت ادغام مراقبت‌های اولیه بهداشتی - درمانی در نظام سلامت را بر عهده دارد.
- ۵- به‌کارگیری گروه‌های مختلف علمی به‌منظور طراحی و ادغام برنامه‌های سلامت در نظام شبکه مراقبت‌های بهداشتی - درمانی
- ۶- تداوم آموزش کارکنان در نظام شبکه بهداشتی - درمانی
- ۷- آموزش دانشجویان پزشکی در داخل نظام سلامت با رویکرد پزشکی جامعه‌نگر
- ۸- بهره‌گیری از توان بالقوه نظام سلامت کشور، برای انجام تحقیقات کاربردی و بهره‌مندی از آن در جهت ارتقاء مؤثر سلامت

جدول شماره ۲- تعداد مراکز ارائه خدمات مراقبت‌های اولیه بهداشتی

نام مرکز ارائه‌دهنده خدمت	تعداد
خانه‌های بهداشت	۱۷۵۰۰
پایگاه بهداشتی	۱۶۶۶
مرکز بهداشتی - درمانی روستایی	۲۴۰۷
مرکز بهداشتی - درمانی شهری	۲۱۸۶

دست آوردها

در حال حاضر بیش از ۱۸۰۰۰ خانه بهداشت با تعداد بهورزانی نزدیک به ۳۲ هزار نفر بیش از ۹۵ درصد از جمعیت روستایی را تحت پوشش دارند.

چالش‌ها

جامعه ایران در حال گذار از تجربه تغییرات مختلف در جنبه‌های اجتماعی خود می‌باشد. شهرنشینی و حاشیه‌نشینی، تغییر در روش زندگی آحاد جامعه، ایجاد تغییر در هرم جمعیتی و وقوع تغییرات در محیط اجتماعی و اقتصادی، جنبه‌های مختلفی از تغییرات در حال وقوع برای شهروندان ایرانی هستند که به‌طور مؤثری وضعیت سلامت آنان را تحت تأثیر قرار می‌دهند. برای دستیابی به افق‌های جدید و مواجهه با این چالش‌ها، نظام ارائه خدمات بهداشتی - درمانی باید واکنش به موقعی نسبت به این تغییرات نشان دهد. در این زمینه تلاش برای تحقق کارایی، عدالت و پاسخ‌گویی ویژگی‌های اصلی مورد انتظار است.

آینده نگاری حیطه و ترسیم افق چشم انداز

افزایش همکاری بین بدنه‌های علمی و اجرایی به‌منظور پاسخ‌گویی به تغییرات محیط و بهره‌گیری از روش‌ها و ابزار علمی برای حل مشکلات

۱- شفاف‌سازی سیاست‌ها و برنامه‌های سلامت به‌منظور جلب همکاری‌های سایر بخش‌ها در خارج از حیطه نظام سلامت

- ۲- ارتقاء تنظیم بازار سلامت به‌ویژه در بخش خصوصی
- ۳- توسعه نظام ارجاع در مناطق شهری و طراحی و توسعه برنامه پزشک خانواده
- ۴- تقویت رضایتمندی مشتریان خدمات
- ۵- ارتقاء کیفیت نظام اطلاعات به نحوی که بتوان با بهره‌گیری از آن اقدام به تصمیم‌گیری غیرمتمرکز نمود.
- ۶- توسعه تمرکززدایی به‌منظور افزایش انعطاف‌پذیری و پاسخ‌گویی به محیط در حال تغییر
- ۷- افزایش مشارکت مردمی در برنامه‌های سلامت
- ۸- تأمین مالی پایدار (از طریق تقویت نظام بیمه‌ای کشور)
- ۹- ارتقاء قابلیت و سطح تحصیلی به‌ورزان، ارتقاء توانمندی‌های مربیان مراکز آموزش به‌ورزی و ارتقاء جایگاه مراکز آموزش به‌ورزی به واحدهای آموزش و بازآموزی کارکنان شبکه و ایجاد قابلیت‌های تحقیق در نظام شبکه‌های بهداشتی - درمانی
- ۱۰- توسعه و ادغام برنامه‌های سلامت منطبق با اولویت‌های جدید و عوامل مستعدکننده بروز بیماری‌های مزمن شامل:
 - کاهش مصرف دخانیات
 - ارتقاء وضعیت تغذیه
 - کاهش بار سوانح و حوادث ترافیکی
 - افزایش میزان فعالیت بدنی در جامعه
 - کاهش میزان بروز و عوارض ناشی از سرطان‌ها در جامعه
 - کاهش میزان بروز و عوارض ناشی از بیماری‌های قلبی - عروقی در جامعه
 - کاهش میزان بروز و عوارض ناشی از بیماری دیابت در جامعه
 - ارتقاء سلامت دهان و دندان در جامعه
 - کاهش میزان بروز بیماری‌های روانی و ارتقاء سلامت روان در افراد آسیب‌دیده و جامعه
 - تقویت نظام ارجاع از طریق به‌کارگیری برنامه‌های جدید مانند پزشک خانواده
 - توسعه کمی و کیفی نیروی انسانی

دست آوردها و شاخص‌های سلامت

مقدمه

سلامت در آموزه‌های دینی اسلام، همواره به‌عنوان یکی از نعمت‌های الهی مورد توجه بوده و بر حفظ و ارتقاء آن، چه در زمینه‌های فردی یا اجتماعی تأکید زیادی شده است. به‌طوری که پیامبر اسلام می‌فرماید «لاخیر فی الحیاء الامع الصحه» (خیری در زندگی نیست مگر با سلامتی). از آن جایی که حفظ و ارتقاء سلامت جامعه یکی از محوری‌ترین ابعاد توسعه پایدار کشورها است، با شکل‌گیری حکومت‌های مردم سالار، تأمین سلامتی به‌عنوان یک حق و درخواست اجتماعی، در مجموعه وظایف دولت‌ها و تعهدات بین‌المللی آن‌ها قرار گرفته است. در سال‌های اخیر رویکردهای سلامت روانی و اجتماعی در کنار سلامت جسمی، توسط سازمان جهانی بهداشت مطرح گردیده است. این رویکرد، بینش کشورهای جهان و در نتیجه مداخلات مورد انتظار برای تحقق اهداف نظام سلامت را دگرگون نموده است. با شکل‌گیری نظام‌های سلامت و استفاده از راهبرد مراقبت‌های اولیه بهداشتی، پیشرفت‌های چشمگیری در وضعیت سلامت مردم در بسیاری از کشورهای دنیا به‌دست آمده است. از جمله این دست‌آوردها می‌توان به ریشه‌کنی بیماری‌های واگیر مثل آبله، فلج اطفال، کاهش مرگ و میر کودکان و مادران اشاره نمود. ولی نظام‌های سلامت هنوز با چالش‌های متعددی مواجه هستند از جمله، دگرگونی سیمای سلامت و جمعیت و افزایش بیماری‌های غیرواگیر و بیماری‌های نو پدید که موجب خطرات تهدیدکننده‌ای برای سلامت مردم شده‌اند. از طرف دیگر بحران‌های اقتصادی و کمبود منابع، نظام‌های سلامت را تحت تأثیر قرار داده‌اند و با دستیابی به تکنولوژی‌های مدرن پزشکی نیز، سالانه هزینه‌های زیادی به این نظام و مردم تحمیل می‌شود. به‌عنوان مثال، براساس گزارش سازمان جهانی بهداشت، سالانه حدود ۱۰۰ میلیون نفر در دنیا به‌دلیل هزینه‌های بهداشتی - درمانی در زیر خط فقر قرار می‌گیرند. در کنار همه این مشکلات، بی‌عدالتی در سلامت و عدم برخورداری عادلانه از سلامت و خدمات مربوط به آن، از دیگر مشکلاتی است که بسیاری از کشورها با آن مواجه هستند.

به‌دنبال پیروزی انقلاب اسلامی ایران، یکی از مقوله‌هایی که مورد توجه ویژه قرار گرفت، توسعه خدمات سلامت توسط دولت بود. بر همین اساس، در اصل بیست و نهم قانون اساسی جمهوری اسلامی ایران، بر حق همه آحاد جامعه در داشتن سلامت و رفاه فردی و اجتماعی تأکید شده

است و دولت نیز به عنوان یکی از ارکان اساسی اداره امور کشور، این مسئولیت مهم را به عهده دارد. بنابراین، یکی از سیاست‌های کلان که در برنامه‌های توسعه فرهنگی و اجتماعی کشور قرار گرفت، توجه به توسعه خدمات جامع سلامت بود که با اجرای راهبرد تأمین مراقبت‌های اولیه بهداشتی - درمانی عملی گردید. گسترش شبکه‌های بهداشتی - درمانی کشور که مبتنی بر ارائه مراقبت‌های اولیه بهداشتی - درمانی بود، از سال ۱۳۶۴ شروع و در شرایطی اجرا شد که کشور با جنگ تحمیلی مواجه بود. در این شرایط واحدهای بهداشتی - درمانی در اقصی نقاط کشور ایجاد و راه‌اندازی شدند و شبکه‌های بهداشتی - درمانی به صورت گسترده‌ای در کشور شکل گرفتند. با بهره‌گیری از این نظام، سیمای سلامت کشور به خصوص در مناطق روستایی دگرگون گردیده است، به طوری که این امر کارشناسان بین‌المللی را تحت تأثیر قرار داده است. برای ارزیابی وضعیت سلامت جامعه که روز به روز پیچیده‌تر نیز می‌شود، لازم است تا وضعیت سلامت جامعه و مشکلات سلامت^۱ به طور دائم مورد پایش و ارزشیابی قرار گیرند. برای این امر لازم است تا آمار و اطلاعات در قالب شاخص‌هایی معتبر اندازه‌گیری شوند. آمار و اطلاعات سلامت، در مراحل مختلف برنامه‌ریزی و سیاست‌گذاری سلامت مورد استفاده قرار می‌گیرند. از جمله این مراحل می‌توان به موارد زیر اشاره نمود:

- اولویت‌بندی مشکلات سلامت، تصمیم‌گیری و سیاست‌گذاری مبتنی بر شواهد و آمار و اطلاعات
- ارزشیابی تحقق اهداف سلامت از جنبه‌های مختلف و تعیین اثربخشی و هزینه- کارایی برنامه‌های سلامت
- طراحی مجدد برنامه‌های سلامت

روش‌های جمع‌آوری اطلاعات سلامت در ایران

۱- سرشماری

در ایران از سال ۱۳۳۵ سرشماری نفوس و مسکن هر ده سال یک بار و اخیراً هر ۵ سال یک بار، توسط مرکز آمار ایران انجام شده است که آخرین دوره آن مربوط به سال ۱۳۹۰ است.

¹ Health Problems

۲- نظام ثبت وقایع حیاتی

وقایع چهارگانه حیاتی (تولد، ازدواج، طلاق، مرگ) بر اساس قوانین و مقررات مربوطه در نظام اطلاعات سازمان ثبت احوال کشور ثبت می‌شوند. این سازمان در سال ۱۲۹۷ تأسیس شده است.

۳- نظام ثبت جاری

برای جمع‌آوری داده‌های برخی از بیماری‌ها از جمله سرطان‌ها از روش ثبتی استفاده می‌شود. ثبت بیماری‌ها چیزی بیش از گزارش بیماری‌ها و کامل‌تر از آن است.

۴- مراقبت اپیدمیولوژیک بیماری‌ها

یکی دیگر از روش‌های جمع‌آوری داده‌های سلامت، مراقبت اپیدمیولوژیک بیماری است که داده‌های مربوط به ابتلا، مرگ و عوامل مربوط به انواع خاصی از بیماری‌ها که تحت مراقبت هستند را جمع‌آوری می‌کند (مثل برنامه کشوری کنترل سل و ایدز).

۵- گزارشات دوره‌ای واحدهای بهداشتی - درمانی و بیمارستان‌ها

از دیگر روش‌های جمع‌آوری اطلاعات سلامت در کشور، گزارش‌های دوره‌ای (ماهانه، سه ماهه، شش ماهه) اطلاعات سلامت است که از طریق واحدهای عرضه‌کننده خدمات سلامت تهیه و به‌صورت دوره‌ای تعیین شده به سطوح بالاتر گزارش می‌شوند. در این روش مقرر گردیده است بر اساس الزامات قانونی برنامه پنجم توسعه فرهنگی و اقتصادی کشور، پرونده الکترونیک سلامت برای همه شهروندان ایرانی تهیه گردد.

۶- بررسی‌ها و تحقیقات

به‌منظور جمع‌آوری برخی از اطلاعات مورد نیاز نظام سلامت که از روش‌های دیگر قابل دست‌یابی نیستند، از روش بررسی یا تحقیقات کاربردی استفاده می‌گردد.

شاخص‌های مهم در نظام سلامت

بر اساس منابع اطلاعاتی سلامت کشور که به آن‌ها اشاره شد، آمارها و شاخص‌های متعددی قابل محاسبه هستند. که شاخص‌های زیر مهم‌ترین موارد آن‌ها هستند.

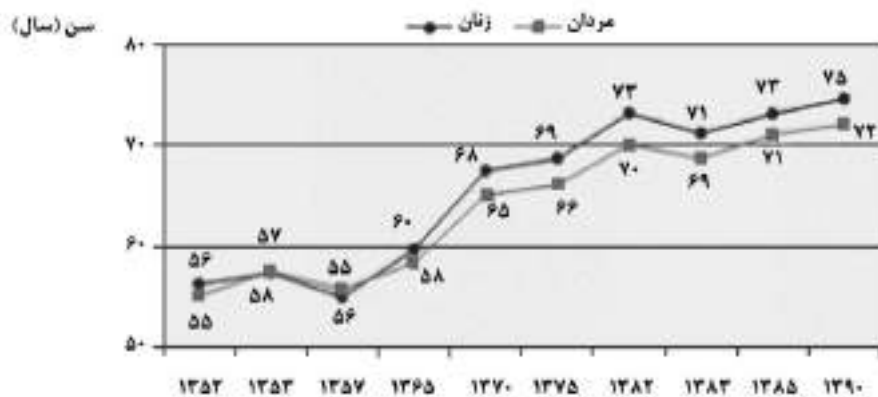
شاخص امید زندگی^۱

نمودار صفحه بعد، روند امید زندگی در ایران به تفکیک جنس و بر اساس منابع مختلف در طی سال‌های ۱۳۹۰-۱۳۵۲ را نشان می‌دهد. با توجه به نمودار مذکور، امید زندگی زنان در بدو تولد از ۵۶ سال در سال ۱۳۵۲ به ۷۵ سال در سال ۱۳۹۰ و امید زندگی مردان در بدو تولد از ۵۵ سال در سال ۱۳۵۲ به ۷۲ سال در سال ۱۳۹۰ افزایش یافته است. یعنی در طی ۴۰ سال گذشته، امید زندگی مردم ایران حدود ۲۰ سال افزایش داشته است. لازم به توضیح است در برآوردی که در سال ۲۰۱۰ میلادی توسط محققین بار بیماری‌ها انجام شده است. امید زندگی برای مردم کشورمان در سال ۱۳۸۹، ۷۷/۸ سال برای زنان و ۷۱/۶ سال برای مردان اعلام شده است. اگر چه در طی ۴۰ سال گذشته امید زندگی کشور افزایش چشمگیر داشته است، ولی توزیع این شاخص در بین استان‌های مختلف کشور اختلاف قابل توجهی دارد که لازم است مورد توجه سیاست‌گذاران بخش‌های مختلف توسعه قرار گیرد. بر اساس برآورد مرکز آمار ایران در سال ۱۳۸۵، استان‌های سیستان و بلوچستان (مردان=۶۵/۷ و زنان=۶۷/۵ سال)، استان کهگیلویه و بویر احمد (مردان =۶۷/۴ و زنان =۶۹/۵ سال) و استان کردستان (مردان=۶۷/۶ و زنان=۶۹/۵ سال) دارای کم‌ترین امید زندگی در بین استان‌های کشور بوده‌اند. بنابر این یکی از دغدغه‌های سیاست‌گذاران نظام سلامت در سال‌های اخیر، بی‌عدالتی در سلامت است. بر همین اساس یکی از برنامه‌های اخیر وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی با همکاری سایر بخش‌های توسعه، رفع بی‌عدالتی در سلامت بوده است. به همین منظور برنامه پایش عدالت در سلامت از طریق ۵۲ شاخص (از جمله امید زندگی) به تصویب هیئت دولت رسید تا به تفکیک دهک‌های اقتصادی - اجتماعی در سطح هر شهرستان، اندازه‌گیری شود.

شاخص امید زندگی علاوه بر این که یکی از شاخص‌های مهم سلامت است، یکی از شاخص‌های

¹Life Expectancy

نشان دهنده وضعیت توسعه یافتگی کشورها نیز می‌باشد. اگر چه این شاخص حاکی از وضعیت سلامت جامعه است، ولی به دلیل این که بیماری و ناتوانی در آن لحاظ می‌شود، دارای محدودیت‌هایی است، به همین دلیل در کنار این شاخص از شاخص امید زندگی سالم^۱ که نشان دهنده متوسط سال‌هایی است که انتظار می‌رود مردم یک جامعه زندگی توأم با سلامتی داشته باشند، استفاده می‌شود. براساس آخرین برآورد انجام شده امید زندگی سالم برای کشور در سال ۲۰۱۰ میلادی ۶۵/۳ سال برای زنان و ۶۱/۵ برای مردان بوده است.



نمودار شماره ۱- روند امید زندگی در بدو تولد به تفکیک جنس بر اساس منابع مختلف در کشور، طی سال‌های ۱۳۵۲-۱۳۹۰

شاخص نسبت مرگ مادران

ارتقاء سلامت مادران در چارچوب مفهوم گسترده‌تری یعنی «بهداشت باروری» تحلیل می‌شود که چرخه زندگی زنان و مردان را پوشش داده و ابعاد فیزیکی، روان‌شناختی و اجتماعی مراقبت‌های لازم برای بهداشت باروری (شامل مادری ایمن، تنظیم خانواده، پیشگیری و مدیریت عفونت‌های منتقله از طریق جنسی، سرطان‌های پستان و دهانه رحم، سقط غیر ایمن، بهداشت باروری نوجوانان، ارائه اطلاعات و خدمات بهداشت باروری در شرایط بحران و غیره) را در برمی‌گیرد.

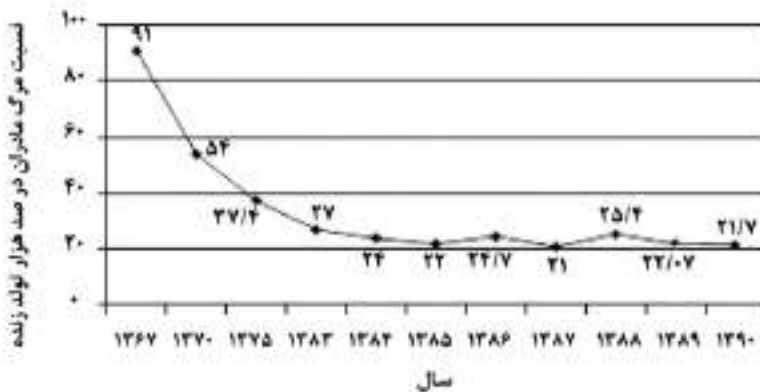
¹ Healthy life expectancy

یکی از مهم‌ترین مشکلات سلامت زنان به‌خصوص در کشورهای در حال توسعه، مسائل ناشی از باروری است. دسترسی همگانی به مراقبت‌های بهداشت باروری با ارتقاء سلامت مادران، زندگی مادران و کودکان آن‌ها را نجات می‌دهد، که یکی از شاخص‌های سلامت و توسعه است و از جمله شاخص‌هایی است که در اهداف توسعه هزاره لحاظ شده است. برای شاخص نسبت مرگ مادر تعاریف متفاوتی وجود دارد ولی یکی از تعاریفی که در کشور نیز به‌کار می‌رود عبارت است از اینکه به ازای هر صد هزار تولد زنده، چند نفر از مادران در طول دوران بارداری، حین زایمان و تا ۴۲ روز پس از زایمان به‌دلیل عوارض بارداری و زایمان جان خود را از دست می‌دهند.

نرخ مرگ و میر مادران در کشور با کاهش چشمگیری از ۹۱ مرگ در صد هزار تولد زنده در سال ۱۳۶۷ به ۲۱/۷ مرگ در صد هزار تولد زنده در سال ۱۳۹۰ رسیده است. براساس هدف تعیین شده در اهداف توسعه هزاره^۱ MDGs، شاخص مذکور تا سال ۱۳۹۴ باید به ۱۸-۲۲ مرگ در صد هزار تولد زنده برسد که به خوبی روند کاهش شاخص مذکور را نشان می‌دهد. به این ترتیب، به نظر می‌رسد دستیابی به این هدف ظرف مدت زمان باقی مانده تا سال ۱۳۹۴، امکان‌پذیر است.

اگر چه نسبت مرگ مادری طی سال‌های اخیر کاهش چشمگیری داشته است، ولی توزیع آن در بین استان‌های کشور متفاوت است. البته این نکته باید مورد توجه قرار گیرد که محاسبه مرگ مادر به‌دلیل این که در ۱۰۰ هزار تولد زنده محاسبه می‌شود، در سطح استان معنی‌دار نیست، ولی شاخص‌های دیگر از جمله مقایسه نسبت مرگ مادر با نسبت تولدهای هر استان، نشان دهنده تفاوت‌های استانی این شاخص است. به‌عنوان مثال، استان سیستان و بلوچستان در حالی که ۶ درصد از تولدها را در طی دوره ۵ ساله (۱۳۸۵-۱۳۸۹) داشته است، حدود ۱۳ درصد از موارد مرگ مادری را به خود اختصاص داده است که حاکی از درصد بالای مرگ مادران نسبت به درصد تولدها در این استان است. بنابراین مداخلات مناسب و جدی‌تری برای کاهش مرگ مادر در استان‌هایی که نسبت بالاتری را دارا هستند، مورد نیاز است که در اهداف کمی راهبردی مرتبط در برنامه پنجم توسعه، به این امر توجه شده است.

^۱Millennium Development Goals



نمودار شماره ۲- روند مرگ مادران در ۱۰۰ هزار تولد زنده بر اساس منابع مختلف در ایران، طی سال‌های ۱۳۶۷-۱۳۹۰

شاخص مرگ کودکان

شاخص مرگ و میر کودکان، به‌خصوص مرگ کودکان زیر پنج سال^۱ علاوه، بر این که یک شاخص بهداشتی محسوب می‌شود ولی به‌علت این که تحت تأثیر عوامل اجتماعی و اقتصادی است، در حوزه مطالعات مربوط به توسعه انسانی، دارای اهمیت زیادی است و به‌عنوان یکی از مهم‌ترین شاخص‌های ارزیابی میزان توسعه یافتگی محسوب و در چارچوب اهداف توسعه هزاره نیز در نظر گرفته شده است.

در دهه‌های گذشته در نظام سلامت کشور، برنامه‌های جامعی برای ارتقاء سلامت و کاهش میزان مرگ کودکان اجرا شده است. فعالیت‌های گسترده مربوط به گسترش پوشش شبکه مراقبت‌های اولیه بهداشتی در طی دهه ۱۳۶۰ و تداوم آن‌ها با افزوده شدن برنامه پزشک خانواده از سال ۱۳۸۴ در مناطق روستایی و نقاط شهری زیر ۲۰/۰۰۰ نفر جمعیت، باعث شده است که جمهوری اسلامی ایران در رابطه با کاهش مرگ و میر کودکان به موفقیت‌های چشمگیری نایل شود.

جدول صفحه بعد میزان شاخص‌های مرگ کودکان زیر پنج سال، زیر یک سال^۲ و نوزادان^۳

^۱ Under five Mortality

^۲ Infant Mortality

^۳ Neonatal Mortality

(صفر تا ۲۸ روزگی) در هزار تولد زنده در جمهوری اسلامی ایران را بر اساس پیمایش‌های مختلف طی سال‌های ۱۳۸۹-۱۳۵۳ نشان می‌دهد. بر اساس جدول مذکور، میزان‌های مرگ کودکان در طی چهار دهه اخیر کاهش قابل توجهی داشته است که حاکی از اجرای برنامه‌ها و مداخلات مختلف بهداشتی در کشور است. بر همین اساس، ایران در زمره کشورهای خواهد بود که به اهداف توسعه هزاره در زمینه کاهش مرگ کودکان دست می‌یابد.

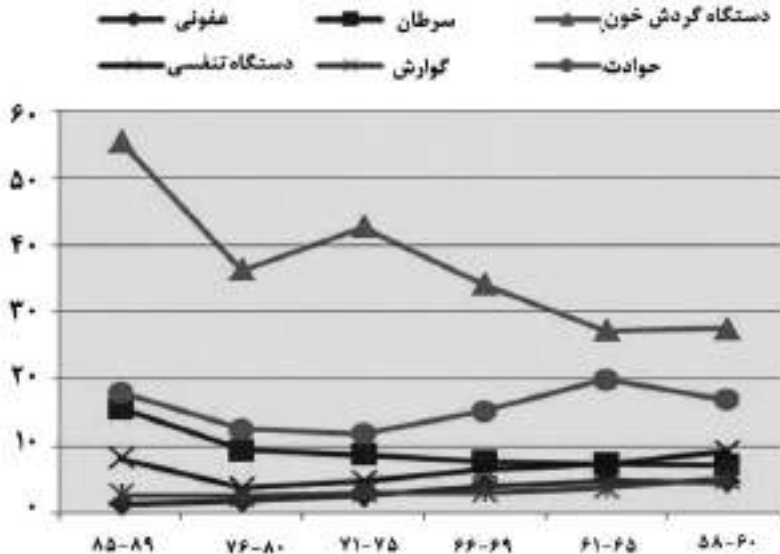
جدول شماره ۳- شاخص‌های میزان مرگ کودکان زیر پنج سال، زیر یک سال و نوزادان (صفر تا ۲۸ روز) در هزار تولد زنده در کشور بر اساس پیمایش‌های مختلف طی سال‌های (۱۳۸۹-۱۳۵۳)

شاخص / سال	۱۳۵۳	۱۳۶۳	۱۳۷۳	۱۳۷۵	۱۳۷۹	۱۳۸۹
میزان مرگ نوزادان	۳۲	۲۱	۱۸/۵	۱۶	۱۸/۳	۱۵/۲۹
میزان مرگ کودکان زیر یک‌سال	۹۳	۵۱	۳۲/۵	۲۶	۲۸/۶	۲۰/۳۲
میزان مرگ کودکان زیر پنج سال	۱۳۵	۶۰	۴۱/۵	۳۳	۳۶	۲۲/۵۲

الگوی علل مرگ و بار بیماری‌ها

یکی از مهم‌ترین شاخص‌هایی که نشانگر وضعیت سلامت در جامعه است، الگو و روند علل مرگ و بار بیماری‌ها است. بررسی روند علل مرگ در کشور ما نشان می‌دهد که در دهه‌های اخیر، این شاخص دچار تغییرات قابل توجهی شده است که می‌تواند در تعیین اولویت‌ها و مداخلات نظام سلامت، کمک‌کننده باشد. نمودار روند زیر تغییرات ۶ علت عمده مرگ طی سال‌های ۱۳۸۹-۱۳۵۸ بر اساس نظام‌های ثبت علل مرگ توسط وزارت بهداشت را نشان می‌دهد. بر اساس نمودار مذکور، روند بیماری‌های عفونی و گوارشی کاهش زیادی داشته است که حاکی از بهبود وضعیت بهداشتی کشور، طی دهه‌های گذشته است. ولی بیماری‌های قلبی و عروقی ضمن این که در همه سال‌ها علت عمده مرگ بوده‌اند، روند صعودی داشته است که در دوره ۱۳۸۹-۱۳۸۵ نسبت به دوره ۱۳۶۰-۱۳۵۸، به دو برابر رسیده است. ضمناً روند مرگ ناشی از بیماری‌های سرطان، دستگاه تنفسی و حوادث نیز در طی این سال‌ها افزایشی بوده است. دلیل عمده افزایش بیماری‌های اشاره شده تغییر شیوه‌های زندگی و عوامل خطر مثل تغذیه نامناسب، اضافه وزن، عدم تحرک بدنی بوده است. ضمناً در این دوره بررسی، به دلیل جنگ تحمیلی در طی سال‌های ۱۳۶۵-۱۳۶۱ سوانح و حوادث روند افزایشی داشته است و بعد از

جنگ تحمیلی کاهش یافته ولی در سال‌های اخیر مجدداً افزایش یافته است که احتمالاً این افزایش ناشی از صنعتی شدن و افزایش شهرنشینی و رشد تعداد وسایل نقلیه بوده است.



نمودار شماره ۳- روند تغییرات درصد مرگ ۶ علت عمده مرگ
(نسبت به کل مرگ‌ها) در کشور، (۱۳۵۸-۱۳۸۹)

براساس مطالعه بار بیماری‌ها در کشور ما در سال ۱۳۸۳، بیماری ایسکمیک قلب رتبه اول، کمر درد رتبه دوم و حوادث ترافیکی رتبه سوم را در مقیاس^۱ DALYs (سال‌های از دست رفته عمر به علت مرگ و ناتوانی) داشته‌اند. ولی سایر علل، الگوی متفاوتی را نشان می‌دهند. بررسی‌های جهانی نشان می‌دهند که برخی از بیماری‌ها و آسیب‌ها طی دوره بیست ساله گذشته (۲۰۱۰-۱۹۹۰ میلادی) روند افزایشی داشته‌اند. به‌عنوان نمونه، بیماری دیابت که رتبه نهم را در سال ۱۹۹۰ داشته است، بار آن طی این دوره نزدیک به ۱۳۰ درصد افزایش داشته است. ضمناً بار اختلالات ناشی از سوء مصرف مواد در طی این دوره بیش از ۱۵۰ درصد افزایش داشته است که لازم است توسط سیاست‌گذاران بخش‌های مختلف مورد توجه قرار گیرد. هم‌چنین در گروه حوادث و آسیب‌ها، خودکشی (بیش از ۲۰۰ درصد)، حوادث ترافیکی (بیش از

^۱ Disability Adjusted of Life Years

۶۰ درصد) و سقوط (بیش از ۵۰ درصد) افزایش بار بیماری داشته‌اند. علت‌هایی که در گروه بیماری‌های عفونی، مادران و نوزادان و تغذیه‌ای قرار می‌گیرند، از جمله عوارض ناشی از تولد زودرس (۴۰ درصد)، کم خونی ناشی از فقر آهن (۲۰ درصد) و عفونت دستگاه تنفسی تحتانی (۷۰ درصد) در این دوره نیز کاهش داشته‌اند.

نتایج بار بیماری‌ها طی سال‌های ۲۰۱۰-۱۹۹۰ میلادی نشان می‌دهد، به‌طور کلی ۳ عامل خطر برای بار بیماری‌ها در ایران عبارتند از: خطر تغذیه‌ای، پُرفشاری خون و اضافه وزن^۱. طبق همین بررسی طی دوره ۲۰ ساله، رتبه برخی از عوامل خطر، تغییرات چشمگیری داشته‌اند، از جمله اضافه وزن و افزایش قند خون که ناشی از تغییرات شیوه زندگی و عادات غذایی ایرانیان بوده است.

^۱ در مقیاس نمایه توده بدنی (Body Mass Index (BMI)

جدول شماره ۴- خلاصه شاخص‌های مهم بهداشتی در کشور (۱۳۹۰-۱۳۵۳)

ردیف	عنوان متغیرها/شاخص‌ها	۱۳۵۳	۱۳۵۵	۱۳۵۷	۱۳۶۵	۱۳۶۷	۱۳۷۰	۱۳۷۵	۱۳۷۷	۱۳۷۹	۱۳۸۲	۱۳۸۳	۱۳۸۴	۱۳۸۵	۱۳۸۶	۱۳۸۷	۱۳۸۸	۱۳۸۹	۱۳۹۰
1	میزان شیوع کم‌وزنی در کودکان زیر ۵ سال (MDGs) (%)								۱۰.۹			۵.۲						۴.۱	
2	میزان مرگ نوزادان زیر یک ماه (در ۱۰۰۰ تولد زنده)									۱۹.۰			۱۲.۹					۱۵.۳	
3	میزان مرگ و میر اطفال زیر یک سال (در هزار تولد زنده) (MDGs)	۹۳.۰																۱۶.۲	۲۰.۳
4	مرگ و میر کودکان زیر ۵ سال (در ۱۰۰۰ تولد زنده) (MDGs)	۱۲۳.۰																۲۲.۵	
5	امید زندگی زنان (سال)	۵۷.۴	۵۵.۰	۵۹.۷		۶۷.۵	۶۸.۷		۶۹.۹	۷۳.۲	۷۱.۲		۷۳.۱		۷۴.۱				۷۴.۶
6	امید زندگی مردان (سال)	۵۷.۶	۵۵.۸	۵۸.۴		۶۵.۱	۶۶.۱		۶۸.۱	۷۰.۱	۶۸.۷		۷۱.۱		۷۲.۰				۷۲.۱
7	نرخ مرگ و میر مادران به‌نگام زایمان (در هر ۱۰۰۰۰۰ تولد زنده) (MDGs)	۲۵۵.۰				۹۰.۶	۵۴.۰	۳۷.۴					۲۳.۸	۲۱.۷	۲۴.۷	۲۰.۹	۲۵.۴	۲۲.۱	
8	نسبت زایمان‌های انجام شده توسط افراد ماهر (MDGs) (%)								۸۹.۶				۹۶.۳					۹۶.۴	
9	میزان باروری کلی	۵.۵		۵.۸			۲.۸			۲.۰			۲.۰		۱.۹			۱.۸	
10	میزان پوشش واکسیناسیون زیر یک سال (درصد)																	۹۹.۰	۹۹.۰
11	میزان پوشش تنظیم خانواده (همه روش‌ها) درصد (MDGs)	۳۷.۰								۷۳.۰			۷۸.۹					۷۷.۴	
12	بروز مالاریا (در هر ۱۰۰۰۰ نفر) (MDGs)						۱۷۶.۰				۳۸.۰		۲۸.۰	۲۳.۰	۲۴.۰	۱۶.۰	۸.۰	۴.۰	۴.۰
13	تعداد مرگ و میر ناشی از مالاریا (در هر ۱۰۰۰۰۰ نفر)												۱.۰	۱.۰	۳.۰	۳.۰	۱.۰	۲.۰	۰.۰
14	نرخ شیوع سل (گزارش شده) (در هر ۱۰۰۰۰۰ نفر) (MDGs)	۷۵.۰	۱۳.۰	۱۴.۵	۱۴.۰	۱۴.۰	۲۳.۵	۲۲.۶	۱۹.۳	۱۹.۹	۱۶.۲	۱۵.۲	۱۳.۹	۱۳.۵	۱۳.۰	۱۳.۲	۱۳.۷		
15	نرخ مرگ و میر ناشی از سل (در هر ۱۰۰۰۰۰ نفر) (MDGs)												۲.۸	۲.۷	۲.۶	۲.۵	۳.۰		
16	شیوع HIV /ایدز در جمعیت عمومی (درصد) (MDGs)																		۰.۱۰۰
17	نسبت جمعیتی که به آب آشامیدنی سالم دسترسی دارند (MDGs) (%)												۹۶.۶	۹۶.۹	۹۷.۰	۹۷.۳		۹۶.۸	
18	نسبت جمعیتی که به فاضلاب بهداشتی دسترسی دارند (MDGs) (%)												۸۹.۷	۹۰.۳	۹۰.۷	۹۰.۸	۹۰.۶	۹۲.۵	۹۳.۶
19	میزان تولد خام در هزار نفر جمعیت		۳۷.۰								۱۸.۷		۱۸.۱					۱۸.۳	
20	درصد جمعیت به خدمات بهداشتی درمانی																	۹۹.۰	۹۹.۰
21	تعداد خانه بهداشت فعال						۱۳۷۵۳.۰	۱۴۸۷۹.۰	۱۵۴۰۶.۰	۱۶۰۶۵.۰	۱۶۳۷۳.۰	۱۶۶۸۷.۰	۱۶۹۱۹.۰	۱۷۱۵۱.۰				۱۷۳۸۷.۰	۱۷۴۹۱.۰
22	تعداد مرکز بهداشتی درمانی شهری فعال												۲۱۷۱.۰		۲۱۸۶.۰			۹۸۰.۰	۱۰۰۴۰.۰

نظام شبکه مراقبت‌های اولیه بهداشتی - درمانی و افری‌های پیش رو

ضمن تأکید بر موفقیت‌های شبکه بهداشتی - درمانی کشور در سال‌های گذشته، برای تداوم این موفقیت‌ها و ارتقاء سلامت، باید با توجه به مشکلات موجود، فاصله وضع موجود با وضع مطلوب و چگونگی تغییر (روند) عوامل مؤثر بر سلامت، توجه خود را به اهداف کلان نظام سلامت معطوف نموده و مبتنی بر این سه مقوله برنامه‌ریزی و حرکت کرد.

مشکلات موجود و پیش روی سلامت کشور

علی‌رغم بهبود کلی شاخص‌های سلامت در سطح کشور هنوز تفاوت‌های قابل ملاحظه‌ای در دسترسی و برخورداری از خدمات و سطح سلامت در استان‌ها، شهرها و در گروه‌های کوچک پنهان در دل شهرهای بزرگ، وجود دارد و ارائه خدمات اولیه بهداشتی در بسیاری از شهرهای بزرگ فاقد پوشش کامل است.

در این بین بیمارستان محوری و تخصص گرایی در مردم و مسئولین، به همراه تجاری‌سازی طب و پرداخت در ازای خدمت (FFS^۱) با سازوکار ایجاد تقاضای القایی، در بستر تعرفه‌هایی که منابع را از جزء بالینی به جزء فنی سوق می‌دهد، همه و همه منجر به استفاده ناکارآمد از منابع بخش و افزایش بیش از پیش پرداخت از جیب مردم شده است.

با دگرگونی سیمای سلامت و تغییر الگوی بیماری‌های واگیر به طرف بیماری‌های غیرواگیر و مزمن و حوادث (۳۴ درصد زنان در سن باروری با کمبود آهن روبه رویند و ۱۷ درصد آنان کم خونی فقر آهن دارند، بیماری‌های غیرواگیر در مردان ۴۵ و در زنان ۳۳ درصد بار بیماری‌ها را تشکیل می‌دهند)، که حاصل سبک زندگی ناسالم و کم توجهی به تعیین‌کننده‌های اجتماعی سلامت (SDH^۲) بوده این بیماری‌ها هم‌چنان رو به گسترش هستند. دگرگونی جمعیتی و پدیده پیری جمعیت به همراه رشد تنشی و حاشیه نشینی بروز و شیوع بیماری‌های غیر واگیر، مزمن و حوادث را افزایش داده است.

یکی از ایرادات اصلی در وضعیت کنونی سلامت، فقدان یکپارچگی در تولید نظام سلامت است. به‌طوری که ساختار تأمین مالی و نظام پرداخت برای خدمات سلامت در خارج از وزارت

^۱ Fee For Service

^۲ Social Determinants of Health

بهداشت مدیریت می‌شود. این عدم یکپارچگی تا جایی پیش رفته که برخی افراد، ارائه‌کنندگان خدمات سلامت در سطوح تخصصی و ... را مستقل از شبکه مراقبت‌های اولیه بهداشتی می‌دانند. در حالی که شبکه بهداشت و درمان کشور نظامی یکپارچه بوده و سطوح مختلف ارائه خدمت کاملاً مرتبط و متأثر از یکدیگرند.

در این میان فقدان انطباق کامل اقدامات سایر دستگاه‌های اجرایی با راهبردهای سلامت محور و نبود منابع و نفوذ کافی حوزه بهداشت متناسب با افزایش نیاز و انتظارات از سلامت و مراقبت سلامت، نه تنها زمینه افزایش عوامل خطر سلامت را فراهم نموده بلکه امکان مواجهه منطقی با این عوامل و مشکلات سلامتی را از دست اندرکاران نظام سلامت گرفته است.

چالش‌ها

در زیر به برخی از چالش‌های نظام سلامت که بستر ساز بروز نتایج ناخوشایند است اشاره می‌شود:

- اهم چالش‌های قابل توجه در محور ضعف مدیریت، سیاست‌گذاری و برنامه‌ریزی که باید مورد بررسی، ارزیابی و رسیدگی قرار گیرند:

۱- اشکال در نظام انتخاب، ارتقا، آموزش و توسعه مدیران

۲- نوپا بودن نظام اطلاعات

۳- فقدان نظام برنامه‌ریزی مدون

- اهم چالش‌های قابل توجه در محور فرسودگی و از هم گسیختگی ساختار که باید مورد بررسی، ارزیابی و رسیدگی قرار گیرند.

۱- عدم واگذاری اختیارات حتی تصریح شده در قانون به دانشگاه‌ها

۲- وجود ابهام قانونی در نقش‌ها و مسئولیت‌های کلیه مداخله‌گران نظام سلامت

۳- نظام بیمه سلامت ناقص و شکننده

۴- ضعف نظام‌های پایش و نظارت بر عملکرد مدیران

۵- فقدان نظام یکپارچه و هماهنگ در ساختار نظام سلامت

۶- مستهلک شدن فیزیکی تجهیزات، خودرو و امکانات واحدهای ارائه دهنده خدمات بهداشتی در سطوح محیطی

۷- عدم تناسب ساختار تشکیلاتی واحدهای ارائه دهنده خدمت با نیازهای روز نظام سلامت

- اهم چالش‌های قابل توجه در محور ناکارآمدی نیروی انسانی که باید مورد بررسی، ارزیابی و رسیدگی قرار گیرند:

۱- عدم تناسب کمیت و کیفیت نیروی انسانی تربیت شده با نیازهای جامعه

۲- فقدان نظام انگیزشی مناسب به‌خصوص در بخش مدیریت نظام سلامت

۳- فرسودگی شغلی کارکنان شبکه بهداشت و درمان کشور به‌خصوص در رده بهورزان

- اهم چالش‌های قابل توجه در محور بهره‌وری پایین نظام سلامت که باید مورد بررسی، ارزیابی و رسیدگی قرار گیرند:

۱- درمان محور بودن و فقدان جامعه‌نگری و جامعه محوری لازم در آموزش گروه پزشکی

۲- عدم توجه به عوامل تهدید کننده سلامت و تخصیص یارانه به مواد غذایی نامناسب و مضر برای سلامتی (شکر و روغن)

۳- نقص شدید در نظام نظارت، اعتباربخشی و تعالی سازمانی.

۴- مدیریت منابع انسانی ناکارآمد، به‌خصوص در جذب و نگهداشت نیروهای کیفی.

۵- هزینه کردن بخش اعظم منابع سلامت در بخش درمان و تجویز و مصرف غیرمنطقی دارو، تجهیزات و پاراکلینیک.

۶- مشکلات جدی در نظام پرداخت که منجر به ایجاد تقاضای القایی به همراه افزایش پرداخت مستقیم از جیب مردم شده است.

- اهم چالش‌های قابل توجه در محور نارضایتی بیماران که باید مورد بررسی، ارزیابی و رسیدگی قرار گیرند:

۱- نامتناسب بودن بسته خدمات تحت حمایت بیمه با نیازهای بیماران

۲- عدم توجه به خواسته‌ها و انتظارات پزشکی و خدماتی بیمار

۳- عدم استقرار کامل و صحیح برنامه پزشک خانواده و نظام ارجاع

آینده‌نگاری و چشم‌انداز

در سال ۱۴۰۴، جمهوری اسلامی، کشوری است با مردمی برخوردار از بالاترین سطح سلامت و

دارای عادلانه‌ترین و توسعه یافته‌ترین نظام سلامت در منطقه اهداف کلان نظام سلامت، عبارتند از:

- ارتقاء سلامت جسمی، روانی، اجتماعی و معنوی آحاد مردم ایران که همراه با کسب برترین جایگاه در منطقه تا سال ۱۴۰۴ باشد.
- تأمین عدالت در سلامت تا سال ۱۴۰۴
- دستیابی به جایگاه اول منطقه در مراعات حقوق اسلامی، انسانی و مدنی و پاسخ‌گویی و تکریم خدمت‌گیرندگان نظام سلامت تا سال ۱۴۰۴
- بدین ترتیب وضع موجود مطلوب، مشکلات و چالش‌های نظام سلامت روشن شده و بهترین اقدام، تدوین راهبرد مناسب برای حرکت از وضع موجود به طرف وضع مطلوب است. در ادامه به برخی از این راهبردها و ویژگی‌های آن‌ها پرداخته می‌شود.

ویژگی‌های راهبردی متناسب‌سازی شبکه بهداشتی-درمانی با الزامات چشم‌انداز

این راهبردها باید:

- مبتنی بر نیازهای روز باشند و به چالش‌های اساسی حوزه سلامت پاسخ دهند.
- فناوری‌های مناسب را در عرصه نظام سلامت ادغام نمایند.
- از فرصت‌های موجود در سایر بخش‌ها و همکاری بین بخشی بهره برده و قابلیت اجرا در کشور یا مناطق را داشته باشند.
- موجب استفاده کارا و اثربخش از منابع قابل تحصیل در نظام سلامت شوند.
- به استناد شواهد اصیل بتوانند به الزامات به درستی پاسخ دهند.

راهبردهای متناسب‌سازی شبکه بهداشتی - درمانی با الزامات چشم‌انداز

- تمرکز تولید نظام سلامت از جمله بیمه سلامت در وزارت بهداشت و مستقل کردن دانشگاه‌های علوم پزشکی و خدمات بهداشتی - درمانی و الزام به پاسخ‌گویی آن‌ها در مقابل تولید
- اعمال مدیریت و سیاست‌گذاری سلامت به‌طور تخصصی در وزارت بهداشت و عدم واگذاری این جایگاه به کسانی که برای ارائه خدمات تخصصی درمانی تربیت شده‌اند.

- استقرار نظام پایش و ارزشیابی علمی مبتنی بر شواهد
- سلامت محور کردن کلیه دستگاه‌های سیاست‌گذار و اجرایی کشور به گونه‌ای که همگی حذف عوامل خطرزای سلامت و استقرار عوامل محافظت کننده از سلامت را مأموریت خود بدانند.

راه حل‌های مشکلات سلامت و سیاست‌گذاری برای آن‌ها

- طراحی راهنماهای ارائه خدمات و فرآیندهای پشتیبان آن‌ها.
- توجه جدی به توسعه و کاربرد پرونده الکترونیک سلامت و سیستم اطلاعات مدیریت به گونه‌ای که داده‌ها هم‌زمان با تولید به‌طور خودکار ثبت گردند.
- کنترل بازار سلامت (دولتی و خصوصی) و تنظیم عرضه و تقاضا با استفاده از اهرم‌های کنترل نظام سلامت (تأمین مالی، نظام پرداخت، سازماندهی، وضع مقررات و...)
- توسعه منابع انسانی متناسب با نیاز سلامت و استقرار نظام انگیزش کارکنان و مدیران
- توجه به محوریت نیازها و انتظارات طبی و غیر طبی بیماران و مراجعین
- استقرار صحیح و کامل برنامه پزشک خانواده و نظام ارجاع و پرداخت سرانه برای بسته خدمات با میانگین هزینه مشخص و با دامنه و انحراف معیار پایین در جمعیت تحت پوشش هر پزشک
- ارائه روش‌های روشن برای همکاری‌های بین بخشی، تمرکز زدایی و واگذاری امور تصدی‌گری
- تحلیل هزینه اثربخشی و سایر تحلیل‌های اقتصادی مداخلات سلامت
- ارزیابی عملکرد نظام سلامت در ابعاد پاسخ‌گویی، عدالت و کارایی و انجام اصلاحات
- اجرای بند ج ماده ۳۲ قانون برنامه پنجم «سامانه خدمات جامع و همگانی سلامت مبتنی بر مراقبت‌های اولیه سلامت، محوریت پزشک خانواده در نظام ارجاع، سطح بندی خدمات، خرید راهبردی خدمات و واگذاری امور تصدی‌گری»
- استقرار و توسعه الگوی اندازه‌گیری بار بیماری‌ها و عوامل خطر و اجرای مداخلات لازم
- ارائه الگوی تحلیل اقتصادی مشکلات سلامت و مداخلات آن‌ها
- ارائه الگوی پایش و ارزشیابی و بررسی عملکرد نظام سلامت

- توسعه و تکمیل الگوی روش ادغام برنامه‌های جدید در نظام سلامت
- ارائه الگوی چگونگی ارائه خدمات سلامت و سطح بندی ارائه خدمات
- ارائه الگوهای بازاریابی سلامت و تنظیم نظام عرضه و تقاضا
- استفاده از ظرفیت‌های ادغام آموزش پزشکی در نظام ارائه خدمات
- بررسی نظام عرضه و تقاضا و بهره‌مندی در نظام ارائه خدمات

برنامه پزشک خانواده و نظام ارجاع

برنامه پزشک خانواده و نظام ارجاع صرفاً با تغییر عنوان پزشک به پزشک خانواده اجرashدنی نیست. این برنامه همانند مراقبت‌های اولیه بهداشتی - درمانی PHC اصول، اجزا، فلسفه و اهداف عالی‌ای دارد که اجرای برنامه پزشک خانواده و نظام ارجاع، بدون توجه به این اصول و فلسفه، پوسته تهی از محتوا است که نه الزامات علمی را پوشش می‌دهد، نه مشکلات مردم را حل می‌کند و نه ما را به اهداف مندرج در سند چشم‌انداز سلامت می‌رساند.

این برنامه یکی از مهم‌ترین راهبردهای اصلاح نظام سلامت است و برای استقرار مناسب به ابزار و الزامات خاص نیاز دارد نظیر علم و آگاهی پزشک به رسالت خود و توانمندی‌های مدیریتی وی و نیز استفاده بجا و منطقی از اهرم‌های کنترل نظام سلامت (مانند مالی، پرداخت، سازماندهی، مقررات و ...) که از اهم این الزامات است.

ناکافی بودن سهم سلامت از تولید ناخالص ملی، هزینه کرد بخش اعظم منابع سلامت در تجویز و مصرف غیرمنطقی دارو، تجهیزات، پاراکلینیک، نظام بیمه سلامت ناقص و شکننده، عدم تناسب بسته خدمات تحت حمایت بیمه با نیازهای مردم و عدم توجه لازم به خواسته‌ها و انتظارات پزشکی و غیرپزشکی بیماران در کنار بیمارستان محوری و تخصص‌گرایی در مردم و مسئولین، تجاری سازی طب و پرداخت در ازای خدمت (FFS) که زمینه‌ساز تقاضای القایی است، در بستر تعرفه‌های ناعادلانه که منابع را از جزء بالینی به جزء فنی سوق می‌دهد، همه و همه منجر به استفاده ناکارآمد از منابع و افزایش بیش از پیش پرداخت از جیب مردم شده است.

دگرگونی سیمای سلامت، تغییرالگوی بیماری‌ها به‌طرف بیماری‌های غیرواگیر و مزمن که حاصل سبک زندگی ناسالم و کم توجهی به تعیین‌کننده‌های اجتماعی سلامت (SDH) است، ضرورت پزشکی خانواده جامع‌نگر را دو چندان می‌کند.

مهم‌ترین دلیل اجرای برنامه پزشک خانواده، مصوبات قانونی بوده اما در واقع الزامات منطقی و ضرورت‌های علمی اجرای برنامه پزشک خانواده است که قانون‌گذار را بر آن داشته که الزام قانونی را برای فراهم کردن بستر اجرا پدید آورد.

برای اجرای موفق برنامه پزشک خانواده و نظام ارجاع کشور، نیازمند تعهد سیاسی و اجرایی در سطح ملی (مجلس، دولت، وزارتخانه‌های مرتبط) و استانی به منظور بهبود نظام خدمات سلامت، قوانین و آیین‌نامه‌های مناسب، تأمین و توزیع عادلانه منابع مورد نیاز در بخش سلامت، وجود مدیریت منسجم و یکپارچه در به‌کارگیری منابع و استقرار برنامه، تأمین زیرساخت به‌کارگیری پرونده الکترونیک سلامت خانوار و ... می‌باشد.

اهداف اصلی نظام سلامت که با برنامه پزشک خانواده و نظام ارجاع قابل تحقق است عبارتند از: تأمین، حفظ و ارتقاء سلامت با بهترین سطح^۱ میانگین افزایش امید زندگی سالم؛ پاسخ‌دهی به انتظارات بهداشتی - درمانی مردم؛ کاهش نابرابری بین گروه‌های مرفه و مستمند جامعه، عادلانه بودن^۲ از جنبه‌های توزیع سلامت و مشارکت مالی و هم‌چنین، محافظت مالی در برابر هزینه‌های بیماری؛ افزایش پاسخ‌گویی در بازار سلامت؛ افزایش دسترسی؛ افزایش پوشش خدمات سلامت؛ کاهش هزینه‌های غیرضروری در بازار سلامت و حذف تقاضای القایی؛ منطقی کردن بهره‌مندی از خدمات تخصصی سرپایی؛ سلامت‌نگر کردن بیمه‌ها؛ منطقی کردن هزینه‌های خدمات پاراکلینیک و تغییر پزشک رادار گونه غیرپاسخ‌گو به پزشک خانواده پاسخ‌گو. برنامه پزشک خانواده، یکی از مهم‌ترین و مؤثرترین روش‌های افزایش بهره‌مندی عادلانه آحاد مردم از خدمات سلامت است. این برنامه علاوه بر تأمین خدمات مورد نیاز مردم، امکان سوء استفاده از نیازهای سلامت مردم توسط ارائه‌دهندگان خدمات سلامت را کم و محدود می‌کند. پزشک خانواده مسئول هماهنگی و هدایت تیم ارائه‌دهنده خدمات سلامت (اعم از خدمات بهداشتی و درمانی) در منطقه تحت پوشش خود است و پس از ارجاع فرد به سطوح تخصصی، مسئولیت پیگیری سرنوشت وی هم چنان به عهده پزشک خانواده و تیم سلامت است.

به‌طور خلاصه، نظام سلامت واجد مشکلات متعددی است، که نیازمند اصلاح نظام سلامت است. یکی از مناسب‌ترین راهبردها برای اصلاح نظام سلامت برنامه پزشک خانواده و نظام ارجاع است. اجرای برنامه پزشک خانواده و نظام ارجاع الزاماتی دارد که اگر این الزامات تأمین

^۱ Goodness

^۲ Equity

نشود یا برنامه اجرا نمی‌شود یا این که خاصیت خود را به‌عنوان ابزار اصلاح نظام سلامت از دست می‌دهد.

چگونگی گسترش برنامه پزشک خانواده و نظام ارجاع

پس از اجرای آزمایشی برنامه براساس نسخه ۰۱، مشکلات برنامه با همکاری نزدیک وزارتخانه‌های (بهداشت و رفاه) از منظر مردم، ارائه دهندگان خدمت، مدیران و سایر صاحب‌نظران و... احصاء شد و طی مطالعات کارشناسی، راه کارهای مناسب جهت حل مشکلات برنامه طراحی و طی فرآیند چند مرحله‌ای، بررسی و مورد توافق دو وزارت خانه قرار گرفت.

افراد تأیید کننده و مراجع تصویب‌کننده نسخه ۰۲ شامل: کارشناسان ارشد دو وزارتخانه و بیمه‌های خدمات درمانی، تأمین اجتماعی، نیروهای مسلح و کمیته حضرت امام (ره)، مدیران ارشد دستگاه‌های فوق و معاونین و وزرای دو وزارتخانه و وزیر دفاع، مدیران شورای عالی بیمه، شورای عالی سلامت بودند که در نهایت با تصویب هیئت دولت برای اجراء ابلاغ شد.

نسخه ۰۲ با استفاده از تجارب داخلی و بین‌المللی و مبتنی بر قانون برنامه پنجم توسعه تهیه شده است که در آن تدابیر لازم برای پوشش ارائه خدمات مورد نیاز همه مردم (در هر زمان و مکان، حتی در سفر) و نیز افراد فاقد بیمه دیده شده و تمام حالات سلامت و بیماری را در تمام سطوح (سطح یک، سطح دو، سطح سه)، با استفاده کامل از بخش خصوصی و غیردولتی پوشش می‌دهد و نه تنها به اصلاح برنامه روستایی نیز تأکید شده بلکه سازوکار اصلاح و تکمیل آن هم روشن است.

بدین ترتیب باید با توجه به اصول، اجزاء، فلسفه و اهداف برنامه و هم‌چنین توجه به مشکلات نظام سلامت، نسبت به تکمیل و اجرای برنامه اقدام کرد و در این بین نباید از مشکلات پزشکان غافل بود. بی تردید اگر حمایت سیاسی و کمک مالی دولت با برنامه همراه نباشد، انتظار موفقیت برنامه بی‌مورد است. آن چه در این بین ضروری است، توجیه، اطلاع‌رسانی و هماهنگی با پزشکان است. این اطلاع‌رسانی باید آن قدر شفاف و کافی باشد که برخی افراد خاص نتوانند با ترویج اطلاعات غلط در بین پزشکان مانع همکاری کامل آنان در برنامه گردند. بی تردید انجام سایر قسمت‌های معمای پزشک خانواده (از جمله اصلاح نظام آموزش) به‌طور هم زمان ضروری است.

آموزش بهداشت و ارتقاء سلامت

مقدمه

سلامت تنها به موقعیت اقتصادی و اجتماعی افراد وابسته نیست. سلامت و هر آنچه که با آن مرتبط است، بازتابی از وضعیت فعلی جمعیتی خاص یا گروهی از مردم به انعکاسی از موقعیت افراد و جوامع در بستر اجتماعی مربوطه و رویکرد به آن‌ها توسط دولت، و همچنین انعکاسی از وجود یا فقدان بستری مناسب برای سلامت است.

هر فرد برای دست یافتن به زندگی سالم باید رفتارهای خوب و بد را از هم تشخیص دهد. حفاظت از سلامتی در رابطه با درک عواملی است که منجر به سلامتی و بیماری می‌شوند. افراد دارای ادراک متفاوت می‌باشند که در کارکرد به‌عنوان اعضاء یک جامعه، خود را با هنجارهای اجتماعی و گروهی وفق می‌دهند. فرهنگ فرآیند پویای تغییرات است که آن هم در ارتباط با ادراک و گرایش‌های فرد و گروه می‌باشد. می‌توان گفت که آموزش در واقع دفاع از حق مردم در یادگیری جنبه‌های مهم فرهنگ و تجربه انسانی است. از آن جایی که سلامت و بیماری در زندگی روزمره، جایگاه مهمی دارد، منطقی است که همه بدانند سلامتی چیست و چگونه می‌توان در پیشگیری از بیماری‌ها، برخورد با بیماری‌های مزمن و همچنین در بهبود وضع سازمان‌ها و اجتماعات ذی‌نفع مشارکت و اقدام کرد. بنابراین آموزش بهداشت، آن بخش از مراقبت‌های بهداشتی است که بر تأثیر عوامل رفتاری بر سلامت تکیه می‌کند و در گسترش شیوه‌های زندگی مؤثر در حفظ و ارتقاء سلامت، کمک می‌کند. آموزش بهداشت عمومی، برنامه‌های سلامت جامعه، اشخاص، جوامع محلی، مناطق و ملت را هدفگیری می‌کند و یک ارتباط میان این اهداف مختلف وجود دارد. شواهد نشان می‌دهند که سلامت یک جامعه دارای رابطه نزدیک با سلامت فردی اعضاء آن جامعه است. به علاوه رفتارهای جمعی، نگرش‌ها و عقاید هر فردی که در آن جامعه زندگی می‌کند، عمیقاً بر سلامت جامعه تأثیر می‌گذارد. پیشرفت‌هایی که در دو دهه گذشته در زمینه تعریف مفهوم ارتقاء سلامت توسط متخصصان انجام گرفته، دیدگاه جدیدی را در رابطه با نقش آموزش بهداشت به‌عنوان بخش مرکزی و اساسی جنبش‌های نوین سلامت عمومی به وجود آورده است. در نظریه نوین سلامت عمومی، تأثیر محیط (اجتماعی، اقتصادی و انسانی) بر سلامت مورد توجه قرار گرفته است. براساس

چنین دیدگاهی دو نقش جدید برای آموزش بهداشت ایجاد شده است:

الف: آموزش بهداشت باید سطح آگاهی عمومی در مورد تأثیر محیط بر سلامت و نیز نابرابری در توزیع منابع سلامت را بالا برد.

ب: آموزش بهداشت با بالا بردن سطح دانش و مهارت‌های افراد، باید به آن‌ها کمک کند تا در مورد سلامت خود و خانواده و جامعه‌ای که در آن زندگی می‌کنند، قادر به تصمیم‌گیری درست شوند.

Griffether، آموزش بهداشت را کوششی در جهت نزدیک کردن بین آنچه که درباره رفتار بهداشتی ایده‌آل شناخته شده و آنچه که حقیقتاً بدان عمل می‌شود، بیان کرد.

تعریف دیگر توسط Semonds ارائه گردیده است، به عقیده او آموزش بهداشت یعنی ایجاد تغییرهای رفتاری در افراد، گروه‌ها و مردم، که به‌عنوان تعیین‌کننده سلامت حال و آینده فرض می‌شوند.

دیگر تعریف آموزش بهداشت، توجه به تغییرات رفتاری آگاهانه دارد. بنا به تعریف Green، آموزش بهداشت تلفیق انواع تجربه‌های یادگیری طراحی شده است که تطبیق داوطلبانه رفتار منجر به سلامتی را تسهیل می‌کند.

تعریفی دیگر: آموزش بهداشت عبارت است از هر روندی که به افراد کمک کند تا به صورت انفرادی یا جمعی درباره مسائلی که بر سلامتی آن‌ها تأثیر می‌گذارد تصمیم‌گیری آگاهانه داشته باشند (پروژه توصیف نقش آموزش بهداشت).

برای این که مردم آماده شناخت و عمل کردن به شیوه‌های درست زندگی جهت حفظ سلامتی و اجتناب از بیماری باشند، نیازمند شکل دادن رفتار خود می‌باشند. آموزش مناسب برای تأمین این گونه رفتار که شامل رفتار بهداشتی می‌باشد، لازم است مردم در طول زندگی، امور درست و نادرست بهداشتی را تشخیص دهند، هنر و علم جلب مردم به یک فرآیند یادگیری برای ایجاد رفتار مطلوب به منظور دست یابی سلامت «آموزش بهداشت» نامیده می‌شود.

تاریخچه

آموزش مسائل بهداشتی نیز در طول تاریخ ملل به صورت غیررسمی و به عناوین مختلف صورت گرفته است. فعالیت‌های آموزش بهداشت از سال ۱۹۰۰ میلادی آغاز گردید و در سال

۱۹۵۱ میلادی برنامه آموزش بهداشت به دانشگاه کشیده شد و پس از ۵۰ سال ایفای نقش در وقایع بهداشتی در دانشگاه استنفورد رشته آموزش بهداشت تأسیس گردید. رویکرد جدی و اقبال کشورها به آموزش بهداشت و مراقبت از سلامت خود به سال‌های ۱۹۶۰ و ۱۹۷۰ میلادی بر می‌گردد. در دهه ۱۹۷۰ میلادی محدودیت‌های سیستم سلامت تخصصی کاملاً آشکار شد و نقش پزشکی مدرن در ارتقاء سلامت مردم مورد تردید و نقد قرار گرفت و پی آمد ارزیابی نظام مراقبت‌های پزشکی مدرن و تغییر الگوی بیماری‌ها در بسیاری از کشورها، به دلیل مهار بیماری‌های عفونی و شیوع جنبه‌های منفی شیوه زندگی و رفتارهای فرد، مثل مصرف دخانیات، رفتارهای نا ایمن جنسی، الگوهای نامناسب تغذیه، کم تحرکی، مصرف مشروبات الکلی و مصرف مواد مخدر، آموزش بهداشت مورد اقبال نظام‌های سلامت قرار گرفت. تصویب منشور اوتاوا در سال ۱۹۷۸ میلادی نقطه عطفی در تاریخ مراقبت‌های بهداشتی و آموزش بهداشت است، آموزش بهداشت هسته مرکزی خدمات بهداشتی و نقطه ثقل وظایف تمامی کارکنان بهداشتی و دیگر کارکنان جامعه که به نحوی در فعالیتهای خدمات بهداشتی اولیه درگیر هستند، اعلام شد.

با روشن شدن نقش بالقوه آموزش بهداشت در تأمین سلامت جامعه، در ایران نیز فعالیتهای آموزش بهداشت دامنه وسیع تر یافت و در سال ۱۳۳۰ هجری شمسی به‌عنوان یک حرفه خاص در ساختار وزارت بهداشتی تحت عنوان اداره تبلیغات شروع به کار کرد و برای اولین بار دوره مقدماتی برای ۶ نفر از کارکنان به مدت ۶ هفته برای آموزش کنترل مالاریا و اعزام به مناطق مختلف برگزار شد. در سال ۱۳۴۰ اداره آموزش بهداشت در وزارت بهداشت تشکیل شد، که به‌طور عمده به شکل عمودی در حیطه برنامه‌های ویژه مثل مالاریا و سل، خدمات آموزش بهداشت در حد محدود ارائه می‌گردید. با پیروزی انقلاب شکوهمند اسلامی و گسترده شدن فعالیتهای دفتر آموزش بهداشت در حوزه معاونت بهداشت راه اندازی شد.

طراحی و به اجرا در آمدن شبکه بهداشتی - درمانی کشور طی سال‌های جنگ تحمیلی نقطه عطفی در تاریخ مراقبت بهداشتی و آموزش بهداشت کشور است. افزایش چشمگیر دسترسی و بهره‌مندی مردم به ویژه روستاییان از خدمات و طراحی و اجرای برنامه‌های کشوری از جمله اجرای برنامه گسترش ایمن سازی، برنامه سلامت مادران و کودکان، حذف و ریشه‌کنی بعضی از بیماری‌ها، برنامه مبارزه با بیماری‌های اسهالی و مایع درمانی خوراکی، مبارزه با عفونت‌های حاد

تنفسی، مبارزه با کمبود ید با آموزش عموم مردم و از طریق آموزش خانواده‌ها و پیگیری مسائل بهداشتی موجب کاهش چشمگیر مرگ و میر و ارتقاء سلامت جامعه گردید. آموزش همه جانبه بهداشت در همه زمینه‌ها با استفاده از همه روش‌ها و بسیج همه منابع، به‌ویژه آموزش از طریق رسانه ملی و با حضور وزیر و مسئولین ارشد مرتبط، موفقیت‌های زیادی به‌دنبال داشت. این مقطع را می‌توان دوره درخشان آموزش بهداشت در زمینه‌های مختلف سلامت به عموم مردم به شمار آورد و این نقش و دست آورد حاصل درگیر شدن همه بخش‌های وزارت بهداشت و حمایت و همکاری نهادها و سازمان‌های مرتبط با توسعه بوده است. از عوامل مهم تأثیرگذار بر توسعه آموزش بهداشت، دو رخداد مهم دهه‌های ۶۰ و ۷۰، یعنی تصویب قانون تشکیل وزارت بهداشت و ادغام سازمان‌های منطقه‌ای بهداشت و درمان با دانشگاه‌های علوم پزشکی و در نتیجه تشکیل دانشگاه‌های علوم پزشکی و خدمات بهداشتی - درمانی کشور بود، که این اقدام بزرگ باعث توسعه تربیت دانشجویان رشته آموزش بهداشت در مقاطع کارشناسی ارشد، MPH و Ph.D گردید که علاوه بر رفع مشکلات کمبود نیروی انسانی، منجر به وضع رضایت بخش در منابع انسانی و رشد چشمگیر در تحقیقات این رشته گردید. این رشد فزاینده به گونه‌ای است که در حال حاضر بیش از ۲۰۰ نفر فارغ التحصیل در مقاطع کارشناسی ارشد و Ph.D هستند و قریب همین تعداد در ۲۲ دانشگاه علوم پزشکی کشور مشغول به تحصیل در این دو مقطع هستند.

در حالی که مردم با چالش‌های روز افزونی در زمینه سلامت و سبک زندگی سالم و مدیریت صحیح زندگی و سلامت خود، خانواده و محیط خود روبرو هستند و توانایی لازم برای رویارویی با این مشکلات را ندارند و علی‌رغم وجود منابع انسانی لازم، جایگاه و وظایف حرفه‌ای آموزش بهداشت، تبیین و تعریف نشده است.

نقش آموزش در سلامت همگانی

آموزش به‌عنوان هسته اصلی فعالیت‌های بهداشتی - درمانی پذیرفته شده است و آموزش افراد جامعه و نیز بیماران سابقه دیرینه‌ای دارد که باعث بالابردن توانایی‌های افراد سالم برای حفظ سلامت خودشان و نیز توانایی‌های بیماران برای جلوگیری از عوارض بیماری و درمان سریع تر می‌شود.

متأسفانه چنین تصور می‌شود که آموزش بهداشت یعنی انتقال دانش و مفاهیم سلامت به مردم، چنین تصویری باعث شده که کارآمدی آموزش مورد سؤال قرار گیرد. در حالی که آموزش فرآیندی است که باید منجر به تغییر رفتار شود و در صورتی که این هدف حاصل نشود، آموزش به‌طور مؤثر انجام نشده است. با چنین تعریفی باید دقت داشت که رفتار مردم فقط با ارائه دانش و اطلاعات تغییر نمی‌کند، بلکه سبک زندگی و رفتار مردم، تحت تأثیر عوامل بسیار متعدد فردی از جمله نگرش‌ها، باورها، تجارب و عوامل محیطی مثل بسترها و امکانات، قوانین و سیاست‌ها و رفتار کلی جامعه، قرار دارد.

با چنین گستردگی، توجه به این نکته لازم است که برای تغییر سبک زندگی یا رفتار مردم، اقدامات وسیع و همه جانبه و متنوع و از طرفی هم سو با جامعه و با حضور و تفاهم و همراهی خود افراد جامعه، صورت گیرد. جامعه معمولاً خودش تصمیم می‌گیرد که رفتاری را از خود نشان دهد، لذا باید در برنامه‌ریزی و اجراء و ارزشیابی، هر نوع اقدامی به‌عنوان شریک مورد توجه قرار گیرد. این در حالی است که افراد در حال حاضر فقط به‌عنوان مشتری دیده می‌شوند و نه شریک. لذا برای دستیابی به چنین مهمی، لازم است رویکرد ارائه دهندگان خدمت نیز تغییر یابد. تا زمانی که ارائه دهندگان خدمات در ارتباط یا فرد و جامعه، نقش بالا به پایین را ایفاء می‌کنند و مردم نیز در این ارتباط خود را در اختیار و زیردست می‌بینند، توانمندسازی مردم که در آن خودشان برای سرنوشت سلامت خود تصمیم بگیرند، شکل نخواهد گرفت. آموزش بهداشت، عبارت است از هرگونه ترکیبی از تجارب طراحی شده یادگیری مبتنی بر تئوری‌های درستی که برای افراد، گروه‌ها و جوامع فرصت کسب اطلاعات و مهارت‌های مورد نیاز جهت اتخاذ تصمیمات مناسب در رابطه با سلامتی را فراهم نماید.

رویکرد ارتقاء سلامت

ارتقاء سلامت، عرصه‌ای نسبتاً جدید به شمار می‌رود، که تعاریف متنوعی دارد: ارتقاء سلامت، فعالیت طراحی شده برای رسیدن به سلامتی و ارتقاء آن را شامل می‌گردد که آموزش بهداشت جزء لاینفک آن است. بنابراین ارتقاء سلامت به تمام عواملی که بر روی سلامتی تأثیر می‌گذارند، اطلاق می‌شود. ارتقاء سلامت یکی از علوم جدید اما کاربردی در حوزه سلامت است که امروزه بیش از پیش به

آن توجه می‌شود. در یک تعریف ساده ارتقاء سلامت عبارت است از «فرآیند توانمندسازی مردم در شناخت و کنترل عوامل تأثیرگذار بر سلامت فردی و اجتماعی و تصمیم‌گیری صحیح در انتخاب رفتارهای سلامت محور و در نتیجه رعایت شیوه زندگی سالم» یا علم و هنر کمک به مردم برای تغییر شیوه زندگی آنان، جهت داشتن یک وضعیت سلامت پایدار است.

بر این اساس، از سال ۱۹۸۶ میلادی در اولین کنفرانس بین‌المللی ارتقاء سلامت در اتاوا کانادا، منشوری به تصویب کشورهای مختلف رسید که تا به امروز به‌عنوان یک راهنمای کاربردی برای ارتقاء برنامه‌های سلامت مطرح می‌باشد.

در واقع منشور اتاوا دارای پنج رکن اصلی به‌شرح ذیل است:

۱- ایجاد سیاست عمومی سلامت محور (سلامت در تمامی سیاست‌ها)

۲- توسعه محیط‌های حامی سلامت

۳- تقویت اقدامات جامعه در حوزه سلامت

۴- توسعه مهارت‌های فردی

۵- بازنگری نظام خدمات سلامت

جامعیت این پنج رکن تا حدی است که اگر در توسعه یا ارتقاء سلامت جامعه به آن توجه شود، به سادگی می‌توان در عمل، شاهد پیشرفت وضعیت سلامت در جامعه بود. همان طوری که مشاهده می‌شود دو رکن اصلی، مرتبط با فرد و جامعه می‌باشد، که بسیار اساسی و پایه‌ای است.

برای اجرایی شدن پنج رکن مطرح شده باید راهبردهایی اتخاذ شود که عناصر زیر در آن لحاظ شده باشد:

ارتباطات در سلامت، آموزش سلامت، کمک‌های فرد به خود و دیگران، تغییرات سازمانی، توسعه اجتماعی و بسیج نیروها، جلب حمایت‌های همه جانبه

سواد سلامت

در سال‌های اخیر توجه ویژه‌ای به سواد سلامت به‌عنوان شاخص تعیین توانمندی جامعه شده است. سواد سلامت تعاریف متعددی دارد که آخرین تعریف در سال ۲۰۱۲ میلادی، توسط کنسرسیوم سواد سلامت اروپا ارائه شده است. در این تعریف، سواد سلامت به معنی آگاهی،

انگیزه و توانایی مردم برای دسترسی، درک و فهم، ارزیابی و به کارگیری اطلاعات سلامت است، به گونه‌ای که بتوانند قضاوت و تصمیم درستی در طی روز در مورد مراقبت از سلامت، پیشگیری از بیماری‌ها و ارتقاء سلامت اتخاذ کنند و به این ترتیب کیفیت زندگی خود را در طول عمر حفظ و ارتقاء بخشند.

سواد سلامت عامل مهمی برای پیشگیری از بیماری‌های غیرواگیر است. سواد سلامت در واقع نوعی از سرمایه اجتماعی است و همان معنی توانمندسازی است. سواد سلامت موضوعی ریشه‌ای برای دست یابی به اهداف ارتقاء سلامت است.

فعالیت‌های جاری آموزش بهداشت

دامنه فعالیت‌های آموزش بهداشت در قبل از تولد شروع شده و تمام دوره زندگی را می‌پوشاند، گروه هدف این خدمت، مردم در هر سطحی از سطوح مختلف اقتصادی و اجتماعی هستند. بنابراین وسعت پوشش و ارائه این خدمت بسیار گسترده است. آموزش بهداشت برای حفظ جایگاه مهم خود در مراقبت‌های بهداشتی و با توجه به شرایط حاضر و چالش‌های پیش روی سلامت، تولید، کارکرد و مسئولیت انجام وظایف خطیری را به عهده دارد. خدمات آموزش بهداشت علی‌رغم عدم برخورداری از جایگاه ساختاری قوی و متناسب با مسئولیت‌های ذاتی خود در وزارت بهداشت، بر رویکردهای اصولی مشارکت جامعه، ارتقاء سلامت، همکاری‌های بین بخشی، توانمندی مجموعه ارائه خدمات، برای آموزش بهداشت به مردم را مورد تأکید قرار می‌دهد. در سال‌های اخیر واحد آموزش بهداشت با محور قرار دادن راهنمای کاربردی برای توسعه یا ارتقاء سلامت، ۵ رکن اساسی منشور اتاوا یعنی ایجاد سیاست عمومی سلامت محور، توسعه محیط‌های حامی سلامت، تقویت اقدامات جامعه در حوزه سلامت، توسعه مهارت‌های فردی و بازنگری نظام خدمات سلامت را، به عنوان وظایف اصلی مورد توجه قرار داده است و بر اساس برخورداری از الزامات و ملزوماتی که در اختیار دارد، فعالیت‌هایی به شرح ذیل انجام می‌دهد:

- توسعه سامانه آموزش الکترونیک، به کارگیری فضای سایبری و حوزه دیجیتال و رسانه در برنامه‌های آموزش و ارتقاء سلامت جامعه
- توسعه دیدگاه‌ها و مهارت‌های ارتقاء سلامت در نظام سلامت

- توسعه محیط‌های حامی سلامت به‌منظور ارتقاء سطح شیوه زندگی سالم
- بستر سازی و توسعه همکاری با رسانه در راستای ترویج شیوه زندگی سالم
- طراحی مداخلات آموزشی و ارتقاء سلامت و اجرای آن
- ارتقاء سبک زندگی سالم در جامعه به‌وسیله آموزش از طریق سامانه‌های پیام کوتاه و تولید نرم افزارهای چند رسانه‌ای
- ارتقاء سواد سلامت ایرانیان در بسترهای موجود
- پایش و ارزشیابی و استانداردسازی برنامه‌های آموزش و ارتقاء سلامت
- تداوم برنامه‌های طرح ملی هدا (همسان‌سازی دوره‌های آموزش و ارتقاء سلامت)
- توسعه فناوری‌های نوین با توسعه مراکز پژوهشی و پارک‌های فناوری در راستای فرهنگ‌سازی و آموزش سلامت
- راه‌اندازی دبیرخانه‌های حامی سلامت
- پیگیری اجرای سند سلامت در سیاست‌های ذی‌ربط

چالش‌ها

در قرن حاضر چالش‌های اساسی و تأثیرگذاری پیش روی سلامت جهان و ایران قرار دارد. تغییرات اجتماعی، تغییرات جمعیتی، توسعه فن‌آوری پزشکی، توسعه ارتباطات و تقاضای مردم، محدودیت منابع، کاهش انگیزه کارکنان، جهانی‌سازی و توسعه بخش خصوصی از جمله چالش‌های فرا روی سلامت هستند. از طرفی جامعه با مطالب متناقضی در زمینه سلامت و تصمیم‌گیری در خصوص اتخاذ سبک زندگی سالم و مدیریت و مراقبت سلامت خود، خانواده و نیز محیط اطراف روبروست و مردم اطلاعات و مهارت‌های لازم برای حفظ و ارتقاء سلامت را تنها از منابع و مراجع موثق دریافت نمی‌کنند. با عنایت به جمیع جهات، در شرایط کنونی و پیش‌بینی‌های کارشناسی می‌توان چالش‌ها و تهدیدهای عمده آموزش بهداشت را به شرح ذیل فهرست نمود:

- پایین بودن سواد سلامت و مهارت‌های لازم در مردم برای حفظ و ارتقاء سلامت خود، خانواده و جامعه
- عدم تعیین و استقرار ساختار مناسب در تشکیلات سازمان متولی

- کمبود منابع برای ارائه خدمات آموزش بهداشت و ارتقاء سلامت
- گسترش رفتارهای مخاطره آمیز به ویژه در بین جوانان و نوجوانان در رابطه با سلامت
- عدم اهتمام کامل در اجرای برنامه‌های مراقبت‌های اولیه بهداشتی و استقرار کامل نظام شبکه‌های بهداشتی- درمانی کشور.
- عدم ارتباط منطقی و مطلوب بین بخش‌ها، سازمان‌ها و نهادهای درگیر با آموزش بهداشت و ترویج فرهنگ عمومی
- عدم بررسی، تدوین و دسته‌بندی مشکلات موجود، بر اساس نیاز و پاسخ‌گویی در آموزش بهداشت و ارتقاء سلامت
- نبود راهبردهای مناسب برای متناسب سازی شبکه - درمانی با الزامات و مبتنی بر نیازهای روز
- عدم به کارگیری الگوهای همکاری بین بخشی و تمرکززدایی و مشارکت مردم در نیازسنجی، طراحی، برنامه‌ریزی و اجرای فعالیت‌های آموزش و ارتقاء سلامت
- عدم توجه کافی به جهت‌گیری و جایگزینی فناوری‌های جدید به جای فناوری‌های موجود و توسعه فناوری‌های مناسب بومی
- عدم سیاست‌گذاری مناسب برای کاهش فشارهای بیرونی و جلوگیری از تبلیغات و ترویج تقاضاهای القایی
- محدودیت منابع و ظرفیت‌های مختلف وزارت بهداشت و دانشگاه‌های علوم پزشکی کشور در پاسخ‌گویی به نیازهای موجود
- نداشتن سیاست‌های جامع برای آموزش و ارتقاء سلامت و سیاست‌های هوشمند بر حسب مناطق و استان‌ها با توجه به وضعیت موجود

آینده‌نگاری حیطه و ترسیم افق چشم‌انداز

سلامت برای همه، هدف اصلی اجتماعی دولت‌ها و سنگ بنای توسعه پایدار است و بهره‌مندی از بالاترین سطح استانداردهای سلامت، یکی از حقوق اصلی هر انسانی است و تأمین آن از مسئولیت‌های دولت در برابر مردم است. سلامت خوب، کیفیت زندگی را بالا می‌برد. به افزایش ظرفیت یادگیری و استحکام روابط خانواده‌ها و جوامع و بهره‌وری کاری می‌انجامد. اقدامات در

زمینه عدالت، به طور قابل ملاحظه‌ای باعث بهبود سلامت، کاهش فقر، ایجاد ظرفیت اجتماعی و امنیت می‌گردد. اجلاس‌های معتبر جهانی برای سلامت در جمع بندی نتایج خود بر این باورند که اولویت‌های سلامت و عدالت در سلامت هم چون یک مسئولیت اصلی دولت‌ها در برابر مردم شأن است و به نیاز فوری به انسجام سیاسی مؤثر بر سلامت و رفاه را تصریح و معتقدند که اجرای این رویکرد نیازمند یک اراده سیاسی، شجاعت و پیش‌بینی راهبردهای مناسب است. بنابراین به نظر می‌رسد نگاه منطقی به سلامت، آموزش و ارتقاء آن باید رویکردی پیشگیرانه و آینده نگرانه باشد و در تمام فعالیت‌های آموزش و ارتقاء سلامت ارتباط منسجم، منطقی و پیشرو بین سیاست‌ها و تصمیم‌های سلامت محور موجود و ضرورت‌های آینده بوجود آید. بنابراین برنامه‌های آینده آموزش بهداشت، باید مبتنی بر فرآیند آینده‌نگاری، یعنی مبتنی بر گفته‌های اجتماعی معطوف به آینده، با حضور گروه زیادی از خبرگان رشته‌های مختلف و نمایندگان همه ذی‌نفعان به منظور خلق چشم‌اندازهای همه جانبه و بلند مدت در آینده تدوین گردد.

بر اساس مستندات و شواهد موجود به برخی اقدامات و فعالیت‌های اصلی آینده برای دست یابی و توسعه اهداف آموزش و ارتقاء سلامت اشاره می‌شود:

- توجه کامل و شفافیت عملکرد در اجرای نقشه تحول نظام سلامت در خصوص آموزش بهداشت، اولویت پیشگیری بر درمان، ارزش گذاری به مسئولیت دهی به مردم، افزایش سواد سلامت مردم، آموزش، تربیت و نگه داشت سرمایه انسانی و ترویج فرهنگ سلامت و ارتقاء انگیزه و بهره وری متناسب با نیازهای حال و آینده
- آگاه سازی مردم به حقوق و مسئولیت‌های آنان در برابر سلامت خود، خانواده و جامعه
- آگاه سازی زنان و مردان از حقوق و مسئولیت‌های فردی، خانوادگی و اجتماعی برای حفظ و ارتقاء اصول و ارزش‌های متعالی در ارائه مراقبت‌های سلامت
- تدوین و اجرای برنامه ملی ارتقاء سواد سلامت جسمی، روانی، اجتماعی و معنوی آحاد جامعه
- برنامه ملی توسعه مشارکت‌های مردمی در نظام سلامت و شناسایی و هدایت شبکه‌های اجتماعی عمومی در راستای ارتقاء سلامت جامعه.
- فرهنگ سازی و اصلاح باورهای جامعه نسبت به جایگاه و نقش مردم در تصمیم سازی و

تصمیم‌گیری و سلامت خانواده و جامعه

- توسعه آگاهی زنان و خانواده از نقش‌های متعدد آن‌ها در خانواده و اجتماع و نیازهای متناسب با این حوزه‌ها در دوره‌های مختلف زندگی
- استفاده از ظرفیت محیط‌های ارائه مراقبت سلامت برای رشد و ترویج ارزش‌های فرهنگی و اخلاقی اسلام در جامعه از جمله حفظ ارزش‌های زنان مسلمان.
- استقرار رویکرد عوامل اجتماعی سلامت در کلیه سازمان‌های مؤثر در سطح ملی و استانی
- ترویج توجه به عوامل اجتماعی سلامت توسط رسانه‌های عمومی
- توسعه استفاده از رسانه‌ها، صدا و سیما و فضای سایبری در جهت ترویج رفتارهای سالم با نظارت و هماهنگی وزارت بهداشت
- ارزیابی و استاندارد سازی رسانه‌ها در ارتباط با مباحث سواد سلامت و مشارکت مردم
- سامانه پایش و ارزیابی مستمر سواد سلامت جامعه و قابلیت مشارکت‌های مردمی
- برنامه جامع آموزش برای ارتقاء سلامت اجتماعی و پیشگیری از آسیب‌های اجتماعی، تقویت مهارت‌های زندگی و فرزند پروری
- توانمندسازی جامعه برای تشکیل، تحکیم و تعالی بنیان خانواده
- برنامه توانمندسازی افراد کلیدی و مرجع (روحانیون، اساتید دانشگاه‌ها، هنرمندان و ورزشکاران) در جوامع محلی در زمینه سلامت
- ارائه آموزش‌های لازم در زمینه حقوق، مسئولیت و روابط زناشویی و بهداشت باروری
- ترویج شیوه زندگی سالم با تأکید بر تغذیه سالم، توسعه فرهنگ ورزش در میان مردم به‌ویژه زنان و دختران
- استفاده از ظرفیت محیط‌های ارائه خدمات، برای جلب مشارکت جامعه و نیز آموزش و توانمندسازی آنان برای اتخاذ رفتارهای سالم
- استفاده از ظرفیت محیط‌های آموزشی در رده‌های مختلف، به‌منظور توانمندسازی جامعه برای افزایش مشارکت و نیز اتخاذ رفتارهای سالم
- توسعه محیط مناسب برای مشارکت دانش آموزان و دانشجویان برای ارتقاء سلامت خود و جامعه و نیز ایجاد انگیزه برای مشارکت و نیز اصلاح سبک زندگی خود و توصیه به دیگران
- ترویج کار داوطلبانه و مشارکتی در زمینه ارتقاء سلامت در جامعه

- برنامه آموزش و توانمندسازی گروه‌های آسیب پذیر مثل سالمندان، حاشیه‌نشین‌ها و خانواده‌های بد سرپرست با مشارکت مردم
- ایجاد انجمن‌ها و شبکه‌سازی انجمن‌های مرتبط با ارتقاء سلامت و سواد سلامت
- آگاه‌سازی و جلب مشارکت جامعه، مسئولین و والدین در مورد اهمیت تکامل دوران ابتدای کودکی و نقش آن در سراسر دوره زندگی
- حمایت از ارتقاء نظام اطلاع رسانی روزآمد و پاسخ‌گو
- تقویت ایفای نقش واحدهای آموزش عالی و دانشگاهیان در امر آموزش عمومی سلامت
- نوسازی و بازسازی و فعال‌سازی مجدد پایگاه‌های بسیج خواهران به‌عنوان مراکز آموزش داوطلبانه بهداشت

مبارزه با بیماری‌های واگیر

تاریخچه

برای پیشگیری و مبارزه با بیماری‌ها در سال ۱۳۰۵، اداره کل صحنه تأسیس شد که چندی بعد به اداره کل بهداری تغییر نام یافت. این اداره زیرمجموعه وزارت داخله (کشور) بود. در سال ۱۳۲۰ در قانون اصلاح بودجه که در ۸ آبان آن سال به تصویب مجلس شورای ملی رسید، اداره کل بهداری در متن ماده ۳ آن قانون، به وزارت بهداری ارتقاء پیدا کرد. در سال ۱۳۴۶ نمودار سازمانی و تشکیلات تفضیلی وزارت بهداری توسط سازمان امور استخدامی و اداری کشور به تصویب رسید که پیرو آن اداره کل مبارزه با بیماری‌های واگیر زیر نظر معاونت فنی در سطح وزارتخانه و ادارات مبارزه با بیماری‌های واگیر در سطح استان‌ها و مراکز پزشکی پیشگیری و بهداشت در سطح شهرستان‌ها، تشکیل گردیدند.

در ستاد وزارتخانه علاوه بر اداره کل مبارزه با بیماری‌های واگیر، به دلیل اهمیت و وسعت انتشار بعضی بیماری‌های عفونی مانند مالاریا و سل، سازمان‌های مستقل دیگری مانند سازمان ریشه‌کنی مالاریا و سازمان مبارزه با سل تشکیل شده بود که هر کدام توسط یک رئیس سازمان، مستقیماً زیر نظر وزیر بهداری فعالیت می‌کردند و در استان‌ها اداره ریشه‌کنی مالاریا نیز تحت نظر رئیس سازمان، مسئول عملیات استانی بود و در فرمانداری‌های کل تابع اداره ریشه‌کنی مالاریای استان مجاور خود، قرار داشت.

در هر مرکز استان نیز یک مرکز مبارزه با سل زیر نظر رئیس اداره مبارزه با بیماری‌های واگیر استان فعالیت می‌کرد که از طریق تست توپرکولین، مصاحبه، معاینه بالینی و مینوگرافی، بیماران مبتلا را شناسایی و تحت درمان قرار می‌داد و یک دستگاه وسیله نقلیه و راننده برای کارهای تعقیب درمان و بازدید منزل در اختیار داشت. در تهران و شهرهای بزرگ نیز آسایشگاه‌های ۲۰۰ تخت‌خوابی، برای بستری کردن بیماران سلی باسیلیفر^۱ دائر شده بود.

کارکنان مراکز پزشکی پیشگیری و بهداشت شهرستان‌ها شامل ۱ یا ۲ نفر پزشک عمومی و ۲ نفر کارمند فنی دیپلمه (که دوره فشرده آموزشی کوتاه مدت همه‌گیرشناسی و مبارزه با بیماری‌های واگیردار را طی کرده بودند) و با داشتن یک دستگاه وسیله نقلیه زیر نظر رئیس

^۱ Bacilifer

بهداری شهرستان فعالیت داشتند. سه روز در هفته به‌طور سیار روستاهای شهرستان را بازدید می‌کردند و ضمن بیماریابی، امر واکسیناسیون نیز به‌طور منظم انجام می‌شد. هم‌چنین گزارش‌های واصله در مورد انتشار بیماری‌های واگیر را نیز بررسی می‌کردند.

این ساختار تا سال ۱۳۵۵ پابرجا بود. در این سال با ادغام وزارت رفاه اجتماعی و وزارت بهداری، وزارتخانه جدیدی به نام بهداری و بهزیستی تشکیل گردید. در استان‌ها نیز سازمان‌های منطقه‌ای بهداری و بهزیستی تشکیل گردیدند. در سازمان‌های منطقه‌ای یک مدیر عامل و دو عضو هیئت عامل حضور داشتند. یک عضو هیئت عامل در امور شبکه، همه فعالیت‌های بهداشتی - درمانی را مدیریت می‌کرد که اداره ریشه کنی مالاریا و مبارزه با بیماری‌های واگیر نیز زیر مجموعه آن بود. از این سال بود که اجرای نظام مراقبت‌های اولیه بهداشتی آغاز گردید تا خدمات ادغام یافته را جانشین خدمات عمودی نماید.

پس از پیروزی انقلاب شکوهمند اسلامی، به تدریج پزشکان ایرانی نیز جایگزین پزشکان خارجی شدند و در سال ۱۳۵۸، لایحه قانونی خدمت نیروی انسانی درمانی و بهداشتی به تصویب رسید و به موجب آن مقرر شد تمام فارغ التحصیلان پزشکی، پیراپزشکی به مدت سه سال در نقاط محروم کشور، که وزارت بهداری و بهزیستی اعلام می‌کند؛ خدمت کنند.

در سال ۱۳۶۲ قانون تربیت کاردان مبارزه با بیماری‌ها به تصویب رسید و وزارت بهداری مکلف گردید تا از دارندگان دیپلم با دوسال آموزش کاردان‌های مربوطه را تربیت کند و در نقاط مورد نیاز به کار گمارد. اجرای این قانون توانست نیروهای مورد نیاز مبارزه با بیماری‌ها را درسراسر کشور تأمین کند.

با استقرار نظام جدید مراقبت‌های اولیه بهداشتی - درمانی و گسترش شبکه در سال ۱۳۶۳ و تقویت مجدد آموزشگاه‌های بهورزی در شهرستان‌ها، نیروی انسانی مورد نیاز خانه‌های بهداشت تربیت و تأمین گردید و کادر جدید سرعت بیش‌تری به اجرای برنامه‌های مبارزه با بیماری‌ها داد.

قانون ادغام آموزش پزشکی در وزارت بهداری و تشکیل وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی در سال ۱۳۶۴، نقطه عطف مهمی در تاریخ بهداشت کشور است که بستری برای تربیت نیروهای پزشکی و پیراپزشکی جامعه‌نگر شد. قوانین مهم دیگری نیز در مجلس شورای اسلامی به تصویب رسید که همه باعث ارتقاء کمی و کیفی خدمات مبارزه با بیماری‌ها گردید.

تحلیل وضعیت

در دهه‌های گذشته بیماری‌های واگیر از نظر میزان ابتلا و مرگ و میر در رأس همه بیماری‌ها قرار داشت. امروزه در اثر مبارزه پیگیر، این بیماری‌ها جای خود را به امراض و علل دیگری داده‌اند. موفقیت در امر مهار، حذف و ریشه کنی بیماری‌های واگیر در کشور از طریق اجرای راهبردهای زیر به‌دست آمده است:

- ۱- کسب تعهد سیاسی
- ۲- عزم ملی و خواست همگانی مردم
- ۳- ایجاد هماهنگی و همکاری بین همه بخش‌های توسعه
- ۴- عدالت اجتماعی

کسب تعهد سیاسی

آنچه در این مقوله جای می‌گیرد، عبارت است از تصویب قوانین و وضع مقررات تشویقی یا بازدارنده که در تعهد دولت‌ها و مجلس‌ها است و از سال‌ها پیش در تاریخ مبارزه با بیماری‌ها به چشم می‌خورد. نخستین بیماری واگیر که واکسن آن کشف شد، آبله بود. امر آبله کوبی توسط میرزائقی خان امیرکبیر اجباری اعلام و استنکاف از آن موجب تنبیه مالی و بدنی می‌شد.

در این زمینه قوانینی نیز از مجلس گذشته که نشان از تعهد سیاسی و التزام دولت در کنترل بیماری‌های واگیر است. تصویب قانون شیوه جلوگیری از شیوع بیماری‌های آمیزشی و بیماری‌های واگیردار در سال ۱۳۲۰ و اصلاح آن در سال ۱۳۴۷ و تصویب قانون مایه کوبی عمومی به‌طور اجباری در سال ۱۳۲۲ شمسی، از اهم این قوانین است. آخرین نمونه‌ای که از این نوع قوانین دیده می‌شود، قانون واکسیناسیون اجباری کزاز دختران قبل از ازدواج است که اجرای آن موجب حذف بیماری کزاز نوزادی شد.

قوانین فوق در جای خود بستری برای تصویب آیین‌نامه‌های اجرایی دولت برای کنترل، حذف و ریشه کنی بسیاری از بیماری‌ها فراهم آورد. تصویب ردیف‌های اختصاصی مالی در قوانین بودجه‌های سالانه، برای مبارزه با بیماری‌ها، نام بیماری‌هایی نظیر مالاریا و سایر امراض را می‌توان در این زمینه ذکر کرد.

علاوه بر آن صدور بخشنامه‌های اختصاصی ریاست جمهوری نیز در حمایت از برنامه ریشه کنی

فلج اطفال در ایران، حائز اهمیت و شایان توجه است.

عزم ملی و خواست همگانی مردم

بالا رفتن سطح سواد، آگاهی، نگرش و عملکرد مردم نسبت به مسائل بهداشتی و روش‌های پیشگیری از بیماری‌ها، عامل مهم دیگری است که موجب دخالت یکپارچه مردم در مراحل برنامه‌ریزی، اجراء و ارزشیابی برنامه‌های بهداشتی گردیده و دستیابی به اهداف از پیش تعیین شده را محقق ساخته است.

ایجاد هماهنگی و همکاری بین همه بخش‌های توسعه

این مهم از طریق برگزاری جلسات متعدد توجیهی در سطح مدیران ارشد سایر دستگاه‌های توسعه ممکن گردید. هم‌چنین ارتقاء و پیشرفت سایر بخش‌های توسعه در زمینه‌های:

- گسترش آموزش و پرورش و بالا رفتن سطح سواد مردم
 - گسترش راه‌های مواصلاتی و سهولت دسترسی به خدمات
 - گسترش شبکه‌های سراسری برق رسانی، مخابرات، شبکه‌های صدا و سیما
- و بهره‌مندی از امکانات فوق، تأثیر به سزایی در موفقیت برنامه مبارزه با بیماری‌ها داشته است.

عدالت اجتماعی

توجه به مفهوم عدالت در سلامت و برنامه‌ریزی کلان در بهره‌مندی تمام اقشار جامعه، از خدمات ارائه شده توسط نظام سلامت و از آن جایی که سود اجرای برنامه‌های مبارزه با بیماری‌ها به‌طور عادلانه در تمام نقاط کشور، نصیب همه مردم گردیده است، برنامه‌ها را با اقبال عمومی در سطح بالا مواجه کرده است.

دست آوردها

دستیابی به ریشه کنی، حذف یا مهار بیماری‌های زیر، از دست آوردهای قابل افتخار در حیطه بهداشت و درمان کشور است:

- ریشه کنی آبله

- ریشه کنی پیوک
- حذف شپستوزومیاژیس
- ریشه کنی فلج اطفال
- حذف سرخک
- حذف جذام
- حذف کزاز نوزادی
- مهار دیفتري
- مهار سپاه سرفه
- حذف بیماری های هاری انسانی
- مهار لپتوسپیروز
- کنترل بیماری سل
- برقراری نظام مراقبت بیماری ها (به طور فراگیر، کارا و حساس) که می تواند بروز هر گونه بیماری های واگیر را به سرعت شناسایی و اعلام کند.
- جلب همکاری فعالانه رسانه های جمعی در اطلاع رسانی به جامعه
- پوشش های بالای همه واکسن ها
- تدوین قوانین و مقررات حمایتی از برنامه های مبارزه با بیماری های واگیر و کسب تعهد سیاسی دولت و مجلس
- دست یابی به همه اهداف بین المللی متخذه از طرف سازمان جهانی بهداشت و اهداف هزاره سوم صندوق جهانی

چالش ها

- مرکز مدیریت بیماری ها تنها مرکزی است که انجام وظایف آن نیازمند مداخله های فوری، برق آسا و آنی است. لذا نا آشنا بودن معاونت های مسئول وزارتخانه با ماهیت وجودی این مرکز که گاه و بی گاه مبادرت به کوچک کردن ساختار تشکیلاتی و حذف استقلال مالی آن می کنند، می تواند باعث خسارت های جبران ناپذیر و خدشه دار کردن حیثیت سیاسی کشور در عرصه بین المللی شود. سایر چالش ها عبارتند از:

- عدم تناسب ساختار تشکیلاتی با حجم برنامه‌های مرکز مدیریت بیماری‌های واگیر
- وجود نا امنی‌ها و جنگ‌های داخلی در منطقه که دولت‌های منطقه را در مبارزه با بیماری‌های واگیر دچار مشکل نموده است.
- نارسایی سیستم‌های آب و فاضلاب در بعضی مناطق کشور
- نارسا بودن برنامه‌های سازمان‌ها و دستگاه‌های کشور در بهداشتی کردن دامداری‌ها و کشتارگاه‌ها و ممانعت از ورود و خروج غیر قانونی دام‌ها و طیور درون و برون مرزی
- دور بودن آموزش از اجرا و عدم توجه لازم و کافی به دروس بهداشتی در دانشگاه‌های علوم پزشکی
- نبود درسنامه‌های مناسب برای تدریس بیماری‌های بومی و شایع کشور (علی‌رغم ادغام آموزش با بهداشت)
- جامعه نگر نبودن محتوای درسی دانشکده‌های پزشکی و پیراپزشکی
- نارسا بودن خدمات آزمایشگاهی برای تشخیص به هنگام و فوری بیماری‌های واگیر در بعضی از شهرستان‌ها
- نارسا و کند بودن اقدامات برخورد با متخلفین از مقررات بهداشت محیط.
- محدودیت‌های اجتماعی و فرهنگی موجود در ارائه آموزش‌های پیشگیری ^۱ HIV / ایدز ۲.
- دشواری دسترسی به گروه‌های در معرض خطر HIV / ایدز
- حضور مهاجرین غیر قانونی و جابجایی و ترس آن‌ها از مراجعه به مراکز درمانی
- انجام درمان‌های ناقص بیماری سل، در اثر عدم آشنایی بعضی کادرهای درمانی در بخش خصوصی

آینده نگاری حیطه و ترسیم افق چشم انداز

- ایرانی بدون خطر بیماری‌های واگیر و ارتقاء دانش و آگاهی و عملکرد ایرانیان در زمینه پیشگیری از ابتلا به بیماری‌های واگیر به میزان صد درصد
- وجود ایرانی بدون بیماری‌های قابل پیشگیری با واکسن و قرارداد همه واکسن‌های جدید

¹ Human Immunodeficiency Virus

² Acquired Immunodeficiency Disease Syndrome

در برنامه ایمنسازی کشور

- انجام برنامه‌های واکسیناسیون معلولین شیمیایی و قطع نخاع و نیز برنامه واکسیناسیون بزرگسالان
 - حذف عفونت‌های بیمارستانی و تأمین محیط پاک و امن و عاری از آلودگی در کلیه بخش‌های بیمارستان‌ها
 - حذف سرخجه مادرزادی، ریشه کنی بروسلوز، حذف مالاریا، کنترل هاری در حیات وحش و ریشه کنی هاری انسانی
 - مشارکت دادن جامعه در به ثمر نشستن برنامه‌ها
 - آمادگی کامل برای برخورد با بیماری‌های بازپدید و نوپدید
 - آمادگی کامل کشور برای کشف سریع حملات بیوتروریستی
 - توقف گسترش عفونت HIV ایدز و معکوس کردن رشد آن
 - آگاهی صددرد مردم از بیماری سل و موازین پیشگیری از آن
 - آگاهی صددرد ارائه دهندگان خدمات بهداشتی - درمانی در مورد پیشگیری و درمان بیماری‌های سل، ایدز، آنفولانزا و سایر بیماری‌های مهم
 - تحقق اهداف برنامه مقررات بهداشتی بین‌المللی IHR¹ (به گونه‌ای که هیچ عامل عفونی، هسته‌ای و شیمیایی نه به کشور نفوذ کند و نه از کشور صادر شود).
 - پیشگیری از ورود و استقرار مجدد بیماری‌های ریشه کن شده در کشور
 - نگهداری وضعیت تمام بیماری‌ها در مرحله ریشه کنی، حذف و یا کنترل (که برحسب هدف مبارزه به آن دست یافته‌اند).
 - تأسیس آزمایشگاه‌های مرجع بین‌المللی تشخیص بیماری‌های بومی و نوپدید و بازپدید
 - کمک به کشورهای همسایه در مبارزه با بیماری‌های واگیر
- مرکز مدیریت بیماری‌های واگیر در افق ۲۰ ساله بزرگ‌ترین مرکز کنترل بیماری‌های واگیر در منطقه مدیترانه شرقی، شمال آفریقا و آسیا است که می‌تواند به‌عنوان مرجعی برای رایزنی و کمک به همه کشورها برای دفع خطر بیماری‌های واگیر باشد. این مرکز با برخورداری از

¹ Intenational Health Regulation

حمایت دولت جمهوری اسلامی ایران می‌تواند علاوه بر مهار، حذف و ریشه‌کنی هر بیماری واگیر با توجه به وضعیت دانش روز در جنب خود، از چنان نظام مراقبتی برخوردار شود که مرجعی منطقه‌ای برای اجرای مقررات بهداشتی بین‌المللی گردد و همچنین می‌تواند با داشتن یک شبکه گسترده پیشرفته آزمایشگاهی مجهز به آخرین و پیشرفته‌ترین فناوری‌های روز، مرجعی برای شناسایی عوامل بیماری‌زا در خدمت سایر کشورها باشد.

این مرکز در ۳۰ سال آینده، به حول و قوه الهی برترین دانشمندان و متخصصان ایران و جهان را جذب می‌کند و یک مرکز بزرگ بین‌المللی آموزشی و پژوهشی خواهد شد.

ایمن سازی

تاریخچه

ایمن سازی یکی از با سابقه ترین، بزرگ ترین و موفق ترین مداخلات بهداشتی اثر گذار در نظام سلامت کشور است.

اولین گزارشات از سابقه مصرف واکسن در کشور، از استفاده از واکسن آبله در سال ۱۲۰۱ شمسی، حکایت دارد. در سال ۱۳۲۲ قانون مایه کوبی همگانی علیه بیماری آبله به تصویب مجلس شورای ملی رسید و به دنبال آن واکسیناسیون گروه های هدف انجام شد. واکسن های مورد نیاز علیه بیماری های دیفتی، سیاه سرفه، کزاز، فلج اطفال و سرخک در سال های اولیه اجرای واکسیناسیون، از خارج از کشور وارد می شد.

جدول شماره ۵- دول نوع واکسن و سال تولید آن در ایران

نوع واکسن	خوراکی فلج اطفال	دیفتی	سیاه سرفه	سرخک	MMR ^۱	هیپاتیت
سال تولید	۱۳۵۴	۱۳۲۰	۱۳۲۸	۱۳۴۶	۱۳۸۲	۱۳۸۹

پس از پیروزی انقلاب اسلامی ایران در سال ۱۳۵۷ و در راستای اعلامیه آلماتا (۱۹۷۸ میلادی)، گام های بلندی برای ایجاد توسعه شبکه خدمات بهداشتی اولیه (PHC) برداشته شد. هم سو بودن مفاد اعلامیه آلماتا با آرمان های انقلاب، از جمله عوامل مساعد کننده برای رشد سریع شبکه های مراقبت های اولیه بهداشتی - درمانی در کشور بود.

از سال ۱۳۶۲ تلاش برای تقویت ایمن سازی کودکان با محوریت تقویت تولید داخلی واکسن آغاز گردید و برنامه توسعه ایمن سازی (EPI)^۲ از سال ۱۳۶۳ رسماً به عنوان یک جزء اساسی از فعالیت های مراقبت های اولیه بهداشتی - درمانی آغاز شد. در سال ۱۳۷۲، واکسن هیپاتیت B به برنامه EPI اضافه شد و در سال ۱۳۸۳ واکسن MMR جایگزین سرخک گردید. توسعه مراکز بهداشتی - درمانی و خانه های بهداشت در مناطق روستایی کشور، تربیت و به کارگیری کارکنان بهداشتی مورد نیاز به ویژه بهورز و تشکیل وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی،

^۱ Measles , Mumps, Rubella

^۲ Expanded Program of Immunization

زمینه تربیت پزشکان و نیروهای تخصصی مورد نیاز، را فراهم کرد. فراهم کردن تجهیزات زنجیره سرما و خودروهای مورد نیاز نظام بهداشتی، از دیگر اقدامات ضروری برای رساندن خدمات ایمن سازی به نقاط صعب العبور و دورافتاده روستایی بود که به خوبی تأمین شد. حاصل تمام این تلاش‌ها افزایش پوشش ایمنسازی کودکان زیر یک سال کشور به بیش از ۹۰ درصد در سال ۱۳۷۰ و بالای ۹۵ درصد در سال ۱۳۸۰ بود.

تحلیل روند تغییرات

در حال حاضر تمام کودکان کشور علیه بیماری‌های دیفتري، سیاه سرفه، کزاز، فلج اطفال، سرخک، سرخچه، اوریون، سل و هیپاتیت B، واکسینه می‌شوند. بیماری‌های سرخک، سرخچه مادرزادی و کزاز نوزادی در مرحله حذف قرار دارند، ۱۲ سال است که کشور عاری از بیماری فلج اطفال است و بیماری‌های دیفتري، سیاه سرفه و اوریون کنترل شده‌اند. میزان حاملین مزمن هیپاتیت B از ۳ درصد در سال ۱۳۷۰، به کمتر از ۲ درصد در سال ۱۳۸۸، کاهش یافته است. کلیدی‌ترین راهبرد برای دستیابی به دست آوردهای مذکور، ایمن‌سازی جاری و پایش پوشش‌های ایمن‌سازی است. هدف برنامه گسترش ایمن‌سازی دستیابی و حفظ پوشش حداقل ۹۵ درصد در هر شهرستان و پوشش کشوری ۹۸ درصد می‌باشد. جدول ذیل پوشش ایمن‌سازی را در سال اول شروع برنامه و در سال ۱۳۹۱، نشان می‌دهد:

جدول شماره ۶- پوشش ایمن‌سازی کودکان زیر یک سال در آغاز

برنامه EPI (۱۳۶۳) و ۱۳۹۱

سال	ب ث ژ	ثلاث ۳	پولیو ۳	سرخک	هیپاتیت ب ۳
۱۳۶۳	۱۰/۴ درصد	۳۳ درصد	۳۴ درصد	۳۸/۳ درصد	-
۱۳۹۱	۹۹ درصد	۹۹ درصد	۹۹ درصد	۹۸ درصد	۹۹ درصد

دست آوردها

این موفقیت‌ها با بهره‌گیری از امکاناتی به شرح ذیل حاصل شده است:

- تعهد سیاسی دولت و مجلس با تصویب قوانین حمایتی و تأمین اعتبارات مالی لازم با

تخصیص در بودجه رسمی کشور، برای خرید واکسن از خارج، آموزش و استخدام نیروهای سیار و ثابت و تأسیس انستیتوهای تحقیقاتی پاستور و رازی برای تولید واکسن در داخل کشور

- وظیفه شناسی کارکنان محیطی در عرض ۵۰ سال گذشته که با تحمل همه مشکلات جغرافیایی و جوی، واکسن‌ها را در اقصی نقاط کشور به گروه‌های کودکان تلقیح نموده‌اند.
- توانایی علمی، شناخت دقیق جغرافیای کشور، باور و اعتقاد مدیران در ستاد مرکزی وزارت بهداشت و دانشگاه‌های علوم پزشکی کشور که در طول ۵۰ سال اخیر بهترین و عملیترین برنامه‌ها را برای اجرای این مداخله موفق برنامه‌ریزی و اجراء نموده‌اند.
- توانایی علمی اساتید دانشمند که واکسن‌های لازم برنامه را در داخل کشور تهیه کردند تا نیاز برنامه با ارزان‌ترین قیمت فراهم گردد.

- حمایت‌های مادی و معنوی مدیران ارشد و سیاست‌گذاران کشوری
- وجود شبکه خدمات بهداشتی - درمانی با پوشش بالای ۹۵ درصد در مناطق روستایی کشور

- برقراری زنجیره سرمای مناسب و حفظ کیفیت آن از سطح سردخانه مرکزی واکسن تا محل تلقیح در مراکز شهری و روستایی، و تأمین خودروهای سردخانه دار برای حمل واکسن و یخچال‌های نگهداری واکسن

- برنامه‌ریزی برای دستیابی به اهداف با استفاده از تصمیمات اعضای کمیته کشوری ایمن‌سازی

- اجرای برنامه‌های منظم و مستمر توسط نیروهای محیطی در امر پیاده کردن برنامه‌های ایمن‌سازی

- اجرای برنامه‌های مستمر پایش و ارزیابی از چگونگی روند برنامه‌ها
- کیفیت بالای برنامه ایمن‌سازی کودکان در کنار پوشش بالای ایمن‌سازی، سبب مهار، حذف و ریشه کنی بیماری‌های هدف، در سطح کشور شده است

چالش‌ها

- فرسودگی زنجیره سرد برای نگهداری و حمل و نقل واکسن (اتومبیل سرد خانه دار،

- سردخانه‌های استانی و شهرستانی، یخچال‌های مراکز و خانه‌های بهداشت، ...)
- عدم روزآمد سازی مناسب در مؤسسات تولید کننده واکسن کشور به منظور ارتقاء کیفیت تولید واکسن و یا ساخت واکسن‌های جدید
- عدم استفاده از واکسن‌های جدید علیه بیماری‌هایی مانند هموفیلوس آنفلوانزا، اسهال‌های روتاویروسی، پنوموکوک، این واکسن‌ها بر خلاف واکسن‌های قدیمی از قیمت بالاتری برخوردار هستند.
- کمبود نیروی انسانی، بازنشستگی نیروهای مجرب وعدم جایگزینی آن‌ها در زمینه‌های مورد نیاز.
- افزایش تعداد برنامه‌های بهداشتی و رقابت بین آن‌ها به دلیل کمبود منابع مالی و انسانی.
- ضعف مشارکت پزشکان بخش خصوصی، در نظام مراقبت بیماری‌ها و کم گزارش دهی بیماری‌ها.
- شیوع بالای بیماری‌های قابل پیشگیری با واکسن در کشورهای همسایه به علت پایین بودن پوشش ایمن‌سازی در آن کشورها و احتمال ورود مجدد بیماری‌ها، مانند فلج اطفال در اثر تردهای بین‌المللی.

آینده‌نگاری حیطه و ترسیم افق چشم‌انداز

با پیشرفت علم وساخت واکسن‌های جدید، لزوم افزودن واکسن‌های جدید به برنامه ایمن سازی اولیه EPI، امری ضروری است، به‌طوری که به مرور، افزایش تعداد کشورهای استفاده کننده از واکسن‌های جدید به چشم می‌خورد. برای ارتقاء سطح برنامه‌های واکسیناسیون در کشور، ملاحظات ذیل در بهبود وضعیت مراقبت و کنترل بیماری‌های قابل پیشگیری با واکسن مؤثر هستند و وزارت بهداشت نیز هم سو با جدیدترین توصیه‌های علمی، اجرای برنامه‌های آن‌ها را پیگیری می‌کند:

- حفظ و تقویت دست آوردهای جاری مانند ریشه کنی فلج اطفال، حذف سرخک، حذف سندرم سرخجه مادرزادی و حذف کزاز نوزادی.
- افزایش پوشش ایمن‌سازی در تمام مناطق دور از دسترس مناطق روستایی و مناطق حاشیه نشین شهرهای بزرگ و اجرای برنامه‌های ایمن‌سازی تکمیلی برای واکسن‌های مورد

نیاز.

- ارتقاء پوشش واکسیناسیون در جمعیت مهاجرین و اتباع بیگانه که به کشور وارد می‌شوند.
- تجهیز سردخانه‌های مرکزی واکسن و همچنین مراکز بهداشت استان و شهرستان‌ها به ابزارهای مدیریتی با استفاده از برنامه‌های نرم افزاری رایانه‌ای، استفاده از فضای وب و ترمومترهای دیجیتال (در حال حاضر نیز ایران اولین کشور پیشرو در منطقه بوده که از نرم افزار مبتنی بر وب VSSM^۱ برای مدیریت سردخانه‌های مرکزی و دانشگاه‌ها، استفاده می‌کند).

- استفاده از واکسن دو ظرفیتی فلج اطفال برای عملیات واکسیناسیون تکمیلی و واکسن تک ظرفیتی برای آمادگی مقابله با ورود مجدد ویروس وحشی فلج اطفال.

- تقویت پژوهش‌های کاربردی در زمینه اثربخشی واکسیناسیون و ارتقاء کیفیت برنامه، جایگزینی استفاده از واکسن آسلولار سیاه سرفه، هزینه-اثربخشی و هزینه-فایده واکسن‌های جدید (با ارجحیت روتاویروس و پنوموکوک)، در جهت تقویت کمیته کشوری ایمن‌سازی برای تصمیم‌گیری مبتنی بر شواهد.

- ادغام واکسن هموفیلوس آنفلوانزا تیپ b، در برنامه واکسیناسیون جاری کودکان از سال ۱۳۹۲.

- جایگزینی استفاده از واکسن‌های چند ظرفیتی (پنتاوالان) در برنامه گسترش ایمن‌سازی به‌جای استفاده از واکسن‌های فعلی در جهت کاهش بار مراجعات به مراکز واکسیناسیون، کاهش تزریقات مربوط به واکسن و در نتیجه کاهش عوارض حاصله ناخواسته و کاهش میزان سرنگ و سرسوزن مصرفی.

- جلب مشارکت پزشکان (بخش دولتی و غیر دولتی) در نظام مراقبت برای گزارش‌دهی موارد بیماری‌ها.

¹ VSSM, Vaccinations Supplies Stock Management

فلج اطفال

تاریخچه

فلج اطفال (پولیومیلیت)^۱، بیماری ویروسی به شدت مسری است که با حمله به دستگاه عصبی، باعث فلج و ناتوانی می‌شود. با توجه به موفقیت به دست آمده در ریشه‌کنی بیماری آبله که در سال ۱۹۸۰ میلادی و به دنبال مشارکت همه ملت‌ها نصیب جامعه بشری شد، مجمع عمومی بهداشت جهانی در چهل و یکمین اجلاس خود در سال ۱۹۸۸ میلادی، سازمان جهانی بهداشت را مکلف نمود که بیماری فلج اطفال را تا سال ۲۰۰۰ میلادی (۱۳۷۹ هـ.ش) در سراسر جهان ریشه کن کند. در زمان تصویب این قطع نامه، در بیش از ۱۲۵ کشور جهان، سالانه بیش از ۴۰ میلیون نفر به این بیماری مبتلا می‌شدند و ۳۵۰۰۰۰ نفر برای تمام عمر فلج باقی می‌ماندند.

در آن زمان به دلیل فقدان نظام مراقبت دقیق، آمار دقیقی از بروز موارد بیماری فلج اطفال در دست نبود ولی برآورد می‌شود که در دهه ۱۳۵۰ شمسی، سالانه ۵۰۰-۱۰۰۰ مورد بیماری فلج اطفال در ایران رخ داده است. در سال ۱۳۵۷ وزارت بهداشتی وقت، ۲۱۰۰ مورد فلج اطفال را ثبت کرده است.

تحلیل روند تغییرات

در ایران برای مبارزه با بیماری فلج اطفال، وزارت بهداشتی وقت از سال ۱۳۴۶ اقدام به خرید واکسن خوراکی فلج اطفال کرد و این واکسن در برنامه جاری ایمن‌سازی کودکان کشور قرار گرفت. مؤسسه رازی در سال ۱۳۴۹ به فکر تهیه واکسن خوراکی فلج اطفال افتاد. این موضوع برای اولین بار توسط زنده یاد پروفسور میرشمسی مطرح شد. با تلاش مجدانه ایشان، در سال ۱۳۵۳، واکسن خوراکی فلج اطفال ساخت ایران، مورد تأیید سازمان جهانی بهداشت قرار گرفت.

به دلیل پوشش پایین شبکه‌های بهداشتی - درمانی در کشور، متاسفانه واکسیناسیون کودکان علیه بیماری فلج اطفال از پوشش بالایی برخوردار نشد. پس از پیروزی انقلاب اسلامی و

^۱ Poliomyelitis

تصویب برنامه گسترش ایمن سازی (EPI) و تشکیل شبکه مراقبت های اولیه بهداشتی - درمانی (PHC)، شرایط بهداشتی کشور و پوشش ایمن سازی به سرعت ارتقاء یافت و در نتیجه بروز فلج اطفال در کشور روند نزولی طی کرد، به نحوی که بروز فلج اطفال از سال ۱۳۵۷ به بعد، به کم تر از ۱۰۰ مورد در سال کاهش یافت.

شاخص ها

راهبردهای سازمان جهانی بهداشت برای ریشه کنی فلج اطفال، در ۴ محور کلی طبقه بندی می شوند:

۱- پوشش بالای ایمن سازی جاری با واکسن فلج اطفال

به طوری که حداقل ۹۵ درصد کودکان هر شهرستان باید نوبت سوم واکسن فلج اطفال را دریافت کرده باشند.

۲- عملیات ایمن سازی تکمیلی

در شرایط خاص به تمام کودکان زیر ۵ سال بدون توجه به سابقه ایمن سازی قبلی، مجدداً دو نوبت قطره خوراکی فلج اطفال با فاصله ۴ هفته تجویز می شود. در ایران عملیات ایمن سازی تکمیلی در سال ۱۳۷۳، با ایمن سازی ۱۰ میلیون کودک زیر ۵ سال در عرض یک روز به عنوان روز ملی ایمن سازی آغاز و تا سال ۱۳۷۷ سالانه ۲ دوره ادامه یافت. پس از آن عملیات ایمن سازی تکمیلی منطقه ای^۱ به صورت ۲ دوره در سال آغاز شد و هم چنان ادامه دارد.

۳- آمادگی و پاسخ فوری به هر طغیان فلج اطفال

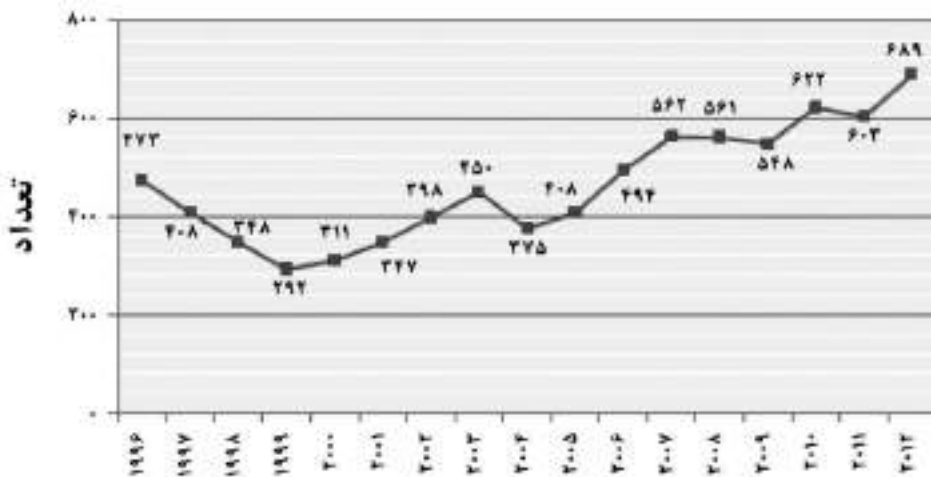
برای این منظور، راهنمای کشوری آمادگی برای کشف موارد وارده ویروس وحشی پولیو و مقابله با آن تهیه و به تصویب کمیته کشوری تأیید ریشه کنی فلج اطفال، رسید.

¹ Sub-National Immunization Days

۴-نظام مراقبت فلج شل حاد

برای اطمینان از کشف تمام موارد احتمالی فلج اطفال، تمام افراد زیر ۱۵ سال دچار فلج شل حاد و تمام افراد مظنون به فلج اطفال در هر سن، باید در نظام مراقبت فلج شل حاد گزارش شده و مورد جست و جو و بررسی دقیق قرار گیرند. انتظار می‌رود به ازای صدهزار نفر جمعیت زیر ۱۵ سال، حداقل یک مورد فلج شل حاد غیرپولیویی کشف و گزارش شود. در سال ۲۰۱۲ میلادی در مجموع ۶۸۹ مورد فلج شل حاد در ایران شناسایی و گزارش شد که معادل ۳/۵ در صد هزار نفر جمعیت زیر ۱۵ سال است.

با اجرای موفقیت آمیز اقدامات فوق‌الذکر، جمهوری اسلامی ایران موفق شد در سال ۱۳۷۶ (۱۹۹۷ میلادی)، چرخش ویروس بومی مولد بیماری را متوقف سازد. آخرین مورد شناسایی ویروس وحشی وارده نیز در سال ۱۳۷۹ (۲۰۰۰ میلادی) بود. بدین ترتیب، پاک بودن کشور از بیماری فلج اطفال از سال ۱۳۸۰ (۲۰۰۱ میلادی)، به تایید سازمان جهانی بهداشت رسیده و این تأییدیه به صورت سالانه و پس از بررسی سند سالانه‌ای که در این زمینه به دفتر منطقه مدیترانه شرقی آن سازمان (EMRO^۱) ارائه می‌گردد، تمدید می‌شود.



نمودار شماره ۴- فراوانی موارد فلج شل حاد شناسایی شده در کشور ۲۰۱۲ - ۱۹۹۶

¹ Eastern Mediterranean Region Organization

دست آوردها

دستیابی به وضعیت ایران عاری از فلج اطفال و دریافت تأییدیه سازمان جهانی بهداشت و حفظ این وضعیت از سال ۱۳۸۰ (۲۰۰۱ میلادی) تا کنون.

چالش‌ها

- ۱- عدم تناسب اعتبارات تخصیص یافته با گستردگی برنامه.
- ۲- هم‌جواری با دو کشور پولیوآندمیک (افغانستان و پاکستان) و تردد غیرقانونی اتباع این کشورها به داخل مرزهای ایران که استمرار خطر ورود ویروس فلج اطفال را به همراه دارد.
- ۳- همکاری ناکافی بخش خصوصی در گزارش به موقع تمام موارد فلج شل حاد.

آینده نگرانی حیطه و ترسیم افق چشم انداز

براساس هدف ریشه کنی جهانی، کشور ما باید بتواند وضعیت عاری از فلج اطفال را تا زمان تحقق ریشه کنی جهانی برنامه حفظ نماید. علی‌رغم خطر مستمری که از بابت ورود موارد بیماری از کشورهای آلوده به داخل کشورهای عاری از فلج اطفال از جمله ایران وجود دارد، در صورت حفظ پوشش مناسب ایمن‌سازی جاری (به میزان بیش از ۹۵ درصد) و عملکرد مناسب نظام مراقبت فلج شل حاد، در کشف موارد احتمالی که منجر به کشف و پاسخ‌دهی مناسب خواهد شد، امکان تداوم وضعیت فعلی وجود دارد.

سرخک^۱

تاریخچه

در جمهوری اسلامی ایران، ایمن‌سازی علیه بیماری سرخک از سال ۱۳۴۵، به‌طور آزمایشی در حومه تهران شروع و برنامه رسمی ایمن‌سازی سرخک با همکاری مشترک وزارت بهداشتی وقت و انستیتو تحقیقات بهداشتی در سال ۱۳۴۶، به‌صورت اجرایی آغاز گردید و از سال ۱۳۴۹ نیز تولید واکسن سرخک با همکاری وزارت بهداشتی وقت و انستیتو رازی شروع شد. پس از پیروزی انقلاب اسلامی در سال ۱۳۶۳ با شروع برنامه‌های گسترده ایمن‌سازی و آموزش وسیع نیروهای بهداشتی، برنامه‌های ایمن‌سازی و از جمله ایمن‌سازی علیه سرخک، اوج گرفت و کاهش بیماری حالت بسیار چشمگیری پیدا کرد.

سرخک بیماری ویروسی بسیار کشنده و از مسری‌ترین بیماری‌های عفونی با علائم اولیه تب، آب ریزش از بینی، ورم ملتحمه چشم و سرفه و متعاقب آن‌ها بروز بثورات پوستی است که بیش از ۹۰ درصد از افراد حساس در تماس نزدیک با بیمار را آلوده می‌کند. قبل از استفاده از واکسن، بیماری در کلیه جوامع بومی بود و هر ۵-۳ سال به علت تجمع افراد حساس، یک همه‌گیری ایجاد می‌کرد.

از آنجا که بیماری مخزن مهمی غیر از انسان ندارد، حذف آن با بهره‌گیری از برنامه گسترده ایمن‌سازی و استفاده از واکسن‌های بسیار مؤثر فعلی، جزو اولویت‌های سازمان جهانی بهداشت است و در دستور کار کشورهای مختلف جهان قرار دارد. در حال حاضر در منطقه مدیترانه شرقی، هدف حذف بیماری سرخک تا سال ۲۰۱۵ میلادی، در دستور کار قرار دارد. این بدان معنی است که در عین برقراری و عملکرد استاندارد نظام مراقبت، باید حداقل به‌مدت ۱۲ ماه هیچ موردی از بیماری با ویروس بومی سرخک، رخ ندهد.

تحلیل روند تغییرات

قبل از انقلاب اسلامی در ایران (تا سال ۱۳۵۰)، حدود ۳۷ درصد جمعیت در معرض خطر کشور، علیه سرخک واکسینه شده بودند و تعداد موارد به حدود ۵۷۵۴۷ می‌رسید. با ادامه

¹ Measles

واکسیناسیون و با شروع برنامه EPI در سال ۱۳۶۳، واکسن سرخک در دو نوبت در سنین ۹ و ۱۵ ماهگی مورد استفاده قرار گرفت. با افزایش پوشش واکسیناسیون کودکان، به تدریج موارد بیماری کاهش یافت و بیماری تحت کنترل درآمد. وضعیت همه گیر (اپیدمیولوژیک) بیماری سرخک طی سال‌های ۱۳۷۵ لغایت ۱۳۸۱ تغییر پیدا کرد و اکثر موارد بیماری در سنین بلوغ و پس از آن رخ می‌داد و موارد قطعی ابتلا به بیماری نیز بالاتر از حد انتظار بود. در سال ۱۳۸۱، نظام مراقبت، بیماری‌ها ۱۱ هزار مورد بثورات تب‌دار را شناسایی کرد. فقط نیمی از آن‌ها از نظر آزمایشگاهی مثبت بودند. با انجام واکسیناسیون همگانی سرخک و سرخچه در زمستان سال ۱۳۸۲ برای گروه سنی ۵ تا ۲۵ سال کشور و واکسیناسیون ۳۳ میلیون نفر در طی یک ماه، شیوع بیماری در نقاط مختلف کشور، به شدت کاهش یافت. با تقویت نظام مراقبت بر مبنای گزارش و بررسی اپیدمیولوژیک کامل هر مورد تب و بثورات جلدی ماکولوپاپولر به‌عنوان موارد مشکوک به سرخک، تعداد موارد مشکوک شناسایی شده سالانه ارتقاء یافت و در سال ۱۳۹۱، به حدود ۴۰۰۰ نفر افزایش پیدا کرد که تنها ۲۳۴ مورد سرخک تأیید شد که اکثریت آن‌ها مرتبط با ورود بیماری از پاکستان بودند. در همین سال اپیدمی وسیع بیماری سرخک در کشور پاکستان در جریان بود، به نحوی که تنها در یک ماه ۴۰۰۰ مورد سرخک تأیید شده آزمایشگاهی از پاکستان به سازمان جهانی بهداشت گزارش شد. به دنبال اجرای موفق عملیات واکسیناسیون همگانی سرخک و سرخچه، از ابتدای سال ۱۳۸۳ واکسن سرخک تنها از برنامه واکسیناسیون حذف شد و به جای آن واکسن MMR (سرخک، سرخچه و اوریون) در دو نوبت ۱۲ و ۱۸ ماهگی جایگزین گردید.

با توجه به تغییر هدف مراقبت بیماری سرخک از مرحله مهار به مرحله حذف ویروس سرخک در کشور، باید توجه و دقت زیادی در ارتقاء سطح پوشش واکسیناسیون نوبت اول و دوم واکسن MMR (بالاتر از ۹۵ درصد در سطح تمامی شهرستان‌ها) صورت گیرد. در مناطقی که پوشش واکسیناسیون کمتر از ۹۵ درصد باشد، احتمال بروز طغیان‌های سرخک وجود دارد؛ به‌طوری که از ابتدای سال ۲۰۱۲ میلادی، طغیان‌های کوچکی در برخی از مناطق جنوب شرقی کشور، به‌خصوص استان سیستان و بلوچستان رخ داده است.

برای دستیابی به هدف حذف بیماری و به دلیل این که دلایل متعددی برای بروز نمای بالینی تب و بثورات جلدی ماکولو پاپولر وجود دارد، اگر هیچ موردی از بیماری قطعی سرخک هم در

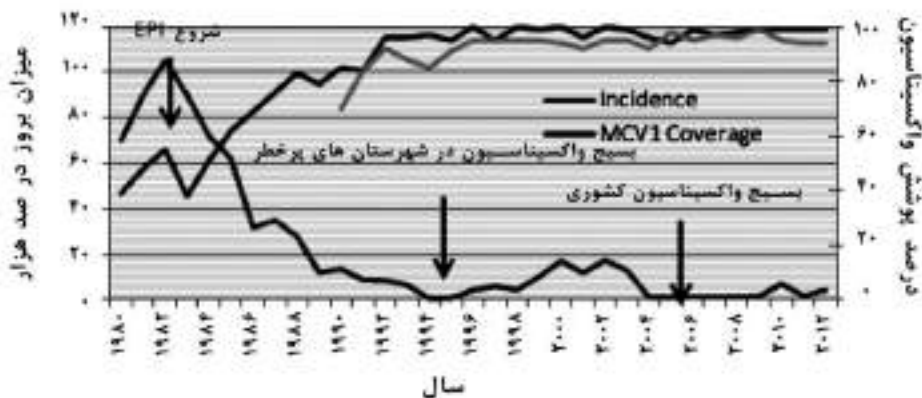
کشور وجود نداشته باشد، باید در همه استان‌های کشور به ازای هر یک صد هزار نفر جمعیت، حداقل ۲ مورد مشکوک به بیماری (دارای تب به همراه بثورات جلدی) شناسایی شود؛ زیرا در این صورت است که می‌توان اثبات کرد نظام مراقبت، فعال و حساس بوده و چنانچه موردی از بیماری سرخک رخ دهد، حتماً شناسایی و گزارش می‌شود.

تمامی موارد مشکوک گزارش شده، بلافاصله توسط کارشناسان نظام بهداشتی شهرستان مورد بررسی دقیق قرار گرفته و فرم‌های مربوطه به همراه نمونه سرمی که از مورد مشکوک تهیه شده، در عرض کمتر از ۵ روز به آزمایشگاه مرجع کشوری سرخک و سرخجه در دانشکده بهداشت دانشگاه علوم پزشکی تهران، تحویل می‌گردد. سوابق واکسیناسیون بیمار و اطرافیان بررسی و در صورتی که نیاز باشد، واکسیناسیون تکمیلی موارد تماس انجام می‌شود.

با بررسی وضعیت بیماری و اقدامات به عمل آمده، می‌توان گفت ایمن‌سازی جاری زیر بنای یک برنامه کنترلی، حذف یا ریشه‌کنی بیماری است. افزایش پوشش ایمن‌سازی و نگهداری آن در میزان‌های بالا (۹۵ درصد) در کاهش مرگ و میر و دستیابی به هدف حذف و ریشه‌کنی از اهمیت اساسی برخوردار است. مراقبت بیماری برای پایش تغییرات همه‌گیر (اپیدمیولوژیک) بیماری و برنامه‌ریزی، اهمیت دارد.

شاخص‌ها

- شناسایی موارد دارای تب و بثورات جلدی ماکولو پاپولار حداقل ۲ مورد در صد هزار نفر در کشور
- موارد تأیید شده سرخک کمتر از یک مورد در یک میلیون نفر جمعیت
- بررسی موارد دارای تب و بثورات شناسایی شده توسط تیم بررسی حداکثر ظرف ۴۸ ساعت
- تهیه نمونه‌های سرم، ادرار و گلو حداقل از ۸۰ درصد موارد و ارسال به موقع آن‌ها (ظرف حداکثر ۳ روز) به آزمایشگاه
- بررسی و تأیید آزمایشگاهی حداقل ۸۰ درصد طغیان‌ها



نمودار شماره ۵- فراوانی موارد مشکوک سرخک شناسایی شده

در کشور، سال ۱۳۹۱-۱۳۷۲

دست آوردها

- تغییر هدف مراقبت بیماری سرخک از مرحله کنترل به مرحله حذف ویروس سرخک در کشور

چالش‌ها

- ضعف زیر ساخت‌های بهداشتی کشورهای همسایه و رفت آمدهای بین مرزی غیرمجاز
- اتباع با کشورهای اندمیک بیماری (پاکستان، افغانستان و ...)
- کمبود اعتبار لازم جهت ارتقاء کیفیت و کمیت مراقبت بیماری و بررسی طغیان‌ها
- تغییر مداوم مدیران و پرسنل بهداشتی
- ضعف در جلب مشارکت پزشکان بخش خصوصی در گزارش موارد

آینده نگاری حیطه و ترسیم افق چشم انداز

- داشتن دنیایی عاری از بیماری‌های قابل پیشگیری با واکسن
- دستیابی به قطع چرخش ویروس‌های سرخک و سرخجه تا سال ۲۰۱۵ میلادی، با انجام واکسناسیون MMR

سرخجه و سندرم سرخجه مادرزادی

تاریخچه

سرخجه یک بیماری ویروسی خفیف است که اهمیت آن در عبور ویروس از جفت زنان باردار و توانایی آلوده‌سازی جنین و احتمال بروز سندرم سرخجه مادرزادی در نوزاد و یکی از علل قابل توجه اختلالات شنوایی، نابینایی و عقب ماندگی‌های ذهنی است. با ادغام واکسن MMR (سرخک، سرخجه و اوریون) در برنامه واکسیناسیون جاری کشور از سال ۱۳۸۲ و امکان دستیابی به پوشش‌های بالای این واکسن، ایمن‌سازی علیه سرخجه نیز در برنامه جاری واکسیناسیون قرار گرفت.

حذف ویروس سرخجه و سندرم سرخجه مادرزادی تا سال ۲۰۱۵ میلادی نیز، همگام با حذف سرخک، هدف گذاری گردید. در این راستا در سال ۱۳۹۱، یک بررسی سرولوژی از خانم‌های در سن بارداری در شرف ازدواج به عمل آمد که نتیجه حاصله، بیان کننده سطح ایمنی بالاتر از ۹۴ درصد بوده است. یافته‌های این مطالعه نشان از سهم بسیار اندک زنان حساس و مستعد در ابتلا به سرخجه دارد. با توجه به گستردگی کشور ایران و تفاوت معنی‌داری که بین مناطق مختلف کشور مشاهده گردید، تکرار این مطالعه سرواپیدمیولوژیک، به خصوص در مناطق پرخطر، ضروری است. در این راستا مراقبت سندرم سرخجه مادرزادی (CRS)^۱ نیز از سال ۱۳۸۴ در کشور راه‌اندازی و به اجرا در آمده است که تاکنون موردی از CRS یا (CRI)^۲ آلودگی به ویروس سرخجه بدون ظهور علائم شناسایی نشده است.

شاخص‌ها

شاخص مورد نظر در مراقبت سندرم سرخجه مادرزادی یافتن حداقل یک مورد مشکوک سندرم سرخجه مادرزادی به ازای هر ۱۰۰۰۰ تولد زنده می‌باشد.

^۱ Congenital Rubella Syndrom

^۲ Congenital Rubella Infection

جدول شماره ۷- تعداد موارد تأیید شده سرخجه بر حسب گروه

سنی در کشور (۲۰۱۱-۲۰۰۸ میلادی)

گروه سنی	۲۰۰۸	۲۰۰۹	۲۰۱۰	۲۰۱۱
زیر یکسال	۲	۲	۴	۲
۱-۴ سالگی	۳	۴	۷	۲
۵-۹ سالگی	۴	۰	۷	۵
۱۰-۱۴ سالگی	۱	۱	۰	۲
۱۵-۱۹ سالگی	۱	۲	۲	۲
۲۰-۲۴ سالگی	۰	۱	۱	۳
۲۵-۲۹ سالگی	۰	۰	۲	۱
۳۰ سالگی و بالاتر	۰	۰	۱	۱

آینده نگاری حیطه و ترسیم افق چشم انداز

با اضافه شدن واکسن سرخجه به برنامه ایمن سازی جاری کودکان، این بیماری در سال های نه چندان دور، به مرحله حذف خواهد رسید.

سیاه سرفه

بیماری سیاه سرفه که عامل آن میکروبی به نام برده تلا پرتوسیس^۱ می باشد، یکی از عوامل اصلی مرگ و میر و عوارض در دوران شیر خوارگی و کودکی است. این بیماری هنوز هم در کشورهای در حال توسعه شایع است و یکی از مهم ترین بیماری های کشنده و قابل پیشگیری با واکسن محسوب می شود. هر ساله حدود پنجاه میلیون مورد ابتلا به بیماری و سصد هزار مرگ و میر در اثر این بیماری در جهان اتفاق می افتد. میزان مرگ و میر شیرخواران در کشورهای در حال توسعه به ۴ درصد نیز می رسد. قبل از واکسیناسیون، بروز سالانه بیماری در کشورهای توسعه یافته به طور متوسط ۲۰۰-۱۵۰ مورد در صد هزار نفر جمعیت بوده است، که به دنبال واکسیناسیون گسترده در دهه های ۱۹۵۰ و ۱۹۶۰ میلادی این میزان کاهش قابل ملاحظه ای به میزان بیش از ۹۰ درصد داشته است. بنا به آمار رسمی سازمان جهانی بهداشت در سال ۲۰۰۳ میلادی، واکسیناسیون گسترده از ۳۸ میلیون ابتلا به بیماری سیاه سرفه و ۶۰۷ هزار مرگ ناشی از آن جلوگیری کرده است. در ایران نیز مشابه کشورهای توسعه یافته، اطلاعات مرکز مدیریت بیماری های واگیر نشان دهنده افزایش موارد بیماری در طی سال های اخیر است. هر چند بیش ترین موارد گزارش شده در گروه سنی کودکان، به ویژه در زیر یک سال بوده است، ولیکن با تقویت گزارشدهی موارد مشکوک، انتظار می رود گزارش موارد بیماری در بالغین نیز افزایش یابد.

تحلیل روند تغییرات

پس از پیروزی انقلاب اسلامی به دنبال اجرای برنامه EPI و ارتقاء پوشش واکسیناسیون به بالای ۹۵ درصد، بروز سیاه سرفه در ایران از ۴۰ مورد درصد هزار در سال ۱۳۵۷، به ۰/۱۴ مورد در صد هزار در سال ۱۳۸۳، رسیده است. براساس آخرین آمار در سال ۱۳۹۰، در مجموع ۸۵۴ مورد محتمل به سیاه سرفه از ۹ استان کشور گزارش شده است. بروز کلی بیماری در کشور ۱/۱۲ مورد در صد هزار نفر است. بیش ترین فراوانی و بروز با ۱۶۱ مورد از استان مازندران (بروز ۵/۲۲ مورد در صد هزار نفر) و پس از آن تهران (۱/۲ مورد در صد هزار نفر)، گزارش شده است.

^۱ Bordetella Pertussis

جدول شماره ۸- میزان بروز سیاه‌سرفه در صد هزار نفر جمعیت در کشور (۱۳۸۷-۱۳۷۰)

سال	۷۰	۷۱	۷۲	۷۳	۷۴	۷۵	۷۶	۷۷	۷۸
بروز	۱/۸	۱/۸	۰/۱۲	۰/۰۸	۰/۰۶	۰/۰۶	۰/۱۳	۰/۰۸	۰/۰۸
سال	۷۹	۸۰	۸۱	۸۲	۸۳	۸۴	۸۵	۸۶	۸۷
بروز	۰/۰۴	۰/۳	۰/۱	۰/۰۸	۰/۱۲	۰/۱۹	۰/۱۱	۰/۴	۱/۲۴

دست آوردها

این بیماری در مرحله مهار قرار گرفته است.

چالش‌ها

هر چند اجرای برنامه‌های وسیع واکسیناسیون توانسته میزان بروز و مرگ و میر بیماری را تا حد زیادی کنترل کند، ولیکن نتوانسته است گردش باکتری را متوقف کند و انتقال باکتری به گروه‌های سنی بالاتر، سبب چرخش مداوم عامل بیماری شده است. گروه‌های سنی بالغین عملاً به‌عنوان مخزن بیماری عمل می‌کنند و طغیان‌های سیاه‌سرفه در جوانان در کشورهای توسعه یافته، علی‌رغم پوشش مناسب واکسیناسیون کودکان، رخ می‌دهد. به همین منظور استفاده از واکسن آسلولر برای دوز یادآور جوانان در سال‌های اخیر، در دستور کار این کشورها قرار گرفته است. لذا تأمین منابع مالی لازم برای تهیه این واکسن برای استفاده در کشور، از چالش‌های برنامه محسوب می‌شود. از طرف دیگر کاهش موارد بیماری در کشور، سبب کم توجهی جامعه پزشکی به این بیماری و عدم گزارشدهی مناسب شده که این امر مدیریت بیماری را با چالش مواجه می‌کند.

آینده نگاری حیطه و ترسیم افق چشم انداز

با اقدامات همه جانبه در خصوص کاهش موارد بروز، حذف این بیماری در آینده مورد انتظار است.

دیفتری^۱

این بیماری به دلیل ایجاد عوارض شدید در اندام‌ها و اعضاء حیاتی بدن، شدت واگیری و نیز امکان پیشگیری و واکسیناسیون، جزء بیماری‌های مهم عفونی واگیر محسوب می‌شود. در دوران قبل از واکسیناسیون، دیفتری در مناطق معتدل، در ماه‌های سرد و در کودکان زیر ۵ سال بدون سابقه واکسیناسیون، شایع بوده است ولی به دلیل پوشش بالای واکسیناسیون کودکان در کشور، احتمال بروز بیماری در سنین بالاتر بیش‌تر شده است.

بنا به آمار سازمان جهانی بهداشت در سال ۲۰۱۱ میلادی، تنها ۴۸۸۷ مورد بیماری در جهان گزارش شده است، در حالی که بسیاری از موارد بیماری شناسایی نشده یا گزارش نمی‌شوند. در سال ۲۰۰۴ میلادی بر اساس برآورد این سازمان، ۵ هزار مورد مرگ از دیفتری در جهان رخ داده است.

نظام مراقبت بیماری دیفتری در ایران، از سال ۱۳۸۶، با بازنگری دستورالعمل و تدوین راهنمای کشوری مراقبت، وارد مرحله جدیدی شد که منجر به افزایش موارد محتمل گزارش شده در سال‌های اخیر در ارتباط با فعال شدن برنامه و افزایش حساسیت نظام مراقبت، در شناسایی و ثبت موارد است. طبق تعریف نظام مراقبت، هر فرد بیماری که با فارنژیت، لارنژیت و یا تونسیلیت به همراه غشاء چسبنده روی لوزه‌ها، حلق یا داخل بینی مراجعه کند، به‌عنوان مورد محتمل بیماری دیفتری تلقی شده و برای تأیید آزمایشگاهی، نمونه‌گیری می‌شود و به آزمایشگاه مرجع کشوری در انستیتو پاستور ایران ارسال می‌گردد. براساس آخرین آمار مرکز مدیریت بیماری‌های واگیر در سال ۱۳۹۰، در مجموع ۱۴۱ مورد محتمل ابتلا به دیفتری از ۲۸ استان کشور گزارش شده است. بروز کلی بیماری در کشور ۰/۲ مورد در صد هزار نفر بوده است. بیش‌ترین فراوانی در استان تهران با ۱۸ مورد (بروز ۰/۱۴ مورد در صد هزار نفر) و بیش‌ترین بروز در استان چهار محال بختیاری با ۱۰ مورد (بروز ۱/۱ مورد در صد هزار نفر) و پس از آن در استان‌های ایلام، خراسان جنوبی و خراسان شمالی (۰/۷)، قزوین و همدان (۰/۵)، مازندران (۰/۳) و اصفهان (۰/۲) گزارش شده است.

^۱ Diphtheria

دست آوردها

این بیماری در حال حاضر در مرحله حذف قرار دارد.

آینده نگاری حیطه و ترسیم افق چشم انداز

حفظ وضعیت حذف، جزء اهداف این برنامه در آینده است.

کزاز نوزادی

تاریخچه

در بررسی کشوری علل مرگ و میر که در سال ۱۳۶۴ به صورت خوشه‌ای انجام شد، مرگ بر اثر کزاز نوزادی ۴/۸ در هزار تولد زنده بود که بر این اساس سالانه ۱۰,۰۰۰ مرگ از ۴۵,۰۰۰ مرگ نوزادان، مربوط به کزاز نوزادی بوده است. با شروع برنامه گسترش ایمن‌سازی در ایران در سال ۱۳۶۳، در بررسی خوشه‌ای که با مشارکت سازمان جهانی بهداشت در کشور انجام شد، پوشش کزاز در زنان سنین باروری با دو نوبت واکسیناسیون توکسویید کزاز در روستاها ۵ درصد و در شهرها ۳ درصد بود. با گسترش شبکه‌های بهداشتی - درمانی کشور، تقویت برنامه گسترش ایمن‌سازی، تقویت نظام مراقبت و تصویب قانون ایمن‌سازی اجباری زنان قبل از ازدواج در سال ۱۳۶۸، پوشش ایمن‌سازی در زنان، افزایش قابل توجهی یافت. از سال ۱۳۷۰، برنامه حذف کزاز نوزادان هم پای برنامه ریشه‌کنی فلج اطفال و کنترل سرخک، به اجرا گذارده شد.

براساس بررسی خوشه‌ای در سال ۱۳۷۴ که توسط اداره کل پیشگیری و مبارزه با بیماری‌ها انجام شد، این پوشش به ۸۲ درصد رسیده که در روستاها ۹۴ درصد و در شهرها ۷۳ درصد بود. در بررسی خوشه‌ای یونیسف^۱ در سال ۱۹۹۷ میلادی پوشش واکسن کزاز در زنان سنین باروری ۷۷ درصد و در زنان دارای کارت ایمن‌سازی ۸۹/۵ درصد گزارش شده است. در این بررسی تنها واکسن‌هایی که بعد از ۱۵ سالگی تزریق شده، محاسبه شده است.

شاخص‌ها

در حال حاضر افزایش امکان زایمان تمیز و سالم برای زنان باردار با افزایش امکان دسترسی به تسهیلات زایمانی در روستاها و استفاده بهتر از منابع موجود و آموزش ماماهاى سنتی میسر گردیده است. شاخص حذف بیماری بر مبنای تعریف WHO، کاهش میزان بروز بیماری به کم‌تر از یک در هزار تولد زنده در هر شهرستان است. شاخص میزان بروز کزاز نوزادی در کشور در ۱۵ سال گذشته به میزان کم‌تر از یک در هزار تولد زنده در استان‌های کشور رسیده است و

¹ United Nations, Children Fund

سالانه حدود ۱۰ الی ۱۵ مورد مشکوک گزارش می‌شود.

دست آوردها

با تصویب قانون اختصاصی برای واکسیناسیون اجباری دختران قبل از ازدواج، این بیماری در تمام سطوح کشوری، استانی و شهرستانی، به مرحله حذف رسیده است.

آینده نگاری حیطه و ترسیم افق چشم انداز

حفظ وضعیت حذف بیماری هدف آینده برای این بیماری است.

سل^۱

تاریخچه

سل بیماری عفونی باکتریایی است که توسط مایکوباکتریوم توبرکولوزیس ایجاد می‌شود و گرچه می‌تواند هر یک از اعضاء بدن را درگیر کند، اما اکثراً خود را به شکل ریوی نشان می‌دهد. سل یکی از دلایل اصلی بیماری و مرگ در غالب کشورهای دنیا به خصوص در کشورهای آسیایی و آفریقایی است.

دانسته‌ها در مورد گستردگی و میزان مرگ و میر بیماری سل در ایران، قبل از قرن نوزدهم میلادی، اندک بوده است. اما درباره تاریخچه این بیماری در سده‌های نوزدهم و بیستم میلادی، داده‌های بیش‌تری موجود است. طبق پژوهش دکتر ویلم فلور^۲ پژوهش‌گر معاصر تاریخ دوره قاجار (۱۹۲۵-۱۷۹۴ میلادی)، بیماری سل در دوره قاجار در تهران و سایر شهرهای ایران شایع بوده است. از جمله اقدامات ارزشمندی که در پایان دوره قاجار انجام شده است و به تدریج در مهار بیماری‌های شایع عفونی از جمله سل در ایران نقش عمده‌ای داشته، برپایی «انستیتو پاستور ایران»، در سال ۱۳۰۰ بوده است. پزشک پیشگام، «دکتر مسیح دانشوری»، (۱۲۸۷-۱۳۵۴ شمسی) که متخصص بیماری‌های ریوی و دانش آموخته اروپا بود، در تأسیس و گسترش «آسایشگاه مسلولین شاه آباد» در تهران (۱۳۱۵ شمسی / ۱۹۳۷ میلادی) نقش عمده‌ای داشته است.

مظفرالدین شاه در سال ۱۲۸۲ شمسی / ۱۹۰۲ میلادی به سل ریوی مبتلا شده بود و به توصیه پزشکان فرانسوی مقرر گردید که دوران نقاهت خود را در منطقه‌ای خوش آب و هوا بگذراند. از این رو در منطقه شمال تهران محلی ساخته شد که پس از مرگ مظفرالدین شاه به آسایشگاه مسلولین اختصاص داده شد. پس از آن در سال ۱۳۶۵ شمسی بنام بیمارستان دکتر مسیح دانشوری به دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی پیوست. سپس در سال ۱۳۷۱ شمسی مرکز ملی تحقیقات سل و بیماری‌های ریوی در بیمارستان مزبور برپا شد و در سال ۱۳۷۷ شمسی به «مرکز آموزشی - پژوهشی و درمانی سل و بیماری‌های ریوی دکتر مسیح دانشوری» تغییر نام یافت.

^۱ Tuberculosis

^۲ Willem Floor

در سال ۱۳۲۳ شمسی «انجمن مبارزه با سل و حمایت از مسلولین» تشکیل شد که عمده‌ترین اهداف آن حمایت از مسلولین و آموزش روش‌های پیشگیری از سل بوده است. سپس در سال ۱۳۲۴ شمسی اعضای سی نفره این انجمن (از جمله دکتر دانشوری)، یک مرکز درمانی به نام «بیمارستان بوعلی» برای درمان مسلولین در تهران تأسیس نمودند. اما علی‌رغم همه این تلاش‌ها، تا اواسط سده بیستم میلادی، سل در ایران بیماری شایعی بوده است.

هم‌چنین در سال ۱۳۲۶ ش. / ۱۹۴۷ م. برای نخستین بار در ایران، با ساخت واکسن ب.ث.ژ توسط انستیتو پاستور ایران، مبارزه با سل وارد مرحله جدیدی شد.

مبارزه سازمان یافته علیه بیماری سل در ایران، حدود سال ۱۳۰۵ آغاز شده است. در تهران برنامه جستجوی آلودگان به باسیل سل و شناسایی و درمان بیماران، زیر نظر «دکتر احمد دانشور» در وزارت بهداشتی، انجام می‌شد و سپس، مایه کوبی علیه سل نیز آغاز شد.

از دیگر پیشگامان مبارزه با سل، که علیه این بیماری در ایران حدود پنج دهه مبارزه کرده است، زنده یاد «دکتر ابوالحسن ضیاء ظریفی» (۱۳۸۹-۱۳۰۵) بوده است. در اواخر سال ۱۳۴۲ ش. در وزارت بهداشتی، به کمک سازمان جهانی بهداشت، تشکیلات تازه‌ای برای آزمایشگاه‌های تشخیص طبی به‌عنوان اداره کل امور آزمایشگاه‌ها ایجاد گردید و ایشان به‌عنوان رئیس آزمایشگاه رفرانس برگزیده شد. در تاریخ ۱۳۴۶/۶/۲۱ اولین کمیته فنی کشوری مبارزه با سل تشکیل شد. نظر به اهمیت فراوان درمان دارویی در مبارزه با بیماری سل، استفاده از درمان کوتاه مدت ضد سل، با استفاده از چهار داروی اصلی از سال ۱۳۶۲ آغاز گردید.

تا پیش از سال ۱۳۶۴ مبارزه با سل فعالیتی بود که به صورت عمودی در کشور اجراء می‌گردید. در آن زمان، این برنامه توسط یک سازمان مستقل و تحت نظر ستاد مرکزی هدایت می‌شد و تشکیلات سازمانی آن شامل یک ستاد مرکزی در حوزه معاونت بهداشتی وزارت بهداشتی و مراکز مبارزه با سل در مراکز استان‌ها و یک نفر بهداشتیار، به‌عنوان مسئول پیگیری بیماران، در سطح شهرستان بود. در سال ۱۳۶۴، ادغام فعالیت‌های مبارزه با سل در شبکه بهداشتی - درمانی کشور برای اولین بار مطرح و الگوی آزمایشی آن با نتایج موفقیت‌آمیزی در استان آذربایجان شرقی اجرایی شد. سپس دستورالعمل ادغام، پس از تصویب در شورای معاونین در سال ۱۳۶۹، برای اجرا در کل کشور ابلاغ گردید.

نظام جدید ثبت و گزارشدهی موارد بیماری سل، در سال ۱۳۷۲ راه اندازی شد. این نظام

شامل استقرار نسخه کاغذی دفتر ثبت سل در سطح شهرستان و ارسال آمار تجميع شده موارد سل ثبت شده^۱ بر حسب نوع سل، گروه سنی و جنسی بیماران بوده است.

سازمان جهانی بهداشت در سال ۱۳۷۰ (۱۹۹۱ میلادی) ضمن اعلام بیماری سل به عنوان یک فوریت جهانی، کاهش هر چه سریع تر میزان شیوع، مرگ و میر و به تبع آن میزان بروز سل را در فهرست اهداف کلی کشورها قرار داد، اهداف کوتاه مدتی نظیر دستیابی به حداقل ۷۰ درصد میزان بیماریابی و ۸۵ درصد موفقیت درمان تا سال ۲۰۰۰ میلادی را تعیین و به کشورها ابلاغ کرد و سپس با معرفی راهبرد داتس^۲ DOTS زمینه کنترل بیماری و دستیابی به این اهداف را به طور نسبی فراهم آورد. از این رو در راستای دستیابی به اهداف تعیین شده، اجرای راهبرد داتس، در سال ۱۳۷۷ در کشور به اجرا درآمد که تا کنون ادامه دارد. اقدامات اثربخش بسیاری در راستای دستیابی به اهداف تعیین شده انجام پذیرفته است. از جمله اقدامات صورت گرفته در سال های اخیر، عبارتند از:

۱- تدوین، چاپ و توزیع کتب راهنمای کشوری مربوط به آزمایشات اسمیر و کشت باکتری سل (۱۳۷۷)

۲- اجرای برنامه های کنترل کیفی آزمایشگاه های میکروب شناسی سل کشور (۱۳۷۷)

۳- الکترونیکی شدن بخش ارسال آمار تجميع شده موارد سل ثبت شده از سطح شهرستان به سطح کشور (۱۳۷۸)

۴- تدوین، چاپ و توزیع کتاب راهنمای کشوری سل (۱۳۸۰) - این کتاب در سال ۱۳۸۵ به عنوان منبع امتحانی پیش کارورزی، پذیرش دستیار، ارتقا، بورد داخلی، اطفال، عفونی و پزشکی اجتماعی تعیین و ابلاغ گردید و ویرایش دوم آن در سال ۱۳۸۹ تدوین و چاپ شده است.

۵- راه اندازی و معرفی مرکز ارجاع و آزمایشگاه کشوری سل (۱۳۸۱)

۶- ادغام برنامه کنترل سل در سازمان زندان ها و اقدامات تأمینی و تربیتی کشور (۱۳۸۱)

۷- تبدیل نظام ثبت و گزارشدهی موارد بیماری از چارچوب تجميع شده به شکل (فهرست خطی) (ثبت نام بر حسب اسم بیماران) (۱۳۸۲)

^۱ Aggregated data

^۲ Directly Observed Treatment Short course (DOTS) Strategy

۸- تدوین بسته پایش و ارزشیابی برنامه کنترل سل و پایش دانشگاه‌های کشور براساس آن (۱۳۸۲)

۹- راه‌اندازی وب سایت اداره کنترل سل و جذام مرکز مدیریت بیماری‌های واگیر (۱۳۸۴)

۱۰- انعقاد تفاهم نامه با ارتش جمهوری اسلامی ایران برای کنترل سل در جمعیت تحت پوشش مربوطه (۱۳۸۶)

۱۱- برگزاری ۲۲ دوره کنگره پژوهشی سراسری سالانه در کشور هم‌زمان با روز ملی مبارزه با سل (۲۳ مهرماه)

۱۲- موفقیت در پذیرش پروژه ۵ ساله پیشنهادی تقویت برنامه‌های کنترل سل جمهوری اسلامی ایران، در جذب حدود ۲۰ میلیون دلار از محل اعتبارات صندوق جهانی برای مبارزه با ایدز، سل و مالاریا (۲۰۰۸)

۱۳- راه‌اندازی دو مرکز بستری سل مقاوم به درمان، علاوه بر مرکز مسیح دانشوری (در شیراز و مشهد) و راه‌اندازی ۷ آزمایشگاه منطقه‌ای سل (در شیراز، مشهد، کرمانشاه، زاهدان، اصفهان، گرگان و تهران) از سال ۱۳۹۰ تاکنون

۱۴- راه اندازی آزمون (برخط) راهنمای کشوری سل با ۱۰ امتیاز بازآموزی مداوم مدون (از تاریخ ۱۳۹۱/۱/۴)

۱۵- ورود داروهای ترکیبی ضد سل به نظام دارویی بهداشتی ایران و آغاز استفاده آزمایشی در سه دانشگاه علوم پزشکی کشور با بار بیماری بالا [گلستان، زاهدان و زابل] (۱۳۹۱)

شاخص‌های کلی

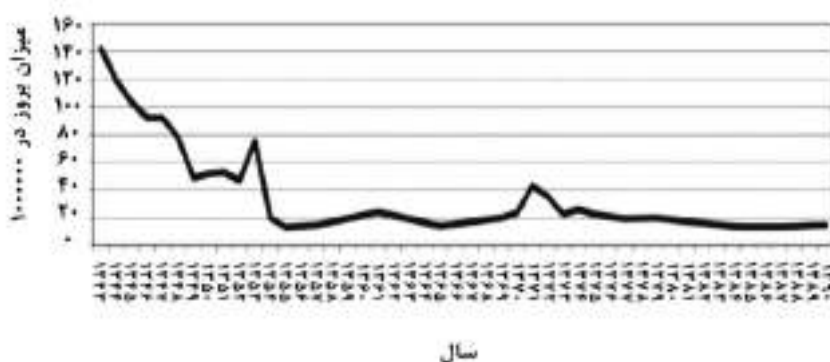
آخرین میزان‌های بروز، شیوع و مرگ و میر ناشی از سل که توسط سازمان جهانی بهداشت برای کشور در سال ۱۳۹۰ تخمین زده شده، در جدول زیر خلاصه شده است؛ که مقایسه آن با ارقام تخمینی جهانی و منطقه‌ای، گواهی بر موفقیت کشور در زمینه برنامه کنترل سل بوده است.

جدول شماره ۹- چکیده شاخص‌های اصلی برنامه کنترل سل در جهان، منطقه و کشور
در سال ۲۰۱۱ میلادی به تخمین سازمان جهانی بهداشت

شاخص	جهان	منطقه مدیترانه شرقی	ایران
میزان شیوع (در یکصد هزار نفر)	۱۷۰	۱۷۰	۳۱
میزان مرگ و میر (در یکصد هزار نفر)	۱۴	۱۶	۲/۹
میزان بروز (در یکصد هزار نفر)	۱۲۵	۱۰۹	۲۱

دست آوردها

مشاهده روند کاهشی چشمگیر میزان بروز سل در کشور در طول نیم قرن اخیر در نمودار زیر (از ۱۴۰ به ۱۴/۴۳ نفر در یکصد هزار نفر) خود گواه دیگری بر موفقیت‌های ارزشمند حاصله در این برنامه ملی است.



نمودار شماره ۶- میزان بروز بیماری سل در ایران (۱۳۹۰-۱۳۴۳)

از دست آوردهای مهم دیگر برنامه کشوری، به دست یابی زودهنگام به شاخص‌های تعریف شده در ذیل اهداف توسعه هزاره باید اشاره نمود که عبارتند از:

- ۱- کاهش ۶۸ درصدی میزان بروز سل در طول ۲۱ سال (از ۳۱ مورد در یکصد هزار نفر جمعیت در سال ۱۹۹۰ به ۲۱ مورد در صد هزار نفر جمعیت در سال ۲۰۱۱ میلادی)
- ۲- کاهش ۶۶ درصدی میزان شیوع سل در طول ۲۱ سال (از ۴۷ مورد در صد هزار نفر جمعیت در سال ۱۹۹۰ به ۳۱ مورد در صد هزار نفر جمعیت در سال ۲۰۱۱ میلادی)

۳- کاهش ۶۴ درصدی میزان مرگ و میر ناشی از سل در طول ۲۱ سال (از ۴/۵ مورد در یکصد هزار نفر جمعیت در سال ۱۹۹۰ به ۲/۹ در مورد یکصد هزار نفر جمعیت در سال ۲۰۱۱)

شاخص‌ها

در سال ۱۳۹۱، میزان بروز گزارش شده سل ریوی با اسمیر خلط مثبت در کشورمان ۷/۰۷ مورد در یک صد هزار نفر جمعیت بوده است.

جدول شماره ۱۰- میزان بروز سل در کشور در سال ۱۳۹۱

سل گزارش شده	تعداد	میزان (در یکصد هزار نفر جمعیت)
کل اشکال سل	۱۰۹۸۷	۱۴/۴۳
سل ریوی	۵۳۸۶	۷/۰۷
اسمیر خلط مثبت	۲۱۶۲	۲/۸۴
اسمیر خلط منفی	۳۰۹۶	۴/۰۷
سل خارج ریوی		

از تعداد ۱۰۹۸۷ مورد مبتلا به سل گزارش شده کشور در سال ۱۳۹۱، ۵۰ درصد موارد را زنان بیمار، ۶۹ درصد موارد را جمعیت شهری و حدود ۱۲ درصد موارد را بیماران غیرایرانی تشکیل می‌دهند. میانه سنی بیماران در این سال ۵۰ سال بوده و بیش‌ترین میزان بروز سل مربوط به گروه سنی ۶۵ سال به بالا می‌باشد که این نیز حاکی از موفقیت چشمگیر کشور در کنترل این بیماری است.

چالش‌ها

- همسایگی با کشورهایی که بار بالایی از سل دارند، به ویژه موارد سل مقاوم به دارو با تردد غیر قانونی یا بدون نیاز به اخذ روادید اتباع آنان (افغانستان، پاکستان، آذربایجان، عراق و ...) به ایران
- وضعیت فعلی یا روند بار عوامل خطر ابتلا به سل در کشور (نظیر دیابت، HIV، اعتیاد، فقر)
- عدم پیروی بعضی پزشکان از اجرای راهنماهای مصوب وزارت بهداشت، در تشخیص و

درمان سل در کشور

- محدودیت دسترسی به تسهیلات مورد نیاز برای تشخیص زود هنگام / سریع سل و همچنین مقاومت دارویی
- ضعف کمی و کیفی در انجام پژوهش‌های کاربردی یا راهبردی مورد نیاز برنامه کشوری کنترل سل و نیز عدم انعکاس نتایج پژوهش‌های انجام شده از سوی محققین به سطوح سیاست‌گذاری، تصمیم‌گیری و اجرایی
- کمبود منابع مورد نیاز (اعتبارات، نیروی انسانی، تجهیزات و دارو)
- ناکافی بودن سطح آگاهی و نگرش مردم نسبت به بیماری سل

آینده نگاری حیطه و ترسیم افق چشم انداز

هدف کلی برنامه هم‌چون گذشته کاهش چشمگیر بار بیماری سل از طریق کاهش هرچه سریع‌تر میزان‌های شیوع و مرگ و میر ناشی از آن و سپس کاهش میزان بروز بیماری در جامعه است، به‌طوری که از آن پس این بیماری به‌عنوان مشکل بهداشتی جامعه مطرح نباشد و زمینه دست‌یابی به مرحله حذف سل (که برای سال ۲۰۵۰ میلادی در جهان هدف‌گذاری شده است) فراهم گردد.

از سویی پیش‌بینی روندها برای افق ۱۴۰۴ به شرح ذیل است.

- افزایش میزان بیماریابی سل ریوی اسمیر مثبت به بیش از ۸۵ درصد
- میزان موفقیت درمان سل ریوی اسمیر مثبت به بیش از ۹۰ درصد
- کاهش ۳۰ درصدی میزان شیوع بیماری سل نسبت به سال ۱۳۸۷
- کاهش ۳۰ درصدی میزان مرگ و میر ناشی از سل نسبت به سال ۱۳۸۷

جذام

تاریخچه

بیماری جذام از بیماری‌های مزمن عفونی است که دارای دوره کمون به‌طور متوسط ۵-۳ سال می‌باشد. استعداد ابتلا به این بیماری فقط در ۵ درصد مردم جامعه وجود دارد. ۹۵ درصد دیگر از این بیماری مصون بوده و به آن مبتلا نمی‌شوند.

بیماری جذام از بیماری‌های بومی کشور ایران است که به دلیل ایجاد معلولیت ماندگار، افزایش بار بیماری و کاهش سلامت جامعه، در زمره بیماری‌های با اولویت بالا هم در سطح جهانی و هم در کشور قرار دارد و از این رو از ابتدای دهه ۱۳۶۰ مانند سایر بیماری‌های نظام مراقبت، در نظام بهداشتی کشور ادغام گردید.

در حال حاضر شیوع جذام بسیار کاهش یافته است، به‌طوری که در سال ۱۳۷۱ با میزان شیوع ۰/۴ مورد در ده هزار نفر جمعیت، وارد مرحله حذف بیماری در سطح کشوری شده و در سال‌های ۱۳۷۵ و ۱۳۷۶ به ترتیب وارد مرحله حذف در سطح استانی و شهرستانی گردیده است.

شاخص‌ها

بر اساس شاخص‌های جهانی برنامه حذف جذام، میزان شیوع کشوری این بیماری در سال ۱۳۸۶، ۰/۰۱ مورد در ده هزار نفر جمعیت محاسبه شده است. میزان کشف موارد نیز ۰/۰۵ مورد درصد هزار نفر جمعیت بوده است. در سال ۱۳۸۶، ۳۷ مورد جدید بیماری گزارش شده است که از این تعداد، ۳۳ مورد ایرانی هستند.

دست‌آوردها

- دستیابی به مرحله حذف جذام در سطح کشور در سال ۱۳۸۲
- دستیابی به مرحله حذف جذام در سطح استان و شهرستان به ترتیب در سال‌های ۱۳۷۵ و ۱۳۷۶

چالش‌ها

- با توجه به شیوع کم بیماری و احتمال کم برخورد با بیمار، مهارت پزشکان و پرسنل بهداشتی در تشخیص این بیماری کاهش یافته است.

آینده نگاری حیطه و ترسیم افق چشم انداز

- مراقبت فعال نقاط جغرافیایی و جمعیت‌های پرخطر و تقویت بیماریابی و درمان در این نقاط
- حفظ مرحله حذف جذام در سطح شهرستان

ایدز

تاریخچه

اچ‌آی‌وی و ایدز^۱، یکی از چالش‌های بزرگ هزاره سوم، با سرعت در حال شیوع و گسترش است. این بیماری با آلوده کردن جوانان به‌طور نامتناسب و با از میان بردن بسیاری از افراد در مولدترین دوران زندگی خود، موجب چالش‌های بهداشت عمومی، اقتصاد و اجتماعی می‌شود و به عبارتی کلی تر پیشرفت و توسعه در جوامع را به خطر می‌اندازد.

اولین مورد ابتلا به اچ‌آی‌وی در ایران، در سال ۱۳۶۵ در یک کودک مبتلا به هموفیلی گزارش شد. اولین مورد انتقال اچ‌آی‌وی و ایدز از راه مصرف تزریقی مواد در سال ۱۳۷۱، شناسایی شد. با افزایش تدریجی بیماری تا دو سال بعد و افزایش چشمگیر آن در سال ۱۳۷۴، برای اولین بار مصرف تزریقی مواد به‌عنوان شایع‌ترین راه انتقال مطرح شد و در سال‌های بعد نیز هم‌چنان به‌عنوان شایع‌ترین راه انتقال باقی ماند. این سیر صعودی تا سال ۱۳۸۳ ادامه یافت و در آن سال، کل موارد شناخته شده به حداکثر رسید و سپس طی دو سال بعدی تعداد کل موارد شناخته شده، روندی کاهشی داشته است.

بر اساس آمار منتشره تا تاریخسه ماهه اول سال ۱۳۹۲ در مجموع ۲۶۵۵۶ نفر مبتلا به اچ‌آی‌وی و ایدز در کشور شناسایی شده‌اند که ۸۹/۶ درصد آنان را مردان و تنها ۱۰/۴ درصد را زنان تشکیل می‌دهند. از این تعداد تاکنون ۴۷۹۶ نفر مبتلا به ایدز شناسایی شده و ۵۳۴۵ نفر نیز در اثر ابتلا به ایدز فوت کرده‌اند. شایع‌ترین گروه سنی مبتلا به اچ‌آی‌وی، جوانان ۲۴-۳۵ سال هستند (۴۶/۱ درصد).

شایع‌ترین علت انتقال اچ‌آی‌وی، نیز به ترتیب، استفاده از تزریق با سرنگ مشترک در مصرف‌کنندگان تزریقی مواد ۶۸/۴ درصد، رابطه جنسی ۱۲/۳ درصد، انتقال از مادر به کودک ۱/۲ درصد و ۰/۹ درصد نیز به علت دریافت فرآورده‌های خونی بوده است. هم‌چنین راه انتقال در ۱۷/۲ درصد از مبتلایان نامشخص مانده است. در حالی که سهم راه انتقال ناشناخته طی سال‌های اخیر رو به افزایش است، این فرضیه مطرح است که ننگ و عار ناشی از روابط جنسی می‌تواند علت بخشی از این افزایش باشد. بخش دیگر ناشی از روش انجام دیده‌وری است که

¹ HIV / AIDS

برخلاف نظام ثبت، راه انتقال نامشخص می‌ماند.

شیوع اچ ای وی در ایران در جمعیت عمومی هنوز پایین است. اما شیوع اچ ای وی در مصرف‌کنندگان تزریقی مواد حدود ۱۵/۰۵ درصد است. که در این زیر گروه، از حد ۵ درصد گذشته است و لذا همه‌گیری اچ ای وی در ایران، در مرحله متمرکز همه‌گیری قرار دارد. طی دهه گذشته اقدامات موفقی برای کنترل همه‌گیری در مصرف‌کنندگان تزریقی مواد اعمال شده و منجر به کاهش شیب رشد همه‌گیری در این گروه جمعیتی شده است. با این وجود هنوز عمده‌ترین عامل گسترش همه‌گیری در ایران مصرف تزریقی مواد است، چرا که تزریق با وسایل مشترک به صفر نرسیده است. به همین جهت برای به صفر رسیدن انتقال اچ ای وی از راه مصرف تزریقی مواد، ادامه و گسترش برنامه‌های پیشگیرانه کاهش آسیب در مصرف‌کنندگان تزریقی مواد یک ضرورت جدی است.

در چند سال اخیر نشانه‌هایی حاکی از افزایش نقش انتقال جنسی اچ ای وی در ایران رخ داده است. به گونه‌ای که سهم موارد شناسایی شده ابتلا، از راه انتقال جنسی، به‌طور مداوم افزایش یافته و شیوع اچ ای وی در زنان تن فروش به ۴/۵ درصد رسیده است. اغلب زنان تن فروش از کاندوم استفاده نمی‌کنند و تعدد روابط جنسی در مصرف‌کنندگان تزریقی شایع است و اغلب بدون استفاده از کاندوم صورت می‌گیرد و نشانه‌هایی از رخداد روابط جنسی پر خطر در جوانان نیز مشاهده می‌شود. هم‌چنین در چند سال اخیر مشاهده نشانه‌هایی جدی از افزایش شیوع مصرف ترکیبات «مت آمفتامینی» و افزایش رفتارهای جنسی پرخطر بعد از مصرف این ترکیبات نیز موجب نگرانی‌های بسیار شده است. به همین علت برای کنترل همه‌گیری اچ ای وی، در پیش گرفتن مداخلاتی که باعث کاهش روابط جنسی پرخطر گردد، ناگزیر می‌باشد.

در چند سال اخیر تعداد زنان مبتلا به اچ ای وی افزایش یافته است. بر تعداد مادران باردار مبتلا به اچ ای وی و تعداد کودکان مبتلا نیز در چند سال اخیر افزوده شده است. هر چند هنوز تعداد کودکان مبتلا اندک است، ولی در صورت عدم گسترش مداخلات مؤثر بر پیشگیری از انتقال اچ ای وی از مادر به کودک، می‌تواند مشکل‌زا شود.

انتقال اچ ای وی در ایران از راه انتقال خون، به‌طور کامل کنترل شده است و ضروری است اقدامات کنترلی با قوت بیش‌تر و بهره‌گیری از روزآمدترین امکانات، ادامه یابد.

الگوی همه‌گیری در استان‌های مختلف کشور نسبتاً متفاوت است. درحالی که دامنه تغییرات

بروز همه‌گیری در استان‌ها نسبتاً زیاد است، در زمینه فراوانی ابتلا بر حسب جنس، سن و راه انتقال نیز همگونی وجود ندارد، به‌طوری که حتی در یک استان، فراوانی راه انتقال جنسی با انتقال از راه تزریق مشترک یکسان است.

به این ترتیب میزان شیوع اچ‌آی‌وی در جمهوری اسلامی ایران بیش از یک دهه است که از مرحله شیوع پایین^۱ گذشته و به مرحله شیوع متمرکز^۲ وارد شده است. همه گیری‌ها در صورتی که به حال خود رها شوند و راه کارهایی مؤثر برای مهار آن‌ها در پیش گرفته نشود، می‌توانند به همه گیری‌های عمومی منجر شوند.

هم‌چون سایر کشورها، در ایران نیز موارد شناسایی شده تنها بخشی از کل موارد ابتلا را تشکیل می‌دهند. سازمان جهانی بهداشت به همراه UNAIDS^۳ برای تخمین مبتلایان به HIV، برنامه نرم‌افزاری تهیه کرده‌اند که هر دو سال یک بار به روز رسانی شده و به کشورهای جهان ارائه می‌گردد. آخرین مطالعه تخمین مبتلایان بر اساس این نرم افزار در ایران، در سال ۱۳۹۲ صورت گرفته است. بر طبق این مطالعه تعداد موارد مبتلا به HIV ۷۹۰۰۰ نفر برآورد شده و پیش‌بینی می‌شود در سال ۲۰۱۵ میلادی، این رقم به ۱۰۰.۰۰۰ نفر برسد.

برای کنترل ایدز در کشور، حد اعلای تعهد سیاسی به شرح زیر، تجلی یافته است:

۱- تأکید مقام معظم رهبری برای پیشگیری و کنترل ایدز خطاب به وزارت بهداشت و قوه قضاییه (۱۳۷۶)

۲- تعهد جمهوری اسلامی ایران همگام با ۱۸۸ کشور جهان به پیشگیری و کنترل ایدز (۱۳۸۰)

۳- تعهد مجدد جمهوری اسلامی ایران (۱۳۸۵)

۴- قدردانی سازمان‌های بین‌المللی از دولت جمهوری اسلامی ایران به منظور اقدامات ارزشمند در زمینه تعهدات خود (۱۳۸۵)

۵- نامه رییس قوه قضاییه خطاب به قضات مبنی بر همکاری در اجرای برنامه‌های کاهش آسیب (۱۳۸۶)

۶- اعلام آمادگی مجلس شورای اسلامی برای تصویب قوانین مربوطه

^۱ Low Level

^۲ Concentrated

^۳ United nation of AIDS

- ۷- حضور معاون رییس جمهور، نماینده رییس قوه قضاییه و چند تن از وزرا در شورای عالی سلامت و قبول سیاست‌گذاری مسائل مربوط به ایدز
- ۸- حضور بالاترین رؤسای سازمان‌های مرتبط و بخشی از سایر مسئولان به‌عنوان عضو کمیته کشوری و حضور وزیر بهداشت به‌عنوان رییس کمیته کشوری
- ۹- تشکیل کمیته‌های استانی با ریاست استانداران
- ۱۰- ایجاد ساختارهای مناسب برای توجه به برنامه پیشگیری و کنترل ایدز، در همه سازمان‌ها و وزارتخانه‌ها از جمله:

 - ایجاد معاونت سلامت در سازمان زندان‌های کشور و سپردن کنترل اچ‌آی‌وی به اداره کل بهداشت و درمان در زیرمجموعه این معاونت
 - ایجاد دفتر سلامت و تندرستی در وزارت آموزش و پرورش برای مبارزه با اچ‌آی‌وی
 - تلاش ستاد مبارزه با مواد مخدر، برای هماهنگی دستگاه‌های مختلف و توزیع بودجه بین سازمان‌های مرتبط و جلب حمایت سیاست‌گذاران و بهبود قوانین مرتبط با مصرف کنندگان
 - تدوین ساختار در جمعیت هلال احمر حسب شرح وظایف
 - تدوین ساختار در سازمان بهزیستی حسب شرح وظایف

تحلیل روند تغییرات

اولین مورد انتقال اچ‌آی‌وی از راه مصرف تزریقی مواد در سال ۱۳۶۸ شناسایی شد و تا سال ۱۳۷۴، هر ساله تنها حدود ۵-۱۰ مورد جدید انتقال اچ‌آی‌وی از این راه شناسایی شد. ولی با وقوع همه‌گیری در مصرف‌کنندگان تزریقی مواد، انتقال از راه مصرف تزریقی مواد طی سال ۱۳۷۵ به میزان ۲۳ برابر نسبت به سال قبل از آن افزایش یافت و تا کنون نیز روند افزایشی در موارد ثبت شده دیده می‌شود. اگرچه از سرعت افزایش کاسته شده است.

سهم راه انتقال جنسی در موارد شناسایی شده تا سال ۱۳۸۵ به‌طور نسبی ثابت مانده و در حدود ۵-۸ درصد کل موارد بوده ولی عدد مطلق آن به‌طور مداوم افزایش یافته و از ۵۰ نفر در سال ۱۳۷۹ به حدود سه برابر در سال ۱۳۸۵ رسیده است. از آن پس این نسبت روندی فزاینده یافته و به حدود ۳۳/۲ درصد کل مبتلایان شناسایی شده در سال ۱۳۹۱ رسیده است. به

همین ترتیب نسبت زنان مبتلا نیز افزایش پیدا کرده به طوری که نسبت زنان مبتلا از ۵/۵ درصد در سال ۱۳۸۵ به ۱۰/۲ درصد در سال ۱۳۹۱ افزایش یافته است. سهم کودکان در گروه سنی ۰-۱۴ سال در طی این مدت، اندک و در حد ۱/۴ درصد بوده ولی تعداد موارد آنها ظرف چند سال اخیر افزایش یافته است. همچنین تعداد موارد انتقال مادر به کودک نیز در طی این چند سال روندی فزاینده داشته است.

دست آوردها

- ایجاد ساختار مراکز مشاوره بیماری‌های رفتاری یا کلینیک‌های مثلی (که در جهان به همین نام مشهور است) جهت ارائه بسته کاملی از خدمات پیشگیری و درمان به افراد در معرض خطر و نیازمند
- تجربه موفق در زمینه کاهش آسیب؛ راه‌اندازی و گسترش مراکز ارائه‌دهنده خدمات کاهش آسیب (درمان با متادون، ارائه سرنگ و سوزن و...) در بخش‌های دولتی و غیردولتی
- ارائه رایگان خدمات درمانی برای اولین بار در منطقه و بر طبق آخرین منابع علمی توصیه شده در سطح جهان و تشکیل شبکه مراقبت و درمان در سطح کشور
- معرفی برنامه پیشگیری از HIV/AIDS در زندان‌ها به عنوان یک مدل موفق در سطح جهان،
- برنامه حمایت از مبتلایان و خانواده آن‌ها به شکل پوشش بیمه توسط وزارت رفاه
- راه‌اندازی برنامه‌های پیشگیری و درمان ویژه گروه‌های پرخطر و در معرض خطر، به ویژه زنان در معرض خطر HIV و عفونت‌های آمیزشی
- همکاری دو مرکز تحقیقاتی کشور با سازمان جهانی بهداشت جهت ارائه آموزش در زمینه‌های نظام مراقبت و کاهش آسیب به سایر کشورهای منطقه مدیترانه شرقی و شمال آفریقا
- مشارکت رهبران مذهبی در پاسخ به همه گیری HIV

چالش‌ها

- موانع فرهنگی در زمینه آموزش و اطلاع رسانی

- موانع فرهنگی در رابطه با دسترسی به جمعیت‌های در معرض بیش‌ترین خطر و مبتلایان
- همسایگی با کشور افغانستان و متعاقباً گسترش مصرف مواد
- افزایش شیوع مواد روانگردان و متعاقب آن روابط جنسی حفاظت نشده در سال‌های اخیر
- عدم توجه مصرف‌کنندگان مواد به موضوع سلامت و پایداری به درمان
- محدودیت منابع به ویژه نیروهای ماهر، در زمینه ارائه خدمت به افراد سخت در دسترس
- تجمع گروه‌های در معرض بیش‌ترین خطر در زندان‌ها و هم‌زمانی با شیوع سل

آینده نگاری حیطه و ترسیم افق چشم انداز

- تقویت پیوند بین خدمات سلامت باروری و HIV و STI^۱ با تمرکز بر حذف موارد انتقال از مادر به نوزاد
- راه‌اندازی آزمایشگاه‌های تخصصی HIV، جهت تقویت برنامه‌های درمان و مراقبت اپیدمیولوژیک ایدز و بیماری‌های آمیزشی در ۱۱ منطقه در کشور
- ایجاد دسترسی همگانی به مشاوره و آزمایش داوطلبانه از طریق برنامه کاربرد تست تشخیص سریع HIV
- افزایش پوشش ارائه خدمات به زنان در معرض خطر، از طریق گسترش برنامه‌های آموزش و اطلاع‌رسانی و افزایش مراکز ویژه
- حفظ و افزایش پوشش خدمات کاهش آسیب، ویژه مصرف‌کنندگان تزریقی مواد
- تقویت برنامه‌های پیشگیری و درمان سوء مصرف مواد محرک، به‌ویژه برای جوانان و نوجوانان
- افزایش پوشش برنامه‌های آموزش و اطلاع‌رسانی با مشارکت رسانه‌های همگانی
- گسترش برنامه‌های مراقبت و درمان و افزایش پوشش درمان ضد رتروویروسی

¹ Sexually Transmitted Infection S

مالاریا^۱

تاریخچه

مالاریا مهم‌ترین بیماری انگلی و یکی از مسائل مهم بهداشتی تعدادی از کشورها به خصوص کشورهای گرمسیری دنیا است و هنوز از مهم‌ترین علل مرگ و میر در تعداد زیادی از کشورهای در حال توسعه است. با این که موارد بیماری از حدود ۵ میلیون نفر در کشور در پنجاه سال پیش، به یک هزار مورد در سال ۱۳۹۱ کاهش یافته است، اما به دلیل سهولت مسافرت و تبادل جمعیتی، حتی در مناطق پاک این بیماری وجود دارد و خطر بروز همه‌گیری‌های گسترده در مناطق دارای ظرفیت انتقال، همواره مطرح است.

در ایران در اوایل سال‌های دهه ۱۳۲۰ (زمانی که جمعیت کشور حدود ۱۲ میلیون نفر تخمین زده می‌شد) موارد سالانه مالاریا حدود ۳۰ درصد جمعیت کشور برآورد می‌شد. در حال حاضر، در نتیجه اجرای نیم قرن برنامه‌های موفق پیشگیری و کنترل، انتقال محلی مالاریا فقط در نواحی محدودی از کشور (استان‌های جنوب و جنوب شرقی کشور) رخ می‌دهد و انتشار و انتقال محلی بیماری در سطح کشور به قریب سی شهرستان که همگی در استان‌های سیستان و بلوچستان، هرمزگان و کرمان واقع شده‌اند، محدود می‌شود.

به‌طور کلی الگوی مالاریای کشور از الگوی مالاریای ناپایدار یا فصلی که متأثر از تغییرات آب و هوایی است، تبعیت می‌کند. با توجه به پیشرفت‌های به دست آمده طی اجرای عملیات مبارزه با مالاریا و کاهش قابل توجه میزان بروز بیماری در ده ساله اخیر، حذف مالاریا در کشور در دستور کار مشترک وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و سازمان جهانی بهداشت قرار گرفته است و هدف نهایی برنامه حذف مالاریا در افق ۱۴۰۴ توقف انتقال محلی بیماری طی سه برنامه پنج ساله است. بدیهی است ممکن است طی سال‌های اجرای برنامه و حتی پس از آن ممکن است کماکان موارد وارده مالاریا مشاهده شود و همه تلاش‌ها به سمت پیشگیری از برقراری زنجیره انتقال آلودگی به ساکنین محلی، معطوف گردد.

¹ Malaria

دیدگاه حذف مالاریا

بررسی تجربه تلاش‌های جهانی در مبارزه با مالاریا، موید این حقیقت است که کشورهایی که توانسته‌اند در یک مقطع زمانی از فرصت‌های فراهم شده استفاده نمایند، به موفقیت‌های ارزشمندی هم‌چون حذف و ریشه‌کنی مالاریا، هدف باشکوهی که علاوه بر ارزش‌های مرتبط با سلامت انسان‌ها فواید بی‌شمار اقتصادی نیز به دنبال داشته است، نائل شده‌اند. این دست‌آورد مهم، هزینه اجرای برنامه را نیز توجیه‌پذیر می‌کند. شاید بتوان گفت که اجتناب از فرصت سوزی مهم‌ترین درسی است که تاریخ مالاریا در جهان به بشر آموخته است. در گذشته‌های دور و در یک مقطع زمانی نسبتاً کوتاه انگل مالاریا به کلروکین به‌عنوان یک داروی کم‌عارضه و بسیار ارزان و پشه‌ناقل به ددت، حشره‌کشی با اثر ابقایی طولانی، ارزان، حساس بوده است. گرچه برخی کشورها هم‌زمان با توسعه اقتصادی، اجتماعی توانسته‌اند با استفاده از ابزار ارزشمند علمی و مبتنی بر شواهد موفقیت‌های ماندگاری در مبارزه با مالاریا به دست آورند، اما این فرصت‌ها با ظهور مقاومت انگل فالسیپارم در مقیاسی وسیع و مقاومت جزیی انگل ویواکس در بعضی مناطق به کلروکین از یک سو و مقاومت ناقلین مالاریا به حشره‌کش‌های رایج از سوی دیگر، از دست رفته‌اند. این باور وجود دارد که شرایط موجود در کشور، فرصت ارزشمندی را برای حذف مالاریا و برداشتن یک گام به جلو فراهم نموده است. گرچه مجاورت با دو کشور همسایه پاکستان با حدود ۱/۶۰۰/۰۰۰ مورد بیمار مبتلا به مالاریا در سال و افغانستان با ۱/۵۰۰/۰۰۰ مورد بیماری و با توجه به تعداد بسیار زیاد مهاجرین افغانی در مناطق مختلف کشور و حجم بسیار زیاد تردهای بدون کنترل در مرزهای شرقی، بر دشواری رسیدن به این هدف افزوده است. از سال ۱۳۸۵، حذف بیماری با حمایت فنی سازمان جهانی بهداشت در دستور کار وزارت متبوع قرار گرفته است که بدنبال تغییر دیدگاه‌های سازمان جهانی بهداشت در سال ۱۳۸۶ در مورد هدف‌گذاری حذف مالاریا و با توجه به آخرین وضعیت موجود و با شرایط کنونی کشور و منطقه و آخرین توصیه‌های سازمانی جهانی بهداشت، مقرر گردید برنامه حذف مالاریای کشور تا سال ۱۴۰۴، در راستای اهداف سند چشم‌انداز بیست ساله، تهیه گردد. با توجه به پیشرفت‌های به‌دست آمده طی پنج دهه اجرای عملیات مبارزه با مالاریا و کاهش قابل توجه میزان بروز بیماری در ده ساله اخیر، حذف مالاریا در کشور از سال ۱۳۸۹ در دستور کار مشترک وزارت بهداشت و سازمان جهانی بهداشت قرار گرفته است.

در نشست اول شورای عالی سلامت، و امنیت غذایی در اردیبهشت ۱۳۸۹ برنامه سه ساله ضربتی حذف فالسیپارم تصویب شد و سپس موضوع توسط هیئت وزیران در تاریخ ۸۹/۴/۱۳ به استناد اصل یکصد و سی و هشتم قانون اساسی به تصویب رسید و از طرف هیئت دولت به استانداران سه استان دارای مالاریای بومی کرمان، سیستان و بلوچستان و هرمزگان ابلاغ شد تا با ایجاد کارگروه حذف مالاریا به عنوان متولی امر، موضوع را هدایت و هر شش ماه یک بار گزارش عملکرد را در مقاطع شش ماهه به شورای عالی سلامت و امنیت غذایی ارسال نمایند.

محورهای برنامه حذف

- ۱- تصویب حذف مالاریای کشور به عنوان یک طرح ملی اولویت دار و حمایت عالی ترین مقامات سیاسی کشور از آن و اعلام آن به شورای سلامت استان های فوق اشاره
- ۲- تصویب لزوم همکاری کلیه دستگاه های دولتی در اجرای برنامه حذف مالاریا حسب درخواست دانشگاه های علوم پزشکی و ستاد مرکزی وزارت بهداشت در هیئت دولت و در شورای سیاست گذاری وزارت بهداشت و شورای معاونین
- ۳- اولویت دادن به توسعه همه جانبه مناطق مالاریا خیز که از محروم ترین شهرستان های کشور محسوب می شوند، در برنامه های توسعه کشور
- ۴- لحاظ نمودن حذف مالاریا در برنامه پنجم توسعه اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی
- ۵- تأکید بر توجه ویژه به حل معضل تردهای بی رویه مرزی در شرق کشور، توسط دستگاه های ذی ربط که علاوه بر تبعات گسترده امنیتی و اجتماعی بر شیوع بیماری های مختلف واگیردار از جمله مالاریا تأثیر چشمگیری دارد.
- ۶- اهتمام ویژه به تکمیل زیر ساخت های بهداشت و درمان و گسترش شبکه در دانشگاه های علوم پزشکی کرمان، زاهدان و هرمزگان که محروم ترین مناطق کشور را تحت پوشش قرار می دهند.
- ۷- اولویت دادن به پژوهش های کاربردی در زمینه حذف مالاریا
- ۸- تصویب ردیف بودجه اختصاصی و تأمین منابع مالی مشخص برای حصول اهداف و راهبردهای مرتبط با حذف مالاریا
- ۹- تسهیل همکاری مشترک بین کشورهای ایران، افغانستان و پاکستان در زمینه کنترل

مالاریا در شروع برنامه (اواسط سال ۱۳۸۹)

با توجه به وجود عوامل زمینه‌ساز انتقال مالاریا مانند تبادل جمعیتی بالا با مناطق مالاریاخیز، وجود مخازن آلودگی بدنال موارد وارده، شرایط آب و هوایی مناسب انتقال و وفور بالای ناقل، این مناطق خود به دو دسته تقسیم می‌شوند:

- مناطق پر خطر: مناطقی با ظرفیت بالای برقراری چرخه انتقال مالاریا و برگشت مجدد بیماری

- مناطق کم خطر: مناطقی با ظرفیت کم انتقال از وارده که عملاً دارای خطر کم‌تری برای برگشت مجدد بیماری هستند.

با توجه به توصیه سازمان جهانی بهداشت مبنی بر انتخاب جمعیت یکصد هزار نفری برای محدوده اجرای برنامه حذف و با عنایت به آنکه محیطی‌ترین سطح تصمیم‌گیری و تفویض اختیارات مالی، اجرایی در نظام عرضه خدمات بهداشتی کشور، مرکز بهداشت شهرستان می‌باشد، شهرستان به‌عنوان واحد عملیاتی برای اجرای برنامه حذف مالاریای کشور انتخاب و سه رویکرد فنی، عملیاتی و چهار راهبرد پشتیبان در برنامه حذف پیش‌بینی شده است.

راهبردهای اصلی

- ارتقاء دسترسی به خدمات تشخیص فوری و درمان مؤثر مالاریا
- ارتقاء دسترسی به خدمات پیشگیری از طریق تقویت مدیریت تلفیق یافته ناقلین (IVM)^۱
- تقویت نظام مراقبت مالاریا با تأکید بر پاسخ مناسب و به موقع

راهبردهای پشتیبان

- تقویت و توسعه نظام پایش و ارزشیابی مداخلات حذف مالاریا
- تحقیقات کاربردی
- استفاده از ظرفیت کلیه ذی‌نفعان^۲ برای حذف مالاریا
- ظرفیت‌سازی سرمایه انسانی و بسیج منابع برای حذف مالاریا

^۱ Integrated Vector Management

^۲ Stakeholder

دست آوردها

- ۱- کاهش ۹۰ درصدی موارد بومی در ده سال گذشته
- ۲- حذف مالاریای فالسیپارم در استان کرمان ۲ سال قبل از زمان پیش بینی شده، در سال ۱۳۹۱ تنها ۵۲۸ مورد مالاریای بومی در کشور گزارش شده است که در مقایسه با ۱۱ هزار مورد در ۵ سال گذشته کاهش قابل توجه بیماری را در کشور نشان می‌دهد.
- ۳- ارتقاء نظام مراقبت و گزارشدهی
- ۴- ارتقاء دسترسی به خدمات تشخیص و درمان مالاریا به‌طور مؤثر و کامل
- ۵- ارتقاء دانش و آگاهی مردم در مناطق دارای خطر انتقال و ظرفیت انتقال بیماری
- ۶- ارتقاء آموزش‌های لازم جهت کادر پزشکی و بهداشتی و ورود پروتکل کشوری تشخیص و درمان در سیستم آموزش پزشکی کشور
- ۷- انجام طرح‌های تحقیقات کاربردی
- ۸- تقویت نظام سلامت مراقبت مالاریا برای کشف سریع موارد مالاریا
- ۹- بالا رفتن انگیزه خدمتی کارکنان صحرایی استان‌های درگیر

چالش‌ها

- طولانی بودن فصل انتقال در تعدادی از مناطق کشور.
- تردهای غیر مجاز مرزی در شرق کشور با کشورهای افغانستان و پاکستان، که درصد بالایی از بیماران مبتلا به مالاریا (به ترتیب سالیانه تعداد ۱/۵۰۰/۰۰۰ و ۱/۶۰۰/۰۰۰ بیمار) دارند.
- وضعیت نامناسب اقتصادی در مناطق درگیر بیماری

آینده نگاری حیطه و ترسیم افق چشم انداز

- ۱- ارتقاء مستمر دانش و نگرش جامعه نسبت به پیشگیری از مالاریا
- ۲- ارتقاء مستمر دانش و نگرش ارائه‌دهندگان خدمات بهداشتی - درمانی
- ۳- حذف مالاریا و جلوگیری از انتقال محلی و پیشگیری از ورود مجدد آن و گرفتن گواهی حذف مالاریا تا سال ۱۴۰۴
- ۴- برنامه‌ریزی و حمایت همه جانبه مبارزه با مالاریا در کشورهای همسایه

مراقبت بهداشتی مرزی

تاریخچه

کشور ایران از گذشته‌های دور تاکنون، در معرض تهدید عوامل بیولوژیک مختلف بوده و با توجه به ضعف دولت مرکزی در دوران حکومت قاجار، کنترل خدمات صحنه (سلامتی) در مرزها همواره با چالش روبرو بوده است. تنها آثاری که از موضوع قرنطینه در این دوره وجود دارد، در مرز مشترک ایران و افغانستان در منطقه یزدان شهرستان قائن است که هنوز آثاری از خرابه‌های آن موجود است. از اوایل سال‌های ۱۳۰۰ مرزهای زمینی کشور و بعضاً مرزهای دریایی دارای پست‌های قرنطینه بوده‌اند به‌عنوان مثال قرنطینه دریایی بوشهر، که آثار آن هم اکنون به صورت عکس و تصاویر در محل آب انبار قوام آن شهرستان موجود است و همچنین در مرز خسروی فضای قرنطینه‌ای فوق العاده وسیع وجود داشته که متأسفانه در جنگ تحمیلی عراق علیه ایران، کاملاً نابود شده است.

از اوایل دهه ۱۳۳۰، موضوع استقرار قرنطینه‌های دریایی و رعایت اصول کنترل‌های بهداشتی، تقویت شده است. در اوایل دهه ۴۰ و پیرو تصمیمات اتخاذ شده در وزارت بهداشتی وقت و با شکل‌گیری اداره کل ریشه کنی مالاریا و همچنین تشکیل واحد کنترل قرنطینه‌های بهداشتی، تعدادی از کارشناسان با هماهنگی WHO به کشور ترکیه اعزام شدند و اولین دوره قرنطینه دریایی را بر اساس اصول استاندارد آن زمان فراگرفتند که تا قبل از پیروزی انقلاب اسلامی ایران در مرزهای جنوبی کشور، این فعالیت‌ها ادامه داشت.

در طول ۸ سال دفاع مقدس، به دلیل مشکلات ایجاد شده در مرزهای دریایی جنوب غربی کشور، کنترل دریایی از نظر نظامات قرنطینه‌ای تا حدودی محدود شد، ولی در مقابل در مناطق شمالی خلیج فارس مانند بندر عباس (بندر شهید رجایی و بندر شهید باهنر) و در جنوب شرقی دریای عمان در بندر چابهار، این فعالیت‌ها ادامه داشت.

با اجرای نظام مراقبت بیماری‌ها به صورت نوین در کشور، بحث مراقبت بهداشتی مرزی نیز به تدریج جایگزین اصول قرنطینه قبلی گردید. به طوری که با تشکیل مرکز مدیریت بیماری‌های واگیر، نظام مراقبت بهداشتی مرزی، مورد عنایت و توجه ویژه قرار گرفت.

با بازنگری مقررات بهداشتی بین المللی^۱ IHR در سال ۲۰۰۵ میلادی (۱۳۸۴ شمسی) در

^۱ International Health Regulations

رابطه با ارتقاء نظام مراقبت بیماری‌های واگیر، از طرف دولت التزام بیش‌تری نشان داده شد و با تأمین منابع به‌خصوص از اعتبارات راهبردی، مرتبط با بخشی از مقررات مالی دولت، پایگاه‌های مراقبت بهداشتی مرزی زمینی (جاده‌ای و ریلی) و دریایی و هوایی، شکل مناسب‌تری گرفتند.

از مرزهای هوایی که در سال‌های ۱۳۴۵-۱۳۵۷، دارای جانمایی پست قرنطینه‌ای بوده‌اند، فرودگاه بین‌المللی مهرآباد تهران و فرودگاه بین‌المللی آبادان را می‌توان نام برد که در ابتدای شروع انقلاب اسلامی و در شرایط بروز جنگ تحمیلی، این پایگاه‌ها نیز تا حدود زیادی محدود گردیدند. اما در حال حاضر تا زمان تداوم فعالیت پایانه حجاج در این دو فرودگاه، پایگاه مراقبت بهداشتی مرزی نیز مستقر است.

نظام مراقبت بهداشتی مرزی کشور ایران با داشتن بیش‌تر از ۹۸ پایگاه مراقبت بهداشتی مرزی (از همه انواع جاده‌ای، ریلی، دریایی و هوایی) در منطقه EMRO شاخص بوده و در آخرین ارزیابی که کارشناسان WHO انجام داده‌اند و از این پایگاه‌ها در فرودگاه بین‌المللی امام خمینی و مرز بین‌المللی جلفا بازدید نموده‌اند، به‌عنوان یک ظرفیت مهم و ارزشمند پاسخ‌دهی، مورد ارزیابی و تقدیر قرار گرفته است.

تحلیل روند تغییرات

بر اساس مسئولیت‌ها و الزامات ملی و بین‌المللی، ارزیابی‌های به عمل آمده در قالب تحلیل روند تغییرات، مؤید آن است که یک حرکت ارتقاءیی پیشرو در حال انجام بوده و این حرکت از جنبه سخت‌افزاری و نرم‌افزاری به تکامل خود نزدیک می‌شود و مطمئناً با اجرایی شدن نظام مراقبت علامتی^۱ در پایگاه‌های مراقبت بهداشتی مرزی به استانداردهای مورد قبول WHO خواهد رسید.

چالش‌ها

- مهم‌ترین چالش موجود فعلی، محدودیت نیروی انسانی و تنها راه حل اساسی آن، ایجاد نگرش واقعی در هیئت‌های امناء دانشگاه‌های علوم پزشکی کشور، در امر تأمین نیروی

^۱ Syndromic Surveillance

انسانی است.

- چالش دیگر، ایجاد نگرش واقعی در رابطه با استقرار پایگاه‌های مراقبت بهداشتی مرزی در پایانه‌های مرزی زمینی (جاده‌ای و ریلی)، دریایی و هوایی است که نیاز به اقدام فرابخشی دارد.
- چالش دیگر، محدودیت منابع اختصاص داده شده جهت ارتقاء و توسعه این پایگاه‌ها است که لازم است به آن توجه ویژه مبذول گردد. با تأمین منابع کافی می‌توان در حسن اجرای نظام مراقبت علامتی و نیز مداخله پیش‌بینانه قبل از بروز همه‌گیری در مرزهای بین‌المللی، اقدامات لازم را به‌عمل آورد.

آینده نگاری حیطه و ترسیم افق چشم انداز

مهم‌ترین دست آوردها در رابطه با اجرای نظام مراقبت بهداشتی مرزی، عبارتند از:

- انتخاب جانمایی‌های مناسب
- هماهنگی فرابخشی با مسئولین پایانه‌های ترانزیت، گمرک و....
- تأمین امکانات پشتیبانی مناسب و کافی و همچنین اقدامات سخت افزاری رایانه‌ای
- تلاش دایمی در امر تأمین نیروی انسانی کافی بر اساس درجه بندی پایگاه‌های مرزی
- اجرایی نمودن صحیح مبارزه با بیماری‌های واگیر در پایگاه‌های مراقبت بهداشتی مرزی
- بهره‌گیری از نظام مراقبت علامتی در کلیه پایگاه‌های مراقبت بهداشتی مرزی زمینی و هوایی
- استفاده از امکانات متعدد و متنوع کمک آموزشی در پایانه‌های مرزی کشور
- انتخاب مسئولین دلسوز در دانشگاه‌های دارای مرز زمینی، دریایی و هوایی به‌عنوان رابط فیما بین پایگاه‌های مرزی و سطح ملی
- آموزش همگانی ساکنین مناطق مرزی، افرادی که به‌واسطه شغل خود در تردد هستند و کارکنان پایگاه‌های مراقبت بهداشتی مرزی زمینی، دریایی و هوایی

آنفلوانزا^۱

تاریخچه

کلمه آنفلوانزا از «جریان مایع» در زبان یونانی و «تأثیر ستارگان» از زبان ایتالیایی گرفته شده است. برای اولین بار بقراط در قرن پنجم قبل از میلاد این بیماری را توصیف کرده است. اولین همه‌گیری جهانی (پاندمی)^۲ آنفلوانزای ثبت شده در سال ۱۵۸۰ میلادی رخ داده است. در این پاندمی بعضی از شهرهای اسپانیا به علت تلف شدن افراد، از جمعیت خالی شده‌اند. در طی ۳۰۰ سال گذشته، بیش از ۱۰۰ پاندمی در دنیا رخ داده است. در قرن هجدهم، دو پاندمی، در قرن نوزدهم، پنج پاندمی و طی قرن بیستم، سه پاندمی بزرگ و یک شبه پاندمی اتفاق افتاده است. اولین پاندمی در قرن بیستم، در سال ۱۹۱۸ و ۱۹۱۹ میلادی به نام آنفلوانزای اسپانیایی A(H1N1) با مرگ و میر حدود ۲۰ تا ۴۰ میلیون نفر در کل دنیا روی داد و پس از آن آنفلوانزای آسیایی ناشی از نوع A(H2N2) در سال ۱۹۵۷ میلادی بروز نمود. پاندمی سوم با زیر گونه A(H3N2) و معروف به آنفلوانزای هنگ‌کنگی، در سال ۱۹۶۸ میلادی اتفاق افتاد و شبه پاندمی آنفلوانزای روسی ناشی از نوع A(H1N1) در سال ۱۹۷۷ میلادی بروز کرد. در ابتدای قرن ۲۱ میلادی پاندمی آنفلوانزای خوک ناشی از نوع A(H1N1)، با آلوده کردن ۱۹۴ کشور در سال ۲۰۰۹ میلادی، مشکلات عدیده‌ای را با آلودگی ثبت شده در بیش از ۱۸۰ هزار نفر و مرگ ثبت شده در حدود ۱۸۳۶۶ نفر (میزان کشندگی برآورد شده ۲۱-۱۱ درصد. آنفلوانزای خوک در ایران در طی این پاندمی (۱۳۸۹ شمسی)، باعث ابتلای ۳۶۷۲ نفر و مرگ ۱۴۷ نفر گردید.

در ده سال اخیر اشکال دیگری از بیماری آنفلوانزا در جهان مشاهده شده است که در کلان به آن آنفلوانزای پرندگان گفته می‌شود. این فرم از بیماری، در حال حاضر عمدتاً از پرندگان به انسان؛ در اثر تماس مستقیم با پرند، تنفس در فضاهای بسته‌ای که پرندگان نگهداری می‌شوند، تماس با فضولات پرندگان و بالاخره ذبح آن‌ها، ایجاد می‌شود. سیر بالینی این نوع بیماری با آنفلوانزای فصلی بسیار متفاوت بوده و حدود ۶۵ درصد کسانی که مبتلا به علائم بالینی این بیماری می‌شوند، جان خود را از دست می‌دهند، به همین علت، وضعیت نگران

^۱ Influenza

^۲ Pandemic

کننده‌ای را در بعضی از نقاط جهان ایجاد کرده است. همه صاحب نظران بر این عقیده هستند که با هر تغییری که در ساختار این نوع از ویروس آنفلوانزا رخ دهد، ممکن است این رویداد تسهیل شده و یک باره یک همه‌گیری جهانی و این بار با مرگ و میر به‌مراتب بالاتر از همه‌گیری‌های جهانی قبلی، مواجه شویم. وقوع چنین حادثه‌ای یک رویداد بهداشتی بسیار مهم بوده و تابع مقررات بین‌المللی بهداشتی (IHR) است و باید تمام موارد مشکوک به آنفلوانزای پرندگان، بلافاصله گزارش شوند.

اهمیت بیماری

به‌دلایل زیر مراقبت آنفلوانزا حائز اهمیت است:

- غیر قابل پیش بینی بودن وقوع همه‌گیری آنفلوانزا
- سرعت انتشار بسیار بالا
- ایجاد عوارض و مرگ و میر، به‌خصوص در گروه‌های در معرض خطر
- قابلیت سرایت انواع حیوانی آن به انسان.
- ایجاد سوش‌های جدید ویروسی و حساس بودن دستگاه ایمنی انسان نسبت به آن
- عواقب گسترده اجتماعی و اقتصادی به‌دنبال همه‌گیری

پیامدها

تاکنون (از ابتدای سال ۲۰۰۳ میلادی لغایت ۱۲ جون ۲۰۱۳ میلادی)، ۶۳۰ مورد ابتلا به همراه ۳۶۰ مورد مرگ انسانی (میزان کشندگی بیماری حدود ۶۱ درصد) ناشی از آنفلوانزای پرندگان (A/H5N1)^۱ در ۱۵ کشور اعلام گردیده است که ۴ کشور از آن‌ها در همسایگی ایران قرار دارند (آذربایجان - عراق - ترکیه - پاکستان). هم‌چنین گزارشات غیررسمی نیز، بیانگر وجود آلودگی در کشورهای افغانستان و عربستان است.

وجود موارد مثبت بیماری در پرندگان و انسان در کشورهای همسایه و آلودگی پرندگان مهاجر و هم‌چنین گستره پهناور کشور، که در مسیر ۳ کانال بزرگ از ۶ کانال مهاجرت پرندگان قرار

^۱A(H5N1)

دارد (و سالیانه ۴ بار کشور را در فصل مهاجرت پرندگان مورد تهدید قرار می‌دهد) و نیز گستردگی مراکز تولید، نگهداری و پرورش طیور، چه به صورت سنتی و چه به صورت صنعتی و نیمه صنعتی و حتی خانگی؛ کشور ما را با خطر آلودگی روبرو کرده است و حساسیت ناشی از خطر ورود و گسترش بیماری و تهدید حاصله از بروز طغیان‌ها و همه‌گیری بیماری در کشور را افزایش داده است به‌طوری که در سال ۱۳۸۵، اولین موارد مثبت آنفلوآنزای پرندگان نوع A/H5N1 در قوهای مهاجر در تالاب انزلی و تالاب‌های مازندران و در سال ۱۳۸۸، دومین مورد مثبت در پرندگان خانگی در استان مازندران گزارش گردیده است.

آثار و شواهد پاندمی آنفلوآنزای اسپانیایی در ایران

بر اساس اسناد به‌دست آمده که در کتاب قحطی بزرگ و مرگ و میر در ایران (نوشته محمد قلی مجد) ارائه شده است، در سال‌های ۱۹۱۹-۱۹۱۷ میلادی (۱۲۹۸-۱۲۹۶ هجری شمسی) با ورود بیماری آنفلوآنزای اسپانیایی به ایران، در حدود نیمی از ساکنین مناطق آلوده فوت کرده‌اند.

بر اساس گزارش ژنرال سایکس (منبع فوق‌الاشاره)، وضعیت بدین‌گونه توصیف شده است: از جمعیت ۵۰۰۰۰ نفری شیراز، ۱۰۰۰۰ نفر جان خود را از دست دادند. نقطه دیگری از ایران که در آن آنفلوآنزا به‌طور هم‌زمان شدت یافته بود، شهر قزوین است.

مراقبت آنفلوآنزا در ایران

از سال ۱۳۴۷ (۱۹۶۸ میلادی)، بخش ویروس شناسی دانشکده بهداشت دانشگاه علوم پزشکی تهران، به‌عنوان مرکز کشوری تشخیص آنفلوآنزا در ایران، همه ساله کوشش خود را در جهت جداسازی و مطالعه سرولوژیک آنفلوآنزا به عمل می‌آورد. از سال ۱۳۶۷ تا سال ۱۳۷۶ ویروس‌های جدا شده در ایران شامل ویروس آنفلوآنزای تیپ B و ویروس آنفلوآنزای تیپ A(H3N2) بوده است.

شروع فعالیت‌های مراقبت دیده‌وری آنفلوآنزا در سال ۱۳۸۳

در سال ۱۳۸۳ به‌عنوان اولین قدم در طراحی برنامه مراقبتی در راستای ایجاد آمادگی مقابله با

بروز پاندمی احتمالی، با هماهنگی با دوازده دانشگاه علوم پزشکی در موقعیت‌های مختلف جغرافیایی و جمعیتی و با در نظر گرفتن توان آزمایشگاهی دانشگاه‌های مزبور و زیر نظر آزمایشگاه ملی آنفلوانزا اقدام به نمونه‌برداری از موارد مشکوک به آنفلوانزا گردید که در این راستا نتایج زیر حاصل شده است:

جدول شماره ۱۱- شایع‌ترین سوش‌های آنفلوانزای کشور

شایع‌ترین سوش آنفلوانزا	سال
A/H1N1 (فصلی)	۱۳۸۳
A/H1N1 – A/H3N2 (فصلی)	۱۳۸۴
A/H3N2- B	۱۳۸۵
A/H1N1 (فصلی)	۱۳۸۶
B و A/H3	۱۳۸۷
A/H1N1 (پاندمی) و B	۱۳۸۸
A/H1N1 (پاندمی) و B	۱۳۸۹
A/H1N1 (پاندمی) و B	۱۳۹۰
A/H1N1 (پاندمی)	۱۳۹۱

هدف کلی برنامه مراقبت آنفلوانزا

هدف کلی برنامه مراقبت آنفلوانزا، آمادگی مقابله با وقوع همه‌گیری‌ها و پاندمی احتمالی و کاهش موارد ابتلا و عوارض و مرگ ناشی از آنفلوانزا است.

اهداف عمده اختصاصی برنامه

- ۱- شناخت الگوی اپیدمیولوژیک بیماری آنفلوانزا
- ۲- شناسایی جامعه حساس به بیماری آنفلوانزا
- ۳- شناخت انواع و زیرگونه‌های جدید ویروس آنفلوانزا
- ۴- تقویت و بهبود اطلاع‌رسانی عمومی
- ۵- آماده‌سازی نظام مراقبتی و بهداشتی - درمانی کشور در مقابله با بیماری

۵- جلوگیری از گسترش و انتشار سریع بیماری

اهداف مراقبت آنفلوآنزای پرندگان در انسان

- ۱- پیگیری موارد احتمالی آلودگی در انسان
- ۲- آماده‌سازی نظام بهداشتی - درمانی
- ۳- انجام اقدامات مداخله‌ای لازم بلافاصله پس از بروز بیماری در پرندگان
- ۴- پیگیری احتمال تغییر روند انتقال آنفلوآنزای A نوع N1H5 از انسان به انسان
- ۵- انجام به موقع اقدامات پیشگیرانه بوسیله واکسن و دارو
- ۶- رعایت اصول حفاظت فردی در کارکنان شاغل از جمله در مرغداری‌ها
- ۷- ثبت و گزارش موارد مشکوک انسانی
- ۸- مراقبت موارد مشکوک انسانی و درمان موارد ابتلا

اهداف مراقبت پاندمی آنفلوآنزا

- اطمینان یافتن از انجام مراقبت کافی و مناسب، به منظور گزارش ظهور تهدید پاندمی از ابتدای شروع آن
- آمادگی مناسب جهت اجرای به موقع و کامل فعالیت‌های ویژه مورد نیاز براساس مراحل پاندمی
- اطمینان از تشخیص سریع زیرگونه‌های ویروس جدید
- اطمینان از گزارش، ثبت و پاسخ‌دهی فوری
- به تأخیر انداختن ورود ویروس پاندمی به کشور
- محدودسازی گسترش پاندمی، به وسیله اجرای اقدامات محدودکننده فوری
- محدودسازی بیماری‌زایی و مرگ رو به افزایش ناشی از ویروس پاندمی
- اطمینان یافتن از حفظ و نگهداری ارائه خدمات ضروری طی وقوع پاندمی
- تأمین اطلاعات سریع، قابل اطمینان و به روز در تمامی مراحل پاندمی
- کاهش فشار ناشی از بروز پاندمی بر نظام بهداشت و صنایع کشور

راهنمایهای اساسی برنامه

- ۱- آموزش و اطلاع‌رسانی (عمومی- تخصصی)
- ۲- برقراری و تقویت نظام مراقبت بیماری
- ۳- تأمین واکسن و دارو
- ۴- بهبود و تقویت نظام آزمایشگاهی
- ۵- بهبود و تقویت بخش ارائه‌کننده خدمات بستری و درمان
- ۶- انجام پژوهش‌های عملی و کاربردی
- ۷- تأمین و توسعه منابع مالی و نیروی انسانی

فعالیت‌های عمده مراقبت آنفلوآنزا

- ۱- گزارش‌دهی فوری همه‌گیری (اپیدمی) یا طغیان
- ۲- مشخص نمودن ماهیت همه‌گیری (اپیدمی) یا طغیان
- ۳- مشخص کردن و جدا کردن ویروس آنفلوآنزای در چرخش
- ۴- ارزیابی نهایی همه‌گیری (اپیدمی) یا طغیان و بررسی مسائل و مشکلات بهداشت عمومی ناشی از همه‌گیری (اپیدمی)
- ۵- انجام اقدامات مداخله‌ای بهداشتی مناسب، مشتمل بر واکسیناسیون گروه‌های در معرض خطر و پرخطر و انجام اقدامات کنترل و مهار بیماری
- ۶- انجام اقدامات مداخله‌ای درمانی مناسب، مشتمل بر پیش‌بینی و ارائه خدمات درمانی مورد نیاز

راهنمایهای پاسخ به پاندمی

- ۱- راهنبرد آمادگی: شامل برنامه‌ریزی و طراحی، تهیه و تأمین وسایل، امکانات و تجهیزات، اطلاع‌رسانی و آموزش و تأمین منابع مالی و انسانی
- ۲- راهنبرد محدودسازی: این روش اشاره به پیشگیری از انتقال و گسترش بیماری بوسیله اقدامات کنترلی در مرزها، جداسازی بیماران، محدودسازی تماس‌های بیماران، استفاده منطقی از داروهای ضدویروسی و واکسن دارد.

۳- راهبرد حفظ و نگهداری خدمات ضروری: که در این روش با توجه به گسترش انفجاری بیماری در کل جامعه، تأکید بر حفظ و نگهداری خدمات ضروری در ارائه خدمات عمومی به جامعه است.

فعالیت‌های عمده مراقبت پاندمی

نحوه مراقبت در جریان پاندمی آنفلوانزا، همانند مراقبت آنفلوانزای فصلی و همه‌گیری (اپیدمی) حاصل از آن است ولی با این تفاوت که فعالیت‌های عمده مراقبتی، براساس مراحل پاندمی طراحی می‌گردد و فعالیت‌های مراحل بعدی، متکی بر تقویت و تشدید فعالیت‌های به عمل آمده در مراحل قبلی است و لذا تمام اقدامات مراقبتی زیر بایستی مورد توجه قرار گیرد:

- ۱- تقویت و تشدید مراقبت آزمایشگاهی در کلیه سطوح و در تمامی بخش‌ها (دولتی و خصوصی) برای تمام موارد مشکوک به بیماری
- ۲- تقویت و تشدید نظام گزارش‌دهی فوری
- ۳- تقویت و تشدید اقدامات کنترلی در مرزها، مبادی ورودی و خروجی کشور
- ۴- تقویت و تشدید اقدامات پیشگیری و حفاظت فردی
- ۵- تقویت و تشدید اقدامات آموزشی و اطلاع‌رسانی
- ۶- تقویت و تشدید اقدامات لازم در هنگام وقوع بحران و حوادث غیرمترقبه
- ۷- تقویت و تشدید هماهنگی برون بخشی و درون بخشی
- ۸- تقویت و تشدید اقدامات درمانی و خدمات بستری بیماران (داخل بیمارستانی-خارج از بیمارستان)
- ۹- تقویت و تشدید اقدامات لازم در ارائه خدمات اورژانسی (فوریت‌ها)

مراقبت‌های فعال در کشور

مراقبت بیماری آنفلوانزا در ایران در حال حاضر، ترکیبی از نظام‌های مراقبتی شامل مراقبت دیده‌ور، مراقبت آزمایشگاهی، مراقبت بیمارستانی، مراقبت همه‌گیری‌های (اپیدمی‌ها) تنفسی و مراقبت مرزی است:

سامانه الکترونیک آنفلوانزا (IES) ۱

در راستای بهبود نظام جمع آوری و تجزیه و تحلیل به موقع و آسان آمار و اطلاعات مربوطه و همچنین پیش بینی روند تغییرات و احتمال وقوع طغیان‌های اولیه، با به کارگیری نظام‌های نوین و امکانات در دسترس، سامانه الکترونیک آنفلوانزا طراحی و ساماندهی و راه‌اندازی گردیده است. در این سامانه تمام مراکز بهداشتی - درمانی و مراکز ارائه‌کننده خدمات بهداشتی - درمانی و بیمارستان‌ها تعریف شده و دارای کد شناسایی هستند و قابلیت دسترسی به سامانه مزبور را در قالب سطح‌بندی و طبقه‌بندی اطلاعات و براساس استانداردهای مخابراتی و بین‌المللی دارند و بدین طریق، امکان ثبت لحظه‌ای اطلاعات برای تمام سطوح، ایجاد گردیده است.

چالش‌ها

۱- بی شک نبود اعتبارات لازم در زمینه طراحی و برنامه‌ریزی و اجرایی نمودن برنامه‌های جدید، که ملزومه بهبود و افزایش توانمندی نظام جاری است، یکی از موانع مهم در ارتقاء برنامه‌های عملیاتی است.

۲- از سوی دیگر ضعف حافظه عمومی مدیران و دست‌اندرکاران اجرایی در زمینه اهمیت حفظ و نگهداری آمادگی‌های ایجاد شده و همچنین ارتقاء آن‌ها در راستای تقویت و تشدید عملیات فنی و اجرایی که ناشی از کاهش اولویت بیماری نسبت به سایر اولویت‌های بهداشتی است، یکی از نقاط چالش برانگیز در برنامه مراقبتی آنفلوانزا است.

۳- تأمین امکانات و تجهیزات ارائه خدمات بهداشتی و درمانی با توجه به توان بیماری در ایجاد طغیان و همه‌گیری و عالم‌گیری که نیاز به ارائه گسترده خدمات است، از مواردی است که باید در طول زمان افول و مراحل سکوت و کاهش شدت بروز بیماری در نظر گرفته شود، زیرا در هنگام وقوع گسترده بیماری امکان رفع کمبودها بسیار دشوار و گاهی غیرممکن است.

۴- با توجه به خاصیت و ماهیت بیماری‌های واگیر، بالاخص بیماری‌های واگیر تنفسی واز جمله مهم‌ترین آن‌ها که آنفلوانزا با قدرت ایجاد پاندمی و میزان کشندگی و بیماریزایی

¹ Influenza Electronic System

بالاست، آموزش مداوم و منظم در کلیه سطوح جامعه با تاکید بر اجتماعات و اماکن جمعی و همچنین به روز رسانی علمی کارکنان فنی بسیار مهم و ضروری است که همکاری‌های بین بخشی را در حد اعلاء طلب می‌کند.

۵- همچنین با توجه به تغییرات مکرر در عامل بیماری‌زای آنفلوانزا و لزوم تأمین سالیانه واکسن مورد نیاز برای گروه‌های هدف اولویت‌دار در زمان مناسب، دسترسی به موقع و کافی به واکسن آنفلوانزا برای تحت پوشش بردن این گروه‌ها نیز چالش دیگری است که باید مورد توجه قرار گیرد.

۶- از سوی دیگر تأمین داروهای ضد ویروسی مورد نیاز مسئله دیگری است که برای درمان بیماران باید به آن توجه شود.

آینده نگاری حیطه و ترسیم افق چشم انداز

با پیشرفت‌های روزافزون نظام مخابراتی و شبکه اینترنت در کشور و قابلیت دسترسی تمام نقاط کشور به امکانات بوجود آمده، افق برنامه با به روزرسانی و روزآمد کردن برنامه‌های نرم‌افزاری مربوط به مراقبت بیماری آنفلوانزا، در حال ترقی و پیشرفت است به‌طوری که در حال حاضر بیش از ۴۵۰ نقطه و منبع آماری در این نظام، فعال هستند و اقدام به ورود اطلاعات می‌کنند. از سوی دیگر با طراحی نظام‌های نوین مراقبتی از جمله نظام نوین و پیشرفته مراقبت علامتی (سندرومیک) بیماری‌ها که به‌عنوان بازویی قدرتمند در کنار نظام مراقبت جاری بیماری‌ها در حال شکل‌گیری و اجرایی شدن هستند، افزایش توانمندی فنی و عملیاتی مراقبت بیماری آنفلوانزا فراهم می‌گردد. همچنین با آموزش مداوم و پیوسته کارکنان عملیاتی و افزایش آگاهی‌های عمومی مردم در زمینه بیماری‌های واگیر، این توانمندی رو به افزایش خواهد بود. سایر نکات چشم‌انداز به‌شرح زیر است:

۱- تحقق آگاهی‌های مردم از بیماری‌های آنفلوانزا و راه‌های پیشگیری از ابتلا به آن ۱۰۰ درصد.

۲- فراهم آوردن امکانات درمانی مناسب و تخصصی و به هنگام در همه نقاط کشور (به گونه‌ای که هیچ مرگی ناشی از آنفلوانزا، اتفاق نیفتد).

۳- ارتقاء دانش پزشکان در خصوص کاربرد استفاده از آخرین راهنماهای درمانی مصوب و

- ابلاغی وزارت بهداشت (به نحوی که بهترین خدمات درمانی به بیماران ارائه گردد).
- ۴- حساسیت در زمینه قراردادادن آنفولانزا جزء اولویت‌های اول وزارت بهداشت و وزارتخانه‌های ذی‌ربط
- ۵- با توجه به چشم‌انداز ایران ۱۴۰۴ استقرار آزمایشگاه همکار مرجع بین‌المللی برای منطقه خاور میانه و آسیای جنوب غربی در ایران.

مقررات بهداشتی بین‌المللی

تاریخچه

مقررات بهداشتی بین‌المللی (IHR)^۱، اولین بار در سال ۱۹۶۹ میلادی (۱۳۴۸ هجری شمسی) به‌منظور کنترل و پیشگیری از گسترش بین‌المللی بیماری‌هایی پدید آمد که توان ایجاد همه‌گیری و گسترش بین‌المللی داشتند. در نسخه ۱۹۶۹ میلادی، بیماری‌های آبله، طاعون، وبا، تب زرد، تب راجعه و تیفوس مشمول این مقررات بودند که تا سال ۱۹۸۰ میلادی به سه بیماری طاعون، وبا و تب زرد منحصر گردید.

هر چند پس از تصویب مقررات ۱۹۶۹ میلادی، علاوه بر این سه مورد، بحران‌های بهداشتی دیگری با بیماری‌های بازپدید و نوپدید همانند SARS^۲ و آنفلوانزای پرندگان، رخ داده است. به‌طور کلی پیدایش بیش از ۴۰ بیماری نوپدید و بازپدید در طی ۳-۲ دهه اخیر، موضوعی قابل تعمق است.

بحران‌های فوق نشان داد که مقررات بهداشتی بین‌المللی (IHR1969) میلادی نمی‌تواند به بیماری‌ها و رویدادهای خطرناکی پاسخ دهد که در زمان تصویب یا بازنگری مقررات شناخته نشده‌اند. با توجه به ۴۰ بحران باز پدید و نو پدید از یک سو و توسعه مسافرت‌ها و تجارت بین‌المللی که زمینه گسترش رویدادهای خطرناک بهداشتی را فراهم می‌کرد، از سوی دیگر بازنگری مقررات ۱۹۶۹ میلادی، به‌عنوان یک ضرورت اجتناب‌ناپذیر، مد نظر قرار گرفت.

در سال ۱۹۹۵ میلادی، مقررات ۱۹۶۹ میلادی، طی تلاشی ۲ ساله و مستمر در قالب گروه‌های فنی کشوری و سازمان‌های بین‌المللی، توسط نمایندگان بیش از ۱۴۰ کشور جهان مورد تجدید

^۱ International Health Regulation

^۲ Severe Acute Respiratory Syndrome

نظر قرار گرفت. در سال ۲۰۰۵ میلادی، این مقررات بازنگری شده و به تصویب رسید و به همین دلیل تحت عنوان مقررات بهداشتی بین‌المللی ۲۰۰۵ نام‌گذاری شد. نمایندگان جمهوری اسلامی ایران، علاوه بر شرکت در جلسات مشورتی، در اجلاس سالانه سازمان جهانی بهداشت در سال ۲۰۰۵ میلادی نیز، این مقررات را تأیید کردند و به همین دلیل ایران ملزم به اجرای این مقررات بوده و از وظایف قانونی تمام کشورهای عضو سازمان جهانی بهداشت، از جمله جمهوری اسلامی ایران محسوب می‌شود. از ژوئن ۲۰۱۲ میلادی حسن اجرای این مقررات برای کشور جمهوری اسلامی ایران، الزامی گردید.

اهداف

هدف کلی از اجرای این مقررات، جلوگیری از انتشار بیماری‌های خطرناک در سطح بین‌المللی است.

برای نیل به این هدف اصلی، دو هدف متوسط (پیش نیاز) لازم است:

- جلوگیری از صدور و ورود بیماری‌های خطرناک (مشمول مراقبت)، از طریق مرزها، با حداقل مزاحمت برای مسافران
- مقابله با گسترش طغیان‌های ناشی از هر نوع رویداد بهداشتی در داخل هر کشور، به منظور کاهش و حذف منبع بیماری

دست آوردها

مقررات بازنگری شده، نسبت به نسخه قبلی IHR، مزایایی را تأمین کرد، از جمله:

- جداسازی بیمار و محدودیت تردد در مرزها و انجام اقدامات مهار بیماری در مبدأ
- افزایش موارد تحت مراقبت از چند بیماری (تب زرد، وبا، طاعون)، به تمام رویدادهای بهداشتی دارای اهمیت بین‌المللی
- مداخلات بهداشتی متداول تا پاسخ بهداشتی نظام‌مند، متناسب و سریع به هر رخداد بهداشتی

پس از تصویب این مقررات، به تمام کشورهای متعهد به سازمان جهانی بهداشت، فرصتی ۲ ساله داده شد تا هرگونه تغییر یا تخطی را در متن مقررات مصوب، ارائه نمایند که در نهایت

پس از سلسله مباحثاتی بین کشورهای عضو و سازمان جهانی بهداشت، از خرداد سال ۱۳۸۶ (ژوئن سال ۲۰۰۷ میلادی) این مقررات بدون هیچ گونه تغییری مجدداً تأیید و به کشورهای عضو فرصتی ۵ ساله داده شد تا ظرفیت‌های کلیدی برای اجرای این مقررات را کسب کنند. طبق ارزیابی به عمل آمده توسط هیئت اعزامی در کشورهای تحت پوشش دفتر حوزه مدیترانه شرقی سازمان جهانی بهداشت (EMRO) در خرداد سال ۱۳۹۱ (ژوئن سال ۲۰۱۲ میلادی)، جمهوری اسلامی ایران تنها کشور عضو EMRO بوده که به ظرفیت‌های کلیدی اجرای IHR2005 دست یافته است. هر چند سایر کشورهای این حوزه با ارسال درخواست به سازمان جهانی بهداشت، مهلت دستیابی به این ظرفیت‌ها را به مدت ۲ سال تا خرداد سال ۱۳۹۳، تمدید کرده‌اند.

چالش‌ها

دستیابی به ظرفیت‌های پیشرفته اجرای IHR2005، نیازمند هماهنگی و تعامل بین بخشی تنگاتنگ است. در راستای این ضرورت ستاد بین بخشی IHR، با حضور تمام سازمان‌ها و وزارتخانه‌های ذی‌نفع و با هماهنگی‌های به عمل آمده توسط مرکز مدیریت بیماری‌های واگیر وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی، تشکیل و اولین جلسه آن در تیرماه ۱۳۹۱ برگزار شد. به منظور دستیابی به ظرفیت‌های پیشرفته IHR2005، لازم است زیر کمیته‌های فنی این ستاد در کوتاه‌ترین زمان ممکن تشکیل و تمام ذی‌نفعان در تقویت این کمیته‌ها، مساعدت کنند. بدین طریق، کشور قادر خواهد بود که اسناد سیاست‌گذاری، قوانین، مقررات بین سازمانی و همچنین دستورالعمل‌ها و راهنماهای بین سازمانی برای افزایش آمادگی و مقابله با رخدادهای بهداشتی با اهمیت ملی و بین‌المللی را تهیه کند.

بدیهی است به‌منظور دستیابی به ظرفیت‌های پیشرفته (شامل نظام مراقبت و پاسخدهی به رخدادهای بهداشتی در مبادی مرزی کشور، نظام مراقبت و پاسخدهی به رخدادهای ناشی از ایمنی مواد غذایی، نظام مراقبت و پاسخدهی رخدادهای ناشی از بیماری‌های مشترک انسان و حیوان و سایر بیماری‌های عفونی و غیرعفونی حاد با توان گسترش سریع بین‌المللی)، تخصیص اعتبارات بین سازمانی باید متناسب با گستره این برنامه صورت گیرد.

آینده نگاری حیطه و ترسیم افق چشم انداز

با توجه به اهتمام کشور برای دستیابی به جایگاه کشوری توسعه یافته در منطقه، از جمله در زمینه سلامت، اهمیت اجرای مقررات بهداشتی بین‌المللی، بیش از پیش آشکار می‌شود. زیرا این تعهد بین‌المللی می‌تواند به‌عنوان یک فرصت و اهرم تلقی گردد که قادر به تقویت ظرفیت‌های پاسخ‌دهی به طغیان‌ها در داخل کشور و در مرزها باشد.

دستیابی به ظرفیت‌های مذکور، میزان آمادگی برای مقابله با بحران‌های بهداشتی و همچنین توان شناسایی سریع و پاسخ‌دهی فوری کشور به هرگونه رخداد بهداشتی را، افزایش می‌دهد که به نوبه خود می‌تواند بر پیشرفت شاخص‌های سلامت آحاد کشور نیز بسیار مؤثر باشد.

بهداشت و درمان مهاجرین و پناهندگان در ایران

تاریخچه

بعد از پیروزی انقلاب شکوهمند اسلامی در سال ۱۳۵۷، جمهوری اسلامی ایران به لحاظ سیاست‌های انسان دوستانه‌ای که در پیش گرفت، پذیرای تعداد میلیونی جمعیت آواره و مهاجر افغانی، که به علت حمله نیروهای اتحاد جماهیر شوروی سابق و جنگ‌های داخلی از کشور خود گریخته بودند؛ گردید و تا مدت‌ها بدون دریافت هیچ گونه کمک و مساعدتی از طرف سازمان‌های بین‌المللی و در سخت‌ترین شرایط گذر از مرحله تثبیت انقلاب اسلامی و مواجه گردیدن با دشمن خارجی که جنگ ۸ ساله را به ملت ایران تحمیل کرده بود، بار سنگین این جمعیت عظیم مهاجر و آواره را که جزء فقیرترین و محروم‌ترین اقشار مردم کشورشان بودند، به دوش کشید.

ایران دومین کشور دنیاست که بیش‌ترین تعداد پناهندگان را در خود جای داده است. در حال حاضر حدود سه میلیون پناهنده افغانی در ایران زندگی می‌کنند که نه تنها با گذشت بیش از ۳۰ سال از تعداد آن‌ها کاسته نشده، بلکه در سال‌های اخیر روز به روز بر شمارشان افزوده شده است. ایران میزبان ۲ نسل از پناهندگان افغان بوده، اما از حمایت اندک بین‌المللی بهره برده است.

ایران از معدود کشورهای جهان است که پناهندگان را در جامعه شهری و در کنار شهروندان خود جای داده است و از این بابت همواره مورد تأیید کمیساریای عالی سازمان ملل در امور پناهندگان است. چرا که بسیاری از کشورها، پناهندگان را در محیط‌های دور از جوامع شهری برای پیشگیری از آسیب‌ها و تبعات احتمالی، سکنی می‌دهند.

در حالی که فشار زیادی از خیل عظیم پناهندگان افغانی در ایران در بخش‌های مختلف آموزشی، بهداشتی، معیشتی و اشتغال به دولت جمهوری اسلامی ایران تحمیل شده است، کمک‌های اندک سازمان ملل در برابر خدمات دولت ایران ناچیز است.

به منظور رسیدن به اطلاعات دقیق و محاسبه میزان خدمات ضروری اتباع افغانی، نظام بهداشتی کشور به این موارد توجه می‌کند. که جمع‌آوری سریع داده‌ها و تحلیل آن، شمارش دقیق تعداد موارد مرگ و سوء تغذیه و بررسی پوشش واکسیناسیون از جمله آن‌هاست.

فعالیت‌ها

تمام فعالیت‌های بهداشتی - درمانی انجام شده در اردوگاه‌ها، همانند ارائه خدمات اولیه بهداشتی - درمانی اولیه در نظام شبکه است. بدین جهت در اردوگاه‌ها، مراکزی تحت عنوان بهداشت سرا تأسیس گردیده است تا تمام خدمات بهداشتی - درمانی را از طریق بهبخش و بهبخش ماما به پناهندگان ارائه کنند. هم‌چنین مهاجرین و آوارگان ساکن در شهرها و روستاها نیز مانند دیگر هم‌وطنان تحت پوشش مراکز بهداشتی - درمانی شهری و روستایی و خانه‌های بهداشت قرار داشته و از این خدمات به‌نحو مطلوب و همانند شهروندان ایرانی، بهره‌مند می‌گردند.

خدمت رسانی در قالب مراقبت‌های اولیه بهداشتی^۱ با اجزای زیر در حال انجام است: مبارزه با بیماری‌ها و واگیر و غیرواگیر. تأمین داروهای اساسی، درمان‌های اولیه، ایمن‌سازی، بهداشت مادر و کودک، تنظیم خانواده، تأمین آب و بهسازی محیط، غذا و تغذیه، بهداشت روان و بهداشت دهان و دندان. در مهمان شهرها^۲ و بهداشت سراها^۳، تمامی این خدمات به‌طور جامع به اتباع مستقر در اردوگاه ارائه می‌شود. بر اساس آخرین تصمیمات مقرر گردیده است که در تجمعات خارج از حوزه استحفاظی مراکز بهداشتی - درمانی و خانه‌های بهداشت، از پایگاه‌های بهداشتی خارج اردوگاهی با استفاده از بهبخش و بهبخش ماما که از بین جمعیت مهاجرین گزینش می‌گردند و در آموزشگاه بهورزی دوره می‌گذرانند، استفاده خدمتی به‌عمل آید.

واکسیناسیون^۴

انجام واکسیناسیون جاری در طول سال برای تمام کودکان زیر ۵ سال و زنان ۱۵-۴۹ سال، در تجمعات افغانی و در صورت لزوم به‌صورت فعال با مراجعه خانه به خانه، صورت می‌گیرد. واکسیناسیون فعال و فوق‌العاده در برنامه‌های «بسیج ایمن‌سازی تکمیلی فلج اطفال»^۵ یا برنامه اتباع خارجی (۴ نوبت در هر سال) انجام می‌شود که این امر هم‌زمان با پوشش فعال مناطق

^۱ PHC, Primary Health Care

^۲ Guest Houses یا camps

^۳ Health house

^۴ Vaccination

^۵ Sub National Immunization Day یا Mopping UP

خط مرزی کشور، برای جلوگیری از ورود ویروس وحشی فلج اطفال از کشورهای آلوده به ویژه افغانستان و پاکستان، اجرا می‌شود.

طرح بسیج عمومی واکسیناسیون سرخک در سال ۱۳۷۵، برای افراد ۹ ماه تا ۱۴ سال و در سال ۱۳۸۲، برای افراد ۹ ماهه تا ۲۵ سال، در قالب بسیج ملی ایمن‌سازی تکمیلی سرخک، سرخچه و ایمن‌سازی‌های تکمیلی گروهی در صورت بروز موارد مشکوک به سرخک و طغیان بیماری سرخک در هر منطقه (آخرین مورد این اقدام در کوره‌پز خانه‌های اطراف کرمان انجام شد) و اقدام به موقع نظام بهداشتی در کشف ۵ مورد بیماری سرخک وارده از افغانستان، مانع از بروز همه‌گیری بیماری سرخک در بین سایر اتباع افغانی و مردم شهر کرمان، گردید.

بیماریابی

این امر به‌ویژه برای کمک در بیماریابی به موقع برای بیماری‌های واگیر و تشویق خانواده‌ها در مراجعه به مرکز بهداشتی - درمانی و استفاده از خدمات موجود برای درمان بیمار و جلوگیری از انتشار پیامدها، صورت می‌گیرد.

مراقبت و کنترل

وزارت بهداشت برای کنترل بیماری مالاریا در جمعیت پناهندگان، که یک سوم کل بیماران مالاریایی کشور را تشکیل می‌دهند، سرانه‌ای بالغ بر یک میلیون ریال جهت تشخیص، درمان، پیگیری و مراقبت، هزینه می‌کند. این هزینه غیر از هزینه مراقبت و بیماریابی افراد سالم است. سرانه مراقبت و درمان بیماری سل در اتباع ایرانی، حدوداً مبلغ یک میلیون و هفت صد هزار ریال است و این مبلغ برای اتباع غیرایرانی به‌علت آداب و رسوم و رفت و آمدهای بسیار، از ۲ میلیون ریال فراتر خواهد رفت و چنانچه بیماری در افراد به هر علت (عدم دسترسی به دارو، مصرف ناصحیح، مقاومت دارویی) عود کند، هزینه‌ای حدود دویست و پنجاه میلیون تا دو میلیارد و پانصد میلیون ریال را برای هر فرد به دولت جمهوری اسلامی ایران تحمیل می‌کند. در سال‌های اخیر همه‌گیری وبا از طریق اتباع غیرایرانی در ایران شیوع پیدا کرده که خود هزینه سنگینی را بر دوش دولت تحمیل کرده و با مراقبت‌های شدید و هماهنگی‌های مناسب بین بخشی، از اشاعه بیش‌تر بیماری جلوگیری شده است.

آموزش بهداشت

با توجه به این که بزرگ‌ترین مشکل مهاجرین و پناهندگان خصوصاً اتباع افغانی، عراقی و پاکستانی ساکن در اردوگاه‌ها، حاشیه شهرها و روستاها، عدم رعایت بهداشت فردی و عمومی است و ریشه‌های قومی، آداب و رسوم و عقاید ایشان با برنامه‌های بهداشت و تنظیم خانواده نیز سازگاری مطلوبی ندارد، لذا تغییر نگرش و آداب فرهنگی و اجتماعی آنان، نیاز به برگزاری جلسات آموزشی و بهداشتی مستمر و هماهنگ دارد. به همین منظور اقدام به چاپ بروشور، پوستر و پمفلت‌های بهداشتی به زبان رسمی آن‌ها شده است.

هم‌چنین در این راستا، وزارت بهداشت با کمک کمیساریای عالی پناهندگان و اداره کل اتباع و مهاجرین خارجی وزارت کشور، اقدام به برگزاری کلاس‌های آموزشی اختصاصی ۲-۳ ماهه جهت تربیت بهبخش و بهبخش ماما، به‌عنوان کارمندان بهداشتی نمود تا بتوانند در بهداشت سراها و پایگاه‌های بهداشتی حاشیه شهرهای مناطق مهاجرنشین کشور، به ارائه خدمات پرداخته و نیز در صورت بازگشت به کشور خودشان، نقشی در جهت اعتلای بهداشت عمومی، ایفا کنند.

برای آموزش عمومی خانواده‌ها که از سال قبل به‌طور منسجم شروع شده است، طرح آموزشی جدیدی تدوین گردیده است که در صورت وجود اعتبار در دستور کار قرار خواهد گرفت.

چالش‌ها

- تردهای مکرر غیرقابل کنترل مرزی
- عدم مراجعه جهت استفاده از خدمات پیشگیری (به‌ویژه واکسیناسیون) به‌دلیل ترس از معرفی شدن به نیروهای امنیتی
- بالا بودن بعد خانوار به‌دلیل عدم اعتقاد و استفاده از فاصله‌گذاری مناسب بین فرزندان
- آسیب‌پذیر بودن مهاجرین به‌دلیل فقر فرهنگی و فقر مالی
- عدم تأمین منابع کافی برای انجام بررسی‌های میدانی

آینده نگاری حیطه و ترسیم افق چشم انداز

انتظار می‌رود که با ایجاد امنیت و آسایش در کشورهای هم جوار به‌ویژه افغانستان، تمام

مهاجرین با بهره‌مندی کامل از سلامتی و با حفظ کرامت انسانی و خاطره خوش از مهمان‌نوازی جمهوری اسلامی ایران، به کشور خود باز گردند.

زئونوزها^۱

مقدمه

زئونوزها طیف گسترده‌ای از بیماری‌های قابل انتقال بین حیوان و انسان را شامل می‌شوند که مخزن آن‌ها حیوانات مهره‌دار است. مهم‌ترین مسئله در مبارزه با این بیماری‌ها پیچیدگی کنترل و پیشگیری آن‌ها است، چرا که عامل ایجادکننده بیماری در حیوان است و کنترل هر کدام از این دسته حیوانات و جانوران در حوزه مسئولیت وزارت یاسازمان خاصی است، بنابراین وزارت بهداشت که وظیفه بیماریابی، درمان، علت‌یابی و برخورد با معلول را دارد، بایستی علاوه بر اقدامات فوق، حساس‌سازی مسئولین سایر وزارتخانه‌ها و مؤسسات ذی‌ربط را جهت اولویت قراردادن برنامه‌هایی که در جهت کنترل این بیماری‌ها در مخازن کمک‌کننده است، دربرنامه کاری خود قرار دهد. در همین راستا روز به روز توجه بیشتری به امر کنترل این بیماری‌ها توسط مسئولین دستگاه‌های ذی‌ربط شده است و همانند بسیاری از فعالیت‌های چشمگیری که به‌عمل آمده است، در رابطه با پیشگیری و کنترل این بیماری‌ها هم پیشرفت‌هایی صورت گرفته است.

از مهم‌ترین بیماری‌هایی که در کشور ایران اولویت دارند و به لحاظ اهمیت و امکانات، تحت مراقبت بیش‌تر قرار دارند، لیشمانیوز جلدی و احشایی، هاری و حیوان‌گزیدگی، تب مالت، سیاه زخم، تب هموراژیک کریمه کنگو، کیست هیداتیک و لپتوسپیروز را می‌توان نام برد.

سالک (لیشمانیوز جلدی)^۲

تاریخچه

در کتب قدیم ایران از جمله قانون ابن سینا، از زخمی به نام خیرونیه نام برده شده که علائم مشابه سالک را دارد. قبل از کشف انگل سالک در سال ۱۸۵۶ میلادی، دکتر پولاک آلمانی که یکی از استادان پزشکی مدرسه دارالفنون بود، شرح جامعی در مورد بیماری سالک نوشته و آن را با دکمه بغدادی و دکمه حلبی یکی دانسته بود. پس از مشخص شدن عامل بیماری‌زا،

^۱ Zoonosis

^۲ Leishmaniasis

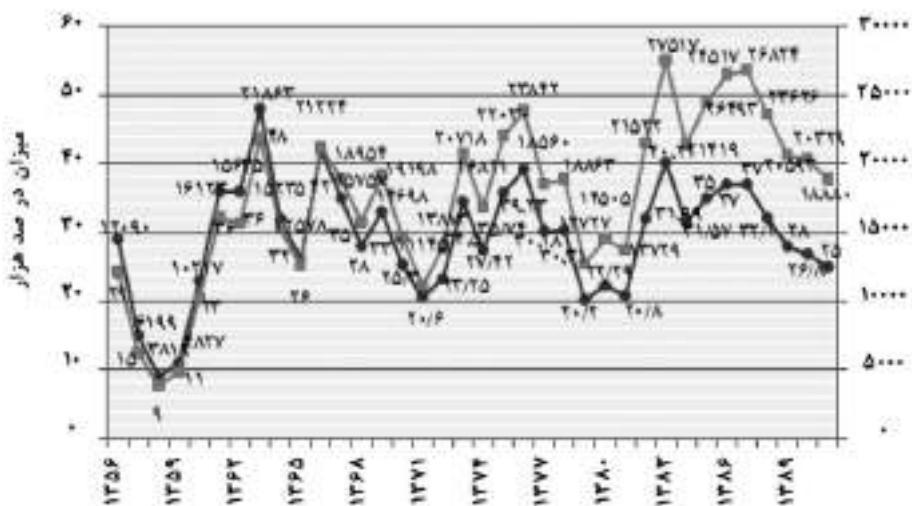
مطالعات مختلفی در ایران انجام و نشان داده شد این بیماری یکی از بیماری‌های بومی بسیاری از مناطق ایران است. در ایران دو نوع لیشمانیوز جلدی وجود دارد که شامل سالک نوع خشک یا شهری و سالک نوع مرطوب یا روستایی می‌باشد.

در سالک شهری، مخزن اصلی بیماری، انسان‌های مبتلا به سالک هستند، ولی سگ هم به‌طور اتفاقی به این بیماری مبتلا می‌گردد. در سالک روستایی، مخزن بیماری، جوندگان صحرایی هستند که تاکنون چهار گونه از آن‌ها به‌عنوان مخازن اصلی بیماری، شناخته شده‌اند.

موارد سالک در سال ۱۳۵۶ به تعداد ۱۲۰۹۰ مورد، با میزان بروز ۲۹ مورد در صد هزار نفر جمعیت و در سال ۱۳۵۷ به تعداد ۶۱۹۹ مورد با میزان بروز ۱۵ مورد در صد هزار نفر جمعیت بوده است و در سال ۱۳۵۸ تعداد موارد کاهش یافته و به ۳۸۱۹ مورد با میزان بروز ۹ در صد هزار نفر جمعیت رسیده است. روند میزان بروز سالک از سال ۱۳۶۰ مجدداً افزایش یافت و به ۱۰۲۱۷ مورد با میزان بروز ۲۳ مورد در صد هزار نفر رسید و تاکنون ادامه دارد، به‌طوری که در سال ۱۳۹۰، تعداد موارد سالک در کشور ۲۰۵۸۵ مورد با میزان بروز ۲۷/۴ مورد در صد هزار نفر بوده است و در سال ۱۳۹۱ به ۱۸۸۸۰ مورد با میزان بروز ۲۵ مورد در صد هزار نفر رسیده است. بیش از ۷۰ درصد موارد مبتلا از نوع روستایی و بقیه شهری بوده است.

تحلیل روند تغییرات

بیماری سالک به‌دلیل شیوع فراوان و پراکندگی آن در نقاط مختلف کشور، دارای اهمیت فراوانی است. روند میزان بروز آن طی سال‌های گذشته از سال ۱۳۶۰ افزایش یافت و به ۱۰۲۱۷ مورد با بروز ۲۳ در صد هزار نفر رسید که به‌علت شرایط جنگ و برخی مشکلات ناشی از جنگ مانند حرکات جمعیتی و اسکان آن‌ها در زیستگاه‌های پشه خاکی بود و در سال‌های جنگ به روند خود ادامه داد. در کل میزان بروز بیماری معمولاً به‌صورت سینوسی (ابتدا افزایش موارد در ۲ یا ۳ سال و سپس کاهش آن به مدت مشابه) بوده که به‌نظر می‌رسد به دلایل ایجاد ایمنی در گروه‌های در معرض خطر باشد. سایر دلایل، شامل اقدامات مقطعی و کانونی (پاسخ به همه‌گیری اپیدمی‌های کانونی) و با انجام سمپاشی با حشره‌کش و هم‌چنین تغییرات آب و هوایی و ... هستند. بیماری عمدتاً از نوع روستایی است و الگوی فصلی آن در اوایل پاییز تا اواسط زمستان، دارای بالاترین میزان بروز است.



نمودار شماره ۷- تعداد موارد و میزان بروز سالک (در صد هزار نفر) در کشور (۱۳۹۱ - ۱۳۵۶)

شاخص‌ها

میزان بروز بیماری سالک در صد هزار نفر جمعیت در سال

روش کار

مهم‌ترین اقدامات انجام شده در سال‌های گذشته، عمدتاً بر پایه ارتقاء هماهنگی بین بخشی با هدف کاهش اماکن تکثیر ناقل بیماری و حمایت مسئولین در سطح استان‌ها و شهرستان‌ها، آموزش جامعه، بیماریابی غیرفعال و ثبت دقیق‌تر موارد است، هم‌چنین شامل سمپاشی کانونی علیه ناقل در مناطق شهری، برنامه مبارزه با مخزن با استفاده از روش طعمه‌گذاری، استفاده از پشه بند آغشته به سم و دور کننده‌های حشرات بوده که البته در سال‌های اخیر با بازنگری در برنامه مراقبت و کنترل بیماری و توجه به امر بیماریابی و درمان به خصوص در نوع شهری، ارتقاء سطح آگاهی مردم و آموزش بیماران جهت پوشاندن زخم، مبارزه جدی‌تر با مخازن از طریق جوندہ کشی و هماهنگی با سازمان‌های ذی‌ربط که در کنترل بیماری مؤثر هستند قدم‌های مؤثری در کنترل بیماری در نقاط آندمی برداشته شده است.

دست آوردها

- ۱- افزایش سطح آگاهی جامعه و دانش تمام کارکنان نظام بهداشتی کشور در زمینه بیماری و کنترل آن
- ۲- افزایش هماهنگی های درون بخشی و بین بخشی در سطح مدیران ارشد استانی
- ۳- بسترسازی برای کنترل سگ های ولگرد
- ۴- اخذ مجوز دوره بازآموزی مدون برگزاری سمینارها و کارگاه ها برای کارکنان ذی ربط
- ۵- تقویت نظام مراقبت بیماری های قابل انتقال بین حیوان و انسان در جهت ثبت، گزارش دهی، جمع بندی و تجزیه و تحلیل وضع موجود
- ۶- ارتقاء و نظارت و پیشرفت برنامه های کنترل زئونوز از سطح کشوری تا دانشگاهی و شهرستان ها
- ۷- ایجاد نظام نرم افزاری: نظام جمع آوری و ورود اطلاعات بیماری های قابل انتقال بین انسان و حیوان در فرم پورتال معاونت بهداشت و وزارت بهداشت و ارسال آن به صورت برخط
- ۸- آشنایی اعضاء هیئت علمی دانشگاه ها با وضعیت بیماری و مراقبت آن در کشور

چالش ها

- مهم ترین چالش ها و مشکلات موجود در برنامه های کنترل بیماری، عبارتند از:
- ۱- وقوع این بیماری به عنوان یک بیماری نوپدید و باز پدید در نقاط مختلف کشور
 - ۲- فعال نبودن کمیته های مبارزه با حیوانات زیان رسان در بعضی استان ها و شهرستان ها و عدم توجه مسئولین مربوطه مثل استانداری ها، فرمانداری ها، شهرداری ها و نیروی انتظامی
 - ۳- گسترش مناطق مسکونی و ایجاد شهرک ها، عدم هماهنگی مسئولین با بخش بهداشت، جابجایی جمعیت، ضعیف بودن اقدامات زیست محیطی از قبیل جمع آوری زباله، استفاده از کودهای حیوانی و مرغی جهت کشاورزی و ...
 - ۴- وقوع عوامل غیرطبیعی از جمله سیل و زلزله و ... که سبب گسترش و ظهور بعضی بیماری ها از جمله سالک در بعضی مناطق می گردد.

آینده نگاری حیطه و ترسیم افق چشم انداز

با توجه به تجربیات ارزنده کسب شده در کنترل این بیماری و هم سو کردن مسئولین استانی با این برنامه، امید است با انجام اقدامات به موقع کنترلی، کشف و درمان به موقع بیماران انجام و مرحله حذف بیماری حاصل شود.

کالآزار (لیشمانیوز احشایی)^۱

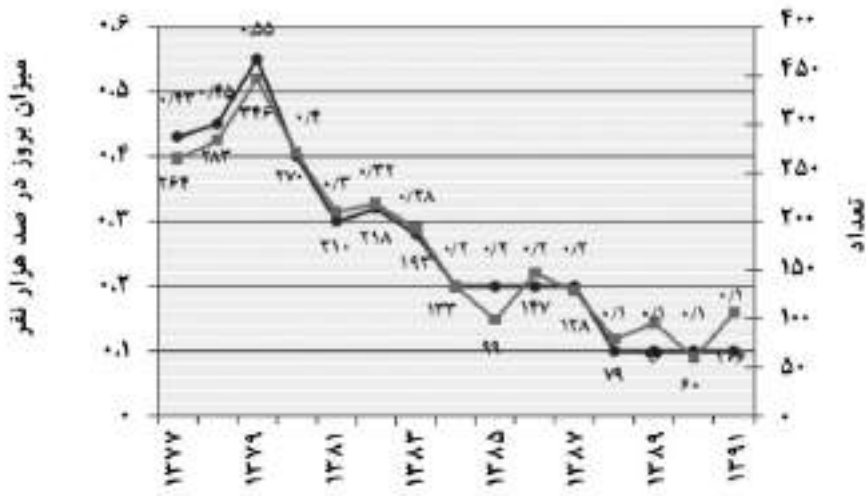
تاریخچه

این بیماری به علت وجود مرگ و میر بالا در صورت تأخیر در شروع درمان، دارای اهمیت فراوان است. بروز این بیماری در ایران از سال ۱۳۳۷-۱۳۲۸، به تعداد ۱۳ مورد و طی ۱۰ سال بعد تعداد ۵۳ مورد و طی ۱۰ سال بعد که به سال ۱۳۵۷ می‌رسد به تعداد ۳۲۳ مورد بوده است. در سال ۱۳۶۷-۱۳۵۷، به تعداد ۹۷۳ مورد و در سال ۱۳۷۲-۱۳۶۸، به تعداد ۳۰۱۳ مورد بوده است. در سال ۱۳۹۱-۱۳۷۷، تعداد کل موارد ۲۶۳۳ مورد بوده است تا این که در سال ۱۳۹۱، به تعداد ۱۰۶ مورد رسید.

تحلیل روند تغییرات

از سال ۱۳۷۷ که برنامه مراقبت بیماری با کمک بخش انگل‌شناسی دانشکده بهداشت دانشگاه علوم پزشکی تهران در استان‌های اردبیل، آذربایجان شرقی و سپس فارس و بوشهر که کانون‌های بیماری هستند، برقرار شده و در این استان‌ها از آنتی ژن DAT جهت تشخیص سریع بیماری و از طریق نظام شبکه کمک گرفته شده است، موارد بیماری گزارش شده طبق نمودار زیر به علت تشخیص به موقع طی سال‌های ۱۳۷۹-۱۳۷۷ از ۲۶۴ مورد به ۳۴۶ مورد افزایش یافته که به تدریج طی سال‌های بعد سیر نزولی داشته است. البته میزان مرگ و میر این بیماری در این استان‌ها در گروه سنی ۱۰-۰ سال، با توجه به بیماریابی سریع با آنتی ژن DAT و سپس درمان فوری با گلوکانتیم نیز، سیر نزولی داشته است.

^۱ Visceral leishmaniasis



نمودار شماره ۸- تعداد موارد و میزان بروز بیماری کالآزار در کشور (۱۳۷۷-۱۳۹۱)

شاخص‌ها

تعداد موارد کالآزار در سال

دست آوردها

- ۱- هماهنگی‌های درون‌بخشی و بین‌بخشی چشمگیر در دانشگاه‌های علوم پزشکی، به‌طوری‌که منجر به برگزاری جلسات منظم با استانداری، فرمانداری‌ها، اداره کل حفاظت محیط زیست، نیروی انتظامی و آزمایشگاه‌ها در سطح استان‌ها شده است.
- ۲- مشخص شدن وزارت کشور به‌عنوان متولی امر مبارزه با حیوانات زیان رسان از جمله سگ‌های ولگرد که با تشکیل جلسات ضمن تأکید بر مبارزه با حیوانات توسط شهرداری‌ها و نیروهای انتظامی و ... دستورالعمل مربوطه به‌عنوان یک کار بنیادی، توسط سازمان شهرداری‌ها و دهیاری‌های کشور، در دست تهیه است.
- ۳- تقویت ارتباط بیش‌تر با بخش خصوصی و مطب‌ها جهت گزارش موارد بیماری به مراکز بهداشت
- ۴- تهیه کیت DAT با همکاری دانشکده بهداشت دانشگاه تهران و در دسترس قرار دادن

- آزمایش تشخیص DAT در مراکز بهداشتی - درمانی در استان‌های آلوده به کالا آزار از جمله اردبیل، آذربایجان شرقی و غربی و فارس و بوشهر.
- ۵- ارتقاء سطح آگاهی مردم، مسئولین و نیروهای بهداشتی - درمانی در زمینه بیماری‌های زئونوز.
- ۶- آشنایی اعضاء هیئت علمی دانشگاه‌ها با وضعیت بیماری و مراقبت آن در کشور
- ۷- ایجاد نظام نرم‌افزاری: نظام جمع‌آوری و ورود اطلاعات در حال حاضر اطلاعات این بیماری‌ها در فرم‌های پورتال معاونت بهداشت وزارت بهداشت به‌صورت برخط ارسال می‌شود.

چالش‌ها

- مهم‌ترین چالش‌ها و مشکلات موجود عبارتند از:
- ۱- عدم توانایی در کنترل مخازن حیوانی وحشی
 - ۲- فعال نبودن کمیته‌های مبارزه با حیوانات زیان رسان در بعضی استان‌ها و شهرستان‌ها و عدم توجه مسئولین مربوطه مثل استانداری‌ها، فرمانداری‌ها، شهرداری‌ها و نیروی انتظامی
 - ۳- گسترش مناطق مسکونی و ایجاد شهرک‌ها، عدم هماهنگی مسئولین با بخش بهداشت، جابجایی جمعیت، ضعیف بودن اقدامات زیست محیطی از قبیل جمع‌آوری زباله، استفاده از کودهای حیوانی و مرغی جهت کشاورزی و ...
 - ۴- وقوع عوامل غیرطبیعی از جمله سیل و زلزله و ... که سبب گسترش و ظهور بعضی بیماری‌ها از جمله سالک در بعضی مناطق می‌گردد.

آینده نگاری حیطه و ترسیم افق چشم انداز

با توجه به در دسترس بودن آزمایش DAT در سطوح محیطی و در کانون‌های بیماری، امید است که هم‌چون گذشته با بروز اولین علائم، بیماری تشخیص داده شده و به موقع درمان شود و نیز منابع لازم جهت بهبود شرایط زیست محیطی فراهم گردیده و کاهش بروز موارد را محقق سازد.

تب مالت (بروسلوز)^۱

تاریخچه

تب مالت یکی از شایع‌ترین بیماری‌های قابل انتقال بین حیوان و انسان است که به‌طور مستقیم و غیرمستقیم، عمدتاً از طریق تماس با حیوانات از قبیل گاو، گوسفند و بز، ترشحات تناسلی و جنین و جفت سقط شده، ادرار، مدفوع و هم‌چنین مصرف شیر و لبنیات غیرپاستوریزه آن‌ها، به انسان منتقل می‌شود.

اولین بار در سال ۱۳۱۱، بروسلا ملی تنسیس^۲ توسط کارشناسان انستیتو پاستور ایران، از کشت خون یک بیمار مبتلا به تب مالت جدا شد. در سال ۱۳۲۳، بروسلا آورتوس^۳، توسط مؤسسه رازی، از جنین گاو مبتلا جدا شد. در سال ۱۳۲۹ بروسلا ملی تنسیس توسط مؤسسه رازی از شیر بز و گوسفند مبتلا جدا شد. در سال ۱۳۵۰، بروسلا سوییس توسط مؤسسه رازی از خوک مبتلا جدا شد.

از آن سال به بعد به منظور رفع تنگناها و مشکلات مربوط به این بیماری تحقیقات مختلفی انجام شد و در زمینه ساختن پادتن‌های مختلف و انواع واکسن‌های بروسلوز دامی نیز پیشرفت‌های چشمگیری به دست آمد.

این بیماری به علت شیوع فراوان که تقریباً به صورت کانون‌های آلوده از دیر باز در نقاط مختلف کشور وجود داشته و عدم کنترل علی‌رغم اقدامات مفید و مستمری که در دست انجام است، هم چنان به‌عنوان یک معضل بهداشتی مطرح می‌باشد.

بیماری تب مالت (بروسلوز) در انسان، نشان‌دهنده گسترش بیماری در حیوانات است. عفونت‌های انسانی ناشی از باکتری‌های بروسلا همیشه بیش از موارد مبتلا با علائم بالینی است. نسبت موارد بدون علامت بالینی بروسلوز، ممکن است ۸ به ۱ یا بالاتر باشد.

تحلیل روند تغییرات

موارد تب مالت در سال ۱۳۵۷، به تعداد ۱۴۱۵۹ مورد با میزان بروز ۳۸ مورد در صد هزار نفر

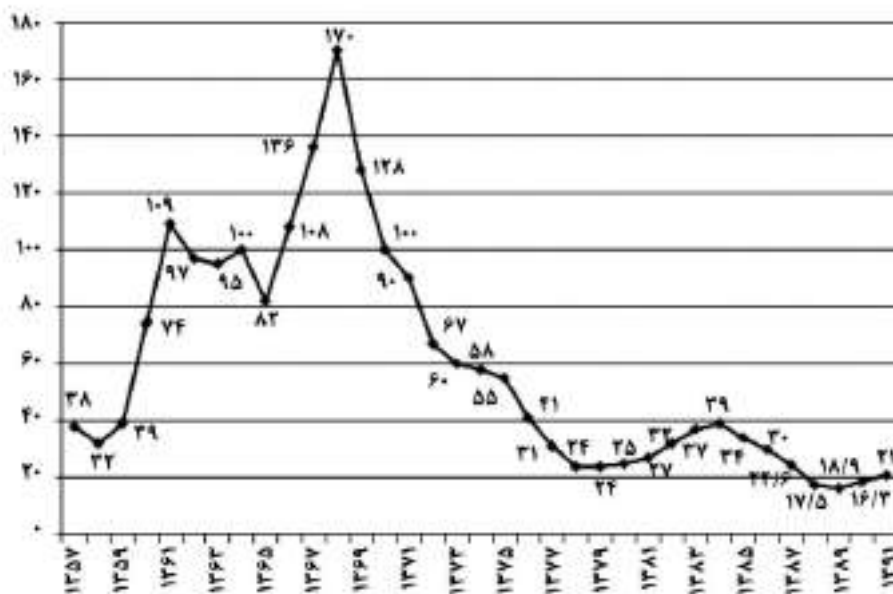
^۱ Brucellosis

^۲ Brucella Mellitansis

^۳ Brucella Abortus

بود و از سال ۱۳۶۰، دو برابر شد و به ۳۰۸۰۷ مورد با میزان بروز ۷۴ مورد در صد هزار نفر رسید و از سال ۱۳۷۲، به تعداد ۳۹۳۷۵ مورد با میزان بروز ۶۷ مورد در صد هزار نفر رسید، که روندی کاهشی داشته است. در حال حاضر در سال ۱۳۹۱ تعداد موارد ۱۶۰۳۲ نفر با بروز ۲۱ مورد در صد هزار نفر است.

کنترل بروسلوز به حذف و ریشه‌کنی بیماری در منشاء آن، یعنی حیوانات وابسته است. سازمان دامپزشکی کشور به‌عنوان متولی اصلی، طی سالیان متمادی برنامه مبارزه با بروسلوز را در قالب طرح‌های ملی مبارزه با سل و بروسلوز در دستور کار داشته است، در حال حاضر امکانات و منابع موجود برای اجرای مبارزه با بروسلوز دامی در حدی است که تنها می‌توانند با حفظ وضع موجود به فعالیت‌های خود ادامه دهند.



نمودار شماره ۹- میزان بروز بیماری تب مالت در صد هزار نفر در کشور (۱۳۵۷ - ۱۳۹۱)

شاخص‌ها

میزان بروز بیماری تب مالت در صد هزار نفر جمعیت در سال

دست آوردها

- ۱- تدوین درس‌نامه بیماری‌های قابل انتقال بین حیوان و انسان از جمله بیماری تب مالت، در مرکز مدیریت بیماری‌ها با کمک معاونت آموزشی وزارت بهداشت برای دانشجویان پزشکی
 - ۲- کاهش موارد استفاده از شیر و خامه غیرپاستوریزه در شیرینی‌فروشی‌ها و بستنی‌فروشی‌ها
 - ۳- نهادینه شدن آموزش اجباری به اصناف مرتبط با تهیه و توزیع و عرضه محصولات لبنی، شیرینی‌فروشی‌ها، بستنی‌فروشی‌ها و تمام مراکز تهیه و توزیع مواد غذایی
 - ۴- تهیه و تولید مواد غذایی سالم شامل مواد لبنی پاستوریزه و سایر فرآورده‌های دامی و غذایی توسط کارگاه‌ها و اماکن مربوطه
- مهم‌ترین اقدامات انجام شده توسط سازمان دامپزشکی کشور، وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و سایر بخش‌های توسعه جهت کنترل بیماری، عبارتند از:
- ۱- واکسیناسیون فراگیر دام‌ها شامل بره، بزغاله و گوساله علیه بیماری بروسلوز
 - ۲- شناسایی دام‌های آلوده و حذف از گله (البته این امر به‌طور معمول در دامداری‌های صنعتی انجام می‌گردد و به‌طور گسترده تر و در دامداری‌های سنتی، مستلزم تأمین اعتبار هنگفت در این زمینه است).
 - ۳- ارتقاء سطح آگاهی دامداران و کشاورزان در زمینه راه‌های ابتلا به این بیماری و به‌کار بردن اقدامات پیشگیری از قبیل رعایت نکات بهداشتی در تماس با دام و نیز عدم مصرف شیر و لبنیات غیرپاستوریزه
 - ۴- افزایش تعداد کارخانه‌های شیر پاستوریزه و مواد لبنی و افزایش دسترسی مردم به فرآورده‌های لبنی پاستوریزه

چالش‌ها

مهم‌ترین چالش‌ها و مشکلات موجود، عبارتند از:

- ۱- خسارات قابل توجه به بخش دامپروری و تقلیل مواد پروتئینی و کاهش کیفیت آن‌ها
- ۲- افزایش بروز بروسلوز در سال‌های اخیر، به علت تغییرات در برنامه واکسیناسیون فراگیر دام‌ها

۳- مشکلات فرهنگی و اجتماعی مردم در رابطه با شیوه غلط استفاده از شیر، گوشت و فرآورده‌های دامی و نیز عدم توجه به نکات بهداشتی در تماس با دام و ذبح غیربهداشتی و کشتارهای غیرمجاز

۴- کمبود کشتارگاه‌های صنعتی و استاندارد و در نتیجه کشتارهای غیرمجاز (که سبب گسترش بیماری می‌گردد).

۵- امکان توسعه فعالیت‌ها برای دستیابی به هدف حذف و ریشه‌کنی بیماری، به دلایل زیر میسر نخواهد بود:

- پایین بودن میزان اعتبارات و منابع مورد نیاز طرح مبارزه با بروسلوز در اجرای برنامه‌های واکسیناسیون دامی، تست و کشتار و پرداخت غرامت به صاحبان دام
- عدم دسترسی به هنگام واکسن‌های بروسلوز و کوتاه بودن زمان مصرف واکسن‌های بروسلوز
- ضعف نسبی در سیستم زنجیره سرد و نگهداری، حمل و توزیع و مصرف مواد بیولوژیک
- ناکافی بودن آگاهی دامداران و کارکنان دامداری‌ها، دست اندرکاران حمل و نقل، خرید و فروش دام و کارکنان کشتارگاه‌ها
- فقدان نظام تعیین هویت جمعیت دامی کشور
- فقدان نظام مناسب خرید و فروش دام

آینده نگاری حیطه و ترسیم افق چشم انداز

- کاهش میزان بروز بیماری تب مالت نسبت به وضع موجود و نیل به هدف حذف و ریشه‌کنی بیماری در انسان و حیوان
- کاهش میزان ابتلا و عوارض بیماری
- افزایش آگاهی جامعه به خصوص گروه هدف برنامه
- افزایش آگاهی کارشناسان و پزشکان سطوح مختلف شبکه
- تقویت نظام مراقبت و گزارشدهی به هنگام توسط تمام مراکز بهداشتی - درمانی بخش دولتی و خصوصی
- گسترش هماهنگی‌های بین بخشی با بخش‌های مختلف درگیر

سیاه زخم (آنتراکس)^۱

تاریخچه

این بیماری یکی از بیماری‌های مهم از نظر مرگ و میر بالای آن در دام و خسارات اقتصادی ناشی از آن می‌باشد. به همین علت مبارزه با این بیماری در بخش دامپزشکی، یکی از اولویت‌های اصلی سازمان دامپزشکی کشور بوده است که با توجه به واکسیناسیون مؤثر و فراگیر در دام‌ها، موارد بیماری در دام کاهش چشمگیری داشته و موارد انسانی بیماری، نادر و تک گیر شده است.

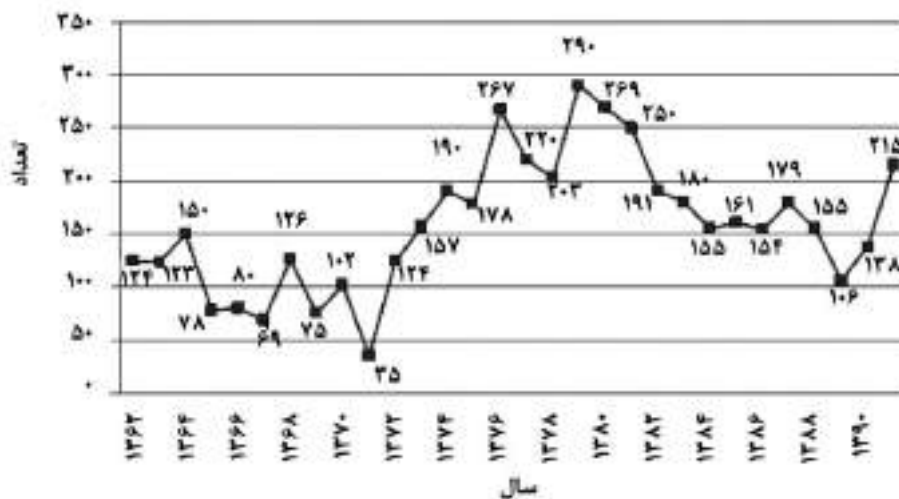
به علت استفاده از عامل بیماری‌زای این بیماری در جنگ‌های بیولوژیک و بیوتروریسم، این بیماری در سال‌های اخیر اهمیت بیش‌تری پیدا کرده که بایستی در این زمینه مورد توجه دولت‌ها قرار گیرد.

تحلیل روند تغییرات

بیماری سیاه زخم در ایران در سال‌های ۱۳۹۱-۱۳۶۲ بین ۰/۰۶ تا ۰/۳ مورد در صدهزار نفر جمعیت متغیر بوده است.

با نگاهی به نمودار روند بیماری، میزان بروز این بیماری در انسان از سال‌های ۱۳۵۹-۱۳۵۶ افزایش یافته و از ۳۷ مورد درصد هزار نفر جمعیت به ۴۱۴ مورد رسیده است. سپس این میزان طی سال‌های بعد تا سال ۱۳۷۱ کاهش و به ۳۵ درصد هزار نفر جمعیت رسیده که مجدداً در سال‌های بعد با تقویت نظام مراقبت بیماری، در سال‌های ۱۳۷۹-۱۳۷۶ افزایش یافته است. میزان بروز بیماری سال ۱۳۷۹-۱۳۷۲ روند افزایشی داشته (بین ۰/۰۶ تا ۰/۴۶ در صدهزار نفر جمعیت) و بعد به تدریج کاهش یافته است. تعداد موارد سیاه زخم در کشور در سال ۱۳۹۱، ۲۱۵ مورد با بروز ۰/۳ مورد در صد هزار نفر جمعیت بوده است. در سال ۱۳۹۱ بیش‌ترین تعداد مبتلایان از استان‌های آذربایجان غربی، خراسان رضوی، فارس، کردستان و اصفهان گزارش شده است.

¹ Anthrax



نمودار شماره ۱۰- تعداد موارد بیماری سیاه زخم در کشور (۱۳۶۲-۱۳۹۱)

شاخص‌ها

- تعداد موارد سیاه زخم در سال
- میزان بروز سیاه زخم در صد هزار نفر جمعیت در سال

دست آوردها

- کاهش میزان آلودگی در دام
- کاهش میزان بروز بیماری در انسان
- کاهش میزان آلودگی در محصولات خام دامی (پوست و پشم و ...)
- افزایش سطح آگاهی جامعه و کارکنان بهداشتی - درمانی
- تقویت نظام مراقبت بیماری‌های قابل انتقال بین حیوان و انسان در جهت ثبت، گزارش‌دهی، جمع‌بندی و تجزیه و تحلیل وضع موجود.
- ارتقاء نظارت و پیشرفت برنامه‌های کنترل بیماری‌های قابل انتقال بین انسان و حیوان از سطح کشوری تا دانشگاهی و شهرستان‌ها

چالش‌ها

مهم‌ترین چالش‌ها و مشکلات موجود، عبارتند از:

- خطر استفاده از عوامل پاتوژن بعضی از این بیماری‌ها در جنگ‌های بیولوژیک
- خسارات قابل توجه به بخش دامپروری و تقلیل مواد پروتئینی و کاهش کیفیت آن‌ها
- مشکلات فرهنگی و اجتماعی مردم در رابطه با شیوه غلط استفاده از شیر، گوشت و فرآورده‌های دامی و نیز عدم توجه به نکات بهداشتی در تماس با دام و ذبح غیربهداشتی و کشتارهای غیرمجاز
- کمبود کشتارگاه‌های صنعتی و استاندارد (در نتیجه کشتارهای غیرمجاز که سبب گسترش بیماری‌های کیست هیداتیک، تب هموراژیک، کریمه کنگو، سیاه زخم و ... می‌گردد).

آینده نگاری حیطه و ترسیم افق چشم انداز

کاهش میزان بروز بیماری سیاه زخم نسبت به وضع موجود تا حذف آن

- کاهش میزان ابتلا و عوارض بیماری
- افزایش آگاهی جامعه به‌خصوص گروه هدف برنامه
- افزایش آگاهی کارشناسان و پزشکان سطوح مختلف شبکه
- تقویت نظام مراقبت و گزارش‌دهی به هنگام توسط تمام مراکز بهداشتی - درمانی بخش دولتی و خصوصی
- گسترش هماهنگی‌های بین بخشی با بخش‌های مختلف درگیر

تب خونریزی دهنده ویروسی کریمه کنگو

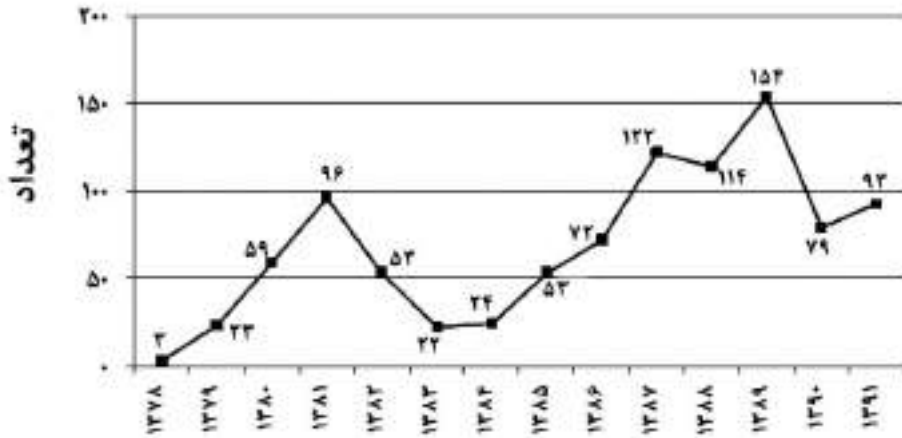
تاریخچه

تب خونریزی دهنده کریمه کنگو^۱ (CCHF) یک بیماری ویروسی خونریزی دهنده تب دار حاد است که به وسیله کنه منتقل می شود و در آسیا، اروپا و آفریقا شایع است. این بیماری دارای مرگ و میر بالا است و همه گیری های داخل بیمارستانی آن نیز شایع است. با وجودی که بیماری مخصوص حیوانات است ولی موارد تک گیر و همه گیری های ناگهانی این بیماری در انسان ها نیز اتفاق می افتد.

برای اولین بار شوماکوف^۲ و همکاران در سال ۱۹۷۰ میلادی وجود CCHF در ایران را ثابت و آنتی بادی CCHF را در سرم ۴۵ گوسفند که از تهران به مسکو فرستاده شده بود، شناسایی کردند. سعیدی و همکاران در سال ۱۹۷۵ میلادی، آنتی بادی بر علیه ویروس CCHF را در ۴۸ نفر از ۳۵۱ نفر (۱۳ درصد) در مناطق دریای خزر و آذربایجان شرقی جدا کردند. از سال ۱۹۹۹ میلادی (۱۳۷۸ شمسی)، موارد مظنون و قطعی بیماری در ایران گزارش گردید. بیماری از سال ۱۳۷۸ در ایران، تحت نظام مراقبت در آمده است و کل تعداد موارد شناسایی شده از سال های ۱۳۷۸-۱۳۹۱ شامل: ۹۶۷ مورد قطعی و ۱۴۷ مرگ بوده است. بیش ترین موارد بیماری به ترتیب مربوط به استان های سیستان و بلوچستان (۶۴۷ مورد) و سپس خراسان رضوی (۶۳ مورد) است. در سال ۱۳۹۱ تعداد موارد قطعی (۹۳ مورد) و تعداد موارد مرگ (۱۳ مورد) بوده است. میزان کشندگی بیماری در سال ۱۳۷۸ (۶۸ درصد)، ۱۳۷۹ (۲۶ درصد)، ۱۳۸۴ (۴۲ درصد)، ۱۳۸۵ (۲ درصد)، ۱۳۹۱ (۱۴ درصد) بوده است. بیش ترین موارد ابتلا از اردیبهشت لغایت شهریور ماه اتفاق می افتد اگر چه ناقل بیماری در بین دام ها کنه است که توانایی انتقال بیماری به انسان را دارد ولی بیش ترین موارد ابتلا در ایران از طریق ذبح غیر بهداشتی و غیرقانونی دام و تماس با لاشه و ترشحات تازه دام می باشد. عفونت های بیمارستانی بعد از تماس با خون یا ترشحات بیماران نیز وجود دارد.

^۱ Crimean Congo Haemorrhagic Fever

^۲ Shomakof



نمودار شماره ۱۱- تعداد موارد قطعی CCHF در کشور (۱۳۷۸ - ۱۳۹۱)

تحلیل روند تغییرات

بیماری کریمه کنگو در ایران، سال ۱۳۷۸ و در استان چهار محال و بختیاری با ابتلا دو پزشک و مرگ یکی از آنان که از طریق عفونت بیمارستانی مبتلا شده بودند، گزارش گردید. بیشترین موارد ابتلا مربوط به استان سیستان و بلوچستان بود. مهم‌ترین علت بالا بودن بیماری در این استان، قاچاق دام است، از طرف دیگر به دلیل آشنایی گروه پزشکی در این استان با علائم اولیه این بیماری، موارد زودهنگام و به موقع تشخیص داده شده (حتی برخی موارد قبل از بروز خونریزی شناسایی گردیدند) و درصد کشندگی نسبت به بقیه استان‌هایی که تعداد محدودی بیماری داشته‌اند، پایین‌تر است. بدین سبب آموزش و ارتقاء آگاهی جامعه به منظور پیشگیری از مواجهه کارکنان بهداشتی - درمانی از اهمیت به سزایی برخوردار است.

شاخص‌ها

۱- تعداد موارد قطعی CCHF در سال

۲- درصد کشندگی موارد قطعی CCHF

دست آوردها

- ۱- در اولویت قرار گرفتن این بیماری در برنامه سایر سازمان‌ها شامل سازمان دامپزشکی، وزارت کشور و همچنین سایر ادارات وابسته به وزارت بهداشت
- ۲- تجهیز و راه‌اندازی بخش‌های ایزوله در بیمارستان‌ها برای بستری کردن بیماران
- ۳- تقویت ارتباط بیش‌تر بین بخش خصوصی و مطب‌ها برای گزارش موارد بیماری به مراکز بهداشت.
- ۴- ارتقاء و نظارت و پیشرفت برنامه‌های کنترل زئونوز از سطح کشوری، دانشگاهی و شهرستانی
- ۵- ارتقاء سطح آگاهی مردم، مسئولین و نیروهای بهداشتی - درمانی در زمینه بیماری‌های زئونوز
- ۶- آشنایی اعضاء هیئت علمی دانشگاه‌ها با وضعیت بیماری و مراقبت آن در کشور.
- ۷- ایجاد نظام نرم‌افزاری: نظام جمع‌آوری و ورود اطلاعات بیماری‌های قابل انتقال بین انسان و حیوان در حال حاضر اطلاعات تمام بیماری‌های زئونوز در فرم‌های پورتال معاونت بهداشت وزارت بهداشت به‌صورت برخط ارسال می‌شود.

چالش‌ها

- مهم‌ترین چالش‌ها و مشکلات موجود، عبارتند از:
- ۱- قاچاق دام به‌خصوص از مرزهای شرقی و ضعف نظام قرنطینه مرزی و بین استانی و ورود غیرمجاز دام به کشور و بین استان‌ها
 - ۲- مشکلات فرهنگی و اجتماعی مردم، در رابطه با شیوه ذبح غیربهداشتی دام در معابر عمومی، منازل و خارج از کشتارگاه‌ها و نیز عدم توجه به نکات بهداشتی در تماس با دام
 - ۳- نگهداری دام به‌صورت سنتی و عدم رعایت بهداشت محیط به‌خصوص در روستاها

آینده نگاری حیطه و ترسیم افق چشم انداز

- کاهش میزان بروز تب خونریزی‌دهنده کریمه کنگو نسبت به وضع موجود
- کاهش میزان ابتلا و میزان کشندگی

- افزایش آگاهی جامعه به خصوص گروه هدف برنامه
- افزایش آگاهی کارشناسان و پزشکان سطوح مختلف شبکه بهداشتی - درمانی
- تقویت نظام مراقبت و گزارش‌دهی به هنگام توسط تمام مراکز درمانی بخش دولتی و خصوصی
- گسترش هماهنگی‌های بین بخشی با بخش‌های مختلف درگیر

هاری و حیوان گزیدگی

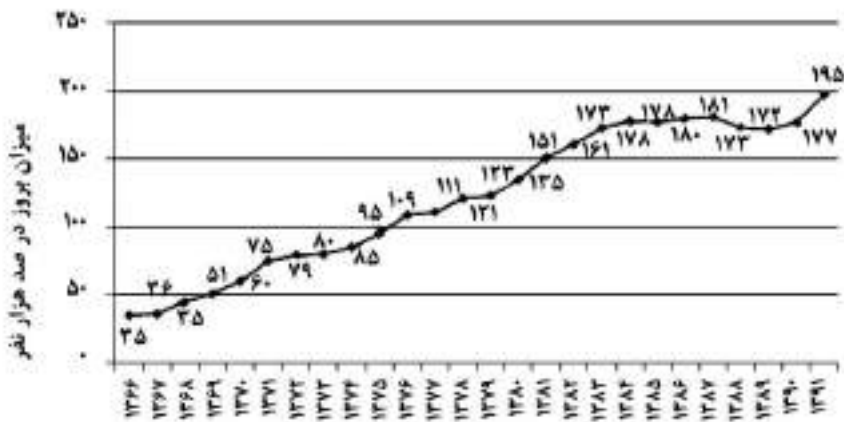
تاریخچه

هاری به دلیل ایجاد مرگ صددرصد، از اهمیت خاصی برخوردار است. انجام اقدامات پیشگیری کننده و به موقع و درمان پیشگیری مناسب و سریع، مانع مرگ بیمار می گردد. بیماری هاری در ایران به عنوان یک بیماری بومی بوده و تقریباً در تمام استان های کشور، مخازن حیوانی وحشی و اهلی بیماری وجود دارد.

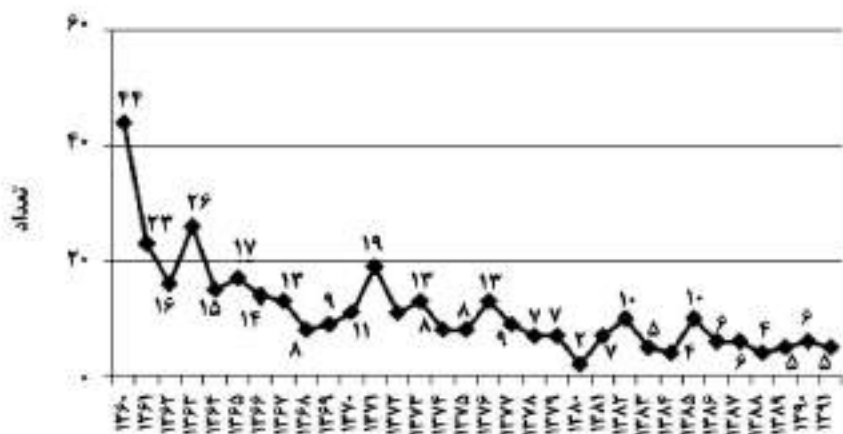
به دلیل بهبود ثبت و گزارش دهی حیوان گزیدگی، میزان بروز و موارد حیوان گزیدگی سیر صعودی داشته، به طوری که این میزان از رقم ۳۵ مورد درصد هزار نفر در سال ۱۳۶۶ به ۱۸۰ مورد در صد هزار نفر در سال ۱۳۸۶، رسیده که نزدیک به ۶-۵ برابر افزایش را نشان می دهد. البته ارتقاء تسهیلات درمان حیوان گزیدگی، پیشگیری به موقع مجروحین حیوان گزیده و ارتقاء سطح آگاهی جامعه و گروه های در معرض خطر، در این افزایش مؤثر بوده است، از طرف دیگر کاهش روند تعداد موارد هاری انسانی طی سال های مختلف، نشان دهنده اقدامات مؤثر وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی و عوامل اجرایی آن در سطح استان ها و شهرستان ها است. در سال ۱۳۶۰، تعداد موارد هاری در کشور ۴۴ مورد بوده که به تدریج کاهش یافته است، تا جایی که در سال ۱۳۹۱، به ۶ مورد رسیده است.

تحلیل روند تغییرات

با توجه به وجود نظام پویای مراقبت، واکسیناسیون تمام موارد حیوان گزیده، ارتقاء سطح آگاهی مردم از طریق آموزش، برگزاری کارگاه های آموزشی و دوره های بازآموزی و کلاس های هاری برای کارکنان بهداشتی - درمانی، تعداد موارد ابتلا به هاری در کشور ایران نسبت به کشورهای همسایه بسیار کم است. به همین سبب تعداد هاری در کشور از ۱۸۰ مورد در سال ۱۳۶۶، در عرض بیست و پنج سال به ۶ مورد در سال ۱۳۹۱ رسیده است. آمارها نشان می دهد که بیشترین موارد حیوان گزیدگی عبارت است از گزش توسط سگ های گله یا سگ های صاحب دار. لذا آموزش و ارتقاء سطح آگاهی صاحبان سگ و سایر افراد جامعه، نقش بسیار اساسی در کنترل بیماری خواهد داشت.



نمودار شماره ۱۲- میزان بروز حیوان گزیدگی در صد هزار نفر در کشور (۱۳۶۶ - ۱۳۹۱)



نمودار شماره ۱۳- تعداد موارد بیماری هاری در کشور (۱۳۶۰ - ۱۳۹۱)

شاخص‌ها

- ۱- تعداد موارد هاری در سال
- ۲- میزان بروز حیوان گزیدگی در صد هزار نفر جمعیت در سال

دست آوردها

- ۱- کاهش قابل توجه موارد ابتلا به هاری در کشور به طوری که تعداد موارد هاری به ۶ مورد

در سال ۱۳۹۱ رسیده است

- ۲- ارتقاء سطح آگاهی جامعه در خصوص پیشگیری از گزش و مراجعه فوری پس از حیوان گزیدگی به مراکز درمان پیشگیری هاری
- ۳- هماهنگی‌های درون‌بخشی و بین‌بخشی در سطح کشوری و دانشگاه‌های علوم پزشکی و برگزاری جلسات منظم با سازمان دامپزشکی، وزارت کشور، سازمان حفاظت محیط زیست و سایر دست‌اندرکاران و در سطح دانشگاه‌ها با ادارات کل دامپزشکی، استانداری، فرمانداری‌ها، اداره کل حفاظت محیط زیست، نیروی انتظامی و سایر ادارات
- ۴- تعیین وزارت کشور به‌عنوان متولی امر مبارزه با حیوانات زیان‌کار از جمله سگ‌های ولگرد که با تشکیل جلسات، ضمن تأکید بر مبارزه با حیوانات زیان‌کار توسط شهرداری‌ها و نیروهای انتظامی و ...، دستورالعمل مربوطه به‌عنوان یک کار بنیادی توسط سازمان شهرداری‌ها و دهیاری‌های کشور در دست تهیه است
- ۵- برگزاری سالانه همایش جهانی هاری به منظور ارتقاء سطح آگاهی مسئولین و جامعه و تقویت هماهنگی بین‌بخشی

چالش‌ها

مهم‌ترین چالش‌ها و مشکلات موجود، عبارتند از:

- ۱- اولویت ندادن به کنترل بیماری در حیات وحش توسط سازمان حفاظت محیط زیست
- ۲- ناکافی بودن پوشش واکسیناسیون سگ‌ها توسط سازمان دامپزشکی
- ۳- ناکافی بودن فعالیت‌های کنترل جمعیت حیوانات (شامل اتلاف سگ‌های ولگرد توسط شهرداری‌ها)
- ۴- ناکافی بودن آگاهی جامعه در خصوص مراجعه به موقع بعد از حیوان گزیدگی به‌خصوص در مناطق روستایی
- ۵- عدم آموزش کارکنان جدید قبل از شروع به‌کار در بخش پیشگیری و درمان هاری

آینده نگاری حیطة و ترسیم افق چشم انداز

- ریشه‌کنی هاری انسانی
- کنترل هاری در حیوانات اهلی به‌خصوص سگ‌ها
- کنترل هاری در حیاط وحش
- افزایش آگاهی جامعه
- افزایش آگاهی کارشناسان و پزشکان سطوح مختلف شبکه بهداشتی - درمانی
- تقویت نظام مراقبت و گزارش‌دهی به‌هنگام توسط تمام مراکز درمانی بخش دولتی و خصوصی
- گسترش هماهنگی‌های بین بخشی با بخش‌های مختلف درگیر

لپتوسپیروز^۱

تاریخچه

بیماری لپتوسپیروز یا تب شالیزار از بیماری‌های قابل انتقال بین حیوان و انسان بوده که دارای عوامل بیماری‌زای متعددی است. این بیماری ارتباط زیادی با رطوبت، بارندگی، طوفان، سیل و همچنین عوامل شغلی نظیر کشاورزی و کار در مزارع برنج کاری و شالیزارها دارد. مطالعات مختلف نشان‌دهنده آلودگی‌های سرمی دام‌ها، در نقاط مختلف کشور است. در ایران این بیماری در استان‌های شمالی کشور، در بین کشاورزان و برنج کاران شایع و از بیماری‌های مهم بومی منطقه، محسوب می‌گردد.

طبق گزارشات رسیده از دانشگاه‌های علوم پزشکی، این بیماری ابتدا از سال ۱۳۷۶ از استان گیلان به‌طور گسترده و از شهرهای مختلف آن و سپس در سال‌های بعد از استان‌های مازندران، گلستان به‌طور محدودتر، گزارش گردید که با برقراری و تقویت مراقبت بیماری، موارد بیش‌تری در سال‌های بعد، گزارش گردیده است.

البته موارد معدود و انفرادی بیماری از سایر دانشگاه‌های علوم پزشکی نیز، گزارش شده است.

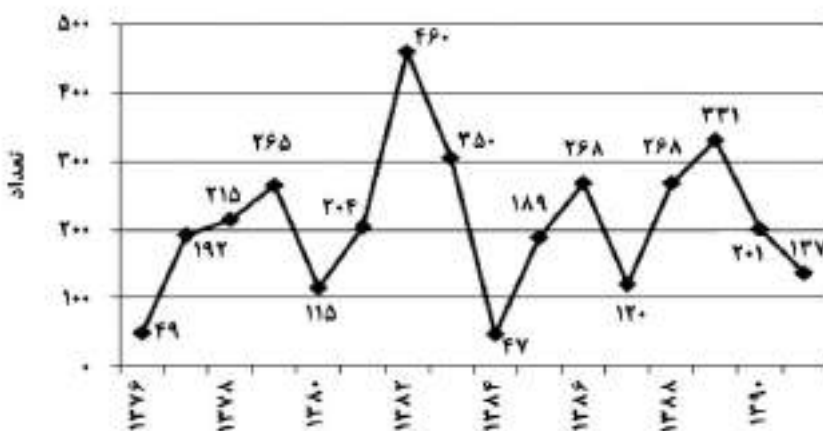
تحلیل روند تغییرات

روند بیماری نشان می‌دهد که تعداد موارد بیماری از ۴۹ مورد در سال ۱۳۷۶، به‌تدریج سیر صعودی یافته و با بهبود نظام مراقبت بیماری در استان‌های شمالی کشور به‌خصوص گیلان، به ۴۶۰ مورد محتمل افزایش یافته است که پس از کاهش موارد گزارش شده به ۴۷ مورد تا سال ۱۳۸۴، مجدداً موارد بیماری در سال‌های بعد افزایش یافته و به ۲۶۸ مورد در سال ۱۳۸۶ رسیده که مربوط به برقراری امکانات تشخیص در استان مازندران و پژوهشکده انستیتو پاستور آمل بوده است. در سال ۱۳۹۱، تعداد موارد محتمل لپتوسپیروز به ۱۳۷ مورد رسیده است که بیش‌ترین موارد به ترتیب از استان‌های مازندران، گیلان و گلستان بوده است.

- انتشار وسیع در بیش‌تر مناطق دنیا به‌جز مناطق قطبی
- حضور مخازن مختلف در کشور

¹ Leptospirosis

- در دسترس قرار گرفتن اقدامات تشخیصی
- شرایط محیطی مناسب جهت رشد و بقای لپتوسپیرو شامل درجه حرارت مناسب ۲۸-۳۲ درجه سانتی‌گراد، محیط قلیایی، رطوبت خاک، بارندگی، وجود آب‌های سطحی، سیل، طوفان و گردباد
- تماس‌های شغلی با کشاورزان، برنجکاران، کاردرشالیزارها و مزارع برنج کاری و نیشکر، ماهیگیران، دامداران، کارگران فاضلاب‌ها، دامپزشکان، کارگران معادن، شکارچیان و کارکنان کشتارگاه‌ها.
- تماس در تفریحات، شنا، اسکی روی آب، سوار کلک شدن و ...
- بیماری در مناطق روستایی نسبت به مناطق شهری، در سن زیر ۴۰ سال و در مردها شایع‌تر است.



نمودار شماره ۱۴- روند موارد محتمل لپتوسپیروز در کشور (۱۳۷۶-۱۳۹۱)

شاخص‌ها

تعداد موارد لپتوسپیروز در سال

دست آوردها

۱- آموزش جامعه توسط دانشگاه‌های علوم پزشکی منجر به ارتقاء سطح آگاهی جامعه در

- خصوص رعایت اقدامات پیشگیرانه از ابتلای به این بیماری گردیده است.
- ۲- هماهنگی‌های درون‌بخشی و بین‌بخشی در دانشگاه‌های علوم پزشکی به‌طور چشمگیر صورت گرفته است. به‌طوری‌که منجر به برگزاری جلسات منظم با ادارات کل دامپزشکی، استانداری، فرمانداری‌ها، اداره کل حفاظت محیط زیست، نیروی انتظامی و سایر ادارات در سطح استان‌ها شده است.
- ۳- ایجاد نظام نرم‌افزاری: نظام جمع‌آوری و ورود اطلاعات این بیماری در سایت بیماری‌های زئونوز در فرم‌های پورتال معاونت بهداشت وزارت بهداشت، به‌صورت برخط ارسال می‌شود.
- ۴- آشنایی اعضاء هیئت علمی دانشگاه‌ها با وضعیت بیماری و مراقبت آن در کشور صورت گرفته است.

چالش‌ها

- مهم‌ترین چالش‌ها و مشکلات موجود، عبارتند از:
- ۱- عدم استفاده از وسایل حفاظتی مناسب توسط گروه‌های در معرض خطر به‌خصوص شالیکاران
- ۲- ضعف نظام قرنطینه مرزی و بین استانی و ورود غیرمجاز دام به کشور و بین استان‌ها

آینده نکاری حیطة و ترسیم افق چشم انداز

- کاهش موارد مبتلا به لپتوسپیروز
- کشف به موقع موارد مبتلا
 - کاهش موارد مبتلا
 - افزایش آگاهی جامعه به‌خصوص گروه هدف برنامه
 - افزایش آگاهی کارشناسان و پزشکان سطوح مختلف شبکه بهداشتی - درمانی
 - تقویت نظام مراقبت و گزارش‌دهی به هنگام از تمام مراکز درمانی بخش دولتی و خصوصی
 - گسترش هماهنگی‌های بین بخشی با بخش‌های مختلف درگیر

کیست هیداتید^۱

تاریخچه

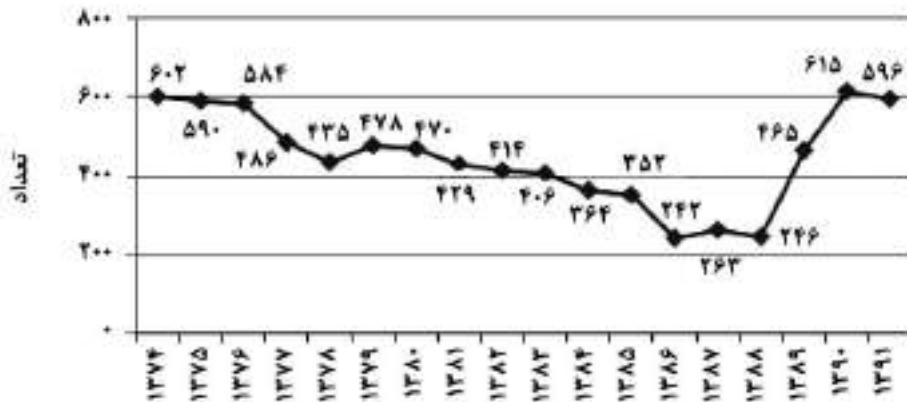
بیماری کیست هیداتید بیماری قابل انتقال بین حیوان و انسان بوده که دارای عامل بیماری‌زای انگلی است.

میزبان اصلی این انگل سگ، میزبان واسطه آن نشخوارکنندگان هستند. انسان به صورت تصادفی در اثر تماس با سگ و خاک و سبزیجات آلوده به تخم انگل به بیماری مبتلا شده و عوارض بیماری به صورت کیست در اعضاء مختلف بدن از جمله کبد و ریه تظاهر پیدا می‌کند. این بیماری یک بیماری پیشرونده و مزمن است که پس از سال‌ها تشخیص داده می‌شود. بنابراین با توجه به این که وضعیت دقیقی از شیوع این بیماری در دست نیست، اطلاعات و آمار این بیماری با شیوع واقعی آن تفاوت خیلی زیادی دارد و فقط مواردی که به علت عوارض شدید به بخش‌های جراحی بیمارستان‌ها مراجعه نموده‌اند، تشخیص داده شده و گزارش می‌گردد که به هیچ وجه گویای موارد واقعی نیست. لذا لازم است که در این زمینه ارتباط بیش‌تری بین بخش‌های جراحی بیمارستان‌ها و مراکز بهداشت برقرار گردد.

تحلیل روند تغییرات

روند موارد گزارش شده در کشور نشان می‌دهد که در سال ۱۳۷۴، تعداد موارد بیماری ۶۰۲ نفر بوده و به تدریج تا سال ۱۳۸۸ روند کاهشی نشان داده و به ۲۴۶ نفر رسیده است. علت این روند کاهشی تا حدی مربوط به عدم گزارش موارد کیست هیداتید از بیمارستان‌ها بود که با پیگیری این مسئله مجدداً موارد گزارش شده افزایش یافت و در سال ۱۳۹۱، به ۵۹۶ مورد بالغ گردید. در سال‌های اخیر این بیماری سیر نزولی داشت که بدون شک اقداماتی که سازمان دامپزشکی کشور در جهت کنترل این بیماری در سگ‌ها انجام داده و همچنین اقدامات دیگر توسط نظام بهداشتی - درمانی، در این کاهش مؤثر بوده است.

^۱ Hydatid cyst



نمودار شماره ۱۵- تعداد موارد گزارش شده بیماری کیست هیداتید در کشور (۱۳۷۴ - ۱۳۹۱)

شاخص‌ها

تعداد موارد کیست هیداتید در سال

دست آوردها

۱- آموزش جامعه توسط دانشگاه‌های علوم پزشکی منجر به ارتقاء سطح آگاهی جامعه در خصوص رعایت اقدامات پیشگیرانه از ابتلای به این بیماری گردیده است.

۲- هماهنگی‌های درون‌بخشی و بین‌بخشی در دانشگاه‌های علوم پزشکی به‌طور چشمگیر صورت گرفته، به‌طوری‌که منجر به برگزاری جلسات منظم با ادارات کل دامپزشکی، استانداری، فرمانداری‌ها، اداره کل حفاظت محیط زیست، نیروی انتظامی و سایر ادارات در سطح استان‌ها شده است.

۳- تعیین وزارت کشور به‌عنوان متولی امر مبارزه با حیوانات زیان‌رسان که با تشکیل جلسات ضمن تأکید بر مبارزه با حیوانات زیان‌رسان توسط شهرداری‌ها و نیروهای انتظامی و ...، دستورالعمل مربوطه به‌عنوان یک کار بنیادی توسط سازمان شهرداری‌ها و دهیاری‌های کشور در دست تهیه است.

۴- ارتباط بیش‌تر با بخش‌های جراحی بیمارستان‌ها جهت ثبت و گزارش موارد ابتلا به کیست هیداتیک به بخش بهداشت انجام شده است.

چالش‌ها

مهم‌ترین چالش‌ها و مشکلات موجود، عبارتند از:

- ۱- عدم آگاهی دقیق از وضعیت آلودگی سگ‌ها در کشور
- ۲- عدم آگاهی قصابان و سلاخان در خصوص معدوم کردن امعاء و احشاء آلوده
- ۳- مشکلات فرهنگی و اجتماعی مردم در رابطه با عدم توجه به نکات بهداشتی در تماس با دام و نیز ذبح غیربهداشتی و کشتارهای غیرمجاز
- ۴- فعال نبودن کمیته‌های مبارزه با حیوانات زیان رسان در بعضی استان‌ها و شهرستان‌ها و عدم توجه بعضی از مسئولین مثل استانداری‌ها، فرمانداری‌ها و شهرداری‌ها و نیروی انتظامی

آینده نگاری حیطه و ترسیم افق چشم انداز

- کاهش تعداد موارد مبتلا به کیست هیداتید
- افزایش آگاهی جامعه در خصوص ضد عفونی کردن مناسب سبزیجات خام
- افزایش آگاهی کارشناسان و پزشکان سطوح مختلف شبکه
- تقویت سیستم مراقبت و گزارش‌دهی به هنگام از تمام مراکز درمانی بخش دولتی و خصوصی
- گسترش هماهنگی بین بخشی با بخش‌های مختلف درگیر

طاعون

تاریخچه

بیماری طاعون در ایران اولین بار در سال ۶۵۰ شمسی در تبریز گزارش شد. در ۹ همه‌گیری طی سال‌های ۱۳۴۴-۱۳۲۵، تعداد زیادی از بیماران نجات یافتند و تعداد ۱۵۶ نفر نیز فوت کردند. طغیان بیماری در استان‌های کرمانشاه، کردستان، زنجان و آذربایجان غربی بوده است. در سال ۱۳۳۱، در زمان بروز طغیان بیماری در کردستان، پروفیسور بالتازار^۱ در شمال همدان در روستای اکنلو، پایگاهی تحقیقاتی ایجاد نمود و طی بیش از ۲۰ سال فعالیت در این منطقه، انستیتوپاستور ایران را به‌عنوان یک مرکز علمی بین‌المللی تراز اول طاعون، معرفی کرد. از سال ۱۳۵۰، فعالیت در این مرکز تحقیقاتی کاهش یافت ولی از حدود دو سال پیش انستیتوپاستور ایران با همکاری مرکز مدیریت بیماری‌های واگیر اقدام به فعال‌سازی این پایگاه و انجام مطالعات برای تعیین وضعیت فعلی بیماری در منطقه کرد. بررسی‌ها در این منطقه، آلودگی جوندگان و سگ‌ها را به طاعون، نشان داد.

تحلیل روند تغییرات

سال‌ها است که مورد بیماری در ایران شناسایی نشده است ولی با در نظر گرفته شدن یافته‌های جدید در کشورهای منطقه شامل عربستان، لیبی و افغانستان، باید خطر بروز طاعون انسانی را به‌عنوان بیماری بازپدید، جدی گرفت.

شاخص‌ها

تعداد موارد بیماری طاعون در سال

دست آوردها

۱- ارتقاء سطح آگاهی مردم، مسئولین و نیروهای بهداشتی - درمانی و مردم در زمینه بیماری‌های زئونوز نوپدید و بازپدید

¹ Baltazar

۲- توجه به بیماری‌های نوپدید و بازپدید و ارتقاء آگاهی کارکنان ارائه خدمات بهداشتی، درمانی در دانشگاه‌های علوم پزشکی در مورد خطر ورود این بیماری‌ها به داخل کشور

چالش‌ها

- ۱- ناکافی بودن هماهنگی‌های بین بخشی به دلیل عدم ثبت و گزارش بیماری در وحوش
- ۲- ناکافی بودن آگاهی جامعه و به خصوص گروه‌های در معرض خطر، در مورد راه‌های پیشگیری از ابتلا

آینده نگاری حیطه و ترسیم افق چشم انداز

حذف بیماری طاعون و ریشه کنی آن

- افزایش آگاهی جامعه و گروه‌های در معرض خطر در خصوص پیشگیری از ابتلا به بیماری
- افزایش آگاهی کارشناسان و پزشکان سطوح مختلف شبکه بهداشتی - درمانی
- تقویت نظام مراقبت و گزارش‌دهی به هنگام توسط مراکز درمانی بخش دولتی و خصوصی
- گسترش هماهنگی‌های بین بخشی با بخش‌های مختلف درگیر

تب راجعه کنه‌ای^۱

تاریخچه

بیماری تب راجعه، از بیماری‌های عفونی حاد است که توسط بند پایانی از قبیل کنه و شپش منتقل می‌شود و از نظر بالینی با حملات عود کننده تب و اسپiroکتیمی مشخص می‌گردد. تابلوی بالینی بیماری شامل حملات تب و لرز است که بر خلاف مالاریا، دارای دوره‌های متناوب چند روزه تب است.

میزان آلودگی از بیش از ۳۸ درصد در بیماران تب دار در مناطق روستایی اردبیل در سال ۱۳۵۷، به ۱۸ مورد در کل جمعیت کشور (۰/۰۲ درصد هزار نفر) در سال ۱۳۸۹ رسیده و در سال ۱۳۹۰ در مجموع ۱۳ مورد بیماری از استان‌های همدان، کردستان، قزوین، سمنان و هرمزگان گزارش شده است و در سال ۱۳۹۱، تعداد ۷ مورد بیماری از استان‌های اردبیل، کردستان، قزوین، زنجان و همدان گزارش شده است.

دست آوردها

در طول ۳۵ سال اخیر با تدوین و اجرای برنامه‌های مختلف پیشگیری و مبارزه با بیماری و تربیت و به کارگیری نیروی انسانی متخصص در نظام سلامت کشور به ویژه در مناطق بومی و ارتقاء ارائه خدمات بهداشتی و آموزشی و مراقبتی و همچنین به علت صرف اعتبارهای وسیع و کلان در بخش بهداشت و بهسازی مناطق مسکونی انسانی و محل‌های نگهداری دام‌ها، آمار مبتلایان کاهش شدید یافته و بیماری کنترل گردیده است و هم اکنون به صورت موارد تک‌گیر گزارش می‌شود.

چالش‌ها

- ۱- گزارش موارد بیماری در سطح کشور به ویژه در برخی از استان‌های بومی، با دقت کافی انجام نمی‌شود که باید به این امر توجه بیش‌تری شود.
- ۲- حساسیت نظام بهداشتی برای بیماریابی و گزارش موارد بیماری پایین است و بایستی

¹ Relapsing fever

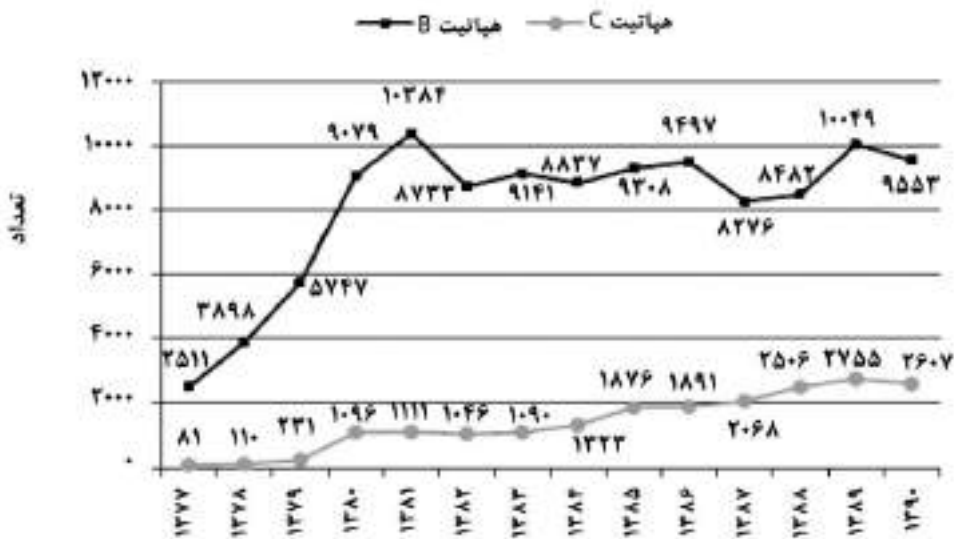
افزایش یابد.

۳- عدم همکاری بخش‌های دولتی و خصوصی به ویژه مطب‌ها و بیمارستان‌ها و آزمایشگاه‌ها برای توجه به تشخیص، ثبت و گزارش بیماری

آینده‌نگاری حیطه و ترسیم افق چشم‌انداز

با توجه به اقدامات همه جانبه بین بخشی و درون بخشی و پیگیری‌های مستمر و تدوین و اجرای برنامه‌های عملیاتی متعدد، عملاً بیماری در مرحله حذف قرار گرفته است ولی به علت قابلیت انتقال بیماری از حیوان به انسان و احتمال وقوع همه‌گیری (اپیدمی‌ها) تب‌های راجعه نوع شپشی در اثر بوجود آمدن بحران‌های مختلف، لازم است تا نظام بهداشتی بیش از پیش نسبت به اجرای دقیق برنامه‌های مراقبتی به ویژه در مناطق بومی بیماری، کوشا باشد.

تحلیل روند تغییرات



نمودار شماره ۱۶- تعداد موارد بیماری تب راجعه در کشور (۱۳۷۶-۱۳۹۰)

بهبودی اماکن انسانی و کاهش تماس انسان و دام و آموزش‌های لازم به جامعه موجب کاهش قابل توجه موارد بیماری در کشور شده و در حال حاضر به‌صورت موارد تک گیر گزارش می‌شود.

چالش‌های کلی در مبارزه با بیماری‌های قابل انتقال بین حیوان و انسان

مهم‌ترین چالش‌ها و مشکلات موجود در برنامه‌های کنترل بیماری‌های قابل انتقال بین حیوان و انسان عبارتند از:

- ۱- نامناسب بودن و ناکافی بودن چارت تشکیلاتی و کارشناسی بیماری‌های مشترک در سطوح کشوری و دانشگاهی
- ۲- گسترش مناطق مسکونی، حاشیه نشینی و ایجاد شهرک‌های غیراستاندارد، (عدم هماهنگی مسئولین ذی‌ربط با بخش بهداشت) جابجایی جمعیت، ضعیف بودن اقدامات زیست محیطی از قبیل جمع‌آوری زباله، استفاده از کودهای حیوانی و مرغی جهت کشاورزی و ...
- ۳- وقوع عوامل غیرطبیعی از جمله سیل و زلزله و ... که سبب گسترش و ظهور بعضی بیماری‌ها از جمله سالک در بعضی مناطق می‌گردد
- ۴- ناکافی بودن حمایت مسئولین در خصوص تخصیص اعتبارات و نیروی کافی و امکانات مناسب در امر کنترل
- ۵- سهولت نقل و انتقالات و جابجایی جمعیت‌های انسانی و قاچاق حیوانات از مرزها به داخل کشور، در نتیجه ورود و گردش عامل بیماری در مناطق مختلف و ضعف نظام قرنطینه مرزی
- ۶- ناکافی بودن آگاهی جامعه و گروه‌های در معرض خطر، مسئولین و نیروهای بخش بهداشت و درمان و سایر دستگاه‌های مرتبط در امر کنترل بیماری‌های قابل انتقال بین انسان و حیوان
- ۷- ناکافی بودن آگاهی و همکاری‌های بخش خصوصی در امر گزارشدهی موارد بیماری
- ۸- تغییرات آب و هوایی
- ۹- عدم توانایی در کنترل مخازن در حیات وحش

- ۱۰- ناکافی بودن هماهنگی بین بخش‌های مختلف
- ۱۱- ناهماهنگی در درمان‌های استاندارد و عدم استفاده از پروتکل‌های کشوری
- ۱۲- مشکلات اجرایی سازمان‌های اصلی دست اندرکار در امر مهار بیماری
- ۱۳- ناکافی بودن اطلاعات آزمایشگاه‌ها و پزشکان و سایر رده‌های مختلف از پروتکل‌ها و دستورالعمل‌های تشخیصی و درمانی
- ۱۴- مشکلات فرهنگی و اجتماعی مردم در رابطه با شیوه ذبح غیربهداشتی دام در معابر عمومی و منازل (خارج از کشتارگاه‌ها) و نیز عدم توجه به نکات بهداشتی در تماس با دام
- ۱۵- نگهداری دام‌ها به صورت سنتی و عدم رعایت بهداشت محیط به خصوص در روستاها
- ۱۶- کمبود کشتارگاه‌های صنعتی و استاندارد، در نتیجه کشتارهای غیرمجاز که سبب گسترش بیمارهای کیست هیداتید و تب هموراژیک کریمه کنگو و سیاه زخم می‌گردد.

هپاتیت^۱

تاریخچه

تا سال ۱۳۸۸، مراقبت هپاتیت ویرال جزو وظایف اداره ایدز و عفونت‌های منتقله از راه خون بود و از سال ۱۳۸۸ به صورت واحد کنترل هپاتیت در آمد. اولین هدف برنامه، بیمه کردن داروهای درمان هپاتیت‌های مزمن B و C بود تا امکان بسط مراقبت هپاتیت‌ها با درمان مبتلایان در نظام مراقبت، فراهم شود. در سال ۱۳۸۹، داروها برای درمان هپاتیت مزمن B بیمه شدند و با تعیین کارشناسان مسئول هپاتیت در شبکه بهداشت و درمان کشور، مراقبت هپاتیت بسط یافت.

تاکید سازمان جهانی بهداشت، بر کنترل بیماری هپاتیت‌های ویروسی و تشویق دولت‌ها بر اتخاذ رویکردی همه جانبه در نیل به این هدف، در گردهمایی شصت و سوم اعضا WHO در ژنو، در ۲۱ ماه مه سال ۲۰۱۰ میلادی انجام گردید، این اعضا، خواستار توجه جهانی به هپاتیت‌های ویرال شدند و توصیه به برگزاری روز جهانی هپاتیت در کشورهای جهان در ۲۸ جولای یا روز دیگری در سال کردند، تا توجه عمومی به این بیماری‌ها جلب شده و آموزش داده شود.

برنامه راهبردی کشوری کنترل هپاتیت B و هپاتیت C، در راستای اسناد فرا دستی توسعه بلندمدت ملی و تحقق تعهدات کشور در زمینه اهداف توسعه هزاره سوم، با درک ضرورت و اهمیت کنترل هپاتیت‌های B و C و با چشم‌انداز اخذ رویکردی جامع، نظام‌مند و بهره‌گیری از تمامی ظرفیت‌های موجود به‌منظور حذف موارد جدید عفونت هپاتیت‌های ویروسی B و C و با هدف فراهم‌سازی اقدامات حفاظتی و پیشگیرانه برای افراد در معرض خطر و توانمندسازی افراد سالم به‌منظور کسب دانش کافی برای حفاظت از خود، کشف و تشخیص زودرس موارد ابتلا در افراد پرخطر، آگاه‌سازی مبتلایان از وضعیت بیماری خود، کسب مهارت‌های لازم برای جلوگیری از انتقال بیماری به دیگران، بهبود کیفیت زندگی مبتلایان به هپاتیت B و C و دسترسی آنان به مراقبت‌های بهداشتی - درمانی مورد نیاز و در کل کاهش بار بیماری در جامعه^۲ با بهره‌گیری از نظریات متخصصین و صاحب نظران هپاتیت در کشور، تحت عنوان یک

^۱ Hespatitis

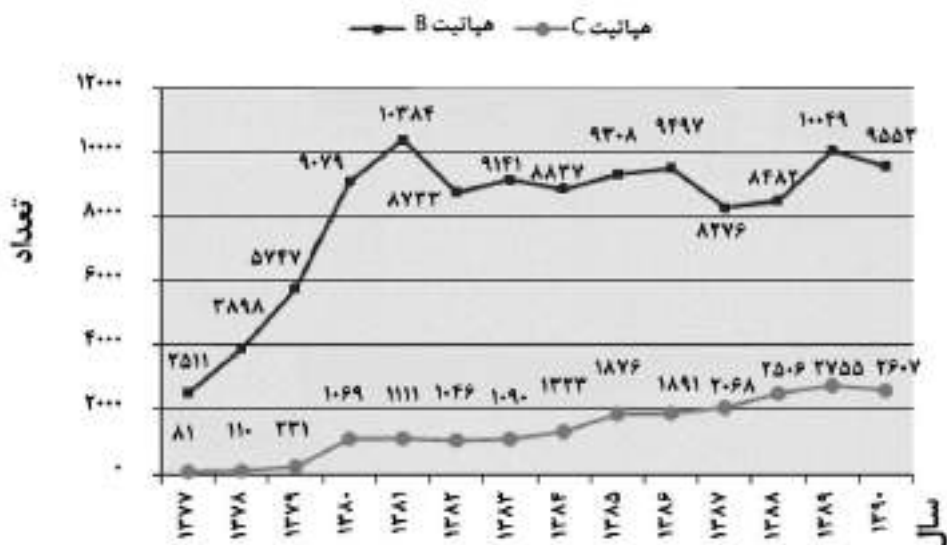
^۲ Burden of disease

سند راهبردی پنج ساله طراحی و تنظیم گردید تا بر اساس آن بتوان افق روشنی از برنامه‌های در دست اقدام داشت.

در دهه ۱۳۶۰، متوسط مبتلایان به ناقلین مزمن هپاتیت B در کشور ۳ درصد برآورد شد که بین ۱/۷ درصد تا ۵ درصد در مناطق مختلف متفاوت بود. از سال ۱۳۶۸، واکسن هپاتیت B در دسترس کشور قرار گرفت. در این سال سیاست کنترل هپاتیت B در کشورهای با شیوع متوسط (۲ درصد تا ۸ درصد جمعیت $HBs Ag^+$)^۱ شامل واکسیناسیون نوزادان (در بدو تولد)، کارکنان پزشکی و گروه‌های پرخطر بود. در سال ۱۳۷۱ در دو استان زنجان و سمنان، برنامه آزمایشی واکسیناسیون نوزادان با واکسن هپاتیت B در بدو تولد انجام شد و از سال ۱۳۷۲، واکسیناسیون نوزادان در بدو تولد، در سراسر کشور اجرا شد. هم‌چنین چهار گروه سنی (متولدین ۱۳۷۲-۱۳۶۸) هم واکسینه شدند. در نتیجه متولدین سال ۱۳۶۸ تاکنون (۱۳۹۲) یعنی تمام افراد زیر ۲۴ سال کشور، برعلیه هپاتیت B واکسینه هستند.

در مورد هپاتیت C، میزان ابتلا به آن در کشور زیر ۱ درصد است و بنا به برآوردهای آماری حدود ۳۰۰/۰۰۰ مبتلا وجود دارد، یعنی ۰/۴ درصد جمعیت آلوده‌اند. با برنامه‌های کاهش آسیب ایدز (جایگزینی اعتیاد تزریقی با به خوراک، تزریقات ایمن و کاربرد کاندوم)، از دهه ۱۳۷۰، شیب افزایش موارد هپاتیت C کندتر شده است.

^۱ HBsAg+ Hepatitis Bovis Antigene



نمودار شماره ۱۷- تعداد موارد گزارش شده هپاتیت B و C در کشور (۱۳۷۷-۱۳۹۰)

تحلیل روند تغییرات

طبق نمودار موارد هپاتیت B و C، موارد کشف شده در سال‌های ۱۳۷۷-۱۳۹۰، با افزایش چشمگیری تا سال ۸۰ روبروست و پس از آن نمودار در یک نوسان بسیار کم به سمت افزایش یا کاهش حرکت می‌کند. روند رو به رشد نمودار، بیانگر بیماری‌رایی فعال طی این سال‌ها است. نیروهای آموزش دیده و کارشناسان توجیه شده دانشگاه‌ها، جذب همکاری سازمان‌های دیگر مثل سازمان انتقال خون، سازمان زندان‌ها، اداره پیوند و دیالیز و بیماران خاص، همه موجب بیماری‌رایی فعال‌تر گردیده و بدین ترتیب روند رو به رشد موارد وجود دارد. اما چیزی که باعث توقف این رشد در خصوص هپاتیت B شده است، انجام واکسیناسیون در گروه‌های مختلف است که مهم‌ترین آن‌ها واکسیناسیون نوزادان در بدو تولد و در سه نوبت می‌باشد. سایر گروه‌های هدف واکسیناسیون شامل: افراد خانواده فرد آلوده، کارکنان بهداشتی - درمانی؛ بیماران مبتلا به بیماری‌های مزمن کبدی و افراد آلوده به هپاتیت C، بیماران همودیالیز، دریافت‌کنندگان مکرر خون یا فرآورده‌های خونی و افراد منتخب پیوند عضو هستند.

با توجه به مجموع بررسی‌های انجام شده،^۱ HBV یکی از شایع‌ترین علل بروز هپاتیت حاد و مزمن در بالغین و همچنین حدود ۵۰ درصد موارد سیروز و هپاتوسلولار کارسینوما، در ایران است.

ایمن‌سازی علیه هپاتیت B برای کودکان، در سه نوبت (در بدو تولد، دو ماهگی و شش ماهگی) و برای کودکان نارس با وزن کمتر از ۲۰۰۰ گرم، در ۴ نوبت (بدو تولد، یک ماهگی؛ دو ماهگی و ۶ ماهگی) انجام می‌شود. نوبت دوم واکسن هپاتیت B در کودکان متولد شده از مادران HBsAg مثبت، در یک ماهگی تزریق می‌گردد.

جدول شماره ۱۲- درصد پوشش واکسن هپاتیت B نوبت سوم در کودکان

زیر یک سال در کشور (۱۳۹۱-۱۳۸۴)

سال	۱۳۸۴	۱۳۸۵	۱۳۸۶	۱۳۸۷	۱۳۸۸	۱۳۸۹	۱۳۹۰	۱۳۹۱
درصد پوشش	۹۴	۹۸	۹۷	۹۹	۹۹	۹۹	۹۹	۹۸

شاخص‌ها

برخی از شاخص‌های مورد استفاده در سنجش بروز و شیوع هپاتیت، عبارتند از:

• درصد پوشش هپاتیت B نوبت سوم در کودکان زیر یکسال = تعداد دوز واکسن تجویز شده

/جمعیت زیر یکسال $\times 100$

• میزان بروز هپاتیت B یا C در یک سال

• میزان شیوع هپاتیت B یا C

شیوع HCV در جمعیت عمومی ایران حدود ۰/۴ درصد می‌باشد که این میزان پایین‌تر از کشورهای منطقه است. با توجه به نتایج مطالعات مختلف، به نظر می‌رسد ژنوتیپ اصلی HCV در کشور، ژنوتیپ ۱ باشد که به درمان مقاوم‌تر است و درمان طولانی‌تر یک تا یک و نیم سال را می‌طلبد. در حالی که در کشورهای عرب منطقه خاورمیانه ژنوتیپ ۴ ژنوتیپ رایج است، که با شش ماه درمان قابل کنترل است.

¹ Hepatitis Bovis Virus

دست آوردها

به غیر از گزارش گیری معمول موارد جدید هپاتیت ویرال، دو برنامه دیگر انجام شده است. یکی بررسی شیوع هپاتیت‌های B و C در افراد بدون عامل خطر است که در دو سال ۱۳۹۰ و ۱۳۹۱ هر سال بر روی ۵۰۰۰ زن باردار که به مراکز تسهیلات زایمانی ۷ دانشگاه علوم پزشکی در هر سال، مراجعه کردند، انجام شد و نتیجه آن شیوع ۱/۲ درصد HBsAg و ۰/۱ درصد HCVab بود. سپس در بررسی دیگر در دو سال اخیر، هر سال ۲۱۹۳ نفر زندانی به‌عنوان جمعیت پرخطر از نظر هپاتیت‌های B و C بررسی شدند که نتیجه آن ۳/۳ درصد HBsAg+ و ۱۲/۸ درصد HCV+ بود. در همین راستا در سال ۱۳۹۲، برنامه دیده‌وری هپاتیت‌های ویروسی در مراکز مشاوره رفتاری و مراکز گذری، به منظور برآورد میزان شیوع در معتادان تزریقی و زنان پرخطر، بر روی ۲۰۰۰ نمونه در شش استان کشور، انجام شد.

هم‌چنین راه‌اندازی مراکز مشاوره هپاتیت، برای راهنمایی و کنترل بیماران شناخته شده مبتلا به انواع هپاتیت، در برنامه قرار دارد. امسال به‌طور آزمایشی، سه مرکز مشاوره هپاتیت در شهرهای بم، جیرفت و زنجان راه‌اندازی شده تا بعداً با استفاده از تجارب آن، مراکز مشابه در شهرها و زندان‌ها (در صورت امکان) توسعه یابد.

چالش‌ها

- تحریم اقتصادی کشور (مشکل واردات تجهیزات آزمایشگاهی و دارو)
- سهم کم اعتبارات بهداشت و درمان از بودجه عمومی
- افزایش رشد جمعیت در گذشته
- وجود اقشار آسیب‌پذیر (خانواده زندانیان و افراد زیر خط فقر ...)
- پراکندگی جمعیت در کشور
- فقر فرهنگ بهداشتی در برخی مناطق
- حاشیه نشینی و وجود جمعیت متحرک و مهاجرت در داخل کشور
- افزایش جمعیت گروه‌های دارای رفتار پرخطر و سخت در دسترس (کودکان خیابانی و زنان خیابانی ...) و دشواری در آموزش آنان
- ضعف نظام ثبت و گزارشدهی موارد هپاتیت، در برخی از سازمان‌های مرتبط، آزمایشگاه‌ها

- و مطب‌های خصوصی
- وجود مهاجرین از کشورهای همسایه
- تغییر مکرر مدیران بهداشتی و درمانی
- کمبود نیروی انسانی در برنامه‌های هیاتیت در دانشگاه‌های علوم پزشکی و ستاد وزارت بهداشت
- شناخت کم گروه پزشکی فارغ‌التحصیل شده، از برنامه‌های بهداشتی، از جمله وضعیت هیاتیت در کشور
- کمبود منابع مالی در برنامه‌های هیاتیت
- یکپارچه نبودن نظام جاری ارائه خدمات هیاتیت در استان‌ها
- عدم امکان دسترسی به خدمات درمانی تخصصی در بسیاری از شهرهای کوچک کشور
- عدم ضمانت اجرایی برنامه‌های مرتبط با نظام مراقبت و غربالگری هیاتیت در گروه‌های در معرض خطر و جمعیت عمومی
- جایگاه ضعیف هیاتیت از نظر اولویت‌های بهداشتی، درمانی در برنامه‌ریزی‌های کلان وزارت بهداشت

آینده نگاری حیطه و ترسیم افق چشم انداز

- بسط برنامه مراقبت هیاتیت به برنامه پزشک خانواده
- تعیین کشور به‌عنوان مرکز آموزش دیده‌وری هیاتیت در منطقه مدیترانه شرقی با توجه به وجود مراکز تحقیقاتی گوارش و کبد و شبکه بهداشتی - درمانی کشور
- جلب همکاری WHO در برنامه‌های کنترل هیاتیت در کشور
- افزایش مراکز مشاوره هیاتیت، تعیین حداقل یک مرکز از مراکز بهداشتی - درمانی تمام دانشگاه‌های علوم پزشکی برای انجام خدمات مشاوره‌ای، مراقبتی و حمایتی و مشارکت با مراکز تحقیقات عفونی و مراکز تحقیقات گوارشی به‌عنوان قطب درمان در سیستم ارجاع مراکز مشاوره هیاتیت
- ارجاع بیماران شناسایی شده به مراکز مذکور برای دریافت خدمات درمانی
- انجام دیده‌وری هیاتیت‌های ویروسی در تمام مراکز مشاوره رفتاری و مراکز گذری به‌منظور

کشف شیوع حقیقی میزان ابتلا به هپاتیت‌های ویروسی در زنان پر خطر و معتادان تزریقی

- انجام غربالگری معمول هپاتیت‌های ویروسی در زنان باردار در سه ماهه سوم بارداری
- انجام دیده‌وری برای زندانیان با حبس بیش از ۶ ماه، از نظر ابتلا به هپاتیت‌های ویروسی

بیماری‌های منتقله از آب و مواد غذایی^۱

مقدمه

بیماری‌های منتقله از آب و غذا، از طریق آلودگی آب و مواد غذایی با عوامل میکروبی و شیمیایی رخ می‌دهد و پس از بیماری‌های دستگاه تنفسی فوقانی، دومین عامل ابتلاء و مرگ و میر کودکان به ویژه در کشورهای در حال توسعه می‌باشند. طیف وسیعی از بیماری‌های ناشی از حدود دویست عامل عفونی از طریق آب و غذا قابل انتقال است. بحران جهانی آب و عدم دسترسی کافی به آب آشامیدنی سالم در اغلب مناطق محروم دنیا و همچنین مسائلی از قبیل فقر غذایی، بحران‌های اجتماعی، سیاسی و اقتصادی، توسعه گردشگری، افزایش مصرف غذا در خارج از منزل و ... از عوامل افزایش بروز طغیان بیماری‌های منتقله از آب و غذا هستند. به‌طور مثال در آمریکا سالانه ۷۶ میلیون مورد بیماری منتقله از غذا با ۳۲۵۰۰۰ نفر بستری و ۵۲۰۰ مورد مرگ گزارش می‌شود که هزینه صرف شده برای کنترل آن بیش از ۱۷ میلیارد دلار تخمین زده می‌شود. اهمیت دیگر این بیماری‌ها به علت حملات بیو تروریستی با عوامل منتقل شونده از طریق آب و غذا است.

وبا^۲

تاریخچه

بیماری التور یک بیماری روده‌ای و قابل انتقال از راه دستگاه گوارش است که از طریق آب آلوده، سبزیجات و میوه‌های ضد عفونی نشده، مواد غذایی آلوده و تماس بیماران، به افراد سالم منتقل می‌شود. این بیماری به‌طور عمده با علائم گاستروآنتریت از قبیل: اسهال و استفراغ، دل پیچه، علائم دهیدراتاسیون (کاهش آب و املاح بدن)، افت شدید فشار خون و ... تظاهر پیدا می‌کند و در صورت عدم درمان به موقع و جبران آب و املاح می‌تواند به مرگ بیمار منجر گردد. در صورت بیماریابی و کشف به موقع و درمان آنتی بیوتیکی و رساندن آب و املاح به بدن، می‌توان از مرگ و میر بیماری جلوگیری کرد. لذا یکی از راه‌های مهم مبارزه با بیماری و

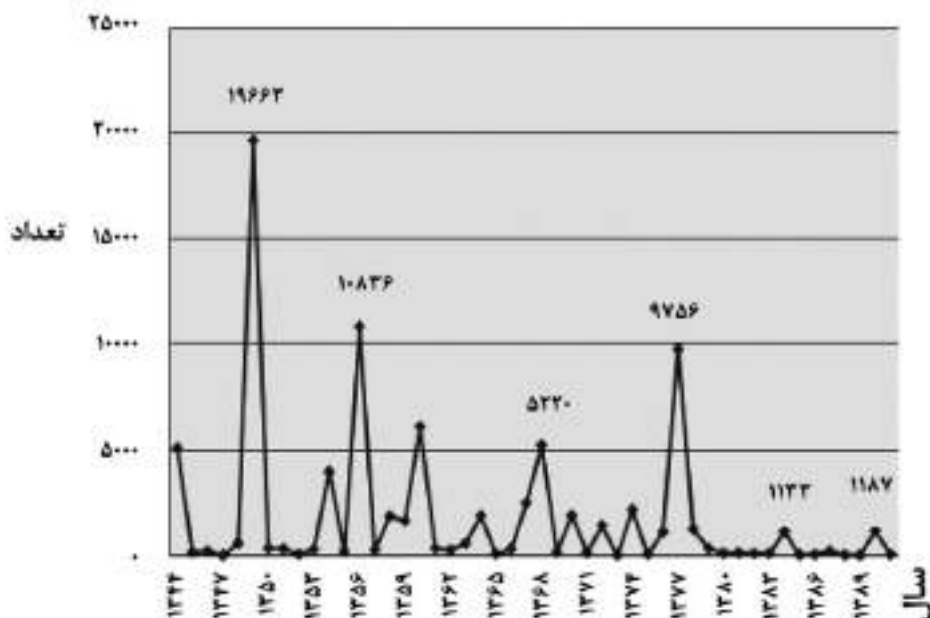
^۱ Food and water born diseases

^۲ Cholera

جلوگیری از مرگ و میر آن، بیماریابی از تمام موارد اسهال مشکوک و نمونه برداری از مدفوع بیماران، از طریق تهیه سوآپ رکتال و نگه‌داری در محیط کاری بلر و رساندن به آزمایشگاه و آزمایش آن است. بیماری وبا یکی از بیماری‌های بومی ایران است. تقریباً از سال ۱۳۴۴، همه ساله مواردی از بیماری در کشور ثبت و گزارش شده است. طی سالیان گذشته، همه‌گیری‌های متعددی در تمام کشور و در بعضی از سال‌ها، در مناطق محدود تری از کشور دیده شده است. میزان بروز در سال ۱۳۵۶، با تعداد ۱۰۸۳۶ مورد، حدود ۳۱ مورد در صد هزار بوده که و در سال ۱۳۷۵، به ۰/۱ و در سال ۱۳۸۹، به ۰/۰۲ در صد هزار نفر، کاهش پیدا کرده است.

روند تغییرات و تحلیل آن

در چند سال اخیر، بیش‌ترین موارد مربوط به سال‌های ۱۳۷۷، ۱۳۷۸، ۱۳۸۴ و ۱۳۹۰ بوده است که به ترتیب تعداد ۹۷۵۶، ۱۲۴۵، ۱۱۳۳ و ۱۱۸۷ مورد بیماری، گزارش شده است. یکی از دلایل عمده کاهش بروز موارد، بهبود دسترسی به آب آشامیدنی سالم است.



نمودار شماره ۱۸- تعداد موارد بیماری وبا در کشور (۱۳۹۱-۱۳۴۴)

همان‌طور که شکل نشان می‌دهد، تقریباً هر ۳ الی ۵ سال یک طغیان رخ می‌دهد. به‌منظور کنترل و مبارزه با همه‌گیری‌های بیماری، سیاست‌های اجرایی کشوری، شامل نمونه برداری مدفوع از موارد مشکوک به وبا و ارسال نمونه به آزمایشگاه‌های کشت ویبریولرا در مراکز بهداشت تمام شهرستان‌های کشور است، به‌طوری که در سال ۱۳۹۱، تعداد ۲۰۰۰۰ نمونه مدفوع مشکوک تهیه و آزمایش شد که در مجموع تعداد ۱۴۸ مورد سوش ناگ^۱ و مجموعاً تعداد ۵۳ مورد آلوده به وبا با سوش ویبریولرای^۲ O1 شناسایی و کشف گردید. در سال ۱۳۹۱، در ۶ دانشگاه علوم پزشکی از مجموع ۴۸ دانشگاه، مورد مثبت کشف شد، که کردستان با ۲ مورد درصد هزار نفر جمعیت، بیش‌ترین میزان بروز و سپس زاهدان با ۰/۹۹، آذربایجان غربی با ۰/۱۸، بوشهر با ۰/۱۱، کرمانشاه با ۰/۱، قزوین با ۰/۰۸ و خوزستان با ۰/۰۲ مورد در صد هزار نفر، کم‌ترین میزان بروز بیماری را داشتند.

چالش‌ها

از چالش‌های مهم کنترل وبا، می‌توان به موارد زیر اشاره کرد:

- ۱- ورود و خروج اتباع بیگانه به‌ویژه از مرزهای افغانستان و پاکستان که همه ساله تعدادی از موارد بیماری از این کشورها وارد می‌شود. علاوه بر پاکستان و افغانستان به‌دلیل بروز همه‌گیری (اپیدمی) وبا در شمال عراق در منطقه کردستان، از ۵۳ مورد وبای گزارش شده در سال ۱۳۹۱، تعداد ۳۰ نفر (۶۰ درصد) وارده از عراق بودند که به سرعت شناسایی و درمان شدند و خوشبختانه با تلاش‌های صورت گرفته در کردستان، آذربایجان غربی و کرمانشاه طغیانی در این استان‌ها رخ نداده است.
- ۲- علی‌رغم هماهنگی‌های انجام شده و اقدامات مقطعی در سال‌های اخیر در زمینه حذف آبیاری سبزیجات با فاضلاب خام انسانی، متأسفانه این مشکل همچنان پا برجاست و یکی از کانون‌های اصلی انتشار بیماری است.
- ۳- پوشش آب رسانی توسط شرکت آب و فاضلاب روستایی در کشور کامل نیست و مناطق محروم از آب آشامیدنی سالم، در معرض خطر بروز همه‌گیری‌های وبا می‌باشند و علت عدم

^۱ NAG

^۲ Vibriocholera O1

مشاهده طغیان‌های بیماری در چنین شرایطی، تلاش‌های شبانه‌روزی نظام بهداشتی در استان‌های درگیر و به‌خصوص هماهنگی‌های بیش‌تر با شرکت آب و فاضلاب شهری و روستایی است.

۴- ورود زائرین به اماکن مذهبی در ایام خاص، استفاده از یخ غیربهداشتی و تهیه غذا از فروشندگان دوره گرد مواد غذایی از دیگر چالش‌های بیماری وبا در کشور هستند.

شیستوزومیازیس^۱

تاریخچه

سه گونه از کرم‌های پهن، مسئول ایجاد بیماری شیتوزومیازیس در انسان هستند. دو گونه شیتوزوما مانسونی^۲ و شیتوزوما ژاپونیکوم^۳ عفونت روده‌ای را باعث می‌گردند، که گونه اخیر عامل اتیولوژیک شیتوزومیازیس روده‌ای در قاره آسیا به شمار می‌آید. شیتوزوما هماتوبیوم^۴ نیز عامل ایجاد شیتوزومیازیس^۵ ادراری یا بیلارزیوز در جهان است.

انسان تنها میزبان نهایی شیتوزوما مانسونی و هماتوبیوم، به شمار می‌آید. کرم‌های شیتوزوم در عروق خونی اعضاء هدف استقرار یافته و تخم‌های بدون آپرکول خود را در ونول‌های روده یا مثانه انباشته می‌کنند.

در ایران تنها شیتوزومیازیس ادراری وجود دارد و در این عفونت کلیه‌ها، حالب‌ها، مثانه و بافت‌های تناسلی درگیر می‌شوند. بهترین روش تشخیص شیتوزوما هماتوبیوم مشاهده تخم انگل در نمونه ادرار یا مدفوع است.

تحلیل روند تغییرات

بیماری شیتوزومیازیس مثانه (شیتوزوماهما توبیوم) در ایران، فقط در استان خوزستان وجود داشته است، به‌طوری که در گذشته در بعضی از قراء خوزستان حتی تا ۹۰ درصد آلودگی

^۱ Shistosomiasis

^۲ Mansoni

^۳ Japanicom

^۴ Hematobium

^۵ Bilharsiasis

گزارش شده است. در سنوات اولیه شروع برنامه مبارزه، تعداد تقریبی بیماری در حدود ۳۰-۲۵ هزار نفر گزارش شده و آلودگی در سنین ۱۵-۱۱ سالگی در بین سکنه کانون‌های فوق، تا ۵۰ درصد بوده است. حلزون میزبان واسط بیماری به نام *Bulinus Truncatus* است که در استان خوزستان، هم در گذشته و هم در حال حاضر به وفور وجود دارد. حداکثر انتقال بیماری در استان خوزستان؛ در فصل بهار و اوایل تابستان، پاییز و حداکثر وفور میزبان واسط، در فصول بهار و اوایل پاییز است.

دست آوردها

در طول ۲۰ سال اخیر، وزارت بهداشت با تدوین و اجرای برنامه‌های وسیع مبارزه و صرف اعتبار و به کارگیری نیروی انسانی کلان در بخش بهداشت، شاهد کاهش شدید آمار مبتلایان و کنترل بیماری بوده‌ایم، به‌طوری که از بیش از ۶۵۰ مورد در سال‌های ۱۳۵۷-۱۳۵۶، به ۱ مورد در سال ۱۳۸۰ کاهش یافته و از سال ۱۳۸۱ تا کنون تعداد موارد شیستوزومیازیس در مناطق بومی ایران، صفر بوده است. با توجه به اقدامات همه جانبه و پیگیری‌های مستمر و برنامه‌های عملیاتی در حال اجرا عملاً بیماری در مرحله حذف قرار گرفته است.

جدول شماره ۱۳- روند تعداد موارد بیماری شیستوزومیازیس ادراری

در کشور (۱۳۹۱-۱۳۵۶)

سال	تعداد موارد بیماری	سال	تعداد موارد بیماری	سال	تعداد موارد بیماری	سال	تعداد موارد بیماری
۱۳۵۶	۶۴۰	۱۳۶۵	۶۲	۱۳۷۴	۱۰	۱۳۸۳	۰
۱۳۵۷	۶۵۱	۱۳۶۶	۴۰	۱۳۷۵	۱۴	۱۳۸۴	۰
۱۳۵۸	۷۱۸	۱۳۶۷	۱۵	۱۳۷۶	۶	۱۴۸۵	۰
۱۳۵۹	۳۷۰	۱۳۶۸	۴۳	۱۳۷۷	۲	۱۳۸۶	۰
۱۳۶	۲۴۰	۱۳۶۹	۴۵	۱۳۷۸	۵	۱۳۸۷	۰
۱۳۶۱	۳۱۰	۱۳۷۰	۲۲	۱۳۷۹	۰	۱۳۸۸	۰
۱۳۶۲	۲۰۵	۱۳۷۱	۱۵	۱۳۸۰	۱	۱۳۸۹	۰
۱۳۶۳	۱۵۰	۱۳۷۲	۲۰	۱۳۸۱	۰	۱۳۹۰	۰
۱۳۶۴	۷۰	۱۳۷۳	۷	۱۳۸۲	۰	۱۳۹۱	۰

به‌طور کلی عملیات فعلی شامل استمرار بیماریابی و مراجعه مستقیم به مناطقی است که قبلاً جزء مناطق مشکوک و آلوده بوده به‌طوری که مناطق روستایی شهرستان‌های اهواز، شوشتر، دزفول، اندیمشک و شوش در برنامه مراقبت فعال قرار دارند و مبارزه با حلزون میزبان، نیز تماماً از طریق بهسازی محیط و سمپاشی تمام کانون‌های آلوده به حلزون در حال اجرا است.

چالش‌ها

مهم‌ترین چالش‌های فعلی برنامه شیستوزومیازیس در ایران، به شرح ذیل است:

با توجه به شرایط جدید به‌وجود آمده از قبیل اجرای طرح‌های وسیع توسعه اعم از سدسازی، طرح توسعه نیشکر و برنامه‌های گسترده آب خیزداری و وجود سه کانون فعال انتقال بیماری شیستوزومیازیس در کشور عراق و شیوع ۶-۱/۹ درصد آلودگی در بین کودکان ساکن این مناطق (رمادیه، دیاله، محمودیه مجاور بغداد، ناصریه مجاور بصره) که عمدتاً در قسمت مرکز و جنوب عراق (مجاورت مرزهای ایران) هستند و همچنین به‌علت وضعیت خاص به‌وجود آمده در شرایط سیاسی کشورهای ایران و عراق و تبادلات وسیع جمعیتی بین دو کشور، هر گونه کم توجهی نسبت به نظام مراقبت بیماری شیستوزومیازیس در استان خوزستان از قبیل کاهش نیروی انسانی با تجربه و کار آزموده به علل باز نشستگی یا جابه‌جایی آن‌ها به قسمت‌های دیگر و کاهش منابع مالی و مدیریتی و نظارتی برنامه و غیره، بازگشت مجدد بیماری و خطر آلودگی شدید همه نواحی پاک شده به شدت محتمل است، که بایستی مورد توجه قرار گیرد.

آینده نگاری حیطه و ترسیم افق چشم انداز

دورنمای وضعیت بیماری شیستوزومیازیس ادراری در ایران، حفظ وضعیت حذف بیماری و جلوگیری از بازگشت بیماری است.

فاسیولیاژیس^۱

تاریخچه

بیماری فاسیولیاژیس یکی از بیماری‌های مهم انگلی است که به‌وسیله دو گونه ترماتود^۲ کبدی از جنس فاسیولا به نام فاسیولا هپاتیکا^۳ و فاسیولا ژیگانتیکا^۴ در انسان‌ها و دام‌ها به وجود می‌آید و منجر به آسیب کبدی، بزرگی کبد، ضایعات بافتی این عضو و هم‌چنین بروز درد در ناحیه راست یک چهارم فوقانی شکم، واکنش‌های آلرژیک از جمله کهیر و افزایش ائوزینوفیل‌ها می‌شود.

در ایران فاسیولیاژیس تاریخچه‌ای طولانی داشته و همواره به‌عنوان یک مشکل مهم بهداشتی و یکی از مهم‌ترین بیماری‌های بومی در اغلب استان‌ها به‌ویژه استان‌های شمالی کشور، مورد توجه خاص مسئولین بهداشتی کشور بوده است.

براساس نتایج مطالعات مختلف در گذشته، آلودگی دام‌ها به فاسیولا در بعضی نقاط ایران بسیار شدید بوده است. اولین مورد انسانی بیماری در ایران، در سال ۱۳۳۴ تشخیص داده شد. از آن زمان سالانه موارد معدودی از بیماری در استان‌های مختلف (به‌ویژه استان‌های گیلان، مازندران، کرمانشاه و اصفهان) گزارش شده است. در سال ۱۳۴۱ در استان‌های گیلان و مازندران، شدت آلودگی در دام‌ها به ترتیب ۲۱/۵ و ۱۲ درصد بوده است. در سال ۱۳۴۳ در دزفول (خوزستان) ۳۱ درصد دام‌ها آلوده به این انگل بوده‌اند و هم‌چنین طبق مطالعه انجام شده در برخی مطالعات در استان خوزستان علاوه بر فاسیولا هپاتیکا، آلودگی به فاسیولا ژیگانتیکا نیز در بین گوسفندان ۲۷ درصد، در بزها ۱۰/۵ درصد و در گاوها ۴۷ درصد و در گاومیش ۹۱/۴ درصد (سال ۱۳۵۱) گزارش شده است. شیوع کلی آلودگی دام‌ها در ایران، بین ۳۰-۲۰ درصد بوده و بیش از همه در گاومیش، گاو، گوسفند و بز دیده می‌شود.

در استان گیلان دو همه‌گیری بزرگ انسانی در سال‌های ۱۳۶۸ و ۱۳۷۸ به وقوع پیوست و در این همه‌گیری‌ها، تعداد زیادی به این بیماری مبتلا شدند که بزرگ‌ترین همه‌گیری در دنیا شناخته شده است (عمدتاً در شهرهای رشت و بندرانزلی). پس از آن نیز هر ساله صدها نفر به

^۱ Facioliasis

^۲ Termatode

^۳ Faciolla hepatica

^۴ Faciolla higantiasis

این بیماری مبتلا شده‌اند. بنابراین فاسیولیاژیس را به‌عنوان یکی از مهم‌ترین بیماری‌های بومی ایران می‌شناسند. در سال ۱۳۹۱ تعداد ۹۶ مورد فاسیولیاژیسین (۷۰ درصد گیلان) از تعداد ۱۵ شهرستان کشور، گزارش گردیده است.

از آن جایی که بر اساس شواهد موجود، ظرفیت وقوع مجدد همه‌گیری‌های انسانی در استان گیلان ایران وجود دارد، سازمان جهانی بهداشت در سال ۲۰۰۸، ایران را در زمره ۶ کشور دنیا که مشکل جدی فاسیولیاژیس دارند، طبقه‌بندی کرده است. علاوه بر استان گیلان، در سال‌های اخیر بیماری از سایر استان‌ها نیز گزارش می‌شود که خلاصه وضعیت آن در کشور به شرح زیر است:

اقدامات کنترلی از جمله آموزش مردم، شناسایی و درمان سریع بیماران و همکاری‌های بین بخشی (از جمله اقدامات سازمان دامپزشکی)، باعث پیشگیری و کنترل بیماری در نقاط مختلف کشور به ویژه در استان‌های شمالی گردیده است و هم‌اکنون بیماری به صورت تک‌گیر در استان گیلان و گاهی در استان‌های دیگر مشاهده می‌شود.

جدول شماره ۱۴- تعداد موارد فاسیولیاژیس در کشور (۱۳۷۶-۱۳۹۱)

تعداد	سال
۱۲۲	۱۳۷۶
۶۰۴	۱۳۷۷
۲۵۹۰	۱۳۷۸
۱۲۰۹	۱۳۷۹
۴۴۸	۱۳۸۰
۵۷۶	۱۳۸۱
۱۷۹	۱۳۸۲
۵۴۹	۱۳۸۳
۲۵۲	۱۳۸۴
۲۵۷	۱۳۸۵
۱۲۴	۱۳۸۶
۷۹	۱۳۸۷
۷۶	۱۳۸۸
۷۰	۱۳۸۹
۵۹	۱۳۹۰
۹۶	۱۳۹۱

چالش‌ها

از چالش‌های موجود برنامه می‌توان به موارد زیر اشاره کرد:

- قابلیت انتقال بیماری از حیوان به انسان
- عدم امکان کنترل دقیق آلودگی در دام‌ها
- عدم نظارت کافی بر کشتار دام‌ها
- تردهای فراوان و بی رویه دام‌ها در استان‌های مختلف یا کشورهای همسایه
- آگاهی کم پزشکان و هم‌چنین بخش‌های آزمایشگاه‌ها برای تشخیص و گزارش بیماری
- عدم رعایت بهداشت مواد غذایی توسط مردم به‌ویژه در هنگام حضور در طبیعت

آینده نگاری حیطه و ترسیم افق چشم انداز

- حفظ هماهنگی‌های بین بخشی و نگاه‌داری وضع موجود

طغیان^۱ بیماری‌های منتقله از آب و غذا

تاریخچه

همه ساله موارد متعددی از مسمومیت‌های غذایی و سایر طغیان‌های منتقله از آب و غذا در کشورهای توسعه یافته و در حال توسعه گزارش می‌شود. طبق تعریف، هرگاه دو نفر یا بیش‌تر از یک غذا و آشامیدنی مشترک استفاده کرده و علائم بیماری مشترک داشته باشند، طغیان بیماری ناشی از غذا رخ داده است. به‌منظور ثبت، گزارش‌دهی و کنترل بهتر این طغیان‌ها در سال ۱۳۸۵، راهنمای کشوری نظام مراقبت بیماری‌های منتقله از غذا در مرکز مدیریت بیماری‌ها تدوین و از سال ۱۳۸۶، گزارش‌دهی طغیان‌ها شروع شد. با آموزش‌ها و پیگیری‌های انجام شده، گزارش این طغیان‌ها از ۱۳۹۱-۱۳۸۶ حدود ۱۵ برابر افزایش یافته است. براین اساس در سال ۱۳۹۱، تعداد ۱۵۳۶ طغیان با میزان بروز ۲ مورد در یک صد هزار نفر، گزارش شده است. افزایش گزارش طغیان‌ها، نشانگر هوشیاری و فعال بودن نظام بهداشتی و تقویت نظام مراقبت در سال‌های اخیر بوده است. میزان بروز پیش‌بینی شده در کشور، پنج طغیان به

¹ Outbreak

ازای صد هزار نفر جمعیت می باشد.

در سال ۱۳۹۱، در جریان این طغیان ها ۱۰۲۸۳ نفر مبتلا، ۱۳۸۵ نفر بستری و تعداد ۲۶ نفر جان باختند.

جدول شماره ۱۵- گزارش طغیان های منتقله از آب و غذا در کشور (۱۳۸۶-۱۳۹۱)

سال	تعداد طغیان های آب و غذا	میزان بروز طغیان در ۱۰۰۰۰۰ نفر
۱۳۸۶	۱۱۱	۰/۱۵
۱۳۸۷	۲۴۰	۰/۳۳
۱۳۸۸	۲۶۷	۰/۳۶
۱۳۸۹	۵۴۶	۰/۷۴
۱۳۹۰	۱۰۳۸	۱/۴
۱۳۹۱	۱۵۳۶	۲

چالش ها

از نیازهای مهم این برنامه، تقویت نظام آزمایشگاهی در تشخیص عوامل ایجادکننده طغیان در سطوح دانشگاهی است که تقویت تجهیزاتی و نیروی انسانی را به ویژه در سطح آزمایشگاه های مراکز بهداشت شهرستان ها و دانشگاه ها طلب می کند. هر چند در مرکز کشور مشکلی در این رابطه وجود ندارد.

آینده نگاری حیطه و ترسیم افق چشم انداز

دور نمای برنامه، تقویت نظام گزارش دهی طغیان های آب و غذا است، تا منجر به کاهش بروز طغیان گردد.

بوتولیسم^۱

تاریخچه

کلمه بوتولیسم از واژه لاتین بوتولوس (سوسیس) گرفته شده که در قرن نوزدهم به علت طغیان‌های مسمومیت با منشا سوسیس و کشف رابطه بین سوسیس و بیماری فلجی (پارالیتیک) در سال ۱۸۲۰ میلادی، توسط یکی از کارکنان بهداشتی جنوب آلمان، به‌عنوان یک بیماری شناخته شد.

بوتولیسم اغلب به‌صورت مسمومیت غذایی کشنده اتفاق می‌افتد. علائم بالینی و تظاهر کلاسیک آن شامل نوروپاتی حاد دوطرفه اعصاب مغزی (فلج) همراه با ضعف پایین رونده و قرینه شامل علائم چشمی (تاری دید)، واکنش غیرطبیعی چشم‌ها به نور، اختلال بلع، اختلال در تکلم، ضعف عصب زیر زبانی و ضعف بالای تنه است.

این بیماری همه ساله افرادی را به ویژه در استان‌های شمالی کشور، مبتلا می‌کند. با توجه به میزان کشندگی بالای بیماری و مشکلات تشخیص و هزینه‌های بالای درمان، به منظور شناسایی به موقع و درمان مناسب مبتلایان، نظام مراقبت بیماری بوتولیسم از سال ۱۳۷۷ برقرار شد و برای تشخیص سریع و قطعی بیماری، آزمایشگاه میکروب‌شناسی انستیتو پاستور ایران به‌عنوان آزمایشگاه مرجع تعیین گردیده است. در نظام مراقبت بوتولیسم، در صورت بروز بیماری، علاوه بر درمان موارد مشکوک و محتمل با آنتی توکسین‌های اختصاصی، نمونه‌های انسانی و غذایی، برای تشخیص قطعی به انستیتو پاستور ارسال می‌شود.

با توجه به بیش‌ترین میزان بروز بیماری در استان‌های شمالی و جنوبی کشور، دوره‌های آموزشی خاص برای کارشناسان بیماری‌های دانشگاه‌های مورد نظر برگزار گردید و از آنان در فرهنگ‌سازی و تغییر در الگوهای مصرف ماهی و فراورده‌های دریایی و آموزش به گروه‌های پزشکی برای تشخیص زودتر بیماری، کمک گرفته شد. ضمناً به تمام کارشناسان بیماری‌های دانشگاه‌ها ابلاغ گردیده که کارت ویزیتی تهیه نمایند و در آن شایع‌ترین علائم بیماری را به همراه تلفن‌های تماس با مرکز بهداشت مربوطه در ساعات اداری و تلفن همراه کارشناس آب و غذا در ساعات غیر اداری را، به اطلاع کلیه مطب‌ها و درمانگاه‌ها و بیمارستان‌های خصوصی،

¹ Botulism

خیریه و دولتی رسانده و در صورت هرگونه شک به بیماری بوتولیسم، راهنمایی لازم برای در اختیار گذاشتن آنتی توکسین بوتولیسم را به عمل آورند. در سال ۱۳۹۱، از تعداد ۱۲۹ مورد مشکوک، تعداد ۲۳ مورد قطعی شناسایی شده و تعداد ۴ نفر جان خود را از دست دادند. در استان گیلان، اشپل ماهی و در گلستان، مصرف ماهی دودی راه اصلی انتقال این مسمومیت است.

جدول شماره ۱۶- تعداد مرگ و موارد مشکوک گزارش شده بوتولیسم در کشور (۱۳۸۲-۱۳۹۱)

سال	تعداد موارد مرگ	تعداد موارد مشکوک
۱۳۸۲	۲	۴۳
۱۳۸۳	۲	۶۷
۱۳۸۴	۱	۶۰
۱۳۸۵	۰	۸۰
۱۳۸۶	۱	۶۴
۱۳۸۷	۵۲	۵۰
۱۳۸۸	۲	۵۴
۱۳۸۹	۵	۱۴۶
۱۳۹۰	۱۲	۲۴۴
۱۳۹۱	۴	۱۲۹

حصه (تب تیفوئید)^۱

ناریخچه و دست آورد

تیفوئید از بیماری‌های قابل گزارش در نظام بهداشتی کشور است و میزان بروز آن در ارزیابی وضعیت بهداشتی کشور مؤثر است. تیفوئید در گذشته موجب همه‌گیرهای گسترده شده است که علت آن عدم دسترسی به آب آشامیدنی سالم بود. در سال ۱۳۵۹، تعداد ۳۶۹۲۵ مورد با میزان بروز ۹۱ مورد در صد هزار نفر، گزارش گردید. هم اکنون این میزان به کمتر از یک در

¹ Typhoid fever

صد هزار نفر در سال گذشته رسیده است. در سال ۱۳۹۱، تعداد ۴۵۱ مورد مشکوک، محتمل و قطعی گزارش شده است که تنها ۲ نفر جان خود را به علت ابتلاء به بیماری از دست داده‌اند. تمام دانشگاه‌ها گزارش تب تیفوئید را داشته‌اند و دانشگاه شیراز، بیش‌ترین مورد را گزارش کرده است.

جدول شماره ۱۷- تعداد موارد و میزان بروز تیفوئید در صد هزار نفر در کشور (۱۳۹۱-۱۳۵۶)

سال	تعداد تیفوئید	بروز در صد هزار نفر
۱۳۵۶	۷۷۷۶	۲۲/۰۴
۱۳۵۷	۱۱۷۹۳	۳۲
۱۳۵۸	۱۴۵۵۱	۳۷/۹
۱۳۵۹	۲۰۷۱۸	۵۱/۸
۱۳۶۰	۳۶۹۲۵	۸۸/۸
۱۳۶۱	۲۹۴۲۳	۶۸/۲
۱۳۶۲	۲۵۶۴۶	۵۷/۳
۱۳۶۳	۳۱۶۱۲	۶۸/۹
۱۳۶۴	۳۲۱۶۴	۶۷/۲
۱۳۶۵	۲۹۰۸۲	۵۸/۸
۱۳۶۶	۲۵۵۹۶	۵۰/۵
۱۳۶۷	۲۵۹۳۵	۴۹/۹
۱۳۶۸	۲۹۵۵۱	۵۵/۵
۱۳۶۹	۲۶۴۶۸	۴۸/۵
۱۳۷۰	۲۸۸۱۹	۵۱/۶
۱۳۷۱	۱۷۰۸۶	۲۹/۹
۱۳۷۲	۸۴۷۲	۱۴/۵
۱۳۷۳	۸۸۸۵	۱۴/۸
۱۳۷۴	۶۸۴۹	۱۱/۳
۱۳۷۵	۷۶۹۰	۱۲/۵
۱۳۷۶	۵۷۵۰	۹/۵
۱۳۷۷	۲۶۳۰	۳/۴
۱۳۷۸	۱۲۷۹	۲/۵
۱۳۷۹	۲۲۶۱	۳/۵۱
۱۳۸۰	۱۸۶۹	۲/۸
۱۳۸۱	۱۰۸۴	۱/۶
۱۳۸۲	۷۰۹	۱/۰۵
۱۳۸۳	۴۸۷	۰/۷
۱۳۸۴	۳۷۹	۰/۵۴
۱۳۸۵	۴۳۷	۰/۷
۱۳۸۶	۹۷۵	۱/۳۷
۱۳۸۷	۵۰۳	۰/۹
۱۳۸۸	۵۱۸	۰/۸
۱۳۸۹	۶۳۱	۰/۹
۱۳۹۰	۵۲۰	۰/۶۶
۱۳۹۱	۴۵۱	۰/۶

اسهال خونی^۱

اسهال خونی از بیماری‌های قابل گزارش به نظام بهداشتی است. روند گزارش‌دهی این بیماری در سال‌های اخیر رو به بهبود بوده به‌طوری که از تمام دانشگاه‌ها در سال ۱۳۹۱، تعداد ۱۲۱۱۱ مورد اسهال خونی، گزارش شده است. آزمایش کشت مثبت از مدفوع تعداد ۹۵۴ نفر، نشان می‌دهد که به ترتیب شیگلا، ایکولا، سالمونلا و آمیب هیستولیتیکا، بیش‌ترین علت اسهال خونی در کشور بوده‌اند.

جدول شماره ۱۸- تعداد موارد و میزان بروز اسهال خونی در صد هزار نفر
در کشور (۱۳۷۸-۱۳۹۱)

سال	تعداد	بروز ۱۰۰۰۰۰
۱۳۷۸	۵۰۵۱	۸
۱۳۷۹	۹۱۵۳	۱۴/۳
۱۳۹۰	۱۱۵۳۶	۱۷/۷
۱۳۸۱	۶۹۵۰	۱۰/۵۱
۱۳۸۲	۸۸۲۳	۱۳
۱۳۸۳	۸۱۱۵	۱۲
۱۳۸۴	۷۶۹۳	۱۱/۱
۱۳۸۵	۵۹۵۱	۸/۶
۱۳۸۶	۹۱۱۴	۱۲/۸
۱۳۸۷	۵۵۹۹	۸
۱۳۸۸	۷۶۴۸	۱۰/۵
۱۳۸۹	۱۰۰۷۱	۱۳/۶
۱۳۹۰	۹۷۷۰	۱۲/۴۲
۱۳۹۱	۱۲۱۱۱	۱۵/۹

پیشنهادهای و ملاحظات که به نظر می‌رسد در بهبود وضعیت مراقبت و کنترل بیماری‌های منتقله از آب و غذا تأثیر گذار باشد، عبارتند از:

- ایجاد هماهنگی‌های بین بخشی با تمام سازمان‌های مسئول از جمله جهاد کشاورزی،

^۱ Shigellosis

شرکت آب و فاضلاب و وزارت کشور

- اجرای برنامه‌های آموزشی برای تمام گروه‌ها از جمله کارکنان بهداشتی، پزشکان و جامعه به‌منظور تقویت بیماریابی و گزارش‌دهی
- اختصاص اعتبارات کافی برای تقویت نظام مراقبت، برنامه‌های آموزشی و پژوهشی
- تقویت آزمایشگاه‌های تشخیصی در مراکز بهداشت شهرستان و استان و هماهنگی با آزمایشگاه‌های همکار و خصوصی

آینده نگاری حیطه و ترسیم افق چشم انداز

- تأمین آب آشامیدنی سالم در سراسر کشور
- ساماندهی سیستم فاضلاب در سراسر کشور در یک سیستم بسته (Closed System)
- نظارت کامل بر تهیه همه محصولات غذایی که به‌صورت کنسرو عرضه می‌شوند و برچسب‌گذاری روی قوطی‌ها که چگونگی استفاده از کنسرو را روی آن قید کرده باشند.

مراقبت عفونت‌های بیمارستانی

تاریخچه

تاریخچه عفونت‌های بیمارستانی در دنیا بسیار قدیمی است و از زمانی آغاز می‌شود که برای مراقبت و درمان بیماران، از قرن چهارم میلادی، در نقاط مختلف دنیا بیمارستان تأسیس گردید. بیماری‌های عفونی از جمله خطرناک‌ترین بیماری‌های تهدیدکننده جان بشر به شمار می‌آیند. امروزه علی‌رغم افزایش بهداشت عمومی و کشف داروهای درمان‌کننده عفونت‌ها، هم‌چنان زمینه‌هایی برای بروز بیماری‌های عفونی در جامعه وجود دارد که در این میان بیمارستان‌ها به‌عنوان مراکز درمانی که در صدد درمان و التیام دردهای بیماران هستند، از جمله مکان‌های با خطر بالقوه در ابتلاء و گسترش بیماری‌های عفونی و تحمیل هزینه بسیار به بیماران و خانواده‌ها به شمار می‌آیند.

عفونت بیمارستانی، عفونتی است که به‌صورت محدود یا منتشر و در اثر واکنش‌های بیماری‌زای مرتبط با خود عامل عفونی یا سموم آن در بیمارستان ایجاد می‌شود، به شرطی که حداقل ۷۲-

۴۸ ساعت بعد از پذیرش بیمار در بیمارستان ایجاد شود و در زمان پذیرش علائم آشکار عفونت مربوطه را نداشته باشد و بیماری در دوره نهفتگی خود نباشد و معیارهای مرتبط با عفونت بیمارستانی را داشته باشد.

در تمام دنیا عفونت‌های بیمارستانی یک مشکل رو به گسترش هستند و طبق گزارش‌های سازمان جهانی بهداشت، میزان بروز این عفونت‌ها در کشورهای توسعه یافته صنعتی، بین ۱۱-۶ درصد متغیر است و در کشورهای در حال توسعه تا ۲۷ درصد گزارش می‌شود. در ایران براساس برآورد سازمان جهانی بهداشت و مطالعات پراکنده انجام شده، میانگین بروز عفونت بیمارستانی در یک بیمارستان عمومی ۱۵-۱۰ درصد است.

به منظور ثبت، گزارشدهی و طراحی اقدامات پیشگیرانه برای عفونت‌های بیمارستانی، در سال ۱۳۸۵ راهنمای کشوری نظام مراقبت عفونت‌های بیمارستانی تدوین و از سال ۱۳۸۶ در یکصد بیمارستان بالای ۲۰۰ تخت، اجرا شد. براساس داده‌های جمع آوری شده در مدت ۶ سال گذشته، میانگین بروز عفونت‌های بیمارستانی کم‌تر از یک درصد گزارش شده است.

از سال ۱۳۹۰، تعداد بیمارستان‌های تحت پوشش به ۳۶۶ بیمارستان بالای صد تخت و از سال ۱۳۹۱ به ۳۸۴ بیمارستان افزایش یافت و از سال ۱۳۹۳، نیز داده‌های عفونت‌های بیمارستانی از تمام بیمارستان‌های کشور به پرونده الکترونیکی بیمار ارسال و تحلیل خواهد شد.

تحلیل روند تغییرات

جدول زیر تعداد و درصد موارد بروز عفونت‌های بیمارستانی و مرگ مبتلایان به عفونت بیمارستانی و میزان بروز عفونت‌های بیمارستانی در بین ۴ نوع اصلی به ترتیب ادراری، تنفسی، جراحی و خون را نشان می‌دهد. در مورد جراحی احتمالاً موارد پس از ترخیص، از شمارش بیمارستان خارج می‌شوند و به همین دلیل آمار آن با اختلاف زیادی، در رده سوم قرار گرفته است.

جدول شماره ۱۹- میزان بروز عفونت‌های بیمارستانی و مرگ برحسب سال براساس موارد گزارش شده در نظام مراقبت عفونت‌های بیمارستانی در کشور (۱۳۹۱-۱۳۸۶)

سال (تعداد بیمارستان)	تعداد عفونت بیمارستانی	درصد عفونت بیمارستانی به تعداد بستری	تعداد مرگ مبتلایان به عفونت بیمارستانی	درصد مرگ مبتلایان به عفونت بیمارستانی	درصد مرگ
۸۶ (۱۰۰)	۱۰۵۸۸	۰/۶۰	۱۸۵۸	۶/۱۷	-
۸۷ (۱۰۰)	۱۴۹۷۹	۰/۸۷	۲۹۱۹	۱۹/۴۹	۷/۶۲
۸۸ (۱۰۰)	۱۵۳۸۷	۰/۹۵	۲۲۸۳	۱۴/۸۴	۵/۹۶
۸۹ (۱۰۰)	۱۹۵۴۱	۱/۱۳	۲۶۹۶	۱۳/۸۰	۶/۲۰
۹۰ (۳۶۶)	۳۸۶۰۴	۰/۷۳	۵۸۲۲	۱۵/۱	۶/۵
۹۱ (۳۸۴)	۵۱۸۷۷	۰/۹۲	۶۹۳۴	۱۳/۴	۷/۸

جدول شماره ۲۰- میزان بروز عفونت‌های بیمارستانی و مرگ برحسب نوع عفونت براساس موارد گزارش شده در نظام مراقبت عفونت‌های بیمارستانی در کشور در سال ۱۳۹۱

۳۸۴ بیمارستان

نوع عفونت بیمارستانی	تعداد	درصد	تعداد مرگ	درصد مرگ
ادراری	۱۳۹۳۰	۲۶/۹	۱۳۹۲	۱۰
تنفسی	۱۲۶۸۷	۲۴/۵	۲۷۲۴	۲۱/۵
جراحی	۷۸۷۱	۱۵/۱	۳۱۷	۴
خون	۷۳۶۸	۱۴/۲	۱۲۸۴	۱۷/۴
سایر	۱۰۰۲۱	۱۹/۳	۱۲۱۷	۱۲/۱
جمع	۵۱۸۷۷	۱۰۰	۶۹۳۴	۱۳/۴

دست آوردها

از دست‌آوردهای مهم برنامه، جلب توجه بیش‌تر دست‌اندرکاران به ابعاد مسئله است که می‌تواند کنترل بیش‌تر عفونت‌های بیمارستانی را در پی داشته باشد و هم‌چنین جمع‌آوری داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار خاص و ارسال به سرور برنامه در وزارت بهداشت و تحلیل آن است.

چالش‌ها

- از چالش‌های مهم برنامه نظام مراقبت عفونت‌های بیمارستانی می‌توان به موارد ذیل اشاره کرد:
- ۱- مهم‌ترین چالش برنامه حمایت ضعیف رؤسا و مدیران بیمارستان‌ها از اجرای برنامه است که به دلیل چند بخشی بودن برنامه، ایجاد هماهنگی با مشکلاتی روبرو است.
 - ۲- کم گزارش‌دهی موارد عفونت‌های بیمارستانی که با آموزش پرستاران، پزشکان و حمایت مدیران بیمارستان قابل اصلاح خواهد بود.
 - ۳- اعتبار خاصی در زمینه کنترل عفونت‌های بیمارستانی در معاونت‌های مختلف وزارت بهداشت پیش بینی نشده است.
 - ۴- کمبود پرستار کنترل عفونت به‌ویژه در بیمارستان‌های بزرگ

آینده نگاری حیطه و ترسیم افق چشم انداز

دورنمای برنامه، تشکیل کمیته و برقراری نظام مراقبت عفونت‌های بیمارستانی در تمام بیمارستان‌ها و گزارش واقعی آمار عفونت‌های بیمارستانی است که بتواند مبنای تصمیم‌سازی مدیران جهت کنترل آن قرار گیرد.

مبارزه با بیماری‌های غیر واگیر

تاریخچه

مدیریت بیماری‌های غیرواگیر^۱ در تیرماه سال ۱۳۷۰ با تأسیس اداره‌ی کل مبارزه با بیماری‌های غیرواگیر به‌طور مستقل و یکپارچه فعالیت خود را آغاز کرد. در اولین قدم گروه‌های پیشگیری از بیماری‌های قلب و عروق و متابولیک، ژنتیک و سرطان، بهداشت روان و پیشگیری از سوانح و حوادث، تشکیل و چندی بعد در سال ۱۳۷۳ با اداره‌ی کل مبارزه با بیماری‌ها، که تا آن زمان تنها روی بیماری‌های واگیر فعالیت داشت، ادغام گردید. در طی سال‌های ۱۳۷۵-۱۳۷۰ برنامه‌های پیشگیری از تب رماتیسمی حاد، پیشگیری و کنترل بیماری فشار خون بالا، برنامه ثبت سرطان، پیشگیری از تالاسمی، پیشگیری از سوانح و حوادث خانگی و برنامه بهداشت روان پیشگیری و کنترل بیماری دیابت نوع ۲ مهم‌ترین فعالیت‌های معاونت غیرواگیر اداره‌ی کل مبارزه با بیماری‌ها بود که پس از آن نیز ادامه یافت. سپس با تغییر نام اداره‌ی کل مبارزه با بیماری‌ها به اداره کل پیشگیری و مراقبت بیماری‌ها در سال ۱۳۷۵، مدیریت بیماری‌های غیرواگیر هم چنان به‌صورت تخصصی با اجرای برنامه‌های فوق‌الذکر استمرار یافت. در سال‌های بعد و پس از انجام ارزشیابی هر یک از طرح‌های فوق، برنامه‌های ثبت سرطان، پیشگیری و کنترل فشارخون بالا و دیابت، غربال‌گری کم کاری مادرزادی تیروئید نوزادان و پیشگیری از تالاسمی، در نظام سلامت کشور ادغام و زمینه تشکیل واحد بیماری‌های غیرواگیر به صورت مستقل در سال‌های بعد فراهم گردید.

برنامه بهداشت روان در اداره کل جوانان و برنامه سوانح و حوادث خانگی در اورژانس ادغام گردید. و دفتر بهداشت دهان و دندان نیز، در مرکز مدیریت بیماری‌ها و سپس در مرکز مدیریت بیماری‌های غیرواگیر ادغام گردید. در حال حاضر تا سال ۱۳۹۲ برنامه‌های فشار خون بالا، دیابت، تالاسمی، غربال‌گری کم کاری مادرزادی تیروئید نوزادان، ثبت سرطان، ثبت سکنه‌های قلبی و نظام مراقبت عوامل خطر بیماری‌های غیرواگیر در نظام سلامت ادغام گردیده و در حال اجرا هستند.

¹ Non Communicable Diseases

مقدمه

بیماری‌های غیرواگیر عامل اصلی مرگ زودرس بالغین، در دنیا هستند. بر اساس گزارش سازمان جهانی بهداشت از ۵۸ میلیون مرگ در سال ۲۰۰۵ میلادی، حدوداً ۳۵ میلیون (۶۱ درصد) مرگ، در اثر بیماری‌های مزمن غیرواگیر رخ داده است. این گروه از بیماری‌ها حدوداً ۲ برابر بیش‌تر از بیماری‌های عفونی (نظیر ایدز، سل و مالاریا)، بیماری‌های مادر و نوزاد و سوء تغذیه، موجب مرگ افراد می‌شوند. امروزه در کشورهای توسعه یافته و در حال توسعه بیماری‌های غیرواگیر علت اصلی مرگ محسوب می‌شوند و تنها در آفریقا بیماری‌های واگیر در صدر علل مرگ قرار دارند. چهار بیماری غیرواگیر اصلی که بیش‌ترین بار بیماری را در سراسر دنیا به خود اختصاص داده‌اند، شامل: بیماری‌های قلبی عروقی، سرطان‌ها، بیماری‌های مزمن تنفسی و دیابت هستند که سالیانه حدود ۱۷ میلیون نفر در اثر بیماری‌های قلبی عروقی (به ویژه بیماری‌های عروق کرونر و سکته‌های مغزی)، ۷ میلیون نفر در اثر سرطان، ۳/۵ میلیون نفر در اثر بیماری‌های مزمن تنفسی و یک میلیون نفر در اثر دیابت در سراسر دنیا جان خود را از دست می‌دهند.

جهانی شدن و توسعه روابط تجاری و اقتصادی میان کشورها، همگام با رشد سریع شهرنشینی و کوچک شدن جوامع، موجب انتقال فرهنگ و الگوی زندگی کشورهای توسعه یافته به کشورهای در حال توسعه و در نتیجه گسترش عوامل خطر بیماری‌های غیرواگیر در سطح جهان شده است.

در ایران بر اساس بررسی سیمای مرگ در سال ۱۳۸۳، بیش از ۶۰ درصد موارد مرگ به علت ۴ بیماری ذکر شده بود. در این سال حدود ۱۳۸۰۰۰ نفر در اثر بیماری‌های قلبی عروقی (۴۵ درصد)، ۳۶۰۰۰ نفر در اثر ابتلا به سرطان (۱۲ درصد)، ۹۲۵۰ نفر در اثر بیماری‌های مزمن ریوی (۳ درصد) و ۵۳۸۰ نفر در اثر دیابت (۱/۸ درصد) فوت شدند. در همین بررسی، نسبت بار بیماری‌ها بر حسب سال‌های از دست رفته عمر ناشی از مرگ (YLL^1)، ۲۴ درصد به علت بیماری‌های قلبی عروقی، ۹/۵ درصد به علت سرطان، ۱/۶ درصد در اثر بیماری‌های مزمن ریوی و آسم، ۱/۱ درصد به علت دیابت بوده است (سیمای مرگ و میر در ۲۹ استان کشور-۱۳۸۳).

در مطالعه بار بیماری‌ها، نسبت بار بیماری‌ها بر حسب سال‌های از دست رفته عمر ناشی از

¹ Years of life lost

مرگ (YLL)، ۱۷/۹ درصد به علت بیماری‌های قلبی عروقی، ۷/۲ درصد به علت سرطان، ۰/۹ درصد در اثر بیماری‌های مزمن ریوی و آسم ۱/۱ درصد به علت دیابت و ۰/۷ درصد بیماری‌های اسکلتی عضلانی بوده است. هم‌چنین نسبت بار بیماری‌ها بر حسب سال‌های از دست رفته عمر ناشی از مرگ و ناتوانی (^۱DALY) مشتمل بر؛ ۱۰/۵ درصد از به علت بیماری‌های قلبی عروقی، ۳/۱ درصد به علت سرطان، ۲/۴ درصد در اثر بیماری‌های مزمن ریوی و آسم، ۱/۱ درصد به علت دیابت، ۴/۵ درصد بیماری‌های اسکلتی عضلانی بوده است.^۲

اگرچه عوامل خطر بیماری‌های غیرواگیر در مقایسه با عوامل خطر بیماری‌های واگیر پیچیده‌تر است، اما این عوامل عمدتاً شناخته شده و تا حد زیادی قابل تغییر و کنترل هستند. الگوی غذایی نامناسب (رژیم‌های غذایی اشباع از قند و چربی)، مصرف دخانیات و کم تحرکی در کنار دیگر عواملی چون فشار خون بالا، کلسترول خون بالا، اضافه وزن و چاقی، آلودگی هوای شهری و آلودگی هوا در محیط‌های بسته، به‌عنوان مهم‌ترین عوامل خطر ایجادکننده بیماری‌های غیرواگیر در سطح جهان محسوب می‌شوند.

سازمان جهانی بهداشت طی ده سال گذشته، راهبردهای کلی مدیریت بیماری‌های غیرواگیر را بر پایه کنترل عوامل خطر این بیماری‌ها برای بهره‌برداری در فرآیند برنامه‌ریزی نظام‌های سلامت، به کشورهای عضو، از جمله جمهوری اسلامی ایران ابلاغ کرده است. با توجه به این که مدیریت بیماری‌های غیرواگیر (به صورت یکپارچه) از سال ۱۳۷۰ شروع شده و تا کنون ادامه دارد، ضمن پذیرفتن راهبردهای پیشنهادی، بخش عمده راهبردها در برنامه پنجم توسعه و نقشه سلامت جمهوری اسلامی ایران گنجانده شده است. شش هدف عمده برنامه اجرایی ابلاغی عبارتند از:

- ۱- اولویت بخشیدن به بیماری‌های غیرواگیر در سطح ملی و ادغام پیشگیری و کنترل این بیماری‌ها در ساختار سیاست‌گذاری کشوری
- ۲- تثبیت و تقویت سیاست‌ها و برنامه‌های ملی پیشگیری و کنترل بیماری‌های غیرواگیر
- ۳- ارتقاء مداخلات کاهش‌دهنده عوامل خطر مشترک اصلی بیماری‌های غیرواگیر (مصرف دخانیات و الکل، الگوی غذایی نامناسب، کم تحرکی)

^۱ Disability Adjusted of Life Years

^۲ بررسی بار بیماری‌ها و آسیب‌ها، در ایران (۶ استان)-۱۳۸۲، گزارش ۱۳۸۶.

- ۴- ارتقاء پژوهش برای پیشگیری و کنترل بیماری‌های غیرواگیر
- ۵- تقویت مشارکت‌ها برای پیشگیری و کنترل بیماری‌های غیرواگیر
- ۶- پایش بیماری‌های غیرواگیر و تعیین‌کننده‌های آن‌ها و ارزشیابی پیشرفت در سطوح ملی و منطقه‌ای و جهانی

مراقبت عوامل خطر بیماری‌های غیرواگیر

تاریخچه

نظام مراقبت عبارت است از جمع‌آوری منظم و مداوم داده‌ها، آنالیز و تفسیر اطلاعات مربوط به یک پیامد سلامتی و انتشار و گزارش به موقع آن. امروزه در جهان، شیوع بیماری‌های غیرواگیر به‌طور فزاینده‌ای رو به افزایش است. بنابر گزارش «سازمان بهداشت جهانی» در سال ۲۰۰۲ میلادی، بیماری‌های غیرواگیر عامل ۶۰ درصد از کل مرگ و میرها و ۴۷ درصد بار بیماری‌ها بوده که پیش بینی می‌شود تا سال ۲۰۲۰ میلادی، به ترتیب به ۷۳ درصد و ۶۰ درصد برسد. ۸۰ درصد مرگ از این بیماری‌ها غالباً در کشورهای با درآمد کم و پایین اتفاق می‌افتد. راه حل کنترل اپیدمی جهانی بیماری‌های غیرواگیر، پیشگیری اولیه‌ای است که بر برنامه‌های جامع مبتنی بر جمعیت استوار است و اساس آن شناسایی عوامل خطر شایع اصلی و پیشگیری و کنترل آن‌ها است. در گزارش سازمان جهانی بهداشت در سال ۲۰۰۲ میلادی، هشت عامل خطر مهم بیماری‌های غیرواگیر: مصرف دخانیات، الکل، کم تحرکی، تغذیه ناسالم، اضافه وزن و چاقی، فشار خون بالا، چربی بالا و دیابت تعیین شده که اگرچه در بین آن‌ها پنج عامل افزایش فشارخون و کلسترول، مصرف دخانیات، الکل و چاقی عمومیت دارد، که جزء ده عامل خطر سلامتی در جهان به شمار می‌روند.

«نظام مراقبت عوامل خطر بیماری‌های غیرواگیر» در کشور با بررسی این عوامل از سال ۱۳۸۳ در سطح ملی و استانی در جمعیت ۶۴-۱۵ ساله ایرانی با بیش از ۳۰۰۰۰ نمونه با مدیریت اداره مراقبت عوامل خطر بیماری‌های غیرواگیر در حال اجرا است. هدف از این مطالعات تعیین اولویت‌های ملی و منطقه‌ای پیشگیری و کنترل بیماری‌های غیرواگیر و اقدامات مداخله‌ای برای کاهش بروز و شیوع عوامل خطر این بیماری‌ها است، که با تلاش همکاران مرکز مدیریت بیماری‌های غیرواگیر و اداره امور آزمایشگاه‌ها در سطوح استانی با موفقیتی چشمگیر همراه

بوده است. به طوری که با فراهم نمودن اطلاعات لازم به عنوان معتبرترین منبع، نقشه عوامل خطر مشترک بیماری‌های غیرواگیر را در سطح کشوری و استانی ترسیم و راه را برای پیشگیری و کنترل این بیماری‌ها هموار نموده است. جزییات بیش‌تر روش‌شناسی دوره‌های مختلف این بررسی‌ها در جدول زیر ارائه شده است.

جدول شماره ۲۱- اطلاعات روش‌شناسی بررسی‌های عوامل خطر بیماری‌های غیرواگیر در کشور

سال مطالعه	نوع اندازه‌گیری	حجم نمونه	جامعه پژوهش
۱۳۸۳	جسمانی / بیوشیمیایی	۸۹۰۰۰	استانی
۱۳۸۵	جسمانی	۳۰۰۰۰	استانی
۱۳۸۶	جسمانی / بیوشیمیایی	۳۰۰۰۰ + ۵۰۰۰	کشوری / استانی
۱۳۸۷	جسمانی	۳۰۰۰۰	استانی
۱۳۸۸	جسمانی	۳۰۰۰۰	استانی
۱۳۹۰	جسمانی / بیوشیمیایی	۱۲۰۰۰	کشوری

تحلیل روند تغییرات

اولین دور از بررسی‌های نظام مراقبت عوامل خطر بیماری‌های غیرواگیر در سال ۱۳۸۳، بر روی نمونه‌ای به حجم ۸۹۰۰۰ نفر از بالغین ایرانی در گروه‌های سنی ۶۴-۱۵ ساله و در ۳ مرحله پرسشگری (تکمیل پرسشنامه)، سنجش‌های جسمی و نمونه‌گیری خون انجام گرفت. تخصیص حجم نمونه در هر استان متناسب با جمعیت آن استان صورت پذیرفت، به طوری که استان‌های با جمعیت بالاتر نمونه‌ای به حجم بالاتر دریافت نمودند. اطلاعات پستی آدرس سرخوشه‌های بررسی نیز با کمک شرکت پست جمهوری اسلامی ایران استخراج گردید. پرسشنامه این بررسی عمدتاً شامل اطلاعاتی در خصوص پنج عامل خطر عمده بیماری‌های غیرواگیر: تغذیه ناسالم، کم تحرکی، استعمال دخانیات، اضافه وزن و چاقی و فشار خون بود که بر حسب نیاز برخی اطلاعات ضروری دیگر به هر یک از این بخش‌ها اضافه گردید. همین‌طور برای سنجش

عوامل خطر بیوشیمیایی از افراد ۶۴-۲۵ ساله شرکت کننده در مطالعه نمونه خون دریافت شد و آزمایشات قند خون ناشتا، کلسترول، HDL و تری گلیسرید خون بر روی آن‌ها انجام گرفت. پس از جمع‌آوری، پالایش و آنالیز داده‌ها، نتایج آن در قالب کتابی تحت عنوان «گزارش کشوری عوامل خطر بیماری‌های غیرواگیر در سال ۱۳۸۳» به چاپ رسید. این اطلاعات همین‌طور از طریق پایگاه اطلاع‌رسانی این اداره به آدرس www.ncdinfobase.ir در دسترس عموم قرار گرفت.

دومین دور از بررسی‌های نظام مراقبت عوامل خطر بیماری‌های غیرواگیر که در سال ۱۳۸۵ اجرا گردید با تغییرات عمده‌ای هم در ابزار جمع‌آوری اطلاعات و هم در روش‌شناسی نمونه‌گیری و اجرای بررسی همراه بود. در این مطالعه برای اولین بار پرسشنامه استاندارد پروژه STEPS^۱ سازمان جهانی بهداشت به زبان فارسی ترجمه و بومی‌سازی گردید، با این هدف که شاخص‌های حاصل آن نه تنها استاندارد و بیش‌تر قابل اعتماد گردد، بلکه قابل مقایسه با منطقه و جهان نیز باشد. علاوه بر این، روش‌شناسی نمونه‌گیری و شیوه اجرای مطالعه پس از بازنگری و تصویب در کمیته کشوری نظام مراقبت عوامل خطر بیماری‌های غیرواگیر به یک ساختار واحد و یکپارچه تبدیل شد. این تغییر امکان بیش‌تری برای مقایسه نتایج بررسی عوامل خطر بیماری‌های غیرواگیر در سال‌های مختلف و تحلیل روند آن فراهم نمود. در این شیوه نمونه‌گیری مقرر شد که از هر استان نمونه‌ای واحد به حجم ۱۰۰۰ نفر استخراج شود. بنابراین دومین، سومین، چهارمین و پنجمین دور از بررسی‌های عوامل خطر به ترتیب در سال‌های ۱۳۸۵، ۱۳۸۶، ۱۳۸۷ و ۱۳۸۸ با این رویکرد و با همکاری کلیه دانشگاه‌های علوم پزشکی کشور بر روی افراد ۶۴-۱۵ ساله ایرانی اجراء گردید. به استثناء سال ۱۳۸۶ که جمع‌آوری اطلاعات در هر ۳ مرحله پرسشگری (تکمیل پرسشنامه)، سنجش‌های فیزیکی و نمونه‌گیری خون انجام گرفت، در سایر مطالعات تنها اطلاعات پرسشنامه جمع‌آوری گردید. نتایج بررسی این مطالعات نیز از طریق پایگاه اطلاع‌رسانی اداره مراقبت عوامل خطر بیماری‌های غیرواگیر در دسترس عموم قرار گرفت. علاوه بر این گزارش نتایج کشوری و مقایسه استانی بررسی سال ۱۳۸۶ در قالب دو کتاب تحت عنوانین:

«Iran Non-Communicable Diseases Risk Factors Surveillance DataBook for 2007»

^۱ Stepwise approach to Non-Communicable Diseases Risk Factors Surveillance

و «گزارش بررسی عوامل خطر بیماری‌های غیرواگیر در ۳۰ استان کشور در سال ۱۳۸۶» به چاپ رسید.

در سال ۱۳۹۰ جهت حصول اطلاعات بیش‌تر در خصوص عوامل خطر بیماری‌های غیرواگیر، از تمامی ادارات تخصصی معاونت بهداشت وزارت بهداشت، دانشگاه‌ها، بوردهای تخصصی مرتبط، مراکز پژوهشی و محققین کشور که به نحوی در حوزه بیماری‌های غیرواگیر فعالیت می‌کردند، درخواست گردید تا اطلاعات و سوالات پژوهشی مورد نیازشان که در قالب یک پیمایش کشوری قابل اندازه‌گیری بود برای اداره مراقبت عوامل خطر بیماری‌های غیرواگیر ارسال نمایند تا پس از بررسی و تصویب در پرسشنامه بررسی عوامل خطر بیماری‌های غیرواگیر سال ۱۳۹۰ گنجانده شوند. باین ترتیب علاوه بر سوالات اصلی مطالعه، اطلاعات مفید دیگری همانند مصرف لبنیات، غذاهای حاضری، مصرف نمک و الکل، مواجهه غیرمستقیم با دود سیگار، بهداشت دهان و دندان و همین‌طور علائم برخی بیماری‌های غیرواگیر مانند بیماری‌های ایسکمیک قلبی، آسم و آلرژی، سرطان و مغز و اعصاب نیز جمع‌آوری شد. علاوه بر تغییرات در ابزار نمونه‌گیری، از آنجایی‌که هدف مطالعه سال ۱۳۹۰ تنها حصول برآورد شاخص‌های نظام مراقبت تنها در سطح کشور (نه استان) بود، در شیوه نمونه‌گیری ۱۳۹۰ تغییرات عمده‌ای را شامل شد. حجم نمونه در این بررسی ۱۲۰۰۰ نفر تعیین گردید. استخراج نمونه در رویکرد جدید به صورت نمونه‌گیری تصادفی خوشه‌ای دو مرحله‌ای بود که شهرستان‌های کشور به‌عنوان واحد اولیه نمونه‌گیری و شهر و روستاهای هر شهرستان به‌عنوان واحد ثانویه نمونه‌گیری در نظر گرفته شدند. در مطالعه سال ۱۳۹۰ برای اولین بار از روش تصادفی کیش (KISH) برای انتخاب افراد در داخل خانوار استفاده شد، به‌طوری‌که در هر خانوار یک نفر واجد شرایط در گروه سنی زیر ۵۵ سال و یک نفر در گروه سنی بالای ۵۵ سال انتخاب گردید. همین‌طور برای اولین بار گروه‌های سنی ۱۵-۶ ساله و ۷۰-۶۵ ساله نیز مورد بررسی قرار گرفتند. در مرحله بیوشیمیایی بررسی و نمونه خون از افراد ۷۰-۲۵ ساله اخذ گردید. علاوه بر شاخص‌های اصلی قند و لیپیدهای خون، در این مطالعه برای اولین بار شاخص هموگلوبین A_{1c} نیز به‌منظور تشخیص بهتر افراد مبتلا به دیابت از یک نمونه ۷۰۰ نفری کشوری اندازه‌گیری شد. نتایج این مطالعه در قالب کتابی تحت عنوان «گزارش کشوری عوامل خطر بیماری‌های غیرواگیر در سال ۱۳۹۰» به چاپ می‌رسد.

شاخص‌های کلی و دست آوردها

در ایران نتایج حاصل از بررسی نظام مراقبت عوامل خطر بیماری‌های غیر واگیر در ایران که در سال ۱۳۹۰ در جمعیت ۱۵-۶۴ سال انجام شد نشان داد که فراوانی مصرف روزانه سیگار در کشور ۱۰ (۱۹/۲ درصد در مردان و ۰/۶ درصد در زنان) است. میانگین تعداد نخ سیگار مصرفی در روز در مردان ۱۲/۵ و ۷/۶ در زنان بوده و میانگین سن شروع مصرف سیگار در مردان ۱۹/۸ و در زنان ۲۲/۳ است.

به‌طور کلی درصد فراوانی افرادی که کم‌تر از پنج واحد میوه یا سبزی در روز مصرف می‌کنند در مردان ۸۹/۲ درصد و در زنان ۸۶/۸ درصد است.

۴۴/۹ افراد دارای فعالیت فیزیکی کم هستند. (۳۳/۴ در مردان و ۵۶/۷ در زنان)

میانگین نمایه توده بدنی در مردان ۲۴/۷ و در زنان ۲۵/۹ می‌باشد. حدود ۴۸/۲ درصد افراد ۱۵-۶۴ ساله (۴۴/۹ درصد در مردان و ۵۱/۶ درصد در زنان) دچار اضافه وزن یا چاقی هستند.

فراوانی فشار خون بالاتر یا مساوی mmHg ۱۴۰/۹۰ در کشور (۱۸/۸ درصد در مردان و ۱۹/۲ درصد در زنان) است که در هر دو جنس با افزایش سن افزایش می‌یابد. ۵/۷ درصد مردان و ۹/۱ درصد زنان دارای فشار خون بالاتر یا مساوی mmHg ۱۷۰/۹۰ هستند.

در مجموع در صد افراد کم خطر (افرادی که هیچ یک از عوامل خطر را ندارند) در مردان ۳ درصد و در زنان ۲/۶ درصد و در صد افراد پرخطر (افرادی که حداقل ۳ عامل خطر دارند) در گروه سنی ۱۵-۴۴ سال در مردان ۲۶ درصد و در زنان ۲۷/۹ درصد و در گروه سنی ۴۵-۶۴ سال در مردان ۵۲/۱ درصد و در زنان ۵۶/۵ درصد می‌باشد.

جدول زیر وضعیت شیوع عوامل خطر عمده بیماری‌های غیرواگیر در گروه سنی افراد ۱۵-۶۴ ساله ایرانی را بر اساس اطلاعات آخرین دوره بررسی در سال ۱۳۹۰ نمایش می‌دهد.

جدول شماره ۲۲- وضعیت شیوع عوامل خطر بیماری‌های غیرواگیر در کشور در سال ۱۳۹۰

عامل خطر	مردان	زنان	کل
مصرف روزانه سیگار	۱۹/۱۷	۰/۵۹	۱۰/۰۰
تغذیه ناسالم	۸۹/۲۵	۸۶/۷۹	۸۸/۰۴
کم تحرکی	۳۳/۳۷	۵۶/۷۲	۴۴/۸۹
اضافه وزن و یا چاقی	۴۴/۹۶	۵۱/۵۹	۴۸/۲۴
فشارخون بالا	۱۸/۸۳	۱۹/۲۱	۱۹/۰۱
قند خون بالا	۱۳/۰۲	۱۴/۵۷	۱۳/۷۹
کلسترول بالا	۲۵/۹۳	۳۰/۰۵	۲۷/۹۷

چالش‌ها

در مورد چالش‌های نظام مراقبت عوامل خطر بیماری‌های غیرواگیر در کشور به طور کلی می‌توان به موارد زیر اشاره نمود:

- نبود یک الگوی مشخص پیمایش عوامل خطر بیماری‌های غیرواگیر در ایران و جهان
- صحت و دقت در جمع آوری داده‌ها در گستره کشور
- الزام ناکافی سیاست‌گذاران سلامت در به‌کارگیری نتایج پیمایش در سطح ملی و استانی
- نبود حمایت طلبی سایر ذی‌نفعان حوزه سلامت در به‌کارگیری نتایج پیمایش

آینده‌نگاری حیطه و ترسیم افق چشم‌انداز

۱- انجام پیمایش به‌صورت یک مطالعه هم‌گروهی (Cohort study) در دانشگاه‌های علوم

پزشکی کشور

۲- پیمایش عوامل خطر بیماری‌های غیر واگیر به‌صورت ادواری براساس نظام جامع مراقبت

عوامل خطر بیماری‌های غیرواگیر

۳- انجام پیمایش بر اساس رویکرد گام به گام

۴- تدوین ساختار جمع آوری داده‌ها، تولید اطلاعات مورد نیاز و استقرار پایگاه ملی اطلاعات

بیماری‌های غیرواگیر و عوامل خطر مرتبط

سلامت دهان و دندان

تاریخچه

«دفتر بهداشت دهان و دندان و امور دندان پزشکی» در سال ۱۳۶۶، به‌عنوان مرجع رسیدگی به کلیه امور دندان پزشکی کشور تشکیل و همکاری در اجرای برنامه آموزشی بهداشت کاران دهان و دندان، ساخت مراکز آموزشی بهداشتکاران دهان و دندان، تهیه و راه‌اندازی مراکز بهداشتی درمانی روستایی به‌عنوان دو پروژه ملی از وظایف این دفتر بود. تا قبل از سال ۱۳۷۴ که بهداشت دهان و دندان وارد نظام شبکه‌های بهداشتی کشور نشده بود، برنامه خاص مبتنی بر جامعه در زمینه بهداشت دهان و دندان وجود نداشت.

در سال‌های ۱۳۷۳ و ۱۳۷۴، در راستای ادغام فعالیت‌های بهداشتی - درمانی دندانپزشکی در نظام شبکه بهداشتی-درمانی، طرح ادغام خدمات بهداشت دهان و دندان در نظام مراقبت‌های بهداشتی اولیه (PHC) با هدف نهایی ارتقاء سلامت عمومی جامعه از طریق افزایش آگاهی مردم و بهبود کمی و کیفی وضعیت ارائه خدمات بهداشت دهان و دندان مطرح و به صورت آزمایشی در چند شهر کشور به اجرا درآمد و به تدریج همه ساله به تعداد مناطق تحت پوشش طرح افزوده شد تا در سال ۱۳۷۶، تمام مناطق کشور ملزم به اجرای برنامه ادغام گردیدند. به دلیل محدودیت منابع و عدم امکان پوشش خدمات دندانپزشکی همه گروه‌های سنی، گروه‌هایی که از یک سو احتمال بروز بیماری‌های دهان و دندان در آنان بالاتر است و از سوی دیگر امکان دسترسی به آنان طبق برنامه‌های موجود، بیش‌تر است، شامل کودکان زیر ۱۲ سال، مادران باردار و شیرده، به‌عنوان گروه‌های هدف برنامه‌های مداخله‌ای تعیین شدند.

یکی از مهم‌ترین شاخص‌های سلامت دهان و دندان، شاخص (دندان‌های شیری) dmft (دندان‌های شیری) و DMFT (دندان‌های دائمی) می‌باشد که وضعیت پوسیدگی، ترمیم و کشیده شدن دندان‌های شیری و دائمی را مشخص می‌کند. DMFT مخفف کلمات زیر است: پوسیدگی (دندان پوسیده) D=Decay، دندانی که در اثر پوسیدگی کشیده شده است M=Missing، دندان ترمیم شده F=Filling و T هم مخفف کلمه Teeth به معنی دندان‌ها می‌باشد.

برنامه‌های سلامت هر جامعه‌ای، بر اساس آمار و ارقام مربوط به وضعیت شاخص‌ها و تغییر در شاخص‌های مورد نظر برنامه‌ها، تهیه یا بازنگری می‌شوند. متأسفانه علی‌رغم وجود گزارش‌های

متفرق و منطقه‌ای از دهه ۱۳۳۰ تا ۱۳۷۰، هیچ تحقیق جامع و علمی به صورت ملی در کشور ایران تا سال ۱۳۷۴ انجام نشده بود و آمار موجود یا گزارش مأموریت نمایندگان سازمان جهانی بهداشت یا بر اساس تحقیق‌هایی بود که به صورت منطقه‌ای در یک شهر انجام شده بود. به عبارت دیگر تا دهه ۱۳۷۰، نظام سلامت دهان کشور، فاقد مستندات علمی و دقیق اطلاعات اپیدمیولوژیک در زمینه سلامت دهان و دندان بوده است. در سال، ۱۳۷۴ دفتر بهداشت دهان و دندان، اولین تحقیق ملی را برای تعیین DMFT طراحی و اجرا کرد. اداره سلامت دهان و دندان پیمایش‌های کشوری سلامت دهان را در سال‌های ۱۳۷۴ (برای گروه سنی ۱۲ سال)، ۱۳۷۷ (برای گروه‌های سنی ۳، ۶، ۹ و ۱۲ سال)، ۱۳۸۳ (برای گروه‌های سنی ۳، ۶، ۹ و ۱۲ سال)، ۱۳۹۰ (برای گروه سنی ۶ سال)، ۱۳۹۱ (برای گروه‌های سنی ۵-۶، ۱۲، ۱۵، ۴۴-۳۵ و ۷۴-۶۵ سال اجرا کرده است که داده‌های مربوطه جمع‌آوری شده، ورود اطلاعات به کامپیوتر اتمام یافته و در مرحله آنالیز و تحلیل آماری می‌باشند) انجام داده است. نتایج اولین و آخرین پیمایش در جداول زیر آمده است:

جدول شماره ۲۳- شاخص DMFT کودکان ۱۲ ساله در کشور- در سال ۱۳۷۴ و ۱۳۸۲

سال	شاخص گروه گروه سنی	DMFT	تعداد و درصد دندان پوسیده (D)	تعداد و درصد دندان یا کشیده شده (M)	تعداد و درصد دندان پر شده (F)
۱۳۷۴	۱۲ سال	۲/۰۲	۱/۸۸ درصد ۹۳	۰/۰۸ درصد ۴	۰/۰۶ درصد ۳
۱۳۸۲	۱۲ سال	۱/۸۶	۱/۶۲ درصد ۸۷/۰۹	۰/۰۷ درصد ۳/۷۶	۰/۱۷ درصد ۹/۱۳

بیماری‌های لثه نیز با درجات مختلفی انساج نگه‌دارنده دندان را مبتلا نموده به نحوی که در اکثر موارد می‌تواند موجب لق شدن و از دست رفتن دندان‌ها (حتی دندان‌های کاملاً سالم و بدون پوسیدگی) گردد. ^۱ CPI شاخص دیگری است مربوط به وضعیت سلامت لثه است. تحقیق دیگری با همکاری اداره سلامت دهان و دندان و مرکز تحقیقات علوم دندانپزشکی دانشگاه علوم

^۱ Community Periodontal Index

پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی شهید بهشتی در سال ۱۳۸۰ انجام پذیرفت که نتیجه کشوری آن، بر حسب گروه سنی در جدول زیر، به صورت خلاصه آمده است:

جدول شماره ۲۴- شاخص CPI در دو گروه سنی ۱۹-۱۵ سال و ۴۴-۳۵ سال

در کشور در سال ۱۳۸۰

شاخص	دارای خونریزی	دارای	دارای پاکت با	دارای پاکت با عمق	گروه سنی
سالم	هنگام پروب کردن	جرم	عمق ۴-۵ mm	۶ mm و بیشتر	
(درصد)	(درصد)	(درصد)	(درصد)	(درصد)	
۹	۲۵/۱	۴۴	۲۱	۰/۹	۱۵-۱۹ سال
۱۰/۱	۲۱/۷	۳۱/۲	۱۹/۶	۲/۷	۳۵-۴۴ سال

طی سنوات گذشته، طرح‌ها و برنامه‌های مداخله‌ای متناسب با گروه‌های هدف توسط اداره سلامت دهان و دندان طراحی و به اجرا درآمده است. طرح‌ها و برنامه‌های مداخله‌ای این اداره که از سال ۱۳۷۴ تا کنون اجرا شده است، به‌طور خلاصه به شرح زیر می‌باشد:

- برنامه ادغام بهداشت دهان و دندان شامل:
 - آموزش بهداشت دهان و دندان و ثبت وضعیت سلامت دهان گروه‌های هدف، شامل کودکان زیر ۶ سال، ۶-۱۲ سال و مادران باردار، در پرونده‌های خانوار، در مراکز بهداشتی درمانی و خانه‌های بهداشت و پایگاه‌های بهداشتی سراسر کشور
 - طرح کشوری سلامت دهان و دندان کودکان زیر ۲ سال در برنامه کودک سالم
 - برنامه کشوری سلامت دهان دانش‌آموزان ابتدایی شامل:
 - آموزش بهداشت دهان و دندان
 - ارائه خدمات پیشگیری (فیشورسیلنت تراپی ۱ و فلورایدتراپی ۲ شامل استفاده از دهانشویه سدیم فلوراید ۰/۲ درصد و وارنیش فلوراید)
 - ارائه خدمات دندانپزشکی در مراکز بهداشتی درمانی شامل:
 - ✓ تدوین و اجرای طرح کشوری وارنیش فلورایدتراپی در مدارس ابتدایی

¹ Fissure sealant

² Fluoride therapy

- ✓ تدوین و اجرای طرح بیمه دندان ۶ به منظور ترمیم دندان‌های پوسیده دائمی در کودکان ۶-۱۲ ساله
 - ✓ تدوین و اجرای طرح کشوری سنجش سلامت دهان و دندان کودکان بدو ورود به دبستان
 - ✓ تدوین شاخص عدالت در سلامت در زمینه سلامت دهان و دندان در کودکان ۱۲ ساله
 - اجرای طرح «پیشگیری از بیماری‌های دهان و دندان کودکان مهدکودکی با رویکرد استفاده از وارنیش فلوراید»
 - تدوین سند سیاست‌های سلامت دهان کشور با استفاده از روش‌های مبتنی بر شواهد
 - انجام پیمایش‌های کشوری سلامت دهان و دندان در سال‌های ۱۳۷۴، ۱۳۷۷، ۱۳۸۳، ۱۳۹۰ و ۱۳۹۱ (که با همکاری سازمان جهانی بهداشت صورت پذیرفته است)
 - ساماندهی نظام اطلاعات سلامت دهان
 - طرح خرید خدمات دندان پزشکی با همکاری دندانپزشکان بخش غیردولتی
 - اجرای طرح ملی درمان پالپ زنده به‌منظور جلوگیری از کشیده شدن دندان‌های پوسیده
 - طرح پرداخت مبتنی بر عملکرد به دندان پزشکان شاغل در مراکز بهداشتی و درمانی
 - همکاری با مراکز تحقیقاتی و دانشگاه‌های علوم پزشکی در انجام تحقیقات مرتبط به سلامت دهان
 - تدوین و ارتقاء استانداردهای فضا و تجهیزات دندانپزشکی در سطح شبکه بهداشتی درمانی
 - اجرای طرح کنترل دخانیات در مراکز دندان پزشکی از طریق برگزاری کارگاه آموزشی
- برنامه‌های مداخله‌ای که تا کنون به اجرا درآمده‌اند، دست‌آوردهای مثبتی را به همراه داشته است که نتایج آن در شاخص‌های به دست آمده خود گویای این مطلب می‌باشد. البته در طی این سال‌ها اجرای برنامه‌ها و نتایج آن‌ها دارای افت و خیزهایی هم بوده که این امر به دلیل وجود برخی مشکلات و موانع اجرایی یا اعتباری واقع شده است، که امید است با رفع آن‌ها از بروز صدمات جدی به سلامت دهان و به تبع آن سلامت عمومی افراد جامعه، جلوگیری شود.

چالش‌ها

از چالش‌های مهمی که اداره سلامت دهان و دندان با آن روبرو است، می‌توان به موارد زیر اشاره کرد:

- افزایش قیمت مواد مصرفی و لوازم و تجهیزات دندانپزشکی
- پوشش ناکافی خدمات دندانپزشکی توسط بیمه‌ها برای انواع خدمات درمانی مورد نیاز مردم
- عدم همکاری لازم سازمان‌های بیمه‌گر در جهت اهداف پیشگیرانه در کنترل بیماری‌های دهان
- فقدان سیاست‌ها و برنامه‌های راهبردی مشخص و فقدان هماهنگی بین سازمان‌های مسئول در رابطه با تربیت، تأمین و توزیع نیروی انسانی مورد نیاز مراکز دندانپزشکی کشور
- کمبود تجهیزات و ضرورت تعویض اقلام مستهلک شده
- کمبود بودجه و اعتبارات در جهت تأمین تجهیزات و مواد مصرفی مورد نیاز مراکز دندانپزشکی بخش دولتی
- مشخص نبودن سرانه خدمات دندانپزشکی در نظام سلامت کشور
- نقص در قوانین و مقررات مربوط به دندانپزشکی و حرف وایسته
- یکسان نبودن قوانین و مقررات پرداخت حقوق دندانپزشکان شاغل در وزارت بهداشت با سایر سازمان‌ها و دیگر رده‌های اداری
- عدم وجود دستورالعمل مشخص جهت شرایط واگذاری واحدهای بهداشت دهان و دندان به بخش خصوصی و تفاوت عملکرد دانشگاه‌ها
- ارتباطات ضعیف بین بخشی و برون بخشی در جهت ارائه خدمات پیشگیری
- عدم تخصیص بودجه کافی و عدم پرداخت منظم و به موقع، اعتبارات برنامه‌های اجرایی و مداخله‌ای پیشگیرانه برای ایجاد حداکثر پوشش برای افراد گروه هدف
- عدم همکاری مشارکت فعال بخش خصوصی در برنامه‌های سلامت دهان و دندان کشور
- فقدان بستر لازم برای ارزیابی دقیق و منظم و مبتنی بر برنامه، برای تعیین وضعیت سلامت دهان و تغییرات آن در افراد جامعه
- وجود نگرش درمان نگر در برخی از مسئولین و تصمیم‌گیرندگان در سطح نظام سلامت و

نظام آموزشی و ...

- وجود الگوهای تغذیه‌ای نامناسب در سطح جامعه
- تبلیغات نامناسب و توجه ناکافی رسانه‌های گروهی به وضعیت سلامت دهان و دندان کشور
- مشکل تأمین مستمر فلوراید لازم برای حفظ سلامت دندان‌های گروه‌های سنی زیر ۱۲ سال

- وجود ضعف در مدیریت نظام اطلاعات سلامت دهان و دندان کشور
- فقدان هماهنگی بین بخشی در تبادل اطلاعات
- فقدان امکانات پژوهشی، رایانه‌ای و اینترنتی
- مشخص نبودن جایگاه واقعی اداره سلامت دهان و دندان

آینده‌نگاری و ترسیم افق چشم‌انداز

در نهایت، از بین بردن بیماری‌های شایع دندانی (پوسیدگی دندانی و بیماری‌های لثه) در گروه‌های هدف، از اهداف اصلی اداره سلامت دهان و دندان است و این امر از طریق راهبردهای زیر با توجه به تأمین مستمر منابع مالی و غیرمالی (نیروی انسانی و ...)، امکان پذیر است:

- پوشش بیمه‌ای تمام خدمات دندانپزشکی به ویژه خدمات پیشگیری برای همه افراد زیر ۱۸ سال

- کودکان تا ۳ سال: آموزش بهداشت دهان و دندان به والدین به ویژه مادران، معاینات ۶ ماه یک بار

- کودکان ۳-۶ سال: آموزش بهداشت دهان و دندان به والدین به ویژه مادران، معاینات ۶ ماه یک بار، استفاده از وارنیش فلوراید

- کودکان ۶-۱۲ سال: آموزش بهداشت دهان و دندان به والدین به ویژه مادران، معاینات ۶ ماه یک بار، استفاده از وارنیش فلوراید و ارائه خدمت فیشورسیلنت

- سایر افراد جامعه: به تناسب تخصیص اعتبارات، پوشش خدمات سلامت دهان برای سایر افراد امکان‌پذیر می‌باشد.

برنامه پیشگیری و کنترل دیابت تیپ ۲

برنامه پیشگیری و کنترل دیابت تیپ ۲ به‌عنوان اولین برنامه اداره بیماری‌های متابولیک و تغذیه، در سال ۱۳۷۰ تدوین و با هدف کلی پیشگیری و کنترل دیابت تیپ ۲، به‌صورت آزمایشی در ۳ منطقه‌ی روستایی کاشان و بروجن و طارم علیای زنجان از آبان ماه ۱۳۷۱ اجرا شد. پس از تجزیه و تحلیل اطلاعات حاصل از اجرای طرح فوق، بنا به غیراستاندارد بودن روش انجام غربال‌گری، هزینه‌ی زیاد انجام طرح برای هر مورد غربال‌گری و بیماریابی، عدم تجهیز کافی نظام شبکه برای اجرای طرح و شیوع کم دیابت در مناطق روستایی (۱/۵ درصد در کاشان و ۰/۵۳ درصد در بروجن)، تصمیم گرفته شد تا انجام اصلاحات ضروری در نحوه‌ی اجرای طرح از گسترش و ادغام آن در شبکه، خودداری شود. فعالیت در زمینه دیابت با تشکیل کمیته کشوری دیابت در تابستان سال ۱۳۷۵، با حکم وزیر بهداشت، درمان و آموزش پزشکی وقت ادامه یافت. در اولین جلسه این کمیته تصمیم گرفته شد تا برنامه‌ی کشوری دیابت آماده شود و الگوهای آموزشی نیز برای عموم مردم، بهورزان، رابطان، کاردان‌ها، پزشکان عمومی و متخصصان، تهیه گردد. پس از برگزاری کارگاه‌های کشوری دیابت، اجرای طرح پیشگیری و کنترل دیابت با غربال‌گری افراد ۳۰ سال و بالاتر روستایی، از ابتدای سال ۱۳۷۸ در ۲۵ شهرستان از ۱۷ دانشگاه علوم پزشکی کشور تا دی ماه ۱۳۸۱ ادامه یافت، سپس مورد ارزشیابی قرار گرفت. طبق نتایج ارزشیابی طرح، به‌طور کلی ۱۵ درصد مردان و ۳۳ درصد زنان در معرض خطر بودند. با توجه به تجربیات به‌دست آمده از اجرای طرح و طبق نتایج ارزشیابی روند اجرایی طرح، ثابت شد که ادغام برنامه در شبکه بهداشتی- درمانی کشور کاملاً عملی است و امکان انجام غربال‌گری فعال در جمعیت در معرض خطر ساکن روستاها وجود دارد. اما غربال‌گری فعال در شهر عملی نبوده، لذا در شهرها ضمن تلاش برای غربال‌گری فرصت طلبانه، باید هدف را بیش‌تر بر بهبود مراقبت از بیماران معطوف داشت و از طرف دیگر، با ارتقاء آگاهی مردم در مورد بیماری دیابت و عوارض آن، آن‌ها را به انجام غربال‌گری برای دیابت ترغیب نمود. با توجه به مطالب فوق، برنامه کشوری پیشگیری و کنترل دیابت از مهرماه ۱۳۸۳ در نظام شبکه‌های بهداشتی- درمانی ادغام گردید. مرحله غربال‌گری این برنامه با برنامه کشوری پیشگیری و کنترل فشارخون بالا به‌طور مشترک به اجرا درآمد. نظر به سیر طبیعی بیماری، راهبردهای برنامه به سه دسته ارتقاء سلامت، پیشگیری اولیه و پیشگیری ثانویه تقسیم شد. در

راهبرد اول، عمده‌ترین فعالیت‌های ارتقاء سلامت، آموزش و آگاهی عموم مردم، برای شیوه زندگی سالم بود. در راهبرد دوم، تعیین افراد در معرض خطر در غربال‌گری فعال روستایی یا غربال‌گری فرصت طلبانه شهری، بود. راهبرد سوم نگاه ویژه به مدیریت تیمی دیابت داشت. فعالیت اصلی در راستای راهبرد سوم، تشکیل کلینیک‌های دیابت بود که این بار نه در سطح تخصصی یا فوق تخصصی، بلکه در سطح اول نظام شبکه‌های بهداشتی- درمانی و توسط پزشکان عمومی و پرستاران شکل می‌گرفتند. در راستای اجرای برنامه دیابت در سال‌های ۱۳۸۴ و ۱۳۸۷، دو نوبت غربالگری در مناطق روستایی انجام شد که نتایج آن در جدول ذیل مشاهده می‌گردد:

جدول شماره ۲۵- غربالگری مناطق روستایی سال‌های ۱۳۸۴ و ۱۳۸۷

تاریخ غربالگری	تعداد افراد غربالگری شده	تعداد افراد در معرض خطر	درصد افراد دارای حداقل یک عامل خطر
۱۳۸۴	۵۸۷۸۳۶۵	۲۰۶۴۲۰۴	۳۵/۱
۱۳۸۷	۵۹۴۸۵۶۵	۲۲۱۲۹۳۰	۳۷/۲

از ابتدای سال ۱۳۸۹، مرحله دوم برنامه دیابت در مناطق شهری با جمعیت بیش از یک میلیون نفر در ۷ دانشگاه علوم پزشکی کشور اجرا شد و سپس هر سال تعدادی از دانشگاه‌ها به این برنامه افزوده شدند. تا ابتدای سال ۱۳۹۲، تعداد ۲۴ دانشگاه برنامه دیابت را علاوه بر مناطق روستایی، در مناطق شهری نیز اجرا می‌کردند. در شش ماهه اول سال ۱۳۹۱، تعداد ۱۹۸۵۵۱ نفر (۴۰/۸۹ درصد مرد) و (۵۹/۱۱ درصد زن) از افراد بالای ۳۰ سال غربالگری شدند که از این تعداد ۵۴/۵۴ درصد مردان و ۴۵/۴۶ درصد زنان، فاقد علامت خطر بودند. نتایج آزمایش قند خون ناشتا (FBS) نشان داد که ۲۱۱۳۵ نفر یعنی ۴۰/۹۲ درصد مردان و ۵۹/۰۸ درصد زنان، پره دیابتی و ۳۹/۰۴ درصد مردان و ۶۰/۹۶ درصد زنان دیابتی بودند.

چالش‌ها

در راستای اجرای این برنامه، چالش‌هایی وجود دارد که امید است با توجه بیشتر به این

برنامه، این چالش‌ها مرتفع گردند. مهم‌ترین این چالش‌ها عبارتند از:

- ۱- کمبود اعتبارات برنامه و توزیع بودجه مربوط به برنامه در مراکز ارائه‌دهنده خدمت بخش دولتی، خصوصی، سازمان‌های مردم‌نهاد، انجمن‌های علمی
- ۲- عدم پوشش تمام خدمات تشخیصی و درمانی، به خصوص اقدام‌های فوق تخصصی و پیشرفته از سوی سازمان‌های بیمه‌گر
- ۳- کمبود کادر بهداشتی درمانی آموزش‌دیده در راستای برنامه کشوری پیشگیری و کنترل بیماری دیابت و در نتیجه کاهش بازدهی برنامه
- ۴- کمبود امکانات تشخیصی در سطح دوم، تعداد کم آزمایشگاه‌های تجهیز شده در مراکز بهداشتی درمانی شهری و روستایی
- ۵- عدم آگاهی لازم و کافی عموم مردم در مورد شیوه زندگی، که مهم‌ترین عامل در ابتلا به بیماری‌های غیرواگیر و از جمله دیابت است.
- ۶- عدم دسترسی و حق انتخاب برای تغییر شیوه زندگی، یکی از مشکلات عمده در اجرای طرح‌های پیشگیری از بیماری‌های غیرواگیر است. زیرا هدف بیش‌تر برنامه‌های پیشگیری اولیه و ثانویه، احتراز از رفتارهای پرخطر و اتخاذ شیوهی زندگی سالم است. این امر زمانی حاصل می‌شود که اعضاء جامعه از نظر فرهنگی و اقتصادی توان انتخاب بین راه‌های سالم و غیرسالم زندگی را داشته باشند. بنابراین اتخاذ شیوهی زندگی سالم در صورتی که وسایل آن فراهم نباشد، با موفقیت همراه نخواهد بود. در نتیجه اجرای موفق این برنامه به هم‌سویی و همکاری، جریان‌های فرهنگی، سیاسی، اجتماعی و اقتصادی که به رفع مشکلات بالا منجر می‌شود، نیاز دارد.

بیماری کم کاری تیروئید نوزادان

تاریخچه

یکی دیگر از برنامه‌های اداره غدد و متابولیک «برنامه کشوری غربالگری بیماری کم کاری تیروئید نوزادان» است. این برنامه در سال ۱۳۸۲ طراحی شد و در سال ۱۳۸۳، به‌طور آزمایشی در استان‌های اصفهان، بوشهر و شهر شیراز اجرا گردید. اجرای آزمایشی برنامه نشان داد که برنامه طراحی شده قابلیت اجرای موفق در کشور را داراست. سپس «ضوابط و الزامات ادغام

برنامه در نظام بهداشتی کشور^۱ تعیین شد. پس از هماهنگی‌های درون و برون بخشی لازم و برگزاری سمینارهای توجیهی و کارگاه‌های آموزشی کشوری برای معاونین درمان، بهداشتی، مدیران امور آزمایشگاه‌ها، مدیران گروه بهداشت خانواده، مدیران گروه بیماری‌ها و کارشناسان غیرواگیر دانشگاه‌ها، در مهر سال ۱۳۸۴، «برنامه کشوری غربالگری بیماری کم‌کاری تیروئید نوزادان»، پس از تصویب توسط مسئولین وزارت بهداشت، در نظام سلامت کشور، ادغام گردید. هدف از اجرای این برنامه، پیشگیری و کنترل بیماری با شناسایی، کنترل و درمان نوزادان مبتلا به کم‌کاری مادرزادی تیروئید (CH^1) در اوایل تولد، شناسایی نوزادان مبتلا به افزایش گذرای هورمون محرک تیروئید (TSH^2) در اوایل تولد، کنترل و درمان نوزادان مبتلا به افزایش گذرای TSH در صورت نیاز به درمان، پیشگیری از عقب افتادگی ذهنی و دیگر عوارض CH با درمان و کنترل دارویی و ایجاد بستری مناسب برای غربالگری دیگر بیماری‌های متابولیک نوزادان است.

برنامه غربالگری نوزادان فقط انجام یک آزمایش غربالگری نیست. تجربه ۶۰ ساله دنیا در رابطه با غربالگری نوزادان، منجر به تدوین یک نظام متشکل از ادغام بسیار دقیق حداقل شش جزء مختلف برنامه شامل: آموزش، آزمون غربالگری، پیگیری اولیه، تشخیص، مراقبت و ارزشیابی شده است.

شاخص‌ها

در این گزارش فقط به ذکر شاخص‌های سطح پیامد و اثر نهایی اجرای برنامه در کشور پرداخته می‌شود:

- پوشش برنامه در سطح ملی
- بروز بیماری کم‌کاری تیروئید نوزادان در کشور (هر دو نوع گذرا و دائمی)
- زمان شروع درمان در بیماران شناسایی شده

¹ Congenital Hypothyroidism

² Thyroid Stimulating Hormones

جدول شماره ۲۶- تحلیل روند تغییرات

عنوان شاخص	عدد فعلی	روند آن در ۵ تا ۱۰ سال	منبع
پوشش برنامه در سطح ملی	۹۷/۳ درصد	- هدف برنامه رسیدن به پوشش بیش از ۹۰ درصد در بیش از ۹۰ درصد دانشگاه‌های علوم پزشکی بوده که برنامه به آن دست یافته است. - فقط در ۳ دانشگاه علوم پزشکی هرمزگان، خراسان شمالی و سیستان و بلوچستان پوشش برنامه زیر ۹۰ درصد است.	گزارش عملکرد برنامه
بروز بیماری کم کاری تیروئید نوزادان در کشور (هر دو نوع گذرا و دائمی)	۱ در ۴۶۵ نوزاد غربال‌گری شده	- میزان بروز در کشور بالاست و در مدت اجرای برنامه تغییر چشم‌گیری نداشته است. - از مهم‌ترین عوامل خطر بروز این بیماری «کمبود ید» است که این عامل، در دهه اخیر بهبود نیافته است.	گزارش عملکرد برنامه
زمان شروع درمان در بیماران شناسایی شده	۹۴/۲ درصد	- در ۹۴/۲ درصد بیماران شناسایی شده، درمان در سن کم‌تر از ۴۰ روزگی شروع شده - در ۷۷/۴ درصد بیماران، شروع درمان در سن قبل از ۲۸ روزگی (مطلوب) - در ۱۶/۸ درصد بیماران، شروع درمان در سن قبل از ۲۹ تا ۴۰ روزگی (قابل قبول)	گزارش عملکرد برنامه

محاسبات اقتصادی مربوط به درمان بیماری در مقابل اقدامات پیشگیری، نشان داد، در اولین مطالعه اقتصادی برنامه، پس از پایان اجرای آزمایشی آن در سال ۱۳۸۳، ادغام برنامه غربالگری بیماری کم کاری تیروئید نوزادان در نظام سلامت کشور، مقرون به صرفه است و نسبت هزینه به سود ادغام این برنامه، ۱ به ۱۵ است. همچنین مطالعه هزینه به سود اجرای برنامه در سال ۱۳۸۷، زمانی که پوشش برنامه به ۹۲ درصد رسیده بود، انجام گردید و نتایج زیر به‌دست آمد:

جدول شماره ۲۷- هزینه به سود اجرای برنامه کشوری غربالگری بیماری کم کاری تیروئید

نوزادان نسبت به عدم اجرای آن (سال ۱۳۸۷)

سناریوی آموزش و مراقبت بیماران مبتلا به عقب ماندگی ذهنی ناشی از ابتلاء، نسبت هزینه به سود	به کم کاری تیروئید تشخیص داده نشده
۱۰۰ درصد در بخش دولتی	۱ به ۲۲
۱۰۰ درصد در بخش خصوصی	۱ به ۴۴
۵۰ درصد در بخش دولتی و ۵۰ درصد در بخش دولتی (روزانه)	۱ به ۳۲
۵۰ درصد در بخش دولتی و ۵۰ درصد در بخش دولتی (شبانه روزی)	۱ به ۴۷

اولین مطالعه هزینه اثربخشی برنامه نیز در سال ۱۳۸۷ انجام شد و نشان داد که قد، وزن و ضریب هوشی بیماران شناسایی شده و تحت درمان در برنامه کشوری غربالگری بیماری کم کاری تیروئید نوزادان، تفاوت معنی‌داری با گروه کنترل ندارند. ضریب هوشی در گروه مورد ($10.5 \pm 1.9/3$) و در گروه شاهد ($11.1 \pm 1.9/4$) بود و هیچ کدام از بیماران تحت مراقبت، ضریب هوشی کم‌تر از ۷۰ (معیار عقب ماندگی ذهنی) نداشتند.

به علاوه، در سال ۱۳۸۷، با شناسایی ۲۷۴۵ بیمار و درمان موفق آن‌ها، ۹۸۸۲۰ نمره ضریب هوشی حفظ شده است.

از ابتدای اجرای برنامه تاکنون (حدود ۷/۵ سال) بیش از ۸ میلیون نوزاد غربالگری شده و بیش از ۲۰۰۰۰ بیمار مبتلا به بیماری کم کاری تیروئید نوزادان تشخیص داده شده و تحت درمان و مراقبت‌های بعدی قرار گرفته‌اند. هم‌چنین، کلیه شاخص‌های اجرایی برنامه نیز به اهداف از پیش تعیین شده دست یافته‌اند. مطالعات هزینه به سود و هزینه اثربخشی گویای این است که اجرای برنامه کاملاً مقرون به صرفه و بسیار مؤثر بوده است و نقشی مهم در سلامت هوش و جسم کودکان ایفا می‌کند.

دست‌یابی به پوشش بالای برنامه در سطح ملی ($97/3\%$ درصد)، یکی از نمودهای عدالت در ارائه خدمات بهداشتی، محسوب می‌شود.

بروز بیماری کم کاری تیروئید نوزادان در کشور بالاست. به ازای هر ۴۶۵ نوزاد ایرانی زنده متولد شده ۱ بیمار (هر دو نوع گذرا و دایمی بیماری کم کاری تیروئید نوزادان) تشخیص داده می‌شود. این نسبت در نوزادان غیرایرانی بالاتر است (۱ بیمار به ازای هر ۲۵۸ نوزاد زنده متولد شده). میزان بروز نوع گذرای بیماری کم کاری تیروئید نوزادان نیز بالاست که عوامل متعددی (از جمله اختلالات ید) برای آن وجود دارد. تمام شاخص‌های فرآیندی و پیامدی برنامه از وضعیت مطلوب برخوردارند که بیان‌گر اجرای موفق برنامه در سطح ملی و استانی هستند.

دست آوردها

تجربیات ارزشمند ناشی از اجرای برنامه‌ای با ویژگی‌های مهمی، از جمله گروه هدف:

- بیش از ۱۳۰۰۰۰۰ نوزاد در سال،
- غربالگری هم زمان در روستاها و شهرها،

- استفاده بهینه از نظام شبکه بهداشتی-درمانی کشور،
- ایجاد هماهنگی‌های مستحکم درون و برون سازمانی،
- یاری گرفتن از اساتید دانشگاهی، مدیران، کارشناسان و نیروهای بهداشتی-درمانی مجرب و بهره‌گیری از تجربیات بین‌المللی،
- زیرساخت هموار و مناسبی را برای غربالگری دیگر بیماری‌های شایع و مهم، که معیارهای علمی و استاندارد غربالگری را دارا باشند، فراهم نموده است.

چالش‌های اجرایی برنامه

- کمبود اعتبارات برنامه (۵۰ درصد از هزینه اجرای برنامه از والدین اخذ می‌شود و همین به اجرای برنامه کمک شایانی نموده است)
- کمبود کادر بهداشتی-درمانی و عدم امکان استخدام نیروی‌های جدید به جای نیروهای بازنشسته
- عدم پوشش کامل برنامه در جمعیت‌های خاص، مثل عشایر و مهاجرین خارجی

آینده نگاری حیطه و ترسیم افق چشم انداز

- استمرار اجرای موفق برنامه حاضر، نیازمند حفظ شاخص‌های موجود از طریق پیروی از تمام دستورالعمل‌های علمی-اجرایی برنامه است. و در این راستا می‌بایست پایش‌ها و ارزشیابی‌های درونی و بیرونی، به‌طور مستمر انجام شود. به‌علاوه برای ارائه هرچه بیش‌تر خدمت غربالگری نوزادان به اقشار دور از دسترس (جمعیت عشایر و کوچ رو، مادران زندانی و مهاجرین)، باید راه کارهای ویژه به کار گرفته شود. مهم‌ترین این راه کارها، شامل موارد زیر است:
- بهبود نظام اطلاعات و گزارش‌دهی بیماری کم‌کاری تیروئید نوزادان و تشکیل بانک اطلاعاتی
 - کمک به تأمین حداقل استاندارد بهداشتی-درمانی مراقبت از بیماری کم‌کاری تیروئید نوزادان و عوارض آن
 - کمک به تهیه و بهبود استاندارد و تجهیزات در مراکز نمونه‌گیری و توسعه آزمایشگاه‌های مرجع، برای کنترل کیفی آزمایش‌های مربوط به بیماری کم‌کاری تیروئید نوزادان

- جلب حمایت سیاست‌گذاران و منابع مالی و بیمه‌ها جهت پوشش آزمایش غربال‌گری
 - تقویت هماهنگی‌های بین بخشی (سازمان پست جمهوری اسلامی ایران، سازمان بهزیستی کشور، سازمان ثبت احوال، صدا و سیما، جمعیت هلال احمر، کمیته امداد امام خمینی (ره)، رسانه‌های مکتوب، راه آهن، ترمینال‌های مسافری و ...)
- چشم‌انداز برنامه شامل موارد زیر است:
- در حال حاضر، طراحی برنامه کشوری غربال‌گری بیماری کم کاری تیروئید نوزادان در ایران به‌عنوان ایجاد زیرساخت لازم برای غربال‌گری دیگر بیماری‌های شایع و دارای ویژگی‌های غربال‌گری، در نوزادان، انجام شده است. امید است که در سال‌های آتی، علاوه بر غربال‌گری بیماری‌های شایع و با بار بیماری قابل توجه در نوزادان، غربال‌گری بینایی و شنوایی آن‌ها نیز صورت پذیرد.
 - ارتقاء نظام آزمایشگاهی غربال‌گری نوزادان از الایزا (Elisa) به اتودلفیا (outoDELFA) و متمرکز کردن آزمایشگاه‌ها، در صورت تأمین اعتبارات و رفع تحریم‌های اقتصادی بین‌المللی، به‌منظور غربال‌گری تعداد بیش‌تری بیماری شایع در نوزادان با صرف وقت کم‌تر و دقت بسیار بالاتر.
 - یکی از علل مهم بروز بیماری کم کاری تیروئید در نوزادان، مشکلات تیروئیدی در مادران است. به همین منظور با شناسایی مشکلات تیروئیدی در زنان باردار و مدیریت آن، می‌توان از بروز عوارض جنینی، مادری و هم‌چنین بیماری کم‌کاری تیروئید، پیشگیری کرد. لذا طراحی، اجرای آزمایشی و ادغام برنامه کشوری مدیریت مشکلات تیروئیدی در زنان باردار، از اولویت‌های این اداره در سال آتی است.

برنامه کشوری پیشگیری و کنترل فشارخون بالا

تاریخچه

«برنامه کشوری پیشگیری و کنترل فشارخون بالا»، در سال ۱۳۷۱ به علت شیوع زیاد فشارخون بالا در افراد بزرگسال (حدود ۱۷ درصد) و با مد نظر قرار دادن ساختار شبکه‌های بهداشتی، درمانی در کشور، با هدف غربالگری سالانه بیماری فشارخون بالا و عوامل خطر (مصرف دخانیات، چاقی و سابقه خانوادگی بیماری فشارخون بالا) در افراد ۱۵ سال و بالاتر، مراقبت ۶ ماه یک بار افراد در معرض خطر شناسایی شده و نیز مراقبت و درمان بیماران مبتلا به بیماری فشارخون بالای شناسایی شده، طراحی و پس از تصویب کمیته علمی کشوری قلب و عروق، به صورت آزمایشی در شبکه بهداشتی - درمانی روستایی ۶ منطقه روستایی کشور، اجرا گردید (در ۳ منطقه روستایی، این برنامه با برنامه کشوری پیشگیری و کنترل دیابت به‌طور مشترک اجرا گردید). این طرح در سال ۱۳۷۲ ارزشیابی شد و پس از بازنگری و اصلاحات لازم با تغییر گروه سنی هدف به ۳۰ سال و بالاتر و حذف غربالگری عوامل خطر و تغییر زمان غربالگری فشارخون بالا به ۳ سال یک بار، در سال ۱۳۷۳، در شبکه‌های بهداشتی - درمانی روستایی کشور ادغام گردید. این برنامه مجدداً در سال ۱۳۸۰ بازنگری شد و با تغییر غربالگری از سه بار اندازه‌گیری فشارخون توسط بهورز (دو بار به فاصله ۵ دقیقه و یک بار یک هفته بعد)، به دو بار اندازه‌گیری فشارخون (دو بار به فاصله ۵ دقیقه)، تغییر یافت و از سال ۱۳۸۱، به‌طور کامل در کل شبکه‌های بهداشتی - درمانی روستایی کشور، ادغام گردید. در سال ۱۳۸۳، به علت داشتن گروه هدف مشابه افراد بالای ۳۰ سال (و فاصله غربالگری مشابه) ۳ سال یک بار (با «برنامه کشوری پیشگیری و کنترل دیابت»، مقرر شد برنامه غربالگری هر ۳ سال یک بار، به صورت هم زمان و مشترک با برنامه کشوری دیابت، اجرا گردد و مراقبت بیماران مبتلا به دیابت و فشارخون بالا، طبق پروتکل‌های درمانی اختصاصی انجام گیرد.

این برنامه در ایران، از نوع برنامه‌های سطح دوم و سوم با هدف شناسایی و درمان بیماران است. در حال حاضر این برنامه فقط در سطح روستاها اجرا می‌شود و با توسعه برنامه پزشک خانواده در شهرها، قابلیت اجرایی در تمام کشور را خواهد داشت.

دست آوردها

- تهیه قوانین و سیاست‌های مناسب در راستای عوامل خطر فشارخون بالا
- تهیه راهنمای ارزیابی، تشخیص و درمان فشارخون بالا
- تهیه راهنمای استاندارد اندازه‌گیری فشارخون
- ادغام برنامه در نظام شبکه مراقبت‌های اولیه بهداشتی، درمانی روستایی کشور

تحلیل روند تغییرات

در اطلاعات آخرین غربالگری فشارخون بالا در روستاهای کشور (۱۳۸۶-۱۳۸۷):

- پوشش غربالگری ۸۵ درصد بوده است. شاغل بودن بعضی از مردان و عدم هم‌خوانی با ساعات کاری خانه بهداشت، عدم همکاری بعضی از ساکنین و عدم حضور در زمان غربالگری، از علت‌های عدم مراجعه و کاهش پوشش است.
- حدود ۹ درصد بیمار مبتلا به فشارخون بالا شناسایی شده است.
- حدود ۵۳ درصد بیماران شناخته شده قبلی، به علت عدم کنترل فشارخون (فشارخون سیستول ۱۴۰ میلی‌متر جیوه و بیش‌تر و فشارخون دیاستول ۹۰ میلی‌متر جیوه و بیش‌تر)، به پزشک ارجاع شده‌اند. حتی در نظام‌های مراقبت‌های بهداشتی با منابع زیاد، اغلب کنترل فشارخون رضایت بخش نیست. نیمی از بیماران ممکن است کاملاً در طی یک سال بعد از تشخیص، تحت مراقبت قرار نگیرند. از کسانی هم که تحت نظارت پزشک به درمان ادامه می‌دهند، فقط حدود نیمی از بیماران از درمان دارویی تجویز شده پیروی می‌کنند و این رعایت بر حسب انتخاب دارو، بیماری‌های همراه و بهره‌مندی از خدمات بهداشتی، درمانی، تحت تأثیر قرار می‌گیرد. در تفسیر نتایج غربالگری فشارخون در کشور، باید صحت و دقت در ثبت و گزارشات اطلاعات در سطح دانشگاه‌ها را، مدنظر قرار داد، از طرف دیگر باید به صحت و دقت در شیوه اندازه‌گیری فشارخون و تجهیزات نیز، توجه داشت. البته می‌توان به رعایت ناکامل درمان توسط بیماران (نداشتن دانش و عملکرد مناسب در مورد شیوه زندگی مناسب بالاخص رژیم غذایی، فشار روانی، مصرف سیگار و نیز عدم پیگیری منظم درمان دارویی فشارخون بالا از سوی بیماران)، رعایت ناکامل راهنماهای درمان توسط پزشکان و درمان نامناسب برای کنترل فشارخون هم، اشاره کرد.

شاخص‌ها

شاخص‌های مهم در برنامه کشوری پیشگیری و کنترل فشارخون بالا شامل موارد زیر است:

- میزان شیوع فشارخون بالا در افراد ۳۰ سال و بالاتر
 - درصد بیمار شناخته شده جدید در طول یک سال
 - درصد بیماران مبتلا به فشارخون بالای شناخته شده تحت مراقبت و درمان (بهورز/کاردان/کارشناس/پزشک مرکز بهداشتی)
 - درصد بیماران مبتلا به فشارخون بالای شناخته شده با فشارخون کنترل شده
 - درصد بیماران مبتلا به فشارخون بالای ارجاع شده به پزشک متخصص
 - میزان شیوع عوارض بیماری فشارخون بالا
 - درصد موارد بستری در بیمارستان ناشی از فشارخون بالا و عوارض آن در بیماران تحت پوشش برنامه پیشگیری و کنترل بیماری فشارخون بالا
- مقایسه متوسط شیوع فشارخون بالا، در افراد ۶۴-۱۵ سال، در بررسی‌های نظام مراقبت عوامل خطر بیماری‌های غیرواگیر در استان‌های کشور، طی سال‌های ۱۳۸۵ الی ۱۳۸۸، نشان می‌دهد که در مناطق شهری، بیش‌ترین شیوع در استان آذربایجان شرقی و کم‌ترین در استان گلستان و در مناطق روستایی، بیش‌ترین شیوع در استان بوشهر و کم‌ترین در استان یزد، بوده است.

برنامه کشوری جامع پیشگیری و کنترل بیماری قلبی عروقی (بیماری عروق

کرونر)

تاریخچه

«برنامه کشوری جامع پیشگیری و کنترل بیماری قلبی عروقی (بیماری عروق کرونر)»، در سال ۱۳۷۶ با رویکرد کنترل عوامل خطر بیماری قلبی عروقی (تغذیه ناسالم، مصرف دخانیات، کم تحرکی، فشارخون بالا، دیابت، اختلال چربی خون و چاقی)، با همکاری اعضای کمیته علمی کشوری قلب و عروق و کارشناسان مربوطه تهیه گردید و به تصویب رسید، ولی به علت مشکلات اجرایی در هماهنگی‌ها و سیاست‌گذاری‌های برون بخشی، اجرا نشد و در سال ۱۳۸۱، این برنامه مورد بازنگری قرار گرفت. «برنامه راهبردی پیشگیری و کنترل بیماری قلبی عروقی در سال ۱۳۸۴»، بر اساس برنامه راهبردی توسعه اقتصادی اجتماعی چهارم، تهیه گردید. بخش جلب حمایت همه جانبه و هماهنگی‌های برون بخشی و طراحی مداخلات مبتنی بر جامعه این برنامه، از سال ۱۳۸۵ در ۹ دانشگاه علوم پزشکی به صورت آزمایشی در حال اجرا است. بخش مراقبت‌های بهداشتی، در برنامه پزشک خانواده ادغام شده و در قالب فعالیت‌های تیم سلامت اجرا خواهد شد. در حال حاضر (۱۳۹۱) در مناطق روستایی که پوشش پزشک خانواده تقریباً کامل است، این برنامه قابلیت اجرایی دارد.

خصوصیت اساسی این طرح جامع، این است که با تمرکز بر مردم (به‌طور بالقوه بیمار، افراد در معرض خطر یا افرادی که در شرف ابتلا به بیماری هستند و افرادی که هم اکنون بیمار هستند) و تمرکز بر حقوق آن‌ها برای دستیابی به حداقل استانداردهای تشخیصی و درمانی با کیفیت، با سازماندهی خدمات و توزیع منابع مطابق با اهداف تهیه شده است. محتوی و ساختار این طرح جامع و راهنمای آن، شامل شرحی از یک چارچوب برای اقدام و مراقبت استاندارد، برای تضمین پیشگیری، مراقبت و پایش مناسب مراحل بیماری قلبی عروقی است که دارای خدمات استاندارد با اهداف روشنی است که منجر به اقداماتی طی فرآیندهای قبل از شروع بیماری تا توانبخشی می‌شود.

«طرح جامع بیماری قلبی عروقی»، دارای حیطه‌های مداخله زیر است:

۱- پیشگیری از عوامل خطر بیماری کرونر قلب در جامعه عمومی و ارتقاء رفتارها و عادات

بهداشتی

- ۲- شناسایی، تشخیص و درمان بیماران دارای عوامل خطر بیماری قلبی عروقی
 - ۳- مراقبت و درمان بیماران دارای بیماری قلبی عروقی
 - ۴- توانبخشی قلبی
 - ۵- راه‌اندازی نظام اطلاعات مرتبط با بیماری قلبی عروقی
 - ۶- انجام پژوهش‌های مرتبط با بیماری قلبی عروقی
- گرچه دو مورد آخر جزء طبیعت کار حیطه‌های اول تا چهارم هستند. برای هر یک از این حیطه‌ها مداخلات استاندارد، اهداف، اقدامات و شاخص‌هایی وجود دارد.
- در این برنامه، راهبردهایی پیش‌بینی شده است که خود به‌عنوان یک برنامه برای رسیدن به اهداف برنامه اصلی، در نظر گرفته شده‌اند.
- در همین راستا برنامه‌های اصلاح شیوه زندگی (بایگاه تندرستی)، نظام ثبت سکنه‌های قلبی و توانبخشی قلبی تهیه شده است. «برنامه ملی فعالیت بدنی برای ارتقاء سلامت در جمهوری اسلامی ایران» نیز در سال ۱۳۹۱ تهیه و در ابتدای سال ۱۳۹۲ به تصویب شورای عالی سلامت و امنیت غذایی رسیده است.

دست آوردها

- پیشنهاد و تصویب آموزش ضمن خدمت عوامل خطر بیماری قلبی عروقی برای کارکنان دولت
- تهیه برنامه مراقبت استاندارد بیماران قلبی و عروقی
- تهیه راهنمای ارزیابی، تشخیص و درمان اختلال چربی‌های خون
- تهیه برنامه ادغام حمایت از خود مراقبتی در خدمات سلامت قلبی و عروقی
- تدوین سیاست‌هایی در سطوح ملی برای ارتقاء شیوه زندگی سالم
- اجرای طرح‌های تحقیقاتی به‌منظور بررسی و تهیه مداخلات هزینه اثربخش و پایدار
- اجرای برنامه‌های مداخلاتی در زمینه کاهش عوامل خطر بیماری قلبی عروقی در سطح کشور
- تدوین سند «برنامه ملی فعالیت بدنی برای ارتقاء سلامت در جمهوری اسلامی ایران»

طرح اصلاح شیوه زندگی (پایگاه تندرستی)

تاریخچه

مهم‌ترین عوامل خطر ایجادکننده بیماری قلبی عروقی، همگی ریشه در الگوی نامناسب زندگی دارند، به‌طوری که با اصلاح شیوه‌های زندگی و تغییر رفتارهای پرخطر می‌توان از شیوع این بیماری به میزان ۸۰ درصد کاست. شیوع بیماری قلبی عروقی و عوامل خطر وابسته به شیوه زندگی در شهرها، گسترش بیش‌تری نسبت به روستاها، دارد. با توجه به این که شبکه‌های بهداشتی- درمانی مراقبت‌های اولیه بهداشتی، در شهرهای کشور، جمعیت شهری را به‌طور کامل پوشش نمی‌داد و خدمات به صورت غیرفعال ارائه می‌شد و نظام ارجاع به‌طور کامل اجرا نمی‌گردید، برنامه اصلاح شیوه زندگی (پایگاه تندرستی)، با هدف سلامت نگر و پوشش جمعیت بالای ۲ سال، برای اجرا در شهر تهیه گردید. بر همین اساس، احداث پایگاه‌های تندرستی به‌عنوان مکان مجری این برنامه و یکی از فعالیت‌های «برنامه راهبردی پیشگیری و کنترل بیماری‌های قلبی عروقی»، مدنظر قرار گرفت. پایگاه تندرستی، واحدی است که به منظور پیشگیری، شناسایی و کنترل عوامل خطر ساز اصلی بیماری‌های غیرواگیر، از جمله بیماری قلبی عروقی فعالیت می‌کند و فعالیت‌های آن در جهت توانمندسازی جامعه تحت پوشش، به منظور اصلاح شیوه زندگی و حفظ سلامت اقشار مختلف جامعه است. مراقبت بیماران و افراد در معرض خطر، مطابق برنامه کشوری پیشگیری و کنترل بیماری قلبی عروقی انجام می‌شود. بسته خدمتی این برنامه از سال‌های ۱۳۸۵-۱۳۸۲ با تاکید بر سه عامل خطر ساز مهم مصرف دخانیات، کم تحرکی و رژیم غذایی نامناسب برای اجرا در شهر، تهیه و در سال ۱۳۸۵ در یکی از مراکز بهداشتی درمانی شهر تهران (مرکز سردار جنگل تحت پوشش دانشگاه علوم پزشکی ایران)، به صورت آزمایشی اجرا گردید. در حال حاضر این برنامه در ۵ پایگاه تندرستی (مرکز بهداشتی- درمانی شهری) در ۵ دانشگاه علوم پزشکی، در حال اجراست. اما نظر به توسعه برنامه پزشک خانواده در شهرها که از اهداف برنامه توسعه اقتصادی، اجتماعی پنجم کشور است، مقرر شد، خدمات این برنامه در بسته خدمتی برنامه پزشک خانواده ادغام شود و به‌عنوان بخشی از وظایف و خدمات تیم سلامت و به‌عنوان یک برنامه جاری برای جمعیت تحت پوشش، اجرا گردد.

دست آوردها

- اجرای آزمایشی برنامه از سال ۱۳۸۵ در یک مرکز بهداشتی درمانی و توسعه آن به ۵ مرکز در ۵ دانشگاه علوم پزشکی
- تدوین استانداردهای تشخیص و درمان عوامل خطر ساز مهم و بیماری‌های قلبی عروقی (تغذیه نامناسب، فشارخون بالا، دیابت، اضافه وزن و چاقی، اختلال چربی خون، مصرف دخانیات، بیماری‌های زمینه ساز، درمان دارویی، آزمایشگاهی، سایر آزمایشات پاراکلینیکی، بازتوانی)
- تدوین دستورالعمل ارزیابی و مشاوره عوامل خطر ساز مهم بیماری قلبی عروقی (فشارخون بالا، دیابت، اختلال چربی خون و اضافه وزن و چاقی، وضعیت فعالیت بدنی، الگوی رژیم غذایی، مصرف دخانیات) در مراقبت معمول پزشکان و کارکنان بهداشتی، درمانی از دوران کودکی
- ارزشیابی برنامه و توسعه پایگاه‌های تندرستی به ۵ مرکز در ۵ دانشگاه علوم پزشکی

طرح توانبخشی قلبی در بیماران مبتلا به بیماری عروق کرونر^۱

تاریخچه

انجام برنامه‌های جامع توانبخشی قلبی، در تمام بیماران مبتلا به عروق کرونر و افرادی که تحت جراحی پیوند عروق کرونر و آنژیوپلاستی قرار می‌گیرند، سهم مؤثری در کاهش مرگ و میر و عود علائم خواهد داشت. آموزش‌ها و توصیه‌های بهداشتی و ورزشی، بینش بیمار را نسبت به ماهیت بیماری و ضرورت تغییر شیوه زندگی که سبب بروز بیماری شده است، تغییر خواهد داد. با تهیه و اجرای این طرح، شکاف موجود بین درمان و بازگشت بیمار به جامعه، با اجرای بازتوانی قلبی، از میان برداشته خواهد شد و بیماران مبتلا به بیماری‌های قلبی و عروقی، خواهند توانست به سطح کارآیی و سودمندی اجتماعی مطلوب، دست یابند. برنامه توانبخشی قلبی عروقی در مرحله بازبینی است.

گروه هدف شامل کلیه بیماران عروق کرونر قلبی (سکته قلبی، جراحی پیوند عروق کرونر،

¹ Comprehensive Cardiac Rehabilitation Programs

نارسایی قلبی با منشأ درگیری عروق کرونر، صدمات عروق مغزی با منشأ بیماری‌های عروق کرونر) است. در این برنامه پیش بینی گردیده است که طی ۳۶-۲۴ جلسه، خدمات بازتوانی شامل مشاوره تغذیه، روان شناسی، فعالیت بدنی، فیزیوتراپی و قلبی، به بیماران قلبی عروقی ارائه شود.

دست آوردها

- تهیه طرح توانبخشی قلبی
- تهیه آیین نامه تأسیس مراکز توانبخشی
- بازنگری و توسعه مراقبت استاندارد توانبخشی بیماران قلبی عروقی مطابق با برنامه پزشک خانواده

برنامه نظام ثبت سکت‌های قلبی (MI^۱)

تاریخچه

کاهش مرگ ناشی از سکت‌های قلبی، عمدتاً به کاهش کشندگی بیماری و در حقیقت به بهبود مراقبت از بیماری و درمان‌های مناسب، مربوط می‌شود. در این میان نظام‌های ثبت با پیش بینی روند بیماری قلبی عروقی و پیامدهای حاصل از آن می‌توانند اطلاعات دقیق و مناسبی را برای ارزیابی کارآیی و تأثیر اجرای برنامه‌های سطوح سه گانه پیشگیری از بیماری قلبی عروقی و اصلاح و ارتقاء مداوم آن‌ها، فراهم آورند. سکت قلبی نیز به‌عنوان مهم‌ترین عارضه ناشی از مشکلات قلبی عروقی نه تنها به لحاظ پیش آگهی انسانی، بلکه از نظر تحمیل هزینه‌های اقتصادی از اهمیت ویژه‌ای برخوردار بوده و طراحی نظام ثبت این عارضه، داده‌های مفیدی را برای پایش فاصله از اهداف برنامه‌های کنترل بیماری قلبی عروقی، فراهم می‌آورد.

نظام ثبت به‌عنوان یک نظام اطلاعاتی غنی و مدیریتی است که می‌تواند داده‌های مربوط به بروز، بیماری‌زایی و مرگ را فراهم کند. نتایج مطالعات نشان می‌دهند، ثبت مشخصات بیماران مبتلا به بیماری‌های مزمن، به‌عنوان ابزاری برای برآورده ساختن نیازهای خاص این بیماران و

¹ Myocardial Infarction

بهبود رسیدگی و مراقبت از آنان، تحلیل بار کاری آموزش دیدگان، پایش امور دارویی، تعیین ناتوانی، تسهیل انتقال مسئولیت در عملکردهای گروهی و نیز فراهم آوردن چارچوبی برای تحقیق، از کارایی مناسبی برخوردار هستند.

منبع اصلی ثبت داده‌های مربوط به سکته‌های قلبی، بیمارستان‌های دارای بخش مراقبت‌های ویژه قلبی (CCU)^۱ هستند.

برنامه ثبت سکته‌های قلبی، در سال ۱۳۸۶ تهیه و به دلیل رفع مشکلات و ایجاد هماهنگی‌های درون و برون بخشی، از اواخر سال ۱۳۹۰ آغاز شد و در تمام بیمارستان‌های تحت پوشش دانشگاه‌های علوم پزشکی کشور، که دارای بخش مراقبت‌های ویژه قلبی هستند، در حال اجراست. در این برنامه، مسئولیت ثبت و تکمیل داده‌ها با سرپرستار بخش است. داده‌های مربوط به بیماران بستری در بخش مراقبت‌های ویژه قلبی که سکته قلبی آن‌ها به تأیید رسیده است، در زمان ترخیص از بخش، در نرم‌افزار مربوطه ثبت و ذخیره می‌گردد و ارسال و دسترسی به اطلاعات به صورت برخط (online) است.

دست آوردها

- ادغام برنامه به‌عنوان یکی از برنامه‌های نظام ثبت در تمام بیمارستان‌های کشور
- پایه‌ریزی نظام ثبت برای سایر بیماری‌های قلبی عروقی

تحلیل روند تغییرات

در ایران از میان سی علت اول مرگ در تمام سنین، حدود ۴۴ درصد مرگ‌ها به علت بیماری‌های قلبی عروقی رخ می‌دهد. از این میان سکته‌های قلبی (۲۴/۱۴ درصد)، سکته‌های مغزی (۱۱/۳۳ درصد)، بیماری‌های قلبی ناشی از فشارخون بالا (۳/۹۸ درصد) و سایر بیماری‌های قلبی (۴/۲۶ درصد) را شامل می‌گردند (مطالعه سیمای مرگ و میر در ۲۸ استان کشور - ۱۳۸۹).

هم‌چنین میزان مرگ ناشی از بیماری‌های قلبی عروقی از میان سی علت اول مرگ در تمام سنین، حدود ۱۹۵/۷۵ مرگ در صد هزار نفر بوده است که شامل (۱۰۲/۴۵ مرگ) به‌علت

^۱ Cardiac care unit

سکته‌های قلبی، (۴۸/۰۸ مرگ) به علت سکته‌های مغزی، (۱۸/۳۸ مرگ) به علت بیماری‌های قلبی ناشی از فشارخون بالا و (۲۶/۸۴ مرگ) به علت سایر بیماری‌های قلبی بوده است (مطالعه سیمای مرگ و میر در ۲۸ استان کشور - ۱۳۸۹).

علی‌رغم بهبود فناوری‌های تشخیصی و درمانی و همچنین خدمات درمانی در زمینه این بیماری‌ها در کشور، مرگ‌های ناشی از بیماری‌های قلبی عروقی در کشور، اولین عامل مرگ را تشکیل می‌دهند. افزایش امید زندگی و شیوع بالای عوامل خطر بیماری‌های قلبی عروقی که ناشی از شیوه زندگی شهرنشینی و تغییرات اقتصادی، اجتماعی است، سبب افزایش بروز بیماری‌های قلبی عروقی و به تبع آن افزایش مرگ گردیده است. به‌طوری که حدود ۹۵/۳ درصد افراد ۶۴-۱۵ سال در کشور، دارای حداقل یک عامل خطر ساز قلبی عروقی هستند (بررسی نظام مراقبت عوامل خطر بیماری‌های غیرواگیر در سال ۱۳۹۰). از طرفی دیگر، خدمات پیش بیمارستانی و بیمارستانی فوریت‌های قلبی عروقی در کاهش مرگ ناشی از بیماری قلبی عروقی نقش مهمی دارند. به همین منظور بر تهیه و اجرای برنامه ثبت سکته‌های قلبی در بیمارستان‌ها تاکید گردیده است تا از اطلاعات آن در ارتقاء ارائه خدمات استفاده گردد. نسبت سال‌های از دست رفته عمر (YLL) ناشی از بیماری‌های قلبی عروقی حدود یک چهارم (۲۴ درصد) کل سال‌های از دست رفته عمر است و بعد از حوادث و سرطان، سومین علت هستند. بیش از دو سوم سال‌های از دست رفته عمر در گروه بیماری‌های قلبی عروقی، ناشی از بروز سکته‌های قلبی و مغزی است. نسبت بار بیماری (DALY) ناشی از بیماری‌های قلبی عروقی حدود ۱۰ درصد کل بار بیماری‌ها است و بعد از حوادث و بیماری‌های روانی، سومین علت بار بیماری هستند. حدود ۸۰ درصد بار قلبی عروقی، ناشی از بیماری‌های ایسکمیک قلبی و بیماری‌های عروقی مغز است. (مطالعه ملی بار بیماری‌ها و آسیب‌ها در ایران در ۶ استان در سال ۱۳۸۳ - گزارش سال ۱۳۸۶)

اطلاعات مربوط به وضعیت عوامل خطر در افراد ۶۴-۱۵ سال، در بررسی‌های نظام مراقبت عوامل خطر بیماری‌های غیرواگیر در جدول زیر آمده است.

جدول شماره ۲۸- روند شیوع عوامل خطر بیماری‌های غیرواگیر در کشور، در بررسی‌های نظام مراقبت عوامل خطر بیماری‌های غیرواگیر در گروه سنی ۱۵-۶۴ در سال‌های مختلف (درصد)

عامل خطر	۱۳۸۳	۱۳۸۵	۱۳۸۶	۱۳۸۷	۱۳۸۸	۱۳۹۰
فشارخون بالا (۱۴۰/۹۰ میلی متر جیوه و بیش‌تر)	۱۸/۶	۱۷/۴	۱۷/۴	۱۶/۸	۱۶/۱	۱۹/۰۱
کلسترول خون بالا (۲۰۰ میلی‌گرم در دسی‌لیتر و بیش‌تر) در ۲۵-۶۴ سال	۴۳/۷	-	۳۲/۹	-	-	۲۷/۹۷
تری‌گلیسیرید خون بالا (۱۵۰ میلی‌گرم در دسی‌لیتر و بیش‌تر) در ۲۵-۶۴ سال	-	-	۱۹/۲	-	-	-
قندخون بالا در ۲۵-۶۴ سال	۱۰/۳	-	۹/۷	-	-	۱۳/۷۹
کم تحرکی	۳۰/۸	۳۵/۲	۳۸/۱	۳۹	۴۴/۸۹	
عدم فعالیت در حین کار	۴۶/۳	۳۹/۸	۵۳/۹	۶۱/۹	-	
عدم فعالیت در رفت و آمد	۲۵	۴۳/۸	۲۸/۹	۲۸/۳	-	
عدم فعالیت در اوقات فراغت	۶۷/۵	۵۹/۸	۱۶/۶	۶۴/۵	۸۶/۱	-
مصرف دخانیات (روزانه)	۱۴/۲	۱۲/۲	۱۲/۳	۱۲	۱۱/۸	۱۰/۰۰
	(۱۱/۹)	(۱۱)	(۱۱/۴)	(۱۱/۱)	(۱۰/۸)	
اضافه وزن	۲۸/۶	۲۹/۲	۲۹/۳	۲۹/۲	۲۸/۸	۳۱/۴
چاقی	۱۴/۲	۱۵/۲	۱۶/۷	۱۴/۸	۱۵/۲	۱۶/۸۴
مصرف میوه و سبزی کم‌تر از ۵ سهم در روز	۸۸/۶	۸۷/۰	۸۸/۲	۸۸/۲	۸۸/۲	۸۸/۰۴
مصرف روغن جامد	۸۳/۵	۷۳/۲	۳۸/۵	۵۰/۹	۵۱/۷	-
حداقل یک عامل خطر (۱۵-۶۴ سال) ^۱	۹۶/۶	۹۶/۲	۹۶/۸	۹۶/۷	۹۷/۲	
افراد پر خطر (۱۵-۴۴ سال) ^۲	۲۰/۶	۲۲/۲	۲۲/۵	۲۱/۶۴	۲۶/۹۶	
افراد پرخطر (۴۵-۶۴ سال)	۴۹/۱	۵۲/۳	۵۰/۱۵	۵۲/۹	۵۴/۲۹	

شیوع فشارخون بالا در افراد ۱۵-۶۴ سال، در کل کشور، طی سال‌های ۱۳۸۳-۱۳۹۰ کاهش

^۱ شامل عوامل خطر مصرف سیگار روزانه، مصرف میوه و سبزی کم‌تر از ۵ سهم در روز، کم تحرکی (کم‌تر از ۶۰۰ متر)، اضافه وزن و چاقی (نمایه توده بدنی ۲۵ و بیشتر)، فشارخون بالا (۱۴۰/۹۰ میلی‌متر جیوه و بیشتر) است.

^۲ منظور از افراد پرخطر دارا بودن حداقل ۳ عامل خطر از ۵ عامل خطر فوق است.

یافته اما مجدداً افزایش یافته است. بخشی از این کاهش می‌تواند تحت تأثیر برنامه کشوری فشارخون بالا در مناطق روستایی و آموزش‌های همگانی باشد. با وجودی که پیشگیری و کنترل فشارخون بالا یک اولویت مهم بهداشتی شناخته شده است، اما تلاش برای کاهش بار فشارخون بالا و بهبود کنترل فشارخون موفقیت محدودی داشته است و اثربخشی برنامه‌های مبتنی بر جامعه به‌طور مناسب سنجیده نشده است.

بررسی قند، کلسترول و تری‌گلیسیرید خون در برنامه نظام مراقبت عوامل خطر از سال ۱۳۸۳ هر ۳ سال در افراد ۶۴-۲۵ سال انجام می‌شود. طی سال‌های ۱۳۹۰-۱۳۸۳، قندخون در ابتدا کاهش اما مجدداً افزایش یافته اما کلسترول خون کاهش بیش‌تری یافته است. و طی سال‌های ۱۳۹۰-۱۳۸۳، مصرف دخانیات کاهش بیش‌تری یافته است.

شیوع افراد دارای حداقل یک عامل خطر قلبی عروقی در کل کشور، طی سال‌های ۱۳۸۳-۱۳۸۸ بسیار بالا و به‌طور متوسط، حدود ۹۶ درصد بوده و تغییر عمده‌ای نداشته است، اما در سال ۱۳۹۰، افزایش کمی یافته است. شیوع افراد پرخطر (دارا بودن حداقل ۳ عامل خطر از ۵ عامل)، نیز در هر دو گروه سنی افزایش یافته است.

در مجموع شیوع اضافه وزن و چاقی در کل کشور بالاست اما طی این سال‌ها، تغییر عمده‌ای نداشته است.

علی‌رغم همکاری‌های سازمان تربیت بدنی و شهرداری‌ها در توسعه تسهیلات ورزشی و افزایش دسترسی به فضاهای ورزشی، طی سال‌های ۱۳۹۰-۱۳۸۳، شیوع کم تحرکی و فعالیت بدنی ناکافی در حین کار، تردد و اوقات فراغت، افزایش زیادی داشته است. البته می‌توان اشاره کرد که افزایش برنامه‌های مداخله‌ای در خصوص رژیم غذایی مناسب و آموزش همگانی در کشور، بر روند افزایشی تأثیر داشته است و این روند را کند کرده است.

شیوع مصرف روغن جامد در کل کشور طی سال‌های ۱۳۸۸-۱۳۸۳، کاهش یافته و در مقابل مصرف روغن مایع افزایش یافته و مصرف کم‌تر از ۵ سهم میوه و سبزی در روز، طی سال‌های ۱۳۹۰-۱۳۸۵، تغییر نداشته است. البته برنامه‌های مداخلاتی مهمی، از جمله در خصوص افزایش تولید روغن مایع، افزایش دسترسی، تبلیغات و آموزش همگانی در کشور، انجام شده است که می‌تواند بر کاهش سرعت روند صعودی عوامل خطر، مؤثر باشد.

مداخلات مهمی در جهت تصویب قوانین و مقرراتی به منظور کاهش تولید روغن‌های جامد

گیاهی، کاهش مصرف روغن در فرآورده‌های غذایی، برچسب‌گذاری غذایی، توسعه فضاهای ورزشی و ارتقاء فعالیت بدنی، پذیرش معاهده جهانی دخانیات، منع تبلیغات مواد غذایی آسیب‌رسان و مضر و ...، جلب حمایت ذی‌نفعان، آموزش‌های همگانی و تشکیل و فعالیت شورای عالی سلامت، در کاهش عوامل خطر، نقش مهمی داشته‌اند.

اقداماتی در جهت کاهش عوامل خطر شامل تشخیص زودرس و کنترل آن‌ها، کاهش عوامل خطر در بیماران قلبی عروقی شناسایی شده، پیگیری منظم و مشاوره با بیماران برای کاهش عوامل خطر خود، تدوین سیاست‌هایی در سطوح ملی برای ارتقاء شیوه زندگی، کاهش مصرف دخانیات و دسترسی به غذاهای سالم، اجرای برنامه‌های آموزشی سلامت قلب در مدارس، محل‌های کار و سایر اجتماعات، ایجاد محیط‌های سالم برای انجام فعالیت بدنی ایمن لازم است، در کشور، صورت گرفته است که می‌تواند تأثیر مهمی در کاهش بیماری قلبی عروقی داشته باشد.

شاخص‌ها در برنامه جامع کشوری پیشگیری و کنترل بیماری قلبی عروقی

- میزان‌های شیوع و بروز عوامل خطر بیماری قلبی عروقی (فشارخون بالا، دیابت، اختلال چربی‌های خون، چاقی، مصرف دخانیات، کم تحرکی) در جامعه و در بیماران قلبی عروقی
- توزیع و میانگین فشارخون/وزن/قند خون/چربی‌های خون/مدت فعالیت متوسط یا شدید
- درصد افراد تحت مراقبت نظام سلامت
- درصد بیماران بستری که خدمات توانبخشی قلبی را دریافت نموده‌اند
- درصد نیاز مجدد به بستری و اقدامات تهاجمی (آنژیوپلاستی و پیوند عروق کرونر قلب) بعد از دریافت برنامه توانبخشی قلبی
- شیوع سابقه آنژیوپلاستی و پیوند عروق کرونر در بیماران مبتلا به سکته قلبی
- شیوع استفاده از گروه‌های دارویی در کنترل عارضه سکته قلبی
- شیوع علائم آزمایشگاهی تأییدکننده سکته قلبی در بیماران ایرانی
- شیوع علائم بالینی سکته قلبی در بیماران مبتلا به سکته قلبی
- میانگین زمان شروع علائم تا رسیدن به محل بیمارستان بستری
- درصد استفاده از داروی ترومبولیتیک در بیماران مبتلا به سکته قلبی

- شیوع عوارض زود هنگام و مرگ بیمارستانی متعاقب سکته قلبی در بیماران بستری در بخش مراقبت قلب بیمارستان

دست آوردها

- سیاست‌گذاری به شکل قانون، آیین نامه در سطح هیئت دولت و شورای عالی انقلاب فرهنگی و آیین نامه داخلی برای پذیرش و حفظ شیوه‌های زندگی قلب سالم
- تقویت زیر ساخت‌های لازم برای اجرای برنامه (منابع انسانی، مالی و تجهیزاتی، مدیریتی)
- آموزش و اطلاع رسانی در مورد عوامل خطر ساز مهم و بیماری قلبی عروقی برای بهبود شیوه زندگی
- تقویت نظام بررسی و مراقبت اپیدمیولوژیک بیماری‌های قلبی عروقی برای پایش و ارزشیابی روند بیماری‌ها
- تدوین استانداردهای پیشگیری، تشخیص، درمان عوامل خطر ساز مهم (از جمله اختلال چربی خون) و بیماری قلبی عروقی
- هدایت پژوهش‌های کاربردی در جهت تحقق اهداف برنامه

چالش‌ها

بررسی‌ها نشان داده است، توزیع مرگ بیماری قلبی عروقی در جوامع با فراهمی منابع، کاربرد راهنماهای بالینی تشخیصی و درمانی، وضعیت اجتماعی اقتصادی بیماران، دریافت خدمات، مدت زمان دسترسی به بیمارستان و استفاده از اقدامات تشخیصی و درمانی در مناطق مختلف متفاوت است. به علت وضعیت متفاوت و غیر قابل توجه و تنوع مهم در اقدامات و مراقبت‌های بیماری اسکمیک قلبی بین مناطق جغرافیایی کشور، نیاز به کاهش این شکاف‌ها و برقراری عدالت در سلامت است که با هماهنگی و همکاری صاحب نظران بهداشتی و سایر ذی‌نفعان به‌عنوان هدفی برای تأمین حقوق شهروندان برای حفاظت از سلامتی خود، با اهداف مشترک از تضمین عدالت، کیفیت و مشارکت اجتماعی در نظام سلامت ملی، تأمین می‌گردد.

از چالش‌های مهم در برنامه‌های پیشگیری و کنترل بیماری‌های قلبی عروقی می‌توان به موارد زیر اشاره کرد:

- اشکال در هماهنگی‌های درون و برون بخشی و مشارکت ناکافی برخی سازمان‌ها در اجرای هماهنگ فعالیت‌های پیشگیری و کنترل بیماری‌های قلبی عروقی
- پوشش ناکافی و ناصحیح بیمه همگانی (بیمه باید سلامت نگر باشد)
- ناکافی بودن قوانین و آیین نامه‌های مرتبط با بهبود شیوه زندگی قلب سالم و اجرایی نشدن بعضی از قوانین و مصوبه‌های موجود
- تغییرات در سطوح مدیریتی و کارشناسی در ستاد و در دانشگاه‌های علوم پزشکی
- نداشتن جایگاهی برای سطح دوم و سوم ارائه خدمات بهداشتی، درمانی تخصصی (تعیین پزشک متخصص همکار برنامه در سطح شهرستان و استان/دانشگاه) و عدم همکاری متخصصین
- کمبود نیروی انسانی بالاخص نیروی متخصص و نظارت ناکافی بر اجرای برنامه
- آشنایی ناکافی کارکنان بهداشتی، درمانی با پروتکل‌های اجرایی
- کمبود مهارت کارکنان بهداشتی، درمانی و پزشکان، در اجرای برنامه‌های پیشگیری و کنترل بیماری‌های قلبی عروقی (مانند روش اندازه‌گیری صحیح فشارخون، برخورد با بیماران قلبی عروقی در موارد اورژانس، ارزیابی و مشاوره برای کاهش عوامل خطر ساز قلبی عروقی)
- مشارکت کم مردم در برنامه به‌دلیل مختلف (تداخل ساعات غربالگری با ساعات کاری، مشکلات مالی، مشکلات دسترسی مکانی و زمانی)
- خرابی تجهیزات از جمله دستگاه‌های فشار سنج و ترازو در سطح خانه‌های بهداشت و مراکز بهداشتی درمانی و عدم تنظیم (کالیبراسیون) به موقع یا تعمیر و تعویض دستگاه‌ها
- نداشتن نظام اطلاعاتی و گزارشدهی مناسب، فقدان نظام پایش و ارزشیابی کارا و مؤثر و ضعف تحقیقات کاربردی
- پوشش ناکافی نظام شبکه خدمات بهداشتی، درمانی در مناطق شهری (دسترسی ناکافی به جمعیت)
- کمبود آگاهی جامعه در خصوص نقش شیوه‌های زندگی قلب سالم
- ضعف در وجود استانداردهای پیشگیری، تشخیص و درمان عوامل خطر ساز و بیماری قلبی عروقی در نظام سلامت کشور

- تاخیر در تخصیص بودجه
- مشخص نبودن تعرفه‌های ارزیابی تندرستی، خدمات مشاوره‌ای و آموزشی
- کمبود فضا در هر بیمارستان برای اجرای برنامه توانبخشی قلبی عروقی
- هزینه بر بودن تجهیز مراکز توانبخشی
- کمبود نیروهای انسانی متخصص مورد نیاز برای فعالیت در مراکز توانبخشی
- دسترسی ناکافی بعضی بیمارستان‌ها به شبکه اینترنت

آینده نگاری حیطه و ترسیم افق چشم انداز

اداره قلب و عروق به دنبال دستیابی به ارتقاء سلامت جامعه و بالاخص بیماران قلبی عروقی است. چشم‌انداز برنامه قلب و عروق، کاهش بار بیماری‌های قلبی عروقی در جامعه است و برای بهبود سلامت قلب و عروق و کیفیت زندگی از طریق پیشگیری، شناسایی و درمان عوامل خطر ساز، تشخیص به موقع و درمان بیماری قلبی عروقی و پیشگیری از عود حوادث قلبی عروقی، اقدام خواهد نمود.

- برای پیشگیری از عوامل خطر و بیماری‌های قلبی عروقی و کاهش بار بیماری باید راهبردهای مؤثر و قابل قبول به‌کارگرفته شود تا بتوان عوامل خطر اصلی و اساسی را کنترل نمود.
- مناسب‌ترین اقدام نظام سلامت، تهیه و اجرای برنامه‌هایی است که جامع بوده و درکنار تأمین خدمات بهداشتی درمانی سطوح دوم و سوم با تمام توان موجود، در راستای پیشگیری سطح مقدماتی و اول با تغییر رفتارهای خطر ساز و اصلاح شیوه‌های زندگی گام بردارند.
- «برنامه کشوری جامع پیشگیری و کنترل بیماری قلبی عروقی» (که در حال حاضر به علت شیوع بیماری‌های عروق کرونر فقط به این بیماری توجه شده است)، همان‌طور که از عنوان آن استنباط می‌شود، برنامه‌ای پیشگیرانه در سطوح مختلف برای عوامل خطر قلب و عروق و بیماری‌های عروق کرونر شامل نارسایی قلبی، بیماری‌های ایسکمیک قلب و سکته مغزی است و امید است که با ادغام طرح مذکور در نظام سلامت و گسترش مداخلات در سطوح مختلف، عزم ملی و حمایت همه جانبه در بخش‌های مختلف و نظام ارائه خدمات بهداشتی،

درمانی، بتوان بار ناشی از بیماری‌های ایسکمی قلبی را کاهش داد و از سیر صعودی این بیماری پیشگیری کرد. اصول راهنمای این طرح کاهش بی عدالتی، افزایش مراقبت و اطلاعات است.

سایر مواردی که در آینده پیش بینی می‌گردد:

- بازنگری و تدوین استانداردهای تشخیص و درمان عوامل خطر ساز مهم و بیماری‌های قلبی عروقی (تغذیه نامناسب، فشارخون بالا، دیابت، اضافه وزن و چاقی، اختلال چربی خون، مصرف دخانیات، بیماری‌های زمینه‌ساز، درمان دارویی، آزمایشگاهی، سایر آزمایشات پاراکلینیکی، بازتوانی)
- بازنگری و تدوین دستورالعمل ارزیابی و مشاوره عوامل خطر ساز مهم بیماری قلبی عروقی در مراقبت معمول پزشکان و کارکنان بهداشتی - درمانی از دوران کودکی
- جلب مشارکت بخش خصوصی و تشکلهای غیردولتی مرتبط در اجرای برنامه قلب و عروق برای تأمین تجهیزات و امکانات و شرایط محیطی حمایت کننده مورد نیاز در اجرای برنامه پیشگیری و کنترل بیماری قلبی عروقی
- تهیه راهنماهای بالینی تشخیصی و درمانی بیماری‌های قلبی و عروقی مبتنی بر شواهد
- توسعه برنامه نظام ثبت سکت‌های قلبی، به خدمات پیش بیمارستانی (فوریت‌ها) و توسعه بستر برنامه نظام ثبت، به ثبت سایر بیماری‌های قلبی عروقی در بیمارستان
- نیاز سنجی خدمات مراقبت‌های ویژه در مناطق مختلف کشور و برنامه‌ریزی برای ارتقاء استانداردهای مراقبت‌های ویژه قلبی و برقراری عدالت در ارائه مراقبت‌های ویژه قلبی در تمام بیمارستان‌های کشور
- استانداردسازی خدمات توانبخشی
- بازنگری و توسعه مراقبت استاندارد توانبخشی بیماران قلبی عروقی مطابق با برنامه پزشک خانواده
- خرید خدمات جامع سلامتی از بخش غیر دولتی برای ارائه خدمات توانبخشی قلبی به بیماران قلبی عروقی
- توانمند سازی کارکنان بهداشتی، درمانی مربوطه در زمینه پیشگیری اولیه، ثانویه و توانبخشی بیماران قلبی عروقی

- جلب حمایت سازمان‌های بیمه‌گر، هماهنگی با مسئولین امور درمان (بخش‌های مرتبط)، انجمن‌ها و سازمان‌های مرتبط
- توسعه برنامه آموزش ضمن خدمت کارکنان دولت در خصوص پیشگیری و کنترل بیماری قلبی عروقی از وزارت بهداشت به سایر سازمان‌ها و وزارتخانه‌ها

سرطان‌ها

تاریخچه

سرطان یکی از علل اصلی مرگ در سرتاسر جهان است و پس از بیماری‌های قلبی عروقی، دومین عامل شایع مرگ در کشورهای توسعه یافته و سومین عامل مرگ در کشورهای کم‌تر توسعه یافته است. سازمان جهانی بهداشت اعلام می‌دارد که ۷/۶ میلیون مرگ ناشی از سرطان (حدود ۱۳ درصد از کل مرگ‌ها)، در سال ۲۰۰۸ میلادی ثبت شده است که حدود ۷۰ درصد از کل این مرگ‌های ناشی از سرطان، در کشورهای با درآمد پایین و متوسط اتفاق افتاده است. هم‌چنین برآورد شده است، مرگ‌های ناشی از سرطان، تا سال ۲۰۳۰ میلادی، به بیش از ۱۳/۱ میلیون مورد برسد. با کنترل عوامل خطر این گروه از بیماری‌ها، نزدیک به ۴۰ درصد مرگ ناشی از سرطان قابل پیشگیری خواهد بود و با درمان و تشخیص به موقع یک سوم از بار بیماری آن نیز کاهش خواهد یافت. سرطان در ایران پس از بیماری‌های قلبی، عروقی دومین عامل منجر به مرگ است. لذا تدوین برنامه‌های ملی پیشگیری و کنترل سرطان‌ها، از ضرورت‌های بهداشتی هر جامعه (و مؤثرترین عامل در راستای کاهش بروز و بار بیماری سرطان) محسوب می‌شود. نظام ثبت سرطان، ابزار اصلی مدیریت و کنترل سرطان‌ها است و این منبع اطلاعاتی مهم نه تنها برای مطالعات اپیدمیولوژیک این بیماری، بلکه برای برنامه‌ریزی و پیش بینی وقایع و سنجش درستی تحقیقات و تأثیر مداخلات مورد نیاز است و بدون داشتن یک نظام ثبت سرطان با استانداردهای تعریف شده، تدوین، اجرا، پایش و ارزشیابی هیچ برنامه مداخله‌ای و کنترلی در زمینه سرطان امکان‌پذیر نیست.

نظام ثبت سرطان ایران به دنبال تصویب قانون ثبت و گزارش‌دهی اجباری سرطان در تاریخ پنجم مهر ماه ۱۳۶۳ توسط مجلس شورای اسلامی راه‌اندازی و برنامه اجرایی این قانون در یازدهم تیر ماه ۱۳۶۵، توسط سازمان مبارزه با سرطان طراحی شد و اولین گزارش اطلاعات

ثبت سرطان ایران در سال ۱۳۶۵، با ثبت بالغ بر ۱۸۴۳۵ مورد سرطان، منتشر شد. در سال ۱۳۷۰، سازمان مبارزه با سرطان در اداره کل پیشگیری از بیماری‌های غیرواگیر ادغام شد و جمع آوری ثبت موارد سرطانی برعهده اداره ژنتیک و سرطان این اداره کل قرار گرفت. بر اساس دستور وزارت وقت، بازبینی در دستورالعمل اجرایی و سطح بندی روند ثبت سرطان، در سال ۱۳۷۸ انجام شد. گزارش دوم ثبت سرطان مربوط به سال ۱۳۷۵، در دی ماه ۱۳۷۸ منتشر گردید و در این سال، ۱۱۰۲۵ مورد سرطان گزارش گردید. در گزارش مذکور، تنها ۱۸ درصد از کل موارد جدید سرطان ثبت شده بود. خوشبختانه با همکاری کارشناسان ثبت سرطان و کلیه افراد ذی‌ربط، معاونت‌های بهداشتی، درمانی، روند رو به رشدی در فرآیند ثبت سرطان مشاهده گردید، به نحوی که با استفاده از گزارش‌های پاتولوژی از ثبت ۱۷۷۶۵ مورد سرطانی در سال ۱۳۷۹ (۲۹ درصد از حد مورد انتظار)، به ثبت ۶۲۰۴۰ مورد سرطانی در سال ۱۳۸۶ (۸۶/۷ درصد از حد مورد انتظار) رسیده است. لازم به توضیح است که تا سال ۱۳۸۶ ثبت سرطان در مرکز مدیریت بیماری‌ها تنها براساس گزارش‌های پاتولوژی بوده است، اما مطالعات متعدد نشان می‌داد که با ثبت سرطان مبتنی بر پاتولوژی، در بهترین شرایط، حداکثر می‌توان ۸۰ درصد موارد سرطانی را ثبت کرد. علت این محدودیت عدم شناسایی سرطان‌های مهلک و بسیاری از سرطان‌های ریه، کبد، پانکراس و تومورهای مغز و رتینوبلاستوم به دلیل عدم انجام نمونه برداری و درمان فقط براساس علائم بالینی، است. لذا به منظور ارتقاء کمی و کیفی روند ثبت سرطان در کشور، اداره سرطان مرکز مدیریت بیماری‌ها از سال ۱۳۸۷، برنامه ثبت مبتنی بر جمعیت را در ۲۰ دانشگاه کشور به‌عنوان مکمل ثبت پاتولوژی، مستقر کرد و طبق آخرین گزارش تعداد موارد ثبت شده، به ۷۴۰۶۷ مورد در سال ۱۳۸۸ رسیده است.

تحلیل روند تغییرات

طبق موارد سرطانی ثبت شده طی سال‌های ۱۳۸۲-۱۳۸۸، به علت تغییر راهبردهای نظام ثبت، انتظار می‌رود تعداد موارد ثبت شده افزایش یابد.

جدول شماره ۲۹- نمایش تعداد موارد سرطان ثبت شده در ایران، بر حسب جنس (۱۳۸۲-۱۳۸۸)

سال	۱۳۸۲	۱۳۸۳	۱۳۸۴	۱۳۸۵	۱۳۸۶	۱۳۸۷	۱۳۸۸
جنس	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد
زن	۱۶۸۴۹	۴۳/۸	۲۰۴۷۴	۴۳/۴	۲۴۴۹۸	۴۳/۴	۳۲۸۹۸
مرد	۲۱۶۲۰	۵۶/۲	۲۶۷۴۳	۵۶/۶	۳۱۳۵۵	۵۶/۱	۴۱۱۶۹
کل	۳۸۴۶۹	۱۰۰	۴۷۲۱۷	۱۰۰	۵۵۸۵۳	۱۰۰	۷۴۰۶۷

میزان بروز سرطان‌ها در ایران

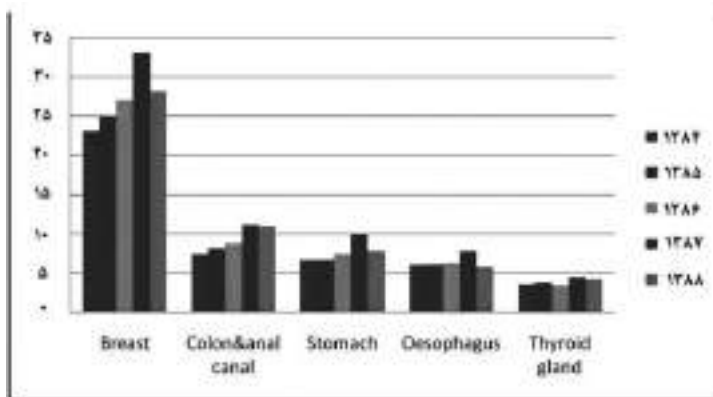
میزان بروز استاندارد شده سنی (ASR^1)، در واقع یکی از روش‌های استانداردسازی سن در جمعیت یا منطقه مورد نظر است که با اعمال مقادیر اختصاصی سنی (age-specific) مشاهده شده در جمعیت استاندارد، حاصل می‌شود. جمعیت‌ها در هر طبقه سنی با جمعیت استاندارد به‌عنوان weight نام گذاری می‌شوند که در فرآیند استانداردسازی استفاده می‌شود (IARC.2012). با اعمال این روش می‌توان میزان بروز یک سرطان خاص را بین دو جمعیت متفاوت (با توزیع سنی متفاوت) یا در یک جمعیت، در زمان‌های مختلف، مقایسه کرد. جدول ذیل تعداد موارد، درصد و میزان بروز استاندارد شده سنی (ASR) کل سرطان‌ها در طی گزارشدهی سال‌های ۱۳۸۴-۱۳۸۸ (۵ سال اخیر) به تفکیک زنان و مردان کشور را نشان می‌دهد.

جدول شماره ۳۰- تعداد موارد، درصد و میزان بروز استاندارد شده سنی در صد هزار نفر

(ASR) کل سرطان‌ها بر اساس موارد ثبت شده، (۱۳۸۴-۱۳۸۸)

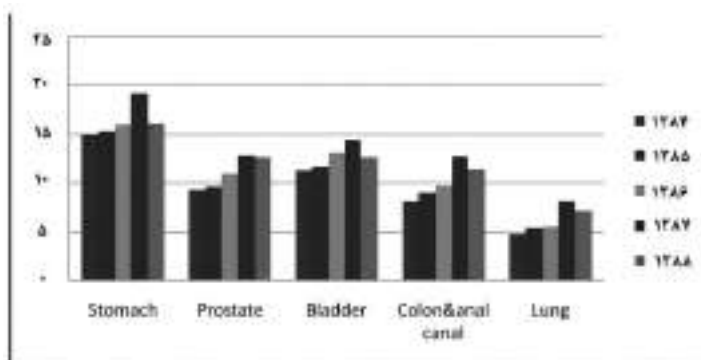
سال	۱۳۸۴	۱۳۸۵	۱۳۸۶	۱۳۸۷	۱۳۸۸
جنس	مرد	زن	مرد	زن	مرد
تعداد	۳۱۳۵۵	۲۴۴۹۸	۳۳۷۷۰	۲۶۰۱۶	۳۴۶۳۶
درصد	۵۵/۱	۴۳/۴	۵۶/۴۹	۴۳/۵۱	۵۵/۸۱
ASR	۱۰۸/۱۰	۹۵/۱۸	۱۱۷/۲۷	۱۰۲/۴۳	۱۲۱/۶۲

¹ Age Standardized Rate



نمودار شماره ۱۹- میزان بروز استاندارد شده سنی (ASR)

پنج سرطان شایع زنان ایرانی (۱۳۸۴-۱۳۸۸)



نمودار شماره ۲۰- میزان بروز استاندارد شده سنی (ASR) پنج سرطان

شایع مردان ایرانی (۱۳۸۴-۱۳۸۸)

نمودارهای فوق میزان بروز استاندارد شده سنی (ASR) پنج سرطان شایع زنان و مردان کشور را، طی سال‌های ۸۸-۱۳۸۴ نشان می‌دهند که این نمودارها منهای سرطان پوست است که جزء شایع‌ترین سرطان‌ها در کشور است.

سرطان پستان در زنان هم‌چنان در رتبه اول قرار دارد و ASR آن طبق آخرین گزارش ثبت سرطان (سال ۱۳۸۸) برابر با ۲۸/۲۵ در صد هزار نفر و اوج سنی آن ۵۵-۵۰ است. ASR سرطان کولورکتال در زنان برابر با ۱۰/۸۹ در صد هزار نفر و در مردان ۱۱/۳۱ در صد هزار نفر

است و خطر سنی آن بالای ۵۰ سال است و در زنان بعد از سرطان پستان در رتبه دوم قرار دارد. سرطان معده که در حاشیه شمالی کشور بروز بیش‌تری دارد، در مردان با ASR ۱/۱ در صد هزار نفر در رتبه اول قرار دارد و ASR آن در زنان برابر با ۷/۷۸ در صد هزار نفر است. سرطان پروستات در مردان با ASR ۱۲/۵۹ در صد هزار نفر، در رتبه دوم قرار دارد و اوج سنی بروز آن ۷۵-۸۰ سال است. سرطان مری در زنان با ASR ۵/۸۸ در صد هزار نفر، در رتبه چهارم است. سرطان مری در ایران پراکندگی استانی قابل توجهی داشته، به‌طوری که در استان اردبیل پس از سرطان معده و پوست در رتبه سوم و در زنان بعد از سرطان معده، رتبه دوم را به خود اختصاص می‌دهد. سرطان ریه در مردان با ASR ۷/۰۹ در صد هزار نفر، در رتبه پنجم است، در صورتی که در جهان با ASR ۳۳/۸ در صد هزار نفر (مطالعه Globocan 2008) در رتبه اول مردان است. علت این اختلاف، عدم شناسایی سرطان‌های مهلک مثل ریه به دلیل عدم انجام نمونه برداری و درمان فقط براساس علائم بالینی است. طبق گزارش سال ۱۳۸۸، سرطان تیروئید در زنان با ASR ۴/۲ در صد هزار نفر، در رتبه پنجم قرار داشته و اوج بروز سنی آن ۵۵-۵۰ سال است.

آینده نگاری حیطه و ترسیم افق چشم انداز

امید است پس از تهیه بسته‌های خدمتی برنامه‌های زیر و اخذ مصوبه وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، این برنامه‌ها در نظام شبکه بهداشتی، درمانی کشور، ادغام شوند.

۱- کنترل و پیشگیری سرطان روده بزرگ

سرطان کولورکتال در زنان با میزان بروز استاندارد شده سنی (ASR) ۱۰/۸۹ در صد هزار نفر، در رتبه سوم و در مردان با میزان بروز استاندارد شده سنی ۱۱/۳۱ در صد هزار نفر، در رتبه پنجم قرار دارد. براساس مطالعه Globocan ۲۰۰۸ میلادی، میزان بروز استاندارد شده آن در کشورهای پیشرفته در مردان ۳۷/۷ و در زنان ۲۴/۳ و در کشورهای کم‌تر توسعه یافته در مردان ۱۲/۱ و در زنان ۹/۴ در صد هزار نفر است. در یک مطالعه دیگری که در سال ۱۳۸۴ در پنج استان اردبیل، گیلان، مازندران، گلستان و کرمان در یک دوره پنج ساله صورت گرفته و منتشر شده است، میزان بروز استاندارد شده سنی سرطان کولورکتال در مردان برابر با ۸/۲ و

در زنان برابر ۷ در صد هزار نفر است. لازم به ذکر است که مطالعه فوق به طریق مبتنی بر جمعیت انجام شده است. در حال حاضر غربالگری سرطان کولورکتال با استفاده از روش کولونوسکوپی^۱ برای بستگان درجه اول و دوم افراد مبتلا به سرطان کولورکتال در ۱۸ دانشگاه کشور، در حال انجام است. به نظر می‌رسد ادغام تدریجی برنامه در نظام سلامت کشور، ضمن تحقق اهداف مذکور، به ارتقاء جایگاه کشور در نظام سلامت بین‌المللی نیز، منجر شود.

۲- تدوین و استقرار برنامه مراقبت سرطان گردن رحم (سرویکس) و استقرار آن در برنامه پزشکی خانواده

بر اساس گزارش سازمان جهانی بهداشت در سال ۲۰۰۸ میلادی، تعداد ۷۶۰۰۰ سرطان دهانه رحم در کشورهای توسعه یافته و ۴۵۳۰۰ مورد در کشورهای در حال توسعه وجود داشته و کم‌ترین تعداد در کشورهای مدیترانه شرقی به میزان ۱۸۰۰۰ مورد گزارش شده است که ایران نیز جزو آن است. در ایران در سال ۱۳۸۶، تعداد ۶۰۰ مورد سرطان دهانه رحم با بروز ۲/۴۷ در هر صد هزار نفر جمعیت است. اگر چه این سرطان جزء ده سرطان شایع کشور نیست ولی عامل ایجاد کننده آن (ویروس پاپیلوماوی انسانی) توسط واکسن قابل پیشگیری است، لذا در حال حاضر مطالعات لازم به منظور تعیین سوش ویروس در کشور جهت اتخاذ تصمیم علمی و منطقی در زمینه واکسیناسیون، در حال انجام است.

۳- تدوین و اجرای برنامه مراقبت سرطان پستان و اجرای آن در دانشگاه‌های منتخب

سرطان پستان در زنان هم‌چنان در رتبه اول قرار دارد و با میزان بروز استاندارد شده سنی ۲۸/۲۵ در صد هزار نفر، بالاتر از موارد گزارش شده سرطان پوست است. پراکندگی استانی آن تقریباً یکسان است و در تمامی استان‌ها بالاتر از سایر موارد سرطانی گزارش شده، قرار دارد، به جز در استان اردبیل، که پس از معده و مری و نیز استان کهگیلویه و بویراحمد، که بعد از پوست، جای دارد. اوج سنی سرطان پستان ۵۵-۵۰ سال است. براساس مطالعه Globocan 2008، میزان بروز استاندارد شده آن در کشورهای پیشرفته ۸۶/۴ و در کشورهای کم‌تر توسعه

¹ Colonoscopy

یافته ۲۷/۳ و در جهان ۳۸/۹ در صد هزار نفر است. این آمار در آسیا ۲۶ و در آسیای شرقی ۳۲/۷ در صد هزار نفر، گزارش شده است.

در حال حاضر غربالگری سرطان پستان در دانشگاه‌های اصفهان، کرمانشاه، رفسنجان و بابل در حال انجام است. امید است با ادغام تدریجی برنامه در نظام سلامت بار ناشی از سرطان پستان در زنان کشور کاهش یابد.

۴- طب تسکینی

آیین‌نامه و بسته‌های خدمتی طب تسکینی برای ادغام در نظام بهداشتی-درمانی کشور در حال تدوین است و درمانگاه‌های بیمارستانی طب تسکینی (آزمایشی Pilot Study) در بیمارستان امام خمینی دانشگاه علوم پزشکی تهران، بیمارستان سیدالشهداء دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، بیمارستان شهداء تجریش دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی و در شهرستان‌های اردبیل و زنجان دایر می‌باشد.

چالش‌ها

۱- موانع فرهنگی و عدم مشارکت گروه هدف در انجام غربال‌گری سرطان

۲ - کمبود منابع انسانی، تجهیزاتی و مالی

موفقیت برنامه‌های مبتنی بر جمعیت منوط به برنامه‌ریزی دقیق، سازمان‌دهی مناسب و برآورد و تأمین منابع (نیروی انسانی، تجهیزات و منابع مالی)، اطمینان از هماهنگی‌های درون بخشی و بین بخشی، تضمین استمرار اقدامات برنامه ای، در چهارچوب شواهد علمی و شرایط ملی است که ذیلاً به مختصری از آن‌ها پرداخته می‌شود:

الف: نیروی انسانی

به‌منظور تحقق اهداف مورد انتظار غربال‌گری، لازم است اجزای فرآیند به خوبی و با دقت تعیین، تعریف و به مورد اجراء گذاشته شوند. از جمله اقدامات در فرآیند غربال‌گری سرطان کولورکتال، فراخوان بیماران، رسم شجره‌نامه، مشاوره و انجام کولونوسکوپی است. کولونوسکوپی توسط متخصص گوارش یا داخلی انجام می‌شود. انجام این اقدامات نیاز به تأمین نیروی انسانی

دارد. لذا تأمین نیروی انسانی آموزش دیده، از بهورز، کاردان بهداشتی تا متخصصین گوارش، در تمام سطوح از نکات کلیدی مهم و چالش‌های برنامه غربال‌گری سرطان کولورکتال است.

ب: تجهیزات

مهم‌ترین بخش اجرایی برنامه غربال‌گری سرطان کولورکتال، دسترسی به واحدهای آندوسکوپی مجهز به دستگاه‌های کولونوسکوپی و سایر امکانات جهت پولیپکتومی^۱ و برداشتن ضایعات مشکوک است. بر همین اساس در بعضی از دانشگاه‌های کشور نیاز به تأمین دستگاه کولونوسکوپی می‌باشد. به مرور زمان و با فرسوده شدن دستگاه‌ها، نیاز به تأمین مالی، جایگزینی دستگاه‌های فرسوده و همچنین گسترش واحدهای کولونوسکوپی، جهت دسترسی عادلانه افراد می‌باشد. بر اساس سیاست تأمین عادلانه منابع و ضرورت ایجاد دسترسی برای کلیه افراد گروه هدف برنامه در سراسر کشور و در نظر گرفتن مشکلات فرهنگی و تشویق افراد و رفع موانع دسترسی افراد ساکن در جوامع روستایی کوچک و دور از دسترس، ایجاب می‌نماید، واحدهای کولونوسکوپی برای تمام سطح استان تهیه و در اختیار دانشگاه‌های علوم پزشکی قرار گیرد. بدیهی است به مرور زمان و با فرسوده شدن دستگاه‌ها، نیاز به تأمین مالی جهت جایگزینی دستگاه‌های فرسوده ضروری است.

ج: منابع مالی

برآورد هزینه‌های اجرایی هر برنامه مراقبتی ادغام یافته در نظام سلامت کشور، یکی از اجزای برنامه‌ریزی بوده و نشانگر واقع‌نگری و تعهد برنامه‌ریزان به اهداف برنامه است. منابع مالی و نحوه تأمین آن بایستی به گونه‌ای باشد که امکان استمرار اجرای برنامه براساس سیاست‌های کلی و شرایط مختلف اجتماعی و اقتصادی در دراز مدت را، داشته باشد. با توجه به تعیین ابتدا و انتهای فرآیند غربال‌گری و شفاف بودن شرح خدمات قابل ارائه در آن، امکان برآورد هزینه‌های مترتب بر اجرای غربال‌گری سرطان و نحوه تأمین منابع، برآورد این هزینه با در نظر گرفتن میزان مشارکت ذی‌نفعان برنامه و سهم نظام سلامت فراهم می‌گردد. با این که هزینه غربال‌گری در سایر کشورها رایگان است، در حال حاضر سازمان‌های بیمه در کشور، هزینه غربال‌گری سرطان را نمی‌پردازند در حالی که این برنامه نیاز به حمایت‌های این سازمان‌ها دارد.

¹ Polypectomy

بیماری‌های ژنتیکی

تاریخچه

اداره ژنتیک در سال ۱۳۷۰، با رسالت برنامه‌ریزی پیشگیری و کنترل بیماری‌های ارثی و تعیین‌کننده‌های ژنتیک بیماری‌های شایع تأسیس گردید.

کاهش مرگ و میر شیرخواران، باعث کاهش میزان‌های مرگ شیرخواران و کودکان زیر ۵ سال (IMR^۱ و U5MR^۲) به‌طور توأم می‌شود. در این شرایط درصد بروز بیماری‌های ژنتیک و مادرزادی به نسبت بیماری‌های عفونی و واگیر، رو به افزایش می‌گذارد. با سقوط مرگ شیرخواران به کم‌تر از ۵۰ در ۱۰۰۰ تولد زنده در سال، بروز بیماری‌های ژنتیک و مادرزادی تشدید می‌شود و چنانچه این کاهش به سمت ۱۰ مورد مرگ در ۱۰۰۰ تولد زنده و مقادیر کم‌تر از آن سیر کند، بروز به بالاترین میزان‌های ممکن میل خواهد کرد. از میان سایر فعالیت‌های اجتماعی عامل مهم دیگری که بر بروز بیماری‌های ژنتیک و مادرزادی تأثیرگذار است، ازدواج خویشاوندی، بویژه انواعی است که زوجین به دلیل نزدیکی خویشاوندی، درصد بالاتری از ژن‌های مشترک را از جد مشترک، به ارث برده‌اند.

در ایران ازدواج خویشاوندی فعالیت اجتماعی پسندیده و حتی ترغیب شده است. این خود به‌دلیل سودمندی‌های اجتماعی عمیقی است که این پدیده به ویژه در جوامع شرقی دارد. از جمله مهم‌ترین سودمندی‌های ازدواج خویشاوندی که به ماندگاری این رفتار اجتماعی طی قرن‌ها کمک کرده است، استحکام بیش‌تر ازدواج‌های خویشاوندی است.

به‌دلیل مذکور، پدیده ازدواج خویشاوندی بالاخص بر بروز بیماری‌های ژنتیکی اتوزومی مغلوب ایران تأثیر گذار است. این تأثیر موجب افزایش بروز بیماری‌های نادر ژنتیکی می‌شود و مدیریت این بیماری‌ها، به دلایل مختلف پیچیده، مستلزم تخصص‌های بالاتر و فن‌آوری‌های جدید و در نتیجه هزینه‌های بسیار بالایی نسبت به بیماری‌های دیگر است.

با وجود مولفه‌های تأثیر گذار شرح داده شده بر بروز بیماری‌های ژنتیک و مادرزادی و با توجه به گذار اپیدمیولوژیک، کشور در حال حاضر شرایط سخت مواجهه با بیماری‌های رو به افزایش ژنتیک، توأم با محدودیت عرضه خدمات ژنتیک (شامل پیشگیری و درمان و حمایت) را تجربه

^۱ Infant Mortality Rate

^۲ Under five Mortality Rate

می‌کند.

در این شرایط (پایه)، بروز بیماری‌های ژنتیک و مادرزادی در ایران، حداقل دو برابر بروز بیماری‌های مشابه در کشورهایی است که عوامل یاد شده مؤثر بر بروز را سال‌هاست مدیریت می‌کنند.

برنامه جامع ژنتیک اجتماعی با رویکرد فراهم‌آوری خدمات سلامت مورد نیاز، به‌صورت تلفیق شده در سه سطح ارائه خدمت در نظام سلامت (خدمات اولیه بهداشتی، خدمات تخصصی بالینی و خدمات فوق تخصصی بالینی و تشخیصی)، از طریق بازآرایی زیرساخت‌های موجود در نظام سلامت و نیز تکمیل کمبودهای این نظام و با هدف پاسخ‌گویی همه جانبه به نیازهای سلامت مرتبط با حیطه ژنتیک، تدوین شده و در حال توسعه می‌باشد. هر برنامه سلامت که در قالب رویکرد ژنتیک اجتماعی طراحی و اجرا می‌شود، فرآیندهای کلی زیر را، شامل می‌گردد:

- ۱- آموزش ژنتیک (عموم، گروه هدف، کارکنان نظام سلامت)
- ۲- شناسایی گروه‌های در معرض خطر (غربالگری، شناسایی فرصت طلبانه و در مراجعات جاری)
- ۳- مشاوره ژنتیک^۱
- ۴- تشخیص ژنتیک
- ۵- مراقبت ژنتیک

اختلالات تک ژنی، ناهنجاری‌های مادرزادی و بیماری‌های چند عاملی شامل بیماری‌های شایع دارای تعیین کننده‌های ژنتیک (مانند بیماری‌های قلبی عروقی زودرس ارثی- فامیلی و سرطان‌های ارثی- فامیلی و ...)، حیطه‌های اصلی فعالیت برنامه ژنتیک اجتماعی هستند. جزییات تقسیم بندی این گروه اختلالات و عوامل خطر ژنتیکی در جدول زیر خلاصه شده است:

¹ Pretest Counseling & Posttest Counseling

جدول شماره ۳۱- خلاصه تقسیم بندی اختلالات و عوامل خطر ژنتیکی				
طبقه بندی اصلی	طبقه بندی برنامه ای	برنامه بر حسب بیماری هدف	جمعیت تحت پوشش	دست آوردهای تحقق برنامه پیشگیری از بروز/ بهبود کیفیت زندگی
کنترل بیماری های ژنتیک کننده های ژنتیک بیماری های شایع	کنترل هموگلوبینوپاتی های شایع	پیشگیری از بروز بتا تالاسمی ماژور	زوجین مشکوک به بتا تالاسمی	پیشگیری از تولد ۸۰۰ مورد جدید در سال (کاهش ۸۰ درصد از موارد بروز)
		پیشگیری از بروز موارد بیماری سیکل سل	بیماران و خانواده های بیماران مبتلا به سیکل سل	پیشگیری از بروز ۲۰۰ مورد جدید در سال پیشگیری از صدمه به ارگان های بدن کاهش غیبت از فعالیت های اجتماعی
		پیشگیری و کنترل بیماری فنیل کتونوری	بیماران و خانواده های بیماران مبتلا به فنیل کتونوری در تمام کشور	پیشگیری بیش از ۱۰۰ مورد جدید در سال حفظ کیفیت زندگی ۱۰۰ مورد جدید سالانه بهبود کیفیت زندگی بیماران موجود
	غربالگری بیماری های ارثی نوزادان	کنترل عوارض نقص آنزیم G6PD	بیماران و خانواده های بیماران مبتلا به G6PD در دانشگاه های منتخب	۶۰ هزار مورد پیشگیری از بستری (کاهش ۱۰ درصد بستری مردان)
		غربالگری بیماری های ارثی متابولیک در نوزادان	بیماران و خانواده های بیماران مبتلا به بیماری های ارثی متابولیک در دانشگاه های منتخب	پیشگیری از ۱۲۰۰۰ مورد جدید بیماری متابولیک ارثی در سال که ۸۰ درصد موارد آن غیرقابل درمان مؤثر هستند
		کنترل جامع بیماری هموفیلی A و B	بیماران و خانواده های بیماران مبتلا به هموفیلی در دانشگاه منتخب	پیشگیری از بروز دست کم ۱۰۰ مورد بیماری در سال پیشگیری از صدمات مفصلی دست کم برای ۳۰ بیمار در سال
	کنترل بیماری های خونی دهنده ارثی			

	کنترل ناهنجاری‌های مادرزادی	کنترل ناهنجاری‌های مادرزادی و معلولیت ناشی از آن‌ها (کنترل نقص لوله عصبی ^۱ NTD)	خانواده‌های بیماران مبتلا NTD در دانشگاه منتخب	پیشگیری از ۲۵۰۰ مورد جدید در سال
	کنترل بیماری‌های کروموزومی	کاهش بروز سندرم داون	خانواده‌های در معرض خطر در دانشگاه منتخب	پیشگیری از ۳۰۰۰ مورد جدید در سال
	کنترل تعیین کننده‌های ژنتیک بیماری‌های شایع	شناسایی تعیین کننده‌های ژنتیک، عوامل خطر بیماری‌های شایع چند فاکتوری شامل قلب و دیابت	بیماران و خانواده‌های بیماران مبتلا به بیماری‌های قلبی و دیابتی فامیلیال در دانشگاه منتخب	کاهش ۱۵۰۰۰ مورد جدید بیماری‌های قلبی عروقی زودرس (PCAD ^۲)
		کنترل سرطان‌های فامیلی (سرطان پستان، گوارش)	بیماران و خانواده‌های بیماران مبتلا به بیماری‌های سرطان پستان و گوارش فامیلیال در دانشگاه منتخب	کاهش ۸۰۰ مورد جدید سرطان پستان فامیلیال - ارثی در سال و ۶۰۰ مورد جدید سرطان کلون فامیلیال - ارثی در سال
		کنترل بیماری‌های ارثی گوش و چشم	بیماران و خانواده‌های بیماران مبتلا به بیماری‌های ارثی گوش و چشم در دانشگاه منتخب	مشاوره ژنتیک با بیماران و پیشگیری از موارد جدید بیماری‌های ارثی گوش و چشم از این طریق - راه اندازی روش‌های PGD ^۳ برای موارد شایع و پیشگیری از بروز از این طریق

برنامه‌های مدل در برنامه ژنتیک اجتماعی

برنامه‌های فوق در مراحل مختلفی از اجرا قرار دارند. دو مدل از برنامه‌های ژنتیک اجتماعی که به‌صورت کشوری در نظام سلامت ادغام شده است، شامل پیشگیری از بروز بتا تالاسمی ماژور و پیشگیری و کنترل فنیل کتونوری (PKU^۴) است. برنامه پیشگیری تالاسمی، تأثیر پیشگیری را به‌عنوان یک نماینده و با مهندسی برنامه ملی ژنتیک اجتماعی، نشان می‌دهد. برنامه کنترل

^۱ Neural Tube Defect

^۲ Premature Cardiovascular Diseases

^۳ Preimplantation Genetic Diagnosis

^۴ Phenyl Ketonuria

PKU، تأثیر اجرای بسته خدمات توأم پیشگیری و درمان (care) بیماری‌های ژنتیک و مادرزادی را به‌صورت یک مدل، منعکس می‌کند.

برنامه پیشگیری از تالاسمی بتا ماژور

تاریخچه

برنامه پیشگیری از بروز بتا تالاسمی ماژور از سال ۱۳۷۱ به‌صورت پایلوت در استان‌های گیلان، مازندران، خوزستان و فارس و پس از اخذ مصوبه هیئت وزیران از ابتدای سال ۱۳۷۶ در کل کشور به اجرا در آمده است. نظام سلامت با اجرای این برنامه در قالب غربال‌گری قبل از ازدواج، غربال‌گری والدین بیماران تالاسمی و مشاوره ژنتیک همراه با پیشنهاد تشخیص ژنتیک جنین و سقط موارد مبتلا در خانواده‌های متقاضی، توانست بروز تالاسمی را طی ۱۰ سال، به یک سوم کاهش دهد. بر اساس محاسبات صورت گرفته، اکنون ۱۰ درصد موارد بروز هم چنان باقی است.

برنامه پیشگیری تالاسمی بتا در ایران، هم‌چنین نقش مدل مدیریت برنامه ژنتیک اجتماعی را در عرصه پیشگیری ژنتیک بر عهده دارد. این مدل مبتنی بر مدیریت ادغام یافته برنامه‌های ژنتیک در یک قالب واحد، به نام ژنتیک اجتماعی است. برنامه پیشگیری تالاسمی بتا در این نقش، موفقیت متدولوژی پیشگیری برنامه ژنتیک اجتماعی را به اثبات رساند. یکی از عوامل مهم تأثیر گذار بر کاهش بروز موارد تالاسمی، غربال‌گری زوجین قبل از ازدواج است. در حال حاضر انجام آزمایش غربال‌گری برای این زوجین در کشور، الزام قانونی دارد.

در ادامه روند غربال‌گری، زوجینی که هر دو مشکوک به تالاسمی بتا مینور هستند، مورد بررسی تکمیلی قرار می‌گیرند و سپس در صورت تأیید نتایج، مشاوره ژنتیک می‌شوند و چنانچه تصمیم به ازدواج بگیرند، تشخیص ژنتیک جنین در هر بار حاملگی به ایشان پیشنهاد شده و اگر این پیشنهاد را بپذیرند به یکی از مراکز منتخب تشخیص ژنتیک کشور (بر حسب منطقه سکونت) ارجاع داده می‌شوند، تا جهش ژنتیکی در خانواده معلوم شود. براساس نظام مراقبت بیماری، زوجین در طول دوران باروری، برای هر حاملگی مراقبت شده و مطابق با دستورالعمل کشوری، خدمات ژنتیک دریافت می‌کنند. برنامه غربال‌گری تالاسمی ایران، بزرگ‌ترین برنامه غربال‌گری تالاسمی جهان است. با وجود وسعت و گستره عمل و در برگیزندگی تمام سطوح

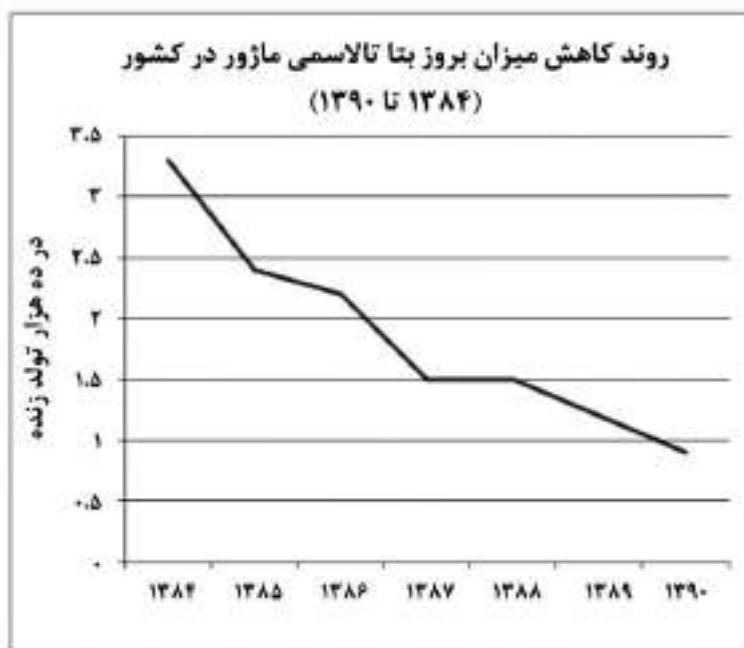
خدمت، این برنامه توانسته مؤثر ژنتیک اجتماعی جهان لقب گیرد (Christianson & Streetly 2004).

شاخص‌ها

جدول شماره ۳۲- شاخص‌های برنامه

عنوان شاخص	عدد فعلی	روند آن در ۵ سال اخیر	منبع صورت	مخرج
بروز بتا تالاسمی ماژور	۰/۹ (در ده هزار تولد زنده)	نزولی (با متوسط کاهش ۰/۳ مورد در ده هزار تولد زنده)	داده‌های جاری برنامه	آمار واکسیناسیون بتا ژ
شیوع بتا تالاسمی ماژور	۲۲ (در صد هزار نفر جمعیت عمومی)	نزولی (با شیب اندک)	بیماران ثبت شده در بیمارستان‌های تزریق خون دانشگاه‌های ع پ کشور	برآورد جمعیتی پایگاه مرکز آمار ایران

تحلیل روند تغییرات



نمودار شماره ۲۱- روند کاهش میزان بروز بتا تالاسمی ماژور در کشور، (۱۳۸۴-۱۳۹۰)

جدول شماره ۳۳- عملکرد راهبرد یک، بر حسب سال ازدواج والدین- در کشور
(۱۳۸۳-۱۳۷۶)

تعداد کل مراجعین (به دلیل تغییر دستورالعمل از سال ۱۳۸۵ داده ها به صورت زیر سازماندهی شده اند)									
مرد (تعداد کل)		زن		زوج مشکوک نهایی*** (تعداد در ده هزار زوج)		زوج ناقل شناسایی شده ^۳ (تعداد در ده هزار زوج)		زوج ناقل شناسایی شده	
سال	مراجعه کننده ^۲	سال	مراجعه کننده ^۲	زوج ناقل شناسایی شده	زوج مشکوک نهایی	زوج ناقل شناسایی شده	زوج مشکوک نهایی	زوج ناقل شناسایی شده	زوج مشکوک نهایی
درصد از کل (مشکوک ها)	درصد از کل (مشکوک ها)	درصد از کل (مشکوک ها)	درصد از کل (مشکوک ها)	درصد از کل (مشکوک ها)	درصد از کل (مشکوک ها)	درصد از کل (مشکوک ها)	درصد از کل (مشکوک ها)	درصد از کل (مشکوک ها)	درصد از کل (مشکوک ها)
۱۳۸۵	۸۳۷۶۴۷	۳۲۲۴۱۵	۲۵۸۴(۳۱)	۸۶۵۰(۱۰۳)	۲۵۸۴	۸۶۵۰	۶۰۹(۲۳)	۱۱۸۷(۱۴)	۱۶۵۱(۶۴)
۱۳۸۶	۹۸۵۷۷۴	۳۳۵۵۳۶	۲۶۲۷ (۲۷)	۱۱۰۶۹(۱۱۲)	۲۶۲۷	۱۱۰۶۹	۵۲۶(۲۰)	۶۵۸(۶)	۱۸۸۱(۷۲)
۱۳۸۷	۹۹۶۴۰۰	۳۴۷۷۴۰	۲۶۵۲ (۲۷)	۱۲۴۶۵	۲۶۵۲	۱۲۴۶۵	۵۰۶(۱۹)	۸۳۷(۷)	۱۸۶۴(۷۰)
۱۳۸۸	۱۰۲۷۷۹۷	۳۶۴۱۲۷	۲۸۱۷ (۲۷.۵)	۱۳۲۲۰	۲۸۱۷	۱۳۲۲۰	۵۵۶(۲۰)	۸۴۶(۶)	۲۰۰۶(۷۱)
۱۳۸۹	۱۰۸۱۳۲۴	۴۰۳۸۲۰	۲۷۲۵ (۲۴)	۱۴۴۴۷	۲۷۲۵	۱۴۴۴۷	۴۸۱(۱۸)	۹۴۴(۶)	۱۹۹۲(۷۳)
۱۳۹۰	۱۱۰۰۰۴۵	۴۱۵۶۰۷	۲۴۸۴ (۲۸)	۱۶۰۱۲	۲۴۸۴	۱۶۰۱۲	۳۵۰(۱۴)	۹۱۶(۶)	۱۹۲۲(۷۷)
جمع	۶۰۲۸۹۸۷	۲۱۸۹۲۴۵	۱۵۸۸۹	۷۵۸۶۳	۱۵۸۸۹	۷۵۸۶۳	۳۰۲۸	۵۳۸۸	۱۱۳۱۶

^۱ تعداد و درصد مشاوره های ویژه، برابر با تعداد و درصد زوجین ناقل است (کلیه زوجین تحت مشاوره ویژه قرار گرفته اند).

^۲ تعداد کل مراجعات برابر با تعداد مردهای مراجعه کننده است.

^۳ در مواردی است که زن و مرد هر دو مینور و یا مشکوک نهایی و یا یکی مینور و دیگری مشکوک نهایی است.

جدول شماره ۳۴- علل بروز موارد بتا تالاسمی ماژور در کشور سال ۱۳۸۳-۱۳۷۶

موارد اختلال	۱۳۷۶	۱۳۷۷	۱۳۷۸	۱۳۷۹	۱۳۸۰	۱۳۸۱	۱۳۸۲	۱۳۸۳	جمع
اجرای برنامه آموزشی	۲۸	۱۸	۲۳	۲۳	۲۴	۸	۱۴	۱	۱۳۹
عملکرد آزمایشگاه غربالگری	۱۰	۱۰	۱۵	۱۴	۸	۳	۱	۰	۶۱
پوشش غربالگری	۷۸	۳۱	۴۳	۲۶	۹	۶	۵	۰	۱۹۸
مشاوره ویژه	۳۶	۲۹	۴۲	۳۴	۲۴	۱۸	۱۶	۱	۲۰۰
نظام پیگیری زوجین	۲۹	۱۶	۲۸	۱۰	۱۳	۷	۲	۰	۱۰۵
عملکرد آزمایشگاه PND	۷	۳	۰	۲	۱	۲	۰	۰	۱۵
همکاری زوج برای مراقبت	۲۸	۲۹	۳۰	۲۰	۲۷	۱۸	۸	۱	۱۶۱
بضاعت مالی زوجین (شامل بیمه نبودن)	۵	۱۱	۹	۹	۸	۲	۲	۰	۴۶
سایر	۵	۶	۱	۳	۱	۱	۰	۰	۱۷
جمع	۲۳۵	۱۵۳	۱۹۱	۱۴۱	۱۱۵	۶۵	۴۸	۳	۹۵۱

در مورد علل بروز تالاسمی بتا در هر یک از سال‌های بعد از شروع برنامه، در مجموع هر یک از علل از سال ۱۳۷۶ تا سال ۱۳۸۳ روند رو به کاهش داشته است. در میان علل، بیش‌ترین سهم در سال‌های نخست، مربوط به اختلال در پوشش غربال‌گری، مشاوره ژنتیک و پیگیری (مراقبت) زوجین بوده است؛ این علل نیز مانند سایر علل بروز، از سال ۱۳۷۶ تا ۱۳۸۳، به‌طور مستمر، روند نزولی طی کرده‌اند.

دست آوردها

الف: طراحی و راه اندازی زیرساخت‌ها، توسعه علمی و مراحل دست یابی به اهداف:

استاندارسازی عرضه خدمات ژنتیک در کشور:

- ابداع عرضه خدمات استاندارد ژنتیک مبتنی بر جامعه
- نظارت مضاعف بر عرضه خدمات ژنتیک:
- الزام عرضه‌کنندگان خدمت در برنامه کشوری به اجرای
- استانداردهای ژنتیک اجتماعی

ارتقاء علمی و مستمر برنامه:

- توسعه تحقیقات کاربردی و برنامه‌ای در کشور
- مدیریت علمی مبتنی بر خرد جمعی:
- مشارکت حداقل ۱۰۰ هیئت علمی و صاحب نظر برجسته
- مدیریت برنامه در قالب شبکه‌های علمی - فنی
- دسترسی به تشخیص ژنتیک برای همه مردم:
- شبکه سازی در سطح ۳ و اتصال آن به سطح ۱ و ۲
- دسترسی به مشاوره ژنتیک:
- ادغام خدمت در نظام سلامت
- تحقق مدیریت مشارکتی توزیع شده:
- تشکیل زیر کمیته‌های علمی و مدیریت مستمر مشورتی برنامه
- ارتقاء سلامت جامعه:
- کاهش ۷۵ درصد بروز ؛ از ۱۲۰۰ مورد به ۲۰۰ مورد
- حفظ کیفیت زندگی دست کم برای ۸۰۰۰ خانواده تا کنون و ۱۰۰۰ خانواده جدید در هر سال
- راه اندازی نظام مراقبت ژنتیک:
- ادغام برنامه در نظام PHC
- کسب اعتبار بین‌المللی و تولید دانش:
- بررسی و تأیید علمی بین‌المللی مستمر برنامه
- تأیید برنامه توسط مستندات معتبر بین‌المللی به عنوان برنامه منحصر به فرد ژنتیک اجتماعی

ب: مدل سازی برای نظام سلامت

یکپارچه سازی نظام ارجاع:

- پوشش سیستمی همه سطوح در عرضه خدمات ژنتیک
- تمرکززدایی در مدیریت:

- تولید ابزارهای مشارکت سیستمی ذی‌نفعان در مدیریت برنامه
- اقتصادی کردن برنامه‌های جامعه‌نگر:
- مشارکتی کردن تأمین مالی برنامه
- برنامه‌ریزی تولید ثروت ملی

چالش‌ها

بروز باقی مانده در استان‌های ویژه به‌علت شرایط اجرایی خاص و نواقص زیرساخت‌های پایه سلامت

آینده‌نگاری و افق چشم‌انداز

- جاری ساختن برنامه پیشگیری و کنترل هموگلوبینوپاتی‌های شایع در بستر علمی - اجرایی فراهم شده
- کاهش حداکثری موارد بروز بتا تالاسمی ماژور از طریق به کارگیری راهبردهای کارآمد برای استان‌های ویژه.
- تقویت بخش تحقیق و تعالی (Research & Development) برنامه با همکاری شبکه‌های پژوهشی، دانشگاهی کشور و کمیته ملی ژنتیک با هدف تولید مستندات علمی و بومی به منظور ارتقاء مستمر استانداردهای برنامه.

برنامه پیشگیری و کنترل بیماری فنیل کیتونوری (PKU)

تاریخچه

با محاسبات صورت گرفته فعلی که بر اساس نظر متخصصین و کارشناسان بیماری به دست آمده، بیماری PKU، شایع‌ترین بیماری متابولیک ارثی ایران است. بروز بیماری بین یک در ۸۰۰۰ تا ۶۰۰۰، برای کل کشور محاسبه شده است.

در حال حاضر، نزدیک به ۱۵۰۰ بیمار فنیل کیتونوری در بیمارستان‌های منتخب فنیل کیتونوری سراسر کشور، برای دریافت خدمات استاندارد، ثبت نام شده‌اند. پیش‌بینی می‌شود،

این رقم یک سوم تا یک چهارم بیماران کشور باشد. با توجه به نظر کارشناسان، سایر بیماران به دلیل معلولیت شدید، در آسایشگاه‌های معلولین یا در منازل نگهداری می‌شوند و خانواده‌ها به دلیل امید نداشتن به بهبود (حتی بهبود نسبی) آن‌ها، از ثبت نام ایشان در بیمارستان‌های منتخب مراکز استان‌های سراسر کشور، اجتناب کرده‌اند.

در ایران، بسته خدمات بیماران فنیل کیتونوری، شامل درمان استاندارد، پیشگیری ژنتیک و غربالگری نوزادان، در استان‌هایی که الزامات برنامه (شامل درمان استاندارد و پیشگیری ژنتیک) فراهم گردیده است، عرضه می‌شود.

سازمان کاری این برنامه، در برگیرنده ۴ سطح خدمات از غربالگری، شناسایی اولیه تا درمان مادام‌العمر بیمار توسط تیم متشکل درمانی در بیمارستان منتخب و مشاوره و تشخیص ژنتیک به‌ترتیب در مراکز بهداشتی - درمانی ویژه مشاوره ژنتیک و مراکز منتخب تشخیص ژنتیک کشور است.

برنامه پیشگیری و کنترل بیماری فنیل کیتونوری، مدل عرضه خدمات بالینی تیمی در قالب برنامه ژنتیک اجتماعی است. این برنامه موفق شده است تمام سطوح عرضه خدمت، شامل پیگیری و درمان تیمی را که در برگیرنده ۴ سطح خدمات است، در قالب برنامه ژنتیک اجتماعی عرضه نماید. در سازمان کاری این برنامه، روابط بین بخش‌های مختلف در یک نظام ادغام یافته (Integrated) تعریف شده و در چارچوب نظام سلامت ایران به اجرا درآمده است.

درمان بیماری فنیل کیتونوری، سخت و مادام‌العمر است و بیشتر شامل رژیم غذایی با فنیل آلانین محدود است. چالش اصلی مدیریت بیماران فنیل کیتونوری، تأمین غذای با فنیل آلانین محدود و مهم‌تر از آن، مدیریت بیمار، برای پذیرش رژیم محدود غذایی، به‌ویژه در سال‌های نوجوانی و جوانی است.

با درمان استاندارد، عمر متوسط بیماران، تفاوت قابل ملاحظه‌ای با سایر افراد در جامعه ندارد، لیکن دسترسی به درمان استاندارد، مشکل است و تحقق آن برای کشورهای با سرانه محدود سلامت و زیرساخت‌های در حال گذار اپیدمیولوژیک، محدودیت دارد. در شرایط بدون مداخله، معلولیت بر حسب جهش در ژن بیماری، به درجات متفاوت رخ می‌دهد. متوسط سن بیماران در این شرایط، ۵۰ سال محاسبه شده است؛ با وجود این، کیفیت زندگی در حداقل ممکن (در شرایط عدم درمان) است.

شاخص‌ها

جدول فراوانی ارجاع و تشکیل پرونده ژنتیک بیماران فنیل کیتونوری در مراکز بهداشتی، درمانی ویژه مشاوره ژنتیک به تفکیک سال (در ۶ دانشگاه علوم پزشکی مجری طرح غربال‌گری).

جدول شماره ۳۵- فراوانی ارجاع و تشکیل پرونده ژنتیک بیماران

ثبت بیمار در نظام مراقبت در سطح ۱		ارجاع به مرکز بهداشتی - درمانی ویژه مشاوره ژنتیک		تشکیل پرونده ژنتیک در مرکز بهداشتی - درمانی ویژه مشاوره ژنتیک	
سال	تعداد	درصد	تعداد	درصد از کل بیماران	درصد از کل ارجاعات صورت گرفته
				وارد شده به نظام طی سه سال	وارد شده به نظام طی سه سال
۱۳۸۶	۲۸۸	۶۷	۱۸۳	۴۳	۱۰
۱۳۸۷	۸۱	۱۹	۱۱۴	۲۷	۲۰
۱۳۸۸	۵۹	۱۴	۷۲	۱۷	۱۴
کل	۴۱۷	۱۰۰	۳۶۹	۸۸	۴۴

جدول شماره ۳۶- فراوانی موارد PND2^۱ در برنامه پیشگیری فنیل کیتونوری^۲

سال	تعداد PND2	نتیجه	مبتلا
		سالم	ناقل
۱۳۸۵	۳	۱	۱
۱۳۸۶	۱۹	۴	۸
۱۳۸۷	۲۰	۵	۸
۱۳۸۸	۲۷	۹	۱۱
۱۳۸۹	۳۰	۷	۱۳
جمع	۹۹	۲۱	۲۵

^۱ PND₂ تشخیص ژنتیک جنین و PND₁ بررسی جهش در مادر و پدر است.

^۲ منبع داده‌ها: (سال ۸۶) آزمایشگاه‌های منتخب (فعلي) تشخیص ژنتیک فنیل کیتونوری

یکی از مهم‌ترین شاخص‌های تعیین کننده موفقیت برنامه‌های غربالگری، چگونگی مدیریت بیماران بعد از تشخیص قطعی است، روندی که بسیاری از برنامه‌های غربالگری کشور که زیر ساخت مناسب عرضه خدمت در تمام سطوح برای برنامه را پیش بینی و طراحی و اجرا نکرده‌اند را، دچار چالش ساخته است.

بیماری فنیل کیتونوری، گرچه بر اساس نظر کارشناسان شایع‌ترین بیماری متابولیک ارثی ایران است، لیکن در مقایسه با سایر بیماری‌ها، بیماری نادری است. به‌علاوه بیماری فنیل کیتونوری (نوع کلاسیک) حدود ۴۰۰ جهش شناخته شده دارد و به‌همین دلیل، یکی از بیماری‌هایی است که تشخیص ژنتیک آن نیازمند سازماندهی ویژه، تعیین استانداردها مطابق با شرایط جغرافیایی و بومی کشور و آموزش و ارجاع خانواده‌های بیماران مبتلاست. با وجود این، در برنامه کشوری پیشگیری و کنترل بیماری فنیل کیتونوری، سازماندهی عرضه خدمات ژنتیک به نحوی قابل دسترس پیش بینی شده و به اجرا در آمده است.

از سوی دیگر برنامه پیشگیری و کنترل بیماری فنیل کیتونوری، با سازماندهی خدمات بالینی در قالب تیم بالینی و در بیمارستان‌های منتخب فنیل کیتونوری استان‌های سراسر کشور، عملاً مدیریت پیچیده بالینی بیماری فنیل کیتونوری را در سراسر کشور ممکن ساخت و با اجرای این بخش‌ها، الزامات اساسی برنامه غربالگری فنیل کیتونوری را تحقق بخشید.

جدول شماره ۳۷- میانگین مقدار ۳ فنیل آلانین^۱ آخرین آزمایشات بیماران فنیل کیتونوری تحت مراقبت، به تفکیک سن، منطقه تحت پوشش ۶ دانشگاه علوم پزشکی

دامنه اطمینان	انحراف	تعداد میانگین	۷۰٪	۵۰٪	۳۰٪
۹۵ درصد میانگین	معیار		حد اقل حداکثر	حد پایینی حد بالایی	
۳۵/۷	۵/۴	۱۰/۳	۳۴۳	۱۰/۹	۰/۳۹
۲۹/۸	۴/۲	۱۴/۵	۹۴	۱۵/۴	۳/۳
۳۵/۷	۵	۹/۶	۱۶۰	۱۰/۴	۰/۴۷
۲۵/۳	۴/۴	۷/۱	۸۸	۸/۱	۰/۳

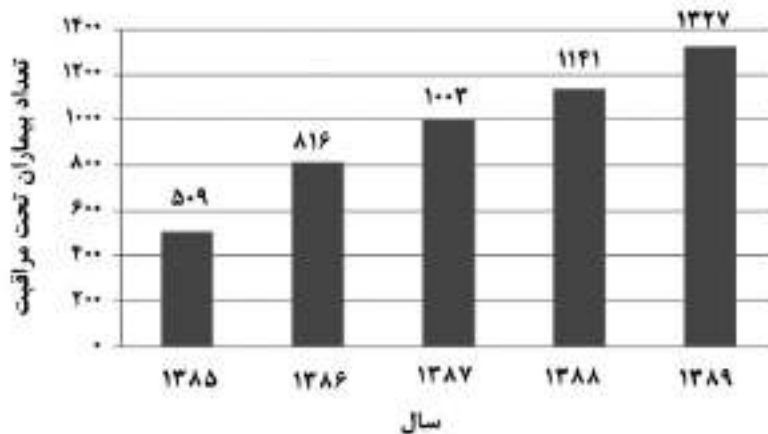
جدول فوق مؤید این مطلب است که کنترل فنیل آلانین بیماران موجود که پیش از اجرای

^۱ حد تعیین شده برای میزان فنیل آلانین در بیماران زیر ۱۲ سال ۶-۲ mg/dl و در بیماران بالای ۱۲ سال ۱۰-۲ mg/dl است.

برنامه به دلیل عدم دسترسی به خدمات بالینی در شرایط بسیار نامطلوبی قرار داشت، ساماندهی شده و در حال اجرای مستمر است. کنترل بیمارانی که با غربالگری بدو تولد شناسایی شده‌اند و زمینه مساعدتری برای تأثیرگذاری خدمات بالینی دارند، در محدوده به مراتب بهتری قرار می‌گیرند. با وجود این، هر یک از این محدوده‌ها، همچنان نیاز به ارتقاء برای دستیابی به بهترین نتیجه بالینی را دارند. این جدول، هم‌چنین مؤید وجود سازمان کاری استاندارد برای پیگیری و مراقبت بالینی بیماران است.

تحلیل روند تغییرات

تشکیل تیم بالینی در بیمارستان‌های منتخب و خدمات متمرکز، شامل بررسی بالینی بیماران، مشاوره تغذیه ایشان و ساماندهی حمایت‌های اجتماعی بیمار با حضور مددکار اجتماعی در تیم بالینی به صورت سازمان یافته، مشاوره توان بخشی ذهنی و مشاوره روانشناسی والدین، بررسی آزمایشگاهی و تحویل شیر و غذای مخصوص به ایشان در روز مراجعه به بیمارستان منتخب، بیماران ثبت شده را قادر می‌سازد از خدمات جامع برخوردار شده و بیش‌ترین دسترسی و شانس را برای احراز بالاترین کیفیت ممکن ناشی از اعمال برنامه درمانی داشته باشند.



نمودار شماره ۲۲- تعداد بیماران تحت مراقبت منطقه تحت پوشش
دانشگاه‌های علوم پزشکی کل کشور (۱۳۸۵-۱۳۸۹)

چالش‌ها

- برنامه‌ریزی و تأمین مستمر و هزینه- اثربخش اقلام غذایی مخصوص بیماران در کشور
- تفکیک حیطه وظایف و تأمین الزامات برنامه در معاونت‌های بهداشت، درمان و سازمان غذا و دارو از طریق ارتقاء همکاری‌های بین بخشی
- سازماندهی بهینه و سیاست‌گذاری حیطه فعالیت انجمن‌های حمایتی در جهت حفظ منافع ملی و مردمی

دست آوردها

- ارائه خدمات به صورت تلفیق یافته در سه سطح ارائه خدمت به عنوان برنامه الگوی پیشگیری و کنترل بیماری‌های متابولیک ارثی
- راه اندازی و بومی سازی فن‌آوری‌های تشخیص ژنتیک و بیوشیمیایی برای انواع کلاسیک و غیر کلاسیک بیماری فنیل کیتونوری
- تدوین راهنماهای مبتنی بر شواهد برای تمامی بخش‌های اجرایی برنامه شامل: مراقبت ژنتیک، خدمات بالینی تخصصی، آزمایشگاهی (غربالگری)، تشخیص ژنتیک و کنترل درمان، رژیم درمانی و مشاوره تغذیه بیماران، حاصل عملکرد کمیته‌های تخصصی کشوری.
- ارائه آموزش مداوم و مؤثر به والدین با هدف ارتقاء سطح همکاری ایشان در مدیریت بیمار توسط مددکاران اجتماعی بیمارستان‌های منتخب فنیل کیتونوری مراکز استان‌های کشور
- تشکّل خدمات بالینی تیمی به‌صورت یک‌جا در بیمارستان منتخب فنیل کیتونوری در مرکز هر استان در راستای افزایش دسترسی و رضایت‌مندی بیماران.
- تعامل علمی برنامه‌ریزی شده با کلیه صاحب نظران در سراسر کشور و تبادل دست‌آوردهای برنامه در نشست‌های علمی دوره‌ای و همایش‌های سالانه کنگره بین‌المللی کودکان ایران
- انتخاب برنامه به‌عنوان الگوی حاکمیت بالینی توسط معاونت درمان.

آینده نگاری حیطه و ترسیم افق چشم انداز

- جاری ساختن برنامه پیشگیری و کنترل بیماری‌های متابولیک ارثی در بستر علمی - اجرایی فراهم شده
- جهت دهی بخش دانشگاهی و صنعتی در راستای بومی سازی فن‌آوری تولید محصولات غذایی ویژه بیماران مزمن انسدادی تنفسی
- گسترش کمی و کیفی شبکه روانشناسان بالینی بیماری‌های متابولیک ارثی
- بازنگری و بهبود مستمر استانداردها و الزامات برنامه

برنامه بیماری‌های مزمن تنفسی

تاریخچه

بیش از ۱/۵ میلیارد نفر در سراسر دنیا به بیماری‌های مزمن ریوی مبتلا هستند و سالانه بیش از ۴ میلیون نفر در اثر ابتلاء به آسم^۱ و بیماری‌های مزمن انسدادی تنفسی^۲، جان خود را از دست می‌دهند. پیش بینی می‌شود که تا سال ۲۰۳۰، صد میلیون بیمار آسمی به بیماران فعلی اضافه شوند. بیماری‌های مزمن انسدادی تنفسی به سومین علت مرگ ناشی از بیماری در دنیا تبدیل شود. آسم شایع‌ترین بیماری مزمن دوران کودکی و شایع‌ترین علت بستری در بیمارستان و نیز علت غیبت طولانی از مدرسه است. طی سال‌های ۱۹۸۰-۱۹۹۴ میلادی، شیوع آسم ۷۵ درصد افزایش داشته که این افزایش شیوع، در کودکان حدود ۱۶۰ درصد بوده است.

شیوع آسم و بیماری‌های مزمن انسدادی تنفسی در ایران دقیقاً مشخص نیست. بر اساس مطالعات انجام شده در کشور، شیوع علائم آسم در جمعیت کودکان و نوجوانان، حدود ۱۳ درصد تخمین زده می‌شود و در بعضی از مناطق تهران، شیوع علائم آسم تا ۳۵ درصد گزارش شده است، اما در خصوص بیماری‌های مزمن انسدادی تنفسی تاکنون مطالعه کشوری صورت نگرفته است و آمار و اطلاعات دقیقی در خصوص شیوع بیماری در کشور، در دسترس نیست. اما بر اساس مطالعات جهانی شیوع بیماری‌های مزمن انسدادی تنفسی در جمعیت

^۱ Asthma

^۲ Chronic Obstructive Pulmonary Diseases

بالغین حدوداً ۷-۶ درصد است.

واحد آسم و آلرژی مرکز مدیریت بیماری‌های غیر واگیر فعالیت خود را از سال ۱۳۸۰ آغاز کرد و با هدف افزایش آگاهی آحاد جامعه در خصوص بیماری آسم و عوامل خطر ایجادکننده آن، اقدام به تدوین کتب آموزشی مختلف، برگزاری کلاس‌ها و دوره‌های آموزشی برای گروه‌های مختلف جامعه (پزشکان، پرستاران، بیماران و خانواده‌های ایشان، ...) و برگزاری سالانه همایش روز جهانی آسم، نمود. با توجه به روند رو به افزایش بیماری‌های مزمن تنفسی (به ویژه آسم و بیماری‌های مزمن انسدادی تنفسی) در سطح جامعه، از سال ۱۳۹۰، این واحد به اداره بیماری‌های مزمن تنفسی ارتقاء یافت و به عنوان اولین گام با بهره‌گیری از نظرات کارشناسان و صاحب نظران حوزه‌های مختلف علمی و اجرایی، مبادرت به تدوین اولین برنامه راهبردی ۵ ساله (۱۳۹۶-۱۳۹۲) نمود. این برنامه بر اساس راهبردهای WHO، و با توجه به تجارب جهانی در زمینه کنترل بیماری‌های مزمن تنفسی و با رویکرد جلب مشارکت تمام ذی‌نفعان و آحاد جامعه، در پیشگیری و کنترل این بیماری‌ها و عوامل خطر زمینه ساز آن‌ها، طراحی و تدوین شده است. این برنامه مشتمل بر چهار راهبرد اصلی است که عبارتند از:

- افزایش دانش همگانی در خصوص این بیماری‌ها و عوامل خطر ساز آن‌ها
- برپایی نظام مراقبت (surveillance) آسم و بیماری‌های مزمن انسدادی تنفسی
- ارتقاء مدیریت (پیشگیری، تشخیص سریع، درمان و پیگیری) آسم و بیماری‌های مزمن انسدادی تنفسی در نظام سلامت کشور
- افزایش همکاری‌های بین بخشی و تقویت سازو کارهای حمایتی (بیمه، خیریه، ...) و نظارتی و کنترل عوامل خطر

بر اساس راهبردهای فوق، طرح‌ها و پروژه‌های متعددی به منظور اجرا در یک دوره ۵ ساله (۱۳۹۶-۱۳۹۲)، در کشور طراحی شده است.

متعاقب تصویب برنامه راهبردی در کمیته فنی بیماری‌های مزمن تنفسی، کمیته راهبردی بیماری‌های مزمن تنفسی در دانشگاه‌های علوم پزشکی کشور با حضور نمایندگانی از نهادها و سازمان‌های ذی‌نفع تشکیل شده و برنامه عملیاتی دانشگاه‌ها در سال ۱۳۹۲، برای پیشگیری و کنترل بیماری‌های مزمن انسدادی تنفسی، بر اساس سند راهبردی، تدوین گردید. در حال حاضر مقدمات اجرای این برنامه در بسیاری از دانشگاه‌های علوم پزشکی کشور، آغاز شده است.

دست آوردها

- تدوین اولین برنامه راهبردی ۵ ساله (۱۳۹۶-۱۳۹۲) پیشگیری و کنترل آسم و بیماری‌های مزمن تنفسی
- بزرگداشت سالانه روز جهانی آسم
- تدوین کتب آموزشی برای گروه‌های مختلف جامعه (بیماران و خانواده‌های آن‌ها، پرستاران، مربیان بهداشت، دانش آموزان)
- تدوین راهنمای بالینی ارزیابی، تشخیص و درمان آسم

شاخص‌ها

- میزان شیوع بیماری مزمن انسدادی تنفسی آسم
- میزان مرگ ناشی از بیماری بیماری‌های مزمن انسدادی تنفسی و آسم
- میزان بروز حملات بیماری بیماری‌های مزمن انسدادی تنفسی و آسم
- میزان موارد بستری ناشی از بیماری بیماری‌های مزمن انسدادی تنفسی و آسم

چالش‌ها

- از مهم‌ترین موانع اجرایی این برنامه، می‌توان به موارد زیر اشاره کرد:
- روند رو به رشد زندگی شهرنشینی و تغییر سبک زندگی مردم
 - روند تخریب جنگل‌ها و کاهش سرانه جنگل
 - توسعه روزافزون صنایع آلاینده و آلاینده‌های زیست-محیطی
 - تشدید آلودگی هوا
 - روند رو به رشد مصرف دخانیات و کاهش سن شروع مصرف آن
 - تغییر باورهای فرهنگی جامعه و شکستن برخی از تابوها در خصوص مصرف دخانیات از جمله قلیان و افزایش مصرف دخانیات در بین زنان.
 - ضعف در اجرای برخی از قوانین، از جمله قوانین محدودکننده مصرف دخانیات و قوانین موجود در زمینه آلاینده‌های محیطی

- عدم آگاهی از وضعیت پراکندگی و غلظت گرده گیاهان و سایر عوامل آلرژی‌زا
- ضعف در اجرای قوانین مربوط به حفاظت شغلی (در دسترس قرار ندادن تجهیزات حمایتی، ضعف در انجام معاینات دوره‌ای کارگران،...).
- بالا بودن هزینه‌های تشخیص و درمان آسم و بیماری‌های مزمن انسدادی تنفسی
- پوشش ناکافی بیمه‌ای (داروها و تجهیزات)
- تبعیت کم بخش خصوصی و سازمان‌های دولتی خارج از مجموعه وزارت بهداشت، از پروتکل‌های تشخیصی و درمانی بخش دولتی
- سهم پایین بهداشت و درمان از سرانه تولید ناخالص ملی

آینده نگاری حیطه و ترسیم افق چشم انداز

هم‌چنین از مهم‌ترین اقداماتی که می‌توان برای رفع چالش‌ها و مشکلات موجود انجام داد، موارد زیر را می‌توان برشمرد:

- بازنگری قوانین موجود در زمینه کنترل صنایع آلاینده و آلاینده‌های زیست محیطی و ایجاد ضمانت اجرایی لازم جهت اجرای کامل قوانین
 - اجرای کامل قانون جامع کنترل دخانیات
 - تقویت هماهنگی‌های درون و برون بخشی
 - تقویت پوشش بیمه‌ای در زمینه تشخیص و درمان بیماری‌های مزمن تنفسی
 - حمایت از تولید کنندگان داخلی در جهت تولید داخلی داروها و تجهیزات تشخیصی درمانی بیماری‌های مزمن تنفسی
 - افزایش سهم وزارت بهداشت و درمان، از سرانه تولید ناخالص ملی
- امید است که با اجرای برنامه پیشگیری و کنترل بیماری‌های مزمن انسدادی تنفسی در کشور، بتوان روند رو به افزایش شیوع این بیماری‌ها در کشور را متوقف و با افزایش آگاهی عموم جامعه، مسئولین و سیاست‌گذاران و جلب مشارکت کلیه نهادها و سازمان‌های ذی‌نفع، بتوان عوامل خطر ایجادکننده بیماری‌های مزمن تنفسی (نظیر آلودگی هوا، مصرف دخانیات، ...) را در جامعه کنترل کرد و از سوی دیگر با استانداردسازی تشخیص، درمان و مراقبت بیماری‌های

مزمّن تنفسی و جلب مشارکت سازمان‌های بیمه گر، امکان دسترسی تمام بیماران به خدمات تشخیصی درمانی مراقبتی مطلوب را، فراهم نمود.

بیماری‌های عضلانی اسکلتی

تاریخچه

بیماری‌های عضلانی اسکلتی، یکی از عمده‌ترین مشکلات سلامتی در دنیا هستند. این گروه از بیماری‌ها شامل طیف وسیعی از بیماری‌ها می‌گردند ولی براساس شیوع و بار ناشی از آن، بیماری پوکی استخوان، کمردرد، استئوآرتروز^۱ و بیماری‌های دیستروپی عضلانی^۲ بیش‌تر مطرح می‌باشد.

درد زانو و کمر، شایع‌ترین دردهای شناخته شده، آرتروز، شایع‌ترین بیماری مفصلی در بین افراد سالخورده و پوکی استخوان نیز، شایع‌ترین بیماری متابولیک استخوانی هستند. سازمان جهانی بهداشت تخمین می‌زند که در سال ۲۰۵۰ میلادی، حدود ۵۳۰ میلیون نفر از جمعیت آسیا در سنین بالای ۶۵ سال خواهند بود و این افزایش جمعیت همراه با عوامل خطری مثل تغییرات الگوی تغذیه‌ای، کمبود ویتامین D و کلسیم و کم تحرکی، استئوپروز را به یکی از مهم‌ترین مشکلات بهداشتی در این قاره، تبدیل کند.

در کل شیوع شکایات عضلانی اسکلتی به طور قابل توجهی بالا است، ولی در ایران شیوع شکایات روماتیسمی، بالاترین رقم در منطقه آسیا را داشته و حدود ۷۰ درصد زنان و ۵۰ درصد مردان بالای ۵۰ سال، به نوعی دچار استئوپروز یا استئوپنی هستند، در حالی که در جوامع غربی ۳۰ درصد زنان و ۸ درصد مردان بالای ۵۰ سال، مبتلا به کاهش توده استخوانی هستند. علاوه بر آن سالانه ۲۰۰-۴۰۰ هزار شکستگی در ایران اتفاق می‌افتد، که ۵۰-۱۰۰ هزار مورد آن، در استخوان لگن رخ می‌دهد و درصد بالایی از آن مربوط به استئوپروز است. سالانه ۷۵۰۰-۱۵۰۰ نفر در اثر عوارض جانبی ناشی از شکستگی لگن، جان خود را از دست می‌دهند و هزینه‌های ناشی از شکستگی لگن و جراحی آن، سالانه بالغ بر ۱۲ میلیارد تومان است. با توجه به این که در سال‌های اخیر، مداخله در هر سه سطح پیشگیری (اولیه، ثانویه و ثالثیه)

^۱ osteoarthritis

^۲ muscular dystrophy

بیماری‌های غیرواگیر، جزو اولویت‌های نظام سلامت قرار گرفته، کاهش شیوع پوکی استخوان، کمردرد و آرتروز در جمعیت به میزان حداقل ۱۰ درصد سال پایه تا پایان برنامه، یکی از وظایف مرتبط با حوزه مدیریت بیماری‌های غیرواگیر تعیین شده است. در همین راستا لزوم برنامه‌ریزی در خصوص مدیریت بیماری‌های عضلانی اسکلتی به طور جدی از سال ۱۳۹۰، به عنوان یکی از اولویت‌های برنامه‌ریزی این مدیریت، تعیین شده است. لازم به ذکر است که پیشگیری و کنترل این بیماری‌ها از سال‌ها قبل مورد توجه بوده است، اما به علت محدودیت اطلاعات و منابع، در ابتدا به بررسی وضعیت بیماری در کشور پرداخته شد تا برنامه‌ریزی مبتنی بر شواهد صورت گیرد. طی این سال‌ها در راستای افزایش آگاهی و اطلاع‌رسانی، اقداماتی در خصوص برگزاری همایش‌های سالانه و برگزاری برنامه‌های آموزشی نیز صورت گرفته است. تا کنون پروژه‌های تحقیقاتی مختلفی از سوی دفاتر مختلف وزارت بهداشت با همکاری مراکز تحقیقاتی جهت بررسی راه کارهای غنی سازی مواد لبنی با ویتامین «د» به منظور کاهش یکی از عوامل خطر بروز پوکی استخوان انجام شده است.

با توجه به ابعاد مختلف عوامل خطر مؤثر در پیشگیری و بروز بیماری‌های عضلانی اسکلتی، کلیه جنبه‌های تأثیرگذار بر ایجاد این بیماری، می‌بایست در برنامه جامع مدیریت بیماری‌های عضلانی اسکلتی مدنظر قرار گیرد. این امر نیازمند هم‌فکری و همکاری کلیه دست‌اندرکاران نظام سلامت کشور، اعم از متولیان برنامه در وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، مراکز تحقیقاتی و بخش بالینی بهداشتی- درمانی است. هم اکنون مدیریت بیماری‌های عضلانی اسکلتی با ۳ گروه بیماری هدف شامل «پوکی استخوان و اختلالات متابولیک وابسته»، «کمردرد و آرتروز» و «دیستروفی‌های عضلانی»، شروع شده است که برنامه مدیریت بیماری پوکی استخوان و اختلالات متابولیک وابسته، در مرحله اجرای آزمایشی و نهایی سازی طرح «پیشگیری و درمان بیماری پوکی استخوان» است و سایر گروه‌های بیماری‌های هدف، در مرحله مطالعه و جمع آوری داده‌ها هستند.

تحلیل روند تغییرات

در ایران براساس مطالعات مبتنی بر جمعیت انجام شده، حدود ۲۲ درصد زنان و ۱۱ درصد مردان بالای ۵۰ سال، مبتلا به پوکی استخوان هستند و بیش از ۵۰ درصد آن‌ها نیز کاهش

توده استخوانی (استئوپنی) دارند. هم‌چنین براساس برآوردهای مرکز تحقیقات پوکی استخوان وابسته به پژوهشکده علوم غدد و متابولیسم دانشگاه علوم پزشکی تهران، در حال حاضر سالانه حدود ۵۱۰۰۰ مورد شکستگی قابل انتساب به استئوپروز در کشور رخ می‌دهد که با ثابت در نظر گرفتن بروز این شکستگی در ۴۰ سال آینده و فقط با اعمال روند فزونی جمعیت سالمندان کشور، در سال ۲۰۵۰ میلادی، سالانه بیش از ۱۰۰۰۰۰ شکستگی لگنی استئوپروتیک، وجود خواهد داشت.

شاخص‌های کلی

براساس مطالعه‌ای که در سال ۱۳۸۰ انجام شده است، در مجموع سال‌های از دست رفته عمر ناشی از استئوپروز ۳۶۰۲۷ سال محاسبه شد که ۱۸۷۵۷ سال آن متعلق به مردان و ۱۷۲۷۰ سال آن متعلق به زنان است. مرگ و میر ناشی از شکستگی‌ها در مردان بیش‌تر است که باعث افزایش بار بیماری در مردان می‌شود.

براساس نتایج مطالعه «طرح جامع پیشگیری، تشخیص و درمان استئوپروز^۱ IMOS» که با همکاری مرکز تحقیقات غدد دانشگاه علوم پزشکی تهران و وزارت بهداشت و دانشگاه‌های علوم پزشکی مشهد، شیراز، تبریز و بوشهر در مورد ۶۰۰۰ نفر در سال‌های ۱۳۸۳-۱۳۷۹، در مرحله اول و در سال‌های ۱۳۹۰-۱۳۸۹، در مرحله سوم و در شهرهای اراک و سنندج انجام شد، به‌طور کلی میزان شیوع استئوپروز در مرحله اول مطالعه ۸/۳ درصد بوده که این میزان به ۱۰/۶ درصد افزایش یافته و شیوع کمبود ویتامین «د» در مرحله اول ۲۸ درصد و در مرحله سوم به ۸۲/۶ درصد رسیده است، که در تمام گروه‌های سنی و جنسی مشاهده می‌شود.

چالش‌ها

در حقیقت تراکم استخوانی که در سال‌های نوجوانی و جوانی به حداکثر مقدار می‌رسد، در حدود سنین ۳۵-۴۵ سالگی در هر دو جنس شروع به کاهش می‌کند، اما در زنان بعد از یائسگی (به‌دلیل از دست دادن هورمون‌های جنسی) کاهش تراکم تشدید می‌یابد، به‌صورتی که

¹ Iranian Multicentre Osteoporosis Study

زنان در طی ۵-۷ سال بعد از یائسگی ۵-۷ درصد از استحکام استخوانی خود را از دست می‌دهند. هر چند این کاهش تراکم وابسته به سن و اجتناب ناپذیر است، ولی سرعت کاهش توده استخوانی در هر دو جنس، تحت تأثیر عواملی مانند BMI^۱، مصرف سیگار، بی حرکتی، اختلالات تولید و متابولیسم ویتامین D و پرکاری پاراتیروئید است.

ماهیت کلی بیماری از نظر چند عاملی بودن و عوامل رفتاری مؤثر در بروز آن، محدودیت برنامه‌های مداخله‌ای فعالیت فیزیکی به‌ویژه در گروه‌های آسیب پذیر، الگوی نامناسب تغذیه‌ای و کمبود ویتامین D در کشور، اثرات تبلیغاتی رسانه‌ای در الگوی نامناسب مصرف مواد غذایی مرتبط با برنامه سلامت استخوان، هزینه‌بر بودن خدمات تشخیصی و مراقبتی و مکمل یاری، از موانع موجود در پیشگیری و تشخیص به هنگام بیماری پوکی استخوان هستند.

آینده‌نگاری حیطه و ترسیم افق چشم‌انداز

پیشگیری، تشخیص و درمان استئوپروز، به عنوان یکی از خدمات مراقبت‌های اولیه بهداشتی مطرح است. نکته قابل توجه این است که هر چند بیماری خاموش پوکی استخوان قابل پیشگیری و قبل از ایجاد شکستگی، قابل تشخیص و درمان است، اما براساس مطالعات مختلف، بیماری پیچیده‌ای است که عوامل متعدد همانند ژن و شرایط محیطی متنوع در بروز آن مؤثر هستند. در حال حاضر در برنامه‌های مختلف بهداشتی، توجه به تغذیه سالم، فعالیت بدنی مناسب و عدم مصرف دخانیات برنامه‌ریزی شده و مورد تأکید می‌باشد. آنچه در برنامه جامع پیشگیری و کنترل استئوپروز مورد توجه است، هم‌سوسازی فعالیت‌ها با تأکید بر شاخص‌های ارزشیابی نهایی در بروز شکستگی استخوان به عنوان مهم‌ترین پیامد استئوپروز می‌باشد. بنابراین در یک برنامه جامع پیشگیری و کنترل بیماری، جنبه‌های مختلف مؤثر بر بروز این بیماری که نقش مهمی در کیفیت زندگی سالمندی دارد، باید به دقت مورد توجه قرار داده شود.

^۱Body Mass Index

بیماری‌های چشمی

چشم‌انداز ۲۰۲۰ میلادی

طبق تخمین سازمان جهانی بهداشت (WHO)، ۴۵ میلیون نابینا و ۱۳۵ میلیون مبتلا به کم بینایی در جهان، وجود دارند. حدود ۹۰ درصد این تعداد در کشورهای در حال توسعه زندگی می‌کنند. بیانیه پروژه جهانی «حق دیدن»^۱ در سال ۲۰۲۰ میلادی، توسط وزیر بهداشت کشور امضا گردید و ایران به اجرا و دستیابی به اهداف این برنامه متعهد گشت. براین اساس شش حیطه‌ی مهم افتالمولوژی تا سال ۲۰۲۰ میلادی در سطح کشور می‌بایست مورد هدف قرار گیرد.

این ۶ حیطه عبارتند از:

- کاتاراکت
- رتینوپاتی دیابتی
- خطاهای انکساری و کاهش دید
- ماکولوپاتی وابسته به سن، گلوکوم مزمن
- نابینایی در کودکی (شامل آمبلیوپی، کاتاراکت مادرزادی و گلوکوم مادرزادی)
- تیرگی قرنیه (کراتیت غیرعفونی شامل تراخم قدیمی و کراتیت سیمپل کراتیت هر پس سمپلیکس باکتریال)

نتایج بررسی شیوع علل نابینایی در استان تهران، در سال ۱۳۸۳ بر روی جمعیت ۱۱۹۷۵ نفر در گروه‌های سنی مختلف در مناطق شهری و روستایی، شیوع ۱/۰۹ درصد نابینایی و ۴/۰۴ درصد کم بینایی را نشان می‌دهد. سه علت اصلی کم بینایی و نابینایی بر این اساس، اختلالات انکساری، کاتاراکت و آمبلیوپی تعیین شدند.

طرح دیگری با عنوان «پیشگیری از کم بینایی و نابینایی قابل اجتناب در نوزادان و کودکان» در شهرهای کاشان، قم، سبزوار، سنندج و نیشابور انجام شده و اطلاعات سال جاری این طرح در دست جمع‌آوری است. هم‌چنین مطالعه ارزیابی سریع تراخم (TRA)^۲ در استان‌های جنوبی

^۱ Vision2020

^۲ Trachoma Rapid Assessment

ایران و بررسی شیوع علل نابینایی در استان تهران، برخی از فعالیت‌های اداره چشم در سال‌های اخیر بوده است که اطلاعات آن در جدول زیر خلاصه شده است. شاخص‌های این برنامه براساس تعاریف سازمان جهانی بهداشت، مطابق یافته‌های بالینی، به شرح زیر ارزیابی می‌شوند: تراخم فعال با شاخص‌های TI^1 و TF^2 مشخص می‌شود. که نوع کراتوکنژنکتویت مزمن واگیر بوده و در کودکان دیده می‌شود. شاخص TF برای تشخیص تراخم فعال به‌خصوص در کودکان اختصاصی‌تر است.

جدول شماره ۳۸- خلاصه نتایج مطالعه ارزیابی سریع تراخم (TRA) در

استان‌های جنوبی کشور

نام منطقه	جمعیت منطقه	جمعیت معاینه شده	تعداد روستاهای بررسی شده	تراخم فعال				شیوع موارد با صورت آلوده	
				تعداد	درصد	TI	درصد	تعداد	درصد
کرمان	۶۳۳۸	۱۰۹۲	۲۱	۰	۰	۰	۰	۷۳	۶/۷
بوشهر	۸۷۱۶	۱۰۷۷	۲۱	۰	۰	۰	۰	۱۴	۱/۳
سیستان و بلوچستان	۳۶۴۸۴	۱۴۷۶	۲۷	۷	۰/۴۷	۰	۰	۵۲۷	۳۵/۷
هرمزگان	۷۸۴۶	۱۱۳۷	۲۱	۰	۰	۰	۰	۲۹۰	۲۵/۵
جمع	۵۹۳۸۴	۴۷۸۲	۹۰	۷	۰/۱۵	۰	۰	۹۰۴	۱۸/۹

با توجه به تعریف حذف بیماری تراخم به‌شرح ذیل و شواهد بالینی موجود، به‌نظر می‌رسد، این بیماری در مرحله حذف قرار دارد. شیوع TF و TI (فرم فعال بیماری) در کودکان ۹-۱ سال کم‌تر از ۵ درصد است و شیوع TT (فرم مزمن و عارضه بیماری)^۳ در همه گروه‌های سنی کم‌تر از یک مورد در هر ۱۰۰۰ نفر است. با توجه به نتیجه TRA که شیوع TF تنها ۰/۱۵ درصد بوده و شیوع TT (تریکیازیس) کم‌تر از صفر درصد بوده است، می‌توان نتیجه گرفت که بیماری در مرحله حذف است. اما به‌دلیل آلودگی کشورهای همسایه، WHO و IAPB برای تایید نتایج TRA، پیمایش جامع تراخم را توصیه کرده‌اند، که در دست اجراست.

¹ Intense Trachomatous Inflammation

² Trachomatous Follicular Inflammation

³ Trachomatous Trichiasis

سلامت محیط و کار

تاریخچه

فعالیت برنامه‌های مهندسی بهداشت از سال ۱۳۳۵-۱۳۳۱، توسط تیمی مرکب از مهندسين ستادی وزارتخانه و به صورت گردشی آغاز گردید. این برنامه‌ها شامل تهیه دستورالعمل‌ها و فرم‌هایی در زمینه کنترل مراکز تهیه و توزیع و فروش مواد غذایی و اماکن عمومی، مبارزه با حشرات و جوندگان، دفع فضولات جامد، بهسازی منابع آب و طراحی نقشه‌های تیپ و اجرای پروژه‌های تأمین آب آشامیدنی بود. در این مدت نسبت به اجرای لوله کشی آب آشامیدنی ۴۶ شهر در ایران اقدام شده است. در آذر ماه سال ۱۳۳۲ اولین دوره دو ساله کمک مهندسی بهداشت ایران با حضور ۲۴ نفر، در آموزشگاه کمک مهندسی بهداشت پاكدشت ورامین (پلشت سابق) تشکیل گردید.

در سال ۱۳۴۰ به مدت کوتاهی اداره مهندسی بهداشت در سازمان ریشه‌کنی مالاریا ادغام گردید ولی بنا به دلایلی، ادامه فعالیت واحدهای ادغام یافته ممکن نشد و در نتیجه مجدداً اداره کل مهندسی بهداشت مستقلاً به کار خود ادامه داد.

طی سال‌های ۱۳۴۰-۱۳۳۵، به علت ایجاد سازمان‌ها و وزارتخانه‌های مرتبط با آب و برق، مسئله تأمین آب شهری از وظایف وزارت بهداری سابق منفک و به عهده وزارت آب و برق گذاشته شد و بر تأمین آب آشامیدنی و بهسازی محیط روستاها، توسط اداره کل مهندسی بهداشت تاکید شد.

طی سال‌های قبل از ۱۳۴۰ و بعد از آن تعداد زیادی از مهندسين رشته‌های مختلف به ویژه ساختمان و شیمی، جهت اخذ تخصص در زمینه بهداشت و مدارک تحصیلی فوق لیسانس، اکثراً با استفاده از بورس‌های بین‌المللی به خارج از کشور، اعزام شدند.

تشکیلات اداره کل مهندسی بهداشت در سال ۱۳۴۴ شامل ادارات آب و فاضلاب، بهسازی (شهری و روستایی)، هوا و محیط کار بود.

از اتفاقات مهم برای این اداره کل، تصویب قانون مواد خوردنی، آشامیدنی، آرایشی و بهداشتی در سال ۱۳۴۶ بود که زمینه مناسبی را برای کنترل بهداشتی مراکز تهیه، توزیع و فروش مواد غذایی و اماکن عمومی با استفاده از ماده ۱۳ این قانون، فراهم کرد.

در سال ۱۳۴۶، تأمین آب آشامیدنی و بهسازی محیط روستاها از وزارت بهداری به وزارت

آبادانی و مسکن انتقال یافت و در همین سال اداره کل مهندسی بهداشت به اداره کل بهداشت محیط تغییر نام یافت. در سال ۱۳۵۱، وظایف مذکور به عهده وزارت کشاورزی و پس از تشکیل وزارت تعاون، به آن وزارتخانه محول شد. در سال ۱۳۵۶، با مصوبه‌ای وظایف یاد شده دوباره به اداره کل بهداشت محیط اعاده شد که در سال ۱۳۵۸، مصوبه مذکور مورد تأکید شورای انقلاب جمهوری اسلامی ایران قرار گرفت.

اجرای پروژه‌های تأمین آب آشامیدنی روستاها و عملیات بهسازی محیط با پیروزی انقلاب اسلامی توسعه قابل ملاحظه‌ای یافت، ولی با توجه به اهمیت و گسترش سایر فعالیت‌های بهداشت محیطی برای هماهنگ کردن تشکیلات بهداشت محیط با شبکه‌های بهداشتی - درمانی کشور در سال ۱۳۶۹، مسئولیت تأمین آب آشامیدنی روستاها به سازمان جهاد سازندگی واگذار گردید.

در سال ۱۳۷۴ برای تعدیل نیروی انسانی و کاهش ابعاد تشکیلات در وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، دو اداره کل بهداشت محیط و اداره کل بهداشت حرفه‌ای ادغام شدند، با ادامه روند کوچک سازی تشکیلات و واگذاری بعضی از وظایف به بخش خصوصی و تفویض اختیارات و مسئولیت‌ها به دانشگاه‌های علوم پزشکی و خدمات بهداشتی - درمانی، در آذر ماه ۱۳۷۹، اداره کل بهداشت محیط و حرفه‌ای به مرکز سلامت محیط و کار تغییر نام یافت.

بهداشت آب و فاضلاب

برای بررسی وضعیت بهداشت محیط هر منطقه در سطوح مختلف (روستا، شهر، شهرستان، استان و کشور، قاره و ...) شاخص‌هایی در سطح ملی و بین‌المللی وجود دارد. از جمله شاخص‌های بین‌المللی در زمینه بهداشت محیط، می‌توان شاخص‌های اهداف توسعه هزاره^۱ را نام برد. اهداف توسعه هزاره یک مسیر مشترک برای مقابله با فقر، نابرابری، گرسنگی و بیماری است. جهان متعهد شده است ۵۰ درصد جمعیت بدون دسترسی به آب سالم و بهسازی محیط را، تا سال ۲۰۱۵ میلادی کاهش دهد. یک دهه بین‌المللی به نام دهه آب برای زندگی جهت این فعالیت، در نظر گرفته شده است.

دسترسی به آب آشامیدنی در حقیقت دسترسی به منابع توسعه داده شده آب آشامیدنی است.

^۱ Millennium Development Goals

وخیم‌تر شدن کیفیت آب آشامیدنی، دسترسی به آب آشامیدنی را در جهان با مشکل مواجه می‌کند. اگرچه بیش‌ترین مشکل دسترسی به آب آشامیدنی، آلودگی باکتریایی سیستم‌های تأمین آب، خصوصاً آلودگی مدفوعی است، لیکن آلودگی‌های شیمیایی، فلوراید و آرسنیک، از اهمیت خاصی برخوردار هستند.

از جمله منابع استخراج شاخص‌های بهداشت محیط در سطح ملی، آمار سرشماری مرکز آمار ایران است که به‌صورت ده سال یک بار جمع‌آوری می‌شود (که البته از سال ۱۳۹۰، به پنج سال یک بار، تغییر یافته است).

شاخص‌های بهداشت آب و فاضلاب

دو شاخص مهم در بخش بهداشت آب و فاضلاب، عبارتند از:

- دسترسی به آب آشامیدنی
- دسترسی به دفع بهداشتی فاضلاب توالت

وضعیت شاخص‌ها در ابتدای دوره گزارش

آخرین اطلاعات موجود در خصوص شاخص‌های دسترسی به شبکه لوله کشی آب آشامیدنی در کشور، مربوط به سرشماری آماری سال ۱۳۵۵ است. بر این اساس ۸۹/۳ درصد جمعیت در مناطق شهری، ۲۱/۵ درصد در مناطق روستایی و ۵۱/۹ درصد کل جمعیت کشور به شبکه لوله‌کشی آب آشامیدنی، دسترسی داشتند. در این دوره از سرشماری، در خصوص دفع بهداشتی فاضلاب، بررسی نشده است.

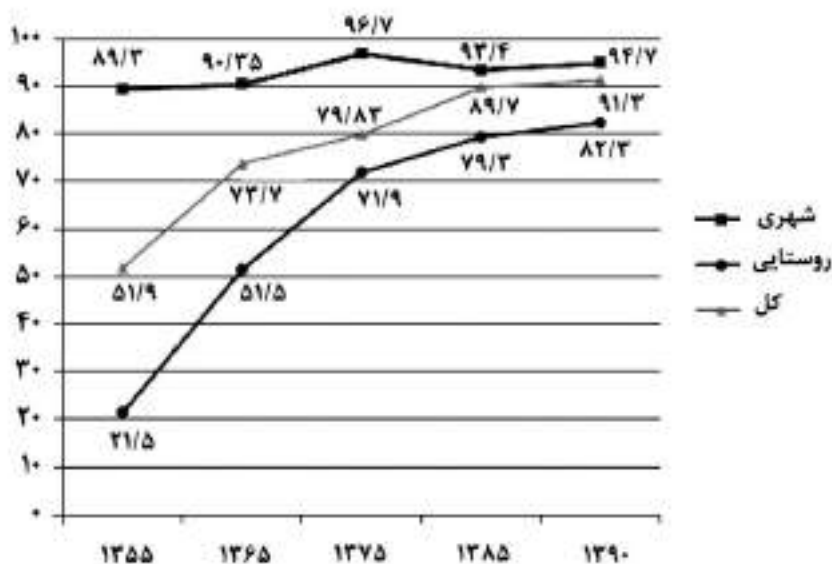
وضعیت شاخص‌ها در انتهای دوره گزارش

بر اساس آخرین اطلاعات مربوط به سرشماری سال ۱۳۹۰، ۹۴/۷ درصد جمعیت شهری، ۸۲/۳ درصد جمعیت روستایی و ۹۱/۳ درصد کل جمعیت کشور به شبکه لوله کشی آب آشامیدنی دسترسی دارند. تا این زمان ۳۸/۴ درصد جمعیت شهری، ۴/۶ درصد جمعیت روستایی و ۲۹/۶ درصد کل جمعیت کشور، به شبکه جمع‌آوری فاضلاب دسترسی دارند.

تحلیل روند تغییرات

شاخص دسترسی به شبکه عمومی آب آشامیدنی

نمودار زیر، روند تغییرات شاخص دسترسی به شبکه عمومی آب آشامیدنی را در سال‌های مورد بررسی نشان می‌دهد. با توجه به نمودار ذیل، دسترسی به شبکه عمومی آب آشامیدنی در مناطق روستایی، دارای روند صعودی بوده و رشد قابل توجهی را داراست. ولی در مناطق شهری در سال ۱۳۸۵ این شاخص کاهش داشته که البته علت این موضوع را می‌توان در تعریف و مفاهیم موجود در سرشماری جستجو کرد، چرا که در سرشماری سال ۱۳۸۵، آب آشامیدنی مورد مصرف در شرب و سایر مصارف مانند پخت و پز، به تفکیک، بیان شده است. ضمن این که منبع مورد استفاده در سال‌های قبل از ۱۳۸۵ نیز در مجموع استفاده از شبکه عمومی و منابع بهسازی شده مانند چاه و چشمه در نظر گرفته شده است (برای اطلاعات بیشتر رجوع شود به سایت مرکز آمار ایران).



نمودار شماره ۲۰- دسترسی به شبکه عمومی آب آشامیدنی در کشور
بر اساس آمار سرشماری (۱۳۸۵-۱۳۹۰)

شاخص دسترسی به دفع بهداشتی فاضلاب توالت از طریق شبکه جمع آوری فاضلاب

دسترسی به دفع بهداشتی فاضلاب، در سرشماری‌های آماری در سال‌های ۱۳۸۵ و ۱۳۹۰ بررسی شده ولی در سرشماری‌های پیش از آن، مورد پرسش واقع نشده است. روند تغییرات شاخص در سال‌های ۱۳۸۵-۱۳۹۰ نشان می‌دهد، درصد دسترسی به شبکه جمع آوری فاضلاب در روستاها، از ۴/۶ درصد به ۵/۳ درصد و در شهرها از ۲۹/۴ درصد به ۳۸/۴ درصد و در کل کشور از ۲۲/۶ درصد به ۲۹/۶ درصد رسیده است.

با توجه به اطلاعات موجود شاخص دسترسی به شبکه جمع آوری فاضلاب در سال‌های ۱۳۸۵ تا ۱۳۹۰ روند صعودی داشته است به استثناء مناطق روستایی که با توجه به کاهش درصد جمعیت روستایی کشور در سرشماری سال ۱۳۹۰، می‌توان علت آن را در تبدیل مناطق روستایی به شهری جستجو کرد.

دست آوردها

سند ملی بهبود کیفیت آب شرب با همکاری تمام دستگاه‌های ذی‌ربط در سال ۱۳۹۰، مورد تصویب هیئت وزیران قرار گرفت. این سند شامل ۱۳ هدف و ۴۵ راهبرد، در زمینه‌های مختلف بهبود وضعیت تأمین آب آشامیدنی در کشور است. دستگاه‌های اجرایی موظفند برنامه اجرایی و عملیاتی سازمان متبوع را در چارچوب راهبردهای سند یاد شده، به صورت بسته‌های اجرایی تدوین و طبق ماده ۲۱۷ قانون برنامه پنج ساله پنجم توسعه جمهوری اسلامی ایران اجرا کنند. هدف هفتم این سند اجرای برنامه ایمنی آب آشامیدنی در کشور است که رویکرد جدید سازمان جهانی بهداشت برای اطمینان پایدار از ایمنی یک سیستم تأمین آب آشامیدنی باشد و تمام مراحل تأمین آب از حوزه آبریز تا نقطه مصرف را، شامل می‌شود. با توجه به اهداف این برنامه لازم است تمام سازمان‌های مسئول و تأثیر گذار در کیفیت آب آشامیدنی، مشارکت فعال داشته باشند. این برنامه هم اکنون به صورت پایلوت در سه شهر در حال انجام است.

چالش‌ها

عمده‌ترین چالش‌ها در این بخش:

- پوشش ناکامل تمام مناطق شهری و روستایی کشور توسط شبکه‌های جمع آوری و تصفیه فاضلاب
- پوشش ناکامل سامانه‌های تأمین آب روستایی کشور توسط شرکت‌های آب و فاضلاب
- پایین بودن شاخص مطلوبیت کیفی آب، مناطق روستایی، در مقایسه با مناطق شهری ورود آلاینده‌های جدید به منابع آب،
- عدم توسعه آزمایشگاه‌های بهداشت آب و فاضلاب
- کمبود آب در دسترس شرب

آینده نگاری حیطه و ترسیم افق چشم انداز

سند ملی بهبود کیفیت آب شرب در یک دوره ۱۵ ساله (۱۴۰۴-۱۳۹۰)، اساس همکاری‌های بین بخشی در سطح ملی، برای حفظ و ارتقاء کیفیت آب آشامیدنی است که در آن هر یک از سازمان‌ها و نهادهای مسئول با انجام تعهدات خود نقش و مسئولیت خود را در زمینه کیفیت آب آشامیدنی، ایفا می‌کنند و با اجرایی شدن راهبردهای این سند، بهبود کیفیت آب شرب و ارتقاء شاخص‌های مربوطه، در انتهای این دوره ۱۵ ساله محقق خواهد شد.

بهداشت مواد غذایی و بهسازی اماکن عمومی

با افزایش جمعیت، تأمین غذا از نظر کمی و کیفی نیز از ضرورت بیش‌تری برخوردار شد. با توجه به این واقعیت که جمعیت جهان رو به افزایش است، باید گفت که حجم جمعیت، رابطه‌ی مستقیمی با میزان مصرف منابع زمینی دارد.

بیماری‌های ناشی از غذا، معمولاً به همراه عوامل عفونت‌زا یا مسمومیت‌زایی که با بلع غذا به بدن راه یافته‌اند، در انسان بروز می‌کند. هر فردی می‌تواند در معرض خطر ابتلا به بیماری‌های ناشی از غذا باشد و به عبارتی مسمومیت در برابر غذا دارای واکنش نیست، پس باید به فکر سلامت و امنیت غذایی بود.

سلامت و ایمنی مواد غذایی، از عوامل کلیدی و بسیار مهم برای جامعه بوده و در صورتی که در ماده غذایی در هنگام توزیع و عرضه آلودگی ایجاد شود، می‌تواند دست‌خوش تغییر شود و ماده

غذایی را غیر قابل مصرف سازد.

متعاقب این تغییرات، احتمال ایجاد خطرات حاصل از آلودگی، در طول تولید، توزیع و عرضه مواد غذایی، افزایش یافته است. عوامل بیولوژیک مانند باکتری‌ها، انگل‌ها، ویروس‌ها و عوامل شیمیایی همچون باقی‌مانده داروهای دامی، آفت کش‌ها، فلزات سنگین و عوامل آلوده کننده محیطی، می‌توانند نقش اساسی در ایجاد مسمومیت و مشکلات بهداشتی مواد غذایی، برای مصرف کنندگان داشته باشند.

در گذشته این مشکل را تنها به آب آلوده و اقدامات بهداشتی ناکافی می‌دانستند، اما امروزه غذا به‌عنوان یک راه مهم انتقال بیماری‌ها، شناخته شده است. عوامل میکروبی می‌توانند از طریق محیط (آب و خاک و هوا) و سطوح محل تهیه و عرضه و فرد درگیر در تهیه و عرضه غذا و تجهیزات وارد غذا شده و باعث آلوده شدن غذا شوند و در نتیجه عفونت و مسمومیت غذایی را بوجود می‌آورند.

هفت مسئله اصلی و مهم، یعنی رعایت اصول بهداشت فردی توسط شاغلین و متصدیان، داشتن ساختمان مناسب و رعایت بهداشت محیط، آب سالم، دفع صحیح پسماند و فاضلاب، داشتن ابزار کار سالم و بهداشتی و رعایت بهداشت مواد غذایی، در سلامت و ایمنی غذا دارای اهمیت هستند. غالب مسمومیت‌های غذایی، به منبع مواد غذایی عرضه شده در اماکن و رستوران‌ها، مرتبط می‌شود. لذا نظارت و بازرسی‌های بهداشت محیطی از مراکز تهیه، توزیع، عرضه و فروش مواد غذایی و اماکن عمومی (کنترل بهداشت فردی، بهداشت تجهیزات و ابزار، بهداشت ساختمان و بهداشت مواد غذایی عرضه شده)، به‌عنوان یک ابزار اصلی و مهم در پیشگیری از بروز طغیان بیماری‌های منتقله از غذا، محسوب می‌گردند.

در کشورهای در حال توسعه، قسمت عمده‌ای از موارد بروز بیماری‌های ناشی از غذا، استفاده از مواد غذایی خریداری شده از فروشندگان دوره گرد، است.

در سال ۱۳۴۶، برای نخستین بار در کشور، قانون مواد خوردنی، آشامیدنی، آرایشی و بهداشتی، در مجلس شورای ملی، تصویب گردید و سپس توسط وزارت بهداشت آیین نامه اجرایی آن تهیه و ابلاغ شد.

جدول شماره ۳۹- وضعیت شاخص مواد غذایی و بهسازی اماکن عمومی در کشور
از ابتدا تا سال ۱۳۹۱

ردیف	عناوین شاخص	از ابتدا	سال ۹۱	درصد رشد
۱	درصد اماکن عمومی دارای معیار بهسازی و بهداشتی شهری	۸۸/۵	۸۸/۹	۰/۴
۲	درصد اماکن عمومی دارای معیار بهسازی و بهداشتی روستایی	۸۱/۱	۸۷/۳	۶/۲
۳	درصد مراکز تهیه و توزیع مواد غذایی دارای معیار بهسازی و بهداشتی شهری	۸۶/۱	۹۹/۴	۱۳/۳
۴	درصد مراکز تهیه و توزیع مواد غذایی دارای معیار بهسازی و بهداشتی روستایی	۸۲/۶	۸۷/۶	۵
۵	درصد کارکنان مراکز و اماکن دارای کارت معاینه پزشکی شهری	۸۵/۵	۹۷	۱۱/۵
۶	درصد کارکنان مراکز و اماکن دارای کارت معاینه پزشکی روستایی	۷۴	۸۱/۴	۷/۴

دست آوردها

تصویب قانون مواد خوردنی، آشامیدنی، آرایشی و بهداشتی، با توجه به شرایط آن زمان، تحول بزرگی محسوب می‌شد. برای نخستین بار حرکتی برای کنترل مواد، در سطح کشور آغاز شده بود. پس از تصویب و اجرای آن، دست آوردهای مثبت آن قابل مشاهده بود. بار بیماری‌های واگیر و بیماری‌های روده‌ای منتقله بوسیله آب و غذا، روبه کاهش گذاشت. تولید و عرضه مواد غذایی، کم کم قانونمند شد و کار در این حیطه، دارای چارچوب مشخصی گردید. بازرسان وزارت بهداشت بر اساس قانون و آیین نامه‌های اجرایی مصوب سال ۱۳۴۶، موفق شدند که ضوابط و موازین بهداشتی را در سطح تولید و عرضه مواد غذایی، کنترل کنند و با توجه به شرایط آن روز، به مسائل مرتبط پاسخ دهند. قانون و آیین نامه‌های اجرایی مصوب سال ۱۳۴۶، رفته رفته با گذشت زمان و رشد فن‌آوری‌های جدید، در عرصه تولید، نگهداری و توزیع مواد غذایی، دیگر پاسخگوی شرایط روز نبود و لازم بود که وزارت بهداشت تدوین، اصلاح و بازنگری قوانین و آیین نامه‌های اجرایی آن را در دستور کار قرار دهد. این مهم در سال ۱۳۷۹ محقق شد و ماده ۱۳ قانون مواد خوردنی، آشامیدنی، آرایشی و بهداشتی آن، اصلاح و در سطح اجرایی، به عنوان اصلاحیه ماده ۱۳ معروف گردید. هم‌چنین بازنگری آیین نامه اجرایی اصلاحیه ماده ۱۳ نیز انجام و در تاریخ ۹۲/۳/۱۸، ابلاغ شد.

با توجه به شرایط روز و با کمک این آیین نامه، افق‌های جدیدی از جمله استفاده از سامانه‌های جامع بازرسی، برای افزایش دقت، سرعت و صحت، اجرای برنامه‌های خود کنترلی و خود اظهاری بهداشتی با کمک شورای اصناف کشور، تدوین دستور العمل‌های عرضه‌کنندگان مواد غذایی در شرایط جدید از جمله واحدهای سیار عرضه مواد غذایی، آموزشگاه‌های اصناف، تدوین چک لیست‌های جدید مبتنی بر نقاط بحرانی و غیر بحرانی، با کمک دستگاه‌های ذی‌ربط، گشوده شده است.

پسماندهای پزشکی

امروزه یکی از معضلات بهداشتی و زیست محیطی کشور، پسماندهای پزشکی (بیمارستانی) است که به علت دارا بودن عوامل خطرناک، سمی و بیماری‌زا، از جمله مواد زائد پاتولوژیک^۱، عفونی، دارویی، شیمیایی، و رادیواکتیو، از حساسیت خاصی برخوردار است.

تاریخچه

موضوع تفکیک یا جداسازی پسماندهای عفونی و خطرناک از پسماندهای عادی، از سال ۱۳۷۶، در برنامه‌های وزارت بهداشت مد نظر و توجه بوده است. در سال‌هایی که هیچ دستگاهی در کشور نگران پسماند بیمارستانی نبود، اداره کل بهداشت محیط، آیین‌نامه بهداشت محیط را در سال ۱۳۷۱، به تصویب هیئت وزیران رساند، که در تبصره ماده ۱۰ آیین‌نامه مذکور آمده است:

«شهرداری‌ها مکلفند در تنظیم روش‌های جمع‌آوری، حمل و دفع زباله شهر و سایر خدمات شهری، دستورالعمل‌ها و توصیه‌های وزارت بهداشت و سایر مراجع ذی ربط را رعایت نمایند». در سال ۱۳۷۶، «دستورالعمل تفکیک، جمع‌آوری، انتقال و دفع پسماندهای بیمارستانی» توسط اداره کل بهداشت محیط و حرفه‌ای جهت اجرا به تمام دانشگاه‌های علوم پزشکی و وزارت کشور ابلاغ گردید و هماهنگی لازم جهت حمل و دفع جداگانه پسماندهای تفکیک شده با وزارت کشور صورت گرفت و موضوع فوق، طی بخشنامه‌ای به تمام استانداری‌ها ابلاغ شد و خواستار اجرای دقیق و مؤثر و مؤکد آن توسط شهرداری‌ها شدند، در نتیجه شهرداری‌ها،

¹ Pathologic

جمع‌آوری و دفن پسماندهای تفکیک شده را به عهده گرفتند.

پس از تصویب قانون مدیریت پسماندها، در سال ۱۳۸۳، دستورالعمل فوق مورد بازنگری قرار گرفت. در سال‌های اخیر، در کشور توجه ویژه به پسماندهای پزشکی معطوف و پس از تصویب «قانون مدیریت پسماندها»، ضوابط خاصی در مورد آن‌ها تدوین شده است. قانون فوق را وزارت بهداشت در سال‌های ۱۳۸۰-۱۳۷۹ در قالب مشکلات بهداشت محیط تهران بزرگ مطرح کرده و به دولت گزارش داد که پیرو آن با مسئولیت وزارت کشور و سازمان حفاظت محیط زیست، لایحه مدیریت پسماندها به دولت ارائه شد. مجلس شورای اسلامی در تاریخ ۱۳۸۳/۲/۲۰، قانون مدیریت پسماندها را به تصویب رساند و بر اساس ماده ۲۲ آن، هیئت وزیران در تاریخ ۱۳۸۴/۵/۱۰، آیین نامه اجرایی قانون مدیریت پسماندها را به تصویب رساند. به استناد ماده ۱۱ قانون مدیریت پسماندها، تدوین «ضوابط و روش‌های مدیریت اجرایی پسماندهای پزشکی و پسماندهای وابسته»، در دستور کار سازمان حفاظت محیط زیست و وزارت بهداشت قرار گرفت. مرکز سلامت محیط و کار و دفتر بررسی آلودگی‌های آب و خاک سازمان حفاظت محیط زیست، طی جلسات کارشناسی مشترک پیش‌نویس ضوابط مذکور را با بهره‌گیری از توصیه‌های سازمان جهانی بهداشت و آژانس حفاظت از محیط زیست امریکا و شرایط کشور تهیه و کمیسیون امور زیربنایی صنعت و محیط زیست در جلسه مورخ ۱۳۸۶/۱۲/۱۹، ضوابط مذکور را تصویب کرد.

باتوجه به ماده ۷ قانون مدیریت پسماندها، مدیریت اجرایی پسماندهای پزشکی بر عهده تولیدکننده است و در صورت تبدیل آن به پسماند عادی، برعهده شهرداری‌ها و ... خواهد بود. به منظور اجرایی نمودن ماده قانونی فوق، وزارت بهداشت ضمن پیگیری مستمر اجرای دستورالعمل تفکیک، در سال ۱۳۸۵، بخشنامه‌ای مبنی بر تبدیل پسماند خطرناک به پسماند عادی، با استفاده از فناوری غیرسوز در مبدأ تولید، (استفاده از دستگاه بی‌خطر ساز در محل تولید پسماند یا سیستم غیرمتمرکز) به دانشگاه‌های علوم پزشکی، ابلاغ کرد.

مدیریت پسماندهای پزشکی

برای کاهش بار بیماری‌ها، پسماندها باید به طور صحیح و ایمن، مدیریت شوند. مدیریت پسماند بخش جدایی‌ناپذیر بهداشت بیمارستان و مبارزه با عفونت است. پسماند، به عنوان

مخزن میکروارگانیزم‌های بیماری‌زا است که قادر به ایجاد آلودگی و عفونت است و در صورت مدیریت نامناسب می‌تواند از طریق تماس مستقیم از راه هوا یا بوسیله انواع ناقلین و سایر عوامل، به دیگران منتقل شود.

اجرای مؤثر برنامه مدیریت پسماندها، مستلزم همکاری بین بخشی، درون بخشی و تعامل در همه سطوح است.

مدیریت پسماندها شامل تمام مراحل کاهش تولید، تفکیک، جمع آوری، نگهداری و ذخیره سازی، حمل و نقل، تصفیه و دفع است.

دست آوردها

با توجه به ماده ۷ قانون مدیریت پسماندها، بیمارستان‌ها موظفند نسبت به مدیریت صحیح پسماندهای تولیدی خود اقدام نمایند و مدیریت اجرایی پسماندهای پزشکی باید بر اساس «ضوابط و روش‌های مدیریت اجرایی پسماندهای پزشکی و پسماندهای وابسته» (مصوبه هیئت دولت)، انجام شود.

براساس ماده ۶۴، بیمارستان موظف است در مبدأ، تولید پسماندهای عفونی و تیز و برنده را با روش‌های غیرسوز (مورد قبول وزارت بهداشت)، بی‌خطر کرده و به شهرداری تحویل دهد و از این مرحله به بعد طبق ماده ۷ قانون مدیریت پسماندها، مدیریت اجرایی پسماند بی‌خطر شده با شهرداری‌ها، بخشداری‌ها و ... است.

تحلیل روند تغییرات

با پیگیری‌های وزارت بهداشت، در حال حاضر، وضعیت بیمارستان‌های کشور، در خصوص سیستم‌های بی‌خطرساز پسماند (سیستم غیر سوز)، به شرح جدول زیر است و برنامه وزارت بهداشت پوشش ۱۰۰ درصد تمام بیمارستان‌های کشور در کوتاه مدت است:

با توجه به اهمیت مسئله فوق، چنانچه بیمارستانی «ضوابط و روش‌های مدیریت اجرایی پسماندهای پزشکی و پسماندهای وابسته» را به‌طور کامل اجرا نکند، اعتباربخشی بیمارستان صورت نخواهد گرفت.

جدول شماره ۴۰- وضعیت بیمارستان‌های کشور، در خصوص دستگاه‌های
بی‌خطرساز پسماند پزشکی - اردیبهشت ۱۳۹۲

درصد	عنوان
۶۵/۱۲	بیمارستان‌های دارای دستگاه فعال
۱۰/۷۸	بیمارستان‌های دارای دستگاه غیرفعال
۶/۳۷	بیمارستان‌های دارای قرارداد معتبر خرید دستگاه
۱۷/۷۳	بیمارستان‌های فاقد دستگاه

در حال حاضر در تمام بیمارستان‌های کشور، تفکیک انواع پسماند پزشکی، انجام می‌شود و در ۹۵/۷۷ در صد بیمارستان‌های کشور تفکیک پسماند در وضعیت خوب و متوسط است.

چالش‌ها

- کمبود منابع مالی (و عدم تحقق ماده ۳۸ آیین نامه اجرایی قانون مدیریت پسماندها، مبنی بر این که سازمان مدیریت و برنامه‌ریزی کشور باید اعتبارات لازم جهت اجرایی شدن این آیین‌نامه را در لوایح بودجه پیش بینی نماید)
- کمبود منابع انسانی
- عدم تدوین دستورالعمل‌ها و ضوابط تعیین شده در قانون مدیریت پسماند، آیین نامه اجرایی آن و ...
- ضعف در اجرای قوانین و اعمال نظارت‌های بهداشتی و زیست محیطی
- عدم تعامل بین سازمان‌های مسئول
- عدم به‌کارگیری و سرمایه‌گذاری بخش خصوصی
- عدم وجود سایت مرکزی برای ساماندهی و مدیریت پسماندهای شیمیایی و دارویی بیمارستان‌ها و پسماندهای مراکز بهداشتی - درمانی

آینده‌نگاری و چشم‌انداز

- تأمین و تخصیص اعتبار برنامه ساماندهی پسماندهای پزشکی
- اصلاح اشکالات موجود در سیستم‌های فعال غیر سوز بی‌خطرساز، در تمام بیمارستان‌های

کشور (upgrading)

- تجهیز بیمارستان‌های تجهیز نشده به سیستم‌های غیر سوز بی خطر ساز
- تحقق ۱۰۰ درصد وجود کارشناس بهداشت محیط در بیمارستان‌ها به تناسب تعداد تخت

بیمارستانی

- ساماندهی پسماندهای مراکز بهداشتی - درمانی وابسته به دانشگاه علوم پزشکی با همکاری بخش خصوصی یا شهرداری‌ها (در صورت تحقق برنامه عملیاتی سازمان حفاظت محیط زیست و مشخص شدن و فعال شدن سایت‌های مرکزی)

- راه‌اندازی سیستم‌های بی خطر ساز، در تمام بیمارستان‌های تازه تأسیس وابسته به وزارت بهداشت

- ایجاد زمینه‌های لازم برای سرمایه گذاری بخش خصوصی

- اعمال و تشدید نظارت بر ساماندهی و مدیریت پسماندهای سایر بیمارستان‌ها و مراکز بهداشتی - درمانی

آلودگی هوا و اثرات آن بر سلامت

تاریخچه

از سال ۱۳۵۷، برنامه بهداشت هوا در زمره برنامه‌های بهداشت محیط کشور بوده است. در برنامه بهداشت هوا، با استفاده از ایستگاه‌های ابتدایی سنجش آلاینده‌های هوا، مستقر در شهرهای تهران، اصفهان، اهواز، تبریز و اراک، آلاینده‌های SO_2 ، $SOOT$ ، TSP سنجش شده و گزارشات به صورت ماهانه به دفتر نمایندگی سازمان جهانی بهداشت ارائه می‌گردید.

وضعیت بهداشت هوا

تنها اطلاعاتی که از وضعیت آلودگی هوای شهرهای ایران در دسترس است، مربوط به سال ۱۳۸۱ و طبق گزارش بانک جهانی بوده که در جدول زیر ارائه شده است.

جدول شماره ۴۱- وضعیت غلظت آلاینده ذرات معلق در کشور در سال ۱۳۸۱،

طبق گزارش بانک جهانی

شهرهای ایران	میانگین ذرات معلق PM10	متوسط کل ذرات معلق TSP	برآورد میانگین PM10
تهران	۱۰۰	--	۱۰۰
اصفهان	۱۰۲	--	۱۰۲
شیراز	--	۱۵۲	۷۶
تبریز	۶۹	--	۶۹
اهواز	--	۱۶۲	۸۱

آلودگی هوا و اثرات آن بر سلامت در شهرها

در حال حاضر، برنامه بهداشت هوا، فقط به سنجش آلاینده‌های هوا اکتفا نکرده و بررسی و مطالعات لازم برای تعیین اثرات آلودگی هوا بر سلامت را نیز، دنبال می‌کند.

طبق سنجش آلاینده‌های هوا در کلان شهرها که توسط سازمان حفاظت محیط زیست صورت می‌گیرد، شهرهای تهران، کرج، اصفهان، مشهد، تبریز، اراک، اهواز و شیراز، دارای میانگین سالانه غلظت‌هایی بالاتر از مقادیر معرفی شده توسط سازمان جهانی بهداشت و استاندارد ملی، برخوردار هستند. براساس سرشماری آمار نفوس و مسکن سال ۱۳۹۰، جمعیت شهرنشین این شهرها، بالغ بر ۲۲ میلیون نفر است که از هوای ناسالم استفاده می‌کنند. براساس آخرین اطلاعات سنجش آلاینده‌های هوا، وضعیت کیفیت هوا، فقط برای ذرات معلق در شهرها، به قرار جدول زیر است:

جدول شماره ۴۲- وضعیت آلاینده ذرات کم‌تر از ۱۰ میکرون^۱ PM10 به عنوان آلاینده مسئول، در کشور، ۹ ماهه اول سال ۱۳۹۱

ردیف	نام شهر	تعداد روزهای سنجش شده	تعداد روزهایی که PM10 آلاینده مسئول بوده است	درصد روزهای با آلودگی PM10 به عنوان آلاینده مسئول
۱	یزد	۲۷۶	۷	۲/۵
۲	بیرجند	۲۷۶	۱	۰/۳۶
۳	کرمانشاه	۲۴۵	۸۸	۳۶
۴	ارومیه	۲۷۳	۱۶۱	۵۹
۵	اصفهان	۲۷۳	۷۳	۲۶/۷
۶	همدان	۲۷۳	۱۵۲	۵۵/۷
۷	زنجان	۲۰۷	۸	۳/۹
۸	شیراز	۱۵۹	۴۰	۲۵
۹	مشهد	۲۷۲	۴	۱/۵
۱۰	تبریز	۱۸۶	۷۷	۴۱/۴
۱۱	تهران	۲۷۶	۱۰	۳/۶

^۱ Particle below 10 micrometer

طبق گزارش سازمان جهانی بهداشت در سال ۲۰۰۹ میلادی و برآورد انجام شده در سال ۲۰۰۴ میلادی، وضعیت کشور جمهوری اسلامی ایران در بخش آلودگی هوا به قرار ذیل است: میانگین سالانه آلاینده ذرات معلق PM10 در سال ۲۰۰۴ میلادی در کشور، ۶۸ میکرو گرم بر متر مکعب در نظر گرفته شده که موجب ۹۱۰۰ مورد مرگ در سال شده است و نزدیک به یک بخش از شاخص دالی^۱ سالانه به ازاء ۱۰۰۰ نفر جمعیت را در بر می گیرد.

این برآوردها، در زمانی اتفاق افتاده است که هنوز مشکل ریزگردها در کشور وجود نداشته و غلظت‌های بالغ بر ۱۰۰۰ میکروگرم بر متر مکعب ذرات معلق PM10 در میانگین‌های سالانه، لحاظ نشده است. طبق مطالعه سال ۱۳۹۰ در شهر تهران، فقط به دلیل آلودگی هوای ناشی از ذرات معلق PM10 با میانگین ۸۶ میکرو گرم بر متر مکعب (خطوط راهنمای معرفی شده سازمان جهانی بهداشت، میانگین سالانه را حدود ۲۰ میکروگرم بر مترمکعب مجاز می‌داند) و تعداد ۱۶ روز PM10 آلاینده مسئول بوده است که بیش از ۲۱۴۲ مورد مرگ منتسب به این شرایط بوده است.

در حال حاضر، مشکل خشکسالی و پدیده ریزگردها، کشور را تحت تأثیر قرار داده است و بیش از ۱۹ استان کشور و جمعیت شهری و روستایی آن را درگیر کرده و در بسیاری از ایام سال، استنشاق هوای حاوی ریزگردها، سلامت جمعیتی بالغ بر ۳۸ میلیون نفر، یعنی بیش از نیمی از جمعیت کل کشور را، تحت تأثیر قرار می‌دهد.

از برنامه‌های مدیریت آلودگی هوا و اثرات آن بر سلامت، اقدامات برای شرکت در کمیته‌های بین‌المللی، ملی و استانی برنامه مقابله با ریزگردها و تعامل با سایر دستگاه‌ها و نهادهای ملی است.

مدیریت آلودگی هوا و اثرات آن بر سلامت در شهرها

(۱) در برنامه‌های دوم و سوم توسعه کشور، اهمیت کنترل و کاهش آلودگی هوا، در مواد قانونی ذیل، این گونه ارائه شده است:

برنامه دوم توسعه (۱۳۷۸-۱۳۷۳): تبصره ۸۲ بند ب: «دولت مکلف است در طول برنامه دوم، نسبت به کاهش میزان آلودگی هوای تهران، مشهد، تبریز، اهواز، اراک، شیراز و اصفهان در حد

^۱ Daly

استاندارد سازمان جهانی بهداشت، اقدام نماید. آیین نامه اجرایی این تبصره، توسط سازمان حفاظت محیط زیست و با همکاری دستگاه‌های ذی‌ربط تهیه و به تصویب هیئت وزیران خواهد رسید».

برنامه سوم توسعه (۱۳۷۸-۱۳۸۳): ماده ۱۰۴ بند د: «دولت مکلف است در طول برنامه سوم نسبت به کاهش میزان آلودگی هوای شهرهای تهران، مشهد، تبریز، اهواز، اراک، شیراز و اصفهان در حد استانداردهای سازمان جهانی بهداشت، اقدام نماید. آیین نامه اجرایی این بند همان آیین نامه اجرایی تبصره (۸۲) قانون برنامه پنج ساله دوم توسعه، اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی جمهوری اسلامی ایران مصوب ۱۳۷۳/۹/۲۰ می‌باشد».

در طی گذشت ۱۵ سال و ۳ دوره از برنامه توسعه هیچ گاه کیفیت هوای این شهرها در حد استانداردهای سازمان جهانی بهداشت، قرار نگرفت و به دلایل مختلف در بعضی موارد، برآلودگی هوای این شهرها، نیز افزوده گشت.

نگرانی از تبعات ناشی از مواجهه با آلاینده‌های هوا و اثرات نامطلوب آن بر سلامت، سبب شد که در تدوین برنامه چهارم توسعه، نقش وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی نیز دیده شود. چنانچه در این برنامه آمده است:

۲) برنامه چهارم توسعه: ماده ۶۲ بند الف: «دولت مکلف است: در طول برنامه چهارم، میزان آلودگی هوای شهرهای تهران، اهواز، اراک، تبریز، مشهد، شیراز، کرج و اصفهان را در حد استاندارد مصوب شورای عالی حفاظت محیط زیست، کاهش دهد. آیین‌نامه اجرایی این بند، توسط سازمان حفاظت محیط زیست، سازمان مدیریت و برنامه‌ریزی کشور و وزارتخانه‌های نفت، صنایع و معادن، بهداشت، راه و ترابری و کشور تهیه و به تصویب هیئت وزیران رسانده شود».

بر این اساس، آیین نامه اجرایی این ماده برای تهران بزرگ با همکاری نهادهای وزارت کشور، وزارت نفت، وزارت صنایع و معادن، سازمان حفاظت محیط زیست، وزارت بهداشت، معاونت راهنمایی و رانندگی ناجا و شهرداری تهران، نوشته شد. آیین نامه اجرایی برنامه جامع کاهش آلودگی هوای تهران بزرگ، در برنامه چهارم توسعه مشتمل بر ۹ محور مشخص گردید که در محور هشتم، نقش وزارت بهداشت به‌عنوان یکی از نهادهای دولتی، برای اولین بار در بحث آلودگی هوا به قرار زیر تعیین شد:

محور هشتم: پایش:

الف) پایش سلامت با بررسی میزان مرگ و میر ناشی از آلودگی هوا از طریق جلب همکاری WHO، برنامه آمادگی مراکز بهداشتی، درمانی، بیمارستان‌ها و مراکز اورژانس در خصوص فوریت‌های آلودگی هوا، طراحی برنامه‌های مداخله‌گرانه برای کاهش اثرات آلودگی هوا بر سلامت،

ب) پایش زیست محیطی با ایجاد مرکز پایش زیست محیطی لحظه‌ای برای آلاینده‌های هوا، گسترش و تجهیز واحدهای گشت سیار زیست محیطی برای مقابله با آلودگی هوا، آزمون اتفاقی خودروها، تجهیز ۵۰ دودکش بزرگ واحدهای صنعتی و تولیدی به نظام پایش لحظه‌ای، نصب ۵ ایستگاه سنجش کیفیت هوا توسط شهرداری تهران و ۱۷ ایستگاه سنجش کیفیت هوا توسط سازمان حفاظت محیط زیست

۱- تصویب استانداردهای هوای پاک توسط هیئت دولت در سال ۱۳۸۸، تنها استاندارد معرفی شده‌ای است که توسط مراجع ذی صلاح به تصویب رسیده است.

۲- نقش فعال وزارت بهداشت در تدوین آیین نامه اجرایی مقابله با گرد و غبار و خشکسالی که در سال ۱۳۸۹، به تصویب هیئت دولت رسیده است.

۳- تصویب یکی از شاخص‌های عدالت در سلامت در مصوبه سال ۱۳۹۰ هیئت دولت به عنوان تعداد روزهای هوای سالم در شهرهای بالای ۳۰۰ هزار نفر جمعیت

۴- مدیریت مصرف حامل‌های انرژی در خانوارهای روستایی مصرف کننده سوخت جامد
الف- جلب همکاری تمام دستگاه‌های اجرایی مرتبط، برای تأمین سوخت مناسب و پاک و در دسترس خانوارهای روستایی

ب- جلب همکاری تمام بخش‌های وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، بالاختص مدیریت توسعه و ارتقاء شبکه، واحد بیماری‌های غیرواگیر و دفتر سلامت خانواده و جمعیت در تعیین شاخص‌های سلامت مربوط به مواجهه با آلاینده‌های منتشره از سوخت‌های جامد

۵- بررسی و مطالعات مربوط به استقرار و عملیاتی شدن پیوست سلامت، برای طرح‌های صنعتی، خدماتی، کشاورزی و ...

الف- تصویب و ابلاغ ۵ طرح توسط مدیریت راهبردی ریاست جمهوری به وزارت بهداشت

برای تدوین استانداردهای پیوست سلامت به قرار: طرح‌های نیروگاه‌های گازی، سیکل ترکیبی و هسته‌ای، طرح‌های صنایع نفت، گاز و پتروشیمی شامل پالایشگاه و پتروشیمی، طرح‌های صنایع سنگین شامل کارخانجات تولید گچ، سیمان، ذوب فولاد، نورد و شکل دهی طرح‌های خدماتی شامل شبکه جمع‌آوری فاضلاب شهری و تصفیه خانه فاضلاب و مراکز دفع و دفن پسماندها، طرح‌های کشاورزی شامل کشتارگاه‌های بزرگ صنعتی دام و طیور، شهرک‌های دام‌داری و دام‌پروری

ب- تهیه و تدوین خطوط راهنمای استانداردهای پیوست سلامت برای حداقل ۵ طرح تا پایان سال ۱۳۹۲

۶- مدیریت سامانه جامع اطلاعات بهداشت محیط کشور

الف- تکمیل اطلاعات و ساختار مورد نیاز برای بانک اطلاعاتی بهداشت محیط کشور مربوط به بخش کیفیت آلودگی هوا، پرتوها فرابنفش و پرتوهای گاما، مدیریت پسماند و فاضلاب‌های بیمارستانی

۷- پیش‌بینی ساختار کیفیت آب، مراکز پرتو پزشکی و نظایر آن، بهداشت مواد غذایی بهداشت مسکن و اماکن، بهداشت کشاورزی، آلودگی صوتی، نمانه شیمیایی، اثرات تغییرات اقلیم بر سلامت، پیوست سلامت، کنترل ناقلین، اطلاعات بیماری‌ها، کنترل دخانیات، فوریت‌های سلامت محیط، شاخص‌های بهداشت محیط در این سامانه صورت پذیرفته و انتظار آن است تا انتهای برنامه پنجم توسعه کلیه بخش‌های آن به همراه بانک‌های اطلاعاتی مربوط تکمیل گردد. توضیحات بیشتر پیرامون بند ۵ به شرح ذیل می‌باشد.

مصرف حامل‌های انرژی در خانوارهای روستایی مصرف‌کننده سوخت جامد

طبق گزارش سازمان جهانی بهداشت در سال ۲۰۰۹ میلادی و برآورد انجام شده در سال ۲۰۰۴ میلادی، وضعیت کشور جمهوری اسلامی ایران در بخش آلودگی هوا به قرار ذیل است: کم‌تر از ۵ درصد از خانوارهای روستایی، مصرف‌کننده سوخت جامد هستند که سالانه ۳۰۰ مورد مرگ (که حدود ۰/۱ از شاخص دالی سالانه به ازاء ۱۰۰۰ نفر جمعیت) را به خود اختصاص داده است، رخ می‌دهد.

به‌نظر می‌رسد در آمار ارائه شده، فقط موارد گاز گرفتگی با مونوکسید کربن در وسایل و

روش‌های گرمایشی در خانوارهای روستایی، در این آمار لحاظ شده است. طبق نتایج مطالعه و سرشماری که در سال ۱۳۸۸ و ۱۳۹۰، در مرکز سلامت محیط و کار انجام شد، خانوارهایی که روزانه سوخت جامد بیش از ۴ ساعت در فصول اوج مصرف به منظور گرمایش، پخت و پز، طبخ نان و تأمین آب گرم و برای مصارف بهداشتی، (براساس سرشماری سالانه ذیح ۱۳۹۱ خانه‌های بهداشت ۱۲/۱ درصد از خانوارهای روستائی) داشتند که نوع سوخت جامد، آن‌ها فضولات دامی یا چوب و فرآورده‌های مشابه آن است. براساس مطالعه صورت گرفته در سال ۱۳۸۸ و برآورد سهم AT برای عفونت‌های تنفسی و آسم در خانوارهای مصرف کننده سوخت جامد مشخص شد ضریب مؤثر در بروز این دو بیماری ۰/۳۹ برای آسم و ۰/۳۴ برای عفونت‌های تنفسی محاسبه شده است.

آنچه که در جدول زیر ارائه شده است، حاصل گزارش سرشماری آمار نفوس و مسکن سال ۱۳۹۰ مرکز آمار ایران است. طبق این گزارش، بالغ بر ۲ درصد از خانوارهای روستایی به طور کامل از استفاده می‌کنند. طبق سرشماری ذیح ۱۳۹۱ در روستاها به دلیل افزایش تعرفه‌های انرژی و حذف یارانه از قیمت تمام شده سوخت، بازگشت به بهره‌برداری از سوخت جامد، خصوصاً در مناطق روستایی جنگل نشین، افزایش یافته و این موضوع ضمن از بین بردن عرصه‌های طبیعی و از بین بردن جنگل‌ها، باعث افزایش انتشار گازهای گلخانه‌ای و کاهش ترسیب کربن در سطح ملی می‌شود.

جدول شماره ۴۳- درصد خانوارهای روستایی که از حامل‌های انرژی بهره‌مند می‌شوند

شرح	از سال ۱۳۸۵ تا ۱۳۹۰ بوده است	پخت و پز	ایجاد گرما	تهیه آب گرم
گاز طبیعی			۷۸/۰۳	۷۸/۰۶
گاز مایع		۳۰/۶۳	۱/۴۲	۷/۱۰
نفت سفید			۱۶/۰۳	۷/۲۳
گازوئیل		-	۰/۱۴	۰/۴۶
برقی		۰/۰۳	۳/۸۳	۴/۸۷
سوخت جامد (هیزم، زغال، فضولات حیوانی و ...)		۰/۳۴	۰/۶۸	۱/۰۸
سایر سوخت‌ها، هیچکدام و اظهار نشده		۰/۱۹	۰/۸۸	۱/۳۰

پیوست سلامت برای طرح‌های بزرگ توسعه‌ای

تاریخچه

امروزه حفظ و ارتقاء سلامت ملت‌ها، یکی از وظایف با اهمیت و اصلی دولتمردان و سیاست‌گذاران است. در این راستا علاوه بر تأمین و ارائه مراقبت‌های سلامتی، توجه به سایر عوامل تأثیر گذار بر سلامت، از قبیل عوامل اجتماعی، از اهمیت ویژه‌ای برخوردار است. سیاست‌ها، قوانین و برنامه‌ها و طرح‌های بزرگ توسعه‌ای در هر جامعه‌ای، می‌توانند از طریق شرایط حاکم بر محیط زندگی افراد، اثرات خود را در نهایت بر سلامت مردم و بهره‌مندی عادلانه آنان از فرصت‌های سلامت اعمال کنند. از این رو انجام ارزیابی اثرات بهداشتی، برای بررسی تأثیر مستقیم یا غیر مستقیم پروژه‌ها بر بهداشت و سلامت انسان‌ها، به‌ویژه پیش از مرحله اجرا و تصمیم‌گیری، امری ضروری به‌نظر می‌رسد. در ایران با عنایت به اهمیت موضوع، ارزیابی اثرات بهداشتی، تحت عنوان پیوست سلامت، در قانون برنامه پنج ساله پنجم توسعه اقتصادی اجتماعی جمهوری اسلامی ایران (۱۳۹۴-۱۳۹۰)، آورده شده است. مطابق بند ب ماده ۳۲ قانون مذکور، استانداردهای ملی پیوست سلامت برای طرح‌های بزرگ توسعه‌ای با پیشنهاد وزارت بهداشت و تأیید معاونت، بهداشت، تدوین و پس از تصویب شورای عالی سلامت و امنیت غذایی، توسط معاونت بهداشت برای اجراء ابلاغ می‌گردد. مصادیق طرح‌های بزرگ توسعه‌ای به پیشنهاد وزارت بهداشت و تأیید معاونت بهداشت مشخص می‌شود. در راستای قانون یاد شده، مجموعه پیوست سلامت که شامل تعاریف، مفاهیم و گردش کار و الزامات است با حضور نمایندگان وزارت کشور، وزارت جهاد کشاورزی، وزارت نفت، وزارت راه و شهرسازی، وزارت صنعت، معدن و تجارت، سازمان انرژی اتمی، سازمان حفاظت محیط زیست، شهرداری تهران و معاونت برنامه‌ریزی و نظارت راهبردی ریاست جمهوری مورد بررسی قرار گرفت و پس از اعمال نظرات، نهایی گردید. پیوست سلامت مجموعه‌ای از دستورالعمل‌ها، روش‌ها و ابزارهایی است که به صورت نظام مند، اثرات بالقوه و گاهی ناخواسته یک طرح یا پروژه را بر سلامت مردم و گسترش آن‌ها در جامعه را، ارزیابی می‌کند.

الزامات پیوست سلامت، شامل مراحل غربالگری، تعیین دامنه، ارزیابی، ارائه پیشنهادات و گزارش‌دهی و پایش می‌باشد. نظرات در خصوص گزارش پیوست سلامت، را به صورت تأیید گزارش یا پیشنهاد گزینه‌های اصلاحی یا راه کارهای بهسازی، به مجری طرح اعلام خواهد شد.

لازم به ذکر است که مصادیق طرح‌های بزرگ توسعه‌ای به پیشنهاد وزارت بهداشت و با تأیید معاونت راهبردی ریاست جمهوری در سه ماهه اول هر سال، توسط این معاونت برای اجرا ابلاغ می‌گردد. این مصادیق برای اجرا در سال ۱۳۹۲، شامل طرح‌های نیروگاه‌های گازی، سیکل ترکیبی و هسته‌ای، طرح‌های صنایع نفت، گاز و پتروشیمی شامل پالایشگاه و پتروشیمی، طرح‌های صنایع سنگین شامل کارخانجات تولید گچ، سیمان، ذوب فولاد و نورد، طرح‌های خدماتی شامل بیمارستان‌های بزرگ، شبکه جمع‌آوری فاضلاب شهری و تصفیه خانه فاضلاب و مراکز دفع و دفن پسماندها و طرح‌های کشاورزی شامل کشتارگاه‌های بزرگ صنعتی، دام و طیور و شهرک‌های دامداری و دامپروری است، که به تأیید معاونت راهبردی ریاست جمهوری رسیده است. به طور کلی در پیوست سلامت، راه‌های کاهش اثرات سوء بر سلامت در طرح‌ها و برنامه‌ریزی‌ها برای کاهش اثرات و مدت زمان کاهش اثرات سوء طرح‌ها، مورد توجه قرار می‌گیرد. با توجه به این که پیوست سلامت تمام اثرات سوء بر سلامت مردم را احصاء می‌کند، می‌توان گفت، این قانون از بهترین قوانین مصوب برای کاهش مخاطرات سلامت مردم در کشور است.

چالش‌ها

طی گذشت ۱۵ سال و ۳ دوره از برنامه توسعه (برنامه دوم توسعه تا برنامه چهارم) هیچ‌گاه کیفیت هوای این شهرهای بزرگ، در حد استانداردهای سازمان جهانی بهداشت قرار نگرفت و به دلایل مختلف، برآلودگی هوای این شهرها نیز افزوده گشت.

- عدم اقدام ملی برای کاهش آلودگی هوا تا دستیابی به استانداردهای ملی توسط دستگاه‌های ذی‌ربط

- عدم ثبت و گزارش دهی یکپارچه بیماری‌ها و عوارض منتسب به مواجهه با آلودگی هوا در کشور

- عدم تجهیز آزمایشگاه و وسایل سنجش آلاینده‌های هوا در وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی

تغییرات آب و هوایی و اثرات آن بر سلامت

تاریخچه

طرح ملی تغییر آب و هوا، در راستای تعهدات دولت جمهوری اسلامی ایران به معاهده تغییر آب و هوا، پس از تصویب این معاهده توسط مجلس شورای اسلامی در (خردادماه ۱۳۷۶)، از دی ماه ۱۳۷۶ برابر با ژانویه ۱۹۹۸ میلادی، در سازمان حفاظت محیط زیست آغاز به کار کرد. دفتر طرح ملی تغییر آب و هوا، از ژانویه ۲۰۰۶ میلادی (۱۳۸۴)، فعالیت‌های تهیه دومین گزارش ملی تغییر آب و هوا را آغاز کرد که در آن بخش سلامت، با ارزیابی اثرات تغییرات آب و هوایی و اقلیم بر سلامت در سطح استانی و با روند ۱۰ ساله تغییرات بارش و دما و پدیده‌های جوی ارائه شده است. این بخش توسط وزارت بهداشت، مرکز سلامت محیط و کار و با همکاری سازمان حفاظت محیط زیست، تهیه شده است.

در سال ۱۳۹۰، به دلیل اثر پذیری کشور از تغییرات آب و هوایی در منطقه و متأثر شدن بسیاری از شاخص‌های سلامت، کمیته ملی راهبردی تغییرات آب و هوایی و سلامت، در وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی شکل گرفت و ۶ کارگروه ویژه تخصصی در این زمینه فعالیت می‌کنند. وظیفه این کمیته، تهیه سند راهبردی تغییرات آب و هوایی و سلامت در بخش‌های آسیب‌پذیری^۱، سازگاری^۲ و کاهش اثرپذیری^۳ در حوزه سلامت است.

حفاظت از مردم در برابر پرتوها

پرتو فرابنفش خورشیدی

تاریخچه

پرتو فرابنفش خورشیدی یکی از عوامل خطر محیطی محسوب می‌شود که بخشی از بار بیماری‌های منتسب به عوامل محیطی را، به خود اختصاص داده است. براساس گزارش سازمان جهانی بهداشت در سال ۲۰۰۲ میلادی در ایران، حدود ۲۹۰۲۶ سال از دست رفته عمر، منتسب به پرتو فرابنفش محیطی است.

¹ Vulnerability

² Adaptation

³ Mitigation

براساس گزارش کشوری ثبت موارد سرطانی، شایع‌ترین سرطان در ایران سرطان پوست است، به طوری که در سال ۱۳۸۲، ۱۵/۷ درصد، در سال ۱۳۸۳، ۱۵/۵ درصد، در سال ۱۳۸۴، ۱۵/۱ درصد، در سال ۱۳۸۵ و ۱۳۸۶، ۱۴/۷ درصد و در سال ۱۳۸۷ حدود ۱۳ درصد کل سرطان‌های گزارش شده از نوع سرطان پوست بوده است. همان طوری که در مطالعات به اثبات رسیده است، مواجهه زیاد با نور خورشید، عامل اصلی سرطان پوست است.

اهمیت شاخص پرتو فرابنفش UV^۱

شاخص پرتو فرابنفش، ابزاری مناسب جهت افزایش آگاهی‌های عمومی در مورد خطرات مواجهه و معرض بودن بیش از حد با پرتو فرابنفش و نیز اتخاذ روش‌های حفاظتی به مردم است. تشویق مردم به کاهش میزان مواجهه با پرتو فرابنفش خورشیدی، می‌تواند باعث کاهش قابل ملاحظه اثرات بهداشتی و در نتیجه هزینه‌های درمانی شود. در مطالعه‌ای که در سال ۲۰۰۸، توسط سازمان حفاظت از محیط زیست آمریکا^۲ (EPA) صورت گرفت مشخص گردید که به ازای هر یک دلار هزینه آموزش، افزایش آگاهی و اطلاع رسانی در رابطه با پرتو UV حدود دو تا چهار دلار از هزینه‌های درمان عموم مردم ذخیره می‌شود. این ابزار آموزشی باید به عنوان جزء جدایی ناپذیر برنامه آموزشی به عموم مردم درخصوص خطرات بهداشتی پرتو فرابنفش و حفاظت در برابر آن، مورد استفاده قرار گیرد و منجر به تغییر نگرش و رفتار مردم در مواجهه با پرتو فرابنفش شود.

این شاخص مقدار پرتو فرابنفش خورشید را در سطح زمین نشان می‌دهد. همچنین خطرات مورد انتظار تماس بیش از حد با پرتو خورشید را به صورت روزانه پیش بینی می‌کند. دامنه این شاخص از صفر تا مقادیر بالاتر متغیر است. مقدار بالاتر شاخص، ظرفیت بیش‌تری برای آسیب‌رسانی به پوست و چشم دارد و در مدت زمان کوتاه‌تری صدمات شدیدتری را وارد می‌سازد.

^۱ Ultra Violet

^۲ Environmental Protection of America

پروژه تهیه نقشه گاز رادون RADON

تاریخچه

گاز رادون، اصلی‌ترین ماده اکتیو یونیزان طبیعی است که بیش از ۵۰ درصد آسیب‌های پرتوهای با منشأ طبیعی را به خود اختصاص داده است. نظر به اهمیت بهداشتی و اقتصادی اجرای پروژه تهیه نقشه گاز رادون در کشور، مرکز سلامت محیط و کار از سال ۱۳۹۰، با توجه به محدودیت‌های مالی به بررسی جامع غلظت گاز رادون در سه استان گیلان، مازندران و گلستان مبادرت کرد و در سال ۱۳۹۱ با تخصیص اعتبار به استان یزد، در صدد گسترش این طرح در کل کشور برآمد امید است با تهیه نقشه ملی غلظت این گاز، زمینه مداخله‌های علمی و اجرایی در خصوص چگونگی کاهش مواجهات فراهم گردد.

اهمیت بهداشتی مواجهه با گاز رادون در جهان

- دومین عامل سرطان ریه بعد از سیگار است.
- خطر بهداشتی خارج بدنی ندارد.
- از آلاینده‌های فضاهای بسته^۱ است.

راه‌های اصلی مواجهه انسان با گاز رادون

- اصلی‌ترین راه مواجهه، از طریق خلل و فرج خاک و صخره‌ها است که گاز خارج و وارد هوای اماکن بسته (مثل معادن و منازل) می‌شود.
- مواجهه از طریق مواد و مصالح مورد استفاده در ساختمان‌ها و از طریق آب استحصالی از منابع زیرزمینی از راه‌های فرعی هستند.
- اصلی‌ترین راهبردهای کاهش خطرات گاز رادون: رعایت سه اصل بهداشت محیط در زندگی به شرح زیر است:
- تهویه فعال
- فوندانسیون ساختمانی ضد نفوذ گاز رادون

¹ Indoor Air Pollution

- مداخله در فرآیندهای تصفیه آب‌های زیر زمینی در راستای حذف گاز رادون محلول در آنها

مدیریت مبارزه با ناقلین، حشرات و جوندگان در اماکن عمومی و خانگی

تاریخچه

نقش برنامه‌های مدیریت مبارزه و کنترل ناقلین، با تصویب آیین نامه بهداشت محیط در سال ۱۳۷۱ در هیئت دولت و قانون تشکیلات وزارت بهداشت در سال ۱۳۷۵، در مجلس شورای اسلامی، رویکرد جدیدی از برنامه‌های بهداشت محیط را به جریان درآورد. مصوبه قانون تشکیلات وزارت بهداشت و نظارت بر امر مبارزه با حشرات، جوندگان، ناقلین و هم‌چنین کاربرد سموم، از وظایف وزارت بهداشت به استناد قوانین و مقررات موجود است.

با توجه به اسناد بالادستی در این خصوص، دستورالعمل‌های مرتبط زیر تهیه و ابلاغ شده‌اند:

۱- ضوابط فعالیت شرکت‌های خدماتی مبارزه با حشرات و جانوران مودی در اماکن عمومی و

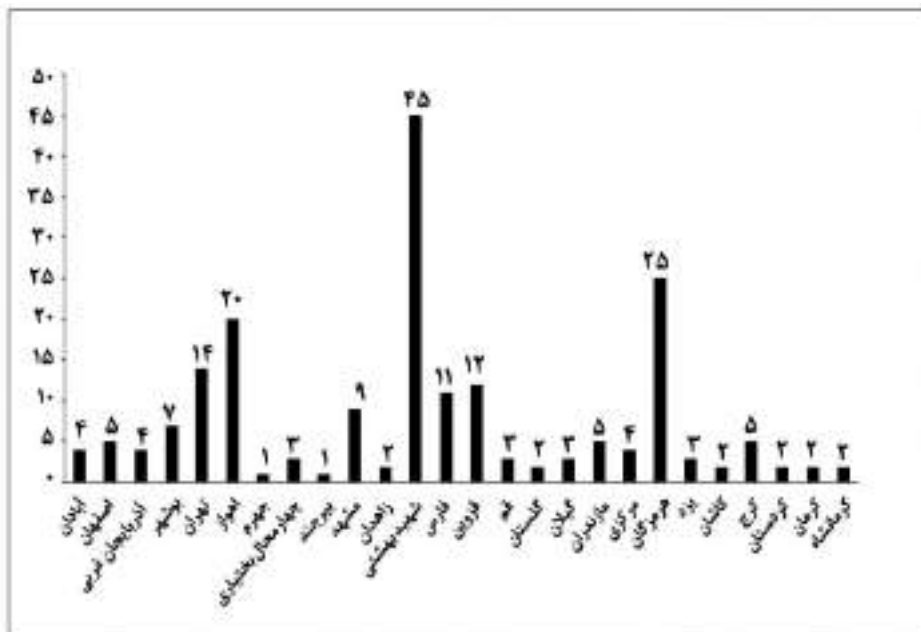
خانگی

۲- دستورالعمل صدور مجوز و فعالیت شرکت‌های خدماتی مبارزه با حشرات و جانوران مودی

در اماکن عمومی و خانگی

به استناد تبصره ۲ ماده ۶ آیین نامه اجرایی کنترل و نظارت بهداشتی بر سموم و مواد شیمیایی مورخ ۷۸/۶/۱۴ هیئت وزیران و به منظور حفظ و ارتقاء بهداشت جامعه، از طریق مبارزه صحیح با حشرات که یک وظیفه عمومی تلقی می‌گردد، ضوابط فعالیت شرکت‌های خدماتی مبارزه با حشرات و جانوران مودی در اماکن عمومی و خانگی تهیه و جهت اجرا به کلیه دانشگاه‌ها ابلاغ گردید.

در این خصوص، شرکت‌های خدماتی با تبعیت از ضوابط ابلاغی از سال ۱۳۸۷ به بعد، دارای مجوز از دانشگاه / دانشکده علوم پزشکی و خدمات بهداشتی - درمانی حوزه‌های جغرافیایی محل استقرار خود، بوده و مشغول فعالیت هستند. نمودار زیر نشان‌دهنده فراوانی این شرکت‌ها در انتهای سال ۱۳۹۱ است.



نمودار شماره ۲۱- تعداد شرکت‌های خدماتی مبارزه با حشرات و جانوران موزی در اماکن عمومی و خانگی به تفکیک دانشگاه‌ها/ دانشکده‌های علوم پزشکی و خدمات بهداشتی - درمانی کشور در سال ۱۳۹۱

فوریت‌های سلامت محیط (بهداشت محیط در بلایا)

تاریخچه

ایران جزء کشورهای بلاخیز دنیا است و از ۴۲ نوع بلیه شناخته شده، حداقل ۳۱ نوع آن در کشور ما رخ داده است. باید گفت که بلا خبر نمی‌کند، ولی هشدار می‌دهد و باید هشدارها را جدی گرفت و همواره آماده بود. جنبه‌های ضروری مدیریت بهداشت محیط در مواقع اضطرار شامل پیش بینی خدمات بهداشتی، تأمین آب سالم و بهداشتی، دفع مناسب فاضلاب و مدفوع انسانی، کنترل ناقلین وآفات، بهداشت مواد غذایی و برآورد میزان خطرات همه گیر(اپیدمی)، پس از وقوع بلایا، مقابله با حوادث پرتوی و شیمیایی و ... است. ستاد فوریت‌های سلامت محیط و کار، به منظور کنترل عوامل محیطی در

بلايا و شرايط اضطرار و با هدف ارائه خدمات بهينه و استاندارد بهداشتی بر اساس شاخص‌های کشوری بهداشت محیطی به مردم آسیب دیده، فعالیت می‌کند. اهم این فعالیت‌ها به شرح زیر هستند:

- ۱- اطمینان از تأمین آب آشامیدنی سالم، برای آسیب دیدگان و امدادرسنان، بر اساس:
 - فرم ارزیابی سریع بهداشتی در بلایای طبیعی و شرایط اضطرار
 - فرم گزارش فعالیت‌های روزانه اکپ بهداشت محیط در بلايا و شرایط اضطرار
- ۲- توضیح کلی در مورد برنامه‌های موجود:
 - اقدامات مداخله‌ای فوری بهداشت محیطی در شرایط اضطرار
 - سازماندهی نیروهای بهداشت محیط، برای مداخلات استانی، ملی و منطقه‌ای
 - گزارش‌گیری به موقع از استان‌ها برای کنترل و مداخلات وضعیت‌های اضطراری و بیماری‌های شایع و نوپدید و بازپدید
 - تهیه و ابلاغ دستورالعمل‌های لازم، برای مقابله محیطی با بیماری‌های شایع و نوپدید و بازپدید و شرایط اضطراری
 - پیگیری، شناسایی و تأمین نیازهای احتمالی مناطق آسیب دیده و نیازهای بهداشت محیطی آسیب دیدگان از سوانح و حوادث
 - کنترل و نظارت بر بهداشت آب و فاضلاب
 - کنترل و نظارت بر بهداشت مواد غذایی
 - کنترل و نظارت بر مدیریت دفن بهداشتی اجساد بر اساس وجود دانش فنی در مرکز سلامت در محیط کار
 - کنترل حشرات و جوندگان با توجه به برنامه‌های مدون مرکز سلامت محیط و کار
 - کنترل بهداشتی و نظارت بر مدیریت اردوگاه‌های اسکان بر اساس برنامه‌های مرکز سلامت محیط و کار
 - کنترل، نظارت و مدیریت مواد زائد جامد و خطرناک بر اساس برنامه‌های مرکز

سلامت محیط و کار

- کنترل، نظارت و مدیریت رخدادهای شیمیایی بر اساس برنامه‌های مرکز سلامت محیط و کار

۳- نظام مراقبت کیفیت آب، غذا و ناقلین:

- بر اساس فرم ارزیابی سریع بهداشتی در بلایای طبیعی و شرایط اضطرار
- بر اساس فرم گزارش فعالیت‌های روزانه اکیپ بهداشت محیط در بلایا و شرایط اضطرار

- تهیه بسته آموزشی شامل چندین فصل به منظور آموزش کارشناسان بهداشت محیط در زمینه مقابله با ناقلین در بلایا و شرایط اضطرار

۴- آموزش و تربیت کارکنان بهداشتی - درمانی :

- برگزاری مانورهای آموزشی منطقه‌ای و کشوری به منظور آمادگی تیم‌های عملیاتی بهداشت محیط، برای مقابله با بلایای طبیعی و حوادث غیر مترقبه
- تهیه و تدوین دستورالعمل‌ها و فرم‌های ارزیابی در بلایا و شرایط اضطرار
- برگزاری دوره‌های آموزشی

۵- دستورالعمل، کتب و... موجود و بازبینی آن‌ها:

- تهیه کتاب برنامه ملی عملیات پاسخ بهداشت عمومی در بلایا و فوریت‌ها
- تهیه کتابچه‌های آموزشی به منظور آمادگی بیش‌تر عموم مردم برای مقابله با بلایا و حوادث غیر مترقبه

- راهنمای مدیریت بهداشت محیط در بلایا و شرایط اضطرار

- راهنمای عملیات بهداشت محیط در بلایا و شرایط اضطرار

۶- سازوکارهای کنترل عوامل طبیعی مؤثر بر سلامت:

- بر اساس فرم ارزیابی سریع بهداشتی در بلایای طبیعی و شرایط اضطرار
- بر اساس فرم گزارش فعالیت‌های روزانه اکیپ بهداشت محیط در بلایا و شرایط

اضطرار

۷- ارائه خدمات در کمپ‌ها:

- ارائه خدمات بهداشت محیطی مطابق راهنماها و دستورالعمل‌های موجود مرکز سلامت محیط و کار

جدول شماره ۴۴- شاخص‌های عملکردی برنامه ستاد فوریت‌های سلامت محیط و کار

اهم فعالیت‌ها

برگزاری کارگاه‌های آموزشی (بازآموزی) برای کارشناسان بهداشت محیط (بر حسب دانشگاه)^۱

برگزاری مانور میدانی بهداشت محیط در شرایط اضطرار (بر حسب دانشگاه)^۲

استفاده از بستر CBI برای پیشبرد اهداف برنامه ستاد فوریت‌های سلامت محیط و کار (بر حسب دانشگاه)^۳

هم‌چنین سامانه مدیریت و نظارت بر ارتباطات مردمی فوریت‌های سلامت محیط و کار از سال ۱۳۸۷، با هدف ارتقاء سطح آگاهی مردم از حقوق شهروندی در زمینه بهداشت محیط و حرفه‌ای و اعلام اخبار مربوط به نقض حقوق شهروندی ایشان، از سوی افراد سودجو که ایجاد ناامنی برای سلامت جامعه می‌کنند، راه اندازی شده است. سامانه در طول این مدت در جهت ارتقاء وضعیت بهداشتی اماکن عمومی و مراکز تهیه و توزیع مواد غذایی و ساماندهی وضعیت بهداشتی مردم در بلایا و شرایط اضطرار، بیماری‌های شایع، نوپدید و بازپدید، شرایط اضطراری پیچیده و ... گام‌های مهم و سازنده‌ای را برداشته است.

^۱ به‌طور معمول تمام نیروهای بهداشت محیط دانشگاه‌های علوم پزشکی کشور، مورد آموزش و بازبینی دانسته‌ها قرار گرفته‌اند.

^۲ در تمام دانشگاه‌های علوم پزشکی کشور هر سال در یک شهرستان مانور میدانی برگزار می‌شود

^۳ معمولاً سالانه در ۳ دانشگاه منتخب و در هر دانشگاه ۲ روستا نقطه آزمایشی برنامه است

بهداشت کار

تاریخچه

در سال ۱۳۳۱ خورشیدی پزشک انگلیسی، لئون لویی^۱، از طرف سازمان جهانی بهداشت، به عنوان مشاور برای بررسی وضعیت بهداشت حرفه‌ای و زمینه سازی آن، به ایران اعزام شد. در این مقطع فعالیت‌های مرتبط با سلامت شغلی عمدتاً به فعالیت‌های اداره کل بازرسی کار در وزارت کار، محدود بود و در قالب انجام بازرسی‌ها با تاکید بر نکات ایمنی، برای کنترل اجرای قانون کار و آیین نامه‌های مصوب دهه ۱۳۳۰ بود و در محیط‌های کار نیز، فقط در تعداد معدودی از کارخانجات بزرگ، واحد بهداری در کم‌تر از ۱۰ مورد از کارخانجات بزرگ، مهم‌ترین اقدامات در حوزه سلامت شغلی در این دوره است. عمده‌ترین قانونی که در این مقطع، حامی سلامت شغلی شاغلین بود، ماده ۴۷ قانون قدیم کار است، که به استناد آن کارفرمایان کارخانجات بزرگ موظف به تأسیس مرکز بهداشت کار با نیروی انسانی پزشک کار و کارشناس پرستار صنعتی بودند، در حالی که به دلیل فقدان نیروی انسانی پیش‌بینی شده در قانون، هیچ‌گاه این قانون در این دوره اجرا نگردید.

در سال ۱۳۴۵ خورشیدی، پروفسور تابر شو^۲ و پروفسور والی^۳، رئیس گروه بهداشت حرفه‌ای در دانشگاه زاگرب - یوگوسلاوی، به منظور برنامه‌ریزی رشته بهداشت حرفه‌ای ایران، به کشور دعوت شدند و مقدمات راه اندازی این رشته را تدارک دیدند.

در همین دوره پست کارشناس بهداشت محیط کار، در مجموعه اداره کل بهداشت محیط ایجاد شد و در ادامه، در سال ۱۳۴۹، اداره بهداشت صنعتی در دفتر خدمات بهداشتی ویژه پایه‌گذاری گردید، لیکن همواره به علت فقدان فارغ التحصیل بهداشت حرفه‌ای؛ این پست‌ها و ادارات، فاقد کارشناس مرتبط بود، تا این که، از سال ۱۳۵۶-۱۳۵۵ که اولین گروه از فارغ‌التحصیلان بهداشت صنعتی کشور از دانشگاه ملی وارد بازار کار شدند، بعضی از این موقعیت‌ها، در اختیار فارغ التحصیلان مرتبط قرار گرفت. از سال ۱۳۵۷، زمینه حضور کارشناسان بهداشت صنعتی در مراکز بهداشت وزارت بهداری فراهم شد و از سال ۱۳۵۹، با استقرار دو نفر از این گروه

^۱ Leon Louie

^۲ Taber sho

^۳ Vali

کارشناسان در دفتر خدمات بهداشتی ویژه در وزارت بهداشتی فعالیت‌های بهداشت صنعتی، دارای برنامه‌های سالانه شده و هم زمان با اجرای قانون طرح نیروی انسانی، تمام فارغ التحصیلان این رشته موظف به حضور در مناطق یا واحدهای صنعتی بزرگ، در اقصی نقاط کشور شدند. گسترش سریع برنامه‌های بهداشت صنعتی در وزارت بهداشت، منجر به ابلاغ مصوبه مورخ ۱۳۶۲، به وزارت بهداشت شد که مبنی بر انتقال تمام وظایف وزارت کار در زمینه بهداشت کار؛ کارگر و بهداشت محیط کار از وزارت کار به وزارت بهداشت بود و متعاقباً در سال ۱۳۶۶، با جدا شدن بهداشت صنعتی، از دفتر خدمات بهداشتی ویژه، اداره کل بهداشت حرفه‌ای در مجموعه معاونت بهداشتی وزارت بهداشت تأسیس گردید.

در سال ۱۳۶۹، با اصلاح و تصویب قانون کار؛ به صورت قانونی تمام وظایف و مسئولیت هدایت برنامه‌های سلامت شاغلین به وزارت بهداشت، محول گردید.

وضعیت بهداشت کار

در سال‌های اوایل انقلاب، به استثناء معدودی از کارخانجات بزرگ، بقیه واحدهای صنعتی فاقد واحد و یا کارشناس مرتبط با سلامت شغلی بودند و علی‌رغم وجود موادی از قانون کار در زمینه سلامت شاغلین به علت ضعف فرهنگی و فقدان نیروی انسانی کافی، برنامه‌های سلامت شغلی در حد بسیار ناچیزی قرار داشت.

بسیاری از صنایع بزرگ، برای کاهش هزینه‌های سرمایه‌ای خود هنگام خرید تجهیزات و عمداً وسایل و ملزومات ایمنی متصل به دستگاه اصلی را حذف می‌کردند و این امر به دلیل سکوت قانون و از طرفی نبود نیروی انسانی متناسب برای نظارت، هیچ گاه مطرح و پیگیری نمی‌شد.

در همین دوره در وزارت بهداشت نیز، فعالیت‌های بهداشت صنعتی در اداره کل بهداشت محیط، محدود به بازدیدهای بهداشت محیطی از محیط‌های کار و تأسیسات بهداشتی کارخانجات بود.

محدویت و ضعف‌های عمده در این دوره، عبارت بودند از:

- فقدان نیروی انسانی، به طوری که فعالیت‌های مربوطه توسط افراد غیرمرتبط و بعضاً بدون آموزش، انجام می‌شد. در این دوره، اساساً در رشته‌های بهداشت حرفه‌ای - ایمنی و طب کار، فارغ التحصیل وجود نداشت.

- هیچ برنامه مدون ملی در زمینه مراقبت‌های فردی و سلامت شغلی شاغلین، مثل تشکیل پرونده بهداشتی؛ معاینات قبل از استخدام و دوره‌ای سلامت، برای شاغلین وجود نداشت.
- اکثریت قریب به اتفاق محیط‌های کار (بیش از ۹۰ درصد از کارگاه‌ها) که شامل کارگاه‌های با جمعیت کمتر از ۱۰ نفر بودند، هیچ گاه مورد بازرسی‌های بهداشت محیطی توسط وزارت بهداشت و بازرسی ایمنی توسط وزارت کار، قرار نمی‌گرفتند.
- با وجود قوانین محدود مرتبط با ایمنی و بهداشت محیط، به دلیل فقدان نیروی انسانی مناسب امکان اجرای قوانین وجود نداشت

برنامه طب کار و بیماری‌های شغلی

طبق ماده ۹۲ قانون کار، کلیه شاغلین کارگاه‌ها باید سالی یک بار تحت معاینه پزشکی قرار گیرند.

طبق آخرین سرشماری مرکز آمار، جمعیت شاغلین بیش از ۲۰ میلیون نفر می‌باشد. طبق قانون کلیه کارگران و شاغلین باید به‌صورت دوره‌ای مورد معاینات شغلی قرار گرفته و برای آن‌ها پرونده پزشکی تشکیل شود.

بیش از ۱۵۰ شرکت خصوصی ارائه‌دهنده خدمات طب کار طبق آیین نامه مربوطه تأسیس و در سراسر کشور مشغول به کارند. ۴۰ شرکت، با مسئولیت فنی پزشک عمومی با سقف معاینات سالیانه ۳۰۰۰ نفر و ۱۱۰ شرکت (با مسئولیت فنی پزشک متخصص با سقف معاینات سالیانه ۲۰۰۰۰ نفر) وجود دارد.

دست آوردها

- تهیه و تدوین دستورالعمل و پروتکل غربالگری بیماری‌های شغلی
- اجرای طرح معاینات رانندگان وسائط نقلیه سنگین با همکاری وزارت راه
- تدوین بسته‌های آموزشی جهت ادغام طرح پیشگیری و کنترل سیلیکوزیس^۱ در نظام شبکه
- تدوین آیین نامه کلینیک‌های طب کار بخش خصوصی

¹ Sillicosis

- تهیه و تدوین دستورالعمل غربالگری بیماری‌های شغلی

چالش‌ها

- عدم استقرار نظام ارجاع مناسب جهت بیماری‌های شغلی
- نقص قانونی و نداشتن ضمانت اجرایی لازم

ارائه خدمات بهداشت حرفه ای به کارگران

این خدمات به شرح ذیل می‌باشد:

۱- برنامه بهداشت قالیبافان (بقا)

جمعیتی بالغ بر ۲ میلیون نفر از روستاییان با سن بالاتر از ۱۰ سال که بیش از ۹۰ درصد آنان را زنان تشکیل می‌دهند، در کارگاه‌های کوچک و خانگی به کار قالیبافی و گلیم بافی اشتغال دارند که بیش از ۸۰ درصد آنان فاقد شرایط بهداشتی لازم هستند و بروز بیماری‌ها و عوارض شغلی در آنان چشمگیر است. به استناد الزام قانونی وزارت بهداشت برای تأمین بهداشت و سلامت جامعه، به منظور بهداشتی کردن کارگاه‌های قالیبافی روستایی و حفظ و ارتقاء سلامت قالیبافان، طرح مشترکی با مشارکت وزارت جهاد کشاورزی در سال ۱۳۷۴، تدوین و در سطح کشور با عنوان «طرح بقا» به اجرا گذاشته شده است.

دست آوردها

- ثبت آمار بیماری‌ها و عوارض شغلی قالیبافان
- کمک به بهسازی کارگاه‌های دارای شرایط خودیاری
- بهسازی کارگاه‌های قالیبافی
- بهسازی بیش از ۱۱۵/۰۰۰ کارگاه قالیبافی که دارای شرایط نامناسب بوده‌اند

۲- خانه‌های بهداشت کارگری

ارائه مراقبت‌های اولیه بهداشتی به کارگران در کارگاه‌های دارای ۴۹۹-۵۰ نفر شاغل تعداد

خانه‌های بهداشت کارگری قریب ۲۰۰۰ باب است که بیش از ۳۵ درصد کارگاه‌ها را پوشش می‌دهد.

دست آوردها

- ایجاد خانه بهداشت کارگری در تمام کارخانه‌های دارای ۴۹۹-۵۰ کارگر
- افزایش میزان مشارکت کارفرمایان در بهبود شرایط ایمنی و بهداشت محیط کار

۳- برنامه ایستگاه بهگر

به‌منظور تعمیم بهداشت عمومی و فردی کارگران، بهبود شرایط کار و ارتقاء سطح سلامت آنان، «ایستگاه بهگر» در داخل کارگاه، جهت ارائه مراقبت‌های اولیه بهداشتی به کارگران، در واحدهای تولیدی با جمعیت ۵۰-۲۰ نفر و با همکاری وزارت کار و کارفرمایان طراحی و به اجرا درآمد.

دست آوردها

راه‌اندازی بیش از ۱۹۰۰ واحد ایستگاه بهگر در کارخانجات مشمول که از مهم‌ترین وظایف آن‌ها ثبت حوادث و ارائه کمک‌های اولیه می‌باشد.

۴- برنامه مرکز بهداشت کار در کارگاه‌های با بیش از ۵۰۰ نفر شاغل

هدف کلی: حفظ و تأمین و ارتقاء سطح سلامت شاغلین در کارگاه‌های با بیش از ۵۰۰ نفر شاغل

دست آوردها

- ایجاد مرکز بهداشت کار در تمام کارخانجات دارای بیش از ۵۰۰ نفر شاغل
- تأمین و ارائه خدمات بهداشتی و درمان سرپایی در محل کار
- ارائه خدمات آموزشی حین کار به شاغلین
- تأمین امکانات ایمنی متناسب با ویژگی‌های شغلی

پیشگیری و کنترل عوامل زیان آور شیمیایی در محیط کار

رشد روزافزون استفاده از مواد شیمیایی در زندگی روزمره و استفاده از سموم جهت کنترل حشرات و جوندگان و آفت‌ها، موجب شده است تا سلامت مصرف کنندگان که عمدتاً شاغلین مربوطه هستند در معرض مخاطره قرار گیرد.

طبق اطلاعات موجود، هم اکنون یک میلیون نفر از شاغلین در صنایع، که در سطح جهان با مواد شیمیایی سروکار دارند در اثر تماس غیرایمن با مواد شیمیایی و سموم دچار مرگ یا از کارافتادگی می‌شوند. از طرفی ۴-۱ میلیون مورد مسمومیت ناشی از آفت‌کش‌هایی که مصرف کشاورزی دارند به وقوع می‌پیوندد.

برای کنترل مصرف مواد شیمیایی، طرحی با عنوان استقرار نظام مدیریت مواد شیمیایی تدوین و جهت اجرا به تمام سازمان‌ها ابلاغ گردیده است.

هدف کلی

استفاده ایمن از مواد شیمیایی از طریق ارزیابی خطر برای محیط و انسان، کنترل و مدیریت صحیح مواد شیمیایی و کاهش مخاطرات ناشی از آن.

دست آوردها

- تصویب آیین‌نامه اجرایی نظارت و کنترل بهداشتی بر مواد شیمیایی و سموم
- تهیه پیش نویس برنامه مدیریت جامع ایمنی شیمیایی در حوزه وزارت بهداشت تا افق ۲۰۲۰ میلادی، با رویکرد تعهدات بین‌المللی در (SAICM)
- تهیه طرح طبقه‌بندی و برچسب‌گذاری مواد شیمیایی برحسب استانداردهای بین‌المللی GHS برنامه ایمنی شیمیایی
- تهیه طرح کاهش و کنترل مواجهه با آلاینده کروم از گروه فلزات سنگین
- مشارکت در تدوین طرح کاهش گرد و غبار سیلیس، در قالب طرح سیلیکوزیس

چالش‌ها

- فقدان آزمایشگاه مرجع برای سنجش آلاینده‌های شیمیایی
- کمبود نیروی متخصص طب کار در حوزه‌های دانشگاهی و بیماریابی ناشی از مواجهه با آلاینده‌های شیمیایی
- نبود قوانین و ضوابط قضایی برای اجرای برنامه مدیریت ایمنی شیمیایی در بخش انتشار آلاینده‌های شیمیایی، حمل و نقل و انبارداری
- عدم ثبت دقیق و گزارشدهی موارد بیماری، مسمومیت‌ها و حوادث ناشی از مواجهه با آلاینده‌های شیمیایی در مراکز بهداشتی-درمانی، بیمارستان‌ها و فوریت‌های پزشکی جهت ارزش گذاری لطمات انسانی وارده و اجرای مداخلات لازم برای حفظ سلامت جمعیت تحت پوشش

پیشگیری از عوامل زیان آور فیزیکی (صدا)

طبق آمارهای موجود، بیش از ۱۷ درصد شاغلین در محیط‌های کار در معرض آلودگی صوتی قرار دارند. با توجه به گزارشات واصله از دانشگاه‌های علوم پزشکی ضرورت کنترل عوامل فیزیکی، به ویژه صدا در محیط کار از اولویت‌ها، محسوب شده است.

هدف کلی

ساماندهی بهینه سازی و یکنواخت سازی فعالیت‌های سلامت شغلی در زمینه شناسایی، اندازه‌گیری، ارزشیابی، کنترل یا حذف صدای زیان آور محیط کار.

دست آوردها

- تدوین طرح کنترل صدا
- تهیه مواد آموزشی برای بهورزان در ارتباط با کنترل صدا
- تعیین استانداردهای شرایط جوی محیط کار
- تدوین استانداردهای روشنایی مناسب در محیط کار

- شناسایی محیط‌های شغلی آلوده به عوامل فیزیکی
- افزایش موارد کنترل شده عوامل فیزیکی محیط کار

بهداشت پرتوها

حدود ۷ میلیون رادیوگرافی عمومی، حدود ۶۰۰ هزار رادیوسکپی، حدود ۷۰ هزار سی تی اسکن، وجود بیش از ۲۵۰۰ مرکز پرتونگاری پزشکی بیش از ۲۰۰ مرکز سی.تی.اسکن، حدود ۱۰۰ مرکز پزشکی هسته‌ای و حدود ۳۰ مرکز پرتودرمانی و حدود ۱۵ هزار شاغل، نشان دهنده حجم گسترده کاربرد پرتوها در حرفه پزشکی و ضرورت کنترل پرتوگیری شاغلین است.

هدف کلی

تأمین و ارتقاء سلامت شاغلین در برابر تابش پرتوها

دست آوردها

- فعال کردن کمیسیون ماده ۴ قانون حفاظت در برابر اشعه
- بررسی ۱۷۶۰ پرونده مراکز رادیولوژی تشخیصی در سطح کشور و صدور مجوز کار با اشعه برای ۱۳۱۱ مرکز رادیولوژی تشخیصی
- تدوین آیین نامه اجرایی کار ایمن در مراکز رادیولوژی

توسعه مهندسی عوامل انسانی و ارگونومی

این برنامه، به منظور دستیابی به اهداف پیش بینی شده در افق چشم‌انداز بلندمدت توسعه کشور و با توجه به سند برنامه چهارم توسعه، به منظور ارتقاء سلامت و بهبود کیفیت زندگی انسان‌ها، به‌ویژه کارگران شاغل در بخش‌های صنعت، معدن، خدمات و کشاورزی با مداخله ارگونومی^۱ مهندسی عوامل انسانی و استقرار نظام مند و سیستمیک آن با هدف پیشگیری و کنترل آسیب‌های اسکلتی-عضلانی تدوین گردیده است.

^۱ Ergonomics

هدف کلی

کاربرد اصول و دانش ارگونومی (مهندسی عوامل انسانی) در حفظ و ارتقاء سطح سلامتی کارگران

دست آوردها

- شناسایی کارگاه‌های دارای شرایط نامناسب ارگونومیک
- تدوین بانک اطلاعاتی ابعاد آنترپومتریکی ۱ کارگران ۶۰ و ۲۰ ساله در ۳۶ بُعد از ابعاد عمومی بدن
- تعیین شاخص‌های آنترپومتریکی برای قومیت‌های مختلف ایرانی به تفکیک جنس
- کاهش کارگاه‌های دارای وضعیت نامناسب بدن حین انجام کار
- کاهش شاغلین دارای وضعیت نامناسب بدن حین انجام کار
- تهیه بسته‌های آموزشی ارگونومی کاربردی برای کارکنان بهداشتی مرتبط با برنامه، کارگران، کارفرمایان و پزشک خانواده

بهداشت کشاورزی

برنامه بهداشت کشاورزی در سال ۱۳۷۵، با هدف اولیه پایش کیفیت محصولات کشاورزی و متعاقباً با هدف کاهش و بهینه سازی مصرف سموم آفت کش و کودها، از نقطه نظر باقی مانده سموم آفت کش، کاهش مواجهه شاغلین با سموم و در نتیجه ارتقاء سلامت جامعه، به ویژه بهداشت کار کشاورزان، پایه گذاری گردید.

هدف کلی

ارتقاء سطح سلامت کشاورزان

¹ Anthropometric

دست آوردها

- پایه گذاری الگوی همکاری های فنی بین بخش تأمین کننده و مسئول سلامتی کشاورزان و بخش مسئول تولیدات کشاورزی
- تعیین شاخص های بهداشت کشاورزی و نظام ثبت و گزارش دهی و پایش در عرصه تأمین بهداشت و سلامتی کشاورزان
- کاهش میزان مواجهه با عوامل زیان آور کار در فعالیتهای کشاورزی
- پایه گذاری روش های تلفیقی آموزش های فنی و بهداشتی در قالب الگوی ملی IPM-OHM
- شناسایی کارگاه های دارای شرایط نامناسب با فعالیت کشاورزی
- شناسایی شاغلین در معرض عوامل زیان آور کارهای کشاورزی
- تهیه بسته های آموزشی کاربردی بهداشت کشاورزی برای کارکنان بهداشتی مرتبط با برنامه برای کشاورزان، مروجین، کاردanan، کارشناسان و پزشک خانواده.

ساماندهی روشنایی در محیط کار

این برنامه از سال ۱۳۸۳ به منظور یکسان سازی فعالیتهای شناسایی، ارزشیابی و کنترل و گزارشدهی برنامه های کنترل روشنایی در محیط کار تدوین گردیده است.

هدف کلی

شناسایی و کنترل روشنایی محیط کار در مشاغل مختلف

دست آوردها

- تدوین بسته آموزشی روشنایی در محیط کار با همکاری اعضاء هیئت علمی دانشگاهها
- یکسان سازی فرم های اندازه گیری، ارزشیابی و گزارش دهی روشنایی
- آموزش تمام کارشناسان و کارشناسان مسئول بهداشت حرفه ای کشور

ادغام بهداشت حرفه‌ای در نظام شبکه‌های بهداشتی، درمانی کشور

وجود بیش از ۹۰ درصد کارگران در کارگاه‌های کوچک کشور که اکثراً در مناطق دوردست و محروم مستقر هستند امکان لازم برای تأمین خدمات مورد نیاز خود را نداشته و توسط وزارت بهداشت و وزارت کار نیز به ندرت مورد بازرسی قرار می‌گیرند.

با توجه به توسعه شبکه‌های بهداشتی، درمانی کشور تا اعماق روستاها، طرح ادغام بهداشت حرفه‌ای در شبکه تدوین و در سال ۱۳۷۵ در شهر بروجن، و پنج شهر دیگر به صورت آزمایشی اجرا شد و نتایج موفقیت آمیز آن منجر به گسترش طرح ادغام در سراسر کشور شد. طی این طرح بسته‌های آموزشی و دستورالعمل‌های اجرایی برای سطوح مختلف شبکه اعم از بهورز، کاردان بهداشتی و پزشکان شاغل در شبکه تهیه و از طریق آموزشگاه‌های بهورزی آموزش داده شد.

دست آوردها

- طرح ادغام بهداشت حرفه‌ای ایران در شبکه به‌عنوان الگو توسط سازمان جهانی بهداشت به سایر کشورها معرفی شد.
- تمام کارگاه‌های کوچک در سطح روستا و مناطق دورافتاده شهری، مورد بازرسی‌های دوره‌ای بهداشت حرفه‌ای قرار گرفتند.
- برای تمام کارگاه‌های با جمعیت کم‌تر از ۲۰ نفر در سطوح مختلف شبکه، پرونده بهداشتی تشکیل گردید.
- تمام کارگرانی که مشکل بهداشتی سلامت داشته‌اند، از طریق پزشکان شاغل در شبکه مورد غربالگری قرار گرفتند و حسب مورد ارجاع داده شده‌اند.

سایر برنامه‌ها

تشکیلات بهداشت حرفه‌ای در مشاغل مختلف، بهداشت کار در بیمارستان و مراکز بهداشتی، بهداشت کار در مشاغل خانگی، کنترل عوامل بیولوژیک در محیط کار، کاهش و کنترل سیلیس، کاهش، کنترل و حذف آذبت، جیوه و سرب در محیط کار؛ کنترل شرایط جوی، سامانه الکترونیک بازرسی، برنامه خوداظهاری، بازنگری کتاب حدود تماس شغلی، طبقه‌بندی و

برچسب‌گذاری مواد شیمیایی، بانک اطلاعات ابعاد آنتروپومتریک شاغلین، طرح غربالگری صدا، ارائه خدمات بهداشت حرفه‌ای به کارگران ساختمانی، برنامه کنترل سلامت رانندگان وسائط نقلیه سنگین، اجرای نظام مدیریت بهداشت، ایمنی و محیط، کلینیک‌های خصوصی طب کار، کنترل حوادث شیمیایی.

تحلیل روند تغییرات

پیروزی انقلاب اسلامی با توجه به شعارها و آرمان‌های مطرح آن، از اساسی‌ترین رویدادهای حامی توسعه سلامت شغلی بود، زیرا شعار انقلاب، حمایت از مستضعفان و محرومین بود و جامعه کارگران نیز در این دسته بندی قرار می‌گرفتند و لذا هر اقدام و برنامه و قانونی که در راستای حمایت از این قشر مطرح می‌شد، به سرعت مورد تصویب و حمایت سیاست‌مداران قرار می‌گرفت.

یکی از این حمایت‌ها در نظر گرفته شدن قوانین و آیین نامه‌های بهداشت حرفه‌ای و ایمنی کار در قانون کار جدید بود.

دومین عامل حمایت از برنامه‌های سلامت شغلی، تصویب طرح نیروی انسانی در مناطق محروم با تشخیص وزارت بهداشت و هم‌زمانی این امر با فارغ التحصیلی گروه‌های اول رشته بهداشت حرفه‌ای بود که با تشخیص واحد بهداشت صنعتی دفتر خدمات بهداشتی ویژه، موظف به انجام دوره طرح در صنایع بزرگ و کارخانجات دوردست مانند معادن مس سرچشمه و یا معادن اسفندقه در هرمزگان بودند.

حضور نیروی انسانی مبرز در صنایع عمده کشور و صدور بخشنامه‌های صادره از وزارت صنایع و معادن کشور، که با درخواست دفتر خدمات بهداشتی ویژه صورت می‌گرفت، همراه با دولتی شدن صنایع عمده کشور، زمینه مناسبی برای توسعه کمی و کیفی خدمات سلامت شغلی، فراهم آورد.

حضور متخصصین بهداشت حرفه‌ای در ستاد برنامه‌ریزی وزارت بهداشت، هم زمان بهره‌گیری از تجارب کارشناسی سازمان جهانی بهداشت و فراهم شدن امکان تغییر قانون کار، فرصتی طلایی برای پیش‌بینی و تقویت قوانین مرتبط با سلامت شغلی و انتقال قانونی وظایف وزارت کار در حوزه سلامت شغلی، به وزارت بهداشت بود و همین امر موجب متمرکز شدن مدیریت یکپارچه

سلامت شغلی در وزارت بهداشت گردید، به طوری که سیاست‌ها و برنامه‌های متنوع سلامت شغلی همراه با طراحی و اجرای برنامه‌های آموزشی در سطوح مختلف کاردانی، کارشناسی، کارشناسی ارشد و دکتری توسط وزارت بهداشت، زمینه رشد جهشی برای برنامه‌های سلامت شغلی را فراهم کرد.

با توجه به قانون برنامه سوم توسعه و تأکید بر تقویت بخش خصوصی و کاهش تصدی دولت، بهداشت حرفه‌ای، اولین برنامه از برنامه‌های بهداشتی کشور بود که از اوایل دهه ۱۳۷۰ و به منظور بهره‌گیری از فارغ التحصیلان رشته‌های بهداشت حرفه‌ای - ایمنی و پزشک کار، شرکت‌های ارائه‌کننده خدمات بهداشت حرفه‌ای و طب کار را به عنوان ابزاری برای کمک به کارفرمایان در تأمین خدمات سلامتی و ایمنی، تعریف کرد و این امر در توسعه و گسترش خدمات سلامت شغلی نقشی کلیدی داشته است.

همکاری بین بخشی به خصوص همکاری وزارت بهداشت با وزارت کار و سازمان تأمین اجتماعی و وزارت صنایع و جهاد کشاورزی را می‌توان از دیگر عوامل تأثیرگذار بر روند رشد برنامه در سطح کشور دانست، ایجاد مراکز بهداشت کار - خانه‌های بهداشت کارگری - طرح بهداشت قالیبافان - ایستگاه بهگر - طرح توسعه خدمات بهداشتی در صنوف، از جمله مزایای این همکاری‌ها است.

علی‌رغم فرصت‌های ایجاد شده در توسعه خدمات سلامت شغلی، وجود محدودیت‌ها و تحریم‌ها در طول انقلاب اسلامی از سال ۱۳۵۹ تا کنون و تأثیر آن بر اقتصاد و به ویژه بخش تولید؛ اجرای مطلوب برنامه‌های سلامت شغلی توسط کارفرمایان، همواره با مشکل و محدودیت مواجه بوده است که در غیر این صورت، آمارهای ایجاد مراکز بهداشت کار، خانه‌های بهداشت کارگری، ایستگاه بهگر و سایر فعالیت‌های سلامت شغلی اجرا شده توسط کارفرمایان، از رشد بیش‌تری برخوردار می‌شد. آمارهای موجود بیانگر این واقعیت است که اکثریت کارگاه‌ها و همین‌طور اکثریت شاغلین (بیش از ۸۵ درصد) در کارگاه‌های کم‌تر از ۱۰ نفر شاغل هستند که عموماً از نظر بازرسی‌های بهداشتی و ایمنی مورد غفلت قرار می‌گیرند و هر گونه فعالیتی از جمله کنترل‌های بهداشتی و ایمنی و معاینات سلامتی شاغلین در کارگاه‌های بزرگ اجرا می‌شود و کارگاه‌های کوچک مورد توجه قرار نمی‌گیرند.

با توجه به آمارهای موجود حاصل از بازرسی‌ها، عمده‌ترین مسئله در محیط‌های کار، مواجهه

شاغلین با عوامل شیمیایی زیان‌آور و بیماری‌های ناشی از مواجهه با این عوامل است و همین‌طور وضعیت نامناسب ارگونومی در محیط‌های کار است که منجر به بیماری‌های اسکلتی-عضلانی در شاغلین شده است.

دست آوردهای کلی

- برنامه‌های سلامت شغلی در جمهوری اسلامی مانند خانه‌های بهداشت کارگری و ادغام برنامه سلامت شغلی و بهداشت حرفه‌ای در نظام مراقبت‌های اولیه بهداشتی - درمانی کشور، از جمله برنامه‌های موفق است که توسط سازمان جهانی بهداشت مورد تأیید قرار گرفته است و همواره به سایر کشورها به عنوان الگو معرفی می‌گردد.
- اجرای برنامه ادغام سلامت شغلی در شبکه، شرایطی را فراهم کرد که با بهره‌گیری از قابلیت‌های موجود شبکه در سطوح مختلف، امکان پوشش بازرسی کارگاه‌های کوچک که مسئله عمده اکثر کشورهای جهان است، به خصوص در مناطق روستایی و دورافتاده فراهم گردید.
- ادغام سلامت شغلی در شبکه و درگیر شدن بهورزان و کاردان‌های بهداشتی شاغل در شبکه‌های بهداشتی موجب ارتقاء شرایط بهداشتی و ایمنی در محیط‌های شغلی روستایی مانند کارگاه‌های قالببافی گردیده است.
- تدوین قوانین مناسب و همکاری بین بخشی میان دستگاه‌های مرتبط، باعث ایجاد فرصت تشکیل کمیته‌های حفاظت فنی و بهداشت کار در تمام کارگاه‌های با جمعیت بیش از ۲۵ نفر گردیده و در اکثریت قریب به اتفاق کارگاه‌های بیش‌تر از ۲۰ نفر، ایستگاه بهگر، خانه بهداشت کارگری و مرکز بهداشت کار تأسیس شده است.
- همکاری‌های بین بخشی از جمله وزارت جهاد کشاورزی و بهداشت، فرصت توسعه خدمات بهداشت حرفه‌ای در کارگاه‌های قالببافی و خدمات کشاورزی را فراهم کرده است.
- از جمله دست آوردهای قابل توجه، تشکیل پرونده بهداشتی برای تمام کارگاه‌های کوچک و بزرگ در سطح شهر و روستا و همین‌طور تشکیل پرونده بهداشتی - سلامتی برای تمام شاغلین توسط کارفرمایان بوده است، به طوری که امکان پیگیری وضعیت سلامت آن‌ها طی سال‌های اشتغال را فراهم می‌کند.

- برنامه ایمنی شیمیایی و تهیه پروفایل ایمنی شیمیایی، از دست آوردهای مشترک و موفق بهداشت حرفه‌ای و بهداشت محیط بوده که مکرر مورد تأیید سازمان جهانی بهداشت قرار گرفته و از طریق این سازمان مراتب تقدیر به وزارت خارجه ابلاغ گردیده است.

جدول شماره ۴۵- شاخص‌های بهداشت کار در کشور در سال ۱۳۵۷ و سال ۱۳۹۱

ردیف	عنوان متغیرها / شاخص‌ها	ابتدای دوره	انتهای دوره
۱	درصد کارگاه‌های شناسایی شده	.	۸۰
۲	درصد کارگاه‌های تحت پوشش	.	۶۳
۳	درصد شاغلین شناسایی شده	.	۸۵
۴	درصد شاغلین تحت پوشش معاینات شغلی	.	۴۶
۵	درصد شاغلین تحت پوشش خدمات بهداشت حرفه‌ای	.	۳۳
۶	درصد کارگاه‌های دارای تشکیلات بهداشت حرفه‌ای	.	۲۴
۷	درصد شاغلینی که به تشکیلات بهداشت حرفه‌ای در کارگاه دسترسی دارند	.	۵۰
۸	درصد کارگاه‌های دارای عامل زیان آور صدا	.	۲۰
۹	درصد کارگاه‌های دارای عامل زیان آور ارتعاش	.	۸
۱۰	درصد کارگاه‌های دارای عامل زیان آور روشنایی	.	۱۰
۱۱	درصد کارگاه‌های دارای عامل زیان آور پرتو	.	۱۳
۱۲	درصد کارگاه‌های دارای عامل زیان آور گرما و رطوبت	.	۱۰
۱۳	درصد کارگاه‌های دارای عامل زیان آور سرما	.	۵
۱۴	درصد کارگاه‌های دارای عامل زیان آور تماس پوستی با مواد شیمیایی	.	۲۲
۱۵	درصد کارگاه‌های دارای عامل زیان آور گرد و غبار	.	۲۶
۱۶	درصد کارگاه‌های دارای عامل زیان آور گاز و بخار	.	۱۱
۱۷	درصد کارگاه‌های دارای عامل زیان آور دود و دمه	.	۱۳
۱۸	درصد کارگاه‌های دارای عامل زیان آور وضعیت نامناسب بدن	.	۴۷
۱۹	درصد کارگاه‌های دارای عامل زیان آور ابزار کار نامناسب	.	۲۱
۲۰	درصد کارگاه‌های دارای عامل زیان آور حمل بار نامناسب	.	۱۶
۲۱	درصد شاغلین در معرض عامل زیان آور صدا	.	۲۲
۲۲	درصد شاغلین در معرض عامل زیان آور ارتعاش	.	۶
۲۳	درصد شاغلین در معرض عامل زیان آور روشنایی	.	۸
۲۴	درصد شاغلین در معرض عامل زیان آور پرتو	.	۹
۲۵	درصد شاغلین در معرض عامل زیان آور گرما و رطوبت	.	۱۰
۲۶	درصد شاغلین در معرض عامل زیان آور سرما	.	۳
۲۷	درصد شاغلین در معرض عامل زیان آور تماس پوستی با مواد شیمیایی	.	۱۳
۲۸	درصد شاغلین در معرض عامل زیان آور گرد و غبار	.	۲۰
۲۹	درصد شاغلین در معرض عامل زیان آور گاز و بخار	.	۱۱

جدول شماره ۴۵- شاخص‌های بهداشت کار در کشور در سال ۱۳۵۷ و سال ۱۳۹۱

ردیف	عنوان متغیرها/ شاخص‌ها	ابتدای دوره	انتهای دوره
۳۰	درصد شاغلین در معرض عامل زبان آور دود و دمه	.	۹
۳۱	درصد شاغلین در معرض عامل زبان آور وضعیت نامناسب بدن	.	۳۶
۳۲	درصد شاغلین در معرض عامل زبان آور ابزار کار	.	۱۲
۳۳	درصد شاغلین در معرض عامل زبان آور حمل بار	.	۱۰
۳۴	درصد کارگاه‌های دارای ساختمان کارگاه مناسب	.	۷۱
۳۵	درصد کارگاه‌های دارای فضای کارگاه مناسب	.	۷۸
۳۶	درصد کارگاه‌های دارای تهویه عمومی مناسب	.	۷۲
۳۷	درصد کارگاه‌های دارای آب آشامیدنی بهداشتی	.	۸۳
۳۸	درصد کارگاه‌های دارای دستشویی مناسب	.	۷۰
۳۹	درصد کارگاه‌های دارای توالت بهداشتی	.	۷۵
۴۰	درصد کارگاه‌های دارای دوش حمام مناسب	.	۶۹
۴۱	درصد کارگاه‌های دارای سالن غذا خوری مناسب	.	۶۷
۴۲	درصد کارگاه‌های دارای آشپزخانه مناسب	.	۶۷
۴۳	درصد کارگاه‌های دارای کمد رختکن مناسب	.	۶۴
۴۴	درصد کارگاه‌های دارای وسایل سرمایشی و گرمایشی مناسب	.	۷۵
۴۵	درصد کارگاه‌های دارای دفع فاضلاب مناسب	.	۷۶
۴۶	درصد کارگاه‌های دارای دفع زباله مناسب	.	۸۳
۴۷	درصد شاغلینی که به ساختمان کارگاه مناسب دسترسی دارند	.	۷۸
۴۸	درصد شاغلینی که به فضای کارگاه مناسب دسترسی دارند	.	۸۳
۴۹	درصد شاغلینی که به تهویه عمومی مناسب دسترسی دارند	.	۷۲
۵۰	درصد شاغلینی که به آب آشامیدنی مناسب دسترسی دارند	.	۸۷
۵۱	درصد شاغلینی که به دستشویی مناسب دسترسی دارند	.	۸۰
۵۲	درصد شاغلینی که به توالت مناسب دسترسی دارند	.	۸۱
۵۳	درصد شاغلینی که به دوش حمام مناسب دسترسی دارند	.	۷۷
۵۴	درصد شاغلینی که به سالن غذا خوری مناسب دسترسی دارند	.	۷۵
۵۵	درصد شاغلینی که به آشپزخانه مناسب دسترسی دارند	.	۷۴
۵۶	درصد شاغلینی که به کمد رختکن مناسب دارند	.	۷۵
۵۷	درصد شاغلینی که به وسایل سرمایشی و گرمایشی مناسب دسترسی دارند	.	۸۱
۵۸	درصد کارگاه‌هایی که صدای آن‌ها کنترل گردیده	.	۸
۵۹	درصد کارگاه‌هایی که ارتعاش آن‌ها کنترل گردیده	.	۸
۶۰	درصد کارگاه‌هایی که روشنایی آن‌ها کنترل گردیده	.	۲۴
۶۱	درصد کارگاه‌هایی که پرتو آن‌ها کنترل گردیده	.	۹
۶۲	درصد کارگاه‌هایی که گرما و رطوبت آن‌ها کنترل گردیده	.	۱۳
۶۳	درصد کارگاه‌هایی که سرمای آن‌ها کنترل گردیده	.	۲۲
۶۴	درصد کارگاه‌هایی که تماس پوستی با مواد شیمیایی آن‌ها کنترل	.	۸

جدول شماره ۴۵- شاخص‌های بهداشت کار در کشور در سال ۱۳۵۷ و سال ۱۳۹۱

ردیف	عنوان متغیرها / شاخص‌ها	ابتدای دوره	انتهای دوره
	گردیده		
۶۵	درصد کارگاه‌هایی که گرد و غبار آن‌ها کنترل گردیده	.	۹
۶۶	درصد کارگاه‌هایی که گاز و بخار آن‌ها کنترل گردیده	.	۹
۶۷	درصد کارگاه‌هایی که دود و دمه آن‌ها کنترل گردیده	.	۹
۶۸	درصد کارگاه‌هایی که وضعیت نامناسب بدن در آن‌ها کنترل گردیده	.	۶
۶۹	درصد کارگاه‌هایی که ابزار کار نامناسب در آن‌ها کنترل گردیده	.	۹
۷۰	درصد کارگاه‌هایی که حمل بار نامناسب در آن‌ها کنترل گردیده	.	۱۲
۷۱	درصد کارگاه‌هایی که حداقل یک نوع تأسیسات کارگاهی آن‌ها بهسازی شده است	.	۱۴
۷۲	درصد کارگاه‌هایی که حداقل یک نوع تأسیسات جنبی آن‌ها بهسازی شده است	.	۱۲
۷۳	درصد کارگاه‌هایی که آب آشامیدنی آن‌ها بهسازی شده است	.	۱۳
۷۴	درصد کارگاه‌هایی که دفع زباله و فاضلاب آن‌ها بهسازی شده است	.	۱۴
۷۵	درصد شاغلینی که از وسایل حفاظت فردی مناسب استفاده می‌کنند	.	۵۵

چالش‌ها

- قوانین موجود حامی برنامه‌های سلامت شغلی در دهه ۱۳۶۰ تدوین شده‌اند و با توجه به طرح فناوری نوین و تغییر سیاست‌های راهبردی اشتغال در جهان و ایران، مانند روابط کار، کارگر و کارفرما و ایجاد فنونی مانند نانو^۱ لازم است قوانین و مقررات سلامت شغلی بازنگری شوند، به خصوص در این مقطع زمانی، که قانون کار در حال بازنگری است و لزوم توجه و تقویت قوانین و مقررات مرتبط با سلامت شاغلین از اهمیت ویژه‌ای برخوردار گردیده است.
- وجود تعداد زیاد فارغ التحصیل بهداشت حرفه‌ای و ایمنی کار و طب کار در کنار سایر رشته‌های مرتبط و فقدان برنامه‌ای ملی برای به کارگیری آن‌ها خطر و چالش جدی در این حوزه است.
- فقدان سیاست روشن و محکم در به کارگیری بخش خصوصی برای ارتقاء سلامت شغلی و عدم توانایی دولت در تأمین و تکمیل خدمات سلامت شغلی، از جمله بازرسی‌های بهداشتی

¹ Nano

- و ایمنی، امکان رسیدن به اهداف سلامت شغلی را با مشکل مواجه کرده است.
- فقدان سیاست‌های سلامت شغلی در سایر سیاست‌ها مانند سیاست‌های اقتصادی، اشتغال و... امکان توسعه خدمات سلامت شغلی و پایداری آن را، با مشکل مواجه می‌کند.
- وضعیت اقتصادی کارگاه‌ها و مشکلات تولید، چالش جدی توسعه برنامه‌های سلامت شغلی در محیط‌های کار است.
- مسئولیت دستگاه‌های مختلف مانند وزارت بهداشت، وزارت کار و محیط زیست در ارتباط با سلامت شغلی، موجب بروز چندگانگی در سیاست‌ها و اجرای برنامه‌های سلامت شغلی شده است.
- کمبود شدید، توزیع غیرعادلانه و ناکافی کارکنان بهداشت حرفه‌ای و طب کار نسبت به حجم فعالیت‌ها و وظایف محوله به طوری که در حال حاضر، بسیاری از مراکز بهداشتی، درمانی کشور فاقد حداقل یک نیروی بهداشت حرفه‌ای هستند. ضمن این که با تبدیل پست‌های تخصصی به کاردان و کارشناس بهداشتی زن و مرد، وظایف سازمانی دچار نابسامانی و آشفتگی شده است.
- فقدان نظام جامع و یکپارچه اطلاعات سلامت شاغلین در بخش‌های مختلف
- ضعف در پایش برنامه‌ها و در نتیجه عدم اصلاح سریع حرکت‌های نادرست و در نهایت عدم ارزیابی برنامه‌ها و فعالیت‌ها به دلیل عدم دسترسی به اطلاعات ناشی از پایش برنامه‌ها، تقلیل شدید اهرم‌های نظارتی، کاهش انگیزه در کارشناسان، مخدوش شدن جایگاه ستاد به دلیل کمبود نیروی انسانی متبحر
- کمبود آزمایشگاه‌های مناسب و کافی در نظارت‌های بهداشت حرفه‌ای
- نقصان در برخورداری کافی از هماهنگی‌های درون بخشی و بین بخشی
- کمبود پژوهش‌های کاربردی در بخش بهداشت حرفه‌ای به منظور تعیین نیازهای واقعی اجرای کارا و مؤثر برنامه‌ها.
- نقص در اطلاعات جامع و کامل و قابل اعتماد و مؤثر مورد نیاز برنامه‌ریزی
- وجود قوانین متعدد که منجر به واگذاری وظایف به سازمان‌های متعدد و عدم پاسخ‌گویی مناسب می‌گردد.
- فقدان قوانین حمایتی و کمبود امکانات برای کنترل بهداشتی و ایمنی مصرف سموم در

کشاورزی

- طولانی بودن فرآیند دادرسی در محاکم قضایی برای متخلفین در امور بهداشت حرفه‌ای و عدم توجیه بعضی از قضات نسبت به تخلفات بهداشت حرفه‌ای.
- وجود نارسایی و تناقض در برخی از مواد قانون کار؛ به عنوان مثال طبق ماده ۸۷ قانون کار، تأیید برنامه‌ها و نقشه‌ها و طرح‌ها در خصوص بهداشت کار بر عهده وزارت کار و امور اجتماعی است، در صورتی که طبق تبصره یک ماده ۹۶ قانون کار، وزارت بهداشت مسئول بهداشت کار، کارگر و محیط کار است. لذا لازم است مواد-۱۷۶-۱۷۵-۱۰۵-۹۴-۹۲-۸۹-۱۷۷-۱۸۶ قانون کار اصلاح شوند.
- فقدان آزمایشگاه‌های رفرانس به تفکیک مناطق در کشور

آینده نگاری حیطه و ترسیم افق چشم انداز

- اصلاح قانون کار و دستورالعمل‌های جاری
- تدوین و تصویب سیاست‌های سلامت شغلی در سایر سیاست‌های توسعه ملی مانند سلامت عمومی، تجارت، کار و اشتغال، محیط زیست، کاهش فقر، تأمین اجتماعی
- ایجاد نظام مطمئن اطلاعات، ثبت و گزارش دهی همه وقایع مرتبط با سلامت شغلی
- بازنگری و ارتقاء کیفیت جایگاه سلامت شغلی در نظام شبکه
- توجه ویژه به کارگاه‌های کوچک، دوره افتاده و خانگی که جمعیت غالب شاغلین را شامل می‌شود
- جاری کردن رویکرد سه جانبه‌گری در تدوین سیاست‌ها و تصمیم‌گیری‌های ملی و محلی سلامت کار
- باور به کاهش تصدی‌گری دولت و افزایش اختیارات و مسئولیت‌های بخش خصوصی در ارتقاء سلامت شغلی
- تقویت همکاری‌های بین بخشی و افزایش مسئولیت اتحادیه اصناف در ارتقاء سلامت شغلی

برنامه کنترل دخانیات

تاریخچه

به منظور تحقق اهداف و وظایف نظارتی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی مصوبه مورخ ۱۳۷۳ در خصوص حفظ و ارتقاء سلامت جامعه و مبارزه با مصرف دخانیات کمیته کشوری کنترل دخانیات با عضویت نمایندگان تام الاختیار وزارتخانه‌ها و سازمان‌های دولتی و غیردولتی ذی ربط و متخصصین بهداشتی به ریاست معاون بهداشتی و دبیری مدیر کل مرکز سلامت محیط و کار با وظایف ذیل تشکیل شد:

- تدوین راهبردهای مقابله با مصرف دخانیات و کنترل اثرات سوء مصرف آن
- تعیین اولویت‌های تحقیقات کاربردی در زمینه مضرات مصرف دخانیات و روش‌های کنترل

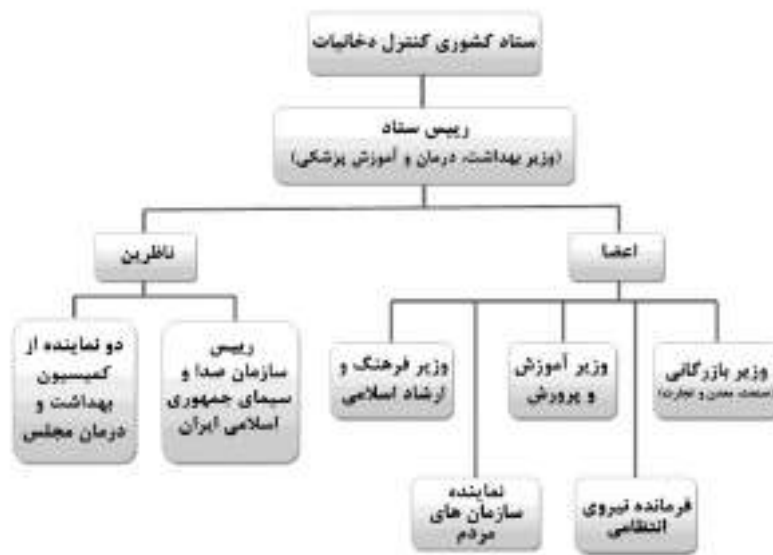
آن

- تدوین برنامه‌های مؤثر آموزشی در جهت کنترل مصرف دخانیات
- هماهنگی جهت ارائه خدمات مؤثر بر کنترل دخانیات در کشور
- نظارت و ارزشیابی فعالیت‌های کنترل دخانیات در کشور
- تشکیل سمینارها، کارگاه‌ها و کنفرانس‌های ملی و بین‌المللی
- تدوین و اصلاح قوانین و آیین نامه‌های کنترل دخانیات در زمینه‌های تولید، واردات، توزیع و مصرف و استنشاق تحمیلی دود محصولات دخانی

در راستای راهبرد سازمان جهانی بهداشت مبنی بر اولویت بخشی به فعالیت‌های کنترل دخانیات و تدوین چارچوب معاهده (کنوانسیون) جهانی کنترل دخانیات، فعالیت کمیته کشوری کنترل دخانیات با رویکرد جدیدی از سال ۱۳۷۹ به کار خود ادامه داد. اجرای بند ۷ وظایف فوق منجر به تدوین قانون جامع کنترل و مبارزه ملی با دخانیات مصوب مهر ماه ۱۳۸۵ مجلس شورای اسلامی و تدوین آیین نامه اجرایی قانون مذکور مصوب مهر ماه ۱۳۸۶ هیئت دولت گردید.

پس از تصویب این قانون ستاد کشوری کنترل دخانیات با ترکیب اعضا وفق ماده ۱ قانون تشکیل و مطابق با ماده ۲۴ آیین نامه اجرایی قانون مذکور، دبیرخانه ستاد در وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، معاونت سلامت، مرکز سلامت محیط و کار راه اندازی شد.

ساختار ستاد کشوری کنترل دخانیات



نمودار شماره ۲۵- ساختار ستاد کشوری کنترل دخانیات

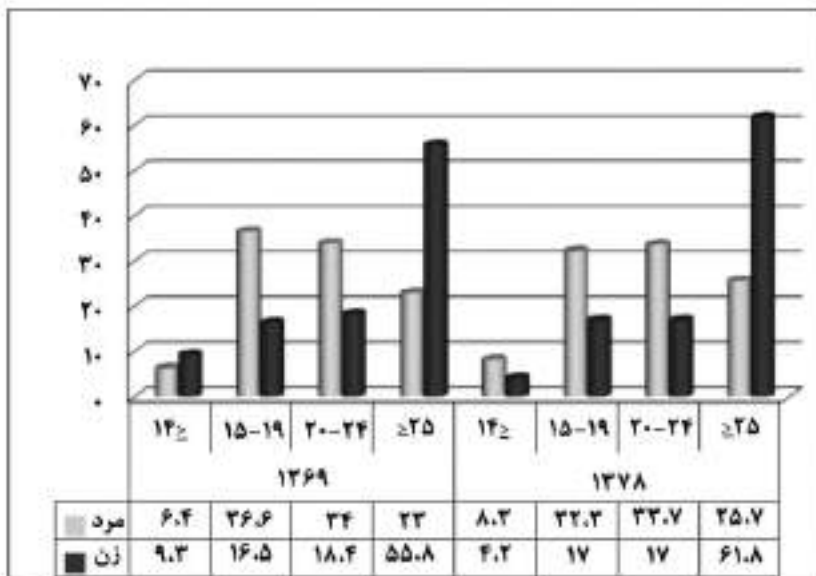
در حال حاضر دبیرخانه ستاد کشوری کنترل دخانیات ضمن انجام وظایف محوله در ماده ۲۵ آیین نامه اجرای قانون جامع کنترل دخانیات و استمرار نظارت و پایش برنامه‌های کنترل دخانیات در دانشگاه‌های علوم پزشکی سراسر کشور، مشارکت فعال در تنظیم پروتکل ماده ۱۵ و دستورالعمل‌های مواد ۵/۳، ۶، ۹، ۱۰، ۱۱، ۱۷ و ۱۸ معاهده را عهده دار می‌باشد.

تحلیل روند تغییرات

همه‌گیری دخانیات یک مشکل جهانی است و الگوهای مصرف دخانیات به نسبت درآمد، جمعیت، گروه‌های سنی و سیاست‌های کنترلی دخانیات در کشورهای جهان متفاوت است. در حال حاضر ۱/۳ میلیارد نفر از جمعیت جهان سیگاری هستند که ۸۰ درصد آن‌ها در کشورهای در حال توسعه زندگی می‌کنند.

وضعیت مصرف دخانیات در ایران

به دلیل عدم انجام تحقیقات مستقل در مورد وضعیت مصرف دخانیات، اطلاعات دقیقی از شیوع مصرف دخانیات از ابتدای ورود این ماده به کشور تا سال ۱۳۶۹ وجود نداشته است و برآوردهای موجود عمدتاً بر اساس میزان تولید محصولات دخانی یا واردات این محصولات انجام گرفته است. اولین اطلاعات علمی تولید شده در زمینه شیوع مصرف دخانیات در کشور با اجرای طرح بررسی وضعیت سلامت و بیماری طی سالهای ۱۳۶۹ و ۱۳۷۸، به دست آمده است. خلاصه مقایسه‌ای از نتایج این دو دوره تحقیق در نمودارهای زیر مشاهده می‌شود.



نمودار شماره ۲۶- فراوانی سن شروع مصرف دخانیات به تفکیک جنس

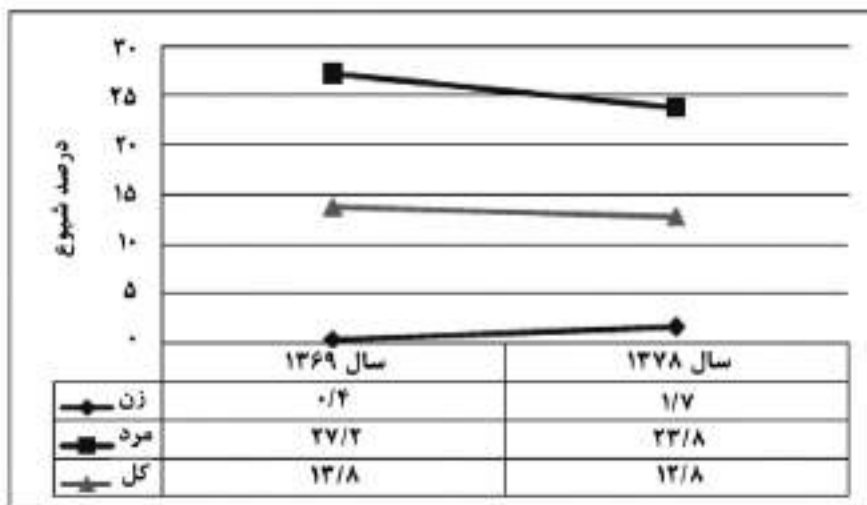
در کشور در سالهای (۱۳۶۹-۱۳۷۸)

همان‌گونه که ملاحظه می‌شود، سن شروع سیگار در زنان در سال ۱۳۷۸ نسبت به دوره قبل، از گروه کمتر از ۱۴ سال کاسته و به گروه ۲۵ سال و بالاتر افزوده شده است. در گروه مردان نیز در دو رده سنی ۲۵ سال و بالاتر و کمتر از ۱۴ سال افزایش شیوع دیده می‌شود. شایع‌ترین گروه سنی برای شروع مصرف دخانیات در زنان، رده سنی بالاتر از ۲۵ سال و در مردان، ۱۹-۱۵ سال است.

علی‌رغم کاهش شیوع کلی مصرف سیگار طی دو دوره مطالعه که عمدتاً مربوط به کاهش این میزان در مردان می‌باشد، متأسفانه افزایش شیوع مصرف در زنان مشاهده می‌شود.

نتایج طرح نظام نظارت بیماری‌های غیر واگیر (۱۳۸۴ - ۱۳۸۸)

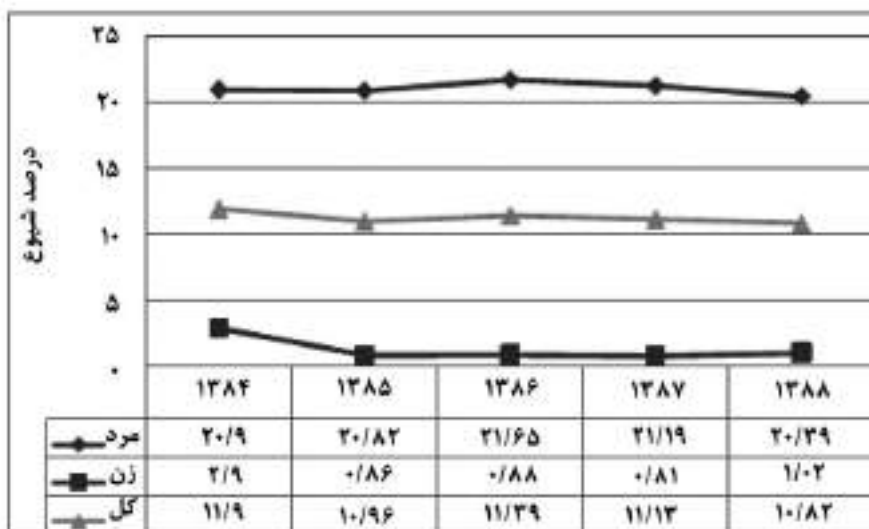
با عملیاتی شدن نظام نظارت بیماری‌های غیر واگیر سازمان جهانی بهداشت در وزارت بهداشت، شاخص مصرف دخانیات از سال ۱۳۸۴ اندازه‌گیری شد که اطلاعات مربوط به میزان شیوع مصرف دخانیات در کشور طی سال‌های ۱۳۸۴ تا ۱۳۸۸ در نمودارهای زیر دیده می‌شود.



نمودار شماره ۲۷- شیوع مصرف سیگار به صورت روزانه در کشور

طی سال‌های (۱۳۸۴ - ۱۳۸۸)

همان گونه که در نمودار فوق مشاهده می‌شود، روند کلی مصرف سیگار در جامعه نزولی بوده ولی در گروه زنان در سال‌های اخیر تا حدودی افزایش داشته است. این موضوع با توجه به مسائل فرهنگی و دینی (که به‌عنوان یک عامل بازدارنده با تأکید بر قبح مصرف سیگار در جامعه زنان تأثیر به‌سزایی در پایین نگاه داشتن میزان شیوع داشته است)، جای تامل دارد. نمودار فوق شیوع مصرف سیگار را در زمان انجام طرح نشان می‌دهد. این میزان شامل افرادی که سیگار را به صورت روزانه و همین طور خارج از برنامه روزانه به‌طور گاه‌گاه مصرف می‌کردند، است.



نمودار شماره ۲۸- شیوع مصرف سیگار در کشور طی سال‌های (۱۳۸۴ - ۱۳۸۸)

مقایسه آمارهای سال ۱۳۸۴ و ۱۳۸۸ شاهد کاهش شیوع مصرف سیگار در گروه سنی ۶۴-۱۵ سال، از ۱۴ درصد به ۱۱/۷۹ درصد، نشان می‌دهد. به عنوان یکی از مهم‌ترین عوامل کاهش مصرف دخانیات در کشور طی دهه گذشته، می‌توان به تأثیر ممنوعیت تبلیغات صنایع دخانیات اشاره داشت که در مقایسه با سایر کشورهای در حال توسعه در وضعیت مطلوب‌تری قرار دارد.

بررسی وضعیت مصرف دخانیات در بین نوجوانان ۱۵ - ۱۳ ساله در سال ۱۳۸۲ نشان می‌دهد

- ۲ درصد دانش‌آموزان ۱۵-۱۳ سال، سیگار می‌کشند (۳/۲ درصد پسران، ۱ درصد دختران).

- ۱۲/۱ درصد دانش‌آموزان ۱۵-۱۳ سال، از سایر مواد دخانی عمدتاً قلیان مصرف می‌کنند (۱۶ درصد پسران، ۸/۷ درصد دختران)

- ۱۲/۲ درصد دانش‌آموزان ۱۵-۱۳ سال، غیرسیگاری، مستعد سیگاری شدن طی یک سال آینده هستند.

بررسی وضعیت مصرف دخانیات در بین نوجوانان ۱۵ - ۱۳ ساله در سال ۱۳۸۶ نشان می‌دهد

- ۳ درصد دانش‌آموزان ۱۵-۱۳ سال، سیگار می‌کشند. (۵/۱ درصد پسران، ۰/۹ درصد

دختران

- ۲۶/۱ درصد دانش آموزان ۱۵-۱۳ سال، از سایر مواد دخانی عمدتاً قلیان مصرف می‌کنند (۳۱/۹ درصد پسران، ۱۹/۵ درصد دختران)

- ۹/۷ درصد دانش آموزان ۱۵-۱۳ سال، غیرسیگاری که، مستعد سیگاری شدن طی یک سال آینده هستند.

در مقایسه دو طرح بررسی وضعیت مصرف دخانیات در بین نوجوانان ۱۵ - ۱۳ در کشور طی سال‌های (۱۳۸۶ - ۱۳۸۲)

میزان مصرف سیگار از ۲ درصد به ۳ درصد افزایش یافته و میزان مصرف سایر مواد دخانی عمدتاً قلیان از ۱۲/۱ درصد به ۲۶/۱ درصد افزایش یافته است. لیکن درصد غیر سیگاری‌های مستعد به سیگاری شدن طی یک سال آینده از ۱۲/۲ درصد به ۹/۷ درصد کاهش یافته است.

اقدامات

- تدوین آیین نامه «ممنوعیت مصرف و عرضه سیگار و سایر مواد دخانی در اماکن عمومی» مصوب دی ماه ۱۳۷۶
- بازنگری آیین نامه اجرایی قانون اصلاح ماده ۱۳ قانون مواد خوردنی، آشامیدنی، آرایشی و بهداشتی مصوبه آذرماه ۱۳۷۹ مجلس شورای اسلامی، در خصوص ممنوعیت عرضه و مصرف مواد دخانی در اماکن مشمول این قانون
- تدوین تفاهم نامه مشترک بین وزارت بهداشت، بازرگانی، صنایع و معادن، در خصوص اجرای مصوب آیین نامه اصلاح ماده ۱۳ در زمینه ممنوعیت عرضه و مصرف دخانیات در اماکن و مراکز تهیه و توزیع مواد غذایی در سال ۱۳۸۲
- مشارکت فعال در تدوین معاهده جهانی کنترل دخانیات
- تصویب معاهده جهانی کنترل دخانیات در مجلس شورای اسلامی، در آبان ماه ۱۳۸۴
- تصویب قانون جامع کنترل دخانیات در مجلس شورای اسلامی در مهر ماه ۱۳۸۵
- تصویب آیین نامه اجرایی قانون جامع کنترل دخانیات در هیئت دولت، در مهر ماه ۱۳۸۶
- تشکیل ستاد کشوری کنترل دخانیات در وزارت بهداشت مطابق ماده ۱ قانون جامع کنترل و مبارزه ملی با دخانیات در آبان ماه ۱۳۸۶

- تشکیل ۵ کارگروه تخصصی ملی، برای اجرایی کردن مفاد قانون و تهیه پیش نویس مصوبات ستاد کشوری کنترل دخانیات به شرح ذیل:
 - الف: تشکیل کارگروه «تعیین ضوابط بسته بندی و هشدارهای بهداشتی محصولات دخانی» مطابق بند ج ماده ۲ و ماده ۵ قانون، در وزارت بهداشت با عضویت نمایندگان وزارتخانه‌ها و سازمان‌های مرتبط
 - ب: تشکیل کارگروه «تعیین ضوابط نحوه اعطاء پروانه فروش فرآورده‌های دخانی» در وزارت بازرگانی، مطابق ماده ۷ قانون و ماده ۱۳ آیین نامه
 - ج: تشکیل کارگروه «تعیین استانداردهای ملی تولید و واردات مواد دخانی» مطابق ماده ۱۸ آیین نامه در مؤسسه ملی استاندارد
 - د: تشکیل کارگروه «آموزشی، تحقیقات و ارتقاء سلامت» در وزارت بهداشت مطابق بند ب ماده ۲ قانون
 - ه: تشکیل کارگروه «اعمال قانون و پیشگیری از قاچاق محصولات دخانی» با دبیری نیروی انتظامی
- اعمال ممنوعیت عرضه و مصرف دخانیات در مراکز تهیه و توزیع مواد غذایی و ممنوعیت مصرف دخانیات در اماکن عمومی
- راه‌اندازی ۱۵۸ مرکز مشاوره ترک دخانیات در نظام شبکه‌های بهداشتی، درمانی کشور
- برگزاری روز جهانی (۳۱ ماه می مصادف با ۱۰ خرداد) و هفته ملی بدون دخانیات (۱۰-۴ خرداد ماه) از سال ۱۳۷۴ تاکنون هر ساله به منظور اطلاع‌رسانی عمومی در سراسر کشور و ستاد مرکزی
- بزرگداشت روز جهانی و هفته ملی بدون دخانیات در سراسر کشور با مشارکت سایر وزارت خانه‌ها و سازمان‌ها از جمله آموزش و پرورش، صدا و سیما، شهرداری‌ها، نیروی انتظامی، دانشگاه‌ها هر ساله به منظور اطلاع‌رسانی عمومی
- اجرای طرح‌های بررسی جهانی وضعیت مصرف دخانیات در بین دانش‌آموزان ۱۵-۱۳ سال و کارکنان مدارس و دانشجویان پزشکی و پیراپزشکی در سال‌های ۱۳۸۲ و ۱۳۸۶
- تدوین و تصویب لایحه افزایش قیمت مواد دخانی از طریق افزایش مالیات به میزان ۱۰ درصد، برای محصولات تولید داخل و ۲۰ درصد برای محصولات وارداتی به‌عنوان یکی از راه

کارهای کاهش مصرف از سال ۱۳۸۵

- الصاق هشدارهای بهداشتی مصور بر روی بسته‌بندی‌های مواد دخانی، از بهمن ماه ۱۳۸۷ به منظور اطلاع رسانی از مضرات مصرف مواد دخانی
 - تعیین ضوابط عاملین فروش مواد دخانی و صدور مجوز جهت عاملین مجاز به منظور کاهش دسترسی و پیشگیری از قاچاق محصولات دخانی مصوبه تیر ماه ۱۳۸۷
 - تشکیل جلسات اصلی ستاد کشوری کنترل دخانیات و پیگیری مصوبات مربوطه از تاریخ تشکیل ستاد تاکنون
 - اجرای برنامه‌های آموزشی و اطلاع رسانی و مصاحبه‌های علمی درخصوص مضرات مصرف مواد دخانی و استنشاق تحمیلی دود مواد دخانی و آشنایی با مفاد قانون از طریق صدا و سیما و سایر رسانه‌های ملی
 - ترجمه و چاپ مقالات علمی و آموزشی در خصوص مضرات مصرف دخانیات در مجلات و رسانه‌های ملی
 - تولید ۵۲ قسمت پویانمایی‌های مرتبط با برنامه کنترل دخانیات برای اطلاع‌رسانی عمومی با همکاری دانشگاه علوم پزشکی یزد در سال‌های ۱۳۸۸-۱۳۸۶ و پخش از طریق سیمای ملی و محلی در استان‌ها در برنامه‌های هفته بدون دخانیات و سایر برنامه‌ها
 - ترجمه و چاپ کتب مرتبط با کنترل دخانیات برای بهره‌برداری در برنامه‌های کنترل دخانیات از جمله:
- مهار اپیدمی، دولت‌ها و اقتصاد کنترل دخانیات
- راهدرد کنترل دخانیات،
- راهنمای اجرای مواد کنوانسیون (معاهده جهانی کنترل دخانیات)
- تدوین ۳ راهنمای آموزشی کنترل دخانیات ویژه کارشناسان و ترک دخانیات ویژه دانشجویان و پزشکان
 - مشارکت فعال در تدوین پروتکل‌ها و دستورالعمل‌های اجرایی معاهده جهانی کنترل دخانیات و ارائه از طرف دولت جمهوری اسلامی ایران در اجلاس‌های مرتبط، پس از تصویب معاهده در کشور از جمله:

پروتکل تجارت غیرقانونی محصولات دخانی در راستای ماده ۱۵ معاهده

- ۱- دستورالعمل ماده ۵/۳ معاهده در خصوص جلوگیری از نفوذ صنایع دخانی در سیاست‌گذاری‌های مربوط به سلامت عمومی از طریق سرمایه‌گذاری و هرگونه راهبرد دیگر
- ۲- دستورالعمل ماده ۱۱ معاهده در خصوص بسته‌بندی و برچسب‌گذاری محصولات دخانی
 - حضور فعال در کنفرانس‌های اول تا پنجم اعضاء معاهده کنترل دخانیات
 - انجام هماهنگی لازم با نمایندگان وزارت امور خارجه، در زمینه بررسی و تبادل نظر در خصوص اسناد ارائه شده برای سومین کنفرانس اعضاء معاهده در زمینه مواد ۳، ۱۳، ۱۰، ۱۱، ۹، ۵، ۱۴، ۱۷ و ۱۸ معاهده
 - تهیه ۴ گزارش ملی در اجرای مفاد معاهده و ارائه آن به EMRO و درج آن در کتاب پایش اپیدمی دخانیات
 - تهیه و تدوین برنامه عملیاتی کنترل دخانیات در راستای اجرای بند ج تبصره ۱۴ قانون بودجه سال ۱۳۸۵
 - تهیه گزارش عملکرد ستاد کشوری کنترل دخانیات، هر شش ماه یک بار و ارسال آن به هیئت عالی نظارت مجلس شورای اسلامی، از زمان تشکیل ستاد مذکور از سال ۱۳۸۶
 - هماهنگی جهت حضور تیم کارشناسی سازمان برای بهداشت جهت نیاز سنجی و ارزیابی اجرای معاهده جهانی کنترل دخانیات در بهمن ماه ۱۳۹۱
 - راه اندازی آموزش مجازی کنترل دخانیات، در سامانه معاونت بهداشت و آموزش ۴۰۰۰۰ نفر در سامانه
 - راه اندازی تلفن مشاوره پیشگیری و ترک دخانیات

دست آوردها

- ۱- افزایش آگاهی عمومی از زیان‌های مصرف دخانیات
- ۲- کسب حمایت همه جانبه سیاسی دولت و مجلس شورای اسلامی

چالش‌ها

- ضعف آگاهی عمومی از مضرات مصرف دخانیات علی‌الخصوص قلیان
- هزینه بر بودن فعالیت‌های آموزشی - اطلاع رسانی و تبلیغی علیه دخانیات

- نبود اعتبار کافی و لازم برای اجرای برنامه
- نبود امکانات لازم برای اندازه گیری مواد متشکله و منتشره از محصولات دخانی
- ضعف مستندات لازم در خصوص تبعات مصرف دخانیات در کشور
- قاچاق بی رویه محصولات دخانی در کشور
- عدم سامان دهی عرضه محصولات دخانی در سطح کشور

آینده نگاری حیطه و ترسیم افق چشم انداز

- عضویت جمهوری اسلامی ایران در پروتکل ممنوعیت تجارت غیرقانونی محصولات دخانی
- افزایش سطح آگاهی عمومی در مورد همه ابعاد مخاطرات مصرف دخانیات
- دستیابی به کاهش شیوع مصرف دخانیات در گروه سنی افراد بالای ۱۵ سال و جلوگیری از مصرف دخانیات در گروه سنی زیر ۱۵ سال
- اجرای کامل و جامع قوانین و مقررات ملی و بین المللی کنترل دخانیات

سلامت جمعیت، خانواده و مدارس

برنامه سلامت نوزادان

تاریخچه

کاهش میزان مرگ و میر و ارتقاء سلامت نوزادان کشور در راستای دستیابی به هدف چهارم توسعه هزاره در سال ۱۳۸۴، مورد توجه قرار گرفت. راهبرد وزارت بهداشت برای کاهش مرگ نوزادان، اجرای برنامه سطح بندی خدمات قبل از تولد و برنامه‌های پیرامون آن مانند احیا، تثبیت و انتقال نوزاد، استاندارد سازی خدمات نوزاد در بخش‌های نوزادان و استقرار برنامه‌های پیگیری شیرخواران پرخطر و ارزیابی و درمان اختلالات تکاملی در این شیرخواران بود. لذا این اداره از بدو تأسیس این راهبرد را در قالب برنامه‌ها، بسته‌های خدمتی و نظام‌های مراقبتی متعددی که به صورت مختصر در سطور زیر به آن‌ها اشاره می‌شود، به مرحله اجرا در آورده و هم اکنون به بخش‌های قابل توجهی از هدف چهارم توسعه هزاره دست یافته است.

۱- نظام مراقبت قبل از تولد

این نظام از سال ۱۳۸۸، در همه بیمارستان‌های کشور با پوشش ۱۰۰ درصد در حال جمع آوری داده‌های مرگ جنینی و نوزادی است این نظام داده‌هایی کارآمد و مناسب برای تدوین مداخلات بیمارستانی، دانشگاهی و کشوری تأمین می‌کند.

۲- بسته خدمتی نوزاد سالم داخل بیمارستان

این بسته در سال ۱۳۹۰ ابلاغ شده و مراقبت از نوزاد سالم در بیمارستان را مطابق استانداردهای روز جهانی و بومی‌سازی شده به بیمارستان‌ها توصیه می‌کند. مراقبت از نوزاد سالم در ساعت نخست تولد و چیدمان وقایع بعد از زایمان به گونه‌ای که باعث ارتباط عاطفی و دلبستگی بین مادر و نوزاد شود و تغذیه با شیر مادر در ساعت اول تولد شروع گردد، مهم‌ترین موضوع این بسته است.

۳- بسته خدمتی احیای نوزاد

این بسته در سال ۱۳۸۹ ابلاغ شده و هم اکنون در همه بیمارستان‌ها در حال اجرا است. استاندارد سازی فرآیند آموزش، تجهیزات پزشکی مورد نیاز، نیروی انسانی لازم و بهبود کیفیت عملیات احیای نوزاد به خصوص در نوزادان نارس با وزن تولد کم‌تر از ۱۵۰۰ گرم اهداف اصلی و کلیدی این بسته را شامل می‌شود.

۴- بسته خدمتی مراقبت آغوشی

در سال ۱۳۹۱ ابلاغ شده و به اجرای برنامه مراقبت آغوشی در بخش مراقبت ویژه/تخصصی نوزادان می‌پردازد. هم‌اکنون متجاوز از ۶۵ درصد نوزادانی که در بیمارستان به هر علتی بستری می‌شوند به این شیوه مراقبت می‌گردند. مزیت این شیوه مراقبتی در تاکید آن بر مراقبت خانواده محور و توجه به توانمند کردن والدین در مراقبت از فرزند خود است.

۵- سطح بندی خدمات مادر و نوزاد

این برنامه در ۱۳۸۹ ابلاغ شده است. محورهای اصلی این برنامه ساماندهی سطوح سه گانه مراقبتی فوق تخصصی، تخصصی و مراقبت‌های پایه سلامت مادر باردار و نوزادان، مدیریت مداوم مشاوره و انتقال مادر و نوزاد، آموزش مهارت‌ها در راستای بهبود کیفیت و فن‌آوری اطلاعات و پایش و ارزشیابی خدمات ویژه مادران و نوزادان می‌باشد.

۶- مراقبت بحرانی از نوزادان در معرض خطر

برنامه‌ای است ویژه تثبیت و آماده‌سازی برای انتقال نوزادان در معرض خطر در تمامی سطوح مراقبت و با توجه ویژه به سطوح مراقبتی اول و دوم. این برنامه در سال ۱۳۹۱ ابلاغ شده و مراحل اجرایی آن در سال ۱۳۹۲ کامل خواهد شد. هم‌چنین چند بسته خدمتی یا نظام در حال برنامه‌ریزی و اجرای آزمایشی وجود دارد که به آن‌ها اشاره مختصری می‌شود:

الف: نظام مراقبت کنترل عفونت در بخش مراقبت ویژه نوزادان

متجاوز از ۱۶ درصد نوزادان فوت شده در بخش مراقبت ویژه نوزادان عفونت بیمارستانی داشته‌اند. این برنامه در سال ۱۳۹۱ در ۸ استان کشور اجرای آزمایشی شده و مقرر است به زودی در همه کشور گسترش یابد.

ب: نظام مراقبت پیگیری شیرخواران پرخطر

این برنامه در راستای ارتقاء رشد و تکامل نوزادان ترخیص شده از بخش مراقبت ویژه نوزادان و تشخیص زودهنگام و اقدامات درمانی اصلاحی برای موارد در معرض خطر اختلال تکاملی تدوین شده و اجرای آزمایشی آن در یک استان به پایان رسیده است و در سال ۱۳۹۳ به مرحله اجرای کشوری خواهد رسید.

ج: بسته خدمتی نوزاد سالم

این بسته به استانداردهای مراقبت از نوزاد در منزل در قالب راهبرد مراقبت در منزل و خودمراقبتی پرداخته و در یکی از استان‌های کشور در سال ۱۳۹۱ به صورت آزمایشی اجرا شده است. این برنامه بعد از تکمیل در سال ۱۳۹۳ به مرحله اجرای کشوری در بستر پزشک خانواده خواهد رسید.

د: بسته خدمتی مراقبت تکاملی از نوزاد در بخش مراقبت ویژه نوزادان

این بسته در حال تدوین بوده و در سال ۱۳۹۳ به مرحله اجرای اولیه می‌رسد و در سال ۱۳۹۴ به اجرای کشوری در خواهد آمد.

ه: بسته خدمتی مراقبت روانی، معنوی و اجتماعی خانواده در بخش مراقبت ویژه نوزادان

این بسته نیز در حال تدوین بوده و در سال ۱۳۹۳ به مرحله اجرای اولیه رسیده و در سال ۱۳۹۴ به اجرای کشوری در خواهد آمد.

تحلیل روند تغییرات

میزان موالید نوزاد زنده بر اساس نظام ثبت احوال کشوری از یک میلیون و یکصد و ده هزار

تولد زنده در سال ۱۳۸۰ تا یک میلیون و چهارصد و بیست هزار در سال ۱۳۹۱ در حال رشد بوده است. از این تعداد در سال ۱۳۹۰، موالید بیمارستانی ۹۶/۰۸ درصد و خارج بیمارستانی ۳/۹۲ درصد بوده است. از مجموع نوزادانی که در خارج از بیمارستان به دنیا آمده‌اند ۴۹/۴۸ درصد در منزل و مابقی در تسهیلات زایمانی متولد شده‌اند. در جمع میزان تولد نوزاد در بیمارستان یا تسهیلات زایمانی در کل کشور شامل ۹۸/۰۲ درصد می‌باشد.

درصد تولد نوزاد به روش سزارین در سال ۱۳۹۱ بر اساس سامانه ثبت موالید وزارت بهداشت در بیمارستان ۵۶ درصد بوده که نسبت به ۱۲ سال قبل یعنی سال ۱۳۷۹ افزایش ۲۱ درصد دارد. فراوانی القای زایمانی ۳۶/۸۹ درصد موارد زایمان طبیعی و ۲۰/۷۲ درصد کل زایمان‌ها بوده است. ۱۷/۳۶ درصد مادران دچار نوعی از موارد حاملگی پرخطر بوده‌اند.

توزیع وزنی نوزادان در هنگام تولد شامل وزن تولد کمتر از ۱۵۰۰ گرم ۰/۷۹ درصد، وزن تولد کمتر از ۲۵۰۰ گرم ۶/۸۹ درصد و وزن تولد ۲۵۰۰ گرم یا بیش‌تر شامل ۹۳/۱۱ درصد بوده است. توزیع سن بارداری نوزادان در هنگام تولد در سال ۱۳۹۱ شامل سن بارداری هنگام تولد کمتر از ۳۲ هفته ۱/۱۷ درصد، سن بارداری هنگام تولد کمتر از ۳۷ هفته ۷/۶۲ درصد و سن بارداری هنگام تولد مساوی یا بیش‌تر از ۳۷ هفته ۹۲/۳۸ درصد بوده است.

میزان بروز ناهنجاری مادرزادی (قابل تشخیص در هنگام تولد) ۷/۳۶ درصد بوده است. از کل موالید زنده ۱۰/۴۱ درصد نیاز به احیاء تا حد گام‌های نخستین احیاء داشته، ۱/۲۱ درصد به تهویه با فشار مثبت نیاز داشته، ۰/۲۹ و ۰/۱۶ درصد احیاء به ترتیب تا حد فشردن قفسه سینه و تجویز دارو پیشرفت داشته است. همچنین از کل موالید زنده ۰/۲ درصد در اتاق زایمان فوت کرده‌اند. میزان بروز مرگ داخل رحمی نسبت به کل زایمان‌های انجام شده در بیمارستان ۰/۷۱ درصد است.

تخصیص نیروی انسانی

تعداد فوق تخصص نوزادان مشغول به فعالیت در بخش مراقبت ویژه نوزادان در کشور در سال ۱۳۹۰، ۲۸۰ نفر بوده است. با در نظر گرفتن موالید زنده همان سال، این تعداد معادل است با یک فوق تخصص به ازای هر ۵۰۰۰ تولد زنده که متناسب با استانداردهای بین‌المللی است. در سال ۱۳۸۹ بالغ بر ۲۱۱۳ پرستار در بخش مراقبت ویژه نوزادان، ۳۰۵۶ پرستار در بخش

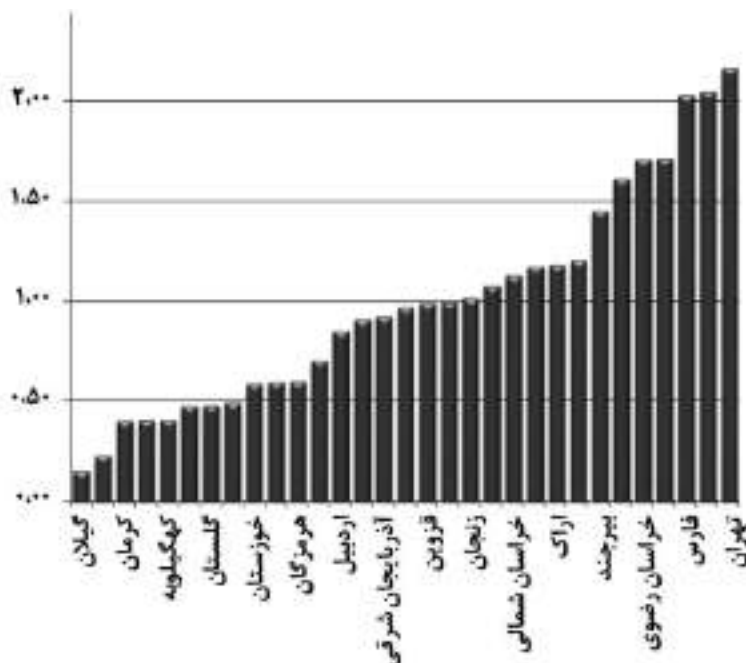
مراقبت تخصصی و ۶۷۳۸ ماما در اتاق زایمان، ریکاوری یا بخش همراه مادر شاغل بوده‌اند. استاندارد تناسب پرستار به تخت بخش مراقبت ویژه/تخصصی نوزادان و ماما به تعداد زایمان با معیار قرار دادن دو تخت بخش مراقبت ویژه نوزادان یک پرستار، ۶ تخت بخش مراقبت تخصصی نوزادان یک پرستار و هر ۱۰۰۰ تولد زنده ۱۰ ماما شامل موارد زیر می‌باشد:

جمع تعداد تخت‌های بخش مراقبت ویژه نوزادان کشور ۱۹۵۴ است. با توجه به ۲۱۱۳ پرستار شاغل در آن‌ها نسبت تخت به پرستار با در نظر گرفتن ۴ پرستار برای گردش کاری معمول ۲۴ ساعت در شبانه روز در ۷ روز هفته هر تخت، ۳/۷ تخت به ازای هر پرستار می‌شود که این تعداد فقط ۵۴/۰۶ درصد از نیاز کشوری را شامل می‌گردد.

جمع تعداد تخت‌های بخش مراقبت تخصصی نوزادان کشور ۳۷۶۷ است با توجه به ۳۰۵۶ پرستار شاغل در آن‌ها نسبت تخت به پرستار با در نظر گرفتن ۴ پرستار برای گردش کاری معمول ۲۴ ساعت در شبانه روز در ۷ روز هفته، ۴/۹۳ تخت به ازای هر پرستار می‌شود که این تعداد متناسب با نیاز کشوری است.

تخصیص فضای فیزیکی

در سال ۱۳۸۹ تعداد تخت بخش مراقبت ویژه نوزادان در کشور، ۱۹۵۴ بوده است. این میزان بر اساس استاندارد ۱ تخت برای هر هزار تولد زنده، برای کشور ما مطلوب است. ولی با توجه به نمودار زیر که توزیع تخت‌های بخش مراقبت ویژه نوزادان در استان‌ها که به صورت نسبت تخت به هزار تولد زنده به نمایش درآمده است، عدم توازن در توزیع آن‌ها در کل کشور دیده می‌شود.

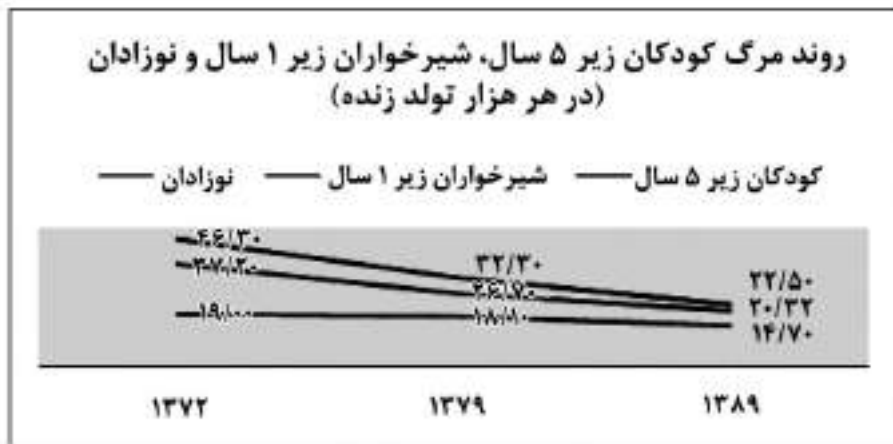


نمودار شماره ۲۹- تعداد تخت بخش مراقبت ویژه نوزادان به ازای
هر هزار تولد زنده در استان‌های کشور

میزان مرگ و میر

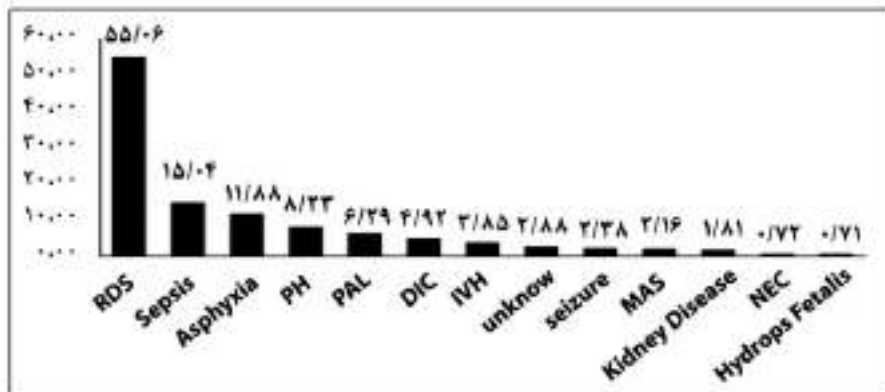
میزان مرگ نوزاد در دو سالانه سال ۱۳۸۸ و ۸۹ بر اساس گزارش DHS^۱ سال ۱۳۸۹، ۱۴/۷ در هر هزار تولد زنده بوده است. این میزان نسبت به DHS های قبلی در نمودار زیر به نمایش درآمده است. همان طور که مشاهده می‌شود روند کاهش میزان مرگ نوزادان نسبت به مرگ شیرخواران زیر یک سال و کودکان زیر ۵ سال ناچیز به نظر می‌رسد به گونه‌ای که در سال ۱۳۷۲، مرگ نوزادی ۴۱ درصد از کل موارد مرگ کودکان کمتر از ۵ سال، را به خود تخصیص داده بود در حالی که این میزان در سال‌های ۱۳۷۹ و ۱۳۸۹ به ترتیب ۵۶ و ۶۵/۳ درصد را شامل می‌شده است.

¹ Demographic and Health Survey



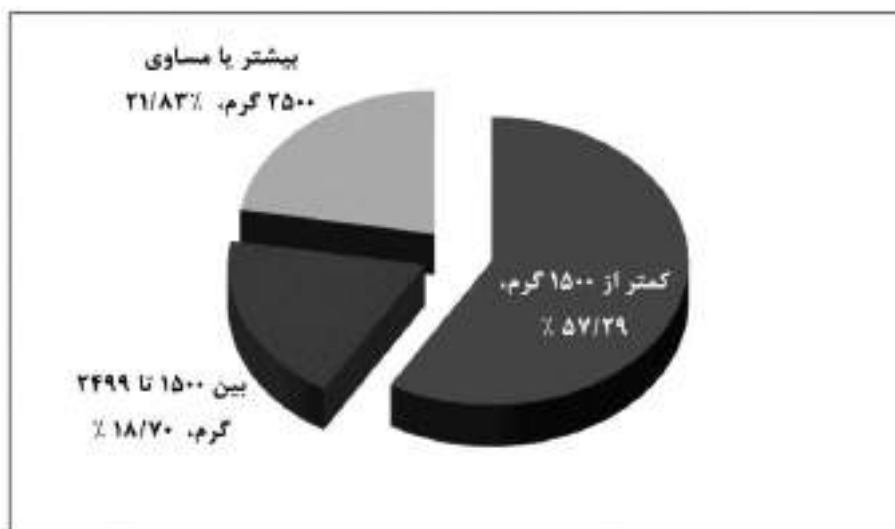
نمودار شماره ۳۰- روند مرگ و میر کودکان زیر ۵ سال، شیرخواران زیر یک سال و نوزادان در هر هزار تولد زنده

علت مرگ نوزاد بر اساس داده‌های ثبت شده در نظام ثبت مرگ قبل از تولد سال ۱۳۹۰، در ۷۹ درصد از موارد مربوط به بیماری‌های قبل از تولد، و در ۲۰ درصد از موارد ناهنجاری ارثی و در ۱ درصد حوادث بوده است. نمودار زیر فراوانی بیماری‌های تشخیص داده شده در هنگام مرگ نوزاد را به نمایش می‌گذارد:



نمودار شماره ۳۱- علل مرگ نوزاد بر اساس داده‌های نظام ثبت مرگ قبل از تولد در کشور در سال ۱۳۹۰

بنابراین شایع‌ترین علل مرگ نوزاد ابتدا بیماری‌های تنفسی، سپس ناهنجاری مادرزادی، بعد از آن عفونت و در نهایت خفگی زایمانی بوده است. نمودار زیر نشان دهنده فراوانی توزیع وزنی نوزادان فوت شده در سال ۱۳۹۰ است:



نمودار شماره ۳۲- توزیع فراوانی نوزادان فوت شده در کشور در سال ۱۳۹۰

همان طور که مشاهده می‌شود بیش‌تر از ۵۷ درصد از موارد مرگ نوزاد در گروهی که کم‌تر از ۱ درصد از موالید زنده را شامل می‌شوند یعنی نوزادان با وزن تولد کم‌تر از ۱۵۰۰ گرم رخ داده است.

چالش‌ها

- ۱- پشتوانه‌های ناکافی قانونی
- ۲- عدم تناسب منابع با وظایف
- ۳- عدم هماهنگی بین آموزش و درمان در وزارت بهداشت و دانشگاه‌ها
- ۴- کمبود پرستار بخش مراقبت ویژه نوزادان
- ۵- عدم کفایت مهارت‌های لازم در نیروی انسانی فارغ التحصیل

آینده نگاری حیطه و ترسیم افق چشم انداز

- ۱- تسریع در تصویب لایحه پیشنهادی به مجلس شورای اسلامی
- ۲- جلب مشارکت و همکاری درون بخشی
- ۳- همکاری نزدیک بین ستاد مرکزی وزارت بهداشت و دانشگاه‌های علوم پزشکی
- ۴- تبیین ساختار متضمن ایجاد مسئولیت برای اعضاء هیئت علمی در راستای ارتقاء کیفیت مراقبت بخش مراقبت ویژه نوزادان
- ۵- ارتقاء کیفیت نظام آموزشی کارشناسی و کارشناس ارشد پرستاری برای مراقبت در بخش مراقبت ویژه نوزادان.

سلامت کودکان

تاریخچه

خدمات سلامت و بهداشت کودکان، در کنار خدمات سلامت مادران، از حدود ۷۵ سال قبل در کشور، شروع شد. این خدمات با راه اندازی شبکه مراقبت‌های اولیه بهداشتی در سال ۱۳۶۳ و ادغام مراقبت‌های بهداشتی مادر و کودک به عنوان یکی از اجزای اصلی آن، از چارچوب و سازوکار مشخص برخوردار شد. اجزای اصلی مراقبت‌های بهداشتی کودکان تا سال ۱۳۷۹، عبارت بودند از:

- کنترل بیماری اسهالی
- کنترل عفونت‌های تنفسی
- ترویج تغذیه با شیر مادر
- احیای نوزادان
- آموزش کارکنان بهداشتی برای مراقبت از کودکان و شناخت کودکان بیمار در معرض خطر
- وارجاع آنان به سطوح بالاتر
- راه اندازی بیمارستان‌های دوستدار کودک

از سال ۱۳۷۹ تا به امروز، تغییراتی در سیاست‌ها و برنامه‌های سلامت کودکان کشور رخ داده و برنامه‌هایی به آن اضافه شده است که اهم آن‌ها عبارتند از: برنامه مراقبت‌های ادغام یافته ناخوشی‌های اطفال (مانا)، برنامه مراقبت‌های ادغام یافته کودک سالم؛ برنامه نظام مراقبت مرگ کودکان؛ برنامه جامع خدمات تکاملی کودکان و برنامه احیای کودکان.

تحلیل روند تغییرات

در سال ۱۳۵۸، میزان مرگ و میر کودکان زیر یکسال ۱۰۴ در هزار تولد زنده، امید زندگی ۵۷ سال و نیروی انسانی برای عرضه خدمات بهداشتی، درمانی (۴/۱ برای هر هزار نفر) و توزیع شاخص‌ها بین شهر و روستا شدیداً نامتعادل بوده است. این وضعیت باعث شد تا مراقبت‌های اولیه بهداشتی در قالب طرح توسعه شبکه‌های بهداشتی، درمانی، انقلاب وسیعی را در ارائه خدمات سلامتی به مردم و ارتقاء شاخص‌های سلامتی، از جمله شاخص‌های سلامت کودکان

زیر ۵ سال به دنبال داشته باشد.

در حال حاضر مراقبت کودکان طی ۵ سال اول تولد با ۲ بار ویزیت در بیمارستان (ویزیت فوری بعد از تولد و ویزیت کامل قبل از ترخیص) شروع می‌شود. بعد از آن در برنامه ملی سلامت کودکان، کودکان سالم جایگاهی ویژه دارند و با برنامه‌ای تحت عنوان مراقبت‌های ادغام یافته کودک سالم، شامل ۱۵ بار مراقبت ادغام یافته: پایش رشد، ترویج تغذیه با شیر مادر، غربالگری کم‌کاری تیروئید، ایمن‌سازی، بررسی مشکلات، بینایی، شنوایی و دهان و دندان، غربالگری تکامل و مشاوره با خانواده در زمینه تغذیه تکمیلی و پیشگیری از سوانح و حوادث برای کودکان کشور، انجام می‌شود.

در برنامه ترویج تغذیه با شیر مادر، تمام کادر بهداشتی - درمانی مرتبط با مادر و نوزاد، آموزش‌های لازم را طی سالیان اخیر دیده‌اند. بیش از ۹۲ درصد بیمارستان‌های کشور، در حال حاضر دوستدار کودک هستند.

پس از انقلاب، بیش از ۱۰۰۰۰۰ کادر بهداشتی پزشک و غیرپزشک برای اجرای برنامه‌های کودک سالم، مانا و شیرمادر آموزش دیده‌اند. هم‌چنین با اجرای نظام مراقبت مرگ کودکان از سال ۱۳۸۶، برای همه مرگ‌های پس از نوزادی، فرآیندی که منجر به مرگ می‌شود، بررسی و بر این اساس، در هر یک از سطوح، مداخلات مبتنی بر شواهد صورت می‌گیرد.

در برنامه‌های کودک سالم و مانا: براساس اطلاعات سال ۱۳۹۰، بیش از ۱۲/۴۸۴/۰۰۰ کودک در مراکز بهداشتی، درمانی مراقبت شده‌اند. بیش از ۱۱/۵ میلیون مراقبت آن‌ها، مربوط به مراقبت‌های معمول کودک سالم و ۹۳۳۰۰۰ مراقبت نیز، مربوط به کودکان بیمار مراجعه کننده به مراکز بوده است. شایان ذکر است که در سال ۱۳۵۸، تعداد پرونده‌های فعال کودکان، ۱۳۵/۰۰۰ مورد بوده است.

برنامه‌های اداره سلامت کودکان به شرح زیر است:

- مراقبت‌های ادغام یافته ناخوشی‌های اطفال
- مراقبت‌های ادغام یافته کودک سالم
- ترویج تغذیه با شیر مادر
- نظام مراقبت مرگ کودکان ۱-۵۹ ماه
- برنامه جامع خدمات تکاملی کودکان

• برنامه احیای کودکان

۱- مراقبت‌های ادغام یافته ناخوشی‌های اطفال (مانا)

ناخوشی‌های اطفال در برنامه مانا عبارتند از: عفونت‌های دستگاه تنفس و عصبی مرکزی، اسهال و استفراغ، اختلال رشد و تغذیه در بیماری، تب، تشنج، کما، شوک و واکسیناسیون، مکمل‌های دارویی

هدف کلی

کاهش مرگ و میر کودکان زیر ۵ سال ناشی از علل و عوامل اولویت دار

اهداف اختصاصی

- افزایش پوشش مراقبت‌های ادغام یافته کودک ناخوش (مانا)
- حفظ پوشش مراقبت‌های ادغام یافته کودک ناخوش (مانا)
- افزایش آگاهی و عملکرد ارائه دهندگان خدمت در مورد نحوه تغذیه کودکان
- افزایش آگاهی و عملکرد ارائه دهندگان خدمت در مورد نحوه برخورد با کودک مصدوم
- ارتقاء کمی و کیفی بسته خدمتی برنامه مانا
- جلب همکاری کلیه سازمان‌ها، نهادها، ادارات و گروه‌ها در زمینه اجرای برنامه.

۲- مراقبت‌های ادغام یافته کودک سالم

برنامه مراقبت کودک سالم (^۱WCC) به دنبال جدا کردن کودک سالم از کودک به ظاهر سالم یا مستعد به بیماری است که هنوز نشانه‌های بیماری در او مستقر نشده است. هدف این برنامه، طراحی و اجرای نظام غربالگری استاندارد مراقبت کودکان ۸-۰ سال است. در مراقبت کودک سالم، تمام کودکان مراجعه کننده کم‌تر از ۷ سال از نظر وضعیت عمومی، با توجه به شایع‌ترین مشکلات غیرواگیر (بینایی، شنوایی، تکامل، تغذیه، وزن، قد، دور سر، واکسیناسیون و

^۱ Well-Child Care-WCC

مکمل‌های دارویی) معاینه جسمی کامل و با پرسیدن سوال‌ها و مشاهده نشانه‌ها، ارزیابی می‌شوند. با توجه به پاسخ‌ها و نتایج معاینه طبقه‌بندی انجام و بر آن اساس، تصمیم به ارجاع فوری یا غیرفوری گرفته می‌شود. در صورت نیاز به ارجاع فوری، قبل از انتقال کودک توصیه‌ها و اقدامات لازم انجام و به مادر در مورد نیاز به ارجاع کودک، توضیح داده می‌شود. در صورت عدم نیاز به ارجاع، با مادر در موارد راه‌های پیشگیری از حوادث شایع در منطقه، اهمیت رشد و تغذیه در سلامتی، نحوه ارتباط والدین با کودک، راه‌های ارتقاء تکامل کودک، مشاوره و در صورت مراجعه مجدد کودک، پیگیری انجام می‌شود. در برنامه کودک سالم، مراقبت‌ها بر اساس الگوی بیماری و مرگ کشور طراحی شده است. برای ارتقاء کیفیت خدمات، راهنمای بالینی مراقبت ادغام یافته کودک سالم برای دو سطح پزشک و غیرپزشک پیش‌بینی شده است. این راهنما برای آموزش به‌روران و کاردان‌ها، شامل یک جلد چارت بوکلت و یک جلد راهنمای چارت بوکلت ویژه غیرپزشک و یک حلقه فیلم و برای آموزش پزشکان شامل یک جلد چارت بوکلت و یک جلد راهنمای چارت بوکلت ویژه پزشک، یک حلقه فیلم و یک جلد مجموعه پایش است.

۳- برنامه ترویج تغذیه با شیرمادر

به‌لحاظ مزایای بی‌نظیر بهداشتی، تغذیه‌ای، ایمنولوژیکی^۱، روانی، عاطفی و اقتصادی تغذیه با شیرمادر، این برنامه از سال ۱۳۶۵ آغاز و از سال ۱۳۷۰ هم‌زمان با نهضت جهانی ترویج تغذیه با شیر مادر، برای اجرا در کشور، مدون گردید. اهداف این برنامه عبارتند از:

تغذیه انحصاری کودکان با شیر مادر در ۶ ماه اول زندگی و تداوم تغذیه با شیر مادر همراه با غذاهای کمکی تا پایان ۲ سالگی و تغذیه مصنوعی فقط در موارد معدودی که شیرخواران به دلایلی از شیر مادر محروم می‌شوند

راهبردهای این برنامه عبارتند از: ارتقاء آگاهی کارکنان بهداشتی، درمانی، راه‌اندازی بیمارستان‌های دوستدار کودک، حمایت از مادران شیرده، ارتقاء آگاهی خانواده‌ها و جامعه.

¹ Immunologically

همچنین در راستای تداوم برنامه، فعالیت‌های آموزشی، حمایتی و خدماتی زیر می‌بایست تقویت و اجرا گردند:

- آموزش کارکنان بهداشتی - درمانی: (۲۰ ساعت) پزشکان و متخصصان (۳۶ ساعت)
- اجرای قانون ترویج تغذیه با شیر مادر: حمایت از مادران شاغل شیرده، بهره‌مندی از ۹ ماه مرخصی زایمان، یک ساعت مرخصی ساعتی روزانه و امنیت شغلی در قانون مصوب ۱۳۷۴
- اجرای اقدامات ده گانه در بیمارستان‌های دوستدار کودک و بخش‌های اطفال: اقدامات ۱۰ گانه به عنوان معیارهای جهانی، برای شروع موفق شیردهی در بخش‌های زنان و زایمان بیمارستان‌ها و زایشگاه‌ها از سوی سازمان جهانی بهداشت و یونسف اعلام و متعاقب آن، راه اندازی بیمارستان‌های دوستدار کودک در کشور آغاز شد. اولین بیمارستان‌ها با گذراندن آموزش‌های لازم، به اجرای ۱۰ اقدام پرداختند و لوح دوستدار کودک را دریافت کردند. دستورالعمل تداوم تغذیه با شیر مادر برای کودکان، بستری در بیمارستان‌ها و بخش‌های کودکان به منظور تقویت و تداوم برنامه، بازنگری و با ۱۰ اقدام، در بخش‌های زنان مراقبت‌های ویژه نوزادان (NICU)^۱ و زایمان ادغام شد و نظام پایش و ارزیابی مجدد آن، طراحی و در اختیار دانشگاه‌های علوم پزشکی کشور، قرار گرفت.
- پایش و ارزیابی مجدد بیمارستان‌های دوستدار کودک: برای جلوگیری از افت کیفیت برنامه در بیمارستان‌ها پس از دریافت لوح
- آموزش مادران: این امر در مراکز بهداشتی - درمانی و خانه‌های بهداشت و بیمارستان‌های دوستدار کودک، برای شروع موفق تغذیه با شیر مادر و حفظ و تداوم آن، ضروری است.

۴- نظام مراقبت^۲ بررسی مرگ کودکان ۵۹-۱ ماهه

هدف

برنامه‌ریزی برای پیشگیری و کنترل موارد شایع مرگ کودکان ۵۹-۱ ماهه.

^۱ Neonatal Intensive care Unit

^۲ Surveillance

هدف کلی

کاهش مرگ و میر کودکان ۱-۵۹ ماهه با شناسایی علل و عوامل بروز، مرگ و مداخله سطح‌بندی شده در همه سطوح

اهداف اختصاصی

حفظ پوشش نظام مراقبت مرگ کودکان ۱-۵۹ ماهه

ارتقاء کیفی نظام مراقبت مرگ کودکان ۱-۵۹ ماهه

فعالیت‌های نظام مراقبت مرگ کودکان ۱-۵۹ ماهه عبارتند از: تدوین برنامه ثبت علل و عوامل منجر به مرگ کودکان ۱-۵۹ ماهه، پیاده سازی نظام مراقبت مرگ کودکان ۱-۵۹ ماهه در کشور، طراحی برنامه مداخله‌های بیمارستانی و خارج بیمارستانی، آموزش تمام کارکنان بهداشتی- درمانی و آموزشی در بیمارستان‌های کشور، افزایش و بهبود استاندارد تجهیزات در بخش‌های کودکان و آموزش خانواده و جامعه با توجه به اطلاعات جمع‌آوری شده.

۵- برنامه جامع خدمات تکاملی کودکان

با توجه به کاهش قابل توجه مرگ، سوء تغذیه و بیماری‌های عفونی کودکان کشور و از طرف دیگر با توجه به آمارهایی که دلالت بر وفور بیش از ۲۵ درصدی مشکلات برخی حیطه‌های تکاملی و نیز افزایش شیوع تولدهای باوزن زیر ۲۵۰۰ گرم، از سال ۱۳۹۰ طراحی برنامه جامع خدمات تکاملی در دست اجراست. این برنامه در راستای ارتقاء وضعیت تکاملی کودکان کشور، به ترتیب خدمات پیشگیری، غربالگری، تشخیصی، درمانی و توانبخشی را مدنظر دارد. با توجه به درجاتی از بازنگری خدمات پیشگیری و آموزش مادران در برنامه کودک سالم و اجرای آن‌ها، در اولین مرحله، بحث غربالگری مدنظر قرار گرفت. با توجه به محدودیت منابع اعتباری و براساس تصمیم «کمیته کشوری ارتقاء تکامل کودکان» و پس از انتخاب تست غربالگری ASQ به عنوان ابزار غربالگری ملی، تمام کودکان کشور، از سال ۱۳۹۲ در ۱۲ ماهگی، برای بررسی اختلالات تکاملی، غربالگری خواهند شد. مراحل دیگر این برنامه، از قبیل تدوین آیین نامه تأسیس مرکز جامع خدمات تکاملی کودکان نیز، در دست تدوین است.

۶- برنامه احیای کودکان

با توجه به افزایش نسبی سوانح و حوادث در بین علل مرگ و میر کودکان و وفور نسبی آن در منزل یا محیط‌های اطراف محل زندگی کودکان و به منظور توانمند سازی خانواده‌ها، آموزش احیای پایه در کنار تدوین بسته‌ای به منظور پیش گیری از سوانح و حوادث از سال ۱۳۹۰، در دستور کار قرار گرفت. حاصل کار طی سال‌های ۹۱-۱۳۹۰، شامل تدوین پیش‌نویس بسته خدمتی احیای کودکان، ترجمه و بومی سازی متون بین‌المللی احیای کودکان، آموزش اعضاء هیئت علمی منتخب دانشگاه‌های علوم پزشکی و نیز تشکیل هسته آموزشی احیای پایه بود.

دست آوردها

- تدوین سند ملی رشد و تکامل همه جانبه دوران ابتدای کودکی و تصویب آن در شورای عالی سلامت
- تدوین برنامه جامع خدمات تکاملی کودکان و اجرای مرحله اول آن
- تدوین بسته خدمت و محتوی آموزشی احیای پایه و پیشرفته کودکان و شروع به انجام آن
- تدوین درس نامه و بسته خدمتی مشاوره شیر دهی
- تدوین و پیاده سازی برنامه مراقبت‌های ادغام یافته کودک سالم در کل کشور
- تدوین برنامه شروع تغذیه با شیر مادر از ساعت اول تولد و اجرای آزمایشی آن در نیمه اول سال ۱۳۹۲
- تدوین و پیاده سازی برنامه مراقبت‌های ادغام یافته ناخوشی‌های کودکان در کل کشور
- محاسبه بار بیماری‌های کودکان زیر پنج سال کشور
- آموزش برنامه «کودک سالم» و «مانا» برای هسته آموزشی دانشگاه‌های علوم پزشکی کشور «کودک سالم» و «مانا»
- آموزش «مانا» به دانشجویان پزشکی دانشگاه‌های علوم پزشکی به عنوان درس اصلی در دوره کارورزی طب کودکان
- ادغام طرح غربالگری هیپوتیروئیدی مادرزادی نوزادان در برنامه مراقبت کودک سالم
- تهیه و اجرای مجموعه پایش و ارزشیابی برنامه کودکان در سطوح محیطی
- اجرای نظام مراقبت بررسی مرگ کودکان ۵۹-۱ ماهه در کشور

- اجرای آزمایشی شناسنامه سلامت کودکان در ۸ شهرستان از ۸ دانشگاه کشور
- افزودن بخش سوختگی و مسمومیت‌ها به برنامه مانا و اجرای آن در کشور
- بازنگری دستورالعمل‌های ترویج تغذیه با شیر مادر در بخش‌های نوزادان و کودکان بیمار
- تهیه مجموعه راهنمای پایش و ارزیابی مجدد برنامه شیر مادر در بخش‌های نوزادان و کودکان و نظارت بر عملکرد بیمارستان‌های دوستدار کودک تابعه دانشگاه‌های علوم پزشکی کشور
- افزایش تعداد بیمارستان‌های دوستدار کودک (بیش از ۹۰ درصد کل بیمارستان‌های واجد شرایط)

آینده نگاری حیطه و ترسیم افق چشم انداز

- برنامه ملی سلامت کودکان نیازمند حمایت سیاسی، معنوی و مالی وزارت بهداشت، دولت و نظام جمهوری اسلامی است. حمایتی که به عملیاتی شدن سیاست‌های ذیل بیانجامد:
 - ۱- ایجاد و تقویت زیر ساخت‌های قانونی، فرهنگی، اقتصادی، اجتماعی، سیاسی، علمی و فناوری، در ارائه خدمات رشد و تکامل همه جانبه کودکان با مبنا قرار دادن الگوی اسلامی ایرانی
 - ۲- تربیت کودکان با اصل قرار دادن، تربیت دینی مبتنی بر الگوی ایرانی اسلامی و مد نظر قرار دادن سند چشم‌انداز
 - ۳- تأمین حق کودکان در بهره‌مندی عادلانه از خدمات ارتقاء رشد و تکامل همه جانبه
 - ۴- توسعه کمی، کیفی و هدف‌مند خدمات ارتقاء ی رشد و تکامل کودکان
 - ۵- تحول راهبردی پژوهش با رویکردهای نو آورانه در حیطه رشد و تکامل همه جانبه کودکان
- برنامه کلان سلامت کودکان به دنبال شکل گیری و توسعه‌ی قابلیت‌ها و ظرفیت‌های انسانی کودک در ابعاد جسمی، روانی، اجتماعی و شناختی از دوره‌ی جنینی تا هشت سالگی است. در این دوران سه مرحله‌ی پیش از تولد، دوران خردسالی و سال‌های ابتدایی ورود به مدرسه و عرصه‌های آموزش نیز مورد نظر است و راهبردهای ذیل نقشه راه آن خواهند بود:

- ۱- اتخاذ رویکرد عدالت محور در برنامه‌ریزی خدمات ارتقاء سلامت و تکامل کودکان مبتنی بر فرهنگ غنی ملی و با اصل قرار دادن اصول و مبانی دین مبین اسلام و رعایت اصل اقتدار ملی و یکپارچگی کشور
- ۲- توجه به تربیت دینی و معنوی کودک از بدو تولد
- ۳- بسیج اجتماعی با تاکید بر مسئولیت اجتماعی برای مشارکت مؤثر و حمایت از برنامه رشد و تکامل همه جانبه کودکان خردسال و شمول همه کودکان
- ۴- ظرفیت سازی و توانمندسازی مراقبین و خانواده‌ها، از طریق آموزش و به‌روز کردن دانش و مهارت‌ها.
- ۵- فراهم ساختن ساختار مناسب در همه سطوح، برای انسجام و گسترش برنامه رشد و تکامل همه جانبه اوان کودکی
- ۶- گسترش خدمات ارتقاء ی و توسعه فضاهای دوستدار کودک
- ۷- جلب و توسعه همکاری‌های بین بخشی و اقدامات شبکه‌ای بین سازمان‌های مسئول و ذی‌نفع برای اجرا و تداوم فعالیت‌های رشد و تکامل همه جانبه کودکان
- ۸- تشکیل کمیته راهبردی ملی برنامه رشد و تکامل دوران ابتدای کودکی متشکل از تمام ساختارهای مؤثر
- ۹- ظرفیت سازی و شبکه سازی بین تشکل‌های مردمی و سازمان‌های مردم نهاد، برای اجرا و تداوم فعالیت‌های رشد و تکامل همه جانبه کودکان
- ۱۰- حمایت از حقوق خانواده و کودک
- ۱۱- برنامه‌ریزی‌های مبتنی بر نیاز سنجی و شواهد علمی، پژوهشی و تجربی بومی و مقرون به صرفه
- ۱۲- توسعه خدمات غربالگری، تشخیص و مداخله به هنگام اختلالات رشد و تکامل
- ۱۳- ایجاد ساز و کارهای نظارت و ارزیابی مستمر (پایش و ارزشیابی) برای تضمین پیگیری مناسب، کارایی و پایداری برنامه

سلامت نوجوانان، جوانان و مدارس

تاریخچه

توجه به بهداشت مدارس از سال ۱۲۹۳ آغاز شد. در این سال گروهی متشکل از پزشکان ایرانی و اروپایی، تشکیلاتی به نام مجلس حفظ الصحة، برای مراقبت از بهداشت عمومی به وجود آوردند. در اواخر همین سال، دکتر علی اکبرخان (اعتماد السلطنه) به سمت، مفتش صحیه مدارس منصوب شد. در سال ۱۳۰۴، صحیه مدارس، به عنوان یک واحد مشخص دربردارنده قسمت‌های معاینات بهداشتی دانش آموزان و آموزش بهداشت، به وزارت معارف معرفی و وابسته به آن گردید. در سال ۱۳۱۵، سلامت مدارس، به بهداری آموزشگاه‌ها تغییر نام یافت. با توجه به فقدان نیروی انسانی میان رده‌ای که قادر به پاسخ‌گویی به نیازهای بهداشتی دانش آموزان باشد، تشکیلات جدید نتوانست بهبودی در محتوای خدمات ایجاد نماید و صرفاً منحصر به تغییر نام شد. در سال ۱۳۵۰، برای پر کردن خلاء نیروی انسانی، مدارس عالی بهداشت مدارس در چهار استان خراسان، اصفهان، آذربایجان شرقی و فارس و علاوه بر آن‌ها در تهران، ابتدا به صورت داوطلب و سپس از طریق کنکور عمومی، در مقطع تحصیلی فوق دیپلم، اقدام به پذیرش دانشجو نموده و آموزش یافتگان به عنوان مراقب بهداشت در اداره کل بهداری آموزشگاه‌ها که به اداره کل بهداشت مدارس تغییر نام یافته بود، پذیرفته شدند. تعداد این نیروهای میان رده‌ای که اغلب پس از فراغت از تحصیل، جذب آموزش و پرورش شده بودند، در سراسر کشور بالغ بر هفت هزار نفر بود. نیروهای یادشده همراه با سایر کارکنان پزشکی و فنی اداره کل بهداشت مدارس، پس از انقلاب اسلامی و در اردیبهشت ۱۳۵۸ از وزارت آموزش و پرورش منتزع و به وزارت بهداری ملحق شدند. این جابجایی با برنامه‌ریزی‌های اصولی در فاصله سال‌های ۱۳۶۳-۱۳۵۸، منجر به تغییراتی مثبت شد که از جمله آن، ایجاد ثبات و منزلت بهداشت مدارس در قالب و شکل عمومی و اصولی و نیز دستیابی به برخی از ثمرات این اقدام شد.

تغییر سیاست‌های بهداشتی کشور در سال ۱۳۶۳ و اولویت بالاتر گسترش و ارتقاء خدمات بهداشتی برای کودکان زیر ۵ سال نسبت به خدمات بهداشتی دانش آموزان، سبب شد تا مراقبت‌های مادر و کودک به وظیفه اصلی مراقبین تبدیل و خدمات بهداشت مدارس اولویت‌های بعدی را به خود اختصاص دهد. با توجه به پیامدهای پیش بینی نشده این امر و

مشکلات ایجاد شده، با پیگیری وزارت آموزش و پرورش و طرح و تصویب موضوع در مجلس شورای اسلامی، در پایان سال ۱۳۶۹، اکثریت مراقبین بهداشت به وزارت آموزش و پرورش منتقل و تحت مدیریت آن وزارت قرار گرفتند.

بررسی‌های وزارت بهداشت منجر به تصمیم‌گیری برای پرداختن جدی به امر سلامت مدارس، در سطوح ستادی و محیطی شد. در این راستا در سال ۱۳۷۲، دفتر بهداشت مدارس در سطح ملی، برای سیاست‌گذاری و برنامه‌ریزی ایجاد و تشکیلات مستقلی در استان‌ها و شهرستان‌ها، تولید مستقیم و اجرای فعالیت‌های مربوطه را عهده دار شد. در سال ۱۳۷۹، دفتر بهداشت مدارس علی‌رغم عدم سنخیت کاری با دفتر بهداشت دهان و دندان ادغام گردید. با پیگیری‌های متعدد صورت گرفته برای تعیین جایگاه مستقل بهداشت مدارس، در تشکیلات جدید ضمن توسعه مأموریت‌های پیشین و پیش‌بینی مأموریت‌های جدید، اداره سلامت مدارس و جوانان، در سال ۱۳۸۰، از دفتر بهداشت مدارس و دهان و دندان جدا و در دفتر سلامت روانی اجتماعی و مدارس، ادغام شد. این اداره در سال ۱۳۸۵، در قالب گروه‌های سنی با نام اداره سلامت نوجوانان، جوانان و مدارس، در دفتر سلامت جمعیت، خانواده و مدارس، ادغام گردید.

۱- برنامه معاینه بدو ورود به دبستان

هدف از اجرای این برنامه، تشخیص و شناسایی به موقع آسیب دیدگی‌های جسمی و روانی کودکان، درمان و توانبخشی به موقع کودکان دچار نارسایی و ارائه مشاوره‌های بهداشتی، روانی و ... به دانش‌آموزان و اولیا و در نهایت پیشگیری از افت تحصیلی و زمینه‌سازی برای عدالت اجتماعی است. یکی از مهم‌ترین گزارش‌های موجود در زمینه میزان اقتصادی بودن برنامه‌های سلامت مبتنی بر مدرسه، گزارش توسعه جهانی در سال ۱۹۹۳ میلادی است که نشان می‌دهد که این برنامه را در کنار برنامه‌های تنظیم خانواده و تغذیه، مبارزه با دخانیات و الکل و برنامه مبارزه با ایدز، در گروه فعالیت‌های بسیار هزینه‌اثربخش (با رقم کم‌تر از ۱۵۰\$ به ازای پیشگیری از هر DALY)، اعلام کرده است.

در این راستا، اداره سلامت نوجوانان، جوانان و مدارس هر ساله با همکاری دانشگاه‌های علوم پزشکی و خدمات بهداشتی - درمانی، اقدام به انجام معاینات پزشکی عمومی و غربالگری دانش‌آموزان (ارزیابی‌های مقدماتی و معاینات پزشکی عمومی) می‌کند.

در بخش ارزیابی مقدماتی، اختلالاتی مانند: اختلالات بینایی، شنوایی، گفتاری، پوست و مو، ستون فقرات، رفتاری، آمادگی تحصیلی، تغذیه، دهان و دندان، قد و وزن و شاخص توده بدنی و بیماری‌های نیازمند مراقبت ویژه (مانند: دیابت، قلبی عروقی، صرع، آسم و...) ارزیابی شده و دانش آموزان دارای این اختلالات، در صورت نیاز به پیگیری، به پزشک عمومی یا پزشک خانواده ارجاع می‌شوند.

در بخش معاینات پزشکی عمومی، علاوه بر موارد ارجاعی، مشکلاتی مانند آنمی، گال، کچلی سر، قلب و عروق و فشارخون، قفسه سینه و ریه و دستگاه ادراری تناسلی و بررسی روند بلوغ، سلامت روانی و مشکلات عصبی، موارد مرتبط با گوش و حلق و بینی، چشم، ستوت فقرات، اندام و ... بزرگی تیروئید و طحال و کبد نیز بررسی می‌شود.

زمان انجام این معاینه‌ها برای پایه اول دبستان از اول تیر لغایت اول مهر، در پایه اول راهنمایی از اول مهر لغایت اول دی و در پایه اول دبیرستان از اول دی لغایت ۱۵ اردیبهشت است. این معاینه‌ها، طبق شناسنامه سلامت دانش آموز انجام و نتیجه معاینه در شناسنامه سلامت ثبت و پیگیری می‌شود.

روش معاینات غربالگری، جستجوی بیماری یا نقص با استفاده از آزمون‌های علمی، عملی و معاینه افراد به ظاهر سالم است. این معاینه‌ها شامل دو بخش ارزیابی مقدماتی و معاینات پزشکی است. برخی از بیماری‌ها و نقایصی مانند بیماری‌های لثه و پوسیدگی دندان، غدد، قلب و عروق، شکم، اختلالات رشد، اختلالات رفتاری، مشکلات بینایی و شنوایی، انحراف ستون فقرات و ... توسط این روش به صورت سالانه دنبال می‌شود.

دست آوردها

پوشش معاینات اول دبستان در سال ۱۳۸۱، حدود ۹۰ درصد بوده است که تا سال ۱۳۸۴، این شاخص به حدود ۹۸ درصد در سطح شهر و روستا ارتقاء یافت. هم‌چنین در سال ۱۳۸۴، ۵ درصد از جمعیت هر کدام از گروه‌های اول راهنمایی و اول دبیرستان، تحت پوشش این معاینات قرار گرفتند. شاخص پوشش معاینات اول راهنمایی و اول دبیرستان در مناطق شهری و روستایی، در فاصله سال‌های ۱۳۹۱-۱۳۸۴ به ۱۰۰ درصد ارتقاء یافت.

۲- مدارس مروج سلامت

در سال ۱۹۹۵ میلادی برنامه‌ای به عنوان برنامه جامع سلامت مدارس، در سازمان جهانی بهداشت تدوین شد. این برنامه تمامی جنبه‌های سلامت در حوزه والدین، اولیای مدارس و دانش‌آموزان را شامل می‌شود. در ۱۵-۱۲ دسامبر ۲۰۰۵ میلادی، نشست مشورتی درباره مدارس مروج سلامت در منطقه مدیترانه شرقی، برای تبادل تجربیات بین کشورهای منطقه مدیترانه شرقی و در راستای دست یابی به بهترین رویکرد در زمینه طراحی شبکه مدارس مروج سلامت در منطقه، برگزار شد. پیام مدیرکل سازمان جهانی بهداشت در منطقه، مدیترانه شرقی، بر این نکته تاکید داشت که آموزش یکی از شاخص‌های مهم سلامت است و از آن جایی که بسیاری از رفتارهای خطر آفرین در سنین مدرسه شکل گرفته و مدارس تأثیر بسیار زیادی در رشد و نمو کودکان دارند، می‌توان آموزش را از سنین مدرسه آغاز کرد. راهبردهای مدارس مروج سلامت شامل موارد زیر است:

- ایجاد محیط حمایتی برای گسترش مدارس مروج سلامت در سطوح ملی و منطقه‌ای
- افزایش مشارکت‌های بین بخشی در خصوص برنامه جامع سلامت مدارس
- حمایت از ایجاد نظام‌های مراقبتی در زمینه پیشگیری از رفتارهای آسیب رسان

استفاده مؤثر از منابع

مواردی که در مدارس مروج سلامت باید مد نظر قرار گیرند، عبارتند از: محیط و سلامت آن، تغذیه، آموزش، پیشگیری از سوءمصرف مواد و پیشگیری از خشونت. این مدارس در زمینه تأمین خدمات سلامت، موظف به ارائه خدمت برای دانش‌آموزان با نیازهای ویژه هستند. آموزش بهداشت در مدارس مروج سلامت، از سرفصل‌های مهم این مدارس بوده و عناوین اصلی آن عبارتند از: پیشگیری از سوء مصرف مواد، بهداشت فردی، سلامت باروری، تغذیه، سلامت روان، ایمن‌سازی، فعالیت بدنی، شیوه زندگی سالم و سلامت محیط مدارس.

با توجه به الزام تبدیل مدارس کشور به مدارس مروج سلامت، دستورالعمل مدارس مروج سلامت در سال ۱۳۸۹ تدوین شد. در ادامه فعالیت‌های مربوط به ایجاد زیرساخت‌های لازم برای مدارس مروج سلامت، بسته سیاست‌گذاری مجریان در این مدارس، در سال ۱۳۸۹، تدوین، چاپ و منتشر شد. یکی از مهم‌ترین فعالیت‌های مربوط به توسعه مدارس مروج سلامت، آشنایی و آموزش معلمان، مدیران و کارشناسان با اصول، مبانی و وظایف این مدارس است که

در سراسر کشور، انجام شده است.

دست آوردها

با آغاز تغییر وضعیت مدارس کشور به مدارس مروج سلامت در سال ۱۳۸۹، برنامه مدارس مروج سلامت در ۷۰۰ مدرسه کشور آغاز شد، که در سال ۱۳۹۰ به ۱۲۵۰۰ مدرسه و در سال ۱۳۹۱، به ۲۰۰۰۰ مدرسه، گسترش یافت. همه مدارس کشور باید براساس قانون برنامه پنجم و تا پایان مدت برنامه (لغایت ۱۳۹۴)، به مدارس مروج سلامت تبدیل شوند. این امر مهم در صورت تأمین نیروها و اعتبارات پیش بینی شده، در زمان تعیین شده، محقق خواهد شد.

چالش‌ها

- جمعیت قابل توجه گروه سنی نوجوانان و جوانان
- عدم تناسب نیروی انسانی ستادی و محیطی با وظایف موجود و عدم تناسب ساختار اداره سلامت نوجوانان، جوانان و مدارس با حجم برنامه‌ها
- عدم آگاهی کافی در خصوص مدارس مروج سلامت
- ناکارآمد بودن زیر ساخت‌ها برای مدارس مروج سلامت
- ناکافی بودن حمایت‌های سیاسی
- نبودن نظام پایش و ارزشیابی منسجم
- تعدد مراکز تصمیم گیری در حوزه جوانان
- عدم تناسب تخصیص اعتبار با وظایف موجود

آینده‌نگاری و چشم‌انداز

چشم‌انداز مدارس مروج سلامت: دستیابی به همه ابعاد سلامت برای دانش آموزان، والدین و معلمان است و همه مدارس کشور باید بر اساس قانون برنامه پنجم و تا پایان مدت برنامه (لغایت ۱۳۹۴) به مدارس مروج سلامت تبدیل شوند.

سلامت میانسالان

تاریخچه

گروه سنی میانسالان، حدود نیمی از جمعیت کشور را شکل می‌دهند (سرشماری عمومی نفوس و مسکن سال ۱۳۹۰، جمعیت گروه سنی ۲۵-۵۹ سال را ۳۶ میلیون نفر و حدود ۴۸ درصد جمعیت کشور گزارش کرده است). ارائه خدمات سلامتی به این گروه سنی، به دلیل کثرت جمعیت، مولد بودن در جامعه و خانواده، تأثیر رفتارهای سلامتی این گروه (که عمدتاً در سنین والدینی هستند) بر سلامت خانواده، تأثیر مخاطرات سلامت، مرگ و میر و ناتوانی‌های این گروه سنی بر حیات، پویایی و سلامت سایر افراد خانواده، نیازهای افزایش یابنده و در حال تغییر جامعه به لحاظ گذر اپیدمیولوژیک و گذر جمعیتی، اهمیت ویژه‌ای دارد.

در این راستا، اداره سلامت میانسالان در نیمه دوم سال ۱۳۸۴، تأسیس و پس از تعیین اولویت‌های ابعاد سلامت جسمی و روانی گروه سنی ۲۵-۵۹ ساله، براساس مستندات و شواهد ملی معتبر، با همکاری مراکز و دفاتر مرتبط در زیر مجموعه معاونت بهداشتی و اخذ نظرات ارزشمند اعضای کمیته‌های علمی مربوطه، برنامه جامع خدمات سلامت میانسالان طراحی و با اتخاذ راهبردهای زیر اجرا شد:

۱- ارائه خدمات جامع سلامت محور (پیشگیرانه، تشخیص زودرس) با توجه به اولویت‌های

سلامت گروه هدف

۲- آموزش و مشاوره برای توانمند سازی در راستای بهبود رفتار و ارتقاء شیوه زندگی

۳- تقویت خود مراقبتی و کنترل عوامل خطر قابل مداخله در سطح فرد

بسته خدمات جامع سلامت میانسالان

بسته خدمات جامع سلامت میانسالان، براساس مستندات موجود، برای ارائه خدمات مربوطه تدوین شده است. این بسته از اجزای زیر تشکیل شده است:

الف: شیوه زندگی سالم

مهم‌ترین بخش‌های محتوایی شیوه زندگی سالم در بسته خدمات جامع میانسالان، عبارتند از: تغذیه سالم، فعالیت بدنی کافی و عدم مصرف دخانیات که با رویکردهای زیر به آن پرداخته

شده است:

- فرهنگ سازی و آموزش عمومی برای افزایش دانش سلامت جامعه، از طریق برگزاری بسیج‌های اطلاع رسانی مانند هفته ملی سلامت بانوان ایرانی (سبا) و هفته ملی سلامت مردان ایرانی (سما)، آموزش رابطین بهداشتی، آموزش‌های دسته جمعی گروه هدف.
- بهبود رفتار در جمعیت تحت پوشش خدمات سلامت، به عنوان یکی از رویکردهای اصلی اداره سلامت میانسالان، برای تغییر رفتار مدنظر قرار گرفته است. این امر مهم با توجه به محدودیت‌های موجود از طریق موارد زیر انجام می‌شود:
- آموزش فردی حین ارائه خدمت، آموزش خود مراقبتی، مشاوره فردی برای تغییر رفتار با استفاده از متد مراحل تغییر SOC^۱، هم‌چنین بررسی عوامل اجتماعی و خانوادگی مؤثر بر سلامت فرد برای بررسی مداخلات قابل انجام
- فراهم نمودن زمینه حمایت کننده اجتماعی و حمایت طلبی از مسئولین ذی‌ربط

ب: سلامت باروری

این بخش از بسته خدمات جامع سلامت میانسالان، عبارت است از: علایم و عوارض یائسگی، اختلال عملکرد زناشویی، بیماری‌های آمیزشی، سرطان‌های زنان، خونریزی غیرطبیعی رحمی، اختلالات ادراری تناسلی.

ج: سلامت عمومی

بخش سلامت عمومی بسته خدمات، به کنترل عوامل خطر و پیشگیری و تشخیص زودرس بیماری‌های شایع دوران میانسالی (قلبی عروقی، اسکلتی عضلانی، روانی اجتماعی و ...) اختصاص دارد. براساس چارچوب این بسته، در پی تشخیص به هنگام افراد مشکوک یا بیمار در خانواده، فرد برای دریافت خدمات لازم (پیشگیری سطح ۲)، طبق راهنماهای بیماری‌های غیر واگیر برای تیم سلامت و پزشک خانواده، راهنمایی می‌گردد تحت مراقبت قرار می‌گیرد.

¹ Stage Of Change

د: خود مراقبتی

این بخش از برنامه به توانمندسازی سازمان یافته گروه هدف، در مراقبت از خود و اعضاء خانواده قبل از ابتلای به بیماری، اختصاص دارد. تدوین مدل ملی خود مراقبتی میانسالان، تهیه دفترچه خود مراقبتی و فراهم ساختن شرایط برای اجرای آزمایشی برنامه، از برنامه‌های سلامت میان سالان است.

اجرا و ارزیابی برنامه آزمایشی

کمیتة علمی و اجرایی سلامت میانسالان، ابعاد علمی و اجرایی برنامه سلامت زنان ۶۰ - ۴۵ ساله را برای اجرای آزمایشی در ۵ دانشگاه علوم پزشکی زنجان، سمنان، قزوین، مازندران و همدان بررسی و ارائه کرد. ارزشیابی اجرای آزمایشی و ارزیابی استقرار و اثربخشی این اجرای آزمایشی برای اتخاذ تصمیم‌های بعدی و تدوین نقشه راه، صورت گرفت.

دست آوردها

- نتایج حاصل از ارزیابی نشان می‌دهد که اکثر مراکز ارائه خدمات، از امکانات و تجهیزات مطلوب برای ارائه خدمت برخوردار بوده و مواد آموزشی و ملزومات ثبتی مورد نیاز کافی را در اختیار دارند و علی‌رغم جابه جایی نیروی انسانی، ۹۲ درصد از ارائه دهندگان خدمات در پایان سال اول، آموزش‌های مربوط به این برنامه را گذرانده بودند.
- مقبولیت برنامه از دیدگاه گیرندگان خدمات، بیش از ۹۰ درصد و ابراز علاقه برای دریافت مجدد خدمات، ۹۶ درصد بوده است.
- افزایش آگاهی گروه مطالعه معنی دار و به میزان ۵۰-۳۰ درصد در ارتباط با عناوین تعریف علائم جسمانی، علائم روانی و عوامل مؤثر بر شدت علائم یائسگی، بیماری‌های شایع، مکمل‌ها و مواد غذایی و داروهای مورد نیاز این دوره، مراقبت‌های بهداشتی لازم در دوره یائسگی، مناسب‌ترین نوع ورزش برای پیشگیری از پوکی استخوان در زنان ۶۰-۴۵ سال و عوامل خطر پوکی استخوان، بوده است. عناوین مربوط به شیوه زندگی سالم، بیش‌ترین میزان‌های افزایش آگاهی را به خود اختصاص داده‌اند.
- افزایش مراجعه برای بررسی‌ها و معاینات پستان، تست پاپ اسمیر زنان، آزمایش‌های

معمول، اندازه‌گیری وزن و فشار خون از ۲۸ درصد پیش از مداخله به ۷۱ درصد پس از مداخله،

- بهبود وضعیت تغذیه (مصرف شیر و لبنیات، مصرف میوه و سبزی، مصرف حبوبات و سویا، استفاده بیش‌تر از گوشت سفید و جایگزینی روغن مایع به جای روغن جامد) از ۶۶ درصد پیش از مداخله به ۸۳ درصد پس از مداخله،

- بهبود وضعیت انجام فعالیت جسمانی منظم و برنامه‌ریزی شده از ۳۲ درصد پیش از مداخله به ۴۰ درصد پس از مداخله

- افزایش رعایت توصیه‌های پزشکان و کارکنان بهداشتی در خصوص استفاده از داروها، مکمل، درمان دارویی، از ۵۹ درصد پیش از مداخله به بیش از ۹۹ درصد پس از مداخله

- براساس این مطالعه آموزش‌های مبتنی بر نیاز، به‌صورت مستمر و در هنگام ارائه خدمات می‌تواند در افزایش آگاهی و سواد سلامت، بهبود نگرش نسبت به ابعاد زندگی و سلامتی و هم‌چنین توانمندسازی زنان برای خود مراقبتی و تقویت عملکرد صحیح سلامت و بهبود شیوه زندگی مؤثر باشد.

جدول شماره ۴۶- تغییر وضعیت عملکرد گیرندگان خدمات سبا در زمینه فعالیت جسمی در کشور

فعالیت جسمانی	پیش از مداخله	پس از مداخله	p
بدون فعالیت جسمی قابل ذکر	۱۵/۴	۱۵/۸	۰/۰۴۳
فعالیت جسمی فقط به‌صورت انجام منظم کارهای معمول خانه	۷۴/۷	۶۵/۳	<۰/۰۰۱
فعالیت جسمی به صورت باغبانی، استفاده از پله به جای آسانسور، رفت و آمد پیاده برای انجام کارهای روزمره، شستن اتومبیل و ...	۴۹/۲	۶۰/۲	<۰/۰۰۱
فعالیت منظم و برنامه‌ریزی شده جسمی به‌صورت پیاده روی یا رفتن به سالن‌های ورزشی و استخر و ... حداقل سه روز در هفته و هر بار نیم ساعت	۳۱/۸	۴۰/۲	<۰/۰۰۱

چالش‌ها

- متناسب نبودن منابع مالی و انسانی با جمعیت گروه هدف و گستردگی ابعاد برنامه‌های

سلامت میان سالان

- هم پوشانی برنامه‌ها، یکی نشدن خدمات قابل ادغام، در یک بسته و اجرای برنامه‌های موازی
- چالش گذار برنامه پزشک خانواده و بخش خصوصی
- محدودیت‌های بیمه‌های روستایی و پزشک خانواده

آینده نگاری حیطه و ترسیم افق چشم انداز

- تعیین، تفکیک و ابلاغ حیطه وظایف و مسئولیت‌های زیر مجموعه‌های وزارت بهداشت در زمینه برنامه سلامت میانسالان
- گسترش ارائه بسته خدمات سبا و سما برای گروه سنی ۵۹-۳۰ ساله، در بستر برنامه پزشک خانواده
- اصلاح ساختار و تأمین مناسب نیروهای ستادی و محیطی برنامه سلامت میانسالان
- تخصیص منابع مالی کافی و حمایت از تشکیل کمیته‌های علمی و اجرای پروژه‌های ارزشیابی برنامه
- احصای چالش‌های خدمات سلامت مردان، تعیین راه حل‌ها و اجرایی نمودن آن‌ها
- فراهم نمودن زیرساخت‌های غربالگری سرطان‌های رحم و پستان
- توجه به اختلالات عملکرد جنسی و زناشویی گروه سنی هدف، در چارچوب برنامه سلامت میان سالان
- ارتقاء درس نامه و پیش بینی برنامه‌های آموزشی/ بازآموزی به ویژه در شیوه زندگی سالم، برای توانمندسازی کارکنان بهداشتی و ارائه دهندگان خدمت

سلامت سالمندان

تاریخچه

سوابق برنامه‌ریزی برای سلامت سالمندان به دو دهه گذشته باز می‌گردد. و برنامه‌های ارائه خدمات به سالمندان رسماً در سال ۱۳۷۷ در اداره کل بهداشت خانواده ی معاونت بهداشتی

طراحی شد. در سال ۱۳۸۴ با گسترش ابعاد ارائه خدمات به سالمندان در وزارت بهداشت، هرکدام از برنامه‌های ذیل اداره یاد شده استقلال یافته و بنابراین «اداره سلامت سالمندان» در سال ۱۳۸۴ مستقلاً به فعالیت‌های خود ادامه داد. هدف از برنامه‌هایی که اداره سلامت سالمندان در پیش رو دارد، ارتقاء شاخص‌های سلامت در گروه سالمندی، با توجه ویژه به ابعاد پیشگیری و خدمات بهداشت عمومی است.

بر اساس آمار سرشماری عمومی، نفوس و مسکن سال ۱۳۹۰، سالمندان حدود ۸/۲ درصد از جمعیت کشور را (۶۱۵۹۶۷۶ نفر) تشکیل می‌دهند. بر اساس گزارش دفتر منطقه‌ای مدیریتانه شرقی WHO، پیش بینی می‌شود که جمعیت سالمندان کشور تا سال ۲۰۲۵ میلادی به بیش از ۱۰ درصد و تا سال ۲۰۵۰ میلادی به حدود ۲۱/۷ درصد برسد. بنابراین جمهوری اسلامی ایران نیز مانند سایر کشورهای جهان، در حال طی کردن تغییر الگوی جمعیتی، به سمت سالمند شدن است، ولی تفاوت مهم، شتاب بیش‌تر پیر شدن جمعیت است.

جدول شماره ۴۷- درصد سالمندان (بالاتر از ۶۰ سال) در کشور (۱۳۳۵-۱۳۹۰)

سال	۱۳۳۵	۱۳۴۵	۱۳۵۵	۱۳۶۵	۱۳۷۵	۱۳۸۵	۱۳۹۰
درصد سالمندی	۶/۲	۶/۵	۵/۲	۵/۴	۶/۶	۷/۳	۸/۲

خلاصه فعالیت‌هایی که در اداره سلامت سالمندان در حال انجام است شامل موارد زیر است:

۱- برنامه ترویج شیوه زندگی سالم در دوران سالمندی

هدف از این برنامه، بهبود شیوه زندگی سالم، به‌منظور افزایش جمعیت سالمندان با رفتارهای سالم است. به‌دنبال نتایج بررسی مشکلات سالمندان در سال ۱۳۸۵ که در چهار دانشگاه علوم پزشکی کشور به‌طور آزمایشی اجرا گردید. این برنامه از اواخر سال ۱۳۸۶، با بررسی مشکلات سلامت سالمندان در گروه ۶۰-۶۹ ساله، آغاز شد. اطلاعات حاصل از مطالعه بار بیماری‌ها و آسیب‌ها نشان داد که نسبت بار عوامل خطر چاقی و اضافه وزن، پرفشاری خون، بالا بودن کلسترول خون، آنمی، دیابت، مصرف ناکافی میوه و سبزی، کم وزنی و عدم فعالیت فیزیکی، حدود ۵۰ درصد بار عوامل خطر را شامل می‌گردد که با موضوعات آموزشی تغذیه و فعالیت بدنی ارتباط نزدیک دارد. این برنامه با برگزاری کلاس‌های روش تغذیه سالم و فنون دیگر

مراقبت از خود (آموزش داده می‌شود) و با اعمال تغییرات حاصل از مرحله آزمایشی و نیز بهره‌گیری از اطلاعات حاصل از بررسی‌های یادشده، مورد بازبینی قرار گرفت. این برنامه در حال حاضر در سراسر کشور، اجرا می‌گردد.

۲- مراقبت‌های ادغام یافته سالمندان

این برنامه از سال ۱۳۸۴، در دستور کار اداره سلامت سالمندان قرار گرفته و مرحله آزمایشی آن از سال ۱۳۸۵ در یک شهرستان از چهار دانشگاه علوم پزشکی آغاز شده و در حال اجرا است و جمعیتی بالغ بر ۱۰۷۷۱۸۵ نفر را تحت پوشش دارد. اجرای برنامه مراقبت‌های ادغام یافته سالمندان شامل مراقبت در زمینه بیماری‌های پُرفشاری خون، احتمال ابتلا به بیماری‌های قلبی عروقی، اختلال چربی‌های خون، دیابت، اختلالات بینایی، اختلالات شنوایی، سقوط، بی اختیاری ادرار، زوال عقل، افسردگی، اختلال خواب، استئوپروز، لاغری، چاقی و سل ریوی است.

۳- سند ملی نظام تحول سلامت، رفاه و منزلت سالمندان مبتنی بر الگوی اسلامی ایرانی

پیش نویس این سند در مهرماه سال ۱۳۹۱، به تصویب شورای عالی سلامت و امنیت غذایی کشور رسیده است. مضامین اصلی این سند عبارت است از:

الف- ارتقاء سلامت در بردارنده خدمات سلامت، تأمین نیروی انسانی، دارو و تجهیزات، پژوهش، تأمین منابع مالی و تولید

ب- ارتقاء رفاه در بردارنده خدمات اجتماعی، مراقبت اعضاء خانواده، درآمد، اشتغال و بازنشستگی، مسکن، تغذیه، ایمنی و حفاظت، تفریح و اوقات فراغت و آموزش و تحصیلات و ج- ارتقاء منزلت.

عناوین و سرفصل‌های اصلی یادشده به خوبی نشان می‌دهد که اجرای این سند نیازمند همکاری بین بخشی تعداد زیادی از دستگاه‌های دولتی و غیردولتی خواهد بود. بدیهی است به دنبال تصویب این سند، براساس زمان‌بندی مقرر در سند، برنامه‌های عملیاتی حوزه‌های مختلف مورد بررسی قرار خواهد گرفت. دستگاه‌ها و سازمان‌های مرتبط، براساس تکالیف تعیین شده و مطابق برنامه، نسبت به اجرای فعالیت‌های مربوطه مبادرت خواهند کرد.

چالش‌ها

- عدم برنامه‌ریزی به موقع برای تأمین نیازهای سالمندان
- عدم کفایت پاسخ‌گویی تخصصی به نیاز خدمات سلامت سالمندان
- هزینه بر بودن خدمات نگهداری و سلامت سالمندان
- فقدان پزشکان متخصص در تشخیص و درمان بیماری‌های سالمندان
- فقدان چارچوب و نظام ارجاع خاص برای مشکلات سالمندی
- عدم تعامل بین بخشی دستگاه‌های متولی ارتقاء وضعیت سلامت سالمندی
- کافی نبودن پوشش‌های بیمه‌ای سالمندان
- فقدان پوشش‌ها و خدمات حمایتی برای سالمندان
- کافی نبودن برنامه‌های آموزش و اطلاع‌رسانی و آموزش عمومی مرتبط با سالمندی برای سالمندان و اعضاء خانواده آنان
- عدم کفایت درآمد سالمندان برای تأمین هزینه‌های زندگی
- کافی نبودن برنامه‌های حمایتی از سوی سازمان‌های متولی امور بازنشستگی
- عدم توجه کافی به پدیده سالمندی و اهمیت گروه سالمندان در برنامه‌های توسعه‌ای
- نادیده گرفته شدن منزلت سالمندان
- کمبود فضا و مکان‌های مناسب برای فراغت و ورزش سالمندی

آینده نگاری حیطه و ترسیم افق چشم انداز

- ایجاد کارگروه فرابخشی برای سامان دهی به امور سالمندان
- افزایش کیفیت اوقات فراغت سالمندان
- ایجاد فرهنگ منزلت سالمندان
- برنامه‌ریزی برای کاهش شکاف بین نسلی
- توجه به امر بهداشت و درمان سالمندی به عنوان یک اولویت
- ارتقاء وضعیت پوشش‌های بیمه‌ای سالمندان
- تدوین و اجرای برنامه‌های حمایتی سالمندان توسط سازمان‌های حمایتی و متولی امور

بازنشستگی

- برقراری نظام ویژه برای حمایت از سالمندان آسیب‌پذیر
- ایجاد بخش‌های درمان بیماری‌های سالمندی در شهرستان‌ها

سلامت مادران

تاریخچه

مروری بر سابقه ارائه خدمات بهداشتی - درمانی کشور، نشان می‌دهد مراقبت مادران باردار، از چندین دهه قبل، در کشور آغاز و اقدامات متعددی به‌طور پراکنده و مقطعی، در این زمینه انجام شده است. از مهم‌ترین این برنامه‌ها، می‌توان به‌طور خلاصه به موارد زیر اشاره کرد: در سال ۱۳۱۸ فعالیت آموزشگاه عالی مامایی در دانشگاه تهران آغاز و در سال ۱۳۱۹ بنگاه حمایت مادران و کودکان، با هدف رفع نیازمندی‌های زنان باردار و بی بضاعت، از طریق معالجه‌های سرپایی قبل از زایمان و بستری کردن آنان برای زایمان و دوره نقاهت، تأسیس شد. در سال ۱۳۲۰، قانون مبارزه با بیماری‌های آمیزشی توسط مجلس شورای ملی به علت شیوع قابل ملاحظه سیفلیس، تصویب شد و در سال ۱۳۳۴، برنامه مبارزه با بیماری‌های آمیزشی که یکی از عملیات آن معاینه زنان باردار برای جلوگیری از سرایت بیماری به نوزادان بود در تهران و سایر شهرستان‌ها اجرا شد. در سال ۱۳۳۵، اداره بهداشت مادران و کودکان تأسیس و در سال ۱۳۳۶، طرح تربیت پزشکان بهداشت مادر و کودک با همکاری وزارت بهداشت و توسط شورای عالی سازمان برنامه، تصویب گردید. پس از این اقدامات پراکنده، اقدامات بعدی به شکل منسجم تر و در چارچوب برنامه‌های عمرانی به شرح زیر به اجرا درآمد:

در فاصله سال‌های ۱۳۴۶-۱۳۴۱ و در قالب برنامه عمرانی سوم، اقداماتی مانند ارائه مراقبت‌های بهداشتی قبل و بعد از زایمان، واکسیناسیون، آموزش بهداشت و ... در کلینیک‌های مادر و کودک، تأسیس خدمات سیار زایمان در منزل (هم زمان با احداث این کلینیک‌ها در مرکز هر استان)، تشکیل کلاس‌های آموزشی برای ماماها محلی و تأمین لوازم مورد نیاز آنان، تربیت گروه‌های مختلف مثل کمک پزشک، بهیار، کمک بهیار و ماماها روستایی و عشایری (برحسب شرایط و مصوبه قانون تشکیل سپاه بهداشت در سال ۱۳۴۳ که یکی از وظایف آن‌ها مراقبت‌های بهداشتی از مادران و کودکان بود)، انجام شد.

در فاصله سال‌های ۱۳۵۱-۱۳۴۷ و در قالب برنامه عمرانی چهارم، اقداماتی مانند احداث مراکز بهداشت در نقاط شهری و درمانگاه‌های روستایی برای ارائه خدمات نیمه سیاری؛ انجام زایمان‌های طبیعی توسط ماماها و ارجاع زنان بیمار و موارد دشوار زایمان به پزشک، تصویب طرح تربیت ماماها، روستایی و عشایری با توجه به کمبود بسیار شدید کادر مامایی و آغاز طرح توسعه خدمات پزشکی و بهداشتی (در آذربایجان غربی و واگذاری بهداشت و مراقبت مادران در روستاها به بهورزان)، صورت گرفت.

در فاصله سال‌های ۵۶-۱۳۵۱ و در قالب برنامه عمرانی پنجم، اقداماتی مانند: ارائه خدمات بهداشتی مادر و کودک به صورت، معاینه منظم زنان باردار و در صورت لزوم زایمان در منزل، آغاز آموزش رسمی بهورزان و طرح ایجاد شبکه ارائه خدمات اولیه بهداشتی، به صورت استقرار خانه‌های بهداشت در روستاها توسط وزارت بهداشت در سال ۱۳۵۶ (بر اساس نتایج ارزشمند به دست آمده از تجربه طرح آذربایجان غربی)، انجام شد.

علاوه بر سازمان‌های یادشده، تا قبل از سال ۱۳۵۷، سازمان‌های متعدد دیگری مثل سازمان شیر و خورشید، سازمان خدمات اجتماعی، سازمان‌های خیریه و دانشکده‌های پزشکی، مسئول ارائه خدمات بهداشتی - درمانی بودند و این خدمات از طریق درمانگاه‌ها، مراکز بهداشتی درمانی و بیمارستان‌های وابسته به سازمان‌های مذکور به طور پراکنده ارائه می‌شد.

از سال ۱۳۵۹، شورای برنامه‌ها و تشکیلات، در وزارت بهداشت تشکیل شد که طراحی و پیاده‌سازی شبکه‌های بهداشتی - درمانی کشور، در راستای تفکر مراقبت‌های اولیه بهداشتی را، برعهده داشت. در این طرح، برنامه بهداشت مادر و کودک، یکی از اجزای مهم نظام ارائه خدمات بهداشتی - درمانی کشور محسوب می‌شد و از آن پس، خدمات مربوطه در قالب نظام شبکه ارائه شده است. برای اختصاصی‌تر کردن و ارتقاء کیفیت خدمات بهداشتی از جمله خدمات بهداشت مادر و کودک، از سال ۱۳۶۲، طرح تربیت کاردان بهداشت خانواده آغاز و هم زمان با این امر، دوره‌های آموزشی ۲۱ روزه مهارت‌های زایمانی، برای ماماها، محلی مناطق روستایی شروع شد. در سال ۱۳۶۴، هم زمان با راه اندازی رسمی شبکه‌های بهداشتی، درمانی کشور، ارائه مراقبت‌های مادران به عنوان یکی از اجزای مراقبت‌های اولیه بهداشتی، در شبکه‌های بهداشتی درمانی کشور ادغام گردید.

دست آوردها

دست آوردهای برنامه‌های سلامت مادران پس از پایان جنگ تحمیلی و در قالب برنامه‌های سلامت در قوانین برنامه توسعه کشور با سرعت بیش‌تری حاصل گردید. در فاصله سال‌های ۱۳۷۷-۱۳۶۸ و در قالب برنامه‌های اول و دوم توسعه اجتماعی، اقتصادی و فرهنگی کشور، شبکه‌های بهداشتی - درمانی در کشور، با سرعت چشم‌گیری توسعه و خدمات بهداشتی جامع زیر را به جامعه تحت پوشش ارائه کرده است:

ارائه مراقبت‌های دوران بارداری و بعد از زایمان، زایمان ایمن و بهداشتی، شناسایی و ارجاع مادران و نوزادان در معرض خطر، آموزش کارکنان و آموزش همگانی، اجرای برنامه‌های تنظیم خانواده و توسعه آن در سطح کشور، پیشنهاد قوانین و مقررات برای ارتقاء سلامت مادر و نوزاد (اعطای یک ساعت مرخصی در روز به مادران شیرده شاغل، اعطای مرخصی زایمان به مدت ۹ ماه، الزام مشاوره ژنتیک، بررسی از نظر تالاسمی و تزریق واکسن کزاز قبل از بارداری). در این فاصله زمانی، دو برنامه زیر برای افزایش دسترسی زنان باردار به خدمات مورد نیاز، از اهمیتی ویژه برخوردار بوده‌اند. طرح تربیت ماما روستا و احداث و راه‌اندازی واحدهای تسهیلات زایمانی نیز، از نیمه دوم سال ۱۳۶۹ شروع شده است.

راهبردهای کلی برنامه

- ۱- نظام کشوری مراقبت مرگ مادری
- ۲- مراقبت‌های ادغام یافته مادری ایمن «خدمات خارج بیمارستانی»
- ۳- بیمارستان‌های دوستدار مادر «خدمات بیمارستانی»
- ۴- بهبود پوشش زایمان ایمن در مناطق محروم و دورافتاده
- ۵- احداث مراکز حمایت و اسکان مادران در معرض خطر در جوار بیمارستان
- ۶- طرح استاد معین

۱- نظام کشوری مراقبت مرگ مادری^۱

طراحی و اجرای نظام مراقبت مرگ مادری در ایران، از ابتدای سال ۱۳۷۹ آغاز شده است. هدف این طرح، شناسایی علل و عوامل مؤثر بر مرگ مادر در دوران بارداری، زایمان و پس از زایمان، از طریق بررسی روندی که هر مادر تا زمان مرگ طی کرده، شناسایی عوامل قابل اجتناب در هر مرگ، طراحی مداخله برای حل مشکلات و جلوگیری از وقوع مرگ‌های مشابه است.

آرمان پنجم توسعه هزاره، بهبود وضعیت سلامت مادران را، در حوزه گسترده بهداشت باروری در برمی‌گیرد که چند نشانگر مشخص دارد. نخستین این نشانگرها نرخ مرگ و میر مادران ناشی از عوارض بارداری و زایمان در ۱۰۰/۰۰۰ تولد زنده (شاخص ۵/۱) است که باید در فاصله سال‌های ۲۰۱۵-۱۹۹۰ میلادی، تا سه چهارم کاهش یابد. در این زمینه، برنامه سلامت مادران در جمهوری اسلامی ایران، توجه ویژه به این امر داشته است.

۲- مراقبت‌های ادغام یافته، مادری ایمن «خدمات خارج بیمارستانی»^۲

پس از شروع بازنگری این برنامه، استانداردسازی پروتکل‌های ارائه خدمات به مادران در دوران پیش از بارداری، بارداری، زایمان و پس از زایمان در سطوح خارج بیمارستانی برای پزشکان و غیرپزشکان، انجام و منجر به تهیه و چاپ دو مجموعه آموزشی و اجرای آن در چند استان به صورت آزمایشی گردید. در حین اجرا بر اساس شاخص‌های تعیین شده، برنامه مورد پایش و ارزشیابی قرار گرفت و تعمیم برنامه از سال ۱۳۸۵ در کل کشور آغاز شد. (با برنامه‌ریزی ۲ ساله برای تعمیم در بخش دولتی)

مجموعه مراقبت‌های ادغام یافته سلامت مادران، دربردارنده اصول مراقبت‌ها و استانداردهای خدمت، در تشخیص بارداری، مراقبت‌های معمول بارداری، زایمان خارج از بیمارستان و پس از زایمان، مراقبت ویژه و اقدامات لازم در زنجیره ارجاع است. اهداف کلی طرح به شرح زیر است:

- افزایش اثربخشی مراقبت‌های ادغام یافته سلامت مادران
- افزایش کیفیت مراقبت‌های ادغام یافته سلامت مادران

^۱ National Maternal Mortality Surveillance System

^۲IMPAC; Integrated Management Of Pregnancy And Child Birth

- افزایش پوشش مراقبت‌های مرتبط با سلامت مادران
- بهبود زیر ساخت نظام ارائه خدمات سلامتی

۳- بیمارستان‌های دوستدار مادر «خدمات بیمارستانی»

در ادامه استاندارد سازی مراقبت‌های معمول و ویژه مادران در سطح خارج بیمارستانی، در سال ۱۳۸۱، استاندارد سازی مراقبت‌های تخصصی در دوران پیش از بارداری تا پس از زایمان در سطوح بیمارستانی، در قالب نهضت بیمارستان‌های دوستدار مادر، مطرح و محتوی آن توسط کمیته علمی مشورتی اعتلای سلامت مادران تهیه شد. هدف این طرح، بهبود کیفیت خدمات بیمارستانی به ویژه در فوریت‌های مامایی و زایمان، تشکیل کلاس‌های آمادگی زایمان برای مادر و همراه وی در دوران بارداری به منظور آماده کردن مادر برای زایمان، ترویج زایمان طبیعی کم درد یا بی درد با استفاده از روش‌های دارویی و غیردارویی برای کاهش سزارین و کاهش هزینه‌های غیرضروری است. اصول اجرای این طرح، اصلاح گردش کارها و تغییر محتوای ارائه خدمات و اصول حاکم بر آن در بخش‌های موجود زایمان و مامایی بیمارستان‌های فعلی کشور است. لازم به ذکر است که در اسفند ماه سال ۱۳۹۰، پس از بررسی وضعیت بیمارستان‌های داوطلب در کشور، ۸ بیمارستان انتخاب و پس از دریافت لوح، رسماً کار خود را به عنوان بیمارستان دوستدار مادر، آغاز کردند.

افزایش بی رویه سزارین در کشور، یکی از مشکلات کنونی برنامه سلامت مادران است. یکی از راه کارهای انتخابی وزارت بهداشت برای کاهش سزارین، ترویج زایمان طبیعی با روش‌های دارویی و غیر دارویی کنترل درد است. در این راستا، راهنمای کشوری خدمات مامایی و زایمان و مجموعه آموزشی کلاس‌های آمادگی برای زایمان، هم‌چنین استانداردهای فضای فیزیکی، وسایل و تجهیزات و نیروی انسانی اتاق زایمان در بیمارستان‌ها، تهیه و به دانشگاه‌ها ابلاغ شده است.

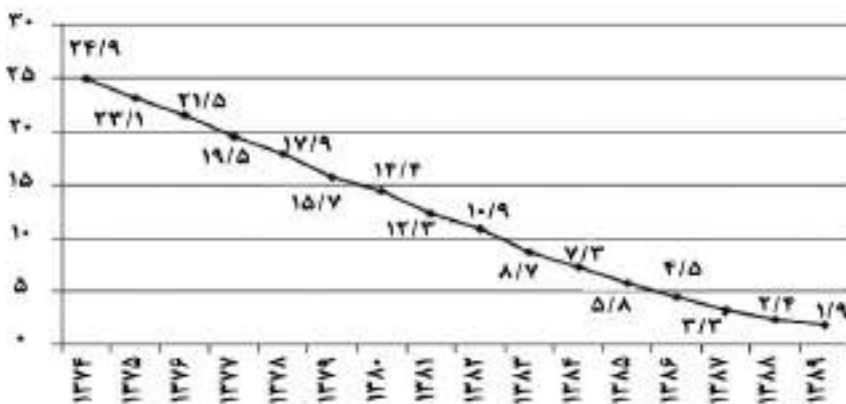
۴- بهبود پوشش زایمان ایمن در مناطق محروم و دورافتاده

برای تحقق زایمان ایمن و اطمینان از حضور فرد دوره دیده در انجام زایمان‌ها، تربیت عامل زایمان (ماماروستا و بهورزماما) در مناطق محروم و دورافتاده، یکی از برنامه‌های منطقه‌ای در

دست اجرا، در کشور است. با توجه به مطلوب بودن شاخص زایمان ایمن کشور نسبت به اغلب کشورهای منطقه، تربیت عامل زایمان یک برنامه کوتاه مدت است.

۵- احداث مراکز حمایت و اسکان مادران در معرض خطر، در جوار بیمارستان^۱

هدف این مداخله، فراهم نمودن تسهیلاتی در جوار بیمارستان‌ها و زایشگاه‌های مرجع هر شهرستان (طبق ضوابط اعلام شده) برای اقامت موقت مادران باردار اعزامی از مناطق سیاری، عشایری کوچ رو و روستاهایی که مشکل دسترسی دارند، بوده تا مادرانی که احتمال بروز خطر در حین زایمان برای آن‌ها وجود دارد، بتوانند در اسرع وقت از خدمات بیمارستانی بهره‌مند شوند. با توجه به بالا بودن اعتبار مورد نیاز، در برخی دانشگاه‌های علوم پزشکی، با امکانات موجود در منطقه، اجرا می‌شود.



نمودار شماره ۳۳- روند شاخص زایمان توسط افراد دوره ندیده در

روستاهای کشور (۱۳۷۴-۱۳۸۷)

۶- طرح استاد معین

این طرح، در سال‌های اخیر با هدف کاهش مرگ و میر مادران ناشی از، خطاهای پزشکی^۳ و

^۱ Maternity Waiting Home

^۲ مأخذ: اطلاعات زیج حیاتی، وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

^۳ Mismanagement

تاخیر در شروع درمان تهیه و به دانشگاه‌های علوم پزشکی برای اجرا ارسال شد. در این طرح تشکیل تیم‌های کاری شامل متخصصین زنان، بیهوشی، داخلی، قلب، جراحی، برای هر شهرستان تحت عنوان «استاد معین» پیش بینی شده است، تا با مشاوره و کمک فکری در موارد اورژانس، همکاران خود را یاری و شرایط تصمیم‌گیری و پذیرش را برای آنان تسهیل نمایند.

سایر برنامه‌ها

- برنامه سطح بندی خدمات پیش از تولد^۱، با هدف بهبود دسترسی به خدمات تخصصی مادر و نوزاد، ساماندهی منابع انسانی و غیرانسانی، بهبود کارایی خدمات، تضمین کیفیت خدمات، فراهم کردن خدمات در نزدیک‌ترین زمان و مناسب‌ترین مکان ممکن، تعیین مسیر مناسب برای ارجاع و گسترش عدالت در استفاده از خدمات مادر و نوزاد و کاهش نابرابری‌ها
- تدوین و اجرای دستورالعمل کشوری ملاحظات بالینی هنگام زایمان در مادران وابسته به مواد مخدر
- اجرای نظام کشوری مراقبت ابتلا و حاملگی پرخطر
- تهیه بسته‌های مراقبتی در بحران

دست آوردها

در گزارش سازمان جهانی بهداشت با عنوان روند مرگ و میر مادران از سال ۲۰۰۸-۱۹۹۰ میلادی، رقم شاخص MMR^۲ در کشور، ۳۰ در صد هزار تولد زنده برآورد و دستیابی ایران به پنجمین هدف توسعه هزاره و کاهش مرگ مادران، رسماً تأیید شده است. طبق این گزارش بین سال‌های ۲۰۰۸-۱۹۹۰ میلادی، حدود ۱۴۷ کشور، مرگ مادر را ۴۰ درصد یا بیش‌تر کاهش داده‌اند که ایران نیز با ۸۰ درصد کاهش، در این گروه قرار می‌گیرد. هدف تعیین شده برای شاخص مرگ مادر، دستیابی به میزان ۱۵ مرگ در صد هزار تولد زنده تا پایان برنامه

^۱ Prenatal

^۲ Maternal Mortality Rate

پنجم توسعه (پایان سال ۱۳۹۴) است.

چالش‌ها

- کمبود نیروی انسانی
- کمبود اعتبار
- عدم راه اندازی پرونده الکترونیک
- عدم استقرار کامل برنامه پزشک خانواده و نظام ارجاع
- نا هماهنگی با بخش خصوصی
- عدم ایجاد ارتباط کارآمد بین سطوح ارائه دهنده خدمت
- عدم راه اندازی نظام مراقبت جهت گزارش و بررسی عوارض بارداری و زایمان
- عدم استقرار نظام پایش و ارزشیابی خدمات بارداری و زایمان در سطوح خارج بیمارستانی و بیمارستانی
- نبود هماهنگی لازم با سازمان‌های بیمه گر و نیز شورای عالی بیمه و وزارت رفاه
- عدم توجه به بهبود وضعیت تغذیه مادران باردار و شیرده
- بی توجهی به سلامت مادران ساکن در حاشیه شهرها

آینده نگاری حیطه و ترسیم افق چشم انداز

- تمام مادران، با هر وضعیتی از سلامتی و بیماری، در زمان‌های مناسب (پیش از بارداری، بارداری، حین زایمان تا ۶ هفته پس از زایمان)، به مراکز ارائه‌دهنده خدمات نظام شبکه بهداشتی - درمانی (اعم از بخش دولتی یا خصوصی) مراجعه و خدمات اثربخش و کارآمد دریافت کنند. به نحوی که پس از طی این دوره، دچار مرگ و عوارض غیر قابل درمان نشده و در صورت ابتلا به هر مشکلی، درمان مناسب و مؤثر دریافت کنند.
- حمایت از استقرار نظام پایش و ارزشیابی کیفیت خدمات بارداری و زایمان در سطوح خارج بیمارستانی و داخل بیمارستانی
- اصلاح نظام پرداخت و حمایت بیمه از خدمات درمانی

- ایجاد ارتباط کارآمد بین سطوح ارائه‌دهنده خدمت و تقویت نظام ارجاع و پس‌خوراند
- تقویت هماهنگی درون بخشی برای جامعیت بخشیدن به خدمات بهداشتی، درمانی و آموزشی
- تقویت و توانمندسازی ارائه‌دهندگان خدمت از نظر دانش و مهارت
- تجدید نظر در تخصیص اعتبار و حمایت مالی از اجرای برنامه به‌ویژه در دانشگاه‌های علوم پزشکی
- حمایت از مادران بی‌بضاعت و کم‌درآمد

برنامه کشوری تنظیم خانواده

تاریخچه

در سال ۱۳۳۰، سازمانی به عنوان سازمان همکاری بهداشت بین‌المللی در ایران بوجود آمد که یکی از برنامه‌های آن بهداشت مادر و کودک بود. متعاقب آن در سال ۱۳۳۴، اداره بهداشت مادر و کودک در وزارت بهداشتی تأسیس شد. در کلینیک‌های مادر و کودک روش‌های پیشگیری از بارداری برای زنان توضیح داده می‌شد. در سال ۱۳۳۵، قرص‌های خوراکی پیشگیری از بارداری وای یو دی وارد ایران شد و در سال ۱۳۳۷، اولین درمانگاه تنظیم خانواده شروع به کار کرد. در سال ۱۳۴۱، برای اولین بار برنامه جمعیتی در برنامه عمرانی سوم ادغام و به‌دنبال آن مراکز بهداشت ایجاد شد. در برنامه عمرانی چهارم مراکز بهداشت توسعه یافت و معاونت جمعیت و تنظیم خانواده در وزارت بهداشت بوجود آمد. از سال ۱۳۴۶ فعالیت‌های بهداشت و تنظیم خانواده تقویت شد. مراقبت‌های بهداشتی مادران و کودکان در برنامه‌های عمرانی سوم، چهارم و پنجم در فاصله سال‌های ۱۳۵۷-۱۳۴۱ مطرح شد که بهداشت و تنظیم خانواده در فاصله برنامه چهارم و سال‌های ۱۳۵۱-۱۳۴۷، در این مقوله وارد شد.

پس از پیروزی انقلاب اسلامی، با برقراری نظام مراقبت‌های اولیه بهداشتی، بهداشت مادر و کودک، تنظیم خانواده و تغذیه از اجزای مهم این نظام شمرده شدند. در خرداد سال ۱۳۵۸، اداره کل بهداشت خانواده در معاونت بهداشتی وزارت بهداشت بوجود آمد که متولی تأمین، حفظ و ارتقاء سلامت خانواده با توجه به گروه‌های آسیب پذیر بود.

در سال ۱۳۶۳ برنامه تنظیم خانواده در سیستم شبکه ادغام شد و با بررسی سرشماری جمعیت و رشد روزافزون آن (رشد جمعیت ۳/۲ درصد و نرخ باروری کلی ۶/۵)، در سال ۱۳۶۷ پس از مباحث مطروحه درباره رشد شتابان جمعیت و اهمیت تنظیم خانواده، سمینار ملی جمعیت و توسعه در مشهد مقدس برگزار شد که حاصل آن برنامه ملی تنظیم خانواده بود که پس از تأیید حضرت امام خمینی (ره) شروع شد. در سال ۱۳۶۷ دولت سیاست تحدید موالید را اعلام کرد و در سال ۱۳۷۲، قانون تنظیم خانواده مشتمل بر ۴ ماده و دو تبصره از تصویب مجلس شورای اسلامی گذشت و به تأیید شورای نگهبان رسید. محدودیت‌های این قانون برای بیش از سه فرزند در موارد زایمان چندقلویی در سال ۱۳۸۷ لغو شد. هم‌چنین در سال ۱۳۹۲ با تصویب مجلس شورای اسلامی و تأیید شورای نگهبان محدودیت‌های این قانون براساس تعداد فرزندان

لغو و براساس اصلاحیه قانون دولت مخیر گردید که با توجه به نتایج سرشماری‌ها و در فواصل پنج ساله، در صورت لزوم محدودیت‌ها یا تشویق‌هایی را برای فرزندآوری برنامه‌ریزی کند.

اهداف اختصاصی زیر را می‌توان به عنوان برخی از اهداف برنامه تنظیم خانواده کشور برشمرد:

- کاهش میزان حاملگی‌های پرخطر زیر ۲۰ سال، بالای ۳۵ سال و حاملگی‌های پشت سر هم
- کاهش میزان حاملگی‌های ناخواسته
- ارتقاء سطح اقتصاد، بهداشت، فرهنگ و بهداشت روان خانواده که منجر به بهبود ارتقاء کیفیت زندگی اعضاء خانواده می‌شود.

آموزش‌های پیش از ازدواج به عنوان یک فرصت مناسب که می‌توان طی آن برخی از موارد مهم درباره سلامت خانواده، ازدواج و باروری را به زوجین در آستانه ازدواج منتقل نمود، مورد توجه واقع شد. طرح آموزش‌های قبل از ازدواج در سال ۱۳۷۰ تصویب و به استان‌ها ابلاغ شد و استان‌ها موظف شدند که کلینیک مشاوره پیش از ازدواج را در شهرستان‌ها ایجاد کنند. راه‌اندازی مراکز مشاوره پیش از ازدواج از آبان ماه سال ۱۳۷۱ آغاز شد. در سال ۱۳۷۳ حدود ۴۰۰ مرکز مشاوره در سراسر کشور به این امر می‌پرداختند. در سال یاد شده دفاتر ازدواج ملزم به دریافت گواهی شرکت در کلاس‌ها و جواب آزمایش‌ها قبل از جاری کردن صیغه عقد شده و آزمایشگاه‌ها نیز ملزم به ارائه جواب آزمایش‌ها پس از دریافت گواهی شرکت در کلاس‌ها شدند.

وضعیت موجود تنظیم خانواده

محور خدمات تنظیم خانواده در شبکه بهداشتی و درمانی کشور، بر مبنای ارتقاء سلامت مادر، کودک و خانواده است. اساس استفاده از روش‌های فاصله‌گذاری/پیشگیری از بارداری نیز انتخاب آزادانه، آگاهانه و مسئولانه است. همه برنامه‌ها در این راستا بوده است که خانواده‌ها بتوانند تعداد فرزندان خود را به دلخواه انتخاب نموده و برای سن بارداری، فاصله‌گذاری بین بارداری‌ها تصمیم‌گیری کنند تا به این ترتیب خطر بارداری‌های ناخواسته، برنامه‌ریزی نشده و پُرخطر و در نتیجه شاخص‌های مرتبط مرگ و میر نوزادان، کودکان و مادران و میزان کودک‌آزاری به حداقل میزان ممکن کاهش یافته و شاخص بارداری‌های برنامه‌ریزی شده و کم‌خطر، بهبود یابد. از آنجا که خدمات تنظیم خانواده در جمهوری اسلامی ایران عمدتاً از طریق مشاوره چهره به چهره صورت می‌گیرد، از مهم‌ترین اقداماتی که برای دستیابی به این هدف صورت

گرفته است، توانمندسازی ارائه دهندگان خدمت با آخرین روش‌ها و محتوای مشاوره تنظیم خانواده در دو مرحله متفاوت در سال‌های ۱۳۷۵ و سپس ۱۳۸۲ بوده است. به همین منظور همه سطوح ارائه خدمت تنظیم خانواده اعم از بهورز، کاردان، کارشناس و پزشک در صدها کارگاه سه روزه در سطوح ملی، دانشگاهی و شهرستانی که توسط گروه مربیان ارشد کشور یا زیر نظر مستقیم آن‌ها برگزار شده است، آموزش‌های لازم را دریافت نموده و با ارتقاء مهارت‌ها قادر شده‌اند تا پس از مشاوره و بررسی نیازها و شرایط مراجعه‌کننده براساس معیارهای مزایا و منع مصرف استفاده از روش انتخابی، خدمت مورد نظر را با حداعلائی کیفیت ممکن به گیرنده خدمت ارائه کنند. هم‌چنین برنامه‌های متفاوت آموزش عمومی نیز از طریق مجاری متفاوت موجود برای ارتقاء دانش عمومی در زمینه سلامت باروری و تنظیم خانواده ارائه شده است.

جدول شماره ۴۸- تغییر برخی از شاخص‌های سلامت در مقطع زمانی

مختلف طی سال‌های (۱۳۶۳-۱۳۸۹)^۱

سال		۱۳۶۳		۱۳۶۷		۱۳۷۲		۱۳۷۹		۱۳۸۴		۱۳۸۹	
منطقه	شاخص‌ها	روستا شهر		کل		روستا شهر		کل		کشور		کشور	
		۵	-	۷	۴	۵	۴/۴	۲/۹	۳/۶	۲/۱	۱/۹۶	۱/۸	۱/۸
	میزان باروری کلی	۵	-	۷	۴	۵	۴/۴	۲/۹	۳/۶	۲/۱	۱/۹۶	۱/۸	۱/۸
	مرگ کودکان زیر یک سال	۷۱	۳۴	۵۱	۵۱	۳۱	۴۵	۴۴	۲۴	۲۸/۶	۳۲/۱	۱۸	۱۸
	مرگ مادران	۲۳۳	۷۷	۱۴۰	۱۳۸	۴۱	۹۱	۵۳	۲۶	۴۰	۲۴/۴	۲۲	۲۲

تغییرات شاخص‌ها نشان می‌دهد که در سال‌های اجرای برنامه‌های تنظیم خانواده، شاخص‌های مرگ و میر کودکان زیر یک سال و مرگ و میر مادران ناشی از عوارض بارداری و زایمان همواره رو به بهبود بوده‌اند. مطابقت زمانی این روند با پوشش استفاده از روش‌های فاصله‌گذاری/پیشگیری از بارداری ارتباط مستقیم بین استفاده از روش‌ها و بهبود این شاخص‌ها را نمایان می‌سازد.

براساس اطلاعات و آمار موجود، شاخص میزان باروری کلی در کشور از سال ۱۳۶۴ و پیش از

^۱ منبع: برای سال‌های ۱۳۶۳، ۱۳۶۷ و ۱۳۷۲ بررسی‌های دانش، نگرش و عملکرد

آغاز برنامه‌های تنظیم خانواده و پیش از انجام سرشماری سال ۱۳۶۵، رو به کاهش گذاشته است. تغییرات شاخص باروری کلی نشان می‌دهد که بیش‌ترین سرعت در کاهش این شاخص در دهه آغازین اجرای برنامه به وقوع پیوسته است و در ده سال دوم کاهش شاخص باروری کلی به میزان قابل توجهی از ده سال اول، کم‌تر بوده است. پژوهش‌گران تغییرات باروری را از نظر سرعت و اختصاصی بودن آن به سن، در کل کشور ارزیابی کرده‌اند و معتقدند کاهش باروری و دوران گذار باروری ایران در همه استان‌ها، فارغ از سطح توسعه، صورت گرفته است؛ کاهش باروری در همه سنین و هم در مناطق شهری و هم مناطق روستایی اتفاق افتاده و به تدریج فاصله میان شهر و روستا در نرخ باروری و مصرف روش‌ها، کم‌تر شده است. در سال‌های اجرای برنامه ادغام یافته‌ی تنظیم خانواده، تعداد روش‌ها و پوشش روش‌های گوناگون، روی به افزایش داشته است.

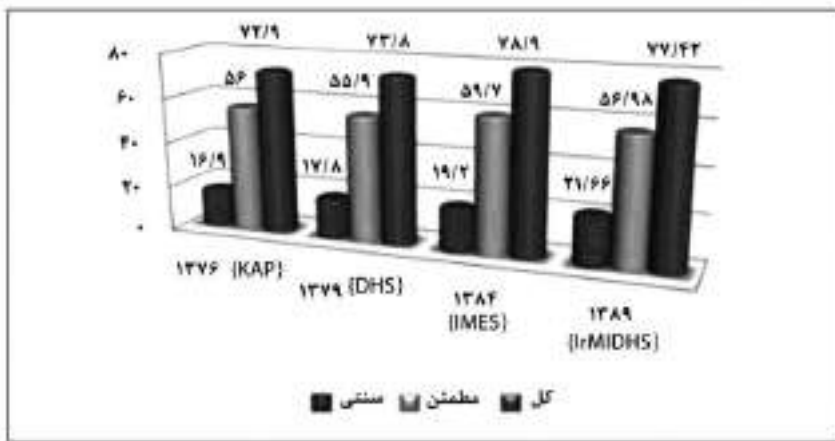
جدول شماره ۴۹- درصد استفاده از روش‌های گوناگون فاصله گذاری / پیشگیری از بارداری در کشور (۱۳۶۸-۱۳۸۹)

سال	۱۳۶۸	۱۳۷۱	۱۳۷۲	۱۳۷۳	۱۳۷۹	۱۳۸۴	۱۳۸۹							
منطقه	روستا شهر روستا شهر روستا شهر روستا شهر روستا شهر													
روش														
قرص خوراکی	۱۷	۱۸	۲۶	۱۹	۲۷/۲	۲۲/۳	۲۶/۹	۱۹/۲	۲۱/۹	۱۶/۵	۲۶/۴	۱۶/۱	۲۰/۴۳	۱۲/۷۷
کاندوم	۳	۸	۴/۲	۸	۴/۱	۷/۶	۴/۷	۸/۱	۳/۶	۲۷	۶/۱	۱۰/۷	۸/۹۹	۱۵/۸
تزریقی														
آی یو دی	۱	۵	۳/۱	۱۰	۳/۵	۱۰	۳/۹	۱۰/۷	۵/۳	۱۰/۲	۶/۲	۹	۷/۷۴	۸/۲۹
بستن لوله رحمی	-	-	۷/۴	۷	۷/۵	۱۰	۱۰/۶	۱۱/۴	۱۸/۹	۱۶/۱	۱۹/۳	۱۶/۵	۱۵/۸۹	۱۳/۴۱
بستن لوله مردان	۰	۰	۰/۳	۱/۳	۰/۵	۱/۴	۰/۵	۱/۷	۱/۳	۳/۵	۱/۲	۳/۸	۱/۳	۳/۴۷
کل روش‌ها	۳۱	۶۲	۵۱/۴	۷۲/۴	۵۴	۷۵/۳	۵۶/۸	۷۷/۴	۶۷/۲	۷۷/۴	۸۷/۷	۸۰/۴	۷۳/۷۸	۷۸/۹۷
روش‌های نوین	۲۱	۳۱	۴۵/۳	۵۲/۸	۵۱/۳	۴۶/۶	۵۱/۱	۵۷/۳	۵۵/۲	۶۵/۲	۵۷/۲	۵۵/۲	۵۷/۲	۵۵/۴۶
روش‌های سنتی	۱۰	۳۱	۱۰/۴	۲۷/۱	۱۱/۲	۲۴	۱۰/۲	۲۶/۳	۹/۹	۲۲/۲	۱۰/۳	۲۳/۳	۱۳/۸۵	۲۴/۹۸

تغییرات پوشش استفاده از روش‌های پیشگیری از بارداری نیز در طی سال‌های اجرای برنامه با تغییر شاخص نرخ باروری کلی، هماهنگ است. اطلاعات و آمار نشان می‌دهد که پوشش استفاده از روش‌های در سال‌های اولیه اجرای برنامه، با سرعت بیش‌تری رو به افزایش بوده

است و در سال‌های بعدی سرعت افزایش، کمتر شده که این سیر افزایشی تا حدود سال ۱۳۸۴، تداوم یافته است. در فاصله سال‌های ۱۳۸۴-۱۳۸۹ استفاده از روش‌های فاصله‌گذاری/پیشگیری از بارداری مطمئن متوقف شده و استفاده از روش‌های فاصله‌گذاری به روش‌های سنتی و طبیعی افزایش یافته است.

در نمودار اولی تغییرات درصد استفاده از روش‌های گوناگون فاصله‌گذاری/پیشگیری از بارداری، جمع کل روش‌ها، روش‌های مطمئن و روش‌های سنتی دیده می‌شود.



نمودار شماره ۳۴- تغییرات درصد استفاده از روش‌ها، به تفکیک روش‌های نوین و روش‌های سنتی فاصله‌گذاری / پیشگیری از بارداری در کشور (۱۳۷۶-۱۳۸۹)

روش‌های فاصله‌گذاری/پیشگیری از بارداری

گسترش پوشش روش‌های گوناگون فاصله‌گذاری/پیشگیری از بارداری، کاهش میزان بارداری‌های ناخواسته و پرخطر، کاهش سقط، مرگ مادر، مرگ نوزادان و مرگ کودک زیر پنج سال از توفیق‌های آشکار برنامه‌های تنظیم خانواده، از سال‌های دهه‌ی دوم انقلاب اسلامی ایران به این سو بوده است.

همان گونه که در نمودار مشخص شده است، در فاصله سال‌های آغازین برنامه تا سال ۱۳۸۴، استفاده از روش‌های فاصله‌گذاری همواره از سیر صعودی برخوردار بوده است. در فاصله سال‌های ۱۳۸۴-۱۳۸۹ مجموع استفاده از روش‌های فاصله‌گذاری با حدود ۱/۵ درصد کاهش

همراه بوده است که این کاهش به طور عمده در استفاده از روش‌های مطمئن دیده می‌شود. در ارتباط با بهره‌گیری از روش‌های سنتی در تمام دوره‌های زمانی، از جمله دوره زمانی یادشده سیر افزایشی وجود داشته است. صاحب نظران، ارتقاء سطح سواد عمومی و پرهیز از رویارویی با برخی عوارض جانبی را مهم‌ترین دلایل برای افزایش استفاده از روش‌های سنتی می‌دانند.

تفکیک اطلاعات نشان می‌دهد که در آخرین داده‌های مصرف روش‌های گوناگون، روش‌های سنتی و نزدیکی منقطع در مناطق شهری و استفاده از روش‌های مطمئن که ضریب اطمینان بیش‌تری دارند، در روستا بیش‌تر از شهر است.

تنوع روش‌های فاصله‌گذاری/پیشگیری از بارداری و از آن جمله روش اورژانس پیشگیری، از امتیازهای برنامه‌ی امروز تنظیم خانواده در جمهوری اسلامی ایران است. در برنامه‌ی کشوری تنظیم خانواده چهار نوع قرص (ترکیبی، پروژسترونی، ^۱EC)، دو نوع تزریقی (یک ماهه و سه ماهه)، کاندوم، ای یو دی^۲، روش‌های جراحی زنان و مردان وجود دارند. برنامه‌ریزی برای افزایش تنوع روش‌های فاصله‌گذاری بین بارداری از اجزای ثابت برنامه تنظیم خانواده است. با توجه به اینکه بخش قابل توجهی از جمعیت زوجین در سنین باروری برای دریافت خدمات مربوطه به بخش خصوصی مراجعه می‌نمایند، مشارکت و فعالیت بخش خصوصی نیز در این زمینه نقش و تأثیر به‌سزایی داشته و دسترسی جامعه را به نسل‌های جدیدتر روش‌های فاصله‌گذاری امکان‌پذیر ساخته است.

همگام با ارتقاء پوشش و افزایش تنوع روش‌های فاصله‌گذاری/پیشگیری از بارداری در کشور شاخص بارداری‌های ناخواسته هر دو همسر که در آغاز برنامه ۳۶/۱ درصد بوده است، براساس بررسی سلامت و جمعیت سال ۱۳۷۹ به ۲۴/۱ درصد و مطابق با بررسی نظام ادغام یافته پایش و ارزشیابی در سال ۱۳۸۴ به ۱۸/۶ درصد کاهش یافته است. بررسی‌های بعدی انجام شده حاکی از بهبود ۳-۴ درصدی این شاخص در تمام مناطق کشور در مقایسه با سال ۱۳۸۴ است. درصد نیازهای برآورده نشده به روش‌های فاصله‌گذاری/پیشگیری از بارداری که در سال ۱۳۷۹ معادل ۷/۵ درصد (DHS 1379) و براساس اطلاعات حاصل از نظام ادغام یافته پایش و ارزشیابی (۱۳۸۴) ۵/۹ درصد بوده است، در آخرین بررسی انجام شده به کم‌تر از ۵ درصد

^۱ Emergenc Conception (EC)

^۲ Intra Uterin Device

کاهش یافته است (IrMIDHS 1389).^۱

رقم نسبتاً بالای حاملگی‌های ناخواسته در کنار پوشش بیش از ۲۰ درصدی روش‌های غیرمطمئن، بیانگر لزوم برنامه‌ریزی بیش‌تر برای گسترش استفاده از روش‌های مطمئن در خانواده‌هایی است که از بارداری‌های ناخواسته و پرخطر دوری می‌جویند. هم‌چنین وجود و تداوم باورهای بازدارنده، ترس از عوارض روش‌های مطمئن، ضریب نسبتاً بالای شکست و درصدهای بالای نادرست بودن شیوه استفاده از قرص از نشانه‌های لزوم ارتقاء کیفیت خدمات است. برای ارتقاء دانش ارائه‌کنندگان و گیرندگان خدمت در زمینه روش‌های فاصله‌گذاری/پیشگیری از بارداری، آشنایی ارائه‌کنندگان و گیرندگان خدمات با آخرین فتاوی مربوط به این روش‌ها و حذف هرگونه باور نادرست، مجموعه‌هایی به تفکیک روش‌ها تهیه و در اختیار شبکه‌های بهداشتی و درمانی سراسر کشور قرار گرفته است.

برنامه عمل کنفرانس بین‌المللی جمعیت و توسعه، امنیت اقلام سلامت باروری را، تضمین دست یافتن به وسایل مورد نیاز، از جمله داروها و لوازم فاصله‌گذاری و پیشگیری از بارداری، برخوردار از کیفیت، در زمان لازم، به اندازه مورد نیاز، در مکانی که به آن احتیاج است و با پرداخت هزینه قابل پرداخت می‌داند. امنیت اقلام بهداشت باروری، گذشته از برآورد درست و تأمین منابع و خرید و توزیع، بسیاری از موضوع‌های مرتبط با تولیدکنندگان (مانند مواد اولیه، خط تولید، کنترل کیفیت ...)، انتخاب درست، جابه‌جایی، انبار کردن و نگهداری اصولی از داروها و لوازم را در برمی‌گیرد.

با توجه به تاکید تعریف یاد شده درباره برخوردار بودن وسایل از کیفیت درخور، در سال ۱۳۸۵، کیفیت خط تولید سه کارخانه تولیدکننده این گونه وسایل (کاندوم، قرص‌ها و آمپول‌های هورمونی فاصله‌گذاری بین بارداری) در سازگاری با استانداردهای جهانی و معیارهای مورد قبول بررسی گردید. براساس پیشنهادهای ارائه شده توسط بازدیدکننده‌ها، اقدامات ارتقاء کیفیت در تولید انجام شد. برنامه‌ریزی برای بررسی‌های مجدد مطابقت با استانداردهای بین‌المللی در دستور کار قرار دارد.

دفتر سلامت جمعیت، خانواده و مدارس، مسئولیت آموزش‌های تکمیلی نیروی انسانی شاغل و ظرفیت‌سازی در سطوح دانشگاه علوم پزشکی را برای تأمین امنیت کنتراسپتیوها برعهده دارد و

^۱ Iran Multiple Indicators of Demographic and Health Survey (IrMIDHS)

در این راستا تاکنون بیش از ۴۰ کارگاه ملی و استانی را برگزار کرده است. با توجه به پوشش همگانی شبکه‌های بهداشتی و درمانی کشور و فراهم بودن دسترسی به خدمات برای آحاد جامعه در این شبکه، در حال حاضر برآورد نیاز سالانه به وسایل گوناگون تنظیم خانواده برپایه آمار مصرف در سال‌های پیش از آن و مبتنی بر برگشت (Regression) و توسط دانشگاه علوم پزشکی صورت می‌گیرد. بدیهی است با انجام برنامه‌های مداخله‌ای و افزایش مصرف و انعکاس آن در آمارهای سه ماهه، میزان برآورد نیاز دانشگاه در مقاطع بعدی افزایش خواهد یافت. همچنین دانشگاه خود مسئول برآورد نیازهای خویش به انواع مختلف روش‌های پیشگیری از بارداری (ضمن توجیه برنامه‌ریزی‌های در دست اجرا) است. در حال حاضر سیاست وزارت بهداشت براین است که موجودی وسایل دست کم برای مصرف سه ماه آینده در هر کدام از سطوح (خانه بهداشت یا پایگاه بهداشتی، مرکز بهداشتی و درمانی روستایی یا شهری، مرکز بهداشت شهرستان، معاونت بهداشتی دانشگاه)، در مجموع برای مصرف حدود ۹-۱۲ ماه کافی بوده تا در صورت رویارویی با مشکلات در تأمین این اقلام، فرصت کافی برای حل مشکل را در اختیار داشته باشد.

دفتر سلامت جمعیت، خانواده و مدارس وزارت بهداشت، مسئول برنامه‌ریزی و تأمین منابع مالی برای خدمات فاصله‌گذاری / پیشگیری از بارداری در قالب یک ردیف اختصاصی و متمرکز از معاونت نظارت راهبردی ریاست جمهوری است که اعتبار این ردیف در سال‌های اجرای برنامه با توجه به افزایش جمعیت تحت پوشش و نیز سایر شاخص‌های مربوطه روبه افزایش داشته است. وجود این ردیف اعتباری از سال‌های آغازین برنامه، سبب شده است که منابع مالی این خدمات همواره برای دانشگاه‌های علوم پزشکی تأمین گردد. دانشگاه‌های علوم پزشکی، اعتبارات مالی برای تأمین خدمات، از جمله تأمین وسایل مورد نیاز فاصله‌گذاری / پیشگیری از بارداری را در قالب بودجه سالانه دریافت داشته و این اقلام را از طریق تولیدکننده‌های داخلی / واردکننده‌ها و با نظارت کیفی دفتر سلامت جمعیت، خانواده و مدارس تأمین می‌کنند. بدیهی است که تاخیر در دریافت منابع می‌تواند اختلالات تأثیرگذاری در دستیابی به اهداف امنیت کنتراسپتیوها ایجاد کند. این چالش تا حدی با افزایش تعریف شده موجودی در سطوح مختلف ارائه خدمت که آن‌ها را قادر به انبار نمودن اقلام مورد نیاز برای زمان بیش‌تری می‌کند، جبران شده است.

بدیهی است که علی‌رغم اقدامات مثبت انجام شده درباره برآورد وسایل مورد نیاز تنظیم خانواده، در زمان عادی و نیز در زمان بحران‌ها و در برخورد با بلاهای طبیعت و نیز شیوه‌ی پایش جنبه‌های گوناگون، ارتقاء این فرآیندها باید همواره مدنظر قرار گیرد. برای ایجاد آمادگی در برخورد با نیازهای بهداشت باروری در بلایای طبیعت و شرایط بحران، جمعیت هلال احمر و وزارت بهداشت فهرستی جامع از همه اقلام ضروری بر مبنای مصرف سه ماهه‌ی جمعیتی ۱۰۰۰۰ نفری را با توجه به شرایط بحران‌های احتمالی تهیه کرده‌اند.

تنوع روش‌های پیشگیری از بارداری

با توجه به تعریف انتخاب آگاهانه و آزادانه در انتخاب روش‌های پیشگیری از بارداری و توانمندسازی خانواده‌ها برای تصمیم‌گیری در راستای تعداد و زمان فرزندآوری، نیاز به امکان دسترسی به تنوعی از روش‌های پیشگیری از بارداری ضرورت می‌یابد از سویی با نهادینه شدن برنامه مشاوره تنظیم خانواده در ارائه این خدمات، لزوم وجود تنوعی از روش‌های پیشگیری از بارداری برای انتخاب هرچه آزادانه و آگاهانه‌تر گیرنده خدمت در پایان فرآیند مشاوره، امری طبیعی است. در این راستا، افزایش تنوع روش‌های پیشگیری از بارداری در برنامه تنظیم خانواده جمهوری اسلامی ایران، همواره در دستور کار بوده است و در این راستا تعداد روش‌های در اختیار گیرندگان خدمت در سال‌های متوالی رو به افزایش داشته است. همگام با تنوع روش‌ها، تدوین و بازنگری دستورالعمل‌های ارائه خدمات، تحت عنوان «دستورالعمل روش‌های پیشگیری از بارداری در جمهوری اسلامی ایران» در مقاطع پنج ساله مدنظر قرار گرفته است. نسخه اول کتاب مزبور در سال ۱۳۸۳ و بازنگری اول آن در سال ۱۳۸۸، منتشر شده است.

قرص یکی از پر مصرف‌ترین روش‌های پیشگیری از بارداری در کشور است که در حال حاضر به چهار شکل قرص‌های ترکیبی LD، قرص‌های ترکیبی سه مرحله‌ای (Triphasic)، قرص‌های پروژسترونی دوران شیردهی و قرص‌های پروژسترونی پیشگیری اورژانس از بارداری (لوونورجسترل) در نظام ارائه خدمت در دسترس است.

آمپول‌ها نیز از روش‌های پر مصرف در برنامه کشوری تنظیم خانواده هستند. آمپول‌های پروژسترونی سه ماهه در کشور، از استقبال قابل توجهی در سال‌های آغازین ورود به شبکه ارائه خدمت برخوردار بوده و در سال‌های اخیر سیر ثابتی را به خود اختصاص داده است. آمپول‌های

یک ماهه ترکیبی پیشگیری از بارداری، با توجه به نوپا بودن در برنامه، در سال‌های گذشته همواره با سیر صعودی مصرف روبرو بوده‌اند.

کاندوم، استفاده از آن با توجه به تأثیر دوگانه آن در پیشگیری از بارداری‌های ناخواسته و بیماری‌های قابل انتقال از طریق تماس جنسی، در طی سالیان گذشته با سیر صعودی چشمگیری مواجه بوده است. براساس بررسی سال ۱۳۸۹، کاندوم پس از قرص، جایگاه دومین روش پرمصرف موقت را به خود اختصاص داده است. تولید داخلی امکان بهره‌گیری گیرندگان خدمت از انواع کاندوم‌ها را مهیا نموده است.

آی یو دی نیز که از ابتدای برنامه کشوری تنظیم خانواده وجود داشته از سیر استفاده ثابتی برخوردار است. وجود و تأسیس کارخانه‌های متعدد تولید داروهای هورمونی و کاندوم باعث گردیده که جمهوری اسلامی ایران در تأمین نیاز اقلام فاصله‌گذاری/پیشگیری از بارداری موجود در شبکه ارائه خدمت به مرزهای خودکفایی نزدیک شود. شایان ذکر است که در حال حاضر آی یو دی تنها روش پیشگیری از بارداری است که تولید آن در داخل کشور انجام نمی‌شود.

روش‌های جراحی پیشگیری از بارداری

نیز از ابتدای برنامه در دسترس گیرندگان خدمات بوده‌اند. در این میان استفاده از روش بستن لوله در زنان که در ابتدای برنامه از حجم بالایی برخوردار بود، در طی سالیان گذشته رو به کاهش گذاشته است و در مقابل استفاده از روش بستن لوله در مردان، سیری نسبتاً ثابت داشته است.

در کنار افزایش تنوع روش‌های فاصله‌گذاری/پیشگیری از بارداری، به روز سازی لیست این اقلام متناسب با استانداردهای ملی و بین‌المللی نیز از اهمیت خاصی برخوردار بوده است. با این رویکرد، کمیته علمی کشوری تنظیم خانواده در سال ۱۳۸۸، رأی به حذف قرص HD از همه دستورالعمل‌های کشوری تنظیم خانواده و نیز قطع این خدمت در شبکه بهداشتی، درمانی داد. روش کاشتنی نورپلنت نیز در سال‌های ۱۳۷۰، در برنامه کشوری تنظیم خانواده وجود داشت. به‌دلیل برخی از مشکلات در ارائه خدمات این روش، نورپلنت در اولین سال‌های ۱۳۸۰ از برنامه کشوری حذف شد. در حال حاضر دو تحقیق در دو منطقه از کشور بر روی روش‌های

کاشتنی جدید پنج ساله در حال انجام است. نتایجی که تاکنون از این دو تحقیق حاصل شده است، بیانگر مناسب بودن این روش برای گیرندگان خدمت با ارائه خدمات دقیق مشاوره تنظیم خانواده است. امید است با نهایی شدن این تحقیق، اقدامات لازم برای ورود آن به برنامه کشوری صورت گرفته و تنوع روش‌های موجود را افزایش دهد.

آموزش‌های هنگام ازدواج

این آموزش‌ها برای همه افرادی که در آستانه ازدواج هستند، اجباری است و انجام تشریفات ثبت رسمی ازدواج پس از حضور در این کلاس‌ها، صورت خواهد گرفت. هم اکنون این آموزش‌ها در حدود ۴۰۰ مرکز آموزشی با پوششی بالغ بر ۹۵ درصد در سراسر کشور در حال انجام است. با توجه به تعداد ازدواج ۹۰۰۰۰۰-۸۰۰۰۰۰ مورد در هر سال و پوشش برنامه، این برنامه سالانه ۱۸۰۰۰۰۰ - ۱۶۰۰۰۰۰ نفر را تحت پوشش دارد. مدت این کلاس‌ها حدود دو ساعت است و به‌طور مجزا برای مردان و زنان در آستانه ازدواج، به‌طور منظم و هر روزه برگزار می‌شود.

محور آموزش‌های هنگام ازدواج از آغاز شکل‌گیری این کلاس‌ها مباحث مرتبط با تنظیم خانواده بوده است. محتوی آموزش‌های هنگام ازدواج در سال‌های گذشته فراتر از برنامه تنظیم خانواده بوده و مقوله‌هایی مانند سلامت کودکان، مراقبت‌های دوران بارداری، زایمان ایمن، ترویج تغذیه با شیرمادر، پیشگیری از سرطان‌های شایع زنان را نیز در کنار بحث تنظیم خانواده در بر می‌گرفته است. در طی سالیان گذشته و براساس بررسی‌های انجام شده از بین گیرندگان خدمت و بررسی نیازهای جامعه، تغییر محتوی آموزشی این کلاس‌ها، به عنوان یکی از اولویت‌های برنامه تعیین شد. بر این مبنا، عناوین یاد شده جای خود را به عناوین مبنای دینی ازدواج و تحکیم بنیان خانواده، روابط عاطفی و اجتماعی در آغاز زندگی مشترک، روابط زناشویی در آغاز زندگی مشترک و پیشگیری از بارداری‌های ناخواسته در آغاز زندگی مشترک داده‌اند. بالغ بر ۹۰۰ مربی برای انجام خدمت آموزش‌های هنگام ازدواج در بیش از ۲۵ کارگاه منطقه‌ای سه روزه و توسط گروه مربیان ارشد کشوری، آموزش‌های لازم را در ارتباط با ارائه آموزش‌های مبتنی بر روابط زناشویی دریافت کرده‌اند. از آغاز ارائه بسته جدید بیش از دو سال می‌گذرد. بر مبنای این بسته آموزشی، گیرندگان خدمت پس از مشاهده یک فیلم که در

بردارنده سه محتوی مسائل مذهبی، روابط عاطفی اجتماعی و روش‌های پیشگیری از بارداری ناخواسته متناسب با آغاز زندگی است، سوالات خود را از مربیان مربوطه می‌پرسند. پس از آن حدود یک ساعت آموزش‌های مربوط به محورهای اصلی سلامت باروری براساس نیازهای آموزشی هنگام ازدواج و نیز بهره‌گیری از ابزار کمک آموزشی پیش‌بینی شده و همچنین چگونگی برقراری یک رابطه سالم زناشویی توسط مربیان هم‌جنس برای زوجین در آستانه ازدواج ارائه می‌گردد. در نهایت یک جلد کتاب برای این گروه هدف پس از پایان کلاس برای استفاده و بهره‌گیری بیش‌تر به آنان هدیه می‌شود.

تخلیص و تحلیل

مشکلات اقتصادی و مسائل ناشی از جنگ تحمیلی نظیر محدودیت‌های مواد غذایی و خدمات سلامت و سوخت، چند شیفته شدن مدارس، محدودیت ظرفیت دانشگاه‌ها، مشکل اشتغال و نگرانی از افزایش جرم و جنایت و مسائل امنیتی ناشی از بیکاری و اینکه بررسی سرشماری جمعیت در سال ۱۳۶۵ رشد جمعیت را ۳/۲ درصد و نرخ باروری کلی را ۶/۵ نشان داد موجب شد تا دولت در سال ۱۳۶۷ برنامه ملی تنظیم خانواده و تحدید موالید را تصویب کند. حضرت امام (ره) در پاسخ به سؤال وزیر بهداشت، درمان و آموزش پزشکی مسأله رشد جمعیت و تنظیم خانواده را مهم تلقی فرموده و بحث در مورد آنرا در دانشگاه‌ها و رسانه‌ها توصیه فرمودند که مورد استقبال قرار گرفت.

در سال ۱۳۷۲ قانون تنظیم خانواده به تصویب مجلس شورای اسلامی و تأیید شورای نگهبان رسید. بر طبق این قانون، هزینه‌های بیمه فرزند چهارم به بعد منحصرأً به عهده والدین گذارده شد. محدودیت‌های قانون مزبور در سال ۱۳۸۷ برای بیش از ۳ فرزند در موارد زایمان‌های چندقلوئی ملغی شد و در سال ۱۳۹۲ محدودیت‌های قانون مزبور به کلی لغو و دولت مخیر گردید با توجه به نتایج سرشماری‌ها و در فواصل ۵ ساله در صورت لزوم محدودیت‌ها و یا تشویق‌هایی را برای فرزندآوری برنامه ریزی کند.

براساس اطلاعات و آمار موجود، شاخص میزان باروری کلی در کشور از سال ۱۳۶۴ و پیش از آغاز برنامه تنظیم خانواده و پیش از انجام سرشماری سال ۱۳۶۵ رو به کاهش گذارد. به نظر می‌رسد آگاهی یافتن مردم از عدم مخالفت حضرت امام (ره) با امر تنظیم خانواده که حاکی از

عدم مغایرت مذهبی بود به کاهش باروری کل دامن زد و تصویب و اجرای قانون تنظیم خانواده در سال ۱۳۷۲ به کاهش مزبور سرعت بخشید. پس از آن از آنجا که روند رشد جمعیت آن گونه که باید رصد نشد، کاهش رشد جمعیت ادامه یافت و اکنون نگرانی وجود دارد که اگر اقدامات لازم صورت نگیرد در آینده نه چندان دور شاهد رشد منفی جمعیت کشور خواهیم بود. طرحی که در مجلس شورای اسلامی در شرف تصویب است مسئولین را موظف به اقدامات گسترده و متنوع برای کمک به افزایش نرخ رشد جمعیت در کشور می‌کند و اختیارات لازم برای حصول به این مقصود، به آنان تفویض می‌شود. اما برای نیل به این هدف بسیار مهم باید به امر فرهنگ سازی در جامعه پرداخت. مسأله افزایش رشد جمعیت هم یک مقوله فرهنگی و هم اقتصادی به شمار می‌آید و در نتیجه نیازمند عزم ملی و مدیریت جهادی است.

علی‌رغم اینکه حدود ۸ سال است که از باز شدن پنجره طلایی جمعیت بر روی کشور می‌گذرد ولی متأسفانه تاکنون با غفلت از آن عبور کرده ایم (پنجره جمعیت به دوره‌ای اطلاق می‌شود که جمعیت زیر ۱۵ سال کشور و نیز جمعیت بالای ۶۰ سال در حداقل میزان می‌باشد و این بدان معنی است که جمعیت مولد کشور در اوج تعداد بوده و جمعیت به اصطلاح سربار در کم‌ترین حد باشد) خوشبختانه تا بسته شدن پنجره طلایی ۳۰ سال فرصت هست. با علم به اینکه این فرصت تکرار نخواهد شد، امید است که سه دهه آینده را چون ۸ سال گذشته با غفلت از دست نرود چون راز کشورهای نظیر آمریکا، اروپای غربی و آسیای جنوب شرقی که به توسعه صنعتی و شکوفایی اقتصادی رسیده‌اند آن است که برای دوران پنجره جمعیت کشورهای خود برنامه‌ریزی کرده و از آن حداکثر استفاده را برده‌اند.

برای جلوگیری از کاهش رشد جمعیت و کمک به افزایش آن باید هرچه سریع‌تر امکان ازدواج و فرزندآوری حدود دوازده میلیون نفر از افراد جامعه که در سن ازدواج بوده ولی مجرد هستند فراهم شود. قابل توجه اینکه بخش عظیمی از این گروه را نخبگان و تحصیل کرده‌های جامعه تشکیل می‌دهند. هم‌چنین مسئولین باید با پدیده شوم و فراگیر عمل سزارین که به گونه‌ای مانعی است برای افزایش جمعیت برخورد نمایند و از متخصصان زنان و مامایی متدین و ولایت مدار انتظار می‌رود به منظور تحقق خواست رهبر معظم انقلاب در مورد افزایش جمعیت و در امر مبارزه با سزارین پیش قدم و خط شکن باشند.

سزارین موجب می‌شود که هیچ زنی نتواند بیش‌تر از ۳-۲ بار حامله شود. به عبارت دیگر عمل

سزارین وسیله بسیار گران قیمت برای تحدید نسل آن هم به صورت دائمی به حساب می آید. از طرف دیگر باید توجه داشت که محروم کردن طبقات کم درآمد جامعه از دسترسی به وسایل جلوگیری از بارداری منجر به تحمیل بارداری های ناخواسته، به این اقشار محروم جامعه می شود، که حاصل آن جز بارداری های پر مخاطره و ناخواسته، سقط جنین های غیرقانونی و غیربهداشتی و افزایش چشم گیر مرگ مادران و کودکان از این دهک های محروم و افزایش مشکلات عاطفی - روانی و پیچیده تر کردن زندگی آنان نخواهد بود.

چالش ها

- پایین بودن نرخ ازدواج و بالا بودن سن ازدواج
- فرزندآوری محدود (۱ و حداکثر ۲ فرزند آن هم در سن بالا)
- پایین تر بودن نرخ باروری کلی از حد جایگزینی
- عدم تفکیک کنترل جمعیت و تنظیم خانواده
- بالا بودن میزان بارداری های ناخواسته
- بالا بودن میزان بارداری های پرخطر
- سهم قابل توجه بارداری های پرخطر در مرگ مادران
- قابل توجه بودن میزان سقط جنین
- کافی نبودن منابع
- عدم کفایت آموزش های هنگام ازدواج (زمان، محتوا ...)
- محدود بودن آموزش ها به زمان عقد
- خطر توقف آموزش صحیح به والدین به بهانه افزایش بارداری در نتیجه افزایش زایمان پرخطر و ناخواسته

آینده نگاری حیطه و ترسیم افق چشم انداز

- ارتقاء کیفیت خدمات تنظیم خانواده و سلامت باروری
- ارتقاء آموزش های عمومی با هدف دسترسی همگانی به اطلاعات صحیح سلامت باروری
- مشارکت همه دستگاه های فرهنگ ساز در تبیین مفاهیم سلامت باروری

- تبیین تفاوت دو مقوله کنترل جمعیت و تنظیم خانواده در سطوح متفاوت
- ادغام کامل مراقبت‌های پیش از بارداری در برنامه‌های سلامت باروری
- تقویت خدمات و منابع آموزش‌های هنگام ازدواج
- تداوم خدمات هنگام عقد و ازدواج و خدمات پس از ازدواج
- تأمین نیروهای کیفی ثابت برای ارائه آموزش‌های هنگام ازدواج و پس از ازدواج
- تداوم جلب مشارکت علما و روحانیون

بهبود تغذیه جامعه

مقدمه

مشکلات و بیماری‌های مرتبط با تغذیه را می‌توان به دو دسته تقسیم کرد: دسته اول بیماری‌هایی هستند که در اثر تغذیه ناکافی ایجاد می‌شوند، نظیر سوء تغذیه پروتیین انرژی در کودکان زیر ۵ سال و کمبود ریز مغذی‌ها در گروه‌های سنی مختلف. دسته دوم شامل بیماری‌هایی است که در نتیجه پرخوری و اضافه دریافت انرژی، ایجاد می‌شوند، از جمله اضافه وزن و چاقی که زمینه‌ساز بیماری‌های غیرواگیر مرتبط با تغذیه، نظیر دیابت نوع ۲، بیماری‌های قلبی عروقی و سرطان می‌باشد.

شواهد موجود در کشور نشان می‌دهد که در حال حاضر، علاوه بر مشکل سوءتغذیه پروتیین انرژی که در برخی از مناطق محروم کشور در کودکان زیر ۵ سال وجود دارد و کمبود ریزمغذی‌ها در گروه‌های سنی مختلف، در اثر پدیده شهرنشینی و روند رو به افزایش آن، تغییر شیوه زندگی و تغییرات الگوی مصرف غذا، کشور با روند رو به گسترش و هشداردهنده بیماری‌های غیرواگیر از جمله بیماری‌های مرتبط با تغذیه مواجه است.

در حال حاضر، کارشناسان تغذیه در شبکه‌های بهداشتی - درمانی کشور مشغول ارائه خدمات تغذیه به جمعیت تحت پوشش به‌ویژه گروه‌های آسیب پذیر هستند. اگر چه این خدمات در ابتدا به تغذیه مادر و کودک محدود بود، در سال‌های پس از انقلاب اسلامی با توجه مسئولین به موضوع تغذیه و اهمیت آن در حفظ و ارتقاء سلامت مردم، این خدمات گسترش یافت و با پیش بینی پست کارشناس تغذیه در مراکز بهداشت استان و شهرستان، بستر جدیدی برای ارائه خدمات تغذیه‌ای در شبکه‌های بهداشتی، درمانی کشور، مهیا شد.

تاریخچه

در سال ۱۳۴۰، اولین سنگ بنای «انستیتو تغذیه و صنایع غذایی ایران»، ابتدا با نام «انستیتو تغذیه و خواربار ایران» گذارده شد و اساسنامه آموزشگاه عالی تغذیه که وابسته به انستیتو خواربار و تغذیه بود، به تصویب رسید. اولین بررسی الگوی غذای مصرفی خانوار یا همان سبد غذایی در ایران، توسط انستیتو خواربار و تغذیه ایران، در سال ۱۳۴۲ انجام شد. نتایج این تحقیق نشان داد، الگوی مصرف و تغذیه در ایران، فاقد کیفیت مطلوب است. در سال ۱۳۴۸،

سمپوزیوم بیوشیمی و تغذیه در دانشگاه تهران برگزار و نتیجه آن در ۵ بند، ارائه شد. بر همین اساس از سال ۱۳۵۰، حرکت‌هایی در جهت برنامه‌ریزی تغذیه‌ای آغاز گردید. در سال ۱۳۵۸، نظام عرضه خدمات بهداشتی، درمانی کشور براساس بررسی و تحلیل وضعیت موجود و در راستای تفکر مراقبت‌های اولیه بهداشتی طراحی و تدوین شد.

دومین جزء از اجزاء هشت گانه نظام مراقبت‌های اولیه بهداشتی «تأمین غذا و تغذیه مناسب^۱» است که فعالیت‌های آن تحت خدمات تغذیه مادران باردار و شیرده و کودکان، در قالب خدمات بهداشت خانواده، به اجرا در آمد.

در سال ۱۳۶۸، با اجرای بررسی ملی گواتر و ترسیم نقشه شیوع گواتر در استان‌های کشور، مشکل کمبود ید، به عنوان یکی از مشکلات تغذیه‌ای شایع در کشور مطرح شد و ضرورت تدوین برنامه کشوری پیشگیری و کنترل اختلالات ناشی از کمبود ید، در دستور کار معاونت بهداشت قرار گرفت و واحد بهبود تغذیه جامعه در معاونت بهداشت با هدف برنامه‌ریزی برای تغذیه جامعه در اداره کل بهداشت خانواده و مدارس راه اندازی شد. از سال ۱۳۷۱، اداره بهبود تغذیه جامعه به عنوان یک اداره مستقل، در معاونت بهداشت تشکیل شد، تا امکان انجام اقدامات درون بخشی و بین بخشی تغذیه فراهم شود. طی سال‌های ۱۳۷۴-۱۳۷۳، ردیف کارشناس تغذیه در مراکز بهداشت استان و شهرستان به‌تصویب رسید. در حال حاضر برنامه‌های بهبود تغذیه جامعه به شرح زیر در شبکه‌های بهداشتی درمانی کشور در دست اجراست:

برنامه‌های بهبود تغذیه و رشد کودکان

پایش رشد کودک

پایش رشد به معنی پایدن یا پیگیری رشد، عبارت از توزین کردن مرتب و دوره‌ای کودکان، رسم منحنی رشد وزنی و قدی و دور سر و انجام به موقع اقدامات لازم برای بهبودی وضعیت تغذیه و پیشگیری از سوء تغذیه است. پایش رشد باید هر چه زودتر پس از تولد شروع شود و تا شش سالگی ادامه یابد.

کارت رشد، ابزار پایش رشد کودک است که شامل کلیه نمودارهای مورد نیاز برای ثبت و ارزیابی رشد کودک از زمان تولد تا پایان ۵ سالگی است. در ایران، کارت رشد برای نخستین بار

¹ Food supply & proper Nutrition

در سال ۱۳۴۳، توسط انستیتو تغذیه و خواربار ایران (نام قبلی انستیتو تحقیقات تغذیه‌ای و صنایع غذایی کشور) چاپ و در شبکه‌های بهداشتی مورد استفاده قرار گرفت. پس از شکل‌گیری نظام شبکه‌های بهداشتی - درمانی کشور و با ایجاد تغییراتی در کارت رشد این کارت ابتدا به صورت دو خطی (صدک ۳ و ۵۰) و سپس به صورت سه خطی (صدک ۳، ۵۰ و ۹۷) در برنامه پایش رشد کودکان در شبکه‌های بهداشتی - درمانی کشور به کار رفته است. به دلیل کوچک بودن اندازه منحنی‌های رشد وزنی، مادر نمی‌توانست روند رشد کودک خود را تفسیر کند. لذا در سال ۱۳۷۹، طراحی کارت رشد جدید، به تفکیک جنس، بزرگ کردن منحنی وزن برای سن تا ۳ سالگی، استفاده از منحنی دورسر و قد، به همراه راهنمای آن و همچنین اختصاص بخشی از کارت به غذای کمکی با تصویب کمیته علمی تغذیه کودکان آغاز و بالاخره پس از یک سال کار کارشناسی، کارت پایش رشد جدید با نام کارت مراقبت کودک همراه با کارت واکسیناسیون چاپ و در خانه‌های بهداشت و مراکز بهداشتی - درمانی توزیع گردید.

اهداف بازنگری کارت پایش رشد عبارت بود از:

- ۱- تسهیل آموزش به مادران و کارکنان بهداشتی
 - ۲- افزایش مشارکت مادران و کارکنان بهداشتی
 - ۳- افزایش دانش کاربردی مادران و کارکنان بهداشتی درباره رشد و تغذیه کودک
 - ۴- حساس کردن کارکنان بهداشتی - درمانی نسبت به پدیده رشد و تغذیه کودک
 - ۵- قابل رویت شدن الگوی رشد کودک برای مادر
 - ۶- تقویت نگرش مثبت کارکنان بهداشتی نسبت به مراقبت ادغام یافته از کودک (رشد، تکامل، واکسیناسیون و تغذیه)
 - ۷- افزایش مشارکت پزشکان عمومی و متخصصین اطفال بخش دولتی و خصوصی، برای استفاده مؤثر از کارت پایش رشد.
- کارت رشد جدید، دارای ویژگی‌های زیر است:
- این کارت مخصوص نگهداری نزد مادر یا مراقب کودک است. با توجه به اختلاف وزن پسران و دختران، کارت مراقبت کودک دختر و پسر جداگانه، تهیه شده است.
 - علاوه بر اطلاعات مربوط به تقویم واکسیناسیون، جدول راهنمای واکسیناسیون نیز، در آن

گنجانده شده است تا والدین به راحتی بتوانند از زمان مراجعه برای واکسیناسیون کودک، مطلع شوند.

- علاوه بر منحنی وزن، منحنی قد و دور سر نیز، در کارت رشد رسم می‌شود. وجود منحنی‌های قد و دور سر، به پزشک کمک می‌کند تا نوع سوء تغذیه کودک را شناسایی کرده و بر اساس آن، اقدام مناسب را انجام دهد.

طرح مداخله‌ای مبتنی بر مشارکت جامعه برای کاهش شیوع سوءتغذیه کودکان

سوءتغذیه کودک یک مشکل چند وجهی است. عوامل اجتماعی و اقتصادی که بر وضعیت تغذیه کودکان اثر می‌کنند، بعضی سریع و در کوتاه مدت و برخی کند و در دراز مدت اثر خود را نشان می‌دهند. ابتلاء مکرر به بیماری‌ها، کم سوادی والدین، ناآگاهی‌های تغذیه‌ای و در نتیجه الگوهای غذایی نامناسب، استفاده از آب ناسالم، کاهش دوره تغذیه با شیر مادر، دیر یا بد شروع کردن غذای کمکی، رعایت نکردن بهداشت مواد غذایی یا به کار گرفتن انواع باورهای نادرست غذایی در تغذیه کودک، از عوامل مؤثر در بروز سوءتغذیه کودکان هستند.

اولین بار از سال ۱۳۷۲-۱۳۷۱، پروژه کاهش سوء تغذیه کودکان در قالب پروژه سلامت برای همه تا سال ۲۰۰۰ میلادی، در شبکه بهداشت و درمان شهرستان بروجن در استان چهارمحال و بختیاری، توسط واحد بهبود تغذیه جامعه و با همکاری‌های درون بخشی و بین‌بخشی، طراحی و در خانه بهداشت سبک اجرا شد. در این طرح، مادر بزرگ‌های فعال و علاقه‌مند که نوه زیر ۵ سال داشتند توسط بهورز به صورت عملی در خانه بهداشت آموزش داده شدند. برای این کار یک آشپزخانه با حداقل وسایل لازم، برای پخت غذای کمکی در خانه بهداشت، تجهیز شد. این گروه داوطلب، آموزش مادران جوان را در زمینه تغذیه کودک با نظارت بهورز، به عهده گرفتند. مداخلات بین بخشی شامل ایجاد باغچه‌های خانگی سبزی کاری شده در منازل روستایی با همکاری مروجین کشاورزی، آموزش عملی مادران در زمینه تغذیه تکمیلی کودک، تقویت پایش رشد کودک، غربالگری کودکان مبتلا به آلودگی‌های انگلی و درمان آن‌ها و آموزش تغذیه خانوارها بود که توسط بهورز، براساس مواد غذایی موجود در محل و غذاهای بومی به مورد اجرا گذاشته شد. ارزشیابی این طرح پس از یک سال نشان داد که شیوع لاغری براساس شاخص

وزن برای قد و کم وزنی براساس شاخص وزن برای سن به طور معنی دار کاهش یافته است، در حالی که در منطقه شاهد، تغییرات معنی دار نبود. اجرای این پروژه نشان داد که برای حل مشکل سوء تغذیه کودکان، باید مداخلات مختلف بر اساس عوامل مؤثر در بروز مشکل به طور همزمان و با مشارکت همه بخش های ذی ربط اجرا شود و این کار توسط بهورزان خانه بهداشت قابل اجراست. این پروژه، مبنای طراحی و اجرای طرح مداخله ای کاهش سوء تغذیه کودکان در سال ۱۳۷۵، از طریق شبکه های بهداشتی، درمانی در مناطق روستایی در ۳ استان کشور، شد.

طرح مشارکتی بهبود تغذیه و رشد کودکان

در سال ۱۳۷۵، طرح مداخله ای بین بخشی کاهش سوء تغذیه کودکان در مناطق روستایی برازجان، ایلام، ایوان و بردسیر به ترتیب در ۳ استان بوشهر، ایلام و کرمان به صورت آزمایشی به اجرا در آمد نکات کلیدی که توسط کمیته راهبردی برای اجرای این طرح توصیه شده بود، بر این مهم تاکید داشت، که طرح باید از حمایت دولت برخوردار شود، بر پیشگیری تاکید داشته باشد و هم چنین با تاکید بر کاهش سوء تغذیه خفیف و متوسط طراحی شود، به جای دیدگاه غالب فعلی که فقط بر بقای کودک تاکید دارد بر بقا و سلامت تاکید کند و انعطاف پذیر باشد تا بر حسب شرایط محلی بتوان در آن تغییرات و تعدیلات مناسب را انجام داد. بهورزان در خانه های بهداشت سه شهرستان ایلام، بردسیر و برازجان، اقدامات وسیعی را اجرا کردند.

این طرح در مدت سه سال با مدیریت کمیته راهبردی در تهران به صورت آزمایشی اجرا شد. کتاب آموزشی یاران چند پیشه، برای آموزش کارکنان تمام ادارات دولتی که در محل به صورتی ارائه خدمت می کردند، تدوین شد، که در حین انجام طرح، به عنوان کتاب پایه تدریس گردید و اطلاعات آموزشی کاملی در زمینه های تغذیه، تاکید بر نیازها و مراقبت های مورد نیاز کودک، بهداشت و سلامت مورد نیاز همه خانواده ها خصوصاً مناطق روستایی را، در اختیار آموزش گیرندگان می گذاشت. این کتاب بعد از گسترش طرح در کشور، بازنگری و تکمیل شده و در حال حاضر برای آموزش کارکنان بین بخشی، مورد استفاده قرار می گیرد. علاوه بر آن، سه کتاب کوچک بسیار کاربردی، برای سواد آموزان نهضت سواد آموزی نیز، با زبان ساده با توجه به شرایط روستایی و نیازهای آموزشی خانواده ها، تدوین و چاپ گردید که بعد از کشوری شدن

طرح توسط نهضت سواد آموزی، چاپ و از طریق آموزش یاران برای آموزش نوسوادان، استفاده می‌شود.

نهایتاً در سال ۱۳۷۸، به منظور تعیین اثربخشی مداخلات ایده طرح توسط محققین مستقل که در گروه مجریان نبودند ارزشیابی شد و کاهش ۵۰ درصد کاهش سوء تغذیه در گروه هدف مداخله (کودکان زیر ۳ سال) را نشان داد.

بعد از ارزشیابی این طرح، گسترش طرح مداخله‌ای کاهش سوء تغذیه در بستر شبکه‌های بهداشتی، درمانی در حداقل یک شهرستان از دانشگاه‌های علوم پزشکی، از سال ۱۳۷۸ آغاز شد و به تدریج شهرستان‌های بیش‌تری را تحت پوشش برنامه قرار دادند.

طرح حمایت تغذیه‌ای کودکان مبتلا به سوء تغذیه نیازمند

کاهش سوء تغذیه کودکان، مستلزم اجرای مداخلاتی است که تمام عوامل اثرگذار بر سوء تغذیه را برطرف نماید. وزارت بهداشت با برنامه‌های مراقبت و پایش رشد کودکان از طریق شبکه‌های بهداشتی - درمانی کشور، پیشگیری و کنترل بیماری‌ها، سالم‌سازی آب آشامیدنی و بهسازی محیط، آموزش مادران و اجرای برنامه ترویج تغذیه با شیر مادر و تغذیه تکمیلی کودک، بخش قابل ملاحظه‌ای از موارد اختلال رشد کودکان را کنترل نموده است، اما رفع سوء تغذیه در آن دسته از کودکانی که به دلیل فقر دچار افت رشد می‌شوند، از عهده بخش بهداشت خارج است. از سال ۱۳۸۰، برنامه حمایتی کمک به تغذیه کودکان مبتلا به سوء تغذیه خانواده‌های محروم و نیازمند، با همکاری کمیته امداد امام خمینی (ره) در ۳ شهرستان شهرضا، سواد کوه و میناب از ۳ استان اصفهان، مازندران، هرمزگان در حال اجراست. در این برنامه، پس از شناخت کودکان دچار تاخیر رشد (براساس دستورالعمل‌های مراقبت از کودکان در خانه بهداشت و مراکز بهداشتی، درمانی شهری و روستایی)، کودکان بیمار در خانواده‌های نیازمند، شناسایی و از طریق مرکز بهداشت استان به کمیته امداد معرفی شده و پس از تایید فقر در خانواده‌های آن‌ها، به صورت موقت یا دائم تحت پوشش حمایت‌های کمیته امداد امام (ره) قرار می‌گیرند. علاوه بر برگزاری کلاس‌های آموزشی منظم توسط بهروزان در خانه‌های بهداشت، به مادران کمک می‌شد تا از مواد غذایی موجود در سبد خانوار، بهتر استفاده کنند. از سال ۱۳۸۳، با توجه به جلسات مشترک با کمیته امداد، به تدریج دو طرح مذکور در

هم ادغام و به نام «طرح مشارکتی حمایتی»، در شبکه‌های بهداشتی، درمانی کشور به اجرا درآمد.

توانمند سازی پزشکان در زمینه بهبود تغذیه و رشد کودکان

در سال ۱۳۷۷، برای اولین بار یک بسته آموزشی کاربردی با عنوان «مجموعه آموزشی بهبود تغذیه و رشد کودکان ویژه پزشکان» با هدف افزایش دانش و آگاهی پزشکان در زمینه تغذیه و رشد کودک و شرایط ارجاع کودکان دچار اختلال رشد توسط بهورزان، تدوین و در سال ۱۳۸۰، چاپ شد. با توجه به استقبال پزشکان، در سال ۱۳۸۲، این کتاب تجدید چاپ گردید و در ادامه برنامه و با هدف تربیت آموزش دهندگان ارشد استانی، ۵ کارگاه آموزشی کشوری با عنوان «بهبود تغذیه و رشد کودکان» برگزار شد. این گروه، متولیان برگزاری کارگاه‌های مشابه برای پزشکان عمومی و متخصصین اطفال بخش‌های دولتی و خصوصی و سایر کارکنان بهداشتی در سطح استان و شهرستان بودند. در مجموع، بیش از ۱۵۰ کارگاه آموزشی در سطح دانشگاه‌های علوم پزشکی، کشور، توسط مراکز بهداشت استان‌ها و با همکاری اساتید گروه اطفال دانشگاه‌های علوم پزشکی برگزار شد و حدود ۱۰ هزار نفر از پزشکان در زمینه تغذیه و رشد کودکان آموزش دیدند.

برنامه بهبود تغذیه مادران باردار و شیرده

پس از انقلاب شکوهمند اسلامی ایران، خدمات بهداشت مادران باردار و شیرده، به عنوان یکی از خدمات عمده در چارچوب نظام شبکه، ارائه شد. در اولین مراجعه مادران باردار با تشکیل پرونده بهداشتی، وضعیت تغذیه‌ای مادر با اندازه‌گیری قد، وزن و تعیین نمایه توده بدنی (BMI) انجام می‌شود. وضعیت کم خونی نیز براساس میزان هموگلوبین، تعیین می‌گردد. آموزش تغذیه صحیح در دوران بارداری و شیردهی، مکمل یاری با ریزمغذی‌ها، تشویق مادران به تغذیه کودک با شیر مادر و تغذیه تکمیلی کودک در قالب برنامه سلامت مادران، انجام می‌شود. در سال ۱۳۷۱، با مستقل شدن اداره بهبود تغذیه جامعه، راهنمای آموزشی تغذیه مادران باردار و شیرده، برای استفاده سطوح مختلف کارکنان بهداشتی - درمانی، تدوین شد.

پایش روند وزن گیری مادران باردار

هدف از این برنامه، تشخیص زودرس سوء تغذیه مادران باردار جهت پیشگیری از سوء تغذیه مادر و جنین در طول بارداری است. سوء تغذیه در شکل کم خوری منجر به لاغری و کمبودهای تغذیه‌ای می‌شود و در اثر بیش خواری و اضافه دریافت کالری نیز اضافه وزن و چاقی می‌شود، مادر را در معرض خطر دیابت بارداری و ... قرار می‌دهد.

طی سال‌های ۱۳۸۴-۱۳۸۳، منحنی وزن گیری مادران باردار با استفاده از تجارب بین‌المللی طراحی و در برنامه ادغام یافته سلامت مادران در شبکه‌های بهداشتی درمانی کشور به کار گرفته شد. با توجه به این که در این منحنی تمام موارد لاغر، طبیعی، اضافه وزن و چاقی مشخص می‌شد و تجمع نمودارهای مربوطه در یک منحنی، که البته با رنگ‌های مختلف مشخص شده بود، کار را برای بهورزان دشوار می‌کرد و در برخی موارد تشخیص‌ها درست انجام نمی‌شد، در سال ۱۳۸۹، این راهنما با هدف سهولت استفاده و تفسیر درست‌تر بازبینی شد و برای هر یک از موارد لاغری، طبیعی، اضافه وزن و چاقی، موارد تک قلوئی و دو قلوئی، منحنی‌های جداگانه تدوین گردید. در حال حاضر پایش روند وزن گیری مادر باردار با استفاده از راهنمای جدید انجام می‌شود.

حمایت تغذیه‌ای مادران باردار و شیرده مبتلا به سوء تغذیه در خانوارهای نیازمند

از سال ۱۳۷۸، مادران باردار و شیرده دچار سوء تغذیه که علت سوء تغذیه آنان دسترسی ناکافی به غذا است، توسط بهورزان شناسایی و به سازمان‌های حمایتی معرفی می‌گردند. سبد غذایی مخصوص مادر باردار، که براساس نیازمندی‌های تغذیه‌ای او توسط دفتر بهبود تغذیه جامعه تدوین شده است، از طریق سازمان‌های حمایتی تأمین و به طور رایگان در اختیار مادران باردار واجد شرایط قرار می‌گیرد. این برنامه ابتدا در سال ۱۳۸۷ در ۱۰ دانشگاه به اجرا گذاشته شد که به تدریج گسترش یافت و در سال ۱۳۹۱، تعداد ۱۵ هزار مادر باردار در ۱۸ دانشگاه علوم پزشکی تحت پوشش برنامه قرار گرفتند.

برنامه بهبود تغذیه نوجوانان و جوانان و مدارس

بهبود تغذیه نوجوانان، جوانان و مدارس مستلزم مجموعه فعالیت‌های هماهنگ و برنامه‌ریزی شده است که در قالب برنامه‌های سلامت کودکان سنین مدرسه، می‌تواند با آموزش تغذیه به دانش آموزان، والدین و کارکنان مدارس در جهت ایجاد عادات و رفتارهای غذایی صحیح در دانش آموزان و عرضه مواد غذایی مغذی و سالم در داخل و اطراف مدرسه، مؤثر باشد. از سال ۱۳۵۸ که اداره کل بهداری آموزشگاه‌ها با تغییر نام به اداره کل بهداشت مدارس، از وزارت آموزش و پرورش جدا و ضمیمه وزارت بهداری شد، تغذیه مناسب، به عنوان یکی از محورهای مهم در برنامه بهداشت مدارس مورد توجه بوده و در راستای بهبود تغذیه دانش آموزان، مدارس اقدامات زیر را انجام می‌دهد:

آموزش تغذیه

مطالب آموزشی متناسب با سن و جنس دانش آموزان شامل موضوعات مختلف تغذیه‌ای از جمله آشنایی با گروه‌های غذایی اصلی، جایگزین‌های مواد غذایی در هر گروه، نقش مواد مغذی در بدن، نقش تغذیه و رشد و یادگیری، میان وعده‌های مناسب، اهمیت مصرف صبحانه، نحوه تهیه، نگهداری، طبخ و مصرف مواد غذایی، مشکلات تغذیه‌ای دانش‌آموزان و بهداشت مراکز تهیه و توزیع مواد غذایی است.

برنامه ارتقاء سطح سلامت دختران دانش آموز دبیرستانی از طریق آهن یاری هفتگی

نتایج بررسی کشوری ریزمغذی‌ها در سال ۱۳۸۰ نشان داده است که ۳۱/۲ درصد دختران ۱۴-۲۰ ساله کشور بر اساس شاخص فریتین^۱ سرم دچار کمبود آهن و در حدود ۱۸ درصد دختران، مبتلا به کم خونی هستند. به منظور پیشگیری و کنترل کم خونی فقر آهن، برنامه آهن یاری هفتگی دختران دانش آموز از سال ۱۳۸۰ ابتدا در چند دبیرستان در شهرستان ساوجبلاغ به صورت پایلوت اجرا شد و پس از ارزشیابی طرح و اثربخشی آن این برنامه در سطح کشور به اجرا درآمد. در این برنامه مکمل آهن حاوی ۶۰ میلی‌گرم آهن المنتال^۲ یکبار در

^۱ Ferritin

^۲ Elemental

هفته و به مدت ۱۶ هفته در طول سال تحصیلی در دبیرستان‌های دخترانه توسط معلمان یا کارکنان دبیرستان که در دوره‌های آموزشی توسط کارشناسان تغذیه مراکز بهداشت استان و شهرستان شرکت کرده‌اند، انجام می‌شود.

برنامه شیر مدرسه

برنامه شیر مدرسه با هدف فرهنگ‌سازی و ترویج مصرف شیر به عنوان منبع عمده پروتئین، کلسیم و فسفر از سال ۱۳۷۹ در یکی از مناطق شهر تهران، به اجرا در آمد. این طرح با اولویت مناطق محروم، برای دانش آموزان مقطع ابتدایی، اجرا شد و در سال ۱۳۸۰ در استان‌های سیستان و بلوچستان، کردستان، کرمانشاه، کهگیلویه و بویراحمد و بوشهر به اجرا در آمد در سال ۱۳۸۱ استان خراسان نیز در برنامه گنجانده شد. در سال ۱۳۸۳، برنامه شیر مدرسه با همکاری وزارت آموزش و پرورش، وزارت جهاد کشاورزی و سازمان مدیریت و برنامه‌ریزی در تمام استان‌های کشور، برای دانش آموزان مقطع ابتدایی اجرا شد.

تداوم و گسترش برنامه شیر مدرسه در سال‌های آتی، ایجاد زمینه مناسب برای ترغیب صنایع به منظور تولید شیر غنی شده با ویتامین «د» و توزیع آن در سطح مدارس با قیمت مناسب و توسعه برنامه‌های آموزشی با هدف ترویج مصرف شیر، می‌تواند نقش مهمی در تأمین بخشی از نیازهای تغذیه‌ای و بهبود رشد کودکان و نوجوانان کشور، داشته باشد.

برنامه ساماندهی وضعیت بوفه‌های مدارس

بوفه‌های مدارس را می‌توان به عنوان پایگاهی برای بهبود عملکرد تغذیه‌ای دانش‌آموزان به شمار آورد. با توجه به این که دانش آموزان ساعات زیادی را در مدرسه می‌گذرانند و معمولاً یک وعده غذای اصلی و یک میان وعده را در مدرسه صرف می‌کنند، توجه به نوع و کیفیت مواد غذایی که در این بوفه‌ها ارائه می‌شود، یکی از اهداف مهم برای حفظ سلامت تغذیه‌ای دانش‌آموزان است. در این برنامه هر ساله فهرست مواد غذایی قابل عرضه که دارای ارزش تغذیه‌ای هستند و مواد غذایی تهدیدکننده سلامت، به عنوان اقلام غذایی غیرمجاز و غیرقابل عرضه در بوفه‌ها در قالب دستورالعمل «پایگاه‌های تغذیه سالم در مدارس» توسط کمیته‌ای متشکل از کارشناسان وزارت بهداشت و وزارت آموزش و پرورش تهیه و به دانشگاه‌های علوم

پزشکی برای نظارت بر اجرای آن ارسال می‌شود، تا در مدارس به اجرا درآید. در این برنامه علاوه بر نظارت بر عرضه اقلام غذایی مجاز در بوفه‌های مدارس که باید به طور مستمر انجام شود، آموزش دانش آموزان و اولیاء آن‌ها در زمینه تغذیه صحیح و میان وعده‌های سالم و مغذی برای دانش آموزان بسیار مهم است. در این زمینه، کارشناسان تغذیه مرکز استان و شهرستان جلسات آموزشی در مدارس را با همکاری آموزش و پرورش برگزار می‌کنند.

برنامه میانسالان و سالمندان

دفتر بهبود تغذیه جامعه در هماهنگی و تعامل با ادارات میانسالان و سالمندان، بسته ارائه خدمات تغذیه‌ای برای میانسالان و سالمندان را تدوین کرده است. با ارائه مراقبت‌های تغذیه‌ای برای این گروه‌ها در خانه‌های بهداشت، به‌ورزان اقدام به شناسایی و غربالگری افرادی که دچار اضافه وزن و چاقی هستند نموده و آن‌ها را از نظر عوامل خطر بیماری‌های غیرواگیر از جمله دیابت، بیماری‌های قلبی عروقی و فشار خون بالا ارزیابی می‌کنند و در صورت دارا بودن عامل خطر، اقدامات تشخیصی و درمانی مورد نیاز با ارجاع به سطح بالاتر و توسط پزشک انجام می‌شود. آموزش و مشاوره تغذیه در سطح محیطی توسط به‌ورزان و کاردان‌ها و در سطح بالاتر توسط پزشکان براساس بسته‌های آموزشی تهیه شده، ارائه می‌شود. در واحد مشاوره تغذیه که در برخی از شهرستان‌ها در مراکز بهداشتی، درمانی شهری ایجاد شده است، رژیم درمانی و مشاوره تغذیه تخصصی تر به افرادی که از سطح محیطی برای مشاوره و رژیم درمانی ارجاع شده‌اند توسط کارشناس تغذیه انجام می‌شود. تهیه متون آموزشی جهت به روز نمودن دانش و ارتقاء عملکرد کارکنان محیطی و ارتقاء دانش، باور و عملکرد پزشکان و کارشناسان تغذیه و بهداشت خانواده، برگزاری کارگاه‌های آموزشی، برگزاری نشست‌های کشوری و سمینارها و برگزاری بسیج آموزشی تغذیه به طور سالانه در کشور از اقدامات متنوع ارتقاء سلامت تغذیه‌ای این گروه است.

پیشگیری و کنترل کمبود آهن

کمبود آهن و کم خونی فقر آهن، یکی از مهم‌ترین مشکلات تغذیه‌ای و بهداشت عمومی در جهان، به‌شمار می‌رود. کودکان زیر ۵ سال، نوجوانان (به خصوص دختران)، زنان سنین باروری

به‌ویژه زنان باردار و شیرده، از گروه‌های آسیب پذیر و در معرض خطر، کم خونی فقر آهن هستند. پیامدهای زیان بار کم خونی فقر آهن از جمله افزایش مرگ و میر مادران به هنگام زایمان، افزایش ابتلا به بیماری‌ها، کاهش ضریب هوشی و کاهش قدرت یادگیری، اختلال در رشد جسمی و نهایتاً کاهش توانمندی‌های ذهنی و جسمی، روند توسعه کشورها را به مخاطره می‌اندازد.

برای پیشگیری و کنترل کمبود آهن و کم خونی ناشی از آن، چهار راه کار عمده، معرفی شده است:

- ۱- مکمل یاری
- ۲- غنی سازی مواد غذایی
- ۳- آموزش تغذیه به منظور بهبود رژیم غذایی، تولید و مصرف مواد غذایی غنی از ریزمغذی‌ها
- ۴- ارتقاء سطح سلامت عمومی و کنترل بیماری‌های عفونی و انگلی

مکمل یاری

مکمل یاری عبارتست از توزیع مکمل‌های دارویی، ویتامین‌ها و املاح بین افراد یک جامعه. این اقدام، موجب بهبود سریع کمبود ریزمغذی‌ها شده و به عنوان یک راه کار مهم، این ویژگی را دارد که می‌توان از آن، برای رفع مشکل گروه‌هایی از افراد جامعه که بیش‌تر در معرض خطر کمبود ریزمغذی‌ها هستند، استفاده کرد.

برنامه‌های مکمل یاری برای گروه‌های در معرض خطر مانند زنان باردار، شیرخواران و کودکان پیش دبستانی که برای دریافت خدمات به مراکز بهداشتی درمانی مراجعه می‌کنند یا افرادی که به دلایل شغلی یا آموزشی ساعاتی از روز را دور هم جمع می‌شوند، مانند کودکان مدرسه، بهترین کارایی را دارد. در کشور برنامه‌های مکمل یاری ریزمغذی‌ها شامل؛ مکمل یاری آهن برای گروه‌های سنی ۲۴-۶ ماهه، زنان باردار و شیرده و دختران سنین بلوغ و مکمل ویتامین A+D، مولتی ویتامین و اسید فولیک برای کودکان زیر ۲ سال و مادران باردار و شیرده، اجرا می‌شود.

مکمل یاری کودکان

مکمل یاری آهن

مکمل یاری آهن در کودکان زیر ۲ سال، به دلیل تأثیری که بر رشد جسمی کودک، افزایش مقاومت بدن در مقابل بیماری‌ها، تکامل مغزی، ارتقاء بهره هوشی و قدرت یادگیری کودک دارد، حائز اهمیت است. پیشگیری از کم خونی در دوران شیرخواری و کودکی از طریق مراقبت‌های اولیه بهداشتی و تجویز آهن، به شکل قطره یا شربت، انجام می‌شود. در کشور برای تمام شیرخواران از پایان ماه ششم (۱۸۰ روزگی) که هم‌زمان با شروع تغذیه تکمیلی است تا ۲۴ ماهگی، قطره آهن تجویز می‌شود. مقدار آهنی که به شیرخواران این گروه سنی داده می‌شود روزانه ۲-۱ میلی گرم به ازای هر کیلوگرم وزن بدن و به شکل قطره یا شربت آهن است. مطالعات انجام شده در کشور، حاکی از میزان کم پذیرش کودکان زیر ۲ سال کشور از قطره آهن است و از دلایل آن می‌توان کیفیت نامطلوب قطره آهن و ناآگاهی مادران از اهمیت دادن قطره آهن به کودک را، برشمرد. تقویت برنامه‌های آموزش همگانی، حساس سازی والدین در مورد اهمیت مصرف مکمل آهن، در کودکان ۲۴-۶ ماهه و بهبود فرمولاسیون مکمل‌های آهن برای داشتن طعم و مزه بهتر و هم‌چنین طراحی و ساخت سایر فرم‌های مکمل آهن مثلاً به شکل پودر^۱ یا شربت آهن با طعم مطلوب تر، از راه کارهایی است که برای کنترل کم خونی فقر آهن در کودکان زیر دو سال کشور، باید مورد توجه قرار گیرد.

مکمل یاری ویتامین آ و د

برنامه مکمل یاری ویتامین A+D یا مولتی ویتامین، با هدف پیشگیری و کنترل کمبود ویتامین A و D اجرا می‌شود. در این برنامه قطره A+D و یا مولتی ویتامین، به میزان ۲۵ قطره برای تمام کودکان از روز پانزدهم پس از تولد تا حداقل پایان ۱۲ ماهگی و در مناطقی که کمبود ویتامین A شایع تر است، براساس دستور عمل تا ۲۴ ماهگی، ادامه می‌یابد. در این برنامه، کودکان روزانه ۱۵۰۰ واحد بین‌المللی ویتامین آ و ۴۰۰ واحد بین‌المللی ویتامین د، را از طریق قطره دریافت می‌کنند.

¹ Sprinkle

برنامه مکمل یاری مگادوز ویتامین A

اجرای برنامه مکمل یاری مگادوز ویتامین A. (در سال‌های ۱۳۸۴-۱۳۷۹)، در استان‌های سیستان و بلوچستان، کهگیلویه و بویر احمد، کرمان و هرمزگان که براساس بررسی وضعیت موجود با کمبود شدید ویتامین A مواجه بودند اجرا شد و ۲۰۵۰۰۰ کودک زیر ۵ سال و ۵۵۰۰۰ مادر تا ۶ هفته پس از زایمان، تحت پوشش برنامه مکمل یاری با مگادوز ویتامین A قرار گرفتند. در این برنامه یک دوز ۱۰۰ هزار واحدی مکمل ویتامین A برای کودکان ۱۲-۶ ماهه و یک دوز ۲۰۰ هزار واحدی مکمل ویتامین A برای کودکان ۵-۱ سال و همچنین مادران تا ۶ هفته پس از زایمان، توزیع شد.

مکمل یاری روی در کودکان

شیوع کمبود روی بر اساس میزان روی سرم، در مناطق روستایی، از ۵ درصد در استان‌های فارس و مرکز استان کرمان تا ۷۵ درصد در مناطق روستایی جنوب خراسان، سیستان و بلوچستان و جنوب کرمان، وجود دارد. در مناطق شهری نیز شیوع کمبود روی، از ۱۰ درصد در استان‌های فارس و مرکز استان کرمان تا ۵۵ درصد در استان‌های سیستان و بلوچستان، جنوب خراسان و جنوب کرمان مشاهده می‌شود. کمبود روی، به عنوان یک مشکل تغذیه‌ای عمده در کودکان ۲۴-۱۵ ماهه کشور، مطرح است.

در سال ۱۳۸۰، کمیته کشوری تغذیه کودکان، دستورالعمل مکمل یاری روی برای کودکان مبتلا به اسهال را تدوین کرد و برای اجرا به پزشکان عمومی و متخصصین کودکان ابلاغ شد و به همین منظور، شربت روی با دوز پیشگیری (۵ میلی گرم)، برای کودکان زیر ۵ سال، تولید و عرضه گردید.

در سال ۱۳۹۰ به منظور پیشگیری و کنترل کمبود روی در کودکان سالم، طرح آزمایشی تعیین قابلیت اجرا و تأثیر تجویز سولفات روی بر پیشگیری از کندی رشد کودکان زیر ۲ سال با هدف تعیین میزان تمایل و سازگاری شربت روی در مادران و کودکان زیر ۲ سال، تعیین و مقایسه میزان افزایش وزن و قد در گروه مداخله و شاهد در خانه‌های بهداشت دو شهرستان ورامین و دماوند به اجرا گذاشته شد. ارزشیابی نهایی طرح، سه ماه پس از اجرای مداخله، نشان داده است که مکمل یاری روی در کودکان ۲۴-۶ ماهه منجر به بهبود رشد وزن و قد کودکان

می‌شود. از سال ۱۳۹۱ با همکاری دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی اجرای این طرح در سطح وسیع تر و مطالعه شاخص‌های خونی ریز مغذی‌ها روی و آهن در دست اجراست. با توجه به شیوع کمبود روی در کودکان زیر ۶ سال، مکمل یاری روی با دوز پیشگیری از طریق شبکه‌های بهداشتی - درمانی کشور باید مورد توجه قرار گیرد. برای سهولت کار و افزایش میزان پذیرش مکمل‌ها، لازم است مکمل‌های ریزمغذی‌ها که تمام ریزمغذی‌های مورد نظر شامل آهن، روی، ویتامین A و D را یک جا داشته باشد در کشور تولید شود.

مکمل یاری زنان باردار و شیرده

مکمل یاری آهن

توزیع مکمل آهن به صورت توزیع قرص فرسولفات^۱ بین تمام زنان باردار تحت پوشش شبکه‌های بهداشتی - درمانی کشور، انجام می‌شود. دوز توصیه شده روزانه، یک قرص سولفات فرو است که حدود ۶۰-۵۵ میلی گرم آهن المنتال^۲ دارد و مصرف آن از پایان ماه چهارم بارداری تا ۳ ماه پس از زایمان توصیه می‌شود. مصرف مکمل آهن، از ابتلا مادر به کم خونی فقر آهن و عوارض آن، از جمله احساس ضعف و خستگی، کاهش تمرکز حواس، تضعیف سیستم ایمنی بدن و افزایش ابتلا به بیماری‌های مختلف، پیشگیری می‌کند. هم‌چنین شانس تولد نوزاد با وزن کم (کم‌تر از ۲۵۰۰ گرم) در مادران بارداری که به طور منظم از مکمل آهن استفاده می‌کنند، کم‌تر می‌شود.

مکمل اسید فولیک

به دلیل نقشی که اسید فولیک در جلوگیری از نقایص مادرزادی لوله عصبی در جنین دارد، مصرف آن از سه ماه قبل از بارداری (در صورتی که برای باردار شدن برنامه‌ریزی شده باشد) توصیه شده است و در غیر این صورت، مکمل اسید فولیک از زمان اطلاع از بارداری تا هنگام زایمان با روزانه یک عدد قرص اسید فولیک، توصیه شده است.

^۱ Ferrosolphate

^۲ Elemental

مکمل یاری مولتی ویتامین مینرال^۱

توزیع کپسول مولتی ویتامین ساده یا همراه با مینرال به صورت روزانه یک عدد برای تمام زنان باردار از پایان ماه چهارم بارداری شروع و تا انتهای بارداری ادامه می‌یابد.

مکمل یاری دختران سنین بلوغ

نوجوانان به ویژه دختران در سنین بلوغ، در زمره گروه‌های در معرض خطر کم خونی فقر آهن هستند. در بسیاری از کشورها، مطالعات متعددی برای مقایسه اثربخشی مکمل یاری آهن به صورت روزانه یا هفتگی انجام شده است. دفتر بهبود تغذیه جامعه، در سال تحصیلی ۸۱-۱۳۸۰، اثربخشی دوز هفتگی آهن در دختران دبیرستانی با دو دوره ۱۶ و ۲۰ هفته را، در منطقه ساوجبلاغ مطالعه و مورد مقایسه قرار داد. نتایج این مطالعه نشان داد که آهن یاری به مدت ۱۶ هفته، ذخایر آهن بدن دختران را بهبود می‌بخشد.

بر اساس مطالعه انجام شده در ساوجبلاغ، برنامه کشوری مکمل یاری دختران دبیرستانی با عنوان برنامه «ارتقاء سطح سلامت دختران دانش آموز دبیرستانی از طریق آموزش تغذیه و آهن یاری هفتگی» در استان‌های کشور، به اجرا در آمده است. این برنامه در بخش تغذیه دانش آموزان شرح داده شده است.

غنی سازی مواد غذایی

غنی سازی عبارتست از افزودن یک یا چند ماده مغذی به غذای مصرفی متداول جامعه. غنی سازی مواد غذایی با انواع مواد مغذی مثل آهن، روی، کلسیم، ویتامین‌های گروه B، به عنوان ارزان‌ترین و مؤثرترین راه برای کاهش شیوع کمبود ریزمغذی‌ها در جامعه، مطرح است و در بلند مدت، می‌تواند به صورت پایدار موجب بهبود وضعیت ریزمغذی‌ها و کاهش شیوع آن‌ها شود. با مصرف روزانه محصولات غذایی غنی شده، بخشی از نیاز بدن تأمین می‌شود.

^۱ Mineral Multi Vitamin

برنامه غنی سازی آرد

برنامه غنی سازی آرد، از خرداد ماه سال ۱۳۸۰، در استان بوشهر آغاز شد. نتایج ارزیابی میان دوره‌ای حاکی از اثرات مثبت غنی سازی آرد بر ذخایر آهن جمعیت استان بوشهر بود. در سال ۱۳۸۲، برنامه غنی سازی آرد در شهرستان ارسنجان استان فارس و سپس در سال ۱۳۸۳ در استان‌های سیستان و بلوچستان و فارس آغاز شد و در سال ۱۳۸۴، استان کرمان نیز تحت پوشش قرار گرفت. برنامه ملی غنی سازی مواد غذایی با تاکید بر آرد، در سال ۱۳۸۵ تدوین شد و از سال ۱۳۸۶ برنامه ملی غنی سازی آرد با آهن و اسید فولیک در سطح کارخانجات آرد کشور اجرا شد. این برنامه پس از هدفمندی یارانه‌ها و آزاد سازی قیمت آرد و نان، با در نظر گرفتن هزینه غنی سازی در قیمت آرد و نان تداوم یافته است. لازم به ذکر است که هزینه غنی سازی آرد بسیار اندک است و در سال ۱۳۸۶ هزینه غنی سازی به ازاء هر نان ۱۰ تا ۱۲ ریال برآورد گردیده است.

هم‌چنین، موفقیت برنامه غنی سازی آرد، مستلزم بهبود کیفیت نان است. در این راستا، کاهش میزان نمک و جوش شیرین، تسهیل نمودن دسترسی نانوایان به خمیر مایه صنعتی با قیمت مناسب به عنوان جایگزین مناسب جوش شیرین و بهبود کیفیت گلوتن گندم، با جلب همکاری نهادهای ذی ربط در حوزه آرد و نان باید مورد توجه قرار گیرد.

غنی سازی شیر با ویتامین D

کمبود ویتامین D با اختلال در جذب کلسیم، شانس پوکی استخوان را افزایش می‌دهد. نقش ویتامین D در پیشگیری از دیابت نوع ۲، نیز به اثبات رسیده است. ویتامین D در منابع غذایی بسیار محدود است و کشورهای جهان برای پیشگیری و کنترل کمبود ویتامین D، غنی سازی شیر با این ویتامین را، انجام داده‌اند.

طرح غنی سازی شیر با ویتامین D در سال ۱۳۸۲، به شکل آزمایشی در سطح شهر تهران مورد مطالعه قرار گرفت و شیر غنی شده با ویتامین D، به صورت آزمایشگاهی، تولید شد. با توجه به موفقیت برنامه، مجوز تولید شیر غنی شده با ویتامین D، داده شد. آموزش و اطلاع رسانی در زمینه پیامدهای کمبود ویتامین D و فواید مصرف شیر غنی شده، در کنترل کمبود این ویتامین توسط کارکنان بهداشتی - درمانی، باید به طور مستمر انجام شود.

این راه کار در صورتی می تواند مؤثر واقع شود که هزینه های غنی سازی شیر با حمایت دولت به هر طریق ممکن تأمین شود تا شیر غنی شده با قیمت مناسب در دسترس مردم به ویژه اقشار کم درآمد جامعه قرار گیرد.

غنی سازی کیک و کلوچه با ویتامین A و آهن

با در نظر گرفتن کودکان سنین مدارس که جمعیت کثیری از افراد کشور را تشکیل می دهند و اهمیت تغذیه این گروه، تولید یک میان وعده دانش آموزی نظیر کیک یا کلوچه که با ریزمغذی های مختلف غنی شده است راه کار مناسبی، برای رفع این کمبودها است. در این برنامه با همکاری شرکت های سازنده کیک و کلوچه، یک میان وعده دانش آموزی نظیر کیک یا کلوچه، در مرحله اول با آهن و ویتامین A در سال ۱۳۸۳ و در مراحل بعدی با ریزمغذی روی که در این سنین کمبود آن شایع است، در سال ۱۳۸۹ غنی سازی شد.

پیشگیری و کنترل اختلالات ناشی از کمبود ید

کمبود ید از مشکلات تغذیه ای شایع در جهان است که عوارضی مانند نازایی، سقط جنین، تولد نوزاد مرده، ناهنجاری های مادرزادی، عقب ماندگی های ذهنی، گواتر^۱ و کرتینسم^۲ را به دنبال دارد. ناتوانمندی های ذهنی و جسمی به دنبال کمبود ید، روند توسعه کشورها را مورد مخاطره قرار می دهد.

کمبود ید و اختلالات ناشی از آن با طیف وسیعی از تظاهرات بالینی، به عنوان یکی از مشکلات بهداشتی - تغذیه ای کشور ایران محسوب می شده است. در دهه ۱۳۴۰ ایران به عنوان یکی از مناطق دچار کمبود ید شناخته شد، اما اقدامی برای پیشگیری و کنترل کمبود ید، صورت نگرفت. در سال های بعد از انقلاب اسلامی ایران، محققان مطالعات وسیع تری برای شناخت وسعت مشکل انجام دادند. نتایج این مطالعات طی سال های ۱۳۶۸-۱۳۶۲، نشان داد که در حدود ۱۵ میلیون نفر در معرض اختلالات ناشی از کمبود ید هستند و ۳ میلیون نفر نیز از عوارض شدید کمبود ید، رنج می برند. با توجه به بررسی کشوری سال ۱۳۶۸، هم زمان با

^۱ Goiter

^۲ Cretinism

تشکیل کمیته کشوری پیشگیری و کنترل اختلالات ناشی از کمبود ید در وزارت بهداشت، برنامه کشوری پیشگیری از اختلالات ناشی از کمبود ید، تدوین گردید و تولید و توزیع نمک یددار و تزریق آمپول ید روغنی در مناطق هیپراندمیک کشور، به عنوان راه کار اصلی مبارزه با این اختلالات، آغاز شد. در سال ۱۳۷۱، اولین خط اسپری تولید نمک یددار توسط یکی از کارخانه‌های داخلی طراحی و حمایت اعضاء کمیته کشوری باعث شد که تولید نمک یددار به صورت جدی شروع شود و دیگر مجوزی برای کارخانه‌های تولید نمک غیر یددار، صادر نگردد.

ادغام برنامه اختلالات ناشی از کمبود ید^۱ در نظام شبکه، یکی از راه کارهای مهم دیگر برای پیشبرد برنامه بود که از سال ۱۳۷۲، در دو مرحله در کشور، آغاز شد. در سال ۱۳۷۳، با مطرح شدن برنامه USI^۲، کمیته کشوری IDD، دستورالعمل خاصی برای کل کشور تدوین کرد و توزیع نمک غیر یددار در سطح فروشگاه‌ها و مغازه‌ها، ممنوع شد. براساس این دستورالعمل، پایش نمک‌های خوراکی در سه سطح تولید، عرضه و مصرف، باید انجام شود.

در سه سال متوالی (۱۳۷۳، ۱۳۷۴ و ۱۳۷۵) هم زمان با روزهای بسیج ملی ریشه‌کنی فلج اطفال آموزش همگانی در زمینه اختلالات ناشی از کمبود ید و اهمیت مصرف نمک یددار همراه با ارائه یک بسته کوچک نمک یددار صورت گرفت که موجب استقبال همگانی مردم در مصرف نمک یددار گردید.

در سال ۱۳۷۳، دستورالعمل اجرایی پایش مقدار ید در نمک‌های خوراکی، به منظور حصول اطمینان از میزان ید دریافتی توسط مردم تهیه شد و با همکاری مرکز سلامت محیط و کار به اجرا در آمد.

پایش یددار

یکی از اقدامات مهم در جهت حصول اطمینان از دریافت ید کافی، پایش ادواری ید ادرار دانش‌آموزان ۸-۱۰ ساله است. در همین راستا، همه ساله از هر دانشگاه، ۲۴۰ نمونه ادرار دانش‌آموزان جمع‌آوری و برای انجام آزمایش ید ادرار به آزمایشگاه‌هایی که بدین منظور تجهیز و راه اندازی شده‌اند، ارسال می‌گردد. در مجموع نتایج ۱۰۸۰۰ نمونه در کل کشور؛ مورد

^۱ IDD, Iodine Deficiency Disorders

^۲ Universal Salt Iodization

بررسی قرار می‌گیرد. در صورتی که میانه یُد ادرار بالاتر از ۱۰۰ میکروگرم در دسی لیتر باشد به معنی کفایت دریافت یُد در منطقه است. سایر برنامه‌های دفتر بهبود تغذیه، عبارتند از:

برنامه‌های بهبود وضعیت تغذیه بالینی در بیمارستان‌های کشور و مراکز مشاوره

تغذیه و رژیم درمانی در سطح جامعه

دفتر بهبود تغذیه جامعه، به منظور بهبود وضعیت تغذیه بیماران بستری و سرپایی مراجعه‌کننده به مراکز درمانی و هم‌چنین سامان بخشیدن به وضعیت مراکز مشاوره تغذیه و رژیم درمانی در سطح جامعه، اقداماتی به شرح زیر را از سال ۱۳۸۲ انجام داده است:

- بازنگری شرح وظایف کارشناسان تغذیه در بیمارستان‌ها
 - اصلاح ساختار تشکیلاتی بخش تغذیه در بیمارستان‌ها
 - برنامه‌ریزی تغذیه در اماکن عمومی (رستوران‌ها، مهد کودک‌ها، زندان‌ها و ...):
- افرادی که تغذیه آنان بنابر دلایلی به طور موقت یا طولانی مدت در مکان‌های عمومی صورت می‌گیرد، بخش عمده‌ای از جامعه را تشکیل می‌دهند که عمدتاً در گروه جمعیت در معرض خطر بیماری‌های غیرواگیر مرتبط با تغذیه قرار دارند و توجه به کیفیت رژیم غذایی آن‌ها در محیط‌های کار، حائز اهمیت است. در هر یک از اماکن فوق با توجه به گروه هدف، باید نیازهای اساسی تغذیه‌ای برآورد و استانداردهای تغذیه‌ای مورد نظر در برنامه غذایی کارکنان اجرا گردد. در این راستا، حمایت و همکاری تمام سازمان‌های ذی‌ربط مورد نیاز است. دستورالعمل، تغذیه در مراکز عمومی، مشتمل بر نکاتی برای بهبود کیفیت غذا، علاوه بر موارد مربوط به ایمنی غذا و بهداشت محیط غذا خوری‌ها، در سال ۱۳۸۷، تدوین و به تمام وزارتخانه‌ها و سازمان‌ها، جهت اجرا، ابلاغ شده است.
- پایش و نظارت بر اجرای درست این دستورالعمل، آموزش کارکنان بخش‌های مختلف به ویژه افرادی که در تهیه و توزیع غذا درگیر هستند، در سال‌های آتی، باید با جدیت دنبال شود.

تدوین سبد غذایی مطلوب

از سبد غذایی مطلوب، به عنوان ابزاری برای تدوین سیاست‌ها و برنامه‌ریزی اجرایی در زمینه

مسائل غذا و تغذیه، سیاست‌گذاری‌های اقتصادی، آموزش و ارتقاء فرهنگ و سواد تغذیه‌ای مصرف‌کنندگان استفاده می‌شود. سبد غذایی مطلوب، به دلیل آن که الگویی است که در آن مواد مغذی در مقادیر صحیح و به نسبت‌های متناسب در نظر گرفته شده است، نیازهای تغذیه‌ای فرد را تأمین کرده و از بروز بیماری‌های ناشی از کمبود مواد مغذی جلوگیری می‌کنند. از طرفی سبد غذایی مطلوب با رعایت تعادل و تنوع، خطر بروز و شیوع بیماری‌های مزمن را کاهش می‌دهد.

تدوین اولین سبد غذایی مطلوب، در سال ۱۳۷۶ و در طرح مابا، مطرح شد. سبد غذایی مطلوبی که در طرح «مابا» تدوین شد، با در نظر گرفتن الگوی مصرف جاری، نیازهای تغذیه‌ای سلولی (نیاز به مواد مغذی) و الگوی مصرف مدیریتانه‌ای، تدوین شد.

دومین سبد غذایی مطلوب، در سال ۱۳۸۳ و بر اساس نتایج مطالعات مصرف غذایی خانوارهای کشور، تدوین شد.

سومین سبد غذایی مطلوب غذایی، در سال ۱۳۹۱، با توجه به نیازهای انرژی و مواد مغذی کلیدی و استانداردها و توصیه‌های بین‌المللی برای کل جمعیت ایران و برای اولین بار به تفکیک گروه‌های سنی - جنسی ۲-۳ سال، ۴-۵ سال، ۶-۱۱ سال، ۱۲-۱۷ سال، ۱۸-۲۹ سال، ۳۰-۶۰ سال و بالای ۶۰ سال، تدوین شد. در تدوین این سند، از اطلاعات مربوط به تولید و عرضه غذا از ترازنامه‌های غذایی ۱۳۸۸-۱۳۸۱ و الگوی مصرف خانوارهای ایرانی در سال ۱۳۹۰ استفاده شده است.

برای ترویج سبد غذایی مطلوب، اجرای برنامه‌های آموزشی برای کارکنان و عموم مردم ضروری است. بومی سازی سبد غذایی و ترویج آن براساس غذاهای بومی و محلی، از اقداماتی است که باید به اجرا در آید. همچنین، وزارتخانه‌ها و سازمان‌هایی که متولی تأمین، توزیع و عرضه اقلام غذایی هستند، باید براساس سبد مطلوب غذایی پیشنهادی وزارت بهداشت، برنامه‌ریزی کنند.

تدوین سند ملی تغذیه و امنیت غذایی

چهار عامل اصلی مؤثر بر امنیت غذا و تغذیه، شامل دسترسی اقتصادی (درآمد و قیمت‌ها)، دسترسی فیزیکی (وجود غذا در محل زندگی)، فرهنگ و سواد تغذیه‌ای و رهایی از بیماری

(بهره‌مندی سلولی از مواد مغذی) است. برنامه‌ریزی برای امنیت غذا و تغذیه، مستلزم شناسایی عوامل مؤثر بر تغذیه جامعه، درآمد مردم و سهمی از درآمد که بابت غذا می‌پردازند، عادات و فرهنگ غذایی مرسوم و عوامل دیگری که بر انتخاب غذا اثر می‌گذارند، میزان دسترسی مردم به مواد غذایی و خدمات بهداشتی، درمانی، چگونگی آموزش مردم در زمینه تغذیه مناسب و چگونگی توزیع غذا در خانواده همه از عواملی هستند که باید به‌دقت مورد توجه قرار گیرند. بخش بهداشت با تأمین سلامت مردم و اجرای برنامه‌های آموزشی، در این میان نقش مهمی دارد، ولی فراهم شدن دسترسی فیزیکی به غذا و دسترسی اقتصادی، در حیطه مسئولیت‌های سایر بخش‌های توسعه است.

سند ملی تغذیه و امنیت غذایی در سال ۱۳۹۱، با مرور اسناد و برنامه‌های قبلی، نظرات خبرگان و ذی‌نفعان بین بخشی در سه مرحله انجام شده است: تحلیل وضعیت موجود از طریق بررسی متون و اسناد، تحلیل شاخص‌ها، تحلیل نظام مدیریت تغذیه و امنیت غذایی و برنامه‌های موجود، جهت گیری شامل دورنما، اهداف راهبردی و مداخلات کلان در سه حوزه اصلی تأمین پایدار غذا، بهبود ایمنی غذا و برنامه‌های سلامت تغذیه‌ای جامعه تدوین شد تا با به‌کارگیری آن:

- ۱- زبان مشترک و تعهد جمعی ذی‌نفعان (درون و بین بخشی)، در زمینه اهداف و راهبردهای ارتقاء تغذیه و امنیت غذایی به وجود آید.
 - ۲- بستر مناسب برای عملیاتی سازی اسناد بالادستی مرتبط (از جمله برنامه پنجم توسعه کشور و نقشه تحول نظام سلامت) و نهادینه سازی برنامه‌های قبلی ایجاد شود.
 - ۳- حمایت طلبی برای افزایش منابع و الزامات بهبود وضعیت تغذیه و امنیت غذا، از جمله ساختار و نظام کاری در سطح شهرستان، استان و ستاد تسریع گردد.
- در نهایت انتظار می‌رود با استقرار سند ملی در سال‌های آتی، شاخص‌های مهم تغذیه و امنیت غذایی بهبود یابد.

ترسیم نقشه آسیب پذیری و ناامنی غذایی کشور و استقرار نظام پایش ناامنی

غذایی

سازمان غذا و کشاورزی جهانی برای کمک به حل مشکل گرسنگی و ناامنی غذایی و تغذیه‌ای،

راهبرد ایجاد و به‌کارگیری سامانه اطلاعاتی ناامنی غذایی را، تحت عنوان (FIVIMS¹)، ارائه کرده است. این سامانه، مناطق در معرض خطر ناامنی غذایی را شناسایی می‌کند و به صورت شبکه‌ای، اطلاعات بخش‌های مختلف را، گردآوری، تجزیه و تحلیل و منتشر می‌کند. در حال حاضر، در بسیاری از کشورها از جمله کشورهای آسیایی نظیر فیلیپین، پاکستان، سوریه، یمن، هند، اندونزی، تایلند و ویتنام، کشورهای آفریقایی نظیر موزامبیک، سنگال، زامبیا، مالی و کشورهای اروپایی مانند لهستان و ترکیه و همچنین کشورهای امریکای جنوبی مانند پرو، این سامانه وجود دارد.

دفتر بهبود تغذیه جامعه با همکاری نزدیک دستگاه‌های ذی‌ربط از جمله وزارتخانه‌های جهاد کشاورزی، رفاه و تأمین اجتماعی، بازرگانی، و کمیته امداد امام خمینی، نسبت به معرفی این سامانه اطلاعاتی و تدوین اولین نقشه ناامنی غذایی در کشور، در قالب یک پژوهش کاربردی از سال ۱۳۸۸ اقدام نمود.

تهیه اولین نقشه وضعیت امنیت غذا و تغذیه در استان‌های کشور، با توجه به زیرساخت‌های کشاورزی، اقلیمی، اقتصادی، اجتماعی، و بهداشتی و تغذیه صورت گرفته است. بدین ترتیب، بر اساس تحلیلی بر روی مجموع حیطه‌های مرتبط، هر یک از استان‌ها در یکی از طیف‌های وضعیت امنیت غذا و تغذیه (بسیار مطلوب، مطلوب، نسبتاً مطلوب، نسبتاً نامطلوب، نامطلوب، و بسیار نامطلوب)، قرار گرفتند. برخورد منطقی و رفع پایدار مشکل ناامنی غذایی، نیازمند توجه به دلایل پایه‌ای آن و انتخاب راهبردهای مداخلاتی چند بخشی با مشارکت کلیه بخش‌های تأثیرگذار در سطوح ملی و استانی است. در این راستا، هماهنگی و یکپارچگی سیاست‌ها، برنامه‌ها و اقدامات دستگاه‌های مرتبط در زمینه امنیت غذا و تغذیه، پیش شرط لازم است. گزارش این مطالعه به صورت کتاب چاپ شده و همراه با لوح فشرده به همراه نامه‌ای با امضای وزیر بهداشت به وزیرای وزارتخانه‌های ذی‌ربط در امر غذا و تغذیه و همچنین رؤسای دانشگاه‌های علوم پزشکی، ارسال شده است. اطلاعات موجود در این گزارش، توسط معاونین بهداشتی در جلسات کارگروه سلامت و امنیت غذایی استان، مطرح شده و تکالیف هر بخش برای تدوین برنامه عملیاتی امنیت غذایی در استان، در دستور کار کارگروه قرار گرفته است.

¹ Food Insecurity and Vulnerability Information and Mapping System

شناسایی و مراقبت اضافه وزن و چاقی در کودکان

کم تحرکی و مصرف مواد غذایی کم ارزش و پر انرژی و عادات نامناسب در زندگی کودکان، آن‌ها را به سمت اضافه وزن و چاقی سوق می‌دهد. اضافه وزن و چاقی کودکان، زمینه‌ساز ابتلا به بیماری‌های متعدد است. بررسی‌های انجام گرفته در ایران، حاکی از روند رو به افزایش چاقی در کودکان، به ویژه در برخی استان‌های شمالی کشور است. راهنمای شناسایی و مراقبت اضافه وزن و چاقی در نظام شبکه‌های بهداشتی، درمانی کشور، در سال ۱۳۹۱ تدوین و در سال ۱۳۹۲ به صورت آزمایشی اجرا خواهد شد که پس از مطالعه قابلیت اجرایی آن، در شبکه‌های بهداشتی، درمانی به اجرا در خواهد آمد. در این برنامه، بهورزان و کاردان‌ها هم زمان با پایش رشد کودک، موارد مبتلا به اضافه وزن و چاقی را شناسایی کرده و در سطوح مختلف ارجاع، عوامل خطر بیماری‌های غیرواگیر از جمله سابقه فامیلی دیابت، بیماری‌های قلبی عروقی، فشار خون بالا و اختلال در چربی‌های خون را در آنان بررسی می‌کنند و مطابق با راهنمای تدوین شده، مداخلات لازم، آموزش و مشاوره تغذیه و پیگیری‌های مورد نیاز را، انجام می‌دهند.

راهنمای مدیریت تغذیه، در کودکان دچار اضافه وزن و چاقی مبتنی بر مدرسه

در قالب برنامه سلامت دانش آموزان، کودکان در بدو ورود به مدرسه برای معاینات بهداشتی و تکمیل شناسنامه سلامت به خانه‌های بهداشت، مراکز بهداشتی - درمانی و پایگاه‌های بهداشتی مراجعه می‌کنند. با اندازه‌گیری قد، وزن و محاسبه نمایه توده بدنی، کودکانی که دچار اضافه وزن و چاقی هستند، شناسایی شده و تحت پوشش برنامه مراقبت تغذیه‌ای قرار می‌گیرند. این راهنما در سال ۱۳۹۱ برای شناسایی کودکان در اولین سال دبستان که برای معاینات بهداشتی و تکمیل شناسنامه سلامت مراجعه می‌کنند، تدوین و در سال ۱۳۹۲ در استان تهران به صورت آزمایشی به اجرا گذاشته خواهد شد.

هدفمندی یارانه‌های غذایی

یکی از سیاست‌های ملی امنیت غذایی در کشور برای پوشش دادن نارسایی‌های موجود تحت نظام دسترسی افراد و خانوارها به غذا، سیاست حمایت یارانه‌ای است. یارانه‌های غذایی در

برنامه چتر حمایتی دولت، جایگاه مهمی در بهبود تغذیه جامعه دارند. در صورت شناسایی افراد و خانوارهای نیازمند و هدف‌گذاری درست یارانه‌ها، می‌توان مخاطرات دسترسی افراد و خانوارها به غذا (در صورت مواجهه با نرخ‌های تورم بالا) و مشکل ناامنی غذایی حاد را در کشور مرتفع، ساخت. در کشور یارانه به آرد و نان، روغن، قند و شکر و برنج به صورت یکسان به اقشار کم درآمد و با درآمد بالا داده می‌شد. نتایج بررسی‌های مصرف غذایی خانوارهای کشور در سال‌های ۱۳۸۱-۱۳۷۹ حاکی از آن بود که در حدود ۵۵ درصد خانوارهای کشور، بیش از حد نیاز روزانه انرژی دریافت می‌کنند.

دریافت کالری اضافی به دلیل مصرف زیاد قند، شکر، روغن و نان که به دلیل تخصیص یارانه، با قیمت ارزان در دسترس مردم قرار می‌گرفت، یکی از دلایل مهم اضافه وزن و چاقی و به دنبال آن، افزایش روند بیماری‌های غیرواگیر مرتبط با تغذیه در کشور است. یکی از اقدامات عمده در دفتر بهبود تغذیه جامعه، پیشنهاد جهت دادن یارانه‌های غذایی و سوق دادن آن از اقلام صرفاً انرژی زا به آن دسته از مواد غذایی منبع تأمین ریزمغذی‌ها، بود. برنامه هدفمندی یارانه‌های غذایی و حذف یارانه قند، شکر، روغن، آرد و نان که از سال ۱۳۸۹ به اجرا گذاشته شده است، در کنار افزایش تحرک بدنی، برنامه‌های ارتقاء فرهنگ و سواد تغذیه‌ای و کنترل سایر عوامل خطر بیماری‌های غیرواگیر، می‌تواند نقش مهمی در کاهش روند رو به گسترش این بیماری‌ها در کشور، داشته باشد.

بهبود کیفیت روغن‌های خوراکی

کیفیت نامطلوب روغن‌های خوراکی، یکی از علل عمده شیوع بالای بیماری‌های قلبی و عروقی است. بررسی‌های انجام شده در دو دهه گذشته، حاکی از آن است که مصرف روغن نباتی جامد، حدود ۸۰ درصد از کل روغن مصرفی جامعه را به خود اختصاص داده بود که کیفیت مطلوبی نیز نداشت. به طوری که میزان اسید چرب ترانس، به طور متوسط ۳۰ درصد بود. اقدامات زیادی در جهت بهبود کیفیت روغن‌ها انجام گردیده است.

تحلیل روند وضعیت تغذیه جامعه در سال‌های پس از انقلاب اسلامی

۱- وضعیت تغذیه کودکان زیر ۵ سال

آخرین بررسی ملی^۱ MIDHS در سال ۱۳۸۹، نشان داد که شیوع سوءتغذیه کودکان زیر ۵ سال کشور، در حدود ۵۰ درصد کاهش یافته است. از جمله شیوع کم وزنی متوسط و شدید در کودکان زیر ۵ سال کشور، از ۱۶/۸ درصد در سال ۱۳۷۴، به ۴/۰۸ درصد و کوتاه قدی تغذیه‌ای متوسط و شدید، از ۱۹/۷ درصد در سال ۱۳۷۴، به ۶/۹ درصد در سال ۱۳۸۹، کاهش یافته است.

بدون شک برنامه‌های توسعه در سال‌های پس از انقلاب اسلامی و هم‌چنین اقداماتی که در جهت بهبود دسترسی فیزیکی به غذا، اجرای طرح‌های درآمدزا در مناطق روستایی، آموزش و فرهنگ سازی تغذیه در سطح وسیع، ارائه کمک‌های غذایی و درمانی رایگان برای کودکان نیازمند مبتلا به سوءتغذیه، تقویت برنامه‌های مراقبتی کودکان از جمله ترویج تغذیه با شیرمادر، و آموزش مادران در زمینه تغذیه کودکان به صورت عملی تقویت برنامه پایش رشد، آموزش مادران در زمینه تغذیه براساس مواد غذایی بومی و محلی، اجرای مداخلات بین بخشی برای بهبود وضعیت تغذیه در منطقه، توانمند سازی خانوارها با اجرای برنامه‌های فقرزدایی و اشتغال زایی و ...)، با هدف بهبود دسترسی اقتصادی به غذا و قرار گرفتن تمام بخش‌های مرتبط از جمله بهداشت، جهاد کشاورزی، بازرگانی، آموزش و پرورش، نهضت سوادآموزی و کمیته امداد امام خمینی (ره) و ... در زیر چتر حمایتی استاندارد و در نتیجه کسب تعهد سیاسی، از دلایل عمده کاهش سوءتغذیه کودکان و حفظ و ارتقاء شاخص‌های رشد کودکان کشور است.

۲- وضعیت تغذیه مادران باردار و شیرده

ارزشیابی برنامه حمایت تغذیه‌ای مادران باردار و شیرده مبتلا به سوءتغذیه، در خانوارهای نیازمند، نشان می‌دهد که با ارائه سبد غذایی، ۸۵ درصد مادران تحت پوشش، از روند افزایش وزن مطلوب در دوره بارداری برخوردار شده‌اند. گسترش این برنامه در سطح تمام دانشگاه‌های

^۱ Multiple indicators of demographic and health survey

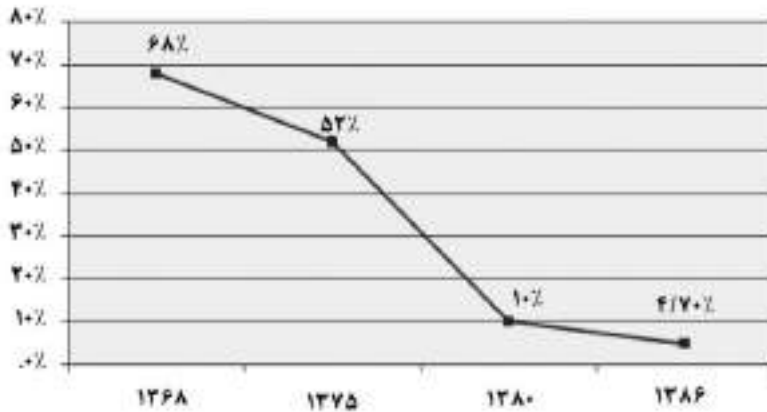
علوم پزشکی کشور، با همکاری سازمان‌های حمایتی، می‌تواند نقش مهمی در بهبود تغذیه مادران باردار داشته باشد. در حال حاضر به دلایل فرهنگی، سبب غذایی که فقط برای مادر باردار تأمین می‌شود، برای تغذیه تمام افراد خانوار، استفاده می‌شود. برای اطمینان از اثربخشی سبب غذایی بر وضعیت تغذیه مادر باردار، امکان توزیع سبب غذایی برای کل خانوار، باید مورد بررسی قرار گیرد و هم زمان با توزیع سبب غذایی آموزش تغذیه به مادر باردار و سایر افراد خانوار در مورد اهمیت تغذیه مادر باردار باید مورد تأکید قرار گیرد.

۳- وضعیت کمبود ید

موفقیت‌های به‌دست آمده در برنامه اختلالات ناشی از کمبود ید از سال ۱۳۶۸، که در اولین بررسی کشوری تصویر استانی کمبود ید و گواتر نشان داده شده است، تا کنون مبین این واقعیت است که این برنامه از طریق یددار کردن تمام نمک‌های خوراکی، بسیار مؤثر است. کشور ایران ۷ سال پس از آغاز برنامه به شاخص‌های بین‌المللی برای اختلالات ناشی از کمبود ید، دست یافته است، چرا که ارزشیابی برنامه نشان داد که مصرف نمک یددار در خانوارهای تمام استان‌های کشور، در حدود ۹۵ درصد است. در سال ۱۳۸۶، بیش از ۹۸ درصد خانوارهای کشور، از نمک یددار استفاده کرده‌اند و در هر یک از استان‌ها میانه ید ادرار دانش‌آموزان ۱۰-۸ ساله، بالاتر از ۱۰ میکروگرم در دسی لیتر (دامنه مطلوب) بوده است. آنچه از این به بعد مهم است، پایش مداوم و مستمر برنامه و حصول اطمینان از کفایت میزان ید در نمک، پوشش بالای مصرف نمک یددار در مناطق شهری و روستایی و کنترل دریافت ید، از طریق پایش میزان ید ادرار، استمرار برنامه‌های آموزشی همگانی و آموزش کارکنان بهداشتی، درمانی در زمینه اختلالات ناشی از کمبود ید است که برای حفظ شاخص‌های برنامه در حد مطلوب و جلوگیری از برگشت مجدد مشکل، ضروری است. ارزشیابی برنامه در مقاطع ۵ ساله می‌تواند مسئولین اجرایی را در مستندسازی نتایج حاصله و جلب حمایت برای استمرار برنامه یاری دهد.

با توجه به نتایج آخرین بررسی کشوری انجام یافته، در زمینه تعیین میزان شیوع گواتر و اندازه‌گیری ید ادرار دانش‌آموزان ۱۰-۸ ساله کشور در سال ۱۳۸۶، میزان شیوع گواتر از ۶۸ درصد در سال ۱۳۶۸، به ۵۲ درصد در سال ۱۳۷۵ و به ۱۵ درصد در سال ۱۳۸۰ و به ۴/۷

درصد در سال ۱۳۸۶، کاهش یافته است. ضمن این که تمام استان‌های کشور از نظر میانه یُد ادار، در محدوده مناسب دریافت یُد، قرار گرفته‌اند.



نمودار شماره ۳۵- روند کاهش شیوع گواتر در کشور ۱۳۶۸-۱۳۸۶

۴- وضعیت کمبود آهن و کم خونی ناشی از آن

غنی سازی آرد با آهن و اسید فولیک، به‌عنوان یک راه کار مؤثر و ارزان در پیشگیری و کنترل کمبود آهن و کم خونی ناشی از آن از سال ۱۳۸۰، در استان بوشهر آغاز شد.

ارزشیابی این برنامه در سال ۱۳۸۷، حاکی از بهبود قابل ملاحظه در میزان ذخیره آهن بدن (فریتین) در جمعیت مورد مطالعه شامل زنان سنین باروری و مردان ۴۵-۶۰ ساله بود. شیوع کمبود آهن براساس فریتین سرم، پس از ۸ سال غنی سازی آرد با آهن و اسید فولیک در استان بوشهر، حاکی از افزایش میانگین فریتین سرم، در جمعیت مورد مطالعه و کاهش شیوع کمبود آهن به میزان ۳۰ درصد است.

هم‌چنین، ارزشیابی این برنامه در استان گلستان در سال ۱۳۸۷ نشان داد، که ۲ سال پس از اجرای برنامه غنی سازی آرد با آهن و اسید فولیک، میزان شیوع نقائص مادرزادی لوله عصبی با افزودن اسید فولیک به آرد در حدود ۳۱ درصد کاهش یافته و میزان هموسیستئین سرم نیز که عامل خطر بیماری‌های قلبی عروقی است، در زنان سنین باروری به‌طور قابل ملاحظه و معنی‌دار کاهش یافته (از حدود ۳۸ درصد به حدود ۷ درصد) و از سوی دیگر ارتقاء قابل ملاحظه در میانگین فولات سرم ایجاد شده است به نحوی که شیوع کمبود فولات سرم از

۱۴/۳ درصد به ۳/۲ درصد کاهش یافت. تداوم اجرای برنامه غنی‌سازی آرد با حمایت مسئولین، آموزش مستمر کارکنان بهداشتی، درمانی و آموزش همگانی با هدف اطلاع رسانی در این زمینه، حائز اهمیت است.

۵- بهبود کیفیت روغن‌های خوراکی

در مجموع، کیفیت روغن‌های خوراکی پس از انقلاب اسلامی با حمایت مسئولین و تلاش کارشناسان و همکاری صنایع روغن، بهبود قابل ملاحظه‌ای داشته است. در یک دوره ده ساله، میزان مصرف روغن جامد از ۸۰ درصد در سال ۱۳۸۰، به حدود ۴۰ درصد در سال ۱۳۹۱، کاهش یافته است. از سوی دیگر، روغن مایع که فقط در ۲۰ درصد خانوارهای کشور مصرف می‌شد، به ۶۰ درصد در سال ۱۳۹۱ افزایش یافته است. در حال حاضر براساس استانداردهای تجدد نظر شده، میزان اسید چرب ترانس، به زیر ۱۰ تقلیل یافته است. ولی با توجه به پروتکل‌های جهانی، لازم است میزان اسید چرب ترانس، به کم‌تر از ۲ درصد کاهش یابد. در این زمینه، حمایت دولت از صنایع روغن برای ارتقاء سطح تکنولوژی تولید، جلب همکاری صنایع روغن، آموزش همگانی در زمینه الگوی صحیح مصرف روغن، در سال‌های آتی باید مورد توجه قرار گیرد.

شاخص‌های کلی برنامه و روش کار

شاخص‌های تن سنجی

یکی از روش‌های بررسی وضعیت تغذیه، روش‌های تن سنجی است که با اندازه گیری وزن و قد انجام می‌شود. بررسی‌های وضعیت تغذیه کودکان، معمولاً در مقاطع ۵ ساله انجام می‌شود. شاخص‌های تن سنجی کودکان، عبارتند از:

- شاخص کم وزنی^۱
- شاخص لاغری^۲
- شاخص کوتاه قدی^۳

^۱ Underweight

^۲ Wasting

^۳ Wasting Stunting

شاخص‌های وضعیت ریزمغذی‌ها

شاخص کم خونی در مادران باردار، (میزان هموگلوبین کم‌تر از ۱۱ میلی گرم در دسی‌لیتر در اولین مراجعه بارداری است).

نمایه توده بدنی مادر باردار براساس نمایه توده بدنی در اولین مراجعه

بررسی وضعیت ریزمغذی‌ها با روش بیوشیمیایی و اندازه‌گیری میزان ریزمغذی‌هایی که شواهد کمبود آن‌ها در گروه‌های سنی مختلف وجود دارد (کمبود آهن، روی، ویتامین آ، ویتامین د) در مقاطع ۱۰ ساله انجام می‌شود. این شاخص‌ها عبارتند از:

در برنامه کشوری پیشگیری و کنترل اختلالات ناشی از کمبود یُد، شاخص‌های زیر اندازه‌گیری می‌شود:

- پوشش مصرف نمک یُددار در خانوارهای شهری و روستایی
- شیوع گواتر در دانش آموزان ۱۰-۸ ساله
- میانه یدادرار دانش آموزان ۱۰-۸ ساله که به طور سالانه برای حصول اطمینان از کفایت دریافت یُد در جمعیت منطقه باید اندازه‌گیری شود.
- میزان خلوص نمک‌های مصرفی
- میزان یُد موجود در نمک‌های تولیدی و مصرفی

دست آوردها

- کاهش ۵۰ درصدی سوء تغذیه در کودکان زیر ۵ سال کشور، به نحوی که شیوع کم وزنی متوسط و شدید در کودکان از ۱۶/۸ درصد در سال ۱۳۷۴، به ۴/۰۸ درصد و کوتاه قدی تغذیه‌ای متوسط و شدید از ۱۹/۷ درصد در سال ۱۳۷۴، به ۶/۹ درصد در سال ۱۳۸۹ کاهش یافته است.
- حذف اختلالات ناشی از کمبود ید و کاهش قابل ملاحظه در شیوع گواتر در کشور به نحوی که میزان شیوع گواتر از حدود ۶۸ درصد در سال ۱۳۶۸ به حدود ۴/۷ درصد در سال ۱۳۸۶ کاهش یافته است.
- در اجلاس منطقه‌ای مشترکی که در ماه آوریل سال ۲۰۰۰ میلادی در زمینه ارتقاء وضعیت نمک یُددار توسط سازمان جهانی بهداشت، یونیسف، مرکز ریزمغذی‌های کانادا و

انجمن تولیدکنندگان نمک یددار منطقه برگزار شد، اعلام گردید که تنها کشورهای جمهوری اسلامی ایران و تونس توانسته‌اند. اختلالات ناشی از کمبود ید را تحت کنترل قرار دهند.

- کاهش شیوع کمبود آهن به میزان ۳۰ درصد، با اجرای برنامه غنی سازی آرد با آهن و اسید فولیک ممکن شده است.
- کاهش شیوع نقائص مادرزادی لوله عصبی جنین به میزان ۳۱ درصد، با اجرای برنامه غنی سازی آرد با آهن و اسید فولیک محقق شده است.
- بهبود وضعیت فولات پس از غنی سازی آرد با آهن و اسید فولیک به نحوی که شیوع هموسیستئین بالا که عامل خطر بیماری‌های قلبی عروقی است از حدود ۳۸ درصد به حدود ۷ درصد کاهش یافت و از سوی دیگر ارتقاء قابل ملاحظه در میانگین فولات سرم ایجاد شد، به نحوی که شیوع کمبود فولات سرم از ۱۴/۳ درصد به ۳/۲ درصد کاهش یافته است.
- لغو استاندارد ملی شماره ۱۴۴ و اصلاح استاندارد ملی شماره ۹۱۳۱، به گونه‌ای که حداکثر مجاز اسید چرب ترانس تا سقف ۱۰ درصد و اسید چرب اشباع تا سقف (۲۵ درصد) در محصولات تولیدی و وارداتی رسیده است.
- کاهش مصرف روغن جامد از ۹۰ درصد به حدود ۴۰ درصد در یک روند ۱۰ ساله ممکن شده است.
- با ترویج فرهنگ مصرف روغن مایع بجای روغن جامد که حاوی میزان بالای اسید چرب اشباع و ترانس است، میزان مصرف روغن مایع از کم‌تر از ۲۰ درصد در سال ۱۳۸۰، به بالاتر از ۶۰ درصد در سال ۱۳۹۰، افزایش یافته است.
- پوشش ۱۰۰ درصدی برنامه مکمل یاری هفتگی آهن در دانش آموزان و معلمان در دبیرستان‌های دخترانه. در سال ۱۳۹۱، علاوه بر دختران دبیرستانی، بیش از ۴۰ درصد دانش آموزان مقطع راهنمایی نیز تحت پوشش این برنامه قرار گرفتند.
- در سال ۱۳۹۰، در حدود ۱۲ میلیون دانش آموز در مقاطع ابتدایی و راهنمایی در شهر و روستا تحت پوشش برنامه شیر مدرسه قرار گرفتند.

چالش‌ها

• بررسی‌های متعدد تغذیه‌ای طی سی سال اخیر، نشان داده که در کشور ما مشکلات تغذیه‌ای در دو شکل کم خوری و بیش خواری وجود دارد. کم خوری به صورت سوءتغذیه پروتیین، انرژی در کودکان زیر ۵ سال و کمبود ریزمغذی‌ها از جمله کمبود کلسیم، آهن، روی و ویتامین‌های A، B2، D در گروه‌های سنی مختلف به ویژه گروه‌های آسیب پذیر شامل کودکان زیر ۵ سال، افراد سنین بلوغ، مادران باردار و شیرده و سالمندان با عدم تحرک بدنی، وجود دارد. از سوی دیگر در اثر پدیده شهرنشینی و روند رو به افزایش آن، تغییر شیوه زندگی و تغییرات الگوی مصرف غذا و افزایش مصرف قند، نمک و چربی، مصرف بی رویه غذاهای سریع آماده (فست فودها)^۱، غذاهای چرب و سرخ شده کشور با روند رو به گسترش و هشداردهنده بیماری‌های مزمن مرتبط روبرو شده است، شناسایی عوامل مؤثر بر تغذیه جامعه، درآمد مردم و سهمی از درآمد که بابت غذا می‌پردازند، عادات و فرهنگ غذایی مرسوم و عوامل دیگری که بر انتخاب غذا اثر می‌گذارند، میزان دسترسی مردم به خدمات بهداشتی درمانی، چگونگی آموزش مردم در زمینه تغذیه مناسب و چگونگی توزیع غذا در خانواده همه از عواملی هستند که باید، به دقت مورد توجه قرار گیرند. غفلت از عرصه‌های ذکر شده، موجب بالارفتن سوء تغذیه کودکان و ناتوانی نسل آینده و عدم توسعه از یک طرف و افزایش شیوع بیماری‌های هزینه بر، از کار افتادگی، مرگ و میر و کاهش سن ابتلا به بیماری‌های غیرواگیر از طرف دیگر، می‌گردد.

- اگرچه با اقدامات انجام شده در طول دو دهه گذشته، سوءتغذیه کودکان در کشور، به میزان قابل ملاحظه‌ای کاهش یافته است، اما نباید از نظر دور داشت که هنوز در مناطق محروم کشور شیوع سوءتغذیه ۲-۳ برابر متوسط کشوری است. ماهیت چند بخشی سوءتغذیه ایجاب می‌کند که در برنامه‌های مداخله‌ای، همکاری و هماهنگی بین بخشی و درون بخشی وجود داشته باشد. در حال حاضر هنوز این همکاری‌ها، کم‌رنگ است
- کم تحرکی و مصرف مواد غذایی کم ارزش و پر انرژی و عادات نامناسب غذایی، از دیگر چالش‌های موجود هستند

آینده‌نگاری حیطه و ترسیم افق و چشم‌انداز

۱- پایش برنامه و کنترل نمک‌های خوراکی از نظر میزان ید و حفظ شاخص‌های به‌دست

¹ Fast food

- آمده، از اهداف برنامه است.
- ۲- تداوم آموزش و بازآموزی کارکنان، آموزش‌های همگانی برای مصرف نمک یددار تصفیه شده، نظارت دقیق بر تولید و عرضه نمک‌های خوراکی و ممانعت از عرضه نمک‌های غیر استاندارد، باید به طور جدی دنبال شود.
- ۳- اضافه وزن و چاقی در همه گروه‌های سنی رو به افزایش است. این افراد در معرض خطر ابتلا به بیماری‌های غیر واگیردار هستند. ادغام برنامه پیشگیری و کنترل چاقی در شبکه‌های بهداشتی - درمانی کشور، باید در اولویت قرار گیرد. دفتر بهبود تغذیه جامعه، راهنمای مراقبت تغذیه‌ای در پیشگیری و کنترل اضافه وزن و چاقی در کودکان و نوجوانان را، تدوین کرده است. در این طرح، علاوه بر ارائه خدمات تغذیه‌ای پیشگیرانه، کودکان و نوجوانان مبتلا به اضافه وزن و چاقی، شناسایی و غربالگری می‌شوند و اقدامات شناسایی و غربالگری کودکان و نوجوانان دارای اضافه وزن و چاقی، کماکان ادامه خواهد داشت.
- ۴- توجه به وضعیت تغذیه بیماران بستری در بیمارستان‌های کشور و تعیین رژیم غذایی بیماران متناسب با بیماری آنان و خدمات مشاوره‌ای و رژیم درمانی در بیمارستان، آموزش و توانمند سازی کارشناسان تغذیه بیمارستان‌ها، در زمره اولویت‌هایی است که به آن پرداخته خواهد شد.
- ۵- استفاده از سبد غذایی پیشنهادی که نیاز به حمایت سیاست‌گذاران و برنامه‌ریزان دارد.
- ۶- توسعه و تداوم برنامه‌های آموزشی جهت فرهنگ سازی تغذیه در جامعه، به صورت مستمر، اجرا خواهد شد.
- ۷- با توجه به تدوین سند ملی تغذیه و امنیت غذایی، تمام بخش‌های مرتبط با امنیت غذا و تغذیه بر اساس وظایف و انتظاراتی که در سند مذکور تعیین شده است، در تدوین برنامه عملیاتی با دانشگاه‌های علوم پزشکی همکاری خواهند کرد.
- ۸- تداوم برنامه‌های تدوین شده در دست اجرا تا تحقق اهداف به صورت جدی پیگیری خواهد شد.
- ۹- تعیین و تقویت جایگاه دفتر بهبود تغذیه در وزارت بهداشت و در مراکز بهداشت استان‌ها و شهرستان‌ها، محقق خواهد شد.

پیشگیری از بلایا و حوادث غیر مترقبه

مقدمه

بنا به تعریف راهبرد بین‌المللی کاهش خطر بلایا، واژه بلا، از هم گسیختگی جدی عملکرد یک جامعه است، که منجر به خسارات و اثرات سوء گسترده انسانی، اقتصادی یا محیطی می‌شود. به‌طوری که تطابق با آن، فراتر از توانایی جامعه تحت تأثیر، با اتکاء بر منابع داخلی است.

تاریخچه

در ساختار کلان کشور، دو سازمان مهم، مسئولیت مدیریت بلایا و فوریت‌ها را عهده‌دار هستند: اول، سازمان مدیریت بحران کشور زیر نظر ریاست جمهوری و با مدیریت وزارت کشور و دوم، سازمان پدافند غیرعامل زیر نظر مقام معظم رهبری. وجود این دو سازمان، علاوه بر تسهیل توسعه زیرساختی، چالش‌های نظری و عملیاتی را در پی داشته است. وزارت بهداشت، بالطبع دارای بخش‌هایی برای پاسخ‌گویی به این سازمان‌ها است و سعی کرده خود را با این تحولات سازگار کند.

سیر ایجاد سامانه‌های مدیریت بلایا در وزارت بهداشت را تاکنون، می‌توان به چهار دوره مشخص تقسیم کرد:

دوره اول - بهداشت محیط: اولین اقدام نظام مند مدیریت بلایا متعاقب تدوین «طرح جامع امداد و نجات»، ایجاد «ستاد حوادث و سوانح غیرمترقبه» و کارگروه‌های آمادگی و تخصصی آن، در وزارت کشور بود، که دبیرخانه متناظر آن در مرکز بهداشت محیط وزارت بهداشت با عنوان «کمیته تخصصی بهداشت و درمان در حوادث و سوانح غیرمترقبه» تشکیل گردید. بر اساس طرح فوق، تشکیل این کارگروه‌ها، در واقع سازوکار هماهنگی بین‌بخشی در کارکردهای اصلی مدیریت بلایا بودند. لذا کارگروه بهداشت و درمان در اصل، بخشی از ساختار وزارت کشور بوده که دبیرخانه موضوع سلامت آن به‌عهده وزارت بهداشت گذارده شده بود. اعضاء کارگروه را سایر سازمان‌های همکار یا پشتیبانی کارکردهای نظام سلامت، در زمان بلایا تشکیل می‌دادند، مانند جمعیت هلال احمر، وزارت کشاورزی، وزارت نیرو و غیره. این دبیرخانه کماکان در وزارت بهداشت حفظ شده و علاوه بر هماهنگی‌های بین بخشی به منظور هماهنگی‌های درون وزارتی نیز فعالیت دارد، لیکن هیچ گاه به عنوان ساختار رسمی مصوب در این وزارتخانه، وجود نداشته

است. این نکته قابل ذکر است که جامع‌ترین مستندات وزارت بهداشت در زمینه بلایا، از محصولات این دوران است.

دوره دوم - دبیرخانه حوادث و سوانح غیر مترقبه معاونت سلامت: علی‌رغم اقدامات ارزشمند واحد بهداشت محیط در مدیریت کمیته تخصصی، وجود آن به‌عنوان زیر مجموعه بهداشت محیط با محدودیت‌های نظری و عملیاتی مواجه بود. تجربیات زلزله بم در سال ۱۳۸۲ باعث شد تا متعاقب تشکیل معاونت سلامت در وزارت بهداشت، این دبیرخانه به زیرمجموعه معاونت سلامت وقت منتقل گردد که پروژه‌ای با نام ^۱EHS با حمایت سازمان جهانی بهداشت، از آن پشتیبانی می‌کرد. البته در ابتدا قرار بود که دبیرخانه در زیر مجموعه وزیر وقت شکل گیرد که در نهایت این امر محقق نشد. مهم‌ترین نکته قابل ذکر در این دوره ایجاد سامانه‌ای با تعامل مطلوب با کلیه ذی‌تفعان بود. هم‌چنین می‌توان به اولین حضور وزارت بهداشت در عرصه بلایای منطقه‌ای یعنی زلزله ۲۰۰۵ میلادی پاکستان، اشاره کرد. این دبیرخانه حدود یک‌سال فعالیت کرد و سپس به اورژانس ۱۱۵ منتقل شد.

دوره سوم - اورژانس ۱۱۵: مدت طولانی از تشکیل دبیرخانه زیر نظر معاون سلامت نگذشته بود که متعاقب تغییرات مدیریتی، مرکزی با محوریت اورژانس ۱۱۵ با عنوان «مرکز مدیریت حوادث و فوریت‌های پزشکی کشور» تشکیل گردید و مسئولیت تمام کارکردهای نظام سلامت در بلایا را بر عهده گرفت. از آن جایی که دانشگاه‌های علوم پزشکی کشور (به جز دانشگاه علوم پزشکی تهران) دارای ساختار مشابهی با عنوان معاونت سلامت وزارت نبودند، حوزه معاونت درمان دانشگاه‌ها، عهده دار مرکز مدیریت حوادث و فوریت‌های پزشکی شدند. این امر محدودیت‌های ذکر شده در دوران بهداشت محیط، را تکرار کرد. مهم‌ترین دست‌آوردهای این دوره، عبارتند از: ایجاد مرکز هدایت عملیات بحران یا ^۲EOC در سطح وزارت و دانشگاه‌ها، توسعه اورژانس پیش‌بیمارستانی و حمایت از دانشگاه‌ها برای ایجاد دوره‌های آموزشی رسمی و کوتاه مدت.

دوره چهارم - دوران حاضر: تلاش برای توسعه متوازن: در سال ۱۳۸۹، معاونت سلامت وزارت بهداشت مجدداً به دو معاونت بهداشت و معاونت درمان، تفکیک شد. متعاقب این امر، مرکز

^۱ Emergency Health Service

^۲ Emergency Operation Center

مدیریت حوادث و فوریت‌های پزشکی، به‌عنوان زیر مجموعه معاونت درمان، تعریف شد و ریاست مرکز به عنوان دبیر کارگروه بهداشت و درمان در حوادث غیرمترقبه و کمیته پدافند غیرعامل وزارت بهداشت، تعیین گردید. در معاونت بهداشت نیز، واحدی با عنوان مدیریت و کاهش خطر بلایا شکل گرفت که دبیری کمیته بهداشت کارگروه را، برعهده دارد. دبیری کارگروه در سطح دانشگاه‌های علوم پزشکی، کماکان برعهده رؤسای مراکز مدیریت حوادث و فوریت‌های پزشکی گذارده شد و در سطح معاونت‌های بهداشت یکی از مدیران یا کارشناسان، به‌عنوان هماهنگ‌کننده مدیریت و کاهش خطر بلایا، معرفی شدند. در این دوره، هر چند پیامدهای محدودیت طراحی دوره‌های قبل، تا حدودی مشاهده می‌شود، لیکن امید است، نظام سلامت به توسعه متوازن و همه جانبه مدیریت و کاهش خطر بلایا، با «رویکرد مشارکت بین‌بخشی، تمام مخاطرات و تمام جنبه‌های سلامت»، دست یابد.

مدیریت و کاهش خطر بلایا در نظام سلامت را می‌توان بدین‌گونه تعریف کرد: «مدیریت و کاهش خطر بلایا در نظام سلامت، فرآیندی است منظم به منظور بهره‌مندی حداکثری از ظرفیت‌های سازمانی، اجرایی و مهارتی، با هدف به حداقل رساندن پیامدهای سوء سلامتی مخاطرات طبیعی و انسان ساخت، در سطح جامعه و تسهیلات و منابع سلامت از طریق پیشگیری از مخاطرات و کاهش آسیب، ارتقاء آمادگی، پاسخ به موقع و بازیابی با رویکرد توسعه پایدار».

گروه‌های هدف برنامه

بر اساس این تعریف مفهومی، نظام سلامت دارای چهار گروه هدف یا بهره‌مند^۱ است:

(۱) جمعیت عمومی، (۲) کارکنان بهداشتی، درمانی، (۳) تسهیلات بهداشتی - درمانی (سازه‌ای و غیرسازه‌ای) و (۴) برنامه‌های بهداشتی، درمانی. با عنایت به این چهار گروه مخاطب، مراحل چهارگانه چرخه مدیریت و کاهش خطر بلایا (پیشگیری و کاهش آسیب، آمادگی، پاسخ و بازیابی) در کارکردهای ذیل، تبیین می‌شوند:

^۱ Target or Beneficiary

کارکردهای مرحله پیشگیری و کاهش آسیب

- ارزیابی خطر تسهیلات بهداشتی - درمانی
- کاهش آسیب پذیری سازه‌ای و غیرسازه‌ای تسهیلات بهداشتی - درمانی
- مشارکت در ارزیابی خطر در جامعه
- مشارکت در آگاه‌سازی عمومی در خصوص اهمیت و راه کارهای کاهش خطر بلایا در سطح جمعیت عمومی، سیاست‌گذاران و مدیران
- جلب همکاری سایر بخش‌ها به منظور اجرای برنامه‌های پیشگیری و کاهش آسیب بلایا، با رویکرد سلامت همگانی

کارکردهای مرحله آمادگی

- مشارکت در آگاه‌سازی عمومی در خصوص راه کارهای آمادگی در برابر بلایا
- تدوین برنامه آمادگی تسهیلات بهداشتی - درمانی در برابر بلایا
- آموزش تخصصی به مدیران و کارکنان بهداشتی - درمانی
- طراحی، اجرا و ارزشیابی تمرین‌ها و مانورها
- استقرار سامانه‌های هشدار اولیه

کارکردهای مرحله پاسخ

- تأیید وقوع فوریت
- ارزیابی سریع
- فرماندهی و کنترل
- هماهنگی
- مدیریت اطلاعات
- ارتباطات
- مشارکت در جستجو و نجات
- تخلیه
- پشتیبانی

- امنیت
- اطلاع رسانی
- ارزیابی مستمر نیازهای سلامتی
- مشارکت و پایش اقدامات امدادی انبوه (اسکان اضطراری و موقت، تأمین و توزیع آب، غذا، تسهیلات بهداشتی (توالت و حمام) و سایر اقلام اساسی)
- مدیریت مصدومین متعدد (خدمات اورژانس پیش بیمارستانی و بیمارستانی)
- اقدامات بهداشت عمومی (مدیریت بیماری‌های واگیر و غیرواگیر، بهداشت محیط، آب و اجساد، بهداشت روانی اجتماعی، بهداشت باروری و تغذیه)

کارکردهای مرحله بازیابی

- بازتوانی جسمی و روانی
- بازسازی در راستای توسعه پایدار
- جلب مشارکت مردمی و سایر بخش‌ها، در بازیابی جامعه آسیب دیده

عوامل خطر آسیب ناشی از بلایا در جامعه

عوامل خطر آسیب ناشی از بلایا را، می‌توان در گروه‌های زیر تقسیم کرد:

- **عوامل مربوط به مواجهه^۱:** تمرکز و تجمع جمعیت و فعالیت‌های اقتصادی در مناطق مخاطره‌زا، به‌دلیل رشد جمعیت، مهاجرت، شهرنشینی و رشد اقتصادی. این مناطق می‌توانند شهرهایی باشند که روی گسل‌های زلزله قرار دارند، یا مناطق حاشیه رودخانه‌ها، که به‌دلیل خاک غنی برای کشاورزی، استفاده می‌شوند، یا ساحل دریاها و بنادر که به‌عنوان مرکز تجاری، تفریحی و سکونت توسعه می‌یابند.
- **آسیب‌پذیری و تاب‌آوری^۲:** آسیب‌پذیری، عبارت است از خصوصیتی که باعث می‌شود یک فرد یا سازمان یا جامعه از وقوع یک مخاطره آسیب ببیند. واژه تاب‌آوری اشاره دارد به ظرفیت جامعه در جذب و حل آسیب‌ها و بازتوانی از آن‌ها. به‌عنوان مثال وجود بیمه

^۱ Exposure

^۲ Vulnerability and resilience

ساختمان یا محصولات کشاورزی عاملی است که باعث افزایش تاب‌آوری جامعه در برابر بلایا می‌شود. مثال‌های آسیب‌پذیری عبارتند از: آسیب‌پذیری فردی، آسیب‌پذیری جسمی، آسیب‌پذیری سازمانی، آسیب‌پذیری نیروی اقتصادی و اجتماعی

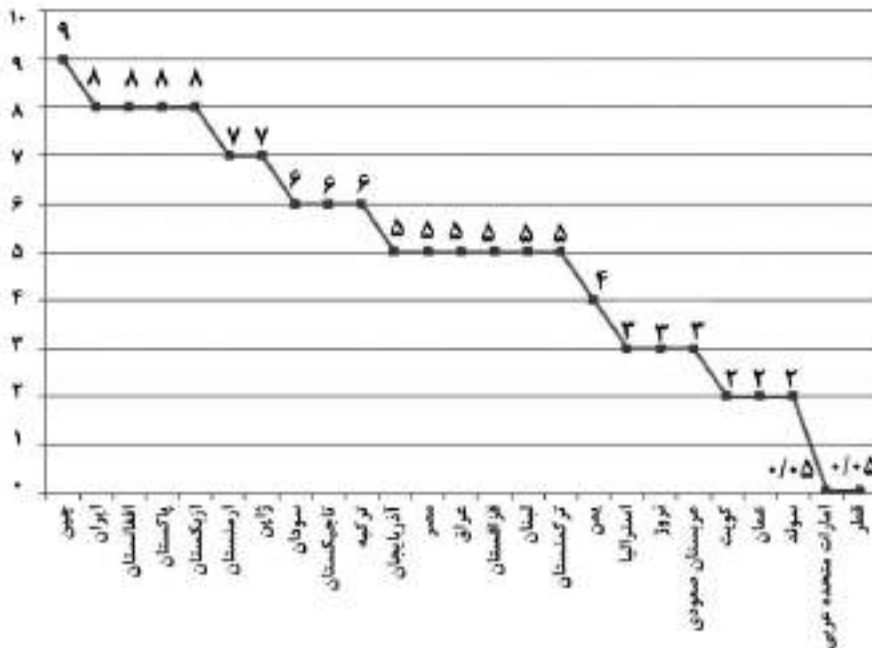
• **عوامل مربوط به مخاطره**^۱: اثرات وقوع هر مخاطره بر اساس این که شدت آن چه اندازه است؟ با چه سرعتی روی می‌دهد؟ در چه زمانی از شبانه روز اتفاق می‌افتد؟ چه مدتی طول می‌کشد؟ و آیا امکان هشدار اولیه آن وجود دارد یا نه؟ می‌توانند متفاوت باشند.

اپیدمیولوژی بلایای طبیعی در ایران

از نقطه نظر مخاطرات طبیعی، بنا بر گزارش جهانی کاهش خطر بلایا (۲۰۰۹ میلادی) منتشره توسط ISDR، جمهوری اسلامی ایران در کلاس (سطح) خطر ۸ از ۱۰ قرار دارد. مقایسه این شاخص در برخی از کشورهای جهان نشان می‌دهد که این محاسبه بر اساس تعداد مرگ خام و تعدیل شده برای جمعیت، طی چهار دهه و بر اساس مخاطرات زلزله، سیل، رانش زمین و طوفان انجام شده است. سطح خطر بالای کشور، به دلیل موقعیت جغرافیایی و خصوصیات توپوگرافیک^۲ ایران از یک‌سو و آسیب‌پذیری بالای سازه‌ای و غیرسازه‌ای جامعه از سوی دیگر است که منجر به مرگ و صدمات بی‌شمار و سایر پیامدهای سوء سلامتی متعاقب مخاطرات طبیعی می‌شود.

^۱ Hazard

^۲ Topographic



نمودار شماره ۳۶- سطح خطر ناشی از مخاطرات طبیعی در کشور، در مقایسه با کشورهای منطقه و برخی کشورهای جهان، بر اساس مرگ و میر ۴ دهه اخیر^۱

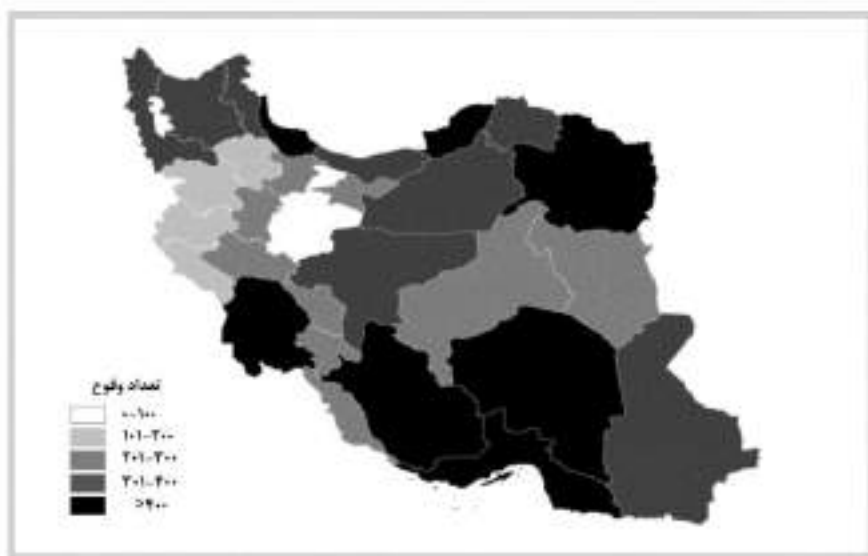
طی سال‌های ۱۳۸۹-۱۳۴۹، در ایران ۱۰۱۰۵ مخاطره طبیعی ثبت شده است که معادل ۲۵۲/۶ مخاطره در سال، بوده است. از این مخاطرات، ۶۳/۳ درصد مخاطرات آبی، ۲۸/۲ درصد مخاطرات ژئوفیزیکی، ۷/۱ درصد مخاطرات هوایی و ۱/۴ درصد مخاطرات اقلیمی بوده است. مجموع مرگ گزارش شده در این دوره ۱۱۵/۶۵۴ مورد معادل ۲۸۹۱/۴ مورد در سال و ۱۱/۴ به ازای هر مخاطره، بوده است. از این میان ۹۰/۷ درصد مرگ‌ها مربوط به مخاطرات ژئوفیزیکی (مانند زلزله)، ۸/۸ درصد مربوط به مخاطرات آبی (مانند سیل) و ۰/۵ درصد مربوط به مخاطرات، هوایی (مانند طوفان) بوده‌اند. مورد مرگی ناشی از مخاطرات اقلیمی (خشکسالی)، گزارش نشده است. تعداد کل مصدومین در این دوره ۱۵۳۴۸۶ مورد بوده که معادل ۳۸۳۷ مصدومیت در سال و ۱۵/۲ مورد مصدومیت به ازای هر مخاطره است. الگوی نسبت مصدومیت

^۱ برای رسم نمودار از داده‌های گزارش بین‌المللی کاهش خطر بلایا، ۲۰۰۹ میلادی استفاده شده است. دامنه شاخص سطح خطر صفر الی ۱۰ است.

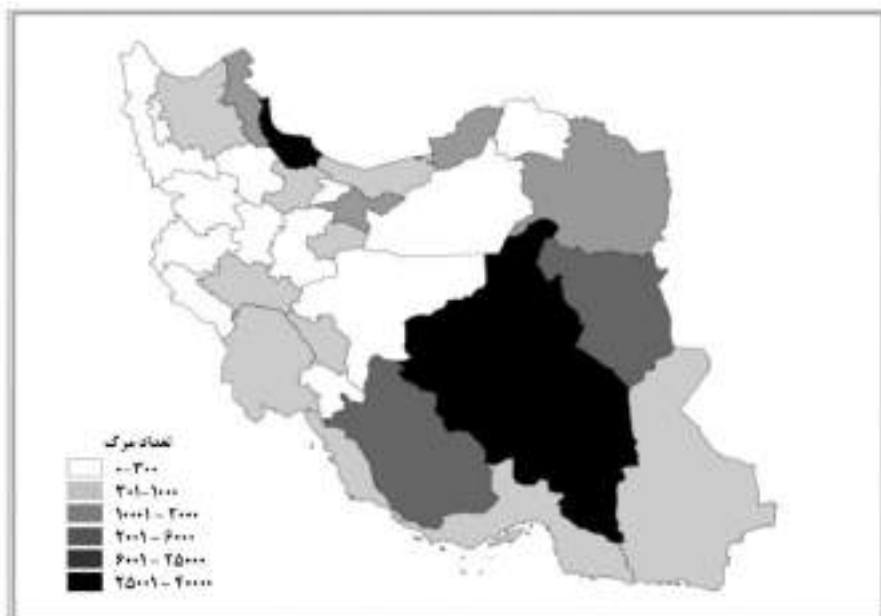
به ازای انواع گروه مخاطرات مشابه موارد مرگ است. تعداد کل جمعیت تحت تأثیر در این دوره زمانی، معادل ۴۲۴۶۱۹۴۷ نفر بوده که معادل ۱۰۶۱۵۴۸/۷ نفر در سال و ۴۲۰۲/۱ نفر به ازای هر مخاطره، بوده است. نسبت مرگ و مصدومیت ناشی از مخاطرات طبیعی در این دوره زمانی، به ترتیب ۲۱۱/۹ و ۲۸۱/۲ به ازای ۱۰۰ هزار نفر بوده است که به طور متوسط معادل ۵/۳ و ۰/۷ به ازای ۱۰۰ هزار نفر جمعیت به طور متوسط در سال است.

توزیع جمعیت تحت تأثیر، به ازای انواع گروه‌های مخاطرات، به طور چشمگیری با موارد مرگ و مصدومیت متفاوت است، به طوری که ۸۷/۴ درصد جمعیت تحت تأثیر، مربوط به مخاطرات اقلیمی، ۷/۵ درصد مربوط به مخاطرات آبی، ۴/۷ درصد مربوط به مخاطرات ژئوفیزیکی و ۰/۴ درصد مربوط به مخاطرات هوایی بوده‌اند.

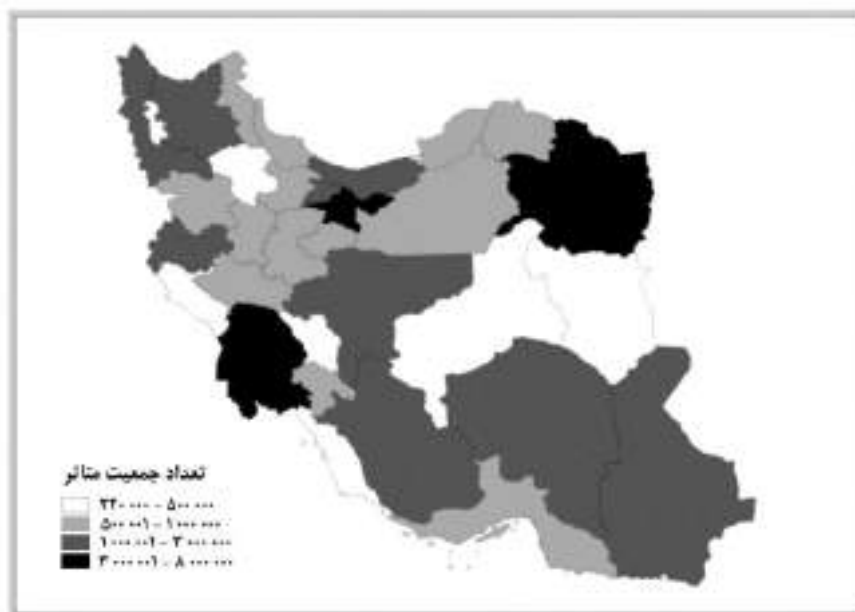
شکل‌های زیر، توزیع استانی وقوع مخاطرات طبیعی و مرگ و جمعیت متأثر ناشی از آن‌ها را نمایش می‌دهند. پنج استان اول کشور از نظر وقوع مخاطرات طبیعی، به ترتیب فارس، خوزستان، خراسان رضوی، کرمان و گیلان، از نظر تعداد مرگ به ترتیب گیلان، کرمان، یزد، فارس و خراسان جنوبی و از نظر جمعیت تحت تأثیر تهران، خراسان رضوی، خوزستان، کرمان و اصفهان بوده‌اند. در خصوص توزیع استانی وقوع مخاطرات، نکته مهم، تفاوت توزیع در شهرستان‌های مختلف یک استان است، هم از نظر فراوانی و هم از نظر نوع. این تفاوت اپیدمیولوژیک در برنامه‌ریزی‌ها و تخصیص منابع، اهمیت به سزایی دارد.



نقشه شماره ۱- توزیع استانی تعداد وقوع انواع مخاطرات طبیعی در کشور (۱۳۸۵-۱۳۴۹)



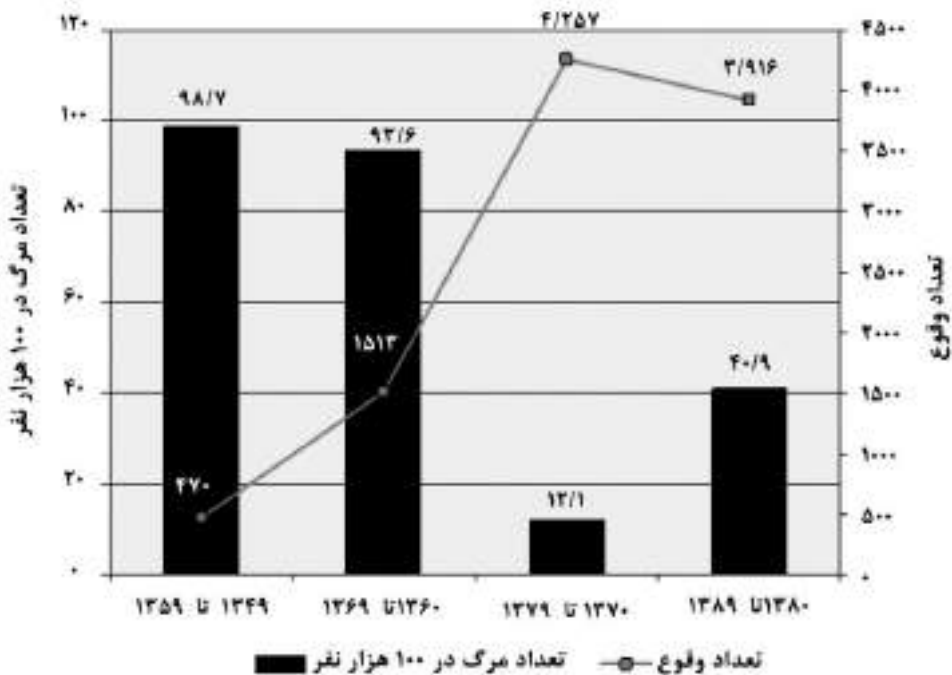
نقشه شماره ۲- توزیع استانی تعداد مرگ ناشی از مخاطرات طبیعی در کشور (۱۳۸۵-۱۳۴۹)



نقشه شماره ۳- توزیع استانی تعداد جمعیت متأثر از مخاطرات طبیعی

در کشور (۱۳۸۹-۱۳۴۹)

مقایسه وقوع مخاطرات طبیعی و مرگ ناشی از آن‌ها، قبل و بعد از سال ۱۳۷۰، نشان می‌دهد که علی‌رغم وقوع مخاطرات طبیعی بیش‌تر، نسبت مرگ کاهش، یافته است (شکل ۵). بخشی از این کاهش مرگ می‌تواند مربوط به عدم وقوع زلزله‌هایی در سطح زلزله رودبار و منجیل باشد، ولی شواهد نشان می‌دهد که به‌طور کلی روند مرگ ناشی از مخاطرات آب و هوایی و اقلیمی نیز رو به کاهش بوده است، که می‌توان آن را به آمادگی بهتر جامعه و استقرار سامانه‌های هشدار اولیه، نسبت داد. گرچه بخشی از روند رو به افزایش مخاطرات می‌تواند مربوط به ثبت بهتر باشد، ولی منابع مختلف موید روند رو به افزایش مخاطرات آب و هوایی و اقلیمی در کشور هستند که ممکن است مرتبط با پدیده تغییرات آب و هوایی باشد. مخاطرات آب و هوایی و اقلیمی، معمولاً مرگ کم‌تر و جمعیت متأثر بیش‌تری نسبت به مخاطرات زمین‌شناختی دارند.



نمودار شمار ۳۷- روند زمانی وقوع مخاطرات طبیعی و مرگ مربوطه به ازای ۱۰۰ هزار جمعیت در کشور طی سال‌های (۱۳۴۹-۱۳۸۹)

رویکردهای روزآمد در مدیریت و کاهش خطر بلایا

علی‌رغم سابقه تاریخی بشر در مدیریت بلایا، تعریف آن به عنوان یک موضوع علمی، بحثی نسبتاً نو است، که طی ۳-۴ دهه اخیر به‌طور جهشی به خصوص، در کشورهای توسعه‌یافته تبیین شده است. وجود فناوری‌های اطلاع‌رسانی همانند سایر علوم در این زمینه نیز، باعث شده تا وقوع مخاطرات و پیامدهای آن‌ها و همچنین تجربیات و درس‌آموخته‌ها، در کوتاه‌ترین زمان ممکن در اختیار همگان قرار گیرد. طی چند دهه اخیر، بشر فرا گرفته است که به‌جای منتظر حادثه ماندن و پاسخ منفعل به پیامدهای آن، به صورت پیش‌فعال به رویارویی با آن، بپردازد. این نکته حتی در نام‌گذاری این نظم نیز، مشاهده می‌شود، به‌طوری که واژه‌های اقدامات بشردوستانه و امداد و پاسخ و امثالهم به‌تدریج جای خود را به مدیریت جامع بلایا و

کاهش خطر بلایا، داده‌اند. در این راستا، قطع نامه هیوگو^۱ به‌عنوان برنامه راهبردی جهانی تا سال ۲۰۱۵ میلادی، برای کاهش خطر بلایا، ضمن تاکید بر اهمیت آمادگی و پاسخ به موقع و مؤثر به مخاطرات طبیعی و انسان ساخت، بر موارد زیر تاکید دارد:

۱- اطمینان از اولویت دادن به کاهش خطر بلایا و نهادینه شدن آن در مدیریت جامعه

۲- تعیین و پایش خطر بلایا و تقویت سامانه هشدار اولیه

۳- بهره‌مندی از دانش، خلاقیت و آموزش، برای ایجاد جامعه‌ای ایمن در برابر بلایا

۴- کاهش عوامل خطر زمینه‌ای بلایا

۵- تقویت آمادگی همه جانبه برای پاسخ مؤثر

رویکردهای روزآمدی که نظام سلامت جمهوری اسلامی ایران در آن راستا حرکت می‌کند، عبارتند از:

• **رویکرد به تمام مخاطرات**، تمام جنبه‌های سلامت^۲، در تمام مراحل مدیریت بلایا و فوریت-

ها، اعم از پیشگیری و کاهش آسیب، آمادگی، پاسخ و بازیابی

• **رویکرد پیش فعال نظام سلامت** به مدیریت و کاهش خطر بلایا^۳

• **توجه به مخاطرات Extensive**. این واژه در مقابل مخاطرات Intensive (مانند زلزله بم و ...)

مطرح است و به مخاطراتی اشاره دارد که وقوع آن‌ها، نسبتاً شایع است، ولی شدت و آسیب

آن‌ها به اندازه مخاطرات Intensive نیست و چندان مورد توجه دوربین و رسانه‌ها، قرار

نمی‌گیرند.

اسناد بالادستی مدیریت و کاهش خطر بلایا

• در حوزه مدیریت و کاهش خطر بلایا می‌توان به اسناد مهم زیر، اشاره نمود:

• سند هیوگو (Hyogo^۴): به عنوان برنامه راهبردی جهان طی سال‌های ۲۰۱۵-۲۰۵ میلادی

^۱ Hyogo Frame work for action

^۲ All-hazards whole-health approach

^۳ Proactive approach of health system to DRM

^۴ اهداف راهبردی این سند عبارتند از: ادغام کاهش خطر بلایا در سیاست‌ها و برنامه ریزی‌های توسعه پایدار، توسعه و تقویت نهادهای سازوکار و ظرفیت‌های ایجاد تاب آوری در برابر خطرات، داشتن رویکردی منظم به کاهش مخاطرات در اجرایی نمودن برنامه‌های آمادگی، مقابله و بازیابی

- آیین نامه سازمان مدیریت بحران کشور
 - اهداف و قوانین سازمان پدافند غیر عامل
 - برنامه پنجم توسعه اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی کشور
- در این راستا، اولویت‌های عملیاتی آن، به شرح زیر هستند:
- ۱- حصول اطمینان از این که کاهش مخاطرات، اولویتی ملی و محلی است و دارای جایگاهی قوی در نهادهای اجرایی، برای پیاده‌سازی است
 - ۲- شناسایی، ارزیابی و کنترل مخاطرات طبیعی و ارتقاء سامانه‌های هشدار دهنده
 - ۳- استفاده از دانش، نوآوری و آموزش برای ایجاد فرهنگ «ایمنی» و «تاب‌آوری» در تمام سطوح
 - ۴- کاهش عوامل خطر زمینه‌ای بلایا
 - ۵- تقویت آمادگی در برابر بلایا، در راستای پاسخی مؤثر در تمامی سطوح

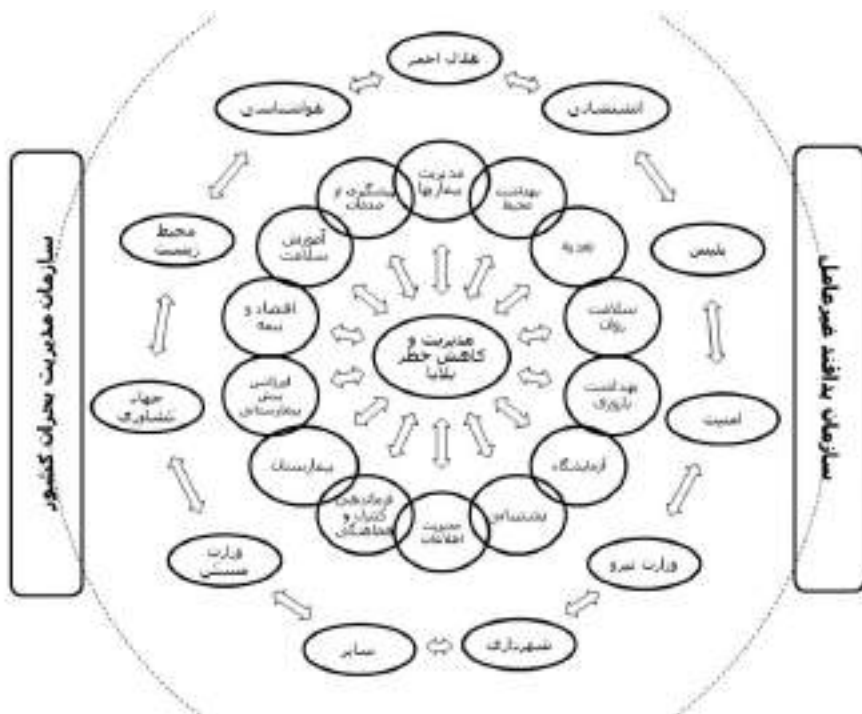
ذی‌نفعان مدیریت و کاهش خطر بلایا در نظام سلامت

ذی‌نفعان، اشخاص، گروه‌ها و سازمان‌هایی هستند که در تصمیم‌ها و فعالیت‌های یک سازمان نفع دارند، بدین معنی که یا از تصمیم‌های آن سازمان متأثر می‌شوند یا بر تصمیم‌سازی‌های سازمان تأثیر می‌گذارند. هم‌چنین ذی‌نفعان ممکن است بر برنامه‌های راهبردی سازمان اعمال نفوذ کنند. ماهیت مدیریت و کاهش خطر بلایا، ایجاب می‌کند که نظام سلامت با ذی‌نفعان متعددی، همکاری نزدیک و تعامل نماید. در ذیل، ذی‌نفعان داخلی و خارجی نظام سلامت در این خصوص، ذکر شده اند:

- ذی‌نفعان داخلی (درون وزارت بهداشت): شامل همه معاونت‌ها و مراکز و ادارات تابعه و دانشگاه‌های علوم پزشکی
- ذی‌نفعان خارجی: شامل سازمان مدیریت بحران کشور، سازمان پدافند غیرعامل کشور، جمعیت هلال احمر، بسیج جامعه پزشکی، سازمان تأمین اجتماعی، وزارت جهاد کشاورزی، سازمان نظام پزشکی، معاونت راهبردی ریاست جمهوری، سازمان نظام پرستاری، سازمان بهزیستی، مراکز پژوهشی خارج از نظام سلامت، مراکز آموزشی خارج از نظام سلامت، سازمان جهانی بهداشت، سایر سازمان‌های بین‌المللی، سازمان‌های غیردولتی (به‌جز هلال احمر)

نمای ارتباطات داخلی و خارجی مدیریت و کاهش خطر بلایا در نظام سلامت

نمای زیر نشان‌دهنده ارتباطات کارکردی مدیریت و کاهش خطر بلایا در داخل وزارت بهداشت، (لایه داخل)، سازمان‌های همکار یا پشتیبان (لایه وسط) و سازمان‌های سیاست‌گذار سطح کلان (لایه بیرون)، است.



شمای شماره ۳- نمای ارتباطات داخلی و خارجی مدیریت و کاهش خطر بلایا در نظام سلامت

عوامل مؤثر بر سامانه مدیریت و کاهش خطر بلایا

عوامل مؤثر بر مدیریت و کاهش خطر بلایا در نظام سلامت، عبارتند از:

- **عوامل اجتماعی:** تراکم جمعیت، آسیب‌پذیری سنی-جنسی، نقش سازمان‌های مردم‌نهاد، مشارکت مردمی و سرمایه اجتماعی، دانش جامعه درباره خطر بلایا، رسانه‌ها
- **عوامل فن‌آوری:** سیستم هشدار اولیه، فناوری‌های پیشرفته، فناوری اطلاعات و ارتباطات، ظرفیت فراگیری از درس آموخته‌ها، مخاطرات فن‌آورزاد جدید، تربیت نیروی انسانی ماهر

و کارآمد

- **عوامل محیطی/بوم‌شناختی:** تغییرات آب و هوا و اکوسیستم‌ها^۱، وضعیت آسیب‌پذیری سازه‌ای و غیر سازه‌ای جامعه، وضعیت آسیب‌پذیری سازه‌ای و غیر سازه‌ای تسهیلات بهداشتی، درمانی، بیماری‌های نوظهور با ظرفیت همه‌گیری، بهداشت عمومی
- **عوامل اقتصادی:** خدمات بیمه‌ای، وضعیت اقتصادی جامعه، تخصیص منابع مالی، توسعه غیر متوازن و ساختار شهری و شهرنشینی نامتناسب
- **عوامل سیاسی:** تغییرات ساختاری مدیریت بحران در کشور، ثبات سیاسی، اجتماعی کشورهای منطقه، وضعیت مدیریتی سلامت در بلایا، ساختار ارائه خدمات سلامت، تحریم‌های جهانی، تهدیدات جنگ سخت و نرم، قانون گذاری روزآمد و ضمانت اجرایی برنامه‌ها
- **عوامل ارزشی:** تلقی امنیتی از اطلاعات، سیاست توجه به پیشگیری هم زمان با پاسخ به موقع و مؤثر، فرهنگ کار تیمی و نظم‌پذیری، فرهنگ تقدیر گرایانه، عدالت محوری

اقدامات کنترل و پیشگیری

به‌منظور کنترل و پیشگیری از بلایا، شناخت واژه «خطر بلایا»، ضروری است. در اینجا، خطر عبارت است از احتمال وقوع یک پیامد ناگوار (مثلاً مرگ یا تخریب یک بیمارستان)، ناشی از وقوع سطح مشخصی از یک مخاطره (مثلاً زلزله ۷ ریشتری یا سیل شدید). خطر بلایا، حاصل تعامل سه عامل زیر است:

- ۱- مخاطره (مواجهه با آن و شدت مخاطره)
- ۲- آسیب‌پذیری جامعه (سازه‌ای و غیرسازه‌ای)
- ۳- آمادگی جامعه (توان انجام اقدامات برای پاسخ به مخاطره در صورت وقوع و پیشگیری از آسیب بیشتر)

این تعامل را می‌توان به‌صورت این معادله نشان داد:

آمادگی / (مخاطره X آسیب‌پذیری) = سطح خطر بلایا

به‌منظور کاهش خطر بلایا، بر اساس معادله فوق، باید یک یا چند مورد از کارهای زیر را انجام

¹ Ecosystem

داد: یا مواجهه با مخاطره را از بین برد یا حداقل کم کرد، یا آسیب پذیری جامعه را کاهش داد تا اگر مخاطره روی داد، کم تر آسیب ببینند یا آمادگی جامعه برای پاسخ را افزایش داد، تا در صورت وقوع مخاطره با حداکثر سرعت و حداقل خسارت به شرایط عادی بازگردد.

لازم به ذکر است که بسیاری از عوامل خطر بلایا در گروه مؤلفه های اجتماعی سلامت، قرار می گیرند و وابسته به تدوین سیاست ها، قوانین و برنامه ریزی صحیح و بین بخشی در سطح کلان هستند. به عنوان مثال، مهم ترین عامل مرگ ایرانیان ناشی از بلایای طبیعی، مربوط به تخریب ساختمان ناشی از زلزله است. اصلاح این امر، نیازمند نظارت بر رعایت کدهای مربوطه در ساخت و ساز، تربیت نیروی مهندسی لازم و بالطبع مشارکت بین بخشی و بین سازمانی فراوان است. البته ارتقاء سطح سواد سلامت جامعه، به منظور درخواست از سازمان های مجری و همکاری و مشارکت فعال با آنان نیز، بسیار حائز اهمیت است. کاهش خطر بلایا در جامعه، یکی از شرایط توسعه پایدار است، لذا ضروری است که به صورت نهادینه در برنامه های توسعه ای، اعمال گردد. جدول ذیل نمونه اقدامات مرتبط با راهبردهای کاهش خطر بلایای طبیعی، در سطح جامعه را نشان می دهد:

جدول شماره ۵۰- اقدامات مرتبط با راهبردهای کاهش خطر بلایای طبیعی در سطح جامعه

عوامل دخیل در ایجاد خطر بلایا	راهبرد لازم برای کاهش خطر	اقدام
مخاطره	کاهش مواجهه با مخاطره یا شدت آن	عدم ساخت ساختمان ها روی گسل زلزله عدم ساخت ساختمان ها در حریم رودخانه عدم ساخت سد در مسیر سیل عدم ساخت ساختمان ها در شیب تند یا خاک های سست کنترل پدیده گرم شدن جهانی و تغییرات جوی مربوطه جهت پیشگیری از سیل و طوفان یا تشدید آن ها نظارت بر رعایت کدهای ساختمانی مقاوم سازی در برابر زلزله کاهش آسیب پذیری غیرسازه ای، از طریق: محکم سازی، جابجایی یا حذف عامل غیر سازه ای در ساختمان
آسیب پذیری	کاهش آسیب پذیری	ساخت ساختمان ها در مناطق سیل خیز، بالاتر از سطح آب پیش بینی شده، مثلاً برای سیل ۵۰ ساله بیمه ساختمان ها و افراد، در برابر مخاطرات طبیعی تقویت سامانه هشدار اولیه مخاطرات تشکیل تیم های آموزش دیده جستجو و نجات تشکیل تیم های آموزش دیده بهداشتی و درمانی برنامه ریزی برای ارائه خدمات سلامتی در فضای جایگزین
آمادگی	ارتقاء آمادگی	ترسیم نقشه خطر بلایا تدوین برنامه تخلیه برنامه اطفای حریق ذخیره سازی اقلام ضروری آموزش و تمرین

مأموریت، چشم‌انداز، اهداف کلان و راهبردهای کلان نظام سلامت در امر مدیریت و کاهش خطر بلایا

بیانیه مأموریت

سامانه مدیریت و کاهش خطر بلایا در نظام سلامت، مأموریت خود را، ایجاد فرآیندی منظم به منظور بهره‌مندی حداکثری از ظرفیت‌های سازمانی، اجرایی و مهارتی نظام سلامت با هدف به حداقل رساندن پیامدهای سوء سلامتی مخاطرات طبیعی و انسان ساخت در سطح جامعه و منابع نظام سلامت جمهوری اسلامی ایران و منطقه چشم‌اندازی، از طریق پیشگیری از مخاطرات و کاهش آسیب، ارتقاء آمادگی، پاسخ به موقع و بازیابی با رویکرد توسعه پایدار می‌داند.

راهبردها

- ۱- توسعه رویکرد مشارکت بین بخشی، دربرگیرنده تمام مخاطرات و تمام جنبه‌های سلامت
- ۲- ادغام برنامه مدیریت و کاهش خطر بلایا در نظام شبکه بهداشتی - درمانی کشور
- ۳- توجه به مبانی پدافند غیرعامل
- ۴- اتخاذ رویکردهای پیش فعال به کاهش خطر بلایا، توجه به مخاطرات گسترده (با تواتر بالا) و مدیریت مردم محور
- ۵- ایجاد ساختار سازمانی متناسب، متعادل و پویا به گونه‌ای که امکان بهره‌مندی از تمامی ظرفیت ذی‌نفعان داخلی و خارجی فراهم شود
- ۶- تجهیز و مقاوم‌سازی تسهیلات، در برابر انواع مخاطرات، از سطح خانه بهداشت تا بیمارستان مرجع
- ۷- تدوین برنامه بلایا و فوریت‌های تمرین شده، روزآمد و مبتنی بر داستان‌های منتج از ارزیابی پویای خطر
- ۸- ایجاد سامانه مؤثر هماهنگی، در شرایط توسعه (پیشگیری و کاهش آسیب، آمادگی و بازیابی) و سامانه فرماندهی مشخص در شرایط پاسخ

- ۹- توسعه سامانه مدیریت اطلاعات به موقع و مؤثر، در مراحل توسعه و پاسخ
- ۱۰- توسعه سامانه ارتباطی جامع و چند لایه، از سطوح محیطی تا مراکز معین
- ۱۱- توسعه تیم‌های واکنش سریع و عملیاتی با حمایت سامانه تخصصی و در دسترس مالی و پشتیبانی
- ۱۲- تربیت نیروی انسانی عالم، ماهر و با انگیزه به تعداد کافی
- ۱۳- تدوین، اجرا و ارزشیابی برنامه‌ها و تصمیم سازی‌ها، بر اساس شواهد پژوهشی
- ۱۴- تقویت ظرفیت مطلوب فراگیری از درس آموخته‌ها و تمرین‌های داخلی و بومی سازی دانش و تجربیات بین‌المللی
- ۱۵- توسعه تعامل مثبت منطقه‌ای و بین‌المللی، در برنامه‌های آموزشی، پژوهشی، مشاوره‌ای و عملیاتی
- ۱۶- تدوین برنامه راهبردی و عملیاتی مبتنی بر نتایج حاصل از تجربیات گذشته، علم امروز و آینده پژوهی
- ۱۷- تدوین برنامه راهبردی و عملیاتی مبتنی بر نتایج، برای سال ۱۴۰۴

دست آوردها

طی دهه اخیر، در سطح کشور توجه ویژه‌ای به موضوع مدیریت و کاهش خطر بلایا شده است. تأسیس سازمان مدیریت بحران و سازمان پدافند غیرعامل که علاوه بر پاسخ به بلایا، به اقدامات کاهش خطر و پیشگیری نیز، توجه دارند. علاوه بر آن، در راستای برنامه راهبردی جهانی مشهور به چارچوب هوگو برای اقدام^۱، مجمع ملی کاهش خطر بلایا، در کشور تأسیس شده و مشغول فعالیت است. مسئولیت آموزش همگانی با جمعیت هلال احمر است ولی به دلیل گستردگی جغرافیایی، جمعیت بالا، آمادگی پایین خانوارها در برابر بلایا و مواجهه با انواع مخاطرات، مشارکت بین بخشی از الزامات موفقیت است. در این راستا، نظام سلامت، ضمن تقویت سامانه پاسخ، اقدام به طراحی و اجرای برنامه کاهش خطر بلایا در سطح جامعه و منابع نظام سلامت، کرده است. این برنامه‌ها، با اتخاذ رویکرد پیش فعال نظام سلامت به کاهش خطر بلایا در جامعه و بهره‌مندی از راهبرد ادغام برنامه‌های کاهش خطر بلایا در نظام شبکه و پزشک

¹ Hyogo Framework for Action

خانواده، در حال شکل گیری و اجرا هستند. از جمله این برنامه‌ها می‌توان به موارد زیر اشاره کرد:

- توسعه مرکز مدیریت عملیات بحران و سامانه فرماندهی حادثه، در دانشگاه‌های علوم پزشکی
- ارزیابی آمادگی خانوارها در برابر بلایا و ارائه آموزش در این خصوص
- ظرفیت سازی نیروی انسانی از طریق برنامه‌های آموزشی رسمی و کوتاه مدت
- استقرار نظام ثبت مخاطرات و پیامدهای سلامتی آن‌ها
- برنامه ارزیابی خطر بلایا در مراکز بهداشتی - درمانی
- توسعه زیر ساختی و عملیاتی اورژانس ۱۱۵
- برنامه ارزیابی خطر بلایا در بیمارستان‌ها
- برنامه ارتقاء آمادگی بیمارستان‌ها در برابر بلایا
- برنامه ارتقاء آمادگی خانوارها در برابر بلایا
- اجرای تمرین و مانور
- تاکید بر استقرار سامانه هشدار اولیه

آینده‌نگاری حیطه و ترسیم افق چشم‌انداز

- در سال ۱۴۰۴، نظام سلامت جمهوری اسلامی ایران دارای توسعه یافته‌ترین سامانه سلامت در بلایا و فوریت‌ها و پایین‌ترین سطح خطر در برابر مخاطرات طبیعی و انسان ساخت، در منطقه چشم‌اندازی است.
- کاهش وقوع یا پیشگیری از مواجهه جامعه و منابع نظام سلامت، با مخاطرات طبیعی و انسان ساخت
- کاهش آسیب‌پذیری ناشی از مخاطرات طبیعی و انسان ساخت، در سطح جامعه و منابع نظام سلامت
- ارتقاء آمادگی عملکردی، برای پاسخ نظام سلامت به مخاطرات طبیعی و انسان ساخت، از طریق:

۱- احراز رتبه نخست مراکز آموزشی و دانشگاهی تربیت نیروی انسانی متخصص

- ۲- احراز رتبه نخست تولید علم سلامت در بلایا و فوریت‌ها
- ۳- واجد پایین‌ترین سطح آسیب‌پذیری، در منابع سلامت
- ۴- واجد بالاترین آمادگی عملکردی برای پاسخ به بلایا و فوریت‌ها
- ۵- الگوی منطقه در مدل‌های توسعه یافته و مبتنی برشواهد مدیریت و کاهش خطر بلایا و فوریت‌ها
- ۶- احراز مقام نخست در آمیختگی مبانی اخلاق اسلامی، در سیاست‌گذاری، برنامه‌ریزی، اجرا و ارائه خدمات مراحل چهارگانه سلامت در بلایا و فوریت‌ها

سلامت روان

مقدمه

سازمان جهانی بهداشت، سلامت روانی را، به مجموعه‌ای از توانایی‌ها اطلاق می‌کند که به‌طور مستقیم یا غیر مستقیم در بهبود وضعیت عملکرد افراد مؤثرند و تنها به معنی نبود اختلال روانی نیست. گزارش سازمان جهانی بهداشت در سال ۲۰۰۱ میلادی، نشان می‌دهد که بیش از ۴۵۰ میلیون نفر در سراسر جهان، تحت تأثیر مشکلات روانی، نورولوژیک^۱ یا رفتاری قرار دارند که تعداد آن‌ها با نرخ ثابتی، رو به افزایش است. مطالعه بار بیماری‌ها در سال ۱۳۸۲، نشان داد که اختلالات روانپزشکی از نظر بار بیماری‌ها، پس از حوادث در کشور رتبه دوم را به خود اختصاص داده است. هم‌چنین پیمایش اخیر کشوری سلامت روان نشان می‌دهد، که ۲۳/۶ درصد از جامعه، به نوعی از اختلالات روانپزشکی، رنج می‌برند.

به‌طور کلی تأمین سلامت افراد جامعه، یکی از مهم‌ترین مسائل اساسی در هر کشوری، محسوب می‌شود که باید از دیدگاه چهار بعد جسمی، روانی، اجتماعی و معنوی، به آن پرداخته شود. بعد روانی سلامت در بسیاری از کشورهای درحال توسعه، بنا به دلایل مختلف مورد توجه کافی قرار نگرفته است. در این گونه کشورها، حجم مشکلات رفتاری و روانی، رو به فزونی است تا حدی که عوارض ناشی از بی‌توجهی به آن، در ابعاد فردی، خانوادگی و اجتماعی، اثرات سوء و غیر قابل جبرانی گذاشته است. این افزایش تا حد زیادی وابسته به رشد جمعیت، تغییرات سریع اجتماعی از قبیل شهرنشینی، فروپاشی خانواده‌های گسترده، تغییر در شیوه زندگی و مشکلات اقتصادی است. فشار روانی ناشی از زندگی مدرن و تغییرات سریع اجتماعی که تحت تأثیر دست آوردهای جدید فناورانه تشدید می‌شوند، تأثیرات عمده‌ای بر بهداشت روانی و کیفیت زندگی مردم می‌گذارند. عوامل روانی اجتماعی، در میزان موفقیت و بهبود توسعه اقتصادی، مردم، نقش تعیین کننده‌ای دارند. در کشورهای کم درآمد و با درآمد متوسط:

- به‌طور متوسط، مراقبت بیماران روانی برای درصد کمی از جمعیت انجام می‌شود.
- گذر از روش‌های درمان بالینی به سمت درمان‌های جامعه نگر، در حد ضعیفی است و یا اصلاً اتفاق نمی‌افتد.

^۱ Neurologic

- درمان به روش بستری، هنوز متداول تر از درمان در منزل است.
- میانگین سرانه هزینه‌ای که برای بیماران روانی صرف می‌شود، ۰/۳ دلار است که از میزان هزینه اثربخش درمان بیماران روانی (۳-۴ دلار)، خیلی کم‌تر است.
- ۳۱ درصد از کشورها، بودجه اختصاصی برای خدمات سلامت روان ندارند.
- ۲ درصد از بودجه سلامت، به خدمات سلامت روان اختصاص می‌یابد.
- در ۳۵ درصد از کشورها، حداقل داروهای اساسی (سه نوع دارو) وجود ندارد.
- ۴۰ درصد کشورها از امکانات آموزش کارکنان مراقبت‌های اولیه بهداشتی، برخوردار نیستند.
- ۶۹ درصد تخت‌های بیماران روانی، در بیمارستان‌های تک تخصصی هستند.

تاریخچه

ایران یکی از کشورهای منطقه مدیترانه شرقی است که در زمینه برنامه‌های مراقبت‌های بهداشتی اولیه و برنامه‌های بهداشت روان، پیشتاز بوده است. پیشرفت و گسترش برنامه بهداشت روان را می‌توان در چهار دوره جدا از هم، در نظر گرفت. این تغییرات موجب به‌کارگیری روش‌ها و فن‌آوری‌های نوین، در مقایسه با دیگر کشورهای منطقه گردیده است:

۱- **دوره خدمات تیمارستان‌های روانی:** که دهه‌های اولیه قرن حاضر را در بر می‌گیرد. تیمارستان‌های روانی با ظرفیت‌های مختلف در تهران، همدان، شیراز و اصفهان، وجود داشت. امکانات این مراکز خیلی ضعیف بود و این مراکز، بیش‌تر از بیماران بی‌خانمان نگه داری می‌کردند.

۲- **دوره معرفی روانپزشکی:** به‌عنوان بخشی از آموزش پزشکی و تأسیس بیمارستان‌های دانشگاهی جدید: که این دوره از اواخر دهه ۱۳۲۰ شروع، در دهه ۱۳۳۰ گسترش یافته و از دهه ۱۳۴۰ به بعد، کاملاً پابرجا ماند. تربیت دستیار در روانپزشکی در سال‌های اولیه دهه ۱۳۴۰ در بیمارستان روزبه وابسته به دانشگاه تهران آغاز گردید و به دنبال آن برنامه‌های مشابهی در دانشگاه‌های شیراز، اصفهان، تبریز و مشهد، راه اندازی شد.

۳- **برنامه‌های بهداشت روان جامعه نگر:** که در دهه ۱۳۵۰ آغاز گردید. برنامه‌های این دوره عبارت بودند از:

الف: ارائه خدمات جامع بهداشت روان

ب: ایجاد بیمارستان‌ها و مراکز جدید روانپزشکی در استان‌های مختلف

ج: انجام پژوهش‌های گسترده همه گیر شناسی

۴- ادغام بهداشت روان در نظام مراقبت‌های اولیه بهداشتی

که در اواسط دهه ۱۳۶۰ آغاز گردیده است. نخستین طرح آزمایشی آن در سال ۱۳۶۷، در شهر کرد و شهرضا اجرا شد و از آن هنگام تا کنون برنامه در سراسر کشور از طریق نظام شبکه بهداشتی - درمانی به صورت کشوری، ادامه یافته است.

برنامه کشوری بهداشت روان

برنامه کشوری بهداشت روان در مهرماه سال ۱۳۶۵، توسط تیمی از متخصصان صاحب‌نظر تدوین و مورد تأیید قرار گرفت. اجرای این برنامه از سال ۱۳۶۷، آغاز گردید. اهداف این برنامه، عبارتند از:

۱- فراهم آوردن خدمات اساسی بهداشت روان قابل دسترس برای همه، با تأکید ویژه بر آسیب پذیرترین گروه‌های مردم روستایی و شهری که خدماتی به آنان ارائه نشده، به‌ویژه افرادی که در نقاط دوردست زندگی می‌کنند

۲- گسترش الگوی خدمات بهداشت روان، متناسب با ساختار فرهنگی و اجتماعی جامعه ایران و تشویق مشارکت جامعه در گسترش خدمات بهداشت روان

۳- افزایش آگاهی مردم، از اصول بهداشت روانی جامعه، از طریق خدمات بهداشت عمومی و تشویق مردم، در زمینه بهره‌گیری گسترده‌تر از اصول بهداشت روان، به‌منظور ارتقاء سلامتی، رشد اجتماعی- اقتصادی و بالا بردن کیفیت زندگی

۴- گسترش برنامه‌های مناسب برای ارائه خدمات بهداشت روان به افراد آسیب دیده از جنگ (مهاجرین، بی خانمان‌ها، توان خواهان روانی و بدنی، داغدیدگان، بیماران روانی و...) و برنامه‌ریزی طولانی مدت، برای رویارویی با مسائل بهداشت روانی ناشی از جنگ

گسترش برنامه کشوری بهداشت روان

نخستین بررسی‌های آزمایشی در سال ۱۳۶۷، در شهرستان شهرکرد از استان چهارمحال و

بختیاری و شهرستان شهرضا از استان اصفهان، اجرا گردید. هدف از این بررسی‌ها، ادغام خدمات بهداشت روان در نظام مراقبت‌های اولیه بهداشتی بود.

در شهرستان شهرکرد، ۲۲ روستا با ۲۸۹۰۳ نفر جمعیت، زیرپوشش برنامه قرارگرفتند و تمام کارکنان ارائه دهنده خدمات بهداشتی (۲۷ بهورز و ۵ پزشک عمومی)، آموزش داده شدند. برای مقایسه نتایج، یک گروه شاهد نیز در نظرگرفته شد. نتایج آموزش به کارکنان، نشان داد که پس از مداخله آموزشی یک ساله، آگاهی کارکنان در زمینه بهداشت روان، به طور معنی‌داری افزایش یافته است. در گروه آزمایشی، بهورزان پیش از آموزش، ۱۲۱ بیمار را شناسایی نمودند، که در ۴۶ درصد موارد تشخیص نادرست، داده شده بود. پس از گذشت یک سال از اجرای برنامه، بهورزان ۲۶۶ بیمار را شناسایی کردند که تنها نزدیک به ۴۵ درصد، تشخیص آن‌ها نادرست بوه است. در گروه شاهد بهورزان ۱۲۴ بیمار را شناسایی کرده که ۴۵ درصد تشخیص آن‌ها، نادرست بود. نتایج مثبت مشابهی در مورد توانایی پزشکان عمومی در شناسایی، تشخیص و درمان بیماران نیز، به‌دست آمد.

یکی از یافته‌های مهم این بررسی، این بود که طول مدت بیماری ۷۰ درصد بیماران صرعی شناسایی شده، بیش از ۱۰ سال بوده است که بیش‌تر آن‌ها درمان منظمی دریافت نمی‌کردند. در یک بررسی همه گیرشناسی که از کل جمعیت روستایی در پایان یک سال اجرای برنامه، صورت گرفت، نشان داد که بهورزان ۶۳ درصد بیماران موجود در جمعیت را شناسایی کرده بودند. بررسی خدمات ارائه شده، نشان داد که نسبت کمی از بیماران، نیاز به کمک‌های تخصصی داشته‌اند و با پیشرفت و گسترش برنامه، از میزان این نیاز کاسته شده است و ۸۳ درصد بیماران و خانواده‌های آن‌ها، از خدمات ارائه شده راضی بوده‌اند. بررسی نگرش افراد جامعه، نشان‌دهنده تفاوت میان نگرش گروه شاهد بود، بدین معنی که گروه آزمایشی پس از مداخله آموزشی، نگرش مثبت تری نسبت به بیماری‌های روانی پیدا کرده بودند.

برنامه آزمایشی دیگری در شهرستان هشتگرد در استان تهران، نیز به مورد اجرا گذاشته شد. اجرای این برنامه‌های آزمایشی، تجربه کافی و مفیدی را برای ادغام برنامه بهداشت روان در مراقبت‌های اولیه بهداشتی، فراهم کرد. در نتیجه این تلاش‌ها بود که اجرای برنامه بهداشت روان در سراسر کشور، گسترش یافت، به طوری که در پایان سال ۱۳۷۴، برنامه در تمام دانشگاه‌های علوم پزشکی (حداقل در یک شهرستان از هر دانشگاه)، اجرا شد و در همین سال،

اولین ارزشیابی بین‌المللی و مستقل برنامه با همکاری دفتر مدیریتانه شرقی سازمان جهانی بهداشت، انجام شد. تا سال ۱۳۷۴ نزدیک به ۶ میلیون نفر از کل جمعیت کشور، زیر پوشش برنامه قرار گرفتند که ۴ میلیون نفر آن‌ها، روستایی بودند (نزدیک به ۲۰ درصد جمعیت روستایی کشور در آن زمان). این میزان جمعیت در ۱۰۹ شهرستان، زیرپوشش ۵۳۵ مرکز بهداشتی - درمانی و ۲۱۴۲ خانه بهداشت، قرار داشتند. در این سال‌ها توجه به ارتقاء کیفی اجرای برنامه در تمام سطوح ارائه خدمات و همچنین، همکاری‌های بین بخشی در ارائه خدمات، مورد توجه بوده است. این نیاز احساس می‌شد که باید تسهیلات بیشتری در ارائه خدمات به کار گرفته شود، تاکید بیشتری بر بیماری‌های روانی شایع در مراقبت‌های اولیه بهداشتی به عمل آید و آموزش پزشکان عمومی نیز، تقویت گردد.

برنامه پزشک خانواده و خدمات سلامت روان

در گذر پیشرفت و تکامل برنامه ادغام خدمات سلامت روان در نظام مراقبت‌های اولیه بهداشتی، لازم است که به یکی از نقاط عطف ارائه خدمات در نظام سلامت جمهوری اسلامی ایران، اشاره کرد و آن شروع برنامه پزشک خانواده در سال ۱۳۸۴ و گسترش کشوری آن در تمامی مناطق روستایی و شهرهای زیر ۲۰ هزار نفر جمعیت بود. با شروع عملیات طرح پزشک خانواده و گسترش این برنامه، اداره سلامت روان از جمله واحدهایی بود که تلاش نمود از این فرصت، استفاده کرده و خدمات خود را از طریق هماهنگی با ادارات گروهای سنی دفتر سلامت جمعیت، خانواده و مدارس، به صورت ادغام یافته در بسته‌های خدمتی، وارد نظام ارائه خدمات پزشک خانواده کند.

بار بالایی اختلالات روانی، شیوع قابل توجه این اختلالات در جامعه، طراحی برنامه‌ها و مداخلات مؤثر در کاهش مشکلات روان شناختی و همچنین نیازهای روزافزون و متنوع جمعیت تحت پوشش نظام سلامت، مسئولین سلامت روان کشور را بر آن داشت تا لزوم حضور کارشناس سلامت روان را، به‌عنوان یکی از اعضاء ثابت و فعال در تیم پزشک خانواده به تثبیت برسانند. این ضرورت، در حال حاضر با جدیت هر چه تمام‌تر، در دست پیگیری است و به واقع شاید بتوان گفت که با تحقق این امر، انقلاب دیگری در ارائه خدمات سلامت روان کشور، به وقوع خواهد پیوست. شواهد زیادی وجود دارد که نشان می‌دهد، کارشناسان سلامت روان در

صورت برنامه‌ریزی مناسب و تدوین بسته‌های خدمتی متناسب با توان حرفه‌ای آن‌ها و بر حسب نیاز جامعه تحت پوشش، می‌توانند خدمات اولیه تخصصی را در تیم سلامت و در سطح اول خدمات بهداشتی، با اثربخشی قابل قبول، ارائه کنند. با توجه به خصوصیات برنامه پزشک خانواده که اکثریت جامعه را با شرایط یکسان تحت پوشش قرار می‌دهد، مصداق موجود بودن^۱، دسترسی^۲ و عدالت^۳، در ارائه خدمات سلامت روان، تحقق می‌یابد.

سایر برنامه‌های اداره سلامت روان

هر چند ارائه خدمات سلامت روان با ادغام بعضی از خدمات سلامت روان در نظام مراقبت‌های بهداشتی اولیه آغاز شد ولی در گذر زمان و با تغییر سطح آگاهی و نگرش جامعه تحت پوشش و همچنین تغییر الگوی جمعیتی، به تدریج نیاز و مطالبات جامعه تنوع و ارتقاء کمی و کیفی خدمات سلامت روان را به نظام سلامت القاء نمود. در این راستا اداره سلامت روان وزارت بهداشت از اواخر دهه ۷۰ تلاش نمود که با طراحی و گسترش خدمات مبتنی بر شواهد و با توجه به ظرفیت‌های موجود به این نیازها پاسخ دهد.

پیشگیری از خودکشی

طبق گزارشات سازمان جهانی بهداشت، خودکشی در کشورهایی که اطلاعات آن‌ها در دسترس است در زمره ۱۰ علت اصلی مرگ می‌باشد و در برخی از این کشورها در گروه سنی ۳۴ - ۱۵ سال، خودکشی سومین علت مرگ را تشکیل می‌دهد. گزارشات وزارت بهداشت نشان می‌دهد که در ایران درصد عمر از دست رفته به علت خودکشی به کل عمر در سال ۱۳۷۹ در سنین ۱۰ تا ۸۰ سال بیش از خشونت، در سنین ۱۵ تا ۲۹ سال بیش از سرطان. در سنین ۱۰ تا ۴۰ سال بیش از بیماری‌های عفونی، و در سنین ۱۵ تا ۲۴ سال بیش از بیماری‌های قلبی عروقی منجر به مرگ شده است که نشان می‌دهد این مسأله یک مشکل جدی سلامت است. در مطالعه ملی بار بیماری‌ها در سال ۱۳۸۳ مشخص گردید که سال‌های زندگی منطبق با

¹ Availability

² Accessibility

³ Equity

ناتوانی (DALY) ناشی از خودکشی و رفتارهای آسیب به خود ۲/۲۰۶ سال در ۱۰۰.۰۰۰ نفر جمعیت بوده است.

با توجه به مشکلات پیش گفت وزارت بهداشت طراحی برنامه ادغام پیشگیری از خودکشی را در نظام مراقبت‌های بهداشتی اولیه، با تأکید بر درمان افسردگی، در سال ۱۳۷۸ آغاز کرد. این برنامه از سال ۱۳۸۰ در چهار دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی به مورد اجرا درآمد و با توجه به گزارشات طرح مبنی بر موفقیت نسبی آن، از سال ۱۳۸۳ به تدریج در ۴ دانشگاه علوم پزشکی دیگر نیز گسترش یافت. در سال ۱۳۸۵ طراحی این برنامه به شکل جامع تری آغاز شد و در سال ۱۳۸۷ اجرای پایلوت آن به مرحله اجراء درآمد. مطالعه پایش و اثربخشی برنامه پیشگیری از خودکشی در سال‌های ۸۹-۸۸ انجام شد که نشان دهنده اثر بخشی مداخله می‌باشد. در حال حاضر این برنامه در شرایط گسترش پایلوت است.

از دیگر اقدامات انجام شده در برنامه پیشگیری از خودکشی ارتقاء سیستم ثبت خودکشی در کشور بود که با طراحی فرآیند ثبت، تهیه نرم افزار و اجرای آزمایشی آن در سه دانشگاه علوم پزشکی کشور قابلیت اجرای آن مشخص گردید و در حال حاضر دانشگاه‌های علوم پزشکی کشور براساس دستورالعمل نظام ثبت فوق الذکر موارد اقدام به خودکشی و مرگ ناشی از آن را ثبت و گزارش می‌کنند.

ارتقاء سلامت روان کودکان

مطالعات نشان می‌دهند که سوء رفتار با کودکان به دلیل آثار ناگوار کوتاه مدت و درازمدتی که بر سلامت کودکان امروز و بالغین فردای جوامع می‌گذارد، امروزه به صورت یکی از دغدغه‌های بهداشتی، اجتماعی، قانونی، و خانوادگی بسیاری از کشورها درآمده است. عدم توجه به کودکان و نادیده گرفته شدن آن‌ها مسئله‌ای همه‌گیر در نسل‌های متوالی جامعه‌ی بشری است. هر چند این مشکل در اکثر فرهنگ‌ها وجود دارد ولی در بسیاری از موارد شناسایی نمی‌شود. کودک آزاری چه عمدی و چه غیرعمدی مشکل مهم و عمده‌ای در همه دنیا است. این پدیده در سال ۱۹۹۶ در حدود ۱۶ درصد از بار کلی بیماری‌ها را به خود اختصاص داده است. تخمین‌های جدید سازمان جهانی بهداشت نشان می‌دهد که سالیانه ۴۰ میلیون کودک ۱۴-۰ ساله در تمام دنیا از کودک آزاری رنج می‌برند و نیاز به توجه و مراقبت بهداشتی و اجتماعی دارند.

نتایج بررسی‌ها و پژوهش‌های انجام شده در ایران در رابطه با این پدیده در طی سال‌های اخیر حاکی از آن است که از مهمترین علل بروز کودک آزاری در ایران عدم آگاهی والدین از روش‌های صحیح برقراری ارتباط با کودکان و نیز روش‌های مؤثر تصحیح رفتار در کودکان و مهارت‌های فرزندپروری است. با توجه به این داده‌ها، از سوی اداره سلامت روان ضرورت انجام مداخله برای ارتقاء مهارت‌های والدین در تربیت فرزندان و نیز پیشگیری از موارد فوق احساس شد.

در این راستا و به منظور توسعه نیروی انسانی متخصص و ظرفیت‌سازی در سراسر کشور، اداره سلامت روان در سال ۱۳۸۳ برای آموزش روانپزشکان مشاور علمی برنامه‌های بهداشت روان و کارشناس مسئول سلامت روان دانشگاه‌های سراسر کشور، اقدام به برگزاری کارگاه‌های آموزشی تربیت مربی (TOT)^۱ نمود. بدین ترتیب از سال ۱۳۸۴ برنامه مهارت‌های فرزند پروری در کلیه دانشگاه علوم پزشکی کشور و با نظارت اجرایی اداره سلامت روان انجام می‌شود. سایر فعالیت‌های انجام شده در این برنامه عبارتند از:

- تدوین برنامه ملی پیشگیری و مدیریت پدیده کودک آزاری در ایران
- اجرای آزمایشی طرح حمایت از کودکان آزار دیده و والدین آن‌ها در بیمارستان‌های کودکان بندرعباس و امام حسین (ع) تهران
- ادغام طرح حمایت از کودکان آزار دیده و والدین آن‌ها در سیستم بهداشتی درمانی شهرستان بندرعباس
- تدوین و تکثیر ابزارهای ارتباطی در زمینه رابطه مثبت بین والد و کودک
- ارزیابی اثربخشی ابزارهای ارتباطی بین والد و کودک

تدوین پیش نویس قانون سلامت روان جمهوری اسلامی ایران

هدف قانون بهداشت روان، حفظ ارزش‌های والای انسانی است و حفاظت از حقوق بیماران مبتلا به اختلال روانی، از وظایف دولت‌ها است، از آنجایی که حقوق بیماران مبتلا به اختلال روانی نسبت به سوء استفاده و تهاجم آسیب‌پذیر است، وجود قوانین حمایت از شهروندان

¹ Training of Trainers

آسیب‌پذیر، که از جمله بیماران روانی را حفاظت کند، نشان دهنده ارزش و احترام جامعه به حقوق آحاد مردم است و در واقع تصویب این قوانین، ابزاری برای سهولت دسترسی به مراقبت‌های بهداشت روان و محافظت از حقوق بیماران روانی است.

در سال ۱۳۷۸ اولین فراخوان همکاری برای تهیه پیش‌نویس قانون بهداشت روان در جمهوری اسلامی داده شد و در ادامه پیش‌نویس اولیه این قانون از سال ۱۳۸۳ تا ۱۳۸۵ در انستیتو روانپزشکی تهران تهیه گردید. سال ۱۳۸۶ مرکز اخلاق و تاریخ علوم پزشکی دانشگاه علوم پزشکی تهران به سفارش دفتر سلامت روانی، اجتماعی و اعتیاد مسئولیت ویرایش و اصلاح پیش‌نویس را به‌عهده گرفت و جهت دریافت نقطه نظرات اصلاحی از طریق سایت وزارت بهداشت پیش‌نویس در معرض دید عموم قرار داده شد. در فروردین ماه ۱۳۸۸ متن لایحه اولیه قانونی در یک کارگاه مشورتی در اختیار متخصصان روانپزشکی، پزشکی قانونی و حقوق‌دانان قرار گرفت. در این کارگاه اصلاحات قابل توجهی بر روی آن انجام شد.

بعد از یک وقفه حدوداً سه ساله در پیشرفت فرآیند نهایی نمودن این پیش‌نویس، بالاخره در سال ۱۳۹۱ باز نویسی و اصلاح مجدد با کمک تیمی از افراد کارشناس که در تهیه آن از ابتدا مشارکت داشتند به همراه نماینده دفتر حقوقی وزارت بهداشت، انجام شد. در حال حاضر این پیش‌نویس در اختیار دفتر حقوقی وزارت بهداشت می‌باشد تا قبل از ارسال به دولت، آخرین ویرایش در آن اعمال شود.

بهبود کمی و کیفی خدمات بستری بیماران روانپزشکی

در حال حاضر اختلالات روانپزشکی از نظر بار بیماری‌ها پس از حوادث در کشور رتبه دوم را به خود اختصاص داده است. پیمایش اخیر کشوری سلامت روان نشان می‌دهد که ۲۳/۶ درصد از جامعه به نوعی از اختلالات روانپزشکی رنج می‌برند. شدت اختلالات روانپزشکی طیف گسترده‌ای دارد و اکثر این اختلالات با درمان‌های سرپایی بهبود می‌یابند. در این بین، اختلالاتی همچون اختلالات اسکیزوفرنیا و دو قطبی به‌علت شدت علائم نیاز به بستری شدن و درمان‌های دراز مدت دارند.

گزارش‌های موجود حاکی از این است که حوزه خدمات سلامت روان به‌ویژه در بخش خدمات بستری با مشکلات متعددی روبرو است که کیفیت ارائه خدمات را تحت تأثیر قرار می‌دهد. از

جمله مشکلات موجود در بیمارستان‌های روان‌پزشکی می‌توان به تعرفه پایین تخت روز، توان کم بیمار برای پرداخت هزینه بیمارستان، حمایت‌های محدود بیمه، ارجاع بیماران سیستم قضائی که گاهاً هزینه‌های آنان را کسی به‌عهده نمی‌گیرد و مسئله خودگردان بودن بیمارستان‌ها اشاره کرد که این مشکلات روند ارتقاء کیفیت خدمات بستری را با مشکل مواجه نموده است.

در حال حاضر کمبود تخت‌های روان‌پزشکی، مقاومت بیمارستان‌های عمومی به احداث تخت روان‌پزشکی، بار بالای بیماری‌های روانی، عدم موفقیت برنامه ادغام خدمات سلامت روان در نظام مراقبت‌های اولیه در شهرها و فقدان خدمات پس از ترخیص در ابعاد گسترده، ضرورت طراحی برنامه‌های مبتنی بر جامعه و راه‌اندازی خدمات جامعه نگر را ایجاب نموده است. اداره سلامت روان وزارت بهداشت در راستای بهبود کمی و کیفی خدمات سلامت روان به موارد زیر پرداخته است:

- تهیه استانداردهای بخش‌ها و بیمارستان‌های روان‌پزشکی و اورژانس روان‌پزشکی
- تهیه بسته ارتقاء پوشش بیمه‌ای با مشارکت گروه‌های روان‌پزشکی دانشگاه‌های علوم پزشکی کشور، انجمن‌های علمی و سازمان‌های مردم نهاد مرتبط
- طراحی، اجرای پایلوت، تعیین اثربخشی و هزینه - اثربخشی خدمات پس از ترخیص
- ابلاغ اجرای کشوری خدمات پس از ترخیص به مراکز بستری روان‌پزشکی در کشور از طریق اداره حاکمیت بالینی
- طراحی، اجرای پایلوت و گسترش تدریجی مراکز سلامت روان جامعه‌نگر در دانشگاه‌های علوم پزشکی کشور
- ظرفیت‌سازی در جهت راه‌اندازی واحد روان‌پزشکی رابط - مشاور در بیمارستان‌های عمومی

برنامه راه‌اندازی مراکز سلامت روان جامعه نگر

با توجه به جمعیت عظیم و روزافزون نیازمند خدمات بهداشت روان در شهرها از یک سو و ضعف ادغام بهداشت روان در شبکه مراقبت‌های اولیه در شهرها و فقدان یک نظام ارائه خدمات کارآمد از سوی دیگر، شکاف عمیقی بین نیاز و منابع موجود برای ارائه خدمات مطلوب وجود دارد. از این رو با هدف بهبود وضعیت و ایجاد تحولی در سلامت روان شهری، راهبرد استفاده از

ارائه خدمات در مناطق شهری در قالب مراکز سلامت روان جامعه‌نگر (CMHC)^۱ در اداره سلامت روان وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی مطرح و تصویب شد. بر اساس این راهبرد، مراکز سلامت روان جامعه‌نگر ارائه خدمات بهداشتی- درمانی را در شهرها برای محدوده‌های جغرافیایی مشخص بر عهده خواهند داشت.

با توجه به این ضرورت، پس از نیازسنجی و بررسی خدمات و شواهد علمی موجود، مدلی برای ارائه خدمات در این مراکز طراحی و ساختار و برنامه خدمات مشخص گردید. در فاز اول این مدل، خدمات در CMHC به دو گروه ارائه می‌شود:

الف) بیماران دچار اختلالات شدید روانپزشکی (اسکیزوفرنی، اختلال اسکیزوافکتیو و اختلال دوقطبی)،

ب) بیماران دچار اختلالات نرووتیک (شامل اختلالات افسردگی و اضطرابی).

برای هر یک از دو گروه یک مدل مداخلاتی انتخاب و طراحی شد:

الف) ارائه خدمات جامع پس از ترخیص به بیماران مبتلا به اختلالات شدید روانپزشکی شامل ویزیت در درمانگاه همراه با پیگیری تلفنی (برای بیماران دچار اختلال شدید روانپزشکی با نیاز کم‌تر) و ویزیت در منزل (برای بیماران دچار اختلال شدید روانپزشکی با نیاز بیش‌تر). در ضمن برای تمام این بیماران آموزش خانواده و بیمار نیز در نظر گرفته شده است.

ب) ارائه خدمت به بیماران نرووتیک با روش بهبود درمان اختلالات افسردگی و اضطرابی توسط پزشکان عمومی با مدل مراقبت مشارکتی (collaborative care) و به‌صورت راه‌اندازی واحدهای همکار CMHC؛

هر یک از این واحدها در واقع شامل یک پزشک عمومی و یک رابط درمان (case manager) هستند که طی دوره‌های آموزشی تحت نظارت روانپزشک و روانشناس CMHC به شناسایی و درمان افسردگی و اختلالات اضطرابی در بین مراجعان می‌پردازند و موارد خاص را جهت درمان‌های تخصصی به CMHC ارجاع می‌دهند. نتایج به‌دست آمده از ۴ مرکز راه‌اندازی شده در کشور نشان دهنده عملکرد موفق این مراکز بوده است. برنامه ریزی برای گسترش خدمات مبتنی بر جامعه در سطح کشور از طریق راه‌اندازی مراکز سلامت روان جامعه‌نگر در چندین

¹ Community Mental Health Center

مرکز دانشگاهی دیگر از اواخر سال ۱۳۹۱ شروع و مقدمات راه اندازی این مراکز در ۸ - ۶ دانشگاه دیگر در کشور انجام شده است. این مقدمات شامل برگزاری جلساتی جهت معرفی مراکز، تهیه پروپوزال و ارسال آن به دانشگاه‌ها، تلاش برای تأمین بودجه‌های مورد نیاز، انتخاب و تعیین تیم‌های ارائه دهنده خدمت و مقدمات برگزاری کارگاه‌های آموزشی می‌باشد.

برنامه توسعه آموزش عمومی سلامت روان برای آحاد جامعه

یکی از اهداف اساسی برنامه ادغام بهداشت روانی در مراقبت‌های بهداشتی اولیه تغییر و اصلاح نگرش مردم نسبت به مسائل بهداشت روان و بیماری‌های روانپزشکی می‌باشد. تحقیقات مختلف نشان داده است که آموزش اصول بهداشت روانی و آشنایی با اختلالات روانپزشکی یکی از راهبردهای کلیدی در انگ زدایی از بیمار روانپزشکی و بیماری او است. لذا مسئولین و دست اندرکاران به اتفاق به این نتیجه رسیده اند که جهت زدودن باورهای غلط نسبت به مسائل بهداشت روان خصوصاً بیماری‌های روانپزشکی و تغییر و اصلاح نگرش مردم نسبت به مسائل بهداشت روانی، بایستی یک بسیج همگانی آموزشی در نظر گرفته شود. براین اساس مقرر گردید همه ساله در سراسر کشور هفته آخر مهرماه (۳۰-۲۴ مهر) مراسمی به‌عنوان هفته بهداشت روان برگزار گردد. از آنجایی که عمده‌ترین اهداف این هفته توجه به نقش آموزش در امر ارتقاء و افزایش آگاهی و تغییر و اصلاح معیارهای ارزشی جامعه نسبت به مسائل بهداشت روانی می‌باشد، در این هفته سمینارها، جلسات و برنامه‌های متنوع آموزشی با حضور مسئولین و کارکنان رده‌های مختلف بهداشتی و همچنین عموم مردم برپا می‌شود. فعالیت‌های عمده ای که در این زمینه انجام می‌شود عبارتند از:

- تهیه و تدوین دستورالعمل اجرایی و تعیین شعار سال بر اساس منابع ملی و بین المللی
- افزایش حمایت طلبی از مسئولین جهت پیشبرد برنامه‌های بهداشت روان
- تشکیل نشست‌های علمی و اجرایی در ستاد و دانشگاه‌ها و متعاقب آن در شهرستان‌های کشور
- فعالیت‌های رسانه‌ای شامل مصاحبه‌ها و نشست‌های رادیویی و تلویزیونی و ارائه مقالات تخصصی در روزنامه‌ها و مجلات
- فعالیت‌های فرهنگی و ورزشی شامل اجرای مسابقات نقاشی، عکاسی، مقاله نویسی و

پیاده‌روی

- فعالیت‌های آموزشی شامل برگزاری همایش‌ها، کلاس‌های آموزشی و سمینارهای تخصصی

برنامه حمایت‌های روانی اجتماعی در بلایا و حوادث غیر مترقبه

بلایای طبیعی و مبارزه با آن فرایندی به وسعت تاریخ دارند که همواره بشر با آن رودررو بوده است. متأسفانه ایران یکی از مستعدترین کشورهایی است که در آن حوادث طبیعی مانند سیل، زلزله و غیره هرساله جان تعداد زیادی را گرفته و آسیب‌های جبران ناپذیری از نظر مالی و جانی به آن‌ها وارد می‌سازد. با توجه به این که ایران یکی از ده کشور اول بلا خیز دنیا محسوب می‌گردد و در زمینه وقوع زلزله در بین ۵ کشور اول دنیا قرار دارد، آگاهی از مسائل بهداشت روان که متعاقب بلایا برای افراد اعم از خردسال و بزرگسال به وجود می‌آید و همچنین نحوه برخورد و مداخله در رابطه با این واکنش‌ها، برای تمام متخصصین بهداشت روان اعم از روانپزشکان و روانشناسان ضروری است. به دنبال وقوع بلایای طبیعی مانند زلزله شرایط ویژه‌ای در جامعه به وجود می‌آید و نیازهای جدیدی ایجاد می‌شوند. شرایط و الگوهای مرسوم زندگی مردم برهم ریخته و افراد شرایط خاص روانی را تجربه می‌کنند. بلایای طبیعی ویرانگر فشار روانی زیادی را بر مردم وارد کرده و سبب بروز مشکلات روانی و رفتاری دیرپا و آزارنده در بازماندگان می‌شود که تا ماه‌ها و گاهی سال‌ها امکان فعالیت‌های اجتماعی و اقتصادی را از آنان سلب می‌کند. برنامه حمایت‌های روانی اجتماعی در بلایا و حوادث غیرمترقبه دارای اهدافی به شرح زیر می‌باشد:

- پیشگیری از آسیب‌های روانی به بازماندگان بلایا و تیم‌های امدادی
- ارتقاء سطح سلامت روان جامعه در بلایا و حوادث غیر مترقبه
- کاهش شیوع و پیشگیری از بروز پیامدهای منفی به دنبال وقوع بلایا و حوادث غیر مترقبه
- ارتقاء سطح آگاهی عموم مردم در رابطه با پیامدهای بلایا و حوادث غیر مترقبه
- افزایش توان انطباق و آماده سازی بازماندگان
- تقویت مهارت‌های اجتماعی بازماندگان و کمک به جامعه برای سازماندهی مجدد، خودیاری و بازسازی جامعه
- نیازسنجی سریع بعد از بلایا و حوادث غیرمترقبه

- ارائه خدمات و حمایت‌های روانی- اجتماعی در مخاطرات کوچک و خاص

برای تحقق این اهداف فعالیت‌هایی به شرح زیر انجام شده است:

- طراحی برنامه کشوری حمایت‌های روانی- اجتماعی در حوادث غیرمترقبه در سال ۱۳۷۷ که در حال حاضر در مجموعه ی برنامه ملی عملیات پاسخ بهداشت عمومی در بلایا و فوریت‌های وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی به چاپ رسیده است. برای ارتقاء کیفی، این برنامه به دفعات بازبینی شده است. آخرین بازبینی (بازبینی پنجم) در زمستان سال ۱۳۹۰ به اتمام رسیده است.
- تدوین و چاپ کتاب‌های آموزشی حمایت‌های روانی- اجتماعی ویژه ۷ گروه هدف در سال ۱۳۸۴ که بازبینی این کتب در سال ۱۳۹۰ انجام شد.
- تدوین، چاپ و انتشار بروشورهای حمایت‌های روانی- اجتماعی ویژه گروه‌های هدف (چاپ هر ساله)
- تشکیل کمیته حمایت‌های روانی- اجتماعی در بلایا و حوادث غیر مترقبه در دانشگاه‌های علوم پزشکی
- ارتقاء کمی و کیفی منابع انسانی در زمینه حمایت‌های روانی- اجتماعی در بلایا و حوادث غیر مترقبه از طریق برگزاری کارگاه‌های آموزشی در دانشگاه‌ها
- تدوین پروتوکل نیازسنجی سریع بعد از بلایا
- برگزاری کارگاه‌های آموزشی تخصصی برای گروه‌های کارشناسی در دانشگاه‌های علوم پزشکی کشور (همه ساله)

برنامه آموزش مهارت‌های زندگی

برنامه مهارت‌های زندگی با هدف توانمند سازی مردم طراحی و اجرا شده است. این مهارت‌ها در کاهش مشکلات جسمی، روانی و اجتماعی از قبیل سوء مصرف مواد، خودکشی، ایدز، هپاتیت و همچنین انواع خشونت‌های بین فردی تاثیر به‌سزایی دارد. به‌عبارت دیگر آموزش مهارت‌های زندگی منجر به بهبود سبک و کیفیت زندگی شده و به نوبه خود موجبات رفاه روانی و اجتماعی افراد را فراهم می آورد. این مهارت‌ها همچنین در سطح پیشگیری ثانویه نقش

بسیار مؤثری در جلوگیری از عوارض حاد ناشی از اتفاقات غیر مترقبه طبیعی و غیرطبیعی مثل بلایا، جنگ‌ها و تصادفات رانندگی دارد.

امروزه آموزش مهارت‌های زندگی به عنوان ابزار ارتقاء سلامت روانی اجتماعی علاوه بر بخش‌های بنیادین چون مراکز آموزشی، در بسیاری از جایگاه‌های غیر آموزشی به عنوان آموزش‌های عمومی و فوق برنامه آموزش داده می‌شوند. بدون شک چالش‌های زندگی نوین و تغییرات سریعی که در اثر تکنولوژی و رشد سریع زندگی در شهرها و ابرشهرها به وجود می‌آید نیاز به تجهیزات و ابزارهایی دارد که افراد را در هر سن و مقطعی در مقابل عوارض این تغییرات و یادگیری روش‌های انطباق و سازگاری مناسب یاری رساند.

در این راستا اداره سلامت روان وزارت بهداشت از سال ۱۳۸۲ برنامه مهارت‌های زندگی را در چارچوب برنامه‌های ارتقاء سلامت روانی اجتماعی منظور و در سطح کشور اجرا نموده است. این برنامه در ابتدا با محوریت آموزش کودکان مقاطع ابتدایی و در حال حاضر در سطح جمعیت عمومی که شامل بزرگسالان نیز می‌شود، در حال اجرا است. این برنامه با هدف ارتقاء مهارت‌های شناختی، اجتماعی، سازگاری با دیگران، ارتقاء سلامت روانی - اجتماعی و پیشگیری از آسیب‌های اجتماعی طراحی و اجرا شد. عمده فعالیت‌های انجام شده در این برنامه عبارتند از:

- تدوین محتوای علمی مورد نیاز برنامه که شامل یک جلد کتاب آموزشی مربیان و ده جلد کتاب کار برای مخاطبین می‌باشد که با همکاری دفتر بهبود و ارتقاء سلامت زنان وزارت بهداشت انجام شده است.
- ظرفیت‌سازی نیروهای آموزش دیده و تخصصی در سطوح مختلف از طریق برگزاری کارگاه‌های تربیت مربی
- برگزاری کارگاه‌های آموزش مهارت‌های زندگی در سطوح مختلف جامعه

تحلیل روند تغییرات

نتایج ارزشیابی‌های برنامه در سال‌های ۱۳۷۴ و ۱۳۸۸ و همچنین جمع‌بندی گزارش‌های سالانه دانشگاه‌های علوم پزشکی کشور در دهه ۱۳۷۰ و ۱۳۸۰، نشان می‌دهد که برنامه ادغام در روستاها به پوشش و موفقیت چشمگیری، دست یافت، اما در شهرها، تاحدی با ناکامی

مواجهه شده است، و گستره و کیفیت خدمات در شهرها مطلوب نیست. با وجود آن که اکثر متخصصان بهداشت روان در شهرها اقامت دارند، لیکن ارائه خدمات در شهرها ناهماهنگ و ناکافی است و بخش‌های دولتی، خصوصی و خیریه ارائه‌کننده خدماتی پراکنده و نامطلوب و مردم گیرندگانی غیرفعال هستند؛ خدمات عملاً محدود به بیمارستان‌ها و مطب‌های پزشکان و مراکز مشاوره است و متولی اصلی مراقبت از بیماران، به‌ویژه بیماران شدید روانپزشکی، مشخص نیست و در واقع خدمات جامعه‌نگر و خارج از بیمارستان و مطب، جایگاه مناسبی ندارند. این در حالی است که تخت‌های بیمارستان‌های روانپزشکی در شهرهای بزرگ، گاهی تا بیش از صد درصد اشغال هستند و خدمات پیگیری فعال، وجود ندارد. قطع درمان، عود مکرر و بستری مجدد بیماران، داستانی تکرارشونده در اکثر مراکز است که همین مسئله بر بحران کمبود تخت‌های روانپزشکی می‌افزاید. تغییر الگوی جمعیتی، عامل دیگری است که اثربخشی ارائه خدمات ادغام یافته سلامت روان را کاهش داده است؛ در اواسط دهه ۱۳۶۰ که برنامه ادغام طراحی شد، در حدود ۷۰ درصد از جمعیت کشور، در روستاها زندگی می‌کردند، یعنی نقطه قوت برنامه در روستاها، پوشش جمعیتی حداکثری بود، ولی این نقطه قوت در حال حاضر یک پوشش اقلیتی را به خود اختصاص می‌دهد، زیرا بر اساس آمار آخرین سرشماری، در حال حاضر فقط حدود ۳۰ درصد جمعیت کشور، در مناطق روستایی زندگی می‌کنند.

هر چند ارائه خدمات سلامت روان با ادغام بعضی از خدمات سلامت روان در نظام مراقبت‌های اولیه بهداشتی آغاز شد، ولی در گذر زمان و با تغییر سطح آگاهی و نگرش جامعه تحت پوشش و هم‌چنین تغییر الگوی جمعیتی، به تدریج نیاز و مطالبات جامعه، تنوع و ارتقاء کمی و کیفی خدمات سلامت روان را به نظام سلامت القاء کرد. در این راستا اداره سلامت روان وزارت بهداشت، از اواخر دهه ۱۳۷۰، تلاش نمود که با طراحی و گسترش خدمات مبتنی بر شواهد و با توجه به ظرفیت‌های موجود، به این نیازها پاسخ دهد.

مرور اسناد بالا دستی نشان می‌دهد که در برنامه چشم‌انداز بیست ساله جمهوری اسلامی ایران، جامعه‌ی ایرانی متناسب با مقتضیات فرهنگی، جغرافیایی و تاریخی خود، و متکی بر اصول اخلاقی و ارزش‌های اسلامی، ملی و انقلابی، توسعه خواهد یافت. در برنامه پنجم توسعه اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی کشور، در راستای سند چشم‌انداز ۲۰ ساله، بر رویکرد «انسان سالم» و «سلامت همه‌جانبه» و هم‌چنین ارتقاء شاخص‌های بهداشت روان، تأکید گردیده است.

بدیهی است که با توجه به گستره عوامل تأثیر گذار بر سلامت روان، هماهنگی و همکاری بین بخشی، نقش مهمی در تحقق سیاست‌های سلامت محور وزارت بهداشت دارد. اداره سلامت روان با اهداف تثبیت جایگاه مناسب سلامت روان در مجموعه سیاست‌ها و قوانین بهداشتی کشور، ظرفیت‌سازی علمی برای تأمین نیازهای کلان سلامت روان، بهبود کمی و کیفی خدمات روانپزشکی (درمان و بازتوانی اختلالات روانی) و بهبود سلامت روان جامعه، برنامه جامع ارتقاء سلامت روان کشور (سند سلامت روان) را مبتنی بر نقشه تحول نظام سلامت جمهوری اسلامی ایران در سال ۱۳۹۱، تدوین نمود و در همین سال در شورای سیاست‌گذاری وزارت بهداشت تصویب شد و لزوم اجرای آن توسط وزیر وقت به تمام دانشگاه‌های علوم پزشکی و واحدهای تابعه آن، ابلاغ گردیده است.

دست آوردها

- تدوین سند سلامت روان
- اجرای برنامه ادغام خدمات سلامت روان در نظام مراقبت‌های اولیه بهداشتی و استقرار نظام ارجاع بیماران روانپزشکی؛ پوشش وسیع و قابل قبول برنامه به گونه‌ای که در روستاها این پوشش تا مرز ۹۶ درصد و در شهرها به حدود ۴۴ درصد، رسیده است.
- اجرای کشوری برنامه حمایت‌های روانی، اجتماعی در بلايا و حوادث غیرمترقبه، به گونه‌ای که در سال ۱۳۹۱، ظرفیت قابل توجهی از نیروهای تخصصی در اقصی نقاط کشور برای ارائه خدمات، مهارت لازم را کسب نموده و در مواقع لزوم، مورد استفاده قرار می‌گیرند. در این برنامه هفت جلد متن آموزشی برای سطوح مختلف ارائه خدمت تهیه شده است.
- اجرای برنامه مهارت‌های زندگی در سطح کشور، که در این برنامه تعداد یک جلد کتاب آموزش مربی و ده جلد کتب کار فراگیران، تهیه شده است
- اجرای برنامه‌های بهبود روابط والدین و کودکان و مهارت‌های فرزندپروری در سطح کشور، در این برنامه متون آموزشی مربیان تهیه شده است.
- تدوین پیش نویس قانون سلامت روان
- وجود تعداد قابل توجهی از نیروهای تخصصی در سطح کشور، از جمله بیش از ۱۳۰۰ روانپزشک

- خودکفایی کشور در زمینه تولید داروهای روانپزشکی و در دسترس بودن داروهای ضروری
- وجود مراکز تحقیقاتی و بانک‌های اطلاعاتی سلامت روان
- دسترسی به اطلاعات اپیدمیولوژیک کشوری، حاصل از پیمایش کشوری سلامت روان در سال ۱۳۸۹-۱۳۹۰ و در دسترس بودن جدیدترین اطلاعات برای برنامه‌ریزان و سیاست‌گذاران
- تاکید سیاست‌گذار به تخصیص ۱۰ درصد تخت‌های بیمارستان‌های عمومی به بیماران روانی و فعال‌سازی بخش‌های روانپزشکی مشاوره-رابط
- پوشش خدمات سلامت روان در جمعیت روستایی، توسط بهورزها و عدالت در دسترسی به آن‌ها
- وجود طرح‌های آزمایشی ایجاد مراکز سلامت روان جامعه‌نگر در شهرها و برنامه ملاقات در منزل
- وجود هفته سلامت روان در ایران

چالش‌ها

در محیط درونی

- نداشتن جایگاه و تشکیلات مناسب برای سلامت روان در وزارت بهداشت
- هماهنگی درون بخشی ضعیف برای سلامت روان (بین معاونت‌ها و بین واحدهای معاونت‌ها)
- نبود نظام مدون برای مشارکت مردم و انجمن‌های غیر دولتی
- مشخص نبودن سهم و نقش دستگاه‌ها برای ارتقاء سلامت روان
- فقدان نظام منظم و مستمر پیگیری بیماران روانی
- بی رغبتی بخش‌های خصوصی برای ارائه خدمات به دلیل با صرفه نبودن و پایین بودن تعرفه‌ها
- ضعف نظام PHC در شهرها
- نبود نظام غربالگری روانی در کشور
- کمبود تعداد تخت‌های روانپزشکی و به ویژه اورژانس‌های روانپزشکی

- عدم بهره‌مندی مناطق حاشیه‌ای شهرها از خدمات سلامت روان
- پایین بودن کیفیت خدمات سرپایی و بستری و مراقبت از بیماران مزمن
- کم بودن برنامه‌های سطح یک پیشگیری (برنامه‌های آموزش همگانی و رسانه‌ای و...)
- ضعف پوشش بیمه‌ای خدمات بیماران روان پزشکی

در محیط بیرونی

- در اولویت نبودن موضوع سلامت روان برای سیاست‌گذاران برون وزارتی
- آشنایی کم ذی‌نفعان از وضعیت سلامت روان و اثرات آن در توسعه و دست یابی به چشم‌انداز ۱۴۰۴
- انگ اجتماعی بالای جامعه برای بیماران روانی (هم مردم و هم مسئولین چنین نگرشی را دارند)
- وجود خرافات در درمان بیماران روانی
- عدم پوشش مناسب بیماران روانی حاد و مزمن توسط بیمه‌ها، به‌دلایل نگرشی و عملیاتی متعدد
- مصرف خودسرانه داروهای روان‌گردان، توسط مردم
- قرار نداشتن موضوع سلامت روان در مرکز توجهات سیاست‌گذاران یا ضعف اعتقاد مسئولان دستگاه‌ها به سلامت، به عنوان اولویت
- شفاف نبودن ارتباط برنامه‌های مختلف برای رسیدن به اهداف راهبردی در سند چشم‌انداز، نقشه جامع علمی و برنامه پنجم (جزایر پراکنده).
- ضعف نگرش نظام‌مند در حل مشکلات و ضعف یادگیری تیمی برای حل مسائل

آینده نگاری حیطه و ترسیم افق چشم‌انداز

برنامه جامع ارتقاء سلامت روان کشور برای حفظ و ارتقاء سلامت روان جامعه، نیازمند همکاری‌های درون بخشی و بین بخشی در سطح ملی است که در آن هر یک از سازمان‌ها و نهادهای مسئول با انجام تعهدات خود نقش و مسئولیت خود را ایفاء کنند تا با اجرایی شدن راهبردهای این سند، بهبود سلامت روان عموم جامعه و ارتقاء شاخص‌های مربوطه میسر گردد.

فعالیت‌های اداره سلامت روان وزارت بهداشت در جهت تحقق اهداف کلی و در محورهای ذیل است:

- زبان مشترکی برای مدیریت سلامت روان بین ذی‌نفعان ایجاد شود.
- احساس مالکیت نسبت به برنامه‌های سلامت روان، افزایش یابد.
- به استقرار موفقیت آمیز برنامه پزشک خانواده و نظام ارجاع کمک شود.
- دستیابی به اهداف سلامت روان در برنامه‌های پنج ساله توسعه کشور، تسهیل و تسریع گردد.
- آخرین دست آوردهای مداخلات سلامت روان در تجربیات بین‌المللی در زمینه پیشگیری از بیماری‌های روانی، به کار گرفته شود.
- خدمات سلامت روان مبتنی بر جامعه، جایگزین بخش عمده‌ای از خدمات مبتنی بر بیمارستان‌های روانپزشکی، گردد.
- ثبات برنامه‌های سلامت روان در صورت تغییر مدیران، تضمین گردد.

اعتیاد

مقدمه

جمهوری اسلامی ایران به‌عنوان کوتاه‌ترین مسیر ترانزیت مواد مخدر از مبدا کشور افغانستان (عمده‌ترین منبع تولید مواد مخدر در جهان) به مقصد بازار اروپا، همواره با مشکلات ناشی از ترانزیت مواد مخدر اعم از شیوع سوءمصرف مواد مخدر در بین تمام اقشار جامعه به‌ویژه جوانان با افزایش شرارت‌ها، اقدامات ضدامنیتی از سوی قاچاقچیان و افزایش تعداد زندانیان ناشی از جرائم مواد مخدر، مواجه می‌باشد.

مطابق آخرین مستندات و شواهد موجود، شیوع اعتیاد، حداقل ۲ درصد برآورد شده است که تقریباً ۴ درصد بار بیماری‌های کشور را باعث می‌شود. آسیب‌های وارده ناشی از این معضل جهانی و مافیای موجود، توجه بیش از پیش به برنامه‌های پیشگیری، درمان و کاهش آسیب اعتیاد به عنوان سیاست کاهش تقاضا در مقابل سیاست‌های مقابله با عرضه راه، نمایان می‌کند. هماهنگی دستگاه‌های متولی از یک سو و استفاده از ظرفیت‌ها و امکانات موجود آن‌ها با انجام برنامه‌ریزی‌های مناسب، منجر به اثربخشی بیش‌تر فعالیت‌های کاهش تقاضا و تسهیل در

برنامه‌های مقابله با عرضه، خواهد شد. با اندوخته‌ای که از تلاش‌های چند ساله به دست آمده است. این برنامه سعی دارد تا به توفیقات ارزشمندی در جهت پیشگیری، درمان و کاهش آسیب‌های سوء مصرف مواد دست یابد. اعتیاد به عنوان یک آسیب اجتماعی، احتمالاً هیچ‌گاه به طور کامل ریشه کن نخواهد شد، اما با تدبیر، اندیشه و تلاشی مخلصانه، حداقل می‌توان آن را به کنترل در آورد.

تاریخچه

در شهریور سال ۱۳۲۵، قانون «ممنوعیت استعمال تریاک» به تصویب رسید و در همان سال اداره کل مبارزه با تریاک، در وزارت بهداری تأسیس گردید. در سال ۱۳۳۱، لایحه منع «تهیه، خرید و فروش الکل و تریاک» به تصویب رسید. این لایحه، شهرداری و بهداری را مکلف به درمان معتادین کرده است. با تصویب قانون منع کشت خشخاش و مصرف تریاک در سال ۱۳۳۴، مصرف مواد افیونی ممنوع اعلام شد.

در ادامه اجرای قانون مزبور، در تاریخ ۱۳۳۸/۳/۳۱ «لایحه قانونی راجع به اصلاح قانون منع کشت» به تصویب رسید. در تاریخ ۱۳۴۲/۷/۱ طی مصوبه اصلاح قانون مزبور، مجازات‌ها، تشدید و برای بعضی جرائم، مجازات اعدام برای متخلفین، تعیین گردید.

پس از ده سال تجربه و بررسی، زمانی که مقامات وزارت بهداری وقت متوجه گردیدند که منع کشت خشخاش برخلاف انتظار به تنهایی برای ریشه کنی اعتیاد در کشور کافی نیست، به علاوه در اثر روز افزونی معتادین در سرتاسر کشور، بیمارستان‌های تهران، حتی از جواب‌گویی به مراجعین معتاد تهرانی عاجز بودند. پس از بررسی‌های طولانی، بالاخره وزارت بهداری طی بخشنامه‌ای تمام بهداری‌های استان‌ها را موظف کرد که یک نفر از پزشکان خود را برای کارآموزی درمان معتادان به تهران اعزام و ده درصد تخت‌های تمام بیمارستان‌های کشور را به بستری و درمان معتادان اختصاص دهند و با توجه به این که قریب بیست هزار تخت در بیمارستان‌های تابعه وزارت بهداری در سرتاسر کشور وجود داشت، وزارت بهداری در آبان ماه ۱۳۴۴، رسماً اعلام کرد که در سرتاسر کشور، دو هزار تخت‌خواب به معتادان اختصاص داده شده است.

در سال ۱۳۴۶، کمیته بهداری در جلسه مورخه ۱۳۴۶/۱۱/۸، رسماً اعلام کرد: ممنوعیت کشت

خشخاش به ضرر کشور بوده است و مبارزه با قاچاق هم تاکنون به نتیجه‌ای نرسیده است. در حالی که پس از سیزده سال که از اجرای قانون مذکور می‌گذشت، کشت خشخاش در کشور متوقف شده بود و طبق همان قانون معتادان مداوا می‌شدند. مجدداً در تاریخ ۱۳۴۷/۱۲/۱۳ قانون «اجازه کشت محدود خشخاش و صدور تریاک»، تصویب شد.

در تاریخ ۱۳۴۸/۶/۲، آیین نامه اجرایی ماده ۳ قانون کشت محدود به تصویب رسید و از آن تاریخ مجدداً فروش تریاک به معتادین خاص، به طور رسمی از سوی دولت شروع شد که معتادین سهمیه دریافت می‌کردند.

در تاریخ ۱۳۴۹/۶/۲، با تصویب قانون اجازه معاملات تریاک و کمک به درمان معتادان، مجدداً دولت خرید و فروش تریاک را رسماً آغاز کرد و بدین سان تاریخ تکرار گردید، مجدداً کشت و معامله و مصرف تحت انحصار دولت قرار گرفت و سال به سال به تعداد معتادان افزوده شد.

در تاریخ ۱۳۵۹/۳/۱۹، شورای انقلاب جمهوری اسلامی ایران، لایحه قانونی «تشدید مجازات مرتکبین جرائم موادمخدر» را به تصویب رساند و اقدامات تأمینی و درمانی، به منظور مداوا و اشتغال به کار معتادین، صورت گرفت.

در اجرای قانون مصوب شورای انقلاب، از تاریخ ۱۳۶۲/۱/۲۸ با تصویب هیئت دولت، مراکز بازپروری معتادان تأسیس و سازمان بهزیستی، مسئولیت بازپروری آن‌ها را عهده‌دار شد.

به طور کلی در سال ۱۳۶۵، فعالیت‌های مراکز مربوط به معتادین، از طریق ۱۸ واحد با ظرفیت ۴۵۵۷ نفر ارائه می‌گردید. متوسط ماهانه تعداد معتادین تحت پوشش در این سال ۴۲۰۱ نفر، پذیرش حدود ۱۵ هزار نفر و ترخیص اندکی بیش از ۱۴ هزار نفر بوده است. تعداد کسانی که محکوم شده بودند، بیش از تعداد کسانی بوده که خودشان را معرفی کرده بودند، تعداد کسانی که به تریاک اعتیاد داشتند ۱۳ درصد کل پذیرفته شدگان این مراکز و کسانی که معتاد به هرویین بوده‌اند، ۸۲ درصد آن‌ها را تشکیل می‌دادند و ۵ درصد بقیه افراد پذیرفته شده به مواد دیگری از قبیل شیر، حشیش، مرفین و غیره معتاد بودند.

در سال ۱۳۶۶، اقدام جدی برای بررسی همه جانبه قانون مبارزه با مواد مخدر انجام شد و در سال ۱۳۶۷، این قانون در مجمع تشخیص مصلحت نظام، به تصویب رسید. بر اساس این قانون، اعتیاد جرم تلقی گردید و تمام تصمیمات بر تلاش کاهش عرضه متمرکز شد.

پس از ده سال در سال ۱۳۷۶، قانون مذکور بازبینی و اصلاحیه آن به تصویب مجمع تشخیص

مصلحت نظام رسید. با این اصلاحات علی‌رغم تاکید بر جرم بودن اعتیاد به روش‌های کاهش تقاضا در کنار کاهش عرضه، صحنه‌گذاری شد و کادر پزشکی، مجاز به دخالت در درمان و بازتوانی معتادان شدند.

تحلیل روند تغییرات

در سال‌های میانی دهه ۱۳۵۰، شمار معتادان نزدیک به ۲ میلیون نفر گزارش گردید و در سال‌های ۱۳۵۸-۱۳۵۷ نزدیک به ۵ درصد کل جمعیت ایران، معتاد به مواد مخدر بوده‌اند. بررسی‌ها نشان می‌دهند که تا سال ۱۳۷۷، روند کلی سوءمصرف مواد، رو به افزایش بوده است. طی دوره زمانی ۱۳۷۷-۱۳۵۷، میزان رشد متوسط بروز سوءمصرف مواد، سالانه ۸ درصد یعنی بیش از سه برابر میزان رشد جمعیت بود. هم‌چنین میزان رشد متوسط مصرف تزریقی تا سال ۱۳۷۷، سالانه ۳ درصد بود. این مطالعه میزان رشد بروز مصرف مواد در سال‌های اخیر منتهی به سال مطالعه را، در زنان بیش از مردان نشان داد.

در سال ۱۳۸۰، بررسی همه‌گیرشناسی سوءمصرف مواد در جمهوری اسلامی ایران توسط وزارت بهداشت و با همکاری دفتر کنترل مواد ملل متحد، صورت پذیرفت. در این بررسی، برای نخستین بار، نمونه‌گیری بسیار وسیعی در سطح کشور از مراجعان به اورژانس در ۸۵ شهرستان شامل تمام استان‌ها، انجام گرفت. نتایج بررسی، دلالت بر وجود حداقل ۳/۷۶۱/۰۰۰ نفر مصرف‌کننده مواد افیونی، از جمله تریاک، شیر، هرویین^۱ و بوپرنورفین^۲ داشت که از این تعداد ۳/۳۱۳/۰۰۰ نفر بیش از یک سال بود که مواد مصرف می‌کردند. از این تعداد ۲/۵۴۷/۰۰۰ نفر مصرف مشکل‌آفرین (سوءمصرف یا وابستگی) داشتند که ۱/۳۹۰/۰۰۰ نفر از آن‌ها، در حد سوءمصرف به معنای اخص کلمه و در ۱/۱۵۸/۰۰۰ نفر آن‌ها در حد اعتیاد یا وابستگی بود.

برای نخستین بار در یک پژوهش داخلی، وسعت مصرف سرخود داروهای وابستگی‌آور، تخمین زده شد. مصرف سرخود و بدون نسخه این داروها، عمدتاً با هدف خود درمانی، لذت و رفع علائم محرومیت، بسیار بالا بود (حدود ۴/۸۰۶/۰۰۰ نفر در یک ماه پیش از بررسی)، از میان

^۱ Heroin

^۲ Buprenorphin

آن‌ها ۱/۱۲۱/۰۰۰ هم‌زمان مواد افیونی نیز مصرف می‌کردند و ۳/۷۳۴/۰۰۰ نفر نیز صرفاً از این داروها مصرف می‌کردند. مصرف و اعتیاد به مواد در مردان، ۴-۸ برابر زنان و میانگین سن مصرف‌کنندگان حدود ۴۲ سال بود. در مجموع، مواد افیونی را افراد با وضع اقتصادی بد و الکل را افراد با وضع اقتصادی خوب، بیش‌تر مصرف می‌کردند و گرایش به حشیش، در هر دو گروه مشاهده شد.

در سال ۱۳۸۰، مطالعه‌ای تحت عنوان وضعیت مصرف تزریقی مواد در شهر تهران انجام گردید که نتایج نشان داد، هم افراد مسئول و هم مصرف‌کنندگان تزریقی، متفق‌القول بودند که به‌دلیل افزایش قیمت تریاک در طول یک سال قبل از تحقیق، مصرف هرویین رو به افزایش بوده است. به تبعیت از روند گسترش جهانی اعتیاد به نظر می‌رسد در سال‌های اخیر، الگوی سوء مصرف مواد، بار دیگر تغییر کرده و گرایش به مصرف مواد صناعی جدید، بیش‌تر شده است.

در سال ۱۳۸۴، تعداد ۲۹۴ مرکز درمان سوءمصرف مواد در سطح کشور، به ۷۷۹۲ نفر خدمات درمان سوء مصرف مواد ارائه و در سال ۱۳۹۱ تعداد ۴۷۴۶ مرکز، به ۴۰۰۰۰۰ نفر، خدمات درمان سوء مصرف مواد، ارائه می‌کردند.

آیین‌نامه اجرایی مراکز مجاز درمان و کاهش آسیب اعتیاد به مواد مخدر و روان‌گردان‌ها موضوع تبصره یک ماده ۱۵ اصلاحیه قانون اصلاح قانون مبارزه با مواد مخدر، در سال ۱۳۹۱ به تمام دانشگاه‌های علوم پزشکی کشور ابلاغ شده است.

سیاست‌های کلی نظام در امر مبارزه با مواد مخدر ابلاغی مقام معظم رهبری به تاریخ

۸۵/۷/۱۰

- اتخاذ راه‌کارهای پیشگیرانه در مقابله با تهدیدات و آسیب‌های ناشی از مواد مخدر و روان‌گردان با بهره‌گیری از امکانات دولتی و غیر دولتی با تاکید بر تقویت باورهای دینی مردم و اقدامات فرهنگی، هنری، ورزشی، آموزشی و تبلیغاتی در محیط خانواده، کار، آموزش و مراکز فرهنگی عمومی
- ایجاد و گسترش امکانات عمومی تشخیص، درمان، بازتوانی و اتخاذ تدابیر علمی جامع و فراگیر با هدف:

○ درمان و باز توانی مصرف‌کنندگان

○ کاهش آسیب‌ها

○ جلوگیری از تغییر الگوی مصرف از مواد کم خطر به مواد پرخطر

● اتخاذ تدابیر لازم برای حضور و مشارکت جدی آحاد مردم و خانواده‌ها و حمایت از

تشکل‌های مردمی در زمینه‌های پیشگیری، کاهش آسیب و درمان معتادان

● توسعه مطالعات و پژوهش‌های بنیادی، کاربردی و توسعه‌ای، در امر مبارزه با مواد مخدر و

روان‌گردان و پیشگیری و درمان معتادان با تکیه بر دانش روز دنیا و استفاده از ظرفیت‌های

علمی و تخصصی ذی‌ربط در کشور به عنوان رهنمود پذیرفته شد

در حال حاضر، ملاک عمل در کشور اصلاحیه قانون مبارزه با مواد مخدر مصوب سال ۱۳۷۶

مجمع تشخیص مصلحت نظام می‌باشد. براساس این قانون، کشت و تولید، واردات و صادرات و

مصرف تمامی انواع مواد، به‌جز در موارد پزشکی ممنوع است. در اجرای مواد ۳۳ و ۳۴ قانون

اصلاح قانون مبارزه با مواد مخدر و الحاق موادی به آن مصوب ۱۳۷۶/۸/۱۷ مجمع تشخیص

مصلحت نظام و به منظور:

● پیشگیری از اعتیاد به مواد مخدر و داروهای روان‌گردان

● درمان و بازپروری معتادان

● تمهیدات لازم پس از آزادی

● اتخاذ تدابیر مناسب به منظور مصون‌سازی افراد در معرض خطر و انجام اقدامات

فرهنگی، ارشادی، تبلیغی و معاضدتی جهت کاهش تقاضای مواد مخدر، اعضاء ستاد مبارزه

با مواد مخدر و سایر وزارتخانه‌ها، سازمان‌ها و موسسات دولتی و غیر دولتی ضمن جلب

حمایت مردمی موظفند به شرح موارد آتی اقدام نمایند.

در جلسه ۱۲۴ ستاد مبارزه با مواد مخدر، به‌عنوان هماهنگ کننده فعالیت‌های کنترل مواد

مخدر کشور که در تاریخ ۱۳۸۸/۸/۲ تشکیل شد، تدابیر زیر جهت پیشگیری و کاهش تقاضا و

توسعه برنامه‌های درمان، بازتوانی، کاهش آسیب و نیز حمایت‌های اجتماعی از معتادان بهبود

یافته بر عهده وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی گذاشته شد:

۱- اجرای طرح توزیع شربت تریاک برای معتادان با تعیین میزان غلظت و مصرف آن حداکثر

تا پایان سال جاری.

- ۲- جنگ روانی و تبلیغاتی علیه مواد مخدر، روان‌گردان‌ها و قاچاقچیان و ایجاد فرهنگ انزجار از مواد مخدر در بین آحاد جامعه.
- ۳- پوشش کامل درمان کاهش آسیب معتادان کم درآمد و بی‌بضاعت.
- ۴- تهیه طرح جامع فرهنگی و پیشگیری به منظور کاهش ورودی جدید به چرخه اعتیاد و کاهش نرخ بروز اعتیاد در کشور.
- ۵- حمایت و کمک به سازمان‌های مردم‌نهاد فعال در حوزه‌های مبارزه با مواد مخدر و اعتیاد.
- ۶- پیش‌بینی ساختار سازمانی مناسب برای دستگاه‌های عضو مرتبط با ستاد.

شاخص‌ها

- کنترل مصرف مواد، در سطح کشور
- ارتقاء کیفی خدمات درمانی، از طریق پایش و ارزشیابی برنامه‌های کاهش آسیب و درمان اعتیاد
- طراحی و اجرای سامانه یکپارچه اطلاعات مواد، در حوزه درمان
- ایجاد نظام مراقبت همه گیر شناسی
- کاهش گسترش HIV در بین معتادان تزریقی^۱ IDU و غیر تزریقی^۲
- کاهش گسترش ویروس‌های منتقله از راه خون در بین معتادان تزریقی IDU
- کاهش سایر آسیب‌های مربوط به مواد (از قبیل مصرف بیش از حد، آسسه و مرگ و میر)
- کاهش جرم و جنایت ناشی از مصرف مواد

برنامه پیشگیری از سوء مصرف مواد

طراحی برنامه‌های جامع پیشگیری از مصرف مواد، یکی از اهداف مهم اداره پیشگیری و درمان سوء مصرف مواد به شمار می‌رود که انجام این مهم مستلزم درگیر نمودن سازمان‌ها و نهادهای مرتبط و تخصیص اعتبارات متناسب با وسعت برنامه‌های مورد نظر می‌باشد.

علی‌رغم کمبود اعتبارات لازم، پیشگیری و درمان مواد با استفاده از سایر منابع موجود به

^۱ Injecting Drug Users

^۲ Non Injecting Drug Users

فعالیت در حوزه پیشگیری از مصرف مواد ادامه می‌دهد.

- برنامه مداخلات سوء مصرف مواد برای دانشجویان دانشگاه‌های کشور
- بسته پیشگیری و ارزیابی و ارتقاء بسته‌های موجود تدوین شده
- افزایش توانمندی نیروهای کارشناسی در سطح ستاد و دانشگاه‌های علوم پزشکی
- کتب مدون تخصصی پیشگیری از سوء مصرف مواد
- بسته‌های آموزشی پیشگیری و بستر سازی جهت بهره‌گیری کارشناسان دانشگاهی
- پیشگیری از مصرف مواد در محیط‌های ورزشی زنان با همکاری دفتر امور زنان ریاست جمهوری

- طراحی مدل جامع پیشگیری و کنترل سوء مصرف مواد و اجرای آزمایشی آن
- پیشگیری از ایدز در سوء مصرف کنندگان مواد
- پیشگیری از سوء مصرف مواد در نوجوانان
- آموزش چهره به چهره جمعیت تحت پوشش تفکیک گروه‌های هدف
- آموزش گروه‌های هدف در جلسات آموزشی گروهی
- ادغام خدمات سوء مصرف مواد در نظام شبکه به صورت آزمایشی در ۱۰ دانشگاه کشور

درمان سوء مصرف مواد

برنامه‌های درمان سوء مصرف مواد در حوزه‌های مختلفی چون توسعه و تداوم فعالیت‌های مراکز درمان سوء مصرف مواد پایش و نظارت بر نحوه ارائه خدمات برنامه‌های آموزشی، تدوین راهنماهای درمان و پژوهش‌های کاربردی در زمینه درمان سوء مصرف مواد اجرا می‌شود.

درمان سوء مصرف مواد به عنوان یکی از راهبردهای ارائه تسهیلات خدمات درمان سوء مصرف مواد مخدر از جمله اهداف اصلی اداره پیشگیری و درمان مصرف مواد می‌باشد. توسعه برنامه درمان سوء مصرف مواد مخدر با محوریت درمان با داروهای آگونیست از سال ۱۳۸۵ و تداوم فعالیت مراکز درمان، یکی از فعالیت‌های عمده این اداره به شمار می‌رود. درمان نگهدارنده با متادون شایع‌ترین روش درمانی سرپایی گزارش شده است.

- ارائه تسهیلات خدمات درمان سوء مصرف مواد با محوریت درمان با آگونیست‌ها
- فعالیت ۴۷۴۶ مرکز درمان با آگونیست در سراسر کشور با ۴۰۰/۰۰۰ بیمار تحت پوشش

- برگزاری دوره‌های آموزشی پزشکان و روانشناسان در دانشگاه‌های علوم پزشکی کشور
- استقرار سامانه پایش و نظارت مراکز درمان سوء مصرف مواد
- در راستای ساماندهی و نظارت مراکز درمان سوء مصرف مواد سامانه جامع مدیریت مراکز درمان و کاهش آسیب اعتیاد سال ۱۳۹۱ در دستور کار این دفتر قرار دارد که فعالیت‌های انجام شده در این زمینه به شرح زیر می‌باشد:
- از جمله کارکردها و مزایای سامانه مذکور
- بررسی و مدیریت موافقت اصولی پروانه بهره‌برداری و مجوز واحد آگونیست مراکز فعال درمان سوء مصرف مواد
- بررسی و مدیریت مدارک تحصیلی و آموزشی کارکنان فعال در مراکز درمان و کاهش آسیب اعتیاد
- بررسی و مدیریت نقشه معماری مراکز درمان سوء مصرف مواد
- مدیریت تعداد مراکز مجاز درمان سوء مصرف مواد بر حسب توزیع جغرافیایی منطقه
- تسهیل در نظارت فعالیت‌های دارویی و غیردارویی مراکز درمان و کاهش آسیب اعتیاد
- تقلیل در ثبت نظارت فعالیت‌های دارویی و غیردارویی و مراکز درمان و کاهش آسیب اعتیاد
- تقلیل در ثبت فیزیکی مستندات پرونده و دفاتر موجود در مراکز
- جلوگیری از مراجعه یک بیمار به مراکز متعدد
- جلوگیری از دریافت دارو از چندین مرکز به طور هم‌زمان
- دسترسی سریع به اطلاعات مراکز از سطوح بالاتر نظارت (ستاد دانشگاه‌های علوم پزشکی، ستاد وزارت بهداشت، ستاد مبارزه با مواد مخدر و دیگر ذی‌نفعان) امکان‌پذیر است.
- ✓ تدوین و اجرای آزمایشی شبکه هشدار سوء مصرف مواد
- ✓ ارائه خدمات درمان سوء مصرف مواد محرک
- ✓ برگزاری کارگاه‌های آموزشی پایش و نظارت درمان سوء مصرف مواد
- ✓ تدوین و بازنگری پروتکل‌های درمانی و راهنماهای بالینی
- پروتکل درمان نگهدارنده با داروی آگونیست متادون
- پروتکل درمان نگهدارنده با داروی بوپرنوروفین

- پروتکل درمان سم زدایی با داروی بوپر نورفین
- پروتکل درمان سم زدایی با داروی کلونیدین و NSAIDS
- پروتکل درمان نگهدارنده با داروی اپیوم تینکچر
- پروتکل درمان سوء مصرف مواد در بارداری، زایمان و شیردهی
- پروتکل درمان در مراکز اقامتی
- پروتکل درمان در مراکز اقامت اجباری
- پروتکل و راهنماهای بالینی درمان سوء مصرف مواد محرک

برنامه کاهش آسیب

- راه اندازی ۱۱۸ مرکز گذری ساماندهی معتادان خیابانی (DIC) و ارائه خدمات شامل تعویض سرنگ و سوزن به منظور جلوگیری از استفاده از سرنگ مشترک در معتادان تزریقی توزیع کاندوم با هدف جلوگیری از رفتارهای مخاطره آمیز جنسی و برخی خدمات جانبی حمایتی از جمله دسترسی به استحمام توزیع البسه و غذای گرم و سرد به بیماران
- افزایش دسترسی به خدمات سرنگ و سوزن (NSP) با اعزام تیم‌های سیار امدادرسان (Outreach) متشکل از گروه‌های همسان Peer به پاتوق‌ها خرابه‌ها، پارک‌ها و جلب مشارکت بیماران در برنامه و ترغیب آن‌ها به مراجعه به مرکز گذری برای دریافت بسته کامل خدمات کاهش آسیب
- ترغیب بیماران تحت پوشش برنامه سرنگ و سوزن (NSP) به تغییر رفتار تزریقی و ارجاع به برنامه درمان نگهدارنده با متادون آستانه پایین (Low Threshold MMT)
- ارجاع بیماران تحت برنامه درمان نگهدارنده با متادون آستانه پایین (Low Threshold MMT) بعد از دوره زمانی تعریف شده به برنامه درمان نگهداری با متادون MMT در مراکز درمان سوء مصرف مواد دولتی و خصوصی
- ارائه خدمات کاهش آسیب در زندان‌ها با توزیع کاندوم برای جلوگیری از رفتار مخاطره آمیز جنسی و برنامه درمان معتادان از جمله درمان نگهدارنده با متادون MMT
- ارتقاء خدمات کاهش آسیب از طریق پایش و نظارت برنامه‌های کاهش آسیب توسط ستاد وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی و دانشگاه‌های علوم پزشکی

دست آوردها

- اجرای برنامه مداخلات سوء مصرف مواد برای دانشجویان دانشگاه‌های کشور
- تهیه بسته‌های پیشگیری و ارزیابی و ارتقاء بسته‌های تدوین شده
- افزایش توانمندی نیروهای کارشناسی در سطح ستاد و دانشگاه‌های علوم پزشکی
- تدوین کتب مدون تخصصی پیشگیری از سوء مصرف مواد
- تهیه بسته‌های آموزشی پیشگیری و بستر سازی جهت بهره‌گیری کارشناسان دانشگاهی
- پیشگیری از مصرف مواد در محیط‌های ورزشی زنان، با همکاری دفتر امور زنان ریاست جمهوری

- طراحی مدل جامع پیشگیری و کنترل سوء مصرف مواد و اجرای آزمایشی آن
- پیشگیری از ایدز در سوء مصرف کنندگان مواد
- پیشگیری از سوء مصرف مواد در نوجوانان
- آموزش چهره به چهره جمعیت تحت پوشش به تفکیک گروه‌های هدف
- آموزش گروه‌های هدف در جلسات آموزشی گروهی
- ادغام خدمات سوء مصرف مواد در نظام شبکه بهداشتی - درمانی به صورت آزمایشی در ۱۰ دانشگاه علوم پزشکی کشور

- ارائه تسهیلات خدمات درمان سوء مصرف مواد، با محوریت درمان با آگونیست‌ها^۱
- فعالیت ۴۷۴۶ مرکز درمان با آگونیست، در سراسر کشور با ۴۰۰۰۰۰ بیمار تحت پوشش
- برگزاری دوره‌های آموزشی پزشکان و روان شناسان در دانشگاه‌های علوم پزشکی کشور
- استقرار سامانه پایش و نظارت مراکز درمان سوء مصرف مواد
- تدوین و اجرای آزمایشی شبکه هشدار سوء مصرف مواد
- ارائه خدمات درمان سوء مصرف مواد محرک
- برگزاری کارگاه‌های آموزشی پایش و نظارت درمان سوء مصرف مواد
- تدوین و بازنگری پروتکل‌های درمانی و راهنماهای بالینی

¹ Overdose

چالش‌ها

چالش‌های اجرای برنامه‌های اداره سوء مصرف مواد

- به رسمیت نشناختن تولیت وزارت بهداشت در امر پیشگیری درمان و کاهش آسیب
- علی‌رغم تصریح قانونی از سوی متولیان اصلی سیاست‌گذاری اعتیاد
- عدم امکان نظارت بر توزیع و نحوه هزینه کرد بودجه‌های درمان ستاد توسط وزارت بهداشت به عنوان رییس کمیته درمان و مسئول اصلی درمان کشور
- تخصیص ناکافی و دیر هنگام اعتبارات ستاد مرکزی با مواد مخدر و وزارت بهداشت
- نبود ساختار تشکیلاتی مدون در دانشگاه‌های علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی کشور
- مشکلات هماهنگی بین سازمان‌های ذی‌ربط در امر پیشگیری درمان و کاهش آسیب

آینده‌نگاری حیطه و ترسیم افق چشم‌انداز

- تعمیق راهبردهای کاهش تقاضا و تعمیم سیاست‌گذاری مرتبط
- توسعه کمی و کیفی برنامه‌های پیشگیری درمان و کاهش آسیب سوء مصرف مواد در چارچوب سند جامع پیشگیری از اعتیاد
- تقویت رویکرد علمی در فرآیند تولید دانش مرتبط با پیشگیری درمان و کاهش آسیب سوء مصرف مواد
- استاندارد سازی فرآیندها به جای برنامه‌های توده‌ای و ناهمگون
- تقویت رویکرد و مداخلات فرا بخشی و بین‌المللی در زمینه پیشگیری درمان و کاهش آسیب سوء مصرف مواد (به جای نگرش بخشی و دستگاهی)
- سازماندهی و ایجاد ساختار مناسب کارآمد و پویا در ستاد وزارت بهداشت و دانشگاه‌های علوم پزشکی
- افزایش سرمایه اجتماعی از طریق کاهش جرم و جنایت ناشی از مصرف مواد
- ارتقاء کارکرد اجتماعی اقتصادی بیماران تحت درمان سوء مصرف مواد به منظور افزایش کارایی خانوادگی و شغلی و معنوی

نکات کلیدی

۱- نتایج مطالعه ارزشی سریع وضعیت سوء مصرف مواد در سال ۱۳۸۶ که توسط ستاد مبارزه با مواد مخدر انجام یافته است تعداد معتادان کشور را حدود ۱/۲۰۰/۰۰۰ نفر برآورد کرده است. ۹۴/۸ درصد مردان و ۵/۲ درصد زنان که بالاترین میزان در گروه سنی ۲۵-۲۹ ساله به میزان ۲۵/۷ درصد گزارش شد. ۵۹/۷ درصد معتادان تحصیلاتی زیر مقطع دبیرستان و ۹۱/۲ درصد معتادان را دیپلم و زیر دیپلم تشکیل داده بودند. بالاترین میزان مواد مصرف در کشور به ترتیب تریاک (۳۴ درصد) کراک افغانی (۲۶/۶ درصد) و هرویین ۱۹/۲ درصد بوده است. حدود ۲۵/۲ درصد تزریقی‌ها در سال گذشته تزریق مشترک داشتند اولین مکان‌های مصرف منزل خود فرد (۱۸/۲ درصد) و منزل دوستانش (۲۳/۲ درصد) بود و در ۱۰ درصد موارد محل کار گزارش شده است همچنین ۷۴/۹ درصد معتادان در سال گذشته اقدام به درمان کرده‌اند.

۲- برنامه‌های متعددی در دهه گذشته برای حوزه اعتیاد وزارت بهداشت تدوین و اجرا شده است. برنامه کاهش تقاضای مصرف مواد (۱۳۷۷) برنامه کاهش آسیب‌های ناشی از اعتیاد (۱۳۸۶-۱۳۸۲) برنامه پیشگیری و درمان سوء مصرف مواد وزارت بهداشت (۱۳۸۹-۱۳۸۴) برنامه ملی کاهش شیوع و عوارض اعتیاد وزارت بهداشت (۱۳۸۶-۱۳۸۸) از این جمله هستند ولی مستندی که نشان دهنده تصویب مراجع معتبر بوده یا گزارش ارزشیابی از اجرای برنامه‌ها، در دسترس نیست.

۳- تحلیل وضعیت فعلی نشان می‌دهد که برنامه مدونی برای حرکت این حوزه در درون وزارت بهداشت لازم است به‌طوری که در این برنامه تولید حوزه پیشگیری درمان و کاهش آسیب سوء مصرف مواد، بازبینی و تقویت شده باشد در همین راستا، می‌بایست هماهنگی جدی‌تری برای مداخلات پیشگیری در سطح ستاد مبارزه با مواد مخدر، از طرف وزارت بهداشت به اجرا درآید و تضاد موجود در مورد متولی بودن وزارت بهداشت در درمان اعتیاد رفع گردد.

۴- با وجود منابع اقدامات پیشگیرانه و حتی سیاست‌های درمانی، نقش وزارت بهداشت به‌عنوان یک نهاد تخصصی در پیشگیری درمان و کاهش آسیب ناشی از سوء مصرف مواد، بر جسته شده و می‌بایست ضمن ظرفیت سازی درونی این نقش خود را به عنوان بازوی

تخصصی ستاد توسعه دهد.

۵- تقویت برنامه‌های سطح یک پیشگیری و جلب حمایت‌های مرتبط در این سطح گنجاندن مداخلات پیشنهادی در برنامه عملیاتی سالانه، مشارکت ذی‌نفعان آموزش کارشناسان در زمینه مهارت‌های ستادی و معین گام‌های استقرار و عملیاتی‌سازی برنامه‌ها باید جهت ارتقاء هر چه بیش‌تر برنامه‌های این حوزه مورد توجه قرار گیرد.

اعتیاد به الکل

تاریخچه

الکل از شایع‌ترین مواد سوء مصرف در دنیاست و به عنوان ماده آغازین، نقش زیادی در ادامه مصرف مواد مخدر دارد. مصرف کنندگان را می‌توان بر حسب میزان نوشیدن به:

- ۱- خطر آفرین^۱ مصرف در حدی که خطر موقعیت‌های خطرناک را برای مصرف کننده و دیگران افزایش می‌دهد. این مرحله از نظر بهداشت عمومی بسیار مهم است. با وجود این که ممکن است، هیچ اختلال قابل مشاهده‌ای در فرد مصرف کننده دیده نشود.
- ۲- نوشیدن مضر^۲: مصرف در حدی که اختلالات جسمی و روانی بوجود می‌آورد و
- ۳- وابستگی^۳: مصرف تکراری الکل به شکلی که تظاهرات رفتاری، شناختی و فیزیکی واضح ایجاد می‌کند.

با وجودی که بسیاری از پیامدهای ناخوشایند، به دنبال مصرف بیش از حد الکل حاصل می‌شوند، اما مصرف الکل حتی در میزان کم (۲۰-۴۰ gr) از مقدار مطلق اتانول^۴ در روز نیز، عامل خطر بسیاری از مشکلات اجتماعی است. نوجوانان یکی از مصرف کنندگان اصلی الکل هستند که به طور فزاینده‌ای در مخاطره آسیب‌های ناشی از آن قرار می‌گیرند. مصرف به وسیله نوجوانان و جوانان، معمولاً با تصادفات رانندگی و مرگ، خودکشی، افسردگی، غیبت از تحصیل، کاهش کارایی تحصیلی، کاهش حافظه، کوری موقت، نزاع، صدمه به اموال، انتقاد از طرف همسالان، روابط ناپایدار، تجاوز و روابط جنسی محافظت نشده (ابتلا به ایدز و حاملگی‌های ناخواسته) همراه می‌شود. داده‌های جهانی نشان می‌دهد که افزایش مقدار و تکرار مصرف الکل و آسیب‌های ناشی از آن از اواسط نوجوانی تا اوایل بزرگسالی به وجود می‌آید.

در ایران، بخشی از مشکل مصرف مشروبات الکلی مربوط به مخلوط شدن الکل متیلیک (متانول)^۵ که همان الکل چوب است با الکل نوشیدنی، به دلیل قیمت کم‌تر و نیز طرز تهیه آن است، که صدمات شدیدی چون کوری و مرگ را برای مصرف کنندگان در پی دارد. در

^۱ Hazardous

^۲ Harmful

^۳ Dependency

^۴ Ethanol

^۵ Metanol (Metylic Alchcohol)

سال‌های اخیر، چندین بار، همه‌گیری‌های مسمومیت با متانول رخ داده است. به‌دلیل مشاهده مسمومیت‌های گروهی با متانول و نیز اهمیت موضوع سوء مصرف الکل از جنبه‌های مختلف بهداشتی، آثار سوء جسمی و روانی در پی استفاده از آن و به‌دلیل مسئولیت دفتر سلامت روانی، اجتماعی و اعتیاد وزارت بهداشت در امر کاهش آسیب‌های اجتماعی و سوء مصرف مواد، در سال ۱۳۸۸ بررسی جامع و تدوین راه کارهای مداخله‌ای در این زمینه، در دستور کار این دفتر قرار گرفت.

وضعیت مصرف الکل

در ایران داده‌های پراکنده‌ای وجود دارد که نشان می‌دهد، مصرف الکل به‌خصوص در جوانان، قابل توجه است. بخشی از داده‌های منتشر شده در خصوص نحوه مصرف، در جدول زیر به‌طور خلاصه آمده است.

شواهد مبنی بر رشد کشفیات نیروی انتظامی نیز نشان می‌دهد که بایستی به این معضل توجه ویژه داشت.

جدول شماره ۵۱- درصد نحوه مصرف الکل در نوجوانان و جوانان کشور (۱۳۷۶-۱۳۸۸)

گروه مورد مطالعه	سال مطالعه	شاخص	فراوانی مصرف
انترن‌های پسر دانشگاه علوم پزشکی تهران	۱۳۷۶	مصرف در طول عمر	درصد ۴۲/۵
		مصرف گهگاه	درصد ۲۹/۹
		مصرف روزانه	درصد ۰/۵
دانشجویان دانشگاه شیراز	۱۳۷۹-۸۰	مصرف در طول عمر	درصد ۳۴/۷
		مصرف روزانه	درصد ۲۱/۴
نوجوانان و جوانان ۱۵-۳۵ ساله تهران	۱۳۸۵-۸۶	مصرف در طول عمر	درصد ۲۵/۷
		مصرف در طول عمر	درصد ۱۷
		مصرف در طول عمر	درصد ۱۷/۱
دانشجویان دانشگاه علوم پزشکی کردستان	۱۳۸۷	مصرف مستمر	درصد ۱/۱
		مصرف در ماه گذشته	درصد ۷/۴
دانش آموزان دبیرستانی دبیرستان‌های دولتی تهران	۱۳۸۸		

مطالعه روی دانشجویان شاغل به تحصیل کارشناسی در ۵۷ دانشگاه تحت پوشش وزارت علوم با حجم نمونه ۵۲۳۱ نفر، نشان داد که:

- مصرف الکل نسبت به سایر مواد شیوع بیشتری دارد.
 - از نظر تکرار مصرف هم، مشروبات الکلی در محدوده بیشتری هستند. در مجموع ۲۰ درصد از پاسخگویان که مصرف مثبت بودند، بیش از ده بار و ۵/۶ درصد بیش از ۲۰ بار مصرف داشته‌اند.
 - ۴۰ درصد پاسخ مثبت‌ها مصرف آن‌ها قبل از ورود به دانشگاه و مربوط به دوران دبیرستان یا حتی قبل از آن بوده است.
 - پایگاه اجتماعی و اقتصادی بالاتر، با رشد مصرف همراه بوده است.
- در سال‌های اخیر مطالعه‌ای با روش کار غیرمستقیم و به روش NSU^۱ به سفارش دفتر سلامت روانی، اجتماعی و اعتیاد وزارت بهداشت انجام شده است. این مطالعه به‌منظور تخمین جمعیت‌های پُرخطر و پنهان که یکی از آن‌ها مصرف الکل است، در سال ۱۳۹۰ انجام یافته و نتایج آن در سال ۱۳۹۱ استخراج گردیده است، که البته تاکنون انتشار نیافته است. نتایج این مطالعه حاکی از آنست که الکل، اولین ماده مصرفی در کشور است. قرار است این مطالعه به‌طور مستمر و هر دو سال یک بار انجام شود و با داشتن نتایج آن، حداقل بعد از دو دوره، می‌توان روند مصرف را تخمین زد.

تحلیل روند تغییرات

آنچه از مرور مطالعات موجود حاصل می‌شود، گستردگی طیف مصرف است که از ۵ درصد تجربه مصرف در مطالعه جمعیت بالاتر از ۱۲ سال کرمان، به ۴۲/۵-۲۰ درصد در مطالعه انترن‌های پسر دانشگاه تهران، متغیر است.

حتی بررسی‌های روی گروه‌های مشابه نیز، نتایج متفاوتی در برداشت برای مثال دانش آموزان پسر دبیرستانی در شیراز ۲۴/۲ درصد مصرف در طول عمر داشتند، در حالی که مطالعه‌ای در گناباد روی دانش آموزان پسر دبیرستانی ۲/۲ درصد سوء مصرف، گزارش کرده است. به‌طوری که می‌توان به تفاوت‌های فرهنگی در استان‌های مختلف، ارتباط داد. البته روش انجام کار و نیز ابزار جمع‌آوری داده‌ها و تعریف شاخص‌ها بر روی نتایج، بسیار تأثیر گذار است.

از طرفی در مواردی که پژوهش بر پایه گزارش فردی اعم از مصاحبه یا پرسشنامه باشد (بدون

¹ Network Scale Up

تأیید آزمایشگاهی) همیشه احتمال کم‌تر تخمین زدن وجود دارد و معلوم نیست با چه ضریب تصحیحی باید میزان واقعی مصرف را معلوم کرد. به‌خصوص الکل، به دلیل جرم بودن مصرف، مشکلات مختلفی را بر سر راه پژوهش‌های مرتبط با آن قرار می‌دهد و طراحی و اجرای این گونه مطالعات را، پیچیده‌تر می‌کند.

در هر صورت اختلاف قابل توجه در نمونه‌ها، شاخص‌ها و بالطبع نتایج حاصل از داده‌های موجود (به فرض دقیق بودن)، هر گونه نتیجه‌گیری در خصوص وسعت مصرف الکل و اختلالات مرتبط با آن را دشوار می‌سازد و همین امر روشن‌گر ضرورت تحقیق در سطح جامعه^۱، مبتنی بر روش‌های علمی و با تعریف دقیق شاخص‌های مصرف از جمله فراوانی و اندازه مصرف و نوع الکل مصرفی به تفکیک گروه‌های سنی و پرخطر در کشور است.

شاخص‌ها

این برنامه دارای شاخص‌های متعدد و مناسب برای سیاست‌گذاری و انجام مداخلات لازم است.

دست آوردها

از موقعی که فعالیت در این حوزه در دفتر سلامت روانی، اجتماعی و اعتیاد، آغاز گشته است، طرح‌های ذیل به انجام رسیده است:

- بررسی وضعیت موجود و نیاز سنجی و حمایت‌طلبی
- تدوین راهنمای عملی درمان مسمومیت با متانول
- بررسی تخمین شروع موارد سوء مصرف کنندگان الکل
- تدوین سند سیاست پیشگیری، درمان و کاهش آسیب مصرف الکل (در سطح وزارتی) و ابلاغ به تمام دانشگاه‌های علوم پزشکی، توسط وزیر وقت بهداشت
- تدوین راهنمای عملی سنجش الکل رانندگان
- تدوین برنامه جامع پیشگیری از مصرف الکل (برنامه‌ای مشترک با سازمان جهانی بهداشت)
- تدوین سند ملی الکل با همکاری وزارت کشور

¹ Community based

و نیز برنامه‌هایی که در حال انجام است:

- تدوین راهنمای عملی درمان سوء مصرف الکل و راه‌اندازی مراکز درمان تخصصی
- راه‌اندازی دوره کوتاه مدت درمان سوء مصرف الکل ویژه پزشکان
- راه‌اندازی دوره‌های بازآموزی ویژه درمانگران مرتبط

چالش‌ها

- محدودیت منابع و نبود اعتبارات مشخص
- محدودیت در زمینه مطالعات به منظور بررسی عوامل مؤثر بر مصرف (درک درستی از این عوامل وجود ندارد که بتوان بر اساس آن برنامه‌ریزی انجام داد)
- نبود تحقیقات کیفی
- ساختار سازمان‌های ذی‌نفع که مرتبط با حوزه مدنظر است، شناخته شده نیست (زیرا گاهی در یک سازمان چندین واحد مجزا روی یک موضوع کار می‌کنند)
- خیلی از ذی‌نفعان هنوز یا آن قدر انگیزه ندارند یا دانش لازم را در این زمینه ندارند که همراهی کنند
- سازمان‌های مردم‌نهاد در این حوزه کمک بزرگی خواهند بود، اما در این حوزه سازمان مردم‌نهاد مشخصی وجود ندارد
- هنوز تولیدات رسانه‌ای به منظور آگاه‌سازی جامعه در این مورد برای پخش، با مشکلات متعددی روبرو هستند

آینده نگاری حیطه و ترسیم افق چشم انداز

دورنمای پیشگیری، درمان و کاهش آسیب مصرف الکل در افق ۱۴۰۴ «وزارت بهداشت توانسته است به استناد اسناد بالادستی با ایجاد بستر مناسب (ساختاری، قانونی، برنامه‌های مؤثر و آزمایش شده، منابع انسانی، مالی و اطلاعات)، در وزارتخانه و دانشگاه‌های علوم پزشکی، شرایط را برای اجرای وسیع‌تر مداخلات پیشگیری، درمان و کاهش آسیب سوء مصرف الکل فراهم آورد و از طریق ارتقاء همکاری‌های بین بخشی و مشارکت مردم به‌عنوان مرجع علمی، حمایت طلب، ناظر عالی و تدوین‌گر استانداردهای پیشگیری، درمان و

کاهش آسیب مصرف الکل، سهم و نقش خود را در کاهش بار سوءمصرف الکل به میزان پیش بینی شده در سند ابلاغی وزارتت ایفاء کند».

- نظر به تحریم مصرف الکل در دین مبین اسلام و زمینه دین داری قوی جامعه ایرانی از این ظرفیت به خوبی می توان استفاده نمود.
- در خصوص حوزه بین بخشی، شاید توجیه و آموزش مسئولان، اولین قدم باشد تا ورودی اثرگذار در این حوزه به وجود آید.
- وجود اعتبارات مشخص و پیش بینی ردیف بودجه در هر یک از سازمان های مرتبط راهی است به سوی اجرایی شدن برنامه های طراحی شده
- با توجه به ابلاغ سند سیاست الکل توسط وزیر بهداشت به همه دانشگاه های علوم پزشکی کشور، از این ظرفیت به منظور پیاده سازی برنامه در تمام واحدهای تابعه وزارت بهداشت، استفاده خواهد شد.

سلامت اجتماعی

تاریخچه

سلامت اجتماعی، به عنوان بخشی لاینفک از سلامت عمومی، یکی از مهم‌ترین رویکردهای غالب در سطح دنیا محسوب می‌شود که اولین بار در سال ۱۹۴۸ میلادی، توسط سازمان جهانی بهداشت، مطرح شده است. در آن سال‌ها، مشکلات اقتصادی، اجتماعی ناشی از دو جنگ پیایی جهانی ضرورت توجه ویژه به پیامدهای اجتماعی، تصمیمات سیاسی و بین‌المللی را، بیش از پیش مطرح می‌ساخت. با این حال عملیاتی شدن این مهم تا دهه ۱۹۶۰ میلادی و هم زمان با راه اندازی «نهضت مطالعات اجتماعی»، به تعویق افتاد.

در ایران مشکلات و تبعات عمده‌ای چون جنگ تحمیلی ۸ ساله، تحریم‌های شدید اقتصادی، ناامنی و بی ثباتی در منطقه و قرار گرفتن کشور در مسیر ترانزیت مواد مخدر از یک طرف و هم‌چنین گذار طبیعی جامعه ایران، از جامعه سنتی به مدرن و مشکلات ناشی آن از جمله رشد روزافزون شهرنشینی و مهاجرت بی رویه به کلان شهرها، از مهم‌ترین عواملی بوده که به افزایش نرخ بیکاری و تورم و کاهش پیوندهای اجتماعی و رشد ناهنجاری‌های اجتماعی، خصوصاً در کلان شهرها، منجر گردیده است.

در این راستا، وزارت بهداشت و اختصاصاً دفتر سلامت روانی، اجتماعی و اعتیاد، از سال ۱۳۸۸ به موضوع ارتقاء سلامت اجتماعی جامعه، توجه کرده است و در سال ۱۳۸۹ اولین «هم‌اندیشی ملی سلامت اجتماعی» به منظور تعیین جهت گیری بخش‌های مختلف جامعه (بخش‌های حمایتی، انتظامی، مذهبی، بهداشتی، دانشگاهی و سازمان‌های بین‌المللی و مردم نهاد) نسبت به موضوع سلامت اجتماعی را، برگزار کرد.

به همین منظور اهداف سلامت اجتماعی در نقشه تحول نظام سلامت تا افق ۱۴۰۴ هجری شمسی به قرار ذیل تعیین شده است:

- ایجاد ساختارهای هماهنگ که در آن‌ها سهم و نقش دستگاه‌ها برای مدیریت آسیب‌های اجتماعی و ارتقاء شاخص‌های سلامت اجتماعی، نهادینه شود.
- در تدوین سیاست‌ها و برنامه‌های کلان کشور، «پیوست سلامت اجتماعی» نهادینه شود.
- بروز رفتارهای سالم اجتماعی در گروه‌های مختلف جامعه افزایش یابد.
- مشارکت میانجیان مردم در حوزه سلامت اجتماعی، نهادینه شود.

- شاخص سرمایه اجتماعی، در روند افزایشی قرار گیرد.
- شاخص‌های سلامت اجتماعی در وضعیت بد، به کم‌تر از یک سوم وضعیت فعلی، تنزل یابد.
- شاخص‌های سلامت معنوی، در روند افزایشی قرار گیرند.

تحلیل روند تغییرات وضعیت شاخص‌ها

نتایج مطالعه «طراحی ابزار سنجش سلامت اجتماعی ایرانیان»، در یک نمونه ۸۰۰ نفری، در شهرهای تهران، ارومیه و اصفهان، در بهار سال ۱۳۹۰، نشان داد که وضعیت شاخص‌ها به قرار زیر است:

شاخص‌های سلامت اجتماعی شامل:

حیطه‌های دسترسی به خدمات در زمان بیماری، احساس امنیت در محله، حمایت عاطفی خانواده، حمایت خانوادگی در زمان معلولیت واز کارافتادگی، کارکرد خانواده در تأمین اوقات فراغت و شادی، کارکرد خانواده در تأمین نیازهای معنوی و همچنین قدردانی دیگران از عملکرد مثبت فردی، برقراری شرایط رشد دینی و معنوی توسط خانواده و نیز حیطه‌های مرتبط با عملکرد اجتماعی مانند ارتباط با اعضاء خانواده، مراقبت فرد از اطرافیان بیمار و از کارافتاده، ارتباط با دوستان، رضایت فرد از مشارکت در جمع‌های دوستانه و همدردی فرد با مشکلات عاطفی اطرافیان (مجموعاً ۱۳ شاخص)، در وضعیت خوب قرار دارند.

شاخص‌های سلامت اجتماعی در:

حیطه‌های دریافت حمایت در زمان بروز مشکلات مالی، برقراری شرایط رشد دینی و معنوی توسط جامعه، پذیرش فرد در جامعه، برقراری شرایط رشد و پیشرفت توسط جامعه، احترام اجتماعی، برخورداری از حمایت قانونی، پذیرش آداب اجتماعی توسط فرد، مشارکت اجتماعی، تأثیر مشارکت فرد در تصمیم‌گیری‌های اجتماعی، برقراری امنیت فردی و خانوادگی توسط جامعه و نقش رسانه در رشد و پیشرفت فردی (مجموعاً ۱۱ شاخص)، در وضعیت متوسط قرار دارند.

شاخص‌های سلامت اجتماعی در:

برقراری شرایط سلامت توسط جامعه، برقراری شرایط نشاط و شادمانی توسط جامعه، برقراری شرایط شکوفایی استعدادها توسط جامعه، اعتماد فرد به افراد جامعه و در حیطه‌های مرتبط با حمایت اجتماعی مانند حمایت اجتماعی در زمان معلولیت و از کارافتادگی (مجموعاً ۵ شاخص) در وضعیت بد و هشداردهنده قرار دارند.

بررسی کلی وضعیت ترسیم شده در این مطالعه نشان می‌دهد که، وضعیت شاخص‌های سلامت اجتماعی در سطوح خانواده و اطرافیان، وضعیت بهتری از شاخص‌های سلامت اجتماعی در خارج از حیطه خانواده و اطرافیان، دارد. هرچند که وضعیت کلی در تعداد کثیری از شاخص‌ها در سطوح خوب و متوسط است، اما اثر گذاری و اهمیت شاخص‌های ترسیم شده در سطح بد و هشداردهنده، قابل توجه است. بیش‌تر شاخص‌های بد و هشداردهنده ترسیم‌کننده وضعیت فرد در اجتماع خارج از خانواده و اطرافیان است که به اهمیت توجه به برنامه‌ریزی اجتماعی و ارتقاء وضعیت شهروندی اشاره دارد. بسته به شرایط اجتماعی، اقتصادی، شاخص‌های سطح متوسط، قابلیت ارتقاء به سطح خوب یا بازگشت به سطح بد و هشداردهنده را دارند. در سطح شاخص‌های بد و هشداردهنده، اهمیت اعتماد اجتماعی، به عنوان یک شاخص کلیدی سرمایه اجتماعی، نیاز به توجه ویژه دارد. در سطح شاخص‌های بد و هشداردهنده، اهمیت شرایط اجتماعی برای نشاط و شادمانی یکی از شاخص‌های مهم کیفیت زندگی است که نیاز به برنامه‌ریزی اجتماعی و شناخت نیازهای واقعی افراد جامعه دارد. بدیهی است این مطالعه در سطح ملی انجام نشده است و اداره سلامت اجتماعی، اولین بررسی ملی این مقیاس را، در دست انجام دارد.

شاخص‌ها

در راستای تعریف فوق از سلامت اجتماعی، به رغم مطالعه‌ای که اخیراً برای طراحی مقیاس سنجش سلامت اجتماعی ایرانیان توسط اداره سلامت اجتماعی صورت گرفته که ضمن سنجش سلامت اجتماعی میزان عملکرد اجتماعی فرد و همچنین میزان حمایت‌های دریافت شده از جامعه نیز تعریف شده است، سلامت اجتماعی فرد حاصل تعامل متقابل فرد و محیط اجتماعی پیرامونش است. همچنین در این مطالعه، علاوه بر دو حیطه اصلی، ۲۹ زیر حیطه فرعی وجود

دارد که جمعا شاخص‌های سلامت اجتماعی ایرانیان را، تشکیل می‌دهد.

دست آوردها

تدوین و اجرای مدل مداخلات سلامت اجتماعی در ۱۰ منطقه آسیب خیز و حاشیه شهرها (در این برنامه، آسیب‌های اجتماعی این مناطق با همکاری تیم محلی و کمیته راهبری مرکب از مسئولین اجرایی شهرستان، از ابتدا تا به انتها توسط مردم محله و با تسهیل‌گری معاونت بهداشتی دانشگاه علوم پزشکی منطقه بررسی شده است).

- تدوین شاخص‌ها و مقیاس سنجش سلامت اجتماعی ایرانیان (این مقیاس پس از اعتبارسنجی در مراحل انجام اولین پایش ملی است)
- اجرای آزمایشی برنامه پیشگیری از همسرآزاری با دو رویکرد جداگانه ادغام برنامه در نظام شبکه بهداشتی - درمانی و مدل مداخلات سلامت اجتماعی
- تدوین شاخص‌ها و مقیاس سنجش سلامت اجتماعی کودکان و نوجوانان (۱۸-۶ سال)
- تدوین برنامه رفتارهای اجتماعی سالم مقاطع مختلف سنی
- نظام ثبت شاخص‌های سلامت اجتماعی بزرگسالان
- برگزاری نخستین هم‌اندیشی سلامت اجتماعی در سال ۱۳۸۹
- تدوین سند ارتقاء سلامت اجتماعی
- مشارکت در تدوین نقشه تحول نظام سلامت (کارگروه سلامت اجتماعی، روانی و اعتیاد)

چالش‌ها

- عدم اقبال عمومی به پیشگیری از آسیب‌های اجتماعی از طریق ارتقاء سلامت اجتماعی (بیش‌تر رویکردهای فعلی، آسیب محور هستند)
- ضعف مشارکت بین بخشی و جزیره‌ای عمل کردن دستگاه‌ها خصوصا در زمینه آسیب‌های اجتماعی
- نگاه آسیب نگرانه فعلی به موضوع سلامت اجتماعی و انگ منفی ناشی از آن به جای رویکرد ملیتی و شناخت شبکه علیتی مشکلات اجتماعی
- رویکرد مداخلات ضربتی و اصطلاحاً یک شبه به مشکلات سلامت اجتماعی و عدم

برنامه‌ریزی‌های بلند مدت و مطالعات آینده‌نگاری در این زمینه

- اعتبارات ناکافی و توزیع نامتناسب منابع در سطح دستگاه‌های مختلف، بدون تولی‌گری مشخص دستگاه‌ها و عدم توجه به پاسخ‌گویی آن‌ها در قبال صرف این اعتبارات
- فقدان نیروی انسانی متخصص و تیم‌های کاری مرکب و چند رشته‌ای در برنامه‌های مرتبط با سلامت اجتماعی
- عدم توجه به پیامدهای اجتماعی تصمیمات کلان، برنامه‌های اجتماعی، اقتصادی، فرهنگی و همچنین برنامه‌های توسعه‌ای و اجرایی، به نحوی که برخی برنامه‌ها ظرفیت ایجاد مشکلات سلامت اجتماعی از جمله افزایش انزوا و کاهش مشارکت عمومی و سرمایه اجتماعی را به دنبال دارند.

آینده نگاری حیطه و ترسیم افق چشم انداز

اداره سلامت اجتماعی بنا دارد تا سال ۱۴۰۴، با رویکرد سلامت اجتماعی و ارتقاء سطح مهارت‌های اجتماعی جمعیت عمومی، حمایت یابی و جلب مشارکت مردم و مسئولین و از طریق اهداف ذیل در کاهش نرخ آسیب‌های اجتماعی و رشد و بالندگی جامعه اسلامی، فعالیت کند. برخی از این اهداف به قرار ذیل هستند:

- ابلاغ و نهادینه سازی ساختار متناظر اداره سلامت اجتماعی، در دانشگاه‌های علوم پزشکی کشور
- ارتقاء و ابلاغ سند نهایی «ارتقاء رویکرد سلامت اجتماعی و پیشگیری از آسیب‌های اجتماعی در افق ۱۴۰۴»، از طریق شورای عالی سلامت و امنیت غذایی
- ارتقاء شاخص‌های ۷ گانه سلامت اجتماعی نقشه تحول نظام سلامت در افق ۱۴۰۴ (گزارش کارگروه سلامت اجتماعی در نقشه تحول نظام سلامت)
- تدوین و اجرای برنامه سلامت اجتماعی زنان
- گسترش همکاری با سازمان‌های بین‌المللی و مردم نهاد
- گسترش اجرای مدل مداخلات سلامت اجتماعی در دانشگاه‌های علوم پزشکی کشور

عوامل اجتماعی تعیین کننده سلامت^۱

و همکاری های بین بخشی

تاریخچه

از قدیم الایام وضعیت اقتصادی، اجتماعی بر سلامت انسان مؤثر شناخته شده است و برای اکثر مردم جهان وضعیت سلامت در درجه اول با میزان پیشرفت اقتصادی، اجتماعی یعنی درآمد سرانه، سطح آموزش، تغذیه، اشتغال، مسکن، نسبت سرباری، بُعد خانوار، میزان افزایش جمعیت و... تعیین می شود. خوشبختانه امروزه موضوع سلامتی در اولویت دستور کار توسعه بین المللی قرار دارد و نابرابری های سلامتی بین و نیز در داخل کشورها به عنوان مرکز توجه جوامع جهانی قرار گرفته است، در حال حاضر این امکان به وجود آمده است که سطح سلامت در جوامع کم درآمد، محروم و آسیب پذیر افزایش یابد. اما این به شرطی امکان پذیر است که به علل واقعی مشکلات سلامتی توجه شود.

عوامل اجتماعی تاثیرگذار در واقع بازگو کننده موقعیت های متفاوت مردم در نردبان اجتماعی قدرت و منابع می باشند. شواهد حاکی از آن است که بیشترین بار بیماری ها و قسمت اعظم نابرابری های سلامت در دنیا از عوامل اجتماعی ناشی می شود. در اهداف توسعه هزاره (MDGs) تاثیر شرایط اجتماعی بر سلامت به رسمیت شناخته شده است. چارچوب این اهداف نشان می دهد که در بسیاری از کشورها بدون به دست آوردن موفقیت های چشم گیر در زمینه کاهش فقر، برقراری امنیت غذایی، امکان تحصیلات، توانمندسازی زنان و اصلاح شرایط زندگی در نواحی فقیرنشین و پُرجمعیت، دستیابی به اهداف سلامت مقدور نمی باشد و لذا بدون ایجاد پیشرفت و ترقی در عرصه سلامت، سایر اهداف توسعه هزاره غیر قابل دسترسی خواهد شد.

¹ Social Determinants Of Health

کمیسیون عوامل اجتماعی تعیین کننده سلامت^۱

با هدف هدایت و رهبری در این زمینه تاسیس شد. بدون شک برای رسیدن به اهداف، این کمیسیون باید از تجارب پیشین بهره می‌گرفت. راهبرد "سلامت برای همه" که در سال‌های ۱۹۸۰ - ۱۹۷۰ میلادی مطرح شد، بر لزوم توجه بر عوامل تاثیر گذار اجتماعی تاکید داشت. اما تاکنون این توصیه‌ها به ندرت منجر به اتخاذ سیاست‌های مؤثر شده است. پیام قوی عوامل اجتماعی تعیین کنند سلامت مجدداً در اواسط دهه ۱۹۹۰ میلادی مطرح شد، اما این بار نیز به‌رغم اجرای سیاست‌های گسترده‌تر، پیشرفت‌های مختصری در کشورهای در حال توسعه، یعنی نقاطی که بیشترین نیاز را دارند، حاصل گردید.

تحلیل علل این ناکامی‌ها در عدم برنامه‌ریزی راهبری مؤثر ریشه دارد. اتخاذ سیاست‌ها و مداخلاتی ورای روال مرسوم بخش سلامت از جمله مأموریت‌های این کمیسیون است و لیکن این مأموریت باید به‌عنوان بخش اصلی سیاست سلامت مد نظر قرار گیرد.

کمیسیون عوامل اجتماعی تعیین کننده سلامت به‌منظور جاری نمودن و ارتقاء اقداماتی که عوامل اجتماعی تعیین کننده سلامت و نابرابری‌های این عرصه را هدف قرار می‌دهند با کشورهای موفق و با توانایی‌های لازم همکاری می‌نمود.

یکی از این کشورهای عضو و همکار در این زمینه، جمهوری اسلامی ایران بود. مقدمات کار از سال ۱۳۸۴ در کشور آغاز شده و سپس چهارمین اجلاس عوامل اجتماعی تعیین کننده سلامت در تهران برگزار شد. لذا با استناد به سند چشم انداز ۲۰ ساله، برنامه چهارم توسعه و سایر قوانین و مقررات مرتبط و با تکیه بر ظرفیت و پتانسیل موجود و تجارب موفق کشور در مبارزه با بی‌عدالتی، راهبردهای ملی عوامل اجتماعی تعیین کننده سلامت بر پایه اصول عدالت در کشور بنا گردیدند.

اهداف و مفاهیم

شرایطی که مردم در آن متولد شده، رشد کرده، زندگی و کار می‌کنند و پا به سن می‌گذارند همگی بر وضعیت سلامتشان تاثیر گذار هستند. نابرابری در این شرایط خود منجر به

¹ Commission on Social Determinants of Health

نابرابری‌های سلامت می‌گردد. خوشبختانه اکثریت قریب به اتفاق این نابرابری‌ها در سلامت، چه در بین و چه در داخل کشورها، قابل اجتناب‌اند. موفقیت در عرصه بهبود سلامت و کاهش این بی‌عدالتی‌ها بستگی به توجه جدی به علل اجتماعی زمینه‌ای آن دارد.

راه حل‌های فنی در داخل بخش سلامت نیز بسیار مهم هستند اما باید توجه شود که این راه حل‌ها کافی نیستند. توجه به عوامل اجتماعی تعیین کننده سلامت به حیطه‌های کاری وسیع‌تر و اقدامات پایدارتری نیز نیاز دارد. اقدام در زمینه عوامل اجتماعی تعیین کننده سلامت مردم، جوامع و کشورها را توانمند می‌سازد و این توانمند شدن خود یک مسیری قوی در راه ایجاد تغییرات در ساختار و شرایط اجتماعی را فراهم می‌نماید.

در تمام جوامع پلکان اجتماعی وجود دارد که منابع اقتصادی و اجتماعی از قبیل قدرت و اعتبار به‌طور نابرابرانه‌ای در آن توزیع گردیده‌اند. این توزیع ناعادلانه منابع تاثیر زیادی بر زندگی و سلامت مردم دارد. در اینجا بخشی از این نابرابری‌ها که بر سلامت اثر گذار هستند مدنظر می‌باشد. رو یکرد عوامل اجتماعی تعیین کننده سلامت به‌عنوان راه‌حلی در این خصوص مطرح گردیده است.

در واقع این رو یکرد بین دانش فنی و پزشکی و اقدامات اجتماعی ارتباط برقرار می‌نماید. هم‌چنین سعی دارد عدم تعادل بین اقدامات درمانی و پیشگیرانه و مداخلات انفرادی و مبتنی بر جمعیت را کاهش داده و پیامدهای عادلانه تر و پایدارتری را فراهم نماید.

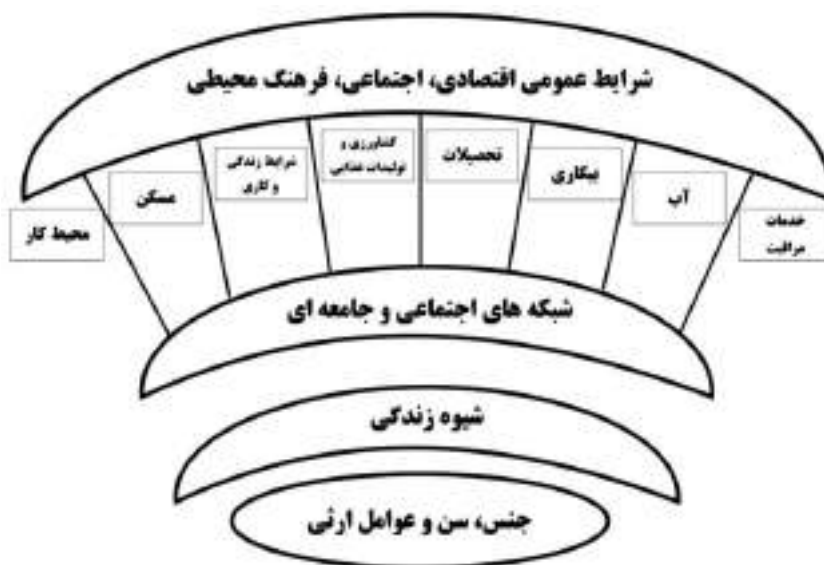
امروزه درک اینکه چرا مردم فقیر در کشورهای کم درآمد از میزان بالاتری از بیماری‌ها خصوصاً بیماری‌های عفونی و سوء تغذیه در رنج هستند کار سختی نیست: کمبود غذا، آب ناسالم، بهداشت محیط نامطلوب، سرپناه نامناسب همگی سبب افزایش مواجهه با عوامل عفونی‌شده که فقدان خدمات پزشکی مناسب نیز در این مناطق مزید علت می‌گردد. متشابهاً شواهدی وجود دارد که بیماری‌های غیر واگیر بار عمده بیماری‌های مردم در طبقات اجتماعی پایین و متوسط در کشورهای با درآمد متوسط و بالا را به خود اختصاص داده است. در مطالعه بار بیماری‌هایی که توسط سازمان جهانی بهداشت انجام گردیده است، کمی وزن، زیادی وزن، سیگار، الکل، فشارخون بالا و رفتارهای نامناسب جنسی از علل عمده مرگ و میر و ابتلاء در این کشورها محسوب گردیده‌اند.

در هر دو حالت سوال مطرح این است که چگونه این علل و توزیع‌های نابرابرانه حادث

می‌گردند؟ علت‌های اصلی کدامند؟ این قبیل مسائل و سؤالات است که کشور را به تعیین کننده‌های اجتماعی سلامت و عدالت در سلامت می‌رساند.

مداخلات در حیطه عوامل اجتماعی تعیین کننده سلامت نیاز به مواجهه با طیف وسیعی از تعیین کننده‌های سلامت، از شرایط ساختاری اجتماعی گرفته تا اقداماتی با تاثیر آنی در تمام سطوح و از طریق دولت‌ها دارد. این اقدام یک فرآیند چند بخشی است و در برگیرنده عاملین و فعالان دولتی و غیر دولتی، تشکلات مدنی، سازمان‌های خصوصی و بین‌المللی و نیز خود پزشکان و کارکنان بخش سلامت است.

نقش کلیدی اقدامات چند سطحی و چند بخشی در این وادی کاملاً واضح است.



شمای شماره ۴- چارچوب تعیین کننده‌های اجتماعی سلامت

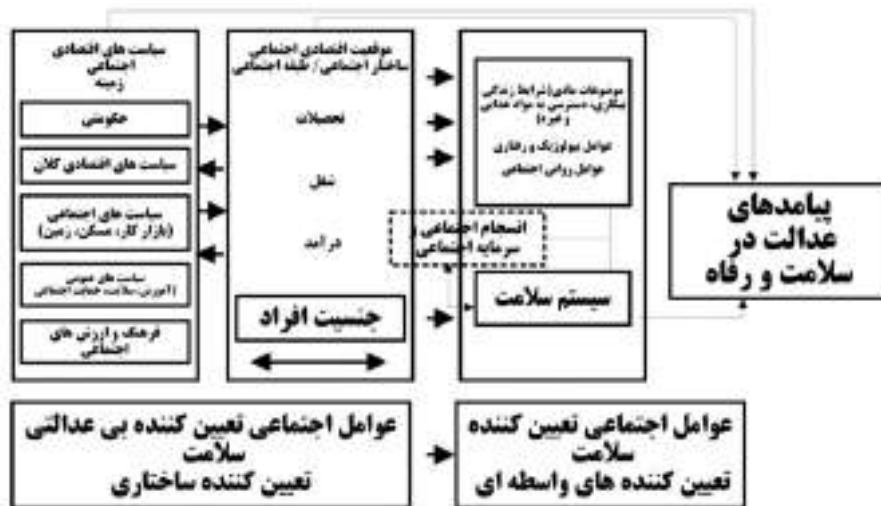
هدف کلی از طرح مقوله عوامل اجتماعی تعیین کننده سلامت

ایجاد عدالت در بهره‌مندی و برخورداری از سلامت در عرصه‌های مختلف سلامت با توجه به نیازهای هر فرد.

اهداف اختصاصی کمیسیون عوامل اجتماعی تعیین کننده سلامت

- ۱- جمع آوری شواهد در زمینه عوامل اجتماعی تعیین کننده سلامت؛
- ۲- کمک به تصمیم گیران برای استفاده از شواهد عوامل اجتماعی تعیین کننده به منظور فراهم آوردن شرایط بهتری از سلامتی برای همگان؛
- ۳- تقویت انگیزه در زمینه اقدام در خصوص عوامل اجتماعی تعیین کننده سلامت و توسعه درک و دیدگاه مشترک از اولویتهای این برنامه در میان ارگانهای مرتبط؛
- ۴- بهبود و افزایش برنامههای جاری که تاثیر مثبت اثبات شدهای بر تعیین کنندههای اجتماعی سلامتی و نابرابری دارند؛
- ۵- اجرای اقدامات جامع اصلاحی به منظور در اولویت قرار دادن موضوع سلامتی در سیاستها کلی و همکاریهای بین بخشی.

ارتباط عوامل اجتماعی و پیامدهای سلامت



شمای شماره ۵- نابرابری در سلامت و تاثیر عوامل اجتماعی

معمولاً در بستر زمان شاخصهای مرتبط با سلامت ارتقاء می یابند و متولیان سلامت خود را موظف به ارتقاء این شاخصها می دانند. اما نکته بسیار مهمی که باید در این بین همیشه مد

نظر باشد آن است که باید این روند توسعه و ارتقاء همراه با نگاه عدالت محوری باشد و صرف ارتقاء بدون در نظر گرفتن میزان بهره‌مندی اقشار مختلف جامعه مطلوب نیست. به‌همین لحاظ در سال‌های اخیر به‌خصوص در بسیاری از کشورهای پیشرفته جهان، سیستم‌های ارایه دهنده خدمات سلامت، هدف اصلی خود را توزیع یکنواخت شاخص‌های سلامت و دسترسی و بهره‌مندی یکسان به خدمات سلامت برای همه اقشار جامعه قرار داده‌اند و در مرحله دوم به‌دنبال ارتقاء شاخص‌های کلی جامعه هستند.

در سال‌های اخیر توزیع یکنواخت سلامت و دسترسی و بهره‌مندی یکسان از خدمات سلامت که از آن به عدالت در سلامت نام برده می‌شود در دستور کار جهانی قرار گرفته است. عدالت در سلامت به اجتناب از تفاوت‌های غیر ضروری و قابل پیشگیری و نیز ایجاد فرصت‌های برابر برای سلامت اشاره دارد. از آن جا که اکثر بی‌عدالتی‌های سلامت ریشه در عوامل اجتماعی مانند طبقه اجتماعی، شغل، درآمد، تحصیلات، جنسیت، محل سکونت و ... دارد، بهترین راه دستیابی به عدالت در سلامت از طریق مقابله با عوامل ایجاد کننده آن شناخته شده است. جمهوری اسلامی ایران از بدو تاسیس در حدود سه دهه قبل، با توجه به مبانی برگرفته از اسلام و متون اسلامی و فرهنگ ایرانی اسلامی، یکی از اهداف اصلی نظام اسلامی را گسترش و ارتقاء عدالت و رفع محرومیت در جامعه قرار داده است. در این راستا، کلیه قوانین کشور شامل قانون اساسی، سند چشم‌انداز، برنامه‌های پنج ساله توسعه‌ای کشور بر این مهم تاکید نموده‌اند. هم‌چنین در این سه دهه اقدامات اساسی در جهت نیل به هدف مبارزه با بی‌عدالتی‌ها انجام شده است که از آن جمله می‌توان به فعالیت‌ها و اقدامات انجام شده در راستای رفاه اجتماعی و فقر زدایی، دسترسی به فرصت‌های شغلی، تحصیلات، مسکن و اقدامات در جهت کاهش محرومیت روستاهای کشور و کاهش فاصله‌های استانی اشاره کرد.

تحلیل روند تغییرات شاخص‌ها

مقایسه شاخص‌ها در زنان و مردان

تجربیات بین‌المللی نشان می‌دهد که پیشرفت و ارتقاء عدالت جنسیتی زمینه‌ساز دست‌آوردهای توسعه‌ای بوده، به طوری که خود موجب تقویت استانداردهای زندگی در همه ابعاد زندگی از جمله در بخش سلامت شده است. روند تغییرات شاخص‌های مرتبط با توسعه

انسانی در دو دهه گذشته در مردان و زنان ایران، به سمت کاهش نابرابری بوده است. به عنوان مثال تفاوت نرخ باسوادی در زنان و مردان به صورت بسیار چشمگیری در حال کاهش می باشد و شاخص های مربوط به آموزش در زنان بهبود قابل توجهی را نشان می دهد. از آن مهم تر رشد بسیار چشمگیر تحصیلات دانشگاهی زنان حتی بیش از مردان است. ما تحولات اشتغال زنان علی رغم روند رو به بهبود، کمتر در جهت کاهش شکاف جنسیتی بوده و تا رسیدن به حد تعادل در بازار کار و رفع کامل موانع اشتغال زنان در جامعه فاصله وجود دارد اگرچه باید به این نکته توجه کرد که در محاسبه میزان اشتغال زنان، خانه داری و مخصوصاً تربیت فرزندان که در فرهنگ ایرانی اسلامی مهم ترین وظیفه آنان می باشد به عنوان شغل محاسبه نگردیده. با این توصیف در مجموع در ایران در خصوص شاخص توسعه جنسیتی^۱ و شاخص میزان توانمندسازی بر حسب جنسیت^۲ بهبود اندکی رخ داده و روندی در جهت کاهش شکاف جنسیتی داشته است.

در مورد شاخص های سلامت، گرچه اطلاعات در طول زمان قابل استناد است برای قضاوت در خصوص روند تغییرات شیوع بیماری ها در زنان و مردان در دست نمی باشد. اما اطلاعات امید زندگی و مرگ حاکی از آن است که تفاوت موجود بین زنان و مردان در شاخص های سلامت تغییر قابل ملاحظه ای نیافته است و در کل نرخ مرگ و میر به صورت بارزی در زنان کم تر می باشد. آنچه که در مردان سبب کاهش عمر می شود، با آنچه که در زنان عمر را می کاهد، کاملاً متفاوت است. مردان قربانیان اصلی آسیب های کشنده تر هستند در صورتی که در زنان بیماری های ناتوان کننده مزمن سهم بیش تری از DALYs را به خود اختصاص می دهند. این تفاوت ها باید در رویکردهای ارائه خدمات پیشگیری و درمانی بیش از پیش در نظر گرفته شود. نکته ای که در برنامه ریزی های سلامتی باید به آن توجه بیش تری نمود، آن است که توجه افراطی به یک جنس منجر به بی توجهی به جنس دیگر نشود.

در مجموع چنین به نظر می رسد که روند نابرابری در شاخص های عمومی در حال کاهش و حتی برتری یافتن زنان در بعضی شاخص ها است و گرچه در برخی موارد برخورداری زنان کم تر از مردان بوده و از نظر سواد و درآمد وضعیت نامطلوب تری داشته اند ولی از نظر

^۱ Gender Development Index

^۲ Gender Empower Index

شاخص‌های مهم سلامت وضعیت مطلوب‌تری دارند. البته در مورد شاخص‌های سلامت نمی‌توان قضاوت یک سویه‌ای به نفع وضعیت مطلوب‌تر در هر یک از دو جنس داشت. در حالی که زنان عمر بیش‌تر و مرگ‌ومیر کم‌تری دارند که این روند نیز در جهت افزایش فاصله بین زنان و مردان است، ولی در عوض بیش از مردان از بیماری‌های مزمن رنج می‌برند که احتمالاً در طول زمان این فاصله نیز در حال افزایش است و به همین دلیل میزان بهره‌مندی زنان از خدمات سلامت نیز بیش‌تر است.

در انتها از نگاه عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت می‌توان نتیجه گرفت که به‌علل ریشه‌ای، نوع ارایه خدمات سلامت و حمایت‌های لازم برای درمان در دو جنس متفاوت هستند و در جامعه باید راه‌کارها و ظرفیت‌های متفاوتی را برای ارتقاء سلامت دید. ولی به هر شکل تصور نمی‌شود که جنسیت به‌خصوص در سال‌های اخیر عامل مهم و جدی در بروز نابرابری در سلامت در جامعه بوده باشد و احتمالاً در سال‌های آینده نیز این تفاوت کم‌رنگ‌تر خواهد شد.

مقایسه شاخص‌ها در مناطق شهری و روستایی

در سه دهه پس از پیروزی انقلاب اسلامی تلاش‌های زیادی از سوی دولت برای بهبود وضعیت روستائیان و توسعه روستاها انجام شده است که اگرچه در بهبود وضعیت روستائیان در دسترسی به امکانات بهداشتی، آموزش و امکانات زندگی به‌طور نسبی موفق بوده است اما نابرابری‌های بین جوامع شهری و روستایی در موارد ذکر شده و خصوصاً در ایجاد فرصت‌های اشتغال و توزیع درآمد، اگرچه با شدت کم‌تر هم‌چنان مشاهده می‌شود.

از سوی دیگر به نظر می‌رسد اجرای برنامه‌های توسعه روستایی در نابرابری بین روستاها نیز نقش داشته است. روستاهایی که حداکثر برنامه توسعه روستایی در آن‌ها اجرا شده نسبت به روستاهایی که حداقل یا هیچ برنامه‌ای در آن‌ها اجرا نشده است در وضعیت بهتر زندگی قرار دارند ضمن این که اصولاً روستاهای با شرایط توسعه‌ای مستعد و روستائیان با زمینه اقتصادی-اجتماعی بالاتر، در فرایند تغییر روستایی بیش‌ترین بهره را برده‌اند.

در رابطه با اقدامات صورت گرفته برای کنترل فقر، شکاف نسبی فقر در جامعه شهری که بین سال‌های ۱۳۶۸-۱۳۶۴ روندی صعودی داشته است، در سال‌های بعد از ۱۳۷۹-۱۳۶۸ روندی نزولی داشته و از ۰/۴۰۶ در سال ۱۳۶۸ به ۰/۲۹۶ در سال ۱۳۷۹ کاهش یافته است. ذکر این

نکته نیز قابل توجه است که سال ۱۳۶۸ آغاز اجرای برنامه توسعه اول و به دنبال آن برنامه‌های دوم و سوم بوده است و در سال‌های قبل از آن شرایط جنگی بر کشور حاکم بوده است. توزیع درآمد بین فقرا طی سال‌های ۱۳۷۹-۱۳۶۴ نیز روندی مشابه شکاف فقر داشته است به طوری که ضریب جینی پس از افزایش طی سال‌های ۱۳۶۸-۱۳۶۴، روندی نزولی داشته است که دلالت بر توزیع متعادل تر درآمد دارد. اما در جامعه روستایی شکاف فقر و ضریب جینی طی سال‌های ۱۳۷۱-۱۳۶۴ افزایش یافته و پس از آن روند نزولی داشته است. در خصوص ایجاد فرصت‌های شغلی به دلیل نقش مسلمی که در کاهش فقر و نابرابری دارد باید به این نکته توجه کرد که نباید تمامی سرمایه گذاری‌های دولت برای رفع مشکل بیکاری در شهرها صورت گیرد چرا که ایجاد فرصت‌های شغلی در شهر ممکن است موجب مهاجرت از مناطق روستایی به مناطق شهری و به تبع آن تشدید مشکل بیکاری شهرها و گسترش حاشیه نشینی گردد.

در مقایسه شاخص‌های سلامت بین شهرها و روستاها نیز شهرها وضعیت بهتری نسبت به روستاها داشته اند. شاخص‌های مرگ، شاخص‌های مرتبط با سلامت مادران و کودکان، کمبود ریزمغذی‌ها و شیوع بیماری‌های انگلی، همگی در روستاها وضعیت بدتری نسبت به شهرها داشته‌اند البته به دلیل نبود اطلاعات کافی، بررسی روند تغییرات برخی از این شاخص‌ها در طول زمان امکان‌پذیر نمی‌باشد؛ اما درخصوص برخی از شاخص‌ها مانند شاخص‌های سلامت مادران، سلامت کودکان و بیماری‌های عفونی و انگلی که اطلاعات در زمان‌های مختلف در دسترس می‌باشد، حاکی از بهبود روند شاخص‌های سلامت در روستاها می‌باشد.

در هر حال توجه خاص به مشکلات سلامت روستائیان در گروه‌های مختلف سنی امری ضروری می‌باشد. نتایج این فصل به وضوح نشان می‌دهد که عوامل اجتماعی مهم مانند تفاوت در سواد، درآمد، دسترسی به تسهیلات زندگی و تغذیه سالم در کنار دسترسی کم‌تر روستائیان به خدمات بهداشتی-درمانی خود را در قالب مرگ و میر و ابتلای بیش‌تر به بیماری‌های مختلف نشان می‌دهد و لذا برای حل مشکل روستاها باید با دیدگاه SDH به موضوع برخورد و اقدامات برنامه ریزی شده‌ای را اجرا نمود.

شاخص‌های توسعه انسانی و فقر انسانی

این دو شاخص که در سال‌های اخیر توسط سازمان ملل مورد توجه قرار گرفته‌است

شاخص‌های ترکیبی هستند. شاخص توسعه انسانی حاصل ترکیب سه بعد امید زندگی توأم با سلامت در بدو تولد، میزان باسوادی در بزرگسالان و میزان سرانه تولید ناخالص ملی می‌باشد و عددی بین صفر تا یک است؛ هر چه میزان این شاخص به یک نزدیک گردد نشان دهنده توسعه بیش‌تر انسانی خواهد بود.

در مقابل شاخص فقر انسانی نیز حاصل ترکیب سه متغیر احتمال زنده ماندن تا ۴۰ سالگی، نرخ بیسوادی در بزرگسالان و دسترسی نداشتن به استانداردهای شایسته زندگی (عدم دسترسی به آب آشامیدنی سالم و درصد کودکان کم وزن) می‌باشد و مانند شاخص قبلی عددی بین صفر تا یک بوده و نزدیک شدن آن به یک نشان دهنده وضعیت نامطلوب‌تر می‌باشد.

شاخص توسعه انسانی کشورمان در سال‌های ۱۹۷۵ میلادی برابر ۰/۵۶۲، ۱۹۸۰ برابر با ۰/۵۶۶، ۱۹۸۵ معادل ۰/۶۰۷، ۱۹۹۰ برابر با ۰/۶۴۶، ۱۹۹۵ معادل ۰/۶۹۰، ۲۰۰۱ برابر با ۰/۷۱۹ و در سال ۲۰۰۵ میلادی برابر با ۰/۷۵۹ برآورد شده است. رتبه ایران در سال ۲۰۰۱ میلادی جایگاه یک صد و ششم در بین ۱۷۵ کشور در سال ۲۰۰۵ میلادی جایگاه نود و چهارم در بین ۱۷۷ کشور بوده است. بر این اساس به نظر می‌رسد که سرعت رشد این شاخص در دو سه دهه گذشته قابل قبول بوده است ولی این سرعت رشد از متوسط رشد سایر کشورها فراتر نرفته است.

در مقایسه شاخص توسعه انسانی در استان‌های مختلف کشور، در سال ۱۳۷۵ تنها ۳۴ درصد از استان‌های کشور شاخص توسعه انسانی بالاتر از ۷۰ درصد داشتند در حالی که در سال ۱۳۸۰ بیش از ۵۰ درصد استان‌های کشور و در سال ۱۳۸۴، ۸۹ درصد از استان‌های کشور شاخص توسعه انسانی بالاتر از ۷۰ درصد داشته‌اند که نشانگر بهبود روند توسعه انسانی در کشور است. میزان ناهمگنی بین استان‌ها از نظر شاخص توسعه انسانی در سال‌های ۱۳۸۰ و ۱۳۷۵ مشابه بوده اما در سال ۱۳۸۴ استان‌ها از نظر این شاخص به سمت همگنی بیش‌تر حرکت کرده‌اند ($CV=3/7$). استان سیستان و بلوچستان در هر سه سال مورد مطالعه بیش از ۲ انحراف معیار از میانگین کشوری پایین‌تر بوده و پس از سیستان و بلوچستان نیز استان‌های کردستان، آذربایجان غربی و اردبیل استان‌هایی هستند که وضعیت نامطلوبی در خصوص این شاخص داشته‌اند. بر اساس این اطلاعات می‌توان نتیجه‌گیری نمود علی‌رغم رشد شاخص توسعه انسانی

در کشور و کاهش تفاوت بین استان‌های مختلف، کماکان برخی استان‌ها به‌خصوص استان سیستان و بلوچستان به صورت قابل ملاحظه‌ای عقب‌تر از سایر استان‌های کشور قرار دارند.

سواد

بررسی روند تغییرات سواد در سال‌های ۱۳۸۵-۱۳۶۵ در استان‌های مختلف کشور حاکی از سیر صعودی آن در همه استان‌ها می‌باشد به گونه‌ای که میانگین کشوری درصد افراد باسواد از ۶۱/۸ در سال ۱۳۶۵ به ۸۲/۹ در سال ۱۳۸۵ رسیده است. خوشبختانه روند کاهشی ضریب تغییرات این شاخص بین استان‌های مختلف کشور در ۲ دهه گذشته حاکی از حرکت به سوی برابری بیش‌تر در این شاخص می‌باشد.

بیکاری

مقایسه میزان بیکاری استان‌های مختلف کشور در سال‌های ۱۳۸۵ و ۱۳۷۶ نشان می‌دهد که تفاوت بین استان‌ها از این نظر در حال کاهش می‌باشد و تعداد استان‌هایی که میزان بیکاری در آن‌ها بیش از میانگین کشوری بوده‌است، در سال ۱۳۸۵ کم‌تر از ۱۳۷۶ می‌باشد. مشکل بیکاری در استان‌های غرب و جنوب غرب کشور و نیز استان‌های کرمان و فارس طی سال‌های ۱۳۸۵-۱۳۷۶ به طور مزمن وجود داشته و بهبودی در شرایط آن‌ها ملاحظه نمی‌شود اما در استان‌های شمال غرب و نیز استان‌های شرقی کشور وضعیت روند رو به بهبودی را داشته است. استان تهران نیز در سال ۱۳۸۵ میزان بیکاری بیش از میانگین کشوری داشته است که به عنوان پرجمعیت‌ترین استان کشور دارای وضعیت نامطلوبی می‌باشد. البته با توجه به ضریب تغییرات بیکاری در استان‌های مختلف کشور به‌نظر می‌رسد که روند نابرابری در بین استان‌ها در حال کاهش می‌باشد.

هزینه سالیانه بهداشت و درمان یک خانوار

بررسی هزینه سالیانه سلامت یک خانوار در استان‌های مختلف کشور نیز حاکی از وجود ناهمگنی بین استان‌های مختلف می‌باشد. در حالی که این هزینه‌ها در استان‌های نیمه شرقی کشور و نیز برخی از استان‌های غرب و شمال غرب کشور در سال‌های ۱۳۸۵-۱۳۸۰ کم‌تر از

میانگین کشوری بوده است، در استان‌های شمالی کشور و نیز استان‌های تهران، اصفهان، فارس، خوزستان در اغلب این سال‌ها بیش از میانگین کشوری بوده است. البته بالا بودن هزینه سالانه بهداشت و درمان خانوار در برخی استان‌ها می‌تواند هم ناشی از بالاتر بودن هزینه‌های سلامت در آن استان باشد و هم تخصیص هزینه بیش تر از سوی خانوارها در آن استان‌ها برای دریافت خدمات سلامت بیش تر و یا هر دوی آن‌ها باشد. به عبارتی تفسیر کم‌تر از متوسط بودن استان‌های یزد و احتمالاً سیستان و بلوچستان دقیقاً یکسان نیست. در استان یزد خدمات سلامت ارزان است و این موضوع در نقشه‌های قبلی نیز دیده می‌شود در حالی که ممکن است در استان سیستان و بلوچستان به دلیل فقر زیاد، مردم بیش‌تر درآمد خود را صرف مسکن، غذا و پوشاک نموده و کم‌تر مجال هزینه نمودن برای سلامت داشته‌اند. بنابراین برای تفسیر دقیق باید اطلاعات بیش تری در قالب تحقیقات منسجم جمع‌آوری گردد.

به هر شکل به نظر می‌رسد که نابرابری در این شاخص در بین استان‌های مختلف کشور قابل ملاحظه بوده و تغییر محسوسی نداشته‌است.

شاخص‌های سلامت

میزان مرگ کودکان ۵۹-۱ ماه در مناطق روستایی کشور: از آن جایی که این نسبت فارغ از تأثیرات میزان مرگ دوره نوزادی است، در اندازه‌گیری عملکردهای توسعه اجتماعی و اقتصادی به‌خصوص عملکرد نظام ارائه خدمات بهداشتی درمانی می‌تواند از اعتبار بیش تری برخوردار باشد. این میزان در مناطق روستایی کشور در فاصله سال‌های ۱۳۸۲-۱۳۷۲ از یک روند نزولی واضح برخوردار بوده است. به گونه‌ای که این نسبت در سال ۱۳۸۲ به بیش از نصف سال ۱۳۷۲ رسیده است. گرچه زلزله بم در سال ۱۳۸۲ تأثیر آشکاری در افزایش این میزان در استان کرمان داشته‌است و آن را از ۱۵ در هزار به ۴۰ در هزار افزایش داده‌است ولی تأثیر چندانی بر روی این میزان در کل مناطق روستایی کشور نداشته‌است. البته استان‌های کشور در مورد این نسبت، از میزان ناهمگنی نسبتاً ثابتی در فاصله سال‌های ۱۳۸۱-۱۳۷۲ برخوردار بوده‌اند که زلزله استان کرمان در سال ۱۳۸۲ تا حدود زیادی این ناهمگنی را افزایش داده است.

میزان‌های مرگ کودکان زیر یک سال و نوزادان در مناطق روستایی کشور: این

میزان‌ها شاهد یک روند نزولی در طول سال‌های ۱۳۸۴-۱۳۷۵ بوده است. البته کاهش مرگ نوزادان شیب کم‌تری نسبت به کاهش مرگ کودکان زیر پنج سال و زیر یک سال داشته است به‌طوری که این میزان برای نوزادان از ۱۹/۵ در سال ۱۳۷۲ به ۱۴/۷ در هزار تولد زنده در سال ۱۳۸۴ کاهش یافته در حالی که کاهش میزان مرگ برای کودکان زیر پنج سال حدود ۲ برابر بوده است. به طور متوسط در هر سال حدود ۰/۲۶ در هزار مرگ و میر نوزادی کاهش یافته در حالی که برای مرگ و میر زیر یک سال و زیر پنج سال این عدد بیش از یک در هزار بوده است.

بررسی شاخص‌های عمومی و سلامت در استان‌های مختلف کشور حاکی از بهبود اغلب این شاخص‌ها در استان‌های مختلف کشور طی ۲ دهه گذشته می‌باشد اما در برخی از موارد جهت حرکت به‌سوی همگنی بیش‌تر و در برخی از موارد به سمت افزایش ناهمگنی بین استان‌ها بوده است.

مقایسه شاخص توسعه انسانی (HDI) کل کشور در سال‌های ۱۳۸۰-۱۳۷۵، گرچه حاکی از پیشرفت ناچیزی در توسعه انسانی در طول ۵ سال است؛ اما همچنان تفاوت شاخص توسعه انسانی در سطح استان‌ها زیاد بوده؛ به طوری که اختلاف کم‌ترین و بیش‌ترین مقدار HDI در سال ۷۵ برابر ۰/۲۲ و در سال ۱۳۸۰ حدود ۰/۱۹ بوده است. وضعیت بیکاری نیز علی‌رغم بهبودهایی که در برخی از استان‌ها داشته‌است، اما کماکان وضعیت ناهمگنی بین استان‌ها از این نظر مشاهده می‌شود. افزایش سالانه شاخص کل بهای کالاها و خدمات مصرفی نیز که یکی از شاخص‌های اقتصادی مهم می‌باشد، حاکی از بالاتر بودن این شاخص در استان‌های مرزی کشور خصوصاً استان‌های غربی و حرکت به سوی ناهمگنی بیش‌تر استان‌ها می‌باشد.

در رابطه با افزایش درصد افراد با سواد در جامعه فعالیت‌های مؤثری در استان‌های مختلف کشور صورت گرفته است که نتیجه آن نیز کاهش ضریب تغییرات بین استان‌های مختلف و حرکت به سمت برابری در این زمینه می‌باشد البته پایین بودن میزان باسوادی در استان‌های سیستان و بلوچستان، کردستان و آذربایجان غربی، طی دهه‌های گذشته و عدم جبران فاصله بین این استان‌ها با سایر استان‌ها حاکی از آن است که برای رسیدن به همگنی مطلوب در این شاخص و نیز شاخص توسعه انسانی، نیاز به برنامه‌ریزی و اجرای مداخلات ویژه‌ای برای استان‌های محروم می‌باشد.

همان گونه که انتظار می‌رود، سواد و تحصیلات نقش به سزایی در وضعیت اجتماعی و سلامت افراد جامعه دارد. مروری بر وضعیت شاخص‌های عمومی و سلامت در گروه‌های مختلف تحصیلی در کشور نشان داد که در مجموع افراد بی‌سواد و با تحصیلات پایین، بیش‌تر در معرض وضعیت اقتصادی بی‌ثبات و نامطلوب و نیز بیش‌تر در معرض خطرات و عوارض ناشی از عوامل خطرزای سلامت قرار دارند. البته در این بخش نیز به‌علت عدم دسترسی به شاخص‌های مورد نظر در سال‌های مختلف، قضاوت در مورد روند تغییرات آن‌ها در طول زمان دشوار می‌باشد ولی به‌نظر می‌رسد وضعیت عمومی اقتصادی افراد کم‌سواد به‌طور نسبی در دهه‌های اخیر رشد بهتری داشته در حالی که وضع اقتصادی افراد با تحصیلات عالیه حتی کمی افت نموده‌است.

افراد با تحصیلات دانشگاهی بیش‌تر به فعالیت‌های تخصصی و دانشگاهی اشتغال دارند و افراد بی‌سواد و یا با تحصیلات پایین در مشاغل ساده‌تر مشغول به کارند و همین مشاغل خود عامل خطر برای سلامتی افراد می‌توانند باشند. این مسئله افراد با تحصیلات پایین را در معرض درآمد پایین‌تر نیز قرار می‌دهد. فقر نیز که از عوامل اصلی برآورده نشدن حداقل نیازها در زمینه تأمین خوراک، مسکن، بهداشت و تحصیل می‌باشد سلامت افراد جامعه را تهدید می‌نماید.

از این رو برقراری امنیت شغلی برای کلیه افراد جامعه یکی از وظایف مهم مسئولان کشور است. این مسئله هم برای افراد با تحصیلات پایین که آسیب پذیرترند و هم برای نیروهای متخصص و با تحصیلات دانشگاهی که هزینه‌های بالایی برای تربیت آنان سرمایه‌گذاری شده است، اهمیت به سزایی دارد. طراحی و اجرای برنامه‌های ویژه‌ای هم‌چون توانمندسازی و ارتقاء مهارت‌های شغلی می‌تواند در بهبود وضعیت زندگی افراد با تحصیلات پایین جامعه مؤثر باشد؛ البته نتایج این تحقیق نشان داد که احتمالاً در سال‌های اخیر وضعیت بیکاری در افراد تحصیل‌کرده بیش‌تر و مشهودتر بوده و افراد کم‌سواد راحت‌تر می‌توانند به مشاغل ساده دست یابند ولی از طرف دیگر بیکاری حتی موقت افراد کم‌سواد به‌دلیل نداشتن بنیه مالی احتمالاً می‌تواند اثرات بسیار شدیدی بر سلامتی ایشان بگذارد.

مقایسه شاخص‌ها بر اساس دهک‌های اقتصادی

وضعیت اقتصادی یکی از مهم‌ترین مؤلفه‌های تاثیر گذار بر سلامت و رفاه افراد می باشد که با تأثیر بر بسیاری از فاکتورهای دیگر همچون دسترسی به خدمات و مراقبت‌های سلامت، تغذیه سالم، آموزش، مسکن، پوشاک و ... نقش خود را ایفاء می نماید. البته این ارتباط دو سویه بوده و سلامت افراد جامعه نیز بر کاهش فقر و افزایش رشد اقتصادی هر کشور تاثیر دارد. لذا تمام مدل‌های سیاسی و نظام‌های حکومتی تاکید جدی بر افزایش درآمدهای جامعه و توزیع یکنواخت‌تر آن و به عبارتی برقراری عدالت اقتصادی دارند.

متاسفانه اطلاعات موجود اقتصادی در کشور و ارتباط بین سطح برخورداری خانواده‌ها با سطح سلامت عمومی آن‌ها بسیار محدود بوده و به خصوص امکان تحلیل این متغیرها در طول زمان بسیار سخت می‌باشد. با وجود این محدودیت سخت، در ادامه سعی شده‌است تا بهترین برداشت ممکن از مستندات معتبر موجود ارائه گردد.

مطالعات انجام شده نشان می‌دهد که با بهبود وضعیت اقتصادی، وضعیت سلامتی مردم نیز بهبود یافته است. از این رو رهبران سیاسی جهان در اهداف توسعه هزاره تصمیم به کاهش و حذف فقر از جهان و ارتقاء سطح سلامت فقرا تا سال ۲۰۱۵ میلادی گرفته اند. همچنین توجه به وضع سلامتی و اقتصادی مردم خصوصاً افراد نیازمند، یکی از راه‌های افزایش قدرت اقتصادی کشورها است که با کاهش پرداخت مستقیم مردم و توزیع عادلانه منابع در نظام سلامت، محقق می‌شود.

متاسفانه در کشور اطلاعات زیادی در رابطه با شاخص‌های سلامت در گروه‌های با وضعیت اقتصادی مختلف در دسترس نمی‌باشد و اندک اطلاعات موجود نیز اغلب به صورت مقطعی می‌باشند که این مسئله قضاوت در خصوص روند تغییرات شاخص‌های سلامت در طبقات اقتصادی مختلف جامعه را دشوار می‌نماید.

دست آوردها

۱- استقرار سیستم پایش و ارزیابی عدالت در سلامت در کشور

رئوس فعالیت‌های مرتبط

(۱) لزوم همکاری رسمی سایر دستگاه‌های مرتبط با شاخص‌های عدالت در سلامت و تبیین

وظایف آنها

- ۲) استقرار مدل بومی نظام پایش عدالت در سلامت در کشور
- ۳) تهیه دستور العمل ها و پروتکل های جمع آوری داده های مرتبط با شاخص های عدالت در سلامت در سطوح درون بخشی و برون بخشی
- ۴) تدوین بسته های آموزشی در سطوح مختلف
- ۵) ظرفیت سازی و آموزش در سطح ملی تا سطوح استانی و شهرستانی
- ۶) مستند سازی

شرح اقدامات انجام شده در زمینه استقرار نظام پایش عدالت در سلامت در کشور

پس از تصمیم نامه شماره ۴۵۸۹۷/۲۴۱۰۹۹ مورخ ۸۹/۱۰/۲۵ هیئت وزیران مبنی بر لزوم احصاء شاخص های ۵۲ گانه عدالت در سلامت (پیوست ۱)، دبیرخانه عوامل اجتماعی تعیین کننده سلامت با برگزاری جلسات منظم، شاخص هایی که از نظام روتین قابل جمع آوری بودند را شناسایی و با متولیان شاخص به توافق نظر رسید.

سازمان های ذی ربط: سازمان بهزیستی کشور، سازمان تامین اجتماعی، سازمان شهرداری و دهیاری های کشور، نهضت سواد آموزی، وزارت کشور، کمیته امداد امام خمینی، سازمان خدمات درمانی نیروهای مسلح، شرکت مهندسی آب و فاضلاب کشور، سازمان اوقاف و امور خیریه، وزارت آموزش و پرورش، سازمان ثبت احوال، مرکز آمار ایران، وزارت تعاون، کار و رفاه اجتماعی، سازمان پزشکی قانونی، سازمان زندان ها، بیمه مرکزی ایران، شرکت بیمه دانا، شرکت بیمه ایران بوده و تعیین کننده های سلامت بر اساس چهار حیطه زیر طبقه بندی شده اند:

محیط فیزیکی و زیرساخت، توسعه انسانی و اجتماعی، اقتصاد، حکمرانی

حیطه ۱: شامل نشانگرهای مرتبط با تعیین کننده های مخاطرات فیزیکی و محیطی و تهدیدات مرتبط با شرایط زندگی در سطح خانوار از قبیل دسترسی به آب آشامیدنی و خدمات بهسازی شده محیطی و مواجهه با آلودگی هوای داخل منزل و نیز شرایط محیطی محله و جامعه و محیط کار از قبیل مواجهه با حوادث جاده ای و مخاطرات شغلی است. شاخص های این حیطه شامل:

درصد خانوارهایی که به آب آشامیدنی سالم دسترسی دارند - درصد خانوارهایی که به توالت‌های بهسازی شده دسترسی دارند - میزان وقوع آسیب‌های ناشی از حوادث جاده‌ای - درصدی از خانوارها که سیستم مدیریت پسماندهای جامد آن‌ها توسط شهرداری صورت می‌گیرد - درصد خانوارهایی که از سوخت جامد استفاده می‌کنند - میزان وقوع آسیب‌ها، بیماری‌ها و حوادث کشنده ناشی از کار بر حسب ابعاد عدالتی از قبیل ناحیه، جنس می‌باشد.

حیطه ۲: شامل نشانگرهایی است که مرتبط با تعیین کننده‌ها و در تعامل با آن‌ها / به حساب آورده شدن اجتماعی و سایر موانع بر سر راه توسعه اجتماعی می‌باشد. این‌ها شامل موانع دسترسی به تحصیلات، خدمات سلامت، تغذیه و امنیت غذایی و سایر خدمات اجتماعی و نیز موانع بر سر رفتارهای بهتر جستجوگرانه سلامت و شیوه زندگی شخصی بهبود یافته و رویه‌های سلامت مرتبط با سواد پائین سلامت می‌باشند.

این نشانگرها عبارتند از: نرخ باسوادی - درصد زایمان‌هایی که توسط افراد دوره دیده سلامت صورت گرفته است - درصد شیرخوارانی که به‌طور کامل واکسینه شده‌اند - درصد کودکان زیر پنج سال با کم وزنی متوسط تا شدید - درصد کودکان زیر شش ماه که تغذیه انحصاری با شیر مادر داشته‌اند - درصد کودکانی که به مدت ۲۴ ماه با شیر مادر تغذیه شده‌اند - شیوع حاملگی‌های نوجوانی - شیوع مصرف تنباکو - شیوع خشونت خانگی (علیه زنان - کودکان) بر اساس ابعاد عدالتی ناحیه، جنس و تحصیلات.

حیطه ۳: شامل نشانگرهای مرتبط با تعیین کننده‌ها و در تعامل با موانع اقتصادی از قبیل فقدان دسترسی به اعتبار و سرمایه، فرصت‌های شغلی نامناسب، ظرفیت‌اند که برای تولید درآمد، و سایر موانعی که سبب سوق دادن به سمت فقر می‌شوند، است که عبارتند از: نرخ اشتغال - درصد زنانی که درآمد دارند - درصد زنانی که بر روی درآمدشان کنترل دارند - درآمد سرانه - درصد دسترسی خانوارها به اعتبار، درآمد و فعالیت‌های درآمدزا - درصد دسترسی خانوارها به سرپناه امن - درصد خانوارهایی که خانه محل سکونت فعلی شان اجاره‌ای است - موانع اختصاصی کشوری بر سر راه مالکیت منزل توسط زنان و اقلیت‌ها بر حسب بعد عدالتی ناحیه و جنس.

حیطه ۴: شامل نشانگرهایی مرتبط با تعیین کننده‌ها و در تعامل با حکمرانی، حقوق و انزوای اجتماعی از قبیل مسائل مرتبط با وضعیت رسمی فقرا شهری، حقوق مالکیت و دارایی، فرآیند مشارکت در تصمیم‌گیری و اولویت‌ها در تخصیص منابع به منظور اصلاح سلامت و تعیین کننده‌های آن است. این نشانگرها عبارتند از تعداد پروژه‌های توسعه‌ای طرح ریزی شده و اجرا شده با بودجه مشارکتی جامعه - درصد هزینه‌های اختصاص داده شده دولت به امر سلامت، زیر ساخت و سایر خدمات رفاه اجتماعی - میزان مشارکت در رأی دهی در انتخابات ملی و محلی کشوری - سازوکارهای رسمی و غیر رسمی تصمیم‌گیری مشارکتی در تمام سطوح - درصد جمعیتی که به مدرسه ابتدایی و خدمات اولیه سلامت دسترسی دارند.

برای دستیابی به داده‌های ۴۱ شاخص از ۵۲ شاخص عدالت در سلامت از طریق نظام جاری ثبت، در بسیاری از موارد نیازمند اعمال تغییراتی در فرم‌های موجود و نیز ایجاد ارتباط بین منابع داده‌ای مختلف بود. با توجه به اینکه اعمال تغییرات در این فرم‌ها یکی از مهم‌ترین اقدامات در جهت دستیابی مستمر به شاخص‌های عدالت در سلامت می‌باشند تا بستر لازم جهت گردآوری داده‌های مورد نیاز شاخص‌ها فراهم گردد. به‌منظور ارتقاء نظام جاری ثبت داده‌ها در بخش سلامت و احصاء شاخص‌های مذکور به تفکیک متغیرهای نابرابری کارگاهی ۲ روزه بازبینی فرم‌های ثبت داده‌ها با مشارکت مرکز مدیریت شبکه طراحی شد.

کارگاه مشورتی "ارائه راه‌کارهای کاربردی به‌منظور احصاء شاخص‌های عدالت در سلامت و متغیرهای تفکیک کننده آن از طریق بررسی فرآیند موجود تولید داده‌ها - فرم‌ها و دفترها - در کلیه سطوح ملی، استانی و شهرستانی" در آبان ماه با حضور ۷۲ نفر از مدیران و کارشناسان انتخابی از ۱۰ دانشگاه علوم پزشکی کشور و واحدهای ستادی معاونت بهداشتی و درمان تشکیل گردید. پس از بحث و تبادل در این کارگاه، در پایان توافق گردید جهت برخی از داده‌ها اصلاح فرم و نرم افزار مربوطه انجام شود و برای جمع‌آوری برخی داده‌ها نظام جمع‌آوری فعلی باید مورد بازنگری کامل قرار گیرد و کلیه فرم‌ها و دستورالعمل‌های مرتبط اصلاح شود. برخی از شاخص‌ها که نظام جمع‌آوری مشخصی ندارند نسبت به طراحی فرم‌ها و دفاتر و نرم افزار مربوطه اقدام گردد.

برای دستیابی به داده‌های ۴۱ شاخص از ۵۲ شاخص عدالت در سلامت که از طریق نظام

جاری قابل ثبت هستند، در بسیاری از موارد نیازمند اعمال تغییراتی در فرم‌های موجود و نیز ایجاد ارتباط بین منابع داده‌ای مختلف بود. با توجه به اینکه اعمال تغییرات در این فرم‌ها یکی از مهم‌ترین اقدامات در جهت دستیابی مستمر به شاخص‌های عدالت در سلامت می‌باشد بدین منظور کمیته‌های آموزشی و اجرایی تشکیل گردید و نهایتاً با همکاری و مشارکت کلیه سازمان‌های درون و برون بخشی یک بسته آموزشی با عنوان شاخص‌های عدالت در سلامت تهیه و تدوین گردید.

تفاهم نامه بین وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی و سازمان آمار ایران منعقد گردید. پایلوت شهرستان سمنان از ۱۰ مرداد ماه تا ۱۰ شهریور ماه سال ۱۳۹۱ انجام شد که مختصری از فعالیت‌های انجام شده به شرح زیر می‌باشد.

- ارتقاء آگاهی کارشناسان عرصه سلامت و سایر سازمان‌های درگیر در احصاء شاخص‌های عدالت در سلامت

- شناسایی نواقص موجود در فرم‌ها و دستورالعمل‌های جمع آوری داده‌ها
- شناسایی مشکلات نرم‌افزاری طراحی شده برای جمع آوری داده‌های شاخص‌های عدالت در سلامت

- آشنایی شرکت کنندگان با متغیرهای تفکیک کننده نابرابری
- ارتقاء نظام جمع آوری شاخص‌ها
- بومی سازی فرم‌ها و نرم افزارهای طراحی شده
- شناسایی چالش‌های احصاء شاخص‌ها
- جمع آوری راه کارهای بهبود فرایندهای جمع آوری داده‌ها

پس از پایان اجرای پایلوت اقدامات ذیل جهت جاری شدن نظام فوق در کلیه دانشگاه‌های کشور صورت گرفت:

۱- آموزش و توانمندسازی کلیه کارشناسان معاونت بهداشت و درمان دانشگاه‌های علوم-

پزشکی سراسر کشور

- ابلاغ شروع جمع آوری داده‌های مرتبط با شاخص‌های عدالت در سلامت در کشور
- تهیه و ابلاغ ساختار جمع آوری شاخص‌های عدالت در سلامت

- برنامه‌ریزی جهت پیمایش ۱۱ شاخص که از طریق نظام روتین قابل جمع آوری نمی‌باشد.

شامل:

- 0 مرور منابع در خصوص تعاریف شاخص‌ها و اقدامات صورت گرفته در دنیا
- 0 طراحی پرسشنامه و دستورالعمل جهت شاخص‌های پیمایشی
- 0 برگزاری نشست با اساتید فن در خصوص طراحی ابزار گردآوری داده‌ها (پرسشنامه)
- 0 طراحی نرم افزار جمع آوری شاخص‌های روتین و پیمایش

۲- اجرای برنامه جامع مدیریت عوامل اجتماعی سلامت

رئوس فعالیت‌های مرتبط

- نهایی سازی برنامه‌های عملیاتی بین بخشی حیطه‌های اولویت دار ۱۴ گانه
- ارائه گزارش نهایی حیطه‌های ۱۴ گانه با حضور وزیر بهداشت و ۱۵۰ نفر از تهیه کنندگان این برنامه‌ها
- اخذ تأییدیه شورای عالی سلامت و امنیت غذایی کشور برای برنامه تهیه شده هر حیطه
- عقد تفاهم نامه‌های رسمی با دستگاه‌های مرتبط به منظور اجرای برنامه‌ها
- اجرای پایلوت برنامه‌های عملیاتی حیطه‌ها از نیمه دوم سال ۱۳۹۰ در ۲ استان منتخب کشور با محوریت دانشگاه‌های علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی کشور
- انجام پایش و ارزشیابی از اجرای برنامه
- مستند سازی

۳- تدوین و به کارگیری استانداردهای پیوست سلامت برای طرح‌های کلان کشور

رئوس فعالیت‌های مرتبط

- طراحی پیوست سلامت با تمرکز بر عدالت در سلامت: تدوین دستور العمل، آئین نامه و استانداردها
- پایلوت نمودن پیوست سلامت برای ۲ طرح کلان کشور از نیمه دوم سال ۱۳۹۰
- توانمندسازی به منظور به کارگیری پیوست سلامت جهت ارزیابی اثرات سیاست‌ها/

برنامه‌ها ... بر سلامت و عدالت در سلامت

۴- راه اندازی بانک اطلاعات مطالعات مرتبط با عوامل اجتماعی سلامت در کشور

بر مبنای مصوبه کمیته راهبری عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت به منظور دسترسی آسان به نتایج تحقیقات و تسهیل به کارگیری و استفاده از آن‌ها در طراحی مداخلات

رئوس فعالیت‌های مرتبط

- طراحی بانک اطلاعاتی از منابع تحقیقاتی مرتبط با دو تعیین کننده اجتماعی اولویت دار در کشور
- گسترش بانک اطلاعاتی به سایر تعیین کننده‌ها حداقل در حیطه‌های ۱۴ گانه اولویت دار عوامل اجتماعی تعیین کننده سلامت در کشور

۵- راه اندازی شبکه تحقیقات عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت

رئوس فعالیت‌های مرتبط

- تشکیل کمیته راهبردی و هیئت موسس
- ایجاد حداقل یک مرکز تحقیقات عوامل اجتماعی تعیین کننده سلامت در هر دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی کشور
- تدوین شرح وظایف و پروتکل‌های مربوطه به منظور ساماندهی تحقیقات مرتبط در کشور
- ایفای نقش راهبری تحقیقات توسط شبکه در کشور با هماهنگی شورای سیاست‌گذاری و معاونت تحقیقات و فن آوری
- تدوین راهنمای کاربرست نتایج حاصل از تحقیقات
- توانمندسازی مراکز تحقیقاتی مرتبط در سراسر کشور

۶- تشکیل ۲۷ مرکز تحقیقات عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت در دانشگاه‌های علوم

پزشکی کشور

۷- ادغام رویکرد عوامل اجتماعی موثر بر سلامت در نظام ارایه خدمات سلامت با محوریت معاونت بهداشت وزارت بهداشت و دانشگاه‌های علوم پزشکی

رئوس فعالیت‌های مرتبط

- تدوین مدل و الگوی ادغام رویکرد عوامل اجتماعی موثر بر سلامت در شبکه بهداشتی درمانی کشور و تعیین گام‌های عملیاتی آن
- بازنگری ساختار و شرح وظائف شبکه بهداشتی درمانی کشور بر مبنای الگوی جدید و تعیین نقش دانشگاه‌های علوم پزشکی

۸- توانمند سازی و آموزش

رئوس فعالیت‌های مرتبط

- ادغام رویکرد عوامل اجتماعی موثر بر سلامت در آموزش پزشکی کشور
- طراحی و اجرای دوره‌های آموزشی کوتاه مدت و کاربردی برای مدیران و کارشناسان کلیه سازمان‌ها و ارگان‌های تاثیر گذار بر سلامت
- ترجمه و چاپ کتاب

۹- مستند سازی اقدامات و انتشار نتایج

چالش‌ها

- شفاف نبودن نقش و سهم تاثیر سیاست‌ها و عملکرد سایر بخش‌های دولتی و خصوصی و مردم بر سلامت و عدالت در سلامت
- ضعیف بودن آگاهی دیگر سازمان‌ها از میزان تاثیر سیاست‌های کلان خود بر سلامت
- ضعف نگرش و مهارت سازمان‌ها در ارزیابی اثر سیاست‌ها بر سلامت
- نبود مدل مصوب جهت همکاری بین بخشی
- نبود ابزار اندازه‌گیری عدالت در سلامت در سیاست‌ها و برنامه‌ها
- مشکلات مربوط به نظام اطلاعات در درون و برون وزارت بهداشت
- وجود برنامه‌های موازی در سایر سازمان‌ها
- تغییر و جابه‌جائی مدیران ارشد و کارشناسان سازمان‌ها طی دوره تنظیم برنامه

- عدم وجود ضمانت اجرایی مصوبات شورای سلامت و امنیت غذایی
- عدم وجود ساختار اجرایی و تشکیلاتی در حوزه وزارت بهداشت جهت SDH و شورای سلامت و امنیت غذایی

آینده‌نگاری حیطه و ترسیم افق چشم‌انداز

- تأمین فرصت‌های مساوی در برخورداری از سلامت
- بهبود وضعیت سلامت مردم خصوصاً گروه‌های آسیب‌پذیر از طریق کاهش مواجهه و حذف عوامل آسیب‌رسان به سلامت
- جلب مشارکت فعالانه مردم در سیاست‌گذاری‌ها، برنامه‌ریزی‌ها و اجرا
- جلب مشارکت حداکثری سیاست‌گذاران و تصمیم‌گیرندگان کل کشور به‌منظور ارتقاء سلامت
- ارزش نهادن بر فعالیت‌ها و همکاری‌های بین بخشی
- ایجاد پایه قوی شواهد در زمینه تعیین‌کننده‌های اجتماعی سلامت و استفاده از آن‌ها برای جلب مشارکت و سیاست‌گذاری‌ها
- بهبود نظام‌های سلامت و تخصیص منابع مالی به این حیطه
- ایجاد تغییرات مطلوب در حوزه اجتماعی، افزایش سطح سواد، شهرنشینی و کاهش تنش‌های جدی سیاسی
- ائتلاف سیاسی در زمینه حیطه‌های مرتبط با عوامل اجتماعی تعیین‌کننده سلامت
- ایجاد یک نهاد بین بخشی قوی در سطح دولت، متشکل از گروه‌های کاری بین بخشی جهت هماهنگ‌کردن و شکل‌دادن اقدامات در زمینه عوامل اجتماعی تعیین‌کننده سلامت
- تقویت شبکه تحقیقات عوامل اجتماعی تعیین‌کننده سلامت
- همکاری با سازمان‌ها و همکاران بین‌المللی برای ایجاد شواهد و یادگیری در حیطه‌های مورد علاقه
- ایجاد یک نظام پایش مؤثر در بدنه دولت
- تقویت سازوکارهای مدیریت مشارکتی از طریق انتشار اطلاعات منتخب و آموزش رهبری جامعه

شورای عالی سلامت و امنیت غذایی کشور

تاریخچه

تامین عادلانه سلامت برای آحاد جامعه مستلزم بهره گیری از مجموعه ای از ساز و کارها و فعالیت های مؤثر و هماهنگ بین بخشی است که از طریق رهبری مؤثر و طراحی و استقرار ساختاری منسجم ارتباطی بین ذی نفعان به منظور ایفای نقش آن ها در این زمینه میسر می گردد. در همین راستا و به منظور جلب همکاری و مشارکت همه وزارتخانه ها و سازمان ها در امر حفظ و ارتقاء سلامت، وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی پیشنهاد تشکیل شورای عالی سلامت کشور را به ریاست جمهوری ارائه کرد. هیئت وزیران در جلسه مورخ ۱۳۸۲/۴/۴ بنا به پیشنهاد مشترک وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و سازمان مدیریت و برنامه ریزی کشور و به استناد اصل یکصد و سی و هشتم قانون اساسی جمهوری اسلامی ایران، هم چنین به استناد بند الف ماده ۸۴ قانون برنامه چهارم توسعه اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی جمهوری اسلامی ایران - مصوب سال ۱۳۸۳، آئین نامه تشکیل شورای عالی سلامت کشور را تصویب کرد. وزرای عضو کارگروه موضوع تصویب نامه شماره ۱۱۰۳۴/ت/۳۴۹۱۸ هـ مورخ ۱۳۸۵/۲/۹ بنابه پیشنهاد معاونت برنامه ریزی و نظارت راهبردی رئیس جمهور و به استناد تبصره (۱) ماده (۷۰) تنفیذی قانون برنامه سوم توسعه اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی جمهوری اسلامی ایران، موضوع ماده (۸۳) قانون برنامه چهارم توسعه اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی جمهوری اسلامی ایران - مصوب ۱۳۸۳- آیین نامه شورای برنامه ریزی و توسعه استان و کارگروه های تخصصی را در تاریخ ۱۳۸۷/۳/۶ تصویب نمودند تا در کلیه استان های کشور شورای سلامت و امنیت غذایی استان به منظور حفظ، ارتقاء سلامت و بهبود کیفیت زندگی آحاد مردم و گسترش هماهنگی و همکاری های بین بخشی برای اجرایی نمودن مصوبات شورای عالی سلامت و امنیت غذایی و نیز اتخاذ تدابیر مناسب، سیاست ها و راهبردها در سطح استان در قلمرو سلامت همگانی و امنیت غذا و تغذیه تشکیل شود. با عنایت به اینکه شورای عالی سلامت و امنیت غذایی کشور از افتخارات نظام جمهوری اسلامی بوده و جایگاه و اهمیت سلامت رادر دستگاه اجرایی کشور نشان می دهد و از زمان تشکیل، ابزار کارآمدی را در اختیار دستگاه سلامت کشور قرار داده است، در تاریخ ۱۳۸۵/۱۱/۳۰ دبیرخانه آن که طبق تبصره ۴ ماده ۵ قانون در وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی در معاونت سلامت مستقر بود به حوزه معاونت

هماهنگی و دبیر مجامع منتقل گردید.

• هیئت وزیران در جلسه مورخ ۱۳۸۵/۷/۳۰ بنا به پیشنهاد شماره ۱۹۰۹۳۲ مورخ ۱۳۸۴/۸/۹ وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و به استناد بند (الف) ماده (۸۴) قانون برنامه چهارم توسعه اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی جمهوری اسلامی ایران - مصوب ۱۳۸۳ - آئین نامه تشکیل شورای عالی سلامت و امنیت غذایی را به شرح زیر تصویب نمود.

ماده ۱- در این آئین نامه اصطلاحات زیر در معانی مشروح مربوط به کار می‌روند:

الف- قانون: قانون برنامه چهارم توسعه اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی جمهوری اسلامی ایران مصوب ۱۳۸۳

ب- شورای عالی: شورای عالی سلامت و امنیت غذایی

ماده ۲- به منظور حفظ و ارتقاء سلامت و بهبود کیفیت زندگی احاد مردم، اتخاذ تدابیر مناسب، سیاست‌ها و راهبردهای کلان در جهت رسیدن به این هدف و همچنین نهادینه کردن مدیریت، سیاست‌گذاری، ارزشیابی و هماهنگی در قلمرو سلامت همگانی و امنیت غذا و تغذیه شورای عالی سلامت و امنیت غذایی کشور برای گسترش هماهنگی و همکاری‌های بین‌بخشی در موارد یاد شده تشکیل می‌شود و مصوبات آن پس از تأیید هیئت وزیران لازم الاجراء می‌باشد.

ماده ۳- اعضاء شورای عالی عبارتند از:

۱- رئیس جمهور (رئیس شورای عالی)

۲- وزیر بهداشت، درمان و آموزش پزشکی (دبیر شورای عالی)

۳- رئیس سازمان مدیریت و برنامه‌ریزی کشور

۴- وزیر آموزش و پرورش

۵- وزیر جهاد کشاورزی

۶- وزیر بازرگانی

۷- وزیر صنایع و معادن

۸- وزیر رفاه و تامین اجتماعی

۹- وزیر کشور

۱۰- وزیر دادگستری

۱۱- وزیر نیرو

۱۲- وزیر ذی ربط حسب مورد

۱۳- رئیس سازمان صدا و سیما و جمهوری اسلامی ایران

۱۴- رئیس سازمان حفاظت محیط زیست

۱۵- رئیس سازمان تربیت بدنی

۱۶- رئیس سازمان نظام پزشکی کشور

۱۷- سرپرست کمیته امداد امام خمینی(ره)

ماده ۴- وظایف شورای عالی عبارتند از:

۱- ایجاد هماهنگی و سیاست‌گذاری در تمام موارد مرتبط به سلامت همگانی و امنیت

غذایی و تغذیه

۲- بررسی پیشنهادهای و برنامه‌های راهبردی ارائه شده در وزارت بهداشت، درمان و آموزش

پزشکی و سایر دستگاه‌های اجرایی ذی ربط درخصوص خدمات سلامتی و امنیت

غذایی

۳- بررسی آئین‌نامه‌های اجرایی در زمینه گسترش همکاری‌های بین‌بخشی در امر سلامت،

امنیت غذایی و تغذیه

۴- بررسی گزارش نظارت برحسن اجرای سیاست‌های اعلام شده و آئین‌نامه‌های مصوب و

ارائه گزارش سالانه

ماده ۵- شورای عالی حداقل هر ۳ ماه یکبار تشکیل جلسه می‌دهد

آیین‌نامه شورای برنامه‌ریزی و توسعه استان و کارگروه‌های تخصصی

معاونت برنامه‌ریزی و نظارت راهبردی رئیس‌جمهور- وزارت کشور و وزیر عضو کارگروه موضوع

تصویب‌نامه شماره ۳۴/۱۱۰۳۴/ت/۳۴۹۱۸ هـ مورخ ۱۳۸۵/۲/۹ بنابه پیشنهاد معاونت برنامه‌ریزی و

نظارت راهبردی رئیس‌جمهور و به استناد تبصره (۱) ماده (۷۰) تنفیذی قانون برنامه سوم

توسعه اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی جمهوری اسلامی ایران، موضوع ماده (۸۳) قانون برنامه

چهارم توسعه اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی جمهوری اسلامی ایران - مصوب ۱۳۸۳- آئین‌نامه

شورای برنامه‌ریزی و توسعه استان و کارگروه‌های تخصصی را تصویب نمودند.

ساماندهی مجدد و ایجاد ساختار یکپارچه در سیاست‌گذاری فرابخشی سلامت به منظور ایجاد ارتباط منطقی با شورای سلامت استان‌ها

در راستای وظایف حوزه قائم مقام وزیر در امور سیاست‌گذاری، دبیرخانه شورای عالی سلامت و امنیت غذایی کشور در دی ماه ۱۳۸۸ از معاونت هماهنگی به شورای سیاست‌گذاری منتقل گردید و با توجه به ارتقاء جایگاه این شورا، اهداف و وظایف شورا مورد بازخوانی قرار گرفت و ظرفیت‌های بزرگ آن مجدداً در معرض دید بخش‌های مختلف نظام سلامت قرار گرفت تا معاونت‌های مختلف بتوانند از شورای عالی سلامت و امنیت غذایی کشور به‌عنوان بازوی توانمند خود در عرصه همکاری‌های بین بخشی برای ارتقاء شاخص‌های سلامت و عدالت در سلامت کشور استفاده نمایند. بررسی نتایج حاصل از مطالعه‌ای که معاونت هماهنگی طی سال ۱۳۸۶ در خصوص عملکرد شورای عالی و شوراهای سلامت استان‌ها انجام داد و بررسی میدانی تلفنی که معاونت سلامت طی سال ۱۳۸۸ از استان‌ها به عمل آورد نشانگر آن است که متناظر استانی شورای عالی در استان‌ها دارای مدیریت‌ها و عملکرد متفاوت بوده است و فرایند انجام کارها، ناهمگون و سلیقه‌ای بوده است و از همه مهم‌تر اینکه رویکرد استان‌ها در خصوص مصوبات استانی الزاماً در راستای رویکردهای ملی نبوده است و این موضوع باعث اتلاف وقت و انرژی فراوانی شده است. در نهایت با توجه به اینکه در پیش نویس لایحه برنامه پنجم به فعالیت مجدد این شورا مبنی بر تداوم فعالیت شورای عالی سلامت و امنیت غذایی اشاره شده است و تصویب کمیسیون تلفیق را اخذ نموده است و مصوب نموده است که ساختار متناظر استانی آن حداکثر تا پایان سال اول برنامه باید ایجاد شود و با عنایت به اینکه وزارت بهداشت باید برنامه جامع ارتقاء عدالت در سلامت مبتنی بر مؤلفه‌های اجتماعی و تکالیف دستگاه‌ها را تدوین و از ابتدای سال دوم برنامه اجرا نماید، لذا برای ایجاد ساختار یکپارچه در سیاست‌گذاری و ایجاد ارتباط منطقی با شورای سلامت استان‌ها، فرآیند سیاست‌گذاری فرابخشی سلامت در شورای عالی سلامت و امنیت غذایی کشور و شورای سلامت استان‌ها نیاز به ساماندهی دارد.

هیئت وزیران در جلسه مورخ ۱۳۹۰/۰۸/۰۱ بنا به پیشنهاد وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و تأیید معاونت برنامه‌ریزی و نظارت راهبردی رئیس جمهور و به استناد بند (الف) ماده (۳۲) قانون بر نامه پنج ساله پنجم توسعه جمهوری اسلامی ایران مصوب ۱۳۸۹ " آئین نامه تشکیلات و شرح وظایف شورای عالی سلامت و امنیت غذایی " را به شرح زیر تصویب نمود:

آئین نامه تشکیلات و شرح وظایف شورای عالی سلامت و امنیت غذایی

ماده ۱- به منظور تامین، حفظ و ارتقاء عادلانه سلامت، فراهم شدن شرایط دسترسی و برخورداری آحاد جامعه از سبد غذایی سالم و مطلوب و بهبود کیفیت و شیوه زندگی همه مردم "شورای عالی سلامت و امنیت غذایی" که در این آیین نامه به اختصار "شورای عالی" نامیده می شود به عنوان مرجع اصلی سیاست گذاری و تصمیم گیری در خصوص سلامت و امنیت غذایی تشکیل می گردد.

ماده ۲- اعضای شورای عالی به شرح زیر است:

- ۱- رئیس جمهور (رئیس)
- ۲- وزیر بهداشت، در مان و آموزش پزشکی (دبیر)
- ۳- معاون برنامه ریزی و نظارت راهبردی رئیس جمهور
- ۴- وزیر کشور
- ۵- وزیر صنعت، معدن و تجارت
- ۶- وزیر تعاون، کار و رفاه اجتماعی
- ۷- وزیر آموزش و پرورش
- ۸- وزیر جهاد کشاورزی
- ۹- وزیر ورزش و جوانان
- ۱۰- رئیس سازمان حفاظت محیط زیست
- ۱۱- رئیس سازمان صدا و سیما جمهوری اسلامی ایران
- ۱۲- رؤسای کمیسیون های بهداشت و درمان، امور اجتماعی و بر نامه و بودجه مجلس شورای اسلامی به عنوان ناظر
- ۱۳- سرپرست کمیته امداد امام خمینی (ره)
- ۱۴- رئیس سازمان ملی استاندارد ایران
- ۱۵- یک نفر به عنوان نماینده انجمن های علمی و تخصصی حوزه سلامت بنا به پیشنهاد وزیر بهداشت، در مان و آموزش پزشکی و تأیید رئیس شورای عالی
- ۱۶- دو نفر به عنوان نماینده انجمن های علمی و تخصصی حوزه امنیت غذا و تغذیه بنا به پیشنهاد وزرای بهداشت، در مان و آموزش پزشکی، جهاد کشاورزی و تأیید رئیس

شورای عالی

ماده ۳- وظایف شورای عالی به شرح زیر می‌باشد:

- ۱- سیاست‌گذاری برای پیشبرد سلامت و امنیت غذایی
- ۲- بررسی و تصویب برنامه‌ها و تدابیر بخشی و فرا بخشی در اجرای سیاست‌های ناظر بر سلامت و امنیت غذایی
- ۳- تعیین و پایش شاخص‌های اساسی سلامت و امنیت غذایی
- ۴- تصویب استانداردهای ملی پیوست سلامت برای طرح‌های بزرگ توسعه‌ای
- ۵- تصویب برنامه اجرایی سامانه "خدمات جامع و همگانی سلامت و امنیت غذایی" به پیشنهاد وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی
- ۶- تصویب سازوکارهای نظارتی و رسیدگی به گزارش‌های نظارتی
- ۷- ایجاد هماهنگی میان دستگاه‌های اجرایی مربوط

ماده ۴- دبیر خانه شورای عالی در وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی مستقر می‌باشد و مصوبات شورا با امضای رئیس شورای عالی به دستگاه‌های اجرایی ابلاغ می‌شود.

ماده ۵- وظایف دبیر خانه به شرح زیر است:

- ۱- ارسال دعوت نامه و دستور جلسات برای اعضای شورای عالی
- ۲- تنظیم صورت جلسات
- ۳- تهیه و تنظیم مصوبات شورای عالی و ارسال به دفتر هیئت دولت برای تنقیح و طی مراحل ابلاغ
- ۴- دریافت گزارش‌های نظارتی از دستگاه‌های ذی ربط جهت تنظیم و ارایه به شورای عالی
- ۵- پیگیری تصمیمات شورای عالی
- ۶- ضبط و نگهداری گزارش‌ها، اسناد و اطلاعات و مذاکرات و مصوبات شورای عالی
- ۷- تنظیم گزارش‌های کارگروه‌های تخصصی برای طرح در شورای عالی
- ۸- آماده سازی در خواست‌ها و پیشنهادات دریافتی برای طرح در شورای عالی
- ۹- انجام سایر امور محوله

ماده ۶- به‌منظور پیشبرد اهداف و انجام وظایف، شورای عالی می‌تواند کار گروه‌های تخصصی مورد نیاز را تشکیل دهد.

جدول شماره ۵۲

ردیف	حیطه	کد کشوری شاخص	نام شاخص	تعریف	نحوه محاسبه شاخص		متغیرهای تفکیک کننده نابرابری	سازمان متولی تولید شاخص (پاسخگو)	دوره زمانی تولید و به روز رسانی	نحوه جمع آوری داده‌ها
					مخرج کسر	صورت کسر				
۱	بهره‌مندی	B1-01	میزان مرگ اطفال زیر یکسال ^۱	احتمال مرگ از بدو تولد تا سن ۱۱ ماه و ۲۹ روز که به صورت میزان در هر ۱۰۰۰ تولد زنده بیان می‌شود	تعداد مرگ کودکان زیر یک سال در یک سال معین	کل موالید زنده در همان سال	جنس، سطوح اقتصادی، تحصیلات مادر، سن مادر، ناحیه (شهر/حاشیه شهر یا اسکان غیر رسمی و روستا) و استان	سازمان ثبت احوال کشور وزارت بهداشت (دفتر سلامت جمعیت، خانواده و مدارس)	سالانه	نظام معمول (نظام معمول ثبتی)
۲	بهره‌مندی	B1-05	میزان مرگ نوزادان ^۲	احتمال مرگ نوزاد از زمان تولد تا دقیقاً ۲۸ روزگی عمر، که بر حسب ۱۰۰۰ تولد زنده بیان می‌شود	تعداد مرگ نوزادان زیر ۲۸ روز در یک سال معین	موالید زنده همان سال	جنس، سطوح اقتصادی، تحصیلات مادر، سن مادر، ناحیه (شهر/حاشیه شهر یا اسکان غیر رسمی و روستا) و استان	سازمان ثبت احوال کشور وزارت بهداشت (دفتر سلامت جمعیت، خانواده و مدارس)	سالانه	نظام معمول (نظام معمول ثبتی)
۳	بهره‌مندی	B1-02	میزان مرگ کودکان زیر ۵ سال ^۳	احتمال مرگ کودک زنده متولد شده در فاصله تولد تا سن ۵۹ ماه و ۲۹ روز که بر حسب ۱۰۰۰ تولد زنده بیان می‌شود	تعداد مرگ کودکان زیر ۵ سال در یک سال معین	موالید زنده در همان سال	جنس، سطوح اقتصادی، تحصیلات مادر، سن مادر، ناحیه (شهر/حاشیه شهر یا اسکان غیر رسمی و روستا) و شهرستان	سازمان ثبت احوال کشور وزارت بهداشت (دفتر سلامت جمعیت، خانواده و مدارس)	سالانه	نظام معمول (نظام معمول ثبتی)
۴	بهره‌مندی	B1-04	میزان مرگ مادران ^۴ * ۱۰۰۰	احتمال مرگ‌های مادران در زمان بارداری، حین زایمان و یا طی ۴۲ روز اول پس از زایمان ناشی از علل مرتبط با بارداری و یا تشدید شده به وسیله حاملگی و نه به دلیل حوادث و یا سایر علل غیر مرتبط با حاملگی در طی یک سال معین به ازای ۱۰۰۰۰۰ تولد زنده	تعداد مرگ مادران به علت عوارض حاملگی و زایمان در یک سال	تعداد کل تولدهای زنده در همان سال	سطوح اقتصادی، ناحیه (شهر/حاشیه شهر یا اسکان غیر رسمی و روستا) و استان، سن مادر (متوفی)، تحصیلات مادر (متوفی)	سازمان ثبت احوال کشور وزارت بهداشت (دفتر سلامت جمعیت، خانواده و مدارس)	سالانه	نظام معمول (نظام معمول ثبتی)

جدول شماره ۵۲

ردیف	حیطه	کد کشوری شاخص	نام شاخص	تعریف	نحوه محاسبه شاخص		متغیرهای تفکیک کننده نابرابری	سازمان متولی تولید شاخص (پاسخگو)	دوره زمانی تولید و به روز رسانی	نحوه جمع آوری داده‌ها
					صورت کسر	مخرج کسر				
۵	بیماری‌های غروق کرونر	B2-05	میزان مرگ ناشی از بیماری‌های غروق کرونر	احتمال مرگ ناشی از بیماری‌های غروق کرونر در طی یک سال در ۱۰۰,۰۰۰ نفر جمعیت	تعداد موارد مرگ ناشی از بیماری‌های غروق کرونر قلب	جمعیت وسط سال	سن، جنس ناحیه (شهر/حاشیه شهر یا اسکان غیر رسمی و روستا)، شهرستان، سطوح اقتصادی و تحصیلات، شغل	سازمان ثبت احوال کشور وزارت بهداشت (مرکز مدیریت بیماری‌های غیر واگیر)	سالانه	نظام معمول (نظام معمول ثبتی)
۶	امید زندگی در بدو تولد	Q3-01	امید زندگی در بدو تولد	تعداد سال‌هایی که یک کودک تازه به دنیا آمده زندگی خواهد کرد در صورتی که الگوهای شایع میزان‌های مرگ اختصاصی سن در زمان تولد در تمام طول زندگی کودک به همان صورت باقی مانده باشند	تکمیل جدول عمر با اطلاعات جمعیت و مرگ و میر		جنس، سطوح اقتصادی، تحصیلات، ناحیه (شهر/حاشیه شهر یا اسکان غیر رسمی و روستا) و شهرستان	مرکز آمار ایران سازمان ثبت احوال کشور	سالانه	نظام معمول (نظام معمول ثبتی)
۷	بیماری‌های غروق کرونر		میزان بروز دیابت	میزان بروز دیابت در طی یک سال در ۱۰۰,۰۰۰ نفر جمعیت	تعداد موارد جدید دیابت گزارش شده در طول سال	جمعیت وسط سال کشور در همان سال	سن، جنس، سطوح اقتصادی، تحصیلات، ناحیه (شهر/حاشیه شهر یا اسکان غیر رسمی و روستا) و شهرستان	وزارت بهداشت (مرکز مدیریت بیماری‌های غیر واگیر- مرکز مدیریت شبکه)	سالانه	نظام معمول (نظام معمول ثبتی)
۸	بیماری‌های غروق کرونر		میزان بروز سل	تعداد موارد جدید سل گزارش شده در هر ۱۰۰,۰۰۰ نفر جمعیت	تعداد موارد جدید سل گزارش شده در طول سال	جمعیت وسط سال کشور در همان سال	جنس، تحصیلات، سطوح اقتصادی، ناحیه (شهر/حاشیه شهر یا اسکان غیر رسمی و شهرستان، شغل)	وزارت بهداشت (مرکز مدیریت بیماری‌های واگیر)	سالانه	نظام معمول (نظام معمول ثبتی)

جدول شماره ۵۲

ردیف	حیطه	کد کشوری شاخص	نام شاخص	تعریف	نحوه محاسبه شاخص		متغیرهای تفکیک کننده نابرابری	سازمان متولی تولید شاخص (پاسخگو)	دوره زمانی تولید و به روز رسانی	نحوه جمع آوری داده‌ها
					مخرج کسر	صورت کسر				
۹	۳/۱		بروز حوادث ترافیکی (داخل شهر، خارج شهر) ^۸	میزان بروز حوادث ترافیکی به تفکیک منجر به فوت و بستری شدن در بیمارستان در ۱۰۰۰۰۰ نفر جمعیت	تعداد مصدومین ناشی از حوادث ترافیکی به تفکیک منجر به فوت و بستری شدن در بیمارستان	کل جمعیت کشور در همان سال	جنس، سن، سطوح اقتصادی، تحصیلات، ناحیه (شهر/حاشیه شهر یا اسکان غیر رسمی و روستا) و شهرستان	وزارت بهداشت (مرکز مدیریت حوادث و فوریت‌های پزشکی) سازمان پزشکی قانونی کشور	سالانه	نظام معمول (نظام معمول ثبتی)
۱۰	۳/۱		بروز حوادث غیر ترافیکی ^۹	میزان بروز حوادث غیر ترافیکی سقوط، سوختگی، نزاع خیابانی و سایر به تفکیک منجر به فوت و بستری شدن در بیمارستان در ۱۰۰۰۰۰ نفر جمعیت	تعداد مصدومین ناشی از حوادث غیر ترافیکی سقوط، سوختگی، نزاع خیابانی و سایر به تفکیک منجر به فوت و بستری شدن در بیمارستان	کل جمعیت کشور در همان سال	جنس، سن، سطوح اقتصادی، تحصیلات، ناحیه (شهر/حاشیه شهر یا اسکان غیر رسمی و شهرستان روستا)	وزارت بهداشت (مرکز مدیریت حوادث و فوریت‌های پزشکی) سازمان پزشکی قانونی کشور	سالانه	نظام معمول (نظام معمول ثبتی)
۱۱	۳/۱		بروز تمام سرطان‌ها	میزان گزارش جدید کلیه سرطان‌ها (یا ثبت شده جدید) در طی یک سال در ۱۰۰۰۰۰ نفر جمعیت	تعداد موارد جدید سرطان ثبت شده در طول سال	جمعیت وسط سال	جنس، سطوح اقتصادی، ناحیه (شهر/حاشیه شهر یا اسکان غیر رسمی و روستا) و شهرستان، شغل	وزارت بهداشت (مرکز مدیریت بیماری‌های غیر واگیر)	سالانه	نظام معمول (نظام معمول ثبتی)

جدول شماره ۵۲

ردیف	حیطه	کد کشوری شاخص	نام شاخص	تعریف	نحوه محاسبه شاخص		متغیرهای تفکیک کننده نابرابری	سازمان متولی تولید شاخص (پاسخگو)	دوره زمانی تولید و به روز رسانی	نحوه جمع آوری داده‌ها
					مخرج کسر	صورت کسر				
۱۲	بهداشت		شیوع استنوپروز با محاسبه سابقه شکستگی متعاقب (زمین خورن در سطح صاف یا ضربه جزئی) در یکی از نقاط (ستون فقرات، استخوان ران، استخوان لگن و مچ دست) در یک سال گذشته در افراد بالای ۴۵ تا ۶۵ سال	تعداد افراد ۴۵ تا ۶۵ سال دارای سابقه مثبت شکستگی در یکسال گذشته در یکی از نقاط ستون فقرات، استخوان ران، استخوان لگن یا مچ دست	تعداد کل افراد بالای ۴۵ تا ۶۵ سال		سن، سطوح اقتصادی، تحصیلات، ناحیه (شهر یا روستا)، غیر رسمی و روستا) و شهرستان	وزارت بهداشت (مرکز مدیریت بیماری‌های غیر واگیر)	۳ سال یکبار	پیمایش
۱۳	بهداشت		تعداد موارد جدید شناسایی شده اختلالات خفیف روانی به ازای هر ۱۰۰۰۰ نفر جمعیت تحت پوشش برنامه بهداشت روان	تعداد موارد جدید شناسایی شده اختلالات خفیف روانی	جمعیت وسط سال		ناحیه (شهر/ حاشیه شهر یا اسکان غیر رسمی و روستا) و شهرستان، سطوح اقتصادی، سن، جنس و سطح تحصیلات	وزارت بهداشت (امور بهداشت روان معاونت بهداشتی)	سالانه	نظام معمول (نظام معمول ثبتی)
۱۴	بهداشت		تعداد موارد جدید شناسایی شده اختلالات شدید روانی به ازای هر ۱۰۰۰۰ نفر جمعیت تحت پوشش برنامه بهداشت روان	تعداد موارد جدید شناسایی شده اختلالات شدید روانی	جمعیت وسط سال		ناحیه (شهر/ حاشیه شهر یا اسکان غیر رسمی و روستا) و شهرستان، سطوح اقتصادی، سن، جنس و سطح تحصیلات	وزارت بهداشت (امور بهداشت روان معاونت بهداشتی)	سالانه	نظام معمول (نظام معمول ثبتی) بروز و شیوع در روستا (نظام معمول ثبتی) شیوع در شهر پیمایش

جدول شماره ۵۲

ردیف	حیطه	کد کشوری شاخص	نام شاخص	تعریف	نحوه محاسبه شاخص		متغیرهای تفکیک کننده نابرابری	سازمان متولی تولید شاخص (پاسخگو)	دوره زمانی تولید و به روز رسانی	نحوه جمع آوری داده‌ها
					صورت کسر	مخرج کسر				
۱۵	بهداشت	K1-22	بروز اقدام به خودکشی کامل و ناکامل ^{۱۱}	میزان بروز اقدام به خودکشی بر حسب کامل و ناکامل در طی یک سال در یک صد هزار نفر جمعیت	تعداد موارد جدید اقدام به خودکشی بر حسب کامل و ناکامل	جمعیت وسط سال	ناحیه (شهر/ حاشیه شهر یا اسکان غیر رسمی و روستا) و شهرستان، سطوح اقتصادی، سن، جنس و سطح تحصیلات-شغل	وزارت بهداشت(امور بهداشت روان معاونت بهداشتی) سازمان پزشکی قانونی کشور سازمان بهزیستی کشور	سالانه	نظام معمول (نظام معمول ثبتی)
۱۶	بهداشت		میانگین DMFT در جمعیت ۱۲ سال ^{۱۲}	میانگین تعداد دندان‌های آسیب دیده (پوسیده+پر شده+افتاده) در کودکان ۱۲ ساله (پایه اول راهنمایی)	کودکان DMFT ۱۲ ساله در بدو ورود به راهنمایی یا ۶ ساله دوم تحصیلی	کل کودکان ۱۲ ساله غربالگری شده از نظر سلامت دهان و دندان	جنس، سطوح اقتصادی، سطوح تحصیلات مادر یا سرپرست، ناحیه (شهر/ حاشیه شهر یا اسکان غیر رسمی و روستا) و شهرستان	وزارت بهداشت (مرکز مدیریت بیماری‌های غیر واگیر) وزارت آموزش و پرورش	سالانه	نظام معمول (نظام معمول ثبتی)
۱۷	بهداشت		دسترسی به خدمات عمومی سلامت	درصد جمعیتی که طبق تعریف به خدمات عمومی سلامت دسترسی دارند	جمعیتی که به خدمات عمومی سلامت دسترسی دارند	جمعیت وسط سال	ناحیه (شهر/ حاشیه شهر یا اسکان غیر رسمی و روستا) و شهرستان	وزارت بهداشت(مرکز مدیریت شبکه)	سالانه	پیمایش سالانه
۱۸	بهداشت		دسترسی به خدمات تخصصی سلامت	درصد جمعیتی که طبق تعریف به خدمات تخصصی سلامت دسترسی دارند	جمعیتی که به خدمات تخصصی سلامت دسترسی دارند	جمعیت وسط سال	ناحیه (شهر/ حاشیه شهر یا اسکان غیر رسمی و روستا) و شهرستان	وزارت بهداشت(دفتر مدیریت بیمارستانی و تعالی خدمات بالینی)	سالانه	پیمایش سالانه

جدول شماره ۵۲

ردیف	حیطه	کد کشوری شاخص	نام شاخص	تعریف	نحوه محاسبه شاخص		متغیرهای تفکیک کننده نابرابری	سازمان متولی تولید شاخص (پاسخگو)	دوره زمانی تولید و به روز رسانی	نحوه جمع آوری داده‌ها
					صورت کسر	مخرج کسر				
۱۹	سلامت		بهره مندی از مراقبت‌های اولیه سلامتی	درصد جمعیتی که طبق تعریف از مراقبت‌های اولیه سلامتی استفاده می‌کنند	جمعیتی که از مراقبت‌های اولیه سلامتی استفاده می‌کنند	جمعیت وسط سال	ناحیه (شهر/ حاشیه شهر یا اسکان غیر رسمی و روستا) و شهرستان	وزارت بهداشت (مرکز مدیریت شبکه)	سالانه	پیمایش سالانه
۲۰	سلامت		بهره مندی از خدمات درمان اعتیاد ^{۱۳۰}	تعداد معتادینی که درمان اعتیاد را در یک دوره معین گزارش دهی شروع کرده‌اند	بیمارانی که در یک دوره معین گزارش دهی، درمان را شروع کرده‌اند	جمعیت کل معتادان	نوع ماده، جنس، سن، سطوح اقتصادی، تحصیلات، ناحیه (شهر/ حاشیه شهر یا اسکان غیر رسمی و روستا) و شهرستان	وزارت بهداشت (امور بهداشت روان معاونت بهداشتی) سازمان بهزیستی کشور سازمان زندان‌ها مرکز آمار ایران	سالانه	نظام معمول (نظام معمول ثبتی)
۲۱	بازرسی، مراقبت و زیر		دسترسی به شبکه عمومی آب آشامیدنی	درصد جمعیتی که به شبکه عمومی آب آشامیدنی در منزل یا خارج از منزل با حداکثر نیم ساعت پیاده روی دسترسی دارند	جمعیت دارای دسترسی به شبکه آب آشامیدنی لوله کشی با حداکثر نیم ساعت پیاده روی	جمعیت کل	ناحیه (شهر/ حاشیه شهر یا اسکان غیر رسمی و روستا) و شهرستان	وزارت بهداشت (مرکز سلامت محیط و کار) وزارت نیرو	سالانه	نظام معمول (نظام معمول ثبتی)
۲۲	بازرسی، مراقبت و زیر		درصد موارد مطلوب نمونه‌های آب آشامیدنی از نظر باکتریوزیک ^{۱۳۱}	تعداد و درصد نمونه‌های برداشت شده از آب آشامیدنی که از نظر ویژگی‌های باکتریولوژیکی مطابق استاندارد ملی است.	تعداد نمونه‌های مطلوب	کل نمونه‌ها	ناحیه (شهر/ حاشیه شهر یا اسکان غیر رسمی و روستا) و شهرستان	وزارت بهداشت (مرکز سلامت محیط و کار) وزارت نیرو	سالانه	نظام معمول (نظام معمول ثبتی)

جدول شماره ۵۲

ردیف	حیطه	کد کشوری شاخص	نام شاخص	تعریف	نحوه محاسبه شاخص		متغیرهای تفکیک کننده نابرابری	سازمان متولی تولید شاخص (پاسخگو)	دوره زمانی تولید و به روز رسانی	نحوه جمع آوری داده‌ها
					صورت کسر	مخرج کسر				
۲۳	بهداشت، محیط زیست و رفاه اجتماعی	۱3-01	درصد خانوارهایی که در داخل خانوار دارای توالد بهداشتی، طبق تعریف می‌باشند ^{۱۵}	درصد خانوارهایی که در داخل خانوار دارای توالد بهداشتی طبق تعریف می‌باشند	تعداد خانوارهایی که توالد بهداشتی طبق تعریف دارند	تعداد کل خانوارها	ناحیه (شهر/ حاشیه شهر یا اسکان غیر رسمی و روستا) و شهرستان	وزارت بهداشت (مرکز سلامت محیط و کار) سازمان شهرداری‌ها و دهیاری‌های کشور	سالانه	در روستا از طریق نظام معمول (نظام معمول ثبتی) در شهر از طریق پیمایش
۲۴	بهداشت، محیط زیست و رفاه اجتماعی	۱4-01	درصد خانوارهایی که از سیستم دفع بهداشتی فاضلاب طبق تعریف برخوردار می‌باشند خانوارهایی که دارای چاه یا مخزن دفع مدفوع بوده و یا به شبکه جمع آوری فاضلاب متصل باشند ^{۱۶}	درصد خانوارهایی که دفع بهداشتی فاضلاب طبق تعریف برخوردار می‌باشند خانوارهایی که دارای چاه یا مخزن دفع مدفوع بوده و یا به شبکه جمع آوری فاضلاب متصل باشند	تعداد خانوارهایی که دارای سیستم دفع بهداشتی فاضلاب طبق تعریف هستند	تعداد کل خانوارها	ناحیه (شهر/ حاشیه شهر یا اسکان غیر رسمی و روستا) و شهرستان	وزارت بهداشت (مرکز سلامت محیط و کار) وزارت نیرو مرکز آمار	سالانه پنج سال	نظام معمول (نظام معمول ثبتی)
۲۵	بهداشت، محیط زیست و رفاه اجتماعی		بروز حوادث مرتبط با کار به تفکیک کشنده و غیر کشنده ^{۱۷}	میزان بروز آسیب‌های ناشی از کار در کارگاه‌های مشمول قانون کار، به تفکیک منجر به فوت و بستری شدن در بیمارستان در یک صد هزار نفر جمعیت کارگری کارخانجات فوق	تعداد آسیب‌های جدید کشنده و غیر کشنده (به تفکیک نوع آسیب و قسمت آسیب دیده بدن) در محیط‌های کاری مشمول قانون کار	جمعیت کارگری واحدهای کارگری مشمول قانون کار	سن، جنس، نوع کار، سابقه کار، سطوح اقتصادی، تحصیلات، ناحیه (شهر/ حاشیه شهر یا اسکان غیر رسمی و روستا)، شهرستان و سبزه کمپانی (اندازه محل کار یا سطح محل کار)	وزارت کار و امور اجتماعی وزارت بهداشت (مرکز سلامت محیط و کار) سازمان پزشکی قانونی کشور سازمان تامین اجتماعی	سالانه	نظام معمول (نظام معمول ثبتی)

جدول شماره ۵۲

ردیف	حیطه	کد کشوری شاخص	نام شاخص	تعریف	نحوه محاسبه شاخص		متغیرهای تفکیک کننده نابرابری	سازمان متولی تولید شاخص (پاسخگو)	دوره زمانی تولید و به روز رسانی	نحوه جمع آوری داده‌ها
					صورت کسر	مخرج کسر				
۲۶	فرهنگی، محیطی و زیست-بافت		سرانه فضای سبز موجود	میزان مساحت فضای سبز موجود (به متر مربع) به ازای هر ۱ نفر جمعیت	مساحت زمین‌های سبز موجود	جمعیت منطقه	مناطق شهری شهرستان	سازمان شهرداری ها و دهیاری‌های کشور	سالیانه	نظام معمول (نظام معمول ثبتی)
۲۷	فرهنگی، محیطی و زیست-بافت		درصد روزهای سال که طبق تعریف هوای پاک دارند ^{۱۸} ط ۱ تا ۱۸	درصد روزهایی که کیفیت هوا طبق تعریف در محدوده استاندارد بوده است	تعداد روزهایی که کیفیت هوا پاک است	تعداد کل روزهای سال	مناطق شهری ^{۱۹} ط ۲	وزارت بهداشت (مرکز سلامت محیط و کار) سازمان حفاظت محیط زیست سازمان شهرداری‌ها و دهیاری‌های کشور	سالیانه	نظام معمول (نظام معمول ثبتی)
۲۸	توسعه اجتماعی و انسانی	F2-03	شیوع کم وزنی در کودکان زیر ۵ سال ^{۱۹} ط ۱	درصد کودکان زیر ۵ سالی که وزن آن‌ها بر اساس سن کمتر از حداقل استاندارد می‌باشد	تعداد کودکان زیر ۵ سال دارای کم وزنی در زمان بررسی	تعداد کل کودکان زیر ۵ سال	ناحیه (شهر/ حاشیه شهر یا اسکان غیر رسمی و روستا) و شهرستان، سطوح اقتصادی، جنس و تحصیلات مادر	وزارت بهداشت (واحد تغذیه معاونت بهداشتی)	سالیانه	نظام معمول (نظام معمول ثبتی)
۲۹	توسعه اجتماعی و انسانی	H1-02	شیوع اضافه وزن و یا چاقی در سنین ۱۵ تا ۶۴ سال طبق تعریف ^{۲۰} ط ۲	درصد افراد ۱۵ تا ۶۵ ساله ای که طبق تعریف اضافه وزن داشته و یا چاق هستند	تعداد افراد ۱۵ تا ۶۴ سال دارای اضافه وزن و یا چاق طبق تعریف	تعداد جمعیت در همان گروه سنی (۱۵-۶۴)	جنس، گروه سنی، سطوح اقتصادی، تحصیلات و ناحیه (شهر/ حاشیه شهر یا اسکان غیر رسمی و روستا) و شهرستان	وزارت بهداشت (واحد تغذیه معاونت بهداشتی)	هر ۵ سال	پیمایش

جدول شماره ۵۲

ردیف	حیطه	کد کشوری شاخص	نام شاخص	تعریف	نحوه محاسبه شاخص		متغیرهای تفکیک کننده نابرابری	سازمان متولی تولید شاخص (پاسخگو)	دوره زمانی تولید و به روز رسانی	نحوه جمع آوری داده‌ها
					صورت کسر	مخرج کسر				
۳۰	توسعه اجتماعی و انسانی		تغذیه انحصاری با شیر مادر در کودکان تا ۶ ماهگی	درصد نوزادانی که ۶ ماهه منحصراً از شیر مادر تغذیه شده اند	تعداد کودکان ۶ تا ۱۱ ماهه که منحصراً ۶ ماهه با شیر مادر تغذیه شده اند در یک زمان معین	تعداد کل کودکان ۶ تا ۱۱ ماهه	سطوح اقتصادی، تحصیلات مادر، ناحیه (شهر/ حاشیه شهر یا اسکان غیر رسمی و روستا) و شهرستان، شغل مادر	وزارت بهداشت (دفتر سلامت جمعیت، خانواده و مدارس)	سالپایانه	نظام معمول (نظام معمول ثبتی)
۳۱	توسعه اجتماعی و انسانی	A2-02	میزان باروری اختصاصی سنی زیر ۱۸ سال و بالای ۳۵ سال ^{۲۰۰۰}	میزان باروری در زنان همسر دار زیر ۱۸ سال و بالای ۳۵ سال	تعداد موالید زنده در گروه سنی ۱۵ تا ۱۸ سال تعداد موالید زنده در گروه سنی ۳۵ تا ۴۹ سال	جمعیت زنان آن گروه سنی در وسط سال	تحصیلات مادر (فرد)، ناحیه (شهر/ حاشیه شهر یا اسکان غیر رسمی و روستا)، شهرستان و سطوح اقتصادی	مرکز آمار ایران وزارت بهداشت (دفتر سلامت جمعیت، خانواده و مدارس) سازمان ثبت احوال کشور	سالپایانه	نظام معمول (نظام معمول ثبتی)
۳۲	توسعه اجتماعی و انسانی	F2-02	شیوع تولد نوزادان با وزن کم هنگام تولد	درصد نوزادانی که هنگام تولد وزن آن‌ها کمتر از ۲۵۰۰ گرم می‌باشد	تعداد نوزادان با وزن تولد کمتر از ۲۵۰۰ گرم در یک سال معین	تعداد کل موالید زنده در همان سال	سطوح اقتصادی، تحصیلات مادر، ناحیه (شهر/ حاشیه شهر یا اسکان غیر رسمی و روستا) و شهرستان	وزارت بهداشت (واحد تغذیه معاونت بهداشتی و دفتر مدیریت بیمارستانی و تعالی خدمات بالینی معاونت درمان)	هر ۵ سال	نظام معمول (نظام معمول ثبتی)
۳۳	توسعه اجتماعی و انسانی		نرخ باسوادی (حداقل سواد خواندن و نوشتن) در گروه سنی ۱۵ تا ۴۹ سال ^{۲۰۱۰}	درصد جمعیت ۱۵ تا ۴۹ ساله ای که سواد خواندن و نوشتن دارند	تعداد افراد ۱۵ تا ۴۹ سال با سواد	کل جمعیت ۱۵ تا ۴۹ سال در یک سال	جنس، سطوح اقتصادی، ناحیه (شهر/ حاشیه شهر یا اسکان غیر رسمی و روستا) و شهرستان	مرکز آمار وزارت آموزش و پرورش سازمان نهضت سوادآموزی	هر ۵ سال و سالپایانه	سرشماری هر ۵ سال یک بار و مطالعات نمونه‌ای سالپایانه تا سطح شهرستان

جدول شماره ۵۲

ردیف	حیطه	کد کشوری شاخص	نام شاخص	تعریف	نحوه محاسبه شاخص		متغیرهای تفکیک کننده نابرابری	سازمان متولی تولید شاخص (پاسخگو)	دوره زمانی تولید و به روز رسانی	نحوه جمع آوری داده‌ها
					صورت کسر	مخرج کسر				
۳۴	توسعه اجتماعی و انسانی		نرخ خالص ثبت نام در آموزش ابتدایی (۶ سال تمام) ۲۳۰۰	نسبت خالص ثبت نام در پایه اول دبستان (۶ ساله)	تعداد دانش آموزان پایه اول شش ساله	جمعیت شش ساله همان سال تحصیلی	جنس، سطوح اقتصادی، ناحیه (شهر/ حاشیه شهر یا اسکان غیر رسمی و روستا) و شهرستان	وزارت آموزش و پرورش مرکز آمار ایران سازمان ثبت احوال کشور	سالانه	نظام معمول (نظام معمول ثبتی)
۳۵	توسعه اجتماعی و انسانی		نرخ خالص ثبت نام کودکان ۵ سال تمام در آموزش پیش دبستانی	نسبت خالص ثبت نام در آموزش پیش دبستان (۵ سال تمام)	تعداد کودکان ثبت نام شده	جمعیت پنج ساله همان سال تحصیلی	جنس، سطوح اقتصادی، ناحیه (شهر/ حاشیه شهر یا اسکان غیر رسمی و روستا) و شهرستان	وزارت آموزش و پرورش سازمان بهزیستی کشور مرکز آمار ایران سازمان ثبت احوال کشور	سالانه	نظام معمول (نظام معمول ثبتی)
۳۶	توسعه اجتماعی و انسانی		نرخ ماندگاری تا پایان دوره دبستان	درصد دانش آموزان وارد شده به پایه اول که توانسته اند با قبولی یا با تکرار پایه، به پایه بالاتر ارتقاء یابند و تا پایان دوره دبستان ترک تحصیل نکرده‌اند	با درج آمار دانش آموزان در جدول کوهورت و محاسبه روند ماندگاری در طول ۵ سال تحصیلی		جنس، سطوح اقتصادی، ناحیه (شهر/ حاشیه شهر یا اسکان غیر رسمی و روستا) و شهرستان	وزارت آموزش و پرورش	سالانه	نظام معمول (نظام معمول ثبتی)

جدول شماره ۵۲

ردیف	حیطه	کد کشوری شاخص	نام شاخص	تعریف	نحوه محاسبه شاخص		متغیرهای تفکیک کننده نابرابری	سازمان متولی تولید شاخص (پاسخگو)	دوره زمانی تولید و به روز رسانی	نحوه جمع آوری داده‌ها
					صورت کسر	مخرج کسر				
۳۷	توسعه اجتماعی و انسانی		فعالیت فیزیکی	درصد افراد ۱۵ تا ۶۵ ساله ای که هر هفته ۵ روز و هر روز به مدت ۳۰ دقیقه فعالیت متوسط تا شدید دارند و یا ۲۰ دقیقه فعالیت شدید و یا ۱۰ دقیقه فعالیت مربوط به تقویت عضلات دارند	افراد ۱۵ تا ۶۵ ساله ای که هر هفته ۵ روز و هر روز به مدت ۳۰ دقیقه فعالیت متوسط تا شدید دارند و یا ۲۰ دقیقه فعالیت شدید و یا ۱۰ دقیقه فعالیت مربوط به تقویت عضلات دارند	افراد ۱۵ تا ۶۵ سال مورد بررسی	جنس، سن، سطوح اقتصادی، تحصیلات، ناحیه (شهر/ حاشیه شهر و روستا) و شهرستان	وزارت بهداشت(مرکز مدیریت بیماری‌های غیرواگیر)	سالانه	پیمایش
۳۸	توسعه اجتماعی و انسانی		سرانه فضای اصلی ورزشی	نسبت مساحت فضاهای اصلی ورزشی کشور اعم از روباز یا سرپوشیده به کل جمعیت هدف بر حسب متر مربع	مساحت فضاهای اصلی ورزشی کشور اعم از روباز یا سرپوشیده بر حسب متر مربع	کل جمعیت	ناحیه (شهر/ حاشیه شهر یا اسکان غیر رسمی و روستا) و شهرستان	وزارت ورزش وجوانان	سالانه	
۳۹	توسعه اجتماعی و انسانی		بروز معلولیت به تفکیک متوسط و شدید بر طبق تعریف ۳	میزان بروز معلولیت‌های متوسط و شدید در سال طبق تعریف	تعداد معلولین متوسط و شدید	کل جمعیت	جنس، سن، سطوح اقتصادی، تحصیلات، ناحیه (شهر/ حاشیه شهر یا اسکان غیر رسمی و روستا) و شهرستان	سازمان بهزیستی کشور	سالانه	نظام معمول (نظام معمول ثبتی)

جدول شماره ۵۲

ردیف	حیطه	کد کشوری شاخص	نام شاخص	تعریف	نحوه محاسبه شاخص		متغیرهای تفکیک کننده نابرابری	سازمان متولی تولید شاخص (پاسخگو)	دوره زمانی تولید و به روز رسانی	نحوه جمع آوری داده‌ها
					مخرج کسر	صورت کسر				
۴۰	توسعه اجتماعی و انسانی		دسترسی معلولین متوسط و شدید به خدمات توانبخشی ^{۲۳}	درصدی از معلولین متوسط و شدید که از فرصت‌های لازم جهت دسترسی به امکانات و خدمات توانبخشی، اجتماعی و پیشگیری طبق تعریف در سطح جامعه بهره مند هستند	کل معلولین	تعداد معلولین متوسط و شدید بهره مند از خدمات توانبخشی، اجتماعی و پیشگیری	جنس، سن، سطوح اقتصادی، تحصیلات، ناحیه (شهر/ حاشیه شهر یا اسکان غیر رسمی و روستا) و شهرستان	سازمان بهزیستی کشور	سالانه	نظام معمول (نظام معمول ثبتی)
۴۱	توسعه اجتماعی و انسانی		درصد زنان سرپرست خانوار که از حمایت‌های اجتماعی طبق تعریف برخوردارند ^{۲۴}				سن، سطوح اقتصادی، تحصیلات، بعد خانوار، ناحیه (شهر/ حاشیه شهر یا اسکان غیر رسمی و روستا) و شهرستان	وزارت رفاه و تامین اجتماعی سازمان بهزیستی کشور کمیته امداد امام خمینی (ره) مرکز آمار ایران	سالانه	نظام معمول (نظام معمول ثبتی) از اطلاعات سرشماری نیز برای داده‌های مخرج کسر استفاده شود.
۴۲	توسعه انسانی اجتماعی		شیوع مصرف مواد دخانی در جمعیت ۱۳ سال و بالاتر ^{۲۵}	درصد افراد ۱۳ سال و بالاتر که تاکنون حداقل ۱۰۰ نخ سیگار یا معادل آن سایر مواد دخانی مصرف کرده‌اند و در حال حاضر از سیگار یا هر فرآورده دیگر دخانی استفاده می‌کنند	کل جمعیت ۱۳ سال و بالاتر	تعداد افراد ۱۳ سال و بالاتر که تاکنون حداقل ۱۰۰ نخ سیگار یا معادل آن سایر مواد دخانی مصرف کرده‌اند و در حال حاضر از سیگار یا هر فرآورده دیگر دخانی استفاده می‌کنند	جنس، سن، سطوح اقتصادی، تحصیلات، ناحیه (شهر/ حاشیه شهر یا اسکان غیر رسمی و روستا) و شهرستان	وزارت بهداشت (مرکز سلامت محیط و کار)	سالانه	پیمایش

جدول شماره ۵۲

ردیف	حیطه	کد کشوری شاخص	نام شاخص	تعریف	نحوه محاسبه شاخص		متغیرهای تفکیک کننده نابرابری	سازمان متولی تولید شاخص (پاسخگو)	دوره زمانی تولید و به روز رسانی	نحوه جمع آوری داده‌ها
					صورت کسر	مخرج کسر				
۴۳	توسعه اجتماعی و انسانی		بروز سوء مصرف مواد طبق تعریف (۱۵ تا ۲۴ سال)	درصد افرادی ۱۵ تا ۴۵ ساله جدیدی که در طی یک سال حداقل یک بار مصرف مواد مشکل آفرین طبق تعریف داشته اند	تعداد افراد ۱۵ تا ۴۵ ساله که برای اولین بار در طی یک سال گذشته مصرف مشکل آفرین مواد داشته اند	جمعیت عمومی ۱۵ تا ۴۵ سال	نوع ماده، جنس، سن، سطوح اقتصادی، تحصیلات، ناحیه (شهر/حاشیه شهر یا اسکان غیر رسمی و روستا) و شهرستان	وزارت بهداشت(امور بهداشت روان معاونت بهداشتی) ستاد مبارزه با مواد مخدر سازمان بهزیستی کشور مرکز آمار ایران	سالانه	پیمایش
۴۴	توسعه اجتماعی و انسانی		تعداد مساجد، تکایا و حسینیه‌های موجود	تعداد مساجد، تکایا و حسینیه‌های موجود در شهرستان برای هزار نفر جمعیت شهرستان	تعداد مساجد، تکایا و حسینیه‌ها	جمعیت	شهرستان	سازمان اوقاف وامور خیریه سازمان تبلیغات اسلامی	سالانه	
۴۵	توسعه اقتصادی		خط فقر مطلق (۵٪)	درصدی از جمعیت که طبق تعریف کشوری زیر خط فقر مطلق زندگی می‌کنند	نحوه محاسبه : خط فقر شدید تقسیم بر ضریب انگل		سن سرپرست خانوار، جنس سرپرست خانوار، تحصیلات سرپرست خانوار، ناحیه (شهر/حاشیه شهر یا اسکان غیر رسمی و روستا) و شهرستان	وزارت رفاه و تامین اجتماعی – دفتر مطالعات اجتماعی و فقر زدایی مرکز آمار ایران	سالانه	پیمایش
۴۶	توسعه اقتصادی		خط فقر شدید (۶٪)	درصدی از جمعیت که برابر تعریف کشوری زیر خط فقر شدید زندگی می‌کنند	نحوه محاسبه: هزینه غذایی بر اساس ۲۰۰۰ کیلوکالری که به صورت سرانه و ماهیانه محاسبه می‌گردد		سن سرپرست خانوار، جنس سرپرست خانوار، تحصیلات سرپرست خانوار، ناحیه (شهر/حاشیه شهر یا اسکان غیر رسمی و روستا) و شهرستان	وزارت رفاه و تامین اجتماعی – دفتر مطالعات اجتماعی و فقر زدایی مرکز آمار ایران انستیتو تغذیه	سالانه	پیمایش

جدول شماره ۵۲

ردیف	حیطه	کد کشوری شاخص	نام شاخص	تعریف	نحوه محاسبه شاخص		متغیرهای تفکیک کننده نابرابری	سازمان متولی تولید شاخص (پاسخگو)	دوره زمانی تولید و به روز رسانی	نحوه جمع آوری داده‌ها
					صورت کسر	مخرج کسر				
۴۷	سهم اقتصادی		درصد بیکاری طبق تعریف کشوری ^۷	درصد بیکاری برابر تعریف کشوری	تعداد افراد بیکار	جمعیت فعال اقتصادی	جنس، سن، سطوح اقتصادی، تحصیلات، ناحیه (شهر/ حاشیه شهر یا اسکان غیر رسمی و روستا) و شهرستان	وزارت کار و امور اجتماعی مرکز آمار ایران	سالانه	نمونه گیری فصلی با مشارکت مرکز آمار ایران و مرکز اطلاعات بازار کار وزارت کار و امور اجتماعی
۴۸	سهم اقتصادی	P1-26	سهم هزینه‌های سلامت در هزینه‌های غیر خوراکی خانوار ^{۲۷}		هزینه‌های سلامت در بودجه خانوار	کل هزینه‌های غیر خوراکی خانوار	جنس سرپرست خانوار، سطوح اقتصادی خانوار، تحصیلات سرپرست خانوار، ناحیه (شهر/ حاشیه شهر و روستا) و شهرستان	وزارت بهداشت (دفتر برنامه ریزی بودجه و مدیریت منابع مالی) مرکز آمار ایران	سالانه	پیمایش
۴۹	کمبود رفاه		پوشش بیمه پایه ^{۲۸}	درصد جمعیت تحت پوشش بیمه پایه	تعداد جمعیت تحت پوشش بیمه پایه	کل جمعیت کشور	سن، جنس، تحصیلات، ناحیه (شهر/حاشیه شهر یا اسکان غیر رسمی و روستا)، شهرستان و سطوح اقتصادی	وزارت رفاه و تامین اجتماعی سازمان بیمه خدمات درمانی نیروهای مسلح کمیته امداد امام خمینی (ره)	سالانه	نظام معمول (نظام معمول ثبتی)
۵۰	کمبود رفاه		پوشش بیمه مکمل	درصد جمعیت تحت پوشش بیمه مکمل؛ درصدی از جمعیت کشور می باشد که علاوه بر بیمه پایه از مزایای بیمه‌های تکمیلی نیز برخوردار می باشد	تعداد جمعیت تحت پوشش بیمه مکمل	کل جمعیت کشور	سن، جنس، تحصیلات، ناحیه (شهر/حاشیه شهر یا اسکان غیر رسمی و روستا)، سطح شهرستان و سطوح اقتصادی	وزارت رفاه و تامین اجتماعی بیمه مرکزی ایران	سالانه	نظام معمول (نظام معمول ثبتی)

جدول شماره ۵۲

ردیف	حیطه	کد کشوری شاخص	نام شاخص	تعریف	نحوه محاسبه شاخص		متغیرهای تفکیک کننده نابرابری	سازمان متولی تولید شاخص (پاسخگو)	دوره زمانی تولید و به روز رسانی	نحوه جمع آوری داده‌ها
					صورت کسر	مخرج کسر				
۵۱	سازمان بهداشت و درمان		درصد شرکت در انتخابات مجلس	درصد افراد شرکت کننده در آخرین انتخابات مجلس به کل جمعیت واجد شرایط رای دادن در شهرستان	افراد شرکت کننده در آخرین انتخابات مجلس	کل جمعیت واجد شرایط رای دادن	شهرستان جنس	وزارت کشور مرکز آمار ایران	۴ سال یکبار	نظام معمول (نظام معمول ثبتی)
۵۲	سازمان بهداشت و درمان		نسبت خانوارهای تحت پوشش مراکز بهداشتی درمانی شهری به تعداد رابطین بهداشت این مراکز که در سال بررسی شاخص‌ها حداقل ۶ ماه دارای رابط بهداشتی بوده اند		تعداد خانوارهای تحت پوشش مراکز بهداشتی درمانی شهری که در سال بررسی شاخص‌ها حداقل ۶ ماه دارای رابط بهداشتی بوده اند	تعداد رابطین بهداشت	شهرستان	وزارت بهداشت (مرکز مدیریت شبکه)	سالانه	نظام معمول (نظام معمول ثبتی)

منابع

- ۱- بهره‌مندی از خدمات سلامت در سال ۲۰۰۲، گزارش منتشر شده در سال ۲۰۰۵، دکتر حمیدرضا جمشیدی و دکتر محسن نقوی، وزارت بهداشت
- ۲- پورملک فرشاد، ابوالحسنی فرید، نقوی محسن و همکاران. برآورد امید زندگی سالم مردم ایران در سال ۱۳۸۲. مجله حکیم، سال ۱۳۸۶
- ۳- تجربه PHC در ایران، سال ۱۹۹۴، دکتر کامل شادپور، یونیسیف-تهران
- ۴- خسروی اردشیر، آقامحمدی سعیده، کاظمی الهه، پور ملک فرشاد، شریعتی محمد. سیمای مرگ و میر در ۲۹ استان کشور طی سال‌های ۱۳۸۹-۱۳۸۵. تهران: وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی. سال ۱۳۹۱.
- ۵- خسروی اردشیر، نجفی فرید، رهبر محمدرضا، عاطفی عزیزاله. شاخص‌های سیمای سلامت در جمهوری اسلامی ایران. وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی، مرکز توسعه شبکه و ارتقاء سلامت، دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه. سال ۱۳۸۸.
- ۶- رشیدیان آرش و همکاران. سیمای سلامت و جمعیت در ایران در سال ۱۳۸۹. وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی، معاونت بهداشت. سال ۱۳۹۱.
- ۷- گزارش مراقبت‌های اولیه بهداشتی - درمانی در ایران، سال ۲۰۰۰ میلادی، دکتر فرید ابوالحسنی
- ۸- مرکز آمار ایران، سرشماری نفوس و مسکن ۱۳۹۲:
[http://www.amar.org.ir/ Install/UnderConstruction.htm](http://www.amar.org.ir/Install/UnderConstruction.htm)
- ۹- مرکز مدیریت بیماری‌ها. گزارش کشوری ثبت موارد سرطانی. وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی، ۱۳۸۷.
- ۱۰- نقوی محسن، دگرگونی سیمای سلامت در ایران، مجله تخصصی اپیدمیولوژی، دوره ۱، شماره ۳، صفحات ۱۳ تا ۲۵.
- ۱۱- نقوی محسن، جعفری ناهید. سیمای مرگ در ۲۹ استان کشور. وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی. سال ۱۳۸۵.
- ۱۲- نهاپتیان، خزانه. جمعیت میزان‌های حیاتی ایران. انتشارات دانشگاه تهران، سال ۱۳۵۵.
- ۱۳- وزارت بهداشت در مان و آموزش پزشکی. سامانه پزشک خانواده، ۱۳۹۲: <http://www.1590.ir/>
- ۱۴- وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، معاونت بهداشت، گزارش شاخص‌های سلامت اهداف توسعه هزاره MDGs. وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی، ۱۳۸۹.
- ۱۵- وزارت بهداشت و درمان و آموزش پزشکی- مرکز توسعه شبکه - صندوق کودکان سازمان ملل متحد، ارزشیابی عملکرد رابطین بهداشت. نقوی ۱۳۷۴.

- ۱۶- یآوری پروین و ابدی علیرضا و محرابی یداله. اپیدمیولوژی علل مرگ و میر و روند تغییرات آن در سال‌های ۱۳۵۸ تا ۱۳۸۰ در ایران. مجله حکیم. سال ۱۳۸۲.
- ۱۷- آنالیز سالیانه وضعیت بیماری اسهال خونی در کشور - مرکز مدیریت بیماری‌های واگیر
- ۱۸- آنالیز سالیانه وضعیت بیماری بوتولیسم در کشور - مرکز مدیریت بیماری‌های واگیر
- ۱۹- آنالیز سالیانه وضعیت بیماری تب‌های راجعه در کشور - مرکز مدیریت بیماری‌های واگیر
- ۲۰- آنالیز سالیانه وضعیت بیماری تیفوید در کشور - مرکز مدیریت بیماری‌های واگیر
- ۲۱- آنالیز سالیانه وضعیت بیماری شیستوزومیازیس در کشور - مرکز مدیریت بیماری‌های واگیر
- ۲۲- آنالیز سالیانه وضعیت بیماری فاسیولایزیس در کشور - مرکز مدیریت بیماری‌های واگیر
- ۲۳- آنالیز سالیانه وضعیت بیماری وبا در کشور - مرکز مدیریت بیماری‌های واگیر
- ۲۴- آنالیز سالیانه وضعیت طغیان بیماری‌های منتقله از آب و مواد غذایی - مرکز مدیریت بیماری‌های واگیر
- ۲۵- راهنمای کشوری طغیان بیماری‌های منتقله از آب و مواد غذایی، ۱۳۹۰. مرکز مدیریت بیماری‌های واگیر
- ۲۶- راهنمای کشوری مراقبت بیماری بوتولیسم، ۱۳۸۶. مرکز مدیریت بیماری‌های واگیر
- ۲۷- راهنمای کشوری مراقبت بیماری تب‌های راجعه، ۱۳۸۸. مرکز مدیریت بیماری‌های واگیر
- ۲۸- راهنمای کشوری مراقبت بیماری تب‌های راجعه، ۱۳۸۸. مرکز مدیریت بیماری‌های واگیر
- ۲۹- راهنمای کشوری مراقبت بیماری شیستوزومیازیس، ۱۳۹۱. مرکز مدیریت بیماری‌های واگیر
- ۳۰- راهنمای کشوری مراقبت بیماری فاسیولایزیس، ۱۳۸۸. مرکز مدیریت بیماری‌های واگیر
- ۳۱- راهنمای کشوری مراقبت بیماری وبا، ۱۳۹۱. مرکز مدیریت بیماری‌های واگیر.
- ۳۲- گزارش بار جهانی بیماری‌های سازمان بهداشت جهانی در سال ۲۰۰۸ میلادی
- ۳۳- دستورالعمل اجرایی بررسی عوامل خطر بیماری‌های غیرواگیر در سال‌های ۱۳۹۰-۱۳۸۳، اداره مراقبت عوامل خطر بیماری‌های غیرواگیر، وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی
- ۳۴- پرسشنامه بررسی عوامل خطر بیماری‌های غیرواگیر در سال‌های ۱۳۹۰-۱۳۸۳، اداره مراقبت عوامل خطر غیرواگیر، وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی
- ۳۵- گزارش کشوری عوامل خطر بیماری‌های غیرواگیر در سال ۱۳۸۳، اداره مراقبت عوامل خطر بیماری‌های غیرواگیر، وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی
- ۳۶- گزارش بررسی عوامل خطر بیماری‌های غیرواگیر در ۳۰ استان کشور در سال ۱۳۸۶، اداره مراقبت عوامل خطر بیماری‌های غیرواگیر، وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی
- ۳۷- وب سایت اداره مراقبت عوامل خطر بیماری‌های غیرواگیر با آدرس www.ncdinfobase.ir
- ۳۸- گزیده اطلاعات عوامل خطر بیماری‌های غیرواگیر در سال ۱۳۹۰، اداره مراقبت عوامل خطر

- بیماری‌های غیرواگیر، وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی
- ۳۹- «آشنایی با واحد بهداشت دهان و دندان مرکز بهداشتی درمانی، ویژه مسئولین مراکز بهداشتی درمانی»، دفتر بهداشت دهان و دندان، معاونت بهداشتی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی - سال ۱۳۷۸
- ۴۰- برنامه‌های سلامت دهان و دندان در ایران - اداره سلامت دهان و دندان، مرکز مدیریت بیماری‌های غیرواگیر، معاونت بهداشت وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی - سال ۱۳۹۰
- ۴۱- مجموعه سیاست‌ها و راهبردهای ملی سلامت دهان مبتنی بر شواهد در ایران - اداره سلامت دهان و دندان، واحد بیماری‌های غیرواگیر، معاونت بهداشت وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی - سال ۱۳۹۱
- ۴۲- «سیمای بهداشت دهان و دندان کودکان ایرانی در سال ۱۳۷۷» - دفتر بهداشت دهان و دندان، معاونت بهداشتی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی - تابستان ۱۳۷۹
- ۴۳- «سیمای سلامت دهان و دندان کودکان ایرانی در سال ۱۳۸۳» - دفتر بهداشت دهان و دندان، معاونت بهداشتی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی با همکاری دبیرخانه تحقیقات کاربردی معاونت سلامت - سال ۱۳۸۷
- ۴۴- «بررسی وضعیت سلامت لثه توسط شاخص CPI در افراد ۱۹-۱۵ ساله و ۴۴-۳۵ ساله ایرانی در سال ۱۳۸۰» - طرح مشترک مرکز تحقیقات علوم دندانپزشکی و اداره سلامت دهان و دندان وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی - سال ۱۳۸۳
- ۴۵- یاراحمدی شهین و همکاران. اثربخشی اجرای برنامه ملی غربالگری بیماری مادرزادی کم کاری تیروئید در ایران. نظام سلامت ۱۳۸۸ ۱ (۳): ۴۰-۳۳.
- ۴۶- برنامه راهبردی ۵ ساله (۱۳۹۶-۱۳۹۲) پیشگیری و کنترل آسم و بیماری‌های مزمن تنفسی (COPD)
- ۴۷- دستورالعمل جامع و متون آموزشی برنامه‌ی کشوری پیشگیری از بروز بتا تالاسمی ماژور وزارت بهداشت، معاونت سلامت؛ مرکز مدیریت بیماری‌ها، اداره‌ی ژنتیک. تهران: مرکز نشر صدا، ۱۳۸۳.
- ۴۸- دستورالعمل جامع و متون آموزشی برنامه‌ی کشوری پیشگیری از بروز بتا تالاسمی (بازنگری چهارم)، وزارت بهداشت، معاونت سلامت؛ مرکز مدیریت بیماری‌ها، اداره‌ی ژنتیک. تهران: مرکز نشر صدا، ۱۳۹۰.
- ۴۹- دستورالعمل برنامه پیشگیری و کنترل بیماری فنیل کتونوری وزارت بهداشت، معاونت سلامت؛ مرکز مدیریت بیماری‌ها، اداره‌ی ژنتیک. تهران: مرکز مدیریت بیماری‌های غیرواگیر، ۱۳۸۷.
- ۵۰- طرح برنامه جامع ژنتیک اجتماعی، وزارت بهداشت، معاونت سلامت؛ مرکز مدیریت بیماری‌ها، اداره‌ی ژنتیک. تهران: مرکز مدیریت بیماری‌های غیرواگیر، ۱۳۸۵.

- ۵۱- برنامه کشوری پیشگیری و کنترل بیماری فشارخون بالا- وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، معاونت بهداشت، اداره کل مبارزه با بیماری‌های غیرواگیر-۱۳۷۰
- ۵۲- راهنمای اجرایی برنامه کشوری پیشگیری و کنترل بیماری فشارخون بالا- وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، معاونت بهداشت، مرکز مدیریت بیماری‌ها- فروردین ۱۳۸۱
- ۵۳- مطالعه سیمای مرگ و میر در ۲۸ استان کشور- وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، معاونت بهداشت، مرکز توسعه شبکه و ارتقاء سلامت- ۱۳۸۹.
- ۵۴- مطالعه ملی بار بیماری‌ها و آسیب‌ها در ایران در ۶ استان در سال ۱۳۸۳ - وزارت بهداشت، درمان و آموزش
- ۵۵- گزارش کشوری ثبت موارد سرطانی در سال‌های ۱۳۸۷-۱۳۸۶، ۱۳۸۵- وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، معاونت بهداشت، مرکز مدیریت بیماری‌های غیرواگیر
- ۵۶- دستورالعمل ثبت موارد سرطانی (ویرایش جدید)- وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، معاونت بهداشت، مرکز مدیریت بیماری‌های غیرواگیر- سال ۱۳۹۱
- ۵۷- پیش نویس برنامه ملی کنترل سرطان کولورکتال- وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، معاونت بهداشت، مرکز مدیریت بیماری‌های غیرواگیر- سال ۱۳۹۱
- ۵۸- برنامه ملی کنترل سرطان پستان- وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، معاونت بهداشت، مرکز مدیریت بیماری‌های غیرواگیر- ۱۳۹۰
- ۵۹- سلامت جمهوری اسلامی ایران برنامه پنجم توسعه اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی
- ۶۰- آیین نامه بهداشت محیط مصوب ۱۳۷۱/۴/۲۴ هیئت وزیران
- ۶۱- بخشنامه‌های وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی
- ۶۲- پورتال مرکز سلامت محیط و کار در سامانه وزارت بهداشت
- ۶۳- سازمان حفاظت محیط زیست - طرح جامع مدیریت پسماند کشور، سال ۱۳۹۰
- ۶۴- سازمان حفاظت محیط زیست، وزارت کشور «قانون مدیریت پسماندها»، مصوبه شماره ۱۸۲۹۵ مورخ ۱۳۸۳/۳/۱۷ مجلس شورای اسلامی ایران، ۱۳۸۳/۲/۲۰
- ۶۵- وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی. «دستورالعمل تفکیک، جمع آوری و دفع مواد زائد جامد بیمارستانی»، بخشنامه شماره ۷۹۱۵ مورخ ۱۳۷۶/۷/۲۸
- ۶۶- وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی. «دستورالعمل تفکیک، جمع آوری و نگهداری موقت پسماندهای بهداشتی درمانی»، بخشنامه شماره ۶/۱۴۵۲۴۳ ب س مورخ ۱۳۸۳/۱۱/۲۴
- ۶۷- وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، سازمان حفاظت محیط زیست، «ضوابط و روش‌های مدیریت اجرایی پسماندهای پزشکی و پسماندهای وابسته». مصوبه شماره ۱۵۸۷۱/ت/۳۸۴۵۹ک مورخ ۱۳۸۷/۲/۸ کمیسیون امور زیربنایی صنعت و محیط زیست ۱۳۸۶/۱۲/۱۹

- ۶۸- وزارت کشور، سازمان حفاظت محیط زیست، «آیین نامه اجرایی قانون مدیریت پسماندها». مصوبه شماره ۲۸۴۸۸/ت/۳۲۵۶۱ ه هیئت وزیران، مورخ ۱۳۸۴/۵/۱۰
- ۶۹- بررسی سلامت و بیماری در ایران. ۱۹۹۳، محمد، ک، معاونت پژوهشی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی.
- ۷۰- بررسی سلامت و بیماری در ایران. ۲۰۰۱، محمد، ک، معاونت پژوهشی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی.
- ۷۱- گزارش بررسی عوامل خطر بیماری‌های غیر واگیر در ایران. ۲۰۰۹ - ۲۰۰۵، معاونت پژوهشی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی.
- ۷۲- مستندات موجود در مرکز سلامت محیط کار
- ۷۳- صرامی و همکاران طرح جامع پیشگیری از اعتیاد ویرایش سوم ۱۳۸۸
- ۷۴- رجب پور، مطالعه توصیفی فعالیت‌های وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی در زمینه پیشگیری و درمان سوء مصرف مواد طی سال‌های ۱۳۸۶-۱۳۷۶ انتشارات قاف تابستان ۱۳۸۸
- ۷۵- مروری بر وضعیت اعتیاد در ایران، مرکز ملی مطالعات اعتیاد ۱۳۸۹
- ۷۶- ارزیابی سریع سوء مصرف مواد در ایران سازمان بهزیستی کشور، معاونت امور فرهنگی و پیشگیری برنامه کنترل مواد ملل متحد ۱۳۷۹
- ۷۷- آیین‌نامه اجرایی قانون اصلاح قانون مبارزه با مواد مخدر مصوب ۱۳۷۶/۸/۱۷ مجمع تشخیص مصلحت نظام ۱۳۷۶
- ۷۸- نارنجی‌ها و همکاران. گزارش ارزیابی سریع وضعیت سوء مصرف مواد در ایران ستاد مبارزه با مواد مخدر ۱۳۸۶
- ۷۹- گزارش سالانه عملکرد اداره پیشگیری و درمان سوء مصرف مواد، دفتر سلامت روانی اجتماعی و اعتیاد وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی ۱۳۹۱-۱۳۸۴
- ۸۰- خلاصه طرح مطالعاتی تحلیل وضعیت پیشگیری درمان و کاهش آسیب سوء مصرف مواد تدوین نقشه راه وزارت بهداشت، اداره پیشگیری و درمان سوء مصرف مواد، وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی ۱۳۹۲-۱۳۹۰
- ۸۱- آیین نامه اجرایی قانون اصلاح قانون مبارزه با مواد مخدر مصوب ۱۳۷۶/۸/۱۷، مجمع تشخیص مصلحت نظام. ۱۳۷۶
- ۸۲- ارزیابی سریع وضعیت سوء مصرف مواد در ایران، سازمان بهزیستی کشور، معاونت امور فرهنگی و پیشگیری، برنامه کنترل مواد ملل متحد ۱۳۷۹
- ۸۳- اصلی نژاد، محمد علی. عالمی، علی. بررسی ارتباط سوء مصرف مواد با وضعیت تحصیلی و خانوادگی دانش آموزان پسر دبیرستان‌های شهر گناباد سال ۱۳۸۲. خلاصه مقالات سومین

- همایش سراسری اعتیاد. یزد، ۱۳۸۳
- ۸۴- برنامه پزشک خانواده و بیمه روستایی، نسخه ۱۲، وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی، مرکز مدیریت شبکه، ۱۳۹۰.
- ۸۵- برنامه کشوری بهداشت روان، وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی، اداره کل مبارزه با بیماری‌ها، واحد بهداشت روان، ۱۳۶۵.
- ۸۶- بوالهروی، جعفر و همکاران. گزارش نهایی ارزشیابی برنامه کشوری سلامت روان. انستیتو روانپزشکی تهران و دفتر سلامت روانی اجتماعی و اعتیاد وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی. ۱۳۸۸.
- ۸۷- بیانیه نخستین هم اندیشی ملی سلامت اجتماعی، تیرماه ۱۳۸۹
- ۸۸- پاکروان نژاد، مهدی؛ صادقی، مجید. کتاب جامع بهداشت عمومی، جلد ۳، فصل ۱۴ (بهداشت روان)، انتشارات ارجمند، ۱۳۸۳.
- ۸۹- ۸۹- حمدیه، مصطفی. مطلبی، نبی. بررسی شیوع مصرف مواد محرک، الکل و داروهای روان گردان در نوجوانان و جوانان ۳۵-۱۵ ساله شهر تهران. پژوهش در پزشکی. شماره ۴، صفحات ۳۱۹-۳۱۵. زمستان ۱۳۸۷
- ۹۰- خلاصه طرح مطالعاتی تحلیل وضعیت پیشگیری، درمان و کاهش آسیب سوء مصرف مواد؛ تدوین نقشه راه وزارت بهداشت. اداره پیشگیری و درمان سوء مصرف مواد، وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی. ۱۳۹۴-۱۳۹۰.
- ۹۱- دمازی، بهزاد و همکاران. برنامه جامع ارتقاء سلامت روان کشور (سند سلامت روان). وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی، دفتر سلامت روانی اجتماعی و اعتیاد، اداره سلامت روان. ۱۳۹۱.
- ۹۲- رجب پور مجید. مطالعه توصیفی فعالیت‌های وزارت بهداشت در زمینه پیشگیری و درمان سوء مصرف مواد طی سال‌های ۱۳۸۶-۱۳۷۶. انتشارات قاف. تابستان ۱۳۸۸.
- ۹۳- رحیمی موقر، آفرین و همکاران. گزارش نهایی پیمایش ملی سلامت روان. وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی، دفتر سلامت روانی اجتماعی و اعتیاد، اداره سلامت روان. ۱۳۹۰.
- ۹۴- رحیمی موقر، آفرین. سهیمی ایزدیان، الهه. وضعیت مصرف مواد در دانش آموزان کشور. فصلنامه رفاه اجتماعی. سال پنجم. شماره ۱۹، ۱۳۸۴.
- ۹۵- رزاقی، عمران. رحیمی موقر، آفرین. حسینی، محمد کاظم. مدنی، سعید. ارزیابی سریع وضعیت مصرف مواد در ایران در سال ۱۳۷۸. تهران، سازمان بهزیستی کشور.
- ۹۶- سراج زاده، سید حسین. فیضی، ایرج. مصرف مواد مخدر و مشروبات الکلی در بین دانشجویان دانشگاه‌های دولتی در سال تحصیلی ۸۲-۸۱. فصلنامه رفاه اجتماعی. شماره ۲۵، صفحات ۱۱۰-۸۵. تابستان ۸۶.
- ۹۷- سند چشم‌انداز ۲۰ ساله نظام جمهوری اسلامی ایران، ایران در افق ۱۴۰۴.

- ۹۸- شمس علیزاده، نرگس. مقدم، مرضیه. شیوع مصرف مواد در دانشجویان دانشگاه علوم پزشکی کردستان. مجله دانشگاه علوم پزشکی کردستان. شماره ۴۸، صفحه ۳. تابستان ۱۳۸۷.
- ۹۹- صرامی و همکاران. طرح جامع پیشگیری از اعتیاد. ویرایش سوم. ۱۳۸۸.
- ۱۰۰- طارمیان، فرهاد. بوالهری، جعفر. شیوع مصرف مواد در میان دانشجویان شهر تهران. فصلنامه روانپزشکی و روانشناسی بالینی ایران. شماره ۵۱، صفحه ۳۳۵. زمستان ۱۳۸۶.
- ۱۰۱- قانون برنامه پنج ساله پنجم توسعه جمهوری اسلامی ایران، مجلس شورای اسلامی، ۱۳۸۹.
- ۱۰۲- گرما رودی، غلامرضا. مکارم، جلیل. عادات پر خطر بهداشتی در دانش‌آموزان شهر تهران. فصلنامه پایش. شماره ۳۳، صفحه ۱۳. زمستان ۱۳۸۸.
- ۱۰۳- گزارش ارزشیابی برنامه کشوری سلامت روان، وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی، اداره کل مبارزه با بیماری‌ها، واحد بهداشت روان، ۱۳۶۷.
- ۱۰۴- گزارش سالانه عملکرد اداره پیشگیری و درمان سوء مصرف مواد. دفتر سلامت روانی، اجتماعی و اعتیاد وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی. ۱۳۸۴-۱۳۹۱.
- ۱۰۵- گزارش کارگروه سلامت اجتماعی در نقشه تحول نظام سلامت، چاپ مهرماه ۱۳۹۱.
- ۱۰۶- محمدپور اصل، اصغر. فخاری، علی. بررسی اپیدمیولوژیک مصرف داروهای روان گردان و الکل در دانش‌آموزان دوم دبیرستان‌های پسرانه تبریز. مجله دانشگاه علوم پزشکی اردبیل. شماره ۴، صفحات ۴۰۸-۴۰۰. زمستان ۱۳۸۶.
- ۱۰۷- مروری بر وضعیت اعتیاد در ایران. مرکز ملی مطالعات اعتیاد، ۱۳۸۹.
- ۱۰۸- مطالعه ملی بار بیماری‌ها و آسیب‌ها در ایران، وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی، معاونت سلامت، ۱۳۸۶.
- ۱۰۹- نارنجی‌ها و همکاران. گزارش ارزیابی سریع وضعیت سوء مصرف مواد در ایران، ستاد مبارزه با مواد مخدر، ۱۳۸۶.
- ۱۱۰- نویدی کاشانی، محمد. لطیفی، حسین. بررسی میزان شیوع سوء مصرف مواد در انترن‌های مذکر دانشگاه علوم پزشکی تهران. پایان نامه دکترای پزشکی. دانشگاه علوم پزشکی تهران. ۱۳۷۶.
- ۱۱۱- اله‌وردی پور، حمید. فرهادی نسب، عبدالله. الگو و علل گرایش جوانان به سوء مصرف مواد. مجله دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی - درمانی شهید صدوقی یزد. زمستان ۱۳۸۶. شماره ۱۵، صفحات ۴۲-۳۵.
- 112-Iran Non-Communicable Diseases Risk Factors Surveillance DataBook for «اداره مراقبت عوامل خطر بیماری‌های غیرواگیر، وزارت» 2007
- 113-Country Report on Oral Health in I.R of Iran, June 2000
«دفتر بهداشت دهان و دندان، معاونت بهداشتی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی»
- 114- Development Goal health Indicators, Lancet 2007; 369, 862-73.

- 115-Institute for Health Metrics and Evaluation, Visualization tools for Global Burden of Disease, 2010. Available at: <http://www.healthmetricsandevaluation.org/gbd/visualizations/gbd-heatmap>
- 116-Khosravi A, Taylor R, Naghavi M, Lopez A. Bulletin of the World Health organization.2007.
- 117-King Maurice (Ed), 1983.The Iranian Experiment in Primary Health Care: The West Azerbaijan Project (Principal investigations, Dr. Amini and Dr. M.A. Barzegar et al), School of Public Health, Ministry of Health and Social Welfare, Teheran, Oxford University Press, Oxford, UK.
- 118-Lozano R and et al. Progress towards Millennium Development Goals 4 and 5 on maternal and child mortality: an updated systematic analysis. The Lancet Journal. 2011.
- 119-Management and Planning Organization (2003) The Country's Vision in coming 20 Years, sustainable Development within a Global Approach- Report No. 17. An Introductory Proposal – Tehran.
- 120-Murrey C J I, Towards good Practice for health Statistics: Lessons from the Millennium.
- 121-Salomon J and et al. Healthy life expectancy for 187 countries, 1990—2010: A systematic analysis for the Global Burden Disease Study 2010. The Lancet Journal. 2012.
- 122-WHO, Health Systems Profile of Islamic Republic of Iran -November 2005-World Health Organization-Eastern Mediterranean Regional Office (EMRO)-Division of Health System and Services Development (DHS), Health Policy and Planning Unit.
- 123-World Health Organization, World Health Report 2008, 2008. Available at: <http://www.who.int/whr/2008/en/>
- 124-Beyhan S. Trichler AD, Camilli A and Ildix FH. Differences in gene expression between the classical and El Tor biotypes of vibrio cholera O1. Infect, Immun. 74:3633 – 3642. 2006.
- 125-Feigin Ralph D.Textbook of Pediatric Infectious Diseases. 6th Edition. Philadelphia: Saunders; 2009. P 1619-1624.
- 126-Delavari AR, Yarahmadi SH, et al. Cost-Benefit Analysis of the Neonatal Screening Program Implementation for Congenital Hypothyroidism in I. R. Iran. Int J Endocrinol Metab 2006; 4: 84-87.
- 127-Yarahmadi SH, Tabibi SJ. Et al. Cost–Benefit and Effectiveness of Newborn Screening of Congenital Hypothyroidism: Findings from a National Program in Iran, Int J Endocrinol Metab 2010; 1: 1-6.
- 128-Yarahmadi SH, Ali Mohammadzadeh KH, et al. Presenting Mathematics Model of Cost-Benefit Calculation of Screening for Congenital Hypothyroidism in Iran, International Mathematical Forum, Vol. 6, 2011, no. 14, 681 – 697.
- 129-Cummings M.R. Human heredity: principles and issues, 8th edition. USA:

- Cengage Brain; 2009.
- 130-Lawson K.D., Fenwick E.A.L., Pell A.C.H., et al. Comparison of mass and targeted screening strategies for cardiovascular risk: simulation of the effectiveness, cost-effectiveness and coverage using a cross-sectional survey of 3921 people. *Heart* 2010; 96: 208-212.
- 131-Haddow. J. E. Couple screening to avoid thalassemia: successful in Iran and instructive for us all (editorial letter). *J Med Screen* 2005;12:55-56.
- 132-Samavat A. Genetic Epidemiology in Iran: a Basis for Service Development [dissertation]. [London]: University of London; 2009. 278p.
- 133-Samavat A, Modell B. Iranian national thalassaemia screening programme. *BMJ* 2004;329:1134.
- 134-Turnpenny PD, Ellard S. Emery's Elements of Medical Genetics, 14th Edition. Uk: Elsevier Churchill Livingstone; 2011.
- 135-World Health Organization. Genomics and World Health (report of the advisory committee on health research). Geneva: WHO, 2004.
- 136-World Health Organization. Community genetics services in low- and middle-income countries. Geneva: WHO, 2011.
- 137-Samavat A. Programmes for prevention and control of genetics and congenital disorders (in Persian & English). Health Deputy of Iran, Center for non-communicable diseases control genetics, Genetics office. Tehran: Mehre Matin, 2012.
- 138-Clinician's Guide to Prevention and Treatment of Osteoporosis: National Osteoporosis Foundation; 2008.
- 139-Iranian Multi-centers Osteoporosis Study Fraser, William D: The Burden of Osteoporosis and the Case for Disease Management. *Disease Management & Health Outcomes*: 2004 - Volume 12 - Issue 6 - pp 409-418.
- 140-Abolhassani F, Mohammadi M and soltani A. Burden of Osteoporosis in Iran. *Iranian Journal of public Health*, 2004.
- 141-Iranian Multi-center Osteoporosis Study -1 & 3 phase.
- 142-World Health Organization, Global surveillance, Prevention and Control of Chronic Respiratory Diseases, a comprehensive approach, 2007.
- 143-The World Health Organization report "Preventing chronic diseases: a vital investment", 2005.
- 144-Entezari A. et al, A systematic review of recent asthma symptom surveys in Iranian children, 2009.
- 145-Global Strategy for the Diagnosis, Management and Prevention of COPD, Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease (GOLD) 2014. Available from: <http://www.goldcopd.org/>.
- 146-Pruss A. Giroult, E. Rush brook, P "safe management of waste from health-care activities". World Health Organization, Geneva, 199.
- 147-Ahmadi J, Rayisi T. Analysis of substance use by primary school stu-

- dent. German Journal of psychiatry, 3:56-59, 2003.
- 148- Ahmadi J, Maharlooy N. Substance abuse: prevalence in a sample of nursing students. Journal of Clinical Nursing; 13:60-4, 2004.
- 149- Ahmadi J, Ostovan M. Substance use among Iranian male high school student. International Journal of Drug Policy, 13:511-512, 2002.
- 150- Anderson P, De Bruijn A, Angu K. Impact of alcohol advertising and media exposure on adolescent alcohol use: a systematic review of longitudinal studies. Alcohol. 2009; 44:229-43.
- 151- Babor T, Campbell R. Lexicon Of Alcohol and Drug Terms. World Health Organization. Geneva, 1994
- 152- Babor T, Higgins-Biddle, J. The Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT). World Health Organization, 2001.
- 153- Bonomo Y., Coffey, C., Wolfe, R., Lynskey, M., Bowes, G., & Patton, G. Adverse outcomes of alcohol use in adolescents. Addiction. 2001; 96: 1485 – 1496.
- 154- <http://www.3noqte.com/farhangimazhabi/vijename-ha/vije-etiad/etiad-mashroob/8951-amar-etyad-be-alcol>
- 155- Integrating mental health into primary health care: A global perspective. Geneva, World Health Organization; 2008.
- 156- Abachizadeh K, Omidnia S, memarian, N, Nasehi AA, Rasouli M, Nikfarjam A. Determining dimensions of Iranians' individual social health Qualitative approach, Iranian J Public Health, Vol, 42, Supple.1, Jan 2013, pp:88-92.
- 157- Mental health & development: Targeting people with mental health conditions as a vulnerable group. Geneva, World Health Organization; 2010.
- 158- Mental health: new understanding, new hope. Geneva, World Health Organization; 2001.
- 159- Sharifi V. Urban mental health in Iran: challenges and future directions. Iranian J Psychiatry Behav Sci, 2009, 3(1):9–14.
- 160- Strang J, Babor, T, Caulkins, J. Drug policy and the public good: evidence for effective Interventions. Lancet. 2012, 379: 71–83.
- 161- Wells L, Horwood J, Fergusson D. Drinking patterns in mid-adolescence and sychosocial outcomes in late adolescence and early adulthood. Addiction, 2004; 99:1529–1541.
- 162- World Health Organization. The ICD-10 classification of Mental and Behavioural Disorder: Diagnostic criteria for research, WHO, Geneva, 1993.
- 163- Ziaaddini H, Ziaaddini M. The household survey of drug abuse in Kerman. Journal of Applied Sciences; 5:380-382, 2005.