

بسمه تعالی

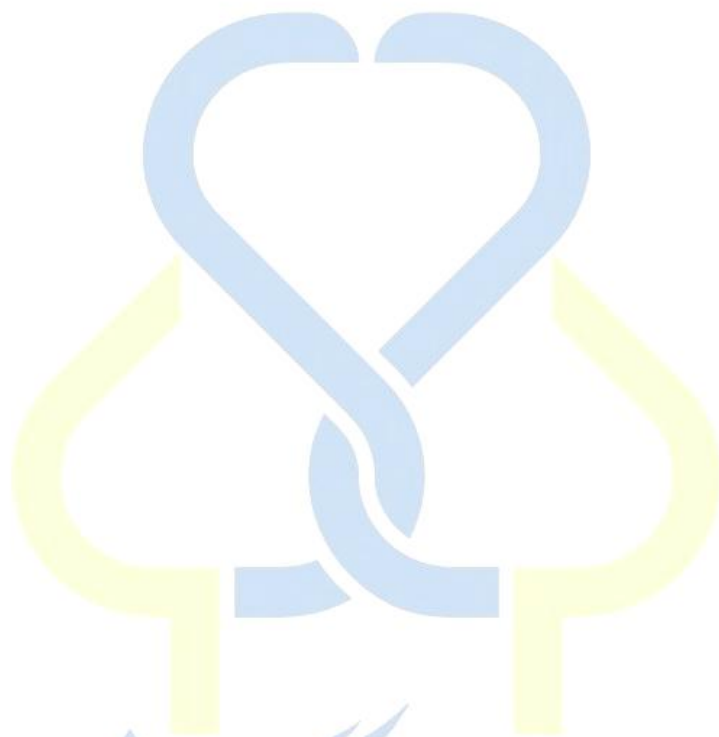
سند توسعه سلامت استان فارس

مجموعه طرح: مرکز تحقیقات سیاستگذاری

Health Policy Research Center

سلامت

دانشگاه علوم پزشکی شیراز



مرکز تحقیقات سیاست‌گذاری سلامت
Health Policy Research Center

سازمانها و افراد همکار :

معاونت آموزشی

— جناب آقای دکتر سراج

مرکز تحقیقات سیاستگذاری سلامت

— جناب آقای دکتر کامران باقری لنکرانی

— جناب آقای دکتر حسن جولایی

— سرکار خانم فاطمه نجفی

— جناب آقای یاسر ساریخانی

— جناب آقای دکتر بهنام هنرور

معاونت پژوهشی

— جناب آقای دکتر پوست فروش

اداره کل آموزش و پرورش استان فارس

— جناب آقای جعفری

— جناب آقای سلیمی

سایر همکاران

— جناب آقای کشتکار

— جناب آقای کیانی

سازمان استاندارد و تحقیقات صنعتی استان

فارس

— جناب آقای مهندس رهنما

— سرکار خانم ثابت

دانشگاه علوم پزشکی شیراز

— جناب آقای دکتر ایمانیه

اداره تعاون، کار و رفاه اجتماعی استان فارس

معاونت بهداشت

— جناب آقای خادم الحسینی

— جناب آقای حاتمی

— سرکار خانم پاداش نیک

— جناب آقای دکتر مقدمی

— جناب آقای دکتر کریمی

— جناب آقای دکتر میر احمدی زاده

سازمان جهاد کشاورزی استان فارس

معاونت درمان

— جناب آقای مهندس سعادت

— جناب آقای مهندس عامری

— جناب آقای مهندس عظیمی

— سرکار خانم صحرائیان

— جناب آقای مهندس حیاتی

— سرکار خانم دکتر معتضدیان

معاونت غذا و دارو

— جناب آقای دکتر نیک نهاد

— سرکار خانم هدایتی

سازمان انتقال خون فارس

- جناب آقای دکتر توسلی
- جناب آقای داوود زارعی

کمیته امداد امام خمینی (ره)

- جناب آقای صیادی

سازمان بهزیستی استان فارس

- جناب آقای مهندس کریمی
- سرکار خانم طالع پور

شرکت آب و فاضلاب شهری استان فارس

- جناب آقای مهندس قلندری
- جناب آقای مهندس فهندژ
- جناب آقای مهندس جهانشاهی

اداره کل راه و شهرسازی استان فارس

- جناب آقای مهندس درستکار
- آقای غلام پور
- سرکار خانم صالحی

شرکت آب و فاضلاب روستایی استان فارس

- سرکار خانم مهندس دانشخواه

شرکت آب و فاضلاب شیراز

- الله بخش نظرپور
- سرکار خانم مهندس صبوری
- محمد علی طاهر دوست

سازمان صدا و سیمای مرکز فارس

- جناب آقای نبوی زاده

اداره هواشناسی استان فارس

- جناب آقای مهندس جامع
- سرکار خانم شمس

سازمان حفاظت محیط زیست استان فارس

- سرکار خانم تاجگردون
- سرکار خانم دهقان

سازمان فرهنگ و ارشاد اسلامی فارس

- جناب آقای علوی

اداره کل ورزش و جوانان استان فارس

- جناب آقای کیانی

- سرکار خانم طاهره رضائیان

سازمان هلال احمر استان فارس

فرماندهی انتظامی استان فارس

- جناب آقای دکتر ابراهیمی
- سرکار خانم دکتر رخشانی

- جناب سرهنگ جوانمردی

فهرست مطالب

۱۶	پیشگفتار
۱۷	اهمیت موضوع
۱۹	اهداف
۲۱	روش کار

فصل اول

۲۳	مقدمه
۲۳	تعاریف واژه های کلیدی
۲۳	سند
۲۴	انواع سند
۲۴	توسعه
۲۵	سلامت
۲۵	فلسفه جدید سلامتی
۲۶	ابعاد سلامتی
۲۷	عوامل تعیین کننده سلامت
۲۸	عوامل اجتماعی اثرگذار بر سلامت
۲۸	میزان تاثیر تقریبی تعیین کننده های سلامت بر وضعیت بهداشت جامعه
۲۹	سلامت و توسعه
۳۰	توسعه سلامت
۳۱	ارتقاء سلامت
۳۱	مسئولیت در برابر سلامتی
۳۲	مسئولیت فردی

۳۲	مسئولیت جامعه
۳۳	مسئولیت دولت
۳۳	مسئولیت بین المللی

بخش اول

۳۴	جامعه و مردم
----	--------------

۳۵	چرا مشارکت
----	------------

۳۵	استدلال خدمات بهداشتی
----	-----------------------

۳۵	استدلال اقتصادی
----	-----------------

۳۵	استدلال ارتقای سلامت
----	----------------------

۳۵	استدلال عدالت اجتماعی
----	-----------------------

۳۵	دلایل مشارکت مردمی در برنامه های محلی
----	---------------------------------------

۳۶	دلایل بخش سلامت برای مشارکت مردمی
----	-----------------------------------

۳۶	و اما مشارکت
----	--------------

۳۶	رویکردهای مشارکت مردمی در ارتقای سلامت
----	--

۳۷	توانمندسازی مردم، بهترین نوع مشارکت
----	-------------------------------------

۳۷	عنکبوت مشارکت
----	---------------

۳۷	سازمان های مردم نهاد
----	----------------------

۳۸	نقش سازمان های غیردولتی در توسعه پایدار
----	---

۳۹	نقش سازمان های مردم نهاد در سلامت
----	-----------------------------------

۳۹	شوراهای اسلامی شهر و روستا
----	----------------------------

۴۰	سایر مشارکت های مردمی
----	-----------------------

بخش دوم

۴۱	سایر بخش ها و مشارکت بین بخشی
----	-------------------------------

۴۲	آموزش
----	-------

۴۲	استاندارد
۴۳	اهمیت استانداردسازی
۴۴	اشتغال
۴۴	کدامیک سلامتی را بیشتر به خطر می اندازد؟ کار کردن یا بیکاری
۴۴	چرا محل کار ؟
۴۵	ضرورت های اقتصادی برنامه های ارتقای سلامت در محل کار
۴۵	امنیت اجتماعی
۴۶	امنیت غذایی
۴۶	کشاورزی و دامپروری
۴۷	شیلات
۴۸	انتقال خون
۴۸	تامین آب و دفع فاضلاب
۴۸	اهمیت بهداشت آب
۴۹	ناخالصیهای آب
۵۰	منابع تامین آب
۵۰	منابع سطحی
۵۰	منابع آب زیرزمینی
۵۰	منابع آب شور
۵۱	آب سالم و پاکیزه
۵۱	ویژگی های آب سالم
۵۱	آلودگی آب
۵۲	تعریف آب آلوده
۵۲	فاضلاب
۵۳	انواع فاضلاب

۵۳	علل لزوم تصفیه فاضلاب
۵۴	اهداف ویژه تصفیه فاضلاب
۵۴	حمایت اجتماعی
۵۵	راه و شهرسازی
۵۵	مسکن
۵۵	راه و ترابری
۵۶	رسانه
۵۹	محیط زیست
۶۰	ورزش
۶۱	هلال احمر
۶۱	هواشناسی
۶۳	روند تغییرات آب و هوا
۶۴	پیامدهای تغییرات آب و هوایی طی دهه های آتی
۶۴	اجزای اقلیم و سلامتی
۶۴	دما
۶۵	پیامدهای افزایش دما طی دهه های آتی
۶۵	بارندگی
۶۵	رطوبت
۶۶	تابش خورشید
۶۶	وزش باد و کاهش طول روز
۶۶	نوسانات جوی و فشار هوا
۶۶	گرد و غبار
	بخش سوم
۶۸	نظام سلامت

۶۸	ساختار کلی
۶۹	وظایف
۷۰	ویژگی ها
	فصل دوم
۷۳	مقدمه
۷۳	معرفی استان
۷۳	مشخصات جغرافیایی و تقسیمات کشوری
۷۴	وضعیت جمعیت شناسی
۷۶	ویژگی های جمعیتی عشایر استان
۷۹	مذهب
۷۹	مهاجرت
۷۹	تابعیت
۸۰	شاخص های اقتصادی کلان استان فارس
	بخش اول
۸۱	جامعه و مردم
۸۱	سازمان های مردم نهاد
۸۱	داوطلبان سلامت
	بخش دوم
۸۳	سایر بخش های توسعه
۸۳	آموزش
۸۶	استاندارد
۸۸	اشتغال
۹۰	امنیت اجتماعی

۹۱	امنیت غذایی
۹۱	کشاورزی و دامپروری
۹۲	شیلات
۹۳	انتقال خون
۹۳	تامین آب و دفع فاضلاب
۹۳	آب و فاضلاب شهری استان فارس
۹۴	آب و فاضلاب روستایی استان فارس
۹۵	آب و فاضلاب شیراز
۹۶	حمایت اجتماعی
۹۶	توزیع درآمد
۹۷	بهبودی
۱۰۳	کمیت امداد
۱۰۴	تامین اجتماعی
۱۰۵	راه و شهرسازی
۱۰۵	مسکن
۱۰۶	راه و ترابری
۱۰۷	رسانه
۱۰۹	فرهنگ
۱۱۰	محیط زیست
۱۱۳	ورزش
۱۱۵	هلال احمر
۱۱۵	هواشناسی
	بخش سوم
۱۲۵	خدمات سلامت

۱۲۵	مرگ و میر و موارد مرتبط با آن
۱۲۵	مرگ و میر
۱۲۵	علل عمده مرگ در استان
۱۲۶	مرگ و میر ناشی از بیماری های قلبی و عروقی
۱۲۶	مرگ و میر ناشی از سرطان
۱۲۷	مرگ و میر ناشی از حوادث ترافیکی
۱۲۹	علل مرگ در گروههای در معرض خطر
۱۳۰	شاخص های مهم مرگ و میر
۱۳۴	امید به زندگی
۱۳۴	موالید
۱۳۵	عوامل خطر
۱۳۵	سوء تغذیه و چاقی
۱۳۵	تغذیه کودکان
۱۳۵	اختلال رشد
۱۳۶	تغذیه با شیر مادر
۱۴۰	تغذیه نامناسب و شیوع چاقی
۱۴۱	تغذیه سالمندان
۱۴۳	کم تحرکی
۱۴۳	فشار خون بالا
۱۴۴	چربی خون
۱۴۶	سوء مصرف مواد و دارو
۱۵۰	بیماری ها
۱۵۰	بیماری های غیر واگیر
۱۵۰	بیماری های قلبی و عروقی

۱۵۱	سرطان ها و تومورها
۱۵۳	دیابت
۱۵۴	هموفیلی
۱۵۵	تالاسمی
۱۵۵	بیماری های روانی
۱۶۰	خودکشی
۱۶۲	بیماری های واگیر
۱۶۲	سل
۱۶۴	ایدز
۱۶۶	هیپاتیت
۱۶۷	سالک
۱۶۸	تب مالت
۱۶۹	ارائه خدمات یا پوشش خدمات
۱۶۹	بهداشت خانواده
۱۶۹	تنظیم خانواده
۱۷۰	مراقبت از مادران
۱۷۱	مراقبت از کودکان
۱۷۲	سلامت سالمندان
۱۷۳	بهداشت مدارس و نوجوانان
۱۷۵	دهان و دندان
۱۷۶	بهداشت محیط
۱۷۸	توسعه شبکه بهداشت و درمان
۱۸۱	بهداشت حرفه ای
۱۸۱	ارائه خدمات سلامت به عشایر

۱۸۱	عفونت های بیمارستان
۱۸۲	تولید دانش
۱۸۳	سیاستگذاری سلامت در استان فارس
۱۸۳	مهم ترین چالش های سلامتی استان فارس
۱۸۳	سوانح ترافیکی
۱۸۴	بیماری های قلبی عروقی
۱۸۴	اعتیاد
۱۸۵	سرطان ها
۱۸۶	افسردگی
۱۸۶	اچ آی وی - ایدز
۱۸۷	سالک
	فصل سوم
۱۸۹	مقدمه
۱۸۹	تجزیه و تحلیل عوامل محیطی تاثیرگذار سلامت استان
	بخش اول
۱۸۹	جامعه و مردم
	بخش دوم
۱۹۰	سایر بخش های توسعه و مشارکت بین بخشی
۱۹۰	مشترک Health Policy Research Center
۱۹۲	استاندارد
۱۹۳	اشتغال
۱۹۴	امنیت غذایی

۱۹۴	کشاورزی
۱۹۵	دام و طیور
۱۹۸	شیلات
۱۹۹	انتقال خون
۲۰۰	تامین آب و دفع فاضلاب
۲۰۰	آب و فاضلاب شهری استان فارس
۲۰۰	آب و فاضلاب روستایی استان فارس
۲۰۲	آب و فاضلاب شیراز
۲۰۳	حمایت اجتماعی
۲۰۳	بهریستی
۲۰۶	کمیتة امداد
۲۰۷	رسانه
۲۰۸	فرهنگ
۲۰۸	محیط زیست
۲۰۹	ورزش
۲۱۰	هلال احمر
۲۱۱	هواشناسی
۲۱۳	بخش سوم
	خدمات سلامت
	فصل چهارم
۲۱۸	مقدمه
	بخش اول
۲۱۸	جامعه و مردم
	بخش دوم

۲۱۹	سایر بخش های توسعه
۲۱۹	آموزش
۲۱۹	استاندارد
۲۲۰	اشتغال
۲۲۰	امنیت اجتماعی
۲۲۰	امنیت غذایی
۲۲۰	کشاورزی و دامپروری
۲۲۱	شیلات
۲۲۱	انتقال خون
۲۲۲	تامین آب و دفع فاضلاب
۲۲۲	آب و فاضلاب شهری استان فارس
۲۲۲	آب و فاضلاب روستایی استان فارس
۲۲۲	آب و فاضلاب شیراز
۲۲۳	حمایت اجتماعی
۲۲۳	بهریستی
۲۲۴	کمیته امداد
۲۲۵	راه و شهرسازی
۲۲۵	مسکن
۲۲۵	راه و ترابری
۲۲۵	رسانه
۲۲۶	فرهنگ
۲۲۶	محیط زیست
۲۲۷	ورزش
۲۲۷	هلال احمر

۲۲۸	هواشناسی
	بخش سوم
۲۲۹	خدمات سلامت
۲۲۹	حوزه معاونت بهداشتی
۲۲۹	اهداف کلان
۲۳۰	شاخص ها
۲۳۱	استراتژی های حوزه بهداشت جهت توسعه سلامت استان با رویکرد ارتقاء سلامت استراتژی ۱: ارتقاء سطح دانش و سواد سلامت و توانمندسازی جامعه
۲۳۱	راهکارها استراتژی ۲: پیشگیری از ناخوشی ها و ارتقاء خدمات سلامت
۲۳۲	راهکارها استراتژی ۳: حفاظت از سلامت
۲۳۳	راهکارها اهداف مدنظر در اجرای برنامه توسعه سلامت استان
۲۳۴	سلامت محیط
۲۳۵	سلامت خانواده
۲۳۶	مدیریت بیماری ها و عوامل خطر
۲۳۷	سلامت روان
۲۳۸	مدیریت سلامت جامعه
۲۳۸	حوزه معاونت درمان
۲۴۰	تولید دانش
۲۴۰	حوزه معاونت دارو و غذا
	پیوست
۲۴۳	راهکار پیشنهادی برای پیاده سازی سند

پیشگفتار

امروزه در اغلب کشورها، بدون توجه به ابعاد و ثروت آنها، سلامت جامعه یک مساله اصلی به شمار می رود (۱) و از جایگاه والایی برخوردارست. در تفکر دینی سلامت یکی از دو نعمت مهمی است که مغفولند. سلامت و عافیت زمینه تعالی انسان در نیل به جایگاه خلیفه الهی است. (۲) با پیشرفت جامعه بشری انواع و حجم خدمات سلامت مورد نیاز جامعه روز به روز در حال گسترش است. بدیهی است که عرضه خدمات متنوع تر در حجمی گسترده تر با کیفیتی بالاتر و هزینه ای کمتر جز با به کارگیری مدیریت علمی نوین امکان پذیر نیست؛ و در سال های اخیر علی رغم حجم زیاد منابع اختصاص یافته، مدیریت غیر موثر منجر به اتلاف منابع شده است.

قدر مسلم، با افزایش آگاهی های عمومی، مردم انتظار فزاینده ای در بهبود و ارتقای کیفیت خدمات سلامت و عملکرد هرچه بهتر و اقتصادی تر موسسات مربوط به سلامت کشور دارند. پاسخگویی به چنین انتظاراتی وظیفه ای است خطیر و ارزشمند که باید سالها پیش بدان پرداخته می شد، لیکن به هر حال از هرکجا که آغاز گردد و جدیتر انگاشته شود و مسئولانه تر مورد اقدام قرار گیرد، دارای اثربخشی مطلوبتر خواهد بود. شاید کندی حرکت های گذشته و نقصان در اقداماتی که می باید خیلی پیش از این انجام می گرفته، بعضی ها را مأوس نماید، (۱) اما با برنامه ریزی علمی، جامع و متناسب با توانمندی ها و امکانات موجود و شرایط منطقه ای جای بسی امید است که در آینده جبران مافات به نحو شایسته ای بشود.

طی سالهای اخیر اقدامات گسترده ای در توسعه مدیریت شئون مختلف نظام بهداشت و درمان کشور صورت گرفته است. از تربیت مدیران حرفه ای در دانشگاهها گرفته تا گرایش دولتمردان و سیاستگذاران ارشد بهداشت و درمان به امر مدیریت. از دیگر بارقه های امید در این راستا توجه و تلاش پزشکان جوان به دانش مدیریت می باشد. تشکیل کمیته های مدیریت و برنامه ریزی استراتژیک، مدیریت کیفیت جامع و ایجاد بخش های تحقیق و توسعه در حوزه معاونتهای وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و دانشگاههای علوم پزشکی کشور و دیگر موسسات تابع، گویای این واقعیت امید بخش است. طبیعی است که این تلاش ها ارزنده می باشد ولی کافی نیست و تا هنگامی که پژوهش های علمی کاربردی اصیل در کشور به وسیله متخصصان سلامت آن هم به صورت گسترده صورت نپذیرد، مشکلات اساسی بهداشت و درمان کشور حل نخواهد شد. (۱)

با توجه به این موارد و در نظر گرفتن محدود بودن همه انواع منابع و همچنین تاکید حضرت آیت‌الله خامنه‌ای در دیدار اعضای مجمع خیرین سلامت کشور، بر اینکه مقوله‌ی «سلامت، بهداشت و درمان» را باید جزء اولویتهای اصلی و مسائل درجه‌یک کشور دانست، (۳) اقدام جهت تصحیح عملکرد مدیریتی از طریق تشخیص مسائل بخش سلامت و برنامه ریزی در جهت رفع این مسائل، ضرورت می‌یابد. بنابراین مرکز تحقیقات سیاستگذاری سلامت دانشگاه علوم پزشکی شیراز بر آن شد تا خود در این اقدام پیش قدم شود. و از آنجا که موفقیت در این مسیر به تجربه، حساسیت به رویدادها، هوشمندی و انگیزه مشارکت در شناخت و حل مسائل بستگی دارد و با عنایت به این که بخش عمده‌ای از عوامل موثر در سلامت مردم، خارج از اختیار دستگاههای متولی بهداشت و درمان است و تحقق اهداف متعالی در سلامت جز با همکاری و مشارکت همه دستگاههای اجرایی و خود مردم میسر نخواهد شد، طراحان و مجریان این طرح سعی در ایجاد این باور دارند که مشارکت جمعی و همکاری بین بخشی اگر چه در ظاهر غریب و دور از ذهن به نظر می‌رسد اما با تلاش مستند و مدون علمی نه تنها قابل دستیابی است بلکه می‌تواند موجبات ایجاد تعهد و وفاداری نسبت به اجرای برنامه‌ها و در نتیجه بهبود عملکرد را فراهم گرداند. امید است تعامل و همکاری بخش‌ها، سازمان‌ها و نهادهای مرتبط در طول برنامه به منظور عملیاتی نمودن سیاستهای اجرایی تا تحقق اهداف آن تقویت گردیده و تداوم یابد.

اهمیت موضوع

وضعیت شاخص‌های بهداشتی و درمانی در هر جامعه‌حاکمی از توجه دولت‌ها به سرمایه‌گذاری در حوزه سلامت است، از همین‌رو، بررسی‌ها نشان می‌دهد این شاخص‌ها در ایران در مقایسه با کشورهای منطقه و دنیا چندان رضایت‌بخش نیست. (۴)

در پایان دوره هشت ساله دولت‌های نهم و دهم باید اذعان کرد دستاوردهای ارزشمندی در برخی از عرصه‌های سلامت حاصل گردیده است. توجه به سرمایه‌انسانی در بخش سلامت و ارتقاء جایگاه ارایه‌کنندگان خدمات به ویژه پرستاران، گسترش آموزش علوم پزشکی و توسعه رشته‌های تحصیلات تکمیلی و بین رشته‌ای، تمرکززدایی در مدیریت برخی از عرصه‌ها، نوسازی بیمارستانها و تجهیزات پزشکی، افزایش تخت‌های ویژه، توسعه بخشهای فوق تخصصی و تخصصی در مناطق کمتر برخوردار کشور، کنترل موفق همه‌گیری‌ها، اجرای بیمه روستایی و پزشک خانواده در روستاها و شهرهای زیر بیست هزار نفر، گسترش نوآوری در صنایع دارویی و تجهیزات پزشکی کشور و تولید برخی از اقلام در داخل از جمله ایزوتوپهای هسته‌ای، حضور پررنگ فوریت‌های پزشکی در عرصه خدمات و دهها مورد دیگر از دستاوردهای پرافتخاری هستند که در همین ایام حاصل گردیده‌اند. علیرغم همه این پیشرفتهای باید گفت ما با چالش‌های مهمی روبرو هستیم که متأسفانه در طی دو سال گذشته شمار و تراکم آنها رو به تزاید بوده است. (۲) سالانه تعداد زیادی از مردم در کشور به دشواری می‌توانند از عهده هزینه‌های درمانی برآیند. در نتیجه نارضایتی بیماران از مراکز درمانی دولتی و در پی آن، کمبودهایی که در این بیمارستانها وجود دارد، در کنار سرانه درمان غیرواقعی، دست به دست هم داده تا اوضاع نه چندان مطلوبی را برحوزه سلامت کشور حاکم سازد. (۵)

این در حالی است که در قانون اساسی جمهوری اسلامی به موضوع سلامت توجه ویژه‌ای مبذول گردیده و وظایف مهمی برای دولت در این عرصه قائل شده است. در بند دوازدهم اصل دوم قانون اساسی برطرف ساختن هر نوع محرومیت در زمینه‌های تغذیه و مسکن و کار و بهداشت و تعمیم بیمه از وظایف دولت برشمرده شده و دولت موظف گردیده است همه امکانات خود را

برای نیل به آن به کار گیرد. در بند نهم همین اصل رفع تبعیضات ناروا و ایجاد امکانات عادلانه برای همه در تمام زمینه های مادی و معنوی نیز به عنوان یکی دیگر از وظایف دولت جمهوری اسلامی ایران برشمرده شده است. اصل ۲۹ نیز برخورداری از تامین اجتماعی از نظر حوادث و سوانح، نیاز به خدمات بهداشتی و درمانی و مراقبت های پزشکی به صورت بیمه و غیره را حق همگانی دانسته است و دولت را موظف دانسته تا از محل درآمد عمومی و درآمدهای حاصل از مشارکت مردم خدمات و حمایت های مالی فوق را برای یک یک افراد کشور تامین نماید. در بند اول اصل ۴۳ قانون اساسی نیز بهداشت و درمان جز نیازهای اساسی برشمرده شده اند. (۲)

همه این مباحث موجب شده تا دولتمردان به فکر تدوین قانونی در برنامه پنجم توسعه باشند تا این قانون بتواند عدالت در سلامت را برای مردم به وجود آورد. قانونی یکپارچه که کمبودهای قانون چهارم توسعه را نداشته باشد و حوزه سلامت به شکل مطلوبی دگرگون شود. به اعتقاد بسیاری از صاحب نظران، اگر این قانون به درستی اجرا شود می توانیم به تحقق عدالت امیدوار شویم چرا که برای اولین بار در قانون، بحث «انسان سالم»، «سلامت همه جانبه»، «عدالت در سلامت» و «بیمه سلامت ایرانیان» مطرح شده است و سلامت به عنوان اولوی ملی، جایگاه ویژه ای یافته است. بررسی سیاست های کلی برنامه پنجم هم نشان می دهد که حدود ۱۱ درصد موارد به طور مستقیم به بخش سلامت مربوط است و بیش از ۳۰ درصد دیگر سیاست ها هم غیرمستقیم به نظام سلامت مربوط می شود. (۵)

در سیاست ها ابلاغی برنامه توسعه پنجم موارد مهمی در بخش سلامت مورد تاکید مقام معظم رهبری ادام الله ظله العالی قرار گرفته اند از جمله:

- ✓ افزایش سلامت روحی و جسمی دانش آموزان
- تاکید بر رویکرد انسان سالم و سلامت همه جانبه با توجه به:
 - یکپارچگی در سیاست گذاری، برنامه ریزی، ارزشیابی، نظارت و تخصیص منابع عمومی
 - ارتقاء شاخصهای سلامت هوا، امنیت غذا، محیط و بهداشت جسمی و روحی
 - کاهش مخاطرات و آلودگی های تهدید کننده سلامت
 - اصلاح الگوی تغذیه جامعه با بهبود ترکیب و سلامت مواد غذایی
 - توسعه کمی و کیفی بیمه های سلامت و کاهش سهم مردم از هزینه های سلامت به ۳۰ درصد تا پایان برنامه پنجم
- ایجاد بازار رقابتی برای ارائه خدمات بیمه درمانی
- ارتقاء و هماهنگی میان اهداف توسعه ای: آموزش، بهداشت و اشتغال به طوری که در پایان برنامه پنجم، شاخص توسعه انسانی به سطح کشورهای با توسعه انسانی بالا برسد.
- تأمین بیمه فراگیر و کارآمد و گسترش کمی و کیفی نظام تأمین اجتماعی و خدمات بیمه درمانی (۲)

این قانون به گفته کارشناسان، یکی از جامع‌ترین و پراهمیت‌ترین قوانین بعد از سند چشم‌انداز توسعه است که در حوزه سلامت بسیار مهم و تأثیرگذار است. اجرای کامل طرح پزشک‌خانواده و نظام ارجاع، رسیدگی به اورژانس‌های بیمارستانی، تعامل ادغام و هماهنگی بیشتر با سازمان‌های بیمه‌گر و مشخص کردن تعرفه‌ها از سوی شورای عالی سلامت، عوارض مالیات بر سلامت، واقعی کردن هزینه‌های درمان از جیب مردم تا سقف ۳۰ درصد و همچنین اختصاص ۱۰ درصد از هزینه‌های هدفمند کردن یارانه‌ها در حوزه سلامت از جمله مهمترین مواد قانونی نوشته شده در برنامه پنجم توسعه است که به گفته کارشناسان اگر این موارد قانونی به خوبی اجرا شود تحولی عظیم در بخش سلامت کشور خواهیم داشت. با این حال، برخی از کارشناسان هم معتقدند قانون برنامه چهارم توسعه در حوزه سلامت نیز در نوع خود بی‌نظیر بوده است و اجرانشدن برخی مواد قانونی در این برنامه موجب شده تا رتبه کشور به لحاظ سلامت نزول پیدا کند.

حال که فرصت تحول بنیادین برای دستیابی عادلانه به سلامت فراهم شده است، باید دید مسئولان تا چه میزان می‌توانند به تعهدات خود درباره برنامه پنجم توسعه وفادار باشند و چه میزان قوانین مربوط به بخش سلامت در قانون پنجم توسعه در کشور اجرایی خواهد شد؟ (۵)

چه تدبیری برای ایجاد تعهد به اجرای این برنامه‌ها باید اندیشید؟

آیا با توجه به شرایط کشور و تجربیات حاصل از برنامه‌های توسعه قبلی و شواهد موجود که حکایت از اجرایی نشدن خیل عظیمی از برنامه‌های بسیار کامل قبلی دارد، لازم نیست خود را برای عملیاتی نمودن هرچه بهتر قانون آماده ساخته و از تمامی ظرفیت‌های خود برای تحقق اهداف در نظر گرفته شده استفاده کنیم؟

آیا یکی از ریشه‌های عدم تحقق اهداف برنامه‌های قبلی، برنامه ریزی متمرکز تصمیم گیرندگان ارشد، برای کل کشور بدون توجه به توانمندی‌ها، محدودیت‌ها و شرایط ویژه هر یک از استانهای کشور، نبود؟

آیا راه حل بسیاری از مشکلات موجود بر سر راه تحقق آرمان‌ها، مشارکت دستگاههایی اجرایی هر استان در تدوین، اجرا و ارزیابی برنامه‌ها نیست؟

اینکه چگونه می‌توان به اهداف برنامه‌های کامل و همه جانبه تدوین شده توسط وزارت بهداشت، در سطح استان رسید، پرسشی است که این سند یکی از راههای پاسخ دادن به آن را مشخص خواهد کرد.

اهداف

سلامت دو ویژگی مهم و اساسی دارد؛ نخست آن که از نیازها و حقوق اساسی مردم است و دیگر آن که عرصه تغییر و تحولات بسیار سریع می‌باشد. تلاطم و دگرگونی مداوم فضای حاکم بر بخش سلامت، پیچیدگی روز افزون فعالیت‌ها و پیوستگی متقابل آنها به اجتماع، تصمیم گیرندگان ارشد در این بخش را ناگزیر به انجام برنامه ریزی توسعه با دید راهبردی کرده است.

در کشور ما سند چشم انداز بیست ساله نظام جمهوری اسلامی به عنوان « میثاق ملی » وجود دارد که در این سند ویژگی های جامعه ای مطلوب تصویر شده است که بخش مهمی از آن برخورداری از سلامت با کیفیت، زندگی مطلوب و بهره مندی از محیط زیست سالم می باشد. سیر تحولات در نظام سلامت به عنوان چالشی جهان شمول از سویی و تعهد نظام سلامت در پاسخگویی مناسب و حرکت در جهت سند چشم انداز بیست ساله کشور از سویی دیگر، برخوردی هوشمندانه را الزامی می سازد. این برخورد بایستی با تحلیل صحیح از ارزش های اسلامی و با استفاده درست از روش های نوین علمی باشد. (۶)

در هر جامعه ای منابع محدود بوده و امکان افزایش آن وجود ندارد. لذا اگر در جامعه ای تفکر علمی و تحول گرا پایدار شود، مطمئناً می توان از منابع موجود، با اتخاذ راهبردهای مناسب به توسعه پایدار رسید و تحولاتی جدی را در نحوه مدیریت جامعه رقم زد.

سازمانها برای آنکه بتوانند در دنیای متلاطم و متغیر امروز به حیات خود ادامه دهند باید به نوآوری و خلاقیت روی آورده و ضمن شناخت تغییرات و تحولات محیط برای رویارویی با آنها راه حل های بدیع تدارک دیده و ضمن پذیرش این تحولات بر آنها تأثیر گذاشته و به آنها شکل دلخواه دهند. آینده تحول در هر سازمانی روشن است به شرط آنکه کار سخت و با کیفیت و هدفمند شروع و تداوم یابد. (۷)

تلاش در جهت تهیه سند توسعه سلامت استان فارس، پاسخی به نیازهای ذکر شده خواهد بود. مراد از این سند استفاده از خرد جمعی همه کسانی بود که دغدغه سلامت مردم را داشته و دارند تا بتوان از این طریق اقدامات لازم برای توسعه علمی سلامت را در راستای تحقق اهداف چشم انداز بیست ساله ترسیم نمود.

هدف اصلی این سند، تدوین برنامه راهبردی سلامت استان فارس به منظور ارتقای سلامت مردم این استان برای سالهای 1393-1398 عنوان گردیده است، تا از کلیه فرصت ها و توانمندی های استانی برای ایجاد، حفظ و ارتقای سلامت استان استفاده گردد. دیگر اهداف این طرح عبارت است از:

- ایجاد تشریک مساعی دستگاه های مختلف اجرایی استان در ارتقاء سلامت جامعه؛
- تعیین نقش مردم در اجرا و ارزیابی برنامه های مربوط به سلامت و
- تهیه چارچوبی عملی جهت ارزیابی راهبردهای تدوین شده و اصلاح نواقص احتمالی.

Health Policy Research Center

روش کار

با عنایت به این که ایجاد، حفظ و ارتقای سلامت مردم از وظایف حاکمیتی می باشد، طرح تدوین سند توسعه سلامت استان در دانشگاه علوم پزشکی شیراز در سال ۱۳۹۰ تصویب و، با توجه به این که دستیابی به این مهم جز با همکاری و مشارکت بخش سلامت و سایر بخش های توسعه اقتصادی و اجتماعی امکان پذیر نیست، پس از تعیین اهداف و روش کار، با الویت بندی سایر بخش ها، ۱۷ سازمان به عنوان مرتبط ترین سازمان ها به بحث سلامت انتخاب گردیده و جلسه ای توجیهی با حضور نمایندگان از این بخش ها و مجریان این طرح تشکیل شد تا اهداف و روش کار برای آنها تبیین گردد. سپس برنامه ریزی های استراتژیک مرتبط با سلامت هر یک از آنها جمع آوری و با توجه به سند چشم انداز ۲۰ ساله کشور، برنامه پنجم توسعه جمهوری اسلامی ایران و نقشه جامع علمی سلامت کشور، راهبردهایی جهت توسعه سلامت استان تدوین و نقش عملیاتی هر یک از سازمان های مرتبط با سلامت مشخص گردید و به عنوان نقشه راه در اختیار آنها قرار خواهد گرفت. این مجموعه، زمانی به اهداف تعیین شده دست خواهد یافت که سیاستهای اجرایی آن توسط بخش های مرتبط، به پروژه و یا برنامه های عملیاتی تبدیل گردیده و در طول برنامه به اجرا درآمده و مورد بازنگری قرار گیرد.

این سند در چهار فصل و تحت عناوین زیر تهیه گردیده است :

فصل اول : مقدمه

فصل دوم : ارائه وضعیت موجود سلامت استان

فصل سوم : تحلیل وضعیت موجود سلامت استان

فصل چهارم : راهبرد های بهبود نظام سلامت استان

هر کدام از این فصل ها در سه بخش جامعه و مردم، سایر بخش ها و نظام سلامت، مورد بررسی قرار گرفته است تا مقایسه ها ملموس تر و مطالعه آن آسان تر گردد.



فصل اول

مقدمه

در کشور ما، ارائه خدمات بهداشتی، توسط دولت تامین مالی و توسط دولت هم اداره می شود. در این بین، وزارت بهداشت مسئول عملیات متعددی از قبیل سیاستگذاری، بودجه ریزی، مسایل مربوط به منابع انسانی، تدارکات، ارائه خدمات و سازماندهی قوانین و مقررات است. مهمترین تصمیم ها در قالب بوروکراسی اداری دولتی در سطوح بالا متمرکز شده اند و بنظر می رسد این تصمیم ها از نیازهای واقعی مردم فاصله دارند.(۱)

سیاست سلامت، یک موضوع دارای ابعاد متنوع و در عین حال پیچیده است. قسمتی از آن مربوط به هزارتوهای درون خود بخش سلامت، قسمتی دیگر تحت تاثیر لایه های درونی بخش های عمومی و دولتی دیگر، قسمتی از آن مرتبط به سیاست های کلان حکومتی و بخشی دیگر متأثر از رفتارهای مردم جامعه است.(۸) اما در این میان، مساله اساسی، برنامه ریزیهای کلان نیست که شواهد حاکی از آن است که به حق، این برنامه ریزیها، تا حد امکان، کامل و همه جانبه بوده است. بلکه مساله، اجرایی کردن این برنامه هاست که تجربیات حکایت از عدم اجرای کامل این برنامه ها، در ادوار گذشته دارند. به نظر می رسد یکی از گام های اساسی در حل این مشکل، مشارکت دستگاههای اجرایی مناطق مختلف در تدوین، اجرا و ارزیابی برنامه های مربوط به خود است. که تدوین سندهای توسعه استانی، حرکتی در راستای پاسخ به این نیازهاست.

در این فصل، در ابتدا به تعریف واژه های کلیدی می پردازیم و سپس سلامت را از دیدگاه مشارکت مردمی، بین بخشی و درون بخشی مورد تحلیل قرار خواهیم داد.

تعاریف واژه های کلیدی

سند

سند عبارت است از اطلاعات ثبت شده، اعم از نوشتاری، دیداری، شنیداری که به وسیله اشخاص حقیقی یا حقوقی ایجاد شده و دارای ارزش نگهداری باشد. بنا به تعریف قانون مدنی ایران در ماده ۱۲۸۴، "نوشته‌ای است که در مقام دعوی و دفاع قابل استناد باشد".

کلیه اوراق، مراسلات، دفاتر، پرونده‌ها، عکسها، نقشه‌ها، کلیشه‌ها، نمودارها، فیلم‌ها، نوارهای ضبط صوت و سایر اسنادی که در دستگاه دولت تهیه شده و یا به دستگاه دولت رسیده‌است و به طور مداوم در تصرف دولت بوده از لحاظ اداری، مالی، اقتصادی، قضایی، سیاسی، فرهنگی، علمی، فنی و تاریخی به تشخیص سازمان اسناد ملی ایران ارزش نگهداری داشته باشد.

از دیدگاه کتابداری و اطلاع‌رسانی، سند به دو معنا به کار می‌رود یکی به معنای اخص، و آن متنی است که برای ثبت رویداد خاصی در یک یا چند نسخه محدود تولید می‌شود. این گونه اسناد معمولاً در آرشیوها و بایگانی‌ها نگهداری می‌شوند و جزء انتشارات عمومی محسوب نمی‌گردند. دیگری سند به معنای عام است که به هر نوع نوشته خطی، چاپی، عکسی و یا به صورت‌های دیگر، و هر شیء مادی که بتوان از محتوای آن اطلاعاتی به دست آورد، می‌گویند. این نوع اسناد معمولاً در نسخ فراوان و به تعداد زیاد منتشر می‌شوند.

انواع سند

سند را از جنبه‌های مختلف می‌توان تقسیم‌بندی کرد: (۱) از لحاظ طول عمر، شامل سند جاری، نیمه جاری، و راکد؛ (۲) از نظر ارزش، شامل اسناد دارای ارزش اولیه (اداری یا استنادی)، و اسناد دارای ارزش ثانویه (آرشیوی یا اطلاعاتی)؛ (۳) از حیث اعتبار قانونی، شامل سند رسمی و سند عادی؛ (۴) از نظر درجه حساسیت، شامل اسناد عادی، محرمانه، سری، و کاملاً سری؛ و (۵) از لحاظ محتوا و موضوع، مانند اسناد اداری، مالی، علمی و فنی، قانونی، تاریخی، فرهنگی، سیاسی، نظامی، اقتصادی، و عمرانی. (۹)

در اینجا منظور از سند، تابلویی گویا و جامع از مجموعه تلاشهای هماهنگ و هدفمند برای ارتقای سطح سلامت عمومی استان می باشد.

این سند باید نماد محوریت سلامت در بین ارزش های مورد نظر در استان بوده و تلاش نماید که این ارزش ها را با:

۱. توجه به عوامل اجتماعی، محیطی و اقتصادی موثر بر سلامت

۲. محوریت جامعه و آحاد اعضای آن و

۳. همکاری بین بخشی

به فعالیت تبدیل کند.

توسعه

واژه ی توسعه (development) از نظر لغوی در زبان انگلیسی، به معنی بسط یافتن، درک کردن، تکامل و پیشرفت است. گرچه این واژه از قرن هشتم هجری (۱۴ میلادی) برای توضیح برخی پدیده‌های اجتماعی بکار رفته است، لیکن استفاده وسیع از این واژه به عنوان یک چارچوب تحلیلی برای درک پیشرفت جوامع انسانی، به بعد از جنگ جهانی دوم و در دهه‌های ۱۹۵۰-۱۹۶۰ مربوط می‌شود. در آن موقع، این واژه مترادف با نوسازی، رشد، صنعتی شدن و برای تعبیرات و اصطلاحات مشابه به کار می‌رفت. (۱۰)

تعریف تحت اللفظی توسعه از دایره المعارف روشنگری عبارت است از تغییر، حرکت بالنده، گذار از کیفیت های نازل به عالی، ارتقا از کیفیت های ساده به بغرنج. (۱۱)

سلامت

بنا به تعریف «سازمان بهداشت جهانی» سلامتی عبارت است از «وضعیت رفاه کامل جسمی، روانی، اجتماعی نه فقط فقدان بیماری یا ناتوانی». (۱۲) حتی امروزه جنبه معنوی را هم در نظر می گیرند (۱۳) در سالهای اخیر، این بیانیه تقویت شده تا توانایی داشتن «زندگی پویای اجتماعی و اقتصادی» را نیز در خود جای دهد. (۱۲) جالب توجه است که حکیم نظامی در کتاب پنج گنج خود، با بهره گیری از ایجاز شعر فارسی، تعریف طولانی سازمان جهانی بهداشت را با دو کلمه سلامت=آسودگی (سلامت به اقلیم آسودگیست) بیان نموده است. (۱۴)

تعریف سازمان جهانی بهداشت از سلامتی، یک تعریف ایده آل و عملاً دست نیافتنی است زیرا با توجه به این تعریف نمی توان فردی را پیدا کرد که در هر چهار بعد جسمی، روانی، اجتماعی و معنوی کاملاً سالم باشد، ضمن اینکه درعمل هم نمی توان مرزی بین سلامت و بیماری در نظر گرفت، در حقیقت این تعریف مشابه قله مرتفعی است که هیچ کس نمی تواند آن را فتح نماید ولی تلاش همه افراد باید به سمت آن باشد و از طرفی باید برای سطح سلامتی، طیفی قائل شد. (۱۵)

فلسفه جدید سلامتی

در سالهای اخیر، فلسفه ای جدید نسبت به سلامتی کسب کرده ایم که می توانیم آن را به این صورت بیان کنیم:

- سلامتی از حقوق اساسی انسان است.
- سلامتی اساس زندگی پویا است و نتیجه حاصل از هزینه های در حال رشد مراقبت های پزشکی نمی باشد.
- سلامتی موضوعی بین بخشی است.

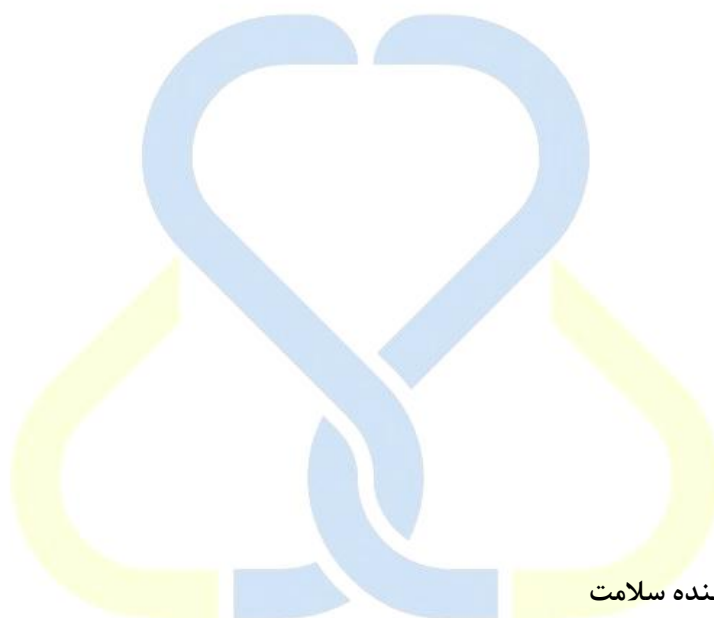
- سلامتی بخش تلفیق یافته توسعه است.
- سلامتی در مرکز مفهوم کیفیت زندگی قرار دارد.
- سلامتی جزو مسئولیت های فردی، دولتی و بین المللی است.
- سلامتی و حفظ آن سرمایه گذاری عمده اجتماعی است.
- سلامتی هدفی جهانی است.

ابعاد سلامتی

سلامتی چند بعدی است. علاوه بر چهار بعد اساسی آن که در تعریف سازمان جهانی بهداشت بیان گردیده، بسیاری ابعاد دیگر را می توان نام برد. از آنجایی که دانش در حال رشد است، فهرست این ابعاد نیز ممکن است گسترش یابد. اگرچه این ابعاد بر یکدیگر عمل کرده و واکنشی متقابل با یکدیگر دارند، طبیعت هر کدام متفاوت است و با توجه به اهداف مورد نظر، باید آنها را جداگانه در نظر گرفت. این ابعاد عبارتند از:

۱. بعد فیزیکی
۲. بعد روانی
۳. بعد اجتماعی
۴. بعد معنوی
۵. بعد روحی
۶. بعد احساسی و عاطفی
۷. بعد شغلی
۸. دیگر ابعاد: چند بعد دیگر هم پیشنهاد شده اند که عبارتند از: بعد فلسفی، بعد فرهنگی، بعد اجتماعی اقتصادی، بعد محیطی، بعد تحصیلی، بعد تغذیه، بعد درمانی، بعد پیشگیری

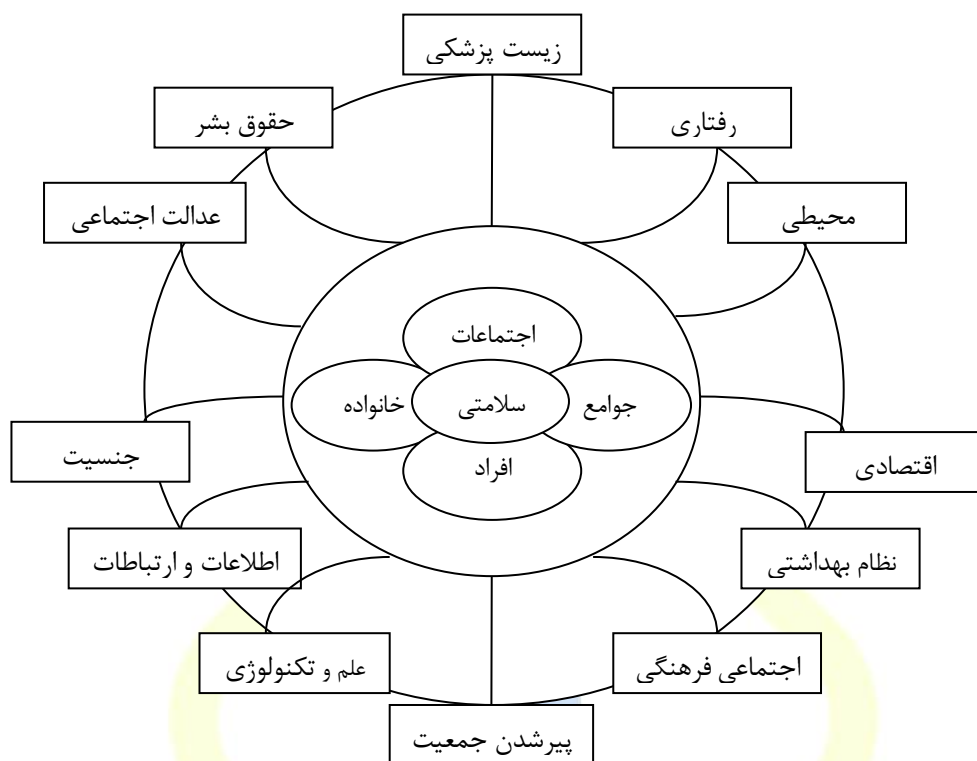
نگاهی اجمالی در ابعاد فوق نشان می دهد که ابعاد غیرپزشکی بسیاری، مثل اجتماعی، فرهنگی، تحصیلی و غیره برای سلامتی وجود دارند. این مطلب نشان می دهد که طیف گسترده ای از عوامل باید دست به دست هم دهند تا همه مردم، واقعاً، به مرحله ای از سلامتی دست یابند که بتوانند زندگی اجتماعی و اقتصادی پویایی داشته باشند.



عوامل تعیین کننده سلامت

همانطور که پیش تر گفته شد، سلامت، موضوعی چند عاملی است. عواملی که بر سلامت تاثیر می گذارند هم در درون شخص و هم بیرون از او و در جامعه ای که او زندگی می کند قرار دارند و سلامتی افراد و تمام جوامع را می توان نتیجه بسیاری کنش های متقابل دانست. در شکل زیر عوامل و متغیرهای مهم نشان داده شده است.

مرکز تحقیقات سیاست گذاری سلامت
Health Policy Research Center



با توجه به موارد گفته شده، عواملی که در تعیین سطح سلامتی افراد نقش دارند به طور عمده به سه سطح تقسیم می

شوند:

۱. تعیین کننده های وراثتی و جنسیتی
۲. تعیین کننده های اجتماعی، اقتصادی، فرهنگی و سیاسی
۳. شیوه زندگی و دیگر رفتارهای تعیین کننده (۱۲)

Health Policy Research Center عوامل اجتماعی اثر گذار بر سلامت

اصطلاح عوامل اجتماعی اثر گذار بر سلامت مفهومی است که در یکی دو دهه گذشته رایج شده و به درستی حوزه سلامت را از تنها بخش بهداشت به کل نظام اجتماعی، اقتصادی، فرهنگی و سیاسی جامعه گشانده است. طبق بررسی های انجام شده در ارتقاء شاخص های سلامت جوامع نه تنها باید به عوامل درون بخش سلامت توجه نمود بلکه عوامل بیرونی در بسیاری موارد تاثیر بیشتری بر بروز و شیوع بیماریها دارند. لذا برنامه ریزی دقیق و چند بخشی را در زمینه بهبود عوامل مذکور می طلبد تا از این

طریق بتوان شاخص های سلامت را ارتقاء داد. به این ترتیب می توان حدس زد که مفهوم SDH نه تنها مفهوم جدایی از مفاهیم PHC یا ارتقاء سلامت نیست بلکه به گونه ای در راستای گسترش و تعمیق آنها است.

عوامل اثر گزار بر سلامت شرایطی هستند که افراد در آن متولد شده، رشد، زندگی، کار کرده و پیر می شوند، شامل نظام سلامت. این شرایط از طریق توزیع پول، قدرت و منابع در سطح جهانی، ملی و منطقه ای که به نوبه خود از گزینه های سیاسی متأثر می شود، شکل می گیرد. عوامل اثر گزار بر سلامت به طور بارزی مسئول بی عدالتی در سلامت (تفاوت غیر منصفانه و اجتناب پذیر در وضعیت سلامت درون و بین کشورها) هستند.

از جمله این عوامل می توان به عوامل اقتصادی: از قبیل توزیع درآمد بین دهکهای درآمدی، فقر، بیکاری و حاشیه نشینی، عوامل اجتماعی: از قبیل تفاوتهای جنسیتی، سواد، قومیت و نژاد، عوامل فرهنگی: از قبیل مذهب، باورها و اعتقادات اشاره کرد. (۱۲، ۱۶ و ۱۷)

حضرت آیت الله خامنه ای اقدام سازمان بهداشت جهانی در تشکیل کار گروه برای بررسی عوامل اجتماعی تأثیرگذار در سلامت و انتقال تجربه و توصیه های لازم به کشورهای مختلف را اقدامی ارزشمند خواندند و تأکید کردند، در بررسی عوامل مؤثر در سلامت نباید از نقش اخلاق و ایمان دینی غافل شد، زیرا ایمان دینی موجب آرامش انسانها می شود. (۱۸)

امروزه برنامه ریزی بر روی این عوامل به منظور حذف نابرابریها و ایجاد فرصتهای برابر برای تمام اقشار جامعه به منظور داشتن زندگی سالم، پویا و مولد در اغلب کشورها با هدایت بخش سلامت به طور جدی آغاز شده است. کشورهای توسعه یافته به اندازه یا باشتاب بیشتری در کنار کشورهای در حال توسعه باتشکیل کمیته های چند بخشی به این مهم اهتمام می ورزند. (۱۷)

میزان تاثیر تقریبی تعیین کننده های سلامت بر وضعیت بهداشت جامعه

بر اساس برآوردهای تقریبی سهم بخش ارائه خدمات سلامت در تامین و ارتقاء سلامت جامعه به شرط عملکرد ایده آل تنها ۲۵٪ است، حال آنکه سایر عوامل از قبیل عوامل ژنتیک و بیولوژیک، عوامل فیزیکی و بالاخره عوامل اجتماعی و اقتصادی در کنار هم ۷۵٪ در ارتقاء سلامت جامعه تأثیر گزار است.

عوامل ژنتیک و بیولوژیک مسئول بالغ بر ۱۵٪ مشکلات سلامت هستند که برای کنترل آنها نیاز به برنامه های پر هزینه، پیچیده و گسترده ای است که از گسترش آنها پیشگیری نموده و یا از عوارض و معلولیتها یا ناتوانیهای بعدی پیشگیری نماید. عوامل فیزیکی که حدود ۱۰٪ سهم مسائل مربوط به سلامت در جامعه را عهده دار می باشند وابسته به محل زندگی، شرایط آب و هوایی و جغرافیایی است که برای تغییر آنها نیازمند تغییرات بسیار گسترده و دراز مدت در محیط جغرافیایی است که بسادگی قابل دسترس نیست.

یکی از مهمترین عوامل قابل مداخله که وابسته به مدل زندگی مردم و سیاستگذاری سایر بخشهای توسعه اعم از خصوصی یا دولتی است محیط سیاسی اجتماعی و اقتصادی است که هر فرد و در مجموع جامعه در آن زندگی می کنند. در حقیقت بالغ بر

۵۰٪ تامین سلامت جامعه وابسته به این عامل است. عمده برنامه ریزیهای با قابلیت مداخله ای با توجه به استراتژی ارتقاء سلامت و بحث عوامل اثر گذار اجتماعی بر سلامت در این حیطه قرار می گیرد. بدیهی است با توجه به درک عمیق سیاستگذاران بخش سلامت در هر کشور وزارت سلامت پرچمدار هماهنگی بین بخشی، جلب مشارکت جامعه و دادن اطلاعات متکی بر شواهد به سیاستگذاران سایر بخشها برای تغییر این محیط می باشند. برخی از عوامل اجتماعی موثر بر سلامت به شرح زیر هستند:

۱. درآمد خانوار
۲. طبقه اقتصادی خانواده
۳. میزان برخورداری از حمایت اجتماعی
۴. سطح سواد و مهارت
۵. اشتغال و بیکاری
۶. استقلال و شرایط کار
۷. محیط اجتماعی
۸. شرایط محیط زندگی و مسکن
۹. سال های امید به زندگی
۱۰. فرهنگ عمومی و باورهای مذهبی
۱۱. جنسیت
۱۲. حمل و نقل و راه و ترابری
۱۳. ایمنی غذایی
۱۴. خدمات سلامت
۱۵. داشتن شبکه اجتماعی (۱۹، ۱۲-۲۰ و ۲۲)

سلامت و توسعه

اخیراً تاثیر سلامت در رشد اجتماعی اقتصادی، بسیار مورد توجه قرار گرفته است. در دهه ۱۹۶۰ عموماً چنین تصور می شد که پیشرفت اجتماعی اقتصادی برای بهبود شرایط سلامتی مردم کشورهای در حال توسعه الزامی نیست و نیز تصور می شد پیشرفت عظیم و سریع تنها به واسطه شروع معیارهای جدید بهداشت ملی قابل دسترسی است. بر اساس این طرز تفکر، نقش انسان ها در روند توسعه به طرز فاحشی دست کم گرفته شده بود.

بین سالهای ۱۹۷۳ تا ۱۹۷۷ تجدید نظر کلی بر این موضوع صورت گرفت و تعدیل عمیقی در نظریه اقتصادی صورت پذیرفت و واقعاً، آشکار شد که توسعه اقتصادی به تنهایی نمی تواند مسائل مهم فقر، گرسنگی، سوء تغذیه و بیماری را حل کند. مسائل غیراقتصادی (مثل تحصیل، اشتغال پویا، اسکان، تساوی، آزادی و شأن و بهزیستی انسانی) نیز در جای خود، به عنوان اهداف بزرگی در تدوین راهکارهای توسعه مطرح شدند.

تجربیات چند کشور در حال توسعه (مثل سری لانا، کاستاریکا و ایالت کرالای هند) به طور شگفت انگیزی نشان می دهد که چگونه سلامتی قسمتی از توسعه را تشکیل می دهد. برای مثال، ایالت کرالای هند با درآمد سرانه ۳۳۸۹ روپیه که پایین تر از سطح متوسط ملی است، در مسائل مربوط به امید به زندگی و دیگر نشانگرهای بهداشتی و اجتماعی نسبت به دیگر مناطق هند، رشد بیشتری داشته است. این امر به این دلیل بود که تلاش های بهداشتی به واسطه رشد در دیگر بخش هایی چون تحصیل، رفاه اجتماعی و اصلاحات ارضی دائماً تقویت شد. ارتباط بین بهداشت و توسعه به خوبی معین شده است، یعنی یکی نقطه شروع دیگری است و بالعکس.

می توانیم انتظار داشته باشیم که جمعیت سالم تر، مولدتر هم باشد، هم از لحاظ حضور در محل کار و هم از لحاظ سطوح مهارت. اما رشد اقتصادی فی نفسه ارتقا و بهبود وضعیت سلامت را تضمین نمی کند. این که رشد چگونه اتفاق می افتد، و منافع آن چگونه توزیع و مجدداً سرمایه گذاری می شود، نیز بسیار مهم است.

از آنجایی که بهداشت بخشی سازنده در توسعه است، همه بخش های جامعه در این زمینه فعالیت دارند. به بیان دیگر خدمات سلامتی، دیگر تنها به عنوان مجموعه ای از اقدامات منحصراً پزشکی تلقی نمی شود بلکه زیر نظامی از یک نظام بزرگتر اجتماعی اقتصادی می باشند. در تجزیه و تحلیل نهایی، سلامت انسان و رفاه وی نهایی ترین اهداف توسعه هستند.

توسعه سلامت

توسعه سلامت را می توان به عنوان فرآیند ارتقای پویای وضعیت سلامتی جمعیت تعریف کرد که محصول آن افزایش سطح رفاه انسان است و نه تنها با کاهش بار بیماری بلکه با کسب سلامت مثبت جسمی و ذهنی، که مرتبط با عملکرد اقتصادی و تلفیق اجتماعی رضایت بخش می باشد، مشخص می شود.

مفهوم توسعه سلامت که از تدارک خدمات بهداشتی قابل تمایز می باشد، حاصل طرز تفکر سیاسی اخیر است و اساس آن را این اصل بنیادین تشکیل می دهد که دولت ها مسئول بهداشت مردمشان هستند و در عین حال مردم باید حق و وظیفه داشته باشند که به طور فردی و جمعی در توسعه بهداشت خود مشارکت کنند.

توسعه سلامت حاصل و عامل کمک کننده توسعه اجتماعی و اقتصادی است. به همین دلیل در سیاست ها و برنامه های سازمان ملل تاکید بسیار بر توسعه سلامت شده است. نمونه آن مسئولیت بانک جهانی است که تهیه اعتبارات اجزای بهداشتی برنامه های توسعه اقتصادی را به عهده دارد. برنامه توسعه سازمان ملل متحد (UNDP) نیز مانند بانک جهانی توجه روزافزونی را به رشد سلامت مبذول داشته است. (۱۲)

ارتقاء سلامت

ارتقاء سلامت یعنی مردم قادر باشند اذهان و بدنهایشان را تا زمانی که ممکن باشد در شرایط ایده آل حفظ کنند:

- یعنی مردم بدانند چگونه سلامتشان را حفظ کنند.
 - یعنی آنها تحت شرایطی زندگی کنند که رعایت شیوه های زندگی سالم عملی باشد.
 - یعنی آنها قدرت تصمیم گیری در خانه، جامعه و در کشورشان (و همینطور در موسسات بین المللی، جایی که با مباحث توسعه، تجارت، سلامت یا سرمایه روبرویند) را داشته باشند.
- منشور ارتقای سلامت اوتاواي کانادا در سال ۱۹۸۶ به موارد زیر اشاره دارد:

- ارتقاء سلامت را فرآیند قادرسازی مردم برای افزایش کنترلشان بر سلامت و نیز قادرسازی آنها برای بهبود سلامتشان دانست.
- شرایط و منابع اصلی سلامت را شامل صلح، سرپناه، آموزش، غذا، درآمد، اکوسیستم پایدار، منابع قابل دوام، عدالت و برابری اجتماعی دانست.
- ارتقا دهندهگان سلامت را جلب کنندگان حمایت، قادرسازان و واسطه های سلامت دانست.
- ایجاد سیاست سلامت همگانی، خلق محیط های حمایتی، تقویت اقدام جامعه، توانمندسازی مردم و جوامع، بازنگری در خدمات بهداشتی را به عنوان اقدامات ارتقای سلامت تعیین نمود.

منشور اتاوا در سال ۱۹۸۶ بنیان محکمی برای تدوین و اجرای برنامه های ارتقاء سلامت بنا نهاد که از آزمون گذر زمان سربلند بیرون آمده است. در قرن ۲۱ محققین، مجریان و سیاستگذاران ارتقاء سلامت در گوشه و کنار دنیا باید اساس کار خود را بر مبنای دانش و آموخته های موجود در مورد روشهای اثربخش ارتقاء سلامت بنا نهند. همچنین باید دانش مربوط به روشهای موثر ارتقاء سلامت را به عمل تبدیل کنند تا اطمینان حاصل شود که همه کشورها در همه نواحی به طور کامل اهداف غایی منشور اتاوا را به اجرا درآورده اند. (۲۱)

خلاصه اینکه ارتقاء سلامت ناشی از رشد اقتصادی، عوامل اجتماعی و فعالیت های کم هزینه سلامت عمومی است تا تکنولوژی های پزشکی گران قیمت.

مسئولیت در برابر سلامتی

سلامتی از طرفی مسئولیت سنگین فردی و از طرفی دیگر مسئله ای ملی است. به همین دلیل به تلاش های مشترک تمام ساختار جامعه، یعنی فرد، جامعه و دولت نیاز دارد تا از سلامتی حمایت کرده و آن را ارتقا دهند.

۱. مسئولیت فردی

اگرچه امروز سلامتی به عنوان حق بنیادین انسان شناخته شده، اما الزاماً مسئولیتی فردی است. سلامتی به معنای کالایی نیست که کسی بتواند آن را به دیگری اعطا کند. هیچ کدام از برنامه های خدمات بهداشتی و اجتماعی یا دولت نمی توانند سلامتی

را در اختیار جامعه قرار دهند. سلامتی، عمدتاً، تنها به واسطه خود فرد به دست آمده و حفظ می شود. بنابراین هرکسی، باید طیف گسترده ای از مسئولیت هایی را که امروزه به عنوان «مراقبت از خود» شناخته شده، بپذیرد.

مراقبت از خود در سلامتی

گرایش اخیر در مفهوم مراقبت های بهداشتی، مراقبت از خود است. این مفهوم را می توان به عنوان آن دسته از فعالیت هایی که باعث سلامتی شده و توسط خود فرد انجام می شود، تعریف کرد. این مفهوم به فعالیت هایی اشاره می کند که افراد برای ارتقا سلامت خودشان، پیشگیری از بیماری خودشان، محدود کردن بیماری شان و بازگرداندن سلامتی خود انجام می دهند. این فعالیت ها بدون کمکهای حرفه ای انجام می شود، ولی اطلاعات فنی و مهارت هایی در اختیار آنها قرار می گیرد. خصیصه کلی مراقبت از خود، غیر حرفه ای، غیر اداری و غیر صنعتی بودن آن است. یعنی جایگاهی طبیعی در زندگی اجتماعی دارد.

فعالیت های مراقبت از خود شامل رعایت قوانین رفتاری ساده ای، مربوط به رژیم غذایی، خواب، ورزش، وزن، مصرف الکل، سیگار کشیدن و مصرف داروهاست. دیگر قوانین مربوط به بهداشت فردی شامل کسب عادات و سبک زندگی سالم، انجام برخی آزمایش های پزشکی و عکس برداری، پذیرفتن ایمن سازی و قبول برخی تدابیر پیشگیری کننده خاص، مراجعه فوری در هنگام بیماری و قبول درمان، اقدام برای پیشگیری از بازگشت بیماری یا گسترش آن در بین دیگر افراد، می شود. به تمام مسائل فوق، تنظیم خانواده نیز باید افزوده شود که اساساً یک مسئولیت فردی است.

تغییر الگوهای بیماری از حاد به مزمن باعث شده است که مراقبت از خود، هم اجباری منطقی و راه کاری مناسب باشد. برای مثال، با آموختن مراقبت از خود به بیماران (مثل گرفتن فشار خون، آزمایش ادرار برای تشخیص قند)، بار سنگین خدمات بهداشتی رسمی به طور قابل ملاحظه ای کاهش می یابد. به بیان دیگر سلامتی باید به وسیله خود افراد شروع شود.

۲. مسئولیت جامعه

هیچگاه یک فرد نمی تواند از محیط اطراف خود و دیگر مردم دنیای بیرون، به طور کامل خود را جدا سازد. در واقع، در یک کلام باید گفت یک مسئله اساسی در زمینه سلامت، تفهیم این نکته به مردم است که آنها در قبال اجتماعی که در آن زندگی می کنند دارای وظیفه اند و باید در راستای اجتماع خود حرکت کنند. جامعه سه مسئولیت در ایجاد سلامت دارد:

۱. فراهم کردن امکانات، نیروی انسانی، حمایت های تدارکاتی و یا حتی بودجه لازم

۲. دخالت در برنامه ریزی، اجرا و ارزشیابی

۳. استفاده از خدمات بهداشتی

۳. مسئولیت دولت

مسئولیت مربوط به سلامتی تنها با تلاش های فردی و اجتماعی پایان نمی پذیرد. در تمام جوامع متمدن، دولت مسئولیت سلامتی و بهزیستی شهروندان خود را به عهده دارد. از جمله این مسئولیت ها عبارتند از:

- دولت باید با در نظر گرفتن محدوده ظرفیت اقتصادی و توسعه، پیش بینی های موثری را برای حفظ حقوق کار، تحصیل و کمک ملی در مورد بیکاری، پیری، بیماری و دیگر موارد مشابه داشته باشد.
- دولت باید پیش بینی هایی برای حفظ امنیت و شرایط انسانی کار داشته باشد.
- دولت باید افزایش سطح تغذیه درست و استاندارد زندگی مردمش و بهبود بهداشت ملی را از جمله نخستین وظایف خود قرار دهد.

۴. مسئولیت بین المللی

سلامتی نوع بشر نیاز به همکاری دولت، مردم و سازمانهای ملی و بین المللی دارد که هم در درون نظام سازمان ملل و هم در خارج از آن برای دستیابی به این هدف همکاری کنند. این همکاری ها شامل موضوعاتی چون مبادله کارشناسان، پیش بینی هایی برای تدارک دارو و توزیع آن، دیدارهای مرزی به منظور کنترل بیماریهای مسری و دستیابی به سلامتی برای همه از طریق مراقبتهای بهداشتی می شود. TCDC (همکاری فنی در کشورهای در حال توسعه)، ASEAN (انجمن ملت های آسیای جنوب شرقی) و SAARC (انجمن آسیای جنوبی برای همکاری منطقه ای)، راهکارهای منطقه ای مهمی برای چنین همکاریهایی هستند. ریشه کنی آبله، پیگیری هدف سلامتی برای همه و فعالیت علیه اعتیاد و ایدز مثالهایی از مسئولیتهای اخیر بین المللی در قبال کنترل بیماری و ارتقا سطح سلامتی هستند. امروزه، بیشتر از قبل، درک بین المللی گسترده تری نسبت به مسائل مربوط به بهداشت و بی عدالتی اجتماعی در توزیع خدمات بهداشتی وجود دارد. سازمان جهانی بهداشت با اتکا به اختیار قانونی خود، مهمترین عامل ترویج کننده همکاری بین المللی در مقوله سلامتی است. بخش (نظام) سلامتافراد، سازمانها و منابعی که با رویکردهای تائید شده در کنار یکدیگر قرار گرفته اند تا سلامت جمعیت تحت پوشش خود را ارتقا دهند و از طریق انواعی از فعالیت ها که هدف اصلی آن ها ارتقاء سلامت است به انتظارات منطقی مردم پاسخ دهند و از آن ها در برابر هزینه سلامت نامطلوب محافظت نمایند. یا به عبارتی دیگر، سیاست ها، قوانین، منابع، برنامه ها و خدماتی که تحت اختیارات قانونی وزارت بهداشت قرار می گیرند. این بخش مشتمل است بر ارتقای سلامتی و پیشگیری، سلامت عموم، خدمات سلامت جامعه مانند مراقبت های خانگی، دارو و وسایل، سلامت روانی، مراقبت های طولانی مدت اقامتی، بیمارستان ها و خدمات ارائه شده توسط متخصصین سلامت. (۱۲)

بخش اول: جامعه و مردم

با وجود این که ارائه خدمات بهداشتی وظیفه دولت است، (۲۳) اما مشارکت افراد، خانواده ها و جوامع در ارتقا سلامت و رفاه خودشان، یکی از اجزاء اصلی توسعه سلامت است. امروزه، کشورها واقفند که بدون مشارکت جامعه، تحت پوشش قرار دادن همه مردم امکان پذیر نیست. علاوه بر منابع، مانند نیروی انسانی، پول و مواد، برای تضمین مشارکت مردم در برنامه ریزی، اجرا و حفظ خدمات باید تلاشی مداوم وجود داشته باشد. خلاصه اینکه توسعه سلامت جامعه باید بر پایه مشارکت مردمی استوار باشد. (۱۲)

رهبر معظم انقلاب اسلامی با تحسین فعالیت‌های مردمی صورت گرفته در زمینه سلامت فرمودند: هرگاه ایمان، توان و انگیزه‌ی مردمی به میدان عمل بیاید، کارها برکت مضاعف پیدا می‌کند و مشکلات حل می‌شود.

ایشان با اشاره به نقش تعیین‌کننده‌ی مردم در تمام صحنه‌های مهم اعم از سیاست، اقتصاد، سلامت، فرهنگ و آموزش و پرورش، خاطرنشان کردند: اصل انقلاب اسلامی نیز متکی به همین حضور مردمی بود و چنانچه مردم به میدان نقش‌آفرینی وارد نمی‌شدند، کاری از سیاستمداران و جریان‌های سیاسی ساخته نبود. (۳)

بدون درک و دخالت فعال جوامعی که سلامتی در آنها محدود شده، سلامتی نمی‌تواند به طور مناسب و فقط توسط خدمات بهداشتی حمایت شود. تا همین اواخر، در سراسر جهان، مردم به عنوان یک منبع سلامتی نادیده گرفته می‌شدند. مردم تنها به عنوان منبع بیماری‌زایی یا قربانی آن و متعاقباً به عنوان هدف خدمات پیشگیری و درمانی تلقی می‌شدند. این دیدگاه منفی نسبت به نقش انسانها در سلامتی تغییر کرده است زیرا این درک حاصل شده است که بسیاری چیزها وجود دارند که هیچ کس بدون کمک یکپارچه جامعه قادر به انجام آنها نیست. مسئولیت‌های فردی و اجتماعی بیشتر مکمل یکدیگرند تا متضاد هم. هدف گرایش‌های اخیر به سوی غیر پزشکی کردن سلامتی و دخالت دادن جامعه بوده است. این به معنای دخالت فعال خانواده ها و جوامع در مسائل سلامت، یعنی برنامه ریزی، اجرا، بهره برداری، عملکرد و ارزشیابی خدمات سلامت است. به بیان دیگر، تاکید از مراقبت سلامت برای مردم به مراقبت سلامت توسط مردم تغییر کرده است. مفهوم مراقبت‌های بهداشتی اولیه بر مشارکت مردم در سلامت خودشان تاکید دارد.

جامعه از سه راه می‌تواند در این فعالیت‌ها شرکت کند: ۱- جامعه می‌تواند امکانات، نیروی انسانی، حمایت‌های تدارکاتی و یا حتی بودجه لازم را فراهم کند. ۲- این بدان معناست که جامعه می‌تواند فعالانه در برنامه ریزی، اداره و ارزشیابی دخالت کند و ۳- کمک نسبتاً مهمی که مردم می‌توانند انجام دهند، پیوستن به استفاده از خدمات بهداشتی است. این واقعیت به خصوص در مورد اقدامات پیش‌گیری و حفاظتی صادق است. به علاوه، هیچ الگوی استاندارد برای مشارکت مردم نمی‌توان پیشنهاد کرد زیرا طیف گسترده‌ای از مشکلات اجتماعی و اقتصادی و همچنین ویژگی‌های سیاسی و فرهنگی خاص بیرون و درون جوامع وجود دارند. چیزی که در اینجا مورد نیاز است، انعطاف‌پذیری رویکرد می‌باشد.

بنابراین و بر اساس تجربیات فراوان، دخالت دادن جوامع کار ساده ای نیست و مشارکت جامعه پندی است که هنوز در بسیاری از کشورهای دنیا در انتظار درکی هوشمندانه به سر می برد.

سالها قبل، هنری سایجریست، تاریخ نویس پزشکی تاکید کرد که «سلامتی مردم باید موضوع قابل توجه خودشان باشد، آنها باید برای دستیابی به سلامتی، تلاش و برنامه ریزی کنند. جنگ علیه بیماری و کسب سلامتی تنها به وسیله پزشکان امکان پذیر نیست. این جنگ متعلق به مردم است که در آن تمام جمعیت جهان باید دائماً به حرکت واداشته شوند».

در طول ۵۰ سال گذشته، مشارکت مردمی یکی از مفاهیم ثابت در گفتمان توسعه و دهه های ۱۹۶۰ و ۱۹۷۰، مشارکت عنصر اساسی تحقق توسعه پایدار و عدالت، به ویژه برای کاهش فقر بوده است. در کنفرانس آلتا آتای سازمان جهانی بهداشت، مشارکت به عنوان بخش اساسی سیاست های بهداشتی شناخته شد و اهمیت درگیری آگاهانه تمامی ذی نفعان به ویژه مردم را در طراحی و اجرای خدمات و برنامه های بهداشتی به رسمیت شناختند. (۱۲)

چرا مشارکت

درباره لزوم پذیرش مشارکت مردمی در برنامه های ارتقاء سلامت، استدلالهای گوناگونی وجود دارد:

استدلال خدمات بهداشتی

بسیاری از خدمات تامین شده بدون استفاده مانده یا به درستی استفاده نمی شوند زیرا کسانی که خدمات برای آنها طراحی شده، در طراحی و توسعه آن درگیر نبوده اند.

استدلال اقتصادی

هر جامعه ای برخوردار از منابع اقتصادی، تجهیزاتی و انسانی است که می تواند و باید آنها را برای بهبود سلامت محلی و ملی و شرایط محیطی بسیج کند.

استدلال ارتقای سلامت

Health Policy Research Center
بیشترین بهبود سلامت مردم نتیجه ای است از آنچه آنها می توانند برای خودشان انجام دهند و ناشی از مداخلات پزشکی نیست.

استدلال عدالت اجتماعی

همه مردم به ویژه فقرا و محرومان، دارای حق و وظیفه اند که در تصمیمات موثر بر زندگی روزانه شان، درگیر شوند.

دلایل مشارکت مردمی در برنامه های محلی

۱. مردم هر منطقه برخوردار از تجارب بالا و بینش صحیح درباره انتخاب آنچه باید انجام شود و چرای انجام آن هستند.
۲. مشارکت مردم در هر پروژه ای، تعهد آنها نسبت به آن پروژه را افزایش می دهد.
۳. مشارکت مردم در برنامه ها موجب توسعه توان و مهارت فنی و مدیریتی و افزایش فرصت های ایجاد اشتغال برای آنان می شود.
۴. مشارکت مردم، منابع در دسترس برنامه را افزایش می دهد.
۵. مشارکت مردمی، موجب توسعه یادگیری اجتماعی هم برای طراحان برنامه و هم برای ذی نفعان آن می شود.

دلایل بخش سلامت برای مشارکت مردمی

۱. مردم با خدماتی که به آنها ارائه می شود آشنا می شوند. از سوی دیگر، در بسیاری موارد مراقبان بهداشتی برای ارتقای کیفیت خدمات خود نیازمند آموختن از مردم هستند.
۲. سرمایه، نیروی انسانی، اطلاعات و تجهیزات مردم در اختیار برنامه ها قرار می گیرد.
۳. مهارت ها، دانش ها و تجارب آموخته شده از سوی مردم در بهبود برنامه های بعدی بسیار مفید است.

و اما مشارکت

اگرچه همه از اهمیت مشارکت مردم در برنامه های بهداشتی و توسعه دم می زنند اما هنوز اجماعی درباره تعریف این واژه وجود ندارد. برای مثال، برخی مشارکت را به صورت های زیر تعریف می کنند:

- همکاری داوطلبانه مردم در برنامه های عمومی بدون ایفای نقش در طراحی آن برنامه ها.
- درگیری مردم در طراحی، اجرا و ارزشیابی برنامه ها و بهره برداری از منافع آن.
- فرآیندی فعال که در آن ذی نفعانی فهیم و مصمم، بر نتیجه برنامه تاثیر می گذارند و به رشد فردی و اجتماعی می رسند.

در کل، تعاریفی که از مشارکت می شود، در برگیرنده طیفی از دریافت انفعالی خدمات بهداشتی تا تصمیم گیری فعال درباره سیاست ها و فعالیت های بهداشتی و برخورداری از منافع آن است.

رویکردهای مشارکت مردمی در ارتقای سلامت

۱. رویکرد پزشکی که سلامت را به معنای نبود بیماری می داند و مشارکت مردم را رعایت دستور پزشکان تعریف می کند.
۲. رویکرد برنامه ریزی بهداشتی که سلامت را علاوه بر نبود بیماری، رفاه جسمی، روانی و اجتماعی افراد تعریف می کند و مشارکت مردمی را، همکاری برای دریافت یک خدمت بهداشتی می داند.

۳. رویکرد توسعه اجتماعی که سلامت را شرایط انسانی تعریف و مشارکت مردمی را درگیری فعال آنها در تصمیم گیری و پاسخ گویی برنامه ها قلمداد می کند.

در رویکرد پزشکی، مشارکت مردم ناچیز است و بر اساس مدل اجابت خواسته های پزشکان تفسیر می شود. در رویکرد برنامه ریزی بهداشتی، مشارکت مردم اساسی است و از مدل همکاری و تعاون در اجرای خدمات تبعیت می کند. در رویکرد توسعه اجتماعی، مشارکت مردم بنیادین است و از مدل کنترل اجتماعی تبعیت می کند. اگر این سه رویکرد را به دنبال هم قرار دهیم، مشارکت مردمی به صورت فرآیندی دیده می شود که از اجرای دستور پزشکان تا مشورت و همکاری در تامین خدمات و سرانجام توانمندسازی مردم در جریان است.

توانمندسازی مردم، بهترین نوع مشارکت

توانمندسازی مردم به معنای ایجاد فرصت ها و تجربی است که اجازه می دهد مردم به طور فعال در تصمیم گیری یک برنامه بهداشتی درگیر شوند. این حالت، عالی ترین شکل مشارکت مردم در سلامت است.

عنکبوت مشارکت

به طور سنتی مشارکت مردمی با سؤالاتی مثل اینکه "چند نفر آمدند" یا "چند نفر در یک فعالیت شریک هستند"، سنجیده می شود اما چنین برهانی، نشان دهنده مشارکت نیست. مردم می توانند بیایند اما هیچ تعهدی یا درکی از آنچه رخ می دهد، نداشته باشند. برای نشان دادن مشارکت مردمی می توان از یک نمونه فضایی استفاده کرد. به این ترتیب که در پنج امتداد جداگانه نقطه هایی را رسم می کنیم. هر یک از نقطه ها نشان دهنده یکی از شاخص های مشارکت کامل مردمی است که شامل مشارکت در تعیین نیازها، رهبری، سازمان دهی، مدیریت و بسیج منابع است. بعد، از این نقطه های پیرامونی به مرکز آنها خطوطی رسم و هر خط از یک تا پنج شماره گذاری می شود.

اگر در هر برنامه به میزان درگیری مردم در تعیین نیازها، رهبری، سازمان دهی، مدیریت و بسیج منابع نمره دهیم و نمره ها را به هم وصل کنیم، نمودار عنکبوتی مشارکت رسم می شود. این نمودار، نشان دهنده کیفیت مشارکت مردمی در یک برنامه است. (۲۴)

سازمان های مردم نهاد

سازمان مردم نهاد در کلی ترین معنایش، به سازمانی اشاره می کند که مستقیماً بخشی از ساختار دولت محسوب نمی شود، اما نقش بسیار مهمی بعنوان واسطه بین فرد فرد مردم و قوای حاکم و حتی خود جامعه ایفا می کند. تشکل غیردولتی، سازمانی با شخصیت حقیقی مستقل، غیر دولتی و غیر انتفاعی است که برای انجام فعالیت داوطلبانه با گرایشهای غیرسیاسی و براساس قانونمندی و اساسنامه مدون و رعایت چارچوب موضوعه کشور و مفاد آیین نامه های اجرایی آن فعالیت می نماید.

سازمان ملل متحد و ادارات وابسته به آن، علاوه بر حمایت های همه جانبه از فعالیت (NGO) ها طرحها و برنامه های این تشکل ها، آنها را در راستای وصول اهداف خود به کار گرفتند. در واقع تشکل های غیر دولتی به عنوان راهکاری نو برای مشارکت بخشی مردم در تعیین سرنوشت خود از آن جهت در دنیای امروز اهمیت یافته اند که می توانند به عنوان حلقه واسطه میان حکومت ها و مردم، عهده دار انتقال خواسته های ملت به نظام حکومتی باشند.

اگر بخواهیم پیدایش این گونه تشکل ها را در ایران بررسی کنیم باید گفت کار داوطلبانه و بشر دوستانه در ایران، تاریخچه طولانی دارد. چنان که تاریخ ایران باستان شاهد حرکت های شکوهمند برای ارتقاء و پیشرفت مردم بوده است و گروه های خیریه و مردمی، همواره نقش اساسی در یاری رساندن به افراد نیازمند، ایفا کرده اند. نگاهی به عملکرد این گروه ها نشان می دهد که در مجموعه کار داوطلبانه در ایران جاذبه های خود را از ارزشهای ملی و سنتها و باور دینی می گیرد. سنت خدمت به مردم به عنوان وظیفه مقدس دینی نگریسته می شود کسانی که این خدمات را انجام می دهند مورد احترام شایانی می باشند.

نقش سازمانهای غیر دولتی در توسعه پایدار

۱- حامیان سازمان های غیردولتی تشکلهای را به عنوان جایگزینی مناسب برای دول کشورهای میزبان در ارائه خدمات و اولویتهایی همچون برنامه ریزی خانواده ها، حمایت کودکان، توسعه مشارکتهای کوچک، محیط زیست، گردشگری و غیره می دانند. تمرکز اصلی حامیان در تقویت بخشی سازمانهای غیردولتی موجب گسترش و توانایی سازمانی در برنامه ریزی، اجرا و ارزیابی برنامه های توسعه شده است.

۲- سازمانهای غیردولتی در سطح عام نیروهای مهم برای دموکراتیک ساختن و تقویت نهادهای جامعه مدنی به شمار می آیند. از آنجایی که بسیاری از سازمانهای داوطلب دارای ارزشها و ایده آلهای مشترکی در میان اعضای خود هستند لذا حامیان و تسریع کنندگان مهم تغییرات اجتماعی به شمار می روند.

۳- سازمانهای غیردولتی می توانند منبع نوآوری، تجربه کردن و آزمودن رویکردهای نوین در قبال مسایل توسعه باشند. سازمانهای غیردولتی می توانند نقش بسیار مهمی در توسعه داشته باشند که این کار از طریق بسیج منابع و انرژی مولد در خدمات اجتماعی و توسعه آنها صورت می گیرد.

۴- سازمانهای غیردولتی نقشی مهم در ارائه بازخوردهای لازم در زمینه سیاستها و برنامه ها دارند که این امر از طریق مشارکت در تغییرات سیاسی و کمک به تدوین برنامه های توسعه محقق می گردد.

بودجه این سازمانها از طریق کمکهای مردمی، سازمانهای دولتی، توسط خود دولت یا ترکیبی از طرق مذکور تامین می شود. بعضی از سازمانهای مردم نهاد نیمه مستقل (QUANGOS) وظایف و کارهای دولتی را نیز انجام می دهند. (۱۲)

نقش سازمانهای مردم نهاد در سلامت

سازمان های مردم نهاد واسط و سامانه ای برای این مشارکت است. در منابع علمی از سازمان های مردم نهاد به عنوان سیستم پنهان ارتقای سلامت جامعه و منبع مهم پیشگیری نام برده می شود. این سازمانهای داوطلب، مستقل از دولتند و در عین غیر انتفاعی بودن در خدمات بهبود زندگی مخاطبان به ویژه قشر آسیب پذیر قرار دارند. به همین دلیل صدای مردم نامیده می شوند. نقش سازمانهای مردم نهاد در سلامت مردم در موارد زیر خلاصه می شود:

۱. منبع حمایت اجتماعی و مشارکت خودآگاه برای جامعه و گروههای هدف در ارتقای سلامت
۲. مجری، مشاور و حمایت طلب اجتماعی برای حل مشکلات سلامتی
۳. توسعه دهنده شبکه های ارتقای سلامت
۴. مرکز توانمندسازی مردم در ارتقای سلامت جامعه

شوراهای اسلامی شهر و روستا

مشارکت مردمی یکی از بازوهای اصلی ارتقای سلامت و کاهش فقر و بی عدالتی است. یکی از ارکان اصلی مشارکت مردمی شوراهای اسلامی شهر و روستاست. از این نهاد با عناوین زیر یاد شده است:

- موتور محرکه و شتاب دهنده توسعه در جامعه
- خدمت به مردم به ویژه اقشار ضعیف جامعه
- اصلاح گر نظام اداری کشور و راهبردی امور به مردم
- پل ارتباطی میان مردم و دولت و مرجعی برای پاسخگویی مدیران
- بازوی دولت
- نقش تعیین کننده در مدیریت شهری
- نهادی موثر برای کوچک سازی دولت
- نمونه امانتداری، کفایت و نظارت

در تجربیات دیگر کشورها شوراهایی وجود دارد که با مشارکت مردم در شهرها ایجاد می شوند و بر امر خدمات سلامت نظارت دارند. در کشور ما تفاهم نامه مشارکت شوراهای اسلامی شهر و روستا در شهریور ماه سال ۱۳۸۶ میان وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و رییس شوراهای اسلامی کشور منعقد شده است. و مقدمه ای برای حضور مردم در نظارت و مشارکت در امر ارتقای سلامت روستاها و شهرهاست. در مجموع سه نقش اصلی شوراهای اسلامی شهر و روستا در سلامت منطقه تحت پوشش به شرح زیر است:

- مشارکت در اعلام نیازهای سلامتی منطقه با نگاه جامعه نگر
- جلب مشارکت و حمایت طلبی برای اجرای برنامه سلامت منطقه مربوط
- نظارت بر جریان کار ها و نتایج حاصل از آن ها

این نقش ها را می توان در یک کلمه دیده بانی خلاصه کرد. بهترین نقطه ورود شوراهای اسلامی شهر و روستا عبارت است از: مشارکت در شناسایی عوامل خطر ایجاد کننده بیماری در سطح منطقه و حمایت طلبی برای کاهش یا حذف آن ها. ارتقای توانمندی شوراها در حمایت طلبی امری ضروری است.

سایر مشارکت های مردمی

از سایر مشارکت های مردم می توان از بسیج، مساجد و داوطلبان سلامت یاد کرد.

روحانیون گسترده ترین میانجیان تامین مشارکت مردمی هستند. روحانیون به دلایل زیر نقش موثری در ترویج رفتار سالم بهداشتی در جامعه دارند:

- نقش الگو بودن
- اعتماد مردم به آنان
- نفوذ کلام
- توانایی آموزش جمعیت ها
- تاثیر در سیاست ها و انتظارات مردم

با این ویژگی ها می توان گفت در مجموع مبلغین مذهبی، روحانیون مستقر در روستاها و شورای ائمه محترم جمعه استان در اقدامات زیر به سلامت مردم کمک می کنند:

- پرداختن به امور معنوی و اجتماعی که به سبب تاثیر معنویت در سلامت اهمیت ویژه دارد.
- یاد آوری رفتارهای بهداشتی مندرج در دین

- ترویج رفتارهای سالم بهداشتی از طریق سخنرانی و الگو بودن
- مبارزه با نگرشها و باورهای آسیب زنده به سلامت (۲۵)

بخش دوم

سایر بخش ها و مشارکت بین بخشی

سلامت با تعریف جامع آن مقوله ای بین بخشی است که برای ارتقای آن بایست نهادهای مختلف در کنار هم کار نمایند. (۲۶) علم پزشکی تنها عامل موثر در بهداشت و رفاه جامعه نیست. دیگر عواملی که به سلامت جوامع کمک می کنند، از نظام هایی که خارج از نظام رسمی مراقبت بهداشتی قرار دارند (مثل غذا و کشاورزی، تحصیل، صنعت، رفاه اجتماعی، توسعه روستایی) و همچنین از اتخاذ سیاست هایی در زمینه های اقتصادی و اجتماعی که به افزایش استاندارد زندگی کمک می کنند منشعب می شوند. این عوامل فرصت های شغلی، افزایش درآمد، بیمه های پزشکی و نظام حمایتی خانواده را نیز در بر می گیرد.

روز به روز این واقعیت بیشتر آشکار می شود که بخش سلامت به تنهایی قادر به ارائه همه خدمات نیست. توسعه سلامت علاوه بر بخش سلامت، همه بخش های مرتبط و جنبه های مختلف توسعه ملی و اجتماعی، خصوصاً کشاورزی، دامپروری، غذا، صنایع، آموزش، اسکان، خدمات عمومی و ارتباطات و غیره را دربرمی گیرد. با این تفسیر از مقوله سلامت، باید اذعان داشت که سلامت هدف غایی تمام اجزای یک جامعه و نظام مدیریت کشورها می باشد و تمام برنامه های توسعه ای و ارتقایی باید برای تامین رفاه، آسایش و ارتقای سلامت جامعه باشد. برای به دست آوردن چنین هماهنگی، کشورها باید نظام اداری خود را بازبینی نموده، منابع تخصیصی خود را تغییر داده و قوانین مناسبی وضع کنند که تضمین کننده این هماهنگی باشد. برای تبدیل ارزش ها به عمل، قدرت سیاسی قوی لازم است. یکی از مهم ترین اجزا رویکرد بین بخشی، برنامه ریزی است. برنامه ریزی همراه با بخش های دیگر از دوباره کاری های غیر ضروری جلوگیری می کند. (۱۲)

بین بخشی بودن این پدیده، مدیریت خاصی را بر سلامت حاکم می کند. اگرچه در کشورمان متولی اصلی سلامت وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی شناخته می شود اما این وزارت با همه گستردگی کار خود هرگز از عهده مسئولیت های سنگینی که ارتقای سلامت جامعه به عهده نظام کشور می گذارد برنخواهد آمد. ضرورت مدیریت بین بخشی، باعث گردیده است

که در ساختار مدیریت کلان اجرایی کشور، شوراهایی مانند شورای عالی سلامت و امنیت غذایی زیر نظر مستقیم رئیس جمهور تشکیل گردد تا در سطوح بالا، هماهنگی های لازم شکل بگیرد. (۲۶)

بی شک یافتن سازمانی که بی ارتباط با مقوله سلامت باشد، غیر ممکن است، اما بررسی نقش تک تک این سازمانها در ارتقای سلامت جامعه بسی دشوارتر بوده و نیازمند صرف وقت و هزینه بسیار می باشد. در ضمن، سختی اجرای برنامه های گسترده، آنها را از شکل برنامه خارج و به آرمان های دست نیافتنی تبدیل می کند. لذا اولویت بندی و یافتن مرتبط ترین بخش ها به بحث سلامت، جهت برنامه ریزی های هر چه عملی تر، ضروری به نظر می رسد. این بخش ها و نوع تاثیر آنها بر سلامت به شرح زیر می باشد:

آموزش

ریشه کئی بسیاری از بیماری ها، تامین آب آشامیدنی، سراسری شدن واکسیناسیون در کل کشور، افزایش امید به زندگی و کاهش میزان مرگ و میر کودکان از جمله دستاوردهای بهداشتی مهم کشور است. به طور قطع در دستیابی به موفقیت های فوق نقش آموزش تعیین کننده می باشد. خصوصاً آموزش کودکان و نوجوانان که سرمایه های امروز و فردای جامعه می باشند.

آموزش و پرورش مبدأ توسعه کلان کشور است و آموزش سنگ بنای نوسازی انسان. آموزش جامع سلامت در مدارس و برنامه ریزی اصولی برای سلامت نسل آینده کشور یکی از شاخص های مهم و اصلی و زیر بنای توسعه کلان جامعه در همه ابعاد آن می باشد.

صاحب نظران عقیده دارند، پنج منبع برای توسعه نیروی انسانی وجود دارد، آموزش و پرورش، تغذیه و سلامت، محیط زیست، اشتغال، آزادی سیاسی و اقتصادی که در این بین آموزش و پرورش به عنوان مهمترین منبع رشد و توسعه نیروی انسانی در کلیه کشورها باید مورد توجه قرار گیرد، زیرا پایه و اساس تمام آنها و عامل ضروری برای بهبود وضعیت تغذیه و سلامت، سلامتی، حفاظت از محیط زیست، توسعه و بهسازی نیروی کار و حفظ مسئولیت سیاسی و اقتصادی به شمار می آید.

از طرف دیگر دانش آموزان قشر عظیمی از جمعیت را تشکیل می دهند و بهداشت و سلامتی از حقوق انسانی کودکان هر جامعه است. صاحب نظران مسائل بهداشتی، دانش آموزان را بعد از گروه مادر و کودک، در اولویت برنامه های بهداشتی قرار داده اند، زیرا این گروه از آسیب پذیرترین قشرهای جامعه در مقابل تهاجم انواع عوامل اجتماعی، روانی و جسمانی می باشند و بیشترین آسیب به آنان وارد می شود در حالی که خود در ایجاد آن نقشی ندارند.

مشکلات بهداشتی ناشی از عدم دسترسی به آب سالم، تجهیزات و خدمات اولیه بهداشتی، زباله، فاضلاب و آلودگی هوا عوامل اصلی شیوع بیماری های واگیر و غیرواگیر در کشورهاست. عدم کنترل بسیاری از آنها مستقیماً، ناشی از عادات غیrebهداشتی و شیوه های نادرست زندگی است که همگی با آموزش قابل برطرف کردن است.(۲۳)

در حوزه آموزش برای ارزیابی اثر بر سلامت نقش برخی از جنبه ها مهم تر است. جنبه هایی مانند درصد ثبت نام و ترک تحصیل در مقاطع مختلف، درصد تحصیلات دانشگاهی، درصد بی سوادی مرد و زن، کیفیت آموزش و بهره مندی. نمی توان از نقش حیطه بهداشت مدارس گذشت چرا که موضوعات مهمی چون آموزش سلامت، سلامت محیط مدرسه، مراقبت بهداشتی، خدمات تغذیه ای، مشاوره و سلامت روانی، ارتقای سلامت کارکنان مدرسه، برنامه های تعامل مدرسه، خانواده و جامعه و همچنین تربیت بدنی را در بر می گیرد. آموزش در مراکز نظامی و مراکز آموزش فنی و حرفه ای نیز از محیط هایی است که باید به عنوان فرصت ارتقای سلامت از آن ها نام برد.(۲۵)

استاندارد

آفریننده جهان برای برقراری نظام خلقت در این عالم هستی برای هر چیزی حد، مقدار و معیار و اندازه ای را مقرر کرده است و برای برقراری روابط و مشی انسان ها با هم و حتی رابطه انسان ها با خالق خویش و تامین سلامتی و نیک بختی آن ها، تبعیت و اطاعت از حدود و نظامات الهی، کتاب آسمانی (قرآن) را که مشحون از قواعد و قوانین زندگی است، فرستاده که در آن اشارات زیادی به قدر، اندازه حدود نظم و قواعد زندگی خوب شده است.

استاندارد پدیده ای تازه و امری بدیع و نوظهور و ساخته ذهن بشری نیست، بلکه مفهوم وسیع آن در تمام عالم هستی وجود داشته و دارد و انسان تنها با درک و اقتباس از عالم طبیعت و پیروی از خالق خود درصدد پیاده کردن و استقرار آن در سایر وجود و شئون زندگی خود از جمله در زمینه تولیدات مصنوعات و خدمات برآمده و فصل نوینی را در عالم صنعت، تولید و تجارت گشوده که آن را استاندارد نام نهاده است.

دولت ها دامنه وسیعی از حقوق و وظایف را برای شهروندان تعیین می کنند که شامل حق ایمنی، امنیت، سلامت و دستیابی به اطلاعات و وظیفه حفاظت محیط زیست، احترام به ایمنی، استقلال و حریم خصوصی دیگران است. استاندارد، یاری دهنده شهروندان در استفاده از این حقوق و عمل به وظایف است و از طریق تامین و حفاظت اطلاعات، تضمین کیفیت و سلامت محصولات و خدمات، تعیین الزامات برای ارائه راهنمایی های مرتبط با محیط زیست و سایر مباحث حائز اهمیت شهروندان از جمله عدالت اجتماعی، سلامت، امنیت، اطلاعات و ارتباطات و تجارت شرافتمندانه، این امر را محقق می کند. جهان بدون استاندارد به سرعت متوقف خواهد شد.

در این جهان شبکه ای رو به توسعه، از موسیقی و تصاویر موبایل گرفته تا آموزشهای آنلاین، پزشکی از راه دور، بانکداری الکترونیک و عملکرد سازمانهای بین المللی تدوین استاندارد و موسسات استاندارد ملی در تدوین استانداردهای ملی و بین المللی

نه تنها بازارها را می‌گشاید، بلکه حفاظت از محیط زیست، ایمنی، امنیت، سلامت و دستیابی به اطلاعات و دانش را نیز به ارمغان می‌آورد.

استانداردسازی، نیل به کیفیت بالاتر با هزینه کمتر را با ایجاد اطمینان از وجود رقابت میان فروشندگان، امکان پذیر و انتخاب آگاهانه تجهیزات و خدمات مورد خریداری را برای مصرف کنندگان را آسان می‌سازد.

اهمیت استانداردسازی برای:

دولتها: استانداردها پایه های علمی و فنی معتبری در جهت کمک به تدوین قوانین مربوط به بهداشت، ایمنی و محیط زیست را ایجاد نموده و همچنین زمینه رشد اقتصادی را فراهم می‌کند.

کشورهای در حال توسعه: استانداردهای بین المللی که مظهر توافقات جهانی است به عنوان منابع مهم فنی شناخته شده اند. با تعریف مشخصه هایی که از محصولات و خدمات در بازارهای صادراتی انتظار می‌رود، استانداردهای بین المللی پایه ای برای تصمیمات درست در هنگام توسعه منابع و جلوگیری از اسراف آنها در کشورهای در حال توسعه محسوب می‌گردد.

تسهیل تجارت: استاندارد زمینه ای برای تمام رقبا در بازارها ایجاد می‌کنند. همچنین وجود استانداردهای ملی یا بین المللی مختلف می‌تواند موانع فنی برای تجارت را بخصوص زمانیکه هدف محدود کردن کالاهای وارداتی باشد، ایجاد کند.

تولید کنندگان: با استفاده از استانداردها، تولیدکنندگان می‌توانند محصولات و خدمات خود را در حد قابل قبول تولید و ارائه نمایند. از طرفی می‌توانند در زمینه های بسیاری در بازارهای جهانی رقابت و محصولات خود را عرضه کنند.

مشتریان: رقابتهای فنی وسیع ایجاد شده بر پایه استانداردها دامنه انتخاب مشتریان را گسترش می‌دهد و آنان از اثرات رقابت ایجاد شده بین تولیدکنندگان سود می‌برند.

آحاد جامعه: انطباق محصولات و خدمات با استانداردها تضمینی برای کیفیت، ایمنی و قابلیت اعتماد آنها است و در نتیجه استانداردها می‌توانند کیفیت زندگی را تضمین کنند.

حفظ محیط زیست: استانداردها در کیفیت هوا، آب و خاک و در انتشار گازها و تشعشعات برای حفظ محیط زیست تأثیر دارد. (۲۷)

اشتغال

مفهوم ارتقای سلامت و امید دستیابی تمام مردم به مطلوب ترین سطح سلامتی و حفظ آن سطح به راستی هدف جهانی باشکوهی است. در حالی که پیشرفت به سمت این هدف هرگز به اندازه کافی سریع نیست، باوجود این پیوسته و امید بخش است و شاید در هیچ کجا به اندازه محل کار، این مسأله مستند تر نباشد.

ارزشمندترین سرمایه آن است که در مورد انسان ها استفاده شود. اگر یک سازمان و هم چنین یک کشور بخواهد در بازارهای محلی، منطقه ای و جهانی رقابت کند، تخصیص سرمایه، به خصوص متعهد شدن به گسترش و اجرای ارتقای سلامت در محل کار، ارزشمندترین سرمایه گذاری است.

کدامیک سلامتی را بیشتر به خطر می اندازد؟ کارکردن یا بیکاری؟

تعامل اشتغال و سلامت از دو نظر، قابل بررسی است: یکی، درآمدزایی و دیگری ارتقای سلامت جسمی و روانی در محل کار. از آنجا که عامل فقر و تاثیر آن بر سلامت، موضوعی شناخته شده است، در این قسمت به بیان واقعیاتی پیرامون ارتقای سلامت در محل کار می پردازیم که خود گویای اهمیت موضوع است.

چرا محل کار؟

- معمولاً افراد دو سوم از ساعات بیداری خود را در محل کارشان صرف می کنند.
- امکان دسترسی به ۸۵٪ از جمعیت در محل کار وجود دارد.
- محل کار به عنوان منبع عوامل بیماریزا معرفی شده است (از اضطراب عمومی تا خطرات خاص کارهای صنعتی مانند سوانح و سرطانها).
- ۶۰ تا ۹۰ درصد کلیه مراجعات به متخصصین سلامت، به دلیل برخی اختلالات مربوط به استرس می باشد.
- امروزه با قانونی شدن هدف پیشرفت و توسعه کشورها، کارکنان بیش از پیش در معرض عامل خطر «کار» قرار دارند.
- ۲۰ درصد کل سرطان ها، ناشی از عوامل سرطان زای محیط کار است.
- متداول ترین خطر در محل کار استرس است که منابع استرس از دیدگاه سازمان جهانی بهداشت عبارت است از: شرایط بد فیزیکی کار، کار نوبتی، کار بیش از ظرفیت، تضاد عدم امنیت شغلی، افزایش موانع، خانواده هایی با والدین (هر دو) شاغل، کمبود فرصت برای مشارکت در تصمیم گیری.

ضرورت های اقتصادی برنامه های ارتقای سلامت در محل کار:

افزایش بهره وری به دلیل:	کاهش هزینه ها به دلیل:
کاهش بیماری	کاهش سوانح و بار ناشی از آن
کاهش غیبت از کار	کاهش هزینه های بیمه سلامت در نتیجه تقاضای پایین مراقبت بیمار
بالا رفتن روحیه کاری	کاهش هزینه های درمان، ناتوانی و مرگ

ارائه تصویری خوب از سازمان برای مخاطبان	کاهش جایگزینی کارمند و هزینه های آموزش در نتیجه کمتر شدن جابجایی کارمندان
جذب کارمند شایسته از بازار کار	شهرت بهبود یافته سازمان در جامعه

(۲۸)

امنیت اجتماعی

امنیت اجتماعی و مولفه های آن مانند انسجام گروهی، نظم عمومی، سلامت و مهارت افراد، امید به زندگی و امنیت هویت، نقش مهمی در بقاء و بالندگی ملتها دارند. عناصر اصلی امنیت اجتماعی در ایران به ترتیب وزن و نقش موثر، عبارتند از:

۱. فقر اقتصادی
۲. اعتیاد
۳. خشونت خانوادگی
۴. فساد و فحشا
۵. بی اعتمادی
۶. هویت خواهی
۷. تبعیض
۸. نظام تأمین اجتماعی
۹. جنایات سازمان یافته
۱۰. مسائل زنان
۱۱. بیماریها و اختلالات روانی

امنیت برای حفظ سلامتی، اهمیت بسیار زیادی دارد. اقدامات مجرمانه سبب مرگ، آسیب و بیماری می شود. مفهوم امنیت اجتماعی ناظر بر تدارک سلامت افراد جامعه در مقابل اقدامات خشونت آمیز و رفع دغدغه های ذهنی (احساس عدم امنیت) شهروندان است. (۲۹)

سلامت زندانیان و خانواده آنان، سلامت کارکنان قضایی و امنیتی، سلامت نظامیان و انتظامی ها، عملکرد مناسب تعزیرات حکومتی، فرآیند دادرسی از حیث کمیت و کیفیت، مقابله با قاچاق مواد مخدر و پدیده قاچاق، امنیت و قضا در امور بهداشتی و امنیت اجتماعی حیطه های موثر در سلامت افراد جامعه را در این حوزه تشکیل می دهند. عملکرد این حوزه اثرات نهایی چون ترویج یا کاهش خشونت، استرس و بیماری های روانی، شیوع اعتیاد، توزیع مواد غذایی، بهداشتی و آرایشی تقلبی و شیوع بیماریهای منتقله از طریق جنسی و تزریق مشترک را در بر دارد و به طور کلی هر سه بعد جسمی، روانی و اجتماعی سلامت را در بر می گیرد. سرمایه گذاری در پیشگیری از جرم به لحاظ مالی هزینه اثربخش تر است. (۲۵)

بسیاری از کشورهای جهان سوم شاهد حجم عظیمی از ناامنی اجتماعی مانند حذف هویت‌ها، بی‌اعتمادی، اعتیاد، ابتلاء به بیماری‌های خطرناک و کشنده، باندهای تخریب و کشتار و دزدی و مواردی از این دست می‌باشند. آمارها نشان می‌دهند که کشورهای جهان سوم با دشواری‌های قابل توجهی در شناسایی، ایجاد و توسعه امنیت اجتماعی مواجه هستند. مهمترین مسأله اجتماعی، صبغه اقتصادی دارند و به فقر و اشتغال مربوطند.

فقر یکی از مهم‌ترین عواملی است که امنیت را به خطر می‌اندازد. بدون امنیت، هیچ برنامه‌ای در داخل کشور قابل اجرا نیست. پیشرفت و رشد اقتصادی کشور از نظر سرمایه‌گذاری، طرح ریزی برای توسعه و فعالیت‌های مشابه، در گرو تأمین امنیت است. (۲۹)

امنیت غذایی

کشاورزی و دامپروری

کشاورزی و دامپروری از بخش‌های مهم توسعه به شمار می‌آیند. علاوه بر تاثیر بر توسعه اقتصادی، از منظر امنیت غذایی نیز حائز اهمیت بسیار هستند. این بخش از طرق مختلف با سلامت جامعه در تعامل متقابل قرار دارد که از آن جمله عبارتند از:

- بر درآمدزایی، ایجاد اشتغال، کاهش بیکاری و فقر تاثیر می‌گذارد که این عوامل خود از تعیین‌کننده‌های سلامت هستند.
- تعیین‌کننده کمیت و کیفیت بخش اعظم مواد غذایی (گوشتی و گیاهی) مورد استفاده جامعه است و از این منظر، تأمین‌کننده امنیت غذایی جامعه نیز می‌باشند.
- محصولات مضر مانند توتون و تنباکو تولید می‌کند.
- در مزارع از سموم و کودهای شیمیایی به وفور استفاده می‌شود که معضلات ناشی از آن عبارتند از: ۱- سلامت کشاورزان و کارگران که خود قشر عظیمی از جامعه را تشکیل می‌دهند، در معرض خطر قرار می‌دهد. ۲- این مواد در میوه‌ها و سبزیجات که مورد مصرف همه اقشار جامعه است، باقی می‌ماند. ۳- این مواد پایداری بالایی دارند بنابراین محیط زیست را آلوده کرده و از طریق نفوذ در آب، خاک و هوا به اکوسیستم آسیب می‌رساند.
- استفاده از روشهای نادرست آبیاری در کشاورزی، علاوه بر تاثیری که بر بحران کم‌آبی می‌گذارد، باعث شیوع بیماری‌های منتقله از طریق آب می‌شود.
- بیماری‌های مشترک انسان و دام، سلامت دامداران را تحت تاثیر قرار می‌دهد.
- اثر داروهای استفاده‌شده جهت دام و طیور، در شیر، گوشت و سایر محصولات آنها باقی می‌ماند.
- نگهداری دام در نزدیکی محل سکونت و دفع فضولات آنها نیز مشکلاتی ایجاد می‌کند. (۲۵)

شیلات

نوع تغذیه، تأثیر مهمی در سلامت یا بیماری انسان دارد. تغذیه صحیح می تواند انسان را از گزند بیماری ها مصون نگه دارد و سلامت انسان را تأمین کند، گروهی از مواد غذایی که تأثیر مهمی در سلامت انسان و پیشگیری از بیماری ها دارند، ماهی و آبزیان هستند. این مواد غذایی مفید که دارای ارزش تغذیه ای بسیار بالایی هستند، چنانچه به مقدار کافی یعنی هفته ای ۲ تا ۳ بار در برنامه غذایی افراد گنجانده شوند در پیشگیری بسیاری از بیماری ها و حتی کنترل و کمک به بهبود عوارض و اختلالات مختلف، اثرات مهمی خواهند داشت.

امروزه ثابت شده است که مصرف ماهی و آبزیان به علت داشتن اسیدهای چرب اشباع نشده خاصی به نام «امگا - ۳»، در پایین آوردن چربی های نامطلوب خون تأثیر مهمی دارد، همچنین در حفظ تعادل فشار خون و نگهداری آن در حد مناسب مؤثر است.

نقش آبزیان در سلامت از چند منظر زیر حائز اهمیت است:

بر اساس تحقیقات بعمل آمده مصرف آبزیان در سلامت انسان از زمان جنینی تا سالمندی حائز اهمیت می باشد که از جمله اهم این فوائد را می توان نکات ذیل عنوان کرد .

۱- مصرف آبزیان در زنان باردار باعث کاهش نواقص مادرزادی و تولد فرزندان سالم شده و در تکوین ساختمان مغز و چشم جنین مؤثر می باشد .

۲- چربی ماهی در شکل گیری سلسله اعصاب کودکان و مغز جنین و نوزادان مؤثر است و کارایی سلولهای مغز جنین را افزایش میدهد.

۳- مصرف ماهی باعث افزایش ضریب هوشی و حافظه کودکان میشود . ماهی سرشار از املاح و ویتامینها بوده ، مصرف آن در دوران میانسالی نیز باعث پیشگیری از بیماریهای قلبی و عروقی (کنترل کننده ضربات قلب ، جلوگیری از لخته شدن خون در رگها ، کاهش فشار خون ، کاهش مرگ و میر ناشی از بیماریهای قلبی) می گردد ، پیشگیری از سرطانها (پستان ، کلون ، پانکراس و حنجره) ، کاهش بیماری گواتر ، پیشگیری از پوکی استخوان، مانع از افزایش قند خون، کاهش افسردگی و الزایمر، کاهش ایجاد رماتیسم از دیگر مزایای استفاده از آبزیان می باشد .

۴- در نهایت بدلائل مطرح شده فوق میتوان گفت مصرف آبزیان باعث افزایش طول عمر (میانگین سنی) و سلامتی افراد میگردد .

Health Policy Research Center

نقش آبزیان در سلامت از چند منظر زیر حائز اهمیت است:

۱. سرانه مصرف و تولید آبزیان
۲. آلودگی هایی مانند سرب و جیوه در آبزیان
۳. پسماند حاصل از پرورش آبزیان
۴. فسادپذیر بودن و اهمیت حمل و نقل و توزیع آن (۳۰ - ۳۱)

انتقال خون

از جمله راههایی که سازمان انتقال خون می تواند بر سلامت جامعه تاثیرگذار باشد موارد زیر می باشد:

- تامین و حفظ و نگهداری فرآورده های خونی مورد نیاز جامعه
- حفظ سلامت نیازمندان به خون و محصولات خونی
- حفظ محیط زیست، و رعایت استاندارد دفع ضایعات و پسماندها (۳۲)

تامین آب و دفع فاضلاب

اهمیت بهداشت آب

بهداشت آب موضوعی بسیار مهم در بهداشت عمومی و مدیریت سلامت می باشد. قبل از پرداختن به راه کارهای عملی استحصال، انتقال، بهسازی و توزیع آن لازم است این عنصر حیاتی موثر بر سلامت و مرتبط با توسعه پایدار، شناخته شود.

شناخت آب از نظر کیفیت و کمیت و چگونگی حصول آن قدمی اساسی در جهت بهینه سازی مصرف آن می باشد. اگر چه بیش از سه چهارم کره زمین را آب فرا گرفته است، سهم خیلی کمی از آب های موجود، برای مصارف بهداشتی و کشاورزی، قابل استفاده است. زیرا حدود ۹۷.۳ درصد اقیانوس ها و ۲.۱ درصد یخ های قطبی و ۰.۶ درصد دریاچه ها و رودخانه و آب های زیرزمینی وجود دارد که حدود ۰.۳۶ درصد کل منابع آب می باشد. آب اقیانوس ها، دریاها و اغلب دریاچه ها و بسیاری از منابع آب زیرزمینی به علت شوری بیش از حد و داشتن املاح معدنی برای مقاصد بهداشتی، کشاورزی و صنعتی، غیرقابل استفاده می باشند.

آب ماده حیاتی است که بطور یکنواخت در سطح کره زمین موجود نمی باشد. در نتیجه بسیاری از نقاط کره زمین با کمبود آب مواجه است.

آب در چرخه گردش خود قادر است املاح و گازهای موجود در طبیعت را به صورت محلول در آورده و بسیاری از آلودگیها را همراه خود به حرکت در آورد. آب باران قبل از رسیدن به زمین ناخالصیهایی موجود در هوا نظیر ذرات، گازها، مواد رادیواکتیو و میکروبها را به سطح زمین آورده و در حین حرکت در زمین نیز آلاینده ها را با خود حمل می کند. به علاوه آب های جاری اغلب دریافت کننده فاضلاب ها و مواد زائد ناشی از فعالیتهای انسانی می باشند.

بسیاری از مشکلات بهداشتی کشورهای در حال پیشرفت، عدم برخوردای از آب آشامیدنی سالم است. از آنجایی که محور توسعه پایدار، انسان سالم است و سلامت انسان در گرو بهره مندی از آب آشامیدنی مطلوب می باشد بدون تامین آب سالم جایی برای سلامت مثبت و رفاه جامعه، وجود ندارد. آب از دو بعد بهداشتی و اقتصادی حائز اهمیت است. از بعد اقتصادی به حرکت درآورنده چرخ صنعت و رونق بخش فعالیت کشاورزی است. از بعد بهداشتی آب با کیفیت، تضمین کننده سلامت انسان است. آب با شکل ظاهری و با وسعت محتوایی آن دنیای زنده دیگری است.

اگر چه از دید ما پنهان است، اما آب دارای آثار بسیار زیادی در حیات جانداران به ویژه انسان می باشد. آب آشامیدنی علاوه بر تامین مایع مورد نیاز بدن به مفهوم مطلق آن یعنی H_2O ، در بردارنده املاح و عناصر ضروری برای موجود زنده و انسان می باشد. کمبود پاره ای از آن ها در آب ایجاد اختلال در بدن موجود زنده می کند و منجر به بروز برخی بیماریها می شود.

فقدان ید و فلوئور و ارتباط آن ها با گواتر اندمیک و پوسیدگی دندان ها به ترتیب بیان کننده این اهمیت است. علاوه بر مواد شیمیایی، موجودات ذره بینی گوناگونی نیز در آب پیدا می شوند که بعضی از آنها بیماری را زوده و ایجاد بیماریهای عفونی خطرناکی می کنند. بهسازی آب رابطه مستقیمی با کاهش بیماریهای عفونی دارد. بنابراین برنامه ریزی و هزینه در جهت تامین آب سالم سرمایه گذاری قابل توجهی برای آینده خواهد بود. تهیه و تامین آب آشامیدنی سالم برای جامعه یکی از موثرترین و پایدارترین فنآوریها برای ارتقاء سلامت جامعه است.

ناخالصیهای آب

چنانچه آب خالص با ترکیب شیمیایی H_2O را اساس مطالعه قرار دهیم ناخالصیهای آن عبارتند از:

الف) ناخالصیهای معلق نظیر ذرات معلق زنده و غیرزنده که در آب به صورت معلق یافت می شوند. این نوع ناخالصی را میتوان در سه گروه، تقسیم بندی و مطالعه نمود.

۱) ذرات معلق زنده بیماری را مانند عوامل بیماری زای موجد وبا، حصبه، شبه حصبه، انواع اسهال ها، تخم انگل ها مانند آسکاریس و عامل کیست هیداتید و ویروس ها، منشاء اصلی این دسته از ناخالصیها فاضلاب شهری و حضور حیوانات اهلی یا وحشی در مجاورت منابع آب می باشد.

۲) ذرات معلق زنده غیربیماری را مانند باکتری های ساپروفیت، اغلب جلبک ها و تک سلولی هایی که در طبیعت به وفور پیدا می شوند.

۳) ذرات معلق غیرزنده مانند رس، لیمون که ناشی از فرسایش سطح زمین و سطوح آبخیز می باشد.

از نظر فیزیکی ذرات بالا به دو گروه تقسیم می شوند گروهی که در حوضچه های ته نشینی و یا صافی ها جدا می شوند و گروهی که برای جدا کردن آن ها احتیاج به مواد منعقد کننده است تا از طریق لخته سازی، به ذرات درشت تری تبدیل شده و حذف شوند.

ب) ناخالصی های محلول این دسته شامل املاح معدنی، ترکیبات آلی و گازهای محلول می باشند که می توان آن ها را به صورت زیر گروه بندی نمود:

۱) املاح محلول معدنی که اغلب به صورت املاح کلسیم، منیزیم، سدیم، آهن، منگنز و ... می باشد که برخی از آن ها مصرف آب را محدود می نمایند.

۲) گازهای محلول مانند اکسیژن، انیدید کربنیک، هیدروژن سولفور، ازت و غیره می باشند و این نوع ناخالصی نیز کیفیت شیمیایی آب را تحت تاثیر قرار داده و ممکن است باعث نامطلوب بودن آن شود.

منابع تامین آب

آب یک منبع حیاتی است که معمولاً از محدودیت خاصی برخوردار است آب شیرین موجود در محدوده جغرافیایی خاصی تقریباً ثابت و جوابگوی جمعیت محدودی است. منابع آب شرب اجتماعات را می توان به سه دسته تقسیم نمود:

الف) منابع سطحی

آب‌هایی که در قالب آب باران، آب رودخانه، آب دریاچه های طبیعی، آب دریاچه ها یا سدهای ذخیره ای و قنوات در طبیعت موجود هستند و در صورتی که استحصال و بهسازی، نگهداری و بهره برداری آن‌ها با در نظر گرفتن ملاحظات اقتصادی و فنی مقدور باشد به عنوان منبع آب آشامیدنی انتخاب می شوند.

ب) منابع آب زیرزمینی

منابعی نظیر چشمه سارها، آب چاه های کم عمق، چاه های عمیق، چاه های جاری و آب حاصل از کانال‌های ساخته شده منابع آب زیرزمینی را تشکیل می دهند.

ج) منابع آب شور

و بالاخره در شرایطی که هیچ کدام از منابع فوق جهت دستیابی به آب شیرین مقدور نباشد سومین منبع عبارت خواهد بود از آب دریاها و دریاچه های شور یا آب‌های شور زیرزمینی.

اکثر اجتماعات شهری و روستایی ایران از منابع آب‌های زیرزمینی بهره بردای می کنند. در دو دهه اخیر چندین طرح بزرگ و متوسط انتقال آب‌های سطحی منابع دور دست نیز تهیه و اجرا شده است. منبع اصلی آب آشامیدنی شهرهایی مانند مشهد، شیراز، تبریز، بندر عباس، کرمانشاه، کرمان و بخشی از تهران از منابع آب زیرزمینی است. اغلب روستاهای ایران به روش سنتی و علمی لیکن بعضاً غلط از آب زیرزمینی استفاده می کنند. انتخاب منبع آب آشامیدنی اجتماعات چه شهری و چه روستایی، کوچک یا بزرگ مبتنی است بر هزینه تهیه، تصفیه و توزیع آن. لازم است حداقل امکانات فنی اجرایی در حد معقول داشته باشد، پس با لحاظ نمودن جنبه اقتصادی و بهداشتی منابع احتمالی آب، شناسایی و از بین آن‌ها منبع مقرون به صرفه و مطمئن انتخاب گردد. در هر حال، منبع آب آشامیدنی بایستی در نهایت آب سالم و پاکیزه ای در اختیار مصرف کننده قرار دهد.

آب سالم و پاکیزه

آب آشامیدنی، علاوه بر سالم بودن لازم است پاکیزه نیز باشد. زیرا آب سالم و کدر یا با مزه نامطلوب و داشتن رنگ، ممکن است مورد اعتراض مصرف کننده قرار گرفته و مصرف کننده به طرف آب به ظاهر پاکیزه ای گرایش پیدا کند که از نظر کیفیت شیمیایی و میکروبی، نامطلوب باشد. آب سالم آبی است که حتی در درازمدت مصرف آن خطری برای مصرف کننده ایجاد نکند. توصیه می شود آب آشامیدنی نه تنها کاملاً سالم باشد بلکه باید "پاکیزه" یعنی مورد پسند مصرف کننده هم باشد. چنین آبی را می توان "پذیرفتنی" یا "نوشیدنی" تلقی نمود. آب آشامیدنی از طریق تعیین کیفیت فیزیکی و شیمیایی و میکروب شناختی ارزیابی و انتخاب می گردد.

ویژگیهای آب سالم

- ۱) عاری از عوامل زنده بیماری زا باشد
 - ۲) عاری از مواد شیمیایی زیان آور باشد
 - ۳) بدون رنگ و بو بوده، و طعم مطبوع داشته باشد
 - ۴) قابل استفاده برای مصارف خانگی باشد
- آبی که یک یا دو مورد از ویژگیهای فوق را نداشته باشد (بویژه مورد یک و دو) آن را آلوده و برای شرب غیرقابل مصرف می دانند.

آلودگی آب

آب خالص مطابق ساختمان شیمیایی آن به هیچ وجه در طبیعت وجود ندارد، لیکن انواع ناخالصیهای را به صورت حل شده، معلق یا بینابینی با خود دارد. که در بخش ناخالصیهای آب آمده است. جنبه وخیم تر، آلودگی آب ناشی از فعالیتهای انسانی است مانند شهرنشینی و صنعتی شدن.



تعریف آب آلوده

آبی که دارای عوامل بیماریزای عفونی یا انگلی، مواد شیمیایی سمی، ضایعات و فاضلاب خانگی و صنعتی باشد را آب آلوده گویند. آلودگی آب از فعالیتهای انسانی، نشأت می گیرد. منابع آلاینده آب عبارتند از:

- ۱) گندآب که عوامل زنده بیماری زا و مواد آلی تجزیه پذیر را در بردارد.
- ۲) مواد زائد تجاری و صنعتی دربردارنده عوامل سمی از نمکهای فلزی یا مواد شیمیایی پیچیده مصنوعی.
- ۳) آلاینده های کشاورزی نظیر کودها و آفت کش ها.

۴) آلاینده های فیزیکی مانند گرما (آلودگی حرارتی) و مواد پرتوزا.

آلودگی را می توان به عنوان یک تغییر نامطلوب در خواص فیزیکی، شیمیایی و بیولوژیکی آب تعریف کرد که باعث به خطر انداختن سلامت، بقاء و فعالیت های انسان یا سایر موجودات زنده می شود. آلودگی از نظر پایداری نیز قابل بررسی و مطالعه است. لذا از این دیدگاه دو نوع آلودگی وجود دارد. آلودگی قابل انحطاط و آلودگی غیرقابل انحطاط.

آلوده کننده قابل انحطاط را می توان تجزیه کرد، از بین برد و یا برای برخی فعالیت ها مصرف نمود. از این طریق حد قابل پذیرش آلودگی را می توان طی مراحل طبیعی یا با روش های مهندسی (سیستم های تصفیه) نقصان داد. البته در صورتی که سیستم تحت تاثیر شوک ناشی از آلاینده، شکست نخورده باشد یا به عبارتی آلودگی لبریز نگردد. این دسته خود به دو گروه تقسیم می شوند قابل انحطاط تند و کند، آلوده کننده های قابل انحطاط تند، نظیر فاضلاب انسانی و زائدات حیوانی و کشاورزی، معمولاً خیلی سریع قابل تجزیه اند.

آلوده کننده های قابل انحطاط کند، مانند د.د.ت و بعضی از مواد رادیواکتیو به کندی تجزیه می شوند به هر حال اجزای آنها یا کاملاً تجزیه شده و یا به حد غیرقابل ضرر کاهش می یابند. آلوده کننده های غیرقابل انحطاط از راه های طبیعی تجزیه نمی شوند. نمونه چنین آلوده کننده هایی عبارتند از جیوه، سرب، ترکیبات آلی هالوژنه ها، دیوکسین ها و بعضی از پلاستیک ها.

فاضلاب

به کلیه آب های استفاده و مصرف شده جهت مقاصد گوناگون اصطلاحاً فاضلاب گفته میشود، به عبارت دیگر به مجموعه آب های دور ریختنی که پس از جمع آوری و تصفیه ممکن است قابلیت استفاده مجدد را داشته باشد، فاضلاب اطلاق میشود.

تعریف همگانی تر آن این است که به مجموعه آب های آلوده، فاضلاب گفته میشود. از نظر ترکیب ۹۹/۹ درصد فاضلاب را آب و حدود ۰/۱ درصد آن را ناخالصی ها و مواد آلاینده تشکیل میدهد.

مواد آلاینده موجود در فاضلاب شامل مواد آلی قابل تجزیه بیولوژیکی، مواد معلق، مواد مغذی، پاتوژنها، فلزات سنگین، مواد آلی مقاوم به تجزیه بیولوژیکی و جامدات محلول است که وجود هر یک از این آلاینده ها و غلظت آنها بستگی به نوع و ماهیت فاضلاب دارد.

Health Policy Research Center

انواع فاضلاب

فاضلاب از نظر منشأ تولید آن ممکن است خانگی، صنعتی، کشاورزی یا ترکیبی از آنها باشد. از نظر ویژگی های فیزیکی شیمیایی و بیولوژیکی و قدرت آلاینده های فاضلابها به چهار دسته تقسیم می گردند:

- (۱) فاضلاب های ضعیف
- (۲) فاضلاب های متوسط
- (۳) فاضلاب های قوی
- (۴) فاضلاب های خیلی قوی

اهمیت بهداشتی فاضلاب به عواملی نظیر وجود عوامل شیمیایی و عوامل بیماری‌زای زنده و مواد آلی متعفن که علاوه بر ایجاد بیماری‌های مختلف موجب انتشار بوهای آزاردهنده و نازیبا شدن محیط نیز می‌گردد، بستگی دارد.

عوامل باکتریایی نظیر ویبریو کلرا، سالمونلا تیفی، سالمونلا پاراتیفی، شیگلا، باسیل سیاه زخم، لپتوسپیرا، عوامل ویروسی نظیر انواعی از هپاتیت‌ها، عوامل تک یاخته ای نظیر آمیب ژiardia و تخم انگل‌های پریاخته ای نظیر کرم شلاقی، آسکاریس و ۰۰۰ از طریق فاضلاب و لجن فاضلاب مصرف شده باعث ایجاد بیماری می‌شود.

از نظر اقتصادی علاوه بر اینکه آب تبدیل شده به فاضلاب به خودی خود غیرقابل استفاده شده است، خود نیز باعث آلودگی منبع آب سطحی و زیرزمینی می‌شود و باتوجه به اینکه دسترسی به آب به عنوان منبع و ماده حیاتی محدود می‌باشد و با کمبود شدیدی که در جهان دارد در معرض تهدید قرار گرفته است. با توجه به مخاطرات بهداشتی و ملاحظات اقتصادی توجه به تولید، جمع‌آوری و بهسازی فاضلاب امری ضروری و اجتناب‌ناپذیر است. پرداختن به امر کم‌خطر نمودن فاضلاب و یا انجام اقداماتی در جهت کاهش میزان آلودگی آن به منظور تخلیه آن‌ها در محیط یا استفاده مجدد از فاضلاب، تصفیه فاضلاب نامیده می‌شود. چرا فاضلاب را تصفیه کنیم؟ سئوالی است که همه کارگزاران مرتبط با امر سلامت با آن مواجه هستند و بایستی به نحو منطقی و مقتضی با این سؤال و پاسخ مناسب آن آشنا باشند.

علل لزوم تصفیه فاضلاب

فاضلاب می‌بایست قبل از اینکه در مرحله نهایی به آبهای پذیرنده ویا محیط دفع گردد، تصفیه شود تا اینکه:

- (۱) بیماری‌های واگیر ناشی از آلودگی‌های فاضلاب مهار و بهداشت عمومی تامین گردد.
- (۲) حفظ منابع آب، از طریق عدم آلودگی آب‌های سطحی و زیرزمینی و در صورت امکان استفاده مجدد از بخش عظیمی از آب مصرف شده برای مصارف خاص نظیر فعالیت‌های کشاورزی و پرورش آبزیان.
- (۳) حفظ محیط زیست: فاضلاب را به روش‌های متعددی تصفیه می‌کنند. در بین این روش‌ها، تصفیه زیست شناختی، رایج تر است. هدف از تصفیه فاضلاب به نوعی همان پاسخ سؤال " چرا فاضلاب را تصفیه کنیم " می‌باشد. اما اگر به صورت ویژه به آن نگاه شود، هدف از تصفیه فاضلاب عبارت است از:

اهداف ویژه تصفیه فاضلاب

- (۱) تثبیت مواد آلی.

۲) تولید پساب قابل تخلیه در محیط و محافظت از محیط زیست.

۳) استفاده مجدد از آب و مواد جامد ناشی از تصفیه فاضلاب.

تجزیه و تثبیت مواد آلی موجود در فاضلاب اغلب از طریق فرایندهای زیست شناختی، به دو روش هوازی و بی هوازی صورت می گیرد. (۳۳)

حمایت اجتماعی

فقر و نابرابری های موجود در هر جامعه ای، پیامدهای خاص خود را دارد که بر اساس سلسله ای از روابط علت و معلولی، زمینه بروز بحران هایی از قبیل مهاجرت، حاشیه نشینی، طلاق، اعتیاد، بزهکاری، فحشا، قتل، خشونت و انواع جرایم و آسیب ها و انحرافات اجتماعی دیگر را فراهم می آورد و این موارد همه از علل تهدید کننده سلامت فردی و اجتماعی می باشند.

جامعه شناسان، انحراف یا جرم را برآمده از علل و عوامل اجتماعی می دانند که زمینه های وقوع آنها، مسائل و مشکلات اقتصادی از قبیل فقر، تورم، گرانی، اعتیاد، بیکاری و فشارهای زندگی و... است که هر کدام از این مولفه ها می تواند فرد را به یک بزهکار تبدیل نماید.

بزهکاری را نمی توان متعلق به یک طبقه اجتماعی خاص دانست، اما طبق گزارش هایی که در اغلب متون مربوط به این بحث آمده است احتمال بروز بزهکاری در طبقات پایین اجتماع بیش از طبقات متوسط و بالاست که البته این موضوع بیشتر در جوامع شهری صادق است.

به منظور تحقق ایده حمایت و توانمندسازی و ارتقاء کیفیت زندگی گروه های هدف، ارائه خدمات حمایتی، پیشگیری، اجتماعی، توانبخشی و آموزشی در راستای حفظ و ارتقای شاخص های سلامت و رفاه اجتماعی امری ضروری و حیاتی به نظر می رسد، که دلایل این ضرورت عبارتند از:

- افزایش فقر و نابرابری فرصت ها، تغییر سبک زندگی، جوانی جمعیت، مهاجرت و حاشیه نشینی و روزافزونی مشکلات اجتماعی و اقتصادی

- افزایش بروز معلولیت به دلیل حوادث و سوانح، افزایش عوامل تهدید کننده سلامتی و ژنتیکی و روند صنعتی شدن

- جوان بودن جمعیت و افزایش تولید و سوء مصرف مواد و از سوی دیگر تمایل سوء مصرف کنندگان مواد به بهبودی

- افزایش تعداد سالمندان به دلیل تغییر هرم سنی جمعیت کشور و افزایش نرخ امید به زندگی

- افزایش تعداد مبتلایان به اختلالات روانی به علت تغییر سبک زندگی و روزافزونی مشکلات اجتماعی و اقتصادی

(۳۴)

راه و شهرسازی

مسکن

سازمان جهانی بهداشت در یکی از نشست های سال ۲۰۰۴ خویشتن ۱۴ بعد گوناگون مسکن را برای اثرگذاری بر سلامت ساکنان خانه مهم اعلام کرده است. این ابعاد را می توان با سه دسته شاخص ارزیابی کرد:

الف) شاخص های راحت بودن در منزل: مشتمل بر دمای (حداکثر و حداقل) درون خانه، رطوبت، رشد قارچ ها و بهداشت منزل؛

ب) شاخص های ایمنی: ایمنی درون خانه و حوادثی که در آن اتفاق می افتد، جرم و جنایت در درون خانه یا ترس از وقوع آن

ج) بهره مندی و اقتصاد: دست یافتن به مسکن، توان مالی، شلوغی (۲۵)

راه و ترابری

برنامه ریزی ترابری، سلامت عمومی را از سه جنبه اصلی تحت تاثیر قرار می دهد:

۱) تصادفات ناشی از عبور و مرور

۲) آلودگی ناشی از خودروها

۳) عدم تحرک بدنی

حوادث ترافیکی به عنوان اولین مشکل سلامتی ایرانیان سالانه بیش از ۱۲۰۰۰۰۰ سال عمر را به هدر می دهند. این بار بزرگ نتیجه مستقیم تاثیر بخش ترابری بر سلامت مردم است که به ویژه سنین ۱۵ تا ۲۹ سال و جنس مذکر را درگیر می سازد که نیروی کار عمده کشور محسوب می شوند.

ایمن نبودن راهها و تقاطع ها، معابر فاقد روشنایی، طولانی بودن جاده ها، عدم آگاهی و عدم رعایت قوانین و مقررات توسط رانندگان، کمبود آمبولانس برای ارائه خدمات به مصدومین حوادث ترافیکی، کمبود پایگاههای بین جاده ای هلال احمر کمبود تجهیزات پزشکی فوریت ها، انتقال مصدومین حوادث ترافیکی توسط مردم، کمبود پل عابر پیاده، کمبود پیاده رو مناسب برای معابر از علل عمده مرگ میر ناشی از تصادفات می باشد.

تعداد مرگ های زودهنگام به دلیل آلودگی ناشی از وسایل موتوری ممکن است از نظر مقدار به اندازه مرگ های ناشی از تصادفات خودرو باشد، هرچند که برآورد تعداد دقیق مرگ ها مشکل است.

بیماری های همراه با تحرک ناکافی بدنی مرگ و میر بیشتری از تصادفات جاده ای را سبب می شوند، بیماری قلبی، برخی انواع سرطان، فشار خون بالا، سکته مغزی، پوکی استخوان، چاقی، دیابت و میزان های بالاتر مرگ و میر از جمله این موارد هستند.

تأثیر بخش ترابری بر سلامت، از مسائلی مانند ایمنی راه ها و جاده ها، کاهش آلودگی هوا از طریق حمل و نقل مدیریت شده، ایجاد امکان تردد به نقاط دوردست، کم تحرکی ناشی از استفاده بیش از حد از وسایل نقلیه، و انتقال بیماری های واگیردار از طریق حمل و نقل عمومی، ناشی می شود.

حوادث ناشی از رانندگی هر ساله جان تعداد زیادی از افراد جهان را می گیرد. از نظر تعداد قربانیان حوادث رانندگی، متأسفانه ایران با بیش از ۲۶۰۰۰ کشته در سال بالاترین رتبه را در چند سال اخیر به خود اختصاص داده است. سازمان بهداشت جهانی (WHO) در گزارش سال ۲۰۰۴ خود اعلام کرده است که در سال ۱۹۹۸ تصادفات ترافیکی، نهمین عامل جراحت و مرگ و میر انسانها بوده اند ولی با توجه به رشد روز افزون تعداد وسایل نقلیه و افزایش سرعت با احداث راهها، پیش بینی می شود تا سال ۲۰۲۰ تصادفات ترافیکی جاده ای به سومین عامل اصلی تبدیل شوند. هزینه های گزاف اجتماعی و اقتصادی تصادفات جاده ای و آثار کوبنده فیزیکی و روانی آن روی افراد و جوامع، این روزها یکی از مهمترین موضوعات تحقیقات علمی شده اند. این اهمیت برای کشورهای در حال توسعه چندین بار بیشتر است. زیرا تعداد تصادفات جاده ای در کشورهای مزبور در حال افزایش بوده و هزینه های مستقیم و غیرمستقیم آن نیز در مقایسه با کشورهای توسعه یافته بیشترند. با توجه به این نکته که ۸۰٪ ترافیک کشور و ۷۵٪ تصادفات بر روی ۲۰٪ از جاده های بین شهری و بین استانی رخ می دهند و اینکه اکثر تصادفات بر روی ۱۶۸۰۰ کیلومتر از مجموع ۸۵۰۰۰ کیلومتر راههای بین شهری و بین استانی کشور رخ می دهد، تحقیق و سرمایه گذاری بیشتر در این مورد ضروری به نظر می رسد. نقاط حادثه خیز که بر اساس آمار تصادفات تعیین می گردند، چند سالی است که در کشور ما توسط سازمانهای مربوط به تدریج در حال شناسایی و بررسی هستند. بر اساس تجربه دیگر کشورها، رفع حادثه خیزی این نقاط که گاهی هزینه های مالی سنگینی را هم در پی دارد می تواند نجات بخش جان بسیاری از هموطنانمان گردد. (۲۵)

رسانه

رسانه های جمعی (رادیو، تلویزیون، مجله، روزنامه، پمفلت و اینترنت) در جامعه امروز نقشی اساسی بازی می کنند. این رسانه ها ابزارهایی هستند که از طریق آنها اطلاعات، مفاهیم و ایده ها به مخاطبان خاص و عام منتقل می شود. اطلاع رسانی درباره سلامت از طریق رسانه ها امری است بسیار پیچیده و تخصصی که در زمینه های مختلف قابل بررسی می باشد. مخاطبان این ابزار، افراد متنوع در سنین مختلف از کودک تا بزرگسال و میانسال می باشد.

به گزارش پایگاه اطلاع رسانی پیشگیری نوین، تأثیرات رسانه بر جوانان بویژه موضوع بسیار مهمی است زیرا در این سنین تأثیرات منفی هر چیزی بر این افراد به راحتی قابل مشاهده می باشد. آنها هنوز به اندازه کافی بزرگ و عاقل نیستند و در بسیاری از مواقع به زندگی به چشم تفریح نگاه می کنند. و به همین دلیل است که جوانان و نوجوانان نمی توانند مطالب خوبی که از طریق ابزار رسانه ای در اختیار آنها قرار می گیرد را بپذیرند بویژه مطالب مربوط به سلامت.

ارتباط تنگاتنگ رسانه با سلامت روان آدمی غیرقابل انکار است. رسانه ها همان گونه که قادرند تا فشار روانی شدیدی بر آدمی وارد آورند از این توانمندی برخوردارند که وی را از استرس ها دور کنند و به آرامش برسانند. تأثیرگذاری محصولاتی که

رسانه ها عرضه می کنند بر روان آدمی بر هیچ کس پوشیده نیست. اما هدف نهایی ارتباطات در حوزه سلامت روان ایجاد تغییر رفتار در مردم است زیرا رسانه ابزار توزیع اطلاعات در جامعه محسوب می شود.

طبعاً در این دنیای پیشرفته رسانه ای چیزی که بیش از همه مورد تهدید واقع می شود سلامت روان است که گاه اهمیتی از سلامت جسمی بیشتر است.

تاثیر رسانه بر رفتارهای سلامتی جوانان موضوع جدیدی نیست. محققان حوزه سلامت و نیز ارتباطات طی دهه های گذشته نگرانی خود را از این موضوع ابراز کرده اند. همچنین نشان داده اند که رسانه بالقوه نقش موثری در پیشگیری از رفتارهای مخاطره آمیز دارد. از جمله این رفتارها می توان به عادات بد غذایی، خشونت، رفتارهای جنسی غیر ایمن، مصرف الکل، سیگار، داروها و مواد اعتیادآور اشاره کرد. با توجه به ماهیت برنامه های ارائه شده در رسانه ها، تاثیر آن ها بر نگرش، باور و رفتار سلامتی جوانان می تواند مثبت یا منفی باشد.

استفاده از رسانه ها در بین جوانان رو به گسترش است. در مطالعه ای مشخص شد که کودکان ۸ تا ۱۸ ساله آمریکایی روزانه بیش از ۶ ساعت با رسانه ها (تلویزیون، ویدیو، سینما، رادیو، نوار، CD، کامپیوتر و رسانه های چاپی) وقت صرف می کنند.

۹۲٪ افراد ۲ تا ۱۷ ساله، بازی ویدیویی انجام می دهند که به طور متوسط روزانه ۲۰ تا ۳۳ دقیقه از وقت آنان را در بر می گیرد. بیش از نیمی از این بازی ها به صورت انفرادی انجام می شود و ۴۲ درصد آن ها action است. ۸۹ درصد بازی های پرفروش آمیخته خشونت است. در مطالعه ای نشان داده شد بزرگسالانی که این گونه بازی ها را انجام می دهند ۱۰ برابر بیشتر از دیگران درگیر دعوا و درگیری می شوند. مطالعات ۳۰ سال اخیر نشان داده اند که خشونت های سینمایی بر روی باورها، نگرش و رفتار تماشاگران تاثیر دارند.

رسانه های عمومی مانند تلویزیون، سینما، مجله و غیره پس از جنگ دوم جهانی تاثیر بسیار زیادی بر تصویری که افراد از خود دارند، گذارده اند. در مطالعه ای که بر دختران ۹ و ۱۰ ساله تمرکز داشت، معلوم شد ۴۰ درصد آنان در تلاش برای کاهش وزن بوده اند. در مطالعه سال ۱۹۹۶ مشخص شد مقدار ساعات صرف شده، برای تماشای فیلم و ویدئوهای موسیقی ارتباط مستقیم با میزان علاقه به لاغر شدن و نارضایتی فرد از اندام خود دارد. مطالعه ای دیگر نشان داد این میزان برای دختران ۱۳ ساله آمریکایی ۵۳ درصد است و تا سن ۱۷ سالگی به ۷۸٪ افزایش می یابد. در آمریکا سالانه یک هزار زن به دلیل anorexia nervosa می میرند و ۱۵٪ دختران جوان باور و رفتار نادرست تغذیه ای دارند.

هر کودک به طور متوسط سالانه ۴۰۰۰۰ آگهی بازرگانی تلویزیونی مشاهده می کند. اکثر آگهی هایی که مخاطبشان کودکان هستند در مورد مصرف شیرینی، آجیل و غذاهای آماده تبلیغ می کنند. رسانه ها می توانند با ارایه برنامه هایی در مورد اهمیت ورزش و تغذیه مناسب نقش موثر و مثبتی در کاهش چاقی کودکان داشته باشند. اکثر مطالعات ارتباط مثبتی را میان مقدار ساعات صرف شده برای مشاهده تلویزیون و وزن کودکان نشان داده اند. بنابراین مداخلاتی که باعث می شود کودکان ساعات کمتری به تماشای تلویزیون بنشینند باعث کاهش وزن آن ها می شود.

حدود سه چهارم جوانان ۱۲ تا ۱۷ ساله از اینترنت استفاده می کنند و ۷۶٪ جوانان ۱۵ تا ۱۷ ساله اطلاعات مربوط به سلامت را در اینترنت جستجو می کنند. از این میان حدود ۴۱٪ اعلام کرده اند رفتار سلامتی خود را پس از دست یافتن به این اطلاعات تغییر داده اند.

هیچ کس نمی تواند منکر وابستگی روانی کودکان به تلویزیون، مشغول کردن بیش از حد کودکان و ممانعت از فعالیت های مفید، سکون بیش از حد و تمایل به اضافه وزن به دلیل بی تحرکی در کودکان، ارائه محصولات رسانه ای نامناسب مثل فیلم های ترسناک و... به عنوان تاثیرات سوء تلویزیون بر کودکان نیست. اما در مقابل تلویزیون می تواند به دورترین و صعب العبورترین نقاط کشور ما که دسترسی به مراکز آموزشی ندارند، نفوذ کنند و به این ترتیب به ارتقای دانش عمومی کمک کند. تلویزیون یک شمشیر دولبه است که مثل هر رسانه دیگری می تواند آثار مفید و مضر داشته باشد. امروزه با تلویزیون می توان کودکان را به تغییر نگرش مثبت سوق داد همچنان که تغییر نگرش منفی نیز امکان پذیر است این بسته به ماست که از کدام کارکرد آن به نفع خود بهره برداری کنیم.

تاثیر رسانه ها بر سلامت بسیار پیچیده است. در سمت مثبت طیف، رسانه آگاهی مردم را در مورد مسایل سلامتی بالا می برد. به عنوان مثال برنامه هایی که در مورد مضرات سیگار یا چاقی ساخته می شوند می توانند در ذهن مخاطب باقی مانده و او را از انجام فعالیت های مضر باز دارند. در جهت دیگر طیف، ممکن است رسانه اطلاعات غلطی در مورد مسایل سلامتی ارایه کند. به عنوان مثال نشان دادن تاثیر مثبت روش های لاغری سریع یا جراحی های زیبایی ممکن است سلامت گروهی وسیع از مخاطبان را به مخاطره اندازد.

رسانه نقش موثر بر سلامت مردم دارد. این اثرات هر دو جنبه ارتقا و تخریب را در بر می گیرد. از حدود سه دهه پیش حمایت طلبی از طریق رسانه ها در سطح کشورهای جهان شروع شده است و تاثیر این سامانه بر مجاری حقوقی، قانون گذاری و سیاست گذاری به قدری قوی است که از آن به عنوان " ابر حمایت طلب " نامبرده می شود. رسانه ها طیف پنج گانه ای شامل نشریات، تلویزیون، رادیو، اینترنت و تجهیزات شهری از قبیل بیلبردها و تابلوهای الکترونیک را در بر می گیرد. چنان که رسانه خود نظارتی بر تدوین برنامه ها و تحقیق اثرگذاری بر رفتار مخاطبان را نداشته باشد جنبه های تخریبی برنامه ها و اتلاف منابع را شاهد خواهد بود، اما تجربیات موفق رسانه در کشورهای پیشرو نشان داده است با برنامه ریزی دقیق می توان بر اساس نیازهای منطقه ای و ناحیه ای سلامت مردم، کارکردهای زیر را از رسانه انتظار داشت:

- آموزش مستقیم مردم (عوامل نزدیک و عوامل دور)
- حمایت طلبی
- ارائه محصولات رسانه ای برای الگوسازی رفتار سالم
- ترویج اقدامات جمعی برای سلامت (مشارکت مردم، همکاری بین بخشی)
- تبلیغات کم ضرر

برنامه سازان رسانه باید افراد متخصص و مطلعی در حوزه رسانه باشند و از افراد متخصص در حوزه های مختلف مشاوره بگیرند. (۲۵)

محیط زیست

محیط زیست مجموعه ای از عوامل زیستی و محیطی (فیزیکی و شیمیایی) است که بر زندگی یک فرد یا گونه تاثیر می گذارند و از آن تاثیر می بینند. به عبارت دیگر محیط زیست برهمکنشهای میان انسان و طبیعت می باشد.

بعنوان مثال:

اثرات سمی آلاینده های هوا بر انسان شامل التهابات راههای هوایی، افزایش تولید خلط، کاهش مقاومت در برابر عفونتهای ریوی، کاهش تحمل ورزش در بیماران قلبی، اختلال در انتقال اکسیژن، تحریک گذاری چشم و افزایش میزان مرگ و میر می باشد.

آلودگی صوتی یکی از مهمترین مشکلات تمدن بشری است. صداهای مزاحم باعث شکنندگی افراد و عوارضی نظیر ضعف شنوایی، بی خوابی و بدخوابی، خستگی، اضطراب، تنگی عروق و افزایش فشارخون، تغییر متابولیسم و میزان ترشح هورمونهای داخلی بدن می شوند.

تخلیه مستقیم فاضلابهای تصفیه نشده در رودخانه ها، دریاچه ها و یا دریاها می تواند منجر به انباشته شدن مواد سمی در چرخه غذایی انسان و حیوان و جذب آنها گردد که بطور حتم سلامت افرادی که با این نوع مواد زائد سر و کار دارند به مخاطره می افتد این امر به طور بالقوه منجر به بروز بیماریهای عفونی و مزمن مختلف می شود.

دفع و تخلیه پسماندهای بیمارستانی در محیط سلامت افراد را به خطر می اندازد و بهترین مستند این موضوع ابتلا به عفونتهای ویروسی نظیر هپاتیت B و C از طریق جراحتهای ناشی از سوزنها و سرنگ مصرف شده و دورریخته می باشد.

یکی از مشکلات اصلی در محیط زیست وجود مواد شیمیایی خطرناک به نام مواد آلی آلاینده پایدار (POPS) است این مواد قبل از تجزیه برای مدتهای طولانی در محیط پایدار می مانند، در بافت چربی غالب موجودات زنده از طریق تغذیه و تنفس ذخیره می شوند و قادرند مسافتهای طولانی را طی کنند. این مواد به عنوان آفت کش و یا در صنایع مصرف می شوند و بعضی از آنها در نتیجه فعالیت کارخانه ها در هوا منتشر می گردند. این مواد در انسان باعث انواع سرطان ها، مشکلات جنینی، نازایی، حساسیت به بیماریهای مختلف و حتی اثرات مغزی می شود.

آلودگی محیط به فلزات سنگین سلامت انسان را تهدید می کند. وجود فلزات سنگین برای زندگی انسان ضروری است اما مقادیر زیاد آنها می تواند سمی بوده و باعث بروز نقایص مادرزادی، بیماریهای خونی، سرطان، مشکلات باروری، آسیب رساندن به کبد و کلیه ها و دستگاه اعصاب مرکزی و بطور کلی آسیب رساندن به اندامهای حیاتی بدن شود.

تالاب ها در حفظ محیط زیست، تنوع زیستی، کنترل سیلاب، تأمین آب شرب، تصفیه آبهای جاری و جنگل ها و مراتع نیز در جلوگیری از آلودگی هوا و فرسایش خاک نقش مهمی را ایفا می کنند که همگی به نوعی بر سلامت انسان تاثیر گذار می باشند.

بنابراین در ارزیابی درست محیط زیست و اثرات آن بر سلامت بایستی تمامی آلوده کننده ها ی آب، فاضلاب، خاک و هوا مورد توجه و بررسی قرار گیرد. (۳۵)

ورزش

امروزه مجموعه علائمی به نام «مرگ نشسته» تعریف شده که نشان دهنده علائم مربوط به زندگی بی تحرک و نشسته یا پشت میز نشینی است. از جمله این علائم، عضلات ضعیف، پوکی استخوان، عدم تعادل متابولیک (قند و چربی بالا، فشارخون بالا)، آمادگی قلبی عروقی پایین و افسردگی است. این مجموعه علائم به مرگ زودرس منجر می شود.

فعالیت بدنی منظم و آمادگی جسمی مطلوب می تواند ۱- سلامتی فرد را ارتقا بخشد، ۲- به پیشگیری از بیماری ها کمک نماید و یا ۳- بخشی از درمان بیماری ها باشد. این سه جنبه راه های اصلی تاثیر ورزش و فعالیت بدنی منظم روی سلامت هستند.

فعالیت بدنی منظم و آمادگی جسمی مطلوب نه تنها از ابتلا به بیماری ها پیشگیری می کند، بلکه کیفیت زندگی و سلامت را نیز بالا می برد.

آمادگی جسمی، پایه ای برای فعالیت های ذهنی خلاق و پویاست.

داشتن جسمی ورزیده به افراد کمک می کند که احساس خوبی داشته باشند و از زندگی بیشتر لذت ببرند. و کارهایشان را موثرتر و بهتر انجام دهند.

اشخاص تندرست به جهت تعادل سیستم های خودکار بدن درمقابل با استرس های روحی و فشارهای روانی کمتر دچار عصبانیت شده و قادر به کنترل خود در مواقع اضطراری و بحرانی می باشند و با دید مثبت و واقع بینانه که به زندگی دارند، کمتر دچار فشار عصبی می شوند.

فعالیت بدنی منظم، خطر تمام عوامل مرگ آور را کاهش می دهد. (۳۶)

حضرت آیت الله خامنه ای نیز در فرمایشات خود در جمع اعضای کمیسیون عوامل اجتماعی موثر بر سلامت اظهار داشتند که: یک بخش از مسئله ی تأمین سلامت، مسئله ی ورزش همگانی است؛ که بنده بارها توصیه کردم، باز هم توصیه میکنم. ورزش همگانی برای همه لازم است. نشاط، سلامت، آمادگی، حوصله ی کار، در سایه ی ورزش عمومی و همگانی برای جامعه تأمین میشود. یک کشور و یک ملت، باید سلامت جسمانی خودش را تأمین کند و ورزش در تحقق این مسأله خیلی مهم است. (۱۸)

هلال احمر

بحران ها در سه گروه عمومی می گنجند: بلایای طبیعی، بلایای مرتبط با فناوری (انفجار مواد شیمیایی و حوادث اتمی) و فوریت های پیچیده (جنگ و آشوب های اجتماعی)

تاثیرات بحران بر سلامت به دو گروه کوتاه مدت و بلند مدت تقسیم می شود. تاثیرات کوتاه مدت بحران بر سلامت در سه دسته می گنجند: ۱. بیماری، ناتوانی ها و مرگ ۲. تاثیرات تخریبی مستقیم بر زیرساخت ها ۳. حذف یا اختلال مراقبت های بهداشتی. همچنین بخش سلامت در بلند مدت بار اقتصادی سنگینی را در اثر بحران ها متحمل می شود. صدمات مستقیم ناشی از وارد آمدن به تاسیسات مهم و صدمات غیر مستقیم به سبب اخلاص در تولید خدمات در اثر بحران پدید می آیند. نقص در مراقبت بهداشتی، وقفه در کنترل بیماری های واگیردار و برنامه های سلامت نیز از این گروه تاثیرات هستند. سوء تغذیه، نبود درآمد و نبود امنیت اقتصادی در سطح خانوار مشکلاتی مهم در شرایط بحرانی هستند. (۲۵)

خدمات رسانی به موقع به مددجویان حوادث و سوانح و مقابله با بحران ها نیاز به آمادگی همه جانبه و برنامه ریزی در موارد زیر دارد:

پیشگیری، آمادگی و پاسخ دهی به حوادث و سوانح، آموزش عمومی و همگانی مداوم در زمینه حوادث و سوانح، تربیت نیروی متخصص امدادی و توان افزایی نیروهای فعال در این زمینه، تهیه و تجهیز ادوات و وسایل جدید پاسخگویی، بهره گیری از مشارکت جوانان در تصمیم گیری و فعالیت های مربوط به آن ها، تربیت و آموزش جوانان در انجام خدمات امدادی و عام المنفعه، تعامل با خیرین و داوطلبان و سمن ها، ارائه خدمات توانبخشی به مددجویان و آسیب دیدگان حوادث، تامین دارو و وسایل و تجهیزات پزشکی مورد نیاز متقاضیان از منابع داخلی و خارجی، انجام پژوهش های کاربردی و توسعه ای بر اساس آخرین شواهد علمی متناسب با نیاز.

جمعیت هلال احمر به عنوان باسابقه ترین و تخصصی ترین ارگانی است که در زمینه امداد فعالیت می کند. این جمعیت با در نظر گرفتن اصول و اهداف نهضت بین المللی هلال احمر و صلیب سرخ به نیازهای جامعه پاسخ می دهد. (۳۷)

هواشناسی

Meteoropathology که به معنی تأثیر عوامل اقلیمی بر پیکر انسان است، مفهوم وسیعی دارد. عوامل متعددی آب و هوا (اقلیم) منطقه ای را می سازد، آنچه اقلیم شناسان از آن به عنوان آب و هوا سخن می گویند شامل: دما، بارندگی، سمت و سرعت باد، رطوبت، تبخیر و تعرق، تابش خورشید و غیره می باشد.

نقطه نظرهای متعددی درباره وجود یا عدم رابطه بین "آب و هوا" و "نیروی جسمی و روحی و حیات انسان" وجود دارد، حتی بعضی از روان شناسان معتقدند آب و هواهای گوناگون؛ انسان های با نیروی جسمانی و عقلانی مختلف پرورش می دهد.

تغییرات آب و هوا پدیده ای دائمی است که در طول زمان به دنبال عوامل طبیعی و انسانی رخ می دهد. بحرانهای ناشی از تغییرات آب و هوایی جدی و واقعی می باشد، دلیل اصلی این بحران ها، برخاسته از اقدامات بشر می باشد و اقدامات انسان ها نیز می تواند راه حلی برای این معضل باشد. این تغییرات بر تعدادی از عوامل سلامت نظیر غذا، هوا و آب عمیقاً اثرات منفی دارد و در حال حاضر یکی از چالش های جامعه انسانی است و در صورت عدم توجه به آن در زمانی نه چندان دور شدیداً بر سلامت انسان و کلیه موجودات تأثیر خواهد گذاشت. بسیاری از بیماری ها از جمله مالاریا، اسهال، سوء تغذیه، تب دانگ، بیماری های ویروسی، قلب و عروق و تنفسی به شرایط آب و هوا حساس اند. از طرفی این تغییرات آب و هوایی باعث تشدید و افزایش تعداد حوادث غیرمترقبه مانند سیل، طوفان، گردباد، رانش زمین، خشکسالی، موج گرما در تمامی دنیا شده است.

ضرورت حفاظت از سلامت در برابر بحران های ناشی از تغییرات آب و هوایی، هم در تثبیت شرایط آب و هوایی و هم در پیشگیری از درد و آلام بشری تغییرات اساسی به وجود خواهد آورد. می دانیم که آب و هوای متغیر و ناپایدار چه اثراتی بر روی سلامت دارد. سالانه دهها هزاران نفر در اثر طوفان ها، سیل ها، امواج گرما و خشکسالی جان خود را از دست می دهند. بیماری های حساس به شرایط آب و هوایی نظیر مالاریا، اسهال و سوء تغذیه در اثر کمبود پروتئین و انرژی باعث مرگ بیش از ۳ میلیون نفر در نقاط مختلف دنیا گردیده است. البته این رقم نشان دهنده، اثرات مخرب بهداشتی غیرمستقیم روی محصولات غذایی و دسترسی آب سالم در نواحی بزرگ دنیا نمی باشد.

پیش بینی شده دمای هوای جهان در طول قرن حاضر به طور متوسط بین یک تا ۶ درجه سلسیوس افزایش خواهد داشت. براساس پیش بینی دانشمندان، یخچال های طبیعی آب می شوند، سطح آب دریاها بالاتر می رود و بارندگی ها شدت خواهد یافت. شواهدی وجود دارد که وقایع آب و هوایی شدید از جمله خشکسالی، سیلاب، گردباد و توفان می تواند به پریشانی حسی منجر شود و این می تواند افسردگی یا اختلال تنش زای پس از حادثه را در پی داشته باشد که در آن سیستم ترس و انگیزش بدن، دچار خیزش ناگهانی می شود. براساس مطالعات هیات بین دولتی تغییرات جهانی آب و هوا که در درون سازمان ملل متحد تاسیس شده تا علل و پیامدهای گرمایش جهانی کره زمین را ارزیابی کند، پیش بینی می شود تغییرات آب و هوایی تا سال ۲۰۵۰ میلادی ۲۰۰ میلیون آواره زیست محیطی بر جای خواهد گذاشت.

تمام افراد به تغییرات آب و هوایی آسیب پذیر می باشند، اما افراد فقیر جزء اولین و آسیب پذیرترین گروهها می باشند. این عامل شکاف بین فقیرترین و غنی ترین افراد را عمیق تر می نماید که منصفانه و قابل قبول نمی باشد. ما نیازمند افرادی هستیم که با اتخاذ تصمیمات درست، سلامت را بهبود بخشیده و اثرات منفی تغییرات آب و هوایی را کاهش دهند.

تغییرات آب و هوا می تواند تاثیری واقعی بر روح و روان ما داشته باشد گرمایش جهانی کره زمین می تواند حتی به صورت غیرمستقیم، تاثیری گسترده تر و عمیق تر روی سلامت روانی انسان ها داشته باشد. بلایا و حوادث شدید طبیعی، زیرساخت های مورد نیاز برای فراهم کردن مراقبت های روانپزشکی را از بین می برند، مردم را به اجبار آواره می کنند و ارتباطات اجتماعی را در زمانی که مردم بشدت نیازمند این ارتباطات هستند، قطع می کند.

مطمئناً هیچ‌کس نمی‌تواند پیش‌بینی کند گرمایش جهانی کره زمین چه تاثیراتی روی روح و روان ما بر جای می‌گذارد. ارتباط بین بیماری‌های روانی و آب و هوا می‌تواند بسیار ظریف و حتی کاملاً متناقض باشد. این که خودکشی در آب و هوای داغ بسیار رایج، بسیار نادر یا به‌طور عادی رایج است، این مساله می‌تواند متغیر باشد. اما حتی در زمان عدم اطمینان، متخصصان می‌گویند تاثیرات غیرمستقیم گرمایش جهانی کره زمین می‌تواند بسیار قابل توجه باشد.

متخصصان می‌گویند به‌رغم این که بخش عمده اضطراب روی احتمال بروز شرایط آب و هوایی شدید متمرکز است، گرمایش جهانی کره زمین محیط زیست طبیعی را بتدریج دگرگون خواهد کرد. این تغییرات می‌توانند تاثیرات خاص خود را روی سلامت روانی داشته باشد.

در واقع تغییرات جهانی آب و هوا می‌تواند منابع طبیعی را به انتها برساند، متکی بودن به منابع زمین را برای مردم دشوار سازد و موجودی غذای جهانی را مختل کند. محققان می‌گویند این به معنای سقوط شرایط اجتماعی - اقتصادی و کیفیت زندگی در سراسر جهان و نهایتاً افسردگی، تضعیف روحیه و ناامیدی است.

تغییرات آب و هوا می‌تواند رژیم غذایی افراد را نیز تحت تاثیر قرار دهد. وقتی هوا سرد و بارانی است، اغلب افراد ترجیح می‌دهند غذاهای گرم حاوی کربوهیدرات که سرشار از انرژی است را در برنامه غذایی روزانه خود قرار دهند و در این روزها مصرف این گروه از غذاها در میان افراد افزایش خواهد یافت؛ در حالی که طی روزهای گرم و تابستانی تمایل افراد به خوردن غذاهای خام، سبزیجات و میوه افزایش خواهد یافت. با توجه به این که برنامه غذایی روزانه افراد نیز می‌تواند نقش مهمی در تغییر رفتارها و خلق و خوی آنها داشته باشد، می‌توان تاثیر آب و هوا بر رفتار در نتیجه تغییر در برنامه غذایی روزانه را نیز مورد تایید قرار داد.

روند تغییرات آب و هوا

این تغییرات از طریق اندازه گیری افزایش میانگین جهانی درجه حرارت اقیانوس و هوا، آب شدن برف و یخچال‌های طبیعی و بالا آمدن میانگین جهانی سطح آب دریا مشخص می‌شود. گازهای گلخانه‌ای که سبب حفظ گرمای زمین می‌شود در اثر احتراق سوخت فسیلی و افزایش میزان دی اکسید کربن حاصل از آن و نیز افزایش متان که از نشت گاز خطوط انتقال گاز، احتراق سوخت، شالیزارها، مراکز دفن بهداشتی زباله تا تخمیر امعایی در معده نشخوار کنندگان سبب تشدید گرمای زمین می‌شود و این پدیده سبب تغییرات زیر می‌گردد:

۱- **افزایش شدت تبخیر** ← افزایش نیاز محصولات کشاورزی به آب ← کاهش مقدار آب در دسترس ← خشکسالی
← مهاجرت روستاییان به شهر و حاشیه نشینی و رو آوردن به مشاغل کاذب ← افزایش ناهنجاریهای اجتماعی

۲- **بالا آمدن سطح آب دریاها** ← نفوذ آب شور به آب شیرین ساحلی و تغییر کیفیت و افزایش املاح آبهای شیرین
← تغییر تنوع زیستی و جانوران و گیاهان منطقه

۳- آب شدن یخچالهای طبیعی ← انتقال جریان آب سرد به زیر آب گرم اقیانوس ها و ایجاد جریان های بزرگ اقیانوسی ← افزایش طوفانها، هاریکن ها و گردبادهای دریایی با قدرت تخریب بالاتر ← تخریب تأسیسات و زندگی مردم در بنادر و افزایش خسارات اقتصادی

۴- افزایش بیماری های مناطق گرمسیری

۵- افزایش زاد و ولد جوندگان مثل موش ← افزایش بیماری های منتقله توسط آنها

۶- کاهش تنوع زیستی گیاهان ← تغییر زنجیره غذایی

۷- خشک شدن رودخانه ها و کم آبی ← قحطی سوء تغذیه بخصوص در مناطق فقیر دنیا و گروه های سنی پرخطر مانند کودکان و سالمندان و زنان باردار

۸- جایگزین شدن سیستم های برودتی گازی به جای آبی که برق بیشتری مصرف می کنند و نیاز به سرمایه گذاری برای ایجاد نیروگاه ها را زیاد کرده و درنهایت باعث ← افزایش گازهای گلخانه ای ← افزایش دمای کره زمین ← تشدید روند تغییرات

پیامدهای تغییرات آب و هوایی طی دهه های آتی:

- افزایش میانگین ها (دما و...)
- کاهش میزان بارش
- افزایش بارش های سنگین
- افزایش پدیده های حد اقلیمی
- جابجایی و تغییر رژیم بارش

اجزای اقلیم و سلامتی:

• دما: انسان در هر شرایطی متأثر از درجه حرارت محیط اطراف خویش است، حرارت زیاد موجب ضایعات متابولیک و در مواردی خشکی تنفس می گردد، زیرا حرارت تولید شده در بدن که نتیجه سوخت و ساز داخلی است باید به نحوی از بدن خارج و دور شود. چنانچه تبادل حرارتی با مشکلاتی مواجه شود این گونه اعمال به آسانی امکان پذیر نباشد موجود زنده دچار ضعف و ناتوانی شده و نتیجتاً " آماده ابتلاء به بیماری های مختلف خواهد شد. زیرا انسان در شرایط و حالات ناتوانی و ضعف، قدرت لازم جهت مقابله و رویارویی با عوامل بیماری زا را نخواهد داشت، بر عکس انسانی که در درجه حرارت متعادل زندگی می کند به راحتی می تواند با محیط پیرامون خود تبادل حرارت نماید. نتیجتاً " در آسودگی بیشتری زندگی خواهد کرد و بازده کارش چشمگیرتر است. بیشتر موارد سرماخوردگی و آنفولانزا، واریس و دردهای مفصلی، سینوزیت، برونشیت و آسم، نارسایی قلبی در فصول سرد و فلج اطفال، وبا، آبله و حصه در تابستان دیده می شود. بررسی ها نشان می دهد، در شرایطی که دمای بیش از ۳۸

درجه سانتی‌گراد برای مدت زمانی بیشتر از یک هفته ادامه داشته باشد، میزان مرگ و میر افراد نیز تا ۱۰ درصد افزایش خواهد یافت. بسیاری از مردم درباره خطر افزایش دما و به ویژه تاثیر قرار گرفتن در معرض تابش نور خورشید در افزایش خطر احتمال ابتلا به سرطان پوست آگاهند، اما کمتر به تاثیر افزایش دما در افزایش تعداد مبتلایان به سکنه مغزی و حملات قلبی توجه کرده‌اند.

تحقیقات نشان می‌دهد در روزهایی که دمای هوا در مقایسه با شرایط پیش‌بینی شده برای یک دوره زمانی از سال افزایش پیدا می‌کند، میزان تحریک‌پذیری افراد نیز افزایش خواهد یافت که در نتیجه سبب رفتارها و واکنش‌های غیرعادی و غیرمنطقی از سوی افراد می‌شود. در بسیاری از شهرها در چنین شرایطی میزان خشونت در میان افراد و تصادفات در مقایسه با شرایط عادی افزایش پیدا خواهد کرد.

پیامدهای افزایش دما طی دهه های آتی :

- ضریب آسایش زندگی از دیدگاه اقلیمی در مناطق مختلف کره زمین تغییر می‌کند.
- برخی بیماریهای خاص مناطق گرمسیری در انسان، حیوان و گیاهان طغیان می‌نمایند و بطور کلی سلامتی انسانها به مخاطره می‌افتد.
- پهنه های اقلیمی رایج (گرم و خشک، نیمه مرطوب، سرد و خشک ...) تغییر می‌یابند.
- افزایش دما موجب کاهش بارش های برف می‌گردد که این موضوع موجب عدم تغذیه مناسب منابع آبهای زیرزمینی در مناطق کوهستانی که عمدتاً ناشی از ذوب تدریجی برف ها می باشد، می‌گردد.
- افزایش دما موجب اثرات سوء بر رشد و عملکرد گیاهان می‌گردد.

• **بارندگی:** در روزهای بارانی و هوای سرد و خشک، برخی بیماری ها نظیر حملات آسم افزایش می‌یابد. وقتی هوا ابری و بارانی است، بعضی از افراد احساس عصبانیت، ناراحتی یا خواب‌آلودگی می‌کنند، در حالی که وقتی هوا آفتابی است، احساس انرژی و شادابی می‌کنند. بارندگی، وزش باد و همچنین کاهش طول روز در فصول سرد سال اغلب مانع انجام دادن فعالیت‌های عادی و روزمره انسان‌ها خواهد شد که می‌تواند در ایجاد افسردگی تاثیرگذار باشد.

اغلب افراد در روزهای ابری و بارانی احساس افسردگی و ناراحتی می‌کنند. بر این اساس محققان در تلاشند تا به علت اصلی شیوع افسردگی و بیماری‌هایی مانند آسم و سردرد شدید در میان افراد در روزهای سرد سال پی ببرند تا با استفاده از نتایج به دست آمده بتوانند تاثیر آب و هوا بر انسان‌ها را در ابعاد وسیع‌تری بررسی کنند. همچنین دوره‌های کوتاه‌مدت سرما، ابتلا به سکنه مغزی و حمله قلبی در میان سالمندان را افزایش خواهد داد. در روزهای بارانی و هوای سرد و خشک، برخی بیماری ها نظیر حملات آسم افزایش می‌یابد.

• **رطوبت:** هنگامی که هوای تنفس، خشک و فاقد رطوبت کافی است غشای نازک بینی، گلو و قسمت فوقانی دستگاه تنفسی متأثر می شود و در چنین شرایط آب و هوایی چنانچه بدن ضعیف و آماده پذیرش بیماری های دستگاه های فوق الذکر بوده و محیط آلوده به میکروب و یا ویروس مربوطه باشد زمینه های ابتلاء به بیماری زکام فراهم است. همچنین بیماران مبتلا به ورم مفاصل، روماتیسم و نقرس زمانی بیشتر رنج می برند که در تماس با هوای سرد، طولانی و مرطوب باشند.

بر اساس بررسی ها، روزهای گرم و مرطوب، بیشترین تاثیر را بر اخلاق و رفتار انسان ها دارد که سبب بی خوابی، کاهش فعالیت های روزمره، کاهش هوشیاری، ایجاد اختلال در واکنش در برابر محیط اطراف، تحریک پذیری و رخوت می شود.

• **تابش خورشید:** مؤثرترین عامل در تنظیم حلقه اکولوژیک، تابش آفتاب است. کلروفیل (سبزینه گیاه) که عامل تغذیه و رشد گیاه است در اثر نور خورشید تشکیل می شود، بنابراین فقدان تابش خورشید موجب زوال گیاه، گیاهخوار، گوشتخوار و ... بطور کلی حیات است. تابش اشعه خورشید یکی از بهترین میکروب کش هاست.

بررسی ها نشان می دهد، افزایش مدت زمان و شدت تابش نور آفتاب تاثیر زیادی در افزایش رضایت افراد درباره محیط اطرافشان دارد؛ این در حالی است که اغلب افراد در روزهای ابری و بارانی احساس افسردگی و ناراحتی می کنند. وقتی هوا ابری و بارانی است، بعضی از افراد احساس عصبانیت، ناراحتی یا خواب آلودگی می کنند، در حالی که وقتی هوا آفتابی است، احساس انرژی و شادابی می کنند.

افسردگی در فصل زمستان یکی از بیماری های شایع در میان ساکنان شمال اروپاست که براساس بررسی های صورت گرفته، بیش از ۲۰ درصد این افراد در روزهای زمستانی و سرد سال به این مشکل مبتلا می شوند. بطور مثال سندروم اختلالات عاطفی فصلی بیماری است که ابرهای کم ارتفاع و شب های طولانی زمستانی در ایجاد آن نقش مهمی دارند. این افراد به علت تغییرات بیوشیمیایی ایجاد شده در مغز افسرده می شوند. آن ها ساعات طولانی از شبانه روز را می خوابند، اما همواره احساس خستگی می کنند، همچنین افراد مبتلا به چنین اختلالاتی بسیار تحریک پذیر و زودرنج بوده و از انجام دادن امور روزانه و برقراری روابط اجتماعی با دیگران ناتوان هستند. این در حالی است که با افزایش طول روز، شدت بیماری کاهش یافته و حتی اگر آن ها در روزهای زمستانی فقط دو ساعت زیر تابش نور مصنوعی قرار گیرند به میزان ۸۰ درصد علائم بیماری در آنان بهبود می یابد.

• **وزش باد و کاهش طول روز:** وزش باد و همچنین کاهش طول روز در فصول سرد سال اغلب مانع

انجام دادن فعالیت های عادی و روزمره انسان ها خواهد شد که می تواند در ایجاد افسردگی تاثیرگذار باشد.

• **نوسانات جوی و فشار هوا:** محققان می گویند، نوسانات جوی فشار هوا در فرکانس های پایین به اختلال فعالیت های ذهنی منجر خواهد شد که در نتیجه باعث کاهش تمرکز و کاهش عملکرد حافظه کوتاه مدت انسان می شود. تغییرات فشار بر بروز سردرد نیز تاثیر دارد. بر این اساس هرگونه تغییرات جزئی ایجاد شده در دما، فشار و رطوبت هوا می تواند سبب ایجاد تغییراتی در رفتار و شرایط جسمانی و روانی افراد شود.

• **گرد و غبار:** ذرات گرد و غبار از نظر اندازه کاملاً متفاوت هستند و از ذرات درشت (غیر قابل تنفس) تا ریز (قابل تنفس) طبقه بندی می شوند. ذرات درشت گرد و غبار حداکثر می توانند به داخل بینی، دهان و حلق راه پیدا کنند اما ذرات ریز می توانند به اعماق بیشتر و نواحی حساس مجرای تنفسی و ریه نفوذ کنند. ذرات ریزتر دارای اثرات نسبتاً مهمی بر سلامت انسان هستند. بیشتر ذراتی که در پدیده گرد و غبار حضور دارند از نوع درشت یا غیر قابل تنفس هستند و تهدید جدی برای سلامت مردم ایجاد نمی کند. ولی ممکن است در افرادی که سابقه بیماری های تنفسی دارند مانند مبتلایان به آسم و آمفیزم مشکلاتی ایجاد کند. متداول ترین نشانه هایی که طی یک پدیده گرد و غبار مشاهده می شود تحریک چشم ها و راههای هوایی فوقانی است. معمولاً افراد زیر ممکن است آسیب پذیری بیشتری داشته باشند: نوزادان، کودکان و نوجوانان، سالخوردگان، افراد مبتلا به بیماری های تنفسی مانند آسم و برونشیت و آمفیزم، بیماران قلبی، قرار گرفتن این افراد در معرض گرد و غبار ممکن است، واکنشهای حساسیتی و حملات آسم را تشدید کند، مشکلات تنفسی حادی را ایجاد کند، در ایجاد بیماری های قلبی و عروقی موثر باشد، طول عمر را کاهش دهد. قرار گرفتن طولانی در معرض ذرات منتقله توسط هوا می تواند مشکلات تنفسی و ریوی و احتمالاً بیماری های قلبی ایجاد کند.

به طور کلی می توان به این نتیجه رسید که هریک از عوامل طبیعی اطراف ما می توانند به گونه ای متفاوت بر زندگی مان تاثیرگذار باشند. کارشناسان معتقدند، اگر ما بتوانیم چنین پدیده هایی را شناسایی کنیم و اطلاعاتی را درباره آنها به دست آوریم، بدون تردید بهتر خواهیم توانست بر موانع و مشکلات زندگی غلبه کرده و شرایط مناسب تری را برای زندگی خود به وجود آوریم. (۳۶)



بخش سوم

نظام سلامت

سلامت یکی از محورهای اصلی توسعه پایدار و بخش لاینفک آن برای شکوفایی و ارتقای کیفیت زندگی است. حفظ و ارتقای سطح سلامت جامعه، لازمه هر حرکت و اقدام در برنامه‌ریزی اقتصادی و اجتماعی محسوب می‌شود. فراهم سازی امکانات و تسهیلات مناسب برای تأمین سلامت جسمی، روانی، اجتماعی و معنوی انسان در تمام مراحل زندگی و زنجیره حیات او از جمله حقوق طبیعی و نیازهای اساسی انسان‌ها به شمار می‌رود. این مهم با صراحت و تأکید در مکتب اسلام و قانون اساسی جمهوری اسلامی ایران نیز تبلور یافته و نقش گرفته است. قانون اساسی جمهوری اسلامی ایران ضمن محوری شناختن سلامت انسان، بهداشت و درمان را از جمله نیازهای اساسی می‌شناسد و دولت را مکلف کرده است تا تمام امکانات خود را برای سلامت افراد کشور بسیج کند. (اصول ۳، ۲۹ و ۴۳ قانون اساسی جمهوری اسلامی ایران). تداوم و استمرار برنامه‌ریزی در امور مربوط به تندرستی مداوم از موضوع های اساسی است و سرمایه‌گذاری در بخش بهداشت و درمان، یکی از مظاهر توسعه اقتصادی و اجتماعی محسوب می‌شود. بخش بهداشت و سلامت به منظور تأمین و ارتقای سطح سلامت جسمی، روانی و اجتماعی جامعه، درچارچوب سیاستها و خط‌مشی‌های تعیین شده، مجموعه‌ای نظام یافته از فعالیت‌ها و عملیات اجرایی را تدارک می‌بیند که مهم‌ترین آنها شامل آموزش بهداشت، پیشگیری و ایمن‌سازی علیه بیماری‌های واگیردار، بهداشت خانواده و مدارس، بهداشت و سالم‌سازی محیط زیست، مبارزه با بیماری‌ها، تأمین و تدارک داروهای اساسی، تغذیه، ایجاد و راه‌اندازی مراکز و واحدهای ارایه خدمات درمان سرپایی و بستری، تأمین و آموزش نیروی انسانی پزشکی و پیراپزشکی در زمینه‌های مختلف پزشکی است.

ساختار کلی نظام سلامت

ساختار ادغام یافته خدمات سلامتی را در کشور می‌توان به چهار سطح طبقه بندی کرد:

۱. خدمات پیشگیری یا مراقبت‌های اولیه بهداشتی که در سطح گسترده‌ای به طور عمده توسط شبکه بهداشتی و درمانی دولتی در شهر و روستا به طور رایگان ارائه می‌شود.

۲. خدمات درمانی سرپایی عمومی و تخصصی که توسط مراکز دولتی و خصوصی ارائه می‌شود.

۳. خدمات درمانی بستری که در این گروه علاوه بر وزارت بهداشت، سازمان تأمین اجتماعی و سایر نهادهای دولتی (ارتش، شرکت نفت و...)، و نیز بخش خصوصی و تعاونی‌ها نیز نقش قابل توجهی را ایفا می‌نمایند.

۴. خدمات توانبخشی که توسط مراکز دولتی و خصوصی ارائه می‌شود.

وظایف بخش

بنابر تعریف، نظام سلامت مشتمل بر تمام سازمان‌ها و منابعی است که به ارائه اقدامات سلامت می‌پردازند و اقدام سلامت عبارت است از هرگونه تلاشی که خواه در مراقبت سلامت فردی، خدمات سلامت عمومی و یا از طریق برنامه‌های بین بخشی انجام می‌گیرد و هدف اصلی آن ارتقای سلامت است. به جرأت می‌توان گفت که در جهان امروز، زندگی کلیه افراد در دستان نظام سلامت قرار دارد. نظام سلامت مسئولیتی حیاتی و مداوم نسبت به افراد در کل دوره زندگی آنها دارد. نظام سلامت با اعاده، حفظ و بهبود وضعیت سلامت افراد، خانواده‌ها و جوامع، در جهت ارتقاء سطح و کیفیت زندگی آحاد جامعه ایفای نقش می‌کند.

هدف اساسی نظام سلامت همانا تأمین، حفظ و ارتقای سلامت است اما اهداف درونی دیگری نیز برای آن مطرح است. این اهداف به مسایلی مانند مشارکت عادلانه مردم در تأمین هزینه‌های سلامت و نحوه پاسخ نظام سلامت به انتظارات مردم اشاره دارد. به عبارتی نظام سلامت باید بتواند به درستی به آنچه مردم از آن انتظار دارند پاسخ دهد و در تنظیم مشارکت آنها در تولید، توزیع و مصرف خدمات رعایت عدالت بنماید.

تولیت، تأمین مالی، ارائه خدمات و سرمایه‌گذاری در تولید منابع انسانی، فیزیکی، تجهیزات و دارو، چهار وظیفه اصلی نظام سلامت است. ایجاد هماهنگی در این نظام مستلزم وجود ساختاری منسجم، پویا، ارتباط‌گرا و موثر است که بتواند بر هر چهار نقش تسلط داشته و با تغییرات محیطی سازگار باشد. این نقش بر عهده وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی گذاشته شده تا ضمن تأمین سلامت برای جمعیت کشور، پاسخگوی آنها باشد.

● **تولیت** به معنی تعیین و تقویت قواعد اجرایی و ارائه جهت‌گیری‌ها و راهبردها برای تمامی نقش

آفرینان این بخش و پذیرش مسئولیت کلان و پاسخگویی در بالاترین سطح است که وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی به نیابت از دولت این وظیفه را بر عهده دارد. تولیت در سه عملکرد سیاستگذاری (تعیین خط مشی و جهت‌گیری کلان نظام سلامت)، حاکمیت درون بخشی (بکارگیری همه تمهیدات ممکن جهت

تضمین اجرای سیاستهای اتخاذ شده) و رهبری بین بخشی (بکارگیری ابزارهای مشروع تاثیرگذاری بر بخش های دیگر در جهت دستیابی به اهداف و آرمان های نظام سلامت) تجلی می یابد.

• **تامین منابع مالی** در سه کارکرد جمع آوری منابع (فرآیندی است که طی آن نظام سلامت منابع خود را از طریق دولت، خانوار، کارفرما و کمکهای اهدایی از مردم، سازمانهای غیردولتی، نهادهای خیریه و سازمانهای بین المللی خود را تامین می نماید). **تجمیع و مدیریت منابع** (به گونه ای که ریسک پرداخت برای هزینه های سلامتی بوسیله تمامی افراد و نه توسط تک تک افراد در تامین منابع تحمل شود) و **خرید خدمات** (فرآیندی که طی آن منابع تجمیع شده جهت انجام مجموعه ای از مداخلات موثر در ارتقاء سلامتی افراد به ارائه کنندگان خدمات پرداخت می شود).

• **ارائه خدمات** در قالب ایجاد سازوکارهای مناسب برای کنترل بیماری های واگیردار، غیر واگیردار، کنترل مخاطرات تهدید کننده سلامت (فقر، کمبود تغذیه ای پروتئین، انرژی و ریز مغذی ها، روابط جنسی غیرایمن، روشهای غیر بهداشتی دفع فاضلاب و مواد زائد، دود ناشی از سوخت های جامد در محیطهای بسته، پرفشاری خون، کلسترول بالا، مصرف دخانیات و الکل، کمبود فعالیت فیزیکی، افزایش وزن و چاقی)، تامین و ارتقای سلامت خانواده، سلامت محیط و کار، تحدید موالید، بازتوانی و نوتوانی است. این وظایف در حال حاضر در قالب چند دسته بزرگ ارائه می شوند :

✓ خدمات پیشگیری مشتمل بر تامین سلامت مادر و کودک، بهداشت باروری و تنظیم خانواده، کنترل بیماری های واگیردار و غیرواگیردار، بهداشت محیط، بهداشت حرفه ای، بهداشت روان، بهداشت مدارس، آموزش و ارتقای سلامت، بهداشت دهان و دندان و بهبود تغذیه

✓ خدمات بالینی مشتمل بر تشخیص، مراقبت، مدیریت و درمان

✓ بازتوانی و نوتوانی

✓ پاسخگویی به خطرات و بلایا در کشور

سرمایه گذاری در تولید منابع انسانی و فیزیکی: تامین و تربیت نیروی انسانی ماهر و متخصص در گروه بهداشتی و پزشکی بر عهده دانشگاههای علوم پزشکی گذاشته شده است. از آنجائیکه عملکرد مطلوب نظام سلامت در تمام جنبه ها از قبیل خدمات بهداشتی و درمانی، پژوهش، مدیریت و رهبری و آموزش به طور کامل به دانش، مهارت ها و تواناییهای فارغ التحصیلان دانشگاههای علوم پزشکی بستگی دارد. سرمایه گذاری در پژوهش، ساختمان و تجهیزات و تدارک دارو و ملزومات پزشکی نیز از جمله کارکرد های نظام سلامت در این زمینه می باشد.

ویژگیها :

سلامت برابر با تعریف عبارت از رفاه کامل جسمی، روانی و اجتماعی است. تامین سلامت مردم از لحاظ جنبه‌های اقتصادی، اجتماعی، روانشناختی و سیاسی قابل بررسی و تبیین است. انسان از دیدگاه تئوری سرمایه انسانی، محور اصلی توسعه پایدار است و سلامت به عنوان عامل مهمی در رشد اقتصاد ملی شناخته می‌شود. در واقع کالای سلامت، بازار سلامت و نگرش جامعه درباره سلامت دارای خصوصیات است که به آن در جوامع انسانی جایگاه و ارزش ویژه ای بخشیده است.

پاره ای از ویژگیهای اجتماعی منحصر به فرد سلامت عبارتند از :

- (۱) حقی است همگانی و برابر که نتیجه آن تامین طولانی ترین عمر ممکن توأم با سلامتی، زندگی با کیفیت و عاری از معلولیت و ناتوانی برای کل آحاد جامعه است.
- (۲) برخورداری از آن برای تمام سنین و گروه های اجتماعی با هر میزان درآمد باید در دسترس و قابل استفاده باشد (عدالت در بهره مندی از خدمات و تامین مالی)
- (۳) خطر و زیان ناشی از بیماری، فقط به فرد و خانواده وی مربوط نمی‌شود و اثر آن به جامعه محلی، ملی و بین المللی نیز بر می‌گردد. (ایدز، سارس، آنفلوآنزای مرغی، مالاریا، سل، وبا، ...)
- (۴) عوامل اثرگذار بر سلامت ویژگی های چند بخشی داشته و آثار دگرگونی سیمای سلامت (Epidemiological & Demographical transition) در کشور اثر این عوامل را تشدید می‌کند. همچنین عواملی مانند فقر و خشونت، صنعتی شدن، تغییر شیوه زندگی، آلودگی محیط زیست، تغییر عادات، حوادث و سوانح جاده ای، استرس و ... بر این عوامل اثر هم افزایی دارد.
- (۵) منافع حاصل از خدمات سلامت و اثر بخشی آن نقش بزرگی در خارج از بخش سلامت دارد.
- (۶) خدمات سلامت به عنوان کالایی عمومی (Public good) از طرف دولت ها حمایت و ضمانت می شود و تامین آن جزء وظایف حاکمیت است.

ارائه خدمات سلامت به علت دگرگونی سیمای سلامت و توسعه علوم و فناوری‌های جدید روز به روز پیچیده‌تر و گرانتر می‌شود.

از دیدگاه اجتماعی و سیاسی سلامت حقی همگانی تلقی می‌گردد و خدمات سلامتی بنا به ماهیتی که دارند باید بطور پیوسته و با حمایت حاکمیت ارائه شوند. بسیاری از بیماریها واگیر دارند و بر سلامتی سایر افراد تاثیر می‌گذارند. بسیاری از رفتارها نیز برای سایر افراد جامعه خطر دارند. در این مخاطرات عدم اطمینان بسیاری از باب نوع آسیب، هزینه و فرد مبتلا وجود دارد و در صورت ابتلا تحمل این هزینه ها برای فقرا اسفبار است.

نظریه های اقتصادی، حوزه های متفاوتی را برای مداخله دولت در بخش سلامت معرفی می‌کند. این حوزه‌ها شامل اطمینان یافتن از تولید کالای عمومی، اصلاح یا تعدیل شرایط شکست بازار در بیمه‌های درمانی، تنظیم قیمتها، تامین منابع کافی از طریق روشهای عادلانه (بیمه اجتماعی یا تامین مالی دولتی) و اعطای یارانه به مصرف کنندگان در جهت برابری در دسترسی به بسته خدمات پایه می‌باشد.

مداخله مناسب در این حوزه‌ها، می‌تواند متضمن یک یا چند نتیجه‌ای باشد که مردم توقع تأمین آنها را از سوی نظام سلامت دارند. سلامتی مناسب، هزینه‌های پایین، رضایتمندی مصرف کنندگان و برابری هم از نظر دسترسی به خدمات سلامتی و هم از نظر تحمل بار مالی خرید خدمات. در واقع جهت گیری اصلی در اصلاح نظام سلامت از دیدگاه اقتصادی، اجتماعی و سیاسی، عدالت اجتماعی و رفع تبعیض در دسترسی به خدمات سلامتی برای آحاد مردم و تضمین تأمین مالی به لحاظ بهره مندی برای گروه های آسیب پذیر به ویژه فقرا است.(۳۹)

